

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة محمد بوضياف المسيلة



كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم علم النفس

الرقم التسلسلي: 2015/.....

الأعراض الاكتئابية لدى المصابين باضطراب ما بعد الصدمة

من اللاجئين السوريين بمدينة المسيلة

- دراسة حالة -

مذكره مكمله لنيل شهادة الماستر في علم النفس

تخصص علم النفس العيادي

إعداد الطالب: إشراف الأستاذة:

- بن شويخ طارق - عزوق جميلة

السنة الجامعية: 2015/2014

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ





فهرس المحتويات

فهرس المحتويات

فهرس الجداول

كلمة شكر

أ- مقدمة.....

ب

الجانف النظري

الفصل الأول: التعريف بموضوع وإشكالية الدراسة

6 أولاً: الإشكالية.....

9 ثانياً: أهمية الدراسة.....

1 ثالثاً: أهداف الدراسة.....

0 رابعاً: الدراسات السابقة.....

1 خامساً: الفرضيات.....

5 سادساً: المفاهيم الأساسية للدراسة.....

6 الفصل الثاني: اضطراب ما بعد الصدمة

2 تمهيد.....

0 أولاً: التطور التاريخي لمفهوم لا اضطراب ما بعد الصدمة.....

1 ثانياً: مفهوم اضطراب ما بعد الصدمة.....

4

2	ثالثا: أسباب اضطراب ما بعد الصدمة.....
5	
2	رابعا: النظريات المفسرة لاضطراب ما بعد الصدمة.....
5	
2	خامسا: أعراض ومعايير تصنيف اضطراب ما بعد الصدمة.....
9	
3	سادسا: الجدول الإكلينيكي لاضطراب ما بعد الصدمة.....
2	
3	سابعا: علاج اضطراب ما بعد الصدمة.....
4	
3	ثامنا: مسار ومآل اضطراب ما بعد الصدمة.....
8	
3	خلاصة.....
9	
	الفصل الثالث: الاكتئاب
4	تمهيد.....
2	
4	أولا: التطور التاريخي لمفهوم الاكتئاب.....
3	
4	ثانيا: مفهوم الاكتئاب.....
5	
4	ثالثا: أسباب الاكتئاب.....
6	
4	رابعا: أنواع الاكتئاب.....
8	
4	خامسا: النظريات المفسرة للاكتئاب.....
9	
5	سادسا: أعراض ومعايير تصنيف الاكتئاب.....

الفصل الرابع: اللاجئ

المحتوى

الفصل الخامس: منهجية البحث والإجراءات الميدانية

8	أولاً: الدراسة الاستطلاعية.....
6	
8	ثانياً: الدراسة النهائية.....
7	
8	1- المنهج.....
7	
8	2- عينة الدراسة.....
8	
8	3- أدوات الدراسة.....
8	

الفصل السادس: عرض ومناقشة النتائج

9	أولاً: عرض وتحليل النتائج.....
7	
1	ثانياً: مناقشة النتائج على ضوء الفرضيات.....
3	
5	
1	ثالثاً: الاقتراحات والتوصيات.....
3	
8	

خلاصة عامـة
قائمة المراجع
قائمة الملاحق

فهرس الجداول

فهرس الجداول:

88	الجدول رقم (01): يوضح توزيع الحالات حسب بياناتهم الشخصية.....
101	الجدول رقم (02): يوضح توزيع التكرارات والنسب المئوية لأشكال تناذر التكرار.....
102	الجدول رقم (03): يوضح توزيع التكرارات والنسب المئوية لأشكال تناذر التجنب.....
102	الجدول رقم (04): يوضح توزيع التكرارات والنسب المئوية لأشكال التناذر العصبي الإعاشي.....
103	الجدول رقم (05): يوضح توزيع التكرارات والنسب المئوية لمختلف الفئات التصنيفية.....
104	الجدول رقم (06): يوضح نتائج تطبيق قائمة أرون بيك الثانية للاكتئاب.....
110	الجدول رقم (07): يوضح توزيع التكرارات والنسب المئوية لأشكال تناذر التكرار.....
111	الجدول رقم (08): يوضح توزيع التكرارات والنسب المئوية لأشكال تناذر التجنب.....
111	الجدول رقم (09): يوضح توزيع التكرارات والنسب المئوية لأشكال التناذر العصبي الإعاشي.....
112	الجدول رقم (10): يوضح توزيع التكرارات والنسب المئوية لمختلف الفئات التصنيفية.....
113	الجدول رقم (11): يوضح نتائج تطبيق قائمة أرون بيك الثانية للاكتئاب.....
120	الجدول رقم (12): يوضح توزيع التكرارات والنسب المئوية لأشكال تناذر التكرار.....
121	الجدول رقم (13): يوضح توزيع التكرارات والنسب المئوية لأشكال تناذر التجنب.....
121	الجدول رقم (14): يوضح توزيع التكرارات والنسب المئوية لأشكال التناذر العصبي الإعاشي.....
122	الجدول رقم (15): يوضح توزيع التكرارات والنسب المئوية لمختلف الفئات التصنيفية.....
123	الجدول رقم (16): يوضح نتائج تطبيق قائمة أرون بيك الثانية للاكتئاب.....
130	الجدول رقم (17): يوضح توزيع التكرارات والنسب المئوية لأشكال تناذر التكرار.....
130	الجدول رقم (18): يوضح توزيع التكرارات والنسب المئوية لأشكال تناذر التجنب.....
131	الجدول رقم (19): يوضح توزيع التكرارات والنسب المئوية لأشكال التناذر العصبي الإعاشي.....
131	الجدول رقم (20): يوضح توزيع التكرارات والنسب المئوية لمختلف الفئات التصنيفية.....
133	الجدول رقم (21): يوضح نتائج تطبيق قائمة أرون بيك الثانية للاكتئاب.....

ملخص الدراسة:

تم التطرق في الدراسة الحالية إلى موضوع "الأعراض الاكتئابية لدى المصابين باضطراب ما بعد الصدمة من اللاجئين السوريين بمدينة المسيلة"، وهدفت إلى التعرف على معانات اللاجئين السوري بمدينة المسيلة من اضطراب ما بعد الصدمة وما ينتج عنه من أعراض اكتئابية، واستخدام الباحث المنهج الإكلينيكي (العيادي)، على عينة مكونة من (4) أربع لاجئين سوريين بمدينة المسيلة، واعتمد الباحث على المقابلة النصف موجهة وتطبيق قائمة بيك الثانية للاكتئاب و تحليل المحتوى كأداة في التعامل مع المعطيات التي تم الحصول عليها، حيث خلصت الدراسة إلى النتائج التالية:

- تظهر الأعراض الاكتئابية لدى من يعاني اضطراب ما بعد الصدمة من اللاجئين السوريين بالمسيلة.

- يعاني اللاجئون السوريون بالمسيلة من أعراض تتأذر التكرار، تتأذر التجنب والتأذر العصبي الإعاشي.

- يعاني اللاجئون السوريون بالمسيلة من أعراض اكتئابية تتراوح بين المتوسطة والشديدة.

Résumé de l'étude:

On a abordé dans cette étude le sujet des « syndromes dépressifs chez les réfugiés syriens ayant le trouble de stress post-traumatique à M'sila », et qui a visé à reconnaître leurs souffrance des symptômes dépressifs dû au stress post-traumatique. Le chercheur a utilisé l'approche clinique, sur un échantillon de (04) réfugiés syriens à M'sila, en faisant des entretiens cliniques avec les cas et en utilisant le deuxième liste de Beck et l'analyses du contenu comme outils pour traiter les données obtenus, l'étude a conclu sur les résultats suivants :

- Les syndromes dépressifs apparaissent chez les réfugiés syriens à M'sila ayant le trouble post-traumatique.

- Les réfugiés syriens à M'sila souffrent du syndrome de l'intrusion et répétition, du syndrome d'évitement, et du syndrome neurovégétatif.

- Les réfugiés syriens à M'sila souffrent des symptômes dépressifs modérés à sévères.

كلمة شكر

يقول الله تعالى: ﴿وَلَا تُنَاقِزْهُمْ فِي شَيْءٍ سَأَلْتَهُمْ لَفَزِدْتُهُمْ﴾ (إبراهيم : 7)

ويقول رسول الله - ﷺ -: ﴿مَنْ لَا يَشْكُرُ النَّاسَ لَا يَشْكُرُ اللَّهَ﴾ (رواه الترمذي)

نحن نحمد الله تعالى ونشكره الذي أمدنا بالعقل والجهد ووفقنا لإتمام هذا العمل المتواضع

واعتزلا بالجميل نتقدم بالشكر الجزيل إلى كل من قدم لنا يد المساعدة والعون طيلة تحضير هذا العمل

ونخص بالذكر المسرفة علي المذاكرة الأستاذة "عزروى جميلة"

كما نتقدم بجميل العرفان إلى الأخوة السوريين علي، محادة، ملائذ، منى، إسماعيل

طارق

مقدمة

مقدمة:

إن الحرب هي معطى مستمر في الحياة الإنسانية، فقد سجل التاريخ البشري أزيد من 14 ألف حرب على مر السنوات كانت رمزا للبطولة و التقدم، وكرست خلالها ثنائية تماشي الموت الجسدي مع الخلود التاريخي، لكنها لم تستبعد أبدا السكان المدنيين، الذين قد يتسبب خوفهم في مغادرة منازلهم بحثا عن الأمن في مناطق أخرى حتى ولو كانت خارج إقليم دولتهم الأصلية.

وفي عصر اتسم بالحروب أضحت قضايا اللجوء والنزوح من أعقد التحديات التي تواجه الإنسانية في يومنا هذا، وهي إضافة لكونها قضية متعددة الأبعاد من حيث ارتباطها الوثيق بأبعاد سياسية واقتصادية واجتماعية، إلا أن أنها أيضا قضايا تمس حياة الإنسان اللاجئ بشكل دائم ومستمر.

ومن هنا فإن دراسة جوانب المعاش النفسي للاجئين في أماكن لجوئهم أصبح مطلباً مهماً لارتباطه بحياة جزء من السكان بما لهذا من آثار وتبعات مختلفة بشكل يوضح الظروف الحقيقية لمستويات الحياة التي يحيها هؤلاء اللاجئون ومدى تشابه هذه الظروف بتمثيلاتها في قطاعات السكان الأخرى في المجتمع.

فللتعرض للأزمات والحروب يحدث تصدعا وآثارا هدامة وبعيدة المدى على الصحة النفسية والوظائف الاجتماعية والعقلية للفرد، بل وعلى الشخصية كلها، فإلى جانب الآثار المباشرة التي يتعرض لها الفرد أثناء الحرب إلا أن آثارها تظهر فيما بعد متخذة أشكالاً من الاضطرابات النفسية والاجتماعية والانحرافات السلوكية، وتزيد المعاناة عند اللجوء والتحول عن الوطن والبيت والعشيرة، وهذه المعاناة النفسية قد تبدو في مظاهر من القلق والتوتر والاكتئاب والحزن والعزلة.

كما أكدت تجارب الشعوب المختلفة من خلال البحوث العلمية في مجالات سيكولوجية الأزمة وإدارة الأزمات والتدخل في الأزمات أنه في الفترات الحرجة من تاريخ الشعوب وخاصة في فترات الحروب والكوارث وما تفرزه من أشكال شتى من الدمار والمعاناة تبرز أهمية التناول العلمي لتلك الفترات، وذلك للوعي بمتغيراتها ولاستيعاب مترتباتها، ولمواجهة متطلباتها من استعادة التوازن وإعادة البناء للفرد والمجتمع.

لذا جاءت هذه الدراسة كمحاولة لتسليط الضوء على اضطراب ما بعد الصدمة وعلاقته بالاكتئاب لدى اللاجئين السوريين المقيمين بمدينة المسيلة، حيث اشتملت على ستة فصول، أربعة منها صنف في إطار نظري، واثنين في إطار ميداني.

تناول الفصل الأول إشكالية وموضوع الدراسة، حيث تضمن التعريف بالإشكالية، وأهمية وأهداف الدراسة، والتطرق إلى بعض الدراسات السابقة التي تشابهت مع موضوع الدراسة الحالية، وبناء الفرضيات انطلاقاً من هذه الدراسات، وفي الأخير تم تقديم مفاهيم الدراسة الحالية.

وتتناول الفصل الثاني اضطراب ما بعد الصدمة، وتم التطرق فيه إلى تطور مفهوم الاضطراب عبر مراحل التاريخ المختلفة، والتعرف على مفهوم اضطراب ما بعد الصدمة وأسبابه، وأهم النظريات المفسرة اضطراب ما بعد الصدمة، وكذا أعراض ومعايير تصنيف الاضطراب حسب الدليل التشخيصي للطب النفسي والدليل التشخيصي لمنظمة الصحة العالمية العقلية، والجدول الإكلينيكي لاضطراب ما بعد الصدمة، وأهم العلاجات النفسية والدوائية، وأخيراً مسار ومآل اضطراب ما بعد الصدمة.

أما الفصل الثالث فتناول الاكتئاب التطور التاريخي لمفهوم الاكتئاب، وكذا مفهوم الاكتئاب وأسبابه، إضافة إلى أنواعه وأهم النظريات المفسرة، وكذا أعراض ومعايير تصنيف الاكتئاب حسب الدليل التشخيصي للطب النفسي والدليل التشخيصي لمنظمة الصحة العالمية العقلية، وأهم العلاجات النفسية والدوائية، وأخيراً مسار ومآل الاكتئاب.

أما الفصل الرابع فتناول التطور التاريخي لمفهوم اللاجئ، وكذا مفهوم اللاجئ ودوافع اللجوء (النفسية، السياسية، الاقتصادية والاجتماعية)، وكذا أنواعه (الدينية، الإقليمية والسياسية)، ونعرض أهم النظريات المفسرة للهجرة، والآثار النفسية لصدمة اللجوء، وفي الأخير اللاجئون السوريون في العالم والجزائر.

أما الجانب الميداني فقد جاء في فصلين، الفصل الرابع تناول منهجية البحث والإجراءات الميدانية، وقسم إلى قسمين، دراسة استطلاعية للتعرف على العينة وصلاحيات الأدوات المستخدمة، ودراسة نهائية تتضمن المنهج المتبع في الدراسة، ومجتمع وعينة الدراسة، وأدوات الدراسة.

أما الفصل الخامس فقد تناول عرض ومناقشة النتائج وتضمن عرض وتحليل النتائج، ومناقشة هذه النتائج على ضوء فرضيات الدراسة وتقديم مجموعة من الاقتراحات التوصيات.

الحائب الغریب

الفصل الأول

الفصل الأول: إشكالية وموضوع الدراسة

أولاً: الإشكالية.

ثانياً: أهمية الدراسة.

ثالثاً: أهداف الدراسة.

رابعاً: الدراسات السابقة.

خامساً: الفرضيات.

سادساً: المفاهيم الأساسية للدراسة.

أولاً: الإشكالية.

إن الشعوب والأفراد يتعرضون في أوقات معينة لمواقف وضغوط أو شدة، أقل ما توصف به مثل هذه المواقف أنها تخرج عن المدى العادي للخبرات البشرية، فتصل إلى حد الأزمة أو الصدمة وهي تنقسم إلى كوارث طبيعية مثل الزلازل والبراكين والفيضانات والأعاصير، وكوارث من صنع البشر كالحروب والأسر والاعتصام والتعرض للاعتداء البدني وغير ذلك، ويستجيب الإنسان لهذه الضغوط ببعض الاستجابات منها ما هو سوي، ومنها ما هو مرضي.

ومما لا شك فيه أن هذه الأحداث الصادمة تؤدي إلى اضطرابات نفسية مثل: كرب ما بعد الصدمة، الاكتئاب، القلق، المخاوف، والحزن، اضطرابات النوم، اضطرابات الأكل، ضعف التركيز وتسمى الاستجابات المرضية للأحداث الصدمية بـ اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD). (ثابت، 2008، ص 118)

حيث تؤدي العوامل الذاتية، وتقويم الفرد للحدث دوراً مهماً في التأثير على استجابته لأي حادث، فتطوير أعراض اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD) قد يكون ناتجاً عن طريقة إدراك الفرد للحدث عند وقوعه، وليس بسبب أن الحادث نفسه كان قوياً. فمثلاً لو أن الفرد اعتقد بأنه عاجز عن التعامل مع الحادث، فإن ذلك قد يقود إلى تطوير أعراض اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD)، بينما الاعتقادات التي تشير إلى إمكانية تعامل الفرد مع الحادث وقدرته على معالجته تقود إلى نتائج أفضل، وتخفف من حدة الضغوط التي قد يتعرض لها. (Dietrich, 2001, P 50)

وقد أشار (فيريري Ferreri) أن الإنسان مادام في هذا الوجود فسوف يتعرض في أوقات معينة لمواقف شدة أو ضغوط، والمفهوم الصحيح لهذه المواقف إذا اعتبرت صدمية، يجب أن تكون مواقف استثنائية أين مستوى العنف فيها يتجاوز بكثير ضغوطات وأحداث الحياة اليومية، ويذكر على سبيل المثال: الحروب، العمليات الإرهابية، التعذيب، الكوارث الطبيعية حوادث المواصلات بأنواعها، الحرائق، الاعتداءات العنيفة، اغتصاب، هجوم مسلح، تفجيرات... (Ferreri, 1999, P 165)

ويشير مصطلح اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD) إلى ظهور مجموعة من الأعراض النفسية المرضية بعد التعرض للمواقف الصادمة والمهددة للفرد والتي تتطوي على ثلاثة أعراض أساسية:

- أعراض إعادة اختبار الأحداث الصادمة (Experiencing the Traumatic Revents):

والتي تشير إلى استمرار الفرد في معيشة أحداث الحدث الصادم من خلال التخييلات والأحلام والكوابيس، وقد تظهر هذه الأعراض لدى الأطفال من خلال الميل إلى ممارسة نشاطات أو ألعاب ترتبط بأحداث الصدمة.

- أعراض التجنب (Avoidance Reactions): وتشتمل على ميل الفرد لتجنب المثيرات

المرتبطة بالخبرة الصادمة أو المهددة للأشخاص أو الأماكن أو المواقف وغيرها من المثيرات.

- أعراض الإثارة الانفعالية الزائدة (*Hyper Arousal*): وتتمثل بالحساسية الزائدة من المثيرات البيئية والاستجابة المبالغ لها والانزعاج من المثيرات الصوتية المرتفعة والمفاجئة وكذلك الحال للمثيرات البصرية والحسية. (ضمرة، 2010، ص 14)

ومن المؤشرات الخطيرة على الآثار النفسية السلبية الواسعة للأحداث الصادمة، ما نتوقعه من زيادة هائلة في حالات اضطراب ما بعد الصدمة (*PTSD*)، التي ترتبط بالضغط والكروب المصاحبة للصدمات النفسية. وانتشار الاضطرابات النفسية على المستوى الفردي في صورة أعراض القلق والتوتر والاكتئاب النفسي، إضافة إلى بعض الظواهر الجماعية مثل الإحباط العام والخوف الجماعي، وبالتالي قد تؤدي هذه الآثار إلى حالات من العجز الكامل لقطاعات كبيرة من الذين يتأثرون بظروف الحرب، أو بمشاهد القتال الأليمة في مختلف الأنحاء. (Cook, 2004)

كما ينجم عن تفاعل عدد من العوامل النفسية والاجتماعية والجسمية فضلا عن عنف الحادث الصدمي حدوث اضطرابات نفسية كالإكتئاب مثلا، حيث أظهرت نتائج بعض الدراسات وجود علاقة طردية ما بين التعرض للحوادث المرعبة والصادمة ومستويات الاكتئاب، حيث تقدر نسب انتشار مستويات الاكتئاب ما بين الأطفال اللاجئين في العالم بما يتراوح ما بين (11-80%)، في حين أشار مورغوس ووردين وجوتابا إلى أن ما يقارب من 38% من الأطفال اللاجئين في منطقة دارفور بالسودان يظهرون أعراضا اكتئابية ذات دلالة. (ضمرة، 2010، ص 17)

فبالإضافة إلى معاشة الحرب في بلدانهم، يسافر اللاجئون من بلدانهم الأصلية إلى بلدان أخرى ويكون فيها الفرد مغتربا عن بلده الأصلي وعن تقاليده وعاداته وأهله وذكرياته، فالأفراد الذين يبتعدون عن أوطانهم الأصلية وهم يحملون معهم كل خصوصياتهم الثقافية والاجتماعية والنفسية وهم يحاولون جاهدين أن يتأقلموا مع المحيط الجديد وفي مستوى اجتماعي وثقافي جديد قد يؤدي بهم إلى صراعات وحالات مرضية اكتئابية.

