

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية



كلية العلوم الإجتماعية

قسم علم النفس و الأطفونيا

مذكرة تخرج لنيل شهادة الماستر2

تخصص علاجات نفسية

الموضوع

فعالية العلاج المعرفي السلوكي في علاج الصدمة النفسية لدى مرضى السرطان

تحت إشراف: أ.طباس نسيمة

من إعداد الطالبة: بن عيسى سومية

أعضاء لجنة المناقشة:

جامعة وهران	رئيسة	أ.لصقح حسنية
جامعة وهران	عضوا مناقشا	أ.محرزي مليكة
جامعة وهران	مشرفة و مقررة	أ.طباس نسيمة

2017/2016

إهداء

إلى من أوصلني إلى بر الأمان

والذي الكريمين نور حياتي

إلى إخوتي الذين أحبهم كثيرا

إلى أعز أصدقائي و صديقاتي خاصة

علي و نريمان

و لكل زملائي بدفعة علاجات النفسية

وإلى كل النفوس الطيبة النقية التي تسعى إلى العمل الصالح

و إلى كل من دعا لي بالنجاح و شجعتني و لو بكلمة طيبة

شكر و تقدير

أشكر الله كثيرا على عونه توفيقه لي حتى أتممت هذا العمل المتواضع

و أحمده حمدا يليق بمقامه

شكر خاص إلى الأستاذة "طباس نسيمه"

على توجيهاتها و نصائحها القيمة و تعاونها الكبير

كما أشكر الطبيب البروفيسور "بورويس ميلود" الذي ساندني و لم يبخل علي بالمعلومات

و أقدم شكري إلى أعضاء اللجنة المناقشة لهذه المذكرة

و إلى كل من ساعدني من بعيد أو من قريب على إنجاز هذا العمل

ملخص البحث:

الكلمات المفتاحية:

الصدمة النفسية، السرطان، العلاج المعرفي السلوكي.

إشكالية البحث:

يعتبر السرطان من الأمراض السيكوسوماتية الأكثر انتشارا في عصرنا الحالي، بحيث يؤثر على الحالة الجسدية و النفسية للفرد بعد تلقيه التشخيص من طرف الطبيب من ناحية و في غياب تحضير النفسي من ناحية أخرى، مما قد يسبب له الصدمة النفسية التي تزيد من تدهور الحالة و عدم استقرارها. و للتكفل النفسي بهذه الحالات تطرقنا إلى تطبيق العلاج المعرفي السلوكي و معرفة مدى فعاليته في علاج الصدمة النفسية لدى هؤلاء المرضى، و من خلال ذلك طرحنا الإشكالية التالية: ما مدى فعالية العلاج المعرفي السلوكي في علاج الصدمة النفسية لدى مرضى السرطان؟

فرضية البحث:

للعلاج المعرفي السلوكي فعالية في علاج الصدمة النفسية لدى مرضى السرطان.

منهجية البحث المعتمدة:

للتحقق من صحة الفرضية، فقد اعتمدنا على المنهج العيادي من خلال أدوات البحث التي تقوم عليها تقنية دراسة الحالة، المقابلة العيادية، الملاحظة العيادية، الإختبارات النفسية.

و لنقوم بدراسة معمقة للحالة بقصد فهمها و تقييمها فقد استخدمنا المقابلة نصف الموجهة، و الملاحظة.

-إختبار فحص الهيئة العقلية.

-إختبار تأثير الحدث لهورويتز (Horowitz)

و تم تطبيق العلاج المعرفي السلوكي متكون من تقنيات التالية (الإسترخاء، إعادة البناء المعرفي، النمذجة).

أهم نتائج البحث المتوصل إليها:

بعد تفسير نتائج الدراسة و مناقشة فرضياتها، أظهرت الحالة تطور و تحسن ملحوظ في الأعراض و الأفكار السلبية الناتجة عن الحدث الصدمي مقارنة بالمقياس القبلي و البعدي، و قد بينت هذه الدراسة إلى أن العلاج المعرفي السلوكي له أثر و فعالية في علاج الصدمة النفسية لدى مرضى السرطان.

قائمة المحتويات:

أ.....	الإهداء
ب.....	الشكر
ج.....	ملخص البحث
د.....	قائمة المحتويات
ح.....	مقدمة

الفصل الأول: مدخل الدراسة

.....	إشكالية البحث
.....	أهداف البحث
.....	فرضية البحث
.....	أهمية الدراسة العيادية

الجانب النظري

الفصل الثاني: الصدمة النفسية

.....	تمهيد
.....	1-تاريخ تطور مفهوم الصدمة النفسية
.....	2-تعريف الصدمة النفسية
.....	3-نظريات المفسرة للصدمة النفسية
.....	4-مراحل الصدمة النفسية
.....	5-أنواع الصدمة النفسية
.....	6-أعراض الصدمة النفسية
.....	7-تشخيص الصدمة النفسية
.....	8-اضطراب الضغط ما بعد الصدمة

.....1-8- مفهوم اضطراب الضغط ما بعد الصدمة

.....2-8- مسار و مآل اضطراب الضغط ما بعد الصدمة

.....9- علاج الصدمة النفسية

.....الخلاصة

الفصل الثالث : السرطان

.....تمهيد

.....1- تاريخ الأورام

.....2- تعريف السرطان

.....3- أسباب السرطان

.....4- السرطان و العوامل النفسية

.....5- أعراض السرطان

.....6- أنواع السرطان

.....7- علاج السرطان

.....8- أنماط تدخل تأهيلية لمرضى السرطان

.....خلاصة

الفصل الرابع : العلاج المعرفي السلوكي و تقنياته

.....تمهيد

.....1- بدايات ظهور العلاج المعرفي السلوكي

.....2- تعريف العلاج المعرفي السلوكي

.....3- أهداف العلاج المعرفي السلوكي

.....4- مبادئ العلاج المعرفي السلوكي

.....5- فنيات العلاج المعرفي السلوكي

.....الخلاصة

الجانب التطبيقي

الفصل الخامس : منهج البحث أدواته و إجراءاته

- تمهيد.....
- 1-تعريف المنهج.....
- 2-المنهج العيادي.....
- 3-أدوات البحث.....
- 1-3-دراسة الحالة.....
- 2-3-المقابلة العيادية.....
- 3-3-الملاحظة العيادية.....
- 3-4-إختبار فحص الهيئة العقلية.....
- 3-5-الإختبارات النفسية.....
- 4-مكان إجراء الدراسة الميدانية.....
- 5-مواصفات الحالة المدروسة.....

الفصل السادس : تقرير السيكولوجي للحالة العيادية

- 1-دراسة الحالة
- 2-إختبار فحص الهيئة العقلية للحالة.....
- 3-إختبار نفسي للحالة قبل العلاج.....
- 4-سير جلسات العلاج المعرفي السلوكي.....
- 5-إختبار نفسي للحالة بعد العلاج.....
- 6-ملخص الحالة.....

الفصل السابع : عرض النتائج و مناقشتها

- 1-مناقشة نتائج البحث على ضوء الفرضيات.....
- 2-الإستنتاج العام.....

.....الخاتمة

.....توصيات و اقتراحات

قائمة المراجع

الملاحق

مقدمة:

يمثل تشخيص السرطان حادثة مأساوية أساسية لمعظم الأفراد ليس فقط من ناحية خطورته و لكن أيضا من صعوبة الشفاء، بحيث مرض السرطان يعزى بطريقة غير نظامية بحيث يكون نموها عشوائيا و بذلك فالسرطان ليس مرضا واحدا و لكنه أمراض و أشكال عدة. قاسم عبد الله (2012: 384-385) يصيب الأشخاص في مختلف المراحل العمرية، فهو لا يؤثر فقط على الصحة الجسدية للفرد و إنما على صحته النفسية، بما يختبره الفرد من مشاعر الفزع و الرعب و الخوف و شعور بالآلام نفسية تفوق الخبرات المعتادة أي خارج إطار خبرات الحزن العادي من الإحساس بالعجز، حيث ينتج عن التعرض لهذا الحدث الصدمة النفسية. محمد السيد عبد الرحمن (2009: 285). فيظهر هذا الإضطراب كرد فعل متأخر أو ممتد زمنيا لحدث إجهاد ذي طابع، يحمل صفة التهديد أو الكارثة الاستثنائية، و ينتظر منه أن يحدث ضيقا عاما لأي شخص. أحمد عكاشة (1998: 190)

و للتكفل النفسي بهذه الحالات إرتأينا إلى العلاج المعرفي السلوكي و الذي يهدف إلى مساعدة المريض بالتخلي عن أفكاره السلبية و اللاعقلانية و تعديلها و إحلال مكانها أفكار إيجابية، و بالتالي و عي المريض و تقبله لأفكاره و معتقداته حول الحدث الذي عانى منه و فهم لمشكلته و زيادة ثقته بنفسه. و باستخدام العلاج المعرفي السلوكي يتمكن الفرد من المشاركة بفاعلية في إنشاء استراتيجيات التكيف من خلال التوافق مع الحدث الذي شكّل له صدمة و التحكم فيه. حسن مصطفى عبد المعطي (176) و قسمنا دراستنا إلى جانبين، جانب نظري و جانب تطبيقي، جانب نظري يحتوي على أربعة فصول.

الفصل الأول: يتناول تحديد الإشكالية و الفرضيات، و أهمية الدراسة العيادية، و الهدف منها.

الفصل الثاني: يتمحور حول الصدمة النفسية، و تتضمن تمهيد، تطور مفهوم الصدمة النفسية، تعريف الصدمة النفسية و نظريات المفسرة للصدمة النفسية، مراحل و أنواع و أعراض الصدمة النفسية، تشخيص الصدمة النفسية، اضطراب الضغط ما بعد الصدمة من حيث مفهوم و مسار و مآل، و علاج الصدمة النفسية و الخلاصة.

الفصل الثالث: يتحدث حول السرطان، يتضمن تمهيد، لمحة عن الأورام، تعريف السرطان و أسبابه، السرطان و العوامل النفسية، أعراض و أنواع السرطان، علاج السرطان و أنماط تدخل تأهيلية لمرضى السرطان، الخلاصة.

الفصل الرابع: يتناول العلاج المعرفي السلوكي و تقنياته، و فيه تمهيد للفصل، بدايات ظهور العلاج المعرفي السلوكي، تعريف العلاج المعرفي السلوكي، مبادئ و أهداف العلاج المعرفي السلوكي، فنيات العلاج المعرفي السلوكي، و الخلاصة.

أما الجانب التطبيقي تضمن الفصول التالية

الفصل الخامس: تضمن منهج البحث أدواته إجراءاته، احتوى على تمهيد و تعريف المنهج، و المنهج العيادي و أدوات البحث متمثلة في دراسة الحالة، المقابلة و الملاحظة العيادية، و الإختبارات النفسية، و مكان إجراء الدراسة الميدانية.

الفصل السادس: تمحور حول تقرير السيكولوجي للحالة العيادية، و سير الجلسات العلاجية، و إختبار نفسي للحالة قبل و بعد العلاج، و ملخص للحالة.

الفصل السابع: يتضمن مناقشة نتائج البحث على ضوء الفرضيات، الإستنتاج العام، الخاتمة، التوصيات و الإقتراحات.

الفصل الأول

مدخل الدراسة

-إشكالية البحث

-فرضية البحث

-أهداف البحث

-أهمية الدراسة العيادية

-تحديد مصطلحات البحث

إشكالية البحث:

حين يسلك الإنسان سلوكا معيناً، فإن هذا السلوك ينتج عن شخصية واحدة متكاملة، أي أن سلوكه يكون كوحدة جسمية و نفسية، حيث تتأثر الحالة النفسية بالحالة الجسمية فالمكونات الشخصية النفسية لها تأثير على الجسم من خلال الإصابة بالمرض، و يظهر على شكل اضطرابات سيكوسوماتية، و التي هي مجموعة من الأمراض التي تنشأ من عوامل نفسية و تتخذ أعراضها شكلا جسياً، أو عضوياً فهي أمراض عضوية تلعب فيها الأسباب النفسية دوراً أساسياً، و يشير جلاتن (1982) إلى الضغط النفسي أو الشدة النفسية كأحد عوامل الرئيسية في حدوث اضطراب سيكوسوماتي. محمد قاسم عبد الله (2002): (373)

و من بين اضطرابات السيكوسوماتية نجد السرطان الذي يعتبر من بين الإصابات التي يمكن أن يتعرض لها الفرد، و الذي بدوره يؤثر عليه صحياً، و يؤثر على الوظائف النفسية و الاستجابات الإنفعالية، و يعرف السرطان على أنه تورم ناتج عن خلايا خرجت ع أجهزة المراقبة في الجسم و أخذت تنمو بصورة عشوائية، و يحدث النمو في البدء في العضو المصاب و ابتداءً من إصابة أولية، ثم يتخطى التورم الحواجز التي تفصل بين الأعضاء، و خلال التخطي قد تخرج بعض الخلايا السرطانية لتدخل الشعيرات الدموية أو البلعمية التي تنقلها إلى مختلف أنحاء الجسم، حيث تبني مستعمرات سرطانية تكمن عشرات السنين، و من المعلوم أنه في الحالة الطبيعية يتمكن جهاز المناعة في الجسم من مواجهة أي عدوان على الجسم، و لكن في مثل هذه الحالات لا يتمكن جهاز المناعة في الجسم من إيقاف هجمة السرطانية و هذا ما يشكل سر هذا المرض الخطير، و الخلية السرطانية لا تتوقف أبداً عن النمو بعد أداء مهمتها و بلوغ اكتمالها الطبيعي على العكس من خلايا السلمية، و نظراً لحاجتها إلى الغذاء فإنها تدمر أعضاء الجسم الحيوية مما يسبب العجز و الموت. فيصل خير الزراد (2000: 478)

إن مرض السرطان لا يؤثر على الصحة الجسدية للفرد فحسب، و إنما على صحته النفسية، كون التصورات المرتبطة بهذا المرض هي الموت أو التدرج نحو الموت، و هذا ما يجعله يؤثر على الفرد خاصة بعد تلقيه التشخيص من طرف الطبيب، و في غياب التحفيز النفسي مما قد يسبب له الصدمة النفسية التي تعرف بأنها حدث يعاني منه الشخص، مما يؤدي إلى ضرر عاطفي و نفسي. Antoine Bioy Damien fouques (2009 : 284)

و تعرف الصدمة النفسية أيضاً من أنها تمزق نفسي يشعر به الفرد نتيجة تعرضه لخبرات مؤلمة و حادة، ليس من السهل إنطفاؤها أو زوال أثرها. أديب محمد خالدي (2009: 304)

و يعرفها معجم مصطلحات التحليل النفسي، بأنها حدث في حياة الذات، يتحدد بشدته، و بالعجز الذي يوجد الذات فيه نفسها عن الإستجابة الملائمة حياله، و ما يثيره في التنظيم النفسي من اضطراب و آثار دائمة مولدة للمرض. مصطفى حجازي (2011 : 499) و نظراً لحدة الإصابة سواء كانت جسدية المتمثلة في مرض السرطان، أو انعكاساته المتمثلة في معاناة الفرد المصاب بالصدمة النفسية من جراء هذه الإصابة، فإنه من الضروري التكفل النفسي بهذه الحالات و قد إرتأينا إلى استعمال العلاج المعرفي السلوكي الذي يقوم بعملية إعادة تنظيم معرفي لدى الفرد، فالتواصل مرتبط بمدركات الفرد و استراتيجياته العقلية و الفرد يتعرض للمشكلات بسبب طريقة تفسير الأحداث و المواقف زاهدة أبو عيشة تيسير عبد الله (2012: 219)

و من بين التقنيات العلاجية للصدمة النفسية الإسترخاء و يعرف على أنه توقف كلي لكل إنقباضات و التقلصات العضلية المصاحبة للتوتر. نور الهدى محمد الجاموس(2013: 160) في حين تعتبر تقنية النمذجة على أنها فنية من فنيات العلاج المعرفي السلوكي، تقوم على تقديم نموذج للسلوك مرغوب فيه. محمود عيد مصطفى (2008 : 185)

أما تقنية إعادة البناء المعرفي تهدف للتوصل بوضوح إلى التغيير في أنماط التفكير الخاطئة لدى الأفراد. و من خلال هذه التقنيات يتمكن الفرد من تنمية قدراته على تقييم الأحداث الصدمية بطريقة أكثر واقعية. زاهدة أبو عيشة تيسير عبد الله (2012:224)

وعليه نطرح التساؤل الأساسي لإشكالية البحث الآتي : ما مدى فعالية العلاج المعرفي السلوكي في علاج الصدمة النفسية لدى مرض السرطان؟

فرضية البحث:

- للعلاج المعرفي السلوكي فعالية في علاج الصدمة النفسية لدى مرضى السرطان.

أهداف البحث:

- معرفة مدى فعالية العلاج المعرفي السلوكي في علاج الصدمة النفسية عند مرضى السرطان.
- إبراز خصوصية الصدمة النفسية و تعدد أثارها النفسية و الجسدية عند مريض بالسرطان.
- الكشف عن مدى تأثير الصدمة النفسية لدى مرضى السرطان من ناحية ردود أفعالها الإنفعالية و السلوكية كاستجابة لمعايشة الحدث الصدمي.
- الكشف عن المعاناة النفسية لدى الأفراد المصدومين نفسيا بعد تشخيص إصابتهم بمرض السرطان.

أهمية الدراسة العيادية:

- تشخيص الصدمة النفسية لدى مرضى السرطان.
- تسليط الضوء على تقنية علاجية لديها فعالية في علاج الصدمة النفسية لدى مرضى السرطان بالتعرف عليها و على ماهية هذه التقنيات و الأساس النظري الذي تقوم عليه، و كيفية تطبيقها.
- اختبار مدى فعالية هذه التقنيات كالإسترخاء و إعادة البناء المعرفي و النمذجة في علاج الصدمة النفسية لدى مرضى السرطان.
- التكفل النفسي بالصدمة النفسية لدى مرضى السرطان من خلال تقنيات مساعدة كإعادة البناء المعرفي و النمذجة و فعاليتها في جعل الفرد المصدوم أكثر وعيا بتأثير الأفكار عليه و تكوين أبنية معرفية جديدة.

-تحديد مصطلحات البحث:

1- الضغط النفسي: هو الحمل الذي يقع على كاهل الكائن الحي، و ما يتبعه من استجابات من جانبه لتكيف أو يتوافق مع التغيير الذي يواجهه. علي عسكر (2003: 25)

2- الصدمة النفسية: هي تعرض الشخص لصدمة عنيفة أو سببت لغيره الموت أو الجرح أو الأذى، أو مشاهدة مواقف صادمة، تتضمن استجابة الفرد للأحداث على الشعور بالخوف الشديد و العجز و الهلع، و يلي ذلك ميل الشخص لتجنب أية مواقف مثيرة لموقف الصدمة.

عبد الستار إبراهيم عبد الله عسكر (2005: 54)

3- عصاب الصدمة: هي نمط من العصاب تظهر فيه أثر حالة انفعالية ترتبط عموما بوضعية أحس الشخص فيها أن حياته مهددة بالخطر. و هو يتخذ في لحظة الصدمة شكل نوبة قلق عارمة قد تجر إلى حالات من الهياج، و الذهول أو من الخلط العقلي. و يتطور عصاب الصدمة النفسي غالبا بعد فترة من السكينة. عبد الفتاح محمد العيسوي(1993: 163)

4- اضطراب الضغط ما بعد الصدمة حسب DSM4 TR: هو تعرض لعامل ضاغط حاد يشمل خبرة مباشرة و شخصية لهذا الحدث الذي يؤدي إلى الموت، و يشكل تهديد بالموت أو إصابة حادة، أو تهديد للسلامة الجسدية لشخص آخر، أو إعتداء خطير أو تهديد بالموت أو إصابة أحد أفراد العائلة أو أحد الأقارب.

الفصل الثاني

الصدمة النفسية

تمهيد

- 1-تاريخ تطور الصدمة النفسية
 - 2-تعريف الصدمة النفسية
 - 3-نظريات المفسرة للصدمة النفسية
 - 4-مراحل الصدمة النفسية
 - 5-أنواع الصدمة النفسية
 - 6-أعراض الصدمة النفسية
 - 7-تشخيص الصدمة النفسية
 - 8-اضطراب الضغط ما بعد الصدمة
 - 9-علاج الصدمة النفسية
- خلاصة

تمهيد:

يواجه الإنسان في حياته اليومية عديد من الضغوطات النفسية، تكون عبارة عن مشاكل أو صعوبات أو معاشية حدث يجعله في وضع غير اعتيادي، يختبر من خلاله مشاعر الرعب و الهلع، مما قد يخلف له آثار مادية و نفسية، و هذه الآثار هي مخلفات الصدمة الناتجة عن هذه الأحداث و هذا ما يعرف بالصدمة النفسية.

1-تاريخ تطور مفهوم الصدمة النفسية:

الصدمة و الصدمي هي تعابير مستعملة قديما في الطب و الجراحة. تدل كلمة صدمة trauma التي تعني الجرح في اليونانية و تشتق من فعل ثقب، على الجرح مع كسر، و من مرادفاتها بالفرنسية traumatisme المخصصة على الأذق، للحديث على الآثار، التي يتركها جرح ناتج من عنف خارجي، و لا تبرز دوما فكرة تمزق أو إصابة الغشاء الجلدي، إذ يصار إلى الحديث مثلا عن "الصددمات الجمجمية-الداغية المقفلة". كما لوحظ فإن مصطلحي trauma و traumatisme يستعملان في الطب بمثابة مترادفين. مصطفى حجازي (2011: 499)

لقد أدخل هذا المصطلح "أبنها يم"، H.Oppenheim الطبيب النفسي الألماني، سنة 1889 ليصف الأحداث العنيفة التي تؤثر على النفس (الاعتداءات، حوادث السكك الحديدية، أحداث الحروب...) و تأثيرها أي "العصابات الصدمية".

يعتبر "أبنها يم"، المرجع الأساسي في تاريخ "العصابات الصدمية". لقد أدخل خلال نهاية القرن 19، مفهوم "الصدمة النفسية" في علم النفس المرضي، فنشر مرجعه حول névroses traumatiques أي العصابات الصدمية، في 1888، و في الحقيقة هو مرجع حول نفس الموضوع، كتبه بالتعاون مع زميله Thomsen في 1884. يعرض "أبنها يم" في مرجعه (1888) 42 حالة عصاب ناتجة عن حوادث العمل أو حوادث السكة الحديدية، و منها أنشأ مفهوم "الصدمة السيكلوجية" Traumatisme psychologique.

و سرعان ما أستعمل charcot هذا المصطلح ليشرح بعض حالات الهستيريا، و كذا Freud الذي حوّل بعمق هذا المفهوم. سعدوني غديرة (2011: 60-61)

2-تعريف الصدمة النفسية:

لغة: الصدمة من صدم، و الصدم: ضرب الشيء الصلب لمثله، و صدمه صدما: ضربه بجسده، و صادمه، فتصادما و اصطدما. ابن منظور (422)

اصطلاحا: هي مصطلح عام يشير إما إلى إصابة جسمية سببها قوة خارجية مباشرة، أو إصابة نفسية تسبب فيها هجوم إنفعالي متطرف.

يعرف ميكنوم (1994) الصدمة النفسية: بأنها تشير إلى حوادث شديدة أو عنيفة تعد قوية و مؤذية، و مهددة للحياة، بحيث تحتاج هذه الحوادث إلى مجهود غير عادي لمواجهتها و تغلب عليها. أنسام مصطفى السيد بظاظو (2013: 14)

يعرف معجم المصطلحات النفسية و الإجتماعية الصدمة النفسية بأنها حدث عنفي في حياة الإنسان يكون شديدا و يكون المصاب مصدوم عاجز عن مواجهته بشكل مناسب، فيتعرض لتنظيمه النفسي لاضطرابات و آثار دائمة مولدة للأمراض النفسية. خليل أحمد خليل(1997: 99).

