



وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la recherche Scientifique

جامعة وهران 2 محمد بن أحمد

Université d'Oran 2 Mohamed Ben Ahmed

كلية العلوم الاجتماعية

قسم علم النفس والأرطوفونيا

شعبة: علم النفس العيادي

تخصص: وسائل التقصي والعلاجات النفسية

أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه ل.م.د بعنوان:

التكفل النفسي بالأمهات اللاتي عشن تجربة موت الجنين داخل الرحم

من إعداد الطالبة:

شريف أم الجيلالي

تحت إشراف:

أ.د مكي مُجّد

أعضاء لجنة المناقشة:

الجامعة	الصفة	الرتبة	إسم الأستاذ
جامعة وهران 2	رئيسا	أستاذة التعليم العالي	معتصم ميموني بدرة
جامعة وهران 2	مشرفا	أستاذ التعليم العالي	مكي مُجّد
جامعة وهران 2	مناقشا	أستاذة محاضرة أ	مزغراني حليلة
جامعة سعيدة	مناقشا	أستاذ التعليم العالي	بكري عبد الحميد
جامعة مستغانم	مناقشا	أستاذة محاضرة أ	بلال لينا

السنة الجامعية: 2023/2022



ملخص الدراسة

التكفل النفسي بالأمهات اللاتي عشن تجربة موت الجنين داخل الرحم

تهدف هذه الدراسة إلى التكفل النفسي بالأم التي عاشت تجربة موت الجنين داخل رحمها، وقبل الخوض في ذلك قمنا بالكشف على آثار تجربة فقدان على المستوى النفسي للأم، ومدى مساهمة طقوس الحداد في تخطي أعراض الفقدان، وللقيام بذلك اعتمدنا على المنهج العيادي مستعملين المقابلة العيادية نصف الموجهة والملاحظة العيادية واستبيان (TRAUMAQ) الذي قمنا بتمريره قبل التكفل النفسي وبعده وذلك للوقوف على التغيرات الطارئة على الحالات، استهدفت الدراسة سبع حالات تم اختيارها وفق شروط معينة.

لنخلص في نهاية الدراسة إلى أن الأم تعيش صدمة نفسية للتطور فيما بعد لاضطراب ما بعد الصدمة، وتتقمص جنينها الميت والأم القاتلة التي لم تستطع حماية طفلها، وتعيش الفقدان كبتراً لأحد أعضائها، وهذا ما يجعلها تعيش حدادا معقدا حتى في ظل توفر طقوس الحداد، إذ تساعد هذه الأخيرة في تفعيل عمل الحداد لكن ليست كافية لوحدها في تخطي أعراض الصدمة، لذلك قمنا باختيار تقنية (EMDR) كعلاج نفسي للتكفل بالأم الفاقدة لجنينها لتتوصل في الأخير إلى فعالية هذه التقنية في التخفيف من حدة أعراض اضطراب ما بعد الصدمة وعلاج حتى الصدمات التي لم يسبق إعدادها من قبل وكان لها أثر في ازمان وعرقلة سيرورة الحداد.

الكلمات المفتاحية: موت الجنين داخل الرحم، الصدمة النفسية، اضطراب ما بعد

الصدمة، الحداد المعقد، طقوس الحداد (العبور)، تقنية (EMDR).

Résumé de l'étude :

Prise en charge psychologique des mères ayant vécu l'expérience de la mort du fœtus à l'intérieur de l'utérus

Cette étude vise à fournir une prise en charge psychologique pour les mères ayant vécu la perte du fœtus à l'intérieur de leur utérus. Avant d'aborder cela, nous avons examiné les effets de cette expérience traumatique sur le bien-être psychologique des mères et la contribution des rituels de deuil dans le processus de surmonter les symptômes de la perte. Pour cela, nous avons adopté une approche clinique, en utilisant des entretiens cliniques semi-dirigés, des

observations cliniques et le questionnaire TRAUMAQ que nous l'avons administré avant et après la prise en charge psychologique afin d'identifier d'éventuels changements significatifs dans l'état des patientes soumises à l'étude qui s'est concentrée sur sept cas sélectionnés répondant à des critères spécifiques.

En conclusion, l'étude a révélé que les mères vivent un traumatisme psychologique qui se développe ou se transforme ensuite à un trouble de stress post-traumatique. Elles s'identifient à leur fœtus décédé et se perçoivent comme des mères meurtrières qui n'ont pas pu protéger leur enfant. La perte est vécue comme l'amputation d'une partie de leur propre être, ce qui complique leur processus de deuil, même en présence de rituels de deuil. Bien que ces rituels contribuent à activer le processus de deuil, ils ne sont pas suffisants en eux-mêmes pour surmonter les symptômes du traumatisme. C'est pourquoi nous avons choisi la technique de l'Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) comme processus psychothérapeutique pour prendre en charge les mères en deuil de leur fœtus. Finalement, nous avons déterminé l'efficacité de cette technique pour réduire la gravité des symptômes du trouble de stress post-traumatique et traiter des traumatismes non traités précédemment, qui ont affecté le processus de deuil et entravé son avancement.

Mots-clés : Mort du fœtus à l'intérieur de l'utérus, choc psychologique, trouble de stress post-traumatique, deuil compliqué, rituels de deuil (transitions), technique d'EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing).

Study Summary

Psychological care for mothers who experienced the death of the fetus inside the womb.

This study aims to provide psychological care for mothers who have experienced the loss of the fetus inside their womb. Before delving into that, we examined the effects of this traumatic experience on the mothers' psychological well-being and the contribution of mourning rituals in overcoming the symptoms of loss. To achieve this, we adopted a clinical approach, utilizing semi-structured clinical interviews, clinical observations, and the TRAUMAQ questionnaire. We administered these assessments before and after the psychological care to identify any significant changes in the participants' conditions. The study targeted seven cases selected according to specific criteria.

In conclusion, the study found that mothers undergo a psychological shock and subsequently develop post-traumatic stress disorder. They identify with their deceased fetus and perceive themselves as killer mothers who could not protect their child. The loss is experienced as an

amputation of a part of their own being, making their grieving process complicated even in the presence of mourning rituals. While these rituals contribute to the activation of the grieving process, they alone are not sufficient to overcome the trauma symptoms. Therefore, we chose the Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) technique as a psychological treatment to care for mothers grieving their fetus. Ultimately, we determined the effectiveness of this technique in reducing the severity of post-traumatic stress disorder symptoms and addressing previously untreated traumas that affected the grieving process and hindered its progression.

Keywords: Death of the fetus inside the womb, psychological shock, post-traumatic stress disorder, complicated grief, mourning rituals (transitions), Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR).

كلمة شكر

"من له يشكر الناس له يشكر الله"

“ ” “ ” “ ”
“ ” “ ” “ ” “ ”
“ ” “ ” “ ” “ ”
“ ” “ ”
“ ” “ ”
“ ” “ ” “ ” “ ”
“ ” “ ”

قائمة المحتويات

أ	.....
د	.....	الشكر
هـ	.....	الإهداء
و	.....	قائمة المحتويات
1	.....	المقدمة

:

4	.....	-1
7	.....	-2
8	.....	-3
10	.....	-4
11	.....	-5
17	.....	-6

:

22	.....	-1
24	.....	-2
33	.....	-3
35	.....	-4

38	.....	-5
39	.....	-6
43	.....	-7
44	.....	-8

:

48	.....	-1
52	.....	-2
53	.....	-3
57	.....	-4
58	.....	-5
62	.....	-6
67	.....	-7
71	.....	-8
74	.....	-9

:

81	.....	-1
83	.....	-2
85	.....	-3
87	.....	-4
90	.....	-5
91	.....	-6
96	.....	-7
106	.....	-8

112 -9

(EMDR) :

117(EMDR) -1

118(EMDR) -2

119:(EMDR) -3

119(EMDR) -4

121 -5

123(EMDR) -6

124(EMDR) -7

:

140 -1

141 -2

141 -3

152 -4

154 -5

163 (EMDR) -6

178 -7

:

181 () -1

204 () -2

228 () -3

249	.....	( )	-4
269	.....	( )	-5
290	.....	( )	-6
307	.....	( )	-7
322	.....		-8
324	.....		-9
338	.....		-10
340	.....	
342	.....	
350	.....	

تعتبر تجربة الحمل تجربة فريدة من نوعها تعيشها الأم لتثبت أنوثها وقدرتها على الخلق والعطاء، ولتخبر مشاعر الأمومة، إذ تتعدى هذه التجربة فكرة الاندماج الجسدي إلى الاندماج النفسي، حيث تعيش الأم علاقة افتراضية رحيمة مع جنينها تقوم على صور التخطيط السمعى وحركات الجنين. يعتبر الجنين جزءاً من جسد الأم وأنها وامتداداً لها ومساحة لإسقاط، أمام هذه العلاقة الانصهارية تجد الأم نفسها مجبرة على الحرص على حمايته وإكمال سيرورة الحمل بنجاح لأن أي ضرر يلحق به يجعل سلامتها النفسية والجسدية محل تساؤل، لكن في بعض الأحيان تتعرض لما يعرقل سيرورة الحمل ابتداءً من الأسبوع 24 من الحمل فيؤدي ذلك إلى موت الجنين داخل الرحم.

يعرف موت الجنين بأنه توقف نبضات قلب الجنين في الفترة الممتدة من الأسبوع 24 من الحمل إلى غاية بداية المخاض، تتعد الأسباب التي تجعل سيرورة الحمل تتوقف في هذه المرحلة المتأخرة من الحمل فمنها ما يتعلق بالأم كإصابتها بارتفاع الضغط الدموي أو سكري الحمل ومنها ما يتعلق بالجنين كالشذوذ الكروموزومي أو التشوه الجنيني أو الالتهاب، كلها أسباب تجعل سيرورة الحمل تتوقف وتجعل الأم تتوقف في مدخلها إلى الأمومة فاقدة جزءاً من ذاتها، حيث تعيش الأم نتيجة موت جنينها صدمة نفسية ينتج عنها اختلال في توازن الجهاز النفسي، ففوة المواجهة مع صورة الموت تجعل هذه الأخيرة تخترق الغشاء الصاد للمثيرات لتموضع في قلب الجهاز النفسي حاملة معها كما هائلاً من الاثارات تفوق قدرة الأنا على تصريفها وارصانها وذلك لعدم وجود تصور مسبق للموت في لاشعور الأم.

نتيجة لذلك يحاول الأنا السيطرة على الوضع وإرجاع الأنا لحالة التوازن السابقة مستعملاً آليات دفاعية بدائية وذلك لحماية ذاته من الانفجار أهمها النكوص حيث تنكص الأم لأولى مراحل النمو، ففجائية الحدث الصدمي وقوته تفقدها القدرة على التعبير فتفقد اللغة وتشعر أنها غادرت عالم الكائنات الناطقة وتعيش حالة من الذهول نتيجة الانقطاع والتوقف المفاجئ لمهام الأنا، إلى جانب ذلك يستعمل الأنا النفي، الانشطار، الاستدخال، التقمص.

تعيش الأم نتيجة فقدان جنينها جرحا نرجسيا، ففقدانه يخلف معاشا نفسيا خاصا وذلك لأن فقدان حدث في مرحلة حرجة تتميز بتقلبات هرمونية وجسدية ونفسية إلى جانب طبيعة الموضوع المفقود الذي يتميز عن غيره من المواضيع إذ أنه غير معروف ولا توجد ذكريات تخصه، للوقوف بشكل دقيق على ما تعيشه الأم نتيجة هذا فقدان وما يخلفه موت الجنين والانقطاع في سيرورة الحمل على مستوى الجهاز النفسي للأم وجدنا من الضروري البحث في تأثير موت الجنين على المعاش النفسي وأثر طقوس الحداد ودورها في جعل الأم تتخطى أعراض فقدان، كل هذا بغية التوصل لتشخيص دقيق نستطيع من خلاله تحديد التكفل النفسي المناسب وهو موضوع الدراسة

وللنزول بهذا الموضوع الشائك في بنائه والجامع لتخصصات مختلفة إلى أرض التنظير والممارسة والتفسير العيادي، سنقوم بتقسيمه إلى سبعة فصول؛ سنتناول في الفصل التمهيدي الطرح لإشكالي والضبط النظري والإجرائي للمصطلحات الأساسي وأهمية وأهداف الدراسة، في حين سنخصص الفصل الثاني لتعريف الحمل وأعراضه ومراحله على المستويين النفسي والجسدي، والتعريف بموت الجنين بيولوجيا وأهم الأسباب التي تؤدي إلى ذلك، أما الفصل الثالث فسيأتي في شكل طرح نظري مفصل عن الصدمة النفسية بصفة عامة والصدمة النفسية التي يخلفها موت الجنين بصفة خاصة، في حين شمل الفصل الرابع تنظيرا مفصلا عن الحداد وكيفية عمل الحداد وخصوصيته عند فقدان الجنين، أما الفصل الخامس فنخصصه لعرض التكفل النفسي المختار لمرافقة الأم الفاقدة لجنينها وسيكون عن تقنية (EMDR)، يليه الفصل السادس الذي سنخصصه لعرض المقاربة المنهجية لهذا العمل والبرتوكول العلاجي بالتفصيل، ويتبعه الفصل العملي الذي سنقوم فيه بعرض دراسة الحالات والتكفل بها انتهاءا بمناقشة الفرضيات واستنتاج نهائي.

:

-1

-2

-3

-4

-5

-6

1-

يعتبر الحمل ظاهرة فيزيولوجية تتلخص في اتحاد البويضة مع النطفة، يعقب هذا الالتحاق انقلابات وتغيرات كبيرة على المستوى العضوي للمرأة، وذلك خلال جميع مراحل الحمل التي تتطور فيها البويضة الملقحة إلى مضغة ثم جنين، إذ لا يقتصر الحمل كسيرورة بيولوجية على المفهوم الطبي؛ بأنه مجموع الظواهر التي تخص تطور المضغة إلى جنين داخل الرحم، ابتداءً من الالتحاق حتى لحظة الولادة (Larousse Médical, 2006)، بل يتعداه إلى كونه تجربة نفسية عميقة تعيشها المرأة تجسد من خلالها أنوثتها وتؤكددها، وتجعلها تمنح الحياة لكائن آخر، فيتعزز شعورها بهويتها الأنثوية وتؤكد دورها في المجتمع عامة والأسرة خاصة. حيث يعتبر الحمل الممر إلى الرشد، فالأمومة تحمل كل معاني الدفاء، القوة، الحماية، التطور، الأمومة هي السعادة والإشباع، وهي الكمال الأقصى للمرأة (Matlain, 2007)، فإلى جانب الوحدة البيولوجية الناتجة عن اتحاد النطفة بالبويضة هناك اتحاد واندماج نفسي وهذا ما عبر عنه (Missonnier, 2004) بالعلاقة الافتراضية حيث تتعلق هذه الأخيرة بمجموع السلوكات والعواطف والتصورات الشعورية وما قبل الشعورية واللاشعورية الموجهة للمضغة ثم للجنين، كما أشار (Dollander, 2014:109,110) إلى مفهوم العلاقة الافتراضية (أم-جنين) بأنها "علاقة رحمية تكون سابقة للعلاقة بالموضوع تبعا للمرحلة الفمية والشرجية ثم التناسلية ... وتتمثل في إنشاء رابط بيولوجي- نفسي مشترك، وتقوم بالتسوية بين من سيصبح والدا والطفل الداخلي، فأولى العمليات هي "بناء عش" بيولوجي- نفسي، والثانية تسجل في تعشيش بيولوجي- نفسي".

يعتبر الطفل المنتظر جزءاً من الأم محاط بحب نرجسي غير محدود، وهو تجسيد للكمال وتوغل رائع في الأنا (Deutsch, 1955). نظراً لما يحمله الحمل من دلالات نفسية واجتماعية تجد المرأة نفسها مسؤولة عن حماية جنينها حتى لحظة الولادة وإنجاب طفل سليم، حيث يعتبر هذا الأخير امتداداً لها وجزءاً من ذاتها، لذلك تكون حريصة كل الحرص على إتمام فترة الحمل بسلام وقطف ثمرته. لكن في بعض الأحيان تتعرض الأم

أو الجنين لما يعرقل سيرورة الحمل؛ فيتوقف قبل تمامه وهذا ما يعرف بـ « La perte Périnatale أي فقدان خلال فترة الحمل أو بعد الولادة مباشرة، حيث تم اقتراح -هذه التسمية- منذ سنة 1983 لتشمل جميع حالات فشل التناسل البشري التي من المرجح أن تثير ردود فعل الحداد" (Rousseau, 2001)، يندرج ضمن هذا الفقدان نوعان: فقدان مبكر وآخر متأخر؛ ينطوي الصنف الأول على فقدان مبكر عفوي وآخر إرادي، في حين يتضمن الفقدان المتأخر موت الأجنة. يعرف هذا الأخير على أنه موت الجنين بعد 28 أسبوعاً من انقطاع الطمث، لكن بعد التقدم في مجال رعاية الرضع يشخص موت الجنين داخل الرحم بعد 24 أسبوعاً (Cabrol et Al, 2005)؛ إذن نتحدث عن موت الجنين عندما تكون هناك احتمالية ولادته حياً إذا ما حصلت ولادة مبكرة في تلك الفترة التي مات فيها.

موت الجنين داخل الرحم يوقف سيرورة الحمل ويجعل الأم تقف في مدخلها إلى الأمومة، فينتج رحم فارغ ومهد فارغ، وتصبح الأم منتجة للموت بعدما كانت منتجة للحياة، تعيش الأم الحزن والغضب وتوجه مشاعر الذنب لنفسها باعتبارها هي الوحيدة المسؤولة عن حماية طفلها وكونها فشلت في ذلك فإنها تشعر بالنقص. الجنين الميت هو جزء مكمل لجسم المرأة وهو جزء منها ثمرة أحشائها، وموته يضع سلامتها النفسية والجسمية محل التساؤل، تعيش الأم الفقدان النرجسي، فتخلط بين الإصابة والضرر اللاحق بالجنين والضرر اللاحق بجسمها، وبين موتها وموت طفلها (Bydlowski et Candilis, 1998)، الانقطاع في سيرورة الحمل بالنسبة للمرأة وانتهائها بدون ثمرة (طفل) يجعلها تعيش الفراغ الذي يتثبت بسرعة؛ فالبطن فارغ ومترهل، والمهد كذلك، يحل الفراغ محل الغياب، وليس هناك كلمة مساوية للألم الذي يخلفه موت الجنين الذي يخلق انقطاعاً نفسياً في سيرورة الأمومة، بعدما سبق وأن تم تكوين علاقة استهامية قوية بين الأم والجنين (Soubieux, 2009). أمام هذا الفقدان الذي تعيشه الأم وأمام مشاعر الثورة التي تعترقها يتم رفض أي عمل نفسي وهذا ما يتوافق مع أول مرحلة من مراحل الحداد (Bydlowski, 2011).

يتميز هذا الحداد بالخصوصية كون الموضوع المفقود لم يولد ولم يتم الاعتراف به اجتماعياً حيث لا يتم تسجيله في مصالح البلدية، ولا يتم تسجيله في التاريخ العائلي، ولا

وجود لذكريات كافية تخصه، يفقد هنا الحداد معناه الكلاسيكي الذي تحدث عنه فرويد فالعلاقة التي ربطت الجنين بأمه علاقة افتراضية وليست علاقة بالموضوع التي أشار إليها هذا الأخير. وبما أن الحمل يعتبر في حد ذاته أزمة تطور وهوية يتم فيها إعادة تأمين الهوية الأنثوية فقد وصف (Irving Leon) الحداد في هذه الفترة بـ "أزمة -الحداد- خلال فترة أزمة -الحمل-" (Bydlowski et Candilis, 1998 :47)، هذا ما يصعب عمل الحداد الذي لا ينتهي في كثير من الأحيان فيبقى الطفل أسيرا للرجسية المثالية للأم، حيث تكون الأم ذكريات مثالية عنه لدرجة أنه لا يمكن لطفل آخر أن يحل محله (Bydlowski, 2011). يتميز الحداد المرتبط بفقدان الجنين خلال فترة الحمل بحالة من الحزن وفقدان الشهية والأرق وسرعة الانفعال وأفكار حول الجنين الميت واستحالة القيام بالأنشطة العادية. ويتوقف عمل الحداد على مدة الحمل، وعلى السوابق الاكتئابية للأم، وعدم وجود سند نفسي عاطفي الذي بإمكانه أن يؤدي إلى حداد مزمن (Squires, 2004). في حين يتحدث كل من (Cuendet et Vincenzi, 2003) عن حداد مجمد بعد فقدان الوالدين لطفلهما، حيث يواجهان أعراضا مضخمة كالذهانات، فالحداد هنا لا يحدث.

كما يرى (Bydlowski, 2011) أنه رغم إنجاب الأم لطفل آخر حي إلا أن الحداد على الجنين الميت سابقا لا يغلق ولا ينتهي كحداد طبيعي، وتظهر الأعراض المتمثلة في الأرق الذي يشير إلى عدم إمكانية إجراء سحب الاستثمارات من الحياة اليقظة التي تسمح بالنوم، ونقص الرغبة والإشباع الجنسي الذي يشير إلى هزيمة نزوة الحياة وبأن جزءا من الذات قد مات، إلى جانب ذلك تظهر هلاوس كالشعور بالحركة النشيطة للجنين الميت (شبح الجنين)، أو الاستيقاظ على صوت بكاء الطفل، إضافة إلى ذلك تظهر أعراض توهم المرض التي تتجسد في محيط البطن فيظهر تضخم نوبي اشتدادي غير منتظم مع إحساس بالقلق أو ضغط عميق يتموضع أسفل البطن، "في هذه الحالة لا تظهر أي خطوط أولية لسيرورة الحداد الطبيعي الذي لا يبدأ في الشروع، وهنا نتحدث عن المانخوليا - الاكتئاب الذهاني" (Bydlowski: 2011, 11).

وبالتالي فموت الجنين يضع سلامة الأم النفسية محل تساؤل ويجعلها تعيش فقدا نرجسيا يحتم ويثير عمل الحداد الذي لا ينتهي كسيرورة عادية في كثير من الأحيان حتى

في حالة إنجاب طفل آخر بعد الجنين الميت، وعليه فإنه لا يتم تجاوز الأعراض المرافقة لتجربة الفقدان.

وانطلاقاً مما سبق التطرق إليه يمكننا طرح التساؤلات التالية:

- 1- كيف تعيش الأم تجربة موت جنينها داخل رحمها على المستوى النفسي؟
- 2- هل تساعد طقوس الحداد الأم على تخطي الأعراض الناجمة عن تجربة فقدان الجنين؟
- 3- ما هو التكفل النفسي اللازم لمرافقة الأم من أجل تخطي أعراض الاضطراب الناجم عن تجربة فقدان الجنين؟

2- :

: تعيش الأم صدمة نفسية نتيجة موت جنينها، وتتقمص جنينها الميت والأم القاتلة التي لم تستطع حماية طفلها (إنجاب طفل حي).

: طقوس الحداد غير كافية لجعل الأم تتخطى تجربة الفقدان وبالتالي تعيش الأم حدادا معقداً.

: استعمال تقنية (EMDR) يجعل الأم تتجاوز أعراض الصدمة النفسية واضطراب ما بعد الصدمة.

يعتبر موضوع موت الجنين داخل الرحم من المواضيع قليلة الطرح والتي لم يتم التعرض لها من الجانب النفسي، إذ توجد دراسات كثيرة ألفت بالموضوع من الناحية البيولوجية والطبية، لكن تم إهمال الجانب النفسي وآثار هذا الحدث الصدمي على الأم خاصة وعلى الأسرة بشكل عام وهنا تبرز أهمية الموضوع المدروس.

كما تتجلى الأهمية البالغة لهذا البحث في تسليط الضوء على الأمهات اللاتي تعشن معاناة نفسية دون أن يأبه لها المحيط والمجتمع؛ حيث يعيش الزوج تجربة موت الجنين كتجربة محزنة وليس كتجربة فقدان لعدم وجود علاقة موضوعية مع الجنين الميت، فيتخطى التجربة بسهولة غير مدرك ما خلفه موت الجنين على المستوى النفسي لزوجته التي تحتاج سندا ودعما منه، من ناحية أخرى يتعامل المجتمع الجزائري مع هكذا حدث باللامبالاة التي تخلق لدى الأم مشاعر الغضب وتشعرها بأن جنينها لم يرق لمرتبة الكائن الإنساني وإنما هو مجرد مخلفات طردها الرحم، وبالتالي لا يفهم المحيطون بالأم معاناتها ولا تحض بأي سند ودعم نفسي ولا ثقام طقوس الحداد التي تساعدها ولو بشكل جزئي على تخطي أعراض الصدمة وتقبل فقدان، والتي يهمل أهميتها (طقوس الحداد) كذلك الفريق الطبي الخاص بمصلحة التوليد، فنجد القابلة تخفي الجنين الميت بعد ولادته عن الأم ظنا منها أن رؤيته تؤدي إلى تفاقم الأعراض وتثبيتها، وجهلا بمعرفة أهمية رؤية الجنين ولمسه في تقبل حقيقة فقدان من طرف الأم، أمام كل هذا لا يحرك الأخصائي النفسي الخاص بالمصلحة ساكنا، ولا يتدخل حتى في التكفل بالأم الفاقدة لجنينها ومرافقتها نفسيا خلال سيرورة الحداد-التي لا توفق فيها معظم الأمهات الفاقدات لأجننتهن-، بل يتم إخراجها (الأم) من المصلحة بعد ساعات من الولادة الطبيعية أو بعد يوم إذا ما كانت الولادة قيصرية خوفا من أي مضاعفات فيزيولوجية متغاضين تماما عن الجانب النفسي وما تعانيه الأم في تلك الفترة الحرجة التي تعيش فيها موتا داخليا نفسيا.

عدم إيلاء أهمية بالغة لحدث موت الجنين يجعل أعراض الصدمة تثبت لفترة تزيد عن الشهر في أحيان كثيرة وتتفاقم، فتظهر عدة اضطرابات لدى الأم تجعلها تهمل نفسها

وأسرتها وحتى أطفالها، وهنا تظهر لنا أهمية البحث المتمثلة في ضرورة التوصل إلى برنامج علاجي نفسي للتكفل بالأمهات اللاتي عايشن هذه التجربة ومرافقتهن من طرف الأخصائي في المعاناة النفسية، وتوعية الفريق الطبي والأسرة عامة والزوج خاصة بمدى أهمية الدعم النفسي والمعنوي للأم خلال هذه الفترة الحرجة، فإذا ما تظافت هذه العوامل والجهود فإن ذلك يقي الأم من الاضطرابات النفسية، ويجعلها تعيش سيرورة الحداد في إطاره السوي.

بالإضافة إلى كل ما سبق فإن موضوع التكفل النفسي بالأمهات اللاتي عشن تجربة موت الجنين داخل الرحم من المواضيع الحديثة والتي حظيت باهتمام كبير من طرف الأخصائيين الأجانب إلا أنه تم إغفالها في مجتمعنا الجزائري، إذ يمكن القول أن دراستنا تعد من الدراسات الأولى التي ستدرس الأم الجزائرية الفاقدة لجنينها الميت وتقتراح تكفلا نفسيا لها.

4- :

يهدف هذا البحث إلى:

1- الإلمام بموضوع أثر تجربة موت الجنين داخل الرحم على الأم من الناحية النفسية، وعلى الجهاز النفسي للأم، والمعاش النفسي لها، ورصد الأعراض المرافقة لذلك.

2- الإجابة على التساؤلات الإشكالية المطروحة.

3- الوقوف على أهمية طقوس الحداد في تخطي الأعراض المرافقة للفقدان.

4- اقتراح علاج للتكفل النفسي للأمهات المحتدات، ومرافقتهن في سيرورة الحداد، والحيلولة دون تفاقم الأعراض والوصول إلى حداد مرضي.

5- التوصل إلى كيفية جعل الأم تتقبل فقدان موضوع الحب (الجنين) وتتكيف مع الواقع الخارجي في ظل غياب الطفل المرتقب.

6- تفعيل عملية الحداد وسيرورة العقلنة التي تعطي للفقدان معنى تجريديا يسمح للأم بتقبل الفقدان.

7- جعل الأم تتخطى أعراض الصدمة النفسية، والوقاية من المضاعفات والاضطرابات التي يمكن أن تظهر إذا ما تثبتت هذه الأعراض.

5 :

1-5 :

في آخر إصدار للتصنيف العالمي للأمراض الخاص بالمنظمة العالمية للصحة (OMS) تم تعريف موت الجنين داخل الرحم على أنه كل موت قبل الطرد أو استخراج نتاج الحمل مهما كانت مدته، ووفقا لهذا التعريف فإن مفهوم موت الجنين داخل الرحم يتأكد عن طريق غياب حركة تنفس الجنين وتوقف خفقات قلبه وغياب نبضات الحبل السري أو التقلص الطوعي للعضلات بغض النظر عن عمر الحمل (Quibl et Autre, 2014)، أما كلاسيكيا فموت الجنين يُعرف على أنه موت الجنين بعد 28 أسبوعا بعد انقطاع الطمث، لكن مع التقدم في رعاية الرضع، نتحدث عن موت الجنين داخل الرحم بعد 24 أسبوعا (Cabrol et Al, 2005)، وهذا ما أكده لنا طبيب مختص في أمراض النساء والتوليد خاصة في البيئة الجزائرية إذ لا يمكن التحدث عن موت الجنين قبل 24 أسبوعا.

أما إجرائيا فسنقوم بتعريفه على أنه موت الجنين داخل الرحم بعد 24 أسبوعا من انقطاع الطمث.

-2-5

:

هي كل حدث ينتج عنه خلل في التوازن العاطفي للفرد، والذي يؤدي إلى تحريض عمل الآليات الدفاعية لحماية الجهاز النفسي من الاجتياح الكبير للآثار (Sillamy, 2003)، استعمل (Freud) هذا المصطلح للدلالة على صدمة عنيفة غير متوقعة مرفقة بهلع وهذا في حالة مواجهة الفرد لحقيقة الموت، حيث لا يحضر القلق ولا الضغط خلال تلك اللحظة وإنما يوجد "البياض"، والفراغ مع غياب الكلام، بدون القدرة على التعبير، وتسود حالة من الجماد، هنا المصطلح الوحيد الذي يُعبر عن هذه الحالة هو الهلع. أمام حالة عدم تمثيل الموت للفرد، وعدم القدرة على رؤية حديث يحدد هذه المواجهة مع الموت، تمثل الصدمة النفسية كسرا حقيقيا داخل الجهاز النفسي للفرد، ففوة المواجهة مع الحقيقة ينتج عنها انقطاع مفاجئ وحقيقي لمهام الأنا، ينهار خلالها الفرد (De Clercq et Lebigot, 2001)، تشغل صورة العدم مكانا من الذاكرة يختلف تماما عن الذكرى لذلك تبقى راسخة في الجهاز النفسي كجسم غريب داخلي، أين يبقى الحدث محفورا هناك كما عاشه، ورجوع الصورة الصادمة يكون حاضرا في الوقت الراهن وكأن الحدث يحدث الآن (Lebigot, 2005).

أما إجرائيا فنعرفها كالتالي: تعيش الأم صدمة نفسية أمام خبر موت جنينها داخل الرحم وأحيانا كثيرة تنفي موته حتى تتم الولادة، فتظهر حينئذ الأعراض التالية: عودة ظهور خبرة موت الجنين أو معاشته بإلحاح من خلال التذكر الدائم للموت، الأحلام المتكررة للحدث الصدمي، ألم نفسي حاد عند التعرض لمؤشرات داخلية وخارجية تعيد تمثيل بعض جوانب موت الجنين، التجنب الدائم للمثيرات المرتبطة بموت الجنين، الشعور بالعزلة أو النفور من الآخرين، ظهور مدى محدود من المشاعر، إحساس بمستقبل غير مشرق للأمام، صعوبة التركيز، الإفراط في الانتباه أو الحذر، صعوبة الدخول في النوم أو الاستمرار فيه.

-3-5

:

النرجسية هي الإفراط في حب الذات، أما في التحليل النفسي فهي استثمار كل الطاقة اللبديدية في الأنا (Sillamy , 2003)، يعرفها معجم التحليل النفسي بأنها "عودة اللبيدو إلى توظيف الأنا من خلال سحب الاستثمار من الموضوع الخارجي ... في إطار المفهوم الطاقوي تعرف النرجسية على أنها استمرارية التوظيف اللبيدي للأنا، وهذا ما يجعلنا نعرفها انبثائياً بأنها حالة انحباس للبيدو لا يمكن لأي استثمار في الموضوع أن يتجاوزها أو يفرغها تماماً" (Laplanche et Pontalis, 2002: 261, 262).

تعيش الأم التي مات جنينها داخل رحمها فقداناً نرجسياً، وتعيش موت الجنين كبتراً دائماً لأحد أعضائها، يُترجم فقدان النرجسي من خلال ظهور مشاعر الذنب لدى الأم وإحساسها بالإهانة والخجل، وتقمص الجنين الميت الذي تعبر عنه بوصف تضرر وإصابة الجسم، وخلطها بين الضرر اللاحق بالجنين والضرر اللاحق بجسمها، ومقتها لكل ما يتعلق بأنوثتها والتعبير عن أنها أم قاتله، وبأن جسمها عبارة عن آلة منتجة للموت.

-4-5

:

يرى (Freud) أن الحداد هو رد فعل أمام فقدان شخص محبوب. يتميز بحالة من الألم، فقدان الاهتمام بالعالم الخارجي، فقدان القدرة على اختيار موضوع حب جديد مهما كان، التخلي عن جميع الأنشطة التي ليس لها علاقة بذكرى الموضوع المفقود، هذا الكف والمحدودية في الأنا تعبر على أن الفرد كرس نفسه للحداد دون الاهتمام بأي مشاريع أو اهتمامات أخرى، الانسحاب من العالم الخارجي هو إشارة على عمل نفسي الذي يستمر طيلة عمل الحداد، وهذا مهم بالنسبة للأنا لكي يصبح حراً بدون كف، ويعيد الاستثمار في مشاريع وعلاقات جديدة، المفقود لا يمكن تعويضه، لكن المحتد يستطيع من جديد أن يجد طعاماً للحياة (Helene , 2006)، الأنا في الحداد يعيش فقداناً للموضوع الذي كان مستثمراً موضوعياً ونرجسياً، وهو هنا تحت خطر فقدان جزء منه هو نفسه وهذا ما يسبب ألماً نرجسياً، في هذا الصدد يرى (Freud) أن عمل الحداد يوجب على

الفرد الاختيار بين أنه يموت مع الموضوع المفقود، أو يقطع الصلة به. وأن عمل الحداد يتمثل في السحب التدريجي لكل الليبدو (المظاهر الديناميكية في الحياة النفسية للنزوة الجنسية) من العلاقة مع الموضوع المفقود، هذه المهمة صعبة تتطلب الكثير من الطاقة والوقت (Bacque, 1997).

إذن عند وجود الأم أمام الحدث الصدمي المتمثل في موت الجنين داخل رحمها، فإن جهازها النفسي وتحديدًا الأنا يلجأ لعمل نفسي لإرجاع التوازن للجهاز النفسي، وهذا ما يعرف بالحداد، الذي نعرفه إجرائياً بظهور الأعراض التالية: مشاعر الحزن والغضب وفقدان الأمل، الحصر المتمثل في الخوف من الوحدة وعدم القدرة على العيش، الشعور بالذنب، الشعور بالعار والغضب، الوحدة، حالة من الإثارة وإفراط في النشاط، صعوبة في الاسترخاء، حالة من البكاء وتعبيرات عامة عن الحزن، كما تظهر اضطرابات في النوم المتمثلة في الأرق، فقدان الطاقة الجسمية، آلام جسمية (قيء، آلام في الرأس، اضطرابات في الرؤية، انقطاع في التنفس، غياب القوة العضلية...)، كما يظهر ضعف في الذاكرة، فقدان القدرة على التركيز، بطء في التفكير.

5-5 () :

تتكون طقوس الحداد من ممارسات منظمة منصوص عليها في الأعراف الاجتماعية والدينية (Bataillard, 2006)، فالحداد مرتبط بمجموعة السلوكيات والطقوس الاجتماعية التي يقوم بها الفرد أو المجتمع عندما يفقد شخصاً عزيزاً، كالقيام بمراسيم الدفن والتأبين، الامتناع عن الزينة، تسمح هذه الطقوس لأصحابها بتفريغ جزء من الشحنات العاطفية والتخلص من مشاعر الذنب والتوتر التي تصاحب كل حداد نفسي عادي. يرى (Smailovic, 2006) أن طقوس الجنازة تشهد على الانفصال النهائي لروح الميت عن جسده هذا من جهة، ومن جهة أخرى على انفصال الميت عن المحيط الحي، وما يدل على ذلك هو إغلاق نعش الميت ثم دفنه... المراسيم، الصلاة، اكتمال هذه الطقوس يساهم في تقدم عمل الحداد، فالجنازة هي الفرصة التي يعبر فيها الحاد عن غضبه ويجد الدفء والتعزية والمواساة من المحيط، إذن فالطقوس تسمح بالتعبير عن الانفعالات.

تتمثل طقوس الحداد إجرائيا في: رؤية الجنين الميت وتسميته، لمس شمه، أو الاحتفاظ بشيء يخصه، حضور الأم لمراسيم العزاء المتعارف عليها في المجتمع الجزائري والتي من خلالها يتم إدراج الجنين الميت في السجل الإنساني، تعزيتها من طرف المحيط باستعمال عبارة "عظم الله أجرك" أو "السلامة في راسك"، دعم المحيط العائلي للمرأة وخاصة زوجها.

5-6:

:

عدم تجاوز أعراض الصدمة وتثبيتها لمدة تزيد عن أربع أسابيع يحدد ما يسمى باضطراب ما بعد الصدمة وذلك حسب (DSM 5)، يدل هذا التثبيت للأعراض على عدم بدأ عمل الحداد أو على حداد مرضي، إذ "لا بد من ربط عمل الحداد بالإعداد العقلي الذي يعتبر ربط الاثار الصدمية بمثابة ضرورة للجهاز النفسي" (Laplanche et Pontalis, 2009:504).

وبالتالي فإن التثبيت الصدمي إجرائيا يظهر من خلال غياب الإعداد العقلي الذي يظهر عن طريق شعور الأم بالذنب، وعزو موت الجنين لذاتها، وتحملها مسؤولية موت الجنين ونفيها للأسباب البيولوجية، والحديث الساذج الذي تعبر فيه الأم عن حدث موت جنينها بدون عواطف، وتمركز الأم حول النرجسية الأولية، التحدث فقط عن نفسها متناسية المحيط، إلى جانب عدم وضوح حديث الأم، ويكون غير مفهوم أو مختصر، وجود خلط في الحديث والمزاج والانتقال من حالة البكاء إلى الضحك والعكس، وعجزها عن ربط الأحداث وتفسيرها.

أما اضطراب ما بعد الصدمة فيمكن الإشارة إليه إجرائيا من خلال استمرار ظهور الأعراض التالية لفترة تزيد على أربع أسابيع لدى الأم الفاقدة لجنينها:

- متلازمة التكرار التي تظهر عن طريق أحلام النوم المتكررة والكوابيس، ظهور الأوهام والهلوسة، يظهر الجنين الميت في حالة اليقظة، تعبر الأم عن آلام نفسية حادة عند تعرضها لمؤشرات تعيد تمثيل موت الجنين.

- سلوكات تجنبية: تجنب الأم كل الأفكار المرتبطة بموت الجنين، تجنب الأماكن التي تذكرها بأحداث الصدمة، عدم القدرة على تذكر الجانب المهم في الصدمة، تضاول اهتمام الأم بأنشطتها المهمة المعتادة، تظهر الأم محدودية في المشاعر، تحس بمستقبل غير مشرق.

- ظهور أعراض الاستثارة المتزايدة المتمثلة في الأرق، سرعة الاستثارة والانفجار بالغضب، صعوبة التركيز.

5-7-: :

فرق (Freud) بين نوعين من الحداد: المرضي والسوي، في حالة الحداد المرضي يعتبر الشخص نفسه مذنباً لمسؤوليته عن الموت الذي حدث فينكره، ويعتقد أنه واقع تحت تأثير المتوفى، كما يعتبر أنه مصاب بالمرض الذي أدى إلى موته (Laplanche et Pontalis, 2009). أي أن الحاد يتثبت في إحدى مراحل الحداد، ما يؤدي إلى طول فترة عمل الحداد الذي يبدأ لكن لا ينتهي.

يوجد حداد معقد وآخر مرضي، أما المعقد فيظهر من خلال ازمان الحداد -طول فترة ظهور أعراض الحداد- دون أن يؤدي إلى مرض عقلي، عكس الحداد المرضي الذي يؤدي إلى تغيرات خطيرة في الحالة العقلية: تفكك الشخصية العصابية والذهانية، ويطور سلوكات خطيرة للشخص أو لمجتمعه (Dagonet, 2000).

يظهر الحداد المعقد في خمس مظاهر هامة وذلك بعد ستة أشهر بعد فقدان الموضوع وذلك حسب (Schmitt, 2012):

- 1- يوجد صعوبة في تقبل موت الشخص، مشاعر الشك.
- 2- الأسى، والغضب في كثير من الأحيان.
- 3- نوبة من الانفعالات المؤلمة مرفقة بحنين للشخص المتوفى والتي تظهر بشكل منتظم.

4- نجد أفكار متكررة حول الشخص المفقود، والتي تتطفل في أغلب أوقات اليوم.

5- سلوكات تجنبية لكل ما يذكر بالشخص الميت.

إجرائيا يظهر الحداد المرضي لدى الأم من خلال تثبيتها في مرحلة نفي موت جنينها، وتثبيت أعراض الصدمة لديها، وعدم وجود إشارة تنبئ ببدء عمل الإعداد العقلي.

5-8 :

عرفه (Sillamy) بأنه تطبيق منهجي لتقنيات نفسية محددة من أجل استعادة التوازن العاطفي للشخص، مجال العلاج النفسي مجال واسع يبدأ من الاضطرابات المزاجية والعصابات إلى الاضطرابات السيكوسوماتية وحتى الذهانات (Sillamy, 2003) .

أما إجرائيا فيمكننا تعريفه بأنه مجموعة الطرق والأساليب العلاجية التي سنستعملها للتكفل بالأم التي مات جنينها، لجعلها تتخطى أعراض الصدمة وتقوم بعمل الحداد في إطاره السوي.

6-

6-1- دراسة تكوك سليمان الموسومة بالتكفل النفسي بالمرأة الحامل المهدة بالإجهاض العفوي - دراسة ميدانية لثمان حالات عيادية- بجامعة وهران، هدفت الدراسة إلى معرفة تأثيرات البعد النفسي والاجتماعي والاقتصادي والثقافي والفيزيولوجي في إحداث الإجهاض، فكان التساؤل الإشكالي كالتالي:

هل للبعد النفسي والبعد الاجتماعي والبعد الاقتصادي والبعد الثقافي والبعد الفيزيولوجي تأثيرات يمكنها أن تسبب الإجهاض لدى المرأى الحامل؟

للإجابة على هذا التساؤل الإشكالي استخدم الباحث المقابلة العيادية والملاحظة العيادية واستبيان كان من تصميمه.

استخدم الباحث العلاج المعرفي السلوكي المختصر الذي تطلب مجموعة من الإجراءات في شكل ملاحق.

ليتوصل في الأخير إلى أنه لكل من الأبعاد التالية: البعد النفسي، الاجتماعي، الثقافي، الفيزيولوجي تأثيرات قوية من شأنها إحداث الإجهاض العفوي أو تقوية احتمال وقوعه (تكوك سليمان، 2014).

: تختلف دراستنا عن هذه الدراسة بشكل كلي، إذ يكمن الاختلاف في عينة الدراسة، وكذلك في الجوانب المدروسة، حيث ركز الباحث على العوامل المؤدية للإجهاض، في حين تقوم دراستنا على تسليط الضوء على الآثار التي يخلفها موت الجنين داخل الرحم وهنا كذلك يظهر الاختلاف، حيث درس الباحث في هذه الدراسة الإجهاض الذي يخلف مفهومة عن مفهوم موت الجنين داخل الرحم، كذلك يظهر الاختلاف في التقنيات المستعمل في التكفل النفسي، حيث استعمل الباحث العلاج السلوكي المختصر في حين سنستعمل في دراستنا تقنية (EMDR).

6-2- دراسة كل من ثلجة الموقف وسمية بن عائشة الموسومة بجريمة الإجهاض "الآثار النفسية لدى المرأة المجهضة" بجامعة باتنة، حيث هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن الآثار النفسية التي تخلفها جريمة الإجهاض على المرأة المجهضة.

للكشف عن ذلك طرحت الباحثتين السؤال الإشكالي التالي: ما هي الآثار التي تخلفها جريمة الإجهاض على المرأة المجهضة؟

للإجابة على هذا التساؤل الإشكالي استعملت الباحثتين المنهج الوصفي التحليلي، معتمدين على المقابلة العيادية.

ليتوصلا في الأخير إلى أن حالات العينة تأثرت بعملية الإجهاض سواء كان الإجهاض بإرادتها أو رغما عنها، وسواء كان الإجهاض بعد حمل شرعي أو بعد حمل غير شرعي، وتختلف الحالة النفسية التي تعيشها المرأة بعد الإجهاض تبعا لشخصيتها وسنها ووضعها العاطفي والعائلي والاجتماعي وعلاقتها بزوجها ومعتقداتها الدينية (ثلجة لموقف وسمية بن عائشة، 2018).

: درست الباحثتين الأثر النفسي للإجهاض كجريمة، حيث يعتبر الإجهاض انتهاء الحمل قبل الأسبوع 20، في حين تعرضت دراستنا إلى الأثر النفسي لموت

الجنين داخل الرحم الذي يختلف تماما عن الدراسة المذكورة، كما لم تتطرق الباحثين لطرق التكفل النفسي بالأثر المترتب على الإجهاض.

3-6- دراسة فقيري يونس الموسومة ببعض سمات الشخصية لدى المرأة المتعرضة للإجهاض المتكرر -دراسة عيادية من خلال تطبيق اختبار تفهم الموضوع TAT- بجامعة قاصدي مرباح ورقلة.

هدفت الدراسة إلى الإجابة على التساؤل الإشكالي التالي: ما هي أهم السمات الشخصية التي قد نجدها لدى النساء اللواتي تعرضن للإجهاض المتكرر.

للإجابة على هذا التساؤل الإشكالي استخدم الباحث المنهج العيادي، واختبار TAT. ليتوصل في الأخير إلى نتيجة مفادها أن المرأة المتعرضة للإجهاض تنسم بسمة القلق، العدوانية والاكتئاب (فقيري يونس، 2017).

: هذه الدراسة هي الأخرى لم تتعرض لموت الجنين داخل الرحم وإنما تعرضت للإجهاض الذي يختلف عن موت الجنين سواء في تعريفه أو في الآثار المترتبة عليه، كما أن الباحث لم يقدم تكفلا نفسيا لهذه الفئة.

4-6- دراسة فقيري يونس الموسومة بعلاقة سلوك النمط (أ) بقلق الموت لدى عينة من النساء المجهضات بجامعة قاصدي مرباح ورقلة، هدفت الدراسة إلى الكشف عن العلاقة بين سلوك النمط (أ) وقلق الموت لدى عينة من النساء المجهضات.

استخدم الباحث مقياس سلوك النمط (أ) لبشير معمرية ومقياس قلق الموت لبشير معمرية، وقام بمعالجة النتائج باستخدام (SPSS).

توصل الباحث إلى أن 37 بالمائة من النساء لديهن سلوك النمط (أ) مرتفع، ونسبة 28 بالمائة من النساء المجهضات لديهن مستوى مرتفع لقلق الموت، وهذا مؤشر يدل على وجود سلوك النمط (أ) وقلق الموت لدى المرأة المجهضة (فقيري يونس، 2014).

: تمحورت الدراسة حول أثر الإجهاض وليس موت الجنين داخل الرحم الذي هو موضوع دراستنا. وكذلك لم يقترح الباحث تكفلا نفسيا بهذه الفئة.

6-5- دراسة منيا سميح مصطفى حماد الموسومة بالقلق وضغوط الحياة لدى الزوجات ذوات الإجهاض المتكرر بالجامعة الإسلامية غزة، هدفت الدراسة إلى التعرف على مستوى القلق وضغوط الحياة لدى الزوجات ذوات الإجهاض المتكرر.

استعملت الباحثة مقياس القلق ومقياس ضغوط الحياة المعد من طرفها.

النتائج أشارت إلى وجود مستوى عال من ضغوط الحياة لدى العينة وأكثرها شيوعاً الضغوط المادية، وهي بالترتيب تبدأ بالضغوط المادية، الأسرية، الزوجية، الاجتماعية ثم الشخصية.

خلصت في الأخير بتوصيات من أهمها ضرورة الاهتمام بموضوع الإجهاض المتكرر والعوامل المؤثرة فيه، وإجراء أبحاث في هذا الموضوع (منيا سميح مصطفى محمود، 2012).

: ركزت الدراسة على العوامل المؤدية للإجهاض وليس الأثر المترتب عنه، في حين دراستنا تتمثل في الأثر الناتج عن عيش الأم تجربة موت الجنين داخل الرحم الذي يختلف عن الإجهاض، واقتراح تكفل نفسي يجعل هذه الأم تتخطى أعراض فقدان. وهنا تتجلى أصالة الموضوع؛ حيث تعتبر دراستنا من أولى الدراسات التي اهتمت بما يخلفه موت الجنين داخل الرحم لدى الأم على المستوى النفسي والتكفل بها في المجتمع الجزائري.

:

-1

-2

-3

-4

-5

-6

-7

-8

يعتبر الحمل حدثاً جليلاً في حياة المرأة حيث يثير لديها الكثير من المشاعر النفسية، ويحرك لديها اعتقادات وخيالات وحتى رغبات لاشعورية كامنة منذ الطفولة ويجعلها تطفو على سطح الشعور. يجعل الحمل المرأة تشعر بأنوثتها الحقة وباكتمالها، ويؤكد هويتها كما يجعلها تعيش مشاعر سارة وفي نفس الوقت مشاعر الخوف والقلق، من خلال هذا الفصل سنتعرف أكثر على هذه التجربة ومراحلها بيولوجياً وكذا مفهوم الحمل والتغيرات التي تلحق به من الناحية النفسية؛ وذلك لأن تجربة الحمل تتعدى كونها تجربة بيولوجية محضة تتلخص في اتحاد البويضة مع النطفة، حيث يعقب هذا الالتحاق انقلابات وتغيرات كبيرة على المستوى العضوي للمرأة، وذلك خلال جميع مراحل الحمل التي تتطور فيها البويضة الملقحة إلى مضغة ثم جنين إلى كونها تجربة نفسية تعيشها الأم حيث لها وقع كبير على حياة المرأة، كما أنها تتعدى الاندماج الجسدي إلى اندماج نفسي وعلاقة افتراضية مع الجنين الذي لم يولد بعد وهذا ما سنسلط عليه الضوء في هذا الفصل. ومن المعلوم أنه وفي أحيان كثيرة تتعرض الأم لما يهدد سلامتها وسلامة جنينها مما يجعلها تفقده وهو لازال في رحمها كتجربة موت الجنين داخل الرحم الذي سيتم التعرف عليه من الناحية البيولوجية في هذا الفصل والوقوف على أهم الأسباب المؤدية له.

1- :

هو المرحلة التي تسبق الميلاد؛ حيث "تبدأ من لحظة اختراق الحيوان المنوي لبويضة المرأة وتنتهي بعد مرور تسعة أشهر قمرية (270- 280 يوماً) تقريباً ما بين 38 إلى 40 أسبوعاً" (عبد الكريم قاسم، 2004: 73). كما تم تعريفه في (Larousse Medical, 2006) بأنه مجموع الظواهر التي تخص تطور المضغة إلى جنين داخل الرحم، ابتداءً من الالتحاق حتى لحظة الولادة تمتد خلال ثلاث ثلاثيات أي ما يعادل 273 يوماً من يوم الإخصاب. يمثل الحمل حالة المرأة خلال الفترة الممتدة بين الالتحاق والولادة التي تُترجم بتغيرات تحدث على مستوى الرحم والمبيض فتعشش البويضة الملقحة في التجويف الرحمي، تتطور وتصبح مضغة ثم تتخذ اسم الجنين بعد الشهر الثالث، يستمر الحمل ويتطور تحت تأثير هرمونات جنسية أنثوية تضمن نسبها المختلفة مراقبة هذه

الحالة، تعتبر فترة الحمل فترة حرجة بالنسبة للمرأة حيث تصاحبها تغيرات معقدة داخلية وخارجية، جسدية ونفسية التي تظهر تدريجياً منذ بدء الحمل حتى لحظة الولادة والتي تضمن تطور الجنين، تنحصر المظاهر الأولى للحمل في تأخر ظهور الحيض أكثر عن أسبوع من موعده الطبيعي، وظهور الغثيان والقيء. إلى جانب ظهور ضيق وآلام في الصدر، وشعور الحامل بالعصبية والتعب، وزيادة في حجم الرحم بشكل طفيف ويحدث ارتخاء في عنق الرحم الذي يكشف عنه الطبيب المختص خلال الفحص (Ould Larbi,2004)، يتم تأكيد وجود الحمل عن طريق فحص البول أو فحص الدم أو عن طريق التخطيط بالتصوير السمعي.

أما من الناحية النفسية فيُعرف الحمل بأنه الحالة النفسية الفيزيولوجية للمرأة التي تنتظر طفلاً، وهو منبع الفرح والقلق، وهو مرحلة مهمة في حياة المرأة تتخلص فيها من بعض المشاكل المتعلقة بالطفولة المرتبطة بنوع العلاقات مع أمها التي تصبح مساوية لها وهذا يتوقف على النضج العاطفي للمرأة، هذه الوضعية ترتبط بمشاعر الذنب والمنافسة (Sillamy, 2003). "تحس المرأة خلال الحمل أنها تحمل في أحشائها حياة واقعية وأنه عن طريقها ستمنح الحياة لمخلوق آخر سيكون أمامها ككائن مستقل ... كل ذلك يشكل أغنى تجربة في حياة المرأة" (هلين دوتش، 2008: 179). ومقابل هذه الانفعالات الايجابية والحماس تشعر المرأة بالدهشة والخوف كونها تحمل كائناً آخر تعتبر هي المسؤولة الوحيدة عن حمايته وسلامته.

تنقسم فترة الحمل إلى مراحل، وكل مرحلة تتميز بمظاهر نفسية حسب (Kenneth et Niswander, 1991) تمثل المرحلة الأولى من الحمل البداية الفعلية للأنوثة، تعيش الأم القلق جراء التغيرات الجسمية اللاحقة بها كخوفها من السمنة وترهل الجلد، كذلك تطراً تغيرات على علاقاتها بمحيطها، هذا فيما يخص ثلاث أشهر الأولى، أما الشهر الرابع فيتميز بظهور أولى حركات الجنين التي تجعل الأم تعتبره فرداً منفصلاً، أما في نهاية الحمل تعيش الأم حالة من الحصر، وتزيد التقلبات المزاجية على غير المعتاد والتهيج الذي يخلق توتراً بين الأم ومحيطها، تظهر لديها مخاوف بشأن صحتها وسلامة الجنين. بالإضافة إلى ذلك أشارت هلين دوتش أن شعور المرأة وخوفها من الموت خلال الولادة

يرجع إلى خوفها من فقدان جزء من ذاتها ألا وهو جنينها فهي بالولادة تخسر جزءا من أناها فهناك صوت داخلي يعارض الانفصال عن الجنين وفكرة كينونته المستقلة " ذلك الذي سيكون في ما بعد في العالم الخارجي غير الذي هو الآن. فالذي معي حاليا، هو جزء من كياني الخاص سيضيع، وسيكون هناك إنما ككائن آخر ليس مثل ذاتي، شيء ما سيتنفس برئتين أخريين، وسينبض قلبه لوحده، وسيكتب الاستقلالية بأفعاله الخاصة. أما حاليا فلا زال هو في. إنه كائن إنساني آخر مستعد لأن يكون بذاته قائما خارجا عني" (هلين دوتش، 2008: 180).

-2

:

"ينطوي الحمل على الكثير من الجهد الجسدي، فالتغيرات العضوية تستهلك الكثير من الطاقة الجسدية للمرأة الحامل. ويترافق ذلك مع تكيف نفسي، فالمرأة تحلم بدورها الجديد، وتحضر نفسها لهذا الدور، إذ تمتزج لديها مشاعر القلق والسعادة وكثيرا ما يلاحظ تغيرات قوية في مزاج الحامل، فحينما تجدها سعيدة متفائلة وأحيانا أخرى تعاني من الانقباض والقلق" (فايز قنطار، 1992: 63). لكن عموما تستقبل المرأة خبر الحمل بانفعالات ايجابية وابتهاج وانتظارات، حيث ترى (Matlin, 2007) أن الحمل يمثل الممر للرشد، فالأمومة تحمل كل معاني الدفاء، القوة، الحماية، التطور، التضحية بالذات، الإخلاص، الأمومة هي السعادة والإشباع، وهي الكمال الأقصى للمرأة كما تسمح لهذه الأخيرة باكتشاف قوتها في كونها نجحت في تقديم طفل للعالم. كما تعتبر مرحلة تطور نفسية عاطفية، الحمل بالنسبة للمرأة هو أزمة نضوج، تشبه فترة الحمل فترة المراهقة في سعة الانقلابات الجسدية والهرمونية والنفسية، "فالمراهقة مثلها مثل الحمل الذي ينطوي على عدة عوامل: هرمونية، نفسية عصبية، اجتماعية، اثنية، التي تساهم في تهيئة شعورية ولاشعورية للصراعات الكامنة سواءا الإشكالية الأوديبية، أو بصفة عامة مجموع التطورات اللبديية" (8: Dayan et al, 1999).

إذن فترة الحمل تشهد تغيرات على المستوى النفسي للأُم التي يمكن إجمالها فيما

يلي:

-1-2

:

"قد يشوش الحمل، باعتباره الانجاز الأكثر عمقا رغبات المرأة، الاتزان النفسي، جالبا علانية صراعات قديمة، كامنة إلى الآن في الظل نسبيا" (هلين دوتش، 2008: 164). وهذا ما يدعى بالنكوص؛ الذي يتمثل في إعادة إحياء العواطف الطفولية والدفاعات البدائية، حيث يذكر (Dayan et al, 1999) في مؤلفهم (Psychopathologie de la parentalité) أن سيرورة الحمل تمر بجميع مراحل النمو المبكرة حتى التكوين الأوديبي وتحديدا ما قبل الأوديبي: المرحلة الفمية مع التجارب (الخبرات) العدوانية الاتهامية والإشباع الأمن، المرحلة الشرجية تستثمر الجنين بقيمة ثمينة أو سم داخل الجسم وأخيرا القضيبية أين الطفل يمثل القضيب. يرى (Bidrind et al) أنه خلال فترة الحمل تظهر سلوكيات ووضعيات ورغبات مُمثلة للمراحل السابقة للنمو مع هيمنة ملموسة ذات ميزة فموية وشرجية متعارضة أو متجاذبة، تعتبر المرأة طفلها على أنه موضوع جديد في باطن الأنا، وذلك من خلال المرحلة النرجسية العالية خلال بداية الحمل، كما تؤكد (Deutsch) ذلك حيث تشير إلى أن التخيلات الوهمية للحمل تملأ الحياة النفسية للأولاد والبنات، منذ الطفولة الأولى، وهذه التخيلات لها طابع نمطي تماما، وتتغذى خاصة بالتحريضات المرافقة لمختلف مراحل الحياة الطفولية الغريزية. "فالمص الفموي والاستبعاد والاحتجاز والاطراح الشرجي والاعتصاب العدوانية، كل هذه التحريضات البدائية ترافق وظائف جسدية محددة. وتلعب دورا هاما في طور البيولوجي للحمل وتسيطر بجزء كبير على الديناميكية النفسية لهذه المرحلة" (هلين دوتش، 2008: 146)، أضاف (Racimir, 1978) أن الطفل يُعد مساحة لإسقاط رغبات الأم، فيأتي ليكمل أناها الخيالي، ويمكن أن يكون لدى الأم وهم نرجسي الذي يوصلها إلى نقطة الكمال، فتعيش تجربة شبه هذيانية قوية. أما (Bydlowski, 1995) فقد لاحظ أن المظهر النكوصي للأمومة يظهر في الخطاب والاستيهامات الكامنة، حيث تحل الاستيهامات النكوصية وإعادة إحياء الطفولي محل الطفل الذي لم يولد بعد ويظهر ذلك في حديث المفحوصات: الطفل الاستيهامي خلال فترة الحمل هو ما قبل التاريخ الأمومي للأم نفسها، إذن الطفل المنتظر هو مساحة للإسقاط وذلك حسب مستوى التثبيات قبل

التناسلية للأم المستقبلية، وكموضوع جزئي فإنه يرمز إلى الثدي، البراز، القضيب أو كلهم.

2-2-

:

للحمل أثر ايجابي من الناحية الاجتماعية فهو إلى جانب أنه يعزز الروابط بين الزوجين؛ يعزز كذلك روابط الزوجين الاجتماعية داخل محيطهما، بالإضافة إلى أن الحامل تحظى بالعناية من طرف أسرتها ومحيطها، وتصبح محل اهتمام، فالحمل يعزز مكانة المرأة في المجتمع، حيث تعتبر الرغبة في الحمل رغبة أي زوجين. فهي رغبة شرعية، تؤكد من خلالها المرأة قدرتها على الإنجاب، والرجل يؤكد إمكانيته على الحفاظ على اسمه والحفاظ على النوع (El Hassar, 2006)، إلا أنه وجب الإشارة إلى أن "هناك خلط بين الرغبة في الطفل والرغبة في الحمل، فالأخيرة تسعى للتحقق من الوظيفية الفيزيولوجية السليمة في قدرتها على الإنجاب، أما الرغبة في الطفل فتأخذ مدلولات مختلفة تدل وتعبر عن سجلات مختلفة" (Bruwier, 2012: 36). فالحمل السليم لا يكون دوما برهانا على الروح الأمومية والسير الملائم للحمل أو للأمومة اللاحقة قد يتمسك أيضا بقيم إيجابية جدا، لها صلة بدوافع ثانوية كالرغبة في تمتين زواج هش، أو الفخر بهذه المهمة، أو التحرر من إزمات مضجرة أخرى ... أو بطريقة متناقضة، قد يكون الحمل مرفوضا بالكامل بحيث أن حتى عناصره السلبية وأوزاره الفيزيولوجية لا يتم الإحساس بها (هلين دوتش، 2008: 155).

إن "الأمومة الجسدية والعاطفية تحقق الحل الكامل للمخلفات الانفعالية الأوديوية، لحداد ممكن للنرجسية القضيبية لجسمها وجنسها وذلك للتخلي عن التبعية المثلية المرفقة بالذنب اتجاه الوالدين وخاصة الأم" (Dolto, 2013 : 206)، إذ يعتبر الطفل تعويضا عن رغبة الأم في العضو الذكري الذي يخلفه الأوديب الأنثوي بعد إدراكها للفرق التشريحي بين الجنسين في مرحلة الخصاء وشعورها بالنقص لعدم امتلاكها إياه، فتأتي الرغبة في الطفل لتحل محل العضو الذكري، إذن هنا نتحدث عن "معادلة رمزية: قضيب = طفل" (Stern, 2011 : 173)، "يرى (Freud) أن الرغبة في الطفل هي الرغبة المحارمية في

امتلاك الأب" (Schmitt, 2012 : 12)، أما (Klein) فقد طورت الرابط بين العلاقة الطفلية بالأطفال الاستيهاميين وعلاقة الراشد بالطفل خلال الحمل، حيث ترى أن حاجة البنت الصغيرة لامتلاك أطفال ضرورية لأن الطفل وسيلة للسيطرة على القلق والتخفيف من الشعور بالذنب (الشعور بالذنب المرتبط بالهجمات الاستيهامية للبنت الصغيرة ضد ما هو داخل الجسم)، "بالنسبة لها ميلاد طفل له أكثر من دلالة لاشعورية: ما بداخل جسمها والأطفال الذين يحويهم غير معرضين للتلف أو الإصابة، أيضا أمها توجد داخلها، ضحايا هجماتها الاستيهامية، أبوها، قضيبها" (Dayan et al, 1999 : 4)، وبذلك يمكن القول أن "الطفل المنتظر هو جزء من الأم مُحاط بحب نرجسي غير محدود، وهو تجسيد للكمال وتوغل رائع في الأنا" (Deutsch, 1955 : 134).

3-2 :

ترى (هيلين دوتش، 2008) أنه خلال فترة الحمل يقل اهتمام الحامل بالميادين الخارجية مثل السابق وهذا لأن الطاقة النفسية يتم سحبها من العالم الخارجي نحو الداخل وذلك للحفاظ على النوع وخدمته. فالحمل يجعل المرأة "توجه انتباهها حول ذاتها، وتجعل من الطفل الذي لم يولد بعد امتدادا لها، والحمل هو فترة استرجاع النرجسية بامتياز، كما يمكن أن يحدث انسحابا نرجسيا، وهكذا أي كسر في هذه الاستمرارية يؤدي إلى ضعف وجرح في النرجسية" (Brewier, 2012 :44, 45). هذا الاهتمام بالانسحاب من العالم الخارجي يتحول خلال فترة الحمل نحو ذلك الجزء من أنا الأم. الذي يمثل بصورة نفسية الانقلاب البيولوجي المتجسد في الجنين. "هذا التجسد يعد الأم بطفل في المستقبل القريب، إنما ليس أيضا الطفل باعتباره أداة حب الأم. فالطفل بحد ذاته يبقى نتاجا خياليا للحياة النفسية للأم، والذي لا يختلف عن الخيالات الأخرى إلا في يقين تحققه والتاريخ المحدد لهذا التحقق" (هيلين دوتش، 2008: 158).

يرى (Dayan et al, 1999) أن الانتقال إلى الأمومة يكون مرفقا بتغيرات متناقضة في الاقتصاد النرجسي، من جهة الانتقال نحو الأمومة هو مصدر للإشباع النرجسي، لأن الأم تتقمص والديها، قوتها، سلطتها، والصفات الملاحظة والخيالية في حديثها،

من جهة أخرى المرأة يجب أن تتخلى عن كونها هي نفسها "الطفل الرائع" الذي كانت عليه. فيحصل أحيانا "نوع من ضياع الشخصية وتشتكي المرأة من عدم امتلاكها للعواطف وهذا أمر مدرك... حيث أن العالم الخارجي يصبح غير واقعي في ما يصبح العالم الداخلي مشحونا بكثافة" (هلين دوتش، 2008: 176). بالنسبة لـ (Gyotat) الحمل يظهر استيهام التوالد النرجسي الانفرادي، يتعلق الأمر بتصور توالد جسم من جسم، أين الأب المنشئ غائب، حضوره النفسي يعمل على الحد من استيهامات التوالد النرجسي، ويسمح بانفصال تدريجي مع الطفل الموسوم بالمرور من "أنا حامل" إلى "أنتظر طفلا"، الاعتراف بوجود الثالث في الوظيفة الأبوية تسمح بالمرور من "أنتظر طفلا" إلى "أنتظر طفلا مثل هذا" (Dayan et al, 1999). "ولعل الانسحاب من العالم الخارجي بطاقة عاطفية هائلة واندماجها في الطور النفسي للحمل، يؤدي إلى مظاهر مختلفة في الحياة الذاتية والعاطفية للمرأة الحامل... وتتعرف أحيانا بأن السعادة التي أحست بها خلال الحمل الأول الذي رغبت به، تفوق كثيرا مباحج الأمومة الواقعية (هلين دوتش، 2008: 175).

4-2 :

الحمل هو خليط من ردود الأفعال السارة وغير السارة حيث تتضمن الانفعالات السلبية هشاشة في الاستقرار العاطفي، الحرص على الصحة، القلق الناجم عن ردود أفعال الآخرين تنوق لرؤية بطنها يكبر والشعور بتحركات الطفل. تتراجع صورة الجسم لدى المرأة فتشعر بأنها ضخمة بدينة وقبيحة خلال حملها في حين أن لمعظم الأزواج رأي مغاير تماما وإيجابي حيث يكونون جد فخورين بالتغيرات التي تمس جسم المرأة/ تشعر المرأة بعدد كبير من الانفعالات السلبية التي غالبا ما تبرز عن طريق ردود الأفعال الجسمية كالتقيؤ والتعب (Matlin, 2007). يكبر حجمها جسديا ونفسيا، جسديا بما أضيف لها من الناحية العضوية، ونفسيا لأنها تدرك بأن كائنا جديدا مرتبطا بكيانها ويتمثل معها، ويخلق فيها احتمالات عاطفية جديدة ومستقبلا جديدا. ومن ناحية ثانية تصبح حياة المرأة ضيقة منكمشة جسديا لأن جسمها هو في خدمة شيء ما ليس هو

ذاتها، ونفسيا لأنها لا تتلقى شيئا، إنما لن تقوم إلا بالعطاء والعطاء وحده خلال كل هذه المرحلة (هيلين دوتش، 2008: 179).

بالنسبة لـ (Brewier, 2012) هناك "الجسم الحقيقي" و"الجسم المُعاش"، فالأول يدمج بين حقيقتين: جسم الأم وجسم الطفل الذي لم يولد بعد، إذن فهو جسم قابل للعمل، يضم جسما آخر، جسم الأم مُلاحظ وقابل للمس والحديث معه، وجسم الجنين قابل للرؤية، للقياس، للتقييم، وللحديث معه. أما الثاني غير مرئي يظهر التصورات الأنتوية والصورة اللاشعورية للجسم، يُعبر عن هذا الجسم عن طريق الانفعالات، الإحساسات، الإدراكات، هذا الجسم الذي يحس بالفراغ أو الامتلاء، ويشهد الخوف ويحس بالعدوان ويتألم ويتمتع هو الذي يجعل المرأة تعيش حملها. في حين تشير (هيلين دوتش) إلى أن الجنين يعيش متطفلا على الأم حيث يسمي فرنزي الجنين "بالطفيلي الملحق"، ويصبح جسد الأم مستغلا. وإذا وجدت قابلية نفسية غير كافية للحب والعطاء المازوشيين، وإذا لم يتغلب الاندماج الأمومي الحنون على معنى طفيلي لجنين، فسيكون هذا الجنين معكرا للصفو من الناحية النفسية وأحيانا من الناحية الجسدية ... فإن وجدت صعوبات نفسية في تقبل الوضعية البيولوجية، فسيحل بالجنين نفسيا ما حل به بيولوجيا أي معتد يستغل العضوية الأمومية" (هيلين دوتش، 2008: 151، 150).

2-5-

:

"قد يترافق انتظار الطفل بأكثر عواطف السعادة حيوية، وفي الوقت نفسه، قد تتنامى بلا حدود، الفكرة المازوشية عن الألم المنتظر بصورة واقعية والخطر على الحياة" (هيلين دوتش، 2008: 165). يرجع هذا التناقض الوجداني إلى مشاعر الحب والكره الموجهة لتصور الموضوع نفسه، وتضيف (Deutsch, 1955) أنه أحيانا تكون علاقة الأم العاطفية بالجنين الذي تحمله مليئة بدوافع لاشعورية مميتة وقاسية مع أنه شعوريا يُنتظر الطفل بمحبة، فالطفل يعيش متطفلا على جسد الأم الذي يصبح مستغلا، إذا كانت الأم ذو قابلية غير كافية للحب والعطاء المازوشيين، وإذا لم يتغلب الاندماج الأمومي الحنون على معنى طفيلي للجنين، فسيؤثر سلبا هذا الجنين على الجانب النفسي للمرأة. "فتكون

أحيانا علاقة الأم العاطفية بالجنين الذي تحمله ملأى بدوافع مميتة وقاسية، والتي تمكث لاشعورية، مع أنه شعوريا ينتظر الطفل بحبة. وتعتبر هذه الدوافع عن نفسها في أمزجة المرأة، في حالات نفسية وحتى ذهانية، وفي الأحلام ... دون الاستنجاد واللجوء إلى المظاهر الجسدية" (هلين دوتش، 2008: 154). أما عن أسباب هذا التناقض الوجداني فإن (Dayan et al, 1999) يرون أن الرغبة في موت الطفل تظهر في حالة بقاء المنافسة قبل التناسلية الشديدة بين الأم الشابة وأمها أو عندما تهدد الممنوعات الأوديبيية الموضوع. كما "أن نقص الحب، لأسباب خارجية أو داخلية لدى المرأة الحامل وإن لم يعوض ذلك بشيء آخر، قد تضعف إرادتها الطيبة في العطاء لدرجة أن أحاسيسها الجسدية ... قد تصبح مؤشرا للاستبعاد" (هلين دوتش، 2008: 151).

هذا الصراع الذي تعيشه الأم بين الاحتفاظ بالجنين وبين التخلص منه يتجلى في المظاهر الجسدية المتمثلة في الآلام الهضمية وفقدان الشهية والتجشؤات والقيء، كما أن اشتهاة اكلات معينة غريبة تعبر أيضا عن الصراع أو التناقض الوجداني بين التدمير والاحتفاظ بالجنين. حيث ينتج القيء المتكرر لدى المرأة الحامل عن مشاعر التقزز اتجاه الجنين والحمل؛ ويفصح الغثيان عن هذه المشاعر المكبوتة في اللاشعور منذ سنوات عديدة. ولا يتجسد التناقض الوجداني والصراع بين التدمير والاحتفاظ في مظهر القيء والغثيان بل يتعداه؛ حيث يتوجه الصراع إلى أعضاء أخرى فيظهر على شكل إسهال وإمساك. إذن فخلال فترة الحمل تعيش المرأة الحامل تجربة داخلية تترنح بين غنى لا متناه، "أنا العالم بأسره" وفقر لا متناه "أنا لا شيء" ويكون الباعث في الموقف الأول الحياة والحب الأمومي والسعادة، وفي الموقف الثاني الاكتئاب والخجل والكرهية والموت وتتأرجح الحياة العميقة للمرأة الحامل بين هذين القطبين (هلين دوتش، 2008).

-6-2

:

تعتبر (هيلين دوتش، 2008: 161) أن العلاقة بين المرأة الحامل و أمها "هي في مركز المسائل النفسية للحمل ووظيفة التناسل كلها. ولدى كثير من النساء، تتحكم درجة تبعيتهن أو استقلاليتهن النفسية عن الأم بمصير أمومتهم"، "فحتى تكون الأم قادرة على الإنجاب يجب أن يكون لديها مرجعية تصويرية للأمومة، فبالنسبة للبنات الصغيرة الرابط الأصلي بأمها هو مقوم ضروري للتوالد الأنثوي" (Bruwier, 2012: 45)، إذن يوجد رابط قوي بين الرغبة في الطفل وصورة الأم، لأن إنجاب المرأة لطفل هو تعرفها على أمها داخل ذاتها، إن الاندماج مع الأم هو عامل آخر يتعلق به سياق الحمل، فالقابلية للأمومة مرتبطة دوما بهذا الاندماج، وعلى أن المرأة الحامل يجب أن تجد تسوية سعيدة ما بين الاندماج العميق اللاشعوري مع الطفل المتوجه نحو المستقبل والاندماج مع الأم المتطلع نحو الماضي. وكلما استبعد أحد هذين الاندماجين تظهر صعوبات. ففي الحالة الأولى يصبح الجنين متطفلا معاديا، وفي الحالة الثانية تضعف قابلية المرأة للأمومة بإرادتها السيئة في تقبل اندماجها وتمائلها مع أمها (هيلين دوتش، 2008).

تعتبر (Deutsch, 1987) أن الطفل هو جزء من أناها وفي نفس الوقت يعتبر موضوعا خارجيا، من خلاله تعيد عيش كل العلاقات الموضوعية الايجابية والسلبية مع أمها. "ولكي تصبح المرأة أما يستلزم أن تقوم بتهيئة جديدة للروابط التي كانت تربطها بأمها: التقمص والمصالحة، ويعد الحمل الفرصة الأخير لهذه المصالحة" (Dayan et al, 1999: 04)، وتضيف (هيلين دوتش، 2008) أنه أحيانا يتفاقم الصراع بين الأم الحالية وأمها مسببا الإجهاض كحل لهذا الصراع بسبب التبعية للأم، حيث ترى الأم المثالية أنها هي الأم وليس أنت (أي أمها هي) معبرة بذلك على استقلاليتها، ولذلك تخفي كل ما يتعلق بحملها من أمها لكن سرعان ما تحتاج الأم وتشعر بالضعف والحاجة إلى الأم وهذا ما يخلق صراعا بين التبعية والعصيان وهنا يبلغ الصراع ذروته وعندما يقول اللاشعور ليرحل إذن أي الجنين. إذن "فالنفسية الجدة المستقبلية دور هام في سلوك ابنتها. فحمل هذه الأخيرة، يمنح أحيانا فرصة لأمها في تحقيق أمانها الخاصة المحبطة، وهكذا تعيش الأم والبنات حلما مشتركا" (هيلين دوتش، 2008: 161).

اقترح (Missonnier, 2004) مصطلح العلاقة الافتراضية بالموضوع من أجل وصف الروابط البيولوجية النفسية التي يتم إنشاؤها قبل الولادة بين من سيصبح أبا وبين ما نسميه طفلا في الداخل، هذا الأخير يتموضع في الالتقاء والتقاطع بين طفل افتراضي قبل الولادة وطفل آني بعد الولادة، هذه المواجهة الجدلية بين هاذين الأخيرين تشكل الحقيقة الأبوية البيونفسية خلال فترة الحمل. ومثلما نتحدث في التحليل النفسي عن الموضوع النموذجي للعلاقة الفمية والشرجية والتناسلية؛ فالعلاقة الافتراضية للموضوع هي الرحمية ومثل القضيب الذي يظهر عند كلا الجنسين خلال التطور اللبدي فالمحتوى الرحمي لهذه العلاقة الافتراضية كذلك يتعلق بكلا الجنسين. تسجل هذه العلاقة الافتراضية بالموضوع لدى النساء والرجال على حد سواء في سيرورة أبوية وذلك على المستوى الاستيهامي سواء كانت منجزة بيولوجيا أو لا. (Missonnier, 2004).

" إن الاندماج فيزيولوجيا وبيولوجيا بين الأم والطفل يلعب دورا كبيرا في مجمل طور الحمل، في ما يمثل هذا الاندماج من الناحية النفسية ظاهرة معقدة" (هيلين دوتش، 2008: 150). حيث تعيش الأم علاقة افتراضية بالموضوع الذي يكون مضغة ويصبح جنينا، هذه العلاقة "هي علاقة بالموضوع رحما التي تكون سابقة للعلاقة بالموضوع الفمية والشرجية ثم التناسلية...تتمثل في إنشاء رابط مشترك بيولوجي-نفسى، تقوم بتسوية بين من سيصبح أبا والطفل الداخلي، أولى العمليات هي "بناء عش" بيولوجي-نفسى، والثاني يسجل في تعشيش بيولوجي-نفسى" (Dollander, 2014 : 109, 110)، كما سبق وأن أشرنا أن (Missonnier, 2004) تناول العلاقة الافتراضية بالموضوع حيث وضح أنها تختص برابطة بيولوجية نفسية تتموضع بين "أن تصبح أما" و"الطفل الداخلي" أي المضغة ثم الجنين، تتعلق هذه العلاقة بمجموع السلوكات والعواطف والتصورات الشعورية وما قبل الشعورية واللاشعورية الموجهة للمضغة ثم الجنين، حيث تعمل على خلق توازن بين الاستثمار النرجسي والاستثمار الموضوعي، فهي سيرورة تعمل على المرور من الاستثمار النرجسي الذي يبلغ أقصاه (درجة صفر موضوعيا) إلى الظهور التدريجي للاستثمار قبل الموضوعي، وصف (Missonnier)

مختلف ملامح العلاقة الافتراضية بالموضوع "لان تصبح أما" بناءا على ثلاث ملامح نفسي للأم التي قدمها (Raphael-Leffe) فقد فرق بين: التسهيلية (La facilitante)، التنظيمية (La régulatrice)، المتناقضة (L'ambivalent)، التسهيلية التي تستثمر في العلاقة ضمنية بالموضوع تكون أساسا نرجسية موسومة بسيادة الطفل الخيالي على الطفل الحالي والاستعداد للمولود الجديد يكون ضعيفا، هنا الطفل الخيالي يكون مثالي. التنظيمية: تعتبر مرادف للهجوم الداخلي للروابط، تستثمر في علاقة ضمنية للموضوع موسومة بكره لاشعوري، الطفل يُرى كطفيلي متسلل وغير مراقب. المتناقضة: تستثمر في علاقة افتراضية للموضوع موسومة بتشابك متوازن لنزوة الحياة والموت، أي مرض جسدي في هذه الحالة خلال فترة الحمل سوءا بالنسبة للأم أو للجنين ليس عبثا.

وجب هنا أن نشير إلى الضعف الموضوعي لكيان الطفل ووجوده الذي تحدثت عليه (هلين دوتش، 2008) حيث وضحت أن الطفل لا يكون له كيان مستقل إلا بعد ولادته حيث يصرح النساء الأمميات "بأنهن يتمتعن بالطفل الآت وأنهن رغم ذلك لا يحببنه مطلقا، فكيف نحب شيئا ما لا وجود له؟ .. فعندما يشكل الطفل جزءا من العالم الخارجي وتترسخ التضحية الكبيرة يجعله كجزء من ذواتهن بكل محبة" (هلين دوتش، 2008: 178).

3-

:

"إن توقف الدورة الشهرية المترافق ببروز وتوتر في الثديين يمكن أن يكون احتمالا كبيرا لحدوث الحمل، ويمكن ملاحظة بعض الأعراض الأخرى كالغثيان والتقيؤ في الأسابيع الأولى ... وفي الشهر الرابع يمكن للحامل الشعور بحركة الجنين ثم تصبح هذه الحركة بعدها أكثر وضوحا" (فايز قنطار، 1992: 64). وفيما يلي شرح مفصل عن هذه الأعراض:

3-1 () : ويكون ذو أهمية إذا توفرت الشروط التالية:

أ- أن تكون المرأة في سن النشاط التناسلي، وهو عادة ما بين 14 سنة حتى 45

سنة.

ب- أن تكون الأنثى ذات حيض منتظم: فالأنثى تكون ذات حيض غير منتظم في السنوات القليلة التي تلي سن البلوغ، وفي السنوات القليلة التي تسبق سن اليأس.

ج- أن تكون ذات صحة جيدة: غير مصابة بأمراض مزمنة أو أمراض غدية (أحلام القواسمة، 2005: 21).

2-3 () : هي اضطرابات ناتجة عن نمو الجنين وتبدأ هذه الاضطرابات من زمن الحيض الغائب، وتستمر حتى نهاية الشهر الثالث أو الرابع تقريبا، ومن هذه الاضطرابات نجد:

أ- الغثيان: قد يكون العلامة الكبرى الدالة على بدء الحمل، ويمتاز الغثيان بأنه دائم يشد في الصباح، ويرافقه عند بعض النساء ازدياد اللعاب.

ب- القيء: ويحدث في 50 بالمائة من الحوامل ويكون في الصباح، وقد يرافقه دوار، أو يظهر أثناء الطعام أو بعده بقليل.

ج- وجود حرقة وحموضة في المعدة: يظهر في الأشهر الأولى من الحمل، وقد يغيب عند معظم الحاملات.

د- الاضطرابات النفسية: تختلف مظاهرها باختلاف النساء والعادات والثقافة، ولكنها تبدو في معظم الأحيان في عدم تقبل بعض الأطعمة، أو ميل شديد لأطعمة أخرى، قد تكون أحيانا غير عادية، فتميل الحامل إلى اشتها الصابون أو الفحم أو التراب، وقد يحدث عند الحامل تبدلات في السلوك والوظائف العقلية، التي تظهر من خلال اضطرابات عصبية، خفقان في القلب، الصداع، الدوار، أو ميل شديد إلى النوم، أو نفور من الزوج (أحلام القواسمة، 2005: 21، 22).

3-3 : بيدي الثديين تبدلات مبكرة خلال الحمل، وتكون هذه التبدلات أشد وضوحا عند الأم البكر، حيث يصبح الثدي أكثر نموا أو يزداد حجمه، ويتوتر الجلد الساتر له، ويحدث فرط حساسية في الحلمة، كما يزداد نمو غدد الثدي فتبدوا على شكل حدبات صغيرة، وتزداد كثافة الشبكة الوريدية، ويحدث ألم في الثديين خاصة عند حركة الطرفين العلويين (أحلام القواسمة، 2005: 22، 23).

4-3- : يزداد معدل نبض عضلة القلب أثناء الحمل لضخ المزيد من الدم إلى الرحم مما يزيد من الجهد المبذول من عضلة القلب لتزويد أنحاء الجسم كاملاً بالدم (Dictionnaire de la grossesse, 1987 : 79).

5-3- : حكة الجلد في جدار البطن وتغيراته والتي تنتج عن توسع جدار البطن، وقد تظهر بعض الخطوط الحمراء على جلد البطن أو الثديين. ألم الأسنان فالحمل قد يسبب نزف اللثة أو التهابها وألم في الأسنان وهذه الأعراض ناتجة عن نقص المواد الكلسية في جسم الحامل ونقص الفيتامينات وخاصة فيتامين د (Dictionnaire de la grossesse, 1987 : 80).

4- :

1-4- : يمر تطور الجنين بثلاث مراحل فيزيولوجية رئيسية إذا ما أردنا إجمالها تتمثل في: "مرحلة البذرة وتقع في الأسبوعين الأولين من الحمل، ومرحلة المضغة وتقع في الأسبوع الثالث والأسبوع الثامن من الحمل، ومرحلة الجنين وتقع في الأسبوع الثامن للحمل حتى الميلاد" (محمد عماد الدين إسماعيل، 2010: 130). أما إذا تتبعنا التطور المفصل الذي يلحق بالبويضة المخصبة وصولاً إلى مرحلة الجنين المكتمل فوجب أن نتطرق إلى المراحل التالية: (صالح حسن الداھري، 2008: 74، 75)

- : يبدأ تكوين معظم أجهزة الجسم: القلب، والكبد والجهاز الهضمي، والعصبي، والتنفسي، والبولي، وتظهر بدايات الأطراف وبدايات العينين، ويبلغ طول الجنين بعد شهر من 6 إلى 8 ملليمترات.

- : تكون الأعضاء الداخلية الأساسية قد نمت، ويتضح الشكل الأدمي للمضغة، وتتشكل الذراعان والساقان، وتصبح ملامح الوجه أكثر تحديداً، ويبدأ تكوين المخ.

- : تبدأ بداية هذا الشهر مرحلة الجنين، إذ يبلغ طوله في نهاية الشهر من 8 إلى 9 سنتيمترات، ووزنه من 28 إلى 30 غراماً، وتستمر أعضاء الجسم في النمو.

- : يبلغ طول الجنين من 15 إلى 20 سنتيمترا ويبلغ وزنه من 250 إلى 300 غرام، في هذا الشهر تتكون كل أعضاء الجنين.
- : يظهر في هذا الشهر الشعر والأظافر، ويصل الطول ما بين 25 إلى 30 سنتيمترا، والوزن 500 غرام، وتشتد حركة الجنين.
- : يتم تحريك الأطراف وتفتيح العينين، ويبدو جلد الجنين أحمر اللون متجعدا، ويصل طوله حوالي 36 سنتيمترا، ووزنه حوالي 800 غرام.
- : التغيرات النمائية للجنين في هذا الشهر كما يلي: تمام النمو، ويكون مستعدا للحياة، ويتم نمو الجهاز العصبي، والطول 38 إلى 44 سنتيمترا، والوزن من 1.1 إلى 1.6 كيلوغراما، ويكون قادرا على التنفس والبلع ويحتاج إلى البيئة ورعاية خاصة عند الولادة حتى يعيش.
- : يكاد يصبح الجنين كامل النمو ويصل إلى الوضع الذي سيولد فيه، أي رأسه إلى أسفل ورجلاه إلى أعلى.
- : في هذا الشهر يبلغ طول الجنين ما بين 48 إلى 52 سنتيمترا ووزنه ما بين 2.800 إلى 3.500 كيلوغراما ويكون رأسه مغطى بالشعر، ويستقر في أسفل بطن أمه استعدادا للخروج.

-2-4 :

-1-2-4 : تقسم فترة الحمل إلى ثلاث ثلاثيات حسب (Ould)

(Larbi, 2004):

- الثلاثي الأول (ثلاث أشهر الأولى): تكون مرحلة صعبة لأنها تتميز بعلامات التكيف، مثل: العصبية، التعب، اضطرابات هضمية (الغثيان، القيء)، في هذه الفترة يمكن أن يشهد الحمل مضاعفات لها علاقة بنوع البويضة وتموضعها، وهنا تأتي أهمية الفحص الأول لأنه يسمح بتصنيف هذا الحمل ضمن العادي أو الخطر.

- الثلاثي الثاني: يمر غالبا بشكل جيد، يظهر خلال هذه الفترة الغثيان، القيء، تعب عام، خلال الشهر الرابع والنصف تحس الأم بحركات الجنين وهذا ما يطمئنها.

- الثلاثي الثالث: الذي يرتبط بزيادة مهمة في الرحم، وقد تظهر مضاعفات خلال هذه الفترة المتمثلة في: ارتفاع ضغط الدم، تورم الساقين، زيادة السوائل، نزيف المشيمة، التي من الممكن أن تؤدي إلى موت الجنين أو موت الأم.

4-2-1 : تمر المرأة بمرحلتين وذلك حسب (عبد الفتاح دويدار، 2005: 29):

1- :

تدوم حوالي أربعة أشهر ونصف حيث نلاحظ عناصر نرجسية، خاصة افتخار المرأة لحملها لطفل، فالحمل يعتبر تأكيدا للهوية الأنثوية إذ تشعر من خلاله بالعظمة فهو يجلب لها التقدير والاحترام، ويسمح لها بتجاوز كل الصراعات الأولية والحالية المرتبطة بتصورات الأنوثة.

2- :

مرتبطة بإدراك المرأة للجنين والإحساس به من خلال حركته وضربات، تدوم طيلة النصف الثاني من فترة الحمل فهي مرتبطة بوجود كائن بداخلها، وبالتالي تكون الحامل علاقة اندماجية، إذ تشعر أنها هي وطفلها واحد حتى لحظة الميلاد.

5- :

كلاسيكيا موت الجنين يُعرف على أنه موت الجنين بعد 28 أسبوعا من انقطاع الطمث، لكن مع التقدم في رعاية الرضع، نتحدث عن موت الجنين داخل الرحم بعد 24 أسبوعا (Cabrol et al, 2005)، ذكر (Quibl et al, 2014) أن موت الجنين هو التوقف العفوي لنشاط قلب الجنين، بعد 14 أسبوعا من انقطاع الطمث كأعلى حد، هذا التوقف يمكن أن يحدث قبل بدأ المخاض وهو ما يسمى بـ (mort foetale intrepartum)، ويمكن أن يكون التوقف خلال المخاض وهذا ما يطلق عليه اسم (mort foetale intrapartum).

أما في آخر إصدار للتصنيف العالمي للأمراض الخاص بالمنظمة العالمية للصحة (OMS) تم تعريف موت الجنين داخل الرحم على أنه: كل موت قبل الطرد أو استخراج نتاج الحمل مهما كانت مدته، ووفقا لهذا التعريف فإن مفهوم موت الجنين داخل الرحم يتأكد عن طريق غياب حركة تنفس الجنين وتوقف خفقات قلبه وغياب نبضات الحبل السري أو التقلص الطوعي للعضلات بغض النظر عن عمر الحمل، التصنيف العالمي للأمراض يتحدث أن موت الجنين المبكر عندما يكون الجنين ما بين 500 غرام إلى 1000 غرام، أو بين 22 أسبوعا إلى 28 أسبوعا من انقطاع الطمث، في حين موت الجنين المتأخر، يكون وزن الجنين أكبر من 1000 غرام، وبعد 28 أسبوع من انقطاع الطمث. أمام هذه الاختلافات في التعاريف، يمكن تحديد موت الجنين داخل الرحم بعد 28 أسبوعا أو بوزن الجنين الذي يُحدد بـ 1000 غرام على الأقل، أما ما أكده لنا طبيب مختص في أمراض النساء والتوليد خاصة في البيئة الجزائرية أنه لا يمكن التحدث عن موت الجنين قبل 24 أسبوعا في بيئتنا، لأن الرعاية الصحية والظروف المحيطة تلعب دورا في تحديد موت الجنين، لأننا نتحدث عن موت الجنين عندما يكون قابلا للعيش إذا ما تمت ولادته.

6- :

حسب (Dictionnaire de gynécologie obstétrique, 1999) الأسباب يمكن أن تكون متعلقة بالأم أو بالجنين، أهمها: ارتفاع ضغط الأم، تشوه الجنين مع أو بدون شذوذ الكروموزومات، ورم خلف المشيمة (Un hématome rétroplacentaire)، التهاب مبيضي، داء السكر، رغم ذلك تبقى بعض الأسباب مجهولة في 30 بالمائة من الحالات، يتم تأكيد موت الجنين من خلال غياب نبضات القلب في التخطيط بالتصوير السمعي.

قدم (Martinek et al, 2006) تصنيفا خاصا بـ (Fretts et al) والذي انطوى على أهم الأسباب التي تؤدي إلى موت الجنين داخل الرحم وهي:

1- تشوه خلقي وكروموزومي: التشوهات الكروموزومية والمورفولوجية يحتمل أن تكون قاتلة ولها الأولوية هرميا مقارنة بباقي الأسباب.

- 2- العدوى: الموت مع أدلة وجود عدوى جنينية و/أو (histopathologie) مشيمية إيجابية. هذا مع وجود أو عدم وجود عدوى لدى الأم.
 - 3- (allo- immunisation): عدد غير عادي وغير منتظم من الأجسام المضادة للأم مع (érythroïèse fœtale) مفرطة.
 - 4- تأخر النمو داخل الرحم مع أو بدون ارتفاع ضغط الدم لدى الأم.
 - 5- التفكك المشيمي: موت داخل الرحم مرتبط بنزيف رحمي قبل الولادة أو ورم دموي خلف المشيمة.
 - 6- الاختناق أثناء الولادة.
 - 7- إصابة الأم بمرض السكري -سواءا كانت تعاني منه قبل الحمل أو مرض السكري المتعلق بالحمل-.
 - 8- تسمم الحمل.
 - 9- أسباب أخرى: هبوط الحبل السري قبل رأس الجنين، نزيف جنيني، صدمات يمكن إثباتها عن طريق التشريح
- يرى (Cabrol et al, 2003) أن معرفة الوالدين للأسباب التي جعلت الجنين يموت يسمح بتسهيل عملية الحداد، والحد من مشاعر الذنب -التي يوجهها الآباء لأنفسهم، حيث يرون أنهم السبب وراء موت الجنين-. حيث تتمثل أهم الأسباب فيما يلي:

1-6 :

- 1- مرض السكري: الذي يعني عدم انتظام نسبة السكر في الدم، والتي يتحكم فيها هرمون الأنسولين، وللسكر نوعان: نوع لا يستطيع فيه الجسم إفراز كمية كبيرة من الأنسولين للسيطرة على نسبة السكر الموجودة في الدم، والنوع الثاني هو أن الأنسولين الذي ينتج لا يستعمل بكفاءة في الجسم وهذا هو النوع الذي يحدث في الحمل، والسكر الذي يحدث خلال الحمل لا يشكل خطورة، ومعظم السيدات لا يشكون من أعراضه، ولكن يجب متابعته والسيطرة عليه لأنه قد يشكل خطورة على الجنين فيوادي بحياته.

2- أمراض المناعة الذاتية (Auto-immune).

3- تسمم الحمل -هذا المرض هو عبارة عن ارتفاع في ضغط الدم، تورم بالعينين واليدين، نسبة عالية من الزلال في البول، زيادة في الوزن نتيجة احتجاز السوائل بالجسم، ويحدث التسمم بعد الأسبوع العشرين من الحمل، وهو خطير إذا ترك بدون علاج وقد يحدث نتيجة سموم في دم الأم، يؤدي هذا إلى نقص الأكسجين والتغذية الواصلة من المشيمة إلى الجنين مما يؤدي إلى تأخر نمو الجنين وموته في بعض الأحيان.-.

4- الصدمات -التي تتعرض لها الأم والتي من الممكن أن تؤدي لموت الجنين.-.

5- نقص الأكسجين الحاد -ورم خلف المشيمة (Hématome rétroplacentaire)، انسداد المشيمة، الحوادث المتعلقة بالحبل السري: من المعروف أن المشيمة تقوم بنقل الأكسجين و الغذاء للجنين من خلال الدورة الدموية، فأى خلل في تموضعها يؤدي إلى نقص الأكسجين للجنين مما يؤدي إلى موته في الكثير من الأحيان.-.

6- نقص الأكسجين المزمن في الأنسجة.

2-6 : (Cabrol et al, 2003)

1- شذوذ في الكروموزومات -وتشوهات جينية وهذا يعني أن عضوا من أعضاء الجنين تكون غير نامية بشكل طبيعي.-.

2- تشوه جنيني.

3- الالتهاب -الذي يصيب الجنين والذي يؤدي إلى موته في كثير من الأحيان.-.

4- الأمراض الانحلالية المناعية أو غير المناعية.

5- نزيف (foetomaternelle, foetofetale, intrafoetal).

6- التخثر الوعائي، سبب أبيض، سبب ورمي.

كما سبق وتم الإشارة إلى أن معرفة الوالدين الأسباب الحقيقية وراء موت الجنين يخفف من حدة الشعور بتأنيب الضمير ويمكن ذلك من خلال فحص طبي وتحاليل تخصص

الأم والجنين الميت على حد سواء والتي حددها (Martinek et al, 2006) في دراسة أجراها هو وزملاؤه تحت عنوان (prise en charge de la mort in utero : quel bilan proposer ?) فيما يلي:

:

(groupe sanguin) فصيلة الدم

(AC irréguliers) الأجسام المضادة

(FSC formule senguine complète).

(Crase : PTT temps de thromboplastine partiel. TP temps de thromboplastine. fibrinogène)

(Glucose) نسبة السكر في الدم.

(Urée).

(Créatinine).

(ASAT : aspatate amino transferase).

(ALAT : alanine amino transferase).

(LDH : lactate déshydrogénas).

(Palc : phosphatase alcaline).

(TSH, T4 libre).

(ANA ; anti corps anti nucléaires).

(AC anti –Ro).

(ACLA : anticorps anti cardiolipines).

(AL : anticorps anti lupique).

(Sérologie : CMV, Rubéole, Parvovirus B19, VDRL venereal disease
.research laboratory, Chlamydia)

في حالة الحمى: (Hémocultures) .

:

- تشريح الجثة.

- تشريح المشيمة.

- بحث بكتيري وفيروسي: (LA+ espace amnio-choriale) .

- (Babygramme : radiographie foetale) .

- (IRM) في حالة رفض التشريح.

-7

:

حدد (Quibl et al, 2014) عوامل الخطر التالية:

1- وزن المرأة: وزن المرأة الكبير والسمنة له الأثر الكبير في موت الجنين.

2- تناول الأم للتبغ خاصة في بداية الحمل يعتبر من عوامل الخطر المرتبطة بموت

الجنين.

3- سن الأم: إذا تجاوز سن المرأة 35 سنة فإن هذا يزيد من احتمالية موت الجنين

قبل المخاض أو خلاله، وإذا ما كان سن المرأة أقل من 20 سنة فإن هناك خطر موت

الجنين داخل الرحم.

4- الولادة الأولى، والولادات المتكررة.

5- المستوى الاقتصادي والاجتماعي للأم -المتدني-، والمستوى الدراسي المتدني

أقل من 10 سنوات دراسة.

6- ما تستهلكه الأم: حيث تم إثبات أن هناك علاقة بين تناول القهوة وخطر موت الجنين في دراسة واحدة، وأن استهلاك الأم المفرط للكحول يؤدي إلى خطر موت الجنين.

7- ارتفاع الضغط الدموي للأم سواء كان مزمن، أو خلال فترة الحمل فقد، هو عامل خطر مرتبط بمضاعفات الأوعية للأم من نوع (prééclampsie)، والجنين من نوع تأخير نمو الجنين داخل الرحم.

8- الوزن الصغير للجنين، تأخر نمو الجنين داخل الرحم.

9- السوابق الخاصة بالتوليد، موت أجنة من قبل، الولادة المبكرة (ولادة الخدج)، والولادة القيصرية.

10- تأخر الولادة أكثر من 294 يوما يكون متبوعا بمرض الجنين والأم.

11- ورم خلف المشيمة.

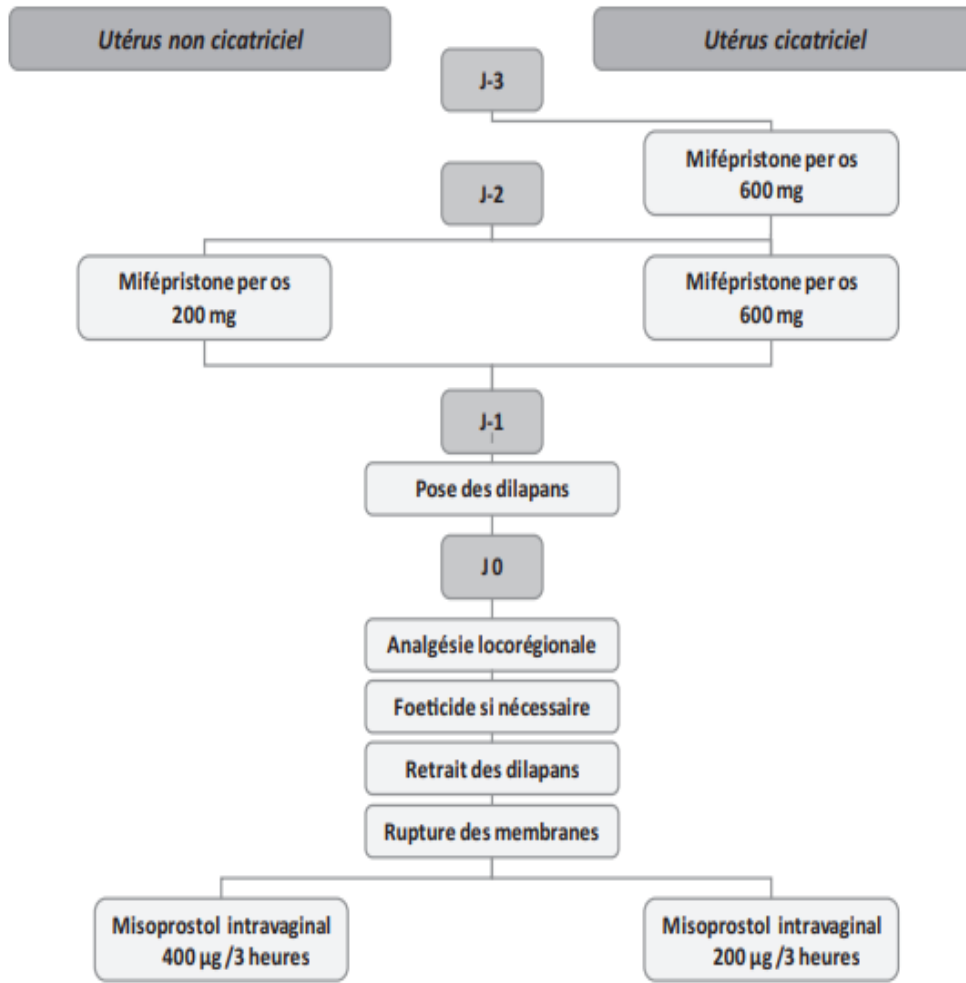
12- سن الأب الذي يفوق 50 سنة.

