

جامعة محمد خيضر بسكرة
كلية العلوم الإنسانية و الاجتماعية
قسم العلوم الاجتماعية



مذكرة ماستر

شعبة علم النفس

تخصص علم النفس العيادي

من إعداد الطالبة :

مريم بوسرية

يوم: 2023/06/19

عنوان المذكرة :

اضطراب ما بعد الصدمة و الاكسيثيميا الثانوية لدى المراهق
المصاب بحروق في الوجه
(دراسة عيادية على حالتين بمدينة بسكرة)

اللجنة المناقشة :

رئيسا
مشرفا
مناقشا

استاذ محاضر (أ) الجامعة محمد خيضر بسكرة
استاذ محاضر (ب) الجامعة محمد خيضر بسكرة
استاذ محاضر (أ) الجامعة محمد خيضر بسكرة

راضية الحاج لكحل
محمد بن خليفة
صباح جعفر

السنة الجامعية : 2022 - 2023

شكر و عرفان

الحمد لله الذي بنعمته تتم الصالحات قد وصلت لنهاية دراستي المتواضعة هذه بفضل الله سبحانه وتعالى و توفيقه فالحمد و الشكر لله على التوفيق و التسهيل

بينما لا يسعني و أنا أضع اللمسات الأخيرة في هذه الدراسة إلا أن أتقدم بالشكر

و التقدير لكل من كان العون و خير السند

لوالدي حفظهما الرحمن مصدر دعمي و سبب نجاحي و قوتي

لأختي و صديقتي أميرة لسندي و عزوتي اخوي معاذ و صلاح

و أتوجه بالشكر و العرفان و الامتتان و كل التقدير لأستاذي الكريم بن خليفة محمد مشرفي الذي كان داعما لي طيلة فترة الإشراف و امن بي كل الشكر أستاذي على كل الإرشادات و التوجيهات القيمة و البناءة و كل الجهد الذي بذلته معي لانجاز المذكرة

هذا و الشكر موصول لكل من كان السند وقت الضيق الراحة وقت التعب و الأمل أثناء اليأس لكل الأصدقاء و الأحباء و لكل أعضاء نادي علم النفس العيادي أسرتي الثانية شكرا لكم على الدعم و المساندة.

الى كل من ساعدني من قريب أو من بعيد و لو بكلمة ابتسامة أو سؤال

رسالة شكر و تقدير و عرفان و امتتان، أرفها لكم عبر هذه الدراسة.

الطالبة: بوسرية مريم

ملخص الدراسة:

هدفت هذه الدراسة لتحديد مظاهر اضطراب ما بعد الصدمة و الاكسيثيميا الثانوية لدى المراهق المصاب بحروق في الوجه، و تحديد المظاهر المشتركة بين اضطراب ما بعد الصدمة و الاكسيثيميا الثانوية لدى هذه الفئة. و ذلك من خلال طرح التساؤلات الآتية:

- ما مظاهر اضطراب ما بعد الصدمة و الاكسيثيميا الثانوية لدى المراهق المصاب بحرق في الوجه؟
- ما هي المظاهر المشتركة بين اضطراب ما بعد الصدمة و الاكسيثيميا الثانوية لدى المراهق المصاب بحرق في الوجه؟

و لبلوغ ذلك اعتمدت هذه الدراسة على المنهج العيادي بأسلوب دراسة الحالة، كما تم تطبيق المقابلة العيادية نصف الموجهة و مقياس سبيلبرجر لقياس سمة و حالة القلق و مقياس كرب ما بعد الصدمة لدافيدسون و مقياس تورنتو الكسيثيميا (TAS-20) لقياس الاكسيثيميا على حالتين من المراهقين احدهما من جامعة محمد خيضر بسكرة و الآخر من مدينة بسكرة و اللذان تم اختيارهما بطريقة قصدية و قد أصيبا و هما أطفال بحروق في الوجه من الدرجة الثالثة و لا زال هناك أثر التشوه.

و أظهرت نتائج الدراسة أن الحروق و التشوه الناتج اثر على الحالة النفسية للمراهقين المصابين من خلال تجلي مظاهر اضطراب ما بعد الصدمة عليهما و التي تمثلت في: أعراض إعادة معايشة الحدث الصادم، أعراض تجنبية، حالة مزاجية سلبية، أعراض الاستئثار.

أيضا مظاهر الاكسيثيميا الثانوية و التي شملت كل من: صعوبة التعبير عن المشاعر و التمييز بينها لا سيما في لحظات الغضب، عدم القدرة عن التعبير عن الانفعالات و عدم التمكن من فهمها، غياب الإدراك الانفعالي، الافتقار للتعاطف مع الآخرين، نمط تفكير موجه نحو الخارج و جمود فكري (بوصف الأهداف على نحو تقليدي مادي و تكيفي و بشكل ثابت).

أما بشأن المظاهر المشتركة بين اضطراب ما بعد الصدمة و الاكسيثيميا الثانوية لدى المراهق المصاب بحروق في الوجه فتمثلت في الاشتراك في مظاهر التجنب و التخدير العاطفي و أيضا في كل من DIF (صعوبة تحديد المشاعر) و DDF (صعوبة وصف المشاعر). بالإضافة إلى كل هذه الأعراض قد بدى على الحالات مظاهر مرضية أخرى أهمها: تدني تقدير الذات، تشوه صورة الجسم بالإضافة لمدى التعقيد الذي بدى على أزمة الهوية لدى المراهقان، الأفكار اللاعقلانية و كذا الجروح النرجسية.

Abstract:

This study aimed to identify the manifestations of post-traumatic stress disorder and secondary alexithymia in adolescents with facial burns, and to identify the common manifestations between post-traumatic stress disorder and secondary alexithymia in this group. This is done by asking the following questions:

- What are the manifestations of post-traumatic stress disorder and secondary alexithymia in adolescents with facial burns?
- What are the common features between post-traumatic stress disorder and secondary alexithymia in adolescents with facial burns?

To achieve this, this study relied on the clinical approach using the case study method, and the semi-guided clinical interview, the Spielberger scale to measure the trait and state of anxiety, the Davidson post-traumatic stress scale, and the Toronto alexithymia scale (TAS-20) to measure alexithymia were applied to two cases of adolescents. One of them from the University of Mohamed Kheidar Biskra and the other from the city of Biskra, who were deliberately chosen, and they were injured as children with burns in the face of the third degree, and there is still a trace of disfigurement.

The results of the study showed that the burns and resulting disfigurement affected the psychological state of the injured adolescents through the manifestation of post-traumatic stress disorder manifestations on them, which were: symptoms of re-experiencing the traumatic event, avoidance symptoms, negative mood, and symptoms of excitability.

Also, secondary manifestations of alexithymia, which included: difficulty in expressing feelings and distinguishing between them, especially in moments of anger, inability to express emotions and inability to understand them, rigid thinking and devoid of emotions, absence of emotional awareness, lack of empathy with others, an outward-oriented thinking pattern and intellectual rigidity (traditionally describing goals as material, adaptive, and persistently difficult to change).

As for the common manifestations between post-traumatic stress disorder and secondary alexithymia in the adolescent with facial burns, it was represented in the participation in the manifestations of avoidance and emotional anesthesia, as well as in both DIF and DDF. In addition to all these symptoms, other pathological manifestations appeared on the cases, the most important of which are: low self-esteem, distorted body image, in addition to the extent of the complexity that appeared on the identity crisis in adolescents, irrational thoughts, and narcissistic wounds.

فهرس المحتويات

الصفحة	العنوان
	شكر و عرفان
	ملخص الدراسة باللغة العربية
	ملخص الدراسة باللغة الأجنبية
	قائمة الجداول
	قائمة الملاحق
01	مقدمة
الفصل الأول: مدخل عام للإشكالية	
06	1- إشكالية
10	2- الدراسات السابقة
12	3- التعريف الإجرائي لمتغيرات الدراسة
12	4- أهداف الدراسة
13	5- أهمية الدراسة
الفصل الثاني: مدخل مفاهيمي لمتغيرات الدراسة	
17	أولاً: الحروق
17	1- تعريف الإصابة بالحروق
17	2- الفيزيولوجية المرضية لصدمة بالحروق
18	3- درجات الحروق
19	4- تقييم و تشخيص الحروق
20	5- الانعكاسات النفسية للحروق
24	6- الحروق و الاضطرابات النفسية
25	ثانياً: اضطراب ما بعد الصدمة
25	1- تعريف اضطراب ما بعد الصدمة
26	2- عوامل الخطر المساعدة في تطور اضطراب ما بعد الصدمة
28	3- أنواع اضطراب ما بعد الصدمة

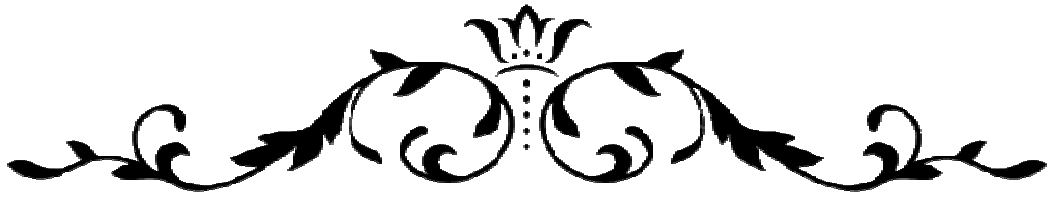
29	4- تشخيص اضطراب ما بعد الصدمة حسب DSM-5-TR
31	5- النماذج النظرية المفسرة لاضطراب ما بعد الصدمة
37	6- علاج اضطراب ما بعد الصدمة
40	7- اضطراب ما بعد الصدمة و الحروق
42	ثالثا: الاكسيثيميا الثانوية
42	1- تعريف الاكسيثيميا
43	2- أعراض الاكسيثيميا
43	3- أنواع الاكسيثيميا
44	4- آليات الدفاع و الاكسيثيميا
45	5- النظريات المفسرة للاكسيثيميا
51	6- علاج الاكسيثيميا
55	7- الاكسيثيميا و اضطراب ما بعد الصدمة
57	8- اضطراب ما بعد الصدمة و الاكسيثيميا الثانوية لدى المراهق المصاب بحروق في الوجه
الفصل الثالث: الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية	
65	1- منهج الدراسة
65	2- حالات الدراسة
66	3- أدوات الدراسة
76	4- حدود الدراسة
الفصل الرابع: عرض و تحليل و مناقشة نتائج الدراسة	
79	1- عرض الحالة الأولى و تحليلها العام
96	2- عرض الحالة الثانية و تحليلها العام
114	3- مناقشة النتائج
122	خاتمة
124	التوصيات
126	قائمة المراجع
الملاحق	

قائمة الجداول

الصفحة	عنوان الجدول	رقم الجدول
66	خصائص حالات الدراسة	01
71	سلم التصحيح لمستوى كرب ما بعد الصدمة	02
72	جدول يوضح نقاط العتبة للاكسيثيميا	03
74	جدول يوضح ارتباط كل بعد بالدرجة الكلية للمقياس	04
114	نتائج مقياس سبيلبرجر (حالة و سمة القلق) و مقياس كرب ما بعد الصدمة لدافيدسون و مقياس تورنتو الكسيثيميا (TAS-20)	05

قائمة الملاحق

عنوان الملحق	رقم الملحق
دليل المقابلة	01
النسخة العربية لمقياس القلق لسبيلبرجر (حالة و سمة) الصورة (ي) مقياس (حالة القلق) و تعليماته في صورته النهائية	02
النسخة العربية لمقياس القلق لسبيلبرجر (حالة و سمة) الصورة (ي) مقياس (سمة القلق) و تعليماته في صورته النهائية	03
مقياس كرب ما بعد الصدمة لدافيدسون PTSD Scale according to DSM—IV ترجمة د. عبد العزيز ثابت	04
النسخة العربية من مقياس تورنتو لقياس الاكسيثيميا (تاس-20)	05



مقدمة :



مقدمة:

تعتبر الحروق من أكثر الإصابات المؤلمة التي قد يتعرض لها الفرد، و تصنف كرابع و أكثر أنواع الصدمات شيوعا، و تتراوح بين الأولى و الثانية في قائمة اشد و أكثر الآلام الجسدية التي قد تواجه الأفراد، و كونها مشكلة صحية عالمية لا ينفي ضرورة وجود جاهزية و بنية تحتية لدى الدول للتعامل و التصدي و حتى الوقاية من هكذا حوادث، و لعل هذا ما جعل حوالي 90 في المائة من الحروق تكون في البلدان النامية حسب (El sebai & Moghazy & Abdelfatah(2021. 539)، و ذلك نظراً لارتفاع معدل انتشار التحديات و نقص الموارد العلاجية و المالية للتعامل مع حوادث الحروق. فمثلا و وفقا لوكالة الأنباء الجزائرية (2018) تعد العيادة المركزية للمحروقين "بيار و كلودين شولي" بباستور بالجزائر المؤسسة الوحيدة المتخصصة على المستوى الوطني في التكفل بحروق الأطفال، حيث تستقبل أزيد من 6000 حالة سنويا، و أكد السيد بونيف أن هذه الحروق تطرح مشكل عويص للصحة العمومية بسبب قلة المؤسسات المختصة وكذا ارتفاع تكلفة العناية بالمصاب.

و بالرغم من أن التقنيات و العلاجات الجراحية في تحسن بالسنوات الأخيرة، إلا أن النسب لا زالت مرتفعة، و هذا ما تؤكدته منظمة الصحة العالمية WHO (2018) حيث تتسبب الحروق في وفاة ما يقدر بنحو 180 ألف شخص سنوياً، و تحدث غالبية هذه الحوادث في البلدان المنخفضة و المتوسطة الدخل، و يحدث ثلثها تقريباً في إفريقيا و جنوب شرق آسيا. كما أن مدى انتشار و تأثير الحروق وصل حسب دراسة Yakupu & Zhang & Dong & Song & Dong & Lu(2022. 1) إلى تحديد ما مجموعه 8,955,228 حالة جديدة من الحروق في عام 2019، وهي مقسمة بالتساوي تقريباً بين الرجال و النساء، و تركزت معظم الحالات الجديدة في الفئة العمرية 10-19 عام. تسببت الحروق في 111292 حالة وفاة على مستوى العالم في عام 2019، تركز معظمها في الأشخاص الذين تتراوح أعمارهم بين 1-4 سنوات.

و بالتالي فالتعافي الجسدي من الحروق التي هي عبارة عن إصابة حرارية ناتجة عن عوامل كيميائية أو كهربائية أو فيزيائية ذات تداعيات موضعية و قد تكون مستمرة، و التي يختلف تأثيرها وفقاً لمساحة و درجة الإصابة و لعمر الفرد، قد لا يمثل رحلة الشافي كاملة بالنسبة للمصابين، بل جزءاً منها فقط و يتمثل الجزء الآخر في ما يتزامن مع الآثار الجسدية للحروق، و هو مجموعة المظاهر النفسية المرضية التي قد تظهر على الحالات جراء التشوه كتندي تقدير الذات، تشوه صورة الجسد و أزمة الهوية...، أيضا مجموع العوامل الأخرى التي تساهم في عرقلة إعادة اندماج الفرد في المجتمع بعد الإصابة كالوصم الاجتماعي و غياب الدعم الأسري...، ما يجعل من تشافي الفرد الذي قد يؤخذ فترة طويلة و حيزا كبيرا من حياته يعد عملية معقدة تستوجب كل من الإحاطة الجسدية النفسية و كذا الاجتماعية.

كما أن حساسية المرحلة العمرية التي يصاب خلالها الفرد يختلف أثرها، فصعوبة الأمر تحسب لجميع فئات المصابين و لكن لعل الوضع يزداد صعوبة إن أصيب الفرد في مرحلة الطفولة، أي مرحلة البناء النفسي للشخصية لديه و رافقته الآثار حتى المراهقة، فذلك يعني مروره بكل مراحل النمو الحساسة بحياته في ظل تحدي، و خاصة مرحلة المراهقة حيث تعتبر مرحلة اكتشاف الذات و الهوية و من ثم الغير و العالم أيضا، و ذلك بسبب كل التغيرات البيولوجية و الاجتماعية و حتى النفسية التي سيعيشها المراهق أثناءها، بالإضافة لاهتمامه الكبير بصورته الجسدية تحديدا و كل التغيرات التي ستطرأ عليها، ذلك ما سيكون لديه صورة عن ذاته و عن ما حوله و حتى عما ينتظره في مستقبله، و من ثم تتكون هويته التي يسعى لاستكشافها باعتبارها إحدى مشكلات المراهقة. إلا أنها كأزمة هوية و إن فشلوا في اجتيازها قد تتسبب في مظاهر عدم التوافق النفسي و الاجتماعي لدى المراهق السليم جسديا. و منه اجتياز المراهق المصاب بحروق جسدية و لا سيما في الوجه لهذه الأزمة قد يكون بشكل أكثر تعقيد، للتشوه الناتج و التواجد في بيئة غير مهيأة و واعية لتقبل مثل هكذا حالات.

و لا تقتصر انعكاسات الإصابة على هذه الآثار فقط بل تمتد لاحتمالية تعرض المصاب للعديد من الاضطرابات النفسية كالقلق و الاكتئاب و اضطراب ما بعد الصدمة، و على وجه الخصوص هذا الأخير و الذي هو عبارة عن رد فعل متأخر عن حدث صادم واجهه الفرد جراء كوارث طبيعية أو مواقف ضاغطة أو خطيرة أو مواجهة للموت له أو لأحد يعني له من الأسرة أو الأصدقاء، و قد تتأخر أعراضه في الظهور حتى بعد شهور أو سنوات، و أهم أعراضه تتمحور حول إعادة معايشة الحدث الصادم و الأعراض الاقترامية، السلوكات التجنبية، الحالة المزاجية السلبية و أعراض الاستثارة. و حسب دراسة **Paggiaro & Fernandes & Freitas & Carvalho & Gemperli (2022)** يتراوح انتشار اضطراب ما بعد الصدمة في مرضى الحروق البالغين بين 31 و 45.2% بعد 3 أشهر بعد الصدمة، 18% - 35% من المرضى قد طوروا تفاعلات إجهاد ما بعد الصدمة، كما كشفت الدراسات التي أجريت على الأطفال الصغار الذين تتراوح أعمارهم بين 1- 6 سنوات أن اضطراب ما بعد الصدمة الحاد يمكن أن يتطور في غضون شهر واحد بعد إصابة حروق تحت إشراف طبي في 29% من الأطفال، و تتراوح معدلات اضطراب ما بعد الصدمة بعد شهر واحد بين 3% - 25%. هذا و أظهرت الدراسات التي تناولها **El sebai & Moghazy & Abdelfatah (2021)** (539) أن انتشار اضطراب ما بعد الصدمة (الأعراض الكاملة) بين مرضى الحروق قد تتراوح بين 3%- 58% بعد إصابة الحرق (Dahl et al.2016)..

و ما يجدر الإشارة إليه أن فترة الاستشفاء بالنسبة للمصابين تعد فترة صعبة جدا لما يتعرضون إليه خلالها من علاجات و تدخلات طبية ضرورية و مفيدة حقا إلا أنها قد تكون مؤلمة جدا، و تجعل المصابين يواجهون ألما حادة و مستمرة لمدة ليست بالهينة، ما يقودهم للاعتقاد بأنهم يتعرضون للاعتداء على أجسادهم و العجز

عن التصدي لذلك، و مرافقة ذاك العجز باللوم و عدم القدرة عن الغفران لمن تسبب لهم في الإصابة و من يعالجهم و حتى لأنفسهم.

و منه يساهم وضع المصابين على غرار الإصابة بالاضطرابات النفسية الدخول في حالات مرضية أيضا، و التي قد تكون مؤقتة أو دائمة مثل الالكسيثيميا و هي عبارة عن حالة من فقدان القدرة على التعبير تصيب الفرد و تتركز أساسا على كل من صعوبة التعرف على المشاعر، وصفها و التعبير عنها بالإضافة إلى نمط من التفكير موجه نحو الخارج و يكون ذلك ناتج عن الافتقار إلى الوعي العاطفي.

و قد تنتج الألكسيثيميا الثانوية بالتحديد عن القلق الناجم عن التعرض لمرض جسدي أو لصدمة نفسية كالحروق، و هي تشبه آلية دفاع تحمي الفرد من فرط الاستثارة الطاقوية المتعلقة بالجانب العاطفي في حالة التعرض لمواقف خطيرة تتخطى الإطار السوي للتجربة الإنسانية.

كما أن الحالة هاته قد تكون مرافقة لاضطرابات أخرى كاضطراب ما بعد الصدمة، و هذا ما أشارت إليه أيضا دراسة (1996) **Fukunish & Sasaki & Chishima & Anze & Saijo** التي فحصت العلاقة بين اضطراب ما بعد الصدمة و الالكسيثيميا، و توصلت إلى أن معدلات انتشار PTSD و Alexithymia أعلى بشكل ملحوظ لمرضى الإصابة مقارنة بالمتطوعين الأصحاء، حيث كان معدل أعراض اضطراب ما بعد الصدمة للتجنب والتخدير العاطفي مرتبطاً بشكل كبير وإيجابي بدرجات TAS في مرضى الإصابات.

و بناء على هذا جاءت هذه الدراسة لتتناول مظاهر اضطراب ما بعد الصدمة و الالكسيثيميا لدى المراهق المصاب بحروق في الوجه و كذا المظاهر المشتركة بينهما.

و للإلمام بموضوع الدراسة بشكل جيد، تم تقسيم هذه الدراسة إلى أربعة فصول:

- الفصل الأول الموسوم ب: مدخل عام للإشكالية.
- الفصل الثاني الموسوم ب: مدخل مفاهيمي لمتغيرات الدراسة.
- الفصل الثالث الموسوم ب: الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية.
- الفصل الرابع الموسوم ب: عرض و تحليل و مناقشة نتائج الدراسة.
- خاتمة و قائمة المراجع.



الفصل الأول:

مدخل عام للإشكالية





- 1- إشكالية
- 2- الدراسات السابقة
- 3- التعريفات الإجرائية لمتغيرات الدراسة
- 4- أهداف الدراسة
- 5- أهمية الدراسة



1- إشكالية:

تعد الأحداث المجهدة و التي تتميز بمقدار عال من الخطورة من أهم المواقف المفاجئة التي تطرأ على حياة الفرد و تترك أثرا عميقا بها، يطلق على هذه الأحداث بالصدمات النفسية و التي تتعد أسبابها و تختلف فقد تكون نتيجة حروب أو كوارث طبيعية أو حوادث اغتصاب كما قد تكون نتيجة حادث حرق... هذا الأخير الذي يعتبر من أول و اشد أنواع الألم التي قد يتعرض لها الفرد في حياته.

و الحرق حسب (7. SEDDIKI & BATOUCHE & CHOUICHA(2020) هو عبارة عن تدمير جزئي أو كلي لغطاء الجلد أو حتى الهياكل الأساسية، بواسطة عامل حراري أو كيميائي أو كهربائي أو عن طريق الإشعاع المؤين و مهما كانت مسبباته فإنه يهدد الحياة بمجرد أن يتجاوز 20% من سطح الجسم عند البالغين و 8 إلى 10% من سطح الجسم عند الأطفال.

و وفقا لمنظمة الصحة العالمية WHO (2018) فان الحروق تتسبب في وفاة ما يقدر بنحو 180 ألف شخص سنويًا، تحدث غالبية هذه الحوادث في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل و يحدث ثلثاها تقريبًا في أفريقيا وجنوب شرق آسيا.

أما على الصعيد العالمي و وفقا لدراسة (Yakupu & Zhang & Dong & Song & Dong & Lu (2022) (1) قد تم تحديد ما مجموعه 8,955,228 حالة جديدة من الحروق في عام 2019، وهي مقسمة بالتساوي تقريبًا بين الرجال والنساء، وتركزت معظم الحالات الجديدة في الفئة العمرية 10-19 عام. و قد تسببت الحروق في 111292 حالة وفاة على مستوى العالم في عام 2019 تركز معظمها في الأشخاص الذين تتراوح أعمارهم بين 1-4 سنوات.

على خلاف الألم و الأثر الجسدي و الخطورة التي يتعرض لها المصاب بالحروق هناك ما هو أسوأ ألا و هو الألم النفسي، لما يحمله المصاب من تشوه في شكله و منه المشاكل النفسية التي من المتوقع أنها قد تلاحقه بسبب ذلك من عدم تقبل الذات إلى تشوه صورة الجسم و أزمة في الهوية..الخ، و من ثم الوصم الاجتماعي و الرفض أو الشفقة التي قد يتعرض لها من قبل المجتمع، و حتى احتمالية تعرضه لغياب الدعم الأسري الذي يحتاجه فالتعافي بعد إصابة الحروق هو عملية توافق جسدي و نفسي و اجتماعي، تتأثر هذه العملية بالعوامل المتعلقة بالفرد بعمره و البيئة الاجتماعية المباشرة و سبب و مكان الإصابة.

قد يكون الأمر صعبا جدا على جميع فئات المصابين من الأفراد سواء كانوا كبارا أو صغارا و لكن لعل الأمر يزداد صعوبة مع المراهقين بسبب المرحلة العمرية الحساسة و المهمة التي يمرون بها في حياتهم، فالمراهقة تعد فترة انتقالية بين الطفولة و الرشد، و اكتمال تكوين ملامح الرجولة أو الأنوثة، كما تعد مرحلة اكتشاف الذات و الهوية و من ثم الغير و العالم أيضا، هذا و لها عدة أبعاد منها البيولوجي و الاجتماعي و كذا النفسي، لمدى التأثيرات التي تسببها في حياة المراهق وتعاملاته. إلا أن أهم ما يركز عليه

في هذه المرحلة هو صورته الجسدية و كل ما يطرأ عليها من تغيرات ذلك ما سيكون لديه صورة عن ذاته و عن ما حوله و حتى عما ينتظره في مستقبله، و من ثم يكون له وفقا ل بوتفنوشتات و بركو (2017. 669) هويته التي يسعى لاستكشافها فبحثه عن هويته يعد إحدى مشكلات المراهقة، و صعوبتها تدخله في دائرة من الصراعات النفس-اجتماعية، فان كانت الشروط البيئية غير ملائمة سينساق نحو التمرد عن كل رموز السلطة بما في ذلك الأسرة و مؤسسات التنشئة الاجتماعية، إضافة إلى بعض السلوكات النفسية كالعدوانية التصلب و الأنانية...

و يعتبر البحث عن الهوية مرحلة يعيشها المراهقين العاديين و قد يتمكنوا من اجتيازها كما قد يفشلوا في تحقيق ذلك ما قد يجعل من ظهور مظاهر عدم التوافق النفسي و الاجتماعي لديهم متوقع، فما بالك بمراهق مصاب بحروق جسدية و لا سيما على منطقة الوجه، فقد تكون الإصابة هنا عائق في تطور الفرد في هذه المرحلة على نحو سليم جراء كل ما تسببه له من إحراج و رفض و تتمر أو شفقة من طرف المجتمع. خاصة أن فترة المراهقة تعد من أكثر الأوساط الصعبة و المشوشة و العدوانية لما تحمله من تمرد و بداية للاستقلالية الفكرية و النفسية للكثير ممن يمرون بها، و منه تواجد المصاب بتشوه في هذه الأوساط يجعله عرضة للكثير من المشاكل في تقبلهم له و تقبله لذاته و لهم بالمثل أيضا، بالإضافة إلى أن الإصابة قد تشكل عائق في تكوينه لصورة سليمة و إدراك سوي عن جسده.

و لعل الأمر يزداد صعوبة إذا كان المراهق أصيب بهذه الحروق و هو صغير و رافقته الآثار حتى المراهقة، فذلك يعني تخطي كل ما يعيشه من صراعات داخلية تعد ضرورية لكل مرحلة من مراحل حياته في ظل تحدي بسبب ما يعيشه جراء الإصابة.

و بالتالي فحياة المصاب قد يحدث لها تغير شامل في جميع الجوانب إلا أن الأمر لا يتوقف عن حياته الخارجية بل يمتد إلى حياته الداخلية و كل التغيرات التي ستطرأ عليها، بداية باعتبار أن الإصابة بالحرق ليست بالأمر الهين و ذلك ناتج عن كل الألم الجسدي و النفسي المستمر الذي تسببه له، و حتى أن العلاج و التشافي الجسدي لن يخفف كثيرا من وطأة الألم النفسي و العاطفي الذي قد يرافقه. ما يجعل الفرد معرض للعديد من الاضطرابات النفسية المحتمل أن يصاب بها جراء ما عاشه، انطلاقا من لحظة الإصابة في حد ذاتها و التي قد تعد من الصدمات الشديدة التي قد يتعرض لها الفرد بل و قد تمتد إذا لم يعالج من هذه الصدمات لتصبح اضطراب ما بعد الصدمة. و يعرف بني يونس (2005. 581) هذا الاضطراب على أنه اضطراب ينتج عن تعرض الفرد إلى صدمة نفسية، و هو رد فعل شديد و متأخر للضغط عادة، و يكون من الشدة بحيث يصبح مرهقا و يتميز باستمراريته، و ظهور أعراض إعادة خبرة الحدث الصدمي و التجنب المتواصل للمثيرات المرتبطة بالصدمة من أفكار أو مشاعر أو أماكن أو أشخاص، و التراخي في القدرة على الاستجابة: صعوبة التذكر، العجز، الانعزال، و المعاناة من أعراض الاستثارة الدائمة كصعوبات في النوم، أو التركيز أو التيقظ، و تكون مدة ظهور الأعراض أكثر من شهر، و هو بثلاثة مستويات من الشدة

(الحاد، المزمن، و متأخر الظهور)، و يؤثر هذا الاضطراب في سلامة الأفراد و بشكل جدي في النواحي الاجتماعية و الأكاديمية و المهنية.

و حسب الدراسات وجد أن أكثر من 90% من ضحايا الحروق يعانون من بعض أعراض الإجهاد خلال الأسبوع الأول من الإصابة، و وجد أن أكثر من 45% تظهر عليهم علامات الإجهاد المزمن التي يمكن تصنيفها على أنها اضطراب ما بعد الصدمة بعد عام واحد، و هذا الأخير يعد نتيجة محتملة للحروق الشديدة و تكشف الدراسات أن انتشاره (أعراض كاملة) بين مرضى الحروق قد يتراوح بين 3% - 58% بعد إصابة الحرق، و من المرجح أن يحدث اضطراب ما بعد الصدمة إما بعد 3-6 أشهر من الإصابة أو في بعض الأحيان بعد عام. (Lodha & Shah & Karia & De Sousa, 2020. 280).

و ما يجدر الإشارة إليه أن ما يتم معاشته طيلة فترة علاج المصابين بحروق قد يساهم في الإصابة باضطراب ما بعد الصدمة و اضطرابات أخرى عديدة، انطلاقا من وضع المصابين في المستشفيات خاصة في الدول النامية فعلى غرار معاناة المصاب نتيجة التعرض لمختلف العلاجات المؤلمة، حيث يجد المحروق نفسه في مواجهة الآلام الحادة والمستمرة والتي تعزز مع إحساسه المتواصل بالاعتداء عليه عن طريق التدخلات الطبية المختلفة خصوصا عند عملية التضميد المؤلمة، و ما يرافق ذلك من إلقاء اللوم على من تسبب لهم في ذلك و من يعالجه، و من ثم عجزهم عن الغفران لأنفسهم و لمن هم قريبين منهم. فسيضطر لعيش نفس ما حدث له بعد رؤية الآخرين المصابين مثله مرارا و تكرارا، ما قد يجعل من تلك المشفى فلما دراميا متوصلا بسبب المشاهد و الصور المفزعة و المؤلمة التي تمر عليه و على من حوله.

و لا يقتصر الأمر عن الإصابة بالاضطرابات النفسية بل قد يمتد ليجعل المصاب بحروق قد يدخل في حالات مرضية قد تكون مؤقتة أو دائمة مثل الاكسيثيميا و التي يعرفها تايلور Taylor (1997): بأنها عدم القدرة على التعبير عن العواطف و المشاعر و وصفها بالكلام، فعدم القدرة على التعبير عن المشاعر ناتج عن الافتقار إلى الوعي العاطفي. الألفي (ب. س. 3)

و قد ينتج مرض الألكسيثيميا الثانوية عن القلق الناجم عن مرض جسدي خطير (الأورام، و إزالة التعويضات الجسدية الشديدة التي تتطلب الإنعاش، وغسيل الكلى...) أو بسبب صدمة جسدية أو نفسية كبيرة، و هي تشبه آلية دفاع تحمي الموضوع من التجربة المتصورة والعاطفية في حالات الضعف (MONNIER, 2011. 61).

و منه فالالكسيثيميا الثانوية قد تكون ناتجة هنا عن التعرض لصدمة جسدية و نفسية كبيرة و المتمثلة في الحروق، إلا أن الحالة هاته قد تكون مرافقة لاضطرابات أخرى كاضطراب ما بعد الصدمة. و أشارت إلى ذلك دراسة Fukunishi & chishinu & Manze (1994) عن اضطراب ما بعد الصدمة و الاكسيثيميا في مرضى الحروق التي توصل فيها إلى أن من بين عينة المصابين بالحروق 24 أشار أولئك الذين في المرحلة المزمنة (بعد أكثر من 10 أشهر من الحرق) إلى الإصابة بالالكسيثيميا بقوة أكبر، و من

بين أعراض اضطراب ما بعد الصدمة التي لاحظها كانت أعراض التجنب و التخدير العاطفي اقوي أيضا لدى المرضى في المرحلة المزمنة، و قد ارتبطت مظاهر الالكسيثيميا بأعراض التجنب و التخدير العاطفي. و بالتالي تشير هذه النتائج إلى احتمالية ظهور الالكسيثيميا كرد فعل على الحالة عندما يظهر التجنب و التخدير العاطفي بين أعراض اضطراب ما بعد الصدمة.

أيضا دراسة (Fukunish & Sasaki & Chishima & Anze & Saijo (1996) عن الاضطرابات العاطفية لدى مرضى الصدمات خلال مرحلة إعادة التأهيل: دراسات عن اضطراب ما بعد الصدمة و الالكسيثيميا التي فحصت العلاقة بين اضطراب ما بعد الصدمة و الالكسيثيميا، كانت معدلات انتشار PTSD و Alexithymia أعلى بشكل ملحوظ لمرضى الإصابة مقارنة بالمتطوعين الأصحاء، حيث كان معدل أعراض اضطراب ما بعد الصدمة للتجنب والتخدير العاطفي مرتبطاً بشكل كبير وإيجابي بدرجات TAS في مرضى الإصابات.

و انطلاقاً من الدراسات تتضح إمكانية الإصابة باضطراب ما بعد الصدمة بالإضافة للالكسيثيميا بعد الإصابة بحروق جسدية. و للإلمام بهذا الموضوع أكثر تم طرح التساؤلات التالية:

- ما مظاهر اضطراب ما بعد الصدمة و الالكسيثيميا الثانوية لدى المراهق المصاب بحرق في الوجه؟
- ما هي المظاهر المشتركة بين اضطراب ما بعد الصدمة و الالكسيثيميا الثانوية لدى المراهق المصاب بحرق في الوجه؟

2- الدراسات السابقة:

(1) دراسة Fukunishi & chishinu & Manze (1994) بعنوان: Posttraumatic stress disorder and Alexithymia in burn patients

- هدف الدراسة: القيام بفحص أعراض إجهاد ما بعد الصدمة و الاليكسيثيميا لدى مرضى الحروق
- عينة الدراسة: 24 من مرضى الحروق
- نتائج الدراسة: من بين المصابين بالحروق أشار أولئك الذين في المرحلة المزمنة (بعد أكثر من 10 أشهر من الحرق) إلى الإصابة بالالكسيثيميا بقوة اكبر، من بين أعراض اضطراب ما بعد الصدمة كانت أعراض التجنب و التخدير العاطفي أقوى أيضا لدى المرضى في المرحلة المزمنة، ارتبطت مظاهر الاليكسيثيميا بأعراض التجنب و التخدير العاطفي.
- تشير هذه النتائج إلى احتمالية ظهور الاليكسيثيميا كرد فعل على الحالة عندما يظهر التجنب و التخدير العاطفي بين أعراض اضطراب ما بعد الصدمة.
- التعليق على النتائج:
- هذه الدراسة أجريت في اليابان بينما الدراسة الحالية في الجزائر
- تتشابه هذه الدراسة مع الدراسة الحالية في تناولها لعينة المصابين بحروق و الإصابة باضطراب ما بعد الصدمة و الاليكسيثيميا جراء الحروق.
- تختلف هذه الدراسة مع الدراسة الحالية في حجم العينة.

(2) دراسة Fukunishi & Sasaki & Chishima & Anze & Saijo (1996) بعنوان: Emotional disturbances in trauma patients during the rehabilitation phase: Studies of posttraumatic stress disorder and alexithymia

- هدف الدراسة: فحص العلاقة بين اضطراب ما بعد الصدمة و الاليكسيثيميا في مرحلة إعادة التأهيل لدى مرضى الصدمات
- أداة الدراسة: مقياس الاليكسيثيميا و مقياس اضطراب ما بعد الصدمة
- عينة الدراسة: 26 مريض مصاب بحروق و 27 مريض بتر إصبع
- نتائج الدراسة: كانت معدلات انتشار اضطراب ما بعد الصدمة و الاليكسيثيميا التي تم تقييمها أعلى بشكل ملحوظ. كما كانت معدلات انتشار PTSD و alexithymia التي تم تقييمها بواسطة مقياس تورونتو

ألكسيثيميا (TAS) أعلى بشكل ملحوظ لمرضى الإصابة مقارنة بالمتطوعين الأصحاء، أيضا كان معدل أعراض اضطراب ما بعد الصدمة للتجنب والتخدير العاطفي مرتبطاً بشكل كبير وإيجابي بدرجات TAS في مرضى الإصابات، و كذا كان لأعراض اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD) المتمثلة في التجنب والتخدير العاطفي علاقة مهمة بالوظيفة بعد إعادة زرع الإصبع، كان لدى Alexithymia أيضاً علاقة مماثلة مع الظروف المادية. و منه تشير هذه النتائج إلى أنه في بعض الحالات، قد تظهر ألكسيثيميا عند ظهور أعراض اضطراب ما بعد الصدمة العاطفية في مرضى الإصابة بالحروق، و الاضطرابات العاطفية (أي أعراض اضطراب ما بعد الصدمة للتجنب والتخدير العاطفي و الالكسيثيميا) قد تتأثر بمستوى التعافي الوظيفي بعد إعادة زراعة الإصبع.

- **التعليق على النتائج:**

- هذه الدراسة أجريت في اليابان و الدراسة الحالية في الجزائر.
- تتشابه هذه الدراسة مع الدراسة الحالية في تناول متغيري الالكسيثيميا و اضطراب ما بعد الصدمة عند مرضى الحروق.
- تختلف هذه الدراسة عن الدراسة الحالية في حجم العينة و نوعها.

- **موقع الدراسة الحالية من الدراسات السابقة:**

تمت الاستفادة من الدراسات السابقة من حيث تحديد المنهج المناسب للدراسة الحالية و الأساليب المعتمدة للوصول إلى النتائج و تفسيرها، كما ساهمت في توضيح أهمية الدراسة الحالية. فالإضافة التي قدمتها الدراسة الحالية هي تسليط الضوء على فئة المصابين بحروق جسدية و ما مظاهر الاضطرابات التي تظهر جراء هذه الإصابة و المتمثلة في اضطراب ما بعد الصدمة و الالكسيثيميا.

3- التعريف الإجرائي لمتغيرات الدراسة:

3-1. اضطراب ما بعد الصدمة:

- **تعريف اصطلاحي:** وفقاً لهيرمان Herman، فإن اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD) هو اضطراب قلق يمكن أن يتطور بعد التعرض لحدث يهدد الحياة أو الصحة ويتميز بشكل أساسي بإعادة تجربة الحادث المؤلم، و فرط التوتر العصبي، و تجنب الإشارات المرتبطة بالصدمة. (Sulaeman(2014.12)
- **تعريف إجرائي:** هو اضطراب يحدد وفقاً للدرجة التي يتحصل عليها المصاب على مقياس كرب ما بعد الصدمة لدافيدسون.

3-2. الألكسيثيميا:

- **تعريف اصطلاحي:** و يعرفها تايلور Taylor (1997): بأنها عدم القدرة على التعبير عن العواطف و المشاعر و وصفها بالكلام، فعدم القدرة على التعبير عن المشاعر ناتج عن الافتقار إلى الوعي العاطفي فهي تعني حرفياً عدم وجود مشاعر. الألفي(س ب. 3)
- **تعريف إجرائي:** هي حالة نفسية تحدد وفقاً للدرجة المتحصل عليها على مقياس تورنتو الكسيثيميا (TAS-20) لقياس الألكسيثيميا.
- 3-3. **المراهق المصاب بحرق في الوجه:** هو الفرد الذي أصيب بحروق في منطقة الوجه بفعل أي عامل يتسبب في حروق و ذلك بمدينة بسكرة.

4- أهداف الدراسة:

تشمل أهداف الدراسة نوعين من الأهداف، أهداف نظرية و أخرى تطبيقية:

- هدف نظري:

- إثراء التراث المعرفي و السيكولوجي بشأن موضوع اضطراب ما بعد الصدمة و الألكسيثيميا الثانوية لدى المراهق المصاب بحروق جسدية.

- أهداف تطبيقية:

- تحديد مظاهر اضطراب ما بعد الصدمة لدى المراهق المصاب بحروق في الوجه.
- تحديد مظاهر الألكسيثيميا الثانوية لدى المراهق المصاب بحروق في الوجه.
- تحديد المظاهر المشتركة بين اضطراب ما بعد الصدمة و الألكسيثيميا الثانوية لدى المراهق المصاب بحروق في الوجه.

5- أهمية الدراسة:

إن دراسة موضوع اضطراب ما بعد الصدمة و الاكسيثيميا الثانوية لدى المراهق المصاب بحروق جسدية، يعتبر من المواضيع الهامة لان للحروق تأثير كبير على نفسية المصابين بكل ما تخلفه من اضطرابات.

و تكمن أهمية الدراسة الحالية فيما يلي:

- التركيز على حوادث الإصابة بحروق و الاضطرابات الناجمة عنها.
- تسليط الضوء أكثر على فئة المصابين بحروق جسدية للتقليل من تهميشهم، و منح أساس للاهتمام بالحالة النفسية الصعبة التي يعيشونها و من ثم توفير الإحاطة النفسية اللازمة لهم.
- التعرف على الخصائص النفسية لفئة المصابين بحروق في مرحلة المراهقة.
- المساهمة في الاهتمام بدراسة حالات الحروق بغرض وضع بنية نظرية يمكن من خلالها إنشاء بعض برامج التكفل الخاصة بهم.
- يمكن الاعتماد على هذه الدراسة في بناء برامج علاجية من أجل المصابين بحروق.
- للعمل على توفير دراسات يمكن من خلالها إنشاء مجموعة من البرامج الإرشادية الخاصة بأسر المصابين بحروق.



الفصل الثاني : مدخل

مفاهيمي لمتغيرات الدراسة



أولاً: الحروق

1-تعريف الإصابة بحروق

2-الفيزيولوجية المرضية لصدمة الحروق

3-درجات الحريق

4-تقييم و تشخيص الحروق

5-الانعكاسات النفسية للحروق

6-الحروق و الاضطرابات النفسية

ثانياً: اضطراب ما بعد الصدمة

1-تعريف اضطراب ما بعد الصدمة

2-عوامل الخطر المساعدة في تطور اضطراب ما بعد الصدمة

3-أنواع اضطراب ما بعد الصدمة

4-تشخيص اضطراب ما بعد الصدمة حسب DSM-5-TR

5-النماذج النظرية الممثلة لاضطراب ما بعد الصدمة



6- علاج اضطراب ما بعد الصدمة

7- اضطراب ما بعد الصدمة و الحروق

ثالثا: الالكسيثيميا الثانوية

1- تعريف الالكسيثيميا

2- أعراض الالكسيثيميا

3- أنواع الالكسيثيميا

4- آليات الدفاع و الالكسيثيمي

5- النظريات المفسرة للالكسيثيميا

6- علاج الالكسيثيميا

7- الالكسيثيميا و اضطراب ما بعد الصدمة

8- اضطراب ما بعد الصدمة و الالكسيثيميا الثانوية لدى المراهق المصاب بحروق في الوجه



أولا/ الحروق:

تعد الحروق من أفسى الحوادث التي يمر بها الفرد، كما أنها تعتبر صدمة شديدة للكثيرين نتيجة مواجهة المصاب خلالها للموت، و من ثم التشوه لا سيما لو كانت درجة الحريق كبيرة، فمع مرور الوقت سيعيش المصاب مراحل صعبة و من بينها مرحلة الاستشفاء، و لا تتوقف المعاناة عند هذا الحد بل تشمل كل من الوصم الاجتماعي، إضافة إلى مروره بلحظات الرفض و الحزن و اليأس و حتى فقدان نتيجة ما عاشه، ما قد يجعله يعيش في دائرة مغلقة من ضغوط الصدمة. و من خلال ما يلي سيتم التطرق لماهية الحريق و درجاته و كيفية تشخيصه و حتى انعكاساته النفسية.

1-تعريف الإصابة بالحروق:

تعد حوادث الحريق من أكثر الإصابات انتشارا التي يتعرض لها البشر، وينتج عنها تمزق وتلف في خلايا الجلد مما يجعل منها مصدر لإعاقة جسمية ونفسية كبيرة تلازم الفرد بصفة مؤقتة أو دائمة، سواء على الصعيد الوظيفي أو الجمالي. طبي(2005. 140).

و الحرق عبارة عن تدمير جزئي أو كلي لغطاء الجلد، أو حتى الهياكل الأساسية، بواسطة عامل حراري أو كيميائي أو كهربائي أو عن طريق الإشعاع المؤين، مهما كانت مسبباته فإنه يهدد الحياة بمجرد أن يتجاوز 20% من سطح الجسم عند البالغين و 8 إلى 10% من سطح الجسم عند الأطفال.

SEDDIKI & BATOUCHE & CHOUICHA(2020. 7)

2-الفيزيولوجية المرضية لصدمة الحروق:

ينتج عن إصابة الحروق صدمة قلبية و نقص حجم الدم وصدمة توزيعية، حيث ينضب الحجم داخل الأوعية الدموية في المقام الأول بسبب زيادة نفاذية الشعيرات الدموية و تحولات السوائل في أكثر من 30% من مساحة سطح الجسم الكلية(TBSA) ، يمكن تحقيق تعويض جزئي فقط عن طريق إنعاش السوائل بسبب الانخفاض العام في نشاط ATPase الصوديوم وتعطيل التدرج الأيوني للغشاء الخلوي الذي يستمر لعدة أيام، إضافة إلى إصابة الأوعية الدموية الدقيقة الثانوية للوسطاء الالتهابيين مثل الهيستامين، البراديكينين البروستاجلاندين، الليكوترين، الأمينات النشطة في الأوعية، قنوات تنشيط الصفائح الدموية و المكملات التي تسمح بفقدان البروتين في النسيج الخلالي فينخفض الضغط الاسموزي الغرواني داخل الأوعية ويهرب السائل من نظام الأوعية الدموية، و النتيجة هي فقدان السوائل داخل الأوعية و الشوارد والبروتينات مع موازنة سريعة مع المقصورات الخلالية. سريريا يتجلى ذلك من خلال نقص حجم الدم، تركيز الدم، الوذمة، انخفاض

إنتاج البول والخلل في وظائف القلب والأوعية الدموية. الإنعاش الكافي من صدمة الحروق هو تدخل علاجي حاسم في إدارة الحروق. (1) Snell & Loh. Mahambrey & Shokrollahi(2009).
يحدد الحرق المعتدل (بين 10 و 30% من إجمالي SCT السطحي الجلدي) تفاعلاً التهابياً موضعياً بشكل أساسي استجابةً للعدوان الحراري، سيؤدي هذا التفاعل الموضعي إلى تنشيط الخلايا الوحيدات الضامة بشكل ثانوي، مما يؤدي إلى تعميم الاستجابة الالتهابية. في حالة حدوث حرق شديد (< 30% من SCT)، سواء كانت الصدمة الحرارية معزولة أو مرتبطة باستنشاق الدخان، فإن الالتهاب ينتشر على الفور، مما يؤدي إلى ظهور SIRS (الاستجابة الالتهابية الجهازية)، ثم تصبح العواقب السريرية نظامية. يمكن تقييم الإنذار عند الدخول مع الأخذ في الاعتبار عوامل الخطورة الرئيسية: المساحة السطحية الكلية و عمق الحرق، و عمر المريض، و وجود آفات استنشاق الدخان، و موقع الحروق، و الأمراض المصاحبة وسرعة الحرق، التي يمكن أن يكون دورها حاسماً. (3) BOURGEOIS & LOSSER(2012).

3- درجات الحروق:

و هناك ثلاثة درجات للحروق وفقاً لونس(2015. 48 - 50) كالتالي:
حروق الدرجة الأولى: تصاب فيها طبقة البشرة الخارجية، و تتميز هذه الدرجة بوجود احمرار في المنطقة المصابة و شعور المريض بالألم مع عدم وجود فقاعات، ويشعر المصاب بارتفاع في درجة الحرارة وصداع مثل: الحروق الناجمة عن التعرض لأشعة الشمس. ويحدث الشفاء خلال 7 أيام و لا يحدث في الغالب أي تغيير فسيولوجي للجلد.
و من أسباب حروق الدرجة الأولى: التعرض أكثر من اللازم للشمس، ملامسة بسيطة لوعاء ساخن أو انسكاب ماء ساخن على الجلد أو تعرض الجلد لبخار ماء أو قليل من المواد الكيماوية.
حروق الدرجة الثانية: وتشمل هذه الحروق الطبقتين الخارجية و التي تليها من طبقات الجلد، وتتميز هذه الحروق بألم شديد جداً بالإضافة إلى احمرار وتقرح في الجلد وتكوين ما يسمى الفقاعات، و تحدث تغيرات فسيولوجية تؤدي إلى تكوين طبقة جديدة من الجلد ويحدث الشفاء في خلال 2 - 3 أسابيع.
و من أسباب حروق الدرجة الثانية: التعرض للهب، ماء أو سائل ساخن، ملامسة جازولين محترق، ملامسة مواد كيماوية، التعرض الطويل لأشعة الشمس.
حروق الدرجة الثالثة: وتكون جميع طبقات الجلد في هذه الحالة قد احترقت بما في ذلك الأعصاب والعضلات و قد تشمل الأنسجة الداخلية والعظام، ويكون الجلد في هذه الحالة أسوداً متفحماً و لا يشعر المصاب بأي ألم في منطقة الحرق من الدرجة الثالثة لأن النهايات العصبية تكون قد احترقت، و تكون منطقة الحروق من الدرجة الثالثة في العادة محاطة بمنطقة حروق من الدرجة الثانية أو الدرجة الأولى. و من خصائص حروق الدرجة الثالثة أنها: تلتئم ببطء، غير مؤلمة، مشوهة، معرضة للالتهابات.

4- تقييم و تشخيص الحروق:

يتم تحديد شدة الحرق بشكل أساسي من خلال مساحته و عمقه، و مع ذلك فإن العوامل الأخرى مثل العمر و موقع الحروق و الإنعاش المبكر يمكن أن تلعب دورًا حاسمًا، من الضروري إجراء تقييم دقيق للشدة، ليس فقط لإبلاغ المريض و عائلته بحالته، ولكن أيضًا لاختيار الأساليب العلاجية المناسبة. و من أهم هذه العوامل ما يلي:

(1) **سطح الجلد المحروق:** يتم تقييمه كنسبة مئوية من إجمالي مساحة سطح الجسم، يستدعي تقدير السطح مخططات أو جداول حسب العمر، و الطريقة الأكثر استخدامًا و الأبسط لتحديد قيمتها هي قاعدة والاس 9، والتي تتيح إجراء تقدير أولي للمساحة بسرعة، و يتم إجراء التقييم من خلال اعتبار أن أصابع يد الضحية من راحة اليد حوالي 1% من سطح جسمه الكلي و تنسب مضاعفات 9 % من إجمالي الجسم إلى مناطق مختلفة. لكن هذه القاعدة السطحية المبالغة في تقدير الحروق، لا تنطبق على الأطفال الذين تستخدم لهم جداول أخرى حيث تعتبر جداول Lund و Browder أكثر تقديرًا بعد إتباعها العديد من التصحيحات حسب العمر.

(2) **العمق:** الاهتمام بتصنيف الحروق قديم فقد تم إنشاء أحد التصنيفات الأولى للحروق بواسطة Baron Dupuytren في القرن التاسع عشر، بناءً على جانبها السريري حيث تميزت بست درجات تتميز بما يلي: احمرار الجلد الكامل، تدمير جزء من سمك الغشاء المخاطي، تقليل النخر في سماكة الجلد بالكامل، الاحتراق الكامل للأنسجة وصولاً إلى العظم، التفتح الكامل لطرف أو جزء من طرف. و اعتبر "الاحمرار والتقرح والخدش" الموصوف في ذلك الوقت هو الدرجة الأولى والثانية و الثالثة الحالية. يستخدم الأطباء تصنيفًا من ثلاث طبقات: حرق الدرجة الأولى، حرق من الدرجة الثانية، حرق من الدرجة الثالثة، و يتم التحدث أقل عن حرق من الدرجة الرابعة في حالة التعرض أو تلف الهياكل العميقة: الأوعية و الأعصاب والأوتار والعظام والمفاصل.

(3) **الموقع:** تتطلب بعض المواقع دخول المستشفى حتى لو كانت الأسطح المحروقة صغيرة : كحروق الوجه الموضعية و الخطيرة بشكل خاص، حيث يتعرضون في الفترة الأولى لخطر الإصابة بالوذمة في الجهاز التنفسي العلوي، ثم يمكن أن تؤدي إلى مضاعفات في العين، وأخيرًا يمكنها ترك آثار ندوب تكون نفسية و اجتماعية كبيرة .

