



الجمهورية العربية السورية

جامعة دمشق

كلية التربية

الإرشاد النفسي

فاعلية برنامج علاجي قائم على تقنية التعرض السري لخفض أعراض اضطراب ضغوط

ما بعد الصدمة

(أطروحة مقدمة لنيل درجة الدكتوراه في الإرشاد النفسي)

إعداد الطالبة:

ريم محمد رضا كرمانشاهي

إشراف:

أ.د. رغداء علي نعيصة

العام الدراسي 2022 م

الاهداء

أهدي هذا البحث إلى من مدّت يدها في الأوقات الصعبة... وتحملت غيابي الطويل وظهوري المتقطع طوال فترة إنجازي للبحث... وكانت لي خير ناصح... إلى دكتورتي الغالية الدكتورة رغداء نعيسة.

إلى من كان الأول دومًا في مساندتي وتشجيعي... إلى رفيق الدرب والروح وصديق الأيام بحلوها ومرّها... من قدّم لي الدعم المعنوي والمادي طوال فترة دراستي زوجي الحبيب... كل الشكر على ثقتك بنجاحي ودفعي نحو الأفضل ووقوفك إلى جانبي كي أحقق طموحي العلمي... إلى زوجي حمدي نظام.

إلى من حلّت بركة وجودهم في حياتي.. وملأت ضحكاتهم الجميلة عمري.. الابتسامات التي تغدق عليّ الأمل وتملأ عالمي وتبهج جوارحي... إلى من وثقوا بي على الدوام وكانوا مصدر فخري وقوتي وجعلوني أستمّر بالتقدم لأجلهم... أتمنى أن أكون لهم خير قدوة وموجّه ومصدر ثقة وفخر... إلى أولادي ولاء ومحمد نظام.

إلى الأصدقاء الأوفياء ورفاق الدرب الرائعين واخوتي الأحباء الذين ما انفكّوا يومًا عن تقديم العون والمساعدة والدعم... الذين يفرحهم نجاحي ويحزنهم فشلي أهدىكم هذا البحث امتنانًا لدفئكم ووفائكم وقلوبكم الكبيرة.

فهرس المحتويات

العنوان	رقم الصفحة
المقدمة	9
مشكلة البحث	10
فرضيات البحث	13
مسلمات البحث	13
أهداف البحث	13
أهمية البحث	14
مبررات البحث	14
مصطلحات البحث	15
حدود البحث	16
الدراسات السابقة	16
الجزء الأول (أدبيات البحث)	36
الفصل الأول: اضطراب الضغوط التالية للصدمة (PTSD)	37
معايير اضطراب الضغوط مابعد الصدمة (PTSD) من DSM-III إلى DSM-5	37
أعراض اضطراب الضغوط ما بعد الصدمة	42
نسب انتشار التعرض للضغوط المؤلمة والصدمات	44
نسب انتشار اضطراب الضغوط التالية للصدمة	45
مراحل اضطراب الضغوط التالية للصدمة	45
علاج اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة	47
استراتيجية تقليل حساسية حركة العين وإعادة المعالجة (EMDR)	48
العلاج باستخدام نظرية بولي فيغال polyvagal	50
العلاج السلوكي الجدلي (DBT)	52
الخاتمة	53
الفصل الثاني: العلاج بالتعرض السريدي (NET)	54
ما هو الـ NET؟	55
شلال أو سلسلة الدفاع	55
الـ PTSD والذاكرة	65
منهية العلاج بالتعرض السريدي	69
ألية تطبيق العلاج بالتعرض السريدي	72
التدخلات المستخدمة لتنشيط الذاكرة الساخنة	78
التعود (تخفيف الحساسية) في العلاج بالتعرض السريدي	79
إعادة الهيكلة المعرفية / التركيب الإدراكي والأيام التالية	83

85	الخاتمة
86	الجزء الثاني (منهج البحث وإجراءاته) / الفصل الأول (إجراءات البحث)
87	منهج البحث
87	مجتمع البحث.
88	عينة البحث.
88	أدوات البحث.
92	الخصائص السيكمترية
98	الأسس النظرية للبرنامج العلاجي:
100	الأسس الفلسفية للبرنامج العلاجي:
101	أهمية البرنامج العلاجي:
101	أهداف البرنامج:
101	. الفنيات والمهارات المستخدمة
101	العينة المستهدفة في البرنامج العلاجي
102	. خطوات البرنامج العلاجي
102	الأسلوب العلاجي المستخدم في البرنامج العلاجي:
102	جلسات البرنامج العلاجي (عددها، والفترة الفاصلة بين الجلسات):
102	مراحل إعداد البرنامج:
104	الصعوبات التي واجهت الباحثة
104	الأساليب الإحصائية المستخدمة
105	الفصل الثاني: تحليل النتائج ومناقشتها
124	الخاتمة والمقترحات
127	مراجع البحث
146	الملاحق

فهرس الجداول

رقم الصفحة	عنوان الجدول	رقم الجدول
88	وصف أفراد العينة	1
90	تكرارات أفراد عينة البحث على قائمة (LEC-5)	2
106	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أفراد العينة في التطبيقين القبلي والبعدي المباشر على الدرجة الكلية لقائمة اضطراب الضغط التالي للصدمة وأبعادها الفرعية	3
107	نتائج اختبار ويلكوكسون لدلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات أفراد العينة في التطبيقين القبلي والبعدي المباشر على قائمة اضطراب الضغط التالي للصدمة وأبعادها الفرعية	4
108	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أفراد العينة على الدرجة الكلية لقائمة اضطراب الضغط التالي للصدمة وأبعادها الفرعية بعد تطبيق البرنامج تبعاً لمتغير العمر	5

109	نتائج اختبار مان ويتني لدلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات أفراد العينة في التطبيق البعدي على قائمة اضطراب الضغط التالي للصدمة وأبعادها الفرعية تبعاً لمتغير العمر	6
110	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أفراد العينة على الدرجة الكلية لقائمة اضطراب الضغط التالي للصدمة وأبعادها الفرعية بعد تطبيق البرنامج تبعاً لمتغير عدد الصدمات	7
111	نتائج اختبار مان ويتني لدلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات أفراد العينة في التطبيق البعدي على قائمة اضطراب الضغط التالي للصدمة وأبعادها الفرعية تبعاً لمتغير عدد الصدمات	8
113	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أفراد العينة في التطبيقين البعدي المباشر والبعدي المؤجل 1 على الدرجة الكلية لقائمة اضطراب الضغط التالي للصدمة وأبعادها الفرعية	9
114	نتائج اختبار ويلكوكسون لدلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات أفراد العينة في التطبيقين البعدي المباشر والبعدي المؤجل 1 على قائمة اضطراب الضغط التالي للصدمة وأبعادها الفرعية	10
115	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أفراد العينة في التطبيقين البعدي المؤجل 1 والبعدي المؤجل 2 على الدرجة الكلية لقائمة اضطراب الضغط التالي للصدمة وأبعادها الفرعية	11
116	نتائج اختبار ويلكوكسون لدلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات أفراد العينة في التطبيقين البعدي المؤجل 1 والبعدي المؤجل 2 على مقياس اضطراب الضغط التالي للصدمة وأبعادها الفرعية	12

فهرس الأشكال

رقم الصفحة	عنوان الشكل	رقم الشكل
56	رسم توضيحي تخطيطي لنموذج سلسلة الدفاع على طول مراحل الدفاع المختلفة	1
62	عرض تخطيطي للتمثيل الحسي-الإدراكي الافتراضي (شبكة الخوف)	2
64	ذاكرة السيرة الذاتية	3
67	العرض التخطيطي لشبكة الخوف / الصدمة الناتجة عن تجارب مؤلمة متعددة	4
69	الذكريات الإقحامية التي تثيرها أي مثيرات حسية (صور، أصوات، روائح، إحساسات جسدية)	5
73	صورة لخط الحياة	6
108	المتوسطات الحسابية لدرجات أفراد العينة في التطبيقين القبلي والبعدي المباشر على قائمة اضطراب الضغط التالي للصدمة وأبعادها الفرعية	8
110	المتوسطات الحسابية لدرجات أفراد العينة على الدرجة الكلية لقائمة اضطراب الضغط التالي للصدمة وأبعادها الفرعية بعد تطبيق البرنامج تبعاً لمتغير العمر	9
112	المتوسطات الحسابية لدرجات أفراد العينة على الدرجة الكلية لقائمة اضطراب الضغط التالي للصدمة وأبعادها الفرعية بعد تطبيق البرنامج تبعاً لمتغير عدد الصدمات	10
115	المتوسطات الحسابية لدرجات أفراد العينة في التطبيقين البعدي المباشر والبعدي المؤجل 1 على قائمة اضطراب الضغط التالي للصدمة وأبعادها الفرعية	11
117	المتوسطات الحسابية لدرجات أفراد العينة في التطبيقين البعدي المؤجل 1 والبعدي المؤجل 2 على قائمة اضطراب الضغط التالي للصدمة وأبعادها الفرعية	12

ملخص البحث

موضوع البحث: فاعلية برنامج علاجي قائم على تقنية التعرض السري لخفض أعراض اضطراب ضغوط ما بعد

الصدمة لدى عينة من مرضى اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة في محافظة دمشق.

هدف البحث: دراسة فاعلية العلاج بالتعرض السري، وعلاقته ببعض المتغيرات، وقدرته على الاحتفاظ بالتحسن.

عينة البحث: مجموعة من مرضى اضطراب الضغوط ما بعد الصدمة، وعددهم (15) مريض.

أدوات البحث: قائمة الأحداث الصعبة أو المجهدة (LEC-5)، قائمة اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة (PTSD Check List) (PCL-5).

نتائج البحث: كشف البحث عن فاعلية العلاج بالتعرض السري لدى مرضى اضطراب الضغوط ما بعد الصدمة،

وذلك من خلال وجود فروق بين درجاتهم في التطبيقين القبلي والبعدي المباشر على الدرجة الكلية لقائمة اضطراب

الضغط التالي للصدمة وأبعادها الفرعية، بالإضافة إلى الاحتفاظ بنسب التحسن لدى إعادة التطبيق بعد ثلاثة

أشهر، بالإضافة إلى الاحتفاظ واستمرار التحسن بعد 6 أشهر أيضاً. ولم يكن لمتغير العمر أو عدد الصدمات

دلالة احصائية أو أثر في فاعلية البرنامج على عينة البحث.

كلمات مفتاحية: العلاج بالتعرض السري (Narrative exposure therapy)، اضطراب الضغوط التالية للصدمة

(Post-traumatic stress disorder).



الجزء التمهيدي

الإطار العام

مقدمة:

تعرضت سورية على مدار السنوات الست الماضية إلى سلسلة من الحصارات والمؤامرات والإرهاب المسلح، حيث يجد الإنسان السوري نفسه اليوم خارجاً من سلسلة كوارث متتالية ومهددة، نتج عنها انعكاسات سلبية على الشعب السوري بكل شرائحه، وأدت إلى تشتيت العديد منهم داخل الأراضي السورية وخارجها، ناهيك عن افتقاد الأمان وعدم الاستقرار وتفاقم ظواهر الاغتيالات والخطف والاعتقال، وفقدان الأشخاص لذويهم وأعزاء على قلوبهم. فجميع الشرائح في المجتمع السوري قد تأثرت نفسياً بهذه الأزمة وطال تأثيرها الصغير والكبير ولم تستثنِ أحداً، ولكن الأكثر تأثراً هم الأفراد الذين تعرضوا وبشكل مباشر للعمليات الإرهابية أو حالات القتل والخطف والاعتصاب. كل هذه الأوضاع هيأت لعدد من الصدمات النفسية المتراكمة، مما أدى إلى تعرض عدد كبير من الأشخاص باضطرابات نفسية عديدة تضاف إلى واقعهم المرير، وأهمها اضطرابات ضغوط ما بعد الصدمة التي تتطوي على الرعب والخوف الشديد، والتوتر والأرق والعديد من المشاعر السلبية كالعجز والشعور بالذنب والغضب إضافة إلى عدد من التشوهات المعرفية والإدراكية.

لذلك أفرزت هذه الحرب المدمرة التي نعيشها عدداً كبيراً من المحتاجين للعلاج النفسي، بالرغم من الجهود المبذولة من قبل المنظمات والجمعيات الحكومية والأهلية لمساعدة الناس على تلبية احتياجاتهم النفس اجتماعية، غير أنها لا تفعل إلا القليل لتعزيز أنظمة الصحة النفسية، فلا يخفى على أحد المشكلة التي يواجهها قطاع الصحة النفسية على المستوى المحلي التي تتجلى في نقص الكوادر البشرية المدربة في هذا القطاع بما فيهم (الأطباء والمعالجين النفسيين).

وللعلاج النفسي أثر عميق قد لا يستسيغه العامة، ولكن مع ويلات الكارثة الإنسانية والاجتماعية التي يتعرض لها المجتمع السوري قد لا يعود أصحابها إلى سويتهم الصحية دون خضوعهم لبرامج علاجية على يد معالجين نفسيين وبعيداً عن التدخلات الدوائية قدر الإمكان.

ويأتي هذا البحث في محاولة للمساهمة بتوفير برنامج علاجي للمساعدة في معالجة الآثار الناجمة عن اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة الناتج عن هذه الأنواع من التجارب المؤلمة.

❖ مشكلة البحث:

تاريخ الانسان مع الضغوط والأزمات والشدائد والكوارث ضارب بجذوره منذ القدم، بل منذ أن وجد الإنسان على سطح الأرض. بعض هذه الكوارث طبيعية: (كالزلازل، والبراكين، والأعاصير، والفيضانات). وبعضها الآخر، وهو الأقسى والأعنف يكون من صنع البشر: (كالقتل، والخطف، والتعذيب، والإبادة، وغيرها). وتؤكد الوقائع والأحداث أن ضحايا العنف البشري (بأشكاله) تفوق بجدارة ضحايا الكوارث الطبيعية (مجيد، 2011، 304).

ويعد التعرض المباشر سواء بشكل شخصي أو بمشاهدة مثل هذه الحوادث الصادمة محدداً أساسياً لتطوير اضطرابات ضغوط ما بعد الصدمة، والذي يتمثل بمجموعة من الأعراض (تكريات متكررة مؤلمة، وأحلام حول الحدث الصادم، تجنب المحفزات المرتبطة بالحدث وزيادة الإثارة، وتغيرات سلبية في المزاج والإدراك، APA, 2013, 275)

فهو اضطراب نفسي شائع في جميع أنحاء العالم، (وفقاً لاستطلاعات الصحة العقلية لمنظمة الصحة العالمية WHO) تتراوح تقدير معدلات الانتشار مدى الحياة بين (3.9 و 5.6%) (Koenen, 2017, 2260). وما يقرب (80%) منهم لديهم تشخيص نفسي مرضي مرافق، وأكثرها شيوعاً الاكتئاب، بالإضافة إلى تعاطي المخدرات، الذهان، اضطرابات القلق الأخرى، اضطرابات الشخصية، (Van Minnen, et al, 2015). كما يعاني المصابون باضطراب ما بعد الصدمة أيضاً من مشاكل في صحتهم البدنية وعملهم وأدائهم الاجتماعي (Wittchen, et al, 2011).

وبينما توثق هذه الأرقام عبء اضطراب ما بعد الصدمة، فإن التقديرات بين اللاجئين والسكان المتأثرين بالحرب في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل، أعلى بعدة مرات من السكان الذين يعيشون في سلام. فقد أظهرت الدراسات أنه بسبب ما مروا به خلال الحرب والهروب، فإنهم أكثر عرضة للإصابة بالمشكلات النفسية، كدراسة (Husain, et al, 2011) و (Scholte, et a, 2004). وفي دراسة (Ibrahim, et al, 2019) على عينة من النازحين السوريين والعراقيين تبين أنهم تعرضوا لما بين (0 و 20) نوعاً من الأحداث الصادمة في حياتهم، (98.8%) من العراقيين و (98.5%) من المشاركين السوريين، وقد تعرضوا لحدث صادم

واحد على الأقل في حياتهم. واستوفى (43%) من جميع المشاركين، المعايير الكاملة لتشخيص اضطراب ما بعد الصدمة. ولا يخفى على أحد، ما يحدث لجسم الإنسان لدى مواجهة المواقف الصادمة، حيث يعطي الجسم الأولوية للسلامة الجسدية بشكل مباشر، مؤثراً على عمل أجزاء مهمة من الدماغ لاسيما تلك التي تكون مسؤولة عن معالجة الذاكرة، والانفعال، والتفكير، مما يسبب مشاكل معقدة لدى المصابين باضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، أهمها الخدر وتجنب الأحداث والمشاعر المرتبطة بالحدث الصادم، وهي نتيجة جهود الدماغ للحماية الذاتية والحفاظ على المشاعر الغامرة تحت السيطرة، بالإضافة إلى الإفراط في ردود الفعل المفاجئة لأي محفزات ينظر إليها على أنها مهددة لمنع تكرار تجربة مؤلمة. فمعظم الدراسات أثبتت صعوبة كبيرة لدى هؤلاء الأشخاص في تنظيم استجاباتهم العاطفية والجسدية، وكذلك الأمر فيما يتعلق بالحالة المعرفية من حيث نشوء فجوات معرفية تتجلى على شكل فقدان جزئي للذاكرة، إلى انخفاض مستوى التركيز لديهم (DSM-5, 2013).

وعلى الرغم من أن أغلبية من يتعرضون لهذه المواقف الصادمة يتعافون من ردود الفعل الشائعة من خلال ما يدعى بالتعافي الطبيعي كما في دراسة (Kessler) إلا أن ما يقارب (8-14%) يكونون بحاجة إلى التدخلات المساعدة (Kessler, et al, 1995).

ومما لا شك فيه أن للعلاج النفسي بأشكاله المتعددة باع طويل في معالجة هذه الفئة من الاضطرابات، وقد ظهر مؤخراً ما يدعى بالعلاج بالتعرض السردى (Narrative Exposure Therapy) (NET) الذي يعد أحد أشكال التعرض في التدخلات المعرفية السلوكية لعلاج اضطرابات ضغوط ما بعد الصدمة، حيث يقوم هذا النوع من العلاج بوضع جميع العناصر الترابطية المحددة لشبكة الخوف وهي ذكريات الصدمة (الحسية، والانفعالية، والمعرفية) ضمن سياق مفهوم ويمكن التعامل معه، حيث افترض مؤلفو الـ (NET) أن التعرض للأحداث الصادمة يؤدي إلى تطوير شبكة الخوف، وهي شبكة ارتباطية تتكون من المعلومات الحسية والإدراكية، والانفعالية، وتفتقر إلى تكامل المعلومات السياقية، أي مكان وزمان وقوع الحدث، ويتسبب انقطاع الذاكرة هذا في ظهور أعراض اضطراب ما بعد الصدمة، وهي تقنية علاجية تقدم لمختلف الفئات المصابة بصدمات نفسية، من حيث العمر والجنس والوضع التعليمي، وتهتم بالمجتمعات الفقيرة بالموارد في البلدان منخفضة الدخل أو مناطق الأزمات،

ومراكز اللجوء، ومستوطنات اللاجئين، أو المناطق التي يصعب الوصول إليها حول العالم. حيث ثبت أن آثارها مفيدة وتراكمية، ويتم ملاحظتها بوضوح بعد جلسات قليلة فقط (Schauer, et al, 2011, 15).

وهناك العديد من الأدلة المتوافرة والمُسندة، التي تشير إلى فاعلية الـ (NET) ونجاعتها، كدراسة كل من: (Gwozdziwycz, et al, 2013)، (Morkved, et al, 2014)، (Forman, et al, 2018)، (Lely et al, 2019)، (Siehl, et al, 2021)، (Grech & Grech, 2019)، (Robjant & Fazel, 2010) ولكل من البالغين والأطفال، وما تزال الدراسات جارية حتى الآن لتدعم هذه الأدلة، ويصبح الـ (NET) من الخطوات الأولى في علاج الـ (PTSD). فحسب جمعية علم النفس الأمريكية (APA, 2020, 152) هناك توصيات مشروطة لاستخدام العلاج بالتعرض السري، وتتوقع الباحثة أن تضيف هذه الدراسة دليل جديداً يؤخذ بعين الاعتبار لعلاج هذه الفئة من المرضى، كأول دراسة في سوريا، حيث أن البيئة السورية في الوقت الراهن في أشد الحاجة لمثل هذا التدخل لدعم الشريحة الأوسع من الأشخاص المصابين باضطراب الضغوط التالية للصدمة، خاصة مع انخفاض الكوادر المتخصصة للقيام بالتدخلات العلاجية على المستوى النفسي، فهذه التقنية يمكن أن تقدم من قبل غير المتخصصين المدربين من المجتمع المحلي، وهناك العديد من الدراسات التي أثبتت ذلك كدراسة (Jacob, et al, 2014)، كما تم العمل خلال عام (2021) لتكييف هذه التقنية، وتقديمها عن بعد عبر الانترنت لدعم الأشخاص الذين لا يستطيعون الوصول إلى مراكز الخدمة الصحية بسبب الضوابط التي فرضتها الاستجابة لكوفيد-19 كالحجر الصحي، وغيرها حيث قدمت دراسة (Kaltenbach, et al, 2021) جميع الارشادات والتوصيات لتقديم الـ e-NET، وناقشت جميع التحديات، واقترحت طرقاً لمعالجتها.

وقد عملت الباحثة في بحثها الحالي على تطبيق تقنية التعرض السري بعد الاضطلاع وترجمة العديد من المصادر ذات الصلة، وإضافة مجموعة من الوسائل التوضيحية الداعمة في مرحلة التنقيف النفسي للمريض. بالإضافة إلى الخضوع للتدريب من قبل الدكتورة الألمانية إنغا شالينسكي، والدكتورة القبرصية أندريا سبيريدو، ومن ثم المشاركة في تدريب العلاج بالتعرض السري كمساعد مدرب. وفي ضوء ما سبق تتمثل مشكلة البحث في الإجابة عن السؤال التالي:

- ما فاعلية العلاج بالتعرض السريدي في خفض حدة أعراض اضطرابات ضغوط ما بعد الصدمة على عينة من المرضى السوريين في محافظة دمشق؟

❖ فرضيات البحث:

يسعى البحث إلى اختبار الفرضيات الآتية عند مستوى الدلالة (0.05):

1. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد العينة قبل تطبيق البرنامج وبعد تطبيقه على الدرجة الكلية لقائمة اضطراب الضغط التالي للصدمة وأبعادها الفرعية.
2. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد العينة على الدرجة الكلية لقائمة اضطراب الضغط التالي للصدمة وأبعادها الفرعية بعد تطبيق البرنامج تبعاً لمتغير العمر.
3. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد العينة على الدرجة الكلية لقائمة اضطراب الضغط التالي للصدمة وأبعادها الفرعية بعد تطبيق البرنامج تبعاً لمتغير عدد الصدمات.
4. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد العينة في التطبيقين البعدي والبعدي المؤجل 1 على الدرجة الكلية لقائمة اضطراب الضغط التالي للصدمة وأبعادها الفرعية.
5. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد العينة في التطبيقين البعدي المؤجل 1 والبعدي المؤجل 2 على الدرجة الكلية لقائمة اضطراب الضغط التالي للصدمة وأبعادها الفرعية.

❖ مسلمات البحث:

1. اضطراب الضغوط التالية للصدمة نتيجة التعرض لحدث صادم أو أكثر.
2. يعد اضطراب الضغوط التالية للصدمة قابل للشفاء من خلال العلاج النفسي ودون تدخل دوائي.
3. تعد العلاجات بالتعرض من أهم العلاجات الناجعة مع الصدمات.

❖ أهداف البحث:

يهدف البحث الحالي إلى تعرف فاعلية برنامج علاجي فردي يعتمد على تقنية التعرض السريدي في خفض الأعراض الناجمة عن الصدمات.

❖ أهمية البحث:

تأتي أهمية البحث من خلال عدة جوانب:

1. إعداد برنامج علاجي لمعالجة حدة أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى الأشخاص الذين تعرضوا لأحداث صادمة، وهذا البرنامج يستند إلى تقنية تتمتع ببرهان علمي جيد، لكل من البالغين والأطفال.
2. جودة البحث على الصعيد المحلي.
3. يعتمد على تقنية علاجية مدعومة بأبحاث بيولوجية عصبية حول الذاكرة، حيث تفترض الـ NET، أن التجارب المؤلمة لا يتم دمجها بشكل صحيح في ذاكرة السيرة الذاتية.
4. يقدم لمن لديهم تشخيص سريري لاضطراب ما بعد الصدمة البسيط أو المعقد وبعد أي نوع من الصدمات.
5. تقنية علاجية تقدم لمختلف الفئات المصابة بصدمات نفسية، من حيث العمر والجنس والوضع التعليمي. ومهمة بشكل خاص لأنها تهتم بالمجتمعات الفقيرة بالموارد في البلدان منخفضة الدخل أو مناطق الأزمات، ومراكز اللجوء، ومستوطنات اللاجئين، أو المناطق التي يصعب الوصول إليها حول العالم.
6. مساعدة المعالجين النفسيين وتطوير خبراتهم العلاجية في التعامل مع اضطراب الضغوط التالية للصدمة، بالإضافة إلى إمكانية تقديمه من قبل غير المختصين بعد فترة من التدريب والإشراف، وبذلك يساعد على رآب الفجوة التي سببها النقص الكبير بعدد المعالجين.
7. معظم الدراسات المشابهة تم إجراؤها على مرضى من مجتمعات غربية، في حين يأتي هذا البحث ليُطبق على عينة سورية.
8. يتوقع من هذا البحث أن يُحقق غرضاً علمياً مهماً للمكتبة العربية، فهو البحث الأول من نوعه بالعربية - حسب علم الباحثة -.

❖ مبررات البحث:

تبرز مبررات البحث من خلال الظروف الراهنة التي يمر بها الأشخاص ضمن الأزمة السورية، والتي تجعلهم عرضة للإصابة بالاضطرابات النفسية، ومن أهمها اضطراب الضغوط التالية للصدمة، ويعد العلاج النفسي من

أهم العلاجات التي يمكن استخدامها مع الصدمات وخاصة التعرض منها، وتم استخدام العلاج بالتعرض السردي ضمن هذا البحث، لجذته واختباره على عينة من المرضى السوريين، حيث لم يسبق استخدامه في سوريا سابقاً، بالإضافة إلى إمكانية تطبيقه من قبل غير الاختصاصيين بعد التدريب، وبذلك يتم رآب الفجوة التي يسببها نقص المعالجين النفسيين في سوريا.

كما يمكن أن تقدم معلومات نظرية للمرشدين والعاملين في مجال الصحة النفسية واثراء الجانب المعرفي لديهم بطريقة تساعد على فهم هذه الفئة و التعرف على الأعراض المرضية لديهم، وبالتالي تقديم الخدمات النفسية اللازمة لهم.

❖ مصطلحات البحث وتعريفاته الإجرائية:

1. العلاج السردي: هو مقارنة علاجية طورت لمعالجة اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة الناجمة عن عدد من الأحداث الصادمة، حيث يقوم من خلاله المريض بالحديث بشكل متكرر وتفصيلي عن هذه الأحداث وإعادة احياء الانفعالات والمعارف والسلوكيات والأحاسيس الجسدية والمعاني التي ارتبطت بهذه الأحداث من خلال سردها بمساعدة المعالج (Schauer, et al, 2011, 34).

2. اضطراب الضغوط التالية للصدمة: هو أحد الاضطرابات المصنفة ضمن "الصدمة والاضطرابات المرتبطة بالضغط" التي يمكن أن تصيب الأشخاص الذين تعرضوا لتجارب مخيفة ومرعبة مهددة للحياة، مثل الكوارث الطبيعية والحوادث والحروب والخطف والاعتصاب والتعذيب وسوء المعاملة الزوجية، والاعتداء الجنسي، والسطو المسلح، أو الأمراض الجسدية الخطيرة (Rostami, 2012, 26).

3. يُعرّف اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة إجرائياً: بأنه الدرجة التي يحصل عليها المفحوص من خلال مجموع درجاته على اختبار تشخيص اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة.

4. البرنامج العلاجي: هو مجموعة من الجلسات الفردية التي يقوم من خلالها المعالج النفسي بسلسلة من الخطوات، التي تبدأ بالتقييم ومن ثم ضمن جو يسوده الفهم الوجداني، والإصغاء الفعال، والانسجام والتقدير الإيجابي غير المشروط بالتعاون ما بين المعالج والمتعالج تبدأ عملية بناء سرد تاريخي لقصة حياة المتعالج

مع التركيز على الخبرات الراضة التي يتم تحويلها لاحقاً إلى سرد مترابط، حيث يسأل المريض بالتفصيل عن المشاعر والأفكار والمعلومات الحسية وردود الفعل الفيزيولوجية لسبر جميع المشاهدات الذاتية ويشجع المتعالج على إعادة إحياء هذه المشاعر بينما هو يسرد من دون فقدانه لاتصاله "بهنا والآن".

❖ حدود البحث:

تتضمن حدود البحث المحددات التالية:

الحدود البشرية: طُبّق البحث على المرضى المشخصين باضطراب ضغوط ما بعد الصدمة من قبل الطبيب النفسي أو طبيب رعاية أولية مدرب على برنامج رأب الفجوة، ويعمل تحت الاشراف، وعددهم (15) مريض ومريضة.

الحدود الزمانية: تم تطبيق أدوات البحث في فترة من بين (2019-2020م).

الحدود المكانية: طُبّق البحث ضمن عيادة نفسية ومراكز صحية في مدينة دمشق.

❖ دراسات سابقة:

أولاً: الدراسات العربية:

1- دراسة الفروخ (2016)، الأردن:

عنوان الدراسة: فاعلية العلاج التعريضي السردى في خفض أعراض اضطراب ضغط ما بعد الصدمة على عينة من اللاجئين السوريين في الأردن.

هدف الدراسة: اختبار فاعلية العلاج بالتعريض السردى في خفض أعراض اضطراب ضغط ما بعد الصدمة لدى عينة من اللاجئين السوريين في الأردن والذين يستوفون معايير اضطراب الضغوط التالية للصدمة.

عينة الدراسة: وتكونت عينة الدراسة من (30) فرداً من اللاجئين السوريين، من كلا الجنسين ومن مستويات تعليمية مختلفة، ويعانون من أعراض اضطراب ضغط ما بعد الصدمة، وقد توزعوا على مجموعتين ضابطة وتجريبية.

أدوات الدراسة: استخدمت الدراسة مقياس دافيدسون لاضطراب ضغط ما بعد الصدمة، وتطبيق البرنامج على المجموعة التجريبية بما يعادل (8-12) جلسة.

نتائج الدراسة: أثبت البرنامج فاعليته في خفض أعراض اضطراب ضغط ما بعد الصدمة لدى أفراد المجموعة التجريبية مقارنة بالضابطة، ولم تظهر الدراسة أثر لمتغيري الجنس والمستوى التعليمي لدى أفراد العينة دالاً إحصائياً قبل تطبيق البرنامج وبعده.

2- دراسة الحلالمة (2020)، الأردن:

عنوان الدراسة: فاعلية برنامج إرشادي مستند إلى علاج التعريض بالسرد في خفض أعراض ضغط ما بعد الصدمة لدى عينة من ضحايا التعذيب.

هدف الدراسة: التحقق من فاعلية برنامج مستند إلى علاج التعريض بالسرد في خفض أعراض اضطراب ضغط ما بعد الصدمة لدى عينة من ضحايا التعذيب.

عينة الدراسة: وتكونت عينة الدراسة من (30) رجلاً من ضحايا التعذيب من السوريين والعراقيين الذين يراجعون مؤسسة نور الحسين والمشخصين بأنهم يعانون من أعراض اضطراب ضغط ما بعد الصدمة، وقد توزعوا على مجموعتين (15) منهم مجموعة ضابطة و(15) مجموعة تجريبية.

أدوات الدراسة: استخدمت الدراسة مقياس ضغط ما بعد الصدمة الذي قام بتطويره السالم، وهو يقيس أعراض اضطراب الأعراض لدى ضحايا التعذيب، وعلى الأبعاد الأربعة للاضطراب.

نتائج الدراسة: أثبت البرنامج فاعليته في خفض أعراض اضطراب ضغط ما بعد الصدمة لدى أفراد المجموعة التجريبية مقارنة بالضابطة، بالإضافة إلى الحفاظ على النتائج والتحسين في المتابعة بعد شهر.

ثانياً: الدراسات الأجنبية:

3- دراسة روجانت وفيز Robjant & Faze (2010):

عنوان الدراسة:

The emerging evidence for Narrative Exposure Therapy: A review.

(الأدلة الناتجة عن العلاج بالتعرض السردى: مراجعة).

هدف الدراسة: جمع كل المعلومات المتوفرة حول التأثيرات العلاجية لـ NET من البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل، وأدلة من البلدان مرتفعة الدخل، وأدلة على فاعلية الـ NET في مجموعة من الدراسات.

عينة الدراسة: بلغ عدد أفراد العينة من مجموع الدراسات، ما يقرب (176) بالغاً و(40) طفلاً ومراهقاً تم علاجهم باستخدام الـ (NET) في الدراسات المنشورة. وذلك بكل من رومانيا، أوغندا، راوندا كبلدان متوسطة ومنخفضة الدخل، والنرويج، ألمانيا، كبلدان مرتفعة الدخل، وأما عينة دراسة الأطفال من سيريلانكا بعمر ما بين (8-14)، وألمانيا ما بين (7-16) وتضمنت العينة كل من اللاجئين والمشردين وطالبي اللجوء، وأشخاص يعيشون في منازلهم، أو في المخيمات، وجميعهم يعانون من اضطراب ما بعد الصدمة.

أدوات الدراسة: استخدمت الدراسة المراجعة المنهجية لمجموعة من الدراسات التي استخدمت الأدوات التالية: مقياس بيك للاكتئاب (BDI)، مقياس اضطراب ما بعد الصدمة (CAPS)، المقابلة التشخيصية الدولية (CIDI)، مقياس تصنيف هاملتون للاكتئاب (HRSD)، العلاج الشخصي (IPT)، قائمة مراجعة أعراض هوبكنز (HSCL-25)، مقابلة طبية نفسية صغيرة دولية (MINI)، العلاج بالتعرض السري، مقياس تشخيص الإجهاد اللاحق للصدمة (PDS)، التربية النفسية (PED)، الاستشارة الداعمة (SC)، الاستبيان الصحي القصير (SF-12)، استبيان الإبلاغ الذاتي (SRQ-20)، استشارات الصدمات (TC)، العلاج العادي (TAU)، مؤشر (UCLA PTSD).

نتائج الدراسة: تلخص هذه المراجعة الأدلة المتوفرة على الـ (NET)، عدد من النتائج المثيرة للاهتمام من خلال هذه الدراسات، حيث تظهر جميعها انخفاضاً كبيراً في شدة أعراض اضطراب ما بعد الصدمة لدى أولئك الذين عولجوا بالـ (NET) ومعظم هذه النتائج يتم الحفاظ عليها عند المتابعة. ومعدلات التسرب من العلاج منخفضة، وقد تم تدريب المستشارين غير المتخصصين على إدارة الجلسات بشكل فعال بعد ستة أسابيع فقط من التدريب. كما ثبتت فاعليته في عدد من البيئات المختلفة، في كل من البلدان المرتفعة والمنخفضة الدخل، وكذلك لدى المصابين باضطراب ما بعد الصدمة المزمن. كما ثبتت فعالية الـ (KIDNET) في الحد من أعراض اضطراب ما بعد الصدمة لدى الأطفال حيث تضمنت هذه الدراسات أطفالاً لا تتجاوز أعمارهم (8) سنوات.

عنوان الدراسة:

Does dissociation moderate treatment outcomes of narrative exposure therapy for PTSD? A secondary analysis from a randomized controlled clinical trial.

(هل تأثر الأعراض التفككية على نتائج علاج اضطراب ما بعد الصدمة عند استخدام التعرض السريدي؟ تحليل لتجربة سريرية معشاه).

هدف الدراسة: هدفت الدراسة إلى معرفة ما إذا كان الانفصال عن الواقع وتبدد الشخصية يؤثران على نتائج العلاج بالتعرض السريدي والعلاج المعتاد بين عينة من اللاجئين المصابين بصدمات شديدة، من خلال تحليل لتجربة عشوائية تم نشرها، تقارن بين فاعلية الـ NET، والعلاج المعتاد (TaU) (treatment as usual) لعلاج اضطراب ما بعد الصدمة لدى طالبي اللجوء واللاجئين. الـ (TaU)، هو أي تدخل يستخدمه المعالجون عادة، والتي تركز بشكل أساسي على المساعدة في بعض المشكلات مثل: صعوبات النوم، وأعراض الاكتئاب، والمشاكل المتعلقة بإجراءات اللجوء والمسائل العملية).

عينة الدراسة: تتكون العينة من (81) شخص من اللاجئين الذين تمت إحالتهم إلى العلاج النفسي في العيادات الخارجية في منطقة منتصف النرويج الصحية. تم تشخيصهم باضطراب ما بعد الصدمة، معظمهم من العراق وأفغانستان أو الدول الأفريقية، ومتوسط عمر العينة (35) سنة، وقد أبلغ المشاركون عن تجارب حياة مؤلمة متعددة.

أدوات الدراسة: تم تطبيق مقياس اضطراب ما بعد الصدمة الذي يديره الطبيب (CAPS) والذي يضم ثلاثة عناصر تقيس أعراض الانفصال. ومقياس هاملتون للاكتئاب.

نتائج الدراسة: توصلت الدراسة إلى أن الأعراض الانفصالية وتبدد الشخصية لا يخففان من نتائج علاج الـ (NET) أو (TaU) بين اللاجئين المصابين باضطراب الشدة ما بعد الصدمة، في الواقع هناك العديد من الدراسات التي أكدت أن الأعراض الانفصالية لا تخفف من نتيجة العلاج للعلاجات القائمة على التعرض، ولكن في هذه الدراسة

امتدت النتائج لتشمل الـ (NET). وبالتالي، هي ليست موانع للعلاج. كما أن النتيجة الأكثر اتساقاً في هذه الدراسة هي أن الـ (NET) كان مرتبطاً بنتائج أفضل مقارنةً بـ (TaU)، باستثناء أعراض الاكتئاب عند المتابعة.

5- دراسة جاكوبا وآخرون (Jacoba, et al (2014):

عنوان الدراسة:

Dissemination of Psychotherapy for Trauma Spectrum Disorders in Post conflict

Settings: A Randomized Controlled Trial in Rwanda.

(توسيع العلاج النفسي لاضطرابات طيف الصدمات في ظروف ما بعد الصراع: تجربة معشاة ذات شواهد في رواندا).

هدف الدراسة: هدفت الدراسة إلى توسيع المعرفة حول العلاجات عالية الجودة بشكل مستدام في جميع أنحاء المناطق التي لديها وصول محدود إلى خبراء الصحة العقلية، وذلك من خلال تدريب مدربين من المهنيين المحليين على تقديم العلاج بالتعرض السردي، حيث يقوم الخبراء بتدريب مجموعة أولى من المهنيين المحليين والإشراف على تدخلاتهم العلاجية من خلال سلسلة من التدريبات، ثم تقوم هذه المجموعة بتدريب مجموعة ثانية والإشراف عليها، مع الاستمرار في استشارة الخبراء، إن لزم الأمر.

عينة الدراسة: شملت مجموعة من الأرامل والأيتام الناجين من الإبادة الجماعية في رواندا، والمشخصين باضطراب ما بعد الصدمة، ومجموعتين من المهنيين المحليين (NET-1) وعددها (38) شخص (جيل النشر الأول)، ومجموعة (NET-2) على قائمة الانتظار (جيل النشر الثاني) وعددها أيضاً (38) شخص، ومن ثم انتقاء مدربين من المجموعة الأولى استناداً لمهاراتهم العلاجية لتدريب الجيل الثاني ومن ثم مقارنة النتائج.

أدوات الدراسة: استخدمت الدراسة مجموعة من الأدوات التشخيصية لقياس أعراض اضطراب ما بعد الصدمة، وهي: (PSS) وقائمة مراجعة أعراض هوبكنز (HSCL)، والمقابلة المصغرة الدولية للطب النفسي العصبي (M.I.N.I.) ومن ثم تطبيق مقياس (CAPS) للذين استوفوا معايير تشخيص اضطراب ما بعد الصدمة. بالإضافة إلى دليل ميداني من اعداد مدربين ذوي خبرة في الـ NET، لتدريب جيلي النشر الأول والثاني.

نتائج الدراسة: وجدت الدراسة في الخطوة الأولى، وبعد متابعة (6) أشهر تحسن حالة الصحة العقلية بشكل ملحوظ في مجموعة العلاج الأولى التي قدمتها (NET-1). وفي الخطوة الثانية، عندما قام جيل النشر الأول بتدريب الجيل الثاني على تقديم العلاج. وجدت الدراسة تحسناً مماثلاً لتلك الخاصة بالمشاركين في (NET-2)، مع تحسن مثبت في أعراض اضطراب ما بعد الصدمة في (29) (76%) من أصل (38) مشارك في (NET-1) وفي (26) (68%) من (38) مشارك في (NET-2) بالإضافة إلى تحسن الأداء الوظيفي في الحياة اليومية في كلا المجموعتين. كما كان عدد المتسربين من العلاج منخفضاً، (يتم واحد فقط في كل مجموعة توقف عن العلاج). وبالتالي، هناك فوائد كبيرة ومستقرة تؤكد جدوى ونجاح علاج اضطراب ما بعد الصدمة للمشاركين الذين تلقوا العلاج من معالجي الجيل الثاني. فقد توصلت الدراسة إلى أنه ليس فقط من الممكن تقديم العلاج من قبل مهنيين مدربين بشكل فعال، بل يمكنهم بدورهم تدريب آخرين لتقديم العلاج النفسي بشكل فعال أيضاً.

6- دراسة كريش و كريش Grech & Grech (2019):

عنوان الدراسة:

A Comparison of Narrative Exposure Therapy and Non-Trauma-Focused Treatment in Post-Traumatic Stress Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis.

(مقارنة بين العلاج بالتعرض السردي والعلاج غير المركز على الصدمات في علاج اضطراب ما بعد الصدمة: مراجعة منهجية وتحليل تلوي).

هدف الدراسة: مراجعة مجموعة من الأدبيات لمعرفة فاعلية الـ (NET) في علاج أعراض اضطراب ما بعد الصدمة مقارنة بالعلاج غير المركز على الصدمات (NTFT).

عينة الدراسة: تناولت الدراسة مجموعة من الدراسات تضمنت عينتها بالمجمل (425) ومن جميع الفئات العمرية (تراوح متوسط الأعمار من 11 سنة إلى 69 سنة)، والجنسيات (أفغانستان والعراق وتركيا وأفريقيا وأوغندا والبلقان ورومانيا ورواندا والسودان وسيرلانكا)، ومن الذكور والإناث الذين شخصوا سريريًا باضطراب ما بعد الصدمة البسيط

أو المعقد. وقد أجريت ثلاث دراسات في ألمانيا، واثنان في أوغندا، واحدة في النرويج، وواحدة في رومانيا، وواحدة في الولايات المتحدة الأمريكية، وواحدة في رومانيا، وواحدة في سيرلانكا.

أدوات الدراسة: استخدمت الدراسات المتضمنة أدوات التقييم التالية: مقياس اضطراب ما بعد الصدمة (CAPS)، مقياس تشخيص الإجهاد اللاحق للصدمة (PDS)، مؤشر (UCLA PTSD)، المقابلة التشخيصية الدولية المركبة (CID)، استبيان هارفارد للصدمة.

وقد كان العلاج بالتعرض السردي هو التدخل التجريبي من خلال (10) جلسات تقريباً. وجميعها ركزت على التواصل الفردية وجهاً لوجه. أما تدخلات المقارنة التي ركزت على الصدمات فشملت:

- الاستشارة الداعمة، نظراً لكونها غير محددة بطبيعتها، وتميل إلى الاستماع الفعال وتقديم المشورة وإيجاد الحلول وربما توجيه الحوار نحو خطط محددة لتغيير وضع الشخص.
- التنقيف النفسي، وشمل التنقيف حول التأثيرات المتعددة الأوجه للصدمة على الجسم والعقل والعلاقات الاجتماعية، تليها معلومات حول الكفاءة النفسية والاجتماعية، مثل التنقيف الانفعالي وحل المشكلات.
- العلاج الدوائي، ويتألف من مضادات الذهان ومضادات الاكتئاب.
- الالتحاق الأكاديمي، فقد كان الانقطاع عن التعليم موضوعاً مثيراً للقلق لدى الشباب المختطفين سابقاً، لذا تم تطوير دورات مكثفة للتعويض، حيث خصص المستشارين (55%) من إجمالي وقتهم في التدريب الأكاديمي بينما تم تخصيص بقية الوقت بالتساوي للتنقيف النفسي، وإجراء مناقشات حول التعامل مع الأعراض، المشكلات الحالية.
- العلاج الشخصي (IPT)، هو علاج يستمر من (12 إلى 16 أسبوعاً) مع مرحلة أولية تتطلب من المعالج تحديد التشخيص، ومن ثم مراجعة أنماط العلاقات الخاصة بالمريض، والقدرة على الحميمية، وتقييم العلاقات الحالية.
- الاسترخاء والتأمل، حيث تبدأ الجلسة الأولى بالتنقيف النفسي وتقييم شامل لمشاكل الحالية، وتنتهي بتمرين التنفس. (15) دقيقة على الأقل.

- علاج اضطراب الشخصية الحدية، كعلاج للمرضى الخارجيين، وشملت عناصر (DBT)، والتثقيف النفسي، والاستشارات الداعمة، وتقوية الموارد الفردية للمشاركين، وتقديم المساعدة في حل المشكلات اليومية، وتحسين مهارات التأقلم والتدخل في الأزمات.

نتائج الدراسة: في هذه المراجعة، كانت النتيجة الأولية المقاسة في جميع الدراسات، هي تغيرات في أعراض اضطراب ما بعد الصدمة، حيث كان الاختلاف في متوسط الدرجات بعد (3-6) أشهر بين مجموعة الـ (NET) ومجموعة الـ (NTFT) لصالح الـ (NET) ولكن اختلفت مستوى الدلالة والأهمية من دراسة لأخرى، وفي بعض الدراسات ظهرت فروق واضحة في الدرجات الإجمالية بما يخص أعراض التجنب والاستثارة، بينما التغيرات في درجات الأعراض الاقتحامية لم تكن ذات دلالة كبيرة. ولكن بعد ستة أشهر من العلاج، لم يعد معظم المشاركون في برنامج الـ (NET) يستوفون معايير التشخيص السريري لاضطراب ما بعد الصدمة.

ظهرت نتائج مماثلة في دراسة أخرى، حيث كان هناك تحسن كبير في شدة الأعراض لدى مجموعة الـ (NET) وبالمقابل كان لدى مجموعة الـ (NTFT) تفاقم في الأعراض، وبعد أربعة أشهر من المتابعة، لم يعد ما يقرب من نصف المشاركين في برنامج الـ (NET) يستوفون معايير تشخيص اضطراب ما بعد الصدمة في حين أن جميع المرضى في المجموعة الأخرى لا يزالون مصابين باضطراب ما بعد الصدمة بعد فترة الانتظار نفسها. وهناك بعض الدراسات لم تثبت أن الـ (NET) أكثر فائدة من الـ (NTFT)، وذلك بعد ستة أشهر من العلاج، ولكن كان هناك اختلاف وحيد ومهم تم اكتشافه وهو الوقت فعلى الرغم من الفعالية المماثلة الواضحة لـ (NET) والـ (NTFT)، لاحظ المؤلفون أنه في حال الـ (NET)، تم الحصول على النتائج بجلسات علاجية أقل مقارنة بالـ (NTFT) وهذا الاستنتاج مهم من حيث التكلفة.

7- دراسة دي لي ري وآخرون (De la Rie, et, al (2020):

عنوان الدراسة:

Feasibility of narrative exposure therapy in an outpatient day treatment programme for refugees: improvement in symptoms and global functioning.

(فاعلية برنامج علاجي باستخدام التعرض السريدي لدى المرضى من اللاجئين في العيادات الخارجية: تحسن الأعراض والوظائفية بشكل عام).

هدف الدراسة: التحقق من جدوى الـ NET كجزء من برنامج علاجي يومي للمرضى اللاجئين ضمن العيادات الخارجية، في الحد من أعراض اضطراب ما بعد الصدمة وتحسن الوظائفية.

عينة الدراسة: بلغت عينة الدراسة (97) شخص جميعهم من اللاجئين الذين دخلوا برنامج العلاج اليومي للمرضى الخارجيين لاضطراب ما بعد الصدمة وذلك في ARQ Centrum وهو معهد هولندي للصحة العقلية، متخصص في علاج الأمراض النفسية المرتبطة بالصدمات والخسارة، بسبب الحرب والعنف المنظم. والعينة من اللاجئين الذين لا يمكن علاجهم في مراكز رعاية الصحة العقلية العامة بسبب تعقيد أو شدة شكاوهم أو الذين لم يظهروا استجابة كافية للعلاج في مكان آخر.

أدوات الدراسة: استخدمت الدراسة مقياس (CAPS-IV) وهو مقابلة مقننة تستوفي معايير التشخيص لاضطراب ما بعد الصدمة في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية. كما استخدمت مقياس (GAF) وهو مقياس تقييم الوظائفية. ومن ثم الخضوع للبرنامج العلاجي المكون من ثلاثة مراحل، ومدة كل مرحلة (4) أشهر حيث يستمر البرنامج لمدة عام واحد:

المرحلة الأولى: تركز على بناء الثقة والدعم داخل المجموعة وتعلم بعض المهارات كتنظيم الانفعالات وأنماط النوم ومهارات التأقلم، تبادل الخبرات (الإيجابية والسلبية) والتعبير عن المشاعر، مساعدة المرضى في السيطرة على عدم الاستقرار الانفعالي، والأعراض الجسدية للقلق.

المرحلة الثانية: العلاج بالتعرض السريدي من خلال التركيز على المعالجة الانفعالية والمعرفية للتجارب الصادمة.

المرحلة الثالثة: دمج التجارب الصادمة في فترة الحياة، وتحويل الانتباه من الماضي إلى الحاضر ووضع الخطط المستقبلية.

نتائج الدراسة: من (97) مريضاً، أكمل (76) مريض أكملوا العلاج بشكل كامل، وكانوا من الذين لديهم كان إقامة أطول في هولندا، وغالباً لديهم شريك. لوحظ انخفاض دال احصائياً في أعراض اضطراب ما بعد الصدمة وتحسناً

في الوظائفية. وأكدت الدراسة على أن النتائج تشير إلى أن البيئة المعيشية الداعمة اجتماعياً تعزز قبول العلاج الذي يركز على الصدمات لدى اللاجئين.

8- دراسة شنيدر وآخرون (2020) Schneider, et, al:

عنوان الدراسة:

Does cumulative exposure to traumatic stressors predict treatment outcome of community- implemented exposure-based therapy for PTSD?

(هل يتنبأ التعرض التراكمي للضغوط الصادمة بنتائج العلاج القائم على التعرض الذي ينفذه المجتمع من أجل اضطراب ما بعد الصدمة؟).

هدف الدراسة: هدفت الدراسة الحالية إلى معرفة ما إذا كان الناجون الذين يعانون من مستويات شديدة من الصدمات، والذين يحتاجون إلى علاج لصدمات متعددة يمكن معالجتهم بشكل فعال وأمن من قبل الأفراد العاديين المحليين. وذلك من خلال دراسة تأثير حمل الصدمة بشكل منهجي على نتيجة العلاج القائم بالتعرض باستخدام الـ NET الذي يقدمه مستشارون عاديون مدربون على عينة كبيرة من الناجين من تجارب صدمة متعددة في شمال أوغندا. ومتابعة التأثير بعد المعالجة ب (4) أشهر و(10) أشهر لتقييم الآثار طويلة المدى للعلاج، والانتكاسات المحتملة.

عينة الدراسة: بلغت عينة الدراسة (323) من الناجين من حرب المتمردين في شمال أوغندا، والذين تأثروا بشدة بالعديد من الأحداث المؤلمة بما في ذلك الاختطاف والتجنيد القسري والقتل والعنف الجنسي... والذين استوفوا معايير تشخيص اضطراب ما بعد الصدمة، ولم يخضعوا لعلاج سابق يركز على الصدمة، ولا توجد علامات حالة لتعاطي الكحول أو المخدرات، أو أعراض ذهانية، وتراوحت أعمار العينة ما بين (18- 62) عاماً.

أدوات الدراسة: استخدمت الدراسة مقياس تشخيص الإجهاد اللاحق للصدمة (PDS)، بالإضافة إلى قائمة مكونة من (62) عنصر، تضم الأحداث الصادمة العامة، (مثل الحوادث، والكوارث الطبيعية، والاغتصاب)، والأحداث المتعلقة بالحرب (مثل القتال، والاقتراب من هجوم بالقنابل...) والعديد من الفئات الخاصة بالحرب (مثل الإجبار

على قطع الأذنين والشفنتين، الاجبار على أكل لحم الإنسان). بالإضافة إلى برنامج العلاج بالتعرض السري الذي قام خلاله خبراء دوليين بتدريب أفراد عادييين لتطبيقه على العينة وذلك لمدة 8 أسابيع، ومع الاشراف المنظم.

