

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
République Algérienne Démocratique et Populaire

Ministère de l'Enseignement Supérieur
et de la Recherche Scientifique

Université Akli Mohand Oulhadj - Bouira -

Tasdawit Akli Muḥend Ulḥağ - Tubirett -



وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة أكلي محمد أولحاج
- البويرة -

كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية

قسم العلوم الاجتماعية

Faculté des Sciences Sociales et Humaines

فرع علم النفس

تخصص: علم النفس العيادي

العنوان

فعالية العلاج بالقراءة في تخفيف أعراض اضطراب الضغط

ما بعد الصدمة عند الراشد

مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماستر في علم النفس العيادي

إشراف الأستاذة:

- ولد محند لامية

من إعداد:

- غماري حسين

- حموش عيسى

السنة الجامعية: 2022/2021

شكر وتقدير

الحمد لله رب العالمين

نشكر الله على أن وفقنا في اجتياز الأعوام الدراسية وبلوغنا هذا المستوى

مع الذكريات الطيبة التي أمضيناها طيلة المسار الجامعي

نشكر الأستاذة المشرفة والد محمد لامية وكل الأساتذة الذين رافقونا

طيلة المسار الجامعي بتوجيهاتهم وإرشاداتهم

إهداء

نهدي هذا العمل المتواضع لكل الزملاء الأحبة وللأستاذة المشرفة
ولد محند لامية عرفانا بمجهوداتها التي بذلتها معنا

ص	المحتوى
أ	الاهداء
ب	الشكر والتقدير
01	المقدمة
	الفصل التمهيدي الإطار العام للدراسة
03	1-الإشكالية
06	2- فرضيات الدراسة
06	3- دوافع اختيار الموضوع
07	4- أهمية الدراسة
07	5- أهداف الدراسة
07	5- التحديد الإجرائي لمتغيرات الدراسة
	الجانب النظري
	الفصل الأول العلاج بالقراءة
	تمهيد :
10	1. القراءة
10	1.1. مفهوم القراءة
11	2.1. أهمية القراءة
14	3.1. أنواع القراءة
15	2- العلاج بالقراءة
15	1.2. تعريف العلاج بالقراءة
17	2.2. تاريخ العلاج بالقراءة وتطوره
21	3.2. التطبيقات
22	4.2. التقنية
23	5.2. اختيار الكتب
24	6.2. أنواع العلاج بالقراءة واستخداماته
25	7.2. إجراءات العلاج بالقراءة ومتطلباته
27	8.2. أنواع المواد القرائية المستخدمة في العلاج بالقراءة
30	9.2. نظريات العلاج بالقراءة
35	10.2. مبادئ العلاج الكتابي
36	11.2. أهمية العلاج بالقراءة وأهدافه
	خاتمة

الفصل الثاني اضطراب ضغط ما بعد الصدمة	
	تمهيد
32	1. الصدمة النفسية

32	1-1. تعريف الصدمة
33	2-1. أنواع الصدمات النفسية
36	3-1. الانتشار
37	4-1. التكيف الإنساني في ظروف الحياة المعتادة
38	5-1. نتائج الأحداث الحاسمة في تكيف الفرد
38	6.1. أثر الصدمة النفسية في جوانب الشخصية
39	7.1. شدة تأثير الصدمة
41	8.1. العوامل المؤثر في استجابات الأفراد للخبرة الصادمة
42	9.1. العوامل التي تزيد النتائج السلبية للحدث الصادم
42	10.1. تجاوز الصدمات و الفشل في تجاوزها
64	2. اضطراب الضغط بعد أو عقب الصدمة
64	1-2. مفهوم اضطراب الضغط ما بعد الصدمة
66	2-2. مفهوم الضغوط
66	3-2. ظهور مصطلح اضطراب ما بعد الصدمة واشكالية ضبطه
68	4-2. التصنيف
69	5-2. أعراض اضطرابات الضغوط التالية للصدمة
74	6-2. التشخيص والتشخيص الفارقي لاضطراب الضغط ما بعد الصدمة
80	7-2. النظريات المفسرة لاضطرابات الضغوط التالية للصدمة
86	8-2. عوامل الخطر لاضطراب الضغوطات التالية للصدمة
87	9-2. الانتشار
89	10-2. المآل والتطور
	خاتمة الفصل
	الجانب التطبيقي
	الفصل الثالث الإجراءات المنهجية
91	1. منهج البحث
92	2. مجموعة البحث
92	3. حدود الدراسة
92	4. ادوات جمع المعلومات
93	5. الأساليب الاحصائية المستخدمة في معالجة النتائج
95	خلاصة عامة للبحث
98	قائمة المراجع
101	الملاحق
102	ملخص الدراسة

المقدمة

مقدمة :

تشكل القراءة نشاط إنساني ذو أبعاد معرفية وعاطفية واجتماعية وثقافية ، يقوم على أساس المواد القرائية بمختلف أشكالها، والتي تمثل التجارب الإنسانية والأفكار والمعارف المدونة في الكتب ، ولعل من بين الاستخدامات التي برزت في ساحة علم النفس هو الاستخدام العلاجي، أي استخدام مواد قرائية بهدف تحقيق الراحة النفسية وتنمية الفكر واستيعاب الانفعالات مما يخلق للإنسان فهما وبصيرة بذاته ومشاعره، كما قد تمده بتوجيهات وإرشادات عملية تساعده في ضبط أفكاره وعاداته.

العلاج بالقراءة يمتد في جذور التاريخ في شكل فلسفات وأفكار في الحضارات القديمة ، إلا أن ظهوره كمجال علمي بدأ في ستينيات القرن الماضي بالولايات المتحدة ثم بأوروبا الغربية ، ليشهد بعدها تطورات وإسهامات المختصين الاكلينيكيين، وتبرز عدة توجهات نظرية داخل هذا العلاج إلا انه وبحسب المختصين، فان العلاج بالقراءة يتشكل من نموذجين نظريين أساسيين ، هما علم نفس الأعماق أو السيكو دينامي بداية من أدبيات التحليل النفسي الكلاسيكي إلى حركات التحليل النفسي التي تلتها، وهذا النموذج يعتمد على قوة العاطفة والانفعال الذي تتضمنه عملية القراءة والنشاط النفسي الذي تثيره، لذلك يصطلح عليه بالعلاج بالقراءة العاطفي، وهو يعتمد على الكتب الخيالية والأدبية، وفي مقابل هذا النموذج نجد النموذج المعرفي السلوكي الذي يستند لمبادئ علم النفس المعرفي السلوكي ويستخدم كتب المساعدة الذاتية وبرامج تنمية الذات .

اثبت هذا العلاج النفسي فعالية مع الكثير من الاضطرابات النفسية ومد المختصين مدخل علاجي هام وغير مكلف ويتضمن الترويح والتسلية للعملاء ويتيح لهم الممارسة وفق ميولهم واختياراتهم. الراحة النفسية والضبط المعرفي الذي يحدثه هذا العلاج مع مختلف الازمات النفسية ، يدفعنا إلى ممارسة هذا العلاج مع ضحايا الصدمات النفسية الراشدين المشخصين بإصابتهم باضطراب ما بعد الصدمة و فقدو تكيفهم بدرجة كبيرة ودخلو في حالة من ضعف الطاقة والارهاق . هنا نحاول أن نتيح لهم برنامج علاجي يقوم على ممارسة القراءة في سبيل بحث تجريبي يحاول الكشف عن فعالية هذا العلاج في تخفيف أعراض ومعاناة المصابين بهذا الاضطراب .

ولتحقيق هذا قمنا بهذا البحث المعنون ب : فعالية العلاج بالقراءة في تخفيف أعراض ما بعد الصدمة عند الراشدين ، متضمنا عرض للعلاج واهم مبادئه ومنطلقاته النظرية وتعرضنا للاضطراب المستهدف بالتجريب حوله على مجموعة من الحالات المدروسة .

الفصل التمهيدي

الإطار العام للدراسة

- 1- الإشكالية
- 2- فرضية الدراسة
- 3- دوافع اختيار الموضوع
- 4- أهمية الدراسة
- 5- أهداف الدراسة
- 6- التحديد الإجرائي لمتغيرات الدراسة

1-الإشكالية

قد يتعرض الإنسان لأحداث صادمة تفوق قدرته وطاقته على التكيف، وتدخله في حالة عجز مما يهبط بمستوى التكيف إلى الحدود الدنيا، وهذا الهبوط يترافق مع مانسميه أعراض الصدمة، (الذهول والمشاعر القوية المتناقضة والقلق والشعور بالذنب وغيرها). (ميرفين سموكر واخرين 2010.ص55)

وتأثير الصدمة سواء كانت جراء حدث طبيعي أو فعل إنساني تمتد في جوانب شخصية المصدوم، وفق البعد الانفعالي والمعرفي، والبعد الفيزيولوجي العصبي والبعد الدافعي الذي يتضمن التنظيم الدافعي للشخصية، مثل دافع الأمن وتقدير الذات، فتختل هذه الأبعاد في توازنها وتظهر أعراض الاستجابة للصدمة في شكل يعيق طاقة الإنسان ويعطل أدائه العادي بشكل كبير .

وإذا لم تختف أعراض الاستجابة للصدمة بعد مضي فترة (بين بضعة أسابيع أو شهور إلى 6 أشهر ونادرا ما تتجاوز ستة أشهر)، فإن آثارها تبدأ في الخروج عن معيار السواء، ليشخص المصدوم باضطراب ما بعد الصدمة والذي يظهر كرد فعل متأخر أو ممتد زمنيا لحدث أو إجهاد ذي طابع يحمل صفة التهديد أو الكارثة الاستثنائية (احمد عكاشة .ص406)

تختلف الحالات المصابة بأعراض ما بعد الصدمة في خصوصياتها من عميل لآخر، وفق عدة متغيرات كالسن والجنس ومدة الصدمة والخلفية الثقافية والاجتماعية، كما تختلف قابلية العلاج والتعافي بحسب شخصية العميل وخلفية نظامه النفسي ومستوى صحته النفسية والعوامل الخارجية الأخرى المساعدة على استعادة التوازن مثل الدعم الاجتماعي والرخاء في المستوى المعيشي وغيرها يستخدم المختصون العياديون مقاربات علاجية مختلفة في تخفيف أعراض ما بعد الصدمة وإرجاع التوازن النفسي للعملاء، فقد أحدثت ابتكارات علاج الصدمات ثورة في مجال العلاج النفسي من خلال تزويد المختصين بأساليب مجربة لمساعدة المصابين على تحقيق تحول عميق وتعافي ملموس .

إلا أن بعض العلاجات النفسية نجدها تفتقر للتجارب حول فعاليتها في تخفيف أعراض اضطراب ما بعد الصدمة (في حدود اطلاع الطالب)، ومن ذلك نجد العلاج بالقراءة، والذي يعرف انه استخدام مواد قرائية مختارة كمواد علاجية للاضطرابات النفسية أو الوقاية منها، أو من اجل

تطوير الشخصية نحو الأفضل ، ووفق جمعية علم النفس الأمريكية فيعرف العلاج بالقراءة كما ورد في المعجم الموسوعي ، انه شكل من أشكال العلاج الذي يستخدم القراءة المنظمة وغالبا ما يستخدم كعلاج مساعد لأغراض مثل تعزيز المفاهيم أو الاستراتيجيات المحددة في الجلسة أو تحسين نمط الحياة، (apa.2015.p124).

العلاج بالقراءة فيه عدة مداخل نظرية إلا انه يوجد توجيهين أساسيين معرفي وسلوكي وسيكودينامي ، فالتوجه السيكودينامي يركز على المواد الأدبية المحركة للعواطف عند المصاب باضطراب ما بعد الصدمة ، استنادا لأدبيات التحليل النفسي عبر مختلف تطوراته .

و التوجه المعرفي السلوكي الذي يفترض فعالية المدخل المعرفي في تخفيف أعراض اضطراب ما بعد الصدمة عند المصاب وتعديل تصوراتته ، نحو ارجاع التوازن والراحة النفسية باعتماد المواد المعرفية مثل كتب التنمية الذاتية أو برامج تغيير العادات والضبط الذاتي.

وهاذين النوعين المعرفي السلوكي والمستوحى من التحليل النفسي ، يصطلح عليهما عادة بالعلاج بالكتب الواقعية و العلاج بالكتب الخيالية .

يمكن استخدام الكتب الخيالية والواقعية عند علاج العملاء بالكتب، إلا أن نتائج البحث تشير بقوة إلى أن مواد القراءة القائمة على السلوك والمعرفة في شكل كتب المساعدة الذاتية الواقعية تحظى بأكثر دعم تجريبي، (Par deck ، 1993).

خلال الثمانينيات من القرن الماضي ، تم إجراء أربع عشرة دراسة حول تأثيرات العلاج بالقراءة كأداة لتغيير السلوك من خلال كتب المساعدة الذاتية، من بين هذه الدراسات تشير ثلاث دراسات فقط إلى أن العلاج الكتابي غير فعال، تشير أربع دراسات إلى أن العلاج بالقراءة يمكن أن يكون أداة مفيدة لتغيير السلوكيات غير اللائقة للمراهقين ، (هاربو 1984؛ ميلر 1982 ؛ سوانتيك 1986 ؛ فرانكل وميرو ، 1982).

استمرت الأبحاث الحديثة في التسعينيات في دعم فعالية كتب المساعدة الذاتية في الممارسة السريرية، وجدت أربع دراسات أن كتب المساعدة الذاتية مفيدة في علاج المشكلات المتعلقة بالصحة.

خلص (جولد وكلوم وشابيرو 1995) في بحثهم إلى أن كتب المساعدة الذاتية يمكن أن تساعد بشكل فعال في علاج العملاء الذين يعانون من رهاب الخلاء.

وجد ليسر (1991) قراءة المساعدة الذاتية كعامل مساعد مفيد في علاج اضطرابات الهلع

خلص (Ellis 1993 و Halliday 1991) في دراستهما الخاصة إلى أن كتب المساعدة الذاتية مكنت العملاء من إجراء تغييرات عميقة في الشخصية

استنتج (لونج وريكيرت وأشكرافت 1993) أن مواد المساعدة الذاتية هي أداة مساعدة ممتازة لعلاج اضطرابات نقص الانتباه لدى الأطفال. ذكرت دراستان فقط أن كتب المساعدة الذاتية قدمت نجاحًا محدودًا في علاج المشكلات السريرية

خلص (Aldridge و Clayton 1990 و Forest 1991) من بحثهما إلى أن مواد قراءة المساعدة الذاتية لم تكن مفيدة بشكل خاص كأدوات علاجية.

أخيرًا وجد البحث الذي لا يركز على نتائج العلاج ولكن على استخدام كتب المساعدة الذاتية من قبل المتخصصين أن المعالجين الإناث كثيرًا ما يوصون بمواد قراءة المساعدة الذاتية لعملائهم مقارنة بالمعالجين الذكور (ماركس وآخرون ، 1992).

بالنظر إلى حقيقة أن معظم الدراسات في الثمانينيات والتسعينيات أفادت بأن كتب المساعدة الذاتية كانت فعالة في العلاج ، فإن هذه النتائج تشير إلى أن الممارسين يمكنهم استخدام كتب المساعدة الذاتية ببعض الثقة في هذه الكتب. ومع ذلك ، فإن المراجعة التالية للأدبيات التي تركز على استخدام الخيال في العلاج تشير إلى أن أدلة البحث ليست كبيرة بالنسبة لهذا النوع من العلاج الكتابي

تمتلك القراءات الخيالية أو الشعرية أو الملهمة دعمًا تجريبيًا محدودًا كوسائط علاجية بالكتب، قد يكون هذا هو الحال لأن كتب المساعدة الذاتية السلوكية والمعرفية الموجهة أكثر قابلية للتدقيق التجريبي (Pardeck ، 1993).

خلال الثمانينيات، قامت عدد من الدراسات بتحليل تأثير الروايات ومواد القراءة الأخرى ذات الصلة على تغيير المفاهيم الذاتية للأفراد، حيث أبلغ كل من (Bohlmann 1986 ، و Ray 1983 ،

و Taylor 1982) عن نجاحهم في استخدام الأدب في العلاج الكتابي لتحسين المفاهيم الذاتية للعميل

(Jean A. Pardeck 2-5)

تشير هذه الدراسات إلى أن العلاج بالقراءة له فعالية في علاج الكثير من الاضطرابات والأعراض المرضية ، كما أن هذا العلاج يستهدف أبعاد الشخصية ويحدث تعديلات ايجابية ، وانطلاقاً من هذا نتضح لنا الحاجة في أن نطبق هذا العلاج على المصابين باضطراب ما بعد الصدمة، في محاولة كشف مدى فعالية هذا العلاج في تخفيف أعراض اضطراب ما بعد الصدمة عند الراشد ، ومن اجل التخفيف من معاناة الحالات المدروسة مع الأعراض ومما سبق نتساءل:

ما مدى فاعلية العلاج بالقراءة في تخفيف أعراض اضطراب ما بعد الصدمة عند الراشدين؟

2- فرضية الدراسة:

- يؤدي البرنامج العلاجي القائم على القراءة إلى تخفيف أعراض ما بعد الصدمة لدى الحالات التي تمثل المجموعة التجريبية مقارنة مع العينة الضابطة

3- دوافع اختيار الموضوع: ولقد قسمت إلى

3-1. ذاتية :

- الاهتمام الشخصي بهذه الفئة من المضطربين نفسياً.
- التجربة الشخصية مع الصدمة النفسية.
- الميول الذاتية اتجاه القراءة .
- محاولة توسيع الاطلاع الشخصي والبحث في مجال العلاج بالقراءة وتطبيقها على العملاء المصابين باضطراب ما بعد الصدمة.

3-2. موضوعية :

- شدة تأثير الصدمات على حياة المصدومين وتكيفهم في الحياة .
- التكاليف العلاجية الكبيرة للعلاجات الأخرى سواء في الزمن أو المجهود.

- قلة الدراسات التي تناولت المقاربة العلاجية بالقراءة لأعراض ما بعد الصدمة .
- قلة موضوع العلاج بالقراءة في الجامعات العربية ومنها الجزائر .

4- أهمية الدراسة

تتمثل أهمية الدراسة في الأتي :

- تكشف هذه الدراسة على مدى فعالية العلاج بالقراءة في تطبيقها على المصابين باضطراب ما بعد الصدمة .
- تحاول هذه المقاربة العلاجية التخفيف من معاناة العملاء الذين تعرضوا لصددمات وضعف توازنهم وتكيفهم النفسي.

- تفيد الدراسة في إعطاء نتائج تفيد مجال العلاج النفسي وتوسع تطبيقاته على مختلف الاضطرابات

5- أهداف الدراسة تهدف الدراسة إلى :

- محاولة الكشف عن مدى فعالية العلاج بالقراءة في تخفيف أعراض ما بعد الصدمة عند الراشدين

6- التحديد الإجرائي لمتغيرات الدراسة:

اضطراب ضغط ما بعد الصدمة: هو الدرجة التي تحصل عليها الحالات المدروسة في مقياس اضطراب الضغط ما بعد الصدمة المستخدم في البحث الحالي وهو مقياس دافسون لقياس تأثير الخبرات الصادمة.

العلاج بالقراءة: استخدام مواد قرائية مختارة وفق برنامج علاجي منظم يستند للتوجه المعرفي السلوكي بغرض التخفيف من أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة عند الحالات المدروسة.

* الجانبة النظري *

الفصل الأول : العلاج بالقراءة

تمهيد :

1. القراءة

1.1. مفهوم القراءة

2.1. أهمية القراءة

3.1. أنواع القراءة

2- العلاج بالقراءة

1.2. تعريف العلاج بالقراءة

2.2. تاريخ العلاج بالقراءة وتطوره

3.2. التطبيقات

4.2. التقنية

5.2. اختيار الكتب

6.2. أنواع العلاج بالقراءة واستخداماته

7.2. إجراءات العلاج بالقراءة ومتطلباته

8.2. أنواع المواد القرائية المستخدمة في العلاج بالقراءة

9.2. نظريات العلاج بالقراءة

10.2. مبادئ العلاج الكتابي

11.2. أهمية العلاج بالقراءة وأهدافه

خاتمة :

تمهيد :

القراءة مجال إنساني خصب يحفظ ثقافة وتراث الإنسان ومفاهيمه وتجاربه وعواطفه وأزماته وأفكاره لذلك ظهرت كوسيلة علاجية تمد الإنسان بالفكر وترتقي بشخصيته نحو الأفضل كما توفر له بصيرة بذاته من خلال أنها عالم واسع ينغمس فيه الفرد ، تطورت هذه المقاربة العلاجية ترافقا مع تطور علم النفس وتطور مختلف المجالات المرتبطة بالصحة النفسية ، ليتبلور لنا هذا العلاج ويتأصل نظريا كحقل علمي علاجي، ولفهم فكرة العلاج بالقراءة ينبغي الاطلاع على تاريخ هذا العلاج والأدبيات التي يتشكل منها وهذا يتطلب فهم ماهية القراءة أولا وبعدها السيكلوجي في شخصية الإنسان وتفكيره لذلك نحاول في هذا الفصل أن نتعرض للعلاج بالقراءة بداية من ماهية القراءة وكيف تستخدم كعلاج نفسي له تطبيقات عملية مارسها المتخصصون في المجال .

1. القراءة

1-1. مفهوم القراءة :

يرى بعض الباحثين في مجال القراءة بأن إيجاد تعريف دقيق وشامل للقراءة أمر فيه من الصعوبة الشيء الكثير، ولعل هذا ما أشار إليه ألدerson (2000) في مستهل حديثه عن طبيعة القراءة، إذ يقول: "أنا لست الشخص الأول الذي يقول بأن نظرة شاملة إلى دراسة طبيعة القراءة أمر مستحيل، ويطرح ألدerson عدة تساؤلات يفهم منها صعوبة الوصول إلى تفسير للقراءة وتعريفها، وتدور تساؤلاته حول جوانب عدة منها، كثرة النظريات التي تحاول تفسير القراءة، وكيفية اكتسابها، وتعليمها واختلاف القراءة في اللغة الثانية عن الأولى، وارتباطها بغيرها من القدرات المعرفية، وتداخلها مع الذاكرة، إضافة إلى ذلك مدى الترابط والتعقيد الذي يحدث عند القيام بتحليل النص ويشترك ألدerson هذا الرأي بعض الباحثين عند حديثهم عن صعوبة الإحاطة بمفهوم القراءة إذ تُعد عملية جد معقدة ومتداخلة. (د.فؤاد محمود رواش ، د عمران احمد السرطاوي 2016ص27).

ويمكن تعريف القراءة بشكل عام وفق التالي :

*القراءة هي عبارة عن عملية تفكيرية تشتمل على فك الرموز المختلفة للوصول إلى المعنى المرجو منها أو هي عملية معرفية يتم من خلالها بناء معاني الكلمات ، ومن ثم فهم النص المكتوب ، وتُعرف القراءة بأنها المعرفة السابقة ، حيث إن المرء أثناء قراءته لكتاب أو نص يستخدم معلوماته السابقة لتنظيم أفكاره وفهم النص الذي يقرأه.

*تعرف القراءة أيضاً بأنها قدرة المرء على تمييز الأحرف الهجائية والربط بينها ، ومن ثم ترجمة هذه الأحرف إلى معانٍ ، وأخيراً فهم هذه المعاني للوصول إلى المعنى المرجو من النص المقروء، وعادة ما تُتبع القراءة بالفهم والتركيز والذي ينتج عنه التحليل والاستنتاج وتوظيف المادة المقروءة فيما يفيد القارئ، حيث إنه لا يمكن للقارئ فهم معاني الكلمات إن لم يتم بتحليل الرموز التي تتكون منها، فهي مهارة لغوية وعملية بصرية ، ونشاط فيزيائي ، وعصبي ، وعقلي وعاطفي أيضاً

* والقراءة إما أن تكون جهرية وهي النطق بالكلام المكتوب بإصدار الصوت وإما أن تكون صامتة وهي المطالعة بالنظر دون النطق ، وقد تكون القراءة سريعة أيضاً، حيث إن القارئ يتصفح ما هو مكتوب بسرعة دون الإمعان في الفهم والتركيز، وتستلزم القراءة من القارئ أن يستدعي خبراته السابقة في المجال الذي يقرأ فيه لكي يفهم ويعي ما يقرأ ، وتشتمل على عمليات مهمة تبدأ بعملية الرؤية تليها عملية النطق ، ومن ثم الإدراك وأخيراً الانفعال .

1-2. أهمية القراءة

*تحفيز العقل

فقد أثبتت الدراسات أن القراءة عملية معرفية وفكرية من شأنها أن تحفز العقل على العمل باستمرار ، كما أنه من شأنها أن تحد من حدوث الأمراض العقلية المختلفة وأن تحافظ على بقاء الدماغ نشطاً وتزيد من قدرته على التركيز والتحليل.

*تعزيز مهارة الكتابة

ويمكن القول إن تعزيز مهارة الكتابة ترتبط ارتباطاً وثيقاً بزيادة عدد المفردات عند المرء، فعندما يقرأ المرء أكثر تنمو لديه ملكة الكتابة، وبإمكانه أن يستفيد من مهارات الكتاب أو الصحفيين أو الشعراء الذين يقرأ لهم.

***كسب المعرفة**

حيث إن القراءة لها أهمية كبيرة في جعل المرء يكتسب المعرفة والمعلومات الجديدة والمفيدة، والجدير بالذكر أنه كلما ازدادت معرفة المرء أصبح أكثر قدرة على مواجهة الحياة وما يلاقيه من مصاعب من خلال استخدام معرفته المكتسبة من خلال عملية القراءة.

***القدرة على التحليل والنقد**

حيث تساعد القراءة على تنمية القدرة على التحليل والنقد من خلال مهارة التفكير الناقد وذلك من خلال ملاحظته لجميع التفاصيل التي يقرأها ويحدد فيما إذا كانت كُتبت ووصفت بطريقة جيدة أم لا، وأن يحدد أثناء قراءته لقصة ما إذا ما كانت محبوكة بشكل جيد أم لا، وهذا ما يسمى بالنقد، والجدير بالذكر أن امتلاك المرء لمهارة التفكير الناقد ضروري في مختلف جوانب الحياة الخاصة به.

***التقليل من التوتر**

إن القراءة تقلل من الضغط والتوتر الذي يمر به المرء خلال حياته الشخصية، أو خلال أدائه لعمله وعندما يتخلص المرء من التوتر والقلق فإنه بذلك يمكنه أن يتخلص من المواقف الصعبة التي يمر بها.

***مصدر للترفيه والتسلية**

حيث إنه لكل شخص ذوق خاص في القراءة ، فهناك من يفضل قراءة الروايات، وهناك من يفضل قراءة الأدب الكلاسيكي ، ومنهم من يفضل قراءة الشعر، وهناك من يهوى قراءة المجالات وكل ذلك يعد من مصادر الترفيه عن النفس والتسلية ، فكل فرد يقرأ فيما يراه به عن نفسه.

***زيادة المفردات**

حيث إنه كلما زادت قراءة المرء زاد مخزون الكلمات لديه ، سواء كانت هذه الكلمات من المفردات التي يمكن استعمالها في الحياة اليومية ، أو في العمل ، أو في المناسبات الرسمية ، وإن زيادة حصيلة المفردات لدى المرء من شأنها أن تساعد على التقدم في سلمه الوظيفي وفي زيادة ثقته بنفسه عند التحدث مع الآخرين.

*** تنمية القدرة على التركيز**

فعندما يقرأ المرء كتاباً أو مقالاً ما فإن اهتمامه وتركيزه ينصب بشكل كامل على ما يقرأ ، وإن من شأن ذلك أن ينمي قدرته على التركيز في أمور أخرى يوماً بعد يوم.

*** تنمية الخيال**

إن من شأن القراءة أن تنمي خيال المرء ، فعندما يقرأ المرء كتاباً أو رواية ما فإنه يوظف خياله في رسم الوجوه والأماكن والألوان في مخيلته ، وبذلك تتسع مداركه ومخيلته مع مرور الوقت، مما يمنح المرء القدرة على استكشاف العالم من حوله ودخوله في تجارب جديدة.

*** تحسين الذاكرة**

إن من شأن القراءة أن تحسن ذاكرة المرء ، فعندما يقرأ المرء رواية أو قصة عليه أن يبقى متذكراً لشخصياتها وأحداثها ومساراتها ، كما أنه عند قراءته لمقالة ما عليه أن يصل نقاط المقالة و مواضيعها مع بعضها البعض ، ومن شأن ذلك أن يقوي ذاكرته ، وبإمكانه أن يسترجع ما قرأ على المدى القصير .