ايضا حروق اليدين و الذي يعد عامل تفاقم بسبب المخاطر الوظيفية و المخاطر الجمالية .

و كذا الحروق الدائرية للأطراف و الرقبة و الذي يعرض المصاب لخطر إصابة محاور الشرايين.

4) **الآفات المصاحبة:** بعض الآفات المرتبطة بحروق الجلد تزيد من التشخيص الحيوي، فقد يتسبب استنشاق الأبخرة أو الغازات الساخنة في حروق في الجهاز التنفسي، و هي السبب الرئيسي الثاني للموت من الحروق بعد مدى تلف الجلد.

5) **عمر المريض:** هذا عنصر أساسي في شدة الحرق، الأعمار المختلفة لها علاقة كبيرة بنسبة زيادة كبيرة في الوفيات قبل 5 سنوات و بعد 65 سنة للحروق الشديدة.

6) **الخلفية:** خلفية المريض أساسية، والعيوب الفسيولوجية المرتبطة بها مثل مرض السكري، قصور القلب أو الجهاز التنفسي، مشاكل المناعة و العديد من العوامل الأخرى تؤدي إلى زيادة الوفيات.

- و يعتمد في التقييم أيضا على نوع الحريق و سببه لتحديد شدته. **SEDDIKI & BATOUCHE & CHOUICHA(2020. 30-36)**

5-الانعكاسات النفسية للحروق:

يعد الحرق صدمة نفسية و جسدية معتبرة تحمل مظاهر مختلفة من الاضطرابات و الانفعالات النفسية، و يمكن تمييز 4 مراحل جزئية لردود الفعل الأولى التي يبديها أي مصاب مثلما وردت في دراسة مصباح(2018. 48-51) كما يلي:

مرحلة الصدمة: التي تظهر فيها حالة الصدمة خلال أيام الإصابة، و يتولد عنها ضغط كبير لدى المصاب فتخلف لديه حالة من القلق، في هذه الأوقات يجد المحروق نفسه في مواجهة الآلام الحادة و المستمرة و التي تعزز مع إحساسه المتواصل بالاعتداء عليه عن طريق التدخلات الطبية المختلفة خصوصا عند عملية التضميد المؤلمة، فالتكفل العلاجي جد صعب حيث يقوم المعالجون طيلة فترة العلاج باقتلاع أجزاء النسيج المخربة من الجسد.

وما يميز الفترة الاستشفائية الأولى بقاء المصابين عراة أغلب الأحيان أثناء العلاج، أو يرتدون ملابس خاصة معقمة يبقى جزء مهم منها مكشوف، مما يجعل المصابين يرجعون للوضعية البدائية للطفل في حالة التعري، كما أن الخصوصية العلاجية للمحروقين تفرض عزل المصابين في مصلحة مغلقة مما تجعلهم في حالة قلق حاد، في هذه الفترة يبعث المصاب لنكوص إلى الوضعيات الطفلية في تعامله مع جسده، فهو بحاجة للأخير لاشباع حاجاته الخاصة و يبحث عن الطمأنينة المتمثلة في العلاج، أي أن المريض يعيش حالة قلق سببها الحادثة بالإضافة إلى الخوف من الصورة الأخيرة والجديدة لجسده بعد العلاج، خاصة و هو على علم بدرجة حروقه و النتائج المترتبة عنها على مستوى الجلد، بالإضافة لإعادة معاشته المستمرة للحادث.

المرحلة الحادة: هذه المرحلة تظهر علامات من الألم و القلق الحادين، وذلك عندما يكتشف المحروق شيئا فشيئا إصابة وحدته الجسدية، حيث تظهر عليه علامات التغيير الجسدي التي تجعله يعيش غالبا حالة

غضب و انكار، فمع بداية وعي المصاب بالتشوه يبدأ الغضب على شكل: (لا أصدق أن هذا قد حصل لي، وليس من العدل أن يحصل لي) ويمكن أن يتعدى هذا الشعور إلى العائلة حيث غالباً ما تذكر هي الأخرى الحادث.

كما يظهر المصاب أيضاً شعور بإنكار ذاته، وذلك بعد التعرف أو عدم الرغبة في التعرف على جسده المصاب أو المشوه خاصة إذا كانت الإصابة متمركزة في الوجه أو الأعضاء الظاهرة، فيخاف المصاب من البشاعة وأثارها، هذا بالإضافة إلى إظهار أفكار اتهام و لوم للذات و الآخرين الخاصة بالحادث.

مرحلة بداية الاندماج : مع بداية تطور الاندماج تبدأ شيئاً فشيئاً مرحلة من العظمة تتبع هذا الألم، تجعل المحروق بعيداً عن الواقع يأمل أثنائها المصاب بالعودة إلى الصورة الأولى لجسده.

مرحلة الاكتئاب: تتعلق هذه المرحلة بالأيام التي تلي الخروج من مصلحة الاستشفاء وبعدها يتم الاندماج التام، هنا يتدخل الواقع فيكتشف المصاب أن الاندماج لا يعني استعادة الجسد لحالته الأصلية، و بالتالي يظهر الحزن على فقدان الصورة الأولى للشخص.

يشعر بعض أفراد العائلة أنهم لا يقدرّون على رؤية المصاب، و أفكار الاحتقار تكون أكثر شدة إذا تموضعت الندب في المناطق الأكثر عرضة للأنظار، إضافة إلى أرق كمي في النوم و يبقى يعاني من قلق و وسواس كبيرين.

ومن الأعراض الهامة التي تظهر أيضاً عند المحروقين هو بقاء الخوف من النار إضافة إلى عدم استيعاب الصورة الجسدية الجديدة، فيتموضعون في سياق اكتئابي يجذبهم نحو العزلة و تجنب الأفراد، وذلك ظناً منهم أنهم أكثر تشوهاً من الإصابة الحقيقية، كما يوجد أيضاً من المحروقين من سرعان ما تخفي لديه هذه الأعراض ليسترجع بعدها نشاطاته و حياته، و لكن هذا لا يكون قبل التعبير بصراحة عن مشاعر الألم و الذنب و الاكتئاب السابقة، و يستند قبول الواقع إلى تحميل عقلائي لهذا الأخير و معرفة أن الأمور ستكون مختلفة عما قبل و التي يتعرف فيها المصاب على كيفية استخدام جسده الجديد (المشوه). مصباح(2018. 48-51).

هذا و وفقاً ل Landolt و Wiechman and Patterson تعد إصابات الحروق الشديدة من أكثر الإصابات المعروفة إيلاماً، و يمكن أن تكون إجراءات العلاج مكروهة للغاية أيضاً، فيجب أن يتعايش الأطفال الذين يعانون من الحروق في كثير من الأحيان مع تشوه دائم وإعاقات جسدية. و بناءً على مراجعة الجوانب النفسية لإصابات الحروق الشديدة لدى الأطفال والمرافقين تم تحديد 3 مراحل من العلاج الطبي، و تم تقديم ردود الفعل النفسية الشائعة والتدخلات النفسية المحتملة لكل مرحلة. و ذلك وفقاً لكل من الدراستين كالتالي:

المرحلة الحادة: تتميز الأيام القليلة الأولى في المستشفى بجهود طبية و جراحية للحفاظ على حياة الحالة المهددة، و في بعض الأحيان يكون التنفس الاصطناعي المؤقت و المكوث في جناح العناية المركزة ضروريين، فيجد المصاب نفسه في بيئة غريبة مع أشخاص مجهولين غالباً ما يرتدون الأقنعة و الزي

الرسمي، و يكون هو دائماً في الفراش و لا يُسمح له بالحركة و يعاني من ألم شديد يترافق مع اعتماده على الأدوية المسكنة، علماً أنها تحدث مضاعفات في 5-14% من الأطفال في المرحلة الحادة كذهان الحروق و من أعراضه: الوعي المقيد و اليأس، اضطراب التفكير، القدرات المعرفية المحدودة، العاطفة غير المستقرة و الهلوسة. و من أسبابه اشتباهه في وجود قصور دماغي معمم، العدوى أو بسبب السموم أثناء الحادث.. و اشتبهه أيضاً في وجود تشابه مع متلازمة وحدة العناية المركزة فيعتبرون أن الجمع بين الحرمان من النوم و الحرمان الحسي و قلة الحميمية هو سبب الاضطرابات في الوعي. اما الاعتبارات النفسية للمسببات فيذكر باترسون وآخرون (Patterson and others 1993) أن الأعراض المماثلة تحدث أيضاً فيما يتعلق بردود فعل الإجهاد الحاد. Landolt (1996. 48-50)

مرحلة تغطية الجرح: وفقاً Landolt و يطلق عليه (Wiechman & Patterson 2004. 392) المرحلة الحادة: و التي تتركز على الرعاية التصالحية لكن المرضى يستمرون في الخضوع للعلاجات المؤلمة و بتخدير أقل، كما يكونوا أكثر وعياً بالتأثير الجسدي والنفسي لإصابتهم، هذا و تكون أعراض الاكتئاب و القلق شائعة و تبدأ في الظهور بالإضافة لاضطراب الإجهاد الحاد و PTSD الأكثر شيوعاً بعد الحروق. عادةً ما يعاني المرضى المصابون بهذه الاضطرابات من حروق و آلام أكثر حدة و يعبرون عن شعورهم بالذنب تجاه الحدث المتسارع، كما ترتبط شدة الاكتئاب بمستوى الراحة و الدعم الاجتماعي لدى المريض، و قد يبدأ هذا الأخير بالحزن عندما يصبح أكثر وعياً بتأثير الإصابة على حياته فقد يكون أفراد الأسرة أو الأصدقاء أو الحيوانات الأليفة قد ماتوا في الحادث، وربما فقد المريض منزله أو ممتلكاته الشخصية. بالإضافة إلى حزنه أيضاً على حياته السابقة (مثل الوظيفة و التنقل و القدرة البدنية والمظهر).

إعادة التأهيل الشامل: في هذه المرحلة ينصب التركيز على تحسين النتيجة الوظيفية و التجميلية للعلاج، في نهاية العلاج الجراحي يواجه الطفل المصاب و أقاربه النتائج المؤقتة للعلاج، والتي غالباً ما تكون غير مرضية من وجهة نظر ذاتية، فيواجه مهمة إعادة دمج جسده المتغير ظاهرياً في مشاعره وخبراته و أفعاله أي بناء مخطط جسم متغير، و لقد ثبت أنه صعب و بشكل خاص تطور صورة الجسم الجديدة مع تمدد الوجه و اليدين والأعضاء التناسلية، حيث أن إصابة أماكن الجسم هذه تجلب معها الكثير من الضغوط المستقبلية و التي يتوقعها الطفل بوعي أكثر أو أقل اعتماداً على العمر، كما أن إمكانية إجراء عمليات تجميلية لاحقة التي يذكرها الأطباء تمثل أملاً للمصابين وأسره، إلا أنها في بعض الأحيان تزيد من صعوبة التعامل مع الجسد المتضرر، و من ثم فتدريب الآباء و المصاب على كيفية استخدام وسائل العلاج الضرورية كأقنعة الوجه.. يساهم بمنع مشاكل الامتثال، علماً انه من المهم إبلاغ الطفل بطريقة تتناسب مع مستوى نموه المعرفي، و في حالة مشاكل الامتثال لدى الأطفال الأكبر سناً والمراهقين فغالباً ما ترتبط بمخاوف بشأن المستقبل والشعور المكبوت بالذنب أو اللوم، فضلاً عن المواجهة المحجوبة وغير الناجحة مع

الجسد المعزول. Landolt (1996. 48-50)

و من بين الانعكاسات النفسية الأخرى التي تسببها الحروق أيضا ما يلي:

الوعي الذاتي الاجتماعي بالمظهر: يمكن أن تثير الندوب ردود فعل سلبية من البيئة و هذا متوقع جداً بعد الحروق، فالشعور بالوصم هو أحد المشاكل الاجتماعية الموثقة للتعايش مع الندوب و ينتج هذا الشعور عن ردود أفعال من أشخاص آخرين مثل: التحيزات، التمييز، التجاهل و السلوكيات المتطفلة (التحديق، الأسئلة، الملاحظات أو حتى التتمر)، قد يتطور لدى الأشخاص الذين يتعين عليهم التعامل مع ردود الفعل هذه شعور بالوعي الذاتي و قد يرون أن الوصم قد يؤثر على احترام الذات بطريقة سلبية، و هذا بدوره يمكن أن يؤدي إلى سلوك تجنب أو في بعض الأحيان (أعراض) القلق الاجتماعي، و مع ذلك قد يختلف تأثير ردود الفعل هذه بين الأفراد فبعض الأشخاص أكثر عرضة للشعور بالوصم بسبب التحيز المتعمد تجاه

المنبهات التي تثير الخوف. (Teot & Mustoe & Middelkoop & Gauglitz(2020. 48)

مخاوف احترام الجسد و احترام الذات: فالفرد لا يمكن أن يعطي صورة لذاته إلا من خلال تصوره عن ذاته، و عن الصورة التي يظن أن الأخر يدركها به و ما ينجم عن هذا الإدراك، فصورته الخارجية تكون ردود أفعال داخلية أو خارجية، كذلك الانفعال يحدث في الجسم تغيرا مباشرا، و في هذا يقول اسعد ميخائيل "أن الجسم و صفاته العضوية يلعبان دورا في تشكيل الفرد لصورته عن نفسه و فكرته عن كيفية ظهوره في أعين الآخرين، فالصورة التي نكونها عن أنفسنا مرتبطة بشدة بالصورة التي نكونها عن أجسامنا. طبي(2005. 192)

و يمكن أن تتضرر المفاهيم النفسية المهمة مثل احترام الذات واحترام الجسد عندما يُجبر الشخص على العيش مع اختلافات ملحوظة ناتجة عن الندوب إلى جانب المظهر المتغير، فتقدير الذات هو تمثيل معرفي عام للذات و هو مفهوم متعدد الأبعاد يشمل وجهة نظر الشخص حول القدرات و الخصائص المختلفة و يؤثر على كيفية معالجة المعلومات الخارجية كالنظرات من أشخاص آخرين. يشير تقدير الجسد إلى تقييم جسد المرء و يمكن اعتباره جزءاً من احترام الذات و بعد التشوه المكتسب هناك تغيير في تقدير الجسد الذي يحتاج الشخص للتكيف معه.

تشوه الوجه: يلعب الوجه دورا رئيسيا في الهوية و في التواصل الشخصي و التعبير عن المشاعر، و منه يمكن أن يكون استمرار الحروق الشديدة في الوجه تجربة مدمرة لأنها تؤثر على القضايا التي تعتبر مركزية في الهوية و التفاعلات الاجتماعية. من المتوقع بشكل عام أن يعاني الأشخاص المصابون بتشوه الوجه من مشاكل أكثر ممن يعانون من ندوب في أجزاء أخرى من الجسم، و من الثابت أن الأشخاص الذين يعانون من إصابات في الوجه يواجهون بعض التحديات الاجتماعية تشمل ردود الفعل الاجتماعية غير المرغوب فيها التحديق والأسئلة والملاحظات المتطفلة و التحيزات. وجدت دراسة عن الذين يعانون من حروق في الوجه مشاكل في العديد من مجالات الأداء مثل: العواطف أي أنهم شعروا بمزيد من الغضب والحزن، وكان

لديهم المزيد من المشاكل الاجتماعية بسبب مشاكل المظهر. (Teot & Mustoe & others(2020. 48)

6-الحروق و الاضطرابات النفسية:

في الصدمات العامة و الكثير من الدراسات، كانت الاضطرابات النفسية مثل الاكتئاب و اضطراب ما بعد الصدمة موضع تركيز لفترة طويلة على الاضطرابات الخاصة بالمصابين بحروق، فقد وجدت الدراسات التي قارنت مرضى الحروق و المرضى الذين يعانون من أمراض طبية انتشاراً أعلى للاكتئاب لدى مرضى الحروق. تعرض الصدمة الناتجة عن الحروق الفرد إلى متطلبات جسدية و نفسية و اجتماعية كبيرة، ففي المتابعة بعد 14 إلى 24 شهراً من الإصابة، أبلغ حوالي 90% من المرضى عن شكاوى جسدية، مع ردود فعل من الندبات، الألم، الحكة، الحساسية تجاه الحرارة و فقدان القوة هي الأكثر شيوعاً. و حتى لو كان من المعقول توقع أن المرضى الذين يعانون من حروق كبيرة معرضون للخطر بشكل خاص، فإن الحروق الطفيفة يمكن أن تؤدي إلى ضائقة نفسية كبيرة، حيث يعد التكيف بعد إصابة الحروق عملية معقدة، ويمكن للمنطقة المحترقة أن تنتبأ بالنتيجة المتصورة إلى حد صغير فقط بينما تم الإبلاغ عن سمات الشخصية و استراتيجيات المواجهة، وعدم الرضا عن صورة الجسم لتتوافق مع زيادة خطر الإصابة بضائقة نفسية عقب الإصابة بالحروق.

كما ثبت أن استخدام الرعاية الصحية بعد الإصابة بالحروق لها تأثير مهم على النتائج الجسدية والنفسية طويلة المدى بشكل عام، فقد ارتبط التكيف "المركّز على المشكلة" بشكل إيجابي مع الصحة، في حين أن استراتيجيات "التجنب" و "التحكم الذاتي" و "السعي وراء الدعم" ارتبطت بشكل سلبي بالصحة. **Palmu (2011. 31-32)**

ثانيا/ اضطراب ما بعد الصدمة:

تتسبب بعض الأحداث المجعدة و المؤلمة التي يصاب بها الفرد في بعض الأحيان في العديد من الآثار السلبية على نفسيته، لا سيما لو كانت هاته المواقف مفاجئة و ضاغطة و مهددة له بشكل كبير فستختلف لديه صدمة جرها، و من ثم فان تجاهلها و عدم تلقي المصاب بها للعلاج أو الإحاطة الأنسب قد يعرضه لمخاطر اكبر، كتطور هذه الصدمة بكل ما تحمله من تشوهات نفسية و معرفية و حتى فيزيولوجية لتسبب اضطرابات أخرى أهمها اضطراب ما بعد الصدمة، الذي يحدث جراء استجابة متأخرة لضغط حدث مؤلم أو خطير و يرافق ظهوره عدة أعراض مرضية، و قد اهتمت العديد من النظريات بتفسيره و كذا اقتراح علاجات له. و هذا ما سيتم التعرف عليه في ما يلي:

1- تعريف اضطراب ما بعد الصدمة:

اضطراب ما بعد الصدمة هو اضطراب قد يحدث بعد حدث صادم حيث يكون هناك تعرض لموت فعلي أو مهدد أو إصابة خطيرة أو عنف جنسي، تشمل الأحداث المؤلمة المحتملة الحرب / القتال و الحوادث الكبرى و الكوارث الطبيعية أو التي يسببها الفرد والعنف الشخصي، تؤثر على أي شخص بغض النظر عن العمر أو الثقافة أو المهنة أو الجنس.

وفقاً للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM-5) فإن تشخيص اضطراب ما بعد الصدمة يتطلب تجربة الصدمة من خلال التعرض الشخصي المباشر أو التعرض غير المباشر لحدث صادم لأحد أفراد الأسرة أو زميل مقرب أو التعرض المباشر المتكرر أو الشديد للتفاصيل البغيضة للأحداث المؤلمة (عادة معظم الأشخاص يتعافون في فترة قصيرة نسبياً لزيادة الوعي حول الاضطراب وتعزيز تشخيصه بعد حدث صادم، ولكن بعض الأشخاص يعانون من أعراض تتفاقم وتستمر على مدى شهور أو سنوات، في بعض الحالات قد لا تظهر الأعراض إلا بعد شهور أو سنوات من التجربة). **Public Health Agency of Canada. (2020. 4)**

و حسب ICD11 فاضطراب ما بعد الصدمة 6B40 هو اضطراب قد يتطور بعد التعرض لحدث أو سلسلة من الأحداث المجعدة أو المروعة للغاية. و يتميز بكل ما يلي: (1) إعادة تجربة الحدث أو الأحداث الصادمة في الوقت الحاضر على شكل ذكريات مقتحمة حية أو ارتجاجات عن الماضي أو كوابيس، عادة ما تكون مصحوبة بمشاعر قوية أو غامرة، خاصة الخوف أو الرعب، و أحاسيس جسدية قوية. (2) تجنب الأفكار و ذكريات الحدث أو الأحداث، أو تجنب الأنشطة أو المواقف أو الأشخاص الذين يذكرون بالحدث

أو الأحداث. 3) التصورات المستمرة للتهديد الحالي المتزايد، على سبيل المثال كما يتضح من خلال التنبه المفرط أو رد الفعل المفاجئ المضخم للمنبهات مثل الضوضاء غير المتوقعة. تستمر الأعراض لعدة أسابيع على الأقل و تسبب ضعفا كبيرا في المجالات الشخصية أو العائلية أو الاجتماعية أو التعليمية أو المهنية أو غيرها من مجالات الأداء المهمة. الحمادي(2021. 391)

و تعرف الجمعية الأمريكية للطب النفسي اضطراب ما بعد الصدمة بأنه: الأعراض التي تتبع التعرض لضغط صدمي شديد يشمل الخبرة المباشرة للشخص الذي يتعرض للحدث الذي يتضمن تهديد حقيقي أو متخيل أو جرح خطير أو أي تهديد آخر لجسد الشخص أو مشاهدة الحدث الذي يشمل الموت، الجرح أو أي تهديد لجسد الشخص نفسه أو لشخص آخر أو العلم عن موت عنيف أو غير متوقع أو إيذاء خطير أو تهديد بالموت أو إلحاق الجرح أو الإيذاء لفرد من أفراد الأسرة أو أي قريب عزيز". منصور(2021. 227-228)

وفقاً ل Boden اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD) هو في جزء منه اضطراب اختباري و تجنب عاطفي، حيث يحاول الأفراد المصابون باضطراب ما بعد الصدمة الحد من تجنب التعرض للإشارات المرتبطة بالصدمات والتفاعل العاطفي المرتبط بها.

وفقاً لهيرمان Herman، فإن اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD) هو اضطراب قلق يمكن أن يتطور بعد التعرض لحدث يهدد الحياة أو الصحة ويتميز بشكل أساسي بإعادة تجربة الحادث المؤلم، وفرط التوتر العصبي، وتجنب الإشارات المرتبطة بالصدمة. SULAEMAN(2014.12)

و مما سبق يمكن تعريف اضطراب ما بعد الصدمة على انه عبارة عن رد فعل متأخر عن حدث صادم واجهه الفرد سواء جراء كوارث طبيعية أو مواقف ضاغطة أو خطيرة أو مواجهة للموت له أو لأحد يعني له من الأسرة أو الأصدقاء، و قد تتأخر أعراضه في الظهور حتى بعد شهور أو سنوات.

2- عوامل الخطر المساعدة في تطور اضطراب ما بعد الصدمة:

إن تفاعلات الإجهاد الناتج عن الصدمة معقولة و قابلة للتكيف كردود فعل للبقاء على قيد الحياة أثناء الصدمة، لكن بمجرد التعرف على مصدر هذه الأعراض و الذي يعد أمراً طبيعياً يسعى فيه المصاب لفهم ما حدث و ما يجري من حوله، يصبح من السهل فهم ردود فعل الإجهاد النموذجي، بينما الجزء الصعب هو التخلي عن جوانب ردود الفعل هذه التي توقفت عن توفير الفائدة و التي تتداخل بشكل أساسي مع جودة الشخص المصاب بصدمة نفسية. (the Minister of Veterans Affairs(2006.7-11)

و بالتالي فعدم التخلي أو معالجة ردود الفعل هذه التي قد تكون قبل أو أثناء أو حتى بعد الصدمة بالإضافة إلى كل من التفاعل المعقد بين العوامل الوراثية و النمائية و الغدد الصماء و البيولوجية العصبية و المعرفية و البيئية ستساعد جلها على تطور اضطراب ما بعد الصدمة.

تتقسم عوامل الخطر لتطور PTSD بعد التعرض للصدمة وفقا (Casey & Strain 2018. 106-107) إلى عوامل ما قبل الصدمة وحولها وما بعدها كما يلي:

1-2 عوامل الخطر الموجودة مسبقاً: تتضمن تاريخاً (شخصياً أو عائلياً) للعلاج النفسي أو المشكلات أو الأمراض العاطفية، بما في ذلك اضطراب ما بعد الصدمة السابق أو اضطرابات القلق أو العاطفة الأخرى، التعرض السابق للصدمة، أو سوء المعاملة أو الشدائد في مرحلة الطفولة، الأفراد الأصغر سناً، الجنس الأنثوي، مستوى اجتماعي اقتصادي منخفض، التحصيل الدراسي أو الذكاء الضعيف.

2-2 عوامل الخطر أثناء الصدمة: تشتمل على مدى خطورة الصدمة ومدتها، وحدث ضائقة شديدة وانفصال أثناء الصدمة، كما أن خلل التنظيم البيولوجي (مثل زيادة حساسية الجلوكوكورتيكويد، و عجز إشارات الكورتيكوستيرويد، وزيادة معدل ضربات القلب و ارتفاع الكاتيكولامينات) قبل أو أثناء الصدمة يزيد أيضاً من خطر الإصابة باضطراب ما بعد الصدمة.

2-3 عوامل الخطر اللاحقة للصدمة: الافتقار إلى الدعم الاجتماعي، الضغط المستمر، الشدائد المستمرة أو الجديدة، الحالات الجسدية المرضية المصاحبة (مثل إصابات الدماغ الرضحية و الألم)، و استراتيجيات المواجهة غير الفعالة مثل:

- **الاكتئاب:** يعاني حوالي 50% من المصابين باضطراب ما بعد الصدمة المزمن من مشاكل كبيرة مع الاكتئاب حيث يشعرون بقوة بالذنب و العار و الندم.

- **الكحول و المخدرات:** في محاولة للتعامل مع الأعراض غير السارة يلجأ الكثير من الأفراد إلى الكحول أو المخدرات الأخرى، حيث يعاني حوالي 50% من الذكور و 25% من الإناث المصابين باضطراب ما بعد الصدمة المزمن من مشاكل كبيرة مع الكحول والمخدرات.

- **مشاكل أسرية:** يمكن أن يؤثر اضطراب ما بعد الصدمة بشكل مباشر على الحياة الأسرية على عدة مستويات، فمن العلامات الشائعة لاضطراب ما بعد الصدمة عدم القدرة أو الصعوبة في الشعور و التعبير عن المشاعر قد يؤدي ذلك إلى شعور أفراد الأسرة "بالابتعاد" والرفض، و هذا بدوره يمكن أن يترك المصاب يشعر بالعزلة و انه غير محبوب، أيضاً غالباً ما يشعر الأشخاص المصابون بالصدمة بإحساس عام بالانفصال - الشعور عموماً بـ "الانعزال" عن الآخرين و انخفاض المشاركة في الأنشطة و الهوايات التي كانوا يستمتعون بها قبل الصدمة، و هذا الغياب للأنشطة الممتعة المشتركة يجعل من الصعب الحصول على حياة أسرية طبيعية.

- **ضعف الأداء المهني:** قد يواجه المصاب بصدمة نفسية صعوبة في التعامل مع الضغط في العمل، قد يؤدي التهيج والقلق وتقلب المزاج وضعف التركيز ومشاكل الذاكرة إلى نزاعات في مكان العمل وتغييرات وظيفية متكررة، كما قد يتبنى البعض نمطاً مدمناً للعمل، ويغلقون أنفسهم بعيداً في عملهم ويقضون

ساعات طويلة جداً، و قد يكون هذا طريقة للتجنب تساعد على منع الذكريات والأفكار غير السارة من العودة. (2006.7-11) the Minister of Veterans Affairs

3- أنواع اضطراب ما بعد الصدمة:

3-1. تصنيف اضطراب ما بعد الصدمة وفقاً لجمعية الطب النفسي الأمريكي:

هناك ثلاثة أنواع لاضطراب ما بعد الصدمة حسب ما جاءت به جمعية الطب النفسي الأمريكية و تتمثل هذه الأنواع في:

- 1) النوع الحاد: العوارض فيه تبدأ مباشرة بعد حدوث الصدمة و يجب أن تستمر العوارض لفترة قد تصل إلى 6 أشهر، و تكون إمكانات الشفاء أفضل.
- 2) النوع المزمن: يعني إن العوارض تستمر بعد انقضاء ستة أشهر من بداية الصدمة.
- 3) النوع المتأخر: تبدأ العوارض بالظهور بعد فترة طويلة من الركود قد تصل لعدة أشهر أو سنوات. يعقوب(1999. 67).

3-2. تصنيف اضطراب ما بعد الصدمة وفقاً ل DSM-5:

ربما كان التغيير المفاهيمي الأكثر جوهرية في DSM-5 لاضطراب ما بعد الصدمة هو إزالة الاضطراب من فئة اضطرابات القلق، حيث أظهرت أبحاث كثيرة أن اضطراب ما بعد الصدمة يستلزم العديد من المشاعر (مثل الشعور بالذنب، العار و الغضب) خارج نطاق الخوف / القلق، وبالتالي تقديم أدلة غير متوافقة بتضمين اضطراب ما بعد الصدمة مع اضطرابات القلق.

و منه في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية (DSM-5)، تم وضع اضطراب ما بعد الصدمة في فئة تشخيصية جديدة تسمى "الاضطرابات المرتبطة بالصدمة والضغوط"، مما يشير إلى التركيز المشترك للاضطرابات الموجودة فيه فيما يتعلق بالأحداث الضارة، هذه الفئة التشخيصية مميزة بين الاضطرابات النفسية في شرط التعرض لحدث مرهق كشرط مسبق. الاضطرابات الأخرى المدرجة في هذه الفئة التشخيصية هي اضطراب التوافق، اضطراب التعلق التفاعلي، اضطراب الكف الاجتماعي و اضطراب الضغط الحاد. هذه هي الفئة التشخيصية الوحيدة في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية 5 التي لم يتم تجميعها من الناحية المفاهيمية حسب أنواع الأعراض المميزة للاضطرابات الموجودة فيه.

Pai and Suris & North(2017.2)

4- تشخيص اضطراب ما بعد الصدمة حسب DSM-5-TR:

تتمثل معايير تشخيص اضطراب ما بعد الصدمة وفقاً للدليل التشخيصي و الإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية DSM5 في ما يلي:

تتطبق المعايير التالية للبالغين والمراهقين، و الأطفال الأكبر من 6 سنوات. بالنسبة لأطفال 6 سنوات و الأصغر فهناك معايير أخرى خاصة بهم في التشخيص.

A. التعرض المحتمل للموت الفعلي أو التهديد بالموت، أو لإصابة خطيرة، أو العنف الجنسي عبر واحد (أو أكثر) من الطرق التالية:

1. التعرض مباشرة للحدث الصادم.
 2. المشاهدة الشخصية، للحدث عند حدوثه للآخرين.
 3. المعرفة بوقوع الحدث الصادم لأحد أفراد الأسرة أو أحد الأصدقاء المقربين. في حالات الموت الفعلي أو التهديد بالموت لأحد أفراد الأسرة أو أحد الأصدقاء المقربين، فالحدث يجب أن يكون عنيفا أو عرضيا.
 4. التعرض المتكرر أو التعرض الشديد للتفاصيل المكروهة للحدث الصادم.
- B. وجود واحد (أو أكثر) من الأعراض المقتحمة التالية المرتبطة بالحدث الصادم، والتي بدأت بعد الحدث الصادم:

1. الذكريات المؤلمة المتطفلة المتكررة وغير الطوعية، عن الحدث الصادم.
2. أحلام مؤلمة متكررة حيث يرتبط محتوى الحلم و/أو الوجدان في الحلم بالحدث الصادم.
3. ردود فعل تفارقية (على سبيل المثال، (flashbacks ومضات الذاكرة) حيث يشعر الفرد أو يتصرف كما لو كان الحدث الصادم يتكرر. (قد تحدث ردود الفعل هذه بشكل متواصل، حيث التعبير الأكثر تطرفا هو فقدان كامل للوعي بالمحيط).
4. الإحباط النفسي الشديد أو لفترات طويلة عند التعرض لمنبهات داخلية أو خارجية والتي ترمز أو تشبه جانبا من الحدث الصادم.
5. ردود الفعل الفيزيولوجية عند التعرض لمنبهات داخلية أو خارجية والتي ترمز أو تشبه جانبا من الحدث الصادم.

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

1. جنب أو جهود لتجنب الذكريات المؤلمة، و الأفكار، أو المشاعر أو ما يرتبط بشكل وثيق مع الحدث الصادم.
2. تجنب أو جهود لتجنب عوامل التذكير الخارجية (الناس، الأماكن، و الأحاديث، الأنشطة، و الأشياء، والمواقف) والتي تثير الذكريات المؤلمة، و الأفكار، أو المشاعر عن الحدث أو المرتبطة بشكل وثيق مع الحدث الصادم.

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

1. عدم القدرة على تذكر جانب هام من جوانب الحدث الصادم (عادة بسبب النساوة التفارقية و لا يعود لعوامل أخرى مثل إصابات الرأس، والكحول، أو المخدرات).
 2. المعتقدات أو التوقعات سلبية ثابتة ومبالغ بها حول الذات، و للأخر، أو العالم.
 3. المدركات الثابتة، والمشوهة عن سبب أو عواقب الحدث الصادم والذي يؤدي بالفرد إلى إلقاء اللوم على نفسه/نفسها أو غيرها.
 4. الحالة العاطفية السلبية المستمرة.
 5. تضاعف بشكل ملحوظ للاهتمام أو للمشاركة في الأنشطة الهامة.
 6. مشاعر بالنفور و الانفصال عن الآخرين.
 7. عدم القدرة المستمرة على اختبار المشاعر الايجابية.
 - E. تغييرات ملحوظة في الاستثارة ورد الفعل المرتبط بالحدث الصادم، والتي تبدأ أو تتفاقم بعد وقوع الحدث الصادم، كما يتضح من اثنين (أو أكثر) مما يلي:
 1. سلوك متوتر ونوبات الغضب (دون ما يستفز أو يستفز بشكل خفيف) والتي عادة ما يُعرب عنها بالاعتداء اللفظي أو الجسدي تجاه الناس أو الأشياء.
 2. التهور أو سلوك تدميري للذات.
 3. التيقظ المبالغ فيه (vigilance Hyper).
 4. استجابة عند الجفل مبالغ بها.
 5. مشاكل في التركيز.
 6. اضطراب النوم.
 - F. مدة الاضطراب (معايير B، C، D، E) أكثر من شهر واحد.
 - G. يسبب الاضطراب إحباطا سريريا هاما أو ضعفا في الأداء في المجالات الاجتماعية و المهنية أو غيرها من مجالات الأداء الهامة الأخرى.
 - H. لا يُعزى الاضطراب إلى التأثيرات الفيزيولوجية لمادة (مثل، الادوية، والكحول) أو حالة طبية أخرى.
- حمادي (2013. 198-201)

5- النماذج النظرية المفسرة لاضطراب ما بعد الصدمة:

- اختلفت وجهات نظر العلماء في تفسير اضطراب ما بعد الصدمة و اتخذ كل منهم اتجاه في التفسير سواء على المستوى النفسي أو المعرفي أو الفيزيولوجي و سيتم التطرق للبعض منها فيما يلي:
- 5-1 النموذج المعرفي: تعددت نظريات العلماء المعرفيون بشأن اضطراب ما بعد الصدمة و كان لكل منهم

تفسيره الخاص، و منه سيتم تناول بعض النظريات كالأتي:

5-1-1. نظرية معالجة المعلومات: إن معالجة المعلومات تعتبر من أهم النظريات التي حاولت أن تفسر الصدمة، فالمنبهات تغزونا من كل جهة، قسم منها يستوعبه الدماغ و تتم معالجته بينما لا تتم معالجة القسم الآخر بشكل صحيح لأن المنبهات تكون ناقصة أو فوق طاقة الجهاز العصبي، كما هو الحال في الصدمات بحيث لا تتلاءم المنبهات الخطيرة الطارئة مع خبرات الشخص و نماذجه المعرفية لأنها تتخطى الإطار السوي للتجربة الإنسانية، و هذا ما يؤدي إلى حدوث التشوه في معالجة المنبهات، و في هذه الحالة تبقى المنبهات الصادمة ناشطة و بشكلها الخام و تستمر في ضغطها المؤلم على الشخص الذي يحاول عبثاً أن يبعدها عن عتبة الوعي حتى يشعر بالراحة و الأمان، غير أن الشخص المصدوم يلجأ عادة إلى استخدام بعض الوسائل الدفاعية السلبية مثل: النكران، والتبند والتجنب، و هذه الوسائل تشكل السمات البارزة لاضطراب ما بعد الصدمة، و تحدث المشكلة الأكبر عند محاولة الفرد إظهار عدم التكيف مع الحدث الصادم، عدا عن عدم تكيفه مع الصدمة التي تعرض لها، و يكون ذلك و في أغلب الأحيان نقطة ارتكاز لحدوث اضطرابات سلوكية يصعب السيطرة عليها مع مرور الوقت. جودة(2016. 40)

5-1-2. نموذج معالجة المعلومات لهورويتز Horowitz (متلازمة الاستجابة للتوتر): تعد صياغة هورويتز Horowitz (1973) لمتلازمة الاستجابة للضغط هي النموذج المعرفي الأكثر تأثيراً لرد الفعل على الصدمة حتى الآن، على الرغم من أنها مشتقة من علم النفس الديناميكي الكلاسيكي، إلا أن نظرية هورويتز مرتبطة بشكل أساسي بمناقشة مثل هذه الأفكار من حيث المعالجة المعرفية للتشكيل الصادم مثل: الأفكار، الصور، التأثيرات... جادل هورويتز Horowitz بأن المدخلات الرئيسية داخل النظام المعرفي لمعالجة المعلومات المتعلقة بالصدمات تأتي من الميل للإنجاز، و الحاجة النفسية لمطابقة المعلومات الجديدة مع النماذج الداخلية بناءً على المعلومات القديمة، ومراجعة كليهما حتى يتفقا، هذا يسبب التوتر في تأرجح الفرد بين مراحل التطفل و الإنكار و الذهول حيث يتكاملان تدريجياً مع تمثيلات المعنى طويلة المدى، و يمكن أن يظل فشل هذه المعالجة في الذاكرة النشطة حتى يتم استيعابها بالكامل، مما يؤدي إلى ردود فعل مزمنة بعد الصدمة. (K S & Archana(n d. 25)

5-1-3. نموذج شبكة الذاكرة القائمة على الخوف: هذه النظرية تعد من نظريات المعالجة العاطفية و هي لـ Foa et al. (1989) حيث تم تطويرها بواسطة Foa & Riggs (1993) و Foa & Rothbaum (1998) بعدة طرق من أجل مراعاة تراكم المعارف، لا سيما فيما يتعلق بضحايا الاعتداء والاعتصاب، كان أحد التطورات هو توضيح العلاقة بين اضطراب ما بعد الصدمة و المعرفة المتاحة قبل الصدمة، أثناء الصدمة و بعد الصدمة. اقترحوا أن الأفراد الذين لديهم آراء أكثر صرامة قبل الصدمة سيكونون أكثر عرضة للإصابة باضطراب ما بعد الصدمة، يمكن أن تكون هذه آراء إيجابية صارمة عن الذات باعتبارها ذات كفاءة عالية

و أن العالم آمن للغاية، وهو ما قد يتعارض مع الحدث، أو آراء سلبية صارمة عن الذات على أنها غير كفؤة للغاية و أن العالم خطير للغاية، وهو ما سيكون أكده الحدث.

أيضا تناولوا فكرة زيادة التركيز على التقييمات السلبية للاستجابات و السلوكات التي يمكن أن تقاوم تصورات عدم الكفاءة، و كيف يمكن أن ترتبط هذه التقييمات بالأحداث التي وقعت في وقت الصدمة، و الأعراض التي تطورت بعد ذلك، والاضطراب في الأنشطة اليومية، وردود فعل الآخرين، المعتقدات التي كانت موجودة قبل و أثناء و بعد الصدمة يمكن أن تتفاعل لتعزيز المخططات السلبية الحرجة التي تتطوي على عدم الكفاءة والخطر الذي افترضوا أنها تكمن وراء اضطراب ما بعد الصدمة. (Brewina & Holmes, 2003, 352-353)

5-2. النموذج البيولوجي: و الذي يحتوي على العديد من النماذج الفرعية الخاصة بالتغيرات التي يسببها اضطراب ما بعد الصدمة على الدماغ و من بين هذه النماذج نجد:

5-2-1. التوجه العضوي (البيولوجي) (Approach Biological): يقوم هذا التوجه على افتراض أن هناك عوامل وراثية تؤدي إلى حدوث اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية، و لقد تم التحقق من هذا الافتراض بإجراء دراسات متعددة على التوائم، فقد وجد (Skreet al, 1993) اتفاقاً أكبر في اضطراب PTSD بين التوائم المتطابقة Identical Twins بالموازنة مع التوائم الأخوية Fraternal Twins، و منه استنتج بأن النتائج تدعم فرضية مساهمة الوراثة المتطابقة في تسبب اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية. و توصل (True et al, 1993) إلى الاستنتاج نفسه من دراسة أجريت على عينة أكبر من التوائم استهدفت التعرف على التأثيرات التي يحدثها التعرض إلى المعارك، و وجد أن نسبة الاتفاق كانت أكبر بين التوائم المتطابقة مقارنة بالتوائم الأخوية، و كانت معاملات الارتباط لأعراض اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية تتراوح بين + 0,28 إلى + 0,41. في التوائم المتطابقة، فيما تراوحت هذه المعاملات بين التوائم الأخوية بين 11.0 + إلى + 0,24 . فمن خلال مراجعات الأفراد الذين تعرضوا إلى المعارك بهدف العلاج، توصلت (Foa) و زملاؤها إلى أن ما يقرب من ثلثي الأفراد المصابين باضطراب ما بعد الضغوط الصدمية بسبب تعرضهم إلى المعارك، ينتمون إلى اسر فيها أفراد مصابون باضطرابات نفسية. و بالتالي فان الفرد الذي يعيش في أسرة فيها أفراد يشكون من أمراض نفسية، تكون قابليته أو شدة تأثره النفسي بالأحداث الصدمية عالية، فتؤدي به إلى الإصابة باضطراب PTSD . مجيد(2011, 312-313)

5-2-2. نموذج الأساس الحيوي: يقدم فان دركولك (Vanderkolk, 1985) نموذجاً لتفسير اضطراب الضغوط التالية للأحداث الصدمية باعتباره اضطراباً ذا أساس حيوي، استمد نموذجه من التجارب التي أجريت على الحيوانات المتعرضة لصدمات متكررة لا يمكن تجنبها، كونت أعراضاً من العجز المتعلم الذي يشبه أعراض الخدر الوجداني، وهي حالة ناتجة بسبب إفراز مادة أفيونية من الجسم وعند التعرض إلى منبه، يشبه الحدث الصدمي، تفرز هذه المادة وتؤدي إلى حالة من الخدر و الهدوء و هذا ما يفسر الخدر النفسي

في اضطراب الضغوط التالية للصدمة، و عليه تخلق فكرة الحلقة المفرغة Circle Vicious إفرار المادة الأفيونية و نقص التحفيز و المبادرة و العجز المتعلم إفرار المادة الأفيونية، و هكذا فإن العجز المتعلم المزمن في اضطراب الضغوط التالية للصدمة (PTSD) منبثق من تعلم العجز المكتسب لدى الحيوانات المصدومة التي تتعرض إلى صدمات، حيث تحاول إبعاد نفسها من مصدر الصدمة.

سيطرة نشاط الجهاز العصبي شبه الودي / الباراسمبثاوي: يعتبر نموذج دي لا بينا De La Pena اضطراب الضغوط التالية للصدمة على انه استجابة تعويضية ينظمها المخ إزاء تزايد المعلومات.

و يحدد دي لا بينا De La Pena نموده على أساس أن سيطرة الجهاز العصبي الباراسمبثاوي Parasympathetic System يشكل استعدادا لتطور أعراض اضطراب الضغوط التالية للصدمة لدى بعض الأفراد من يوصفون بالجهاز العصبي الباراسمبثاوي المسيطر أكثر حتى من الأفراد ذوي نمط الجهاز العصبي السمبثاوي المسيطر (SDI) Sympathetic Dominant Individuals.

فالأفراد ذوو نمط الجهاز العصبي الباراسمبثاوي المسيطر (PDI) يخبرون في الظروف العادية معدلا منخفضا من تدفق المعلومات لرفع مستوى التوظيف الإدراكي، المعرفي و السلوكي حتى يتمكن الفرد المصدوم من التعامل مع المعلومات الحسية المتزايدة أثناء الأحداث الصدمية، فيستثار النشاط العصبي الباراسمبثاوي بشكل متزايد و متواصل كي يعوض النقص في استقبال المعلومات ومعالجتها، و من جهة أخرى فإن هؤلاء الأفراد في حالة العودة إلى الظروف العادية (زوال الحدث الصدمي) يخبرون حالة من الاستثارة المنخفضة، و من الحرمان الحسي يصحبها شعور بالملل و الاكتئاب، لذا تتطور لديهم استجابات لزيادة المعلومات و البحث عن الاستثارة الحسية باعتبارها استجابات تعويضية للمخ المنخفض للاستثارة، و على هذا الأساس يفسر دي لا بينا De La Pena الكثير من الأعراض الواسمة ل PTSD مثل الأحلام المزعجة و الكوابيس، الأرق، الاستثارة الدائمة، الانفجارات العدوانية و اضطرابات النوم. عرعار(2015، 94-95).

5-2-3. النموذج الكيميائي: حاول بعض الباحثين أن يربط اضطراب ما بعد الصدمة بعمل الدماغ وما يطرأ عليه من تبديلات كيميائية و فيزيولوجية و وظائفية، و من بين التغيرات الكيميائية: ارتفاع في نسبة الكاتيكولامين في الدم، ارتفاع في نسبة الاسيتيلكولين أيضا انخفاض نسبة النورايبينزين إضافة إلى انخفاض نسبة السيروتونين و الدوبامين في الدماغ. فمصير اضطراب ما بعد الصدمة يتوقف على نشاط الإفرازات المذكورة و كذلك على المواد المخدرة التي يفرزها الدماغ، و يبدو أن الدماغ يقوم بهذه الوظيفة عندما يتعرض الشخص للصدمة و بعد أن تمر الصدمة تحدث حالة شبيهة بالانسحاب و الذي نلاحظه في عوارض الانقطاع الفجائي لمتعاطي المخدرات. الهمص(2009، 4).

5-2-4. هياكل الدماغ: تم التعرف على التغيرات المميزة في بنية و وظيفة الدماغ في المرضى الذين يعانون من اضطراب ما بعد الصدمة باستخدام طرق تصوير الدماغ، و قد توصلوا إلى أن PTSD يتسبب في تغيرات على مستوى مناطق الدماغ و من بين أهم المناطق التي تتغير:

قرن آمون (الحصين): حيث وجد انخفاض حجم الحصين في PTSD، و قد ارتبطت أحجام الحصين الصغيرة مع شدة الصدمة و ضعف الذاكرة في بعض الدراسات، كما قد يعكس انخفاض حجم الحصين في اضطراب ما بعد الصدمة الآثار السمية المتراكمة للتعرض المتكرر لزيادة مستويات الجلوكوكورتيكويد، على الرغم من أن الأدلة الحديثة تشير أيضاً إلى أن انخفاض حجم الحصين قد يكون عامل ضعف موجود مسبقاً لتطوير اضطراب ما بعد الصدمة، في الواقع قد يعزز عجز الهيبوكامبال التنشيط والفتل في إنهاء استجابات الإجهاد، وقد يسهم أيضاً في إطفاء الخوف المشروط بالإضافة إلى العجز في التمييز بين السياقات البيئية الآمنة و غير الآمنة.

اللوزة : على الرغم من عدم وجود دليل واضح على وجود تغييرات هيكلية في اللوزة في اضطراب ما بعد الصدمة، قد كشفت دراسات التصوير الوظيفي عن استجابة مفرطة في PTSD أثناء التعرض مثلاً للإشارات و/ أو ذكريات الصدمة، كما يُظهر مرضى اضطراب ما بعد الصدمة مزيداً من استجابات اللوزة إلى المنبهات العاطفية العامة غير المرتبطة بالصدمة، مثل الوجوه العاطفية. بالإضافة إلى أن زيادة نشاط اللوزة قد يمثل عامل خطر بيولوجي للتطور.

اللحاء: أظهر المرضى الذين يعانون من اضطراب ما بعد الصدمة أحجاماً متناقصة من القشرة الأمامية "بما في ذلك انخفاض أحجام القشرة الحزامية الأمامية ACC، و قد ارتبط هذا الانخفاض مع شدة أعراض اضطراب ما بعد الصدمة في بعض الدراسات، بالإضافة إلى ذلك شكل غير طبيعي ل ACC و كذلك انخفاض مستويات NAA في ACC . وجدت دراسات التصوير الوظيفي انخفاضاً في تنشيط PFC الإنسي في مرضى اضطراب ما بعد الصدمة استجابةً للمنبهات، مثل الصور والأصوات، الوجوه المخيفة، الانفعال العاطفي... على الرغم من وجودها. (Sherin & Nemeroff(2011. 270-271)

تؤكد بعض التغيرات التي ذكرت أعلاه على مستوى الدماغ سواء من الجانب الهيكلي أو الكيميائي أو العضوي الوراثي أن اضطراب ما بعد الصدمة لديه اثر كبير على عمل وظائف الدماغ، و اختلال تلك الوظائف تتوافق مع ما يظهر على الحالات من ردود فعل استثنائية مبالغ فيها إضافة إلى الرغبة في التجنب و مشاكل في التركيز و العديد من الأعراض الأخرى.

5-3. النموذج التحليلي: كانت الانطلاقة في عام 1895 عندما نشر فرويد Freud مع جوزيف بروير Joseph Brewer دراسات في الهستيريا، و من ثم و في بداية الحرب العالمية الثانية تناول فكرة العصاب و تمثلت وجهة نظره في انه عبارة عن عقدة نموذجية بعد الصدمة، و فسرها داخل دوائر التحليل النفسي باسم "نظرية الإغراء"، حيث ذكر فيها فرويد أنه أثناء الطفولة كانت هناك مجموعة من التجارب أو الأحداث

المؤلمة التي أصابت الفرد، و كنتيجة لدرجة التهديد الذي تعرضت له الأنا و القلق اللاحق الذي حدث، فإن الضحية عادة ما تستخدم القمع كدفاع عن النفس لإزالة الذكريات غير السارة و العواطف من الحدث الصادم من الوعي، بمجرد استخدام القمع ستظهر العديد من الأعراض والسلوكيات العصبية، علاوة على ذلك تضمن تفكير فرويد Freud المبكر حول الصدمة مفهوماً مفاده أن الأطفال كائنات جنسية منذ الولادة و أن الغريزة الجنسية إحدى القوى الشحمية الأساسية التي يمكن أن تؤدي إلى صراع داخل النفس، و قد تم نقد فرويد Freud نتيجة تاركه هذا على الجانب الجنسي و علاقته بالعصاب الرضحي، ما جعله يقوم بمراجعة لنظريته هذه للإشارة إلى أن ذكريات المريض ربما كانت مجرد تخيلات لمثل هذه الأحداث التي نشأت في الدوافع الشحمية و التعلق المتضارب أو الحرمان من الشخصيات الأبوية، و إنما تبقى حقيقة أن المريض قد خلق هذه الأوهام لنفسه و هذه الحقيقة بالكاد أقل أهمية بالنسبة لعصابه مما لو كان قد اختبر بالفعل ما تحتويه الخيالات، هذه الأوهام تمتلكه نفسياً على عكس الواقع المادي، ومن هنا نتعلم تدريجياً أنه في عالم العصاب يعد الواقع النفسي هو النوع الحاسم، فتغيير فرويد Freud لتفسيره بعيداً عن نموذج عصاب ما بعد الصدمة إلى نموذج أوديب مليء "بأوهام نفسية مقابل واقع مادي" أدى بشكل طبيعي إلى فحص الأداء النفسي

المسبق للمرض كعامل محدد للاضطرابات العقلية، وخاصة حالات القلق و العصاب. (Bulut, 2019, 1)

و قد تناول فرويد Freud موضوع الصدمة أيضاً معتبراً صدمة الولادة (مع ما يصاحبها من إحساس الوليد بالاختناق المرادف لضيق الموت) بمثابة أولى تجارب القلق في حياة الإنسان، ثم بعد ذلك جاء تلميذه " أوتورانك Autorank " ليشدد على أهمية صدمة الولادة، والدور المرضي للذكريات الصدمية المكبوتة في الوعي، مما أدى لاكتشاف اللاشعور الذي يحفظ و يسجل هذه المنسيات أو المكبوتات الصدمية، كما توصلوا إلى مبدأ " التطهير " الذي يعني إخراج هذه الصدمات من اللاوعي وتذكير الوعي بها حتى يتخلص الفرد من أثرها الصدمي. طبي(2005. 156).

رغم عرض فرويد Freud لتفسيراته عن الصدمة بعد دراساته إلا انه وقع في تناقض بين تفسيره للصدمة على أنها ناتجة عن مصادر داخلية و بين ما كان يجري في تلك الفترة (حرب عالمية أولى، الحوادث الخطيرة المميتة، إساءة معاملة الأطفال) هاته العوامل التي تعد مصادر خارجية باتت تسبب الصدمة أيضاً، فقد اقر بأنه كان من غير المألوف أن تؤدي مثل هذه الأحداث المؤلمة إلى "عصاب رضحي"، كما انه قد وصف بوضوح شديد مجموعات أعراض اضطراب ما بعد الصدمة الأساسية المدرجة في-DSM-III R على سبيل المثال: (أ) الصور المتطفلة. ("يكرر المرضى الحالة المؤلمة بانتظام في أحلامهم") ؛ (ب) فرط النشاط الفسيولوجي: ("تحدث نوبات هستيرية الشكل)...