ويعد الاكتئاب مرض مثله مثل باقي الأمراض المختلفة بصورة عامة، له الدور الكبير في التأثير على سلوكية الفرد السلوك النفسي والسلوك الاجتماعي بشكل ظاهر. وقد ينعكس هذا التأثير سلبا على انخراطه بالمجتمع الجديد وبالتالي يجعله أسيراً لمشاعر الحزن والتعاسة والكآبة. وتبدو أن حالة البعد والاغتراب عن الوطن الأم تكون أشد وطأة وتعقيدا وألما على نفسية الفرد، حيث أن البيئة الجديدة بكل جوانبها، مما قد يسمح بشكل كبير في أن تهيمن الكآبة على نفسية الفرد بشكل واضح. (الجبوري، 2010، ص 19)

فالظروف الصعبة التي يعيشها النازحون السوريون من قتل وقصف وعنف منظم وهدم للبيوت والنزوح إلى داخل وخارج البلاد، كل هذه الأشياء تؤدي إلى عدم الشعور بالأمن وزيادة الشعور بالعجز والإحباط وظهور أعراض الاكتئاب في أوضح صورها.

ورغم أن قواعد القانون الدولي الحديث حرم الحرب تحريما قاطعا وفقا لميثاق الأمم المتحدة وحظرت استخدام القوة والتهديد باستخدامها، إلا أن النزاعات المسلحة أصبحت حقيقة لا يمكن تجاهلها،

كما أن الحرب حقيقة واقعية من حقائق الحياة، تستدعي تزايد عدد اللاجئين بحثاً عن الأمن نحو بلدان تنعم بالسلم الذي يناشده الفارون من ويل الحرب، فالظروف القاسية والهائلة التي يعاني منها النازح السوري، والتي تفوق طاقة الاحتمال الإنساني التي بدت مضارها لكل من يتابع الموقف، فالآثار النفسية للعدوان والقمع على الوجوه الباكية لأمهات فقدن الأبناء، أو زوجات فقدن شريك الحياة، وكذلك مشاهد تدمير البيئة كل ذلك لا يمثل فقط خسائر اقتصادية بل صدمات نفسية لا تحتل لأصحاب هذه الممتلكات وللإنسان في هذه الأماكن. وبناءً على ما سبق وبالإضافة إلى ندرة الدراسات النفسية التي تناولت موضوع اللاجئين، لاسيما في الوطن العربي-على حد علم الباحثين- جاءت هذه الدراسة في اضطراب ما بعد الصدمة وعلاقته بالاكتئاب لدى اللاجئين السوريين بالمسيلة.

من خلال الإجابة عن التساؤل التالي: هل تظهر الأعراض الاكتئابية لدى المصاب باضطراب ما

بعد الصدمة من اللاجئين السوريين بالمسيلة؟

والإجابة على هذا التساؤل تتطلب التعرض إلى التساؤلات التالية:

- هل يعاني اللاجئون السوريون بالمسيلة من إعادة معايشة الحدث الصدمي في شكل أحلام وكوابيس وأفكار متكررة (تتأذر التكرار)؟
- هل يعاني اللاجئون السوريون بالمسيلة من أعراض وسلوكيات تجنبية لكل ما يذكرهم بالحدث الصدمي (تتأذر التجنب)؟
- هل يعاني اللاجئون السوريون بالمسيلة من أعراض فرط الاستثارة وسرعة التنبيه (التتأذر العصبي الإعاشي)؟
- هل يعاني اللاجئ السوري بالمسيلة و المصاب باضطراب ما بعد الصدمة من ظهور أعراض اكتئابية لديه؟

ثانياً: أهمية الدراسة.

أكدت تجارب الشعوب المختلفة من خلال البحوث العلمية في مجالات سيكولوجية الأزمة وإدارة الأزمات والتدخل في الأزمات أنه في الفترات الحرجة من تاريخ الشعوب وخاصة في فترات الحروب والكوارث وما تفرزه من أشكال شتى من الدمار والمعاناة تبرز أهمية التناول العلمي لتلك الفترات، وذلك للوعي بمتغيراتها ولاستيعاب مترتباتها، ولمواجهة متطلباتها من استعادة التوازن وإعادة البناء للفرد والمجتمع، ومن هنا تستمد الدراسة أهميتها في:

- تسليط الضوء على المعاناة النفسية التي يعانيها اللاجئين السوريون، والذين قد يجدون صعوبة في تخطي آثارها وتقبلها والتعايش معها، حيث أن الاضطرابات النفسية تؤدي إلى سوء التكيف وإعاقة التقدم في مختلف مجالات الحياة.
- كذلك تظهر أهمية الدراسة الحالية في إفادة المهتمين في مجال البحث التربوي والمتخصصين في مجال علم النفس العلاجي في إجراء دراسات أخرى ذات علاقة سواء أكان ذلك على عينات أكبر، أم في إعداد البرامج العلاجية المناسبة ومعرفة تأثيرها في علاج اضطراب الضغوط التالية للصدمة والاكتئاب.
- ترتبط بإمكانية توظيف النتائج التي سينتهي إليها البحث في وضع برامج نفسية وإنمائية ووقائية وإرشادية لمساعدة اللاجئين الذين يتعرضون لأزمات وضغوط نفسية تسبب لهم اضطرابات نفسية كاضطراب ما بعد الصدمة والاكتئاب.
- تعد هذه الدراسة في ضوء علم الباحث الأولى في الجزائر التي تهتم بدراسة اضطراب ما بعد الصدمة وعلاقته بالاكتئاب لدى اللاجئين السوريين، وهذا يضيف على الدراسة الحداثّة والأصالة في وقت يشعر فيه الباحث بأمس الحاجة لإجراء مثل هذه الدراسة في هذا الوقت العصيب الذي يمر به الشعب السوري عامة واللاجئون السوريون خاصة.

ثالثاً: أهداف الدراسة.

إن لكل دراسة أهداف وغايات يرجى من رائها تقديم البديل أو تعديل ما هو موجود ويمكن تلخيص أهداف دراستنا في:

- التعرف إلى صحة اللاجئين السوريين النفسية أمر ضروري لما يواجهونه من أحداث صادمة وضغوطات نفسية متعددة.
- التعرف إلى ظهور الأعراض الاكتئابية لدى من يعاني اضطراب ما بعد الصدمة من اللاجئين السوريين بالمسيلة.
- التعرف إلى معاناة اللاجئين السوريين من إعادة معايشة الحدث الصدمي في شكل أحلام وكوابيس وأفكار متكررة (تتأذر التكرار).
- التعرف إلى معاناة اللاجئين السوريين من أعراض وسلوكيات تجنبية لكل ما يذكرهم بالحدث الصدمي (تتأذر التجنب).
- التعرف إلى معاناة اللاجئين السوريين من أعراض فرط الاستثارة وسرعة التنبه (التتأذر العصبي الإعاشي).
- التعرف إلى معاناة اللاجئين السوريين من الأعراض اكتئابية.

رابعاً: الدراسات السابقة.

من الخطوات المهمة للبحث العلمي مراجعة الدراسات السابقة للتأكد من أن مشكلة البحث الحالي لم تبحث من قبل، وكذا الاستفادة منها فيما تتضمنه من خلفية نظرية وإجراءات وأدوات، لذلك فقد اطلع الباحث على مجموعة من الدراسات، والتي قسمت إلى دراسات عربية ودراسات أجنبية:

I- الدراسات العربية:

- 1- دراسة (نجوى اليحفوفي) سنة 2009م بعنوان: "الأحداث الصدمية وعلاقتها باضطراب الضغوط التالية للصدمة والاكتئاب والتدين لدى طلاب الجامعات اللبنانية الكفاءات"، كلية الآداب والعلوم الإنسانية، الجامعة اللبنانية، بيروت-لبنان، هدفت الدراسة إلى التعرف على العلاقة المحتملة ما بين الأحداث الصدمية واضطراب الضغوط التالية للصدمة والاكتئاب ودرجة التدين من جهة وعلاقة هذه المتغيرات ببعض العوامل الاجتماعية كالدين، والجنس، ونوع الجامعة والوضع الاجتماعي، اعتمد فيها الباحث على المنهج الوصفي، وتكونت عينة الدراسة من (734) سبعمائة وأربعة وثلاثون طالباً، كما استخدم الاستبيان كأداة لجمع البيانات، وتم التوصل إلى النتائج التالية:

- وجود ارتباط دال إحصائياً ما بين الأحداث الصدمية من ناحية واضطراب الضغوط التالية للصدمة والاكتئاب من ناحية أخرى.
- لم تسجل فروق جوهرية بين المتزوجين والعازبين في الأحداث الصدمية والاكتئاب ودرجة التدين.
- لا توجد أية فروق دالة إحصائياً بين مختلف الطوائف في اضطراب الضغوط التالية للصدمة، كما لم تسجل فروق في الاكتئاب بين الطوائف عدا فروق بين الإناث الشيعة اللواتي ينتمين إلى الجامعة اللبنانية والمسيحيين الذين كانوا أقل اكتئاباً.
- توافقت هذه الدراسة مع الدراسة الحالية حول موضوع البحث وهو صدمة الحرب وما تخلفه من اضطرابات أهمها اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD) والاكتئاب والعلاقة بينهما، واختلفت معها في محور الدراسة حيث تناولت هذه الدراسة الطالب الجامعي أما الدراسة الحالية فتناولت اللاجئين، وكذا الاختلاف في المنهج المتبع بين المنهج الوصفي لهذه الدراسة والمنهج العيادي للدراسة الحالية.
- 2- دراسة (عبد الناصر القدومي) سنة 2001م بعنوان: " اضطراب الضغوط التالية للصدمة والتعايش مع عاهلدى آباء وأم هات شهداء انتفاضة الأقصى في محافظات نابلس وطولكرم وقلقيلية "، كلية العلوم التربوية، جامعة النجاح الوطنية، نابلس-فلسطين، وهدفت الدراسة التعرف إلى الضغوط التالية للصدمة ودرجة التعايش مع عاهلدى آباء وأم هات شهداء انتفاضة الأقصى في محافظات نابلس وطولكرم وقلقيلية، إضافة إلى معرفة أثر متغيرات صلة القرابة مع الشهيد والدخل الشهري للأسرة ومكان السكن، ولتحقيق ذلك تم الاعتماد على المنهج الوصفي، وأجريت الدراسة على عينة قوامها (100) مئة أب وأم للشهداء، واستخدم الاستبيان كأداة لجمع البيانات، وخلص إلى النتائج التالية:
- وجود فروق دالة إحصائياً في الضغوط التالية للصدمة بين الآباء والأمهات لصالح الأمهات، ولم تكن الفروق دالة إحصائياً بينهما في التعايش مع الصدمة.
- كما دلت النتائج على وجود فروق في الضغوط التالية للصدمة بين أصحاب الدخل المتدني والعالي ولصالح أصحاب الدخل المتدني.
- لا توجد فروق دالة إحصائياً في التعايش مع الصدمة.
- توافقت هذه الدراسة مع الدراسة الحالية من حيث البحث في اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD) الناتج عن صدمة الحرب، واختلفت معها في المنهج المتبع فالأولى اعتمدت المنهج الوصفي والثانية المنهج العيادي، وكذا في أن هذه الدراسة تناولت تعايش آباء وأمهات شهداء انتفاضة الأقصى للضغوط التالية للصدمة بينما الدراسة الحالية علاقة الاكتئاب لدى اللاجئين باضطراب ما بعد الصدمة.
- 3- دراسة (هاني محمد محمود حجازي) سنة 2004م بعنوان: " الخبرة الصادمة وعلاقتها بأعراض الاضطراب وبعض سمات الشخصية لدى أطفال شهداء انتفاضة الأقصى "، كلية التربية، الجامعة الإسلامية، غزة-فلسطين، هدفت هذه الدراسة التعرف إلى العلاقة ما بين الخبرة الصادمة واضطراب ما

بعد الصدمة، وبعض سمات الشخصية (الاكتئاب، القلق، الانبساط) لدى أطفال شهداء انتفاضة الأقصى، وتكونت عينة الدراسة من (176) مئة وسبعة وستون طفلاً، كما استخدم الاستبيان كأداة لجمع البيانات، وخلص إلى النتائج التالية:

- وجود علاقة طردية ضعيفة بين درجة الخبرات الصادمة ودرجة اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة.
 - توجد علاقة طردية دالة إحصائياً بين درجة التعرض للخبرات الصادمة ومستوى الاكتئاب.
 - لا توجد علاقة دالة إحصائياً بين درجة التعرض للخبرات الصادمة ومستوى القلق.
 - لا توجد علاقة دالة إحصائياً بين درجة التعرض للخبرات الصادمة ومستوى الانبساط.
- توافقت هذه الدراسة مع الدراسة الحالية من حيث البحث في اضطراب ما بعد الصدمة الذي يأتي نتيجة الحرب، واختلفت معها في تناول الخبرات الصادمة وعلاقته باضطراب ما بعد الصدمة وبعض سمات الشخصية، وكذا العينة المستهدفة بين أطفال الشهداء واللاجئين، والمنهج المتبع في البحث وأدوات الدراسة.

4- دراسة (حسينة زكراوي) سنة 2011م بعنوان: "البعد الثقافي للصدمة النفسية - صدمة اغتصاب المرأة في المجتمع الجزائري نموذجاً -"، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة منتوري، قسنطينة- الجزائر، تهدف الدراسة إلى بيان آثار الصدمة النفسية (الاغتصاب) على المرأة الجزائرية ببعديها النفسي والاجتماعي، اعتمد الباحث المنهج العيادي، وتكونت عينة الدراسة من (7) سبعة نساء تعرضن للاغتصاب، واستخدم المقابلة وأداة تحليل المحتوى كأدوات لجمع البيانات، وخلص إلى النتائج التالية:

- إعادة المعيشة الصدمية على شكل (تتأذر التكرار) حيث تظهر الأحلام والكوابيس الليلية المزعجة.

- إعادة المعيشة الصدمية على شكل (تتأذر التجنب) ويضم مختلف السلوكيات التجنبية المرتبطة بالحدث.

- إعادة المعيشة الصدمية على شكل (التأذر العصبي الإعاشي) تمثله أعراض فرط الاستثارة والتنبه.

- ظهور أعراض نفسية مصاحبة كالجرح النرجسي وانخفاض تقدير الذات والشعور بالذنب والإحساس بالعار ورفض الأثوثة.

وتوافقت هذه الدراسة مع الدراسة الحالية في تناولها لاضطراب ما بعد الصدمة، وكذا في المنهج المتبع وهو المنهج العيادي، واختلفت معها في محور الدراسة حيث تناولت هذه الدراسة النساء المغتصابات أما الدراسة الحالية فتناولت اللاجئين.

5- دراسة (جلال كايد ضمرة ويحيى حياتي نصار) سنة 2010 بعنوان: "أثر نموذج العلاج المعرفي السلوكي المركز على الصدمة في خفض أعراض الاكتئاب لدى عينة من أطفال الحروب"، كلية العلوم التربوية، الجامعة الأردنية، الأردن، هدفت إلى مقارنة أثر برامج علاجية قائمة على التدخلات المركزة على الصدمة والعلاج بالموسيقى في خفض الاكتئاب لدى عينة من أطفال الحروب، حيث ضمت الدراسة (30) ثلاثون طفلاً، واستخدم الباحث على مجموعتين (تجريبية وضابطة) قائمة اكتئاب الأطفال وبرنامج علاجي سلوكي معرفي، وتوصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

- توجد فروق في مستويات أعراض الاكتئاب في القياس البعدي ما بين أفراد المجموعة التجريبية والضابطة عند مستوى دلالة $\alpha=0.05$.

- توجد فروق في مستويات أعراض الاكتئاب في القياس خلال فترة المتابعة ما بين أفراد المجموعة التجريبية والضابطة عند مستوى دلالة $\alpha=0.05$.

- فاعلية البرنامج العلاجي في خفض مستويات الاكتئاب لدى عينة من أطفال الحروب.

توافقت هذه الدراسة مع الدراسة الحالية من حيث البحث في مستوى الاكتئاب الناتج عن صدمة الحرب، واختلفت معها في تناول الخبرات نموذج العلاج المعرفي السلوكي المركز، وكذا العينة المستهدفة المتمثلة أطفال الحروب في هذه الدراسة واللاجئين في الدراسة الحالية.

6- دراسة (هناء صلاح جمال أبو رمضان) سنة 2011م بعنوان: "حق العودة لدى اللاجئين الفلسطينيين -دراسة نفسية تحليلية-"، كلية التربية، الجامعة الإسلامية، غزة-فلسطين، تهدف الدراسة إلى معرفة الأبعاد النفسية المسؤولة عن تمسك اللاجئين الفلسطينيين بحق العودة اعتمد الباحث المنهج الوصفي التحليلي، وتكونت عينة الدراسة النهائية من (639) ستمائة وتسعة وثلاثون لاجئاً، واستخدم الاستبيان كأداة لجمع البيانات، وخلص إلى النتائج التالية:

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الانتماء إلى الوطن والتمسك بحق العودة وأبعاده التالية (البعد الاجتماعي، البعد الوطني، البعد الثقافي، البعد الاقتصادي، البعد الوجداني، البعد الديني، البعد السياسي) بالنسبة لأماكن الإقامة.

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث بالنسبة لمستوى الانتماء إلى الوطن والتمسك بحق العودة وأبعاده التالية (البعد الاجتماعي، البعد الوطني، البعد الثقافي، البعد الاقتصادي، البعد الوجداني، البعد الديني، البعد السياسي).

- توجد فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية في مستوى الانتماء إلى الوطن والتمسك بحق العودة بالنسبة للفئات العمرية لأفئدة العينة لصالح الأعمار الكبيرة.

- كما أظهرت نتائج الدراسة فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الانتماء إلى الوطن والتمسك بحق العودة الكلي بالنسبة للمستوى التعليمي، والفروق كانت لصالح المستويات التعليمية الثانوية فأقل.

توافقت هذه الدراسة مع الدراسة الحالية في محور الدراسة وهم لاجئي الحرب، واختلفت معها في المنهج المتبع، وفي الموضوع فهذه الدراسة دراسة نفسية تحليلية لحق العودة لدى اللاجئين الفلسطينيين أما الدراسة الحالية تبحث علاقة اضطراب ما بعد الصدمة بالاكتئاب.

II- الدراسات الأجنبية:

7- دراسة (D. Michultka; E. Blanchard & T. Kalous) سنة 1998م بعنوان: "الاستجابات تجاه الحرب الأهلية: تنبؤات والمواجهة النفسية"، هدفت هذه الدراسة التعرف إلى صدمة الحرب الأهلية لدى لاجئين من أميركا الوسطى مركزة على تشخيص اضطراب ما بعد الصدمة لارتباطه بتجارب الحرب، وتكونت عينة الدراسة (50) لاجئا بلغت أعمارهم ما بين (17-65 سنة)، استخدم الباحث الاستبيان كأداة لجمع البيانات، ودلت النتائج أن تشخيص اضطراب ما بعد الصدمة أفضل منبئ بعدد تجارب الحرب، وشدة صدمة الحرب، وكذا ارتفاع مستوى القلق والاكتئاب لدى اللاجئين.