يعرفها Bergeret: بأنها تجربة الإسعافات الأولية في أجزاء الأنا الذي يواجه تراكم الإثارات، سواء كانت من مصدرها الداخلي، أو الخارجي، بحيث لا يمكن التحكم فيها. (Bergeret(1982: 260

و كما أشار Paul-Laurent Assoum (1997) لفرو يد أن الصدمة النفسية في الأساس هي تجربة معيشة تحمل في مدة قصيرة كما متزايدا من الإثارات إلى الحياة النفسية، بحيث يفشل تعريفها أو بناؤها بالوسائل العادية و المعتادة، و هذا ما يؤدي إلى اضطرابات مستديمة في الوظيفة الطاقوية. (Marie Claire Célérier(2002 : 62

اعتبر فرويد الصدمة النفسية كحدث يسبق قليلا أو يزامن تكون العرض، و ما لبث أن اكتشف بأن الطابع الصدمي يجب أن لا يرتبط بالحدث بحد ذاته، بل أن الأمر هو إحياء لذكرى مؤلمة أو لصدمة نفسية من الطفولة. فيكتور سميير نوف(2009: 58)

يعرف معجم مصطلحات علم النفس الصدمة النفسية انفعال شديد يؤثر على شخصية المصاب بصفة دائمة، فيجعله يكتسب حساسية خاصة اتجاه الأوضاع الانفعالية اللاحقة. عبد المجيد سالمى نور الدين خالد (1998: 146)

3-نظريات مفسرة للصدمة النفسية:

3-1-تناول التحليل النفسي (التناول الديناميكي)

إن اكتشاف الصدمة النفسية يعود إلى أول أعمال فرويد حول الشلل الهستيرى، فعام 1895 كتب فرويد و بروير حول تكوّن الأعراض الهستيرية، أنه في معظم الحالات لا يمكن الكشف عن نقطة انطلاق المرض بتوجيه أسئلة بسيطة للمريض مهما كان هذا المرض عميقا، و ذلك لأن الأحداث غالبا ما تكون قصتها سيئة بالنسبة للمرضى، و خاصة لأنهم لا يتذكرونها فعليا، أو أنهم لا يرون العلاقة السببية بين الحدث البارز و الظاهرة المرضية. فيكتور سميير نوف (2002: 57-58)

احتل مفهوم الصدمة النفسية مكانة أساسية في نظرية التحليل النفسي، كان يشير إليها Freud دائما في مقالاته الأولى و لم يتوقف عن الرجوع إلى الصدمة خلال أعماله التي لخصها في كتاباته Moise et le Monothéisme (1939)، و في au-delà du principe de plaisir (1920). عند مراجعة كتاباته، نلاحظ أن Freud تناول الصدمة النفسية من زاويتين رئيسيتين، يصعب التمييز بينهما، كونهما متداخلتين و مكملتين؛ التناول الديناميكي و التناول الإقتصادي.

افتترض فرويد في البداية أن الصدمة النفسية تكون دائماً جنسية (في نظرية الإغواء) و ظهر هذا في كتاباته من 1892 إلى 1897. و يعتبر الإغواء امتداداً لنظرية صدمة العصابات، فكان يرى فرويد أن الصدمة النفسية تنتج عن الإغواء، أي حدث إغواء طفل من طرف شخص راشد، و كان يصفه فرويد بالشاذ. و لحدوث الصدمة يتطلب أولاً حدث إغواء فرد غير ناضج و يكون في وضعية سلبية (passive) و من دون استعداد، ثانياً العامل المفجر أو البعدي (l'après coup) الذي ينشط و يحي الآثار الذكورية (mnésiques) التي عمل الكبت على نسيانها. تأخذ الصدمة حسب فرويد، معناها من هذا الحدث البعدي، إذ أشار فرويد في دراسات حول الهستيريا إلى أن الصدمة هي جنسية أساساً، و جزء عمل الصدمة إلى عناصر عدة، كما افترض أنه هناك دوماً حدثين على الأقل، حيث يتعرض الطفل في المشهد الأول، الذي يسمى بمشهد الغواية، إلى الإغراء الجنسي من طرف الراشد، من دون أن يولد هذا الإغراء عنده الإثارة الجنسية، و بعد البلوغ، يأتي مشهد ثان، غالباً ما يكون من دون أهمية ظاهرياً، فيوقظ الحدث الأول من خلال إحدى السمات المرتبطة بينهما.

تبقى حالة (Emma) بالنسبة للمحللين النفسيين نموذجاً لتفسير دور العامل البعدي-على الأقل من ناحية المظهر الزمني- في الصدمة النفسية في مرحلتين (deux temps)، أي أنه يوجد شرطان لظهور الصدمة، الأول أن يعيش الفرد في حالة من السلبية و عدم النضج الجنسي، و أن الصدمة لا تظهر إلا فيما بعد الحدث الثاني، و بالتالي يطلق فيض الإستثارة الجنسية التي تبعث الخلل في آليات دفاع الأنا.

و بقي فرويد بين فرضيتين جوهريتين: الغواية الفعلية و الغواية الهوامية، إلا أنه أصبح يشك في حقيقة الغواية، مما جعله يتخلى عن النظرية الخاصة بها، ووضح ذلك في رسالة بعثها إلى صديقه (Fliess) بتاريخ 27-09-1987، أسباب هذا التحلي، حيث كتب يقول "يتعين عليّ أن أبوح لك رأساً بالسر الكبير الذي اتضح ببطء خلال هذه الشهور الأخيرة، فأنا لم أعد أومن بتفسيرى الشامل للعصاب". و هكذا اكتشف فرويد أن مشاهد الغواية ليست إلا مجرد بيانات هوامية معادة، و تلازم هذا الكشف مع الإكتمال التدريجي لفهم الجنسية الطفلية.

إلا أنه يجب التنويه إلى النظرة الدينامية للصدمة تبيّن أهمية التاريخ النفسي للفرد بحدوث الصدمة و كيفية التعامل معها، إذ لا يأتي الحدث الصدمي أبداً على قاعدة عذراء، و إنما يوجد تنظيم نفسي و قاعدة نرجسية و هوية جنسية مختلفة في صلابتها، مع تهيئة دفاعية و قدرة متفاوتة في مقاومة الصدمة التي يتلقاها الفرد من الواقع، حيث يكون الأنا منظماً بشكل جيد و نرجسية ذات صلابة معينة، و لا يضعف أمام العوامل الخارجية أو الظروف الصعبة، و عندما يكون الطفل محبوباً و محترماً، و سيكون له حظ أكبر في مقاومة الصدمات. سعدوني غديرة (2011: 61-63)

- تناول الإقتصادي:

لقد دفع مشكل عصاب الحرب فرويد إلى أن يوجه إهتمامه إلى الصدمة النفسية من منظور آخر، و هو التصور الإقتصادي للصدمة الذي كان معرفاً بأنه انكسار واسع لصاد الإثارات، كمؤشر على عدم قدرة الجهاز النفسي على تصريف فيض الإثارات الكبير. إن إجلاء هذه الكمية المعتبرة من الإثارات هي مهمة مبدأ اللذة، و لكن بسبب عنف و مفاجأة الصدمة النفسية، يطرد مباشرة من دائرة التأثير. عبد الرحمن سي موسى رضوان زقار (2002: 42)

حسب فرويد، ما يميز الصدمة النفسية هو عامل المفاجأة، فحدوث الصدمة يتحدد أساسا بشدة العنف المتعلق بها، بالمقارنة مع حالة التهيئة أو عدمها للجهاز النفسي حين تلقيه لها. فإن صاد الإثارات باعتباره يحميه و يمنع اقتحام كميات كبيرة من الإثارة إليه، تختلف قدرته على التحمل و الصد من فرد لآخر و لدى نفس الشخص من وقت لآخر، و عبر مراحل حياته المتعددة. يدل هذا على تعقد الحدث الصادم، إذ لا يخص الوضعية الصدمية فقط، بل الفرد في وضعية صدمية، و على هذا الأساس يختلف الأفراد في ردود أفعالهم تجاه الحدث الواحد.

تعتبر الصدمة النفسية من خلال التناول الإقتصادي حدثا في حياة الشخص يتميز بعدم القدرة الظرفية أو الدائمة على الإستجابة بشكل مكيف، حيث أن أهمية الحدث و مدة استمراره نفسيا، لا ترجع فقط إلى خطورة الفعل المرتكب أو للشاشة الداخلية للفرد، بل تتدخل فيهما عوامل كثيرة و متشعبة، منها الخارجية و المحيطة أو الداخلية، المتعلقة ببنية الشخص و تنظيمه النفسي.

يعتبر تعريف فرويد للصدمة اقتصاديا محضا لأن الصدمة هي المقدار الفارق بين الإستثمارات المستقبلية من طرف الأنا و الكمية التي يستطيع أن يحولها و يربطها و يتحكم فيها وقت وقوع الحادث. يجد المرء نفسه إذن عاجزا عن الإستجابة بطريقة ملائمة بسبب شدة و فجائية الحدث، الذي يحدث انقلابا و أثارا مرضية مستديمة في التنظيم النفسي.

يعتبر الحدث الصادم جسما غريبا (corps étranger) و ملحا. و يقصد فرويد بهذا المصطلح، بأن الفرد يجد نفسه عند تعرضه للحدث صادم، أمام مسألة الموت. فهذه الأخيرة تفرض نفسها "كحقيقة" و هي تدرك من دون وسيط في لحظة زعر و هلع شديدين. اقتحم المشهد الصدمي الجهاز النفسي و أنرسخ خارج أية دلالة و معنى، مثل "جسم أجنبي داخلي"، و يتكرر هذا المشهد الصدمي بسبب عدم القدرة على إستدخاله و إدماجه في السلسلة الدالة (شبكة التصورات).. يرى فرويد أن المشهد الصدمي يمثل تهديدا داخليا، أي مصدر قلق (و بالتالي ضغط)، حتى قبل إعادته في النوم أو في اليقظة.

-مساهمة فرانزي:

لقد أثارت نظرية فرويد حول الصدمة و أصلها جدالا و صراعا كبيرين آنذاك، و من بين الذين قدموا الكثير في ميدان الصدمة و ساهموا في إثراء البحوث حولها نذكر Sandor Ferenczi حيث عرض في 1932، في *Confusion de langue entre les adultes et l'enfant*، أسس نظريته حول الصدمة : لا يتكلم الراشد و الطفل لغة واحدة، يفرض الراشد على الطفل لغة شغف مصبوغة بالجنسية اللاشعورية التي لا يمكن للطفل إرسانها بسبب رقة لغته و خلوها من الشغف. فالمنبهات الوالدية تتجاوز قدرات الطفل على الأيض و يمكن أن تكون صدمة حقيقية تؤدي إلى انشطار الأنا و الإنسحاب النرجسي. وصف فرانزي بالإضافة إلى ذلك التماهي بالمتعدي أين يكون الطفل نقص في النضج النفسي الذي يمكنه من تحمل اللغة و السلوكات من طرف الراشد، فيخضع إذن إلى المعتدي، و حينها يستدخل في نفس الوقت الذنب الوالدي اللاشعوري.

يعتبر إستدخال آلية الدفاعية المفضلة في المرحلة الفمية، فهذه الغواية الأولى من طرف الأم، يكون لها دور في تكوين الهستيريا، حسب فرانزي.

استرجع فرانزي بعد تخلي فرويد عن neurotica، دور الغواية الراسخة في واقع الصدمة التي ظن فرويد أنها هوائية، فعند فرانزي، الصدمة الأصلية هي من الغواية الوالدية للطفل البريء.

يعود أصل الصدمة إلى الغواية الوالدية للطفل البريء عند طلبه الحنان، فهي فترة مكونة للنفس الإنسانية، و منها يعتقد فرانزي أن التقنية التحليلية لا تستكشف بكفاية طلب الحنان هذا الذي يأتي به الفرد.

حسب فرانزي، ليس للصدمة دور في انهيار التنظيم (désorganisation) على مستوى العمليات الثانوية (مثل ما هو الحال عليه في هومات الغواية)، ولكنها تسبب الصعق (الذهول) النفسي و تحث على ضرورة اللجوء إلى الدفاعات (لا سيما الانشطار و الإسقاط و التماهي لإسقاطي)، فتحدث اضطرابات خطيرة على مستوى التنظيم الإقتصادي للنزوات و الترميز، مما يؤثر على استقلالية الأنا.

- المرحلة الأولى : 1895- 1920

كان فرويد أثناء هذه الفترة، يشير بالصدمة إلى ماهو جنسي، و منها فهي مرتبطة بنظرية الغواية. يعتمد هذا النموذج على فعل "الإغراء" الجنسي الذي يحدد التنظيم العصابي (الذاكرة، الكبت و رفعه)، و لقد ساد هذا النموذج إلى غاية 1920.

لقد مرّ فرويد بمرحلتين عند وضعه و شرحه لنظريته حول الصدمة، تمتد الفترة الأولى من 1895 إلى 1900-1905، أين كان النموذج الأولي يربط الصدمة بالغواية، و شرح مفهوم البعدية في مرجعين Esquisse و Des études sur l'hystérie. و صرّح أثناء هذه الفترة بأنه لم يعد يؤمن بما سماه Neurotica في (1897) بحيث أن الهوام و ليس الغواية هو السبب في الصدمة الأولية و هو الذي يؤدي إلى التنظيم العصابي.

أما الفترة الثانية (1905-1920) فقد رسم خلالها فرويد "النمو الجنسي الطفلي" و أرصن ما وراء علم النفس، و وصف النمو الجنسي الطفلي و نظرية الليبيدو، و الوضعيات الصدمية المرتبطة "بالهومات الأولية" و بالقلق الوارد (قلق الغواية، الخشاء، المشهد الأولي، عقدة أوديب). فالصدمة مرتبطة بالقوة الضاغطة للنزوات الجنسية و بالكفاح الذي يأتي من طرف الأنا، حيث ينظر إلى كل الصراعات و كل الصدمات بالرجوع إلى الهومات اللاشعورية و الواقع النفسي الداخلي.

- المرحلة الثانية :

ابتداء من هذه الفترة، أخذ مفهوم الصدمة بعدا جديدا بحيث أنه أصبح مفهوما رمزيا و مجازيا لمعضلات اقتصادية للجهاز النفسي، أصبحت الصدمة حينئذ تمثل كسرا صاددا للإثارة، و أصبحت معاناة الرضيع نموذجا للقلق بسبب الفيض عندما لم تعد تسمح إثارة القلق للأنا الحماية من الكسر الكمي، سواء أكانت من أصل خارجي أو داخلي.

اقترح فرويد خلال السنوات الموالية، نظرية جديدة للقلق و ركّز على الربط بين الصدمة و فقدان الموضوع. انظم مصطلح الصدمة (traumatisme) ابتداء من 1920، إلى مصطلح صدمي traumatique.

أكد فرويد خلال نهاية أعماله في l'homme Moise et le monothéisme (1939)، أن التجارب الصدمية التي هي أصلا مكونة للتنظيم و التوظيف النفسي (نسمي صدمات تلك الإنطباعات المعاشة في الطفولة المبكرة، ثم نسييت هذه الانطباعات التي نوليها أهمية كبيرة في مبحث أسباب الهستيريا). يمكن أن تؤدي إلى إصابات مبكرة للأنا و أن تخلق جروحا نرجسية (هذا ما ركز عليه فرانزي في أفكاره الطليعية الأخيرة، و من جهة أخرى ميّز فرويد بين تأثيرين موجب و سالب (حالة داخل حالة).

إن نموذجا الصدمة عند فرويد هما الغواية (من طرف الآخر، واقعي) و الكارثة (من طرف الصدفة، طارئ). إضافة إلى ذلك، ليس لهذين النوعين من الصدمة نفس المكانة و لا نفس السببية، و لكنهما يمثلان في كل مرة الإثارة و جزءا من العدوانية على الفرد. و يقصد هنا بالإثارة المعنى الإقتصادي، بما يعنيه من توتر و عدوانية، و تهديد على وحدة و سلامة الفرد و كسر جسمي و أو نفسي، و تمزق الغلاف الحامي، سواء أكانت كلمات أو تصورات. سعدوني غديرة (2011: 64-71)

3-1-3- صدمة الميلاد:

إن إسهام رانك في التحليل النفسي هو نظريته في "صدمة الميلاد" (1924)، و لكنه شكّل صدمة للجميع لأنه كان بكل المقاييس ضد كل المفاهيم التي دعا إليها فرويد و التي تقوم على الدعوة لها حركة التحليل النفسي، و ما كان من الممكن أن يتهاون فرويد إزائه، لأنه مسار جديد تماما على الفكر التحليلي النفسي. و هو و إن كان متفقا مع الخط الفكري لرانك، إلا أن فرويد كان ينبغي أن يحذر فيه من أول الأمر و قد لمس فيه هذا النزوع للتجديدية. فيصل عباس (1996: 96)

يذهب رانك إلى أن الإنسان يشعر في جميع مراحل شخصيته بخبرات متتالية من الانفصال. و يعتبر رانك الميلاد أول و أهم خبرة تمر بالإنسان و تسبب له صدمة مؤلمة : و تثير فيه قلقا شديدا. لقد اهتم رانك بانفصال الطفل عن الأم و عن تلك "الحالة الأولية في الرحم"، حيث إن حياة الرحم هي بمثابة الجنة التي ينعم فيها الطفل بالسعادة، و أن الميلاد عبارة عن طرد من هذه الجنة. و تفسير ذلك، هو أن الجنين داخل الرحم هو جزء من الأم، فالأم و الطفل عبارة عن وحدة متصلة، و لهذا يعتبر الميلاد نهاية لذلك الإتحاد، فانفصال الجنين يعني حرمانه من "الحالة الأولية في الرحم"، و هذا يؤدي إلى تغيير فجائي في حياة الطفل، و لذلك تعتبر عملية الولادة أشد أنواع الخبرة و أقساها ألما و التي يجتازها الإنسان بقلق و الخوف شديدين. فالميلاد هو انفصال الجنين عن رحم الأم، يعتبر بداية القلق الأولي، و هذا من شأنه أن يطمس ذكرى حالة السعادة الأولى السابقة للولادة. و بتأثير من هذا الشعور، تتشكل في نفسية الإنسان آلية خاصة لإقامة حاجز عقلي يمنع تذكر حالة السعادة الأولى، و يوضع الأساس لكبت أولي. إن رانك يفسر جميع حالات القلق التي يمر بها الإنسان على أساس "صدمة الميلاد" Traumatisme de naissance، فهي عبارة عن تفرغ لإنفعال القلق الأولي، و يصبح كل إنفصالا فيما بعد سببا لظهور القلق. فيصل عباس (1994: 151-152)

استنتج رانك أن الأوضاع المختلفة المسببة للقلق (الخصي، فقدان الحب) ليست بالتالي رموزا إلا لهذه الصدمة. فؤاد شاهين (1997: 1094)

3-2-3- صدمة /الكارثة : علم النفس الكوارثي La clinique de catastrophe

ظهرت منذ الثمانينات عدة دراسات حول الصدمة النفسية و انعكاساتها فيها يسمى بالطب النفسي الكارثي (Psychiatrie de catastrophe) و الطب النفسي للحروب (Psychiatrie de guerre).

و يتمحور التركيز على الحدث الصادم (Traumatogène)، و أهمية الصدمة، و الهلع، و أخيرا الإلتقاء مع الموت مع تواجد ازدواجية واقعية الموت و العدم (néant). و يلح الباحثون في هذا الميدان على التمييز بين الصدمة النفسية (trauma psychique) و الضغط (stress) الذي يعتبر رد فعل بيولوجي خاص كما وصفه Selye، و معايير تحديد الصدمة هي كما يلي:

1-الحدث الصادم استثنائي خطير، عنيف، مفاجئ brutal، فظيع horrible مروع و أحيانا مرفوق بموت حقيقي للأشخاص و غالبا ما يكون كذلك مرفقا بخطر حقيقي و موضوعي بموت الفرد ذاته، فالحادث يعتبر تهديدا حياتيا، و إن المعاش الشخصي للفرد أثناء الحدث مهم جدا، فهذا المعاش الذاتي هو دائما ضروري و ممكن أن يكون كافيا لإحداث الصدمة النفسية. و تعتبر الكارثة ذاتية، فريدة و غير قابلة للقياس بتلك التي تمس الشخص العادي. فتقييمها للأرقام ليس له معنى.

2-القلق، العرضية التكرارية مثلا الكوابيس المستحوذة و المتكررة لها هدف التحكم و السيطرة الرجعية على الإستثارة تحت غطاء القلق.

3-الهلع : يمكن القول انه بالإستعانة بالتعبير الفينومونولوجي، أن الصدمة النفسية تعني: غياب التوقع بسبب فظاعة الحادث نفسه، هي حالة معاناة عند أغلبية الناس، فليس للموت معنى ملموس و على كل حال لا يمكن تصور كل هذا فيكون التصور عن طريق البدائل و عن طريق فظاعة انتظار الأشياء القادمة (المستقبلية). يدرك الفرد وقتا غير قابل للتعبير عنه، و قتا جامدا غير قابل للوصف.

لا يظهر القلق بالنسبة ل F.Lebigot بسبب الكسر و إنما بسبب درجة صفر التي يصل إليها الوجدان، فعدم الأصل هو الذي يميز الهلع.

و عندما يتذكر الأفراد هذه اللحظة القصيرة جدا للصدمة، يتحدثون عن "عطل"، "فراغ"، "صمت مطلق"، "بياض"... الخ. يظهر القلق بعد فوات لحظة الذعر، في حين تكون الصورة الراسخة تهديدا داخليا بالعدم.

أما L.Crocq، فيتحدث عن المواجهة المفاجئة مع الموت الحقيقي، موتنا الشخصي و موت غيرنا من وساطة النظام الدال الذي يحمي الفرد في الحياة اليومية من هذا الإتصال العنيف. يجد Crocq في هذا المضمار أن هناك ارتفاع ميتافيزيقي تقريبا، حيث يقول: الأكبر عمقا في هذه التجربة هو الإدراك المتميز للعدم، لهذا العدم الذي يخشاه المرء و ينفيه بشغف كل يوم، لأن توكيد كل وجود و الإيمان بالحياة يذوبان في النفي المعزّم عليه (المطّهر) للعدم (la négation exorciste du néant)، هذا العدم الذي كل واحد منا متأكد منه من غير أن يعرفه حقا. و بالتالي، يتعلق الأمر هنا بانقطاع في الدال مع اقتحام مفاجئ لتجربة الموت و العدم و اللامعنى لوجود كان لحد الآن معنى. يرى الفرد نفسه أمام هذا الظهور المؤكد لموت حقيقي، مجرد من الدلالات و "التصور" لسبب بسيط؛ أنه لم يسبق له التعرف من قبل على الموت من جهة، و من جهة أخرى، لا يمكن للبدائل الراسخة في الوعي و الثقافة، مثل الجثة و الطقوس المتعلقة بالموت، أن تشرح و لا تسيطر على هذه المواجهة و منها تأتي التجربة الأساسية للذعر و الشعور المسبق "بالموت الشخصي بصفته حقيقة نهائية"، و "فقدان الذات بأكملها"، و

لهذا يضيف L.Crocq أن أعراض العصاب الصدمي التي تحاول من دون جدوى عرقلة العملية المميّنة (processus de mortification) مثل (الكف، التفكك و الإنطواء حول الذات) أو تسجيل الحدث الصدمي (مثل التكرارات) تؤكد قوة و شدة الذعر، و إلحاحها بصفته مصيرا.

خلافًا عن ماهو موجود في نظرية الغواية و الإغتصاب النفسي، فهنا لا يوجد الكبت و لا إعادة التنظيم، فطريقة الدفاع هنا هي "العصاب الصدمي"، أي تنظيم مرضي مركز على التكرار، على سرد القصة و الشكاوي و الكوابيس... يمكننا القول لأول وهلة، أن الفرد شكّل صورة متحركة للأبدية، و بالفعل الحركة الدائرية تضمن إبقاء نفس الأشياء عن طريق تكرارها، و يعتبر رجوعها المستمر تعبيرًا عن السكون المطلق.

يعتقد كل من Crocq و Sailhan و Barrois (1983) أنه من الملائم وضع العصابات الصدمية بصفتها معارضة للنفاس و للعصابات الراهنة، انطلاقًا من المعارضة: السببية الخارجية/ السببية الداخلية.