13- انعدام المتابعة الصحية قبل الولادة أي خلال فترة الحمل.

8-

:

أمام خبر موت الجنين، تكون الأم غير قادرة على استيعاب الحدث، وبأنها تحمل في رحمها جنينا ميتا، هذا ما يجعلها في حيرة من أمرها في تقرير كيفية إخلاء الرحم، فهي أمام خيار انتظار أيام حتى تتم الولادة بشكل طبيعيا، حيث يقذف الرحم الجنين الميت، أو أمام خيار الولادة المحرصة، حيث يُفضل إثارة المخاض لإخراج الجنين الميت وذلك للتقليل من خطر النزيف والالتهاب، ولتسهيل الدراسة المرضية للجنين والمشيمة، ومن أجل تقليص صدمة (المرأة التابوت)، فيتم إخلاء الرحم عن طريق وسائل صيدلية وذلك باستعمال أدوية تحضر عنق الرحم وتعجيل المخاض فنتم الولادة بشكل طبيعي، أو عن طريق التدخل الجراحي وذلك في حالة وجود مضاعفات نزيفية (Cabrol et al, 2003).



بروتوكول إطلاق الموت الجنيني داخل الرحم الانقطاعات الطبية للحمل (Gitz et al, 2011 : 7).

من خلال ما سبق يتضح أن الحمل إلى جانب كونه ظاهرة فيزيولوجية يعتبر تجربة نفسية فريدة من نوعها تجعل المرأة تعيش مجموعة من المشاعر والانفعالات الممزوجة بين الفرح والقلق والخوف. يمثل أزمة نفسية عاطفية تعيشها الأم مماثلة لأزمة المراهقة، وذلك لما يتخللها من تغيرات جسدية، هرمونية، اجتماعية، وأخرى نفسية، خلالها تقوم الأم بإعادة إحياء صراعات كامنة ترجع للمراحل البدائية قبل التناسلية والأوديبية في حياتها، تعتبر كذلك فترة الحمل فرصة لمصالحة المرأة الحامل بأمها وحل الصراعات التي تخص ذلك، بالإضافة إلى أن الحمل يجعل المرأة تسترجع نرجسيتها وتعززها، حيث تعتبر جنينها امتدادا لها، فالانقطاع في سيرورة الحمل بموت الجنين يؤدي إلى

انقطاع في هذه الاستمرارية، مما يُخلف جرحاً نرجسياً لها، ويجعل تجربة الحمل تجربة مؤلمة ومهددة للسلامة النفسية بعدما كانت تجربة تحقق الإشباع والرضا النفسي..

:

-1

-2

-3

-4

-5

-6

-7

-8

-9

تطرقنا في الفصل السابق "الحمل وموت الجنين" إلى ما تحمله تجربة الحمل من معاني ايجابية للمرأة سواء كانت شعورية أو لا شعورية، كما رأينا أن الجنين حتى وقبل ولادته يعتبر جزءا من ذات الأم وتكمله لجسدها وجزءا من أناها لذلك تبذل قصارى جهدها لحمايته، كونها تشعر أنها المسؤولة الأولى والوحيدة على سلامته، لكن يحدث أن تتوقف سيرورة الحمل معلنة عن موت الجنين داخل رحم أمه، فتعيش الأم جراء ذلك مشاعر الغضب والحزن ممزوجة بمشاعر الذنب، فتتقلب تجربة الحمل من تجربة باعثة للسعادة إلى تجربة مؤلمة وصادمة، لذلك سنحاول في هذا الفصل تسليط الضوء على مفهوم الصدمة عامة حتى يتسنى لنا فهم معاش الأم الفاقدة لجنينها.

-1

:

ظهر مصطلح الصدمة في نهاية القرن 19، "مصطلح (Traumatisme) مشتق من الكلمة اليونانية (Trauma) والتي تعني الجرح. في الطب تعرف على أنها انتقال صدمة ميكانيكية التي يمارسها عامل مادي خارجي على جزء من الجسم فتسبب له جرحا أو كدمة (Josse, 2011)، استعمل (Freud) مصطلح الصدمة النفسية للدلالة على صدمة عنيفة غير متوقعة مرفقة بهلع وهذا في حالة مواجهة الفرد لحقيقة الموت، حيث لا يحضر القلق ولا الضغط خلال تلك اللحظة وإنما يوجد "البياض"، والفراغ مع غياب الكلام بدون القدرة على التعبير، وتسود حالة من الجماد، هنا المصطلح الوحيد الذي يُعبر عن هذه الحالة هو الهلع. أمام حالة عدم تمثيل الموت للفرد، وعدم القدرة على رؤية حديث يحدد هذه المواجهة مع الموت، تمثل الصدمة النفسية كسرا حقيقيا داخل الجهاز النفسي للفرد، وقوة المواجهة مع الحقيقة ينتج عنها انقطاع مفاجئ وحقيقي لمهام الأنا، ينهار خلالها الفرد (De Clercq et Lebigot, 2001). إذن الصدمة بالنسبة لـ (Freud) هي عجز الفرد عن الاستجابة الملائمة إزاء الاثارات التي يستقبلها الأنا والتي تفوق قدرته على تحويلها وربطها والتحكم فيها وقت وقوع الحدث بسبب فجائية الحدث وشدته، وهذا ما ينتج اختلال في الجهاز النفسي وعدم توازن نظامه. كما نجده سنة 1920 في كتابه (Au-delà du principe de plaisir) وضع التجربة الصادمة كتعبير عن نزوة الموت، التي تهدف إلى استعادة الثبات الأولي (Kuchehoff, 2006).

يهدد الحدث الصدمي سلامة وحياء الفرد المتعرض للصدمة، مما يؤدي إلى خلق أعراض نفسية وجسدية ناتجة عن قوة الحدث وفجائيته. يظهر أثر الصدمة من خلال مظاهر التكرار الصدمي المرتبط بالكوابيس المتكررة، وحالة استنفار دائم، مع رد فعل مفاجئ وكف، كما أن الاجتياح المفاجئ للآثار يمكن أن يؤدي إلى تفجير ذهاني (Vallet, 2009: 162, 165)، قد تكون هذه الأعراض مؤقتة وقد ترافق الفرد طوال حياته. في حين عرف (Lebigot, 2005) الصدمة بأنها جرح عاطفي عميق الذي يمكننا أن نراه في الأشخاص الناجين من الموت. أما (Louis Crocq) فعرفها على أنها ظاهرة كسر نفسي، حيث تتجاوز الآثار العنيفة الدفاعات جراء حدوث اعتداء أو تهديد لحياء الفرد أو سلامته النفسية أو الجسدية، الذي يكون كضحية أو كشاهد (Josse, 2011). أما (Sillamy, 2003) فقد عرفها بأنها صدمة عنيفة تؤدي إلى ظهور اضطرابات جسدية ونفسية، تكون ناتجة في كثير من الأحيان عن انفعال شديد أو صدمة دماغية ناتجة عن حادث مرور أو كارثة مفاجئة والتي تحدث مجموعة من الاضطرابات النفسية التي تكون في الأغلب دائمة. كما تم تعريفها بأنها حدث في حياة الشخص، يتحدد بشدته وبالعجز الذي يجد الشخص فيه نفسه عن الاستجابة الملائمة حياله، وبما يثيره في التنظيم النفسي من اضطراب وأثار دائمة مولدة للمرض. تتصف الصدمة من الناحية الاقتصادية بفيض من الإثارات تكون مفرطة، بالنسبة لطاقة الشخص على الاحتمال وبالنسبة لكفاءته في السيطرة على هذه الإثارات وارسانها نفسياً (جان لابانش وج.ب. بونتايس، 1985: 300).

إذن فالصدمة تنتج عن حدث مفاجئ يجعل الفرد يواجه حقيقة الموت، مما يحدث كسراً في الجهاز النفسي، فتظهر الأعراض النفسية والجسدية ناتجة عن عدم قدرة الأنا على ارسان الكم الهائل من الآثار الناتجة عن الحدث الصدمي.

وضح (Lebigot, 2005) شروط الصدمة: فرأى أن رسوخ صورة الموت يتم في الحالات التالية:

- إذا ما هددت صورة الموت حياة الفرد نفسه، واعتقد بأنه سيموت.
 - إدراك حقيقة الموت من خلال موت شخص آخر، وهذا ما يحدث غالبا أين يلعب فيها عنصر المفاجأة دوره.
 - لدى الأشخاص الذين شاركوا في موت البعض، وهنا كذلك عنصر الفجائية يلعب دوره في سجل آخر؛ حيث تختلف حقيقة الموت عن ما كان متوقعا في الخيال.
- كما أشار إلى أن "الصدمة عن طريق الوكالة غير موجودة" (Lebigot, 2005: 17)، حيث أن الصور المرعبة أو القصص المرعبة لا يمكن أن تكون أصلا لكسر صدمي، فما يروى عن طريق الكلام أو ما يشاهد عن طريق الشاشة لا يمثلون حقيقة الموت بل ليسو إلا وسائل، أعطى (Lebigot) مثلا على مضيعة طيران عاشت تجربة صدمية، فظهر لدى صديقتها التي تعيش معها كوابيس التي في الحقيقة ما هي إلا أحلام قلق "وتركيبات استهامية لها علاقة بالروابط التي توجد بين المرأتين، التركيبيات الاستهامية تعيد بناء المشهد انطلاقا من تصورات ولكنها لا تنص على صور حقيقية" (Lebigot, 2005: 17)، كذلك الأم التي يصلها خبر موت ابنها في حادث يمكن أن يظهر لديها اضطرابات نفسية شديدة جراء ذلك، لكن ليست ذات طبيعة صدمية، حتى ولو جاء موت ابنها في ظروف صعبة، "فهنا لا يوجد كسر وإنما اختبار الجهاز النفسي عن طريق تكوينات استهامية" (Lebigot, 2005: 17). لكن هذا يختلف عن ما ورد في (DSM5) حيث أن البند (أ) ينص على أن التعرض للموت الفعلي أو التهديد بالموت يكون عن طريق المعرفة بوقوع الحدث الصدمي 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 مفاجئا، فهذا البند ينفي ما جاء به (Lebigot) في ما أسماه الصدمة عن طريق وكالة.

أشار (Lebigot, 2005) إلى أن كل أعضاء الحس يمكن أن تكون أصلا للصدمة، النظر، السمع، الشم (رائحة الجثث)، اللمس، الذوق، الإحساسات. لكن يعتبر النظر هو طريق الكسر بامتياز، لأن في الغالب المشاهد البصرية هي التي تشكل محتويات متلازمة التكرار.

وجب الإشارة إلى تعريف الحدث الصدمي، حيث يرى (Josse, 2011) أنه بالنسبة للبالغ الصدمة مرتبطة بوضعية أين الفرد يواجه الموت أو تهديد بالموت، أو جروح بالغة، عنف جنسي أو خطر مثل هذا الاعتداء. وبالتالي فإن هذا الحدث يشكل تهديدا لحياة الفرد حيث ينتج عنه موت محقق أو محتمل أو يشكل تهديدا للحياة الجسدية أو حتى العقلية أو جميعها معا لشخص أو لمجموعة من الأشخاص. ينتج عن هذا الحدث خوف شديد وشعور بالعجز والرعب. كما تختلف طبيعة الحدث الصدمي، إذ يمكن أن يكون ذو أصل طبيعي مثل الكوارث المناخية، الفيضانات، الكوارث الجيولوجية مثل الزلازل، الكوارث البيولوجية مثل الحصبة، الكوليرا. كما يمكن أن يكون ذو أصل إنساني يتمثل في الاعتداءات الجنسية مثل زنا المحارم، الاغتصاب، العنف الجنسي، والاعتداءات الجسدية والاعتداءات بين شخصية، كذلك يمكن أن يكون عبارة عن عنف نفسي أو تقاليد وممارسات مثل التشويه الجنسي كقطع البظر، إلي جانب الحوادث المنزلية، حوادث الطريق، الأخطاء الطبية.

وضح (Lebigot, 2005) الفرق بين مصطلح الضغط والصدمة، على الرغم من أن كليهما يصفان كل حدث مؤلم يكون الفرد مجبرا على معاشته والذي يترتب عليه تخريب حياة الفرد ووجوده ويخل بانفعالاته، وتمت الإشارة إلى تشابه المصطلحين في (DSM 4)، إلا أن الواقع العيادي يفند ذلك، بغض النظر عن كونهما ظاهرتين نفسييتين تترافقان غالبا عند تعرض الفرد للموت؛ حيث تعتبر معاناة الصدمة أكثر عمقا وأكثر ديمومة من المعاناة التي يخلفها الضغط الذي يعتبر كرد فعل فيزيولوجي طبيعي للفرد تعرض لاعتداء، تهديد، وضعية غير متوقعة. رد الفعل هذا يمس في نفس الوقت المجال السيكوماتي، النفسي والحركي، وله علاقة مع المسبب للضغط فمتي ما اختفى هذا الأخير اختفى الضغط.

-2

:

تم تصنيف الصدمات حسب (Terr) إلى نوعين: (Josse , 2011)

I: الناجمة عن حدث واحد فقط محدد زمنياً، له بداية واضحة

ونهاية واضحة.

II: الناجمة عن تكرر حدوث الحدث الصدمي الذي يعتبر أصل

الاضطراب، فيكون حاضراً باستمرار أو يهدد بإعادة إنتاجه في أي وقت لفترة زمنية طويلة.

أما بالنسبة لـ (Solomon et Heide) فقد حددوا فئة ثالثة من الصدمات وهي:

III: يمثل هذا النوع من الصدمات نتائج الأحداث العنيفة المتعددة

التي يتعرض لها الفرد في سن مبكر، والتي تستمر لفترة طويلة.

في حين نجد (Herman) قد صنف الصدمات لفئتين:

: تعادل الصدمات من الصنف I سألقة الذكر.

: تشير إلى نتيجة الخضوع المزمن للعنف من شخص أو مجموعة

من الأشخاص، في هذه الوضعيات، الضحية يبقى تحت سلطة المعتدي وتحت حكمه وغير قادر على الهروب منه لمدة طويلة تمتد إلى أشهر، بل حتى إلى سنوات.

كما تم تصنيفها كذلك إلى صدمات مباشرة وأخرى غير مباشرة:

: يكون الفرد في مواجهة مباشرة مع الرعب، والشعور الوشيك

بالموت، إما تكون الحالة هي الفاعل نفسه الذي قام بالاعتداء أو الشاهد علي الاعتداء أو التهديد المفاجئ الذي عرض حياة هذا الأخير للخطر أو سلامته الجسدية والنفسية أو سلامة الآخرين.

: غالبا ما يكون أثر الصدمة موجودا لكن دون وجود

الإصابة وتنقسم إلي قسمين:

: تعرف الصدمة غير مباشرة كمعاناة خاصة تعاش من طرف أشخاص

لهم علاقة وثيقة بالفرد أو مجموعة الأفراد الذين تعرضوا للصدمة.

: خلال نهاية السنوات الستين لاحظ العاملون في الصحة

النفسية ظهور أعراض صدمية مثل الاضطرابات الاكتئابية، ردود أفعال هلعية، خوف

غير مبرر، انطباع بالتهديد بالموت، مشاعر عدم الأمان وقلق الانفصال لدى أطفال

الناجين من المحرقة الذين ولدوا بعد الحرب.

3-

ردود الأفعال الخاصة بالصدمة يمكن أن تكون فورية كما يمكن أن تستغرق ساعات

أو أيام للظهور أو تمتد على مدى فترة طويلة. غياب الآثار المباشرة يمكن أن يكون

مؤقتا، ليس استثنائيا أن تظهر أعراض حادة في الساعات التي تلي العودة إلى منطقة

الأمان أو العودة إلى العائلة (De Clercq et Lebigot, 2001). فتظهر اضطرابات بسيطة

كاضطرابات المزاج والحصص كأثر رجعي، بالإضافة إلى ذلك يمكن أن نسجل شعورا

بالإحساس والارتياح لدى الفرد لنجاته من الموت، يكون متبوعا بهيجان بسيط مرفوقا

بقليل من القلق الذي ينجلي بسرعة دون ترك أثر على المدى القصير أو المتوسط

(Lebigot, 2005).

: يغمر القلق الفرد المتعرض للصدمة فورا بعد الحدث، هذه

3-1-

الحالة الانفعالية الشديدة يمكن أن تسبب هلعا لا يمكن السيطرة عليه. تقدم حالات الحصر

تحت شكلين حسب (Lebigot, 2005):

- حالة هيجان: تختلف في الشدة بمعنى هيجان غير منتظم في الشدة والثبات مع

ثرثرة، صراخ، وتكون مرفوقة غالبا مع مظاهر عصبية نمائية المتمثلة في الارتجاج،

التعرق وسرعة في ضربات القلب.

- حالة كف: عكس الحالة الأولى، حيث يرغب الفرد في الصمت ويظهر لديه كف حركي، شحوب الوجه، يتكون لديه انطباع أنه يعيش في عالم آخر، وهذا ما يعطي الفرد حافظاً لارتكاب أعمال بشكل تلقائي. بالإضافة إلى الشرود، اضطرابات شديدة في الانتباه والذاكرة والتركيز (De Clercq et Lebigot, 2001).

2-3 : وهي نادرة في وقتنا الحالي، كل الأعضاء الحسية ممكن أن تتضرر، فيمكن أن يظهر لدى الفرد المتعرض لحدث صدمي شلل حركي، عمى، بكم. والعضو المتضرر تكون له علاقة مع الحدث الصدمي (Lebigot, 2005).

3-3 : ظهرت لدى العساكر في الحرب العالمية الثانية؛ حيث تعتبر طريقة مميزة للتعبير عن القلق. تظهر هذه الأعراض في شكل اضطرابات على المستوى الجسدي: القرحة المعدية، ارتفاع الضغط الشرياني، مرض السكري، أمراض تصيب الغدة الدرقية، مظاهر جلدية وهي الشائعة حالياً وتعرف بمقاومتها للعلاج، كذلك يمكن ملاحظة سقوط الشعر، وانخفاض في الوزن، كما يعتبر مرض السرطان من الأمراض السيكوسوماتية التي من الممكن أن تخلفها الصدمة (Lebigot, 2005).

4-3 : نادرة لكنها تتطلب تكفلاً مستعجلاً يكون طبي في المستشفى (De Clercq et Lebigot, 2001). اضطرابات على مستوى الوعي مع تبدد الشخصية، تبدد الواقع، اضطراب التوجه الزماني والمكاني، ترجع حالات التفكك هذه عن ظاهرتين:

- ناتجة عن القلق الناتج عن امتزاج الضغط والصدمة التي تصل إلى مستوى يؤدي إلى انهيار كامل للوعي، وهذا ما تم ملاحظته من تسونامي 2004.
- استمرار الرعب؛ فالفرد لا يستطيع الخروج من المشهد الصادم الذي يعيشه بطريقة هلوسية خلال عدة أيام (Lebigot, 2005).

5-3 : تظهر عموماً في سياق خاص أين الشخص قبل تعرضه للحدث الصدمي يشعر بعدم تأكيد هويته؛ فيأتي الموت ليتحكم فيه، وأول الاضطرابات التي تظهر وتكون آنية، هي الشك، الحيرة، تساؤلات حول نوايا المحيطين

به، أما الهذيان فيأخذ أياما لبنائه، وغالبا ما تظهر "البرانويا" (De Clercq et Lebigot, 2001).

3-6- - : تظهر عموما في سياق أين الحدث الصدمي يستدعى باستمرار في وعي الفرد، الكوابيس تظهر غالبا في الليالي الأولى، وإعادة الإحياء بالنسبة للنهار (Lebigot , 2005). "القلق هنا حاضر كهالة حول تأثير صورة الانعدام -العدم-" (97: De Clercq et Lebigot, 2001)، يكون الفرد الناجي من الموت في حالة بلادة، يبقى حبيسا في المشهد الصدمي الذي شهده هو فقط، تتوقف بالنسبة له الوظائف الحياتية للعالم الخارجي، كما يستقبل مثيرات العالم الخارجي وكأنها تمر بمصفاة أو تغيب بشكل كلي، الحقيقة الوحيدة التي يواجهها هي واقع الحدث الذي يواصل هذا الأخير جريانه (حدثه) أمامه (De Clercq et Lebigot, 2001). تتطور هذه الأعراض إما لشفاء تلقائي أو نحو مرحلة كمون لعصاب صدمة حقيقي، أو نحو تثبيت فوري لعصاب الصدمة (Lebigot , 2005).

3-7- : يمكن أن يظهر الاكتئاب على شكل سوداوية وسلوك انتحاري، الأمر الذي تحدده الخسائر الناجمة عن الحدث الصدمي. وهنا أشار كل من (De Clercq et Lebigot, 2001) أن حالة الاكتئاب تظهر بشكل تدريجي إلا إذا نجم عن الحدث فقدان موضوعي أو نرجسي (كفقدان أحد المقربين، جزء من الجسد، فقدان على المستوى المثالي، فقدان مال) فتكون فورية.

قد يحدث أن هذه الحالة من الاكتئاب تأتي تحت تهيج مزاجي مع نشوة تدفع الفرد لأفعال ذات بعد انتحاري. كما أظهرت الدراسات أن الاكتئاب الذي يظهر مباشرة بعد الصدمة يعتبر مؤشرا جيدا على حدوث اضطراب ما بعد الصدمة (Lebigot , 2005).

3-8- : يمكن للصدمة أن تفجر ذهانا مزمنا، فصامي أو برانوي لأفراد لديهم بنية ذهانية لكن كانوا يعيشون حياة عادية (Lebigot , 2005)، وهذا ما عبر عنه (De Clercq et Lebigot) بعبارة " الصدمة تحيل الفرد إلى الأصل" (98; 2001) .

يمكن أن يكون هذا الانفجار مفاجئاً مع ظهور ذهان هذيانى حاد، أو يتطور تدريجياً عن طريق تثبيت بطيء وتدرجى لفكر هذيانى؛ بحيث تكون الأعراض مشابهة لعصاب الصدمة الشديده (Lebigot , 2005).

(De Clercq et Lebigot, 2001) :

-9-3

- تخترق الصورة الصدمية التي تمثل تهديداً داخلياً دائماً الجهاز النفسى دون أن تجد تصوراً يستقبلها حتى تصل إلى عدم الأصل (Le néant de l'originare) في هذه اللحظة يشعر الفرد بأنه ترك عالم الكائنات الناطقة، فيشعر الفرد بالعار والهجر من طرف اللغة وحتى الأحياء، وبالتالي يظهر الفرد حقد اتجاه المقربين، سرعة انفعال، انسحاب عدوانى نحو الذات، وهذا ناتج عن الكسر الصدمى بسبب تخطى الصورة الصدمية حاجز الكبت الأصلي، وكأن الفرد يرجع إلى العالم قبل موضوعى، كما يظهر الشعور بالذنب الناتج عن هذا النكوص العميق، ومعاش اكتئابى مع ظهور متلازمة التكرار.

- يشعر الفرد بالتهديد الداخلى، حيث يشعر أن الموت حاضر فى كل مكان وفى آن واحد، فبالنتالى لا يشعر بالأمان أينما حل ويفضل البقاء فى المنزل ويرفض مغادرته، يعتبر هذا كتعبير عن نهاية وهم الخلود؛ لذلك البعض يعيش وكأنه ميت أو خيال.

- يفقد الفرد القدرة على الحب، لأن اللقاء مع الموضوع المفقود يشل الرغبة.

- الشعور بالذنب: لا يكون دائماً شعورياً وغالباً ما تتم عقلنته.

- يظهر الانسحاب العدوانى نحو الذات، والفوبيا ومشاعر الهجران، الناتجة عن شعور الفرد بأنه يحمل وصمة عار ويرغب فى إخفائها، كما يظهر جلياً سوء فهم المحيطين له، فى هذا الصدد يقول (Marcello Vinar): "ليس فقط القلب والنفس تجرح، بل كذلك الشعور بالانتماء للجنس البشرى" (De Clercq et Lebigot, 2001 :100).

- 4-** :
- 1-4-** : تم التطرق إلى الجدول العيادي الخاص به حسب (DSM 4,5)، في حين يستعمل الطب العقلي الفرنسي مصطلح العصاب الصدمي للدلالة على نفس الأعراض مستنديين في تفسيرها على النظرية التحليلية، في حين اعتمد الدليل العالمي التشخيصي على نظرية بيوفيزيولوجية: نظرية الضغط وحذف مصطلح عصاب الصدمة الذي سيأتي ذكره لاحقاً.
- 2-4-** : تظهر الاضطرابات الحصرية خلال الأسابيع الأولى بعد الصدمة، إلا أنها ممكن أن تمتد حتى سنتين بعد الحدث
- 3-4-** : تتمثل في معاناة رهابية مركزة حول نتائج الصدمة التي هي أصل السلوكيات التجنبية، مشاعر التبعية مثل الرهاب الاجتماعي.
- 4-4-** : الأعراض الاكتئابية تكون شديدة ابتداءً من اليوم الثاني الذي يلي الصدمة، وتصل إلى الحد الأقصى في الأشهر الثلاثة الأولى.
- 5-4-** : تحدث (De Crocq) على الشخصية الصدمية وهو ما تصير عليه الشخصية على إثر الصدمة، حيث ينشئ الفرد علاقة جديدة مع العالم الخارجي ومع ذاته هو نفسه، طريقة جديدة للإدراك، للإحساس، للتفكير، للحب، للتصرف، إلي جانب الشعور بالذنب، تراجع النشاط الجنسي أو فقدانه تماماً.
- 6-4-** : يعتبر وسيلة واقعية للتعبير، لذلك يجب تشجيع هذا الغضب للسماح للفرد بتحرير نفسه من التوتر النفسي والعاطفي المتراكم، في حين بعض الحالات يستطيعون السيطرة علي ردود أفعالهم وكبت مشاعرهم، فتجد الفرد الذي تعرض للصدمة يسرد قصة هذه الأخيرة بطريقة منظمة وممنهجة، وهو بالتالي يحمي ذاته بهذه الطريقة ويمكن أن يستمر ذلك لمدة طويلة، إلا أن هذه المشاعر المكبوتة تظهر بشكل حتمي في سلوكه حتى ولو بعد حين.
- 7-4-** : تتمثل في الإفراط في شرب المهدئات (Des benzodiazépines) من أجل التقليل من القلق والتخلص من اضطرابات النوم، إلا أنها

يمكن أن تؤدي بالفرد إلى إدمانها، والبعض الآخر يلجأ إلى الإفراط في شرب الكحول محاولة منهم لتهدئة معاشهم الحصري.

- يظهر خلال الأشهر الأولى بعد الصدمة اضطراب في المجال الاجتماعي المهني مثل عدم التكيف والشعور بعدم الرضا، تغيير مفاجئ في مكان الإقامة أو العمل أو في نمط الحياة، غيابات غير مبررة في العمل، تراجع في الأداء اليومي مقارنة بما كان عليه قبل الصدمة، وجود أفكار انتحارية أو الإقدام على الانتحار.

8-4 : يمكن أن تفجر الصدمة الذهان الفصامي أو البرانويدي لدى الأفراد ذوي البنية الذهانية.

9-4 : تنتج عن الصدمة صعوبات علائقية بين الفرد ومحيطه وبالتالي يعزل، كما أن تطور الآثار النفسية بعد الصدمة المتمثلة في الانسحاب من المجتمع، السلوكيات التجنبية الرهابية، تراجع الأداء اليومي في الحياة العملية والاجتماعية لها تأثير سلبي كبير على الحياة العاطفية والجنسية للفرد، وفي غالب الأحيان ينتج طلاق (De Clercq et Lebigot, 2001).

5 :

1-5 :

أ- تعرض الشخص لحادث صدمي يتواجد فيه اثنان مما يلي:

1- أن يكون الشخص قد خبر أو شهد أو واجه حادثاً أو حوادث تضمنت موتاً فعلياً أو تهديداً بالموت أو أذى خطيراً أو تهديد السلامة الجسدية للذات أو للآخرين.

2- أن تكون استجابة الشخص قد تضمنت الخوف الشديد أو العجز أو الترويع.

ب- حدث لدى الشخص إما أثناء مروره بالخبرة أو بعد خبرة الحادث المكرب ثلاثة أو أكثر من الأعراض المرافقة التالية:

1- الإحساس الذاتي بخدر أو انفصال أو غياب الاستجابة الانفعالية.

2- انخفاض في الشعور بالمحيط (كأن يكون في حالة ذهول).

3- تبدد الواقع.

4- تبدد الذات.

5- فقدان تذكر تفككي (عدم القدرة على تذكر جانب مهم من الصدمة).

ج- استعادة خبرة الحادث الصادم بشكل مستديم بطريقة أو أكثر من الطرق التالية:
صور مكررة، أفكار، أحلام، بالخداعات البصرية، نوبات استعادة، أو إحساس بإعادة إحياء الخبرة أو ضائقة عند التعرض لتذكرات الحادث الصدمي (ما يذكر به).

د- تجنب واضح للمثيرات التي تثير استعادة الذكريات الصادمة (مثلا: الأفكار، المشاعر، المحادثات، النشاطات والأمكنة والناس).

هـ- أعراض قلق واضحة أو إثارة متزايدة الشدة (مثل صعوبة النوم، الاستثارة، ضعف التركيز، فرط تنبيه ويقظة، استجابة تخوفية مفرطة، عدم استقرار حركي).

و- يسبب الاضطراب حصرا مهما سريريا، أو تأذي الوظيفة الاجتماعية والمهنية وغيرها من الميادين الحياتية، أو أنه يعيق قدرة الفرد على متابعة جانب من العمل الضروري.

ز- يظهر الاضطراب ضمن أربعة أسابيع من التعرض للحادث الصدمي و يدوم يومين على الأقل، و قد يمتد لمدة أقصاها أربعة أسابيع.

ج- لا يكون الاضطراب بسبب تأثيرات فيزيولوجية مباشرة لتعاطي مادة، أو مرض طبي عام، ولا يعزى إلى اضطراب ذهاني قصير المدة، وليس تازما للاضطراب المحدد في المحور 1 و 2.

2-5

:

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

1- التعرض مباشرة للحدث الصدمي.

2- المشاهدة الشخصية، للحدث عند حدوثه للآخرين.

3- المعرفة بوقوع الحدث الصدمي 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 مفاجئا.

4- التعرض المتكرر أو التعرض الشديد للتفاصيل المكروهة للحدث الصادم.
ملاحظة: لا يتم تطبيق المعيار أ 4 التعرض من خلال وسائل الإعلام الالكترونية،
والتلفزيون والأفلام أو الصور، إلا إذا كان هذا التعرض ذا صلة بالعمل.
ب- وجود تسعة أو أكثر من أي من الفئات الخمس، الأعراض المقترحة، المزاج
السلبى، التفارق، التجنب، الاستثارة، والتي تبدأ أو تسوء بعد الحدث الصدمي:

✓ :

1- وجود ذكريات مزعجة اقتحامية متكررة، وغير إرادية عن الحدث الصدمي.
2- أحلام مزعجة متكررة ترتبط بمحتوى الحلم و/ أو الوجدان في الحلم بالحدث
الصادم.
3- ردود أفعال تفككية (ومضات الذاكرة) حيث يشعر الفرد أو يتصرف كما لو كان
الحادث الصدمي يتكرر. (قد تحدث ردود الفعل هذه بشكل متواصل، حيث التعبير الأكثر
تطرفا هو فقدان كامل الوعي بالمحيط).
4- الإحباط النفسى الشديد أو لفترات طويلة عند التعرض لمنبهات داخلية أو خارجية
والتي ترمز أو تشبه جانبا من الحدث الصدمي.

✓ :

5- عدم القدرة المشاعر الإيجابية بشكل مستمر (عدم القدرة على تجربة السعادة
والرضا، أو مشاعر المحبة).

✓ :

6- إحساس متغير بالواقع إما بالبيئة أو بالنفس (رؤية النفس من منظور آخر،
الإحساس بالغيوبية، تباطؤ الزمن).

7- عدم القدرة على تذكر جانب هام من جوانب الحدث الصدمي (عادة بسبب النساوة
التفككية ولا يعود لعوامل أخرى مثل إصابات الرأس، والكحول، أو المخدرات).

✓ :

8- تجنب أو جهود لتجنب الذكريات المؤلمة، الأفكار، أو المشاعر المرتبطة بشكل وثيق مع الحدث الصدمي.

9- تجنب أو جهود لتجنب عوامل التذكير الخارجية (الناس، الأماكن، الأحاديث، الأنشطة، الأشياء، المواقف) والتي تثير الذكريات المؤلمة، الأفكار أو المشاعر عن الحدث أو المرتبطة بشكل وثيق مع الحدث الصدمي.

✓ :

10- اضطراب النوم (صعوبة الدخول في النوم أو البقاء نائماً أو النوم المتوتر).

11- سلوك تهيجي ونوبات الغضب يظهر في شكل عدوان لفظي أو جسدي اتجاه الأفراد أو المواضيع.

12- التيقظ المبالغ فيه.

13- مشاكل في التركيز.

14- استجابات مبالغ فيها.

ج- مدة الاضطراب (أعراض المعيار ب) من ثلث أيام إلى شهر واحد.

د- يسبب الاضطراب إحباطاً سريرياً هاماً أو ضعفاً في الأداء في المجالات الاجتماعية والمهنية أو غيرها من مجالات الأداء الهامة الأخرى.

هـ- لا يعزى الاضطراب إلى التأثيرات الفيزيولوجية لمادة (الأدوية والكحول) أو حالة طبية أخرى (إصابة خفيفة للرأس) ولا يفسر بشكل أفضل باضطراب ذهاني (وجيز).

لا يوجد اختلاف جوهري بين تشخيص اضطراب الصدمة في (DSM 4) و (DSM)

(5)، فقط تم دمج البند (ج) (د) (هـ) في (DSM 4) ضمن بند واحد (ب) في (DSM 5).

6- (PTSD)

:

6-1

:

أ- الشخص الذي تعرض لحدث صدمي هو شخص سمع أو شاهد أو واجه حدثاً أو أحداثاً تتضمن الموت الفعلي أو التهديد به أو إصابة خطيرة أو تهديد لسلامته الجسمية أو سلامة الآخرين من حوله، تتضمن استجابة الشخص خوف شديد والعجز أو الرعب.

ب- تعاد خبرة الحدث الصدمي أو معاشته بإلحاح بوحدة على الأقل من الطرق التالية:

- 1- التذكر الدائم، الاقتحام المتكرر للحدث ويتضمن ذلك صوراً أو أفكاراً أو مدركات
- 2- أحلام متكررة مؤلمة للحدث.
- 3- يتصرف الشخص أو يشعر كما لو كان الحادث الصدمي قد تكرر (يتضمن ذلك معاشة الخبرة مرة أخرى، الأوهام، الهلوسة، الرجوع بالذاكرة إلى الأحداث الماضية بطريقة غير مرتبطة ويتضمن ذلك ما يحدث أثناء اليقظة أو عندما يكون الفرد في حالة سكر
- 4- ألم نفسي حاد عند التعرض لمؤشرات داخلية أو خارجية تعيد تمثيل بعض جوانب الحادث الصدمي أو تماثلها.
- 5- عودة الفعالية النفسية عند التعرض لمؤشرات داخلية أو خارجية تعيد تمثيل بعض جوانب الحادث الصدمي أو تماثلها
- ج- التجنب الدائم للمثيرات المرتبطة بالصدمة وحذر الاستجابة العامة (لم تكن موجودة من قبل الصدمة) كما يدل عليه ثلاثة أو أكثر مما يلي:
 - 1- جهود لتجنب الأفكار أو المشاعر المرتبطة بالصدمة.
 - 2- جهود لتجنب النشاطات والأماكن أو الناس التي تؤدي إلى تذكر الصدمة.
 - 3- عدم القدرة على تذكر الجانب المهم في الصدمة .

- 4- تضاؤل ملحوظ في الاهتمام بالأنشطة المهمة أو المشاركة فيها.
- 5- الشعور بالعزلة أو النفور من الآخرين.
- 6- مدى محدود من المشاعر (مثال: غير قادر على أن تكون لديه مشاعر حب).
- 7- إحساس بمستقبل غير مشرق (مثال: لا يتوقع أن تكون له مهنة أو أن يتزوج، أو أن يكون له أطفال أو أن يعيش سنوات العمر الطبيعية)
- د- أعراض مستمرة من الاستثارة المتزايدة (لم تكن موجودة قبل الصدمة) ويدل عليها اثنان أو أكثر مما يلي:
- 1- صعوبة في الدخول في النوم أو الاستمرار فيه.
- 2- سرعة الاستثارة أو انفجار الغضب
- 3- صعوبة التركيز
- 4- الإفراط في الانتباه أو الحذر.
- 5- الاستجابة الفجائية (الإفعال) المبالغ فيها.
- هـ- استمرار الاضطراب (الأعراض في المعايير أ، ب، ج) لمدة شهر واحد على الأقل.
- و- يؤدي الاضطراب إلى معاناة شديدة أو ضعف واضح في المهام الاجتماعية أو المهنية.
- ي- يتحدد باعتباره:
- حادا: إذا استمرت الأعراض أقل من ثلاثة أشهر.
- مزمنًا: إذا استمرت الأعراض ثلاثة أشهر أو أكثر."
- 2-6**
- :
- أ- التعرض لاحتمال الموت الفعلي أو التهديد بالموت، أو لإصابة خطيرة، أو العنف الجنسي عبر واحد أو أكثر من الطرق التالية:
- 1- التعرض مباشرة للحدث الصدمي.

- 2- المشاهدة الشخصية للحدث عند حدوثه للآخرين.
- 3- المعرفة بوقوع الحدث الصدمي 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 (مفاجئا).
- 4- التعرض المتكرر أو التعرض الشديد للتفاصيل المكروهة للحدث الصدمي.
- ملاحظة: لا يتم تطبيق المعيار أ 4 إذا كان التعرض من خلال وسائل الإعلام الالكترونية والتلفزيون، والأفلام، أو الصور، إلا إذا كان هذا التعرض ذا صلة بالعمل.
- ب- وجود واحد أو أكثر من الأعراض المقتحمة التالية المرتبطة بالحدث الصدمي، والتي يبدأ ظهورها بعد الحدث الصدمي:
- 1- وجود ذكريات مزعجة اقتحامية المتكررة وغير إرادية، عن الحدث الصدمي.
- 2- أحلام مزعجة متكررة حيث يرتبط محتوى الحلم و/أو الوجدان في الحلم بالحدث الصدمي.
- 3- ردود أفعال تفككية (مثال ومضات الذاكرة) حيث يشعر الفرد أو يتصرف كما لو كان الحدث الصدمي يتكرر (قد تحدث ردود الفعل هذه بشكل متواصل، حيث التعبير الأكثر تطرفا هو فقدان كامل للوعي بالمحيط).
- 4- الإحباط النفسي الشديد أو لفترات طويلة عند التعرض لمنبهات داخلية وخارجية والتي ترمز أو تشبه جانبا من الحدث الصدمي.
- 5- ردود الفعل الفيزيولوجية عند التعرض لمنبهات داخلية أو خارجية والتي ترمز أو تشبه جانبا من الحدث الصدمي.
- ج- تجنب مستمر للمثيرات المرتبطة بالحدث الصدمي، وتظهر بعد وقوع الحدث الصدمي، ويمكن أن يظهر في واحدة أو أكثر مما يلي:
- 1- تجنب أو جهود لتجنب الذكريات المؤلمة، والأفكار، أو المشاعر أو ما يرتبط بشكل وثيق مع الحدث الصدمي.

2- تجنب أو جهود لتجنب عوامل التذكير الخارجية (الناس، الأماكن، الأحاديث، الأنشطة، والأشياء، والمواقف) والتي تثير الذكريات المؤلمة، الأفكار أو المشاعر عن الحدث أو المرتبطة بشكل وثيق مع الحدث الصدمي.

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

1- عدم القدرة على تذكر جانب هام من جوانب الحدث الصدمي (عادة بسبب النسوة التفككية ولا يعود لعوامل أخرى مثل إصابات الرأس، الكحول، أو المخدرات).

2- المعتقدات سلبية ثابتة ومبالغ بها أو توقعات سلبية ثابتة ومبالغ بها حول الذات، الآخر أو العالم (على سبيل المثال أنا سيء، لا يمكن الوثوق بأحد، العالم خطير بشكل كامل، الجهاز العصبي لدي دمر بشكل كامل).

3- المدركات مشوهة مستمرة حول سبب ونتائج الحدث الصدمي والذي يؤدي بالفرد إلى إلقاء اللوم على نفسه أو غيره.

4- الحالة انفعالية سلبية مستمرة (الخوف، الرعب، الغضب، الشعور بالذنب أو العار).

5- انخفاض ملحوظ في الاهتمامات أو المشاركة في الأنشطة المعتادة.

6- الشعور بالانفصال أو الاغتراب عن الآخرين.

7- عدم القدرة على اختبار المشاعر الايجابية بشكل مستمر (عدم القدرة على تجربة السعادة والرضا، أو مشاعر المحبة).

هـ- تغييرات ملحوظة في الاستثارة ورد الفعل المرتبط بالحدث الصدمي، والتي تبدأ أو تتفاقم بعد وقوع الحدث الصدمي كما يتضح في اثنان أو أكثر ما يلي:

1- سلوك تهيجي ونوبات الغضب (لأدنى استثارة) ويظهر في شكل عدوان لفظي أو جسدي اتجاه الأفراد أو المواضيع.

2- التهور أو سلوك تدميري للذات.

3- التيقظ المبالغ فيه.

- 4- استجابة هلع مبالغ بها.
- 5- مشاكل في التركيز.
- 6- اضطراب النوم (صعوبة في الدخول للنوم أو البقاء نائما أو النوم المتوتر).
- و- مدة الاضطراب (معايير ب، ج، د، هـ) أكثر من شهر واحد.
- ز- يسبب الاضطراب إحباطا سريريا هاما أو ضعفا في الأداء في المجالات الاجتماعية والمهنية أو غيرها من مجالات الأداء الهامة الأخرى.
- ح- لا يعزى الاضطراب إلى التأثيرات الفيزيولوجية لمادة (مثل الأدوية والكحول) أو حالة طبية أخرى.

حدد إذا ما كان:

مع أعراض تفرقية: أعراض الفرد تفي بمعايير اضطراب ضغط ما بعد الصدمة، وبالإضافة إلى ذلك، 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 التفرقية إلى التأثيرات الفيزيولوجية لمادة (مثل: النسوة بسبب مادة وسلوك أثناء التسمم بالكحول) أو حالة طبية أخرى (على سبيل المثال نوبات الصرع الجزئية المعقدة).

حدد إذا ما كان:

مع تعبير متأخر: إذا لم يتم استيفاء معايير التشخيص الكامل حتى 06 أشهر على الأقل بعد وقوع الحدث (على الرغم من أن البدء والتعبير عن بعض الأعراض قد يكون فوريا).

- لا يوجد اختلاف كبير ما بين تشخيص اضطراب ما بعد الصدمة في (DSM4) و (DSM5) حيث يظهر فيما يلي:
- إضافة البند (د) الذي يتعلق بالتعديلات السلبية في المدركات والمزاج المرتبطين بالحدث الصادم.
 - البند (د) هو نفسه البند (هـ) في (DSM5) فقط تم إضافة عنصر: التهور أو سلوك تدميري للذات.
 - إضافة البند (ح): لا يعزى الاضطراب إلى التأثيرات الفيزيولوجي لمادة مثل الأدوية والكحول.
 - إضافة إذا كان مع أعراض تفارقية: تبدد الشخصية وتبدد الواقع.
 - كما تم إضافة إذا ما كان اضطراب ما بعد الصدمة مع تعبير متأخر إذا لم يتم ظهور الأعراض حتى 06 أشهر على الأقل بعد الحدث.

-7-

يستخدم مصطلح عصاب الصدمة في الطب العقلي الفرنسي للدلالة على جميع الأعراض المتأخرة المتعلقة بالصدمة النفسية التي تدخل في إطار البنية العصابية للشخصية (De Clercq et Lebigot, 2001)، حيث يختلف عصاب الصدمة تماما عن الأعراض الفورية الناتجة عن الصدمة، إذ تظهر أعراضه التي تكون ذات ديمومة قد تطول وقد تقصر بعد فترة الكمون وهي الفترة الفاصلة بين الصدمة وظهور الأعراض تختلف من شخص لآخر فيمكن تتراوح ما بين عدة أيام وعدة أشهر ويطلق عليها عدة تسميات منها فترة الحضانة، فترة النقل، فترة الاجترار، فترة التأمل؛ في هذه الفترة يتم حدوث عمل ديناميكي يستدعي دفاعات جديدة لمساعدته في مواجهة التخريب ... تبدو هذه الفترة هادئة إلا أن عين الخبير تستطيع أن تلاحظ علائم أو أعراض متنوعة كالانطواء على الذات والاجترار العقلي الوجداني والانسحاب الانهياري (محمد أحمد النابلسي، 1991).

الجدول العيادي لعصاب الصدمة يجمع بين متلازمة التكرار، وتغير واضطراب في الشخصية، أعراض غير محددة وهناك رابط بنيوي يجمع بين هذه الأجزاء عكس اضطراب ما بعد الصدمة:

1-7-1 : إعادة معايشة المريض مجددا "للحدث الكارثي (سواء بشكله الأصلي أو بشكل محور وذلك تبعا لقوانين الإزاحة والتكثيف والترميز في الحلم)" (محمد أحمد النابلسي، 1991: 43)، تتمثل مظاهر متلازمة التكرار في (Crocq, 2012):

1-1-7-1 : حيث يتم إعادة إنتاج الصدمة كما هي في شكل هلوسة بصرية فتمر المشاهد الصدمية كفيلم يحمل صور جد دقيقة عن المشاهد الصدمية والشخصيات التي كانت حاضرة ومكان الحدث الصدمي، تترافق الهلوسة البصرية أحيانا بهلوسة سمعية فيتم إعادة إنتاج نفس الأصوات نفس الصرخات، نفس الضجيج، وأحيانا أخرى تترافق مع هلاوس ذوقية، هلاوس شمعية؛ حيث يشم الفرد نفس الرائحة التي طغت على مكان الصدمة آنذاك مثلا رائحة الغبار، رائحة الدم، كما يمكن أن تظهر هلاوس حسية فيشعر الفرد مثلا بدرجة حرارة عالية.

2-1-7-1 : تتميز عن الهلوسة في أن الفرد يهلوس المشهد الصادم أو المعتدي في مشهد مدرك حقا، مثال يرى شخصا مارا في الطريق علي أنه معتدي قادم إليه.

3-1-7-1 : تتمثل في أفكار عن الحدث الصدمي بدون صوت أو صورة تنشأ في العقل.

4-1-7-1 : يتمثل في استجاب مستمر يفرض نفسه على ذهن الضحية، والرثاء المستمر مثال: لا احد يفهمني، لا أحد ساعدني.

5-1-7-1 : فجأة الفرد يشعر بأنه وقع مرة أخرى في قلب الحدث وأنه يواجه نفس الضيق.

6-1-7-1 : يظهر ذلك على سبيل المثال لدى الطفل من خلال اللعب المتكرر الذي يعيد إنتاج الحدث.

7-1-7-1 : يعاش الكابوس بشكل متكرر.

العناصر سابقة الذكر يمكن أن تتواجد كلها ضمن الجدول العيادي لنفس الفرد، كما يمكن أن يظهر مظهر واحد فقط. تترافق مظاهر التكرار بـ:

- 1- ضيق وحزن ناتج عن إعادة معايشة الصدمة للمرة الثانية، فيشعر أنه تحت الاعتداء للمرة الثانية بدون مساعدة فيعيش الخوف ومشاعر الهجران.
 - 2- أعراض اعاشية كالتعرق، زيادة التنفس، زيادة ضربات القلب.
 - 3- تصلب الجسم الناتج عن التوتر الذي ينتج موقف إنذار وتأهب.
- تحدث متلازمة التكرار في إحدى الظروف التالية:

- 1- يمكن أن تحدث بشكل عفوي بدون سابق انذرا وبدون وجود مثير يستدعي حدوثها.
- 2- وجود مثير يذكر بالصدمة ويحرض حدوث متلازمة التكرار.
- 3- انخفاض مستوى الوعي يعزز حدوث متلازمة التكرار، كالإرهاق، النوم، تأثير المخدرات والمشروبات الكحولية.

2-7 :

يمكننا الحديث عن شخصية عصابية صدمية ولكن بعد حدوث العصاب، وتتميز بعلائم التخوف والكف والنكوص والتبعية. حيث قدم (Fenichel) لهذه الشخصية التعريف الأوفى فهو يسميها بتعطيل الوظائف الثلاث للأنا وهي:

- 1- وظيفة تنقية المثيرات.
- 2- وظيفة الحضور والنشاط في العالم.
- 3- الوظيفة اللبديية وفيها كل إمكانيات الحب الموجه للمواضيع وللآخر. وذلك بسبب توجه هذه الوظيفة نحو ترميم محبة الذات التي فقدت الدعم في لحظات الكارثة" (محمد أحمد النابلسي، 1991: 47).

3-7 : (Crocq, 2012)

- 1-3-7** : وهن جسدي، نفسي، جنسي، انخفاض في الليبدو.
- 2-3-7** : يعيش الفرد في قلق وتوتر دائم، مع توقع الأسوء، انطباع دائم بوجود خطر مبهم وشيك، الإحساس بضغط على مستوى الجسد يتمثل في ضيق في الصدر، خفقان القلب، شحوب، اصفرار، تعرق، ارتجاف).
- 3-3-7** : الجدول العيادي لعدد كبير من الأفراد الذين تعرضوا لصدمة نفسية غني بمظاهر نفسية عصابية مأخوذة من العصاب التحويلي: أزيمات هستيرية، تحويل هستيري، الرهاب، طقوس ووسواسية.
- 4-3-7** : تتمثل في شكاوى جسدية:
- صداع في الرأس، ألم فقري في الظهر، آلام في المعدة، ارتفاع ضغط الدم، مرض السكري، اضطراب الغدة الدرقية، الربو، تقرحات في المعدة، التهابات القولون، اكزيما، الشيب، تساقط الشعر.
- على عكس التحويل الاضطرابات البسيكوسوماتية ليست ناتجة عن ميكانزم التحويل (نقل الحصر إلى وظيفة الجسد) إنما مردها إلى إصابة العضو مباشرة؛ هذه الإصابة ناتجة عن الاختلال البيولوجي للضغط فيعطي مساحة لظهور إشارات معاناة هذا العضو، تعتبر الشكاوى الجسدية لغة تعبر عن المعاناة النفسية للأفراد.
- 5-3-7** : تتمثل في اضطرابات سلوكية غذائية مثل فقدان الشهية، الشراهة، مع تغيرات مهمة في الوزن في بضع أشهر، التدخين، شرب الكحول، استهلاك المخدرات (إدمان ما بعد الصدمة)، تظهر كذلك سلوكيات عدوانية اتجاه الذات كمحاولات الانتحار، سلوكيات عدوانية اتجاه الآخرين.
- "الشفاء التلقائي للعصاب مستبعد، حتى ولو اختفت الأعراض أو تناقصت حدتها مما يدل على الشفاء التدريجي فإن "الواقع يبرهن لنا أن هذا التحسن إنما يكون على حساب اضطرابات طبائعية وبالتالي فإن هذا التحسن الظاهري إنما يكون انعكاسا لتحول المظاهر العصابية إلى اضطرابات الشخصية أو ربما إلى أمراض جسدية- نفسية (بسيكوسوماتية)" (محمد أحمد النابلسي، 1991: 48).

تعتبر الصدمة تجربة تحمل زيادة كبيرة جدا في الإثارة للجهاز النفسي، نتيجة حدث عنيف أو نتيجة تراكم عدة إثارات، حيث يعجز الجهاز النفسي عن ارضان وتصفية هذا الفيض من الإثارة بالوسائل المعهودة، وبالتالي ينتج عن ذلك اضطرابات دائمة في قيام الطاقة الحيوية بوظيفتها (جان لابانش، ج. ب. بونتايس، 1985).

هناك ميكانزمات خاصة بالإدراك؛ بحيث أن مثيرات المحيط الخارجي التي يتم استقبالها من طرف الأعضاء الحسية يتم معالجتها عن طريق التصورات الموجودة مسبقا في لاشعور الفرد، فما يدركه الفرد ليس بيانات خام مصدرها المحيط الخارجي وإنما صور مجنسة منتقاة ومرتبطة من أجل إنشاء دلالات. إذن فالمواجهة مع الواقع لا تحدث أبدا لأنه يحل محل هذا الأخير تصور واقع يتم إعداده في شبكة التصورات. وهذا ما لا يحدث في الصور الصدمية؛ حيث تخترق هذه الأخيرة الجهاز النفسي كما هي، ولا تجد في اللاشعور أي تصور حسي يستقبلها ويربطها ويحولها. لأن الموت ليس ممثلا لدى الفرد على مستوى اللاشعور (De Clercq et Lebigot, 2001)، هذا ما يجعل صورة العدم راسخة في الجهاز النفسي كجسم خارجي غريب، إذن صورة الموت تبقى بدون رابط مع التصورات وبالتالي يبقى الحدث محفورا في الذاكرة بأدق تفاصيله عكس المسار الذي تأخذه الذكريات التي تم الحديث عنها سابقا، وهذا ما يفسر استمرارية ظهور الآثار الناجمة وعدم اختفائها، فبما أنا الجسم الغريب قد اخترق الجهاز النفسي فإن الحضور الدائم للصورة الصدمية يسبب إخلالا في وظيفة الجهاز النفسي الذي يستمر لفترة طويلة بل يمكن أن يرافق الفرد طيلة حياته، وهذا ما يحمله مصطلح الصدمة من معنى في طياته؛ حيث يجمع بين الجرح والكسر (Lebigot, 2005). صورة واقع الموت تخلق كسرا في النفس كجسم غريب خارجي هذا ما أشار إليه فرويد، حيث شبه فرويد الجهاز النفسي بالحوصل الحيوي المغطى بغلاف الذي سماه صاد المثيرات، تتمثل وظيفة هذا الأخير في حماية الجهاز النفسي من الاثارات الخارجية التي تفوق شدتها طاقة الحوصل الداخلية، والتي إذا ما اخترقت الجهاز النفسي يمكن أن تدمره، في حين يسمح هذا الغشاء بمرور إثارات متوسطة الشدة بما يتناسب وشدة الطاقة الداخلية للحوصل مما يسمح بتلقي معلومات من العالم الخارجي (جان لابانش، ج. ب. بونتايس، 1985).

بونتاليس، 1985). في حين في حالة الضغط تخلق كمية الطاقة الكبيرة الناجمة عن الحدث ضغطا على مستوى الحويصلة الحيوية، لكن دون أن يحدث ذلك كسرا على مستوى صاد الاثرات، فلا يتم اختراق هذا الأخير حتى في وجود معاناة، وفي حالة اختفاء التهديد يرجع الحويصل الحيوي إلى شكله الأصلي.

تتصف الصدمة من الناحية الاقتصادية، بفيض من الإثارات تكون مفرطة، بالنسبة لطاقة الشخص على الاحتمال وبالنسبة لكفاءته في السيطرة على هذه الإثارات وارصانها نفسيا (جان لابانش، ج. ب. بونتاليس، 1985)، أثر فجائية الحدث الصدمي يسمح باقتحام الصورة الصدمية القائلة للجهاز النفسي نتيجة حدوث كسر في الغشاء الواقى، ففي الصدمة النفسية يلعب عنصر الفجائية دورا هاما؛ بحيث تكون الحمولة الايجابية على مستوى المضاد للإثارات ضئيلة، وبالتالي الصورة التي تمثل تهديد الحياة تكون قادرة على اختراق الجهاز النفسي، فيتموضع جسم غريب في قلب الحويصل الحيوي، والذي سيشعر به الفرد طيلة حياته. هذا الجسم الغريب الداخلي هو مصدر كمية كبيرة جدا من الطاقة التي تتحرك بين التصورات (Lebigot, 2005). تخترق الصورة الصدمية الجهاز النفسي، دون أن تجد تصورا يستقبلها حتى تلتقي بالعدم الأصلي، فترة الاختراق هذه يشعر بها الفرد كوقت خالي من الكلمات "فيمر كل شيء بالنسبة له كما لو أنه تم هجره من طرف اللغة، كما لو أنه غادر عالم الكائنات الحية، فيشعر بالعار نتيجة لشعور الهجران (De Clercq et Lebigot, 2001).

الأثار العقلية والنفسية لا تظهر بشكل مباشر أي، خاصة في الحالة التي يحشد فيها الفرد جميع الموارد لمواجهة الخطر الخارجي، لحظة الهلع تمر دون أن تلاحظ أو تنسى بسرعة، لتظهر فجأة أعراض التكرار، أحيانا يشعر الفرد بارتياح وجيز لعدة ساعات أو أيام لخروجه سالما من مواجهته للموت (De Clercq et Lebigot, 2001). هذه العلاقة مع الموت تعطي الفرد شعورا مؤلما أنه أصبح مختلفا عن الآخرين يعيش في كوكب آخر، فيمر هنا الفرد بانهيار نرجسي بكل ما للكلمة من معنى الذي يشارك في هذا العمق من الحزن الدائم مع نوبة اكتئابية بل وحتى انتحارية وهذا الأكثر شيوعا لدى المفحوصين (Lebigot, 2005). "الأشخاص عندما يتذكرون تلك اللحظات الوجيزة من

الصدمة يتحدثون عن عطل، بياض، صمت مطلق تام، فراغ" (De Clercq et Lebigot, 194: 2001) إنه وقت الهلع، بدون أفكار وتفكير، بدون كلمات، تترجم هذه التجربة التي تفوق الوصف كهجر من طرف جميع البشرية ممزوجة بشعور العار مقابل تجريده من صفة الإنسانية، هذا الشعور بالتخلي والهجر هو أصل الاضطراب، ينطوي الفرد على ذاته نتيجة لذلك ويقل كلامه، ويصبح عدواني وأحيانا أخرى يشعر بأنه مضطهد، يهجر محيطه من الزوج، الأطفال، الأصدقاء، وفي الحالات الجد خطيرة تنتهي إلى الاستبعاد التام لجميع أشكال الحياة الاجتماعية" (Lebigot, 2005). بحكم طبيعة الصورة الصدمية كونها حقيقية فهي متباينة مع التصورات اللاشعورية، ومع ذلك فإن لديها تجاذبا (ارتباطا) مع منطقة سرية، مخفية، ممنوعة في الجهاز النفسي وهي الأصل الفرويدي تضم هذه المنطقة الأصلية إدراكات بدون كلمات أين تم كبتها قبل اكتساب اللغة، التجارب الأولى للرضيع وحتى الجنين داخل الرحم (De Clercq et Lebigot, 194: 2001)، "يضم تجارب بالغة من التعديم (تصور العدم)، من التفكك (التجزء) أو من الاستمتاع (التلذذ) التام. كل هذه التجارب توجد في الذهان، التجربة الصدمية هي بمثابة الرجوع إلى هذه المنطقة المكبوتة والمحظورة" (Lebigot, 2005: 24). إذن فالكسر الصدمي ينتج عنه اجتياز حاجز الكبت الأصلي التي تعادل العودة إلى العالم الاموضوعي - ما قبل موضوعي-. يرتبط بهذا النكوص العميق بالشعور بالذنب (De Clercq et Lebigot, 2001). إذن فالشعور بالذنب له علاقة مباشرة مع الأصل، حتى ولو كان في بعض الأحيان يوجد أسباب يمكنها أن تبرر هذا الشعور، مثل شعور الفرد بالذنب لأنه لم يبذل ما في وسعه أو يتحمل مسؤولية الحادث وذنب النجاة؛ "فالرجوع إلى الأصل يعتبر تجاوزا كبيرا نادرا ما يدركه الفرد كما هو، ولكنه ينتج شعورا بالخطأ والذنب أين الفرد لا يعرف ما الذي يقوم به" (Lebigot, 2005).

كما ذكرنا سابقا أنه من بين الآثار المترتبة عن الصدمة ظهور الصورة الصدمية من جديد في متلازمة التكرار على شكل كوابيس ليلا وإعادة إحياء في النهار، حيث تثبت في قلب نفسية الفرد يقين موته الحقيقي الذي لم يكن موجودا من قبل وهذا ما سماه (Ferenczi) نهاية وهم الخلود، وبالتالي يكون الموت حاضرا دائما بالنسبة للفرد

(Lebigot, 2005)، فعدم وجود أي تصور للموت يرتبط بالصورة الصدمية، يجعل هذه الأخيرة تبقى على حالها في أدق التفاصيل فتنبعث إلى الشعور في شكل كوابيس ليلا وفي النهار تكون حاضرة كحدث في طور الحدوث وهذا ما يشهد علي وجود صدمة (De Clercq et Lebigot, 2001). فالإشارة العيادية الأساسية للصدمة هي إعادة إحياء الحدث الصدمي، حيث أن الأثر الحسي للتجربة المعاشة لا يُخزن على شكل ذكرى (أثر ذكروي) وإنما يرسخ على شكل جسم غريب في النفس، بشكل عفوي تجتاح الصورة المدركة للحدث شعور الفرد وتكون مرفقة بانفعالات محسوسة، المشهد والإحساس المرافقين يتكرران يوما بعد يوم وشهرا بعد شهر، ما يجعل الفرد يرجع للحظة الصدمة باستمرار، إعادة إحياء الحدث الصدمي ما هو إلا نتيجة لاستحالة ترميز التجربة الصادمة لتحويل الإحساس لشفرة دالة التي يمكن أن تُخزن في الذاكرة ومن ثم تُكبت وتُزاح، فيشعر الفرد بمعاناة الناجمة عن إعادة عيش الحدث الصدمي. إعادة إحياء الحدث هو حدث حسي في منافسة مع الإدراك، الفرد يجد نفسه مبعدا عن ما يحدث حوله بسبب ما حدث في الماضي، ينجم عن ذلك جماد الزمن النفسي حول حدث الصدمة وإعادة هيكلة الاقتصاد النفسي للفرد حول الموضوع الصدمي، وليس من النادر أن يظهر لدى الفرد حساسية مفرطة من مواضيع مرتبطة مباشرة بالحدث المعاش التي يمكن أن يكون لديها خطر إعادة ظهور الصدمة (Bailly, 2007).

-9-

:

الفقدان الأكثر إثارة للذهول هو الموت داخل الرحم، والذي يحدث فجأة وغالبا دون سبب معروف أو معترف به، ويترك الوالدين في حيرة واضطراب عميق (De Mezerac et Storme, 2013). هذا الجنين غير معروف بالنسبة للمجتمع ولا المحيط العائلي، في حين أن الوالدين رغم عدم رؤيتهما له فإن أن صور التخطيط بالتصوير السمعي تغير تصورهم له، إذ تعتبر أول صورة له قبل ولادته، ومن خلالها يتم التعرف على جنسه إن كان ذكرا أو أنثى، ويسمى من طرف الوالدين (Stern, 2011)، هذا ما أطلق عليه (Missonnier, 2004) مصطلح العلاقة الافتراضية بالموضوع من أجل وصف الروابط البيولوجية النفسية التي يتم إنشاؤها قبل الولادة بين من سيصبح أبا وبين

ما نسميه طفلا في الداخل وقد تمت الإشارة إلى هذا المفهوم في فصل الحمل وموت الجنين.

تنقلب الحياة في جزء من الثانية لحظة الإعلان عن موت الجنين، يمثل هذا الإعلان صدمة مرعبة ينتج عنه فناء الذات وفقدان القدرات النفسية المعتادة، يتوقف التفكير، الفهم، يحل محلها صراخ وبكاء الأم، يفقد العالم في تلك اللحظات معناه ومنطقه، كما ينجم عن موت الجنين داخل الرحم صدمة نفسية، ألم، خلط، تشويش، ارتباك وغموض، في هذه اللحظات الكلمات المختارة من طرف الفريق الصحي حتى ولو قيلت بإنسانية واختيرت بعناية تبقى دائما كاسرة للأحلام، هذه الكلمات المرعبة تحول الطفل الرائع المنتظر إلى ملاك في السماء أو وحش يجب الانفصال عنه بسرعة (Soubieux, 2008)، هذه اللحظة غير قابلة للإصلاح حيث يستبدل الشعور (الوعي) بالبياض والعدم وتحدث فجوة في الذكريات وتغيب الذات، وقت الصدمة هذا يشير إلى قطعة في الاستمرارية بين الطفل المستثمر نرجسيا داخل الرحم وبين العلاقة مع الموضوع (Bydlowski, 2011). جراء ذلك يفقد الآباء جزءا من ذواتهم بفقدانهم الطفل وذلك لاستثمارهم المفرط فيه، يفقدون كل ما كان من المحتمل أن يقدمه لهم، هذا الموت يثير الغضب اتجاه الطفل الذي لم يرد العيش، وشعورا بالكره لعدم قدرتهما على أن يصبحا والدين. الموت داخل الرحم يشكل فقدان موضوع مستثمر قبل أن يكون معروفا، حيث يدرجه الآباء في حاضرهم وليس فقط في مشاريعهم لأنه يكون مهما ومحبوبا ومحما قبل ولادته. يحتاج الوالدين إلى قدرة معينة على الوصول إلى عواطفهم والقدرة على التعبير عنها، أحيانا الصدمة تكون شديدة لدرجة الذهول، ويمكن أن تستمر وتؤدي إلى عدم القدرة على التعبير عن ألم هذا الفقدان أو التغلب على الانهيار الداخلي (De Mezerac et Storme, 2013)، موت الجنين داخل الرحم لا يتم إعداده فهو حدث لغزي، مقلق، غامض من الصعب تمثيله وترميزه (Stern, 2011)

غالبا ما يضطرب تقدير الذات لدى الأم (Squires, 1998)، خاصة إذا كان موت الجنين خلال تجربة الحمل الأولى ينتج عنه تبدد شعور المرأة بالهوية الأنثوية وتقدير الذات وشعور الوجود، والصورة التي تملكها عن كفاءتها في الأمومة مستقبلا

(Bitouze,1998). في حركة تقمصية عميقة للجنين، تخاف الأم من الموت مع الطفل، وتشعر أن جميع خلايا جسمها حاملة للموت. خاصة لدى الأم التي تعيش الولادة للمرة الأولى، حيث تعتبر هذه الأخيرة حدثًا غير معروف ومقلق، فكيف يمكن إعطاء الميلاد لطفل ميت، فبعد أن كانت الولادة بالنسبة لها مرتبطة بفعل إعطاء الحياة تصبح مرتبطة بفعل إنتاج الموت، تعيش الأم تصورات متناقضة متضاربة جراء ذلك (Soubieux, 2008)، والجملة المشهورة لدى الأمهات هي "بطني مقبرة" "يجب إخلاء هذا الجسد الميت هذا الجسد الحامل للموت" (Bitouze,1998 :48).

في البداية غالبًا ما يكون هناك نفي مؤقت للعواطف المؤلمة المرافقة للموت (تخدير عاطفي)، لكن ما يتثبت بسرعة كبيرة هو الشعور بالنقص؛ مثل حالة البتر الدائم (Bitouze,1998). إذن فقدان طفل مهما كان سنه يحدث اضطرابًا عميقًا في الحياة، فقدان الطفل يولد معاناة شديدة لأن جزءًا من الذات يفلت معه. فقدان في سياق الحمل هو مواجهة مع تمزق عنيف للذات بعد المرحلة الانصهارية الخاصة بالحمل (De Mezerac et Storme, 2013 :72). فالطفل المنتظر هو جزء لا يتجزأ من جسم الأم، هو جزء منها هي ذاتها، ثمرة أحشائها، فعند موته يضع سلامتها النفسية والجسدية محل التساؤل، وتغزو المرأة لحظات خلط بين الضرر اللاحق بالطفل والضرر اللاحق بجسدها هي نفسها، بين موت الطفل وموتها هي نفسها (Bitouze,1998) ، تتوقف الحياة في اندفاعيتها فلا ترى الأم إلا الأسود والأبيض، هذا الغياب يغزو كل حقول الفكر لدى الأم نتيجة الانقطاع المفاجئ للروابط، "الأم تشعر بتجويف فارغ في جسدها كتمزق لا بل كبتر" (De Mezerac et Storme, 2013 :63). وبذلك تنقص الأم الطفل الميت، وكذلك الأم القاتلة التي لم تعرف ولم تستطع حماية الطفل من خطورتها، الأمهات يعشن كقاتلات في حالة الموت داخل الرحم (Bitouze,1998). تتذكر الأم بدقة عالية جميع التفاصيل التي أحاطت بهذا الحدث المرعب: الأماكن، الألوان، الجدران، المآزر، الإيماءات، العبارات المنطوقة، النظرات الجامدة، اليد على الكتف، كل هذا يبقى محفورًا للأبد في ذاكرة الأم، الصدمة الناتجة عن موت الجنين تكبح كل عامل نفسي للوالدين، تعيش الأم بعد الولادة انفصالًا مزدوجًا؛ حيث ينفصل الجنين الميت عن جسدها تاركًا

إياها بشكل نهائي، وبذلك يتثبت الفراغ مكان الغياب، هنا أثر الألم لا يمحي، فآثره يترك بصمة في أعماق الجسد، مرفوقاً بأحاسيس فقدان والفراغ كما في حالة البتر، فجسم المرأة تحول إلى جسم أم بدون وجود طفل خارجي يملأ فراغ الطفل الذي كان بالداخل، الألم الذي تعيشه الأم لا يخفف من حدته لا الوقت ولا دعم الآخر، هو ألم يسمح بالحفاظ على حضور الغياب (Soubieux, 2008).

المواجهة مع الموت أحيانا تكون أكثر من فقدان الطفل المنتظر بل تتعداه إلى جرح في البحث عن الهوية الجنسية، وفي كونه مواجهة لموت غير معقول. في بعض الأحيان تكون المواجهة مع إعادة تنشيط كل الجروح وكل حداد قديم لم يتم ارضائه (Bitouze, 1998)، إذ ممكن أن يحي موت الجنين لحظات مؤلمة من الماضي والتي تجعل الرغبة في الطفل محل تساؤل. "إعطاء الحياة كذلك يحمل خطر إعطاء الموت واستيهامات قوة الخلق لدى الأم مرافقة لنظيرتها استيهامات الموت " (Stern, 2011 : 172)، وهنا وجب التذكير بالخصاء، حيث البنت تبدي رغبة في القضيب في معادلة رمزية: قضيب = طفل، ولهذا تأخذ الأب كموضوع حب والأم كموضوع غير، تتحول البنت الصغيرة إلى امرأة، بهذا المرور الأوديبوي وعندما يبدأ الخصاء بالأفول تنتج الرغبة الأنثوية تستبدل الأم بالأب ثم برجل آخر، الطفل الذي تحمله المرأة مستقبلا يرث عبور مجموع هذه العمليات، وموته يرجع مراحل هذا العبور، ويظهر خطر بروز الروابط الضعيفة. إذن فالحداد على الجنين الميت كما أكدت (Soubieux, 2008) يمثل الحداد على أجزاء طفولية من الذات، صراعات لم تحل، علاقات وهمية أب- طفل، سواء من أجل إعادة إنتاجها أو من أجل إصلاحها.

كذلك في حالة موت الجنين يمكن أن يبقى الطفل الاستيهامي الذي يعتبر طفلا محاريميا لأنه طفل الأب، وهو موضوع مستثمر نرجسيا بشكل كبير لأن هناك إسقاط للقوة الخارقة للطفل عليه حبيسا في هذا الجنين الميت ويكبح الاستثمار في الطفل اللاحق؛ استيهام الطفل الاستيهامي أصله في الفكر القديم من الطفولة ويكون حسب اختلاف الجنس والجيل، فالطفلة الصغيرة تنجب طفلا مثل أمها، فتغذي العلاقة الاستيهامية مع الطفل الذي تتمنى أن تراه مستقبلا من خلال المعارف التي تتلقاها

تدرجيا في تربيتها والنزوات الجزئية الخاصة بجنسها، تتطور هذه العلاقة الاستيهامية مع الطفل المستقبلي عن طريق اللعب بالدمى الذي يعتبر طريقا للتسامي، في فترة الكمون، استيهام الطفل الخيالي يتم كبته جزئيا ليظهر من جديد في البلوغ، أين تسمح التغيرات الجسمية بالحصول على طفل حقيقي؛ فالعلاقات الجنسية تسمح للمرأة الشابة بإكمال علاقتها الخيالية مع الطفل المستقبلي، بعد الولادة وأمام الطفل الحقيقي يجب أن تستثمر الأم الطفل الحقيقي كما هو حتى ولو كان غير مطابق للطفل الخيالي، فنجد أن استيهام الطفل الخيالي لا يختفي هذا ما يفسر رغبة الآباء في إنجاب عدة أطفال، لأن ليس لديهم إشباع بالأطفال الحقيقيين، وهذا ما يسمح بالحفاظ على علاقة حيوية مع الطفل الاستيهامي، لكن في حالة موت الجنين كما ذكرنا سابقا يبقى الطفل الاستيهامي حبيسا في الجنين الميت (Soubieux, 2008).

إذن حسب ما سبق ذكره تعيش الأم جراء موت جنينها صدمة نفسية التي يمكن أن تتطور أعراضها للسوداوية وهذا ما أكده (Bydlowski, 2011) حيث وجد أن كل النساء اللاتي تم اللقاء بهن بعد سنتين من موت الجنين داخل الرحم تعشن في اكتئاب رغم المتابعة النفسية لبعضهن، بالنسبة له الحداد لا يكتمل ولا يغلق بل يحدث تثبيت صدمي وذلك حتى في حالة وجود حمل لاحق لطفل حي، ومن بين الإشارات التي لاحظها هي وجود اكتئاب، أرق الذي يمثل استحالة القيام بسحب الاستثمارات من الحياة اليقظة، فقدان الرغبة الجنسية الذي يعتبر إشارة على هزيمة نزوة الحياة التي تدفعنا للتمسك بالحياة، يختفي الليبدو الجنسي، وعدم الوصول إلى النشوة إشارة على أن جزءا من الذات مات، كما أن هناك أعراضا أخرى هلوسية كالإحساس بحركة الجنين الميت، الاستيقاظ على وقع بكاء طفل، أعراض توهم المرض، أعراض بسيكوسوماتية، الإحساس بوجود كرة في البطن، أو العكس انطباع بوجود فراغ، تزيد هذه الأعراض حدة في تواريخ معينة تذكارية للأمومة المفقودة وفي تواريخ الميلاد. وعكس الحداد العادي الذي يتحرر فيه الأنا من التثبيت على الموضوع المفقود وينتقل الليبدو إلى استثمارات جديدة فإن الحداد على موت الجنين يتطور نحو السوداوية، حيث تتقمص الأم الموضوع المفقود ويسقط ظل الطفل الميت على الأم وبالتالي جزء من الأم يموت.

إذن يعتبر موت الجنين داخل الرحم حدثاً صدمياً ينتج صدمة نفسية لدى الأم التي تتقمص طفلها الميت وتشعر بمشاعر الغضب والثورة إلى جانب الشعور بالذنب، وتحمل نفسها مسؤولية موته، وقوف الأم في مدخلها لأوممة يخلق لديها مشاعر الخجل والفشل، فتعتقد أن جسمها آلة لإنتاج الموت ومقبرة ليس إلا، فتمقت نتيجة لذلك أنوثتها وتكره جسدها، أمام الخلل الذي تخلفه الصدمة على الجهاز النفسي للأم، يتوجب على الأنا بذل آليات وسيرورات نفسية للسيطرة على المثيرات الناجمة عن الصدمة النفسية.

:

-1

-2

-3

-4

-5

-6

-7

-8

-9

سبق وأن رأينا في الفصل السابق أن الأم تعيش صدمة نفسية جراء موت جنينها، هذا ما يفرض عليها عملاً نفسياً لإرجاع الجهاز النفسي لحالة التوازن بعد مواجهة الأم لحقيقة صورة الموت واجتياح الاثارات للجهاز النفسي، هذا العمل النفسي الذي يقوم به الأنا يتمثل في عمل الحداد، الذي يعتبر رد فعل طبيعي بعد فقدان، وذلك للانفصال عن الجنين الميت وتقبل فقدانه، لفهم هذه السيرورة أكثر سنتطرق في هذا الفصل إلى مفهوم عمل الحداد وأهم العوامل المتحكمة فيه التي من بينها طقوس الحداد، وخصوصية الحداد المتعلقة بموت الجنين داخل الرحم.

1- :

لا تخلو حياة أي شخص من فقدان سواء كان فقدان شخص محبوب أو حيوان أو عمل، أو موضوع جامد، ورد الفعل اتجاه هذا الفقدان هو ما أطلق عليه فرويد مصطلح "الحداد"، هذا الأخير (Deuil) مشتق من الكلمة اللاتينية (Dolere) التي تعني المعاناة، فالحداد يُعاش في معاناة رغم أنه ظاهرة عادية وعالمية، في حين أن غياب الحزن يعبر عن رد فعل معقد ومرضي (Philippin, 2006). استعملت الكتابات الأنجلوسكسونية ثلاث مصطلحات لوصف الحداد: (Amourning): التي تصف رد الفعل العاطفي العام الذي يلي الفقدان، (Grief) : الذي يميز بالخصوص الحزن، (Bereavment) : تشير إلى الفقدان نفسه (Dayan et al, 1999). "يتضمن الحداد حالة نفسية مؤلمة، فقدان الاهتمام بالعالم الخارجي، فقدان القدرة على اختيار مواضيع حب جديدة، التخلي عن كل الأنشطة التي ليس لها علاقة بذكريات المتوفى، هذا الكف والحصر المتعلق بالأنا يعبر على أن الفرد كرسها (الأنا) كلية للحداد، بحيث لا يبقى شيء للمشاريع والاهتمامات الأخرى (Helene, 2006). تتمثل مهام الحداد في تقبل حقيقة الفقدان وتجنب النفي وعيش تجربة الفقدان المؤلمة بمعاشها الانفعالي والاكتنابي بدون كبت والتكيف مع محيط يغيب فيه الموضوع المفقود ومواصلة الانخراط في الحياة وسحب الطاقة الانفعالية والعاطفية التي كانت مُعطاة للشخص الميت من أجل استثمارها في علاقات إنسانية أخرى (Bourgeois, 2001).

عرف (Freud) الحداد بأنه رد فعل أمام فقدان شخص محبوب، وهو مصدر للقلق والمعاناة النفسية، خلال فترة عمل الحداد تُعتبر أعراض الاكتئاب، والحصر والصدمة أعراضاً غير مرضية لأنها عابرة ومؤقتة (Bourgeois, 2001)، إذن يمكن اعتبار أن الحداد هو مجموع ردود الأفعال الجسمية والنفسية والعاطفية والسلوكية أمام كل فقدان ذو دلالة يعيشه الفرد سواء كان الموضوع المفقود شخصاً محبوباً أو حيواناً أو موضوعاً آخر، يعتبر الحداد صدمة نفسية حقيقية يكون المحتد فيها تحت تهديد الضغط، تتلخص عملية الحداد في سحب الليبدو والاستثمار من الموضوع المفقود والقدرة على الاستثمار في موضوع جديد في نهاية عمل الحداد، كما يتضمن هذا العمل سيرورة التكيف التي تشرف عليها الآليات الدفاعية.

المحتد يكون مغموراً في معاناته، في طريق مسدودة يراها مغلقة، يكون الفرد هنا في ورطة يريد الخروج منها وفي نفس الوقت يريد البقاء فيها (Helene, 2006)، فرد الفعل عن الانفصال والفقدان يشهد ثوران مفاجئ في توازن الأنا، تظهر نوبات هلع على شكل نوبات بكاء، وشكاوي، تظهر كذلك حالات الانهيار أين يُشل النشاط الحركي أو يتباطأ، الأنا هنا لا يستطيع إدارة الفقدان، فينكص إلى مستوى تنظيم جد بدائي (Rosa et al, 2009)، يكون الأنا هنا تحت خطر الموت مع الميت أو الانفصال عنه، ما يوجب على الأنا استعمال الآليات الملائمة لإيقاف النزيف النزوي للأنا. وقد لخص (Bourgeois, 2001) عملية الشفاء هذه في ثلاث سيرورات تالية الذكر:

1- التقبل المعرفي مع رؤية عقلانية للأحداث وأسباب اختفاء المتوفى. المحتد يمكن أن يحكي قصة الفقدان وإلا فإننا نلاحظ ارتباكاً وحيرة وشعوراً بالذنب اتجاه الذات أو موجهة للآخرين.

2- التقبل الانفعالي. سنرى الاجترار القهري يختفي حيث يستعرض الشخص السيناريوهات التي كان من الممكن أن تتجنب الخسارة "لو فقط" لمدة 6 أشهر، ستظل هناك ذكريات مؤلمة مع لحظات من الأسى والندم.

3- تغير الهوية. المحتد يتحول نتيجة هذا الفقدان. ويمكن التمييز بين الذات الماضية والذات الحالية. إعادة البناء هذه مزدوجة داخلية وخارجية بينفسية وبينشخصية.

كما وجب التنويه إلى أن كل حداد فريد من نوعه، ويتوقف ذلك على نوع العلاقة بين الحاد والمتوفى، إذا كانت علاقة عاطفية، عقلية، فرعية، علاقة حب، علاقة تبعية أو لا (Helene, 2006)، كما يؤثر نوع التوظيف النفسي للحاد ودفاعاته المستعملة، وسوابقه المرضية وإذا ما كان قد عاش الفقدان من قبل، بالإضافة إلى شخصية وخصائص المتوفى.

2- :

عمل الحداد هو "عملية نفسية داخلية تلي فقدان موضوع التعلق العاطفي، وينجح الشخص من خلالها تدريجياً في الانفصال عن ذلك الموضوع، ولا بد من ربط عمل الحداد بالإعداد العقلي الذي يعتبر ربط الاثرات الصدمية بمثابة ضرورة للجهاز النفسي" (Laplanche et Pontalis, 2009: 504). يميز عمل الحداد جميع السيرورات النفسية للعمل على تقبل فقدان الموضوع، وهو ظاهرة عالمية تمس جميع الأفراد واعتيادية تتكرر باستمرار خلال فترة الحياة؛ بحيث تسمح بإعادة استثمار اللبيدو في مواضيع جديدة مع الاعتراف بحقيقة الفقدان (Dayan et al, 1999). تعرض (Freud) في مقاله حول "الحداد والمانخوليا" لمصطلح الحداد وعمل الحداد، الذي يعتبر مجموعة من العمليات النفسية المتمثلة في التحول الذي يهدف إلى الانفصال عن الموضوع المفقود، وسحب الاستثمارات اللبيدية المرتبطة به، عمل الحداد لا يكتمل بطريقة فورية، لأن وجود الموضوع المفقود في الواقع الخارجي يبقى حاضراً على المستوى النفسي (Chabert, 2009). تتميز المراحل الأولى من عمل الحداد بحالة من الصدمة التي تمس الفرد بأكمله: جسده، حياته النفسية، نشاطه، حياته العلائقية، يمس الاضطراب كل جوانب الحياة من النوم، الشهية، الجنس، النشاط، حتى الحياة الداخلية مضطربة ويصيبها الكف (Hanus, 2001). يرى (Freud) أن عمل الحداد لا يبدأ إلا بعد تجاوز مرحلة الثورة والاعتراف بفقدان الآخر، عندها يقوم المحتد بسحب تدريجي لكل اللبيدو

(المظاهر الديناميكية للنزوة الجنسية في الحياة النفسية) من العلاقة مع الموضوع المفقود، هذه المهمة صعبة وتتطلب الكثير من الطاقة والوقت (Bacque, 1997)، يعيش المحند الاكتئاب وحالة من الذعر والوهن حتى عندما يسعى فرط النشاط العابر المتناقض الذي يظهره إلى إظهار التغيير، تستمر هذه الحالة حتى يعي ويتقبل واقع وشدة الألم، لكن قبل الوصول إلى هذه المرحلة يتم رفض كل ما ذكر سابقا في البداية، لكن هذا الرفض غير مكتمل هناك دائما اعتبار نسبي للواقع وعادة ما يكون مؤقتا (Hanus, 2001). إلى جانب ما ذكره (Freud) فيما يخص عمل الحداد أضاف (Abraham) بأن المحند ينجح في عمل الحداد وفي سحب كل الاستثمارات من الموضوع المفقود عندما ينجح في استدخال الموضوع المفقود (Batsch, 2008). ثم عاد (Freud) وسلط الضوء على السيرورات النفسية المؤسسة لعمل الحداد مع انسحاب نرجسي وارتداد الليبدو مما يؤدي إلى تقمص الموضوع المفقود، جزء من الأنا يصبح ملك لموضوع، أو بعبارة أخرى الموضوع يتم تجاسمه في الأنا، يسقط ظل الموضوع على الأنا، عمل الحداد يجب أن يؤدي إلى وقف تدريجي للنشاط العقلي للتصورات المرتبطة بالفقدان، وبمرور الوقت وبفضل الحداد يقوم بالإعداد التدريجي للكسر وإعادة توزيع استثماراته (Lemaire, 2008).

وما يشير ويؤكد على وجود عمل نفسي داخلي في الحداد هو الانسحاب من العالم الخارجي الذي يستمر طيلة عمل الحداد، وهذا مهم بالنسبة للأنا لكي يصبح حرا بدون كف، ويعيد الاستثمار في مشاريع وعلاقات جديدة، لكي يستطيع المحند إيجاد طعم جديد للحياة (Helene, 2006)، الأنا في الحداد يعيش فقداننا للموضوع الذي كان مستثمرا موضوعيا ونرجسيا، وهو هنا تحت خطر فقدان جزء منه هو نفسه وهذا ما يسبب ألما نرجسيا. أشار (Hanus, 2001) إلى أن الحداد يختص بالشعور بالألم، يرجع هذا الأخير إلى الجرح النرجسي؛ الذي هو تحول مفاجئ وجذري للنظام اللييدي النرجسي، فقدان الموضوع هو فقدان نرجسي في نفس الوقت، هذا ما لا تستطيع النرجسية المطلقة تحمله، فنقص الليبدو يبدو وكأنه بتر، وفقدان موضوع حب يهاجم طبيعتها وجوهرها، وبالتالي تفقد القوة الكاملة التي كانت تتمتع بها. في حين أن غياب الألم يعتبر إشارة على النفي لذا

فإن ألم الحداد مثل الألم الجسدي هو إشارة وتحذير وحماية (Hanus, 2001)، في هذا الصدد يرى (Freud) أن عمل الحداد يوجب على الأنا أن يقرر ما إذا كان يريد مشاطرة الموضوع المفقود مصيره أو يقطع الصلة معه، أخذا بعين الاعتبار مجموع الاستثمارات النرجسية التي يتضمنها البقاء على قيد الحياة، بهذا المعنى يمكن القول أن عمل الحداد يتلخص في قتل الميت (Laplanche et Pontalis, 2009). يتم اعتبار الحداد منجزا إذا ما أصبح اللبيدو حرا، وإذا ما أصبح الفرد قادرا على إيجاد موضوعات للحب من جديد. لكن يشير (Dayan et al, 1999) إلى أن تصور الموضوع المفقود يمكن إحيائه من جديد عن طريق جميع الروابط الرمزية أو الإدراكية، حيث يحرض إعادة إحيائه: عيد الميلاد، الاسم، الرائحة وبالتالي عمل الحداد يظل بحكم الضرورة دائما غير مكتمل جزئيا.

3- :

أدرجت (Frederique, 1997) في مؤلفها (Deuil et senté) أهم مظاهر الحداد العادي وأجملتها في ما يلي:

1-3 :

: مشاعر الحزن، الغضب، فقدان الأمل، قلق وإثارة مصحوبة بألم معنوي، فقدان الأمل، النواح، البكاء، اكتئاب شديد عجلت به الأحداث الخارجية.

: خوف، ضغط، التخوف من أزمة عصبية، الخوف من الإصابة بالجنون، من الموت، من عدم القدرة على العيش بدون وجود الميت؛ الخوف من الوحدة.

: اتهام الذات واللوم (التوبيخ) فيما يتعلق بالأحداث السابقة للموت (لعدم قدرته على تجنب ذلك)، الشعور بالذنب المرتبط بالسلوك مع المتوفى (عدم معرفته كيف يحبه وكيف يحميه، وكيف يتخذ القرارات الصحيحة).

: سرعة العدوانية اتجاه الأسرة والأصدقاء الذين يظهرون تجاهلا لقيمة المتوفى، غضب ضد القدر، ضد المفقود الذي ترك المحتد وحيدا دون توقع نتائج الهجر، غضب ضد الأطباء والمعالجين.

: فقدان المتعة في الأكل، عدم القدرة على الاستمتاع بالهوايات والأحداث الاجتماعية والعائلية، وكذلك كل نشاط مشترك سابقا مع المتوفى. الشعور بأن لا وجود لشيء ممتع بدون الشخص المفقود.

: الشعور بالوحدة حتى في حضور الآخرين، يتسم هذا الشعور بالحدة والشدة خاصة أين يكون الآخر حاضرا (الأمسيات، العطل الأسبوعية).

2-3 :

: ضغط، عدم القدرة على الحصول على الراحة، فرط النشاط، بحث نشط عن المفقود، تناقض وتضارب الأفعال.

: تضاؤل وانخفاض في المستوى العام للأنشطة (أحيانا متوازية مع نوبات هيجان)، صعوبات في الكلام والتفكير، تعب عام.

: بكاء، تعبير عام عن الحزن (نظرة مرهقة ومتعبة).

3-3 :

: أرق عام الأيام الأولى بعدها يظهر تحسن بطيء، أحيانا يكون أرق مزمن، صور متكررة، أحلام مزعجة. حالة الإفراط في النوم.

: فقدان كامل أو جزئي للشهية. تغيرات معتبرة في الوزن، عادة زيادة في الوزن بسبب الشراهة.

: إنهاك جسدي عام.

: آلام (الظهر، الرأس، العنق)، تشنجات عضلية، غثيان، قيء، ضيق الحلق، الطعم مر في الفم، اضطرابات في الرؤية، آلام عند التبول، غازات البطن. انقطاع في النفس. غياب القوة العضلية، تساقط الشعر وبيضاضه. خفقان وارتجافات.

4-3 :

: هو جزء من الضعف النفسحركي.

: صعوبات في القراءة وفي إنهاء بعض المهام.

: ضعف في الذاكرة قصيرة المدى ومتوسطة المدى.

-5-3

:

: تأنيب الضمير الذي يظهر في بداية الحداد بشدة.

: الشعور بعدم الوفاء، بالذنب، بالعجز واستحقار الذات.

: نظرة تشاؤمية حول

الحاضر والمستقبل. فقدان الأهداف. الرغبة في الموت والانتحار.

: الشعور بعدم الوجود،

-6-3

:

: الثورة، البحث، رثاء شديد. تقليد سلوكيات المتوفى والسعي

لتحقيق مصالحه. مثلثة المتوفى (الميل إلى تجاهل عيوبه). التناقض الوجداني (مشاعر الايجابية والسلبية اتجاه المتوفى). صور حية للمفقود وأحيانا هلوسة. الانشغال بموضوع المفقود وإقصاء باقي الاهتمامات.

-7-3

: تناظر وتشابه مع الأعراض التي ظهرت لدى

المتوفى، يمكن أن يظهر لدى المحند نفس المرض الذي عانى منه المفقود. تناول العقاقير النفسية بكثرة خاصة المنومات والمهدئات بالإضافة إلى التبغ.

-8-3

: خاصة الأمراض المعدية، حساسية من

الأمراض المرتبطة بانخفاض الرعاية الذاتية (السرطان، السل) ومن الأمراض الناتجة عن الإجهاد (أمراض القلب، والأمراض الجلدية).

:

-4

تحدث (Marc Louis Bourgeois) في مقاله (La souffrance du deuil) عن ثلاث

مراحل للحداد المتمثلة في: "مرحلة الصدمة، مرحلة الاكتئاب، مرحلة التعويض والترميم" (Bourgeois, 2001: 147).

1- فترة الذهول وفقدان الإحساس تستمر من عدة ساعات إلى عدة أيام، وأحيانا تصل إلى عدة أسابيع، الحاد يواصل الحياة والسعي لكن بشكل تلقائي في نوع من التخدر.

2- تمتد هذه الفترة بين عدة أسابيع إلى سنة، يظهر الاكتئاب مع سرعة الانفعال والهيجان، انفعالات غامضة ومبهمة حادة، عاطفة شديدة مع توقع جسدي، انسحاب اجتماعي وتسلط صورة وذكريات المفقود، وبشكل خاص تتمثل هذه المرحلة في ظاهرة تقمص الميت مع تقليد سلوكاته وحتى نفس الاضطرابات الجسدية التي ظهرت لديه قبل موته.

3- تقبل الموت يترافق مع الالتئام واستعادة المصالح المفقودة، القدرة على التمتع مع الرغبة في علاقة جديدة ومشاريع وأدوار جدد، أو على الأقل استعادة وتعزيز دور مسبق.

في حين ترى (Alain De Broca) أن المحتد يمر بأربع مراحل خلال عمل الحداد تتمثل فيما يلي، مرحلة الصدمة الأولية أو الانصعاق، مرحلة الذنب، مرحلة الانزعاج والضيق العام، مرحلة الالتئام أو الشفاء (De Broca, 2001)، حتى يُشفى على جميع المستويات (النفسية، الاجتماعية والجسمية) ويمكن تمثيل عمل الحداد بدوامة كبيرة، يمر فيها الحاد بأوقات حزن تعقب أوقات تحسن وهذا خلال أشهر دون أن ينتهي بشكل حقيقي لأن الأثر يبقى دائما حاضرا في الذاكرة.

1- التي تظهر من خلال الانصعاق أي استحالة تحليل -الحاد للحدث المفاجئ الذي يتمثل في فقدان الموضوع المحبوب-، النفي وعدم الاعتراف بالحدث، الشك وعدم التصديق رغم معرفة الحاد بالحدث شعوريا إلا أنه لا يؤمن بذلك، يعيش الحاد الغضب والثورة، وانفجار الألم والعدوانية، وتظهر أفكار انتحارية مؤقتة.

2- مثل قول الحاد: أنا المذنب، وأنا سبب فقدان الموضوع، أنا مذنب لأنني لم أستطع منع اختفائه، عدم قدرة الحاد على تغيير أو منع وقوع الحدث الذي جعله يفقد الموضوع المحبوب، الشعور بالذنب والمسؤولية.

3- المتمثلة في الاكتئاب، المزاج السلبي، الكف في اندفاعية الحياة، الحصر، تحول في الشخصية، اضطرابات النوم التي تتجلى في الأرق أو الإفراط في النوم، ظهور كوابيس وأحلام، أفكار غريبة، إلى جانب التجسيد -ظهور أمراض سيكوسوماتية-.

4- أجمل (Marc Louis Bourgeois) أعراض ومعايير التعافي بعد الحداد فيما يلي:
(Bourgeois, 2001):

- عودة الكفاءة والطاقة للحياة اليومية تسمح بالعمل في الوقت الحاضر، وفي حالة العكس تفقد الحياة اليومية المعنى وتصبح فارغة.
- الراحة النفسية دون ألم دون ضيق، لا وجود لذكريات مؤلمة تتدخل في المدركات والأفعال الحالية.
- القدرة على توقع وتجربة المكافآت والملاذات. وتصبح معظم الأحداث إيجابية مرة أخرى.
- يتم إجراء الإسقاطات في المستقبل من التنبؤات الإيجابية مع تخطيط المشاريع. وفي الحالة العكسية يظل المستقبل بلا أمل ولا معنى له، تنتهي الحياة بعد أن تغزوها ذكريات الماضي
- التكيف الصحيح مع الأدوار الاجتماعية، خاصة كزوج، أب أو كعضو في المجتمع.

-5

:

كل حداد فريد من نوعه، ويتوقف ذلك على نوع العلاقة بين المحتد والمتوفى، إذا كانت علاقة عاطفية، عقلية، فرعية، علاقة حب، علاقة تبعية أولا (Helene, 2006)، كما يؤثر نوع التوظيف النفسي للمحتد ودفاعاته المستعملة، "شخصية المحتد، وخصائص المتوفى، طبيعة الروابط والتعلق بين المحتد والميت، وطريقة الموت، السوابق المرضية وإذا ما قد سبق وأن عاش المحتد الفقدان مسبقا، الوسط الديني والاجتماعي والثقافي والاقتصادي" (Bourgeois, 2001 : 151).

شرح (Racemie) في كتابه (Le génie des origine) الشروط الأولية والمهمة في فعل الحداد، في هذا الصدد تطرق إلى الحداد الأصلي المتعلق بأول انفصال عن الأم، هذا الحداد الأصلي يبقى أثره المعقد حيا ودائما طوال حياتنا، وهو ما يجعلنا مستعدين لتقبل الفقدان، هذا التعود على الفقدان ينمي لدى الفرد مهارة كبيرة لمواجهة أي حداد مستقبلا، وهذا ما يشكل "حصانة نسبية". شروط عبور الحداد الأصلي وأثره الذي نحفظ به تُحدد قدرة الفرد على القيام بالحداد سواء كان كبيرا أو صغيرا، واجتياز الأزمات المختلفة التي تكون منظمة في وجودنا. يصعب عمل الحداد في حالة إذا ما كان استثمار الموضوع المفقود متناقض وجدانيا، وهنا يصعب قيام الحاد بالحداد على موضوع مفقود يحبه ويكرهه في نفس الوقت حتى يقوم بتسوية كل الحسابات معه. كذلك يكون الحداد مستحيلا في حالة الاستثمار النرجسي، "الفقدان هنا لا يمكن تصوره، عدم وجود علامة واضحة تنبئ بموت المفقود واختفاء جسده، يخلق لدى المحتد أملا في عودته، وبالتالي يستحيل عليه توديع الموضوع الذي فقده. في حالة الموت يجب توفر: طقوس، مراسيم، محيط من أجل القيام بالحداد، هذه الممارسات ضرورية لإعطاء معنى رمزي للانفصال (Cuendet et De Vincenzi, 2003). إذن فنجاح عمل الحداد واكتماله يتوقف على مجموعة عوامل التي أهمها: أثر الحداد الأصلي المتعلق بالمراحل البدائية، إلى جانب طقوس الحداد، ونمط علاقة الحاد بالموضوع المفقود، وإن كان الحاد قد عانى من قبل من اضطرابات عقلية أو اكتئابية.

ولقد أجمل (Cuendet et Grimaud De Vincenzi, 2003) العوامل المتحكمة في عمل الحداد والتي تقلل من فعاليته:

- استثمار الموضوع المفقود متناقض وجدانيا، إذ من الصعب القيام بحداد على شخص نحبه ونكرهه في نفس الوقت، دون القدرة على القيام بتسوية الحسابات معه.

- الاستثمار النرجسي: الذي يؤدي إلى عدم القدرة على تصور الخسارة.

- عدم وجود علامة واضحة للموت، فقدان الجسم (الجثة)، فيبقى الأمل موجودا في أذهان الأحياء في عودة محتملة، أين من المستحيل قول "وداعا".

لذلك يجب وجود الميت، الطقوس، المراسم، المحيط من أجل القيام بالحداد، حيث أن هذه الممارسات مهمة من أجل إعطاء معنى رمزي للانفصال.

6-

يذكر (Philippin) أن كل الجوانب الظاهرة في عمل الحداد تعتبر ثمرة الإعداد النفسي التي تعكس المعاش الداخلي للحاد وتمثل جوهر عمل الحداد، الذي يكون في خدمته ثلاث عمليات أساسية: الاعتراف بحقيقة فقدان، تعزيز الروابط الداخلية مع الشخص المفقود، العمل على مشاعر الذنب. في بداية عمل الحداد يجب أن يعترف المحتد بالفقدان العاطفي للشخص المفقود، وتكون الحقيقة النفسية مصحوبة بمعاناة بما أن الرفض الأولي الذي يتصور به الفرد الواقع يكون صادم جدا، وهذا يستلزم وجود فترة زمنية لتجاوز هذه المرحلة، ثاني مرحلة تتضمن تعزيز الروابط الداخلية مع المفقود الذي يشغل كل المجال في نفسية الحاد الذي يعيد إحياء ذكريات مشتركة بينه وبين المفقود، وفي نفس الوقت يقوم بسحب الاستثمار منه، وكل الذكريات يعاد تذكرها ثم مواجهتها مباشرة مع الواقع وهذا ما يعطي دلالة النهائية للفقدان، وتكون مرفقة هذه الذكريات بحالة شديدة من الحزن، ما يؤدي إلى توليد مرحلة الاكتئاب، أما السيرورة الثالثة فهي تحث كل فرد للقيام بعمل على المشاعر المرتبطة بالذنب، يتعلق الأمر بمشاعر ذنب ذو طبيعة شعورية، بمعنى يكون مرتبط بما كان يجب أن يفعله وما لا يجب أن يفعله، إلى جانب مشاعر الذنب اللاشعورية المرتبطة بالتناقض الوجداني الموجود لدى كل فرد من

حيث المشاعر العاطفية والمشاعر العدوانية الموجهة في آن واحد للمتوفى، وهو المسؤول عن مشاعر الذنب، إذن فالحداد يُعاش في معاناة وتناقض وجداني ويحدث خلاله نكوص هذا ما يجعل التوظيف النفسي يرجع للمراحل البدائية (Philippin, 2006). إذن يمر الحداد العادي بثلاث مراحل كما سبق وأن ذكرنا، أول مرحلة هي مرحلة الصدمة، التي تتميز بغياب رد الفعل، وعدم قدرة الحاد على إستوعاب وتحليل المعلومة التي تلقاها بخصوص فقدان موضوع محبوب، كما يظهر الحاد نفي وإنكار للواقع الخارجي وللحقيقة، يترافق هذا كله مع حالة من الغضب والعدوانية والثوران التي تعتبر كتفريغ انفعالي يسمح بعقلنة المعلومة بشكل تدريجي الذي يقي الفرد من حمولة انفعالية كبيرة، ثاني مرحلة من الحداد هي مرحلة الاكتئاب مع تقبل الفقدان على المستوى الشعوري، إلى جانب اضطرابات في النوم والأكل، أما المرحلة الأخيرة فتتميز بقدرة الحاد على الاستثمار في موضوع جديد، بعد سحب الاستثمار.

فرق (Freud) بين نوعين من الحداد: المرضي والسوي، "في حالة الحداد المرضي يعتبر الشخص نفسه مذنباً لمسؤوليته عن الموت الذي حدث فينكره، ويعتقد أنه واقع تحت تأثير المتوفى، كما يعتبر أنه مصاب بالمرض الذي أدى إلى موته" (Laplanche et Pontalis, 2009: 504). وهناك فرق بين الحداد المعقد والحداد المرضي، أما المعقد فيظهر من خلال ازمان الحداد -طول فترة ظهور أعراض الحداد- "دون أن يؤدي إلى مرض عقلي، عكس الحداد المرضي الذي يؤدي إلى تغيرات خطيرة في الحالة العقلية: تفكك الشخصية العصابية والذهانية، ويطور سلوكيات خطيرة للشخص أو لمجتمعه" (Dagonet, 2000 : 72). يظهر الحداد المعقد في خمس مظاهر هامة وذلك بعد ستة أشهر بعد فقدان الموضوع وذلك حسب (Schmitt, 2012):

- 1- يوجد صعوبة في تقبل موت الشخص، مشاعر الشك.
- 2- الأسى، والغضب في كثير من الأحيان.
- 3- نوبة من الانفعالات المؤلمة مرفقة بحنين للشخص المتوفى والتي تظهر بشكل منتظم.

4- نجد أفكار متكررة حول الشخص المفقود، والتي تتطفل في أغلب أوقات اليوم.

5- سلوكيات تجنبية لكل ما يذكر بالشخص الميت.

إلى جانب ذلك يعاني الفرد من أرق، ويرى كوابيس في أحلامه، هذا ما يعرقل سير حياته الفردية العملية، العائلية، يتم تشخيص الحداد المعقد بعد 6 أشهر من فقدان الشخص، في حين يرى باحثون آخرون أن التشخيص يتم بعد أول ذكرى سنوية للحداد، أي بعد مرور على الأقل 14 شهرا من فقدان .