نتائج الدراسة: انخفضت أعراض اضطراب ما بعد الصدمة بشكل ملحوظ ودال احصائياً، بعد إكمال البرنامج العلاجي، وذلك عند تطبيقه بواسطة مستشارون حاصلون على تدريب يركز على الصدمات في المناطق فقيرة الموارد، لم تعثر الدراسة على دليل يشير إلى أن (NET) التي ينفذه المجتمع يظهر تأثيراً تفضلياً عبر عدد الأحداث الصادمة التي تم التعرض لها. أي، كان حدوث التغييرات المهمة سريرياً، مستقلاً عن حمل الصدمة. أي أن الأفراد الذين عانوا من عدد كبير من أنواع الأحداث الصادمة المختلفة يمكن أن يحصلوا على انخفاضاً كبيراً في الأعراض وتأثير طويل الأمد بعد العلاج بالـ (NET) بواسطة موظفين عادييين مدربين.

9- دراسة لويس وآخرون (Lewis, et al (2020):

عنوان الدراسة:

Dropout from psychological therapies for posttraumatic stress disorder (PTSD) in adults: systematic review and meta-analysis.

(التسرب من العلاجات النفسية لاضطراب ما بعد الصدمة (PTSD) عند البالغين: مراجعة منهجية وتحليل تلوي).
هدف الدراسة: مراجعة مجموعة من الدراسات المعشاة لمعرفة معدلات التسرب من العلاج من خلال الطرائق المختلفة من العلاجات النفسية لاضطراب ما بعد الصدمة لمراجعة فعاليتها.

عينة الدراسة: راجعت الدراسة (115) تجربة معشاة ذات شواهد، من (7724) شخصاً، أعمارهم (18) وما فوق، وأبلغت عن تسرب بعض أفراد العينة في تقييم ما بعد المعالجة (3 أشهر أو أكثر). وذلك في (أستراليا، كندا، الصين، الدنمارك، ألمانيا، إيران، إيطاليا، اليابان، هولندا، النرويج، البرتغال، رومانيا، رواندا، إسبانيا، السويد، سويسرا، تايلاند، تركيا / سورية، أوغندا، أمريكا).

أدوات الدراسة: مراجعة منهجية لمعدلات التسرب من العلاجات النفسية واستكشاف أسباب عدم التجانس باستخدام الانحدار التلوي، وذلك لـ (28) علاجاً نفسياً.

نتائج الدراسة: توصلت هذه الدراسة إلى أن التسرب ظاهرة معقدة، تختلف باختلاف العلاجات ومجموعات التشخيص المختلفة، وأن معدلات التسرب من العلاجات النفسية الموصى بها لاضطراب ما بعد الصدمة مرتفعة، ويبدو أن هذا ينطبق بشكل خاص على التدخلات التي تركز على الصدمة. حيث بلغ المعدل الاجمالي للتسرب من العلاجات النفسية لاضطراب ما بعد الصدمة (16%)، وهناك دليل على عدم التجانس الكبير خلال الدراسات، وهناك أدلة على أن العلاجات النفسية التي تركز على الصدمة ارتبطت بشكل كبير بزيادة التسرب، على عكس العلاجات المقدمة بشكل جماعي، وأوصت بمزيد من الدراسات لمعرفة أسباب التسرب، والبحث عن طرق لمتابعة المرضى للعلاج.

10- دراسة بارك وآخرون (Park, et, al (2020)، كوريا:

عنوان الدراسة:

Effects of Narrative Exposure Therapy on Posttraumatic Stress Disorder, Depression, and Insomnia in Traumatized North Korean Refugee Youth.

(أثر العلاج بالتعرض السردى على اضطراب ما بعد الصدمة والاكتئاب والأرق لدى الشباب اللاجئين الكوريين الشماليين المصابين بصدمات نفسية).

هدف الدراسة: هدفت إلى فحص فاعلية العلاج بالتعرض السردى على الأعراض المرتبطة باضطراب الضغوط التالية للشدة، والاكتئاب، والأرق، مع مجموعة ضابطة تتلقى (TAU) العلاج المعتاد، بالإضافة إلى تتبع التحسن بعد 3 و 6 أشهر.

عينة الدراسة: شملت الدراسة (20) شاباً من اللاجئين الكوريين المصابون باضطراب ما بعد الصدمة، بمتوسط عمر (19) عاماً (المدى: 16-24). (9) منهم خضعوا لبرنامج العلاج السردى، و(11) لمجموعة العلاج المعتاد. **أدوات الدراسة:** استخدمت الدراسة مقياس (UCLA PTSD) مؤشر اضطراب ما بعد الصدمة لـ DSM-IV، ولتقييم أعراض الأرق، مؤشر شدة الأرق المكون من سبعة عناصر الـ (ISI) ولتقييم أعراض الاكتئاب (PHQ-9)، و استبيان نقاط القوة والصعوبات (SDQ)

نتائج الدراسة: أظهرت الدراسة فرق كبير في الدرجات لصالح مجموعة الـ (NET) بجميع الخصائص السريرية، بالنسبة لشدة أعراض اضطراب ما بعد الصدمة، ولوحظ انخفاض حدة الأعراض بشكل ملحوظ في مجموعة (NET) ما بين الاختبار القبلي واختبار المتابعة بعد ثلاثة أشهر، ولم يلاحظ ذلك في مجموعة (TAU)، وبعد ستة أشهر من العلاج، كان خمسة من 11 مشاركاً في مجموعة (TAU) لا يزال لديهم أعراض تشخيصية لاضطراب ما بعد الصدمة، في حين أن جميع المشاركين في مجموعة الـ (NET) قد فقدوا حالتهم التشخيصية تماماً، كما أظهرت مجموعة الـ (NET) تحسناً ملحوظاً في أعراض الأرق ونوعية النوم، في حين أن مجموعة (TAU) لم تظهر ذلك. بالنسبة لأعراض الاكتئاب لاحظت الدراسة حدوث انخفاض في الأعراض في كل من حالات (NET و TAU)، ولكن كان الانخفاض الموجود في مجموعة (NET) أكبر بشكل ملحوظ وكان مهماً سريرياً. وقد أبلغ المشاركون في مجموعة (TAU) عن مستويات سريرية من اضطراب ما بعد الصدمة المتبقي وأعراض الاكتئاب بعد انتهاء العلاج.

11- دراسة ستيفين وآخرون Stevens et al (2020)، المملكة المتحدة:

عنوان الدراسة:

Exposure therapy for PTSD during pregnancy: a feasibility, acceptability, and case series study of Narrative Exposure Therapy (NET)

(علاج التعرض لاضطراب ما بعد الصدمة أثناء الحمل: دراسة الجدوى والقبول ودراسة حالة مجموعة من العلاج بالتعرض السريدي (NET))

هدف الدراسة: هدفت إلى معرفة فاعلية العلاج بالتعرض السريدي وقبوله من قبل مجموعة من السيدات الحوامل اللاتي يعانين من أعراض اضطراب ما بعد الصدمة.

عينة الدراسة: شملت الدراسة (8) مشاركات حوامل، متوسط أعمارهن (27) عاماً ما بين (19-35)، ومتوسط أسبوع الحمل (22.5) أسبوعاً.

أدوات الدراسة: استخدمت الدراسة مقياس (CAPS-5) لقياس شدة أعراض اضطراب ما بعد الصدمة، و قائمة مراجعة اضطراب ما بعد الصدمة (PCL-5)، ولتقييم أعراض الاكتئاب (EPDS) لقياس الاكتئاب حول الولادة،

بالإضافة إلى استخدام قائمة مراجعة أحداث الحياة (LEC) لتقييم تاريخ حدث مؤلم واحد على الأقل من المعيار A، واستبيان القبول والجدوى (NAQ).

نتائج الدراسة: تم تقييم اضطراب ما بعد الصدمة وأعراض الاكتئاب قبل العلاج وبعده مباشرة، وأيضاً بعد أسبوع، وتم استخدام نهج دراسة الحالة، لفحص الفاعلية والمشاركة، والاحتفاظ، وإكمال العلاج. وأشارت النتائج إلى أن غالبية المشاركين أكملوا عدداً مناسباً من جلسات العلاج على الرغم من العوائق الكبيرة، وتوقعوا أنهم سيكونون قادرين على التعافي من الصدمات السابقة، وكانوا راضين عن العلاج، ووجدوا أن (NET) مقبول وذات صلة باحتياجاتهم الانفعالية، وأظهروا انخفاضاً مهماً سريرياً في اضطراب ما بعد الصدمة وأعراض الاكتئاب، وتوصلت الدراسة إلى أنه من الممكن تقديم علاج موجز لاضطراب ما بعد الصدمة قائم على الأدلة أثناء الحمل.

12- دراسة كالتنباش وآخرون (Kaltenbach et al (2020)، ألمانيا:

عنوان الدراسة:

Trajectories of posttraumatic stress symptoms during and after Narrative

Exposure Therapy (NET) in refugees

(أثر مسارات أعراض اضطراب ما بعد الصدمة أثناء وبعد العلاج بالتعرض السردى (NET) لدى اللاجئين)

هدف الدراسة: التحقيق في مسار أعراض اضطراب ما بعد الصدمة والعوامل المؤثرة المحتملة أثناء مسار العلاج بالتعرض السردى (NET) لدى عينة من اللاجئين الذين يعيشون في ألمانيا، وذلك من خلال ملء قائمة مراجعة اضطراب ما بعد الصدمة قبل كل جلسة علاج وأثناء مقابلات المتابعة، من خلال المريض نفسه. ويقوم المعالجون بتوثيق أحداث الحياة الإيجابية والسلبية بالإضافة إلى محتوى جلسات العلاج بشكل مستمر. بالإضافة إلى ذلك، أجريت المقابلات السريرية المنظمة قبل العلاج وفي نقاط المتابعة الزمنية.

عينة الدراسة: شملت الدراسة (26) لاجئ استوفوا معايير اضطراب ما بعد الصدمة، (6) منهم تحت 18 سنة، حيث تراوحت الأعمار ما بين (14-16) سنة، (10) منهم من الإناث، والأغلبية في هذه العينة من أفغانستان (42%)، دول غرب آسيا (27%)، ودول غرب إفريقيا (15%). وقد تم تشخيص الاكتئاب الشديد لدى (58%) منهم.

أدوات الدراسة: استخدمت الدراسة مقياس (PCL-C) لقياس أعراض اضطراب ما بعد الصدمة، وقائمة التحقق من الحدث (PSS-I) وقائمة مراجعة أحداث الحياة (LEC-5)، ومقياس (PHQ-9) لقياس أعراض الاكتئاب، و تم تقييم الأداء اليومي المتعلق بأعراض اضطراب ما بعد الصدمة من خلال التقييمات الذاتية قبل كل جلسة NET وكذلك في مقابلات المتابعة.

نتائج الدراسة: عند فحص مسار أعراض اضطراب ما بعد الصدمة أثناء العلاج بالـ NET، تم العثور على انخفاض كبير في الأعراض بين جلسة العلاج الأولى والربع الأول والثاني والثالث والأخير من العلاج. وعند الفحص الدقيق، أظهر الأفراد انخفاض أعراضهم الرئيسية في نقاط زمنية مختلفة خلال الـ NET، المستجيبون السريعون، والمستجيبون البطيئون، وعدم الاستجابة الفورية أثناء العلاج. كما أن التعرض لم يؤدي إلى زيادة أو تفاقم الأعراض، إلا من خلال عامل واحد فقط يمكن أن يشير زيادة مؤقتة في الأعراض، وهو تجربة أحداث حياة مجعدة جديدة تم الإبلاغ عنها ذاتياً أثناء العلاج. أيضاً هناك (42%) من المشاركين لم يظهروا أي تحسن ملحوظ في نهاية العلاج، ومن بينهم (78%) أظهروا استجابة متأخرة خلال فترة المتابعة.

13- دراسة ستيناو وآخرون (Steuwe et al (2021)، ألمانيا:

عنوان الدراسة:

Narrative Exposure Therapy in Patients With Posttraumatic Stress Disorder and Borderline Personality Disorder in a Naturalistic Residential Setting: A Randomized Controlled Trial

(العلاج بالتعرض السردي لدى المرضى الذين يعانون من اضطراب ما بعد الصدمة واضطراب الشخصية الحدية في بيئة سكنية طبيعية: تجربة معشاة ذات شواهد)

هدف الدراسة: هدفت إلى معرفة فعالية علاج التعرض السردي (NET) والعلاج القائم على السلوك الجدلي

(DBT) للمرضى الذين شخصوا باضطراب الشخصية الحدية (BPD) واضطراب ما بعد الصدمة المصاحب

(PTSD) وذلك من خلال تجربة عشوائية.

عينة الدراسة: شملت الدراسة (60) مشاركة، تراوحت أعمارهن بين (18 و 65) عاماً، تم تشخيصهن باضطراب

الشخصية الحدية واضطراب ما بعد الصدمة.

أدوات الدراسة: استخدمت الدراسة مقياس (CAPS-5) لقياس أعراض اضطراب ما بعد الصدمة، و (PDS) لقياس شدة الأعراض، والمقابلة السريرية المنظمة لاضطرابات المحور الأول (SCID-I) DSM-IV واضطرابات المحور الثاني (SCID-II)، ومقياس بيك لقياس أعراض الاكتئاب، بالإضافة إلى استخدام استبيان جودة الحياة لمنظمة الصحة العالمية (WHOQOL)، واستبيان مقياس الخبرات الانفصالية (DES).

نتائج الدراسة: تم التقييم بعد العلاج وبعد 12 شهر، وكانت النتيجة الأولية هي التحسن في شدة أعراض اضطراب ما بعد الصدمة في كلا العالجين، وبمرور الوقت، ولكن كان التحسن أكثر وضوحاً في مجموعة الـ NET. حيث نتج عنه معدل تحسن أعلى مقارنة بالعلاج الجدلي، وكانت نتائج التحسن مصحوبة بتحسين الأعراض الحدية في جميع الحالات. تُظهر هذه الدراسة قيمة العلاج الذي يركز على الصدمات لدى المرضى الذين يعانون من (BPD) و (PTSD) للشفاء من كلا الاضطرابين، وفي متابعة 12 شهر تبين أن نسبة المرضى الذين تلقوا العلاج الجدلي (6.2%) فقط تحسنت أعراض اضطراب ما بعد الصدمة لديهم، بينما كانت أعلى بكثير في المرضى الذين تلقوا العلاج السري.

14- دراسة فان وآخرون (Fan et al (2021)، تشانينغ/ الصين:

عنوان الدراسة:

The effects of narrative exposure therapy on COVID-19 patients with post-traumatic stress symptoms: A randomized controlled trial.

(أثر العلاج بالتعرض السري على مرضى COVID-19 الذين يعانون من أعراض اضطراب الضغوط التالية للصدمة: تجربة معشاة ذات شواهد)

هدف الدراسة: هدفت الدراسة إلى معرفة فعالية الـ NET في علاج أعراض ما بعد الصدمة لدى عينة من مرضى COVID-19 الذين تماثلوا للشفاء، وذلك في 3 مستشفيات متخصصة لعلاج COVID-19.

عينة الدراسة: شملت الدراسة ككل (111) مابين مجموعتين، الأولى مجموعة العلاج بالتعرض السري والثانية مجموعة ضابطة تلقت تدخلات نفسية اعتيادية، كان معظم المشاركين في مجموعة العلاج من الإناث (62.16%) وكان متوسط أعمارهم (46.38) سنة، ومتوسط أيام عزلهم (40.72) يوماً، وكان معظمهم (79.28%) من مرضى

(COVID-19) الذين يعانون من أعراض خفيفة، وكان (38) منهم يعانون من أمراض مصاحبة مزمنة، و (18) يعانون من ارتفاع ضغط الدم، و(12) مصاب بداء السكري، وخمسة يعانون من أمراض القلب التاجية، وأربعة يعانون من مرض الانسداد الرئوي المزمن وبعضهم يعانون من أمراض مزمنة أخرى.

أدوات الدراسة: استخدمت الدراسة مقياس (PCL-C) لقياس أعراض اضطراب ما بعد الصدمة، ومقياس (SDS) لقياس أعراض الاكتئاب، و (SAS) لقياس القلق، ومؤشر جودة النوم في (PQSI).

نتائج الدراسة: بينت الدراسة تحسن أعراض الـ (PTSD) بجميع أبعاده مقارنة بالمجموعة الضابطة. كما كان هناك فرق بين درجات المفحوصين ما بين الاختبارين السابق مقابل اللاحق في مجموعة الـ NET، وبشكل كبير لصالح المجموعة العلاجية، ولم يكن هناك فرق ذات دلالة بين مجموعة NET والمجموعة الضابطة فيما يتعلق بتحسين الاكتئاب والقلق واضطرابات النوم، ومع ذلك، حيث أظهرت كلتا المجموعتين تحسناً ملحوظاً في الأعراض المذكورة بمرور الوقت.

15- دراسة بريدي وآخرون Brady, et, al (2021)، المملكة المتحدة:

عنوان الدراسة:

Narrative exposure therapy for survivors of human trafficking: feasibility randomised controlled trial.

(العلاج بالتعرض السردي للناجين من الاتجار بالبشر: دراسة عشوائية ذات شواهد).

هدف الدراسة: هدفت إلى اختبار جدوى وقبول تجربة معيشة ذات شواهد (RCT) تقدم العلاج بالتعرض السردي كعلاج لاضطراب ما بعد الصدمة لدى الناجين من الاتجار بالبشر ولديهم تاريخ من الأحداث الصادمة المتعددة، وكذلك تقديم أدلة بشأن فعاليتها في الحد من أعراض الـ (PTSD) والاكتئاب والقلق لدى الناجين من الاتجار.

عينة الدراسة: شملت الدراسة (25) من الناجين من الاتجار (الذين تعرضوا إلى أشكال مختلفة ومتعددة من الاستغلال) ولديهم تشخيص اضطراب ما بعد الصدمة، وقدم العلاج لهم في مؤسسة خيرية مقرها المملكة المتحدة، تقدم رعاية متخصصة للأفراد الذين تعرضوا لانتهاكات حقوق الإنسان. وقد تلقوا جلسات التعرض السردي بمعدل جلسة أسبوعياً، من 90-129 دقيقة.

أدوات الدراسة: استخدمت الدراسة مقياس (CAPS-5) لقياس شدة أعراض اضطراب ما بعد الصدمة، وقائمة مراجعة اضطراب ما بعد الصدمة (PCL-5)، مقياس التفكك (Shu-Dis)، ولتقييم الاكتئاب (PHQ-9)، ومقياس اضطراب القلق المعمم (GAD-7).

نتائج الدراسة: أظهرت الدراسة انخفاض كبير في شدة أعراض اضطراب ما بعد الصدمة، والاكتئاب وأعراض القلق بعد العلاج في مجموعة الـ NET، ذات دلالة إحصائية وحجم تأثير كبير (2.36)، وبالمقابل، لم يكن هناك تغيير دال إحصائياً في مجموعة قائمة الانتظار.

16- دراسة سايهل وآخرون Siehl, et, al (2021):

عنوان الدراسة:

Systematic review and meta-analyses of the long-term efficacy of narrative exposure therapy for adults, children and perpetrators. Psychotherapy Research.

(مراجعة منهجية وتحليل تلوي للفعالية العلاج بالتعرض السردية للبالغين والأطفال والجناء على المدى الطويل).
هدف الدراسة: هدفت الدراسة إلى الاختبار المنهجي للافتراض الذي يشير إلى أن الـ (NET) هو نهج ذات آثار مفيدة على المدى الطويل، وذلك من خلال نظرة شاملة على جميع دراسات الـ (NET) للبالغين والأطفال (KIDNET) والجناء (FORNET) شبكة إعادة تأهيل مرتكبي الجرائم.

عينة الدراسة: كان إجمالي الدراسات التي تدرس فاعلية الـ (NET) لدى البالغين والأطفال ضمن هذه الدراسة (56) دراسة من (30) دولة، قارنت (1370) شخصاً عولجوا بالـ (NET)، وهم مجموعة متنوعة من السكان المعرضين للخطر، بما في ذلك اللاجئين، والناجين من التعذيب والحرب، والأطفال الذين يعيشون في الشوارع، والناجين من الكوارث الطبيعية، والمقاتلين السابقين. وتم اختيار الدراسات تبعاً لخمسة معايير: (1) مجموعة من المرضى تم علاجهم بالـ (NET) مع مجموعة مقارنة، (2) مقارنة واحدة على الأقل قبل وبعد العلاج، (3) قياس شدة أعراض اضطراب ما بعد الصدمة بأداة تم التحقق من صحتها، (4) التجارب العشوائية ذات الشواهد فقط، (5) فترة متابعة لا تقل عن ستة أشهر.

أدوات الدراسة: استخدمت هذه الدراسات مجموعة المقاييس التالية: مقياس اضطراب ما بعد الصدمة الذي يديره الطبيب، مقياس بيك للاكتئاب ، ومقياس القلق والاكتئاب، ومقياس تصنيف هاملتون للاكتئاب، وقائمة مراجعة أعراض هوبكنز، والمقابلة العصبية النفسية الدولية المصغرة واستبيان صحة المريض واستبيان الإبلاغ الذاتي، وقد تم اتباع إرشادات كتاب كوكرين اليدوية للمراجعات المنهجية.

نتائج الدراسة: توصل التحليل التلوي والمراجعة المنهجية لمنشورات الـ (NET) إلى أنه أكثر فعالية مقارنة مع المجموعات الضابطة على المدى القصير والطويل مع حجم تأثير كبير فيما يتعلق بمعالجة اضطراب ما بعد الصدمة. علاوة على ذلك، تم الحفاظ على قوة التأثير المفيد لـ (NET) على المدى الطويل، أي من خلال تقييمات المتابعة بعد (6) أشهر. وفي ضوء الأبحاث التي تشير إلى أن المحاربين القدامى المصابين بالصدمة، يحصلون على فرص أقل من العلاجات التي تركز على الصدمات، توصلت هذه الدراسة من خلال المراجعة، لحجم تأثير واضح، وأن الـ FORNET نهج واعد لعلاج اضطراب ما بعد الصدمة بين المقاتلين المصابين بصدمة نفسية والجنود الأطفال السابقين وغيرهم من مرتكبي العنف. ومن الجدير بالذكر، أنها سلطت الضوء من خلال إحدى الدراسات على التأثير طويل الأمد للعلاج لدى المرضى الذين يعانون من الصدمات واضطراب تعاطي المخدرات، بشكل متزامن، بتحقيق معدلات شفاء من تعاطي المخدرات بعد (5 سنوات). كما أسفرت الأدبيات التي تمت مراجعتها بشأن الـ KIDNET عن نتائج واعدة لفوائده قصيرة وطويلة الأمد. ومع ذلك، هناك حاجة إلى مزيد من الأدلة في هذا المجال بناءً على دراسة (Wilker, et al, 2020) وعلى الرغم من ذلك، يعد KIDNET أحد الأساليب القليلة التي تركز على الصدمات، والتي تم تقييمها في أوضاع ما بعد الصراع وأظهرت نتائج واعدة.

التعقيب على الدراسات السابقة:

تناولت الدراسات السابقة موضوع العلاج بالتعرض السري للمرضى اضطراب ما بعد الصدمة، حيث استهدفت بعضها فاعلية العلاج لدى المرضى كدراسة (بريدي، 2021) على عينة من الناجين من الاتجار بالبشر، و(فان وآخرون، 2021) على مرضى كوفيد-19، ودراسة (ستيفين وآخرون، 2020) على عينة من الحوامل، و(بارك وآخرون، 2020)، و (دي لي ري وآخرون، 2020)، على عينة من اللاجئين، وبعضها استهدف المراجعة المنهجية

لمجموعة من الدراسات وعلاقتها ببعض المتغيرات كدراسة (سايله وآخرون، 2021) و (دراسة روجانت وفيز، 2010) والبعض استهدف معرفة مسار العلاج بالعرض السردي ومدى احتفاظه بنتائج التحسن، كدراسة (دراسة كالنتباش وآخرون، 2020)، وأما من حيث المنهج فقد ظهر من خلال الاطلاع على الدراسات السابقة أن أغلبها يعتمد المنهج شبه التجريبي، وتتوعت في استخدام إجراءات البحث من حيث الأدوات والمعالجة الإحصائية. وتمت الاستفادة من الدراسات السابقة في عدة جوانب منها صياغة مشكلة البحث الحالي، و نتائجها المهمة والتي فادت في عملية مناقشة النتائج التي توصل إليها البحث الحالي.

نقاط التشابه والاختلاف بين البحث الحالي والدراسات السابقة:

- 1- هدف البحث الحالي إلى دراسة فاعلية العلاج بالتعرض السري لدى عينة من مرض اضطراب ما بعد الصدمة، واهتمت بدراسة الفروق في متغيرات البحث تبعاً لمتغير العمر وعدد الصدمات التي تعرض لها أفراد العينة، وانطلاقاً من هذه الأهداف لوحظ أن الدراسات السابقة لم تتناول في أهدافها دراسة هذه المتغيرات.
- 2- إن أغلب الدراسات هدفت إلى التعرف إلى التعرف على فاعلية العلاج بالتعرض السري، وهذا يتقاطع مع البحث الحالي وكذلك النتائج تتقاطع في البعض وتختلف في بعضها الآخر مع نتائج البحث الحالي، وتتشابه تلك الدراسة مع بعض الأدوات المستخدمة في تلك الدراسات في حين يختلف البعض الآخر.
- 3- وبعد الاطلاع على الدراسات السابقة نجد أن البحث الحالي يتميز عنها باستهدافه لعينة عشوائية من مرضى اضطراب ما بعد الصدمة.

الجزء الأول (أدبيات البحث)

الفصل الأول: اضطراب الضغوط التالية للصدمة (PTSD)

(Post-traumatic stress disorder)

الفصل الثاني: العلاج بالتعرض السري (NET)

(Narrative Exposure Therapy)

الفصل الأول

اضطراب الضغوط التالية للصدمة (PTSD)

(Post-traumatic stress disorder)

. تمهيد:

خلال العقد الماضي، ازدادت الأدبيات المنشورة عن الصدمة النفسية واضطراب الضغوط التالية للصدمة بشكل كبير، بما في ذلك آلاف من المقالات والعشرات من الكتب التي يحتاج إلى قراءتها عدد كبير من العلماء والأطباء والمربين والمتدربين والأشخاص العاديين.

يوفر اضطراب الضغوط التالية للصدمة (PTSD) (Post-traumatic stress disorder) إطاراً مقبولاً على نطاق واسع لفهم أثر تجربة الأحداث المؤلمة مثل الإرهاب والعنف المنزلي والمجتمعي والاعتداء الجسدي والجنسي وسوء معاملة الأطفال والقتل والكوارث والمرض والحوادث التي تهدد الحياة، بالإضافة إلى التعذيب والإبادة الجماعية والحرب. فلطالما كانت الصدمة النفسية مصدراً للرعب والذعر للناس لآلاف السنين، فالتجارب التي تواجه شخص -أو مجتمع بأكمله - من موت أو دمار مرعب، تحدث شيء فريد لا نظير له، خاصة عندما يرى الشخص "رماد حياته أمام عينيه"، ليطال تأثيرها بيولوجياً ونفسياً وروحياً، وهنا توصف بالإجهاد أو الضغط المؤلم. وعندما تصبح تأثيرات هذا الضغط مستمرة وموهنة، فإنها لم تعد "رد فعل طبيعي للظروف غير طبيعية"، وإنما تصبح اضطراباً (PTSD)، وقد ازداد الوعي العام والمهني بشكل مناسب حتى بدأ يدرك معظم الناس التأثير الناتج عن الصدمة النفسية والحاجة إلى نهج استباقي وعلمي للوقاية منها في الوقت المناسب.

وستعمل الباحثة خلال هذا الفصل على تقديم موجز شامل حول اضطراب ما بعد الصدمة، كمصدر للمعلومات الموثوقة حول الصدمة النفسية واضطراب الضغوط التالية للصدمة.

❖ اضطراب الضغوط ما بعد الصدمة (PTSD) (Post-traumatic stress disorder):

1- معايير اضطراب الضغوط ما بعد الصدمة (PTSD):

- اضطراب ما بعد الصدمة من DSM-III إلى DSM-5:

يُعد الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM) الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي أكثر الموارد شمولاً واستخداماً في تصنيف وتشخيص الاضطرابات النفسية. والـ (DSM-5)، هو أحدث إصدار حتى الآن، يُصنف اضطراب ما بعد الصدمة على أنه اضطراب مرتبط بالضغط والصدمات. ولا يمكن لأحد أن يجادل في أنه يخلق تغيرات سلبية طويلة المدى في الوجدان والتفكير والسلوك. وأن أعراضه مستمرة ويمكن أن تسبب الكثير من المشكلات في قدرة الشخص على العمل في العديد من مجالات الحياة أو كلها على الصعيد العقلي والانفعالي والجسدي والروحي والاجتماعي والمالي والمهني.... فهو اضطراب يتطور استجابةً لحدث مؤلم يكسر نظام إدارة الإجهاد والضغط ويؤدي إلى خلل في الأداء الطبيعي للجهاز العصبي.

ظهر مصطلح اضطراب الضغوط التالية للصدمة، لأول مرة عام (1980) في الطبعة الثالثة من الدليل التشخيصي والإحصائي (DSM-III)، ومن المسلم به الآن أن جميع المهن معرضة لخطر الإصابة به، مثل رجال الإطفاء والمسعفين وضباط الشرطة والأطباء والمرمضات وغيرهم من المهنيين، وليس فقط الجنود والمحاربين، وقد تغيرت المعايير التشخيصية له بشكل كبير لتعكس تعريفه الحالي على أنه اضطراب مرتبط بالصدمة والضغوط، ويمكن أن يتطور لدى أي شخص يتعرض بشكل مباشر أو غير مباشر لصدمة كبيرة. وهنا سوف يتم التحدث عن كيفية تكوّن هذا المفهوم وهيكلته التشخيصية.

عندما تم شرح وتبني اضطراب ما بعد الصدمة كتشخيص رسمي، في الطبعة الثالثة (1980) من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية (DSM-III)، أدى إلى تحول نموذجي في ممارسات الصحة العقلية. أولاً، سلط الضوء على أهمية ما يسببه التعرض للخبرة الصادمة من تغييرات في التفكير، والانفعال، والسلوك، ووظيفة الدماغ، حيث وفر للممارسين سياقاً متماسكاً لفهم المسار من التعرض للصدمة إلى التشوهات السريرية. ثانياً، أثار البحوث (البشرية والحيوانية)، لفحص واستقصاء التأثير السببي للخبرة الصادمة على المستوى الهرموني والسلوكي والاجتماعي، والجزيئات الكيماوية. وفي الآونة الأخيرة، بدأ الباحثون في استكشاف العلاقة بين الجينات والبيئة على المستوى الجيني وفوق الجيني داخل هذا النموذج. ثالثاً، دعا هذا النموذج إلى وضع استراتيجيات علاجية نجحت في تخفيف أعراضه. وأخيراً، أصبح اضطراب ما بعد الصدمة مصطلحاً موجّداً لمجموعة الأعراض

التي كانت توصف عبر مجموعة من الأحداث المؤلمة، مثل متلازمة إساءة معاملة الأطفال، ومتلازمة النساء المعنفات،.... وقد كانت القفزة الهامة لتشخيص اضطراب ما بعد الصدمة في (DSM-III) هو الاعتراف بأن ريدود الفعل على هذه الأنواع المختلفة من الأحداث كانت مشتركة أكثر مما هي مختلفة. وقد أظهرت الأبحاث اللاحقة أنه يمكن استخدام نفس العلاجات بنجاح لأنواع مختلفة من الصدمات (Matthew, et al, 2014, 3).

أدرج (DSM-III) اضطراب ما بعد الصدمة كتشخيص، وتم تصنيفه على أنه اضطراب قلق له أربعة

معايير:

- (1) وجود ضغوط معترف بها من شأنها أن تثير الضيق لدى أي شخص تقريباً.
- (2) واحد على الأقل من ثلاثة أنواع من أعراض استعادة الخبرة (ذكريات متكررة واقتحامية، أحلام متكررة، التصرف فجأة كما لو أن الحدث يحدث مرة أخرى).
- (3) مؤشر واحد على الأقل من الخدر في الاستجابة أو انخفاض في المشاركة (تناقص الاهتمام بالأنشطة، أو الشعور بالانفصال، عدم الاهتمام).
- (4) اثنين على الأقل من مجموعة أعراض أخرى، (فرط الاستثارة أو الذهول، واضطراب النوم، ومشاعر الذنب، وضعف الذاكرة أو صعوبة التركيز، وتجنب أنشطة تذكر بالصدمة، أو إعادة معايشة الخبرة عند التعرض لها. ضمن هذا الإصدار، تم التمييز بين نوعين فرعيين: حاد، في غضون 6 أشهر الأولى، ومزمن أو متأخر يحدث بعد 6 أشهر.

كما ظهرت موجة من دراسات نسب الانتشار لتحديد الفئة المعرضة للإصابة بالاضطراب وتحت أي ظروف، إلى جانب تطوير أدوات تقييم صالحة وموثوقة لهذه المعايير، وبدأت المنشورات حول دراسة نتائج العلاج بالظهور من منتصف إلى أواخر الثمانينيات، وأطلقت عقوداً من البحث، وللمرة الأولى، لم يختف الاهتمام بآثار الصدمة مع نهاية الحرب. ومن ناحية أخرى، أدى التشخيص الجديد إلى ظهور العديد من الانتقادات، استمر بعضها حتى الوقت الحاضر (Matthew, et al, 2014, 4).

في الطبعة الثالثة المعدلة (DSM-III-R) سنة (1987) تم حذف التمييز بين (الحاد - المزمن) ليصبح

التمييز (مبكر - متأخر)

وضمنها، تم وضع ستة معايير:

(A) معيار الضغط.

(B) معيار أعراض إعادة معايشة الخبرة (واحد على الأقل).

(C) معيار أعراض تجنب (ثلاثة على الأقل).

(D) معيار أعراض الاستثارة (اثنان على الأقل).

(E) معيار المدة شهر واحد.

(F) ضائقة كبيرة أو ضعف الأداء الوظيفي.

استمر معيار الضغط في تحديد الضغوطات المؤهلة لتكون أحداثاً "خارج نطاق الخبرة البشرية المعتادة

(أي خارج نطاق التجارب الشائعة مثل الفجعة البسيطة والمرض المزمن وخسارة العمل والصراع الزوجي)" والتي

عادة ما يرافقها خوف شديد ورعب وشعور بالعجز (شادلي، 2017، 53).

تضمنت أعراض التجنب بذل الجهد لتجنب الأفكار والذكريات والخدر، بالإضافة إلى الإحساس بمستقبل

غير مناسب وفقدان الذاكرة لأجزاء من الحدث.

اشتمل معيار الاستثارة على مؤشرات مباشرة (الجفول، والتقيظ، ردود الفعل الفسيولوجية عند التعرض

للمثير (أو ما نسميه ردود الفعل النفسية الفسيولوجية لدى التعرض لإشارات مرتبطة بالحدث الصادم)، أو المؤشرات

غير المباشرة (التهيج / الغضب، مشاكل النوم، صعوبة التركيز).

في الـ (DSM-IV) طُلب من اللجنة المكلفة بإجراء تجارب ميدانية والتركيز من خلالها على بعض الأسئلة

المحددة، أحدها هو ما إذا كان معيار الضغط (المعيار A)، يجب تغييره أو إلغائه بالكامل.

حيث أصبح من الواضح أن عبارة "خارج نطاق التجربة العادية" غير دقيقة، لأن معظم الناس يعانون من

حدث مؤلم واحد في حياتهم على الأقل. كما سأل الباحثون عما إذا كان الأشخاص الذين عانوا من أحداث مرهقة

أخرى، مثل الطلاق، أو فقدان الوظيفة، أو وفاة أحد الأحبة، سيصابون أيضاً باضطراب ما بعد الصدمة. فلم يجدوا فرقاً كبيراً. وقد اتجه الدعم لإدراج مكون الكرب الشخصي في المعيار A بسبب النتائج الثابتة التي تفيد بأن مستويات الذعر والاستثارة الفسيولوجية، والأعراض الانشقاقية التي تظهر أثناء التعرض للحدث تعتبر كمؤشرات للإصابة باضطراب ما بعد الصدمة (Matthew, et al, 2014, 6).

تم نشر (DSM-IV) من قبل جمعية الطب النفسي الأمريكية في عام (1994) وتعديله قليلاً في عام (2000). حيث تم إدخال اضطراب جديد، اضطراب الضغط الحاد (ASD). وقد تكون المعيار (A) من جزأين: (1) الشخص الذي عانى أو شهد أو واجه حدث أو أحداث تنطوي على الموت الفعلي أو المهدد أو إصابة خطيرة، أو تهديد للسلامة الجسدية للذات أو الآخرين، و(2) تضمنت استجابة الشخص خوفاً شديداً وعجزاً ورعباً. وتم نقل عرض (عودة الفاعلية النفسية الفسيولوجية عند التعرض لإشارات مرتبطة بالصدمة) من ضمن فئة الاستثارة إلى معيار إعادة معايشة الخبرة، والتغيير الوحيد الآخر والمهم الذي تمت اضافته هو معيار جديد (F) والمرتبط بالأعراض التي تسبب ضيق شديد ومعااناة شخصية وباختلال في الوظائف الاجتماعية أو المهنية. فالتطور الأكبر هو إدخال اضطراب الضغط الحاد (ASD)، الذي ظهر بناء على توصية اللجنة الفرعية للاضطرابات الانشقاقية، مع ملاحظة أن الأشخاص الذين ظهرت عليهم أعراض انشقاقية أثناء أو بعد الحدث الصادم كانوا على الأرجح أكثر عرضة للإصابة باضطراب ما بعد الصدمة. تم تقديم (ASD) أيضاً لسد الفجوة التشخيصية بين حدوث الحدث الصادم وظهور اضطراب ما بعد الصدمة بعد شهر واحد. وشملت معايير (ASD) نفس معايير الـ (PTSD)، أعراض إعادة معايشة الخبرة، التجنب، وأعراض الاستثارة، ولكن يجب على الشخص أن يختبر ثلاثة أنواع على الأقل من الاستجابات الانشقاقية (فقدان الذاكرة، الانسلاخ عن الواقع، التبدد، وما إلى ذلك).

وفي الآونة الأخيرة، تم مراجعة معايير التشخيص (PTSD و ASD) في (DSM-5) وخلصت إلى:

1. لم يعد تصنيف اضطراب ما بعد الصدمة على أنه "اضطراب القلق" وإنما أصبح في فئة جديدة، "الصدمة والاضطرابات المرتبطة بالضغط"، إلى جانب اضطراب الضغط الحاد، واضطرابات التكيف، والتشخيصات الأخرى ذات الصلة.

2. الآن أصبح اضطراب ما بعد الصدمة يتألف من أربع مجموعات من الأعراض (بدلاً من ثلاث، التجنب، المزاج والتفكير السلبي، الاستثارة، وإعادة معايشة الخبرة).

3. تم إلغاء معيار (A2)، أي (الاستجابة للحدث المؤلم بـ "الخوف والعجز والرعب").

4. تم الاحتفاظ بـ 17 من الأعراض (على الرغم من مراجعتها أو تنقيحها في بعض الأحيان)، وتمت إضافة ثلاثة أعراض جديدة.

فيما يتعلق بـ (ASD)، لم يعد من الضروري للأفراد المصابين بصدمات أن يظهروا أي أعراض انفصالية. هناك حاجة إلى تسعة أعراض (من أصل 14) للتشخيص (Bryant, et al, 2011, 810).

وبالنظر إلى أن ردود الفعل الحادة بعد الصدمة قد تشمل مجموعة متنوعة من ردود الفعل، فإن الأفراد (DSM-5) الذين يستوفون معايير (ASD) قد يظهرون أو لا يظهرون أعراض انفصالية، وقد أظهرت الأبحاث أن وجود أو غياب الأعراض الانفصالية لا يؤثر على شدة أو انتشار أو مسار الاضطراب للأشخاص الذين يعانون من (ASD) اضطراب الشدة الحاد.

ختاماً، تم تقديم مراجعة موجزة للكم الهائل من المعلومات العلمية التي تراكمت منذ عام 1980 بما يخص تطور سياق مفهوم اضطراب ما بعد الصدمة إلى الآن، حيث أن الممارسة منذ DSM-III كان لها التأثير الرئيسي لتشخيص اضطراب ما بعد الصدمة.

2- أعراض اضطراب الضغوط ما بعد الصدمة:

وفقاً لـ DSM-5، تنقسم هذه الأعراض إلى أربع مجموعات من الأعراض:

- **الأعراض الاقتحامية:** حيث الأفكار غير المرغوب فيها واللاإرادية، والذكريات، وذاكرات الماضي، والكوابيس التي تسبب ضائقة و/أو رد فعل جسدي. وهي سمة مميزة وعلامة تشخيصية لاضطراب ما بعد الصدمة، وهي شائعة في الأسابيع والأشهر التي تلي الحدث الصادم، حتى بالنسبة لأولئك الذين لا يصابون باضطراب ما بعد الصدمة. فبالنسبة لمعظم الأشخاص الذين يعانون من الصدمة، تصبح هذه الذكريات والتدخلات الأخرى أقل تكراراً

وأقل شدة مع مرور الوقت. أما بالنسبة لأولئك الذين يعانون من اضطراب ما بعد الصدمة، فإن تجربة الصدمة المتطفلة المؤلمة لا تهدأ مع مرور الوقت.

تتكون ذكريات الماضي في الغالب من الإدراكات الحسية الحية (الصور والأصوات والروائح والأذواق والقوام) التي تم اختبارها أثناء الحدث مثل: (أستطيع أن أشعر بوزنه على جسدي، وأسمع أنفاسه بأذني). ليست ذكريات الماضي هي النوع الوحيد من المشاهد والصور المزعجة التي قد يواجهها الشخص. فقد يكون هنالك أيضاً ذكريات مزعجة أو كوابيس، وأفكار دخيلة. تتكون من أفكار مروعة وعنيفة ومثيرة للاشمئزاز ومزعجة للغاية والتي قد تكون مرتبطة أو غير مرتبطة بالصدمة. صوراً لأشياء مخيفة تحدث له أو لأحبائه، أو حتى مشاهد لأشياء مروعة يقوم بها، وهو لا يفعلها أبداً بالواقع (مهاجمة شخص ما، أو إيذاء طفل، أو سلوك غير لائق أو غير قانوني جنسياً، أو مظاهر عدوانية علنية،....). هذه الأفكار اللاإرادية تجلب الشعور بالذنب ويمكن أن تجعل الشخص يخاف من أنه قد يفقد السيطرة.

- **التجنب:** وتعني تجنب الأفكار والمشاعر والمحفزات الخارجية المتعلقة بالصدمة (مثل الأشخاص والأماكن والأشياء والمواقف التي تعمل بمثابة تذكير بالصدمة). ويمكن أن يكون التجنب جسدي، وهو تجنب الأشخاص والأماكن والمواقف، أو تجنب انفعالي أي تجنب المشاعر، أو تجنب عقلي وهو تجنب الأفكار والذكريات المرتبطة بالحدث الصادم.

- **التغيرات السلبية في الإدراك والمزاج:** حيث الأفكار والافتراضات السلبية للغاية عن الذات والآخرين والعالم، بالإضافة إلى المزاج السلبي المستمر وصعوبة الوصول إلى الحالات الانفعالية الإيجابية. فاضطراب ما بعد الصدمة يغير النظرة للعالم بطرق سلبية ويؤدي إلى انعدام الثقة والتشاؤم. مما يؤثر سلباً على الآراء والمعتقدات عن الذات. لتنتقل من إلقاء اللوم على الآخرين إلى لوم الذات على الصدمة أو على أشياء أخرى. وقد يشعر في الغالب بحالة مزاجية مزعجة (التهيج والغضب والخوف والحزن والشعور بالذنب..).

- **الاستثارة:** فرط اليقظة (دائماً على أهبة الاستعداد) وردود فعل فجائية، وعدم القدرة على الاسترخاء وانخفاض الوصول إلى الوظائف المعرفية وقلّة القدرة على تنظيم العواطف، والتي تتميز بالإفراط. حيث تفعيل استجابة القتال

أو الهروب، وعندما يتجاوز فرط الإثارة القدرة على التحمل، أو عندما يكون التهديد قوياً للغاية بحيث لا يمكن مواجهته أو الهروب منه، فإن استجابة التجميد الدفاعي تصبح استجابة البقاء الوحيدة المتبقية. حيث يعاني الشخص من الاغتراب عن الواقع (تجربة الشعور بالانفصال والتفكك عن المحيط أو عن نفسه، كمراقب خارجي) (LeBlanc, 2020, 46-52).

3- نسب انتشار التعرض للضغوط المؤلمة والصدمات:

توصلت دراسة وبائية قام بها كيسلر وزملاءه على نطاق واسع في الولايات المتحدة الأمريكية إلى أن (60.7%) من الرجال و (51.2%) من النساء، تعرضوا لحدث صادم واحد على الأقل خلال تاريخ الحياة، مع تعرض العديد منهم (25% من الرجال، 50% من النساء) لاثنتين أو أكثر من هذه الصدمات.

وقد بلغت نسبة الصدمات المرتبطة بالإصابات الشديدة أو الوفاة على عينة بلغت (5877) شخصاً (36% من الرجال، 14.5% من النساء) أما التعرض لحوادث مهددة للحياة فشملت (25% من الرجال، 14% من النساء) وهي من أكثر أنواع الصدمات النفسية انتشاراً. والصدمات المرتبطة بالعنف بين الأشخاص أو الإيذاء مثل الاعتداء الجسدي أو الاغتصاب فكانت (11-12% من الرجال، 9-16% من النساء)، الاعتداء في مرحلة الطفولة المبكرة (3% من الرجال، 5-12% من النساء) وهي كما نلاحظ الأقل انتشاراً ولكن صنفنا الأكثر خطراً للإصابة باضطراب ما بعد الصدمة من الصدمات الأخرى (Kessler et al, 2005, 619).

وكانت نسب الانتشار مماثلة، في أستراليا، حسب دراسة كريمر وزملاءه إلى أن (65% من الرجال، و50% من النساء) أبلغوا عن تعرضهم لحدث واحد مؤلم على الأقل في مرحلة ما من حياتهم. وأيضاً بما يتفق مع نتائج الدراسات الأمريكية فإن مشاهدة الإصابات الشديدة أو الوفاة انتشرت بنسبة (38% من الرجال، 16% من النساء)، والتعرض لحوادث مهددة للحياة (28% من الرجال، 14% من النساء). وتم الإبلاغ عن ضغوطات مرتبطة بالكوارث بنسبة (20% من الرجال و 13% من النساء) (Creamer, et al, 2001, 1239).

أما في الدراسة الوبائية الأوروبية (بلجيكا، فرنسا، ألمانيا، إيطاليا، هولندا، إسبانيا) أكدت دراسة ديرفيس وزملاءه أن، (64%) من البالغين عانوا على الأقل من حدث صادم في حياتهم، وكانت نسبة انتشار الصدمة

الناتجة عن الموت غير المتوقع لأحد الأحباء (25%). ونسبة انتشار مشاهدة الإصابات الشديدة أو الوفاة (21%) والتعرض لحوادث مهددة للحياة (12-20%) وهي ثاني وثالث أكثر أنواع الصدمات النفسية انتشاراً، كما هو الحال في الدراسات الأمريكية والأسترالية (Darves, et al, 2008, 65).

أما الدراسات الوبائية في البلدان النامية فتشير إلى نسب أعلى لانتشار، بما يتفق مع المستويات الأعلى للفقر والعنف الموجودة في تلك المجتمعات حيث وصلت نسبة انتشار التعرض للأحداث الصادمة في المكسيك إلى (76%) منهم (83% من الرجال و71% من النساء) (Norris & Slon, 2007, 82).

أما في كمبوديا والجزائر وإثيوبيا وغزة، فكانت النسب أعلى بكثير، حيث شملت عنف الحرب بنسبة (59-92%)، والتعذيب بنسبة (8-29%)، والعنف المنزلي (29-55%) (De Jong, et al, 2003, 2128).

4- نسب انتشار اضطراب ما بعد الصدمة:

اختلفت التقديرات باختلاف المعايير التشخيصية المطبقة، على سبيل المثال (DSM، الطبعة الثالثة مقابل DSM-5)، العينة التي تمت دراستها، طبيعة التعرض للصدمة.... إلخ. وبشكل عام، تم تقدير معدل الانتشار لاضطراب الضغط الحاد (ASD) بعد التعرض للصدمة الحادة بنسبة (5%) إلى (20%) في دراسة (Bryant, et al, 2011).

إن المعدل المنخفض نسبياً لاضطراب ما بعد الصدمة إذا ما تمت مقارنته بمعدل التعرض للصدمة، يوضح أنه على الرغم من أن التعرض للصدمة ضروري لتطوير الاضطراب، إلا أنه غير كافٍ، ومن المرجح أن ترتبط بعض الأحداث المؤلمة الأكثر شيوعاً باضطراب ما بعد الصدمة (David, et al, 2016).

بعض أنواع الضغوطات الصادمة لها نسبة أعلى في احتمال الإصابة باضطراب ما بعد الصدمة بعدها، كالاعتصاب، ومن ثم التعرض لحادث أو حريق أو كارثة طبيعية. والإساءة الجنسية أو الجسدية والإهمال في مرحلة الطفولة، القتل أو الموت غير المتوقع لشخص محبوب. بالإضافة إلى أن حدث الاختطاف أيضاً يزيد من خطر الإصابة باضطراب ما بعد الصدمة (Julian, 2009, 98).

5- الجنس ووبائيات اضطراب ما بعد الصدمة:

تشير الدراسات إلى أن الفتيات والنساء اللواتي يعانون من ضغوطات وصدمات مؤلمة يميلون إلى تطور أعراض اضطراب ما بعد الصدمة أكثر حدة، مقارنة بالأولاد أو الرجال، وذلك بنسبة تقارب اثنين إلى واحد (Tolin, 2006, 85).

ومع ذلك، فإن دقة هذا التحديد وما إذا كان يؤثر على فرق حقيقي بين الجنسين هو أمر مثير للجدل، خاصة أن الرجال والفتيات حسب الدراسات السابقة، عانوا من ضغوط صادمة أكثر من النساء والفتيات، حيث أنهم أكثر تعرضاً للاعتداء الجسدي والعنف المجتمعي والسياسي وحوادث السيارات والتعرض للقتل والتهديد بالسلاح أو السجن، بينما النساء والفتيات هم أكثر عرضة من الرجال أو الفتيان للاغتصاب والاعتداء الجنسي أو البدني في مرحلة الطفولة.

في حين أن خصائص الصدمة (النوع، التكرار، الشدة) قد تفسر جزئياً الاختلافات بين الجنسين بالنسبة. بالإضافة إلى دور كل من الجنسين والسياق الاجتماعي، حيث تظهر الفروق بين الجنسين في الاضطراب بشكل أكثر وضوحاً في الثقافات التقليدية أو في البلدان النامية، ويعتقد أنها تتفاقم بسبب الأدوار التقليدية للجنسين، حيث تؤدي المعايير الثقافية لمنع الرجال من التعبير الانفعالي مما يدفعهم لعدم الإبلاغ عن الأعراض.

6- مراحل اضطراب الضغوط التالية للصدمة:

يحدد هورويتز (Horowitz) نموذجاً وفقاً لأطوار متتابعة لمعالجة المعلومات من حيث رد الفعل للحدث الصدمي، وما يتبع أحداث الحياة الصدمية من أطوار على النحو الآتي:

- **مرحلة الصرخة أو الغضب أو الطوارئ:** وفيها تتصاعد ردود فعل الضحية تجاه الأحداث التي تهدد الحياة، فتزداد نبضات القلب، وضغط الدم، والتنفس، ونشاط العضلات، وتسيطر مشاعر الخوف والعجز، والارتباك وكثرة الاسئلة عن سبب حدوث ما حدث، وما هي نتائجه، وهذه الأفكار تكون هي المسيطرة على تفكير الشخص.

- مرحلة الخدر العاطفي والإنكار: وفيها يحمي الناجي نفسه من الصدمة بدفن الخبرة في الذاكرة، وبذلك يتجنب الخبرة التي تعرض لها، فيقلل الشخص مؤقتاً أعراض القلق والتوتر، وهذا يبقي العديد من الضحايا وإلى الأبد في هذه المرحلة ما لم يحصل على تدخل إرشادي.
- مرحلة الاقتحام المتكرر: إن الانغمار الأفكار الملتصقة بالصدمة والتكرار القسري لتلك الأفكار يشكل مشكلة صعبة عند الافراد؛ لأن هذه الأفكار تأخذ دورها في التسلط على وجوده ذاته. وهذه الأفكار التي تقتحم عقله بالقسر أو بإجبار التكرار تأخذ شكل الصور البصرية التي تتواتر في ذهنه كوميض؛ نتيجة للمناظر أو الاصوات أو الروائح، أو الملموسات التي اقترنت بأحداث الصدمة وتسترجعها إلى عالمه في الحاضر، وذلك ما ينقل الصور المكبوتة إلى بؤرة الوعي. وكلما استمرت هذه الأفكار في اقتحام وعي الفرد وتغمره، تواترت معها انفعالات الذنب والحزن والغضب والانتقام، وهنا ينتاب الشخص كوابيس، وصور اقتحاميه واستجابة الجفلة، ويكون المزاج متقلباً
- مرحلة الانتقال العكسي: أو طور العمل على مواجهة الواقع، حيث تنشط حالات القلق والاكتئاب، وحالات التجمد السباتي (Hibernative frozen states)، والتغيرات النفسية الجسمية، والتغير في طبائع الفرد. وتتصف هذه المرحلة الانتقالية بتقدم التفكير والمشاعر والعلاقات مع الآخرين والتواصل معهم، وتكوين خطط معرفية جديدة أو مراجعة الخطط المعرفية القائمة كي تتوافق الانبئية المعرفية الداخلية مع المعلومات الجديدة المتعلقة بالحدث الصدمي، وبكل ما تأثر بهذا الحدث من سلسلة الخبرات التي عاشها الفرد. وتغلب على هذه المرحلة الاستعادة التدريجية لحالة الاتزان التي تتمثل معالجة معنى الحدث الصدمي، و تجهيزه كي تتمثله الذات داخل الخطط المعرفية، لذلك تتصف هذه المرحلة لتنظيم الذاتي، وبالتوصل إلى بعض القرارات الضرورية للبقاء.
- مرحلة الدمج أو الاكتمال: التي تتميز باكتمال عملية تجهيز المعلومات المتعلقة بالحدث الصدمي، حيث يتصف الفرد هنا باستعادته لتوازنه ولفاعليته في الحياة ومواصلته لادواره ووظائفه ومسؤولياته فيها. أما الاخفاق في إحراز هذا التقدم، فيعني تغيراً في شخصية الفرد، يتضح في عدم القدرة على العمل، أو

التفاعل مع الآخرين والتواصل معهم، أو أقول العاطفة وافتقاد الحب، أو نضوب الانتاجية والابداع، وينجح الناجي في هذه المرحلة بدمج الصدمة مع التجارب السابقة، ويعيد الإحساس في الاستمرار في الحياة، وتوضع الصدمة بنجاح تام في الماضي (طالب، 2015، 228).