*** تطوير الذات**

فالقراءة تساعد على تطوير الذات وبناء ثقة المرء بنفسه وتعزيزها ، كما من شأنها أن تساعد على اتخاذ القرارات المناسبة والقيام بإجراءات أفضل فيما يتعلق بحياته ومستقبله.

*** اكتشاف أمور جديدة**

فالقراءة تساعد المرء على اكتشاف أمور جديدة لم يكن يعلم عنها من قبل، كما من شأنها أن تجعله يتعرف على طرق جديدة لحل المشكلات التي تواجهه في حياته ، وتساعد أيضاً على اكتشاف هوايات جديدة.

*** التواصل**

القراءة تعتبر أداة من أدوات التواصل فمن خلالها يمكن للمرء أن يتواصل بشكل أفضل مع الناس ، وأن يناقشهم ويتحدث إليهم حول ما يقرأ عنه من مواضيع مختلفة.

*** غذاء لروح الإنسان وعقله**

تزيل القراءة الحواجز الزمانية والمكانية ، فمن يقرأ الكتاب يشعر بأنه يعيش مع الشخصيات الواردة فيه تمنح القراءة المرء القدرة على التنقل بين الماضي والحاضر وتجعله يتطلع نحو المستقبل وآماله

كما تمكن القارئ من العيش في مختلف العصور والأقطار من خلال قراءته لقصة أو رواية ما و تمنح القراءة المرء المعرفة حول أحوال الأمم السابقة ، كما تمنحه القدرة على التفريق بين طرق الخير وطرق الشر .

1-3. أنواع القراءة

* **القراءة السريعة** : وتُعرف أيضاً بقراءة الجرد ، وتهدف هذه القراءة إلى إثراء المعرفة والبحث عن أفكار إضافية، والجدير بالذكر أن هذا النوع من القراءة لا يصلح لكل أنواع المعرفة أو جميع أنواع الكتب ، فمن الكتب ما يحتاج إلى القراءة بتأنٍ وبشكل عميق للحصول على المعرفة ، في حين توجد أنواع من الكتب التي تهدف إلى التسلية أو التي تكون خفيفة في نوحها ، وتسمح للقارئ بتصفحها بسرعة ومع ذلك يمكن للقارئ أن يحصل منها على ألفاظ ومعلومات متعددة.

* **القراءة الاستكشافية**: وهذه القراءة غالباً ما يقوم بها المرء قبل شرائه لكتاب ما، وذلك ليحدد ما إذا كان بحاجة لشرائه فعلاً ، أو أن هذا الكتاب هو ما يحقق الهدف الذي يريده المرء فعلاً من شرائه.

* **قراءة التسلية** : وهي القراءة التي يقوم بها المرء ليملاً وقت فراغه ، فيقرأ ما يحب من الكتب بهدف التسلية ، فمثلاً هناك من يحب قراءة كتب الأدب ، ومنهم ما يحب قراءة الروايات ، أو كتب السير وما إلى ذلك ، حيث يقضي القارئ أوقاته الثانوية في قراءة ما هو محبوب إلى نفسه.

* **القراءة التحليلية** : وتعد هذه القراءة من القراءات المتقدمة والتي يمارسها الباحثون والمحللون والناقدون، والذين غالباً ما يقرأون الكتب من أجل عمل دراسة معينة حول موضوع ما، ويمكن القول إن القراءة التحليلية تحتاج إلى مهارة عالية في النقد والتحليل لتحقيق الغاية منها.

* **القراءة المسحية** : وهي ما يهدف القارئ منها إلى الاطلاع على مختلف مجالات المعرفة بشكل عام ليختار مجالاً يتخصص فيه ومن ثم يشروع في القراءة في المجال الذي اختاره إلى أن يصل إلى هدفه .

* **القراءة الدراسية** : وهي القراءة التي يمارسها الطلاب في مرحلة التعليم المدرسي أو الجامعي ويهدف الطالب من هذه القراءة إلى اجتياز الاختبار الخاص بالمادة التي يقرأها ، وتعتمد درجة تحصيله على استعداد الطالب وميوله لتلك المادة. (وزارة الثقافة الاماراتية, 2021)

2-العلاج بالقراءة

2-1. تعريف العلاج بالقراءة

اختلف العلماء في تعريفهم لمصطلح الدعم النفسي بواسطة القراءة أو ما يعرف بالبيبليوثيرابيا، حيث أن هناك من يعتبره علما يمارس داخل المستشفيات مع مرضى ويحتاج إلى هيئة طبية متخصصة وروشتة من الكتب المنتقاة حسب الحالات وتقارير دورية دقيقة عن استجابة هؤلاء المرضى وردود أفعالهم.

جاء بموسوعة علم المكتبات والمعلومات (Feather, John and Sturges, Paul, 2003) مصطلح العلاج بالقراءة أو **Bibliotherapy** بأنه مصطلح مأخوذ من اللغة الإغريقية (اللاتينية) وينقسم إلى شقين " **Biblion** " وتعني كتاب و **Opated** وتعني علاج أو صحة. ويقصد به استخدام الكتب والمواد الأخرى المرتبطة بالكتب في علاج المرضى وهو عبارة عن برنامج لأنشطة مختارة تتضمن القراءة كأحدى وسائل العلاج تحت إرشاد الطبيب المختص.

وطبقا لقاموس وبستر إن تعريف العلاج بالقراءة هو استخدام مواد قرائية مختارة كمواد علاجية مساعدة في الطب والطب النفسي وكذلك هو المرشد لكل المشكلات الشخصية من خلال القراءة الموجهة.

أما طبقا لقاموس مصطلحات المكتبات والمعلومات والأرشيف هو استخدام القراءة الانتقائية والمواد الأخرى ذات العلاقة بالعلاج في الطب البشري والصحة العقلية، وكجانب من جوانب فن المكتبات في المستشفيات والمعاهد العلاجية فإنها تحتاج إلى معرفة واسعة بالإنتاج الفكري وبفنون قيادة المجموعات والتوجيه الفردي.

تعريف (Favazza, Armando, 1966) الذي يذهب فيه إلى أن الدعم النفسي بالقراءة: هو برنامج لنشاطات مختارة يتضمن مواد قرائية تخطط وتدار ويتم التحكم فيها تحت إشراف طبيب بشري، كعلاج للمرضى النفسيين، ويتطلب إذا اقتضى الأمر المساعدة من جانب أمين المكتبة المتمرس وخبرته

سواء كانت هذه المواد خيالية أو معلوماتية كما تتم مناقشة هذه المواد بين المريض والمختص.

وهناك من ينظر إليه على أنه فن يمارس داخل المؤسسات العلاجية أو خارجها، ويتطلب قارئاً يعاني ولو من بعض الاضطرابات والخصائص النفسية السلبية، وشخصاً متعاطفاً معه يكون على دراية بطبيعة النفس البشرية من جهة، والكتب التي تتلاءم مع احتياجات كل حالة وتساعد بما يكفي في حل المشاكل والتغلب عليها من جهة أخرى،

أوضح (خليفة، شعبان عبد العزيز 2000) مثل تعريف لينكوسكي (Lenkowsky, 1987) الذي يرى بأن الدعم النفسي بالقراءة هو استخدام القراءة لإحداث تغيير على مستوى الشخصية وتعزيز نموها وتطورها ومساعدة الشباب على فهم والتعامل مع المشكلات عن طريق تزويدهم في الأوقات المناسبة بأدبيات تتلاءم واحتياجاتهم والمواقف الشخصية التي يمرون بها.

وفي تعريف كل من (RICHARD J. and WILSON, LINDA S., 1989) انه استخدام القراءة الموجهة لمجموعة من المواد المكتوبة في فهم وحل المشكلات ذات الصلة باحتياجات شخصية المسترشد.

وتعريف (Shechtman, Aviva, 1996) بأن الدعم بالقراءة هو تدخل غير مباشر يستخدم الأدب لتنمية الشخصية.

وتعريف كل من (Fitzgibbons, Shirley A., 1997) اللذان يشيران فيه إلى أن الدعم النفسي بالقراءة هو أداة يمكن أن توفر صوتاً للأطفال العاجزين عن التعبير عما يفكرون ويشعرون به. وكذا تعريف (Pardeck, John T., 1998) بأنه العلاج باستخدام الكتب.

وتعريف كل من (McCoy, Henrika and McKay, Cassandra, 2006) اللذان يعتبران فيه أن الدعم النفسي بالقراءة هو استخدام الأدب والشعر في علاج الأشخاص الذين يعانون من مشاكل عاطفية أو أمراض عقلية.

وقد وضع (خضير، علي عبدالصمد فرج، عبد النبي شنته 2011) تعريف شامل للعلاج بالقراءة بأنه برنامج موجه تحت إشراف المختص النفسي، وبمعاونة أخصائي المكتبة تستخدم فيه الكتب والمواد القرائية الأخرى بهدف إحداث نوع من التعديل في سلوك المرضى وبخاصة ذوي الحالات

النفسية أو بغرض التسلية والترؤيح عن المضطربين أو الذين يمرون بأزمات نفسية. (د.أحمد فايز أحمد سيد 2018ص99)

2-2. تاريخ العلاج بالقراءة وتطوره

أ - البدايات الإنسانية الأولى للعلاج بالقراءة :

يمكن تتبع الجذور الأولى للمعالجة بالقراءة إلى بدايات ضاربة في عمق التاريخ إذا ما علمنا أن المكتبات المصرية القديمة كمكتبات معبد (رمسيس) ، ومعبد (ادفو) كان يكتب على جدرانها "هنا علاج الروح هنا علاج النفس" و كان للملك رمسيس الثاني غرفة مخصصة مليئة بالكتب التي تحمل اسم بيت الشفاء للروح كما يمكن تتبع تلك المفاهيم وانتقالها إلى المكتبات البابلية و والآشورية ، ثم المكتبات اليونانية والرومانية ، فالعلاج بالقراءة له جذور تاريخية موعلة في القدم فالمكتبات اليونانية كانت تحمل شعار " في القراءة علاج الروح" و في اليونان القديم عام 300 قبل الميلاد، أنشأت مكتبات تحتوي على كتب تعليمية وترفيهية واعتبر أدب أرسطو الطب للروح، كما ارتبط العلاج بالقراءة في كتابات الرومان الذين كانوا يحثون المرضى على القراءة وتبادل الآراء حول أقوال عمالقة الخطابة. (عمرو رمضان معوض أحمد وآخرون 2013ص5-6).

ب - بدايات العلاج بالقراءة لدى العرب والمسلمين :

عرف العرب طوال تاريخهم بالبيان وبرعوا في نظم الشعر ، فكان يسجل لأيامهم وتاريخهم ، و كانت تعلق أفضل القصائد على الكعبة في الجاهلية والتي تسمى بالمعلقات ، ومن الجدير بالذكر أن الشعر أحد المواد الأدبية المستخدمة في العلاج بالقراءة بكثافة على المستويات العالمية ولما كانت كلمة (اقرأ) هي أول كلمة أوحى بها الله سبحانه وتعالى إلى الرسول الكريم صلى الله عليه وسلم تأمر بالقراءة وتحت عليها ، فقد استخدم القرآن الكريم في شفاء الأمراض والاضطرابات النفسية ، وعنيت مؤسسات دولة الإسلام بالقراءة وإنشاء المكتبات فكانت سبابة في هذا المضمار ، بل أن العلاج بقراءة آي الذكر الحكيم قد استخدم في مستشفى المنصور الذي بني بالقاهرة في القرن الثالث عشر وقدمت فيه خدمات تلاوة القرآن للمرضى بالليل والنهار إلى جانب العناية الطبية والجراحية تصديقا لقول المولى عز وجل " وننزل من القرآن ما هو شفاء ورحمة للمؤمنين ولا يزيد

الظالمين إلا خسارا " (الإسراء 15) (مرجع سبق ذكره ص05) وهذا يدل على ارتباط العلاج بالقراءة في بداياته بالأديان السماوية والفكر الفلسفي في كل الحضارات التي اهتمت بالمعرفة .

ج- بدايات العلاج بالقراءة لدى الغرب :

حظي استخدام الكتب لأغراض العلاج باهتمام خاص وواسع بعد الحربين العالميتين الأولى والثانية، مع عودة العديد من الجنود من المعركة مع اضطرابات أو أعراض ما بعد الصدمة ، كان العلاج بالقراءة يعتبر علاجًا فعالاً من حيث التكلفة. منذ ذلك الحين ، توسع استخدام العلاج الكتابي وهو مستخدم حالياً في كل مهنة مساعدة تقريباً ، مع كل فئة عمرية ، ومع العديد من الفئات الاجتماعية. يستخدم العلاج الكتابي من قبل المستشارين في المدارس ، والأخصائيين الاجتماعيين ومرمضات الصحة العقلية والمعلمين ، وأمناء المكتبات

(Zipora Shechtman, 2009,p25)

خلال القرن التاسع عشر في الولايات المتحدة تم استخدام (mcgufey و new england) كأدوات تعليمية أساسية بالإضافة إلى موارد لبناء الشخصية وتطوير القيم الإيجابية لدى الطلاب، ومن بين الأشخاص المحترفين الأوائل في أمريكا الذين حددوا أسس العلاج بالكتاب طبيبان ، بنجامين راش في عام 1815 وجون مينسون جايت في عام 1853، وأوصوا بالقراءة كجزء من خطة علاج المريض، في عام 1904 ، أصبح معروفاً كجانب من جوانب مهنة أمناء المكتبات ، وبدأت أول شراكة بين أمين المكتبة والطب النفسي في مستشفى ماكلين في ويفرلي ، وأصبح مهنيون آخرون ، مثل المعلمين وعلماء النفس ، مهتمين بالموضوع.

كما كان الدكتور ويليام سي من أوائل الأفراد الذين استخدموا القراءة كأداة لمساعدة الأفراد على التعامل مع مشاكل الصحة العقلية. إضافة إلى الدكتور مينينجر الذي كان مهتمًا بكيفية استخدام الشخص العادي للأدب الشعبي في مجالات الطب النفسي وعلم النفس ، ووجد أن كتبًا مثل العقل البشري ، التي كتبها شقيقه كارل أ. مينينجر (1945) ، كانت مستخدمة على نطاق واسع من قبل العديد من الأشخاص العاديين والمتخصصين في الصحة العقلية كأدوات للتعامل مع مشاكل الصحة العقلية ، نظرًا لرد الفعل الإيجابي على العقل البشري ، أصبح مينينجر من دعاة استخدام العلاج الكتابي في العملية العلاجية ، في الواقع ، أدى الاهتمام الذي أبداه مينينجرز بكتب

المساعدة الذاتية إلى قيام العديد من المستشفيات العقلية بتقديم كتب أخرى كبرنامج علاجي، ومع ذلك، نصح بشدة بعدم وصف أدبيات الصحة العقلية للأفراد المصابين بالذهان، والذين يعانون من حالات القلق أو العصاب الوسواسي، وأولئك الذين يخضعون للتحليل النفسي، لقد اعتبر العلاج الكتابي علاجًا مناسبًا للعصاب الخفيف، وإدمان الكحول، وأقارب المرضى، وللآباء الذين يحتاجون إلى مساعدة في توجيه الطفل.

منذ اعتماد مينينجرز لكتب المساعدة الذاتية كأداة للصحة العقلية، بدأت أعداد متزايدة من الممارسين في استخدام هذه التقنية الناشئة في العلاج، خلال الستينيات والسبعينيات من القرن الماضي، تم نشر العديد من كتب المساعدة الذاتية، في الوقت الحاضر، يستخدم ملايين من الأمريكيين كتب المساعدة الذاتية وأنواع أخرى من المواد المكتوبة للتعامل مع المشكلات التي تتراوح من النصائح حول النظم الغذائية إلى النمو الشخصي. ولا يزال كتاب العلاج بالقراءة الذي يحمل عنوان: (Practice and Using Bibliotherapy: A Guide to Theory)

شكلاً قوياً من العلاج المستخدم على مستوى العالم من قبل المعلمين والأطباء ومقدمي خدمات الصحة النفسية والآباء وأمناء المكتبات وكذلك المنظمات الروحية والدينية، ولقد قامت شعبة مكتبات المستشفيات في اتحاد المكتبات الأمريكية في عام 1939م باستحداث "لجنة الببليوثيرابيا وذلك بهدف استقصاء إمكانيات استخدام الكتب كعلاج في تغيير الاتجاهات، ومن هنا يكون العلاج بالقراءة قد اكتسب وضعاً رسمياً في مهنة المكتبات بتبني الاتحاد له، وتم نشر أول إعلان في سنة 1956م في مجلة المكتبات عدد يناير يطلب أخصائي علاج بالقراءة للعمل في إحدى المكتبات، ولم ينشر من هذا القبيل بعد ذلك سوى عدد محدود من الإعلانات.

وفي عام 1962م صدر عدد خاص من مجلة Trends Library عن العلاج بالقراءة تضمن عدد من الأبحاث في العلاج بالقراءة، أعدها أحد عشر باحثاً أغلبهم من المكتبيين إلى جانب أطباء وأخصائيين علاج نفسي وقد تبع ذلك في عام 1964 انعقاد ورشة عمل حول موضوع العلاج بالقراءة تحت رعاية جمعية المكتبات الأمريكية والمعهد القومي للصحة العقلية، حيث اجتمع لأول مرة المكتبيون مع المتخصصين ذوي العلاقة بالموضوع، وتم مناقشة موضوع العلاج بالقراءة ومدى أهميته للصحة العقلية بشكل كبير (د.أحمد فايز أحمد سيد 2018ص100)

خلال العقود العديدة التالية تم نشر العديد من المقالات حول **Bibliotherapy** على الرغم من أن الكثير من الكتابات أشارت إلى عدم اليقين والتكهنات حول المفهوم الجديد ، إلا أن الاتجاه المحدد نحو التوسع كان واضحًا. تم التحقيق في استكشاف مناهج جديدة ، مع التطبيقات العملية التي تجاوزت التوقعات النظرية. لم يكن الأمر كذلك حتى عام 1949 حيث تم إجراء محاولة شاملة لصياغة أساس نظري للعلاج بالقراءة. (Sharon Henderson, 2016p3) .

في أوروبا بدأ هذا المجال في القرنين الثامن عشر والتاسع عشر يشهد توسعاً كبيراً بانجلترا وفرنسا واسكتلندا، حيث كان العديد من الأطباء ينصحون بأنواع معينة من القراءات ، فقد كان الأطباء في أوائل القرن التاسع عشر يصفون الكتب للتوجيه والاستراحة من المعاناة، كما كان الجنود المشاركون في الحرب العالمية الأولى يقرؤون لإدارة الصدمات بعد الحرب. ويعتبر الأمريكي جون مينسون جالت أول من كتب عن العلاج بالقراءة عام 1846م ثم نشر عام 1853م بحثاً بمجلة الطب النفسي وعلم الأمراض العقلية أثبت فيه مدى سعادة المرضى أثناء القراءة ، ولولاها لكانت تغلبت عليهم حالة من الملل الزائد .

ولقد توسعت هذه الممارسات في الخمسينيات عندما صرحت كارولين شرودز Carolyn ch مؤلفة كتاب "القارئ الواعي" **The Conscious Reader** أن الشخصيات في القصص يمكن أن تكون ذات تأثير كبير على أولئك القراء الذين يتعرفون عليها وفي أواخر الستينيات، ظهر العلاج بالشعر كشكل من أشكال العلاج بالقراءة .

يدرك معظمنا قوة القراءة العلاجية. نجد أنفسنا ندخل إلى العالم الموصوف في صفحات كتاب جيد أو مشاهد فيلم جيد ، وننخرط مع الشخصيات، نشعر بالسعادة أو الحزن ، نبكي مع الشخصية التي تعاني ، نريد أن يتأقلم الطيبون مع الأشرار ، نحن حقا نهتم ، عادة ما ينتهي بنا الأمر باكتساب رؤى وأفكار جديدة لحياتنا أيضاً، إذن مجرد قراءة الأدبيات عالية الجودة هي عملية شفاء يمكن أن تثري أنفسنا (مرجع سبق ذكره ص5)

لقد مرت عدة عقود منذ أن أصبح العلاج الكتابي معروفاً باعتباره أسلوباً علاجياً ، ولا يزال يتم تطبيقه لأغراض مختلفة، ومع ذلك ، فإنه لا يزال غير مستكشف إلى حد كبير ، ولا يُعرف كل شيء عن تطبيقه وتأثيراته.

3-2. التطبيقات

تم استخدام العلاج بالقراءة في مجموعة متنوعة من الطرق لعدد من المشاكل النفسية، وتم إشراك أشخاص في مختلف المهن الموازية في تطبيقه مثل مختصي المكتبات والمتقنين بمجال القراءة وغيرها ، ويتم استخدامه على نطاق واسع في مستشفيات الأمراض العصبية والنفسية وكذلك في العلاج النفسي للمرضى الخارجيين. ويتم تطبيقه على الأطفال والمرهقين والبالغين، في خطط العلاج قصيرة الأجل أو طويلة الأجل ، وعلى مجموعة متنوعة من الأمراض النفسية.

أهداف تطبيق العلاج بالكتاب عديدة ، يمكن تقسيم مستويات التدخل إلى أربعة مجالات واسعة:

الفكرية /الاجتماعية /السلوكية /والعاطفية /يتمحور العلاج بالقراءة حول هذه العناصر

على المستوى الفكري ، يستخدم العلاج الكتابي لتحفيز الفرد على التفكير وتحليل المواقف والسلوك بين الجلسات والسماح للشخص بإدراك أن هناك خيارات في طريقة معالجة المشاكل، قد يحصل الفرد على الحقائق اللازمة لحل المشاكل ، واكتساب المعرفة حول السلوك البشري للمساعدة في فهم الذات واكتساب البصيرة الفكرية. قد يوسع أيضاً نطاق اهتماماته وتصوراتة .

على المستوى الاجتماعي ، يمكن استخدام العلاج الكتابي لتوسيع وعي الفرد خارج إطاره المرجعي الخاص ولزيادة الحساسية الاجتماعية من خلال كونه يمارس العلاقات المفترضة في الخيال الأدبي و يمكن استخدامه لتعزيز الأنماط الاجتماعية والثقافية ، واستيعاب القيم الإنسانية ، وإعطاء الشعور بالانتماء، قد يساعد أيضاً في توجيه تعبيرات العاطفة والاندفاع غير المعتمدة اجتماعياً ، ويسهل على القارئ تكوين أهداف حياة ايجابية وبالتالي العيش بشكل أكثر فعالية.

من الناحية السلوكية ، يمكن أن يساهم العلاج الكتابي في رفع الكفاءة في الأنشطة و يمكن أن يمنح الفرد أيضاً فرصة لتجربة أنماط السلوك المختلفة وتصور التأثيرات المحتملة و قد يساعد في تثبيط سلوك الأطفال غير السوي، وتعزيز النمو في أنماط التفاعل ، وتطوير مبادئ سليمة للسلوك.

عاطفياً ، قد يوفر العلاج الكتابي تجربة غير مباشرة بدون تعريض الشخص لمخاطر التجربة الفعلية ، قد يكتسب القارئ الثقة في الحديث عن المشكلات التي يصعب مناقشتها عادةً ، بسبب مشاعر الخوف أو الخزي أو الذنب ، وقد يشجع النقاش دون الإحراج الأولي من الكشف عن

الذات بشكل واضح وقد يمكّن القارئ من إحضار مشاعر وخبرات مغمورة إلى الوعي ، والتأثير على الإطلاق المتحكم فيه للعمليات اللاواعية ، وتطوير البصيرة العاطفية كما قد يوفر حلاً ناجحاً لمشاكل مماثلة في مشاكل أخرى ، مما يحفز الشغف لحل مشاكل المرء. إضافة انه يمكن أن يساعد الفرد أيضاً على فهم دوافع الذات والآخرين في مواقف معينة.

(Sharon Henderson 2016p3)

2-4. التقنية :

إذا تم استخدام المواد المعرفية فإن الهدف بشكل عام هو تسهيل التغيير داخل الفرد من خلال فهم أكثر معرفياً للذات ، وتشمل ، الكتيبات والوثائق أو الكتب الإرشادية ، والموضوعات التي يمكن تضمينها هي تربية الأطفال والزواج والجنس والتعامل مع التوتر والاسترخاء والتأمل.

أما المواد القرائية الخيالية فتشير إلى مواد تتضمن عرض السلوك البشري بطريقة درامية، تشمل هذه الفئة الروايات والقصص القصيرة والمسرحيات، تفترض القاعدة النظرية هنا المستوحاة من علم النفس التحليلي وجود علاقة بين الشخصية والخبرة غير المباشرة ، القارئ منخرط في القصة ومنفصل عنها في نفس الوقت ، كما هو الحال في الموقف غير المباشر ، وبمصطلحات التحليل النفسي ، يمكن تفسير العملية على أنها موازية للمراحل الأولية من العلاج النفسي تحديد الهوية والتنقيح والبصيرة.

لا توجد طريقة معينة لتطبيق العلاج بالقراءة في حالة العلاج ، على سبيل المثال يمكن التوصية بالأدب المحدد أو المنصوص عليه من قبل المعالج للقراءة بين الجلسات ومناقشتها لاحقاً ، أو قد تتم القراءة الفعلية في جلسة جماعية وتكون بمثابة نقطة انطلاق للإفصاح الشخصي ، أو قد يقرأ المعالج قصة كمساعد لجلسة علاج بالقراءة ، يُنظر إلى العلاج بالكتب على أنه أسلوب رئيسي بالإضافة إلى أنه مساعد للعديد من الوسائل العلاجية الأخرى.

لا توجد منهجية واضحة لاختيار مواد القراءة المناسبة. هناك بيبليوغرافيات تسرد الأدبيات المقترحة لاستخدامها في العلاج ، ومع ذلك ، فمن الأهمية بمكان ألا يعرف المعالج المريض

فحسب ، بل يكون أيضاً على دراية بالكتب ومختلف مجالات القراءة سواء الأدبيات الخيالية أو الكتب المعرفية وغيرها.

(Sharon Henderson 2016p3)

2-5. اختيار الكتب :

يجب مراعاة عدة معايير عند اختيار الكتب :

أولاً - مستوى القراءة يجب أن يتطابق الكتاب مع قدرة القراءة لدى العميل، كتاب صعب جداً لن يقرأه العميل، كتاب بسيط للغاية، قد لا يلفت انتباه وفضول العميل .

ثانياً - عدد المشكلات و التي تناولها الكتاب. يقترح كولمان وجانونج (1990) أنه كلما تم التعامل مع المزيد من القضايا ، كانت الجودة الكلية أفضل للكتاب.

لكن من المرجح أن يقرأ العملاء كتاباً يوازي الخبرات الخاصة لهم تناسباً معها

ثالثاً - جودة النصيحة المقدمة في الكتاب من الناحية المثالية والتي يسعى المعالج والعميل لتطبيقها واقعا .

رابعاً- المجال الرابع الذي يجب مراعاته هو مدى واقعية الكتاب وهذه النقطة مهمة جداً عند استخدام الكتاب كأداة علاجية بحيث ان الكثير من الكتب تكون غير واقعية وغير عملية فلا تفيد

خامساً - يجب أخذ مستوى المتعة في الكتب المستخدمة في العلاج يجب أن تكون غير جافة أو مملة ، وإذا أمكن ، تتمتع بجودة عالية من الفكاهة. (Coleman and Ganong ، 1990).

يضيف (Rosen ، 1987) عددًا من المعايير الداعمة لاختيار الكتب ، وخاصة كتب المساعدة الذاتية الواقعية ، للتدخل العلاجي. يقترح على المعالج أن يستكشف ما يلي من الأسئلة قبل استخدام كتاب في العلاج :

- ما هي الادعاءات الموجودة في عنوان الكتاب التي تحدده على أنه يمكن استخدامه في برنامج علاج؟

- هل ينقل الكتاب معلومات دقيقة عن الدعم التجريبي للأفكار أو النظريات الواردة فيه ؟

- هل الأساليب العلاجية الواردة في الكتاب لها دعم تجريبي؟

- هل تم اختبار الكتاب من حيث فعاليته السريرية؟

- في ضوء الأسئلة أعلاه ، ما هي دقة أيٍّ من الادعاءات التي أدلى بها مؤلف الكتاب؟

- هل يمكن إجراء مقارنات بين الكتاب قيد المراجعة و كتب أخرى للمساعدة الذاتية حول مواضيع مماثلة؟

تهدف الأسئلة أعلاه إلى مساعدة المعالج في تحديد: الكتب التي لها دعم تجريبي للعلاج الموصوف

داخل الكتاب. في المقابل ، سيكون لدى المعالج ثقة أكبر في: القراءات المخصصة لتحسين العملية العلاجية الشاملة.(John T. Pardeck, 2013p5).