توافقت هذه الدراسة في تناولها لمحور البحث وهم اللاجئين من الحرب الأهلية، وكذا أثر الحرب المتمثل في اضطراب ما بعد الصدمة وعلاقته بالاكتئاب، واختلفت مع الدراسة الحالية تناول متغير القلق وعلاقته باضطراب ما بعد الصدمة.

6- دراسة (R. Goldstein ; N. Wampler & P. Wise) سنة 1997 بعنوان: " أثر الحوادث الصادمة كخبرة الحرب على الأطفال اللاجئين في البوسنة "، البوسنة، هدفت الدراسة التعرف إلى أثر الحوادث الصادمة على الأطفال اللاجئين في البوسنة ، وقد أجريت هذه الدراسة على عينة مكونة من (304) ثلاثمائة وأربعة أطفال من أطفال البوسنة اللاجئين، واستخدم الباحث اختبار على شكل استبيان موجه للآباء كأداة لجمع البيانات، ومن أهم النتائج التي توصلت إليها الدراسة أن الأطفال يعانون آثار الحوادث الصادمة سواء كانت هذه الحوادث قائمة ومستمرة أو فيما بعد، وكانت هذه الآثار هي القلق والحزن وصعوبات في النوم.

توافقت هذه الدراسة مع الدراسة الحالية في صدمة الحرب وتأثيرها على اللاجئين، واختلفت مع الدراسة الحالية في موضوع الدراسة حيث تناولت هذه الدراسة أثر الحدث الصادم المتمثل في الحرب على الأطفال اللاجئين.

تعقيب على الدراسات السابقة:

من خلال عرض الدراسات السابقة تتبين تأثير الصدمات بشكل عام وصدمة الحرب بشكل خاص على الصحة النفسية للفرد، وظهور العديد من الاضطرابات النفسية كاضطراب ما بعد الصدمة، والاكتئاب، والقلق وغيرها.

فقد قدمت الدراسات السابقة اضطراب ما بعد الصدمة الناتج عن الصدمات المختلفة كالحرب والاعتصام وعلاقته ببعض المتغيرات كالاكتئاب والقلق، وكذلك الاكتئاب لدى اللاجئين والمهاجرين إلى خارج بلدانهم، وكذا لاجئي الحرب من بلدانهم نحو بلدان أخرى.

وفي ظل الأوضاع التي تعيشها بعض الدول العربية من حروب ودمار وانتشار اللاأمن، اضطروا مواطنو هذه البلدان إلى ترك أوطانهم واللجوء إلى أراضي غيرها بحثاً عن الأمن والطمأنينة، الأمر الذي أفرز ظاهرة اللجوء التي يعيشها المواطن السوري كغيره ممن يعيش نفس ظروفه، ولأن الجزائر تعد من البلدان المستقبلية للاجئين السوريين تأتي هذه الدراسة لتقصي الحالة (المعاش النفسي) لهؤلاء بعدما خبروا اضطراب ما بعد الصدمة الناتج عن ظروف الحرب القائمة.

خامساً: الفرضيات.

1- الفرضية الرئيسية:

- تظهر الأعراض الاكتئابية لدى المصاب باضطراب ما بعد الصدمة من اللاجئين السوريين بالمسيلة.

2- الفرضيات الفرعية:

- يعاني اللاجئون السوريون بالمسيلة من أعراض معيشة الحدث الصدمي في شكل أحلام وكوابيس وأفكار متكررة (تتأذر التكرار).

- يعاني اللاجئون السوريون بالمسيلة من أعراض وسلوكيات تجنبية لكل ما يذكرهم بالحدث الصدمي (تتأذر التجنب).

- يعاني اللاجئون السوريون بالمسيلة من أعراض فرط الاستثارة وسرعة التنبيه (التأذر العصبي الإعاشي).

- يعاني اللاجئ السوري بالمسيلة والمصاب باضطراب ما بعد الصدمة من ظهور أعراض اكتئابية شديدة .

سادساً: المفاهيم الأساسية للدراسة.

1- اضطراب ما بعد الصدمة:

هي مجموعة الخبرات السلبية التالية للصدمة والتي تتمثل في الشعور بتكرار الحدث، والاضطرابات الانفعالية، وتجنب التفكير بالصدمة، والقابلية المرتفعة للاستثارة. (Allen, 1986) ويقدم الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع (DSM-IV) استناداً إلى الرابطة الأمريكية للطب النفسي تعريفاً للاضطراب على النحو الآتي: "إنه فئة من فئات اضطرابات القلق، حيث يعقب تعرض الفرد لحدث ضاغط نفسي أو جسدي، غير عادي، في بعض الأحيان بعد التعرض له مباشرة، وفي أحيان أخرى ليس قبل ثلاثة أشهر أو أكثر بعد التعرض لتلك الضغوط". (DSM-IV, 1994, P 463) ولأغراض الدراسة الحالية يعرف اضطراب ما بعد الصدمة بأنه هو مجموعة من الأعراض النفسية والانفعالية والاجتماعية التي يعاني منها اللاجئين السوريون بالمسيلة، والناجمة عن التعرض لصدمة الحرب، وتتضمن ثلاثة أقسام: إعادة اختبار الأحداث الصادمة، والتجنب، والإثارة الانفعالية المرتفعة.

2- الاكتئاب:

يعرف بيك الاكتئاب على أنه حالة عيادية تكون مصحوبة بتغيرات مزاجية وعقلية وجسمية تتمثل في صورة: الحزن والعزلة واللامبالاة وانخفاض تقدير الذات واضطرابات في النوم والشهية، ونقص الليبيدو، وعداء الذات وانخفاض في النشاط. (Beck, 1995, P 40) ولأغراض الدراسة الحالية يعرف الاكتئاب بأنه الدرجة التي يتحصل عليها اللاجئ السوري بالمسيلة على مقياس بيك للاكتئاب التي تدل على توافر بعض هذه الأعراض أو أغلبها: مثل الحزن والتشاؤم والإحساس بالفشل.

3- اللاجئ:

تعرف هيئة الأمم المتحدة اللاجئ بأنه الشخص الذي يتواجد خارج البلد الذي يحمله جنسيته بسبب مخاوف حقيقية من الاضطهاد بسبب الدين، والعرق، والانتماء إلى طائفة اجتماعية معينة أو ذات رأي سياسي، وغير قادر أو راغب بسبب هذه المخاوف في الاعتماد على حماية دولته أو العودة لبلده بسبب المخاوف من الاضطهاد. (البزايعة، 2012، ص 18) ولأغراض الدراسة الحالية يعرف اللاجئين السوريون بأنهم الأشخاص الذين أجبروا على ترك بيوتهم سواء بشكل فردي أو جماعي خوفاً من الاضطهاد بسبب حالة العنف المستشري في الواقع السوري واللجوء إلى الجزائر بمدينة المسيلة.

الفصل الثاني

الفصل الثاني: اضطراب ما بعد الصدمة

تمهيد.

أولاً: التطور التاريخي لمفهوم لاضطراب ما بعد الصدمة.

ثانياً: مفهوم اضطراب ما بعد الصدمة.

ثالثاً: أسباب اضطراب ما بعد الصدمة.

رابعاً: النظريات المفسرة لاضطراب ما بعد الصدمة.

خامساً: أعراض ومعايير تصنيف اضطراب ما بعد الصدمة.

سادساً: الجدول الإكلينيكي لاضطراب ما بعد الصدمة.

سابعاً: علاج اضطراب ما بعد الصدمة.

ثامناً: مسار ومآل اضطراب ما بعد الصدمة.

خلاصة.

تمهيد:

إن الحياة الإنسانية عرضة دائما لتهديدات المحيط الذي يتواجد فيه الإنسان، ولا يمكن لأي شخص مهما كانت مناعته قوية أن يقف في وجه بعض المواقف المؤلمة التي تهدد كيانه وتسلبه الراحة والأمان، فتعرضه للخوف والرعب والمواقف المقلقة التي يشعر بالضعف أمامها وتجعله عاجزا عن المقاومة، هذه المواقف المحبطة لها تأثير بالغ على تكامل شخصيته واتزانها مما يعرضه لأزمات نفسية متعددة لاحقا.

وأكبر تهديد يمكن أن يتلقاه الإنسان هو تلك المواجهة المفجعة مع الموت من جراء الكوارث الطبيعية (كالزلازل والفيضانات والأعاصير...) أو التي من صنع الإنسان (كالحروب والاعتداءات والاعتصاب...)، ما يدفعه إلى التفكير في احتمال الموت في أية لحظة، وأطلق على هذه المواجهة مع تهديد الحياة مصطلح العصاب الصدمي أو اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD).

حيث سنحاول من خلال هذا الفصل المتعلق باضطراب ما بعد الصدمة إلقاء الضوء على الاضطراب عبر المراحل التاريخية المختلفة، وكذا مفهوم الاضطراب وأسبابه، وأهم النظريات التي فسرت اضطراب ما بعد الصدمة (التحليلية، السلوكية، المعرفية، التوجه البيولوجي والبيوكيميائي)، وكذا أعراض ومعايير تصنيف الاضطراب حسب الدليل التشخيصي للطب النفسي والدليل التشخيصي لمنظمة الصحة العالمية العقلية، والجدول الإكلينيكي لاضطراب ما بعد الصدمة، وأهم العلاجات النفسية والدوائية، وأخيرا مسار ومآل اضطراب ما بعد الصدمة.

أولاً: التطور التاريخي لمفهوم لاضطراب ما بعد الصدمة.

لا يعتبر اضطراب الضغوط التالية للأحداث الصدمية مفهوماً جديداً بل ظهر في عدة حضارات قديمة، حيث أوضح (تشارلز فيجيلي) أن في الحضارة الفرعونية ومن خلال الكتابات المصرية القديمة التي تضمنت أوصافاً لردود الفعل الإنسانية للأحداث الصدمية ومن أبرزها ما ذكر في كتابات (كونوس بيروس *Kunus Pyprus*) عام 1900 قبل الميلاد، أن مفهوم اضطراب الضغوط التالية (PTSD) للأحداث الصدمية كان موجوداً. (الرشيدي، 2001، ص 22)

كما يرجع باحثون آخرون مفهوم رد الفعل الصدمي إلى الحضارة الإغريقية القديمة فقد كتب المؤرخ الإغريقي (هيرودوت) أن جندياً أثنياً أصيب بالعمى بعد مشاهدته موت أحد الجنود في معركة الماراثون عام 490 قبل الميلاد، وبقي طول حياته أعمى. (عرعار، 2009، ص 46)

وأشارت بعض الأعمال الأدبية العالمية لمفهوم اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD)، حيث ورد وصف الحالة التي كان يعانيها (هوتسبور *Hotspur*) في رواية الملك هنري الرابع للشاعر الإنجليزي وليام (شكسبير *Shakespeare*) (1564-1616)، حيث كانت الحالة تعاني أعراضاً تشبه إلى حد كبير أعراض اضطراب ما بعد الصدمة، من أحلام مزعجة متعلقة بالحرب، والشعور بالوحدة وفقدان اللذة والسرور، فقدان النوم والإحساس بالألم في المعدة، والنظرة الشاردة والسوداوية.

وتصف مذكرات (صاموئيل بيبز *Samuel Pepys*) في القرن السابع عشر صورة من أعراض شعر بها هو ذاته وآخرون ممن بقوا على قيد الحياة، إثر حريق لندن الكبير في عام 1666 حيث قدم دالي وصفاً لاستجابات بيبز المتمثلة في أحلام مزعجة عن الحريق رعب وخوف شديد، والشعور بالأرق، والغضب، والاكتئاب وهذه الأعراض تشبه إلى حد كبير أعراض اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD). (O'Brien, 1999, P 7)

وتطور مفهوم اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD) عبر علم النفس المرضي والطب النفسي من خلال إسهامات عالم الأعصاب الفرنسي (مارتن شاركو *M. Charcot*) في تطور المفهوم عند ملاحظته الأفراد الذين يعانون أعراض مثل الأفعال القهرية والنسيان والآلام الجسمية الشديدة من دون أي سبب طبي أو عصبي وقد خلص شاركو باستخدام التنويم المغناطيسي لتحديد أسباب الهستيريا أو الأعراض السابقة إلى أن صدمات الطفولة وغيرها من الصدمات التي تعتبر أحد أسباب الهستيريا وغيرها من الأعراض لدى هؤلاء الأفراد التي توصف في عصرنا أنها ترتبط ب"اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD)" وقد شددت اكتشافات شاركو اهتمامات الكثير من العلماء مثل فرويد، جانيه وبروير. وأطلق عليها اسم

"النورستينيا الهسترية الصدمية" كما أن فرويد وجانيه سموها "العصاب الصدمي". (عرعار، 2009، ص 47)

كما أسهمت الحرب العالميتين الأولى (1914-1918) والثانية (1939-1945) بقدر وافر في إتاحة الفرصة لأعمال متعددة ودراسات مختلفة حول "عصاب الحرب"، حيث أحصى الأمريكي (مابل براون *Mabel Brawn*) عام 1918 حوالي (400) أربع مائة مرجع خاص بالآثار النفسية التي خلفتها الحروب في جرده البيوغرافي المتعلق بالدراسات التي أقيمت حول الموضوع باللغة الفرنسية. (Crocq, 2000, PP 12-13)

كما سجل فردريك (موت *F.Mot*) عام 1919 و(آرنيس سوزار *A.Southard*) الآثار العصبية والنفسية المتعلقة بالحروب، وقد صك موت مصطلح "صدمة القذائف" *Shell Shock* التي افترض أنها تعود إلى صدمة بالدماغ.

ووقف (مايرز *Myers*) موقفا مختلفا في تفسير صدمة القذائف في فرنسا، حيث ميز بين فئتين من (2000) ألفي حالة، تعامل معها ما بين فترة 1914-1918، الفئة الأولى فئة "رجة القذائف" *Shell Concussion* وهي حالة عصبية تحدث عن إصابة جسمية أما الفئة الثانية فئة "صدمة القذائف" *Shell Shock* وهي حالة نفسية تحدث عن الضغوط الشديدة المصحوبة بالخوف الشديد. (الرشيدي، 2001، ص 22)

وافترض (كاردنر *Kardiner*) أن المفاهيم السابقة: صدمة القذائف، عصاب المعارك، عصاب الحرب، إجهاد المعارك، إنهاك الحرب تحمل معنى مشترك لأنها تشير إلى الاضطراب العام المكتسب نتيجة لضغوط الحرب، حيث تبين أن استجابات الجنود لمواقف الحرب العالمية الأولى وطبيعتها ومدتها تراوحت ما بين انهيارات نفسية تسببت في عجز حوالي 10% من الجنود الأمريكيين وإحالتهم على التقاعد و4% من الجنود الإنجليز المصابين باضطرابات "صدمة القذائف" أو "إجهاد المعارك" أو "عصاب المعارك" وهي مسميات أصبحت تطلق على الصدمات المتعلقة بالمعارك الحربية أثناء الحرب العالمية الأولى، أما (أدلر *Adler*) فقدم مفهوم "المضاعفات النفسية التالية للصدمة" ليصف حالة الأفراد الناجين من حريق وقع ببوسطن وتمثلت الحالة في سيطرة الأفكار المتعلقة بالصدمة، الأرق، والأحلام المزعجة. (عرعار، 2009، ص 49)

ومع مشارف الحرب العالمية الثانية، تراكم قدر كبير من الخبرة العيادية لدى بعض ممارسي الصحة النفسية الذين شخّصوا آلاف من الحالات الطبية النفسية المرتبطة بالحرب وعلاجها فقد قدم (جرينكر وسبيجل *Grinker & Spiegel*) سنة 1945، أعراضا للجنود العائدين الذين يعانون عصاب

الحرب وخاصة أعراض العدوان، الاكتئاب، عدم الاستقرار، اضطراب الذاكرة، والنشاط الزائد في الجهاز العصبي السمبثاوي، إدمان الكحول، اضطراب التركيز، الأحلام المزعجة، الخوف الشديد (الرهاب) والشك.

كما أشارت دراسات (ووف وريبلي *Woff & Ripley*) سنة 1947، التي أجريت على أسرى عائدين إلى أوطانهم في الحرب العالمية الثانية بعد ثلاث سنوات أسر وتعذيب في اليابان، أن 22,9% منهم كانوا يعانون مخاوف وأحلاما مزعجة متعلقة بالحرب واضطراب الذاكرة والتبدل الانفعالي والإجهاد المزمن وضعف التركيز والغضب والاكتئاب. (الرشيدي، 2001، ص ص 29-30)

وعرف اضطراب ما بعد الصدمة (*PTSD*) في النسخ المحررة من طرف الجمعية الأمريكية للطب النفسي، والتي تجسدت في الدليل التشخيصي والإحصائي باستثناء النسخة الأولى (*DSM I*-1952) والثانية (*DSM II*-1968)، وكان من الغريب أن الدليل التشخيصي والإحصائي الأول والثاني لم يشير إلى أي اضطراب نفسي ناتج عن أحداث صدمية، رغم ذلك التاريخ الزاخر بالأحداث الصدمية بمصطلحات مختلفة عبر السنوات الطويلة ولكنها تشترك عموما في أعراض معينة وصفت بها عبر التاريخ السابق لغاية عام 1980 أين عرف اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة (*PTSD*) بشكل رسمي عندما ورد في الطبعة الثالثة للدليل التشخيصي والإحصائي (*DSM III*)، وأفردت له فئة تشخيصية مستقلة تتدرج تحت اضطرابات القلق. (الخواجة، 1996، ص 314)

وواصل ظهوره في الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث المعدل الصادر عام 1987 وكذلك الرابع (*DSM IV*)، الصادر عام 1994 ثم الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل (*DSM IV-TR*) الصادر عام 2000، حيث ورد اضطراب ما بعد الصدمة (*PTSD*) أو حالة ما بعد الصدمة كحالة مستقلة تضمن مجموعة من الاضطرابات الحصرية، كما تتميز بتطور الأعراض النموذجية التي تأتي بعد حادث مجهود يثير أعراض واضحة كالقلق، والشعور بالعجز عند أغلب الأفراد، والتي تحدد منذ وقت الظهور إلى ستة أشهر بعد التعرض للصدمة النفسية. (زكراوي، 2011، ص 104)

ثانياً: مفهوم اضطراب ما بعد الصدمة.

أعطيت عدة مفاهيم لاضطراب ما بعد الصدمة (PTSD) وذلك لاختلاف مشارب والأطر النظرية لكل من يقوم بتعريف أو تقديم مفهوم للمصطلح السابق.

حيث لاحظنا مع تطور المفهوم عبر التاريخ، اختلافا كبيرا في تسمية المصطلح، وكان عموما يعود بالدرجة الأولى في بعض الأحيان إلى السبب المباشر الذي أدى إلى ظهور الأعراض المميزة له، حيث سمي بمفاهيم متعددة، عصاب التعويضات، عصاب الحرب، عصاب الرعب، صدمة القذائف أو استنزاف المعركة أو تعب القتال. إلى أن سمي العصاب الصدمي مع بروز مدرسة التحليل النفسي، أما الأطباء النفسانيون فسموه الكارثة، في حين أطلق علماء النفس العياديون عليه اسم اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD)، وفيما يلي نعرض بعض التعريفات للاضطراب.