نشر فرويد Freud أحد كتبه الأخيرة "ما وراء مبدأ المتعة" و مرة أخرى تناول قضية العصاب الرضحي واستخدم استعارة "الدرع الوقائي للأنا" للآليات الدفاعية، في هذا العمل يمكن رؤية أن فرويد قد طور مفهوم الصدمة بشكل أكبر و توصل إلى أنها تشتمل على: (1) حدث ضغوط خارجي يطغى على وظيفة الأنا

الطبيعية، (2) تغيير في الحالة المستقرة للكائن الحي (أي عدم التوازن)، (3) تقليل القدرة على الدفاع عن الذات و القدرة على التكيف، (4) مشكلة "الإلتقان"، حيث يمكن أن تأخذ الضغوطات الأخرى نسبة مؤلمة، و بالتالي يمكن لكل من الضغوطات المؤلمة و الثانوية أن تغطي على دفاعات الأنا المستنفدة الآن، و بالتالي إنشاء إمكانية اضطراب الإجهاد اللاحق للصدمة على المدى الطويل و غيرها من الحالات المرضية المشتركة. (Bulut 2019. 1)

4-5. النموذج السلوكي: تعددت التجارب العلمية لدراسة السلوكيات المختلفة و ظهرت انطلاقاً من الدراسات التجريبية لسلوك ضحايا الصدمات و بذلك ظهرت نماذج متعددة في هذه النظرية:

1-4-5. نموذج (Jones 1990-1992):

قدم Jones نموذج يعرف بعوامله ذات الطبيعة البيولوجية و السلوكية و التي تفسر اضطراب إجهاد ما بعد الصدمة، فيشير إلى أن الجروح البيولوجية (الاستعداد للإجهاد) هو العامل الأول أما العامل الثاني فهو العامل النفسي أي المراقبة الداخلية أو الخارجية للاضطراب الانفعالي، فالعامل الأول خاص "بالضحية" أما العامل الثاني فهو خاص "بطبيعة التجربة الصدمية"، و هذه الأخيرة التي تؤثر على تفسير اضطراب إجهاد ما بعد الصدمة لأنها تفجر ظهور إنذار حقيقي و الذي يعتبر استجابة خوف شديدة و التي تحدث عندما يكون الفرد في مواجهة حدث خطير، بالنسبة لعلماء هذه النظرية يرون أن ظهور اضطراب إجهاد ما بعد الصدمة هو نتيجة للاشراط الذي يحدث وقت الإنذار الحقيقي، فبعض ردود فعل الخوف تكون مشتركة مع مثيرات داخلية مثل: دقات القلب، الضغط الدموي، الدوار... و مثيرات خارجية مثل: المكان، الرائحة، الصوت المتعلق بالتجربة الصدمية، إن هذه المثيرات تثير في حد ذاتها رد فعل انفعالي جديد هو إنذار خاطف، هذه الإنذارات تظهر عند غياب خطر حقيقي و تظهر على شكل هجمات هلع مع وجود أعراض متداخلة. بن عياش (2012. 25)

2-4-5. نظرية (Mowrer 1960):

تفترض نظرية Mowrer ثنائية العامل أن اكتساب الخوف هو نتيجة التكييف الكلاسيكي، حيث تكتسب المنبهات المحايدة الموجودة أثناء الحدث الصادم خصائص تثير الخوف نتيجة الاقتران مع الحافز غير المشروط، تعتبر مثل هذه الارتباطات جزءاً من العامل الأول، كالكسب المشاعر المكروهة ففي مثل هذه الحالات سيختبر الفرد مشاعر سلبية عند تقديمه بمحفزات تذكر بالحدث الصادم، العامل الثاني يطلق عليه بالمبادئ الفعالة و يتعلق بالتجنب اللاحق للمثيرات التي تثير هذه المشاعر المكروهة، و بالتالي من المرجح أن يتجنب العديد من الأفراد الذين عانوا من حدث صادم إشارات مثل الأشخاص أو الأماكن أو الأفكار المرتبطة بالحدث الصادم. يصبح هذا التجنب وسيلة لتقليل انفعالاتهم السلبية و قلقهم، و بالتالي اتخاذ خصائص معززة والتي تعمل على الحفاظ على الاضطراب و منع انقراض الاستجابات المشروطة، يعمل التجنب على تقليل القلق بشكل عابر، لكنه يمنع انقراض الاستجابة المشروطة، نظراً لأنه من المستحيل

النتبؤ بجميع الإشارات والسياق المتعلقة بالصدمة و تجنبها، يستمر حدوث ردود فعل خوف مشروطة ومتكررة ومفاجئة. (Hassija and Gray (2007. 3)

و مما سبق و من خلال كل هذه النماذج النظرية التي تطرقت لتفسير اضطراب ما بعد الصدمة يمكن ملاحظة الانقسام الواضح في الاتجاهات، فبينما يهتم الاتجاه النفسي المعرفي السلوكي بتأثير العوامل الداخلية على غرار أهمية تأثير العوامل النفسية مثلما ذكرنا عند فرويد، تهتم أيضا النماذج المعرفية بالبنى المعرفية و شبكات الذاكرة و الخوف لدى المصابين، و تهتم النماذج السلوكية بكيفية تعلم السلوك التجنبي و علاقة الاشرط بأعراض الاستتارة و التجنب، بينما في الاتجاه الأخر تركز النماذج الفيزيولوجية على الجانب العلمي البيولوجي من الاضطراب أكثر كالجانب الكيميائي و الهيكلي و الوظيفي لعمل الدماغ و ما يقع عليه من تغير و اثر جراء الإصابة.

6- علاج اضطراب ما بعد الصدمة:

هناك العديد من العلاجات التي تطبق عادة مع المصابين باضطراب ما بعد الصدمة و منها ما يلي:

6-1-1- العلاج المعرفي: و من بين فنياته ما يلي:

6-1-1-1. علاج التعرض للواقع الافتراضي: اكتشف الباحثون استخدام الواقع الافتراضي لتقديم علاج التعرض عن طريق غمر المشاركين في محاكاة مخصصة لبيئات ذات صلة بالصدمة، حيث يمكن للطبيب التحكم بدقة في الكثافة العاطفية للمشاهد، و بهذه الطريقة يقدم VRET طريقة للتحايل على نزعة التجنب الطبيعي من خلال تقديم إشارات متعددة الحواس وذات صلة بالسياق مباشرة، و التي تثير الصدمة دون مطالبة المريض بمحاولة الوصول إلى التجربة الشخصية من خلال استرجاع الذاكرة المجهدة، في بيئة الواقع الافتراضي لا يتم الاعتماد على العالم الخفي لخيال المريض بشكل حصري، وهذا وثيق الصلة بشكل خاص باضطراب ما بعد الصدمة حيث يعد تجنب الإشارات و التذكيرات بالصدمة من الأعراض الأساسية للاضطراب. (Shiromani & Keane & LeDoux (2009. 381)

6-1-2. إعادة الهيكلة المعرفية: قد يُظهر الأفراد سوء تقدير حول الصدمة نفسها كمشاعر الذنب مثلا و / أو حول عواقب الصدمة كإحساس بالضعف، أحيانا يحصل تحول تلقائي في هذه الأنواع من المعاني بعد تطبيق تقنيات إعادة الإحياء، و مع ذلك فإن التغيير التلقائي للتقييمات لا يحدث دائما، وفي هذه الحالة تتم الإشارة إلى إعادة الهيكلة المعرفية، غالبا ما ترتبط المعاني بالنقاط المثيرة عاطفيا للصدمة في الذاكرة فبمجرد تحديد سوء التقدير يمكن استخدام إعادة الهيكلة المعرفية لتعديلها، الهدف هو مساعدة الفرد على تحديد المعلومات الجديدة بحيث يمكن تحديث ذاكرة الصدمة، قد توجد معلومات جديدة في ذاكرة الصدمة نفسها، يمكن الحصول عليها من التحدث إلى العائلة و الأصدقاء والمهنيين أو قد تظهر بعد زيارة موقع

الحدث. من السمات البارزة لاضطراب ما بعد الصدمة أنه على الرغم من إعادة التقييم على المستوى الفكري ("أدرك الآن أنه لم يكن خطئي")، هناك فشل في دمج هذه المعلومات الجديدة في ذاكرة الصدمة ("عندما أتذكر ما حدث ما زلت أشعر بالذنب")، عندما يحدث هذا هناك حاجة إلى تكامل وثيق للتأقلم مع إعادة الهيكلة على سبيل المثال: عند تنفيذ إعادة الاحياء التخيلية يُطلب من الشاب أن يلفظ المعلومات الجديدة شفهيًا في النقطة المناسبة، في بناء السرد يتم تضمين معلومات جديدة في النص. **Smith & Yule & Perrin & Clark(2013.9)**

6-2. العلاج الاستعراضي السلوكي: و له عدة تقنيات من بينها:

تقنية الحوار السقراطي: واحدة من الطرق المهمة للتواصل بين المعالج و المريض، وهذا يعني أن المعالج يساعد المريض من خلال نوع الأسئلة التي يطرحها على استخلاص فيما إذا كانت قناعته صحيحة أو لا بد من تصحيحها و ما هي الأفكار البديلة الموجودة، و هناك إمكانية أخرى تتمثل في إدارة الجدل الامبريقي مع المريض، يتم فيه اختبار و مناقشة الدلائل المؤيدة لاستعاراته المختلفة (المعطوبة) أو المعارضة لها، و يمكن اختبار الأفكار القديمة و الجديدة بواسطة تجارب السلوك للدعم، و هذه اقصر من تمارين المواجهة و لا تهدف إلى التعود على منبهات الخوف على عكس المواجهة و إنما المقارنة بين القناعات اللاتكيفية مع التكيفية. سموكر و ريشكه (2010. 107)

6-3. علاج إزالة الحساسية التدريجي EMDR.: يساعد EMDR الناس على مواجهة الذكريات المزعجة و ليس تجنبها بجرعات صغيرة و بطريقة آمنة وخاضعة للرقابة حيث يساعد على إقران الذكريات بمشاعر أقل خوفاً، من الممكن أن يؤدي تحريك العينين بسرعة إلى تحفيز التوصيلات الكهربائية بين أجزاء الدماغ التي تعالج الذكريات. لاحظ المنظرون أن حركات العين السريعة أثناء الأحلام يبدو أنها تساعد الدماغ على العمل، بينما يبدو أن المستويات العالية من المشاعر السلبية تجمد حركات العين وتوقف المعالجة فمثلا يعاني الأشخاص المصابون باضطراب ما بعد الصدمة في بعض الأحيان من حركات عين مجمدة، و هكذا فإن تحريك العينين قد يسرع من تكامل الذاكرة الصدمية مع الإدراك التكيفي المخزن في مكان آخر من الدماغ. من الممكن أن تؤدي المعالجة اللطيفة إلى تغيير الدماغ من الناحية الكيميائية الحيوية بحيث يصبح غير حساس، فيُطلب من العملاء ملاحظة المادة المتذكّرة من خلال تصور أنهم ركاب في قطار يسير بأمان من خلال الذاكرة المزعجة، هذا يعلمهم أنه يمكنهم الخروج من الذاكرة وملاحظتها بأمان و انفصال شبيه بالطريقة التي يعلّمها التأمل رؤية التجربة بانفصال، و بالتالي فإن الذكريات المزعجة تقترن بمشاعر محايدة أو مريحة و ليس خوف، ثم يُطلب منهم استبعاد الذكرى، وتعليمهم طريقة أخرى لاكتساب شعور بالسيطرة على المادة. **Schiraldi(2009. 215)**

6-4. العلاج النفسي الانتقائي الموجز لاضطراب ما بعد الصدمة (BEPP) : أسسه Berthold Gersons، هو علاج منظم من 16 جلسة يجمع بين جوانب العلاج المعرفي السلوكي و الديناميكي النفسي، الغرض من

BEPP هو استخدامه للأفراد الذين واجهوا حدثاً صادماً واحداً حيث تحتوي كل جلسة على هدف محدد، تتكون الجلسة 1 من التنقيف النفسي المتعلق ب PTSD و لمحة عامة عن توقعات العلاج، و المدخول الذي يتضمن وصفاً موجزاً للحدث الصادم الذي قدمه المريض، تتكون الجلسات من 2 إلى 6 من مكون التعرض حيث يتحدث المريض عن الحدث الصادم في اللحظة الحالية و بتفاصيل أكثر، يتم تعليم المرضى تقنيات الاسترخاء قبل تمارين التعرض، ثم يعمل المعالج مع المريض لمعالجة أي مشاعر أو ذكريات مؤلمة قد تنشأ خلال هذه الجلسات من خلال التعرض الخيالي، و يمكن أيضاً تعيين الواجب المنزلي لتشجيعهم على التعبير عن مشاعر الغضب من خلال رسالة مكتوبة إلى الشخص أو المنظمات التي يعتبرونها مسؤولة عن الحدث الصادم أو للتعبير عن مشاعر الحزن لأحبائهم المفقودين، تعمل الجلسة 7 كنقطة تسجيل وصول حيث يعمل المريض والمعالج بشكل تعاوني في تقييم التقدم المحرز و أي تحديات لا تزال قائمة، و تهدف الجلسات من 8 إلى 15 إلى استكشاف كيفية تأثير الحدث الصادم على معتقدات المريض حول الذات و العالم، و خلال الجلسة 16 الأخيرة، يعمل المعالج و المريض بشكل تعاوني لوضع خطة للوقاية من الانتكاس. (Gharabeki(2022. 32-33)

5-6. العلاج الدوائي: لا يوجد دواء محدد يمنع ظهور اضطراب ما بعد الصدمة في وقت لاحق، و مع ذلك تعتبر مثبطات امتصاص السيروتونين الانتقائية هي الخط الأول من العلاج الدوائي لاضطراب ما بعد الصدمة، والوحيدية التي تلقت مؤشر إدارة الغذاء والدواء، تشمل مثبطات امتصاص السيروتونين الانتقائية فلوكستين، سيرترالين، باروكستين... قد تقلل مثبطات امتصاص السيروتونين الانتقائية أو تقضي على السمات السريرية لاضطراب ما بعد الصدمة (إعادة التجربة، الابتعاد، الخدر و فرط الإثارة)، ومثبطات مونوامين أوكسيداز قد تكون مفيدة في العلاج أيضاً. قد تقلل البنزوديازيبينات من القلق وتحسن النوم في اضطراب ما بعد الصدمة، و مع ذلك فقد لا يتحكمون في الثالث الأساسي لاضطراب ما بعد الصدمة أو يزيلونه. قد تكون الأدوية المؤثرة على العقل بخلاف مضادات الاكتئاب و العوامل المضادة للقلق ضرورية لاستهداف أعراض اضطراب ما بعد الصدمة المتبقية، و قد تكون هناك حاجة للأدوية المضادة للذهان من الجيل الثاني (الأحدث وغير النمطية) لعلاج السمات المرضية الشبيهة بالذهان أو القلق المقاوم للعوامل الأخرى. (Fernandez & Hetteima & Vieweg & Julius(2006.358)

و مما سبق يتضح مدى التنوع الموجود بخصوص علاج اضطراب ما بعد الصدمة سواء على الصعيد النفسي باستخدام علاجات نفسية تركز بالأساس على تعديل للمفاهيم و تنظيم للمشاعر و الأفكار، و تساعد على التخلص من مشاعر الخوف و الذنب التي يعيشها المصاب، أو عن طريق أدوية نفسية تعطي بمقدار مضبوط و من مختصين لغرض التخفيف من الأعراض الفيزيولوجية الشديدة المصاحبة للاضطراب كمشاكل النوم مثلاً.

7- اضطراب ما بعد الصدمة و الحروق:

وقال (Palmu 2011. 38-39) ركزت العديد من الدراسات على اضطراب ما بعد الصدمة في مجموعات الحروق منذ أن تم تضمين معايير تشخيصية محددة في DSM-III، في مراجعة (Baur et al 1998) تضمنت دراسات بين عامي 1986 و 1996، و تراوحت معدلات انتشار اضطراب ما بعد الصدمة في مجموعات الحروق البالغة بين 31% و 45% في دراسات أحدث باستخدام أدوات التقرير الذاتي، إن الترددات متفاوت بين (2% Tedstone & TARRIER)، و 26% (Loey Van et al 1997) خلال الشهر الأول بعد الحرق وبين 13% (Williams & Griffiths 1991)، و 33% (Taal and Faber 1998) في 12 شهراً من المتابعة. باستخدام منهجية SCID-I لتشخيص اضطراب ما بعد الصدمة فورباخ وآخرون (Fauerbach et al. 1997) أبلغ عن انتشار بنسبة 8% عند الخروج من المستشفى و 20% في 12 شهراً من المتابعة، تم الحصول على نتائج مماثلة من الدراسة التي أجراها (Madianos et al 2001) الذي أبلغ عن معدل انتشار قدره 18% خلال الشهر الأول بعد الحرق و 20% في 12 شهراً من المتابعة.

تم تناول عوامل الخطر للإصابة باضطراب ما بعد الصدمة بعد إصابة الحروق من خلال العديد من الدراسات وجد أن الاضطراب العاطفي الذاتي السابق للحرق و الدعم الاجتماعي المتصور بعد الإصابة مرتبطان بتطور اضطراب ما بعد الصدمة، في دراسة الاضطرابات النفسية بين مرضى الحروق بواسطة van Loey et al. 2003) تم التنبؤ بأعراض اضطراب ما بعد الصدمة من خلال مقاييس القلق و العوامل الموضوعية مثل الجنس الأنثوي و الموقع و شدة الإصابة.

في دراسة أخرى كان التشوه التجميلي مرتبطاً بظهور أعراض اضطراب ما بعد الصدمة للتجنب والتخدير العاطفي لدى النساء المصابات بإصابات الحروق، بالإضافة إلى ذلك كشفت دراسة لمجموعة البحث السويدية من وحدة أوبسالا للحروق أن أسلوب المواجهة، وتهديد الحياة أثناء الحادث، والأعراض المبكرة بدى أنها تنبئ بقوة بأعراض اضطراب ما بعد الصدمة بعد ثلاثة أشهر من إصابة الحروق. (Palmu 2011. 38-39)

ثالثا/ الاكسيثيميا:

تعد الاكسيثيميا وفقا لنوعها عبارة عن سمة شخصية أو أنها حالة ناتجة عن التعرض لصدمات او اضطرابات نفسية، أهم ما يميزها هو الصعوبة التي يواجهها المصاب بها في التعبير عن مشاعره و انفعالاته و حتى الوعي بها، و طبعا لهذه الصعوبة عدة أسباب و تفسيرات كما قد اقترحت عدة علاجات للتصدي لها.

1- تعريف الاكسيثيميا:

لغة: يمكن تعريف الكلمة بتقسيمها إلى ما يلي:

A: بادئة تعني عدم وجود أو غياب.

Lexi من Lexis و تعني اللفظ أو الكلمة.

Thymia من Thymos و تعني مزاج أو عاطفة.

و عليه تصبح الدلالة اللغوية للمصطلح هي صعوبة التعبير عن المزاج أو عن الانفعالات أو استحالته تماما.

و ظهر هذا المصطلح على يد "Sifineos" سيفنيوس سنة 1972، ثم انتشر بعد ذلك في نهاية القرن العشرين. الفحل(2016. 6).

اصطلاحا: حسب معجم مصطلحات الطب النفسي: فالاكسيثيميا (عجز التعبير اللاوصفي): يعني عجز التعبير عن القدرة أو صعوبة الوصف للعواطف و الانفعالات أو عدم الدراية بالمشاعر الداخلية. الشرييني(د س.7).

و يعرفها تايلور Taylor (1997): بأنها عدم القدرة على التعبير عن العواطف و المشاعر و وصفها بالكلام، فعدم القدرة على التعبير عن المشاعر ناتج عن الافتقار إلى الوعي العاطفي فهي تعني حرفيا عدم وجود مشاعر.

و كذلك تعرف على أنها حالة تعكس مجموعة من أوجه القصور في القدرة على التعامل مع الانفعالات من الناحية المعرفية، كما تعكس صعوبات لدى الفرد في تنظيم وجدانه، و من ثم فهي تعتبر احد العوامل المهيأة للإصابة بالإمراض الجسمية و النفسية. الالفي(د س. 3).

وفقا للباحثين (باجبي، باركر، و تايلور Bagby, Parker, & Taylor، 1994) يعاني الأفراد المصابون

بالإليكسيثيميا من صعوبة في المجالات الثلاثة التالية:

- التعرف على المشاعر.
 - وصف المشاعر و التعبير عنها.
 - أسلوب إدراكي موجه خارجيا يعكس عدم القدرة على التفكير في تجاربهم العاطفية الداخلية.
- و نتيجة لذلك، لا يستطيع الأفراد المصابون بالإليكسيثيميا في كثير من الأحيان معرفة ما إذا كانوا يشعرون بالحزن أو الغضب أو القلق، على الرغم من إدراكهم للأحاسيس غير السارة الناتجة عن الإثارة الفيزيولوجية. (Rose(2002. 2)
- و مما سبق يمكن تعريف الإليكسيثيميا على أنها عبارة عن حالة من فقدان القدرة على التعبير تصيب الفرد، و تتركز أساسا على كل من صعوبة التعرف على المشاعر، وصفها و التعبير عنها بالإضافة إلى العجز في أسلوب الإدراك نحو الخارج و كل ما يشمله ذلك من صعوبة التفكير في التجارب العاطفية التي يعيشونها.

2- أعراض الإليكسيثيميا:

وفقا لإبراهيم و الغويري(2018، 201) فان تايلور (Taylor، 1997) لخص أعراض اضطراب الإليكسيثيميا فيما يلي:

- صعوبة الفرد في تحديد مشاعره، فهو لا يملك القدرة على التمييز بين المشاعر الانفعالية من حزن، فرح، غضب...، و لا يستطيع تحديدها.
- صعوبة الفرد في وصف مشاعره، فهو لا يمتلك القدرة على التعبير عن مشاعره لفظيا و يحاول تغيير الحديث عن مشاعره.
- يفتقر الفرد القدرة على الخيال و التخيل، فهو يعاني من خلل في العمليات التصورية و عجز المخيلة الوجدانية المرتبطة بالصور و الذكريات.
- يتميز تفكير الفرد بارتباطه بالعالم الخارجي له (الظروف الخارجية)، فهو يستطيع التكيف مع العالم المادي و صاحب تفكير تقليدي و مساير.

3-أنواع الإليكسيثيميا:

تم اقتراح تقسيم الإليكسيثيميا من قبل فرايبرجر (Freeberger (1977)، ثم تناوله سيفنيوس (Sifneos (1988 ، (1994)، والذي يميز بين الإليكسيثيميا الأولية و الأليكسيثيميا الثانوية، كون الأولية تعد فطرية و الثانوية تعد

ناتجة عن احد الحوادث أو الاضطرابات، و بالتالي فأنواع الالكسيثيميا تتمثل في:

3-1. الألكسيثيميا الأولية: تحدد كمتغيرا ترتيبيا يعتبر " فطريا"، ومقاومًا لمعظم العلاجات ومستقرًا بمرور الوقت، من هذا المنظور فإن الألكسيثيميا هي "سمة" شخصية هيكلية من أصل بيولوجي عصبي بالنسبة للبعض، و من خلال توسيع المفهوم يمكن اعتبار الالكسيثيميا ليس فقط كصفة شخصية و لكن كنوع شخصي مستقل و بالتالي الانضمام إلى مجموعة الشخصيات المرضية و من ثم يكون لها بعد هيكلية. .
Farges & Farges(2002. 51)

كما انه وفقاً Freyberger فإن الألكسيثيميا الأولية (أو السمات) تكون مدعومة بعامل بيولوجي فطري (ضعف الاتصال بين المناطق الحوفية والقشرة الحديثة)، مما يهيئ لظهور و تطور اضطراب نفسي جسدي عن طريق تثبيط التعبير العاطفي. **(MONNIER(2011. 61)**

3-2. الالكسيثيميا الثانوية: هي نتيجة عوامل مؤلمة، يتم تعريفها من خلال أنها حالة تظهر إما أثناء أمراض جسدية خطيرة (غسيل الكلى، الإنعاش و السرطان) أو الإجهاد من طبيعة أخرى غير المرض (كحالة كارثية)، أو أثناء اضطرابات النمو العاطفي لدى الطفل في سن ما قبل الولادة، تشير العديد من المقالات الحديثة إلى وجود صلة بين الخلل الوظيفي في تفاعلات الطفل مع عائلته و الالكسيثيميا: نقص رعاية الأم، نقص الإشباع العاطفي و الاهتمام بالتوافق الاجتماعي.

هذه الحالة التي تُفهم على أنها رد فعل للقلق الناجم عن المرض أو الصدمة، يمكن أن تكون عابرة أو دائمة، عندئذ تكون الألكسيثيميا الثانوية آلية دفاعية تحمي من الأهمية العاطفية وشدة المرض أو الحدث. و يميز فرايبيرجر Freyberger نوعين من الألكسيثيميا الثانوية: عابرة تتخفف عندما يتعافى المريض، دائمة في حالة المرض المزمن أو في أعقاب الصدمة.

كما تعد أسلوب دفاعي وظيفي يتم وضعه في ظروف معينة، عندما تتجاوز التجربة المتلقاة قدرات التكيف المعتادة (حالات الإجهاد اللاحق للصدمة)، أو عندما يكون الواقع اليومي مصدرًا محتملاً للقلق المدمر (بداية مرض مؤلم بشكل خاص لأنه يعيق أو ينطوي على التشخيص الحيوي على المدى القصير). يشهد مرض الألكسيثيميا الثانوي على نشر طريقة تكيفية، نوع من المواجهة لموقف صعب، و يتألف التطوير المنفذ قبل كل شيء من تركيز الانتباه على الحياة اليومية، ينتج عن إعادة توزيع الانتباه هذه إنشاء شاشة للمخاوف اليومية التي تسمح للموضوع بأن يظل أصمًا للألم أو الإحباط الذي يشعر به. **Farges & Farges(2002. 51-52)**

4-آليات الدفاع و الالكسيثيميا:

حسب دراسة AINO(2009. 25) فان بعض النظريات الديناميكية النفسية المبكرة المتعلقة بالالكسيثيميا تشير إلى الالكسيثيميا كدفاع ضد المشاعر، حيث يشبه مفهوم الألكسيثيميا الثانوية بحكم التعريف آلية الدفاع، فقد

كان هناك بعض النقاش حول ما إذا كان لا ينبغي اعتبار الألكسيثيميا سمة شخصية، بل مجرد آلية دفاع حيث أن آليات دفاع ديناميكية نفسية معينة مثل التجنب أو التثبيط أو الإنكار أو القمع قد تتوافق مع إنتاج ضئيل للكلام العاطفي و بالتالي قد تشبه الألكسيثيميا.

كانت العلاقات والتداخل المحتمل بين الألكسيثيميا و القمع موضوعاً لبعض الجدل، و هناك أدلة تجريبية تشير إلى أن هذه الظواهر متميزة في النهاية، و ينطبق الشيء نفسه على التداخل المزعوم بين الألكسيثيميا و الإنكار، و وفقاً لبعض الدراسات التجريبية قد تكون هناك علاقة بين ألكسيثيميا و أنماط الدفاع غير الناضجة أو غير القادرة على التكيف مثل التثبيط، التمثيل، الانسحاب، الانحدار، الإسقاط، التراجع، العدوان السلبي، السلوك الإجباري و الانفصال، علاوة على ذلك تم اقتراح ارتباط سلبي بين الألكسيثيميا و العمليات الدفاعية الناضجة.

إذا تم دراسة كل ميكانيزم على حدى يظهر بأن الألكسيثيميا تتخذ مسار النكوص إلى المكونات البدائية، أين يكون الأنا غير قادر على إيقاظ ميكانزمات دفاع مرنة و النكوص يكون من خلال الأنا الجسدي، بينما ترتبط بالإسقاط من خلال الإسقاط في الجسد و تتعلق بالانسحاب و التراجع من أجل الهروب من الصراع، لان المواجهة تخلف الألم النفسي لذلك يجب أن يكون بديل لإخماد العواطف من خلال التراجع، أما العدوان السببي يكون متعلق بالعدوان الذاتي فالفرد الذي يعاني من الألكسيثيميا يلحق الضرر بذاته و جسمه و لا يبدي عدوان خارجي، و هذا راجع إلى الخضوع و التكيف الاجتماعي. فاسي(2016. 100).

و بالتالي تظهر أوجه التشابه و الاشتراك بين آليات الدفاع و الألكسيثيميا إلا انه لا زال من غير المؤكد إن كانت تعد آلية دفاعية أم أنها سمة شخصية و حالة متميزة بذاتها، و لكن ما يمكن الإشارة إليه بشأن علاقتها باليات الدفاع الأخرى هو أنها تتخذ مسار النكوص إلى المكونات البدائية و منه تميل لأنماط دفاعية غير ناضجة و لا مرنة، كما أن ما يميزها هو نكوصها الذي يكون من خلال الأنا الجسدي.

5- النظريات المفسرة للألكسيثيميا:.

حاولت العديد من الاتجاهات تفسير الألكسيثيميا كل وفق أسسها و منظرها، كالنظريات النفسية التحليلية و كذا النظريات الوراثة و العصبية. و في ما يلي عرض لبعض من هاته النظريات:

5-1. المنحى المعرفي في تفسير الألكسيثيميا : ويرى أنصار هذا المنحى ومن بينهم تايلور، باجبي

و باركر Taylor, Bagby & Parker أن الخصال المشكلة للألكسيثيميا تعكس بالأساس أعطابا في المعالجة المعرفية للانفعالات وتنظيمها فيما عرف بنظرية خلل التنظيم الانفعالي Emotional Dysregulation Theory of Alexithymia (1997) و تتأسس هذه النظرية على فكرة أساسية في مجال دراسة الانفعالات، مفادها شمول الاستجابة الانفعالية والتنظيم الانفعالي لدى الإنسان لثلاثة أنساق متفاعلة هي: النسق الفيزيولوجي

العصبي System Neurophysiological : و يشمل استجابة الجهاز العصبي المستقل و التنشيط الغدي العصبي و النسق التعبيري الحركي System Expressive-Motor : و يشمل التعبيرات الوجهية و التغيرات في أوضاع الجسم والتغيرات في نغمة الصوت. والنسق الخبري المعرفي Cognitive Experiential : و يتضمن الوعي الذاتي بالانفعال والتقرير اللفظي عنه.

و يتطلب التنظيم الكفاء للانفعالات تفاعلا متبادلا بين هذه الأنساق الثلاثة، و رأسمال اجتماعي مقبول، و ثمة عوامل أخرى تسهم في التنظيم أيضا منها اللغة، الأحلام، الخيال، اللعب، البكاء و الضحك. و وفقا لهذه النظرية تعكس الخصال الألكسيثيمية أعطابا في كل من المكون الخبري المعرفي للاستجابة الانفعالية و التنظيم الاجتماعي للانفعال، حيث يحد خلل المكون الخبري- بعنصره: الوعي الذاتي بالحالات الشعورية و التقرير اللفظي عنها من قدرة الفرد على التعبير عن انفعالاته و تنظيمها، كما يؤدي خلل التواصل اللفظي مع الآخرين بشأن ما يخبره الفرد من مشقة وجدانية إلى الفشل في تصنيف الأفراد الآخرين كجماعات مساندة اجتماعية، مما يؤثر بدوره في نشأة صعوبات في إدراك الفرد للانفعالات، كما يؤثر قصور القدرات التخيلية سلبا في الدور الذي قد يمارسه الخيال، الأحلام، الاهتمامات و اللعب في تعديل الاستجابة الانفعالية.

وقد افترض البعض أن قصور المعالجة المعرفية للانفعالات لدى مرتفعي الألكسيثيميا يجعلهم أكثر تركيزا على الإحساسات الجسمية المصاحبة للاستثارة الفيزيولوجية و تضخيمها، كما يجعلهم أكثر ميلا إلى القيام بفعل مادي كاستجابة مباشرة للاستثارة الانفعالية غير السارة، مما يفسر استهدافهم للإصابة بالوسواس القهري و الاضطرابات النفسجسمية، كما يفسر ميلهم لتفريغ قلقهم عبر سلوكيات قهرية مثل نوبات النهيم أو تعاطي المواد النفسية.

و ثمة توجهات حديثة في إطار التوجه المعرفي للألكسيثيميا، ترى أنها ليست مجرد خلل في التمثيل الرمزي للانفعالات و لكنها قد تنشأ عن فقر في المعرفة اللفظية، أو في بعض الوظائف و القدرات المعرفية و الوظائف التنفيذية، و كذا القدرة على تذكر المنبهات المحملة انفعاليا و التي تسهم بدورها في نشأة خلل معالجة المعلومات الانفعالية. يونس و أنور(2004. 38-40).

5-2. النظرية الجينية: تمت دراسة الخلفية الجينية للألكسيثيميا بصعوبة، حيث تم اقتراح وراثه الخصائص الألكسيثيمية لأول مرة في دراسة مزدوجة نرويجية في السبعينيات (Heiberg & Heiberg 1977) ، ثم قام Berenbaum Valera and (2001) بدراسة 45 زوجًا أحادي الزوجات و 32 زوجًا ثنائي الزوجات من نفس الجنس، و وجدوا أنه من بين السمات الألكسيثيمية كان التفكير الخارجي الموجه مرتبطًا بالعوامل الوراثية، في حين أن صعوبة تحديد المشاعر و صعوبة وصفها تتأثر بالعوامل البيئية المشتركة .

درس (Jørgensen et al. (2007 عددًا كبيرًا جدًا من الأشخاص عينة مكونة من 8785 زوجًا توأميًا وتشير النتائج إلى أن العوامل الوراثية لها تأثير كبير على جميع جوانب الألكسيثيميا، حتى الآن تم إجراء دراستين

عن الجينات على الألكسيثيميا (هام وآخرون 2005 Ham et al ، والتر وآخرون 2010 Walter et al) وجد ارتباطاً محتملاً بين الألكسيثيميا و تعدد الأشكال الجيني catechol-O-methyltransferase (COMT) Val108 158 /. يشار إلى أن مسار COMT نشط للغاية في عمل الفص الأمامي، و في الآونة الأخيرة نشر والتر وآخرون (2010) Walter et al دراسة وجدوا فيها متغيرات وظيفية لعامل التغذية العصبية المشتق من الدماغ (BDNF) و تعدد الأشكال الجيني ANKK1 / DRD2 مرتبطين بالألكسيثيميا، و اقترح أن يكون هذا مرتبطاً بخفض تنشيط ACC. (Karukivi 2011. 19-20)

3-5. النظرية التحليلية: يمكن تفسير ما يحدث في الألكسيثيميا بأنه عبارة عن فشل في الانتقال: فالوجود الأمومي الضروري لتجربة الطفل لاكتساب معنى، ليس فقط جسدياً إنه عاطفي ونفسي أيضاً، بحيث إذا كانت الأم غير قادرة على الاهتزاز عاطفياً عند ملامسة جسد الطفل، سيمثل انعدام هذه الخبرة صدمة جوفاء افتراضية تشكل إحصاءً غير رمزي لم يُسمَّ و لم يتم تمثيله أبداً مما يمنع وصول الطفل إلى جسده كمكان للمتعة والتبادل، فإذا كانت الأم باردة أو مكتئبة أو غير متوفرة عاطفياً أو يعاني منها الطفل، سيكون بإمكانه أن يشعر فقط بالرضا عن احتياجاته كآلية آلية و خالية من الإيماءات الحسية، هذا يدعو إلى التفكير في البعد الصادم في البنية التحتية للعلاقات المبكرة، بدلاً من استثناء لحدث كبير.

طالما أن الطفل يعتمد على "الأنا المساعدة للأم" فإن الإثارة التي يشعر و يمر بها مرتبطة بتمثيل يأتي من نفسية الأم، من حالتها الحالية و من تجربتها المكبوتة، و من هنا تأتي أهمية تخيلات الأم التي لا تخدم فقط كمحتوى للفكر و لكن أيضاً كحاويات لإسقاطات محركات الطفل الخام، فترسل الأم هذه التأثيرات الخام إلى الطفل و يمكنه دمج هذه الخبرات بعد ذلك بصفته شهد تجربة و تأكد من صحتها، و لكن تظل هذه العناصر في حالة ترقب مثل الإلكترونات الحرة و غير الممتلئة، لأنه على الرغم من الوجود المادي للأم فلا شيء حي و دافئ يأتي ليجعل صدى هذه الأدوات الأولية يهتز، كما لو كان كل شيء موجوداً و لكن ما كان مفقوداً هو الأساسي هذا بالضبط ما تستحضره الألكسيثيميا، متكيف تماماً من النظرة الأولى، ولكن كما لو كان غائباً.

أيضا تم التطرق لآلية الهلوسة السلبية التي تجعل من الممكن حماية النفس من المنبهات المثيرة للغاية تظهر في وقت مبكر و بشكل جذري جداً، حيث تجد المحتويات العاطفية نفسها في حالة تأثر بالإلغاء فيتم الإمساك بها مباشرة و يتم ابتلاعها و عدم تمثيلها بعد ذلك و ربما تصبح مكبوتة، و هذا يعني سيتم إنشاء نفس مزيفة تتجنب أي حركة غريزية، باسم الحماية النرجسية الأساسية، بعبارة أخرى سيمنع التجميد العاطفي الطفل من الفوضى، و هذا الانسحاب العاطفي يشكل الحاجز النهائي ضد الفوضى الذهانية، كما أن ظاهرة الهلوسة السلبية لا تؤثر على التجربة العاطفية فحسب بل تؤثر أيضاً على الإدراك الحسي للشيء، الصورة الذاتية، اللغة، و الإدراك الداخلي للجسم". (Dupont 2006. 43-46)

فيرى André Green أن الاكسثيميا ترجع إلى عدم قدرة الرضيع تمثيل الموضوع الأولي، و ذلك بسبب أن الأم تعاني من الاكسثيميا فبالتالي يكتسب الطفل أنماط انفعالية لا ترتبط مع حالته الداخلية. وجهة النظر الاقتصادية: تفسر الاكسثيميا على أنها آلية دفاعية ضد فرط الاستثارة الطاقوية المتعلقة بالجانب العاطفي، أي عدم القدرة على ربط التمثيل بالعاطفة، حيث يعاني من الإنكار و الانشطار و هذا ما يجعل سلوكه و خطابه جامدا، فهذه المکانیزمات تتغلب على مکانیزم الكبت الذي يترك توزيع طاقتي حر غير صاد للإثارات بطريقة كافية. نايت عبد السالم و بوشوشة (2021. 6).

الأكسثيميا من وجهة نظر دينامية: تفسر الاكسثيميا من وجهة نظر دينامية حسب Taylor 1990 إلى محدودية الأنا فيما يخص القدرات الترميزية و عدم القدرة على ترميز الصراع، و بالتالي تحدث حلقة مفرغة تؤدي إلى انقطاع نفسي مباشر، حيث يتم اختزال الصراع في الجسد، فيظهر نوع من التفكير العملي الذي يقطع العلاقة مع أي تمثيل نفسي بدون عواطف.

يظهر هناك عجز في الأنا فلا يستطيع تحقيق إرصان، حيث يكون تصعيد للنشاط الانفعالي الداخلي و الذي من نتائجه ظهور الإجهاد الذي يتحول إلى أعراض جسدية، هذا النشاط يختلف عن النشاط المتعلق بالهستيريا التحويلية الذي أساسه يكون راجع إلى قمع الارصان الهوامي، بينما النشاط العقلي السيكوسوماتي للأشخاص الذين يعانون من الاكسثيميا راجع الى نموذج العجز الذي يظهر سيرورات عقلية لا واعية، و الخوف من الصراع يستوجب الجسنة بدلا من الآلام النفسية، لذلك الفرد الذي يعاني من الاكسثيميا يبدي جدولا عياديا يتميز بعدم التلذذ و إنكار الألم و كل العواطف المتعلقة بالذلة، فهو خالي من المعلومات الحسية العاطفية التي من شأنها أن تحمي الفرد من الخطر الحالي الذي يهدد الأنا، فيسر الوضعيات الخارجية بنشاط عقلي يتميز بالخضوع، أما العواطف و وضعيات الشدة و فقدان الأمل تظهر و كأنها مسيرة من طرف التعقيل و لكن العكس، فتظهر على أساس بيولوجي أو على أساس سلوكي، أما فيما يخص القلق قد يكون موجود و يشير إلى هذه الوضعيات الصعبة أو غير المتواجدة أو غير الواضحة نتيجة للخوف من الصراع. فيستعمل الأفراد الذين يعانون من الاكسثيميا إنكار كل معاش غير حالي و يعتمدون سوى على المعاش البيولوجي الفيزيولوجي و استثماره بطريقة كبيرة. فاسي (2016. 93 - 94)

و منه قد اختلف علماء التحليلية في تفسيرهم للاكسثيميا كل حسب وجهة نظره، انطلاقا من الكلاسيكية و التي اعتبرتها مشكلة بين الطفل و الموضوع (الأم) في الطفولة المبكرة، بإصابة الأم بالاكسثيميا بالأساس و منه صعوبة تمثيل الطفل للموضوع الأول و تسببها في الاكسثيميا للطفل نتيجة برودها العاطفي، و من أرجعها لآلية الهلوسة السلبية التي تحمي الفرد من المنبهات المثيرة و خاصة ذات المحتويات العاطفية بحيث تعمل على خلق نفس مزيفة تتجنب أي حركة غريزية، باسم الحماية النرجسية الأساسية أي سيمع التجميد العاطفي الطفل من الفوضى، مروراً بوجهة النظر الاقتصادية التي تفسر الاكسثيميا باعتبارها آلية دفاعية ضد فرط الاستثارة الطاقوية المتعلقة بالجانب العاطفي (أي عدم القدرة على

ربط التمثيل بالعاطفة) و تتشكل هذه الآلية في معاناته من الإنكار و الانتشار ما يجعل سلوكه و خطابه جامدا. و أخيرا نجد وجهة النظر الدينامية التي اعتبرت الالكسيثيما تعود إلى محدودية الأنا فيما يخص القدرات الترميزية و عدم القدرة على ترميز الصراع و بالتالي تحدث حلقة مفرغة تؤدي إلى انقطاع نفسي مباشر، حيث يتم اختزال الصراع في الجسد، فيظهر نوع من التفكير العملي الذي يقطع العلاقة مع أي تمثيل نفسي بدون عواطف.

4-5. النموذج العصبي المعرفي: يرتبط العمل البحثي حول الألكسيثيما في مجال علم النفس العصبي ارتباطاً وثيقاً بالنماذج المسببة للأمراض من العلوم المعرفية و يدعمها بيانات من التصوير العصبي، فيميل النهج المعرفي إلى وضع الالكسيثيما في السياق الأكثر عمومية للعجز العاطفي، وفقاً لسيفينوس Sifneos فإن الأشخاص الذين يعانون من ألكسيثيما غير قادرين على ربط صورهم و أفكارهم العقلية بمشاعرهم. و التأثير هو حالة داخلية ذات مكونات بيولوجية و نفسية فهو نتاج عاطفة و شعور، ستكون المظاهر الجسدية للعاطفة حاضرة، لكن لا يستطيع الشخص الألكسيثيما التعرف عليها أو تسميتها أو التعبير عنها، حيث يعاني من "الحبسة العاطفية"، فيكون غير قادر على استخدام اللغة للتعبير عن المشاعر التي يمر بها. عن طريق القياس مع العمى القشري قام لين وآخرون Lane et al، باعتبار الالكسيثيما "عمى عاطفي": الأشخاص المصابون بالالكسيثيما يظهرون مظاهر عصبية نباتية وسلوكية أثناء التحفيز العاطفي و لكن لديهم وعي فقير بها. أخيراً (Bermond et Al) يميز بين نوع ألكسيثيما 1 ونوع ألكسيثيما 2، يتميز الأول بغياب الوعي بالتجربة العاطفية والإدراك المرتبط بها، بينما يتم تعريف الثاني بوجود تصور للتجربة العاطفية ولكن بغياب مكونها المعرفي. تم وصف نموذجين تشريحيين عصبيين رئيسيين، الأول كان النموذج العمودي، ثم ربطه بالنموذج الأفقي. (MONNIER(2011. 62

1-4-5. نموذج علم النفس العصبي العمودي: في وقت مبكر من عام 1949، طرح عالم الفسيولوجيا العصبية ماكلين McLean فرضية وجود عجز دماغي وظيفي في المرضى الذين يعانون من أمراض نفسية جسدية في التبادلات بين منطقة الدماغ و القشرة الحديثة للغة، تثير مدرسة بوسطن أيضاً إمكانية وجود اتصال غير كافٍ بين الجهاز الحوفي (مكان المشاعر) و القشرة المخية الحديثة.

2-4-5. نموذج علم النفس العصبي الأفقي: جددت ملاحظة ظاهرة الالكسيثيما في مرضى بضع الصوار النموذج الأصلي و وجهت البحث نحو فرضية عدم وجود اتصال للمعلومات العاطفية بين نصفي الدماغ الأيمن والأيسر، هذا الفشل في النقل بين نصفي الكرة الدماغية من شأنه أن يكون مرتبطاً في النصف الأيمن مع قصور وظيفي في نصف الكرة الأيمن و فرط وظيفي في النصف المخي الأيسر، يشير العديد من المؤلفين إلى هيمنة النصف المخي الأيمن في التواصل غير اللفظي وفي توصيل المشاعر السلبية و كذلك في تطوير السلوكيات العاطفية، سيسود التواصل اللفظي والتواصل بالعواطف الإيجابية في النصف المخي الأيسر.

وفقاً لـ (Guilbaud et al (2002) يعتبر أن النصف المخي الأيمن (لليد الأيمن) ينتج رؤية عالمية للمعلومات العاطفية، و لا سيما السلوكية (التعرف على الوجه للعواطف)، بينما يوفر النصف المخي الأيسر مزيداً من المعالجة التحليلية، على نفس المنوال يربط Bermond النوع الثاني من الألكسيثيميا بخلل في الجسم الثفني مع انتقال ضعيف بين الكرة الدماغية للإدراك المرتبط بالعواطف، يعتمد هؤلاء المؤلفون على عمل Gazzaniga و Ledoux الذي وفقاً له سينتقل المكون المعرفي للمحفزات من نصف الكرة الأيمن إلى النصف الأيسر عبر الجسم الثفني، في حين أن المكون العاطفي سيتم عرضه على الجهاز الحوفي ثم يكتسب النصف المخي الأيسر من خلال الصور الأمامي، في النوع الثاني في نموذج بضع الصور الوظيفي سيكون المكون العاطفي للتأثيرات موجوداً بينما يكون المكون المعرفي غائباً، أخيراً في النوع الأول لن ينظر إلى المكون العاطفي أو المكون المعرفي للتأثيرات بسبب خلل وظيفي في القشرة المخية اليمنى، و التي تتميز بشكل خاص بعدم القدرة على إعادة مشاعر 6/12 من تعبيرات الوجه. EI .

Abiddine(2014. 5-6)

5-5. النظرية السلوكية: وفقاً للنظرية السلوكية فإن الأفراد الذين يتعرضون لبعض الصدمات المؤلمة و خاصة صدمات الطفولة يحدث لهم حالة من النكوص الوجداني لمواقف الصدمة و ما يرتبط بها من مشاعر و انفعالات، و يذكر أيضاً انه بتكرار تلك المواقف الصادمة يكتسب الفرد لهذه المواقف حالة من جهل المشاعر الناتجة عن قمع الخبرات بصفة مستمرة تجنباً للإحساس بالألم المصاحب لتذكر تلك المواقف، كما أنه كلما زادت مرات تعرض الفرد للمواقف الضاغطة و مواقف الاحتراق النفسي يزداد احتمالية إصابة الفرد بالالأكسيثيميا، من ثم فإن الالأكسيثيميا في ضوء هذه النظرية تنشأ نتيجة مجموعة العادات الخاطئة التي يكتسبها الفرد نتيجة لتعرضه لبعض الأساليب الخاطئة في التنشئة أو نتيجة تعرضه لبعض الصدمات التي تعرض لها الفرد و يسعى إلى عدم تذكرها تجنباً للألم و الشعور بعدم الارتياح، لذا فإن الالأكسيثيميا ترتبط بمثير يؤدي إلى هذه الاستجابة و حدوث تدعيم الارتباط بينهما كالتعرض للصدمات المؤلمة كما في حالات اضطرابات ضغوط ما بعد الصدمات، مما يؤدي إلى شعوره بصعوبة في القدرة على تحديد و وصف هذه المشاعر. بشير (2022. 10)

من خلال هذه النظريات يمكن فهم آلية الالأكسيثيميا بشكل أفضل من حيث جذورها أو أسبابها، فبينما تشترك كل النظريات في السعي للبحث عن تفسيرات للالأكسيثيميا، تختلف في ما توصلت إليه كل نظرية عن الأخرى فالتحليلية مثلاً أرجعت الأمر لإصابة الأم بالالأكسيثيميا و عجز الطفل عن تمثيل الموضوع الأولي أو أنها عبارة عن الية الهلوسة السلبية التي تعمل على حماية الأنا هذا الأخير الذي يكون ضعيف ما قد يجعله يلجأ للالأكسيثيميا كآلية دفاعية ضد فرط الاستثارة العاطفية، أيضاً نجد النظرية المعرفية التي تعتبر الخصال المشكلة للالأكسيثيميا تعكس بالأساس أعطاباً في المعالجة المعرفية للانفعالات وتنظيمها حيث يكون العطب بالتحديد في كل من المكون الخبري المعرفي للاستجابة الانفعالية، والتنظيم الاجتماعي للانفعال، أما النظرية

الجينية فأشارت نتائجها إلى أن العوامل الوراثية لها تأثير كبير على جميع جوانب الألكسيثيميا، و وجد ارتباطاً محتملاً بين الألكسيثيميا وتعدد الإشكال الجيني catechol-O-methyltransferase (COMT) Val108 / 158 إضافة إلى اشتراك جينات و متغيرات وظيفية أخرى بهذا التأثير، و بالنسبة للنظرية العصبية المعرفية فاعتبرتها عمى عاطفي و استندت لفكرة وجود عجز دماغي وظيفي إما بإمكانية وجود اتصال غير كافٍ بين الجهاز الحوفي (مكان المشاعر) والقشرة المخية الحديثة أو عدم وجود اتصال للمعلومات العاطفية بين نصفي الدماغ الأيمن والأيسر، و النظرية السلوكية التي اعتبرتها تنشأ نتيجة مجموعة العادات الخاطئة التي يكتسبها الفرد نتيجة لتعرضه لبعض الأساليب الخاطئة في التنشئة أو نتيجة تعرضه لبعض الصدمات التي تعرض لها الفرد ويسعى إلى عدم تذكرها تجنباً للألم و الشعور بعدم الارتياح.

6- علاج الألكسيثيميا:

حسب دراسة (Dr.phil(2019. 80-81 يبدو أن الألكسيثيميا ذات صلة بالاضطرابات النفسية في كلا الاتجاهين: أولاً كأعراض مؤقتة أثناء اضطراب نفسي، ثانياً بصفتها تعرض الأفراد للاضطرابات النفسية و هذا بالطبع له آثار كبيرة على العلاج النفسي، فإذا تم النظر إلى الألكسيثيميا على أنها مشكلة في فهم المشاعر الحالية والتواصل معها، فإن العلاج النفسي سيركز على تطوير القدرات التعبيرية، و إذا اعتبرت الألكسيثيميا مشكلة قائمة على المعالجة العاطفية الأساسية، سيحتاج العلاج النفسي إلى تركيز مختلف، ففي الحالة الأولى قد يهدف العلاج إلى زيادة الكفاءات العاطفية، و في الحالة الثانية سيركز العلاج على قبول موارد الفرد و حدوده، إذا قبلت الألكسيثيميا كصفة شخصية و ليس اضطراباً، سيتم توقع أنها تكون مستقرة بمرور الوقت و أن تغيير سمات الشخصية ليس هدفاً من العلاج النفسي.

لفتت الألكسيثيميا انتباه الأطباء النفسيين بسبب مقاومة الأفراد الشديدة ضد العلاج النفسي الديناميكي الذي افترض أن الأفراد يمكنهم الوصول إلى تجربتهم العاطفية، و المعروف أن الأفراد الألكسيثميين لديهم وصول محدود إلى عواطفهم، بالإضافة إلى أن الأمر لا يقتصر على ضعف في التأمل الذاتي لديهم فحسب، بل يعانون أيضاً من الخبرة العاطفية المحدودة وضعف القدرة على التعاطف، لذلك قد يكون من الأفضل استخدام نهج العلاج النفسي الذي لا يركز على العواطف للعلاج.

و رغم صعوبة العثور على علاج يتوافق مع الألكسيثيميا إلا أن هناك البعض و منهم :

6-1. العلاجات الفردية:

تستعمل العلاجات الفردية التي تعتمد على التفاعل و الاتصال ما بين الفرد و المختص، لكن من المهم أن يشرح المختص للمريض الصعوبة التي يعاني منها في مواجهة المعاش الانفعالي، كما يساعد المختص المفحوص على التعرف و تفريق الانفعالات و تحمل المعاش النفسي الانفعالي و الذي يعتبر سيرورة ممتدة

و متطورة تسمح للمفحوص معرفة انفعالاته و التعبير عنها عن طريق الكلمات، بدلا من التعبير عن طريق الألم الجسدي، كما يجب إدراك المواقف و ترجمة الوضعيات التي يواجهها الفرد.