2-6. أنواع العلاج بالقراءة واستخداماته:

- **الببليوثيرابيا المؤسسية:** ويقصد بها قراءة المواد القرائية بواسطة المرضى داخل المؤسسات ثم مناقشتها مع الطبيب والهدف منها معلوماتي داخل المؤسسة، والمرشد هو الطبيب أو الفريق الطبي الذي قد يشمل أخصائي المكتبة ولم يعد هذا النوع شائعاً.

- **الببليوثيرابيا الإكلينيكية:** يقصد بها استخدام الإنتاج الفكري الخيالي أو المعرفي مع الجماعات التي تعاني من المشكلات العاطفية أو السلوكية ، والهدف إما أن يكون استبصار أو التعديل بالسلوك وذلك ضمن مؤسسة أو خارجها والمرشد في العلاج قد يكون أخصائي المكتبة أو المدرب أو الطبيب المعالج أو بالتعاون بينهم.

استخدم العلاج بالقراءة في علاج مجموعة من المخاوف **Phobias** كالخوف من الظلام، والأماكن المرتفعة، والأماكن المغلقة وكذلك في علاج القلق، والمشاكل الجنسية، ومشاكل

الاتجاهات (كالعنصرية، والعرقية، والنرجسية)؛ كما استخدم العلاج بالقراءة في علاج مجموعة أخرى من المشاكل المعقدة مثل: الافتقار إلى العلاقات، والدافعية، والتوتر، ضبط الوزن. وكذلك بعض المشاكل الاجتماعية كالطلاق، والشيخوخة، وفقدان الأهل، وغيرها من الأمراض، حتى أن الدكتور خليفة عدد أكثر من عشرين اضطرابا يمكن للقراءة أن تسهم في علاجها

- الببليوثيرابيا التطويرية: وهي الإرشادية يقصد بها استخدام المواد الخيالية أو التعليمية مع الجماعات التي تضم الأفراد المضطربين أو العاديين بهدف تشجيع النمو المعرفي والتعرف على التراث والحفاظ على الصحة العقلية وعادة ما يقدم هذا النوع في المدارس والكليات، ويدار برنامج المناقشة بواسطة أخصائي المكتبة أو المدرس أو الأخصائي الاجتماعي، ويستخدم هذا النوع في المكتبات العامة.

هذا وغالبا ما يستخدم العلاج بالقراءة كمساعد أو كملحق، ومن أمثلة الاستخدامات الناجحة للإرشاد بالقراءة ما يلي :

حالات ذوي الاحتياجات الخاصة، مثل العميان،	حالات قلق الاختبارات .
حالات مشكلات المراهقين.	حالات الأطفال حتى في المرحلة الابتدائية .
حالات المسجونين.	حالات كبار السن، وخاصة في مجال إرشاد الصحة النفسية.
حالات الوالدين في إرشاد الأطفال والإرشاد الأسري	حالات الأمراض المزمنة والخطيرة .

(د.أحمد فايز أحمد سيد 2018ص104)

2-7. إجراءات العلاج بالقراءة ومتطلباته:

يستلزم توجيه المريض في إطار العلاج بالقراءة، الاهتمام بمعرفة خلفيته التعليمية والثقافية، وميوله، واهتماماته وحاجاته وهواياته. ويتم تحديد مواد القراءة واختيار الكتب والكتيبات والمجلات والنشرات، والقصص العلمية أو الأدبية بعناية بواسطة المعالج، ويوجه المريض إلى قراءتها بحيث تحقق الفوائد المرجوة من العلاج بالقراءة ، ويتم تقديم مواد القراءة على أنها مقترحات وليست إلزاما، مع

زيادة الدافعية والتشجيع وتأكيد الفائدة العلاجية للمادة المقروءة. وتتلخص إجراءات الإرشاد بالقراءة فيما يلي :

1- تحديد المادة التي يقرأها المريض في ضوء أهداف عملية الإرشاد، ومع مراعاة عمره وجنسه، ومستوى فهمه وتعليمه وخبرته.

2- تقديم القراءة على أنها مقترحات وليست إلزاماً، مع زيادة دافعية العميل وتشجيعه على القراءة باعتدال، وتأكيد فائدتها الإرشادية

3- مناقشة المادة المقروءة مع المريض، حيث تتناول المناقشة التساؤلات، والمشكلات، والمشاعر، والأفكار، والأسباب، والنتائج، وتطبيق المادة المقروءة على حياة العميل

4- القراءة بمساعدة الذات Self-help Bibliocounseling حيث يقوم المريض بالقراءة بنفسه، ولا تقدم له أي مساعدة في ذلك. ويفيد هنا بصفة خاصة مع المواد المعرفية البسيطة والإرشادية ويناسب الأفراد الذين لا يميلون لمشاركة القراءة مع مشرف أو معالج

5- القراءة بالتشارك مع المعالج وهي القراءة التي يتشارك العميل مع معالجه في هذا النشاط وهو ضروري في القراءة الأدبية التي تعتمد الخيال وتسير وفق المفاهيم السيكودينامية

5- ممارسة العلاج بالقراءة الشفوي (التلقين): العميل يتلقى المواد القرائية شفويًا وهذا يناسب الأطفال أو ضعيفي البصر أو من يناسبه هذا الأسلوب عموماً

6- العلاج بالقراءة الإبداعي (بالكتابة): يقوم المريض بإنشاء أعمال مكتوبة في شكل نثر أو شعر أو قصص قصيرة أو مذكرات أو تراجم ذاتية وهذا يناسب العميل المتمكن لغوياً أو العميل المثقف

7- العلاج بالقراءة الإبداعي (شفويًا): يقوم المريض بإنشاء أعمال شفوية نثرية أو شعرية أو قصة قصيرة أو سرد للسيرة الذاتية وهذا يناسب أصحاب الميول الشفهية في التعلم وممارسة القراءة

(ص105, مرجع سبق ذكره)

ويتطلب العلاج بالقراءة ما يلي:

- عناصر بشرية تدخل فيه على النحو الآتي العميل ، و المختص النفسي، والمختص المكتبي.
- تحليل دقيق لحالة العميل ، ثم تحليل احتياجاته من جانب المختص النفسي أو هيئة المختصين إذا كان العمل تحت إشراف هيئة أو لجنة .
- روضة قراءة يقترحها المختص النفسي بمفرده او تقترحها لجنة مختصين يعمل تحتها .
- مجموعة كافية ومتنوعة من الكتب والدوريات وغير ذلك من المواد المكتبية المستحدثة موجود في المكتبة.
- 5- وضع تقارير دقيقة من جانب مختص المكتبة يرفعها إلى المختص عن الحالة وميولها وأسلوبها في القراءة والتلقي المعرفي.
- 6-إنشاء علاقة وثيقة بين مختص المكتبة والعميل حتى يثق المريض في أمين المكتبة ويقبل على استخدام الكتب في المكتبة .
- 7- كتابة تقارير دورية عن استجابة العميل وردود أفعاله يكتبها مختص المكتبة ويسلمهما للمختص النفسي أولاً بأول.(مرجع سبق ذكره ص106).

2-8. أنواع المواد القرائية المستخدمة في العلاج بالقراءة :

من الناحية النظرية البحتة يمكن القول بأن أي مواد قرائية مهما كان موضوعها يمكن استخدامها بطريقة أو بأخرى في العلاج بالقراءة حتى في مجالات بعيدة تماماً مثل الكيمياء والفلك والرياضيات، إلا أنه من الناحية العملية تبرز فئات معينة من المواد التي تستخدم بفاعلية ونجاح في العلاج بالقراءة وهناك أنواع كثيرة وننوه أن المدخل النظري ضروري في تحديد نوع المادة المقروءة فالمدخل السيكودينامي يناسب الكتب العاطفية والخيالية مثل الروايات والقصص الدرامية والمجلات والجرائد المختصة بهذا النوع من الإنتاج الأدبي وغيرها، أما المدخل المعرفي فيناسب بالدرجة الأولى كتب التوجيه وبناء المعارف وتحليل القضايا ،ويدخل ضمنها كتب الفكر والفلسفة وهناك مداخل يدمج فيها أكثر من توجه نظري مثل المعرفي مع السلوكي كذلك تراعى الخلفية

الثقافية والاجتماعية والدينية والهوايات والمستوى الثقافي والمعرفي وغيرها، إذن المواد المستخدمة تحددتها النظرية المستخدمة وتحددتها متغيرات خاصة بالعمل.

وأشهر أنواع المواد القرائية المستخدمة في العلاج بالقراءة نوجزها في التالي :

- الكتب السماوية المقدسة وعلى رأسها القرآن الكريم
- الأحاديث النبوية الشريفة.
- تعاليم ووصايا العظماء والشخصيات المؤثرة في التاريخ.
- الكتب التثقيفية والإرشادية مثل كتب تنمية الذات وغيرها.
- المجالات والجرائد بمختلف أنواعها.
- كتب التاريخ والسير.
- كتب القصص والروايات والأفضل أن تكون قصيرة أو متوسطة الحجم. (مرجع سبق ذكره ص108)

يمكن للمعالجين الاستفادة من الأنشطة التالية بعد القراءة أو الاكتفاء بنشاط واحد أو نشاطين

- ضع ملخصاً للكتاب ، باستخدام وجهة نظرك أو قدم عرض للشخصية بغير أسلوب الكاتب الذي روى القصة.
- ضع جدولاً يومياً أو ضع جدولاً زمنياً لآحداث القصة أو الرواية .
- اكتب يوميات لشخصية من الكتاب.
- أنشئ نهاية مختلفة للكتاب أو توقف عن القراءة قبل الفصل الأخير والتوصل إلى نهاية من خيالك.
- اكتب بياناً صحفياً يركز على حادثة في الكتاب.

** الاستراتيجيات الفنية هي الأنسب للأطفال ؛ ومع ذلك يجوز للبالغين الاستفادة من الأنشطة الفنية، قد يرغب المعالج في متابعة قراءة كتاب عن طريق جعل العميل يقوم بواحد أو أكثر مما يلي:

- ارسم خريطة او رسومات توضح أحداث القصة للتوصل إلى تفاصيل غير واردة في كتاب.
- اصنع دمي أو صنع نماذج من الصابون أو الطين لشخصيات القصة وأعد تمثيل مشهد من الكتاب.

- ألصق صوراً و / أو كلمات مقطوعة من مجلة بالغراء على قطعة من كرتون لإنشاء ملصقة توضح الأحداث في الكتاب.

- ارسم الصور بالتسلسل أو قم بإنشاء شريط تمرير تلفزيوني للأحداث في القصة.

** في المناقشة وتمثيل الأدوار قد يطلب المعالج من العميل القيام بواحد أو أكثر من الإجراءات التالية:

- شارك في مناقشة جماعية بشأن قرار أو سلوك أو دور تقدمه شخصية من الكتاب.

- لعب دور حادثة في الكتاب وتمثيلها .

- إجراء محاكمة صورية بشأن حادثة واردة في القصة و العملاء يلعبون أدوار المدعى عليه والمحامين والقاضي وهيئة المحلفين و شهود عيان.

- ناقش نقاط القوة والضعف في الشخصية.

يمكن للمعالج تكييف الأنشطة لتناسب كل عميل ، على سبيل المثال يمكن للعميل الذي لا يحب الكتابة استخدام جهاز تسجيل من أجل أنشطة الكتابة الإبداعية، حسب مشكلة العميل ونوع الكتاب المستخدم ، قد يرغب المعالج في اقتراح عدة وسائل من الأنشطة الملحقه بالقراءة والتي يمكن للعميل من خلالها اختيار واحد أو أكثر (john t,pardeck 2013 p 27)

2-9. نظريات العلاج بالقراءة :

- العلاج الكتابي المعرفي السلوكي

ليس من المستغرب أن يحظى العلاج المعرفي السلوكي بالكتاب باهتمام كبير في الوقت الحاضر، نحن نعيش في عصر تهيمن فيه الاساليب المعرفية السلوكية على مجال علم النفس، لأنها مدعمة بالمزيد من البيانات التجريبية، مما أدى إلى ترسيخها كعلاجات قائمة على الأدلة - وهو أمر مطلوب الآن أكثر من أي وقت مضى، يعد العلاج الكتابي المعرفي ممارسة قديمة بدأت في بداية القرن العشرين حيث يتعاون الأطباء النفسيون ومختصي المكتبات في الجهود المبذولة لمساعدة العملاء الذين يعانون من مشاكل نفسية، يقدم المختصون في هذا التوجه النظري كتباً للعملاء تتناسب مع أزماتهم النفسية بافتراض أن هؤلاء الأشخاص سيتعلمون من الكتب وبعدها من تفكيرهم على أساس المعارف التي يتحصلون عليها، ومن خلال ذلك تتعدل سلوكياتهم وعواطفهم غير السوية، قد يكون هذا هو العلاج الوحيد أو بالتزامن مع الأدوية و يمكن أيضاً أن تكون العملية العلاجية تقتصر على تعلم العميل بمفرده واكتسابه مهارات جديدة أو تتبعها اجتماعات عرضية لمناقشة الكتاب، ومع ذلك كان التركيز الرئيسي على المحتوى المقدم في الكتاب ومدى صلته بالصعوبات أو المشكلات التي يواجهها الشخص، و الافتراض الأساسي للعلاجات المعرفية السلوكية هو أن جميع الاضطرابات تحكمها أنظمة معرفية مرتبطة بسلوكيات في حلقة دائرية وبالتالي يمكن إعادة تعديلها بالتعلم المناسب.

إن العلاج الكتابي المعرفي السلوكي هو عملية التعلم والتعديل السلوكي من المواد المكتوبة عالية الجودة (وليس بالضرورة الأدب) من أجل الفوائد العلاجية، وينظر إلى هذا على أنه شكل من أشكال التدخل الموجه تعليمياً، حيث يكون إتقان المعلومات واكتساب المهارات هي الأهداف الرئيسية، من حيث المبدأ العلاج الكتابي المعرفي السلوكي يكون فيه غياب المعالج أو التقليل منه كسمة رئيسية أو يمكن أن يكون تدخلًا محدود الاتصال يتضمن مكالمات هاتفية أو زيارات عرضية إلى العيادة، مع فهم أن العمل العلاجي الرئيسي يقوم به المشاركون بأنفسهم.

تتوفر الآلاف من كتب المساعدة الذاتية التي يستخدمها القارئ في بناء معارفه وتصحيح أفكاره وبناء عادات وسلوكيات صحية في المكتبات ويستخدمها العديد من القراء، ولكن ليس كل كتاب

للمساعدة الذاتية يعتبر علاجًا ، فقط في حالة وجود برنامج أو علاج معين يتم اعتباره مادة علاج بالقراءة ،

لكن من عيوب العلاج الكتابي المعرفي السلوكي انه يضع هذه العلاجات الموجهة ذاتيًا على مسؤولية وعائق العمل وبالتالي فإن القدرة على استخدام المواد المكتوبة والعمل بشكل مستقل أمر بالغ الأهمية.

لدى العملاء ذوي التعليم الضعيف معدلات اقل من النجاح في هذا العلاج أما الذين لديهم مستويات أعلى فهم يتمتعون بمستويات اعلي في نسبة نجاح هذا النهج (Hamblin , Scogin ، Beutler & ، 1989). علاوة على ذلك ، فإن الأفراد الذين لديهم مستوى ضعيف من التكيف النفسي والاجتماعي كان أداؤهم أسوأ في هذا العلاج (Beutler et al ، 1991) كما أن هذه الطريقة غير مناسبة أيضًا للأفراد الذين يعانون من اضطرابات الشخصية شديدة المستوى (Mains & Scogin ، 2003) والدافع هو العامل الرئيسي في نجاح هذا العلاج .

يحتاج العميل إلى التغلب على الصعوبات والعادات طويلة المدى والإجراءات من أجل الاستفادة مما تعلمه المادة المكتوبة، من غير المرجح أن يتوفر هذا الشرط مع ضعف الدافع للتغيير وهناك صعوبة أخرى في العلاج الكتابي المعرفي السلوكي وهي أن فهم المادة المكتوبة يتطلب نضجًا فكريًا وعاطفيًا ، وقد ينتج عن ذلك تشويه في التصورات والافكار اذا كان مستوى القارئ ضعيف.

هناك انتقاد آخر تم طرحه ضد العلاج الكتابي للمساعدة الذاتية وهو جودة الكتب فالعديد من الكتب تفتقر إلى أساس علمي أو تجريب لمحتواها ، وقد يكون بعضها منحرفا كما يدعي روزين (1981). لا نعرف حتى الآن كيف يتأثر القراء بكتاب معين - إيجابًا أو سلبيًا أو بدون تغيير، كما أننا لا نعرف أي الكتب فعال وأيها غير فعال

بسبب العيوب المذكورة أعلاه ، يفضل معظم المعالجين نوعًا من التواصل مع العملاء ، وهذا صحيح بشكل خاص في العمل مع الأطفال فقد تم استخدام القليل جدًا من العلاج المعرفي بالمساعدة الذاتية مع الأطفال والمراهقين، بدلاً من ذلك ، استهدفت معظم العلاجات الكتابية المعرفية ذات الصلة بالأطفال تدريب آباء الأطفال الذين يعانون من مشاكل بدلاً من الأطفال أنفسهم مثل اضطراب السلوك فقد لا يمتلك الأطفال القدرة المعرفية والعاطفية على التعلم من القراءة

بمفردهم، غالبًا ما لا يكون لديهم الدافع للتغيير، ولم ينضجوا بما يكفي لذا المراقبة من قبل المعالج مطلوبة لمساعدتهم على تحقيق أقصى استفادة من مواد القراءة الخاصة بهم. لذلك يوصى باستخدام **bibliotherapy** في علاج الأطفال والمراهقين فقط كعامل مساعد في العلاج المعالج وليس كعلاج بديل (Zipora Shechtman 2009p39)

لذا في هذه المقاربة العلاجية تعمل القراءة على "تصحيح" السلوكيات السلبية من خلال تقديم إجراءات بديلة إيجابية و يمكن اعتبار الكتب المتعلقة بأنظمة الإرشادات والبرامج التحفيزية وكتب التحكم في العادات والسلوكيات شكلاً من أشكال العلاج المعرفي السلوكي بالقراءة، فهي تتضمن برامج إدارة مشاكل الصحة العقلية والتغلب عليها بنجاح غالبًا ما تقدم كتب المساعدة الذاتية هذه البرامج العلاجية خطوة بخطوة مع تمارين التقييمات الذاتية وتسجيل اليوميات، وهذه الكتب يمكن أن تعزز الكفاءة الذاتية عندما يرى العملاء التقدم، فهم قادرون على عزو بعض هذا التقدم إلى جهودهم الخاصة، بدلا من جهود مستشاريهم.

(Sarah Mc Nicol، and Liz Brewster, 2018p 23)

- التوجه السيكودينامي :

يستخدم العلاج الكتابي السيكودينامي الأدب الخيالي وغيره من الأدبيات عالية الجودة لمساعدة القارئ على التواصل مع التجارب العاطفية والمواقف الإنسانية من خلال عملية تحديد الهوية، على النقيض من العلاج الكتابي المعرفي، يعتمد العلاج الكتابي العاطفي على النظريات الديناميكية النفسية، وبعضها يعود إلى سيغموند وأنا فرويد. الافتراض الأساسي في العلاج الكتابي العاطفي هو أن الناس يستخدمون آليات دفاعية، مثل القمع لحماية أنفسهم من الألم، عندما يتم تنشيط مثل هذه الدفاعات في كثير من الأحيان، يصبح الأفراد منفصلين عن عواطفهم، وغير مدركين لمشاعرهم الحقيقية، وبالتالي غير قادرين على حل مشاكلهم بشكل بناء، تساعد القصص في تقديم نظرة ثاقبة للمشاكل الشخصية من خلال إنشاء مسافة آمنة، مما يجعل العميل بشكل غير مباشر على حافة القضايا الحساسة، والقضايا التي تشكل تهديدًا، وربما تكون مؤلمة جدًا بحيث لا يمكن مواجهتها بشكل مباشر.

افتراض آخر للعلاج الكتابي العاطفي هو أن تحديد المشاعر واستكشافها والتأمل فيها هي مكونات مهمة في العملية العلاجية ، من خلال التعرف على الشخصيات التي تتضمنها المادة الأدبية يتعرض الأفراد لمجموعة واسعة من المشاعر والتي تمكنهم التعرف على شيء ما في أنفسهم وبالتالي إعادة الاتصال بعالمهم العاطفي وتتعزز التجربة من خلال ثراء الحياة البشرية والشخصيات والمواقف والمشكلات التي يطرحها الأدب.

هناك قدر كبير من الأبعاد النفسية مدمجة في مثل هذه الكتب. جادل يالوم (1998) بأن علم النفس بدأ قبل وقت طويل من ظهور أساليب العلم ، مع الروائيين مثل تولستوي. كما ذكر كوتلر (1986) ، "بدون مسرحيات شكسبير أو روايات دوستوفسكي ، أو قصص جيمس القصيرة ، ستكون معرفتنا بالكرب والصراع جوفاء وسيكون الكشف عن الذات أحادي البعد" (ص 35).

يقدم الأدب عالي الجودة مجموعة واسعة من الأفكار والعواطف البشرية التي يمكن للقراء التعرف عليها والتعلم منها وتطبيقها في حياتهم الخاصة، يتجاوز هذا الأدب القصص الخيالية على سبيل المثال يعبر الشعر عن رؤى نفسية خفية وعلنية حول مواقف الحياة التي قد يخصصها العملاء في حياتهم الخاصة ،وبالمثل تعرض الأفلام مواقف وأزمات وصراعات نفسية يمكن للناس التعرف عليها بسهولة

فائدة العلاج الكتابي العاطفي انه قد تظهر معرفة الذات الحقيقية وفهم أكبر للعالم بعد التفاعل مع الأدب. يدرك العملاء أن مشاكلهم عالمية يشترك فيها البشر من ناحية وهي ذات خصوصية من ناحية أخرى ويتعلمون أنهم يتشاركون مع العديد من الأشخاص والثقافات الأخرى مما يوفر الراحة ويضفي الشرعية على مشاعرهم وأفكارهم (Gladding ، 2005) ، والاستماع إلى القصص أو قراءتها يتناول حاجة الإنسان الأساسية لاكتشاف الحقيقة ، والفهم ، وإيجاد تفسير للتجارب المؤلمة ، وحتى لتحدي الظلم .

في هذه العملية يُعتقد أن القارئ يحدث له التماهي مع الشخصية والأحداث في القصة ويحدث له التنفيس ، حيث ينخرط القارئ عاطفياً في القصة ويكون قادراً على إطلاق العواطف المكبوتة في ظل ظروف آمنة ، والبصيرة الناتجة عن التجربة العلاجية ، تمكن للقراء أن يدركوا مشاكلهم والحلول الممكنة لها ، عندما يقرأ الناس أو يستمعوا إلى قصة أو قصيدة أو يشاهدون فيلماً يُظهر

فيه البشر ضعفهم ونقاط ضعفهم وقوتهم ، فإنهم يميلون إلى التماهي مع تجارب الشخصيات ومعاناتهم وألمهم ، فضلاً عن سعادتهم وتعزز هذه القصص فهم الوضع الإنساني وتزيد من التعاطف مع معاناة الآخرين ، مما قد يساعد الأفراد في النهاية على فهم أنفسهم بشكل أفضل.

هذا في حد ذاته يمكن أن يكون تجربة عاطفية تصحيحية هذه التجارب ضرورية للأشخاص الذين لم تكن لديهم تجارب عاطفية إيجابية كافية في حياتهم أو الذين عانوا من أحداث مأساوية. في حالات الأزمات بشكل خاص ، يتورط الناس في آلامهم لدرجة أنهم لا يرون أي معنى أو حل لحالتهم. توفر الأدبيات سياقاً لاستكشاف هذا الألم من مسافة بعيدة (Gersie ، 1997) ، قد يساعد النظر إلى ظروف الحياة من بعيد الأفراد على التعامل مع تعقيد وضعهم بأقل دفاعية ، مما يسمح للفهم والبصيرة بالنمو ، هذا ليس مجرد فهم معرفي ، بل هو فهم تجريبي ، يقوم على فتح عمليات الاتصال الداخلي ولمس التجارب المكبوتة.

تطبيق العلاج الكتابي العاطفي يبدأ باختيار الأدبيات ويتضمن العملية العلاجية بناءً على الأدبيات المختارة. تشمل معايير اختيار الأدب جودته ، والموضوعات التي يناقشها ، ومدى ملاءمتها لعملية التغيير ، ومدى ملاءمتها لمستوى التطور لدى الشخص و تشمل العملية العلاجية المراحل الأربع التالية :

(أ) قراءة الأدب / مشاهدة الفيلم .

(ب) التعرف على المشاعر .

(ج) فهم الديناميكيات البشرية .

(د) استكشاف الذات.

إن دور المعالج هو التنقل في المناقشة العلاجية للأدب ، ومساعدة العميل على الربط بين الأدب وتجاربه الشخصية ، ومساعدته على استكشاف تلك التجارب ، واكتساب البصيرة ، وإجراء التغييرات اللازمة في السلوك .

في اختيار المادة الأدبية ، الجودة الأدبية أهم عامل سواء كانت قصة أو فيلم أو قصيدة أو صورة ، يجب أن تكون معقدة ؛ وهذا يعني أنه يجب أن تشمل المشاعر أو نزاعاً داخلياً أو شخصياً أو معضلة أو نقاشاً.

يجب أن يمكّن العميل من التعرف على العواطف والصراعات التي يمكنهم التعرف عليها ومناقشتها ، ويجب أن يسمح لهم باستكشاف مشكلاتهم الخاصة قبل تقديم الحل ولا ينبغي أن تكون هذه المواد الأدبية مبسطة أو تعليمية أو تقدم حلولاً بسيطة لمشكلة معقدة.

(Zipora Shechtman 2009 p25)

10-2. مبادئ العلاج الكتابي:

يحدد بارديك (1991) وروبن (1978) الخطوط العريضة للمبادئ الرئيسية للعلاج الكتابي على النحو التالي :

- يجب أن يستخدم الممارس كتباً مؤلفة له.
- يجب أن يكون المعالج واعياً بطول الكتاب.وان يتجنب الكتب المعقدة والمغرقة في التفاصيل.
- يجب مراعاة مشكلة العميل و يكون الكتاب: ينطبق على المشكلة التي تواجه العميل.
- يجب أن تكون قدرة القراءة لدى العميل معروفة ويجب أن توجيهه في اختيار الكتب المستخدمة، إذا كان العميل لا يستطيع القراءة أو القراءة، قد يضطر المعالج إلى قراءة الكتاب بصوت عالٍ أو يقوم المعالج بتسجيله على شريط.
- يجب مراعاة العمر العاطفي و الزمني للعميل وانعكاسه في مستوى تطور الكتاب المحدد.
- تفضيلات القراءة ، الفردية والعامية ، هي جانب هام في العملية .

تمر تفضيلات القراءة للأطفال والمراهقين من خلال سلسلة من المراحل التي يمكن التنبؤ بها من سن سنتين أو ثلاث سنوات حتى سن العاشرة أو الحادية عشرة: يحب الأطفال قراءة القصص لهم فيما يتعلق بأحداث مؤلفة.

. يمر المراهقون أيضاً بعدة مراحل للقراءة. يميل المراهق المبكر (12-15 سنة) إلى الاهتمام بقصص الحيوانات ، قصص المغامرات ، قصص الغموض ، حكايات الخوارق ، قصص رياضية. . . .

فيما بعد (15-18 سنة) تفضيلات القراءة: التغيير إلى مواضيع مثل قصص الحرب والرومانسية وقصص حياة المراهقين. ربما نشأ عن إدراك أن النضج يقترب بسرعة ، فإن اهتمامات القراءة في أواخر مرحلة المراهقة (18-21) تميل إلى التركيز على أنواع من القصص مثل تلك التي تتعامل مع القيم الشخصية والأهمية الاجتماعية والغريبة و تجارب بشرية غير عادية ، والانتقال إلى حياة الكبار.