3-3- الصدمات المعقدة:

تعتبر Lenore terr الرائدة في العمل حول الصدمة عند الأطفال، من بين المساهمة التي أتت بها، نذكر تصنيفها للصدمة المعقدة من النوع (type 1) (type 2) :

النوع الأول: يكون الحدث الصدمي فريدا و له بداية و نهاية محددتين. تحدث الصدمة بسبب عامل ضاغط حاد، (مثل حريق، كارثة طبيعية).

النوع الثاني: تتكلم terr عن الصدمة من النوع الثاني عندما يكون الحدث متكررا و حاضرا باستمرار، هناك تهديد بأن يتكرر في أي وقت و لمدة طويلة من الزمن. تحدث الصدمة بسبب عامل ضاغط و مزمن و مؤذي (مثل العنف العائلي، الإعتداءات الجنسية، العنف السياسي، الحروب، الخ).

كل صدمة هي من نوع الأول في البداية، و تكون ردود الفعل التي تظهر عند الضحايا هي متشابهة من النوع الأول، و لكن بالتدرج مع تشكيل النوع الثاني، تظهر آليات التكيف أكثر فأكثر من النوع المرضي.

ترى terr أنه من المهم ألا نخلط بين الفرد الذي مرّ في حياته بعدة صدمات من النوع الأول (مثلا : فقدان ممتلكاته في حريق، و سنوات بعدها نهيت أمواله في إعتداء، ثم كان شاهد عيان على حادث مرور خطير، و بعد ذلك نجا من الموت أثناء حادث مرور، الخ) بالصدمة من النوع الثاني.

حسب terr الصدمة الناتجة عن الإعتداء الجنسي أو التعذيب هي من النوع الثاني، حتى و لو أن العامل الضاغط حدث مرة واحدة في حياة الشخص.

أضاف E.F.Solomon و K.M.Heide (2005) النوع الثالث، و يدل هذا النوع من الصدمة على الأحداث المتعددة و المجتاحة و العنيفة جدا، و هي حاضرة لمدة طويلة من الزمن. تحدث الصدمة من جرّاء عمل ضاغط مزمن أو مؤذ (مثل معتقلات سجون الحرب، التعذيب، الإستغلال الجنسي، العنف و الإعتداءات الجنسية داخل العائلات، الخ).

أما E. Josse (2004) أتى بالنوع الرابع الذي يشير إلى الصدمة المستمرة (trauma en cours)، و ما يميز هذا النوع هو أنه مستمر في الحاضر، مثل فرقة معرضة للاختطاف؛ الرهائن، الصحفيون، العاملون في الخدمات الإنسانية، أفعال الحرب، الأمراض، الإعتداءات الجنسية داخل العائلات، الخ.

ميزت J.Herman بالإعتماد على مفهوم الصدمة المعقدة الذي أنتت به terr، بين الصدمة البسيطة و الصدمة المعقدة، حيث تعرف الصدمات المعقدة بصفقتها نتيجة البقاء في وضعية الضحية بصفة مزمنة (victimation chronique) تحت استبعاد و قهر جماعة أو شخص أو أشخاص. يكون الشخص في هذه الوضعيات عامة تحت سلطة و تحكم صاحب الأفعال الصادمة و يكزن عاجزا عن الفرار.

أما الصدمات البسيطة في رأي J.Herman فهي تلك الصدمات التي أدرجتها Terr في النوع الأول. سعدوني غديرة (2011: 73 - 80)

3-4- الصدمة النفسية و البعدية:

ظهر مفهوم البعدية (après coup) لأول مرة في كتاب مشروع علم نفس علمي لفرو يد سنة 1995، مرتبطا بالصدمة غير أنّ العلاقة بين المفهومين ظلت غامضة، و تتضح إلا في كتاب رجل الذئاب سنة 1918، يرى فرويد أن الذكرى المكبوتة لا تتحول إلى صدمة إلا بعد وقت مناسب في المراحل المتأخرة من المراهقة، بمعنى أن التطور البيولوجي في البعدية هو الذي يمنح كل قوته إلى حادث جديد، يظهر أنه تافه و مبتذل لكنه مرتبط بعدة طرق مع الصدمة الأولى. و تقتضي البعدية توفر حادثين أساسيين : الأول مفاجئ و أولي و منسي يحمل أثرا و لا يعرف الشخص مضامينه، و الثاني مبتذل و متأخر في مرحلة النضج، يعمل على تنشيط الحادث الأول و يثير دفاعا مرضيا.

و يرى كورنو أن النضج الطبيعي قبل البلوغ و بعده هو الذي يمنح للشخص الوسائل الضرورية لإرسان الصدمة النفسية الأولى، فالشرح مثلا لا يكفي بل لابد من وجود صدمة ثانية، تعمل على إرسان الصدمة الأولى و تجنيسها (Sexualiser)، و هو ما يؤدي للكبت و إنتاج الأعراض. و تقترض فكرة البعدية هذه، ذاكرة توظيف لا ذاكرة تسجيل، ذاكرة تعيد بناء الماضي الذي يعطيه الحاضر دلالة جديدة، و يعيد تفسيره باستمرار.

يشير مفهوم البعدية إلى أن ما يأتي من بعد يعطي معنى لما حدث من قبل، و يحدث انقلابا و زعزعة في المعالم الموضوعية سابقا، حيث لا تأخذ الصدمة معناها و فعاليتها إلا من خلال صدمة ثانية تأتي لتجنيسها. بهذا فالتحليل الذي يكشف عن بعديات متتابعة في تاريخ الشخص يصبح ذاته بعدية، فإذا كانت الأعراض تظهر أحيانا مباشرة بعد وقوع الحادث بعد ساعة أو يوم، فإنها قد لا تظهر أحيانا أخرى إلا بعد فترة كمون طويلة نوعا ما، و بمناسبة حادث ثان له علاقة ترابطية مع الحادث الأول الأصلي، فيؤدي إلى تنشيطه. و تنفجر الصدمة النفسية بذلك من خلال البعدية و تأخذ كل دلالتها، فمن الخطأ أن نعتقد زمن الكمون يكون ساكنا تماما، بال أنه مفعم بالنشاط، غير أن الأعراض تظهر فيه في شكل ضعيف نسبيا و مستور و لا تتجلى غلا في البعدية، فهذه الأخيرة هي التي تنظم الحياة النفسية بفضل الكبت و تسمح لنا بفهم زمن الكمون.

تشير هكذا البعدية إلى أن هناك حادثا قبليا وقع للفرد، و كان بمثابة صدمة نفسية بالنسبة إليه، إلا انه لا يؤدي إلى اضطراب واضح في شخصيته، بل يبقى كامنا و بمثابة استعداد، و بمناسبة حادث آخر بعدي

يأخذ الحادث الأول معناه تتجنس و يفقد الشخص على أثرها توازنه النفسي. عبد الرحمن سي موسى و رضوان زقار(2002: 52-53)

3-5- النظرية السلوكية:

تؤكد هذه النظرية أن الاشرط الكلاسيكي يتم عندما ترتبط استجابة التوتر و القلق بمثيرات و منبهات مرتبطة بصدمات نفسية شديدة. و هذا يشير إلى أن الحدث الصدمي هو بمثابة منبه غير مشروط يظهر الخوف و القلق بالاستجابة اللاشرطية أو الطبيعية و يصبح المنبه غير طبيعي (خبرة ما اقترنت بالحدث الصدمي مثل الأصوات العالية أو سيارات الإطفاء و غيرها من المثيرات تعد منبها مشروطا) و تظهر الاستجابة العاطفية المشروطة المتمثلة بالخوف و القلق و التي يشعر المريض بسببها بعدم الراحة و تؤدي به إلى أن يسلك سلوكا تجنبيا سلبيا.

و هنا تظهر أعراض المرض و تنقسم المثيرات إلى :

1-المثير الطبيعي: مثير يحدث للاستجابة بصورة آلية، مثل (انفجار قنابل) و يكون رد الفعل الطبيعي هو الخوف. و تعد استجابة لاشروطية.

2-المثير غير الاشرطية: و هو حدث أو خبرة لا تستوجب رد الفعل الطبيعي الخوف في بداية الأمر و لكن اقترانه بالمثير الطبيعي يثير الاستجابة الطبيعية مثلا الأصوات العالية و سماع صوت الطائرات و سيارات الإطفاء و غيرها.

3-اقتران المثير المحايد بالمثير الطبيعي: قد تحدث أحيانا لمرة واحدة و خصوصا في الحالات الشديدة أو لعدة مرات و بعد هذا الإقتران فإن المثير المحايد قد يستدعي رد فعل مماثل للاستجابة اللاشرطية و يسمى بالاستجابة الشرطية. و يمكن أن تمتد الاستجابة الشرطية إلى أحداث مشابهة للمثير الشرطي و إلى جوانب الموقف الذي تم فيه إشرط الاستجابة أصلا و تسمى هذه الاستجابة بتعميم المثير.

3-6-نظرية معالجة المعلومات:

تشير هذه النظرية إلى أن الفرد عندما يتعرض إلى أحداث صدمية فإن تلك الأحداث تدرك على أنها معلومات جديدة و غريبة عن المخطط الإدراكي الموجود لأنها غير موجودة ضمن ذلك المخطط فالفرد غالبا لا يكون مهينا لمواجهة تلك الأحداث لأنها أحداث تقع خارج الخبرة الإنسانية الاعتيادية و بالتالي لا يتوقع حدوثها. و عندما تحدث فإنها تكون غريبة على ذلك المخطط بحيث أن الفرد لا تكون لديه القدرة أو الوسائل أو الكيفية للتعامل مع تلك الأحداث و بذلك تهدد الفرد و يضطرب نظام سلوكه و لكي يتمكن من استعادة توازنه عليه أن يستوعب و يمثل تلك الصدمة داخل المخطط الإدراكي عن طريق معرفة الوسائل التكيفية الصحيحة المناسبة لتلك الصدمة فيؤدي ذلك إلى تخفيض تدريجي لتأثيرات الصدمة. أما إذا لم يتمكن الفرد من استيعاب و تمثيل الصدمة فإن تأثيرات تلك الأحداث ستبقى في ذاكرة الفرد.

و على وفق هذه النظرية فالفرد أما أن تزداد لديه أعراض إعادة إختبار الحدث كالذكريات المحزنة و التسلطية و أحلام و كوابيس عن الحدث أو الحزن الشديد عند التعرض للمواقف التي تثير الذكريات

المؤلمة عن الحدث أو عدم القدرة على تذكر الحدث. و بحسب رؤية هورويتز (Horowitz) إذ يؤكد على أن الأحداث الصدمية تحدث اضطرابا لإدراك الفرد للواقع، و قد أشار إلى أن الناجين من الأحداث الصدمية يعانون من الأعراض في مراحل معينة و لا سيما الأشخاص الذين أظهروا تأخرا في إدراك و استيعاب و فهم الحادث. و أكد أن رد الفعل المباشر قد يكون عبارة عن اضطراب عاطفي يعقبه رفض التصديق و خدر في الأحاسيس و قد يحدث بعد ذلك مرور الفرد بفترات يعاني فيها من أفكار أو صور أو مشاعر اقتحامية و فتور عاطفي و أحاسيس مستمرة بالرفض و خدر المشاعر و تغيرات في السلوك و تعد كل هذه الأطوار آليات دفاعية ذاتية ناتجة عن عدم إدراك الفرد للحقائق بشكل كامل.

سعيد جاسم الأسدي عطاري محمد سعيد (2014: 205-207)

4-مراحل الصدمة النفسية:

4-1-مرحلة الصدمة و الإنكار:

فيها يتصرف المصاب دون وعي منه و كأنه لم يتعرض لأي صدمة نفسية، و تعتمد هذه المرحلة في العادة على حسب نوع درجة الصدمة النفسية التي تعرّض لها الفرد.

4-2-مرحلة الغضب:

و فيها يشعر الفرد الذي تعرّض لحادث صادم بالغضب نتيجة تعرضه لتلك الخبرة المؤلمة، و يبدأ في لوم ذاته لما حصل لي هذا؟

4-3-مرحلة المساومة (التضحية):

يكون فيها الفرد في حالة إبطاء فتجعله يأخذ الوعود على نفسه، بأن يقوم بأي شيء للخروج من تلك الخبرة المؤلمة أو استعادة ما فقده (سوف أكون إنسانا صالحا).

4-4-مرحلة الإكتئاب:

في هذه المرحلة يبدأ وقع الصدمة النفسية يأخذ منحى طبيعيا و واقعيا، إذ يبدأ المريض بالحزن و يبدي عدم اهتمامه بكل ما يدور حوله من أمور.

4-5-مرحلة التقبل:

و فيها يبدأ باستيعاب ما حصل له من صدمات و تقبل الأثر النفسي الذي خلّفته الصدمة النفسية ورائها، و تعد هذه المرحلة بداية العلاج و الخروج من الصدمة النفسية. ناجي يسمينة (2015: 23-24)

5-أنواع الصدمة النفسية:

5-1-الصدمة الرئيسية:

هي الخبرة الجلى في حياة أي شخص تصادفه باكرا، و تكون لها آثار نفسية حاسمة التي لا يمكن أن تستحدثها أي صدمة أخرى. عبد المنعم الحنفي (779)

و أهم صدمتين يصادفهما الفرد خلال مراحل نموه هما:

➤ 2-5-صدمة الميلاد:

إن فكرة رانك في الميلاد هي أن القلق جميعه، و من ثم العصاب و الإستعداد للإصابة به إنما يتسبب فيهما الفزع الفطري الذي لا مهرب منه، و الذي نخبره لحظة الميلاد نتيجة الخروج إلى الحياة الجديدة تماما بعد تسعة أشهر في رحم الأم، و هو فزع يتنامى و يصبح خوفا مغروسا في النفس و يلزم الإنسان طوال عمره، و هذه التجربة التي نمر بها جميعا هي بكل المقاييس تجربة صادمة بطريقة أو بأخرى، و هي الأساس البيولوجي لكل ما هو نفسي من بعد، و كل الظواهر الثقافية يمكن تفسيرها إنا كتعبير مباشر لهذه الصدمة، أو باعتبارها مجاهدات للتغلب على القلق المترتب عليها، و الذي يتفجر فينا منذ الميلاد، و من ثمة فهو قلق من النوع الأولي، أو هو أصل كل قلق لاحق. فيصل عباس (1996: 96-97)

➤ 3-5-صدمة البلوغ:

تضاهي صدمة الميلاد أثرا، و المعروف أن الطفل في البلوغ يشهد تغيرات في جسمه و يشعر بمشاعر لم تكن له من قبل، و يأتي بتصرفات يحسن إزائها أنه مختلف تماما، و ربما تكون له في هذه المرحلة من نموه استجابات و خاصة عند البنات تكون لها تأثيرات هائلة و على حياته النفسية و تظل معه بقية عمره.

4-5-صدمة الطفولة:

موقف عاشه الشخص في طفولته و كانت له وطأة استشعر لها قلقا عارما.

5-5-صددمات الحياة:

هي تجارب التي يمر بها الشخص و يتخلف عنها أذى بالغ بنفسه يطبع شخصيته. بسببها تضطرب فتكون عصابية أو وسواسية أو قهرية أو هستيرية أو شبه فصامية أو هذائية، أي أن صاحبها يسلك كسلوك المريض بأي من هذه الإضطرابات السابقة لم يكن به المرض حقا، إلا أن سلوكه مع ذلك يظل سلوكا غير سوي. عبد المنعم الحنفي (779-780)

6-أعراض الصدمة النفسية:

1-6-متلازمة التكرار:

يكون بالعودة للحادث الصدمي سواء في الليل من خلال كوابيس، أو في النهار من خلال معايشة الحدث، عودة الموضوع أو الحدث كما لو كان يحاول أن يعيش، بكل التفاصيل التي تلقاها في وقت محدد و حالي. مرة أخرى في هذا الحدث، و إذا كان هذا هو الكابوس، يستيقظ في البداية مع تعرّق و معاناة من قلق شديد. أحيانا يستغرق وقتا طويلا لاسترجاع الوضع الحالي. خلال ذكريات الماضي في النهار،

الموضوع أو الحدث يكون مستيقظ، و الأمور قليلا تكون أكثر تعقيدا.حيث يعيش عادة في الوقت نفسه على الحدث الفعلي و الواقع الذي كان موجودا.

6-2-القلق:

الحصر أو القلق غالبا هو الأول في الجداول الإكلينيكية، نجد القلق العميق (قلق عام)، نوبات قلق حادة (نوبة هلع)، كل هذا ينتج عنه مخاوف خاصة في حالة الحدث الصدمي، و هذا لا يمنع حالات أخرى يمكن أن تكون رهابية، حتى رهاب العام : مخاوف عن العالم الخارجي تقتصر على نفسه و تكون مغلقة. يسود القلق مع أكثر أو أقل من قوة الإكتئاب، اضطرابات الشخصية و السلوك، و مظاهر النفسية و الجسدية، نجد أنفسنا في حلقة مفرغة يصعب جدا كسرها : الألم يتفاعل بالصدمة، و الصدمة تتفاعل بالقلق، و كل هذا يحدد من خلال الألم.

6-3-الإكتئاب:

حيث يتراوح بين الحزن البسيط مع نقص الطاقة، لديه ميلاخوليا الهذيانية، يتميز بهذيان الإضطهاد آلية تفسيرية.

مزاج حزين، كبت عقلي و نفسي بمعنى الإحساس بالتعب الجسدي و النفسي خاصة في الصباح، فقد الإرادة مع صعوبة المهام، اضطرابات الذاكرة، اضطرابات في التركيز و خاصة الإنتباه.

6-4-اضطرابات الشخصية:

فهي ثابتة و متفاوتة في الشكل و الحدة : انسحاب، التهيج مصحوبة بمشاعر غامضة أو المعبر عنها في شكوى، العدوانية، العنف داخل الأسرة و خارجها.

6-5-اضطرابات السلوك:

الإدمان الذي يؤدي إلى الإنعزال عن المجتمع و أحيانا إلى الموت، اضطراب السلوك الغذائي، اضطراب جنسي (اغتناب)، إفراط في استهلاك المهلوسات، الإنتحار.

6-6-انتقال للفعل:

يمكن أن تنشأ في سياق اضطرابات السلوك مثلا اضطرابات سلوك العدوانية، أو الإكتئاب، إقدام بفعل محاولة إنتحار، و يمكن أن تكون غير متوقعة. في بعض الأحيان المريض يستشعر هذا الخطر، و عندما يخشى المرور إلى الفعل القاتل يطلب الإستشارة بشكل عفوي.

6-7-شكاوي الجسدية:

هي متكررة و عموما نراها في القلق أو الإكتئاب، و لكن في بعض أحيان قيمة العرض المحوّل يتعلق بجانب واحد أو بآخر من الحدث.

6-8- الأمراض النفسية الجسدية:

نذكر آلام الصدمة البدنية. لا تظهر الأمراض السيكوسوماتية في الوصف المتوالي من اضطرابات ما بعد الصدمة، على رغم من ذلك نلاحظها عادة في عصابات الصدمة. إرتفاع ضغط الدم، زيادة ضربات القلب... الخ. (François Lebigot (2006: 26-30

7-تشخيص الصدمة النفسية :

يتم تشخيص الصدمة النفسية بالإعتماد على المعايير الموجودة في DSM5 و هي بمثابة المرجع الأساسي، و نجد هذه المعايير ضمن اضطرابات المتعلقة بالصدمة و الإجهاد و تحت عنوان Trauma- and stress-Related Disorder، و معايير تشخيص الصدمة النفسية حسب DSM5 كالتالي :

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

1-التعرض المباشر للحدث الصادم.

2-المشاهدة الشخصية للحدث عند حدوثه.

3-المعرفة بوقوع الحدث الصادم لأحد أفراد الأسرة أو أحد المقربين، في حالات الموت الفعلي أو التهديد بالموت لأحد أفراد الأسرة أو أحد الأصدقاء المقربين، فالحدث يجب أن يكون عنيفا أو عرضيا.

4-التعرض المتكرر أو التعرض الشديد للتفاصيل المكروهة للحدث الصادم.

ملاحظة: لا يتم تطبيق معيار A4 إذا كان التعرض من خلال وسائل الإعلام الإلكترونية، و التلفزيون، و الأفلام، أو الصور، إلا إذا كان هذا التعرض ذا صلة بالعمل.

B-وجود واحد أو أكثر من الأعراض المتقدمة التالية المرتبطة بالحدث الصادم، و التي بدأت بعد الحدث الصادم :

1-الذكريات المؤلمة المتطفلة المتكررة و غير الطوعية، عن الحادث الصادم.

ملاحظة: في الأطفال الأكبر سنا من 6 سنوات، قد يتم التعبير عن طريق اللعب المتكرر حول مواضيع أو جوانب الحدث الصادم.

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

ملاحظة: عند الأطفال، قد يكون هناك أحلام مخيفة دون محتوى يمكن التعرف عليه.

3-ردود فعل تفارقية (على سبيل المثال، [Flashbacks] ومضات الذاكرة) ، يشعر الفرد أو يتصرف كما لو كان الحدث الصادم يتكرر.

(قد تحدث ردود الفعل هذه بشكل متواصل، حيث التعبير الأكثر تطرفا هو فقدان كامل للوعي بالمحيط).

ملاحظة : في الأطفال، قد يحدث إعادة تمثيل محدد للصدمة خلال اللعب.

4- الإحباط النفسي الشديد أو لفترات طويلة عند التعرض لمنبهات داخلية أو خارجية، و التي ترمز أو تشبه جانبا من الحدث الصادم.

5-ردود الفعل الفيزيولوجية عند التعرض لمنبهات الداخلية أو خارجية و التي ترمز أو تشبه جانبا من الحدث الصادم.

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

1-تجنب أو جهود لتجنب الذكريات المؤلمة، و الأفكار، أو المشاعر أو ما يرتبط بشكل وثيق مع الحدث الصادم.

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

D-التعديلات السلبية في المدركات و المزاج المرتبطين بالحدث الصادم، و التي بدأت أو تفاقمت بعد وقوع الحدث الصادم، كما يتضح من اثنين أو أكثر مما يلي :

1-عدم القدرة على تذكر جانب هام من جوانب الحدث الصادم (عادة يسبب النساوة التفارقية و لا يعود لعوامل أخرى مثل إصابات الرأس، و الكحول أو المخدرات).

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

3-المدركات الثابتة، و المشوهة عن سبب أو عواقب الحدث الصادم و الذي يؤدي بالفرد إلى إلقاء اللوم على نفسه أو غيرها.

4-الحالة العاطفية السلبية المستمرة (على سبيل المثال، الخوف و الرعب و الغضب، و الشعور بالذنب، أو العار).

5-تضاءل بشكل ملحوظ للإهتمام أو مشاركة في الأنشطة الهامة.

6-مشاعر بالنفور و الانفصال عن الآخرين.

7-عدم القدرة المستمرة على اختيار المشاعر الإيجابية (على سبيل المثال، عدم القدرة على تجربة السعادة و الرضا، أو مشاعر المحبة).

E-تغييرات ملحوظة في الإستثارة و رد الفعل المرتبط بالحدث الصادم، و التي تبدأ أو تتفاقم بعد وقوع الحدث الصادم، كما يتضح من اثنين أو أكثر مما يلي :

1-سلوك متوتر نوبات الغضب (دون ما يستفز أو ما يستفز بشكل خفيف)، و التي عادة ما يعرب عنها بالإعتداء اللفظي أو الجسدي تجاه النفس أو الأشياء.

2-التهور أو السلوك تدميري للذات.

3-التيقظ المبالغ فيه.

4-استجابة عند الجفل مبالغ بها.

5-مشاكل في التركيز.

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

F-مدة الإضطراب (معايير B, C, D, E) أكثر من شهر واحد.

G-يسبب الإضطراب إحباطا سريريا هاما أو ضعفا في الأداء في المجالات الإجتماعية و المهنية أو غيرها من مجالات الأداء الهامة الأخرى.

H-لا يعزى الإضطراب إلى التأثيرات الفيزيولوجية لمادة (مثل الأدوية، و الكحول) أو حالة طبية أخرى.