8- علاج اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة:

عادة ما يعمل الأشخاص بعد التعرض لحدث صادم، على "تجاوزه" بأسرع ما يمكن والاستمرار في حياتهم كما كانوا سابقاً، ولكن إذا كان الشخص يعاني من اضطراب ما بعد الصدمة، فلن يكن قادراً على ذلك. وتسوء الأمور بدلاً من أن تتحسن. وقد لا يفهم من حوله ما يمر به. ناهيك، عما يسمعه منهم كأشياء مثل (أنت تبالغ، إنك شديد الحساسية، ما لا يفتلك يجعلك أقوى، أنت تحتاج فقط إلى تعلم كيفية التعامل مع الظروف....). وقد يكون ذلك محبطاً للغاية، ويجد المريض نفسه وحيداً وكأنه يقاتل في معركة خاسرة ضد عدو منهك وغير متوقع يهاجم من داخل عقله. ناهيك عن أن اضطراب ما بعد الصدمة يؤدي إلى تغيرات حقيقية وقابلة للقياس في مناطق الدماغ المسؤولة عن الضغط والإجهاد والانفعال والذاكرة، بالإضافة إلى الوظائف المعرفية والفسولوجية الأخرى. وعلى الرغم من أن له العديد من الآثار النفسية، إلا أن أساسه يكمن في الجهاز العصبي. ومع ذلك، هذا لا يعني أنه لا يمكننا فعل أي شيء اتجاهه. ففي الحقيقة، يتعافى الكثيرون من اضطراب ما بعد الصدمة إلى نقطة يمكنهم فيها عيش حياة منتجة وذات مغزى.

وقد تعددت وكثرت الطرق والأساليب العلاجية، ولسوء الحظ، لا يوجد اتفاق بين الدول والمنظمات عندما يتعلق الأمر بأفضل الطرق لمنع و/أو علاج اضطراب ما بعد الصدمة. بين كندا والولايات المتحدة والمملكة المتحدة ومنظمة الصحة العالمية والإدارة الصحية للمحاربين القدامى...، فهناك العديد من التوصيات المتضاربة. لذلك، سأقدم فيما يلي بعض الأساليب الموصى بها حالياً في علاج اضطراب ما بعد الصدمة، والمثبتة بالدليل والبرهان العلمي. وكذلك تلك التي تظهر نتائج واعدة، ولن أدرج ضمنها العلاج بالتعرض السري، فسوف يتم عرضه بالتفصيل لاحقاً.

- استراتيجية تقليل حساسية حركة العين وإعادة المعالجة (EMDR):

Eye Movement Desensitization and reprocessing

أدخلت هذه الاستراتيجية في الولايات المتحدة الأمريكية من قبل فرانسيس شابيرو عام (1985)، حيث يطلب من الفرد تخيل حدث صدمي، وعليه أن يركز على الأفكار والاستجابات الوجدانية، وفي نفس الوقت يتبع حركات أصابع المعالج السريعة من اليمين إلى اليسار أو العكس بواقع حركتين كل ثانية، وفي نهاية كل جزء أو مشهد يصف الفرد بدقة الأفكار وردود الفعل الانفعالية. وتتكرر المشاهد حتى يتوقف الفرد عن الإحساس بالقلق ويتمكن من تبني أفكار موجبة في نفس الوقت الذي يستمر فيه تخيل المشاهد الصدمية (الابراهيم، 2013، 37). وتتم هذه الاستراتيجية بثمان مراحل، مع أنه يمكن تنفيذها بأكثر من طريقة طالما كان الهدف تحقيق الأهداف الرئيسية في كل مرحلة، والمراحل هي:

المرحلة الأولى: وضع خطة للمفاهيم الناقصة وغير المكتملة عند المريض في ذكرياته عن الحادث الصادم، كما يحدد المعالج مدى ملائمة استراتيجية (EMDR) معه ولمشكلاته التي يطرحها، وما إذا كان التوقيت للعلاج مناسب أم لا. ويحدد المكاسب الثانوية التي يجنيها من الاضطراب والتي تمنع التقدم الإيجابي للعلاج.

المرحلة الثانية: يناقش المعالج استراتيجية (EMDR) مع المريض، ويقدم معلومات عنها، من أجل الحصول على الموافقة لاستخدامها معه، ويعمل على بناء العلاقة العلاجية الآمنة.

المرحلة الثالثة: يقيم المعالج مشكلة المريض من خلال مناقشة موقف الصدمة، ويطلب منه تحديد الصور أو التجربة الحسية الإيجابية البديلة عن الصدمة، وما هي معتقداته السلبية حول الحادث، التي لم يتم ترميزها، وأن يسمى الانفعالات التي اقترنت بالحادث الصادم.

المرحلة الرابعة: مرحلة إزالة التحسس وتنشيط الذاكرة، حيث يطلب المعالج من المسترشد الحديث عن الخبرة الصادمة، بينما المعالج يوفر التحفيز الثنائي (بصري، سمعي)، ويشمل حديث المريض الأفكار، المعلومات، ترابط الأحداث، الانفعالات، المشاعر، الأحاسيس الجسدية، التغيرات السلوكية. وتستمر عملية إزالة التحسس حتى يقل مستوى القلق والتوتر.

المرحلة الخامسة: مرحلة التثبيت حيث يسأل المعالج عن الاعتقاد الإيجابي الجديد أو الإدراك الإيجابي

المحدد مسبقاً. لتثبيته في الذاكرة، ويأخذ هذا المعتقد الدرجة (7) على مقياس التصنيف للمعتقدات الإيجابية.

المرحلة السادسة: مرحلة المسح للجسم، حيث يستحضر المريض بعقله الحادث الصادم والاعتقاد الإيجابي

معاً في أن واحد، ويمسح بتفكيره أجزاء جسمه كاملة، ويخبر عن أحاسيسه الجسدية الإيجابية أو السلبية، بينما

يستمر المعالج بتحفيز الثنائي للمريض (تتبع الإصبع من جانب إلى آخر)، حتى يخبره بأن أحاسيسه محايدة أو

إيجابية.

المرحلة السابعة: مرحلة الختام، حيث يقيم المعالج والمريض أي حادث مثير للقلق، وما إذا تم معالجة

الصدمة أم لا، وإعطاء بعض الإرشادات للحفاظ على الاستقرار، وإن يسجل الملاحظات المهمة والأعراض الجديدة

التي قد تظهر عليه.

المرحلة الثامنة: مرحلة إعادة التقييم حيث يتم قياس التحسن باستخدام مقياس خاص لهذا الغرض، وكذلك

يتم استهداف الأحداث الجديدة التي قد تكون ظهرت عند المريض، وذلك بإعادة المراحل من (3-8) (EMDR)

(International Association, 2013).

في الـ (EMDR)، تستغرق الجلسة عادةً (90) دقيقة. ويُفترض أن التحفيز الثنائي (تتبع الإصبع من

جانب إلى آخر) يساعد العميل على الوصول إلى الأفكار والعواطف السلبية ومعالجتها من خلال إعادة تنشيط

اللوزة إلى حالة الصدمة الأصلية (تذكر التفاصيل المؤلمة) وفي نفس الوقت تقليل النشاط في قشرة الفص الجبهي

(إبقائها مشغولة بمهمة تتبع حركات الأصابع). يسمح هذا بمعالجة الجوانب الانفعالية للصدمة المخزنة في اللوزة،

بالإضافة إلى ترسيخ هذه الذكريات بواسطة الحُصين، دون أن تتدخل قشرة الفص الجبهي بمحاولة منع الأفكار

والمشاعر المزعجة التي تعتبرها مهددة للغاية ومزعجة.

- العلاج باستخدام نظرية بولي فيغال polyvagal:

وهي نظرية خاصة بعلم الأعصاب، طورها ستيفن بورجيس (Stephen Porges). ترى أنه عندما ينشأ الشخص مع صدمات مزمنة وطويلة الأمد، يجد صعوبة في معرفة ما إذا كان الناس أو ربما الأماكن آمنة أو جديرة بالثقة، وقد يكون من الصعب التمييز بين التجارب التي حدثت في الماضي وما يحدث اليوم.

تساعد نظرية (polyvagal) على التعرف على الدوائر العصبية المشاركة في علامات (PSTD) وتخفيف المرونة. حيث حدد البحث الأول عن الضغط والصدمة الجهاز العصبي الودي كمسؤول عن أعراض اضطراب ما بعد الصدمة. وهكذا تم عزو انخفاض الأعراض إلى قوة التعافي للجهاز العصبي نظير الودي. خلال هذا الوقت، كان الجهاز العصبي نظير الودي مرتبطاً ببساطة بقدرتنا على الراحة والاستعادة والشفاء من الإصابة. وأحد مفاتيح الشفاء هو تنمية التعاطف مع الذات. حيث تعلم هذه النظرية أن أعراض اضطراب ما بعد الصدمة لها أساسها البيولوجي، وعندما نفهما، ندرك لماذا لا يمكننا التفكير في كيفية التخلص من ردود أفعال الصدمة، وإنما نستمر في تكرار الأفعال التي ساعدت في البقاء على قيد الحياة (Copeland, 2020, 36).

تشرح هذه النظرية ثلاث دوائر عصبية تكمن وراء الطرق المختلفة للتواصل مع محيطنا. فعندما نشعر بالأمان، نعتمد على دائرة عصبية تعزز سلوكيات المشاركة الاجتماعية. يسمى هذا بالجهاز العصبي الاجتماعي. يشترك هذا المكون من الجهاز العصبي نظير الودي الهياكل العصبية التي تكبح أنظمتنا الدفاعية. يعتمد هذا على العصب المبهم الأمامي النخاعي الذي يمكننا من الانخراط اجتماعياً من خلال التواصل بالعين، وتخفيف نبرة الصوت، وإظهار الاهتمام من خلال التعبيرات الوجهية. ويمكن للجهاز العصبي الاجتماعي أن يسهل بشكل كبير تجميد الحركة في سياق الأمان لتعزيز العلاقة الحميمة.

في البداية، كلما كان لدينا تهديد، قد نعتمد على الجهاز العصبي الاجتماعي لحل الموقف. حيث يمكننا التواصل مع شخص آخر لإعادة إرساء الأمان. وإذا لم ننجح في ذلك، أو إذا كانت المخاطر أكثر حدة، فسنبدأ عندها في تفعيل الجهاز العصبي الودي الذي يؤدي إلى استجابة (القتال/الهروب). وإذا لم نتمكن من حل الموقف المهدد، سنبدأ في إشراك جزء تطوري أقدم، المسار العصبي المبهم الظهري وهو جزء من الجهاز العصبي نظير الودي حيث تصبح استجابة الثبات استجابة وقائية. حيث يتعرض الشخص للإغماء لأن المسار الظهري للعصب

المبهم يقلل من تدفق الدم في الدماغ البشري، وفي حالة عدم حدوث الإغماء، يمكن أن يؤدي هذا المسار الدفاعي إلى ظهور أعراض مثل الدوخة والغثيان والتعب، وكلها علامات على الأعراض التفككية.

لا تحتفظ فيزيولوجيا الجسد بذكريات الصدمة فحسب، بل تحتوي أيضاً على مفاتيح مهمة للتعافي، وذلك من خلال استعادة القدرة على تحسين وإشراك الجهاز العصبي الاجتماعي. من خلال الوعي بالأحاسيس الجسدية، (معدل ضربات القلب، التنفس..)، مما يساعد في التعرف على علامات القلق، قبل الشعور بالتوتر والإرهاق (Copeland, 2020, 37).

وعادة ما يجد لدى الأفراد المصابون باضطراب ما بعد الصدمة صعوبة في التوجه نحو الأمان حتى في المواقف التي لا يوجد فيها تهديد حالي، بسبب أجراس الإنذار الفسيولوجية التي تستمر في الانطلاق، ويوصف هذا الإجراء بأنه تهديد متعمد، وهو عامل يؤدي إلى تفاقم حالة الضغوط التالية للصدمة. ومع ذلك، تظهر الأبحاث أن التحكم في الانتباه يمكن أن يقلل التحيز للتهديد المتعمد، وهذا يعني ببساطة أنه إذا ركزنا انتباهنا على الإشارات التي تجعلنا ندرك أننا بأمان، عندها يمكن اكتشاف القدرة على تجاوز الدافع للتركيز على التهديدات، وهذا لا يعمل إلا إذا كنا بالفعل في بيئة آمنة الآن.

وعندها نبدأ في منع التنشيط الدفاعي غير الضروري في كل من العقل والجسم. وإدراك أن هناك طريقة أخرى للعيش، وبأننا لسنا محكومين بتكرار أنماط الاستجابة في الماضي، وذلك باستخدام الخطوات التالية:

- التعاطف مع الذات: التعاطف الذاتي مع الأعراض، والتعرف على الأساس الفسيولوجي والجسدي لها والسبب الذي يدفع لعدم الإيمان بسهولة الخروج من ردود فعل الصدمة.
- تطور الوعي الجسدي: تعلم تتبع التغيرات الدقيقة في الأحاسيس الجسدية وعلامات التوتر الشخصية، الذي يمكن أن يساعد في الاستجابة على الفور قبل أن يبدأ التوتر والاجهاد.
- العمل على التحكم في الانتباه: التدريب على تركيز الانتباه، تذكر إشارات محددة آمنة في البيئة، كالضوء الذي يتدفق عبر النافذة، أو الاستماع إلى مقطوعة موسيقية، أو إمساك شيء في اليد.

يجب تذكر أننا نقوم بتحفيز الجهاز العصبي الاجتماعي وبذلك نتحفز المسارات في كل مرة نشعر فيها بالأمان، أو الارتباط بشخص مختلف، أو ربما نتعاطف مع أنفسنا. فبكل مرة نمارس فيها تقوية نظامنا العصبي الاجتماعي، سنصبح أقوى، وسنتمكن من تغيير الفيزيولوجيا الخاصة بجسدنا، ومع مرور الوقت، سيصبح من الأسهل التواصل مع الحالة الإيجابية وتجاوز الأعراض الدفاعية (Copeland, 2020, 38).

- العلاج السلوكي الجدلي (DBT):

هو نموذج علاجي كامل مصمم لاستعادة التوازن في الوعي وردود الأفعال والعواطف والأفكار والعلاقات. يسمى هذا النموذج "الديالكتيك" وهو مجرد مصطلح فلسفي منمق يعني "الجمع بين الأضداد". يتعلق (DBT) بإيجاد المسار الأوسط بين المبالغة في رد الفعل وعدم رد الفعل، وبين الإحساس المفرط وعدم الإحساس، وبين الإفراط في التفكير وعدم التفكير، وبين الاعتماد المفرط والانتكالية على الآخرين. باختصار، إعادة التوازن إلى أجزاء الحياة التي أخذتها الصدمة إلى أقصى الحدود. وذلك من خلال تعلم:

- التعامل بشكل أفضل مع التوتر والمحفزات.
- أن نكون أكثر وعياً - وقبولاً - للذات وللآخرين.
- تنظيم أفضل للأفكار والعواطف، وتحسين العلاقات مع الآخرين.

وهو نموذج عملي للغاية يعلم المهارات الملموسة التي يمكن تطبيقها على الفور - هنا والآن. وجميعها يمكن أن يتعلمها المريض ويمارسها بنفسه، بغض النظر عما إذا كان في حالة علاج أم لا، وقد وجدت الأبحاث أن (DBT) فعال مع مجموعة من الاضطرابات الأخرى المرتبطة ارتباطاً وثيقاً بالصدمة، بما في ذلك الأرق والقلق واضطراب نقص الانتباه / فرط النشاط، والاكتئاب والتحديات المعارضة واضطرابات الأكل المختلفة واضطراب الشخصية الحدية (Reutter, 2019, 15).

. الخاتمة:

يتعافى الكثير من اضطراب ما بعد الصدمة، ويمكن أن يستغرق الأمر عدة أشهر، وهناك مجموعة متنوعة من خيارات العلاج المتاحة، فربما لا يوجد نهج واحد يناسب الجميع، وما يصلح لأحدهم قد لا ينفع مع الآخر،

لكن دائماً هناك أمل، وهناك علاجات فعالة. من خلال الدعم والجهد المناسبين، يمكننا إعادة برمجة اللوزة المخية للاسترخاء، وإعادة تفعيل وتشغيل قشرة الفص الجبهي، ويمكن استعادة قدرة الحصين على تجميع الذكريات وتوحيدها، وإخراج الجهاز العصبي من وضع الحماية إلى وضع الشفاء.

أني متفائلة بأننا نتحرك تدريجياً نحو نهج أكثر تكاملاً حيث يتم توجيه العلاج من خلال فهم أفضل لما يحدث في دماغ الشخص والعلوم العصبية لتوفير المزيد من خيارات العلاج الفردية والموجهة والدقيقة. فمفتاح علاج اضطراب ما بعد الصدمة يكمن في إعادة تدريب اللوزة في أقرب وقت ممكن بعد التعرض للصدمة، وكذلك الحد من التعرض لمزيد من الصدمات لتقليل الضرر الذي يلحق بالحصين وقشرة الفص الجبهي. يعد الاكتشاف المبكر لاضطراب ما بعد الصدمة وعلاجه أمراً بغاية الأهمية.

وهنا يستحضرني قول لألبرت اينشتاين (Albert Einstein)

"لا يمكن حل المشكلات بنفس العقل الذي أنشأها."

"Problems cannot be solved with the same mind that created them".

الفصل الثاني

العلاج بالتعرض السريدي (NET):

Narrative exposure therapy

. تمهيد:

تدمر الصدمة جوهر الانسانية وتعزل الناجين، وتبعدهم عن الحياة، حيث يصبحون "عالقين" في الرعب الذي تعرضوا له، وتهيمن على حياتهم الذكريات المؤلمة والخوف والعذاب، حتى عندما يختفي التهديد لفترة طويلة، يشعر جسدهم وعقلهم ويتصرفون كما لو أن تهديداً مستمراً يهدد بقاءهم، وجوهر الصدمة النفسية هنا هو الخلط بين الماضي والحاضر، حيث يمكن للذكريات المتطفلة للأحداث المؤلمة أن تخلق عالماً يبدو أكثر واقعية من الواقع الفعلي. فالناجون الذين يعانون من اضطرابات الضغط التالي للصدمة لم يصلوا بعد إلى الوقت الحاضر - لم يصلوا إلى هنا الآن-. والنتيجة هي عزل الروح الجرحى عن الحياة في الحاضر والمستقبل.

والعلاج النفسي لا يعود بهم إلى الوراء، ما قبل الصدمة، ولا يمحو أبداً ماضي السيرة الذاتية ولكنه يمكن أن يقلل من معاناتهم إلى حد كبير.

وتعتبر العلاجات التي تعمل على إعادة تنظيم شبكة الخوف ذات أهمية كبيرة، فهي تثبط هذه الشبكة، وتحدث تغيير بنيوي في ذاكرة المريض، لأن المثيرات التي تتشابه مع الحدث القديم، تنشط أجزاء من شبكة الخوف التي تم إنشاؤها بواسطة صدمة سابقة، تم ترميزها بشكل غير طبيعي في الذاكرة، وبالتالي يصبح التذكر الواعي للماضي مستحيلاً، في حين تتسلل آثاره عبر بوابات الانتباه وتستحضر ذكريات الأحداث الصادمة وكأنها تحدث الآن حية وحقيقية لدرجة أن الخوف والرعب يصبحان روتيناً يومياً.

والعلاج بالتعرض السريدي (NET) يعمل على مستوى الفرد من خلال تشجيع سرد قصة الصدمة، وإعادة إحياء المشاهد المؤلمة السابقة من خلال تعرض تخيلي، يسمح بتعديل شبكة الخوف التي أنشأتها الصدمة والأحداث

المؤلمة، فهو يقوم بنسج الذكريات الساخنة من خلال الذكريات الباردة، فيدمج الذكريات المتطفلة وشظاياها في سياقها الأصلي، وبالتالي، يتطور سرد لسيرة ذاتية متسقة.

. فما هو الـ NET؟

الـ NET هو شكل من أشكال التعرض الذي يشجع الناجين المصابين بصدمات نفسية على إخبار تاريخ حياتهم المفصل بترتيبه الزمني إلى أخصائي أو معالج نفسي متمرس، يقوم بتسجيله، ثم قراءته مرة أخرى، لمساعدتهم في مهمة دمج الذكريات المؤلمة المجزأة في سرد متماسك. حيث يسهل وصف التجارب الشخصية بالتفصيل، التذكر المفصل للذكريات المؤلمة، وبالتالي التعرض لها.

تم تطويره في الأصل للناجين من أشكال متعددة ومعقدة من الصدمات، الذين ينتمون إلى خلفيات مختلفة ويعيشون في مواقف غير آمنة، وغالباً ما يتعرضون للصدمات مستمرة. واستناداً إلى الأدلة العلمية من مختلف التخصصات (علم النفس السريري، والطب النفسي العصبي، وعلم الأعصاب، والصحة العامة، ودراسات اللاجئين)، تم اختبار الـ (NET) ميدانياً بنجاح، وتم إثبات قابلية تطبيقه وفعاليته للناجين من العنف في ظل مجموعة متنوعة من الظروف مثل مخيمات / مستوطنات اللاجئين، وحالات الطوارئ أو الأزمات الوطنية أو المحلية، وفي العيادات الخارجية الأوروبية والأمريكية (Robjant & Fazel, 2010, 1031).

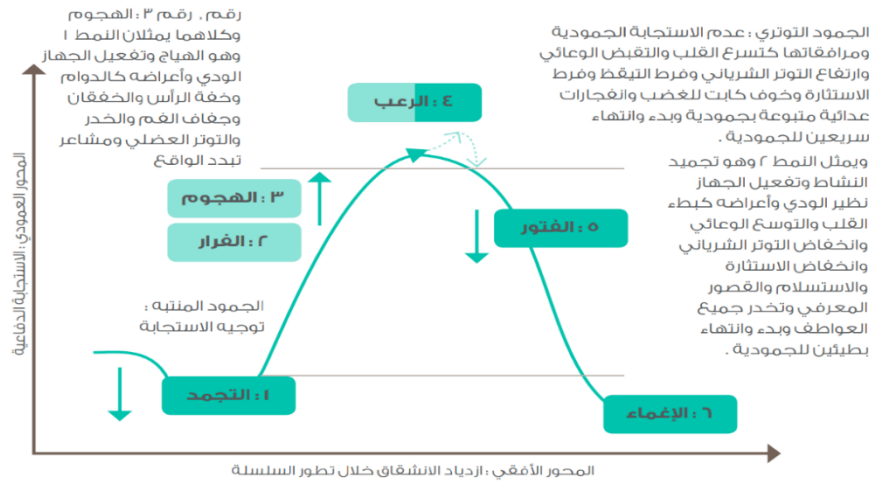
وستحاول الباحثة من خلال هذا الفصل تقديم عرض شامل عن هذا النهج العلاجي، ولكن بداية لابد من تقديم بعض المفاهيم الأساسية التي مهدت لظهور هذا النهج، ووصف آلية عمل الذاكرة وعلاقتها بالصدمة واضطراب الضغوط التالية للصدمة.

- شلال أو سلسلة الدفاع:

تعرف استجابة ما حول الصدمة بشلال أو سلسلة الدفاع، وهي عمليات تكيفية لتعزيز البقاء في المواقف التي تهدد الحياة، من خلال ردود الفعل الفيزيولوجية. ويتكون نموذج سلسلة الدفاع من العناصر التالية:

التجمد - الفرار - الهجوم - الفتور - الإغماء (منظمة أبعاد، 2017، 109).

كما في الشكل أدناه:



الشكل (1) رسم توضيحي لنموذج سلسلة الدفاع على طول مراحل الدفاع المختلفة

يتم تقديم مراحل الدفاع النشط عند صعود المنحنى ومجموعة مراحل الدفاع التفككية عند الهبوط (منظمة

أبعاد، 2017، 109).

في البداية، التجمد (استجابة توجيهية) تسهل عملية إدراك التهديد عبر "توقف-انظر-استمع". حيث ستتوقف العمليات الإدراكية والسلوكية المستمرة متبوعة بإدراك حسي موجه تجاه المثير المهدّد، لمعرفة ما إذا كان المنبه مهدداً، أي يدخل الفرد المرحلة الأولى من الجمود المنتبه. مرحلة الدفاع هذه آلية عابرة، وقد تكون بمثابة إعداد لردود الدفاع النشط مثل الهروب أو القتال (ردود فعل الثوران) اعتماداً على التجارب السابقة، وفرص الهروب، كذلك القوة النسبية للخصم (Bracha, 2004, 679).

سيطر هنا الجهاز الودي من الجهاز العصبي، ويبدأ إطلاق الأدرينالين، ويمد القلب والعضلات بالطاقة اللازمة للهروب أو القتال، وفي الوقت نفسه، تنقبض الأوعية المحيطية لتقليل فقد الدم المحتمل في حالة التعرض للإصابة. علاوة على ذلك، يتغير التنفس من أجل إمداد الجسم بالأكسجين على النحو المطلوب.

في حالة كان الخطر مهدد للحياة، وفشلت استجابة الهجوم أو الهرب، سيستهل رد فعل الرعب والخوف الشديد، حيث غياب المقوية، وعدم القدرة على الحركة. وهنا تتصاعد ردود الدفاع بسبب القرب من الخطر. أما الفتر، حيث ليس لدى الشخص فيها فرصة لهزيمة المعتدي (على سبيل المثال، التعذيب أو الاغتصاب). ورد الفعل النهائي هو الإغماء، حيث المعلومات (الحسية والجسدية والعاطفية والمعرفية، والمكان والزمان، الحدث) لا

تتم معالجتها بواسطة الدماغ ولا يتم تخزينها في الذاكرة فالمرحلة المتقدمة في سلسلة الدفاع "الرعب، الفتور، الاغماء" تؤدي إلى استجابة التفكير أو الانفصال من فقدان الحس الوظيفي، والشلل الحركي، وتناوب الإدراك وفقدان القدرة على الكلام وإنتاجه. وفي الواقع إن الأحداث الصادمة التي تتطوي على خوف شديد، أو عدم القدرة على الهروب، أو القرب الشديد من الخطر المهدد للحياة قد تؤدي إلى الاستجابة التفكيرية، خاصة مع وجود سواكل (مثل الدم أو الحيوانات المنوية) (Marx, 2008, 76)

وهنا يسود الجهاز نظير الودي، مما يؤدي إلى ببطء القلب وانخفاض ضغط الدم وتوسع الأوعية. كما تسود ردود فعل الاغلاق (الاستجابات التكيفية أو الانشاقية)، "الرعب، الفتور، الاغماء" عندما لا يكون هناك إمكانية متصورة "للهرب أو القتال"، من أجل تعزيز البقاء، حيث تتطلب هذه المواقف تكيفات فسيولوجية، بما في ذلك عدم الحركة وتسكين الألم وتجنب تمزق الأنسجة، والتظاهر بالخضوع الكامل (لأن المفترس قد لا يستفيد على افتراض أن فريسته ماتت (Schauer & Elbert, 2010, 111).

وفي هذه الحالة، سيبدأ الدماغ في إنتاج الإندورفين الذي يعمل كمسكن لتخدير الألم (الجسدي أو الانفعالي). وفي الحالات القصوى يسبب الإغماء، وهو شكل من أشكال الشلل. ومع ذلك، عادة ما تكون أقل حدة وغالباً ما يتم اختبارها على أنها نقص في الطاقة، والتعب، والشعور بالخدر، والانفصال (الانفصال عن الذات أو عن الآخرين) (leblanc, 2020, 55).

يتم توجيه سلسلة هذه الاستجابات للإجهاد والضغط بواسطة عدة أنظمة جسمية سيتم شرحها بإيجاز:

1. هياكل الدماغ الرئيسية:

- **الحصين:** مسؤول عن تجميع الذكريات (تكوين وتخزين ذكريات جديدة) وإعادة توحيد الذكريات القديمة (استعادة الذكريات من التخزين طويل المدى، وإحضارها إلى الذاكرة العاملة، ثم إعادة تخزينها). يحتوي الحصين على عدد كبير من مستقبلات هرمون التوتر، المهم للتشغيل السليم للاستجابة للضغط.
- **اللوزة:** تكتشف التهديدات وتنبه هياكل وأنظمة الدماغ الأخرى داخل الجسم.

• **قشرة الفص الجبهي:** تشارك في مجموعة متنوعة من الوظائف التنفيذية المعقدة، بما في ذلك التخطيط والتحليل والحكم واتخاذ القرار.

• **محور الغدة النخامية - الغدة الكظرية (HPA)** (وهو مصطلح يستخدم لتمثيل التفاعل بين منطقة ما تحت المهاد والغدة النخامية والغدة الكظرية. يلعب هذا المحور دوراً مهماً في تنظيم استجابة الضغط (تشغيله وإيقافه).

2. الهرمونات والنواقل العصبية:

• **الكورتيزول:** يلعب هذا الهرمون دوراً حاسماً في تنشيط الاستجابة للتوتر والضغط، وإلغاء تنشيطها.

• **الأدرينالين والنورادرينالين:** هرمونات الضغط التي تعمل أيضاً كنواقل عصبية وتشارك بشكل كبير في الاستجابة للضغط.

• **(GABA):** الناقل العصبي المثبط الرئيسي للدماغ ويساعد على تثبيط نشاط اللوزة والجهاز العصبي.

• **الغلوتامات:** الناقل العصبي الرئيسي في الدماغ (Leblanc, 2020, 32).

كل هذه الأنظمة - عندما تعمل بشكل صحيح - تساعدنا على التعامل مع الأزمات. ولكن في حالات الاستجابة للتوتر والضغط الشديد والمستمر، غالباً ما تؤثر على كل من السلوك والصحة، فالإجهاد لفترات طويلة سوف يحول الاستجابات الفسيولوجية التكيفية إلى مرض، على شكل أوجاع وآلام، وفقدان الشهية، أو الإفراط في تناول الطعام.... وعندما يؤدي التنشيط المتكرر للذكريات إلى الحفاظ على استجابات الدفاع نشطة، ستتضرر الأعضاء، بما في ذلك الدماغ.

- الخلل في استجابة الضغط:

لدى عقولنا قدرة هائلة على محاكاة ما يبدو أنه حقيقة، ومن ثم جعل أجسامنا تستجيب وفقاً لذلك. قد تكون محاكاة الخوف التي تنتجها عقولنا في حالة عدم وجود تهديد خارجي (مثل ذكريات الماضي المتطفلة، والكوابيس، وغيرها) معطلة، وأحياناً أكثر تعقيداً من الحدث الفعلي، وقد تبدو محاكاة الخوف حقيقية تماماً، وبما أن الجسم لا يعرف إلا ما يخبره به العقل، فإن الجهاز العصبي بأكمله يتأهب بسرعة استعداداً للقتال أو الهروب من الخطر الذي يصممه العقل. هذه هي قوة العقل. ومع ذلك، يمكن لهذه القوة أن تدمر الجهاز العصبي. ومع

أهمية هذه الاستجابة للبقاء، لا يمكن أن تستمر على المدى الطويل. حيث الإجهاد المزمن يسبب العديد من التغييرات السلبية في هياكل ووظائف الدماغ، بما في ذلك:

- تنكس الخلايا العصبية في الحُصين وانخفاض حجمه.

- تضخم اللوزة الدماغية وفرط نشاطها

- زيادة الاتصال بين الحُصين واللوزة

- قلة الاتصال بين الحُصين وقشرة الفص الجبهي

- تنكس الخلايا العصبية ونقص النشاط في قشرة الفص الجبهي

- تغيير إفراز النوربينفرين، الكورتيزول، و(GABA).

يخلق الاتصال المعزز بين الحُصين واللوزة حلقة مفرغة حيث تكتشف اللوزة باستمرار الأشياء المحايدة في البيئة باعتبارها تهديدات وتحفز الحُصين على إعادة عرض الذكريات المتعلقة بالخوف والتي لم تتم معالجتها أو تجميعها بالشكل الصحيح. مع كل هذه "التهديدات" الداخلية والخارجية، ينتهي الأمر بالجهاز العصبي في حالة شبه ثابتة من الحفاظ على استراتيجية البقاء ووضع الحماية المفرطة.

عندما يتعرض الشخص لصدمة متكررة، إما في الواقع أو عند تكرار تجربة الصدمة من خلال الأفكار والذكريات المتطفلة، فإنه يتسبب في إفراز مفرط لهرمونات التوتر. حيث تغمر تلك الهرمونات الحُصين، وعندما يظل الحُصين مغموراً بهرمونات التوتر، فإنه يتضرر. ومع استمرار دورة الإجهاد المفرغة هذه، يتقلص حجم الحُصين ويفقد قدرته على تعزيز الذكريات، فضلاً عن قدرته على تنظيم الكورتيزول وإرسال معلومات دقيقة إلى قشرة الفص الجبهي، مما يقلل من قدرة قشرة الفص الجبهي على تحليل الموقف، والتحقق من الحقائق، واتخاذ أحكام حول كيفية الرد الأفضل، وكذلك المساعدة في تنظيم الاستجابة الانفعالية، وبالتالي إلى ضعف تثبيط استجابات الخوف. هذا، إلى جانب انخفاض الكورتيزول وانخفاض (GABA)، مما يساعد على تثبيط واحتواء استجابة الإجهاد، ويخلق الظروف للجهاز العصبي ليبقى عالقاً في وضع البقاء على قيد الحياة. وقد تصبح الذاكرة

الانفعالية والسيرة الذاتية مجزأة، مما يؤدي إلى ضعف الأداء وإلى أعراض اضطرابات الضغوط التالية للصدمة مثل فرط اليقظة، والتفكك، واسترجاع ذكريات الماضي، والتجنب، والاكتئاب (Leblanc, 2020, 83).

ولا بد هنا من التنويه إلى أنه ليس بالضرورة أن يحدث هذا الضرر، وعدم الانتظام بالدماغ والجهاز العصبي، عند انتهاء الحدث الصادم بمأساة. فعلى سبيل المثال، قد يطور الشخص الذي نجى من حادث سيارة بدون أي خدش، اضطراب ما بعد الصدمة، بينما لا يعاني الشخص المصاب بجروح بالغة في نفس السيارة من ذلك. كما تم ذكره في الفصل السابق، هناك العديد من العوامل التي تؤثر على كيفية استجابة الجهاز العصبي وسبب تعافيه من الأحداث الصادم.

- طبيعة الذاكرة الصدمية:

الذواكر التي تملك ارتباطات عاطفية قوية (مثل الخوف) تكون بشكل خاص معقدة على النسيان. بعض أوجه الذاكرة (بالأخص التعبير غير الإرادي عن الرض/ ذواكر الخوف كما في حالات اضطراب ضغط ما بعد الصدمة أو ما شابه)، قد تكون مرضية ومسببة للمشاكل. كما أشار غر芬غ، "ذاكرتك كالوحش قد تنسى أنت وهو لا ينسى، يحتفظ بأشياء لك أو يخفيها عنك، ويسترجعها لك بإرادة شخصية منه. قد تظن أنك تملك ذاكرة بينما هو الذي يمتلكها". تدل الأدلة مؤخراً أن ذواكر الرض العميقة تقع في صلب الامراض النفسية، وتؤثر على تشكل الأعراض الرئيسية والتعبير عنها والحفاظ عليها، مثل الأفكار الدخيلة، الاسترجاع، التجنب، الخدر، وفرط اليقظة. هذه الذواكر الرضية تصبح محفورة في الدماغ بشكل نظامي عبر التعلم الشرطي بواسطة تشكلات الدماغ المختلفة مثل الحصين، اللوزة الدماغية، قشرة المخ والنوى القاعدية على طول الدماغ والمحور النخامي الوطائي. هذا الخل الوظيفي في الدوائر العصبية المختصة في معالجة الذواكر الرضية والتعبير عنها، يؤدي إلى تفاقم هذه الأعراض وله ارتباط ليس بتأثيرات السياق التي تم في الرض فحسب، بل بإعادة استرجاعها في المستقبل في حياة الناجي، كما في عوامل الخطر الشخصية، الاجتماعية، البيئية، الوراثية والتي ترتبط بهذه الشبكات العصبية (Pradhan, 2019, 15).

ولتطوير طرق علاج فعالة، من الضروري فهم العمليات النفسية والبيولوجية التي تكمن وراء اضطراب ما بعد الصدمة. حيث أن أكثر أعراض اضطراب ما بعد الصدمة تميزاً هو (الاقتحامات) إعادة تجربة الحدث الصادم على شكل ذكريات الماضي، إنها تدخلات لا إرادية تحدث من خلال إشارات تذكر الشخص بالموقف الصادم. مثل الصور والأصوات والروائح والأحاسيس الجسدية. حيث الشعور بأن هذا الحدث يتكرر مرة أخرى في تلك اللحظة بالذات، أي خلال الفلاش باك، لا يدرك الضحايا أن ما يمرون به هو ذاكرة نشطة نشأت عن تجارب الماضي، بل يعتقدون أنهم عادوا إلى التجربة الصادمة. فتلك الذكرى لم يتم وضعها في سياق الزمان والمكان اللذين حدثت فيهما بالفعل (Ehlers & Clark, 2000, 324).

قد يرى الشخص أو يشعر أو يسمع، العناصر الحسية للتجربة الصادمة، ومع ذلك قد لا يستطيع ترجمة هذه التجربة إلى لغة قابلة للتواصل. وعلى الرغم من أن المرضى يبلغون عن نوبات متكررة من معيشة الخبرة من خلال ذكريات الماضي أو الكوابيس، ولكن من الصعب بالنسبة لهم سرد الحدث بطريقة مفصلة ومتسقة وبترتيب زمني. يخبرون المرضى أنه يمكنهم تذكر الحدث جيداً، لأنهم يعانون من ذكريات مؤلمة لا إرادية. ولكن، إذا طلب منهم الإبلاغ عن الحدث، فعادة ما تكون الروايات غير منظمة ومجزأة وغير متماسكة.

وعدم تنظيم السرد يرتبط بأعراض (PTSD) فقد وجدت الملاحظات المنهجية دليلاً على وجود عجز في القدرة على وضع الجزء الأكثر انفعالاً من الحدث الصادم، في كلمات. وبالتالي، فإن خاصية ذكرى الحدث الصادم ذات شقين: من ناحية، يمتلك الشخص ذكريات حية عن الحدث بما في ذلك العديد من التفاصيل الحسية، ومن ناحية أخرى، من الصعب جداً على الناجي مواجهة الذكريات وتعلم كيفية وضع التفاصيل في سرد متماسك وبترتيب زمني. وذلك لأن الأحداث الصادمة يتم تخزينها بشكل مختلف عن ذكريات الأحداث اليومية. هذا التمثيل المرضي للذكريات المؤلمة هو المسؤول عن الأعراض الأساسية لاضطراب ما بعد الصدمة (Brewin, 2001, 376).

ولتوضيح ذلك لا بد من توضيح لكلتا الذاكرتين:

- ذاكرة التمثيل الحسي الإدراكي، كما تم اصطلاحها أيضاً بذاكرة الوصول الظرفية، أو الذاكرة الساخنة.

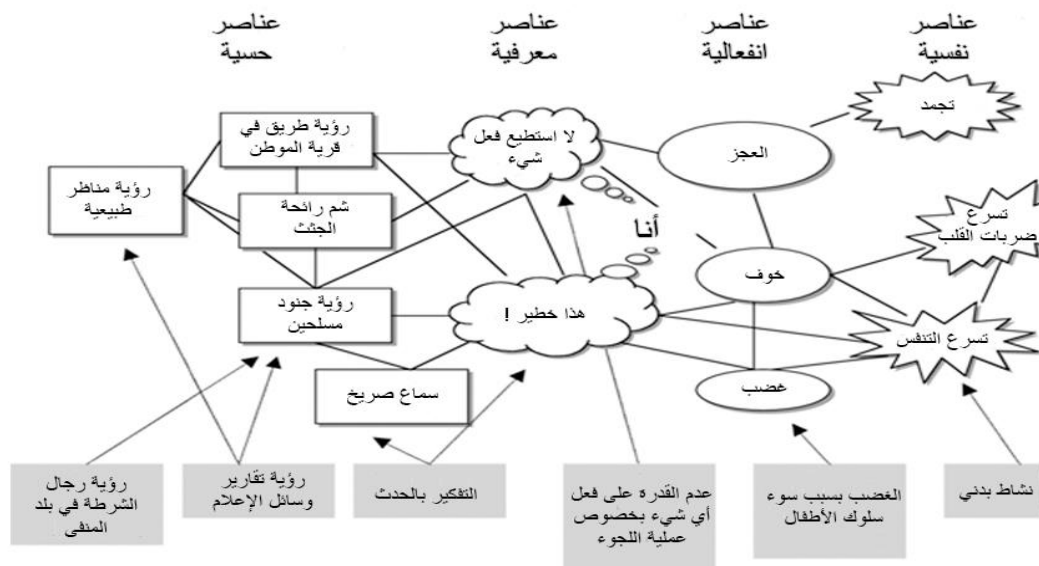
- الذاكرة السياقية للسيرة الذاتية، أو اللفظية، الذاكرة الباردة، والتي يتم الوصول إليها شفهيّاً.

التمثيل الحسي الإدراكي / الذاكرة الساخنة: (Sensory-Perceptual Representation)

غالباً عندما نفكر في موقف حدث في الماضي، نتخيله على شكل "تجربة تذكارية" وليس فقط كمعرفة مجردة حول ما حدث على سبيل المثال ("في 21 أيلول، ذهبت برحلة في القارب") عندما أتذكر هذا الحدث أستطيع تذكره كتجربة، أي ("أشعر بالرياح فوق الماء، وتأرجح القارب....."). ففي حالة تذكر الحدث كتجربة تذكارية، يمكن الوصول مباشرة إلى المعلومات المرئية، وغيرها من المعلومات الحسية حول الحدث الماضي المخزن مسبقاً في الذهن، بالإضافة إلى إدراك تسلسل الأحداث التي حدثت.

من الواضح أن هذا الشكل من التذكر الحي والمفصل غير ممكن لجميع الأحداث التي مررنا بها في الحياة. فبالنسبة للأحداث اليومية، التي لا تعتبر ذات أهمية بالنسبة للشخص، فإن هذه التمثيلات عادة لا تستمر لأكثر من دقائق أو ساعات، ويمكن أن تصبح أكثر ثباتاً فقط إذا تم دمجها مع هياكل الذاكرة الأخرى. في هذه الحالة، يمكن استرجاع الصور التفصيلية لهذا الحدث بعد سنوات. لا يحدث هذا التخزين الدائم للتمثيلات الحسية الإدراكية إلا للأحداث المخزنة بحالة انفعالية عالية (Conway & Pleydell-Pearce, 2000, 271).

كالمثال في الشكل التالي:



الشكل (2) عرض تخطيطي للتمثيل الحسي-الإدراكي الافتراضي (شبكة الخوف) بما في ذلك العناصر الحسية والمعرفية والعاطفية والفسولوجية. تمثل الشبكة ذكرى لاجئ من كوسوفو عن الهجوم على قريته. المربعات أدناه تشير إلى المحفزات البيئية مع إمكانية تنشيط التمثيل (Schauer, et al, 2011, 23).

كما أطلقت على التمثيلات الحسية الإدراكية للأحداث الصادمة اسم شبكة الخوف، والقدرة على تذكر الأحداث الماضية وإعادة إحيائها في شكل "تجارب تذكارية" تحدث في وقت واحد مع الاستجابات الفسيولوجية والانفعالية المشابهة لتلك التي حدثت عند وقوع الحدث (Schauer, et al, 2011, 22).

الذاكرة السياقية للسيرة الذاتية/ الذاكرة الباردة: (Autobiographical Contextual Memory):

التمثيل الحسي الإدراكي هو نوع واحد فقط من الذاكرة حول التجارب السابقة. عندما يستعيد الشخص ذكرى حول حدث سابق، فإن نوع الذاكرة التي يتم استردادها أولاً بشكل عام تسمى "ذاكرة السيرة السياقية، أو الذاتية" ويطلق عليها اسم الذاكرة الباردة.

في الجزء العلوي من التسلسل الهرمي لتنظيم ذاكرة السيرة السياقية توجد ذاكرة فترة الحياة، والتي تمثل، المعرفة العامة للأشخاص، الأماكن، الأنشطة، الخطط، أو الأهداف التي تميز فترة خاصة. أنها تغطي فترات زمنية مميزة مع بدايات ونهايات ويمكن تحديدها. مثال: "الوقت الذي عشت فيه مع مريم". عادةً ما يتم تنظيمها وفقاً للمواضيع الرئيسية التي تربطها بأهداف الحياة. تشمل الموضوعات النموذجية العلاقات والمهن والأماكن التي عاشها الشخص. ويمكن أن تتداخل بالفترة الزمنية التي تشير إليها. على سبيل المثال، قد يتداخل الوقت الذي تغطيه عبارة "عندما كنت أعمل في المزرعة" مع الفترة الزمنية "عندما كنت أعيش مع مريم".

نوع من المعارف الأساسية، أو تصنيف الذكريات، خطوة واحدة إلى الأسفل من هذه الذاكرة، وهي ذاكرة الأحداث العامة، التي يمكن تقسيمها إلى أحداث متكررة مثل "تناول الغداء في كافيتريا" أو أحداث فردية مثل "يومي الأول في المدرسة". تنظم قواعد المعرفة هذه تسلسل الأحداث. ولا يتم تمثيل جميع الأحداث التي يتعرض لها الشخص بنفس الدقة. فتلك الأحداث التي تحدد بدايات ونهايات فترات الحياة تلعب دوراً مهماً في تحديد ذكريات السيرة الذاتية. يُعتقد أن هذه الأحداث البارزة (مثل التاريخ الأول مع شريك حميم أو الصراع الذي يشير إلى نهاية العلاقة) يتم تمثيلها بمزيد من التفاصيل ويمكن الوصول إليها بسهولة أكبر. يمكن ربط ذكريات الأنشطة التي تغطي سلسلة من الأحداث المتعلقة بموضوع مشترك لتشكيل ما يسمى بالتاريخ المصغر على سبيل المثال، يتكون التاريخ المصغر لـ "حبي الأول" من مجموعة من ذكريات الأحداث ذات الصلة مثل "أول موعد لي" و....

استمراراً في التسلسل الهرمي للذاكرة نصل إلى، **المعرفة حول الأحداث الخاصة**، تتوافق هذه المعرفة مع التمثيلات الحسية الإدراكية (الذاكرة الساخنة) الموصوفة أعلاه، مثل "عندما كانت أُمِّي تأخذني إلى المدرسة" (في أول يوم لي في المدرسة). عادة ما تكون المعرفة الخاصة بالحدث (كانت أُمِّي تأخذني إلى المدرسة) مرتبطة بهياكل الأحداث العامة ("أول يوم لي في المدرسة")، وتفعيل التفاصيل الحسية الإدراكية لحدث ما (على سبيل المثال، صورة الفصل الدراسي) مصحوباً بتفعيل المعرفة حول تسلسل الحدث ("ذهبنا أولاً إلى المدرسة، ثم رأيت الفصل") وموقع الحدث في فترات العمر ("ما زلنا نعيش في وطننا آنذاك").

مثال، يمكن تحديد ما يلي إما على أنه فترات حياة أو أحداث عامة / خاصة أو شبكة انفعالية / حسية: (أتذكر هذا اليوم الدافئ في الربيع. كان بالقرب من منزل والدي، منذ حوالي 20 عاماً. كنت لا أزال أذهب إلى روضة الأطفال، لقد كانت السنة الأخيرة لي قبل المدرسة الابتدائية. اشترى لي والدي دراجة زرقاء، كان يدفعني، يمكنني أن أتذكر الشعور المثير الذي كان لدي عندما بدأت بقيادتها بمفردي. كنت متوتراً ولكن سعيداً جداً في نفس الوقت! كان لدي شعور "نعم أنا أستطيع!") والشكل التالي يوضح ذلك (Schauer, et al, 2011, 24).



الشكل (3) يوضح ذاكرة السيرة الذاتية

إنَّ المرضى الذين يعانون من اضطراب ما بعد الصدمة لديهم تشوه كبير في ذاكرتهم السياقية. هناك أدلة تشير إلى أنه لا يتم تمثيل الحدث الصادم بشكل واضح كحدث عام. علاوة على ذلك، لا يبدو أن الحدث تم وضعه بوضوح في فترة الحياة. على الرغم من أن ذكريات المرء والتصورات الحسية الإدراكية للأحداث الصادمة قوية جداً

وطويلة الأمد، لا يبدو أن هناك بنية سياقية موثوقة تقع فيها الذاكرة. ونظراً لأن القدرة على تذكر تاريخ حياة المرء في شكل ذاكرة سياقية جيدة التنظيم ضرورية لرواية حدث ما، غالباً ما يكون مرضى اضطراب ما بعد الصدمة غير قادرين على سرد تجاربهم المؤلمة. والنتيجة هي عدم تنظيم وتشويه تسلسل ذكريات السيرة الذاتية. فهي كالشظايا غير محكومة بنوع من السياقي السرد والمكاني والزمني. هذه الذكريات مزعجة، ليس فقط بسبب الخوف المباشر الذي تثيره، ولكن أيضاً بسبب غرابتها.

3-4- الـ PTSD والذاكرة:

لدى الإنسان أفكار عن ذاته، وعن الحياة وعن العالم من حوله، والأحداث الصادمة تزعزع افتراضات الإنسان الطبيعية مما يتعلق بمفهوم الفرد عن الأمان (فالطفل الذي تم ضرب والده أمامه من رجال الأمن قد يشعر بالتهديد وعدم الأمان في حضور أي شرطي أو رجل أمن قد قابله فيما بعد، فينتج عن ذلك أن الحد الفاصل بين الأمان والخطر يصبح غير واضح)، وهذا يؤدي إلى نشوء بنية (structure) كبير للرعب في الذاكرة البعيدة المدى، وبالتالي ستخفض لدى الطفل القدرة على التنبؤ وستضعف لديه السيطرة على حياته، وهذان هما السبب في حصول مستويات عالية من القلق، وثمة تصور واحد لوصف العلاقة بين اضطراب ضغط ما بعد الصدمة والمعلومات المتاحة (قبل، وأثناء، وبعد الصدمة).

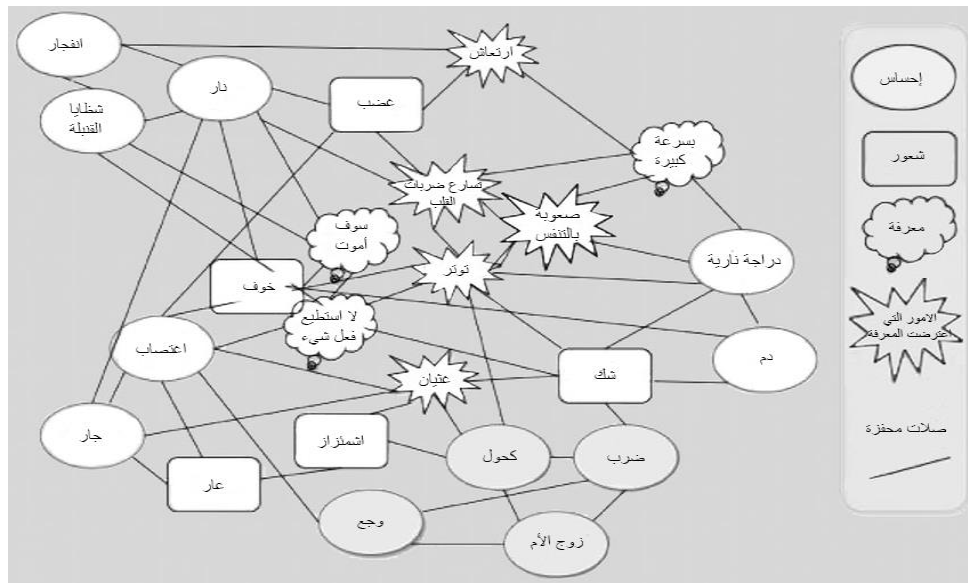
العلاقة بين تسلسل هذه الأحداث تكون منقطعة أثناء التعرض للحدث الصادم فتصبح على شكل شظايا. لذلك فإن من خصائص ذكريات الحدث الصادم أنه من السهل استرجاعها، ولكن من الصعب مواجهتها والتعبير عنها بشكل متسلسل من الناحية الزمانية والمكانية، كما تم توضيحه سابقاً (Foa & Rothbaum, 1998, 142). إن الإنسان الذي تعرض لأحداث صادمة يمكن أن يختبرها بأشكال مختلفة ومتزامنة مع بعضها من الناحية الحسية (البصرية، الشمية، السمعية...) عند استقبال المعلومات وبالوقت ذاته يكون هناك أجزاء أخرى ضمن الدماغ تقوم بمعالجة المعلومات المعرفية والانفعالية، تقوم بترميز وإعطاء معنى (encoding)، وتتضمن مجموعة أخرى من الاستجابات الحركية والفسيولوجية للمثير، وكل هذه العناصر من الشبكة الخاصة بنشاط الدماغ تتربط فيما بينها بحيث أن تنشيط أحد مكونات هذه الشبكة يؤدي إلى تنشيط باقي العناصر، ويطلق على هذه الشبكة اسم

التمثيلات الحسية الإدراكية للأحداث الصادمة. وأثناء تخزين وحفظ الذكريات، يتم الاحتفاظ بها حسب مستوى الاستثارة أثناء الحدث الصادم.