أما بالنسبة لـ (DSM IV) "فيتم تشخيص ذلك بعد مرور شهرين من فقدان، حيث يبقى الحاد غارقا في اكتئاب شديد، الذي يتميز بانخفاض تقدير الذات، ورغبة في الانتحار" (Dollander et Tychev, 2002 : 243).

:

(Bacque , 1997)

1- (dépression majeure réactionnelle au deuil)

بالنسبة لـ (Prigerson et al, 1995) يظهر من خلال استمرار الأعراض التالية أكثر

من شهرين بعد فقدان:

1- توهم المرض.

2- بلادة ولامبالاة.

3- أرق دائم.

4- حصر مرضي.

5- الرغبة في الانتحار.

6- الشعور بالذنب.

7- الشعور بالوحدة.

8- مزاج مكتئب.

9- بطء نفسحركي.

10- عدوانية.

11- انسحاب.

12- تدني تقدير الذات.

2 :

يختلف الحداد المعقد عن الحداد العادي الذي يعتبر سيرورة محددة تبدأ بمرحلة الصدمة تليها مرحلة الاضطرابات الجسدية والنفسية الحادة والانسحاب الاجتماعي وتنتهي بتقبل الفقدان واستعادة الإمكانيات التي كانت متوفرة قبل الحداد في حين أن الحداد المعقد يتسم بعدم القدرة على استعادة الأداء المعروف قبل الفقدان ويمكن حصر أعراضه حسب (Prigerson et al, 1995) فيما يلي:

1- رفض قبول الموت.

2- البحث الدائم عن المفقود.

3- خمول.

4- الانشغال الدائم بموضوع المفقود.

5- عدم القدرة على الإيمان حقا بالفقدان.

6- شعور الدائم بالإرهاق، والذهول بالموت.

7- بكاء لا يمكن السيطرة عليه.

دراسة (Prigerson) أكدت اقتراحات فرويد: الاكتئاب المنعكس عن الحداد يقترب من المانخوليا مع تدني قيمة الذات، من ناحية أخرى الحداد المعقد كيان منفصل يستحق صنفا جديدا من وصف الأمراض (nosographique).

3 :

ينقسم إلى حداد مؤجل، حداد مثبت (Inhibé)، حداد مزمن:

: النفي الأصلي للموت يتثبت مع الوقت، يتعلق برفض لاشعوري للاعتراف بالواقع. وبالتالي من الغريب أن المحتد لا يظهر أي رد فعل ملموس على فقدان من أحب، ويتصرف وكأن شيئاً لم يتغير، يمتد الوضع السابق بشكل تقريبا هلوسي. سلوكه يبدو قريبا من الهذيان في صلابته. كما يظهر ذلك في الحياة اليومية فنجد مثلا يعد مكانا للمتوفى في مائدة الطعام.

: تغيب الأعراض العادية للحداد في البداية كما يحدث في الاكتئاب المقنع، الاختلالات العاطفية تتلاشى لصالح الاضطرابات الجسدية. الاكتئاب المثبط هو اكتئاب مؤجل أين الدفاعات تكون أقل كفاءة لأنها تظهر على الجسد أكثر من ظهورها على السلوك.

: هو امتداد للحداد الذي لا نهاية له، اكتئاب الحداد يمكن أن يستمر طوال الحياة في حالة لم يتم حل التناقض الوجداني بين التابع والمتوفى. يشكل الاكتئاب المزمن معركة دائمة للعثور على أسباب الوفاة ومسؤوليته إعادة بناء قصة المتوفى. هو حداد مستمر يتميز باكتئاب مزمن وبكاء غير منتهي. الحداد المزمن يعتبر طريقة يقوم من خلالها المحتد بحبس نفسه في الذكريات، والحفاظ على التعلق الشديد بالمفقود.

:

- 1- طبيعة الرابط الذي يجمع المحتد بالموضوع المحبوب، يكون الحداد صعبا جدا عندما يمس موضوع أوديبى، أم أو بنت بالنسبة لرجل، أب أو ولد بالنسبة للمرأة.
 - 2- سن المتوفى: الحداد يكون مؤلما جدا، إذا ما كان الميت صغيرا، صغر السن يولد مشاعر الذنب، مشاعر الظلم.
 - 3- ظروف الفقدان: الفقدان المفاجئ وغير متوقع يزيد من خطر تعقيد الحداد
- (Dagonet, 2000).

يزيد احتمال وجود مضاعفات في الحداد في حالة إذا ما كان الحاد يعيش حدادا قبل فقدان، أو نوبة عقلية أو صعوبات اجتماعية، وإذا كان يعاني من سوابق في المرض العقلي، كذلك عدم وجود دعم نفسي اجتماعي يكون عاملا مت دخلا (Philippin, 2006).

-7 :

تم اقتراح مصطلح الفقدان خلال فترة الحمل أو أثناء الولادة (Perte périnatale) سنة 1983، للدلالة على جميع إخفاقات التكاثر الإنساني التي من المرجح أن تثير ردود أفعال الحداد (Guedeney et Allilaire, 2001)، هذا الحداد الذي يمتاز بخصوصيته وفردانيته، حداد خاص، حداد خلال فترة الحمل، هذه الأزمة التطورية، هذه الأزمة الهويةية. نعلم أن وظيفة إعادة تأمين الهوية الأنثوية تمارس عن طريق الحمل، لذلك تحدث (Irving Léon) عن "أزمة خلال أزمة" (47: 1998, Bitouze).

مصطلح الحداد خلال فترة الحمل (Deuil Périnatale) يستخدم للدلالة على مجموع الصعوبات الانفعالية، النفسية والاجتماعية التي يواجهها الرجال والنساء في وضعيات الفقدان خلال الحمل أو أثناء الولادة (Molinie et Hureau, 2012)، بما فيها حالات موت الجنين داخل الرحم. الانقطاع في سيرورة الحمل بالنسبة للمرأة وانتهائها بدون ثمرة (طفل)، يجعلها تعيش الفراغ، الذي يتثبت بسرعة، فالبطن فارغ ومترهل، والمهد كذلك، يحل الفراغ هنا محل الغياب، وليس هناك كلمة مساوية للألم الذي يُخلفه، موت الجنين يخلق انقطاعا نفسيا في سيرورة الأمومة، بعدما سبق وأن تم تكوين علاقة استهامية قوية بين الأم والجنين (Soubieux, 2009). وحتى في حالة عدم الرغبة في الطفل فإن هذا الطفل يكون جزءا من الذات، وموته مهما كان مريحا في هذه الحالة فإنه يعتبر فقداننا نرجسيا (Hanus, 2001)، ترفض الأم الحادة على موت طفل قبل ميلاده رفضا جذريا فكرة اختفائه... فموت الجنين يقدم واحدة من المفارقات الأكثر صعوبة لعمل الحداد على موضوع غير معروف اجتماعيا والذي اختفى قبل أن يكون (Legros, 2001). هنا الأم تبقى محجوزة وكل المنافذ تُغلق، مع رغبتها في عدم رؤية أي شخص، حتى ضوء النهار تراه وكأنه عدوانية، تنطوي الأم على ذاتها، بعد ما تكون قد مرت

بمرحلة نكوص شديدة التي كانت مدعمة بحالة الشفافية النفسية الخاصة بالحمل، التي تُعبر على الحنين للعودة للحالة الذوبانية مع الأم في العلاقات الأولية، هذا النكوص النرجسي يُسجل في حركة تقمصية للجنين، الذي يسعى لتجسيد الواقع من أجل جعل الأم تنفصل عن جنينها، هذه المعاناة الاكتئابية ما هي إلا نتيجة لعمل الحداد وسحب الاستثمار من الطفل الذي كان منتظرا، يظهر الحداد كل الحركات النفسية المرتبطة بإعداد فقدان موضوع- لا موضوع (Galembert, 2009).

إذن فموت الجنين خلال فترة الحمل يسبب اضطرابات شديدة وتصادما في الزمن بين الولادة والموت، فيحدث توقف للصورة لدى الأم أمام الحياة ومعناها (De Mezerac et Storme, 2013). لذلك تتطلب المرافقة خلال فترة الحداد على موت الجنين استماعا أكبر مقارنة بحالات الحداد الأخرى، فالفقدان في هذه المرحلة مختلف عن فقدان شخص محبوب تمت مشاركته في علاقات عاطفية وذكريات بل يتعلق الأمر هنا بفقدان غير حقيقي فقدان المستقبل، فقدان كل الأحلام التي بنيت منذ معرفة وجود الحمل، خاصة عندما ينتهي في وقت مبكر جدا وأنه لا يوجد بقايا ملموسة من الطفل المختلفي (Guedeney et Allilaire, 2001)، فالحداد خلال فترة الحمل يتميز بخصوصية أن الموضوع المفقود لم يعش خارج جسم الأم، لا يوجد ذكريات خارج الحمل، إنه الحداد على المستقبل مع الطفل الذي كان يجب أن يكون (Molinie et Hureaux, 2012 : 110) ، ينطوي الحداد في هذه الحالة على بعد خاص لأنه يبني على عدد قليل جدا من عناصر الحياة الملموسة هذا إن وجدت؛ فالذكريات الوحيدة تقتصر على حركات الطفل داخل الرحم قبل موته وصور التخطيط بالتصوير السمعي، وهنا تكمن الصعوبة في عدم القدرة على الشروع في الحداد (De Mezerac et Storme, 2013). ولذلك فإن سيرورة سحب الاستثمار النفسي للموضوع لا يمكن أن تتم كما في المخطط الفرويدي الكلاسيكي للحداد على شخص عاش، بالاعتماد على الذكريات التي يتم فرط استثمارها، وبعد ذلك وأمام الاعتراف بالفقدان يتم سحب الاستثمار تدريجيا. إذ "يبدو الانفصال عن الطفل الميت اختبارا نفسيا يصعب إنهاؤه، لأنه -الجنين الميت- لم يتمكن من الحصول على وضعية شخص منفرد (Squires, 2004:30). الحداد اللاحق لموت الجنين يبدو معقدا بشكل

خاص لأنه يضيف للعمل العادي للحداد اختبار واقع آخر: التعرف على ما تم فقده، معتمدا على تجربة الحمل، أين تشعر الأم عموما بعد 22 أسبوعا بالحركات النشطة للجنين (Dayan et al, 1999). في هذه الحالة يتطلب الأمر الكثير من المرونة مع الآباء والاهتمام بهم من أجل تحقيق "عمل إعادة التذكر" -تذكر الأحداث المتعلقة بالجنين الميت- مع إدراج ودمج العناصر التي كانا يحلمان بها في الحياة المستقبلية والتي توقفت، وهذا من أجل إعادة نسج خيوط التاريخ العائلي بين الماضي والحاضر والمستقبل. (De Mezerac et Storme, 2013). تمر المظاهر الفردية للحداد عند موت الطفل رحما في صمت ويتم تجاهل نتائجها النفسية التي من الصعب فهمها. طبيعة الحداد الذي يواجهه الوالدين تبدو وكأنها لغز "تعيد إليه أشياء غامضة أخرى" في غياب تصور مشفر للطفل الذي لم يصل إلى نهاية حياته الرحمية، لذا يظهر كموضوع داخلي مقلق ومهدد (Squires 2004). في بعض الأحيان تكون المواجهة مع إعادة تنشيط كل الجروح وكل حداد قديم لم يتم ارضائه، الحداد هنا لا يتطلب حلا للحداد عن الطفل، ولكن كذلك عن ميراث المواضيع الماضية الممنوحة للطفل (Bitouze, 1998). إذ أن الأزواج ليسوا متساويين لأن هذه التجربة لها علاقة مع التاريخ العائلي والشخصي لكل من الوالدين، فيما يتعلق بتعلمهم الانفصال في مرحلة الطفولة المبكرة ... وهناك يمكن أن تخفي اضطرابات داخلية عميقة، وبالمثل فإن جميع الاضطرابات الأخرى في الماضي يظهر خطر ظهورها من جديد إذا لم يكن قد تم العمل عليها -إعدادها- (De Mezerac et Storme, 2013).

الحداد لا يخص فقط موت الجنين وفقدانه وإنما يقوم الوالدين بعمل حداد على جزء منهم هم ذاتهم، على وظيفة الوالدية التي يريد كليهما أن تسجل في ترتيب الأجيال وتضمن النسب العائلي. هذه الوالدية الفتية -الشابة- أو التي هي قيد الإعداد تصدم بشدة مع غياب الطفل وتبقى هنا معلقة أمام هذا الفراغ الذي تركه وراءه حتى ولو كان للزوجين الحظ في رؤية أطفال آخرين حولهم، هذا الحداد المزدوج يشبه إلى حد ما العقوبة والألم المزدوج، الذي يصعب التعبير عنه ويعكس شعورا بالفشل، مشاعر العجز تكون غالبا موجودة بتكتم وتعكس صورة أن الوالدين لم يستطيعوا أن يكونوا آباء

جديدين؛ فيتم فتح ثغرة في والديتهم وفي ثقنتهم بقدرتهم لأنهم لم يستطيعوا حماية طفلهم من الموت (De Mezerac et Storme, 2013). وجب التنويه إلى وجود اختلاف بين حداد الوالدين (الأم والأب) أنفسهم وردود أفعالهما نظرا لاختلاف العلاقة بالموضوع -الجنين الميت-، إذ أن حداد الأم هو حداد معقد، وهو رد فعل للتأقلم مع فقدان موضوع التعلق، لكن فقدان الموضوع هنا ليس ملموسا واقعيا. هو كذلك انقطاع في التكاثر (إعادة الإنتاج)، أزمة في التحول من هوية المرأة إلى هوية الأم (Guedeney et Allilaire, 2001). لذلك فهذا الحداد يصعب تحمله جدا في بطنه المربك المتعب بالنسبة للذين يعيشونه، ومحير بالنسبة للذين يشهدونه (De Mezerac et Storme, 2013). وعمل الحداد يجعل المرأة في مواجهة مع أسئلة صعبة عن الخصاء والموت (Squires, 2004). فقدان خلال فترة الحمل هو اقتلاع لجزء من الذات والبعض يصفه كألم جسدي، هو جرح حب الذات وهو فقدان نرجسي، وفقدان للمستقبل الذي تم بناؤه فكريا منذ بداية الحمل (Guedeney et Allilaire, 2001)، فقدان الطفل يمثل جرحا نرجسيا الذي يظهر بشكل لا يحى حيث يعطي انطبعا للفرد عن أنه قد تمت خيانة من طرف جسده، وخداعه باستبدال فرح منتظر بحدث صادم يساهم في الشعور بالضعف وفقدان السيطرة (Dayan et al, 1999).

تتميز المراحل الأولى من عمل الحداد بحالة من الصدمة التي تمس الفرد بأكمله: جسده، حياته النفسية، نشاطه، حياته العلائقية (Hanus, 2001)، فالإعلان عن موت الجنين عنيف وشديد، مفاجئ وغير متوقع، ينتج عنه حالة من الانصعاق. فحقيقة الوالدين أنهما كانا قادرين على استماع خبر الموت لا يعني استوعابهما حقا، فالأمر يستغرق أسابيع وأشهر، حيث "يرافق الفهم العقلاني في هذه اللحظات المبكرة النفي" (Guedeney et Allilaire, 2001: 160)، نفي الواقع من الممكن فهمه كسيرورة نشطة للدفاع ضد معاناة الفقدان وليس كنتيجة لعدم القدرة المعرفية (Dayan et al, 1999)، فلقد استعمل فرويد مصطلح النفي بمعنى نوعي: "فهو أسلوب دفاعي يتخذ شكل رفض اعتراف الشخص بواقعية إدراك ذو تأثير صدمي (لابلانن وبونتاليس، 1985: 262). فالنفس في مواجهة حالة الضغط المكثفة، تضع تلقائيا آليات تمنع الإدراك جزئيا (Guedeney et

(Allilaire, 2001). العواطف المتعلقة بهذا الفقدان ممنوعة من الشعور، على الرغم من أن هذه المعتقدات الزائفة تتلاشى بسرعة كبيرة، إلا أنها يمكن أن تعود مرة أخرى، الفرد خلال فترة الحداد يرفض معالجة قصة الفقدان أين كان ضحية كبت العواطف، يظهر هشا، يقاوم حتى لا يتم اجتياحه من طرف الانفعالات (Dayan et al, 1999). مما يعني أن الآباء لا يستطيعون فهم بعد شدة الخسارة أو قيمة ما فقد، هذه لحظة خطر كبيرة في الممارسة العيادية، لأن مقدم الرعاية يمكن أن يصبح متواطئا في نفي الوالدين، ويعتقد أنه في الواقع لم يكن مؤلما جدا بالنسبة لهم "النفي يمكن أن يجعل الآباء يعتقدون أنهم تغلبوا بسرعة على الألم (Guedeney et Allilaire, 2001:160). في حين يشير (Hanus, 2001) إلى أن غياب الألم إشارة على النفي، لذلك شبه ألم الحداد بالألم الجسدي إذ يعتبر كتحذير وحماية في الوقت ذاته، وإذا ما استمر النفي سيتمزق الأنا بدلا من ظهور الألم وذلك عن طريق انشطار الأنا. وهنا شبه النفي بالسم الشافي الذي لا يتوقف عند المنطقة التي يريد تخديرها وشلها بل يمتد إلى أبعد من ذلك مما يؤدي إلى توسع الانشطار.

مرحلة الإعلان موجزة من عدة ساعات إلى عدة أيام، موسومة بالتأثير على الفرد، فيظهر الغضب وخاصة الهيجان، فطور الانفصال النهائي لم ينشأ حيث تثبتت مراحل أمل. فأمام الصدمة النفسية التي تعيشها الأم بعد موت جنينها. وأمام مشاعر الثورة التي تعثرها، يتم رفض أي عمل نفسي وهذا ما يتوافق ما أول مرحلة من مراحل الحداد (Bydlowski, 2011)، قمع المعلومة يمكن أن يأخذ أشكالا مختلفة: جسدية مثل فقدان الوعي، نفسية مع النفي أو الإنكار الجزئي أو الكلي الدائم أو المتقطع، إذ يمكن أن تظهر حالة من الذهول منذ البداية لا تنطوي على قبول الواقع لكن تندمج في أغلب الأحيان في خطوات الإنكار (Dayan et al, 1999:499). فالرفض هو وصول ألم الحداد إلى الشعور، يتعين على الفرد أن يتراجع عن كل ما يتعلق بالمشاعر والنهاية والفقدان، دون الأخذ بعين الاعتبار الذكريات المرتبطة بالموضوع المفقود وهذا ما يؤدي إلى إفقار الحياة النفسية (Hanus, 2001).

لذلك فجزء خاص من الحداد هو عمل الاعتراف ليس الاعتراف بالفقدان نفسه فقط بل الاعتراف بالموضوع المفقود كذلك. ففي الواقع العلاقة مع موضوع الحب لا يزال

جزء منها خيالي، تجربة الارتباط هي تجربة الحمل نفسه تلك التجربة الفقيرة من الذكريات، لذلك يجب على الوالد إكمال عمل التعرف على الموضوع المفقود وفي نفس الوقت يجب عليه التعرف على الخسارة، يجب أن يواجه فقدان ليس فقط فقدان الموضوع بل كذلك الشرخ النرجسي الذي خلفته (Dayan et al, 1999). الذي يعتبر تحولاً مفاجئاً وجذرياً للنظام الليبيدي النرجسي، فاستثمار الموضوع هو أيضاً استثمار نرجسي وبالتالي فقدان الموضوع يمثل فقداناً نرجسياً كذلك، هذا ما لا تستطيع النرجسية المطلقة تحمله؛ إذ يبدو فقدان وكأنه بتر، فقدان موضوع يهاجم طبيعتها وجوهرها، بحيث لم تعد تتمتع بالقوة الكاملة وانهيار النرجسية يكشف عن العجز الأولي، الجرح النرجسي يترافق بحمولة ليبيدية زائدة، حيث تعود طاقة الاستثمار في الموضوع الخارجي بسرعة نحو الأنا، مما يجعل هذا الأخير يعاني من هذا الحمل الزائد، كما يرافق الجرح النرجسي اضطرابات سريعة ومكثفة للنظام الليبيدي، فائض المعاناة هذه يجعل الفرد يرغب في الانضمام إلى الموضوع المفقود (Hanus, 2001). لا يمكن أن يكون الانفصال عن موضوع الحب المفقود إلا عن طريق الاعتراف بغيريته (بمعنى أنه منفصل عن الآخر)، وهذا جزء لا يتجزأ من عمل الحداد (Dayan et al, 1999: 477)، كما يؤكد (Hanus, 2001) على ضرورة أن تعود كل من الذكريات وكل من التوقعات المتعلقة بالمفقود -الجنين الميت- إلى الشعور، وذلك ليتم تمييزها بختم الواقع المؤلم: لم يعد موجوداً. إلى جانب ميكانزم النفي نجد ميكانزم تقمص الميت (أيضاً التجاسم، والاستدخال) تم وصفه بشكل رئيسي بعد فقدان الوالدين أو الزوج، هذه الميكانزمات تميل إلى الحفاظ على تصور الموضوع المفقود حياً، تقمص الأم للجنين الميت بالإضافة لبقايا الحب النرجسي يعقد عملية الحداد (Dayan et al, 1999). لذلك يبدو العمل النفسي ضرورياً من أجل أن يقوم الوالدين بتحرير أنفسهم جزئياً من الروابط مع الطفل الميت، من أجل إيجاد دوافع للأمل ومن أجل الاستثمار في مواضيع جديدة (Squires, 2004).

أعمال وينيكوت أبرزت التناقض الوجداني الذي يربط بالضرورة الفرد بموضوع الحب، العداة هو في المبدأ مكبوت وأمنية الموت لاشعورية، هذه الأخيرة تكشفها من خلال تعابير مشتركة: "لقد اختفى ... لا أريد أن أراه بعد الآن، كان من الأفضل عدم

حملي ... " يشاركون بشكل كبير في الشعور بالذنب عندما يموت الموضوع حقا (Dayan et al, 1999). العدوانية هي مرحلة أساسية التي تسمح بإنقاذ المحتد من الشعور بالذنب الذي يمكن أن يدمره، لذلك من المهم أن نفهم أن العدوانية أمر لا مفر منه وإيجابي وله طابع إسقاطي (Guedeney et Allilaire, 2001). العدوانية اتجاه المتوفى الذي هجر وتخلى عن الفرد والذي سبب معاناة كبيرة وقلقا غالبا ما تكون مكبوتة. مشاعر العدوانية ممكن أن ترجع ضد الذات أو تتجه ضد المحيط: الزوج، الوالدين، الفريق الطبي إذ يتم تفسير حلقات الغضب الموجهة ضد الطبيب، القابلة، المساعدة الاجتماعية، الشاهد على الخبر أحيانا كنتيجة لإزاحة العدوانية اللاشعورية اتجاه المفقود الذي تخلى عن الفرد في الحداد. وإلى جانب العدوانية الموجهة ضد العالم الخارجي نجد أن في حالة فقدان خلال فترة الحمل توجه المحتدة مشاعر الغيرة والمعاناة وحتى مشاعر كراهية لا تطاق لأمهات مع أطفال أحياء، العدوانية يمكن أن توجه ضد الطفل اللاحق، هذه المشاعر نوعا ما شديدة تفاجئ الوالدين (Dayan et Al, 1999).

مضاعفات الحداد خلال فترة الحمل تصيب حوالي 25 بالمائة من الأمهات: اكتئاب مطول، اضطرابات في الهوية، ذهان النفاس بعد الحمل اللاحق، عقم (Guedeney et Allilaire, 2001: 160). حيث تم وصف ظهور اضطرابات حصرية واضحة على وجه الخصوص متلازمة اضطراب ما بعد الصدمة، نوبات الهلع أو اضطرابات وسواسية قهرية، حتى ذهان حاد، كما تم الإبلاغ عن هجمات هذيانية وخاصة سوداوية (Dayan et al, 1999). يختص الحداد المرتبط بفقدان الجنين خلال فترة الحمل بحالة من الحزن، فقدان الشهية، أرق، سرعة الانفعال، أفكار حول الجنين الميت، استحالة القيام بالأنشطة العادية، ويتوقف عمل الحداد على مدة الحمل، وعلى السوابق الاكتئابية للأم، وعدم وجود عماد نفسي عاطفي الذي بإمكانه أن يؤدي إلى حداد مزمن (33 : Squires, 2004). كما يظهر لدى الأم في الكثير من الأحيان أو هام وأحيانا هلاوس، يكون لدى الأم انطباع بأن طفلها لازال داخل بطنها وحتى أنها تشعر بحركاته، وبالنسبة لنساء أخريات العكس، حيث تعيش المرأة انطباعا مؤلما لإفراغ الجسم من الطفل المختفي بدون تصور للولادة (Dayan et al, 1999). التطور المرضي للحداد يعبر عن نفسه من خلال الهروب من

المنزل، الزيادة في العمل، عدم الوفاء، إدمان الكحول، عدم اتفاق الزوجين الوالدين هو مشكلة كبيرة للحداد، الاختلافات في ردود الفعل الانفعالية وتطوراتها المختلفة من فرد لآخر يؤدي إلى ظهور العدوان والصعوبات الجنسية، الصراعات، الانفصال (Guedeney et Allilaire, 2001). لذلك تعتبر مسألة الوقت ضرورية، ليس وقتاً عقيماً يعيش في وحدة ومشاعر التخلي، لكنه وقت مرافقة، وقت لازم للتعود على فقدان، وقت من أجل السماح بالتعبير عن المعاش النفسي (Bitouze , 1998).

هناك عناصر حاسمة في استعادة النزيف النفسي تتمثل في السند الأسري والاجتماعي، نوعية تقدير الذات، صلابة الشعور بالهوية الشخصية (Bitouze , 1998:55). لكن في أحيان أخرى يتم كف أو منع تعبير الآباء عن غضبهم وحزنهم من خلال المعايير التي تحظر ذلك في العديد من الثقافات، وقد يكون لديهم أيضاً المزيد من المتاعب مع شريكهم، المسؤوليات التي يواجهونها، الإجراءات الإدارية والعمل والأعمال المنزلية، ورعاية الأطفال الآخرين كل هذا يمكن أن يسرع تطور الحزن أو على العكس من ذلك يعيقه من خلال تعزيز النفي (Guedeney et Allilaire, 2001:160). للمحيط الطبي والاجتماعي مكان مهم وأساسي للعب في هذا الحيز الخاص بالسند الضروري للوالدين المحتدين؛ الاستماع غير مشروط دوره مهم في تقديمهم - سيرهم-. كما تتطلب المرافقة كذلك من مهني الصحة خاصة الذين يعملون في الخط الأمامي معرفة العديد من العقبات في عمل الحداد من أجل توجيه الآباء وتنويرهم ودعمهم ومساعدتهم من أجل تجنب العواقب، العوائق هي عدم فهم الحداد الحالي، عدم وجود الطقوس الجنائزية وتآمر الصمت الذي مازال يدور حول فقدان خلال فترة الحمل (Guedeney et Allilaire, 2001). وهذا ما يوضح "دور المحيط المهم جداً من أجل حداد ومن أجل الحمل اللاحق في نفس الوقت" (Squires, 2004:41). يوصي بعض المتخصصين بمتابعة الوالدين خلال الشهر الأول، الثاني والسادس بعد وفاة الطفل بإتباع إستراتيجية منتظمة لجميع الأزواج المعرضين لخطر انخفاض من الحداد المرضي. أما في الحالات المعرضة للخطر، فيتم توفير المتابعة من قبل مقدم الرعاية المتخصص في علم النفس في الفترة المحيطة بالحمل والولادة وإجراء مقابلات مع

الوالدين، يتم استئنافها خلال فترة الحمل التالية (Guedeney et Allilaire, 2001). في حين يبقى العلاج بمضادات الاكتئاب تحت المناقشة بسبب خطر نفي فقدان والتخلي عن عمل الحداد (Dayan et Al, 1999). تطور الحداد طويل، حيث تثير أعياد الميلاد بشكل منتظم إعادة تنشيط كل المراحل أحيانا دون علم الأفراد المحندين الذين لا ينشئون علاقة بين انزعاجهم والفقدان الذي هو الأصل (Guedeney et Allilaire, 2001).

يتمثل الحداد المعقد في توقف سيرورة الحداد في أحد مراحلها، وعوامل الخطر هي: نوع الفقدان، الظروف المحيطة، خصائص الشخصية، وخصائص العلاقة مع المفقود، وجودة الدعم النفسي المتاحة، يتثبت الازمان إذا ما كانت العلاقة مع المفقود متناقضة وإذا ما كان هناك جوانب غير مقبولة في الفقدان كالموت المفاجئ، أو موت سيء يديره مقدمي الرعاية، نرى أن العديد من عوامل الخطر هذه موجودة في الحداد خلال فترة الحمل (Guedeney et Allilaire, 2001). وهنا وجب الإشارة إلى العوامل المؤدية إلى إعاقة اكتمال عمل الحداد الخاص بموت الجنين وهي: وجود سوابق في الأمراض العقلية، سوابق في فقدان طفل، حمل غير مرغوب، ولادة مبكرة، فقدان توائم واحد مع بقاء الآخر حيا، غياب ردود الأفعال أو شدة شديدة في ردود الأفعال الأولية للفقدان، عدم الرضا عن الرعاية الصحية، غياب رؤية الطفل الميت، الخلاف مع والد الطفل، غياب الدعم الاجتماعي (Guedeney et Allilaire, 2001). الأمهات اللاتي لديهن من قبل أعراض اكتئاب قبل بداية الحمل أو الأمهات بدون عماد نفسي عاطفي من الممكن أن يعانين من رد فعل مزمن للحداد، غياب الحداد الواضح والانسحاب وغياب الشكوى يعرضهم لحداد مزمن هؤلاء الأمهات يتلقين القليل من الدعم النفسي (Squires, 2004)، كما أنه من المفترض أن أي خسارة سابقة هو عامل هشاشة وكذلك غياب السند خلال سيرورة الحداد، والعكس الطقوس والشعائر إذا ما كان باستطاعتها أن تمثل سندا بالنسبة للمحتد فإنها تسهل عمل الحداد (Dayan et Al, 1999). إلى جانب ذلك فإن شدة ورد فعل الحداد مرتبطة بعمر الحمل، لكن أثر مدة الحمل يظهر على المدى الطويل على نتائج الحداد (Squires, 2004)، حيث تعاش حالات الحمل المتقدمة عموما بالكثير من المعاناة عندما تنقطع وتؤدي إلى وفاة الجنين. يظل إضفاء الطابع المثالي على الطفل الميت نقطة

حرجة في التطور، يزداد الجهل النسبي بالجسم كلما تم فقدانه مبكراً، يبدو أن ديمومة الحداد وميله إلى الحداد المزمّن يسير جنباً إلى جنب مع عدم القدرة على تمييز الموضوع المفقود (Dayan, 1999).

كما يؤثر معاش الحمل ومكانة الجنين في الاقتصاد النفسي للأم على عمل الحداد وهذا ما أشارت إليه (Stern, 2011) :

- في بعض الأحيان يتم كبت الحمل، فتقوم الأم بطرد الفكرة؛ إما بسبب عبء وثقل القلق الذي تثيره الفكرة، أو بالعكس من أجل حماية الطفل في سياق عدواني، أين الأم لاشعوريا لا تستطيع مواجهة موت الجنين؛ إذ يعاش هذا الأخير مع شعور بالذنب شديد، الإشكالية إذن ليست فقط الحداد وإنما هي الشعور بالذنب الذي يندرج تحت التناقض الوجداني بالنسبة لهذا الحمل.

- أحيانا الجنين لا يأخذ صفة الموضوع أو الموضوع الجزئي؛ فهو جزء من جسم المرأة، فالحركة النشيطة المشهودة خلال الحمل تثير القلق بالنسبة للأم؛ إذ يعتبر وجود طفل مستقل في حركته غير ممثل بالنسبة للأم وغير مرمز. الولادة أحيانا تعاش ليس كأول انفصال ولكن كبتير وأحيانا تسبب هذيان النفاس.

- وأحيانا أخرى الجنين لا يتم إدراكه بل يتم تجاهله مثل ما يحدث في حالة نفي الحمل، موت الجنين والإعلان عن الحمل يصرح بهم في آن واحد؛ فحياة الطفل لم تكن ممثلة؛ إذا لم تمسه الموت أصلاً. في هذه الحالة المرأة تظل في حيرة غير متفاعلة عن ما تم إعلانه من طرف الفريق الطبي فيستولي عليها الضغط وتكون تحت قلق حاد مقابل هذه اللامبالاة.

8 :

الطقوس هي مجموعة من الإيماءات، الأفكار، المواقف المتعلقة بالدين أو الثقافة أو الأسطورة العائلية أو السيرورة النفس مرضية، ومن المحتمل أن تجلب للشخص قوة إضافية وتخفف القلق وتمكنه من الانتقال من مرحلة إلى أخرى من دورة الحياة (Heas.C et Heas.S, 2007 : 108). في المجتمعات القديمة يرافق الحداد طقوساً هذه

الأخيرة لها هدف معنوي هو الميت، لكن في الحقيقة تعمل لصالح الأحياء. بسبب التفرد وتعدد الثقافات ضاعت وفقدت الدلالة الجماعية للطقوس، لكن الوظائف التي تحويها تحافظ على أهميتها لأنها تتكيف مع كل مهمة من مهمات الحداد على حدى، السهر على الميت يساعد على التغلب على الشك (عدم الإيمان) وتقبل حقيقة الفقدان، الاحتفالات الجنائزية تعطي مساحة للتعبير عن الألم والانفعالات المرتبطة به، الوجبة التي تلي الفقدان هي فرصة للحديث عن المفقود وإعداد المكان الذي سيحتله في قلوب وأرواح الأحياء، المرحلة الأخيرة التي ليست معروفة هي الحفل الذي يضع نهاية لوقت الحداد، وهي تدخل الأحياء إلى الدور الجديد الذي سيضطرون إلى شغله (احتلاله) في التسلسل الهرمي الاجتماعي الذي أعيد تشكيله بسبب اختفاء المتوفى (Guedeney et Allilaire, 2001). تؤكد الطقوس على تماسك المجموعة الاجتماعية، وتؤثر كذلك على الوظيفة النفسية: إذ تمنح للميت تعويضا رمزيا، يضمن الاعتراف بمعاناة الأقارب من طرف المجموعة لاسيما عن طريق صلاة الجنازة، مدح صفات الميت، حيث تمثل وجود المفقود بين الأحياء في شكل مقبول وجديد وبالتالي لا تسمح بتعرض المجموعة للهشاشة، كما تحمي الأحياء الناجين من الموت (DAYAN et al, 1999). أكد عدد من الدراسات على وجود رابط بين الدعم الاجتماعي ودمج موت الطفل (Bitouze, 1998).

لطقوس الحداد وظيفتين: "وظيفة وجودية والتي تعمل على فصل الموتى عن الأحياء (يتم تحويل الطقوس إلى المتوفى وتركز على رفات الموتى) ووظيفة علاجية مخصصة للأحياء لتسهيل عمل الحداد (Passaquet-Bataillard, 2006). طقوس الحداد تضمن نمودجا ودعما اجتماعيا- عاطفيا، تعمل بشكل عملي على إنشاء الدعم الاجتماعي، خاصة تنظيمها الدقيق يعكس ويدعم السيرورات الينفسية للحداد: العمليات المادية تخفي العمليات العقلية (Dayan et Al, 1999). تساعد الطقوس الناجين من الموت وفي هذه الحالة الأم على إنهاء علاقتها بالموت لمواصلة الحياة، وهي مفيدة لاستعادة الوقت والسماح للنظام بمواصلة مسار حياته، كما تعزز دوام وبقاء الجماعة، إذ أن غياب طقوس الموت التي تشهد على أن الميت قد ترك عالم الأحياء يحافظ على الشكوك حول الفقدان، فالتخلي عن الطقوس يدفع إلى ترسيخ الوهم بأن الفقد لم يمت (Heas.C et

(Heas.S, 2007). كما نجد في السجل الاجتماعي، من خلال الطقوس انطلاق ما يسميه التحليل النفسي ميكانزمات الدفاع في السجل الفردي: النفي، الإسقاط، الإزاحة، الإلغاء الرجعي، العزل، المثلثة، سلوكيات (Dayan, 1999).

تلعب الظروف المحيطة بنهاية حياة الطفل دورا مهما في بناء حداد الآباء، إلى جانب ذلك عادات مصلحة التوليد، الكلام الملقى من طرف مقدم الرعاية يمكن أن يخفي رعب "العثرة" -موت الجنين- (De Mezerac et Storme, 2013)، تساهم طقوس الحداد في الحد من معاناة الوالدين واحتمالية خطر تطور مرضي: عرض جسم الجنين الميت، احترام حزن الوالدين، التسجيل الرسمي للولادة أو لوجود طفل ميت، الإعانات الاجتماعية الممنوحة، الدفن، الأعراف الدينية كلها مكونات رئيسية (Dayan et al, 1999). كذلك النظر إلى الطفل، أخذه في الذراعين، مداعبته، تلبيسه، هي ممارسات الإصلاح التي تخفف عن الوالدين والتي تعزز استئناف مكانهم كأباء، مما يسمح لهم الحد من الشعور بفقدان لسيطرة (Guedeney et Allilaire, 2001). اللمسات الأولى ورؤية الطفل في وضعية نهاية الحياة؛ هذه النظرة يمكن أن تكون مدمرة أو على العكس ذات مغزى أمام هذه المأساة التي وضعتها الحياة أمام الوالدين (De Mezerac et Storme, 2013). غالبا الأمهات لا يردن رؤية هذه الصورة لأن لديهن فكرة محددة؛ فهن على علم بما سيرونه، إنه التصوير الإشعاعي لاستيهماتهم حول موت الطفل التي تثير الرعب وهن يحاولن حماية أنفسهن منه (Stern, 2011). يستند قرار رفض الأم برؤية طفلها الميت إلى أسباب تتخلى عنها لاحقا، ومن الشائع أن يظهر أسفها عند فوات الأوان، لذلك نوصي بتقديم النصيحة والمشورة من تجربة فريق الرعاية مع أمهات سبق أو عشن نفس المحنة (Guedeney et Allilaire, 2001). "أحيانا العكس نبقى مندهشين من تعليقات الأمهات؛ إذ هو تعويض بالنسبة للحقيقة المعارضة للصورة: هل ترى كم هو جميل، إنه يشبه أباه" عندما تظهر الصورة على سبيل المثال جنينا متدهورا جدا" (Stern, 2011 : 172)، هنا حدث إعداد؛ فنرى أن الصورة تغير شكلها عن طريق ما أعادت بناءه المرأة. كما تميل ممارسات الموظفين (ممارسات الحماية) لمنع الوالدين من رؤية الطفل أو الاتصال به بعد الولادة، ظنا منهم أن رؤيته لا تطاق، مما يؤكد لهم شعور أن هذا نحس

أو شؤم، فمن الأفضل عدم رؤيته، هذا الخوف يمكن أن يؤدي إلى سرقة لحظة فريدة من نوعها وغير قابلة للتكرار من الآباء (Guedeney et Allilaire, 2001). إذن رؤية وتسمية ولمس الطفل الميت يمكن أن يسهم في التخفيف من حدة شعور الوالدين بالذنب الذين يستعملون مهاراتهم الوالدية لاستقبال ومرافقة ودفن هذا الطفل بغض النظر عن عيوبه. ملامسة جسم الطفل الميت يترك آثارا حسية والتي يمكن من خلالها تقديم تصورات عن الطفل الميت. "التصورات لازمة لكن ليست كافية التي من المحتمل أن تبدأ منها سيرورة الحداد" (Bitouze , 1998 :54).

التغيرات التي طرأت على تصور الجنين هي التي خلقت الحاجة إلى طقوس وإجراءات ودعم ومرافقة، حيث أصبحت رؤية الجنين الميت فعلا موصى به أكثر من كونه مقترحا؛ وكأن رؤية الجسد بدون حياة للطفل خطوة مهمة من أجل بدأ عمل الحداد، في حالة ولادة طفل ميت يمكن للمرأة أن ترفض رؤيته، فتؤخذ صور من طرف الفريق الطبي؛ تسمح هذه الصور للأم برؤية طفلها لاحقا إذا كانت قد رفضت ذلك أثناء الولادة، الصورة هنا تلعب دور مسكن ومهدئ لعضال الموت، تبقى هذه الصورة في الملف وفي حالة ما غيرت الأم رأيها تكون متاحة لها، الغرض من هذه الممارسة هو السماح للعائلات وللنساء بالقيام بحدادهم. هدف هذه الصورة هو التقليل من حدة الانفصال النهائي الذي يشكل الموت، لأنه وفي بعض الأحيان تتراجع الأم وتطلب رؤية جنينها بعدما رفضته مسبقا، كما يمكن أن يكون للصورة الأثر العكسي فتكون مزعجة بالنسبة للأم وتعاش كاضطهاد. "غالبا الكوابيس المتكررة وذكريات متلازمة التكرار، هي بالتحديد رؤية الجنين التي تعود، وإذا ما عادت هذه الصورة فهذا يعني أنها لم ترمز؛ فهي تجسد عدم القدرة على تمثيل الموت" (Stern, 2011)، لا ينبغي أن يؤدي الاهتمام بجعل فقدان حقيقيا إلى فرض رؤية الطفل الميت أو الاحتفاظ بذكرياته، فسوار الهوية وخاصة جدائل الشعر لها قدر كبير لأنها ذكريات حقيقية لكنها لا تفرض على الأم، في حالة رفض الأم رؤية الجنين الميت والاحتفاظ بأشياء تخصه، من المفيد الاحتفاظ بالبعض في الملف وإبلاغ الوالدين، فليس نادرا أن يطلبوهم في وقت لاحق (Guedeney et Allilaire, 2001).

وحده الكلام حول الطفل -الميت- يبدي إنعاشاً للأم المحتدة، وقت التعبير عن بعض الذكريات العابرة؛ هذه الكلمات التي تعيد إعطاء الحياة لطفلها" (De Mezerac et Storme, 2013 :64). لا تستطيع الأم في جميع الحالات رؤية طفلها، في مثل هذه الحالة يمكن تقديم وصف دافئ ومهدئ لطفلهم، وهو وصف يوفر لهم الفرصة لإكمال مساحة إدراكية ظلت فارغة هذا الوصف يسלט الضوء على الجوانب الصحية لطفلهم، وتعزيز وخلق صورة ذهنية مطمئنة منه، فينظر إليه على أنه طفل مماثل للآخرين، لذلك وللتقليل من الاستيهامات المرعبة للمواجهة مع الموت، من المهم أن يستخدم مقدم الرعاية كلمات بسيطة للإشارة إلى الطفل عند مخاطبة الوالدين، "تستند الرغبة في عدم مقابله إلى صورة مثالية جداً للطفل ومن هناك على خوف من عدم القدرة على تحمل معاناة رؤيته وفي كلتا الحالتين صورة مرعبة وسورة مثالية، يجب إعادة الطفل إلى أعين الوالدين لما هو عليه: طفل (Guedeney et Allilaire, 2001).

إلى جانب ما تم ذكره أشار (Guedeney et Allilaire, 2001) بعض النقاط التي تساهم في عمل الحداد أو تعرقله:

- احتفاظ الآباء بعناصر ملموسة (مثل رباط الحذاء، والبطاقة مع اسم الطفل المعروض على الباب أثناء الاستشفاء) من الوضعية التشخيصية، الولادة والاستشفاء يعزز عملية الحداد.

- السماح للوالدين بإظهار آلامهم بكل أبعادها يعزز دخول الطفل إلى واقع الموت وبالتالي أيضاً إلى واقع الحياة المعطاة له.

- تأكيد موت الجنين بصورة الموجات فوق الصوتية للمرة الثانية يعتبر مساعدة فالهدف الرئيسي هو "تزويد الآباء بأدلة كافية لقبول هذا الواقع" يتعلق الأمر بمساعدتهم على القناعة بأن هذا الطفل موجود لكنه لن يكون معهم بعد الآن، حتى ولو لم يتم تقديره في الوقت الحالي من قبل الوالدين، فإن مساهمة صورة الموجات فوق الصوتية ستأخذ في المرة الثانية قيمة فريدة، لأنه هذا العنصر سيؤكد الخسارة، "هذا التدخل يؤسس في الآباء القواعد الملائمة للحداد"

- بما أن الولادة تحدث في مصالح التوليد، فإن هذه الأماكن أماكن ولادة وأماكن موت في الوقت نفسه، وقد تطورت عدد من الممارسات حول موت الطفل في الولادة: إخفاء الطفل الميت، التخدير أو حتى التخدير العام، عزل الأم، غياب الإعلان، الاسم وجنزة الطفل المولود ميت كل هذه ربما تكون جزءا من الاتجاه نحو إنكار الموت.

- غالبا ما يتم اختيار الولادة القيصرية من أجل حماية الأم، لكنها لا تخلوا من المخاطر النفسية المتعلقة بعملية إنكار فقدان، فهي تحرم الأم من إمكانية إدراك خروج الطفل من جسدها من خلال الأحاسيس الجسدية وتعيق عملية التمييز بين الأحياء والأموات، أي بينها وبين طفلها.

في حين نجد أن لـ (Stern, 2011 : 173) رأيا مخالفا حول طقوس وإجراءات الحداد التي يرى أنها "لا تأتي أبدا لدعم إمكانية الترميز والتسجيل النفسي، وليست الشروط اللازمة ولا الكافية من أجل السماح بالقيام بإعداد الحدث، في كل مجتمع هناك طقوس وعادات وتقاليد تحيط بالموت والجنسية اللذان يتوقفان على حد سواء، وبيقان غير ممثلين لكل شخص". في نفس السياق يرى كل من (Bydlowski et Candilis, 1998) أن تسمية ورؤية الطفل الميت ولمسه يسمح بالتخفيف من الشعور بالذنب لدى الآباء، الذين يستعملون كفاءتهم في الترحيب ومرافقة ودفن طفلهم مهما كانت عيوبه، لمس جسم الطفل الميت يترك لدى الأم أثارا حسية التي عن خلالها تشكل تصورات عن الطفل الميت، بالإضافة إلى تصورات الفترة الرحمية، تعتبر هذه التصورات مهمة -لكن ليست كافية- لبدأ عمل الحداد. يتمثل دور طقوس الحداد المذكورة سابقا بالإضافة إلى الدفن، وزيارة القبر في الكفاح ضد التصور المرعب الذي تتصوره الأم في كون أن جنينها مات عن طريق جسمها، وأن الطفل المرغوب تحول إلى جزء ميت الذي يُعامل كنفيات، رغم هذه الطقوس إلا أن الطفل الميت يبقى أسيرا للنجسية المثالية للأم، حيث تكون الأم ذكريات مثالية عنه، لدرجة أنه لا يمكن لطفل آخر أن يحل محله (Bydlowski, 2011 :10)، كما يشير (Stern, 2011 : 173) إلى أن الطقوس المرافقة للحدث إذا لم تتوافق مع التجربة التي عاشها الفرد يكون لها خطر تفويت هدفها؛ فلا

يكون لها أي قيمة رمزية، بل تقوي كبت العواطف الحقيقية والتصورات - المتعلقة بالحدث-.

-9

:

الحمل الجديد الذي عادة ما يتبع فقدان خلال فترة الحمل هو جزء من مرحلة إعادة تنظيم الحياة في نهاية الحداد، كما يمكن اعتباره كآخر مرحلة من مراحل الطقوس التي تعطي للفرد المحتد مكانة جديدة في المجتمع، ذلك الذي يكمل في هذه الحالة العملية المنقطعة لتحويل هوية المرأة إلى أم وأيضا هوية الرجل إلى أب (Guedeney et Allilaire, 2001). ففي كثير من الأحيان موت الجنين يدفع الأم إلى البدء بسرعة في حمل جديد، وهذا يرجع حسب (Soubieux, 2008) إلى محاولة الأم إثبات إمكانيتها في إعادة الخلق من جديد، وضمان دورها في السلسلة الإنسانية، ومن أجل أن تحس بالحياة في نفسها وفي نفس الوقت تحس بأنها لازالت حية، فميلاد الطفل الجديد يجعل الأم تتجنب عمل الحداد، والطفل المنتظر يأخذ مكان الطفل المفقود.

لاحظ كل من (Cain) و (Poznanski) أن الطفل اللاحق بعد فقدان يعتبر بديلا عن الطفل المفقود، ولا ينظر إليه أبدا كطفل منفرد (Squires, 2004). الحمل الجديد حسب (Soubieux, 2008) بإمكانه أن يعرقل سيرورة إعداد الحداد يؤدي إلى عكسه فالطفل يرث تصورات جثة -الجنين الميت-، الخوف من فقدان جديد يعيق ويكف غالبا التعلق بالطفل القادم، وفي حالات أخرى يسقط الأمهات بعد الولادة في اضطرابات التعلق (Guedeney et Allilaire, 2001) "يمكن الخلط بين تصور الطفل الميت وتصور الطفل المتوقع (المنتظر) وجعله طفلا بديلا" (Guedeney et Allilaire, 2001 : 141) نمط التعلق بالمولود الجديد يتسم بتأخر معين ومراقبة للانفعالات وزيادة في الحذر والانتباه والخوف من الانفصال، الطفل الميت يصبح مضطهدا بالنسبة للوالدين، وبالنسبة للطفل اللاحق كذلك الذي يتولى عبء اختلافه وتشابهه في نفس الوقت مع الطفل الأكبر الذي كان منتظرا لأنه بالنسبة للوالدين يبقى هو نفسه ويبقى هو البديل عنه دائما، يكون عليه مواجهة كل من المثالية والرفض أحيانا المرتبطة بالمشاعر السلبية الناجمة عن اختفاء

الطفل الأول (Squires, 2004). هنا وجب الإشارة إلى أن الولادة حتى وإن تكررت كحدث ليس لها دائماً نفس المكانة ونفس الأثر (Stern, 2011)، لذلك يبقى الجرح قائماً لدى المرأة حتى بعد مرور عشرات السنوات بعد الحمل المتوقف حتى في وجود طفل آخر (Squires, 2004).

يرى (Rowe et al, 1978) أن الرغبة السريعة في الحمل يمكن أن تمدد فترة الحداد" (Squires, 2004 : 272)، حيث أن الحداد غالباً ما يتميز بانسحاب لبيدي في سياق اكتئابي في حالة الحمل المتقارب. الرغبة في الإنجاب بدون وجود وقت فاصل تظهر كمروور للفعل للسعي للإصلاح لكبت العواطف المؤلمة. الطفل الذي يولد لا يعتبر طفل آخر ولكن هو إمكانية لتمديد وإطالة للحمل السابق (Squires, 2004).

الحمل التالي خاصة في وقت مبكر يمكن أن يوقف الحداد الذي قد يستمر عند ولادة الطفل الجديد وأحياناً تتجاوزه أو يطلق محاولة مؤلمة للانفصال عن الطفل الميت، بالنسبة ل (Abraham) الرغبة في طفل جديد يمكن أن تعتبر هوس. المضاعفات النفسية للحمل اللاحق متعددة، يهيمن عليها الخوف من فقدان جديد وتفاقم انفعالات الحداد السابقة، إعادة إحياء الذكرى تأتي في الذكرى السنوية ومع المواجهة مع ذكريات الفقدان السابق، تاريخ عمر الحمل، المستشفى، الايكوغرافي، بضع الرحم (Guedeney et Allilaire, 2001). يمكن إعادة إحياء الحداد الداخلي، الحصر مستمر وأكثر حدة عندما يبدأ الحمل بسرعة بعد الفقدان السابق، يمكن أن يكون مسؤولاً عن اضطراب النوم الذي يعبر عنه بالألام، يتجسد في تقلصات رحمية، أو يأخذ شكل عصاب الصدمة ويصل حتى اضطراب الهلع (Guedeney et Allilaire, 2001). في هذا الصدد يرى (Bydlowski) أنه رغم إنجاب الأم لطفل آخر حي الحداد لا يغلق ولا ينتهي كحداد طبيعي، وتظهر الأعراض المتمثلة في الأرق الذي يشير إلى عدم إمكانية إجراء سحب الاستثمارات من الحياة اليقظة التي تسمح بالنوم، ونقص الرغبة والإشباع الجنسي الذي يشير إلى هزيمة نزوة الحياة وبأن جزءاً من الذات قد مات، إلى جانب ذلك تظهر هلاوس كالشعور بالحركة النشيطة للجنين الميت - شبح الجنين، أو الاستيقاظ على صوت بكاء الطفل، إضافة إلى ذلك تظهر أعراض توهم المرض التي تتجسد في محيط البطن فيظهر تضخم

نوبي اشتدادي غير منتظم مع إحساس بالقلق أو ضغط عميق يتموضع أسفل البطن. "في هذه الحالة لا تظهر أي خطوط أولية لسيرورة الحداد الطبيعي الذي لا يبدأ في الشروع، وهنا نتحدث عن المانخوليا - الاكتئاب الذهاني" (Bydlowski: 2011, 11). في حين نجد أن (Jensen et Zahoure 1972 et Wolff et al 1970) يعتبرون أن الحمل -بعد موت الجنين- هو مؤشر لحل وحسم الحداد.

(Squires, 2004 :30)

:

- تحاول الأم التقليل من مخاوفها وإنكار قلق الموت أمام طبيب التوليد، وبالموازاة تظهر العديد من الأعراض الجسدية.

- الأعراض التي تثيرها النساء خلال معاينة الطبيب لها تجسد الخوف النفسي، هذه الأعراض تثير صدمة لأن العامل المفجر هو الموت داخل الرحم والأعراض تدمج الصدمة كمحاولة لربط واختصار الأعراض المرتبطة بفقدان الموضوع.

- الآلام والانقباضات الرحمية شائعة للغاية؛ حيث تشكل إشارة لوجود معاناة نفسية أو جسدية يجب أخذها بعين الاعتبار، فخلال فترة الحمل اللاحق يتم إعادة تنشيط الآلام متعددة الأبعاد التي تثير الاضطرابات النفسجسدية المميزة لحداد مستمر. وخاصة الغموض المتعلقة بهذه الشكاوي تشير إلى أن المرأة لا تستطيع التعبير عن الألم النفسي والحزن.

- أما الحصر فمتغير في الشدة بين حالات هلع إلى اضطرابات نفسية ثابتة؛ فالنساء الأكثر قلقاً وحسراً هن اللذين بدؤوا الحمل مباشرة بعد موت الجنين.

- تظهر اضطرابات النوم، الأحلام التي تكون على عدة أشكال منها الكوابيس، أحلام منذرة، أحلام صدمية، بعض الأحلام محتواها مرتبط مباشرة بالأمومة. خلال الحمل اللاحق لموت الجنين داخل الرحم الحلم المتكرر يهدف إلى استقلاب الصدمة.

- يكون الخوف ظاهراً من ذكرى موت الجنين في حالة حدوث حمل في الثلاث أشهر اللاحقة لموت الجنين، إما إذا مر على ذلك سنة أو سنتين فإن الأفكار تكون أكثر حرية

وتكون قد مضت، في حين أن بعض النساء يشعرن بالحاجة إلى الدعم والمرافقة بالعلاج النفسي.

- سيرورة الحمل غالبا ما تكون مختلة ومضطربة وبعض النساء تشعرن بصعوبة رسم المستقبل. هذا الموقف المعبر عن الانتظار دون ارتباطه بأمل مفرط يخلق نوعا من التحصين ضد حدث تخشى الأم نتائجه.

- يتم الترحيب بالحمل الجديد ببعض من التناقض الوجداني. تخشى الأم من انخفاض الحركات النشطة للطفل؛ فتتظر إليها ليس كمتعة وإنما كإشارة على الحياة، كما يتم تأخير التحضيرات المتعلقة بالولادة واستقبال الطفل.

- كثرت الفحوصات الطبية توف إعادة تأمين أو طمأنينة مؤقتة لكنها تعزز القلق.

- التفكير في مستقبل الحداد خلال فترة الحمل يسمح بالتطلع الوقائي في مجال الولادة اللاحقة.

وفي الأخير النصيحة التي تحظى بالتقدير هي استعادة ذوق الحياة قبل الحمل بطفل جديد بدلا من الحمل بطفل جديد لاستعادة ذوق الحياة، فحقيقة المخاطر المتعلقة بحمل جديد تتطلب منطقيا تجنب حمل جديد في الأشهر الستة بعد فقدان من أجل تجنب تطابق تواريخ حملين متتاليين في أقل من عام (Guedeney et Allilaire, 2001).

يتميز الحداد على موت الجنين داخل الرحم بخصائص منفردة، حيث لا ينطبق عليه مفهوم الحداد الكلاسيكي، وذلك لأن الموضوع المفقود غير معروف اجتماعيا وليس للأم ذكريات خاصة به، وهذا ما يصعب هذا العمل النفسي، إذ تحتاج الأم مرافقة خاصة خلال الفترة التي تلي فقدان من طرف مختصين، إلى جانب السند النفسي وطقوس الحداد التي تساعد على تخطي أعراض الصدمة وإنهاء سيرورة الحداد.

(EMDR) :

(EMDR) -1

(EMDR) -2

(EMDR) -3

(EMDR) -4

-5

(EMDR) -6

(EMDR) -7

تعتبر تقنية (EMDR) من بين العلاجات الفعالة للصدمة النفسية واضطراب ما بعد الصدمة لذلك لاقت اهتماما كبيرا من طرف المختصين، ولذلك سيتم استعمالها في دراستنا بهدف التكفل النفسي بالأمهات اللاتي عشن تجربة موت الجنين داخل الرحم، في هذا الفصل سنعرض بشكل مبسط ومختصر تعريفا لها والمراحل التي تمر بها سيرورة العلاج بـ (EMDR) إلى جانب الأساس النظري الذي تقوم عليه.

1- (EMDR):

تم تطويرها على يد (Shapiro) في (Palo- Alto) بالولايات المتحدة الأمريكية، (EMDR) هي اختصار لـ (Eye movement desensitization and reprocessing) وتعتبر تقنية علاجية تم اكتشافها بالصدفة؛ حيث اكتشفت (Shapiro) التأثير العلاجي لحركة العينين التناوبية على نوعية العواطف المتعلقة بالذكريات. تساعد هذه التقنية المفحوص على إعادة تفسير الانفعالات الماضية والذكريات حسب الإدراك الحالي، وتجاوز التثبيتات المعرفية في الحاضر، مواجهة المفحوص لانفعالاته تكون متبوعة بحركات عينيه المتتبعه لأصابع الفاحص، هذا ما يسهل رجوع الذكريات الصدمية المستمدة من طبقة عميقة من الذاكرة (autobiographique)، وهكذا يفتح تدريجيا تحديث الانفعالات وروابط الأفكار التي في القنوات الواحدة تلوى الأخرى حتى يصل إلى ذكريات صدمية جد قديمة (Cotraux, 2011).

يعود اكتشاف هذه التقنية إلى سنة 1987 عندما كانت (Shapiro) تسير في حديقة وهي تعاني من أفكار سلبية مع المشاعر المرتبطة بها وذلك جراء اكتشافها إصابتها بمرض السرطان عندها لاحظت أن بعض الأفكار المزعجة قد اختفت فجأة، وأنها لم تعد تحمل نفس الانفعالات المزعجة التي كانت تصاحبها وذلك عند استدعائها للشعور دون أي جهد شعوري، لاحظت أن ذلك كان نتيجة تحريك عينيها أفقيا وقطريا بشكل تلقائي على طول الطريق. كانت هذه نقطة البداية بالنسبة لـ (Shapiro)؛ حيث قامت بعمل بحثي مع ما يقرب 70 شخصا لإنشاء بروتوكول يمكن استخدامه في أبحاث الحد من القلق وأطلقت على هذا الأخير اسم "إزالة حساسية عن طريق حركة العين

(EMD) والذي كان هدفه هو التقليل من حدة القلق. نشرت أول دراسة سنة 1989 تخص مجموعة من المتطوعين الذين يعانون من اضطراب ما بعد الصدمة، حيث أخضعتهم لـ (EMD) ولاحظت انخفاضا واضحا في درجة القلق مقارنة بالمجموعة الضابطة (Dellucci et Tarquinio, 2015). بعدها أكدت على فكرة إعادة معالجة المعلومات فأضافت (R) عندما أدركت أهمية إعادة تقييم الأفكار الايجابية أثناء العلاج وأن التقنية تتعدى كونها حركة عيون بسيطة إلى طريقة علاجية معقدة (Roques, 2008). وذلك سنة 1991 لتؤكد على العنصر المعرفي.

2- (EMDR): تستعمل هذه التقنية خصيصا لعلاج الصدمات النفسية واضطراب ما بعد الصدمة، لكن التجارب والدراسات أثبتت نجاعتها في علاج اضطرابات أخرى:

- ضحايا الحروب كالجنود.
- الفوبيا بجميع أنواعها ونوبات الهلع.
- ضحايا الهجمات الإجرامية والاعتداءات.
- الأفراد الذين يعانون من حزن مفرط نتيجة فقدان شخص عزيز أو موته.
- الأطفال الذين يعانون من صدمات ناتجة عن اعتداءات أو كوارث طبيعية.
- ضحايا الاعتداء الجنسي.
- ضحايا الحوادث، العمليات الجراحية، الحروق.
- الأفراد الذين يعانون من اضطرابات جسدية (somatoformes)، واضطرابات مزمنة.
- الأفراد الذين يعانون من العجز الجنسي.
- الأفراد الذين يعانون من قلق الأداء، ويسعون إلى نتيجة أفضل في المدرسة، الفنون الأدائية، في الأنشطة الرياضية، في مجال الأعمال التجارية (Shapiro, 2007).
- الأفراد الذين يعانون من اضطرابات الأكل (فقدان الشهية، الشراهة)

- الحداد المعقد مرتبط بالقلق أو الشعور بالذنب.
- اضطرابات النوم.
- فرط النشاط لدى الأطفال، واضطراب الانتباه المصحوب بالعدوانية، الهيجان، الاندفاعية.
- الإدمان على المخدرات أو الأدوية (Marx, 2013).

3- (EMDR):

- في حالة الفصام أو الخرف.
- اضطرابات الشخصية.
- بالنسبة للأشخاص الذين يعانون من الصرع يجب عليهم زيارة طبيب أعصاب.
- الأشخاص الذين يعانون من مشاكل خطيرة في القلب.
- تجنب (EMDR) للنساء الحوامل خلال الثلاثي الأول من الحمل.
- استعمال التقنية على الذات.
- الأشخاص الذين يعانون من نوبات انتحارية.

4- (EMDR):

تجمع هذه التقنية بين أفضل وأنجع النظريات المختلفة والممارسات العلاجية: النظرية التحليلية، المعرفية، السلوكية، الجشططية، في حين تكمن أصلاتها في البعد العصبي الفيزيولوجي، وفي الثقة الموضوعية في قدرة المفحوص على الشفاء الذاتي.

1- :

تستعمل (EMDR) تقنية التداعي الحر، حيث يطلب من المفحوص التحدث بكل ما يمر في رأسه من أفكار، صور، انفعالات، أحاسيس، كذلك تولي (EMDR) أهمية للأحداث الماضية فيطلب من المفحوص التحدث عن الصدمة التي عاشها سابقا وكل ما رافقها من مشاعر وأحاسيس، إذن الماضي موجود في الحاضر ويؤثر فيه، مخزن

في منطقة من مناطق المخ، أين تكون أحيانا خارج منطقة الشعور، وهذا ما يتبناه التحليل النفسي (Marx, 2013).

-2

:

تأسس في سنة 1960 على يد طبيب أمراض نفسية وعقلية أمريكي (Eric Berne)، له جذور من عدة نظريات، حيث يستقي من نظرية التحليل النفسي فكرة أن الفرد يقاوم خلال كامل حياته ضد النزوات اللاشعورية، أما من النظرية المعرفية السلوكية فأخذ فكرة أنه يمكن إحداث تغيير في سلوك الفرد من خلال تغيير أفكاره وتغيير فهمه، لأن الأفكار والمعتقدات تؤثر على حياة الفرد، كما أنه يهتم بالأعراض الجسدية والآلام.

نفس مبدأ التحليل التفاعلي تقوم عليه تقنية (EMDR) حيث تعمل مع أجزاء مختلفة من الأنا، كما تعطي مساحة للتعبير عن المعتقدات السلبية المتجذرة في عمق الأجزاء الأكثر حميمية، وتحدد كيفية التكيف التي نستطيع من خلالها استبدال انفعال معين بآخر، وكل هذا يحدث في الجهاز العصبي المركزي (Marx, 2013).

-3

:

مبدؤه الرئيسي هو السماح للفرد بالسيطرة على القلق الذي انتابه خلال الصدمة ومواجهة الغمر الذي تثيره الذكرى الصدمية وذلك من خلال ترسيخ معتقد لدى الفرد بأنه حاليا في أمان بشكل تدريجي. (EMDR) يحفز النظام الباراسمباتاوي مع إحياء الصدمة، وبالتالي يتم معالجة الذاكرة المختلة بدون الحاجة إلى التعرض والواجبات المنزلية، فيكون عدد الحصص العلاجية أقل والنتيجة سريعة وإيجابية في الوقت نفسه (Marx, 2013).

-4

(PNL):

يستند هذا الأسلوب على العناصر التي تعتمدها تقنية (EMDR) وهي كالتالي:

- ترسيخ ارتباط الإحساس الجسدي مع الفكر والعاطفة.

- إعطاء أهمية كبير لتعريف الهدف.

- الحيادية في العمل الذي يلغي الفكر الديني أو الفكر الوهمي.

- يهتم (PNL) بحركة العين التلقائية للتشخيص في حين (EMDR) يحفز هذه

الحركات عمدا لأغراض علاجية (Marx, 2013).

-5

:

تعترف (EMDR) في بعض ممارساتها ببعض عناصر التنويم المغناطيسي التي أنشأها (Milton Erickson) على أساس العمل الذي قام به الطبيب الفرنسي (Charcot) سنة 1900، حيث يتم تسليط الضوء على حالات الشعور المتغيرة، ومفهوم الإيحاء، وقدرة الفرد على حل مشكلته بنفسه، وكذلك تقنيات التصوير الموجهة، فيخبر المعالج المفحوص عن الصورة التي عليه إنشاؤها بالضبط في خياله (Marx, 2013).

-6

:

عندما يعيش الفرد صدمة نفسية يحدث عدم توازن واختلال في النظام العصبي ناتج عن التغيرات في النواقل العصبية مثل الأدرينالين. بسبب عدم التوازن هذا يصبح النظام غير قادر على العمل بالطريقة الصحيحة، فيتم حفظ المعلومات التي تم الحصول عليها وقت الحدث بما في ذلك الصور، الأصوات، الأحاسيس والجسدية عصبيا في حالتها المضطربة وبشكل مجزأ وموزع وهذا ما يمنع تسجيل الأحداث في شكل صورة موحدة في (la mémoire épisodique) حيث لا يستطيع النظام جمعها في حدث واحد، لذلك يتم إثارة هذه المادة الأصلية التي تبقى على شكل حالة مؤلمة ومثيرة من خلال مجموعة متنوعة من المحفزات الخارجية والداخلية وتعبير عن نفسها

على شكل كوابيس وأعراض، وإعادة تشغيل معالجة المعلومات التكيفية في هذه التقنية يقوم بتنشيط النظام حتى يقوم الربط بين مختلف الأجزاء عن طريق التحفيز الثنائي المتناوب (Shapiro, 2007).

الفرضية المطروحة هي أن العناصر الإجرائية في (EMDR) بما في ذلك التحفيز الثنائي المتناوب يؤدي إلى حالة فيزيولوجية تنشط نظام معالجة المعلومات. في (EMDR) عندما نطلب من المفحوص التفكير في الصدمة، ننشئ صلة بين شعوره والمكان الذي يتم فيه تخزين المعلومات في الدماغ. التحفيز الثنائي ينشط نظام معالجة المعلومات ويسمح بتنفيذ السيروورة، سواءا كان ذلك بسبب التعديل المباشر للركيزة الفيزيولوجية للشبكة المستهدفة أو راجع إلى إنتاج حالة ذهنية ضرورية لاستيعاب المعلومات أو كليهما. في كل سلسلة نقوم بتعديل المعلومات المزعجة أكثر وأسرع خلال المسارات الفيزيولوجية العصبية المناسبة حتى يتم حلها بشكل صحيح، ويحصل ذلك عندما يتم وصل المعلومات المزعجة سابقا مع المعلومات التكيفية حاليا مثل: لم يكن خطئي (Shapiro, 2007).

إذن يتمثل دور (EMDR) في العمل على إعادة تشغيل نظام المعالجة التكيفية للمعلومة (AIP) بتذكر الأحداث الصدمية وعلاجها بتنشيط نظام المعالجة باستخدام حركات العين، ويتم ذلك عن طريق هضم المعلومات المتعلقة بالصدمة وإدخالها في نظام الذاكرة كحدث عادي ضمن الخبرات الماضية وبالتالي يتم إدماج الذكريات الصدمية ضمن الترابط الشبكي العام للدماغ الذي يحتوي على الأفكار والصور والعواطف والأحاسيس ذات العلاقة بهذه الذكريات، هذا ما يساعده في دمج وفهم الذكريات الصدمية ضمن السياق العريض لتجربة حياته وبالتالي تخفي الأعراض (Shapiro, 2007).

-6

:(EMDR)

يبدأ العلاج من خلال تحديد الذكرى المؤلمة المراد علاجها كهدف علاجي، والتي تعتبر الجزء الأكثر إزعاجاً وتعبيراً عن الحدث الصدمي، لأنه كلما كان الهدف محدداً بدقة كلما كان تنشيط نظام معالجة المعلومات التكيفية أكثر فعالية وللقيام بذلك يجب توفر العناصر التالية: الصورة، الاعتقاد السلبي، الاعتقاد الإيجابي، الانفعال، الأحاسيس الجسدية (Larivée, 2005).

1- : يتم تحديد الصورة التي تمثل الحدث الصدمي أو الجزء الأكثر إزعاجاً للمفحوص بدقة، تربط هذه الصورة شعور الفرد بالمكان في الدماغ حيث يتم فتح شفرات المعلومات الصدمية.

2- : يرافق الاعتقاد السلبي الصورة وهو غير مناسب للفرد حول دوره في الحدث الصدمي ويتم صياغته في الحاضر مثل: "أنا عاجز".

3- : يتم تحديده لاستبدال الإدراك السلبي به يتم الحصول عليه بطرح السؤال التالي: عندما تفكر في الحدث، كيف تحب أن تفكر في نفسك الآن؟" يتم تقييم درجة صحة الاعتقاد الإيجابي على سلم (VOC) الذي يحتوي على 07 درجات حيث يمثل 01 أن الاعتقاد خاطئ تماماً و07 أنه صحيح تماماً، يهدف العلاج إلى ترسيخ هذا الاعتقاد أكثر.

4- : يطلب المعالج من المفحوص تحديد درجة الانفعال والضيق المرتبطة بالحدث الصدمي عند التركيز على الصورة السلبية والاعتقاد السلبي، يتم تقييم مستوى الانفعال على مقياس (SUD) الذي يتكون من 10 درجات، يساعد هذا المقياس على تقييم مدى تقدم العلاج.

5- قد تكون مشفرة في الجهاز العصبي أثناء الحدث الصدمي مثلاً: الشعور بيد المعتدي على كتف الضحية، يكتمل عندها العلاج عندما لا تشعر الضحية بهذه الأحاسيس الجسدية.

6- اعتبرت (Shapiro) حركات العين كعنصر أساسي للـ (EMDR) عند 12 أو 14 بوصة أمام وجه المفحوص، حيث يحرك المعالج إصبعين مرفوعين في حركة أفقية ثنائية الاتجاه أو عمودية، سنة 1994 رأت (Shapiro) أن يمكن أيضا استخدام التحفيز الصوتي الثنائي أو التحفيز اللمسي حيث يضع المفحوص يديه على ركبتيه ويديه إلى الأعلى ويلمس المعالج راحة اليد اليمنى وراحة اليد اليسرى بالتناوب. تعزز حركات العين الثنائية دمج المعلومات في الذاكرة بنفس الطريقة التي تعزز بها حركات العين السريعة التي تميز مرحلة نوم حركة العين السريعة.

7- (EMDR):

- :

- تتطلب تقنية (EMDR) علاقة وثيقة بين الفاحص والمفحوص يسودها الدفء والثقة وبناء هذه العلاقة يأخذ وقتا (Marx, 2013). كما يجب أن يدرس جميع جوانب حياة المفحوص بدقة ويتطرق لها بطريقة معمقة ليتوصل إلى معرفة قدراته على تحمل الاضطراب الكبير الذي يمكن أن ينجم عن معالجة المواد المختلة وظيفيا سواءا خلال الحصة أو في نهايتها أو بين الحصص (Shapiro, 2007).

- يحدد الفاحص إذا ما كانت هذه التقنية هي المناسبة، وإذا ما كان المفحوص قادرا على عيش الانفعالات التي ممكن أن تظهر مرة أخرى خلال العلاج دون وجود خطر عليه (Marx, 2013). ويوضح ذلك للمفحوص، ويحدد مدى قابليته لخوض هذه التجربة وللتحكم في انفعالاته ورغبته في العلاج رغم معرفته أنه من الممكن أن تستثار ذكريات صدمية أخرى فينتج عنها نوع من الاضطراب أو الانزعاج، لذلك وجب على الفاحص تقييم استعداد المريض وقدرته على التحمل بدقة وعناية (Shapiro, 2007).

- يوضح الفاحص للمفحوص طريقة عمل التقنية ويطلب منه جميع المعلومات المهمة لتأسيس عقد علاجي واضح ويتأكد من الشروط المطلوبة لبدأ العلاج انطلاقاً من التشخيص الذي تم وضعه (Marx, 2013).

- يجب أن يحدد الفاحص من خلال هذه المرحلة ما يلي: الأعراض والسلوكيات المختلفة وظيفياً، الانفعالات الإدراكات السلبية، وقت ظهورها، تطورها عبر الزمن، السبب الرئيسي للأعراض، الظروف المحيطة آنذاك، صعوبات أو ظروف واجهها المفحوص سابقاً والنتيجة المرجوة من هذا العلاج. كل هذه المعلومات تسمح للفاحص بوضع مخطط للعلاج (Shapiro, 2007).

- يجب تنبيه المفحوص إلى أن عدم الإبلاغ من انفعالاته وعن ما يشعر به بصدق ووضوح يجعل العلاج يأخذ منحى خاطئ، حيث يمكن أن يعطي المفحوص استجابات غير صحيحة (مثلاً يبلغ عن مستوى منخفض من القلق عكس ما يشعر به) حتى لا تخيب توقعات الفاحص، أو تجنباً لظهور مواد مؤلمة جديدة، إنهاء الحصة في هذه الحالة ينتج عنه اضطراب خارج الحصة وبدون وجود دعم عيادي يمكن أن يصل بالمفحوص إلى محاولات الانتحار (Shapiro, 2007).

- يجب على الفاحص معرفة مستوى استقرار محيط المفحوص، إذ لا يمكن التوصل إلى نتيجة ايجابية إذا ما كان هذا الأخير محاطاً بظروف عائلية أو مهنية أو اجتماعية راهنة كانت هي سبب الصدمة التي يريد علاجها، وحتى لو تكن لها علاقة بها فإن المفحوص لا يستطيع تحمل الظروف الضاغطة المحيطة به مع الاضطراب والاختلال الذي يمكن أن ينتج عن استثارة وتنشيط ذكريات صادمة أخرى بين حصص (EMDR) (Shapiro, 2007).

- يجب أن يكون المفحوص في حالة جسدية جيدة، ويجب توخي الحذر في بعض الحالات التي تتطلب استشارة الطبيب المختص (مثلاً في حالة الحمل، الصرع، مشاكل في القلب أو الجهاز التنفسي) لتحديد الآثار السلبية المحتملة لردود الفعل الانفعالية القوية، كما يجب الانتباه للمفحوصين الذي يعانون من اضطراب أو ألم في

العين، وإذا ابلغ المفحوص عن إحساسه بألم في عينه خلال العلاج يجب توقيفه (Shapiro, 2007).

- يجب أن يكون للفاحص سند في محيطه الاجتماعي أو العائلي تحسبا لأي انفعال أو اضطراب خارج الحصص العلاجية، في حالة إذا ما كان المفحوص وحيدا يعين على الفاحص تحديد إذا ما كان قادرا على دعم المفحوص نفسيا وتهدئته عن طريق الهاتف إذا ما احتاج لذلك (Shapiro, 2007).

- كذلك وجب التنبيه إلى أنه في حالة ما كان المفحوص له علاقة بقضية قانونية (سواء كان ضحية، شاهد، أو شرطيا) يجب إعلامهم أنه جراء الخضوع للـ (EMDR) يمكن لصورة الحدث أن تصبح غير واضحة وهذا ما يؤثر على الشهادة، كما يمكن أن تصبح ظاهرة بوضوح، يجب إعلام المفحوص بالاحتمالين لان المعالج لا يستطيع التنبؤ برد فعل المفحوص (Shapiro, 2007).

- يجب أن يأخذ المعالج الوقت اللازم خلال كل جلسة لعلاج الذكرى المؤلمة الموجودة وإغلاقها جيدا، لذلك يوصى باستخدام جلسات منفصلة مدتها 50 د أو أكثر لجمع القصة الأولية على الرغم من أن جلسة واحدة مدتها 90 د جلسة مطولة وفقا للمعايير التقليدية إلا أنها الوحيدة القادرة على توفير الوقت اللازم لترتيب المراحل من 03 إلى 07 والعلاج الكامل لصدمة معينة.

- يجب على المعالج أن يحدد بدقة الشكوى الحالية وتاريخها وفي ما يلي دليل للمعالج:

1- :

- ✓ ما هي السلوكات السائدة المختلة وظيفيا والانفعالات الادراكات السلبية؟
- ✓ ما هي الأعراض الخاصة مثل الأفكار المتطفلة ونوبات الهلع؟
- ✓ ما هي المحفزات (العوامل المفجرة) المعتادة وما هو تواترها وتوقيتها ومكانها عندما تظهر وخصائصها الأخرى؟

-2 :

- ✓ متى ظهر الاضطراب؟
- ✓ كيف تطور الاضطراب عبر الزمن؟
- ✓ هل تغيرت العوامل المساهمة في الاضطراب؟

-3 :

- ✓ ما هو السبب الأصلي أو الحدث الأساسي الأكثر إثارة للقلق الذي يمثل نشأة الخلل الوظيفي؟
- ✓ ما هي الظروف الاجتماعية، الأسرية، التفاعلية في وقت الحدث الأول؟
- ✓ متى شعرت لأول مرة بنفس الشعور؟

-4 :

- ✓ ما هي الحوادث الأخرى التي لعبت دورا رئيسيا في التأثير على الاضطراب وتعزيزه؟
- ✓ هل هناك متغيرات مهمة أخرى؟
- ✓ من هم المشاركون الأساسيون؟
- ✓ ما هي الاستجابات غير متكيفة الادراكات السلبية؟
- ✓ حدد 10 ذكريات الأكثر إزعاجا هذا ما يساعد على تحديد أنواع الادراكات والخبرات السلبية التي تحتاج إلى معالجة.

- :

- ✓ ما هي الصعوبات الأخرى التي تمت مواجهتها؟
- ✓ ما هي الاختلالات الأخرى التي تم إخفاؤها من قبل التمثيل الرئيسي؟

- :

- ✓ كيف يتأثر المفحوص حاليا؟
- ✓ ما هي الانفعالات أو السلوكيات المختلة وظيفيا التي تظهر؟

- ✓ ما هي الإجراءات التي يستطيع القيام بها؟
- ✓ ما هي نتائج النظام مثل الأسرة المختلة وظيفيا أو الهيكل الاجتماعي الذي يجب معالجته؟

- :

- ✓ ما هي النتائج المحتملة للعلاج الناجح؟
- ✓ ما هي التجارب الايجابية الموجودة في تاريخ المريض؟

- : :

- يجب إنشاء رابطة علاجية قوية وإرساء جو من الأمن والثقة الذي من خلاله يشعر المفحوص بأنه سيحضى بالحماية أثناء العلاج وأنه في الأخير ستكون له القدرة على السيطرة على الوضع (Shapiro, 2007).

- الوصول إلى هذا المستوى يستغرق لدى بعض المفحوصين عدة أشهر، في حين مع البعض الآخر يمكن أن يأخذ من حصة إلى 3 حصص.

- من الضروري إخبار المفحوص أنه سيتعرض لاضطرابات انفعالية خلال الحصة العلاجية أو خارجها وطمأنته بأن هذا أمر طبيعي (Shapiro, 2007).

- يتم تعليم المفحوص بعض التقنيات مثل الاسترخاء وإجراءات السلامة التي يجب اتخاذها إذا ما شعر باضطراب انفعالي (Shapiro, 2007).

- يجب اختبار قدرة المريض على أداء حركات العين قبل استهداف أي مواد مختلة ليرى إذا كان ذلك مريحا بالنسبة له، ويحاول من خلال ذلك تحديد المسافة المناسبة بين أصبعه وعيني المفحوص، كما يختار الاتجاه الأسهل في حركات العينين، يقوم كذلك باختبار مختلف سرعات حركات العين في كل اتجاه، فإذا كان المفحوص غير قادر على تتبع حركات الأصابع أو وجد مشكلة ما في ذلك يجب على الفاحص تغيير نوع التحفيز (Shapiro, 2007).

- في هذه المرحلة يتفق الفاحص مع المفحوص على إشارة تدل على رغبة هذا الأخير في إيقاف الحصة العلاجية عن طريق إدارة الرأس أو رفع اليد (Shapiro, 2007).

- في هذه المرحلة يوفر المعالج الوسائل اللازمة للتعامل مع الانفعالات القوية التي يمكن أن تصادفه خلال سير الحصة العلاجية، يجب على الفاحص الحرص على إتقان هذه التقنيات وأخذ الوقت الكافي من أجل ذلك، يمكن ممارستها من طرف المعالج نفسه أو تعليمها للمفحوص فيمارسها لوحده متى ما احتاج ذلك حتى ولو كان خارج الحصة (Marx, 2013).

- يجب تدوين كل ما يحرض الانفعالات القوية من صور، أفكار، انفعالات، حادث مفجر، أحاسيس (Marx, 2013).

- تحديد المكان الآمن: يتعلق الأمر هنا بتقنية تسمح بإرجاع المفحوص إلى حالة الهدوء إذا ما أصبحت الوضعية جد مقلقة، أو لإنهاء الحصة، حيث يقوم المعالج بتحديد مكان آمن حقيقي أو خيالي الذي يؤدي استحضاره من طرف المفحوص إلى الشعور بالأمن والهدوء، كما يجب التركيز على الصورة، الأصوات، الروائح الخاصة بهذا المكان والإحساس بالانفعالات التي تظهر، بعدها يتم تحديد المكان من الجسم الذي يكون فيه الإحساس الممتع مدركا. بعدها يتم تحديد كلمة تمثل المكان الآمن مثلا : السلام، البحر (Marx, 2013).

- يتم التركيز على الأحاسيس الجسدية المزعجة، ويتم تحديدها بشكل قياسي، ونطلب من المفحوص وصف خصائصها الخيالية: الشكل، الحجم، الحرارة (Marx, 2013).

: :

- يطلب من المفحوص تحديد قائمة متكونة من عشرة أحداث الأكثر صعوبة في حياته والاتفاق على ترتيب يتم وفقه معالجة مختلف الصدمات، إذن في هذه المرحلة يتم تحديد الهدف الذي سيتم التركيز عليه من خلال التقنية.

- يتم كذلك البحث عن القواسم المشتركة وأوجه التشابه مع وضعيات أخرى سواءا قد حدثت في الماضي أو متوقعة كتهديد في المستقبل، وهنا يمكن أن يجد المعالج الخيط الذي يدلله على خطة علاجية منطقية، وهذا ما يسمى مخطط الأهداف.

- استعمال تقنيات خاصة للبحث عن الذكريات أو لإخراج ذكرى معينة مثل تقنية (Le float-back) التي تتضمن الرجوع للوراء من خلال التعليمات التالية (Marx, 2013):

- 1- أنا ادعوك للتفكير في صورة هذه الذكرى القديمة.
- 2- لاحظ الانفعالات التي تثيرها لديك، وكيف يستجيب جسدك لها.
- 3- اترك ذهنك يطفو إلى الوراء.
- 4- اخبرني عن أول وضعية التي خطرت في ذهنك حدثت من قبل وتسبب في ردود أفعال مماثلة.
- 5- ما هي الانفعالات التي تشعر بها.
- 6- أين تشعر بهذه الانفعالات في جسدك.
- 7- ركز على هذه الأحاسيس في جسدك واسمح لذهنك أن يجد أين حدثت للمرة لأولى هذه الأحاسيس.

- البحث عن (Fléchette empoisonnée) (Marx, 2013): تحديد شبكة الذاكرة مختلة الوظيفة من أجل توجيه العمل بدقة وذلك من خلال تحديد الهدف عن طريق قصة أو عن طريق صورة، هذا البحث يكشف عن جوانب مختلفة من التوظيف النفسي:

- 1- المعتقدات السلبية عن الذات أو عن الآخرين.
- 2- العواطف والانفعالات.
- 3- الأحاسيس الجسدية، التي تسمى كذلك المظاهر الحسية الحركية.

- المعتقدات السلبية: يتكون لدى الأفراد الذين تعرضوا للصدمات نفسية معتقدات سلبية غير عقلانية عن أنفسهم تكون بصفة دائمة، فيبقى الفرد حبيس الحدث الصدمي، ويبقى كل ما حدث جزءاً من الفرد خاصة جسده الذي لا يستطيع دمج هذه المعلومات، هناك سؤال يطرحه المعالج بإمكانه أن يظهر هذا المعتقد وهو: ابحث عن اللحظة الصعبة بداخلك، ماذا يقول الموقف السلبي عنك والذي لا يزال يشكل صدى حقيقي في أعماقك؟، هنا الأمر لا يتعلق بالمعتقد أو المعاش في لحظة الصدمة وإنما بالمعتقد الذي لا يزال يعتقده عن نفسه إذا ما كان في اتصال مع ذكرى صدمية ماضية (Marx, 2013).

- يمكن تصنيف هذه المعتقدات السلبية إلى أربع مجموعات، المجموعة الأولى خاصة بشعور انعدام الأمن، حيث يبقى الشعور بالخوف راسخاً لدى الفرد في حين أن الخطر قد زال، وهنا عمل (EMDR) يقوم على تحويل معتقد "أنا في خطر" إلى معتقد "أنا في أمان حالياً"، المجموعة الثانية خاصة بالمسؤولية والشعور بالذنب؛ حيث يتثبت لدى الفرد اعتقاد "أنا مذنب" "لقد كان هذا خطئي"، فتحول (EMDR) هذا الاعتقاد إلى "أنا بريء" "ليس خطئي"، المجموعة الثالثة تتعلق بتقدير الذات، إذ أن الصدمة النفسية تتلف وتخفض التقدير الذات فيعتقد أنه لا قيمة له، فتقوم التقنية بتحويل هذا الاعتقاد إلى اعتقاد "لدي قيمة، أنا شخص جيد"، المجموعة الرابعة تخص العجز، حيث يشعر الفرد بأنه عاجز وليس لديه القدرة على المواجهة، يحول عمل (EMDR) هذا المعتقد إلى "أستطيع المواجهة، أستطيع إيجاد حل" (Marx, 2013).

- سلم الشدة (SUD) هو اختصار لـ (Subjective Unity of Distress): هذا السلم يحدد عن طريق السؤال التالي الذي يطرح من طرف المعالج: "عند إعادة تعرضك للذكرى الصدمية، قيم مستوى ضيقك على سلم من 0 إلى 10، أين 0 يعبر عن أنه يمكنك التفكير في الحدث بهدوء، دون انفعال معين، و10 تعبر عن أن هذه الفكرة تثير أكبر درجة قلق يمكنك أن تتخيلها" (Marx, 2013).

- سلم (VOC) اختصار لـ (Validity of Cognition) يتم تقييمه من خلال التعليمات التالية: أريدك أن تفكر في الوضعية التي صدمتك وتحدد إلى أي مدى تشعر بأن هذه الكلمات صحيحة (وهذا بعد تكرار الاعتقاد الايجابي على سبيل المثال: أنا شخص جيد، أستحق العيش، أنا في أمان) على سلم من 1 إلى 7، حيث تعبر درجة 1 عن عدم صدق العبارة و الدرجة 7 تعبر عن أن العبارة صادقة جدا (Marx, 2013).

- تحديد صدى الانفعال على الجسم، فالانفعالات يتم ترجمتها على مستوى الجسد، فيطرح المعالج السؤال التالي: هذا الانفعال الذي نتحدث عنه أين تشعر به، تكون الإجابة في البطن مثلا، الصدر، الرأس. فمعلوم أن الجسد هو المعني في المقام الأول على رد فعل الفرد اتجاه الضغط من خلال العاطفة الشديدة، وكذلك من خلال الأحاسيس المختلفة مثل الألم، ضغط الدم، الشعور بالحرارة أو البرودة، هذه الأحاسيس تكون موجودة من قبل أو يتم تنشيطها من جديد خلال الحصة، وهذه الأحاسيس تعطي للمعالج مؤشرات قيمة عن نوعية إعادة المعالجة (Marx, 2013).

- استعمال الاعتقاد السلبي والايجابي يسمح بصياغة الحالة بشكل أكثر كفاءة، علاوة على ذلك فإن المفحوص عندما يحدد الاعتقاد السلبي وينطقه لديه الفرصة للبدء في ملاحظة عدم عقلانية هذه المعتقدات الحالية، أما بالنسبة للاعتقاد الايجابي فهو يعطي الأمل مثل الضوء الذي يعلن نهاية النفق، كما يعتبر عاملا مشجعا للمفحوص ويعزز التزامه بالعلاج بناء على أن هناك حلا وأملا آخر ممكن بالفعل (Shapiro, 2007).

- استعمال السلالم (VOC) و (SUD) يزود المفحوص ببيانات كمية لتقييم تقدمه وذلك حتى في حالة عدم اكتمال الحصة، هذا الشعور بالانجاز من طرف المفحوص والشعور بالمسؤولية لدى المعالج يجعل من الممكن تدريجيا تقييم الأهداف الجديدة (Shapiro, 2007).

إذن تستعمل تقنية (EMDR) المعلومات التالية من أجل إعادة معالجة الصدمة (Marx, 2013):

- 1- وصف سردي للذكرى.
- 2- المعتقد السلبي يوصل إلى الايجابي.
- 3- الانفعالات المرفقة لها.
- 4- الأحاسيس الجسدية التي شعر بها الفرد خلال الحدث.

:

- يركز الفاحص خلال هذه المرحلة على الانفعال السلبي كما هو معبر عنه في سلم (SUD). حيث تهدف هذه المرحلة إلى تخفيض الاضطراب إلى 0 على سلم (SUD)، وليحدث ذلك يجب معالجة المواد المختلة وظيفيا المخزنة في القنوات المرتبطة بالحدث المستهدف (Shapiro, 2007).

- يطلب من المفحوص إعادة الذكرى المؤلمة والتفكير في الإدراك السلبي المرتبط بها، بعدها يشرع في سلسلة المحفزات الثنائية بالتناوب التي تؤثر على نصفي الكرتين المخيتين (Marx, 2013).

- يمكن أن يكون التحفيز بصريا بواسطة تحريك أصابع الفاحص أمام عيني المفحوص أو عصى رقيقة، كما يمكن استبدال ذلك بتحفيز سمعي عن طريق سماعات الرأس التي تقدم (bip) بالتناوب في الأذن اليمين ثم في الأذن اليسار، كما يمكن أن يكون التحفيز لمسيا عن طريق النقر على الركبتين أو الكتفين (Marx, 2013).

- خلال مرحلة إزالة الحساسية يكرر الطبيب سلسلة حركات العين مع التغيير المناسب في التركيز على الهدف حتى يتم التقليل من مستوى (SUD) إلى 0 أو 1، هذا ما يشير إلى أن الحدث المستهدف قد تم تنظيفه (Shapiro, 2007).

- يرجع نظام معالجة المعلومات التكيفية إلى العمل بفعالية نتيجة ل (SBA)، هذه الأخيرة تسمح كذلك بالوصول إلى الشبكات التي تحتوي على الذكريات الصادمة عن طريق تنشيط العمليات العصبية الفيزيولوجية، كما تقوم بتعزيز ارتباط الشبكات التي تحتوي على مواد مختلفة وظيفيا مع شبكات الذاكرة التي تحتوي على تجارب تكيفية مع تهدئة التوترات الانفعالية والجسدية، وبالتالي فإنها تقوم بمعالجة شبكات الذاكرة المختلفة وظيفيا وإعادة معالجتها مما يؤدي إلى تقليل ظهور الأعراض أو اختفائها (Marx, 2013).

- ينقسم الجهاز العصبي الإرادي إلى قسمين يختلفان في الوظيفة والبنية التشريحية والعناصر الكيميائية التي يستخدمونها، النظام السمبتاوي له تأثير مثير إلى حد ما ويستخدم على وجه الخصوص التأثيرات المنشطة للأدرينالين أما النظام اللاسمبتاوي له تأثير مهدئ إلى حد ما ويستفيد من العمل المهدئ للأستيل كولين، فعندما يطلب من المفحوص أن يتخيل نفسه في الوضع الصادم فإن تنفيذ التحفيز الثنائي يولد تعديلا للجهاز العصبي الإرادي مع تنشيط الجهاز الباراسمبتاوي الذي يحفز إفراز الأديرنالين، إنتاج الاستيل كولين من شأنه أن يؤدي إلى انخفاض التوتر الانفعالي (Marx, 2013).

- يمكن إجمال آثار التحفيز الثنائي في ما يلي:

- ✓ تغيير توازن النظام اللارادي والبراسمبتاوي.
- ✓ تتشابه مع مرحلة حركة النوم السريعة في النوم.
- ✓ تحفز المناطق المماثلة لتلك المتأثرة بالاستجابة التوجيهية.
- ✓ تسهيل استعادة الذكريات.
- ✓ ونتيجة لذلك تحدث إزالة حساسية من الآثار السلبية للصدمة وظهور معلومات تكيفية.

- يتم تطبيق إزالة الحساسية عن طريق إجراء سلسلة من مجموعات التحفيز الثنائي في فترة تتراوح ما بين 30 ثا إلى دقيقة واحدة في المتوسط (Marx, 2013).

يجب أن يعزز الفاحص جهد المفحوص كم خلال قوله "جيد" خلال السلسلة هذا ما يؤدي إلى طمأنة المفحوص إذا كان غير متأكد من أنه في حال جيد، كما لا يجب أن يطلب الفاحص من المفحوص إغلاق العينين لأن ذلك يمكن أن يؤدي إلى غياب وعيه (Shapiro, 2007).

- لزيادة الشعور بالتحالف بين الفاحص والمفحوص والمحافظة على روح الفريق يمكن أن يقوم الفاحص بعملية التنفس مع المفحوص في نهاية السلسلة، هذا ما يلعب دوراً مهماً في الآثار العلاجية الايجابية، يأتي هذا بعد طلب الفاحص من المفحوص تنظيف الذهن أو مسحه (Shapiro, 2007).

- يطرح الفاحص السؤال التالي على المفحوص: "ما الذي تحصل عليه الآن؟"، الإجابة على هذا السؤال تسمح للفاحص بالتعرف على جميع جوانب الحدث التي تغيرت وعلى الوضعية الحالية للمواد المستهدفة، عادة ما يكشف الفاحص عن معلومات وصور وانفعالات جديدة وأحاسيس مهيمنة، من خلالها يحكم عن إذا ما كانت المعالجة قد حدثت أم لا (Shapiro, 2007).

- لا يجب أن يقدم الفاحص تفسيرات لاستجابات المفحوص بل يقابل ذلك باستجابات غير لفظية مثل الابتسامة، أو إشارة بالرأس، لأن محاولة التفسير يمكن أن تصرف انتباه الفاحص عما يتم تحفيزه، فيتم استبدال التجربة بالاستطراد المعرفي (Shapiro, 2007).

- خلال مجموعات حركات العينين يطلب من المفحوص ببساطة أن يكون مراقباً لما يحدث داخله وأن يبلغ المعالج بذلك في نهاية كل مجموعة، ولا يجب التركيز على نقطة محددة بشكل خاص. يكفي أن يدع ما يأتي إليه من حيث الأفكار والصور والعاطفة وحتى الإحساس الجسدي. كما لو كان يجلس على متن قطار ويرى المناظر الطبيعية تمر خلف الزجاج (Marx, 2013).

: (Shapiro, 2007).

- الهدف من هذه المرحلة هو تثبيت وترسيخ الإدراك الايجابي ليحل محل الإدراك السلبي الأصلي. تبدأ مرحلة التثبيت عند الوصول إلى مستوى 0 أو 1 على سلم (SUD) تستخدم هذه المرحلة لإضفاء الطابع المعرفي الايجابي على الحدث المتعلق بالهدف الأصلي.

- يجب الأخذ بعين الاعتبار أن تقدير المفحوص لهذا الإدراك يعتمد على ما يشعر به في أعماق نفسه، فالإدراك الايجابي الأنسب هو ما يحدده خلال مرحلة التقييم من جلسة (EMDR) أو ما يظهر تلقائياً خلال المجموعات المتتالية لحركات العينين.

- يطلب الفاحص أن يضع في اعتباره الإدراك الإيجابي وفي نفس الوقت تكون الذكرى مستهدفة، ثم يستمر في سلسلة حركات العينين حتى يصل مستوى الإدراك الإيجابي إلى مستوى 07 على سلم (VOC)، يجب مواصلة المجموعات من أجل تعزيز الإدراك الايجابي، في حين أن الصور والأفكار والانفعالات السلبية تصبح عموماً أقل حيوية وغير صالحة بعد كل مجموعة كاملة.

- قد يتغير الإدراك الايجابي الذي قدمه المفحوص في بداية العلاج إلى إدراك ايجابي أكثر قوة، في هذه الحالة يجب على الفاحص تشجيعه على قبوله أو تغييره، يزيد تعزيز هذا الإدراك الإحساس بالكفاءة الذاتية، إذا لم ينتج ذلك فهذا دليل على أن الإدراك الايجابي المقترح غير مناسب.

- إذا بقي مستوى (VOC) متدنياً ولم يرتفع يجب على الفاحص تحديد إذا ما كان هناك قناة أخرى ناشئة لم تعالج بعد، يطلب الفاحص في هذه الحالة من المفحوص تحديد السبب الذي يمنعه من الحصول على 7.

- ربط الإدراك الايجابي بالذكرى المستهدفة يقوي الرابطة الترابطية، بحيث إذا أعيد تنشيط صورة الحادث الأصلي فإن عودته إلى الشعور تكون مصحوبة بإدراك ايجابي جديد.

: (Shapiro, 2007).

- يطلب الفاحص من الفحوص وضع صورة الحدث والإدراك الايجابي في الاعتبار ويقوم بالانتباه إلى مختلف أعضاء جسمه ابتداءً من الرأس إلى كامل أعضاء الجسد، ويحدد أي توتر أو إحساس غير عادي.
- هذا المسح ممكن أن يفتح قنوات أخرى للمعلومات قد تحتوي على غضب أو حزن أو فكرة معينة، ويكشف عن شبكات أخرى تحتوي على مواد مختلة وظيفياً.
- لذلك إذا ما تم الكشف عن وجود توتر في الجسم يتم استهداف هذه الأحاسيس من جديد بغية معالجتها بواسطة سلسلة إضافية.
- تكتمل مرحلة مسح الجسم عندما يتمكن الفحوص من اكتساح جسمه عقلياً وعدم الشعور بأي توتر متبقي، فإذا تم التبليغ عن شعور ايجابي ومريح يمكن عمل سلسلة لتعزيزه.

: (Shapiro, 2007).

- يستخدم الأخصائي تقنيات لإغلاق الحصة، فيستعمل الاسترخاء أو التنويم المغناطيسي وباستعمال تمارين المكان الآمن.
- يجب أن يحرص الفاحص على ترك وقت في نهاية الحصة الخاص بالإغلاق، الذي يسعى من خلاله إلى إرجاع الفحوص إلى حالة الهدوء وإزالة التوتر والاضطراب الناتج عن معالجة المواد المختلة وظيفياً.
- في حالة بقاء عدة دقائق لا يجب القيام بمسح الجسم، لأنه عند استهداف قناة جديدة أو الكشف عن توتر في الجسم يجب القيام بسلاسل جديدة التي تتطلب أكثر من بضع دقائق لعلاجها، لذلك يجب على الفاحص أن يقدر الوقت المتبقي تقديراً صحيحاً لكي يجعل مفحوصه يغادر في حالة مستقرة.
- في حالة الانتهاء من معالجة هدف معين لا يجب أن ينتقل الفاحص إلى هدف جديد في نهاية الحصة، لأن هذا يجعل الفحوص يغادر في حالة غير مستقرة انفعالياً،

أحيانا يصل المفحوص إلى درجة من الاضطراب تجعله غير قادرا حتى على سيطرة السيارة أو الرجوع إلى البيت في هذه الحالة يجب استعمال التقنيات اللازمة، وتركه فترة زمنية في قاعة الانتظار ليؤكد من سلامته وقدرته على العودة للبيت سالما.

من المهم تنفيذ التطهير مع كل مفحوص في نهاية كل حصة، وتذكيره بأن عليه الاستعانة بكراس مذكرات يسجل فيه ما يعتريه من مشاعر وأحاسيس وحتى أفكار وكل ما يزعجه في الفترة الزمنية الفاصلة بين الجلستين.

:

- تتم خلال بداية كل جلسة جديدة، يتم فيها تقييم مدى معالجة المواد التي تم استهدافها سابقا ويسأله عن شعوره اتجاهها، وتحديد إذا ما كان هناك استهداف لمواد جديدة تحتاج إلى معالجة. يراجع المعالج استجابات المفحوص لتحديد ما إذا كان قد تم الحفاظ على آثار المسار، يسأل المفحوص عن شعوره اتجاه المواد المستهدفة سابقا ويراجع تقارير (journal de bord) لمعرفة ما إذا كانت أي تداعيات للمعلومات التي تمت معالجتها بالفعل تحتاج إلى استهداف أو التعامل معها بشكل مختلف (Shapiro, 2007).

- إذا قرر المعالج استهداف مواد جديدة يجب أن يفعل ذلك بعد الدمج الكامل للصددمات التي تم علاجها مسبقا. يتم تحديد التكامل من حيث العوامل النفسية وكذلك من منظور نظامي، حيث تؤدي الصدمة المعالجة إلى سلوكيات جديدة من جانب المفحوص، لذلك يجب على المعالج معالجة المشاكل التي يولدها ذلك في الأسرة والنظام الاجتماعي (Shapiro, 2007).

إذن من خلال هذا الفصل حاولنا عرض أهم المعلومات التي تخص تقنية (EMDR) بشكل مبسط وذلك لأننا اخترنا استعمالها كعلاج للحالات اللاتي عشن تجربة موت الجنين داخل الرحم بما أن هذه الأخيرة تخلف صدمة نفسية وفي أحيان كثيرة اضطراب ما بعد الصدمة.

:

-1

-2

:

-3

-1-3

-2-3

(TRAUMAQ)

-3-3

.

-4

.

-5

.

(EMDR)

-6

.

-7

يعتبر اختيار المنهج المناسب لموضوع الدراسة من أولى مراحل إعداد البحث العلمي؛ وذلك من خلال إتباع مجموعة من الخطوات الممنهجة والاعتماد على قواعد وطرق التي تساعد الباحث في الوصول إلى الحقائق العلمية وإلى الإجابة على التساؤلات المطروحة والتوصل للأهداف المرجوة، لذلك سنتطرق في هذا الفصل لأهم الأدوات المستعملة في الدراسة والمنهج المتبع وبرتوكول التكفل النفسي.