حدد ما إذا كان:

-مع أعراض تفارقية: أعراض الفرد تفي بمعايير اضطراب الكرب ما بعد الصدمة، بالإضافة إذا ذلك، فردا على الشدائد يختبر الفرد أعراض مستمرة أو متكررة من أي مما يلي :

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

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

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

حدد إذا كان :

مع تعبير متأخر: إذا لم يتم استفتاء معايير التشخيص حتى 6 أشهر على الأقل بعد وقوع الحدث (على الرغم من أن البدء و التعبير عن بعض الأمراض قد يكون فوريا).

8-اضطراب الضغط ما بعد الصدمة :

8-1- مفهوم اضطراب الضغط ما بعد الصدمة:

من حرب فيتنام التي كانت بقيادة أمريكا 1964-1973، انتشر هذا المرض على نطاق واسع بين الجنود حيث ارتفع عدد متلازمات بعد حرب فيتنام، و لوحظ بعد العودة أن (700 000 حالة في 3 ملايين شخص بعثوا إلى فيتنام، تقريبا واحد من كل أربعة).

كانت هناك ترجمة سيئة باللغة الفرنسية لحالة الضغط ما بعد الصدمة. في حين كان مصطلح الإضطراب أفضل، لأن DSM رفض مصطلح عصاب. (Jean-Louis Senon (2012: 184)

إن عبارة الضغوط ما بعد الصدمة لم تكن موجودة في قاموس الطب النفسي قبل عام 1980 إذ كان العلماء يستعملون قبل هذا تاريخ بعض عبارات الخاصة مثل صدمة القصف أو معارك الحروب. و في عام 1980 أدخلت جمعية الطب النفسية الأمريكية عبارة PTSD أي اضطراب ما بعد الصدمة، و ذلك للدلالة على اضطراب نفسي خاص يتلو حدوث الصدمة. غسان يعقوب (1999: 37-38)

يعرف DSM 5 اضطراب الضغط ما بعد الصدمة بأنه تعرض لإحتمال الموت الفعلي أو تهديد بالموت، يتعرض المباشر للحدث أو مشاهد شخصية للحدث عند حدوثه للآخرين، و تكون استجابته؛ أحلام مؤلمة متكررة مرتبطة بالحدث، تجنب عوامل تذكير خارجية خاصة بالحدث الصادم، شعور بالذنب التيقظ المبالغ فيه، مشاكل في التركيز، اضطرابات في النوم.

و يعرف CIM 10 (1992) حالة الضغط ما بعد الصدمة بأنه تكوين استجابة مختلفة لوضع ما، أو لحدث ضاغط ذو خاصية مهددة أو كارثية. (Isabelle Gothuey Robert Hamming(2005: 138)

8-2- مسار و مآل اضطراب الضغوط ما بعد الصدمة:

إن اضطراب الضغط ما بعد الصدمة قد يستمر عدة أشهر أو سنوات، و يبدو أن هذه المدة تتوقف على طبيعة الصدمة من جهة و شخصية المصاب من جهة أخرى، وجد هيلزر معاونوه (1987) من خلال دراستهم على جنود مقاتلين في فيتنام و على الأشخاص الذين تعرضوا لإعتداء جسدي شديد :

-عوارض الضغط ما بعد الصدمة قد تستمر إلى أكثر من ثلاث سنوات و تتخذ شكل المرض المزمن. و تبين أن التجنب و الشعور بالذنب يستمران لمدة طويلة بالإضافة إلى الشكوى السيكوسوماتية و الرهاب الإجتماعي.

-بعض الحالات من اضطراب ما بعد الصدمة تستمر طويلا، فإن الأمر يختلف مع الحالات الأخرى حيث يتلاشى فيها الإضطراب مع مرور الزمن.

-وجد ماكفرلان (1988) أن هناك 27% من الحالات يختفي فيها الإضطراب المذكور.

-وجد هيلزر و زملاؤه (1987) أن هناك 80% من المصابين كان لديهم تاريخ مرضي.

-قد يترافق اضطراب ما بعد الصدمة في بعض الأحيان بعوارض إضافية ملازمة مثل الإكتئاب، و القلق، و الإضطرابات السيكوسوماتية، و الوسواس القهري و تعاطي الكحول و المخدرات.

-و يعتقد (MCFARLANE 1989) بأن وجود عامل مرضي سابق في الشخصية هو من العوامل الأساسية لظهور اضطراب ما بعد الصدمة، و الإتجاه نحو الشكل المزمن. غسان يعقوب (1999: 55-56)

9- علاج الصدمة النفسية:

تعتبر مرحلة التدخل السريع للأخصائيين هي أصعب مرحلة في العلاج، حيث يقوم الأخصائي بتحديد طرق التعامل مع المصابين بالصدمة النفسية و زمن التدخل المناسب، يكون التدخل العاجل من أجل إيجاد تواصل بين الأفراد و المؤسسات النفسية في موقع الكارثة، ثم الحفاظ على هذا التواصل لفترة تكفي للتكفل بالجانب النفسي، و تهدف العلاجات النفسية إلى تحسين و تقوية ثقة الفرد الذي تعرّض للصدمة النفسية في نفسه و في غيره، تغيير الرؤية الذاتية السلبية إلى رؤية ذاتية الإيجابية في كافة مجالات الحياة و على كافة المستويات و خلال سنوات العمر. و علاج أي شخص تعرّض لحادث صادم و خبرة صادمة تبدأ بالسلوك التألمي، و يتم ذلك عن طريق الحوار، و يرمي هذا العلاج إلى مساعدة الشخص على التأقلم مع الحدث الصادم عن طريق استحضار ذكرياته في موقف آمن و سليم، و رغم أن العلاج يكون متوترا في البداية، إلا إن إعادة تذكره قد يظهر تدريجيا و ذكريات بحد ذاتها غير مؤذية، و قد تساعد أيضا على ربط الذكرى الأليمة هذه مع العواطف التي ولّدتها، و هذا ما يساعد على إدراج هذه الذكرى ضمن حدث حصل في الماضي، و ليس أمرا قد يتكرر و يتكرر. زاهدة أبو عيشة تيسير عبد الله (2012: 206-209)

توجد عدة علاجات و تقنيات مختلفة حسب مقاربات نظرية متنوعة، استعملت العلاجات المستمدة من التحليل النفسي لعلاج الإضطرابات النفسية خلال الجزء الأول من القرن العشرين. و في الثمانينات، بدأ علاج اضطرابات الضغط ما بعد الصدمة، بالموازاة مع اضطرابات الحصر عن طريق المقاربات العلاجية السلوكية و المعرفية. سعدوني غديرة (2011: 193)

1-العلاجات السلوكية:

يعتبر العلاج السلوكي أحد الأساليب الحديثة المبنية في الأساس على نظريات و قواعد التعلم، يعتمد هذا العلاج على مبدأ أن الإنسان يتعلم السلوك السوي و الغير السوي من خلال تفاعله مع البيئة. و جوهر العلاج هو إحلال السلوك الملائم و المرغوب محل السلوك غير ملائم و مكروه و ذلك عن طريق محو و إطفاء السلوك السيئ و إعادة تعليم سلوكيات جديدة و مقبولة، و التقنية الأكثر استعمالا هي الإسترخاء و يعني التوقف الكامل لكل الإنقباضات و التقلصات العضلية المصاحبة للتوتر و القلق و من هنا جاءت أهمية الإسترخاء لأن التوترات العضلية المصاحبة للقلق و التي تؤدي إلى ضعف قدرة الإنسان على التوافق و البناء و الإنتاج و الكفاءة العقلية و التقليل من هذه الإنقباضات و التوترات العضلية يؤدي إلى تقليل من الإنفعالات المصاحبة لها. بطرس حافظ بطرس(2010: 157-165)

1-1-خفض الحساسية المنتظم: و يعتبر هذا الأسلوب مفيدا في علاج بعض أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة كحالات القلق و الخوف و الكوابيس، و ذلك بالتدرج من خلال مجموعة مواقف

أو الأحداث المتخيلة المثيرة للقلق بدء بالأقل إثارة للقلق و انتهاء بالأكثر إثارة للقلق. زاهدة أبو عيشة
تيسير عبد الله (2012: 217)

2-العلاجات المعرفية:

يعد العلاج المعرفي شكلا حديثا من العلاج النفسي، كما يمكن اعتباره شكلا خاص من العلاج السلوكي، إلا انه لا يركز على سلوك المريض بالدرجة الأولى بل بشكل أكبر على أفكاره و عمليات التفكير لديه، فهو يهدف إلى تعديل الأفكار اللاعقلانية. سامر جميل رضوان (2009: 378)

و من تقنياته المستعملة في علاج PTSD:

2-1-إعادة البنية المعرفية:

تهدف إعادة البنية المعرفية إلى التعرف على تلك الأفكار الخاصة أو العبارات الذاتية التي لها علاقة بالقلق الناتج عن الصدمة. تناقش و تعدّل المخططات المعرفية أثناء تعرض الفرد إلى ذكرى الحدث الصدمي، هناك إعادة تعلم التفكير العقلاني و المنطقي، و إعادة البنية المعرفية و تلاؤمها مع الوضعية الواقعية. و تؤدي الصدمة بالفرد إلى التساؤل عن خطورة العالم، و عن مسؤولياته الخاصة مع الشعور بالذنب المستمر، فهذه التغيرات المعرفية عقب الصدمة تثر بشكل بارز عن إنفعالاته، و دور المعالج هنا هو مساعدته على النظر في الوضعية الراهنة و تقييمها بواقعية و موضوعية مع محاولة إيجاد حلول و تقييم درجة الخطر الذي يحس به في وضعية معينة. سعدوني غديرة (2011: 196)

خلاصة:

إن الصدمة النفسية ماهي إلا تعبير عن الحالة الإنفعالية حادة تعرض لها الفرد نتيجة لخطر مفاجئ، أو لمعايشة حدث مفزع غير متوقع، يتسم بالحدة و القوة و الهلع ترك في طياته خبرات صدمية سلبية تجعل الفرد في مواجهة دائمة مع الموت، حيث تنعكس عليه معرفيا سلوكيا و إنفعاليا، جسديا، و علائقيا، كما قد تتطور إلى اضطراب نفسي مزمن يعرف باضطراب الضغط ما بعد الصدمة.

الفصل الثالث السرطان

تمهيد

1-تاريخ الأورام

2-تعريف السرطان

3-أسباب السرطان

4-السرطان و العوامل النفسية

5-أعراض السرطان

6-أنواع السرطان

7-علاج السرطان

8-أنماط تدخل تأهيلية لمرضى السرطان

خلاصة

تمهيد:

يعتبر الإنسان كائن حي يعيش داخل بيئة التي يؤثر فيها و يتأثر بها، بالتالي فهو عرضة لاضطرابات و إصابات مختلفة من بينها السرطان، و هو ليس مرضا واحدا و لكنه من أكثر من مئة مرض، يتسم بالنمو غير الطبيعي للخلايا و التي تنقسم بشكل انتشاري، فهو لا يؤثر جسديا على الفرد بل و نفسيا، فتعرض الإنسان للانفعالات و ضغوطات و الصدمات النفسية يعجل بظهور مرض السرطان.

1- تاريخ الأورام:

وصف السرطان منذ حوالي 2000 سنة قبل التاريخ و لكن وصفه كان على شكل أعراض و مظاهر فقط، و قد استنتج الإنسان الآن أنها مظاهر السرطان فقد وجد في مخطوطات المصريين القدماء. مخطوطات تصف بعض مظاهر و أعراض هذا الداء كما أشارت إليها الحضارة اليونانية القديمة فوصف أبو قراط الذي يعتبره الغربيون أب الطب الكثير منها، في ظل الحضارة الإسلامية تحدثوا عن هذه الأعراض و المظاهر كجزء من المرض و ليس كما كان الاعتقاد سائدا أنها تنتج عن الخطيئة و الشعوذة و ما إلى ذلك من الروحانية، و لم يتبلور الداء كمرض مستقر له خصوصيته إلا مع ظهور الحضارة الحديثة في القرن الثاني عشر حيث راج الحديث عن أسبابه و تطوره و لم يكن حتى في هذه الفترة بالإمكان الحديث عن علاج يوقف تطوره حتى جاء القرن العشرين بما حمله من تطور تكنولوجي مذهل، فظهرت المعالجة الشعاعية و الكيميائية و الهوائية و الغذائية و الجراحية و غيرها، وأصبح الأطباء يتكلمون بشكل أكثر موضوعية عن أسباب الداء و ماهيته و علاجه. زلوف منيرة (2014: 17-18)

2- تعريف السرطان:

ليس السرطان مرض منفرد يمكن شرحه ببساطة، فهو مجموعة كثيرة التنوع من الأورام السرطانية التي تنمو في جسم الإنسان، و تختلف كثيرا حسب العضو أو النسيج الذي نمت فيه، حيث تقوم بعض خلايا الجسم الشاذة المسببة للسرطانات بالتكاثر و الإنتشار في المحيط المجاور، و قد تنتقل إلى أعضاء أخرى تشكل فيها نقيلات ورمية تنمو فيها سرطانات ثانوية أخرى، و كل ذلك يتم بشكل عشوائي و دون ضوابط. هاني عرموش (2005: 57)

و يعرف من أنه مرض خبيث يشكل أوراما في أجزاء مختلفة من الجسم. مدحت عبد الرزاق (2012: 221)

يعرف أيضا السرطان من أنه مرض يتميز بوجود ورم أو عدة أورام خبيثة، تشكلت من تحول من طفرة وراثية و عدم استقرار الجيني للخلية العادية في البداية.

Habour Nouar Narimene (2012 : 8)

3- أسباب السرطان:

الخلايا السرطانية تختلف عن الخلايا السليمة في أنها تنقسم بأسلوب غير منتظم. و علاوة على ذلك فإن لدى الخلايا السرطانية قدرة على الانتشار إلى أجزاء أخرى من الجسم و غزوها، و من أسباب نشوء السرطان ما يلي:

3-1- حمض DNA : ينشأ السرطان في الأساس نتيجة لحدوث تلف في حمض DNA، إذ أن جميع العوامل التي تتلف DNA مواد من المحتمل أن تكون مسرطنة. أي عوامل تتسبب في حدوث السرطان، غير أن العكس ليس صحيحا فليس كل المواد التي تساعد في التسبب في السرطان هي نفسها تتلف الذي أن إيه مباشرة، و إن كان هذا هو ما يحدث دائما في نهاية العملية. و من أمثلة المواد المسببة للسرطان التي لا تحدث تلقا مباشرا بالذي أن إيه الكحول و الهرمونات الجنسية المتسببة في الإصابة بسرطاني الثدي و البروستاتا، و هناك العديد من أنواع المواد المسرطنة و الكثير منها ذو شهرة واسعة، مثل دخان السجائر و الأشعة المؤينة، فالتدخين يستلزم الأمر عادة تدخين عدد كبير من السجائر على مدار سنوات عديدة حتى ينشأ السرطان و هذا يشير إلى أن عملية التسرطن بطيئة.

3-2- الاستعداد الوراثي: درست مجموعة د.فوجلستين سرطان الأمعاء الوراثي، و هو حالة تتضمن عددا من الخطوات التي من المعروف أنها محتملة التسرطن التي يمكن التعرف عليها عند المرضى. جمعت مجموعة أنسجة من المرضى و عكفت على تحديد الجينات التي كانت شاذة في مختلف الخطوات على مسار المرض بدءا من بطانة الأمعاء الطبيعية و صولا إلى السرطان التي تظهر أعراضه سريريا. و تبين أنه من الممكن تحديد الجينات المرشحة التي يجب أن تتعرض للتلف.

و من الطرق المثمرة لتحديد الجينات دراسة العائلات المصابة بما يسمى "بالسرطان الوراثي". لكن ما يورث هنا هو احتمال مرتفع ارتفاعا كبيرا فيما يتعلق بالإصابة بالمرض مبكرا، و غالبا ما يكون ذلك صورة مزدهرة شرسة للغاية. و أحد هذه الأمراض داء السلائل القولوني الورمي الغدي، و المصابون بهذا المرض تتكون لديهم أورام غدية حميدة متعددة في سن مبكرة. و بمرور الوقت تتحول بعض هذه الأورام إلى سرطان، و أظهرت بعض الدراسات التي أجريت على المصابين بهذا المرض أن لديهم شذوذا في جين معين، أطلق عليه اسم "ABC" و أدى التعرف على هذا الجين لدى هؤلاء المرضى إلى مواصلة دراسة وظيفته، و تبين أنه يؤدي وظيفة "مفتاح الإيقاف". فإذا أصيب هذا الجين يعطل يختفي بذلك عامل فحص مهم لنمو الخلية و تتكون الأورام الغدية. و ساعدت دراسة هذه العائلات السرطانية في تحديد الجينات المرتبطة بالسرطان، مثل جين "ABC" و جين "RB" (المرتبط بالورم الأرومي الشبكي و هو نوع نادر من الأورام يصيب شبكية الأطفال).

3-3- السرطان غير الوراثي: مع أن السرطانات الوراثية تسلط الضوء على الفئات جينات المرتبطة بالسرطان، فإن أغلب حالات السرطان لا تنشأ عن نزعة وراثية واضحة. فإن الأسباب الرئيسية للوفيات الناجمة عن السرطان على مستوى العالم تنشأ من أورام في الرئة و المعدة و الكبد و القولون و الثدي. و من بين هذه السرطانات، يرتبط سرطان الرئة ارتباطا قويا بتدخين السجائر، و يرتبط سرطان الكبد بالعدوى بفيروس التهاب الكبد الوبائي (B)، إلى جانب الدور البارز لمعاقرة الكحوليات في هذا الصدد. و من المفترض أن سرطانات القناة الهضمية مرتبطة بالغذاء، لكن السبب لا يزال غير مفهوم تماما على وجه الدقة.

لعل سرطان الرئة أفضل مثال مفهوم على كيفية تفاعل إحدى المواد المسرطنة الموجودة في البيئة لتؤدي إلى الإصابة بالسرطان. يرتبط الخطر ارتباطاً واضحاً بكمية التبغ المستهلك فثمة تأثير للجرعة و بالفترة الزمنية للإستهلاك، و المدخنون الذين يقلعون عن التبغ قبل الإصابة بالسرطان يقلل بالتدريج احتمال إصابتهم بالمرض بعد الإقلاع. فمن الواضح أن هناك حاجة لحدوث تلف لجزيء (DNA) و هو حدث استهلاكي تعقبه بصفة فترة مطولة من ترام المزيد من التلف و يطلق عليه أحيانا التنشيط، قبل وقوع حدث تحوّل نهائي يحول العلة محتملة التسرطن إلى سرطان مكتمل المعالم. و في حالة التبغ، يبدو أنه محفز العملية التعرض المستمر لدخان التبغ الذي له خواص واضحة مدمرة لـ(DNA).

و يلعب الكحول دوراً مماثلاً في حالة مرض الكبد. فالكحول ليس مادة مسرطنة مباشرة، فهو لا يدمر (DNA)، غير أن الإفراط طويل المدى في معاورة الكحوليات يستحث التلف و الترميم داخل الكبد، مع ارتفاع معدل إحلال الخلايا. أسامة فاروق حسن (2013 42-51)

4- السرطان و العوامل النفسية:

هناك علاقة وثيقة بين الصحة و الضغوط أو بصورة عامة بين تعرض الإنسان لحالات مطولة من الإنفعالات العنيفة كالقلق و التوتر و الصراع و الشد و الخوف، و الحزن و الألم و ما إلى ذلك و بين حالته الصحية، تلك العلاقة الوثيقة القائمة على أساس التفاعل بين القوى النفسية في الإنسان و القوى الجسدية. عبد الرحمن محمد العيسوي (2001: 59)

و يعتبر العالم سيمونز (1956) أول من أشار في كتابه عن (المظاهر السيكوسوماتية لمرضى السرطان)، إلى علاقة العوامل النفسية بمرض السرطان و قد لخص لنا هذه العلاقة بالنقاط التالية :

- يمكن أن تعجل الصدمات النفسية بظهور السرطان دون أن تكون هي السبب الأول في المرض.
- إن اضطراب الغددية الهرمونية تثيرها الضغوط الإنفعالية، و خاصة تلك الضغوط المتعلقة بمشكلات الطفولة.
- إن علاج السرطان يجب أن يجمع بين الجراحة، و علاج الغدد بالإضافة إلى العلاج النفسي و التوجيه و الإرشاد و الخدمة الإجتماعية.

و قد أكدت على ذلك الدراسات الطبية السيكوسوماتية التي تلت أعمال (سيمونز) على صحة هذه النتائج. من أهم هذه الدراسات هي التي انتهت بوجود علاقة بين سمات شخصية المريض و بين المرض. فقد لاحظ الباحثون أن هناك شخصيات ذات سمات شخصية معينة تنمو أوراها الخبيثة ببطء ملحوظ، في حين يؤدي نفس السرطان إلى الموت السريع لدى بعض الآخر من الأفراد الذين لديهم سمات شخصية معينة. فيصل خير الزراد (2000: 480-481)

5- أعراض السرطان:

السرطان في بدايته لا يسبب أي ألم أو انزعاج واضح، و لا يشاهد و لا يعرف بوجوده إلا إذا كان فوق سطح الجسم يمكن مشاهدته بالعين، و من أهم أعراضه ما يلي:

- تصلب الأنسجة.

- تشوه العضو المصاب.
- النزيف.
- الألم : يكون بتوسع الورم عبر الدورة اللمفاوية.
- هناك بعض الأعراض المرضية التي قد ينتج عنها نوع من أنواع السرطان، و تتمثل هذه الأعراض التشخيصية فيما يلي :
- وجود ورم في مكان ما من الجسم و ليس من الضروري أن يكون مؤلم.
- وجود جرح ليس له سبب ظاهر و لا يلتئم رغم مرور فترة علاج مقبولة.
- وجود أي إفراز دموي أو إفراز مصحوب بالدم أو بلون الدم من أي فتحة من فتحات الجسم (الأنف، المهبل، الشرج).
- حدوث تغيير مفاجئ في الصوت بحيث لا يتحسن هذا التغيير بالعلاج و لا يكون له سبب ظاهر.
- أي تغيير غير معتاد في وظائف الهضم، خصوصا إن كان فوق السن الأربعين.
- أي سعال مستمر لفترة و لا يتحسن بالعلاج، و لا يكون له سبب ظاهر.
- حدوث تغيير في عادات الإخراج خاصة للشخص الذي يزيد عمره عن 45 سنة.

6- أنواع السرطان:

1-سرطان الكبد:

هو نمو غير طبيعي و غير منتظم لخلايا الكبد في حالة كون الورم أوليا، أما إذا كان ثانويا فإنه يكون منتشرا من عضو آخر بالجسم و صولا للكبد.

أعراضه:

- اصفرار الجسم و مقلة العين.
- آلام أعلى البطن.
- فقدان الشهية و الوزن.
- الغثيان و التقيؤ.
- ارتفاع في درجة الحرارة.
- إحساس بالتعب.

2-سرطان الفم:

- هو نمو غير طبيعي و غير متحكم فيه للخلايا المبطنة للتجويف الفمي.

أعراضه:

- ظهور قرحة في الفم تتدمل أو تنزف بسهولة.
- ظهور ورم أو مساحة صغيرة حمراء أو بيضاء بشكل دائري في الفم.
- صعوبة في المضغ أو البلع.
- التهاب الحلق.
- أن يكون هناك تحديد في حركة اللسان و الفكين أو الإحساس بضيق عند لبس طقم الأسنان الاصطناعية.
- نادرا ما يكون الألم أحد أعراض سرطان الفم في مرحلته المبكرة.

3-سرطان الدماغ:

هو انقسام غير طبيعي، و غير منتظم لخلايا الدماغ سواء في المخ، المخيخ أو الحبل الشوكي، و الذي يسبب انضغاط لأجزاء و أورام الدماغ الأخرى و بالتالي فقدان لإحدى الحواس أو ضعفها.

أعراضه:

- أورام الدماغ سواء كانت حميدة أو خبيثة تتسبب في أعراض متشابهة و التي تختلف بحسب مكان حدوثها من الدماغ، و من هذه الأعراض :
- الصداع و خاصة الذي يصيب الشخص صباحا.
- الغثيان و التقيؤ.
- حدوث تشنجات.
- ضعف بعض الأطراف كالعلوية أو السفلية.
- ضعف بعض الحواس أو تأثرها.