6-2. العلاجات الجسدية:

مما هو معروف عن الأفراد الذين يعانون من الألكسيثيميا، يظهر لديهم انخفاض في تفسير الإحساسات الجسدية المصاحبة للتفعيل الانفعالي، و هذا راجع إلى المستوى المحدود للوعي بالذات و بالمعالجة المعرفية للانفعالات بالإضافة إلى مشكل العجز في القدرات الاستبطانية، بمعنى فقر القدرات الإدراكية للتعبير عن الحالة الذاتية، و كذلك جانب التوازن و الحركات الوضعية، الذي يدل على العجز بالوعي بالجسد و الذي يحتوي على مكونات معرفية مرتبطة بمعايير مختلفة بأجزاء من الجسد، و معرفة الميكانيزمات الفيزيولوجية و المكونات الانفعالية المرتبطة بالعادات و العواطف، ف Luminet Olivier يذكر أن هناك عمل خاص في هذا المجال من أجل تطوير الوعي و الإدراك الجسدي للأشخاص الذين يعانون من الألكسيثيميا من أجل الوصول إلى مستوى إدراكي للنشاط الجسدي، أين يسمح التذليل الجسدي التركيز على الوضعية الجسدية و التنسيق العضلي و التنفس و اكتشاف حدود الجسم، و القدرة على إرخاء العضلات و تبديل النشاط الحركي، تظهر نتائج هذا العلاج خاصة عند الأفراد الذين يعانون من تناذر القولون العصبي الملتهب و اضطرابات السيرة الغذائية. هذه الطريقة تظهر نتائج ايجابية ليست فقط على الألكسيثيميا و إنما أيضا على بعض العوامل مثل نقص الاستبصار و نقص الحس الجسدي، و في حالة عدم القدرة على التعبير الانفعالي. فاسي (2016. 112-114)

6-3. العلاجات الجماعية:

أظهرت بعض الدراسات فعالية العلاج الجماعي مع المرضى الذين لديهم سمات الألكسيثيميا عالية، و من بينها دراسة أجرتها جويس Joyce في عام 2015 من جامعة ألبرتا و كولومبيا البريطانية حول آثار برنامج الاستشفاء الجزئي و الألكسيثيميا و أظهرت فيها أن الأساليب المتعددة والعملية الجماعية ربما تكون أكثر فاعلية مع سمات الألكسيثيميا العالية من العلاج بالكلام وحده، خاصة إذا كانت حاليًا تواجه مشكلة في العلاج الحديث الموجه ذاتيًا، كما أن جويس و نوردهاجين و أوغرودينكزوك و ستوفيل و جورج Joyce, Nordhagen, Ogrudnikzok, Stovell and George 2015. توصلوا في دراستهم إلى أن برنامج الاستشفاء الجزئي كان أكثر فائدة من حيث التعبير عن المشاعر الداخلية للمصابين بالألكسيثيميا لأنهم جربوا طرقًا مختلفة للمشاركة في عملية العلاج، وكانوا قادرين على تعلم التعبير عن أنفسهم بشكل أكثر وضوحًا، في دراسة أخرى مع 68 مريضًا تم تقييمهم على أنهم في مستويات عالية من الألكسيثيميا، وجدوا أن المرضى في العلاج الجماعي استفادوا أيضًا من حقيقة أن هناك تأثيرًا مترامًا للمرضى، بالإضافة إلى أنهم كانوا يقيمون مهارات الاتصال الشخصي الداخلي من خلال عملية المجموعة، مما جعل العلاج مناسب لهم و يؤدي إلى نتائج علاجية طويلة الأمد بسبب المهارات الشخصية المكتسبة. (Milhoan 2017. 10-11)

و منه تسمح العلاجات الجماعية التكميلية للفرد بالتعبير على الخبرات الانفعالية و فهم المعاش العاطفي انطلاقاً من العلاقات الشخصية التي يطورها أثناء الحصص العلاجية، و من المهم أن تمنح المجموعة للفرد دور السند و الدعم الذي يساعد الفرد على التعبير عن انفعالاته و ردود فعله خاصة العدوانية وجها لوجه، الذي يكون نتائج متعمقة بالنقص الموجود في التقمص العاطفي، كما يقوم المختص بالتركيز على دور الاتصال بين مختلف أفراد المجموعة. فاسي (2016. 114)

6-4. العلاج الجدلي السلوكي DBT:

هو علاج من العلاجات المعرفية السلوكية CBT من الموجة الثالثة يساعد في إمكانية تحسين مهارات المعالجة العاطفية في ألكسيثيميا - بشكل أساسي من خلال وحدات تنظيم اليقظة و العاطفة، والتي تشجع المرضى على الاتصال بمشاعرهم من أجل تحديدها ووصفها وتنظيمها، من المتوقع أن يساعد DBT الأفراد على تعلم فهم مشاعرهم من خلال استكشاف الروابط بين الأحداث المحفزة و الأفكار و الأحاسيس الجسدية وميول العمل والسلوكيات التعبيرية، و بالتالي قد يطور الأفراد طرقاً بديلة لمعالجة عواطفهم بدلاً من الانخراط في سلوكيات مختلة. لقد ثبت أن العلاج السلوكي الجدلي فعال في علاج المجموعات الإكلينيكية الذين يعانون من انخفاض الوعي العاطفي و عدم التنظيم العاطفي مثل اضطراب الشخصية الحدية و الشره المرضي العصبي و حالات نفسية مرتبطة عادةً بالألكسيثيميا ...

كما اقترح الباحثون أن التدخلات القائمة على DBT يمكن أن تساعد أيضاً الأفراد الذين يعانون من مستويات عالية من الألكسيثيميا، لا سيما في تحسين التعرف على المشاعر و الوعي على سبيل المثال وجدت دراسة حالة واحدة تحسينات في مستويات الألكسيثيميا بعد أن خضع المريض لعشر جلسات من التدخل القائم على DBT مع التدريب على مهارات تنظيم الذهن والعاطفة، و بالرغم من نتائج DBT الجيدة، قد يتجنب الأفراد المصابون بدرجة عالية من الألكسيثيميا تدريب مجموعة DBT بسبب مخاوفهم بشأن التفاعلات الاجتماعية، و التي يمكن أن تعرض التزامهم بعلاج DBT للخطر بشكل كبير.

. Salles & de Souza & dos Santos & Mograbi (2022. 112-113)

و من بين تقنيات العلاج الجدلي السلوكي ما يلي :

6-4-1. العلاج باليقظة الذهنية:

يمكن وصف اليقظة بأنها تركيز متعمد على اللحظة الحالية، دون إصدار حكم بشكل عام، يعتبر ذلك بمثابة وعي متزايد بالتجارب مع موقف القبول تجاههم، يُنظر إلى اليقظة عادةً على أنها مجموعة من المهارات التي يمكن تطويرها من خلال التدريب والممارسة، و يقيس استبيان خمسة عوامل اليقظة (FFMQ) هذه المهارات و يلخصها على أنها الملاحظة و الوصف و التصرف بوعي و عدم الحكم و التفاعل مع الخبرة الداخلية. هناك العديد من التدخلات التي تعتمد على استراتيجيات اليقظة و من بينها الحد من الإجهاد القائم على اليقظة (MBSR) الذي تم تطويره للأشخاص الذين يعانون من الألم المزمن والاضطرابات

المرتبطة بالتوتر، و عادة ما يتم تشغيله كتدخل من 8 إلى 10 أسابيع ويتضمن في المقام الأول ممارسة التأمل .

عند التفكير في الألكسيثيميا واليقظة، هناك قطبية بين الاثنين حيث يُظهر الشخص الألكسيثيمي نقصاً في آليات التعامل مع الإجهاد، بينما تقلل اليقظة من الإجهاد، تم الإبلاغ سابقاً عن ارتباطات سلبية بين اليقظة الذهنية و الألكسيثيميا يمكن فهم هذا بشكل أكثر تحديداً فيما يتعلق بـ FFMQ تم العثور على الألكسيثيميا بأن يكون لها ارتباط سلبي مع وصف جوانب التصرف بوعي وعدم الحكم.

أظهرت الدراسات أن قدرات اليقظة المنخفضة تتباً بمعدلات أعلى من الإصابة بالالأكسيثيميا السريرية، و قد كشفت مراجعة منهجية حديثة أن التدخلات القائمة على اليقظة كانت مرتبطة بشكل كبير بانخفاض مستويات الألكسيثيميا، مقارنة بظروف التحكم، شملت أربع دراسات في المراجعة المنهجية و شملت التدخلات المستخدمة وحدات التدريب الذهني، التدريب الثقافي، و التدريب على التأمل واليقظة، و واحدة من الآليات التي تستخدم للحد من الألكسيثيميا هي زيادة الوعي بالحاضر، خاصة فيما يتعلق بالوعي الجسدي، و هذا منطقي بالنظر إلى الميل للشكاوى الجسدية لدى الأشخاص المصابين بالالأكسيثيميا.

Turner(n d. 16-19)

6-5. العلاج بالتعليم النفسي و التدخلات النفسية التربوية:

حسب دراسة (Iuso & Severo & Ventriglio & Bellomo & Limone & Petito(2022.9) التي أشار فيها أن هناك دراسة رائدة أجراها جوكاما Jokama و زملاؤه على 6000 مراهق (متوسط العمر 15-16 عاماً) لاحظوا فيها انتشار الألكسيثيميا بنسبة 9.5% بين الفتيات و 6.9% بين الأولاد، و من ثم فقد أدت بعض البرامج التدريبية التي تعتمد على التعبير العاطفي بالإضافة إلى التدخلات النفسية التربوية إلى انخفاض كبير في الألكسيثيميا في عينات الطلاب، علاوة على ذلك تم تقليل الصعوبات المبلغ عنها ذاتياً فيما يتعلق بالتنظيم العاطفي والوعي بالعواطف و مستويات الألكسيثيميا التي تم تقييمها بواسطة مقياس تورونتو ألكسيثيميا (TAS-20)، بشكل ملحوظ بعد جلسة تدريب مناسبة على المهارات للمراهقين .

فان التعليم النفسي يهدف إلى الحد من الإصابة بالالأكسيثيميا و له تأثير إيجابي على التنظيم و التعبير العاطفي. ففي دراسة Iuso و زملائه قد زاد حاصل التعاطف وكذلك إعادة تقييم التنظيم العاطفي لدى العينة، و على العكس من ذلك تم تقليل قمع التنظيم العاطفي من خلال التدخل مع الزيادة التالية في التعبير عن الحالة و التعبير عن الغضب المزاجي بطريقة حازمة، تم تأكيد هذا الحزم من خلال العثور على عدم وجود ارتباط بين التعبير عن الغضب ومستويات ألكسيثيميك (منخفضة).

نستنتج مما سبق انه رغم صعوبة فعالية بعض العلاجات النفسية مع الأفراد المصابين بالالأكسيثيميا نتيجة معاناتهم من الخبرة العاطفية المحدودة و ضعف القدرة على التعاطف، هناك البعض من العلاجات

التي أثبتت فعاليتها مع حالات الألكسيثيميا، و التي كان من الأفضل لها استخدام نهج العلاج النفسي الذي لا يركز على العواطف للعلاج، و من بين هذه العلاجات تم التطرق لكل من العلاج الفردي الذي يهدف لجعل المفحوص مدرك لانفعالاته و بعبر عنها عن طريق الكلمات، بدلا من الألم الجسدي، و العلاج الجسدي الذي يعمل من اجل تطوير الوعي و الإدراك الجسدي للأشخاص الذين يعانون من الألكسيثيميا، أيضا العلاج الجماعي حيث يسمح للفرد بالتعبير على الخبرات الانفعالية و فهم المعاش العاطفي انطلاقا من العلاقات الشخصية التي يطورها أثناء الحصص العلاجية، بالإضافة للعلاج الجدلي السلوكي و تقنياته الذي يساعد في إمكانية تحسين مهارات المعالجة العاطفية من خلال وحدات تنظيم اليقظة والعاطفة، كذلك العلاج بالتعليم النفسي و التدخلات النفسية التربوية حيث يهدف للحد من الإصابة بالألكسيثيميا و له تأثير إيجابي على التنظيم والتعبير العاطفي.

7-الألكسيثيميا و اضطراب ما بعد الصدمة:

قد وُجد أن الألكسيثيميا مرتبطة باضطراب ما بعد الصدمة باستخدام تقنيات التحليل التلوي قدم كل من Frewen و Dozois و Neufeld و Lanius (2008) مراجعة كمية لدراسات PTSD-alexithymia المتوفرة حتى عام 2006، و وجدوا 12 دراسة تشتمل على عينة إجمالية من 1095 مشاركا مصابا باضطراب ما بعد الصدمة و 460 من المشاركين الضابطين، عندما تمت مقارنة الألكسيثيميا في عينة اضطراب ما بعد الصدمة و في العينة الضابطة، وجد الباحثون نسبة كبيرة حيث حجم التأثير (د = 0.80)، ثم قارنوا الألكسيثيميا في عينة اضطراب ما بعد الصدمة مع قيم الألكسيثيميا المعيارية في العينة غير المشخصة بأي اضطراب نفسي ووجدوا حجم تأثير أكبر (د = 1.20).

و قد تناولت العديد من الدراسات العلاقة بين PTSD و الألكسيثيميا و من بينها:

دراسة يهودا وزملائه Yehuda et all (1997) عن الناجين من الهولوكوست التي أظهرت وجود علاقة مماثلة بين الألكسيثيميا واضطراب ما بعد الصدمة، حيث وجد ارتباطا مهما بين الألكسيثيميا وفقاً لمقياس تورونتو وأعراض اضطراب ما بعد الصدمة وفقاً لمقياس (CAPS)، كما انه من بين مجموعات أعراض اضطراب ما بعد الصدمة، كانت أعراض التجنب و أعراض التطفل مرتبطة بشكل أكبر مع الألكسيثيميا. و على الرغم من أنهم دعموا فكرة وجود علاقة لم يتمكنوا من التحدث عن طبيعة العلاقة: هل الألكسيثيميا تهيئ المرء لتطور الصدمة، أم أنه يحدث استجابة لصدمة تفاعل؟

أظهرت دراسة Dalbudak ، Cetin ، Durkaya ، Evren، (2010) التي أجريت على المرضى المنومين الذكور الذين يعانون من إدمان الكحول، أن الألكسيثيميا كانت أكثر انتشارا بين المصابين باضطراب ما بعد الصدمة من أولئك الذين لا يعانون من اضطراب ما بعد الصدمة، و كانت قابلية تعميم هذه الدراسة محدودة. و في التحقيق في عوامل الخطر لتطوير اضطراب ما بعد الصدمة، من طرف Heinrichs et al. (2005) يتبع

مجموعة من رجال الإطفاء الألمان المبتدئين مباشرة بعد التدريب الأساسي وبشكل دوري على مدار عامين في هذا المجال، على الرغم من أن الدراسة لم تتحدث عن قيمة الالكسيثيميا في التنبؤ باضطراب ما بعد الصدمة، إلا أنها أشارت إلى أن الأشخاص الأكثر عرضة للإصابة بردود فعل مؤلمة من المحتمل أيضاً أن يشهدوا اتجاهًا لزيادة الصفات الألكسيثيمية (Vandermeer(2014. 14-18)

أظهر الباحثون في دراسة (مكاسلين وآخرون (McCasslin et al. 2006)) لأعراض اضطراب ما بعد الصدمة في 54 من ضباط شرطة مدينة نيويورك قبل وبعد هجمات 11 سبتمبر 2002 الإرهابية (11/9)، أن الألكسيثيميا كانت مرتبطة بشكل كبير بأعراض PTSD قبل وبعد 11 سبتمبر، و وجدوا أيضاً أن نتائج الألكسيثيميا قبل 11 سبتمبر ساهمت بشكل كبير في تباين أعراض PTSD بعد 11 سبتمبر، يشير هذا إلى أن المعدلات المرتفعة من الإصابة بالالكسيثيميا لدى ضباط الشرطة تزيد من خطر الإصابة ب PTSD ، مرة أخرى هذه الدراسة محدودة ما يعيق التعميم، و تعد هذه الدراسة من بين الدراسات الأولى التي تبحث في اتجاه العلاقة بين ألكسيثيميا والصدمة.

بحثت دراسة (Söndergaard & Theorell (2004) في العلاقة بين الألكسيثيميا و اضطراب ما بعد الصدمة في عينة من اللاجئين، و ذكروا أن الألكسيثيميا كانت مرتبطة بشكل كبير و إيجابي بتشخيص اضطراب ما بعد الصدمة. عند النظر في العلاقة بين مجموعات أعراض الألكسيثيميا PTSD ، قرروا أن صعوبة وصف المشاعر DDF و صعوبة تحديد المشاعر DIF قادا العلاقة بين الالكسيثيميا واضطراب ما بعد الصدمة، لم يكن EOT مرتبطاً ب PTSD، هذا يشير إلى أن التفكير الموجه نحو الخارج EOT قد يكون غير مهم عند النظر في دور الألكسيثيميا في تطوير اضطراب ما بعد الصدمة.

في عينة من الممرضات العسكريين وعمال الإسعاف قام الباحثون (Vanheule، Declercq، & Deheegher (2010) بالتوصل إلى أن مجموعات أعراض DIF و DDF في الالكسيثيميا مرتبطة بشكل كبير و إيجابي بالإجهاد الرضحي، كما أظهرت تحليلات الانحدار المتعدد الهرمي أن مجموعة أعراض الألكسيثيميا من DIF ساهمت بشكل كبير في التنبؤ بأعراض اضطراب ما بعد الصدمة، و لكن تم قياس المشاركين فقط بعد التعرض للصدمة، لذلك من الصعب تحديد ما إذا كانت الألكسيثيميا سبقت اضطراب ما بعد الصدمة أو العكس، تشير نتائج هذه الدراسة إلى أنه على الرغم من أن أعراض الالكسيثيميا DIF وبدرجة أقل DDF قد تساهم في تطوير الإجهاد الصادم، لا يبدو أن مجموعة أعراض EOT تساهم في الاستجابات المؤلمة. (Vandermeer(2014. 14-18)

- حاولت الدراسات المذكورة أعلاه التطرق لموضوع العلاقة بين الالكسيثيميا و اضطراب ما بعد الصدمة إلا أنها في كل مرة كانت تواجه عائق و يبقى السؤال مطروحا هل الالكسيثيميا تساهم في ظهور اضطراب ما بعد الصدمة أو العكس، افتقدت دراساتهم للقدرة على التعميم نتيجة صغر العينة او خصوصيتها

كظباط شرطة نيويورك بعد أحداث 9/11، إلا أن ما أشارت إليه أن هناك عوامل مشتركة بين اضطراب ما بعد الصدمة و الاكسيثيميا كمرض و تمثلت هذه العوامل في الأعراض و قد استنتجت الدراسات أن كل من أعراض الاكسيثيميا المتمثلة في صعوبة تحديد المشاعر [DIF] و صعوبة وصف المشاعر [DDF] لهم تأثير في ظهور اضطراب ما بعد الصدمة بينما أعراض التفكير الموجه خارجياً [EOT] ليس لها كل ذلك الأثر.

8- اضطراب ما بعد الصدمة و الاكسيثيميا الثانوية لدى المراهق المصاب بحروق في الوجه:

تعتبر الحروق من أكثر الأحداث المجهدة و الصعبة التي يمر بها المصاب، نتيجة ما تخلفه من آثار جسدية كالتشوه و نفسية كإمكانية التعرض لأحد الاضطرابات النفسية، لا سيما لو كان مكان الإصابة بأهمية وجه الفرد و التي تعد منطقة خطيرة بسبب إمكانية التعرض لخطر الإصابة بالوذمة في الجهاز التنفسي العلوي، ثم يمكن أن تؤدي إلى مضاعفات في العين و مضاعفات أخرى كثيرة.. بالإضافة إلى صعوبتها النفسية لما يمكن أن تخلفه من تشوهات تؤدي بصاحبها للتعرض لجروح نرجسية عميقة، أو صعوبات اجتماعية حيث تترك الفرد عرضة للوصم الاجتماعي و صعوبة إعادة الاندماج.

تشوه الوجه و اضطراب المصاب للتعایش معه يعد صعب، و لكن قد يكون الأصعب حصول الإصابة في مرحلة عمرية حساسة كالطفولة، علماً أن الأطفال تحت سن 5 سنوات قد تتسبب الإصابة لديهم بنسبة

كبيرة في الوفاة و هذا وفقاً لدراسة. (SEDDIKI & BATOUCHE & CHOUICHA(2020. 30-36)

و إن كانت هناك فرصة للنجاة فستكون بأضرار لاحقة أهمها التأثير على البناء النفسي للشخصية لدى الطفل و عرقلة النمو السليم لديه، أيضاً مواجهته للكثير من التحديات أثناء مروره بكل المراحل العمرية اللاحقة، كالمراهقة بكل ما يعيشه الفرد خلالها من تغيرات فيزيولوجية و نفسية بداية بأزمة المراهقة وصولاً إلى تكوين صورة المراهق لذاته، و في نفس الوقت بالنسبة للمصاب بحروق اضطرابه لمعايشة كل التطفل و عدم التقبل الذي يتعرض له في الأوساط المدرسية.

على غرار ذلك تؤدي الإصابة بالحروق إن ترافقت مع الاضطراب العاطفي الذاتي و الدعم الاجتماعي وفقاً ل (Palmu(2011. 38-39 لخطر تطور اضطراب ما بعد الصدمة، و هذا الأخير قد ركزت العديد من الدراسات عليه كاضطراب في مجموعات الحروق منذ أن تم تضمين معايير تشخيصية محددة في DSM-III، في مراجعة (Baur et al 1998) تضمنت دراسات بين عامي 1986 و 1996، و تراوحت معدلات انتشار اضطراب ما بعد الصدمة في مجموعات الحروق البالغة بين 31% و 45% في دراسات أحدث باستخدام أدوات التقرير الذاتي، إن الترددات تتفاوت بين (2% Tedstone & Tarrier)، و 26% (1997 et

(Loey Van al) خلال الشهر الأول بعد الحرق وبين 13% (Williams & Griffiths 1991)، و 33% (Taal & Faber 1998) في 12 شهرًا من المتابعة.

كما وجد أن أكثر من 90% من ضحايا الحروق يعانون من بعض أعراض الإجهاد خلال الأسبوع الأول من الإصابة، ووجد أن أكثر من 45% تظهر عليهم علامات الإجهاد المزمن التي يمكن تصنيفها على أنها اضطراب ما بعد الصدمة بعد عام واحد، و PTSD يعد نتيجة محتملة للحروق الشديدة و تكشف الدراسات أن انتشاره (أعراض كاملة) بين مرضى الحروق قد يتراوح بين 3-58% بعد إصابة الحرق. (Shah & Karia & De Sousa & Lodha.2020)

و من أعراض اضطراب ما بعد الصدمة التي ظهرت على المراهق المصاب بحروق في الوجه، و التي تتوافق و معايير التشخيص لاضطراب ما بعد الصدمة التي ذكرتها الجمعية الأمريكية لعلم النفس في الدليل التشخيصي و الإحصائي الخامس DSM5، يمكن تناول كل من الأعراض التالية:

- أعراض إعادة معايشة الحدث الصادم (بمجل من الأعراض الاقتحامية: كتذكر الحدث الصادم بشكل مفاجئ و الشعور بأنه يعاد مرة أخرى في أوقات عدة).
- فقدان الذاكرة الجزئي (بعدم إمكانية تذكر تفاصيل الأحداث نتيجة تشوه الذكريات بسبب الحادث).
- الأعراض التجنبية (بتجنب كل الأشخاص أو المواقف أو الأماكن التي قد تذكر بالموضوع بما فيها الحديث عنه).

و هذا ما أشارت إليه نظرية معالجة المعلومات أيضا، التي اعتبرت الحدث الصادم يحمل مجموعة من المنبهات الخطيرة الطارئة التي لا تتلاءم مع خبرات الشخص ونماذجه المعرفية لأنها تتخطى الإطار السوي للتجربة الإنسانية، وهذا ما يؤدي إلى حدوث التشويه و الاضطراب في معالجة المنبهات، و في هذه الحالة تبقى المنبهات الصادمة ناشطة و بشكلها الخام و هي تستمر في ضغطها المؤلم على الشخص الذي يحاول عبثاً أن يبعدها عن عتبة الوعي حتى يشعر بالراحة و الأمان، غير أن الشخص المصدوم يلجأ عادة إلى استخدام بعض الوسائل الدفاعية السلبية مثل: النكران، التبلد و التجنب. جودة(2016. 40)

- حالة مزاجية سلبية (تخللها الإحباط، الحزن و إدراك الحياة على نحو سلبي و أنها قاسية و صعبة و ظالمة).

- أعراض الاستثارة (من اندفاع، سهولة للاستثارة و نوبات الغضب و البكاء إضافة للتشتت و التيقظ المبالغ فيه، أيضا صعوبة القيام بالأعمال الموكلة للفرد).

فوفقا لنموذج دي لا بينا De la pena فالأفراد ذوو نمط الجهاز العصبي الباراسمبثاوي المسيطر (PDI) لديهم استعداد لتطور أعراض PTSD، حيث يستثار النشاط العصبي الباراسمبثاوي بشكل متزايد ومتواصل كي يعوض النقص في استقبال المعلومات أثناء الصدمة ومعالجتها، فيخبر هؤلاء الأفراد في حالة زوال الحدث الصدمي حالة من الاستثارة المنخفضة و الحرمان الحسي يصحبها شعور بالملل و الاكتئاب، لذا تتطور

لديهم استجابات لزيادة المعلومات و البحث عن الاستثارة الحسية باعتبارها استجابات تعويضية للمخ المنخفض للاستثارة. و على هذا الأساس يمكن تفسير الكثير من أعراض PTSD مثل الأحلام المزعجة، الكوابيس، الأرق، الاستثارة الدائمة، الانفجارات العدوانية و اضطرابات النوم. عرار(2015. 94-95).

هذا و قد رافق أعراض اضطراب ما بعد الصدمة بعض المظاهر النفسية الأخرى الناتجة عن الحروق و منها: ظهور أفكار لاعقلانية و مشوهة عن الذات و المستقبل ما يعكس مدى تعقيد أزمة الهوية لدى المراهقين المصابين بالحروق، الانعزال و قلة العلاقات الاجتماعية و الذي يبدو منطقياً نتيجة التشوه و الرغبة في تجنب الآخرين بفعل PTSD، و فقدان المهارات الأساسية و العاطفية للتعامل مع الآخرين بفعل الالكسيثيميا، الإدراك السلبي للذات، تشوه صورة الذات، الشعور بالنقص و الذي ارتبط سواء بنوع من التدخلات الطبية المؤلمة في إشارة لاعتداء نفسي عليهم أو بضرورة الالتزام بالفنجان الطبي لفترة طويلة و مخجلة لهم، بينما يرتبط لدى البعض بنتيجة التشوه، السعي للتقبل الاجتماعي على نحو قوة و ليس شفقة و عن طريق العمليات التجميلية، أو محاولة الاندماج عن طريق مساعدة الآخرين و محاولة شرح ما جرى لهم، بسبب الانشغال برأي الآخرين و تجنباً للوصم الاجتماعي الذي يعيشونه بالفعل. أيضاً قد بدى مدى عمق الجروح النرجسية بسبب الحروق في عدم التقبل العقلاني لصورة الجسد الحالية.

كما يجدر الإشارة هنا أيضاً للعوامل الأخرى المساعدة في ظهور هذا الاضطراب بالإضافة للالكسيثيميا و مشاكل نفسية عدة أخرى و من بين العوامل: غياب الدعم الأسري و التفكك الأسري، الوصم الاجتماعي، المشاكل المعرفية، نقص الوعي بكيفية شرح الحادث الصادم للطفل ما يسبب ضبابية في نقل الإرث النفسي و منه توارث الصدمة بدون توارث جلد التعامل معها، و كذا نقص الوعي بكيفية التعامل مع الحالات ما يجعل الأسرة تقع بفخ أن تكون عامل خطر نتيجة الحماية المفرطة بدلاً من عامل حماية.

أيضاً لوحظ استخدام الحالات المكثف لميكانيزم الإنكار، ما يدل على عمق الجرح النفسي الذي يقودهم للكف الانفعالي، و كذا محاولة استخدامهم للعديد من آليات الدفاع الأخرى كالكبت و القمع، أي قوة المقاومة التي تحاول تطبيقها الفئة و التي بدت حتى من حالة القلق التي تعيشها.

التعرض للصددمات الشديدة و التي تخلف آثار دائمة تساهم في ظهور حالات مرضية لدى المصابين بها، و من بينها الالكسيثيميا الثانوية و التي اعتبرها كل من (Farges & Farges, 2002. 52) تظهر نتيجة عوامل مؤلمة كأمراض جسدية خطيرة أو الإجهاد من طبيعة أخرى غير المرض (حالة كارثية)، تشير العديد من المقالات الحديثة إلى وجود صلة بين الخلل الوظيفي في تفاعلات الطفل مع عائلته و الالكسيثيميا: نقص رعاية الأم، ونقص الإشباع العاطفي، والاهتمام بالتوافق الاجتماعي، كما تعد الالكسيثيميا الثانوية أسلوب دفاعي وظيفي تكيفي لمواجهة شدة التجربة المتلقاة و التي تتجاوز قدرات التكيف المعتادة (حالات الإجهاد اللاحق للصدمة)، ومن ثم سيألف التطوير المنفذ قبل كل شيء من تركيز الانتباه على الحياة اليومية، ينتج

عن إعادة توزيع الانتباه هذه إنشاء شاشة للمخاوف اليومية التي تسمح للموضوع بأن يظل أصمًا للألم أو الإحباط الذي يشعر به.

إلا أن فكرة العلاقة بين اضطراب ما بعد الصدمة و الاكسيثيميا موضوعا قد بحثت عديد الدراسات بشأنه، من بينها دراسة (مكاسلين وآخرون McCasslin et al. 2006) لأعراض اضطراب ما بعد الصدمة في 54 من ضباط شرطة مدينة نيويورك قبل و بعد هجمات 11 سبتمبر 2002 الإرهابية (9/11)، و توصلوا فيها إلى أن الاكسيثيميا كانت مرتبطة بشكل كبير بأعراض PTSD قبل وبعد 11 سبتمبر، و وجدوا أيضًا أن نتائج الاكسيثيميا قبل 11 سبتمبر ساهمت بشكل كبير في تباين أعراض PTSD بعد 9/11، و يشير هذا إلى أن المعدلات المرتفعة من الإصابة بالاكسيثيميا لدى ضباط الشرطة تزيد من خطر الإصابة ب PTSD. مرة أخرى لكن هذه الدراسة محدودة بسبب حجم عينة صغير نسبيًا ما يعيق التعميم، كما بحثت دراسة (Söndergaard & Theorell 2004) في العلاقة بين الاكسيثيميا واضطراب ما بعد الصدمة في عينة من اللاجئين، و ذكروا أن الاكسيثيميا كانت مرتبطة بشكل كبير و إيجابي بتشخيص اضطراب ما بعد الصدمة، و عند النظر في العلاقة بين مجموعات أعراض الاكسيثيميا و PTSD قرروا أن صعوبة وصف المشاعر DDF و صعوبة تحديد المشاعر DIF قادا العلاقة بين الاكسيثيميا واضطراب ما بعد الصدمة، لم يكن EOT مرتبطًا ب PTSD، هذا يشير إلى أن التفكير الموجه نحو الخارج EOT قد يكون غير مهم عند النظر في دور الاكسيثيميا في تطوير اضطراب ما بعد الصدمة.

و بالتالي ما يمكن تناوله بخصوصهما هو مجموع المظاهر النفسية المشتركة و التي تسبب الألم لصاحبها، و هذا ما أكدته دراسة (Declercq، Vanheule، Deheegher، & (2010) التي تشير نتائجها إلى أنه على الرغم من أن أعراض الاكسيثيميا DIF ودرجة أقل DDF قد تساهم في تطوير الإجهاد الصادم، لا يبدو أن مجموعة أعراض EOT تساهم في الاستجابات المؤلمة. (Vandermeer 2014. 17)

و قد لوحظ هذا فعلا على فئة المراهقين المصابين بحروق في الوجه، أي الاشتراك بين كل من PTSD و الاكسيثيميا في كل من DIF و DDF.

و نقطة الالتقاء الأخرى بين الاكسيثيميا و اضطراب ما بعد الصدمة لدى هذه الفئة حسب دراسة (Fukunishi & chishinu & Manze 1994) التي تم التوصل فيها إلى أن من بين عينة المصابين بالحروق 24 أشار أولئك الذين في المرحلة المزمنة (بعد أكثر من 10 أشهر من الحرق) إلى الإصابة بالاكسيثيميا بقوة اكبر، و من بين أعراض اضطراب ما بعد الصدمة التي لاحظها كانت أعراض التجنب و التخدير العاطفي أقوى أيضا لدى المرضى في المرحلة المزمنة، هي ارتباط مظاهر الاكسيثيميا بأعراض التجنب و التخدير العاطفي، و بالتالي تشير هذه النتائج إلى ظهور الاكسيثيميا كرد فعل على الحالة عندما يظهر التجنب و التخدير العاطفي بين أعراض اضطراب ما بعد الصدمة.

أما بالنسبة لمظاهر الاكسيثيميا التي ظهرت على المراهق المصاب بحروق في الوجه، و التي قد سبق و تطرق لها تايلور (Taylor، 1997) فيمكن تلخيصها في:

- صعوبة التعبير عن المشاعر و التمييز بينها لا سيما في لحظات الغضب.
- الرغبة مع عدم القدرة عن التعبير عن الانفعالات و عدم التمكن من فهمها.

و فسرت ذلك بعض التوجهات الحديثة في إطار التوجه المعرفي للأكسيثيميا، التي ترى أن الاكسيثيميا ليست مجرد خلل في التمثيل الرمزي للانفعالات، و لكنها قد تنشأ عن فقر في المعرفة اللفظية، أو في بعض الوظائف والقدرات المعرفية و الوظائف التنفيذية، و كذا القدرة على تذكر المنبهات المحملة انفعاليا و التي تسهم بدورها في نشأة خلل معالجة المعلومات الانفعالية. يونس و أنور (2004. 38-40).

- تفكير جامد و مجرد من العواطف (و تبين في التعامل مع الجنس الآخر على نفس النحو).

المظهر التي تطرقت إليه كل من نايت عبد السالم و بوشوشة (2021. 6) في دراستها، من خلال وجهة النظر الاقتصادية التي تفسر الاكسيثيميا على أنها آلية دفاعية ضد فرط الاستثارة الطاقوية المتعلقة بالجانب العاطفي، أي عدم القدرة على ربط التمثيل بالعاطفة، حيث يعاني من الإنكار و الانشطار و هذا ما يجعل سلوكه و خطابه جامدا، فهذه المکانیزمات تتغلب على مکانیزم الكبت الذي يترك توزيع طاقي حر غير صاد للإثارات بطريقة كافية، أي أن جمود تصرفاتهم و تفكيرهم اتجاه الآخرين بمثابة حماية و تجنب للتغلغل في الجانب العاطفي لهم.

- غياب الإدراك الانفعالي (بعدم الوعي بما يقوموا به من تصرفات أو مشاعر في بعض المواقف).

و هذا ما يسمى حسب الدراسات التي جاءت في دراسة (Dupont 2006. 46) بألية الهلوسة السلبية، التي تجعل من الممكن حماية النفس من المنبهات المثيرة للغاية، و التي تظهر في وقت مبكر جداً و بشكل جذري جداً، حيث تجد المحتويات العاطفية نفسها في حالة تأثر بالإلغاء فيتم الإمساك بها مباشرة و يتم ابتلاعها و عدم تمثيلها بعد ذلك و ربما تصبح مكبوتة، و هذا يعني سيتم إنشاء نفس مزيفة تتجنب أي حركة غريزية، باسم الحماية النرجسية الأساسية، بعبارة أخرى سيمنع التجميد العاطفي الطفل من الفوضى.

- الافتقار للتعاطف مع الآخرين لنقص المهارات الشخصية في التواصل و لعدم تمكنهم من فهم الحالة الانفعالية التي يمر بها الآخرين. و هذا ما يؤكد البناء بالفعل إن الأفراد الاكسيثيميون الذين يتسمون بصعوبات في الجوانب المعرفية و الوجدانية و كذلك فيما يخص التعبير عن مشاعرهم و انفعالاتهم، لديهم نقص ظاهر في المهارات الشخصية الداخلية، و التواصل الناجح مع الآخرين، فهم يفتقدون مهارات التعاطف تجاه الآخرين حيث لا يمكنهم فهم الحالة الوجدانية و الانفعالية التي يمرون بها. عطايا (2021).

- نمط تفكير موجه نحو الخارج (باستماعهم لمشاكل الآخرين و مساعدتهم و بنفس الوقت عدم السماح لهم بالتدخل و المساعدة أيضا في المقابل، و هذا ما أكده زين العابدين (2016. 36) أن التفكير المتوجه نحو الخارج عند الفرد هو دليل على نقص كفاءته في تحديد و وصف أحاسيسه.

و حتى الحديث أحيانا عن الحدث الصادم بسطحية مع الآخرين (إلا أن الغرض يكون ليس الكلام في حد ذاته، بل السعي للحصول على التقبل الاجتماعي من خلال هذه السلوكيات)، و هذا المظهر الإكلينيكي وصفه كل من Nerniah & Sifneos بإشارتهما إلى كونه شكل من أشكال الاتصال الذي يتميز بغياب أو نقص التفكير الرمزي، يؤدي إلى عدم بروز الوضع الداخلي، مشاعرهم، رغباتهم و نزواتهم. حافري و بخوش (2019. 127)

- جمود فكري (بوصف الأهداف على نحو تقليدي مادي و تكيفي و بشكل ثابت).
 أما خصوصية اضطراب ما بعد الصدمة بالنسبة للمراهقين المصابين بحروق في الوجه، فأعراضه تتركز بالأساس على التجنب و الإنكار و سرعة الاستئثار، و خصوصية الاكسيثيميا ترتبط بالأساس لدى الحالتين بتمكنهما من وصف الشعور العام الغير محدد الذي لديهم كإحباط مثلا، و عدم التمكن من تحديد المشاعر التي تتعلق بذاك الإحباط، أيضا بجهلها لكيفية فهم مشاعرهم و مشاعر الآخرين و منه الافتقار للتعاطف، بالإضافة إلى أخذهم للغضب كبديل لعجزهم عن التعبير عن مشاعرهم.



الفصل الثالث:

الاجرائات المنهجية للدراسة

الميدانية





1- منهج الدراسة

2- حالات الدراسة

3- أدوات الدراسة:

3-1- المقابلة العيادية نصف الموجهة

3-2- مقياس سبيلبرجر حالة و سمة القلق

3-3- مقياس كرب ما بعد الصدمة لدافيدسون

3-4- مقياس تورنتو الكسيثيما (TAS-20)

3-5- الأساليب الإحصائية

4- حدود الدراسة



يعد الجانب الميداني من أهم جوانب البحث العلمي، فهو وسيلة ضرورية لجمع المعلومات الميدانية حول موضوع الدراسة، و التي تضيف للجانب النظري مصداقية و موضوعية، و منه سيتم في ما يلي تناول الإجراءات المنهجية للدراسة.

تمت الدراسة الميدانية وفق الخطوات الآتية:

1- منهج الدراسة:

لنتناول إمكانية تحديد طبيعة المشكلة المدروسة و أبعادها لا بد من إتباع أو انتهاج منهج علمي سليم، هذا الأخير يعتبر طريقا يتبعه الباحث من اجل الوصول إلى الحقائق العلمية.

و المنهج هو الطريق المؤدي إلى الكشف عن الحقيقة في العلوم، بواسطة مجموعة من القواعد العامة تهيمن على سير العقل، و تحدد عملياته حتى يصل إلى نتيجة معلومة. دشلي(2016، 27)

و قد تم اعتماد المنهج العيادي بأسلوب دراسة الحالة في هذه الدراسة، و هذا لملاءمته موضوع و أهداف الدراسة، و يعرف المنهج العيادي الذي يطلق عليه بالطريقة الإكلينيكية و التي تعني التركيز على دراسة (الحالة الفردية) التي تمثل الظاهرة المراد دراستها، و خاصة ظواهر الاضطرابات الشخصية، الأمراض النفسية أو المشكلات الاجتماعية، الانحرافات الخلقية، الشذوذ الجنسي و غيرها، و بعبارة أخرى فالطريقة الإكلينيكية تمثل إجراء بحث تفصيلي شامل و متعمق عن شخص واحد، بحيث يتم جمع معلومات عن تاريخ حياة الشخص، حاضره، طموحاته و أهدافه المستقبلية القريبة و البعيدة، كما تشمل جميع جوانب شخصيته الصحية، الذهنية، الوجدانية، الاجتماعية و الروحانية. متولي(2016. 134)

و يعرف أسلوب دراسة الحالة على انه: أسلوب أو منهج من مناهج البحث في علم النفس، يهدف إلى التوصل إلى الفروض الرئيسية التي تسهل على الأخصائي النفسي فهم حالة الفرد و علاقته بمحيطه و كذلك القيام بالتشخيص. فهي إحدى المناهج التي تقوم على التساؤل و الاستقصاء و التحقيق و الفحص الدقيق و الكشف عن خلفية المشكلة و تفاعلاتها مع المحيط. سلوم(2022، 78)

و تم اختيار هذا المنهج من اجل الدراسة المعمقة لحالات الدراسة.

2- حالات الدراسة:

تم اختيار حالات الدراسة وفق الخصائص التالية:

- الحروق في الوجه: إصابة الحالة بحرق في الوجه.
- مرحلة المراهقة: أن تكون الحالة عمرها ما بين 14 - 21 سنة أي في مرحلة المراهقة.
- الإصابة بعمر مبكر: أن تكون الحالة أصيبت بالحروق في عمر صغير.
- درجة الحروق: أن تكون الحالة مصابة بحروق من الدرجة الثالثة.

و للحصول على الحالات بالخصائص السابقة، تم البحث في جامعة محمد خيضر بسكرة و عن طريق مواقع التواصل الاجتماعي و أيضا عن طريق شبكة العلاقات الشخصية. و من خلال نتائج المقابلة و استيفاء الشروط السابقة تم اختيار حالات الدراسة بطريقة قصدية.

جدول 1: خصائص حالات الدراسة

الحالة الأولى	أنثى	20 سنة	أصيبت في عمر صغير (3 اشهر)	مصابة بحروق في الوجه	حروق الدرجة الثالثة من
الحالة الثانية	ذكر	20 سنة	أصيب في عمر صغير (6 سنوات)	مصاب بحروق في الوجه	حروق الدرجة الثالثة من

3- أدوات الدراسة:

تختلف أدوات جمع البيانات باختلاف طبيعة مشكلة الدراسة، و يرتبط البحث العلمي بمدى فاعلية أدوات بحثه، كونها الوسيلة التي يستعين بها الباحث في جميع البيانات ذات العلاقة بموضوع بحثه. و في هذه الدراسة تمت الاستعانة بالمقابلة العيادية نصف الموجهة، و كل من مقياس حالة و سمة القلق لسيلبرجر و مقياس كرب ما بعد الصدمة لدافيدسون، و مقياس تورنتو الكسيثيميا TAS- 20 لقياس الالكسيثيميا لجمع المعلومات من حالات الدراسة.

3-1- المقابلة العيادية نصف الموجهة:

تعتبر المقابلة العيادية ذلك الحوار بين المختص و الحالة و نقاش موجه، و هي إجراء اتصالي يستعمل سيرورة اتصالية لفظية للحصول على معلومات ذات علاقة بأهداف محددة في العملية العلاجية، حيث يرى كورشين Corshin أنها تعتبر وسيلة مؤثرة و فعالة لتنمية التفاعل بين المعالج النفسي و المريض، من أجل مساعدته على التخلص من محنته و تسهيل حل مشكلاته. حاج سليمان (2021. 21)

المقابلة نصف الموجهة: و قال العويضة (2003) في هذا النمط من المقابلة العيادية، يأخذ موقف وسط بين المقابلة الغير مقننة و المقابلة الموجهة، حيث يقدم الفاحص على مقابلة المفحوص وفي ذهنه مجموعة من المحاور أو الرؤوس مواضيع بدل الأسئلة التي نجدها في الشكل الموجه، كأن يفكر في أن يتطرق المحاور التالية: الأسرة، المرض الحالي، الطفولة، سنوات التعلم، العمل، مكان الإقامة، الحوادث

و الأمراض، الحقل الجنسي، العادات والهوايات، الاتجاه نحو الأسرة، الاتجاه نحو المرض الحالي، الأحلام. جابر و مقراني (2022. 5)

و في هذه الدراسة قامت الباحثة ببناء دليل المقابلة الذي يحتوي على البيانات الشخصية مع 3 محاور على النحو التالي:

- المحور الأول حول الإصابة بالحروق
- المحور الثاني حول اضطراب ما بعد الصدمة
- المحور الثالث حول الاكسيثيميا.
- تكونت المقابلة بشكل كلي من 58 سؤال.

و تم تطبيق المقابلة من قبل الطالبة الباحثة:

- مع الحالة الأولى في جامعة محمد خيضر بسكرة، و مدة المقابلة هي ساعة و 15 دقيقة.
- مع الحالة الثانية على مستوى منزل الحالة، و مدة المقابلة هي ساعة و 10 دقائق.

3-2- مقياس سبيلبرجر للقلق (حالة وسمة) الصورة (ي):

اعتمدت الدراسة الحالية على مقياس القلق لسبيلبرجر بوصفه حالة وسمة الصورة (ي)، و هو دليل يشير إلى أن المقياس هو الامتداد الطبيعي لنظرية حالة و سمة القلق و التعبير المباشر لها بلغة القياس: و قد بدأ العمل في إعداد هذا المقياس من قبل سبيلبرجر و زملائه عام 1964 و هو يعرف بالانجليزية باسم (Staitte Trait Anxiety Inventory)، وصدرت النسخة الأولى للمقياس عام 1966، ثم عدلت عام 1970 وعرفت باسم الصورة (س) (Staitte - Trait Anxiety Inventory Forme X). وصدرت منها الصورة الثالثة المنقحة عام 1983 وعرفت باسم الصورة (ي) (Staitte- Trait Anxiety Inventory Forme Y)، و كل هذه الصور خاصة بالراشدين.

يتألف مقياس القلق (حالة وسمة) الصورة (ي) من مقياسين فرعيين اثنين يعتمدان على أسلوب التقرير الذاتي هما: مقياس حالة القلق (State - Anxiety Scale) و مقياس سمة القلق (Trait - Anxiety Scale) و يتكون مقياس حالة القلق من عشرين (20) عبارة تقريرية تستهدف تقدير مشاعر المبحوث في الظرف "الراهن" أو "في هذه اللحظة بالذات"، كما يتضمن مقياس سمة القلق عشرين (20) عبارة تقريرية تستهدف تقدير مشاعر المبحوث بشكل عام، و انسجاما مع التعريف الخاص بمفهوم حالة القلق فان السمات أو الجوانب الأساسية التي يتناولها مقياس حالة القلق هي مشاعر التخوف أو التوجس Apprehension و التوتر Tention و العصبية Nervousness و الهم أو الضيق Worry، و يشير الدليل الخاص بالمقياس إلى أن درجات على مقياس حاله القلق تزداد عند الاستجابة للأخطار الجسمانية و التعرض للضغط النفسي، تناقص في حاله الراحة و الاسترخاء.

تم الحصول على دليل النسخة الفرنسية لمقياس سبيلبرجر للقلق (سمه وحالة) الصورة (ي) من المكتبة الجامعية لكلية العلوم الاجتماعية بجامعة وهران، و هي الترجمة الحرفية للمقياس في صورته الأصلية

الأمريكية الصورة (ي)، كما تم الحصول على النسخة العربية للمقياس في صورته الحديثة (ي) من طرف الأستاذ احمد محمد عبد الخالق، و هذا بعد مراسلته و موافقته على ذلك، حيث تم عرض النسخة الثالثة للمقياس (الانجليزية، الفرنسية و العربية) على 6 أساتذة محكمين من أساتذة علم النفس، و الذين يمتلكون خبرة في مجال القياس النفسي و ترجمه المقاييس و الاختبارات النفسية، و قد طلب منهم الحكم على مدى ملاءمة تعليمات الإجابة لتلاميذ التعليم الثانوي، ومدى انتماء البنود لأبعاد المقياس و التأكد من سلامه الترجمة، و وضوح الصياغة اللغوية للبنود و جودتها و ملاءمتها للبيئة العربية عموماً و البيئة الجزائرية على وجه الخصوص، و التحقق من البنود أنها على علاقة بالخاصية التي وضعت لقياسها.

1- **طريقه التصحيح:** تعطى لكل إجابة على كل بند من مقياس حالة القلق و سمه القلق درجات موزونة تتراوح بين (1 إلى 4) بهذا الترتيب، حيث تشير الدرجة 4 إلى مستوى مرتفع من القلق في البنود التالية:

مقياس حالة القلق: البنود (9 - 7 - 6 - 4 - 3 - 12 - 13 - 14 - 17 - 18)

مقياس سمة القلق: البنود (22 - 24 - 25 - 28 - 29 - 31 - 32 - 35 - 37 - 38 - 40)

و تعطى لكل إجابة على كل بند من مقياس حالة القلق و سمة القلق الدرجات المعكوسة من (4 إلى 1) بهذا الترتيب و التي تشير إلى انعدام حالة القلق و سمة القلق في البنود التالية:

انعدام حالة القلق: البنود (1 - 2 - 5 - 8 - 10 - 11 - 15 - 16 - 19 - 20)

انعدام سمة القلق: البنود (21 - 23 - 26 - 27 - 30 - 33 - 34 - 36 - 39)

و لكي تستخرج الدرجة الكلية لكل مقياس تجمع الدرجات الموزونة للبنود العشرين التي تكون كل من مقياس حاله القلق أو سمة القلق، مع ملاحظه ترتيب الدرجات في حاله وانعدام حاله القلق و سمه القلق، و يمكن أن تتفاوت الدرجات لكل مقياس على حده حيث تتراوح من 20 درجة كحد أدنى إلى 80 كحد أقصى.

ب- **الخصائص السيكومترية للنسخة العربية لمقياس القلق لسبيلبرجر (حالة و سمة) الصورة (ي):**

وفقاً ل بن درف (2018. 56-59) جاءت على النحو التالي:

1- **دراسة الثبات:** استخدمت طرائق عدة للتحقق من ثبات النسخة العربية مدار البحث لمقياس حاله القلق و سمة القلق الصورة (ي) من بين هذه الطرق نذكر منها:

1-1. **التطبيق و إعادة التطبيق:** والتي يعتمد فيها على تطبيق الصورة العربية المعدة للمقياس على عينة من طلبة كلية التربية مؤلفة من 36 طالب و 46 طالبة، و إعادة تطبيقها مره ثانية على نفس العينة السابقة بعد مرور 17 يوماً. و قد بلغت معاملات الثبات المحسوبة بهذه الطريقة 0.85 لدى الذكور و 0.51 لدى الإناث بالنسبة لمقياس القلق و 0.79 لدى الذكور و 0.81 لدى الإناث بالنسبة لمقياس سمة القلق، و يلاحظ أن معاملات الثبات المستخرجة بهذه الطريقة أظهرت شيئاً من الهبوط فيما يخص مقياس حاله قلق، وان كانت مقبولة بصوره عامه، و يمكن تعليل ذلك في ضوء نظرية سبيلبرجر التي تنظر إلى سمه القلق على

أنها سمة ثابتة نسبياً في الشخصية، في حين ينظر إلى حاله القلق أنها حاله انفعاليه مؤقتة أو عارضه يمكن أن تتذبذب من وقت لآخر تبعا للمواقف المختلفة التي يتعرض لها الفرد.

1-2. **التجربة النصفية:** والتي اعتمد فيها على تقسيم كل من مقياس حالة القلق و مقياس سمة القلق إلى جزأين أو نصفين متعادلين، يتألف الأول منهما من البنود التي تأخذ الأرقام من 1 إلى 10، و الثاني من البنود التي تأخذ الأرقام من 11 إلى 20، ثم حساب معامل ترابط بين درجات النصف الأول و درجات النصف الثاني لكل مقياس وتصحيحه باستخدام معادله (سبيرمان- براون) وقد بلغت معاملات الثبات المحسوبة بهذه الطريقة و المحصلة من أداء عينة من طلبة كلية التربية بلغ عددها 45 طالب و 47 طالبة. وبلغت معاملات الثبات 0.91 لدى الذكور و 0.90 لدى الإناث بالنسبة لمقياس حالة القلق و 0.76 لدى الذكور و 0.8 لدى الإناث لمقياس سمة القلق، و تشير هذه النتيجة إلى أن كل من مقياس حالة القلق و مقياس سمة القلق على درجة عالية من الثبات المستخرج بطريقة التجزئة النصفية لدى كل من الذكور و الإناث من الطلبة، وتعطي بذلك مؤشرا أوليا لثبات المقياس مدار البحث من خلال إظهار التجانس أو الاتساق الداخلي بين نصفيه.