- الكتب التي تعبر عن نفس الشعور أو الحالة المزاجية للعميل هي في كثير من الأحيان خيارات جيدة

يسمى هذا المبدأ "مبدأ isoprinciple" والتي تنبع من تقنية العلاج بالموسيقى وتستخدم بشكل شائع في علاج الشعر أيضاً.

- ينبغي اعتماد المواد السمعية والبصرية في المعالجة إذا لم الكتب تتوفر الكتب حول المشكلة السريرية. (John T. Pardeck, 2013p1-35)

2-11. أهمية العلاج بالقراءة وأهدافه :

تجدد الاهتمام في العقدين الأخيرين على نطاق واسع بالعلاج بالقراءة كدور مهم للمكتبي واختصاصي المعلومات، حيث تستخدم القراءة الموجهة في مقاصد اكلينيكية باستخدام بعض الكتب والمصادر الإرشادية والمبرمجة لعلاج بعض المشكلات والتطوير الذاتي في مختلف المجالات، وقد استخدم هذا النوع من العلاج على مستويات متعددة للكبار والصغار لأغراض تصحيح السلوك والتعليم وتطوير الذات في مختلف المجالات بالإضافة لاستخدامه في علاج المشكلات المرضية.

ولقد أكدت (الأبلم، هالة 2017) أن القراءة تعتبر مصدراً للسعادة وذلك من خلال جلساتها والتي تعتبر أكثر أنواع العلاج النفسي الذي يقبل عليها الجميع بدون خوف، فهي ليس لها أي أضرار نفسية أو اجتماعية، ويستطيع من خلالها الطفل تغيير نظرته إلى مشكلته النفسية، كما أن جلسات

العلاج بالقراءة الجماعية تخفف الآلام للوصول إلى درجة من الاستقرار النفسي، وقالت : إن أفضل مصادر للقراءة هي القصص التي تتناول الخبرات البشرية، لافتة إلى إن أفضل ما يقرأ هو الكتب السماوية.

وقد أوضحت (Elser, Helen, 1982) أن هناك زيادة مطردة في استخدام العلاج بالقراءة مما يعكس المشكلات الاجتماعية والعائلية والذي يظهر بوضوح في العنف الاجتماعي، وإدمان الخمر وغربة الشبابالخ. ولا بد من الأخذ في الاعتبار قبل اللجوء للعلاج بالقراءة أنه يتحتم على الطبيب أن يعرف جيداً أن العلاج بالقراءة ليس مجرد توجيه عرضي لاختيار كتاب بعينه لمريض معين ولكنه عبارة عن برنامج مقصود يتطلب التخطيط له بعناية.

وتكمن الاستفادة من التدخل العلاجي بالقراءة في: تنمية الإدراك لدى الفرد، وزيادة فهم للسلوك والدوافع الإنسانية، ورعاية وإعانة الفرد، وإعداد الفرد بطريقة يمكنه من خلالها أن يجد اهتمامات خارج نفسه، وتقليل الضغط الذهني والعاطفي، ودفع الشخص إلى الاعتقاد بأنه ليس هو الشخص الوحيد الذي يواجه هذه المشكلة، ومساعدته في مناقشة المشكلة بحرية، ومساعدة الشخص في وضع برنامج بناء لحل المشكلة.

*ويجمل (زهران، حامد عبد السلام، 2005) الفوائد المرجوة من القراءة كما يلي :

- توحد المريض مع شخصية معينة أو خبرة معينة في الكتاب وتكمن صورة التوحد التي يستفاد منها بوضوح عن طريق الإسقاط حيث يستغل المريض مرضه لإسقاط خصائصه وسماته على شخصيات الأفضوسة مثلاً.

- ارتباط واتصال المريض بالواقع عن طريق قراءة الصحف والمجلات.

- تنمية رصيد المريض من الناحية العقلية المعرفية وخاصة عند المثقفين من المرضى، وتعليمه التفكير الإيجابي البناء وفهم وتحليل المشكلات، وزيادة القدرة على تحليل الاتجاهات والسلوكيات ووضع حلول بديلة للمشكلات.

- اشباع حاجة المريض إلى الموافقة الاجتماعية وخاصة عن طريق اجتذاب اهتمام هيئة العلاج وجماعة المرضى.

- توفير الوقت في العلاج النفسي.
- حل مشكلات المريض الشخصية عن طريق التعرف على الحلول الممكنة والبديلة واختيار أفضلها بالنسبة له واستخدامها.
- تهذيب النفس والذوق والسلوك والمساعدة على تحقيق المتعلم لذاته وتكيفه في مراحل نموه المختلفة وتطوير شخصيته وتنميتها واعتباره لنفسه .
- إكساب المتعلم مجموعة من المبادئ والخصال الحميدة والقيم الدينية والأخلاقية والاجتماعية في حياته اليومية كالمحبة والتعاون وغيرها وذلك في قوالب من التشويق والسرد الممتع.
- يخلق العلاج بالقراءة القدرة لدى المتعلم على النقاش واتخاذ القرار بصورة واضحة ومجارية التطورات الحياتية
- يوفر العلاج بالقراءة وسيلة آمنة تمكن المتعلمين، سواء الأطفال منهم أو المراهقين، من مواجهة التحديات والمشاكل
- العلاج بالقراءة يحمل المتعلم على مواجهة بعض القضايا الحساسة التي يصعب عليه التطرق إليها والخوض فيها مباشرة، والتنفيس عن رغباته المكبوتة، وتجاوز حاضره ليضع لنفسه آمالا يميل إلى تحقيقها في الواقع
- يسعى العلاج بالقراءة إلى التقليل من احتمالات انحراف المتعلم، وتجنبيه العديد من الآفات النفسية التي تعوق وتكبل انطلاقته وتفسد عليه متعة السعادة، كما يهدف من الناحية التنموية إلى تبصير المتعلم بنقاط الضعف لديه وبالمخاطر الكامنة في الوسط الذي ينتمي إليه، وتسهيل انخراط المتعلم في مجتمعه، ومساعدته على الظفر بالحكمة والفتنة والتخلي عن الأوهام، وعلى تقبل الآخرين واحترامهم رغم اختلافهم والتعامل معهم تعاملًا عقلانيًا.
- تحقيق الراحة والسعادة والنضج والتكيف والصحة النفسية والإسهام في تحقيق التوافق الشخصي والاجتماعي للمتعلم عبر تذليل الصعوبات الداخلية والخارجية التي يواجهها.

- فتح مدارك المتعلم وتنمية خياله وذكائه وذاكرته وانتباهه وأفكاره وتفكيره العلمي وقدراته الإبداعية والابتكارية باستمرار واتجاهاته الإيجابية إضافة إلى تحقيق المتعة والتسلية وتحبيب الحياة إليه والتقليل من مشاعر الوحدة والملل لديه وفتح الأبواب أمامه نحو الفضول والاستطلاع والمساعدة في إعادة بنيته العاطفية والعقلية وتكملة احتياجاته التنموية والاستفادة من قدرات وخبرات الآخرين، أي شخصيات القصص، فيما يتعلق بكيفية التصرف ومعالجة المواقف والمشكلات
- من أهداف العلاج بالقراءة النمائية المساعدة على تنمية شخصية الإنسان من خلال جعله يتفاعل مع شخصية أو رمز أو فكرة موجودة في ما يقرأه.

(د. أحمد فايز أحمد سيد 2018 ص 99-108)

خاتمة :

يشكل العلاج بالقراءة احد العلاجات النفسية الحديثة ، التي تشكلت من خلال تراكمات نظرية ومعرفية متنوعة تشمل تطور مفاهيم الحقل السيكولوجي من جهة وتشمل تطور نظرة العلماء والمتخصصين النفسانيين للقراءة وللهاويات الفنية بشكل عام ، ولعل أهم ما جعل هذا العلاج يتبلور هو التداخل الشديد بين نفسية الإنسان وتفكيره وبين نشاط القراءة الذي يمكن المعالج من تحقيق أغراض علاجية كثيرة ، من خلال القوة التأثيرية التي تتضمنها الكتب على القارئ ، وتزداد الفعالية كلما توفرت الكفاءة والخبرة في المختص النفسي واحترافية بناء البرنامج العلاجي والمادة القرائية المناسبة لميول وسن وثقافة العميل ، حتى يتمكن المعالج من تحقيق أقصى فائدة على العميل ، ومن خلال ما تعرضنا له في الفصل وفي أدبيات هذا العلاج وتعريفات منضريه نجد انه علاج غير مضبوط بشكل دقيق في تحديد مفاهيمه وآليات تأثيره ، لكن تبقى الفعالية مثبتة في الكثير من التطبيقات العلاجية .

الفصل الثاني :

اضطراب الضغط ما بعد الصدمة

تمهيد

1: الصدمة النفسية

- 1-1. تعريف الصدمة
- 1-2. أنواع الصدمات النفسية
- 1-3. الانتشار
- 1-4. التكيف الإنساني في ظروف الحياة المعتادة
- 1-5. نتائج الأحداث الحاسمة في تكيف الفرد
- 1-6. أثر الصدمة النفسية في جوانب الشخصية
- 1-7. شدة تأثير الصدمة
- 1-8. العوامل المؤثر في استجابات الأفراد للخبرة الصادمة
- 1-9. العوامل التي تزيد النتائج السلبية للحدث الصادم
- 1-10. تجاوز الصدمات و الفشل في تجاوزها

2: اضطراب الكرب بعد أو عقب صدمة

- 1-2. مفهوم اضطراب الضغط ما بعد الصدمة
- 2-2. ظهور مصطلح اضطراب ما بعد الصدمة واشكالية ضبطه
- 3-2. التصنيف
- 4-2. أعراض اضطرابات الضغوط التالية للصدمة
- 5-2. التشخيص والتشخيص الفارقي
- 6-2. النظريات المفسرة لاضطرابات الضغوط التالية للصدمة
- 7-2. عوامل الخطر لاضطراب الضغوطات التالية للصدمة
- 8-2. الانتشار
- 9-2. المآل والتطور

خاتمة

تمهيد :

يتعرض الإنسان في حياته لأحداث صادمة تتجاوز قدرته على التكيف وتتجاوز خبرته العادية مما يهدد صحته النفسية وتدخله في الكثير من المعاناة والاضطرابات النفسية ، وهذا ما تشير إليه أبحاث علم النفس الصدمي التي تدرس تأثير الصدمة النفسية على الإنسان وتبعاتها المرضية طويلة المدى ، لذلك حضي اضطراب الضغط ما بعد الصدمة باهتمام كبير كونه اضطراب يعطل حياة المضطرب ويتطلب جهودا كبيرة في العلاج ، هذا الاضطراب يعكس فشل الجهاز النفسي في تصريف الضغط الواقع عليه جراء الصدمة ،ولفهم هذا الاضطراب لابد من تناول مفهوم الصدمة وأبعادها التأثيرية في شخصية الإنسان والمتغيرات التي تساهم في تحديد إمكانية تجاوزها وإمكانية التعافي من اضطراب الكرب ما بعد الصدمة ، هذا ما نحاول عرضه في هذا الفصل الذي ينقسم لشقين الصدمة النفسية واضطراب الضغط ما بعد الصدمة .

1 - الصدمة النفسية :

1-1. تعريف الصدمة:

الصدمة عبارة عن حادث أو موقف مرهق واقع خارج مجال الخبرة الإنسانية المعتادة يتضمن ضغطا استثنائيا أو درجة شبيهة بالكارثة و التي قد تستثير لدى كل فرد بلبلة عميقة، و يمكنها أن تستمر لفترة قصيرة أو قد تطول و أن تحدث مرة واحدة أو تتكرر، و ما يميز الحدث الصادم وجود خطر أو تهديد حاد لحياة أو لصحة الشخص نفسه أو الآخرين، و من أمثلة هذه المواقف الاستغلال الجنسي أو الجسدي و الاغتصاب و العنف المنزلي و الاعتداءات الجنائية و الإرهاب و الحروب و الإبعاد إلى معسكرات اعتقال و الحوادث و الكوارث الصناعية أو الطبيعية.

و يتم التفريق بين النوع الأول و النوع الثاني من الصدمة Type-I & Type-II-Trauma و يقصد بالصدمة من النوع الأول الأحداث الصادمة المنعزلة غير المتوقعة، و التي تستمر لفترة محدودة، و من بينها على سبيل المثال الاغتصاب لمرة واحدة و كوارث الطبيعة و حوادث السير و العمل، و تكون مشاعر الخوف و اللاحول و اليأس هي المشاعر المسيطرة في خبرة الحدث

الصادم، بالمقابل فإن الصدمة من النوع الثاني هي الأحداث الصادمة المتكررة، و من أمثلتها الاستغلال الجنسي و الجسدي المستمر في الطفولة أو العنف المنتظم تجاه الشريك في الزواج، و غالبا ما يقود النوع الثاني من الصدمة إلى تشويهاً سلبية معقدة لتصوير الذات و العالم، أي في النظرة إلى الذات و في النظرة للآخرين و ترتبط بمشاعر سلبية كالخجل و الذنب و اللاقيمة (النظرة التافهة للذات أو تحقيرها) و اللاحول (اليأس و الاستسلام) ، و يغلب أن تكون عواقب النوع الثاني من الصدمة وخيمة و التعافي منها يكون طويل الأمد. (ميرفين سموكر وآخرون 2010ص73)

1-2. أنواع الصدمات النفسية

يتعرض الشخص أثناء نموه إلى خبرات مؤلمة، قد تؤثر على مصير شخصيته من حيث توازنها أو فقدان هذا التوازن، و من أهم الصدمات التي يتعرض لها الشخص ما يلي: الصدمات الأساسية، و صدمات الحياة.

أ - الصدمات الأساسية: تشمل بدورها الصدمات التالية :

- صدمة الميلاد:

أول صدمة يعيشها الشخص في حياته هي صدمة الميلاد حسب اتورانك لأن تجربة الانفصال عن الأم يؤدي إلى شعور المولود الجديد بالقلق و قد يكون هذا القلق هو أصل لكل قلق قد يعيشه الشخص لاحقاً في حياته، فالولادة تجربة أولى للقلق، و ما يسبب الصدمة ليس الولادة في حد ذاتها، بل الانفصال عن الأم. و مثل مل يرى اتورانك هذا الانفصال يكون مصدراً لكل عصاب فالطفل يعيش الولادة كصدمة عنيفة، و حسب فرويد لا يبقى لها تأثير على نمو الشخصية لاحقاً لأن الجهاز النفسي لم يكتمل بعد و هذا ما تؤكدته الباحثة مارغريت ريبيل إذ ترى أن ردود الفعل على نقص الأكسجين عند الولادة، يعد نموذجاً لمظاهر القلق الفيزيولوجية.

- صدمة البلوغ:

البلوغ هو عبارة عن جملة من التحولات و التحورات النفسية و الفيزيولوجية، ذات علاقة بالنضج الجنسي، و هو عبارة عن مرحلة انتقالية من الطفولة إلى مرحلة الرشد، تعد هذه المرحلة صدمة و أزمة نفسية و بيولوجية، لأن هذه الصدمة تحمل و تعبر عن أزمة الهوية و الاضطرابات التي قد

تتمخض عن البلوغ ، إن البلوغ صدمة لأن الفرد لم يعد طفلا و ليس راشدا بعد ولا يعرف مكانته في المجتمع ، يعيش الفرد في البلوغ صدمة، لأن خلال هذا البلوغ يعرف جسمه تغيرات فيزيولوجية و على المستوى النفسي يشعر بمشاعر لم يكن يعرفها من قبل كما تقول ذلك كستمبرغ، و قد يكون لها آثارا على تطور الشخصية مستقبلا.

ب - صدمات الحياة:

قد يعيش الفرد أحداثا ضاغطة في حياته تشكل له صدمة و تختلف هذه الصدمات، منها المباشرة كعاشية الحدث و أخرى غير مباشرة كمشاهدة أو سماع الحدث.

*أنواع الصدمات من حيث مباشرة وغير مباشرة

- الصدمة المباشرة: الصدمة الناتجة عن معاشية الحدث:

هذا النوع من الصدمات يكون ناتج عن أحداث عنيفة تكون من صنع الطبيعة، خارجة عن نطاق الفرد كالزلازل، الفيضانات، البراكين، الحرائق.... و قد تكون بفعل الإنسان مثل الحروب، و أعمال العنف و حوادث المرور، مثل هذه الصدمة تثير الخوف و قلق الموت.

- الصدمة غير المباشرة:

يمكن أن تكون ناتجة عن سماع حدث مثل: سماع شخص فقدان أحد المقربين إليه كشخص عزيز، سماع فقدان منصب عمل، سماع الإصابة بمرض خطير، تعرض أحد الأقارب العزيز على الشخص لحادث مرور، سماع الجنود في الحرب لخبر موت أحد رفقائهم. (نادية شرادي.ب.س.ص.8-9)

من الناحية الكمية يمكن القول أن الأحداث الحياتية الصادمة الناجمة عن فعل الإنسان أشد وقعا و تأثيرا من الناحية النفسية من الأحداث الناجمة عن الكوارث الطبيعية ومن بين الكوارث الطبيعية تعد الزلازل، و البراكين من الكوارث ذات الأثر الشديد بسبب ما تحمله من فقدان الأمن و الثقة بأكثر العناصر ثباتا و رسوخا و استقرارا في حياة الإنسان

و يمكن إعادة تلخيص مجموعة العوامل بالنقاط التالية:

التعرض الفردي لتأثيرات العنف: كالتهديد و السرقة (حوادث السلب و النهب أو حوادث السير)، الاختطاف، الأخذ كرهينة، التصفية الجسدية، الإرهاب، معسكرات الاعتقال، الأسر، الاغتصاب، الاستغلال الجنسي، أعمال العنف الأخرى، التسبب بحادث شديد... الخ

مشاهدة تأثيرات العنف: مشاهدة حادثة أو أكثر من الحوادث المذكورة أعلاه. (و قد أصبحت كثيرة بسبب العولمة الإعلامية الكونية).

العنف الجمعي: المواجهات العسكرية و الحروب الأهلية أو الطائفية أو العقائدية أو، التهجير، الهرب... الخ

الكوارث الطبيعية: كالزلازل و البراكين (حيث تؤثر الزلازل على شكل فقدان الأمان حيث يبدو ما كان حتى الآن أكثر شيء باعث على الأمن و الاستقرار غير موثوق)، و الحرائق الكبرى و الصواعق و الفيضانات (من نحو انهيار السدود)، و الأعاصير و انهيار الجبال و الانهيارات الثلجية... الخ.

كوارث تكنولوجية: كحوادث السيارات و السفن و القطارات و الطائرات و الحوادث النووية و الكيميائية و الكهربائية.

الضغوط الجسمية و النفسية الشديدة: كالحروق و الذبحة الصدرية و الآفات القلبية و الجلطات الدماغية، و حالات الألم و الكي بالمواد الكيماوية و التشويشات، و أحيانا يكون مجرد معرفة تشخيص ما أو الإخبار بحدث مرهق أو مرض وخيم العامل الذي يستثير هذا الاضطراب. كما لا يقتصر الأمر على المعنيين مباشرة بالحدث بل و يحدث أيضا مع الآخرين الذي لا يكونوا معنيين بالأمر بشكل مباشر (و بشكل خاص الأقارب و الأصدقاء) المرض، الموت، العنف، الكوارث، و أحيانا الرؤية غير المتوقعة لإنسان ميت أو لجزء من الجسد سواء بشكل مباشر أو حتى في وسائل الإعلام.

و لا تقتصر الآثار الناجمة عن الحروب أو الحوادث أو الكوارث الطبيعية أو العنف (الجنائي) أو عن تعذيب على المجال الجسدي فحسب و إنما تمتد لتشمل المجال النفسي تاركة وراءها جراحا

نفسية عميقة غير ملحوظة في كثير من الأحيان تفعل فعلها عبر الزمن و تتخر في المعنيين الذين تعرضوا إلى شكل من أشكال الأحداث الحياتية الصادمة. و نحن غالبا ما نهتم بالإصابة الجسدية الناجمة عن الأحداث الحياتية الصادمة و نعالجها بسرعة كي تشفى، و نتجاهل في الوقت نفسه الإصابات النفسية الناجمة عن ذلك، يكتبها المعنيون في أغوار لا شعورهم و يهملها المتخصصون، فعندما يشكو الأشخاص الذين تعرضوا لويلات الحروب و الدمار الهجمي أو لكوارث طبيعية أو لحوادث سير أو لشكل من أشكال التعذيب و الضغط و الإكراه من أعراض العصبية و الأرق و الحزن و القلق أو الخوف فإن التشخيص غالبا ما يكون متسرعا باتجاه القلق أو الاكتئاب، و يتم تجاهل أن هذه الأعراض يمكن أن تشير إلى اضطرابات الضغط الناجمة عن الصدمة، و نتيجة لهذا الخطأ في التشخيص فإن الأطباء غالبا ما يصفون المهدئات النفسية لمرضاهم التي تخفف ظاهريا من الأعراض. و بمجرد التوقف عن تناول الأدوية المهدئة تعود الأعراض ثانية مما قد يتسبب في وقوع المرضى في حلقة التعود أو الإدمان على المواد النفسية.

(ميرفين سموكر وآخرون 2010ص22)

- **الحدث الصدمي:** يشير أورزانو إلى أن الأحداث الصدمية أحداث خطيرة مريكة و مفاجئة، تتسم بقوتها الشديدة أو المتطرفة، و تسبب الخوف، و القلق، و الانسحاب، و التجنب، و الأحداث الصدمية، كذلك ذات شدة مرتفعة، و غير متوقعة، و غير متكررة، و تختلف في دوامها و ظهورها من حادة إلى مزمنة، أو متأخرة، و يمكن أن تؤثر في شخص بمفرده كحادث سيارة أو جريمة من جرائم العنف كالاستغلال الجنسي، و قد تؤثر في المجتمع كله كما هو الحال في الزلزال أو الأعاصير، و يمكننا التفريق بين نوعين من الأحداث الصادمة:

- حدث صادم غير متكرر، و يحدث لمرة واحدة (كالحادث، أو الكارثة... الخ).

- أحداث صادمة تستمر لمدة طويلة، و تتكرر (كالاستغلال الجنسي)، و هذه الأحداث قد تكون عواقبها أشد على الشخص. (منال الشيخ. 2012ص384)

3-1. الانتشار:

تتباين نسبة الصدمات حسب المجموعة السكانية المدروسة، و من السمات التفرقية المهمة سن المجموعة المدروسة و جنسها ، (تقع النساء على سبيل المثال ضحايا الاعتداءات الجنسية أكثر و الرجال ضحايا الأعمال القتالية أكثر) و مكان السكن (المدينة اكثر مقابل الريف على سبيل المثال)، و الانتماء لجماعة خطر معينة (عمال الدفاع المدني أو الشرطة في الخدمة الخارجية أو أطباء الإسعاف على سبيل المثال) و الانتماء الثقافي و الخبرات المتعلقة بالجيل، كالحروب أو الكوارث الطبيعية على سبيل المثال، كما أن لنوع الصدمة المعاشة تأثير من جهته على تكرار تشكل اضطرابات الضغوط التالية للصدمة، فبعد الاغتصاب هناك حوالي 50% الانتشار، و بعد أعمال العنف الأخرى حوالي 25% ، و بين ضحايا الحروب و التهجير حوالي 50% ، و لدى ضحايا السير حوالي 15% ، و في الأمراض العضوية الشديدة (كالذبحة القلبية، الأمراض الخبيثة) حوالي 15% أيضا ، و يتأرجح الانتشار مدى الحياة بالنسبة لاضطراب الضغوط التالية للصدمة بين الجمهور العام في الدراسات المختلفة بين 0,6% في أيسلندا ، و 9,2% في الولايات المتحدة الأمريكية، و بالنسبة لألمانيا الاتحادية فإن القيم تتأرجح بين 2% و 7%.(ميرفين سموكر وآخرون.2010ص73)

4-1. التكيف الإنساني في ظروف الحياة المعتادة.

يظهر التكيف في مناسبات حياتنا اليومية كلها، في صلتنا بمحيطنا الطبيعي أو الاجتماعي أو الشخصي، و التكيف عملية سلوكية تستثيرها تغيرات معينة أو أحداث تحدث في المحيط الذي نعيش فيه، و يكون الغرض الأساسي للتكيف هو العمل على تحقيق التوازن بين حاجات الفرد و بين هذه التغيرات المحيطة، و إذا أردنا النظر في العوامل الأساسية التي تؤثر في التكيف فنسجد فيها ما يعود إلى حاجات الفرد و تكوينه الجسدي و وضعه الفيزيولوجي، و ما يعود إلى خبرات حياته و قدراته العقلية و مستوى معيشته، إضافة إلى الفترة الزمنية التي يعيشها و الظروف المفاجئة التي يقع تحت تأثيرها، و نجد في النهاية أن التكيف هو تعبير مباشر عن الصحة النفسية، بل هما وجهان لعملة واحدة ، و لكي نفهم التكيف بعمق لابد لنا أولاً من أن ندرك علاقته بقضاء الإنسان لحاجاته، و حاجات الإنسان كثيرة و متنوعة، فبعضها جسدي، و بعضها الآخر

اجتماعي أو روحي. و لكل حاجة إيقاعها الخاص و درجة إلحاحها، و يكاد المرء يقول أن الإنسان لا يكاد يفرغ من قضاء حاجة حتى تلح عليه أخرى، و حين تلح حاجة ما على الإنسان فإنها تشعره بخلل أو توتر في داخله، كأنما يذهب بتوازنه و يدفعه نحو البحث عن استعادة هذا التوازن من جديد، و هو ما يتم على أربع مراحل أساسية، في المرحلة الأولى يكون التوتر في أدنى درجاته، أي أن الحاجة مشبعة ولا داعي لمزيد من إرضائها. (مثل هذا ما يحدث عندما تكون المعدة ممتلئة، فحتى منظر الطعام الشهوي لا يثير لدينا رغبة أو توترا) ، لكن يتغير الحال بعد زمن يطول أو يقصر حسب نوع الحاجة، فبدأ التوتر بالارتفاع تدريجيا، و نبدأ بالشعور بهذا التوتر عند حد نسميه الحد الأدنى للشعور بضغط الحاجة (و هو يختلف من شخص لآخر) ، و بعد أن يشعر الفرد بهذا التوتر يبدأ البحث عن أفضل سبيل لمواجهة، (و أحيانا يؤجل البحث فيه إن كانت الحاجة غير ضاغطة كأن نؤجل الطعام لانشغالنا بمكالمة هاتفية هامة)، لكن حين يشتد التوتر، يقوم الفرد بسلوك ما لإرضاء هذه الحاجة (لأنه إن لم يفعل فإن التوتر يصبح مؤلما و مكدرا)، و حال قيامه بمثل هذا السلوك يبدأ التوتر تدريجيا في الانخفاض، فإذا وصل انخفاض التوتر درجة معينة فإن الفرد يكف عن السلوك الذي كان يقوم به لتخفيف التوتر (كأن يتوقف عن الطعام بعد الشعور بالشبع) و مثل هذا المنحى المنتظم هو نادر الحدوث في الواقع، فأحيانا يكون القيام بالفعل المخفف للتوتر متاحا (كأن نكون في البيت عند الشعور بالجوع، و بالتالي فلا مشكلة في إعداد الطعام حتى قبل أن يبلغ التوتر أوجه) و لكننا قد نشعر بالجوع و نحن في مكان بعيد عن أي مصدر للطعام، و في هذه الحالة يتأخر الفرد ملزما عن إسكات جوعه الذي يعطو صوته موترا الفرد أكثر فأكثر. و هكذا كلما كان للفرد نظام حياة أدق كان منحى قضاائه حاجته أقرب للانتظام، لكن الواقع الملي في الحياة الإنسانية هو أشد من هذا تعقيدا، فحاجاتنا كثيرة و متنوعة و لكل منها إيقاع خاص، قد يكون منتظما أو لا يكون، و هي كلها تضغط على الفرد لكي تشكل سلوكه الذي هو استجابة لضغوط حاجاته المختلفة ، ولا يمنع هذا البعض من أن يكون عندهم القدرة على تنظيم أمور حياتهم و يسيطروا على علاقة متوازنة بين عالمهم الداخلي و الخارجي، في حين يجد البعض الآخر صعوبة بالغة في هذا، و تكاد أشكال السلوك المختلفة المنتظمة لإرضاء الحاجات المتنوعة تغدو نمطا فريدا لكل إنسان فيما يعرف باسم "أسلوب التكيف". فالبعض يتخذ أشكال سلوك بسيطة و مباشرة لإرضاء حاجاته، و يعتمد أسلوب الصراحة و المكاشفة، في حين يلجأ بعض آخر إلى الإنكار أو إلى التكتم أو إلى اللف و الدوران أحيانا لإرضاء احتياجاتهم (دون أن

ينتبه إليهم أحد)، و عادة ما يتعرف المحيطون بنا بحكم معاشتهم لنا فترة طويلة إلى أسلوب تكيفنا، و نتعرف نحن كذلك إلى أسلوبهم، في حين أننا نجد صعوبة في التنبؤ في بأسلوب تكيف معارفنا العابرين أو الجدد، و يكاد أسلوب التكيف المميز لكل فرد يشكل خطا معيناً أو لنقل مستوى معيناً من التكيف يميز سلوكه اليومي في مواجهة حوادث الحياة العادية. (ميرفين سموكر وآخرون 2010ص55-56)

1-5. نتائج الأحداث الحاسمة في تكيف الفرد:

يعتاد المرء إيقاعاً في حياته اليومية، لا تتركه أحداث اليوم الخارجية، جديدها و قديمها، ولا تعيق إشباعه لحاجاته الأساسية بالطريقة المعتادة، يمكنه أسلوب تكيفه من أن يبقى في حالة سيطرة نسبية على مجريات حياته، و هنا يأتي الحدث الصادم و هو حدث يكون أكبر بشكل واضح من الحوادث العادية اليومية، و يصعب على المرء أن يواجهه بطريقته المعتادة في التكيف، مما يهبط بمستوى التكيف عند الفرد إلى حدود دنيا، و يشعره بالعجز و قله الحيلة في مواجهة ما هو أكبر من طاقاته بكثير، هذا الهبوط يترافق مع ما نسميه أعراض الصدمة، المفاجأة، و الذهول، والمشاعر القوية المتناقضة (قلق، و غضب، و شعور بالذنب و غيرها)، و تشتت القوى و انعدام القدرة على تلبية الحاجات الأساسية للمرء، و يعتبر هذا رد فعل طبيعي في ضوء الظروف غير الطبيعية التي تلحق بالحدث الصادم، و يستمر الأمر على هذا الحال لمدة زمنية تطول أو تقصر حسب الخسائر التي يحملها معه الحدث الصادم، و حسب ردود الفعل المحيطية لدعم الفرد أو الأفراد المصابين بالصدمة، و هكذا يصل التكيف إلى أدنى مستوى له، ليعاود الارتفاع بشكل تدريجي، و يعاود الإنسان بعد ذلك السيطرة على نفسه و مشاعره، و يستعيد القدرة من جديد على قضاء حاجاته، و يمكن لمستوى التكيف بعد الصدمة أن يأخذ واحدة من ثلاث وضعيات ممكنة.