أي، أثناء الحدث الصادم، يتم تخزين المعلومات الحسية والإدراكية بشكل رئيسي (على سبيل المثال، صوت طلقات الرصاص أو رائحة الدم) في الذاكرة كحالة انفعالية شديدة، حيث يصبح العقل والجسم مستشارين للغاية (سرعة ضربات القلب، التعرق، والارتعاش ...) ويتم تجهيزهما للقيام بأعمال مثل (الاختباء أو القتال أو الهرب)، يتم تخزين هذه المعلومات الانفعالية والحسية بشكل منفصل عن المعلومات المتعلقة بالمحتوى المرتبط بها، حيث يتم تخزينها في شبكة عصبية مترابطة، وتؤسس ما يسمى (بشبكة الخوف)، والتي تتضمن التجارب الحسية والإدراكية والفسولوجية والعاطفية، بما في ذلك السلوك المتعلق بهذه الخبرة (الذاكرة الساخنة)، والتي يمكن الوصول إليها عبر مثير أو منبه بيئي من خلال الإدراكي الحسي، كالمنبهات البيئية (مثل الرائحة أو الضوضاء) أو الإشارات الداخلية (كفكرة) حيث تنشيط شبكة الخوف هذه لاحقاً في أي وقت، ويكفي إثارة عناصر قليلة في الشبكة لتنشيط الشبكة بأكملها كما ذكرنا سابقاً. وهذا ما أكدته لانج من خلال نظريته، أن شبكات الخوف تعمل في حالات اضطراب ضغط ما بعد الصدمة، وتفسر هذه النظرية القدرة على تذكر الأحداث الماضية، وإعادة عيشها على شكل تجربة مسترجعة (تكرار معايشة الحدث)، وحسب هذه النظرية فإن استرجاع الحدث يؤدي إلى استجابة فيزيولوجية وعاطفية مشابهة للتي حدثت عند التعرض للأحداث الصادمة (مثال: الإنسان الذي تعرض لموقف مرعب وكان مصحوباً بخفقان قلب أثناء مشاهدة هذا الموقف، فإن تذكر الموقف سيترافق مع خفقان القلب مرة أخرى). وقد أكد لانج هذه النظرية باستخدام مقاييس ذاتية وسلوكية وفيزيولوجية أثناء التصوير الدماغية. وتختلف بنى الخوف التي تم ترميزها أثناء الحدث الصادم حيث أنها كبيرة بشكل غير اعتيادي (بما في ذلك العناصر العصبية داخل الدماغ)، وتغطي عناصر متعددة يتم ترميزها مثل (البصر، الصوت، المشاعر، الاحساسات الجسدية) وهذه العناصر يمكن تنشيطها بسهولة، فالبيئة مليئة بالمثيرات التي تشبه أحد العناصر في هذه البنى أو الشبكة، ومن الممكن بالتالي أن تعمل كمثير، إذ أن الارتباط بين هذه العناصر البصرية السمعية والانفعالية والجسدية يكون كبير بشكل غير اعتيادي، وبالتالي فإن تحفيز عنصر واحد يشبه انفجار لغم لأنه يكون كاف

لتنشيط الهيكلية كاملة واسترجاع الذكريات ذات الصلة وهذا يفسر لنا لماذا يمكن أن يعاني المصاب باضطراب ضغط ما بعد الصدمة من المشاهد الارتجاجية أو ما نسميه الفلاش باك، أي الشعور كما لو أن الشخص عاد إلى الموقف الصادم بتفاصيله، الأصوات، الروائح، مشاعر الخوف، الأفكار وطريقة الاستجابة. وبحسب هذه النظرية فإنه يمكن تفسير عرض رئيسي آخر من أعراض اضطراب ما بعد الصدمة وهو "التجنب" حيث أن المريض يعيش تجربة مؤلمة عند تنشيط بنية الخوف عند التعرض لأي مثير مشابه لمثيرات الحدث الصادم، وبالتالي فإن المصاب يحاول منع التعرض لهذا الألم من جديد، ويتجنب الأشخاص والأماكن التي تذكره بالحدث المخيف، وأيضاً فإن سلوك الفرار أو الهرب يكون جزءاً من الاستجابة الحركية المرتبطة عادة بالمواقف الصادمة، وبالتالي فهو جزء من شبكة الخوف، إن كم الارتباط بين هذه العناصر قوي جداً فيتجنب المريض أي انفعال وجداني مؤلم حتى الذي يتعلق بالعواطف الايجابية، وهذا ما يفسر عرض آخر وهو الخدر الانفعالي (Holmes, 2003, 349).

ويعاني مرضى اضطراب الضغوط التالية لصدمة من صعوبات في ذاكرة السيرة الذاتية. أي أنهم غير قادرين على وضع الخوف من تلك الأحداث بشكلها المناسب في الزمان والمكان ووضعها بشكل واضح في فترة سيرة الحياة. بالإضافة إلى أن تجنب تنشيط شبكة الخوف، يجعل من الصعب على هؤلاء المرضى أن يرووا تجربتهم المؤلمة.



الشكل (4) العرض التخطيطي لشبكة الخوف / الصدمة الناتجة عن تجارب مؤلمة متعددة

يتضمن العرض التخطيطي لشبكة الخوف الناتجة عن تجارب مؤلمة متعددة: (أ) الخبرة السابقة لحدث صادم واحد - كما هو الحال في هذه الحالة، تجربة تفجير - مرتبطة جيداً بذاكرة السيرة الذاتية. (ب) ومع ذلك، إذا تم دمج التجربة نفسها في شبكة موجودة بالفعل من الذكريات المؤلمة (تجارب العنف المنزلي، والحوادث السابقة، وما إلى ذلك)، يتم فقد الاتصال بالسيرة الذاتية "الباردة". تتشابك العناصر الحسية والمعرفية والعاطفية والفيسيولوجية مع قوة الإثارة المتبادلة بشكل متزايد. عناصر ذاكرة السيرة الذاتية الباردة، الرموز الخاصة بأين ومتى، تمنع بعضها البعض، حيث أن بنية الدماغ لا تسمح بتفعيل تمثيلات لمكانين مختلفين أو فترتين مختلفتين في نفس الوقت. يتم ترميز ذاكرة المكان - الموقع، على سبيل المثال - بواسطة "خلايا المكان" في الحُصين. هذه هي الخلايا العصبية التي تُظهر معدل إطلاق عالٍ عندما يكون الشخص في الواقع في موقع معين أو يتخيل نفسه أو نفسها في بيئة مقابلة إلى "حقل المكان" الخاص بالخلايا. نظرًا لأن مجموعة واحدة فقط من الخلايا يمكن أن تظل نشطة في أي وقت، يتم فصل شبكة الخوف عن الزمان والمكان، ويتعمم الخوف، مما يؤدي إلى شعور دائم بالتهديد الوشي.

(Schauer & Elbert, 2010, 118).

وكما يوضح الشكل الآتي، يمكن تلخيص ما سبق بما يلي: تتكون الذاكرة الباردة من ذكريات الأحداث الشخصية وذكريات الواقع والمعرفة بالعالم، أي الأحداث المهمة في حياة الإنسان كالزواج والتخرج، إضافة إلى المعارف التي نكتسبها كالتاريخ والجغرافيا، والمراحل الاعتيادية في الحياة التي تتعلق بالأماكن والأشخاص، وتغطي مراحل زمنية محددة لها بداية ونهاية من حياة الإنسان، وهذه الذكريات يتم استرجاعها بشكل إرادي وواعي، وتسمى أيضاً ذاكرة السياق التي تجيب عن "ما، وماذا، ومتى". أما الذاكرة الساخنة فتتكون من المهارات والعادات والروابط الانفعالية والاستجابات الاشرطية، مثل مهارة قيادة السيارة وهذه الذكريات يسترجعها الانسان بشكل لا إرادي، ولها أثر على سلوك الإنسان وتجاربه، وتنشط هذه الذكريات من خلال عمليات أخرى مثل المثيرات البيئية أو الداخلية التي تتضمن أوجه شبه مع الذكريات الساخنة، ويطلق عليها أيضاً التمثيل الحسي الإدراكي للذكريات". وهنا تقع ذكريات الأحداث الصادمة.



الشكل (5) الذكريات الإقتحامية التي تثيرها أي مثيرات حسية (صور، أصوات، روائح، إحساسات جسدية)

وهذا ما يفسر أحد أهم الذكريات الإقتحامية التي تثيرها أي مثيرات حسية (صور، أصوات، روائح، إحساسات جسدية) تحمل شعور أن هذا الحدث يتكرر في هذه اللحظة، وهذا النوع من الذكريات لا يتم تخزينه إلا في حالة الانفعال الشديد الذي يؤدي إلى تمثيل حسي إدراكي للحدث.

ويعاني المرضى الذين يعانون من اضطراب ما بعد الصدمة من صعوبات في ذاكرة سياق السيرة الذاتية. أي أنهم غير قادرين على وضع الخوف من الحدث بالشكل مناسب في الزمان والمكان ووضعه بوضوح في فترة الحياة وهذا، يجعل من الصعب عليهم سرد تجربتهم المؤلمة. حيث يروون قصصهم بشكل انفعالي متشتت وغير متسق، وتكون لديهم ثنائية الرغبة بالبوح والخوف والكتمان، ولا يتعافى الناجين إلا إذا تكلموا عن الحدث. وهنا يأتي دور العلاج بالتعرض السري.

3-5- منهجية العلاج بالتعرض السري (Narrative exposure therapy):

العلاج بالتعرض السري (NET) هو مداخلية علاجية قصيرة المدى، تم تطويرها لعلاج اضطرابات الضغوط التالية للصدمة، وخاصة المركبة الناتجة عن التعرض المتكرر والمستمر للأحداث الصادمة، وقد تم اختباره بأطوال مختلفة من العلاج، بناءً على شدة الأعراض.

وقد أوضحت التجارب المنفذة لـ (NET) أن الحد الأدنى لعدد الجلسات المطلوبة هو أربع جلسات، وبشكل فردي، وتمتد من (90 - 120) دقيقة. ونحتاج إلى مزيد من الجلسات من أجل الصدمات المركبة، كما في علاج

حالات الناجين من التعذيب، أو وجود اضطرابات عقلية أخرى مرافقة، عادة ما بين 8 إلى 12 (Schauer, et al, 2011, 37).

وهو علاج مبني على نظرية شبكة الخوف ويتضمن مبادئ من العلاج السلوكي المعرفي، والعلاج بإدلاء الشهادات، حيث يقوم المريض بالتعاون مع المعالج بإعداد سرد تفصيلي لسيرته الذاتية، والتركيز على دمج الخبرة الرضاة بجميع مكوناتها الحسية والمعرفية والجسدية والانفعالية ضمن تسلسل زمني بتوجيه من المعالج. وقد تم تصميمه للاستخدام في البلدان ذات الدخل المنخفض، وعلى الناجين من العنف المنظم والتعذيب حتى في الأماكن التي لا تزال متقلبة وغير آمنة، وقد ثبتت فاعليته مع البالغين والأطفال بخفض أعراض اضطراب الضغوط التالية للصدمة مقارنة بطرق علاجية أخرى (Fazel et al, 2010).

3-5-1- عناصر العلاج بالتعرض السردى:

ويرتكز (NET) على شقين:

الأول: خفض الأعراض من خلال مواجهة المريض بذكرياته عن الحدث الصادم، أي تنشيط شبكة الخوف (الذاكرة الساخنة)، وإعادة عيش الحدث نفسياً ليتم ربطه بما يليه من أحداث.

الثاني: إعادة بناء ذاكرة السيرة الذاتية بالسرد المتسق الذي ينبغي استخدامه بالاقتران مع العلاج بالتعرض، أي التعبير بالكلمات عن عناصر بنية الخوف وادخالها ضمن الرواية المتعلقة بالحدث الصادم (Schauer, et al, 2011, 34).

ويمكن تحديد عناصر (NET) التي أثبتت فعاليتها في علاج الصدمات بما يلي:

- إعادة البناء الزمني الفعال لذاكرة السيرة الذاتية.
- تنشيط شبكة الخوف، لفهم المثيرات التي ترتبط بها بشكل مؤقت، من خلال سرد تفصيلي وتخيل للحدث الصادم. أي، التعرض المطول لـ "النقاط الساخنة" والتنشيط الكامل لذاكرة الخوف لتعديل الشبكة، أي تعلم فصل الذاكرة الساخنة عن الاستجابة الانفعالية المشروطة، وفهم المحفزات كإشارات، والتي يتم ربطها مؤقتاً من خلال السرد التفصيلي والتخيل للحدث الصادم.

- ربط الاستجابات الفيزيولوجية الحسية والمعرفية والانفعالية في سياق الزمان والمكان للحدث الماضي وإبراز الاستجابات الاشرطية التي تحدث لاحقاً. أي، فهم السياق الأصلي للاكتساب وإعادة ظهور الاستجابات المشروطة في وقت لاحق من الحياة.
- إعادة التقييم المعرفي للسلوك والأنماط. أي، التشوهات المعرفية والأفكار التلقائية والمعتقدات والاستجابات، بالإضافة إلى إعادة تفسير معنى المحتوى من خلال إعادة معالجة الأحداث السلبية والمرعبة والصادمة، والاكمال والاعلاق.
- إعادة التعرض لتجارب الحياة الإيجابية لدعم المريض نفسياً وتعديل الافتراضات الأساسية لديه. والتقدم نحو سيرة ذاتية متكاملة وبترتيب زمني متسق، فمن خلال سرد المريض لقصته فإنه يتعرض للمعلومات الحسية المصاحبة للذكرى، ولصورة الأحداث بعد ذاتها وينخرط في شبكة الخوف من خلال سرد لشظايا الذاكرة خلال فترة العلاج، ويستطيع أن يعيد حياكة الأحداث وإدخالها ضمن نظام بارد يتحكم به بدل أن يبقى ذكرى ساخنة، وبالنتيجة إزالة الحساسية المصاحبة والتي نشأت عن غرابة الشظايا الانفصالية، وتشتت الحساسات والأفكار والانفعالات ذات الصلة بشبكة الخوف بالتسلسل الصادم للذكرى التي يتم كشفها بشكل مفصل أثناء سرد الرواية، ويتم إرساء تسلسل الأحداث زمانياً ومكانياً لنصل في النهاية إلى رواية ذات معنى متسق، ويتم التعرض لجميع تفاصيل الأحداث الصادمة حتى تتحل أثارها المزعجة (Ehlers & Clark, 2000, 335).

3-5-2- آلية تطبيق العلاج بالتعرض السردى:

يتم تطبيق العلاج بما يعادل (4-10) جلسات، ومدة الجلسة من (60-90) دقيقة، ويعتمد ذلك حدة الاضطراب عند المريض، وما إذا كان هناك اضطرابات مصاحبة (كالإكتئاب، وغيرها من اضطرابات القلق)، وقد تستمر جلسة التعرض السردى إلى (120) دقيقة. ويتضمن: (1) تاريخ الفرد الذي سبق الحدث الصادم، (2) التجارب منذ بداية التهديد لحدث صادم، (3) الحدث الصادم، (4) الحياة بعد ذلك، (5) الخطط والأمال والمخاوف المستقبلية. (Schauer, et al, 2011, 37).

الجلسة الأولى (التشخيص والتثقيف النفسي):

يبدأ المعالج الجلسة الأولى بتقديم نفسه، ومن ثم يعرض الأسس الأخلاقية للمهنة بما في ذلك الخصوصية وشروط السرية، فللمريض الحق بمعرفة المعالج الذي سوف يقوم بالعمل معه، حيث يعتبر ذلك أحد الركائز الأساسية لبناء الثقة بين المعالج والمريض، وطمأنته، ثم يقوم بتشجيعه على طرح أي أسئلة إضافية لديه.

التشخيص: ولضمان ما إذا كان الفرد مصاباً باضطراب ضغوط ما بعد الصدمة أم لا، لا يعتمد على أدوات التقرير الذاتي، بل يجب أن تكون هناك مقابلة اكلينيكية مقننة. ومن المهم ألا يقاس وجود أعراض اضطراب ما بعد الصدمة فقط، بل نوعية هذه الأعراض وتكرارها وشدها أيضاً. ونظراً لأن العديد من مرضى اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة غالباً ما يعانون من اضطرابات مرافقة أيضاً، يجب فحص الحالات التي تحدث بشكل شائع مثل الاكتئاب وإدمان المخدرات. فعلى الرغم من أن الاكتئاب قد يتراجع مع العلاج بالتعرض السري، إلا أن الأدوية التي يتم وصفها لعدم التفكير في الأحداث، تعيق المعالجة المطلوبة فقد تكون وسيلة لتجنب التفكير بالأحداث، وهذا بدوره يعيق معالجة الذاكرة التي تلزم لعلاج التعرض السري. إذا كان الشخص يعاني من أعراض اضطراب الضغوط التالية لصدمة، فمن المستحسن المضي قدماً في التثقيف النفسي مباشرة بعد التشخيص، ويتضمن التثقيف الأولي للمريض شرح مفصل لحالته، بحيث يفهم التشخيص بشكل جيد وأن الأعراض التي يشعر بها بعد تعرضه للصدمة هي استجابة شائعة نتيجة الخبرات والتجارب الشديدة والمؤذية. ويجب أن يضم التثقيف النفسي:

- التطبيع (يفهم المعالج المريض أنه من الطبيعي أن يكون هناك ردود فعل كهذه بعد الصدمة، وأن الأعراض التي يختبرها اليوم هي نتيجة الاستجابة للوضع الصادم).
 - وصف ردود فعل الصدمة (بما في ذلك الأعراض ذات الصلة).
 - شرح البرنامج العلاجي ومحتوياته (التعرض الوهمي والتخيل، والسرد، وشرح خطوة بخطوة للعملية العلاجية).
- (Schauer, et al, 2011, 40).

الجلسة الثانية (خط الحياة):

يعتبر خط الحياة رمزاً للعلاج بالتعرض السري لأنه يمثل قصة حياة المريض بطريقة رمزية، وهي المرحلة التي يمكن من خلالها التأسيس للعلاقة العلاجية، وهذه العملية تخلق جو من الثقة بين المعالج والمريض، ويتعرف

المعالج من خلالها على تعبيرات المريض وخصائصه الفردية، حيث يقدم المريض سرداً مختصراً عن حياته التي يضعها على طول حبل أو سلسلة، ويقوم بوضع الزهور لتمثيل الأحداث السعيدة الرئيسية والأوقات الجيدة والتي تعتبر مصادر إيجابية للحياة، كالحظات الإنجاز والعلاقات المهمة، وما إلى ذلك، فالزهور يمكن أن تكون بمثابة موارد الحياة. فيما يقوم باستخدام الحصى للتعبير عن الأحداث الصادمة المخيفة التي مر بها، والتجارب التي تهدد الحياة والأفعال العنيفة وسوء المعاملة والاعتداء والإصابة أو الأذى والأسر والكوارث الطبيعية والحوادث، حيث يضع الناجون الحجارة للحظات والمواقف الحزينة والصعبة في الحياة، كفقدان أحد الأحباء أو أوقات الشدة (الطلاق، فقدان الوظيفة..)، والمعاناة، والفشل، بالإضافة إلى التجارب الأخرى المجهدة وغير السارة والسلبية التي اضطروا إلى تحملها، كما هو موضح في الشكل التالي:



الشكل (6) صورة لخط الحياة

يتم السؤال عن تاريخ كل عام بشكل متسلسل عام بعد عام، إلى أن يصل إلى الوقت الحاضر، فيتترك الحبل (خط الحياة) طويلاً إشارة إلى الأمنيات بحياة مديدة، ومن المهم عدم الذهاب إلى عمق أكبر في هذه المرحلة، فتمرين خط الحياة ليس هو الوقت المخصص للشروع في مواجهة مضمون الحدث. فخلال هذه المرحلة من إجراء خط الحياة، يوجه المعالج الفرد للبقاء في جانب الذاكرة الباردة، أسئلة تركز على الحقائق والأسماء والتواريخ الخ، بدلاً من التركيز على العواطف، والأحاسيس، والفيزيولوجية وما إلى ذلك، فتمرين خط الحياة ليس سوى لمحة عامة عن الأحداث الهامة في الحياة - "خارطة الطريق" - فالمشاركة الانفعالية الكاملة ستحدث لاحقاً في جلسات التعرض ضمن سياق العلاج. وفي هذا الصدد، من المفيد الاستقرار والتهذئة بعد وضع كل رمز، وخاصة الأحجار، قبل

البدء في الحديث عن الحدث التالي، يبقى التركيز على متى - تسمية الفترة الزمنية لخط الحياة - وأين، وليس على ماذا، وإلا فإن المشاعر سوف تتراكم صوب خط الحياة وتختلط الانفعالات وتتشوش. وأحياناً، قد يكون من الصعب تذكر تواريخ بعض الأحداث بشكل دقيق. في هذه الحالة، من الجيد تشجيع المريض لتذكر أحداث موازية (على سبيل المثال، "ولد أول طفل لي في العام الذي بدأت به الأزمة"). حتى لو لم تكن السنة أو العمر معروف من قبل المريض، ولكن المطلوب هنا هو وضع الرموز قدر الإمكان حسب الترتيب الزمني على طول الخط.

بعد الانتهاء من خط الحياة، يأخذ المريض والمعالج بعض الوقت للنظر إلى الصورة الكلية، ويقدر المعالج العمل الهام الذي تم تحقيقه، ويقوم برسم خط الحياة أو النقاط صورة له مع التأكد من تدوين جميع الملاحظات حول ما هو معروض من عبارات ورموز، ثم يقوم المعالج والمريض بإزالة خط الحياة عن الأرض قبل مغادرة المريض، وترتيب الأشياء، من أجل إعطائه إحساس بحماية خط حياته، واحترام خصوصيته (Schauer, et al, 2011, 43).

الجلسة الثالثة: بداية السرد:

تبدأ الجلسة بسؤال المريض عن حاله خلال الفترة ما بين الجلسة الأولى واليوم وتوثيق النتيجة، ثم قراءة التقرير المكتوب عن خط الحياة والتصحيح أو الإضافة في حال إغفال أي شيء خلال الجلسة الماضية، ومن ثم تبدأ المعالجة بدءاً من الولادة حتى الحدث الصادم الأول.

معلومات أساسية يجب أن تأخذ بعين الاعتبار عند التحضير للسرد:

- يبدأ السرد في موعد لا يتجاوز الجلسة الثالثة.
- تبدأ الجلسة من خلال شرح موجز لما سنقوم به معاً وإعطاء إطار زمني واضح.
- يسأل المريض إذا كان لديه أي أسئلة متبقية، ولكن بحذر لأن ذلك يمكن أن يفتح باباً لتجنب، فقد يستخدم المريض طرح الأسئلة كوسيلة لتجنب الخوف المتزايد وتأخير استدعاء الأحداث.
- في هذا الوقت يكون المريض متوتر للغاية، لأنه يعلم أن "هذا سيحدث اليوم". فهو يريد إنهاء العملية بأسرع ما يمكن، لهذا السبب، يفضل عدم إضاعة الكثير من الوقت في البدء.

- مساعدة المريض على البدء بطرح السؤال "إذاً، متى / أين ولدت؟".

- يبدأ السرد من وقت الولادة ومن ثم الانتقال إلى أول حدث صادم.

بداية السرد

يجب تقسيم الزمن خلال جلسة السرد بحيث يتم تناول الحدث المؤلم كله خلال السيرة الذاتية للمريض،

ويمكن أن يستمر ذلك بالجلسات اللاحقة من خلال المراحل التالية:

▪ مرحلة الطفولة - ما قبل الصدمة (بشكل موجز جداً)

▪ أول حادثة مؤلمة (بشكل مفصل)

▪ الفترة ما بعد الصدمة (بشكل موجز)

▪ -فترة الحياة بين حدثين مؤلمين (مكتفة جداً)

▪ الحدث المؤلم التالية (بشكل مفصل) وهكذا

▪ التوقعات المستقبلية (موجز).

يبدأ المريض بسرد لخلفيته الأسرية، والحصول على صورة واضحة لكيفية نشأته، وعلاقته بوالديه، والشخصيات

الهامة الأخرى التي لعبت دوراً هاماً في حياته. مع دعم المحتوى الانفعالي والتفهم من خلال مهارات الاصغاء

بشكل مستمر من قبل المعالج، مع التركيز على تعلم المريض تضمين التفاصيل الانفعالية وكذلك المعرفة

والفسيولوجية أثناء السرد. ويعتمد وقت السرد في فترة ما قبل الصدمة على عدد الجلسات المتاحة للعلاج، وعدد

الأحداث المؤلمة في حياة المريض، وعلى الفترة التي وقع فيها أول حدث صادم من حياة المريض. فإذا حدث هذا

الحدث في مرحلة الطفولة، سيكون مقدار الوقت في الحديث عن الحياة قبل الحدث قصيراً نسبياً. في هذه المرحلة

يسمح للمريض بالتعبير الكامل عن استجابة الخوف عند مواجهة الحدث المؤلم، ومن ثم إعطائه وقتاً كافياً ليهدأ

من خلال سرد الفترة التي أعقبت الحدث المؤلم.

التعرف على الحدث الصادم، هناك أجزاء مختلفة من المعلومات يمكن أن تكون مفيدة في تحديد ما هو الحدث

المؤلم في السرد.

كخطوة أولى، يمكن دائماً الاعتماد على المعلومات التي تم جمعها في الجلسة التشخيصية، وحددها المريض على أنها الأكثر صدمة في حياته. وهناك طريقة أخرى ممكنة لتحديد وقت مناقشة المريض للحدث المؤلم وهي الطريقة التي يتحدث بها، فغالباً أثناء الـ (NET) التعرض والسرد، ستتغير الطريقة التي يتحدث بها الشخص عند سؤاله عن فترة زمنية صعبة أو عند لاقتراب من نقطة نقاش الحدث الصادم، ويمكن معرفتها من خلال عدة إشارات:

(أ) قد يبدو كلامه أكثر تجزأً وغير متماسك. فيواجه المعالج صعوبة في فهم ما يحاول الإخبار به عن تلك الفترة الزمنية، وفي بعض الأحيان، قد يتم تخطي الحدث الصادم تماماً أو تركه خارج السرد. ومع ذلك، في كثير من الأحيان يسقط المريض تلميحات خفية حول الصدمة أثناء محاولة تجنبها أو صعوبة في التعبير عنها.

(ب) ملاحظة التوتر والانفعال على المريض، فيصبح عصبياً جداً أو انفعالياً، ويقطع السرد بسبب الذكريات المتطفلة التي تتبادر إلى ذهنه.

(ج) بمجرد ملاحظة اقتراب المريض من الحدث الصادم، يبدأ العمل الرئيسي للتعرض السردى. مع الحرص هنا على أن العمل مع المريض خلال سرد الحدث الصادم سيستغرق (40-60 دقيقة على الأقل) من الوقت، ويجب عدم مقاطعة هذه العملية أبداً. ويكون الوقت كافياً للاستكشاف والمناقشة بشكل كامل والسماح بتخفيض كامل للإثارة والخوف من خلال تنشيط الذكريات الباردة.

تقييم سياق الحدث الصادم:

يجب سرد المعلومات السياقية التالية بوضوح قبل التحدث عن الحدث بالتفصيل:

(متى) الإطار الزمني: تحديد وقت وقوع الحادث، العمر، السنة، اليوم، اللحظة المعينة في اليوم.

(أين) الموقع والنشاط: تحديد مكان وقوع الحادث. أين كان الشخص في ذلك الوقت؟ ماذا كان يفعل؟

تثبيت مكان وقوع الحادث بأكبر قدر ممكن من الدقة.

(ماذا) البداية: تحديد بداية الحدث، ما هي النقطة التي تمثل بداية هذه الصدمة أو التجربة؟ ويبدأ السرد عندما تبدأ الاستثارة بالارتفاع.

البدء في السرد بحركة بطيئة

في هذه المرحلة، يتم تبطيء عملية السرد، وغالباً يكون لدى المريض ميل إلى الإسراع أكثر والقفز إلى الأحداث في المستقبل، لذا يتطلب الأمر بعض الثبات للحفاظ على مسار الحدث بشكل أبطأ. وهذا الأمر يحتاج إلى بعض الشجاعة من قبل المعالج، فحتى المعالج ذوي الخبرة مع الناجين المصابين بصدمات نفسية قد يبدأ بالشعور بالتوتر وقد يرغب في تجنب المحتوى الصعب لما يلاحظه من زيادة في علامات معاناة المريض. ولكن ذلك مؤشر على أن العلاج يسير بشكل جيد وأن المريض يسير على الطريق الصحيح.

يتم وضع الحادث في سياق بقية ذلك اليوم. ومع الاقتراب من اللحظة المؤلمة يبدأ السرد ببطء أكثر، (الحصول على المزيد من التفاصيل وأدقها)، أي عند الاقتراب من وقت الحادث، يسأل المريض بالتحديد بالدقائق والثواني التي سبقت الحادث. ومساعدته على التركيز على التفاصيل التي يمكن تذكرها، والمعلومات الحسية المرتبطة بها، وإيقاظ الذكريات الحسية، يطلب من المريض أن يضع نفسه في بداية الحدث ويبدأ بالمرور به من تلك النقطة، مع عرض كل ذلك بالتسلسل. وفي هذه المرحلة الزمنية، يجب التأكد من:

- أن المريض يتخيل بداية الحادث، حيث يبدأ العمل على الحدث من هذه النقطة من خلال خياله، وعرض كل ذلك بالتسلسل الزمني.

- المضي بحركة بطيئة.

- مساعدة المريض على التركيز على ما كان يدركه أثناء الحدث الصادم (الإحساسات الجسدية، الأفكار، السلوك في ذلك الوقت، نسأل عن شكل ولون الأشياء، الروائح، الأصوات التي كان يسمعها، وما إلى ذلك).

- دعم تلك العملية عن طريق متابعة ردود الفعل الانفعالية، ونتاج الاحساسات الفيزيولوجية المرتبطة بتلك الانفعالية والمشاعر: (السماح للاستجابات الانفعالية بأن تأخذ مجراها) إعادة انتاج الذكريات التي تثير الاستجابات الفيزيولوجية.

- تعزيز الواقع: منع التجنب، التفكك أو الانشقاق، الإلماعات، من خلال التأكد من بقاء المريض هنا والآن، وأنه على وعي بأنه في الوقت الحاضر ويتحدث عن الماضي. أي إبقاءه في الوقت الحاضر، فلا نسمح بإعادته بالكامل

إلى الماضي من خلال الإلماعات، وهنا يأتي دور تقنيات التأريض، وهي نوع خاص من استراتيجيات المواجهة التي تهدف إلى ترسيخ المريض في "هنا والآن" من خلال تحفيز واحد أو أكثر من الحواس الخمس، الصوت واللمس والشم والذوق والبصر. (Schauer, et al, 2011, 47).

فعندما يستجيب الجهاز العصبي للضغط، يمنع العقل من تقديم المساعدة في تلك اللحظة، وهنا يأتي دور تقنية التأريض لتوجيه اللوثة إلى هنا والآن، وإقناعها بأنه في أمان.

حيث يساعد تعريض المريض لإحساس يصعب تجاهله، على صرفه عن أي شيء آخر يدور في ذهنه ويربطه باللحظة الحالية. وبعض الأمثلة على تقنيات التأريض يمكن أن تكون حمل مكعب من الثلج في يده، أو وضع طعام حامض في الفم ومضغه، أو شم رائحة القرفة (أو أي رائحة قوية أخرى) يفضل أن يكون مصدر الإحساس قوي بما يكفي، بدون أن يكون مزعجاً (Ehlers & Clark, 2000, 340)

سرد الذاكرة "الساخنة"

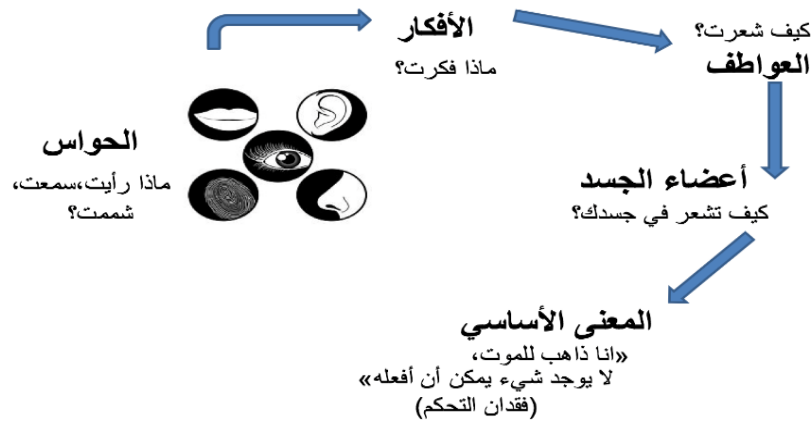
إن صميم العلاج بالتعرض السردى (NET) هو ربط الذاكرة الساخنة - أي الإحساسات والانفعالات والأفكار - بما يليها من أحداث في السيرة الذاتية عن طريق التعبير عن أجزاء وشظايا الذكريات في كلمات وبالتالي في الذاكرة الصريحة أو الباردة.

وحتى تكون هذه العملية فعالة ومفيدة، ١- يجب أن يسترجع المريض ويعيش تجربته المؤلمة مع الحفاظ على التسلسل الزمني الجيد ضمن السرد. ٢- من ناحية أخرى، يجب أن يفعل السرد الجيد جميع عناصر شبكة الخوف، (أي أن يكون هناك مشاركة انفعالية).

من المهم أن يكون المعالج على دراية بكلتا العمليتين وقادر على التبديل بين التدخلات ودعم كلا العنصرين. وأن ينتبه إلى العناصر التالية عند حدوثها: السرد - إعادة التجربة بعمق أكثر - الوصف بمزيد من التفصيل - دمج الحادثة في السرد مرة أخرى - السرد الإضافي - الاستمرار بهذا التسلسل (Schauer, et al, 2011, 48).

التدخلات المستخدمة لتنشيط الذاكرة الساخنة:

أن الذاكرة الساخنة - شبكة الخوف - تتكون من عدة مستويات: العناصر الحسية والمعرفية والانفعالية والفيزيولوجية ويمكن أن يؤدي تنشيط عنصر واحد أو مستوى واحد بسهولة إلى تنشيط عناصر أو مستويات أخرى، وهنا يجب أن يكون المعالج على دراية بمعالجة شبكة الخوف على جميع المستويات، ويتمتع بالنقمة والمثابرة بالوقت ذاته، ويكون قادراً على الاستماع لأسوء الأحداث دون خوف، فربما تظهر على بعض المرضى الأعراض التي يمكن ملاحظتها أثناء الاستثارة، كالتعرق والارتجاف، في حين يبقى بعض المرضى قادرين على تجنب أي اندماج انفعالي وبقون هادئين وباردين على نحو مفاجئ، وقد تظهر لدى البعض استجابات تفككية، وفي جميع الأحوال على المعالج أن يطرح الأسئلة الخاصة بمحتويات شبكة الخوف على جميع مستويات الذاكرة الساخنة، الحسية والمعرفية والانفعالية والفيزيولوجية، (كما هو موضح بالشكل أدناه). ويصل المعالج إلى الهدف، عندما يتمكن من صناعة فيلم جيد من وصف المريض. **الإحساسات** (ماذا رأيت؟ سمعت؟، شممت؟ وكيف كانت وضعية جسمك ...) **الأفكار** (بم فكرت؟) **الانفعالات** (بم شعرت؟)، لن نكون قادرين على فهم مشاعر المريض، طالما أن الأفكار المرتبطة بها غير معروفة. **الاستجابات الفيزيولوجية** (ضربات القلب، والتعرق، وبرودة اليدين الخ.) **ومحتوى المعنى** (يساعد المعالج على وضع الذاكرة الساخنة في كلمات ويربطها بتسلسل السيرة الذاتية، أي يجعلها متوافقين في السرد، بشكل أساسي، يستمر المعالج في الدفع حتى يتم وضع التجربة، في كلمات ويبدأ المريض بالشعور بالراحة. والتوقف في أي وقت قبل هذه النقطة ضار (Schauer, et al,2011, 48).



الشكل (7) مستويات تنشيط الذاكرة الساخنة

التعود (تخفيف الحساسية) في العلاج بالتعرض السري:

التعود: هو انخفاض أعراض اضطراب الضغوط التالية للصدمة التي يعاني منها المريض بعد التعرض لفترة كافية من الزمن. فالعملية المستمرة لتنشيط الذاكرة الساخنة وسردها يؤدي بالنهاية إلى التعود، مما يعني انخفاض الأثر الانفعالي والإثارة الفيزيولوجية بمرور الوقت، ويجب ألا يتم إنهاء الجلسة قبل حدوث التعود. في الواقع، يجب أن يكون الوقت الذي يتعرض فيه المريض لاسترجاع الذاكرة الساخنة طويلاً بما يكفي بحيث تفقد الصدمة شدتها الانفعالية، وينبغي أن يصل المريض إلى الاستثارة، أو أعلى مستوى من الشدة الانفعالية عند سرد الحدث (Rothbaum, et al,1992,459).

ولا بد أن يكون هناك انخفاض ملحوظ في الخوف والاستثارة الذي يمكن ملاحظته من خلال المؤشرات الفيزيولوجية على المريض قبل انتهاء الجلسة، وبعد حدوث التعود، تتحول الذاكرة الساخنة إلى ذاكرة باردة. ومع ذلك، لا يمكن توقع التعود الكامل بعد جلسة واحدة فقط. وإنما سيكون هناك انخفاض بدرجة الخوف خلال الجلسة الواحدة عندما يتعرض المريض لأحداث الحياة الصادمة من خلال روايته لهذه الأحداث. وعند حدوث عملية التعود، سينخفض مستوى الاستثارة العالية لدى المريض، التي كان يختبرها أثناء التعرض للذاكرة الساخنة. وسوف يحدث مزيد من التعود في الجلسات التالية، عندما تتم مراجعة الأحداث مرة أخرى. حيث من المرجح أن يواصل المريض التفكير في الحدث بشكل مختلف عن الطريقة التي كان يقوم بها قبل العلاج، وهدف الجلسة النهائية من الـ NET، هو تحقيق أقصى مستوى ممكن من التعود (Schauer, et al,2011, 52).

أثناء "التعرض" تتزايد المشاعر السلبية والاستثارة. أثناء "الإغلاق" تنخفض الاستثارة وهنا يدعم المعالج عملية الهدوء.

إنهاء الجلسة:

بعد أن تنخفض الاستثارة بشكل ملحوظ، يتأكد المعالج من إغلاق السرد لهذه الجلسة. حتى إذا بدأ وقت الجلسة بالنفاذ، فمن المهم تحديد نهاية واضحة للحدث الصادم الذي تم العمل عليه. والقاعدة هي: لا يتم إنهاء الجلسة أبداً مع المريض في منتصف استعادة المشهد الصادم، فالإغلاق يكون من خلال الانتقال إلى الحدث الذي وقع بعده مباشرة. وللقيام بذلك، يُدفع المريض ليتحدث ببضعة جمل على الأقل عم ما حدث في الفترة الزمنية التي

تلت الحدث. ومن المهم توضيح الفترة الزمنية، سواء كانت بالدقائق أو الساعات أو الأيام، بعد الحدث الصادم، وذلك ليتمكن المريض من دمج الحادثة في قصة الحياة الكاملة، ويستطيع المعالج استخدام أسئلة مثل: متى انتهى الأمر؟ أين كنت؟ ماذا كنت تفعله عندئذ؟ كيف شعرت؟ من كان معك؟ ماذا كانوا يفعلونه؟ ماذا كنت تتوقع في ذلك الوقت؟

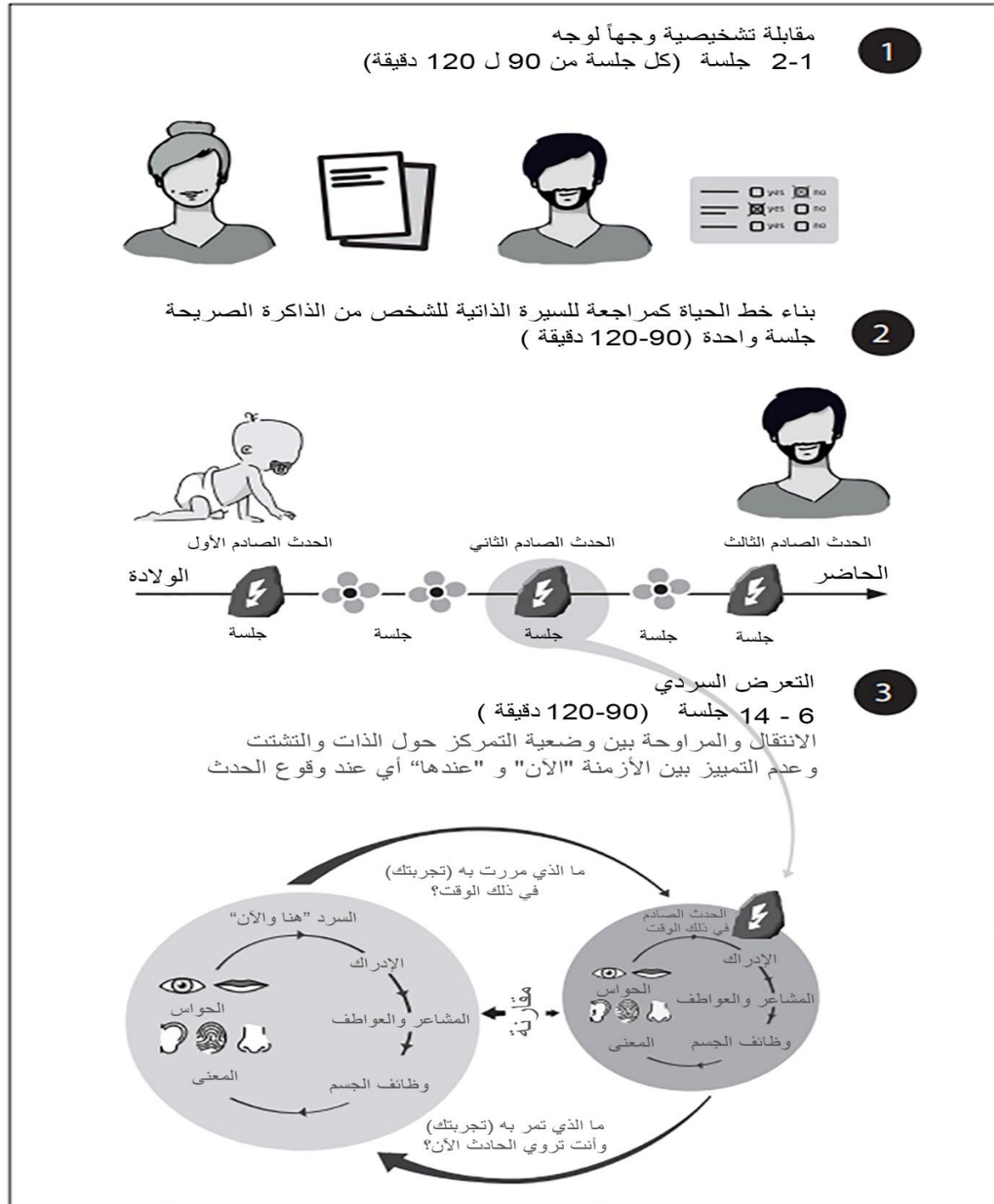
وهكذا يبدأ المعالج برواية القصة قبل الصدمة، ويواصل للأحداث التي حصلت أثناء الصدمة وبعدها بفترة. فيسمح بذلك بوضع الصدمة في سياق زمني ومكاني يسمح للمريض بفهم السياق المحيط بالحدث. قبل إنهاء الجلسة فعلياً، يقوم المعالج بالتأكد من هدوء المريض وشعوره بالراحة، وانخفاض مستوى الاستثارة لديه من خلال المؤشرات التالية:

تحسن الحالة الانفعالية للمريض: عودة لون الوجه الطبيعي، ويذكر المريض بأنه يشعر بالتحسن حيث يبتسم ويشعر بالارتياح والسلام، جسده يشير إلى أنه أكثر استرخاءً من حيث توتر العضلات، وتخفّي الإحساسات الجسدية السلبية (كالألم، الصداع...).

- **يتحول انتباه المريض من التركيز من بيئته الذهنية الداخلية إلى وعي وإدراك البيئة الخارجية:** حيث يقوم بالتواصل البصري مع المعالج، ويبدأ بملاحظة الأشياء الموجودة في البيئة حوله، ويدرك مرور الوقت، ويدرك الضوضاء الخارجية، ويشعر بالجوع، وقد يعلق المريض على الأنشطة التي ينوي القيام بها بعد الجلسة، أو يتحدث عما لاحظته حول العلاج.

- **هناك دليل على حدوث التحول الإدراكي عند المريض:** يبدو أن تفكيره بمعنى التجربة الصادمة قد تغير، حيث يذكر أنه أدرك الحكمة من تجربته، ويربط المريض بين الصدمة والتجارب الأخرى في حياته، ويذكر أن تجربته أصبحت أكثر ذات معنى بالنسبة له الآن، وأخيراً، قد يذكر بأنه يشعر وكأن الصدمة قد انتهت ولم تعد ذات أهمية بالنسبة له كما كانت عليه سابقاً (Schauer, et al, 2011, 53).

وتعتمد مدة نهاية الجلسة، على الشخص الذي يتم علاجه. فلا توجد أطر زمنية ثابتة لطول الجلسات، وعادة تنتهي الجلسة بشكل طبيعي ما بين الساعة والساعة ونصف، وأفضل وقت لنهاية الجلسة العلاجية عندما يكون هناك مسافة انفعالية كافية عن آخر ذاكرة ساخنة ومستتارة. (والشكل التالي يوضح تسلسل الجلسات)



إعادة الهيكلة المعرفية / التركيب الإدراكي والأيام التالية:

في نهاية الجلسة، بعد حدوث بعض التعود، تستخدم غالباً فترة التهدئة لمساعدة المريض على فهم الصدمة واعطاءها المعنى، وبشكل أوضح يحتاج المريض ويرغب بدعم عملية إعادة التركيب الإدراكي، وغالباً ما تنشأ القضايا التالية بعد التعرض لذكرات الحادثة:

- قد يكون لدى المريض بعض الأفكار الجديدة حول معنى الحدث بالنسبة له ولحياته. ويدرك أن الانفعالات اليومية والأنماط السلوكية غير الصحية (مثل القلق العام، عدم الثقة، نوبات الغضب) لها علاقة بالحدث المؤلم، ونشأت منذ الحادثة الصادمة.

- يؤدي السرد المفصل لفهم أكثر عمقاً لسلوك المريض أثناء الحادثة، مما يساعده في خفض مشاعر الذنب والعار الناتجة، لأنه يدرك أنه في ذلك الوقت لم يكن لديه خيار آخر.

- يبدو أن الخطوة المنطقية التالية هي مقارنة الذاكرة التي كانت ساخنة سابقاً، بالذاكرة التي أصبحت باردة الآن، ومناقشة هذا التحول مع المريض. ولكن يمكن تأجيل هذه الخطوة لبداية الجلسة التالية.

- يحتاج الكثير من المرضى إلى وقت لإدراك تأثير جلسة التعرض، ويحدث جزء لا بأس به من المعالجة الإدراكية والتقييم الانفعالي بعد جلسة التعرض دون وجود المعالج. حيث تحصل العديد من العمليات المفيدة من تعميق الإدراك لما حدث بين الجلسات، وعندما يلتقي المعالج والمريض مرة أخرى، ينبغي أن يكون المعالج منفتحاً لتلقي أي أفكار أو مخاوف قد تكون لدى المريض منذ لقائهما الأخير. وهنا يشرح المعالج أن ذلك هو إشارة طبيعية على معالجة المعلومات، وهي الخطوة الأولى نحو التعافي الصحي. (Schauer, et al, 2011, 54).

تحديد وقت الجلسة القادمة:

بعد جلسة التعرض، يحدث عدد من خطوات المعالجة لدى المريض، فالأفكار أو المشاعر التي كان يتجنبها سابقاً قد تطفو على السطح، ونتيجة لذلك، قد يعاني المريض من القلق وعدم الارتياح، بسبب زيادة حساسيته تجاه المثيرات التي تثير شبكة الخوف. فيشعر المريض بالغضب أو الانزعاج بشكل أكبر من المعتاد. فمن المهم إخباره بإمكانية حدوث مثل هذه الخبرات، وأنها استجابة طبيعية جداً، وهي جزء لا يتجزأ من عملية الشفاء.

إن حياة المريض تبدأ بالتغير، على المستوى الداخلي، ومن خلال التواصل مع الآخرين والسلوكيات اليومية. ونظراً للطبيعة العمل العميقة الذي يتم إجراؤه ولطبيعة المعالجة اللازمة، ينبغي ألا يفصل بين الجلسات فترات طويلة، والمثالي أن تكون المواعيد من جلسة إلى جلستين في الأسبوع. ومن المهم بشكل خاص الاتفاق على موعد الجلسة القادمة، لمنع التجنب الذي يؤدي إلى إطالة فترة المعاناة. (Schauer, et al, 2011, 54).

الجلسة الرابعة والجلسات اللاحقة:

- عند الاجتماع في بداية كل جلسة، على المعالج مراعاة الحالة الانفعالية للمريض. ومتفهم لفترة العصبية التي مر بها ويتذكرها. و أن يختار كلماته بعناية، فيفضل دائماً التحدث عن انطباعه، وبدون إطلاق أحكام شخصية.
- في هذه الجلسة وكل جلسة بعد ذلك، سيتم إعادة قراءة السرد المكتوب من الجلسات السابقة - بشكل مختصر
- على المريض. ويطلب منه أن يتخيل الأحداث بالكامل ويستعيد لها مرة أخرى بهدف تصحيح التقرير وتفصيله. والهدف من ذلك الحصول على عملية التعود لتصبح أكثر اكتمالاً.
- قراءة أجزاء من السرد يسهل مرة أخرى المعالجة الانفعالية، وانخفاض الاستثارة عند تذكر ذكريات الحادثة. وبعد الانتهاء من التلخيص وإعادة السرد، تتم متابعة استكشاف حياة المريض، والمضي قدماً على طول السيرة الذاتية، وخط حياته، فخلال هذه العملية، من الممكن ظه صادم ثانٍ أو ثالث ... حيث يستمر السرد والأحداث الراضية بنفس الآلية المشروحة فيما سبق. ويعتمد عدد الجلسات على الوضع وشدة أعراض الاضطراب (Schauer, et al, 2011, 59).

الجلسة الأخيرة (تقييم ما بعد العلاج)

- خلال الجلسة الختامية يتم مراجعة الوثيقة التي تُشكل سيرة حياة المريض باعتبارها سرد متكامل وسياقي. وهنا ينظر المريض إلى السرد مع إحساسه بالبعد (إنها قصة حزينة ولكنها حقيقية).
- التأكد من الوصول إلى معايير الإغلاق من خلال فقدان السرد لتأثيره الانفعالي على المريض.
- مراجعة خط الحياة كاملاً في نهاية الجلسة، متضمن كل الذكريات التي كان يتعذر الوصول إليها سابقاً.
- العمل على إعادة تقييم الأعراض.

- تسليم السرد إلى المريض (Schauer, et al,2011, 56).

الخاتمة:

في الواقع، لا يزال هناك الكثير لتتعلمه عن النواقل العصبية والهرمونات، ودور بنية ووظائف الدماغ المختلفة، وخلل تنظيم الجهاز العصبي المتضمن في اضطراب ما بعد الصدمة، والذاكرة. وأعتقد أنه سيكون هناك وقت في المستقبل القريب جداً، حيث سيكون لدينا فهم أفضل لاضطراب ما بعد الصدمة على مستوى البيولوجيا العصبية. وآمل أن نتمكن قريباً من الوصول إلى أدوات التشخيص الموثوقة للكشف المبكر عن اضطراب ما بعد الصدمة الخاصة باختبار الهرمونات والنواقل العصبية، بالإضافة إلى الاستخدام القياسي للتصوير بالرنين المغناطيسي، لتحديد بدقة ما يحدث في الدماغ أولئك الذين يعانون من اضطراب ما بعد الصدمة. مع اكتساب فهماً لكيفية خلل أنظمة الضغط النفسي في اضطراب ما بعد الصدمة، لنتمكن من التشخيص والعلاج بسرعة وفعالية أكبر.