1-3. **الاتساق الداخلي:** تم حساب الثبات في هذه الطريقة باستخدام معادلة ألفا كرونباخ لدى عينات من التقنيين ذاتها و التي تألفت من 669 طالبا وطالبة من طلبة التأهيل التربوي المسجلين في العام الدراسي 2001 - 2002 في الجامعات السورية الأربعة و هي: دمشق، حلب، تشرين و البعث، بالإضافة إلى 108 من طلبة دبلوم الدراسات العليا في كلية التربية بجامعة دمشق في العام نفسه، و قد أظهرت معاملات الثبات المستخرجة بهذه الطريقة ارتفاعا ملحوظا لكل من مقياس حالة القلق و مقياس سمة القلق و لدى كل من طلبة دبلوم التأهيل التربوي و دبلوم الدراسات العليا الذكور و الإناث على حد سواء، و بلغت معاملات الثبات المحسوبة 0.89 و 0.86 لمقياس حالة القلق لدى طلبة دبلوم التأهيل التربوي و طلبة دبلوم الدراسات العليا الذكور (ن= 279 و 45 على التوالي)، و 0.8 و 0.90 لدى الإناث من طلبة دبلوم التأهيل التربوي و طلبة دبلوم الدراسات العليا (ن= 390 و 63 على التوالي)، كما بلغت معاملات الثبات الخاصة بمقياس سمة القلق 0.88 و 0.90 لدى طلبة دبلوم التأهيل التربوي و طلبة دبلوم الدراسات العليا الذكور (ن= 279 و 45 على التوالي)، و 0.8 و 0.9 لدى الإناث من طلبة دبلوم التأهيل التربوي الدراسات العليا (ن= 390 و 63 على التوالي)، و تشير هذه المعاملات إلى أن كل بند من البنود العشرين التي يتألف منها المقياس على درجة عالية من التجانس أو الاتساق الداخلي، كما تدعم النتيجة الخاصة بحساب الثبات بطريقه الشطر النسبي، و توفر معها دليلا مهما و قويا حول الاتساق الداخلي للمقياس بصورته العربية المقترحة.

2- **دراسة الصدق:** درس صدق الصورة العربية المعدة لمقياس القلق موضع الاهتمام بطرائق عدة ونذكر منها:

2-1- الصدق التلازمي: تم حساب الترابط بين هذه الصورة و بين الصورة المصرية التي أعدها عبد الرقيب احمد البحيري (1984)، و التي تقابل الصورة الأجنبية المعروفة بالصورة (س) للمقياس، وبلغت معاملات الارتباط المحسوبة لدى عينة من طلبة كلية التربية الذكور (ن = 52) 0.69 و 0.77 لمقياس حالة القلق و مقياس سمة القلق على التوالي، ولدى عينة من الإناث من طلبة كلية التربية (ن = 37) 0.72 و 0.74 لمقياس حالة القلق على التوالي، و من جهة أخرى أعطت دراسة الترابط بين الصورة المقترحة لمقياس القلق لدى العينة السابقة من الإناث من طلبة كلية التربية (ن = 37) و بين بعد العصبية (N) من مقياس أيزنك للشخصية المراجعة (R- EIQ) الذين قام الباحث بنقله إلى اللغة العربية ترابطا قدره 0.70 لمقياس حالة القلق و 0.71 لمقياس سمة القلق، و من الواضح أن هذه النتيجة تظهر قوة الصلة بين القلق و العصابية، و تقدم دعما للصدق التلازمي لمقياس القلق بدلالة محك مقياس العصبية.

2-2- الفرق المتقابلة أو المجموعات المتضادة: هذه الطريقة استخدمت فيها دراسة الصدق البنوي للمقياس، و ارتكزت على دراسة دلالة الفروق بين متوسطات الدرجات التي حصلت عليها المجموعات المتضادة أو المجموعة نفسها في المواقف المتباينة أو المتعارضة، و من النتائج التي أمكن التوصل إليها باستخدام طريقة المجموعات المتضادة ظهور فروق دالة بين متوسطات الدرجات التي حصلت عليها عينة من طلبة الثانوية العاديين (ن=30)، و عينة ثانية من الطلبة المعاقين سمعيا من مدرسة الأمل للصم و البكم في حي باب مصلى بدمشق (ن= 30)، و عينة ثالثة من طلبة المعاقين حركيا من مركز التأهيل المهني بدمشق (ن= 30). بن درف (2018). 56-59

3-3- مقياس كرب ما بعد الصدمة لدافيدسون:

و اعتمدت الدراسة الحالية أيضا على مقياس دافيدسون لقياس تأثير الخبرات الصادمة الذي يحتوي على 17 بند تماثل الصيغة التشخيصية الرابعة للطب النفسي الأمريكية، و يتم تقسيم بنود المقياس إلى ثلاثة مقاييس فرعية و هي:

1. استعادة الخبرة الصادمة و تشمل البنود التالية 1، 2، 3، 4، 17.
2. تجنب الخبرة الصادمة و تشمل البنود التالية 5، 6، 7، 8، 9، 10، 11.
3. الاستئثار و تشمل البنود التالية 12، 13، 14، 15، 16.

1- تصحيح:

تتكون الإجابات من 5 بدائل من 0 إلى 4 و يكون سؤال المفحوص عن الأعراض في الأسبوع المنصرم و يقدر مجموع الدرجات للمقياس ب 68 نقطة و يتم حساب شدة الصدمة النفسية وفق الفئات التالية:

جدول 2: سلم التصحيح لمستوى كرب ما بعد الصدمة

الدرجة	مستوى كرب ما بعد الصدمة
أقل من 4 نقاط	لا توجد صدمة
من 4 إلى 25 نقطة	صدمة خفيفة
من 26 إلى 47 نقطة	صدمة متوسطة
من 48 إلى 68 نقطة	صدمة شديدة

ب- الخصائص السيكومترية لمقياس كرب ما بعد الصدمة لدافيدسون:

لقد تناولت العديد من الدراسات السابقة مسألة ثبات و مصداقية هذا المقياس و فقال بوشارب و سناني (2021، 804) كانت على النحو التالي:

1- الثبات:

1-1. الاتساق الداخلي Internal consistency:

لقد استخدم معامل ألفا كرونباخ لمعرفة الاتساق الداخلي للمقياس من خلال دراسة تناولت 241 مريض تم أخذهم من مجموعة من ضحايا الاغتصاب، و دراسة لضحايا الإعصار اندرو، و كان معامل ألفا 0.99. لقد استخدم معامل ألفا كرونباخ لمعرفة الاتساق الداخلي للمقياس من خلال دراسة تناولت 215 سائق إسعاف مقارنة مع موظفين في غزة و كان معامل ألفا 0.78، التجزئة النصفية بلغت 0.61.

1-2. الثبات إعادة تطبيق المقياس Test-retest:

لقد تم تطبيق هذا المقياس على مجموعة من الأشخاص الذين تم فحصهم من خلال دراسة إكلينيكية في عدة مراكز و تم إعادة الاختبار بعد أسبوعين و كان معامل الارتباط 0.86 و قمة الدلالة الإحصائية = 0.001.

في دراسة أبو ليلة و ثابت (2005) تم اختبار المقياس على عينة من سائقي الإسعاف و كانت العينة مكونة من 20 سائق و تم إعادة الاختبار بعد أسبوعين و كان معامل الارتباط 0.86 و قمة الدلالة الإحصائية = 0.001.

2- المصدقية الحالية Concurrent validity:

لقد تم دراسة مصداقية المقياس بمقارنته بمقياس الاضطرابات النفسية الناتجة عن مواقف صادمة للإكلينيكين و ذلك بأخذ عينة مكونة من 120 شخص من مجموعة من ضحايا الاغتصاب، و دراسة ضحايا إعصار اندرو، و المحاربين القدماء، و كانت النتيجة بان 67 من هؤلاء الأشخاص تم تشخيصهم

كحالة كرب ما بعد الصدمة. كان المتوسط الحسابي لمقياس دافيدسون لكرب ما بعد الصدمة لهؤلاء الأشخاص هو 62 ± 38 ، بينما كان المتوسط الحسابي لمقياس دافيدسون لكرب ما بعد الصدمة للأشخاص الذين لم تظهر عليهم أعراض كرب ما بعد الصدمة (62 شخص) هو 15.5 ± 13.8 (ت = 9.37، دلالة إحصائية 0.0001. بوشارب و سناني (2021. 804)

3-4- مقياس تورنتو TAS-20 لقياس الاكسيثيميا:

كما اعتمدت الدراسة الحالية على مقياس تورنتو TAS-20 و هو سلم تقدير ذاتي مكون من 20 بند، حيث أن النسخة الأصلية هي النسخة الانجليزية و التي قام بإعدادها كل من (Paker. Taylor. 1994- Bagby)، و يتكون من ثلاثة أبعاد رئيسية تتمثل في:
 البعد الأول: يقيس صعوبة تحديد الانفعالات و تمييز الأحاسيس الجسدية.
 البعد الثاني: صعوبة وصف الأحاسيس و الانفعالات.
 البعد الثالث: يقيس وجود الأفكار الموجهة للخارج.
 1. التصحيح (التنقيط):

البنود مقسمة حسب الأبعاد الثلاثة للاكسيثيميا إلى ثلاثة فروع ثانوية و تنقيط الإجابات يكون حسب سلم ليكرت الذي يحتوي على خمس مستويات ابتداء من 1 (غير موافق تماما) إلى 5 (موافق تماما)، حيث يحتوي المقياس على عدد مماثل للبنود مع العلم أن التنقيط معكوس (فالموافقة تعكس مستوى منخفض من الاكسيثيميا) لتجنب الإجابات التي تسعى لإرضاء السلم من قبل المبحوث. إن نقطة العتبة تسمح بالكشف عن الأفراد الذين لديهم سمات شخصية الكسيثيميا من غيرهم على النحو التالي:

جدول 3: جدول يوضح نقاط العتبة للاكسيثيميا

الكسيثيمي	نزعة الكسيثيميا	ليس الكسيثيمي
$61 \leq x$	$52 \leq x \leq 60$	$51 \leq x$

مجموع النقاط لسلم TAS - 20 يكون بجمع جميع النقاط المتحصل عليها في كل البنود.

- يكون المجموع ما بين 20 إلى 100 نقطة.
- تكون الحالة مرضية إذا تجاوزت 61 نقطة.

ب. الخصائص السيكومترية لمقياس تورنتو (TAS-20) لقياس الاكسيثيميا على البيئة الجزائرية:

وفقا لدراسة نايت عبد السلام و بوشوشة (2021. 9) جاءت الخصائص السيكومترية على النحو التالي:

1. دلالات الصدق: قد تحقق في مقياس تورنتو لقياس الاكسيثيميا عددا من أنواع الصدق، و هي:
 1-1. صدق الترجمة: فيما يلي عرض لمراحل ترجمة و إعداد أداة البحث:

- قامت الباحثتان مريم بوشوشة و كريمة نايت بترجمة أولية للمقياس (نسخة Paker. Taylor. 1994 – Bagby) من اللغة الأصلية الانجليزية إلى اللغة العربية.
- عرض النسخة الأصلية الانجليزية للمقياس على ثلاثة خبراء في اللغة الانجليزية من اجل ترجمته إلى اللغة العربية.
- توحيد الترجمات المتحصل عليها في نسخة واحدة، و ذلك بعد رصد أوجه الاختلاف و التشابه بين النسخ المترجمة و الاستفادة من ملاحظات المترجمين.
- ترجمة النسخة الفرنسية (نسخة Loas – 1993) إلى اللغة العربية، و عرض النسخة المترجمة على ستة أساتذة في قسم علم النفس متحكمين في اللغة الفرنسية، للمطابقة بين الترجمتين و التأكد من السلامة اللغوية و وضوحها.
- بالإضافة إلى الترجمة العكسية أي من العربية إلى الانجليزية و الفرنسية، و هذا للوصول إلى النسخة النهائية بدون إنقاص عدد البنود و التي يبلغ عددها أساسا (20) بندا، حيث يتم تعديل و تصحيح و جمع النسخ المترجمة في نسخة واحدة.
- بعد الحصول على النسخة المترجمة إلى اللغة العربية تم تطبيقها على عينة مكونة من (55 طالبا) للتأكد من صدق الترجمة و وضوح ألفاظ و عبارات بنود النسخة المعربة، و ذلك بتطبيق كل من النسخة المعربة و النسخة الأصلية على العينة و ذلك بفاصل زمني، ليكون كل فرد من العينة قد أجاب على النسختين، و في الأخير حساب معامل الارتباط بينهما للتأكد من دلالة العلاقة بين النسختين. حيث بلغت قيمة الارتباط (0.75)، و هي قيمة دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة (0.01)، و التي تدل على صدق الترجمة.

1-2. الصدق الظاهري:

و يعني البحث عما يبدو أن المقياس يقيسه، و هو المظهر العام للاختبار أو الصورة الخارجية له من حيث نوع المفردات و كيفية صياغتها و مدى وضوح هذه المفردات، و كذلك يتناول تعليمات الاختبار و مدى دقتها و درجة ما تتمتع به من موضوعية، و على نوع الأسئلة و مدى صلاحيتها للإشارة و الاستجابة المناسبة من المختبرين، حيث يكشف هذا النوع من الصدق عن المفردات الضعيفة أو التي لا ترتبط كثيرا بالوظيفة المراد قياسها، حيث يتم تقييم درجته من خلال حكم المحكمين و التوافق بين تقديراتهم. و لغرض التحقق من هذا النوع من الصدق، تم عرض بنود المقياس على ستة أساتذة في قسم علم النفس بعد ترجمة المقياس، و الاعتماد على اتفاق الآراء بين المحكمين، و ذلك لم يحذف أي بند و لكن تم تعديل عدد من البنود و ذلك بالاعتماد على نسبة (80%) من اتفاق آراء المحكمين.

1-3. صدق الاتساق الداخلي:

إن الاتساق الداخلي سواء أكان للمقاييس الفرعية أو البنود فإنه أساسا يقيس التجانس، و لأنه يحدد خصائص المجال السلوكي أو السمة التي يقيسها الاختبار فإن درجة تجانس الاختبار تتعلق بمقدار ما بصدق تكوينه. و للتأكد من صدق الاتساق الداخلي، يشير بعض المؤلفين منهم "خليفة" (2000) و "معمرية"، إلى انه يمكن الاعتماد على معاملات الارتباط بين درجات المقياس ككل و مختلف أبعاده، و بين الأبعاد فيما بينها.

جدول 4: جدول يوضح ارتباط كل بعد بالدرجة الكلية للمقياس

الدرجة الكلية للمقياس	البعد الأول	البعد الثاني	البعد الثالث
	. 773**	.765**	.669**

** دال عند مستوى الدلالة 0.01

جميع قيم معاملات ارتباط كل بعد بالدرجة الكلية لعبارات الأبعاد دالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.01) و هذا يدل على صدق الاتساق الداخلي للمقياس.

و للتحقق من الصدق البنائي للمقياس تم التطرق للتحليل العاملي التوكيدي و الذي يتضمن كل من:

صدق البناء: يعد صدق البناء احد الأساليب الإحصائية التي تدعم صدق نتائج الاختبار، كما يمثل الصورة الأكثر تطورا للصدق، و يدل على درجة تمثيل المقياس البناء النظري للسمة المقاسة، و يهتم صدق البناء للمقياس بمدى اتساق مكوناته مع البنية المفاهيمية لمكونات السمة موضع القياس و العلاقات فيما بينها.

التحليل العاملي التوكيدي: هذا النوع من التحليل يتطلب وجود نموذج نظري مسبق واضح المعالم، أي بدل من استكشاف العوامل المكونة للظاهرة يتم الانطلاق منها كمسلمات تستمد من نظرية موجودة فعلا، و بدل الاكتفاء بوصف الظاهرة هنا يتم التحقق من صحة النموذج النظري المفسر لها، و التأكد من مطابقته للبيانات، حيث يتم الحكم على النموذج إذا كان يتمتع بجودة المطابقة أم لا بالاعتماد على مجموعة من مؤشرات حسن المطابقة و محكات القطع لكل مؤشر.

و قد أسفر التحليل العاملي التوكيدي لمقياس الالكسيثيميا، بعد توصيف و افتراض أربع نماذج نظرية متنافسة للتحقق من بين أي النماذج التي تلائم النموذج القياسي للمقياس، و من خلال الاستعانة بحزمة Amos (v24) لنموذج القياس لمقياس الالكسيثيميا و أبعاده و مؤشرات المطابقة (Fit indices)، ثم تقدير البارامترات بطريقة الارجحية العظمى (ML)، تم إجراء التحليل العاملي التوكيدي للعوامل المرتبطة و التحليل العاملي التوكيدي الهرمي من الدرجة الثانية و التحليل العاملي التوكيدي الأحادي و أخيرا التحليل العاملي التوكيدي الثنائي.

و بعد دراسة كل عامل منهم نجد نتائج الصدق و الثبات للتحليل العاملي التوكيدي الثنائي لمقياس الالكسيثيميا تم تلخيص ما تم التوصل إليه بشأن هذه العوامل كالآتي:

الصدق التقاربي ((Average Variance Extractid (AVE):

يعبر الصدق التقاربي على أن التباين المشترك فيهما عال جدا، و الذي يحسب من خلال متوسط التباين المستخرج (AVA)، حيث سجلنا القيمة 0.639 بالنسبة للعامل الهرمي من الدرجة الثانية، أي أن قيمته في العامل العام اكبر من المحك 0.50 لقبول هذا المعامل، كما أن قيمته اقل من قيمة الثبات المركب 0.804. و بالتالي يمكن القول ان النموذج حقق الصدق التقاربي.

الصدق المركب ((Compsite Reliability (CR):

تبين ان قيمة الثبات المركب أو اوميغا مكدونالد (McDonalds Omega) بالنسبة للعامل الهرمي من الدرجة الثانية تساوي (0.804)، و القيمة (0.649) للعامل الأول، و القيمة (0.666) للعامل الثاني، و أخيرا القيمة (0.834) للعامل الثالث. مما يدل على أن مقياس الالكسيثيميا له بعد عام هرمي من الدرجة الثانية و ثلاثة عوامل من الدرجة الأولى و هما بعد صعوبة تحديد الانفعالات و تمييز الأحاسيس الجسدية، و بعد صعوبة وصف الأحاسيس و الانفعالات، و بعد وجود الأفكار الموجهة للخارج.

حيث تشير هذه المؤشرات كلها إلى أن النموذج المفترض لمقياس الالكسيثيميا قد استوفى الشروط اللازمة لقبوله، كما تدل هذه القيم على قوة العلاقة بين العوامل و مؤشراتهما.

2. دلالات الثبات: و قد تحقق في مقياس تورنتو لمقياس الالكسيثيميا عدد من أنواع الثبات، و هي:

2-1. الثبات بطريقة إعادة التطبيق:

و يقصد به إعادة توزيع الاستمارة على نفس المبحوثين مرتين متتاليتين بعد مدة، يكون الفارق بينهما لا يقل عن أسبوع و لا يزيد عن شهر، حيث يكون التطبيق تحت الظروف نفسها بقدر الإمكان، ثم يحسب معامل ارتباط الثبات بين نتائج مرتي التطبيق.

تم تطبيق المقياس مرتين بفاصل زمني قدره أسبوعين على عينة من طلبة علم النفس و بلغ عددهم 55 طالبا من الجنسين، تم من خلالها حساب معامل الارتباط بين درجات التطبيق الأول و الثاني.

و من ثم تم التوصل إلى أن جميع قيم معاملات ارتباط كل بعد بالدرجة الكلية لعبارات الأبعاد دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة (0.01) و هذا يدل على ثبات المقياس.

2-2. الثبات بطريقة حساب الاتساق الداخلي (معامل الفا كرومباخ):

تعتمد الطرق التي تتصل بالاتساق الداخلي لحساب الثبات على الاتساق في أداء الأفراد على الاختبار من فقرة لأخرى، حيث يقسم الاختبار إلى عدد كبير من الأجزاء، بحيث يتكون كل جزء من فقرة واحدة من فقرات الاختبار، و كلما زاد الاتساق بين هذه الفقرات زاد ثبات الاختبار ككل، فالتناسق بين الوحدات و البنود يتأثر بمصدرين من مصادر تبيان الخطأ هما: أخطاء محتوى البنود و أخطاء عدم تجانسها، فكلما كانت

البنود متجانسة (فيما تقيس) كان التناسق عاليا فيما بينها و العكس صحيح، و من أكثر الطرق أو المعادلات المستخدمة في البحوث لحساب الاتساق الداخلي هي معادلة ألفا كرونباخ، و فيها يحل مجموع تباينات درجات الأسئلة محل مجموع نسبة الاستجابات الصحيحة أو الخاطئة.

تم حساب ثبات مقياس الالكسيثيميا بهذه المعادلة، و قد تحصلنا على (0.786) و هي قيمة أكبر من (0.60) و بالتالي تشير النتائج إلى أن المقياس يتمتع بثبات عال.

2-3. الثبات بطريقة التجزئة النصفية:

تعتمد هذه الطريقة على قسمة عدد بنود الاختبار إلى نصفين متساويين، ثم حساب معامل الارتباط بين نصفي الاختبار على عينة من الأفراد، و يعبر معامل الارتباط هنا عن ثبات الأداء على نصف الاختبار فقط، ثم نصحح معامل الثبات وفق الطول الكلي للاختبار، فإذا كان اختبارنا جيد التصميم، فننتوقع انه سيظهر ثباتا في الأداء يعكسه الارتباط بين نصفيه.

تم إضافة طريقة التجزئة النصفية، و كان معامل الثبات لجتمان هو (0.805)، أي أكبر من (0.64) و هذا يدل على ثبات عال.

و من خلال إخضاع المقياس لهذه الشروط المنهجية بإتباع بروتوكول الترجمة و قياس الخصائص السيكومترية بكل من الصدق و الثبات، و من خلال النتائج التي خلصت إلى تمتع المقياس بخصائص سيكومترية عالية تؤهله للاستعمال على البيئة الجزائرية، فان الهدف من دراسة مريم بوشوشة و كريمة نايت عبد السلام قد تحقق و تمكنا من تكييف مقياس تورنتو (TAS-20) لقياس الالكسيثيميا على البيئة الجزائرية. نايت عبد السلام و بوشوشة (2021. 9-17)

3-5- الأساليب الإحصائية:

تم في هذه الدراسة استخدام الأسلوب التالي: (المتوسط الحسابي).

4- حدود الدراسة:

الحدود المكانية: مدينة بسكرة

الحدود الزمانية: تمت الدراسة وفق مرحلتين

- نظري: من 3 فيفري إلى 23 مارس 2023.

- ميداني: من 18 مارس إلى 20 ماي 2023.

الحدود البشرية: مجتمع مجهول المعالم

الحدود الموضوعية: علم النفس العيادي، الصحة النفسية

و من خلال ما سبق أي تفسير الجانب المنهجي بكل إجراءاته المعتمدة في الدراسة تم توضيح مدى قيمة تحديد المعلومات المتحصل عليها من الميدان و تقدير مستوى تحليلها نتيجة أدوات البحث المستخدمة.



الفصل الرابع :

معرض و تحليل و مناقشة نتائج
الدراسة





1- عرض الحالة الاولى و تحليلها العام

2- عرض الحالة الثانية و تحليلها العام

3- مناقشة النتائج



1 - عرض نتائج الحالة الأولى و تحليلها العام :

1-1- تقديم الحالة:

الاسم: ب الجنس: أنثى السن: 19 سنة
 الأم: متوفية و كانت متزوجة زواج ثاني الحالة: من الأب الثاني
 الأب: موجود (يعيش مع زوجته الأولى)
 عدد الإخوة: من الأم 1 و من الأب 1 أي ذكرين و من الأب 2 أي أختين
 الرتبة: 5 الصغرى

المستوى التعليمي: ثانوية ليسانس المستوى الاقتصادي: متوسط
 السكن: عند منزل الجد من جهة الأم و هم الجهة المتكفلة بها
 نوع الإصابة: حروق في الوجه و اليدين درجة الإصابة: الدرجة الثالثة
 وقت الإصابة: أصيبت و هي صغيرة في عمر 3 أشهر في 2002.
 سبب الإصابة: حريق في المنزل جراء تسرب الغاز و تفاعل هذا الأخير مع الكهرباء.

نوع العلاجات التي تلقتها الحالة: العديد من العمليات الجراحية بعد الإصابة مباشرة، و مؤخرا أجرت عمليتين جراحيتين تجميليتين على الفم و الحاجبين.

1-2- ملخص المقابلة العيادية النصف موجهة: بعد إجراء المقابلة العيادية النصف موجهة مع الحالة "ب" المصابة بحروق في الوجه و اليدين من الدرجة الثالثة، تبينت معاناتها بمظاهر اضطراب ما بعد الصدمة، إلا أن الوصول للتفاعل المرجو من الحالة أثناء المقابلة لم يكن سهلا، ما يعكس محاولتها لاستخدام ميكانيزمات الدفاع بكثافة كالكبت، الإنكار، القمع و التكنم، أيضا يعكس ذلك إصابتها بالالكسيثيميا الثانوية باعتبارها تعد كآلية دفاعية، كما لوحظ على الحالة المقاومة الشديدة و التي تبينت من خلال كل من القلق، كتمان الدموع، التيقظ، الصمت الطويل، التغير في نبرة الصوت و حركة الجسم، كما أنها استخدمت نوع من الكف الانفعالي عند استجاباتها التي كانت بحذر.

حدث الحريق كان نقطة التحول في حياة الحالة حيث غير الكثير سواء على مستوى علاقاتها أو حتى على البناء النفسي لشخصيتها، كونه جرى خلال المرحلة ما قبل تناسلية و التي فقدت بها الحالة والدتها بوفاتها و فقدانها المعنوي لوالدها بعودته للعيش مع زوجته الأولى، ما أدى لبحثها عن الاستقرار و شعورها بالنقص و الحرمان العاطفي بالرغم من تكفل أسرة والدتها بها، هذا التفكك ساهم في تلاشي إدراك الحالة للحياة على نحو ايجابي كونها كانت طفلة مدللة و مرغوب فيها، ما خلف لديها بعض الأعراض الباثولوجية بتصريحها بزيارة الأفكار الفجائية لها عن الحادث، و كذا التجنب لكل ما يذكرها به، و ملازمة شعور الإحباط

و الحزن لها بالاقتران مع إدراكها للحياة على نحو سلبي، حيث تعتبرها صعبة و متعبة و طويلة تدفع الأفراد أحيانا لحافة النهاية، أيضا تعد الحالة "ب" اندفاعية مشتتة و تعاني نوبات بكاء عادة. كما أن التشوه التجميلي لديها خلف عدة مظاهر مرضية أهمها: معاناتها من إدراك سلبي للذات بادعائها القوة و السعي في نفس الوقت لإجراء المزيد من العمليات التجميلية، و من ثم فهي تشعر بالنقص و تعاني جروحا نرجسية كونها تمر بأزمة هوية معقدة أيضا، يعيشها حالة من الغضب و الألم تتمحور حول تساؤلها عن إصابتها دون الجميع و تفكيرها الشرطي بشأن مستقبلها، بالإضافة لذلك فإنها تشير إلى نظرة الآخرين لها على أنها غريبة و مرعبة يعكس مواجهتها للوصم الاجتماعي. أما عن أسرتها فقد قدموا لها الدعم النفسي الذي تحتاجه من جهة، إلا أنهم قدموه بطريقة جعلت منها انفعالية و ذلك بالمبالغة في حمايتها و التكتّم عن ما جرى.

و هذا التكتّم بالإضافة للصدمة التي تعرضت لها خلفا لديها صعوبة في تحديد و تمييز و التعبير عن مشاعرها في الكثير من المواقف، و كذا العجز عن إيصاله للآخرين، كما تمتعت الحالة بتفكير مجرد من العواطف تبين من خلال تعاملها مع الجنس الآخر خاصة إن كان خارج الأسرة على نحو سطحي تجنبي لخوفها من التعلق، كذلك لوحظ لديها افتقار للتعاطف في تعاملاتها مع الآخرين و خاصة عند الغضب، بالإضافة لتمتعها بتفكير ذو نمط موجه للخارج باهتمامها برأي الآخرين فيها و سعيها ليتم تقبلها، كما أنها تتمتع بنمط تفكير جامد تقليدي مادي و تكيفي كمرغبتها في العمل في تخصصها و الاستقرار في الأسرة التي ستبنيها.

1-3- تحليل المقابلة العيادية نصف الموجهة : من خلال المقابلة العيادية نصف الموجهة التي أجريت مع الحالة "ب" بغية التعرف على ما إذا كانت تعاني من مظاهر اضطراب ما بعد الصدمة و الاكسيثيما الثانوية جراء ما أصابها، قد تبين أن الوضع الآمن الذي عاشت به الحالة طيلة 3 أشهر الأولى من حياتها مع أمها كونها طفلة مرغوب فيها، تلاشى مع صدمة الحريق و فقدان والدتها بوفاتها و فقدان والدها المعنوي و تشتت أسرتها، و ذكرت الحالة ذلك في استجاباتها عن مدى لهفة أمها على إنجابها " كانت غير تحوس باه تجيب طفلة طفلة طفلة و مبعدا كي قالولها جات عندك طفلة يسما كانت بالنسبة ليها هذيك خلاص الدنيا ثم حدثت يسما ربي حقلها كامل واش راهي متمنية مبعدا كي زدت انايا كانوا غير يسناو فيا يعني بلاك هذاك 3 شهور كيما كانوا يحكولي عيشوني نتاع كلي واحد عاش في حياتو 20 سنة و هو عايش الحنان واش تسحقي نجيبولك الدلال كانت بكري يقولولي ماماك متحطكش من حجرها غير تقولي واع تالمون لولاد كامل يبكو بصح كانت هي يعني بزيادة يعني متحطكش في حجرها النظافة واش حبيتي تجيبلك شوفي 3 شهر عشت أميرة"، و أشارت لفقدان والدها بعودته لزوجته الأولى في استجاباتها " إيه خطرنا ماما كانت الزوجة الثانية نتاع بابا و كان عندو ولاد مع الأولى بصح كي كانت ماما عايشة كان معاها و مبعدا كي توفات رجع يسكن مع لولي و ولادو" و رغم علاقتها الجيدة معه، إلا أنها أقرب إلى أسرة

أما أكثر و ذلك في استجابتها " نروحلو حتى مرت بابا ناس ملاح معايا خاوتي نقعد عندو مدة نورمال بصح مرة في شهرين في شهر يعني دار جدي اقربلي عشت حياتي كل عندهم .. مداصرتهم خطراه عشت كي رباوني كيما الاخوة نعيظلمهم باساميهم جداتي نقلها اما كيما يقولولها خالتي كي شغل هذيك هي دارنا". لكن قريبا منهم لا يعوض أسرتها الحقيقية و ذاك في استجابتها " يعني يا ريت كنت حتى انا كنت عايشة في عائلة سطايل يعني بين ماما و بابا باسكو مهما يعيشوك تبقي هذاك النقص يعني هيه كنت نحس بالنقص كبير اني بعيدة على ماما قتلك حتى يعيشوني بصح مش كيما الام جامي تتعوض حنانة الام حنانة الوالدين مالغري بابا ثاني الحق يعني عاطيني حنانة بصح مش كيفيف انو تكوني عايشة في دار سطايل مع امك و مع بيك خوتك" و أنها تود لو تستطيع إصلاح الوضع باستجابتها "بلاك نرجع عايشة مع ماما و بابا هذي ثاني متصلحش منقدرش نحققها".

و بالتالي و نتيجة مع عاشته الحالة قد تجلت مظاهر اضطراب ما بعد الصدمة لديها و لوحظ ذلك ببعد الأفكار الاقترامية و الفجائية، حيث وضحت أن هناك أفكار فجائية تعيشها عن الموضوع و ذلك في استجابتها " ايه نعود نتخيل كفاش صرات نولي نتخيل بلاك كون جات ماما كفاه رانا عايشين نولي نتخيل بلاك كون مكننش كيما هك كفاه كنت حنكون أنا عايشة" و في استجابتها "تجي فجأة إنسان يعود قاعد مع نفسو أي إنسان يعني بيذا يخم تجيني فجأة هك نعود قاعده"، أما عن ما إذا كانت تشعر بأن ذكريات الحدث تعيد نفسها و كأنها تعيشها مجددا كانت استجابتها "ايه تعيشي كي شغل كنت كبيرة و كفاش كنتي ديربي" و في استجابتها "ساعات ديما تتخيلي بلي هك تعاودي تشوفيه كيما راهو و متقلاتو بصح كون غير يتعاود هذاك النهار و لا كون غير يتعاود و متصراش لحوايج لي صرات كون غير يتعاود و كي شغل ماما متموتش انا ميصرايش هك..".

و بالنسبة للأعراض التجنبية اتجاه أي من المواقف أو الأماكن أو الأشخاص أو حتى الحديث عن المواضيع التي تذكرها بالحادث، أشارت إلى تجنبها " نحاول نيفيتها باسكو ااا نحب ديما روي فورتي ديما منحش لحوايج لي تفكرني.. منحش منحش نتفكر" و أيضا في استجابتها " ايه لعباد لي يهدرو على هذيك لحكاية مثلا عباد يفوت كي شغل يسقسك بنادم..كون تصيبي تتجنبيه باش متفكرش تتجنبي لعباد لي يفكروك بهذيك لحكاية مثلا واحد ميعرفك ما تعرفيه يخى الناس تحب تفهم في حوايج خاطينها اا بنتي و كذا ربي يشفيك و كفاش صراك و كذا هذي لحوايج تحبي تيفيتها. أما على الأماكن فاصلا المكان الوحيد جامي رحتلو لي صرا فيه الحادث كان مكري و ضرك تكرر ثاني و مخممش نروحلو مش باغية نتفكر الذكريات" و في استجابتها أيضا " نتجنب باسكو أنا إنسانة كتومة منحش يدخل في خصوصياتي".

أيضا و بشأن زيادة الأفكار و المشاعر السلبية لدى الحالة سواء كان ذلك بشعورها بالحزن و الإحباط، أو ما تراه عن الحياة و ما لا تستطيع تحقيقه بها جراء ما حدث، كانت استجابتها " شعور نتاع إنسانة فور

و ساعات تجيك حاجة ديما لي تحبلك " و في استجابتها " حاجة باينة ساعات إني قتلك أي إنسان يضعف تجيه مراحل انو صايي يوصل ل point نتاع صايي خلاص يا ربي تعبنا صايي راني على آخري" و رافقت ذلك باستجابتها "منقدرش نصلحها في حياتي اني منقدرش نصلح ااا نرجع كيما كنت قبل 3 شهر هذي متصلحش بلاك نرجع عايشة مع ماما و بابا هذي ثاني متصلحش منقدرش نحققها" و في استجابتها "تحس بلي مدمرة" أما عن الحياة فاستجابت ب "الحياة صعبة و طويلة متفضش الانسان ساعات يعود حابها صايي تخلص يا رب صايي خلاص فضي باسكو معادتش عدنا قوة و صبر انو نتحملوها كثر طويلة و صعبة و واعرة بزاف كل واحد ربي واش عطالو".

كما بدت عليها مظاهر الاستثارة من اندفاع و غضب و بكاء و تشتت ب استجابتها " إيه نتسرع ساعات" و التيقظ و عدم الأمان للأشخاص في استجابتها "نتسرع في الحكم على شخص قبل ما نعرفو بيان و لا حاجة نديرها قبل ما نخملها مبعدا نخملها نقول واش راني ندير أنا" و في استجابتها "إن تعرضت لموقف مزعج ماذا تفعل " لازمني نعيظ و إلا منريحش ديراكت ندير ردة فعل" أما عن التوهان و التشتت " إيه ساعات كي نعود قاعدة تكوني عايشة نتاع تولى تخمي في حاجة لي صراتك في حوايج صراولك في نهارك" و في استجابتها " نتوه كي نولي نقرا هاني نخزر في لبروف نخزر راني في عالم اخر منوليش معاه"، أما عن الغضب و الحزن فاستجابت "إيه في زوج شفتي كي أنا منيش عايشة في الفطن بصح تالمون هك شوي مدليني هك دلال بلاك نحسو بلاك نتاع إنسان تالمون ما يقولولي والو و مبعدا يقولولي هك نغضب دموعي كيما ثقلي خالتي نتي دموعك محطوطين هنا واحد يقلك كلمة تنوضي تبكي هههه و نبكي وين جا عادي طاحت الدمعة طاحت واش حنديلها أنا باسكو الدموع متقدرش تتحكمي فيهم شوفي ممكن نتحكم في كلش في حياتي ممكن في الحزن في أي حاجة بصح في الدموع كي يهبطو مبحسوش و مبعدا كي نولي نبكي نعيظ عليهم كي يعودو قلقوني".

غضب و ألم الحالة من الحريق و ما سببه الذي تآبى التصريح عنه تبين في استجابتها " نتاع علاش يا ربي صرالي هك علاش انا خيرتني من بين الناس" و في استجابتها " كون غير يتعاود و كيشغل ماما متموتش انا ميصراليش هك كي شغل نخرجو منها سالمين"، و تبينت محاولاتها في الاختباء وراء مظلة القوة في استجابتها " حتى و نضعف منببش" و استجابتها " كنت لداخل صح بصح ميظهرش للعلن بيني بين روجي كنت نقول يعني صح الحمد لله بصح علاش يا ربي انا خيرتني بين هذو الناس كامل تبالني بلي واعرة"، و أنها تود أن يتقبلها الآخرون على نحو قوة في استجابتها " نحب ديما روجي فورت ديما".

كما ذكرت معاناتها من الوصم الاجتماعي في استجابتها " هدرة الناس كانت صح في قلبي كيما نقولو حتى منببهاش بصح كانت ضرني بزاف"، و لكنها أشارت إلى أنها تعلمت من تجاربها و أصبحت أقوى و لم تعد تهتم في استجابتها " تعلمت بالقوة بتجارب الدنيا تعلمتها من انو كي شغل كبرت كثر في عقلي و تعلمت حوايج بزاف يعني في حياتي انو ربي كل واحد واش دارلو كل واحد واش عطاه ربي لازم تكوني

قوية باسكو هذي لحاجة مهيش بيد حتى انسان لازم الناس هذو داخلة من خارجة من مش انو هدره الناس لي تاثر فيا". رغم ذلك فهي تعتبر الأفراد مرآة عاكسة لصورتها عن ذاتها فتعتبرهم يرونها مرعبة في استجابتها " يشوفوني غريبة و مرعبة" و استجابتها "كنت حاسة روعي صح بيزار على لعباد" و استجابتها " جداتي تتقلق و تعيط عليهم نقلها أنا نورمال راهم صغار مساكن ميعروفش راهم يقولوك في النظرة لي شافوها نورمال". من جهتها تعتبر نفسها اكبر من عمرها، و نتيجة كل التجارب التي مرت بها جعلتها تتخذ قرار إجراء العمليات التجميلية لنفسها و ليس لأجل المجتمع، إلا أن هذا يبين بعض التناقض في ما تقوم به، فهي تود أن تستعيد صورتها القديمة لتتمكن من الزواج و بناء أسرة و العمل و ايجاد التقبل الذي تسعى اليه من الاخرين، إلا أنها تدعي أنها تفعل ذلك من اجل ذاتها و ذلك في استجابتها " 15 سنة بلاك 16 سنة أنا بديت أنا لي نقلهم ادوني للطبيب" و استجابتها "الطبيب قايلهم انو الطفلة منقدروش نقيسوها باسكو لازم اللحم يتمدد ..بصح انا كنت نقلهم لا هذا الطبيب قالي هك نروحو نورمال نسيبو طبيب اوخر فهمتي في هذيك الفترة لي حبيت أنا صح نعالج روعي فيها.. مبعدا خلاص سكت كنت نقول و سيرتو ليموايان .. للترك رايحة تجينا غالية بزاف فاني سكت و ضربت النح بصرح من العام لي فات للسنة قتلهم صايي يعني مقتلهمش نتاع لازمني نرتاح لا نتاع لازمتني ندير لي عليا و لباقي على ربي المهم نتخذ بالأسباب باش مبعد كي نكبر يوو مداويتش روعي و انا صغيرة يوو مدرتش متباليش هذيك الندامة" و استجابتها " شفت روعي بديت نكبر نشوف روعي نشوف في لبنات كفاه حبيت نعيش يعني نتاع صايي راني في سن مبعد حيجيني زواج خدمة حيجيني نتاع انسان" و استجابتها " بصرح ضرك حبيت نعيش لروحي انو نتحسن لنفسي يعني مش للناس".

و منه لوحظ على الحالة الشعور بالنقص و مجمل الجروح النرجسية من خلال تأكيدها على أنها إنسان و فتاة كالبقية بإصرار في استجابتها " مثلا كيما أي طفلة" و استجابتها " تتماي تكوني كي لبنات" و استجابتها " أمل لي عشتو في صغري مر و قاسي و صعيب و قاومت و صبرت بلاك ربي يعوضني" و استجابتها " كيما لبنات" و " كانسان عادي" و تكررهما لكلمة أنا إنسان عدة مرات.

أما عن تناول أسرتها للموضوع و شرحه لها أفادت بأنها سمعت عنه من الآخرين في استجابتها " مجاوش واجهوني بيها نتاع هاي كفاش صرا لا كنت نسمع من الناس" و في استجابتها " متكونش حكاولي أنا هك الناس كانت تسقسي إيه كفاش صراتلها أي كذا و أنا كنت راني نسجل مالغري راني صغيرة" ما يدل على استراتيجيات أسرتها في التعامل معها أي التكتم، و الذي كان من بينها أيضا الدلال و الحماية الكبيرة لها و ذلك في استجابتها " متهلين فينا الحق محسونيش راني نقص ولا يعني هك بعيدة على دارنا ...أنا بلاك جدي كان متهلي فيا اكثر من ما متهلي في بناتو باسكو ديما يقلهم هذي بنت لعزيزة شغل تبقى عزيزة و كان واش نقول غير واش نتمنى برك .. كان معيشني حنين يقولولي غير نتي

مقيسوكش كانو خالاتي قبل في صلاحى يعيطو عليا لازم تقراي لازم هك لا لازم تلبسي الماسك هو يقلهم المهم خلوها مش حابة مديرش المهم متبكوهاش المهم مديروهاش".

و هكذا تبينت أعراض اضطراب ما بعد الصدمة على الحالة "ب"، أما عن الالكسيثيميا الثانوية فمظاهرها توضحت من خلال صعوبة تحديدها لمشاعرها و التمييز بينها في استجابتها: "ساعات كي تكون هك من شدة الغضب متفرقيش... كي تولي مقلقة قراف تخمي متقدريش تفرقي اسكو هذا راهو حزن لي فيا اسكو راهو غضب يعني من كثرة انك مقلقة من كلش" و في استجابتها " متفهميش راكي حزينة و لا سعيدة و لا تكون مختلطة تصرا هيه متعوديش قادرة تعرفي واش هو" و في استجابتها عن مدى تمكنها من وصف شعورها أثناء التعرض لموقف سيئ " لا منوصلش شعوري" و ما إن كانت تتمكن من وصف حالتها أثناء الغضب "منخمش كي نغضب منخمش نتاع ندير حوايج بالاك مبعد نخاف نندم عليهم باسكو نكون متقلقة"، كما أنها تواجه صعوبة في إنشاء علاقات مقربة و لكن اعتبرت ذلك طبع من طباعها في استجابتها " أنا في طبعي منحش منحش و إيه صعبة صعبة"، إضافة إلى أنها تواجه صعوبة في إيصال مشاعرها للآخرين رغم تفهمها لهم و نجد ذلك في استجابتها "مش ياسر منبنيش بصح نشوف بلي لازم نبينها خطراه هذاك الإنسان بلاك ميحسش بيك شغل مهوش داخل في قلبك.. بصح منقدرش نوصلو هك نتاع و أنا قادرة نوصل غير شوي برك" كما أكدت خلال المقابلة على أنها شخص كتوم "أنا إنسانة منهدرش كتومة هذا هو منحش نبين هك واش كاين في قلبي من بكري أنا طبعي هك أنا كتومة جدا جدا"، و كذا اتضح افتقارها للتعاطف مع الآخرين و ذلك في استجابتها " لازمني نعيظ و إلا منريحش ديراكت ندير ردة فعل".

و بالنسبة لبعد التفكير المرتبط بالعالم الخارجي أشارت الحالة "ب" إلى نمط التفكير هذا من خلال علاقاتها الاجتماعية باستجابتها "ديما يحكولي الناس على مشاكلهم و نحاول نعاون هك بصح أنا منحكيلهمش منحكي لحتى واحد" و هنا الغرض من المساعدة هو تلقي التقبل الاجتماعي الذي هي بحاجة و ليس الرغبة في المساعدة فعليا لأنها تفضل العزلة باستجابتها "منحش ندير علاقات مقربة أنا في طبعي منحش"، أيضا لوحظ عليها جمود فكري و الذي اتضح من خلال وصف أهدافها على نحو تقليدي مادي و تكيفي باستجابتها " شفت روعي بديت نكبر نشوف روعي نشوف في لبنات كفاه حبيت نعيش يعني نتاع صايي راني في سن.. زواج.. حياة.. خدمة بكري بلاك مكنتش نعرف بصح ضرك لحقت l'Etat نتاع صايي نتاع لازموني نتعالج" أيضا في "إني نكون بالطبلية البيضاء نخدم إني نكون عندي طوموبيل كأني إنسان إني نكون هك عندي حياة سطابل مستقرة و مبعدا نتزوج و ندير عايلة" أي أنها تصف الأشياء و الأهداف بطريقة تقليدية مادية متكيفة كرجبتها في العمل في تخصصها و الاستقرار في أسرة مع أطفالها مستقبلا، و لكن ذلك لن يحصل إلا في حالة عودة جسدها لصورته الأصلية قبل الحريق و ذلك ما يدفعها للسعي من أجل العلاج، كما تبين لديها جمود فكري في ثباتها على فكرة أنها اكبر من عمرها

عقلياً، و تفسيرها لمدى قوتها في مواجهة ما مرت به أثناء مراحلها الدراسية سواء كونها طفلة أو مراهقة من خلال ذلك فقط، رغم تأكيدها بأنها تتعرض لمواقف صعبة عادة بسبب التشوه و ذلك في استجابتها " كنت حاسة روعي بيزار كي بديت قي المدرسة و لقراءة يعني لعباد بصح كنت فايقة من الصغر لدرجة متصوريهاش وله ضرك يقولولي عقليتك نتاع وحدة بلاك 40 سنة نقلهم يعني التجارب يلي يعيشها الإنسان تكبرو في لعمر مام أنا هكاك شفتي كي كنت 10 سنين كنت عندي العقلية نتاع 20 سنة ضرك عندي 20 سنة عندي عقلية نتاع 40 سنة فهمتي معنديش هذيك نتاع كيما لولاد هك يوو راني نشوف في روعي في لمراية معنديش كنت فاهمة لحكاية و أنا صغيرة كي شغل دخلت في حياتي وله".

أما في علاقتها بالجنس الآخر و الذي يمثل عنصر مهم في عالمها الخارجي و كان على نحو جامد فكري أيضاً باستجابتها "عادي نتعامل عادي مش من هذاك الشخص نتاع زعما هك منهدرش و لا بصح des amis ذراري هك نحاول كفاه نبتعد باسكو ماااا هك نخاف نخاف نتعلق" و هذا ما يقود لفكرتها عن الزواج و الإنجاب "في المستقبل أكيد علاش لالا أي إنسان يحب يعني يستقر في نفسو يستقر اني قتلك بالاك سيرتو لاولاد يعني بالاك لحوايج لي معشتمهمش أنا نحاول كفاه ممكن عند ماما بالاك نعوضهم في ولادتي".

1-4- تحليل نتائج المقاييس:

بعد تطبيق مقياس حالة و سمة القلق لسبيلبرجر على الحالة "ب" تحصلت على درجة 49 لحالة القلق و درجة 48 لسمة القلق، و منه فالنتيجة التي تحصلت عليها الحالة هي: سمة القلق = 48 < حالة القلق = 49

أي أن الحالة "ب" تعاني من حالة القلق و ليس سمة القلق، و لوحظ ذلك في استجاباتها عند عرض أسئلة مقياس حالة القلق و بالتحديد في العبارات: 3 "أنا متوتر" و العبارة 12 "اشعر بالنرفزة و العصبية" و العبارة 13 "أنا شديد الاهتياج".

و بذلك تم التأكد من وجود حالة القلق و منه الصدمة لدى الحالة، و لكن و لتطرق الموضوع بالأساس لاضطراب ما بعد الصدمة و الاكسيثيميا الثانوية، تم أيضاً تطبيق مقياس كرب ما بعد الصدمة لدافيدسون على الحالة "ب"، و تحصلت على درجة 29 و التي تشير لدرجة متوسطة.

و منه فالحالة "ب" لديها درجة متوسطة من اضطراب ما بعد الصدمة، و قد اتضح ذلك في استجاباتها على أسئلة المقياس و بالتحديد في العبارة 1 "هل تتخيل صور، و ذكريات، و أفكار عن الخبرة الصادمة؟" و العبارة 5 "هل تتجنب الأفكار أو المشاعر التي تذكرك بما تعرضت له من خبرة صادمة؟" و العبارة 15 "هل تشعر بأنك على حافة الانهيار (واصلة معاك على الآخر)، و من السهل تشتيت انتباهك؟".

أيضا تم تطبيق مقياس تورنتو (20 - TAS) لقياس الاكسيثيميا لدى الحالة "ب" و تحصلت على درجة 63، علما أن درجات المقياس تتراوح بين 20 - 100 و أن الدرجة فوق 61 على سلم تصحيح المقياس تعني أن الفرد الكسيثيمي و لديه حالة مرضية.

و بالتالي فالحالة "ب" تعد الكسيثيمية لتحصلها على درجة 63 في مقياس تورنتو (20 - TAS) لقياس الاكسيثيميا، و قد تبين ذلك في استجاباتها على المقياس في كل من العبارة "غالبا ما تكون مشاعري غير واضحة" و العبارة "عندما أكون متضايقا لا ادري إن كنت حزينا، خائفا، أو غاضبا" و العبارة "أجد صعوبة في وصف مشاعري اتجاه الناس" و أيضا في العبارة "في اغلب الأحيان لا اعرف لماذا أنا غاضب".

1-5- التحليل العام للحالة : من خلال نتائج المقابلة العيادية النصف موجهة و مجمل الملاحظات المسجلة و نتائج كل من مقياس سمة و حالة القلق لسبيلبرجر، و التي تحصلت فيهما الحالة على درجة تقدر ب 49 ما أكد وجود الصدمة و حالة القلق، و مقياس كرب ما بعد الصدمة لدافيدسون بدرجة 29 أي متوسطة، و مقياس تورنتو (20-TAS) لقياس الاكسيثيميا بدرجة 63 أي أنها الكسيثيمية، وجد لدى الحالة "ب" حالة القلق و قد بدت عليها مظاهر كرب ما بعد الصدمة و أيضا تم التوصل إلى أنها الكسيثيمية و ذلك جراء ما عاشته في الحادث الصادم.

اتضحت معاناة الحالة من اضطراب كرب ما بعد الصدمة بتأكيد المقياس لذلك بتحصلها على درجة 29 أي بدرجة متوسطة، و قد لوحظ نوع من التوافق النسبي بين نتائج المقياس و ما جاء في المقابلة بشأن بعدي السلوكيات التجنبية و الاستثارة، إلا أن الاختلاف لوحظ في بعد إعادة معايشة الحدث الصدمي و الأفكار الاقتحامية.

لكن ما يجدر الإشارة إليه بشأن إجابة الحالة للمقياس انه بدى هناك تردد و نوع من التعمد للإجابة بهذا الشكل، فقد كانت حريصة على أن تنفي كل الأعراض المحتملة أو تلتزم بمتوسط و إمكانية حدوثها، إضافة إلى إمكانية شيوعها بين الأفراد عادة، هذا ما جعل من التوافق بين المقياس و المقابلة يكون بعيدا نسبيا نوعا ما.

أما بعد فحادث الحريق الذي نشب في منزل الحالة و ما خلف لها من حروق و تشوه في الوجه، إضافة إلى فقدانها لامها و هي بعمر 3 أشهر فقط و فقدانها المعنوي لوالدها أيضا، قد تسبب في مجمل أعراض اضطراب ما بعد الصدمة للحالة، و هذا ما أشارت إليه وبقال (Brewina & Holmes, 2003, 352-353) كل من فوا و زملائها Foa & others في نظريتها عن شبكة الذاكرة القائمة على الخوف، حيث تحدثت عن المعالجة العاطفية في إطار تراكم المعارف، و وضحت العلاقة بين اضطراب ما بعد الصدمة و المعرفة المتاحة قبل الصدمة و أثناء الصدمة و بعد الصدمة، فاقترحت أن الأفراد الذين لديهم آراء أكثر صرامة قبل الصدمة سيكونون أكثر عرضة للإصابة باضطراب ما بعد الصدمة، و يمكن أن تكون هذه آراء إيجابية

صارمة عن الذات باعتبارها ذات كفاءة عالية و أن العالم آمن للغاية، وهو ما قد يتعارض مع الحدث، أو آراء سلبية صارمة عن الذات على أنها غير كفؤة للغاية و أن العالم خطير للغاية، وهو ما سيكون أكده الحدث و بالنسبة للحالة "ب" و كأى طفلة كانت في عمر 3 أشهر بين أحضان أمها فالحياة و العالم امنين بالنسبة لها، خاصة أنها كانت طفلة مرغوبة جدا و مدللة، الصورة التي حطمها الحريق.

و تبينت إصابتها ب PTSD من خلال مجموعة الأعراض المرضية التي بدت عليها، بداية ببعده الأعراض الاقتحامية من أفكار و ذكريات مفاجئة عن الحدث، الأمر الذي يكون مزعج و محبط بالنسبة لها، و يكون مرتبط بمثيرات داخلية (أي بشكل لا إرادي تتذكر)، أو بمثيرات خارجية (هناك من يسألها أو يتحدث حتى عن الموضوع بشكل عام (كالأم و الحروق في المطلق))، إلا أنها تربطها بالحدث و تذكرها به وفقا لاستجاباتها، حيث تؤكد الدراسات وفقا ل Sherin & Nemeroff(2011. 271) و بالتحديد دراسات التصوير الوظيفي حين كشفها عن استجابة مفرطة في PTSD أثناء التعرض مثلا للإشارات و/ أو ذكريات الصدمة، فيُظهر مرضى اضطراب ما بعد الصدمة مزيدًا من استجابات اللوزة إلى المنبهات العاطفية العامة غير المرتبطة بالصدمة، مثل الوجوه العاطفية.