1-

:

يعرفه (Lagache) على أنه تناول السلوك الإنساني من منظوره الواقعي والخاص به، إضافة إلى التعرف بأمانة علمية على مواقف وتصرفات الفرد اتجاه وضعيات معينة، عن طريق إقامة العلاقات بينها محاولا بذلك إعطاء معنى لها للتعرف على تكوينها كما يكشف عن الصراعات التي تحركها ومحاولات الفرد لتجاوزها (Fernandez et Pedinielli , 2006). ويهدف المنهج العيادي إلى فحص دقيق وشامل للشخصية، من خلال التعرف على خصوصيات سيرها النفسي في إطارها الكلي المميز. يستعمل المنهج العيادي أساسا للتشخيص والعلاج وذلك من خلال دراسة حالة فردية دراسة نفسية معمقة بالرجوع إلى تاريخ الحالة ووضعها الراهن ضمن ظروفها الحالية، وتحقيقا لهذه الأهداف نعتمد على دراسة الحالة، وهذا ما جعلنا نختار المنهج العيادي، إضافة إلى طبيعة موضوعنا المدروس: التكفل النفسي بالأمهات اللاتي عشن تجربة موت الجنين داخل الرحم، الذي نريد من خلاله التعرف على المعاش النفسي للأمم الفاقدة لجنينها قبل الشروع في التكفل النفسي، ومدى إمكانيتها بالقيام بعمل الحداد في وجود طقوس الحداد من عدمه وصولا للتكفل النفسي بهذه الفئة، وبالحديث عن المنهج العيادي نصل إلى دراسة الحالة.

2-

:

"تعرف بأنها الإطار الذي ينظم ويقيم فيه الأخصائي الإكلينيكي كل المعلومات والنتائج التي يحصل عليها حول الفرد عن طريق الملاحظة والمقابلة والتاريخ الاجتماعي والسيرة الشخصية والاختبارات السيكولوجية والفحوص الطبية" (حسن

مصطفى عبد المعطي، 2003: 156)، وهي تتيح للفاحص جمع أكبر قدر ممكن من المعلومات والبيانات وتقديم صورة معمقة كلية ومفصلة عن الفرد منذ ميلاده حتى الوقت الحالي. إذن الهدف الرئيسي لدراسة الحالة هو جمع المعلومات المطلوبة ودراستها وتحليلها وتركيبها وتفسيرها وتلخيصها مما يساعد على الوصول إلى الفهم العمق والشامل للفرد. وهذا ما نهدف له في دراستنا من دراسة كل حالة منتقاة دراسة شاملة وكاملة ومعقدة توصلنا إلى إجابات عن التساؤلات المطروحة، بهدف تحليلها وتفسيرها.

3-

3-1-

تعتبر المقابلة من أهم الأدوات والوسائل التي يستعملها الأخصائي النفسي، وتبرز أهمية المقابلة في التشخيص والعلاج، وهي موقف تواصل لفظي بين اثنين أو أكثر بهدف الوصول إلى معلومات عن الحالة، ويعرفها زهران " بأنها علاقة مهنية دينامية وجها لوجه بين الأخصائي والعميل في جو نفسي آمن يسوده الثقة المتبادلة بين الطرفين" (حسن مصطفى عبد المعطي، 2003: 207). تتميز ثلاث أنواع من المقابلة: المقابلة الحرة والتي تركز أساسا على المفحوص الذي يُترك له المجال فيها للتعبير بحرية وتداعي أفكاره دون تعليمات وتوجيه من الأخصائي، والمقابلة الموجهة التي تكون مقيدة بأسئلة مغلقة محددة مسبقا من طرف الأخصائي والتي تستدعي إجابات محددة، وأخيرا المقابلة نصف الموجهة التي تعرف على أنها "عملية ديناميكية تفتح المجال للمفحوص للتعبير عن مشاعره واتجاهاته وبذلك تكون العلاقة مبنية على الثقة، إذ تهدف إلى توجيه حديث الفرد حسب أهداف البحث... حيث أنها تعتمد على تحرير الأسئلة التي تخدم الموضوع مع المحافظة على حرية التعبير لدى الفرد" (خالد حامد، 2003: 129). ولذلك سنستعملها في هذا الإطار من أجل تشجيع المفحوص على التعبير التلقائي وحصد أكبر معلومات ومعطيات عن أعراض الصدمة التي سنعايشها مع الأم التي مات جنينها داخل رحمها، وذلك بهدف الإجابة على التساؤل

الإشكالي الأول والثاني المطروح في هذه الدراسة والتحقق من الفرضيات في وقت وجيز. وفي إطار المقابلة العيادية النصف موجهة سنستعمل الملاحظة العيادية.

-3-2 :

تعتبر من الوسائل المهمة المستعملة في علم النفس العيادي، تُعرف بأنها "المراقبة المقصودة لرصد ما يحدث وتسجيل السلوك في الوقت الذي يتم فيه ... فيقل بذلك احتمال تدخل عامل الذاكرة لدى الملاحظ" (زينب محمود شقير، 2011: 113)، ولتحقيق ذلك لابد أن تكون الملاحظة هادفة ومنظمة غير عشوائية. سنستعمل الملاحظة العيادية في دراستنا لرصد جميع سلوكيات الحالات محل الدراسة سواء اللفظية أو غير اللفظية خلال المقابلة، كتغيرات الوجه ونبرات الصوت وحركات الجسد التي تتنافى أحيانا مع الكلام الذي تقوله الحالة، والوقوف على كل ما يتعلق بالظاهرة المدروسة ومحاولة تحليلها، إلى جانب جمع المعلومات في الأحوال التي تبدي فيها الحالة مقاومة وترفض الإجابة على الأسئلة، كذلك سنستعملها لملاحظة السلوك العام للحالات من خلال الحديث، اللباس، النظافة، الاستثارة والاستجابات الحركية غير المراقبة، ورصد الاستجابات العاطفية وحالة المزاج، ومدى طلاقة التعبير والإنتاجية اللفظية، كذلك ملاحظة أسلوب الكلام والتواصل مع الأخصائي.

-3-4 : (TRAUMAQ)

(TRAUMAQ) هو استبيان لتقييم الصدمة (Questionnaire d'évaluation du traumatisme) مصمم من طرف (Damiani, Pereira-Fradin, 2006)، لغته الأصلية هي اللغة الفرنسية (الملحق رقم 01) وتمت ترجمته إلى اللغة العربية (الملحق رقم 02) من طرف (عوامن فضيلة، 2018)، يستعمل هذا الاستبيان لقياس تواتر وشدة مظاهر الصدمة النفسية، وتقييم الاضطرابات الصدمية الحادة والمزمنة، والوقوف على التغيرات التي تمس الشخصية بعد الحدث الصدمي، إلى جانب تقييم متلازمة ما بعد الصدمة بعد التعرض لحدث مصحوب بتهديد الموت سواء للحالة نفسها أو للآخر. نهدف من خلال استعماله إلى الكشف عن الأعراض العامة للصدمة المتمثلة في

متلازمة التكرار المرضي، والتجنبات الرهابية، والأعراض العصبية، إلى جانب تقييم الأعراض المرتبطة بالصدمة المتمثلة في حالة الاكتئاب، والتجسيدات - السيكوسوماتية-، كذلك نكشف من خلاله عن معاش الصدمة وخاصة العار، الشعور بالذنب، العدوانية وتأثيراتها على نوعية الحياة.

(TRAUMAQ) :

1- تقييم الاضطرابات الصدمية الحادة والمزمنة وحتى تغيرات الشخصية الناجمة عن الحدث الصدمي.

2- يساهم في البحث في علم الأوبئة.

3- يساعد في التشخيص.

كما يمكن استخدامه كأداة بحث في دراسات علم الأوبئة أو مراقبة أثر العلاج النفسي.

يتم استعمال الاستبيان مع الراشدين البالغين 18 سنة فما فوق الذين واجهوا بشكل مباشرة حقيقة الموت وهم:

1- البالغين الذين كانوا ضحية مباشرة أو شاهدين على جريمة جزائية كالاعتداء الجنسي، العدوان، الجرح العمدي.

2- البالغين الذين كانوا ضحية أو شاهدين على مصيبة كبيرة مع التهديد بالموت.

3- البالغين الذي كانوا ضحية أو شاهدين على حادث بالطريق العام.

يحتوي الاستبيان على جزئين أساسيين، يقيس الجزء الأول يقيس الجزء الأول المعاش خلال الحدث وردود أفعال اللاحقة له، يشكل هذا الجزء قاعدة الاستبيان التي يقوم عليها التشخيص. في حين يقيس الجزء الثاني مدة ظهور الاضطرابات الموصوفة (سلم اختياري). يقدم معلومات مكملة التي تخدم العيادي.

-1-4-3

:

:

:

يسمح الاستبيان بجمع أكبر قدر من المعلومات من أجل إجراء تقييم كامل، يتم تقديم هذه المعلومات في شكل فئات في أول صفحتين وتشمل:

:

-

- يجب أن يمثل الحدث الذي يسبب الاضطرابات الملاحظة خطرا محتملا للموت وتهديدا حقيقيا بالموت للأفراد الذين هم ضحايا مباشرون أو شاهدين. يمكن أن يكون هذا الحدث:

✓ فرديا إذا ما كانت هناك ضحية واحدة (مثل الاغتصاب).
 ✓ جماعيا إما كان متعلقا بمجموعة من الأفراد في الوقت نفسه (مثل الكوارث الطبيعية).

✓ يتم تصنيف هذه الأحداث تحت فئة "طبيعة الحدث":
 ✓ الكوارث الطبيعية مثل الفيضانات، الزلازل.
 ✓ الكوارث التكنولوجية: مثل انفجار بمصنع.
 ✓ الكوارث الجوية، البحرية، أو كوارث السكك الحديدية مثل تحطم طائرة، حادث قطار، غرق سفينة.

✓ حوادث الطريق العام.
 ✓ هجمات: أعمال إرهابية.
 ✓ الحوادث المنزلية مثل سقوط من السلم، انفجار الغاز.
 ✓ أخذ الرهائن أو الاختطاف.
 ✓ السطو المسلح.
 ✓ الضرب والجرح العمدي.
 ✓ الضرب والجرح غير عمدي.
 ✓ محاولات القتل.

- ✓ الاعتداءات الجنسية
- ✓ صراعات عسكرية.
- ✓ تعذيب.
- ✓ تهديد بالموت.
- ✓ حوادث أخرى: يشمل هذا الصنف فقط الأفعال التي تحتوي على خطر حقيقي للموت.

- يمكن الإشارة في الاستبيان للمكان والوقت ومدة الحدث.

- يحدد الاستبيان إذا ما كان الفرد قد استفاد من تدخل وحدة الطوارئ الطبية والنفسية في مكان الحدث.

- : قد يكون الحدث هو سبب إصابات نفسية أو جسدية تتطلب المعاينة.

- ✓ الانقطاع المؤقت عن العمل يتعلق بأي شخص سواء في نشاط مهني أو لا وهو مختلف عن التوقف عن العمل، والذي يتم تقدير عدد الأيام من طرف الطبيب، حيث تمثل هذه الأيام الفترة التي تكون فيها الضحية غير قادرة كلياً أو جزئياً على أداء الأعمال والعمل اليومي.
- ✓ يتم تحديد العجز الجزئي الدائم عن طريق خبير ويتوافق مع الآثار النهائية.

:

أ- تحديد الوضعية العائلية والمهنية للفرد.

ب- يمكن تصنيف المشكلات الصحية قبل الحدث على النحو التالي:

- ✓ سوابق طبية.
- ✓ سوابق جراحية.
- ✓ سوابق نفسجسدية.
- ✓ سوابق نفسية

✓ سوابق أخرى.

ج- شكل العلاج النفسي قبل و/أو بعد الحدث: ولأن مجال العلاجات النفسية واسع جداً، يكون من المفيد تحديد طبيعة العلاج النفسي:

✓ تأهيل المعالج النفسي (أخصائي نفساني، طبيب أمراض نفسية وعقلية، مختص في التحليل النفسي).

✓ علاج فردي أو جماعي.

✓ وجها لوجه أو مستلقي.

✓ التقنية المستعملة لفظية فقط، تنويم مغناطيسي.

✓ المكان: عيادة خاصة، مستشفى، جمعية.

د- الأحداث السابقة التي ميزت الفرد مثل الحداد.

:

:

- : يقيس المعاش النفسي خلال الحدث ورد الفعل بعد الحدث وهو يمثل قاعدة الاستبيان، الذي من خلاله نستطيع وضع تشخيص، يتكون من 62 بنداً موزعين على 10 سلالم كآلاتي:

✓ :

- السلم (A) يتكون من 8 بنود تقيس رد الفعل النفسي والجسدي أثناء الحدث.

✓ :

- السلم (B) يتكون من 4 بنود خاصة بأعراض التكرار المرضي.

- السلم (C) يتكون من 5 بنود خاصة باضطرابات النوم.

- السلم (D) يتكون من 5 بنود تكشف عن الحصر وحالة عدم الأمان والتجنب

الرهابي.

- السلم (E) يتكون من 6 بنود مخصصة لقياس الهيجان، وفقدان القدرة على التحكم، اليقظة الزائدة والحساسية المفرطة.
- السلم (F) يتكون من 5 بنود خاصة بردود الأفعال السيكوسوماتية، الجسمية واضطرابات الإدمان.
- السلم (G) يتكون من 3 بنود تكشف عن الاضطرابات المعرفية.
- السلم (H) يتكون من 8 بنود خاصة بالاضطرابات الاكتئابية.
- السلم (I) يتكون من 7 بنود وهو مخصص للمعاش الصدمي.
- السلم (J) المكون من 11 بنود الذي يكشف عن نوعية الحياة.
- : يهدف إلى قياس فترة ظهور الاضطرابات الموصوفة ومدتها (سلم اختياري)، من خلاله نتحصل على معلومات مكتملة، حيث يأخذ بعين الاعتبار المظاهر التي لم تبرز خلال تمرير الاستبيان، يتكون هذا الجزء من 13 بنود، وهي مرتبطة بالأعراض الأساسية التي يتم تقييمها في الجزء الأول من الاستبيان، يقوم المفحوص بتحديد فترة ظهور كل اضطراب منذ الحدث، ومدة استمرارية ظهوره.
- 1- انطباع إعادة عيش الحدث عن طريق ذكريات وصور تخص الحدث (السلم (B).
- 2- اضطرابات النوم: صعوبة النوم، كوابيس، ليالي بيضاء، الاستيقاظ في الليل (السلم (C).
- 3- الحصر و/أو نوبات القلق، حالة عدم الأمان (السلم (D).
- 4- الخوف من العودة الأماكن المتعلقة بالحدث أو لأماكن مشابهة (السلم (B).
- 5- العدوانية، هيجان و/أو فقدان القدرة على التحكم (السلم (E).
- 6- اليقظة، الحساسية المبالغ فيها للضجيج و/أو الحذر (السلم (E).

7- ردود الأفعال الجسدية مثل التعرق، الارتجاف، آلام ففي الرأس، زيادة ضربات القلب، الغثيان (السلم F).

8- مشاكل صحية : فقدان الشهية، الشراهة، تفاقم الحالة الجسدية (سلم F).

9- زيادة استهلاك بعض المواد كالكهوه، السجائر الأكل (السلم F).

10- صعوبات في التركيز و/أو الذاكرة (السلم G).

11- لامبالاة عامة، فقدان الطاقة والحيوية، الحزن، رغبة في الانتحار (السلم H).

12- الميل إلى الوحدة (السلم J).

13- مشاعر الذنب و/أو العار (السلم J).

يتم تحديد فترة ظهور الاضطرابات منذ الحدث بناء على سلم يتكون من 09 نقاط حيث يمثل الصفر بأن هذا الاضطراب غير معني، وتمثل 08 ظهور الاضطراب بعد أكثر من سنة من الحدث.

مدة الاضطرابات حسب سلم يتكون من تسع نقاط هو الآخر، حيث يمثل الصفر بأن الاضطراب لم يظهر، وتمثل 08 أن الاضطراب مستمر لحد اللحظة.

3-4-2 :

التعليمة العامة للاستبيان هي: يجب عليك الإجابة على جميع الأسئلة، يمكنك المرور إلى السؤال اللاحق وتجاوز السؤال الذي وجدت صعوبة في الإجابة، ولكن يتعين عليك العودة إليه لاحقاً.

تعتمد جودة ودقة التشخيص على المعلومات التي تم جمعها والموقف الحيادي الذي اعتمده الأخصائي الذي يقوم بتمرير الاستبيان، ومن الضروري التأكد مسبقاً على أن الفرد يتقن لغة الاستبيان حتى يتسنى له فهم الأسئلة المطروحة.

أما في ما يخص التنقيط فتتم الإجابة على كل من السلالم (A, B, C, D, E, F, G, H, I) بالاعتماد على السلم التالي:

0 معدوم (أو لا يوجد) 1 ضعيف 2 قوي 3 قوي جدا

حيث يضع المفحوص علامة في الخانة المناسبة أمام كل بند، أما السلم (J) فيجب عليه المفحوص بنعم أو لا حيث تُمنح له علامة واحدة أو 0 ويتم ذلك بالرجوع إلى دليل الاستبيان (الملحق رقم 03).

أما فيما يخص حساب العلامات الكلية فيتم جمع نقاط كل السلالم كل واحد على حدى لنتحصل على نقطة خام خاصة بكل سلم، والتي يتم تحويلها إلى نقاط معيارية بالاعتماد على التنقيط الخاص بالاستبيان (الملحق رقم 04)، وباستعمال النقاط المعيارية يتم رسم منحنى بياني، لنحصل على ملمح عيادي نقيم من خلاله شدة وجود أعراض ما بعد الصدمة، وذلك من خلال مقارنته بالملمح العيادية المرفقة في الاستبيان، فإذا تطابق الملمح المتحصل عليه من إجابات المفحوص مع الملمح:

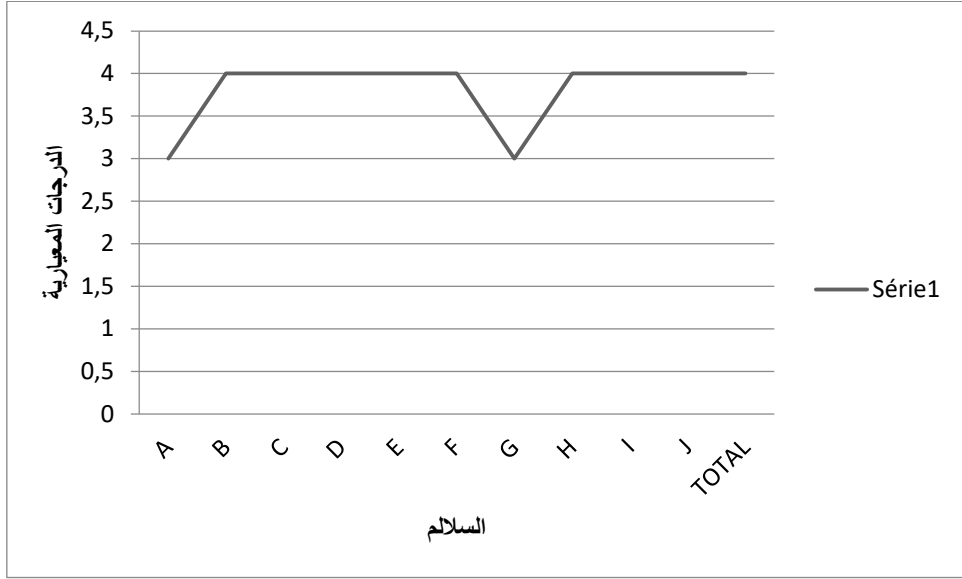
1- (A): فإنه يعبر عن وجود متلازمة ما بعد الصدمة شديدة:

- درجة معيارية كلية مرتفعة تساوي 04 على الأقل.

- يقتضي تشخيص متلازمة ما بعد الصدمة شديدة وجود درجة معيارية مرتفعة

في كل السلالم.

- كما يقتضي الإجابة على البند 06 في السلم (A) بنعم.



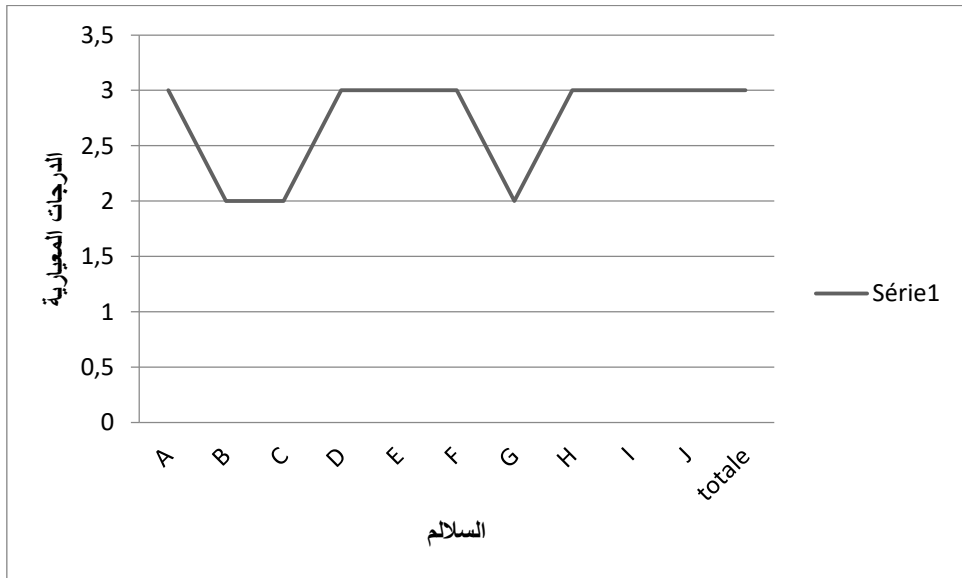
2- (B): فإنه يعبر عن وجود متلازمة الحصر الاكتئابية (بدون متلازمة اضطراب ما بعد الصدمة):

- درجة معيارية كلية متوسطة تساوي 03.

- درجة معيارية متوسطة للسلم (A)، والأثر الصدمي للحدث غير مرتفع.

- درجة معيارية ضعيفة 02 أو أقل في السلالم (B-C-G).

- درجة معيارية متوسطة 03 على الأقل في السلالم (D-E-F-H-I-J).

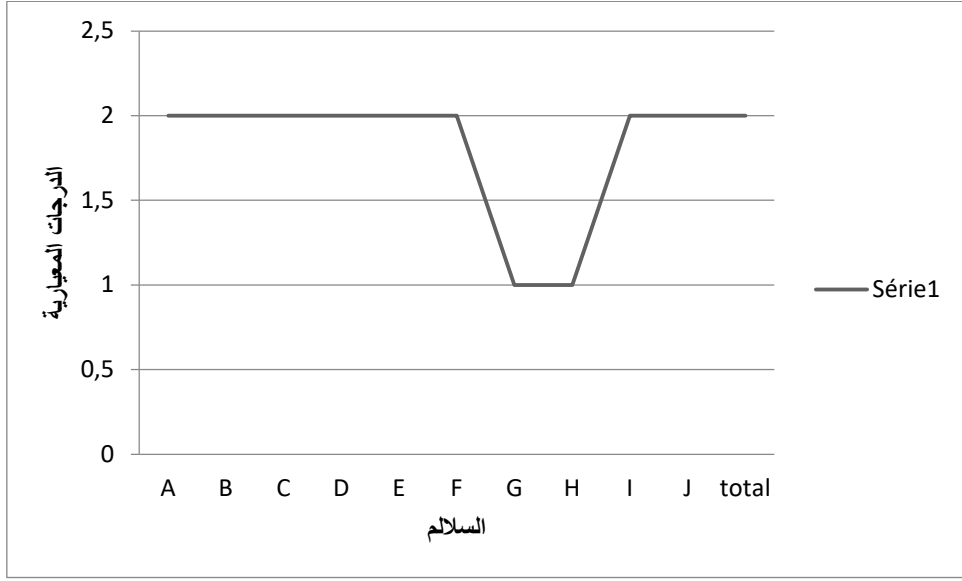


3- (C): فإنه يعبر عن وجود متلازمة الصدمة المعتدلة (بدون اضطرابات اكتئابية):

- درجة معيارية كلية متوسطة تساوي 03.
- السلم (A): درجة معيارية مرتفعة أو متوسطة.
- استجابة نعم على البند (A6).
- درجة معيارية مرتفعة 04 أو أكثر للسلم (B).
- درجة معيارية متوسطة 03 للسلم (C à G, I-J).
- درجة معيارية ضعيفة للسلم (H) اضطرابات اكتئابية.



- 4- الملحم (D): فإنه يعبر عن وجود متلازمة الصدمة النفسية الخفيفة:
- درجة معيارية كلية ضعيفة 02 أو أقل.
 - مجموع الدرجات المعيارية ضعيف يساوي 02 أو أقل.



أما شدة الصدمة فنتحصل عليها من خلال جمع كل نقاط السلام لنحصد المجموع الكلي لكل البنود، فإذا تحصل المفحوص على:

- مجموع نقاط يتراوح ما بين 0 إلى 23 نقطة فإن هذا يدل على عدم وجود صدمة نفسية.

- مجموع نقاط يتراوح ما بين 24 إلى 54 نقطة فإنه هذا يدل على وجود صدمة خفيفة.

- مجموع نقاط يتراوح ما بين 55 إلى 89 نقطة فإن هذا يدل على وجود صدمة نفسية متوسطة.

- مجموع نقاط يفوق 115 نقطة فإن هذا يدل على وجود صدمة قوية.

115 +	89 -55	54 -24	23 -0

أما الجزء الثاني فالمعلومات التي يتم جمعها معلومات نوعية وتهدف إلى إكمال التقييم العيادي. السلام المستخدمة محددة بتسع نقاط والتي تسمح بتقييم فترة ظهور الاضطراب ومدة استمراره.

3-4-3

:

تمت ترجمة استبيان (TRAUMAQ) من اللغة الفرنسية للغة العربية من طرف (عوامن فضيلة، 2018)، حيث قامت الباحثة بترجمة المقياس بما يتوافق مع السياق الاجتماعي الثقافي للبيئة الاجتماعية، وبعد لترجمة تم عرضه على أساتذة متخصصين في اللغة الفرنسية، بعدها قامت بحساب الخصائص السيكومترية للنسخة المترجمة (الملحق رقم 05).

-4

:

-1-4

:

- 1- أن تكون الأم قد فقدت جنينها بموته داخل رحمها خلال فترة حملها الممتدة من 24 أسبوع إلى قبل بدء عملية المخاض أو خلال عملية المخاض.
- 2- أن لا تكون المرأة الحامل مصابة بأمراض مزمنة التي بإمكانها أن تؤدي إلى موت الجنين: كمرض السكري وارتفاع الضغط الدموي، وهذا ما يهيئ الأم الحامل لإمكانية موت جنينها وبالتالي يفقد الحدث فجائيته.
- 3- أن لا تكون المرأة قد عاشت من قبل تجربة إجهاض أو موت الجنين أو ميلاد طفل ميت أو موت طفل بعد ميلاده، لأنه هذه التجربة تكون قد أكسبتها تجربة صدمية سابقة وهذا ما يأخذ التشخيص والتكفل إلى منحى آخر.
- 4- أن يكون الحمل مرغوبا فيه: لأن ردة فعل المرأة أمام موت الجنين في حالة الحمل غير مرغوب يختلف عن حالة الحمل المرغوب.
- 5- عدم وجود سوابق نفسية وعدم إصابتها باضطرابات نفسية كالاكتئاب قبل الحمل، لتفادي تأثيره على سيرورة عمل الحداد.
- 6- خلو الحالة من اضطرابات الشخصية.
- 7- عدم معاناة الحالة من أمراض القلب، الصرع.

-2-4

:

09 أشهر	ثالث تجربة حمل	أستاذة	38 سنة	01
07 أشهر	أول تجربة حمل	مستوى جامعي	21 سنة	02
09 أشهر	ثالث تجربة حمل	سنة تاسعة متوسط	22 سنة	03
07 أشهر	ثالث تجربة حمل	مستوى ثانوي	40 سنة	04
08 أشهر	ثالث تجربة حمل	مستوى ثانوي	38 سنة	05
07 أشهر	أول تجربة حمل	مستوى جامعي	23 سنة	06
09 أشهر	ثاني تجربة حمل	مستوى ثانوي	32 سنة	07

- : الأسماء المستعملة هي أسماء مستعارة وليست أسماء حقيقية.

-5

:

: تعيش الأم صدمة نفسية نتيجة موت جنينها، وتتقمص جنينها

الميت والأم القاتلة التي لم تستطع حماية طفلها.

(TRAUMAQ)

:

-1

:

فقدان المرأة الحامل لجنينها بموته داخل رحمها خلال فترة حملها الممتدة من ستة

أشهر حتى قبل بدأ عملية المخاض، أو خلاله.

-2

:

-1-2

: (DSM 5)

أ- تعرض الأم لاحتفال الموت الفعلي من خلال موت جنينها الذي يعتبر جزءا منها.

ب- توفر 09 أعراض من البند الثاني:

✓ :

1- وجود ذكريات مزعجة اقتحامية متكررة وغير إرادية متعلقة بحدث موت الجنين.

2- أحلام مزعجة متكررة ذات محتوى مرتبط بموت الجنين.

3- ردود أفعال تفككية حيث تشعر الأم وتتصرف كما لو أن الحدث الصدمي يتكرر.

4- الإحباط النفسي الشديد ولفترات طويلة عند التعرض لمنبهات داخلية أو خارجية والتي تشبه جانبا من الحدث الصدمي.

✓ :

5- عدم القدرة على اختبار المشاعر الإيجابية بشكل مستمر.

✓ الأعراض التفارقية:

6- احساس متغير بالواقع إما البيئة أو النفس.

7- عدم القدرة على تذكر جانب مهم من جوانب الحدث الصادم.

✓ :

8- تجنب أو جهود لتجنب الذكريات المؤلمة، الأفكار، المشاعر أو ما يرتبط بشكل وثيق مع موت الجنين.

9- تجنب عوامل التذكير الخارجية (الناس، الأماكن، الأحاديث، الأنشطة، والمواقف) التي تثير الذكريات المؤلمة، الأفكار أو المشاعر عن موت الجنين أو المرتبطة بشكل وثيق به.

✓ :

10- اضطراب النوم (صعوبة الدخول في النوم أو البقاء نائما أو النوم المتوتر).

11- سلوك تهيجي ونوبات الغضب يظهر في شكل عدوان لفظي أو جسدي اتجاه الأفراد أو المواضيع.

12- التيقظ المبالغ فيه.

13- مشاكل في التركيز.

14- استجابات مبالغ فيها.

ج- مدة الاضطراب (أعراض المعيار) من 03 أيام إلى شهر واحد.

د- يسبب الاضطراب إحباطا عياديا هاما وضعفا في الأداء في المجالات المهنية والاجتماعية أو غيرها من مجالات الأداء الهامة الأخرى.

ح- لا يعزى الاضطراب إلى تأثيرات فيزيولوجية لمادة أو حالة طبية.

(TRAUMAQ)

-2-2

:

- غياب الصدمة في حالة الحصول على مجموع نقاط يتراوح ما بين 0 إلى 23 نقطة.

- صدمة خفيفة في حالة الحصول على مجموع نقاط يتراوح ما بين 24 إلى 54 نقطة.

- صدمة متوسطة في حالة الحصول على مجموع نقاط يتراوح ما بين 55 إلى 89 نقطة.

- صدمة قوية في حالة الحصول على مجموع نقاط يفوق 115 نقطة.

نعتمد في تقييم شدة وجود أعراض ما بعد الصدمة على التحليل النموذجي، وذلك من خلال الملح العيادي الناتج عن طريقة التصنيف التدريجي المتصاعد:

1- الملح (A): يعبر عن متلازمة ما بعد الصدمة شديدة.

2- الملح (B): يعبر عن متلازمة الحصر الاكتئابية (بدون متلازمة اضطراب ما بعد الصدمة).

3- الملح (C): يعبر عن متلازمة الصدمة المعتدلة (بدون اضطرابات اكتئابية).

4- الملح (D): يعبر عن متلازمة الصدمة النفسية الخفيفة.

نعتمد على الجانب الثاني من الاستبيان في قياس فترة ظهور الأعراض إن كانت مزمنة أو مؤقتة، والتي نتوصل من خلالها إلى معرفة وجود بداية عمل نفسي (الحداد)، أو عدم بدايته؛ حيث أن تجاوز استمرار ظهور الأعراض لفترة تزيد عن شهر يدل على وجود اضطراب ما بعد الصدمة.

-3

:

- تعبير الأم الصريح عن الموت النفسي والداخلي لها وفقدانها الرغبة في الحياة.

- تراجع اهتمامها بذاتها وبأسرتها، وانسحابها اجتماعيا وتراجع الأداء الاجتماعي والمهني لها.

- خلط الأم بين الضرر الذي لحق بجنينها والضرر اللاحق بها.

- التعبير الصريح عن فقدان جزء من الذات والجسم، واعتبار الأم فقدانها لجنينها كبتير لأحد أعضائها.

- الشعور بالنقص والفشل والعار والاهانة لفشلها في إنجاب طفل حي.
- عزو موت الجنين لها والشعور بالذنب إزاء ذلك، تصف نفسها بأنها قاتلة.
- : طقوس الحداد غير كافية لجعل الأم تتخطى تجربة فقدان وبالتالي تعيش الأم حدادا معقدا.

:

-1

:

- رؤية الأم لجنينها الميت وتسميته ولمسه بعد ولادته من أجل ترك آثار حسية التي من خلالها تستطيع الأم تقديم تصورات عن الطفل وتكوين ذكريات. في حالة رفض الأم رؤية جنينها الميت يمكن أخذ صور له أو وصف شكله الخارجي في حالة تعذر رؤيته بسبب بقاءه فترة طويلة في الرحم الأمر الذي يؤدي إلى تغير شكله (يتشوه).

- حضور الأم الجنازة ومراسيم العزاء (التي تكون بالشكل المتعارف عليه في مجتمعنا) والتي تعطيها مساحة للتعبير عن الألم والانفعالات المرتبطة بالفقدان.
- زيارة الأم لقبر جنينها الميت.
- تلقي الأم العزاء من الأقرباء وتعزيتها بعبارة "عظم الله أجرك" أو "السلامة في راسك".

- تلقي الأم الدعم النفسي والسند من طرف زوجها ومحيطها.

-2

:

الأعراض التالية وذلك حسب (Prigerson et al, 1995):

- 1- رفض الأم قبول الموت.
- 2- البحث الدائم عن الجنين الميت في البطن وفي المهدي.

3- خمول.

4- الانشغال الدائم بالجنين الميت.

5- عدم القدرة على الإيمان حقا بالفقدان.

6- شعور الدائم بالإرهاق، والذهول بالموت.

7- بكاء لا يمكن السيطرة عليه.

أما حسب (Schmitt, 2012) فيظهر من خلال:

1- تجد الأم صعوبة في تقبل موت الجنين.

2- الأسى، والغضب في كثير من الأحيان.

3- نوبة من الانفعالات المؤلمة مرفقة بحنين للجنين الميت ولفترة الحمل والتي

تظهر بشكل منتظم.

4- نجد أفكار متكررة حول الجنين الميت وفترة الحمل، والتي تتطفل في أغلب

أوقات اليوم.

5- سلوكيات تجنبية لكل ما يذكر بالحدث الصدمي (مكان الإعلان عن موت

الجنين، المكان الذي تمت فيه الولادة، كل يمت لموضوع الحمل بصلة).

إلى جانب ذلك تعاني الأم من أرق، وترى كوابيس في أحلامها، هذا ما يعرقل

سير حياتها الفردية العملية، العائلية، يتم تشخيص الحداد المعقد بعد 6 أشهر من فقدان

الجنين.

كما أن عدم تجاوز أعراض الصدمة يدل على حداد معقد، "فلا بد من ربط عمل

الحداد بالإعداد العقلي الذي يعتبر ربط الاثار الصدمية بمثابة ضرورة للجهاز

النفسي" (Laplanche et Pontalis, 2009:504) .

:

- 1- شعور الأم بالذنب، وعزو موت الجنين لذاتها، وتحملها مسؤولية موت الجنين ونفيها للأسباب البيولوجية.
- 2- عدم وضوح حديث الأم، ويكون غير مفهوم أو مختصر، وجود خلط في الحديث والمزاج والانتقال من حالة البكاء إلى الضحك والعكس.
- 3- العجز عن ربط الأحداث وتفسيرها.

: (DSM 5)

- أ- تعرض الأم لاحتمال الموت الفعلي من خلال موت جنينها الذي يعتبر جزءا منها.
- ب- وجود أعراض اقتحامية مرتبطة بالحدث الصدمي والتي تظهر من خلال:
 - 1- وجود ذكريات مزعجة اقتحامية متكررة وغير إرادية متعلقة بحدث موت الجنين.
 - 2- أحلام مزعجة متكررة ذات محتوى مرتبط بموت الجنين.
 - 3- ردود أفعال تفككية حيث تشعر الأم وتتصرف كما لو أن الحدث الصدمي يتكرر.
 - 4- الإحباط النفسي الشديد ولفترات طويلة عند التعرض لمنبهات داخلية أو خارجية والتي تشبه جانبا من الحدث الصدمي.
 - 5- ردود الفعل الفيزيولوجية عند التعرض لمنبهات داخلية وخارجية والتي ترمز أو تشبه جانبا من الحدث الصدمي.

- ج- تجنب مستمر للمثيرات المرتبطة بالحدث الصدمي والتي تظهر بعد وقوع الحدث الصدمي ويمكن أن يظهر في واحدة أو أكثر مما يلي:
- 1- تجنب أو جهود لتجنب الذكريات المؤلمة، الأفكار، المشاعر أو ما يرتبط بشكل وثيق مع موت الجنين.
 - 2- تجنب عوامل التذكير الخارجية (الناس، الأماكن، الأحاديث، الأنشطة، والمواقف) التي تثير الذكريات المؤلمة، الأفكار أو المشاعر عن موت الجنين أو المرتبطة بشكل وثيق به.
- د- التعديلات السلبية في المدركات والمزاج المرتبطين بموت الجنين، والتي بدأت أو تفاقمت بعد موت الجنين داخل الرحم، ويتضح ذلك في اثنين أو أكثر مما يلي:
- 1- عدم القدرة على تذكر جانب هام من جوانب الحدث الصدمي.
 - 2- المعتقدات السلبية الثابتة والمبالغ بها أو توقعات سلبية ثابتة ومبالغ بها حول الذات، الآخر.
 - 3- مدركات مشوهة مستمرة حول سبب ونتائج الحدث الصدمي والذي يؤدي بالأم إلى إلقاء اللوم على نفسها.
 - 4- الحالة الانفعالية السلبية المستمرة (الخوف، الرعب الغضب، الشعور بالذنب أو العار).
 - 5- انخفاض ملحوظ في الاهتمامات أو المشاركة في الأنشطة المعتادة.
 - 6- الشعور بالانفصال أو الاغتراب عن الآخرين.
 - 7- عدم القدرة على اختبار المشاعر الايجابية بشكل مستمر (عدم القدرة على تجربة السعادة والرضا أو مشاعر المحبة).
 - هـ- تغييرات ملحوظة في الاستثارة ورد الفعل المرتبط بالمرتبط بموضوع الحمل وموت الجنين والتي تتضح من خلال عرضين أو أكثر مما يلي:

- 1- سلوك تهيجي ونوبات الغضب لأدنى استثارة ويظهر في شكل عدوان لفظي أو جسدي اتجاه الأفراد أو المواضيع.
 - 2- التهور أو سلوك تدميري للذات.
 - 3- التيقظ المبالغ فيه.
 - 4- استجابة هلع مبالغ فيها.
 - 5- مشاكل في التركيز.
 - 6- اضطراب النوم (صعوبة الدخول في النوم أو البقاء نائمة أو النوم المتوتر).
 - و- مدة الاضطراب (معايير ب، ج، د، هـ) أكثر من شهر واحد.
 - ز- يسبب الاضطراب إحباطا عياديا هاما وضعفا في الأداء في المجالات المهنية والاجتماعية أو غيرها من مجالات الأداء الهامة الأخرى.
 - ح- لا يعزى الاضطراب إلى تأثيرات فيزيولوجية لمادة أو حالة طبية.
- : استعمال تقنية (EMDR) يجعل الأم تتجاوز أعراض الصدمة النفسية واضطراب ما بعد الصدمة.
- تظهر فعالية (EMDR) في جعل الأم تتجاوز أعراض اضطراب ما بعد الصدمة من خلال اختفاء الأعراض التي كانت تعاني منها الأم وتناقص شدتها وتواترها (ظهورها) ويتجلى ذلك من خلال المقابلة والملاحظة بعد الانتهاء من الحصص العلاجية.
- كما تظهر فعاليتها من خلال إعادة تمرير استبيان (TRAUMAQ) الجزء الأول؛ حيث تتراوح العلامة الإجمالية المحصل عليها بين 0 إلى 23 نقطة والتي تدل على غياب الصدمة وبالتالي تدل على تعافي الحالة من اضطراب ما بعد الصدمة.

6- (EMDR) :

يجب أن يأخذ المعالج الوقت الكافي في كل جلسة لعلاج الذكرى المؤلمة الموجودة وإغلاقها جيدا، تكون مدة الجلسات 50 د أو أكثر لجمع القصة الأولية، وعلى الرغم من أن جلسة مدتها 90 د طويلة وفقا للمعايير التقليدية إلا أنها توفر الوقت اللازم لترتيب المراحل من 03 إلى 07، حيث تسمح 90 د بمعالجة الجوانب الأكثر إيلاما للذكرى بشكل كاف، وإذا كان علاج صدمة واحدة سريعا يمكن علاج أكثر من ذكرى صدمية في الحصة والواحدة.

:

- تحديد قدرة المفحوص على علاج الصدمة.
- تحديد الأهداف بدقة، وتحديد الشكوى الحالية بدقة.
- تحديد الأعراض، من خلال تحديد السلوكات المختلفة وظيفيا والانفعالات الإدراكات السلبية، وتحديد الأعراض الخاصة مثل الأفكار الاقتحامية ونوبات الهلع.
- تحديد المحفزات أي العوامل المفجرة والمثيرة وما هو توقيتها ومكانها وخصائصها الأخرى.
- تحديد مدة الاضطراب، ظهوره لأول مرة، وكيف تطور عبر الزمن، كما يجب تحديد العوامل المساهمة في الاضطراب.
- تحديد السبب الرئيسي (الأصلي) للخلل الوظيفي، والظروف الاجتماعية، الأسرية التفاعلية عند حدوث الحدث.
- تحديد الحوادث الأخرى التي لعبت دورا أساسيا في التأثير على الاضطراب وتعزيزه.
- تحديد ماذا يربوا المفحوص من العلاج؟ وتحديد التجارب الايجابية في تاريخ المفحوص.

- تحديد أهداف معينة التي سيتم استهدافها.

-2

:

- يجب إنشاء رابط علاجي قوي، إذ لا يمكن تطبيق (EMDR) إذا لم يتوصل الممارس إلى إنشاء علاقة ثقة وطيدة. قد يأخذ الوصول إلى هذا المستوى من العلاقة عدة أشهر مع بعض الأشخاص ومع البعض الآخر حصتين أو ثلاث حصص.

- شرح آلية عمل تقنية (EMDR) وسيرورتها وآثارها بلغة سهلة وبطريقة مبسطة وهذا ما يعالج مخاوف المريض ويجعله مستعداً للتغلب على أي اضطرابات تظهر بين الحصص، ويجعله يشعر بأنه سيحضى بالحماية أثناء العلاج ويكون الشرح بالطريقة التالي: "غالبا عندما نتعرض لحدث صادم، يتم الإغلاق على هذا الأخير في النظام العصبي بجميع مكوناته: الصورة الأصلية، الأصوات، الأفكار، الأحاسيس. تثار هذه التجربة من جديد إذا ما صادفنا مثيرات تثير ذلك والتي تعتبر قاعدة الانفعالات السلبية كالخوف والشعور بالعجز وعدم القدرة على التحكم، حركات العينين التي تستعمل في (EMDR) تسمح بفتح النظام العصبي وتسمح للمخ بمعالجة التجربة وهذا الذي يمكن أن يحدث خلال مرحلة (REM) أو أثناء الحلم خلال فترة النوم، يمكن أن تشارك حركات العينين في معالجة المواد اللاشعورية، الشيء المهم أن يتذكر المفحوص أن عقله هو الذي سيثفي نفسه وأنه هو من يسيطر عليه".

- تعليم المريض تقنيات الاسترخاء وإجراءات السلامة.

- إخبار المفحوص بوضوح أنه قد يكون مضطربا عاطفيا وانفعاليا بعد جلسات (EMDR). وهنا يستعمل المعالج استعارة القطار.

- يقول المعالج للمفحوص: "ما سنفعله في أغلب الأحيان هو فحص (تحكم) بسيط لما تواجهه أريدك أن تخبرني بالضبط عن ما يحدث، بأكبر قدر ممكن من الوضوح، سوف أسألك كيف تشعر من 0 إلى 10 في أحيانا سيتغير ذلك وأحيانا لا يتغير، يمكنني أن أسألك إذا ظهر أي شيء آخر أحيانا سيحدث وأحيانا لن يحدث، لا يوجد

"يجب أن يكون هذا أو ذاك" في هذه العلاج، وبالتالي اعطني فقط ملاحظات دقيقة قدر الإمكان حول ما يحدث بداخلك دون الحكم على ما إذا كان يجب أن يحدث أم لا".

- يجب على المعالج إيصال فكرة ضرورة قول الحقيقة للمفحوص إذ أن الكذب على المعالج بأن الاضطراب الانفعالي قد تناقص ليقف العلاج يزيد من حدة الاضطرابات بين الجلسات.

- يختبر المعالج قدرة المفحوص على أداء حركات العين قبل استهداف أي مواد مختلفة، حيث يستعمل المعالج حركات اليد ويطلب من المفحوص أن يقوم بتتبعه بعينه ويسأله إذا كان ذلك مريحاً أم لا، ثم يحاول تحديد أفضل مسافة تفصل بين يده وعيني المفحوص، يتم تحديد قدرة الشخص على أداء حركات العين في اتجاهات مختلفة، الاتجاه الأسهل هو الاتجاه الأنسب خلال مرحلة العلاج. كما يتم تحديد سرعة حركات اليد في كل اتجاه، في حالة لم يكن المفحوص قادراً على تتبع أصابع اليد وجب على المعالج تغيير حركة التحفيز.

- الاتفاق على إشارة التوقف التي يستعملها المفحوص إذا لم يستطع المواصلة في سيرورة العلاج وذلك من خلال رفع اليد أو إدارة الرأس، هذا ما يعطي المفحوص شعور أكبر في التحكم وهو عنصر مهم لراحته وسلامته.

- : من خلال المكان الآمن يستطيع المفحوص استعادة استقراره العاطفي في حالة إذا ما شعر بالانزعاج وهو مفيد للمفحوص الذي لا يستطيع الاسترخاء لأنه يشعر بالحاجة إلى البقاء يقظاً. فالهدف هو خلق مكان آمن في مخيلة المفحوص، والذي يتم استعماله للتغلب على الانفعالات أو من أجل غلق الحصة أو يستعمل كأداة لمعالجة المواد المزعجة التي قد تظهر بين الحصص. ويتم تحديد المكان الآمن عبر الخطوات التالية:

1- يحدد كل من المعالج والمفحوص صورة المكان الآمن القابل للاستحضار بسهولة والذي يولد له شعوراً شخصياً من الهدوء والأمن.

- 2- يطلب المعالج من المفحوص أن يركز في الصورة ويدرك الانفعالات ويحددها على جسمه، ويحدد موقع الأحاسيس الجسدية الممتعة.
- 3- تعزيز الإجابة عن طريق حركات العين يقول المعالج: "اترك لنفسك المجال حتى تأتيك صورة مكان يبدو هادئاً، مع التركيز على مكان شعورك بالأحاسيس اللطيفة على مستوى جسمك واسمح لنفسك بالاستمتاع بها، الآن ركز على هذه الأحاسيس واتبع أصابعي بعينيك" بعدها يسأل المعالج المفحوص "ما هو إحساسك الآن؟" إذا أجاب "بأفضل" يقوم المعالج بعمل 04 إلى 06 سلاسل. في حالة لم تزد انفعالات إيجابية يجب على الفاحص أن يجرب اتجاهات بديلة من حركات العين حتى يتوصل إلى التحسن، تكون المجموعات صغيرة من 06 إلى 12 حركة لكل منها.
- 4- يجب على المفحوص أن يحدد الكلمة المفتاحية التي تعبر عن صورة المكان الآمن. مثال: الاسترخاء، بحر، شجرة ويكررها عندما يشعر بالأحاسيس اللطيفة والأمن، ويتم تعزيزها من طرف المعالج من خلال 04 إلى 06 سلاسل من حركات العين.
- 5- الإعادة الذاتية؛ حيث يتم دعوة المفحوص لتكرار الإجراء لوحده والسماح للصورة بأن تعود للذهن والكلمة المفتاحية كذلك والمشاعر الايجابية بدون استعمال حركات العين، إذا ما استطاع المفحوص تكرير التمرين لوحده بشكل ناجح، يقوم المعالج بإخباره كيف يستخدمه في حالة التوتر لكي يسترخي.
- 6- إعطاء نسخة مطابقة للاضطراب من أجل تعزيز النقطة السابقة، حيث يطلب المعالج من المفحوص التفكير في أمر مزعج ويلاحظ المشاعر السلبية المرافقة، المعالج يرشد المفحوص حتى يتم تبديد المشاعر السلبية.
- 7- يطلب المعالج من المفحوص أن يستدعي من جديد فكرة مقلقة ويقوم بالتمرين وهذه المرة بدون مساعدة من المعالج. عندما ينتهي التمرين يطلب المعالج من المفحوص القيام به كل يوم. قبل الشروع في المراحل اللاحقة يقول المعالج للمفحوص: "تذكر أن هذا المكان متاح لك دائماً اخبرني فقط إذا كنت بحاجة إلى

العودة إليه في وقت معين". كما يجب من حين لآخر تعزيز الشعور المرتبط بالمكان الآمن من خلال حركات العينين للحفاظ على الرابط الإيجابي مع حركات العينين.

- يقوم المعالج بتنبيه المفحوص بأنه عندما يتم فتح المواد المختلة يتم إفراغ خزان المشاعر السلبية في وقت واحد، وأن المشاعر والانفعالات السلبية التي تظهر خلال حصص (EMDR) هي نتيجة معالجة قديمة للذكريات ولا تسبب أي خطر حالي: " إذا ما ظهرت أحاسيس وصور خلال حركات العين، يمكنك إيقافها إذا أردت ذلك، ببساطة يمكنك رفع يدك هكذا، ومع ذلك من الأفضل مواصلة حركات العين لأطول فترة ممكنة، لكن إذا أصبح الأمر أكثر صعوبة يمكننا التوقف وأخذ استراحة، فإذا كنت تريد الخروج من نفق مظلم بسرعة عليك أن تبقي قدمك على (accélérateur)، إذا رفعت قدمك سوف تتباطئ سرعة السيارة وتستغرق وقتاً أطولاً، وبالمثل إذا ما واصلت تحريك العين فستتجاوز بسرعة أكبر الانفعالات والعواطف غير السارة، أثناء حركات العين تذكر أننا نتعامل مع الذكريات القديمة وهذا ما يبدو أنه حالي، ولكن يجب أن نتذكر أن هذه مجرد ذكريات قديمة مخزنة في الجهاز العصبي".

- من المفيد تذكير المفحوص أنه يجب أن ينظر إلى إظهار مشاعره وتذكر تجاربه على أنه مجرد حقيقة عابرة كما لو كان على متن قطار وأن تجربته مشابهة للمرور أمام مناظر طبيعية، يساعد هذا التفسير على تعزيز الشعور بالآمن، ويخلق لديه شعور بأنه رغم المعاناة التي يعيشها إلا أنه لا يوجد خطر فهو محمي. وانطلاقاً من هذه الاستعارة يصل إلى فكرة أنه حتى ولو كان ينظر إلى المشهد من خلال نافذة القطار فإنه يسير بعيداً عنها.

- يعطي المعالج تعليمة للمفحوص: "سأطلب منك التركيز على الهدف، ثم قم بتتبع أصابعي بعينيك بعدها سنتوقف ونتحدث عن ما سيأتي، لا يمكن المحافظة على صورة مستقرة أثناء حركات العين لذلك لا تحاول الاحتفاظ بها، احتاج فقط أن تعطيني رد فعلك (رجع الصدى) على ما يجري، أحياناً هناك أمور تتغير وأحياناً لا، فقط أخبرني بما يجري دون الحكم على ما إذا كان يجب أن يحدث أم لا.

- لا يجب الضغط على المفحوص من حيث الأداء أو النتائج أو مدة العلاج، يجب وضع المفحوص في حالة ذهنية تسمح له بالاستمرار في العلاج على وتيرته الخاصة دون انتظار تحقيق نتيجة معينة.

- : :

- يحدد المعالج مكونات الذكرى المستهدفة التي تعتبر قاعدة لقياس ردود فعل المفحوص بالنسبة للعلاج، فبمجرد أن يحدد المفحوص الذكرى التي يريد علاجها يسأله المعالج "ماذا يحدث عندما تفكر في الحادث؟" أو "عندما تفكر في الحادث ما الذي تعاني منه؟"، توفر هذه الاستجابة مؤشرات أساسية عن كيفية ترميز المعلومات حالياً في نهاية العلاج، يجب إعطاء إجابة مختلفة جداً لنفس الأسئلة.

- في (EMDR) المفحوص غير مجبر بالخوض في تفاصيل الحدث والكشف عنها، المعالج يعالج المعلومات المزعجة ولا يناقش ما حدث عكس العلاجات الأخرى.

- يطلب المعالج من المفحوص الاحتفاظ بصورة واحدة كمحور للعلاج وذلك بعد وصف الصدمة من طرفه -المفحوص-، وظيفتها هي السماح بالوصول إلى شبكة الذكريات وتعتبر كرابط أولي مع المعلومات المخزنة عصبياً. يتم تحديد الصورة من خلال طرح المعالج السؤال التالي: "ما هي الصورة الأكثر تمثيلاً للحادث بأكمله؟" إذا كان هناك العديد من الاحتمالات يساعده المعالج "ما هي الصورة التي تمثل الجزء الأكثر صدمة من الحادث؟" عندما لا تتوفر صورة يدفع المعالج المفحوص إلى التفكير في الحادث.

- تحديد الاعتقاد السلبي: تتضمن هذه المرحلة تحديد الإدراك السلبي بمعنى الفكرة السلبية المرتبطة بالحدث التي يوجهها المفحوص لذاته، قد يجد المفحوص صعوبة في تحديد الاعتقاد السلبي قد يكون محرّجا أو قلقا أو غير متأكد مما يعنيه الاعتقاد، من أجل مساعدته من الضروري أن يشرح له المعالج أن هذه القيود الذاتية غير عقلانية

وأن هناك فجوة موجودة بين ما هو صحيح وبين ما يشعر به وأنها تنشأ بمعزل عن المنطق والوعي الناضج هذا ما يشجعه على التعبير عن اعتقاده السلبي.

- يقوم المعالج بمساعدة المفحوص إذا لم يستطع صياغة الاعتقاد السلبي وذلك بتقديم مجموعة من الاقتراحات مثل "ليس لدي قيمة" "أنا لا أستحق أن أكون محبوباً".

- يجب أن يتأكد المعالج أن الاعتقاد السلبي يتعلق بالفاحص نفسه وأنه ثابت في الوقت الحاضر وأنه اعتقاد وليس وصفاً للحقائق.

- يجب أن يمثل الاعتقاد السلبي حكماً عاماً عن الذات وليس تفاصيل الحدث وأن يصاغ بكلمات المفحوص.

- الاعتقاد الإيجابي: يعبر عن نظرة جديدة عن الذات بشكل إيجابي يجب أن يعبر عن أقوى إدراك يمكن أن يتصوره المفحوص حتى ولو كان من الصعب أن يؤمن به في الوقت الحالي من أجل زيادة قدرته بشكل كبير على أن يكون قادراً على الحصول على احترام كبير للذات لذلك من المهم تجنب الصياغة السلبية مثل "لست غير كفاء".

- تقييم صحة الاعتقاد (VOC): يسأل المعالج المفحوص "عندما تفكر في الحادث أو الصورة كم تشعر أن هذه الكلمات صحيحة - يكرر المعالج الاعتقاد السلبي- على سلم يتكون من 01 إلى 07، حيث يمثل 01 أن الاعتقاد زائف تماماً و07 أن الاعتقاد صحيح تماماً.

- إذا لم يتجاوز مستوى (VOC) 01 فهذا يدل على أن الاعتقاد غير كاف وغير صحيح ويعتبر مؤشراً على عدم كفاية الإدراك.

- تسمية الانفعال: من أجل إكمال هذا التقييم وتحفيز المواد المختلة يطلب من المفحوص العودة إلى صورة الحدث الأولي والحفاظ عليها مع الاعتقاد السلبي في نفس الوقت يقول المعالج: "عندما تعود إلى الصورة (أو الحادث) وهذه العبارة - يكرر المعالج الاعتقاد السلبي- ما هو الانفعال الذي تشعر به الآن؟".

- تحديد (SUD): بعد تسمية المفحوص للانفعال الذي يشعر به يجب تحديد مستوى (SUD) "على سلم الاضطراب من 0 إلى 10 أين 0 هو أدنى مستوى و 10 هو أعلى مستوى يمكن تخيله، كم تقيم هذا الاضطراب الآن؟". مستوى (SUD) لا يعطى على كل انفصال على حدى وإنما يعطى على الاضطراب عامة، هذا المستوى يوفر أساسا للمقارنة ليس فقط للمعالج بل للمفحوص كذلك، حتى ولو لم يتم علاج الذكرى الصدمية لدى المفحوص بشكل كامل خلال الحصة فإن مستوى (SUD) عادة ما يكون قد انخفض في نهايتها هذا ما يعطي شعورا بالانجاز للمفحوص.

- تحديد الأحاسيس الجسدية: يسأل المعالج المفحوص "أين أحسست بهذا الاضطراب على مستوى جسدك؟". يمكن للمعالج إرجاع المفحوص إلى مستوى (SUD) الخاصة به "لقد حددت درجة (SUD) ب 08 هل تشعر بهذا في جسدك؟" إذا كان المفحوص غير قادر على الاستجابة فمن الممكن تقديم مساعدة إضافية له، مثل التعليمات البسيطة "أغض عينيك وانتبه إلى ما تشعر به في جسدك، الآن سوف أطلب منك أن تفكر في شيء ما وعندما أفعل ذلك فقد انتبه إلى التغيرات على مستوى جسدك وانتبه له، الآن فكر في هذه الذكرى، قل لي ما الذي تغير، الآن أضف الكلمات -يكرر المعالج الاعتقاد السلبي- قل لي ما هي التغيرات التي تشعر بها على مستوى جسدك؟".

-4

- يطلب المعالج من المفحوص: "اترك الصورة تعود والكلمات -يكرر المعالج الاعتقاد السلبي ولاحظ أين تشعر بهذه الأحاسيس في جسدك والآن تابع أصابعي بعينيك". يطلب المعالج من المفحوص "دع ما يحدث يحدث، قل لي فقط ماذا سيأتي لذهنك لا ترفض أي معلومة على أساس أنها غير مهمة، فأني معلومات جديدة تتبادر إلى الذهن مرتبطة بالهدف بطريقة أو أخرى، وإذا أردت التوقف فقط ارفع يدك".

- بعد المجموعة الأولى عادة لا يتم استعمال الاعتقاد السلبي، وكذلك لا يجب أن يحاول الشخص الاحتفاظ بالصورة الأصلية فهي تعتبر بمثابة نقطة انطلاق لدخول

شبكة الذكرى. فبمجرد الوصول إلى المادة المتضررة يبدأ الطبيب في سلسلة حركات العين.

- السلسلة الأولى يجب أن تكون مكونة من 24 حركة ذهابا وإيابا ويتم إجراؤها أفقيا، ويجب خلال ذلك تعزيز جهد المفحوص بلطف بقول المعالج "جيد" خلال السلسلة هذا ما يطمئن غالبا المفحوص الذي يكون غير متأكد بأنه على ما يرام، في نهاية السلسلة يقول الطبيب "استرح، امسح وتنفس، لا يجب أن يطلب المعالج من المفحوص غلق العينين خوفا من التسبب في حالة انفصال أو غيبوبة.

- يمكن أن يقوم المعالج بعمل حركات التنفس شهيق زفير مع الفحوص في نهاية السلسلة بعد إعطاء تعليمة التنفس وهذا ما يعزز التحالف العلاجي.

- عندما يبدو المفحوص جاهزا يسأله المعالج "ما الذي تحصل عليه الآن؟" أو "ما الذي يتبادر إلى ذهنك الآن؟" عادة ما يكشف المفحوص عن معلومات وصور وعواطف جديدة وأحاسيس مهيمنة. إذا قال المفحوص أن شيئا لم يتبادر إلى الذهن يطلب منه المعالج التفكير في الحادث بقوله "عندما تفكر في الحادث ما الذي يتبادر إلى ذهنك؟".

- الفاصل الزمني بين المجموعات مهم للغاية للعديد من المفحوصين لأنه يمنحهم الفرصة لاحتواء تجربتهم الداخلية وفهم التغيرات بسرعة أكبر. يمكن أن تحدث المعالجة المتسارعة بسرعة كبيرة أثناء السلاسل بحيث لا يستطيع المفحوص إدراكها بالكامل وبالتالي لا يتمكن من التحدث عنها.

- مهما كان جواب المفحوص يجب على الفاحص الاستماع إليه بتعاطف ودعمه بشكل غير مشروط نظرا لأن مظاهر إعادة المعالجة تختلف من فرد لآخر فإن السؤال العام: "ما الذي تحصل عليه الآن؟" يسمح لهم بقول ما يبدو مهيمنًا عليهم في ما يتعلق بتغيير الأفكار والمشاعر والصورة والعاطفة والإحساس بالجسم.

- عندما يتم الإبلاغ عن تغيير كبير في المعلومات يجب استخدام نفس اتجاه العين خلال المجموعة التالية. أما إذا لم يكن هناك أي تغيير يمكن تجربة اتجاه مختلف لحركات العين.

- لا يجب على المعالج أن يقوم بإعطاء تفسيرات، بل يجب أن يواجه تجربة المفحوص بأدوات غير لفظية مثل: الإشارة بالرأس، أو التعليق بـ "جيد، نعم، واصل" كما لا يجب على المعالج إعادة وتكرير جمل المفحوص أو إعادة صياغتها وبدلاً من ذلك يطلب المعالج من المفحوص الانتباه لما قاله للتو بدلاً من محاولة التلخيص أو إعادة الصياغة.

- لكي تحدث إزالة الحساسية من الضروري معالجة المواد المختلة وظيفياً المخزنة في القنوات المرتبطة بالحدث المستهدف، حيث يعتبر كل هدف أولي عقدة فيزيولوجية ترتبط بها التجارب السابقة الأخرى، فالاضطراب المتأصل في أي عقدة مستهدفة يتم تغذيته بواسطة القنوات الترابطية المختلفة. لذلك يبدأ المعالج بالهدف الرئيسي ثم ينتقل إلى القنوات بعد إزالة الحساسية يرجع مرة أخرى إلى الهدف الرئيسي لأداء سلسلة إضافية للتأكد من الانتهاء من المعالجة.

- إذا تم الإبلاغ عن أكثر من ذكرى واحدة يطلب المعالج من المفحوص التركيز على ما يجده أكثر إزعاجاً. أما إذا تم الإبلاغ عن 10 إلى 15 ذكرى جديدة بالتتابع بعد كل مجموعة من حركات العين فيجب العودة إلى الذكرى الأصلية.

- إذا تم الإبلاغ عن صورة ايجابية وجب تعزيزها ثم العودة إلى الصورة الأولية، أما إذا ظهرت الصورتين معا السلبية والإيجابية وجب التركيز على الصورة السلبية لأن التجمعات الإيجابية تعالج ذاتها أما السلبية فحجب أن تعالج.

- أحيانا يبلغ المفحوص أن الصورة اختفت على الرغم من أن الاضطراب لازال قائماً ، في هذه الحالة يقول له المعالج "فقط فكر في الحادث" هذا يسمح بتحفيز المعلومات حول الحدث بحيث يمكن إكمال إعادة المعالجة، لأن اختفاء الصورة لا يعني اختفاء الاضطراب.

- يطلب المعالج من المفحوص الحفاظ على أفكاره الأخيرة الشعورية، مهما قال المفحوص يجب على الفاحص ببساطة أن يقول "فكر في الأمر" ولا يحاول تكرار العبارة أو تفسيرها أو مناقشتها.

- أحيانا تظهر مجموعة انفعالات وعواطف متنوعة بالتتابع في هذه الحالة يسأل المعالج المفحوص "أين تشعر بها في جسمك؟" ويبدأ سلسلة جديدة.

- يجب إجراء تقييم من أجل تحديد إذا ما كان هناك تقدم أم لا، يفترض المعالج أن القناة تم تنظيفها عندما يصبح المفحوص أقل انزعاجا. عندما يتم الانتهاء من علاج المجموعات يجب على المعالج أن يطلب من المفحوص العودة إلى هدف البداية "فكر مرة أخرى في الحدث الأولي ماذا يأتي الآن؟" ثم يقوم بسلسلة جديدة حتى ولو كانت إجابته تبدو ايجابية. غالبا ما يتم فتح قناة غير متوقعة بهذه الطريقة. وإذا ما حدث وظهرت قناة جديدة وجب التعامل معها وفقا للمبادئ التوجيهية السابقة. وفي حالة لم يتم فتح أي قناة جديدة يجب على المعالج أن يتحقق مرة أخرى من مستوى (SUD) إذا كان عند الصفر وبالتالي يمكن الانتقال إلى مرحلة التثبيت.

- في حالة إذا ما كان مستوى (SUD) منخفضا لكنه فوق الصفر ولا يتحرك على الرغم من التغييرات في الاتجاه التي يتم إجراؤها خلال سلسلتين من حركات العين يسأل المعالج المفحوص "ما الذي يمنعك من الوصول إلى الصفر؟".

- :

✓ يمكن أن يكون التحفيز الثنائي بالتناوب بصريا عن طريق العينين وهذا ما يتم التعبير عنه من خلال الحرفين الأولين (EMDR) حيث (EM) تعني (Eyes Movement)، أو سمعيا من خلال ارتداء سماعات الرأس التي تقدم (Bips) في الأذن اليمنى ثم اليسرى. أو عن طريق اللمس وذلك من خلال النقر على الركبتين أو الكتفين

✓ يمكن أن يستعمل المعالج سيالة أو مسطرة بدلا من أصابعه.

- ✓ راحة يد المعالج تكون مواجهة لوجه المفحوص عن بعد 30 سم عن وجهه ويسأله "هل أنت بخير" إذا كانت الإجابة لا يحدد المعالج مع المفحوص البعد والوضعية الملائمة.
- ✓ إذا لم تعط الحركات نتيجة غير اتجاهها.
- ✓ مدة السلسلة تتحدد ب رجع الصدى الخاص بالمفحوص.
- ✓ أول سلسلة تتكون من 24 حركة ثنائية الاتجاه (حركة ذهاب إياب يمين يسار تعادل حركة واحدة).
- ✓ بعض المفحوصين يحتاجون 36 حركة أو أكثر في السلسلة.

- : :

- نصل إلى هذه المرحلة بعد نهاية إعادة المعالجة الأولية بمستوى 0 أو 01 على سلم (SUD). في هذه المرحلة يجب أن تكون مشاعر المفحوص قد تحسنت بشكل كبير مقارنة بالحدث الأولي. في هذه المرحلة يتم تثبيت وزيادة قوة الاعتقاد الإيجابي الذي حدده المفحوص ليحل محل الاعتقاد السلبي الأصلي.

- يطلب المعالج من المفحوص أن يضع في اعتباره الإدراك الإيجابي الأنسب وفي نفس الوقت الذي تكون فيه الذكرى مستهدفة، ثم يستمر في سلسلة حركات العين حتى يصل مستوى الإدراك الإيجابي إلى 07 على مقياس (VOC) أي صحيح جداً، وبمجرد الوصول إلى هذا المستوى يتم تكرار السلسلة حتى الحد الأقصى

- في حالة إذا ما لم يكن الاعتقاد الإيجابي الذي تم حديده سابقاً في مرحلة التقييم ايجابياً بما فيه الكفاية، قد يغير المفحوص الإدراك الإيجابي في هذه الحالة وجب على المعالج تشجيعه على قبوله أو تغييره عن طريق استبداله باعتقاد أفضل.

- لذلك من الأفضل أن يقول المعالج "هل الكلمات يكرر المعالج الاعتقاد الإيجابي- لا تزال مناسبة أم أن اعتقاداً ايجابياً آخر يبدو أفضل بالنسبة لك؟"، إذا لاحظ المعالج ظهور اعتقاد إيجابي أفضل خلال العلاج فعليه تقديمه بنبرة تجعل من السهل على المفحوص قبوله.

- إذا عاد المفحوص إلى الاعتقاد الإيجابي الأصلي فيجب على المعالج أن يطلب منه تقدير (VOC) لمعرفة ما إذا كان قد تحسن " عندما تفكر في الحادث كم تشعر أن هذه الكلمات صحيحة -يكرر المعالج الاعتقاد الايجابي- أين تمثل 01 أنه خاطئ تماما و 07 صحيح تماما" إذا لم يرتفع مستوى (VOC) فيجب إعادة فحص الإدراك الإيجابي.

- إذا لم يتم ارتفاع مستوى (VOC) حتى بعد إجراء عدة مجموعات من حركات العين فيجب على المعالج البحث عن إذا ما كانت هناك جمعية (un association) أخرى ناشئة لم تعالج بعد.

- في حالة إذا كان (VOC) لا يرتفع فوق 05 أو 06 يسأل المعالج المفحوص: "ما الذي يمنعك من الحصول على 07" في هذه الحالة غالبا ما يبلغ المفحوص عن الاعتقاد المانع، إذا كان هذا الأخير غير مختل وظيفيا يمكن للمعالج الانتقال إلى المرحلة التالية، أما إذا كان مختلا وظيفيا ولا ينخفض رغم السلاسل المتتالية، يتعين هنا على المعالج استهداف ومعالجة الذكرى التي تغذي هذا الاعتقاد السلبي حول الذات. وحتى يتم سحب الذكريات المسببة للخلل الوظيفي يحدد المعالج الهدف من خلال السؤال: "متى شعرت بهذا لأول مرة؟" أو يتم استعمال تقنية (floatback) أو تقنية (pont d'affect).

: :

- عندما يصل (VOC) إلى 07 يطلب من المفحوص وضع كل من صورة الحدث والاعتقاد الإيجابي في الاعتبار أثناء المسح العقلي للجسم لتحديد أي إحساس غير عادي.

- يقول المعالج "اغلق عينيك تذكر الحدث الذكرى الأصلية والاعتقاد الايجابي بعدها انتبه لمختلف أعضاء جسمك بدأ من رأسك واهبط، اخبرني إذا لاحظت توترا أو إحساسا غير عاديا في أي جزء من جسمك".

- إذا ظهر أي إحساس غير عادي يتم استهدافه ومعالجته بواسطة سلسلة إضافية، يمكن أن يختفي بعد عدة سلاسل، كما يمكن فتح قنوات أخرى للمعلومات التي يجب معالجتها.

- تكتمل مرحلة مسح الجسم عندما يتمكن الشخص من اكتساح جسمه عقليا وعدم القدرة على الشعور بأي توتر، إذا تم الإبلاغ عن شعور ايجابي أو مريح يمكن تعزيزه بحركات العين.

: :

- لكي يتم تنظيف كامل قنوات المعلومات المختلة وظيفيا يجب أن يكون هناك الوقت الكافي لذلك وجلسة 90 د غير كافية لعلاج المواد الأكثر صدمة المتعلقة بذكري واحدة بنجاح، لذلك يجب دائما تخصيص بعض الوقت لإغلاق الجلسة بشكل صحيح ليترك المفحوص في حالة ذهنية ايجابية وقادرا على العودة إلى البيت بأمان.

- يجب عدم السماح للمفحوص بمغادرة المكتب إذا كان مضطربا، لذلك لا يجب استهداف قناة جديدة من طرف المعالج إذا لم يتبق سوى بضع دقائق لإنهاء الحصة ولا يتم إجراء مسح الجسم لأنه ممكن من خلال إجراء المسح يتم الكشف عن توتر جديد أو مواد مختلة جديدة . لذلك يجب على المعالج دائما الأخذ بعين الاعتبار الوقت من أجل السماح للمفحوص بمغادرة المكتب في حالة مستقرة.

- يمكن الاستعانة بالمكان الآمن من أجل إغلاق الحصة إذا ما كان المفحوص في حالة اضطراب أو يمكن استعمال الاسترخاء.

- من المهم تنفيذ "التطهير" مع المفحوص في نهاية الحصة، وإخباره أنه سيتم معالجة الهدف مرة أخرى في الحصة الموالية وذلك للتخفيف من حدة انزعاجه.

- يطلب المعالج من المفحوص الاحتفاظ بدفتر يوميات لذكرياته، أحلامه، أفكاره وما يزعجه كذلك، من خلال ما يتم تدوينه يقوم المعالج بتحديد أهداف واضحة تحتاج إلى علاج.

- يمكن أن يلخص المعالج كل ما تم ذكره سابقا من خلال: "قد تتبادر إلى ذهنك أشياء، إذا تبادرت دونها وستكون هدفا في الحصة القادمة، إذا كان لديك ذكريات أو أحلام أو مواقف تزعجك فما عليك سوى كتابة ما يتطلبه الأمر دون الحاجة إلى إعطاء الكثير من التفاصيل وذلك حتى تتمكن من استهدافه لاحقا، نفس الشيء بالنسبة لكل ما هو ايجابي من أحلام أو مواقف. إذا ظهرت مشاعر سلبية لا تحاول فهمها تذكر فقط أنه مجرد شيء قديم، يمكنك استخدام المكان الآمن، واتصل بي إذا كنت بحاجة لي".

:

- حتى ولو تم اختتام جلسة (EMDR) فإن علاج (EMDR) لا يكتمل إذا لم تتم مرحلة إعادة التقييم.

- حتى ولو تمت معالجة صدمة تتعلق بحدث واحد وهو السبب الذي يطلب العلاج، فيجب تحديد جلسة أخرى في الأسبوع الموالي لأنه يمكن أن تظهر جوانب أخرى من الذكرى والتي تحتاج إلى علاج ويشعر المفحوص بالإحراج لطلب المساعدة لذلك يجب تحديد موعد آخر.

- تعتبر مرحلة إعادة التقييم مرحلة مهمة وهي تعتبر أول مرحلة تبدأ بها كل جلسة تلي الجلسة الأولى، حيث يقوم المعالج بتقييم مدى حل المواد المستهدفة سابقا وتحديد ما إذا كان المفحوص يحتاج إلى علاج جديد، كما يقوم المعالج بمراجعة (journale de bord).

- قد ينتج عن رفع المعاناة عن المفحوص تغيير في السلوك وأثار غير متوقعة داخل نظام أسرهم أو بيئتهم الاجتماعية ونتيجة لذلك قد تظهر أهداف إضافية، كما يمكن أن يتم اكتشاف أهداف أخرى التي تكون مخفية بسبب الطبيعة المضطربة للشكوى الأصلية.

- يركز المعالج على 04 عوامل يتم تناولها في الأسئلة التالية:

1- هل تم تحديد الهدف الفردي؟

2- هل يجب معالجة أي مادة مرتبطة تم تنشيطها؟

3- هل تمت معالجة جميع الأهداف الضرورية للسماح للمريض بالشعور بالسلام

مع الماضي وجعله أقوى وقادراً على اتخاذ خيارات في المستقبل؟

4- هل تمكن من الاندماج بشكل جيد داخل نظام اجتماعي صحي؟

7-

:

إن أي بحث علمي يقوم على عدة مراحل لإعداده، وذلك من خلال الاعتماد على مجموعة من القواعد والطرق التي توصل الباحث للأهداف المنشودة، بغية الإجابة عن التساؤلات المطروحة والتوصل على نتائج علمية صحيحة، ولا يتحقق ذلك إلا بجمع أكبر قدر ممكن من المعلومات والمعطيات الخاصة بجميع جوانب الظاهرة المراد دراستها، وهذا ما ينطبق على الأخصائي العيادي في القيام ببحثه، وبناءً على ذلك اعتمدنا في دراستنا على المنهج العيادي الذي يقوم أساساً على دراسة الحالة، وذلك بالفحص العميق للفرد بشموليته، بالرجوع إلى تاريخ الحالة ووضعها الراهن ضمن ظروفها الحالية، لنقوم بدراستها وتحليلها وتركيبها وتفسيرها، الذي يوصلنا إلى الفهم المعمق للحالة، وبالتالي الوصول إلى العلاج اللازم والفعال للحالات، ولا يكون ذلك إلا إذا جمعنا المعلومات الخاصة بالحالة بعناية ودقة، ابتداءً من تاريخ الحالة إلى الوضع الراهن والسلوك العام بكل ما ينطوي عليه من المظهر الخارجي والاستجابات السلوكية، كذلك النشاط العقلي والفكري، والاستجابات العاطفية.

من أجل الإلمام بجميع هذه النقاط وجب الاعتماد على وسائل عملية ممنهجة الخاصة بدراسة الحالة والمتمثلة في المقابلة العيادية نصف الموجهة مع حالات العينة حيث أن عدد المقابلات يكون حسب كل حالة وحسب المدة الزمنية التي امتدت فيها متابعتنا لحالة، إلى جانب استخدام الملاحظة العيادية، وسنستعمل استبيان تقييم الصدمة الذي خصصنا له مقابلتين أحدهما قبل تطبيق العلاج والأخرى بعد تطبيق العلاج، كان اختيارنا لوسائل البحث على أساس طبيعة موضوع دراستنا الذي يقتضي استخدامها. بعد التشخيص سنقوم بتطبيق تقنية (EMDR) تراوح عدد المقابلات من

04 إلى 08 مقابلات لكل حالة (من المرحلة 02 إلى 07)، بعدها نقوم بتطبيق بعدي لاستبيان الصدمة ومقابلة أخرى للتأكد من استقرار الحالة.

واعتبارا لذلك سنقوم بتربص في المؤسسة الاستشفائية أم طفل بولاية معسكر، بهدف معاينة الحالات التي سندرستها. سنقوم بإجراء مقابلات أولية مع الحالات داخل المستشفى نظرا لمكوث الأم المنجبة يوما واحدا بعد ولادتها في المصلحة فقط، أما بقية المقابلات فستتم مع بعض الحالات في بيوتهن، هذا ما سيضطرنا للانتقال إلى كل حالة في مكان إقامتها، حيث تمكث حالات الدراسة في بلديات معسكر، وحالات أخرى قدمن إلى مكتب الأخصائي النفسي على مستوى المصلحة.

بناء على طبيعة موضوعنا وإتباعنا للمنهج العيادي القائم أساسا على دراسة الحالة، فإننا سنعتمد في تحليلنا للمعطيات على التحليل العيادي للمقابلات العيادية والملاحظة، للوقوف على أعراض الصدمة، وأثر الحدث الصدمي على الجهاز النفسي للأم، ومدى قدرة هذا الأخير على تجاوز الجرح الذي يخلفه فقدان الموضوع في ظل وجود طقوس الحداد، وإعطاء تشخيص دقيق للحالات الذي نقوم على أساسه بالتكفل بهن ويتم ذلك اعتمادا على تحليل المقابلات الخاصة بكل حالة وتحليلها وتقديم ملخص يجمع نتائج تحليل المقابلات والملاحظات العيادية ونتائج الاستبيان لكل حالة، ثم نقوم بعرض أهم مراحل العلاج باختصار، بعدها نقوم بجمع أهم النتائج في ملخص للحالات السبع، ليتم بعد ذلك مناقشة الفرضيات وصولا إلى استنتاج عام.

:

. () -1

. () -2

. () -3

. () -4

. () -5

. () -6

. () -7

. -8

. -9

. -10

خصصنا هذا الفصل لعرض وتحليل مفصل للحالات الدراسة السبع من خلال المقابلات والملاحظات العيادية واختبار الصدمة وحصص التكفل النفسي باستعمال تقنية (EMDR)، ثم قمنا بعرض ملخص لكل الحالات الذي كان متبوعا بمناقشة الفرضيات، وأخيرا خالصنا إلى استنتاج نهائي.

1- () :

1-1 :

هاجر البالغة من العمر 38 سنة، أستاذة في التعليم الابتدائي، طويلة القامة وقوية البنية الجسمية، ذات هندام مرتب ونظيف، ذات مستوى اقتصادي متوسط، تعيش في بيت منفرد مع زوجها، لا تعاني من أي اضطرابات عضوية ونفسية.

تمتاز لغتها بالوضوح والبساطة، تفتقر إلى الإنتاج التلقائي للغة، تجيب على الأسئلة بعبارات مختصرة بدون إسهاب يتخلل كلامها فترات صمت طويلة مع طأطأة الرأس وانعدام التواصل البصري، لديها صعوبة في التعبير عن مشاعرها، تظهر مزاجا مكتئبا، حيث تستقبلنا بابتسامة تعكس الألم النفسي الذي تعانيه، وسرعان ما تنتابها نوبات من البكاء وخلال ذلك تقوم بتغطية وجهها بشكل كامل بيديها، تتكلم بصوت منخفض بالكاد نسمعه، لديها إدراك للتوجه الزمني والمكاني، رفضت التواصل معنا في المقابلة الأولى التي أجريناها بعد الولادة بساعات قليلة، فيما أبدت رغبة في التواصل خلال المقابلات التالية

تنحدر من أسرة ميسورة الحالة اقتصاديا، الوالدين أحياء، تحتل المرتبة الثالثة بين أخواتها الثلاث وأخويها الذكرين، علاقتها مع جميع أفراد أسرتها جيدة، عاشت طفولة ومراهقة على حد وصفها عادية بدون مشاكل أو صدمات نفسية.

1- :

تزوجت هاجر عندما كان عمرها 26 سنة، تعيش حياة زوجية مستقرة على حد تعبيرها "علاقتي معاه عادية كأبي زوجين تجمعنا العشرة"، مفهومها للزواج عبرت عنه بكلمة واحدة وهي الاستقرار، الهدف من الزواج هو بناء أسرة وإنجاب أطفال، لا

تولي العلاقة الجنسية أهمية كبيرة في الحياة الزوجية، كان ثمرة هذا الزواج طفل يبلغ من العمر 10 سنوات وبعده الحمل الذي انتهى بموت الجنين داخل الرحم قبل ميلاده.

2- :

أجرينا أول مقابلة مع الحالة بعد ساعات من ولادة جنينها الميت ولادة قيصرية، حيث كان قد تبقى خمس أيام فقط على دخولها الشهر التاسع، لم ترغب في التحدث معنا خلال المقابلة مع نوبات بكاء حاد معبرة عن ذلك بـ "مرانيش باغيا نهدر ونتفكر شاصرالي"، المقابلة الثانية كانت بعد يوم من ولادتها للجنين الميت، وجدنا فيها الحالة مستقرة نوعا ما مقارنة باليوم السابق، تروي هاجر أحداث موت جنينها؛ حيث لاحظت فجأة وجود إفرازات رحمية بنية فقررت زيارة الطبيبة التي كان قد سبق وأن قامت بزيارتها قبل أسبوع وأكدت لها صحة وسلامة الجنين، خلال الفحص استغرقت الطبيبة وقتا طويلا مع صمت لتخبرها في الأخير بأن الجنين ميت *قالت لي الطبيبة بهاد العبارة: ماكانش القلب، لم أجد القلب، قلت لها: ماتت؟*، شعرت الحالة للحظة أنها في عالم آخر *"حسيت روعي بعيدة حسيت راني في عالم آخر"* فشدّة وفجائية الحدث الذي لم تكن هاجر تتوقعه *"لوقعت كل شيء إلا أنها تولد ميتة، حتى احتمال أنني أموت فكرت فيه، لكن أن تموت هي لا ماتوقعتهاش"* جعلها تعيش صدمة نفسية أدخلتها في حالة خلط نفسي معرفي، فالصدمة النفسية التي عايشتها أحدثت قطيعة في الروابط مع العالم الخارجي، الذي أدى إلى اجتياح العدم الذي حطم وحدتها وأوقف إحساسها بالزمن والفضاء وبالأحداث الخارجية، إن مواجهة هاجر مع حقيقة الموت خلقت حالة من الهلع والذهول التي سيطر فيها البياض والفراغ مع غياب الكلام مع عدم قدرتها على التعبير.

"حبست من عقلي" هكذا عبرت هاجر عن حالتها عند سماعها الخبر وهذا ما يدل على قوة المواجهة مع حقيقة الموت، التي نتج عنها انقطاع مفاجئ وحقيقي لمهام الأنا، *"مابكيثش قعدت غير نشوف فيها"* عجز الحالة عن الاستجابة الملائمة وهي البكاء هو نتيجة لقوة الاثارات التي استقبلها الأنا والتي فاقت قدرته على تحويلها

وربطها والتحكم فيها وقت سماعها نبأ موت جنينها، بسبب فجائية الخبر وشدته، وهذا ما نتج عنه اختلال في الجهاز النفسي وعدم توازن نظامه، في هذه اللحظات لا يحضر القلق ولا الضغط وإنما يوجد البياض والفراغ مع غياب الكلام بدون القدرة على التعبير فتسود حالة من الجماد هنا المصطلح الوحيد الذي يعبر عن هذه الحالة هو الهلع.

بعد رجوعها للبيت انتابها نوبات بكاء حاد وصراخ، لكن ورغم معرفتها بحقيقة موت جنينها إلا أنها كانت متأملة في أن ابنتها لازلت على قيد الحياة هذا ما جعلها تذهب للمستشفى في نفس اليوم لإجراء فحوصات جديدة التي أكدت لها موت جنينها "قالوا لي ماتت صح ماتت"، رغم تأكيد الخبر لها للمرة الثانية إلا أنها نفت ذلك "ما أمنتش بلي ماتت، حسيت بلي بنتي لازالت حية راهم غالطين"، بقيت الحالة تتأرجح بين تقبل حقيقة موت الجنين وبين نفيها له حتى لحظة إدخالها لغرفة العمليات من أجل إخلاء الرحم من الجنين الميت، استعمال الأنا لميكازم النفي ناتج عن فجائية وقوة الحدث الصدمي الذي أدى إلى استنزاف الطاقة النفسية، فالصورة الصدمية اخترقت الغشاء الصاد للمثيرات لتتموضع في قلب الجهاز النفسي حاملة معها كمية إثارات عجز الجهاز النفسي عن ارضائها وتصفيتها بالوسائل المعهودة، وبالتالي يجد الأنا نفسه مجبراً على استعمال آليات دفاعية بدائية لتجنب الانفجار، إلى جانب ذلك استعمل الأنا آلية الانشطار، حيث بقي جزء من الأنا متصلاً مع العالم الخارجي والجزء الثاني غائب عن الواقع تحت تأثير الإثارة الشديدة التي أخلت بالنظام، وهذا ما نتج عنه تغير في العلاقة مع الواقع ومفهوم الزمن.

بعد الولادة بأسبوع ظهرت لدى الحالة متلازمة التكرار تمثلت في كوابيس متكررة ليس لها علاقة مباشرة بالحدث الصدمي والتي كانت تجعلها تقوم مفزوعة من النوم ليلاً، أما نهاراً فتعيش الحالة نفس الحدث بجميع تفاصيله على شكل صور تمر "لكون قاعدة حتى يعاود يفوت عليا قاع شاصرا" وكأن الحدث يحدث الآن كل هذا يجعلها تعيش معاناة نفسية؛ وذلك لأن صورة الحدث الصدمي تخترق الجهاز النفسي وتبقى على حالها دون معالجة لأنها لا تجد تصورات مسبقة في لاشعور الحالة، لأنه لم

يسبق وأن كان لها مواجهة مع الموت عكس المثيرات الأخرى التي يتلقاها الفرد من طرف أعضاء الحس والتي يتم استقبالها ومعالجتها من طرف شبكة التصورات الموجودة مسبقا، ولا تجد في اللاشعور أي تصور يستقبلها ويربطها ويحولها، لأن الموت ليس ممثلا لدى الفرد على مستوى اللاشعور هذا ما يجعل صورة العدم راسخة في الجهاز النفسي كجسم غريب، وبالتالي تبقى صورة الموت بدون رابط مع التصورات ، لذلك يبقى الحدث محفورا في الذاكرة بأدق تفاصيله، هذا ما يفسر استمرارية ظهور متلازمة التكرار. كما تعاني الحالة من أعراض التجنب، فقد صرحت أنها لا تريد رؤية كل ما يتعلق بالطفلة من ملابس أو حتى صور التخطيط بالتصوير السمعي لأن ذلك يؤدي بها إلى الانهيار على حد قولها

ظهرت لدى الأم أعراض الحصر المتمثلة في الأرق "مرانيش قاع نرقد غير 5 دقائق ونوض مفزوعة مانعاوتدش نرقد"، فقدان الشهية "مارانيش نجم ناكل راني حاسة كرة في صدري ... وأحيانا نكون ناكل مانجمش نسرط اللقمة نخرجها من فمي نرميها" مع نقصان واضح وسريع في الوزن، كما تعاني هاجر من مشاكل في التركيز والذاكرة منذ الحدث.

كما ظهر لدى الحالة اختلال في الأداء الاجتماعي وحتى الأداء الوظيفي حيث صرحت بعدم قدرتها على الذهاب إلى العمل والقيام بالأعمال المنزلية العادية هذا ما جعلها تطلب وتستفيد من العديد من العطل المرضية، كما تعيش انسحابا وعزلة اجتماعية معبرة عن ذلك بـ "مرانيش نجم الغاشي، حتى واحد ماراه جاي على قوسطويا، راني نبغي نقعد وحدي نصيب راحتني ... قاع ناس ماراهمش عاجبيني، وماراهيش عاجبيني هدرتهم"، وهذا نتيجة اختراق الصورة الصدمية التي تمثل تهديدا داخليا التي تصل إلى عدم الأصل وذلك راجع لعدم وجود تصور مسبق للموت يستقبلها، في هذه اللحظة تشعر الحالة بأنها هجرت من طرف العالم الخارجي، فينتج عن ذلك انسحاب عدواني اتجاه الذات، وسرعة الانفعال، وهذا ناتج عن الكسر الصدمي بسبب تخطي الصورة الصدمية حاجز الكبت الأصلي، وبالتالي وكأن الفرد يرجع إلى العالم ما قبل الموضوعي في حركة تقمصية عميقة، وهذا ما يفسر المعاش

الاكتئابي الذي تعانيه الحالة والأعراض آنفة الذكر. كما تعاني هاجر من اضطرابات جسدية لم تكن تشكو منها من قبل تتمثل في آلام مزمنة في الرأس والقفى، وانخفاض قدرة السمع.

تعيش الحالة منذ سماعها نبأ خبر موت جنينها وحتى بعد مرور أربعة أسابيع حالة من الحزن والبكاء "نبات نبكي وما نبغيش لي يشوفني نبكي" "راني مصدومة" وذلك لأن موت الجنين داخل الرحم لا يتم إعداده فهو حدث لغزي غامض من الصعب تمثيله وترميزه، ففقدان الجنين يولد معاناة شديدة لأن جزءا من الذات ينفلت معه.

شعرت الحالة في الأسبوع الأول بعد إخلاء رحمها من الجنين الميت بحركة داخل بطنها وكأن الجنين لازال بداخلها "وليت نحسها تخبط داخل ... نتلمس بطني نلقاها فارغة"، وحتى بعد مرور أربع أسابيع تقول الحالة "هذه الأيام لي راني نعيش فيها ماشي واقعية، أحيانا مانأمنش" هذا الخط المعرفي والنفسي الذي تعيشه الحالة ناتج عن عدم قدرة الأنا على ارضان المثيرات وربطها وتحويلها بسبب ما خلفه الحدث الصدمي من كسر على مستوى العشاء الصاد للمثيرات، وتؤكد الحالة ذلك قائلة: "لتخيل بلي زادت وراهي حدايا تبكي، ممبعد نقول ما كان والو، راني نعيش في أحلام اليقظة" وهذا يدل على استعمال الأنا لميكانيزم الانشطار حتى يستطيع إرجاع الجهاز النفسي لحالة التوازن السابقة.

ترى الحالة أن ما فقدته لا يعوض "لقدت حاجة عزيزة بزاف لا تعوض، لم أنل ما كنت أنتظره، قارعت 9 أشهر وما ديت والو، راني حاسة روعي ناقصة بلا بيها" تقول هذه الكلمات مع نوبة بكاء حاد وهذا ما يعبر عن الاستثمار النرجسي للجنين المفقود، وتقمصها له كما تعزو الحالة سبب موت الطفلة إليها مرجعة ذلك إلى قيامها بأعمال منزلية مكثفة وهذا ما يعبر عن الشعور بالذنب.

-3

:

لم تر الحالة ابنتها بعد الولادة نتيجة رفض الطاقم الطبي ذلك "راهي غايضتني لي ماخلائونيش نشوفها ... حوست نعرف كي دايرة"، وحتى بعد مرور شهرين على الحادث تتمنى الحالة لو أنها رأت طفلتها "راهي قاعدة في قلبي كون غير شفتها".

بعد خروجها من المستشفى تم استقبالها بمراسيم النفاس الخاصة بمجتمعنا وهذا ما زاد حدة ألمها "مين خرجت لقيتهم دايرين بركوكس قتلهم ماديروش مارانيش فرحانة ومارانيش هانية" "لقيتهم موجديلي بلاصتي وقالولي رقدي ... علاش نرقد لي يرقدوا بجانبها ماكانش". كما توافدت عليها النسوة لتعزيتهن إلا أن ذلك لم يرق لها "مارانيش باغيا نشوف الغاشي" كانوا يعزونها بعبارات "الله يجعلك خليفتها" "ربي ماكتبهاش" وهذا ما رفضته الحالة كذلك وعبرت عنه بـ "كرهت من النساء يهدرو نفس الهدرة" "ربي يعوضك" متلث من هذا الكلام ... صاي مانجمتهش ... مارانيش قاع معاهم راني نخمم في خسارتي".

كما عبرت هاجر عن امتعاضها على بعض العبارات المؤلمة التي زادت حدة حزنها وألمها بدلا من مواسبتها كقول احدها: "ربما كانت معوقة" فقد أبدت غضبها وحزنها وألمها لسماعها هذه العبارة ودافعت بقوة قائلة: "غاضتني ... بنتي مسقمة .. كنت نفوت ونعالج وكلش كان طبيعي ... شافتها عمته بنتي كاملة شعرها كحل ورطب بنتي كاملة". وفسرت ذلك بأن العالم المحيط يراها بأنها ناقصة وغير قادرة على العطاء كأنثى "هاني إهانة ليا بلي ماقدرتش نجيب طفل". كذلك أعطت مثلا آخر عن عبارة أمتها "خيلي قالولي كون أنت متي وهي راهي حية كي يصرا؟ هادي هدرة؟ مايحسوش قاع غير يهدرو"، هذا ما جعلها تنسحب اجتماعيا وتبتعد عن أي تواصل اجتماعي وتنعزل على نفسها وتبدي عدوانية في التواصل مع المحيط، فبدلا من أن تساهم زيارة النساء في مواسبتها وتفعيل الحداد كونها تعتبر دعما اجتماعيا وطقسا من طقوس العبور جعلت الحالة تشعر باحتقار ذاتها وعززت شعورها بالعدوانية اتجاه الآخرين، وزادت شعورها بالألم النفسي.

لا يوجد أي دعم نفسي من طرف الزوج هذا ما صرحت به الحالة "نخيلي لحد اللحظة مازال ماجبديش على الغريانة ولي على واش صرا" علما أنا زوجها لم يكن متواجدا لحظة سماعها خبر موت جنينها وحتى ولادتها لأنه كان مسافرا، وحين رجوعه وجدها في بيت والدها، وخلال فترة سفره لم يحاول الاتصال بها أو تعزيتها في مصابها رغم علمه بما جرى من طرف أخته، وحتى بعد رجوعه من السفر بعد ولادتها بأربعة أيام لم يبد أي ردة فعل حول ما جرى، بل حتى لم يسأل ماذا حدث أو كيف أو متى "جاء عندي لدارنا تلاقاني وكان شيئا لم يحدث ... سقساني كيراني وصاي ... حتى أنه ماجبديش الموضوع تماما"، "الألم لي راني نعيش فيه نحسه غير أنا ... تحسه غير الأم".

ترى هاجر أنه لا أحد يفهمها ويدرك قيمة خسارتها "ماكانش لي راه حاس بيا، ماكانش لي يحس بالحاجة لي نقلعت مني" "كانت معايا بنتي ثمن أشهر ماكانتش معاهم، تخبطت عندي سمعت قلبها وحدي، ماكانوش معايا ماراهم حاسين بيا ... غير أنا لي راني حاسة بروحي"، تشعر أنه حتى والدتها لا تفهم حجم المعاناة التي تعيشها وحجم فقدانها "ماما بكات معايا نهار لول مبعده جاتها نورمال قاتلي المهم سلكتي ... ماكانش لي يحس غير انا"، "شكون يفهمك مع بكاء حاد" كل هذا زاد معاناتها النفسية وانسحابها اجتماعيا.

أبدت هاجر رغبتها في زيارة القبر لكنها لم تزره "باغيا نروح للمقبرة باش نشوف الصورة الأخيرة للحمل، باش نقطع الأمل بلي راحت نيشان، مازال نحس بلي راهي جانبي بلي مزالها كايينة" وهذا يدل على استمرار استعمال الأنا لميكانزم النفي بطريقة غير متكيفة.

4- () :

استمرت معاناة الحالة بعد مرور شهر من متلازمة التكرار المتمثلة في ذكريات قاهرة تتمثل في أفكار اقتحامية تخص موت الجنين داخل الرحم، كما تعيش الحالة معاشا وكأن الحدث يحدث مرة أخرى "الحدث ما زال قدامي بتفاصيله بألمه كأنه

حدث البارح"، وهذا ناتج عن أن الأثر الحسي للتجربة التي عاشتها الحالة لم يخزن على شكل ذكرى وإنما رسخ على شكل جسم غريب في قلب الجهاز النفسي، هذا ما يجعل صورة الحادث تجتاح شعورها بشكل عفوي وتكون مرفقة بانفعالات محسوسة.

تحاول هاجر تجنب كل ماله صلة بالحدث الصدمي الذي عاشته فقد أصبحت تتجنب الذهاب للمستشفى "السيطار مانوليليش ... صراتلي تما حاجة ماشي زينة"، حتى أنها وبعد مرور حوالي ستة أشهر رفضت الذهاب إلى نفس الطيبة المختصة التي أعلنت عن موت جنينها "راني باغيا نفوت ومانجمتش نروح عندها"، كما عبرت عن ألمها المرتبط بالتفاصيل التي عاشتها خلال فترة الحمل وتجنبها رؤية هذه التفاصيل مثل صور التخطيط السمي، ملابس الطفلة "السيت الكابة تاع قشها تحت القش قاع ماغنديش الجراة نجبدها" وهذا بعد مرور ستة أشهر من فقدانها جنينها.

استمرت أعراض الحصر لدى الحالة حتى بعد مرور شهر على الحدث الصدمي، فلا زالت هاجر تعيش في قلق وتوتر دائمين عند تذكر الحدث الصدمي "مين نهر على شاصرا ومنتفكر نحس حاجة في صدري مبلعته"، وكذلك أعراض الاكتئاب، تعاني الحالة من مشكل في الاندفاعية والأداء اليومي المتمثل في عدم التكيف وتراجع في الأداء اليومي مقارنة بما كانت عليه قبل الصدمة "الحيوية ماكاش ... راني نقضي ونعيا".

طرات تغيرات على شخصية هاجر، حيث أنشأت هاجر علاقة جديدة مع العالم الخارجي ومع ذاتها فقد تغيرت طريقة إدراكها وتفكيرها، إلى جانب شعورها بالذنب وتراجع النشاط الجنسي "راحت الرغبة الجنسية قاع مذابيا يقعد بعيد عليا" الذي يعتبر إشارة على هزيمة نزوة الحياة، هذا ما نتج عنه اضطراب العلاقة الزوجية الناتج عن رفضها للممارسة العلاقة الجنسية، كما تعيش انسحابا اجتماعيا حيث عبرت عن الشعور بالراحة في العزلة والوحدة وعدم رغبتها في التواصل مع الآخرين حتى أفراد أسرته، وحتى عدم تلبيتها لدعوات المناسبات الاجتماعية "كرهت الناس ... ماراني نبغي نهر مع حتى واحد ... وما رانيش نبغي نخرج برا" وهذا يدل على انسحاب

الليبدو من المواضيع الخارجية واستمرارية توظيفه في الموضوع المفقود (الجنين الميت).

استمر ظهور اضطرابات السلوك لدى هاجر والمتمثلة في اضطرابات النوم، اضطرابات الأكل ونقصان واضح في الوزن، نقص في التركيز، وعدم الرغبة في مزاوله عملها "راني مطيزة مارانيش منجمة نخدم"، كما ظهر لديها تبدل في المشاعر "راني عايشة حالة من اللامبالاة".

عدم قيام الجهاز النفسي بأي عمل يظهر جليا من خلال استمرار استعمال الأنا لميكانيزم النفي حتى بعد مرور ستة أشهر "لحد اللحظة مارانيش مأمنة بلي راحت بنتي" وهذا ما يدل على غياب الإعداد العقلي، تعيش هاجر لحد اللحظة الألم والحزن على فراق ابنتها "الدنيا راهي تمشي وصاي .. راني عايشة الألم .. مارانيش طايقه على دنيا .. راني محطمة .. أيامي قاع راهي كيف كيف بعدما كنت عايشة الفرحة" "يكذب عليك لي يقولك الأعراض تروح مازالني نعاني لدروك" هذا ما يدل على تثبيت صدمي للأعراض وتقمص الأم للموضوع المفقود وموت جزء من الأم من خلال إسقاط ظل الطفل الميت على ذاتها. "خسارتي كبيرة ماتت عوضش".

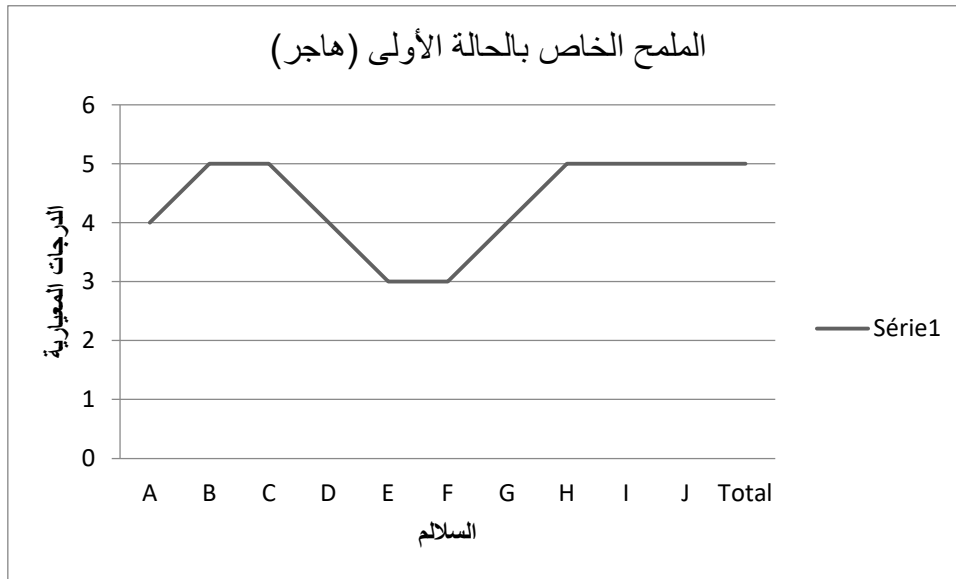
5-

حتى بعد مرور ستة أشهر ترفض الحالة فكرة الحمل من جديد رفضا قاطعا معللة ذلك بخوفها من عيش تجربة الفشل مرة أخرى "مانعاودتش نولد .. علاش نعاود الاسطوانة من جديد؟"، تعبر هاجر عن رغبتها الدفينة في إنجاب طفل آخر لكن في نفس الوقت ترفض المحاولة "مذابيا ربي يرزقني بطفل لكن راني خايفة نفشل مانزويدتش أفضل" وهذا ما يدل على استمرار الاستثمار في الموضوع المفقود وعدم سحب الليبدو لتوظيفه في مواضيع أخرى.