الجزء الثاني (منهج البحث وإجراءاته)

الفصل الأول: إجراءات البحث

الفصل الثاني: تحليل النتائج ومناقشة الفرضيات

تمهيد:

تناول هذا الفصل تصميم خطة البحث الميدانية وخطواته الإجرائية من خلال تحديد المجتمع الأصلي للدراسة، وعينة البحث التي تم تطبيق أدوات البحث عليهم، والتعريف بالمنهج الذي تم إتباعه في البحث، وأدواته، وكيفية اختيار أدوات البحث، مع عرض موضح للإجراءات التي قامت بها الباحثة، والأساليب الإحصائية المستخدمة في معالجة البيانات، وفيما يلي عرض تفصيلي لما يتضمنه الفصل.

أولاً. منهج البحث:

إن المنهج المستخدم في البحث الحالي هو المنهج شبه التجريبي الذي يعد من أكثر المناهج ملائمة لأهداف البحث الحالي (أبو علام، 2004، 208).

اعتمد البحث الحالي على المنهج شبه التجريبي من خلال تطبيق البرنامج العلاجي على عينة من مرضى اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، الذين تمّ تشخيصهم من قبل طبيب نفسي، أو طبيب رعاية أولية مدرب على برنامج رأب الفجوة في الصحة النفسية (MHgap) ويعمل تحت الاشراف، وذلك للتعرف على فاعلية العلاج بالتعرض السري في خفض حدة أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، إذ تمّ تطبيقه على أفراد العينة وإثبات مدى فاعليته من خلال حساب الفروق بين القياس القبلي والبعدي، وبعد فترة زمنية تمّ تطبيق مقياس البحث بفواصل زمني، بعد 3 ثم، و6 أشهر (القياس المؤجل)، وتمّ حساب الفروق لمعرفة أثر الاحتفاظ بالنتائج.

متغيرات البحث:

يقتصر البحث على دراسة المتغيرات الآتية:

- المتغير المستقل: يُمثّل البرنامج العلاجي القائم على التعرض السري في خفض حدة أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة والذي يُلائم أفراد العينة المستهدفة بالبحث.

- المتغيرات التابعة: يُمثّل التغيرات الحاصلة لدى أفراد العينة والمتعلقة بخفض حدة أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، والمُقاسة بأداة البحث الحالي مقياس اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة (PCL-5).

ثانياً . مجتمع البحث:

وهو كل المفردات أو العناصر التي يجمعها إطار عام واحد (أو مجموعة خصائص عامة واحدة)، ويتميز المجتمع الأصلي بالشمول. ويتكوّن المجتمع الأصلي للبحث من مرضى الصحة العقلية الذين تمّ تشخيصهم باضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، الناتجة عن تعرضهم لخبرات صادمة، والذين تتراوح نسبتهم ما بين (4-9%). وذلك من خلال تقدير الأطباء النفسيين ضمن عياداتهم والمستوصفات التي تُقدّم تلك الخدمة في دمشق.

ثالثاً . عينة البحث:

تمّ سحب العينة من المراكز الصحية كعيادات الهلال الأحمر العربي السوري، وعيادات الهيئة الطبية الدولية وبعض العيادات النفسية الخاصة لعدد من الأطباء النفسيين، وهي عينة مقصودة مكوّنة من (15) مشارك من مرضى اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، (7) منهم ذكور، و(8) إناث. والذين تم تشخيصهم من قبل الطبيب النفسي، أو طبيب رعاية أولية مدرب على برنامج رأب الفجوة بالصحة النفسية، وذلك من خلال المقابلة الاكلينيكية بمعايير الـ (DSM-5). بالإضافة إلى حصولهم على درجات مرتفعة على مقياس الـ (PCL-5)، لاضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، والذي تم تطبيقه من قبل الباحثة، وقد تمّ تطبيق البرنامج العلاجي على أفراد العينة كاملة، ويتراوح عدد الصدمات التي تعرض له أفرادها من 1-4 صدمات، والجدول التالي يوضح وصف أفراد العينة:

الجدول (3) وصف أفراد العينة

عينة البحث	الجنس	العمر	عدد الصدمات
15	7 ذكور	بين 20-45	4-1
	8 إناث		

رابعاً . أدوات البحث:

استخدمت الباحثة الأدوات الآتية:

(1) قائمة مراجعة أحداث الحياة The Life Events Checklist (LEC-5).

(2) قائمة اضطراب الضغوط التالية للصدمة PTCD Check List for DSM-IV (PCL-5)

(3) البرنامج العلاجي القائم على تقنية التعرض السردى لخفض حدة أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، والمستند إلى دليل علاج الـ NET لتشاوار (Schauer et al, 2011)، وتطوير الباحثة.

فيما يلي تقوم الباحثة بتوضيح كل أداة من حيث هدفها ووصفها:

(1) قائمة مراجعة أحداث الحياة (LEC-5):

وهي مقياس التعرض لأحداث يحتمل أن تكون صادمة، تم اختيارها واستخدامها في هذه الدراسة لغرض التعرف على أنواع مختلفة من التعرض لحدث صادم محتمل لدى أفراد العينة، يمكن أن يفي بتعريف المعيار (A) من أعراض الـ (PTSD) وليس بهدف قياس فاعلية البرنامج.

تم تطوير (LEC-5)، في المركز الوطني الأمريكي لاضطراب ما بعد الصدمة، بالتزامن مع الـ (PCL-5)، المقياس المستخدم في الدراسة الحالية وتتكون من (17) بند، ولكل حدث صادم يقيم المرضى تجربتهم على مقياس من 5 نقاط (1 = حدث لي، 2 = شاهدته، 3 = علمت عنه، 4 = غير متأكد، 5 = لا ينطبق). حيث يمكن جمع معلومات محددة حول حدث محتمل أن يكون صادم، لا يمكن الحصول عليه باستخدام قياس الصدمات الأخرى. فهي قائمة مرجعية تستخدم على نطاق واسع لتصف المعيار (A) من معايير اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، (Weathers et al., 2013) وأكدت دراسة كراي على تميزه بخصائص قياس نفسية مستقرة وإيجابية لدى مقارنتها بأدوات مماثلة لقياس أحداث صادمة محتملة، حيث تم اختياره على عینتين من الطلاب الجامعيين والمحاربين القدامى، وأظهر استقراراً زمنياً مناسباً وتقارب جيد مع مقياس مؤكد لتاريخ الصدمة - استبيان أحداث الحياة المؤلمة (TLEQ) - وكان مشابهاً له في الارتباطات مع المتغيرات المعروفة بأنها مرتبطة بالتعرض للصدمة، وكان (LEC) مرتبطاً بشكل كبير، في الاتجاهات المتوقعة، مع مقاييس الضيق النفسي ومرتبط بشدة بأعراض اضطراب ما بعد الصدمة (Gray et al, 2004, 331)

وفي دراسة Rzeszutek وزملاءه، بلغت معاملات الثبات كابا (0.60) ومعاملات الارتباط بين عدد الأحداث الصادمة التي تعرض لها المشاركون مباشرة وشدة اضطراب ما بعد الصدمة في اختبار (PDS-5) هي: 0.187 ($p < 0.01$) و 0.224 ($p < 0.01$) (Rzeszutek, 2018, 507)

توصيف أفراد العينة وفق قائمة أحداث الحياة (LEC-5):

يوضح الجدول الآتي التكرارات لأفراد عينة البحث على قائمة الأحداث الحياة (LEC-5):

الجدول (4) تكرارات أفراد عينة البحث على قائمة (LEC-5)

الخيارات					الحدث
حدث معي	شاهدتها	علمت عنها	جزء من عملي	غير متأكد	
0	2	5	0	8	الكوارث الطبيعية
3	5	0	0	7	حريق أو انفجار
3	4	8	0	0	حادث سير
0	0	0	0	15	حادث خطير في العمل أو المنزل
0	0	0	0	15	التعرض لمواد سامة
12	3	0	0	0	الاعتداء الجسدي
4	5	2	0	4	الاعتداء باستخدام سلاح
3	1	0	0	11	الاعتداء الجنسي
9	2	0	0	4	تجارب جنسية غير مرغوب بها
14	1	0	0	0	القتال أو الوجود في مناطق الحرب
0	0	0	0	15	الوقوع في الأسر أو الاختطاف
5	1	4	0	5	مرض أو إصابة مهددة للحياة
6	4	3	2	0	المعاناة الإنسانية الشديدة
2	8	5	0	0	موت مفاجئ أو عنيف (قتل، انتحار)
2	1	0	0	12	موت غير متوقع لشخص قريب
0	0	0	0	15	التسبب بإصابة أو أذية لشخص آخر
2	1	0	0	12	حادثة أو تجربة مجهدة أخرى

(2) قائمة اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة (PTSD Check List) (PCL-5):

تم استخدام قائمة اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة (PTSD Check List) (PCL-5) التي تم تطويرها من قبل ويتزر وزملاءه (Weathers et al, 1994) وهي واحدة من أكثر الأدوات العالمية استخداماً لتقييم اضطراب ما بعد الصدمة، حيث تم تطوير الـ (PCL) في (1990) ولها خصائص قياس نفسية ممتازة، تتراوح من (0.66 إلى 0.96)، والاتساق الداخلي (تتراوح α من 0.83 إلى 0.98) (Blevins, 2015, 489).

ومن ثم خضعت لتغييرات كبيرة مع الانتقال من الدليل التشخيصي والاحصائي الرابع (DSM-IV) إلى الخامس (DSM-5)، لتصبح (PCL-5) حيث بدأت مراجعتها بعد وقت قصير من صدور مسودة معايير (DSM-5) الأولى لاضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، وتضمن التغييرات (1) شملت أربع مجموعات من الأعراض بدلاً من ثلاثة (الأعراض الاقتحامية، التجنب، التشوهات السلبية في المزاج والتفكير، الاستثارة وإعادة معايشة الخبرة)، (2) مراجعة بعض الأعراض الموجودة وإدخال ثلاثة أعراض جديدة (إلقاء اللوم، السلوك المتهور والمدمر للذات، الانفعالات السلبية)، (3) تغيير التصنيف من مقياس من 1-5 إلى مقياس من 0 إلى 4.

وهي عبارة عن مقياس مكون من 20 بنداً يتم من خلاله تقييم وجود، وشدة أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة. وتتوافق العناصر الموجودة في (PCL-5) مع معايير DSM-5. وتهدف إلى المساعدة في إجراء تشخيص مؤقت لاضطراب ما بعد الصدمة، وتحديد ومراقبة الأعراض بمرور الوقت، كما يمكن للمريض إدارتها بنفسه خلال 5-10 دقائق، والغرض من (PCL-5) هو تقييم أعراض المريض في الشهر الماضي. وأحد أشكال (PCL-5) مع تقييم قائمة أحداث الحياة (LEC-5) والذي تم استخدامه بالبحث الحالي، لتقييم المعيار (A). وتم استخدامها في هذا البحث كأداة تشخيصية، بعد المقابلة السريرية من قبل الطبيب النفسي.

قدم الباحثون أدلة تدعم موثوقية وصحة (PCL-5)، بالتزامن والمقارنة بمقياس (CAPS) الذي يديره الطبيب وهو مقابلة اكلينيكية منظمة Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5، وذلك على عينة سريرية من الأفراد المعرضين للصدمات بلغت (352) مريض، وقد أظهرت النتائج ارتفاع الاتساق الداخلي للنتيجة الإجمالية لـ (PCL-5)، حيث كانت 0.95 للمقياس الإجمالي وما بين (0.79-0.89) للمقاييس الفرعية، وموثوقية

عالية للاختبار، حيث الثبات بالإعادة ($r = 0.91$) ، بالإضافة إلى ذلك ارتباطاً كبيراً مع مجموع نقاط الشدة لـ CAPS-5، $r = .77$ ، أظهر القطع الموصى به البالغ 33 في PCL-5 دقة تشخيص عالية عند مقارنته بغيره (Krüger et al, 2017,2)

تتكون القائمة من 20 بنداً، يتوزعون على أربعة أبعاد أساسية، حيث يجيب المفحوص عن كل عبارة من عباراته من خلال اختيار إجابة مكونة من: (لا على الإطلاق، قليلاً، إلى حد ما، بقوة، بقوة كبيرة) وهي على الشكل الآتي:

البُعد الأول: (إعادة معايشة الخبرة): يبلغ عدد بنوده (5)، وعباراته (1، 2، 3، 4، 5)، وتتراوح الدرجة على هذا البُعد بين (0-20).

البُعد الثاني: (التجُنب): يبلغ عدد بنوده (2)، وعباراته (6، 7)، وتتراوح الدرجة على هذا البُعد بين (0-8).

البُعد الثالث: (تشوهات سلبية بالمعارف والمزاج): يبلغ عدد بنوده (7)، وعباراته هي: (8، 9، 10، 11، 12، 13، 14)، وتتراوح الدرجة على هذا البُعد بين (0-28).

البُعد الرابع: (فرط الاستثارة): يبلغ عدد بنوده (6)، وعباراته (15، 16، 17، 18، 19، 20)، وتتراوح الدرجة على هذا البُعد بين (0-24).

ويتكون النطاق لجميع البنود (0-80) ودرجة القطع الفاصلة (31-33).

الخصائص السيكومترية للمقياس:

. صدق المقياس:

1. صدق المحتوى:

اعتمدت الباحثة للتحقق من صدق المقياس طريقة صدق المحكمين إذ عرضت المقياس بشكله الأولي على مجموعة من السادة المحكمين من أعضاء الهيئة التدريسية في كلية التربية بجامعة دمشق، بلغ عددهم (6) محكمين، وذلك للاسترشاد بأرائهم فيما تضمنه مقياس اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة (PCL-5)، ومدى مناسبة البنود للأهداف، وطولها وصياغتها، وكانت أهم ملاحظات السادة المحكمين هي:

✓ تصويب بعض البنود من الناحية اللغوية.

✓ صياغة البند بلغة المتكلم.

✓ إعادة صياغة بعض البنود مثل:

البنود التي تم تصحيحها وتعديلها في مقياس اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة (PTSD Check List) (PCL-5)

م	البند قبل التعديل	البند بعد التعديل
1.	أحلام متكررة ومزعجة عن الحدث الصادم	أرى أحلام متكررة ومزعجة عن الحدث الصادم
2.	فجأة تشعر وتتصرف وكأن الحدث الصادم يحدث مرة أخرى	أشعر وأتصرف فجأة وكأن الحدث الصادم يحدث مرة
3.	لديك مشاعر سلبية قوية	لدي مشاعر سلبية قوية
4.	تتصرف بعصبية أو نوبات غضب أو بعدوانية	أتصرف بعصبية أو نوبات غضب أو بعدوانية
5.	أحلام متكررة ومزعجة عن الحدث الصادم	أرى أحلام متكررة ومزعجة عن الحدث الصادم

وقد قامت الباحثة بالتعديل المطلوب، وأصبح المقياس بصيغته النهائية.

بعد ذلك تم تطبيق المقياس على عينة عرضية من (12) مريضاً ومريضة لم تشملهم العينة الأصلية لدراسة الصدق

والثبات لقائمة اضطراب الشدة ما بعد الصدمة (PTSD Check List) (PCL-5).

2. دراسة الصدق البيئي بطريقة الاتساق الداخلي:

اعتمدت الباحثة الطرائق الآتية للتأكد من صدق مقياس (PCL-5):

أ- دراسة معاملات الارتباط بين كل بند من بنود المقياس والدرجة الكلية، وكانت النتائج كما يأتي:

جدول قيم معاملات الارتباطات بين الدرجة الكلية للمقياس وكل بند من بنوده

رقم البند	معامل الارتباط بيرسون	رقم البند	معامل الارتباط بيرسون
1	**0.730	11	**0.682
2	**0.555	12	**0.624
3	**0.585	13	**0.681
4	**0.541	14	**0.749
5	**0.671	15	**0.683
6	**0.666	16	**0.708
7	**0.632	17	**0.515
8	**0.681	18	**0.637
9	**0.746	19	**0.548
10	**0.740	20	**0.664

** ارتباط عند مستوى الدلالة (0.01).

يلاحظ من الجدول أنَّ ارتباط جميع معاملات الارتباط دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (0.01)، وتراوح قيم معامل الارتباط ما بين (0.515 – 0.749)، ما يدل على أن بنود المقياس متسقة مع الدرجة الكلية له، وهذا يدل على الصدق البنوي.

ب - دراسة معاملات الارتباط بين أبعاد المقياس والدرجة الكلية للمقياس: وكانت النتائج كما يأتي:
الجدول ؛ قيم معاملات الارتباطات بين الدرجة الكلية للمقياس والأبعاد الفرعية

أبعاد اضطراب الشدة ما بعد الصدمة	معامل الارتباط بيرسون	مستوى الدلالة	القرار
البُعد الأول: (إعادة معايشة الخبرة)	**0.843	0.000	دال عند (0.01)
البُعد الثاني: (التجنب)	**0.878	0.000	دال عند (0.01)
البُعد الثالث: (تشوهات سلبية بالمعارف والمزاج)	**0.869	0.000	دال عند (0.01)
البُعد الرابع: (فرط الاستثارة)	**0.723	0.000	دال عند (0.01)

يلاحظ من الجدول () أنَّ ارتباط جميع معاملات الارتباط دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (0.01)، وتراوح قيم معامل الارتباط ما بين (0.723 – 0.843)، ما يدل على أنَّ مقياس اضطراب الشدة ما بعد الصدمة متجانس في قياس الغرض الذي وضع من أجله، ويتسم بالصدق البنوي.

ج - دراسة معاملات الارتباط بين كل بُعد من أبعاد المقياس والبنود المتعلقة بهذا البُعد، وكانت النتائج وفق الآتي:

الجدول ؛ قيم معاملات الارتباطات بين الدرجة الكلية لكل بُعد للمقياس والبنود الفرعية المتعلقة بهذا البُعد

البُعد 1: (إعادة معايشة الخبرة)		البُعد 2: (التجنب)		البُعد 3 (تشوهات سلبية بالمعارف والمزاج)		البُعد 4 (فرط الاستثارة)	
رقم البند	معامل الارتباط بيرسون	رقم البند	معامل الارتباط بيرسون	رقم البند	معامل الارتباط بيرسون	رقم البند	معامل الارتباط بيرسون
1	**0.528	1	**0.873	1	**0.667	1	**0.670
2	**0.506	2	**0.867	2	**0.656	2	**0.713
3	**0.460			3	**0.611	3	**0.784
4	**0.426			4	**0.653	4	**0.796
5	**0.468			5	**0.617	5	**0.861
				6	**0.517	6	**0.877
				7	**0.536		

يُلاحظ من الجدول أنَّ النتائج جاءت وفق الآتي:

- **البُعد الأول:** (إعادة معايشة الخبرة): تراوحت قيم معاملات الارتباط بين (0.426** - 0.528**).
- **البُعد الثاني:** (التجنُّب): تراوحت قيم معاملات الارتباط بين (0.867** - 0.873**).
- **البُعد الثالث:** (تشوهات سلبية بالمعارف والمزاج): تراوحت قيم معاملات الارتباط بين (0.517** - 0.667**).
- **البُعد الرابع:** (فرط الاستثارة): تراوحت قيم معاملات الارتباط بين (0.670** - 0.877**).

3 . الصدق التمييزي لمقياس (PCL-5) بدلالة الفرق الطرفية:

تمَّ اختبار الصدق التمييزي على أبعاد المقياس الأربعة: (إعادة معايشة الخبرة، التجنُّب، تشوهات سلبية بالمعارف والمزاج، فرط الاستثارة). وبين الرُّبيع الأعلى في درجات المرضى على المقياس، وهم (3) من أفراد الدراسة الاستطلاعية، والرُّبيع الأدنى في درجاتهم، وهم (3) مرضى أيضاً، لاستجابات أفراد عينة البحث وفق درجاتهم الكلية على المقياس، وإهمال (6) مرضى كانت درجاتهم في الوسط، إذ رتبت البنود تنازلياً.

وتم حساب اختبار كالموغراف - سميرنوف لمعرفة توزيع البيانات، وتحديد الاختبار المناسب لدراسة الفروق، بحسب الجدول التالي:

الجدول ؛ اختبار كالموغراف - سميرنوف لمعرفة توزيع البيانات في مقياس (PCL-5)

الدرجة الكلية	البُعد الرابع: (فرط الاستثارة)	البُعد الثالث: (تشوهات سلبية بالمعارف والمزاج)	البُعد الثاني: (التجنُّب)	البُعد الأول: (إعادة معايشة الخبرة)	مقياس اضطراب الشدة ما بعد الصدمة (PCL-5)
1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	المطلق
1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	إيجابي
0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	سلبي
2.617	2.801	2.169	2.782	2.737	قيمة كالموغراف - سميرنوف
0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	القيمة الاحتمالية

تظهر النتائج في الجدول أنَّ جميع قيم سميرنوف دالة إحصائياً لأنَّ قيم (Sig) مستوى الدلالة المحسوبة أصغر من (0.05)، وبالتالي فالبيانات ليست موزعة طبيعياً ويجب استخدام اختبار لامعلمي لدلالة الفرق بين الربيعين الأول والرابع.

لذلك عولجت النتائج إحصائياً باستخدام اختبار غير معلمي (اختبار مان ويتني) لدلالة الفروق بين الربيعين الأعلى والأدنى، وكانت النتائج كما في الجدول التالي:

الجدول : اختبار مان ويتني لدراسة الفروق بين الفئة العليا والفئة الدنيا لمقياس (PCL-5)

القرار	القيمة الاحتمالية	مان ويتني	Z	مجموع الرتب	متوسط الرتب	العدد	الصدق التمييزي
دالة عند (0.01)	0.000	77.000	4.26	24	8	3	1.00
				78	26	3	4.00
						6	المجموع
دالة عند (0.01)	0.000	83.000	4.33	27	9	3	1.00
				72	24	3	4.00
						6	المجموع
دالة عند (0.01)	0.000	80.000	3.75	24	8	3	1.00
				66	22	3	4.00
						6	المجموع
دالة عند (0.01)	0.000	80.000	3.82	27	9	3	1.00
				72	24	3	4.00
						6	المجموع
دالة عند (0.01)	0.000	84.000	4.83	30	10	3	1.00
				84	28	3	4.00
						6	المجموع

يُظهر الجدول أنَّ قيمة Z بلغت (4.83) في الدرجة الكلية، و(4.26, 433, 3.75, 3.82) في الأبعاد الفرعية لمقياس اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة (PCL-5)، وجميعها دالة إحصائياً لأن قيمة الاحتمال بلغت (0.000) وهي أصغر من مستوى الدلالة (0.01)، ما يدل على وجود صدق تمييزي للمقياس، أي المقياس له قدرة تمييزية لوجود فروق بين الربيعين الأعلى والأدنى أي أصحاب الدرجات العالية والمنخفضة.

. دراسة ثبات مقياس اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة (PCL-5):

تم تطبيق الثبات بالإعادة، والتجزئة النصفية، وألفا كرونباخ، وجاءت النتائج وفق الآتي:

1 . الثبات بالإعادة، وثبات التجزئة النصفية، وثبات ألفا كرونباخ:

إنَّ إعادة تطبيق الاختبار يدل على الاستقرار عبر الزمن لذلك تمَّ تطبيق المقياس على العينة الاستطلاعية مرتين متتاليتين بفارق زمني أسبوعين، وتمَّ حساب معامل الارتباط بيرسون بين استجابات الأفراد حسب الإعادة، تمَّ حساب التجزئة النصفية باستخدام معامل سبيرمان، تمَّ حساب معامل ألفا كرونباخ، وجاءت النتائج كالتالي:

جدول نتائج ثبات الإعادة، وثبات التجزئة النصفية، ثبات ألفا كرونباخ لمقياس (PCL-5)

ألفا كرونباخ	التجزئة النصفية	ثبات الإعادة	عدد البنود	أبعاد اضطراب الشدة ما بعد الصدمة
0.751	0.809	**0.805	5	البُعد الأول
0.743	0.826	**0.821	2	البُعد الثاني
0.765	0.819	**0.854	7	البُعد الثالث
0.770	0.847	**0.861	6	البُعد الرابع
0.792	0.868	**0.872	20	الدرجة الكلية

يُلاحظ من الجدول أنَّ قيم معاملات الثبات بالإعادة في الدرجة الكلية بلغت (0.872) وهي دالة إحصائياً، كما أنَّ جميع قيم معاملات الثبات للأبعاد الفرعية دالة إحصائياً، وتدل على ثبات المقياس، كما أنَّ قيم معاملات الارتباط "سبيرمان" للتجزئة النصفية بلغت في الدرجة الكلية (0.868) وهي دالة إحصائياً، كما أنَّ جميع قيم معاملات الثبات للأبعاد الفرعية دالة إحصائياً، وتدل على ثبات المقياس، وبلغت قيم "ألفا كرونباخ" بلغت في الدرجة الكلية (0.792) وهي دالة إحصائياً، كما أنَّ جميع قيم معاملات الثبات للأبعاد الفرعية دالة إحصائياً، وتدل على ثبات المقياس، وتسمح بإجراء البحث.

(3) البرنامج العلاجي القائم على تقنية التعرض السردى لخفض أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة:

. التعريف بالبرنامج:

تم إجراء العلاج بالتعرض السردى باتباع دليل العلاج الخاص بـ (Schauer et al, 2011) لمعرفة فاعليته في تحسين حدة أعراض اضطراب ما بعد الضغوط التالية للصدمة، على عينة من المرضى السوريين، وذلك بعد القيام بترجمته من قبل الباحثة وإضافة بعض المواد الداعمة في تثقيف المريض، والعملية العلاجية، وتم تعريفه إجرائياً على أنه: تدخل يهدف إلى تحقيق ما يسعى إليه البرنامج، من خلال جلسات منظمة، يقدم المعالج من

خلالها التثقيف النفسي عن اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة وشرح الأساس المنطقي للعلاج بالـ (NET)، بعد ذلك، يتم استخدام تقنية "خط الحياة" وهي حبل يرمز إلى مسار حياة المريض، للحصول على نظرة عامة على التجارب الانفعالية التي مر بها، منذ الولادة وحتى الوقت الحاضر، حيث يتم ترميز الأحداث الإيجابية بالورود والأحداث السلبية (المخيفة والصادمة والحزينة) بالحجارة. وفي الجلسات التالية، يسرد المريض حياته بدعم من المعالج وبترتيب زمني مع التركيز على التجارب الأكثر صدمة. أثناء السرد، يسأل المعالج عن المعلومات الحسية، والمعرفية، والانفعالية، وردود الفعل الفسيولوجية، والمعنى (سواء في الماضي أو الحاضر عندما يتم تذكره) ويربطهم بسياق سيرته الذاتية (الزمان والمكان). وبعد انتهاء الجلسة، يكتب المعالج السرد ويقرأه على المريض في الجلسة التالية، وذلك قبل متابعة سرد الحدث التالي. وبعد الانتهاء من السرد بالكامل، يتم الانتقال إلى الجلسة الأخيرة والتي تركز على حياة المريض مع نظرة مستقبلية، حيث يضع المريض مرة أخرى خط الحياة ويتم إضافة الآمال المستقبلية، وفي النهاية، يتم تسليم السرد إلى المريض، مع الحفاظ التام على خصوصيته وسرية المعلومات.

. **الأسس النظرية للبرنامج العلاجي:** يركز العلاج بالتعرض السردى على التعود على الذكريات المؤلمة ووضعها بسياقها، اعتماداً على:

(1) **نظريات التمثيل المزدوج لاضطراب ما بعد الصدمة، Dual representation theory (DRT):** والتي طورها بروين وزملاءه في عام (1996) والتي تعزو أعراض اضطراب ما بعد الصدمة - مثل الكوابيس وإعادة معايشة الخبرة وفراط الاستثارة - إلى عمليات الذاكرة التي تحدث بعد التعرض لحدث صادم. حيث تقترح DRT وجود نظامي ذاكرة منفصلين يعملان بالتوازي أثناء تكوين الذكرى: نظام الذاكرة الذي يمكن الوصول إليه شفهاً (تحتوي على معلومات تمت معالجتها بوعي وبالتالي يمكن استرجاعها أو وصفها إرادياً، الذاكرة الباردة) ونظام الذاكرة الذي يمكن الوصول إليها ظرفياً (تحتوي على معلومات حسية تمت معالجتها دون وعي ولا يمكن استرجاعها طواعية، الذاكرة الساخنة). وتقترح هذه النظرية أن نظام الذاكرة الباردة يكون ضعيفاً أثناء حدث صادم لأن الانتباه الواعي يتجه بشكل ضيق وانبوبي إلى المعلومات المتعلقة بالتهديد. لذلك، فإن ذاكرة الصدمة تركز بشكل كبير على الخوف، مما يؤثر على معالجة المعلومات، ويؤدي إلى ظهور أعراض اضطراب ما بعد الصدمة. حيث يلتقط نظام

الذاكرة الساخنة المعلومات الحسية الحية أثناء الحدث الصادم، والتي يتم استرجاعها تلقائياً من خلال التعرض للمحفزات المتعلقة بالصدمات (Brewin et al, 2010, 216)

(2) نظرية المعالجة العاطفية وفكرة شبكات الخوف Emotional processing of fear لـ (فوا وزملاءه):

حيث يُعتقد أن الذكريات الساخنة يتم تخزينها كشبكات تمثيلية حسية-إدراكية، حيث لكل حدث مهم يمكن انشاء مثل هذه الشبكات، و في حالة وقوع حدث صادم، فإن التمثيل المتولد (يسمى شبكة الخوف) وسيكون واسعاً بشكل غير اعتيادي، ويحتوي على عدد كبير من العناصر الحسية والمعرفية والانفعالية والفيسيولوجية، والتي كان معظمها يعتبر آمناً في السابق، ولا يشكل تهديداً ويعني العدد الكبير من هذه العناصر والصلات القوية المتكونة بينها، أن تنشيط عنصر واحد فقط في الشبكة قد يكون كافياً لتنشيط الشبكة بأكملها، وبالتالي تجنب الناجي من الصدمات لأي عناصر مدرجة في تلك الشبكة، وكذلك أي إشارات محتملة تذكرهم بهذه العناصر، هذا الفهم للترميز المنفصل للذكريات الحسية والإدراكية يفسر أعراض التجنب، والاقترحات، والخدر في اضطراب ما بعد الصدمة (Kangaslampi et al, 2015, 3)

مع كل حدث صادم إضافي، تنمو شبكة الخوف، وتصبح الذكريات الساخنة منفصلة بشكل متزايد عن نظيرتها الذكريات الباردة (مثل الزمان والمكان). وعادة يصعب أو يستحيل بالنسبة للناجين تحديد أسوأ حدث لمعالجته، لذا يبدأ علاج الـ (NET) من خلال بناء خط الحياة بأكمله من الطفولة المبكرة حتى الوقت الحاضر، ووضع الأحداث المهمة، سواء كانت إيجابية أو مؤلمة على خط الحياة. ثم يتم سرد جميع الأحداث الصادمة التي تم تحديدها بهذه الطريقة بترتيب زمني. وهكذا يتعرض الناجي من الصدمة إلى شرح متكرر ومفصل لما حدث أثناء الأحداث الصادمة إلى أن تتخفف الحساسية عند التذكير بالصدمة. بعد ذلك، وبالتالي تقل الحاجة إلى فرط الاستثارة الجسدية والنفسية وتجنب الذكريات المؤلمة، وفي نفس الوقت، يتم مساعدة الناجين على دمج ذكرياتهم وأفكارهم الواعية التي يمكن الوصول إليها لفظياً مع الذكريات المؤلمة في قصص متماسكة ومتعددة الجوانب انفعالياً وذات مغزى لهذه اللحظات المهمة في حياتهم، وتساهم هذه المعالجة في دمج الصدمة ومعناها في مفهوم الذات الأمثل

وتاريخ الحياة وعدم تأكيد المعتقدات أو التقييمات التي تمنع من التكيف والتي ربما تكون قد تطورت بعد الصدمة (Schauer et al, 2011)

. الأسس الفلسفية للبرنامج العلاجي: يجادل نموذج الـ (NET) أنه في اضطراب ما بعد الصدمة، يتم استرداد الذاكرة الساخنة بشكل لا إرادي دون ربطها بالذاكرة الباردة، نتيجة للعمليات العصبية الحيوية التي تحدث في وقت وقوع الحدث الصادم. وأثناء التعرض السردى، يتم تنشيط شبكات الخوف غير المتصلة سابقاً للأحداث الصادمة، وربطها بالذاكرة الباردة، من أجل وضع الأحداث في سياقها. الهدف هو استكمال ذاكرة السيرة الذاتية من خلال ربط الذاكرة الساخنة والباردة، ووضع سياق لكل حدث. بالإضافة إلى ذلك، يتم منع استجابة الخوف من خلال التعرض للذاكرة المؤلمة. حيث يحدث صنع المعنى نتيجة لإعادة زيارة الذاكرة المؤلمة والسماح للمريض برؤية الحدث في سياق حياته المستمرة، بدلاً من حدث إعادة تجربته في الوقت الحاضر.

بمعنى آخر، يقوم البرنامج على أساس إعادة تنظيم شبكة الخوف، من خلال تثبيطها وإحداث تغيير بنيوي في ذاكرة المريض، لأن المثيرات التي تتشابه مع الحدث القديم، تنشط أجزاء من شبكة الخوف التي تم إنشاؤها بواسطة الصدمة، والتي تُرمز للذكريات بشكل غير طبيعي حيث تجعل التذكر الواعي للماضي مستحيلاً، في حين تتسلل آثاره عبر بوابات الانتباه وتستحضر ذكريات الأحداث الصادمة وكأنها تحدث الآن حية وحقيقية لدرجة أن الخوف والرعب يصبحان روتيناً يومياً. والعلاج بالتعرض السردى يعمل على تنشيط التمثيلات الحسية-الإدراكية للأحداث الصادمة، لاسيما الأحداث الانفعالية الأكثر شدة والأكثر تجزأً، وإعادة ربطها بالذكريات السياقية للأحداث، بعبارة أخرى، يهدف NET إلى توفير وقت ومكان مميزين للذكريات الانفعالية وغير المنظمة التي يعاني منها الناجون من الصدمات. (Kangaslampi et al, 2015, 3)

قد يبدو أن السرد والصدمة يتعارضان بشكل جذري ويستبعد أحدهما الآخر، لأن الأشخاص الذين يعانون من ألم شديد بسبب التعرض لصدمة، تعجز ذاكرتهم عن مشاركة قصصهم، ومع ذلك، فإن هذين المفهومين مرتبطان ارتباطاً وثيقاً، هذه الثنائية هي الأساس لهذا النهج العلاجي.

. أهمية البرنامج العلاجي: تأتي أهمية هذا البرنامج من خلال اعتماده على تقنية التعرض السري لمعالجة أعراض اضطراب الضغوط التالية للصدمة لدى الأشخاص الذين تعرضوا لأحداث صادمة، وهي من التقنيات العلاجية الحديثة المدعومة بأبحاث بيولوجية عصبية حول الذاكرة، والتي يتم اختبارها على عينة من المرضى في المجتمع السوري، ويقدم لمن لديهم تشخيص سريري لاضطراب ما بعد الصدمة البسيط أو المعقد وبعد أي نوع من الصدمات.

كما تأتي أهمية هذا البرنامج من كونه يهتم بالمجتمعات الفقيرة بالموارد في البلدان منخفضة الدخل أو مناطق الأزمات، كما أنه يساعد المعالجين النفسيين بتطوير خبراتهم العلاجية في التعامل مع اضطراب الضغوط التالية للصدمة، بالإضافة إلى إمكانية تقديمه من قبل غير المختصين بعد فترة من التدريب والإشراف، وبذلك يساعد على رَأب الفجوة التي سببها النقص الكبير بعدد المعالجين.

. أهداف البرنامج: يهدف البرنامج العلاجي إلى معرفة فاعليته في خفض حدة أعراض اضطراب الضغوط التالية للصدمة، على عينة من المرضى في محافظة دمشق، وذلك من خلال ما يلي:

- (1) بناء علاقة وخلق بيئة علاجية آمنة. (2) التأكد من الصورة التشخيصية. (3) توفير الأساس المنطقي الواضح للاضطراب ومنهجية العلاج. (4) انشاء سيرة ذاتية متماسكة. (5) تقليل التجنب من خلال المعالجة الانفعالية والتعود وإعادة الهيكلة المعرفية. (6) خفض حدة أعراض اضطراب ما بعد الصدمة.

. الفنيات والمهارات المستخدمة: تم استخدام (1) فنية التثقيف النفسي حول الأعراض وألية عمل البرنامج، (2) تقنية خط الحياة، (3) فنية التعرض عن طريق السرد، (4) مهارات التفهم الوجداني والإصغاء الفعال (عكس المشاعر، عكس المحتوى، الاستيضاح، إعادة التأطير، التلخيص)، التقدير الإيجابي غير المشروط، والتعزيز وتقديم التغذية الراجعة.

. العينة المستهدفة في البرنامج العلاجي: صُمِّمَ هذا البرنامج العلاجي لِيُطَبَّقَ على مجموعة من المرضى، الذين تمَّ تشخيصهم من قبل طبيب نفسي، أو طبيب رعاية أولية مدرب على برنامج رَأب الفجوة، بأنهم مرضى

اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة ومن ثم تبيّن أن لديهم مستوى مرتفع في اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، بعد تطبيق المقياس المعد في هذه الدراسة.

. خطوات البرنامج العلاجي:

1. العلاقة العلاجية. 2. التقييم القبلي. 3. التثقيف النفسي. 4. بناء خط الحياة. 5. سرد مترابط للخبرات
- الراضية. 6. التقييم البعدي المباشر. 7. التقييم المؤجل (1) بعد 3 أشهر. 8. التقييم المؤجل (2) بعد 6 أشهر.

. الأسلوب العلاجي المستخدم في البرنامج العلاجي:

أستخدم أسلوب العلاج الفردي، أي علاج مريض واحد وجهاً لوجه، من خلال علاقة مخطّط لها بين المعالج والمريض، تتطلب تركيز شديد واهتمام بالغ والحفاظ على السرية والخصوصية، وتقبّل المريض وعدم إصدار الأحكام، والإصغاء والاستماع الفعّال له، فمن المهم امتلاك مهارات الاصغاء والتفهم الوجداني لتكون عملية العلاج فعالة. كما يضمن هذا الأسلوب توفير بيئة آمنة للمريض تمكنه من مواجهة مخاوفه، وتسهيل تقديم معلومات تثقيفية كاملة عن وضعه ومعاناته حيث تضمن فرديته بخبرته الخاصة، وتسمح بالتنسيق للجلسات حسب وقته واحتياجاته.

. جلسات البرنامج العلاجي (عددها، والفترة الفاصلة بين الجلسات):

تمّ تطبيق البرنامج على أفراد العينة، وذلك من خلال عدة جلسات تراوحت ما بين (4-10) جلسات علاجية، حيث تزيد الجلسات العلاجية حسب حدة الأعراض وعدد الصدمات التي تم رصدها بخط الحياة، وبزمن مابين (90-120) دقيقة للجلسة الواحدة، حيث بدأت الجلسات بالتعارف، وانتهت بالتقييم الشامل، وذلك وفق الآتي:

قياس قبلي ← التدخل العلاجي ← قياس بعدي ← قياس مؤجل 1 (3 أشهر) ← قياس مؤجل 2 (6 أشهر).
وتتمّ تنفيذ البرنامج العلاجي مابين (2020/2019م)، بواقع جلسة واحدة للمريض كل أسبوع تقريباً.

ويمكن الاضطلاع على تفاصيل الجلسات العلاجية من خلال الملحق /3/

. مراحل إعداد البرنامج:

المرحلة الأولى: الاطلاع على مجموعة كبيرة من الدراسات السابقة وكانت كلها باللغة الأجنبية، والتي ترتبط مباشرة مع متغيرات الدراسة الحالية، بالإضافة إلى الأدلة والمراجع والنظريات التي يقوم عليها العلاج بالتعرض السري

كنظرية التمثيل المزدوج، وعلوم الأعصاب الخاصة بالذاكرة والصدمة.....، وترجمة كل ماله صلة بذلك، ومن ثم الخضوع للتدريب العملي، مع الدكتورة أندريا سبيريدو من اليونان والدكتورة إنغا شالينسكي من ألمانيا، ومن ثم الانتقال إلى الاشراف المباشر لمجموعة من المتدربين.

البدء بتحضير أدوات القياس، وجلسات البرنامج، وعرضها على الأستاذة المشرفة، حيث قامت مشكورة بالتوجيه وتقديم الملاحظات العلمية والعملية، من حيث ضرورة تبسيط المعلومات، وتنظيمها، وإعادة صياغة الترجمة لبعض العبارات، هذا بالإضافة إلى بعض التعديلات كإضافة دراسات تدعم البرنامج العلاجي، وتقديم شرح واطار نظري عن البرنامج وشرح لتلك الذاكرتين الباردة الساخنة، وتوثيق المعلومات النظرية بالبرنامج العلاجي، مع إضافة المصطلحات باللغة الإنكليزية، وتحديد المدة الزمنية للتثقيف، وإضافة جدول تفصيلي يوضح عدد الجلسات وعناوينها وأهدافها، وإيجاد وسائل ومخططات توضيحية يراها المتعالج أثناء التثقيف، وأخيراً التدقيق باللغة العربية. وقد تم إضافة مجموعة من الوسائل الداعمة في عملية التثقيف النفسي والعملية العلاجية، التي تم شراؤها من موقع (Psychology Tools) جامعة لندن، وقامت الباحثة بترجمتها وإخراجها النهائي (الملاحق من 4 إلى 11).

المرحلة الثالثة: (التجربة الاستطلاعية)

تمّ تطبيق الجلسة الأولى والثانية على عينة استطلاعية تألفت من (3) مرضى، وذلك بهدف ما يأتي:

- تحديد نقاط الضعف ونواحي القصور في البرنامج العلاجي.
- تعرّف الصعاب التي يُمكن أن تواجه الباحثة عند التطبيق، من أجل استدراكها.
- التأكد من ملائمة الزمن لمدة الجلسة العلاجية.
- التأكد من مدى فاعلية الوسائل التثقيفية المضافة، ومدى تجاوب المرضى معها.

المرحلة الرابعة: تطبيق البرنامج على العينة التجريبية

بعد إجراء القياس القبلي، من خلال تطبيق أدوات البحث، ومن ثمّ تقرير النتائج وتصحيحها وفق الأوزان الموضوعية لها، تم تطبيق البرنامج على العينة التجريبية والتي بلغ عددها (15) مريض ومريضة، وذلك بمعدل جلسة أسبوعياً لكل مريض، وبعد انتهاء المرضى من الجلسات العلاجية تم تطبيق الاختبار البعدي لمعرفة فاعلية

البرنامج، ولغرض معرفة الاحتفاظ على تحسن الأعراض، تم إعادة التطبيق، وذلك بعد 3 أشهر و6 أشهر بعد التطبيق البعدي. كما يمكن الاضطلاع على نتائج أفراد العينة بشكل فردي من خلال الملحق رقم (13) الذي يبين البروفایل الفردي لكل مريض.

خامساً. الصعوبات التي واجهت الباحثة:

من أهم الصعوبات:

- طول الفترة الزمنية للجلسة، والتي يمكن أن تمتد إلى 120 دقيقة، حيث لا يمكن إنهاء الجلسة قبل وصول المريض إلى فترة الراحة، وذلك بعد الاستثارة العالية.
- صعوبة اختيار العينة، حيث نسبة انتشار اضطراب الضغوط التالية للصدمة قليلة، بالإضافة إلى عدم وعي المرضى بضرورة طلب المساعدة، خاصة بسبب الوصمة الاجتماعية.
- ضرورة قبول المريض الالتزام بالبرنامج العلاجي.
- تسرب 3 مرضى من من أفراد العينة مما اضطر الباحثة إلى استبعادهم.
- محاولة التجنب لدى بعض المرضى خلال الجلسة العلاجية.

سادساً. الأساليب الإحصائية المستخدمة:

تم استخدام الأساليب الإحصائية للعلوم الاجتماعية الـ (SPSS) للمعالجات الإحصائية والوصول إلى النتائج لاختبار الفرضيات على النحو التالي:

- اختبار ويلكوكسون (Wilcoxon Teat)، وذلك كونه بديلاً لابارامترياً لاختبار (T) ستودنت لتقدير دلالة الفروق للعينات الصغيرة المترابطة.
- المتوسط الحسابي.
- الانحراف المعياري.
- اختبار مان-ويتني الرتبي (Ranks Mann-Whitney Test)



الفصل الثاني

تحليل النتائج ومناقشة الفرضيات

. تمهيد:

تناول هذا الفصل عرضاً لنتائج فرضيات البحث وشرح نتائجها، وتحليلها إحصائياً ومناقشتها وتفسيرها، ومن ثم عرض أهم نتائج البحث التي جرى التوصل إليها، وأخيراً تقديم بعض المقترحات.

أولاً: تحليل النتائج

نتائج الفرضية الأولى:

تنص هذه الفرضية على أنه: "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أفراد العينة في التطبيقين القبلي والبعدي المباشر على الدرجة الكلية لقائمة اضطراب الضغط التالي للصدمة وأبعادها الفرعية". للتحقق من صحة الفرضية تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أفراد العينة في التطبيقين القبلي والبعدي المباشر على الدرجة الكلية لقائمة اضطراب الضغط التالي للصدمة وأبعادها الفرعية، كما هو موضح في الجدول الآتي:

جدول (5) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أفراد العينة في التطبيقين القبلي والبعدي المباشر على الدرجة الكلية لقائمة اضطراب الضغط التالي للصدمة وأبعادها الفرعية

أبعاد القائمة	التطبيق	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
معايشة الخبرة	القبلي	18.33	.976
	البعدي المباشر	8.13	2.066
التجنب	القبلي	7.73	.458
	البعدي المباشر	3.00	1.069
تشوهات سلبية بالمعارف والمزاج	القبلي	26.40	1.454
	البعدي المباشر	13.00	1.604
فرط الاستثارة	القبلي	22.93	1.100
	البعدي المباشر	10.27	2.120
الدرجة الكلية	القبلي	75.40	3.460
	البعدي المباشر	34.40	5.889

يتضح من الجدول (5) بأن درجات أفراد العينة في التطبيق البعدي المباشر أقل من درجاتهم في التطبيق القبلي، حيث بلغ متوسط درجات أفراد العينة في التطبيق القبلي لبعد المعايشة (18.33)، وفي بُعد التجنب (7.73)، وفي بُعد التشوهات (26.40)، وفي بعد فرط الاستثارة (22.93)، وفي الدرجة الكلية (75.40)، بينما بلغ متوسط درجاتهم في التطبيق البعدي المباشر لبعد المعايشة (8.13)، وفي بُعد التجنب (3.00)، وفي بُعد التشوهات (13.00)، وفي بعد الاستثارة (10.27)، وفي الدرجة الكلية (34.40)، وللكشف عن دلالة الفروق بين التطبيقين

القبلي والبعدي المباشر تم استخدام اختبار ويلكوكسون (Wilcoxon Test) لعينتين مرتبطتين، كما يبين الجدول الآتي:

جدول (6) نتائج اختبار ويلكوكسون لدلالة الفروق بين متوسطي درجات أفراد العينة في التطبيقين القبلي والبعدي المباشر على قائمة اضطراب الضغط التالي للصدمة وأبعادها الفرعية

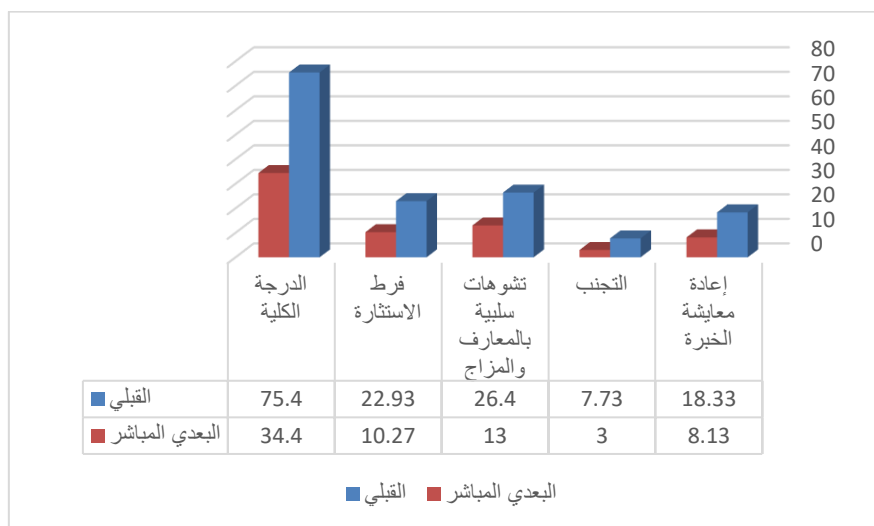
أبعاد القائمة	الرتب	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	Z	مستوى الدلالة	القرار	حجم الأثر	دلالة حجم الأثر
معايشة الخبرة	السالبة	15	8.00	120.00	3.426	0.001	دال	0.885	مرتفع
	الموجبة	0	.00	.00					
	المتعادلة	0							
التجنب	السالبة	15	8.00	120.00	3.443	0.001	دال	0.889	مرتفع
	الموجبة	0	.00	.00					
	المتعادلة	0							
تشوهات سلبية بالمعارف	السالبة	15	8.00	120.00	3.429	0.001	دال	0.886	مرتفع
	الموجبة	0	.00	.00					
	المتعادلة	0							
فرط الاستثارة	السالبة	15	8.00	120.00	3.429	0.001	دال	0.886	مرتفع
	الموجبة	0	.00	.00					
	المتعادلة	0							
الدرجة الكلية	السالبة	15	8.00	120.00	3.409	0.001	دال	0.880	مرتفع
	الموجبة	0	.00	.00					
	المتعادلة	0							

يتبين من خلال الجدول (6) أن قيمة (Z) قد بلغت على التسلسل بالنسبة لكل بعد من أبعاد القائمة والدرجة الكلية كما يلي: (3.426، 3.443، 3.429، 3.429، 3.409) عند القيمة الاحتمالية (0.001) وهي أصغر من مستوى الدلالة المعتمد في البحث (0.05) وبالتالي ترفض الفرضية الصفرية وتقبل الفرضية البديلة أي: "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أفراد العينة في التطبيقين القبلي والبعدي المباشر على الدرجة الكلية لقائمة اضطراب الضغط التالي للصدمة وأبعادها الفرعية".

ومن أجل تعرّف مقدار الكسب أو التعلم الحاصل لدى أفراد العينة التي طبق عليها البرنامج تم حساب حجم الأثر وذلك وفق القانون الآتي: $\frac{Z}{\sqrt{n}}$ وقد بلغ بالنسبة لبعد إعادة معايشة الخبرة (0.885)، ولبعد التجنب (0.889)، ولبعد

تشوهات سلبية بالمعارف والمزاج (0.886)، ولبعد فرط الاستثارة (0.886)، وللدرجة الكلية (0.880)، وبالعودة إلى الجدول يلاحظ أنه حجم أثر مرتفع مما يؤكد أن للبرنامج أثراً مرتفعاً في خفض اضطراب الضغط التالي للصدمة لدى أفراد المجموعة التجريبية.