- الوضعية الأولى:

يعود مستوى التكيف بعد الصدمة إلى حالته التي كان عليها قبل الصدمة، إن المرء في هذه الحالة لا يتحسن و لا يتردى في أسلوب تكيفه، و هذا مرهون بقوى الفرد و طاقاته الاحتياطية، و مرونته و استمراريته بما يمكن الفرد من أن يتجاوزها و يعود إلى سيرة حياته السابقة، هذا يعني أن الصدمة تمر بهذا الشخص كما لو كانت (سحابة و مرت)، تعود حياته بعدها لسيرها المعتاد.

- الوضعية الثانية:

يرتفع مستوى التكيف في مرحلة ما بعد الصدمة (مصدقا للقول الشهير بأن الصدمات التي لا تقصم الظهر بل تقويه) ، و في هذه الحالة تحسن الصدمة من أسلوب تكيف الفرد رغم ما فيها من قسوة و خسارة مؤقتة بسبب زياد تمسك الفرد المصدوم بالحياة، و شعوره بقيمة الأفراد و الأشياء المحيطة به و تتحسن علاقته بكل منهم بشكل ملحوظ، و ربما يعود هذا أيضا إلى اكتشاف الإنسان المصدوم لمعاني إيجابية كانت غائبة عنه في مرحلة ما قبل الصدمة، كازدياد الشعور بالقيمة الذاتية، و قيمة الدعم الاجتماعي و الأسري و مثل ذلك.

- الوضعية الثالثة:

و فيها يخسر الفرد من مستوى تكيفه الذي كان يتمتع به قبل الصدمة، فيضطرب ترتيب أولويات الحاجات الأساسية لديه ، و ربما يلحق مثل هذا بالقيم التي يعتنقها، فيما يكاد يشبه نكوصا إلى أسلوب التكيف أقل نضجا .. إنه يعود إلى قضاء حاجاته و لكن تتغير نظرتة إلى نفسه و إلى العالم حوله بشكل سلبي، تتغير فلسفته في الحياة ، و ربما يتغير من شخص متفائل إلى شخص متشائم، و يتغير أسلوب تفكيره و مواجهته لمشكلات الحياة اليومية فيما بعد إلى شكل أقل تكيفا. (مرجع سبق ذكره ص 59-57).

المشكلات الناجمة عن معاناة حدث صادم:

إلى جانب اضطراب الضغط التالية للصدمة يمكن ملاحظة اضطرابات نفسية أخرى كاضطرابات القلق و الاضطرابات الاكتئابية، و غالبا ما يقود فرط الإثارة الجسدية إلى أوجاع و شكاوى جسدية، ولأن الكثير من المعنيين غالبا ما يحاولون السيطرة على ذكرياتهم المؤلمة و الفرط التوتر الداخلي بواسطة الكحول أو الأدوية فإنهم غالبا ما ينزلقون في دائرة فرط استهلاك الكحول أو سوء استخدام الأدوية.

ردود أفعال طبيعية على أحداث شاذة:

يمكن لاضطرابات الضغوط التالية للصدمة و بشكل خاص عندما يتعلق الأمر بخبرة غير متوقعة كلية و مرهقة بشكل متطرف أن تظهر عند الناس الذين كانوا قبل ذلك أصحاء كلية أي حتى عند الذين لم يكونوا قبل الصدمة يمتلكون دلائل على وجود اضطرابات نفسية أخرى أو استعدادا مسبقا للإصابة بشكل من أشكال الاضطرابات النفسية، و تظهر علامات اضطرابات الضغوط التالية للصدمة في العادة خلال ثلاثة أشهر بعد الحدث الصادم، و يمكن هنا أن يأخذ مجرى الاضطراب الشكل الحاد أو المزمن، فإذا ما استمرت الأعراض لفترة تتجاوز الثلاثة أشهر فإننا نتحدث عن مجرى مزمن، كما و يمكن للأعراض أن تظهر بعد فترة طويلة نسبيا قد تبلغ الستة أشهر بعد فترة تكون خالية تماما من أعراض الاضطراب، و في هذه الحالة فإننا نتحدث عن البدء المتأخر للاضطراب. (مرجع سبق ذكره، ص39)

1-6. أثر الصدمة النفسية في جوانب الشخصية:

تتفاعل شخصية الفرد و خصاله مع الحدث الصدمي، الذي ينجم عن أحداث طبيعية أو أحداث من صنع الإنسان نفسه، لينتج عن هذا التفاعل خمسة أبعاد للاستجابة الذاتية للفرد إزاء الحدث الصدمي، و هي و إن كانت أبعادا منفصلة، فإنها تتكامل فيما بينها و يتفاعل بعضها مع بعض، و تشمل الأبعاد الآتية:

أ - البعد الانفعالي:

إن الأحداث الصدمية بطبيعتها تغير الاتزان النفسي لدى الأفراد الذين يواجهون الصدمة، فهي تخلق ردود أفعال انفعالية قوية لديهم، لأنها تمزق آليات ووظائف الاتزان العادية على مستوى الفيزيولوجي، و تغير تغييرا جذريا من المستويات المثلى للاستثارة على المستوى النفسي. و يتباين الأفراد فيما يخبرونه ذاتيا و يواجهونه من استثارة الجهاز العصبي و الإفرازات الغدية نتيجة لما تفجره الخبرات الصدمية المهددة

فبعض الأفراد يشعرون بالخوف و القلق و الضيق إلى درجة من العجز عن تعبئة طاقاتهم الذهنية لحل ما يواجههم من مشكلات، و هناك أشخاص ينغلقون انفعاليا إزاء تلك الخبرات الصدمية، و

يخبرون حالة من الخدر الوجداني، و تتضمن عمليات دفاعية متعددة تشمل آليات الكبت و التفكك و الانفصال.

أما (الاتزان الوجداني الموجبة) القائم على التنظيم الناجح بين الحالات الانفعالية و السالبة، فهو الاستجابة السوية إزاء الصدمة، و يرتبط بالقدرة المعرفية على تقدير ما حدث على نحو واقعي، و باستجابة أساليب فعالة لمواجهة المتطلبات المباشرة للموقف.

ب - البعد المعرفي:

تشير الاستجابة المعرفية للصدمة، سواء الفورية أو بعيدة المدى، إلى أساليب مميزة في معالجة المعلومات أو في فهم ما حدث.

و تنطوي العمليات المعرفية، من المنظور التفاعلي لردود أفعال الضغوط الصدمية، على أهمية كبيرة لأنها تشمل عمليات متعددة الأبعاد تتضمن الآتي:

- إدراك الأحداث.
- تقدير الموقف.
- عزو أسباب الحدث.
- تكوين مخطط معرفي للفعل و السلوك.

يمكن تحديد خمسة أساليب معرفية لمعالجة المعلومات فيما يتعلق بأبعاد المتغيرات البيئية و الموقفية، و تشمل الأساليب الآتية:

الإنكار المعرفي: و هو آلية قد تساعد الفرد على تفادي مشاعر القلق الحاد، و هو أسلوب يعمل على خفض المنبهات الداخلية، و يتضمن درجة عالية من الانتباه الانتقائي، و عدم تحمل الضغوط بسبب الاستثارة الانفعالية، و مستوى منخفضاً من البحث عن المعلومات.

التقدير المعرفي الدقيق لأحداث الصدمة و تقييمها تقييماً واقعياً و صحيحاً و مناسباً، الأمر الذي يمكن الفرد من الاستجابة للموقف بفاعلية و تكيفية، و من زيادة المنبهات الداخلية، و البحث عن معلومات جديدة و ضرورية.

التفكك: هو من المفاهيم التقليدية في علم الصدمات، و يشير إلى التغير في الوعي أو الهوية أو السلوك و يعني آلية معرفية تعمل كأسلوب بديل لمواجهة حالة من الضيق الانفعالي الزائد عن طريق تغيير طبيعة الإدراك و التقدير و العزو و المخططات المعرفية، و على ذلك يمكن النظر إلى التفكك على أنه آلية معرفية موجهة إلى حفظ سلامة الفرد، حيث يحاول أن يتجنب مواقف الصراع أو التهديد التي تخل بآثرانه النفسي.

معاودة الخبرة ببعض عناصر الحدث الصدمي في مخيلة الفرد و وجدانه، التي تعد مكونا رئيسيا من مكونات اضطراب الضغوط التالية للصدمة، و تتمثل في التفكير الإقحامي بوصفه آلية معرفية تشير إلى الحضور المفاجئ و التلقائي و اللاإرادي لصور بصرية أو لذكريات أو انفعالات كدرة مرتبطة في الحدث الصدمي.

ج- البعد الدافعي:

قد تؤثر الأحداث الصدمية في التنظيم الدافعي للشخصية (مثل: الدافع إلى الأمن و السلامة و تحقيق الذات)، و قد تؤدي الخبرة الصدمية إلى تنشيط هذه الدوافع أو إلى بقائها مستقرة، فعلى سبيل المثال، قد تؤدي الوفاة غير المتوقعة لشخص عزيز إلى استثارة دافع التواد و رعاية الآخرين، أو إلى الانضمام إلى منظمات من أجل التكافل الاجتماعي و الإنساني، و قد تؤدي الأحداث الصدمية إلى تطور دوافع جديدة أو تحول دوافع قديمة إلى وجهات جديدة، و قد يعود ذلك إلى عدم الاتزان المعرفي.

د - البعد الفيزيولوجي العصبي:

ينتج عن التعرض إلى أحداث صدمية تغير في النشاط الغدي الكيميائي العصبي، و يمكن تصنيف هذه العمليات الفيزيولوجية العصبية في ثلاث فئات هي على النحو الآتي:

- حالات فرط الاستثارة.
- حالات الكف (الاكتئاب).
- حالات الاتزان.

ففي حالة فرط الاستثارة يزداد نشاط النورا درينالين و السيروتونين و الدوبامين إلى حد يفوق تحملها في النهاية و يؤول إلى دورة الإحجام - الاكتئاب، و في حالة الإحجام - الاكتئاب يزيد نشاط مواد الكولين مثل الكورتيسول و الأستيلكولين، الذي ينتج عنه أعراض من الاكتئاب و السلوك الإحجامي، أما في حالات الاتزان، فلا يؤدي التعرض للصدمة إلى استجابة مرضية، و تتباين هذه الحالات الفيزيولوجية العصبية من حيث المدة و الشدة، استنادا إلى تنشيطها بواسطة المنبهات الخارجية أو من خلال التعلم الترابطي، و يمثل التنشيط المزمّن لدورة فرط الاستثارة - الإحجام - الأساس الفيزيولوجي العصبي لاضطراب الضغوط التالية للصدمة.

هـ - بعد المواجهة:

يعرّف لازاروس و فولكمان المواجهة بأنها عملية من "التغيير المستمر للجهود المعرفية و السلوكية بغية التحكم بالمطالب الخارجية أو الداخلية، التي يجري تقديرها على أنها عبئ على مصادر الفرد و إمكانياته أو تفوقها و تتجاوزها"، استنادا إلى ذلك يمكن تحديد أربعة أنماط لاستجابة المواجهة للأحداث الصدمية، هي على النحو الآتي:

المواجهة الوسيئية: هي محاولات حل المشكلات بغية التحكم تحكما مباشرا بالمطالب التي تفرضها الضواغط في الموقف، و تتضمن مخططا معرفيا للفعل و العمل.

المواجهة التعبيرية: تتصف بمحاولات خفض الاستثارة الانفعالية، و الشعور بالضيق من خلال بعض الأساليب المعرفية و الانفعالية، و ينتج عن هذا الأسلوب من المواجهة، أن تتأثر سلبا العمليات المعرفية الرئيسية و هي: الإدراك و التقدير و عزو الأسباب، و تكوين مخطط معرفي للفعل و العمل، و تشمل المشاعر السالبة مشاعر العجز اليأس و الاستهداف.

إعادة البناء المعرفي: يشير هذا الأسلوب إلى المواجهة عن طريق إعادة التقدير المعرفي و إعادة بناء الأفكار و المشاعر المتعلقة بالضواغط التي خبرها الفرد و من شأن الأسلوب الإيجابي في إعادة البناء المعرفي، أن يندمج الفرد في معرفة تعمل على زيادة معالجة المعلومات عن طريق:

- توسيع نطاق الانتباه إلى خصائص مجال المنبهات و عناصرها.
- البحث النشط عن بيانات جديدة متعلقة بحل المشكلة.
- بناء مخططات معرفية للعمل و الفعل.

أما في حالة الأسلوب السالب لإعادة البناء المعرفي، فإن الشخص يركز على استخدام عمليات دفاعية مثل: الإنكار، أو التحريف لمواجهة الحدث الضاغط.

المواجهة القائمة على مرونة التكيف و القابلية لاستعادة التوازن و يشير هذا الأسلوب إلى مقدرة الفرد على إبداء المرونة، و التمكن من الأحداث الضاغطة على نحو مستمر دون إخلال بالاتزان النفسي، و لا يمثل هذا الأسلوب عبئاً على مصادر الفرد و إمكاناته أو يفوقها، حيث يستند الفرد في ممارسة هذا الأسلوب إلى عمليات معرفية دقيقة في إدراك الحدث الصدمي و تقديره.

و نتيجة لذلك فإنه يستطيع أن يطور نفسه مخططات معرفية فعالة للأداء و العمل.

(عبير امين عباس. 2016ص13-15)

1-7. شدة تأثير الصدمة

يمكن لنا أن نقيم شدة المثير المسبب للصدمة انطلاقاً من المجالات الحياتية التي يطالها تأثير هذا المثير. و هنا نجدنا أننا أمام احتمالات عدة هي:

. إصابة منطقة الضبط الذاتي في مجال حياتي واحد

إذا أتت الإصابة ضمن أحد المجالات الأربعة فإن شدتها و قوة تأثيرها علينا تتوقف على مدى تماسك مجالات حياتنا الأخرى، فلو أتت الصدمة من جهة الحياة الصحية (مثل انكشاف أمر مرض جسدي غير عابر كالتعرض لأزمة قلبية) فإن شدة تأثيرها تتعلق بكل من المجالات الثلاثة الباقية، و بدقة أكبر من تفعيل احتياطات الفرد في مجال الأسرة و العمل و الحياة الاجتماعية، التي تساعد عليها على تطويق آثار الصدمة و تجاوزها و التعامل معها، و ربما فيما بعد القدرة على تعديل مفهوم حدود ضبطه الصحي و استعادة درجة من التكيف مساوية و ربما متفوقة على أسلوب تكيفه قبل صدمة المرض، أما إذا لم يتم تفعيل هذه الاحتياطات فإن تأثير الصدمة يكون أكبر، و ربما امتد ليؤثر ببقية مجالات الحياة، مثل تراجع مساحة الضبط الأسري الذاتي، من خلال قطع العلاقات مع الأقرباء خوفاً من مشاعر الشفقة لرؤيته في حالة المرض و الضعف، و الأمر نفسه ينطبق على بقية مجالات الحياة، و من هنا نستطيع أن نفهم عملية المساعدة النفسية الأولية في مثل هذه الحالات بأنها إجراءات نقوم بها بهدف إطلاق و تفعيل احتياطات الفرد من

مجالات حياته الأخرى لتدعم تعامله مع صدمته و تحد من امتداد آثارها، تمهيدا لمساعدته في استعادة ضبطه في المجال المصاب و التكيف مع المرحلة القريبة التالية المباشرة للصدمة.

. إصابة منطقة الضبط الذاتي في أكثر من مجال حياتي واحد

تأتي الرياح بما لا تشتهي السفن، و أحيانا تأتي الأشياء السيئة مع بعضها البعض، ففي ظروف النكبات تأتي المثيرات الصادمة من كل حذب و صوب، و تطال أكثر من مجال واحد في حياتنا. لنفرض أن نكبة فيضان قد حصلت، فنجد أن المصابين بالنكبة يفقدون سيطرتهم المعتادة في مجال العمل (من خلال فقدان العمل و كل أشكال التعاملات المالية الاعتيادية بسبب انهيار مكان عملهم و عدم وجود حركة عمل على الإطلاق) ، و في مجال الصحة (من خلال عدم القدرة على الاستمرار في النظام السابق من العادات الصحية الجيدة بسبب الفيضان و ما يتبع ذلك من انتشار الأوبئة)، و في مجال الأسرة (من خلال عدم اجتماع شمل الأسرة، كأن لا يستطيع الأب العودة إلى البيت بسبب انقطاع الطرقات، و اكتشافه عند عودته أن أهل بيته قد رحلوا حيث يقيم الصغار مع أمهم في مخيم مخصص لهم، و يفرض على الرجال الذهاب إلى ورشات إزالة الأوحال و مساعدة الآخرين) و كذلك الحال فيما يتعلق بالأصدقاء و الدور الاجتماعي الذي يلعبونه حينما يصبح كل واحد منهم مشغولا بنفسه و ربما بأسرته و إنقاذ ما يمكن إنقاذه ، في مثل هذه الحالات تأتي شدة الصدمة مضاعفة و تكون فرص الفرد في المواجهة أقل بكثير بسبب عدم القدرة على تفعيل الاحتياطات لأن كل المجالات قد تم إيذاؤها بالحدث الجلل و هو ما يدعى الصدمات المركبة، و الأمر يكون أصعب و أمرّ من هذا في حالات الحروب، و لقد رأينا كيف أن الإنسان العراقي قد أصيب في كثير من الحالات بالمصائب في كل هذه المجالات الحياتية، و ربما انقسمت أسرته من حيث مكان الإقامة، فالأب في مكان و الأم و بعض الأولاد في مكان، و بقية الأولاد في مكان ثالث، و إضافة لذلك يفقد العراقي عمله لتهجيره من مكان إلى آخر بشكل قسري، فيترك دكانه أو شركته أو وظيفته، ل يبحث عن الأمان له و لمن تبقى من الأسرة، و ربما بقي عاطلا عن العمل، أو يضطر للعمل في مهن غير مهنته و مع أن العمل ليس عيبا فإن عمل المهندس في صنع القهوة في أحد المكاتب يشكل في حد ذاته حدثا مؤلما إضافيا، و أمثال هذا كثير. ثم يفقد اللاجئ العراقي فوق ذلك المكان الذي أنفه و اعتاد على أهله بعد أن افتقد للأمن فيه، ليجد نفسه في مكان جديد، و ربما لم يستطع أن يجد أحدا من معارفه أو أصدقائه القدامى

حواله، و قد لا يجد من القوة ما يكفيه للبحث عن معارف جدد فيبقى في عزلة اجتماعية. و هنا في ظل تعدد مساحات الضرر الناجم عن الحرب و تهجير تكون فرص إحداث أذى نفسي أكبر بما لا يقارن في هذه الحالات. و في هذه الحالات فإن تقديم المساعدة النفسية ينبغي أن يركز أساسا على معاكسة تأثير الصدمات و استعادة الضبط الفردي و لو من خلال مهمات بسيطة في كل واحد من مجالات الحياة، لكي يعيد هذا للفرد شيئا من إيمانه بنفسه و ربما يكون نجاحا جيدا أن تتمكن من استعادة الضبط في أحد المجالات فإن هذا سيشجع الفرد على المحاولة لاستعادة ضبط بقية المجالات. (ميرفين سموكر وآخرون. 2010ص66-68)

8-1. العوامل المؤثر في استجابات الأفراد للخبرة الصادمة:

ليس كل الأشخاص الذين تعرضوا لصدمة نفسية يصابون باختلال نفسي، لأنه ثمة عوامل وسيطة متعددة تقوم بدور الحماية أو الحفظ مثل: (الشخصية، أو المزاج، و العوامل الجينية، و الأمراض النفسية الأخرى، و أساليب مواجهة الصدمة النفسية، و العوامل العائلية، و الاجتماعية و الثقافية المختلفة)، و يمكن تقسيم العوامل التي تؤثر في استجابة الفرد إلى ثلاث مجموعات رئيسية هي: عوامل تتعلق بالحدث الصادم، عوامل تتعلق بشخصية الفرد، و عوامل تتعلق بالمحيط الخارجي و هي كالتالي:

. طبيعة الحدث الصادم

يمكن تحديد طبيعة الحدث الصادم بأبعاد متعددة، منها ما يتعلق بنوع الخبرة الصادمة، فالأشخاص الذين يتعرضون لخبرات صادمة تتضمن تهديدا بالموت أو الإصابة و تهديد السلامة الجسدية الشخصية (الناجون) يكونون أكثر تأثرا، و يكونون عرضة للاضطرابات النفسية الناتجة عن الخبرات الصادمة أكثر من الأفراد الذين يتعرضون لمشاهدة أو لسماع مواقف و أحداث صادمة تتضمن تهديدا بالموت أو الإصابة و تهديدا السلامة الجسدية للآخرين.

و درجة القرب من الحدث الصادم تؤدي دورا في استجابة الفرد للخبرة الصادمة، فالشخص الذي يتعرض بيته للقصف أو إطلاق النار و هو بداخله يتأثر بالحدث الصادم أكثر من الشخص الذي لا يتعرض بيته للقصف أو إطلاق النار، و تؤثر شدة الصدمة النفسية من حيث استمرار التعرض للأحداث الصادمة لمدة زمنية طويلة، و التعرض لأكثر من حدث صادم، أن المناطق التي تشهد

حروبا تلعب أيضا في درجة استجابة الشخص للخبرة الصادمة و درجة التأثر بها، و تجعله أكثر عرضة للإصابة بالاضطرابات النفسية الناتجة عن الخبرات الصادمة.

• عوامل تتعلق بشخصية الفرد:

بينت الدراسات و الأبحاث التي أجريت على الأشخاص الذين طوروا اضطرابات نفسية بعد الصدمة وجود علاقة بين الشخصية السابقة و المزاج و تطور اضطرابات نفسية لديهم فيما بعد، و وجود اضطرابات نفسية سابقة لدى الفرد الذي يتعرض لخبرات صادمة يزيد من احتمال تطور الاضطرابات النفسية الناتجة عن خبرات صادمة أكثر من الأفراد الآخرين الذين لا يوجد لديهم اضطرابات سابقة، و في دراسة أجراها ثابت على الأطفال الفلسطينيين في قطاع غزة وجد أن الأطفال الذين كانوا يعانون مشاكل سلوكية انفعالية كانوا أكثر عرضة للتأثر بالخبرات الصادمة و الإصابة بالأمراض النفسية الناتجة عن مواقف صادمة، و بعد سنة وجد الباحثون بأن هناك انخفاضاً في نسبة المشاكل السلوكية و الانفعالية نتيجة ابتعاد الأطفال عن الخبرات الصادمة، و يقول ثابت أيضاً إن الجنس له دور بارز هنا، حيث أظهرت تلك الدراسة أن الفتيات في سن المدرسة يظهرن أعراضاً نفسية أكثر من الأولاد، و لكن مشكلات السلوك العدوانية أكثر لدى الأولاد.

• عوامل تتعلق بالمحيط الخارجي:

تستند استجابة الطفل للأحداث الصادمة و درجة التأثر بها إلى حد بعيد، إلى استجابة الوالدين أو الأشخاص الذين يعدون قدوة للمراهق و تربط المراهق علاقة معهم مثل المعلم في المدرسة، أو أحد الإخوة و الأخوات الكبار، أو ربما بعض الأصدقاء و الأقارب، مما ينعكس على درجة الدعم الأسري للطفل حين يتعرض لموقف صادم، و يؤدي مستوى الدعم الاجتماعي في المدرسة و المجتمع دوراً مهماً في الحد من آثار الخبرات الصادمة على المدى القريب و البعيد، و يقلل من احتمال الإصابة باضطرابات نفسية ناتجة عن الخبرات الصادمة.

(عبير امين عباس 2016.ص16)

1-9. العوامل التي تزيد النتائج السلبية للحدث الصادم.

جميعنا نتعرض لأحداث صادمة بشدات مختلفة في مراحل حياتنا المتعاقبة، و لكن استجابتنا للصدمة تختلف من فرد إلى آخر و من ظرف إلى آخر، و يعود هذا الاختلاف إلى جملة من العوامل بينها ما يتعلق بالفرد نفسه، و بينها ما يعود إلى خصائص الحدث الصادم نفسه، و منها ما يتوقف على الظروف المحيطة بالصدمة بشكل عام و تبين الدراسات أن أهم العوامل التي ترفع احتمال تفاقم آثار الصدمات ما يلي:

- ارتفاع الخسارة أو الأذى اللاحق لها: كلما ارتفعت شدة الأذى الجسدي (كالبتير أو الحرق أو الكسور المركبة... الخ) و المادي (كفقدان المصادر المادية و مدخرات الحياة دفعة واحدة) و المعاناة النفسية (الشعور بالعجز و الذنب و الخوف الشديد على الحياة، و فقدان أشخاص مهمين في حياة الفرد) المرافقة للحدث الحاسم، زاد هذا من احتمالات فقدان أو تحطم إيمان المصاب بقيم كانت أساسية لديه، كفقدان مصادر التوازن و الاستقرار النفسي الداخلي في حياة الفرد.
 - تعدد مجالات الحياة التي تتأثر بهذه الأحداث (الأسرة، العمل، الحياة الاجتماعية، الحياة الصحية)، و من أهم الأحداث الحاسمة التي تصيب مجالات الحياة كلها، الكوارث الطبيعية كالفيضانات و الزلازل و الأعاصير، و الحروب و خاصة تلك المديدة منها، و السجن أو الاعتقال.
 - درجة العجز أو مشاعر العجز التي تثيرها عند الفرد بعد الحدث و أثناءه.
 - درجة الدعم الاجتماعي (الرسمي و الفردي) المتاحة للفرد أثناء الحدث و بعده.
 - التعرض لتهديد جدي و مباشر لحياة الشخص نفسه أو لحياة أحد المقربين منه
 - طول فترة التعرض للحدث الصادم (التعذيب، و الاضطهاد المستمر، و تعدد الاغتصاب).
- (ميرفين سموكر وآخرون. 2010ص63)

و بصفة عامة يوجد عاملين من أقوى العوامل التي تحدد النتائج النفسية للصدمة على المدى الطويل و هما: خبرة الفرد في مواجهة المواقف الضاغطة أو الأحداث الصادمة، و مستوى الدعم الاجتماعي أو المساندة الاجتماعية التي يحصل عليها الفرد بعد وقوع الحدث الصادم فكما زادت خبرة الفرد في مواجهة الأحداث الصادمة، و كلما كانت المساندة الاجتماعية أقوى و أكبر

(خاصة في الأسابيع الأولى بعد الحادث) كلما أدى ذلك إلى خفض التوتر و الأعراض النفسية التابعة للحادث الصادم

كذلك من عوامل ظهور أعراض اضطرابات ما بعد الصدمة أو زيادتها تحطم اعتقادات الفرد، و أفكاره، و قيمه و مبادئه الشخصية عند مواجهته لتجربة مؤلمة فيجد أن هذه المعتقدات و القيم لا أساس لها (منها على سبيل المثال أن العالم عادل و منطقي).