4-سرطان الثدي:

يمثل سرطان الثدي أكثر السرطانات انتشارا لدى النساء إذ يؤدي إلى ورم و آلام، يكون الورم في بداية الأمر محصورا على الثدي لكن عندما يصل قطره إلى 50 ملم يبدأ بالانبثاث عبر المجرى الدموي و الجهاز اللمفاوي إلى الأجزاء الأخرى، و من أعراضه :

- التهاب الثدي.

- ظهور ورم مؤلم أو غير مؤلم في الثدي خاصة في القسم الأعلى الخارجي منه بالإضافة إلى تجعد الجلد المغطى للورم.
- انكماش الحلمة.
- انتفاخ العقد اللمفاوية.

- سيلان الحلمة بكمية من السائل المائل للبياض أو أخضر، أو الدم في بعض الأحيان. زلوف منيرة (2014: 35-56)

- يعتبر هذا العنصر الأكثر تواجدا في سرطان الثدي؛ آلام و تضخم حجم الثدي.

- آلام حول كتف جهة يسرى، فيعتقد أحيانا من أنها مشاكل في القلب.

Elhassar (2006 : 20)

5-سرطان الدم:

ينشأ من إحدى خلايا الدم بأنواعها البيضاء أو الحمراء أو النواة، و يكون موضع المرض نخاع العظم و لكن قد يسري بالدم بشكل كامل أو جزئي، إضافة لاحتلاله نخاع العظم و سواء إنتشر في الدم أو بقي مستقرا في نخاع العظم فغنه يؤثر على إنتاج الخلايا الطبيعية للدم لأنه يحتل موضع صنعها و هو نخاع العظم. أكرم الهلالي (2014 : 35)

6-سرطان المعدة:

يبدأ سرطان المعدة في بطانة المعدة و يمكن أن ينتشر من خلال جدار المعدة حيث حي يبدأ في مهاجمة العقد اللمفاوية المجاورة و بعض الأعضاء الأخرى، مثل البنكرياس و الطحال. كما أنه يمكن أن يمتد أيضا إلى الكبد عن طريق تيار الدم.

أعراضه:

- مشاكل في الهضم.
- آلام في الجزء العلوي من البطن.
- إحساس عام بالتعب.
- فقدان الشهية.
- فقدان الوزن.

7-سرطان الرئة:

تنشأ معظم أنواع سرطان الرئة في الشعب الهوائية في الرئتين.

أعراضه:

- صعوبة التنفس.

-كحة مزمنة.

- أحيانا دم في البلغم.

- ألم في الصدر أو إصابة بعدوى ما في الصدر. هيلين بير، نيل بريدي (2005: 34-41)

8-سرطان المبيض:

ينمو سرطان المبيض عندما تتطور نسجه دون سبب معروف تطورا خبيثا مما يؤدي إلى حدوث أورام بالمبيض.

9-سرطان الرحم:

يبدأ سرطان الرحم في بطانة الرحم، و بعد نموه هناك يغزو جدار الرحم و إذا لم يعالج ينتقل إلى قناتي فالوب و المبيضين و الأعضاء الأخرى. هاني عرموش (2005: 785-787)

7- علاج السرطان:

يعتبر مرض السرطان من الأمراض الأكثر خطورة التي تهدد حياة الإنسان. و من أجل تحقيق الشفاء التام للمريض أو تسكين الآلام ظهرت عدة طرق لعلاج السرطان، و من أكثرها شيوعا نجد الجراحة، العلاج الإشعاعي، العلاج الكيميائي.

1-الجراحة:

من الجلي أن تاريخ الجراحة يعود إلى آلاف السنين، غير أن حقبة جراحة السرطان يعود تاريخها في واقع الأمر إلى ابتكار التخدير الفعال في منتصف القرن التاسع عشر، الذي حوّل الجراحة من عمليات بتر تجرى في حالة الطوارئ كملاذ أخير في ظروف أقل ما يقال عنها أنها بشعة، إلى عمليات يستخدم فيها المبضع بأسلوب منظم. و تعد جراحة استئصال الأورام إحدى الركيزتين اللتين يقوم عليها علاج السرطان، و بالرغم من التطورات التي يشهدها علاج بالعقاقير فالجراحة فيما يبدو سوف تظل تحتفظ بهذه المكانة في المستقبل المنظور. حسن أسامة فاروق (2013: 65)

2-العلاج الإشعاعي:

و ذلك من خلال استخدام أشعة (X). يمكن أن يكون للجرعات الكبيرة من هذه الأشعة دورا فعالا في معالجة أنواع السرطان خاصة عن طريق الأنسجة السرطانية و في بعض الحالات التدمير التام للأنسجة السرطانية، كما أن للعلاج الإشعاعي دورا مهما في علاج المسكن حيث انه يساعد في تخفيف من حدة بعض أعراض السرطان.

الهدف من العلاج الشفائي بالإشعاع هو توجيه جرعة مقدره بحرص شديد من الإشعاع إلى منطقة الورم و بالتالي قتل الخلايا السرطانية، تستجيب بعض أنواع السرطان و في بعض الحالات يكون العلاج

(X) سببا في الشفاء و يمكن استخدام العلاج (X) أيضا في تصغير حجم الورم قبل إجراء العملية الجراحية لإزالته.

2-1- العلاج الإشعاعي الخارجي:

يتم إعطاء العلاج الإشعاعي غالبا للمريض دون إقامته في المستشفى بحيث يكون في حالة جيدة تمكنه من الإقامة في منزله و الذهاب كل يوم إلى المستشفى لتلقي العلاج.

يكون باستخدام أجهزة متنوعة لإعطاء إشعاع سواء من مكان ثابت أو مع تدوير الجهاز حول جسم المريض. يتم وضع المريض في مكان محدد بدقة حتى يتم توجيه الإشعاع إلى المكان المحدد بدقة.

2-2- العلاج الإشعاعي الداخلي:

يظل المريض في المستشفى فترة تلقيه هذا العلاج، و يتم وضع إبرة تحمل المصدر المشع في أو بجوار الأنسجة السرطانية. هيلين بير نيل بريدي (2005: 56-57)

3- العلاج الكيميائي:

إن العقاقير المستخدمة في العلاج الكيميائي هي سموم تقتل الخلايا التي تنمو بسرعة، و يعطى العلاج الكيميائي للقضاء على أي خلايا سرطانية قد تكون انتقلت إلى مناطق أخرى في الجسم.

يمكن الخضوع للعلاج الكيميائي قبل الجراحة و بعدها، و حين العلاج به بعد الجراحة، يكون ذلك مباشرة بعدها و قبل العلاج بالأشعة و عادة لا يخضع الأفراد للعلاج الكيميائي و الهرموني معا، لأن العلاج الكيميائي يستهدف الخلايا التي تنمو، فيما يوقف العلاج الهرموني نمو الخلايا. هنادي المزيودي (2013: 139)

8- أنماط تدخل التأهيلية لمرضى السرطان:

يمكن بصورة عامة تصنيف أشكال التأهيل لدى مرضى السرطان ضمن ثلاث فئات :
الصيدلانية، و السلوكية، و العلاج النفسي.

8-1- التدخلات الصيدلانية:

فيما يخص الجانب الصيدلاني، يركز التأهيل على واحد من أربع أنواع من المشاكل: الغثيان و التقيؤ الناتج عن العلاج الكيماوي؛ و فقدان الشهية العصبي و غيرها من الصعوبات الأخرى ذات صلة بالطعام، بالإضافة إلى اضطرابات انفعالية، كالاكتئاب و القلق و الآلام.

إذ يعالج الغثيان و التقيؤ عادة بالعقاقير، كالثورازين و الفاليوم و الكومبارين، التي ثبت نجاحها في هذا المجال. و قد أثبتت الماريجوانا نجاحا في مواجهة حالة الغثيان و التقيؤ المصاحبة للعلاج الكيماوي. كما وجد أن حالة فقدان الشهية العصبي عولجت بنجاح من خلال المكملات الغذائية. أما حالات الاكتئاب و القلق، فيمكن السيطرة عليها من خلال أصناف مختلفة من العقاقير، مثل الفاليوم، و أخيرا فإن الحد من الآلام يمكن تحقيقه بالعقاقير الفعالة أيضا، كالمورفين و الميثادون و مضادات القلق و الاكتئاب.

8-2- التدخلات السلوكية:

فيما يتعلق بالتدخلات المعرفية السلوكية، فهي تركز على مكافحة الضغوط، و الآلام، و ضبط الشهية، و الحد من فداحة الآثار الجانبية للعلاج الكيماوي و الإشعاعي، و بقية علاجات السرطان. و مع أن المسكّنات تلعب دورا أساسيا في معالجة آلام السرطان، إلا أن الأساليب السلوكية أصبحت تحتل حيزا مهما من الاستراتيجيات العلاجية الحديثة، مثل، العلاج بالاسترخاء و التنويم، و طرق إعادة التقييم المعرفي و الأخيلة البصرية، التي برهنت بجدارة على فعاليتها في معالجة الآلام المرتبطة بالسرطان.

و لأن العلاج الكيماوي يشكل أكثر الآثار الجانبية العلاجية استنزافا لطاقة مريض السرطان، فقد ركز العلاج السلوكي على مساعدة المريض على التعامل مع العلاج الكيماوي و مضاعفاته المحتملة. فبالإضافة إلى ما يمكن أن ينجم عن هذا العلاج من غثيان و أعراض جانبية جسمية أخرى، فقد تتولد لدى المرضى أشكال من الارتباطات الإشرافية و مشاعر الضيق الانفعالي تجاه العلاج الكيماوي، سواء كان ذلك نتيجة لتوقع آثاره السلبية، أو أنه لأنه قد تسبب بالفعل بمثل هذه الآثار.

و قد كان لأسلوبي الإسترخاء و الأخيلة الموجهة أثرهما المهم في السيطرة على الآثار الجانبية للعلاج الكيماوي عندما كان يستخدمان بصورة مختصرة لإعداد المرضى للخضوع لهذا العلاج.

و تتطلب هذه الأساليب تشجيع المرضى على معرفة فوائدها، و التدريب على ممارستها في المنزل قبل جلسات العلاج، على أمل أن يتيح لهم الإشراف المضاد التعامل مع الموقف بنجاح أكبر. و قد ثبتت الدراسات أن المرضى الذين استخدموا هذه الأساليب، كانوا أقل شعورا بالقلق و الغثيان أثناء العلاج الكيماوي، و أقل إثارة على المستوى الفسيولوجي، كما أظهروا درجة أقل من الكآبة و القلق بعد العلاج.

8-3- تدخلات العلاج النفسي:

أما العلاج النفسي فإنه يعكس الأساليب الصيدلانية و السلوكية التي ركزت بشكل رئيسي على التقليل من حالة عدم الإرتياح الجسمي و الآثار الجانبية الأخرى المرتبطة بالسرطان و معالجته، يسعى بأشكاله المختلفة بما فيها العلاج النفسي الفردي و العلاج الجمعي و العلاج الأسري و أساليب الدعم، تلبية الاحتياجات النفسية الإجتماعية و المعلوماتية لمرضى السرطان.

إن المرضى الذين ينشدون العلاج الفردي بعد تشخيصهم بالسرطان، هم أشخاص يواجهون مشاكل خاصة يمكن تلخيصها بما يلي:

1- القلق بدرجة عالية و الإكتئاب أو الأفكار الانتحارية.

2- الخلل في وظائف الجهاز العصبي المركزي نتيجة للمرض و العلاج كضعف القدرة على التركيز.

3- مشكلات محددة تنشأ كنتيجة للمرض أو لأساليب التعامل أو ديناميات الأسرة.

4- مشكلات نفسية موجودة سابقا، لكنها تفاقمت بسبب تشخيص المرض.

و يتبع العلاج الفردي مع مرضى السرطان نموذج التدخل الموجه للأزمات، و ليس نموذج العلاج النفسي المكثف. إذ يحاول المعالج التركيز على قضايا محددة يواجهها مريض السرطان، بدلا من محاولة

القيام بتحليل طويل المدى للشخصية من خلال العلاج الفردي المكثف. و لعلّ من بين أكثر المسائل شيوعاً و التي تظهر أثناء العلاج الفردي، هي ظاهرة الخوف من عودة الأعراض أو الألم أو الموت، و الخوف من فقدان أعضاء من الجسم كنتيجة لعمليات جراحية إضافية. إضافة إلى الأضرار التي قد يلحقها المرض بالنشاطات الحيوية للمريض، و بالصعوبات المحتملة التي قد يواجهها في مكان العمل، و المشكلات على صعيد العلاقات الإجتماعية، و كذلك مشكلات التواصل مع العائلة.

إن السرطان له تأثير ملموس و مؤكد على باقي أفراد العائلة، فالمساندة العاطفية من قبل الأسرة مطلوبة، و تعزز من جودة التكيف النفسي و لكن ليس بمقدور كل العائلات التواصل بحرية و انفتاح. لذا قد يكون العلاج الأسري الوسيلة التي يتمكن أفراد الأسرة من خلالها من مشاطرة بعضهم بعضاً مشكلاتهم، و عرض الصعوبات التي يواجهونها.

و هناك أسباب أخرى تدعو إلى ضم أفراد الأسرة للعلاج، و أهمها أن الأسرة يمكنها بالتأكيد مساعدة المريض على التكيف مع المرض، و لكن يمكنها أيضاً إجهاض قدرته على التكيف أيضاً. و لذلك فإن بمقدور الأسرة من خلال توفيرها للمساندة الإجتماعية تسهيل عملية التكيف عند المريض.

وسام درويش بريك، فوزي شاكّر طعمية (2008: 325-328)

خلاصة:

يعتبر مرض السرطان من أمراض العصر الأكثر انتشاراً، حيث أصبح بمثابة تهديد لحياة الإنسان سواء من الناحية الجسدية أو الناحية النفسية، فالتكلم عن المرض السرطان كمرض عضوي يحتم علينا أن لا ننسى الجانب النفسي فالحالة الإنفعالية أو الضغوطات، أو الصراعات النفسية التي يمر بها الإنسان تؤثر على وظائف أعضاء الجسم، مما قد يسبب له العجز التام كون هذه التصورات المرتبطة بهذا المرض هي الموت.

الفصل الرابع

العلاج المعرفي السلوكي و تقنياته

تمهيد

1- بدايات ظهور العلاج المعرفي السلوكي

2- تعريف العلاج المعرفي السلوكي

3- أهداف العلاج المعرفي السلوكي

4- مبادئ العلاج المعرفي السلوكي

6- فنيات العلاج المعرفي السلوكي

7- الخلاصة

تمهيد:

يعد العلاج المعرفي السلوكي شكلا من أشكال العلاج النفسي، و يعتبر اتجاه علاجي حديث نسبيا، بحيث يدمج بين فنيات العلاج السلوكي و فنيات العلاج المعرفي، و هو يتعامل مع الإضطرابات معرفيا و سلوكيا و انفعاليا من خلال تصحيح الأفكار المشوهة و الاعتقادات اللاعقلانية و تعديلها و استبدالها بأفكار أخرى تتسم بالعقلانية، و بالتالي ينتج عنه تعديل للسلوك لدى المريض حيث يؤدي تغيير المعارف إلى تغيير السلوك.

1- بدايات ظهور العلاج المعرفي السلوكي :

مع بدايات الربع الأخير من القرن العشرين بدأ يظهر للوجود اتجاه حديث نسبيا في العلاج النفسي يعرف باسم العلاج المعرفي السلوكي، و هذا العلاج على الرغم من حداثة إلا أن أصوله موجودة من قبل، حيث نتج هذا الإتجاه عن إدخال العمليات المعرفية إلى حيز و أساليب العلاج السلوكي. هشام عبد الرحمن الخولي (2007: 74)

و يمكن تتبع بداية التحول من العلاج السلوكي إلى العلاج المعرفي السلوكي في ثلاث تطورات كبرى في مجال العلوم السلوكية التي أرّخ لها كلارك و آخرون (1999). و أول و أهم هذه التغيرات هو ما حدث في النظرية السلوكية الإكلينيكية و العلاج السلوكي، و التي مهدت الطريق للتأكيد على العمليات المعرفية. من النقاط الزمنية المميزة لهذا التغيير هي نشر عالم النفس "ألبرت باندورا" A.Bandura لكتابه مبادئ تعديل السلوك عام (1969) و كتاب نظرية التعلم الإجتماعي (1971). تلك الأعمال التي اعتمدت على العمل التجريبي حول التعلم بالملاحظة، و في صياغة للتعلم في نظريته "التعلم الإجتماعي" اعتبر "باندورا" أن العمليات المعرفية ذات دور خطير في اكتساب و تنظيم السلوك و أن البيئة تؤثر بشكل حتمي. و قد صاغ "باندورا" ذلك في صورة ما يعرف بقانون الحتمية المتبادلة، التي تعتبر أن الشخص و البيئة لهما تأثير متبادل لكل منهما على الآخر، و اعتبر "باندورا" أن العمليات الرمزية الوسيطة تلعب دور في التعلم بالملاحظة هي عمليات الانتباه و الاحتفاظ و إعادة الإنتاج الحركي. و هكذا نجد نظرية "باندورا" للتعلم الإجتماعي و كذلك الصياغات المعرفية لنظرية التعلم الأخرى مثل نظرية إبرامسون Abramson و آخرون (1978)، و سليجمان Seligman و آخرون (1979). في صياغات نظرية العجز المتعلم أدت إلى فتح الباب أمام انبثاق النظرية المعرفية و العلاج المعرفي.

الجانب الثاني الأساسي لارتقاء النظرية المعرفية السلوكية كما يؤرخ لها كلارك و آخرون (1999) أتى نتيجة الممارسة الإكلينيكية فقد ظهر في نهاية الستينيات و بداية السبعينيات اثنان من التوجهات العلاجية شهد لها أنها صياغة و صور أكثر اتساقا من العلاج النفسي المعرفي. هذه التوجهات هي توجهات "ألبرت إليس" A. Ellis ، و "أرون بيك" الذين هجرا توجهاتهما التحليلية و توجهها للعلاج المعرفي. زيزي السيد إبراهيم (2006: 124-125)

وجد بيك من خلال عمله مع مرضى الإكتئاب أن الأفراد المكتئبين قد أعلنوا على مدى واسع أن الأفكار السالبة و التي تظهر لديهم بشكل عفوي، أطلق بيك على هذه الأفكار، الأفكار الآلية تقوم على معتقدات رئيسية عامة يطلق عليها المخططات. هذه المخططات تحدد الطريقة التي قد يفسر بها الفرد موقفا معينا، و من خلال هذا التفسير تظهر أفكار آلية معينة. هذه الأفكار تسهم في التقييم المعرفي الذي يتصف بسوء

التكيف للموقف، و يؤدي إلى استجابة وجدانية. و في ضوء هذا نموذج العام، طور بيك طريقة علاجية لمساعدة المرضى على تحديد و تقييم الأفكار، و المعتقدات لتشجيعهم على التفكير بشكل أكثر واقعية، و السلوك بشكل أكثر فعالية. مراد علي عيسى (2012: 13-14)، و يرى بيك أن أساس العلاج المعرفي السلوكي هو البحث في النهاية عن السلوك المؤثر، و تعديل الأفكار و نظم الإعتقادات الواعية و غير الواعية، و توقعات الفرد. (jean cottraux 2001: 21)

و تزامن ذلك مع ما حدث من بعض علماء النفس ذوي التوجه السلوكي و الذين تدربوا على المناحي السلوكية مثل "ماهوني" Mahoney، و "ميكنبوم" Meichenbaum، و "دافيد سون" Davidson و "جولد فريد" Glodfried فلقد تضمنت كتاباتهم حديثاً عن دور العوامل المعرفية، و أساليبهم العلاجية هدفت إلى إحداث تعديل سلوكي معرفي للمرضى.

جانب آخر ساهم في ارتفاع الإهتمام بالعلاج المعرفي السلوكي و هو ما ندى به علماء النفس الإكلينيكي ذو التوجه السلوكي من الحاجة إلى النظرية الإكلينيكية تعتمد أكثر على الجوانب المعرفية، فلقد نشرت في ذلك الوقت بعض الكتابات التي طالبت بذلك منها ما ذكره "مايكل ماهوني" في كتابه الذي حمل عنوان "المعرفة و تعديل السلوك" عام (1974) و الذي أبدى فيه تشككه من صدق و كفاية السلوكية الكلاسيكية التي لا تؤمن بدور العمليات الوسيطة، و ترفض دراسة العمليات المعرفية الرمزية كتكوينات وسيطة في التعلم البشري. و بعده بثلاث سنوات نشر "دونالد ميكنبوم" D. Meichenbaum كتابه بعنوان التعديل المعرفي السلوكي الذي قدم فيه صياغة منظمة معتمدة على الدراسات الإمبريقية للعلاج استهدفت متغيرات معرفية باستخدام استراتيجيات معرفية و سلوكية. زيزي السيد إبراهيم (2006: 125-126)

2- تعريف العلاج المعرفي السلوكي :

هو أحد أنواع العلاج النفسي يتم من خلاله تحديد و تقييم و تتابع السلوك، و يركز على تطور و تكيف السلوك، و أيضاً نتيجة السلوك غير التكيفي من خلال هذا المدخل العلاجي، و يتم تعديل العديد من المشكلات الإكلينيكية مثل القلق الإكتئاب و غيرها من الإضطرابات، و يستخدم في تعديل سلوك كل الأشخاص و يشمل ذلك الأطفال و المراهقين و الكبار.

هو إستراتيجية تصلح لتعديل سلوك الفرد الذي يحمل مشكلات، و يؤكد على تحليل الفرد و التحكم فيه. زينب محمود شيقر (2002: 215)

هو علاج يقوم على محاولة تغيير المعارف السلبية لدى المريض و جعله يفكر بشكل أكثر منطقية و عقلانية، و هذا بدوره يؤدي إلى تغيير وجدان و سلوك المريض. السيد فهمي علي (2010: 236)

العلاج المعرفي السلوكي هو علاج يشمل أساليب العلاجية التي تستخدم إجراءات تعديل السلوك، و كذلك تستخدم إجراءات مصممة لتغيير الإعتقادات اللاتكيفية. حسين فالح حسين (2015: 116)

3- مبادئ العلاج المعرفي السلوكي:

هناك مجموعة من المبادئ تمثل أساس الاتجاه المعرفي السلوكي في العلاج تتضمن المعالج و العميل و الخبرة العلاجية و يرتبط كل منها من جوانب، و تتمثل تلك المبادئ فيما يلي:

- 1- أن العميل و المعالج يعملان معا في تقييم المشكلات و التوصل إلى الحلول.
- 2- أن المعرفة لها دور أساسي في معظم التعلم الإنساني.
- 3- أن المعرفة و الوجدان و السلوك تربطهم علاقة متبادلة على نحو سببي.
- 4- أن الاتجاهات و التوقعات و العزو و الأنشطة المعرفية الأخرى لها دورا أساسيا في إنتاج و فهم كل من السلوك و تأثيرات العلاج و التنبؤ بهما.
- 5- أن العمليات المعرفية تندمج معا في نماذج سلوكية. عادل محمد عبد الله (1999: 23)

4- أهداف العلاج المعرفي السلوكي:

يهدف العلاج المعرفي السلوكي إلى:

- 1- مواجهة أفكار المريض و إقناعه بضرورة الإحلال للأفكار السلبية التي يساعده فيها المعالج لإيجاد بدائل لهذه الأفكار الأوتوماتيكية، و يتم هذا من خلال توجيه المعالج له عدة أسئلة مثل:
 - ما دليلك على إيمانك بهذا الاعتقاد (الفكرة) ؟
 - هل لديك بعض الأوقات التي لا تأتي لك فيها هذه الفكرة ؟
 - إذا كانت لديك تلك الأوقات فما هي استنتاجاتك وقتها ؟
- 2- مساعدة المريض في أن يعيد تقييمه لأفكاره الأولية التي هي في حقيقتها لا شيء أو ليست أكثر من تعميمات و مبالغات مرضية، و أن الفكرة البديلة هي أكثر واقعية و لها دليل على وجودها، كما انه تمنعه من الثبات عن الفكرة المضادة غير العقلانية.
- 3- تعليم المريض أن يصحح أداؤه المعرفية الخاطئة و معتقداته المختلة وظيفيا و التي تعرضه لخبرات مشوهة.
- 4- تصحيح التشغيل الخاطئ للمعلومات لدى المريض و التي تعمل على الإبقاء على أنماط السلوك و الإنفعالات.
- 5- إدراك المريض للعلاقة الرابطة بين تفكيره و سلوكه، و مزاجه مما يدفعه إلى التفكير الصحيح في قرارة نفسه و التخلي عن أفكاره المرضية، و التراجع عن سلوكياته السلبية بدون وجود ضاغط عليه و إنما و هو شاعر بالرضا النفسي.
- 6- السعي إلى تسهيل فهم الرابطة بين المشكلة التي يعانها المريض و ضرورة العلاج.