2-1- (TRAUMAQ)
):

من خلال تطبيق استبيان الصدمة على الحالة هاجر تحصلنا على النقاط الخام التالية لكل سلم والتي حولناها بالاعتماد على الجدول المرفق في قائمة الملاحق (الملحق رقم 04) إلى النقاط المعيارية التالية:

T	J	I	H	G	F	E	D	C	B	A	
127	10	19	21	6	7	6	13	15	11	20	
5	5	5	5	4	3	3	4	5	5	4	



أسفرت نتائج الجزء الأول من الاستبيان عن وجود صدمة قوية وذلك لأن المجموع الكلي للبنود فاق 115 نقطة، حيث حصلت الحالة على 20 نقطة على السلم (A) الخاص برد الفعل النفسي والجسدي أثناء الحدث والذي يضم 08 بنود تقابله 04 درجات معيارية وهذا ما يعبر عن وجود معاناة نفسية وجسدية شديدة، فقد شعرت هاجر بالرعب والقلق عند مواجهة خبر موت جنينها، كما شعرت بأنها في

عالم آخر وهذا ناتج عن قوة وفجائية الحدث وهذا ما جعلها عاجزة عن إبداء رد فعل ملائم حتى أنها لم تستطع البكاء في تلك اللحظات مع شعور بالعجز والوحدة.

في حين تحصلت على 11 نقطة في ما يخص السلم (B) الخاص بأعراض التكرار المرضي والذي يتكون من 04 بنود والتي يقابلها 05 درجات معيارية وهي قيمة كبيرة جدا توضح أن الحالة تعاني من متلازمة التكرار، حيث تعيد معايشة الحدث في كوابيس ليس لها علاقة مباشرة بالحدث وهذا ما يجعلها تقوم مفزوعة من النوم، كما تتسلط عليها صور تخص الحدث خلال النهار، كما تعاني من القلق كلما تذكرت الحدث أو تحدثت عنه.

أما في ما يخص السلم (C) الذي يضم 05 بنود خاصة باضطرابات النوم فقد تحصلت الحالة على 15 نقطة والتي يقابلها 05 درجات معيارية وهي قيمة كبيرة جدا، حيث تعاني هاجر من الأرق والكوابيس المزعجة هذا ما يجعلها تستيقظ مرهقة.

في حين تحصلت على 13 نقطة فيما يخص السلم (D) الخاص بالقلق وعدم الأمان والتجنب الرهابي والذي يقابله 04 درجات معيارية وهي قيمة مرتفعة جدا، يضم هذا السلم 05 بنود، عكست نتيجته معاناة الحالة الشديدة من أعراض التجنب والقلق.

أما نتيجة الإجابة على بنود السلم (E) والتي عددها 6 الخاصة بقياس الهيجان وفقدان القدرة على التحكم، اليقظة الزائدة والحساسية المفرطة فقد كانت 6 والتي يقابلها 3 درجات معيارية وهي درجة متوسطة، حيث أن الحالة أصبحت سريعة الانفعال إلا أنها لم تبد سلوكيات عدوانية.

في حين تحصلت على 7 نقاط في ما يخص السلم (F) الخاص بردود الأفعال السيكوسوماتية، الجسمية واضطرابات الإدمان والذي يضم 05 بنود والتي تقابلها 3 درجات معيارية وهي قيمة متوسطة، حيث عانت الحالة من نقص حاسة السمع وآلام مزمنة في الرأس دون معرفة السبب، كما انخفض وزنها بشكل واضح نتيجة فقدانها للشهية.

أما السلم (G) والذي يضم 3 بنود والذي يخص الاضطرابات المعرفية فقد تحصلت فيه هاجر على 6 نقاط يقابلها 4 درجات معيارية وهي قيمة مرتفعة، فهي تعاني منذ الحدث من مشاكل في الذاكرة والتركيز.

فيه حين كانت نتيجة السلم (H) الذي يضم 08 بنود ويخص الاضطرابات الاكتئابية على 21 نقطة يقابلها 5 درجات معيارية وهي قيمة كبيرة جدا، حيث عكست هذه النتيجة معاناة الحالة منذ الحدث من أعراض اكتئابية تمثلت في مزاج اكتئابي، نوبات بكاء حاد، تراجع الاهتمام بالأعمال التي كانت تقوم بها نتيجة شعورها بالإعياء، انسحاب اجتماعي، مشاكل في علاقتها مع الزوج، تراجع الرغبة الجنسية والذي نتج عنه اضطراب العلاقة الزوجية.

أما السلم (I) فقد كانت نتيجة الإجابة على بنوده 19 نقطة وهي قيمة كبيرة جدا يقابلها 5 درجات معيارية والتي يعكس المعاش الصدمي للحالة، حيث تشعر هذه الأخيرة بأنها المسؤولة عن موت جنينها لأنها قامت بأعمال منزلية متعبة أودت بحياته، كما تشعر بأنها فاشلة لكونها لم تستطع إنجاب طفل حي، هذا ما جعلها تغير نظرتها للحياة.

أما السلم الأخير (J) المتعلق بنوعية الحياة والذي يضم 11 بنود فقد كانت نتيجته 10 نقاط يقابلها 5 درجات معيارية وهي قيمة مرتفعة جدا، حيث تراجع نشاطها وقيامها بالأعمال المنزلية وفقدت الرغبة في مزاولة عملها مما جعلها تستفيد من العديد من العطل المرضية غير مدفوعة الأجر، كما تعيش انسحابا اجتماعيا هذا ما أثر على نوعية الحياة الخاصة بها وجعلها تتسم بطابع اكتئابي.

مجموع كل هذه السلالم يساوي 127 نقطة والتي تقابلها 05 درجات معيارية وهي أكبر قيمة والتي تدل على وجود صدمة قوية. كما قمنا برسم المنحنى البياني الموضح أعلاه باستعمال النقاط المعيارية فتحصلنا على منحنى بياني يتطابق مع الملمح (A) الذي يعبر عن وجود متلازمة ما بعد الصدمة شديدة.

أما في ما يخص الجزء الثاني من الاستبيان والذي يهدف أساساً إلى قياس فترة ظهور الأعراض ومدتها فقد أظهرت النتائج استمرار معاناة الحالة للأعراض التالية حتى بعد مرور ستة أشهر من تعرضها للحدث الصدمي:

- متلازمة التكرار التي ظهرت من خلال انطباع في إعادة معايشة الحدث في شكل ذكريات وصور.

- اضطرابات النوم المتمثلة في صعوبات في النوم، الكوابيس، الاستيقاظ في الليل.

- أعراض تجنبية والمتمثلة في الخوف من العودة إلى أماكن الحدث أو أماكن مماثلة.

- المشاكل الصحية المتمثلة في آلام الرأس والقفى ونقصان حاسة السمع.

- صعوبات التركيز والتذكر.

- اللامبالاة العامة، فقدان الطاقة والحماس، الكآبة، التعب.

- الميل للعزلة.

- مشاعر الذنب.

وهذا ما يؤكد أن هاجر تعاني من اضطراب ما بعد الصدمة.

3-1- (EMDR):

بعد إجراء المقابلات السابقة واعتماداً على نتائجها ونتائج استبيان الصدمة توضح أن الحالة تعاني من اضطراب ما بعد الصدمة، هذا ما جعلنا نستعمل معها تقنية (EMDR). كان قد سبق وتم التعرف على تاريخ الحالة والتشخيص وإنشاء رابطة بيننا وبينها لذلك شرعنا مباشرة في باقي المراحل المتعلقة بالتقنية.

الحصة العلاجية الأولى قمنا فيها بشرح آلية عمل التقنية بشكل مبسط، وتدريب المفحوصة على الاسترخاء، قمنا بتنظيم طريقة الجلوس وتحديد التقنية الخاصة بإزالة الحساسية وقد وقع اختيار الحالة على حركة العينين، تم تحديد المسافة الملائمة واتجاه الحركات الذي كان من اليمين إلى اليسار بشكل أفقي، كما حددنا السرعة المناسبة

لذلك. كما تفقنا مع الحالة على إشارة خاصة للتوقف في حال رغبتها في ذلك والتي كانت رفع اليد. كما قمنا بتحديد المكان الآمن وهو الشاطئ عند شروق الشمس، بعدها قمنا بتعزيز الإجابة ب 4 مجموعات من الحركات المتناوبة، بعدها حددنا الكلمة المفتاحية والتي كانت: الهدوء، ومن ثم قمنا بتدريب المفحوصة على استعمال المكان الآمن من خلال تفكيرها في حدث مزعج، وذلك لتستعمله -المكان الآمن- في حالة التوتر سواء داخل الحصص أو خارجها.

انتقلنا بعدها إلى تحديد الإشكالية التي تود الحالة معالجتها والتي كانت حدث موت جنينها داخل رحمها، طلبنا منها الاحتفاظ بصورة واحدة كمحور للعلاج وكانت "مين قاتلي طبيبة ماكانش القلب"، ثم قمنا بتحديد الاعتقاد السلبي المرافق لهذه الصورة والذي كان "نستاهل الموت" "أنا استحق الموت" حيث كان مستوى (SUD) يساوي 10، كما حددت هاجر موضع الانفعالات السلبية على مستوى الجسد في الحلق والصدر. قمنا بالمزج بين صورة الحدث الصدمي والاعتقاد السلبي وهذا ما يثير ويحفز المواد المختلة بشكل مكثف ومن خلال ذلك قمنا بتحديد الانفعال الذي تشعر به هاجر وهو: الحزن والألم وفقدان الأمل. بعدها قمنا بتحديد الاعتقاد الإيجابي وهو "نستاهل نعيش" "أستحق أن أعيش"، ثم تم تقييم صحة الاعتقاد الإيجابي (VOC) ب 03.

انتقلنا بعدها وهذا كله خلال المقابلة الأولى إلى مرحلة إزالة الحساسية عن طريق إجراء سلسلة حركات العين المكونة من 24 حركة ذهابا وإيابا، حيث قمنا بمعالجة الصورة الأولية للحدث التي تم تحديدها مسبقا أولا مع التركيز على الاعتقاد السلبي والإحساس الجسدي بعدها انتقلنا إلى القنوات المرتبطة بها. ففي كل مرة وبعد الانتهاء من مجموعة حركات العينين كنا نطلب منها التفكير في ما تبادر إلى ذهنها وبعدها نقوم بمجموعة من الحركات المتناوبة ثم نطلب منها أن تمشح كل شيء وتتنفس، بعدها نطرح عليها تساؤل "ما الذي يتبادر إلى ذهنك الآن؟" لنتنقل لعلاج باقي المعلومات المختلة المتعلقة بالموضوع، ثم نعلق على ما تقوله ب: "ابق انتباهك على ما قلته للتو". بعد معالجة عدة قنوات عن طريق حركات العينين اضطررنا إلى إغلاق

الحصة لانتهاؤها وقتها، حيث انخفض مستوى (SUD) إلى 5 في نهايتها، النتيجة التي كانت المفحوصة راضية عنها، وعبرت عن شعورها بالارتياح مقارنة بداية الحصة.

في الحصة الموالية وقبل الشروع في العملية العلاجية صرحت لنا الحالة بأن الكوابيس ليلا اختفت وأن نومها انتظم مقارنة بذوي قبل، عندها بدأنا الحصة العلاجية بإعادة التقييم، قمنا بتذكير الحالة بالصورة الأولية المستهدفة مع نفس الاعتقاد السلبي والايجابي الذي تم تحديده مسبقا، واتبعنا نفس الخطوات التي قمنا بها في الحصة الأولى لينخفض مستوى (SUD) في نهاية الحصة إلى 2، لينعدم في نهاية الحصة الثالثة ويصل إلى الصفر بعدما اتبعنا نفس الخطوات المذكورة سابقا، حيث بعد إزالة الحساسية وتحديد مستوى (SUD) بـ 0 انتقلنا إلى مرحلة التثبيت حيث عرضنا على الحالة الاعتقاد الإيجابي الذي سبق وأن حددته في الحصة الأولى وطلبنا منها تحديد مدى صحته، احتفظت هاجر بالاعتقاد نفسه وحدد مستوى (VOC) بـ 7 مباشرة ودون حركات العينين، قمنا بتعزيز ذلك بمجموعتين من حركات العينين للتأكد من تثبيته ولربط الإدراك الإيجابي بالذكرى المستهدفة هذا ما جعل الحالة تشعر بتقدير الذات والرغبة في الإنجاب مرة أخرى، انتقلنا بعدها إلى مسح الجسم إذ لم تعد تشعر الحالة بأي ألم أو إحساس على مستوى حلقها وصدرها، ليتم إغلاق الحصة.

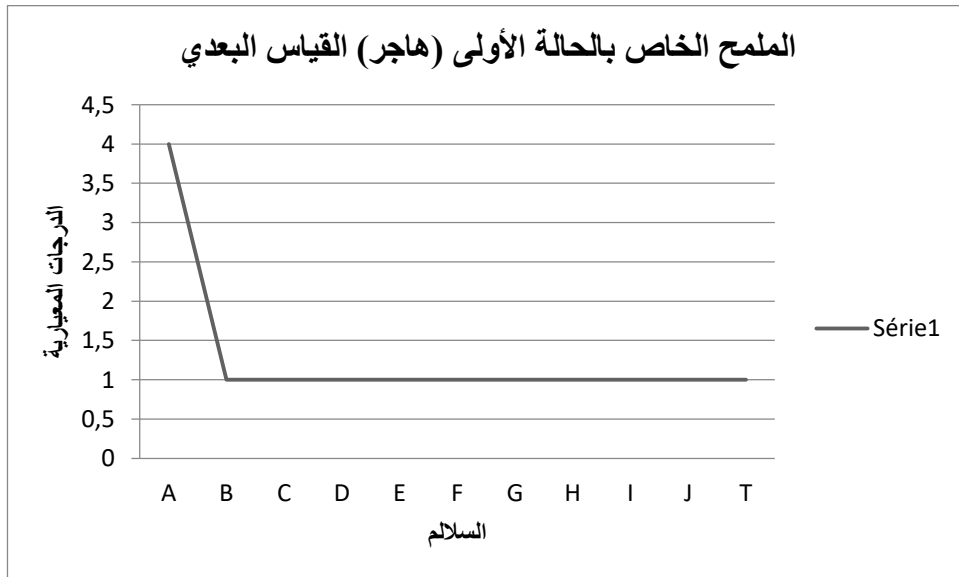
خلال الحصة الرابعة قمنا بإعادة تقييم للتأكد من عدم ظهور جوانب أخرى من الذكرى تحتاج إلى علاج، أما الحصة الموالية فقمنا بتمرير استبيان (TRAUMAQ)، ليتوضح لنا بأن الحالة تخلصت من أعراض التكرار والتجنب، والأرق وفقدان الشهية والمزاج الاكتئابي - التي كانت قد بدأت تتناقص شدتها بين الحصص إلى أن اختفت بعد نهاية الحصص العلاجية- هذا ما انعكس بشكل إيجابي على مزاجها، حيث تخلصت من المزاج الاكتئابي ونوبات البكاء التي كانت تنتابها كلما تذكرت الحدث أو تحدثت عنه، كما تحسنت علاقتها مع محيطها الأسري إذ قامت بتلبية دعوة أهلها لعشاء عائلي بعدما كانت تعيش انسحابا اجتماعيا، كما أنها استطاعت فتح موضوع فقدانها لجنينها مع زوجها الذي وحتى بعد مرور أكثر من سبعة أشهر لم يتم التطرق إليه من طرفها وعلقت على سلوك زوجها عقب الحدث بـ "بعد الحوار حسنته العون

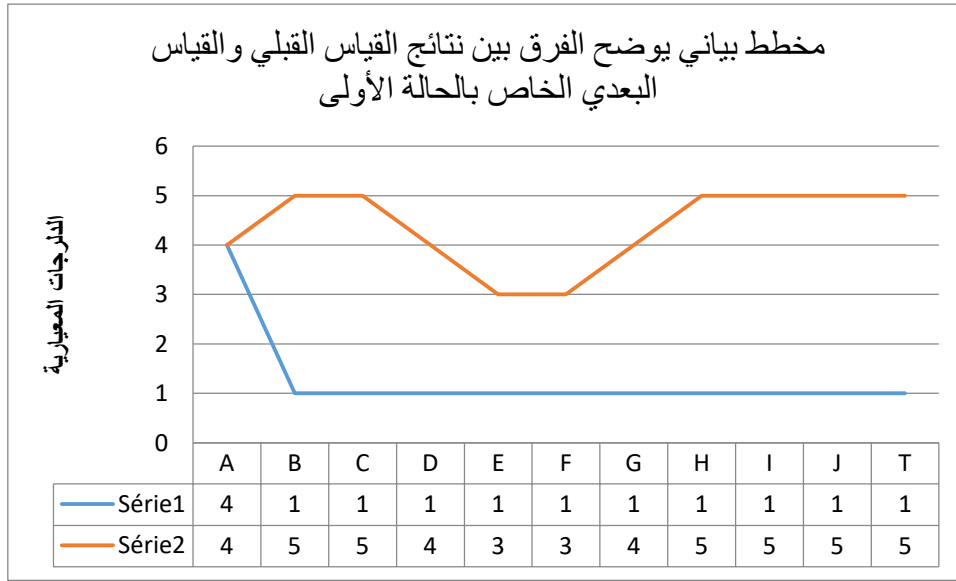
هو ثاني كان مضرار كفي"، تغيرت مفاهيم ومدركات الحالة السلبية إذ أصبحت ترى أن ما مرت به لم تكن هي السبب فيه، وأصبحت مستعدة لخوض تجربة الحمل مرة أخرى الأمر الذي جعلها تزور الطيبية المختصة قبل موعد الحصة الرابعة.

-4-1 (TRAUMAQ))
:(

من خلال تطبيق استبيان الصدمة على الحالة هاجر بعد الانتهاء من الحصوص العلاجية تحصلنا على النقاط الخام التالية لكل سلم والتي حولناها بالاعتماد على الجدول المرفق في قائمة الملاحق (الملحق رقم 04) إلى النقاط المعيارية التالية:

T	J	I	H	G	F	E	D	C	B	A	
22	1	0	0	0	0	1	0	0	0	20	
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	4	





أسفرت نتائج القياس البعدي باستعمال استبيان (TRAUMAQ) عن عدم وجود صدمة وذلك لأن مجموع نقاط جميع السلالم كان 22 وهذا ما يدل على غياب الصدمة في حين كان في التمرير القبلي يساوي 127 نقطة ، حيث سجلنا انخفاضا في جميع السلالم والفرق موضح في المخطط البياني والذي يظهر اختفاء أعراض اضطراب ما بعد الصدمة، حيث يوضح المنحنى البياني باللون الأحمر التمرير القبلي للاستبيان والذي يوافق الملصق (A) أما المنحنى البياني باللون الأزرق فيوضح نتائج التمرير البعدي للاستبيان حيث لم يظهر وجود اضطراب ما بعد الصدمة لأنه لم يطابق أيا من الملامح المرفقة في دليل الاستبيان.

5-1

:

مما سبق يتبين أن الحالة عاشت صدمة نفسية نتيجة موت جنينها داخل رحمها فجائية الحدث وشدته جعلت الحالة تدخل لحظتها في حالة خلط معرفي ونفسي؛ حيث عجزت عن الاستجابة الملائمة نتيجة اختراق صورة الموت للحاجز الصاد للمثيرات، شدة هذه المواجهة مع حقيقة الموت جعلت الأنا غير قادرا على تحويل وربط والتحكم في الآثارات وهذا ما نتج عنه اختلال في الجهاز النفسي.

ففي لحظة إعلان موت جنينها داخل رحمها انقلبت الحياة في جزء من الثانية حيث مثل هذا الإعلان صدمة نتج عنها فقدان القدرات النفسية وتوقف التفكير والفهم

واجتياح العدم مع غياب الكلمات، ففي تلك اللحظات فقد العالم معناه ومنطقه. استعمل الأنا في محاولة منه لإعادة الجهاز النفسي لحالة الاستقرار جملة من الآليات الدفاعية البدائية لتجنب الانفجار كان أهمها النكوص نفي موت الجنين والانشطار.

ظهرت لدى الحالة متلازمة التكرار التي تعتبر عرضا أساسيا ومهما في تشخيص الصدمة وذلك من خلال إعادة معايشة الحدث بتفاصيله نهارا والكوابيس ليلا وذلك ناتج عن تموضع صورة الموت في قلب الجهاز النفسي بعد اختراقها للغشاء الصاد للمثيرات، وبما أن الفرد لا يملك في شبكة التصورات اللاشعورية تصورات مسبقة عن الموت، فإن صورة هذا الأخير لا تجد تصورا لاستقبالها وربطها وتحويلها مما يجعلها تبقى كجسم غريب راسخ لدى الحالة، هذا ما نتج عنه جماد الزمن النفسي حول حدث فقدان الجنين الذي أدى إلى إعادة هيكلة الاقتصاد النفسي وهذا ما يترجم أعراض التجنب التي ظهرت لدى هاجر والتي يمكن التعبير عنها بتجمد وظائف الفرز بهدف تحاشي أعراض التكرار.

إلى جانب تجمد وظائف الفرز، تجمدت وظائف الحب وظهر ذلك من خلال شعور الحالة بأنها غير مفهومة من طرف المحيط الأسري ومهجورة وذلك نتيجة النكوص النرجسي الذي انهارت ضمنه أسطورة الخلود، كما تجمدت وظائف الحضور؛ حيث ظهر لدى هاجر اختلال في الأداء الاجتماعي والوظيفي وتراجع اهتمامها بنشاطاتها المعتادة السابقة وهذا ما نجم عنه فقدان الأمل وظهور أعراض اكتئابية. إلى جانب ذلك ظهر لديها انسحاب اجتماعي، أرق، فقدان الشهية، وهذا ما يدل على أنها عاشت الصدمة كبت في المنبهات الحسية، إلى جانب انسحابها اجتماعيا هذا كله يدل على سحب الأنا للبيدو من المواضيع الخارجية وتوظيفه في الموضوع المفقود.

ظهور هذه الأعراض بعد أي فقدان للمواضيع واستعمال الأنا للآليات الدفاعية البدائية يعتبر رد فعل طبيعي اتجاه فقدان أي فرد لأي موضوع حب وهذا ما يطلق عليه عمل الحداد، حيث تتزامن الأعراض آنفة الذكر مع أول مرحلة من مراحل الحداد، فحسب (Alain De Broca, 2001) يمكن أن نرجع هذه الأعراض لأول مرحلة

من مراحل الحداد والتي أسماها مرحلة الصدمة الأولية أو الحقيقة، الأمر الذي أكده (Hanus, 2001) الذي يرى أن أولى مراحل الحداد تتميز بحالة من الصدمة والتي تمس الفرد بأكمله أي حياته النفسية، العلائقية، نشاطاته، النوم، الشهية، الجنس، وهذا ما يفسر الأعراض التي ظهرت لدى هاجر بعد الحدث مباشرة.

لكن في هذه الحالة تختلف وضعية الموضوع المفقود والعلاقة به عن المفهوم المتعارف عليه، فالموضوع في هذه الحالة غير معترف به على المستوى الاجتماعي وغير معروف من طرف المحيط وحتى من طرف الأب، لا توجد ذكريات ملموسة تخصه، بل تقتصر الذكريات على حركاته داخل رحم أمه والتي تشعر بها الأم فقط وصور التخطيط السمي، كما أن العلاقة مع الجنين علاقة افتراضية كما أطلق عليها (Missonier, 2004) من أجل وصف الروابط البيولوجية النفسية التي يتم إنشاؤها قبل الولادة بين الأم وجنينها؛ حيث تتعلق هذه العلاقة بمجموع السلوكات والعواطف والتصورات الشعورية وما قبل الشعورية واللاشعورية الموجهة للمضغة ثم إلى الجنين، حيث تعمل على خلق توازن بين الاستثمار النرجسي الذي يبلغ أقصاه والاستثمار الموضوعي الذي يكون منعدما) هذا ما يضيف طابع الخصوصية لهذا الفقدان.

استمر ظهور الأعراض لفترة تفوق الستة أشهر وهذا يدل على أن الحالة تعيش اضطراب ما بعد الصدمة وأنها تثبتت في أولى مراحل الحداد، حيث وبعد مرور كل هذه الفترة الزمنية لا زالت الأعراض تظهر بنفس الحدة والشدة ولازال الأنا غير قادر على استعمال آليات دفاعية متكيفة ترجع الجهاز النفسي لحالة التوازن وتوقف النزيف النزوي، في هذه الحالة الأنا تحت خطر الموت مع الميت لأنه عاجز عن الانفصال عنه.

حسب (Schmitt, 2011) يمكننا القول أن هاجر تعيش حدادا معقدا وذلك استنادا لتوفر المظاهر الخمسة التي خصها بالحداد المعقد وهي كالتالي:

1- صعوبة تقبل الحالة لموت جنينها.

2- الأسى والحزن والغضب.

3- نوبات من الانفعالات المؤلمة مرفوقة بحنين لطفلها المفقود.

4- أفكار متكررة حول الجنين الميت.

5- سلوكيات تجنبية لكل ما يذكرها بموت الجنين خاصة وبموضوع الحمل عامة.

استمرار هذه الأعراض لمدة ستة أشهر.

كما أن استمرار الشعور بالذنب وعزو موت الجنين إلى نفسها واحتقارها لذاتها يوحى بتقمصها لجنينها الميت هذا ما يدل على غياب تام للعمل النفسي؛ حيث لم يتم إعداد الحدث الصدمي.

يمكن إرجاع الحداد المعقد في هذه الحالة إلى عدة عوامل:

1- خصوصية الحداد في فترة الحمل التي تعتبر أزمة تطورية هوياتية يتم خلالها تأمين الهوية الأنثوية، كما أنه إلى جانب التغيرات الجسمية والهرمونية التي تعيشها الأم في تلك المرحلة المشابهة لمرحلة المراهقة تعيش خلال فترة الحمل نكوصا شديدا مدعما بحالة الشفافية النفسية، إذن فالفقدان في هذه المرحلة يعتبر اختبارا نفسيا يصعب انتهاؤه، ففي هذا الصدد يرى (Irving Léon) أن الحداد في فترة الحمل هو أزمة خلال أزمة.

2- خصوصية الموضوع المفقود من حيث أنه غير معترف به اجتماعيا، ليس لديه اسم، ليس هناك ذكريات تخصه ماعدا حركاته داخل بطن أمه وصور التخطيط السمعي.

3- غياب طقوس الحداد المتمثلة في عدم رؤية الحالة لجنينها رغم رغبتها في ذلك رغم أن رؤيته ولمسه يتركان أثارا حسية التي يمكن أن تعتمد عليها الحالة لتفعيل الحداد كما يؤكد لها ذلك أنها كانت تحمل كائنا ينتمي للسجل الإنساني ويساعدها على تخطي الشعور بالاحتقار الموجه للذات والنقص كونها لم تستطع كأنتى إنجاب طفل حي، في هذا الصدد يرى (Stern, 2011) أن رؤية الجسد بدون حياة للجنين خطوة

مهمة من أجل بدأ الحداد. إلى جانب غياب الدعم النفسي من طرف الزوج والمحيط الأسري هذا ما عزز شعور الحالة بأنها متروكة ومهجورة من طرف الآخرين. كما أن رفض الطاقم الطبي رغبة الأم برؤية جنينها الميت يوصل بطريقة لاشعورية رسالة مفادها أن الجنين لم يرق لمكانة الإنسان وأنه لا يستحق أن يودع. من جهة أخرى لا يحض الجنين الميت في بيئتنا بمكانة الطفل الذي ولد حيا ومات، حيث لا يستطيع الوالدين تسجيله في سجلات الحالة المدنية والدفتر العائلي ولا حتى تسميته، وكذلك لا يحض بمراسيم الجنازة بالشكل المتعارف عليه في بيئتنا، فقط اقتصرت - مراسيم الدفن- على أربعة أشخاص لم يكن الأب حاضرا ضمنهم، مع غياب عشاء الجنازة المتعارف عليه في بيئتنا، هذا ما يعزز شعور الأم بأنها لم تنجب طفلا يرقى لمكانة الكائن الإنساني الذي من المفروض يحض عند موته بطقوس الجنازة التي تعتبر مساحة للتعبير الانفعالي عن حزن الأم وألمها وغياب هذه الطقوس حسب (Heas.C et Heas.S, 2007) يدفع إلى ترسيخ الوهم بأن الفقيد لم يمت.

4- حل محل طقوس الجنازة طقوس النفاس والتي تجعل الأم في محل تساؤل عن حقيقة فقدان الجنين فبدل وجود طقوس توديع الجنين المفقود توجد طقوس النفاس المتعارف عليها في بيئتنا لاستقبال المواليد الأحياء في حين أن المهد الفارغ والبطن فارغ هذا ما زاد حدة الألم وجعل الأم تنفي موت جنينها، فبدل أن تقوم الطقوس بالدور المنوط لها وهو فصل الميت عن الأحياء عززت الطقوس الممارسة من طرف الأسرة وجود الجنين المفقود.

5- نوعية التوظيف النفسي وعدم نضج الأنا، وفشله في استعمال آليات دفاعية متكيفة التي من شأنها ارضان الحدث الصدمي.

يمكن إجمال الأعراض التي عانت منها الحالة بالرجوع إلى (DSM5) في ما يلي:

أ- تعرضت الحالة بشكل مباشر لحدث صدمي تمثل في موت جنينها داخل رحمها.

ب- وجود أعرا اقتحامية مرتبطة بالحدث الصدمي والمتمثلة في:

1- وجود ذكريات مزعجة اقتحامية متكررة وغير إرادية تخص الحدث الصدمي.

2- الإحباط النفسي الشديد ولفترات طويلة عند التعرض لمنبهات داخلية وخارجية تخص الحدث الصدمي.

ج- تجنب الحالة المستمر للمثيرات المرتبطة بالحدث الصدمي والتي ظهرت بعد موت الجنين داخل الرحم والتي ظهرت من خلال:

1- تجنب هاجر للذكريات المؤلمة والأفكار والمشاعر التي ترتبط بموت جنينها وبالحمل بصفة عامة.

2- تجنب عوامل التذكير الخارجية التي لها علاقة بالحمل وموت جنينها.

د- تعديلات سلبية في المدركات والمزاج المرتبطين بالحدث الصدمي والتي ظهرت بعد الحدث الصدمي من خلال:

1- معتقدات سلبية ثابتة ومبالغ بها حول الذات تمثلت في احتقارها لذاتها وشعورها بالنقص.

2- تبني الحالة لمدركات مشوهة كعزوها موت الجنين لذاتها وشعورها بالذنب جراء ذلك.

3- تعاني هاجر منذ الحدث من حالة انفعالية سلبية مستمرة متمثلة في القلق والشعور بالذنب والنقص.

4- أظهرت الحالة تراجعاً في القيام بالأنشطة المعتادة كالأعمال المنزلية وحتى العمل، وحتى على مستوى الأنشطة الاجتماعية.

5- عدم القدرة على اختبار المشاعر الايجابية بشكل مستمر.

هـ- تغييرات ملحوظة في الاستثارة ورد الفعل المرتبط بالحدث الصدمي والتي ظهرت بعد موت الجنين وتجلت في ما يلي:

1- مشاكل في التركيز.

2- اضطراب النوم المتمثل في الأرق.

و- مدة الاضطراب (المعايير ب، ج، د، هـ) أكثر من شهر واحد بل واستمرارها لما يزيد عن ستة أشهر.

ز- سبب الاضطراب إحباطا سريريا هاما وضعفا في الأداء في المجال الاجتماعي والمهني للحالة.

ح- لا يعزى الاضطراب إلى التأثيرات الفيزيولوجية لمادة أو حالة طبية.

إذن اعتمادا على نتائج المقابلة العيادية والملاحظة ونتائج استبيان (TRAUMAQ) واعتمادا على دليل التشخيصي الخامس (DSM 5) يتأكد أن الحالة هاجر تعاني من اضطراب ما بعد الصدمة.

خضعت الحالة بعدها لجلسات (EMDR) حيث كان مجموع الجلسات 04 أخذين بعين الاعتبار أن المرحلة الأولى من مراحل التقنية لم تكن ضمن هذه الحصص فقد سبق وأن تعرفنا على الحالة وتم إنشاء رابط علاجي قوي في المقابلات السابقة، لذلك شرعنا مباشرة خلال هذه الحصص الأربع في المراحل السبع الخاصة بالتقنية، التي تم خلالها استهداف حدث موت الجنين داخل الرحم حيث كان في بداية الحصة الأولى مستوى (SUD) 10 ليصل في نهاية الحصة الرابعة إلى 0 ويرتفع بالمقابل مستوى (VOC) إلى 07 بعدما كان يساوي 03 في المقابلة الأولى.

تخلصت الحالة من الأعراض سابقة الذكر، حيث اختفت متلازمة التكرار وحتى أعراض التجنب، وأصبحت قادرة على التواصل الاجتماعي بعدما كانت تعيش انسحابا اجتماعيا، كما لاحظت تحسنا كبيرا في الحالة المزاجية وتخلصت من الأعراض الاكتئابية، كما أنها أبدت تفهما لموقف زوجها الذي كانت تفسره من قبل باللامبالاة وانعدام الدعم النفسي، إلى جانب ذلك أصبحت تستيقظ في حالة من النشاط جعلتها تزاوّل عملها كما كانت قبل الحدث الصدمي كما رجع أداؤها لنشاطاتها المنزلية كالسابق، كما تخلصت من الشعور بالذنب وبدأت تفكر بشكل فعلي في مراجعة الطبيبة المختصة التي كانت ترفض زيارتها مجددا من أجل الفحص وأخذ رأيها في عيش تجربة الحمل مجددا.

تم تأكيد تخلص الحالة من الأعراض عن طريق تمرير الاستبيان بعد الانتهاء من جلسات (EMDR) والذي أكدته نتائجه فعالية التقنية في التخلص من أعراض اضطراب ما بعد الصدمة التي كانت تعاني منها هاجر.

-2 () :

-1-2 :

رانية البالغة من العمر 21 سنة، مستواها التعليمي جامعي؛ لازالت تزاوّل دراستها بالجامعة، تعيش تجربة الحمل لأول مرة، تعيش مع عائلة زوجها، مستواها الاجتماعي متوسط، طويلة القامة ومتوسطة البنية الجسمية، ترتدي لباساً منظماً ونظيفاً ومتناسقاً، لا تعاني من أي اضطرابات عضوية، ولم يسبق وأن عانت من اضطرابات نفسية.

تتميز رانية بالإنتاجية التلقائية، حيث تجيب بطريقة مباشرة وتلقائية على الأسئلة عامة وعلى الأسئلة التي تخص موت جينيتها خاصة، تسهب في الكلام، لغتها سهلة تتحدث باللغة "العامية"، تتكلم بالتفصيل عن مشاعرها وتفصح عن ما تشعر به بجمل معبرة وواضحة، لديها تسلسل وترابط في الأفكار يتسم مزاج الحالة بالحزن؛ حيث تستقبلنا بابتسامة في بداية المقابلات لكن سرعان ما تختفي ويحل محلها حالة من الحزن ونوبات بكاء والتنهيدات، تتواصل بصرياً بشكل جيد، تدرك التوجه الزمني والمكاني، لديها ذاكرة جيدة حيث تروي تفاصيل أحداث مرت في طفولتها بدقة، ذات قدرات عقلية عادية، توجه مشاعر الاحتقار لذاتها ولديها تقدير ذات منخفض نتيجة للحادث.

تنحدر من عائلة متوسطة الحال؛ الوالدان مطلقان منذ سنة 2008 كان عمرها آنذاك 12 سنة، هي الابنة الأخيرة بعد أخت وأخ لها من أمها، تتحدث عن أبيها مع طأطأة الرأس حيث تصرح: "عشت وحيدة ما نعرفش كيفاش الأب يخاف على أولاده، تعبر رانية عن احتياجها له "كنت متمنية يكون عندي أب يحضر المناسبات معنا ويعيش معنا" كما تضيف قائلة: "ما نعرفش إحساس الأب، وما نخافش عليه وما

عندي حتى علاقة معاه". كما وضحت أن ذكريات تعنيف والدها لوالدتها قبل طلاقهما لازالت عالقة في ذهنها رغم سن صغرها آنذاك.

تعبر رانية عن حبها الكبير لوالدتها "لموت على ماما، مانجمش نعيش بلا بيها" التي ضحت من أجل تربيتهم وتلبية مطالبهم وإسعادهم ومارست عدة أعمال منزلية في سبيل ذلك "ماما كانت تخدم في ديار تعاون روحها على جالنا"، تصف رانية الظروف المزرية التي عاشتها أمها مع والدها والعنف الجسدي الذي كان يمارسه عليها، هذا ما جعلها تعيش عنفا مزدوجا، الاعتداء على أمها كغلاف حاوي يحميها ويحنوا عليها ويُغذيها، وعنفا في كون المعتدي (والدها) موضوع حب، هذا ما جعل العنف الممارس على الأم يمارس بشكل رمزي على رانية من قبل نموذج من المفروض أن يكون نموذجا للحماية، مما ترك آثارا وخيمة على نفسياتها، نجم عن ذلك صورة مشوهة للأب التي تترجم بشكل أو بآخر النموذج الذكري العنيف، الأمر الذي أدى فيما بعد إلى سلوكات تجنبية وعدم الرغبة في التعامل معه أو الاتصال به.

1-

:

زواج رانية كان ثمرة علاقة حب بينها وبين زوجها، تعرب عن حبها له وأن هذا الجنين عزز حبهما وجمعهما "صح كنا مجموعين لكن هي زادت جمعتنا ... لي تقوله هو بابا تقولي أنا ماما". أما عن حياتها الجنسية فتعبر عن رضاها وإشباعها؛ حيث أن العلاقة الجنسية دائما تكون برغبة الزوجين المتبادلة وهذا قبل الحادث. الجنين الذي فقدته كان أنثى.

2-

:

تمت أول مقابلة بعد يوم من ولادة الجنين الميت؛ حيث وجدنا رانية في حالة حزن وبكاء شديدين، لم تستطع أن تروي لنا الأحداث بالتفصيل وبدقة؛ فقط كانت تردد عبارة "بنتي الله يرحمها" خلال كل المقابلة مع بكاء وأفكار مشتتة غير متسلسة معبرة من خلالها عن حزنها لفقدان ابنتها "حاجة عزيزة عليا راحت، راني نحس دنيا راهي مبلعة في وجهي" وهذا ناتج عن قوة المواجهة مع حقيقة الموت الذي نتج عنها انقطاع

مفاجئ وحقيقي لمهام الأنا التي أدت لانهيار الحالة، خلال المقابلة كانت تكرر نفس الأفكار لكن بعبارات مختلفة، في المقابلة التي تلتها روت لنا رانية أحداث موت جنينها؛ الذي كان سببه ثقب بالكيس ونفاذ السائل الأمينوسي؛ توجهت للمشفى بعد حدوث نزيف دموي، بعد فحص الطبيبة أخبرتها أن نسبة احتمال بقاء الجنين حيا 50 بالمائة بسبب نقص السائل الأمينوسي، تعبر رانية عن شعورها خلال تلك اللحظات "حسيت روعي أنا غادي نموت، قعدت نخم كى غادي نعيش بلا بنتي" شعورها بالموت مع طفلتها ناتج عن مكانة الجنين الذي يعتبر جزءا لا يتجزأ من جسم الأم وجزءا منها هي ذاتها، وبالتالي موته وضع سلامتها النفسية والجسدية محل التساؤل وهذا ما نتج عنه لحظات الخلط بين الضرر اللاحق بالطفل والضرر اللاحق بها هي وبين موتها وموت جنينها، بعدها توجهت الحالة لطبيب مختص خارج المشفى الذي أكد لها نفس التشخيص السابق، في اليوم الموالي تم الإعلان عن موت الجنين داخل رحمها من طرف الطبيب، الأمر الذي جعلها تشعر وكأنها في عالم آخر تعبر الحالة عن ذلك قائلة: "ماوليت لا نشوف لا نسمع، راسي ولى فارغ" في هذه اللحظات تم اختراق الصورة الصدمية للجهاز النفسي، فترة الاختراق هذه تشعر بها الأم كفترة زمنية خالية من الكلمات، فتتوقف الحياة في اندفاعيتها فلا ترى الأم إلا الأسود والأبيض هذا الغياب يغزو كل حقول الفكر نتيجة الانقطاع المفاجئ للروابط.

في نفس اليوم بدأت آلام المخاض التي لم تكن مهياة لها الحالة فقد عبرت عن ذلك بـ: "قعدت نتوغ ماشي بالألم لا .. مالفيتش حل مانخليهاش تخرج، قلت راهي حية... مالفيت كي ندير ... غاضتني لي غادي نولد قبل الوقت" تروي تفاصيل الأحداث مع نوبات بكاء حاد، مع تكرير عبارة "مارانيش مأمنة" وذلك لأن موت الجنين يسبب تصادما في الزمن بين الولادة والموت فيحدث توقف للصورة لدى الأم أمام الحياة.

بعد مرور أسبوع من الولادة تشعر رانية بالحركة في بطنها وتتحيل وجود ابنتها "حاجة راهي تخبط داخل نخط يدي نتحسس ... بالاك مازالها هنا ... بالاك مازالها حية" فآثر فجائية الحدث الصدمي سمح للصورة الصدمية باقتحام الجهاز النفسي نتيجة لحدوث كسر في الغشاء الواقى له، فينتج عن هذا تموضع جسم غريب في قلب

الجهاز النفسي، هذا الجسم الغريب يعتبر مصدر كمية كبيرة من الطاقة والإثارة التي يعجز الجهاز النفسي عن ارضائها وتصفيتها بالوسائل المعهودة. وبالتالي استعمل الأنا آلية النفي من أجل حماية نفسه من الانفجار ولإرجاع الجهاز النفسي لحالة التوازن.

تعاني الحالة من أعراض الاقتحام المتمثلة في وجود ذكريات اقتحامية متكررة وغير إرادية عن الحدث الصادم في النهار، حيث تمر عليها مشاهد تخص الحدث فتشعر وكأنه يحدث الآن، أما ليلا فتري أحلام مزعجة متكررة أحيانا يكون لها صلة مباشرة بالحدث وأحيانا العكس "مارانيش نرقد، احلام متكررة مزعجة راني نخاف الليل"، إذ تعتبر متلازمة التكرار هذه من بين الآثار المترتبة عن الصدمة، حيث يتثبت في قلب نفسية الحالة يقين موتها الحقيقي الذي لم يكن موجودا من قبل وهذا ما سماه (Ferenczi) نهاية وهم الخلود، وبالتالي يكون الموت حاضرا دائما، فعدم وجود أي تصور يرتبط بالصورة الصدمية يجعل هذه الأخيرة تبقى على حالها في أدق التفاصيل فتنبعث إلى الشعور في شكل كوابيس ليلا وفي النهار تكون حاضرة كحدث في طور الحدوث وهذا ما يشهد على وجود صدمة.

تعيش الحالة تباطؤا في الزمن "راني باغيا نرقد نطقن نلقى عام ولى عامين الدقيقة راهي تفوت عليا ساعة والساعة نهار" وهذا ما يفسر فقدان الحالة لمعالم التوجه الزماني، وجماد الزمن النفسي حول الحدث الصدمي التمثل في موت الجنين الذي أدى إلى هيكلة الاقتصاد النفسي حول الموضوع الصدمي وهذا ما يترجم حساسيتها المفرطة من المواضيع المرتبطة بالحدث سواء بطريقة مباشرة أو غير مباشرة وسلوكاتها التجنبية لكل ماله علاقة مع الحدث الصدمي، فأصبحت ترفض حتى المرور في الشارع الذي يتواجد به المستشفى، فقد رفضت زيارتنا في مكتب الأخصائي المتواجد على مستوى المؤسسة الاستشفائية أم طفل تجنبا منها لتذكر ما مضى، تتجنب كذلك الحالة أي حديث يذكرها بالأحداث السابقة حتى ولو كان برنامجا تليفزيونيا يعالج موضوع الحمل فإنها تتجنب مشاهدته، كما أصبحت تتحاشى عند خروجها للتسوق المتاجر المخصصة لبيع لوازم الأطفال. هذا التجنب نتج عن مجموعة من الميكانزمات الدفاعية التي استعملها الأنا لتحاشي التكرار مما أدى إلى

تجمد وظائف الفرز، فأصبحت الحالة غير قادرة عن فرز المثيرات الخطيرة وغير الخطيرة. بل أصبح يبدو لها أي شيء له علاقة بالحمل مصدر خطر وعدوان ينتج عنه حالة استنفار.

تعيش رانية حالة من تجمد وظائف الحضور، حيث أصبحت تعاني من إحباط نفسي شديد، ومزاج اكتئابي جعلها ترى المستقبل بنظرة سوداوية تشاؤمية "لنيا راهي ضايقة بيا ... حتى حاجة ماراهي تفرحني ... راحلي l'espoir في دنيا"، كما تراجعت اهتمامتها السابقة "كل شيء راه جايبي ثقيل في حياتي كون نصيب ماندير والو .. كلش سماط راحت البنة قاع" "مانشري والو كنت باغيا نسبع شعري ونشري قش، كنت باغيا نشري مونطو نديها لكن دروك بنتي راحت، السنة مانشريش حاجة جديدة"

تعاني الحالة من اضطرابات في السلوك المتمثلة في اضطرابات النوم الناتجة عن الكوابيس المتكررة، فقدان الشهية "قلبي راه قافر ... كنت ناكل مليح على جالها دروك علاش ناكل؟"، تصرح الحالة أن كل ما كانت تقوم به لأجل ابنتها لن تقوم به حتى المأكولات التي كانت تفضلها أثناء حملها لا تريد تناولها الآن. مما أدى إلى نقصان واضح في الوزن. كما تعاني من مشاكل في التركيز.

أظهرت الحالة انسحابا اجتماعيا، حيث أصبحت تتجنب التجمعات والمناسبات وهذا ناتج عن الكسر الصدمي بسبب تخطي الصورة الصدمية حاجز الكبت الأصلي وكأنها رانية رجعت إلى العالم قبل الموضوعي وفي نفس الوقت تمنع زوجها من تركها لوحدها لأن بقاءها وحيدة يجعلها تتذكر ما حدث أي يجعل متلازمة التكرار تظهر من جديد. يظهر من خلال حديث رانية غياب الإعداد العقلي حيث ترى أنها هي سبب موت جنينها رغم تأكيد الطبيب لها أن السبب فيزيولوجي محض إلا أنها تشعر بالذنب وتلوم نفسها كونها هي القاتلة لطفلتها.

توقفت الوظائف الحياتية للعالم الخارجي لدى الحالة إذ عبرت عن ذلك تعبيراً صريحا بعدم رغبتها في العيش "مارانيش باغيا ناكل ولا نلبس ... مارانيش باغيا

نعيش قاع بلا بيها" يرجع هذا إلى أن فقدان الجنين ليس فقداناً للموضوع فقط بل هو شرخ نرجسي، الذي يحدث تحولاً مفاجئاً وجذرياً في النظام اللبيدي النرجسي، هذا ما لا تستطيع النرجسية المطلقة تحمله، إذ يبدو فقدان وكأنه بتر، هذا الجرح النرجسي يترافق مع اضطراب النظام اللبيدي، فائض الاثارات هذه يجعل الحالة ترغب في الانضمام إلى الموضوع المفقود، وفي هذه الحالة لا يمكن الانفصال عن الموضوع المفقود إلا بالاعتراف بغيريته وهذا ماتكره الحالة "حاجة سكنت فيا جاو داوهالي قلعوهالي .. حاجة تاغي داوهالي".

موت جنينها سبب اضطرابات شديدة وتصادما في الزمن بين الولادة والموت فتوقفت الصورة لدى الأم أمام الحياة "كنت نقارع الولادة وتمنيت نموت معها" فبعد أن كانت الولادة بالنسبة للحالة مرتبطة بفعل إعطاء الحياة أصبحت منتجة للموت وبالتالي تشعر الحالة بأن جسمها حامل للموت. "كون نصيب نحل القبر وندخل فيه معها، كون صبت انا مت وهي قعدت كون تقطعولي رجليا، كنت نخاف الموت لكن دروك كون غير نموت باش نشوف بنتي" فموت الجنين جعلها تعيش خلطا معرفيا بين الضرر اللاحق به والضرر اللاحق بجسدها بين موتها وموت جنينها، لأن هذا الأخير يعتبر جزءا من ذاتها وفقدانه يعاش كتمزق للذات لا بل كبتر "كانت في وسطي كانت عايشة داخل فيا، كانت تاكل عندي، كانت عايشة عندي يكذب لي يقولك ماعليش تتعوض".

في تعبير صريح للحالة عن اضطراب تقدير الذات وتبدد شعور الحالة بالهوية الأنثوية والصورة التي تملكها عن كفاءتها في الأمومة تقول: "وليت أم ممبعد وليت والو، ماولات عندي لا عائلة لا والو"، كما تعيش رانية انفصالا مزدوجا، فقد انفصل الجنين عن جسدها تاركا إياها بشكل نهائي، فينتثب الفراغ مكان الغياب، هنا الألم لا يمحي، فأثره يترك بصمة في أعماق الجسد مرفقا بأحاسيس الفقدان والفراغ كما في حالة البتر "خلتي فيد كبير ماننسا هس جامي".

تحاول رانية أخذ الدعم النفسي من المحاضرات والدروس الدينية التي تخص القدر "لريح كي نسمعهم ونقول الحمد لله" لكن سرعان ما ترجع إلى حالة النفي والتساؤل عما حدث ولماذا حدث، وهذا ناتج عن حالة خلط معرفي نفسي بين تقبل الحقيقة وإنكارها حيث تستند تارة على منطلق اجتماعي من أجل بناء تصورات ذات أساس ديني لضبط القلق لتعود من جديد إلى حالة النفي في محاولة من الأنا لحماية نفسه من الواقع المؤلم ومن الانفجار خاصة وإرجاع الجهاز النفسي لحالة التوازن.

3- :

رأت الحالة ابنتها بعد الولادة عند إخراجها من الرحم عن بعد لم تلمسها "شفتها مين زادت .. كون ماشفتهاش نموت"، تؤكد رانية على انتماء طفلتها للسجل الإنساني "بنتي بنادم إنسان صح شفتها غير في من بعيد إنسان كاملة" في محاولة منها لرفع تقديرها بالذات كونها كانت قادرة على إنتاج كائن ينتمي إلى البشرية.

اقترح زوج الحالة أن يخبئ ملابس الطفلة الي كانت قد حضرته رانية عند والدتها إلا أنها رفضت ذلك فقد كانت تنفدهم يوميا وكأنها تنفقد ابنتها "كل يوم نشوف قش بنتي ونشمه ونعنقه ونبكي ونهدر معاه".

توافد عليها النساء لتعزيتهما لكن لم تتقبل عبارة "عظم الله أجرك" "مادخلتس لراسي بدلا ما يقولولي تتربي في عزك حتى وليت في تلقيها عند ربي" "مين قاتلي امرأة عظم الله أجرك قلت شارهي تقول قلت في راسي شارهي تقولي أنا بنتي بصح ماتت؟؟" وهذا يدل على استمرارية استعمال الأنا لميكانزم النفي ورفض حقيقة الموت. تقديم التعازي لها في الجامعة بعد رجوعها للدراسة جعلها تدخل في نوبات بكاء حاد "خربولي في الجرح" ولم تتقبل فكرة التعزية.

تلقت رانية دعما نفسيا من الزوج، حيث كان رفيقها في التخفيف عن آلامها، ولم يبد أي تدمر من حالتها المزاجية المتقلبة بل بالعكس قدر ظرفها ودعمها وساعدها من أجل الخروج من الحالة النفسية التي تعيشها وبذل جميع الأسباب لذلك. كما تلقت دعما من أمها.

-4

): (

بعد مرور شهر على موت الجنين لازالت الحالة تعاني من متلازمة التكرار التي ظهرت من خلال الكوابيس ليلا والتي لها صلة مباشرة مع الحدث الصدمي "وليت نهرب من الواقع للرقاد نلقاها في النوم نوض مخسرة قاع" أما خلال النهار فتجتاح فكرها أفكار قهرية لها علاقة بالحدث على شكل اجترارات عقلية مرفوقة بحالة اعاشية.

كما تحاول الحالة تجنب جميع الوضعيات التي تؤدي بها إلى تذكر موضع الحمل وموت جنينها، فأصبحت تظهر حساسية مفرطة لكل ما يذكرها بما حدث فمثلا أصبحت تتجنب الذهاب للدراسة لأن ثلاثا من زميلاتها في الفوج حوامل، مما جعلها تتجنب الدراسة "مارانيش باغيا نشوفهم، مين سمعت بلي راهم حوامل جاتني الضيقة، مين نشوفهم نقعد نشوف في كروشهم، مين يهدرو على الوحم نوض مانجمش نسمع". لازالت رانية وبعد مرور ستة أشهر تتجنب المرور في الشارع الذي تتواجد به المؤسسة الاستشفائية التي تمت فيها ولادتها "كون نصيب المتارنيتي ماشوفهاش، كون قاع نعاود نحمل مانروحش تما ومانولدتش تم" وهذا ما يوضح أن الحالة تعاني من السلوكات التجنبية. كما أنا تقدير الذات لدى رانية منخفض "كنت حاسة روعي بنادم كنت أم، راني والو دروك أنا la poubelle دروك كيف كيف".

كما ظهر لدى الحالة بعد مرور شهرين ونصف نوبات الهلع المتمثلة أعراضها في التعرق، ارتجاف اليدين، زيادة خفقان القلب، دوخة، رؤية ضبابية، تنمل الأطراف "لحس روعي باغيا نموت عروقي يتزيرو نولي نرجف من داخل" وذلك عند التعرض لأحد المثيرات التي لها علاقة بالحدث الصدمي.

لدى رانية مشكل في الاندفاعية وعدم الرضا على وضعها الراهن وتراجع أداء مهامها اليومية، إذ فقدت الرغبة والشغف في ممارسة أي نشاط "كلش راحت البنة

تاعه"، كما لا زالت تعاني من مزاج اكتئابي وحزن وفقدان للأمل "راحي لوني في الحياة ماوليتش نعرف الفرحة ماوليتش نزهى" كما تراجع اهتمامها بذاتها. لدى الحالة شعور بالذنب "أي حاجة نديرها راني نحس بتأنيب ضمير نقول دفنت بنتي وأنا راني عايشة عادي" وهذا نتيجة الكسر الصدمي الناتج عن اجتياز حاجز الكبت الأصلي الذي يعادل العودة إل العالم اللاموضوعي، فيرتبط هذا النكوص العميق بالشعور بالذنب الذي له علاقة مباشرة مع الأصل، فالرجوع إلى هذا الأخير يعتبر تجاوزا كبيرا نادرا ما يدركه الفرد كما هو وإنما يظهر على شكل شعور بالذنب.

كما أصبحت تجد صعوبة في التركيز "راني ننسى شافلت شاحطيت شاباغيا ندير، ندير حاجة نروح ونخليها راني نتمشى بلا وعي"، كما تعاني من اضطرابات في النوم المتمثلة في الأرق "مارانيش قاع نرقد ليل نبات نعس"، كما ظهر لديها فقدان في الشهية الذي نتج عنه نقصان واضح في الوزن. تشكو رانية من فقدان تام للرغبة الجنسية، وأكدت أنها تمارسها فقط من أجل إنجاب طفل آخر "لوكان جا الحمل بطريقة أخرى نمتنع عليها تماما" وهذا ما يعتبر إشارة على هزيمة نزوة الحياة، فاخفاء اللبيدو الجنسي وعدم الوصول للنشوة إشارة إلى أن جزءا من الذات مات.

تعبّر الحالة عن التجربة التي عاشتها بأنها تجربة "كحلة وأصعب حاجة عشتها في حياتي"، حاولت الحالة بشتى الطرق الخروج من الحالة النفسية الراهنة إلا أنها فشلت في ذلك "جربت كلش والله غالب... ماعرفتش شايدأويني"، حدة الألم جعلتها غير قادرة على التعبير عن ما تشعر به "لعيانوصف ومانجمش الموت حارة بزاف... الجرح ما بغاش يداوى راني في ستة أشهر ومانجمتش ننسى وكانو البارح" هذا الألم ناتج عن الفراغ الذي تعيشه الأم، فقد عاشت انفصالا مزدوجا، حيث انفصل الجنين عن جسدها وعن واقعها فتنبت الفراغ مكان الغياب، لذلك أثر الألم لم يمحي ولم يخفف من حدته مرور الوقت ولا دعم المحيط، فهو ألم يسمح بالحفاظ على حضور الغياب "قعد le choc في راسي".

في يوم الموعود الذي كان من المفروض أن تلد فيه الحالة مولودتها عاشت الحالة الحدث الصدمي من جديد وكأنها فقدت ابنتها في ذلك اليوم، زارت قبر ابنتها "بكيت مازال le choc راه في راسي، مانجمتش ننسا" اتصلت بنا الحالة في نفس اليوم وكانت قد انتابتها حالة هلع. لازالت الحالة تتذكر تفاصيل الحدث كما روته لنا في المقابلات الأولى.

حتى بعد مرور 10 أشهر لازال الأنا يستعمل ميكانزم النفي "راني نطلب في ربي يعاود يرد هالي في كرشي ونعاود نولدها وندير نفاس" هذا ما يدل على عدم تقبلها لحقيقة فقدان الموضوع وعدم وجود أي عمل نفسي، لا زالت الحالة تبكي جنينها الميت ولازال الغياب المفاجئ له يغزو كل حقول الفكر نتيجة الانقطاع المفاجئ في الروابط بينها وبين الموضوع المستثمر نرجسيا "عاشت في كرشي وتحركت فيا كانت جزء مني"، لذلك خلف فقدانه معاناة شديدة لأن جزءا من ذاتها انفلت معه، فالفقدان في سياق الحمل هو مواجهة مع تمزق عنيف للذات بعد المرحلة الانصهارية التي كانت تعيشها مع جنينها.

خلفت هذه الأعراض اضطرابا في العلاقة الزوجية وصعوبات علائقية بينها وبين محيطها فبعدما كان زوجها يدعمها نفسيا أصبح يتذمر وذلك بعد تواصل الأعراض لمدة تزيد عن ستة أشهر "زوجي راه يكره كي يجي للدار ويلقاني هاك كره مني".

-6 :

ترغب الحالة في الحمل لملاً الفراغ الذي خلفه الجنين الميت "راه عندي فراغ كبير يليق نعوضه بطفل آخر" وذلك من أجل تمديد وإطالة الحمل الذي لم يكتمل، وفي نفس الوقت تؤكد رانية أن أي طفل لا يعوض ابنتها نهاد "لعاود نولد 10 ومايجونيش كيما بنتي لي ماتت" وهذا ما أكدته (Stern, 2011) بأن الولادة حتى وإن تكررت كحدث ليس لها دائما نفس المكانة والأثر، ولذلك يبقى الجرح قائما. رغبتها في الحمل السريع ناتجة عن رغبتها في تجنب أي عمل نفسي وعدم القيام بالحداد.

عبرت الحالة عن انتظارها كل شهر لخبر حملها، رغم رغبتها الشديدة إلا أنها لم توفق مما زادها ألماً نفسياً وأكد معتقداتها السلبية حول ذاتها بأنها غير قادرة على العطاء ولا تتمتع بالأنوثة الكاملة التي تؤهلها لتصبح أما.

-2- (TRAUMAQ))
:(

من خلال تطبيق استبيان الصدمة على الحالة رانية تحصلنا على النقاط الخام التالية لكل سلم والتي حولناها بالاعتماد على الجدول المرفق في قائمة الملاحق (الملحق رقم 04) إلى نقاط معيارية:

T	J	I	H	G	F	E	D	C	B	A	
13	07	21	24	06	09	03	15	12	12	23	
5	4	5	5	4	4	2	5	4	5	4	



تحصلت الحالة بعد تمرير استبيان (TRAUMAQ) على مجموع نقاط يساوي 131 القيمة التي تقابلها 05 درجات معيارية وهو ما يعبر عن وجود صدمة قوية، اعتماداً على النقاط المتحصل عليها وبعد تحويلها قمنا بتحويلها للملح الموضح أعلاه

والذي يتوافق مع الملمح (A) الذي يعبر عن معاناة رانية من متلازمة ما بعد الصدمة شديدة.

تحصلت رانية على 23 نقطة والتي تعتبر أكبر قيمة يمكن التحصل عليها فيما يخص السلم (A) الخاص برد الفعل النفسي والجسدي أثناء الحدث والذي يقابله 04 درجات معيارية، يضم السلم 08 بنود تعبر عن معاناة رانية الجسدية والنفسية إذ شعرت بالرعب والقلق إزاء إعلان موت جنينها، كما ظهر لديها أعراض جسدية تمثلت في خفقان شديد للقلب وارتجاف، لم تستطع الحالة إبداء رد فعل ملائم عند سماعها نبأ موت جنينها داخل رحمها وذلك لشدة وفجائية الحدث الصدمي، كما شعرت الحالة بأنها في حالة خطر وكان لها اعتقاد بأنها ستموت وبأنها أمام كل هذا عاجزة ووحيدة.

في حين حصلت على 12 نقطة في ما يخص السلم (B) الخاص بأعراض التكرار المرضي والتي تقابلها 05 درجات معيارية، يضم السلم 04 بنود تعبر عن أن الحالة تعاني من متلازمة التكرار التي تمثلت في إعادة معايشة الحدث في الأحلام والكوابيس ووجود ذكريات وصور اقتحامية تجعل الحالة تعيش الحدث وكأنه يحدث الآن، وهذا ما ينتج عنه صعوبة الحديث عن الحدث والقلق .

كما حصلت على 15 نقطة تخص السلم (C) هذا ما يقابله 05 درجات معيارية، يخص السلم اضطرابات النوم ويضم 5 بنود، أظهرت النتائج أن رانية تعاني من الأرق وترى كوابيس وأحلام مرعبة وهذا ما يجعلها تستيقظ متعبة.

أما فيما يخص السلم (D) الخاص بالقلق وعدم الأمان والتجنب الرهابي والذي يضم 05 بنود فقد حصلت رانية على أعلى نقطة وهي 15 يقابلها 05 درجات معيارية. إذ أصبحت رانية تشعر بحالة عدم أمان وتتجنب الأماكن التي لها صلة بالحدث منذ موت جنينها، وعند تعرضها لمثيرات تذكرها بالحدث تتعرض لنوبات قلق.

في حين تحصلت على 03 نقاط في السلم (E) الذي يقيس الهيجان وفقدان القدرة على التحكم، اليقظة الزائدة والحساسية المفرطة، وهذا يقابله درجتين معياريتين.

أما السلم (F) والذي يخص ردود الأفعال السيكوسوماتية، الجسمية واضطرابات الإدمان والذي يضم 05 بنود فقد تحصلت الحالة فيه على 09 نقطة النتيجة التي يقابلها 04 درجات معيارية، حيث ظهر لاحظت الحالة تدهورا لحالتها الجسمية عموما وتغيرا ملحوظا في الوزن، كما ظهرت لديها نوبات الهلع والتي تتمثل أعراضها في الارتجاف والتعرق وصعوبة التنفس وخفقان القلب.

في حين تحصلت على 06 نقاط في ما يخص السلم (G) الخاص بالاضطرابات المعرفية وهي النتيجة التي يقابلها 04 درجات معيارية، فمنذ الحدث أصبحت رانية تعاني من مشكلات في الذاكرة وصعوبات في التركيز.

أما في ما يخص السلم (H) بالاضطرابات الاكتئابية والذي يضم 08 بنود فقد تحصلت رانية على 24 نقطة وهي أعلى درجة يمكن التحصل عليها عند تمرير الاستبيان تقابلها 05 درجات معيارية، فمنذ الحدث أصبحت الحالة تعاني من مزاج حزن وتنتابها نوبات بكاء حاد، كما تشعر بالإعياء والتعب، كما أصبحت تعيش انسحابا اجتماعيا وفقدت الاهتمام بأشياء كانت مهمة قبل مواجهتها لحقيقة الموت، كما تواجه صعوبات في علاقتها الجنسية.

في حين تحصلت رانية على 21 نقطة في ما يخص السلم (I) الخاص بالمعاش الصدمي للحالة تقابلها 05 درجات معيارية، يضم السلم 07 بنود، تشعر رانية باحتقار شديد للذات لأمر الذي جعلها تغير نظرتها للحياة وحتى لنفسها، كما تعيش مشاعر الذنب الناتجة عن كونها تعزو موت جنينها لذاتها وتشعر بالعار لأنها بقيت على قيد الحياة فيما ماتت ابنتها.

أما السلم (J) المتعلق بنوعية الحياة والذي يضم 11 بنود فقد تحصلت من خلاله الحالة على 07 نقاط وهذا ما يقابله 04 درجات معيارية، حيث تراجع نشاطها

الدراسي بعدما كانت طالبة مجتهدة، وأصبحت تشعر بالوحدة وتشكو من عدم فهم الآخرين لها.

أما في ما يخص الجزء الثاني من الاستبيان والذي يهدف أساسا إلى قياس فترة ظهور الأعراض ومدتها فقد أظهرت النتائج أن رانية تعاني من اضطراب ما بعد الصدمة وذلك لتواصل ظهور الأعراض التالية:

- متلازمة التكرار.

اضطرابات النوم المتمثلة في الأرق.

- القلق ونوبات الهلع التي ظهرت بعد شهرين ونصف من الحدث.

- الخوف من العودة إلى أماكن الحدث أو أماكن مماثلة حتى أنها رفضت زيارتنا في مكتب الأخصائي على مستوى المؤسسة الاستشفائية أم طفل.

- الاستجابات الجسدية: مثل التعرق، ارتعاش.

- فقدان الشهية.

- صعوبة التركيز.

- اللامبالاة العامة، فقدان الطاقة والحماسة الكأبة، التعب.

- النيل للعزلة.

- مشاعر الذنب.

:(EMDR)

3-2

بعد التأكد من أن الحالة تعاني من اضطراب ما بعد الصدمة شرعنا في الحصص العلاجية باستعمال تقنية (EMDR)، وكما هو معلوم تم التعرف على تاريخ الحالة من خلال المقابلات العيادية التي أجريت سابقا لذلك مررنا مباشرة للمرحلة الثانية وهي مرحلة التحضير بعدما حددنا الأهداف المراد علاجها أو استهدافها وكانت كالتالي:

1- حدث موت الجنين داخل الرحم.

2- انفصال الوالدين وغياب الأب والإهمال الذي تعانیه من طرفه.

3- حادثة ضرب الأب لأمها ضربا مبرحا الأمر أدى إلى نقلها للمستشفى.

قمنا أولا بإعطاء شرح مبسط عن التقنية للمفحوصة وكيفية عملها، بعدها قمنا بتنظيم طريقة الجلوس واختيار طريقة إزالة الحساسية، حيث وقع اختيار المفحوصة على حركات العين، حددنا المسافة اللازمة والسرعة المناسبة وكذلك الاتجاه الملائم. اتفقنا على إشارة التوقف وكانت رفع اليد اليمنى التي تستعملها الحالة إذا ما أرادت توقيف سيرورة العلاج.

بعدها قمنا بتحديد المكان الآمن، حيث وقع اختيار الحالة على جبل ينحدر من خلاله شلال وصوت تدفق الماء منه ومن ثم قمنا بتعزيز الإجابة بحركات العين، بعدها قمنا بتحديد الكلمة المفتاحية الخاصة بالمكان الآمن وهي: الأمل واتباعها بحركات العين، ثم طلبنا من الحالة تكرار الإجراء لوحدها دون حركات العين للتمرن على استعماله لاحقا إن لزم الأمر.

عندها شرعنا في علاج أول هدف والذي اختارت المفحوصة حدث موت الجنين داخل الرحم، طلبنا من الحالة الاحتفاظ بصورة واحدة كمحور للعلاج وكانت لحظة الولادة ورؤيتها طفلتها الميتة، الاعتقاد السلبي المرافق للصورة هو "أنا فاشلة وأنا سبب موت طفلي" "مانصلح لوالو وأنا سبب موتها" قابلها اعتقاد ايجابي "لدي قيمة، ولم أكن سببا في موتها" "سوى وأنا درت قاع لي عليا"، تم تحديد مستوى (VOC) ب 2 ورغم أنه غير كاف إلا أن المفحوصة أصرت على هذه الإجابة، بعدها قمنا بتسمية الانفعال الناتج عن التفكير في الصورة المحددة سابقا والاعتقاد السلبي "مانصلح لوالو وأنا سبب موتها" وكان "الغضب"، بعدها قمنا بتحديد مستوى (SUD) والذي بلغ أقصى درجة وهي 10، شعرت الحالة بهذا الانفعال على مستوى اليدين والرجلين إذ تشعر بتتمل.

بعدها انتقلنا إلى المرحلة الرابعة وهي إزالة الحساسية باستعمال حركات اليد، حيث طلبنا من المفحوصة استحضار الصورة والتركيز عليها مع الاعتقاد السلبي والإحساس الجسدي وتتبع الأصابع، انطلقنا من الهدف الرئيسي انتقالاتنا إلى القنوات بعد أربع مجموعات ، أصيبت الحالة بنوبة بكاء عندها أشارت بيدها طالبة التوقف، هذا ما جعلنا نوقف سيرورة العمل العلاجي ونلجأ إلى المكان الآمن الذي خفف من حدة توترها وانهيينا الحصة أين كان مستوى (SUD) بعد استعمال المكان الآمن 07.

في الحصة الموالية أخبرتنا الحالة أنها استعملت المكان الآمن لعدة مرات خلال تعرضها لنوبات الهلع وأنها سيطرت على الوضع دون أخذها للمستشفى كالعادة، بدأنا الحصة بإعادة التقييم ومن ثم بالتذكير بالهدف والصورة المستهدفة التي تم تحديدها الحصة السابقة والبدء في إزالة الحساسية عن طريق مجموعات حركات العين إلا أن توصلنا إلى مستوى (SUD) يساوي الصفر، عندها انتقلنا إلى مرحلة تثبيت الاعتقاد الإيجابي، حيث عرضنا على المفحوصة الاعتقاد الإيجابي الذي تم تحديده الحصة الأولى وطلبنا منها تقدير (VOC) الذي ارتفع إلى 05، بعدها طلبنا منها استحضار صورة الحدث إلى جانب الاعتقاد الإيجابي وقمنا بعمل 04 مجموعات من سلاسل من حركات العين حتى وصلنا إلى مستوى (VOC) يساوي 07 وبالتالي تصبح عودة الحدث الصدمي مرفقة بالاعتقاد الإيجابي، بعدها اضطررنا إلى إغلاق الحصة دون مسح الجسم وذلك لانتهاء وقت الحصة.

في الحصة الثالثة أخبرتنا الحالة أنها لازالت تعاني من أحلام مزعجة تخص الحدث الصدمي، هذا ما جعلنا نرجع إلى صورة الحدث الأولية بدلا من مسح الجسم فبقاء عرض التكرار عن طريق الأحلام يدل على وجود مواد مختلة لم يتم استهدافها بعد، انطلقنا مرة أخرى من الصورة الأولية وذلك بعد قياس (SUD) الذي ارتفع إلى 3 واتبعنا نفس الخطوات السابقة في إزالة الحساسية وفعلا ظهرت قنوات جديدة تم استهدافها من خلال 07 مجموعات من حركات العينين ليصل مستوى (SUD) إلى الصفر، حينها مررنا إلى مرحلة التثبيت بنفس الخطوات التي اتبعناها في الحصة السابقة وعلى الرغم من أن مستوى (VOC) كان 07 إلا أننا قمنا بعمل مجموعات

إضافية لتثبيت الاعتقاد الإيجابي بشكل نهائي، وانتقلنا بعدها إلى مرحلة مسح الجسم حيث اختفى الإحساس الذي كان ملازماً لها على مستوى اليدين والرجلين وصولاً إلى مرحلة الإغلاق.

في الحصة الرابعة قمنا بتقييم مدى معالجة المواد المختلة المرتبطة بالاستهداف الأول ومراجعة (journal de bord) حيث توصلنا إلى أن الحدث الصدمي الأول قد تمت معالجته، انتقلنا لمعالجة الاستهداف الثاني، اتبعنا نفس الخطوات السابقة، قمنا أولاً بتحديد الصورة التي تمثل الحدث يوم عقد قرانها حيث قامت بدعوته ليقوم مقام الولي وبقيت تترقب مجيئه إلا أنه لم يأت. اختارت الحالة نفس المكان الآمن السابق، أما الاعتقاد السلبي فقد كان "ما عنديش قيمة" في المقابل الاعتقاد الإيجابي كان "عندي قيمة"، تم مستوى (VOC) بـ 04، أما فيما يخص الانفعالات التي تشعر بها الحالة عند التفكير في الاعتقاد السلبي فهي عدم الأمان والوحدة، وتم تقدير مستوى (SUD) بـ 08، شعرت به على مستوى الصدر، بعدها قمنا بالشروع في إزالة الحساسية عن طريق حركات العينين، لنصل إلى مستوى (SUD) في نهاية الحصة قدره 03، حيث اضطررنا إلى إغلاق الحصة واستعمال التطهير. في الحصة الموالية صرحت الحالة بأنها تشعر باستقرار نفسي وتغيرات ايجابية في سلوكياتها وحتى أفكارها، واصلنا العلاج بأول خطوة وهي إعادة التقييم ثم انطلقنا من الصورة التي تم تحديدها في الحصة السابقة وقمنا بعمل عدة مجموعات من حركات العينين لنصل إلى مستوى (SUD) يساوي الصفر، عندها انتقلنا إلى مرحلة التثبيت، حيث كان مستوى (VOC) 4 ليرتفع بعد 05 مجموعات من حركات العينين إلى 07، قمنا بعدها بسمح الجسم ولم تشعر الحالة بأي توتر على مستوى الصدر.

في الحصة الموالية عملنا على معالجة الاستهداف الثالث الذي يخص حادثة ضرب الأب للأمر الذي أدى إلى نقلها للمستشفى، قمنا بتحديد الصورة التي يتمحور حولها العلاج والتي تمثلت في مشهد الأم وهي مغمى عليها مع وجود آثار دم على وجهها، الاعتقاد السلبي "كون ما خليت هيش ضربها" وفي المقابل الاعتقاد الإيجابي "كنت صغيرة ما عنديش كيفاش ندير"، تم تقدير مستوى (VOC) بـ 03، أما

الانفعالات التي تشعر بها الآن فهي الكره والغضب، في حين أن مستوى (SUD) كان 08، وشعرت به في الصدر كذلك، اضطررنا قبل الشروع في إزالة الحساسية إلى الرجوع للمكان الآمن وذلك لأن الحالة تأثرت عند تذكرها للحادثة وعلت ذلك بقولها "عيشنا يامات صعاب بزاف مانبعيش نتفكرهم"، بعد استقرار الحالة بدأنا في إزالة الحساسية واستهداف جميع القنوات المرتبطة بالحدث لنصل في نهاية الحصة التي تلتها إلى مستوى (SUD) يساوي الصفر، بعدها قمنا بتثبيت الاعتقاد الإيجابي بحركات العينين وصولاً إلى مرحلة مسح الجسم حيث تخلصت الحالة من أي شعور سلبي على مستوى الجسد، صرحت الحالة في نهاية الحصة بأنه والدها ويبقى والدها وبأنها تكن له الحب مهما حدث.

في الحصة الموالية قمنا بإعادة تقييم للتأكد من معالجة كافة المواد المختلة، حيث اختفت الأعراض التي كانت تعاني منها الحالة وانعكس هذا حتى على محيطها الذي لاحظ سلوكيات ايجابية حسب ملاحظات الزوج والأسرة.

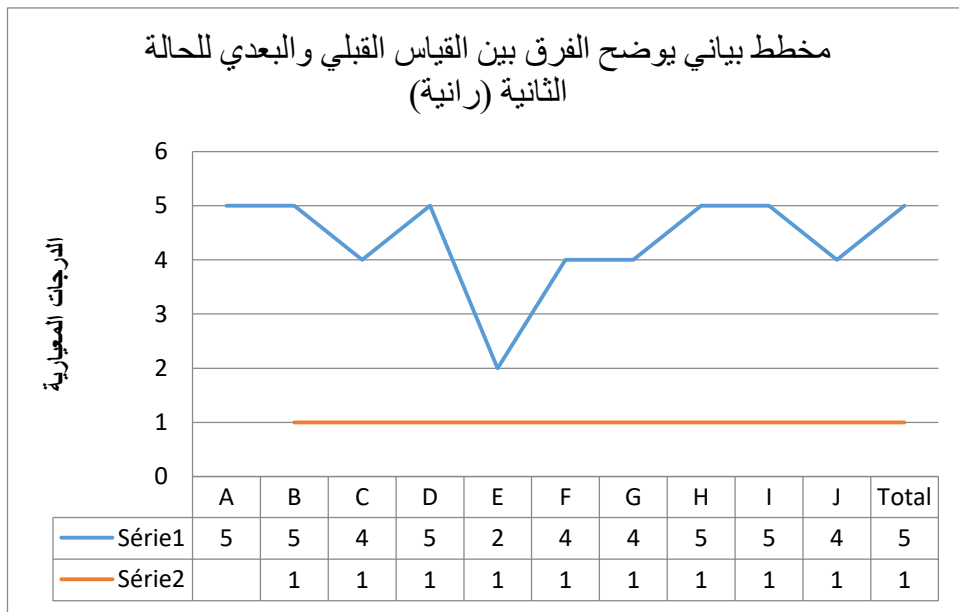
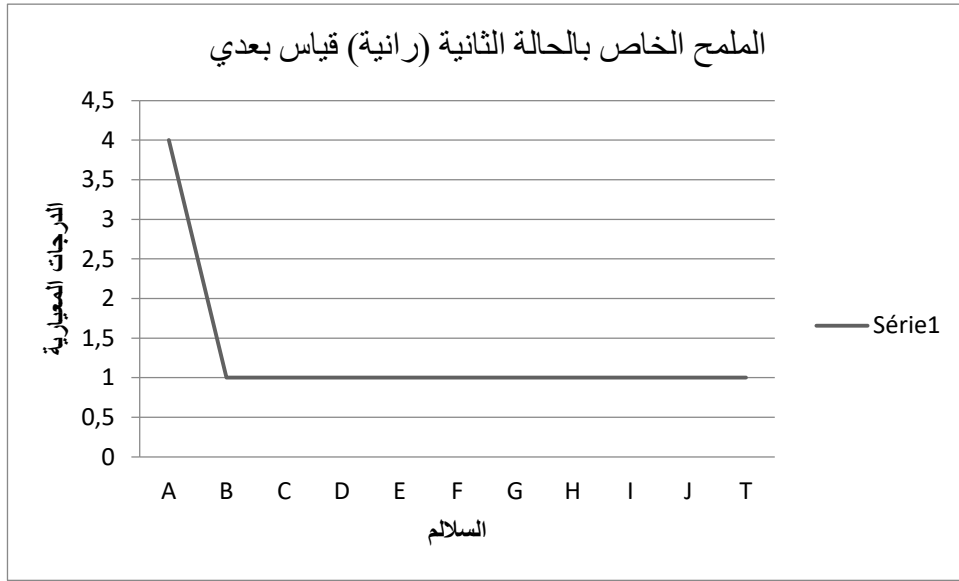
(TRAUMAQ)

-4-2

:

من خلال تمرير استبيان الصدمة للحالة رانية وذلك بعد الانتهاء من الحصص العلاجية تحصلنا على النقاط الخام التالية لكل سلم والتي حولناها بالاعتماد على الجدول المرفق في قائمة الملاحق إلى النقاط المعيارية التالية:

T	J	I	H	G	F	E	D	C	B	A	
23	0	0	0	0	0	0	0	0	0	23	
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	4	



أسفرت نتائج التمرير البعدي للاستبيان للحالة رانية عن عدم وجود صدمة حيث كان مجموع نقاط السلالم 23 ما يقابله درجة معيارية 01 وهذا ما يدل على غياب الصدمة، والمخطط البياني يوضح الفرق بين نتائج تمرير الاستبيان قبل وبعد الحصة العلاجية، حيث يمثل المنحنى البياني باللون الأزرق نتائج التمرير القبلي للاستبيان، في حين يمثل المنحنى البياني باللون الأحمر نتائج التمرير البعدي للاستبيان؛ والذي لم يطابق أياً من الملامح المرفقة في دليل الاستبيان مما يدل على غياب اضطراب ما بعد الصدمة.

-3-2

:(EMDR)

من خلال ما سبق واعتمادا على نتائج المقابلات العيادية التي أجريناها والملاحظة العيادية ونتائج استبيان (TRAUMAQ) يتبين أن رانية عاشت صدمة نفسية أحدثت شرخا نرجسيا نتيجة فقدان الجنين الذي يعتبر جزءا من ذاتها وامتدادا لها كما ذكر (Brewier, 2012) بأن الحمل هو فترة لاسترجاع النرجسية بامتياز لذلك يحدث انسحاب نرجسي خلاله، فأى كسر في هذه الاستمرارية يؤدي إلى ضعف وجرح نرجسي، هذا التحول المفاجئ والجذري للنظام الليبيدي النرجسي نتج عن فقدان موضوع تم استثماره نرجسيا من طرف الحالة مما جعل فقدها يعتبر فقداننا نرجسيا وهذا ما لا تستطيع النرجسية المطلقة تحمله، فبدا الفقدان وكأنه بتر، كما يرافق الجرح النرجسي اضطرابات في النظام الليبيدي الأمر الذي يجعل الأم ترغب في الانضمام إلى الموضوع المفقود وهذا ما عبرت عنه الحالة تعبيراً صريحا خلال المقابلات، فمن خلال حديثها يتضح جليا فقدانها لجزء من ذاتها وهذا يدل على تقمصها لطفلها الميت وخطها بين الضرر اللاحق وموت جنينها كما تقمصت الأم القاتلة التي لم تستطع حماية طفلتها من الموت.

هذه الصدمة النفسية التي عايشتها رانية نتج عنها توقف وانقطاع مفاجئ لمهام الأنا نتيجة قوة المواجهة، وبالتالي اختلال في الجهاز النفسي، والأنا كمحاولة منه لإرجاع حالة الاستقرار وتجنب الانفجار استعمل آليات دفاعية بدائية تمثلت في النفي والانشطار. كما ظهرت لدى رانية متلازمة التكرار والتي تعتبر مؤشرا أساسيا لتشخيص الصدمة وسلوكات تجنبية لكل ما له علاقة بموضوع الحمل والولادة وموت جنينها، حيث نتج ذلك عن فجائية الحدث وشدته التي أدت إلى اختراق الصورة الصدمية بما تحمله من إثارات للغشاء الصاد للمثيرات وتموضعها في قلب الجهاز النفسي دون أن تجد تصورا لاستقبالها وتحويلها وربطها، وهذا ناتج عن المواجهة مع حقيقة الموت التي لم يسبق لرانية مواجهتها من قبل وبالتالي لا يوجد تصورات مسبقة في لاشعور، هذا ما جعل صورة هذه الأخيرة تترسخ في قلب الجهاز النفسي.

إلى جانب ذلك عانت رانية من تجمد وظائف الحضور حيث فقدت اهتمامها بنشاطاتها السابقة وأصبحت تعاني من إحباط شديد وفقدان الأمل ومزاج اكتئابي حاد، إلى جانب ذلك تجمدت لديها وظائف الفرز وكذلك وظائف الحب نتيجة النكوص النرجسي الذي انهار ضمنه تصور الخلود، كما فقدت رانية الوزن بشكل ملفت نتيجة معاناتها من فقدان الشهية، إضافة إلى معاناتها من الأرق والانسحاب الاجتماعي.

ظهر لدى الحالة تقدير ذات منخفض جدا واحتقار للذات وهذا ناتج عن شعورها بالفشل وتوقفها في مدخلها إلى الأمومة وعدم قدرتها على العطاء والإنتاج، وشعورها بأن جسدها بعدما كان سيعطي الحياة لكائن آخر أصبح آلة منتجة للموت، فموت الجنين في أول تجربة حمل لها جعل شعورها بالهوية الأنثوية يتبدد وكذلك صورتها التي تملكها عن كفاءتها في الأمومة مستقبلا.

تحاول هاجر الحمل من جديد بسرعة وذلك لإثبات إمكانيتها في إعادة الخلق من جديد، ومن أجل أن تدب الحياة من جديد في جسدها بعدما سبق وأن ذكرنا أنها تقمصت جنينها الميت وأن فقدان لطفلها خلف جرحا نرجسيا جعلها تعيش الفقدان كبتراً لأحد أعضائها لذلك ترغب في أن تشعر بأنها لازالت على قيد الحياة وتعزز أنوثتها وتؤكد قدرتها على العطاء. رغبتها في الحمل السريع ناتجة عن رغبتها في تجنب أي عمل نفسي وعدم القيام بالحداد.

تتوافق أعراض الصدمة سابقة الذكر مع أولى مراحل الحداد لذلك فهي تعتبر كرد فعل طبيعي عند فقدان موضوع ما، إلا أن الحالة تثبتت في هذه المرحلة مما جعل الحداد يبدو معقدا استنادا للمؤشرات التي قدمها (Schmitt, 2012) والتي توفرت كلها في الحالة رانية وهي:

- 1- عدم قدرتها على تقبل فقدانها لجنينها
- 2- الأسى والغضب والمزاج الاكتئابي.
- 3- نوبة من الانفعالات المؤلمة مرفقة بحنين لجنينها.

4- أفكار متكررة عن الموضوع المفقود والتي تتطفل في أغلب أوقات اليوم وتمثلت في متلازمة التكرار.

5- سلوكيات تجنبية لكل ما يذكرها بموت جنينها.

6- استمرار هذه الأعراض حتى 10 أشهر بعد فقدانها للموضوع.

بإمكاننا إرجاع الحداد المعقد التي تعاني منه الحالة إلى تظافر عدة عوامل يمكن إجمالها فيما يلي:

1- الاستثمار النرجسي للموضوع من طرف الحالة الذي يؤدي إلى عدم القدرة على تصور الخسارة كما ذكر (CUENDET et GRIMAUD DE VINCENZI, 2003)، كما أشار (Dayan et al, 1999) إلى أن تقمص الأم للجنين الميت بالإضافة إلى بقايا الحب النرجسي يعقد عمل الحداد.

2- خصوصية فترة الحمل التي تجعل الحداد خلالها خاصا، فالحمل يعتبر أزمة نضوج تشبه فترة المراهقة في سعة الانقلابات الجسدية والهرمونية والنفسية، كما يتعدى مفهومه الاندماج الجسدي إلى كونه اندماجا نفسيا يجعل المرأة تعيش مشاعر الأمومة وتنتقل من كونها امرأة إلى أم، فبعدما كانت الحالة تعيش نكوصا عميقا مدعما بحالة الشفافية النفسية وتريد إثبات هويتها الأنثوية من خلاله وقدرتها على الإنجاب حدث كسر في هذه الاستمرارية والسيرورة في هذه الفترة الحرجة هذا ما يحدث تمزقا عنيفا للذات بعد المرحلة الانصهارية الخاصة بالحمل حسب (De Mezerac et Srome, 2013)، وهذا ما أكدته (Bitouze, 1998) حيث يرى أن الحداد في فترة الحمل هو حداد خاص هذه الأزمة التطورية الهوية التي يحدث من خلالها تأمين الهوية الأنثوية لذلك تحدث (Irving Léon) عن أزمة خلال أزمة.

3- خصوصية الموضوع المفقود حيث أنه لم يحض بمكانة اجتماعية فلم يسجل في سجلات الحالة المدنية ولم يتم تسميته وإدراج اسمه ضمن الدفتر العائلي، فهو غير معروف لم يولد بعد حتى بالنسبة للأم فالعلاقة به هي علاقة افتراضية كما سماها (Missonnier, 2004) وهي ذلك الرابط البيولوجي النفسي، إذ تقتصر ذكريات الجنين

لدى أمه على الحركات داخل البطن وصور التصوير السمعي فقط هذا ما يعطي عمل الحداد خصوصية، إذ اعتبرت الحالة أن الجنين الميت هو جزء منها هي ذاتها فهو لم يحض بوضعية شخص منفرد ومعلوم أنه لا يمكن الانفصال عن موضوع الحب المفقود إلا عن طريق الاعتراف بغيريته وهذا جزء لا يتجزأ من عمل الحداد هذا ما أشار إليه (Dayan et al, 1999). ففي العلاقة مع موضوع الحب لا يزال جزء منها خيالي إذ تفتقر الحالة إلى ذكريات تخصه لتنتقل من خلالها في عمل الحداد.

4- عدم إعداد حدث انفصال الوالدين ، فالحداد على فقدانها والدها في سن صغيرة إلى جانب مشاهد العنف التي شهدتها والتي لازالت عالقة في ذهنها لم يكتمل، حيث عاشت الحالة صدمات نفسية لم يتم ارضانها وحلها وبالتالي فموت الجنين استدعى كل هذه الأحداث هذا ما أدى إلى تعقيد عمل الحداد وتثبيطه وهذا ما أكده (Bitouze, 1998) حيث يرى أنه في بعض الأحيان تكون المواجهة ليس فقط مع فقدان الجنين وإنما مع إعادة تنشيط كل الجروح وكل حداد لم يتم ارضانه. وفي نفس الصدد ترى (Soubieux, 2008) أن الحداد على الجنين يمثل الحداد على أجزاء طفولية من الذات، صراعات لم تحل علاقات أب- طفل سواء من أجل إعادة إنتاجها أو من أجل إصلاحها.

إذن مما سبق يمكن إجمال الأعراض التي تعانيها الحالة حتى بعد مرور 10 أشهر استنادا على الليلي التشخيصي العالمي (DSM5) في ما يلي:

1- تعرض الحالة لحدث صادم بشكل مفاجئ جعلها في مواجهة مباشرة مع الموت.

2- متلازمة التكرار التي ظهرت من خلال أحلام مزعجة وكوابيس لها علاقة بالحدث، أما نهارا فظهرت من خلال أفكار قهرية لها علاقة بالحدث.

3- سلوكيات تجنبية تمثلت في تجنب عوامل التذكير الخارجية بالحدث الصدمي إلى جانب تجنب تذكره.

4- نوبات الهلع عن التعرض لمنبهات داخلية أو خارجية لها علاقة بموضوع الحمل والولادة وموت الجنين.

5- مدركات مشوهة تتمثل في عزوها موت جنينها لذاتها، وفي كونها امرأة فاشلة واحتقارها لذاتها.

6- تعاني رانية من حالة انفعالية سلبية مستمرة ومزاج اكتئابي.

7- مشاكل في التركيز.

8- الأرق.

9- سلوك تهيجي ونوبات الغضب.

10- استمرت الأعراض لما يزيد عن ستة أشهر.

11- أحدث الاضطراب ضعفا في أداء الحالة الاجتماعي والدراسي وتراجع اهتمامها بأنشطتها السابقة.

إذن اعتمادا على نتائج المقابلة العيادية والملاحظة ونتائج استبيان (TRAUMAQ) واعتمادا على دليل التشخيصي الخامس (DSM 5) يتأكد أن الحالة رانية تعاني من اضطراب ما بعد الصدمة.

بعد التأكد من التشخيص أخضعنا الحالة بموافقتها للعلاج بتقنية (EMDR)، حيث استغرق العلاج 08 حصص حيث شرعنا في العلاج من المرحلة الثانية مباشرة لأنه قد سبق وأن قمنا باجتياز المرحلة الأولى وهي الوقوف على تاريخ الحالة، تم في هذه المقابلات استهداف 03 أهداف:

1- حدث موت الجنين داخل الرحم.

2- انفصال الوالدين وغياب الأب والإهمال الذي تعانيه من طرفه.

3- حادثة ضرب الأب لأمها ضربا مبرحا الأمر أدى إلى نقلها للمستشفى.

تم علاج الصدمات المتعلقة بالأب لأن موت الجنين لم يجعل الأم تواجه حقيقة فقدان جزء من الذات فقط بل كل حداد لم يتم ارضائه من قبل وكل صدمة لم يتم إعدادها، كما أن الحداد على الجنين الميت يمثل الحداد على صراعات طفولية لم تحل.

بعد إكمال الحصص قمنا بإعادة تمرير استبيان (TRAUMAQ) لمعرفة مدى فعالية (EMDR) في علاج الحالة؛ حيث أظهرت نتائج الاستبيان أن الأعراض التي كانت تعاني منها الحالة اختفت، فقد تخلصت من متلازمة التكرار وأعراض التجنب حيث زارتنا في المقابلة التي تلت تمرير الاستبيان في المكتب على مستوى مؤسس الاستشفائية التي تمت فيها ولادتها والتي كانت قد رفضت من قبل المجيء إليها، كما اختفت نوبات الهلع التي كانت تتنابها من حين لآخر، تحسنت حالتها المزاجية للأحسن وحتى محيطها لاحظ ذلك على حد قولها، كما تحسنت علاقتها مع زوجها.

3- () :

3-1 :

هدى البالغة من العمر 22 سنة، مستواها التعليمي سنة تاسعة متوسط، أم لطفل، متوسطة القامة ومتوسطة البنية الجسمية، ذات هندام مرتب ونظيف، مأكثة في البيت، تسكن مع عائلة زوجها، ذات مستوى اقتصادي متوسط، لا تعاني من أية اضطرابات عضوية أو نفسية فقدت حملها في شهرها التاسع.

يتسم مزاج الحالة بالحزن، إذ تستقبلنا بابتسامة سرعان ما يحل محلها نوبات بكاء حاد عند حديثها عن موت جنينها، تتحدث بهدوء، أظهرت رغبة في التواصل معنا، إذ تجيب على الأسئلة بوضوح وببساطة، يتخلل إجاباتها لحظات من الصمت مع طأطأة الرأس، لديها تسلسل وترابط في الأفكار، مدركة للتوجه الزماني والمكاني، لديها ذاكرة جيدة، تعاني من فقدان التركيز، توجه مشاعر الاحتقار لذاتها، لا ترغب في التواصل مع أي شخص حتى مع أفراد أسرتها بعد فقدانها لطفلها.

هدى هي البنت الأخيرة في أسرتها بعد أربع إخوة ذكور وثلاث أخوات بنات، الأب متوفى أما الأم فهي على قيد الحياة، تتحدث عن طفولتها بابتسامة حيث تصفها بالرائعة، فقد كانت على حد قولها مدللة أبيها واصفة علاقتها بوالدها الذي فارقها منذ ستة سنوات بالجميدة، والتي لازالت لم تتجاوز صدمة موته لحد الآن، فعند حديثها عن والدها وموته اعترتها نوبة بكاء حاد، عبرت عن حبها الكبير لوالدها وعن خسارتها الكبيرة له التي لا تعوض "زاهي قاعدتلي موت بوي حرقه في قلبي وكأنها البارح" وكلما تذكرت ذلك بكت بكاء حادا وكان موته كان البارحة، هذا ما يدل على تثبيت صدمي وعدم إكمال سيرورة الحداد لفقدان الموضوع الأولي، أما عن والدتها فقد تجنبت الإسهاب في الحديث عن علاقتها ولخصت ذلك في قولها "علاقتي مع ماما عادية" ولم ترغب في الخوض في أي تفاصيل عن علاقتها على عكس علاقتها بوالدها الذي أسهبت في الحديث عنه وذكرت عدة ذكريات جميلة لهما.

-1

:

تزوجت هدى زواجا تقليديا منذ ستة سنوات، لم تتعرف عليه حتى بعد العرس، أثمر هذا الزواج عن طفل في الخامسة من عمره، تعرب الحالة عن كرها لزوجها جراء معاملته القاسية لها والعنف اللفظي والجسدي الذي تتلقاه مع نوبة بكاء وصمت مع شرود ذهني. كما ترى أنها مضطرة لتعيش هذه الأوضاع المزرية لأنها فقدت أباه الذي وصفته بالسند وبأنها وحيدة. تعتقد أن العلاقة الجنسية هدفها إنجاب الأطفال، وأنها تستجيب لرغبته من باب الواجب الديني فقط.

-2

:

تروي هدى أحداث موت جنينها، حيث كانت حاملا في شهرها التاسع وقبل موعد الولادة المحدد من طرف الطبيب أحست بآلام الولادة مما دفعها إلى التوجه للمستشفى مرفقة بملابس الطفل، زادت آلام المخاض وتمت الولادة إلا أنها لم تسمع صرخة ميلاد طفلها، تساءلت عن حال طفلها فأخبرتها القابلة بأنه ولد ميتا "ما أمنتش شاقاتلي، الوقت حبس عندي، كلش حبس" فجائية الحدث الصدمي وشدته جعلت الحالة تفقد

معالم التوجه الزماني والمكاني، وتدخلها في حالة خلط معرفي، فالإعلان عن موت الجنين نتج عنه فقدان العالم لمعناه ولمنطقه بالنسبة لها.

"مارانيش مأمنة، بالاك تصرا معجزة ... تمنيت الوقت يعاود يولي ومايموتش ولدي" استعمال أنا لآلية النفي كان جليا وذلك بسبب فرط الاثرات التي اجتازت الجهاز النفسي هذا ما جعل استعمل الأنا يستعمل آليات دفاعية بدائية من أجل حماية نفسه من الانفجار وإرجاع الجهاز النفسي لحالة التوازن، ففي هذه الحالة استعمل الأنا ميكانيزم النفي لتخفيف حدة المواجهة مع حقيقة الموت.

تعيش الحالة حالة خلط نفسي بين تقبل الحقيقة ونفيها فتقول "الحمد لله مكتوب" مستندة في ذلك إلى أساس ديني لخفض حدة التوتر، ثم تعود إلى حالة النفي لحماية الأنا من الواقع المؤلم من خلال استعمال آلية النفي. كما يفسر ذلك استعمال الأنا لآلية الانشطار حيث يبقى جزء في الاتصال بالعالم الخارجي وجزء في عالم اللاشعور.

إعطاء الموت عن طريق الولادة التي تعتبر فعلا منتجا للحياة جعلها تعيش تصورات متناقضة جراء الانفصال المزدوج الذي عاشته فالبطن فارغ والمهد فارغ "خرجت من السبيطار لا في البطن لا في نراع" وهذا ما يعبر عن الفراغ، تقوم الحالة في الليل مفزوعة تريد تفقد طفلها في مهده الذي كانت قد اشترته له لتجده فارغا "نخمم كون راه حدايا كون راني نرضع فيه" تتلمس بطنها وإذا به فارغ كذلك، فتدخل في حالة من البكاء والحزن نتيجة عدم قدرة الأنا على ارضان الكم الكبير من الاثرات المرافقة للحدث الصدمي. كما يظهر جليا النكوص نرجسي الذي انهار من خلاله استيهام الخلود الذي عبرت عنه الحالة بعدم رغبتها في العيش "مارانيش منجمة نعيش بلا بيه" الحدث الصدمي لم ينتج عنه فقدان الموضوع فقط بل فقدان لجزء من الذات وفقدان لكل ما كان من المحتمل أن يقدمه لها من أمل ومستقبل مشرق ومن مشاعر تعزيز الأنوثة وكمالها وتأکید للذات والقدرة إلى الإنتاج والعطاء كل هذا اندثر بفقدانها لجنينها "فَاع مخططاتي راحت .. كل شي حبس .. كان عاطيني أمل كنت فرحانة".

تعيد الحالة يوميا تذكر الحدث بالتفصيل، فيمر كشريط من الصور أمامها ويكون مرفوقا بحالة من الحزن والألم والبكاء "كلما نتفكر نبكي وننضر ... ماشي ساهلة". كما تعيش هلوسة حسية حيث تواصل شعورها بحركة جنينها داخل بطنها حتى بعد مرور أسبوعين من ولادتها "لحط يدي نحس بلي مازاله داخل نلقى حاجة تتحرك"، أما ليلا فترى كوابيس لها علاقة مباشرة بموت طفلها لتقوم في حالة هلع. إذن شدة الحدث الصدمي جعلت الصورة الصدمية تخترق الغشاء الصاد للجهاز النفسي وتحدث كسرا فيه لتتموضع في قلبه وتبقى حرة بدون تصور يربطها، وذلك لعدم وجود تصور يستقبلها ويربطها ويحولها، وذلك لأن الموت غير ممثل على مستوى اللاشعور هذا ما جعل صورة الحدث الصدمي راسخة في قلب الجهاز النفسي كجسم غريب بدون تمثيل وهذا ما يفسر متلازمة التكرار. مقابل ذلك زاد أداؤها اليومي لنشاطاتها بعد ولادتها رغبة منها لتجنب التفكير فيما حدث، فقد استعمل الأنا التجنب كآلية دفاعية لتحاكي متلازمة التكرار.

كما تعاني هدى من اضطرابات سلوكية تتمثل في فقدان الشهية الذي نتج عنه نقصان واضح في الوزن، كما تشكو من اضطراب النوم (الأرق)، تعيش الحالة انسحابا اجتماعيا وتحبذ الوحدة والعزلة "مارانيش باغيا نلظ قاع في الناس أو نتكلم معهم".

تعيش هدى انفصال جنينها عن جسدها وموته كبتير لأحد أعضائها "طرف من روحي خسرتة ... كنت دايرة أمل كبير بزاف فيه" "حاجة نقصت مني" "زاني نحس بفراغ" وهذا يدل على الاستثمار النرجسي للجنين الميت فطفلها هو جزء مكمل لجسمها وامتداد لها، وموته أحدث قطيعة وكسرا في العلاقة الافتراضية بينها وبين الموضوع، فنتج شعور بالخلط بين الضرر اللاحق بها وبين الضرر اللاحق بجنينها. والذي أدى إلى حدوث جرح نرجسي. يسيطر الشعور بالذنب على الحالة وترى أنها سبب موته بسبب ارتفاع ضغطها هذا ما نتج عنه ولادة مبكرة "كون مازعفتش مايصراش هاك ... انا قتلتة ... كيفاش ماحسيتش بيه بلي باغي يموت" وهذا ما يدل على تقمصها للأم القاتلة والطفل الميت "يا ليت طفلي مامتش ومت أنا".

"كنت نحس بولدي مين يتحرك، كنت عايشة معاه، تسع أشهر راهي تبالي عام ولى عامين" هكذا عبرت هدى عن مفهوم العلاقة الافتراضية المتمثلة في وجود روابط نفسية بيولوجية نفسية قبل الولادة، "زاني حاسة وكأنه ولد ورضعته ولعبت معاه وكأنه عاش معايا .. كنت استلقي وانتظر حركاته ونتفكر كيف كنت نتحدث معاه".