والمخطط البياني الآتي يوضح المتوسطات الحسابية لدرجات أفراد المجموعة التجريبية في التطبيقين القبلي والبعدي المباشر على قائمة اضطراب الضغط التالي للصدمة وأبعادها الفرعية:



المخطط البياني (8) المتوسطات الحسابية لدرجات أفراد العينة في التطبيقين القبلي والبعدي المباشر على قائمة اضطراب الضغط التالي للصدمة وأبعادها الفرعية

نتائج الفرضية الثانية:

تنص هذه الفرضية على أنه: "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد العينة على الدرجة الكلية لقائمة اضطراب الضغط التالي للصدمة وأبعادها الفرعية في التطبيق البعدي المباشر تبعاً لمتغير العمر". للتحقق من صحة الفرضية تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أفراد العينة على الدرجة الكلية لقائمة اضطراب الضغط التالي للصدمة وأبعادها الفرعية بعد تطبيق البرنامج تبعاً لمتغير العمر، كما هو موضح في الجدول الآتي:

جدول (7) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أفراد العينة على الدرجة الكلية لقائمة اضطراب

الضغط التالي للصدمة وأبعادها الفرعية بعد تطبيق البرنامج تبعاً لمتغير العمر

أبعاد القائمة	العمر	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
إعادة معايشة الخبرة	أقل من 31	8.25	1.581
	31 فأكثر	8.00	2.646
	أقل من 31	3.13	1.126

1.069	2.86	31 فأكثر	التجنب
1.553	12.88	أقل من 31	تشوهات سلبية في المعارف والمزاج
1.773	13.14	31 فأكثر	
2.232	10.88	أقل من 31	فرط الاستثارة
1.902	9.57	31 فأكثر	
5.222	35.13	أقل من 31	الدرجة الكلية
6.901	33.57	31 فأكثر	

يتضح من الجدول (7) بأن متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية (أقل من 31 عاماً) قد بلغ في بُعد إعادة معايشة الخبرة (8.25)، وفي بُعد التجنب (3.13)، وفي بُعد تشوهات سلبية في المعارف والمزاج (12.88)، وفي بُعد فرط الاستثارة (10.88)، وفي الدرجة الكلية للقائمة (35.13)، بينما بلغ متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية (31 عاماً فأكثر) في بُعد إعادة معايشة الخبرة (8.00)، وفي بُعد التجنب (2.86)، وفي بُعد تشوهات سلبية في المعارف والمزاج (13.14)، وفي بُعد فرط الاستثارة (9.57)، وفي الدرجة الكلية للقائمة (33.57)، وللكشف عن دلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات أفراد العينة على الدرجة الكلية لقائمة اضطراب الضغط التالي للصدمة وأبعادها الفرعية بعد تطبيق البرنامج تبعاً لمتغير العمر تم استخدام اختبار مان وتي (Mann - Whitney) لعينتين مستقلتين، كما يبين الجدول الآتي:

جدول (8) نتائج اختبار مان ويتني لدلالة الفروق بين متوسطي درجات أفراد العينة

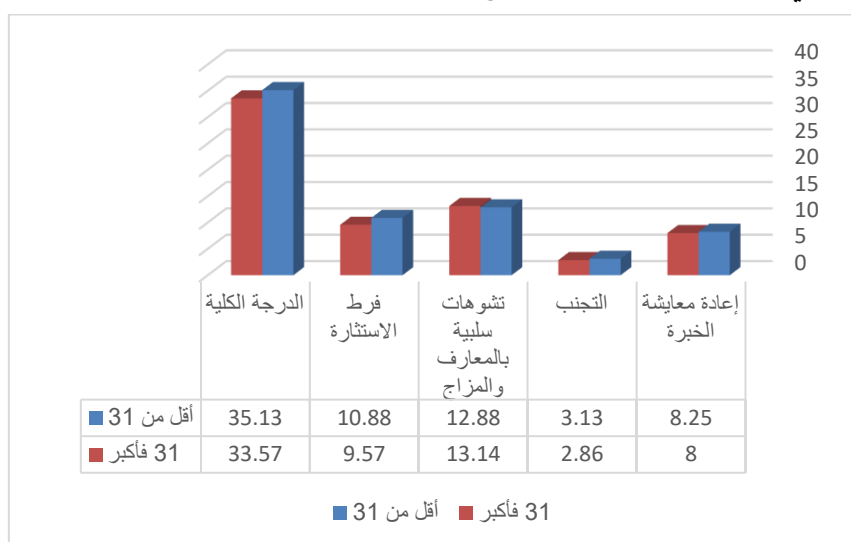
في التطبيق البعدي على قائمة اضطراب الضغط التالي للصدمة وأبعادها الفرعية تبعاً لمتغير العمر

أبعاد القائمة	العمر	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	U	Z	مستوى الدلالة	القرار
إعادة معايشة الخبرة	أقل من 31	8	9.00	72.00	20.000	.960	.337	غير دال إحصائياً
	31 فأكثر	7	6.86	48.00				
التجنب	أقل من 31	8	8.50	68.00	24.000	.488	.625	غير دال إحصائياً
	31 فأكثر	7	7.43	52.00				
التشوهات	أقل من 31	8	7.69	61.50	25.000	.305	.761	غير دال إحصائياً
	31 فأكثر	7	8.36	58.50				
فرط الاستثارة	أقل من 31	8	9.19	73.50	18.500	1.141	.254	غير دال إحصائياً
	31 فأكثر	7	6.64	46.50				

الدرجة الكلية	أقل من 31	8	9.31	74.50	17.500	1.239	.215	غير دال إحصائياً
	31 فأكثر	7	6.50	45.50				

يتبين من خلال الجدول () أن قيمة (Z) قد بلغت على التسلسل بالنسبة لكل بعد من أبعاد المقياس والدرجة الكلية كما يلي: (0.960، 0.488، 0.305، 1.141، 1.239) عند القيم الاحتمالية (0.337، 0.625، 0.761، 0.254، 0.215) وهي أكبر من مستوى الدلالة المعتمد في البحث (0.05)؛ وبالتالي تقبل الفرضية الصفرية أي: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد العينة على الدرجة الكلية لقائمة اضطراب الضغط التالي للصدمة وأبعادها الفرعية في التطبيق البعدي المباشر تبعاً لمتغير العمر.

ويوضح المخطط البياني الآتي المتوسطات الحسابية لدرجات أفراد المجموعة التجريبية على الدرجة الكلية لقائمة اضطراب الضغط التالي للصدمة بعد تطبيق البرنامج تبعاً لمتغير العمر:



المخطط البياني (9) المتوسطات الحسابية لدرجات أفراد العينة على الدرجة الكلية لقائمة اضطراب الضغط

التالي للصدمة وأبعادها الفرعية بعد تطبيق البرنامج تبعاً لمتغير العمر

نتائج الفرضية الثالثة:

تنص هذه الفرضية على أنه: "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أفراد العينة على الدرجة الكلية لقائمة اضطراب الضغط التالي للصدمة وأبعادها الفرعية بعد تطبيق البرنامج تبعاً لمتغير عدد الصدمات".

للتحقق من صحة الفرضية تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أفراد العينة على الدرجة الكلية لقائمة اضطراب الضغط التالي للصدمة وأبعادها الفرعية بعد تطبيق البرنامج تبعاً لمتغير عدد الصدمات، كما هو موضح في الجدول الآتي:

جدول (9) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أفراد العينة على الدرجة الكلية لقائمة اضطراب

الضغط التالي للصدمة وأبعادها الفرعية بعد تطبيق البرنامج تبعاً لمتغير عدد الصدمات

أبعاد القائمة	عدد الصدمات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
إعادة معايشة الخبرة	2 فأقل	8.88	2.416
	3 فأكثر	7.29	1.254
التجنب	2 فأقل	3.38	1.188
	3 فأكثر	2.57	.787
تشوهات سلبية في المعارف والمزاج	2 فأقل	13.13	1.727
	3 فأكثر	12.86	1.574
فرط الاستثارة	2 فأقل	10.88	1.885
	3 فأكثر	9.57	2.299
الدرجة الكلية	2 فأقل	36.25	5.922
	3 فأكثر	32.29	5.499

يتضح من الجدول () بأن متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية الذين عدد صدماتهم (2 فأقل) قد بلغ في بُعد إعادة معايشة الخبرة (8.88)، وفي بُعد التجنب (3.38)، وفي بُعد تشوهات سلبية في المعارف والمزاج (13.13)، وفي بُعد فرط الاستثارة (10.88)، وفي الدرجة الكلية للقائمة (36.25)، بينما بلغ متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية الذين عدد صدماتهم (3 فأكثر) في بُعد إعادة معايشة الخبرة (7.29)، وفي بُعد التجنب (2.57)، وفي بُعد تشوهات سلبية في المعارف والمزاج (12.86)، وفي بُعد فرط الاستثارة (9.57)، وفي الدرجة الكلية للقائمة (32.29)، وللكشف عن دلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية على الدرجة الكلية لقائمة اضطراب الضغط التالي للصدمة وأبعادها الفرعية بعد تطبيق البرنامج تبعاً لمتغير عدد الصدمات تم استخدام اختبار مان وتني (Mann – Whitney) لعينتين مستقلتين، كما يبين الجدول الآتي:

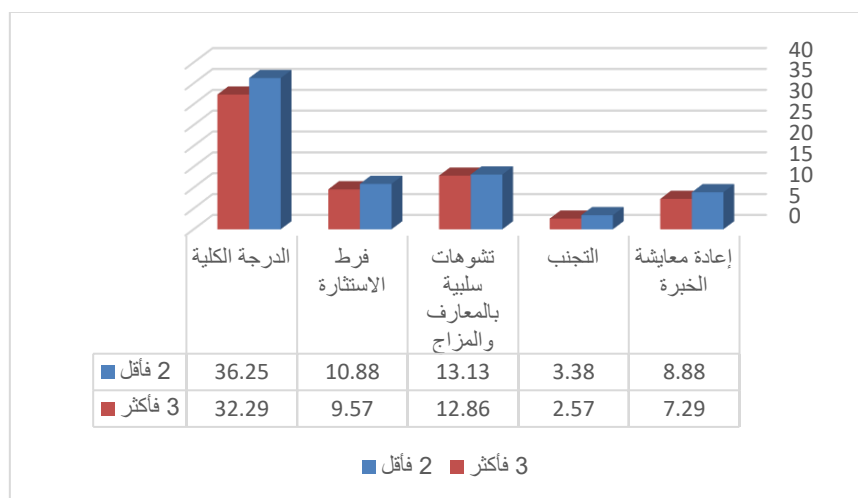
جدول (10) نتائج اختبار مان ويتني لدلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية

في التطبيق البعدي على قائمة اضطراب الضغط التالي للصدمة وأبعادها الفرعية تبعاً لمتغير عدد الصدمات

أبعاد القائمة	عدد الصدمات	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	U	Z	مستوى الدلالة	القرار
إعادة معايشة الخبرة	2 فأقل	8	9.69	77.50	14.500	1.620	.105	غير دال إحصائياً
	3 فأكثر	7	6.07	42.50				
التجنب	2 فأقل	8	9.44	75.50	16.500	1.404	.160	غير دال إحصائياً
	3 فأكثر	7	6.36	44.50				

التشوهات السلبية	2 فأقل	8	8.25	66.00	26.000	.244	.807	غير دال إحصائياً
	3 فأكثر	7	7.71	54.00				
فرط الاستثارة	2 فأقل	8	9.38	75.00	17.000	1.321	.186	غير دال إحصائياً
	3 فأكثر	7	6.43	45.00				
الدرجة الكلية	2 فأقل	8	9.94	79.50	12.500	1.828	.067	غير دال إحصائياً
	3 فأكثر	7	5.79	40.50				

يتبين من خلال الجدول (10) أن قيمة (Z) قد بلغت على التسلسل بالنسبة لكل بعد من أبعاد المقياس والدرجة الكلية كما يلي: (1.620، 1.404، 0.244، 1.321، 1.828) عند القيم الاحتمالية (0.105، 0.160، 0.807، 0.186، 0.067) وجميعها أكبر من مستوى الدلالة المعتمد في البحث (0.05) وبالتالي تقبل الفرضية الصفرية؛ أي: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أفراد العينة على الدرجة الكلية لقائمة اضطراب الضغط التالي للصدمة وأبعادها الفرعية بعد تطبيق البرنامج تبعاً لمتغير عدد الصدمات. ويوضح المخطط البياني الآتي المتوسطات الحسابية لدرجات أفراد العينة على الدرجة الكلية لقائمة اضطراب الضغط التالي للصدمة وأبعادها الفرعية بعد تطبيق البرنامج تبعاً لمتغير عدد الصدمات:



المخطط البياني (10) المتوسطات الحسابية لدرجات أفراد العينة على الدرجة الكلية لقائمة اضطراب الضغط التالي للصدمة وأبعادها الفرعية بعد تطبيق البرنامج تبعاً لمتغير عدد الصدمات

نتائج الفرضية الرابعة:

تنص هذه الفرضية على أنه: "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أفراد العينة في التطبيقين البعدي المباشر والبعدي المؤجل 1 على الدرجة الكلية لقائمة اضطراب الضغط التالي للصدمة وأبعادها الفرعية".

للتحقق من صحة الفرضية تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أفراد العينة في التطبيقين البعدي المباشر والبعدي المؤجل 1 على الدرجة الكلية لقائمة اضطراب الضغط التالي للصدمة وأبعادها الفرعية، كما هو موضح في الجدول الآتي:

جدول (11) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أفراد العينة في التطبيقين البعدي المباشر والبعدي المؤجل 1 على الدرجة الكلية لقائمة اضطراب الضغط التالي للصدمة وأبعادها الفرعية

أبعاد القائمة	التطبيق	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
معايشة الخبرة	البعدي المباشر	8.13	2.066
	البعدي المؤجل 1	5.73	1.100
التجنب	البعدي المباشر	3.00	1.069
	البعدي المؤجل 1	2.13	.352
تشوهات سلبية بالمعارف والمزاج	البعدي المباشر	13.00	1.604
	البعدي المؤجل 1	9.13	1.302
فرط الاستثارة	البعدي المباشر	10.27	2.120
	البعدي المؤجل 1	8.00	1.414
الدرجة الكلية	البعدي المباشر	34.40	5.889
	البعدي المؤجل 1	25.00	3.047

يتضح من الجدول (11) بأن متوسط درجات أفراد العينة في التطبيق البعدي المؤجل 1 أقل من متوسط درجاتهم في التطبيق البعدي المباشر، حيث بلغ متوسط الدرجات في التطبيق البعدي المباشر لبعده المعيشة (8.13)، وفي بُعد التجنب (3.00)، وفي بُعد التشوهات (13.00)، وفي بعد الاستثارة (10.27)، وفي الدرجة الكلية (34.40)، بينما بلغ متوسط درجاتهم في التطبيق البعدي المؤجل 1 لبعده المعيشة (5.73)، وفي بُعد التجنب (2.13)، وفي بُعد التشوهات (9.13)، وفي بعد فرط الاستثارة (8.00)، وفي الدرجة الكلية (25.00)، وللكشف عن دلالة الفروق بين التطبيقين القبلي والبعدي المباشر تم استخدام اختبار ويلكوكسون (Wilcoxon Test) لعينتين مرتبطتين، كما يبين الجدول الآتي:

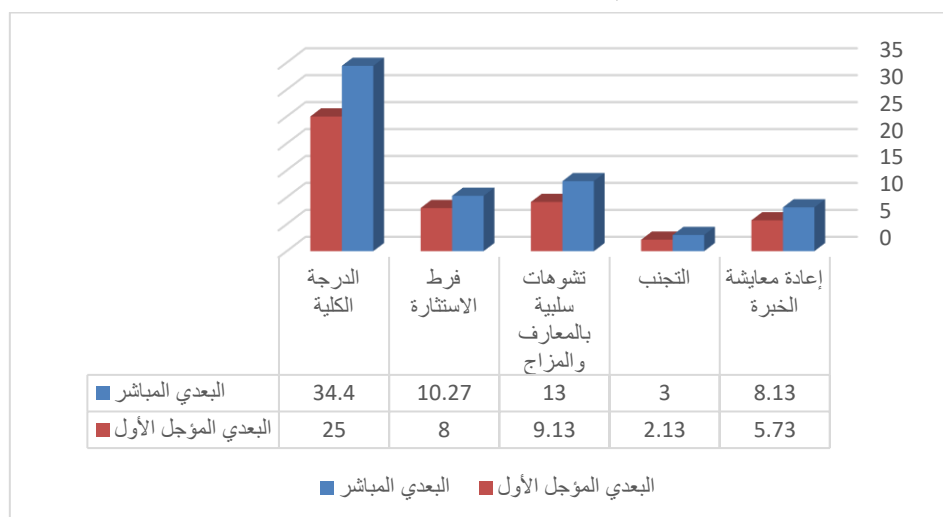
جدول (12) نتائج اختبار ويلكوكسون لدلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات أفراد العينة في التطبيقين البعدي المباشر والبعدي المؤجل 1 على قائمة اضطراب الضغط التالي للصدمة وأبعادها الفرعية

أبعاد القائمة	الرتب	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	Z	مستوى الدلالة	القرار	حجم الأثر	دلالة حجم الأثر
معايشة الخبرة	السالبة	13	7.00	91.00	3.204	0.001	دال	0.827	مرتفع
	الموجبة	0	.00	.00					
	المتعادلة	2							
التجنب	السالبة	7	4.00	28.00	2.392	0.017	دال	0.618	مرتفع
	الموجبة	0	.00	.00					
	المتعادلة	8							
تشوهات سلبية بالمعارف والمزاج	السالبة	15	8.00	120.00	3.438	0.001	دال	0.888	مرتفع
	الموجبة	0	.00	.00					
	المتعادلة	0							
فرط الاستثارة	السالبة	10	5.50	55.00	2.814	0.005	دال	0.727	مرتفع
	الموجبة	0	.00	.00					
	المتعادلة	5							
الدرجة الكلية	السالبة	15	8.00	120.00	3.419	0.001	دال	0.883	مرتفع
	الموجبة	0	.00	.00					
	المتعادلة	0							

يتبين من خلال الجدول (12) أن قيمة (Z) قد بلغت على التسلسل بالنسبة لكل بعد من أبعاد القائمة والدرجة الكلية كما يلي: (3.204، 2.392، 3.438، 2.814، 3.419) عند القيم الاحتمالية (0.001، 0.017، 0.001، 0.005، 0.001) وهي أصغر من مستوى الدلالة المعتمد في البحث (0.05) وبالتالي ترفض الفرضية الصفرية وتقبل الفرضية البديلة أي: "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أفراد العينة في التطبيقين البعدي المباشر والبعدي المؤجل 1 على الدرجة الكلية لقائمة اضطراب الضغط التالي للصدمة وأبعادها الفرعية". ومن أجل تعرّف مقدار الكسب أو التعلم الحاصل لدى أفراد العينة التي طبق عليها البرنامج تم حساب حجم الأثر وذلك وفق القانون الآتي: $\frac{Z}{\sqrt{n}}$ وقد بلغ بالنسبة لبعد إعادة معايشة الخبرة (0.827)، ولبعد التجنب (0.618)، ولبعد تشوهات سلبية بالمعارف والمزاج (0.888)، ولبعد فرط الاستثارة (0.727)، وللدرجة الكلية (0.883)، وبالعودة

إلى الجدول () يلاحظ أنه حجم أثر مرتفع مما يؤكد أن للبرنامج أثراً مرتفعاً في استمرار خفض اضطراب الضغط التالي للصدمة لدى أفراد العينة.

والمخطط البياني الآتي يوضح المتوسطات الحسابية لدرجات أفراد العينة في التطبيقين البعدي المباشر والبعدي المؤجل 1 على قائمة اضطراب الضغط التالي للصدمة وأبعادها الفرعية:



المخطط البياني (11) المتوسطات الحسابية لدرجات أفراد العينة في التطبيقين البعدي المباشر والبعدي

المؤجل 1 على قائمة اضطراب الضغط التالي للصدمة وأبعادها الفرعية

نتائج الفرضية الخامسة:

تنص هذه الفرضية على أنه: "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أفراد العينة في التطبيقين البعدي المؤجل 1 والبعدي المؤجل 2 على الدرجة الكلية لقائمة اضطراب الضغط التالي للصدمة وأبعادها الفرعية".

للتحقق من صحة الفرضية تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أفراد العينة في التطبيقين البعدي المؤجل 1 والبعدي المؤجل 2 على الدرجة الكلية لقائمة اضطراب الضغط التالي للصدمة وأبعادها الفرعية، كما هو موضح في الجدول الآتي:

جدول (13) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أفراد العينة في التطبيقين البعدي المؤجل 1

والبعدي المؤجل 2 على الدرجة الكلية لقائمة اضطراب الضغط التالي للصدمة وأبعادها الفرعية

أبعاد القائمة	التطبيق	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
معايشة الخبرة	البعدي المؤجل 1	5.73	1.100
	البعدي المؤجل 2	1.27	.961
	البعدي المؤجل 1	2.13	.352

التجنب	البعدي المؤجل 2	47.	640.
تشوهات سلبية	البعدي المؤجل 1	9.13	1.302
بالمعارف والمزاج	البعدي المؤجل 2	2.20	1.859
فرط الاستثارة	البعدي المؤجل 1	8.00	1.414
	البعدي المؤجل 2	3.13	2.200
الدرجة الكلية	البعدي المؤجل 1	25.00	3.047
	البعدي المؤجل 2	7.07	3.305

يتضح من الجدول (13) بأن درجات أفراد العينة في التطبيق البعدي المؤجل 2 أقل من درجاتهم في التطبيق البعدي المؤجل 1، حيث بلغ متوسط درجات أفراد العينة في التطبيق البعدي المؤجل 1 لبعد المعاشية (5.73)، وفي بُعد التجنب (2.13)، وفي بُعد التشوهات (9.13)، وفي بعد الاستثارة (8.00)، وفي الدرجة الكلية (25.00)، بينما بلغ متوسط درجاتهم في التطبيق البعدي المؤجل 2 لبعد المعاشية (1.27)، وفي بُعد التجنب (0.47)، وفي بُعد التشوهات (2.20)، وفي بعد فرط الاستثارة (3.13)، وفي الدرجة الكلية (7.07)، وللكشف عن دلالة الفروق بين التطبيقين القبلي والبعدي المباشر تم استخدام اختبار ويلكوسون (Wilcoxon Test) لعينتين مرتبطتين، كما يبين الجدول الآتي:

جدول (13) نتائج اختبار ويلكوسون لدلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات أفراد العينة في التطبيقين البعدي المؤجل 1 والبعدي المؤجل 2 على مقياس اضطراب الضغط التالي للصدمة وأبعاده الفرعية

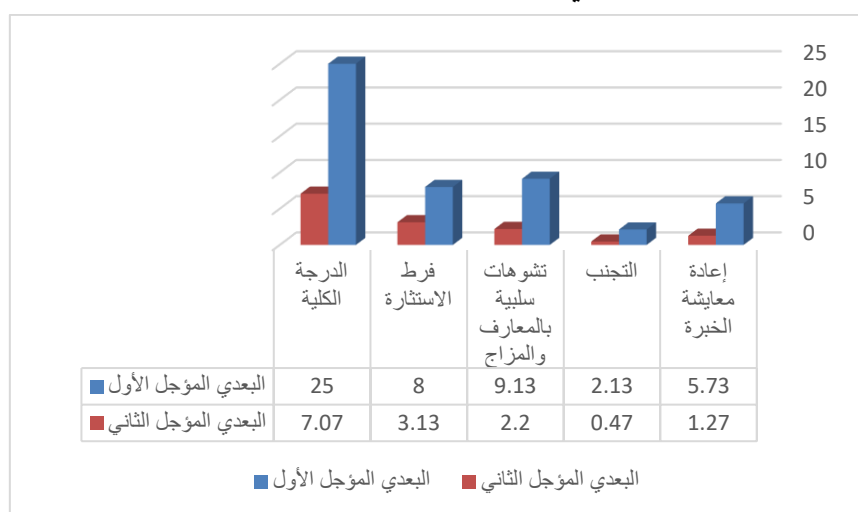
أبعاد القائمة	الرتب	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	Z	مستوى الدلالة	القرار	حجم الأثر	الدلالة
معاشية الخبرة	السالبة	15	8.00	120.00	3.423	0.001	دال	0.884	مرتفع
	الموجبة	0	.00	.00					
	المتعادلة	0							
التجنب	السالبة	14	7.50	105.00	3.360	0.001	دال	0.868	مرتفع
	الموجبة	0	.00	.00					
	المتعادلة	1							
تشوهات سلبية بالمعارف	السالبة	15	8.00	120.00	3.429	0.001	دال	0.886	مرتفع
	الموجبة	0	.00	.00					
	المتعادلة	0							

فرط الاستثارة	السالبة	15	8.00	120.00	3.422	0.001	دال	0.884	مرتفع
	الموجبة	0	.00	.00					
	المتعادلة	0							
الدرجة الكلية	السالبة	15	8.00	120.00	3.413	0.001	دال	0.881	مرتفع
	الموجبة	0	.00	.00					
	المتعادلة	0							

يتبين من خلال الجدول (14) أن قيمة (Z) قد بلغت على التسلسل بالنسبة لكل بعد من أبعاد القائمة والدرجة الكلية كما يلي: (3.423، 3.360، 3.429، 3.422، 3.413) عند القيمة الاحتمالية (0.001) وهي أصغر من مستوى الدلالة المعتمد في البحث (0.05) وبالتالي ترفض الفرضية الصفريّة وتقبل الفرضية البديلة أي: "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أفراد العينة في التطبيقين البعدي المؤجل 1 والبعدي المؤجل 2 على الدرجة الكلية لقائمة اضطراب الضغط التالي للصدمة وأبعادها الفرعية".

ومن أجل تعرّف مقدار الكسب أو التعلم الحاصل لدى أفراد العينة التي طبق عليها البرنامج تم حساب حجم الأثر وذلك وفق القانون الآتي: $\frac{Z}{\sqrt{n}}$ وقد بلغ بالنسبة لبعد إعادة معايشة الخبرة (0.884)، ولبعد التجنب (0.868)، ولبعد تشوهات سلبية بالمعارف والمزاج (0.886)، ولبعد فرط الاستثارة (0.884)، وللدرجة الكلية (0.881)، وبالعودة إلى الجدول () يلاحظ أنه حجم أثر مرتفع مما يؤكد أن للبرنامج أثراً مرتفعاً في استمرار خفض اضطراب الضغط التالي للصدمة لدى أفراد العينة.

والمخطط البياني الآتي يوضح المتوسطات الحسابية لدرجات أفراد العينة في التطبيقين البعدي المؤجل 1 والبعدي المؤجل 2 على قائمة اضطراب الضغط التالي للصدمة وأبعادها الفرعية:



المخطط البياني (12) المتوسطات الحسابية لدرجات أفراد العينة في التطبيقين البعدي المؤجل 1 والبعدي المؤجل 2 على قائمة اضطراب الضغط التالي للصدمة وأبعادها الفرعية

ثانياً: مناقشة النتائج

بحثت الدراسة الحالية في فاعلية التعرض السردى في علاج مجموعة من مرضى اضطراب الضغوط التالية للصدمة، نتيجة تعرضهم لصددمات نفسية مختلفة، وقد وجدت الدراسة انخفاض مهم سريرياً في حدة أعراض الاضطراب لدى أفراد عينة الدراسة، فهو علاج يركز على الصدمات ويضع الذكريات الصادمة في سياقها الزماني والمكاني، مما يقلل من التهديد والإجهاد من خلال إعادة بناء قصة حياة متماسكة، وهذا ما أكدته الفرضية الأولى من الدراسة، والتي جاءت نتيجتها لتتفق مع نتائج الدراسات السابقة المشار إليها في متن الدراسة، والتي عملت على مراجعة منهجية للعديد من الدراسات كدراسة (Grech, 2019) ودراسة (Robjant & Faze, 2010) حيث أثبتت التقنية فاعليتها في خفض أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى فئات عمرية مختلفة وظروف متنوعة وتناولت حوادث صدمة متنوعة ومتعددة أيضاً، وفي العديد من البلدان كرومانيا، أوغندا، راوندا، النروج، ألمانيا، سيريلانكا،...، وترى الباحثة أن نتائج هذه الدراسة أتت لتكمل نتائج تلك الدراسات في إثبات مدى نجاعة التعرض السردى، كعلاج لأعراض معايشة الخبرة، والتجنب، وفرط الاستثارة، بالإضافة للتشوهات السلبية في المعارف والمزاج، التي يعاني منها مريض اضطراب ما بعد الصدمة، وذلك على عينة من المرضى السوريين، والذي يعود إلى الطريقة التي تعمل بها هذه التقنية في فك الارتباط بين ما حدث في الماضي أثناء التعرض للحدث الصادم وبين ما يحدث الآن وتعديل بنية خوف على كافة الأصعدة معرفياً وسلوكياً وجسدياً وهذا ما ينعكس تماماً على أعراض الاضطراب. وقد يُعزى ذلك التحسّن إلى دور العلاج بالتعرض السردى في مواجهة المريض لذكرياته عن الحدث الصادم، أي تنشيط شبكة الخوف (الذاكرة الساخنة)، وإعادة عيش الحدث نفسياً ليتم ربطه بما يليه من أحداث، والعمل على إعادة بناء ذاكرة السيرة الذاتية، والتعبير بالكلمات عن عناصر بنية خوف وإدخالها ضمن الرواية المتعلقة بالحدث الصادم، وبالتالي إعادة البناء الزمني الفعّال لذاكرة السيرة الذاتية، وإعادة التقييم المعرفي للتشوهات المعرفية والأفكار التلقائية والمعتقدات الأمر الذي ينعكس إيجاباً على استجابات أفراد العينة. وهذا يعني انخفاض الأعراض المعرفية والانفعالية والسلوكية والجسدية.

كما أن هناك دور للمعالج النفسي كشاهد ومشارك ومتفهم، يرافق المريض خلال مسيرة حياته ورحلة نموه الجديدة، ويرافقه في كل تفاصيل الحدث ويدفعه إلى عدم التجنب ومواجهة خبرة الماضي، والتعبير عن كل الانفعالات والأفكار والأحاسيس بكلمات ليصل إلى إزالة الحساسية والتعود ومن ثم إغلاق الخبرة.

وتتفق هذه النتيجة، بالإضافة إلى الدراسات التي سبق الإشارة إليها مع كل من دراسة راف (Ruf, et, al, 2010) ودراسة (Robjant & Fazel, 2010) على اللاجئين السودانيين في أوغندا، والتي قارنت بين 3 أنواع من العلاجات، ودراسة (Hijazi et al, 2014) التي قللت من حدة أعراض اضطراب ما بعد الصدمة لدى اللاجئين العراقيين المصابين بصدمات نفسية في الولايات المتحدة، ودراسة (Robjant & Fazel, 2010) التي قامت بمراجعة 9 دراسات لتقييم فعالية العلاج بالتعرض السردى لدى اللاجئين والأيتام وطالبي اللجوء، حيث قارنت المراجعة التعرض السردى مع العلاجات الضابطة مثل التثقيف النفسي، والاستشارة الداعمة، والتأمل والاسترخاء، والعلاج البين شخصي، حيث أظهرت المراجعة فعالية NET في الحد من أعراض اضطراب ما بعد الصدمة والتفوق على العلاجات الأخرى، والعديد من الدراسات الأخرى، فالعلاج بالتعرض السردى يثير الخبرة المؤلمة في بيئة علاجية آمنة، إلى أن يظهر المريض التعود الذي يخفف الأعراض الفعالة التي تميز اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، ومع إجراء السرد ومراجعته يمكن للمرضى نقل التعلم الحاصل من حيث عدم تجنب المواقف في الحياة اليومية، فيبدأ بتناول أنشطة الحياة بما في ذلك التي قد تؤدي إلى ظهور أعراض الاستعادة للحدث ومواجهتها بدلاً من تجنبها ما يسهم في تعديل بنية الخوف واطفاء المثيرات ذات الصلة بالحدث الصادم ومع تتالي جلسات العلاج والانتقال من حدث لآخر يبدأ بالمرضى بنقل هذه الخبرة من المواجهة من تلك المواقف إلى المواقف الأخرى بنفس الطريقة وفقاً لمبدأ انتقال أثر التعلم وهذا ما يظهر على شكل انخفاض في الأعراض على كافة الأبعاد.

وذلك بغض النظر عن العمر وهذا ما أكدته نتيجة الدراسة الحالي من خلال الفرضية الثانية، فلم يكن هناك فروق في تحسن الأعراض بين أفراد العينة حسب متغير العمر، وقد يعزى ذلك إلى التقارب في المرحلة العمرية بينهم فجميعهم تتراوح أعمارهم بين 20 و45 عاماً، وقد أثبتت الدراسات نجاحة العلاج بالتعرض السردى على مرضى اضطراب الضغوط التالية للصدمة بغض النظر عن العمر وقد شملت الأطفال أيضاً كدراسة سايهل وآخرون

(Siehl, et, al, 2021)، و دراسة فان وآخرون (Fan et al, 2021) و دراسة بارك (Park, et, al, 2020)، على مجموعة من الشباب اللاجئين، ودراسة كاتينيا (Catani, et, al, 2009) فحسب اضطلاع الباحثة لم يكن هناك دراسات بحثت في متغير العمر، بينما وجدت العديد منها التي أكدت فاعليته على الأطفال والبالغين من مختلف الفئات العمرية.

كما أنه الدراسة الحالية لم تجد فروق بين أفراد العينة حسب متغير عدد الصدمات، وذلك حسب الفرضية الثالثة، وقد أتت هذه النتائج مطابقة لنتائج دراسة شنيدر (Schneider, et, al, 2020) على عينة من الناجين من حرب المتمردين في شمال أوغندا، والذين تأثروا بالعديد من الأحداث المؤلمة بما في ذلك الاختطاف والتجنيد القسري والقتل والعنف الجنسي... ، وقد بلغ عددهم (323) شخص، حيث انخفضت أعراض اضطراب ما بعد الصدمة لديهم وبشكل ملحوظ بعد اكمال العلاج بالتعرض السردي، وبغض النظر عن نوع أو عدد الصدمات. ولم تعثر الدراسة على دليل يشير إلى أن (NET) يظهر تأثيراً تفاضلياً عبر عدد الأحداث الصادمة التي تم التعرض لها. أي، كان حدوث التغييرات المهمة سريرياً، مستقلاً عن حمل الصدمة. أي أن الأفراد الذين عانوا من عدد كبير من أنواع الأحداث الصادمة المختلفة يمكن أن يحصلوا على انخفاضاً كبيراً في الأعراض وتأثير طويل الأمد بعد العلاج بالـ (NET).

وترى الباحثة أنه أساساً لا يوجد سمات أو ظروف محددة للإصابة باضطراب ما بعد الصدمة، حسب العديد من الدراسات التي تم ذكرها سابقاً، كدراسة (Brewin, et al, 2000) و (Ozer, et al, 2003). فاضطراب ما بعد الصدمة هو نتيجة طبيعية للتعرض للصدمة. والعديد من الأفراد الذين تعرضوا لأحداث صادمة لا يصابون باضطراب ما بعد الصدمة، أو يتعافون بسرعة من أعراض الضغط التي ظهرت في أعقاب التعرض للصدمة مباشرة. فيمكن أن تساهم العوامل الوراثية أو النفسية الاجتماعية، أو سمات الحدث الصادم، والتجارب المسبقة أو عوامل ما قبل الصدمة، وظروف ما بعد الصدمة، في تحديد احتمال الإصابة باضطراب ما بعد الصدمة أكثر أو أقل احتمالية. وفي دراسة لناجين من إعصار كاترينا، زادت معدلات اضطراب ما بعد الصدمة نتيجة الضغوطات المستمرة في المنطقة والناجمة عن نقص البنية التحتية وضعف الإسكان ونقص موارد المجتمع الضرورية

(Kessler, et al, 2008)، وقد وجد فئة لديها عدد قليل من أعراض اضطراب ما بعد الصدمة، وفئة عانت من ضائقة أولية ثم تعافت تدريجياً، ولدى فئة رد الفعل المتأخر مع أعراض أولية منخفضة، ولكنها زادت مع مرور الوقت، وأخرى لديها مستويات عالية من اضطراب ما بعد الصدمة. وقد لوحظ ذلك في عدد ومجموعات مختلفة من الناجين من الصدمات، سواء الكوارث (Pietrzak, et al, 2013)، أو العسكريين المنتشرين في الشرق الأوسط (Bonanno, et al, 2012) أو الإصابات (deRoos- Cassini, et al, 2010). وفي دراسة (Taha et al, 2016) التي هدفت لدراسة العلاقة بين أعراض ضغوط ما بعد الصدمة لدى عينة من اللاجئين السوريين، وتقييم كمية التعرض للصدمة أو نوعيتها والعلاقة مع شدة الأعراض، لدى عينة عشوائية تكونت (820) شخص، بينت النتائج أن (3.16)% لديهم أعراض ما بعد الصدمة، وأن شدة أعراض الاضطراب لها علاقة مع جميع الصدمات النفسية، ما عدا الصدمات المتعلقة بالعنف الجنسي.

وفي النهاية سيعاني من أصيب بالاضطراب من استمرار أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، الذي يعزز السلوك الانسحابي التجنبي وعدم القدرة على الاستمتاع بالأنشطة نتيجة فرط الاستثارة وتوقع تكرار الحدث وهو ما يعزز استمرار ظهور الأعراض الاكتئابية التي تتمثل بالتشوهات السلبية في المعارف والمزاج، وبالتالي يمكن أن يساهم العلاج بالتعرض السري في التعافي ومساعدة المرضى بغض النظر عن عدد ونوع الصدمات. وفهو علاج ينطوي على التعرض لذكرات مؤلمة تم تجنبها سابقاً، ولديه قدرة عالية على التحمل ومقبول ثقافياً، وهذا ما أكدته دراسة دراسة كرومباش وآخرون (Crombach, et al, 2018).

وقد يُعزى ذلك إلى أنَّ المرضى جميعاً قد اظهروا تحسناً ملحوظاً بعد تلقي العلاج بالتعرض السري، وهذا يتماشى مع نتيجة الفرضية الأولى، وإن دل على شيء فإنه يعزز فاعلية العلاج وأن عدد الصدمات وشدها لن يكون عاملاً لتحديد نتائج العلاج باستخدام هذه التقنية.

كما أن أثر وفاعلية العلاج بالتعرض السري لدى أفراد عينة البحث، استمرت بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج وذلك في القياسين المؤجلين بعد (3 و 6 أشهر)، وقد اختلفت هذه النتيجة مع نتيجة دراسة (Neuner, 2004) على اللاجئين السودانيين الذين يعيشون في مستوطنة للاجئين في أوغندا، وعانوا من اضطراب ما بعد

الصدمة، والتي قارنت بين تأثير ثلاثة أشكال من العلاج (التعرض السردى، المشورة الداعمة، التنقيف النفسى) أنه بمرحلة ما بعد العلاج، ساهم التعرض السردى في تقليل حدة الأعراض، ولكن بعد أربعة أشهر من العلاج، أظهرت جميع المجموعات زيادة في حدة أعراض اضطراب ما بعد الصدمة، ولكن، تم عزو ذلك إلى ظروف خارجية، كنقص الغذاء واجبارهم بالتهديد على الانتقال إلى المواقع التي وقعت فيها الأحداث الصادمة.

كما أظهرت دراسة (Hijazi et al, 2014) أن العلاج بالتعرض السردى، قلل من حدة أعراض اضطراب ما بعد الصدمة لدى اللاجئين العراقيين المصابين بصدمات نفسية في الولايات المتحدة مقارنة بالمجموعة الضابطة. وتم الاحتفاظ بالتحسن بعد شهرين من الانتهاء من العلاج، ولكن بعد أربعة أشهر أظهرت المجموعة الضابطة أيضاً انخفاضاً في أعراض اضطراب ما بعد الصدمة.

بينما اتفقت مع دراسة (Robjant et al, 2017) على ناجيات من الاتجار بالبشر، وتلقوا العلاج بالتعرض السردى، حيث ذكرت الدراسة إلى أن درجات المشاركات على مقياس اضطراب الضغوط التالية للصدمة كانت مرتفعة جداً قبل العلاج، وأصبحت معتدلة بعد العلاج مباشرة، وانخفضت شدة الأعراض بشكل أكبر لدى المتابعة، بعد ثلاثة أشهر، فهناك تأثير كبير للعلاج بالتعرض السردى، قبل العلاج وبعد العلاج مباشرة، وكذلك بعد ثلاثة أشهر من العلاج.

كما تتفق نتيجة البحث الحالى مع ما توصلت إليه دراسة (Grech & Grech, 2019) التي قامت بمراجعة عدد من الدراسات، والتي بلغ عدد عينتها (425) مريض، حيث أظهرت نتائجها وجود تغيرات في أعراض اضطراب ما بعد الصدمة، حيث كان الاختلاف في متوسط الدرجات بعد (3-6) أشهر بين مجموعات العلاج السردى، ومجموعات أخرى لصالح العلاج السردى. بالرغم من اختلاف مستوى الدلالة والأهمية من دراسة لأخرى. كما تتفق مع دراسة (Schneider, et, al, 2020) التي أظهرت نتائجها انخفاض أعراض اضطراب ما

بعد الصدمة بشكل ملحوظ ودال احصائياً، بعد إكمال البرنامج العلاجي، والاحتفاظ بتأثير طويل الأمد.

وقد يُعزى استمرار التحسّن والانخفاض في أعراض اضطراب الضغط التالي للصدمة لدى المرضى في المجموعة التجريبية إلى أن العلاج بالتعرض السردى (NET) يعمل على مستوى الفرد المريض من خلال تشجيع سرد قصة

الصدمة، وإعادة إحياء المشاهد المؤلمة السابقة من خلال تعرض تخيلي، يسمح بتعديل شبكة الخوف التي أنشأتها الصدمة والأحداث المؤلمة، وهذا التعديل يحدث بشكل تدريجي ويستمر بعد انتهاء العلاج، فالتعرض السري يعمل على عدة مستويات، وأهمها المستوى الفردي، من خلال خفض أعراض اضطراب ما بعد الصدمة المؤلمة التي تدعمها العمليات المعرفية والبيولوجية العصبية، من خلال عملية سرد وتوثيق الصدمة التي تعرض لها والتي يتم وضعها في سياق السياق الاجتماعي.

وترى الباحثة بأن هذا الاحتفاظ بالتحسن، يعود إلى الآلية التي تعمل بها تقنية التعرض السري التي يمكن اختصارها بأحداث التعود الذي يعالج الذكريات الساخنة حول الحدث الصادم وبأن ذلك لا يأتي دفعة واحدة وإنما يزداد مع مرور الوقت وإدراك المريض المتوالي للمثيرات الحسية المتنوعة التي تؤثر على ظهور أعراض الاضطراب ولا سيما الاستعدادات، وبالتالي حدوث التجنب والانعزال وتدهور الأعراض المزاجية ومع هذا الإدراك المتوالي تصبح هذه الأعراض أقل حدوثاً ما ينعكس إيجاباً على الأعراض بشكل تدريجي ومع مرور الزمن.

ومعظم الدراسات التي تمت مراجعتها من قبل الباحثة تتفق مع ما توصلت إليه نتائج الدراسة الحالية، ومنها أيضاً دراسة (Hecker et al, 2015) التي استخدمت العلاج بالتعرض السري مع مجموعة من الجنود، حيث تم الإبلاغ عن انخفاض في أعراض اضطراب ما بعد الصدمة بعد ستة أشهر من انتهاء العلاج. وأيضاً في دراسة (Hensel et al. 2011) انخفضت أعراض اضطراب ما بعد الصدمة وبشكل كبير بين الاختبار القبلي والمتابعة لمدة 6 أشهر وكذلك بين الاختبار القبلي والمتابعة لمدة عام. وفي دراسة (Steuwe et al, 202) استمر التحسن في المتابعة بعد عام كامل (12 شهر).

وحيث خلصت الباحثة إلى فاعلية البرنامج من خلال دوره في التحكم في وظائف الذاكرة والإدراك المرتبطة بالصدمة لدى أفراد العينة، وإظهار مستويات أقل من التعميم المفرط والتجزئة في ذاكرة سيرتهم الذاتية، بالإضافة إلى المزيد من التماسك المكاني والزمني، وذاكريات أقل تحيزاً وتطفلاً، ومزيد من العناصر اللفظية وعدداً أقل من العناصر الحسية. بالإضافة إلى انخفاض كبير في التقييمات المعرفية غير الوظيفية المرتبطة بالصدمة.

الخاتمة والمقترحات

الخاتمة:

هدف البحث الحالي إلى معرفة فاعلية العلاج بالتعرض السري لدى مجموعة من مرضى اضطراب الضغوط التالية للصدمة، من خلال مجموعة من الفروض وقد توصل إلى النتائج الآتية:

1. توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أفراد العينة في التطبيقين القبلي والبعدي المباشر على الدرجة الكلية لقائمة اضطراب الضغط التالي للصدمة وأبعادها الفرعية.
2. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أفراد العينة على الدرجة الكلية لقائمة اضطراب الضغط التالي للصدمة وأبعادها الفرعية في التطبيق البعدي المباشر تبعاً لمتغير العمر.
3. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أفراد العينة على الدرجة الكلية لقائمة اضطراب الضغط التالي للصدمة وأبعادها الفرعية بعد تطبيق البرنامج تبعاً لمتغير عدد الصدمات.
4. توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أفراد العينة في التطبيقين البعدي المباشر والبعدي المؤجل 1 على الدرجة الكلية لقائمة اضطراب الضغط التالي للصدمة وأبعادها الفرعية.
5. توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في التطبيقين البعدي المؤجل 1 والبعدي المؤجل 2 على الدرجة الكلية لقائمة اضطراب الضغط التالي للصدمة وأبعادها الفرعية.

مقترحات البحث:

- في ضوء مراحل تنفيذ البحث الحالي، و ما أسفر عنه من نتائج يمكن اقتراح ما يلي:
- إجراء البحث ذاته على عينات أكبر، وحذا لو يتم توثيق طبيعة الصدمات لدى الجهات المعنية ضمن وزارة الصحة لتمكن من فرز أفراد العينة ومعرفة فاعلية العلاج بالتعرض السري حسب نوع الصدمة (حوادث سير، عنف، لجوء،..)

- من المهم نشر الوعي بالمجتمع حول الصحة العقلية وضرورة اللجوء لطلب المساعدة عند الشعور بالأعراض، لتخفيف الوصمة، وللحصول على المزيد من الدراسات الميدانية، فهذا النوع من الدراسات يتطلب موافقة واعية من المريض والالتزام بالعلاج وبذل الجهد للوصول إلى النتائج المرجوة.
- تدريب كادر من المجتمع المحلي ومن مختلف الاختصاصات للمساعدة والدعم في تطبيق هذا النوع من التدخل العلاجي، فالحاجة كبيرة وعدد الاختصاصيين قليل.
- إجراء بحوث ودراسات لمشكلات المرافقة لاضطراب الضغوط ما بعد الصدمة. بالإضافة إلى مجموعة من دراسات المقارنة مع علاجات أخرى قائمة على الدليل والبرهان العلمي.
- إجراء بحوث ودراسات على متغيرات أخرى لم يتم تناولها في البحث الحالي .



المراجع

أولاً: المراجع العربية

1. الابراهيم، موفق طالب (٢٠١٣): أثر برنامج إرشادي معرفي سلوكي لخفض مستوى اضطراب الضغوط التالية للصدمة لدى عينة من السوريين المهجرين إلى الأردن، رسالة دكتورا، جامعة اليرموك، الأردن.
2. الابراهيم، موفق طالب (٢٠١٥): أثر برنامج إرشادي معرفي سلوكي لخفض مستوى اضطراب الضغوط التالية للصدمة لدى عينة من السوريين المهجرين إلى الأردن، مجلة جامعة القدس المفتوحة للأبحاث والدراسات التربوية والنفسية، الأردن، ٢١٩-٢٢٤.
3. أبو علام، رجاء (2014): مناهج البحث في العلوم النفسية والتربوية، دار النشر للجامعات، القاهرة.
4. الحلالمة، صابرين (2020): فاعلية برنامج إرشادي مستند إلى علاج التعريض بالسرد في خفض أعراض اضطراب ضغط ما بعد الصدمة لدى عينة من ضحايا التعذيب، الجمعية الأردنية للعلوم التربوية، المجلة التربوية الأردنية، المجلد الخامس، العدد الرابع، (150-174).
5. شادلي، عبد الرحمن (٢٠١٧): انعكاسات الصدمة النفسية على التوظيف النفسي لدى مبتوري الأطراف، بحث دكتورا، كلية العلوم الانسانية والاجتماعية، جامعة محمد خيضر، الجزائر.
6. الفروخ، سناء (2016): فاعلية العلاج التعريضي السري في خفض أعراض اضطراب ضغط ما بعد الصدمة على عينة من اللاجئين السوريين في الأردن، رسالة ماجستير، كلية الآداب والعلوم، جامعة عمان.
7. قابوس، ارشاد (2017): الأثر الصدمي للأم الفارقة لابنها في حادث مرور، ماجستير، علم نفس، الجزائر.
8. مجيد، سوسن. (2011): اضطراب الضغوط ما بعد الصدمة التي يعاني منها أعضاء هيئة التدريس في الجامعات العراقية "دراسة ميدانية". مجلة الفتح، العدد 47، جامعة بغداد.
9. منظمة أبعاد (٢٠١٧د): ليل الصحة العقلية، الحزمة التدريبية للصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي، بالسلامة، بيروت.
10. النواسية، فاطمة عبد الرحيم (2013): الضغوط والأزمات النفسية وأساليب المساندة، دار المناهج للنشر والتوزيع.

ثانياً: المراجع الأجنبية

1. Adler, A. B., Litz, B. T., Castro, C. A., Suvak, M., Thomas, J. L., Burrell, L., et al. (2008). **A group randomized trial of critical incident stress debriefing provided to U.S. peacekeepers**. Journal of Traumatic Stress, 21, 253–263.
2. American Psychological Association. (2013). **Diagnostic and statistical manual of mental disorders** (5th ed.). Washington, D.C., VA: Author.
3. American Psychological Association. (2020). **Clinical practice guideline for the treatment of PTSD**, Washington, D.C., VA: Author.
4. Bisson, J., & Andrew, M. (2007). **Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD)**. Cochrane Database System Review, (3).
5. Bisson, J. I., Brayne, M., Ochberg, F. M., & Everly, G. S. (2007). **Early psychosocial intervention following traumatic events**. American Journal of Psychiatry, 16, 1016–1019.
6. Bisson, J. I., Jenkins, P. L., Alexander, J., & Bannister, C. (1997). **Randomised controlled trial of psychological debriefing for victims of acute burn trauma**. British Journal of Psychiatry, 171, 78–81.
7. Bovin MJ, Marx BP, Weathers FW, Gallagher MW, Rodriguez P, Schnurr PP, et al.(2016). **Psychometric properties of the PTSD Checklist for Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders–Fifth Edition (PCL–5) in veterans**. Psychol Assess 28(11):1379–1391.

8. Brady, F., Chisholm, A., Walsh, E., Otisova, L., Bevilacqua, L., Mason, C., Werthern, M., Cannon, T., Curry, C., Komolafe, K., Elizabeth R., Robjant, K., Katona, C. (2021). **Narrative exposure therapy for survivors of human trafficking: feasibility randomised controlled trial**, *BJPsych Open*, 7, 1–9.
9. Brewin, C.R. (2007). **Autobiographical theories for trauma: update on four controversies memory**. 15, 227–48.
10. Brewin, C. R. (2001). **A cognitive neuroscience account of posttraumatic stress disorder and its treatment**. *Behaviour, Research and Therapy*, 39, 373–393.
11. Bonanno, G. A., Mancini, A. D., Horton, J. L., Powell, T. M., Leardmann, C. A., Boyko, E. J., et al. (2012). **Trajectories of trauma symptoms and resilience in deployed U.S. military service members: Prospective cohort study**. *British Journal of Psychiatry*, 200(4), 317–323.
12. Bromet, E., Sonnega, A., & Kessler, R. C. (1998). **Risk factors for DSM–III–R posttraumatic stress disorder: Findings from the National Comorbidity Survey**. *American Journal of Epidemiology*, 147, 353–361.
13. Boscarino, J. A. (2008). **Psychobiologic predictors of disease mortality after psychological trauma: Implications for research and clinical surveillance**. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 196, 100–107.
14. Bracha, H. S. (2004). Freeze, flight, fight, fright, faint: **Adaptationist perspectives on the acute stress response spectrum**. *CNS Spectrums*, 9, 679–

685.

15. Brewin, C. R., Fuchkan, N., Huntley, Z., Robertson, M., Thompson, M., Scragg, P., d'Ardenne, P., & Ehlers, A. (2010). **Outreach and screening following the 2005 London bombings: Usage and outcomes**. *Psychological Medicine*, 40(12), 2049–2057.
16. Brewin CR, Gregory JD, Lipton M, Burgess N.(2010). **Intrusive images in psychological disorders: Characteristics, neural mechanisms, and treatment implications**, *Psychol Rev*, 117:210–232.
17. Brewin, C. R., Andrews, B., & Valentine, J. D. (2000). **Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults**. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(5), 748– 766.
18. Brunello, N., Davidson, J. R., Deahl, M., et al. (2001). **Posttraumatic stress disorder: Diagnosis and epidemiology, comorbidity and social consequences, biology and treatment**. *Neuropsychobiology*, 43, 150–162.
19. Bryant, R. A. (2010). **Treating the full range of posttraumatic reactions**. In G. M. Rosen & B. C. Frueh (Eds.), *Clinician's guide to posttraumatic stress disorder*. 205– 234.
20. Bryant, R. A., Friedman, M. J., Spiegel, D., Ursano, R. J., & Strain, J. J. (2011). **A review of acute stress disorder in DSM-5. Depression and Anxiety**, 28, 802–817.
21. Brymer, M., Layne, C., Pynoos, R., Ruzek, J. I., Steinberg, A., Vernberg, E., &

- Watson, P. J. (2006). **Psychological first aid; field operations guide.** Washington, DC: US Department of Health and Human Services.
22. Carlier, I. V., Voerman, A. E., & Gersons, B. P. (2000). **The influence of occupational debriefing on post-traumatic stress symptomatology in traumatized police officers.** British Journal of Medical Psychology, 73, 87–98.
 23. Catani, C., Kohiladevy, M., Ruf, M., Schauer, E., Elbert, T., & Neuner, F. (2009). **Treating children traumatized by war and Tsunami: A comparison between exposure therapy and meditation-relaxation in North-East Sri Lanka,** Department of Psychology, University of Bielefeld, Germany.
 24. Conway, M. A., & Pleydell-Pearce, C.W. (2000). **The construction of autobiographical memories in the self-memory system.** Psychological review, 107, 261–288.
 25. Copeland, S. (2020). **Vagus Nerve & Polyvagal Therapy Exposed,** Copyright.
 26. Creamer, M., Burgess, P., & McFarlane, A. C. (2001). **Post-traumatic stress disorder: Findings from the Australian national survey of mental health and well-being.** Psychological Medicine, 31, 1237–1247.
 27. Grech, P., Grech, R. (2019). **A Comparison of Narrative Exposure Therapy and Non-Trauma-Focused Treatment in Post-Traumatic Stress Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis.** Issues in Mental Health Nursing, V(41), Issue (2).
 28. Crombach, A., Siehi, S. (2018). **Impact and cultural acceptance of the Narrative**

- Exposure Therapy in the aftermath of a natural disaster in Burundi**, BMC Psychiatry, 18, 233.
29. Darves–Bornoz, J. M., Alonso, J., de Girolamo, G., et al. (2008). **Main traumatic events in Europe: PTSD in the European study of the epidemiology of mental disorders survey**. Journal of Traumatic Stress, 21(5), 455–462.
 30. Daryl S. Paulson, Krippner.,S. (2007). **Haunted by combat, understanding PTSD in war veterans including including women, reservists, and those coming back from Iraq**, Congress Cataloging. London.
 31. David M. Benedek, MD, (2016). **Complementary and Alternative Medicine for PTSD**, Oxford University Press , United States of America.
 32. de Jong, J. T. V. M., Komproe, I. H., & Van Ommeren, M. (2003). **Common mental disorders in post conflict settings**. The Lancet, 361(9375), 2128–2130.
 33. De la Rie, S. Smid, G. Van der Aa, N. van Est, L. Bisseling, E & Boelen ,P (2020). **Feasibility of narrative exposure therapy in an outpatient day treatment programme for refugees: improvement in symptoms and global functioning**, European Journal of Psychotraumatology, Volume 11, NO 1.
 34. De Roon–Cassini, T. A., Mancini, A. D., Rusch, M. D., & Bonanno, G. A. (2010). **Psychopathology and resilience following traumatic injury: A latent growth mixture model analysis**. Rehabilitation Psychology, 55(1), 1–11.
 35. Dougall, A. L., Herberman, H. B., Inslicht, S. S., Baum, A., & Delahanty, D. L. (2000). **Similarity of prior trauma exposure as a determinant of chronic stress**

- responding to an airline disaster.** *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(2), 290–295.
36. Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). **A cognitive model of post traumatic stress disorder.** *Behaviour Research and Therapy*, 38, 319–345.
37. EMDR International Association. (2013). **EMDRIA Definition of EMDR.**
38. Everly, G. S., Jr., & Mitchell, J. T. (1999). **Critical Incident Stress Management (CISM): A new era and standard of care in crisis intervention** (2nd ed.). Ellicott City: Chevron.
39. Fan, Y., Shi, Y., Zhangm J., Sun, D., Wang, X., Fu, G., MO, D., Wen, J., Xiao, X., Kong, L. (2021). **The effects of narrative exposure therapy on COVID-19 patients with post-traumatic stress symptoms: A randomized controlled trial,** *Journal of Affective Disorders*, V. 293, 141–147.
40. Fazel, M., Wheeler, J., Danesh, J. (2010) **Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: A systematic review.** *Lancet*, 365, 1309–1314 11.
41. Foa, E.B., Rothbaum, B.O. (1998) **Treating the trauma of rape: cognitive behavioral therapy for PTSD. Treatment manuals for practitioners.** New York, Guilford Press.
42. Fontana, A., & Rosenheck, R. (1994). **Posttraumatic stress disorder among Vietnam theater veterans: A causal model of etiology in a community sample.** *Journal of Nervous and Mental Disease*, 182(12), 677–684.