7- تعليم المرضى مهارات خاصة بكيفية التحكم و الإدارة الجيدة لذاتهم كهدف و تنمية المشاركة الإجتماعية كهدف آخر. أنسام مصطفى السيد بظاظو (2011: 126)

و هكذا فإن الغرض من العلاج المعرفي السلوكي هو تصحيح هذه التشوهات المعرفية من خلال إعادة تنظيم "حديث الذات" الخاص بالشخص و من ثم تغيير سلوكه و طبيعة التدعيم المنتقاة من البيئة. و بهذه الطريقة يمكن تمكين المرضى من تقييم مساهماتهم الخاصة في مشاكلهم و تعليمهم سلوكيات بديلة و صحيحة. حسين علي فايد (2008: 97)

5-فنيات العلاج المعرفي السلوكي:

تنقسم الفنيات إلى ثلاث أقسام :

1- فنيات معرفية مثل: التعليم النفسي، المناقشة و التعرف على الأفكار اللاعقلانية و تعديلها، إعادة البنية المعرفية، العلاج الموجه بالاستبصار، و المقابلة الإكلينيكية، و المراقبة الذاتية، و التحكم الذاتي، و التدريب على حل المشكلات، و التعبير عن الذات بطريقة لفظية، و فنيات البناء المعرفي ... الخ

2- فنيات انفعالية مثل: النمذجة، لعب الدور، الحوار، المناقشة، الوعظ.

3- فنيات سلوكية: الاسترخاء، القصص، الواجبات المنزلية، التمثيل، الإشراف الإجرائي كالتعزيز و العقاب، إشراف التخفيف من القلق، التحصين التدريجي، التعريض و منع الاستجابة... الخ

زينب محمود شيقر (2002: 215-216)

فيما يأتي عرضا لبعض الفنيات الهامة:

1- الضبط الذاتي:

الضبط الذاتي أو التنظيم الذاتي هو إستراتيجية علاجية للمواقف التي يكون فيها الفرد نفسه أداة تغيير سلوكه، بحيث ينتقل من ضبط الخارجي لسلوكه إلى الضبط الداخلي لهذا السلوك، و يشتمل على تعليم المعالج للمريض المبادأة ببعض استجابات الضبط الذاتي مثل:

أ- الملاحظة الذاتية: و تتضمن ملاحظة الفرد السلوك المراد ضبطه من خلال أن يكون واعيا بما يفعله، و تمثل مهارات الملاحظة الذاتية معرفة المنبهات أو المعلومات التي قد تؤثر على أفعال الفرد، و هي بيانات يجمعها.

ب- التخطيط البنوي: و يشمل تغيير بيئة الفرد و إعادة تنظيمها بحيث تتغير ما تقدمه من أدلة منبهة تسبق السلوك مثل تجنب مواقف الحياة اليومية التي يكون فيها الاختيار ضروريا بحيث يرتبط السلوك المشكل بعدد من متناقض تدريجيا من الأدلة المنبهة.

ج- البرمجة السلوكية: و فيها يستخدم الشخص نفسه بعض مقدمات مناسبة للاستجابة المطلوب ضبطها مثل التدعيم الإيجابي بعد أداء استجابة معينة أو بالتدعيم الذاتي السلبي بتجنب منبه منفر أو الهرب منه بعد أداء استجابة معينة و تشمل :

- **العقاب الذاتي الإيجابي:** بإزالة مدعم المتاح بعد أداء استجابة معينة.

- **العقاب الذاتي السلبي:** بتقديم الفرد لنفسه منبها منفردا بعد أداء استجابة معينة.

- **ضبط منبه منظم ذاتيا:** بتقديم أو تغيير أدلة منبهة و مناسبة للاستجابة المطلوب ضبطها متضمنة تعليمات ذاتية، ضبط داخلي لاستجابة أوتوماتيكية، تدريبات استرخاء فيزيقي، تصور الحي.

2- أسلوب حل المشكلات:

حل المشكلات هي القدرة على حل الصراعات، أو المشكلات، عبر مواقف الحياة الطبيعية من خلال الاستجابات السلوكية الظاهرة متمثلة في العمليات المعرفية و الإنفعالية.

و برغم من أن البحوث تبين أن الطريقة التي نسلوها في حل المشكلات تختلف من موقف لآخر، و من بين خطوات لحل المشكلات:

1- تحديد المشكلة و الشعور بالحاجة إلى حلها: حيث تحدث بعض المشكلات فجأة و بعضها الآخر ينبع من مشاعر محيرة.

2- توضيح المشكلة و فهم طبيعتها و مداها و أجزاءها: قد تبدو مشكلة أكبر مما تبدو عليه أقل، و قد تبدو سوء فهم و إدراكا خاطئا.

3- جمع البيانات و المعلومات المتعلقة بالمشكلة: حيث ضرورة معرفة المعلومات الخاصة بالمشكلة و سبل الحصول عليها.

4- اختيار و تنظيم البيانات أكثر اتصالا بالمشكلة.

5- تقرير الحلول المختلفة الممكنة من خلال النظر إلى المعلومات التي تم تجميعها.

6- تقويم الحلول المختلفة و اختيار أصلحها للموقف.

7- وضع الحل موضع التنفيذ.

8- تقويم عملية حل المشكلة التي تم تنفيذها.

و يتوقف ذلك على مدى تغلب الحل على الصعوبة في المشكلة، و سهولة تطبيقه من الناحية العملية.
أنسام مصطفى السيد بظاظو (2011: 185-190)

3- إعادة البناء المعرفي:

تفترض هذه الطريقة أن الإضطرابات الإنفعالية إنما هي نتيجة أنماط من التفكير غير المتكيف و تكون مهمة العلاج هي إعادة البناء الجوانب المعرفية المتصلة بعدم التكيف، و يتم تشكيل البنية المعرفية للمريض بناء على مجموعة من القواعد و الإجراءات التي من شأنها أن يقوم على افتراض أن تغيير العوامل المعرفية سيترتب عليه تغيير في سلوك المريض.

و يقوم هذا الأسلوب على استبدال المعارف خاطئة بأخرى صحيحة، و تشمل إعادة البناء المعرفي على عدة خطوات هي :

- التعرف على المواقف السلبية و المعتقدات الخاطئة.

- فصل و تحديد الأفكار و المعتقدات المشوهة معرفيا.

- التدعيم الإيجابي للحفاظ على استمرارية ممارسة السلوك الصحيح.

- المتابعة بما يعرف باستمارة الواجب المنزلي.

و تهدف فنية إعادة البناء المعرفي إلى إحلال مشاعر إيجابية محل مشاعر السلبية، و مهمة المعالج هي أن يعمل مع الأفراد الذين يعانون من الإضطراب، أو الذين تثقل كاهلهم مشاعر القلق الشديد أن يوضح لهم:

أ- أن الصعوبات التي يعانون منها تنجم إلى حد كبير من إدراكهم المشوه، و تفكيرهم غير المنطقي.

ب- أن هناك طريقة لإعادة ترتيب إدراكاتهم، و إعادة تنظيم تفكيرهم من أجل القضاء على السبب الأساسي لصعوباتها، و هذه الطريقة و إن كانت بسيطة نسبيا إلا أنها تتطلب بذل جهد.

4- العزو:

يعرف العزو بأنه إدراك الفرد للسبب الذي أدى إلى حدوث شيء معين.

و عملية العزو هي أسلوب عقلي يرجع إليه الفرد لتكوين أحكام حول أسباب سلوكه (أي تفكيره، شعوره و تصرفه) و سلوكيات الآخرين. و تركز نظرية العزو على جعل الفرد يحوّل العزو الداخلي إلى عزو خارجي، أي أن يعزو الفشل لأسباب خارجية و من ثم يدرك الفرد أن هناك بدائل متعددة للفشل، و من ثم يمكن التخلص من الإكتئاب أو الإحباط و التقدير المنخفض للذات و التي تنشأ عن العزو الداخلي، و ليتغير العزو الداخلي إلى خارجي يطلب المعالج من العميل أن يسجل عدة مواقف سيئة، أو مواقف فشل حدثت له في أسبوع، ثم يطلب منه أن يكتب عزوا خارجيا لهذه المواقف، و على سبيل المثال: إذا فشل الطالب في الإجابة عن سؤال معين فيمكن أن يعزو هذا الفشل إلى أن السؤال كان صعبا جدا (عزو خارجي) بدلا من أن يعزو هذا الفشل لغبائه (عزو داخلي).

و لأن التفسيرات السببية (العزو) تمثل دورا هاما في تحديد السلوك و توجيهه، و التنبؤ به، و لذلك فإن باستخدام الأساليب و الأنماط المعرفية، يمكن التخلص من بعض الإضطرابات النفسية من خلال استخدام منهج العزو في العلاج النفسي.

5- لعب الأدوار:

لعب الدور هو فنية مرنة تستخدم في أي من المواقف التي يواجه فيها الفرد أو الجماعة بعض الصعوبات، أو الصراعات، أو المخاوف، أو تلك المواقف التي يحتاجون فيها إلى تدريب على أدوار و سلوكيات و مهارات جديدة.

و من خلال القيام بالعب أدوار مختلفة التي تمثل المواقف التي يمكن أن تؤدي إلى التوتر و الإضطراب، فإنه سيتمكن من أن يستبق التغيير أو السلوك الذي سيحدث، و من ثم سيدخل المواقف الحية بثقة أكبر. و كذلك ستبقى المقولة الرئيسية في العلاج المعرفي و هي أن التفكير في حدوث الأشياء بشكل مخيف أو مقلق عادة ما يكون أسوء من الأشياء ذاتها، و أن الإضطراب يتولد من التفكير في الأمور أكثر مما يتولد من تلك الأمور ذاتها، فالعب أدوار يتيح الفرصة للتنفيس الانفعالي و تفريغ الشحنات و الرغبات العدوانية المكبوتة من خلال تمثيل سلوك أو موقف إجتماعي معين كما لو أنه يحدث بالفعل.

6- المحاضرة و المناقشة:

تعمل هذه الفنية على مساعدة المريض كي يواجه أفكاره و معتقداته اللاعقلانية بأسلوب منطقي يعمل على تنفيذها متبعا طرقا جدلية و تعليمة يتعامل من خلالها مع تلك الأفكار و الاعتقادات اللاعقلانية في مختلف السياقات التي يمكن أن تظهر فيها. كما يتعلم أيضا من خلال تلك الفنية أن يقوم بتعزيز تلك الأفكار العقلانية التي تحل محل الأفكار اللاعقلانية، أي أنه يتم من خلال هذه الفنية مواجهة حقيقة أفكار و اعتقادات المريض التي تنسم باللاعقلانية و اللامنطقية و العمل على إعادة بناء اعتقادات جديدة تنسم بالعقلانية و المنطقية تحل محلها.

و بذلك تساعد المناقشة على إعادة البناء العقلاني لأعضاء المجموعة العلاجية، و تعديل الأفكار اللاعقلانية، و تعزيز أساليب التواصل بين أعضاء المجموعة العلاجية من خلال تشجيعهم على الحوار و المناقشة لتكوين أفكار منطقية. أنسام مصطفى السيد بظاظو (2013: 117-122)

7- جدول الأنشطة السارة:

حيث تستخدم هذه الجداول في علاج تشخيص الإكتئاب و غيرها من الإضطرابات النفسية، فهي تقوم بدورها في قياس النقص في ممارسة النشاط، كما أنها تستخدم كعنصر هام في تقدير المرض ذاته، و ذلك عن طريق إقرار الفرد بنفسه لمدى ممارسته اليومية للأنشطة و قدرته على تسجيلها.

8- التعزيز (التدعيم):

عندما يصدر عن الفرد سلوك سار أو مرغوب فيه و ترغب في استمرار ممارسة هذا السلوك، فإننا نسعى إلى تعزيز و تدعيم و تشجيع هذا السلوك (تعزيز إيجابي)، و عندما نسعى إلى إبعاد أو إيقاف سلوك غير سار أو غير مرغوب فيه، فإننا نسعى إلى عدم تعزيز هذا السلوك أو إلى عقابه (تعزيز سلبي) حتى يتم التوقف عن ممارسة السلوك غير السار.

و هناك ثلاثة أنواع من المعززات هي:

1- معززات مادية ملموسة: تكون قيمتها مرتبطة بإرضاء حاجة حيوية، و يصلح هذا النوع من المعززات بشكل أفضل مع الأطفال.

2- معززات اجتماعية و تنقسم إلى:

أ- تقديم الانتباه و الاهتمام من خلال سلوك يوجه للطفل مثل الابتسامة و الإيماءة و النظر إلى الطفل.

ب- الحب و الود الذي يظهر من خلال تقبل الطفل و حمله.

ج- الاستحسان باستخدام الألفاظ و الحركات الدالة كالكلمات و التقبيل.

د- تنفيذ رغبات الطفل و الامتثال لبعض طلباته.

3- معززات نشاطية: تشمل الأنشطة المحببة إلى الطفل مثل مشاهدة التلفاز، و الخروج للنزهة، و لعب الكرة. زينب محمود شيقر (2002: 217-221)

9- النمذجة:

تعد النمذجة أحد فنيات العلاج المعرفي السلوكي و التي تهدف إلى تعديل سلوك الآخرين، من خلال معلومات يكتسبها الفرد بوصفها تمثيلات رمزية للحدث المندمج. أنسام مصطفى السيد بظاظو (2013: 123)

تأخذ النمذجة أشكالاً متعددة كالنمذجة الحية، النمذجة المصورة أو النمذجة من خلال المشاركة.

1- النمذجة الحية: هي قيام النموذج بتأدية السلوك المستهدف أمام الشخص الذي يريد تعليمه ذلك السلوك.

2- النمذجة المصورة أو الرمزية: و هو أن يقوم الشخص المراد تعليمه بمراقبة سلوك النموذج من خلال الأفلام.

3- النمذجة من خلال المشاركة: و هو مراقبة النموذج و تأدية سلوكه المراد تعليمه بمساعدة المعززات المرغوبة، و التشجيع إلى أن يؤدي الاستجابة الصحيحة. قحطان أحمد ظاهر (2004: 158-160)

10- الإسترخاء العضلي:

طريقة جاكوبسون Jackobson أو طريقة الإسترخاء العضلي التدريجي. و قد هدف واضعها لاستخدامها في علاج حالات الإضطراب النفسي.

و يقتضي العلاج بهذه الطريقة قيام المريض بتمرينين يوميا مدة كل منهما ثلاثون دقيقة. و أن يخضع لها بين الجلسة الواحدة و الثلاث جلسات أسبوعيا، على أن يقوم المعالج في هذه الجلسات بمراقبة مدى إجابة المريض لهذه التمارين و أن يعطيه أخرى جديدة. و يدم العلاج بهذه الطريقة وقتنا طويلا قد يصل إلى عدة سنوات. محمد أحمد النابلسي (1991: 141-142)

11- الواجبات المنزلية:

هي مجموعة من السلوكيات و المهارات التي يتعين أدائها من قبل المريض، و يتم تحديدها في نهاية كل جلسة. كما يتم تقييمها مع بداية الجلسة التالية على أن تتبع عدة أمور في تنفيذها و هي:

1- أن تتم بصورة تدريجية من السهل البسيط إلى السلوك المركب.

2- لا يتم الانتقال من نمط سلوكي معين غلى آخر و حتى يتم التأكد من نجاح تنفيذ السلوك السابق.

3- لا بد من اختيار نوع الواجبات المنزلية بما يتناسب مع الهدف العلاجي.

كما أنه بإمكان المرضى إضافة أي أفكار في الواجب المنزلي يقترحونها من خلال أن يقول لهم المعالج "يمكنكم إقتراح أفكار للواجب المنزلي، و لا تنزعجوا إذا لم تستطيعوا"، فالواجبات المنزلية تساعد على:

أ- تخفيف الموقف المحير.

ب- تزيد من أنشطة المريض و تفاعله.

ج- تتضح أهميتها بصورة كبيرة في دحض و تنفيذ الأفكار غير العقلانية.

أنسام مصطفى السيد بظاظو (2011: 137)

و من بين التقنيات التي تطرقت إليها هي: الإسترخاء، إعادة البناء المعرفي، النمذجة.

خلاصة:

يعتبر العلاج المعرفي السلوكي من العلاجات الأكثر فعالية في علاج الإضطرابات النفسية، يتسم بالفاعلية والتنظيم، يستند على نموذج التشغيل المعرفي للمعلومات، فهو يركز على مشكلة معينة ووجه نحو هدف محدد، يتمثل في تصحيح التشغيل الخاطئ للمعلومات و في تعديل الأفكار و الاعتقادات و الافتراضات المختلة وظيفيا و التي تعمل على إبقاء على أنماط السلوك و الانفعالات، حيث يستخدم هذا النمط العلاجي عديد من فنيات و استراتيجيات معرفية و سلوكية التي تلعب دورا هاما في حدوث تغيير لدى الفرد.

الفصل الخامس

منهج البحث أدواته و إجراءاته

1- تعريف المنهج

2- المنهج العيادي

3- أدوات البحث

3-1- دراسة الحالة

3-2- المقابلة العيادية

3-3- الملاحظة العيادية

3-4- إختبار فحص الهيئة العقلية

3-5- الإختبارات النفسية

4- مكان إجراء الدراسة الميدانية

5- مواصفات الحالة المدروسة

تمهيد:

يعتبر الجانب المنهجي للدراسة الميدانية الأهم من حيث التطبيق، و ذلك من خلال المنهجية المتبعة في الدراسة و الإجراءات و أدوات البحث التي استخدمت في هذا الجانب التطبيقي و هذا ما سنتناوله في هذا الفصل.

1- مفهوم المنهج:

المنهج كلمة مشتقة من الفعل (نهج) أن يسلك طريقا معينا.

أما معناه الإصطلاحي فهو: فن التنظيم الصحيح لسلسلة من الأفكار العديدة، إما من أجل البرهنة على حقيقة لا يعرفها الآخرون، أو هو الطريقة التي يتبعها الباحث لدراسة المشكلة، موضوع البحث، و يبقى المنهج بصفة عامة الطريقة التي يتبعها الباحث التي يتبعها الباحث للإجابة عن الأسئلة التي يثيرها موضوع بحثه. عبد الرحمن الوافي (2005: 45)

2- المنهج العيادي:

أول من استعمل المنهج العيادي في علم النفس هو عالم النفس الأمريكي ويتمر 1986، كان للمنهج العيادي بالنسبة لو يتمر غايات عملية أولا، هي استباق ثم معالجة الضعف و الإختلالات العقلية لدى الأفراد. مريم سليم و علي زيعور (2004: 98)

و قد عرف ويتمر المنهج العيادي بأنه " منهج في البحث يقوم على استعمال نتائج فحص مرضى عديدين، و دراستهم الواحد تلو الآخر، لأجل استخلاص مبادئ عامة توحى بها ملاحظة كفاءتهم و قصورهم. فيصل عباس (2002: 14)

و يستخدم المنهج الإكلينيكي في دراسة الحالة الفردية، فهو يستخدم أساسا لأغراض عملية من أجل تشخيص و علاج مظاهر الإختلال و الإضطرابات النفسية. فيصل عباس (1994: 29)

3- أدوات البحث:

1-3- دراسة الحالة:

هي الوعاء الذي ينظم و يقيم فيه الإكلينيكي كل المعلومات و النتائج التي يحصل عليها عن الفرد، عن طريق المقابلة و الملاحظة و التاريخ الإجتماعي، و الفحوص الطبية و الإختبارات السيكلوجية. لويس كامل مليكة (2009: 106)

2-3- المقابلة العيادية:

هي نوع من المحادثة يتم بين الآخر (المريض) و النفساني في موقف مواجهة، بقصد التعرف على مشكلات المريض و كشف عن الصراعات و دلالاتها، بحيث تفسح المجال أمام المريض إمكانية التعبير الحر عن ذاته، و بالتالي فهم ما يعانیه. فيصل عباس (2002: 48)

و يعرفها "بنجهام" و "مور" (1924) بأنها محادثة موجهة لغرض محدد غير الإشباع الذي تحققه المحادثة ذاتها. عبد الستار إبراهيم عبد الله عسكر (2005: 96)

أنواع المقابلة:

مقابلة الموجهة: يطرح الفاحص أسئلة معدة مسبقا و يحاول الحصول على المعلومات.

مقابلة نصف الموجهة: هي تسوية بين مقابلة موجهة و غير موجهة يعتمد الفاحص فيها على دليل المقابلة حيث يقوم بجمع معلومات مع ترك مفحوص يجيب بحرية دون مقاطعته.

مقابلة غير الموجهة: يترك الفرد يتكلم بحرية مع تشجيعه على إعادة صياغة أسئلة و مراقبة ردود فعله.

فؤاد شاهين (1997: 411-412)

اعتمدنا في دراستنا على المقابلة نصف الموجهة

3-3- الملاحظة العيادية:

هي أداة أساسية للبحث و التشخيص في مجال علم النفس الإكلينيكي، و هي مهمة لجمع المعلومات. كما أنها أداة لإختبار الأداء السلوكي للفرد في وقت معين، مع استعانة بالأدوات تساعد الأخصائي على التسجيل الدقيق للمعلومات (أجهزة تسجيل، تصوير) أو يعتمد على الكتابة الدقيقة لكل ما يتم ملاحظته.

إلهام عبد الرحمن خليل (2005: 339)

3-4- إختبار فحص الهيئة العقلية examen du statut mental:

وضع هذا الإختبار من طرف الدكتور نصره قويدر (1978)، حيث يركز هذا الفحص على ملاحظة الاستجابات السلوكية التلقائية اللفظية منها و الحركية، بما في ذلك من معلومات حول محيط الفرد و عندما يتعلق الأمر بغرض المفحوص لمشكلته، بحيث يعطي شرح لتعاليم بغية ضبط الهيئة العقلية و يحتوي على:

الاستعداد و السلوك العام.

النشاط الفكري.

المزاج و العاطفة

محتوى التفكير.

القدرة العقلية.

الإستبصار و الحكم. طباس نسيمة (2006: 120-121)

3-5- تعريف الإختبارات النفسية:

يعرف العالم Pichot 1959 في كتابه تحت عنوان الإختبارات العقلية، الإختبارات على أنها مجموعة من المواقف التجريبية موحدة تستخدم كمثير للسلوك، و تعميم هذا السلوك بمقارنة إحصائية بسلوك أفراد آخرين وضعوا في الوضعية نفسها، مما يسمح بتصنيف المفحوص كمتأثر و نوعيا. محمد أحمد النابلسي (1997: 265)

3-5-1- إختبار تأثير الحدث (IES) :

يعتبر من الإختبارات الأولى وضع لدراسة اضطراب الضغط ما بعد الصدمة.

استخدمه كثير من الباحثين في التشخيص و مراقبة حالة المريض من خلال الجلسات النفسية العلاجية، كما أنه يمكن استخدامه في الأبحاث الميدانية المتعلقة بالصدمات و الكوارث.

وضع هذا الإختبار Horowitz 1979 و قد أطلق عليه " سلم تأثير الحدث " Impact event scale، و يركز هذا الإختبار على قياس مظهرين أساسيين للصدمة : الأفكار الدخيلة، و التجنب.

يضم الإختبار 15 سؤالا 7 أسئلة مخصصة للأفكار الدخيلة و هي البنود التي تحمل رقم: 01-04-05-14-11-10-06.