3 :

لم ترغب الحالة بروية طفلها الميت خوفا من أن يبقى فكرها أسير صورته "مابعيتش نشوفه خفت يقعد مقابلي". لم تحضر مراسم الجنازة والدفن لأنها كانت في المستشفى، كما رفضت بعد ذلك زيارة قبر ابنها متحججة بأن الألم النفسي سيزيد، بعد خروجها زارتها النساء لتعزيته "كلمة عظم الله أجرك صعبة بزاف، مين يقولولي هاك نحس بلي صح صاي فقدته ومايوليش" وهذا هو دور طقوس الحداد الذي يتمثل في جعل الحالة تقوم بإعداد عقلي وتقبل الفقدان. لم يرق لهدى أن ترى طقوس النفاس وهي فاقدة لطفلها "غاضي الحال ولدي ميت ونساء مجمعين يهدرو ويضحكو" "مذاك مين دارو بركوكس كملو عليا... انا مقروحة وغرياني ميت وهوما ياكلو نورمال"، فكل تحضيراتها للنفاس تم استعمالها في العزاء.

لم تتلق الحالة دعما من زوجها بل بالعكس ينعتها بأنها أم فاشلة ويقارنها بأمهات حملن معها في نفس الوقت وأنجبن أطفالا أحياء "يقارني بزوجة اخيه ويقول لي أنجبي كيفها راكي مقروصة منها"، كما يتهمها بأنها هي سبب موته "راه يقولوني أنت قتلتيه ملي ردتيه راكي تفاعي". تخفي هدى حزنها وألمها وحالتها المزاجية عن زوجها "مانبكيش قدامه نبكي وحدي" لأنه لا يشعر بما تمر به "مايحسش بيا قاع لي راني نعيش فيه نعيش فيه وحدي". ما يعزيها في مصابها هو ابنها البكر "مين نشوف ولدي نقول الحمد لله".

-4

() :

لا زالت الصورة الصدمية تظهر من جديد في متلازمة التكرار على شكل كوابيس ليلا وأحلام متكررة لها صلة بالحمل والولادة وموت الجنين، وإعادة عيش الحدث نهارا على شكل صور جعل الحالة تعايش الحدث بجميع تفاصيله وأحاسيسه من جديد وكأنه يحدث الآن، حيث نتيجة اختراق الصورة الصدمية للغشاء الصاد للمثيرات واستقرارها في قلب الجهاز النفسي تثبت في هذا الأخير يقين موتها الحقيقي الذي لم يكن موجودا من قبل وهذا ما يعبر عن نهاية وهم الخلود، وبالتالي يكون الموت حاضرا دائما، فعدم وجود أي تصور للموت يرتبط بالصورة الصدمية يجعل هذه الأخيرة تبقى على حالها في أدق التفاصيل فتنبعث إلى الشعور في شكل كوابيس ليلا وفي النهار تكون حاضرة كحدث في طور الحدوث وهو المؤشر الأساسي لوجود اضطراب ما بعد الصدمة. نتيجة لذلك ومن أجل تجنب إعادة معايشة الخبرة الصادمة المؤلمة لجأت الحالة إلى سلوكيات تجنبية ظهرت من خلال تجنبها للذهاب إلى المستشفى وحتى المرور بالشارع الذي يتواجد به، كما تتجنب كل ما له علاقة بموضوع الحمل أو الأطفال حديثي الولادة، كما رفضت زيارة النساء اللواتي أنجن بعدها، هذه السلوكيات التجنبية تدل على محاولة تجنب هدى لأي مثير له علاقة بالحدث الذي تعرضت له والذي يوظف كألية دفاعية نفسية.

تعيش الحالة انسحابا اجتماعيا عدوانيا "مرانيش نبغي الناس راهم يعيوني"، كما أبدت كرهها للأطفال والتعامل معهم مسقطه بذلك وموجهة مشاعر الغضب الذي تعيشه ومشاعر الفشل على المحيطين هذا ما يدل على جماد وظائف الحب والحضور، تعاني هدى من اضطرابات النوم المتمثلة في الأرق، وفقدان في الشهية الذي نتج عنه هبوط واضح في الوزن، كما أبدت ضعفا في التركيز، واضطرابا طفيفا في الذاكرة فأصبحت تنسى أمورا بسيطة كوضع الأكل وتركه يحترق دون تذكره الأمر الذي لم تكن تعاني منه سابقا، وزيادة في نشاطاتها وفي أداء مهامها اليومية الأمر الذي انعكس سلبا عليها بسبب سوء تغذيتها واضطراب نومها وفي نفس الوقت زيادة النشاط فأصابها نتيجة ذلك إعياء جسدي شديد، زاد استهلاكها لشرب القهوة

والدواء المسكن لآلام الرأس. كما ظهر لديها نوبات الهلع كتعبير عن المعاناة النفسية، حيث تفقد الحالة قدرتها على التنفس ويزداد خفقان القلب وتشعر بتعرق ورجفة في كامل جسدها ووهن جسدي. كما أصبحت الحالة تعاني بعد الحدث من أمراض عضوية المتمثلة في الصداع النصفي، ارتفاع ضغط الدم واضطراب الغدة الدرقية.

لم تتقبل الحالة حتى بعد مرور أربع أشهر فقدان طفلها لازالت تتفحص صور التخطيط السمي وتفتقد ملابسه "لازلت أتذكر كيف خرجت من المستشفى وبديا فارغين" وهذا ما يدل على تثبت الفراغ فالرحم فارغ والبطن مترهل والمهد فارغ، كما أن الحالة لم تستطع الاقتناع بأنها فقدت طفلا عاش بداخلها لمدة تسعة أشهر "خطراتش نحس بأنني احلم .. نقول بالاك دوك نطقن من هذا الحلم ... ماكنتش متخيلة بلي غادي يموت وبلي مات، راني نقول بالاك لم يموت ... مانسيتش ومانساهش" وهذا ما يدل على أن ميكانزم النفي لازال استعماله نشطا من طرف الأنا بهدف الحفاظ على الطفل الميت داخليا بصفة خيالية، الأمر الذي يؤكد عدم وجود أي عمل نفسي.

بالنسبة لهدى الأمومة تعني الحب والعطاء، والمرأة التي ليس لها القدرة على إنجاب طفل ليست امرأة، استنادا لذلك توجه الحالة مشاعر الاحتقار لذاتها لأنها لم تستطع حماية طفلها من خطر الموت، وأنها لم تنجح في إعطاء الحياة لطفلها "راني نحس روجي ناقصة ماشي كيما باقي النساء ... ماقدرتش نولد غريان حي" فجسدها أصبح آلة منتجة للموت وهذا يدل على تقمصها الأم القاتلة، وهذا ما أدى إلى تبديد شعورها بالهوية الأنثوية وانخفاض تقدير الذات. كما تتقمص الحالة طفلها الميت وتخلط بين الضرر الذي لحق به و موته الفعلي وبين الضرر اللاحق بها هي نفسها وموتها الداخلي فحتى بعد مرور شهر من الحادث وطوال الأشهر التي تلته تعيش هدى فقدان طفلها وانفصاله عن جسدها كبتت لأحد أعضائها وعبرت عن ذلك بصريح العبارة "راني حاسة روجي ناقصة حاجة مني راحت ... من نهار مات قلبي مات معاه".

بعد مرور سنة من ميلاد طفلها الميت لا زالت الحالة تتذكر الحادث بجميع تفاصيله وكأنه يحدث الآن، كما تروي الأحداث بدقة كما ذكرت في المقابلات الأولى "لازلت لدروك نشوف صور وبتفكر كامل ما جرى، لا زلت أرى أحلاما ... الغيبنة ماتتنشاش". تصادف ذلك مع ذهابها لزيارة أحد أقربائها في المستشفى فأصيبت فور دخولها للمشفى بنوبة هلع حادة حيث ظهر لديها تعرق شديد وزيادة في ضربات القلب ورجفان اليدين وضيق في التنفس "غير دخلت تفكرت كلش من جديد ممبعد صاي ماعرفتش ماذا يحدث كدت افقد الوعي"، فقد كانت تتجنب الذهاب إليه "هذالك المستشفى رجع مثل الكابوس ... كون نصيب طريق تاعه مانفوتهاش".

:

حتى بعد مرور سنة على ولادة جنينها الميت لازالت الحالة تأخذ حبوبا مانعة للحمل نتيجة رفضها القاطع والنهائي لمحاولة الإنجاب مرة أخرى "مارانيش باغيا نزيد نولد نهائيا"، وذلك خوفا منها لإعادة التجربة من جديد والفشل في إنجاب طفل حي "زاني خايفة ليصرالي كيما الخطرة لي فاتت"، أصبح تأخر العادة الشهرية لبضعة أيام يصيبها بالذعر والخوف خشية أن تكون حاملا هذا ما جعلها تتجنب العلاقة الجنسية مع زوجها بشكل نهائي.

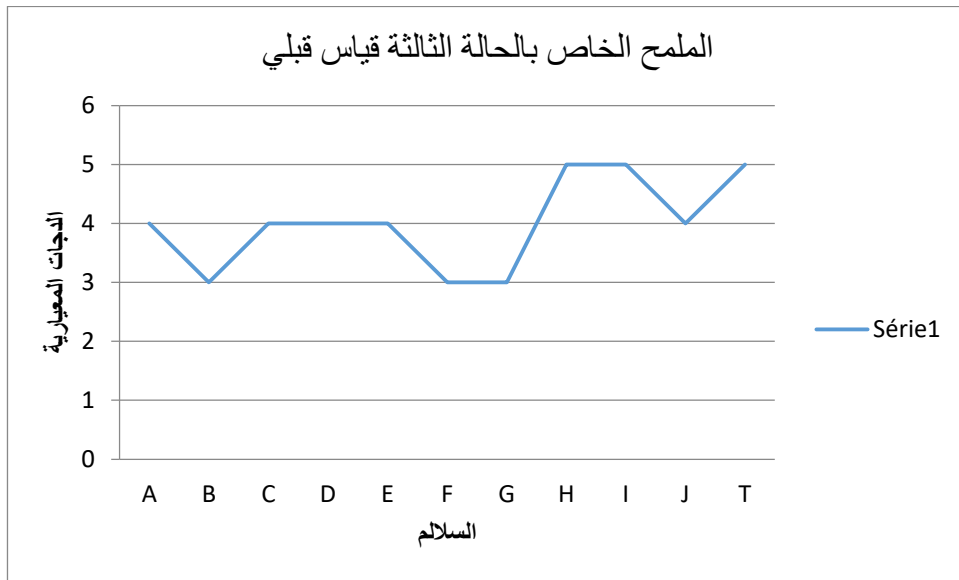
فجماد الزمن النفسي حول الحدث الصدمي المتمثل في موت الجنين أدى إلى إعادة هيكلة الاقتصاد النفسي حول الموضوع الصدمي وهذا ما ترجم حساسيتها المفرطة في التفكير بالحمل والولادة "مين نشوف امرأة حامل نخاف أنا في بلاصتها".

كما تؤكد هدى أنه حتى في حالة حمل لاحق وولادة طفل حي لن يعوض هذا الأخير خسارتها لجنينها الميت "كل واحد ومعزته وبلاصته، حتى طفل ما يعوض الطفل لي راح" وهذا بالنسبة لـ (STERN, 2011) راجع إلى أن الولادة وإن تكررت كحدث ليس لها دائما نفس المكانة ونفس الأثر، لذلك يبقى الجرح قائما لدى المرأة.

2-3 (TRAUMAQ) () :

من خلال تطبيق استبيان الصدمة على الحالة هدى تحصلنا على النقاط الخام التالية لكل سلم والتي حولناها بالاعتماد على الجدول المرفق في قائمة الملاحق (الملحق رقم 04) إلى نقاط معيارية:

T	J	I	H	G	F	E	D	C	B	A	
137	9	18	21	5	15	15	15	12	7	20	
5	4	5	5	3	3	4	4	4	3	4	



بعد تمرير الاستبيان على الحالة هدى تبين أنها تعاني من صدمة قوية جدا، حيث حصلت على 137 نقطة كمجموع كلي للسلام، حيث حصلت على 20 نقطة في السلم (A) الخاص برد الفعل النفسي والجسدي والذي يضم 08 بنود يقابلها 4 درجات معيارية، فقد شعرت الحالة أثناء سماعها نبأ موت جينها بمشاعر مختلطة تضمنها الخوف، القلق، وبأنها في حال غريبة، كما شعرت بزيادة في ضربات القلب، عبرت الحالة عن عجزها وعن صدمتها.

في حين تحصلت على 07 نقاط فيما يخص السلم (B) الذي يتكون من 04 بنود والخاص بأعراض التكرار المرضي قابلها 03 درجات معيارية، حيث تتعرض نعيمة ذكريات وصور تجعلها تعيش لحظة الولادة ولحظة إعلان موت الجنين من طرف القابلة وكأن الحدث يحدث الآن وهذا ما يجعلها تدخل في نوبات قلق شديدة.

أما في ما يخص السلم (C) فقد تحصلت الحالة على 12 نقطة تقابلها 04 درجات معيارية، يضم السلم 05 بنود خاصة باضطرابات النوم، فقد أظهرت النتائج أن الحالة تعاني من اضطرابات النوم (الأرق) هذا ما يجعلها تستيقظ في حالة تعب وإرهاق.

في حين تحصلت على 15 نقطة في ما يخص السلم (D) الذي يتضمن 05 بنود لقياس القلق وعدم الأمان والتجنب الرهابي يقابلها 04 درجات معيارية، فقد أكدت نتائج هذا السلم بأن الحالة تعاني من أعراض التجنب.

أما في ما يخص السلم (E) الخاص بقياس الهيجان وفقدان القدرة على التحكم، اليقظة الزائدة والحساسية المفرطة والذي يتكون من 05 بنود فقد حصلت الحالة على 15 نقطة يقابلها 04 درجات معيارية، حيث أصبحت الحالة منذ الحدث أكثر يقظة وانتباها للأصوات من ذي قبل، كما أصبحت عدوانية وسريعة الغضب عكس ما كانت عليه سابقا.

في حين تحصلت هدى على 15 نقطة في ما يخص السلم (F) الخاص بردود الأفعال السيكوسوماتية وهي أكبر قيمة يمكن التحصل عليها عند تمرير الاستبيان يقابلها 05 درجات معيارية، حيث تشعر الحالة بنوبات هلع تتمثل أعراضها في التعرق وزيادة نبضات القلب والغثيان والارتجاف على مستوى اليدين عندما تتعرض لمثيرات تذكرها بولادة جنينها الميت، كما تدهورت حالتها الصحية فقد أصيبت بالصداع النصفي واضطراب الغدة الدرقية وارتفاع ضغط الدم، كما تشكوا بشكل مستمر من آلام على مستوى الرأس وهذا ما جعل استهلاكها للدواء المسكن للألم يزيد بالإضافة إلى استهلاكها للقهوة بكميات كبيرة مقارنة بما كان عليه سابقا، كما ظهر لديها نقصان واضح في الوزن نتيجة فقدانها الشهية.

أما السلم (G) فقد تحصلت فيه على 05 نقاط يقابلها 03 درجات معيارية، يضم هذا السلم 3 بنود تخص الاضطرابات المعرفية، فمذ الحدث ظهر لدى هدى مشاكل في التركيز والذاكرة.

أما السلم (H) والذي يضم 08 بنود تخص الاضطرابات الاكتئابية فقد تحصلت فيه الحالة على 21 نقطة يقابلها 05 درجات معيارية وهي قيمة مرتفعة، حيث فقد الحالة الاهتمام بذاتها والطاقة والحماس، وأصبحت تشعر بالتعب لكن رغم ذلك تقوم بالأعمال المنزلية دون توقف وذلك لتجنب التفكير الزائد، كما تتناوبها من الحين للآخر نوبات بكاء حاد، إلى جانب ذلك تشعر الحالة بانها مستقبلياً.

أما في ما يخص السلم (I) فقد تحصلت الحالة فيه على 18 نقطة يقابلها 05 درجات معيارية، حيث تقمصت الحالة الأم القاتلة التي كانت سبباً في موت جنينها، كما توجه مشاعر الاحتقار والفضول لذاتها وتشعر بالغضب والكره اتجاه كل المحيطين لها هذا ما جعل سلوكياتها تتسم بالعدوانية، كما تغيرت نظرتها للحياة بصفة عامة ولنفسها بصفة خاصة حيث ترى أنها لم تعد مثل السابق.

أما السلم الأخير (I) المتعلق بنوعية الحياة والذي يضم 11 بنوداً فقد تحصلت فيه الحالة على 09 نقاط تقابلها 05 درجات معيارية، حيث زاد نشاطها وأداؤها للأعمال المنزلية مقارنة بالسابق رغم معاناتها من الإرهاق والتعب والأمراض إلا أنها تحاول جاهدة عدم البقاء دون القيام بأعمال منزلية، تعيش انسحاباً اجتماعياً فقد قطعت علاقاتها مع المقربين والجيران ولم تعد تزور غير والدتها، لم تجد دعماً من طرف المحيطين بها.

قمنا برسم المنحنى البياني الموضح أعلاه باستعمال الدرجات المعيارية المتحصل عليها من خلال تمرير الاستبيان، فتحصلنا على ملامح يتطابق مع الملامح (A) الذي يعبر عن وجود متلازمة ما بعد الصدمة قوية.

أما في ما يخص الجزء الثاني من الاستبيان فمن خلال إجابات الحالة يتبين أنها تعاني من اضطراب ما بعد الصدمة، حيث استمرت كل الأعراض أكثر من سنة بعد موت جنينها.

3-4 (EMDR):

بعد التأكد من أن الحالة تعاني من اضطراب ما بعد الصدمة شرعنا في الحصص العلاجية عن طريق تقنية (EMDR)، مررنا مباشرة للمرحلة الثانية بعد تحديد الأهداف التي نود استهدافها وكانت كالتالي:

1- حدث موت الجنين داخل الرحم.

2- حدث موت الأب بشكل مفاجئ.

3- التعنيف اللفظي والجسدي من طرف الزوج.

قمنا بشرح آلية عمل (EMDR) بشكل مبسط وبلغة مفهومة، بعدها قمنا بتنظيم طريقة الجلوس واقترحنا على الحالة استعمال حركات العينين كتقنية لإزالة الحساسية، حددنا المسافة الملائمة والاتجاه المناسب وكذلك سرعة الأصابع في الحركة، اتفقنا على إشارة التوقف وكانت رفع اليد في حالة إذا ما رغبت الحالة في توقيف سيرورة العلاج.

بعدها قمنا بتحديد المكان الآمن، حيث اختارت الحالة شاطئ البحر، عززنا شعورها بالارتياح من خلال 04 مجموعات، حددنا الكلمة المفتاحية بـ: الراحة، قمنا بتعزيز باستعمال حركات العينين مرة أخرى للربط بين الصورة والكلمة المفتاحية والانفعال المصاحب لها. حاولنا تمرين الحالة على استعمال الآمن وذلك من خلال إثارتنا لموضوع مزعج بعيدا عن الحدث الذي نود معالجته واستحضارها للمكان الآمن، وذلك لتتمكن من استعماله للسيطرة على حالات التوتر سواءا خلال الحصص أو خارجها.

اختارت الحالة البدء بحدث موت الجنين داخل الرحم، أما الصورة التي تعبر عن الحدث فقد كانت: "لحظة إخبارها بموت جنينها من طرف القابلة بعد الولادة مباشرة"، بعدها قمنا بتحديد الإدراك السلبي حيث عجزت الحالة عن إعطاء اعتقاد سلبي مما اضطرنا إلى تقديم اقتراحات تخص ذلك لتتوصل في الأخير إلى الاعتقاد السلبي "أنا أم فاشلة" وقابلها اعتقاد إيجابي "أنا أم جيدة"، تم تقييم صحة الاعتقاد الإيجابي حيث مستوى (VOC) يساوي 3، بعدها قمنا بإرفاق الاعتقاد السلبي بالصورة المحددة مسبقا فظهر انفعال الحزن والغضب، بعدها حددنا مستوى (SUD) الذي بلغ أقصاه أي 10، شعرت بالانفعال على مستوى الحلق، حيث تشعر بأنه مغلق. واجهنا صعوبة في تحديد ما سبق مقارنة بالحالات الأولى لذلك اضطررنا إلى إغلاق الحصة واستعمال التطهير دون الشروع في إزالة الحساسية وذلك لانتهاء وقت الحصة.

في الحصة الموالية انطلقنا مباشرة من صورة الحدث التي تم تحديدها مسبقا حيث كان مستوى (SUD) 10 بعد القيام بعدة مجموعات من حركات العينين انخفض إلى 04 في نهاية الحصة التي لجأنا لها خلالها عدة مرات للمكان الآمن والاسترخاء من أجل تخفيض التوتر الذي كان يصيب الحالة من حين لآخر، وفي الحصتين التاليتين وبعد إعادة التقييم وإزالة الحساسية لبقية القنوات انخفض إلى الصفر، قمنا بعدها بتثبيت الاعتقاد الإيجابي حيث كان مستوى (VOC) 3 وارتفع إلى 7 بعد القيام 7 مجموعات من حركات العينين، بعدها قمنا بمسح الجسم فلم تشعر الحالة بأي توتر على مستوى كامل الجسد وحتى الشعور بانسداد الحلق التي كانت تعاني منه اختفى، وقمنا بإغلاق الحصة

في الحصة التي تلتها قمنا باستهداف حدث موت الأب المفاجئ، اختارت الحالة صورة والدها وهو بالكفن كصورة تمثل الحدث بأكمله، الاعتقاد السلبي كان "أنا وحيدة وضعيفة" قابله الاعتقاد الإيجابي "أنا قوية ولست وحيدة" مستوى (VOC) كان 02، أما في ما يخص الانفعالات فقد شعرت بالحزن والألم، في حين أن مستوى (SUD) تم تقديره بـ 10، أين شعرت بالاضطراب في جسدها على مستوى الرجلين الموقع الآمن فضلت الاحتفاظ بالموقع الأول. قبل الشروع في إزالة الحساسية قمنا

باستعمال تقنية الاسترخاء لتهدئتها لتستطيع الحالة التوقف عن البكاء الذي صاحب تذكر أحداث موت والدها، عندها أكملنا السيرورة العلاجية بإزالة الحساسية حيث وصل مستوى (SUD) إلى 5 في نهاية الحصة، في الحصة التي تلتها أخبرتنا الحالة أنها عانت من أفكار تسلطية تخص حدثا عاشته لكن لم نسطره ضمن الأهداف وهذا ما جعلنا نضمه لها، أكملنا خلال الحصة معالجة حدث موت الأب لنصل إلى مستوى (SUD) يساوي الصفر، قمنا بتثبيت الاعتقاد الإيجابي، حيث بلغ مستوى (VOC) 7 وتخلصت الحالة من الأحاسيس الجسدية المزعجة على مستوى الرجلين.

في الحصة المقبلة اختارت الحالة علاج الاستهداف الجديد والذي كان يخص يوم عرسها، حيث اتهمها زوجها بفقدان العذرية ولم يتقبل التفسير العلمي لذلك، هذا ما جعله يضربها ليلة العرس ويهددها، لينقلها في اليوم الموالي إلى طبيبة مختصة ويتأكد من عذريتها الحدث الذي جعلها حديث الساعة آنذاك، قمنا بعلاج الاستهداف الجديد مع الاستهداف الثالث الذي تم تحديده في بداية الحصة، الصورة التي مثلت الحدث وتمثل الجزء الأسوأ هي ضرب الزوج لها ليلة عرسها، الاعتقاد السلبي هو "أنا صفر أنا والو" يقابله اعتقاد إيجابي "عندي قيمة"، مستوى (VOC) كان 03، الانفعالات والمشاعر كانت الكره اتجاه الزوج والغضب، أما مستوى (SUD) فقد بلغ أقصاه 10، في حين تموقع الاضطراب جسديا على مستوى الصدر، قمنا باتباع خطوات البرتوكول لنصل عبر حصتين إلى مستوى (SUD) يساوي الصفر لجأنا خلالها للمكان الآمن عدة مرات.

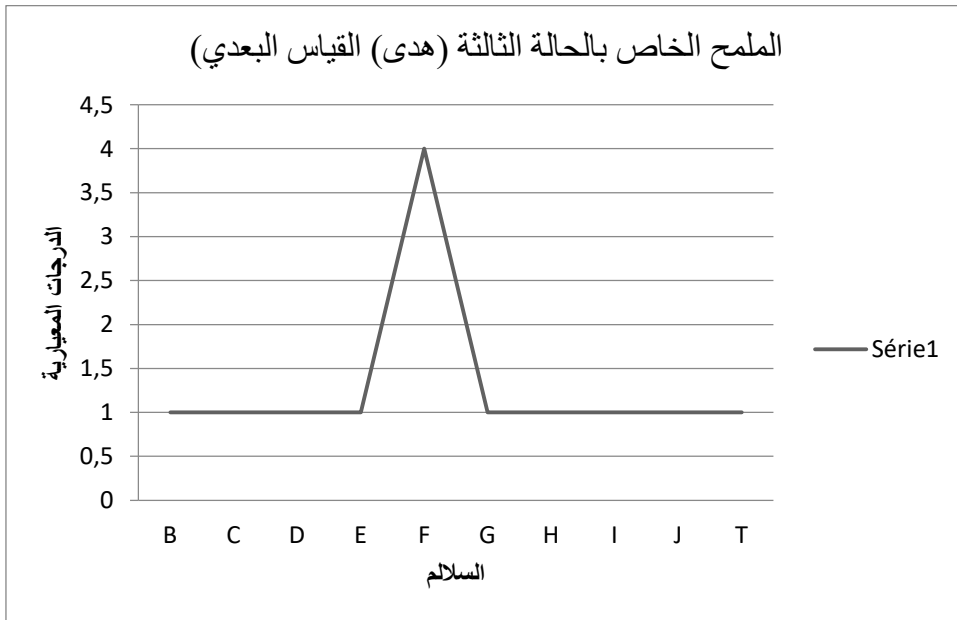
في الحصة الموالية تم التأكد من الانتهاء من معالجة جميع المواد المختلة وقد أعربت الحالة عن رضاها وسعادتها على التغيير الذي حدث إذ اختفت الأعراض بشكل نهائي، وأصبحت تتذكر الأحداث بدون أي انفعالات سلبية مصاحبة لها وقد عبرت عن دهشتها في النتائج المحصل عليها "وكأنه سحر كلش راح". في المقابلة التي تلت قمنا بتمرير استبيان (TRAUMAQ).

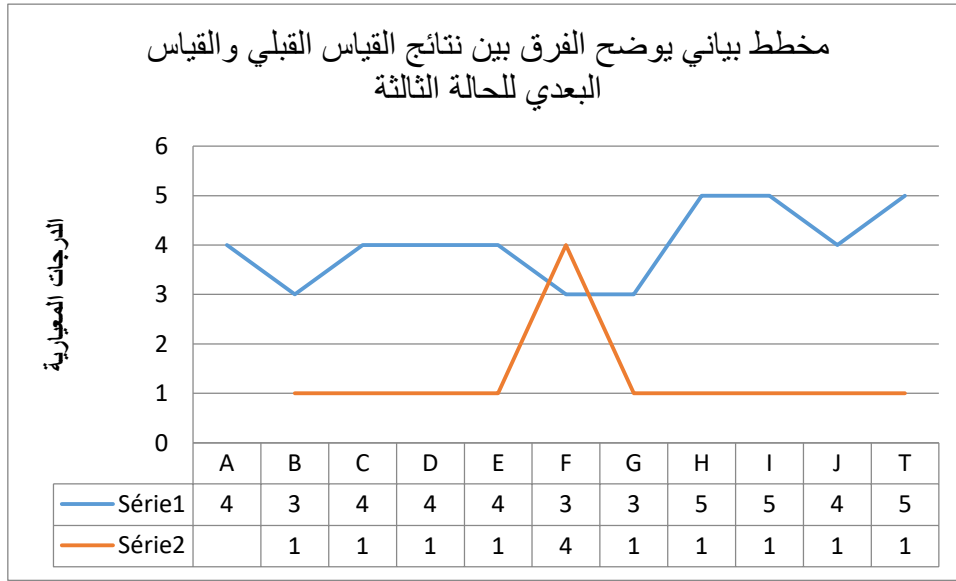
4-1- (TRAUMAQ))
:(

من خلال تطبيق استبيان الصدمة على الحالة هدى بعد الانتهاء من الحصص العلاجية تحصلنا على النقاط الخام التالية لكل سلم والتي حولناها بالاعتماد على الجدول المرفق في قائمة الملاحق (الملحق رقم 04) إلى النقاط المعيارية التالية:

T	J	I	H	G	F	E	D	C	B	A	
10	1	0	0	0	9	0	0	0	0		
1	1	1	1	1	4	1	1	1	1		

: لم يتم تمرير السلم (A) على الحالة للمرة الثانية لأنه يتعلق بما حدث خلال الحدث وبما أن النتيجة ستكون نفسها لأنها لن تتأثر بتقنية (EMDR) لم نشأ تمريره.





أسفرت نتائج القياس البعدي باستعمال استبيان (TRAUMAQ) عن عدم وجود صدمة، حيث سجلنا انخفاضا في جميع السلالم والفرق موضح في المخطط البياني والذي يظهر اختفاء أعراض اضطراب ما بعد الصدمة. ماعدا السلم (F) الذي كان مجموع نقاطه 09 لأن الحالة عانت جراء الحدث من اضطرابات سيكوسوماتية المتمثلة في الصداع النصفي واضطراب الغدة الدرقية وارتفاع ضغط الدم والتي لا زالت تعاني منه، إلى جانب فقدانها الوزن الذي لازال ظاهرا في شكلها الخارجي.

5-1 :

عاشت هدى صدمة نفسية جراء موت جنينها داخل رحمها وذلك ناتج عن فجائية الحدث وشدته، فلم تكن الحالة تتوقع موت جنينها قبل ولادته، فموته وضع سلامتها النفسية والجسدية محل تساؤل فقد تقمصت الحالة الجنين الميت هذا ما جعلها تخط بين الضرر اللاحق به والضرر اللاحق بها وبين موته وموتها وتعيش هذا فقدان كبر لأحد أعضائها وهذا ما أكدته (Bitouze, 1998)، ونتيجة لذلك تقمصت الحالة الأم القاتلة التي تستطع حماية طفلها وكانت سببا في موته. نتج عن الحدث الصدمي جرح نرجسي وذلك لأن الأم في فترة الحمل تحول كل انتباهها إلى ذاتها، فيصبح الجنين امتدادا لها وجزءا من أناها هنا يحدث انسحاب نرجسي، لذلك يرى (Bruwier, 2012) أن موت الجنين في هذه الفترة يؤدي إلى جرح في النرجسية. كما أكد كل من

(Guednney et Allilaire, 2001) على أن فقدان خلال فترة الحمل هو اقتلاع لجزء من الذات وهو فقدان نرجسي وهذا ما حدث مع هدى.

ظهر لدى الحالة متلازمة التكرار والتي تعتبر عرضا أساسيا في تشخيص الصدمة تمثلت في تعرض الحالة لمشاهد قهرية نهارا تعيد فيها لحظات الولادة وإعلان موت الجنين وهذا ناتج فشل قدرات الارصان الخاصة بالجهاز النفسي وسياقات دمج التجربة الانفعالية والمعرفية لموت الجنين الذي نتج عنه عجز في فهم وتخيل الحدث الصدمي، إلى جانب ذلك عانت من سلوكيات تجنبية ناتجة عن الدفاعات التي يتم تنصيبها بهدف تجنب متلازمة التكرار، لذلك أصبحت الحالة عاجزة عن فرز المثيرات الخطيرة من غيرها وهذا ما يمكن التعبير عنه بجماد وظائف الفرز

عاشت هدى جراء الحدث انسحابا اجتماعيا وذلك نتيجة شعورها بالتهديد الداخلي حيث حسب (De Clercq et Lebigot, 2001) تشعر الحالة بأن الموت حاضر في كل مكان وفي آن واحد وهذا ما يجعلها تشعر بحالة لا أمان ولا تغادر البيت وهذا ناتج عن نهاية وهم الخلود.

وجهت هدى مشاعر الفشل والنقص لذاتها وذلك لفشلها في إنجاب طفل حي مثل باقي النساء، هذا ما نتج عنه سلوكيات عدوانية التي فسرها كل من (De Clercq et Lebigot, 2001) بأنها تعبير عن شعور الفرد بأنه يحمل وصمة عار ويرغب في إخفائها وهذا ما تشعر به هدى وهذا ما عززه زوجها، إلى جانب إسقاط الغضب الذي تعيشه ومشاعر الفشل والنقص على المحيط.

عاشت الحالة الصدمة النفسية كبت في المنبهات الحسية فنتج عن ذلك فقدان في الشهية، الأرق، زيادة النشاط، نقص التركيز واضطراب طفيف في الذاكرة وهذا يؤكد سحب الأنا للبيدو من المواضيع الخارجية وتوظيفه في الموضوع المفقود.

ظهرت لدى الحالة اضطرابات سيكوسوماتية بعد مرور ثلاث أشهر من الحادث والتي تمثلت في ارتفاع ضغط الدم، الصداع النصفي، اضطراب في الغدة الدرقية وذلك ناتج عن عجز الجهاز النفسي عن تصريف الكم الهائل من الاثرات الناتجة عن

فجائية الحدث الصدمي وبالتالي تمت جسديتها لتخفيف الضغط على الجهاز النفسي. تراجعت رغبة هدى في العيش والاهتمام بالذات، فقد فقدت بفقدانها لطفلها جميع أحلامها وأهدافها وطموحاتها وهذا ما يدل على انهزام نزوة الحياة أمام نزوة الموت، وعدم القدرة على سحب الاستثمار من الموضوع المفقود بل بالعكس الاستثمار المفرط فيه ما نتج عنه استنزاف الطاقة النفسية من خزان الأنا.

بعد مرور سنة من موت الجنين بقيت الحالة تتأرجح بين نفي فقدان وتقبل الواقع، وهذا ما يدل على استمرارية استعمال الأنا لميكانيزم النفي استعمالاً غير متكيف إذ وجب استعماله بشكل مؤقت لحماية الأنا من الانفجار غير أن ديمومة استعماله تؤكد غياب العمل النفسي وعدم ارضان وإعداد فقدان الجنين.

الأعراض التي سبق ذكرها تعبر عن أول مرحلة طبيعية من مراحل الحداد العادي إلى أننا في هذه الحالة سجلنا إزماناً للأعراض وتثبيتاً في هذه المرحلة وهذا ما يدل على وجود حداد معقد وذلك حسب (Schmitt, 2011) حيث توفرت فيها المظاهر الخمسة التي وضعها لتشخيص الحداد المعقد وهي:

- 1- صعوبة تقبل الحالة لموت جنينها.
- 2- الأسى والحزن والغضب.
- 3- نوبات من الانفعالات المؤلمة مرفوقة بحنين لطفلها المفقود.
- 4- أفكار متكررة حول جنينها الميت.
- 5- سلوكيات تجنبية لكل ما يذكرها بموت الجنين خاصة وبالحمل عامة.

استمرار هذه الأعراض لمدة سنة كاملة.

كما أن رفض الحالة عيش تجربة الحمل مرة أخرى يدل على عدم إعداد الحدث الصدمي ومواصلة استثمار اللبيدو في الموضوع المفقود وعدم القدرة على استثماره مرة أخرى في مواضيع خارجية.

يمكننا إرجاع الحداد المعقد واضطراب ما بعد الصدمة التي عانت منه هدى إلى عدة عوامل:

1- غياب طقوس الحداد غيابا تاما، بدءا من عدم رؤيتها للجنين الذي يعتبر مهما للتعرف على الموضع المفقود والتأكد من كونها أنجبت كائنا حيا يسجل ضمن السجل الإنساني، إلى جانب أن رؤية الجنين ولمسه يترك أثارا حسية التي يمكن من خلالها تقديم تصورات عن الطفل الميت التي بدورها تساعد في تفعيل عمل الحداد وهذا حسب (Bitouze, 1998)، إلى جانب عدم حضورها مراسيم الجنازة التي كان بالإمكان أن تعطى مساحة للتعبير عن ألمها وعدم زيارتها القبر لتقبل حقيقة وواقع فقدان، وحسب (Heas. C et Heas. S, 2007) فإن غياب الطقوس يدفع إلى ترسيخ الوهم بأن الفقيد لم يموت. إلى جانب غياب طقوس الحداد لم تحض نعيمة بدعم نفسي من طرف الأسرة والمحيط، إذ تعرضت لاحتقار من طرف الزوج كونها لم تستطع إنجاب طفل حي مثل قريناتها هذا ما عزز شعورها بالنقص والفشل وجعل تقديرها بنفسها ينخفض.

2- فقدان الحالة لوالدها وعدم إعداد هذا الفقدان الأمر الذي جعل موت الجنين يستدعي كل حداد لم يتم ارضائه، إلى جانب صدمة أول ليلة من زواجها والتي أثرت على علاقتها الزوجية ومفهومها للزواج والإنجاب.

3- خصوصية الحداد في مرحلة الحمل التي تعتبر أزمة نضوج لما تحمله من تغيرات جسدية وهرمونية ونفسية، تؤكد المرأة من خلالها أنوثتها وقدرتها على الإنجاب وإعطاء الحياة لكائن آخر، خلالها تقوم الأم بسحب الطاقة النفسية من العالم الخارجي وتوجيهها نحو الداخل، فالحمل هو فترة استرجاع النرجسية بامتياز حسب (Bruwier, 2012)، لذلك يعتبر الحداد في هذه الفترة حدادا خاصا إذ يحدث خلال فترة تضم أمة هوياتية وتطورية يتم فيها إعادة تأمين الهوية الأنثوية. كما أن الحداد في هذه الفترة لا يقتصر على الحداد على الجنين الميت فقط بل على جزء من الأم على وظيفتها كأم وعلى أنوثتها وعلى مستقبل تم بناؤه.

4- خصوصية الموضوع المفقود الذي تربطه مع الأم علاقة افتراضية كما أسماها (Missonier, 2004) والتي يتم إنشاؤها قبل الولادة وهي تعبر عن ذلك الاندماج البيولوجي النفسي الذي تعيشه الأم خلال فترة الحمل، فالموضوع المفقود حسب (Molinie et Hureaux, 2012) لم يعيش خارج جسم الأم فلا يوجد ذكريات خارج الحمل وهنا الحداد يكون على المستقبل مع الطفل الذي كان يجب أن يكون. إذن فالموضوع المفقود غير معروف اجتماعيا ولم يتم تسجيله في سجلات الحالة المدنية وحتى لم تتم تسميته، وليس هناك ذكريات تخصه غير حركاته داخل بطن أمه، وصور الأيكو هذا ما يجعل الحداد صعبا لعدم وجود ذكريات كافية يقوم عليها عمل الحداد ويتم الاستثمار فيها. وهذا ما أكدته (Dayan et al, 1999) بأن الحداد اللاحق لموت الجنين يبدو معقدا بشكل خاص لأنه يضيف للعمل العادي للحداد اختبار واقع آخر وهو التعرف على ما تم فقده.

5- الاستثمار النرجسي للجنين الميت إذ يرى كل من (Cundet et Vincenzi, 2003) أن الحداد يكون مستحيلا في حالة الاستثمار النرجسي لأنه لا يمكن تصور فقدان. إلى جانب ذلك يعتبر الجنين امتدادا لأنا الأم وجزءا منها هي ذاتها لذلك يعاش فقدان كبت لأحد الأعضاء هذا ما يجعل الحداد حسب (Squires, 1998) اختبارا نفسيا يصعب إنهاؤه، لأن الجنين لم يتمكن من الحصول على وضعية شخص منفرد.

6- نوعية التوظيف النفسي وعدم نضج الأنا وقدرته على استعمال الآليات الدفاعية بطريقة متكيفة وإعداد الحدث الصدمي، إلى جانب تصورات الأم عن الإنجاب والأنوثة معتقداتها عن الزواج، إذ حصرت اكتمال الأنوثة والأمومة بالإنجاب لذلك فشلها في إنجاب طفل حي جعلها تعيش احتقارا للذات.

يمكن إجمال الأعراض التي عانت منها الحالة حسب (DSM5) في ما يلي:

أ- تعرضت الحالة لاحتمال الموت الفعلي عن طريق:

1- التعرض مباشرة للحدث الصادم وهو موت الجنين خلال الولادة.

2- المشاهدة الشخصية لموت جنينها.

ب- تعاني الحالة من أعراض الاقتحام والتي بدأ ظهورها بعد الحدث الصدمي وهي:

- 1- وجود ذكريات مزعجة اقتحامية متكررة وغير إرادية عن موت الجنين.
- 2- ردود أفعال تفككية حيث تشعر الحالة كما لو أن الحدث يتكرر.
- 3- الإحباط النفسي الشديد ولفترات طويلة عند التعرض لمنبهات داخلية وخارجية والتي تشبه جانبا من الحدث الصدمي.
- 4- تتعرض الحالة لردود أفعال فيزيولوجية عند التعرض لمنبهات داخلية أو خارجية والتي تشبه جانبا من الحادث.

ج- تتجنب نعيمة بشكل مستمر المثيرات المرتبطة بالحدث الصدمي:

- 1- تجنب الذكريات المؤلمة والمشاعر وكل ما يرتبط بموت الجنين وذلك بزيادة النشاط والأعمال المنزلية.
- 2- تجنب عوامل التذكير الخارجية التي تثير الذكريات المؤلمة كرفضها الذهاب إلى حفلات النفاس.

د- التعديلات السلبية في المدركات والمزاج المرتبطين بالحدث الصدمي:

- 1- معتقدات سلبية ثابتة المتمثلة في احتقار الذات وأفكار عن كونها فاشلة.
- 2- مدركات مشوهة مستمرة حول سبب موت الجنين وإلقاء اللوم على نفسها.
- 3- الشعور بالانفصال والاعتراب عن الآخرين.
- 4- عدم القدرة على اختبار المشاعر الإيجابية بشكل مستمر.

هـ- تغييرات ملحوظة في الاستثارة ورد الفعل المرتبط بموت الجنين:

- 1- سلوك تهيجي ونوبات الغضب والتي تظهر في شكل عدوان لفظي وجسدي خاصة اتجاه طفلها.

- 2- التيقظ المبالغ فيه.
- 3- استجابة هلع مبالغ فيها.
- 4- مشاكل في التركيز.
- 5- اضطراب النوم المتمثل في الأرق.
- و- مدة الاضطراب أكثر من شهر دامت لأكثر من سنة بعد الحدث الصدمي.
- ز- سبب الاضطراب إحباطا سريريا هاما وضعفا في المجال الاجتماعي.
- ح- لا يعزى الاضطراب إلى تأثيرات فيزيولوجية لمادة أو حالة طبية أخرى.

تم اقتراح استعمال تقنية (EMDR) لعلاج الحالة من اضطراب ما بعد الصدمة الذي تم تشخيصه اعتمادا على نتائج المقابلات والاستبيان، وقد وافقت الحالة، حيث استغرق العلاج 10 مقابلات تم فيهم استهداف ثلاث أهداف رئيسية وهي موت الجنين داخل الرحم، صدمة موت والدها، وتعنيف الزوج لها وتحقيره لها. كان لزاما علينا معالجة المواد المختلة الخاصة بالهدفين الثاني والثالث لأن موت الجنين جعل هدى في مواجهة مع الحداد المعقد الخاص بوالدها وكل حداد لم يتم ارضائه.

بعد الانتهاء من الحصص العلاجية أعدنا تمرير الاستبيان لمعرفة مدى فعالية التقنية في التخفيف من حدة اضطراب ما بعد الصدمة، لنجد أن الأعراض التي كانت تعاني منها الحالة اختفت، فقط لازالت تعاني من الاضطرابات السيكوسوماتية التي أصيبت بها بعد تعرضها للحدث الصدمي، إلى جانب ذلك ارتفع تقديرها لذاتها ولم تعد تبدي ردة فعل لتصرفات زوجها وتحقيره لها ولم يعد ذلك يؤثر فيها.

-4

()

:

-1-4

:

فايزة البالغة من العمر 40 سنة، ذات بنية جسدية ضعيفة وقامة قصيرة، خالية من الاضطرابات على المستوى العضوي وحتى المستوى النفسي لم يسبق وأن عانت من اضطرابات نفسية، مستواها التعليمي ثانوي، مأكثة بالبيت في سكن منفرد هي وزوجها، أم لطفلين بنت وولد، ذات مستوى اقتصادي جيد، ثيابها مرتبة وبسيطة ونظيفة.

أظهرت الحالة عدم رغبتها في التواصل معنا خلال المقابلة الأولى تجنباً للحديث عن موت الجنين، عكس المقابلات التي تلتها حيث أبدت رغبة في مقابلتنا، تفتقر إلى الإنتاجية التلقائية، تجد صعوبة في التعبير عن مشاعرها، تحيب إجابات مختصرة مقتضبة، لغتها بسيطة تتحدث بالعامية، تتجنب الخوض في الحديث عن الحدث الصدمي بتغيير الموضوع مع إظهار مزاج مكتئب حزين عكس الذي تقابلنا به في بداية المقابلة، هذا ما أدى إلى تشوش أفكارها وانعدام التسلسل والترابط، كما يتخلل حديثها فترات طويلة من الصمت ونوبات من البكاء، توجه الحالة لذاتها مشاعر الاحترار، لديها إدراك للتوجهات الزمانية والأبعاد المكانية.

تنحدر من عائلة متوسطة هي البنت البكر لوالديها يليها أربع بنات وولدين، علاقتها جيدة بوالدها عكس علاقتها بوالدتها التي ترى أنها لم تمنحها طيلة حياتها الحب وحنان الأم "ماما داسة مشاعرها عمري محسيت بيها، ماعطاتنيش إحساس بالأمومة"، عبرت بصريح العبارة عن حبها لأبيها مقارنة بأمها "بغني بابا على ماما" وبأنه سندها وتشعر بالأمان في وجوده، فقد لعب دور الأب والأم معا وحتى دور الصديق، أما عن علاقتها مع أخواتها فجيده، كما صرحت أنها تلعب دور الأم عاطفياً بالنسبة لإخوتها.

-1

:

زواجها كان ثمرة علاقة حب دامت سبع سنوات، تعبر عن مدى حبها وتعلقها بزوجها، تعيش بين الفينة والأخرى مشاكل عابرة معه ناتجة عن مشاكل علانقية مع أسرته. ترى أن العلاقة الجنسية ما هي إلى تجسيد للحب وتمتين للعلاقة بين الزوجين وهي نتيجة لرغبة الطرفين وليست مجرد واجب وحق بينهما، بالإضافة إلى أنها تعتبر وسيلة لإنجاب الأطفال الذين بدورهم يقومون بتمتين العلاقة بين الوالدين.

-2

:

خلال المقابلة الأولى كانت قد تمت ولادة فايضة ولادة طبيعية لجنيها الميت في الشهر السابع من حملها، تجنبنا في البداية الخوض في الحديث عن الحدث وأبدت رضاها التام عن ما حدث بابتسامة تدل على استعمال الأنا لميكانزم العزل، لكن سرعان ما تغير مزاجها حين بدأت تروي الأحداث مع نوبة بكاء حاد طيلة المقابلة، حيث افتقدت فايضة حركات جنينها فقررت زيارة الطبيبة المختصة، وبعد الفحوصات تبين أن الجنين قد مات، عبرت عن رد فعلها لحظة الإعلان عن موت جنينها "تشوكيت قتلها بالاك راه راقد بالصدمة، تشوكيت ما أمنتش وليت نقولها غير ماشي بصح ماشي بصح" فجائية الحدث وشدته جعلتها عاجزة عن الاستجابة الملائمة إزاء تراكم الاثارات، وهذا ما أدى إلى حدوث اختلال في الجهاز النفسي بسبب عدم قدرة الأنا على تصفية الفيض من الاثارات وارصانها بالوسائل المعهودة، لذلك استعمل الأنا ميكانزم النفي لحماية نفسه من الانفجار ولمحاولة تخفيف من حدة القلق الناتج عن عنف الحدث "الطبيبة تقول لي مات وأنا نقولها لا لم يموت".

الصدمة التي عايشتها الحالة أحدثت قطيعة في الروابط مع العالم الخارجي، الأمر الذي أدى إلى اجتياح قلق العدم الذي حطم وحدتها وأوقف إحساسها بالزمن وبالفضاء وبالأحداث الخارجية، فالصدمة النفسية هنا لم تؤدي إلى قطيعة وانكسار في الشعور فقط بل جعلتها تنكر وتنفي كل الأحاسيس وتترك الغموض والعدم "الطبيبة تهدر وأنا ماشي مستوعبة، تشوكيت، عينيا يشوفو فيها بصح أنا في عالم آخر، كنت في عالم

آخر، يا أنا كائنة يا أنا ماكانش، ما بكييتش قعدت غير نشوف" فاخترق الصورة الصدمية للجهاز النفسي جعلها تصل إلى العدم الأصلي، فترة الاختراق هذه يشعر بها الفرد كوقت خال من الكلمات فيمر كل شيء بالنسبة له كما لو أنه قد غادر العالم الخارجي، كما أن عنصر الفجائية جعلها تدخل في وضعية نبت وألغت فيها كل عناصر الواقع فاقدة معالم التوجه الزمني والمكاني، وجعل مجال وعيها يضطرب.

"بعد ما قالولي مات حسيت روي هادوين راني خارجة من كرش ماما، نسيت الماضي والحاضر والمستقبل" فشدة الاثارات والانفعالات التي تعرضت لها الحالة أربكت الأنا وجعلته يتوقف فجأة عن مهامه الأمر الذي جعلها تبدو في حالة من الانهيار وجعلها تبدو عاجزة عن الاستجابة بسبب فيض الاثارات الذي فاق قدرة الأنا على ارضائه، مما جعله يستعمل ميكانزم النكوص محاولا التغلب على حالة لا توازن التي مست الجهاز النفسي. فقد كانت قوة الحدث الصدمي شديدة لدرجة الذهول لدرجة أفقدت الحالة القدرة على التغلب على الانهيار الداخلي.

في المقابلات الموالية ظهر لدى الحالة اضطرابات سلوكية المتمثلة في فقدان الشهية، سلوكيات عدوانية اتجاه أطفالها وفقدان الرغبة في الاهتمام بهم، اضطرابات في النوم المتمثلة في الأرق، صعوبة في التركيز، اضطرابات طفيفة في الذاكرة، زيادة في أداء المهام اليومية ونشاطها، كما ظهر لديها أعراض الحصر والقلق مرفوقة بأعراض فيزيولوجية متمثلة في الارتجاف وزيادة خفقان القلب. كما تعيش الحالة انسحابا اجتماعيا وتشعر بالوحدة "مذابيا مانهدر مع حتى حد، كون نصيب مانعيش غي هذا العالم" فقوة الصدمة ترجمت من طرف الحالة كهجر من طرف العالم الخارجي وشعور بالعار، مما أدى إلى فقدانها صفة الإنسانية.

أمام انهزام نزوة الحياة تعبر فايضة تعبيراً صريحاً عن بأسها وعدم رغبتها في العيش "مارانيش باغيا نعيش، كون غير مت" فقد توقفت بالنسبة لها الوظائف الحياتية للعالم الخارجي، وفي حركة تقمصية عميقة لجنينها الميت تتمنى لو ماتت معه "مين قالولي مات حسبت روي غادي نموت معاه، وكون غير مت معاه" فالطفل المنتظر

هو جزء لا يتجزء من جسمها وامتداد لها وموته وضع سلامتها النفسية والجسدية محل التساؤل، وبالتالي عاشت لحظات خلط بين الضرر اللاحق بها والضرر اللاحق بجنينها، وبين موت جنينها وموت جنينها. تقمصت فائزة الأم القاتلة التي لم تستطع حماية طفلها فرغم تأكيد الطبيبة إلى أن سبب موت الجنين كان سببا عضويا محضا ناتجا عن ارتفاع ضغط الدم إلا أنها تعزو موت الجنين لنفسها *"بالإك أنا ماستحفظتش عليه"* مما يترجم غرق الأم في نشاط خيالي مكثف، الأمر الذي جعلها تطور استراتيجيات تفسيرية أنتجت الشعور بالذنب الناتج عن اجتياز حاجز الكبت الأصلي وبالتالي العودة إلى العالم ما قبل الموضوعي، فالرجوع إلى الأصل يعتبر تجاوزا كبيرا ينتج شعورا بالخطأ والذنب.

تعبّر الحالة عن المشاعر الايجابية التي كانت تعيشها خلال فترة الحمل، والتي حل محلها الحزن والكآبة، وكيف أن موت الجنين كسر تطلعاتها المستقبلية *"مات ولدي مات كل شيء جميل معاه أحلامي وأمنياتي"* فبعدها كانت فائزة تعيش تجربة عطاء فريدة من نوعها أصبحت تعيش تجربة فقدان، وبعدها كان جسمها منتجا للحياة أصبح منتجا للموت وهذا نجم عنه شعورها بالنقص وعدم قدرتها على العطاء *"كل مانشوف طفل نولي نبكي ونقول علاش أنا ماجبتش حي"*. فقد عاشت سبعة أشهر وهي تحمل جنينها وعاشت آمم المخاض، وبعد الولادة بدأ الحليب في التدفق *"عشت قاع المشاعر تاع نافسة والطفل ماكانش"* وهذا ما يعبر عن تثبيت الفراغ لدى فائزة فالبطن فارغ والمهد فارغ.

تعيش الحالة الحدث يوميا على شكل كوابيس ليلا وصور نهارة، يرافق تكرار عيش الحدث مشاعر مؤلمة وحزينة وكأن الحدث يحدث الآن وهذا راجع لاختراق صورة الموت للجهاز النفسي وبالتحديد للغشاء الصاد للمثيرات، لكن على غير العادة لم تجد تصورا للموت في شبكة التصورات الموجودة على مستوى اللاشعور لأن الموت ليس ممثلا لدى الفرد في لاشعوره، وهذا ما يجعل صورة العدم راسخة في قلب الجهاز النفسي كجسم غريب، إذن فصورة الموت تبقى بدون رابط مع التصورات وبالتالي يبقى الحدث محفورا في الذاكرة بأدق تفاصيله.

جماد الزمن النفسي حول الحدث الصدمي أدى إلى إعادة هيكلة الاقتصاد النفسي حول الموضوع الصدمي وهذا ما يفسر أعراض التجنب التي ظهرت لدى الحالة، حيث أصبحت تتجنب كل ما يتعلق بالحمل وبالأطفال "أي مكان فيه أطفال مارانيش نبغي نتواجد فيه ولى نشوفهم" تنفادى الحديث عن الحمل و المستشفى وعن ما حدث.

حتى بعد مرور أربع أسابيع لا زالت الحالة تعيش خلطا معرفيا نفسيا تتأرجح بين نفي الواقع وتقبله "مرات نقول ماشي بصح ومرات نقول مات صاي" استمرار حالة النفي هذه راجعة إلى محاولة الجهاز النفسي لحماية الأنا من الواقع المؤلم ، كما تعبر تعبيراً واضحاً وصريحاً عن قوة المواجهة التي عاشتها مع حقيقة الموت "choc صعب قادر الواحد يهبل ... الموت واعرة بزاف".

3 :

رأت الحالة جنينها الميت بعد ولادته وتتمنى لو أنها لم تفعل "كون غير ما شفتهم، راهي قاعدتلي صورته في راسي ... زدت مرضت" وهذا يدل على أن الصورة لم ترمز وهذا يجسد عدم القدرة على تمثيل الموت.

لم تتلق فائزة دعماً من زوجها رغم علاقتها الجيدة إلا أنها بعد فقدانها لجنينها تغيرت معاملته له "ملي مات ولدي راجلي تبذل عليا، كون دعمني وعطاني الأمل مايصرايش لي صرالي" كما أهمل دوره في أسرة كآب "هو تاني كان باغي هاد طفل وكان متعلق بيه بزاف ... راح أمه". في حين أبدت والدتها زوجها الرغبة في تزويج ابنتها للمرة الثانية حتى يرزق بأولاد معللة ذلك بكبر سن فائزة وعدم قدرتها بعد الآن في إنجاب الأطفال.

تلقت الدعم النفسي من طرف والدها وأخواتها، عكس والدتها التي ترى أنها لم تعاملها معاملة خاصة ولم تشعر بالوضع الحساس التي تمر به. كما تلقت دعم نفسي من طرف النسوة اللاتي زرنها من أجل العزاء بقولهن "عظم الله أجرك تلقية في الجنة" كما أن بعض صديقاتها بعثن الأمل في نفسها بأنها لازالت صغيرة في السن وتستطيع الإنجاب من جديد "مين يقولولي مازال دوك تحبيي نفرح ومورالي يطلع"

فهذا يرفع من تقديرها لذاتها بعدما تبدد شعورها بالهوية الأنثوية، ويدعم ثقتها بنفسها بكونها قادرة على العطاء.

4- () :

من بين الآثار المترتبة على الصدمة ظهور الصورة الصدمية من جديد في متلازمة التكرار على شكل كوابيس ليلا وإعادة إحياء في النهار وهذا ما تعاني منه فايضة، حيث تثبت في قلب نفسية الفرد يقين موته الحقيقي الذي لم يكن موجودا من قبل، وهذا ما يعبر عن نهاية وهم الخلود، وبالتالي يكون الموت حاضرا دائما ، فعدم وجود تصور للموت يرتبط بالصورة الصدمية، يجعل هذه الأخيرة تبقى على حالها في أدق التفاصيل فتنبعث إلى الشعور، متلازمة التكرار هذه يرافقها أعراض اعاشية المتمثلة في التعرق وزيادة ضربات القلب وصعوبة في التنفس. زادت حساسية فايضة لكل ما يتعلق بموضوع الحمل والولادة والأطفال، ونظرا لذلك ظهرت لديها سلوكيات تجنبية كآلية دفاعية نفسية للابتعاد عن الخبرة المؤلمة.

تعاني الحالة من فقدان الشهية الذي نجم عنه فقدان الوزن "راني محبسة الماكلة، نشرب غير الحليب"، تعاني من مشاكل في التركيز والذاكرة "راني ننسى بزاف"، كما ظهر لديها اضطراب في التوجه الزمني "مارانيش نعرف الأيام.. قاع الأيام بيانولي كيف كيف" وهذا ناتج عن جماد الزمن حول الحدث الصدمي، ظهرت لديها سلوكيات عدوانية اتجاه أطفالها مسقطه مشاعر الغضب والفشل والنقص على أطفالها "راني نضرب ولادي ونزقي عليهم"، كما تعاني من أرق "مارانيش نرقد حتى دارولي الهالات السوداء في عينيا".

عدم تقبل فايضة لحقيقة فقدان "لدروك مارانيش نأمن .. لدروك راني نقول بالاك لم يمت" ناتج عن استمرار اجتياح قلق العدم الذي أوقف إحساسها بالزمن وبالفضاء وبالأحداث الخارجية، وفشل الأنا في الإعداد العقلي ودمج التجربة الانفعالية والمعرفية وبالتالي عدم تمثيل الحدث الصدمي هذا ما أدى إلى استمرار تقمص الطفل الميت وبقائه أسيرا لنرجسيتها. لازالت حدة المشاعر التي عاشتها جراء موت جنينها

نفسها حتى بعد مرور خمس أشهر ولا زالت تنتابها نوبة بكاء كلما تذكرت الحدث "قلبي راه معمر مازال ماتفرغش، قلبي راه مبلع ، مانجمتش نحبس البكا"، كما توجه مشاعر عدم تقدير الذات لنفسها نتيجة لعدم قدرتها على إعطاء الحياة لطفلها وحمائته، كما تجتاحها مشاعر العار والفشل والاحتقار لنفسها "راني كارهة روعي وعافيتها". هذه الاضطرابات المزاجية والحالة الاكتئابية نجم عنها تفكير الحالة الانتحار، حيث نجم ذلك عن انهيار نرجسي ووصولها إلى درجة الصفر لوضع حد لمعاناتها النفسية وألمها "حياتي ولات تعيسة مارانيش منجمة نعيش" هذا يدل على تقمصها لطفلها الميت وسقوط ظل الموضوع المفقود على الأنا وبالتالي موت الحالة نفسيا.

تعبّر الحالة عن الموت النفسي لها تعبيرا صريحا "مات كلش مع هاد الغريان، حياتي ضاعت"، كما تعيش حالة من اليأس "راطي الأمل راني كارهة كلش" والإحباط "راني مطيزة"، والحزن "راحت الفرحة معاه"، وهذا انعكس على تفاصيل حياتها فلم تعد تهتم بذاتها وهندامها منذ موت جنينها وهذا ناتج عن الانسحاب النرجسي، كما تراجع جودة أدائها لأعمالها المنزلية "مرانيش نقضي غايا، مارانيش نطيب غايا"، تعيش صعوبات علائقية مع محيطها؛ حيث أظهرت انسحابا اجتماعيا بحيث تتجنب الزيارات والمناسبات الاجتماعية واضطربت علاقتها العاطفية مع زوجها نتيجة انعدام الرغبة الجنسية لديها وعدم اهتمامها بذاتها "راني هاملة روعي شعري مارانيش نمشطه ... عليها راجلي بعد عليا" وحدثت تغيرات في شخصيتها التي ظهرت من خلال إنشاء الحالة روابط جديدة مع العالم الخارجي ومع ذاتها هي نفسها، فقد اكتسبت طريقة جديدة لإدراك المحيط الخارجي، إذن فالصدمة أدت إلى تجريد وظائف الحب وذلك نتيجة النكوص النرجسي الذي انهار ضمنه وهم الخلود من أجل ترميم حب الذات.

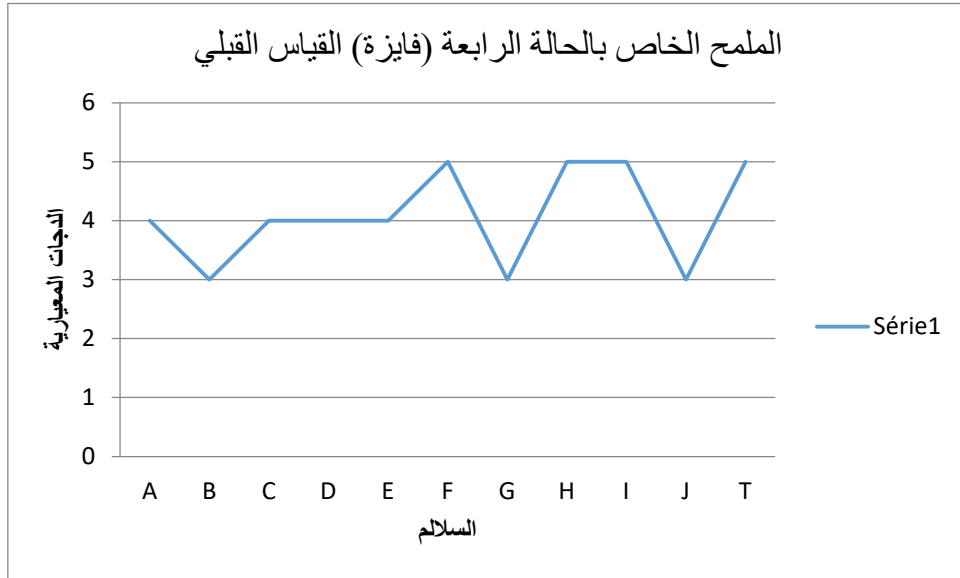
-5-

ترغب الحالة في الحمل من جديد وترى أن ولادة طفل حي يعوض الطفل الذي مات، وفي نفس الوقت تخاف فايضة من عيش تجربة فقدان مرة أخرى.

5-2 : (TRAUMAQ)

من خلال تطبيق استبيان الصدمة على الحالة فائزة تحصلنا على النقاط الخام التالية لكل سلم والتي حولناها بالاعتماد على الجدول المرفق في قائمة الملاحق (الملحق رقم 04) إلى نقاط معيارية:

T	J	I	H	G	F	E	D	C	B	A	
124	5	18	24	5	12	12	12	12	6	18	
5	3	5	5	3	5	4	4	4	3	4	



تحصلت الحالة على مجموع كلي للسلام قدره 124 نقطة وهذا ما يدل على وجود صدمة قوية جدا، حيث تحصلت فائزة على 18 نقطة على السلم (A) الذي يضم 08 بنود تخص رد الفعل النفسي والجسدي أثناء الحدث تقابل هذه القيمة 4 درجات معيارية وهذا يعبر عن ما عاشته الحالة خلال لحظة إعلان موت جنينها؛ حيث شعرت بالخوف والقلق، كما أنا فجائية الحدث وشدته جعلتها غير قادرة على إبداء رد فعل ملائم، كما شعرت بالعجز.

أما السلم (B) الخاص بأعراض التكرار المرضي المتكون من 04 بنود فقد تحصلت فيه الحالة على 06 نقاط تقابلها 03 درجات معيارية هذا ما يوضح أن فائزة

تعاني من متلازمة التكرار المتمثلة في تعرضها لذكريات وصور تخص الحدث الصدمي نهاراً هذا ما يجعلها تشعر بالقلق.

في حين حصلت على 12 نقطة في ما يخص السلم (C) الخاص باضطرابات النوم الذي يضم 05 بنود، يقابلها 04 درجات معيارية؛ حيث تعاني الحالة منذ الحدث من الأرق هذا ما يجعلها تشعر بأنها لا تنام مطلقاً وتستيقظ متعبة مرهقة.

أما السلم (D) الخاص بالقلق وعدم الأمان والتجنب الرهابي الذي يضم 05 بنود فقد حصلت فيه الحالة على 12 نقطة يقابلها 04 درجات معيارية؛ حيث تعاني الحالة منذ الحدث من نوبات قلق وتتجنب الذهاب للمستشفى التي تمت ولادة الجنين الميت فيه وكذلك الطبيبة المختصة التي أعلنت عن موت الجنين.

في حين حصلت فائزة على 12 نقطة في السلم (E) الذي يضم 06 بنود تقيس الهيجان وفقدان القدرة على التحكم، اليقظة الزائدة والحساسية المفرطة تقابلها 04 درجات معيارية، حيث أبدت الحالة منذ الحدث سلوكيات عدوانية اتجاه أطفالها، وأصبحت تجد صعوبة في السيطرة على غضبها.

أما في ما يخص السلم (F) الخاص بردود الأفعال السيكوسوماتية، الجسمية واضطرابات الإدمان والذي يضم 05 بنود فقد حصلت فائزة على 12 نقطة تقابلها 05 درجات معيارية، إذ تعاني الحالة من تدهور في حالتها الصحية إذ تشعر بالتعب والوهن طيلة الوقت، كما خسرت الكثير من الوزن وذلك ناتج عن فقدانها للشهية وبدل الأكل زاد استهلاكها للحليب بكميات كبيرة خلال اليوم.

في حين حصلت على 05 نقاط تقابلها 03 درجات معيارية في السلم (G) الذي يخص الاضطرابات المعرفية، إذ ظهر لدى فائزة صعوبات في التركيز واضطراب طفيف في الذاكرة.

أما السلم (H) الخاص بالاضطرابات الاكتئابية والذي يضم 08 بنود فقد حصلت الحالة فيه على 24 نقطة تقابلها 05 درجات معيارية وهي قيمة مرتفعة جداً تعبر عن غرق الحالة في اكتئاب شديد؛ حيث فقدت الاهتمام بذاتها وبأطفالها وبأسرتها بشكل

عام فبعد أن كانت مولعة بالطبخ والحلويات أصبح نشاطها يقتصر على التنظيف فقط، تنتابها نوبات بكاء كلما تذكرت ما حل بها، وترى أنه كان من الأفضل لو ماتت مع جنينها وهذا ما جعلها تعيش انسحابا اجتماعيا.

في حين تحصلت على 19 نقطة في ما يخص السلم (I) الخاص بالمعاش الصدمي للحالة يقابلها 05 درجات معيارية وهي قيمة مترفعة جدا تعكس شعور الحالة بالفشل واحتقار الذات لفشلها في إنجاب طفل حي، إلى جانب مشاعر الذنب في كونها لم تستطع حمايته هذا ما جعلها تغير نظرتها للحياة ككل ولنفسها وحتى للمحيط ككل.

تحصلت فائزة على 05 نقاط في ما يخص السلم (J) المتعلق بنوعية لحياة والتي يقابلها 03 درجات معيارية، حيث أنها رغم مواصلتها لأداء أعمالها المنزلية طيلة اليوم ودون توقف رغم التعب الذي تشعر منه وذلك هروبا من الواقع وهروبا من الفراغ الذي يجعلها تتذكر ما حدث إلا أنه غير متطابق مع نشاطها قبل الحدث، تبحث الحالة عن دعم الزوج وتفقدته وتتمنى لو يشعر بما تشعر به ويساندها.

اعتمادا على هذه القيم قمنا برسم المنحنى البياني الموضح أعلاه وذلك باستعمال الدرجات المعيارية فتحصلنا على منحنى بياني يتطابق مع الملمح (A) الذي يعبر عن وجود متلازمة ما بعد الصدمة قوية.

أما في ما يخص الجزء الثاني من الاستبيان والذي يهدف إلى قياس فترة ظهور الأعراض ومدتها

2-1- (EMDR):

بعد التأكد من معاناة الحالة من اضطراب ما بعد الصدمة شرعنا في العلاج باستعمال تقنية (EMDR)، بدأنا بشرح آلية عملها بشكل مبسط وبلغة مفهومة، بعدها قمنا بتنظيم طريقة الجلوس واقترحنا على الحالة استعمال حركات العينين كتقنية لإزالة الحساسية، حددنا المسافة الملائمة والاتجاه المناسب وكذلك سرعة الأصابع في الحركة، اتفقنا على إشارة التوقف وكانت رفع اليد في حالة إذا ما رغبت الحالة في توقيف سيرورة العلاج.

بعدها قمنا حددنا الأهداف وكان عبارة عن هدف واحد وهو حدث موت الجنين داخل الرحم، حيث شرعنا مباشرة في المرحلة الثانية وهي مرحلة التحضير، حيث دربنا المفحوصة على تقنية الاسترخاء، بعدها حددنا المكان الآمن حيث اختارت مكة المكرمة تحديداً أمام الكعبة يرافقها الشعور بالاطمئنان والراحة، قمنا بتعزيز الإجابة بأربع مجموعات من بحركات العينين، ثم حددنا الكلمة المفتاحية وهي الأمان قمنا بتعزيز الإجابة كذلك، بعدها قمنا بتدريب المفحوصة على استعمال المكان الآمن لوحدها من خلال تذكر حدث مزعج بعيداً عن الموضوع المراد علاجه، وذلك ليتسنى لها استعماله عند شعورها بالتوتر داخل الحصص وخارجها.

انتقلنا بعدها إلى مرحلة التقييم بعدما حددت صورة " لحظة إخبارها بأن جنينها مات" كصورة أكثر تمثيلاً للحدث وهذا ما يجعلنا نصل إلى المعلومات المستهدفة ونحفزها، بعدها حددنا الاعتقاد السلبي الذي تصف بيه الحالة نفسها والمرتبطة بهذه الصورة وقد كان: "أنا ماشي امرأة" وقابله الاعتقاد الإيجابي "أنا امرأة"، وتم تحديد مستوى (VOC) بـ 02، عند العودة إلى الصورة تشعر الحالة باحتقار الذات والحزن، أما مستوى (SUD) فقد بلغ أقصاه 10، أما الإحساس الجسدي فقد وجدنا صعوبة بالغة في تحديده، إذ لم تستطع الحالة الانتباه إلى التغيير الذي يحدث على مستوى الجسم عند تذكر الحدث والاعتقاد السلبي، وبعد عدة محاولات حددته على مستوى الصدر. بعدها شرعنا في إبطال الحساسية عن طريق حركات العينين، حيث بدأنا بالهدف الرئيسي وانتقلنا إلى القنوات التي تضمنت إهمال زوجها ومعاملته له بعد الحدث عند انتهاء الحصة كان مستوى (SUD) يساوي 07.

في الحصة الموالية صرحت الحالة أنها شعرت بتحسن كبير وانخفاض في شدة الأعراض حتى أن البعض منها اختفى، قمنا بإعادة تقييم مستوى (SUD) حيث بعدما كان في الحصة السابقة 07 انخفض لمستوى 05، انتقلنا إلى إزالة الحساسية حتى وصلنا إلى مستوى (SUD) منعدم واضطررنا لإغلاق الحصة بسبب انتهاء الوقت.

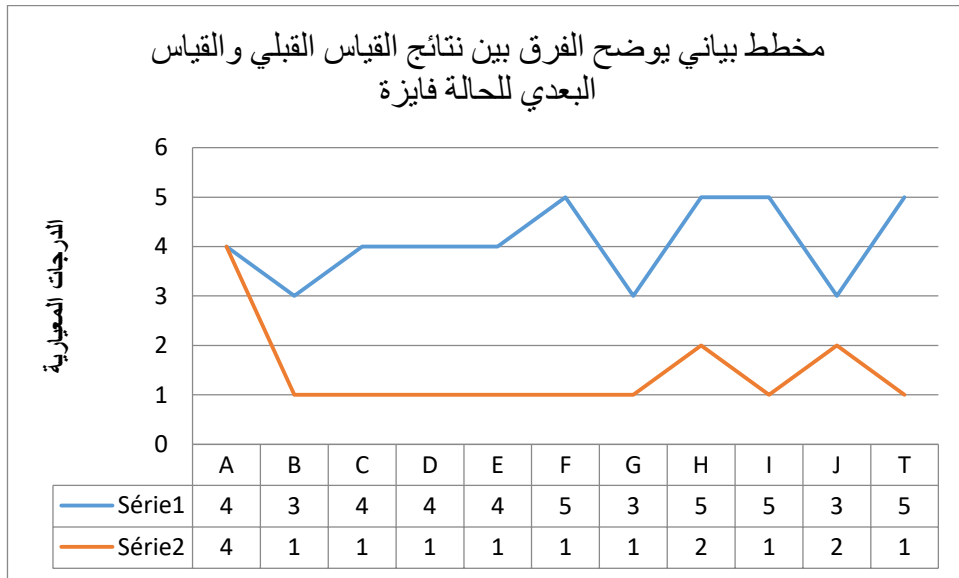
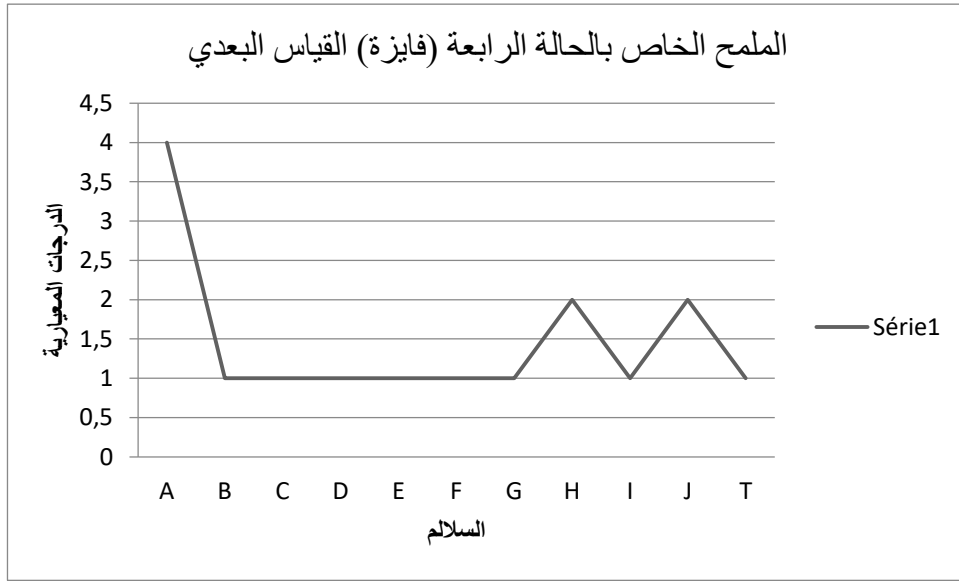
في الحصة الموالية بدأنا بإعادة التقييم والتأكد من معالجة كامل المواد المختلة بعدها مررنا إلى مرحلة التثبيت حيث أضافت الحالة إلى الاعتقاد الإيجابي عبارة أنها تستحق التقدير فأصبح الاعتقاد الإيجابي "أنا امرأة واستحق التقدير" عند قياس مستوى (VOC) مباشرة بعد تغييره كان 7 أي صحيح تماما قمنا بتثبيت ذلك عن طريق 04 مجموعات من حركات العين. انتقلنا بعدها إلى مرحلة مسح الجسم لم تشعر الحالة بأي توتر على مستوى كامل الجسد عندها أغلقنا الحصة.

في الحصة الموالية قمنا بإعادة تقييم للتأكد من معالجة كافة المواد المختلة وعدم ظهور ذكريات جديدة تخص الحدث، اختفت الأعراض التي كانت تعاني منها الحالة، تشعر الحالة بتقدير عالي للذات الأمر الذي انعكس على سلوكياتها وحتى مظهرها الخارجي الذي لاحظنا تغيرا فيه مقارنة بالمقابلات الأولى بعد الحادث. وفي نفس لحنة قمنا بإعادة تمرير استبيان الصدمة.

4-1 (TRAUMAQ)) :(

من خلال تطبيق استبيان الصدمة على الحالة فائزة بعد الانتهاء من الحصص العلاجية حصلنا على النقاط الخام التالية لكل سلم والتي حولناها بالاعتماد على الجدول المرفق في قائمة الملاحق (الملحق رقم 04) إلى النقاط المعيارية التالية:

T	J	I	H	G	F	E	D	C	B	A	
23	1	0	3	0	0	1	0	0	0	18	
1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	4	



أسفرت نتائج القياس البعدي باستعمال استبيان (TRAUMAQ) عن عدم وجود صدمة، حيث سجلنا انخفاضا في جميع السلالم والفرق موضح في المخطط البياني والذي يظهر اختفاء أعراض اضطراب ما بعد الصدمة، حيث يمثل المنحنى البياني باللون الأزرق نتائج التميرير القبلي والمنحنى البياني باللون الأحمر نتائج التميرير البعدي للاستبيان. في حين أظهرت النتائج أن الحالة لازالت تعاني من مشاكل مع زوجها منذ الحدث وهذا ما يفسر حصولها على 03 درجات في ما يخص السلم (H)، كما لازالت تفتقد لدعم زوجها النفسي وهذا ما يفسر حصولها على نقطة في السلم (J).

-5-1

() :

عاشت فايضة صدمة نفسية نتيجة موت جنينها داخل رحمها، الحدث الذي قلب حياة الحالة فقد نتج عن هذا الإعلان فناء الذات والموت النفسي للحالة وهذا ما عبرت عنه خلال المقابلات عن طريق فقدانها الاهتمام بذاتها وبأطفالها وتمنيها الموت مع جنينها ورغبتها في عدم العيش. فقد عاشت الحالة فقدان جنينها كبتير لأحد أعضائها وذلك ناتج للاستثمار النرجسي للجنين الذي يعتبر امتدادا لها وجزءا من ذاتها والذي سبق وأن عاشت انسحابا نرجسيا وأن وجهت انتباهها وكل اللبىدو نحو ذاتها هي وجنينها خلال فترة الحمل. فالانكسار في هذه الاستمرارية أدى إلى جرح نرجسي وهذا ما أكده كل من (De Mezerac et Storme, 2013) حيث يرون أن فقدان في سياق الحمل هو مواجهة مع تمزق عنيف للذات بعد المرحلة الانصهارية الخاصة بالحمل. لذلك تقمست الحالة الطفل الميت والأم القاتلة التي لم تستطع حماية طفلها.

فبعدها كانت الولادة مرتبطة بفعل العطاء أصبحت مرتبطة بفعل إنتاج الموت، وهنا تعيش الأم فقداننا مزدوجا، حيث تم إخلاء الرحم من الجنين الميت وفي نفس الوقت المهدي فارغ إذن فقد انفصل عنها جنينها انفصالا نهائيا وحسب (Soubieux, 2008) فإن جسم الأم تحول إلى جسم أم بدون وجود طفل خارجي يملأ فراغ الطفل الذي كان بالداخل، وهنا الألم الذي تعيشه الأم لا يخفف من حدته لا الوقت ولا دعم الآخر، فهو ألم يسمح بحضور الغياب.

أثرت الصدمة النفسية على شخصية الحالة حيث تحدث (Crocq) على الشخصية الصدمية وهو ما تصير عليه الشخصية على إثر الصدمة، حيث ينشئ الفرد علاقة جديدة مع العالم الخارجي ومع ذاته هو نفسه وهذا ما حدث مع الحالة التي تغيرت علاقتها مع أطفالها وزوجها ومع محيطها وحتى مع ذاتها إذ تراجع اهتمامها بنفسها، وتغيرت معتقداتها حول ذاتها، إذ أصبحت توجه مشاعر الاحتقار والفضل لذاتها وتعيش مشاعر الذنب كونها لم تنجح في تجربة العطاء كأنثى كباقي النساء هذا ما نتج

عنه الانسحاب العدوانى نحو الذات ونحو الآخرين محاولة بطريقة لا شعورية إخفاء تلك المشاعر السلبية وتوجيهها نحو المحيط.

أدت الصدمة إلى جماد وظائف الحب لدى الحالة وذلك نتيجة النكوص النرجسي الذي انهارت ضمنه أسطورة الخلود من أجل ترميم حب الذات، كما تجمدت وظائف الحضور؛ حيث فقدت الحالة اهتمامها بذاتها وبأسرتها وظهرت لديها أعراض اكتئابية، فحسب (Lebigot, 2005) المواجهة مع الموت تعطي الفرد شعورا مؤلما بأنه أصبح مختلفا عن الآخرين فيمر هنا بانهيار نرجسي وهذا ما يخلف نوبات اكتئابية، إلى جانب ذلك تجمدت وظائف الفرز المتمثلة في السلوكات التجنبية الناتجة عن عجزها في فرز المثيرات الخطيرة عن غيرها وذلك لتجنب متلازمة التكرار. حيث عانت الحالة جراء تعرضها للحدث الصدمي من متلازمة التكرار فقد كانت تتعرض لصور تعيد إحياء الحدث وكأنه يحدث الآن وذلك بسبب اختراق صورة الموت للجهاز النفسي كجسم غريب وعدم وجود تصور يستقبلها ويربطها ويحولها في اللاشعور لأن الموت ليس ممثلا هذا ما يجعل صورة العدم راسخة في الجهاز النفسي جسم غريب.

إلى جانب ذلك عانت الحالة من أعراض الحصر والقلق مرفقة بأعراض فيزيولوجية متمثلة في الارتجاف وزيادة خفقان القلب، اضطراب طفيف في الذاكرة، صعوبة في التركيز، فقدان الشهية والأرق.

بعد مرور حوالي ثماني أشهر من فقدان الجنين بقيت الحالة تتأرجح بين تقبل فقدان ونفيه، فلا زال الأنا يستعمل ميكانزم النفي بطريقة غير متكيفة الأمر الذي يدل على عدم قدرة الجهاز النفسي على إرسان الحدث الصدمي وبالتالي غياب تام لأي عمل نفسي.

الأعراض سابقة الذكر تتطابق مع أعراض أول مرحلة من مراحل عمل الحداد وهي الصدمة ونفي الواقع وغرق الأم في الاكتئاب، إلا أن ديمومة الأعراض وإزمانها وغياب العمل النفسي يدل على معاناة الحالة من حداد معقد وذلك بالاعتماد على الأعراض التي حددها (Scmitte, 2011) وهي:

- 1- صعوبة تقبل الحالة لموت جنينها.
 - 2- الأسى والحزن والغضب.
 - 3- نوبات من الانفعالات المؤلمة مرفوقة بحنين لطفلها المفقود.
 - 4- أفكار متكررة حول جنينها الميت.
 - 5- سلوكيات تجنبية لكل ما يذكرها بموت الجنين خاصة وبالحمل عامة.
- استمرار هذه الأعراض لمدة ثمان أشهر.
- يمكننا إرجاع غياب العمل النفسي لعدة عوامل منها:

- 1- نوعية التوظيف النفسي وعدم نضج الأنا الذي استعمل آليات دفاعية بدائية بطريقة غير متكيفة جعلت الجهاز النفسي يبقى في حالة عدم توازن ولا يتخطى أعراض الفقدان.
- 2- عدم وجود دعم نفسي من طرف الزوج وإهماله للأسرة وذلك بسبب فقدانه الابن الذي كان ينتظره هذا ما عزز شعورها بالفشل كونها لم تستطع تلبية رغبة زوجها بإنجاب طفل حي، الشعور الذي عززه أهل الزوج في كونها لم تعد قادرة على الإنجاب لذلك يستجوب أن يعيد زوجها الزواج من امرأة تصغرها سنا.
- 3- خصوصية الحداد في فترة الحمل التي تعتبر مرحلة حرجة في حياة المرأة وذلك لما تحمله من تقلبات فيزيولوجية، هرمونية ونفسية، إذ تعيش الأم انسحابا نرجسيا وتوجه كل اللبيدو إلى ذاتها وما تحمله بأحشائها، لذلك فالانقطاع في هذه السيرورة يؤدي إلى جرح نرجسي، وهذا أكده كل من (Guedeney et Allilaire, 2001) في قولهما أن الفقدان خلال فترة الحمل هو اقتلاع لجزء من الذات، وهو جرح حب الذات وفقدان نرجسي.
- 4- خصوصية الموضوع المفقود الذي لم يتم التعرف عليه اجتماعيا ولم يتم تسجيله في سجلات الحالة الدنية ولا توجد ذكريات تخصه عدا حركاته داخل البطن خلال فترة الحمل وصور الايكو وهذا أكده كل من (Guedeney et Allilaire, 2001)

الذين رأوا أن حداد الأم هو حداد معقد، وهو رد فعل للتأقلم مع فقدان موضوع التعلق، لكن فقدان الموضوع هنا ليس ملموسا واقعيا، إلى جانب ذلك يعتبر فقدان أزمة في التحول من هوية المرأة إلى هوية الأم.

5- تصورات الأم للحمل والجنين، حيث بالنسبة لها لم يكن الجنين ليس جزءا منها وامتدادا لها وجزءا من أناها فقط بل كانت تراه أداة لتعزيز العلاقة الزوجية والمنقذ لهذه العلاقة وحلا للخلافات الأسرية، ولذلك شكل موت جنينها تهديدا لانهايار حياتها الزوجية وفقدانا لزوجها، فقد فقدت بفقدانه الآمال والأحلام التي بنتها على ولادته حيا.

6- غياب مراسيم الجنازة المعمول بها في المجتمع الجزائري لتوديع أي ميت، وبالتالي هذا يعزز شعور الحالة في كونها امرأة فاشلة لم تستطع إنجاب طفل حي، فما كانت تحمله لم يرق لمكانة فرد يستحق مراسيم الجنازة المتعارف عليها. ولذلك أكد (Cuendet et Vincezi, 2003 : 162, 163) على وجوب توفر طقوس الحداد كاملة لأنها ضرورية لإعطاء معنى رمزي للانفصال.

رغبت الحالة في الحمل من جديد واعتقادها بأن إنجابها بسرعة لطفل آخر يعوض المفقود، يدل على أنها لا شعوريا تريد أن يأخذ الطفل المنتظر مكان الطفل المفقود وهذا ما يجعلها تتجنب عمل الحداد، ويجعلها تنظر إلى الطفل اللاحق على أنه بديل للميت ولا تنظر إليه أبدا كطفل منفرد وبالتالي يرث تصورات الجنين الميت، فهنا الرغبة في الحمل بدون وجود وقت فاصل تظهر كمرور للفعل للسعي الإصلاحي لكبت العواطف المؤلمة، وهنا الطفل المنتظر هو تمديد وإطالة للحمل السابق.

يمكن إجمال الأعراض التي تعاني منها الحالة حسب (DSM 5) في ما يلي:

أ- تعرضت الحالة لاحتمال موت فعلي عبر:

1- التعرض المباشر للحدث الصدمي وهو موت الجنين.

2- المشاهدة الشخصية لولادة جنينها ميتا.

ب- أعراض اقتحامية مرتبطة بالحدث الصدمي:

- 1- وجود ذكريات مزعجة اقتحامية متكررة وغير ارادية عن موت الجنين.
- 2- الإحباط النفسي الشديد ولفترات طويلة عند التعرض لمنبهات داخلية وخارجية تصبه جانبا من الحدث الصدمي.
- 3- ردود الفعل الفيزيولوجية عند التعرض لمنبهات داخلية وخارجية التي تشبه جانبا من الحدث الصدمي.

ج- تجنب مستمر للمثيرات المرتبطة بالحدث الصدمي:

- 1- تجنب الذكريات المؤلمة والأفكار والمشاعر التي ترتبط بالحدث الصدمي.
- 2- تجنب عوامل التذكير الخارجية كالذهاب للمستشفى الذي تمت فيه الولادة أو عند الطبيبة المختصة التي أعلنت عن موت الجنين.

د- التعديلات السلبية في المدركات والمزاج المرتبطين بالحدث الصدمي:

- 1- المعتقدات السلبية الموجهة نحو الذات.
- 2- مدركات مشوهة متمثلة في عزوها موت الجنين لنفسها رغم معرفتها بأن السبب كان طبي محض.

3- انخفاض ملحوظ في الاهتمامات سواءا بذاتها أو بأطفالها وزوجها وأسرتها.

4- الحالة الانفعالية السلبية المستمرة .

5- عدم القدرة على اختبار المشاعر الإيجابية بشكل مستمر.

هـ- تغييرات ملحوظة في الاستثارة ورد الفعل المرتبط بالحدث الصدمي والتي ظهرت بعد الحدث الصدمي:

1- سلوك تهيجي ونوبات الغضب التي تظهر في شكل عدوان لفظي وجسدي اتجاه أطفالها.

2- استجابة هلع مبالغ فيها.

3- مشاكل في التركيز.

4- اضطراب النوم المتمثل في الأرق.

و- مدة الاضطراب أكثر من شهر بل امتدت إلى 08 أشهر.

ز- سبب الاضطراب ضعفا في الأداء في المجال الاجتماعي إذ خلف مشاكل علائقية بين الحالة وأبنائها وبينها وبين زوجها.

ح- لا يعزى الاضطراب إلى التأثيرات الفيزيولوجية لمادة أو حالة طبية أخرى.

بعدها عرضنا على الحالة استعمال تقنية (EMDR) للتخلص من اضطراب ما بعد الصدمة وتخفيف حدة الاضطراب وكان الهدف هو حدث موت جنينها داخل رحمها، حيث استغرق علاج المواد المختلة الخاصة بهذه الذكرى 04 حصص دون المرحلة الأولى (تاريخ الحالة) الذي سبق وان كنا تعرضنا له في المقابلات السابق، كما سبق وأن كونا علاقة علاجية مبنية على الثقة وقمنا بالتأكد من تشخيص الحالة، لذلك شرعنا مباشرة في مرحلة التحضير.

عند الانتهاء من الحصص العلاجية استعملنا استبيان (TRAUMAQ) لتبيان أثر التقنية على التخفيف من حدة الأعراض فوجدنا أن الأعراض التي كانت تعاني منها الحالة اختفت، فقد ارتفع تقديريها لذاتها بعدما كانت تشك في أنوثتها وفي كونها امرأة، تحسن تركيزها، وأصبحت أكثر هدوءا من ذي قبل حيث لاحظت ذلك من خلال معاملتها لأطفالها التي كانت تنسم بالعدوانية قبل خضوعها للعلاج، كما أصبح نومها مستقرا، إلا أن علاقتها مع زوجها لازالت متوترة.

-5

() :

جميلة 38 سنة أم لطفلين ولد يبلغ من العمر تسع سنوات وبنيت تبلغ أربع سنوات، تقيم في مسكن عائلة الزوج لكن في شقة منفردة، ذات مستوى اقتصادي متوسط، ضعيفة البنية الجسدية وقصيرة القامة، مستواها التعليمي ثانوي، ذات هدام منظم ونظيف، لا تشكو من أي اضطرابات عضوية أو نفسية.

تتميز جميلة بالإنتاجية التلقائية، تجيب على الأسئلة المتعلقة بالحدث بإسهاب مستعملة لغة بسيطة دارجة، تعيد نفس الأفكار المتعلقة بالحدث خلال المقابلات، أما عند الحديث عن مواضيع لا تخص موت جنينها فأفكارها تكون متسلسلة مترابطة، تدخل في نوبة بكاء حاد طيلة كل المقابلة ما إن نصح في الحديث معها على حدث موت جنينها وهذا ما لاحظناه خلال جميع المقابلات، تظهر بشكل واضح ملامح الحزن واليأس على وجهها، مزاجها مكتئب، لديها أفكار تعكس احتقار لذاتها الناتج عن فشلها في إنجاب طفل حي والإحساس بمشاعر الذنب، تظهر تراجعاً في اهتمامها بذاتها وبأنشطتها اليومية العادية، تفتقد التواصل البصري إذ أنها تتحدث مع طأطأة الرأس، تعيش انسحاباً اجتماعياً بعد معاشتها للحدث الصدمي.

تنحدر جميلة من أسرة بسيطة، الوالدين على قيد الحياة، عاشت طفولة ومراهقة على حسب قولها عادية لا تتذكر أي أحداث خاصة مرت بها، تتوسط أربعة إخوة ذكركين وبنيت، تجمعها بهم علاقة جيدة، ولا تذكر أنها تعرضت لأي صدمة نفسية أو عاشت معاشاً مؤلماً كالذي تعيشه حالياً.

-1

:

تزوجت جميلة زواجا تقليدياً كان ثمرته طفلين أنجبت الطفل الأول بعد مرور سبع سنوات من زواجها، أعربت الحالة عن حبها الكبير لزوجها واحترامها له بعد مرور 17 سنة من زواجهما، تعبر جميلة عن سعادتها به وذلك لحبه لها ودعمه لها نفسياً،

حيث تعتبره سندها. لا تعطي أهمية بالغة للعلاقة الجنسية وترى أن أساس الزواج هو الحب والاحترام والرحمة.

-2 :

توجهت جميلة إلى المستشفى لإجراء فحوصات عادية فإذا بالطبيبة المختصة بعد الفحص تخبرها بأنها جنينها قد مات وهو في الشهر الثامن الأمر الذي جعلها تدخل في حالة هلع وذهول مع بكاء وصراخ شديدين وذلك نتيجة مواجهتها لحقيقة الموت ففوة هذه المواجهة نتج عنها انقطاع مفاجئ وحقيقي لمهام الأنا، لا تتذكر الحالة الوقائع أو التفاصيل التي تلت سماعها خبر موت جنينها ففي اللحظات الأولى للصدمة اجتاح البياض والفراغ فكرها وسيطرت عليها حالة من الجماد "حسيت بالموت مين خبرتني، ماحسيتش راني فوق الأرض قلت راهم يكذبو" ففجائية الحدث وشدته جعلها تفقد معالم التوجه الزماني والمكاني وتدخل في حالة خلط معرفي ونفسي نتيجة تعرضها لصدمة نفسية، بعدها فقدت القدرة على التنفس بشكل طبيعي مما استلزم ربطها بجهاز التنفس الاصطناعي لعدة ساعات وعدم قدرتها على التكلم إطلاقاً، فالصدمة النفسية التي عايشتها فاطمة أحدثت قطيعة في الروابط مع العالم الخارجي الذي أدى إلى اجتياح قلق العدم الذي حطم وحدتها وأوقف إحساسها بالزمن والفضاء وبالأحداث الخارجية.

هذه الانفعالات الحادة وغير المفهومة والأعراض المفاجئة أربكت الأنا وجعلته يتوقف فجأة عن مهامه، الأمر الذي جعلها تبدو في حالة انهيار وجعلها تبدو عاجزة عن الاستجابة المناسبة بسبب قوة الإثارات التي استقبلها الجهاز النفسي والتي فاقت قدرته على ارضائها، ونتيجة لذلك وتجنباً لانفجار الأنا استعمل هذا الأخير ميكانزم النفي، حيث نفت الحالة حقيقة فقدانها لابنتها "ما أمنتهمش، ولدروك ولدتها وما رانيش مأمنة بلي بنتي ماتت". بعد خروجها من المشفى وفي نفس اليوم الذي غادرته وتوجهت للبيت عاشت جميلة حالة من الهيجان، حيث لم تستطع التحكم في انفعالاتها الأمر الذي جعلها تصرخ بأعلى صوتها وتدخل في حالة انهيار تام "حكمني انهيار

عصبي مين دخلت لدار بلا بنتي وكرشي خاوية" نتيجة عدم تقبلها لفقدان طفلتها "وكأنني خايتها تلعب في دار ومين جيت مالفيتهاش" وهذا ناتج عن عدم تقبلها للواقع الناتج عن استمرار اجتياح قلق العدم الذي أوقف إحساسها بالزمن وبالفضاء والأحداث الخارجية. حتى بعد خروج الحالة من المستشفى لم تتقبل حقيقة فقدانها لجنينها "راني نوم مارانيش في الواقع"، وهنا الإفراط في استعمال ميكانيزم النفي من طرف الأنا يهدف أساسا إلى الحفاظ على وجود الطفل ولو بشكل خيالي لدى الأم.

بعد ولادة الجنين الميت بقيت جميلة لمدة تسع أيام لم تتناول شيئا عدا شربها الماء وحده مما نتج عنه هبوط شديد في ضغط الدم، ونقص واضح في الوزن وشحوب في الوجه والشعور بالإرهاق والدوخة، بعدها عانت كذلك من فقدان الشهية مما أثر سلبا على سلامتها الجسدية. كما أصبحت تعاني اضطرابات النوم المتمثلة في الأرق "مارانيش نرقد قاع نبات نبكي" وعزلة وانسحاب اجتماعي "كون نصيب ما نشوف حتى واحد ما نهدر مع حتى واحد"، مما يدل على تجمد وظائف الحب، تراجع اهتمامها بذاتها وبأسرتها وأطفالها بعد موت جنينها وفقدت رغبتها في العيش، حيث ترى جميلة أنه بموت جنينها توقفت الحياة "خسرت بنتي وخسرت معها كلش كلش..."، كما تتنابها فترات بكاء شديد عدة مرات في اليوم الواحد وهذا يدل على تجمد وظائف الحضور.

تعبّر جميلة تعبيرا صريحا عن حزنها وألمها التي تعيشه جراء فقدانها جزءا من ذاتها "زاحتلي بنتي وراح نصي معها ... ودفنت قلبي معها" وهذا ناتج عن كسر العلاقة الافتراضية بينها وبين جنينها الذي يعتبر امتدادا لها، رغم أنه لم يخرج بعد للعالم الخارجي لكن بالنسبة لها هو جزء من ذاتها يربطها به رابط بيولوجي ونفسي، كما أن في مرحلة الحمل تنسحب الأم انسحابا نرجسيا بحيث توظف كل الطاقة النفسية في ذاتها وفي جنينها لذلك فهذا الانقطاع المفاجئ يؤدي إلى جرح في النرجسية. حتى أنها من شدة الحزن لم تعد قادرة على التعبير عن معاشها النفسي "لوكان تهديري مع قلبي يهدر كثر من فمي، مارانيش قادرة نخرج الكلمات راهي تروحي الهدرة". فشدة المواجهة مع الموت جعلت سلمى تبقى أسيرة للمشهد الصدمي ما نتج عنه توقف

الوظائف الحياتية للعالم الخارجي، نتيجة لذلك تعيش الحالة انهيارا نرجسيا بكل ما للكلمة من معنى "باش نولي كما كنت مستحيل، باش نولي بنادم كما كنت مستحيل" هذا ما جعلها تنفي لاشعوريا انتماءها للجنس البشري بسبب اختراق الصورة الصدمية الجهاز النفسي ووصولها إلى عدم الأصل، فاخترق حاجز الكبت الأصلي أرجعها إلى العالم قبل الموضوعي مما جعلها ترى نفسها فاقدة للغة وغير منتمية للجنس البشري.

ظهر لدى جميلة متلازمة التكرار التي تعتبر مؤشرا أساسيا للصدمة تمثلت في أحلام متكررة ذات مضمون مباشرة بموت جنينها وهذا ما يجعلها تقوم مفزوعة من النوم يوميا "كل يوم نشوف نفس صورة نوض نبكي من رقاد"، كما تمر الأحداث التي مرت بها كشريط بشكل متكرر عدة مرات خلال اليوم الواحد مما يجعلها تعيش حالة من الانفعال والبكاء والصراخ؛ وهذا ناتج عن اختراق صورة الحدث الصدمي أي صورة الموت الجهاز النفسي وبالتحديد الغلاف الصاد للمثيرات، حيث تتموضع في قلب الجهاز النفسي دون أن تجد تصورا مسبقا يستقبلها في شبكة التصورات ليربطها ويحولها لأن الموت غير ممثل في لاشعور الفرد، هذا ما يجعل صورة العدم راسخة في الجهاز النفسي كجسم غريب وبالتالي يبقى الحدث محفورا في الذاكرة بأدق التفاصيل.

مقابل ذلك يحاول الأنا استعمال دفاعات بهدف التخلص من هذه الذكريات المتكررة فينتج التجنب الذي يؤدي إلى تجمد وظائف الفرز، هذا ما يفسر معاناة سلمى من أعراض تجنبية المتمثلة في عدم قدرتها على الذهاب للمستشفى حتى للقيام بمراقبة طبية، وتجنبها أي حديث يتضمن موضوع الحمل والتجربة التي عاشتها، وهذا ناتج عن جماد الزمن النفسي حول الحدث الصدمي المتمثل في موت الجنين داخل الرحم الذي أدى إلى إعادة هيكلة الاقتصاد النفسي حول الموضوع الصدمي وهذا ما يترجم حساسيتها المفرطة لكل ما يتعلق بالحمل والمستشفى.

أرجعت الطبيبة المختصة في أمراض النساء والتوليد سبب موت الجنين لارتفاع ضغط الدم إلا أن جميلة تعزو موت جنينها لتهورها وشجارها مع أم زوجها "راه

يأنب فيا ضميري من المفروض ما نعتقدش نعيش معها أصلا أنا السبب في كلش" هذا ما نتج عنه الشعور بالذنب "أنا قتلت بنتي"، فالكسر الصدمي ينتج عنه اجتياز الكبت الأصلي الذي يعادل العودة إلى العالم اللاموضوعي هذا النكوص الشديد يترتب عنه الشعور بالذنب والخطأ. كما تشعر بالذنب لأنها لم تستطع الشعور بمعاناة طفلتها داخل جسدها "كيفاش خليت بنتي تموت ... وماعرفتهاش بلي ماتت" وهي بذلك تتقمص الأم القاتلة التي لم تستطع حماية طفلتها والحفاظ على حياتها بل هي التي كانت سببا في موتها، وهذا ما يعطي انطبعا عن فشل الجهاز النفسي في ارضان وإعداد الحدث الصدمي.

تعيش جميلة صدمة نفسية تشير إلى قطيعة في الاستمرارية بين الجنين المستثمر نرجسيا داخل الرحم والعلاقة بالموضوع، نتيجة لذلك فقدت جزءا من ذاتها، حيث عاشت موت جنينها كبتر لأحد أعضائها "داولي حاجة من جسمي، راحتلي حاجة من جسدي" وهذا ما يفسر الاستثمار النرجسي للجنين الميت الذي يعتبر جزءا من ذاتها، تتقمص جميلة ابنتها الميتة حيث تخط بين الضرر الذي لحق بجنينها والضرر اللاحق بها وبين موت طفلتها وموتها هي، إذ تعبر تعبيراً صريحا عن موتها النفسي "راحتلي حاجة من كياني ... راحتلي حاجة من قلبي ... راني نتمشى بلا قلب، رسمت أحلام وتبخرت" فالحالة لم تفقد جنينها فقط بل فقدت الآمال والأحلام المستقبلية التي كانت قد رسمتها خلال فترة حملها، هذا ما جعلها تحتقر ذاتها وترى أنها غير جديرة بلقب الأم، فبعدما كانت تعيش تجربة عطاء تحولت إلى تجربة فقدان صادمة، وبعدها كانت الولادة فعل إنتاج أصبحت فعل موت، وهنا تعيش جميلة انفصالا مزدوجا نتيجة الولادة فالرحم فارغ والمهد فارغ "جرح في كرشي وجرح في قلبي ويديا فارغين، مين نشوف كرشي وآثار العملية نزيد نكمل راني مجروحة على شعال من جهة" وهذا يدل على فقدان والجرح النرجسي الذي تعيشه الأم.