43. Ford D, Julian .(2009). **Posttraumatic stress disorder, science and practice**, Academic Press, New York, USA.
44. Forman–Hoffman V, Middleton, J.C. Feltner, C. Gaynes, B.N. Weber, R.P. Bann, C. Viswanathan, M. Lohr, K.N. Baker, C. Green, J. (2018). **Psychological and Pharmacological Treatments for Adults With Posttraumatic Stress Disorder: A Systematic Review Update**, University of North Carolina at Chapel Hill Evidence–based Practice Center.
45. Frueh B. Christopher, Grubaugh L. Anouk, Elhai D. Jon, Ford D. Julian, (2012). **Assessment and Treatment Planning for PTSD**, Hoboken, New Jersey, Canada.
46. Gray. M,J., Litz. B. T., Hsu. J.L., Lombardo. T. W. (2004). **Psychometric properties of the life events checklist**, National Library Of Medicine, 11 (4):330–341.
47. Greer, M. (2005). **A new kind of war**. Monitor on Psychology, pp. 38–40.
48. Gwozdziwycz et al. (2013). **Meta–Analysis of the Use of Narrative Exposure Therapy for the Effects of Trauma Among Refugee Populations**. Perm J. 2013 Winter; (pp. 70 – 76).
49. Halovorsen, J., Stenmark, H., Neuner, F., & Nordahl, H. M. (2014). **Does dissociation moderate treatment outcomes of narrative exposure therapy for PTSD? A secondary analysis from a randomized controlled clinical trial**. Behaviour Research and Therapy, 57, 21–28.
50. Harned, M. S., Karslund, K. E., & Linehan, M. M. (2014). **A pilot randomized**

controlled trial of Dialectical Behavior Therapy with and without the Dialectical Behavior Therapy Prolonged Exposure protocol for suicidal and self-injuring women with borderline personality disorder and PTSD. Behaviour Research and Therapy, 55, 7–17.

51. Holmes, E. A. & Brewin, C.R., (2003), **Psychological theories of Posttraumatic stress disorder.** Clinical Psychology Review, 23,339–376
52. Husain, F., Anderson, M., Lopes Cardozo, B., Becknell, K., Blanton, C., Araki, D., et al. (2011). **Prevalence of war-related mental health conditions and association with displacement status in Postwar Jaffna District, Sri Lanka.** JAMA 306, 522–531.
53. Ibrahim, H., Catani, C., Ismail, A. A., & Neuner, F. (2019). **Dimensional structure and cultural invariance of DSM–V posttraumatic stress disorder among Iraqi and Syrian displaced people.** Frontiers in Psychology, 10. doi:10.3389/fpsyg.2019.01505
54. Inter–Agency Standing Committee. (2007). **IASC guidelines on mental health and psychosocial support in emergency settings.** Geneva: IASC.
55. Jacoba, N., Neunerb, F., Maedla, A., Schaala, S., Elberta, T., Bielefeld. (2014). **Dissemination of Psychotherapy for Trauma Spectrum Disorders in Postconflict Settings: A Randomized Controlled Trial in Rwanda,** Psychotherapy and Psychosomatics, Vol. 83, No. 6, 354–363.
56. Julian D. Ford. (2009). **Posttraumatic stress disorder,** Academic Press is an

imprint of Elsevier, Printed and bound in the United States of America.

57. Kaltenbach, E., Hermenau, K., Schauer, M., Dohrmann, K., Elbert, T., Schalinski, I. (2020). **Trajectories of posttraumatic stress symptoms during and after Narrative Exposure Therapy (NET) in refugees**, *MBC Psychiatry*, 20:312.
58. Kaltenbach, E. McGrath, P, J. Schauer, M. Kaiser,E. Crombach, A. Robjant, K. (2021). **Practical guidelines for online Narrative Exposure Therapy (e-NET) – a shortterm treatment for posttraumatic stress disorder adapted for remote delivery**, *European Journal of Psychotraumatology* Volume 12. Issue 1.
59. Kangaslampi, S., Garoff .F., Peltonen. K. (2015). **Narrative exposure therapy for immigrant children traumatized by war: study protocol for a randomized controlled trial of effectiveness and mechanisms of change**, *BMC Psychiatry*, V.15, N.127.
60. Kedia, M. (2008). **Psycho traumatologic**, dunod, Paris.
61. Kelmendi, B., Adams, T.G., Yarnell, S., Southwick, S., Abdallah, C.G., Krystal, J.H. (2016). **PTSD: from neurobiology to pharmacological treatments**. *European Journal of Psychotraumatology*. 7:1.
62. Kessler, R. C., Galea, S., Gruber, M. J., Sampson, N. A., Ursano, R. J., & Wessely, S. (2008). **Trends in mental illness and suicidality after Hurricane Katrina**. *Molecular Psychiatry*, 13(4), 374–384.

63. Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., & Walters, E. E. (2005). **Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication.** *Archives of General Psychiatry*, 62, 617–627.
64. Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., & Nelson, C. B. (1995). **Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey.** *Archives of General Psychiatry*, 52, 1048–1060.
65. King, D. W., King, L. A., Foy, D. W., Keane, T. M., & Fairbank, J. A. (1999). **Posttraumatic stress disorder in a national sample of female and male Vietnam veterans: Risk factors, war-zone stressors, and resilience–recovery variables.** *Journal of Abnormal Psychology*, 108(1), 164–170.
66. King, D. W., Vogt, D. S., & King, L. A. (2004). **Risk and resilience factors in the etiology of chronic posttraumatic stress disorder.** In B. T. Litz (Ed.), *Early interventions for trauma and traumatic loss in children and adults: Evidence-based directions* (pp. 34–64). New York: Guilford Press.
67. Koenen, K. C., Ratanatharathorn, A., Ng, L., McLaughlin, K. A., Bromet, E. J., Stein, D. J., et al. (2017). **Posttraumatic stress disorder in the World Mental Health Surveys.** *Psychol. Med.* 47, 2260–2274.
68. Krüger, A., Knaevelsrud, C., Rau, H., Dyer, A., Schäfer, I., Schellong, J., Ehring, T. (2017). **The German version of the Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5): psychometric properties and diagnostic utility,** *BMC Psychiatry*, 28;17(1):379.

69. Leblanc, L., (2020) **Mental Health Recovery: PTSD Guide**, Stratford, Canada
70. Lely, J. C. G., Smid, G. E., Jongedijk, R. A., Knipscheer, J. W., Kleber, R. J. (2019). **The effectiveness of narrative exposure therapy : A review, meta-analysis and metaregression analysis meta-regression analysis**. European Journal of Psychotraumatology, Vol. 10, No. 1.
71. Lewis, C., Roberts, N. P., Gibson, S., Bisson, J. I., (2020) **Dropout from psychological therapies for posttraumatic stress disorder (PTSD) in adults: systematic review and meta-analysis**, European Journal of Psychotraumatology, V.11.
72. March, J. S. (1993). **What constitutes a stressor?: The “Criterion A” issue**. In J. R. T. Davidson & E. B. Foa (Eds.), Posttraumatic stress disorder: DSM-IV and beyond (pp. 37–54). Washington, DC: American Psychiatric Press.
73. Marx, B. P., Forsyth, J. P., & Lexington, J. M. (2008). **Tonic immobility as an evolved predator defense: implications for sexual assault survivors**. **Clinical Psychology: Science and Practice**, 15, 74–90.
74. Matthew J. Friedman, Terence M. Keane, Patricia A. Resick, **Handbook of PTSD, Science and Practice**, 2007, New York, London.
75. Matthew J. Friedman. Terence M. Keane. Patricia A. Resick. (2014). **Handbook of PTSD, Science and Practice** , The Guilford Press. New York.
76. Mayou, R. A., Ehlers, A., & Hobbs, M. (2000). **Psychological debriefing for road traffic accident victims: Three-year follow-up of a randomised controlled trial**. British Journal of Psychiatry, 176, 589–593.

77. Mitchell, J. T. (1983). **When disaster strikes: The critical incident stress debriefing process.** Journal of Emergency Medical Services, 8, 36–39.
78. Morkved N, Hartmann K, Aarsheim LM, Holen D, Milde AM, Bomyea J, Thorp SR. (2014). **A comparison of Narrative Exposure Therapy and Prolonged Exposure therapy for PTSD.** Clinical Psychology Review, Vol. 34, No. 6, pp. 453–467.
79. Neuner, F., Schauer, M., Elbert, T. (2020). **Narrative Exposure Therapy for PTSD, ResearchGate.**
80. Norris, F. H., & Slone, L. B. (2007). **The epidemiology of trauma and PTSD.** In M. J. Friedman, T. M. Keane, & P. A. Resick (Eds.), Handbook of PTSD: Science and practice (pp. 78–98). New York: Guilford.
81. O'Donnell, M. L., Lau, W., Tipping, S., Holmes, A. C., Ellen, S., Judson, R., et al. (2012). **Stepped early psychological intervention for posttraumatic stress disorder, other anxiety disorders, and depression following serious injury.** Journal of Traumatic Stress, 25(2), 125–133.
82. Ozer, E., Best, S., Lipsey T., & Weiss, D. (2003). **Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: A meta-analysis.** Psychological Bulletin, 129(1), 52–73.
83. Park, J. K, Park, J., Elbert., T., Kim, S. (2020). **Effects of Narrative Exposure Therapy on Posttraumatic Stress Disorder, Depression, and Insomnia in Traumatized North Korean Refugee Youth,** Journal of Traumatic Stress, V. 33,

1.3, 353–359.

84. Pietrzak, R. H., Van Ness, P. H., Fried, T. R., Galea, S., & Norris, F. H. (2013). **Trajectories of posttraumatic stress symptomatology in older persons affected by a large-magnitude disaster.** *Journal of Psychiatric Research*, 47, 520–526.
85. Pradhan. B,. Rathod. S,. Pinninti. N,.R, (2019). **TIMBER Psychotherapy For PTSD, Depression and Traumatic Psychosis.** Switzerland .
86. Reutte, K.(2019). **The Dialectical Behavior Therapy Skills Workbook for PTSD, Practical exercises for overcoming trauma & post-traumatic stress disorder.** New Harbinger Publications, Canada.
87. Rodriguez, N., van de Kemp, H., & Foy, D. W. (1998). **Posttraumatic stress disorder in survivors of childhood sexual and physical abuse: A critical review of the empirical research.** *Journal of Child Sexual Abuse*, 7(2), 17–45.
88. Robjant, K. Fazel, F. (2010). **The emerging evidence for Narrative Exposure Therapy: A review.** *Clinical Psychology Review*, Vol.30. No.8. 1032–1039.
89. Rostami, A.(2012). **Post- traumatic Stress Disorders among –Children in Kirkuk in Northern Iraq–How the war and post conflict affect the children’s academic learning at school,** Master thesis in pedagogy, Department of Educational Research, Faculty of educational.
90. Rothbaum, B. o., Foa, E. B., Riggs, D. S., Murdock, T., & Walsh. W. A (1992). **prospective examination of post-traumatic stress disorder in rape victims.**

Journal of Traumatic Stress Volume. 5, 455–475.

91. Ruf, M., Schauer, M., Neuner, F., Catani, C., Schauer, E., & Elbert, T. (2010).
Narrative Exposure Therapy for 7 to 16 year olds — A randomized controlled trial with traumatized refugee children. Journal of Traumatic Stress. Vol. 23, No. 4. 437–445.
92. Rzeszutek. M., Turlejska. M., Alich. H., Szumiał. S. (2017). **The Polish adaptation of the Life Events Checklist (LEC–5) for PTSD criteria from DSM–5,** Psychiatria Polska, 52, (3): 499–510.
93. Schauer, M., Elbert, T. (2010). **Dissociation following traumatic stress: etiology and treatment.** Journal of References 88 Psychology, 218, 109–127.
94. Schauer, M., Neuner, F., & Elbert, T. (2011). **Narrative Exposure Therapy, A Short–Term Treatment for Traumatic Stress Disorders,** Germany
95. Schnyder, U., Cloitr, M., (2015) **Evidence Based Treatments for Trauma–Related Psychological Disorders, A Practical Guide for Clinicians.** Springer Cham Heidelber, New York Dordrecht London.
96. Schneider, A., Pfeiffer, A., Conrad, D., Elbert, T., Kolassa, I. T., Wilker,. S. (2020). **Does cumulative exposure to traumatic stressors predict treatment outcome of community– implemented exposure–based therapy for PTSD?** European Journal of Psychotraumatology, 1–13.

97. Scholte, W. F., Olff, M., Ventevogel, P., Vries, G.–J., de, Jansveld, E., Cardozo, B. L., et al. (2004). **Mental health symptoms following war and repression in Eastern Afghanistan.** JAMA 292:585
98. Siehl, S., Robjant, K., & Crombach, A. (2021). **Systematic review and meta-analyses of the long-term efficacy of narrative exposure therapy for adults, children and perpetrators.** Psychotherapy Research, Vol. 31 No. 6.
99. Sijbrandij, M., Olff, M., Reitsma, J. B., Carlier, I. V. E., & Gersons, B. P. R. (2006). **Emotional or educational debriefing after psychological trauma: Randomised controlled trial.** British Journal of Psychiatry, 189, 150–155.
100. Smid, G. E., Mooren, T. T., van der Mast, R. C., Gersons, B. P., & Kleber, R. J. (2009). **Delayed posttraumatic stress disorder: Systematic review, meta-analysis, and meta-regression analysis of prospective studies.** Journal of Clinical Psychiatry, 70(11), 1572–1582.
101. Steuwe, C., Berg, M., Beblo, T., Driessen, M. (2021). **Narrative Exposure Therapy in Patients With Posttraumatic Stress Disorder and Borderline Personality Disorder in a Naturalistic Residential Setting: A Randomized Controlled Trial,** national library of Medicine, Germany No.26.
102. Stevens, N., Miller, M. L., Soibatian, C., Otwell, C., Rufa, A. K., Meyer, D.J., Shalowitz, M.U. (2020). **Exposure therapy for PTSD during pregnancy: a feasibility, acceptability, and case series study of Narrative Exposure Therapy (NET)** , BMC Psychology, (8), N. 130.

103. Taha, P. H., Taib, N. I., & Sulaiman, H. M. (2016). **Posttraumatic Stress Disorder and Psychological Trauma in Syrian Refugees in Duhok, Iraqi Kurdistan.** Arab Journal of Psychiatry, 27. (2).
104. Tolin, D. F., & Foa, E. B. (2006). **Sex differences in trauma and posttraumatic stress disorder: A quantitative review of 25 years of research.** Psychological Bulletin, 132, 959–992.
105. van Minnen, A., Harned, M. S., Zoellner, L., & Mills, K. (2012). **Examining potential contraindications for prolonged exposure therapy for PTSD.** European Journal of Psychotraumatology, 3.
106. Van Minnen, A., Zoellner, L. A., Harned, M. S., & Mills, K. (2015). **Changes in comorbid conditions after prolonged exposure for PTSD: a literature review.** Current Psychiatry Reports, 17(3), 1–16.
107. Zatzick, D. F., Roy-Byrne, P., Russo, J., Rivara, F., Droesch, R., Wagner, A., et al. (2004). **A randomized effectiveness trial of stepped collaborative care for acutely injured trauma survivors.** Archives of General Psychiatry, 61(5), 498–506.
108. Weathers, F., Blake, D. D., Schnurr, P. P., Kaloupek, D. G., Marx, B. P., & Keane, T. M. (2013). **The Life Events Checklist for DSM–5 (LEC–5).** National Center for PTSD.
109. Wittchen, H.U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jönsson, B., Olesen, J., Allgulander, C., Alonso, J., Faravelli, C. and Fratiglioni, L. Jennum,

- P., Lieb, R., Maercker, A., Van Os, J., Preisig, M., Salvador-Carulla, L., Simon, R. & Steinhausen, H.-C. (2011). **The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe.** *European Neuropsychopharmacology*, 21(9), pp.655–679.
110. Zatzick, D., Jurkovich, G., Rivara, F. P., Russo, J., Wagner, A., Wang, J., et al. (2013). **A random- ized stepped care intervention trial targeting posttraumatic stress disorder for surgically hospi- talized injury survivors.** *Annals of Surgery*, 257(3), 390–399.



الملاحق

الملحق رقم (1)

LEC – 5

تتضمن القائمة التالية عدد من الأحداث الصعبة أو المجهدة التي قد تحدث للأشخاص أحياناً. الرجاء وضع إشارة ضمن واحد أو أكثر من المربعات المقابلة لكل من الأحداث الواردة في الأسفل التي توضح بأنها: (a) حدثت معك شخصياً (b) شاهدتها تحدث لشخص آخر (c) علمت بحدوثها مع فرد من أفراد العائلة المقربين أو مع صديق (d) تعرضت لها كجزء من عملك (مثال المسعفين، والشرطة، ...أو (e) إذا كنت غير متأكد بأنها تنطبق، (خذ جميع مراحل حياتك بعين الاعتبار)

الحدث	حدثت معي 1	شاهدتها 2	علمت عنها 3	جزء من عملي 4	غير متأكد 5
1. الكوارث الطبيعية (مثال، فيضان، زوابع، إعصار، هزة أرضية)					
2. حريق أو انفجار					
3. حادث سير (مثال، حادث سيارة، حادث قارب، تحطم قطار، تحطم طائرة)					
4. حادث خطير في العمل، أو المنزل، أو خلال نشاط ترفيهي					
5. التعرض لمواد سامة (مثال، المواد الكيميائية الخطرة، الأشعة)					
6. الاعتداء الجسدي (مثال التعرض للهجوم، والضرب، والصفع، والركل، والضرب المتكرر)					
7. الاعتداء باستخدام سلاح (مثال، التعرض لإطلاق النار، الطعن، والتهديد باستخدام سكين، سلاح، قنبلة)					
8. الاعتداء الجنسي (الاعتصاب، محاولة الاعتصاب، الإكراه على تأدية أي فعل جنسي بالقوة أو تحت التهديد بالأذى)					
9. التجارب الجنسية الأخرى الغير مرغوب بها أو الغير مريحة					
10. القتال أو التواجد في مناطق الحرب (في الجيش أو كمدني)					
11. الوقوع في الأسر (مثال الاختطاف، الاختطاف بهدف الحصول على فدية، الاحتجاز كرهينة، أسير حرب)					
12. مرض أو إصابة مهددة للحياة					
13. المعاناة الإنسانية الشديدة					
14. موت مفاجئ، عنيف (مثال القتل، والانتحار)					
15. موت مفاجئ وغير متوقع لشخص قريب منك					
16. تسببك بإصابة خطيرة، أو أذى، أو الموت لشخص آخر					
17. أي حادثة أو تجربة أخرى مجعدة جداً					

الملحق رقم (2)

PCL – 5

فيما يلي قائمة بالمشكلات والشكاوى التي يواجهها الأشخاص أحياناً استجابة لتجارب الحياة المجهدة. يرجى قراءة كل رقم بعناية، ثم ضع دائرة حول أحد الأرقام الموجودة لى اليمين للإشارة إلى مدى انزعاجك من هذه المشكلة في الشهر الماضي.

البند	لا على الاطلاق	قليلاً	إلى حد ما	بقوة	بقوة كبيرة
١. أتذكر الحدث الصادم بشكل متكرر ومزعج وغير مرغوب فيه.					
٢. أرى أحلام متكررة ومزعجة عند الحدث الصادم.					
٣. فجأة أشعر وأتصرف وكأن الحدث الصادم يحدث مرة أخرى (كأنني فعلاً في نفس مكان الحدث، واعيشت التجربة مرة أخرى).					
٤. أشعر بضيق شديد عند تذكر الحدث الصادم.					
٥. لدي ردود فعل جسدية قوية عند تذكر الحدث الصادم. (خفقان القلب، صعوبة بالتنفس، تعرق...)					
٦. أتجنب الذكريات أو الأفكار أو الأحاسيس المتعلقة بالحدث الصادم.					
٧. أتجنب تأثيرات خارجية تجعلني أتذكر الحدث الصادم (مثلاً أشخاص، أماكن، أحاديث، أنشطة، أشياء، مواقف).					
٨. لدي صعوبات في تذكر أجزاء مهمة من الحدث الصادم.					
٩. يوجد لدي معتقدات سلبية قوية عن نفسي أو الأشخاص الآخرين أو العالم (مثلاً: أنا أنسان سيئ، أنا لست بخير، لا يمكن الوثوق بأحد..)					
١٠. ألوم نفسي أو شخصاً آخر على حدوث الحدث الصادم أو ما حدث بعده.					
١١. لدي مشاعر سلبية قوية. (مثل، الخوف، الرعب، الغضب، الشعور بالذنب)					
١٢. فقدان المتعة والاهتمام بالأنشطة التي كنت أمارسها سابقاً).					
١٣. أشعر بالبعد والانفصال عن الآخرين.					
١٤. أجد صعوبة بالإحساس بمشاعر إيجابية (مثلاً: الشعور بالسعادة، أو الحب اتجاه الأشخاص المقربين مني).					
١٥. أتصرف بعصبية أو نوبات غضب أو بعدوانية.					
١٦. كثرة التصرف بتهور أو القيام بأشياء قد تجلب لي الأذى.					
١٧. دائم الحذر و اليقظة و في حالة تأهب.					
١٨. سريع الالتهياج أو الجفول.					
١٩. أواجه صعوبة بالتركيز.					
٢٠. أجد صعوبة بالنوم أو البقاء نائماً.					

الملحق رقم (3)

وصف جلسات البرنامج العلاجي

ملاحظة: إن الـ NET ليس نهجاً منظماً بشكل كامل خطوة بخطوة، بل هو مجموعة من المبادئ التوجيهية. لأن تجارب الأفراد الذين يعانون من الصدمات معقدة ويمكن أن تختلف اختلافاً كبيراً، فهو يوفر معلومات مهمة تساعد في توجيه المعالج حول كيفية إجراء التعرض، وفي نفس الوقت إنشاء السيرة الذاتية للمريض، مع السماح بمرونة داخل العلاج لتلبية احتياجاته بناءً على تاريخ الصدمة الخاص به. والعناصر العملية لـ NET تتألف من خمسة مكونات: التشخيص، التنقيف النفسي، تمرين خط الحياة، السرد، وجلسة ختامية.

من الضروري إظهار التفهم الوجداني والاحترام للشخص ولتجربته المأساوية التي مر بها، بالإضافة إلى التأكيد على نقاط القوة التي مكنته من البقاء على قيد الحياة أو ما شابه ذلك، وبدون مبالغة، بالإضافة لعدم إطلاق الأحكام والتقييمات، كما يجب مراعاة ثقافة المريض وعمره وتجاربه ودرجة تعليمه عند تقديم التنقيف.

وفيما يلي وصف تفصيلي للخطوط العريضة للبرنامج العلاجي:

رقم الجلسة	الهدف	مجريات الجلسة
الجلسة الأولى	1. بناء علاقة وخلق بيئة علاجية آمنة	وذلك من خلال تقديم المعالج لنفسه وخلفيته المهنية واهتماماته بشكل صريح وواضح بتقديم المساعدة، وإمكانية التحدث بصراحة عن أي شيء، بما في ذلك الذكريات المؤلمة، دون خوف من إطلاق الأحكام وضمن سرية وخصوصية لجميع ما يتم مشاركته خلال الجلسة، وتشجيعه على طرح أي استفسارات لديه.
	2. فهم واضح للوضع التشخيصي للمريض، والقياس القبلي.	- للتأكد من فاعلية الـ NET وأنه يدار بالشكل الصحيح، من الضروري تكوين صورة تشخيصية واضحة عن وجود الأعراض وشدتها وتواترها، وتأثيرها على حياة المريض، علماً أن المرضى تم تشخيصهم مسبقاً من خلال مقابلة سريرية مع طبيب نفسي، أو طبيب رعاية أولية مدرب على برنامج رأب الفجوة بالصحة النفسية". يتم إخبار المريض بأنه من أجل فهم أفضل لأعراض الضغوط التالية للصدمة أو أعراض أخرى نريد استكمال بعض الأسئلة...." ولتحقيق ذلك يتم تطبيق أدوات البحث التالية: - (LEC-5) قائمة مراجعة أحداث الحياة، لفحص الأحداث التي يحتمل أن تكون مؤلمة في حياة الشخص. - (PCL-5) قائمة المراجعة لاضطراب الضغوط التالية للصدمة، لفحص أعراض الاضطراب وشدته.
	3. توفير الأساس المنطقي والواضح للاضطراب ومنهجية العلاج.	1. التنقيف النفسي لاضطراب الضغوط التالية للصدمة: لتوضيح سبب الأعراض، وتطبيعها، وإضفاء الشرعية على تجربة المريض، حيث يتم إخبار المريض أن ما يحدث معه الآن يحدث مع العديد من الناس الذين نجوا من الصدمات، وله اسم "اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة". - يتضمن التنقيف الأولي للمريض شرح مفصل لحالته، لفهم العلاقة بين التجربة الصادمة والأعراض الحالية، وذلك من خلال تقديم معلومات كافية عن: - طرق استجابة الجسد والعقل للتهديد: يقدم شرح مفصل عن أن أجسادنا وعقولنا مهياة للاستجابة بشكل تلقائي للأحداث المهددة - على

غرار الطريقة التي تستجيب بها الحيوانات الأخرى للخطر. فنحن مبرمجين باستجابات مصممة لحمايةنا من الأذى، حيث تحدث ردود الفعل سريعة وتلقائية: فقد يكون التفكير والاختيار بطيئاً، في حين أن الاستجابة الغريزية يمكن أن تتخذ قرارات هادئة ومسترخية وحررة. سيئ - وليس شخصاً يتخذ قرارات هادئة ومسترخية وحررة. ونقدم شرح عن آلية الهروب والقتال والتجمد والتوسل ملحق (4). - كيفية عمل الجسد عند الهروب أو القتال: عندما تواجه خطراً يهدد الحياة غالباً ما يكون من المنطقي أن تهرب، وإذا لم يكن ذلك ممكناً سوف تقاتل، وهاتان الاستجابتان هما آلية بقاء تلقائية تهيئ الجسم لاتخاذ هذه الإجراءات، حيث تهيئ جميع وظائف الجسم للهروب أو القتال، ولكن عدم معرفة سبب حدوث ذلك سوف يشعر بعدم الارتياح، ونشرح عن جميع وظائف الجسد (الأفكار، التنفس، الغدد،) ملحق (5). - وصف الأعراض الحالية (التجنب، الكوابيس، الالاماعات....، وكيف تؤثر الصدمة على المريض وذلك من خلال التجربة الخاصة به، ملحق (6،7) ونوضح أن الذكريات المؤلمة هي ذكريات اقتحامية، وقد تأتي على شكل صور مرئية وقد تحرض بسبب إشارة حسية واحدة، أو حالة داخلية، في العقل والجسم. وطالما لم تحل الصدمة، تدرك هذه الاقتحامات بمثابة تهديد حالي، وتبقى الناجين في حالة من اليقظة والترقب.... وبالرغم من المحاولات الصعبة لتجنب الذكريات، سوف تعود دائماً، وتدخل في حياتك اليومية، في الليل أو النهار. وفجأة، قد تشعر بالانزعاج أو القلق أو ربما الانفصال عن الواقع دون معرفة السبب). خلال هذه اللحظة الشديدة الرعب، لا يمكن لعقلك أن يدرك أو يفهم ما يجري، سوف تكون مغمور بالقلق والرعب، ستكون مستثار للغاية للرد بسرعة وضمان بقاءك على قيد الحياة، وليس لديك الوقت في هذه اللحظات لمعالجة أي من هذه المعلومات. ومع ذلك، فإن عقلك لديه ميل إلى الاكتمال: فهو يستحضر المشاعر والفئات في وقت لاحق من أجل فهم وهضم وتجميع كل هذا، ليجعله منطقي. فإحياء تلك المشاعر والصور والأحاسيس الجسدية يشير إلى أن العقل يحاول جاهداً معالجة هذا الحدث الرهيب لجعله مفهوماً، لأن ذلك قد يكون ضرورياً لاستمرار الحياة، فالتناقضات التي لم يتم حلها سوف تعود إلى الوعي مراراً وتكراراً. لكنك تدفعها بعيداً في كل مرة، لأنها مؤلمة ومرعبة للغاية، إنك تتجنبها... ما نريد فعله الآن هو منحها مساحة هنا أثناء العلاج، نريد استكشافها معاً ومنح عقلك في النهاية فرصة لفهم ودمج شظايا وفئات الذاكرة (هذه). (في حال وجود استجابات انشاققية، نقدم شرح عن أنها جزء من آليات الدفاع لدى البشر وأن أعراض الصدمة تنتج عندما نشهد الأحداث الشديدة والمؤذية مراراً وتكراراً). ونوضح كيفية العودة والاتصال مع الواقع من خلال الملحق (8) ونشرح أن الأعراض، على الرغم من أنها استجابة شائعة في ظل هذه التجارب المرعبة، إلا أنها لا تؤدي أي غرض مفيد بل على العكس، سوف تؤدي إلى استمرار المعاناة فقط. وأن هذه الصور	(التثقيف النفسي)
--	-----------------------------

والأصوات والروائح الاقتحامية بالإضافة إلى المشاعر التي تستثار، تتطلب معاملة واعية قبل أن يتم نقلها إلى الماضي، وسيحدث ذلك أثناء سير العلاج. فبمجرد أن يتم تسجيل وتخزين هذه الخبرة بنجاح في الذاكرة، كجزء من السيرة الشخصية ستخفف حدة الأعراض.

التطبيع والشرعية:

نذكر بأن "أي شخص سيعاني بعد الذي حدث معك، لأن الدماغ البشري صمم لتعزيز البقاء. ولذلك، فإن عقلنا وجسمنا صُنعا بطريقة سيُدرِكان ويُخزنان المعلومات المهددة بدرجة كبيرة. وبما أن ذلك حصل معك، فإن جسمك في حالة بحث دائم عن توقع الخطر قبل حدوثه مرة أخرى، فمن الأفضل لنا نحن البشر الضعيفين أن نكون شديدي الحذر واليقظة، لكن استراتيجية البقاء تلك، مؤلمة ومرهقة للغاية، كما تعلم. ولم يعد هناك حاجة لها الآن، لأن الحدث الذي نجوت منه قد حدث في الماضي."

2. التثقيف النفسي حول آلية العمل ضمن جلسات العلاج:

- التثقيف حول التفاعل بين التجنب والتعرض:

(تركزت هذه التجربة المرعبة جرحاً لا يمكن أن يشفى بسهولة، وأنت منزعج ومتألم منذ حدوثها، تماماً مثل مثل الالتهاب بالجسد، في كل مرة تلمسه سوف يؤلمك، لذلك، تعلمت أنه من الأفضل ألا تكون على اتصال مع هذه الذكريات التي مضت. ومع ذلك، عندما يقوم الجراح بتنظيف الجرح ويزيل الأنسجة المصابة، يكون لديك فرصة للشفاء.

يرغب بعض الأشخاص القيام بنفس الشيء مع جرحهم المؤلم، ويسألوننا عن التخدير، ولكن لسوء الحظ، هذا غير ممكن، فمن أجل تخفيف الألم الناجم عن هذا الجرح، يجب عليك أن تبقى واعياً وتُعرض نفسك لذاكرة الأحداث المؤلمة عن طريق إعادة نسج تلك الأجزاء مرة أخرى إلى قصتك وضمن سيرة حياتك الذاتية، وعندما يتم الانتهاء من هذا بنجاح، سوف تهدأ الأعراض.

فالذكريات في اضطراب ما بعد الصدمة تشبه إلى حد ما الأغراض المحشورة في خزانة للشراف بشكل فوضوي. عندما تلمس الخزانة، يفتح الباب ويسقط ما فيها: بمعنى آخر، كلما صادفت شيء يذكرك بالصدمة، سيكون لديك الماعات أودكريات متطفلة، وتشعر بخوف شديد. الاستجابة التي تقوم بها عادة، هي محاولة إعادة الأشياء إلى الخزانة، وإغلاق الباب بأسرع ما يمكن، لكن هذا سيبقى المشكلة مستمرة، فالذكريات محشورة في الخزانة، وسيفتح الباب بأقل لمسة.

لذلك، سوف نخرج الأشياء ببطء من الخزانة، ونفحصها بعناية، ونطويها بدقة، ونعيدها إلى مكانها الصحيح الملحق(9)

بهذه الطريقة، تجد ذكريات الحدث الصادم في مكانها الصحيح: يمكنك العثور عليها إذا أردت ذلك، لكنها لن تعود عندما لا تريد.

لذلك، نحتاج إلى الوصول لتلك الأحداث الماضية، نريد أن ننظر إلى جميع الأفكار والمشاعر والأحاسيس الجسدية التي مررت بها أثناء الحادث، نريد استكشافها بالكامل قدر الإمكان والاطلاع على الحادث الذي مررت به من أجل دمج الأشياء المرعبة التي حدثت لك بنجاح، وفي حركة بطيئة جداً، وكأننا نشاهد فيلماً ملحق(10).

أعلم أنك منذ ذلك الحين عملت جاهداً لمحو تلك المشاعر، لأنها كانت ترعبك وتعيش معها حياة

خاصة، وكأنها تحتجزك بداخلها. ومع ذلك، لا نريد لتلك المشاعر أن تفعل ذلك بك بعد الآن. في هذا الوقت، سنواجهها معاً. إنها تريدك أن تظل أسيراً لتلك الأحداث المرعبة إلى الأبد. لكننا لن ندع ذلك يستمر. إذا استطعت أن تتذكر تلك الذكريات بوضوح، مع جميع المشاعر والأحاسيس التي كانت لديك خلال وقوع الحدث ولفترة كافية، فسوف تهدأ ردود الفعل في النهاية.... أعرف أنه من الصعب تخيل ذلك، لكنني سوف أساعدك، وكل ذلك سيصبح حقيقة بالنسبة لك، كما هو الحال بالنسبة للعديد غيرك من المرضى. - التثقيف النفسي لشرح إجراءات السرد: (خلال جلسات السرد لقصتك، نريد منك إنشاء سرد مفصل وشامل ومفيد للأحداث المؤلمة التي مررت بها في حياتك، والهدف من إعادة سرد الأشياء التي حدثت لك هو إعادة دمجها في تاريخ حياتك، نريد ملء جميع الفجوات والشقوق لكي تكتمل قصتك. نريد منك أن تعيد سردها، حتى تهدأ بعض المشاعر السيئة المرتبطة بتلك الأحداث، ويتلاشى الألم، فمن خلال تجاربنا، كلما اكتملت القصة، كلما تحسنت الأعراض، سنقدم دائماً وفقاً لخط حياتك الذي سنصنعه معاً، وسنسير وفق الترتيب الزمني خطوة بخطوة، وكلما ظهرت الأحداث وتوضحت، سنتجاوز مرة أخرى ونصحح ونكمل الأشياء، حتى نصل إلى القصة النهائية خلال جلساتنا. ومع ذلك، سيتم دائماً الوصول بكل جلسة إلى نقطة الاكتمال. سوف تستمر جلساتنا حوالي 90 - 120 دقيقة، سيكون لدينا الوقت الكافي في نهاية كل جلسة للتأكد من أنك مرتاح لأي شيء تم التوصل إليه أثناء عملنا). ومن الممكن أن تواجه الخوف ومستويات عالية من الاستثارة عند تذكر الحدث المؤلم أثناء السرد). سوف يكون عملنا مثل صعود الجبل، حيث سيتم الوصول إلى أعلى القمة، وبعد ذلك سوف يهدأ الخوف. وفي المرة التالية سيكون فيها الجبل أقل ارتفاعاً، سوف يرتفع مستوى القلق في كل مرة يتكرر فيها السرد وتتم إضافة عناصر، ولكن لن ننهي الجلسة قبل أن تهدأ ويحدث التعود. الملحق (11) هذا العلاج لن يكون سهلاً وسيطلب عملاً شاقاً، ولكنه يمكن أن يحسن حياتها. نجيب عن أسئلة المريض، ونخبره بملخص الجلسة القادمة، ونحدد موعد مناسب له.	
بعد الترحيب بالمريض والاطمئنان عنه يتم الانتقال للتذكير بخطة عمل هذه الجلسة، وطمأنته بأنه لن يكون وحده في هذه العملية، التي سنرسم بها قصة حياته بترتيب زمني باستخدام قطعة حبل طويلة لتمثيل خط الحياة وسنستخدم مجموعة من الأزهار للأحداث السعيدة، والحجارة للأحداث السيئة والصادمة، وذلك بأحجام مختلفة. سنصنع الخريطة التي سنسير من خلالها في خطتنا العلاجية. لن نتحدث في هذه الجلسة عن المشاعر وإنما سنذكر فقط المواقف بترتيبها الزمني، الآن سنضع الحبل على الأرض ونلف نهايته التي تدل على المستقبل، (يتم تشجيع المريض على أخذ الحبل في يده ووضعه على الأرض) والآن، سوف نبدء بوضع الرموز على خط الحياة، والرمز الأول سيكون زهرة ترمز لميلادك، والتي ستضعها في بداية الحبل، (ومن ثم يتم وضع الرموز في الترتيب الزمني لها). - نوجه المريض إلى تسمية ووضع علامة عند الأحداث الهامة التي أدت إلى تحولات في الحياة.	بناء خط الحياة الجلسة الثانية

نقوم بتلخيص ما نفهمه من "خط الحياة" للمريض، ونتشجيع المريض على إعطاء كل رمز (زهرة أو حجر) عنواناً أو اسماً وتحديد بوضوح في الزمان والمكان، وعادةً ما تكون جملة قصيرة أو بضع كلمات كافية لوصف حدث أو فترة من الحياة أو حدث مميز دون الخوض في التفاصيل. - علينا أن ألا نتجنب تسمية معنى كل حجر بوضوح، وبنفس الوقت من المهم ألا نذهب إلى العمق. - التقاط صورة أو كتابة ورسم للمساعدة في تنظيم جلسات السرد. - نسأل كيف كانت العملية لبضع دقائق. - التلخيص وتحديد موعد للجلسة القادمة	
تبدأ الجلسة بالترحيب بالمريض، وسؤاله عن حاله خلال الفترة ما بين الجلسة الماضية واليوم، ثم قراءة التقرير المكتوب عن خط الحياة والتصحيح أو الإضافة في حال إغفال أي شيء خلال الجلسة الماضية، ومن ثم نبدأ السرد بدءاً من الولادة وذلك من خلال سؤال (متى/ أين ولدت؟) إلى الوصول لأول حدث صادم. حيث يبدأ المريض بسرد لحظة عن حياته الأسرية، نشأته، علاقته بوالديه، مع التركيز على تضمين التفاصيل الانفعالية وكذلك المعرفية والفسولوجية أثناء السرد. وعند الوصول للحدث الصادم، يتم تحديد جميع التفاصيل من خلال السؤال عن الزمن الذي وقعت فيه الحادثة، والمكان، وتحديد بداية الحدث، أي النقطة التي تمثل بداية هذه الصدمة، ويبدأ السرد عندما تبدأ الاستثارة بالارتفاع بحركة بطيئة، في هذه المرحلة، يتم تبطيء عملية السرد، وملاحظة زيادة علامات معاناة المريض، هي مؤشر على أن العلاج يسير بشكل جيد وأن المريض يسير على الطريق الصحيح. يتم وضع الحادث في سياق بقية ذلك اليوم، ومع الاقتراب من اللحظة المؤلمة يبدأ السرد ببطء أكثر، (الحصول على المزيد أدق التفاصيل)، حيث يسأل المريض بالتحديد بالدقائق والثواني التي سبقت الحادث. مع التركيز على ما كان يدركه أثناء الحدث الصادم (الإحساسات الجسدية: ماذا رأيت؟ سمعت؟، شممت؟ وكيف كانت وضعية جسمك الأفكار: بم فكرت؟، الاستجابات الفيزيولوجية (ضربات القلب، والتعرق، وبرودة اليدين الخ....) ومحتوى المعنى (مساعدته على وضع الذاكرة الساخنة في كلمات ويربطها بتسلسل السيرة الذاتية، أي يجعلها متوافقين في السرد، ويستمر المعالج في الدفع حتى يتم وضع التجربة، في كلمات ويبدأ المريض بالشعور بالراحة. والتوقف في أي وقت قبل هذه النقطة ضار. هنا يقوم المعالج (1) التأكد من أن المريض يسترجع ويعيش تجربته المؤلمة مع الحفاظ على التسلسل الزمني الجيد ضمن السرد، وأن السرد يفعل جميع عناصر شبكة الخوف. (2) يدعم تلك العملية عن طريق متابعة ردود الفعل الانفعالية، وانتاج الاحساسات الفيزيولوجية المرتبطة بها، والسماح للاستجابات الانفعالية بأن تأخذ مجراها، إعادة انتاج الذكريات التي تثير الاستجابات الفيزيولوجية، مع تقديم التغذية الراجعة المناسبة (أرى يدك ترتجفان، أنا بجانبك...). (3) تعزيز الواقع (منع التجنب، التفكك أو الانشقاق، الإلماعات)، من خلال التأكد من بقاء المريض هنا والآن، وأنه على وعي بأنه في الوقت الحاضر ويتحدث عن الماضي. (تقنيات التأريض أو الارتكاز)، (4) التأكد من حدوث التعود، أي انخفاض الأثر الانفعالي والاستثارة الفيزيولوجية بمرور الوقت، حيث يجب ألا يتم انتهاء الجلسة قبل حدوث التعود، أثناء "التعرض" تتزايد المشاعر	(التعرض السردى) انشاء سيرة ذاتية متماسكة، وتقليل التجنب من خلال المعالجة الانفعالية والتعود الجلسة الثالثة

السلبية والاستثارة، وأثناء "الإغلاق" تتخفف الاستثارة. وهنا ينتقل المعالج إلى الحدث الذي وقع بعده مباشرة، بحيث يُدفع المريض ليتحدث ببضعة جمل على الأقل عم ما حدث في الفترة الزمنية التي تلت الحدث. ومن المهم توضيح الفترة الزمنية، سواء كانت بالدقائق أو الساعات أو الأيام، بعد الحدث الصادم، وذلك ليتمكن المريض من دمج الحادثة في قصة الحياة الكاملة، (مثل: متى انتهى الأمر؟ أين كنت؟ ماذا كنت تفعله عندئذ؟ كيف شعرت؟ من كان معك؟ ماذا كانوا يفعلونه؟ ماذا كنت تتوقع في ذلك الوقت؟..) مما يسمح بوضع الصدمة في سياق زمني ومكاني يساعد المريض بفهم السياق المحيط بالحدث.		
في نهاية الجلسة، وبعد حدوث بعض التعود، يقوم المعالج بمساعدة المريض على فهم الصدمة واعطاءها المعنى، فمثلاً من الممكن أن يكون هناك بعض الأفكار الجديدة حول معنى الحدث بالنسبة لحياة المريض. ويدرك مثلاً أن القلق، عدم الثقة، نوبات الغضب وغيرها من المشاعر، لها علاقة بالحدث المؤلم، ونشأت منذ الحادثة الصادمة. وقد يدرك أنه في ذلك الوقت لم يكن لديه خيار آخر مما يساعده في خفض مشاعر الذنب والعار. وهنا يشرح المعالج للمريض أن عملية الوصول إلى الإدراكات الجديدة، هي اشارة طبيعية على معالجة المعلومات، وهي الخطوة الأولى نحو التعافي الصحي. من المهم قبل انتهاء الجلسة اخبار المريض بأن الأفكار أو المشاعر التي كان يتجنبها سابقاً قد تطفو على السطح، ونتيجة لذلك، قد يعاني من القلق وعدم الارتياح، بسبب زيادة حساسيته تجاه المثيرات التي تثير شبكة الخوف، فيشعر بالغضب أو الانزعاج بشكل أكبر من المعتاد، فهي استجابة طبيعية جداً، وجزء لا يتجزأ من عملية الشفاء. ومن ثم الانتقال لتحديد موعد الجلسة التالية.	إعادة الهيكلية المعرفية.	
تبدأ الجلسة بالترحيب بالمريض، وسؤاله عن حاله خلال الفترة ما بين الجلسة الماضية واليوم، وتفهم الفترة الصعبة التي مر بها ويتذكرها، وبدون إطلاق أحكام شخصية. في هذه الجلسة وكل جلسة بعد ذلك، سيتم إعادة قراءة السرد المكتوب من الجلسات السابقة وبشكل مختصر على المريض. ويطلب منه أن يتخيل الأحداث بالكامل ويستعيدها مرة أخرى بهدف تصحيح التقرير وتقصيله. واكتمال عملية التعود. وبعد الانتهاء من التلخيص وإعادة السرد، يتابع المعالج مع المريض التقدم على خط حياته لسرد الأحداث التالية إن وجدت، حيث يستمر السرد والأحداث الراضية بنفس الآلية المشروحة فيما سبق. ويعتمد عدد الجلسات على الوضع وشدة أعراض الاضطراب. تحديد موعد الجلسة القادمة.	التأكد من حدوث التعود، الانتقال لسرد حدث صادم آخر إن وجد.	الجلسة الرابعة وما بعدها
خلال الجلسة الأخيرة يتم مراجعة سيرة حياة المريض باعتبارها سرد متكامل وسياقي. وعلى المعالج التأكد من الوصول إلى معايير الإغلاق من خلال فقدان السرد لتأثيره الانفعالي على المريض، ومراجعة خط الحياة كاملاً متضمن كل الذكريات التي كان يتعذر الوصول إليها سابقاً. كما يتم التحدث بشكل مختصر عن الآمال المستقبلية، ومن ثم الانتقال إلى إعادة تطبيق أدوات البحث (PCL-5) و (PHQ-9) لفحص تحسن الأعراض لدى المريض. في النهاية يتم تسليم السرد للمريض مع التمنيات الطيبة.	الختام والتقييم البعدي	الجلسة الأخيرة

الملحق (4)

استجابات التهديد: التجمد , استرضاء , الهرب , القتال

أجسادنا وعقولنا مهيأة للاستجابة بشكل تلقائي للأحداث المهددة - على غرار الطريقة التي تستجيب بها الحيوانات الأخرى للخطر. فنحن مبرمجين باستجابات مصممة لحمايةنا من الأذى، حيث تحدث ردود الفعل سريعة وتلقائية: فقد يكون التفكير والاختيار بطيئاً، في حين أن الاستجابة الغريزية يمكن أن تنقذ حياتك

ليس خطأك إذا استجبت بأي من هذه الطرق: فهذه الاستجابات نموذجية للأشخاص الذين يتعرضون للتهديد، والقيام بالأفضل في موقف سين وليس شخصاً يتخذ قرارات هادئة ومسترخية وحررة

Freeze



لماذا يعتبر التجميد استجابة مفيدة لموقف خطير؟

- ✓ المراحل الأولى من الصدمة: بمنحنا الوقت لتقييم الموقف، يجعلنا أقل ملاحظة
- ✓ لاحقاً: إذا لم يكن من الممكن الهروب أو الفوز، فقد يكون عدم الاستجابة هو أفضل للبقاء على قيد الحياة

ماذا يحدث في الجسد والعقل؟

- في وقت مبكر - يصبح التفكير أسرع
- مبكراً - يتركز الاهتمام على طرق الهروب
- فيها بعد - التفكير
- تجارب خارج الجسد
- تصبح المشاعر مخدرة
- غير قادر على الحركة



Appease



لماذا التوسل استجابة مفيدة في حالة التهديد؟

- ✓ إذا كان التهديد هو شخص آخر (أو أشخاص)، فإن منحهم ما يريدون، أو استرضائهم، أو التسول، أو الخضوع يمكن أن يقلل من الخطر
- ✗ حتى لو قلنا أو فعلنا أشياء نأسف عليها لاحقاً

ماذا يحدث في الجسد والعقل؟

- يركز عقلك على الخيارات التي قد تقلل من التهديد المباشر
- قد لا "تري" الخيارات الأخرى التي تبدو واضحة لاحقاً
- يتخذ وضعية خاضعة للجسم
- يتقلص الجسم ليبدو أصغر
- ينحني الرأس والعينان متجنبتان



Flight



لماذا هو مفيد الهروب من خطر؟

- ✓ يمكن أن يعني الهروب الناجح البقاء على قيد الحياة، غالباً بتكاليف أقل من الخيارات الأخرى

ماذا يحدث في الجسد والعقل؟

- يستعد الجسم للنشاط البدني من خلال
- إفراز الأدرينالين
- زيادة معدل ضربات القلب
- تسريع معدل التنفس
- شد العضلات
- يصبح التفكير أسرع
- يتركز الاهتمام على طرق الهروب



Fight



لماذا يمكن أن يكون القتال استجابة مفيدة لموقف تهديد؟

- ✗ يأتي القتال مصحوباً بخطر الإصابة أو الموت أو عواقب أخرى
- ✓ لكن الفوز يزيد من فرصنا في النجاة
- ✓ قد يكون المظهر العدواني أحياناً كافياً لجعل الخصم يتراجع

ماذا يحدث في الجسد والعقل؟

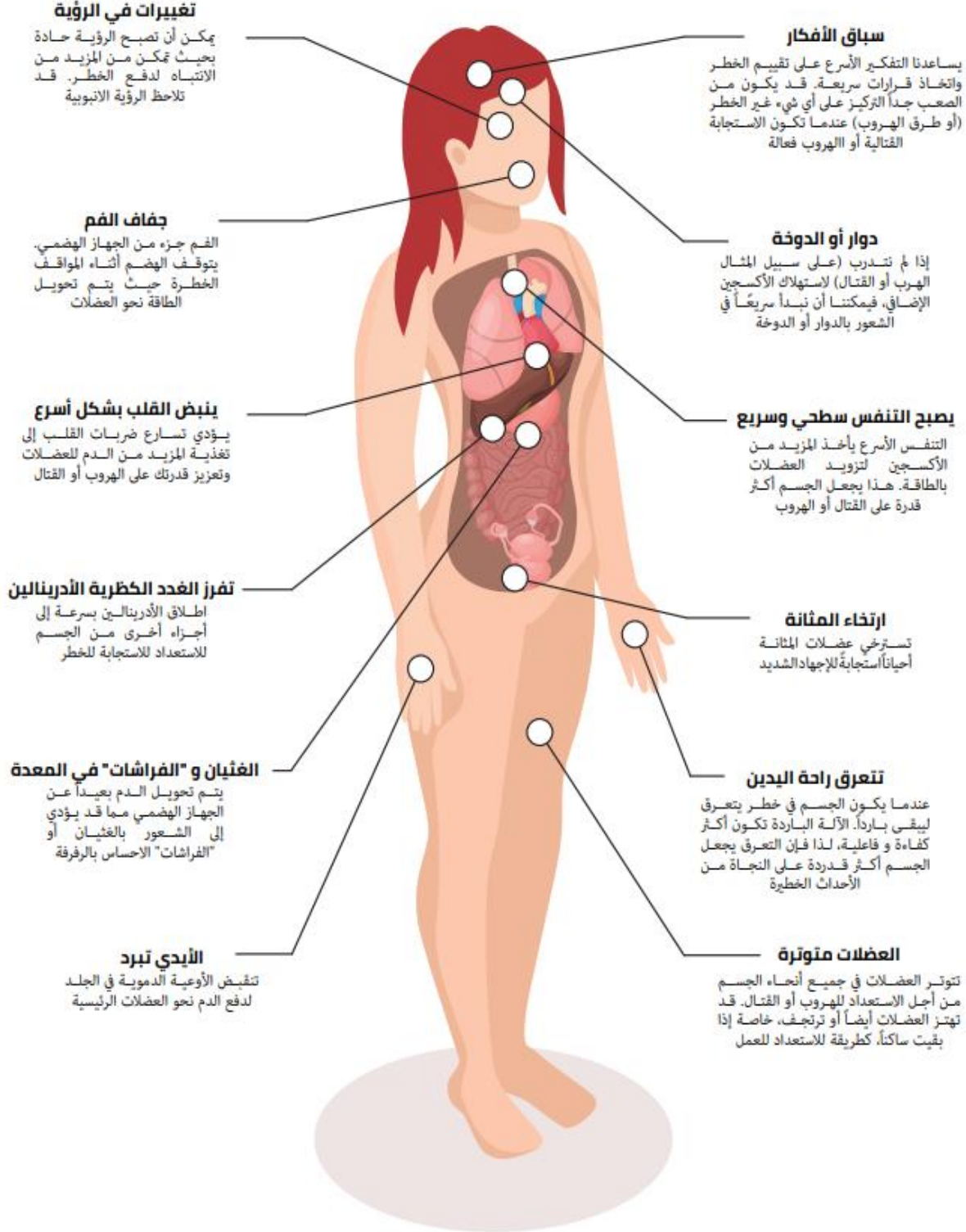
- يستعد الجسم للنشاط البدني من خلال
- إفراز الأدرينالين
- زيادة معدل ضربات القلب
- تسريع معدل التنفس
- شد العضلات
- يكون تركيز الانتباه مقيد. التركيز على الخطر أو فرص الفوز أو الهروب



الملحق (5)

استجابة القتال أو الهروب

عندما تواجه خطراً يهدد الحياة غالباً ما يكون من المنطقي أن تهرب، وإذا لم يكن ذلك ممكناً سوف تقاتل استجابة القتال أو الهروب هي آلية بقاء تلقائية تهيئ الجسم لاتخاذ هذه الإجراءات، حيث تهيئ جميع وظائف الجسم للهروب أو القتال، ولكن عدم معرفة سبب حدوث ذلك سوف يشعرك بعدم الارتياح



الملحق (6)

(PTSD) اضطراب الشدة ما بعد الصدمة



تجنب التفكير بالصدمة



تجنب الحديث عن الصدمة



الخوف بسهولة



المزاج السيئ



الأفكار السلبية



دائماً على
أهبة الاستعداد



تجنب الأماكن



تجنب الأنشطة



الاماعات



عدم القدرة على التركيز



السلوك العدواني



فقدان الاهتمام



الشعور بالذنب أو الخجل



تعاطي المخدرات



صعوبة بالنوم



الكوابيس والأحلام السيئة

الملحق (7)

كيف يمكن للصدمة أن تؤثر عليك

الشعور بالخوف علمت الصدمة عقلك وجسمك أن الأشياء السيئة يمكن أن تحدث. من الطبيعي أن تشعر بالخوف أو القلق لبعض الوقت بعد ذلك. قد تلاحظ تسارع ضربات قلبك أو تشعر بالتعرق أو الارتعاش 	ذكريات الماضي / الالامعات ذكريات الصدمة التي تعرضت لها يمكن أن "تلمع فجأة" في عقلك. يمكن أن تشعر أن الصدمة تحدث مرة أخرى الآن. يمكن أن تكون الذكريات من مشاهد أو أصوات أو روائح أو أذواق أو مشاعر جسدية 
البحث عن الخطر قد تجد نفسك سريعاً في ملاحظة أي شيء أو أي شخص يمكن أن يؤذيكَ. بعد الصدمة، فإن عقلك "مبرمج" للبقاء في حالة مراقبة لوجود المزيد مما قد يؤذيكَ 	صعوبة الثقة بالناس بعد أن تتأذى من قبل الآخرين، قد يكون من الصعب جداً الوثوق بأي شخص، حتى لو لم يكونوا نفس الأشخاص الذين أساءوا إليك. قد تشعر بعدم الارتياح للتواجد حول أشخاص آخرين 
الرغبة في تجنب الخطر بعد التعرض للأذى، قد ترغب في تجنب الأشياء التي تذكرك بما حدث • الناس • أماكن • أفكار • ذكريات 	لوم نفسك يلوم الكثير من الناس أنفسهم على ما حدث لهم، على الرغم من أنه من الواضح أنه لم يكن خطأهم. قد تجد نفسك تفكر في الطرق التي كان من الممكن أن تفعلها لمنع ما حدث 
التفكك الانفصال يعني الشعور بالانفصال عن جسدك أو عن العالم أثناء الصدمة، قد يتجمد جسمك تلقائياً (يصبح ساكناً) وقد ينتقل عقلك إلى مكان آخر (خارج المنطقة). يمكن أن يحدث هذا بعد الصدمة أيضاً 	الشعور بالغضب قد تشعر بالإحباط أو تفقد أعصابك بسهولة. قد تشعر بالانزعاج من الطريقة التي يتصرف بها الآخرون، أو قد تتشاجر مع نفسك 
الكوابيس والنوم السيء من الشائع وجود أحلام أو كوابيس سيئة حول صدمتك. أو تبليد السرير. قد تجد صعوبة في النوم، أو قد تستيقظ في الليل 	مشاعر في جسدك قد تشعر بمشاعر قوية في جسدك • الصداع • آلام في المعدة • آلام غير مبررة • المشاعر التي شعرت بها أثناء الصدمة التي تعرضت لها 
مشاكل التركيز قد تجعل أي مشكلة من المشكلات المدرجة في هذه الصفحة من الصعب التركيز والانتباه. هل تعرف أيها يؤثر عليك أكثر؟ 	أشعر بالحزن قد تشعر بالحزن حيال الأشياء التي حدثت لك. قد تشعر باليأس بشأن مستقبلك. قد تشعر بالحزن دون أن تعرف السبب 

الملحق (8)

تقنيات التأريض / الارتكاز

من الشائع مع اضطراب ما بعد الصدمة، وجود ذكريات متطفلة للأحداث الصادمة. على الرغم من أن هذه الأحداث حدثت في الماضي، إلا أنه عند تذكرها يمكن أن تشعر كما لو أنها تحدث مرة أخرى في الوقت الحاضر. قد يكون هذا مزعجاً للغاية، ومن المفيد أن تجد طرقاً تساعدك على السيطرة والشعور بأمان في اللحظة الحالية.