أيضا لوحظ في هذا البعد إعادة معايشة الحدث الصدمي، حيث تراه يتكرر أمامها بينما تتحسر على انه يحدث بنفس الطريقة و تتمنى لو انه يتغير في كل مرة.

و على ذكر المثيرات الخارجية قد بدى على الحالة مجموعة من السلوكيات التجنبية، فهذه المثيرات سواء كانت أشخاص أو مواضيع أو أماكن فهي تفضل تجنبها تماما، كما أنها تمثل لها عادة مصدر ازعاج و تعتبرها تدخلات تطفلية من الآخرين و تفضل تجنبها، و عدم الحديث عن الموضوع أساسا كونها شخص كتوم كما صرحت.

هذا و قد ظهر على الحالة مزاج سلبي مرافق لها تمثل في مدركات سلبية ثابتة، و تبين ذلك في إدراكها للحياة على أنها صعبة و قاسية و طويلة، أيضا حالة عاطفية سلبية مستمرة تمثلت في الغضب و اعتبار ما عاشته من خبرة الحادث أنها مرة و قاسية جدا، و أن الأمر يصل بها أحيانا لضعف كبير يقودها للتفكير في أنها على حافة النهاية و أنها تعبت تماما.

بالإضافة إلى النفور من الآخرين، الأمر الواضح في علاقات الحالة و التي تحاول إنكاره إلا أنها تتجنب إقامة علاقات وثيقة مع الأفراد في محيطها، باستثناء صديقة الطفولة الوحيدة و تعتبر البقية مجرد أشخاص عابرين في حياتها و يتغيرون وفقا لمتغيرات الزمن، و هذا ما يجعلها تميل للعزلة الاجتماعية.

إلا أن النقطة التي حرصت الحالة على جعلها ضبابية هي إدراكها لذاتها إن كان على نحو سلبي أم ايجابي، فأصرارها على وصف نفسها بالقوة و أنها مثل جميع البنات و أنها حتى إنسان كالإنسان، يجعل تلك القوة تتضح على أنها غطاء يخفي ضعفها و عدم اقتناعها بما تصرح به، و يثبت استخدامها لميكانيزم الإنكار مرة أخرى، و كذلك يشير إلى مشاكل في صورتها عن ذاتها، فبينما تصف نفسها بكل تلك القوة فهي

تصر كثيرا على إجراء المزيد من العمليات التجميلية، قصد أن تعود لما كانت عليه أو على الأقل تصبح كأقرانها من البنات لتتمكن لاحقا من العمل و الزواج و بناء أسرة، ما شكل لديها مظاهر توحى بشعورها بالنقص بسبب ما تعيشه، بالإضافة إلى عمق الجرح النرجسي الذي سببه لها الحريق في سلبه أهم ما يميزها و يمثل هويتها الشخصية (تشوه الوجه)، و خاصة لفتاة شابة في مرحلة المراهقة، المرحلة التي تجوحها كل التغيرات النفسية و الفيزيولوجية و التي يمر فيها المراهقون بأزمة الهوية، و بالتالي فحساسية هذه المرحلة العمرية و لا سيما لشابة تميل لإظهار الجانب الأنثوي الجميل بها، و الذي يرتبط كثيرا بالجانب الفيزيولوجي و بالتشوه التي تعاني منه، يعكس مدى تعقيد فترة اكتشافها لذاتها و تجاوزها لما هي مضطرة للتكيف معه، الامر الذي اتضح من خلال سلوكياتها و رغبتها الشديدة في التحسن.

تفكير الحالة يمكن تفسيره انطلاقا مما أشارت إليه مصباح(2018. 48-51) عن المراحل النفسية التي يمر عليها أي مصاب بحروق: و التي تتمثل في: مرحلة الصدمة، المرحلة الحادة، مرحلة الاندماج و مرحلة الاكتئاب، حيث نجد المريض خلال هذه المراحل يعيش حالة قلق سببها الحادثة، بالإضافة إلى الخوف من الصورة الأخيرة و الجديدة لجسده بعد العلاج، خاصة و هو على علم بدرجة حرقه و النتائج المترتبة عنها على مستوى الجلد، بالإضافة لإعادة معاشته المستمرة للحادثة، و من ثم يبدأ المحروق باكتشاف إصابة وحدته الجسدية التي تجعله يعيش غالبا حالة غضب و انكار، فمع بداية وعي المصاب بالتشوه يبدأ الغضب، و الذي جاء لدى الحالة على شكل: لماذا أنا من بين جميع الناس؟ ماذا لو لم يحدث ما حدث؟ ماذا لو لم أصاب و لم تتوفى أمي؟، ثم تأتي مرحلة تجعل المحروق بعيدا عن الواقع، يأمل أثنائها المصاب بالعودة إلى الصورة الأولى لجسمه، و هذا ما تأمل به الحالة و تسعى إليه من خلال إصرارها على مجمل عمليات التجميل التي بدأت في القيام بها، إلا أنها خلال رحلة العلاج هذه بدى أنها تعي و لا تود الاعتراف بحقيقة أنها لا يمكنها استعادة الجسد لحالته الأصلية، و بالتالي من الطبيعي أن يظهر الحزن على فقدان الصورة الأولى، و الذي يظهر فعلا على الحالة و لكن بشكل ضئيل تحاول إخفاءه بحذر، ما يجعل ترددها في التعبير بصراحة عن مشاعر الألم، الذنب و الاكتئاب لا يستند بالنسبة لها لقبول الواقع كأساس عقلائي، و منه عدم إدراكها لكيفية استخدام جسدها المشوه و بالتحديد وجهها ما يجعلها تحاول كثيرا تعديله.

و كل ما تم الإشارة إليه عن الحالة مسبقا تؤكد جودة(2016.40) في تناولها لنظرية معالجة المعلومات التي تعتبر المنبهات تغزونا من كل جهة، قسم منها ما يستوعبه الدماغ و تتم معالجته بينما لا تتم معالجة القسم الآخر بشكل صحيح لأن المنبهات تكون ناقصة (كالحالة التي لا تتذكر تفاصيل ما جرى، و لم تسمع حتى ما حدث من أسرتها بجدية و لو لمرة) أو فوق طاقة الجهاز العصبي، كما هو الحال في الصدمات بحيث لا تتلاءم المنبهات الخطيرة الطارئة مع خبرات الشخص ونماذجه المعرفية، لأنها تتخطى الإطار السوي للتجربة الإنسانية، وهذا ما يؤدي إلى حدوث التشويه و الاضطراب في معالجة المنبهات، و في هذه الحالة تبقى المنبهات الصادمة ناشطة و بشكلها الخام، وهي تستمر في ضغطها المؤلم على الشخص الذي

يحاول عبثاً أن يبعدها عن عتبة الوعي حتى يشعر بالراحة والأمان، الأمر الذي ينطبق على الحالة "ب" في محاولتها مرارا لتجنب كل الأفكار و الذكريات و كل مثير يمكن أن يذكرها بما حدث، غير أن الشخص المصدوم يلجأ عادة إلى استخدام بعض الوسائل الدفاعية السلبية مثل: النكران، والتبند والتجنب، وهذه الوسائل تشكل السمات البارزة لاضطراب ما بعد الصدمة، وتحدث المشكلة الأكبر عند محاولة الفرد إظهار عدم التكيف مع الحدث الصادم، عدا عن عدم تكيفه مع الصدمة التي تعرض لها، ويكون ذلك و في أغلب الأحيان نقطة ارتكاز لحدوث اضطرابات سلوكية يصعب السيطرة عليها مع مرور الوقت، و لوحظ ذلك على الحالة فهي تستخدم هذه الدفاعات و بالفعل تعاني مشاكل سلوكية يمكن تبيينها في البعد الأخير لاضطراب ما بعد الصدمة لدى الحالة.

أيضا و بشأن آليات الدفاع الأخرى التي تستخدمها الحالة بخلاف الإنكار و الكبت، نجد القمع حيث ذكر فرويد Freud أنه أثناء الطفولة إن كانت هناك مجموعة من التجارب أو الأحداث المؤلمة التي أصابت الفرد، فإنه كنتيجة لدرجة التهديد الذي تعرضت له الأنا و القلق اللاحق الذي حدث، فإن الضحية عادة ما تستخدم القمع كدفاع عن النفس لإزالة الذكريات غير السارة و العواطف من الحدث الصادم من الوعي، و بمجرد استخدام القمع ستظهر العديد من الأعراض والسلوكيات العصبية. (Bulut 2019.1)

و منه و بالعودة للبعد الأخير و هو الاستثارة أين لوحظ على الحالة الاندفاعية الشديدة، حيث تدمرت من تسرعها أثناء ردود فعلها في العديد من المواقف، و عبرت عن ندمها و تفكيرها بعد قيامها بذلك، أيضا اتضح أن لديها سلوك متوتر و تيقظ مبالغ فيه، و الذي لوحظ عليها من خلال المقابلة في جلستها كلامها و حتى استجاباتها على أسئلة عادية، حيث كانت تعلقو نبرتها و تزداد حركتها مع كل سؤال، بينما تركز جيدا و جاهزة دائما للدفاع عن صورتها التي و كأنها لا تود أن تنكسر أو تشوه و عن صورة أسرتها، و مدى المعاني الكامنة وراء كل تساؤل و الغرض منه، و كأنها حريصة جدا عن كل ما يتم تناوله و ما قد يحدث، هذا و وصفت نفسها بأنها تكون على حافة الانهيار أحيانا، و أنها في المواقف المزعجة لا بد لها من الصراخ و إبداء ردة فعل مهما كانت لتتراح، إضافة إلى أنها تبكي كثيرا في المواقف عادة و بسهولة.

و ترتبط هذه الاستثارة و كل التغيرات السلوكية التي تظهر بعد اضطراب ما بعد الصدمة وفقا لكل من Greenberg & Krystal & Boyd & Kalk Vander 1984 للتغيرات في نشاط الناقلات العصبية ، ففقدان الذاكرة الحاد و الاستجابات الانتفاضية الشديدة و شدة العدوانية، يعتقد أنها يتبعها استهلاك الكيمياء الحيوية للمخ أي زيادة كبيرة في نشاط السيالة العصبية، ترتبط بالنشاط الزائد الذي ينتج عنها إثارة للأدرينالين و للمثيرات المرتبطة بالصدمة. بن عياش(2012. 24)

أيضا انخفاض انتقال السيروتونين في الرفاء الظهري و الوسطى و الذي ينتج عنه كل من اليقظة المفرطة و العدوانية المتزايدة و الاندفاع، بالإضافة لتعزيز تكوين و مرونة الذكريات المتطفلة، و كذلك تؤدي كوكبة النشاط النورأدريناليني المرتفع و نقص الكورتيزول النسبي إلى تعزيز تشفير الذكريات المؤلمة و نقص

تثبيت استرجاع الذاكرة، وكلاهما يُفترض أنه يؤدي إلى إعادة تجربة الظواهر في اضطراب ما بعد الصدمة. علاوة على ذلك قد يسهل الحُصين الضعيف الذي يعمل بشكل غير طبيعي لتعميم الخوف المكتسب في سياقات لا علاقة لها بالتعرض السابق للصدمة، و يضعف القدرة على التمييز بين المنبهات الآمنة وغير الآمنة. بالاقتران مع استجابات اللوزة المبالغ فيها، فإن القدرة المحدودة على تمييز التهديد بسببها قد تعزز اليقظة المفرطة، التنشيط السلوكي، الاستجابات المفرطة للضغط و اكتساب المزيد من روابط الخوف.

sherin & nemeroff(2011. 267)

أما عن مساهمة أسرة الحالة في إصابتها بهذه المظاهر المرضية، فانه لا يمكن التغاضي عن مدى الضبابية التي نقلوا بها أحداث الصدمة أو الحادثة لها، و التي يمكن تفسيرها انطلاقاً من التحدث عن اثر التستر في عدم نقل الإرث النفسي بشكل ايجابي، فبينما كان لا بد من سرد الحدث لها و شرحه لم يفعلوا ذلك، و سمعته في إطار تعاملاتهم مع الآخرين، ما خلف لديها نوع من الصعوبة في ربط الأحداث بشكل جيد و اكتساب ارث به رموز، و من ثم عدم إمكانية اكتسابها للجلد الأسري الذي تصرفت به الأسرة أثناء الصدمة.

و هذا ما يعكس تأثر الحالة الشديد من تفكك أسرتها، و غياب الأم بوفاتها و منه الحرمان العاطفي الذي تعيشه نتيجة عدم وجود بديل ثابت و مستقر و قد أشار خموين(2016. 617) لذكر مصطفى حجازي للحرمان العاطفي بسبب غياب الأم، الذي يصيب الأطفال على أن انقطاع علاقة الطفل بأمه خلال السنوات الأولى من حياته يترك انطباعاً مميّزاً في شخصيته، و ينعكس انعكاساً سلبياً على شخصيته و تكوينه النفسي. و هذا ما يسمى بالحرمان الامومي حيث يبدوا على هؤلاء الأطفال الانطواء العزلة الانفعالية و يفشلون في إنشاء علاقة مع غيرهم من الأطفال، و منه فغياب الأم يخلق اضطرابات نفسية تؤثر على مستقبل الطفل لاحقاً، لأنه لم يجد الفرصة للتعبير عن حبه فيصبح كئيب حزين لا يعرف كيف يجلب الآخرين له.

و أيضاً التفكك نتيجة غياب الأب بزواجه، ما جعل أمنيتها تتمثل في لم شمل هذه الأسرة و الاستقرار، كونها تشعر بالنقص بالرغم من تصريحها بأنها عاشت حياة هنيئة مع أسرة والدتها، كما كانت مدللة لديهم، النقطة الأخرى التي تشير إلى إستراتيجية هذه الأسرة في التعامل مع الضغوط، حيث من الظاهر استخدامها لإستراتيجية التقييم السلبي كإستراتيجية داخلية، و التي تشير إلى ميل الأسر للسلبية خلال الأزمات، مع أملها في تلاشي و اختفاء المشكلة عن طريق تجنبها للوضعية الضاغطة، برفض الحديث أو حتى التفكير في الوضعية الصعبة، ما يقود لفكرة متى تكون الأسرة عامل خاطر أثناء الأزمات عوض عامل حماية، حيث بالغت في حرصها على حماية الحالة بداية من عدم تناول الموضوع و الدفاع عنها أمام الآخرين في حالة إزعاجها، أيضاً بدلالها لدرجة أنها أصبحت حساسة جداً و تبكي بسهولة في المواقف، و هذا ما قالته بغض النظر عما إن كان ذلك عرض من أعراض الاستثارة أو العجز عن التعبير عما تشعر به بطريقة أخرى.

كما لوحظ استخدام الحالة لأسلوب الاتحاد، و الذي تبين من خلال علاقتها الجيدة مع إخوتها من أمها، و من أمها و أبيها، و كذا تعلقها بأمها و أسرتها، بينما بدى نوع من التباعد و السطحية في التعامل مع إخوتها من أباهما، و مع أباهما و زوجته، كنوع من التكاتف مع الأم و للتخلص من أي بديل يحاول تعويضها. التعرض للصدمات الشديدة و التي تخلف آثار دائمة كالتى تعرضت لها الحالة "ب" تساهم في ظهور حالات مرضية لدى المصابين بها و من بينها الاكسيثيميا الثانوية و التي اعتبرها كل من **Farges & Farges(2002. 52)** تظهر نتيجة عوامل مؤلمة كأمراض جسدية خطيرة أو الإجهاد من طبيعة أخرى غير المرض (حالة كارثية)، تشير العديد من المقالات الحديثة إلى وجود صلة بين الخلل الوظيفي في تفاعلات الطفل مع عائلته و الاكسيثيميا: نقص رعاية الأم، و نقص الإشباع العاطفي، و الاهتمام بالتوافق الاجتماعي و هذا ما ينطبق على الحالة من حيث فقدان الأم و التشتت أثناء التفكك الأسري الذي حدث، و منه نقص الإشباع العاطفي.

كما تعد الاكسيثيميا الثانوية أسلوب دفاعي، وظيفي و تكيفي لمواجهة شدة التجربة المتلقاة، و التي تتجاوز قدرات التكيف المعتادة (حالات الإجهاد اللاحق للصدمة)، و من ثم سيتألف التطوير المنفذ قبل كل شيء من تركيز الانتباه على الحياة اليومية، ينتج عن إعادة توزيع الانتباه هذه إنشاء شاشة للمخاوف اليومية التي تسمح للموضوع بأن يظل أصمًا للألم أو الإحباط الذي يشعر به. **Farges & Farges(2002. 52)** أما نقطة الالتقاء الأخرى بين الاكسيثيميا الثانوية و اضطراب ما بعد الصدمة لدى الحالة، فتمثلت في أن الحالة رغم استجاباتها المطولة أحيانا إلا أنها خالية من المشاعر، ما يوحي بالتبديل لديها كعرض **ptsd** و للاكسيثيميا الثانوية أيضا، و نفس الشيء ينطبق على دموعها التي أبت النزول و التي تدل على قوة المقاومة التي طبقتها أثناء المقابلة إضافة إلى صعوبة فهمها و تعبيرها عن مشاعرها، و دراسة **Fukunishi & chishinu & Manze (1994)** تؤكد ذلك حيث كانت عن اضطراب ما بعد الصدمة و الاكسيثيميا في مرضى الحروق، و تم التوصل فيها إلى أن من بين عينة المصابين بالحروق 24 أشار أولئك الذين في المرحلة المزمنة (بعد أكثر من 10 أشهر من الحرق) إلى الإصابة بالاكسيثيميا بقوة أكبر، و من بين أعراض اضطراب ما بعد الصدمة التي لاحظها كانت أعراض التجنب و التخدير العاطفي أقوى أيضا لدى المرضى في المرحلة المزمنة، و قد ارتبطت مظاهر الاكسيثيميا بأعراض التجنب و التخدير العاطفي. و بالتالي تشير هذه النتائج الى ظهور الاكسيثيميا كرد فعل على الحالة عندما يظهر التجنب و التخدير العاطفي بين أعراض اضطراب ما بعد الصدمة.

و بهذا الخصوص و في إطار ارتباط الاكسيثيميا باضطراب ما بعد الصدمة فان دراسة **Declercq, Vanheule, & Deheegher (2010)** تشير نتائجها إلى أنه على الرغم من أن أعراض الاكسيثيميا **DIF** ودرجة أقل **DDF** قد تساهم في تطوير الإجهاد الصادم، لا يبدو أن مجموعة أعراض **EOT** تساهم في الاستجابات المؤلمة. **Vandermeer(2014. 17)**

و منه فبالفعل قد تحصلت الحالة على درجة 63 على مقياس تورنتو (TAS-20) لقياس الاكسيثيميا ما يعني أنها الكسيثيميا، و قد اتضح ذلك في استجاباتها. و بأكثر تحديد الاستجابات التي جاءت على نحو متوافق و دراسة Deheegher & Declercq & Vanheule ، فقد وجد اشتراك بين كل من PTSD و الاكسيثيميا في كل من DIF و DDF، بالإضافة للاشتراك في كل من أعراض التجنب و التخدير العاطفي.

حيث صرحت الحالة في بعد صعوبة تحديد و تمييز الفرد لمشاعره الانفعالية بأنها لا يمكنها فهم مشاعرها في الكثير من المواقف، كما لا يمكنها التمييز بينها في لحظات الغضب، إضافة إلى أنها متهورة في ردود أفعالها و لا تتمكن من التعبير عن إحساسها أو إيصاله للآخرين.

هذه المظاهر تناولها يونس و أنور(2004. 38-40) في المنحى المعرفي في تفسيره للاكسيثيميا، حيث يرى أن الخصال المشكلة للاكسيثيميا تعكس بالأساس أعطابا في المعالجة المعرفية للانفعالات و تنظيمها، فيما عرف بنظرية خلل التنظيم الانفعالي، فيتطلب التنظيم الكفاء للانفعالات تفاعلا متبادلا بين 3 انساق متفاعلة هي: النسق الفيزيولوجي العصبي، النسق التعبيري الحركي، النسق الخبري المعرفي و رأسمال اجتماعي مقبول، و منه تعكس الخصال الألكسيثيومية أعطابا في كل من المكون الخبري المعرفي للاستجابة الانفعالية، والتنظيم الاجتماعي للانفعال، حيث يحد خلل المكون الخبري- بعنصره: الوعي الذاتي بالحالات الشعورية و التقرير اللفظي عنها- من قدرة الفرد على التعبير عن انفعالاته وتنظيمها (و هذا ينطبق على عجز الحالة في التعبير).

علما أن القدرة على التعبير عن الانفعال و المشاعر بالنسبة للأفراد تتداخل بالأساس مع قدرتهم في التواصل و إقامة علاقات مع الآخرين، حيث تمثل عائق يحول بينهم و بين علاقات سليمة مع من هم في محيطهم، و هذا ما لوحظ مع الحالة بداية بعلاقتها بأسرتها و بالتحديد مع والدتها المتوفاة و مع بديلتها في الرعاية، و بهذا الخصوص لوحظ عدم تحدث الحالة المطول عن أي من بدائل الأم أو قريبها الكبير منهم بل اكتفت بذكرهم، ما ينطبق مع ما جاءت به التحليلية في تفسيرها للاكسيثيما و علاقتها بالأم حيث رأى التحليليون انه طالما أن الطفل يعتمد على "الأنا المساعدة للأم"، فإن الإثارة التي يشعر بها، و التي يمر بها، مرتبطة بتمثيل يأتي من نفسية الأم، و من هنا تأتي أهمية تخيلات الأم التي لا تخدم فقط كمحتوى للفكر، ولكن أيضا كحاويات لإسقاطات محركات الطفل الخام. Dupont(2006. 43-46)

أي أن الأم هي بمثابة إعادة نقل للأحداث بشكل يستوعبه الطفل انفعاليا، الأمر الذي إن فقد كما عند الحالة يؤدي به لتكيف مصطنع أثناء مواجهة الأحداث و لانفعال غائب أو غير مفهوم.

و بخصوص الأسرة أشار lumley إلى أن البيئة الأسرية للطفل تعتبر من العوامل المسببة للاكسيثيما، فالنمو في بيئة أسرية بها قليل من الدعم و التواصل الايجابي مع عدم شعور أفرادها بالأمان في التعبير عن مشاعرهم، و أيضا عدم السماح لهم بالتعبير عن تلك المشاعر يعد من العوامل المنبئة بالاكسيثيما، كما تعود في معظمها إلى اضطراب في العلاقات التفاعلية بين الوالدين و الطفل خاصة

الأم، و سوء التوافق في خبرات الحياة الأولى التي عادة ما يرتبط بفقر الرعاية الوالدية، أو الصدمات أو الأزمات، كذلك الضغوط التي يواجهها الطفل في تلك المرحلة المهمة لبناء شخصيته. حسن(2019. 120) و منه تشكلت حلقة سلبية في حياة الحالة فلم تقدم لها البيئة السليمة لتعبر عما تريده، و لم تجد الدعم اللازم إضافة إلى الصدمة التي تلقتها، فاجتمعت العوامل و أدت إلى الكسيتيما ثانوية، و على نفس النحو في تعاملها لاحقا مع من في محيطها فلا تبادلهم المشاعر و لا تعبر على انفعالاتها اتجاههم أو أمامهم بالشكل المطلوب، ما يؤدي بها لسوء أو ضعف علاقاتها أو بعدها عن مقدمي الرعاية لها عادة. و قد أشارت لذلك في تصريحها بعدم تمكنها من التعبير عن ما تشعر به لمن هم حولها لدعمهم، و أنهم بذلك قد لا يفهمون إحساسها و أنها معهم في لحظاتهم السيئة أو الجيدة، و منه قد يعتقدون أنها لامبالية أو تحسد عن ذلك، الأمر الذي لا تفضله و لكنها لا تتمكن من القيام بغيره، و قد أشار Carpenter and Addis لذلك بوصفهم لمعاناة الأفراد الذين يعانون من الالكسيتيما من نقص الدعم الاجتماعي من قبل الأهل و الأصدقاء نتيجة نقص القدرة على التواصل. حسن(2019. 117)

كما أن الحالة لديها تفكير مجرد من العواطف، يتمثل في تعاملها مع الجنس الآخر على نحو سطحي و بسيط في إطار الزمالة، كما أنها تتجنبهم و تخاف أن تتعلق بأحدهم و تبين و تغوص بعاطفتها أمامه و معه، الوضع الذي ذكرته كل من نايت عبد السالم و بوشوشة (2021. 6) في دراستها من خلال وجهة النظر الاقتصادية التي تفسر الالكسيتيما على أنها آلية دفاعية ضد فرط الاستثارة الطاقوية المتعلقة بالجانب العاطفي، أي عدم القدرة على ربط التمثيل بالعاطفة، حيث يعاني من الإنكار و الانشطار، و هذا ما يجعل سلوكه و خطابه جامدا، فهذه المکانیزمات تتغلب على مکانیزم الكبت الذي يترك توزيع طاقي حر غير صاد للإثارات بطريقة كافية، أي ان جمود تصرفاتها مع الآخرين بمثابة حماية و تجنب منها للتغلغل في الجانب العاطفي لها.

أيضا يصفها محيطها بـ"courage" ما يوحي بشخصية قوية أمامهم حتى و لو أنها عكس ذلك، إلا أنها تسعى لان يتعاملوا معها على هذا الأساس قصد تجنب إبداء مشاعرها السيئة أمامهم، و لا حتى تلقي التعاطف أو بالأحرى الشفقة منهم على حالتها (أي تسعى لتقبل اجتماعي على نحو قوة و ليس شفقة)، و قد لوحظ استخدامها نفس هذا النمط من السلوك أثناء المقابلة بل في أشكال أخرى و تمثلت في المقاومة الشديدة التي كانت تطبقها، حيث تعمدت استخدام أسلوب نمطية الإجابة كنوع من الكف الانفعالي عند استجاباتها بحذر، لرغبة منها في كف سيل المشاعر الذي قد ينتج إن استجابت بتلقائية، و حتى قالت بأنها لا تدرك ما تقوم به من تصرفات أو مشاعر أثناء بعض المواقف إلا بعد مدة ما يوحي بغياب الادراك الانفعالي. و هذا ما يسمى حسب الدراسات التي أشار إليها Dupont (2006. 46) في دراسته عن آلية الهلوسة السلبية التي تجعل من الممكن حماية النفس من المنبهات المثيرة للغاية، تظهر في وقت مبكر جداً وبشكل جذري جداً، حيث تجد المحتويات العاطفية نفسها في حالة تأثر بالإلغاء فيتم الإمساك بها مباشرة و يتم ابتلاعها

وعدم تمثيلها بعد ذلك و ربما تصبح مكبوتة، و هذا يعني سيتم إنشاء نفس مزيفة تتجنب أي حركة غريزية، باسم الحماية النرجسية الأساسية بعبارة أخرى، سيمنع التجميد العاطفي الطفل من الفوضى، وهذا الانسحاب العاطفي يشكل الحاجز النهائي ضد الفوضى الذهانية، و هو ما تتبعه الحالة.

و حسب Taylor 1990 فالفرد الذي يعاني من الاكسثيميا يبدي جدولا عياديا يتميز بعدم التلذذ و إنكار الألم و كل العواطف المتعلقة باللذة، فهو خالي من المعلومات الحسية العاطفية التي من شأنها أن تحمي الفرد من الخطر الحالي الذي يهدد الأنا، فيسر الوضعيات الخارجية بنشاط عقلي يتميز بالخضوع، أما العواطف و وضعيات الشدة و فقدان الأمل تظهر و كأنها مسيرة من طرف التعقيل و لكن العكس، فتظهر على أساس بيولوجي أو على أساس سلوكي. فاسي (2016. 93-94)

و هذا ما لوحظ في مدى تصورهما السلبي الخفي لذاتها مقابل التصور الاجتماعي المطلوب لها كزوجة في المستقبل أو حتى إمكانية بنائها لأسرة، فهي تضع ضرورة عودتها لطبيعتها و تخلصها من آثار الحريق كأولوية لتتزوج و ليتم قبولها في هذا الدور بداية بالزوج مرورا للمجتمع، الذي تعتقد انه يدركها على أنها غريبة و مرعبة و انه قد وصمها اجتماعيا، و ذلك كما قال Taylor يكون بشكل عقلائي خاضع بعيدا عن أي عواطف، و يظهر في شكل سلوكها المتوتر و الدال على عدم تقبلها لذاتها.

و في المقابل نجدها تفتقر للتعاطف و الذي يتبين في ردود أفعالها عند الغضب فلا بد لها من الصراخ لترتاح مهما كان الموقف، و وفقا للبنا فانه بالفعل الأفراد الاكسثيميون الذين يتسمون بصعوبات في الجوانب المعرفية و الوجدانية و كذلك فيما يخص التعبير عن مشاعرهم و انفعالاتهم، لديهم نقص ظاهر في المهارات الشخصية الداخلية، و التواصل الناجح مع الآخرين، فهم يفتقدون مهارات التعاطف تجاه الآخرين حيث لا يمكنهم فهم الحالة الوجدانية و الانفعالية التي يمر بها. عطايا (2021. 236)

أيضا لديها نمط تفكير موجه للخارج و ذلك بإشارتها إلى أنها تستمتع لمشاكل الآخرين و تساعدهم إلا أنها لا تحكي لهم عما تعاني أو تشعر به، و هذا ما أكدته زين العابدين (2016. 36) أن التفكير المتوجه نحو الخارج عند الفرد هو دليل على نقص كفاءته في تحديد و وصف أحاسيسه، و الغرض هنا من مساعدتها لهم هو سعيها للحصول على التقبل منهم و ليس رغبة منها في ذلك، و هذا المظهر الإكلينيكي وصفه كل من Nerniah and Sifneos بإشارتهما إلى كونه شكل من أشكال الاتصال الذي يتميز بغياب أو نقص التفكير الرمزي، يؤدي إلى عدم بروز الوضع الداخلي، مشاعرهم، رغباتهم و نزواتهم. حافري و بخوش (2019. 127)

أيضا لديها جمود فكري ذلك بوصفها للأشياء و الأهداف على نحو جامد و تقليدي، كرهبتها في العمل في تخصصها و الاستقرار في أسرة مع أطفالها مستقبلا، و لكن ذلك لن يحصل وفقا لها إلا في حالة عودة جسدها لصورته الأصلية قبل الحريق، و ذلك ما يدفعها للسعي من اجل العلاج، أيضا تبين الجمود الفكري في ثباتها على فكرة أنها اكبر من عمرها عقليا، و تفسير مدى قوتها في مواجهة ما مرت به أثناء مراحلها الدراسية سواء كونها طفلة أو مراهقة من خلال ذلك فقط، رغم تأكيدها بأنها تتعرض لمواقف صعبة عادة

بسبب التشوه، أما في علاقتها بالجنس الآخر و الذي يمثل عنصر مهم في عالمها الخارجي و كان على نحو جامد فكري، بحيث تحاول تجنب التعامل معهم كونها متمسكة بفكرة الخوف من التعلق.

2- عرض نتائج الحالة الثانية و تحليلها العام :

2-1- تقديم الحالة:

الاسم: ص	الجنس: ذكر	السن: 20 سنة
الأم: متزوجة زواج ثاني	الحالة: من الأب الثاني	
عدد الإخوة: 1 أخت من الأم و من الأم و الأب أخ و أخت	الرتبة: 4 الأصغر	
المستوى التعليمي: ثانوي	المستوى الاقتصادي: متوسط	
نوع الإصابة: حروق في الوجه و الصدر	درجة الإصابة: الدرجة الثالثة	
وقت الإصابة: أصيب و هو صغير في عمر 6 سنوات في 2009.		
سبب الإصابة: حادث مطبخ بالزيت		

نوع العلاجات التي تلقفتها الحالة: 3 عمليات تجميلية على مستوى الوجه و الصدر.

2-2- ملخص المقابلة العيادية نصف الموجهة: بعد إجراء المقابلة العيادية النصف موجهة مع الحالة "ص" المصاب بحروق في الوجه و الصدر من الدرجة الثالثة، تبينت معاناته بمظاهر اضطراب ما بعد الصدمة، و بالرغم من أنه كان يحاول استخدام الآليات الدفاعية كالكبت، الإنكار، القمع و التكتم، و التي تعكس الإصابة بالالكسيثيميا الثانوية أيضا باعتبارها آلية دفاعية، إلا أن هذا لم يمنع سير المقابلة بشكل حسن. لكن لوحظ على الحالة المقاومة و ذلك من خلال القلق، التيقظ، الصمت الطويل، التغير في نبرة الصوت و حركة الجسم ما يدل على الجرح النفسي الذي يعاني منه، كما انه استخدم نوع من الكف الانفعالي عند استجاباته بحذر و كذا عن طريق نمطية الإجابة.

أصيب "ص" و هو طفل يبلغ 6 سنوات و تزامنت الإصابة مع الغياب المعنوي لأباه حتى قبل الحادث، حيث عبر عن حاجته للحماية في مرحلة الطفولة رغم وصفه لها بالبسيطة و بأنه كان مدلل لدى والدته خلالها، ما اثر على البناء النفسي للشخصية لديه. فالحريق وفقا له حبسه في محيط ضيق كان يرفضه، و بالتالي اقتران ذلك مع غضب و رفض "ص" و صدمته من الإصابة كؤن أول ما تبادر لذهنه أثنائها انه سيموت، جعل بعض الأعراض الباثولوجية تظهر عليه حيث صرح بزيارة الأفكار الفجائية له عن الحادث بالرغم من التشوه المعرفي الذي طرا على تفاصيله، و كذا التجنب لكل ما قد يذكره به باستثناء مكان الإصابة لعودته للعيش به، بالإضافة لشعوره الدائم بالحزن و الإحباط و الذي يقترن و إدراكه للحياة على نحو سلبي باعتباره لها صعوبة و ظالمة، أيضا يعد الحالة "ص" مشتت و يعاني نوبات غضب و ارق و يعجز عن انجاز المهام بالشكل المطلوب.

فترة التعافي الجسدي ل "ص" بالمستشفى كانت صعبة، و تبين ذلك في ظنه أنها أطول مما كانت عليه، و قلقه أثناء الحديث عنها خاصة عندما تطرق لاستغرابه من التدخلات الطبية التي تلقاها كالبقاء عاريا أثناء العلاج و نظر الآخرين له، هاته الأحداث خلفت لديه بعض الانعكاسات النفسية كتدني تقديره لذاته بوصفه لنفسه بالممل و الفاشل، أيضا لوحظ عليه إدراك سلبي للذات، بالإضافة لانزعاجه من عجز الأفراد عن التعامل بطبيعية معه باستثنائه من المشاركة في النشاطات حماية له و للماسك الطبي الذي يرتديه، ما جعله يشعر بالنقص و يعاني وصما اجتماعيا بالإضافة لجروح نرجسية، هذا و رغم ارتياحه في الثانوية إلا انه اعتبرها عالم اكبر و أصعب أشعره بالضياح و لم يستطع الانتماء إليه، ما يعكس أزمة الهوية لديه بعدم تمكنه من توقع المستقبل و لا رغبته في إنشاء أسرة بل زوجة دون أطفال فقط لتلبية شهواته، أما عن أسرته فاتضح مدى ضعف علاقته بهم باستثناء اتحاده مع أمه و أختيه خاصة أخته من الأم، أما العلاقة مع الأب و الأخ فمنقطعة تماما.

الصدمة التي أصابته خلفت أيضا معاناته من صعوبة في تحديد و تمييز مشاعره أثناء نجاحه مثلا، كما انه يعجز عن التعبير عن إحساسه، و يتمتع بتفكير مجرد من العواطف حيث يفتقر للتعاطف في تعاملاته مع الآخرين فيضحك على حزنهم و لا يفرح بفرحهم، كما يعد ذو نمط تفكير موجه للخارج بانشغاله برأي الآخرين به و سعيه ليتم تقبله، أيضا لديه جمود فكري اتضح من خلال ثباته على فكرة انه فاشل و تعميمها حتى على أسرته المستقبلية التي تنبأ بفسلها بالفعل.

2-3- تحليل المقابلة العيادية نصف الموجهة: من خلال المقابلة العيادية النصف موجهة التي أجريت مع الحالة "ص" بغية التعرف على ما إذا كان يعاني من مظاهر اضطراب ما بعد الصدمة و الاكسيثيما الثانوية جراء ما أصابه، بدى أن "ص" عبر بطريقة عكسية عن حاجته للحماية من خلال إشارته للدلال الذي تلقاه من والدته و ذلك في استجابته "كنت مدلل من أمي"، إلا أن ذلك لم يشبع متطلبات المرحلة ما قبل تناسلية التي أصيب خلالها، و التي كان يحتاج فيها بالتحديد لاهتمام و حماية للأب، هذا الأخير الذي كان الحاضر الغائب معنويا في حياة الحالة حتى قبل الإصابة و ذلك في استجابته "أصلا مكنش كاين ديما في الخدمة و إلا ديما مشاكل و زيد مهوش نتاع مسؤولية ولاد و دار غير مهيا ليها"، ذلك ما تسبب في عرقلة إمكانية حل الاوديب، و عكس لاحقا مجمل المشاكل في البناء النفسي لشخصية الحالة، و من ثم المشاكل الاجتماعية و المعرفية و العلائقية و حتى التواصلية لديه، تزامن الغياب المعنوي للأب مع الإصابة التي جعلت "ص" في حالة من الصدمة و الهلع و ذلك في استجابته "كنت خايف"، "قلت حنموت" واقف مصدوم"، و تسببت في العديد من الآثار على المستوى الجسدي و النفسي، حيث خلفت العديد من التغيرات على حياته و بالأخص طفولته التي وصفها قبل الحادث ب "العادية البسيطة كانت بلا تعقيدات ندير واش نحب في الوقت لي نحبو نلعب واحد ما يخاف عليا و إلا يقلي لازم تلبس الماسك و عندك كشما يصرا و إلا حماية هك" و بعد الحادث "أكثر تعقيد منقدرش نلعب كيما أي طفل في عمري ديما كاين حاجة كلي

واش صرا حبسني هك في محيط ضيق منقدرش ندير واش نحب"، فالحريق وفقا له حبسه في محيط ضيق كان يرفضه.

و بالتالي و نتيجة ما خبره الحالة قد تجلت مظاهر اضطراب ما بعد الصدمة لديه، و اتضحت من تعبيره عن إعادة معايشة الحدث الصادم بزيارة الأفكار الفجائية عن الحادث أحيانا و ذلك في استجابته "إيه ساعات تصرا"، بالرغم من التشوه المعرفي الذي أنتج ذكريات مشوهة لديه ترتبط بتشوه تفاصيل ما حدث " منقدرش نتفكرها جاية معقدة هك معلبايش واص صرا قدقد بصح كنت جيعان و رحنت نجري باه نشري الخبز و كانت الطريق مبلوكيا مقدرتش نعقب و كي حاولت نعقب تعكلت في التيو نتاع الطابونة و منها رجعت عليا لمقلاة و قعدت مصدوم و دارو حوايج هك معلبايش خل زبدة حوايج معرف واش دارو بالضبط كانت ماما و أختي لكبيرة كانوا مخلوعين و أنا مخلوع معرف واش كان يصرا حوايج هك و مبعدا داروني في طاكسي و داوني في السبيطار ينحولك قشك باه يداووك بصح منيش متفكر الفترة الأولى لي قعدتها في بسكرة كل مش متفكرها قدقد خاصة هنا هذي لحوايج معقدة ياسر منقدرش نتفكرها الذكريات هذي اغلب الذكريات لي بقات لي كانت مبعدا في الجزائر يعني بعد واحد 25 يوم هكاك من واش صرا". أما عن ما إذا كان يشعر بان ذكريات الحدث تعيد نفسها و كأنه يعيشها مجددا بين التالي: "ساعات كي شغل عادت فيلم بصح".

كما تبينت عليه أعراض تجنبية اتجاه أي من المواقف أو الأماكن أو الأشخاص أو حتى الحديث عن المواضيع التي تذكره بالحدث فقد أشار إلى " إيه نتجنب نحكي فيه و منحش نحكي نعلق"، و لكنه و بشكل حيادي يتطرق له ليشرح للآخرين " أنا نحكي على روجي على حاجتي لي صرات كي واحد يسقسيني علاه في وجهك هذي لحاجة نقلو واش صرا برك مش من لباب لطاق بصح نحكي فيه بحيادية و كانها قصة"، أما عن الأماكن التي تذكره بالحدث فاستجاب ب "سبيطار منحوش بصح لبلاصة لي صرا فيها نعقب على هذي لبلاصة لي صراتلي فيها 100 مرة في اليوم خطراه في دارنا و متفكرش مش كل مرة نقعد نتفكر فانت"، أي انه قد تعايش مع حقيقة عودته للعيش به بعد فترة استشفائه و بالتالي فقد دلالة الذاكرة المكانية المرضية للصدمة لديه نسبيا لجعله يتذكر، و بالنسبة للمواقف " حتى و صرا موقف قدامي فكرني نتجنبو". كما انه يتجنب الذهاب للمناسبات في استجابته "لا منروحش".

أيضا و بشأن زيادة الأفكار و المشاعر السلبية لدى الحالة، سواء كان ذلك بشعوره بالحزن و الإحباط، أو ما يراه عن الحياة و ما لا يستطيع تحقيقه بها جراء ما حدث كانت استجابته "إيه نحس بالإحباط و الحزن ديما"، و رافق ذلك بقوله "منقدرش نصلحها في حياتي اني مش زكي اجتماعيا"، أما عن الحياة "الحياة صعبة و ظالمة". كما انه متشائم "أنا متشائم".

هذا و بدت عليه مظاهر الاستثارة من غضب و تشتت كالتالي : " الغضب في سع غضب بسهولة" و التيقظ "تخم مليح قبل مندير حاجة خاصة إذا كانت حاجة جديدة عليا أما إذا كنت متعود عليها قادر

ندفع فيها"، و في استجابته ما إن تعرض لموقف مزعج "نقلق"، أما عن التوهان و التشتت "ايه و كي نعود تايه نفكر في أحداث سابقة مفرحة كيما مواقف صراتك و إلا ضحكاتك محزنة كيما فشلت في حاجة مشاكل صراتك مع عباد كيما هك"، و في استجابته "مشنت بما انك تتشتت في أكثر من حاجة في الوقت لي لازم تركز فيها". أما عن سهولة قيامه بالأعمال الموكلة إليه كما يجب "لا نحس بنقص تركيز منقدرش نكملها في الوقت و إلا ندي فيها وقت أكثر من اللازم خطراه مكش معطي تركيزك للحاجة لي راك دير فيها". بالإضافة إلى انه يعاني مشاكل في النوم "ايه عندي ارق".

غضب و ألم الحالة من الحريق خاصة أثناء فترة الاستشفاء التي تعتبر صعبة، تبين بداية في عدم إدراكه للوقت الصحيح الذي بقي فيه في المستشفى و انه عرف الوقت الصحيح لاحقاً "5 إلى 6 أشهر كنت حاسبها هك بصح مبعدا باه فقت بلي راهم شهرين برك و عرفت بهذا الشيء حتان سمعتهم قالوها كنت في المتوسطة هكاك بصح أنا حسيتها أكثر"، وصولاً للتدخلات العلاجية التي تلقاها "كنت رافض و نعيط"، و اللحظات التي كان يبقى فيها عارياً "كي نتعري نشوف الناس تقعد تشوف فيا منيش فاهم علاه و كنت مستغرب علاه يشوفو فيا هك أنا حاس روجي طبيعي"، بالإضافة إلى انه تعرض ل 3 عمليات و بقيت قاعة العمليات في ذاكرته "درت 3 عمليات الأولى منجحتش الثانية منجحتش و الثالثة نجحت و متفكر لبلاصة نتاع العمليات بصح نتاع مرة وحدة لي تفكرتها".

صعوبة ما عاشه الحالة "ص" خلف لديه مجموعة من الانعكاسات النفسية أهمها تدني تقديره لذاته، و لوحظ ذلك في اعتباره لنفسه انه ممل و فاشل "منقدرش نطول في الهدرة مع الناس معنديش كفاه نطول بيالي حتى كان طولت حيكروه مني مش حيقدر و يطولو"، و في "فاشل و متشائم لأنني دائماً نفكر في الأشياء السيئة مش لمليحة مثلاً ديما نحس روجي حنفل"، و في "معنديش ذكاء اجتماعي باه نتعامل مع الناس"، و في "كلي حسيت لي يقرؤ معايا طابرين عليا و أنا حسيت روجي كلي راني في عالم وحدي مش تابع ليهم مش فاهم واش يديرو"، ايضاً "من المشتتات نخم في هدرة الناس" "منيش نتعامل مع المجتمع قدقد" ما يعكس اهتمامه الكبير بنظرة الآخرين له و مواجهته للوصم الاجتماعي بإيجاده طرق كالشرح لمحاولة الاندماج.

و بالتالي لوحظ أيضاً أن الحالة تعاني من إدراك سلبي للذات، حيث يدعي القوة و ينكر أن الحادث قد سبب له أي مشاكل، و في نفس الوقت اعتبره سبباً لنقص ذكائه الاجتماعي و انزاله عن الآخرين خاصة أن ليس لديه أصدقاء حالياً لصعوبة إنشائه لعلاقات عادة، و ذلك في استجابته "منقطعة علاقتي باصدقائي و اصلا معنديش صحاب ضرك" "ايه عندي صعوبة في إنشاء علاقات"، بالإضافة إلى انه عائق لم يجعله يعيش كما أراد، ما يظهر التناقض و محاولة الحالة لتجاهل ما جرى و استبعاده للربط بين الأحداث و اتضح ذلك التناقض في "في الثانوية معدتس تفرق محروق و إلا لا ميهتموش ياسر يلي يفرق هي خبرتك انت واش تقدر تمد معدوش علاقة موضوع الحروق فالذكاء الاجتماعي معنديش على بيها".

و بهذا الخصوص تم الاستفسار عن سبب نقص الذكاء الاجتماعي فاستجاب بـ " هي كلش مربوط بصح مشكلتي ضرك خاطر مكنش عندي ياسر علاقات و أنا صغير على بيها راني هك".

عجز الحالة عن العيش كباقي اقرانه بطبيعية تبين في "كانو ميخلونيش نلعب معاهم كلي يخافو عليا ميقلوهاش بطريقة مباشرة بصح كلي يخافو و يحاولو يحموني و زيد مع الماسك يخافو يتكسر و حتان مبعدا عرفت بلي خطر حتى أنا خطراه حيكون خسارة ليا كون يتكسر"، فانزعاجه من الماسك الطبي بدى كبير و باقترانه مع أساليب العلاج التي تعرض لها كالتعري للعلاج و اعتبار الآخرين له غير طبيعي جعله يشعر بالنقص و يعاني جروحا نرجسية جراء ما عاشه، خاصة و انه رغم ارتياحه في الثانوية إلا انه اعتبرها عالم اكبر و أصعب " عالم اوخر كبير مش كيما المتوسطة تحسي بلي ضيعي فيه مقدرتش نفهمو و نعود كيفهم كلي مننتميش لثم كنت في عالم وحدي"، ما يعكس أزمة الهوية التي يمر بها كمرحلة من مراحل المراهقة، إلا أنها تبدو اعقد أكثر بالنسبة له، و لوحظ ذلك من خلال تصريحه بعدم تمكنه من توقع ما يود في المستقبل "إلى معرف"، و لا رغبته في إنشاء أسرة لاحقا " لا مش حندير أسرة و كان درتها حتفشل و حتفشل لأنو بما اني مسلم و مؤمن بفكرة العقاب في الدنيا و الآخرة و مع الكارما و لأنني تمردت على والديا أكيد حيتمردو ولادي عليا و هذا كفيل يدمرلي حياتي على بيها إيه فكرة الزواج مقبولة و لولاد لا حتى كان تزوجت حيكون على جال حاجة فطرية في الإنسان أي شخص عنود الرغبة و الشهوة برك مش حنجيب ولاد خطراه الخبرات لي عشتها قبل متخلينيش و زيد على جالهم أنا مريض مريض هذي مفروغ منها بصح ثاني حيجو متمردين أكثر مني و فوق هذا شكون حتقبل يعني بهذا الشيء".

كما قد تأثرت دراسته بكل ما جرى معه، حيث يعاني من عجز معرفي الذي لوحظ في استجابته " عندي مشكلة في التركيز و ننسى و تشتت مباننش الصعوبة في المتوسطة لانو حتى و عندي بصح قادر على المنهاج واش فيه بصح في الثانوية بانث صح و عاودت عامين حسيت فيها مننتميش لهذا العالم و كلش سابقتي مقدرتش نلحق بالمشاكل لي عندي كل".

أما عن أسرته فاتضح مدى ضعف علاقته بهم باستثناء أمه و أختيه، خاصة أخته من الأم، بينما العلاقة مع الأب و الأخ فمنقطعة تماما، و ذكر ذلك في استجاباته "علاقتي بأسرتي ضعيفة يعني اغلبهم معنديش علاقة قوية بهم عندي غير مع الأم"، عن الأم "علاقتي بيها قوية وثيقة عايش معايا ديما معايا مدلتي بصح الدلال هذاك مش مليح يقولو"، عن الأب "ضعيفة بسبب تصرفاتو لانو مش يدير في واجباتو منتواجهوش و منحكوش خطراه تقطعت لعلاقة من بكري من أولى ثانوي و قطعها مواقف مثلا ميحبش يمدلك تشري قش حوايج يدير مشاكل ياسر"، عن الإخوة "علاقتي بيهم ضعيفة شوي نحدوها من 2 - 3 - 4، هي لكبيرة قوية لعلاقة أكثر من 2 و هي أختي لكبيرة 3 اصغر منها و ضعيفة لعلاقة ياسر و لي هي مع خويا و 2 أكثر من 3 أحسن العلاقة شوي منها و هي أختي"، ما يفسر أسلوب الاتحاد الذي يتخذه الحالة ضد الأب و إخوته منه، كما أن حماية و دلال الأم المبالغ فيها له ساهمت في جعله

اعتمادي، كمحاولة منها لتعويض لادوار البقية في حياته، و بذلك مثلت له الأم عامل خطر بدلا من عامل حماية، و اتضح ذلك من استجابته "مدلل بصح مش حاجة ايجابية خطراه الناس يقولو هك"، لأنها بذلك ساهمت في انزاله و عدم محاولته لتصليح علاقاته مع الآخرين في حياته بل الاكتفاء بها فقط. و رغم ذلك فهو يلومها هي و أباه عما جرى له "تلوم لي جابوني هوما السبب".

و هكذا تبينت أعراض اضطراب ما بعد الصدمة على الحالة "ص"، أما عن الاكسيثيميا الثانوية فمظاهرها توضحت من خلال استجابات الحالة أيضا، بداية ببعد صعوبة تحديد الفرد لمشاعره و التمييز بينها صرح بأنه "لا في الأغلب لا"، و إن كان يتمكن من فهم مشاعره "كيما نجاحي مثلا مقدرتش نفهمو فيها إذا راني فرحان أو مش فرحان"، أما عن مدى تمكنه من وصف شعوره أثناء التعرض لموقف ما "نجاحي مثلا كان شعوري ضعيف في الأهلية و كنت نفكر على قد متعبت نفرح و مكنتش متوقع حاجة و صرات"، و "مش قادر نتعامل مع المجتمع و نحس بالحزن بصح بنسبة 10/7 هك"، و ما إن كان يتمكن من وصف حالته أثناء الغضب "كوكوطة حتفجر بصح متفجرش على من حتفجرها على روحك مش على الآخر خطراه اغلبها متصراش في نفس الوقت لي يزعجك فيه الشخص الآخر أصلا على بيها متفجرش تنفجر في وجهو و إلا الوقت هذاك متعودش قادر تنفجر"، إضافة إلى انه يواجه صعوبة في إيصال مشاعره للآخرين "ايه منقدرش نعبر". كما أكد خلال المقابلة على انه شخص كتوم "ايه كتوم".

إلا انه ظهر عليه الافتقار للقدرة على التعاطف مع الآخرين "في الحزن حنضك عليه و في الفرحة حنقعد حيادي معنديش رد فعل عليه و إذا كان قريب ياسر نفرطو شوي بصح اذا بعيد معندي مدخلني الحق المهم شعوري اتجاههم مهما كان مهوش هذيك نتاع 100 بالمائة".

يصفه من في محيطه بأنه "بالعموم يوصفوني باني طيب الخارجي و لقراب مني يعرفوني مليح بلي مش طيب اا معرف شرير يقولو"، كما انه يعد ذو تفكير موجه نحو الخارج و الذي اتضح من خلال محاولته سماع الآخرين و مساعدتهم قليلا "على حسب شكون الشخص إذا كنت نكرهو نقلو لا إذا كنت نتقبلو نقلو هيه بصح نادرين لي يجيو يهدرو و نحاول نساعد هك"، إلا انه لا يبادلهم التعبير عما يشعر به "نادر وين نشكي يا لامي يا لعباد منعرفهمش طول شكون لي حيعرفني كيما الفيس بوك هوما هدفهم انو يسمعو برك و كون هوما يحبو يهدرو يهدرو على رواحهم و انا كان حكييت مش كلش و ثاني باينة منحكيش شكون انا و هوما متعرفهمش حتى لو كانت عندهم ردة فعل عليك مش حيضروك إذا شافوك مش مليح و الا مليح يعني في كل الأحوال ميعرفوكش شكون متخافش من ردة فعلهم و الا حكمهم بصح لي تعرفهم حينتج عليها ياسر حوايج"، و منه فهو يتكلم قليلا مع من هم في محيطه و حتى عن موضوع الإصابة و ذلك في استجابته "كون يجي واحد يسقسي نحكي بصح بحيادية منقولش بشكل عاطفي"، و بالتالي فالغرض ليس التكلم و إنما التقبل منهم و ما يثبت ذلك أيضا تفضيله للتعبير عن أفكاره اللاعقلانية عن طريق مواقع التواصل بشكل افتراضي، لتجنب الأحكام على ما يفعله.