تعرف **الرابطة الأمريكية للطب النفسي** في تصنيفها الرابع (DSM IV) اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD) 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". (DSM IV, 1994, P 463)

ويعرف **الدليل التشخيصي (CIM 10) لمنظمة الصحة العالمية (WHO)** اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD) بأنه: "استجابة متأخرة لحادثة أو موقف ضاغط جداً، تكون ذات طبيعة تهديدية أو كارثية، تسبب كرباً نفسياً لكل من يتعرض لها تقريباً، من قبيل كارثة من صنع إنسان، أو معركة أو حادثة خطيرة، أو مشاهدة موت آخر، أو أخرى في حادثة عنف، أو أن يكون أفراد ضحية تعذيب أو إرهاب، أو اغتصاب، أو جريمة أخرى" (صالح، 2002، ص 82)

ويعرفه **فيكرام باتل** بأنه: "حالة من الكرب النفسي تحدث لشخص عرف تجربة معرضة للموت". (باتل، 2008، ص 295)

كما يعرفه **(سيلامي Sillamy)** بأنه: "حالة من الضغط متولدة عن حدث انفعالي عنيف قد يكون عدوان نفسي، حالات خطيرة، أو كارثة طبيعية، أين يعيد الفرد المصدوم من خلاله معيشة الحدث على شكل أحلام متكررة وصور، ويكون في حالة إنذار، كما تظهر أحيانا مشاعر الذنب، والإحساس باقتراب الموت". (Sillamy, 2006, P 205)

ويعرف الباحث اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD) بأنه عبارة عن أزمة تنتج عن التعرض لحدث صادم وتتميز بأن الفرد يعاود الشعور بأنه يعيش الخبرة الصادمة ويتجنب ما يذكره بها، وتتخدر عواطفه ويزداد توتره وتيقظه وردود فعله الحادة اتجاه الأحداث الضاغطة.

ثالثاً: أسباب اضطراب ما بعد الصدمة.

يمر بعض الأفراد بخبرات مؤلمة مختلفة وهذه الخبرات قد تؤدي بهم إلى الإصابة باضطراب ما بعد الصدمة (PTSD)، نذكر من هذه الخبرات ما يتعلق بصدمة الحرب ما يلي:

- مشاهدة أعمال العنف والقتل والدم.
- التعرض للتعذيب والخطف والاعتداء...
- الانفصال عن الأهل بسبب أعمال الحرب والعنف أو لأسباب أخرى.
- التهجير وتدمير المنزل والانفجارات.
- الإصابة الجسدية والإعاقة.
- الحرمان الشديد من الحاجات الأساسية بسبب الحرب مثلاً.
- التهديد بالقتل والخطف والاعتقال والضرب.
- الاعتداء الجنسي. (يعقوب، 1999، ص ص 158-159)

رابعاً: النظريات المفسرة لاضطراب ما بعد الصدمة.

تعددت وجهات النظر حول تفسير أسباب اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD) والتي يمكن أن نوجز أهمها فيما يلي:

1- مدرسة التحليل النفسي:

يعتبر التوجه التحليلي أن ما يصاب بعد تعرض الفرد لصدمة نفسية هو وظائف النزوات التي تبدو لها علاقة مباشرة بالحياة النفسية للفرد وكذا بوحدته الجسدية.

وقد ذهب (فرويد) إلى أن نتائج الصدمة المتأخرة لها علاقة بكيفية استجابة أو ردة فعل الذات بمواجهة الهجوم الكاسح للحدث الصدمي، كما فسر (فرويد) أن حدوث الصدمة غالباً ما يؤدي بالضحية إلى تراجع في وظائفها الشبقية وانكفاءها على نفسها، فهي تبحث بهذا عن إطار حماية وأمان يحميها من الخارج، فمثلاً نجد أن البرود الجنسي وإلغاء كل تمتع جنسي يحصلان غالباً على إثر صدمة الاغتصاب. ولعل أهم عرض أخذ بعين الاعتبار حسب التوجه التحليلي والذي وصف كأهم محور رئيسي ضمن التصنيف الأمريكي لاضطراب الضغوط التالية للصدمة (PTSD) في (DSM IV) هو واقع

"التكرار العرضي" لحالة إلحاح التذكر المرتبطة بشكل مباشر بالحدث الصدمي أو بخبرته السلبية، والذي يعبر عن عدم قدرة الشخص أو الضحية على مواجهة فرصة اللقاء مع الواقع التي فرضته الصدمة النفسية فجأة، مما يحدث انكسار في الأنا، كما يعمل هذا التكرار كمحاولة غير قابلة لتحقيق هدفها إما إعادة فرصة الالتقاء مع الواقع الصدمي بكيفية أخرى والتعامل معه نفسياً، أو هدف آخر هو إنكار هذا اللقاء مع الواقع بخلق أوضاع تمويهية أو بناءات خيالية من أجل جعله ملغياً ومسقطاً.

إن هذا التكرار يدل عطب في الوظيفة الرمزية التي تدخل ضمن الدورة التكرارية لحداد مستحيل، ففي كل تكرار يفلت من الذات استيعاب الحدث الواقعي فيها فيصبح موضوعاً منفصلاً ومعلقاً لا يخضع لعملية الفصل فيزيد تكراره بشكل حداد مستمر. (زكراوي، 2011، ص ص 111-112)

والتكرار سواء تعلق بالكوابيس أو بتناذر تجنبي فهو يترجم محاولة الترميز، مما يبقى الفرد المصدوم في وضعية يحاول تجاوزها من خلال سعيه وراء لقاء جديد ووراء حداد يجب أن يقام دون قدرة تحقيقه، فهذا الواقع الصدمي ليس له مخرج في البداية سوى بتكراره.

ويضيف فرويد في هذه الحالة أن مبدأ اللذة له وظيفة في الصدمة وهي اعتباره كعامل منشئ لنزعة التكرار، فالنوم المقطوع مثلاً بأحلام تكرارية تمثل الحدث لها وظيفتين إحداها: إعادة تأهيل الذات حيث يتكرر التفكك النفسي الناتج عن الصدمة ضمن أطر البناء وأن يستوعب البنية المتماسكة للذات بفضل عملية الترميز هكذا يستطيع المصاب أن يسيطر على الحدث مما يساعد على إعادة النظام الدفاعي الذي كان غائباً بسبب فجائية الحدث.

أما الأخرى، فلي عملية الترميز تهدف إلى إعادة التمثيل واستيعاب الفرق بين ما قبل الصدمة وما بعد الصدمة لاستعادة الدال الناقص في عملية الترميز، فتصبح الذات السلبية المتلقية فقط للحدث ذات فاعلة، ونضيف أن الترميز يسمح بدخول الفرد إلى حيز الزمنية فبالرغم من أن مجمل الآثار الصدمية تنظم إلى نزعة الموت من خلال اضطراب التكرار وكذا عودة الشيء غير المرغوب فيه عن طريق ذكراوية، إلا أنها في الوقت ذاته تهدف إلى شفاء الفرد من هلعها وهذا ما صرح به فرويد أن آلية الصدمة وآلية التكرار تساعد الذات في بعض الحالات على إعادة استيعاب الذكرى الصدمية ضمن شبكتها الدلالية الخاصة عن طريق ترميزها. (حب الله، 2006، ص ص 230-231)

2- المدرسة السلوكية:

من منطلق الاعتماد على البيئة وأهمية التعلم بنوعية الإشراف الكلاسيكي والإشراف الإجرائي في تحديد السلوك بنوعية السوي وغير السوي، واللذان يخضع كليهما إلى قانون التعلم حسب المنظور السلوكي، أجريت العديد من الدراسات من بينها دراسة (كين Keane) وفق المنهج الإشرافي في "اضطراب الضغوط ما بعد الصدمة (PTSD)"، فإلى الإشراف الكلاسيكي في زمن وجود حادث صدمي يتسبب في اكتساب الفرد استجابة خوف شرطية لتنبئه طبيعي غير مشروط، فنجد مثلاً رجلاً تعرض لحادث سيارة قد يظهر خوفاً كبيراً من ركوب السيارة مستقبلاً، وهذا يفسر حسب السلوكيين بالتعليم التجنبي الذي يهدف إلى خفض التوتر والقلق، وعليه فإن هذا الخوف الناجم عن تنبيه مرتبط بحادث صدمي يقود فعلاً إلى سلوك تجنبي لدى المصابين باضطراب ما بعد الصدمة (PTSD). (زكراوي، 2011، ص 113)

3- المدرسة المعرفية:

يقوم هذا التوجه على افتراض أن الاضطرابات النفسية تنتج عن أفكار غير عقلانية وخاطئة بخصوص الذات وأحداث الحياة التي يعيشها الفرد، وعليه وضع (فاو Fao) وزملاؤه نظرية معرفية لتفسير اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD)، خلاصتها أن الأحداث الصدمية تهدد افتراضاتنا العادية أو السوية بخصوص مفهوم الأمان، فالمرأة التي تعرضت للاغتصاب مثلاً قد تشعر بعدم الراحة والأمان في حضور أي رجل تقابله فيما بعد مما يقود هذا إلى تكوين بنية كبيرة للخوف في الذاكرة بعيدة المدى وبالتالي تمر هذه الضحية بخبرة نقص في القدرة على التنبؤ وضعف السيطرة على حياتها مما يسبب معاشتها لمستويات عالية من القلق ويقاس هذا على صدمات نفسية أخرى أيضاً.

وقد أضاف (كيلي Kelly) تفسيرات مختلفة بخصوص القلق والخوف والتهديد والتي اعتمد عليها (ملير Millier)، ليفسر أن الفرد بتعرضه لحادث صادم، يشكل له معلومة جديدة وغريبة عن مخططة الإدراكي فتشكل له تهديداً ينجم عنه اضطراب في السلوك.

رغم أن التوجه المعرفي قدم بعض التغيرات المعرفية المصاحبة لاضطراب ما بعد الصدمة، إلا أنه أغفل عن جوانب أخرى كذلك المتعلقة بالعوامل الوراثية، أو لماذا يكون أفراد أكثر تأثراً من غيرهم في الإصابة بهذا الاضطراب. (صالح، 2002، ص 89)

4- التوجه الحياتي أو البيولوجي:

يقوم هذا التوجه على افتراض تدخل عوامل وراثية تؤدي إلى حدوث الاضطراب وذلك من خلال دراسة تجريبية أجريت على التوائم حيث توصل (سكر *Skre*) وآخرون إلى تطابق كبير بين التوائم الأخوية واستنتج أن النتائج تدعم فرضية مساهمة الوراثة في سببية اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD). إضافة إلى ما جاء به (فوي *Foy*) وآخرون حول إصابة الأفراد بعد تعرضهم إلى المعارك بهذا الاضطراب، وأن هؤلاء وجد أنهم ينتمون إلى عوائل أو أقارب واستنتجوا أن الأفراد الذين يعيشون في أسرة يعاني فيها أحد الأفراد من أمراض نفسية تتكون لديه القابلية والاستعداد للإصابة باضطراب ما بعد الصدمة (PTSD). (زكراوي، 2011، ص 110)

5- التوجه البيوكيميائي:

يركز هذا التوجه النظري على العوامل البيوكيميائية حيث افترض العديد من المنظرين أن التعرض لحدث صدمي يؤدي إلى إصابة الغدة الكظرية، وتحديدًا في إفراز مستويات النورادرينالين والدوبامين وكذا زيادة الإثارة الفيزيولوجية، مما ينجم عنها استجابة مروعة من الخوف والجفلة التي تظهر على الفرد بشكل سريع، وهناك افتراضات أخرى تشير إليها بعض الدراسات فيما يخص الزيادة في نبضات القلب، وارتفاع في الضغط الدم، والزيادة في النشاط العصبي اللاإرادي لدى المصابين باضطراب ما بعد الصدمة (PTSD)، كما ظهرت أيضا افتراضات حول إصابة الجهاز المناعي لدى الأفراد الذين تظهر عليهم اضطرابات نفسية بعد الكارثة، حيث تضعف المناعة النفسية للفرد مما تجعله غير قادر على مواجهة الحدث الصدمي.

ويضيف (أيزنك *Eysenck*) أن التوجه الحيائي لتفسير اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD) لا يمكنه أن يأخذ بعين الاعتبار بمعزل عن الفروق الفردية في حساسية الأفراد أو قابليتهم للإصابة بالاضطراب. (صالح، 2002، ص 87)

خامسا: أعراض ومعايير تصنيف اضطراب ما بعد الصدمة.

يحدث اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD) بعد تجارب مرعبة، وهو يصيب الكثير من الأشخاص الذين تعرضوا لحوادث صدمية (كالحروب، الاغتصاب، العنف الأسري، الكوارث الطبيعية، الكوارث المصطنعة، الاعتداءات العنيفة).

ويعاني المصابون بـ اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD) من أفكار مرعبة ومستعصية وذكريات مؤلمة عن الحادث، وشعور بالبرود الانفعالي، والحادث الصدمي الذي سبب هذا الاضطراب ينطوي دوماً على تهديد الحياة والإنذار بقرب الموت.

ويستذكر المصدومون دوماً حادث الصدمة في صورة كوابيس واستذكارات مزعجة خلال النهار، وقد يعانون من مشاكل في النوم والكآبة والشعور بالانعزال والبرود العاطفي، وانعدام الحس وسرعة الاستثارة، وقد يتلاشى الاهتمام بالأمر التي اعتادوا على ممارستها، وقد يشعرون بالهيجان والعنوانية أكثر من ذي قبل، ويكونون أشد عنفاً، وعادة ما تثيرهم أشياء تذكّرهم بالحادث، وقد يؤدي إلى اجتنابهم لأماكن ومواقف معينة، تثير الذكريات الأليمة لديهم.

وقد يكون هذا الاضطراب مصحوباً بالكآبة أو العدوانية الشديدة أو القلق، وتتراوح شدة أعراضه بين المعتدلة والحادة، وقد تكون هذه الأعراض سهلة التهيج، وتولد نوبات عنيفة، ففي الحالات الحادة، يعاني المصابون من سوء التكيف في العمل والعلاقات الاجتماعية، وقد يعاني المصاب من أوهام كسماع الأصوات، أو شم روائح فيتوهم أن حادث الصدمة يعود من جديد، وفيما يخص قسماً من المصابين، فإن أعراض اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD) تكون قصيرة الأمد وسريعة الزوال، لكن القسم الآخر يعاني باستمرار لشهور أو سنوات ولا يتحسن هؤلاء إلا من خلال التدخل العلاجي. (يونس، 2005، ص 581)

وفيما يلي نتناول أعراض اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD) حسب كل من الدليل التشخيصي الرابع للجمعية الأمريكية للطب النفسي والدليل التشخيصي العاشر لمنظمة الصحة العالمية العقلية.

1- حسب الدليل التشخيصي للطب النفسي (DSM IV):

ورد اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD) في (DSM IV) كحالة مستقلة تتضمن مجموعة من الاضطرابات الحصرية، كما تتميز بتطور الأعراض النموذجية التي تأتي بعد حادث مجهود يثير أعراض واضحة كالقلق، الشعور بالعجز عند أغلب الأفراد، والتي تحدد منذ وقت الظهور إلى ستة أشهر بعد التعرض للصدمة النفسية، وهي كما يلي:

أ- التعرض لحادث صدمي: الشخص الذي يتعرض لحادث صدمي يتوفر في ما يلي:

- أن يعيش الفرد أو يكون شاهداً، أو يواجه حادثة أو أحداث تتضمن الموت أو التهديد أو الإصابة الخطيرة، أو رؤية أحد يموت أو ينزف دماً، وتهدد سلامته أو سلامة الآخرين.
- تتميز استجابة الشخص بالخوف الشديد، الرعب، العجز.
- ب- **إعادة خبرة الحدث الصدمي:** وهي أن يستعيد المريض أو يتذكر الحدث الصدمي الذي خبره بوحدة أو أكثر من الطرائق التالية:
 - التذكر الدائم والاقترام المتكرر للحدث بما فيه من صور أو أفكار أو مدركات تسبب الحزن والهم والتوتر، وعند الأطفال يعبر عن جوانب الصدمة بواسطة اللعب التكراري.
 - أحلام مزعجة وكوابيس متكررة لها علاقة بالحدث الصدمي، وعند الأطفال نجد أحلام مرعبة دون إدراك لمعناها ومحتواها.
 - انطباعات فجائية بأن الحدث الصدمي سيعاود الوقوع ويتضمن ذلك معايشة الخبرة مرة أخرى من خلال أوهام وهلاوس والرجوع بالذاكرة إلى الأحداث الماضية بصورة تفككية وقد يحدث هذا في حالة اليقظة أو عندما يكون الفرد مخدراً بالعقاقير أيضاً، وعند الأطفال تحدث إعادة تمثيل الصدمة.
 - الشعور بألم نفسي حاد بمجرد استحضار جوانب الحدث الصدمي من خلال التعرض لإشارات داخلية أو خارجية ترمز له.
 - رد فعل فيزيولوجي بمجرد التعرض لمؤشرات داخلية أو خارجية قد تؤدي إلى إعادة الخبرة الصادمة.
- ج- **التجنب الدائم للمثيرات المرتبطة بالصدمة:** ويستدل عليه من خلال:
 - بذل جهد لتجنب الأفكار أو المشاعر أو الحوادث المرتبطة بالصدمة.
 - بذل جهد لتجنب الأنشطة والأماكن والأشخاص الذين يذكرون الفرد بالوضعية الصدمية.
 - عدم القدرة على تذكر جانب مهم من الصدمة.
 - انخفاض ملحوظ في الاهتمام والمشاركة في الأنشطة التي ترتبط أو ترمز للصدمة.
 - الابتعاد عن الآخرين والشعور بالعزلة عنهم.
 - تقييد العواطف وعدم القدرة على الإحساس بمشاعر الحب.
 - الإحساس بمستقبل مسدود، حيث لا يتوقع الفرد أن تكون له مهنة أو أن يتزوج أو حتى أن تكون له حياة عادية.
- د- **ظهور أعراض فرط الاستثارة:** والتي لم تكون موجودة قبل الصدمة ويستدل عليها من خلال:

- صعوبات تتعلق بالنوم.

- سرعة الاستثارة والهيجان مع ظهور نوبات غضب.

- صعوبات في التركيز.

- حذر وتيقض شديد.

- الاستجابة المفاجئة والمبالغ فيها للأمور المروعة (حالة إجمال).

هـ- أن يستمر الاضطراب (إعادة خبرة الحدث الصدمي، التجنب الدائم للمثيرات المرتبطة بالصدمة،

ظهور أعراض فرط الاستثارة) لمدة شهر واحد على الأقل.

ويؤدي الاضطراب إلى معاناة شديدة أو ضعف واضح في الأنشطة والمهام الاجتماعية أو

المهنية ويتحدد باعتباره حاداً إذا استمرت الأعراض أقل من ثلاثة أشهر، ومزمناً إذا استمرت الأعراض

ثلاثة أشهر أو أكثر. (زكراوي، 2011، ص ص 106-108)

2- حسب الدليل التشخيصي لمنظمة الصحة العالمية العقلية (CIM 10):

قدمت المراجعة العاشرة لتصنيف منظمة الصحة العالمية العقلية وصفا شبيها بتصنيف

(DSM IV) لاضطراب الضغوط ما بعد الصدمة (PTSD)، وتعد الاستجابة لعامل الضغط اضطراباً

عابراً يأتي في غياب اضطراب عقلي موجود من قبل، ومن ثمة يتناقص مباشرة وهذا تبعاً لفجائية الحدث

وقوته، والتي تكون تابعة لقابلية الشخص للجرح وقدرته على مواجهة الصدمة، فنتج أعراض غالباً ما

تكون متذبذبة، مع وجود أعراض عصبية إعاشية لحصر مرعب، وكذا ظهور تظاهرات انفعالية اكتئابية

أو حصرية كنوبات الغضب، والشعور بالفقدان، وبعض التظاهرات السلوكية العدائية، التي يمكن أن تأخذ

طابع العزلة والانفعال الشديد مصحوبة بيقظة مفرطة، واستجابة الهروب التي تزول بعد دقائق أو ساعات

أو ثلاثة أيام إذا بقي عامل الإجهاد، مع نسيان كلي أو جزئي. (Crocq, 1999, P 22)

فحالة الضغط ما بعد الصدمة هي استجابة متأخرة لحادث وقتي (ضغط وقتي كان أو دائم)

استثنائياً يتسم بطابع التهديد، وتظهر أهم أعراضه في شكل إعادة وتكرار لذكرات الحدث مع أحلام

متكررة للخبرة الصدمية .