(أميرة احمد عبد الحفيظ محمد 2017ص40)

10-1. تجاوز الصدمات و الفشل في تجاوزها

ما الذي يساعدنا على أن نتجاوز الصدمات التي نمر بها؟

- القدرة على التعبير عن المشاعر المرافقة للصدمة و استرجاع الموقف بكامله، و هذا يتطلب منا إتاحة الفرصة لأنفسنا بأن نروي الحادثة (لأنفسنا أو لأشخاص آخرين) أكثر من مرة كي نفهم، و نركب لتفاصيل من جديد.
- اكتساب الفرصة لاستعادة السيطرة بشكل تدريجي على مجال الضبط المفقود، و هذا يبدأ ربما بمهمات بسيطة، مثل تحضير الطعام أو العناية بالمظهر و ما شابه ذلك. و نحن نرى أن شفقة الآخرين و تعاطفهم قد تجري أحيانا على عكس هذا الاتجاه تماما، حيث يقوم محبو المصدوم بتولي تلبية جميع احتياجاته عن حسن نية دون أن يعلموا أنهم يؤذونه بهذا و يكرسون أو على الأقل يؤخرون بدء عملية التعافي.
- تلقي الدعم الاجتماعي المناسب.
- مجموعات الدعم النوعية التي تتشكل من أفراد تعرضوا لخبرات متشابهة ليرى بعضهم معاناة بعض، و ربما يتعلم الواحد منهم من الآخر بشكل أيسر مما لو تم إلقاء المحاضرات و العظات عليه ممن لم يتعرضوا لما مر به.
- تلقي الدعم من خلال شبكة العلاقات الاجتماعية المعتادة في حياة الفرد.
- توفر الخدمات الاختصاصية.
- القدرة على إيجاد معنى أو حكمة أو معنى إيجابي للمعاناة (تعديل الفلسفة الشخصية في الحياة).

- زيادة المهارات الشخصية و خاصة القدرة على إدارة الانفعالات.

حين لا يتمكن الفرد من أن يتجاوز الصدمة

إذا لم تختلف أعراض استجابة الصدمة بعد مضي فترة فإن آثارها تبدأ في الخروج عن معيار السواء، و تبدأ في أن تصبح مرضية، و نحن إذ نسعى لمساعدة الأشخاص المصدومين على أن يعبروا و أن يتخففوا من ردود الفعل الصدمية لديهم إنما نحاول بهذا أن نجنبهم الوصول إلى الحالة المرضية، و هي بالأکید أسوء من ردود الفعل الصدمية الطبيعية على حياة الفرد حاضرا و مستقبلا(عبير امين عباس2016.ص16)

2: اضطراب الضغط بعد أو عقب الصدمة

2-1. مفهوم اضطراب الضغط ما بعد الصدمة :

يظهر هذا الاضطراب كرد فعل متأخر أو ممتد زمنيا لحدث أو إجهاد ذي طابع يحمل صفة التهديد أو الكارثة الاستثنائية، و ينتظر منه أن يحدث ضيقا عاما لأي شخص (على سبيل المثال كارثة طبيعية أو اعتقال أو تعذيب بفعل الإنسان، حرب، حادثة شديدة، مشاهدة موت آخرين موتا عنيفا، و إن وجدت عوامل مرسبة للزملة مثل سمات الشخصية: القهرية و الواهنة)، أو تاريخ سابق للمصاب فقد يزيد ذلك من احتمال ظهور الأعراض أو تفاقم مسارها، و لكن تلك العوامل غير ضرورية و غير كافية لتفسير ظهورها.

تتضمن الأعراض النمطية نوبات من اجترار الحادث، من خلال ذكريات اقتحامية (ارتجاجات زمنية) من أحلام أو كوابيس، و التي تحدث على خلفية مستمرة من الإحساس بالخدر و التبدل الانفعالي، و الانفصال عن الآخرين، و عدم الاستجابة للعالم المحيط، و عدم التمتع من تجنب النشاطات و المواقف التي قد تذكر بالحادث. و عادة ما يكون هناك خوف أو تجنب لرموز تذكر المصاب بالحادث الأصلي، و نادرا ما تكون هناك تفجرات عاطفية مفاجئة أو إعادة تمثيل مفاجئة للحادث أو الاستجابة الأصلية له، كما يكون هناك عادة حالة من فرط يقظة و نشاط بالجهاز العصبي أو الإفراط في تعاطي الكحول.

تبدأ الحالة بعد فترة كمون قد تتراوح بين بضعة أسابيع أو شهور (لكنها نادرا ما تتجاوز ستة شهور)، المسار يكون متذبذبا، و لكن يمكن توقع الشفاء في أغلب الحالات، و في نسب صغيرة من الأشخاص، قد تأخذ الحالة مسارا مزمننا على مدى سنوات كثيرة، و تتحول إلى تغير دائم بالشخصية. (احمد عكاشة.1996.ص190)

و اضطرابات الشدة التالية للصدمة و التي نفضل تسميتها اضطرابات الضغوط التالية للصدمة (الذبح النفسي) هي التسمية التي تطلقها منظمة الصحة العالمية و الجمعية النفسية الأمريكية على

ذلك النوع من الاضطرابات النفسية الناجمة عن التعرض لأحداث و أزمات غير عادية سواء كانت من صنع الإنسان كالعنوان و الحرب و الاستغلال الجنسي أو نتيجة للكوارث الطبيعية. و على الرغم من أنه من طبيعة الحياة تعرض الإنسان للضغوط و الضغوط النفسية و مشكلات سوء التكيف فإن المقصود بالأزمة هنا هو الخبرة التي تكون خارج نطاق الخبرة الحياتية العادية أو المألوفة للإنسان، بحيث تتضمن تهديدا حقيقيا لحياة الأفراد الشخصية و تحطيمًا للممتلكات و تدميرا للبيئة المحيطة بالإنسان مع ما يصاحب ذلك من مشاهد عنف و دمار سواء كان الشخص نفسه ضحية للعنف و الدمار و الغبن الجنسي أم كان مشاهدا لمظاهر العنف و الدمار هذه. و تشمل الخبرات الصادمة وفق التصنيفات العالمية على الخبرات التالية: الحروب بكافة أشكالها، الاعتداء الجسدي على الشخص (كالاعتصاب و الغبن الجنسي، و الضرب و النهب و السلب) و الاختطاف و الأخذ كرهينة، و الإرهاب و التصفية الجسدية و الأسر نتيجة الحروب و أسر المدنيين في معسكرات الاعتقال، و الكوارث الطبيعية كالبراكين و الزلازل أو المسببة من الإنسان نفسه، و حوادث السيارات الشديدة، و تشخيص مرض خطير مهدد للحياة، بالإضافة لذلك تعتبر الخبرات الجنسية عند الأطفال غير المتناسبة مع مستوى نضجهم خبرات صادمة جنسيا حتى و إن لم تتوافق هذه الخبرات بالتهديد أو العنف، كما و يمكن تقييم الأحداث التي لا يكون الشخص نفسه ضحية لها و إنما يكون مراقبا أو شاهدا، كمشاهدة إصابة شديدة أو مشاهدة حالة موت غير طبيعي نتيجة حادث أو عمل إجرامي أو قتالي أو نتيجة لكارثة طبيعية، أو المشاهدة غير المتوقعة للجسد المقتول أو لجزء منه على أنها خبرات صادمة. و لنا هنا أن نتصور مدى التشوه الحاصل نتيجة رؤية ملايين العرب لمناظر الذبح. (ميرفين سموكر وآخرون. 2010ص31)

حظيت صور اضطرابات ما بعد الصدمة مثل استجابة التوتر الحادة reaction acute Stress و يرمز لها اختصارا ASR و اضطرابات ما بعد الصدمة Disorders Posttraumatic Stress و يرمز لها اختصارا PTSD على سبيل المثال في العشرين سنة الأخيرة باهتمام بحثي كبير. فعلى خلفية النمو الكبير للمعرفة حول التنوع الظاهري و النماذج النشئية ظهرت إلى جانب تصنيف الاضطراب إمكانات جديدة لإجراءات تشخيصية قائمة على التعديل في الإطار العلاجي.

و يشترط العمل مع المصدومين قدرة عالية على التعاطف و قوة الشخصية و الاستعداد للاشتغال بمواضيع مرهقة بشكل متطرف. و في السياق التشخيصي و العلاجي فإن خصوصية صورة

الاضطراب (كمشاعر الاغتراب و الخجل و الذنب و الظواهر التفككية على سبيل المثال) تجعل من الضروري أن تكون عملية التشخيص عملية تشخيصية طويلة تمتد لسنوات، و تحتل الإجراءات العلاجية البانية للثقة و جعل الموقف الراهن للمريض مستقرا مركز الصدارة في البداية.

(بيرتر شلونكه وآخرون 2016ص302)

2-2. مفهوم الضغوط

الضغوط أو الانعصاب مصطلح مشتق أو مستعار من علم الفيزياء و يشير إلى إجهاد أو ضغط أو قوة تمارس ضغطها على الأجسام، و المصطلح يشير في علم النفس إلى درجة عالية و مرتفعة من الضغوط تقع على كاهل الإنسان، و أن استمرار التعرض لمثل هذه الضغوط، أو زيادة حدتها لدرجة تفوق طاقة الإنسان تؤدي في النهاية إلى العديد من النتائج السيئة على صحة الفرد.

في حين إن المرجع الأخير يقرر أن مصطلح الضغوط أو الانعصاب من الممكن أن يكون قريبا من مصطلح الحادث الصدمي Traumatic Events، و قد اشتق من ذلك ما يسمى بعلم الصدمة Traumatology و هو علم يختص بالدراسة العلمية للآثار النفسية و الاجتماعية المترتبة على استمرار الضغوط (بغض النظر عن نوعها) على الفرد.

(محمد حسن غانم 2006.ص81)

2-3. بداية مصطلح اضطراب الضغوط التالية للصدمة في الظهور وإشكالية ضبطه

يحسن بنا أن نشير في عجالة إلى عدة حقائق:

إنه قبل عام 1980 لم يكن هذا المصطلح له وجود في الطبعتين الأولى و الثانية من الدليل التشخيصي و الإحصائي الأول و الثاني

في عام 1980 تجمع عدد من الأسباب و الدلائل و الملاحظات فرضت على أعضاء رابطة الأطباء النفسيين إن تفرد تصنيفا تشخيصيا مستقلا يجمع أعراض هذا الاضطراب في فئة اضطرابية مستقلة.

أنه بالنظر في الطبعة الأولى و الثانية كان يتم التعبير عن مصطلح الضغوط التالية للصدمة بمصطلحات من قبيل: رد الفعل الواضح، الاضطراب الموقفي العابر و لكن بدون أن يصنف كعصاب

أما عن الأدلة التي جعلت أعضاء الرابطة يقررون تخصيص فئة تشخيصية لهذا الاضطراب و بداية من الطبعة الثالثة، فكانت عبارة عن الأدلة الآتية:

- التراث التاريخي الذي تراكم عبر القرون مشيرا إلى زمله مرضية تالية للكوارث و الحروب بصفة خاصة.

- الملاحظات التي سجلت عبر التاريخ لغير المتخصصين و أكدتها مشاهدات المتخصصين فيما بعد عن الآثار النفسية للحوادث الضاغطة.

- تجميع المسميات العديدة السابقة لهذه الظاهرة تحت اسم واحد هو اضطراب الضغوط التالية للصدمة.

- الحالات النفسية المضطربة و الناتجة عن حروب كبرى حدثت في هذا القرن الماضي و أهمها الحرب العالمية الأولى، و الثانية، و الحرب الكورية، و حرب فيتنام.

- دلائل الاضطراب الواضحة على الأفراد الذين خاضوا تجربة الحروب و ظهور أعراض مرضية عليهم حتى بعد مرور أكثر من عشر سنوات على انتهاء اشتراكهم في هذه الحروب.

- ارتفاع معدلات حدوث جرائم الاغتصاب و معاناة الضحايا من أعراض اضطراب محددة تالية لهذه الصدمة.

- ارتفاع معدلات انتشار العنف و الانحراف في كل من المنزل و الطريق.

- بداية الاهتمام بدراسة الضغوط الشديدة ذات المصدر الداخلي (كالإصابة بالسرطان) و الضغوط الاجتماعية الشديدة ذات المصدر الخارجي (كفقد العائلة).

- التشابه الكبير بين ردود أفعال أشخاص يمرون بحادث صدمي على الرغم من الاختلاف الشديد في نوعية هذا الحادث: الحرب، الكوارث الطبيعية، الاغتصاب، الإصابة بالسرطان ... و غيرها. (محمد حسن غانم 2006 ص 87)

سمي هذا الاضطراب بأسماء و مصطلحات متعددة، ولأنه ارتبط أصلاً بالحرب الفيتنامية، فإنه اصطلح على تسميته بمتلازمة ما بعد فيتنام، و الحالات الصدمية ما بعد فيتنام، و متلازمة معسكرات الأسر، و متلازمة ما بعد معسكرات الأسر، و متلازمة استجابة ضغط ما بعد المعركة، و عصاب الصدمة النفسية. ثم استقر في التصنيفات الطبية النفسية بصورها الأخيرة على تسميته بـ "اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية".

و لقد ترجم هذا المصطلح إلى اللغة العربية بصياغات مختلفة، فمنهم من ترجمه إلى "اضطراب الشدة النفسية عقب التعرض لصدمة (الناقلي، 1991، ص 21)، و منهم من ترجمه إلى " عقبى الكرب الرضحي" (أليان وجون، 1997، ص 22)، و آخرون ترجموه إلى "اضطراب عقابيل الضغوط النفسية" (الكرخي، 1994) و "اضطراب الإجهاد ما بعد الشدة" (السامرائي، 1994) و "اضطراب عقابيل التعرض للشدة النفسية" (الطراني، 1995) و "اضطراب التوتر اللاحق للصدمة النفسية" (اليونسيف، 1995) (في الكبيسي، 1998، ص 3). و بالنظر إلى أنه لا يوجد من هذه المصطلحات مصطلح واحد نتفق عليه فإننا اعتمدنا له مصطلح "اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية" كونه حظي باتفاق خبراء في الطب النفسي و علم النفس و اللغتين العربية و الإنكليزية.

2-4. التصنيف

يرد تصنيف منظمة الصحة العالمية الخاص بالاضطرابات العقلية و السلوكية، اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية ضمن الفئة الخاصة بالمصاب و الاضطرابات ذات العلاقة بالضغوط الجسمية المظهر و يضعه ضمن الفئة الفرعية الخاصة بـ "ردود الفعل نحو الضغط الحاد و اضطرابات التكيف"، و التي تشمل خمسة أنواع هي:

- ردة فعل الضغط الحاد.

- اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية.

- اضطرابات التكيف.

- ردود فعل أخرى نحو الضغط الحاد.

- غير محدد.

و يرد هذا الاضطراب في الصورة الأخيرة للدليل، التشخيصي الإحصائي بضمن المحور السابع الخاص و اضطرابات القلق التي تشمل كلا من الرهاب و الفزع و الهلع، و القلق العام، و الوسواس القسري، و ضغط ما بعد الصدمة.

و يورده باحثون آخرون بضمن اضطرابات التفكك و الاضطرابات الانشطارية، معللين ذلك بأن اضطرابات التفكك هي في الحقيقة حالات حادة من اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية، و أن التفككات الحاصلة في هذا الاضطراب يجب إعادة تصنيفها بوضعها تحت عنوان "الاضطرابات الانشطارية"، و ذلك لأن الأفراد المصابين به يبعدون أنفسهم نفسياً، أو ينفصلون عن الأحداث الجارية من حولهم، و هذه هي الخاصية التي تميز عدداً من الأعراض التي تسمى الآن "اضطرابات التفكك أو الاضطرابات الانشطارية"

و مهما يكن من اختلاف في تحديد عنوان الفئة أو صنف الاضطرابات الذي يندرج تحته اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية فإن هنالك اتفاقاً بين التصنيفات الطبية النفسية بخصوص أهم أعراض هذا الاضطراب. (قاسم حسين صالح 2015 ص 334)

2-5. أعراض اضطرابات الضغوط التالية للصدمة :

من الطبيعي ألا تستجيب كل ضحية بالطريقة نفسها، و لعل هذا الأمر يتعلق بعوامل مختلفة، فمن ناحية توجد فروق في نوع الضغط، إلا أن المهم كذلك مفاجأة الإنسان بالحدث أم توقعه، كما يتعلق الأمر بنمط الشخصية، و السن و الجنس و المدة و بإمكانات إعادة الترميم بشكل خاص، و الإنسان الذي لا يستطيع أن يريح نفسه بين ضغوط (متطرفة) متعددة فإنه يستهلك احتياطاته الجسمية و النفسية بسرعة أكبر و من ثم تسوء احتمالات شفاؤه على المدى البعيد.

و ليست الصورة المرضية لاضطرابات الضغوط التالية للصدمة متنوعة بشكل مضمّن فحسب بل مشتتة أيضاً، و بشكل خاص فإننا لا نلاحظ الأعراض على الأشخاص، و إنما هم يعانون داخلياً

"فقط". و كثير منهم لا يعبرون على الإطلاق ذلك أنهم في كل الأحوال لا يتوقعون الحصول على التفهم و بشكل خاص على المدى البعيد، و يشبه الأمر هنا استجابة الحزن، حيث يشارك الآخرين المعني حزنه لفترة قصيرة، و بعد ذلك عليه أن يتعامل لوحده مع حزنه، و عليه أن يتماسك بسرعة كي لا يرهق الآخرين بشكل لا لزوم له، و يعتقد البعض أن تقديم العون المادي يكفي ليستعيد الإنسان توازنه النفسي، عدا عن هذا لا شيء.

و الجدير بالذكر أنه ليس بالضرورة أن يمس الإنسان بالخبرات الصادمة أو المرهقة مباشرة بل بشكل غير مباشر أيضاً، إذ تكفي أحيانا مشاهدة حدث ما ليقع الإنسان ضحية لضغط ما بعد الصدمة، و هو ما لوحظ بكثرة لدى الأطفال في الوطن العربي نتيجة السيل العارم من مشاهد القتل و التدمير الذي حصل في غزة 2008-2009 التي نقلتها وسائل الإعلام، و كذلك ما حصل لدى الكبار أيضاً من استجابات ناجمة عن المشاهد الصادمة مع ما ترافق مع ذلك من مشاعر العجز و الغضب، و من يعاني من مرض جسدي أو نفسي أو ضغط نفسي اجتماعي متوسط حتى الطويل المدى، أي يمتلك الأساس احتياطات أقل مما هو الحال تحت الشروط الطبيعية فسوف لن يتمكن من التعامل مع كليهما معا بشكل جيد، و هذا يعني أن المعاناة القديمة مضاف إليها الضغوط الحديثة تساوي احتمالات سيئة بالشفاء.

و مع أن العواقب النفسية للخبرات الصادمة تختلف باختلاف الأفراد، غير أن هناك مجموعة من الأعراض المشتركة التي تظهر عند الأشخاص الذين تعرضوا لحوادث صادمة، فكثير ممن يتعرضون لويلات الحروب أو للسجن لأسباب سياسية أو للأسر أو كانوا ضحية للاعتداء الجسدي أو لكوارث الحروب أو للكوارث الطبيعية أو ضحية لاتهامات باطلة يعانون من نمط من الأعراض يتجلى باضطرابات النوم (الأرق) و الكوابيس المرعبة و الانسحاب الاجتماعي و فقدان الاهتمام الاكتابي و القابلية السريعة للإثارة و التوتر و للفرع المفرط.

و بشكل عام يحصل - بعد أن تخف استجابة الصدمة أو الفرع الأولى - فقدان لمتعة الحياة و الاهتمامات و النشاطات و المبادرة و العطاء، و يبدو و كأن كل شيء قد تبخر، بعد ذلك "يتجذر" تذكر متكرر بانتظام شبه قسري، مترافق بعد الاستقرار الداخلي و التوتر الاستعداد للاستئارة، بالإضافة إلى ذلك تنهك اضطرابات النوم المعنيين، و إذا كان هناك نوم فتنهك الكوابيس المرء حارمة إياه من النوم و تاركة إياه تحت وطء رحمتها، و مرارا ينشأ الشعور و كأن الحدث المرهق

يتكرر الآن، و في بعض الأحيان فقط بسبب مثير لا قيمة له من المحيط أو من خلال مجرد تصور، و عند ذلك ينشأ عندئذ سلوك تجنب مطابق مع الانسحاب و خطر العزلة.

و أخيرا يصبح الإنسان مهددا بانخفاض مطرد في إنجازته، أي يكاد المرء لا يستطيع القيام بواجباته إلا بعد جهد كبير.

و تتميز النهاية بانحطاط شديد، إلا أنه لا يشبه "الاكتئاب التقليدي" بل أن الأمر يتعلق هنا أكثر بياس أو "باستسلام يفترس من الداخل بشكل مخفي"، و هو نوع يمتد من التخدير وصولا إلى الجمود أو التصلب العاطفي، الذي لا يلحظ إلا من خلال ازدياد عدم المشاركة بالمحيط، ناهيك عن وجود خطر الأفكار القسرية و اضطرابات الانتباه و التركيز و النسيان و عدد كبير من الشكاوى القابلة للتفسير سيكوسوماتيا، من دون أسباب جسمية، كالاضطرابات الوظيفية و تشتت الأحاسيس و الألم في مجال الرأس و القلب و الدورة الدموية و آلام الظهر و العمود الفقري و المفاصل.

أما ما يدركه المحيط بشكل خاص فهو فرط الاستثارة غير المعروفة حتى الآن على شكل يقظة أو حذر مفرط الارتفاع و توتر و عصبية و خيفة أو فزع مفاجئ و نوبات خوف مفاجئة و ربما أحيانا انفجارات عدوانية من دون سبب، أو على الأقل غير قابلة للفهم من الخارج.

أما من حيث المجرى فيمكن التمييز بين:

- استجابة الضغط التالية للصدمة التي تأخذ مجرى يتراوح بين الخفيف إلى المتوسط.
- استجابة الضغط التالية للصدمة التي تأخذ مجرى يتراوح بين طويل الأمد إلى المزمّن، التي تدمر نصف الحياة بل كلها أحيانا.

و من بين عوامل التأثير التي تحدد مدة المعاناة، هناك كذلك السؤال المتمثل في: هل هي كارثة طبيعية أم تقنية وهي ما يمكن للمرء أن يتعامل معها بشكل أفضل على ما يبدو-؟ أم أن المثير "من صنع البشر" فهذا الأخير يقود بشكل خاص إلى فقدان الدائم للثقة بين الناس و له عواقب أكثر جدية من الأولى.

و يمكن تقسيم الأعراض المتنوعة لاضطرابات الضغط الناجمة عن الصدمة إلى ثلاثة فئات رئيسية تتمثل في: أعراض الذكريات أو ما يسمى علميا بالاقترام أو التطفل، و أعراض التجنب و أعراض فرط الإثارة.

أعراض الذكريات:

من أكثر ما يميز صورة الاضطراب هو الذكريات المتكررة و المرهقة للخبرة الصادمة و التي تقتحم ذهن المعني بدون أي مناسبة، و الأسوأ من ذلك أن كثير من المعنيين يعانون من مشاعر الذنب، لأنهم عاشوا أو نجوا في حين أن آخرين قتلوا أو لأنهم اضطروا للقيام بتصرفات معينة من أجل إنقاذ حياتهم، و يحملون أنفسهم مسؤولية ما جرى لهم، إنهم يغرقون في دائرة مغلقة من الأفكار القسرية التي تتمثل في التذكر و اللوم و تأنيب الذات و لا يستطيعون التخلص من هذه الثلاثية المرهقة، و تباغتهم الذكريات المؤلمة بشكل متكرر. إنها ليست مجرد ذكريات و حسب، بل إنها ذكريات حية و شديدة الدقة بتفاصيلها معذبة في محتواها، تهجم بشكل خاص قبل النوم تاركة المعني تحت رحمتها التي هي أشد عذابا من الحدث الصادم نفسه في كثير من الأحيان.

ولا يقتصر الأمر على الذكريات بل يمتد كذلك ليشمل الأحلام (الكوابيس خصوصا) التي تتكرر فيها مشاهد مفرطة الدقة من الأحداث الصادمة و في أغلب الأوقات يتكرر المحتوى نفسه للكابوس و في كل مرة يستيقظ الشخص مذعورا و العرق يتصبب منه.

كما لا يتوقف الأمر على مجرد تكرار خبرات الحدث الصادم أو الأحداث الصادمة في الذكريات و الأحلام فحسب بل يمكن أن يحصل أن يقوم الشخص المصدوم و بشكل مفاجئ بالتصرف - أو أن يشعر - و كأنه يعيش من جديد الحدث الصادم بتفاصيله.

و ترتبط أعراض التذكر مع مشاعر قوية تضع المعنيين في حالة صدمة و معاناة نفسية، تبرز بشكل خاص عندما يواجهون مواقف شبيهة تذكرهم بالحدث الصادم.

أعراض التجنب:

غالبا ما يحاول المعنيون بشكل شعوري أو لا شعوري كبت الأفكار و تجنب المواقف التي تذكرهم بما عاشوه من صدمة و ذلك من أجل حماية الذات من الضغوط الناجمة عن أعراض التذكر

(فشل في الدفاع المثمر و حشد للدفاع المرضي)، و يتجلى ذلك بصورة واضحة من خلال الانسحاب الاجتماعي، فنجدهم يرفضون تلبية الدعوات و يتخلون عن واجباتهم و هواياتهم عموماً، حيث يلاحظ وجود انخفاض واضح في الاهتمام بالمشاركة في النشاطات الاجتماعية المهمة بعد خبرة حدث صادم ما. فالأشياء التي كانت في السابق مهمة بالنسبة للمعني تصبح بشكل مفاجئ بعد الحدث الصادم عديمة المعنى. و تتقيد قدرة المعني على المشاركة و الإحساس بالسرور و تتبدل المشاعر، و غالباً ما يفقد المعنيون للطاقة و الصبر اللازمين لبناء المخططات المستقبلية، حيث يعيش المستقبل هنا بأنه غامض أو محجوب (ويتجلى ذلك في حالة الأطفال الذي تعرضوا لخبرة صادمة خلال الإحساس بمحدودية المستقبل التي تعبر عن نفسها من خلال اعتقادهم بأن الحياة قصيرة من أجل أن يصبح المرء راشداً أو من خلال توقع الأحداث المستقبلية المؤلمة). و يتجنبون الحديث عن خبراتهم المؤلمة و بشكل خاص عن بعض التفاصيل، أو على الرغم من أن الكوابيس غالباً ما تكون على شكل إعادة دقيقة لمشاهد من الحدث الصادم، إلا أن القدرة على تذكر الوجوه المهمة للكابوس تكون معدومة تقريباً.