عملية التنفس

عندما نشعر بالقلق أو الانزعاج يصبح تنفسنا أسرع، ويمكننا أن نشعر بتحسّن من خلال إبطاء تنفسنا والاسترخاء، يرتفع التنفس القلبي في الصدر، بينما التنفس المريح يكون عميق في البطن.



تعليمات التنفس البطيء

- تنفس ببطء وانتظام من خلال أنفك مع العد حتى 4 - لا تستعجل
- توقف مع العد لـ 1 أو 2
- الزفير ببطء وانتظام مع العد حتى 4 - الزفير تدريجي - أي ليس مع تنهيدة
- كرر ذلك لبضعة دقائق حتى تلاحظ تغيراً في إحساسك بجسمك
- إذا تشتت انتباهك أو إذا شرد عقلك، فقط أعد انتباهك إلى ما تشعر به عند الشهيق والزفير

الروائح

الروائح وسيلة قوية بشكل لا يصدق للوصول إلى حواسنا. إذا كنت مهتم بشكل مقصود بروائح ما، فأنت حقاً في الوقت الحاضر. حاول أن تجد رائحة لها ارتباطات إيجابية بالنسبة لك - ربما تلك الرائحة التي تذكرك بالأوقات السعيدة، أو الرائحة التي تستمتع بها. أحملها معك واستخدمها لإعادة نفسك إلى اللحظة الحالية إذا تذكرت شيئاً غير مرغوب به.



روائح مفيدة

- زجاجة صغيرة من الزيوت العطرية - على سبيل المثال النعناع والخزامى والليمون
- أزهار صغيرة مجففة مثل اللافندر
- عطر منقوع على منديل
- بهارات من المطبخ

بيان التأريض

من خلال عقولنا، تجعلنا الذكريات الغير المرغوب بها في اضطراب ما بعد الصدمة "نسافر عبر الزمن" ونعود إلى الصدمة، فننسى أننا في أمان في الوقت الحاضر. لذا قد يكون من المفيد كتابة "بيان أساسي" لتذكر نفسك بأنك بأمان، ويمكنك حمله معك وقراءته إذا شعرت بالضيق. تتحدث العبارات المفيدة عن السلامة، أو تذكرك بما هو مختلف الآن مقارنة بما كان عليه الحال في ذلك الوقت.

أنا بأمان في اللحظة الحالية
أعلم أنني نجوت لأنني الآن أكبر
مما كنت عليه في ذكرى الصدمة
لدي عائلتي الآن، وأنا محبوب

لقد حدثت صدمتي في الماضي وأنا
فقط أتذكرها الآن
الذكريات تزعجني، لكنها مجرد
ذكريات، لا يمكن أن تؤذي

إنه 2021 وأنا بأمان
لقد حدثت صدمتي منذ
وقت طويل ونجوت

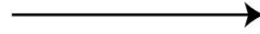
الملحق (9)

علاج اضطراب ما بعد الصدمة: خزانة الشراشف

تشبه الذكريات في اضطراب ما بعد الصدمة إلى حد ما العناصر المحشورة في خزانة للشراشف بشكل فوضوي. عندما تلمس الخزانة، يفتح الباب ويسقط ما فيها: بمعنى آخر، كلما صادفت شيء يذكرك بالصدمة، سيكون لديك الماعات أو ذكريات متطفلة، وتشعر بخوف شديد. الاستجابة النمذجية التي تقوم بها عادة، هي محاولة إعادة الأشياء إلى الخزانة، وإغلاق الباب بأسرع ما يمكن، لكن هذا سيبقى المشكلة مستمرة: فالذكريات محشورة في الخزانة، وسيفتح الباب بأقل لمسة



يشمل علاج اضطراب ما بعد الصدمة



- إخراج الأشياء ببطء من الخزانة
- فحصها بعناية
- طيها بدقة
- إعادتها إلى مكانها الصحيح



بهذه الطريقة، تجد ذكريات الحدث الصادم في مكانها الصحيح: يمكنك العثور عليها إذا أردت ذلك، لكنها لن تعود عندما لا تريد

الملحق (10)

اسقاط فيلم ال PTSD

الذكريات أشبه بالأفلام التي تدور في أذهاننا

مع الذكريات العادية يمكننا اختيار الافلام التي نريد مشاهدتها، ونستطيع التحكم بها، متى تبدأ أو تتوقف عندما ننجو من الأحداث الصادمة، قد تكون هناك بعض الأفلام التي نحاول تجنب مشاهدتها. لأن مشاهدتها قد يكون أمر مزعجاً للغاية



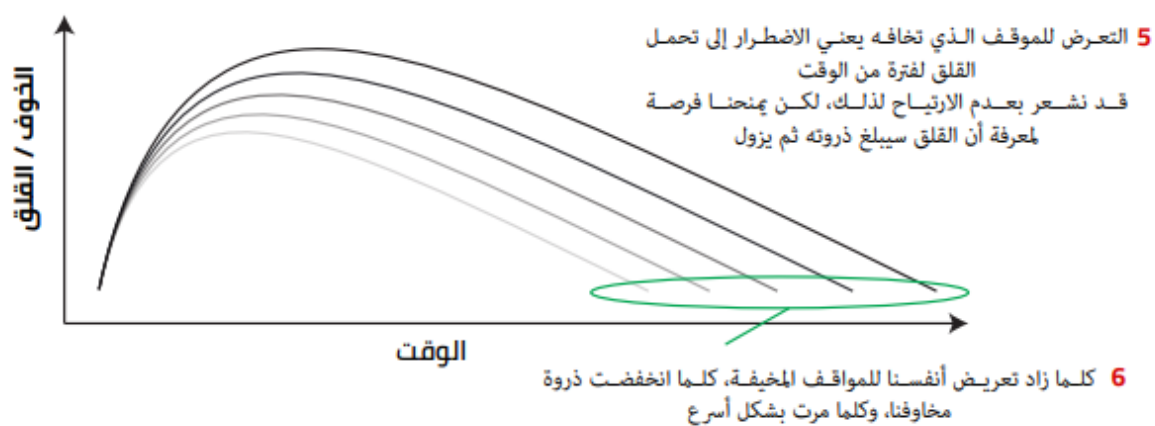
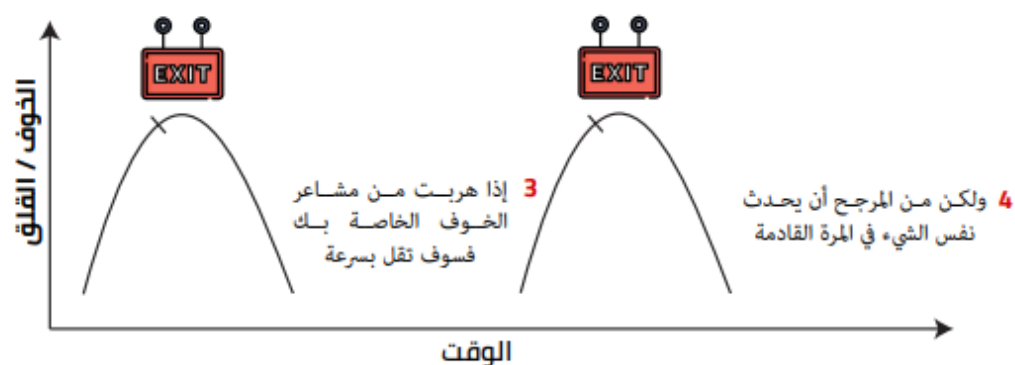
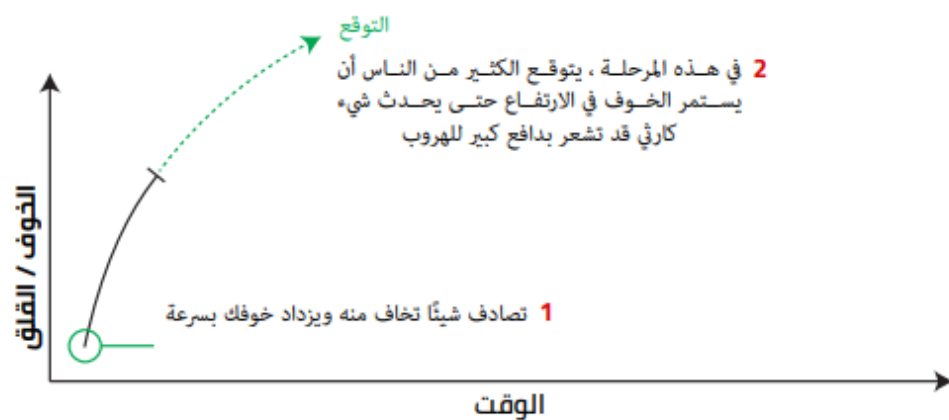
إن الإصابة باضطراب ما بعد الصدمة يشبه وجود عارض أفلام شرير، مسؤول عن غرفة العرض. يختار الفيلم الذي تشاهده، ويتحكم بوقت مشاهدته، قد تشعر بالانزعاج لأنك لا تتحكم في ما تختبره، ومن المعتاد أن تحاول بجهد كبير لإبعاد بعض الذكريات



يتضمن علاج اضطراب ما بعد الصدمة استعادة السيطرة على غرفة العرض. سيشمل ذلك مشاهدة الأحداث الصادمة مرة أخرى ولكن بطريقة آمنة وفقاً لسرعتك الخاصة، بدلاً من أن تكون تحت سيطرة القائم بالعرض

الملحق (11)

التعود



الملحق (13)

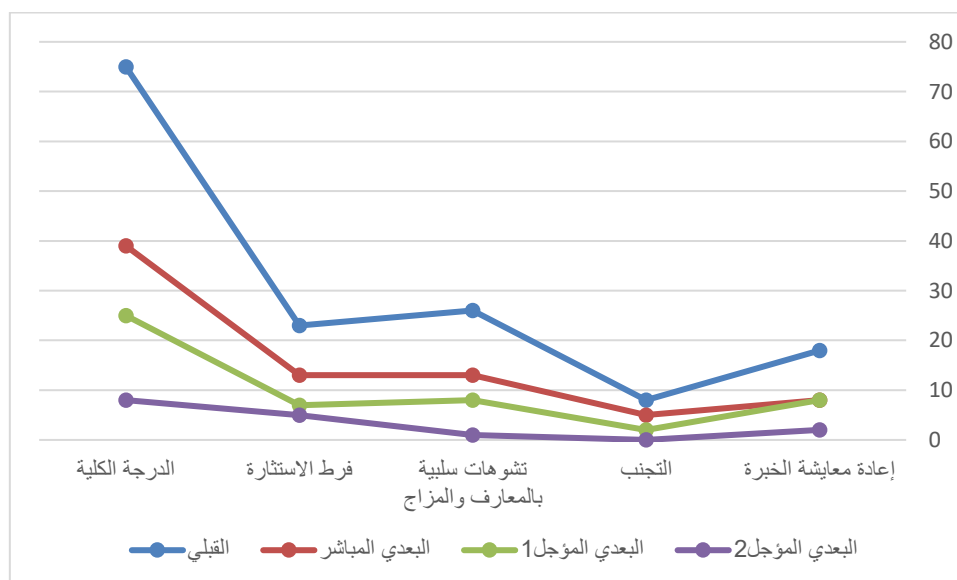
بروفائلات أفراد العينة

الحالة الأولى:

الجنس: ذكر العمر: (20) عاماً عدد الصدمات: (1)

الجدول () درجات الحالة الأولى على قائمة اضطراب الضغط التالي للصدمة

الدرجة الكلية	فرط الاستثارة	تشوهات سلبية بالمعارف والمزاج	التجنب	إعادة معايشة الخبرة	التطبيق
75	23	26	8	18	القبلي
39	13	13	5	8	البعدي المباشر
25	7	8	2	8	البعدي المؤجل 1
8	5	1	0	2	البعدي المؤجل 2



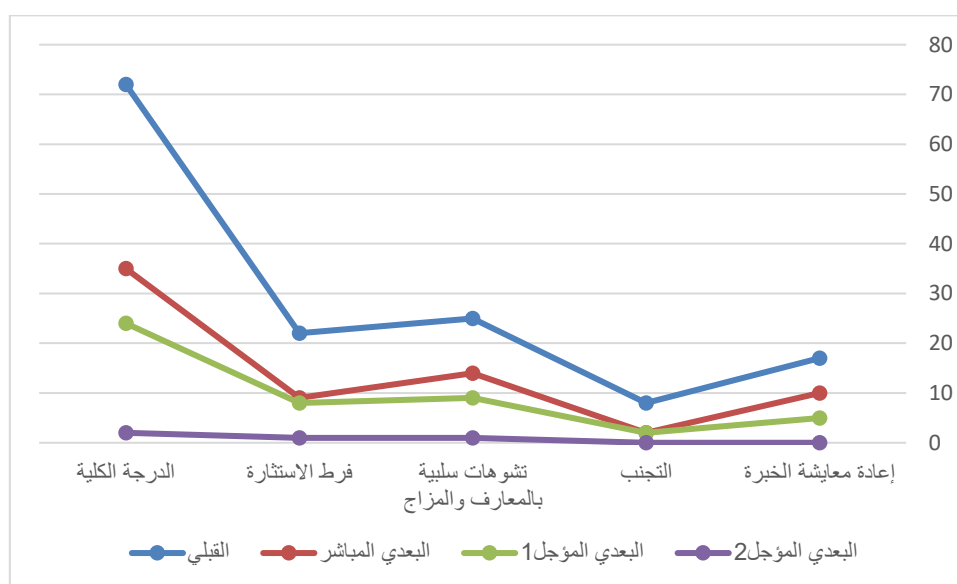
الشكل () بروفائلات الحالة الأولى

الحالة الثانية:

الجنس: ذكر العمر: (28) عاماً عدد الصدمات: (1)

الجدول () درجات الحالة الثانية على قائمة اضطراب الضغط التالي للصدمة

الدرجة الكلية	فرط الاستثارة	تشوهات سلبية بالمعارف والمزاج	التجنب	إعادة معايشة الخبرة	التطبيق
72	22	25	8	17	القبلي
35	9	14	2	10	البعدي المباشر
24	8	9	2	5	البعدي المؤجل 1
2	1	1	0	0	البعدي المؤجل 2



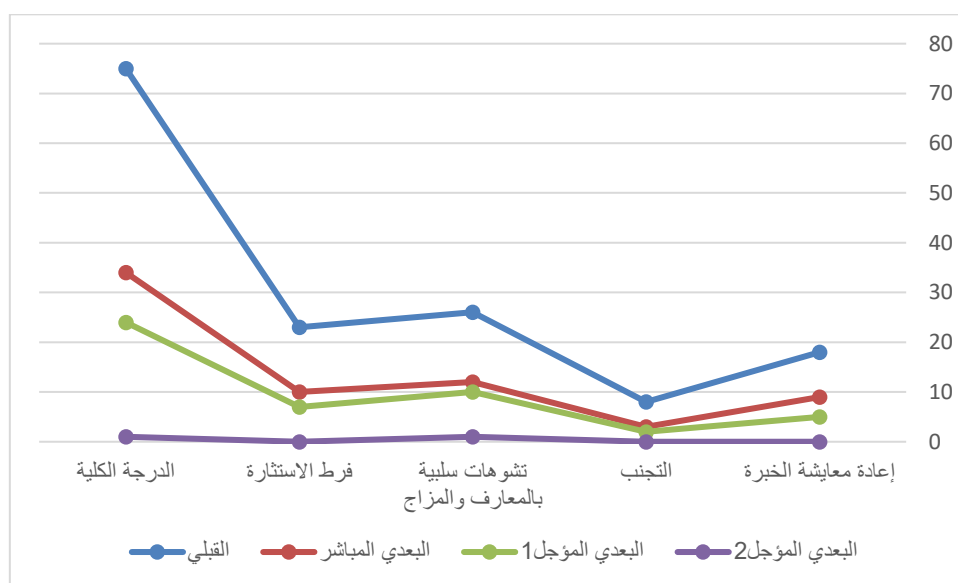
بروفایل الحالة الثانية

الحالة الثالثة:

الجنس: ذكر العمر: (26) عاماً عدد الصدمات: (2)

الجدول () درجات الحالة الثالثة على قائمة اضطراب الضغط التالي للصدمة

الدرجة الكلية	فرط الاستثارة	تشوهات سلبية بالمعارف والمزاج	التجنب	إعادة معايشة الخبرة	التطبيق
75	23	26	8	18	القبلي
34	10	12	3	9	البعدي المباشر
24	7	10	2	5	البعدي المؤجل 1
1	0	1	0	0	البعدي المؤجل 2



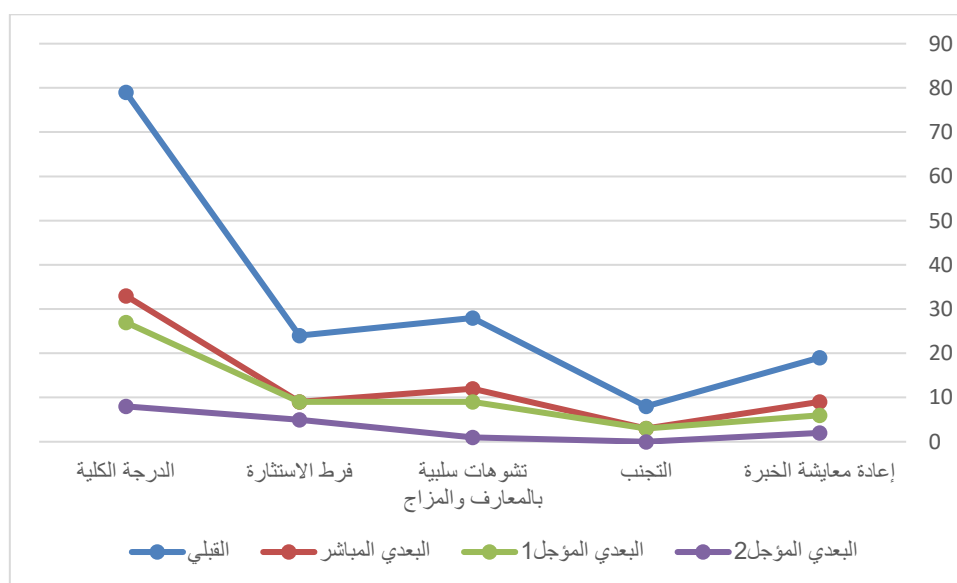
بروفایل الحالة الثالثة

الحالة الرابعة:

الجنس: ذكر العمر: (31) عاماً عدد الصدمات: (1)

الجدول () درجات الحالة الرابعة على قائمة اضطراب الضغط التالي للصدمة

الدرجة الكلية	فرط الاستثارة	تشوهات سلبية بالمعارف والمزاج	التجنب	إعادة معايشة الخبرة	التطبيق
79	24	28	8	19	القبلي
33	9	12	3	9	البعدي المباشر
27	9	9	3	6	البعدي المؤجل 1
8	5	1	0	2	البعدي المؤجل 2



بروفایل الحالة الرابعة

الحالة الخامسة:

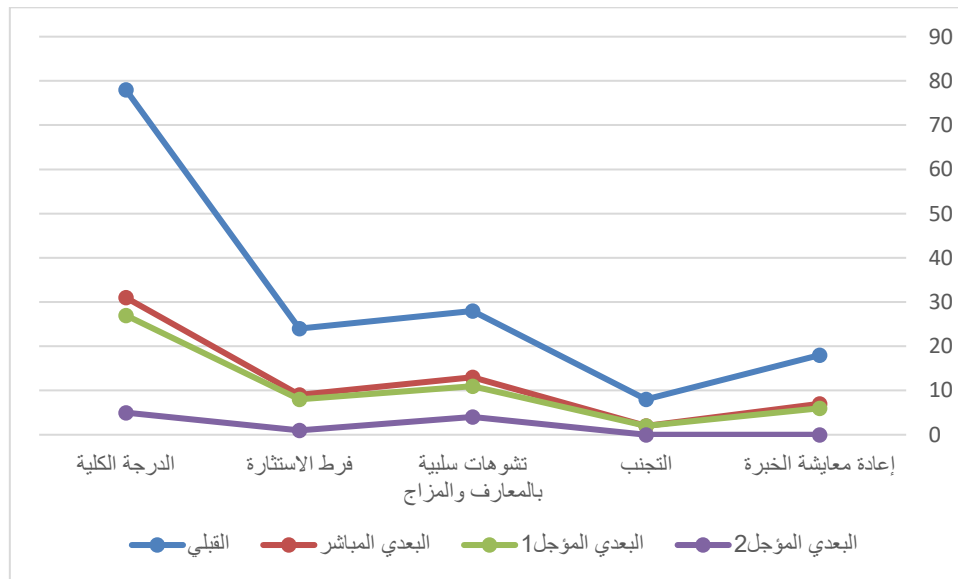
عدد الصدمات: (3)

العمر: (38) عاماً

الجنس: ذكر

الجدول () درجات الحالة الخامسة على قائمة اضطراب الضغط التالي للصدمة

الدرجة الكلية	فرط الاستثارة	تشوهات سلبية بالمعارف والمزاج	التجنب	إعادة معايشة الخبرة	التطبيق
78	24	28	8	18	القبلي
31	9	13	2	7	البعدي المباشر
27	8	11	2	6	البعدي المؤجل 1
5	1	4	0	0	البعدي المؤجل 2



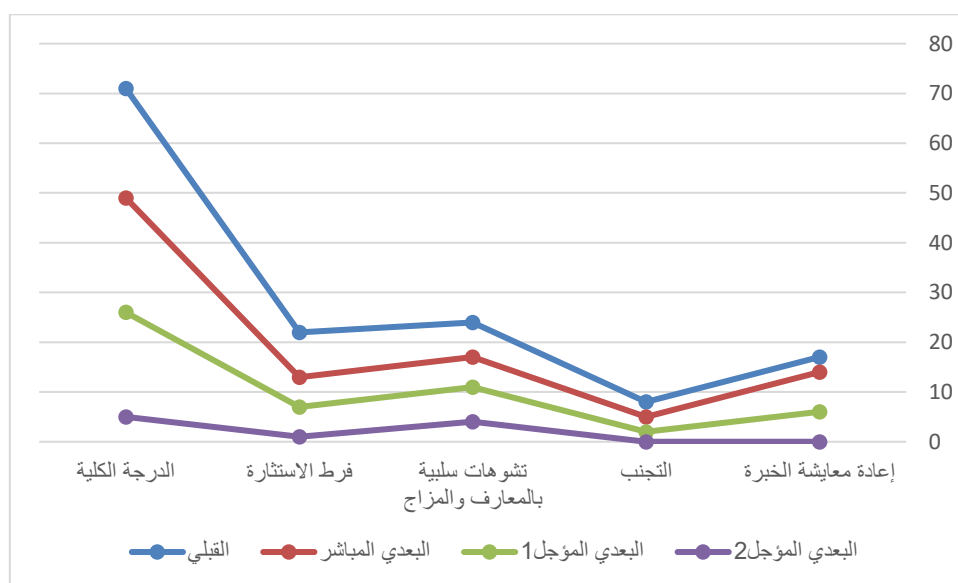
بروفایل الحالة الخامسة

الحالة السادسة:

الجنس: ذكر العمر: (37) عاماً عدد الصدمات: (2)

الجدول () درجات الحالة السادسة على قائمة اضطراب الضغط التالي للصدمة

الدرجة الكلية	فرط الاستثارة	تشوهات سلبية بالمعارف والمزاج	التجنب	إعادة معايشة الخبرة	التطبيق
71	22	24	8	17	القبلي
49	13	17	5	14	البعدي المباشر
26	7	11	2	6	البعدي المؤجل 1
5	1	4	0	0	البعدي المؤجل 2



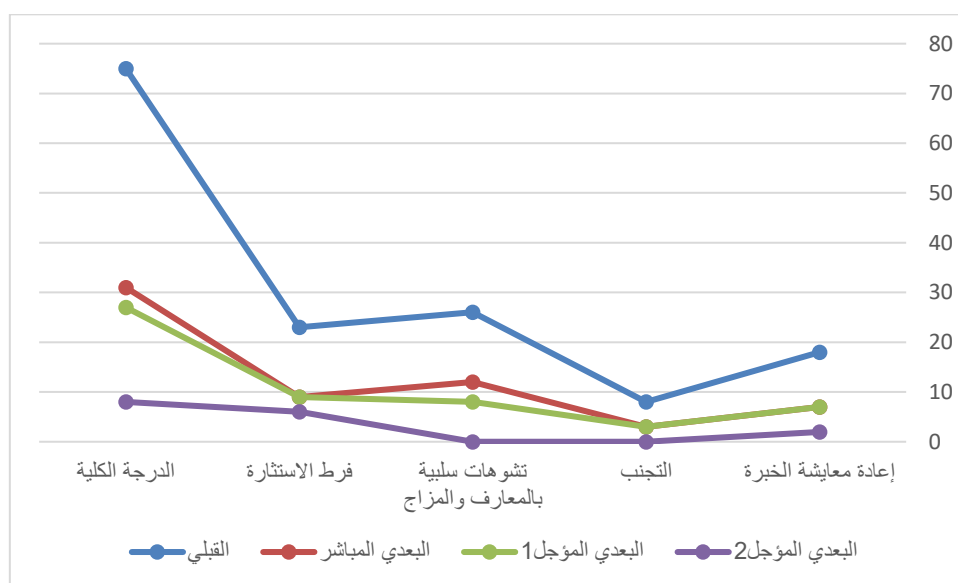
بروفایل الحالة السادسة

الحالة السابعة:

الجنس: ذكر العمر: (36) عاماً عدد الصدمات: (2)

الجدول () درجات الحالة السابعة على قائمة اضطراب الضغط التالي للصدمة

الدرجة الكلية	فرط الاستثارة	تشوهات سلبية بالمعارف والمزاج	التجنب	إعادة معايشة الخبرة	التطبيق
75	23	26	8	18	القبلي
31	9	12	3	7	البعدي المباشر
27	9	8	3	7	البعدي المؤجل 1
8	6	0	0	2	البعدي المؤجل 2



بروافيل الحالة السابعة

الحالة الثامنة:

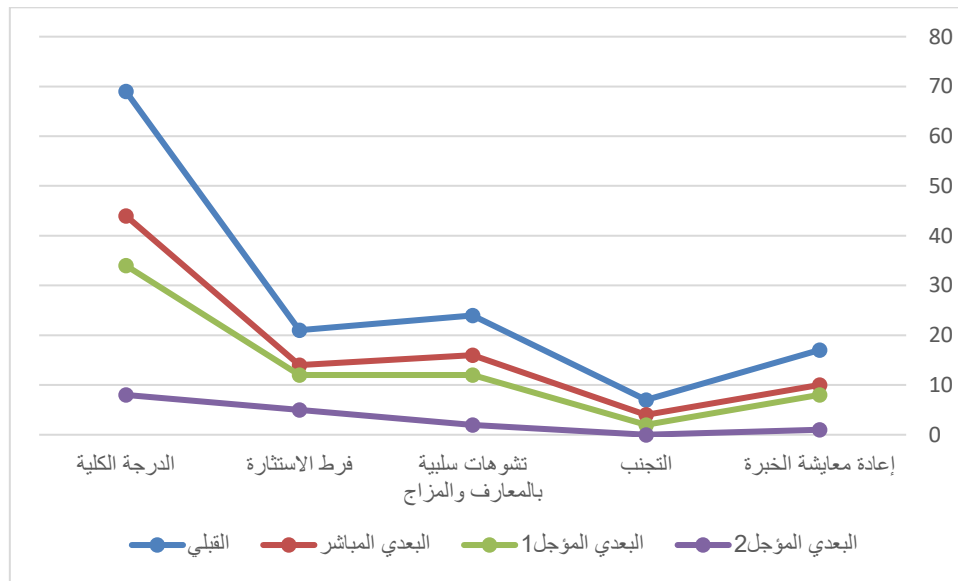
عدد الصدمات: (3)

العمر: (22) عاماً

الجنس: أنثى

الجدول () درجات الحالة الثامنة على قائمة اضطراب الضغط التالي للصدمة

الدرجة الكلية	فرط الاستثارة	تشوهات سلبية بالمعارف والمزاج	التجنب	إعادة معايشة الخبرة	التطبيق
69	21	24	7	17	القبلي
44	14	16	4	10	البعدي المباشر
34	12	12	2	8	البعدي المؤجل 1
8	5	2	0	1	البعدي المؤجل 2



بروفایل الحالة الثامنة

الحالة التاسعة:

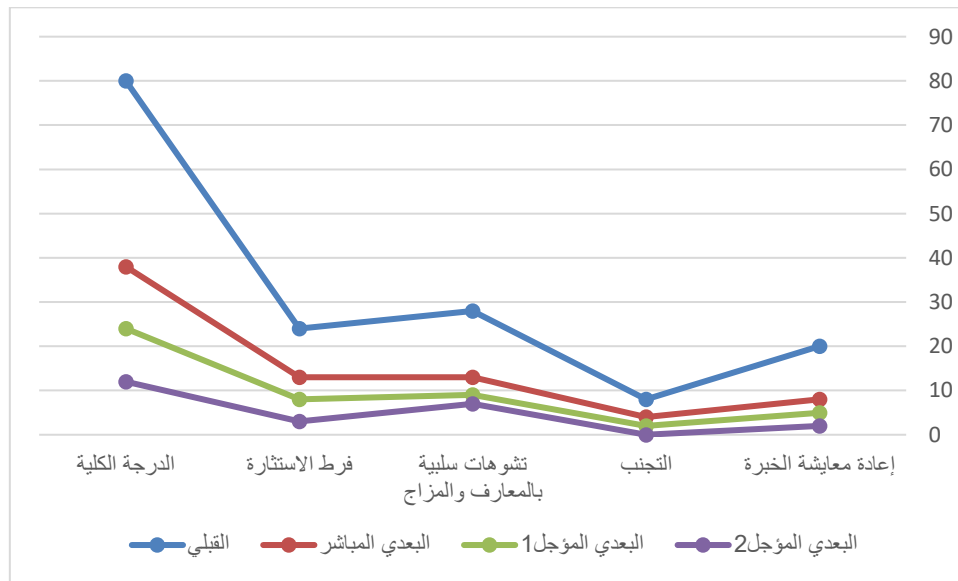
عدد الصدمات: (2)

العمر: (20) عاماً

الجنس: أنثى

الجدول () درجات الحالة التاسعة على قائمة اضطراب الضغط التالي للصدمة

الدرجة الكلية	فرط الاستثارة	تشوهات سلبية بالمعارف والمزاج	التجنب	إعادة معايشة الخبرة	التطبيق
80	24	28	8	20	القبلي
38	13	13	4	8	البعدي المباشر
24	8	9	2	5	البعدي المؤجل 1
12	3	7	0	2	البعدي المؤجل 2



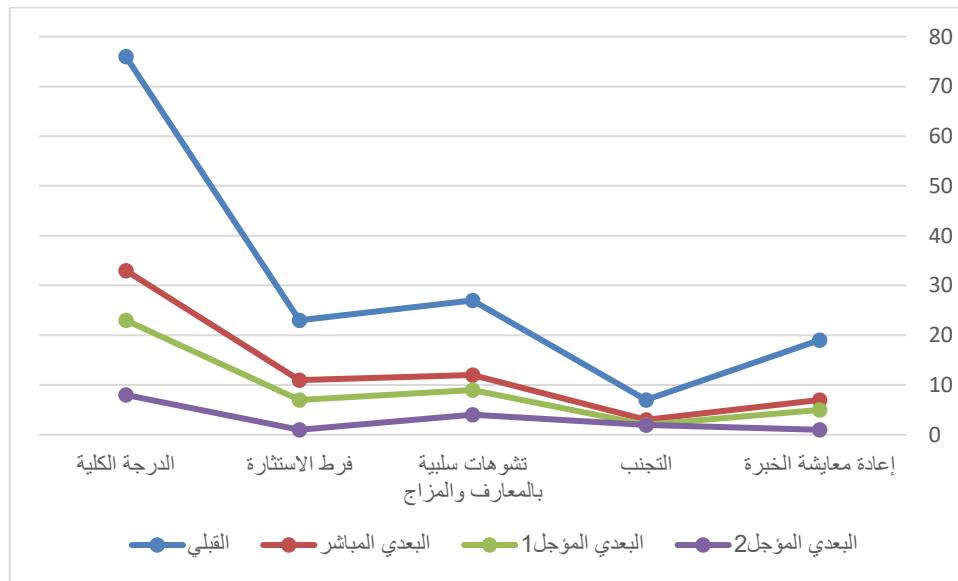
بروفایل الحالة التاسعة

الحالة العاشرة:

الجنس: أنثى العمر: (42) عاماً عدد الصدمات: (3)

الجدول () درجات الحالة العاشرة على قائمة اضطراب الضغط التالي للصدمة

الدرجة الكلية	فرط الاستثارة	تشوهات سلبية بالمعارف والمزاج	التجنب	إعادة معايشة الخبرة	التطبيق
76	23	27	7	19	القبلي
33	11	12	3	7	البعدي المباشر
23	7	9	2	5	البعدي المؤجل 1
8	1	4	2	1	البعدي المؤجل 2



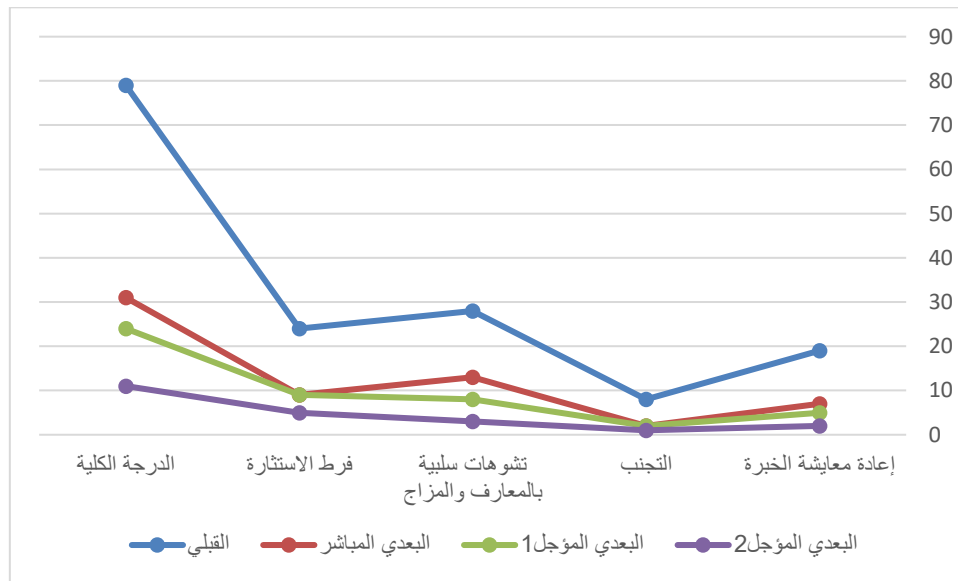
بروفایل الحالة العاشرة

الحالة الحادية عشرة:

الجنس: أنثى العمر: (45) عاماً عدد الصدمات: (4)

الجدول () درجات الحالة الحادية عشرة على قائمة اضطراب الضغط التالي للصدمة

الدرجة الكلية	فرط الاستثارة	تشوهات سلبية بالمعارف والمزاج	التجنب	إعادة معايشة الخبرة	التطبيق
79	24	28	8	19	القبلي
31	9	13	2	7	البعدي المباشر
24	9	8	2	5	البعدي المؤجل 1
11	5	3	1	2	البعدي المؤجل 2



بروفایل الحالة الحادية عشرة

الحالة الثانية عشرة:

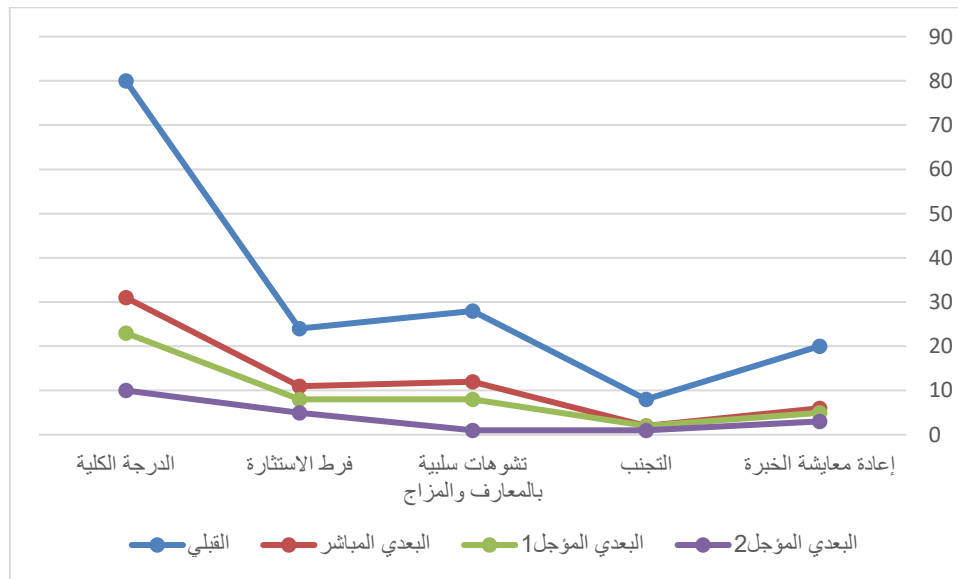
عدد الصدمات: (2)

العمر: (29) عاماً

الجنس: أنثى

الجدول () درجات الحالة الثانية عشرة على قائمة اضطراب الضغط التالي للصدمة

الدرجة الكلية	فرط الاستثارة	تشوهات سلبية بالمعارف والمزاج	التجنب	إعادة معايشة الخبرة	التطبيق
80	24	28	8	20	القبلي
31	11	12	2	6	البعدي المباشر
23	8	8	2	5	البعدي المؤجل 1
10	5	1	1	3	البعدي المؤجل 2



بروفایل الحالة الثانية عشرة

الحالة الثالثة عشرة:

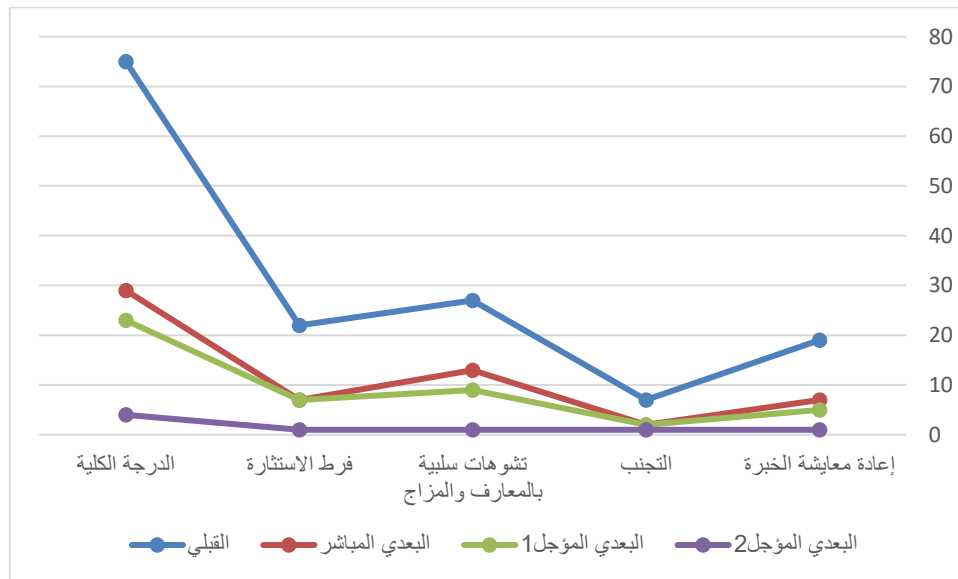
عدد الصدمات: (3)

العمر: (38) عاماً

الجنس: أنثى

الجدول () درجات الحالة الثالثة عشرة على قائمة اضطراب الضغط التالي للصدمة

الدرجة الكلية	فرط الاستثارة	تشوهات سلبية بالمعارف والمزاج	التجنب	إعادة معايشة الخبرة	التطبيق
75	22	27	7	19	القبلي
29	7	13	2	7	البعدي المباشر
23	7	9	2	5	البعدي المؤجل 1
4	1	1	1	1	البعدي المؤجل 2



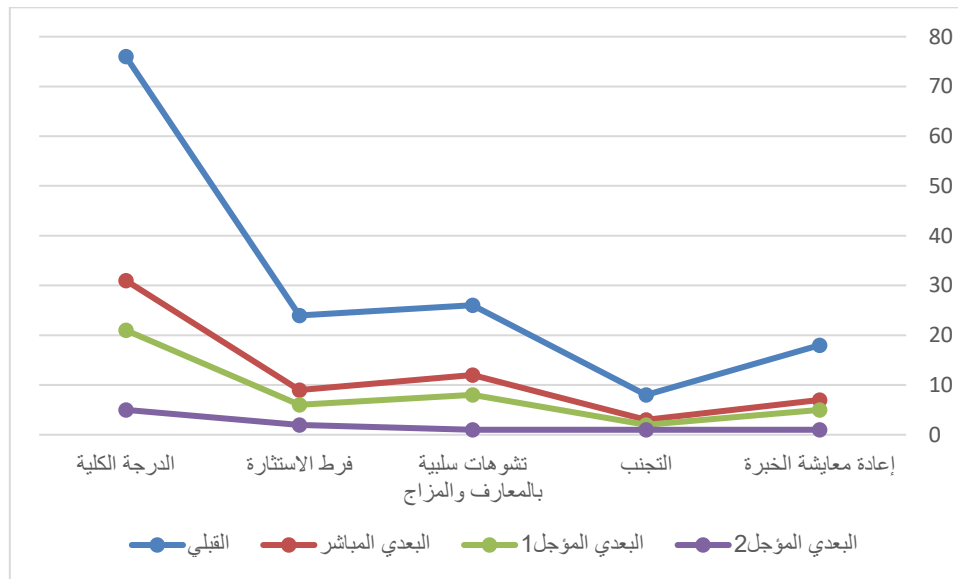
بروفایل الحالة الثالثة عشرة

الحالة الرابعة عشرة:

الجنس: أنثى العمر: (36) عاماً عدد الصدمات: (4)

الجدول () درجات الحالة الرابعة عشرة على قائمة اضطراب الضغط التالي للصدمة

الدرجة الكلية	فرط الاستثارة	تشوهات سلبية بالمعارف والمزاج	التجنب	إعادة معايشة الخبرة	التطبيق
76	24	26	8	18	القبلي
31	9	12	3	7	البعدي المباشر
21	6	8	2	5	البعدي المؤجل 1
5	2	1	1	1	البعدي المؤجل 2



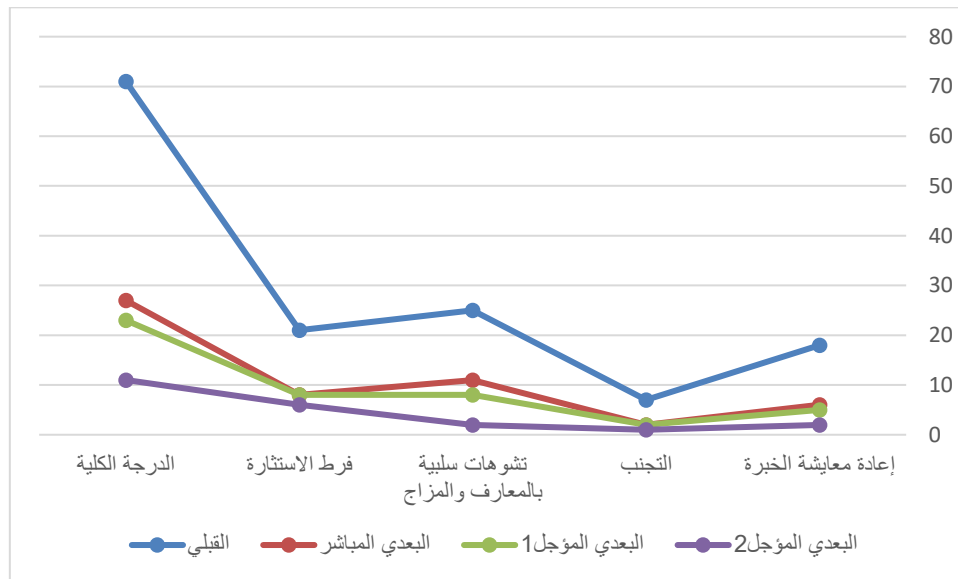
بروفایل الحالة الرابعة عشرة

الحالة الخامسة عشرة:

الجنس: أنثى العمر: (28) عاماً عدد الصدمات: (4)

الجدول () درجات الحالة الخامسة عشرة على قائمة اضطراب الضغط التالي للصدمة

الدرجة الكلية	فرط الاستثارة	تشوهات سلبية بالمعارف والمزاج	التجنب	إعادة معايشة الخبرة	التطبيق
71	21	25	7	18	القبلي
27	8	11	2	6	البعدي المباشر
23	8	8	2	5	البعدي المؤجل 1
11	6	2	1	2	البعدي المؤجل 2



بروفایل الحالة الخامسة عشر

Research topic: The effectiveness of a treatment program based on narrative exposure technique to reduce PTSD symptoms among a sample of PTSD patients in Damascus governorate.

The aim of the research: to study the effectiveness of narrative exposure therapy, its relationship to some variables, and its ability to maintain improvement.

The research sample: a group of post-traumatic stress disorder patients, and their number was (15) patients.

Research tools: Difficult or Stressful Events List (LEC-5), PTSD Check List (PCL-5).

Research results: The research revealed the effectiveness of narrative exposure therapy among PTSD patients, through the presence of differences between their scores in the immediate pre and post applications on the total score of the PTSD list and its sub-dimensions, in addition to maintaining the improvement rates upon re-application after Three months, in addition to retention and continued improvement after 6 months as well. The variable of age or the number of shocks had no statistical significance or effect on the effectiveness of the program on the research sample.

Key words: Narrative exposure therapy, post-traumatic stress disorder.



الجمهورية العربية السورية
جامعة دمشق
كلية الآداب والعلوم الإنسانية

الأستاذة الدكتورة عميد كلية التربية الموقرة

تحية طيبة وبعد :

قمت بالتدقيق اللغوي (لرسالة الماجستير- لأطروحة الدكتوراه) التي أعدتها

الطالبة ر.م. محمد رضا كرميا نسا هي

وعنوانها:

فاعلية برنامج علاج قائم على تقنية التعرض السردي لحضن أعراض

اضطراب صغول ما بعد الصدمة لدى عينه من مرضى اضطراب

صغول ما بعد الصدمة في محافظة دمشق

بإشراف الدكتورة رغداء لغبسة

ورقمها في سجلاتنا (..... ٩٢٢.....)

يرجى أخذ العلم

دمشق ٢٠٢٢ / ٤ / ٢٠٢٢

المدقق : د. منة الحري

الأستاذ المساعد في قسم اللغة العربية- جامعة دمشق / كلية التربية

رقم الهاتف : ٣١ ١١ ١٧ ٤٤ ٩٦

التوقيع :

مكتب التدقيق اللغوي

الأستاذة الدكتورة منيرة محمد فاعور

Syrian Arab Republic
Damascus University
College of Education
psychological counseling



The effectiveness of a treatment program based on the narrative
exposure technique to reduce symptoms of stress disorder
after trauma

(Thesis submitted for the degree of PhD in Psychological Counseling)

Done by:

Reem Muhammad Reza Kermanshahi

Supervisor:

Mr. Dr. Raghda Ali Naissa

Academic year 2022