وتظهر بعض العلامات العرضية كلالانفصال وفتور عواطف وكل ما يتعلق باستحضار وتذكر

الحدث من أماكن أشخاص أو روائح... في السنة أشهر التي تلي الحدث الصدمي ونذكر من بين أهم

أعراضها:

- مواجهة طويلة أو قصيرة للحدث الضاغط ذو الطبيعة التهديدية أو الكارثية والذي ينتج عنه

القلق واليأس.

- إعادة معايشة الحدث أو الخبرة الصدمية بشكل قهري أو اقتحامي لذكرات مكررة وشعور بالضيق عند مواجهة عامل شبيه بعامل الضغط.

- ظهور التجنب كعرض لم يكن موجودا قبل التعرض للحدث الضاغط.

- عدم القدرة أو العجز عن تذكر مظاهر مهمة للحدث سواء بشكل جزئي أو كلي.

- ظهور الحساسية المفرطة وبعض الأعراض الدائمة والمستمرة مثل:

- صعوبة في النوم أو في الحفاظ عليه.

- صعوبة التركيز.

- سرعة العصب.

- يقظة مفرطة.

- استجابة الجفلة المبالغ فيها. (زكراوي، 2011، ص ص 109-110)

وعليه يمكن القول أن (اضطراب الضغوط التالية للصدمة) أو (إجهاد ما بعد الصدمة) أو

(اضطراب ما بعد الصدمة) مهما كانت المسميات سيحدد بمعايير رئيسية تحضري باتفاق خبراء الطب

النفسي وعلماء النفس.

سادسا: الجدول الإكلينيكي لاضطراب ما بعد الصدمة.

توصف حالة إجهاد ما بعد الصدمة أو اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD) بمجموعة من

التنازلات العرضية المميزة نذكر منها ما يلي:

1- تناذر التكرار والاقتحام:

تعتبر ظاهرة التكرار أحد الأوجه الأكثر تميزا وحدثا في الاضطرابات الذاتية التي تعقب التعرض

للصدمة، ويلاحظ هذا على مستوى الأحلام، العرض، أو في عمليات الاجترار أو الاستذكار، كل هذا

يظهر رغم الزوال النسياني لعامل الصدم، فكل تصور عقلي "تصور متكرر" عن الخبرة الصدمية غير

الدمجة عقليا والتي تعيد إنتاج الانفعال الأصلي فالتكرار إذا هو ميكانيزم منظم لاستجابة "حالة داخلية"

تهدف إلى التخفيف من حدة التوترات عن طريق تفريغها بكميات - طاقة أو إثارة - قصد إحياء حالة ما

بعد الصدمة (PTSD) التي كان عليها الفرد فهو بهذا له وظيفة تفريغية. (Damiani, 1997, P 133)

وقد تعاد الخبرة الصدمية من جديد على شكل:

- **الذكريات المتكررة:** وهي مجموعة الصور أو الأفكار أو الخيالات والمدرجات التي تجتاح فكر الشخص المتعرض للصدمة مسببة لديه الشعور بالضيق كما تفرض نفسها على لا وعيه، غير أنه يحاول في الكثير من الأحوال التخلص منها عن طريق اجترارات عقلية. (Crocq, 1992, P 60)

- **الأفكار المتكررة والكوابيس:** أولى فرويد بعد حرب العالمية الأولى اهتمامه حول الحلم فبعد أن كانت نظريته مرتكزة على مبدأ اللذة بمقدار ما يوفره من تحقيق رغبة وحارس نوم، إلا أن النوم المقطوع بأحلام تظهر بعد الحدث الصدمي يغرق الذات ويخلق حالة من القلق والرعب فيثير إحساساً بعدم الراحة، وبهذا استنتج أن التكرار الملحوظ في عملية الصدمة يخضع لموجبين ضروريين لإعادة تأهيل الذات من جهة، فيتكرر التفكك النفسي الناتج عن الصدمة ضمن إطار إعادة البناء من أجل جعل ما كان عنيفاً وخيالياً ويتمظهر في شكل هوام قديم يمكن أن يستوعب البنية المتماسكة للذات عن طريق الترميز، ومن جهة أخرى تهدف عملية الترميز هذه بعد إقرار التصور والتمثيل إلى استيعاب الفرق بين "قبل" و "بعد" الصدمة.

وبالتالي في مثل هذه الحالة الصدمية المرفقة بأحلام صدمية ذات الطبيعة الصدمية لا تهدف إلى تحقيق رغبة كما قال فرويد سابقاً وكأنها خاضعة لمبدأ اللذة، وإنما تعمل على استحضار الخوف والهلع الذي عايشه الفرد أثناء مفاجأته بالصدمة من أجل تمكين نظام الدفاع من الاستنفار لاحتواء الحدث وتمثيله ضمن شبكة رمزية تمثيلية وبالتالي إعادة تشغيل ناجح لمبدأ اللذة. (حب الله، 2006، ص 277)

- **الانطباعات الفجائية:** يعيد الفرد المتعرض لصدمة نفسية أو لحدث صدمي مهما كانت طبيعته الخبرة السلبية المرتبطة به عن طريق أحلام تكرارية وكوابيس مزعجة إضافة إلى ذكريات، أفكار، أهوام أو هلاوس، مشاهد تفككية تجسد عودة التكوينات المرتبطة بالصدمة من خلال منثرات أو تنبيهات تستحضرها أو تستدعيها مرة ثانية ضمن ما يعرف بـ"الصورة الإحيائية" مصحوبة بأعراض إعاشية كنبوات الذهول والهلع ونبوات القلق والبكاء والغضب، إضافة إلى بعض السلوكيات العدوانية اللفظية أو الحركية مع الشعور الدائم بالتهديد، كما قد تكون طبيعة هذه التنبيهات: شخص، رؤية مكان يشبه الحدث، روائح..... الخ (Crocq, 1992, P 60)

2- السلوكيات التجنبية (التناذر التجنبي):

تعني ظهور استجابة تجنبية لدى الفرد لم تكن موجودة لديه من قبل تعرضه للصدمة فحسب السلوكيين يرجع هذا السلوك التجنبي إلى أن الحدث الصدمي يتسبب وفقاً للإشراط الكلاسيكي اكتساب الفرد لمخاوف شرطية لتنبئه طبيعي غير مشروط، مما يجعله عن طريق التعلم التجنبي يسلك سلوكيات تجنبية بسبب الخوف المرتبط بالحدث الصدمي كروية شخص، أو اشتمام رائحة أو رؤية مكان شبيه

بمكان الحدث، فإن المواضيع المتصلة مباشرة بالحدث بصفة شعورية تنتقل فيما بعد إلى مواضيع عامة كالأماكن العمومية أو الأشخاص ذوي المرفولوجية المشابهة. (Damiani, 1997, P 134).

إضافة إلى عرض التجنب تظهر أعراض أخرى كالفتور العاطفي، وقلة الدافعية نحو العمل أو نشاطات أخرى، حالة الاستنفار الدائمة التي تظهر من خلال المبالغة في اتخاذ الحيطة والحذر، إحساس الشخص المصدوم بالعزلة والابتعاد عن الآخرين.

ويمكن أن نخلص في الأخير إلى أن التجنب يعمل كآلية موظفة لآليات دفاعية الغرض منها تفادي تناذر التكرار.

3- أعراض فرط الاستشارة (التناذر العصبي الإعاشي):

تظم مجمل الأعراض المتعلقة بفرط النشاط العصبي الإعاشي والتي تظهر نتيجة للرعب والذعر والهلع التي يصبح عليها الشخص بعد تعرضه للصدمة، حيث نجد أن إعادة المعاشة الصدمية المرتبطة بأعراض فرط الاستشارة تكون نتيجة للمثيرات أو التنبيهات المرتبطة بالحدث والتي تبقى على شكل آثار مثبتة في الذاكرة كأثار حسية، تهدد نوم الضحية عندما يأتي عنصر واقعي لتنشيطها في اللحظة. (Damiani, 1997, P 134)

سابعاً: علاج اضطراب ما بعد الصدمة.

علاج اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD) يكون موجهاً للأفراد الذين عايشوا حوادث خاصة أو صدمات كالحوادث الطبيعية والحوادث الناتجة عن عنف بشري، هؤلاء الأفراد يمكن أن يكونوا مدنيين، أو عسكريين، أو عمال يمارسون المهن ذات مخاطر.

كل هؤلاء الأفراد واجهوا فجأة الموت، إدراك الموت والذات أو الآخرين، وهم يتواجدون في وضعية إجهاد مع تزعزع توازنهم الداخلي مما يسبب خلل التنظيم لذاتهم. ما يستوجب التدخل العلاجي الذي تختلف طرقه باختلاف الظروف، وهنا تظهر احتياجات لازمة للعلاج نذكر منها:

- استعادة الأمان: وذلك بنقل المصاب إلى مكان يشعر فيه بالأمان والطمأنينة بعيداً عن مكان الحادث (وان كان هذا غير متاح في كثير من الأحيان).

- استعادة القدرة على التعامل مع عواقب الحدث الصادم: من خلال مساعدته على معرفة ما حدث له بشكل يحتمله وعيه مع إيجاد بدائل مناسبة لإقامته ورعايته.

- استعادة شبكة الدعم والمساندة: من خلال إحاطته بمن تبقى من أفراد أسرته وأقاربه، وجمعيات الدعم والمساندة في المجتمع.

- إمكانية استيعاب الخبرة الصادمة: في البناء المعرفي البسيط خلال إعطاء تفسير ومعنى لما حدث. (أبو شريفة، 2011، ص 33)

وعلاج اضطرابات ما بعد الصدمة (PTSD)، وهو مجال نما في المجتمعات الغربية والعربية، وظهر علم نفس الصدمات الذي يبحث في المصائب والكوارث التي تحل بالإنسان، ويعالج ما يتولد عنها من اضطرابات نفسية، وفيما يلي عرض لبعض العلاجات لاضطراب ما بعد الصدمة (PTSD):

1- العلاج النفسي:

الفكرة الأساسية في العلاج النفسي تتلخص في إزالة الضغط النفسي الواقع على المصاب (وذلك بإبعاده عن مصادر الخطر والتهديد بقدر الإمكان) ثم مساعدته على التنفيس عما تراكم بداخله من مشاعر وذكريات إثاء وقوع الحدث، ويتم هذا بشكل تدريجي في جو آمن ومدعم حتى يستطيع في النهاية استيعاب آثار الصدمة وتجاوزها. ويلي ذلك تعليم المصاب مهارات مواجهة الأحداث حتى تزداد مناعته في مواجهة أحداث مماثلة، ويمكن أن يتم ذلك من خلال جلسات علاج فردي أو علاج أسري يضم أفراد الأسرة أو علاج جمعي يضم المصاب مع آخرين واجهوا أحداث مشابهة.

والعلاج النفسي (الفردي أو العائلي أو الجمعي) غالبا ما يأخذ الوجهة التدعيمية للمصاب ولأسرته ويقوم على أساس العلاج المعرفي السلوكي الذي يساعد على استيعاب الحدث في البناء المعرفي من خلال إعطائه معنى لما حدث ثم التغلب على الآثار السلوكية الناتجة من خلال تمارين الاسترخاء أو التعرض التدريجي لمثيرات القلق مع تقليل الحساسية أو التعرض الفيضاني في وجود دعم ومساندة. (أبو شريفة، 2011، ص 34)

وفيما يلي نعرض أهم العلاجات النفسية التي تم استخدامها في علاج اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD):

أ- العلاج السلوكي:

تكمن أهمية العلاج السلوكي من خلال التعديل المباشر للسلوك اللائق (كالقلق والذعر المرضي) وتنمية التفكير العقلاني والايجابي، من خلال إعانته على تنمية طرق جديدة من التفكير في الذات والعالم، بغرض التخفيف من أعراض الاكتئاب والاضطرابات الانفعالية المصاحبة للاضطراب، وتدريب المريض على اكتساب مهارات تعديل السلوك المرضي، ويتم ذلك بطريقتين:

- إما بضبط جوانب السلوك المرضية وكفها من التعرض للمواقف التي أحاطت بظهور الاضطراب، سواء بالطريقة التدريجية أو بالغمر.

- وإما بتشجيع وتنمية السلوك الصحي من خلال التدريب على ممارسة نشاطات سلوكية بناءة وسارة تتعارض مع السلوك المرضي.

وتتلخص الافتراضات النظرية في العلاج السلوكي في استجابة المريض لذكريات الحوادث الصدمية هي التي تنتج المظاهر الأولية لاضطرابات الضغوط التالية للصدمة (PTSD)، كما افترض أن الملامح الثانوية لهذه الاضطرابات تتسبب بشكل مباشر أو غير مباشر في ردود فعل المريض لهذه الذكريات ومن ثم فإن تذكر المريض للحدث الصدمي هو بؤرة الاهتمام في المدخل السلوكي لعلاج الاضطراب. (إبراهيم، 2000، ص 63)

ب- العلاج المعرفي السلوكي:

العلاج المعرفي السلوكي من أكثر صيغ العلاج النفسي نجاحا في التغلب على اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD)، وللعلاج المعرفي السلوكي مكونين رئيسيين: الأول أنه يهدف بالأساس إلى تغيير المعارف وأنماط التفكير المحيطة بالحدث الصادم، والثاني أنه يحاول تغيير السلوكيات في المواقف المحرصة على أو المثيرة للقلق.

وبالتالي مساعدة المصاب على التخلص من الأفكار اللاعقلانية واللاواقعية التي ترافق التعرض لصدمة، ويعتمد العلاج المعرفي السلوكي على ما يلي:

- إعادة تحديد الحادث حتى يكتسب معنى منسقا في هذا العالم.
- إيجاد معنى في هذه الخبرة.
- تغيير السلوك لمساعدة الفرد على منع الحادث من أن يعاود الحدوث.
- البحث عن المساندة الاجتماعية. (أبو حلاوة، 2008، ص 12)

ج- العلاج الجماعي:

يتضمن العلاج الجماعي كما يستخدم في علاج اضطرابات الضغوط التالية للصدمة (PTSD)، مجموعة من المرضى الذين يشتركون في الاضطرابات ذاتها بالإضافة إلى المعالج بطبيعة الحال، وفيها مميزات من أهمها أنهم يشاركون بعضهم بعضا الخبرات ذاتها، ويتقاسمون المشكلات عيناها، ويقدمون سندا انفعاليا لبعضهم البعض.

ومن المهم اللجوء إلى معالج نفسي صاحب خبرة معروفة في علاج مثل هذه الحالات، ومن المهم أن يكون متعاطفا مع المصاب، كالمؤسسات العلاجية مثلا يستطيعون تقديم النصيحة وعادة ما يكونون على اتصال بالمعالجين المختصين في هذا المجال.

د- العلاج الاجتماعي والديني:

وذلك بتنشيط شبكة الدعم الاجتماعي (أو ما تبقى منها) بدءًا بالأسرة (أو بعض أفرادها الموجودين) ثم العائلة الكبيرة ثم المدرسة ثم المسجد جمعيات المساندة الأهلية. وقد ثبت من الأحداث دور الرموز والقيادات الدينية في مساعدة الصغار والكبار على استيعاب الأحداث الدامية والتعامل معها بشكل تكفي من خلال إعطاء المعنى الإيجابي لها من وجهة النظر الدينية الأعمق إضافة إلى أثر المفاهيم والأخلاقيات والممارسات الدينية على تماسك الأسرة، والعائلة والمجتمع تحت مظلة التكافل الاجتماعي والتراحم والتلاحم. (أبو شريفة، 2011، ص ص 35-36)

هـ- البرامج التدريبية:

نظرا لنقص الخدمات الطبية عموما والنفسية بوجه خاص في مجتمعاتنا، ونقص الكوادر المدربة على التعامل مع مثل هذه الحالات رغم كثرتها بين الصغار والكبار، فإن ذلك يستلزم تدريب عدد كاف من الأطباء والأخصائيين النفسيين والاجتماعيين وأعضاء هيئة التمريض والمدرسين على اكتشاف هذه الحالات والتعامل معها بشكل جيد، ويمكن تحقيق هذا الهدف من خلال عدد المحاضرات وورش العمل حول هذا اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD) المنتشر في مجتمعاتنا، كما يمكن طباعة كتيبات مبسطة توزع على المستشفيات والمدارس ودور العبادة تبين كيفية مساعدة من تعرضوا للأحداث الصادمة وتأثروا بها. (مهدي، 2004، ص 27)

2- العلاج الدوائي:

هناك بعض الأدوية التي ثبتت فاعليتها في علاج هذا اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD) ومنها مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات مثل الأميرامين (تفرانيل)، والاميتريبتيلين (تريبترول)، ونبدأ بجرعات صغيرة منها وبراعى في استخدام هذه الأدوية الاطمئنان على سلامة القلب بواسطة الفحص الإكلينيكي وعمل رسم القلب خاصة إذا زادت الجرعة، وهناك مجموعة من الأدوية الأحدث وهي مانعات استرداد السيروتونين الانتقائية (SSRIS)، تمثل: الفلوكستين، والسيتالوبرام، والسيرترالين، والباروكستين، والفلوفوكسامين وغيرهم، وهذه المجموعة تتميز بأن أعراضها الجانبية أقل وتقبلها أفضل.

وتوجد بعض الأدوية المساعدة نذكر منها مضادات القلق مثل البرازولام (زاناكس)، ومضادات الصرع مثل: كارابامازيبين (تيجريتول)، وفالبروات الصوديوم (ديباكين)، ويمكن استخدام البروبرانولول (أندال) بجرعات بسيطة في حالة زيادة ضربات القلب أو وجود المظاهر الجسمية للقلق (التعرق والرعدة وعدم الاستقرار). (أبو شريفة، 2011، ص 33)

ثامنا: مسار ومآل اضطراب ما بعد الصدمة.

من المعروف أن اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD) يأخذ بعض الوقت كي تظهر أعراضه وهذا الوقت يتفاوت فيقصر في بعض الحالات إلى أسبوع ويطول في حالات أخرى ليصل إلى ثلاثين سنة، وتتفاوت شدة الأعراض من وقت لآخر ولكنها تبلغ ذروتها في أوقات الانضغاط النفسي وقد تبين الدراسات التي أجريت على الحالات النمطية من اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD) ما يلي:

- 30% من الحالات يتم شفاؤها تماما.
 - 40% يستمرون في المعاناة من بعض الأعراض البسيطة.
 - 20% يعانون من أعراض متوسطة الشدة.
 - في حين يبقى 10% كما هم أو يتدهورون أكثر.
 - وهناك علامات تشير إلى توقع المآل الجيد ومنها:
 - ظهور الأعراض بعد وقت قصير من وقوع الحادث.
 - قصر مدة الأعراض (أقل من ستة أشهر).
 - إلقاء أداء الشخصية قبل الاضطراب.
 - وجود تدعيم اجتماعي جيد.
 - وأخيرا عدم وجود اضطرابات نفسية أخرى مصاحبة للحالة.
- وقد وجد بشكل عام أن المآل قد يصبح أسوأ في حالات الأطفال وكبار السن مقارنة بمتوسط العمر لانقضاء هاتين الفئتين لقدرات المواجهة ومهارات التكيف. (Kapplan, 1998, P 81)

خلاصة:

من خلال ما سبق يمكن القول أن الصدمة النفسية حادثة قوية تترك لدى الفرد آثاراً لا تمحى

مدى الحياة، وذلك نتيجة لما يتعرض له الفرد من ضغوطات ومشاكل خطيرة تثقل عاتقه وتفكيره ولا

يستطيع التكيف والتعامل معها والتخلص منها، وهذا ما يجعله يعاني من التوتر والانفعالات الزائدة التي

تخلف من ورائها عواقب وخيمة تؤدي إلى اضطرابات مختلفة.