أما في علاقته بالجنس الآخر و التي تمثل عنصر مهم في عالمه الخارجي، كانت استجابته اتجاهها على نحو جامد "لا متعاملش مع الجنس الآخر بسهولة واضحة عبد معندوش ذكاء اجتماعي كفاه حيولي خبير علاقات يعني باينة مش حيعرف"، و هذا ما يقود لاستجابته عن فكرة الزواج و الإنجاب و إنشاء أسرة " لا مش حندير أسرة و كان درتها حتفشل... الزواج مقبول لانو فطري و للشهوة و لولاد لا لانهم حيتمردو.."، و منه فهو يعاني جمود فكري يتبين من حيث ثباته على فكرة انعدام الذكاء الاجتماعي لديه فلا يتعامل مع الجنس الآخر، و كذا فكرة انه فاشل و تعميمه لها حتى على أسرته المستقبلية التي تتبأ بفشلها بالفعل.

2-4- تحليل نتائج المقياس :

بعد تطبيق مقياس حالة و سمة القلق لسبيلبرجر على الحالة "ص" تحصل على 65 لحالة القلق و 63 لسمة القلق و منه فالنتيجة التي تحصل عليها هي: سمة القلق = 63 < حالة القلق = 65 أي أن الحالة "ص" يعاني من حالة القلق و ليس سمة القلق، و لوحظ ذلك في استجاباته عند عرض أسئلة مقياس حالة القلق و بالتحديد في العبارات: 3 "أنا متوتر" و العبارة 6 "اشعر بالانزعاج" و العبارة 13 "أنا شديد الاهتياج".

و بذلك تم التأكد من وجود حالة القلق و منه الصدمة لدى الحالة، و لكن و لتطرق الموضوع بالأساس لاضطراب ما بعد الصدمة و الاكسيثيميا الثانوية، تم أيضا تطبيق مقياس كرب ما بعد الصدمة لدافيدسون على الحالة "ص" و تحصلت على 38، و التي تشير لدرجة متوسطة.

و منه فالحالة "ص" لديه درجة متوسطة من اضطراب ما بعد الصدمة، و قد اتضح ذلك في استجاباته على أسئلة المقياس، و بالتحديد في العبارة 5 "هل تتجنب الأفكار أو المشاعر التي تذكرك بما تعرضت له من خبرة صادمة؟" و العبارة 15 "هل تشعر بأنك على حافة الانهيار (واصلة معاك على الآخر)، و من السهل تشتيت انتباهك؟" و العبارة "هل تستثار لأتفه الأسباب و تشعر دائما بأنك متحفز و متوقع الأسوأ؟".

أيضا تم تطبيق مقياس تورنتو (TAS - 20) لقياس الاكسيثيميا لدى الحالة "ص"، و تحصل على درجة 78، علما أن درجات المقياس تتراوح بين 20 - 100، و أن الدرجة فوق 61 على سلم تصحيح المقياس تعني أن الفرد الكسيثيمي و لديه حالة مرضية.

و بالتالي فالحالة "ص" يعد الكسيثيمي لتحصله على 78 في مقياس تورنتو (TAS - 20) لقياس الاكسيثيميا، و قد تبين ذلك في استجاباته على المقياس في كل من العبارة 1 "غالبا ما تكون مشاعري غير واضحة" و العبارة "اجد صعوبة في وصف مشاعري اتجاه الناس" و أيضا في العبارة "في اغلب الأحيان لا اعرف لماذا أنا غاضب".

2-5- التحليل العام للحالة : من خلال نتائج المقابلة العيادية النصف موجهة و مجمل الملاحظات المسجلة و نتائج كل من مقياس سمة و حالة القلق لسبيلبرجر و الذي تحصل فيهما الحالة على درجة تقدر ب 65 ما أكد وجود الصدمة و حالة القلق لديه، و مقياس كرب ما بعد الصدمة لدافيدسون بدرجة 38 أي متوسطة، و مقياس تورنتو (TAS-20) لقياس الاكسيثيميا بدرجة 78 أي أنه الكسيثيمي، وجد لدى الحالة "ص" حالة القلق، و قد بدى عليه مظاهر كرب ما بعد الصدمة، و أيضا تم التوصل إلى انه الكسيثيمي و ذلك جراء ما عاشه في الحادث الصادم.

انطلاقاً من معاناته من اضطراب ما بعد الصدمة قد أكد المقياس ذلك بتحصله على 38 أي صدمة متوسطة، و قد لوحظ نوع من التوافق النسبي بين نتائج المقياس و ما جاء في المقابلة بشأن بعدي السلوكيات التجنبية و الاستئارة، إلا أن الاختلاف لوحظ في بعد إعادة معايشة الحدث الصدمي و الأفكار الاقتحامية. الحادث الصادم الذي عاشه "ص" تسبب في العديد من التغيرات التي طرأت على طفولته، فأصابته بالحروق خلفت لديه مجموع التشوهات الجسدية، بالإضافة إلى أنها أفقدته طفولته البسيطة و الغير معقدة مثلما صرح، و حبسته أيضا بمحيط ضيق يرفضه بشدة، هذا و تزامن غضبه من حالته بعد الإصابة و التعقيد الذي خيم على حياته بعدها مع الهلع و صدمته مما جرى، كؤن أول ما تبادر لذهنه أثناءها انه سيموت، و بالتالي و نتيجة ما خبره الحالة تجلت مظاهر اضطراب ما بعد الصدمة لديه، و اتضحت من تعبيره عن إعادة معايشة الحدث الصادم بزيارة الأفكار الفجائية عن الحادث أحيانا، الأمر الذي يحدث له في بعض الأحيان و يكون مزعج و ينشغل به، و يكون مرتبط بمثيرات داخلية (أي بشكل لا إرادي يتذكر) أو بمثيرات خارجية هناك (من يسأله أو يتحدث حتى عن الموضوع بشكل عام (الحروق في المطلق))، إلا انه يربطها بالحدث و تذكره به، حيث تؤكد الدراسات و فقال (Sherin & Nemeroff(2011. 271) و بالتحديد دراسات التصوير الوظيفي حين كشفها عن استجابة مفرطة في PTSD أثناء التعرض مثلا للإشارات و/ أو ذكريات الصدمة، فيُظهر مرضى اضطراب ما بعد الصدمة مزيداً من استجابات اللوزة إلى المنبهات العاطفية العامة غير المرتبطة بالصدمة، مثل الوجوه العاطفية.

أيضا لوحظ في هذا البعد إعادة معايشة الحدث الصدمي حيث يراه يعاد و لكن باتت أحداثه و كأنها فلم. إلا أن ما يجدر الإشارة إليه أن الحالة صرح بعدم تذكره كل التفاصيل، لا سيما في الفترة الأولى التي كانت بعد الحادث بل يتمكن من تذكر الأحداث العامة فقط و باقي تفاصيلها اعتبرها معقدة لا يتمكن من تذكرها، ما يدل على التشوه المعرفي الذي أنتج ذكريات مشوهة لديه ترتبط بتشوه تفاصيل ما حدث.

و على ذكر المثيرات الخارجية قد بدى على الحالة مجموعة من السلوكيات التجنبية، فهذه المثيرات سواء كانت أشخاص أو مواضيع أو مواقف أو أماكن كالمستشفى فالحالة يفضل تجنبها، كما أنها تمثل له عادة مصدر ازعاج عادة باستثناء المكان الذي جرى فيه الحادث، فقد تعايش مع حقيقة عودته للعيش به بعد فترة استشفائه، و بالتالي فقد دلالة الذاكرة المكانية المرضية للصدمة نسبيا لجعله يتذكر، و قد أشار لذلك كل من

(Marlatte & Beaton & Adler-Luzon & Abo-Ahmad & Gilboa (2022) في دراستهم عن بناء المشهد و المعالجة المكانية في PTSD، و ذلك بتوصلهم إلى أن المرضى الذين يعانون من اضطراب ما بعد الصدمة يظهرون ضعفاً قوياً في معالجة بناء المشهد، و شوهدت أوجه القصور في الجوانب النوعية للمشاهد وتوليد التفاصيل، و خاصة للجوانب المكانية للمشاهد ودمج التفاصيل في السياق الأكبر، و بالتالي فإن صور المشهد للمشاهد المحايدة في مرضى PTSD تعكس أنماط عيوب الذاكرة المميزة للاضطراب، مثل تقليل إنتاج التفاصيل والتجزئة، و يُعتقد أن بناء المشهد هو أساس عمليات الذاكرة العرضية، لذلك وجد أن العجز المكاني لدى المرضى مرتبط بسلامة المادة البيضاء غير الطبيعية لمسارات الترابط القشرية الطويلة و المسالك الحوفية و الشبه الحوفية التي تساهم في الذاكرة والشبكات العصبية الملاحية، و ارتبط عجز التوليد التفصيلي بانخفاض أحجام المادة الرمادية في المناطق الأمامية و الأطراف.

و من أعراض التجنب الأخرى التي بدت على الحالة، انه لا يتحدث عن الموضوع إلا أن سئل و برغبة منه في تفهمهم لما جرى في شرحه على نحو سطحي لهم، كما انه يتجنب المشاركة في المناسبات العائلية. هذا و قد ظهر على الحالة مزاج سلبي مرافق له تمثل في مدركات سلبية ثابتة و تبين ذلك في إدراكه للحياة على أنها صعبة و ظالمة، أيضا حالة عاطفية سلبية مستمرة تمثلت في الحزن و الإحباط الذي يشعر بهم عادة.

و من أكثر المراحل الصعبة التي مر بها الحالة "ص" كانت فترة استشفائه في المستشفى، حيث كانت صعبة و مؤلمة، و تبين ذلك في تأثره أثناء الحديث عنها و توهانه قليلا قبل تمكنه من وصف الأحداث الروتينية في البداية، و من ثم بدا بالتطرق و بالتحديد لفكرة انه كان يبقى عاريا أثناء العلاج و يستغرب على حد قوله من نظر الآخرين له، في إشارة لاعتداء معنوي، أيضا أشار إلى انه كان دائم الغضب و الرفض للعلاج. صعوبة المرحلة جعلته يظن أنها أطول مما كانت فظن أنها استمرت لمدة 5 إلى 6 أشهر بينما أدرك لاحقا أنها كانت شهرين فقط.

تفكير الحالة يمكن تفسيره انطلاقا مما أشارت إليه مصباح(2018: 48-51) عن المراحل النفسية التي يمر عليها أي مصاب بحروق و التي تتمثل في:مرحلة الصدمة، المرحلة الحادة، مرحلة الاندماج و مرحلة الاكتئاب. حيث يجد المحروق نفسه في هذه الأوقات في مواجهة الآلام الحادة و المستمرة و التي تعزز مع إحساسه المتواصل بالاعتداء عليه عن طريق التدخلات الطبية المختلفة، كما أن ما يميز الفترة الاستشفائية الأولى بقاء المصابين عراة أغلب الأحيان أثناء العلاج، أو يرتدون ملابس خاصة معقمة يبقى جزء مهم منها مكشوف مما يجعل المصابين يرجعون للوضعيات البدائية للطفل في حالة التعري، أي أن المريض يعيش حالة قلق سببها الحادثة بالإضافة إلى الخوف من الصورة الأخيرة والجديدة لجسده بعد العلاج، خاصة و هو على علم بدرجة حروقه و النتائج المترتبة عنها على مستوى الجلد، بالإضافة لإعادة معاشته المستمرة للحادث، و من ثم يبدأ المحروق باكتشاف إصابة وحدته الجسدية التي تجعله يعيش غالبا حالة غضب

و انكار، فمع بداية وعي المصاب بالتشوه يبدأ الغضب و الذي جاء لدى الحالة على شكل: لماذا أنا بالذات؟ بالإضافة إلى إنكار تأثير الإصابة على حياته، ثم تأتي مرحلة تجعل المحروق بعيدا عن الواقع، يأمل أثنائها المصاب بالعودة إلى الصورة الأولى لجسمه، و هذا ما لوحظ في رغبة الحالة بإجراء عمليات تجميلية عندما يتوفر المال اللازم لذلك، إلا انه لوحظ بأنه يعي و لا يود الاعتراف بحقيقة أنه لا يمكنه استعادة الجسد لحالته الأصلية، و بالتالي من الطبيعي ان يظهر الحزن على فقدان الصورة الأولى، و الذي يظهر فعلا على الحالة و لكن بشكل ضئيل يحاول إخفاءه بحذر، ما يجعل تردده في التعبير بصراحة عن مشاعر الألم، الذنب و الاكتئاب لا يستند بالنسبة له لقبول الواقع كأساس عقلائي، و منه عدم إدراكه لكيفية استخدام جسده المشوه و بالتحديد وجهه، ما يجعله يحاول تجاهل الموضوع ككل.

هاته الأحداث خلفت لديه بعض الانعكاسات النفسية كتدني تقديره لذاته بوصفه لنفسه بالممل و الفاشل بالمقارنة مع رفاقه، بالإضافة إلى رغبته في شرح ما جرى بسطحية ليتقبله الآخرون على نحو جيد، فالأمر يؤخذ حيزا كبيرا من تفكيره، ما يوضح مدى الوصم الاجتماعي الذي حاول مواجهته و عدم ثقته بنفسه. و بالتالي لوحظ انه يعاني من إدراك سلبي للذات حيث يدعي القوة و ينكر أن الحادث قد سبب له أي مشاكل، و في نفس الوقت اعتبره سببا لنقص ذكائه الاجتماعي و انعزاله عن الآخرين، ما يظهر التناقض و محاولة الحالة لتجاهل ما جرى و استبعاده للربط بين الأحداث.

الاعتداء النفسي الذي شعر به الحالة أثناء فترة الاستشفاء بالإضافة لعجزه عن التعامل بطبيعية لاحقا مع الآخرين، حيث كان منزعا لاستثنائه من المشاركة في النشاطات المدرسية مع الرفاق حماية منهم له و ارجع ذلك للماسك الطبي الذي كان مضطرا لارتدائه، ما جعله يشعر بالنقص و يعاني جروحا نرجسية جراء ما عاشه، خاصة و انه رغم ارتياحه في الثانوية إلا انه اعتبرها عالم اكبر و أصعب أشعره بالضيق و لم يستطع التأقلم معه كأنه لا ينتمي له، ما يعكس أزمة الهوية التي يمر بها في مراهقته و التي تبدو اعقد بالنسبة له، و اتضح ذلك من خلال عدم تمكنه من توقع المستقبل و لا رغبته في إنشاء أسرة لاحقا بل زوجة بدون أطفال فقط لتلبية رغباته و شهواته، ما يدل على محاولة تجاهله للجانب العاطفي و الجمالي للأمور، و منه فلا بد و أن مروره بفترة اكتشافه لذاته و تجاوزه لما هو مضطر للتكيف معه ليس بالأمر السهل بل و هو منعكس على سلوكاته و أفكاره و حتى انه يقوده للتفكير أكثر في مظاهر النقص لديه و التركيز عليها بالاقتران مع عجزه عن تحسينها أو العمل عليها.

و كل ما تم الإشارة إليه عن الحالة مسبقا تؤكدته جودة (2016.40) في تناولها لنظرية معالجة المعلومات التي تعتبر المنبهات تغزونا من كل جهة، قسم منها ما يستوعبه الدماغ وتتم معالجته بينما لا تتم معالجة القسم الآخر بشكل صحيح، لأن المنبهات تكون ناقصة (كالحالة الذي لا يتذكر تفاصيل ما جرى) أو فوق طاقة الجهاز العصبي، كما هو الحال في الصدمات بحيث لا تتلاءم المنبهات الخطيرة الطارئة مع خبرات الشخص و نماذج المعرفة لأنها تتخطى الإطار السوي للتجربة الإنسانية، وهذا ما يؤدي إلى حدوث

التشويه و الاضطراب في معالجة المنبهات و في هذه الحالة تبقى المنبهات الصادمة ناشطة و بشكلها الخام، و هي تستمر في ضغطها المؤلم على الشخص الذي يحاول عبثاً أن يبعدها عن عتبة الوعي حتى يشعر بالراحة والأمان، الأمر الذي ينطبق على الحالة "ص" في محاولته لتجنب كل الأفكار و الذكريات و كل مثير يمكن أن يذكره بما حدث، غير أن الشخص المصدوم يلجأ عادة إلى استخدام بعض الوسائل الدفاعية السلبية مثل: النكران، والتبليد والتجنب، وهذه الوسائل تشكل السمات البارزة لاضطراب ما بعد الصدمة، و تحدث المشكلة الأكبر عند محاولة الفرد إظهار عدم التكيف مع الحدث الصادم، عدا عن عدم تكيفه مع الصدمة التي تعرض لها، ويكون ذلك و في أغلب الأحيان نقطة ارتكاز لحدوث اضطرابات سلوكية يصعب السيطرة عليها مع مرور الوقت، و لوحظ أن الحالة يستخدم هذه الدفاعات، و بالفعل يعاني مشاكل سلوكية يمكن تمييزها في البعد الأخير لاضطراب ما بعد الصدمة لديه.

أيضا و بشأن آليات الدفاع الأخرى التي يستخدمها الحالة بخلاف الإنكار و الكبت هناك القمع أيضا، حيث ذكر فرويد Freud أنه أثناء الطفولة إن كانت هناك مجموعة من التجارب أو الأحداث المؤلمة التي أصابت الفرد، فكننتيجة لدرجة التهديد الذي تعرضت له الأنا والقلق اللاحق الذي حدث، فإن الضحية عادة ما تستخدم القمع كدفاع عن النفس لإزالة الذكريات غير السارة و العواطف من الحدث الصادم من الوعي. و بمجرد استخدام القمع، ستظهر العديد من الأعراض والسلوكيات العصبي. (Bulut 2019.1)

و منه و بالعودة للبعد الأخير و هو الاستثارة، قد بدت على الحالة "ص" مظاهر الاستثارة من غضب و تشتت حيث أشار إلى انه يغضب بسهولة، كما انه يعاني من تشتت الانتباه، أيضا اتضح أن لديه سلوك متوتر و تيقظ مبالغ فيه، و الذي لوحظ من خلال حالة الفلق التي بدت عليه أثناء المقابلة و التغيير في حركة الجسم و نبرة الصوت بالاقتران مع الغصة ما يدل على الجرح النفسي الذي لديه، كما انه استخدم نوع من الكف الانفعالي عند استجاباته بحذر لرغبة منه في كف سيل المشاعر و ذلك عن طريق نمطية الإجابة، هذا و وصف نفسه بأنه حينما يتعرض للمواقف المزعجة يكون قلق و غاضب و على وشك الانفجار، إلا انه لا يبكي بسهولة أبدا. أيضا يعاني الحالة من مشاكل في النوم تتمثل في الأرق، أما عن سهولة قيامه بالأعمال الموكلة إليه فهو يجد صعوبة في ذلك لعدم قدرته على التركيز.

و ترتبط هذه الاستثارة و كل التغيرات السلوكية التي تظهر بعد اضطراب ما بعد الصدمة وفقا لكل من Greenberg & Krystal & Boyd & Kalk Vander 1984 للتغيرات في نشاط الناقلات العصبية، ففقدان الذاكرة الحاد، الاستجابات الانتفاضية الشديدة و شدة العدوانية يعتقد أنها يتبعها استهلاك الكيمياء الحيوية للمخ أي زيادة كبيرة في نشاط السيالة العصبية، ترتبط بالنشاط الزائد الذي ينتج عنها إثارة للأدرينالين و للمثيرات المرتبطة بالصدمة. بن عياش(2012. 24)

أيضا انخفاض انتقال السيروتونين في الرفاء الظهري و الوسطى و الذي ينتج عنه كل من اليقظة المفرطة و العدوانية المتزايدة و الاندفاع بالإضافة لتعزيز تكوين و مرونة الذكريات المتطفلة، وكذلك تؤدي

كوكبة النشاط النورأدريناليني المرتفع و نقص الكورتيزول النسبي إلى تعزيز تشفير الذكريات المؤلمة ونقص تثبيط استرجاع الذاكرة، وكلاهما يُفترض أنه يؤدي إلى إعادة تجربة الظواهر في اضطراب ما بعد الصدمة. علاوة على ذلك قد يسهل الحُصين الضعيف الذي يعمل بشكل غير طبيعي لتعميم الخوف المكتسب في سياقات لا علاقة لها بالتعرض السابق للصدمة، و يضعف القدرة على التمييز بين المنبهات الآمنة و غير الآمنة، بالاقتران مع استجابات اللوزة المبالغ فيها فإن القدرة المحدودة على تمييز التهديد بسببها قد تعزز اليقظة المفرطة، التنشيط السلوكي، الاستجابات المفرطة للضغط، و اكتساب المزيد من روابط الخوف. (sherin & nemeroff(2011. 267)

أعراض الاستئثار و مظاهرها الفيزيولوجية التي ذكرت سابقا تعكس مجمل المشاكل المعرفية التي يعاني منها الحالة "ص" من نقص في التركيز، التشتت، النسيان و بطئ في المعالجة المعرفية، حيث يبقى لساعات و هو يحاول تكثيف الحفظ و المراجعة إلا انه لا يتحصل على أي نتيجة، الأمر الذي يفسر انه معيد لمدة عامين و لا زال في الثانوية، علما أن هذه المشاكل لا تزال مستمرة معه.

أما بالنسبة للجانب العلائقي في حياة الحالة و بالأخص علاقته بأفراد أسرته قد اتضح مدى ضعف العلاقة بينه و بينهم باستثناء أمه و أخواته البنات، و بالأخص أخته الكبرى من الأم فقط، أما العلاقة مع الأب و الأخ فمنقطعة تماما، ما يعكس الاتحاد مع الأم ضد الأب و الإخوة منه كذلك، و ما يفسر أيضا الاهتمام الكبير الذي تمنحه الأم للحالة لاستفادتها من الدعم و الاتحاد الذي تتلقاه لسوء علاقتها مع الزوج، و من ثم محاولتها تعويض ادوار البقية في حياة الحالة "ص"، إلا أنها بذلك ساهمت في جعله اعتماديا و ذلك بحمايتها المبالغ فيها، و منه مثلت له الأم عامل خطر بدلا من عامل حماية و تسببت في انعزاله أكثر، و في اختياره لعدم محاولته لتصليح علاقاته مع الآخرين في حياته بل الاكتفاء بها فقط، و رغم ذلك فهو يلومها هي و أباه عما جرى له، و بناء على ذلك فهو قريب من الأم رغم لومها إلا أن علاقته مع الأب منقطعة تماما، نتيجة تخلي الأب عن مسؤوليته و عن دعمه ماليا بالإضافة إلى تعمدته لإحداث الكثير من المشاكل في المنزل، و حسب معنصر(2020. 49) فان زهران و غالب يشيران إلى أن تخلي الأب عن ممارسة دوره و استقالته من مسؤولياته تدريجيا و عجزه عن الرعاية اللازمة و التوجيه السليم على أبنائه، يشكل نوع من الغياب المعنوي يفقد هذه الأسرة و هذا الابن نوعا من الإشراف العائلي الدقيق و القوة الموجهة له، فالغياب المعنوي للأب باعتباره نوع من الرعاية الوالدية المهملة تعني الحرمان العاطفي، قد يشعر من خلاله المراهق باللامبالاة و غياب الحب و التفاعل الذي يجب أن يبديه الوالد له في المواقف المختلفة و نقص الرعاية و المساندة الضرورية عند الحاجة، و هو بمثابة فشل الوالد في إمداد المراهق بالعاطفة و تلبية حاجاته الضرورية لنموه الانفعالي و النفسي و الاجتماعي، مما يؤدي إلى حدوث اضطرابات نفسية و سلوكية تضعف القدرة على تكوين علاقات سوية مع الآخرين، و على النجاح في الحياة المدرسية حيث يترك هذا الغياب آثارا في نمو شخصية المراهق و على توافقه منها: عدم الشعور بالأمن

النفسي، محاولة جذب انتباه الآخرين، السلبية، الشعور العدائي اتجاه الآخرين و عدم القدرة على تبادل العواطف.

و كذا بدى غياب الأب قبل حتى الإصابة ما اتضح في تعبير الحالة "ص" عن حاجته للحماية بطريقة عكسية من خلال وصفه لطفولته قبل الحادث بالبسيطة، و التي كانت بدون تعقيدات أو حماية من الآخرين. و وصفه لنفسه بالمدلل لدى والدته إلا انه كان يفتقد الاهتمام و الحماية من الأب بالتحديد لمتطلبات المرحلة ما قبل تناسلية و بالتحديد بين المرحلة القضيبية و مرحلة الكمون كون الحالة أصيب بعمر 6 سنوات، و زادت الحاجة للأب بعد الإصابة لا سيما أن عدم التمكن من حل الاوديب في المرحلة يعكس مجمل المشاكل في البناء النفسي لشخصية الحالة، و من ثم المشاكل الاجتماعية كقلة علاقاته الاجتماعية و المعرفية (كمشاكل الذاكرة و التشتت) و العلائقية و حتى التواصلية و التي تظهر في فقر الذكاء الاجتماعي لديه التي بدت عليه لاحقا لعودة الاوديب و اضطرابه لحله مجددا، نتيجة عدم تواجد دور الأب في حياته و عدم تقبله للحالة "ص" الذي تبين من تركه مع أمه في المستشفى و من ثم عدم توفير الحاجات المادية التي يحتاجها، ما يفسر القطيعة الحاصلة بينهما و هذا ما يؤكد المليجي(2001. 60) الذي يشير إلى أن المرحلة القضيبية تمتد بين 4 إلى 6 سنوات و عقدة اوديب هي احد المظاهر البارزة فيها، حيث يحدث خلالها إزاحة من النرجسية إلى إشباع الأشياء الوهمية، و لما كان الآباء هم المصدر الرئيسي للإشباع الوجداني، فإنهم يصبحون الأشياء الأولى لمثل هذا الوهم و تنشأ المنافسة الجنسية على الأم.

أما فترة الكمون وفقا ل لابلانث و بونتاليس Laplanche and Pontales فهي تمتد من أول الجنسية الطفلية في العام الخامس أو السادس في بداية البلوغ، و تمثل فترة توقف في تطور النمو الجنسي، كما يعتبرها فرويد فترة يكون فيها الحل الجزئي لعقدة الاوديب و الذي يؤدي لتشكيل الوظيفة النفسية لانا الأعلى الذي يعتبر سلطة مراقبة، هذا الأخير الذي يعتبر وريث لعقدة اوديب ينتج من خلال استدخال الطفل للنواهي الوالدية بتماهيه بهم و التخلي عن الرغبات الاوديبيية، و يتم هذا بفضل السياق التقمصي الذي يلعب دورا هاما في تقويه أنا الطفل.

في حالة إقدام الطفل على حل عقدة اوديب بطريقة جيدة يصب اهتماماته في هذه المرحلة حول الحياة الاجتماعية بالبحث و جمع المعارف في ميادين مختلفة، إذ تتحول الرغبات و النزوات الجنسية إلى الرغبة في المعرفة و الثقافة، و هذا بفضل عملية التسامي المميزة لهذه المرحلة إذ تتبع العلاقة بالموضوع في هذه الفترة تيار النمو وتساعد على التماهي بالوالد، مما يجعلها فترة مناسبة للاكتسابات التربوية، المدرسية و الثقافية. مرداس(2008. 15-16)

ما يوضح المشاكل الاجتماعية و المعرفية التي يعيشها الحالة "ص"، و قد أصبح أسوأ عندما اقترن غياب الدعم ذاك بغياب الدعم الأسري أيضا، فحتى علاقات الحالة مع إخوته ضعيفة أيضا، هذا و وفقا ل Backstrom(2013.13) قد أظهرت الدراسات أهمية الدعم الاجتماعي للصحة النفسية و شفاء المرضى

المصابين بحروق شديدة، حيث يجد الناجون من الحروق أن الدعم من أفراد الأسرة مهم جدا أثناء التعافي، و قد تعطى الاحتياجات النفسية و الاجتماعية أولوية اكبر من الاحتياجات الفيزيولوجية، و بالتالي فقدان الحالة لهذا الدعم يتضح في إحباطه و عدم ثقته بنفسه و انعزاله.

التعرض للصدمة الشديدة و التي تخلف آثار دائمة كالتى تعرض لها الحالة "ص" تساهم في ظهور حالات مرضية لدى المصابين بها و من بينها الاكسيثيميا الثانوية و التي اعتبرها كل من **Farges & Farges(2002. 52)** تظهر نتيجة عوامل مؤلمة كأمراض جسدية خطيرة أو الإجهاد من طبيعة أخرى غير المرض (حالة كارثية)، تشير العديد من المقالات الحديثة إلى وجود صلة بين الخلل الوظيفي في تفاعلات الطفل مع عائلته و الاكسيثيميا: نقص رعاية الأم، و نقص الإشباع العاطفي، و الاهتمام بالتوافق الاجتماعي و هذا ما ينطبق على الحالة "ص" من حيث نقص الإشباع العاطفي الأبوي بالتحديد و منه المشاكل التي يعانيتها في توافقه الاجتماعي.

كما تعد الاكسيثيميا الثانوية أسلوب دفاعي وظيفي تكيفي لمواجهة شدة التجربة المتلقاة، و التي تتجاوز قدرات التكيف المعتادة (حالات الإجهاد اللاحق للصدمة)، و من ثم سيتألف التطوير المنفذ قبل كل شيء من تركيز الانتباه على الحياة اليومية، ينتج عن إعادة توزيع الانتباه هذه إنشاء شاشة للمخاوف اليومية التي تسمح للموضوع بأن يظل أصمًا للألم أو الإحباط الذي يشعر به. **Farges & Farges(2002. 52)**

أما نقطة الالتقاء الأخرى بين الاكسيثيميا و اضطراب ما بعد الصدمة لدى الحالة فتتمثلت في أن الحالة رغم استجاباته المطولة أحيانا إلا أنها خالية من المشاعر، ما يوحي بالتبدل لديه كعرض **ptsd** و للاكسيثيميا أيضا، و نفس الشيء ينطبق على المقاومة التي حاول تطبيقها من خلال الإنكار و التيقظ إضافة إلى صعوبة فهمه و تعبيره عن مشاعره، و نجد دراسة **Fukunishi & chishinu & Manze (1994)** تؤكد ذلك و التي تناولت اضطراب ما بعد الصدمة و الاكسيثيميا في مرضى الحروق، و تم التوصل فيها إلى أن من بين عينة المصابين بالحروق 24 أشار أولئك الذين في المرحلة المزمنة (بعد أكثر من 10 أشهر من الحرق) إلى الإصابة بالاكسيثيميا بقوة اكبر، و من بين أعراض اضطراب ما بعد الصدمة التي لاحظها كانت أعراض التجنب و التخدير العاطفي أقوى أيضا لدى المرضى في المرحلة المزمنة، و قد ارتبطت مظاهر الاكسيثيميا بأعراض التجنب و التخدير العاطفي، و بالتالي تشير هذه النتائج إلى احتمالية ظهور الاكسيثيميا كرد فعل على الحالة عندما يظهر التجنب و التخدير العاطفي بين أعراض اضطراب ما بعد الصدمة.

و بهذا الخصوص و في إطار ارتباط الاكسيثيميا باضطراب ما بعد الصدمة فان دراسة **Declercq & Deheegher & Vanheule (2010)** تشير نتائجها إلى أنه على الرغم من أن أعراض الاكسيثيميا **DIF** و بدرجة أقل **DDF** قد تساهم في تطوير الإجهاد الصادم، لا يبدو أن مجموعة أعراض **EOT** تساهم في الاستجابات المؤلمة. **Vandermeer(2014 . 17)**

و منه فبالفعل قد تحصل الحالة على درجة 78 على مقياس تورنتو (TAS-20) لقياس الاكسيثيميا ما يعني انه الكسيثيمي، و قد اتضح ذلك في استجاباته. و بأكثر تحديد الاستجابات التي جاءت على نحو متوافق و دراسة Deheegher & Vanheule & Declercq فقد وجد اشتراك بين كل من PTSD و الاكسيثيميا الثانوية في كل من DIF و DDF، بالإضافة للاشتراك في كل من أعراض التجنب و التخدير العاطفي. حيث صرح "ص" في بعد صعوبة تحديد و تمييز الفرد لمشاعره الانفعالية بأنه لا يمكنه فهم مشاعره في الكثير من المواقف، كما لا يمكنه التمييز بينها في لحظات الغضب و حتى عند النجاح، أيضا لا يمكنه التعبير عن إحساسه أو إيصاله للآخرين.

هذه المظاهر تناولها يونس و أنور(2004. 38-40) في المنحى المعرفي في تفسيره للاكسيثيميا، حيث يرى أن الخصال المشكلة للأكسيثيميا تعكس بالأساس أعطابا في المعالجة المعرفية للانفعالات وتنظيمها. فيما عرف بنظرية خلل التنظيم الانفعالي. فيتطلب التنظيم الكفاء للانفعالات تفاعلا متبادلا بين 3 انساق متفاعلة هي: النسق الفيزيولوجي العصبي، النسق التعبيري الحركي، النسق الخبري المعرفي و رأسمال اجتماعي مقبول، و منه تعكس الخصال الأكسيثيمية أعطابا في كل من المكون الخبري المعرفي للاستجابة الانفعالية و التنظيم الاجتماعي للانفعال، حيث يحد خلل المكون الخبري بعنصره: الوعي الذاتي بالحالات الشعورية والتقرير اللفظي عنها من قدرة الفرد على التعبير عن انفعالاته وتنظيمها (و هذا ينطبق على عجز الحالة في التعبير).

علما أن القدرة على التعبير عن الانفعال و المشاعر بالنسبة للأفراد تتداخل بالأساس مع قدرتهم في التواصل و إقامة علاقات مع الآخرين، حيث تمثل عائق يحول بينهم و بين علاقات سليمة مع من هم في محيطهم، و هذا ما لوحظ مع الحالة بداية بعلاقتها المتوترة بأسرته و بالتحديد مع والده، و بهذا الخصوص أشار lumley إلى أن البيئة الأسرية للطفل تعتبر من العوامل المسببة للاكسيثيميا، فالنمو في بيئة أسرية بها قليل من الدعم و التواصل الايجابي مع عدم شعور أفرادها بالأمان في التعبير عن مشاعرهم و أيضا عدم السماح لهم بالتعبير عن تلك المشاعر يعد من العوامل المنبئة بالاكسيثيميا، كما تعود في معظمها إلى اضطراب في العلاقات التفاعلية بين الوالدين و الطفل خاصة الأم، و سوء التوافق في خبرات الحياة الأولى التي عادة ما يرتبط بفقر الرعاية الوالدية، أو الصدمات أو الأزمات، كذلك الضغوط التي يواجهها الطفل في تلك المرحلة المهمة لبناء شخصيته. حسن(2019. 120)

و منه و نتيجة قلة الدعم الأسري تتشكل حلقة في حياة "ص" فلم تقدم له البيئة السليمة ليعبر عما يريده، و لم يجد الدعم اللازم إضافة إلى الصدمة الذي تلقاها فاجتمعت العوامل و أدت إلى الكسيثيما ثانوية، و على نفس النحو في تعامله لاحقا مع من في محيطه فلا يبادلهم المشاعر و لا يعبر على انفعالاته اتجاههم أو أمامهم، ما يؤدي به لسوء أو ضعف علاقاته مثلما يجري مع أسرته و ذكر Carpenter and

Addis ذلك بوصفه لمعانة الأفراد الذين يعانون من الالكسيثيميا من نقص الدعم الاجتماعي من قبل الأهل و الأصدقاء نتيجة نقص القدرة على التواصل. حسن(2019. 117)

و منه فينطبق الأمر أيضا على علاقاته الاجتماعية السطحية و المنقطعة باستثناء أسرته و أصدقائه القدامى الذين لم يعد يلتقي بهم بعد الآن.

كما أن الحالة لديه تفكير مجرد من العواطف يتمثل في تعامله مع الجنس الآخر على نحو منقطع و حتى مع أصدقائه يتعامل بطريقة سطحية أيضا، الوضع الذي ذكرته كل من نايت عبد السالم و بوشوشة(2021. 6) في دراستها من خلال وجهة النظر الاقتصادية التي تفسر الالكسيثيميا على أنها آلية دفاعية ضد فرط الاستثارة الطاقوية المتعلقة بالجانب العاطفي، أي عدم القدرة على ربط التمثيل بالعاطفة، حيث يعاني من الإنكار و الانشطار و هذا ما يجعل سلوكه و خطابه جامدا، فهذه المکانيزمات تتغلب على مکانيزم الكبت الذي يترك توزيع طاقتي حر غير صاد للاثارات بطريقة كافية أي أن جمود تصرفاته مع الآخرين بمثابة حماية و تجنب منه للتغلغل في الجانب العاطفي له.

أيضا يصفه محيطه ب "الطيب"، إلا أن هذا محيطه البعيد كما انه وفقا لنقص علاقاته لا يمكن اخذ الصفة بمحمل الجد لمعرفتهم السطحية الغير واقعية به، أما القريبون منه يطلقون عليه صفة الشرير ما يوحي بتصرفات عدوانية اتجاههم نوعا ما، في محاولة منه بالتخفي وراء غطاء القوة و انه ليس بحاجة لأحد بالإضافة لاحتمائه بأمه كونه الأصغر.

إلا أن هذا التمرد الذي اكتسبه من رتبته في الأسرة هو مجرد وسيلة أخرى يختبئ وراءها ليظهر بصورة المراهق القوي الذي لا يحتاج التعاطف أو الشفقة من الآخرين، حتى لو أراد أن يتقبلوه فهو لا يظهر مشاعره الحقيقية لهم، و قد لوحظ استخدامه نفس هذا النمط من السلوك أثناء المقابلة بل في أشكال أخرى و تمثلت في الكف الانفعالي و نمطية الإجابة، و حتى صرح بأنه لا يفهم انفعالاته أثناء بعض المواقف ما يوحي بغياب الادراك الانفعالي. و هذا ما يسمى حسب التحليلية وفقا للدراسات التي أشار إليها (2006. Dupont (46)بآلية الهلوسة السلبية التي تجعل من الممكن حماية النفس من المنبهات المثيرة للغاية، تظهر في وقت مبكر جدًا وبشكل جذري جدًا، حيث تجد المحتويات العاطفية نفسها في حالة تأثر بالإلغاء فيتم الإمساك بها مباشرة و يتم ابتلاعها وعدم تمثيلها بعد ذلك و ربما تصبح مكبوتة، و هذا يعني سيتم إنشاء نفس مزيفة تتجنب أي حركة غريزية، باسم الحماية النرجسية الأساسية بعبارة أخرى، سيمنع التجميد العاطفي الطفل من الفوضى، وهذا الانسحاب العاطفي يشكل الحاجز النهائي ضد الفوضى الذهانية، و هو ما يتبعه الحالة.

و حسب Taylor1990 فالفرد الذي يعاني من الالكسيثيميا يبدي جدولا عياديا يتميز بعدم التلذذ و إنكار الألم و كل العواطف المتعلقة باللذة، فهو خالي من المعلومات الحسية العاطفية التي من شأنها أن تحمي الفرد من الخطر الحالي الذي يهدد الأنا، فيسر الوضعيات الخارجية بنشاط عقلي يتميز بالخضوع، أما

العواطف و وضعيات الشدة و فقدان الأمل تظهر و كأنها مسيرة من طرف التعقيل و لكن العكس، فنظهر على أساس بيولوجي أو على أساس سلوكي. فاسي (2016. 93-94)

و هذا ما لوحظ في مدى تصوره السلبي الخفي لذاته مقابل التصور الاجتماعي المطلوب له كزوج في المستقبل أو حتى إمكانية بنائه لأسرة، فهو يعتبر نفسه عاصي الوالدين و مريض نفسيا و تنبأ للأسرة التي سيبنها بالفشل، إضافة إلى وضعه شرطا تعجيزيا مخالفا للفطرة و الطبيعة للمرأة التي سيرتبط بها، و هو أن لا ينجبا أي أطفال مستقبلا علما انه يعي بعدم قبول أي امرأة لذلك، ميله لهذا النوع من الأفكار اللاعقلانية أو حتى أفكاره أثناء الغضب فضل أن يشاركها عن طريق تقمص شخصية وهمية على مواقع افتراضية، في إشارة منه إلى أنهم لن يحكموا عليه مثلما من هم قربه، و بهذا فالموقع الافتراضي وسيلة للتفيس و في نفس الوقت تدل على رغبته الشديدة في الحفاظ على صورته الاجتماعية و منه أفكاره المشوهة يبدو أنها لا تمنعه من الالتفات لمعايير السواء في المجتمع، و التي رغم عدم اقتناعه بها إلا انه حاول مرارا الاندماج في المجتمع حتى لو كان ذلك عن طريق سرد قصته بشكل سطحي و حتى لو كانوا يستثنوه حماية له كان دائم المحاولة، و ذلك بغرض الحصول على قبول اجتماعي له كفرد و ليشعر بالانتماء لنفس المرحلة العمرية لأقرانه رغم الصعوبة التي يعاني منها في إقامة علاقات عادة، و حتى عند انزاله في الفترة الأخيرة فهو مهتم بأسباب ذلك و يرجعه لنقص الذكاء الاجتماعي لديه، هذا يعكس مدى محاولة الحالة "ص" للتصدي للوصم الاجتماعي الذي يزعجه كثيرا، و ذلك كما قال Taylor يكون بشكل عقلاي خاضع بعيدا عن أي عواطف و يظهر في شكل سلوكه المتوتر و الدال على عدم تقبله لذاته.

و في المقابل نجده يفتقر للتعاطف مع الآخرين، و الذي يتبين في ردود أفعاله عند أفراحهم أو أحزانهم حيث يفرح لحزنهم و لا يهتم لفرحهم إلا أن كانوا مقربين جدا و حتى لو كان ذلك فانفعاله اتجاههم يكون بسيط، و رغم ذلك يصف نفسه بالعاطفي و ليس بالمنطقي، وفقا للبنا فانه بالفعل الأفراد الالكسيثيميون الذين يتسمون بصعوبات في الجوانب المعرفية و الوجدانية و كذلك فيما يخص التعبير عن مشاعرهم و انفعالاتهم، لديهم نقص ظاهر في المهارات الشخصية الداخلية، و التواصل الناجح مع الآخرين، فهم يفتقدون مهارات التعاطف تجاه الآخرين حيث لا يمكنهم فهم الحالة الوجدانية و الانفعالية التي يمرون بها. عطايا (2021. 236)

و بالنسبة لبعد التفكير الموجه نحو الخارج فاتضح من خلال محاولته سماع الآخرين و مساعدتهم قليلا إلا انه لا يبادلهم التعبير عما يشعر به و هذا ما أكده زين العابدين (2016. 36) أن التفكير المتوجه نحو الخارج عند الفرد هو دليل على نقص كفاءته في تحديد و وصف أحاسيسه"، و منه فهو يتكلم قليلا مع من هم في محيطه و حتى عن موضوع الإصابة و ذلك في استجابته، و بالتالي فالغرض ليس التكلم و إنما التقبل منهم. و هذا المظهر الإكلينيكي وصفه كل من Nerniah & Sifneos بإشارتهما إلى كونه شكل من أشكال الاتصال الذي يتميز بغياب أو نقص التفكير الرمزي، يؤدي إلى عدم بروز الوضع الداخلي، مشاعرهم، رغباتهم و نزواتهم. حافزي و بخوش (2019. 127)

أما في علاقته بالجنس الآخر و التي تمثل عنصر مهم في عالمه الخارجي، كانت استجابته اتجاهها على نحو جامد و هذا ما يقود لاستجابته التي تم تناولها عن فكرة الزواج و الإنجاب و إنشاء أسرة، و منه فهو يعاني جمود فكري يتبين من حيث ثباته على فكرة انعدام الذكاء الاجتماعي لديه يحتم عدم تعامله مع الجنس الآخر، و كذا فكرة انه فاشل و تعميمه لها حتى على أسرته المستقبلية التي تنبأ بفسلها بالفعل.

3- مناقشة نتائج الدراسة:

من خلال تطبيق المقابلة العيادية النصف موجهة و مجموع الملاحظات المسجلة خلالها و تصحيح كل من مقياس سبيلبرجر لقياس سمة القلق و حالة القلق و مقياس كرب ما بعد الصدمة لدافيدسون و مقياس تورنتو الكسيثيميا (TAS-20) الذين طبقوا على الحالتين و الموضحة في الجدول الموالي:

جدول 5: نتائج مقياس سبيلبرجر (حالة و سمة القلق) و مقياس كرب ما بعد الصدمة لدافيدسون و مقياس تورنتو الكسيثيميا (TAS-20)

الحالة / نتائج المقياس	حالة (ب)	حالة (ص)	المجموع	المتوسط الحسابي	القرار
مقياس سبيلبرجر حالة القلق	49	65	114	57	متوسط
مقياس كرب ما بعد الصدمة لدافيدسون	29	28	67	33.5	متوسط
مقياس تورنتو اكسيثيميا	63	78	141	70.5	مرتفع

تحصلت الحالتين على مستوى مقياس حالة القلق لسبيلبرجر على درجة قدرها 57، مما يعني أن الحالتين يعانيان من حالة القلق بدرجة متوسطة، أما في مقياس كرب ما بعد الصدمة لدافيدسون تحسلا على درجة تقدر ب 33.5، ما يعكس معاناتهما من اضطراب ما بعد الصدمة بدرجة متوسطة، و بالنسبة لمقياس تورنتو الكسيثيميا (TAS-20) تبين أنهما يعانيان من الاكسيثيميا بدرجة تقدر ب 70.5 و التي تشير لدرجة مرتفعة لديهما.

و ذلك راجع لإصابتها بالحروق التي تعد حدثا مجهدا و صعبا جدا للمصابين بها، نتيجة ما تخلفه من أثار جسدية كالتشوه مثلما لوحظ عند الحالتين، و خاصة أنهما أصيبا في مرحلة عمرية حساسة كالطفولة ما اثر على البناء النفسي للشخصية لديهما، و ما تبعه من مواجهتهما للكثير من التحديات أثناء المرور بالمراحل العمرية اللاحقة، و بالتحديد المراهقة بكل التغيرات الفيزيولوجية و النفسية المرتبطة بها كأزمة الهوية و التي بدت أكثر تعقيدا على الحالتين، و ذلك بظهور أفكار لاعقلانية و مشوهة عن الذات و المستقبل أو حتى على فكرة تكوين أسرة لديهما، بالإضافة إلى مظاهر نفسية أخرى كالجروح النرجسية و التي تبينت في عدم التقبل العقلاني لصورة الجسد الحالية، و تدني تقدير الذات و كذا إدراك الذات على نحو سلبي و التي ترتبط بالنسبة للحالة الثانية بالتعرض لنوع من التدخلات الطبية المؤلمة خلال الفترة الاستشفائية الأولى كبقاء المصابين عراة، ما يجعلهم يفسرون الأمر و كأنه اعتداء متواصل عليهم، و أيضا كضرورة التزامهم بالفنجان الطبي لفترة طويلة أو يرتبط بمخلفات التشوه مثلما لوحظ على الحالتين، أيضا العديد من الصعوبات الاجتماعية و المشاكل العلائقية سواء على مستوى الأسرة كالغياب المعنوي أو الحقيقي لأحد الوالدين، بالإضافة لغياب الدعم النفسي الذي تحتاجه الحالات، أو على المستوى العلائقي نتيجة الوصم الاجتماعي الذين يواجهانه عادة ما يجعلهما يحاولان التغلب على صعوبة إعادة الاندماج بعد الإصابة، و كل بطريقته فالحالة الأولى تسعى للتقبل الاجتماعي من خلال رغبتها في إجراء المزيد من العمليات التجميلية، بينما الحالة الثانية ينشغل أكثر بنقص المهارات الاجتماعية التي لديه و يحتفظ بأفكاره اللاعقلانية لنفسه تجنباً منه للرفض الاجتماعي.

هذا و لا يقتصر الأمر على الآثار الجسدية بل يخلف كذلك آثار نفسية تصل للإصابة بالاضطرابات النفسية كاضطراب ما بعد الصدمة، حيث وجد وفقا ل (Shah & Karia & De Sousa & Lodha(2020) أن أكثر من 90% من ضحايا الحروق يعانون من بعض أعراض الإجهاد خلال الأسبوع الأول من الإصابة، ووجد أن أكثر من 45% تظهر عليهم علامات الإجهاد المزمن التي يمكن تصنيفها على أنها اضطراب ما بعد الصدمة بعد عام واحد، و PTSD يعد نتيجة محتملة للحروق الشديدة و تكشف الدراسات أن انتشاره (أعراض كاملة) بين مرضى الحروق قد يتراوح بين 3% - 58% بعد إصابة الحرق.

كما أن (Palmu(2011. 38-39) تناول دراسة أشارت إلى أن التشوه التجميلي كان مرتبطاً بظهور أعراض اضطراب ما بعد الصدمة للتجنب و التخدير العاطفي لدى النساء المصابات بالحروق كالحالة الأولى. بالإضافة إلى ذلك كشفت دراسة لمجموعة البحث السويدية من وحدة أوبسالا للحروق أن أسلوب المواجهة، و تهديد الحياة أثناء الحادث، والأعراض المبكرة بدا أنها تنبئ بقوة بأعراض اضطراب ما بعد الصدمة بعد ثلاثة أشهر من إصابة الحروق.

ما يفسر ظهور أعراض اضطراب ما بعد الصدمة على الحالتين و التي تتوافق و معايير التشخيص لاضطراب ما بعد الصدمة التي ذكرتها الجمعية الأمريكية لعلم النفس في الدليل التشخيصي و الإحصائي

الخامس DSM5. و المتمثلة في:

- أعراض إعادة معايشة الحدث الصادم (بمجل من الأعراض الاقتحامية: كتذكر الحدث الصادم بشكل مفاجئ و الشعور بأنه يعاد مرة أخرى في أوقات عدة).
- فقدان الذاكرة الجزئي (بعدم إمكانية تذكرهم لتفاصيل الأحداث نتيجة تشوه الذكريات بسبب الحادث).
- الأعراض التجنبية (بتجنب كل الأشخاص أو المواقف أو الأماكن التي قد تذكر بالموضوع بما فيها الحديث عنه).

و هذا ما أشارت إليه نظرية معالجة المعلومات أيضا، التي اعتبرت الحدث الصادم يحمل مجموعة من المنبهات الخطيرة الطارئة التي لا تتلاءم مع خبرات الشخص ونماذجه المعرفية لأنها تتخطى الإطار السوي للتجربة الإنسانية، وهذا ما يؤدي إلى حدوث التشويه والاضطراب في معالجة المنبهات و في هذه الحالة تبقى المنبهات الصادمة ناشطة وبشكلها الخام و هي تستمر في ضغطها المؤلم على الشخص الذي يحاول عبثاً أن يبعدها عن عتبة الوعي حتى يشعر بالراحة و الأمان، غير أن الشخص المصدوم يلجأ عادة إلى استخدام بعض الوسائل الدفاعية السلبية مثل: النكران، والتبذل و التجنب. جودة(2016. 40)

و من أعراض PTSD لوحظ أيضا:

- حالة مزاجية سلبية (تظلها الإحباط، الحزن و إدراك الحياة على نحو سلبي و أنها قاسية و صعبة و ظالمة).

- أعراض الاستثارة (من اندفاع، سهولة للاستثارة و نوبات الغضب إضافة للتشتت و التيقظ المبالغ فيه، و عدم القدرة على إكمال المهام الموكلة للمصاب).

و هاته الأعراض وفقا ل (sherin & nemeroff(2011. 267 تشير لانخفاض انتقال السيروتونين في الرفاء الظهري و الوسطى، و الذي ينتج عنه اليقظة المفرطة، العدوانية المتزايدة و الاندفاع، بالإضافة لتعزيز تكوين و مرونة الذكريات المتطفلة، وكذلك تؤدي كوكبة النشاط النورأدريناليني المرتفع و نقص الكورتيزول النسبي إلى تعزيز تشفير الذكريات المؤلمة و نقص تثبيط استرجاع الذاكرة، وكلاهما يفترض أنه يؤدي إلى إعادة تجربة الظواهر في اضطراب ما بعد الصدمة، علاوة على ذلك قد يسهل الحُصين الضعيف الذي يعمل بشكل غير طبيعي لتعميم الخوف المكتسب في سياقات لا علاقة لها بالتعرض السابق للصدمة، و يضعف القدرة على التمييز بين المنبهات الآمنة وغير الآمنة، بالاقتران مع استجابات اللوزة المبالغ فيها فإن القدرة المحدودة على تمييز التهديد بسببهما قد تعزز اليقظة المفرطة، التنشيط السلوكي والاستجابات المفرطة للضغط، واكتساب المزيد من روابط الخوف.

التعرض للصددمات الشديدة و التي تخلف آثار دائمة تساهم في ظهور حالات مرضية لدى المصابين بها و من بينها الاكسيثيميا الثانوية و التي اعتبرها كل من (Farges & Farges(2002. 52 تظهر نتيجة عوامل

مؤلمة كأمراض جسدية خطيرة أو الإجهاد من طبيعة أخرى غير المرض (حالة كارثية)، كما تعد الاكسيثيميا الثانوية أسلوب دفاعي وظيفي تكيفي لمواجهة شدة التجربة المتلقاة و التي تتجاوز قدرات التكيف المعتادة (حالات الإجهاد اللاحق للصدمة)، ومن ثم سيتألف التطوير المنفذ قبل كل شيء من تركيز الانتباه على الحياة اليومية، ينتج عن إعادة توزيع الانتباه هذه إنشاء شاشة للمخاوف اليومية التي تسمح للموضوع بأن يظل أصمًا للألم أو الإحباط الذي يشعر به.