أعراض فرط الإثارة:

إن من تعذب الذكريات أفكاره و مشاعره يتشكل لديه فرط إثارة داخلية يمكن أن تقود إلى ردود فعل الفزع و فرط الانتباه أو اليقظة و إلى استجابات جسدية كالارتعاش المستمر. و يغلب أن يميل الأشخاص المصدومون إلى فرط الإثارة و نوبات الغضب، إن هذه الإثارة الشديدة جداً المستخدمة من الجسد تجعل من الدخول في النوم و الاستمرار فيه أمراً صعباً، فالمصدومون أو الذين يعانون من اضطرابات الضغوط التالية للصدمة يحتاجون فترة أطول من المعتاد للدخول في النوم و يتكرر استيقاظهم في الليل. (ميرفين سموكر وآخرون. 2010ص35)

2-6. تشخيص اضطراب الضغط ما بعد الصدمة والتشخيص الفارقي:

تشخيص اضطراب الضغط ما بعد الصدمة لدى فرد يعني أن هذا الفرد قد مر بخبرة حدث يحتوي على تهديد لحياة الفرد نفسه أو لحياة شخص آخر أو لسلامته الجسدية و هذا الفرد استجاب للحدث بخوف شديد و عجز أو رعب.

أولاً: التشخيص التصنيفي لاضطراب الضغط ما بعد الصدمة:

ورد في DSM-5 مجموعة من المعايير، هذه المعايير تطبق للبالغين و المراهقين و الأطفال الأكبر من 6 سنوات وهي التعرض لاحتمال الموت الفعلي أو التهديد بالموت أو لإصابة خطيرة أو العنف الجنسي عبر واحد (أو أكثر) من الطرق التالية:

- التعرض المباشر للحدث الصادم.
- المشاهدة الشخصية للحدث عند حدوثه للآخرين.
- المعرفة بوقوع الحدث الصادم لأحد أفراد الأسرة أو أحد الأصدقاء المقربين في حالات الموت الفعلي أو التهديد بالموت لأحد أفراد الأسرة أو أحد الأصدقاء المقربين فالحدث يجب أن يكون عنيفاً أو عرضياً.
- التعرض المتكرر أو التعرض الشديد لتفاصيل المكروهة للحدث الصادم (على سبيل المثال أول المستجيبين لجمع البقايا البشرية ضباط الشرطة الذي يتعرضون بشكل متكرر لتفاصيل الاعتداء على الأطفال).

ملاحظة لا يتم تطبيق المعيار A4 إذا كان التعرض من خلال وسائل الإعلام و التلفزيون و الأفلام أو الصور إلا إذا كان هذا العرض ذا صلة بالعمل.

B- وجود واحد (أو أكثر) من الأعراض المقتحمة التالية المرتبطة بالحدث الصادم و التي بدأت بعد الحدث الصادم.

- الذكريات المؤلمة المتطفلة المنكرة و غير الطوعية عن الحدث الصادم.

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

- أحلام مؤلمة متكررة حيث يرتبط محتوى الحلم أو الوجدان في الحلم بالحدث الصادم.
- ملاحظة: عند الأطفال قد يكون هناك أحلام مخيفة دون محتوى يمكن التعرف عليه.
- ردود فعل تفارقية (على سبيل المثال ومضات الذاكرة حيث يشعر الفرد أو يتصرف كما لو كان الحدث الصادم يتكرر) قد تحدث ردود الفعل هذه بشكل متواصل حيث التعبير الأكثر تطرفا هو فقدان للوعي بالمحيط).
- ملاحظة: في الأطفال قد يحدث إعادة تمثيل محدد للصدمة خلال اللعب.
- الإحباط النفسي الشديد أو لفترات طويلة عند التعرض لمنبهات داخلية أو خارجية، و التي ترمز أو تشبه جانبا من الحدث الصادم.
- ردود الفعل الفيزيولوجية عند التعرض لمنبهات داخلية 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:
 - تجنب و جهود لتجنب الذكريات المؤلمة أو الأفكار أو المشاعر أو ما يرتبط بشكل وثيق مع الحدث الصادم.
 - تجنب أو جهود تجنب عوامل التذكير الخارجية (الناس، الأماكن، الأحاديث، الأنشطة، الأشياء، المواقف) التي تثير الذكريات المؤلمة أو الأفكار أو المشاعر عن الحدث أو المرتبطة بشكل وثيق بالحدث الصادم.
- D- التعديلات السلبية في المدركات و المزاج المرتبطين بالحدث الصادم، و التي بدأت أو تفاقت بعد وقوع الحدث الصادم كما يتضح من اثنين أو أكثر مما يلي:
 - عدم القدر على تذكر جانب هام من جوانب الحدث الصادم (عادة بسبب النسوة التفارقية و لا يعود لعوامل أخرى مثل إصابات الرأس و الكحول أو المخدرات).
 - المعتقدات سلبية ثابتة و مبالغ بها، أو توقعات سلبية ثابتة و مبالغ لها حول الذات و الآخر أو العالم (على سبيل المثال أنا سيء، لا يمكن الوثوق بأحد، العالم خطير بشكل كامل، الجهاز العصبي لدي دمر كله بشكل دائم).

- المدركات الثابتة و المشوهة عن سبب أو عواقب الحدث الصادم و الذي يؤدي بالفرد إلى إلقاء اللوم على نفسه.
- الحالة العاطفية السلبية المستمرة (على سبيل المثال الخوف و الرعب و الغضب و الشعور بالذنب و العار).
- تضاؤل بشكل ملحوظ للاهتمام أو للمشاركة في الأنشطة الهامة.
- مشاعر بالنفور و الانفصال عن الآخرين.
- عدم القدرة المستمرة على اختبار المشاعر الإيجابية (على سبيل المثال، عدم القدرة على تجربة السعادة و الرضا، أو مشاعر المحبة).
- E- تغيرات ملحوظة في الاستشارة و رد الفعل المرتبط بالحدث الصادم و التي تبدأ أو تتفاقم بعد وقوع الحدث الصادم كما يتضح من اثنين أو أكثر مما يلي:
- سلوك متوتر و نوبات الغضب (دونما يستفز أو يستفز بشكل خفيف) و التي عادة ما يعرب عنها بالاعتداء اللفظي أو الجسدي اتجاه الناس أو الأشياء.
- التهور أو سلوك تدميري للذات.
- التيقظ المبالغ فيه.
- الاستجابة عند الجفل مبالغة بها.
- مشاكل في التركيز.
- اضطراب النوم (على سبيل المثال: صعوبة في الدخول للنوم، أو البقاء نائما و النوم المتوتر)
- F- مدة الاضطراب (معايير BCDE أكثر من شهر واحد).
- G- يسبب الاضطراب إحباطا سريريا هاما أو ضعفا في الأداء في المجالات الاجتماعية و المهنية أو غيرها من مجالات الأداء الهامة الأخرى.
- H- لا يعزى الاضطراب إلى التأثيرات الفيزيولوجية لمادة (مثل الأدوية و الكحول) أو حالة طبية أخرى

ثانيا: التشخيص الفارقي:

اضطرابات التأقلم: قد تحدث بعد الصدمة و لكنها غالبا ما تنتهي لوحدها إذا ما تم معالجتها و التعامل معها بشكل ملائم.

اضطرابات الكرب الحاد: يحدث و يختفي خلال أربع أسابيع من حدوث الصدمة، و يستمر لمدة لا تقل عن اليومين و إذا استمرت الأعراض بعد الأربعة أسابيع يجب عندها تغيير التشخيص إلى اضطراب الضغط ما بعد الصدمة.

القلق و الاكتئاب: كلا منهما بشكل رد فعل شائع يلي الصدمة، و قد يتواجدون كمرض مشترك لاضطراب الضغط ما بعد الصدمة.

اضطراب الوسواس القهري: و هو بعكس اضطراب الكرب التالي للصدمة حيث يظهر فيه أفكار اقتحامية غير مرتبطة بالصدمة و هي تعتبر بشكل عام غير ملائمة و لا ترتبط باستعادة تجربة الصدمة الفعلية.

الاضطرابات الذهانية: و فيها يخلط بين استعادة صورة الحادث و بين الهلوسات و الأوهام و غيرها من الاختلالات الإدراكية التي تحدث في بعض الاضطرابات الذهانية و لكن محتواها يرتبط مع التجربة الصادمة. (د. لينا بطيخ 1 د. كنان هزيم 2018ص123)

الموجهات التشخيصية لاضطراب ما بعد الصدمة :

المحك (أ)

واجه الشخص حدثا صادما، تتوفر المحكات التالية:

عاش الشخص أو راقب حدثا أو عدة أحداث تضمنت موتا فعليا او التهديد بالموت أو إصابة جدية أو بخطر تأذي السلامة الجسدية للشخص نفسه أو لشخص آخر.

شملت استجابة الشخص الخوف المكثف أو اللاحول أو الذعر .

المحك (ب)

يتم إحياء الحدث الصادم بثبات على الأقل بواحدة من الطرق التالية:

تذكر متكرر مرهق و ملحاح للحدث يمكن أن تتضمن صوراً أو أفكاراً أو إدراكات.

أحلام مرهقة متكررة عن الحدث.

التصرف أو الشعور و كأن الحدث الصادم يعود (يتضمن الشعور بأن الشخص يعيش الحدث ثانية، أو هام و أهلاس و أطوار تفككية من الارتجاع، بما في ذلك تلك التي تظهر عند الاستيقاظ أو التسمات.

ضغوط نفسية مكثفة عند المواجهة مع مثيرات دالة خارجية أو داخلية، ترمز لمظهر الحدث الصادم او تذكر بالمظاهر نفسها له.

استجابات جسدية عند المواجهة مع مثيرات دالة خارجية أو داخلية، ترمز لمظهر الحدث الصادم أو تذكر بالمظاهر نفسها له.

المحك (ج)

تجنب مستمر للمثيرات المرتبطة بالصدمة أو تراخي القابلية العامة للاستجابة (لم تكن موجودة قبل الصدمة):

ثلاثة من الأعراض التالية على الأقل تكون متوفرة

- تجنب مقصود للأفكار أو المشاعر أو الأحاديث التي ترتبك بعلاقة مع الصدمة.
- التجنب المقصود للنشاطات أو الأماكن أو الناس الذين يحيون ذكريات الصدمة.
- عدم القدرة على تذكر مظهر مهم من الصدمة.
- تناقص واضح الاهتمام أو انخفاض المشاركة بالنشاطات المهمة.
- الشعور بالانفصال أو بالاغتراب عن الآخرين.
- تقييد سعة الانفعالات (عدم القدرة على الإحساس بالمشاعر الحنونة على سبيل المثال).

- مشاعر بتقييد المستقبل (لا يتوقع المعني أي شيء، الصعود المهني، أو الزواج أو الحياة الطبيعية الطويلة على سبيل المثال).

المحك (د)

أعراض مستمرة من اليقظة المرتفعة (لم تكن موجودة قبل الصدمة)

يوجد اثنان على الأقل من الأعراض التالية:

- صعوبات في النوم أو في استمراريته.
- قابلية للاستثارة و نوبات الغضب.
- صعوبات تركيز.
- يقظة مفرطة (فرط اليقظة).
- مبالغة باستجابة هلع.

المحك (هـ)

صورة الاضطراب (تستمر أعراض المحك (ب و ج و د) أكثر من شهر

المحك (و)

تسبب صورة الاضطراب معاناة أو تضررات في مجالات مهمة من الوظائف الاجتماعية او المهنية الأخرى.

حدد: فيما إذا كانت:

- حادة: عندما تستمر الأعراض أقل من ثلاثة أشهر.
- مزمنة: عندما تستمر الأعراض أكثر من ثلاثة أشهر.

حدد: فيما إذا كانت:

- بداية متأخرة: عندما تكون بداية الأعراض ستة أشهر على الأقل بعد عامل العامل

المرهق. (ميرفين سموكر وآخرون. 2010 ص79-80)

2-7. تفسيرات أسباب اضطرابات الضغوط التالية للصدمة:

تعددت التفسيرات التي قدمت لأسباب اضطراب الضغوط التالية للصدمة وأهمها يتمثل في :

أولاً- التفسيرات البيولوجية:

تحاول النماذج البيولوجية تفسير ظهور اضطراب الضغوط التالية للصدمة على مستويات مختلفة.

فقد تم دراسة التأثيرات الفيزيولوجية حين يتعرض الفرد لضغط صادم أو قوى، و ثم تفسير ذلك بأن الصدمة تؤدي إلى تغييرات في نشاط الناقلات العصبية، و الذي يؤدي بدوره إلى مجموعة من النتائج مثل: أعراض فقدان الذاكرة الحادة، الاستجابات الانفعالية ذات الشدة و الثورات الانفعالية و الغضب و العنف... و إن مثل هذه الثورات ترتبط بالنشاط الزائد لإفراز الغدة الأدرينالية المثيرة المرتبطة بالصدمة.

كما درست كيمياء المخ الحيوية، و النقص في مستوى الجهاز العصبي المركزي من الأدرينالية و ما يترتب على ذلك من اختلالات في الوظائف مثل: فقدان الشعور باللذة، الإحساس بالحذر (الذي يشبه حالة الحذر في تناول المخدرات) و كذا الاستحاب من الأنشطة الاجتماعية.

و كذا دراسات التغييرات التي تحدث في الجهاز العصبي المركزي أو التعرض المفاجئ، أو المستمر أو الشديد للضغوط الصادمة تقود إلى العديدة من النتائج السلبية التي قد تسبب تدمير أو تغيير في المسار العصبي.

كذلك دراسات قد تناولت أثر الصدمة على المخ، و ما يترتب على ذلك من حدوث تغييرات تتجلى في التغييرات التي تحدث في وظيفة السيروتينين و التي قد ترتبط بفقدان الشعور باللذة، أو (الانحباس) في الخبرة الصادمة و الذكريات (المؤلمة) و التي ارتبطت و تفاعلت معها.

(محمد حسن غانم 2006 ص94)

التوجه الحياتي (البيولوجي):

يقوم هذا التوجه على افتراض أن هنالك عوامل وراثية تؤدي إلى حدوث اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية، و لقد تم التحقق من هذا الافتراض بإجراء دراسات متعددة على القوائم، فلقد وجد سكريت

اتفاقاً أكبر في اضطراب بين التوائم المتطابقة بالموازنة مع التوائم الأخوية و استنتج و زملاؤه بأن "النتائج تدعم فرضية المساهمة الوراثية في تسبب اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية.

و توصل (Trueet) إلى الاستنتاج نفسه من دراسة أجروها على عينة أكبر من التوائم التي استهدفت تعرف التأثيرات التي يحدثها التعرض إلى المعارك، فوجدوا أن نسبة الاتفاق كانت أكبر بين التوائم المتطابقة مقارنة بالتوائم الأخوية، و كانت معاملات الارتباط لأعراض اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية تتراوح بين (+0.28 إلى 0.41) في التوائم المتطابقة، فيما تراوحت هذه المعاملات بين التوائم الأخوية بين (+0.11 إلى 0.24)

و كان (Foyet Al, 1987) أفاد بدليل ربما كانت له علاقة بالفرضية الوراثية. فمن خلال مراجعات الأفراد الذين تعرضوا إلى المعارك بهدف العلاج، توصل هو و جماعته إلى أن ما يقارب من ثلثي الأفراد المصابين باضطراب ما بعد الضغوط الصدمية بسبب تعرضهم إلى المعارك، ينتمون إلى عوائل فيها أفراد مصابون باضطرابات نفسية، و يستنتجون بأن الفرد الذي يعيش في أسرة فيها أفراد يشكون من أمراض نفسية، تكون قابلية أو شدة تأثره النفسي بالأحداث الصدمية عالية، فتؤدي إلى الإصابة باضطراب.

التوجه الحياتي الكيميائي:

ينضوي هذا التوجه تحت المنظور الحياتي (البيولوجي) غير أنه يركز على العوامل "البايوكيمياوية" فلقد افترض عدد من المنظرين.

مثلا (Krystal et. Al, 1989)، أن التعرض لحادث صدمي يؤدي إلى إلحاق الضرر بجهاز أو نظام إفراز الغدة الكظرية، و تحديدا إلى زيادة في مستويات النورأدرينالين، و زيادة في مستوى الإثارة الفسيولوجية، فينجم عن هذه التغيرات إستجابة مروعة من الخوف تظهر على الفرد بشكل واسع.

و تفيد الدراسات بوجود بعض الأدلة التي تدعم هذه النظرية الحياتية (البيولوجية)، فلقد وجد كوستن و زملاؤه (1987) أن مستوى النورأدرينالين و الأدرينالين كان عاليا لدى المرضى باضطراب ما بعد الضغوط الصدمية، و كان كولك و زملاءه (1985) قد وجدوا زيادة في مستويات الدوبامين و النورثالين لدى الأفراد الذين يعانون هذا الاضطراب و أشارت دراسات أخرى إلى زيادة في ضربات

القلب و ارتفاع في ضغط الدم و زيادة في نشاط الجهاز العصبي اللاإرادي لدى المصابين باضطراب ما بعد الضغوط الصدمية، و توصلت دراسات أجريت على الحيوانات عند تعريضها للضغوط إلى أن المواصلات أو الناقلات العصبية و هي مواد كيميائية تقوم بالتوصيل بين الأعصاب - يضطرب عملها لدى الأفراد المصابين بهذا الاضطراب.

و هناك فرضية أخرى خلاصتها أن الجهاز المناعي لدى الأفراد الذين تظهر عليهم اضطرابات نفسية بعد الكارثة يكون ضعيفا، و أن ضعف المناعة النفسية يجعل الفرد غير قادر على مواجهة كارثة أو حادث صدمي.

ويستنتج من استعراضه لعدد من الدراسات بأن المرضى باضطراب ما بعد الضغوط الصدمية يختلفون فعلا عن الأفراد العاديين في القراءات الخاصة بالمقاييس الفيزيولوجية والبايوكيميائية ومع ذلك يضيف ايزنك فإن هذه التغيرات الحياتية لا ترينا بأنها السبب في اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية وأن التوجه الحياتي البيولوجي يحتاج إلى توسيع أكثر يأخذ بنظر الاعتبار الفروق الفردية في حساسية أو قابلية الإصابة باضطراب ما بعد الضغوط الصدمية.(قاسم حسين صالح 2015ص338)

ثانيا - التفسيرات النفسية :

تتعدد المداخل النفسية التي قدمت لتفسير اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة أهم هذه النماذج ذلك النموذج التفسيري الذي قدمه كل من فو و كوزاك وهو نموذج معرفي سلوكي يتضمن عنصر المعنى في الحادث الضاغط ويستخدم هذا النموذج مفهوم تراكيب الخوف الذي وضعه لانج حيث يفترض من هذا النموذج السببي أن الإستجابة التي تترتب على الخبرة الصادمة تضم عناصر ثلاثة هي

- معلومات عن موقف المثير الصدمي.
- معلومات عن الاستجابات الفيزيولوجية والمعرفية والسلوكية التي تترتب على المثير الصدمي.
- الرابطة أو الاقتران الشرطي ما بين المثير الصدمي والاستجابة المتوقع أن تصدر عن الفرد.

واقترض كل من فو وكوزاك أن مركب الخوف والذي يضم العديد من المكونات المرضية والانفعالية يتضمن أيضا معنى الحادث الصادمي على انه خطر قد يهدد حياة الشخص أو يصيبه بأضرار لا قبل للفرد يتحملها كما افترضا كل من فو و كوزاك أن اضطرابات القلق بأنواعها المختلفة قد تغزو الفرد حين يدرك انه يتعرض لمثير صدمي غامض أو خطر ، وان فكره تلاشي الإحساس بالأمان تزيد من النتائج الضارة، وهناك نموذج آخر سبب قدمه كل من كاركالهون و باتريشا ريسك، وعرضا له بالتفصيل من خلال استراتيجيات تجريبية متنوعة. (محمد حسن غانم 2006 ص94)

-التوجه النفسي الدينامي :

ما يثير الحيرة في اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية أن بدايته يمكن ان تحدث بعد أشهر أو سنوات من تعرض الفرد لحادث صدمي ولأن فرويد كان قد عد صدمة الولادة وما يصاحبها من إحساس الوليد بالاختناق بأنها تجربة القلق الأولى في حياة الإنسان وأن منهج التحليل النفسي ينظر إلى الصراعات اللاشعورية التي تضرب بجذورها في مرحلة الطفولة أنها السبب في الاضطرابات النفسية عموما فان المنظرين النفسيين الديناميين اعتمدوا هذه الفكرة في تفسيرهم اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية فلقد حاول (Horowitz,1986) تفسير هذا الاضطراب بنظريه نفسيه دينامية خلاصاتها أن الحادث الصدمي يمكن أن يجعل الفرد يشعر بأنه مرتبك تماما ويسبب له الفزع والإنهاك، ولأن ردود الفعل هذه تكون مؤلمه فان الفرد يلجا إلى كبت الأفكار الخاصة بالحادث الصدمي أو قمعها عمدا غير أن حالة الإنكار هذه لا تحل المشكلات لان الفرد لا يكون قادرا على أن يجعل المعلومات الخاصة بالحادث الصدم تتكامل مع معلوماته الأخرى وتشكل جزء من الإحساس بذاته.

ويبدو أن الجانب القوي في التوجه النفسي الدينامي لهوروتز، انه استطاع أن يزودنا بطريقه لفهم بعض الأعراض الرئيسة في هذا الاضطراب ومع ذلك فان النظرية لم تقدم لنا تفسيراً بخصوص وجود اختلافات فرديه حقيقية في قابليه تعرض الأفراد للإصابة بالاضطراب ما بعد الضغوط الصدمية في مواجهتهم لأحداث صدمية.

- التوجه السلوكي :

معروف عن العلماء والسلوكيين أنهم يهتمون العوامل الوراثية والسمات الاستعدادية والخبرات اللاشعورية لدى تحدثهم عن الشخصية والاضطرابات النفسية، ويؤكدون العوامل البيئية وأهمية

التعلم بنوعيه (الاشراط الكلاسيكي والاشراط الاجرائي) في تحديد السلوك بنوعيه، السوي وغير السوي، اللذين يخضعان لقانون واحد هو التعلم .

وعلى أساس هذا الافتراض أجريت دراسات متعددة، بينها دراسة كين وجماعته (1985). فعلى وفق المنهج الاشرطي في اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية فإن الاشرط الكلاسيكي في زمن وجود حادث صدمي، يتسبب في اكتساب الفرد استجابة خوف شرطيه لتنبيه طبيعي (غير مشروط) فالمرأة -على سبيل المثال- التي كانت تعرضت إلى الاغتصاب في متنزه عام قد تظهر خوفا كبيرا إذا ذهبت إلى هذا المتنزه مستقبلا، وربما يجري تعميم هذا الخوف على متنزهات أخرى، وعليه فإن هذا الخوف الناجم عن تنبيه مرتبط بحادث صدمي، يدفع بالفرد إلى ما اصطلح عليه السلوكيون بالتعلم التجنبي الذي يفضي -من ثم- إلى خفض القلق.

ويرى الباحثون أن التوجه الاشرطي مصيب من حيث أنه يتنبأ بأن المستوى العالي من القلق الناجم عن تنبيه مرتبط بحادث صادم يقود فعلا إلى سلوك تجنب لمثل هذا التنبيه لدى المرضى ب (PTSD)، إلا أنه لا يزودنا بتفصيلات عما يحدث، فضلا عن أنه لا يقول لنا لماذا يصاب بعض الأفراد باضطراب ما بعد الصدمة لدى تعرضهم لحادث صدمي، فيما لا يصاب به آخرون تعرضوا للحادث نفسه.

- التوجه المعرفي :

يقوم المنظور المعرفي على افتراض أن الاضطرابات النفسية ناجمة عن تفكير غير عقلاني بخصوص الذات وأحداث الحياة والعالم بشكل عام، وعلى أساس هذا الافتراض، وضع فوا زملائه (1989) نظريه معرفيه في اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية، خلاصتها أن الأحداث الصدمية تهدد افتراضاتنا العادية أو السوية بخصوص مفهومنا للأمان وما هو آمن، فالمرأة التي تعرضت إلى اغتصاب - في سبيل المثال - قد تشعر بعدم الأمان في حضور أي رجل كأن تقابله فيما بعد، فينجم عن ذلك "أن الحدود بين الأمان والخطر تصبح غير واضحة" فيفقد هذا إلى تكوين بنية كبيرة للخوف في الذاكرة بعيدة المدى، وأن الأفراد الذين تتكون لديهم بنية الخوف هذه سوف يمرون بخبرة نقص القدرة في التنبؤ وضعف السيطرة على حياتهم، وهذان هما السبب في حصول مستويات عالية من القلق.

وعلى نحو مماثل -يرى ميلر (1995) أن الفرد يدرك الحدث الصادم على أنه معلومة جديدة و غريبة عن مخططه الإدراكي. فلا يعرف كيف يتعامل معها، فشكل له تهديدا ينجم عنه اضطراب

في السلوك، وهذه الفكرة القائمة على نظرية معالجة المعلومات ترجع في الواقع إلى كيلي 1955 الذي طرح تفسيرات مختلفة عن التفسيرات المألوفة في حينه بخصوص القلق والخوف والتهديد، فهو عرف القلق النفسي بأنه " إدراك الفرد للأحداث التي يواجهها على أنها خارج مدى ملاءمتها لنظام البنى لديه". (صالح 1997 ص 19). بمعنى أن الإنسان يصبح قلقا حين لا تكون لديه بنى، أو حين يفقد سيطرته على الأحداث، فيما يشعر بالخوف حين تظهر بنية جديدة على وشك أن تدخل نظامه البنائي، أما التهديد فانه يشعر به عندما يدرك بأن هنالك تغييرا شاملا على وشك الوقوع في نظام البنى لديه

ومع أن التوجه المعرفي يقدم وصفا معقولا لبعض التغييرات المعرفية المصاحبة لاضطراب ما بعد الضغوط الصدمية، إلا أنه يترك أمورا خارج حساباته، فليس واضحا في نظريه فوا، لماذا يكون بعض الأفراد أكثر تأثرا من غيرهم في الإصابة باضطراب ما بعد الضغوط الصدمية، ولم تقل لنا شيئا بخصوص العوامل الوراثية، فهي اهتمامها على الحادث الصادم، وأغفلت الحديث عن العوامل الأخرى.

- العوامل الاجتماعية :

يرى باحثون أن أحد العوامل التي تساعد في تحديد ما إذا كان فرد ما تعرض إلى حادث صدمي، سيتطور لديه اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية، وهو مدى حصول هذا الفرد على إسناد اجتماعي، فلقد توصل سولومون و زميلاه من دراستهم التي أجروها على الجنود الإسرائيليين الذين اشتركوا في الحرب اللبنانية، أن الأفراد الذين حصلوا على مستويات عالية من الإسناد الاجتماعي، كانت لديهم أعراض قليلة من اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية، وأن الجنود الذين أظهروا انخفاضاً كبيراً في أعراض هذا الاضطراب كانوا قد حصلوا خلال ثلاث سنوات على أفضل إسناد اجتماعي. و يشير أيزنك إلى أن هنالك دراسات أخرى توصلت إلى النتيجة نفسها.