ففي الأخير يمكن أن نصل إلى نتيجة مفادها أن الصدمة النفسية تعبر عن حالة انفعالية تنسم

بالرعب والفرع والهلع يعايشها الفرد نتيجة تعرضه لتجربة عنيفة، مؤلمة، مفاجئة تترك في طياتها "خبرات

صدمية" سلبية متعلقة بالحدث الصدمي ومهددة بالموت، كما تعكس اختلال التوازن على جميع

المستويات الانفعالي، السلوكي، الجسدي، العلائقي والمعرفي، ويمكن أن تكون هذه الحالة مؤقتة إذا

استطاع الفرد إعطاء تفسير واضح وسوي للوضعية التي عايشها خلال تعرضه للحدث، كما قد تتطور

إلى اضطراب نفسي مزمن (اضطراب ما بعد الصدمة PTSD) يكون لديه انعكاسات سلبية في مجالات

عدة تستدعي التدخل والتكفل بالوسائل المتاحة في مجال الصدمة النفسية، خاصة المختص النفسي للقيام

بمهمته على أحسن وجه للوصول بالفرد المتعرض للصدمة إلى القدرة على استرجاع توازنه النفسي وقدراته

ورغبته في الحياة ومباشرة أعماله اليومية.

الفصل الثالث

الفصل الثالث: الاكتئاب

تمهيد.

أولاً: التطور التاريخي لمفهوم الاكتئاب.

ثانياً: مفهوم الاكتئاب.

ثالثاً: أسباب الاكتئاب.

رابعاً: أنواع الاكتئاب.

خامساً: النظريات المفسرة للاكتئاب.

سادساً: أعراض ومعايير تصنيف الاكتئاب.

سابعاً: علاج الاكتئاب.

ثامناً: مسار ومآل الاكتئاب.

خلاصة.

تمهيد:

شهدت الفترة الأخيرة بداية من النصف الثاني من القرن العشرين أعداد متزايدة من حالات الاكتئاب، حيث انتشر هذا المرض بصورة وبائية في كل مجتمعات العالم، ولم يسلم من الإصابة به الرجال والنساء والأطفال والشيوخ، ولعل ذلك هو الدافع إلى وصف هذا العصر بعصر الاكتئاب.

حيث يعتبر الاكتئاب أحد الأمراض النفسية أو المظاهر النفسية التي يعاني منها العديد من الأفراد، ويتسم بالشعور بالإحباط، والفقدان الذي يظهر في المراحل العمرية المختلفة عبر الحياة، وبذلك فإن الفرق في الاكتئاب لا يكون في النوع ولكن في الدرجة.

ومصطلح اكتئاب في حد ذاته يشير إلى درجة تتراوح من المزاج الطبيعي الذي يتأثر أغلبنا بأي تغير في حياتنا سواء تأثر بسيط أو شديد، ومعظم الأفراد يصيبهم اكتئاب خفيف، استجابة للعديد من الأحداث الصادمة في حياتهم، بينما عدد أقل لديهم رد فعل اكتابي شديد تجاه نفس هذه الأحداث، ويعتمد تشخيص الاكتئاب لدى الأفراد أو قابليتهم للإصابة به على عوامل عديدة كالعوامل البيولوجية والوراثية، والعوامل النفسية التي ربما تتأثر بالعوامل الخارجية.

وفي هذا الفصل سنحاول حيث سنحاول التعرف على التطور التاريخي لمفهوم الاكتئاب، وكذا مفهوم الاكتئاب وأسبابه النفسية والاجتماعية والجسمية والوراثية، إضافة إلى أنواعه وأهم النظريات المفسرة (التحليلية، السلوكية، المعرفية، السيكوبولوجية، والتوجه البيوكيميائي والفيزيولوجي والحديث)، وكذا أعراض ومعايير تصنيف الاكتئاب حسب الدليل التشخيصي للطب النفسي والدليل التشخيصي لمنظمة الصحة العالمية العقلية، وأهم العلاجات النفسية والدوائية، وأخيرا مسار ومآل الاكتئاب.

أولاً: التطور التاريخي لمفهوم الاكتئاب.

الاكتئاب النفسي مرض قديم قدم الإنسانية وسجل لنا التاريخ وصفا لمرض الاكتئاب في أوراق البردي التي تركها قدماء المصريين قبل الميلاد بحوالي 1500 عام، وهذا أول تاريخ مكتوب يتم رصده من أوراق البردي التي تم العثور عليها وترجمتها، ومما ورد في هذا التاريخ أن هذا المرض كان موجودا بصورة تشبه تماما ما نراه الآن وأن هذه الحالات كان يتم تشخيصها وعلاجها ببعض الطرق في مصر القديمة، كما وردت بعض الدلائل على وجود الاكتئاب في الحضارات الأخرى.

ولعل أول ما سجله التاريخ المكتوب أن (أمتحب) الذي لقب فيما بعد أبو الطب أسس في مدينة منف القديمة في مصر معبدا تحول إلى مدرسة للطب ومصلحة لعلاج الأمراض البدنية والنفسية، وقد ورد في مراجع التاريخ أيضا أن أمراض النفسية ومنها الاكتئاب كان يتم الاهتمام بها وعلاجها بوسائل وطرق تتشابه كثيرا مع الطرق المستخدمة في العلاج في وقتنا الحالي، وقد ورد وصف للأنشطة الترفيهية والعلاج بالماء واستخدام الإيحاء والعلاج الديني للاضطرابات النفسية، كما احتوت البرديات القديمة على بعض النظريات التي تربط الأمراض النفسية مثل الاكتئاب بحالة الجسم وأمراض القلب وهذا يتماثل مع النظريات الحديثة التي تؤكد العلاقة بين الجسد والنفس وبين الأمراض العضوية والأمراض النفسية.

وقد ورد في كتب العهد القديم قصة (شاول) التي أصابته الأرواح الشريرة بحالة اكتئاب عقلي دفعه إلى أن يطلب من خادمه أن يقتله وعندما رفض الخادم الانصياع لأمره أقدم هو على الانتحار. وفي كتابات الإغريق هناك بعض الإشارات عن طريق الأساطير وعن طريق الشعر والأدب إلى حالات تشبه الاكتئاب النفسي بمفهومه الحالي، فقد ورد في جمهورية (أفلاطون) بعض التفاصيل عن حقوق المرضى النفسيين وكيفية علاجهم والعناية بهم وكان (أبقرط) الذي أطلق عليه أيضا أبو الطب من أوائل الذين وصفوا حالة الاكتئاب النفسي ونقيضه مرض الهوس وصفا لا يختلف عن الوصف الحالي، وقد ربط أبقرط بين الجسد والروح أو بين الجسم والعقل وأكد وجود تأثير متبادل بينهما كما توصل إلى أن المخ هو مركز الإحساس وليس القلب وكان بذلك صاحب نظرة شاملة في الطب العضوي والنفسي، وقام الأطباء الرومان بوصف بعض الأمراض من بينها الاكتئاب وتم تصنيفه إلى نوع خارجي وداخلي مثل بعض التصنيفات الحديثة في الطب النفسي. (الشرييني، 2001، ص ص 17-19)

وتحتوي الكتابات القديمة على وصف لوسائل العلاج المتبعة في ذلك الوقت ومنها ضرب المرضى أو منع الطعام عنهم حتى يتم حفز الذاكرة وإعادة الشهية للمريض، واستخدام وسائل التسلية والترفيه مثل الرياضة والموسيقى وقراءة بعض النصوص للمريض إلى بيئة ملائمة للراحة والهدوء النفسي.

أما في العصور الوسطى فقد شهدت أوروبا تخلفاً حضارياً انعكس على النظرة إلى المرضى النفسيين وطرق التعامل معهم وأساليب علاجهم وكان هؤلاء المرضى في أوروبا يتعرضون للقسوة الشديدة في التعامل معهم عن طريق الحرق والضرب بقسوة والعزل في أماكن غير ملائمة ظناً بأنهم تتلبسهم أرواح شريرة. (النجمة، 2008، ص ص 10-11)

أما عند المسلمين فقد ذكر (الرازي) أن المسلمين الأوائل عرفوا الاكتئاب وأطلقوا عليه مسميات عديدة فمنهم من أطلق عليه الهم والوجد ومنهم من أطلق عليه "المانخوليا" كما ذكر بأن كثرة التفكير والأعمال الذهنية تجلي "المانخوليا" وتؤدي إلى إصابة الإنسان بالحمى والهزال العام. (الليثاني، 1996، ص 41)

وفي القرن الرابع عشر الميلادي تم إنشاء أول مستشفى "بيمارستان" حمل اسم "قلاوون" في القاهرة وتم تخصيص مكان في هذا المستشفى لعلاج المرضى العقليين بطريقة آمنة للمرة الأولى ، وبعد أن ظل التفكير في أن المرض النفسي هو نتيجة للسحر ومس الجن والأرواح الشريرة سائداً لوقت طويل بدأ التفكير العلمي في علاج هذه الأمراض بصورة تشبه علاج الأمراض العضوية الأخرى. وبعد مرور مئات السنين حدث تطور في أوروبا وأمريكا شمل وسائل العلاج بصفة عامة وعلاج الأمراض النفسية على وجه الخصوص ، حيث ظهرت فكرة المصحات العقلية والمستشفيات المفتوحة كبديل للأماكن المغلقة التي تشبه السجون والتي كان يوضع بها المرضى النفسيين ثم ظهرت فكرة المستشفيات النهارية التي يمضي المريض بها وقته أثناء النهار حيث يتناول الطعام والعلاج ثم يعود إلى منزله ليلاً، كذلك بدأت فكرة المستعمرات المتسعة التي يعيش بها المرضى وسط الأسوياء وإلحاق بعض المرضى ليعيشوا مع بعض الأسر التي تقبل القيام برعايتهم وتقديم لهم المعونة للتخلص من حالتهم المرضية.

وفي بداية القرن الماضي أثمر التفكير العلمي في الأمراض النفسية بصفة عامة عن ظهور النظريات الحديثة التي تحاول تفسير أسباب الأمراض النفسية ووصف علاماتها وتم للمرة الأولى تصنيف الأمراض النفسية بأسلوب علمي يخضع للمراجعة المستمرة وكان العالم (كربلن) أول من فصل بين حالات الاكتئاب والهوس ووصف مرض الفصام ثم جاء العالم (فرويد) 1856-1936 بنظريته التي أحدثت ثورة كبيرة في مفاهيم الأمراض النفسية التي تقوم على أن الاكتئاب يحدث نتيجة مباشرة لفقد شيء هام بالنسبة للفرد ونتيجة للضغوط والعوامل المحيطة به. (الشربيني، 2001، ص ص 20-21).

ثانياً : مفهوم الاكتئاب.

ظهرت مفاهيم عديدة للاكتئاب، وكانت هناك العديد من المحاولات من قبل الباحثين لوضع تعريفات مختلفة للاكتئاب، وبلا شك فإن هناك صعوبة في حصر كل هذه المحاولات، وفيما يلي عرض لبعض هذه التعريفات على سبيل المثال لا الحصر.

تعرفه **الرابطة الأمريكية للطب النفسي** في تصنيفها الرابع (*DSM IV*) بأنه: "اضطراب يتميز بوجود أعراض تمثل تغيراً في الأداء الوظيفي وهي: المزاج المكتئب غالبية اليوم، النقص الواضح في الاهتمام والمتعة بأي شيء، نقص الوزن الملحوظ، قلة أو زيادة في النوم، الشعور بالتعب وفقدان الطاقة على العمل، الشعور باللامبالاة، نقص القدرة على التفكير والتركيز واتخاذ القرارات، أفكار متكررة عن الموت أو أفكار انتحارية". (*DSM IV, 1994, P 61*)

ويعرف **الدليل التشخيصي (CIM 9) لمنظمة الصحة العالمية (WHO)** الاكتئاب بأنه: "اضطراب يتميز بحزن غير مناسب، ينشأ عادة من تجربة مضايقة، ولا يتضمن في مظهره توهما أو هذياناً، ولكن يغلب انشغال المريض بصدمة نفسية سابقة على مرضه موجودة غالباً فيه، ولا يقوم التمييز العصابي الاكتئابي والذهاني على درجة الاكتئاب ولكن على وجود أو عدم وجود الخصائص العصابية أو الذهانية وعلى درجة الاضطراب في سلوك المريض". (المحيسري، 1983، ص 113)

ويعرف **حامد عبد السلام زهران** الاكتئاب بأنه: "حالة من الحزن الشديد المستمر، تنتج عن الظروف المحزنة الأليمة، وتعبّر عن شيء مفقود، وإن كان المريض لا يعي المصدر الحقيقي لحزنه". (زهران، 1997، ص 514)

ويرى **عبد المطلب القريطي** أن الاكتئاب هو: "حالة من الشجن المتواصل والحزن المستمر، لا يدرك الفرد مصدرها على الرغم من أنها تتجمّع عن خبرات أليمة، وأحداث مؤثرة انفعالياً قد مرت به . وتتميز هذه الحالة بهبوط في الطاقة النفسية والحركية، والشعور بالإعياء من أقل مجهود، وبالقلق وعدم الارتياح، وفقدان الاهتمام بالأشخاص والأشياء والأحداث، والنشاطات والهوايات والترفيه، وعدم المقدرة على الاستمتاع بالحب، والأحاسيس المبهجة في الحياة. كما تتميز بسيادة مشاعر اليأس والذنب وفقدان القيمة والثقة بالنفس، واللامبالاة بالأحداث الجارية، وفقدان المقدرة على التركيز والتحكم، أو الضبط والتوجيه الذاتي، ويصاحب بعض الحالات هذات وأوهام وهلاوس، كما تشيع لدى الحالات الحادة أفكار أكثر سوداوية تدور حول الموت والمحاولات الانتحارية". (القريطي، 1998، ص 141)

ويعرف **(إنجرام Ingram)** الاكتئاب بأنه: اضطراب مزاجي أو وجداني، ويتسم ذلك الاضطراب بانحرافات مزاجية تفوق التقلبات الأخرى". (فايد، 2004، ص 60)

ويعرف الباحث الاكتئاب أنه الحالة التي يشعر فيها الفرد بالحزن والقنوط والغم والعجز واليأس والذنب، مصحوبة بانخفاض في النشاط النفسي والذهني والحركي، وضعف الاهتمام بالأمور الشخصية والاجتماعية، وكره الحياة، وتمني الموت، وتتباين درجة حدته من حالة إلى أخرى.

ثالثاً: أسباب الاكتئاب.

1- الأسباب النفسية:

يرى المحللون النفسيون أنه إذا لم تشبع الحاجات النرجسية للفرد المهيأ للإصابة بالاكتئاب يصبح تقديره لذاته في خطر، وحينئذ يكون مستعداً للقيام بأي عمل ليرغم الآخرين على الالتفات إليه، وقد يلجأ إلى الذلة والمسكنة لإرغام مصادر الإشباع الخارجية على أن تكون طوع بده، وكثيراً ما ينجح في محاولة التحايل على بيئته. (جلال، 1986، ص 112)

ومن أهم أسباب الإصابة بالاكتئاب: التوتر، والانفعال، والإحباط، والفشل، وخيبة الأمل، والكبت، والقلق، وضعف الأنا الأعلى، والصراع اللاشعوري، والشعور بالإثم، والرغبة في عقاب الذات واتهام الذات، والتفسير الخاطئ غير الواقعي للخبرات الصادمة، وعدم التطابق بين مفهوم الذات الواقعية وبين مفهوم الذات المثالية، وسوء التوافق، ويكون الاكتئاب على هيئة انسحاب، مع وجود عدوان مكبوت قد يتجه نحو الذات يظهر في شكل محاولات انتحارية ويكون الاكتئاب بمثابة الكفارة. (زهران، 1997، ص 523)

وهذا السلوك محاولة من المريض للمحافظة على تكامل الأنا محتفظة وليقلل من مشاعر الذنب لديه عن طريق الأمل، وليقلل من العدوان داخله بالانسحاب وتحريك الآخرين لمحاولة السيطرة عليهم. (جلال، 1986، ص 113).

2- الأسباب الاجتماعية:

يرتبط الإنسان بعلاقات اجتماعية مع أسرته والآخرين من حوله ومع المجتمع الذي يعيش فيه، وهو يتفاعل معهم بقدر احتياجه لهم فيؤثر فيهم ويؤثرون فيه، وترجع معظم الاضطرابات النفسية إلى اختلال التوازن بين الفرد والآخرين، ومن أهم الأسباب الاجتماعية للاكتئاب ما يلي:

- الحرمان وفقدان الحب والمساندة العاطفية كفقد قريب أو مفارقتة أو فقد وظيفة أو ثروة أو مكانة اجتماعية أو فقد الكرامة والشرف.
- علاقة الطفل بأمه، فإذا كانت الانطباعات التي كونها عن هذه العلاقة حسنة فإن الحياة مبهجة، وإذا لم تكن كذلك فإن الحياة قاسية ومملوءة بالآلام.

- امتصاص الطفل أسلوب الوالدين الخاطئ في مواجهة المشاكل.
- التربية الخاطئة كالتفرقة في المعاملة والتسلط والإهمال.
- موت الأحبة والتوتر.
- أسلوب التنشئة المدرسية.
- أثر الرفاق.
- الهجرة من الوطن .
- الوحدة والعنوسة والتقاعد والفشل العاطفي. (عفيفي، 1989، ص ص 36-37)

3- الأسباب الجسمية:

هناك بعض العوامل الجسمية التي تقلل من قدرة بعض الناس على التكيف، فينهارون عند تعرضهم لشدة بسيطة ، يستطيعون مقاومتها في الحالات العادية مثل : الإصابة بالحميات والتسمم، وارتجاج المخ أو في حالات ما بعد الولادة.

لكن في الحالات الشديدة أو الإصابة بمرض خطير يؤدي إلى القنوط وتوقع الموت كاضطراب القلب والسرطان... الخ (ياسين، 1988، ص 86) .

4- الأسباب الوراثية:

يرى الأطباء أن معظم الأسباب المؤدية إلى الاكتئاب ترجع إلى تأثير العوامل الاجتماعية والنفسية أكثر من الوراثية، وتقرر منظمة الصحة العالمية أن نسبة انتشاره 3% بين السكان، وفي الأقارب 11% وبين الأشقاء بنسبة 23% وغير الأشقاء بنسبة 17% أما الطريقة التي تنتقل بها الوراثة فما زالت غير معروفة.

وتعمل بعض مراحل العمر كعامل مسبب للمرض ففي مرحلة الشيخوخة يحدث الاكتئاب بسبب الضعف والعزلة وكثرة الأمراض والخوف من الموت، ويحدث في مرحلة منتصف العمر بسبب شعور الإنسان أن المتبقي من عمره أقل مما ذهب وأنه لم يحقق آماله فيعاني من الإحباط ويمر بأزمة المفاهيم الوجودية ويفتقد المعنى والهدف من الحياة لاسيما عندما يغادر الأولاد البيت بسبب الزواج والعمل، ويحدث في المراهقة بسبب الصراعات والمتناقضات وتضاعف الضغوط المختلفة على المراهق ويكون المرض في هذه الحالة شديدا وتكرر المحاولات الانتحارية، والنساء أكثر إصابة بالاكتئاب من الرجال بنسبة الضعف بسبب التغير الهرموني لديهن والنوع المكتنز أكثر الناس عرضة للمعاناة من الاكتئاب .

(عزت، 1986، ص ص 207-208)

رابعاً: أنواع الاكتئاب.