حتى بعد موت جنينها ومرور أربع أسابيع على موته لازالت الحالة تشعر بوجود الجنين داخل رحمها فتحس بحركاته وتفرح لذلك، مما يجعلها تتفقد بطنها لتجده فارغا فتصاب بنوبة بكاء حاد، مما يشير إلى فشل الأنا في ارضان الحدث وفي استعمال

الآليات الدفاعية بطريقة متكيفة تجعل الحالة تتخطى أعراض فقدان، مما أدى إلى استمرار الخلط المعرفي والنفسي وتآرجح الحالة بين نفي الواقع وتقبله مما أدى إلى ظهور هلاوس.

ظهرت هذه الأعراض بعد ولادة الجنين الميت واستمرت حتى أربع أسابيع بعد الحدث.

3- :

رأت جميلة ابنتها عن بعد لكنها لا تتذكر ملامح وجهها "مرانيش عاقلة على ملامحها"، لكن لم يتسن لها لمسها أو حضنها لأن الفريق الطبي منعها من ذلك "لو كان غير حطوها قدامي وخلوني مسيتها وعنقتها"، تم دفنها وهي لازالت في المستشفى فلم تحضر مراسيم الجنازة والدفن.

بعد خروجها من المستشفى رفضت أي طقوس تخص المرأة النفساء في مجتمعنا الجزائري وكانت تصاب بنوبة بكاء كلما جربوا إقناعها بذلك معللة ذلك بأنها تمر بفترة حداد وحزن على فلذة كبدها، حتى الملابس الجديدة التي كانت قد اشترتها لترتيبها بعد الولادة رفضت ارتداؤها. بعد مرور أربع أيام من خروجها من المستشفى تخلصت سلمى من ملابس طفلتها التي قد اقتنتها لها وذلك لأنها كانت تشعر بالألم كلما رأتها "لصدقت بيهم مابغيتش نخليهم قدامي ... بنتي راحت في طرف قماش بيض هوما علاش نخليهم في داري". لم يتبق للحالة أي ذكريات ملموسة من ابنتها ماعدا صور التصوير الإشعاعي الذي تحتفظ بهم وتراهم بين الفينة والأخرى وتعتبرهم كصور لها.

لم تزر جميلة المقبرة ورفضت ذلك رفضا قاطعا لأنها تعلم أنها ستنفعل ولن تتقبل وجود ابنتها تحت التراب "كون نروح للمقبرة تصرا فيا حاجة"، معبرة تعبيراً ضمناً عن رفضها لفكرة موت جنينها.

لم تحض الحالة بأي دعم نفسي من المحيطين ماعدا زوجها التي ترى أنه شعر بما تمر به وقدّر موقفها وأختها كذلك، ماعدا ذلك تبدي جميلة عدوانية اتجاه البقية حتى

أما ترى أنها لم تتعاطف معها ولم تدعمها نفسياً وهذا ما زاد ألمها "ماما عندها المهم أنا سلكت ورائي عايشة ما حسنتش بيا شافقت ... المهم كل واحد بيكي ولده ويحس بيه".

بعد خروجها من المستشفى توافد علينا النسوة لتقديم التعازي إلا أنها كانت ترفض أحياناً استقبالهم وتبادل أطراف الحديث معهن معللة ذلك بأن حالتها النفسية كانت تسوء نتيجة لعدم اكترائهن بما تمر به من ألم وحزن "كنت نلعبها خطر اتش راقدة وما نبغيش نهدر معاهم أنا نصفي رايح وهما يهدرو ويضحكو ... ماكانش لي يحس بيك".

كان تتردد عبارات "عظم الله اجره، السلامة في راسك، الحمد لله لي سلكتي" على مسامعها الأمر الذي كان يجعلها تدخل في نوبة بكاء أمامهن فبدل أن تستقبل المهنئات أصبحت تستقبل المعزيات وبدل عبارات التهنة أصبحت تستقبل التعازي. في حين أن البعض كان يود التخفيف من حزنها بقولهن "المهم أنت راكي عايشة لولادك ... كون زادت معوقة ... كون زادت وشفتيها وماتت ...". كل هذه العبارات كانت تزيد الحالة النفسية لجميلة سوءاً، حيث ترى أن ابنتها لم ترق لكائن إنساني ولم تسجل في السجل الإنساني في نظر الآخرين، لأنهم لم يروها لكنها عاشت في رحمها وشعرت بحركتها لذلك هي الوحيدة التي شعرت بفقدانها "ماعتباروهاش بنادم ماكانش لي نكرها ... بصح بنتي بنادم عندها قلب وعندها يدين وكرعين وكاملة .. أنا كانت عايشة فيا وكنت حاسة بيها وكأنها زادت وعاشت ..."، حتى أنها تذكر عبارة إحدى النساء التي قالت لها "كيلو لحم علا شراه صاريلك هاك" عندها ارتفع ضغط دم الحالة وساءت حالتها الصحية نتيجة ذلك، في حين أن البعض الآخر كن يلمنها على لامبالاتها وعدم تفتننها لارتفاع ضغطها وعدم متابعتها لحالتها الصحية عند طبيب مختص في أمراض القلب، هذا ما عزز شعورها بالذنب.

4- () :

تعاني الحالة من أحلام مزعجة وكوابيس متكررة ذات محتوى مباشر بالحدث يتمثل في أحداث الولادة، حيث يدل ذلك على أن الأثر الحسي للتجربة المعاشة لم يخزن على شكل ذكرى وإنما رسخ على شكل جسم غريب في النفس بشكل عفوي، وهذا ما جعل صورة الحادث تتكرر في الأحلام، فإعادة الإحياء هذه ما هي إلا نتيجة لاستحالة ترميز التجربة الصادمة لتحويل الإحساس لشفرة دالة التي يمكن أن تخزن في الذاكرة ومن ثم تكبت وتزاح هذا في ما يخص حالة النوم، أما في اليقظة فيمر شريط الحدث الصدمي أمام الحالة وكأنه يحدث الآن ويكون مرفقا ذلك بأعراض اعاشية تتمثل في زيادة ضربات القلب، التعرق، ضعف في التنفس. هذا ما نتج عنه جماد الزمن النفسي حول الحدث الصدمي المتمثل في موت الجنين الذي أدى إلى إعادة هيكلة الاقتصاد النفسي حول الموضوع الصدمي وهذا ما يترجم حساسيتها المفرطة من المواضيع المرتبطة مباشرة بموضوع الحمل والولادة وموت الجنين.

حتى بعد مرور أربع أسابيع من موت الجنين لا زالت الحالة تعاني من فقدان الشهية الذي نتج عنه خسارة حوالي 07 كلغ معللة ذلك بـ *"قلبي راه مبلع مارانيش منجمة ناكل"*، كما تعاني من أرق شديد *"مارانيش نرقد قاع"*، كما ظهر لديها مشكل في الأداء اليومي حيث تراجع أداؤها لنشاطاتها مقارنة بما سبق وتراجع اهتمامها بذاتها وبأطفالها وحتى بزوجها، كما فقدت شغفها في الحياة ورغبتها في العيش *"أي حاجة نديرها مافيهاش البنة، خيمتي ضاعت ... داري راني مودرتها"* وهذا يدل على عيش جميلة حالة من تجمد وظائف الحضور.

تعاني الحالة من مزاج اكتئابي وانسحاب اجتماعي شديد *"ملي ولدت راني مدمرة ما نجمع ما نضحك"*، حتى أنها أصبحت تفضل المكوث في البيت ولا تلبي الدعوات الاجتماعية، كما ظهرت لدى سلمى سرعة الانفعال وسلوكات عدوانية خاصة اتجاه أطفالها حيث أصبحت تعنفهم جسديا ولفظيا الأمر الذي لم تكن تعاني منه من قبل وهذا ما يدل على تجمد وظائف الحب، كما تراجع اهتمامها بأنوثتها *"ماراني نلبس قش جديد، ماراني ندير مكياج حتى الكحل ... راني حازنة ... قلبي مات"* هذا ما يدل على نكوص نرجسي الذي انهار من خلاله استيهام الخلود الذي عبرت عنه من خلال عدم

رغبتها في الحياة وبأن حياتها توقفت وانتهت بانتهاء هذا الحمل بدون ثمرة "كلش كامل، كيما بين تتفرجي فيلم ويكمل وتكون النهاية أتعس من التعاسة"، كما اختفت لديها الرغبة الجنسية.

تعزو جميلة سبب موت الجنين لنفسها "أنا لي قتلتله، مع بكاء، أنا حطمت روعي بروحي أنا سباب روعي"، فتعيش بذلك مشاعر الذنب "مازلت لدروك نلوم في روعي علاش؟ علاش؟ علاش؟، راني محصلة في روعي هذا اللوم ما بغاش يروحلي" هذا ما يترجم غرقها في نشاط خيالي مكثف الأمر الذي جعلها تطور استراتيجيات تفسيرية أنتجت الشعور بالذنب، هذا الشعور يعتبر أداة لرفض حقيقة موت الجنين، الأمر الذي جعلها تعيش الألم الذي يحافظ على الرابطة الموجودة بينها وبين جنينها، وبالتالي فإنها تتقمص طفلتها الميتة وتتقمص الأم القاتلة التي لم تستطع حماية جنينها، فشدة الصدمة التي عايشتها جمدت وثبتت الطفل النرجسي الداخلي. حيث تخلط الحالة بين الضرر الذي لحق بجنينها وبين الضرر اللاحق بها فترى أن حياتها توقفت بتوقف حياته "هو روح وانا رحمت معاه، كلش راه ظلمة في وجهي" معبرة عن الموت النفسي لها تعبيراً صريحاً "ملي ولدته دنيا حبست عنده، كون قلبي قلبي ما تأمينيش ... فيه جرح مايداواش".

فالحالة تعيش فقدان جنينها كحالة بتر لأحد أعضائها "طرف من كبدي راح، طرف من لحمي راح" هذا ما أدى إلى تثبت الفراغ الذي ترك بصمة في أعماق الجسد "بقات غير المارة في تاع الجرح، القلب مكوي والمارة في الكرش، وين ما نشوف كرشي نتفكر". كل هذا خلف شعورا بالنقص واحتقارا للذات وشكا في أنوثتها وأمومتها "بالاك مانسحقهش مانسحقش نكون أمه". كما تشتكي الحالة من نظرات الشفقة لي يشوفني يقول مسكينة نزيد نكمل مع بكاء شديد

بعد مرور أكثر من شهرين لا زال الأنا يستعمل ميكانزم النفي وهذا يدل على عدم قدرته ارضان الحدث النفسي والسيطرة على كم المثيرات التي كانت مرفوقة بالصورة الصدمية التي نتج عنها مواجهة مع حقيقة الموت "مرانيش مأمنة هادي

زنزلة ضربتي، كيان داري انقلب، مارانيش مأمنة شاراه يصراء، بالاك دوك نطقن من الحلم، كون غير نحل عينيا نصيب قاع هاد الشى لي صرا مجرد حلم"، "عئلتني تودرت الحمل ضاع وضيعني معاه، ، ماراهش عندي أمل. ، نحرمت من ولدي راه عندي فراغ في حياتي".

تعبّر الحالة بصريح العبارة عن الألم النفسي الذي تعيشه نتيجة موت جنينها "راني مضرارة حدي ... تحطمت حياتي ..."، وتري أن حياتها توقفت عند هذه التجربة المؤلمة "لغبت ورائي مغبونة ماننساش هاد الحمل". حتى بعد مرور ستة أشهر لا زالت الحالة تعاني من نفس الأعراض "الصدمة مابغاتش تروحلي، هاديك الصورة ماتروحش من بالي حتى لي نموت... راني محرحة منها، حية صرات بيا راني نتمشى على راسي، كيانني قلب داري نقلبت وحياتي حبست" هذا ما يدل على غياب الإعداد العقلي وعدم ارضان الحدث النفسي.

5-

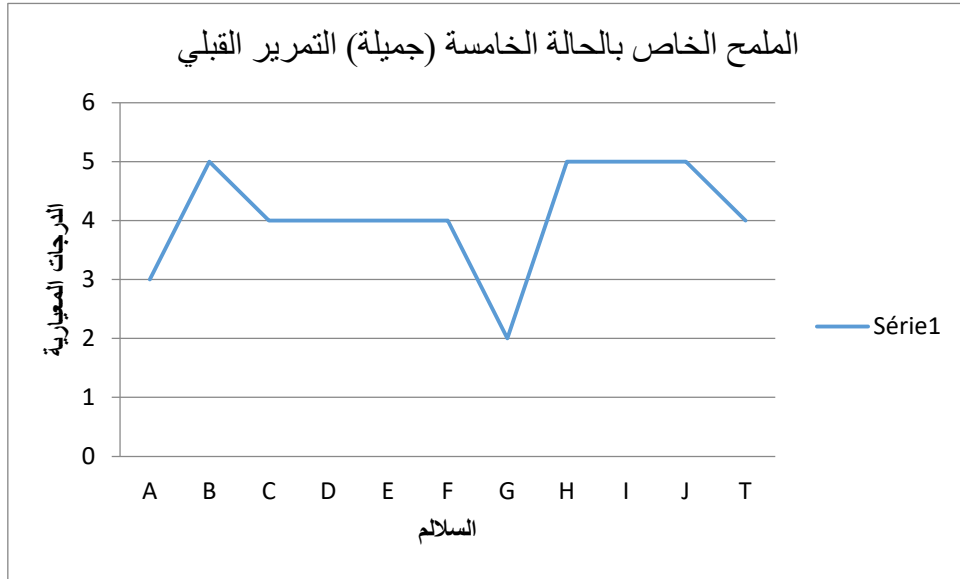
تتمنى الحالة لو أنها تستطيع الحمل حتى يتسنى لها ملاً الفراغ الذي تشعر به وليس تعويض ابنتها، لأنها تعتقد أن كل تجربة حمل هي تجربة خاصة وأن طفلتها التي فقدتها لن يعوضها أي طفل آخر، لكن ما يمنعها هو العملية القيصرية التي تحتاج إلى أكثر من سنة حتى يلتئم الجرح بشكل جيد هذا ما زاد جميلة حزنا "بنتي ما تتعوضش يكذب عليك لي يقولك راكي بولادك دوك تنسي وللا دوك نزيدي تنسي"

5-2 (TRAUMAQ) :

من خلال تطبيق استبيان الصدمة على الحالة جميلة تحصلنا على النقاط الخام التالية لكل سلم والتي حولناها بالاعتماد على الجدول المرفق في قائمة الملاحق (الملحق رقم 04) إلى نقاط معيارية:

T	J	I	H	G	F	E	D	C	B	A
113	9	19	19	1	9	12	12	12	10	15

4	5	5	5	2	4	4	4	4	5	3	
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--



أظهرت نتائج الجزء الأول من الاستبيان عن وجود صدمة نفسية قوية وذلك لأن مجموع السلم كان يساوي 113 وهو ما يقابله الصنف الرابع في دليل الاستبيان، مجموع هذه النقاط كان مقسما على السلم، حيث حصلت الحالة في السلم (A) على 15 نقطة ما يقابلها 03 درجات معيارية، يخص هذا السلم رد الفعل النفسي والجسدي أثناء الحدث وهذا ما عكس معاناة الحالة خلال سماعها نبأ موت جنينها وكذلك خلال ولادة جنينها الميت، حيث شعرت الحالة بأنها في عالم آخر فلم يحضر القلق ولا الخوف بل البياض والعدم مع العجز، كما فقدت القدرة على التنفس مما اضطرهم في المستشفى إلى مساعدتها عن طريق التنفس الاصطناعي.

أما السلم (B) والذي يخص أعراض التكرار المرضي والمكون من 04 بنود فقد حصلت فيه على 10 نقاط يقابلها 05 درجات معيارية، حيث تعترض الحالة ذكريات وصور من الحدث تجعلها تعيش الحدث مجددا نهارا، أما ليلا فتري باستمرار كابوسا واحدا يتكرر، أما عن الحديث عن فقدان الجنين فهي تتجنبه مع المحيطين الذين ترى أنهم لا يفهمون معاناتها أما مع زوجها فهي تتحدث باستمرار على الموضوع وما

خلفه على المستوى النفسي، كما عبرت عن راحتها عند التحدث معنا، لكنها تشعر بالقلق كلما تذكرت ما مرت به.

تحصلت جميلة على 12 نقطة في ما يخص السلم (C) المتكون من 05 بنود تخص اضطرابات النوم وهو ما يقابلها 04 درجات معيارية، فالحالة تعاني من الأرق تنام بصعوبة وما تلبث أن تنام حتى تستيقظ طيلة الليل هذا ما يجعلها تقوم صباحا مرهقة ومتعبة وفي حالة مزاجية سيئة.

أما في ما يخص السلم (D) الخاص بالقلق وعدم الأمان والتجنب الرهابي والذي يضم 05 بنود فقد تحصلت الحالة على 12 نقطة تقابلها 04 درجات معيارية، فلقد أصبحت الحالة متوترة منذ الحدث، ومن حين لآخر تنتابها نوبات قلق، كما تخاف الذهاب إلى أماكن لهم علاقة بالحدث، حيث امتنعت عن العودة للمستشفى للمعاينة رغم التهاب الجرح.

في حين تحصلت على 12 نقطة في ما يخص السلم (E) الخاص بقياس الهيجان وفقدان القدرة على التحكم، حيث أصبحت جميلة سريعة الغضب مقارنة بالسابق، وأصبح لديها صعوبة في السيطرة على نفسها، كما أنها أصبحت عدوانية مع المحيطين بها خاصة أطفالها.

أما في ما يخص السلم (F) الخاص بردود الأفعال السيكوسوماتية، الجسمية اضطرابات الإدمان والذي يضم 05 بنود فقد تحصلت جميلة على 09 نقاط تقابلها 04 درجات معيارية، حيث لاحظت الحالة تدهورا في حالتها الصحية عموما حيث أصبحت تشعر بالوهن والتعب، في حين أن ارتفاع الضغط ترى أن سببه كثرت المشاكل وفقدانها لجنينها، كما خلف فقدانها للشهية نقصانا واضحا في الوزن وشحوبا في الوجه، وعندما تفكر في الذهاب إلى المستشفى يظهر لديها صعوبة في التنفس.

أما السلم (G) الذي يخص الاضطرابات المعرفية فقد تحصلت فيه الحالة على نقطة واحدة تقابلها درجتين معياريتين، فمنذ الحدث تعاني نوعا ما من مشكل في التركيز.

في حين كانت نتيجة السلم (H) الخاص بالاضطرابات الاكتئابية والذي يضم 08 بنود 19 نقطة يقابلها 05 درجات معيارية، حيث فقدت الحالة الاهتمام بالأمر التي كانت تهتم بها مسبقا كالقيام بالأعمال المنزلية والاهتمام بنفسها وحضور المناسبات وزيارة صديقاتها، كما أصبحت منذ فقدانها لجنينها تشعر بالتعب والإرهاق وتفقد الطاقة والحماس، كما تنتابها نوبات بكاء كلما تذكرت ما حل بها، أما العلاقة العاطفية مع زوجها فهي جيدة وهو يشعر ويقدر ما تمر به، أما جنسيا فالحالة تعاني من فتور جنسي لكن هذا لم يخلف مشكلا بالنسبة للزوج.

أما في ما يخص السلم (I) الذي يخص المعاش الصدمي للحالة فقد تحصلت فيه الحالة على 19 نقطة هذا ما يقابله 05 درجات معيارية، حيث تلوم الحالة نفسها بأن استهتارها ومشاجرتها لأم زوجها هو الذي أودى بحياة جنينها، كما أنها تتمنى لو أنها ماتت مع جنينها لأنها لا تستحق العيش بعده لأنها لم تستطع حمايته، كما تشعر بالإهانة ونقص تقدير الذات لأنها فشلت في أن تكون أما للمرة الثالثة، كما تشعر بالغضب الشديد اتجاه نفسها والكره اتجاه أم زوجها، كما ترى أنها لم تعد مثل السابق.

أما فيما يخص السلم (J) الخاص بوالذي يضم 11 بنود فقد تحصلت الحالة على 09 نقاط يقابلها 05 درجات معيارية، حيث تقوم الحالة أنشطتها المعتادة غير أنها لا تقوم بها كما كانت في السابق، كما انقطعت عن زيارة الأقارب والأصدقاء منذ الحدث فهي تعيش انسحابا اجتماعيا لأنها تشعر بأن الآخرين لا يقدررون ما تمر به، كما ترى أنها لم تحض بالدعم من طرف أسرتها والمحيطين بها ما عدا زوجها، كما فقدت هواياتها السابقة وهي الخياطة.

(EMDR):

3-5

بعد التأكد من أن الحالة تعاني من اضطراب ما بعد الصدمة شرعنا في الحصص العلاجية باستعمال تقنية (EMDR) بعدما سبق وأن اطلعنا على تاريخ الحالة وربط علاقة علاجية معها، عندها انتقلنا إلى المرحلة الثانية وهي مرحلة التحضير، حيث دربنا المفحوصة على تقنية الاسترخاء، نظمنا طريقة الجلوس وحددنا التقنية المناسبة

وقد كانت حركات العينين وعندها اختبرنا قدرة المفحوصة على أداء حركة العينين وحددنا المسافة المناسبة والاتجاه الملائم، كما حددنا السرعة المناسبة، بعدها اتفقنا على رفع اليد كإشارة توقف عند رغبة المفحوصة في ذلك.

انتقلنا بعدها إلى تحديد المكان الآمن، حيث تم تحديد صورة المكان أولاً وهي شاطئ البحر ليلاً مع هواء البحر رافقها الهدوء والطمأنينة والراحة، قمنا بتعزيز الإجابة عن طريق أربع مجموعات من حركات العينين، بعدها قمنا بتحديد الكلمة المفتاحية وكانت الأمل، اتبعنا ذلك بحركات العينين، ثم دربنا المفحوصة على القيام باستحضار المكان الآمن لوحدها بعد تذكر حدث مزعج بعيداً عن الحدث الصدمي، ووضحنا لها أنه يمكن استعماله متى ما أرادت سواء أثناء الحصة أو خارجها.

قبل البدء في المرحلة الموالية قمنا بطمأنة المفحوصة بأنه عندما يتم فتح المواد المختلفة يتم إفراغ خزان المشاعر السلبية في وقت واحد، لذلك لا داعي للخوف من كمية الانفعالات التي ستظهر، بعدها انتقلنا إلى اختيار صورة واحدة كمحور للعلاج والتي تعتبر الأكثر تمثيلاً للحدث بأكمله بعدما كنا حددنا في الحصة الأولى الهدف وهو حدث موت الجنين داخل الرحم ويدخل ضمنه الحدث نفسه وأحداث الحلم المتكرر، وتحمل مسؤولية المفحوصة للجنين والمثيرات الحالية. الصورة كانت لحظة مغادرتها المستشفى ببطن فارغة وذراع فارغة، الاعتقاد السلبي للمفحوصة حول ذاتها كان: "أنا السبب أنا قتلت ابنتي"، وفي المقابل الاعتقاد الإيجابي كان: "فعلت كل ما بوسعي، لست أنا سبب موتها"، بعدها تم تقييم صحة الاعتقاد الإيجابي حيث بلغ مستوى (VOC) 3، بعدها قمنا بتسمية الانفعالات المرافقة لصورة الحدث المختارة وقد كانت: الحزن، الألم، الغضب، الكره، وتم تحديد مستوى (SUD) ب 10 وهي أقصى درجة في السلم، شعرت بهذا الاضطراب على مستوى اليدين حيث تشعر برجفة وخفقان القلب عند تذكر الحدث.

بعد ذلك انتقلنا إلى المرحلة الموالية وهي إزالة الحساسية باستعمال حركات العينين، حيث تم استهداف ومعالجة المعلومات المختلفة وظيفياً في القنوات المرتبطة

بالحدث المستهدف والتي تم ذكرها مسبقاً، كما لجأنا لمرات عدة إلى المكان الآمن عندما كانت تدخل المفحوصة في حالة توتر أو بكاء، لينخفض مستوى (SUD) إلى 05 في نهاية الحصة الأولى والتي أنهيناها باستعمال تطهير.

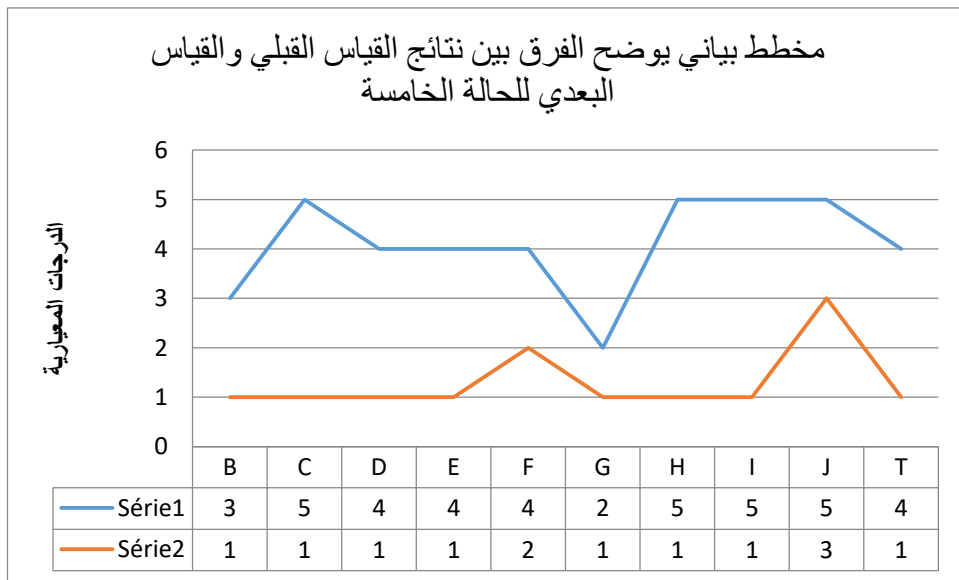
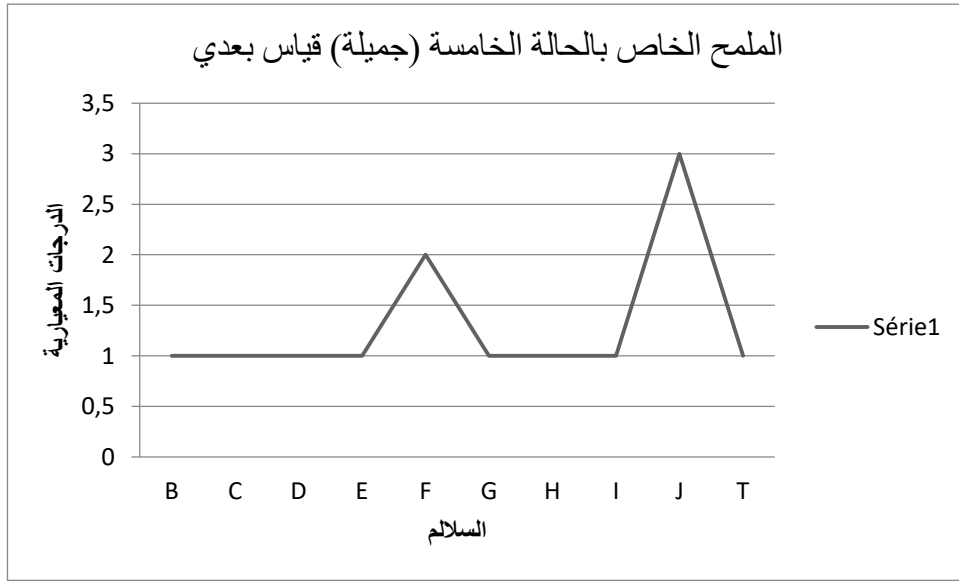
في الحصة الموالية انطلقنا من إعادة التقييم حيث ارتفع مستوى (SUD) بعدما كان في حصة السابقة 05 إلى 07، وشرعنا في العملية العلاجية باستعمال حركات العينين ليصل مستوى (SUD) إلى 03 في نهاية الحصة، في الحصة الموالية خطونا نفس الخطوات السابقة إلى أن وصل مستوى (SUD) إلى الصفر حينها انتقلنا إلى مرحلة تثبيت الاعتقاد الإيجابي فبعد 06 مجموعات من حركات العينين ارتفع مستوى (VOC) إلى 07، واختفت الأحاسيس الجسمية المزعجة وتم إغلاق الحصة.

في الحصة الموالية قمنا بإعادة التقييم والتأكد من معالجة كافة المواد المختلفة والعلاج التام للحدث، حيث أكدت الحالة على شعورها بالارتياح واختفاء الأعراض بشكل تام، بعدها قمنا بتمرير استبيان (TRAUMAQ).

4-5 - (TRAUMAQ) :

من خلال تطبيق استبيان الصدمة على الحالة جميلة بعد الانتهاء من الحصص العلاجية تحصلنا على النقاط الخام التالية لكل سلم والتي حولناها بالاعتماد على الجدول المرفق في قائمة الملاحق (الملحق رقم 04) إلى النقاط المعيارية التالية:

T	J	I	H	G	F	E	D	C	B	A
22	3	0	0	0	3	1	0	0	0	15
1	3	1	1	1	2	1	1	1	1	3



أسفرت نتائج القياس البعدي باستعمال استبيان (TRAUMAQ) عن عدم وجود صدمة، حيث سجلنا انخفاضا في جميع السلالم والفرق موضح في المخطط البياني، حيث يظهر المنحنى باللون الأزرق نتائج التميرير القبلي للاستبيان والمنحنى باللون الأحمر نتائج التميرير البعدي للاستبيان والذي يظهر اختفاء أعراض اضطراب ما بعد الصدمة. في حين أظهرت النتائج أن الحالة لازال واضحا عليها فقدان الوزن الناتج عن إصابتها بفقدان الشهية قبل بدء الحصوص العلاجية وهذا ما يفسر درجة السلم (F) المرتفعة، إلى جانب ذلك لا زالت تعتقد أنها أقل اهتماما بالأحداث التي تمس محيطها ما عدا زوجها وأطفالها، كما أنها لم تلتق لحد اللحظة بصديقاتها أو تتصل بهن لأنها

حسب قولها مركزة في إعادة تنظيم حياتها والاهتمام بأسرتها التي أهملتها وهذا ما يفسر درجة السلم (J).

5-5

() :

عاشت الحالة صدمة نفسية قوية جراء موت جنينها المفاجئ بعدما كانت قد حضرت لاستقباله ولحفل النفاس، فجائية الحدث وشدته جعلت الأنا عاجزا عن تصريف الإثارات التي فاقت شدتها قدرته على التحكم فيها مما جعلها تعيش حالة من الانهيار، ولذلك استعمل الأنا بغية إرجاع الجهاز النفسي لحالة الاستقرار والسيطرة على المثيرات وحمايته من الانفجار آليات دفاعية بدائية كان أهمها نفي فقدان ونفي موت الجنين، استعمال الأنا لمثل هذه الميكانزمات كان بطريقة غير تكيفية، فحتى بعد مرور 05 أشهر من فقدان الجنين لا زالت تتأرجح الحالة بين تقبل الواقع ونفيه، ولا زالت تتأمل أن يكون كل ما حدث حلما، وهذا راجع لعدم نضج الأنا.

خلفت الصدمة جملة من الأعراض كان أهمها متلازمة التكرار الناتجة عن عدم وجود تصورات في اللاشعور تخص الموت والتي تعالج الحدث الصدمي كباقي الذكريات، إذ أن الموت غير ممثل في شبكة التصورات وهذا ما يجعل صورة الحدث الصدمي تخترق الجهاز النفسي وتتموضع في قلبه وتبقى على ذاتها دون تحويلها أو ربطها هذا ما يجعلها تظهر عن طريق متلازمة التكرار. إلى جانب ذلك تعاني الحالة من جماد وظائف الفرز وذلك نتيجة الدفاعات التي يتم استعمالها بهدف تجنب متلازمة التكرار وتذكر الحدث الصدمي، لذلك أصبحت الحالة عاجزة عن فرز المثيرات فنتج عنه سلوكيات تجنبية.

إلى جانب ذلك تعيش جميلة تجمدا في وظائف الحب تجلت في الاستثارة العالية، ونوبات الغضب والصراخ التي كانت تعتربها والانهيار، والعدوانية الموجهة نحو المحيطين بها وذلك نتيجة النكوص النرجسي الذي انهارت ضمنه أسطورة الخلود. إلى جانب ذلك تجمدت وظائف الحضور؛ حيث ترى الحالة أن مستقبلها ضاع بضياح جنينها حيث أكد كل من (Mezerac et Storme, 2013) أن موت الجنين خلال فترة

الحمل يسبب اضطرابات شديدة وتصادما في الزمن بين الولادة والموت وهذا ما يؤدي إلى توقف الصورة لدى الأم أمام الحياة ومعناها، كما تعيش جميلة فقدان الأمل والتعاسة إلى جانب معاناتها من مزاج اكتئابي ونوبات بكاء متكررة وانسحاب اجتماعي وفقدان للشهية وأرق.

صدمة موت الجنين جعلت جميلة تعيش انسحابا اجتماعيا وتبدي العدوانية اتجاه الآخرين خاصة أطفالها وهذا يمكن تفسيره كإسقاط وتوجيه للغضب ومشاعر الفشل والنقص على المحيط، فالحالة تشكك في كونها تستحق لقب أم وذلك لعدم قدرتها على إنجاب طفلتها حية، وهذا ناتج عن انقطاع في التحول من هوية المرأة إلى هوية الأم الذي تحدث عنه كل منه (Guedeney et Allilaire, 2001)، إلى جانب تقمصها الأم القائلة التي لم تستطع الحفاظ على طفلتها الأمر الذي عزز شعورها بالذنب في كونها هي سبب موتها، كما تقمصت جميلة الجنين الميت حيث أصبحت تعيش خلطا بين موت جنينها وموتها، إذ تعيش جميلة موتا نفسيا وتعيش فقدان الجنين كبتير لأحد الأعضاء وهذا ما عبرت عنه تكرارا ومرارا خلال المقابلات.

استمر ظهور الأعراض آنفة الذكر أكثر من 06 أشهر وهذا ما يدل على غياب أي عمل نفسي وتثبيت الحالة في أولى مراحل الحداد وعدم إعداد الفقدان، حسب (PRIGERSON et al, 1995) الحالة تعاني من حداد معقد لتوفر الأعراض التي حددها لتشخيص ذلك وهي:

- 1- رفض قبول الموت.
- 2- البحث الدائم عن المفقود.
- 3- خمول.
- 4- الانشغال الدائم بموضوع المفقود.
- 5- عدم القدرة على الإيمان حقا بالفقدان.
- 6- شعور الدائم بالإرهاق، والذهول بالموت.

7- بكاء لا يمكن السيطرة عليه.

ويمكن إرجاع الحداد المعقد في حالة جميلة إلى عدة عوامل وهي:

1- نوعية التوظيف النفسي وعدم نضج الأنا وقدرته على استعمال الآليات الدفاعية بطريقة متكيفة لإعداد الحدث الصدمي.

2- عدم رؤية الجنين الميت بشكل واضح وعدم لمس حاضنه وبالتالي وجود ذكريات قليلة تخصه التي بإمكانها تفعيل عمل الحداد.

3- عدم حضورها مراسيم الجنازة لأنها كانت متواجدة بالمستشفى، إلى جانب ذلك طبيعة تعامل مجتمعنا مع هكذا فقدان لا يستدعي الطقوس الجنائزية المتعارف عليها بل يقتصر الأمر على دفن الجنين الميت فقط من طرف مجموعة أشخاص.

4- لم تحض الحالة بدعم نفسي من طرف الأسرة ماعدا زوجها، فحتى زيارة النسوة لها للتعزية والتي تعد من طقوس الحداد لم تقم بالدور المنوط لها بل بالعكس عزز شعورها بالنقص والشعور بالذنب، وشعورها بأنها فشلت في إنجاب كائن إنساني يستحق الحزن والحداد واحترام فقدانه.

5- خصوصية الحداد في فترة الحمل الذي يعتبر أزمة خلال أزمة فبعدها كانت تعيش تجربة عطاء أصبحت تعيش تجربة فقدان وبعدها كان جسدها منتجا للحياة أصبح منتجا للموت.

اعتمادا على (DSM 5) يمكن حصر الأعراض التي تعاني منها الحالة فاطمة في الجدول العيادي التالي:

أ- التعرض لاحتمال الموت الفعلي من خلال:

1- التعرض مباشرة للحدث الصدمي وهو لحظة إعلان موت الجنين ولحظة ولادته.

2- المشاهدة الشخصية من طرف الحالة للجنين الميت عند ولادته.

ب- معاناة الحالة من أعراض اقتحامية:

- 1- وجود ذكريات مزعجة اقتحامية متكررة وغير إرادية نهارة.
- 2- الإحباط النفسي الشديد ولفترات طويلة عند التعرض لمنبهات داخلية وخارجية تذكر الحالة بفقدانها لجنينها.
- 3- ردود الأفعال الفيزيولوجية عند التعرض لمنبهات تذكر بالحدث الصدمي.
- ج- تتجنب الحالة بشكل مستمر المثيرات المرتبطة بالحدث الصدمي وظهر ذلك بعد وقوع الحدث الصدمي:
- 1- تجنب عوامل التذكير الخارجية التي تثير الذكريات المؤلمة عن الحدث.
- 2- تجنب الذكريات المؤلمة وكل ما يرتبط بشكل وثيق بفقدان الجنين.
- د- التعديلات السلبية في المدركات والمزاج المرتبطين بالحدث الصدمي:
- 1- وجود معتقدات سلبية ثابتة ومبالغ بها حول الذات وحول المحيط.
- 2- مدركات مشوهة مستمرة حول سبب ونتائج الحدث الصدمي والذي أدى بالحالة إلى إلقاء اللوم على نفسها في كونها هي سبب موت الجنين.
- 3- حالة انفعالية سلبية مستمرة متمثلة في فقدان الأمل، الشعور بالنقص بالذنب بالفشل وعدم تقدير الذات.
- 4- انخفاض ملحوظ في الاهتمامات.
- الشعور بالانفصال عن الآخرين.
- 5- عدم القدرة على اختبار المشاعر الايجابية بشكل مستمر.
- هـ- تغييرات ملحوظة في الاستثارة ورد الفعل المرتبط بالحدث الصدمي والتي بدأت بعد وقوع الحدث الصدمي:
- 1- سلوك تهيجي ونوبات الغضب ويظهر في شكل عدوان لفظي أو جسدي اتجاه الآخرين خاصة أطفالها.
- 2- استجابة هلع مبالغ فيها.

3- مشاكل في التركيز.

4- الأرق.

و- مدة الاضطراب أكثر من شهر.

ز- سبب الاضطراب ضعفا في الأداء في المجال الاجتماعي والعائلي.

ح- لا يعزى الاضطراب إلى التأثيرات الفيزيولوجية لمادة أو حالة طبية أخرى.

بعد التأكد من معاناة جميلة من اضطراب ما بعد الصدمة وبعد موافقتها على العلاج باستعمال تقنية (EMDR) خضعت الحالة 05 جلسات علاجية تم من خلالها استهداف المواد المختلة الخاصة بالحدث الصدمي المتمثل في موت جنينها داخل رحمها وجميع القنوات الخاصة بها، بما فيها الحلم المتكرر الذي كان يراودها وشعورها بالذنب. وجب التنبيه إلى أن هذه الحصص الخمس لم تتضمن المرحلة الأولى الخاصة بمرحلة تاريخ الحالة وإنشاء علاقة علاجية بل مررنا مباشرة للمرحلة الثانية وهي مرحلة التحضير.

بعد الانتهاء من الحصص العلاجية قمنا بتمرير استبيان (TRAUMAQ) لمعرفة التغيرات التي طرأت ومدى فعالية التقنية في التخفيف من حدة أعراض اضطراب ما بعد الصدمة، أسفرت نتائج الاستبيان والمقابلة على اختفاء الأعراض فبعدما كانت جميلة تعيش مزاجا اكتئابيا وتراجع اهتمامها بذاتها زارتنا في بعد الانتهاء من العلاج بعد مقابلتين مختلفتين المظهر تماما عن ما كانت تبدو عليه سابقا فقد كانت مهتمة بمظهرها على غير عاداتها، كما أصبحت تنام بشكل هادئ، اختفت السلوكيات العدوانية، وأصبحت تدرك أن سبب موت جنينها كان طبييا، كما عادت لممارسة الخياطة، انعكس هذا التغير في سلوكياتها بشكل ايجابي على الأسرة. أما عن الانسحاب الاجتماعي فلحد اللحظة لم تزر صديقاتها أو تتواصل معهن لكنها ترى أن ذلك ليس بنفس الدافع الذي كان سابقا بل لضيق وقتها لأنها ترى أنها استرجعت للتو حياتها من جديد.

-6

() :

خديجة تبلغ من العمر 23 سنة، متحصلة على شهادة ليسانس في الأدب العربي، ذات هندام منظم ومرتب، متوسطة القامة والبنية الجسمية، مأكثة في البيت تعيش مع أهل الزوج، ذات مستوى اقتصادي متوسط، لا تعاني من أي اضطرابات عضوية أو نفسية، ليس هناك سوابق لاضطرابات نفسية في تاريخها العائلي، لم تتعرض من قبل لصدمة فقدان.

تتميز بالإنتاجية التلقائية؛ حيث تمتاز لغتها بالوضوح تجيب على الأسئلة بشكل مباشرة وبسلاسة، أفكارها منظمة و مترابطة، تعبر عن مشاعرها بشكل واضح، لديها تواصل بصري، تتحدث اللغة العامية تتخللها جمل باللغة العربية الفصحى، لديها إدراك للتوجه الزماني والمكاني، يتسم مزاج الحالة بالحزن خاصة عند التطرق لموضوع فقدانها لجنينها مع البكاء، تعيش منذ الحدث انسحابا اجتماعيا، أكدت لنا أنها كانت مرحلة واجتماعية قبل الحدث.

هي البنت البكر ويلها بنت وذكورين، تنحدر من عائلة ذات مستوى اقتصادي متوسط، عبرت خلال المقابلة عن علاقتها المميزة والجيدة بأسرتها ووالديها، وصفت طفولتها ومراهقتها بأنها كانت فترة رائعة خالية من المشاكل والصدمات، كما وصفت نفسها بمدللة والديها.

-1

:

زواجها كان تقليديا، عبرت عن ندمها على هذا الزواج وذلك بسبب فارق السن بينها وبين زوجها الذي يقدر ب 15 سنة؛ حيث ترى أنها تسرعت ولم تفكر جيدا وأن هناك اختلافا كبيرا بينها وبين زوجها في طريقة التفكير ونمط العيش وهذا ما خلق هوة بينها وبينه. ترى أن العلاقة الجنسية واجب في الزواج الهدف منها إنجاب أطفال فقط. تم زواجها منذ سنة ونصف وكان هذا الحمل أول تجربة حمل تعيشها والتي فقدت من خلالها جنينها (ولد) في الشهر السابع.

-2

:

تمت أول مقابلة مع الحالة بعد إعلان موت جنينها وقبل ولادته، وجدنا الحالة في حالة انفعال شديد، بمجرد ما شرعنا معها في الحديث بدأت في البكاء، تروي خديجة أحداث إعلان موت جنينها؛ إذ شعرت بآلام ونزيف جعلها تزور أخصائي أمراض النساء والتوليد الذي أخبرها بأن جنينها مات عندها فقدت خديجة الوعي بشكل نهائي "ماراني عاقلة على والو ماعدا جملة مادام قلبه راه حابس بعدها ما عقلت على والو" وهذا ناتج عن مواجهة الحالة لحقيقة الموت؛ حيث اجتاحت البياض والفراغ ذهن الحالة مع غياب الكلام هنا كانت خديجة في حالة هلع، فقوة المواجهة مع حقيقة الموت نتج عنها انقطاع مفاجئ وحقيقي لمهام الأنا مما جعلها تنهار. بعد ذلك وجهها الطبيب للمستشفى ليتم إخلاء الرحم لكن قبل مجيئها للمستشفى زارت طبيبا آخر بغية التأكد من موت جنينها، وبعد دخولها إلى المستشفى تم إخضاعها للمرة الثالثة للفحص حيث أكدوا لها صحة خبر موت جنينها، غير أن الحالة لازالت تنفي موته "علاش راهم يقولولي مات؟" "زاني نحس بيه يتحرك ... راهم يكذبوا" "مارانيش مأمنة حتى نشوفه صح بلي مات" شدة وفجائية الحدث جعلت الأنا يستعمل ميكانزم بدائي وهو النفي بغية حمايته من الانفجار.

بعد الولادة انقطعت الحالة عن التواصل مع المحيطين بها لمدة ثلاثة أيام انقطاعا تاما، فقد كانت تبقى طيلة اليوم مغمضة العينين وصامتة لا ترد على من يكلمها حتى والديها وزوجها؛ فالصورة الصدمية اخترقت الجهاز النفسي دون أن تجد تصورا يستقبلها حتى وصلت إلى عدم الأصل، لذلك شعرت الحالة بأنها مهجورة من طرف اللغة والعالم الخارجي، فهذا ناتج عن تخطي الصورة الصدمية حاجز الكبت الأصلي وكأن الحالة رجعت إلى العالم قبل موضوعي. كما يعتبر موت الجنين صدمة مرعبة ينتج عنها فناء الذات وفقدان القدرات النفسية المعتادة، فيتوقف الفهم والتفكير ويحل محلها الصراخ والبكاء وهنا يفقد العالم معناه ومنطقه.

بعد الولادة فوجئت الحالة بوجود الحليب على مستوى الصدر الأمر الذي جعلها تدخل في حالة انهيار وبكاء "الحليب كاين وولدي ماكانش .. نضريت بزاف كون ولدي راه في حجري راني مقروحة بزاف" وهذا ناتج عن عيش الحالة انفصالا مزدوجا فالجنين انفصل عن جسدها وعن واقعها انفصالا نهائيا.

ظهرت لدى الحالة بعد خروجها من المستشفى متلازمة التكرار تمثلت في إعادة عيش الحدث نهارا على شكل صور تعيد أحداث لحظة الإعلان والولادة والفترة التي مكثت فيها في المستشفى وهذا كان نتيجة اختراق الصورة الصدمية لغشاء الجهاز النفسي الصاد للمثيرات وتموضعها داخل قلب الحويصل الحيوي (الجهاز النفسي) دون تمثيلها أو ربطها لأن صورة الموت لا تجد تصورا مسبقا يستقبلها في اللاشعور وبالتالي تبقى على حالها هذا ما يفسر إعادة معايشة خديجة للحدث الصدمي. تتعرض الحالة من حين لآخر لهلوسة سمعية، حيث تسمع بكاء ابنها للحظة ثم تعود للواقع لتتصادم مع حقيقة فقدانه فتنتابها نوبة بكاء حاد.

مقابل ذلك ظهرت لدى خديجة سلوكيات تجنبية تمثلت في شعورها بالغبثان كلما تذكرت المستشفى وعيادة الطبيب الذي كانت تتابع حملها لديه، كما ترفض رفضا قاطعا الرجوع لهذين المكانين، كما تتجنب الحديث عن موضوع الحمل والإنجاب لأنها تشعر بالقلق إزاء ذلك.

تعيش خديجة انسحابا اجتماعيا إذ تبدي رغبة في عدم التواصل مع المحيطين بها كما أظهرت عدوانية اتجاههم، إلى جانب فقدان الشهية حيث أصبح أكلها مقتصرا على العصير، أصبحت منذ الولادة تعاني من آلام على مستوى الرأس، لديها رغبة في النوم طيلة اليوم "راني نرقد وأنا جالسة".

عاشت الحالة فقدان جنينها كبترا لأحد أعضائها وعبرت عن ذلك تعبيرا صريحا "حاجة من لحمي راحتلي ... حسيت حاجة مني راحتلي"، وهذا يدل على خلطها بين الضرر الذي لحق بجنينها والضرر اللاحق بها، هذا ما يعني أنها تقمصت جنينها الميت، كما تشعر بالذنب لأنها لم تستطع الحفاظ على جنينها وتعزو موته لتهاونها

وعدم متابعة حملها رغم أنها كانت تزور الطبيب المختص في الأوقات التي يحددها وقامت بعمل جميع التحاليل والفحوصات المطلوبة منها إلا أنها تعزو موت جنينها لنفسها وبذلك تكون خديجة قد تقمصت دور الأم القاتلة التي لم تستطع حماية طفلها.

تعتبر الحالة عن فقدانها الأمل والرغبة في العيش بعد فقدانها لطفلها "كانت أمي نجييب ولد لكن خسرت كلش راح كلش"، كما تعبر عن ألمها الكبير لفقدانها جنينها "حسيت روعي خسرت ولد كبير ماشي غريان خلا بلاصته في حياتي فارغة" وهذا ما يعبر عن العلاقة الافتراضية التي تعيشها الأم مع جنينها ويؤكد وجود اندماج نفسي إلى جانب الاندماج البيولوجي، إلى جانب ذلك يعبر كلامها عن الفراغ الذي خلفه موت طفلها.

تراجعت اهتمامات الحالة ونشاطاتها المعتادة، فقد أصبحت تشتكي من التعب والإرهاق الدائمين، إلى جانب معاناتها من مزاج اكتئابي طيلة اليوم "كرهت كلش .. كرهت دنيا قاع .. حتى حاجة ماراهي تفرحني" نتج عن هذا مشاكل علائقية مع الزوج وأهله الذين لم يتقبلوا التغيير الذي طرأ على شخصية خديجة.

حتى بعد مرور أربع أسابيع من فقدان الجنين لا زالت الحالة تعاني من نفس الأعراض سابقة الذكر ولا زالت تتأرجح بين تقبل حقيقة فقدان ونفيها "أحيانا نحس راني في حلم ما نأمنش" وهذا ما يدل على استمرار الأنا في استعمال آليات بدائية وعدم قدرته على ارضان الحدث.

3 :

لم تر خديجة الجنين بعد الولادة، لكن عند مغادرتها للمستشفى حملته أمها مغطى بجانبها "كانت ماما رفداته مانجمتش نرفده ... بدل مانخرج رافداته وفرحانة خرجته مكفن"، بعد وصولها للبيت رأته وقبلته وضمته، كانت تروي الأحداث وتبكي بكاء حادا وهي تصف جنينها الميت وفي نفس الوقت تبسم "شفته كامل ولدي عند جميع الأعضاء، صغير بزاف مسكين" توقفت لفترة عن الحديث مع طأطة الرأس وبكاء شديد.

اهتم والداها بمراسيم الجنازة "ماما دارتلي طعام وجاو لافامي عزاوني"، فهي ترى أنه لا أحد شعر بمصابها عدا والداها اللذان دعماها نفسياً، أما في ما يخص الزوج فلم تتلق أي دعم نفسي من طرفه بل بالعكس اتهمها بتقصيرها وعدم اهتمامها بصحتها لذلك فقدت الجنين وهذا ما زاد شعورها بالذنب "ماحشش بيا، هو أصلاً مايحشش ما عندهش احساس".

زارت خديجة قبر طفلها "قبر صغير بزاف ... بكيت بزاف" عبرت عن ألمها الكبير عند رؤية القبر "ماأمنتش قعدت نشوف في كرشي وفي القبر .. كان في كرشي راح للقبر ما فرحتش بيه" كان حديثها مرفوقاً ببكاء وفترات صمت.

عند عودتها لبيت زوجها زارتها النسوة هناك لتعزيتهن والتي كانت خديجة مجبرة على مقابلهن "عياوني النسا وهدرتهم" فبدل مواساتها وتعزيتهن زاد ألمها وحزنها؛ حيث تذكر بعض الجمل "قاتلي وحدة مات علاه راكي دايرة لروحك هاك" وأخرى قالت لي "مات نورمال المهم مازادتش وشفتيه" عبرت الحالة عن غضبها اتجاه هذه الكلمات "وإد كامل مكمل مات وهو ما يقولولي نورمال" إلى جانب ذلك ترى أن أم زوجها وأهله لم يتأثروا بالحدث ولم يدعموها نفسياً بل حضروا أجواء النفاس لاستقبال المعزيين "يجمعوا ويضحكوا مع النسا وكأنهم في نفاس ماشي عزاء".

4- () :

تواصلت معاناة الحالة من متلازمة التكرار نهاراً في حين اختفت الكوابيس ليلاً وذلك لأن الأثر الحسي للتجربة المعاشة لا يخزن على شكل ذكرى وإنما رسخ على شكل جسم غريب في النفس وهذا ما نتج عنه اجتياح صورة الحدث شعور الفرد، كما استمر ظهور السلوكيات التجنبية التي تمثلت في الامتناع عن الذهاب لعيادة الطبيب الذي أعلن عن موت الجنين والمستشفى الذي تمت فيه الولادة، كما تتجنب الخوض في موضوع الحمل والولادة مع المحيطين بها خاصة مع الزوج.

بعد مرور شهر من فقدان الجنين لازالت الحالة تظهر حالة خلط معرفي نفسي حيث تتأرجح بين تقبل الحقيقة ونفيها فتقول الحمد لله من منطلق ديني اجتماعي لضبط

القلق ثم تعود إلى حالة النفي والتساؤل عما حدث ولماذا حدث ثم ترجع مرة أخرى إلى الاستغفار "راني قريب نهبل .. خطرأتش تبالي راني نوم حتى نستغفر ونعرف بلي ربي داه ونقول الحمد لله" وهذا ما يدل على استعمال الأنا لميكانزم الانشطار.

لازال شعور خديجة بالذنب وبأنها مسؤولة عن موت جنينها مستمرا "أنا ما قدرتش نحافظ عليه" وهو ناتج عن غرقها في نشاط خيالي مكثف، الأمر الذي جعلها تطور استراتيجيات تفسيرية أنتجت الشعور بالذنب، هذا الشعور يعتبر أداة لرفض حقيقة موت الجنين من طرف الأم، الأمر الذي يجعلها تعيش الألم الذي يحافظ على الرابط الموجود بينها وبين جنينها وبالتالي تقمصت الأم جنينها الميت، إلى جانب تقمصها الأم القاتلة التي تم تستطع حماية جنينها رغم أنها كانت تقوم بكل الفحوصات المطلوبة منها وتزور الطبيب في المواعيد المحددة، وهذا ما يدل على أن قوة الصدمة التي عايشتها خديجة جمدت وثبتت الطفل النرجسي الداخلي.

استمر لدى خديجة الانسحاب النرجسي وفقدان الرغبة في الحياة وتراجع اهتمامها بذاتها واهتماماتها السابقة وهذا ما يدل على النكوص النرجسي الذي انهار من خلاله استيهام الخلود الذي عبرت من خلاله عن عدم وجود لذة في الحياة "كون غير مت معاه أفضل كرهت هاد دنيا تاع الهم" كما يدل تعبيرها عن الموت الداخلي والنفسي لها. إلى جانب ذلك ظلت الحالة فاقدة للشهية الأمر الذي جعلها تفقد الوزن بشكل واضح هذا ما يدل على أنها عاشت الصدمة كبت في المنبهات الحسية. أما في ما يخص النوم فقد زادت رغبتها بالنوم وقد عللت ذلك بمحاولتها الهروب من الواقع "كون نلقى نرقد كامل نهار باش نتجنب قاع هاد الهم".

أظهرت الحالة منذ الحدث سلوكيات عدوانية ونوبات غضب لا تستطيع السيطرة عليها خاصة مع الزوج وأهله إذ ترى أنها لم تتلق الدعم من طرفه وبأنه لم يشعر بمصائبها لذلك أصبحت تكن له الكره والغضب مما جعلها تغادر بيت الزوجية عدة مرات رغبة في الانفصال وهذا ما أكده (De Clercq et Lebigot, 2001) حيث رأوا

أن الصدمة النفسية تنتج اضطراباً في العلاقة الأسرية والزوجية وذلك من حيث التأثير الكبير لها على العلاقة العاطفية والجنسية وهذا ما حدث مع الحالة.

كما أظهرت الحالة مشاعر الفشل والشك في أنوثتها وفي كونها غير قادرة على الإنجاب فبعدما كانت في مدخلها للأومة تبدد شعورها بالهوية الأنثوية جراء موت جنينها الذي جعل قدرتها على العطاء محل تساؤل، هذا ما أدى إلى اضطراب تقدير الذات، فالحالة لم تخبر تجربة الحمل والولادة من قبل؛ فبعدما كان تتصور أن الولادة هي فعل إعطاء الحياة والإنتاج أصبحت الولادة بالنسبة لها فعل إعطاء الموت. كما أنها لازالت تعبر عن معاناتها النفسية وألمها نتيجة فقدان الذي تعيشه كبتير لأحد أعضائها "ملي راح راني نشوف في كرشي خاوية ونحس نصي راح معاه".

استمرت الأعراض سابقة الذكر لمدة سبعة أشهر وهذا ما يدل أن الحالة تعاني من اضطراب ما بعد الصدمة.

5-

ترفض الحالة بشكل نهائي الحمل مرة أخرى هذا ما اضطرها إلى تناول حبوب منع الحمل دون علم زوجها الذي أصر على حملها مرة ثانية وعند اكتشافه لذلك ساءت العلاقة بينهما، كما أصبحت تتحاشى العلاقة الجنسية بشكل نهائي رغم استمرارها في تناول حبوب منع الحمل بشكل سري "مارانيش باغيا نجيب أطفال نهائياً".

6-2 (TRAUMAQ) :

من خلال تطبيق استبيان الصدمة على الحالة خديجة تحصلنا على النقاط الخام التالية لكل سلم والتي حولناها بالاعتماد على الجدول المرفق في قائمة الملاحق (الملحق رقم 04) إلى نقاط معيارية:

T	J	I	H	G	F	E	D	C	B	A	
108	9	13	19	4	9	12	12	5	10	15	

5	5	4	5	3	4	4	4	3	5	3	
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--



أظهرت نتائج الجزء الأول من الاستبيان عن وجود صدمة نفسية قوية وذلك لأن مجموع السلم كان يساوي 108 وهو ما يقابله الصنف الرابع في دليل الاستبيان، مجموع هذه النقاط كان مقسما على السلم، حيث حصلت الحالة في السلم (A) على 15 نقطة ما يقابلها 03 درجات معيارية، يخص هذا السلم رد الفعل النفسي والجسدي أثناء الحدث، حيث لم تشعر الحالة بالخوف أو القلق بل شعرت بأنها تعيش حالة غريبة فقدت جرائها الوعي وعند رجوعها إلى وعيها كانت عاجزة تماما عن إبداء رد فعل مناسب لما سمعته غير النفي.

أما السلم (B) والذي يخص أعراض التكرار المرضي والمتكون من 04 بنود فقد حصلت فيه على 10 نقاط يقابلها 05 درجات معيارية، حيث تعترض الحالة ذكريات وصور من الحدث تجعلها تعيش الحدث مجددا نهارا، أما ليلا فترى باستمرار كوابيس بين الحين والآخر، تشعر بالقلق عندما تتذكر الأحداث أو تتحدث عن فقدانها.

تحصلت خديجة على 05 نقاط في ما يخص السلم (C) المتكون من 05 بنود تخص اضطرابات النوم وهو ما يقابلها 03 درجات معيارية، فالحالة ترى من حين

لآخر كوابيس أحيانا لا تتذكر محتواها فقد تقوم مفزوعة وتعود للنوم مباشرة، إذ أنها منذ الحدث لاحظت ازدياد رغبتها في النوم حيث عبرت عن ذلك بقولها "راني نرقد وأنا جالسة" لكن رغم ذلك تستيقظ متعبة صباحا.

أما في ما يخص السلم (D) الخاص بالقلق وعدم الأمان والتجنب الرهابي والذي يضم 05 بنود فقد حصلت الحالة على 12 نقطة تقابلها 04 درجات معيارية؛ حيث أصبحت تنتابها نوبات من القلق بالإضافة إلى السلوكيات التجنبية.

في حين حصلت على 12 نقطة في ما يخص السلم (E) الخاص بقياس الهيجان وفقدان القدرة على التحكم، حيث أصبحت خديجة سريعة الغضب مقارنة بالسابق، وأصبح لديها صعوبة في السيطرة على نفسها، كما أنها أصبحت عدوانية مع المحيطين بها خاصة زوجها مما أدى إلى مشاكل أسرية وصلت إلى حد الطلاق.

أما في ما يخص السلم (F) الخاص بردود الأفعال السيكوسوماتية، الجسمية اضطرابات الإدمان والذي يضم 05 بنود فقد حصلت خديجة على 09 نقاط تقابلها 04 درجات معيارية، حيث لاحظت نقصانا في وزنها نتيجة فقدانها الشهية، ولاحظت تدهورا في صحتها حيث أصبحت طيلة اليم تشكو من الإرهاق والتعب وآلام شديدة في الرأس هذا ما جعل تدمن تناول البراسيتامول.

أما السلم (G) الذي يخص الاضطرابات المعرفية فقد حصلت فيه الحالة على 04 نقاط تقابلها 03 درجات معيارية، فمنذ الحدث تعاني نوعا ما من مشكل في التركيز، وصعوبة في تذكر بعض عناصر الحدث لأنها فقدت الوعي عند الإعلان عن موت الجنين فهي لا تتذكر ماذا حدث آنذاك.

في حين كانت نتيجة السلم (H) الخاص بالاضطرابات الاكتئابية والذي يضم 08 بنود 19 نقطة يقابلها 05 درجات معيارية، حيث فقدت الحالة الاهتمام بالأمر التي كانت تهتم بها مسبقا كالقيام بالأعمال المنزلية والاهتمام بنفسها وحضور المناسبات وزيارة صديقاتها، كما أصبحت منذ فقدانها لجنينها تشعر بالتعب والإرهاق وتفقد الطاقة والحماس، كما تنتابها نوبات بكاء كلما تذكرت ما حل بها، أما العلاقة العاطفية

مع زوجها فقد ساءت جدا بعد الحدث الصدمي إذ على حد وصفها كانت عادية قبل موت الجنين، أما جنسيا فالحالة ترفض العلاقة الجنسية بشكل صريح وهذا ما خلق مشاكل بينها وبين زوجها، ترى أن مستقبلها انهار وأنه منذ الحدث فقدت الشغف وحب الحياة، إلى جانب ذلك تعيش انسحابا اجتماعيا وميلا للعزلة.

أما في ما يخص السلم (I) الذي يخص المعاش الصدمي للحالة فقد تحصلت فيه الحالة على 16 نقطة هذا ما يقابله 04 درجات معيارية، حيث تعزو الحالة موت جنينها لنفسها وترى أنها لم تحافظ على جنينها وعزز فكرتها هذه اتهام زوجها لها بأنها هي التي فشلت في الحفاظ على جنينها حيا، تشعر الحالة بالذنب لأنها عاشت ومات جنينها وتتمنى لو أنها فارقت الحياة مثله، كما تشعر بالكره والغضب الشديد نحو المحيطين بها، كما تعتقد أنها لم تعد مثلما كانت قبل الحدث.

أما فيما يخص السلم (J) الخاص ب والذي يضم 11 بندا فقد تحصلت الحالة على 09 نقاط يقابلها 05 درجات معيارية، حيث أن نشاطها داخل البيت تراجع بشكل ملحوظ فقد أصبحت تشتكي من التعب والإرهاق ولم تعد قادرة على القيام بالأنشطة المنزلية مثلما كانت سابقا، كما انقطعت عن زيارة الأقارب والأصدقاء منذ الحدث فهي تعيش انسحابا اجتماعيا لأنها تشعر بأن الآخرين لا يقدرّون ما تمر به، كما ترى أنها لم تحض بالدعم من طرف زوجها.

قمنا برسم منحنى بياني باستعمال النقاط المتحصل عليها بعد تحويلها إلى نقاط معيارية فتحصلنا على الملمح المعروض سابقا والذي يتطابق حسب دليل الاستبيان مع الملمح (A) وهذا ما يدل على أن الحالة تعاني من متلازمة ما بعد الصدمة قوية.

:(EMDR)

-3-1

بعد التأكد من تشخيص الحالة بأنها تعاني من اضطراب ما بعد الصدمة اقترحنا عليها العلاج باستعمال تقنية (EMDR) وبعد موافقتها شرعنا مباشرة في المرحلة الثانية إذ سبق وأن تجاوزنا المرحلة الأولى خلال المقابلات السابقة، قمنا بشرح آلية عمل تقنية (EMDR) بشكل مبسط، ودرّبنا الحالة على الاسترخاء، اختبرنا حركات

العين وقمنا بتحديد المسافة المناسبة والسرعة المناسبة والاتجاه الأنسب، اتفقنا على رفع اليد كإشارة للتوقف في حالة إذا ما أرادت التوقف، بعدها قمنا بتحديد المكان الآمن وهو شاطئ البحر عند شروق الشمس قمنا بتعزيز هذه الصورة، ومن ثم حددنا الكلمة المفتاحية وهي السلام الداخلي، عززنا الاستجابة، ودرّبنا المفحوصة على استعمال المكان الآمن في حالة الاضطراب أو التوتر سواء داخل الحصص أو خارجها.

انتقلنا بعدها إلى مرحلة التقييم، بعدما حددنا الهدف المراد علاجه وهو موت الجنين داخل رحمها والصورة التي تمثله وهي "بعد الولادة عند أخذها إلى الغرفة بدون طفل"، قمنا بعدها بتحديد الاعتقاد السلبي المرتبط بالحدث وقد كان: "راني حاسة روجي ماشي امرأة وماشي أنثى" "لست أنثى" قابله اعتقاد ايجابي "أنا أنثى باتم معنى الكلمة" تم تحديد مستوى (VOC) بـ 02، في حين تم تحديد مستوى (SUD) بـ 10، تمثل الاضطراب على مستوى الجسد في انقباض على مستوى القف، وشعرت الحالة عند استحضارها صورة الحدث والاعتقاد السلبي باحتقار الذات والغضب والكره، قمنا بإغلاق الحصة لأن الوقت المتبقي غير كافي للشروع في استهداف المواد المختلة، انهينا الحصة باستعمال التطهير.

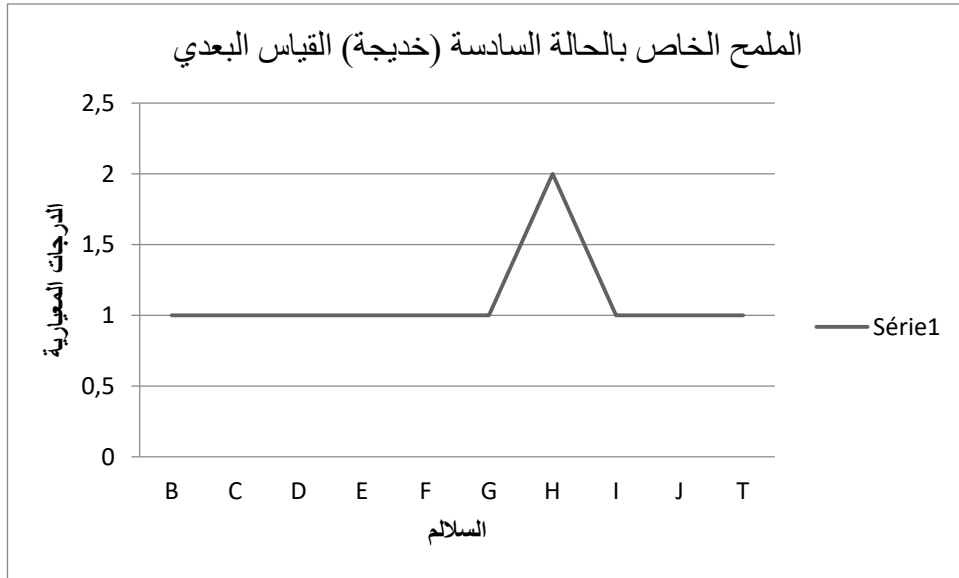
شرعنا مباشرة في الحصة الموالية بإزالة الحساسية بعد فحص مستوى (SUD) وبعد علاج القنوات المستهدفة تناقص مستوى (SUD) إلى 04 في نهاية الحصة، استعملنا المكان الآمن عدة مرات ولجأنا في آخر الحصة إلى التطهير لإغلاق الحصة. في الحصة الموالية انطلقنا من إعادة التقييم حيث وجدنا مستوى (SUD) 04، واصلنا إزالة الحساسية إلا أن توصلنا إلى 0، عندها قمنا بتثبيت الاعتقاد الإيجابي؛ حيث أضافت خديجة عبارة جديدة للاعتقاد السابق فأصبح "أنا أنثى باتم معنى الكلمة وأستحق أن أكون أما" مستوى (VOC) ارتفع إلى 05 بعدما كان 02 في بداية الحصة، بعد تعزيز الاعتقاد بعدة مجموعات من حركات العين ارتفع إلى 07، عندها قمنا بمسح الجسم؛ حيث لم يظهر أي توتر لدى خديجة على مستوى جسدها،

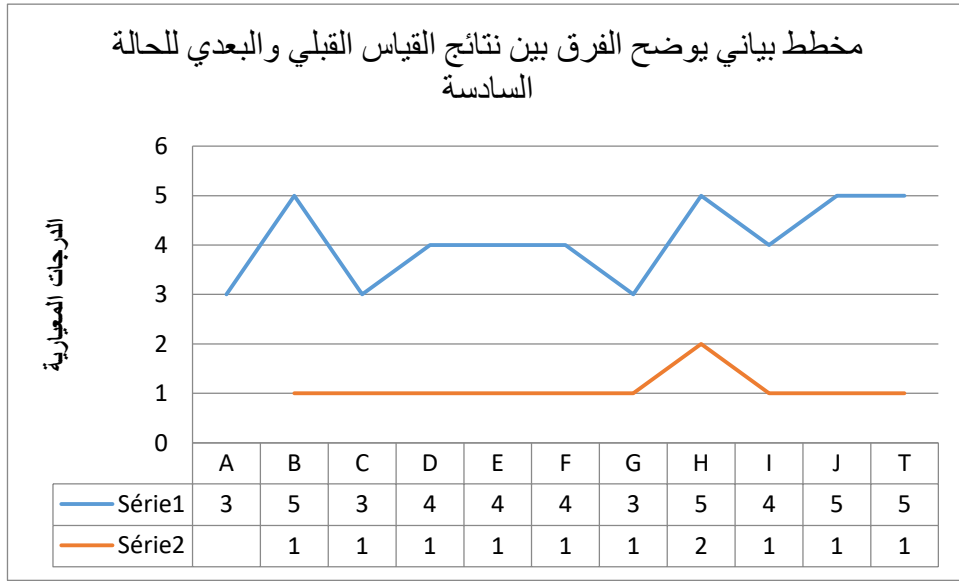
عندها قمنا بإغلاق الحصة، وفي الحصة التي تلتها قمنا بإعادة التقييم للتأكد من المعالجة الكاملة والتامة للمواد المختلة.

4-1 (TRAUMAQ))
:(

من خلال تطبيق استبيان الصدمة على الحالة خديجة بعد الانتهاء من الحصص العلاجية تحصلنا على النقاط الخام التالية لكل سلم والتي حولناها بالاعتماد على الجدول المرفق في قائمة الملاحق (الملحق رقم 04) إلى النقاط المعيارية التالية:

T	J	I	H	G	F	E	D	C	B	A	
1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	15	
1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	03	





أسفرت نتائج القياس البعدي باستعمال استبيان (TRAUMA) عن عدم وجود صدمة، حيث سجلنا انخفاضا في جميع السلالم والفرق موضح في المخطط البياني والذي يظهر اختفاء أعراض اضطراب ما بعد الصدمة ما عدا اضطراب العلاقة العاطفي مع زوجها، حيث لازالت تعاني الحالة من مشاكل زوجية ناتجة عن الخلافات التي كانت حادثة ولذلك ترى خديجة أنه من الضروري تأجيل إعادة تجربة الحمل حتى حل النزاعات الزوجية.

5-1 () :

سببت فجائية الحدث وشدته كسرا حقيقيا داخل الجهاز وهذا ما ينتج عنه حسب (De Clercq et Lebigot, 2001) انقطاع مفاجئ وحقيقي لمهام الأنا وبالتالي انهيار الحالة، فلحظة الإعلان عن موت جنينها من طرف الطبيب هي لحظة غير قابلة للإصلاح حسب (Bydlowski, 2011) حيث يستبدل فيها الشعور بالبياض والعدم وتحدث فجوة في الذكريات وتغيب الذات، وقت الصدمة هذا يشير إلى قطيعة في الاستمرارية بين الطفل المستثمر نرجسيا داخل الرحم وبين العلاقة مع الموضوع. استعملت الحالة لمواجهة حقيقة الموت آليات دفاعية بدائية والمتمثلة في النكوص والنفى والانشطار وذلك حتى يتم حماية الأنا من الانفجار، إلا أن استعمالهم لم يكن بطريقة تكيفية.

إعادة إحياء الحدث الصدمي التي ظهرت لدى الحالة ناتجة عن استحالة ترميز التجربة الصادمة لتحويل الإحساس لشفرة دالة التي يمكن أن تخزن في الذاكرة ومن ثم تكبت وتزاح لذلك تشعر خديجة بمعاناة ناجمة عن إعادة عيش الحدث الصدمي. وهذا ما أكدته كل من (De Clercq et Lebigot, 2001) حيث يرون أن الفرد الناجي من الموت يكون في حالة بلادة ويبقى حبيسا في المشهد الصدمي الذي شهده هو فقط، وبالتالي تتوقف بالنسبة له الوظائف الحياتية للعالم الخارجي، كما يستقبل مثيرات العالم الخارجي وكأنها تمر بمصفاة أو تغيب بشكل كلي، الحقيقة الوحيدة التي يواجهها هي واقع الحدث الذي يواصل التكرار أمامه وهذا ما حدث مع خديجة.

أظهرت الحالة انسحابا اجتماعيا وسلوكيات عدوانية نتيجة شعورها بأنها تحمل وصمة عار كونها فشلت في أن تصبح أما وترغب في إخفائها هذا ما عبر عنه (De Clercq et Lebigot, 2001) بأنه ليس فقط القلب والنفس التي تجرح عند التعرض لصدمة نفسية بل كذلك الشعور بالانتماء للجنس البشري.

طرأت تغيرات في شخصية خديجة وسلوكياتها إثر الصدمة، حيث أنشأت علاقة جديدة مع محيطها هذا ما خلق مشاكل علائقية مع زوجها وأهله فقد أصبحت منذ الحدث سريعة الغضب وعدوانية في سلوكياتها، كما أنها لازالت تذكر عدم دعم زوجها له الأمر الذي جعلها تكن الكره والحقد لهم جميعا، كما أصبحت ترفض بشكل صريح وواضح العلاقة الجنسية هذا ما جعل الحالة تصل إلى التفكير في الطلاق.

عاشت الحالة نتيجة الصدمة التي واجهتها تجمدا لوظائف الحب حيث أصبحت سريعة الغضب وعدوانية وذلك نتيجة النكوص النرجسي الذي انهارت ضمنه أسطورة الخلود، كما تجمدت وظائف الحضور وتجلت ذلك من خلال فقدانها الرغبة في العيش وتراجع اهتمامها بذاتها وظهور أعراض اكتئابية وفقدان الأمل، إلى جانب ذلك ظهرت لدى خديجة سلوكيات تجنبية والتي توحى بجماد وظائف الفرز الناتجة عن الدفاعات المستعملة من أجل تجنب متلازمة التكرار.

استمر شعور الحالة بالذنب والذي يرجع إلى تقمصها الطفل الميت إلى جانب ذلك له علاقة مباشرة مع الأصل وهذا ما أكدته (De clerq et Lebigot, 2001) حيث أن الكسر الصدمي ينتج عنه اجتياز حاجز الكبت الأصلي الذي يعادل العودة إلى العالم لا موضوعي، يرتبط هذا النكوص العميق بالشعور بالذنب. كما يتسم مزاج خديجة بالحزن والاكتئاب نتيجة المواجهة مع الموت التي حسب (Lebigot, 2005) تعطي شعورا مؤلما للفرد بأنه أصبح مختلفا عن الآخرين يعيش في كوكب آخر، فيمر هنا الفرد بانهييار نرجسي بكل ما للكلمة من معنى.

استمرار ظهور الأعراض يدل على غياب العمل النفسي وعدم إعداد الحدث الصدمي من طرف الأنا. فموت الجنين بالنسبة لـ (Stern, 2011) لا يتم إعداده فهو حدث لغزي وغامض من الصعب تمثيله وترميزه. كما أن رفض الحالة لعيش تجربة الحمل مرة أخرى رفضا قاطعا يدل على استمرار استثمار اللبيدو في الموضوع المفقود وعدم قدرتها على استثماره في مواضيع جديدة.

تقمصت الحالة الجنين الميت والأم القاتلة التي تستطع حمايته حيث عبر (De Mezerac et Storme, 2013) عن أن فقدان في سياق الحمل هو مواجهة مع تمزق عنيف للذات بعد المرحلة الانصهارية الخاصة بالحمل، بالإضافة إلى ذلك ترى (Soubieux, 2009) أن الانقطاع في سيرورة الحمل بالنسبة للمرأة وانتهاءها بدون ثمرة يجعلها تعيش الفراغ، فالبطن فارغ والمهد فارغ هذا ما يخلف ألما نفسيا وهذا ما حدث مع خديجة .

استمرار ظهور الأعراض يدل على غياب العمل النفسي وعدم إعداد الحدث الصدمي من طرف الأنا. فموت الجنين بالنسبة لـ (Stern, 2011) لا يتم إعداده فهو حدث لغزي وغامض من الصعب تمثيله وترميزه. فخديجة حسب (Schmitt, 2012) تعيش حدادا معقدا وذلك بالاستناد على المعايير التالية:

1- عدم قدرتها على تقبل فقدانها لجنينها

2- الأسى والغضب والمزاج الاكتئابي.

- 3- نوبة من الانفعالات المؤلمة مرفوقة بحنين لجنينها.
 - 4- أفكار متكررة عن الموضوع المفقود والتي تتطفل في أغلب أوقات اليوم وتمثلت في متلازمة التكرار.
 - 5- سلوكيات تجنبية لكل ما يذكرها بموت جنينها.
 - 6- استمرار هذه الأعراض حتى بعد ستة أشهر من فقدانها للموضوع.
- فرغم رؤية خديجة طفلها الميت ولمسه وضمه وحضور مراسيم الجنازة والعزاء وبالتالي توفر طقوس الحداد إلا أنه لم يتم تفعيل عمل الحداد، بإمكاننا إرجاع ذلك تعاني العوامل التالية:
- 1- عدم تلق الحالة الدعم النفسي من طرف الزوج ولا من طرف أهله الذين تعيش معهم.
 - 2- خصوصية الحداد الذي يتميز بالفردانية فحسب (Bitouze, 1998) يعتبر حدادا خاصا خلال فترة الحمل التي تعتبر أزمة تطورية وأزمة هوياتية التي يتم من خلالها إعادة تأمين الهوية الأنثوية لذلك تحدث (Irving Léon) عن أزمة خلال أزمة.
 - 3- نوعية التوظيف النفسي وعدم قدرة الأنا على استعمال الآليات الدفاعية بشكل متكيف.
 - 4- تصورات الحالة عن الحمل والإنجاب بصفة خاصة والزواج بصفة عامة.
- اعتمادا على (DSM 5) تم جمع الأعراض التي تعاني منها الحالة في الجدول العيادي التالي:
- أ- تعرضت الحالة بشكل مباشر للحدث الصدمي المتمثل في موت الجنين داخل رحمها، وشهدت ولادته ميتا.
 - ب- أعراض اقتحامية تتمثل في:
 - 1- وجود ذكريات اقتحامية مزعجة متكررة وغير إرادية تتعلق بالحدث الصدمي.

2- الإحباط النفسي الشديد عند التعرض لمثيرات تخص الحمل أو الولادة أو موت جنينها.

ج- سلوكيات تجنبية ظهرت بعد الحدث الصدمي:

1- تجنب الذكريات المؤلمة والأفكار المرتبطة بموت الجنين وبفكرة الحمل عموماً.

2- تجنب عوامل التذكير الخارجية كزيارة عيادة الطبيب الذي قام بالإعلان عن موت الجنين.

د- التعديلات السلبية في المدركات والمزاج المرتبطين بالحدث الصدمي والتي تظهر من خلال:

1- المعتقدات السلبية الثابتة والمبالغ فيها في كونها السبب في موت جنينها.

2- مدركات مشوهة مستمرة حول سبب الحدث وشعورها بالذنب.

3- الحالة الانفعالية السلبية المستمرة المتمثلة في الغضب والكره والشعور بالذنب.

4- انخفاض ملحوظ في الاهتمامات والقيام بالأنشطة المعتادة.

5- عدم القدرة على اختبار مشاعر ايجابية بشكل مستمر.

هـ- تغييرات ملحوظة في الاستثارة ورد الفعل المرتبط بالحدث الصدمي والتي تظهر من خلال:

1- سلوك تهيجي ونوبات الغضب التي تظهر في شكل عدوان لفظي اتجاه المحيطين.

2- مشاكل في التركيز.

و- مدة الاضطراب سبعة أشهر.

ز- سبب الاضطراب ضعفاً في الأداء في المجال الاجتماعي وخلف صعوبات علائقية ومشاكل أسرية.

بعد التأكد من تشخيص الحالة عرضنا عليها العلاج بتقنية (EMDR) حيث وافقت على ذلك، وبعد 04 حصص علاجية التي تتضمن جميع مراحل العلاج إلا المرحلة الأولى اختفت الأعراض التي كانت تعاني منها الحالة ما عدا علاقتها مع زوجها التي بقيت مضطربة، وهذا ما يؤكد فعالية التقنية في علاج اضطراب ما بعد الصدمة.

7- () :

أمينة 32 سنة، أم لطفل البالغ من العمر 06 سنوات، ذات مستوى تعليمي ثانوي، هندامها منظم ونظيف، قوية البنية الجسدية، طويلة القامة، تسكن في بيت منفرد هي وزوجها وابنتهما، ذات مستوى اقتصادي متوسط، لا تشكوا من أي اضطرابات عضوية أو نفسية، وليس هنالك سوابق عائلية لأمراض نفسية، تعمل في البيت كمربية للأطفال في بيتها وتصنع الحلويات.

تميزت الحالة أمينة عن غيرها من الحالات بالفكاهة حيث كانت خلال المقابلات (ماعدًا المقابلة الثانية التي تلت الولادة) تسهب في الحديث عن مواضيع مضحكة وأحاديث جانبية، تكثر الضحك، كما كانت تتجنب الإجابة على أسئلتنا وتتهرب من الحديث عن الحدث الصدمي مظهرة تجاوزها للأمر، تنتقل من موضوع لآخر ومن فكرة لأخرى بشكل غير منظم متحدثة عن محيطها، لغتها سهلة تتحدث بالعامية، تدرك التوجه الزمني والمكاني، تتواصل بصريا بشكل جيد.

تنحدر من عائلة ميسورة الحال، الوالد متوفى في حادث مرور، علاقتها جيدة مع والدتها وباقي إخوتها (2 ذكور، 3 إناث)، عبرت عن حزنها الشديد لموت والدها المفاجئ وبأنه رغم عدم تقصير إخوتها في عمل دور الأب إلا أنها تفنقده وبشدة، كما وصفت نفسها بأنها كانت مدللة أبيها وبأن وقع خسارته لازالت تشعر به رغم مرور 07 سنوات من موته.

1- :

تزوجت الحالة زواجا تقليديا، تعرب عن حبها الكبير لزوجها؛ تعيش حياة زوجية على حد تعبيرها سعيدة يسودها التفاهم والاحترام، عبرت عن دعم زوجها لها في

أوقات حزنها وتفهمه لها فهي ترى أنه سندها في الحياة بعد أبيها، الهدف من الزواج بالنسبة لها هو الاستقرار والراحة النفسية وإنجاب الأطفال، برأيها العلاقة الجنسية تقوي الرابطة بين الزوجين وما هي إلا تعبير عن حب بعضهما البعض.

2- :

أول مقابلة لنا مع الحالة كانت قبل ولادتها للجنين الميت، حيث كانت أمينة قد تلقت خبر موته عند زيارتها للطبيب لعمل فحوصات الشهر التاسع تحضيراً للولادة؛ حيث أخبرها الطبيب بأن نبضه قد توقف تصف أمينة تلك اللحظات بقولها "خلعت تشوكيت ما أمنتش، من كثرت الخلعة ما قعدتتش نستوعب شاره يقول وليت نمشي برا وماشي حاسة بلي راني على الأرض" وهذا ما يدل على عجز الأنا أمام فجائية الحدث وشدته على التحكم في كم الإثارات التي فاقت قدرته على تحويلها وربطها هذا ما نتج عنه اختلال في الجهاز النفسي وبالتالي أظهرت الحالة عجزاً في إبداء الاستجابة الملائمة.

تم توجيهها للمستشفى لتتم الولادة حيث وجدناها في حالة قلق وترقب، حيث طلبت من الفريق الطبي إخلاء رحمها بسرعة من الجنين الميت "مارانيش مأمنة بلي راني رافدة حاجة ميتة داخل، راني باغيا يقلعوه عليا ما يخلوهش فيا راه ميت"، كانت أمينة في حالة هلع و خوف شديد من الموت مع جنينها الذي تحمله "راني خيفة لنزيد نلحقه راه ميت داخل" كانت طيلة المقابلة تردد عبارات الخوف من الموت ورغبتها الملحة في إخلاء رحمها بسرعة حتى ولو استلزم الأمر التدخل الجراحي المهم بالنسبة لها هو إخراجها.

قابلنا أمينة بعد الولادة التي كانت قيصرية بأسبوع وكانت قد هدأت مقارنة بالمقابلة الأولى، استقبلتنا بابتسامة وبعبارة "صاي سلكت الحمد لله"، عبرت الحالة عن حزنها وألمها لفقدانها جنينها الذي كان أنثى وأنها حتى بعد ولادتها شعرت بخسارتها؛ حيث كانت خائفة من الموت ولم تتقبل فكرة أن تحمل جثة ميتة داخل جسدها، لكن بعدها شعرت بأن قطعة من ذاتها انفلتت مع الجنين "طرف من كبتي راح" وهذا ما يدل على تقمص أمينة الطفل الميت.

عبرت عن تأثرها عند خروجها من المستشفى بدون طفل في حين رأت الأمهات برفقة أطفالهن، عند عودتها للبيت كان ابنها في انتظارها وانتظار المولود وهذا ما أثر كثيرا في أمينة "لخلت يديا فارغين"، لم تظهر الحالة حسب قولها ألمها وحزنها أمام والدتها وأهلها وحتى زوجها "لرت كوراج مابينتش راني غير نضحك رغم إني راني مضرارة".

كانت أمينة قد حضرت جميع مستلزمات الطفل حتى حقيبة الولادة، وحتى مستلزمات حفل النفاس، بعد رجوعها للبيت طلبت من أختها إفراغ الحقيبة وأخذ كل الملابس التي كانت قد حضرتها للطفل ولها "مابغيتش قاع ندخل لغرفتي ونشوفهم"، عبرت عن عدم رغبتها في رؤية أي شيء يذكرها بأنها كانت حاملا في الأصل وبأنها كانت على وشك الولادة، فقد أخلت البيت من كل ما يتعلق بالحمل والولادة، لكنها لم تجد حلا مع آثار الجرح في بطنها "كلش قلت لاختي تديه عندها ... بقات كرشي ما لقيت كي نرسلها معها" معبرة عن ألمها لكن مع ابتسامة وضحك مستعملة بذلك ميكانزم الفكاهة، حيث تتيح هذه الآلية للحالة التعبير عن جزء من عواطفها وألمها بطريقة رمزية عن طريق الهزل وذلك لتخفيف حدة الإحباط والألم، وقد تكرر استعمالها لهذا الميكانزم بكثرة في كل المقابلات.

تعاني الحالة من الأرق لذلك أصبحت تستيقظ صباحا وهي متعبة، كما تعاني من فقدان الشهية مما أدى إلى هبوط في وزنها وهذا يدل على أنها عاشت صدمة موت جنينها كبت في المنبهات الحسية.

شعرت أمينة بأنها عاشت نفس الصدمة التي عاشتها عند فقدانها والدها؛ حيث سردت وقائع الحدث وكيف خرجت من البيت عند سماعها خبر موته بدون حجاب وحذاء صارخة وهي تجري في الشارع؛ بالنسبة لها تكرر نفس الشعور وهذا ما يؤكد رأي (Bitouze, 1998) في أن موت الجنين يضع الفرد في مواجهة مع إعادة تنشيط كل الجروح وكل حداد قديم لم يتم ارضائه.

خلال كل المقابلات لم تبك الحالة نهائياً، بل وكانت تعبر عن حزنها وألمها بعبارات فكاهية مضحكة وتضحك لذلك وهذا ما يدل على استعمال ميكانزم العزل حيث عزلت الحالة معاشها النفسي وتصوراتها عن ما تمر به عن العاطفة كما استعملت آلية الإنكار والفكاهة.

3- :

رأت الحالة جنينها، وتلقت دعماً نفسياً من طرف الزوج وأهلها وكل المحيطين بها، كما زارتها النسوة لتعزيتهن ومواسيتها "جاو حباباتي قلعولي الضيقة"، حيث كانت الحالة تتمنى لو يزرنها كل يوم "لبغي يجو عندي نساء نجتمع نضحك نزعق ننسى الهم". قامت أسرة الحالة بجميع مراسيم العزاء كما يجب بالشكل المتعارف عليه في مجتمعنا.

زارت الحالة قبر طفلها مرة واحدة فقط "عاضتني بنتي بكيت عند القبر".

4- () :

بعد مرور شهر من فقدان الجنين تشعر أمينة بالذنب عندما تتذكر موقفها ورغبتها في إخلاء رحمتها وكأنه قطعة نفايات "كل ما نتفكر تغيضني نولي نبان لروحي ماشي أم، ماكانش قصدي بلي ما عندي ماندير بيه لكن جاتنيغريب رافدة طفل ميت، وكنت تحت الصدمة" مستعملة التبرير للتخفيف من حدة الشعور بالذنب، لازالت الحالة تحت صدمة فقدان وأحياناً تعيش الحدث كحلم "موجدة فاليزتي للولادة ورايحة نديركونطروول لقيتها ماتت خطرانش مين نتفكر ما نأمنش نقول بالاك ماشي بصح" من حين لآخر يستعمل الأنا آلية النفي محاولاً التحكم وإعادة التوازن للجهاز النفسي. كما لا زالت أمينة كلما تذكرت الحدث تشعر بأنها كانت ستموت مع طفلها، فلا زالت لم تستوعب أنه كيف لجسدها أن يحمل جثة "كلما نتفكر تحكمني ضيقة كي شغل مت وحييت" هذا ما يؤكد تقمص الحالة للطفل الميت فالحالة لم تستطع التمييز بين موت الحنين وموتها هي.

لازالت الحالة تعاني من الأرق الذي جعلها تشكوا التعب والإرهاق طيلة اليوم وأثر على نشاطها في البيت، وحتى على عملها المتمثل في صناعة الحلويات وبيعها ورعاية الأطفال في بيتها، فمذ الحدث انقطعت تماما عن العمل لشعورها بالتعب وعدم القدرة على التركيز في العمل مثل السابق.

بعد مرور شهر من ولادتها الجنين الميت شعرت بفقدان الرغبة الجنسية رغم حبها لزوجها وعدم وجود مشاكل وهذا ما لاحظته الزوج وأبدى تفهمه، وهذا ما يعتبر إشارة على هزيمة نزوة الحياة وعلى أن جزءا من الذات قد مات وذلك حسب (Bydlowski, 2011).

بعد مرور حوالي شهرين من موت جنينها داخل رحمها ظهر لدى الحالة مرض الثعلبة الذي كانت قد عانت منه مسبقا عند موت والدها قبل سبع سنوات، زارت الطبيب المختص في أمراض الجلد والذي أكد لها ضرورة المتابعة النفسية.

تتجنب الخوض في الموضوع حيث وجدنا صعوبة بالغة معها، تتحدث بإسهاب عن جميع جوانب حياتها لكنها تتجنب الحديث عن موت جنينها فتجيب إجابات مختصرة ومقتضبة مكثرة الضحك والهزل مستعملة الآلية الدفاعية الفكاهة لتغير الحديث مرة أخرى، إلى جانب ذلك تتجنب رؤية كل ما يخص طفلتها وحتى ملابسها التي تركتها عند أختها "سمحت في القش قتلها ديهم لجمعية مارانيش باغيا نشوفهم قاع حياتي"، كما تؤكد أنها لن تزور ذلك الطبيب مرة أخرى ولا المستشفى التي تمت فيه الولادة حتى ولو اضطرت لذلك.

تذكرت أمينة طفلها في العيد الأضحى "ماوجدتش كيما موالف القاطو نحس حاجة ناقصتني من داخل بصح مانبيش لزوجي باش مانقز بهش في العيد"، تعرب عن ألمها لفقدانه وافتقادها له "كون راه عندها ربع شهر كون راهي تلاغي .بنتي مسكينة"، أرادت زيارة القبر عشية العيد لكن زوجها رفض ذلك "بلغيت نطل على كبدي لي راهي تحت تراب بصح الزوج مابغاش" تعبيرها عن طفلها بأنه جزء من جسدها يعبر عن أنها عاشت موت الجنين كبتر لأحد أعضائها وهو الكبد.

-5

:

أبدت أمينة رغبتها في خوض تجربة الحمل مرة أخرى لكن ليس الآن وبما أن ولادتها كانت قيصرية فهذا يمنعها من الحمل مباشرة "مذايبا نخلفه لكن مانساهش ومانجمش دروك"

-2-7

(TRAUMAQ)

:

من خلال تطبيق استبيان الصدمة على الحالة أمينة تحصلنا على النقاط الخام التالية لكل سلم والتي حولناها بالاعتماد على الجدول المرفق في قائمة الملاحق (الملحق رقم 04) إلى نقاط معيارية:

T	J	I	H	G	F	E	D	C	B	A	
69	5	7	8	2	9	0	6	6	6	21	
3	3	3	3	2	4	1	3	3	3	4	



أظهرت نتائج الجزء الأول من الاستبيان عن وجود صدمة نفسية متوسطة حيث أن مجموع السلام يساوي 69 وهو ما يقابله الصنف الثالث من الصدمات في دليل الاستبيان، حيث تحصلت الحالة في السلم (A) على 21 نقطة ما يقابلها 04 درجات معيارية، يخص هذا السلم رد الفعل النفسي والجسدي أثناء الحدث وهذا ما عكس

صدمة الحالة ومعاناتها النفسية عند سماعها نبأ موت جنينها من طرف الطبيب، فقد شعرت بالرعب والخوف الشديد، والقلق وازداد معدل ضربات قلبها، بفعل فجائية الحدث وشدته شعرت بالعجز ولم تكن قادرة على إبداء رد فعل مناسب، كما شعرت الحالة بأنها ستموت ففكرة حملها لجنين ميت في أحشائها كانت تصيبها بالرعب.

أما السلم (B) والذي يخص أعراض التكرار المرضي والمكون من 04 بنود فقد تحصلت فيه على 06 نقاط يقابلها 03 درجات معيارية، تعاني الحالة من صعوبة الحديث عن موت الجنين الأمر الذي جعلنا نجد صعوبة في الحديث معها عن الحدث الصدمي، وقد عبرت عن شعورها بالقلق حينما تفكر أو تتحدث عن الحدث.

تحصلت فاطمة على 06 نقاط في ما يخص السلم (C) المكون من 05 بنود تخص اضطرابات النوم وهو ما يقابلها 03 درجات معيارية، فالحالة تعاني من صعوبات في النوم حيث تنام بشكل عادي لكنها تستيقظ مرات عديدة طيلة الليل، هذا ما يجعلها تستيقظ في حالة تعب وإرهاق.

أما في ما يخص السلم (D) الخاص بالقلق وعدم الأمان والتجنب الرهابي والذي يضم 05 بنود فقد تحصلت الحالة على 06 نقطة تقابلها 03 درجات معيارية، حيث أصبحت الحالة منذ الحدث تتجنب الذهاب للمستشفى الذي تمت فيه الولادة، وترفض زيارة عيادة الطبيب الذي تم إعلان موت الجنين فيه حتى لو اقتضت الضرورة ذلك، كما أصبحت تتجنب كل ما يذكرها بالحمل وموت جنينها.

في حين لم تحصل على أي نقطة في ما يخص السلم (E) الخاص بقياس الهيجان وفقدان القدرة على التحكم، حيث بقيت محافظة على هدوئها.

أما في ما يخص السلم (F) الخاص بردود الأفعال السيكوسوماتية، الجسمية اضطرابات الإدمان والذي يضم 05 بنود فقد تحصلت أمينة على 09 نقاط تقابلها 04 درجات معيارية، حيث تشعر الحالة بزيادة معدل ضربات القلب كلما تذكرت أو تحدثت عن الحدث الصدمي، كما لاحظت نقصانا في وزنها نتيجة فقدانها للشهية، وأصيبت بمرض الثعلبية، إلى جانب إدمانها على القهوة.

أما السلم (G) الذي يخص الاضطرابات المعرفية فقد تحصلت فيه الحالة على نقطتين تقابلها درجتين معياريتين، فمنذ الحدث تعاني نوعا ما من مشكل في التركيز.

في حين كانت نتيجة السلم (H) الخاص بالاضطرابات الاكتئابية والذي يضم 08 بنود 08 نقاط يقابلها 03 درجات معيارية، فقد فقدت الحالة الاهتمام بعملها (صنع الحلويات والاعتناء بالأطفال) التي كانت شغوفة به، كما أصبحت تفتقر إلى الحماس وتشعر بالإعياء والإرهاق، أما العلاقة العاطفية فهي جيدة مع زوجها عكس العلاقة الجنسية؛ حيث فقدت أمينة الرغبة الجنسية لكن لم يخلق هذا مشكلا بينها وبين زوجها بل تفهم هذا الأخير الوضع.

أما في ما يخص السلم (I) الذي يخص المعاش الصدمي للحالة فقد تحصلت فيه الحالة على 07 نقاط يقابلها 03 درجات معيارية، حيث تشعر أمينة بالذنب لما فكرت فيه وقالته بعد معرفتها بموت جنينها داخل رحمها ورغبتها في إخلاء رحمها من جنته وتبرر ذلك بأنها كانت تحت تأثير الصدمة، كما أصبحت تشعر أنها مختلفة فبالنسبة لها قد شهدت الموت هذا ما جعلها تغير نظرتها للحياة.

أما فيما يخص السلم (J) والذي يضم 11 بنودا فقد تحصلت الحالة على 05 نقاط يقابلها 03 درجات معيارية، حيث تراجع نشاطها داخل البيت وحتى عملها الذي توقفت تماما عنه.

اعتمادا على الدرجات المعيارية التي تم التحصل عليها قمنا برسم المنحنى البياني الموضح أعلاه والخاص بالحالة والذي يتطابق مع الملح (C) وهذا ما يعبر عن وجود متلازمة ما بعد الصدمة معتدلة دون وجود اضطرابات اكتئابية.

(EMDR):

3-7

بعد التأكد من معاناة الحالة من اضطراب ما بعد الصدمة انطلاقا من المقابلات السابقة واعتمادا على نتائج استبيان (TRAUMAQ) شرعنا في العملية العلاجية باستعمال تقنية (EMDR) وذلك بعد موافقة الحالة طبعاً، شرعنا مباشرة في المرحلة الثانية، حيث سبق وأن كنا قد أنشأنا علاقة علاجية مع المفحوص مبنية على الثقة.

قمنا بعدها بشرح آلية عمل التقنية بطريقة مبسطة ومفهومة، كما قمنا بتدريبها على تقنية الاسترخاء، من ثم قمنا باختبار قدرة المفحوصة على أداء حركات العين واخترنا السرعة والمسافة المناسبين والاتجاه الأنسب. فبعدها اتفقنا على إشارة التوقف وهي رفع اليد والتي تستعملها إذا ما أرادت التوقف، في نفس المرحلة قمنا بتحديد المكان الآمن؛ فقد وقع اختيارها على غابة خضراء ونباتات خضراء وصوت العصافير؛ حيث شعرت باسترخاء كامل الجسد بمجرد التفكير في هذه الصورة، قمنا بتعزيز هذه الصورة، بعدها حددنا الكلمة المفتاحية والتي كانت: الطمأنينة، وعززنا ذلك بثلاث سلاسل إضافية من حركات العينين، ودربنا المفحوصة على استعمال المكان الآمن لوحدها دون تدخلنا ليتسنى لها استعماله عند شعورها بالاضطراب سواء داخل الحصى أو خارجها.

انتقلنا بعدها إلى مرحلة التقييم بعدما كنا قد حددنا الأهداف المراد علاجها سابقا والمتمثلة في:

1- حدث موت الجنين داخل الرحم.

2- حدث موت الأب.

اختارت أمينة الشروع بمعالجة الهدف الثاني الخاص بموت والدها، اختارت الصورة الأكثر تمثيلا للحدث "صورة والدها وهو ميت في الكفن"، وجدنا صعوبة بالغة في تحديد الاعتقاد السلبي وبعد عدة محاولات وإعطائها اقتراحات كان اعتقادها السلبي "لا أستحق العيش بعد موت والدي"، في حين كان الاعتقاد الإيجابي "أستحق العيش"، قمنا بعدها بتقييم صحة الاعتقاد (VOC) حيث تحصلنا على 04 درجات، الانفعال الذي كان مرافقا لصورة الحدث هو الحزن والألم، أما (SUD) فقد بلغ أعلى مستوى وهو 10 وقد شعرت بالاضطراب على مستوى الحلق "زاني حاسة واحد راه يجيف فيا"، وهنا اضطربت الحالة وانتابتها نوبة بكاء وكانت لأول مرة تبكي خلال كل المقابلات السابقة استعملنا تقنية الاسترخاء والمكان الآمن لإغلاق الحصة وذلك بعد التأكد من استقرار الحالة.

في الحصة الموالية انطلقنا من إعادة التقييم حيث تأكدنا من مستوى (SUD)، وشرعنا في إزالة الحساسية وذلك بعد استحضار الصورة والاعتقاد السلبي، تم الإبلاغ في العديد من المرات عن صور ايجابية تخص ذكريات وصفات والدها وكنا نقوم في كل مرة بتعزيز الصور الإيجابية ثم نعود إلى الصورة الأولية لمواصلة علاج المواد المختلفة وجميع القنوات المرتبطة بالحدث الصدمي، في نهاية الحصة وصل مستوى (SUD) إلى الصفر إلا أننا اضطررنا إلى إغلاق الحصة لانتهاء الوقت، في الحصة الموالية انطلقنا من إعادة التقييم رجوعاً إلى الصورة الأولية حيث وجدنا أن مستوى (SUD) لازل 0، عندها انتقلنا إلى مرحلة تثبيت الاعتقاد الإيجابي حيث ارتفع إلى 07 قمنا بتعزيزه باستعمال حركات العين، وانتقلنا إلى مسح الجسم حيث اختفى التوتر الذي كانت تشعر به في حلقها وقمنا بإغلاق الحصة.