استنتاجات

استعرضنا في ما سبق أهم التوجهات أو النماذج التي اقترحتها المنطلقات النظرية في تفسيرها لأسباب اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية، استنتج أن كل واحد منها يقدم تفسيراً خاصاً به، ومختلفاً عن الطروحات الأخرى، الملفت للنظر أن بعض هذه النماذج قدمت تفسيرات متناقضة أو متضادة (خذ الفرويدي مقابل السلوكي مثلاً) ، ومع ذلك فإن نتائج الدراسات تدعم هذه التفسيرات بالرغم ما بينها من اختلافات أو تناقض، وهذا يعني أن اضطراب ما بعد الضغوط

الصدمة له أسباب متعددة قد تكون خبرات صدمية ترجع إلى مرحلة الطفولة أو تعليمات غير مناسبة حدثت على وفق قوانين الاشتراط الكلاسيكي، أو عوامل وراثية، أو أفكار غير عقلانية ناجمة عن خطأ في إدراك ومعالجه معلومة غريبة، وما على ذلك من عوامل، وأنها-في رأينا-تعمل بشكل منفصل بل بصيغة تفاعلية. وتبعاً للحالة الواحدة من حيث التكوين الوراثي للفرد وحالته النفسية وقدراته وظروفه الأسرية والاجتماعية فمن يحمل استعداداً حياتياً (بيولوجياً) للإصابة بهذا الاضطراب أو ذلك (حتى لو كان فصاماً) قد لا تظهر عليه أعراض ما لم تقدر زناده أحداث حياتيه ضاغطة. (قاسم حسين صالح 2015 ص 343)

2-8. عوامل الخطر لاضطراب الضغوطات التالية للصدمة :

عوامل الخطر	مجال الخطر
<ul style="list-style-type: none"> - تاريخ طبي نفسي في الأسرة - أسرة مزعزعة - ذكاء منخفض - سوابق مع الاحداث الصادمة السابقة أو اضطرابات الضغوط التالية للصدمة - وجود اضطرابات شخصية 	تاريخ حياة الشخص المعني
<ul style="list-style-type: none"> * شدة الصدمة - يرتفع على سبيل المثال خطر نمو اضطراب ضغط التالي للصدمة إذا: - كان الاطفال معنيون - توفي شخص ما - كانت الصدمة بسبب إنساني (كالتعذيب، أو الاستغلال الجنسي على عكس الحوادث أو الكوارث الطبيعية على سبيل المثال) . 	سمات الحدث الصادم

<p>- استجابات نفسية متعلقة بالرعب في أثناء الصدمة أو بعدها مباشرة (تفكك، قلق متطرف، صدمة)</p> <p>- حالة جسدية ضعيفة (إنهاك على سبيل المثال)</p> <p>- تضررات عضوية (لدى كبار السن على سبيل المثال)</p>	<p>الاستجابات و الحالة أثناء الموقف الصادم</p>
<p>- أحداث حياتية حرجة</p> <p>- القليل من الدعم الاجتماعي بعد الحدث الصادم</p>	<p>محيط الحياة</p>

(ميرفين سموكر وآخرون. 2010ص76-77)

2-9. الانتشار :

- نتائج بعض الدراسات التي ذكرت بعضا من وبائيات هذا الاضطراب
- فقد توصلت إحدى الدراسات التي تناولت ضحايا الاعتداءات أو العنف الجنسي قد وجدت أن 18 % من ضحايا الاعتداء الجنسي كانوا من الذكور (أطفال او راشدين) بالرغم من أن الرجال أكثر تخرجاً في الحديث عن مسألة الاعتداء الجنسي عليهم، ولكن هناك مؤشرات بأنهم يعانون تماماً من الضغوط (ما بعد الصدمة) مثلهم في ذلك مثل النساء سواء بسواء
 - و إن نسبة الانتشار تقدر ب 1 إلى 3 %
 - وإن نسبة الذكور للإناث 1 : 2
 - وإن سن بداية الاضطراب أي سن بما في ذلك مرحلة الطفولة
 - وإن لا يشترط البحث عن تاريخ أسرى في مثل هذا الاضطراب
 - في حين أوردت دراسة امريكية أن 54% من عينة بلغت 3800 من طالبات الجامعة في ولايات متعددة قررن أنهم أصبحن ضحايا بشكل أو بآخر من الجرائم الجنسية وتحقق 15% من هذه الخبرات المحكات القانونية التي تعدها جرائم اغتصاب

• وفي دراسة أخرى تناولت 1007 من الراشدين وجد أن أكثر من ثلث العينة أي 39,1% قد خبروا حادثا صدميا واحدا على الأقل طوال حياتهم ومن أمثلة هذه الحوادث التي قرروها. إصابة فجائية، حادثه خطيرة، اعتداء جسمي، مشاهدته موت شخص ... الخ

في حين وجدت دراسة أخرى تناولت 391 امرأة أمريكية راشدة أن أكثر من 75% من أفراد العينة ضحايا جريمة واحده على الأقل وقررت الغالبية أنهن تعرضن لجرائم متعددة، وان معدلات الحوادث الصدمية تعددت ما بين: اغتصاب كامل إلى محاولة تحرش، إلى سرقة، إلى السطو على المنزل ليلا. (محمد حسن غانم 2006 ص86)

في اضطراب ما بعد الصدمة يعد عامل التسبب الخارجي مكونا أساسيا في مفهوم الاضطراب، لهذا يتعلق انتشاره بنوع وتكرار الحدث الصادم (كالكارثة الطبيعية، أو المواجهات القتالية، أو العنف السياسي على سبيل المثال). وفي الدراسات الجائحية العالمية يشير نصف الراشدين تقريبا إلى تعرضهم لحادث حياتي صادم مرة على الأقل في ماضيهم، مع العلم أن تكرار حصول صدمة واحدة على الأقل في ألمانيا حسب الدراسات أقل بوضوح من ذلك. وقد ارتفعت نسب انتشار اضطراب الصدمة في الدراسات العالمية وهي تتأرجح بين 5 - 10%، ومن النتائج الامريكية المشهورة المسح الوطني للاختلاطية، والتي أظهرت انتشار مدى الحياة يبلغ 7,8%. ومقارنه بالدراسات الامريكية تظهر الدراسات الألمانية انتشارا ضئيلا مدى الحياة (النساء 2,2، الرجال 0,4 - 0,6%). مع الفرق واضح بين الجنسين لصالح الإناث. ولدى اليافعين في العمر الواقعة بين 12 - 17 سنة وجد اساو و كونرادت و بيترمان 1999 في دراسة موسعه انتشارا مدى الحياة يبلغ 1,6%، وحوالي ثلث اليافعين المصدومين طوروا اضطرابات ما بعد الصدمة قبل سن 14 سنة، وقد انخفض خطر المرض مع التقدم في العمر. أما البيانات حول نمو اضطرابات ما بعد الصدمة لدى كبار السن فهي نادرة. ولكون الصورة المرضية ذات خصوصية خاصة أيضا فإن التشخيص عادة ما يكون صعبا. في الدراسات العالمية تم استنتاج لدى ما يسمى بالجمهور العالي الخطر نسب انتشار للصدمة الثانوية حوالي 20% (حول المفهوم انظر لاحقا)، والتي تبلغ فيها نسبة النساء المعنيات أكثر من الرجال 22% مقابل 8%. (بيرتر شلوتكه وآخرون 2016 ص304)

2-10. المآل والتطور:

- مسار مزمن
- العودة إلى معيشة الصدمة لمدة سنوات
- مآل سيء إذا كان المريض يعاني من حاله مرضيه نفسيه قبل تعرضه للحدث الصادم الأخير .

تطور اضطراب ما بعد الصدمة

تظهر الإحصاءات أن ما يقارب 60% من الرجال و 50% من النساء يمرون بتجربة حدث صادم في حياتهم، هذه الصدمة سيكون لها بعض أعراض اضطراب ما بعد الصدمة في الأيام والأسابيع التالية للحدث، هذا الحدث قد يسبب أن يخشى الفرد على حياته، ربما قد يترك الشعور بالعجز التام، هناك بعض العوامل التي تؤدي إلى تطوره منها مدى حدة الصدمة أو وقت استمرارها، فقدان أو إصابة شخص ما كان بالقرب من الفرد أثناء الحدث الصادم، هذا قرب الفرد من الحدث، درجه رد فعل الفرد، قدرة الفرد على السيطرة على الأحداث، حجم المساعدة والدعم الذي يحصل عليه بعد هذا الحدث (.اميرة احمد عبد الحفيظ محمد 2017ص41)

خاتمة :

من خلال ماسبق يمكن القول أن اضطراب ما بعد الصدمة هو رد فعل إنساني بسبب الفشل في التأقلم والتكيف مع الأحداث الصدمية ،والتعامل مع هذا الاضطراب يجب أن يكون وقائي من خلال إسعاف المتعرضين للصدمة وتوفير الدعم النفسي والاجتماعي لهم ،والتعامل العلاجي من خلال توظيف البرامج العلاجية المناسبة ،والملاحظ في النظريات المفسرة أنها لا تقبل التعميم المطلق من خلال أنها تتفق مع حالات وتفشل في تفسير حالات وهذا يتطلب الاطلاع على مختلف النظريات وتوسيع الأطر المفسرة في ذهن المختص النفسي ،كما انه ينبغي الالتفات إلى خصوصية الحالات واختلافها من عميل لآخر لذلك نجد في أدبيات علم نفس الصدمة وجود الدراسات الثقافية والاجتماعية والطبية العصبية التي تطرح مثل هذه المتغيرات ،إضافة إلى المفاهيم السيكلوجية المهمة مثل التكيف والتوافق والمرونة ،التي يحتاج المختص إدراكها كي يتعامل مع موضوع الصدمة وفق منظور شمولي بابعادها .

الفصل الثالث

الإجراءات المنهجية

1. منهج البحث
2. أدوات جمع البيانات
3. حدود الدراسة
4. مجموعة البحث
5. الأساليب الإحصائية المستخدمة في معالجة البيانات

1- منهج البحث

موضوع دراستنا هو فعالية العلاج بالقراءة في تخفيف أعراض الكرب ما بعد الصدمة، استخدمنا في هذه الدراسة المنهج التجريبي الذي يمكن تعريفه انه عبارة عن طريقة لجمع وتنظيم المعلومات تنظيماً يسمح بإثبات أو نفي فرض من الفروض. أو انه الطريقة التي يتبعها الباحث للتحكم في المتغيرات التي تؤثر في نتائج التجربة خلال محاولته تحديد والتنبؤ بما ينتج من حقائق تفسر الظاهرة من خلال إجراءات التجربة. كما يمكن تعريفه بأنه عدد من الخطوات المنظمة التي ينتهجها الباحث للتحقق من صحة الفروض التي وضعها لدراسة ظاهرة ما بشكل موضوعي ودقيق والتنبؤ بما تسفر عنه التجربة من نتائج تفسر الظاهرة بعد ضبط المتغيرات التي تؤثر في سير التجربة (فاتن صلاح عبدالحق 2016 ص 72) وذلك لأن البحث يهدف إلى التعرف على مدى فعالية هذا العلاج الذي يمثل لنا متغير مستقل قد يؤثر على المتغير التابع الذي هو أعراض ما بعد الصدمة التي يعاني منها المشخص باضطراب ما بعد الصدمة، وهذا من خلال متابعة التأثير العلاجي على المجموعة التجريبية وعددها 10 افراد مقارنة بالمجموعة الضابطة وعددها 10 أفراد أيضاً واستخدمنا العلاج الفردي باستخدام التوجه المعرفي السلوكي الذي يعتمد الكتب المعرفية وليس الكتب الأدبية وتم هذا التدخل العلاجي وفق جلسات محددة 3 جلسات أسبوعياً لمدة 8 أسابيع تتضمن أنشطة قراءة منزلية، ثم بعد الانتهاء من البرنامج العلاجي ندخل في مرحلة المتابعة الأولى والثانية

اتبعت الدراسة الحالية تصميم المجموعتين التجريبية والضابطة المتساويتين في العدد بقياس قبلي- بعدى متكرر. وتعتبر الدراسة الحالية من البحوث التجريبية المقارنة، حيث يمكننا المقارنة بين مجموعتين، لمعرفة أثر التعرض لبرنامج علاجي بالقراءة في تحسين أعراض اضطراب ما بعد الصدمة

-خط الأساس المتعدد: ويشير إلى تقدير أعراض اضطرابات ما بعد الصدمة وتم تقسيم الأفراد إلى مجموعتين بحيث تلقت المجموعة التجريبية جلسات البرنامج العلاجي، والمجموعة الضابطة لم تتلق أي جلسات.

- القياس البعدى: ويشير إلى تقدير مدى التحسن في أعراض اضطرابات ما بعد الصدمة عقب انتهاء البرنامج.

- قياس المتابعة الأولى: وتشير إلى تقدير مدى استمرار التحسن بعد مرور فترة تساوى فترة العلاج الفعلية والتي استغرقت 8 أسابيع، أي بعد 16 اسبوع من بداية العلاج
- قياس المتابعة الثانية: وتشير إلى تقدير استمرار التحسن بعد فترة تساوى ضعفى فترة العلاج؛ أي بعد 32 أسبوع، من بداية العلاج

2-مجموعة البحث :

تتمثل (10 أفراد) راشدين يعانون من اضطراب ما بعد الصدمة كمجموعة تجريبية و(10 أفراد) مصابين بالاضطراب كمجموعة ضابطة

3- حدود الدراسة :

- * الحدود الزمنية: تم إجراء الدراسة في السداسي الثاني من السنة الدراسية 2022/2021
- * الحدود المكانية: أجريت الدراسة على مجموعة البحث بقسميها التجريبية والضابطة وفق حصص مبرمجة بالجامعة

4- أدوات جمع المعلومات

4-1. أ- مقياس دافسون لقياس تأثير الخبرات الصادمة

وهو مقياس انجليزي مترجم للعربية ترجمه الدكتور عبد العزيز ثابت وهو مقياس يستند للدليل التشخيصي والاحصائي للأمراض النفسية الرابع - بنية المقياس

يتكون مقياس دافسون لقياس تأثير الخبرات الصادمة من 17 بند تماثل الصيغة التشخيصية الرابعة للطب النفسي الأمريكية. ويتم تقسيم بنود المقياس الى ثلاث مقاييس فرعية وهي :

-استعادة الخبرة الصادمة وتشمل البنود التالية 1,2,3,4,17

-تجنب الخبرة الصادمة وتشمل البنود التالية 5,6,7,8,9,10,11

-الاستثارة وتشمل البنود التالية 12,13,14,15,16

ويتم حساب النقاط على مقياس مكون من خمس نقاط (من 0-4) ويكون سؤال المفحوص عن الأعراض في الأسبوع المنصرم. ويكون مجموع الدرجات للمقياس 153 نقطة. حساب درجة كرب ما بعد الصدمة :

يتم تشخيص الحالات التي تعاني من كرب ما بعد الصدمة بحساب مايلي :

-عرض من أعراض استعادة الخبرة الصادمة

- 3 أعراض من أعراض التجنب

-عرض من أعراض الاستثارة

- ثبات ومصداقية المقياس : (عبدالجميل غازي عبدالجميل أبو عواد2016ص77)

صدق المقياس:

لقد تمت دراسة مصداقية المقياس بمقارنته بمقياس الاضطرابات النفسية الناتجة عن مواقف صادمة للاكليبينيكيين وذلك بأخذ عينة مكونة من 120 شخص من مجموعة ضحايا التعذيب، ودراسة ضحايا إعصار اندرو والمحاربين القدماء وكانت النتيجة بأن 67 من هؤلاء الأشخاص تم تشخيصهم كحالة كرب ما بعد الصدمة، وقد قام ثابت(2005) بتعريبه وتقنينه من خلال دراسات منها دراسة تأثير الصدمة النفسية على سائقي الاسعاف في قطاع غزة

- ثبات المقياس:

في دراسة ثابت وأبو ليلي (2005) تم اختبار المقياس على عينة الدراسة المكونة من (20سائفا) وتم إعادة الاختبار بعد أسبوعين وكان معامل الارتباط (0.86) وقيمة الدلالة الإحصائية = 0.001

4-2. البرنامج العلاجي

وهو البرنامج العلاجي القائم على القراءة وفق التوجه المعرفي السلوكي والذي يتكون من 24 حصة كل حصة ب60 دقيقة موزعة على 8 أسابيع ومتضمنة أنشطة قراءة منزلية، مطبقا على المجموعة التجريبية المكونة من 10 افراد

5- الأساليب الإحصائية:

-التحقق من تجانس مجموعتي التطبيق الأساسية (التجريبية والضابطة)

-بغية الوصول إلى نتائج كمية تساعد في الحصول على تحليل وتفسير النتائج التي توصل اليها

اليها تم الاعتماد على :

- *برنامج الحزمة الاحصائية للعلوم الاجتماعية spss وقد تم استخدام الأساليب الاحصائية التالية
- *معادلة الفا كرونباخ للتحقق من ثبات أدوات القياس.
- *المتوسط الحسابي وقد تم استخدامه لحساب المتوسطات حيث يعتبر من مقاييس النزعة المركزية وأكثرها انتشارا.
- *الانحراف المعياري يعتبر من أهم مقاييس التشتت ويقوم على حساب الدرجات عن متوسطها.
- *اختبار "ت" للمقارنة بين المتوسطات وتحديد مدى دلالة الفروق في المتوسطات على الاختبار القبلي والبعدي للمجموعتين لمعرفة أثر البرنامج العلاجي.
- *النسب المئوية
- *معامل الارتباط بيرسون لحساب دلالة الارتباط بين التطبيق القبلي والبعدي لأدوات عينة الدراسة ولتحديد الثبات

خلاصة عامة للبحث :

فعالية العلاج بالقراءة ذو التوجه المعرفي السلوكي في تخفيف اعراض الضغط ما بعد الصدمة عند الراشدين تختبر تجريبيا من خلال المنهج التجريبي المقارن ، الذي يدرس تأثير هذا العلاج في الحالات المجرب عليها والتي تمثل المجموعة التجريبية المكونة من عشر (10) أفراد راشدين تم تشخيصهم باضطراب الضغط ما بعد الصدمة مقارنة بالمجموعة الضابطة التي تحمل نفس الخصائص وهذا من اجل ضبط المتغيرات وتحقيق دقة النتائج ، يقوم هذا البحث على القياس القبلي أي قبل بداية البرنامج العلاجي والقياس البعدي أي بعد البرنامج العلاجي المتكون من 24 حصة علاجية كل حصة ب(60 دقيقة) موزعة على(8 أسابيع) كل أسبوع بثلاث (03 حصص)، وهذه الحصص مدعمة بأنشطة قراءة في المنزل ،ومن اجل التأكد من فعالية العلاج المستديمة والمستمرة نقيس التأثير البعدي خلال المتابعة الأولى (بعد ضعف المدة أي 16 اسبوع) والمتابعة الثانية (بعد ضعف المدة أي 32 اسبوع)

في حالة فعالية العلاج ونجاحة سنجد النتائج التالية :

- تحسن الأعراض المرضية في القياس البعدي وفي قياس المتابعة مقارنة بالقياس القبلي للمجموعة التجريبية .

- تحسن الأعراض المرضية في المجموعة التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة .

- المجموعة الضابطة لا تتغير فيها نتائج تطبيق المقياس لعدم تطبيق البرنامج العلاجي وفي حالة تغير النتائج فهناك متغيرات أخرى دخلت وبالتالي ليس هناك ضبط للمتغيرات والنتائج تصبح غير دقيقة .

في حالة توفر هذه النتائج يمكن إثبات الفرضية التي انطلق منها الباحث وهي العلاج بالقراءة فعال في تخفيف أعراض اضطراب ما بعد الصدمة .

*فعالية العلاج قد لا نجدها بنفس المستوى في وتيرة التحسن وفي كفاءة العلاج بين مجموعة البحث بسبب خصوصية الحالات من حيث شدة الاضطراب ونوع الصدمة ونمط الشخصية

والميولات الذاتية بالنسبة للمفحوصين اتجاه البرامج العلاجية بصفة عامة واتجاه انواع العلاجات
بالقراءة كما ذكرنا في الفصل النظري لذلك قد تدخل متغيرات ثانوية تؤثر في مجرى العلاج

* لذلك فالبرنامج العلاجي في حالة تحقيق اغراضه العلاجية في تحسين الاعراض المرضية فهو
فعال ، وفي حالة عدم تحقيق الاغراض العلاجية فهو غير فعال وهذا كله يتطلب ضبط المتغيرات
وضبط شروط التجربة حتى تكون النتائج دقيقة ، اضافة الى جودة البرنامج العلاجي ومدى تقيده
بالنظريات المتخصصة .

المراجع

قائمة المراجع

- 01- احمد عكاشة(1996)، الطب النفسي المعاصر، مكتبة الأنجلو مصرية ، القاهرة ، مصر .
- 02- أميرة احمد عبد الحفيظ محمد (2017)، تأثير اضطرابات كرب ما بعد الصدمة على بعض الاضطرابات النفسية لدى سكان مدينة الرياض بالمملكة العربية السعودية ، مجلة علوم النفس والتربية ، العدد 25، ص 34-60. الجامعة الإسلامية بغزة ،فلسطين .
- 03- إجلال محمد سرى(2000)، علم النفس العلاجي، ط 2، عالم الكتب ، القاهرة ، مصر
- 04- د. أحمد فايز أحمد سيدي(2018)،العلاج بالقراءة لحل مشكلات المسنين بدور رعاية المسنين بمحافظة بني سويف، دراسة ميدانية مع وضع برنامج إرشادي له، المجلة العربية للإرشيف وتوثيق المعلومات، ع22 (4ديسمبر)2014، جامعة قناة السويس ،مصر
- 05- بيرتر شلوتكه وآخرون(2016)،التشخيص النفسي الاكلينيكي، الجزء الأول ، ترجمة سامر جميل رضوان،دار الكتاب الجامعي،الجمهورية اللبنانية-الامارات العربية المتحدة
- 06- قاسم حسين صالح (2015) الاضطرابات النفسية والعقلية نظرياتها أسبابها طرق علاجها، دار دجلة للنشر والتوزيع، عمان ،الاردن
- 07-محمد حسن غانم (2006) ،الاضطرابات النفسية والعقلية والسلوكية ،ط01، مكتبة الانجلو المصرية ،القاهرة ،مصر
- 08- ميرفين سموكر وآخرون(2010) إعادة رسم الصورة وعلاج الاعادة - دليل معالجة الصدمة من النوع الاول.ترجمة سامر جميل رضوان،دار الكتاب الجامعي ،العين ،الامارات العربية المتحدة
- 09- منال الشيخ(2012)، فاعلية برنامج إرشادي فردي في التخفيف من أعراض الصدمة النفسية الناتجة عن إساءة المعاملة الجنسية لدى الأطفال من خلال دراسة حالة، مجلة جامعة دمشق ،،المجلد 28 ،العدد الثالث.دمشق.سوريا.

- 10- عبير امين عباس(2016)،أساليب مواجهة الصدمة النفسية وعلاقتها بالمساندة الأسرية لدى عينة من المراهقين المقيمين في مراكز الإيواء في مدينة دمشق، رسالة مقدمة لنيل درجة الماجستير في الإرشاد النفسي،كلية التربية جامعة دمشق،دمشق،سوريا.
- 11- د.فؤاد محمود رواش و د.عمران احمد السرطاوي(2016)، القراءة, مفهومها مهاراتها تدريسها ,تقويمها ,ط01 نشر الكتروني :
<https://www.researchgate.net/publication/329092731>
- 12- فاتن صلاح عبد الحق(2016)، التجريب في علم النفس، دار الفكر، عمان ، الاردن
- 13- د. لينا بطيخ و د. كنان هزيم(2018)،اضطراب ضغط ما بعد الصدمة وعلاقته بالأفكار اللاعقلانية، دراسة تشخيصية على عينة من طلبة جامعة البعث، مجلة جامعة تشرين للبحوث والدراسات العلمية ، سلسلة الآداب والعلوم الإنسانية المجلد40 العدد2 ،دمشق ، سوريا
- 14-نادية شرادي(ب.س)،محاضرات علم النفس الصدمي ، طلبة السنة الاولى ماستر، تخصص علم النفس العيادي.جامعة سكيكدة .الجزائر
- 15- عمرو رمضان معوض أحمد وآخرون(2016)، العلاج الإرشادي القائم على القراءة ,دراسة مقدمة استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة دكتوراه فلسفة تربية ,معهد الدراسات والبحوث التربوية, جامعة القاهرة
- 16- عبد الجميل غازي أبو عواد(2016)،الصدمة النفسية وعلاقتها بالاضطرابات الانفعالية والسلوكية لدى الأحداث في مراكز الإيواء الفلسطينية من وجهة نظرهم، رسالة مقدمة استكمالاً لمتطلبات درجة الماجستير في الإرشاد النفسي والتربوي من عمادة الدراسات العليا، جامعة القدس،فلسطين
- 17- وزارة الثقافة الاماراتية (2021) ،منشور الشهر الوطني للقراءة ، تحت شعار أسرتي نقرأ

18- american psychological association (2015), **dictionary of psychology** ,second edition ,british library,unated state of american

19- John T. Pardeck(2013), **Using Books in Clinical Social Work Practice A Guide to Bibliotherapy**, Taylor and Francis Croup LONDON AND NEW YORK Library of Congress,usa

20- Sarah McNicol and Liz Brewster(2018), bibliothrapy Published , Facet Publishing 7Ridgmount Street, London

21- Sharon Henderson Sclabassi (2016), **Bibliotherapy**,International Psychotherapy Institute Created in the United States of America

22- Zipora Shechtman(2009). **Treating Child and Adolescent Aggression Through Bibliotherapy**,Springer ScienceþBusiness Media, LLC Library of Congress, usa

مقياس كرب ما بعد الصدمة لدافيدسون
PTSD Scale according to DSM--IV

ترجمة د. عبد العزيز ثابت

الاسم:..... العمر:..... الجنس (ذكر - أنثى)

العنوان:.....

عزيزي/عزيزتي

الأسئلة التالية تتعلق بالخبرة الصادمة التي تعرضت لها خلال الفترة الماضية. كل سؤال يصف التغيرات التي حدثت في صحتك و مشاعرك خلال الفترة السابقة من فضلك أجب علي كل الأسئلة. علما بأن الإجابات تأخذ أحد الاحتمالات =0 أبدا، 1= نادرا، 2= أحيانا، 3= غالبا، 4= دائما

4	3	2	1	0		
دائما	غالبا	أحيانا	نادرا	أبدا	الخبرة الصادمة	الرقم
					هل تتخيل صور، وذكريات، وأفكار عن الخبرة الصادمة؟	-1
					هل تحلم أحلام مزعجة تتعلق بالخبرة الصادمة ؟	-2
					هل تشعر بمشاعر فجائية أو خبرات بأن ما حدث لك سيحدث مرة أخرى؟	-3
					هل تتضايق من الأشياء التي تذكرك بما تعرضت له من خبرة صادمة؟	-4
					هل تتجنب الأفكار أو المشاعر التي تذكرك بالحدث الصادم؟	-5
					هل تتجنب المواقف و الأشياء التي تذكرك بالحدث الصادم؟	-6
					هل تعاني من فقدان الذاكرة للأحداث الصادمة التي تعرضت لها (فقدان ذاكرة نفسي محدد)	-7
					هل لديك صعوبة في التمتع بحياتك والنشاطات اليومية التي تعودت عليها؟	-8
					هل تشعر بالعزلة وبأنك بعيد ولا تشعر بالحب تجاه الآخرين أو الانبساط؟	-9
					هل فقدت الشعور بالحزن و الحب (أنك متبلد الإحساس)	-10
					هل تجد صعوبة في تخيل بفائك على قيد الحياة لفترة طويلة لتحقيق أهدافك في العمل، والزواج، و إنجاب الأطفال ؟	-11
					هل لديك صعوبة في النوم أو البقاء نائما؟	-12
					هل تتأبك نوبات من التوتر و الغضب؟	-13
					هل تعاني من صعوبات في التركيز؟	-14
					هل تشعر بأنك على حافة الانهيار (واصلة معاك على الآخر) ، ومن السهل تشتيت انتباهك؟	-15
					هل تستثار لأنفه الأسباب وتشعر دائما بأنك متحفز و متوقع الأسوأ؟	-16
					هل الأشياء والأشخاص الذين يذكرونك بالخبرة الصادمة يجعلك تعاني من نوبة من ضيق التنفس، والرعدة، والعرق الغزير وسرعة في ضربات قلبك؟	-17

مقياس الاضطرابات النفسية الناتجة عن مواقف صادمة

ملخص الدراسة :

هدفت الدراسة إلى استكشاف فعالية العلاج بالقراءة في خفض أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة عند الراشدين ، ولتحقيق هذا الهدف تم تطبيق البرنامج العلاجي بالقراءة وفق المنحى المعرفي السلوكي والذي يتكون من (24حصة) كل حصة (ب60 دقيقة) موزعة على (8 أسابيع) ومتضمنا أنشطة قراءة منزلية ، على مجموعة بحث تنقسم لمجموعتين ضابطة (10أفراد) وتجريبية (10 أفراد) متجانستين في الخصائص والشروط والعدد ، وتطبيق مقياس تأثير الخبرات الصادمة لدافيدسون بشكل قبلي وبعدي ومتابعة أولى وثانية لقياس أثر البرنامج العلاجي في تخفيف أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة وفق المنهج التجريبي المقارن ، وتمت معالجة البيانات باستخدام الأساليب الإحصائية .ومن خلال النتائج يمكن كشف فعالية هذا العلاج ومنها نفي أو إثبات الفرضية التي انطلق منها الباحث .