للاكتئاب أنواع عديدة منها:

- 1- **الاكتئاب الخفيف:** وهو أخف صور الاكتئاب، ويبدو في شكل شعور بالإجهاد وتنشيط العزيمة وعدم الشعور بلذة الحياة بل أن خطر محاولة اقتراف جريمة القتل ضد الآخرين موجودة أيضاً خاصة بالنسبة للأبناء والزوجة ومن يعول عليهم المصاب.
- 2- **الاكتئاب البسيط:** وهو أبسط صور الاكتئاب، ويكون المصاب في حالة ذهول وغير قادر على تحمل المسؤولية، ويشعر بالذنب والتفاهة ولكن لا يوجد لديه اختلال في الوظائف العقلية.
- 3- **الاكتئاب الحاد:** وهو أشد صور الاكتئاب حدة، ويشعر المريض بموجة من الحزن والانقباض والرغبة في البكاء وتعتبر فترات يفقد فيها ذاكرته ويصعب عليه إدراك ما حوله، وتبدو عليه البلادة الذهنية ويختل تفكيره ويفقد الشهية ولا ينام إلا قليلاً، كما يعجز عن القيام بأي وجه من أوجه النشاط العادية، ومن الأعراض المألوفة شكوى المصاب من كثير من الأمراض الجسمية التي لا وجود لها.
- 4- **الاكتئاب الذهولي:** يمثل أقصى درجات الحدة من المرض، فإذا ترك المريض وشأنه فإنه يظل نائماً دون حركة ويعزف عن الأكل والشرب فيما يشبه حالة التخشب لدى مريض الفصام التخشبي.
- 5- **الاكتئاب المزمن:** وهو دائم وليس في مناسبة فقط.
- 6- **الاكتئاب التفاعلي (الموقفي):** وهو رد فعل لحدوث الكوارث مثل فقد عزيز أو مرض أو خسارة وهو قصير المدى.
- 7- **الاكتئاب الشرطي:** وهو اكتئاب يرجع مصدره الأصلي إلى خبرة جارحة ويعود إلى الظهور بوضع مشابه أو خبرة مماثلة للخبرة السابقة. (شاذلي، 2001، ص 134)
- 8- **اكتئاب سن القعود:** ويحدث عند النساء في الأربعينيات وعند الرجال في الخمسينيات، أي عند سن القعود أو نقص الكفاية الجنسية أو الإحالة إلى التقاعد، ويشاهد فيه القلق والهم والتيهج والهذاء وأفكار الوهم والتوتر العاطفي والاهتمام بالجسم، وقد يظهر تدريجياً أو فجأة وربما صاحبتة ميول انتحارية ويسمى سوداء سن القعود. (زهران، 1977، ص 429)
- 9- **الاكتئاب العصابي:** يسمى الاكتئاب الاستجابي لأنه عادة ما يكون نتيجة لبعض الأزمات الخارجية كفقدان قريب أو عزيز، أو نتيجة لفشل في أداء عمل أو مهنة أو علاقة اجتماعية، ويعاني المصاب من الكراهية المكبوتة تتجه إلى المصاب ذاته لأنه لا يستطيع أن يعبر عنها تعبيراً خارجياً ملائماً، وعندما توجه الكراهية داخلياً إلى ذاته فإنه يشعر بعدم الأهمية والكفاءة، وقد تصل الكراهية الموجهة داخلياً إلى درجة تحطيم الذات بالانتحار.
- 10- **الاكتئاب الذهاني:** يكون مصحوباً باضطرابات عقلية أكثر شدة مثل الهلوس والهواجس والانتحار وتتنزاد حالات الانتحار وخاصة عند يكون مصحوباً باضطرابات وأزمات نفسية أو جسمية أو اجتماعية، ويمكن التفريق بين الاكتئاب العصابي والاكتئاب الذهاني في الدرجة، حيث أن المصاب بالاكتئاب الذهاني يفقد الاتصال بالواقع الخارجي وتصابه أوهام وهذيان (عبد الستار، 1988، ص ص 45-46)

خامسا : النظريات المفسرة للاكتئاب.

حاول العديد من العلماء تفسير الاكتئاب كل من وجهة نظره الخاصة، وتعكس مجمل تفسيراتهم وحدة وتكامل جوانب حياة الإنسان، وارتباط النواحي الجسمية لديه بالنواحي النفسية والعقلية والاجتماعية، كما إنها تعكس تفصيلات لكيفية التداخل والتفاعل بين تلك النواحي في شخصية الإنسان والعوامل المؤثرة فيها، وفيما يلي استعراض لبعض من وجهات النظر للمدارس النفسية للاكتئاب وتفسيرات كل مدرسة بالنسبة للاكتئاب:

1- مدرسة التحليل النفسي:

أ- آراء سيجموند فرويد *S.Freud*:

يرى فرويد أن العصاب ينشأ نتيجة لصدمة نفسية خلال السنوات الأولى من حياة الإنسان، وهو أساس الصراع الأوديبي بين الطفل وأحد الوالدين من الجنس الآخر ويعبر عن الصراع الشديد، بين مكونات الشخصية الـ هو، والأنا الأعلى. (عكاشة، 1998، ص 239)

وافترض أن الاكتئاب يشبه الحزن ويختلف عن السوداوية في مسألة اتهام الذات حيث ينقلب العدوان في الحالات التي تقدم على الانتحار إلى الذات، وقد ارجع حالة النكوص في السوداوية إلى المرحلة القيمة، إذ يرتد المريض في مرحلة الطفولة إلى المدة التي لا يستطيع فيها أن يفرق بين نفسه وبين البيئة، وبسبب التناقض الوجداني يتحرر جزء من طاقة الليبدو لتعزيز العدوان الموجه نحو الذات. وأشار إلى مظاهر الاكتئاب مثل فقدان الاهتمام بالعالم والتناقص في القدرة على الحب والميل لإيلام الذات، مع توقعات هذائية بالعقاب، وعدّها مظاهر أساسية في حالات الحزن والسوداوية لاشعوريا عكس حالة الحزن التي يكون الفقد فيها على مستوى شعوري، لذا ينبغي جعل الحزن شعوريا باستعادة الخبرات المصاحبة للموضوع الفائد إلى الذات. (موسى، 1993، ص 212)

ب- آراء ألفرد أدلر *A.Adler*:

يرى أدلر أن القوة الدافعية في الإنسان هي الرغبة في القوة، وهي نوعا من التعويض عن مشاعر النقص التي تبدأ من الطفولة عندما يرى الطفل أنه أضعف من الكبار المحيطين به جسما وعقليا ويدفع به هذا الشعور إلى الكفاح من أجل التفوق والسمو، وما العصاب إلا محاولة لتحرير النفس من الشعور بالنقص، وقد أشار أدلر إلى بعض المواقف الأسرية كتدليل أو إهمال الطفل وتربيته بين إخوته، وأسلوب الحياة الذي يضعه الفرد هدفا مبكرا في حياته بحيث تصبح بقية جوانب الحياة الأخرى ثانوية بالنسبة له، ويعتقد أنه من الممكن أن يؤدي أسلوب الحياة إلى ظهور المواهب والسلوك الايجابي المفيد اجتماعيا. (عكاشة، 1998، ص 239).

ج- آراء التحليليين الجدد:

يعتقد (أوتوراك *Otto Rank*) أن أساس القلق الذي يشعر به الإنسان في مستقبل حياته يرجع إلى صدمة الميلاد والإدراك أهم قوة حيوية في تكامل أو تفكك الشخصية، و أن العصابي شخص معتمد وغير ناضج انفعاليا لم تتطور لديه الإمكانيات التي تمكنه من ضبط وتأكيده ذاته. (عكاشة، 1998، ص 240) وترى (كارين هورني *K.Horney*) أن العجز والقلق وفقدان الضمان يؤديان إلى العصاب ، ويظهر ذلك خلال التفاعل بين مشاعر القلق والكراهية التي تتبعث من إهمال الوالدين للطفل ، حيث ينمي القلق لديه أساليب مختلفة لمواجهة ما يشعر به من عزله وقلق، فقد يصبح عدوانيا أو خاضعا حتى يستبعد الحب الذي فقده، أو يكون لنفسه صورة مثالية ليعوض ما يشعر به من نقص ، وينجم العصاب عند هورني عن العلاقات الداخلية المضطربة بين الوالدين والأبناء أكثر من كونه راجعا إلى دوافع فطرية غريزية.

ويرى (إيرك فروم *E.From*) أن الإنسان يريد أن يشعر وينتمي ويرغب في أن يكون جزءا متكاملا من العالم من حوله، وإذا انفصل عن العالم وبقيّة البشر، أحس بالوحدة كالطفل الذي يشعر بالعجز وقلة الحيلة نتيجة انفصاله عن روابطه بوالديه ، وإخفاق الإنسان في إشباع ميوله الحياتية فيولد العصاب لديه. (الجبوري، 2010، ص 39)

أما (بينيدك *Benedek*) يرى أن الطبيعة العامة للاكتئاب موجودة في الأمومة والحنان نفسه ، من خلال العلاقات المتبادلة بين الطفل وأمه حيث ينجم الاكتئاب عن مواقف الضغط والإحباط في خبرات التغذية الأولى ، واضطراب علاقة الطفل بأمه أثناء هذا الموقف يؤدي إلى النكوص في المرحلة النرجسية حيث يكون التناقض الوجداني المتأصل في الوحدة نفسها.

ويعتقد (بيرز *Beres*) أن الاكتئابيين أكثر نرجسية واعتمادية ولديهم تخيلات عدوانية مصاحبة لاستجابات الأنا العليا، فالعدوان يحرك الذنب، ويؤدي الذنب إلى النرجسية، ويحدد نكوص المريض مدى النتائج المرتبة عليه سواء كانت ذهانية أم عصابية. (عسكر، 1988، ص 47)

2- المدرسة السلوكية:

ويرى (بافلوف *Pavlov*) أن العصاب هو اضطراب بين استجابة الكف والاستشارة، وهي استجابات تعتمد على تكوين الفرد ، ووفقا لقوانين النشاط العصبي فلن الإشارة تنتقل من البؤرة الأقوى إلى الأضعف ويحدث ممر عصبي بينهما ، أي يحدث ارتباط مكتسب أو ما يسمى الفعل المنعكس الشرطي وأثبتت التجارب أنه إذا لم يعزز هذا الانعكاس فإنه ينطفئ تدريجيا إلى أن يتوقف أثره أو تنتج ظاهرة الانطفاء عن عملية عقلية تسمى الكف.

وتطورت نظرية بافلوف بواسطة بعض العلماء مثل (إيزنك *Eysink*) الذي يرى وجود اختلاف وراثي بين الأفراد في تكوين الأفعال المنعكسة، و أن الأمراض النفسية تنشأ من أفعال منعكسة خاطئة تتكون بتأثير تفاعل عاملي البيئة والوراثة، وهي أنماط من السلوك المتعلم الخاطئ للتخفيف من آلام القلق يعززها إحجام المصاب عن القيام بأي عمل يؤدي إلى مخاوفه مما يثبت المرض لديه. وتؤكد الأبحاث الفيزيولوجية على أن أبعاد الانطوائية والانبساطية مركزها في التكوين الشبكي الذي له علاقة مباشرة بدرجة الانتباه والوعي وتنقية المداخل الحسية للمخ ويمتد من جذع المخ حتى المهاد "الثلاموس" ومنه إلى قشرة المخ ، وإذا تفاعلت الانطوائية مع الاستعداد الوراثي للعصاب نشأت الأمراض النفسية كالقلق والوسواس القهري والاكتئاب. (عكاشة، 1998، ص 243)

ويفترض (بتروبيوف) الروسي وجود بؤره الاستشارة في "الهيپوثلاموس" الطبقات التي تحت القشرة، وتؤدي إلى حدة لجميع الأفعال المنعكسة التي تمر خلال طبقات ما تحت القشرة ، وأثبتت بحوثه زيادة حساسية مرض الهوس والاكتئاب للمنبهات الكهربائىة والحرارة والبرودة حيث يشعر المرضى بإحساسات غير سارة في الجسم ولا يمكنهم التحكم إراديا في مثل هذه المنبهات، مما يشير إلى أن القشرة قد فقدت وظيفتها التنظيمية. (جلال، 1986، ص 128)

ويرى (ليونسون وونيسان و شو) وهم أول من أوضحوا الأسس التجريبية لظاهرة الاكتئاب، وتوصلوا إلى أن حالات البؤس ترجع إلى نقص في التدعيم الايجابي، أو الزيادة في العقاب ويحدث الاكتئاب عندما تزيد الحساسية للأحوال المكروهة أو عندما يرتفع معدل حدوث الأمور المكروهة لاسيما إذا كان الفرد يفتقر إلى المهارات الضرورية التي ينهي بها هذه الأحداث. (عسكر، 1988، ص 246)

3- المدرسة المعرفية :

ويفترض هذا المنظور وجود نموذجين معرفيين من الاكتئاب: النموذج الأول أسسه (بيك *Beck*) ويرى بأن أسباب الاكتئاب أفكار سالبة عن الذات وعن الخبرات الراهنة، وعن المستقبل حيث يؤدي الإدراك السلبي لدى الفرد وتقييمه للموقف إلى حالة الاكتئاب وغالبا ما تكون الأفكار السالبة التشاؤمية غير واقعية ومحرفة وغير منطقية.

ويتحرك الحزن عن طريق تفسير خبرات الفرد ضمن حدود الحرمان والنقص والانهزام، ويرتبط الوجدان في الاكتئاب مع العنصر المعرفي ، وعلى هذا الأساس صاغ بيك نمطا علاجيا أطلق عليه العلاج المعرفي، حيث يؤدي الإدراك إلى المعرفة والانفعال عند العاديين والاكتئابيين ولكن عند المكتئب تسيطر العمليات المفرطة في الحساسية والمحتوى. (الجبوري، 2010، ص 44)

أما النموذج الثاني فلأسسه (سليجمان *Seligman*) ويسمى نموذج العجز المتعلم وقلة الحيلة ، ويرى هذا النموذج أن التعرض لأحداث خارجة عن نطاق السيطرة وإدراكها في هذا الإطار يؤدي إلى توقعات عن فقدان السيطرة على الأحداث التالية في المستقبل، وتؤدي هذه التوقعات إلى حالة من القصور تتمثل في العجز وقلة الحيلة ويدرك المرء نفسه عاجزا لا يمكنه السيطرة على المواقف والأحداث. وقد ربط بين الاكتئاب والعجز المتعلم، فالمريض المكتئب تعلم واعتقد بأنه لا يستطيع السيطرة على مهام حياته بالتخفيف من معاناته أو تحقيق إشباعاته، ومن الأحداث المعجلة للإصابة بالاكتئاب موت أحد الوالدين أو المحبوب والفشل المهني والدراسي مما يفقد المريض قوته ويجعله ضعيفا في قدرته، فتتزايد لديه الأمراض البدنية، والإحساس بالعجز بدرجة كبيرة ويجد المصاب أن استجاباته الخاصة ليست مؤثرة وفي الغالب يلقي بنفسه تحت رعاية الآخرين وأشار سليجمان إلى الدلالات الإكلينيكية على الاكتئاب، وأنه في حالة العجز يتم استنزاف كل (النورينفرين *Norepinephrin*) في الدماغ. (عسكر، 1988، ص 247)

وقد نقد (أبرامسون *Abramson*) ما قدمه سليجمان حيث يعتقد أن التوقعات اليائسة ليست ضرورية لحدوث الاكتئاب، فهناك عوامل أخرى مؤثره مثل العوامل الوراثية، وعوامل الإثابة والتدعيم وفقدان الاهتمامات، وانخفاض مستويات النورينفرين، ومع ذلك فإن الصفات التي يلصقها المرء ببعض الأحداث السالبة، ودرجة الأهمية التي يقيّمها المرء لهذه الأحداث تعد من العوامل المهمة في نمو توقعات اليأس والأعراض الاكتئابية. (الجبوري، 2010، ص 45)

4- المدرسة السيكوبولوجية:

أسسها (أدولف ماير *Adolf Meyer*) الذي يعتقد أن هناك عوامل متعددة تؤدي إلى الإصابة بالأمراض النفسية هي: الوراثة وحياة الجنين والطفولة، والأمراض العضوية وأحوال التربية وضغوط الحياة، ومؤثرات البيئة وفشل الإنسان في مواجهة الواقع وعدم قدرته على تحقيق آماله وفقا لحالاته وعدم قدرته على تقبل الطبيعة والعالم كما هو مما يجعله عرضة للاضطرابات العصبية . (عكاشة، 1998، ص 242).

ويرى أصحاب هذا الاتجاه أن قشرة المخ مسؤولة عن الوظائف المعرفية وداخل المخ مسؤول عن الوظائف الوجدانية الانفعالية، ولا يستطيع المخ أن يفكر تفكيراً سليماً أو أن يتجه إلى وجدانيات متزنة إلا إذا كان هناك ما يسمى بالاتزان الغددي، و تحول القوة الداخلية في المخ إلى صور متعددة هي: الطاقة الجسمية والوجدانية والعقلية، وهناك نوعان من الطاقة (الايجابية والسلبية)، وتمثل الطاقة الإيجابية التفاؤل والطاقة السلبية التشاؤم.

وفي رأيهم أن الجهاز الجسمي والوجداني والذكاء والقدرات الخاصة هي الأجهزة المسؤولة عن النجاح في المواقف الاجتماعية، فمعاناة الوليد عند الوضع الذي يعبر عنه بالبكاء يؤثر في وجدانه، ويظهر تأثيرها في الوجدان والعقل بدرجات متفاوتة، وقد يكون التأثير ضعيفا جدا يتعذر البرهنة على وجوده، وهو ما يجعل الكثير ينكرون صدمة الميلاد.

والمقائلون هم الذين لم تؤثر فيهم الصدمة تأثيرا بالغا، أما المتشائمون فهم الذين تأثروا بشدة، وتظهر صدمة الميلاد في الميول الانتحارية، التي تعد ميلا نكوصيا يعود بمقتضاه المنتحر سيكولوجيا إلى البيئة الحشوية، ويظهر ذلك في التوقع حول الذات والطريقة التي ينام بها المتشائم، وبظل المريض غير راغب في التعامل مع الآخرين، ويرفض تناول الطعام عن طريق الفم مما يضطر الطبيب المعالج إلى استخدام الخرطوم لإيصال الغذاء إلى أمعائه، وقد يبدو هذا الأسلوب منفرا إلا أنه يرضي المريض نفسيا لأنه يرمز إلى الحبل السري الذي حرم منه بعد الميلاد وهذا يعد مظهر نكوصي لدى المتشائم. (الجبوري، 2010، ص 40)

5- التوجه البيوكيميائي:

بدا باستخدام العقاقير في علاج الاكتئاب عند اكتشاف عقار مضاد للدرن ولوحظ أن تأثيره في إزالة الكآبة يتناسب طرديا مع حجم الجرعة المستخدمة مما أدى إلى الاعتقاد بوجود ارتباط بين التغيرات التشريحية والتغيرات الانفعالية ويعتقد (زيور) أن هناك أدلة على هذا الارتباط حيث اتضح أن إفراز الأمينات يزداد تحت أحوال الآثار النفسية والبيئية التي تتحكم في إفراز النورادينالين والأدرينالين. (عسكر، 1988، ص 243).