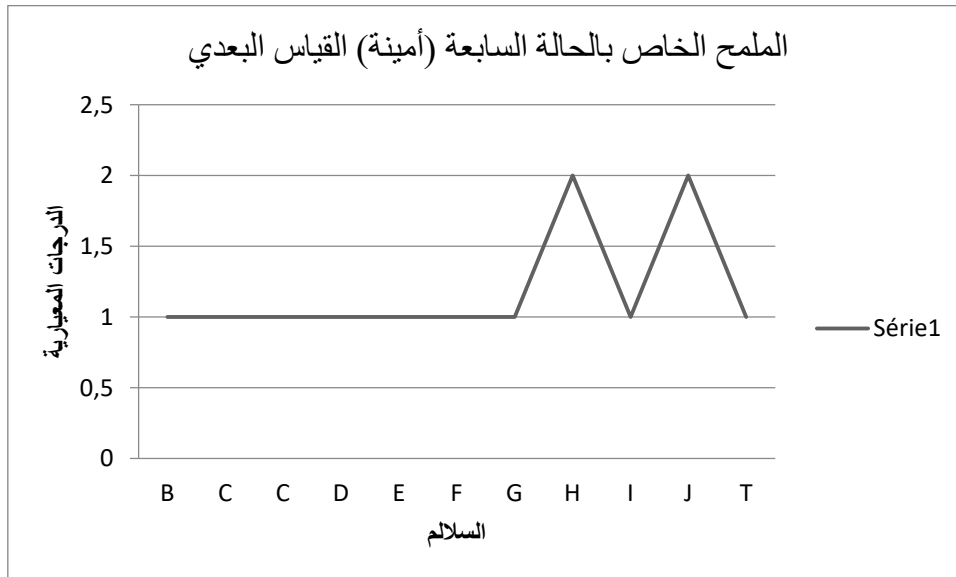
في الحصة الموالية قمنا بإعادة التقييم للتأكد من المعالجة الكاملة لجميع القنوات الخاصة بالذكرى موت والدها، بعد التأكد من علاج جميع المواد المختلفة قمنا بالشرع في معالجة الهدف الأول وهو حدث موت الجنين حيث اتبعنا نفس الخطوات فقد حددت أمينة الصورة المعبرة عن الحدث "وهي لحظة إخبارها بأن جنينها ميت" اختارت نفس المكان الآمن ونفس الكلمة المفتاحية، أما الاعتقاد السلبي فقد كان: "أنا أم سيئة" وقابله الاعتقاد الإيجابي "أنا أم جيدة"، تم تحديد الانفعال على مستوى الصدر في الجسم، وبلغ مستوى (SUD) 8 في بداية الحصة، في حين مستوى (VOC) كان في بداية الحصة 02، بعد الشروع في إزالة الحساسية وبعد خضوع الحالة للعديد من السلاسل وصل مستوى (SUD) إلى 3 في نهايتها واضطررنا إلى إغلاق الحصة باستعمال المكان الآمن وذلك لانتهاء الوقت، في الحصة التي تلتها شرعنا بإعادة التقييم حيث وجدنا أن مستوى (SUD) ارتفع إلى 04 بعدما كان 03 في الحصة السابقة، شرعنا في إزالة الحساسية حتى توصلنا إلى 0، عندها قمنا بتثبيت الاعتقاد السلبي الذي ارتفع إلى 5 بعدما كان في الحصة السابقة يساوي 02، بعد عدة سلاسل من حركات العين ارتفع إلى 07، عندها انتقلنا إلى مرحلة مسح الجسم؛ حيث تخلصت أمينة من شعور الضيق على مستوى الصدر، عندها قمنا بإغلاق الحصة،

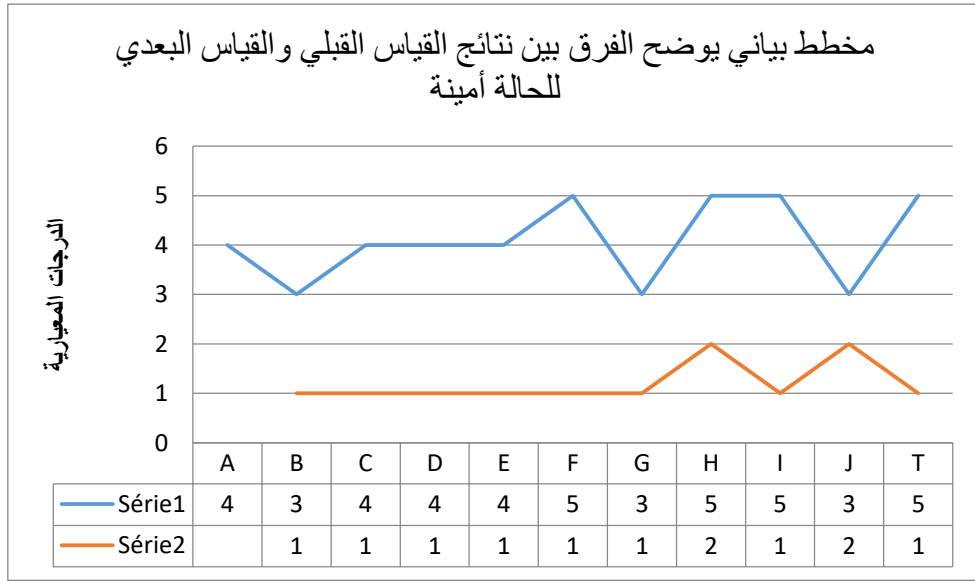
في الجلسة الموالية قمنا بإعادة التقييم للتأكد من المعالجة التامة والنهائية للمواد المختلة، وقد أبدت الحالة رضاها عن نتائج التقنية حيث زالت الأعراض التي كانت تعاني منها.

4-7 (TRAUMAQ))
:(

من خلال تطبيق استبيان الصدمة على الحالة أمينة بعد الانتهاء من الحصوص العلاجية تحصلنا على النقاط الخام التالية لكل سلم والتي حولناها بالاعتماد على الجدول المرفق في قائمة الملاحق (الملحق رقم 04) إلى النقاط المعيارية التالية:

T	J	I	H	G	F	E	D	C	B	A	
4	1	0	3	0	0	1	0	0	0		
1	2	1	2	1	1	1	1	1	1		





أسفرت نتائج القياس البعدي باستعمال استبيان (TRAUMAQ) عن عدم وجود صدمة، حيث سجلنا انخفاضا في جميع السلالم والفرق موضح في المخطط البياني والذي يظهر اختفاء أعراض اضطراب ما بعد الصدمة. في حين أظهرت النتائج أن الحالة لازالت تعاني من مشاكل مع زوجها منذ الحدث وهذا ما يفسر حصولها على 03 درجات في ما يخص السلم (H)، كما لازالت تفتقد لدعم زوجها النفسي وهذا ما يفسر حصولها على نقطة في السلم (J).

5-7 () :

عاشت أمينة صدمة نفسية جراء موت جنينها وذلك نتيجة مواجهة الموت، حيث عجزت أمينة عن إبداء ردة فعل أنية عند سماعها نبأ موت جنينها وفقدت قدرتها على التعبير والكلام وذلك راجع إلى عجز الجهاز النفسي عن ارضان وتصفية الاثرات بالوسائل المعهودة وهذا ما جعل الأنا يستعمل النكوص كآلية دفاعية وذلك لحماية نفسه ومحاولة منه لإرجاع الجهاز النفسي لحالة التوازن.

ظهرت لدى أمينة أعراض الصدمة المتمثلة في اضطرابات النوم حيث عانت من الأرق، وأصبحت تستيقظ في حالة تعب وإرهاق شديدين، كما أنها فقدت الشهية وهذا ما ظهر جليا من خلال فقدانها الوزن، كما ظهر لديها سلوكيات تجنبية ظهرت من خلال تجنبها الحديث في الموضوع وتجنبها الذهاب للطبيب الذي أعلن موت الجنين

وحتى المستشفى الذي تمت فيه الولادة، وعدم قدرتها على رؤية كل ما يتعلق بطفلها وتحضيراتها للنفاس. كما تراجع نشاط أمينة واهتماماتها منذ فقدانها لطفلها فقد توقفت عن العمل. كما فقدت الحالة رغبتها الجنسية وهذا ما يعتبر إشارة على هزيمة نزوة الحياة وعلى أن جزءاً من الذات قد مات وذلك حسب (Bydlowski, 2011). كما عبرت الحالة عن حزنها وألمها لفقدانها طفلها لكن لم يكن التعبير مرفقاً بعاطفة وهذا ما يدل على الاستعمال النشط لميكانزم العزل، بل كانت تعبر عن ذلك بعبارات هزلية ومضحكة، كما كانت تتعمد عدم إظهار مشاعرها لزوجها والمحيطين بها مدعية أنها في أحسن حال.

استعملت أمينة آليات دفاعية ناضجة مقارنة بالحالات الأخرى التي اقتصررت على الآليات الدفاعية البدائية، فالى جانب استعمالها لميكانزم النكوص والنفى كآليات بدائية استعملت العزل والفكاهة والتبرير والإنكار. كما أظهرت الحالة مقاومة كبيرة في التحدث عن موضوع فقدان خاصة وموضوع الحمل والإنجاب عامة.

تقمصت الحالة طفلها الميت كما عاشت موت جنينها كبتراً لأحد أعضائها، إلى جانب ظهر لدى الحالة الشعور بالذنب نتيجة موقفها حول إخلاء رحمة من الجنين الميت ومعاملته له على أساس نفايات وجب التخلص منها؛ موقفها هذا كان ناتجاً عن تضارب وتناقض في التصورات فبعد أن كانت على وشك الولادة وإعطاء الحياة لكائن آخر أصبحت حاملة للموت في جسمها لذلك تخاف الأم حسب (Soubieux, 2008) من الموت مع جنينها وتشعر بأن جميع خلايا جسمها حاملة للموت.

عانت الحالة من مرض جلدي وهو الثعلبة وهو مرض بسيكوسوماتي عبرت الحالة من خلاله عن معاناتها التي خلاله، فقد تم جسدت المعاناة والألم الذي لم ترد إظهاره للمحيطين بها على مستوى الجسد وبالضبط ظهر على شكل اضطراب جلدي، حيث يرى (فيصل خير الزراد، 2000: 295) أن الاضطرابات الجلدية تعتبر تعبيراً عن توترات جهاز الغدد الصماء، وهذا ما يفسر لنا ميل الجلد إلى أن يكون مقراً لإفراغات نفسية عصبية في حالات التوتر النفسي.

يمكن إجمال الأعراض التي تعاني منها الحالة فيما يلي:

أ- تعرضت أمينة للحدث الصدمي بشكل مباشر، حيث كانت تحت تهديد بالموت مع الجنين.

ب- أعراض اقتحامية:

1- الإحباط النفسي عند التعرض لمنبهات داخلية وخارجية ترمز للحدث الصدمي.

2- ردود الفعل الفيزيولوجية (زيادة معدل ضربات القلب) عند التعرض لمنبهات داخلية أو خارجية والتي ترمز لجانب من الحدث الصدمي.

ج- تجنب مستمر للمثيرات المرتبطة بالحدث الصدمي والتي ظهرت بعد موت الجنين داخل الرحم والتي تظهر في:

1- تجنب الذكريات التي تخص موت جنينها والأفكار والمشاعر وكل ما يرتبط بالجنين الميت.

2- تجنب عوامل التذكير الخارجية (ألبسة الجنين وكل ما حضرته لحفل النفاس) والتي تثير الذكريات المؤلمة عن الحدث.

د- التعديلات السلبية في المدركات والمزاج المرتبطين بالحدث الصدمي والتي ظهرت بعد موت الجنين وتتضح في ما يلي:

1- المدركات المشوهة في كونها عاملت جنينها كأنه رفاة وهذا ما نتج عنه شعور بالذنب.

2- انخفاض ملحوظ في الاهتمامات والأنشطة المعتادة (صناعة الحلويات).

هـ- تغييرا ملحوظة في الاستثارة ورد الفعل المرتبط بالحدث الصدمي والتي ظهرت منذ الحدث واتضحت فيما يلي:

1- اضطراب النوم المتمثل في الأرق.

2- مشاكل في التركيز.

و- مدة الاضطراب أكثر من شهر.

ز- سبب الاضطراب ضعفا في الأداء المهني.

ح- لا يعزى الاضطراب إلى التأثيرات الفيزيولوجية لمادة أو حالة طبية.

الآلية الدفاعية الفكاهاة، العزل

حمل جنين ميت

اعتمادا على (DSM5) الحالة أمينة تعاني من اضطراب ما بعد الصدمة أي أنها لم تتجاوز صدمة فقدان ولم يتم إعداد الحدث وهذا راجع إلى العوامل التالية:

1- عدم تخطيطها لصدمة موت والدها، حيث أيقظت تجربة موت الجنين حادثة موت والدها وكأنها عاشت نفس الموقف وهذا ما يدل على عدم إعداد حدث موت الوالد، وهذا ماتحدث عنه (Bitouze, 1998) الذي رأى أن موت الجنين لا يجعل الأم فقط في مواجهة مع الموت بل تكون المواجهة مع إعادة تنشيط كل الجروح وكل حداد قديم لم يتم ارضانه.

2- خصوصية الحداد في فترة الحمل، وخصوصية الموضوع المفقود الذي لم يكتسب صفة الغيرية فهو غير معروف اجتماعيا ولم يتم تسجيله على مستوى سجلات الحالة المدنية لذلك فهو لم يرق لمستوى الفرد العادي، وبالتالي عمل الحداد الخاص بفقدانه لا يأخذ نفس المنحى الذي تأخذه سيرورة الحداد على المواضيع العادية.

بعد خضوع الحالة إلى جلسات العلاج عن طريق تقنية (EMDR) والتي كان عددها ستة جلسات اختفت الأعراض الخاصة باضطراب ما بعد الصدمة، حيث رجعت لمزاولة عملها من جديد، وأصبح نومها منتظما عن ذي قبل، واختفت أعراض التجنب، وزال شعورها بالذنب.

:

من خلال المقابلة العيادية والملاحظة ونتائج استبيان (TRAUMAQ) تبين لنا الحالات السبع عاشت صدمة نفسية نتيجة معيشتهم لصدمة موت الجنين داخل الرحم، ففجائية الحدث وشدته جعلت كل الحالات يعشن حالة من الخلط المعرفي والنفسي عاجزين بذلك عن إبداء الاستجابة الملائمة خلال استقبالهم خبر موت أجننتهم، فشدة المواجهة مع الموت جعلت الجهاز النفسي غير قادر على تصريف الكم الهائل من المثيرات الذي خلفه موت الجنين.

خلقت المواجهة مع الموت لدى الحالات السبع حالة من الهلع والذهول التي سيطر فيها البياض والفراغ مع غياب الكلام وعدم القدرة على التعبير، نتج عن قوة مواجهة الموت انقطاع مفاجئ وحقيقي لمهام الأنا، استعملت كل الحالات ميكانزم النفي والانشطار ماعدا الحالة السابعة التي استعمل جهازها النفسي بالإضافة إلى الآليات الدفاعية البدائية دفاعات متكيفة تمثلت ميكانزم العزل والفكاهة والإنكار والتبرير، في حين الحالات الأخرى عند عجز الأنا من ارضان وإعداد الكم الهائل من المثيرات لجأت إلى آليات دفاعية بدائية محاولا إرجاع الجهاز النفسي لحالة التوازن ومتجنباً بذلك انفجار الأنا وبالإضافة إلى النفي استعملت الحالات الستة النكوص والانشطار، وبالإضافة إلى ذلك استعملت الحالة الرابعة ميكانزم العزل.

ظهر لدى كل الحالات متلازمة التكرار التي تجلت مظاهرها في إعادة معايشة الحدث نهرا عن طريق صور وليلا عن طريق كوابيس ذات علاقة مباشرة بالحدث أو ليس لها علاقة مباشرة بالحدث ماعدا الحالة السابعة التي لم تظهر لديها متلازمة التكرار. كما ظهر لدى كل الحالات أعراض التجنب التي ظهرت من خلال مظاهر متعددة كرفض زيارة الطبيب الذي أعلن عن موت الجنين، رفض زيارة المستشفى الذي تمت فيه الولادة، تجنب الخوض في المواضيع التي لها علاقة بموضوع الحمل والإنجاب وما إلى ذلك من أعراض التجنب.

عاشت الحالات السبع اضطرابات النوم حيث تمثلت في الأرق بالنسبة لكل الحالات ماعدا الحالة السادسة التي تمثل لديها اضطراب النوم في الرغبة الشديد في النوم طيلة اليوم والليل. ظهر لدى كل الحالات فقدان في الشهية ونقصان واضح في الوزن، كما أبدت كل الحالات انسحابا اجتماعيا ماعدا الحالة السابعة، ظهر لدى كل الحالات اختلال في الأداء الاجتماعي والوظيفي. كما ظهر لدى الحالة الأولى والثانية والرابعة هلاوس حسية حيث شعرت بحركات الجنين داخل بطنها بعد الولادة، أما الحالة الخامسة فقد ظهرت لديها هلوسة سمعية المتمثلة في سماع بكاء طفل. في حين أظهرت الحالات الأولى، الثالثة، الرابعة، الخامسة، والسادسة سلوكيات عدوانية اتجاه المحيط.

أظهرت الحالات الست حالة بكاء وحزن ومزاج اكتئابي الذي كان واضحا خلال المقابلات ماعدا الحالة السابعة التي أبدت مقاومة شديدة وتجنبنا للخوض في الحديث عن موت الجنين وحتى إذا ما تحدثت فإنها تستعمل ميكانيزم الفكاهة والعزل مخفية حزنها.

عانت الحالة الأولى والثالثة والسابعة من اضطرابات سيكوسوماتية، تمثلت في آلام مزمنة في الرأس والقفى لدى الحالة الأولى، واضطراب الغدة الدرقية وارتفاع ضغط الدم لدى الحالة الثالثة واضطراب الثعلبة لدى الحالة السابعة.

استمر ظهور هذه الأعراض لأكثر من 04 أسابيع (شهر) هذا ما يؤكد معاناة الحالات السبع من اضطراب ما بعد الصدمة

كما أكدت نتائج الاستبيان أن الحالات السبع عشن صدمة نفسية حيث أظهرت نتائج الجزء الأول من الاستبيان أن الحالات الستة عشن صدمة نفسية قوية في حين عاشت الحالة السابعة صدمة نفسية متوسطة، كما أسفرت النتائج عن معاناة الحالات السبع من متلازمة ما بعد الصدمة قوية ماعدا الحالة السابعة التي عانت من متلازمة ما يعد الصدمة معتدلة دون وجود اضطرابات اكتئابية.

أما في ما يخص طقوس الحداد فلم تحض كل من الحالة الأولى، الثالثة، الرابعة، الخامسة، السادسة بطقوس الحداد بشكل كامل، في حين حضيت الحالتين الثانية والسابعة بطقوس الحداد.

أبدت الحالة الأولى والثالثة والسادسة رفضا قاطعا لفكرة الحمل، في حين أبدت بقية الحالات الأخرى (الحالة الثانية، الرابعة، الخامسة، السابعة) رغبة كبيرة في تعويض الجنين من الميت عن طريق تجربة حمل جديدة.

بعد التشخيص النهائي المتمثل في معاناة الحالات من اضطراب الصدمة خضعت الحالات للعلاج بتقنية (EMDR) حيث تحسنت الحالات كلها واختفت أعراض اضطراب ما بعد الصدمة، فقط ظهر الاختلاف في عدد جلسات العلاج التي تراوحت ما بين 04 جلسات إلى 08 جلسات (تم خلالها المرور بجميع مراحل التقنية ماعدا المرحلة الأولى وهذا ينطبق على جميع الحالات)، حيث استغرق علاج الحالة الأولى والرابعة والسادسة 04 حصص، الحالة الخامسة 05 حصص، في حين استغرقت الحالة السابعة 06 حصص، أما الحالة الثانية فقد استغرق علاجها 08 حصص، وأخيرا الحالة الثالثة استغرق علاجها 10 حصص علاجية.

-8

:

: تعيش الأم صدمة نفسية نتيجة موت جنينها، وتتقمص جنينها الميت والأم القاتلة التي لم تستطع حماية طفلها (إنجاب طفل حي).

(DSM 5)

:

أ- تعرضت الحالات السبع بشكل مباشر للحدث الصدمي المتمثل في موت الجنين كما شهدت ذلك.

ب- وجود الأعراض التالية المنتمية للفئات الخمس حسب (DSM5) التي بدأ ظهورها بعد موت الجنين:

✓ :

1- وجود ذكريات مزعجة اقتحامية متكررة وغير إرادية عن لحظة إعلان خبر موت الجنين ولحظات ولادة الجنين الميت لدى كل الحالات الستة ما عدا الحالة السابعة.

2- وجود أحلام مزعجة متكررة ترتبط بمحتوى الحدث الصدمي لدى كل الحالات الستة ما عدا الحالة السابعة.

3- الإحباط النفسي الشديد أو لفترات طويلة عن التعرض لمنبهات داخلية أو خارجية والتي ترمز أو تشبه جانبا من الحدث الصادم.

✓ :

4- عدم القدرة على اختبار المشاعر الايجابية بشكل مستمر لدى كل الحالات السبع، حيث أظهرت الحالات الستة ذلك بشكل واضح حيث تجلى في مزاج اكتئابي ونوبات بكاء في حين استعملت الحالة السابعة ميكانزم الفكاهة والعزل وأبدت مقاومة شديدة في التعبير عن العاطفة.

✓ :

5- إحساس متغير بالواقع، حيث شعرت كل الحالات السبع بتغير في نظرتها للحياة وحتى نظرتها لذاتها.

✓ :

6- تجنب أو جهود لتجنب الذكريات المؤلمة، الأفكار، أو المشاعر المرتبطة بشكل وثيق مع الحدث الصدمي.

7- تجنب أو جهود لتجنب عوامل التذكير الخارجية (الطبيب الذي أعلن عن موت الجنين، العيادة الذي تم فيها الفحص، المستشفى الذي تمت فيه الولادة، كل التحضيرات الخاصة بالولادة) والتي تثير الذكريات المؤلمة، الأفكار أو المشاعر عن الحدث أو المرتبطة بشكل وثيق مع الحدث الصدمي.

✓ :

8- اضطراب النوم حيث ظهر لدى كل الحالات السبع الأرق ما عدا الحالة السادسة فقد عانت من رغبة شديدة في النوم طيلة النهار..

9- سلوك تهيجي ونوبات الغضب التي تظهر في شكل عدوان لفظي أو جسدي اتجاه الأفراد أو المواضيع ظهر لدى الحالة الرابعة والخامسة السادسة.

10- التيقظ البالغ فيه.

11- مشاكل في التركيز.

12- استجابات مبالغ فيها.

ج- مدة الاضطراب من ثلث أيام إلى شهر واحد.

د- سبب الاضطراب ضعفا في الأداء في المجال الاجتماعي للحالات السبع وفي المجال المهني والدراسي للحالة الأولى والثانية والسابعة، كما تراجع أداء جميع الحالات في أداء المهام اليومية المنزلية والاهتمام بأسرهم.

هـ- لا يعزى الاضطراب إلى تأثيرات فيزيولوجية لمادة أو حالة طبية.

فجائية الحدث وشدته جعلت الحالات تعيش صدمة نفسية وهذا ما تؤكدته (Soubieux, 2008) التي اعتبرت موت الجنين صدمة مرعبة ينتج عنها فناء الذات وفقدان القدرات النفسية، والتي ينتج عنها خلط نفسي ومعرفي ناتج عن اختراق الصورة الصدمية للجهاز النفسي، فلحظة الإعلان عن موت الجنين بالنسبة لها لحظة غير قابلة للإصلاح حيث يستبدل الشعور بالبياض والعدم وتغيب الذات، وقت الصدمة هذا يشير إلى قطيعة في الاستمرارية بين الطفل المستثمر نرجسيا داخل الرحم وبين العلاقة مع الموضوع.

شعور الحالات السبع بالذنب الناتج عن التجربة الصدمية التي هي بمثابة الرجوع إلى منطقة العدم، فالكسر الصدمي حسب (De Clercq et Lebigot) ينتج عنه اجتياز حاجز الكبت الأصلي وهذا ما يعادل العودة إلى العالم اللاموضوعي، فبالنسبة لـ (Lebigot, 2005) الرجوع إلى الأصل يعتبر تجاوزا كبيرا نادرا ما يدركه الفرد كما هو، ولكنه ينتج شعورا بالخطأ والذنب.

نتج عن فجائية الحدث وشدته اقتحام الصورة الصدمية للجهاز النفسي وإحداث كسر في الغشاء الواقى، حيث تكون الحمولة الايجابية على مستوى الغشاء الواقى للآثار ضئيلة وبالتالي تخترقه صورة الموت، وتتموضع كجسم غريب في قلب الجهاز النفسي يكون مشحونا بكمية كبيرة جدا من الطاقة، صورة الموت لا تجد تصورا يستقبلها لأن الموت غير ممثل من قبل حتى تصل إلى العدم وفي هذه اللحظة حسب (De Clercq et Lebigot, 2001) يشعر الفرد بأنه ترك عالم الكائنات الناطقة ويشعر بالعار والهجر من طرف اللغة والأحياء، وهذا ما يجعله يظهر سرعة الانفعال، الانسحاب العدوانى نحو الذات وهذا ما عايشته حالات الدراسة. كما يمكن تفسير السلوكيات العدوانية التي ظهرت لدى الحالات الرابعة، الخامسة، السادسة بأنها إسقاط للعدوانية الموجهة للموضوع المفقود (الجنين) (Dayan et al, 1999).

قوة المواجهة مع الموت جعلت الأنا يستعمل آليات دفاعية بدائية بغية حماية نفسه من الانفجار وهذا ما أكدته (Rosa et al, 2009) حيث رأوا أن رد الفعل عن الانفصال والفقدان يشهد ثوران مفاجئ في توازن الجهاز النفسي، فتظهر نوبات هلع على شكل نوبات بكاء وشكاوى، كما تظهر كذلك حالات الانهيار أين يشل النشاط الحركي أو يتباطأ، الأنا هنا لا يستطيع إدارة الفقدان فينكص إلى مستوى تنظيم جد بدائية وهذا ما يفسر استعمال الحالات للميكانيزمات البدائية المتمثلة في النكوص، النفي، الانشطار، الاستدخال.

عاشت الحالات الستة مزاجا اكتئابيا ظهر من خلال نوبات بكاء، انسحاب اجتماعي، فقدان الشهية، اضطرابات النوم، اضطرابات في التركيز والذاكرة، وهذا ناتج حسب (Lebigot, 2005) عن المواجهة والعلاقة مع الموت التي تعطي شعورا للألم بأنها أصبحت مختلفة عن الآخرين، هذا ما يجعلها تمر بانهيار نرجسي بكل ما للكلمة من معنى. كما فسر (Galembert, 2009) الانسحاب الاجتماعي للألم وانطوائها على ذاتها بالنكوص النرجسي الذي يسجل في حركة تقمصية للجنين بعدما كانت الأم قد مرت بمرحلة نكوص شديدة مدعمة بحالة الشفافية النفسية الخاصة بالحمل.

كما ظهر انقطاع الأنا عن مهامه الذي نتج عنه حالة خلط من خلال ظهور هلاوس الحسية والسمعية لدى الحالتين الأولى والثانية والرابعة والخامسة تمثلت في سماع صوت طفل يبكي أو الشعور بحركات الجنين داخل البطن بعد الولادة.

عانت الحالة الأولى والثالثة والسابعة من اضطرابات سيكوسوماتية والتي يردها (Croque, 2012) إلى إصابة العضو مباشرة الناتجة عن الاختلال البيولوجي للضغط وهذا ما يعطي مساحة لظهور إشارات معاناة هذا العضو، إذ تعتبر الشكوى الجسدية بالنسبة له تعبيراً عن المعاناة النفسية للأمهات.

عاشت الحالات السبع تجمدا في الوظيفية اللبديية (الحب) والذي ظهر من خلال سهولة الاستثارة والعدوانية نتيجة النكوص النرجسي الذي تنهار ضمنه أسطورة الخلود، وجمادا في وظائف الحضور حيث فقدت الحالات السبع مراكز اهتماماتها

السابقة وقللت من نشاطها وظهرت لديها أعراض اكتئابية، كما تجمدت وظائف الفرز حيث ظهر ذلك من خلال عجز الأمهات عن فرز المثيرات الخطيرة عن غيرها وذلك نتيجة دفاعات يتم تنصيبها لتحاكي متلازمة التكرار وهذا ما يفسر السلوكيات التجنبية التي ظهرت لدى الحالات، تعطل هذه الوظائف الثلاث يميز الشخصية العصابية الصدمية التي قدمها (Fenichel).

خلف موت الجنين داخل الرحم جرحا نرجسيا وتجلي ذلك في الشعور بالذنب وعيش فقدان كبت لأحد الأعضاء، وهذا ما أكدته (Dayan et Al, 1999) التي ترى أن فقدان الطفل يمثل جرحا نرجسيا الذي يظهر بشكل لا يحى حيث يعطي انطبعا للفرد عن أنه قد تمت خيانتة من طرف جسده وخداعه باستبدال فرح منتظر بحدث صادم يسهل في الشعور بالضعف وفقدان السيطرة. ويؤكد ذلك كل من (Guedeney et Allilaire, 2001) حيث يرون أن فقدان خلال فترة الحمل هو اقتلاع لجزء من الذات والبعض يصفه كآلم جسدي، هو جرح حب الذات، فقدان الجنين يمثل جرحا نرجسيا الذي يظهر بشكل لا يحى حيث يعطي انطبعا للفرد عن أنه قد تمت خيانتة من طرف جسده وخداعه باستبدال فرح منتظر بحدث صادم يساهم في الشعور بالضعف وفقدان السيطرة وهذا ما حدث مع حالات الدراسة، كما يؤكد (Hanus, 2001) أن الجرح النرجسي هو تحول مفاجئ وجذري للنظام اللبيدي النرجسي، فقدان الجنين هو فقدان نرجسي في نفس الوقت هذا ما لا تستطيع النرجسية المطلقة تحمله، فنقص اللبيدو يبدو وكأنه بتر وفقدان موضوع حب يهاجم طبيعتها وجوهرها وبالتالي تفقد القوة الكاملة التي كانت تتمتع بها.

:

- تعبير الحالات عن الموت الداخلي لها والنفسي وفقدانها الرغبة في الحياة، كما تراجعت اهتماماتها بذاتها وبمحيطها وبالأنشطة التي كانت محل اهتمامها فحسب (Bitouze, 1998) الطفل المنتظر هو جزء لا يتجزء من جسم الأم، هو جزء منها هي

ذاتها، فعند موته يضع سلامتها النفسية والجسدية محل التساؤل، وتغزو المرأة لحظات خلط بين الضرر اللاحق بالطفل والضرر اللاحق بجسدها هي نفسها، بين موت الطفل وموتها هي نفسها.

- عبرت الحالات تعبيراً صريحاً عن فقدان جزء من الذات والجسم، وعاشت موت الجنين وفقدانه كبتراً لأحد أعضائها. وهذا ما أكدته (Bitouze, 1998) الذي يرى أنه غالباً في البداية ما يكون هناك نفي مؤقت للعواطف المؤلمة المرافقة للموت (تخدير عاطفي)، لكن ما يتثبت بسرعة كبيرة هو الشعور بالنقص؛ مثل حالة البتر الدائم، كما ترى (Soubieux, 2008) أن الأم تتقمص جنينها الميت وتعيش الفقدان والفراغ الذي يخلفه الجنين الميت كحالة بتر، فجسم المرأة يتحول إلى جسم أم بدون وجود طفل خارجي يملأ فراغ الطفل الذي كان بالداخل. في حين يرى (De Mezerac et Storme, 2013) أن الأمهات يفقدن جزءاً من ذواتهن بفقدانهن الطفل وذلك لاستثمارهم المفرط فيه.

- شعرت الحالات بالنقص وعدم تقدير الذات لأنها لم تستطع إنجاب طفل حي، حيث تؤكد (Squires, 2004) على أن تقدير الأم يضطرب بعد فشلها في إنجاب طفل حي.

- عزت كل الحالات موت الجنين لها، وهذا ما خلف شعوراً بالذنب وجعلها (الحالات) تتقمص الأم القاتلة التي لم تستطع حماية.

- شعور الحالات بالفشل فبعدما كانت بصدد إعطاء الحياة لكائن آخر أصبح جسمها منتجاً للموت وبعدما كانت تنتظر استقبال طفل يحمل كل الأحلام والآمال والتطلعات أصبحت آلة منتجة للموت وأصبح جسدها حاملاً للموت، وهنا تعيش الحالات شعوراً مزدوجاً بالانفصال فالجنين انفصل عن جسد الأم وعن واقعها بشكل نهائي، وهنا تعيش الفراغ فالبطن فارغ والمهد فارغ وهذا ما أكدته كل من (De Mezerac et Storme, 2013) حيث رأوا أن الأم تشعر بتجويف فارغ في جسدها

وتعيشه كتمزق لا بل كبتر، كما أن فقدان في سياق الحمل هو مواجهة مع تمزق عنيف للذات بعد المرحلة الانصهارية الخاصة بالحمل.

- عاشت الحالات جرحاً نرجسياً كما سبق وذكرنا نتيجة فقدانها للجنين وينتج عن ذلك تحول مفاجئ وجذري للنظام الليبيدي النرجسي، والجرح النرجسي ترافقه حمولة زائدة، حيث تعود طاقة الاستثمار في الموضوع الخارجي بسرعة نحو الأنا، مما يجعل هذا الأخير يعاني من هذا الحمل الزائد، كما يرافق الجرح النرجسي اضطرابات سريعة ومكثفة للنظام الليبيدي، فائض المعاناة هذه يجعل الفرد يرغب في الانضمام إلى الموضوع المفقود (Hanus, 2001) وهذا ما يفسر نقص الحالات للجنين الميت.

: طقوس الحداد غير كافية لجعل الأم تتخطى تجربة فقدان

وبالتالي تعيش الأم حدادا معقداً.

عاشت الحالات السبع حدادا معقداً حيث ظهر من خلال غياب الإعداد العقلي الذي تجلى في استمرار الأنا في استعمال الميكانزمات البدائية بطريقة غير متكيفة، واستمرار نقص الحالات للجنين الميت والأم القاتلة واستمرار شعورها بالذنب وعزو موت الجنين لها، وازمان الأعراض (أعراض الصدمة) واستمرار ظهورها بنفس الشدة والوتيرة لما يزيد عن شهر وهذا ما يدل على أن الحالات تعاني من اضطراب ما بعد الصدمة حسب (DSM 5)، وأن حدث موت الجنين لم يتم إعداده وهذا ما تؤكدته (Stern, 2011) التي ترى أن موت الجنين هو حدث لغزي غامض من الصعب تمثيله وترميزه وبالتالي لا يتم إعداده، حيث يوافقها الرأي (Bydlowski, 2011) الذي يرى أن الحداد لا يكتمل ولا يغلق بل يحدث تثبيت صدمي وذلك حتى في حالة وجود حمل لاحق لطفل حي.

كما ظهرت لدى الحالات السبع الأعراض التالية والتي تدل على معاناتها من

حداد معقد حسب (Schmitt, 2012):

1- وجدت الحالات صعوبة في تقبل موت الجنين.

- 2- ظهور الأسى والحزن والغضب في كثير من الأحيان لدى الحالات.
 - 3- عانت الحالات من نوبة من الانفعالات المؤلمة مرفقة بحنين للجنين الميت ولفتره الحمل.
 - 4- أفكار متكررة حول الجنين خاصة وتجربة الحامل عامة والتي تتطفل في أغلب أوقات اليوم.
 - 5- سلوكيات تجنبية لكل المثيرات التي تذكر بموت الجنين والحمل والولادة.
 - 6- عانت الحالات من اضطرابات النوم.
 - 7- عرقلت الأعراض سابقة الذكر سير حياة الحالات الفردية، العملية والعائلية واستمرت بعد 06 أشهر من فقدان الجنين.
- لم تحض الحالة الأولى والثالثة برؤية الجنين الميت أو لمسه أو حتى الاحتفاظ بذكريات تخصه وهذا ما يجعل فقدان غير حقيقي بالنسبة لـ (Guedeney et Allilaire, 2001) عندما لا توجد بقايا ملموسة من الجنين الميت، في حين رأت الحالة الثانية، الرابعة، الخامسة، السادسة والسابعة جنينها الميت فتقديم الجنين الميت للأم يعمل كطقس استقبال قبل أن يعمل على أنه طقس انفصال، هذا التقديم يسمح للأمهات بضم أطفالهم إلى عالم الأحياء، فتقديم الطفل يؤكد وصوله لعالم الأحياء ويجعل وجوده حقيقة واقعية، فيجب أن تعيش الأم لحظة الاستقبال لتعيش بعدها لحظة الانفصال وتسجيله في السجل الإنساني، فكيف للأم أن تقوم بعمل حداد على ما هو غير إنساني (Molinié et Hureaux, 2012)، في نفس السياق يؤكد (Bitouze, 1998) على ضرورة رؤية ولمس الجنين الميت لأنه وحسب رأيه أن هذا يسهم في التخفيف من حدة شعور الوالدين بالذنب الذين يستعملون مهاراتهم لاستقبال ومرافقة ودفن هذا الجنين الميت، كما أن ملامسة جسم الطفل ورؤيته يترك آثار حسية التي بإمكانها تقديم تصورات عن الطفل الميت لكن (Bitouze) رغم تأكيده على ضرورة توفر هذا الطقس من أجل بدأ سيرورة الحداد إلا أنه يرى أنه غير كاف، وهذا ما أكدته نتائج

دراستنا حيث أن رؤية الحالات الثانية، الرابعة، الخامسة، السادسة والسابعة لجنينها الميت لم يمنع من تثبيت أعراض الصدمة وازمان سيرورة الحداد.

لم تحضر الحالات الأولى، الثالثة والخامسة والسادسة مراسيم العزاء وغابت طقوس الجنازة المتعارف عليها في المجتمع الجزائري والتي تعطي مساحة للأم للتعبير عن ألمها، كما أنها غياب مراسيم الجنازة المعمول بها في المجتمع الجزائري لتوديع أي ميت يعزز شعور الحالة في كونها امرأة فاشلة لم تستطع إنجاب طفل حي، فما كانت تحمله لم يرق لمكانة فرد يستحق مراسيم الجنازة المتعارف عليها. ولذلك أكد (Cuendet et Vincezi, 2003 : 162, 163) على وجوب توفر طقوس الحداد كاملة لأنها ضرورية لإعطاء معنى رمزي للانفصال. لكن على العكس من ذلك حضيت الحالة الثانية، الرابعة، والسابعة بالطقوس الجنائزية وحضرت مراسيم العزاء وتلقت عبارات التعزية من طرف المحيط إلا أن هذا لم يكن كافيا لتفعيل عمل الحداد.

عدم تلقي الدعم النفسي من الزوج بالنسبة للحالة الأولى، الثالثة، الرابعة، الخامسة والسادسة، ترى (Squires, 2004) أن عمل الحداد يتوقف على عدم وجود عماد نفسي عاطفي الذي بإمكانه أن يؤدي إلى حداد مزمن، ويؤكد كل من (Guedeney et Allilaire, 2001) ذلك؛ حيث يرى أن مضاعفات الحداد خلال فترة الحمل تصيب حوالي 25 بالمائة من الأمهات ومن عوامل الخطر الخلاف مع والد الطفل وغياب الدعم الاجتماعي، في حين أن بقية الحالات تلقت الدعم النفسي من طرف الزوج ورغم ذلك عاشت حدادا معقدا.

بالنسبة للحالة الأولى حلت محل مراسيم الجنازة والطقوس المتعارف عليها في مجتمعنا والخاصة بالفقدان طقوس النفاس التي هي في الأصل مراسيم خاصة لاستقبال المولود الجديد داخل الأسرة، وهذا ما يعزز حالة الخلط المعرفي والنفسي التي تعيشه الحالة، فبدلا من مساعدتها على تقبل الفقدان وتجاوز الأنا استعمال الآليات البدائية عززت هذه الطقوس الوجود الوهمي للموضوع المفقود وهذا ما عرقل عمل الحداد.

إذا أرجعنا الحداد المعقد بالنسبة للحالات الأولى، الثالثة، الرابعة، الخامسة، السادسة إلى عدم توفر طقوس الحداد، فإننا نجد أن الحالتين الثانية والسابعة حضيت بطقوس الحداد بشكل كامل إلا أنها لم تتخطى أعراض فقدان وعانت هي الأخرى من الحداد المعقد، هذا ما يدل أن طقوس الحداد وحدها غير كافية على تفعيل عمل الحداد، بل تساعد في ذلك إلى جانب عوامل أخرى تساهم في تفعيل الحداد على الجنين الميت.

يرجع الحداد المعقد إلى عدة عوامل منها أولاً نوعية التوظيف النفسي وقوة الأنا على مواجهة الصدمة وقدرته على إرضان الحدث الصدمي باستعمال الآليات الدفاعية بشكل متكيف، هذا ما لم يظهر لدى حالات الدراسة حيث استعمل الأنا آليات دفاعية بدائية تمثلت في النكوص، النفي، الانشطار وذلك لإرجاع الجهاز النفسي لحالة التوازن ولحماية نفسه من الانفجار وهذا ما يحدث عموماً نتيجة اختراق صورة الموت الجهاز النفسي إلى العدم، لكن استعمال الأنا لهذه الآليات كان بطريقة غير سوية إذ دام استعمالها لفترة طويلة وبنفس الشدة هذا ما عرقل سيرورة عمل الحداد. وحتى الحالة السابعة رغم استعمال الأنا لآليات دفاعية ناضجة تمثلت في الفكاهة والعزل، التبرير إلا أنه استعملها بطريقة غير تكيفية.

كذلك تلعب طبيعة الموضوع المفقود دوراً هاماً في عمل الحداد، إذ أن الجنين الميت غير معروف وليس هناك علاقة بالموضوع بالمعنى المتعارف عليه، بل هناك علاقة افتراضية رحمية تقوم على صور التخطيط السمي وحركات الجنين هذا ما تمتلكه الأم من ذكريات تخص الجنين، كما أنها تعتبر أن جنينها جزء من جسدها وذاتها وامتداد لها وهنا ترى (Dayan et al, 1999) أنه لا يمكن أن يكون الانفصال عن موضوع الحب المفقود إلا عن طريق الاعتراف بغيريته بمعنى أنه منفصل عنها وأن له مكانة اجتماعية منفردة وهذا ما لا يحضى به الجنين الميت إذ لا تتم تسميته ولا يتم تسجيله في سجلات الحالة المدنية أو الدفتر العائلي، والاعتراف بغيرية الجنين جزء لا يتجزأ من عمل الحداد وهنا يجب على الأم التعرف على الموضوع المفقود

وفي نفس الوقت يجب عليها التعرف على الخسارة، كما يجب عليها أن تواجه إلى جانب فقدان الشرخ النرجسي الذي خلفه هذا الأخير.

سبق وأن أثبتنا في الفرضية الأولى أن الأم تتقمص جنينها الميت، وأن فقدانها للموضوع الذي كانت تربطه به علاقة افتراضية يخلف جرحا نرجسيا، كما يرى (Guedney et Allilaire, 2001) أن فقدان خلال فترة الحمل هو اقتلاع جزء من الذات والبعض يصفها كألم جسدي، وهو أزمة في تحول هوية المرأة إلى هوية الأم، هو جرح حب الذات هو فقدان نرجسي، وفقدان المستقبل الذي تم بناؤه فكريا منذ بداية الحمل، وبالمقابل ترى (Dayan et al, 1999) أن تقمص الأم للجنين الميت بالإضافة إلى بقايا الحب النرجسي يعقد عملية الحداد.

كذلك في حالة موت الجنين داخل الرحم المواجهة مع الموت أحيانا تكون أكثر من فقدان الطفل المنتظر بل تتعداه إلى جرح في البحث عن الهوية الجنسية، وفي كونه مواجهة لموت غير معقول. في بعض الأحيان تكون المواجهة مع إعادة تنشيط كل الجروح وكل حداد قديم لم يتم ارضائه وهنا لا يتطلب حلا للحداد عن الطفل ولكن كذلك عن ميراث المواضيع الماضية الممنوحة للطفل (Bitouze, 1998)، وتؤكد ذلك (Soubieux, 2008) التي ترى أن الحداد على الجنين الميت هو حداد على أجزاء طفولية من الذات، صراعات لم تحل سواء من أجل إعادة إنتاجها أو من أجل إصلاحها، وهذا ما أكدته لنا الحالات الثانية والسابعة والتي رغم توفر طقوس الحداد إلا أنها لم تتجاوز أعراض الصدمة نتيجة لعدم إعدادها لصددمات سابقة تتعلق بفقدان موضوع الحب الأولي الأب. وتؤكد (Dayan et al, 1999) نفس الفكرة حيث ترى أن أي خسارة سابقة هي عامل هشاشة الذي يؤدي إلى عرقلة سيرورة الحداد.

إلى جانب العوامل سابقة الذكر نجد أن فقدان في فترة الحمل يعتبر فقداننا خاصا وبالتالي الحداد يأخذ بعدا خاصا ف (Guedney et Allilaire, 2001) يرون أن حداد الأم هو حداد معقد وهو رد فعل للتأقلم مع فقدان موضوع التعلق، لكن فقدان الموضوع هنا ليس ملموسا واقعيا، هو كذلك انقطاع في التكاثر (إعادة الإنتاج)، أزمة

في التحول من هوية المرأة إلى هوية الأم. لذلك تحدث (Irving Léon) عن أزمة خلال أزمة أي أن الحداد يعتبر أزمة تحدث خلال فترة حرجة وهي فترة الحمل والتي يتم فيها إعادة تأمين الهوية الأنثوية (Bitouze, 1998)، الحداد خلال فترة الحمل يتميز بخصوصية أن الموضوع المفقود لم يعيش خارج جسم الأم، لا يوجد ذكريات خارج الحمل، إنه الحداد على المستقبل مع الطفل الذي كان يجب أن يكون (Molinie et Hureaux, 2012).

تصورات الأم عن الحمل والأمومة ومكانة الجنين لديها تلعب دورا مهما في تخطي أعراض الفقدان فالحالة الرابعة ترى أن الأطفال أداة لتمتين الرابطة الزوجية وبالتالي فإن فقدانها للجنين يعتبر تهديدا لعلاقتها الزوجية، كما أن ربط الإنجاب باكتمال الأنوثة يجعل الأم الفاقدة لجنينها تشعر بالنقص وتبدد الهوية الأنثوية وهذا ما يعرقل سير عمل الحداد.

إذن فطقوس الحداد غير كافية لتخطي أعراض الصدمة وتفعيل عمل الحداد، بل يجب تظافر عدة عوامل تتمثل في نوعية التوظيف النفسي ومرونة الأنا وقدرته على استعمال الآليات الدفاعية، إعداد الصدمات السابقة وكل حداد لم يتم ارضائه، إلى جانب توفر طقوس الحداد بشكل كامل التي تساهم وتساعد في تخطي الحداد المعقد وخاصة الدعم النفسي والعاطفي من طرف المحيط، حيث يرى كل من أن الأزواج غير متساويين في عيش تجربة الفقدان وعمل الحداد لأن هذه التجربة لها علاقة مع التاريخ العائلي والشخصي كما أن جميع الاضطرابات في الماضي يظهر خطر ظهورها من جديد إلا لم يكن قد تم إعدادها مسبقا.

: استعمال تقنية (EMDR) يجعل الأم تتجاوز أعراض الصدمة

النفسية واضطراب ما بعد الصدمة.

عيش الحالات لتجربة موت الجنين داخل الرحم جعلها تكون في مواجهة مع مستوى كبير من الإثارات نتج عنه اختلال في الجهاز العصبي الذي أدى إلى توقف معالجة الحدث الصدمي، فظهور الأعراض لدى الحالات السبع نتج عن خلل في

المعالجة التكوينية للمعلومات؛ حيث قام الجهاز العصبي بتخزين المعلومات بشكل مجرد وموزع الصور، الأفكار، الانفعالات كل على حدى وهنا لا يستطيع نظام معالجة المعلومات جمعها في حدث واحد وهذا ما يفسر ظهور الأعراض.

سمحت تقنية (EMDR) بتفعيل نظام المعالجة التكوينية للمعلومات باستخدام حركات العين، حيث تم العمل على استحضار وتذكر الأحداث الصادمة لدى الحالات والمتعلقة لحظة الإعلان عن موت الجنين وولادته ميتا والتي تستدعي في أحيان كثيرة صدمات وأحداث صدمية ماضية مثلما حدث مع الحالة الثانية والثالثة والسابعة، تم علاج هذه الأعراض عن طريق دمج هذه الذكريات الصدمية ضمن الترابط الشبكي العام للدماغ عن طريق الاستثارة الثنائية المتناوبة.

فتحديد الاعتقاد السلبي لدى الحالات سمح بالوصول بشكل أفضل إلى المواد المختلة وملاحظة عدم عقلانية هذه الاعتقادات، في حين أكد الاعتقاد الإيجابي تأكيد الذات الإيجابية في جميع أنحاء الشبكة العصبية، ليتم بعدها إزالة الحساسية عن طريق معالجة المواد المختلة وظيفيا والمخزنة في القنوات المرتبط بموت الجنين داخل الرحم، ومعالجة كل المواد المختلة المتعلقة بصدمات سابقة تظهر خلال الحصص أو بين الحصص.

إذن فقد تجاوزت الحالات السبع أعراض اضطراب ما بعد الصدمة، حيث تناقصت شدتها وشرعت في الاختفاء خلال الحصص العلاجية لتصل إلى علاج تام بعد انتهاء السيروورة العلاجية، استغرق العلاج بتقنية (EMDR) ما بين 04 إلى 10 حصص، حيث توقف ذلك على وجود صدمات نفسية سابقة لم يتم إعدادها من عدمه.

حيث استغرق علاج الحالات الأولى، الرابعة، الخامسة، السادسة ما بين 04 حصص إلى 05 حصص حيث تم استهداف الحدث الصدمي موت الجنين فقط، في حين استغرق علاج كل من الحالة الثانية والثالثة والسابعة من 06 إلى 10 حصص (من المرحلة 02 إلى المرحلة 08، حيث كان قد سبق وأن تم التعرض لتاريخ الحالة الذي يمثل أول مرحلة من مراحل العلاج بتقنية (EMDR)، حيث في ما يخص الحالة

الثانية تم استهداف حدث موت الجنين داخل الرحم، وصدمة انفصال الوالدين وغياب الأب، وصدمة تعرض أم الحالة للعنف الجسدي من طرف موضوع الحب الأولي (الأب). في حين تم استهداف حدث موت الجنين داخل الرحم، وحدث موت الأب المفاجئ، والمعاملة السيئة والتعنيف اللفظي والجسدي من طرف الزوج الذي كان من المفترض أن يكون سندا نفسيا ومعنويا يساعدها في تخطي أعراض الفقدان. أما بالنسبة للحالة السابعة فقد تم استهداف حدث موت الجنين داخل الرحم، وصدمة موت الأب في حادث السير. فقد كان ضروريا علاج جميع المواد المختلة التي لم يتم إعدادها من قبل، والتي ساهمت في جعل الحداد معقدا وعدم تخطي أعراض الصدمة.

إذن تعتبر تقنية (EMDR) تقنية فعالة في علاج الصدمة واضطراب ما بعد الصدمة وتفعيل الحداد، فبعد معاناة الحالات السبع من حداد معقد وعدم قدرتها على إعداد الحدث الصدمي استطعنا بواسطة (EMDR) تخطي أعراض الصدمة ومشاعر الذنب والنقص واستعادت الحالات السبع شعورها بالأنوثة وبقدرتها على العطاء.

1- :

اعتمادا على مناقشة الفرضيات نجد أن الأم تعيش صدمة نفسية جراء موت جنينها الذي سبق وأن كونت معه علاقة افتراضية رحمة قبل موضوعية، فقدانها لجنينها يجعلها تقف في مدخلها للأومومة ويجعلها تعيش تصادما بين تجربتي الولادة والموت في آن واحد، فبعدما كانت تعيش تجربة عطاء وبصدد إعطاء الحياة لكائن آخر أصبحت وفجأة منتجة للموت، فخصوصية هذا الفقدان في هذه المرحلة الحرجة التي تعتبر بمثابة أزمة هوية تثبت من خلالها المرأة قدرتها على العطاء وأنوثتها يجعل الأم تتقمص جنينها الميت والأم القاتلة التي لم تستطع حماية طفلها ولم تنجح في إنجاب طفل حي هذا ما يولد الشعور بالنقص والعار ويجعل الأم تمقت أنوثتها.

تعيش الأم فقدان الجنين كبتير لأحد أعضائها وذلك ناتج للاستثمار النرجسي حيث يعتبر الجنين جزءا من ذاتها وامتدادا لها وجزءا من أناها لذلك فقدها يجعل جزءا من الذات ينفلت معه، ونتيجة لذلك تصبح الأم غير قادرة على تخطي أعراض الفقدان

فتتشبت أعراض الصدمة معلنة عن وجود اضطراب ما بعد الصدمة، هذا ما يدل على غياب الإعداد العقلي وعدم ارضان الحدث الصدمي وبالتالي تعيش الأم حدادا معقدا وذلك حتى في ظل وجود طقوس الحداد التي تعتبر مهمة في المساعدة على تخطي أعراض فقدان وتفعليل الحداد لكنها ليست كافية لوحدها.

حيث يتوقف عمل الحداد على عدة عوامل منها نوعية التوظيف النفسي وقوة الأنا ومدى نضجه وقدرته على استعمال الآليات الدفاعية بشكل متكيف يجعله يرجع الجهاز النفسي لحالة التوازن ويوقف النزيف النزوي، كما تلعب تصورات الأم للحمل والإنجاب والجنين دورا مهما في تخطيها لأعراض الصدمة النفسية، حيث أن حصر الأم أنوثتها ودورها كأمراة في إنجاب أطفال أحياء وأسوياء يجعلها تفقد تقديرها لذاتها في حال فشلت في ذلك، كما أن تصور الأم أن الهدف من الزواج والعلاقة الجنسية هو إنجاب الأطفال، وأن هؤلاء الأطفال مسؤولون بالدرجة الأولى على تمتين الزواج وإنجاحه يجعل المرأة تعيش موت الجنين كفشل وانهايار لحياتها الزوجية. كذلك يلعب خلو الأم من الاضطرابات النفسية والسوابق الاكثنابية وحتى إعداد الصدمات السابقة لموت الجنين يلعب دورا هاما في تخطي أعراض الصدمة وعدم ازمانها، فموت الجنين يجعل الأم في مواجهة مع كل حداد لم يتم ارضانه من قبل.

وللتكفل النفسي بالأم التي تعيش حدادا معقدا نستطيع استعمال تقنية (EMDR) التي أثبتت فعاليتها في تخطي أعراض اضطراب ما بعد الصدمة ومعالجة جميع المواد المختلفة حتى السابقة للحدث الصدمي المتمثل في موت الجنين وتفعليل عمل الحداد، ومعالجة الاعتقادات السلبية لتحل محلها اعتقادات ايجابية.

:

تعيش الأم صدمة نفسية نتيجة موت جنينها، حيث تتقمص جنينها الميت وتعيش فقدان كبت لأحد أعضائها، تتقمص الأم الجنين الميت والأم القاتلة التي لم تستطع حماية جنينها، مغلطة بين الضرر اللاحق بالجنين والضرر اللاحق بها هي نفسها وبين موته موتها نفسياً، فينتج عن ذلك شرخ نرجسي واختلال في توازن الأنا، لذلك وفي محاولة منه لإعادة التوازن يستعمل آليات دفاعية بدائية ويسحب اللبيدو من المواضيع الخارجية فتظهر الأم انسحاباً اجتماعياً غالباً ما يكون عدوانياً نتيجة إزاحة العدوانية الموجهة لأشعورياً للجنين الذي تركها إلى المحيطين بها، بالإضافة إلى تراجع اهتمامها بنشاطاتها السابقة، وتظهر شعوراً بالذنب حيث تعزو موته إليها، كما تظهر أعراضاً اكتئابية متمثلة في مزاج مكتئب، بكاء، حزن، اضطرابات في الأكل، اضطرابات في النوم، تراجع الاهتمام بالذات، اضطرابات في الذاكرة والتركيز إلى جانب ذلك تظهر متلازمة التكرار الناتجة عن اختراق صورة الحدث الصدمي للجهاز النفسي وتموضعها في قلبه وأعراض التجنب تتوافق هذه الأعراض مع أول مرحلة من مراحل عمل الحداد

إلا أن في حالة موت الجنين يحدث تثبيت وازمان لهذه الأعراض وذلك لغياب الإعداد العقلي وعدم قدرة الأنا إرضان الحدث الصدمي فيستمر ظهور الأعراض لأكثر من شهر معلناً عن معاناة الأم من اضطراب ما بعد الصدمة وبالتالي نتحدث عن حداد معقد حتى في ظل وجود طقوس الحداد المتمثلة في رؤية الجنين ولمسه وحضور مراسيم العزاء واستقبال النساء المعزيات والدعم النفسي من المحيط، فهذه الأخيرة مهمة في تفعيل سيرورة الحداد لكنها ليست كافية لذلك، بل تتطافر عدة عوامل حتى تستطيع الأم تخطي أعراض الصدمة ومنها نوعية التوظيف النفسي ومدى نضج الأنا وقدرته على استعمال الآليات الدفاعية بطريقة سوية وإعداد الحدث، إلى جانب وجود صدمات سابقة لم يتم إرضانها من عدمه، فالحداد على موت الجنين يستدعي كل حداد لم يتم إعداده.

نظرا لمعاناة الأم النفسية الناتجة عن فقدانها لجنينها والتي لا يأبه لها المحيط والتي تخلف آثارا كبيرة تصل إلى اضطراب ما بعد الصدمة وجب التكفل النفسي بهذه الفئة وإبلاء أهمية بالغة لهذا الموضوع سواء من طرف الأخصائيين النفسانيين في مصلحة الولادة أو من طرف الزوج والأسرة وذلك لمرافقة الأم في سيرورة عمل الحداد بطريقة سوية ودون وجود تعقيدات.

لذلك ونظرا لطبيعة الاضطراب الناتج عن فقدان اخترنا تقنية (EMDR) التي أثبتت نجاعتها في تخفيف حدة الأعراض بل واختفائها، حيث أظهرت حالات الدراسة تحسنا وتخطت أعراض فقدان نتيجة إعادة المعالجة التكيفية للمعلومات المختلفة.

:

:

-

- 1- القواسمة أحلام (2005)، دار أسامة للنشر والتوزيع، الأردن.
- 2- تكوك سليمان (2014)، التكفل النفسي بالمرأة الحامل المهددة بالإجهاض العفوي -دراسة ميدانية لثمان حالات عيادية-، قسم علم النفس وعلوم التربية، جامعة وهران، الجزائر.
- 3- لموقف ثلجة، بن عائشة سمية (2018)، جريمة الإجهاض "الآثار النفسية لدى المرأة المجهضة"، قسم علم النفس، جامعة باتنة، الجزائر.
- 4- جان لابلانث و ج. ب. بونتاليس (1985)، معجم مصطلحات التحليل النفسي، ترجمة مصطفى حجازي، ط1. المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع، بيروت.
- 5- عبد المعطي حسن مصطفى (2003)، دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة.
- 6- حامد خالد (2003)، دار القصة، الجزائر.
- 7- محمود شقير زينب (2002)، ()، الطبعة الثانية، مكتبة النهضة المصرية، القاهرة.
- 8- الداھري صالح حسن (2008)، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان.
- 9- دويدار عبد الفتاح (2005)، دار الراتب الجامعية للنشر، بيروت.
- 10- قاسم عبد الكريم (2004)، النمو من الحمل إلى المراهقة، الطبعة الأولى، دار وائل للطباعة والنشر والتوزيع، عمان.

- 11- قنطار فايز (1992)، الأمومة (نمو العلاقة بين الطفل والأم)، عالم المعرفة.
- 12- فقيري يونس (2014)، بعلاقة سلوك النمط (أ) بقلق الموت لدى عينة من النساء المجهضات، جامعة قاصدي مرباح ورقلة، الجزائر.
- 13- فقيري يونس (2017)، بعض سمات الشخصية لدى المرأة المتعرضة للإجهاد المتكرر -دراسة عيادية من خلال تطبيق اختبار تفهم الموضوع TAT، جامعة قاصدي مرباح ورقلة، الجزائر.
- 14- الزراد فيصل خير (2000)، الأمراض النفس جسدية أمراض العصر، دار النفائس للطباعة والنشر والتوزيع، بيروت، لبنان.
- 15- لعوامن حبيبة (2017،2018)، أثر الصدمة النفسية على معنى الحياة لدى المعاقين حركيا جراء حوادث الطرق فئة الراشدين، قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطفونيا، جامعة محمد لمين دباغين، سطيف 2.
- 16- النابلسي محمد أحمد (1991)، الصدمة النفسية الحروب والكوارث، دار النهضة العربية للطباعة والنشر، بيروت، الطبعة الأولى.
- 17- محمد عماد الدين إسماعيل (2010)، الطفل من الحمل إلى الرشد، الطبعة الأولى، دار الفكر للنشر والتوزيع.
- 18- محمود منيا سميح مصطفى (2012)، القلق وضغوط الحياة لدى الزوجات ذوات الإجهاد المتكرر، الجامعة الإسلامية غزة.
- 19- هيلين دوتش (2008)، علم نفس المرأة الأمومة، تر اسكندر جرجي معصب ط1. مؤسسة مجد: بيروت.

:

20- Bacque. M-F (1997), **Deuil et santé**, Odile Jacob, Paris.

21- Bailly. L (2007), **Prévention de la répétition du trauma**, In revue **Contraste**, N° 26, pp 233-240.

- 22- Batsch.M (2008), **Le travail de deuil de martine lussier**, In revue Française de psychanalyse, Vol 72, pp 523, 527.
- 23-Bitouzé.V (1998), **mort périnatale et processus de deuil**. In psychopathologie périnatale, 47-57., Puf, Paris.
- 24- Bourgeois. M (2001), **La souffrance du deuil**, In revue **Confortation psychiatrique**, N 42, PP 136-157.
- 25- Bruwier. G (2012), **La grossesse psychique : l'aube des liens**, Fabert, Paris.
- 26- Bydlowski. M, Candilis. D (1998), **Psychopathologie périnatale**, PUF, Paris.
- 27- Bydlowski. M (2011), **Le deuil infini des maternités sans objet**, In revue L'esprit du temps « topique », N° 116, pp 7-16.
- 28- Cabrol.D, Pons.J-C, Goffinet.F (2005), **Traité d'obstétrique**, 2^{ème} édition, Flammarion médecine-sciences, Paris.
- 29- Chabert.C (2009), **Narcissisme et dépression**, Dunod, Paris.
- 30- Constant. J , Reça. M (2014), **Traumatisme psychique : une clinique transversale, une notion en trans**, In revue L'information psychiatrique, Vol 90, pp 411-413.
- 31- Cottraux (2011), **Les psychothérapies cognitives et comportementales**, 2^{ème} édition, Elsevier Massson.
- 32- Crocq. L (2012), **16 Leçons sur le trauma**, Odile Jacob, Paris.
- 33- Cuendet. C , Vincenzi (2003), **Des rituels de deuil : libération pour les parents, libération pour les enfants**, In revue Thérapie familiale, Vol 24, pp161-168.
- 34- Damiani. C, Pereira-Fradin 2006), **TRAUMAQ questionnaire d'évaluation du traumatisme**, Les éditions du centre de psychologie appliquée
- 35- Dagognet.F (2000), **Le deuil à vivre**, Odile Jacob, Paris.

- 36- Dayan. J et autre (1999), **Psychopathologie de la périnatalité**, Masson, Paris.
- 37- De Bacque. M-F (2000), **Le deuil à vivre**, Odile Jacob, Paris.
- 38- De Broca. A (2001), **Deuil et endeuillés**, 2^{ème} édition, Masson, Paris.
- 39-Dellucci.H et Tarquinio.C (2015), **L'EMDR -eye movement desensitization and reprocessing- au service de la thérapie systémique**, In revue –cahiers critiques de therapie familiale et de pratiques de réseaux, N° 55, pp 59-90.
- 40- De Mézerac. I, Storme (2013), **Le deuil périnatale et sa complexité**, In revue jusqu'à la mort accompagner la vie, N° 114, pp 61-73.
- 41- De Qlerq. M, Lebigot. F (2001), **Les traumatismes psychiques**, Masson, Paris.
- 42- Deutsch. H (1955), **La psychologie des femmes : maternité**, 2^{ème} édition, PUF, Paris.
- 43- **Dictionnaire de gynécologie obstétrique** (1999), PUF, Paris
- 44- **Dictionnaire de la grossesse** (1987), Villeurbanne, Lyon.
- 45- **Dictionnaire de psychologie** (1991), 1^{er} édition, PUF, Paris.
- 46- Dollander. M et Tychev. C (2002), **deuil compliqué et fonctionnement intrapsychique : approche clinique et projective**, psychologie clinique et projective, N°8, pp 241-264.
- 47-Dollander. M (2014), **Deuil périnatal paternel et relation d'objet virtuelle**, In revue Dialogue, N° 205, pp 103-114.
- 48- Dolto.F (2013), **Sexualité féminine : la libido génitale et son destin féminin**, Gallimard.
- 49- DSM-4 (1992), **Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux**, traduction français (1993), 4^{ème} édition, Paris.
- 50- DSM- 5 (2015), **Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux**.

- 51- El Hassar (2006), **Le gynécologue vous parle : la stérilité conjugale**, Dar El Gharb, Alger.
- 52- Fernandez. L, Pedinielli. J-L (2006), **La recherche en psychologie clinique**, In revue Recherche en soin infirmiers, N° 84, pp 41-51.
- 53- Galembert.D (2009), **Destin de naissance...destin de mort ; quand naissance et mort se superposent**, In revue Champ psy, N° 56, pp 41-51.
- 54- Gitz et Al (2011), **Interruptions médicales de grossesse et mort fœtales in utero après 14 semaines d'aménorrhée : quel protocole de déclochement en 2010**, journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction, pp 1-9.
- 55- Guédeney. A, Allilaire. J (2001), **Interventions psychologiques en périnatalité**, Masson, Paris.
- 56- Hanus.M (2001), **Le deuil de ces tout-petits enfants**, In revue Etudes sur la mort, N° 119, pp 7-15.
- 57- Héas.C et Héas S (2007), **Les rituels thérapeutiques de separation: le travail de deuil lors de la perte accidentelle d'un enfant**, In revue Thérapie familiale, Vol 28, pp 101-120.
- 58- Helene.P (2006), **Voix et voie du deuil**, In revue Vie sociale et traitements, N° 90, pp 52-55.
- 59- Josse.F (2011), **Le traumatisme psychique**, 1^{er} édition, de Boeck, Bruxelles.
- 60- Kenneth.R, Niswander.MD (1991), **Manuel d'obstétrique : surveillance /complication/ traitement**, Office des publications universitaires.
- 61- Kuchenhff.J (2006), **Traumatisme conflit, représentation**, In revue Française de psychanalyse, PUF, Paris, pp 553-570.
- 62- Larivée. S (2005), **Guérir avec l'EMDR : evidences et controverses**, In revue de psychoéducation, N° 2, pp 355-396.

- 63- Laplanche. J, PONTALIS. J-B (2002), **Vocabulaire de la psychanalyse**, 3^{ème} édition, PUF, Paris.
- 64- Laplanche. J, Pontalis. J-B (2009), **Vocabulaire de la psychanalyse**, PUF, Paris.
- 65- **Larousse médicale** (2006), Paris.
- 66- Lebigot. F (2005), **Traiter les traumatismes psychique : clinique et prise en charge**, DUNOD, Paris.
- 67- Legros. J-p (2001), **L'arrêt de vie in utero ou l'errance des fœtus, un possible deuil**, In revue Etude sur la mort, N° 119, pp 63-75.
- 68- Lemaire. J-G (2008), **Deuil ou nostalgie ou nostalgie et travail de deuil**, In revue Dialogue, N° 180, pp 7-21.
- 69- Marty. F (2011), **Traumatisme, une clinique renouvelée**, In revue Le carnet PSY, N° 155, Cazaubon , pp 35-40.
- 70- Marx. C (2013), **L'EMDR l'histoire, la méthode et les techniques pour se libérer de ses traumatismes et dépasser ses blocages**, Edition Eyrolles,Paris.
- 71- Matlin.MV (2007), **Psychologie des femmes**, 1^{er} édition, Boeck université, Bruxelles.
- 72- Missonnier. S (2004), **La grossesse, l'enfant virtuel et la parentalité**, PUF, Paris.
- 73 -Molinié. M, Hureaux. S. (2012), La vie **tangible des bébé morts**, in revue etudes sue la mort, N° 142, pp 109-123.
- 75- Ould Larbi.L (2004), **Maternité sans risques : fiction ou réalité ?**, 2^{ème} édition, Dar El Gharb.
- 76 - Passaqui - Bataillard (2006), **Voix et voie du deuil**, In revue Vie sociale et traitements, N° 90, pp 52-55.
- 77- Phillipin. Y (2006), **Deuil normal, deuil pathologique et prévention en milieu clinique**, In revue Internationale de soins palliatifs, Vol 21, pp 163-166.

- 78- Quibel. T et al (2014), **Mort fœtales in utero**, In revue Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction, Elsevier Masson, France, pp 884- 907.
- 79- Roques.J (2008), **Découvrir l'EMDR intereditions**, paris.
- 80- Rosa.E, Maulucci.M, Maulucci.S (2009), **Retrait et deuil pendant la période périnatale : psychodynamiques**, In revue Devenir, Vol 21, pp 159-183.
- 81-Rousseau. P (2001), **Deuil périnatal : transmission intergénérationnelle, Etudes sur la mort**, N°119, pp 117-137.
- 82- Schmitt (2012), **Psychothérapie de soutien**, Masson, Paris.
- 83-Shapiro.F (2007), **Manuel d' EMDR principe, protocoles, procédures**, Dunod-intereditions, paris
- 84- Sillamy. N (2003), **Dictionnaire de psychologie**, Larousse-VUEF, Paris.
- 85- Smailovic. M-J (2006), **Avant que la mort ne nous sépare**, De Boeck, 1^{er} édition, 2006, Bruxelles.
- 86- Soubieux. M-J (2008), **Le berceau vide**, ERES, Toulouse.
- 87- Soubieux. M-J (2009), **Le deuil périnatal**, Fabert, Bruxelles.
- 88- Squires.C (2004), **L'ombre de l'enfant non né sue la grossesse suivant**, In revue ERES « Cliniques méditerranéennes », N° 69, pp 269-288.
- 89- Stern. S (2011), **Mort périnatale : le deuil en kit**, In revue L'esprit du temps « topique », N° 169, pp 169-178.
- 90- Vallet. D (2009), **Actualités cliniques du traumatisme psychique**, In revue L'information psychiatrique, Vol 85, pp 161-165.

.		:01	-1
.		:02	-2
	.(J)	:03	-3
		:04	-4
			.
(TRAUMAQ)		:05	-5

(TRAUMAQ)

:01

Traumaq

Questionnaire d'évaluation du traumatisme
Carole Damiani
Maria Preira-Fradin

Passation individuelle
Collective
Victime directe de l'évènement
Témoin

Nom :
Prénom :
Age : Sexe : F M
Date de passation :
Lieu de passation :

Informations concernant l'évènement :

Évènement individuel collectif Nature* :

Lieu (domicile, voie publique, etc.) :

Date :

Durée :

Blessures physique : Non Oui Description :

Séquelles actuelles :

Avez-vous bénéficié de l'intervention de la cellule d'Urgence Médico-Psychologique sur les lieux ?

Non Oui

ITT¹ Non Oui Nombres de jours : Arrêt de travail Non Oui Durée :

IPP² Non Oui Pourcentage :

* Nature

En fonction de la réponse recueillie, cocher une ou plusieurs cases ci-dessous :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Catastrophe naturelle | <input type="checkbox"/> Coups ou blessures volontaires |
| <input type="checkbox"/> Catastrophe technologique | <input type="checkbox"/> Coups ou blessures involontaires |
| <input type="checkbox"/> Catastrophe aérienne, maritime ou ferroviaire | <input type="checkbox"/> Tentative d'homicide |
| <input type="checkbox"/> Accident de la voie publique | <input type="checkbox"/> Agression sexuelle |
| <input type="checkbox"/> Attentat | <input type="checkbox"/> Viol |
| <input type="checkbox"/> Explosion de gaz | <input type="checkbox"/> Racket |
| <input type="checkbox"/> Accident domestique | <input type="checkbox"/> Conflit armé |
| <input type="checkbox"/> Prise d'otage ou séquestration | <input type="checkbox"/> Tortures |
| <input type="checkbox"/> Hold-up ou vol à main armée | <input type="checkbox"/> Autres |

² IPP = Incapacité Permanente Partielle



Les Editions
Du Centre
De Psychologie
Appliquée

Copyright © 2006 par les Editions du Centre de Psychologie Appliquée
25, rue de la Plaine – 75980 PARIS CEDEX 20. France. Tous droits réservés

Renseignements généraux concernant la période antérieure à l'évènement :

Situation familiale

Marié (e) ou en concubinage Divorcé Célibataire Veuf/Veuve

Nombre d'enfants (préciser leurs âge) :

Situation Professionnelle

Etudiant (e)

Salarié : plein temps temps partiel

Sans emploi : homme ou femme au foyer chômage congé parentale

En stage formation congé maladie retraité (e)

Etat de santé

Avez-vous des problèmes de santé : Non Oui lesquels :

Suivez-vous un traitement médical : Non Oui de quelle nature :

Avez-vous déjà consulté un psychologue, un psychiatre, ou un psychothérapeute : Non Oui

Avez-vous suivi une psychothérapie : Non Oui Sous quelles forme :

Date : Durée :

Avez-vous vécu d'autre événement qui vous ont profondément marqué (e) :

Non Oui Nature :

Date :

Renseignements concernant la période postérieure à l'évènement :

Avez- vous consulté un psychologue, un psychiatre ou un psychothérapeute : Non Oui

Suivi d'une psychothérapie : Non Oui Sous quelle forme :

Date de la première séance :

Nombre de consultation (à ce jour) :

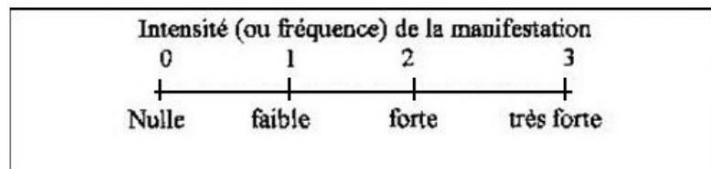
Traitement médical : Non Oui lequel :

Durée :

PREMIERE PARTIE

Vous devez répondre à toute les questions, Vous pouvez revenir en arrière, passer une question si vous avez du mal à y répondre sur le moment mais il faudra y revenir par la suite. Le temps de passation n'est pas limité.

Pour toutes le questions suivantes, utiliser l'échelle ci-dessous et cocher les case correspondante.



Pendant l'évènement

Nous allons aborder ce que vous avez ressenti **pendant** le déroulement de l'évènement

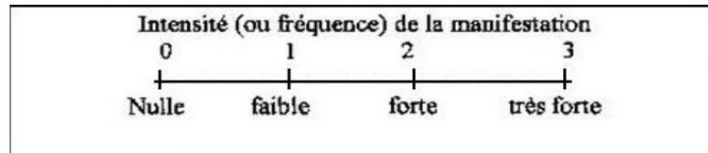
		0	1	2	3
A1	Avez-vous ressenti de la frayeur ?				
A2	Avez-vous ressenti de l'angoisse ?				
A3	Avez-vous eu le sentiment d'être dans un état second ?				
A4	Avez-vous eu des manifestations physique comme, par exemple, des tremblements, des suées, une augmentation de la tension, des nausées ou une accélération de battement du cœur ?				
A5	Avez-vous eu l'impression d'être paralysé (e), incapable de réactions adaptées ?				
A6	Avez-vous eu la conviction que vous alliez mourir et/ou d'assister à un spectacle insoutenable ?				
A7	Vous êtes-vous senti seul (e), abandonné (e) par les autres ?				
A8	Vous êtes-vous senti impuissant (e) ?				
Totale A					

Depuis l'évènement

Nous allons maintenant aborder ce que vous ressentez **actuellement**

		0	1	2	3
B1	Est-ce que des souvenir ou des images reproduisant l'évènement s'imposent à vous durant la journée ou la soirée ?				
B2	Revivez-vous l'évènement dans des rêves ou des cauchemars ?				
B3	Est-il difficile pour vous de parler de l'évènement ?				
B4	Ressentez-vous de l'angoisse lorsque vous repensez à ces évènements ?				
Totale B					

		0	1	2	3
C1	Depuis l'évènement, avez-vous plus de difficultés d'endormissement qu'auparavant ?				
C2	Faites-vous d'avantage de cauchemars ou de rêves terrifiants ? (au contenu sans rapport direct avec l'évènement)				
C3	Avez-vous plus de réveils nocturnes ?				
C4	Avez-vous l'impression de ne pas dormir du tout ?				
C5	Etes-vous fatigué (e) au réveil ?				
Totale C					

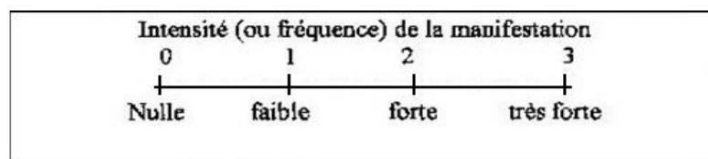


		0	1	2	3
D1	Etes-vous devenu anxieux (se), tendu (e), depuis l'évènement ?				
D2	Avez-vous des crises d'angoisse ?				
D3	Craignez-vous de vous rendre sur les lieux en rapport avec l'évènement ?				
D4	Vous sentez-vous en état d'insécurité ?				
D5	Évitez-vous des lieux, des situations ou des spectacles (TV, cinéma) qui évoquent l'évènement ?				
Totale D					

		0	1	2	3
E1	Vous sentez-vous plus vigilant (e), plus attentif (ve) aux bruits qu'auparavant, vous font-ils plus sursauter ?				
E2	Vous estimez-vous plus méfiant (e) qu'auparavant ?				
E3	Etes-vous plus irritable que vous n'étiez avant ?				
E4	Avez-vous plus de mal à vous maîtriser (crise de nerfs, etc.) ou avez-vous davantage tendance à fuir une situation insupportable ?				
E5	Vous sentez-vous plus agressif (ve) ou craignez-vous de ne plus contrôler votre agressivité depuis l'évènement ?				
E6	Avez-vous eu de comportements agressifs depuis l'évènement ?				
Totale E					

		0	1	2	3
F1	Lorsque que vous y pensez ou que vous êtes dans des situations qui vous rappellent l'évènement, avez-vous des réactions physiques telles que, par exemple, maux de tête, nausées, palpitations, tremblement, sueurs, respiration difficile ?				
F2	Avez-vous observé des variations de votre poids ?				
F3	Avez-vous constaté une détérioration de votre état physique général ?				
F4	Depuis l'évènement, avez-vous des problèmes de santé dont la cause a été difficile à identifier ?				
F5	Avez-vous augmenté la consommation de certaines substances (café, cigarettes, alcool, médicaments, nourriture, etc.) ?				
Totale F					

		0	1	2	3
G1	Avez-vous plus de difficultés à vous concentrer qu'auparavant ?				
G2	Avez-vous plus de « trous de mémoire » qu'auparavant ?				
G3	Avez-vous des difficultés à vous rappeler l'évènement ou certains éléments de l'évènement ?				
Totale G					



H1	Avez-vous perdu de l'intérêt pour des choses qui étaient importantes pour vous avant l'évènement ?				
H2	Manquez-vous d'énergie et d'enthousiasme depuis l'évènement ?				
H3	Avez-vous des impressions de l'lassitude, de fatigue, d'épuisement ?				
H4	Etes-vous l'humeur triste et/ou avez-vous des crises de larmes ?				
H5	Etes-vous l'impression que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue, voire des idées suicidaires ?				
H6	Des difficultés dans vos relations affectives et/ou sexuelles ?				
H7	Depuis l'évènement votre avenir vous a-t-il paru ruiné ?				
H8	Avez-vous tendance à vous isoler ou à refuser les contacts ?				
Totale H					

		0	1	2	3
I1	Vous arrive-t-il de penser que vous êtes responsable de la façon dont les évènements se sont déroulés ou que vous auriez pu agir autrement pour en éviter certaines conséquence ?				
I2	Vous sentez-vous coupable de ce que vous avez pensé ou fait durant l'évènement, et/ou d'avoir survécu alors que d'autres sont disparu ?				
I3	Vous sentez-vous humilié (e) par ce qui c'est passé ?				
I4	Depuis l'évènement vous sentiez-vous dévalorisé (e) ?				
I5	Ressentez-vous depuis l'évènement de la colère ou de la haine ?				
I6	Avez-vous changé votre façon de voir la vie, de vous voir vous-même ou de voir les autres ?				
I7	Pensez-vous que vous n'êtes plus comme avant ?				
Totale I					

		Oui	Non
J1	Poursuivez-vous votre activité scolaire ou professionnelle ?		
J2	Avez-vous l'impression que vos performances scolaires ou professionnelle sont équivalentes à avant ?		
J3	Continuez-vous à rencontrer vos amis avec la même fréquence ?		
J4	Avez-vous rompu des relations avec des proches (conjoint, enfant, parent, etc.) depuis l'évènement ?		
J5	Vous sentez-vous incomprise (e) par les autres ?		
J6	Vous sentez-vous abandonné (e) par les autres ?		
J7	Avez-vous trouvé un soutien auprès de vos proches ?		
J8	Recherchez-vous d'avantages la compagnie ou la présence d'autrui ?		
J9	Pratiquez-vous autant de loisir qu'auparavant ?		
J10	Y trouvez-vous le même plaisir qu'auparavant ?		
J11	Avez-vous l'impression d'être moins concerné (e) par les évènements qui touchent votre entourage ?		
Totale J			

DEUXIEME PARTIE

Vous venez de terminer le bilan de ce que vous vivez aujourd'hui. Or, depuis l'évènement, il est possible qu'il y ait eu une évolution : certains troubles ont disparu alors que l'autres durent encore.

En utilisant les échelles ci-dessous, préciser de délai d'apparition des troubles décrits, ainsi que leur durée :

Délai d'apparition des troubles depuis l'évènement

- 0 : pas concerné
- 1 : le jour même de l'évènement
- 2 : entre 24 heures et 3 jours
- 3 : entre 4 jours et 1 semaine
- 4 : entre 4 jours et 1 semaine
- 5 : entre 1 semaine et 1 mois
- 6 : entre 3 et 6 mois
- 7 : entre 6 mois et un an
- 8 : plus d'un an

Durée des troubles

- 0 : pas concerné
- 1 : immédiatement après l'évènement
- 2 : mois d'une semaine
- 3 : de 1 semaine à 1 mois
- 4 de 1 à 3 mois
- 5 : de 3 à 6 mois
- 6 : de 3 à 6 mois
- 7 : plus d'un an
- 8 : trouble toujours présent à ce

	Troubles	Délai d'apparition	Durée
01	L'impression de revivre l'évènement, les souvenirs et les images de l'évènement qui reviennent.		
02	Les troubles du sommeil : difficultés d'endormissement, cauchemars, réveils nocturnes et/ou nuits blanches.		
03	L'anxiété et/ou les crises d'angoisse, l'état d'insécurité.		
04	La crainte de retourner sur les lieux de l'évènement ou des lieux séminaires.		
05	L'agressivité, l'irritabilité et/ou la perte de contrôle.		
06	La vigilance, l'hypersensibilité, aux bruits et/ou méfiance.		
07	Les réactions physique telles que : sueurs, tremblements, maux de tête, palpitations, nausées, etc.		
08	Les problèmes de santé : perte d'appétit, boulimie, aggravation de l'état physique.		
09	L'augmentation de la consommation de certaines substances (café, cigarettes, alcool, nourriture, etc.		
10	Les difficultés de concentration et/ou mémoire.		
11	Le désintérêt générale, la perte d'énergie et d'enthousiasme, la tristesse, la lassitude et/ou les envies de suicide.		
12	La tendance à s'isoler.		
13	Les sentiments de culpabilité et/ou de honte.		

02: استبيان الصدمة (Trauma) مترجم للغة العربية (عوامل حبيبية، (2018)

استبيان تروماك (Trauma)

الاستبيان التقييمي للصدمة كارول دامياتي ماريا بيريرا فردان

الاسم:	<input type="checkbox"/>	تطبيق فردي
اللقب:	<input type="checkbox"/>	جماعي
السن: الجنس: أنثى <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ضحية مباشرة للحدث
تاريخ الإجراء:	<input type="checkbox"/>	شاهد
مكان الإجراء:		

معلومات خاصة بالحدث:

حدث فردي <input type="checkbox"/>	حدث جماعي <input type="checkbox"/>	طبيعة الحدث:
المكان (السكن، الطريق ... الخ):		
التاريخ:		
المدة:		
إصابات جسدية: نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	الوصف:	الأثار الحالية:
هل استفدت مباشرة من تدخل علاجي من خلية الاستجالات الطبية النفسية؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>		
التوقف الجزئي عن العمل: نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	عدد الأيام:	توقف عن العمل:
العجز الجزئي الدائم: نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	النسبة:	

طبيعة الحدث:

تبعاً للإجابة التي جمعناها، اشطب (ي) خانة أو عدة خانات في الجدول الأسفل

<input type="checkbox"/>	كارثة طبيعية
<input type="checkbox"/>	كارثة تكنولوجية
<input type="checkbox"/>	كارثة جوية، بحرية أو سكك الحديدية
<input type="checkbox"/>	حادث الطريق العمومي
<input type="checkbox"/>	اعتداء
<input type="checkbox"/>	انفجار الغاز
<input type="checkbox"/>	حادث منزلي
<input type="checkbox"/>	اعتقال أو حجز الرهائن
<input type="checkbox"/>	سلب بالقوة أو سطو مسلح
<input type="checkbox"/>	إصابات وجروح متعددة
<input type="checkbox"/>	إصابات وجروح غير متعددة
<input type="checkbox"/>	محاولة اغتيال
<input type="checkbox"/>	اعتداء جنسي
<input type="checkbox"/>	اغتصاب
<input type="checkbox"/>	ابتزاز مالي
<input type="checkbox"/>	صراع مسلح
<input type="checkbox"/>	تعذيب
<input type="checkbox"/>	أخرى:

الحالة العائلية:
 متزوج (ع) أو ارتباط حر مطلق (ع) أو منفصل (ع) أعزب أرمل (ع)
 عدد الأولاد (حدد سنهم):

الحالة المهنية:
 طالب (ع)
 أجير (ع): على الدوام في أوقات متقطعة
 بدون عمل: ماكث (ع) بالبيت بطالة عطلة والدية
 متربص (ع) عطلة مرضية متقاعد (ع)

الحالة الصحية:
 هل لديك مشاكل صحية؟ لا نعم ما هي:

هل تتبع علاج طبي؟ لا نعم ما طبيعته:

هل سبق و أن استشرت مختص نفسي، طبيب عقلي أو معالج نفسي؟ لا نعم
 هل سبق و أن تابعت علاج نفسي؟ لا نعم تحت أي شكل؟:

التاريخ: المدة:

هل سبق و أن عايشت أحداث أخرى بقيت راسخة لديك؟
 لا نعم ما طبيعتها:

التاريخ:

معلومات متعلقة بمرحلة ما بعد الحدث:

هل سبق و أن استشرت مختص نفسي، طبيب عقلي أو معالج نفسي؟ لا نعم
 هل تابعت علاجاً نفسياً؟ لا نعم تحت أي شكل:

تاريخ أول حصة:

عدد الحصص (إلى يومنا هذا):

علاج طبي: لا نعم ما هو؟:

مدة العلاج:

:

يجب أن تجيب (ي) على جميع الأسئلة، يمكنك العودة إلى الوراء، واجتياز سؤال إذا وجدت صعوبة في الإجابة عليه في الحين لكن يجب الرجوع إليه لاحقاً. وقت التمرير غير محدد.

() ()

: ()
0: منعدمة 1: ضعيفة 2: قوية 3: قوية جدا

:

:

3	2	1	0	
				A1 هل شعرت بالرعب (الخوف الشديد)؟
				A2 هل شعرت بالقلق؟
				A3 هل كان لديك شعور بأنك في حالة مختلفة؟
				A4 هل كان لديك أعراض جسدية: مثل ارتجاف، تعرق، ارتفاع الضغط، غثيان، زيادة في معدل ضربات القلب؟
				A5 هل كان لديك انطباع على أنك مشلول وغير قادر على الاستجابة التكيفية؟
				A6 هل كان لديك اعتقاد بأنك ستموت و/أو عايشت موقفا لا يحتمل؟
				A7 هل شعرت بأنك وحيد وبأنك مهمل من طرف الآخرين؟
				A8 هل شعرت بأنك عاجز؟
				A

:

:

/

3	2	1	0	
				B1 هل توجد ذكريات وصور تعيد إليك الحدث وتفرض نفسها عليك خلال النهار أو الليل؟
				B2 هل تعاني من إعادة معايشة الحدث في الأحلام أو الكوابيس؟
				B3 هل تعاني من صعوبة الحديث عن الحدث؟
				B4 هل تشعر بالقلق حين تعيد التفكير في الحدث؟
				B

3	2	1	0	
				C1 منذ الحدث، هل تعاني من صعوبات في النوم أكثر من ذي قبل؟
				C2 هل تعاني من كوابيس أو أحلام مرعبة (ذات محتوى غير متعلق مباشرة بالحدث)

				هل تستيقظ بكثرة في الليل؟	C3
				هل لديك انطباع بأنك لا تنام مطلقا؟	C4
				هل تكون متعبا عند الاستيقاظ؟	C5
					C

3	2	1	0		
				هل أصبحت قلقا، متوترا منذ الحدث؟	D1
				هل لديك نوبات القلق؟	D2
				هل تخاف الذهاب إلى المناطق ذات صلة بالحدث؟	D3
				هل تشعر بحالة عدم أمان؟	D4
				هل تتجنب الأماكن، المواقف والعروض (التلفاز، السينما) التي تثير الحدث؟	D5
					D

3	2	1	0		
				هل تشعر بأنك أكثر يقظة وانتباها للأصوات (الضجيج) مما كنت عليه سابقا والتي تجعلك تهتز؟	E1
				هل تجد نفسك أكثر حذرا من ذي قبل؟	E2
				هل صرت سريع الانفعال مما كنت عليه من ذي قبل؟	E3
				هل تجد صعوبة أكثر في السيطرة على نفسك (نوبات عصبية .. الخ)، أو لديك ميول للهروب من المواقف غير المحتملة؟	E4
				هل تشعر بأنك أكثر عدوانية، أو هل تخاف من عدم القدرة على التحكم في عدوانيتك منذ الحدث؟	E5
				هل لديك سلوكيات عدوانية منذ الحدث؟	E6
					E

3	2	1	0	
				F1 عندما تعيد التفكير في الحدث، أو تكون في مواقف تذكرك به هل تظهر لديك ردود فيزيولوجية كالصداع، الغثيان، خفقان، ارتجاف، تعرق، صعوبة التنفس؟
				F2 هل لاحظت تغيرات في وزنك؟
				F3 هل لاحظت تدهورا في حالتك الجسمية عامة؟
				F4 منذ الحدث هل لديك مشاكل صحية يصعب معرفة سببها؟
				F5 هل ازداد استهلاكك لبعض المواد (قهوة، سجائر، كحول، أدوية، أكل...)
				F

3	2	1	0	
				G1 هل لديك صعوبات في التركيز أكثر من ذي قبل؟
				G2 هل لديك مشكلات في الذاكرة أكثر من ذي قبل؟
				G3 هل لديك صعوبات في تذكر الحدث أو بعض العناصر منه؟
				G

3	2	1	0	
				H1 هل فقدت الاهتمام بأشياء كانت مهمة لك قبل الحدث؟
				H2 هل تنقصك الطاقة والحماسة منذ الحدث؟
				H3 هل تحس بالعياء، التعب، الإرهاق؟
				H4 هل أنت ذو مزاج حزين أو لديك نوبات بكاء؟
				H5 هل لديك انطباع أن الحياة لا تستحق معاناة العيش، وفكرت في الانتحار؟
				H6 هل تواجه صعوبات في علاقاتك العاطفية أو الجنسية؟
				H7 منذ الحدث هل ترى أن مستقبلك قد انهار؟
				H8 هل لديك ميول أو رغبة في الانعزال أو رفض العلاقات؟
				H

3	2	1	0	
				I1 هل تفكر أنك مسؤول عن وقوع الأحداث، أو كان بإمكانك التصرف بطريقة أخرى لتفادي بعض العواقب؟
				I2 هل تشعر بأنك مذنب فيما فكرت فيه أو قمت به خلال الحدث، و/أو بأنك عشت بينما اختفى الآخرين؟
				I3 هل تشعر بالإهانة نتيجة لما حدث؟
				I4 منذ الحدث هل تشعر بفقدان قيمتك؟
				I5 هل تحس منذ الحدث بالغضب الشديد أو بالكراهية؟

				I6	هل غيرت طريقة نظرتك للحياة، نظرتك لنفسك أو نظرتك لآخرين؟
				I7	هل تعتقد أنك مختلف عما كنت عليه سابقاً؟
I					

لا	نعم				
				J1	هل تمارس نشاطك الدراسي أو المهني؟
				J2	هل ترى بأن قدراتك الدراسية أو المهنية لم تتغير عما كانت عليه مسبقاً؟
				J3	هل تستمر في مقابلة أصدقائك بنفس الوتيرة؟
				J4	هل قطعت علاقاتك مع الأقارب (الزوج، الأبناء، الوالدين...) منذ الحدث؟
				J5	هل تشعر بأنه يصعب على الآخرين فهمك؟
				J6	هل تشعر بأنك متروك من قبل الآخرين؟
				J7	هل تلقيت مساعدة من طرف مقربيك؟
				J8	هل تبحث بشكل أكبر عن مرافقة أو حضور الآخرين؟
				J9	هل تمارس نشاطات ترفيهية كما في السابق؟
				J10	هل تجد نفس المتعة كما في السابق؟
				J11	هل لديك انطباع بأنك غير معني بشكل كبير فيما يخص الأحداث التي تمس محيطك؟
J					

:

لقد أتممت للتو من مليء الاستمارة الخاصة بما تعيشه حالياً، منذ الحدث، فمن الممكن أنه كان هناك تطور: بعض الاضطرابات اختفت في حين أخرى لا تزال مستمرة.

- :

- 0: غير معني. 1: اليوم ذاته الذي وقع فيه الحدث.
 1: غير معني. 2: ما بين 24 ساعة إلى 3 أيام.
 1: مباشرة بعد الحدث. 3: ما بين 4 أيام و أسبوع.
 2: أقل من أسبوع. 4: ما بين أسبوع إلى شهر.
 3: من أسبوع حتى شهر. 5- ما بين شهر و 3 أشهر.
 4: من شهر 1 إلى 3 أشهر. 6: ما بين 3 أشهر و 6 أشهر.
 5: من 3 إلى 6 أشهر. 6: ما بين 3 أشهر و 6 أشهر.
 6: من 6 أشهر إلى سنة. 7: ما بين 6 أشهر إلى سنة.
 7: أكثر من سنة. 8: أكثر من سنة
 8: الاضطراب دائما موجود إلى يومنا هذا

		1- إنطباع في إعادة معايشة الحدث في شكل ذكريات وصور.
		2- اضطرابات النوم: صعوبات في النوم، الكوابيس، الاستيقاظ ليلا و/أو عدم النوم.
		3- القلق و/أو نوبات الهلع، حالة عدم الأمان.
		4- الخوف من العودة إلى أماكن الحدث أو أماكن مشابهة.
		5- العدوانية، الهيجان و/أو فقدان السيطرة.
		6- اليقظة، الحساسية المفرطة للضوضاء و/أو الحذر وعدم الثقة.
		7- الاستجابات الجسدية مثل: تعرق، ارتعاش، آلام في الرأس، سرعة دقات القلب، غثيان.
		8- المشاكل الصحية: فقدان الشهية، الشراهة، زيادة خطورة الحالة الجسمية.
		9- الإفراط في تناول بعض المواد كالكهوه والأغذية.
		10- الصعوبات التركيز و/أو التذكر.
		11- اللامبالاة العامة، فقدان الطاقة والحماس، الكآبة، التعب، والرغبة في

		الانتحار.
		12- الميل للعزلة.
		13- الشعور بالذنب و/أو العار.

03: كيفية تنقيط السلم (J)

J11	J10	J9	J8	J7	J6	J5	J4	J3	J2	J1	
+					+	+	+				
	+	+	+	+				+	+	+	

تعطى العلامة 01 للخانة التي بها إشارة + وتعطى العلامة 0 للخانة البيضاء

04: الجدول الخاص بتحويل النقاط الخام إلى نقاط معيارية

5	4	3	2	1	النقاط الخام	
24	23-19	18-13	12-7	6-0	19	A
+و 10	9-8	7-5	4-1	0	18	B
+و 14	13-10	9-4	3-1	0	15	C
+و 14	13-10	9-5	4-1	0	10	D
+و 15	14-10	9-5	4-2	1-0	14	E
+و 10	9-7	6-4	3-1	0	12	F
+و 8	7-6	5-3	2-1	0	4	G
+و 18	17-12	11-4	3-1	0	17	H
+و 17	16-10	9-6	5-2	1-0	14	I
+و 8	7-6	5-2	1	0	8	J
+و 115	114-90	89-55	54-24	23-0	131	

05: صدق وثبات استبيان (TRAUMAQ)

:

-1

-1-1

:

-

:

أشارت النتائج إلى أن جميع قيم معاملات الارتباط لفقرات المحور الأول (A) والدرجة الكلية للمحور الأول كلها دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة 0.01، حيث تراوحت جميعها بين 0.81 في العبارة رقم 04 و 0.51 في العبارة رقم 08، وهذا ما يؤكد مدى التجانس وقوة الاتساق الداخلي للمحور الأول كمؤشر لصدق التكوين.

-

:

أشارت النتائج إلى أن جميع قيم معاملات الارتباط لفقرات المحور الثاني (B) والدرجة الكلية للمحور الثاني كلها دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة 0.01، حيث تراوحت جميعها بين 0.75 في العبارة رقم 01 و 0.37 في العبارة رقم 04، وهذا ما يؤكد مدى التجانس وقوة الاتساق الداخلي للمحور الثاني كمؤشر لصدق التكوين.

-

:

أشارت النتائج إلى أن جميع قيم معاملات الارتباط لفقرات المحور الثالث (C) والدرجة الكلية للمحور الثالث كلها دالة إحصائياً عن مستوى الدلالة 0.01، حيث تراوحت جميعها بين 0.78 في العبارة رقم 04 وفي العبارة رقم 02، وهذا ما يؤكد مدى التجانس وقوة الاتساق الداخلي للمحور الثالث كمؤشر لصدق التكوين.

-

:

أشارت النتائج إلى جميع قيم معاملات الارتباط لفقرات المحور الرابع (D) والدرجة الكلية للمحور الرابع كلها دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة 0.01، حيث تراوحت جميعها بين 0.91 في العبارة رقم 04 و 0.71 في العبارة رقم 01، وهذا ما يؤكد مدى التجانس وقوة الاتساق الداخلي للمحور الرابع كمؤشر لصدق التكوين.

-

:

أشارت النتائج إلى أن جميع قيم معاملات الارتباط لفقرات المحور الخامس (E) والدرجة الكلية للمحور الخامس كلها دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة 0.01، حيث تراوحت جميعها بين 0.88 في العبارة رقم 03 و 0.41 في العبارة رقم 06، وهذا ما يؤكد مدى التجانس وقوة الاتساق الداخلي للمحور الخامس كمؤشر لصدق التكوين.

-

:

أشارت النتائج إلى أن جميع قيم معاملات الارتباط لفقرات لمحور السادس (F) والدرجة الكلية للمحور السادس كلها دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة 0.01، حيث تراوحت جميعها بين 0.76 في العبارة رقم 04 و 0.62 في العبارة رقم 02، وهذا ما يؤكد مدى التجانس وقوة الاتساق الداخلي للمحور السادس كمؤشر لصدق التكوين.

-

:

أشارت النتائج إلى أن جميع قيم معاملات الارتباط لفقرات المحور السابع (G) والدرجة الكلية للمحور السابع كلها دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة 0.01، حيث تراوحت على التوالي 0.82 و 0.77 و 0.78، وهذا ما يؤكد مدى تجانس وقوة الاتساق الداخلي للمحور السابع كمؤشر لصدق التكوين.

-

:

أشارت النتائج إلى أن جميع قيم معاملات الارتباط لفقرات المحور الثامن (H) والدرجة الكلية للمحور الثامن كلها دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة 0.01، حيث تراوحت جميعها بين 0.72 في العبارة رقم 04 و 0.62 في العبارة رقم 01 وهذا ما يؤكد مدى التجانس وقوة الاتساق الداخلي للمحور الثامن كمؤشر لصدق التكوين.

-

:

أشارت النتائج إلى أن جميع قيم معاملات الارتباط لفقرات المحور التاسع (I) والدرجة الكلية للمحور التاسع كلها دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة 0.01، حيث تراوحت جميعها بين 0.86 في العبارة رقم 05 و 0.68 في العبارة رقم 02، وهذا ما يؤكد مدى تجانس وقوة الاتساق الداخلي للمحور التاسع كمؤشر لصدق التكوين.

-

:

أشارت النتائج إلى أن جميع قيم معاملات الارتباط لفقرات المحور العاشر (J) والدرجة الكلية للمحور العاشر كلها دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة 0.01 حيث تراوحت جميعها بين 0.58 في العبارة رقم 04 و 0.21 في العبارة رقم 03، ماعدا العبارة رقم 01 حيث بلغت قيمة معامل الارتباط بينها وبين الدرجة الكلية للمحور العاشر 0.19 ودالة إحصائياً عند مستوى الدلالة 0.05 وهذا ما يؤكد مدى التجانس وقوة الاتساق الداخلي للمحور العاشر كمؤشر لصدق التكوين.

-

:

أشارت النتائج إلى أن جميع قيم معاملات الارتباط لمحاور مقياس الصدمة والدرجة الكلية للمقياس كلها دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة 0.01، حيث تراوحت جميعها

على التوالي ما بين 0.49، 0.57، 0.39، 0.45، 0.68، 0.81، 0.63، 0.84، 0.74 ماعدا المحور رقم 10 كان دال عن مستوى الدلالة 0.05 حيث بلغت قيمة معامل الارتباط بين المحور العاشر والدرجة الكلية للمقياس 0.18، وهذا ما يؤكد مدى التجانس وقوة الاتساق الداخلي لمقياس كمؤشر لصدق التكوين في الصدمة.

-2-1

:

قامت الباحثة أولا بترتيب استجابات المبحوثين تصاعديا ثم قامت بأخذ 27 بالمائة من الاستجابات العليا ومقارنتها ب 27 بالمائة من الدرجات الدنيا أي 45 فراد في العليا و 45 فرادا في الدنيا، فتحصلت على قيمة متوسط الدرجات العليا البالغة 157.95 وهو متوسط أكبر من متوسط درجات المجموعة الدنيا البالغة 125.22، وقيمة الانحرافات المعيارية الضعيفة ما يدل على تشتت قليل، وقيمة (T) البالغة 19.04 عند درجة الحرية 88 وبدلالة 0.00 وهي أصغر من 0.05 ما يبين وجود دلالة إحصائية، أي أن الأداء تتميز بصدق تميزي عالي.

-2

:

:

-1-2

:

تم حساب معامل الثبات لهذا المقياس، حيث توضح أن قيمة معامل ألفا كرومباخ لمحاور مقياس الصدمة مرتفعة حيث تراوحت ما بين 0.82 و 0.67، في حين بلغت قيمة معامل ألفا كرومباخ بالنسبة للمقياس ككل 0.74 وهذا بمثابة مؤشر دال على ثبات المقياس، وهذا يعني أن مقياس الصدمة يتمتع بمعامل ثبات قوي.

-2-2

:

تم حساب ثبات هذا المقياس عن طريق التجزئة النصفية والتي تفترض تقسيم عباراته إلى نصفين، حيث بلغ معامل الارتباط بين النصفين 0.93 وبتعويضه في معادلة

تصحيح الطول أو الثبات الكلي لسبيرمان براون بلغ ثبات هذا المقياس الكلي 0.93، وبالتالي يمكن القول بأن هذا المقياس ثابت.