و 8 أسئلة أخرى مخصصة للتجنب و هي البنود التي تحمل رقم: 02-03-07-08-09-12-13-15.

التنقيط:

هناك أربعة احتمالات للإجابة : أبدا، نادرا، أحيانا، غالبا و تقابلها الدرجات التالية :

صفر- 1- 3- 5

أما معايير التشخيص هي كالتالي :

1- الأفكار الدخيلة :

- درجة ضعيفة : من صفر إلى 8

- درجة متوسطة : من 9 إلى 19

- درجة مرتفعة من 20 إلى 35

2- التجنب :

- درجة ضعيفة : من صفر إلى 8

- درجة متوسطة : من 9 إلى 19

- درجة مرتفعة : من 20 إلى 40

تعلية الإختبار:

يطلب من الشخص أن يقرأ الأسئلة و يجيب عليها حسب العمود المناسب (أبدأ، نادراً، أحياناً، غالباً)
(يمكن للباحث أن يملأ الورقة بنفسه إذا الشخص المفحوص غير قادر على الكتابة)

دراسة الأمانة:

وصلت درجة الأمانة في هذا الإختبار إلى حوالي 0,89 للأفكار الدخيلة مقابل 0,79 للتجنب.

الصدق:

وجد Horowitz بأن الإختبار صادق من حيث قدرته على التمييز بين المرضى الذين يعانون من اضطراب ما بعد الصدمة و الأشخاص الآخرين الذين يعانون فقط من ضغوط أو اضطرابات نفسية خارجة عن نطاق اضطراب ما بعد الصدمة. و جد الباحثون أيضاً أن الإختبار حساس جداً لجلسات العلاج النفسي بحيث كانت تنخفض درجات التجنب و الأفكار الدخيلة تبعاً لعدد الجلسات.

في عام 1987 قام عدد من الباحثين بتطبيق الإختبار المذكور على عينة من الجنود المقاتلين في فيتنام و الذين يعانون من اضطرابات ما بعد الصدمة. و قد أظهر الإختبار قدرة تشخيصية جيدة وصلت إلى 74%.

غسان يعقوب (1999: 93-96)

4- مكان إجراء الدراسة الميدانية:

الحدود الزمنية:

تمت الدراسة الأساسية في حدود شهرين من 11-03-2017 إلى غاية 11-05-2017.

الحدود المكانية:

لقد تمت الدراسة في مخبر لتحليل الأنسجة و الخلايا Laboratoire privé d'anatomopathologie للبروفيسور بوروبيس ميلود، المتواجد بقمبيطة Gambetta بوهران.

5- مواصفات الحالة المدروسة:

شملت الدراسة العيادية حالة واحدة تبلغ من العمر 30 سنة مصابة بالسرطان الثدي، تعرضت لصدمة نفسية عند التشخيص من طرف الطبيب أنها المصابة بالسرطان.

الفصل السادس

تقرير السيكولوجي للحالة العيادية

- 1- تقديم المفحوص
- 2- إختبار فحص الهيئة العقلية
- 3- إختبار نفسي للحالة قبل العلاج
- 4- برنامج سير جلسات العلاج المعرفي السلوكي
- 5- إختبار النفسي للحالة بعد العلاج
- 6- ملخص الحالة

1-تقديم المفحوص:

البيانات الأولية:

الإسم: أ اللقب: ص

السن: 30 سنة الجنس: أنثى

المستوى التعليمي: جامعي

المهنة: تعمل في وكالة إتصالات

2- إختبار فحص الهيئة العقلية:

1-2 الاستعداد و السلوك:

الحالة (أ.ص) تبلغ من العمر 30 سنة، ذات قامة طويلة، بنية جسمية نحيفة، ملامح وجهها دلت على الحزن بعض الشيء، إجاباتها مباشرة و على قدر السؤال.

الهيئة: هندامها نظيف و مهتمة بمظهرها الخارجي.

التعبيرات الوجهية: في البداية أبدت الحالة (أ.ص) تغيرات على مستوى ملامحها الوجهية، كان الإتصال سهل مع الحالة، بحيث كانت متعاونة و تتجاوب مع أي سؤال، كما أظهرت الحالة (أ.ص) إشارات دلت على توترها و قلقها كتشابك أصابع يديها و هز رجلها.

2-2 النشاط الفكري:

ليس لدى الحالة (أ.ص) أي اضطراب حيث تتميز بالتلقائية في الكلام، و لكنها كانت متحفظة بعض الشيء بخصوص مرضها حيث تدعي أنها غير مصابة بالسرطان بقولها "راني غير نحس بالقلق و متوترة و راني نحوس يحبس عليا هاذ القلق"، ليس هناك قطع في محتوى الكلام.

3-2 المزاج و العاطفة:

إن ردود الفعل للحالة (أ.ص) من خلال الحصص الأولى من المقابلة تمثلت في شعورها بالاستياء و الغضب مع البكاء.

4-2 محتوى التفكير:

لغتها واضحة، لا يوجد خلط في الأفكار، تجيب بتلقائية على الأسئلة.

5-2 القدرة العقلية:

التوجه الزماني و المكاني، تعرفت على الأشخاص من حولها، لا تعاني من أي اضطراب في الذاكرة، و لكن كانت هناك بعض صعوبات في التركيز و الإنتباه.

2-6 الحكم و الاستبصار:

الحالة (أ.ص) لم تكن واعية بمرضها لمدة من الوقت دامت شهر تقريبا، كانت رافضة تماما أن تعترف بحالتها المرضية حيث شكل لها السرطان صدمة قوية، حيث صرحت الحالة (أ.ص) في الحصة الأولى من المقابلة "من أنها تعاني من توتر و قلق".

2-7 الجوانب الأساسية للتاريخ النفسي و الإجتماعي للحالة:

الحالة (أ.ص) تبلغ من العمر 30 سنة، حيث تتألف أسرة الحالة من ستة أفراد الأب الذي يبلغ من العمر 55 سنة متقاعد، و الأم التي تبلغ من العمر 50 سنة متقاعدة، و تأتي الحالة في المرتبة الثالثة بعد الأخ الذي يبلغ من العمر 35 سنة متزوج و له أولاد يعيش في فرنسا، و الأخت تبلغ من العمر 33 سنة متزوجة و لديها بنت، و آخر يبلغ من العمر 17 سنة.

و من حيث علاقتها مع أفراد عائلتها تصرح الحالة (أ.ص) بأن علاقتها مع أمها علاقة جيدة و حميمة، تقول "ماما ماشي غي ماما هي ختي و صحبتي، هي عندي كلشي فهاذ الدنيا تفهمني بزاف و تتصحني فكل حاجة"، فيما يخص علاقتها مع أبيها وصفته بالأب الحنون، تقول بأن أبوها يفهمها و يقف معها في كل المواقف الصعبة و يساندها، و يوفر كل شيء تحتاجه. أدلت قائلة " هو سند تاعي في الحياة"، أما علاقتها مع إخوتها صرحت من أنها تجمعها علاقة طيبة و حميمة مبنية على الحب و الإحترام، حيث تعتبر كل فرد من أفراد عائلتها سند و قدوة لها.

لم تعاني الحالة من أي مرض من قبل، و تعمل في شركة إتصالات و لكن حاليا متوقفة عن العمل منذ شهرين و نصف تقريبا، بسبب إصابتها بمرض السرطان حيث أصيبت بصدمة عند تشخيص حالتها من طرف الطبيب. حيث تصرح الحالة " هاذي ماشي سبة لي يجيني بيه cancer" و رفضت تماما مرضها و أنكرت ذلك و حملت ابنة أختها السبب، علما أن الحالة السبب الذي أدى إلى قيامها بالفحص و تشخيص حالتها هي أنها كانت تلعب و تمزح مع ابنة أختها فاصطدمت الصغيرة بثدي الحالة (أ.ص)، و مع مرور الأيام أحست الحالة بالآلام على مستوى الثدي و عند لمسها له أحست بوجود كتلة صغيرة (nodule) في ثديها و هذا ما دفعها لفحص نفسها. حيث طلب منها إجراء تصوير بالأشعة échographie mammaire و طلب منها قيام بالتحليل في مخبر خاص بتحليل الأنسجة و الخلايا anatomopathologie يسمى ponction و هذا عن طريق الإبرة. فجاء تشخيص الإصابة بمرض سرطان الثدي، لم تستطع الحالة (أ.ص) تصديق و لم تتقبل مرضها، حيث توقفت عن ممارسة نشاطاتها اليومية كالعمل، و أصبحت في حالة توتر و قلق، تجد صعوبة للدخول في النوم، أحلام مؤلمة و متكررة حول الحادث (كوابيس)، و ترى من أنها سوف تموت، تكرر معايشة الحادث، تشعر بالخوف و الغضب، تتجنب الأشخاص خاصة ابنة أختها لأنها تذكرها بالحادث و تصرح الحالة "كل ما نشوف بنت ختي أشعر بالإحباط و نتفكر شصرالي" تقوم بلوم نفسها "علاه صرالي هاكا".

تدخلا والدا الحالة و أرادا أن يخرجها من حالتها هذه و أرادا إقناعها بالعلاج حيث طلب منها الطبيب قيام بالجراحة لإسئصال الثدي و لكنها رفضت ذلك، و صرحت الحالة (أ.ص) قائلة إن أفراد عائلتي في هذه الأيام أو بالأحرى في هذه الأشهر، يفرضون عليّ رأيهم في كل شيء و هذا يشعرني بالغضب كيف يريدون مني القيام بالجراحة و أنا لا أريد ذلك. لا أستطيع التواصل معهم و هذا ما يدفعني لتجنبهم، أدلت

الحالة (أ.ص) بأنها متوترة و قلقة جدا و لا تعرف كيف تتخلص من هذا التوتر، و كل هذا خلق لدى الحالة شعور بالنفور اتجاه عائلتها.

التشخيص:

من خلال المقابلات التي أجريناها مع الحالة، و تفسير نتائج الإختبار و استنادا على دليل إحصائي تشخيصي للإضطرابات العقلية و النفسية DSM 5 للإضطراب الضغوط ما بعد الصدمة، أن الحالة (أ.ص) تتوفر فيها أعراض الصدمة النفسية و التي دامت أكثر من شهر، و المتمثلة في:

- 1- أحلام مؤلمة و متكررة مرتبطة بالحدث الصادم. (نوم بلي غادي نموت بسبب السرطان، و هاذ كل يوم نشوفه). (معيار B)
- 2- تجنب عوامل تذكير الخارجية (الناس). (تتجنب ابنة أختها). (معيار C)
- 3- المدركات الثابتة، و المشوهة عن سبب أو عواقب الحدث الصادم و الذي يؤدي بالفرد إلى لوم نفسه أو غيرها. (علاه صرالي هاكا هاذي ماشي سبة يجيني بيها cancer). (معيار D)
- 4- الحالة العاطفية السلبية المستمرة (الخوف، الغضب، الرعب).
- 5- مشاعر بالنفور و الانفصال عن الآخرين.
- 6- تخلي عن نشاطاتها المهمة (توقفت عن عملها).
- 7- سلوك متوتر و نوبات غضب.
- 8- اضطراب النوم (تجد صعوبة في الدخول للنوم أو البقاء نائما أو النوم المتوتر). (معيار E)

3- إختبار نفسي للحالة قبل العلاج:

رقم البند	أسئلة المقياس	أبدا	نادرا	أحيانا	غالبا
01	هل تفكر في الحدث (ما جرى لك) دون قصد؟				×
02	هل تنزعج عندما تفكر في الحدث أو تتذكره؟				×
03	هل تحاول أن تزيل من ذاكرتك صورة الحدث؟				×
04	هل لديك صعوبة في النوم بسبب أفكار و صور متعلقة بالحدث؟				×
05	هل تتنابك موجات من المشاعر القوية المؤلمة تتعلق بالحدث؟				×
06	هل تأتيك كوابيس (أحلام) متعلقة بالحدث؟			×	
07	هل تحاول تجنب ما يذكرك بالحدث؟				×
08	هل تشعر بأن ما حدث لم يكن شيئا حقيقيا؟				×
09	هل تحاول أن تتجنب الكلام عن الحدث؟				×
10	هل تطغى على رأسك صور متعلقة بالحدث؟				×
11	هل هناك أشياء إذا رأيتها أو سمعتها تذكرك بالحدث؟				×
12	هل لديك مشاعر صعبة مرتبطة بالحدث و لا تستطيع التعبير عنها؟				×
13	هل تحاول عدم التفكير بما حدث لك؟			×	
14	هل هناك ما يسبب لك استرجاع الحدث؟				×
15	هل مشاعرك متبلدة اتجاه الحدث (أي أنك تكبت مشاعرك و تتجاهل ذلك)؟			×	

تمثلت نتائج المقياس في:

أفكار الدخيلة	33
تجنب	36

درجة الصدمة النفسية "مرتفعة"

4-برنامج سير جلسات العلاج المعرفي السلوكي للحالة:

الجلسة الأولى:

دامت هذه الجلسة 40 دقيقة، كان الهدف منها هو تحقيق التعارف و الألفة و الترحيب بالحالة، باستخدام عبارات تحث على التفاؤل و التشجيع لكسب ثقتها، و التأكيد على الطبيعة التعاونية بيني و بينها، و جمع معلومات عنها.

بدأت المقابلة بالتعريف عن نفسي اختصاصي كطالبة و مهمتي من هذه الدراسة على مرضى السرطان.

كما تم طرح بعض الأسئلة على الحالة كيف شعورها و هي في هذه اللحظة، صرّحت: "راني حاسة روعي مقلقة بزاف مرانيش غاية"، هنا حاولت معرفة ما الذي يدفعها للتوتر و لكن دون جدوى كانت متحفظة بعض الشيء، طوال الحصة و هي تشابك أطراف أصابعها و تهز رجلها، أكدت معها أنني يمكنني مساعدتها، و لكن يجب أن يكون هناك تعاون من طرفك أيضا، فقالت: "أنا ما عندي والو غي راني متقلقة و راني باغيا يروح عليا هاذ تقلال"، أوضحت للحالة أنني سأساعدتها على التخلص من هذا القلق التي هي فيه، و اتفقنا على موعد في يوم آخر من الأسبوع.

الجلسة الثانية:

كان الهدف منها هو تمرير الإختبار النفسي و هو إختبار "تأثير الحدث"، الوقت المستغرق 45 دقيقة.

تم تقديم الإختبار النفسي، و طلبنا من الحالة أن تجيب على أسئلة إختبار حسب اختيارات، أجابت على كل الأسئلة و لكن في السؤال 11 و 12 توقفت لمدة 50 ثانية تقريبا و انهمرت بالبكاء و قالت: "صعبية عليا بزاف كيفاش بغاوني *accepté* هاد *maladie*، *c'est pas facile*"، صرحت الحالة (أ.ص) "أنا عندي *cancer* و مرانيش مأمنة بلي فيا *cancer*". مع العلم أن الحالة منذ شهر و هي رافضة مرضها و رفضت العلاج أيضا.

الجلسة الثالثة:

الهدف من هذه الجلسة هو تشخيص الإضطراب الذي تعانيه الحالة من خلال مقياس تأثير الحدث، و إن كانت تعاني من صدمة نفسية و ما درجتها، و استنادا على دليل تشخيصي DSM 5 و هو مرجع معتمد لتحديد نوع الإضطراب، و حسب الأعراض التي تحصلنا عليها من خلال أدوات البحث. تم مواجهة الحالة بالإضطراب الذي تعانيه فهي تحت تأثير الصدمة النفسية.

الجلسة الرابعة و الخامسة:

دامت 40 دقيقة. الهدف منها هو تقديم برنامج العلاجي الذي سنتناوله، و التعريف بالبرنامج و التقنيات التي سنتبناها و فوائد هذا البرنامج و ما يحققه من تعلم التكيف مع وضعها الحالي، و تغيير استراتيجيات و أفكار و معتقدات التكيف السابقة، كذلك التعريف بالصدمة النفسية و أسبابها و ما ينتج عنها من أعراض.

و فيما يخص تقنية إعادة البناء المعرفي طلبت من الحالة أن تسجل كل الصعوبات الحالية في دفتر خاص، و ما تفكر فيه من أفكار سلبية، و توضيح المشكلات الخاصة.

الجلسة السادسة:

دامت الجلسة 45 دقيقة، الهدف منها هو مناقشة قائمة المشكلات التي سجلتها الحالة (أ.ص)، بالتعرف على المواقف السلبية و المعتقدات الخاطئة، و الأفكار الأوتوماتيكية.

و من خلال ما سجلته الحالة ما يلي:

1- تلقي اللوم على نفسها و على الغير "علاه جاني هاد المرض شاراني دايرة في حياتي باش ربي بلاني، بصح لو كان ماشي بنت ختي أنا ما يصرا ليش هاك".

2- تشتكي من إصرار عائلتها على إخضاعها للعلاج و كذلك عن انعزالها عنهم في هذه الفترة و عن كل مهماتها و نشاطاتها.

3- لديها قلق مرتبط بالصحة "راني خايفة و مقلقة على صحتي".

4- سأموت عما قريب.

بعد تسجيل الحالة للمشكلات و الأفكار التي انتابتها، بدأت أوضح لها أنها ليس لها دخل في مرضها لأن أي شخص يمكن أن يصاب بهذا المرض، فهو لا يقاس حسب إن كان الشخص سيء أو جيد، و حتى ابنة أختك ليس لها دخل، بل كانت مجرد سبب في اكتشاف مرضك و يمكن أن تكون هي سبب جيد في اكتشاف المبكر للمرض، و ربما يساعدك هذا على الشفاء. كما أن عائلتك تحبك و تريد لك الشفاء من المرض لهذا يصرون على العلاج لأنه يريدون أن يروك بصحة جيدة، و الإبتعاد عن عائلتك و نشاطاتك كالعامل ليس الحل الصحيح يجب أن تساعد نفسك و عائلتك، و أن تتحلي بالصبر ثابري و كوني قوية. أما قلقك و خوفك على صحتك شيء عادي، و السرطان لا يعني الموت بل هو مجرد سبب "فالأعمار بيد الله"، كلما تكوني قوية و متحمسة للعلاج و مواجهة مخاوفك تستطيعين التغلب على مرضك.

تما اتفاق على أن تركز الجلسة القادمة على تخفيف من توتر و القلق من خلال تقنية الإسترخاء.

الجلسة السابعة:

استغرقت 50 دقيقة. كانت البداية بسؤالها كيف ترين مرضك؟ أجابت: "نشوفه بلي ماشي مرض هو لموت بحد ذاته" صممت لفترة، تدخلت بسؤال ما الذي يدور في ذهنك؟ قالت: "كل يوم نقول ليوم نموت و يلا ماشي ليوم غدوة، و هذا لي راه مخليني مقلقة و متوترة" انهمرت بالبكاء و قالت: "هذا ما راه كاتبلي ربي"، و لكن قبل أن يكون السرطان هو الموت هو مرض يصاب به أي شخص مهما كان، فكرة الموت التي تراودك ليست صحيحة و هناك عدة طرق لتحقيق الشفاء و عليك التحلي بالصبر فانه بيتلي من يشاء، و هناك طرق لتصدي له و لمواجهته من خلال الجراحة أو العلاج الكيميائي أو العلاج الإشعاعي، فهذا العلاج يساعد على توقف انتشار المرض خاصة إن كان في حالة مبكرة مثل حالتك يمكن الشفاء منه ، و هذا يتطلب قوة منك.

بعد ذلك تطرقنا لتقنية الإسترخاء نظرا للتوتر و القلق الواضح لدى الحالة، قمنا بالتعريف بتقنية الإسترخاء و فوائدها. ثم تطبيق تقنية الإسترخاء العضلي بكل خطواتها من استرخاء الذراعين عن طريق إنقباض و إرتخاء، مع منطقة الظهر و الصدر و البطن، و يتبع ذلك استرخاء كامل للجسم.

و كانت البداية باستلقاء على الأريكة و قيام بتمارين التنفس، إلى غاية إنقباض و إرتخاء العضلي لليد اليمنى و اليسرى. عند قبض الحالة ليدها اليمنى و الشد عليها و تنفس بعمق، لاحظت تغيرات على مستوى وجهها، وسألته كيف تشعرين و أنت في هذه الوضعية؟ قالت "أحس بالضيق الشديد"، و متى أحسست بها؟ بكت و قالت: "حسيت بيها نهار لي عرفت بلي عندي cancer"، و قمنا بتكرار العملية خمس مرات و طرحت نفس الأسئلة، إلى أن توصلنا إلى تخفيف من إحساس بالضيق، قالت: "مارانيش نحس بنفس الضيق لي حسيت بيه la première fois"، و قمنا بنفس الشيء مع اليد اليسرى و باقي المناطق الأخرى من الجسم، قالت أحس بالراحة. و فيما بعد طلبت من الحالة (أ.ب.ص) أن تتخيل نفسها في مكانها المفضل و مع أشخاص مفضلين لها، لاحظت ابتسام الحالة عند التخيل و قامت بكل هذا و هي في حالة استرخاء كامل، و عند انتهاء من الجلسة قالت "حسيت روجي كنت في عالم وحدا خر، حسيت بالراحة، راني نحس روجي خفيفة". طلبت مني إعادة التقنية في الحصص المقبلة، انتهت الجلسة و اتفقنا على الجلسة القادمة.

الجلسة الثامنة:

استغرقت 30 دقيقة، كان الهدف منها تقييم الجلسة الماضية، كيف ترين نفسك بعد الحصة الفائتة، هل هناك من تغيير؟ أجابت: "راني نحس روجي غاية، كاين changement radical" مع وجود إبتسامة "مارانيش نحس بهاذك الثقل لي كان عليا".

و مع انتهاء الجلسة اتفقت مع الحالة على استخدام تقنية النمذجة، قمت بتعريف التقنية على أنه سيكون هناك طرف ثالث في العلاج فقبلت ذلك.

الجلسة التاسعة:

دامت 45 د، كان الهدف منا تقديم النموذج كتقنية علاجية، بحضور "هدى" كنموذج، تعرفت على الحالة و دخلت معها في حوار عن كيف كانت ردة فعلها لأول مرة عند تشخيص لديها سرطان الثدي، و رفضها للعلاج هنا تدخلت الحالة (أ.ب.ص) "مرحلة لي فتي عليها نتي راني نفوت عليها أنا"، و تقبل "هدى" للعلاج كحل لتحقيق الشفاء و التغلب على مرضها، تكلمت عن مدى فعالية علاج السرطان من حيث الجراحة و العلاج الكيميائي و الإشعاعي، قامت هدى بكشف عن ثديها المستأصل و هذا لتحفيز الحالة على تعديل أفكارها السلبية حول المرض و خضوع للعلاج و كان هناك تركيز و انتباه واضح للحالة (أ.ب.ص) على نموذج (هدى).

في نهاية الجلسة شكرت الحالة (أ.ب.ص) "هدى"، "merci beaucoup هدى و ريتيني وين راه الصح، و نتي دافع قوي بالنسبة ليا".

الجلسة العاشرة:

دامت 45 د، كان الهدف منها هو معرفة وقع تقنية النمذجة و ما أحدثته من تغيير لدى الحالة، صرّحت "ستافدت منها بزاف surtout فعدت نشوف في روحي و فيها تلاقيت بلي نتشابهو في شي صوالح ، عندنا نفس المرض، و قلت علاه منديرش كيفها. خلاتني نركز على صحتي"، هنا تدخلت هذا هو التفكير الصحيح و الإيجابي و لديك القدرة على التغلب و مواجهة المرض.

كما تم في هذه الجلسة إعادة تطبيق مقياس "تأثير الحدث" على الحالة(أ.ب.ص) و مقارنته مع درجات القياس القبلي الذي أجريناه في الجلسة الثانية، و معرفة إن كان للعلاج فعالية في علاج الصدمة النفسية.