كما تشترك الاكسيثيميا مع اضطراب ما بعد الصدمة في بعض المظاهر أهمها: التبدل العاطفي لدى الحالتين و الذي يعد عرض من أعراض ptsd و للاكسيثيميا أيضا، و نفس الشيء ينطبق على المقاومة التي حاولوا تطبيقها من خلال الإنكار، الكبت و التيقظ، و هذا ما تؤكدته دراسة **Fukunishi & chishinu & Manze (1994)** التي تناولت اضطراب ما بعد الصدمة و الاكسيثيميا في مرضى الحروق، و تم التوصل فيها إلى أن من بين عينة المصابين بالحروق 24 أشار أولئك الذين في المرحلة المزمنة (بعد أكثر من 10 أشهر من الحرق) إلى الإصابة بالاكسيثيميا بقوة اكبر، و من بين أعراض اضطراب ما بعد الصدمة التي لاحظها كانت أعراض التجنب و التخدير العاطفي أقوى أيضا لدى المرضى في المرحلة المزمنة، و قد ارتبطت مظاهر الاكسيثيميا بأعراض التجنب و التخدير العاطفي. و بالتالي تشير هذه النتائج إلى احتمالية ظهور الاكسيثيميا كرد فعل على الحالة عندما يظهر التجنب و التخدير العاطفي بين أعراض اضطراب ما بعد الصدمة.

و بهذا الخصوص و في إطار ارتباط الاكسيثيميا باضطراب ما بعد الصدمة فان دراسة Declercq & Vanheule & Deheegher (2010) تشير نتائجها إلى أنه على الرغم من أن أعراض الاكسيثيميا DIF ودرجة أقل DDF قد تساهم في تطوير الإجهاد الصادم، لا يبدو أن مجموعة أعراض EOT تساهم في الاستجابات المؤلمة. (Vandermeer(2014 . 17)

و قد لوحظ هذا فعلا على المصابين أي الاشتراك بين كل من PTSD و الاكسيثيميا في كل من DIF و DDF، بالإضافة للاشتراك في كل من أعراض التجنب و التخدير العاطفي.

أما بالنسبة لمظاهر الاكسيثيميا التي ظهرت على المراهقين المصابين بحروق في الوجه في حالتها الدراسية، و التي قد سبق و تطرق لها تايلور (Taylor، 1997) فيمكن تلخيصها في:

- صعوبة التعبير عن المشاعر و التمييز بينها لا سيما في لحظات الغضب.
- عدم القدرة عن التعبير عن الانفعالات و عدم التمكن من فهمها.
- تفكير جامد و مجرد من العواطف (و تبين في التعامل مع الجنس الآخر على نفس النحو).

المظهر التي تطرقت إليه كل من نايت عبد السلام و بوشوشة(2021. 6) في دراستها من خلال وجهة النظر الاقتصادية التي تفسر الاكسيثيميا على أنها آلية دفاعية ضد فرط الاستثارة الطاقوية المتعلقة بالجانب العاطفي، أي عدم القدرة على ربط التمثيل بالعاطفة، حيث يعاني من الإنكار و الانشطار وهذا ما يجعل

سلوكه و خطابه جامدا، فهذه المکانیزمات تتغلب على مکانیزم الكبت الذي يترك توزيع طاقتي حر غير صاد للإثارات بطريقة كافية أي ان جمود تصرفاتهم و تفكيرهم اتجاء الآخرين بمثابة حماية و تجنب منهم للتغلغل في الجانب العاطفي له.

- غياب الإدراك الانفعالي (بعدم الوعي بما يقوموا به من تصرفات أو مشاعر في بعض المواقف). و هذا ما يسمى حسب التحليلية وفقا للدراسات التي أشار إليها (Dupont, 2006. 46) بألية الهلوسة السلبية التي تجعل من الممكن حماية النفس من المنبهات المثيرة للغاية، تظهر في وقت مبكر جداً وبشكل جذري جداً، حيث تجد المحتويات العاطفية نفسها في حالة تأثر بالإلغاء فيتم الإمساك بها مباشرة و يتم ابتلاعها وعدم تمثيلها بعد ذلك و ربما تصبح مكبوتة، و هذا يعني سيتم إنشاء نفس مزيفة تتجنب أي حركة غريزية، باسم الحماية النرجسية الأساسية، بعبارة أخرى سيمنع التجميد العاطفي الطفل من الفوضى.

- الافتقار للتعاطف مع الآخرين لنقص المهارات الشخصية في التواصل و لعدم تمكنهم من فهم الحالة الانفعالية التي يمر بها الآخرين، و هذا ما يؤكد البنا فبالفعل أن الأفراد الالكسيثميون الذين يتسمون بصعوبات في الجوانب المعرفية و الوجدانية، و كذلك فيما يخص التعبير عن مشاعرهم و انفعالاتهم، لديهم نقص ظاهر في المهارات الشخصية الداخلية، و التواصل الناجح مع الآخرين، فهم يفتقدون مهارات التعاطف تجاه الآخرين حيث لا يمكنهم فهم الحالة الوجدانية و الانفعالية التي يمرون بها. عطايا (2021. 236)

- نمط تفكير موجه نحو الخارج (باستماعهم لمشاكل الآخرين و مساعدتهم و بنفس الوقت عدم السماح لهم بالتدخل و المساعدة أيضا في المقابل)، و هذا ما أكده زين العابدين (2016. 36) أن التفكير المتوجه نحو الخارج عند الفرد هو دليل على نقص كفاءته في تحديد و وصف أحاسيسه، و حتى الحديث أحيانا عن الحدث بسطحية معهم إلا أن الغرض هنا ليس الكلام في حد ذاته بل السعي للحصول على التقبل الاجتماعي من خلال هذه السلوكات، و هذا المظهر الإكلينيكي وصفه كل من Nerniah & Sifneos بإشارتهما إلى كونه شكل من أشكال الاتصال الذي يتميز بغياب أو نقص التفكير الرمزي، يؤدي إلى عدم بروز الوضع الداخلي، مشاعرهم، رغباتهم و نزواتهم. حافري و بخوش (2019. 127)

- جمود فكري (بوصف الأهداف على نحو تقليدي مادي و تكيفي و بشكل ثابت صعب تغييره كحتمية فشل أسرة الحالة الثانية كونه فاشل، و حتمية إجراء عمليات التجميل لدى الحالة الأولى لتتمكن من الزواج و العمل و الإنجاب).

أما ما لاحظته الطالبة الباحثة فيتمثل في أن اضطراب ما بعد الصدمة و الالكسيثميا لا يمثلان المشاكل الوحيدة التي تعاني منها هذه الفئة، أو بالأحرى لا يمثلان مجموع مخلفات صدمة الحروق و ذلك قد تبين من خلال المظاهر المرضية الأخرى التي ظهرت على الحالتين أهمها تدني تقدير الذات، تشوه صورة الجسم بالإضافة لمدى التعقيد الذي بدى على أزمة الهوية لدى المراهقان، الأفكار اللاعقلانية و كذا الجروح النرجسية و غيرها.

و بالنسبة لخصوصية اضطراب ما بعد الصدمة بالنسبة للمراهقين المصابين بحروق فأعراضه ترتكز بالأساس على التجنب، الإنكار و سرعة الاستثارة، و خصوصية الالكسيثيميا ترتبط بالأساس لدى الحالتين بتمكنهما من وصف الشعور العام الغير محدد الذي لديهم كإحباط مثلا و عدم التمكن من تحديد المشاعر التي تتعلق بذلك الإحباط، أيضا بجهلها لكيفية فهم مشاعرهم و مشاعر الآخرين و منه الافتقار للتعاطف بالإضافة إلى أخذهم للغضب كبديل لعجزهم عن التعبير عن مشاعرهم.

أيضا ما لوحظ على الحالتين استخدامهما المكثف لميكانيزم الإنكار ما يدل على عمق الجرح النفسي الذي يقودهما للكف الانفعالي، و كذا محاولة استخدامهما للعديد من آليات الدفاع الأخرى كالكبت و القمع أي قوة المقاومة، و التي بدت حتى من حالة القلق التي اتضحت عليهما أثناء المقابلة من خلال كيفية الجلوس، نبرة الصوت، حبس البكاء و في المقابل التيقظ الشديد و حساسية الحالات الشديدة من الموضوع، و تبين ذلك من صعوبة إقناع الفئة عموما لإجراء المقابلة و الحالتين بالأخص.

و لا بد من الإشارة إلى أن التشوه الناتج عن الحروق و بالرغم من انه السبب الرئيسي في العديد من المشاكل النفسية للحالتين و يربط بكل ما يعانياه، إلا انه لا يمثل العامل الوحيد المسبب لمجموع المشاكل و الاضطرابات النفسية في حياة الحالتين، بل تتعدد العوامل و أهمها غياب الدعم النفسي الأسري، المشاكل الأسرية أو فقدان احد الوالدين حقيقيا أو معنويا، الوصم الاجتماعي، المشاكل المعرفية و بالتالي تدني المستوى الدراسي، نقص الوعي بكيفية شرح الحادث الصادم للطفل ما يسبب ضبابية في نقل الإرث النفسي و منه توارث الصدمة بدون توارث جلد التعامل معها، أيضا نقص الوعي بكيفية التعامل مع الحالات ما يجعل الأسرة تقع في فخ أن تكون عامل خطر نتيجة الحماية المفرطة بدلا من عامل حماية. و منه تجتمع العوامل المختلفة و تجعل من المراهق المصاب بحروق في الوجه يعاني علائقا اسريا اجتماعيا و حتى دراسيا، و نتيجة إنكاره و تكتمه يعيش بحلقة مفرغة من الأفكار اللاعقلانية و عدم التقبل العقلاني لجسده، و من ثم عجزه عن التفكير المنطقي في مستقبله سواء العملي أو الأسري إلا إن اقبل على تعديل التشوه الحاصل له.

حيث توافقت نتائج هذه الدراسة مع الدراسات التالية:

دراسة (Shah & Karia & De Sousa & Lodha.(2020) و دراسة (Palmu(2011. 38-39) في ظهور اضطراب ما بعد الصدمة لدى المصابين بحروق.

دراسة (Palmu(2011. 38-39) بتناولها لفكرة أن التشوه التجميلي كان مرتبطاً بظهور أعراض اضطراب ما بعد الصدمة للتجنب والتخدير العاطفي لدى النساء المصابات بالحروق.

دراسة (Farges & Farges(2002. 52) باعتبارها أن الالكسيثيميا الثانوية تظهر نتيجة عوامل مؤلمة كأمراض جسدية خطيرة أو الإجهاد من طبيعة أخرى غير المرض (حالة كارثية). كما تعد الالكسيثيميا الثانوية أسلوب

دفاعي وظيفي تكيفي لمواجهة شدة التجربة المتلقاة و التي تتجاوز قدرات التكيف المعتادة (حالات الإجهاد اللاحق للصدمة)،.

دراسة **Fukunishi & chishinu & Manze (1994)** بارتباط اضطراب ما بعد الصدمة بالالكسيثيميا و بالأخص في كل من التجنب و التبلد الانفعالي.

دراسة **Declercq & Vanheule & Deheegher (2010)** بإشارتها للمظاهر المشتركة بين الالكسيثيميا و اضطراب ما بعد الصدمة و بالأخص كل من مظاهر **DIF** و **DDF** التي قد تساهم في تطوير الإجهاد الصادم. **Vandermeer(2014. 17)**

و في الأخير، ما يجدر الإشارة إليه أن نتائج هذه الدراسة تبقى مرتبطة بحالات الدراسة فقط و لا يمكن تعميمها.



خاتمة :



خاتمة:

في ظل الانتشار الكبير لحوادث الحروق في السنوات الأخيرة، و الذي جعل منها مشكلة عالمية و عبئا كبيرا بالأخص على الدول النامية، نظرا لضعف البنية التحتية لديها للتعامل و التصدي و حتى الوقاية من هكذا حوادث، و رغم المحاولات المستمرة للتصدي لهذه الحوادث و كل التقنيات الحديثة في العلاجات الجراحية التي تعكس نوعا من التحسن، إلا أن النسب لا زالت في ازدياد.

و باعتبار الحروق مشكلة صحية صعبة تؤثر على حياة الأفراد على المستوى الجسدي و النفسي و حتى الاجتماعي، حيث تخلف العديد من المشاكل و الاضطرابات و كذا العديد من المظاهر و الانعكاسات النفسية، على غرار الآثار الجسدية كالنشوه، و نظرا لرغبة الطالبة الباحثة في التعرف على المظاهر المرضية الناتجة عن الإصابة بحروق لدى الفرد، لكن لاتساع دائرة البحث و تنوع العوامل التي قد تساهم في ظهور الأعراض المرضية بالإضافة إلى التشوه و الحروق كحدث صادم في حد ذاتها، تم حصر الدراسة على فئة المراهقة بحيث تكون الإصابة منذ الطفولة و قد تركت علامة في الوجه.

و من خلال موضوع الدراسة المتمثل في اضطراب ما بعد الصدمة و الالكسيثيميا الثانوية لدى المراهق المصاب بحروق في الوجه. تكمن أهمية هذه الأخيرة في الاهتمام بالحالة النفسية الصعبة التي يعيشها المراهقين المصابين بحروق، حيث تخلف الإصابة و التشوه العديد من الاضطرابات كونها تمثل حدثا مجهدا و مؤلما و صادما في حياة المصاب بها، لا سيما لو كان بمرحلة المراهقة أين يمر بأزمة الهوية و بمجمل التغيرات الفيزيولوجية و النفسية، و في نفس الوقت قد مر منذ طفولته و حتى مراهقته بالكثير من التحديات جراء ما جرى و الوصم الاجتماعي و كذا الصراعات الداخلية في إطار متطلبات النمو لكل مرحلة تجاوزهها. و بالتالي و وفقا لشدة و عمر و سبب و مكان الإصابة بالإضافة للبيئة الاجتماعية و الأسرية المباشرة، و مجمل الأسباب النفسية أو الفيزيولوجية أو حتى الوراثية، و حسب عديد الدراسات تساهم الحروق في الإصابة باضطراب ما بعد الصدمة و مجمل الأعراض الناتجة، هذا و تؤدي الإصابة بالحروق و PTSD للإصابة بالالكسيثيميا الثانوية كونها تظهر نتيجة عوامل مؤلمة كمرض جسدي أو حالة كارثية، فهي تعد أسلوب دفاعي وظيفي تكيفي لمواجهة شدة التجربة المتلقاة و التي تتجاوز قدرات التكيف المعتادة (كحالات الإجهاد اللاحق للصدمة جراء الحروق).

و لهذا كان الهدف من هذه الدراسة تحديد مظاهر اضطراب ما بعد الصدمة و الالكسيثيميا الثانوية لدى المراهق المصاب بحروق في الوجه، و تحديد المظاهر المشتركة بين PTSD و الالكسيثيميا الثانوية لدى هذه الفئة، و بغاية الوصول لهذا الأخير اعتمدت هذه الدراسة على المنهج العيادي بأسلوب دراسة الحالة، لجمع اكبر قدر من المعلومات، و هذا بتطبيق المقابلة العيادية نصف الموجهة و مقياس سبيلبرجر

لقياس سمة و حالة القلق للتأكد من وجود صدمة و مقياس كرب ما بعد الصدمة لدافيديسون و مقياس تورنتو الكسيثيميا (TAS-20) لقياس الالكسيثيميا.

و من خلال ما سبق توصلت الدراسة إلى النتائج المتمثلة في مظاهر اضطراب ما بعد الصدمة و التي شملت كل من: أعراض إعادة معايشة الحدث الصادم، أعراض تجنبية، حالة مزاجية سلبية، أعراض الاستثارة. أيضا مظاهر الالكسيثيميا الثانوية و التي شملت كل من: صعوبة التعبير عن المشاعر و التمييز بينها لا سيما في لحظات الغضب، عدم القدرة عن التعبير عن الانفعالات و عدم التمكن من فهمها، تفكير جامد و مجرد من العواطف، غياب الإدراك الانفعالي، الافتقار للتعاطف مع الآخرين، نمط تفكير موجه نحو الخارج و جمود فكري (بوصف الأهداف على نحو تقليدي مادي و تكيفي و بشكل ثابت صعب تغييره).

أما بشأن المظاهر المشتركة بين اضطراب ما بعد الصدمة و الالكسيثيميا الثانوية لدى المراهق المصاب بحروق في الوجه فتمثلت في الاشتراك في مظاهر التجنب و التخدير العاطفي و أيضا في كل من DIF و DDF. بالإضافة إلى كل هذه الأعراض قد بدى على الحالات مظاهر مرضية أخرى أهمها: تدني تقدير الذات، تشوه صورة الجسم بالإضافة لمدى التعقيد الذي بدى على أزمة الهوية لدى المراهقان، الأفكار اللاعقلانية و كذا الجروح النرجسية.

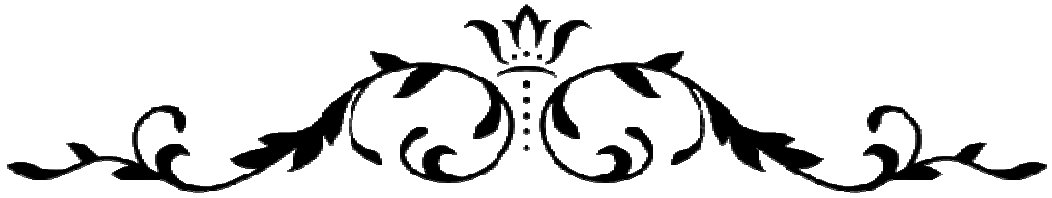
و ما يمكن الإشارة إليه في الأخير هو مدى سوء وضعية الحالات المصابة بحروق أيا كان نوعها، و ذلك راجع للضرر الجسدي و كذا النفسي الدائم الذي تسببه للحالات، بالإضافة إلى ارتفاع تكاليف العلاج و عدم تواجد أي دعم مالي مخصص لها، ما قد يحتم على البعض التعايش مع حقيقة التشوه الدائم و لو كان في منطقة حساسة و تمثل هوية الفرد كالوجه بسبب الافتقار للمال اللازم لإجراء الجراحات التجميلية و التحسن.

و يمكن التطرق لأبسط من هذا في إشارة إلى أهمية الوقاية من الإصابة في المقام الأول، و من ثم التوعية الصحية و النفسية الضروري توفيرها بشكل اكبر سواء قبل الإصابة أو أثناءها أو بعدها، و التي تكون على مستوى المصاب و كذا الأسرة، لتدريب هذه الأخيرة على الطرق الأنسب للتعامل مع المصابين و كذا للتعامل مع مثل هكذا أزمات، و التي تؤثر بدورها وفقا لإستراتيجية المواجهة التي تختارها الأسرة على طبيعة العلاقات داخل النسق، و من ثم على سواء النسق من عدمه، هذا و تستوجب التوعية و الإحاطة النفسية الالتفات لحالة أولياء المصابين لما يعيشونه من حالة الذنب و مجموع الضغوط النفسية و الاجتماعية التي قد تقودهم للإصابة حتى باضطرابات نفسية، و من ثم لا بد من توسيع دائرة التوعية و التي لا بد أن تمتد للمجتمع أيضا كي تتخفف نسبة الوصم الاجتماعي التي تتعرض لها هذه الفئة.

التوصيات:

و في ضوء النتائج التي توصلت إليها الدراسة الحالية، و استكمالاً لمتطلباتها تقترح الطالبة الباحثة عددا من الدراسات العلمية الآتية:

- اضطراب ما بعد الصدمة لدى آباء المراهق المصاب بحروق في الوجه.
- تشوه صورة الجسم لدى المراهق المصاب بحروق في الوجه.
- تدني تقدير الذات لدى المراهق المصاب بحروق في الوجه.
- فعالية تقنية EMDR في علاج المراهق المصاب بحروق في الوجه.
- فعالية تقنية اليقظة الذهنية في علاج الاكسيثيميا لدى المراهق المصاب بحروق في الوجه.
- الأداء الأسري الوظيفي لدى المراهقين المصابين بحروق.



قائمة المراجع



قائمة المراجع:

- الألفي، داليا محمد فتحي. (ب س). الاكسيثيميا لدى عينة من المراهقين المصابين بتشتت الانتباه و فرط النشاط. معهد الدراسات العليا للطفولة جامعة عين شمس.
- بشير، إيمان رمضان. (2022). الاكسيثيميا و علاقتها بالقلق و صورة الجسم لدى طالبات الجامعة. المجلة المصرية للدراسات النفسية، المجلد الثاني و الثلاثون (العدد 116). قسم علم النفس. كلية الآداب. جامعة القاهرة.
- بوتفوشات، حميدة و بركو، مزوز. (2017). أزمة الهوية لدى المراهق-مقاربة نفسية اجتماعية- حوليات جامعة قالمة للعلوم الاجتماعية و الإنسانية، العدد 20، 663-691. جامعة الحاج لخضر باتنة.
- بوشارب، رزيقة و سناني، عبد الناصر. (2021). الإعراض النفس- صدمية عند المتعافين من فيروس كوفيد - 19 بعد الاستشفاء. دراسات نفسية و تربوية. المجلد 14(العدد2). مخبر البحث في العلوم الاجتماعية سكيكدة (الجزائر).
- بن درف، إبراهيم. (2018). الخصائص السيكومترية لمقياس سبيلبرجر (سمة القلق وحالة القلق) الصورة (ي) لدى عينة من تلاميذ التعليم الثانوي بمدينة مستغانم. مذكرة ماجستير. جامعة وهران 2.
- بن عياش، منال. (2012). دراسة اجهاد ما بعد الصدمة لدى أفراد الشرطة ضحايا الإرهاب. مذكرة ماجستير. جامعة منتوري - قسنطينة.
- بني يونس، محمد محمود. (2005). مدى فعالية أسلوب الاسترخاء العضلي في خفض مستوى أعراض اضطراب ما بعد الصدمة النفسية لدى عينة من الطلبة في الجامعة الأردنية. مجلة دراسات العلوم الإنسانية و الاجتماعية، المجلد(32)، العدد(3).
- جابر، نصلر الدين و مقراني، سهيلة. (2022). تطبيقات المقابلة العيادية. مجلة العلوم النفسية و التربوية، (3. 8). جامعة الوادي، الجزائر.
- الجمعية الأمريكية للطب النفسي. (2013). معايير DSM-5-TR. (أنور، حمادي. مترجم).
- جودة، منيرة محمود (2016). الخبرات الصادمة لدى أمهات الأيتام وعلاقتها بالتوافق النفسي والاجتماعي لدى الأم والطفل. مذكرة ماجستير. الجامعة الإسلامية. غزة.
- دشلي، كمال. (2016). منهجية البحث العلمي. منشورات جامعة حماة. كلية الاقتصاد. مديرية الكتب و المطبوعات الجامعية.
- هاشم، إبراهيم و الغويري، آلاء. (2018). الاكسيثيميا و علاقتها بالسمنة لدى الإناث في الأردن. مجلة جامعة النجاح للأبحاث (العلوم الإنسانية)، المجلد 32. كلية التربية الرياضية. الجامعة الأردنية. وزارة التربية و التعليم. الزرقاء. الأردن.

- الهمص، عبد الفتاح عبد الغني. (2009). اضطراب ما بعد الصدمة ... الأسباب و الحلول. الكلية الجامعية للعلوم التطبيقية- وحدة البحث العلمي. الجامعة الإسلامية. غزة. فلسطين.
- وكالة الأنباء الجزائرية. (1 مارس 2018). العيادة المركزية للمحروقين بباستور: التكفل بازيد من 5300 حالة استعجالية لحروق الأطفال خلال 2017. aps.dz. استرجعت بتاريخ ماي 20، 2023، من الرابط: <https://www.aps.dz/ar/sante-science-technologie/53920-5300-2017>.
- ونس، احمد لطفي إبراهيم. (2015). دليل الإسعافات الأولية. قطاع شؤون خدمة المجتمع و تنمية البيئة وحدة السلامة و الصحة المهنية و تأمين بيئة العمل. كلية الزراعة - جامعة دمياط.
- زين العابدين، فارس. (2016). صعوبة التعرف على المشاعر (الالكسيثيميا). مجلة الجامع في الدراسات النفسية و العلوم التربوية، العدد3. جامعة سيدي بلعباس.
- حاج سليمان، فاطمة الزهراء. (2021). المنهج العيادي و دراسة الحالة. محاضرات لسنة ثالثة علم النفس العيادي.
- حافري، زهية غنية و بخوش، وليد. (2019). غياب التعبير الانفعالي: بين المقاربة الفرנקوفونية و المقاربة المعرفية الانكلوسوكسونية مقارنة نظرية عيادية مقارنة بين التفكير العملي و التكتم. مجلة دراسات في علوم الإنسان و المجتمع. مجلد 2 (العدد1). جامعة جيجل.
- حسن، شيماء رضا السعيد. (2019). الالكسيثيميا عند الأطفال. المجلة العلمية لكلية رياض الأطفال. المجلد السادس. جامعة المنصورة.
- طبي، سهام. (2005). أنماط التفكير وعلاقتها باستراتيجيات مواجهة اضطراب الضغوط التالية للصدمة دراسة ميدانية لدى عينة من المصابين بالحروق. مذكرة ماجستير. جامعة العقيد الحاج لخضر - باتنة -
- يعقوب، غسان. (1999). سيكولوجيا الحروب و الكوارث و دور العلاج النفسي (اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة) PTSD. ط1. دار الفرابي. بيروت. لبنان.
- متولي، فكري لطيف. (2016). دراسة الحالة في علم النفس. مكتبة الرشد.
- مجيد، سوسن شاكر. (2011). اضطرابات الضغوط ما بعد الصدمة التي يعاني منها أعضاء هيئة التدريس في الجامعات العراقية دراسة ميدانية. مجلة الفتح، العدد السابع و الأربعون. جامعة بغداد.
- مرداس، سميرة. (2008). التصورات الجنسية عند المراهقة المغتصبة دراسة عيادية من خلال الإنتاج الاسقاطي. مذكرة ماجيستير. جامعة الجزائر.
- مصباح، زهرة. (2018). صورة الجسم لدى المصابات بتشوّهات ناتجة عن حروق. مذكرة ماستر تخصص علم النفس العيادي و الصحة العقلية. جامعة عبد الحميد بن باديس - مستغانم -

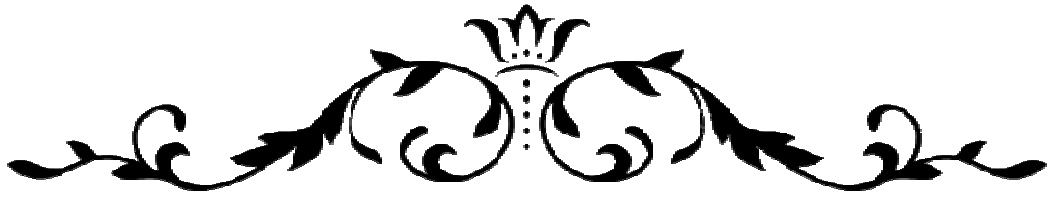
- معنصر، مسعودة. (2020). غياب الأب المعنوي و علاقته بالتوافق النفسي لدى المراهق المتمدرس "دراسة ميدانية على تلاميذ التعليم الثانوي بمدينة تيسمسيلت". مجلة التمكين الاجتماعي، المجلد 2 (العدد1). جامعة وهران 2 محمد بن احمد (الجزائر).
- الميليجي، حلمي. (2001). علم نفس الشخصية. دار النهضة العربية للطباعة و النشر. بيروت - لبنان.
- منصور، صالح مصباح سالم.(2021). اضطراب ما بعد الصدمة لدى الأطفال. المجلة العلمية لكلية التربية للطفولة المبكرة، المجلد السابع (العدد الثالث). جامعة المنصورة.
- منظمة الصحة العالمية. (2021). الاضطرابات العقلية والسلوكية في التصنيف الدولي للأمراض- الطبعة الحادية عشر ICD - 11 . (أنور، حمادي. ترجمة).
- نايت عبد السالم، كريمة و بوشوشة، مريم. (2021). تكييف مقياس تورنتو (TAS-20) لقياس الاكسيثيميا على البيئة الجزائرية. مخبر مجتمع تربية عمل، جامعة تيزي وزو الجزائر.
- سموكر، ميرفان و ريشكه، كونارد و كوغل، بيتي و رضوان، سامر و بركات، مطاوع.(2011). إعادة رسم الصورة وعلاج الإعادة دليل معالجة الصدمة من النوع الأول. ترجمة سامر، رضوان. دار الكتاب الجامعي العين. دولة الإمارات العربية المتحدة.
- سلوم، توفيق عبد الله. (2022). دليل مناهج البحث في علم النفس. كتاب تعليمي توجيهي من إعداد لجنة مناهج البحث في قسم علم النفس. كلية الآداب والعلوم الإنسانية. الجامعة اللبنانية. بيروت.
- عرعار، سامية.(2015). النموذج البيونفسي اجتماعي لتفسير الصدمة النفسية. مجلة انسة للبحوث و الدراسات، العدد الثالث عشر. جامعة الاغواط.
- عطايا، عمرو رمضان معوض أحمد. (2021). الدوجماتية والأكسيثيميا كعوامل منبئة بالطلاق العاطفي لدى المتزوجين. مجلة التربية، العدد (191). كلية الدراسات العليا للتربية. جامعة الأزهر القاهرة.
- فاسي، أمال. (2016). الاكتئاب الأساسي و الاكسيثيميا لدى مريض السرطان كنشاط عقلي مميز. مذكرة دكتوراه. جامعة محمد لمين دباغين - سطيف 2.
- الفحل، نبيل محمد. (2016).مقياس الكسيثيميا للمراهقين المكفوفين. دكتوراه في الإرشاد النفسي جامعة القاهرة. دار العلوم للنشر و التوزيع.
- فيصل، يونس و أميمة، أنور. (2004). الألكسيثيميا: نظرة فى المفهوم وإرهاصاته وتطوراته النظرية. المجلة الاجتماعية القومية، المجلد الحادي والخمسون (العدد الثاني). جامعة القاهرة.
- الشرييني. لطفى. (ب س). معجم مصطلحات الطب النفسي. سلسلة المعاجم الطبية المتخصصة. مركز تدريب العلوم الصحية. مؤسسة الكويت للتقدم العلمي.

- خموين، فاطمة الزهراء. (2016). الحرمان العاطفي عند الطفل اليتيم. مجلة العلوم الإنسانية و الاجتماعية. العدد 27. المركز الجامعي تمنراست (الجزائر).
- AINO MATTILA. (2009). Alexithymia in Finnish General Population. Academic Dissertation University of Tampere, Tampere School of Public Health Tampere University Hospital, Department of Adult Psychiatry Finland.
- BACKSTROM Josefin. (2013). Family Members of Patients with Burns Experiences of a Distressful Episode. The degree of Doctor of Philosophy (Faculty of Medicine) Digital Comprehensive Summaries of Uppsala Dissertations Form the Faculty of Medicine 935. ACTA universitatis Upsaliensis Uppsala.
- BOURGEOIS E and LOSSER M-R. (2012). Brûlures graves. URGENCES 2012 and SFMU SAMU DE France.
- Brewina, Chris and Holmes, Emily. (2003). Psychological theories of posttraumatic stress disorder. Science Direct. [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(03\)00033-3](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(03)00033-3)
- Bulut, Sefa. (2019 November 20). Freud's Approach to Trauma. Mini Review. Department of psychology. Crimson Publishers, DOI: 10.31031/PPRS.2019.03.000554
- Burns. (2018, March 6). world Health Organization. Retrieved March 4, 2023, From:<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/burns>
- Casey. Patricia and J. Strain. James.(2018). Les troubles liés aux traumatismes et aux facteurs de stress Le guide du clinicien. Elsevier Masson SAS
- Dr.phil. (2019). Towards a comprehensive understanding of alexithymia. Grades Doktorin der Philosophie. Freie Universität Berlin Fachbereich Erziehungswissenschaft und Psychologie.
- Dupont. Marie-Estelle. (2006). Le corps oublié .Image du corps dans l'alexithymie à travers le Rorschach. memoire de recherche. Ecole de psychologues praticiens Universite Catholique de Paris. PARIS.
- El Abiddine, Fares Zine. (2014). L'alexithymie. Revue des Sciences Sociales Et Humaines, 7, 1-11. Université de M'sila.
- El Sebai, Ragab safia and Moghazy, Naglaa Abd elmareem and Abdelfatah, Azza (2021). Post Trauma Stress Disorder, Pain and Coping Strategies among Burn Patients. Egyptian Journal of Health Car EJHC, 12(4).
- Farges, Florent et Farges, Servane. (2002). Alexithymie et Substances psychoactives: Revue critique de la littérature. De boeck Supérieur and Cairn info Matieres a Reflexion.

-
- Fernandez, Antony and Hetteema, John and Victor R. Vieweg. Demetrios A. Julius. Mary Beatty-Brooks. Anand K.Pandurangi.(2006). Posttraumatic Stress Disorder: Clinical Features, Pathophysiology, and Treatment. *The American Journal of Medicine*, 119(5), 383-390.
 - Fukunichi and Chishima Y and Anze M. (1994). Posttraumatic stress disorder and alexithymia in burn patients. PMID : 7892408
 - Fukunishi, Isao and Sasaki, Keiichi and Chishima, Yasunori and Anze, Masanori and Saijo, Masaki. (1996). Emotional disturbances in trauma patients during the rehabilitation phase: studies of posttraumatic stress disorder and alexithymia. PMID. doi: 10.1016/0163-8343(95)00121-2
 - Gharabeki, Adela. (2022). *Biology Through the Lens of Trauma: An Empirical Review of Trauma Treatments*. the degree Doctor of Psychology. LOMA LINDA UNIVERSITY School of Behavioral Health in conjunction with the Department of Psychology. Loma Linda University Electronic Theses, Dissertations & Projects.
 - Hassija, Christina and Gray, Matt. (2007). Behavioral Interventions for Trauma and Posttraumatic Stress Disorder. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*. Psychology Department. University of Wyoming.
 - Karukivi, Max. (2011). Associations between Alexithymia and Mental well-being in Adolescents. From the Department of Adolescent Psychiatry, University of Turku, Turku, Finland and School of Health Sciences, University of Tampere, Tampere, Finland.
 - K S, Sengar and Archana, Singh. Post Traumatic Stress Disorder: An illness of Recovery. Department of Clinical Psychology. RINPAS, Kanke, Ranchi.
 - Landolt, Markus. (1996). Psychologische Aspekte bei schweren Brandverletzungen im Kindes- und Jugendalter. Posted at the Zurich Open Repository and Archive, University of Zurich.
 - Iuso, Salvatore and Severo, Melania and Antonio, Ventriglio and Bellomo, Antonello and Limone, Pierpaolo. and Petite, Annamaria. (2022). Psychoeducation Reduces Alexithymia and Modulates Anger Expression in a School Setting. *Children MDPI*, 9(9), 1418. <https://doi.org/10.3390/children9091418>
 - Lodha, Pragya and Shah, Bhumiika and Karia, Sagar and De Sousa, Aavinash. (2020). Post-Traumatic Stress Disorder (Ptd) Following Burn Injuries: A Comprehensive Clinical Review. *Annals of Burns and Fire Disasters – XXXIII*(4).
 - Marlatt, Hannah and Beaton, Derek and Adler-Luzon, Sarah and Abo-Ahmad, Lina and Gilboa, Asaf. (2022). Scene Construction and Spatial Processing in

- Post-traumatic Stress Disorder. *Frontiers Behavioral Neuroscience*, 16:888358. doi: 10.3389/fnbeh.2022.888358
- Matthew. J. Vandermeer. (2014). Secondary Traumatic Stress and Alexithymia in High-Risk Professionals. the degree of Master of Arts in Counselling Psychology. The University of Western Ontario London, Ontario, Canada.
 - MONNIER, GREGORY, (2011), Depression, Alexithymie et personnalite, diplôme D etat de Docteur en Medecine. Faculte de Medecine. University de Limogas.
 - Paggiaro, Andre Oliveira and Paggiaro, Patricia Bergantin Soares and Fernandes, Rosa Aurea Quintela and Freitas, Noelle Oliveira and Carvalho, Viviane Fernandes Carvalho and Gemperli, Rolf. (2022). Posttraumatic stress disorder in burn patient: A systematic review. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*, 75(5), 1595-1586.
 - Pai, Anushka and Suris, Alina and North, Carol. (2017). Posttraumatic Stress Disorder in the DSM-5 Controversy. Change and Conceptual Consideration. *behavioral sciences*, 7(7). doi:10.3390/bs7010007
 - Palmu, Raimo. (2011). Mental Disorders Among Burn Patients. Academic Dissertation. National Institute for Health and Welfare Department of Mental Health and Substance Abuse Services Helsinki, Finland and University of Helsinki Department of Psychiatry Department of Plastic Surgery Helsinki, Finland.
 - Public Health Agency of Canada. (2020). Federal framework on posttraumatic stress disorder recognition, collaboration and support. the Minister of Health. Canada.
 - Rebekah, Milhoan. (2017). Alexithymia and comparison of alternative treatments to talk therapy for people who have a mental health diagnosis. Masters Thesis. Smith College. Northampton MA.
 - Rose. David.(2002). Theory And Treatment of Alexithymia AN Affect Theory Rerspective. The degree of Doctor of phiosophy. Michigan State University.
 - Salles, Bruno and de Souza, Wayson Maturana and dos Santos, Veruska Andrea and Mograbi. Daniel. (2022). Effects of DBT-based interventions on alexithymia: a systematic review. *Cognitive Behaviour Therapy*, 52(2), 110-131. DOI: 10.1080/16506073.2022.2117734
 - Schiraldi, GLENN. (2009). The Post-Traumatic Stress Disorder SOURCEBOOK Second Edition .A GUIDE TO HEALING, RECOVERY, AND GROWTH. International Journal of Emergency Mental Health. The Mc Graw - Hill companies.
 - SEDDIKI. Ahmed and BATOUCHE. Djamila- Djahida. CHOUICHA. Badra. (2020). Brûlure grave de l'adulte, et de l'enfant à la phase aigüe point de vue

- des reanimateurs. Editions universitaires europeennes is a trademark of International Book Market Service Ltd Group, member of Omniscryptum Publishing Group. 17 Meldrum Street . Beau Bassin 71504 Mauritius.
- Sherin, Jonathan and B Nemeroff, Charles. (2011). Post-traumatic stress disorder: the neurobiological impact of psychological trauma. *Dialogues Clin Neurosci.* 13(3):263-78. doi: 10.31887/DCNS.2011.13.2/jsherin
 - Shiromani, Priyattam and M. Keane, Terence and E. LeDoux, Joseph. (2009). *Post-Traumatic Stress Disorder Basic Science and Clinical Practice.* Humana Press. a part of Springer Science + Business Media, LLC. New York. USA.
 - Smith, P and Yule, W and Perrin, S and M Clark. (2013). *Post Traumatic Stress Disorder.* Essau & T. Ollendick (Eds.) *he Wiley-Blackwell Handbook: Treatment of Childhood and Adolescent Anxiety* (pp. 451-470). ResearchGate.
 - Snell. Jane and W Loh. Ne-Hooi . Mahambrey. Tushar . Shokrollahi. Kayvan. (2009). *Clinical review: The critical care management of the burn patient.* *Critical Care BMC.* <https://doi.org/10.1186/cc12706>
 - SULAEMAN. (2014). *The analysis of trauma in staubs novel “scared to death”.* A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the requirement for the Degree of Sarjana humaniora in english and literature. english and literature Department adab and humanity faculty state islamic university of Alauddin Makassar.
 - Teot, Luc and Mustoe, Thomas and Middelkoop, Esther and Gauglitz, gerd. (2021). *Textbook on Scar Management. State of the Art Management and Emerging Technologies.* published by the registered company Springer Nature Switzerland AG.
 - the Minister of Veterans Affairs. (2006). *Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) and War-Related Stress. The New veterans charter for cf veterans and their families.* Veterans Affairs Canada and Anciens Combattants Canada. Canada.
 - Turner, Jasmine. *The Role of Mindfulness in Alexithymia, Depression and Meditation,* Degree of Bachelor of Psychological Science, University of Adelaide, South Australia.
 - Wiechman, Shelley and Patterson, David. (2004 Aug 14). *ABC of burns Psychosocial aspects of burn injuries.* *BMJ.* doi: 10.1136/bmj.329.7462.391
 - Yakupu, Aobuliximu and Zhang, Jie and Dong, Wei and Song, Fei and Dong, Jiaoyun and Lu, Shuliang. (2022). *The epidemiological characteristic and trends of burns globally.* *BMC Public Health,* 22,1596, 2-16. doi: 10.1186/s12889-022-13887-2



المصطفى



-الملحق رقم (1)-

- دليل المقابلة:

- الاسم: - الجنس: - العمر:
- المستوى الدراسي:
- الوالدان: - عدد الإخوة: - رتبة الميلاد:
- المستوى الاقتصادي:
- الحالة الصحية: درجة الحروق:

- المحور الأول: محور الصحة و المرض

- ماذا تستطيع أن تقول عن حياتك قبل ما جرى؟
- أتستطيع أن تحكي لي على الحادث؟
- ما الذي كنت تفكر و تشعر به أثناء الحدث؟
- كيف شرحوا لك ما حدث و أنت في ذلك العمر؟
- كم كانت درجة الحريق؟
- كم استمرت مدة بفاؤك في المستشفى؟
- من كان معك أثناء فترة الاستشفاء؟
- ما نوع العلاج الذي تلقينته؟
- ما الذي كنت ترغب في قوله لمن هم حولك أثناء فترة العلاج؟
- ما أصعب شيء واجهته في كل ما جرى معك؟
- ما الذي تغير في حياتك بعد ما جرى؟

- المحور الثاني: محور PTSD

- أتزورك فجأة أفكار عن ما جرى؟
- أتشعر بأنك تعيش ذكريات الحدث؟
- هل تشعر أحيانا بان الحدث يعيد نفسه في رأسك؟
- حينما تتعرض لموقف يذكرك بما جرى، بماذا تشعر أثناء ذلك؟
- أنفضل تجنبه؟
- هل تتجنب الأماكن أو الأشخاص التي تذكرك بالحدث؟
- هل تتحدث عن ما جرى مع الآخرين أم تفضل عدم التحدث عنه؟
- أما زلت تستمع بنفس الأنشطة و الهوايات التي كنت تستمتع بها قبل الحدث؟
- كيف تصف علاقتك بأسرتك؟

- كيف تصف علاقتك مع أصدقائك؟
- ما أكثر ما يزعجك في علاقاتك و تعاملاتك مع الآخرين بعد الحدث؟
- أنتشارك عادة في المناسبات العائلية أو اللقاءات مع الأصدقاء؟
- كيف تصف شعورك؟
- ما الذي لا تتمكن من إصلاحه و تحقيقه في حياتك حاليا و تربطه أساسا بما جرى لك؟
- ما الذي تستطيع قوله عن الحياة؟
- هل تعتبر نفسك شخصا اندفاعيا؟
- هل تواجه مشكلات تتعلق بالنوم عادة؟
- هل لديك كوابيس؟
- ماذا عن الشهية للأكل؟
- أتصاب بتوهان عادة؟ في ماذا تفكر في ذلك الوقت؟
- هل ترى نفسك عالي التركيز أم مشتت الانتباه؟ كيف؟
- هل ترى نفسك تقوم بأعمالك و مسؤولياتك بسهولة و كما يجب؟
- هل تغضب أو تبكي بسهولة؟
- على أي نحو هي نظرتك لمستقبلك؟ إلى ماذا تطمح؟
- **المحور الثالث: محور الاكسيثيميا**
- أخبرني بأفضل اللحظات التي مرت عليك في حياتك؟
- ماذا كان شعورك اتجاهها؟ في ماذا كنت تفكر أثناءها؟
- ماذا عن أكثر اللحظات حزنا التي مررت بها؟
- هل تتمكن من التمييز بين مشاعر الحزن و الغضب؟
- كيف تصف حالتك أثناء الغضب؟
- هل تعتبر نفسك قادرا عادة على أن تصف شعورك أثناء التعرض لموقف سيئ؟
- عندما تكون حزينا هل تعبر عن شعورك؟
- هل تجد صعوبة في إنشاء علاقات مقربة؟
- عندما تحدث مواقف مفرحة أو محزنة تخص أحدا من حولك كيف تتصرف؟
- هل تعتبر نفسك شخصا كتوما من ناحية التعبير عن المشاعر؟
- هل مررت بمواقف لم تفهم فيها شعورك؟ و لم تستطع التعبير فيها عنه؟
- هل تعتبر نفسك شخص عاطفي أم منطقي؟
- حاول في كلمة أو جملة أن تصف نفسك؟

- بماذا يصفك عادة من حولك؟
- لمن تشكو مشاكلك و أنت منزعج؟
- عندما يود الآخرون ممن هم في محيطك أن يتحدثوا معك على مشاكلهم أو مشاعرهم كيف تتصرف؟
- هل تحب مشاهدة الأفلام ذات بعد حزين أو خيالي؟
- هل تفكر عادة في المعاني العميقة لما تشاهده؟
- ماذا تستطيع أن تقول عن أحلامك في الحياة حاليا؟
- إذا طلبت منك أن توجه تفكيرك نحو ما ترغب فيه في الحياة فأين سيحملك خيالك؟
- هل تتمكن من التعامل مع الجنس الآخر بسهولة؟
- بهذا الخصوص ما رأيك في فكرة الزواج و الإنجاب؟
- هل تفضل وصف المشاكل التي تتعرض لها و فهمها عاطفيا أو منطقيًا و تحليليا؟

-الملحق رقم (2)-

النسخة العربية لمقياس القلق لسبيلبرجر (حالة و سمة) الصورة (ي)

مقياس (حالة القلق) و تعليماته في صورته النهائية

-التعليمات-

أخي الطالب أختي الطالبة:

إليك مجموعة من العبارات التي يستخدمها الناس في وصف أنفسهم. يرجى قراءة كل عبارة بعناية و وضع علامة (X) في خانة الجواب الذي يناسبك في ورقة الإجابة لتشير بذلك إلى ما تشعر به الآن أي في هذه اللحظة بالذات. لا وجود لإجابات صحيحة أو خاطئة هنا. يرجى إلا تقضي وقتنا طويلا في العبارة الواحدة و لكن حاول أن تعطي الجواب الذي يقدم الوصف الأفضل لمشاعرك الحالية.

الرقم	العبارات	لا ابدا	قليلا	بدرجة متوسطة	كثيرا جدا
01	اشعر بالهدوء.				
02	اشعر بالأمان.				
03	أنا متوتر.				
04	اشعر بأنني مجهد.				
05	اشعر بالطمأنينة و راحة البال.				
06	اشعر بالانزعاج.				
07	اشعر بالقلق في الوقت الحاضر من احتمال التعرض للمحن.				
08	اشعر بالرضا.				
09	اشعر بالرعب.				
10	اشعر بالارتياح.				
11	اشعر بالثقة بالنفس.				
12	اشعر بالنرفزة و العصبية.				
13	أنا شديد الاهتياج.				
14	اشعر بأني متردد.				
15	أنا في حالة استرخاء.				
16	أشعر بالقناعة.				

				أنا قلق.	17
				أشعر بأنني مشوش.	18
				أشعر بأنني شخص موثوق و ثابت على حاله لا يتغير.	19
				أشعر بأنني مصدر بهجة و سرور.	20

-الملحق رقم (3)-

النسخة العربية لمقياس القلق لسبيلبرجر (حالة و سمة) الصورة (ي)

مقياس (سمة القلق) و تعليماته في صورته النهائية

-التعليمات-

أخي الطالب أختي الطالبة:

إليك مجموعة من العبارات التي يستخدمها الناس في وصف أنفسهم. يرجى قراءة كل عبارة بعناية و وضع علامة (X) في خانة الجواب الذي يناسبك في ورقة الإجابة لتشير بذلك إلى ما تشعر به بشكل عام. لا وجود لإجابات صحيحة أو خاطئة هنا. يرجى ألا تقضي وقتا طويلا في العبارة الواحدة و لكن حاول أن تعطي الجواب الذي يقدم الوصف الأفضل لما تشعر به بشكل عام.

الرقم	العبارات	لا أبدا (نادرا جدا)	أحيانا	غالبا	دائما تقريبا
21	اشعر بأنني مصدر بهجة و سرور.				
22	اشعر بأنني عصبي و قلق.				
23	اشعر بالرضا عن نفسي.				
24	أتمنى لو استطعت أن أكون سعيدا كما يبدو الآخرون.				
25	اشعر و كأنني فاشل.				
26	اشعر بالراحة و الطمأنينة.				
27	أنا هادئ الأعصاب رابط الجأش.				
28	اشعر بان المصاعب تتراكم لدرجة أنني لا استطيع التغلب عليها.				
29	ينشغل بالي كثيرا بأمور لا تستحق الاهتمام.				
30	أنا سعيد.				
31	لدي أفكار مقلقة.				
32	افتقر إلى الثقة بالنفس.				
33	اشعر بالأمان.				

				اصنع قراراتي بسهولة.	34
				اشعر بأنني "غير كفؤ" لا أفي بالمراد.	35
				أنا قنوع.	36
				تجول بذهني بعض الأفكار التافهة و تضايقتني.	37
				تؤثر في بقوة الأشياء المخيبة للأمل لدرجة لا استطيع إبعادها عن ذهني.	38
				أنا شخص موثوق و "ثابت على حاله لا يتغير"	39
				أصبح في حالة من التوتر أو الالتهياج حين أفكر بشؤوني الحالية و اهتماماتي.	40

-الملحق رقم (4)-

مقياس كرب ما بعد الصدمة لدافيدسون

PTSD Scale according to DSM—IV

ترجمة د. عبد العزيز ثابت

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

العنوان:.....

عزيزي/عزيزتي

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

4	3	2	1	0		
دائما	غالبا	أحيانا	نادرا	أبدا	الخبرة الصادمة	الرقم
					هل تتخيل صور، و ذكريات، و أفكار عن الخبرة الصادمة؟	-1
					هل تحلم أحلام مزعجة تتعلق بالخبرة الصادمة؟	-2
					هل تشعر بمشاعر فجائية أو خبرات بان ما حدث لك سيحدث مرة أخرى؟	-3
					هل تتضايق من الأشياء التي تذكرك بما تعرضت له من خبرة صادمة؟	-4
					هل تتجنب الأفكار أو المشاعر التي تذكرك بالحدث الصادم؟	-5
					هل تتجنب المواقف و الأشياء التي تذكرك بالحدث الصادم؟	-6
					هل تعاني من فقدان الذاكرة للأحداث الصادمة التي تعرضت لها (فقدان ذاكرة نفسي محدد)؟	-7
					هل لديك صعوبة في التمتع بحياتك و النشاطات اليومية التي تعودت عليها؟	-8
					هل تشعر بالعزلة و بأنك بعيد و لا تشعر بالحب تجاه الآخرين أو الانبساط؟	-9
					هل فقدت الشعور بالحزن و الحب (انك متبلد الإحساس)	-10

					هل تجد صعوبة في تخيل بقائك على قيد الحياة لفترة طويلة لتحقيق أهدافك في العمل، و الزواج، و إنجاب الأطفال؟	-11
					هل لديك صعوبة في النوم أو البقاء نائماً؟	-12
					هل تتأبك نوبات من التوتر و الغضب؟	-13
					هل تعاني من صعوبات في التركيز؟	-14
					هل تشعر بأنك على حافة الانهيار (واصلة معاك على الأخر)، و من السهل تشتيت انتباهك؟	-15
					هل تستثار لأتفه الأسباب و تشعر دائماً بأنك متحفز و متوقع الاسوا؟	-16
					هل الأشياء و الأشخاص الذين يذكرونك بالخبرة الصادمة يجعلك تعاني من نوبة من ضيق النفس، و الرعشة، و العرق الغزير و سرعة في ضربات قلبك؟	-17

-الملحق رقم (5)-

النسخة العربية من مقياس تورنتو لقياس الاكسيثيميا (تاس-20)

اشتر باسعمال السلم الموجود في الأسفل إلى أي درجة أنت موافق أو غير موافق على كل إجابة من الإجابات التالية، يكفي أن تضع علامة (X) في المكان المناسب، لا تعطي إلا إجابة واحدة لكل بند.
 (1) غير موافق تماما. (2) غير موافق نسبيا. (3) لست موافقا و لست رافضا. (4) موافق نسبيا. (5) موافق تماما.

5	4	3	2	1	
					1 غالبا ما تكون مشاعري غير واضحة.
					2 أجد صعوبة في إيجاد الكلمات المناسبة لوصف مشاعري
					3 تتأبني أحاسيس جسدية يصعب فهمها حتى على الأطباء
					4 اصف بسهولة مشاعري
					5 أفضل تحليل المشاكل بدل الاكتفاء بوصفها
					6 عندما أكون متضايقا لا ادري إن كنت حزينا، خائفا، أو غاضبا.
					7 غالبا ما أكون منشغلا بالأحاسيس على مستوى جسمي
					8 أفضل ببساطة ترك الأمور تحدث على أن افهم لما أخذت هذا المنحى
					9 لدي مشاعر لن أتمكن أبدا من التعرف عليها
					10 من المهم أن أكون واعيا بانفعالاتي
					11 أجد صعوبة في وصف مشاعري اتجاه الناس
					12 يطلب مني التعبير أكثر عما اشعر به
					13 لا ادري ماذا يحدث بداخلي.
					14 في اغلب الأحيان لا اعرف لماذا أنا غاضب.
					15 أفضل الحديث مع الناس حول نشاطاتهم اليومية بدلا من التحدث معهم عن مشاعرهم

					أفضل مشاهدة البرامج الترفيهية على البرامج الحزينة	16
					يصعب على الكشف عن مشاعري الحميمة حتى لأصدقائي المقربين جدا	17
					استطيع أن أحس بأنني قريب من شخص ما حتى في لحظات صمته	18
					أجد انه من المفيد فهم مشاعري لحل مشاكلتي الشخصية	19
					البحث عن المعنى الخفي للأفلام و المسرحيات يشنت انتباهك عن الاستمتاع بها	20