الجلسة الحادية عشر:

الهدف من هذه الجلسة هو تقييم البرنامج العلاجي و ما قدمه من فعالية و نتائج إيجابية لدى الحالة و استجاباتها متعلقة بالحدث الصادم، و كان تقييم من خلال سؤالها كيف ترين نفسك و هل هناك من تغيير؟ فذكرت لنا بأن هذه الجلسات العلاجية كانت لديها فعالية بالنسبة لها في تغيير من حالتها النفسية، أدركت بأن لدي القدرة على تخطي الصعاب و كيفية التكيف معها، و بذلك قررت الخضوع للعلاج مثل "هدى" (النموذج) حيث كانت لهذه التقنية دافع قوي في تغيير أفكارها، حيث تعلمت التخلص من الأفكار السلبية حول مرضي و لا يمكن أن تؤثر فيا لأنني أتحكم جيدا بنفسني، و أن هذا الحدث رغم صعوبته إلا أنه يزيدني قوة في خبراتي النفسية و الإجتماعية، لست أنا الوحيدة التي تعاني من هذا المرض هناك من يعاني منه، أصبحت أكثر توأصلا مع أفراد عائلتي، و هذا المرض لا يعيقني على تحقيق أهدافي في الحياة و ما أتمناه سأعيش كل دقيقة تمر عليّ و الحمد لله على كل شيء.

و تم تطبيق تقنية الإسترخاء بناء على طلب الحالة و تم تطبيقها بنفس خطوات الجلسة السابقة.

5- إختبار النفسي للحالة بعد العلاج (قياس بعدي) :

رقم البند	أسئلة المقياس	أبدا	نادرا	أحيانا	غالبا
01	هل تفكر في الحدث (ما جرى لك) دون قصد؟			×	
02	هل تنزعج عندما تفكر في الحدث أو تتذكره؟		×		
03	هل تحاول أن تزيل من ذاكرتك صورة الحدث؟		×		
04	هل لديك صعوبة في النوم بسبب أفكار و صور متعلقة بالحدث؟		×		
05	هل تتنابك موجات من المشاعر القوية المؤلمة تتعلق بالحدث؟			×	
06	هل تأتيك كوابيس (أحلام) متعلقة بالحدث؟		×		
07	هل تحاول تجنب ما يذكرك بالحدث؟		×		
08	هل تشعر بأن ما حدث لم يكن شيئا حقيقيا؟			×	
09	هل تحاول أن تتجنب الكلام عن الحدث؟			×	
10	هل تطغى على رأسك صور متعلقة بالحدث؟		×		
11	هل هناك أشياء إذا رأيتها أو سمعتها تذكرك بالحدث؟			×	
12	هل لديك مشاعر صعبة مرتبطة بالحدث و لا تستطيع التعبير عنها؟		×		
13	هل تحاول عدم التفكير بما حدث لك؟			×	
14	هل هناك ما يسبب لك استرجاع الحدث؟		×		
15	هل مشاعرك متبلدة اتجاه الحدث (أي تكبت مشاعرك و تتجاهل ذلك)؟	×			

تمثلت نتائج المقياس في:

13	الأفكار الدخيلة
13	درجة التجنب

درجة الصدمة "متوسطة"

ملخص الحالة:

بعد عرضنا للحالة و سير الجلسات العلاجية تبين لنا أن هناك تغييرات إيجابية من خلال مقارنة درجات القياس القبلي مع درجات القياس البعدي لمقياس "تأثير الحدث"، انخفاض واضح في الدرجات سواء في الأفكار الدخيلة أو درجة التجنب بعدما كانت مرتفعة، فالقياس القبلي أوضح لنا شدة الصدمة النفسية لدى الحالة من خلال أعراض الظاهرة على الحالة و ما أكده لنا DSM 5 في التشخيص، أما في القياس البعدي كان هناك خفض في درجة الصدمة بحيث اختفت تلك الأفكار السلبية و أصبحت الحالة أكثر تقبلاً للمرض، و ما أبدته من قوة و عزيمة لمواجهة مرضها و من تحقيق تكيف مع المشاعر و الأفكار المتعلقة بالحدث الصادم، و هذا دلّ أكثر على أن جلسات العلاج المعرفي السلوكي كان لها تأثير و فعالية في علاج الصدمة النفسية لدى مريضة السرطان.

الفصل السابع

عرض النتائج و تفسيرها

1- مناقشة نتائج البحث على ضوء الفرضيات

2- الإستنتاج العام

- الخاتمة

- توصيات و اقتراحات

1- مناقشة نتائج البحث على ضوء الفرضيات

فعالية العلاج المعرفي السلوكي في علاج الصدمة النفسية لدى مرضى السرطان، و للوصول لفرضية الدراسة هذه قمنا بتطبيق إختبار تأثير الحدث على الحالة قبل القيام بسير جلسات العلاج المعرفي السلوكي، و بعد قيام بالجلسات العلاجية، و ذلك كان لتشخيص الصدمة النفسية و معرفة درجتها التي تسبب في حدوثها مرض السرطان.

درجة الصدمة			
قياس	الأفكار الدخيلة	درجة التجنب	شدة الصدمة
قياس قبلي	33	36	مرتفعة
قياس بعدي	13	13	متوسطة

من خلال النتائج المتحصل عليها و المتمثلة في الجدول و بعد تطبيق إختبار تأثير الحدث لتشخيص الصدمة النفسية كانت النتائج كالتالي:

قبل قيام بالجلسات العلاجية كان هناك ارتفاع واضح في شدة الصدمة النفسية حيث تمثلت درجة الأفكار الدخيلة 33 درجة منحصرة بين 20-35 و المتمثلة في البنود (1-4-5-6-10-11-14) و هذا يدل على ارتفاع في شدة الصدمة النفسية لدى المصابة، في حين كانت درجة التجنب 36 درجة متمثلة بين 20-40 و تتضمن ثمانية بنود (02-03-07-08-09-12-13-15) و تعتبر درجة مرتفعة على المقياس، فهذا الإرتفاع الحاصل في درجات الأفكار الدخيلة و التجنب يدل على إرتفاع درجة الصدمة النفسية.

و بعد تطبيق العلاج المعرفي السلوكي بتقنياته من استرخاء و إعادة البناء المعرفي و النمذجة، قمنا بالقياس البعدي حيث وجدنا أن درجة الأفكار الدخيلة انخفضت من درجة 33 إلى 13 فهذا انخفاض من المرتفع إلى المتوسط دلّ على وجود تغيير إيجابي لدى الحالة حول الحدث الذي شكّل صدمة لدى المصابة من جرّاء الإصابة بالمرض. أما فيما يخص درجة التجنب نلاحظ أيضا أن هناك انخفاض و فرق واضح بين درجة الأولى قبل العلاج و التي كانت 36 حيث انخفضت إلى 13 و تمثل هذه النتيجة درجة متوسطة في شدة الصدمة النفسية على مستوى المقياس، حيث تمثلت كل من درجة الأفكار الدخيلة و التجنب بين 9-19 درجة نسبة لمعايير تشخيص المقياس، و هذا يدل على أن هناك انخفاض واضح في درجة الصدمة النفسية المتمثلة في الأفكار الدخيلة و التجنب مما أكد على فعالية العلاج المعرفي السلوكي.

2- الإستنتاج العام:

أظهرت نتائج الدراسة مدى نجاح و فعالية العلاج المعرفي السلوكي لدى المصابة بالسرطان، بعد تراجع درجات الصدمة النفسية بعدما كانت مرتفعة و ذلك من خلال جلسات العلاجية التي قامت على تقنيات

تحت على استبدال المعارف و الأفكار الخاطئة بأخرى صحيحة، حيث كلما يكون هناك تعديل لهذه الأفكار المرتبطة بالحدث الصادم، يكون هناك انخفاض في درجة الصدمة النفسية، حيث أن جلسات العلاج المعرفي السلوكي أتاحت الفرصة للحالة بالتعرف على هذه الأفكار، و معتقداتها الخاطئة و تعديلها بأفكار أكثر إيجابية، و كشف تفسيراتها للحدث الصادم بشكل إيجابي الذي ساعد على تحسن الحالة النفسية و تعلم استراتيجيات التكيف مع هذا الحدث، و بالتالي يمكن القول بأن الفرضية تحققت و لكن النتائج تبقى نسبية.

الخاتمة:

يعتبر مرض السرطان أحد أكبر مهددات حياة الإنسان في العصر الحديث فهو من أمراض سيكوسوماتية خطيرة، و لديه تأثير كبير على الصحة النفسية للمريض كون التصورات المرتبطة بهذا المرض هي الموت أو التدرج نحو الموت، و هذا ما قد يسبب في حدوث الصدمة النفسية التي قد ينتج عنها عدم التصديق، و قد يصل في حالات الأخرى لإنكار المرض، و يترك أثرا سلبيا على حياة المريض إذ يبدي سلوكيات متطرفة كالإنسحاب، و مشاعر الخوف و الرعب، و نوبات القلق، و الغضب و اضطرابات في النوم و تكون لديه توقعات غير حقيقية حول المرض، و كل هذا نتيجة قوة الصدمة مما يشكل له عجز. و كلما كان هناك تحفيز و تكفل نفسي أبكر للأفراد المصدومين كلما كان المريض أكثر وعيا و تقبلا لمرضه، حيث يستطيع التكيف مع وضعه من خلال اعتماده على تقنيات علاجية معرفية سلوكية لديها فعالية في علاج الصدمة النفسية لدى مرضى السرطان، تعتمد على تغير البنية المعرفية لدى المصاب بتعديل الأفكار السلبية الأوتوماتيكية و معتقدات الخاطئة بأخرى صحيحة و إيجابية، و استفادة من خبرات و إنجازات الغير في هذا المجال و إقتداء بهم كنموذج محفز للتعامل مع الموقف الصادم. و من خلال نتائج الدراسة فقد أو ضحت مدى فعالية العلاج المعرفي السلوكي في علاج الصدمة النفسية لدى مرضى السرطان.

التوصيات و الإقتراحات:

و من خلال ما توصلت إليه الدراسة من نتائج نقترح ما يلي:

- 1- إقتراح برنامج وقائي ضد الصدمات النفسية لدى مرضى السرطان بصفة خاصة و الأمراض السيكوسوماتية بصفة عامة.
- 2- قيام بفحوصات دورية للكشف المبكر عن السرطان لتجنب الوقوع في الصدمات النفسية.
- 3- تدعيم دور المختص النفسي في العمل على تخفيف من المعاناة النفسية، و مساعدة كل فرد في تجاوز صدمة المرض.
- 4- التكفل النفسي بهذه الحالات من خلال علاجات نفسية بمساعدة الفرد المصدوم على المشاركة في مجموعات و مناقشة حول المشكلة مما يساعده على الفهم و زيادة ثقته بنفسه.
- 5- التحضير النفسي للأفراد قبل تشخيص المرض لتفادي الصدمة النفسية و ما ينجم عنها من اضطرابات.

الملاحق

إختبار فحص الهيئة العقلية:

وضع هذا الإختبار من طرف الدكتور نصره قويدر (1978)، حيث يركز هذا الفحص على ملاحظة الاستجابات السلوكية التلقائية اللفظية منها و حركية، بما في ذلك من معلومات حول محيط الفرد و عندما يتعلق الأمر بغرض المفحوص لمشكلته، بحيث يعطي شرح لتعاليم بغية ضبط الهيئة العقلية و يحتوي على:

1-الإستعداد و السلوك العام.

2-النشاط الفكري.

3-المزاج و العاطفة.

4-محتوى التفكير.

5-القدرة العقلية.

6-الإستبصار و الحكم.

إختبار تأثير الحدث

رقم البند	أسئلة المقياس	أبدا	نادرا	أحيانا	أبدا
01	هل تفكر في الحدث (ما جرى لك) دون قصد؟				
02	هل تنزعج عندما تفكر في الحدث أو تتذكره؟				
03	هل تحاول أن تزيل من ذاكرتك صورة الحدث؟				
04	هل لديك صعوبة في النوم بسبب أفكار و صور متعلقة بالحدث؟				
05	هل تتناوب موجات من المشاعر القوية المؤلمة تتعلق بالحدث؟				
06	هل تأتيك كوابيس (أحلام) متعلقة بالحدث؟				
07	هل تحاول تجنب ما يذكرك بالحدث؟				
08	هل تشعر بأن ما حدث لم يكن شيئا حقيقيا؟				
09	هل تحاول أن تتجنب الكلام عن الحدث؟				
10	هل تطغى على رأسك صور متعلقة بالحدث؟				
11	هل هناك أشياء إذا رأيتها أو سمعتها تذكرك بالحدث؟				
12	هل لديك مشاعر صعبة مرتبطة بالحدث و لا تستطيع التعبير عنها؟				
13	هل تحاول عدم التفكير بما حدث لك؟				
14	هل هناك ما يسبب لك استرجاع الحدث؟				
15	هل مشاعرك متبلدة اتجاه الحدث (أي أنك تكبت مشاعرك و تتجاهل ذلك)؟				

قائمة المراجع

المراجع:

مراجع باللغة العربية:

- 01-أنسام مصطفى السيد بظاظو.(2011).اضطراب الشخصية النرجسية لدى الراشدين.ط1. مصر: مكتب الجامعي الحديث للنشر و التوزيع.
- 02-أنسام مصطفى السيد بظاظو.(2013).برنامج علاجي لتخفيف ما بعد صدمتي الوفاة و الطلاق لدى الأطفال.ط1. مصر: مكتب الجامعي الحديث للنشر و التوزيع.
- 03-ابن المنظور.لسان العرب المحيط.المجلد الثالث.بيروت: دار لسان العرب.
- 04-أديب محمد خالدي.(2009).الصحة النفسية.ط3. الأردن: دار وائل للنشر و التوزيع.
- 05-إلهام عبد الرحمن خليل.(2015).علم النفس الإكلينيكي(التصنيف، الفحص، التشخيص).ب.ط. مصر: مكتبة التربوية للنشر و التوزيع.
- 06-أحمد عكاشة.(1998).الطب النفسي المعاصر.ب.ط. مصر: مكتبة الأنجلو المصرية للنشر و التوزيع.
- 07-أكرم الهاللي.(2014).سرطان الدم.ط2. الإمارات.
- 08-بطرس حافظ بطرس.(2010).المشكلات النفسية و علاجها.ط2. الأردن: دار المسيرة للنشر و التوزيع.
- 09-بيروني كوروين و آخرون.(2008).العلاج المعرفي السلوكي المختصر.ترجمة محمود عيد مصطفى..ط1. مصر: إيتراك للنشر و التوزيع.
- 10-جان سكوت و آخرون.العلاج المعرفي و الممارسة الإكلينيكية.ترجمة حسن مصطفى عبد المعطي.ب.ط. مصر: مكتبة زهراء الشرق للنشر و التوزيع.
- 11-حسين علي فايد.(2008).العلاج النفسي.ط1 مصر: مؤسسة طيبة للنشر و التوزيع.
- 12-حسين فالح حسين.(2015).علم النفس المرضي و العلاج النفسي.ط2. الأردن: دبيونو لتعليم التفكير للنشر و التوزيع.
- 13-زاهدة أبو عيشة، تيسير عبد الله.(2012).اضطراب الضغوط ما بعد الصدمة.ط1. الأردن: دار وائل للنشر و التوزيع.
- 14-زلوف منيرة.(2014).دراسة تحليلية للإستجابة الإكتئابية عند المصابات بالسرطان.ط&. الجزائر: دار الهومة للنشر و التوزيع.
- 15-زينب محمود شيقر.(2002).علم النفس العيادي و المرضي للأطفال و الراشدين.ط1. الأردن: دار الفكر للنشر و التوزيع.

- 16- زيزي السيد إبراهيم. (2006). العلاج المعرفي للإكتئاب. ب.ط. مصر: دار غريب للنشر و التوزيع.
- 17- فيصل خير الزراد. (2000). الأمراض النفسية و الجسدية. ط1. لبنان: دار النفائس للنشر و التوزيع.
- 18- فيكتور سمير نوف. (2002). التحليل النفسي للولد. ط4. لبنان: مجد المؤسسة الجامعية للنشر و التوزيع.
- 19- فيصل عباس. (1994). التحليل النفسي للشخصية. ط1. لبنان: دار الفكر اللبناني للنشر و التوزيع.
- 20- فيصل عباس. (1994). أضواء على المعالجة النفسية. ط1. لبنان: دار الفكر اللبناني للنشر و التوزيع.
- 21- فيصل عباس. (2002). العيادة النفسية. ط1. لبنان: دار المنهل اللبناني للنشر و التوزيع.
- 22- فيصل عباس. (1996). التحليل النفسي و اتجاهات الفرويدية المقاربة العيادية. ط1. لبنان: دار الفكر اللبناني للنشر و التوزيع.
- 23- قحطان أحمد ظاهر. (2004). تعديل السلوك. ط2. الأردن: دار وائل للنشر و التوزيع.
- 24- عبد الستار إبراهيم، علي عسكر. (2003). علم النفس الإكلينيكي. ط3. مصر: مكتبة الأنجلو المصرية للنشر و التوزيع.
- 25- عادل محمد عبد الله. (1999). العلاج المعرفي السلوكي. ب.ط. مصر: دار الرشاد للنشر و التوزيع.
- 26- علي عسكر. (2003). ضغوط الحياة و أساليب مواجهتها. ط3. كويت: دار الكتاب الحديث للنشر و التوزيع.
- 27- عبد الفتاح محمد العيسوي. (1993). تاريخ الطب النفسي. ب.ط. مصر: دار النهضة العربية للنشر و التوزيع.
- 28- عبد الرحمن سي موسى، زقار رضوان. (2002). العنف الإرهابي ضد الطفولة و المراهقة علامات الصدمة و الحداد في الإختبارات الإسقاطية. الجزائر: ديوان مطبوعات الجامعة للنشر.
- 29- عبد الرحمن محمد العيسوي. (2001). الجديد في الصحة النفسية. ب.ط. مصر: منشأ المعارف للنشر و التوزيع.
- 30- عبد الرحمن الوافي. (2005). المختصر في مبادئ علم النفس. ط3. الجزائر: ديوان مطبوعات الجامعة للنشر و التوزيع.
- 31- غسان يعقوب. (1999). سيكولوجية الحروب و الكوارث. ط1. لبنان: دار الفارابي للنشر و التوزيع.
- 32- سعدوني غديرة. (2011). مصير الأطفال المصدومين من جراء العنف. ب.ط. الجزائر: دار الهدى للنشر و التوزيع.

- 33-سعيد جاسم الأسدي، عطاري محمد سعيد.(2014).**الصحة النفسية للفرد و المجتمع**.ط1. الأردن: دار رضوان للنشر و التوزيع.
- 34-السيد فهمي علي.(2010).**العلاج النفسي**.ب.ط. مصرك دار الجامعة الجديدة للنشر و التوزيع.
- 35-شيلي تايلور.(2008). **علم النفس الصحي**.ترجمة وسام درويش، فوزي شاكر طعمية.ط1 الأردن: دار حامد للنشر و التوزيع.
- 36-محمد السيد عبد الرحمن.(2009).**علم الأمراض النفسية و العقلية**.ط2. مصر: مكتبة زهراء الشرق للنشر و التوزيع.
- 37-محمد قاسم عبد الله.(2002).**مدخل إلى الصحة النفسية**.ط5. الأردن: دار الفكر للنشر و التوزيع.
- 38-محمد أحمد النابلسي.(1991).**مبادئ العلاج النفسي و مدارسه**.ب.ط. لبنان: دار النهضة للنشر و التوزيع.
- 39-محمد أحمد النابلسي.(1997).**أصول الفحص النفسي و مبادئه**.ب.ط. مصر: مكتب العلمي للنشر و التوزيع.
- 40-مريم سليم، علي زيعور.(2004).**حقوق علم النفس**.ط2. لبنان: دار النهضة العربية للنشر و التوزيع.
- 41-مايك ديكسون.(2013).**سرطان الثدي**.ترجمة هنادي المزيودي.ط1. السعودية: مكتبة الملك فهد الوطنية للنشر و التوزيع.
- 42-هشام عبد الرحمن الخولي.(2007).**دراسات و بحوث في علم النفس و الصحة النفسية**.ط1. مصر: دار الوفاء للنشر و التوزيع.
- 43-هيلين بير، نيل بريدي.(2005).**دليل العلمي للسرطان عند الرجال**.ط1. مصر: دار الفاروق للنشر و التوزيع.
- 44-هوفمان إس جي.(2012).**العلاج المعرفي السلوكي المعاصر**.ترجمة مراد علي عيسى.ط1. مصر: دار الفجر للنشر و التوزيع.
- 45-هاني عرموش.(2005).**دليل الأسرة الطبي المصوّر**.ط3. سوريا: دار النفائس للنشر و التوزيع.
- 46-لويس كامل مليكة.(2009).**علم النفس الإكلينيكي**.ط1. الأردن: دار الفكر للنشر و التوزيع.
- 47-نيكولاس جيمس.(2013).**السرطان**.ترجمة أسامة فاروق حسن.ط1. مصر: مؤسسة هنداوي للتعليم و الثقافة للنشر و التوزيع.
- 48-نور الهدى محمد جاموس.(2013).**الإضطرابات النفسية**.ب.ط. الأردن: دار اليازوري للنشر و التوزيع.

49- دليل تشخيصي إحصائي الخامس للاضطرابات العقلية. ترجمة أنور الحمادي.

50- دليل التشخيصي الإحصائي الرابع المعدل. ترجمة تيسير حسون.

ف.إ.كاس، ج.م. أولدام. ه. باردس. (2009). في الطب النفسي و علم النفس الإكلينيكي. ترجمة سامر جميل رضوان. ط1. فلسطين: دار الكتاب الجامعي للنشر و التوزيع.

معاجم و رسائل جامعية:

51-جان لابلاتش، جان برتراند بونتاليس. معجم مصطلحات التحليل النفسي. ترجمة مصطفى حجازي. ط1. لبنان: مركز الدراسات الوحدة العربية للنشر و التوزيع.

52-خليل أحمد خليل. (1997). معجم مصطلحات النفسية و الإجتماعية. ط1. لبنان: دار الفكر اللبناني للنشر و التوزيع.

53-عبد المجيد سالمى، نور الدين خالد. (1998). معجم مصطلحات علم النفس. ط1. لبنان: دار الكتاب اللبناني للنشر و التوزيع.

54-مدحت عبد الرزاق. (2012). معجم مصطلحات علم النفس. ط1. لبنان: دار الكتب العلمية للنشر و التوزيع.

55-عبد المنعم حنفي. موسوعة الطب النفسي. المجلد الثاني. الكتاب الجامع في الإضطرابات النفسية و طرق علاجها نفسياً. ط. مصر: مديبولي للنشر و التوزيع.

56-رولان دورون، فرونسوان بارو. (1997). موسوعة علم النفس. مجلد الأول. ترجمة فؤاد شاهين. ط1. لبنان: دار عويدات للنشر و التوزيع.

57-طباس نسيم. (2006). المحاولات الإنتحارية لدى الفتاة. تحت إشراف قويدر نصر. مذكرة تخرج لنيل شهادة الماجستير. جامعة السانبا وهران.

58-ناجي يسمينة. (2015). مساهمة تقنية EMDR في تخفيف من حدة الصدمات النفسية. إشراف بلوم محمد. مذكرة تخرج لنيل شهادة ماستر. جامعة محمد خيضر بسكرة.

59-Habour Nouar Narimane. (2012). Etude épidémiologique et anatomopathologique du cancer de sein dans l'ouest algérien et recherché de quelque facteur de risqué. directeur de these El Kebir. université d'Oran Es Senia.

مراجع باللغة الفرنسية:

60-Antoine bioy, Damien fouques. (2009). manuel de psychologie du soin. Breal.

61-Jean Louis Senon. (2012). trauma et resilience. Paris: Dunod.

62-Jean cottraux.(2001).**Les therapies comportementales et cognitive.**3ed.Paris:Masson.

63-François Lebigot.(2006).**traumatisme psychique.**bruxel.

64-Isabelle Gothey, Robert Hamming.(2005).**toxicodépendance:Problème psychiatrique.**Médecine et hygiène

65-Marie Claire Célérier.(2002).**Repenser la cure psychanalytique.**Paris: Dunod.

66-J.Bergeret.(2008).**psychologie pathologique.**10 ed.france: Masson.

67-DSM4 TR.

68-El hassar.(2006).Le sein.Oran : Dar Elgharb