ومما يشير إلى احتمال وجود دليل بيولوجي للتغير الكيميائي في علاقته بأعراض الاكتئاب أنه على الرغم من التباين بين الحضارات المختلفة، والأعمار، والجنس، إلا أن هناك تماثل في الأعراض، وهناك دليل بيولوجي آخر يتمثل في قلة نسبة الذهان قبل البلوغ وتزايد بدايته ويلاحظ أن الأعراض الاكتئابية تزيد أثناء وقبل مدة الطمث، وقد يحصل اضطراب أو توقف للطمث في أثناء التغيرات الانفعالية، وتتنزاد الأعراض الاكتئابية في سن اليأس عندما يتوقف نشاط بعض الهرمونات وتظهر أعراض الذهان الدوري بعد الولادة أو في أثناء التغيرات الهرمونية والفيزيولوجية في تلك المدة. كما يرى أصحاب هذا الاتجاه أن الجهاز النفسي بما فيه من بيولوجيا وسوسولوجيا يحمل مظاهر الاكتئاب والهوس و كليهما ضروريا للحياة البشرية، وقد استطاع علماء العصر الحديث ضبط الميكانيزمات البيوكيميائية وتنظيمها في الجسم عن طريق اكتشاف الأدوية النفسية. (الجبوري، 2010، ص

6- التوجه الفيزيولوجي:

تؤكد النظرية العضوية الطبية على أن الأمراض النفسية العصابية والعقلية هي نتاج لإصابات دماغية وأمراض عضوية، ويهتم المشتغلون في الطب النفسي بالجوانب المرضية المرتبطة بالاكتئاب من الناحية الفيزيولوجية، على أساس أن الاكتئاب اضطراب وظيفي ناتج لاضطراب في التنظيم الهرموني أو الكيميائي لدى الفرد مع إسهام العوامل الوجدانية والبيئية وإذا تعين الخلل وعولج انتظمت الصحة النفسية، ويهتم أصحاب هذا الاتجاه باستخدام الأدوية والصدمات الكهربائية وقد يلزم التدخل الجراحي أحيانا والمهم فقط كيفية إزالة الأعراض بأي وسيلة بغض النظر عن دينامية الاكتئاب والصراعات النفسية كونها ذات طبيعة كيفية. (عسكر، 1988، ص 245)

7- التفسير الحديث للاكتئاب:

ينظر هذا الاتجاه إلى البكاء والحزن على أنه يبدأ من الطفولة ثم يستخدم بعد ذلك على أوسع نطاق وبفاعلية شديدة، وإظهار الكآبة هو الطريقة المقنعة لإشعار الآخرين بعدم السعادة ، حيث تبدو كما لو أن المكتئب يود إخبار من رفضوه وآلموه أنه كم هو سيء تحمل الإساءة، والشخص المصاب بالاكتئاب على دراية شعورية بهذه الأزمات، ومع ذلك فإنه يلقي باللوم على مظاهر الاكتئاب أكثر من الأسباب الكامنة وراءه ويأتي الاكتئاب أسرع لدى البعض من غيرهم بسبب الاستعداد الوراثي الذي لا يعد كافيا بدون تأثر الإنسان منذ الطفولة بما قد جلبه استخدام سلوك الحزن والبكاء، وتفسر هذه النظرية كيف يتحول بعض الناس للاكتئاب كوسيلة لا شعورية لكسب المودة أو العطف أو كوسيلة للقسوة والانتقام من الذين كانوا سببا في الماضي لآلامهم، ويرى أصحاب هذا الاتجاه أنه لا بد من البحث في الأسباب الحقيقية وراء اندفاع الإنسان لكي يصبح مريضا بالاكتئاب. (عفيفي، 1989، ص 43).

سادسا: أعراض ومعايير تصنيف الاكتئاب.

1- حسب الدليل التشخيصي للطب النفسي (DSM IV):

تستعرض رابطة الأطباء النفسيين بالولايات المتحدة الأمريكية في دليلها التشخيصي الإحصائي (DSM IV) ثمانية أعراض أساسية مميزة للاكتئاب هي:

- ضعف الشهية وتناقص الوزن أو فتح الشهية وزيادة الوزن.

- الأرق أو النوم المفرط.

- التأخر الحركي النفسي (كمشاعر ذاتية من الضجر والملل أو التبلد).

- فقدان الاهتمام أو السرور عند ممارسة الأنشطة المعتادة.

-تناقص الطاقة مع الشعور بالإجهاد.

-الإحساس بانعدام القيمة ولوم الذات والإحساس بالذنب.

-الشكوى أو التظاهر بتناقص القدرة علي التفكير أو التركيز مثل: التبدل الفكري، والتردد غير المصحوب بتناقض ملحوظ في تداعيات المعاني أو الأفكار، أو التفكير.

-تكرار التفكير في الموت بصفة دورية، والأفكار الانتحارية، والتمني لو كان ميتاً مع محاولات الانتحار. (عسكر، 2001، ص 33)

2- حسب الدليل التشخيصي لمنظمة الصحة العالمية العقلية (CIM 10):

أجرت دراسة عن الاضطرابات الاكتئابية في الثقافات المختلفة شملت عينة قوامها (573) خمسمائة وثلاثة وسبعون فردا (58,9% من الإناث ، 41,1% من الذكور) من المصابين باكتئاب لا يعزى لعيوب جسمية أو لشيخوخة أو تسمم أو تلف بالمخ ، تراوحت الأعمار الزمنية لأفراد العينة بين (10-70 سنة)، وقد تم اختيار العينة من خمس مناطق ريفية وحضرية من بعض البلدان النامية والمتقدمة وهي: اليابان (ناجازاكي 108، طوكيو 114)، سويسرا (بازل 136)، كندا (مونتريال 108)، إيران (طهران 107)، تبين منها ما يلي:

- أكثر الأعراض شيوعاً فيما بين (76-100%) من أفراد العينة هي الحزن ، انعدام الابتهاج ، القلق، التوتر، عدم النشاط، فقدان الاهتمام، فقدان المقدرة علي التركيز، الأفكار الموحية بالشعور بالقصور وعدم الكفاءة وانعدام القيمة.

- أكثر الأعراض شيوعاً فيما بين (51-75%) من أفراد العينة هي اليأس، العدوان، التهيج، اضطراب الأداء الاجتماعي، بطء التفكير، نقص القدرة على اتخاذ القرار، صعوبة في إدراك الوقت، الأفكار الانتحارية، التأخر النفسي الحركي، فقد الرغبة في الاتصال بالآخرين، نقص في الشهوة الجنسية، الاستيقاظ مبكراً، عدم المقدرة علي النوم، النوم المتقطع والمضطرب، فقدان الشهية، تغير وزن الجسم، مشاعر الضغط والألم.

- أكثر الأعراض شيوعاً فيما بين (26-50%) من أفراد العينة هي الأحاسيس الموحية بالشعور بالذنب ولوم الذات، وساوس، الهياج النفسي الحركي، مزاج أكثر سوءاً في الصباح، الإمساك، أعراض بدنية أخرى.

- أكثر الأعراض شيوعًا فيما بين (1-25%) من أفراد العينة هي الأفكار الموحية بالفقر، الشعور بالاضطهاد وبالاستهداف، الأوهام الموحية بالشعور بالذنب، مزاج أكثر سوءًا في المساء، وأوهام أخرى... (أبو فايد، 2010، ص ص 17-18)

ويقسم أحمد عكاشة أعراض الاكتئاب إلى أربعة فئات أساسية هي:

- أ- **الأعراض المزاجية:** وتعتبر تلك الأعراض بمثابة الشكل المحدد والأساسي للاضطرابات الوجدانية، مثل أن يسود الشخص مزاج حزين معظم اليوم، تقريبًا كل يوم لمدة أسبوعين على الأقل.
- ب- **الأعراض الفيزيولوجية:** حيث تتواجد الأعراض الأربعة التالية بصورة متكررة لدى الأفراد المكتئبين:
 - فقدان الشهية والوزن: ومن الممكن أن يحدث العكس فيزيد الوزن وتزداد الشهية.
 - الإمساك: حيث يعاني الفرد من عدم حركة للأمعاء قد تستمر لعدة أيام.
 - اضطراب النوم: وتتمثل في صعوبة النوم العميق، وكذلك الاستيقاظ المبكر، والأرق أثناء الليل، والكوابيس أثناء النوم والتعب أثناء النهار. والفرع أثناء النوم بالليل. والبعض الآخر قد يحدث لديهم العكس فتكون لديهم فرط النوم أو النوم العميق.
 - اضطرابات الدورة الشهرية لدى السيدات وعدم انتظامها.

ج- **الأعراض المعرفية:** وتشير إلى مدى قدرة الأفراد على التركيز، واتخاذ القرار، وكيفية تقييمهم لأنفسهم.

د- **الأعراض السلوكية:** المظهر والسلوك الخارجي للفرد غالبًا ما يكون مؤشرًا على وجود الاكتئاب من عدمه، فمن الممكن أن تكون ملابس الفرد قذرة وسيئة، واتساخ الشعر وعدم نظافته الشخصية مؤشرًا على ذلك. وكذلك الكسل الذي يعبر عنه في صورة بطء في حركة الجسم وعدم ممارسة الأنشطة وكذلك قلة الكلام وبطئه، واستجابة الفرد بجمل بسيطة، وهذا البطء في حركة الجسم والتعبير والاستجابات تسمى بالتأخر النفس حركي. هذا بالإضافة إلى الانسحاب الاجتماعي، ونقص الإنتاجية، وبصفة عامة فهناك انخفاض في مستوى الطاقة. (عكاشة، 2008، ص ص 230-231)

سابعاً: علاج الاكتئاب.

يتم علاج حالات الاكتئاب الخفيف عادة خارج المستشفى إذا لم يكن هناك خطراً من محاولة الانتحار، أما إذا كان هناك محاولات فيفضل العناية بالمريض داخل المستشفى، ويحسن بعد انتهاء العلاج أن يتردد المريض على العيادة النفسية مرة كل شهر لمدة 6 أشهر إلى سنة للتأكد من عدم الانتكاس، وأن التحسن ليس مجرد فترة انتقالية إلى طور آخر من الاكتئاب أو الهوس. وفيما يلي أهم معالم علاج الاكتئاب:

1- العلاج النفسي:

تتعدد العلاجات النفسية بتعدد وجهات النظر في تفسير وتشخيص الاكتئاب، ويؤكد أنصار نظريات العجز المتعلم، ونظريات التدعيم، والنظريات المعرفية على ضرورة العمل على تعديل سلوك المريض، بحيث يمكنه أن يكون قادرًا على العودة إلى الاعتقاد بأن استجاباته ستحقق إشباعاً لرغباته، ويعود ذلك إلى تخفيض كم المثيرات المكروهة والتي تسبب ألماً مؤدياً إلى الاكتئاب مع تحصينه ضد فكرة العجز، وإكسابه القدرة على أداء المهام بالتدريج، حيث توكل إليه مهام خفيفة ثم تتفاوت درجتها بمرور الوقت. أما في المدرسة الإنسانية فإن الهدف لعلاج الاكتئاب هو إعطاء واسترجاع المعنى وزيادة الثقة في الذات. (باترسون، 1990، ص 71)

وفيما يلي نعرض أهم النظريات النفسية التي تم استخدامها في علاج الاكتئاب:

أ- العلاج في التحليل النفسي:

علاج الاكتئاب من منظور التحليل النفسي يتم عن طريق البحث عن الأسباب المؤدية للإصابة بالاكتئاب وإزالتها، فيسعى إلى محاولة تخفيف حدة التثبيت على المرحلة الفمية ومحاولة حل الصراع الأوديبى وتقوية دفاعات الأنا وتخفيف قسوة الأنا العليا الباعثة على الذنب مع إعادة التنظيم الانفعالي وتوظيف الطاقة النفسية، سعياً لعمل علاقات خارج نطاق نرجسية الذات وتعديل مسار الطاقة العدوانية الموجهة إلى الداخل كي تعبر عن نفسها بطريقة سلوكية إلى الخارج.

ب- العلاج السلوكي:

تتعدد أساليب العلاج السلوكي للاكتئاب فهناك أسلوب العلاج بالتحصين التدريجي لينخفض حساسية العميل للمواقف التي تبعث على الاكتئاب والتدريب التوكيدي السلوكي من خلال ملاحظة العميل لسلوكه المضطرب، وهناك أسلوب تعديل السلوك الاكتئابي عن طريق اتباع فنية النمذجة والذي يقوم على أساس أن يتعلم الفرد التخلص من أعراضه الاكتئابية، من خلال ملاحظة سلوك الآخرين، وتعرضه بصورة منتظمة للنماذج، ويطلب منه أداء نفس العمل الذي سيقوم به النموذج. (مكاوي، 1997، ص 52)

ج- العلاج المعرفي:

بالرغم من أن النموذج المعرفي يكون اتجاه عام في العلاج، لكنه في مجال الاكتئاب تم تركيز البحث على العلاج المعرفي لـ بيك الذي رأى الاكتئاب في ضوء ثالوث معرفي وقد افترض بيك أن الأساس في الاكتئاب هو التشوه المعرفي للخبرة التي تعتمد على تشويه أو تحريف المخطط المعرفي أو

الصيغة المعرفية والذي ينشط عندما يصبح الفرد مكتئباً، وقد وصف بيك الميكانيزمات النوعية للتشوه مثل: التجريد الانتقائي، والاستدلال العفوي، والتهويل، والتقليل، والتعميم الزائد والمنخفض، والوصف غير الدقيق والتفكير. وتنتج الأفكار الآلية نتيجة الصيغة الاكتئابية التي تحدث في المواقف العديدة.

ويهدف العلاج المعرفي للاكتئاب إلى إعادة صياغة المكونات المعرفية لدى العميل حيث تكون أكثر دافعية وإيجابية، ويشير بيك إلى أهمية المنحى العلاجي المعرفي حيث يتضمن علاجه خفض مستوى التشويهات المعرفية لدى المكتئب، وتعديل نظراته السالبة لذاته وللخبرة وللمستقبل، أما أليس فيهتم بتعديل الأفكار غير العقلانية لدى العميل والتي تشمل توقعاته اللامعقولة، ومبالغته في المستويات والمعايير وتضخيم السلبية. (مكاوي، 1997، ص 50)

يفترض (يونج وبيك Young & Beck) أن المعرفة، والسلوك، والكيمياء الحيوية جميعها

مكونات مؤثرة في الاضطراب الاكتئابي. (Young & Beck, 2002, P 18)

ونحن لا ننظر إلى وجهات النظر هذه باعتبارها نظريات متنافسة للاكتئاب، ولكن باعتبارها مستويات مختلفة للتحليل. وكل طريقة علاجية لها توجهها المقنع، فالمعالج الدوائي يتدخل في المستويات المعرفية، والانفعالية والسلوكية. وتشير خبرتنا إلى أنه عندما نقوم بتغيير المعارف الاكتئابية، فإننا نغير تلقائياً خصائص المزاج والسلوك، كما (نفترض) أننا نغير أيضاً الكيمياء الحيوية للاكتئاب.

وتؤكد البحوث المعرفية أهمية معالجة المعلومات في الأعراض الاكتئابية، ووفقاً لهذه النظريات؛ فإن المعارف ذات الأساس السلبي تعد العملية المحورية في الاكتئاب، وتنعكس هذه العملية في المثلث المعرفي للاكتئاب فالمرضى الاكتئابيون لديهم -بصورة نمطية - رؤية سلبية لأنفسهم، ولبيئتهم، وللمستقبل. وهم يعتبرون أنفسهم بلا قيمة، غير ملائمين، وغير محبوبين، وعاجزين. ويعتبر المرضى الاكتئابيون بيئتهم غير ودية، وبها عوائق لا يمكن التغلب عليها، تؤدي دائماً إلى فشل أو خسارة، يضاف إلى ذلك نظرهم إلى المستقبل نظرة بلا أمل. (أبو فايد، 2010، ص ص 54-55)

د- العلاج الاجتماعي:

من خلال مساعدة المريض اجتماعياً، وحل مشاكله الاجتماعية، وإحداث التغييرات البيئية المناسبة لتقليل معاناته. يقوم على افتراض أن الاكتئاب ينتج عن خلل في العديد من المهارات البين شخصية، وهذه البرامج والتدريبات تتداخل مع البرامج السلوكية في بعض أهدافها، كزيادة التعزيز الذي يشبه إلى حد كبير ويتداخل مع زيادة المهارات، ومن ناحية أخرى فقد ركزت على القدرة على التمكن من المهارات النوعية، مثل المهارات التوكيدية، ومهارات حل المشكلات، ومهارات التواصل مع الآخرين والزواج.

(Rehm, 2003, P 194)

2- العلاج الدوائي:

يقسم حمودة أنواع العلاج بالعقاقير أو العلاج الكيميائي إلى:

أ- **عقاقير منبهة للجهاز العصبي** : ومن أمثلتها مشتقات الأمفيتامين (المنشطات)، مثل : ديكسدرين، بريلودين، اليدبران، وريثالين، مكساتون... إلخ ، وتعمل هذه العقاقير على تنبيه المراكز العصبية في الجهاز العصبي لإزالة حالة التأخر وبعث الطاقة الحيوية، إلا أنه قد اكتشف تأثيرات جانبية لهذه العقاقير وأهمها الإدمان، كما يضعف مفعول العقار مع طول استخدامه.

ب- **العقاقير الخفيفة المضادة للاكتئاب** : مثل : النياميد *Niamid*، والماريلان *Marplan*، والنارديل *Nardil*، وتعمل على تغيير كمية الهرمونات العصبية في مراكز الانفعال كما أن لها أعراضًا جانبية مثل الدوار، وانخفاض ضغط الدم، وجفاف الحلق وصعوبات التبول، مع اضطراب وظائف الكبد، وزيادة أو تناقص القدرة الجنسية، وقد يتحول الاكتئاب إلى مرح تحت تأثير هذه العقاقير.

ج- **العقاقير المتوسطة المضادة للاكتئاب** : ومن أمثلتها عقار نوفريل *Noveril* وهو ذو فائدة في علاج حالات الاكتئاب النفسي أو الذهاني.

د- **العقاقير الشديدة المضادة للاكتئاب** : ومن أمثلتها التوفرانيل *Tofranil*، وبيوتوفران *Pertofram*.

هـ- **العلاج بالجلسات الكهربائية** : (تنظيم إيقاع المخ) وهو أقوى علاج الآن ضد الاكتئاب وذلك بالرغم من اكتشاف العقاقير الحديثة السابقة الذكر، ويحتاج مريض الاكتئاب إلى حوالي (6-8) جلسات كهربائية موزعة على أساس جلستين أو ثلاث كل أسبوع، وتقيد الجلسات الكهربائية في تعديل عمل الهيپوثلاموس وهو المركز الأعلى الذي يتحكم في الجهاز العصبي اللاإرادي.

و- **العلاج بالجراحة** : انخفض معدل استعمال الجراحة بعد استعمال العقاقير مع الكهرباء لأنه نادرًا ما يفشل مزج هذان العلاجين في شفاء معظم حالات الاكتئاب. (عكاشة، 1998، 383)

ثامنا : مسار ومآل الاكتئاب.

يختلف سير الاكتئاب تبعاً للفرد ونوع وشدة النوبة، ولكل عادة ما ينتهي الاكتئاب بالشفاء

والتحسن الكامل، وتختلف مدة الشفاء اختلافاً شديداً، ولكن غالباً ما تتراوح بين ستة أشهر إلى سنة كاملة إذا تركنا المصاب دون علاج أو تدخل، ولكن بالعلاجات الحديثة والمتعددة نستطيع أن نقلل من هذه المدة كثيراً. (عكاشة، 2008، ص 449)

حيث توجد مؤشرات إيجابية في الطب النفسي تتعلق بقابلية الاكتئاب للشفاء مثل الحالات التي تبدأ فجأة دون وجود تاريخ مرضي سابق لنوبات قديمة، وبدء العلاج مبكراً دون تأخير، وفي حين يكون المصاب في حالة سابقة من الاستقرار في العمل والعلاقات الاجتماعية وتتميز بصفات شخصية معتدلة.

أما المؤشرات السلبية التي تدل على تأخر الشفاء وصعوبة العلاج فهي وجود حالات اكتئابية أخرى في الأسرة بما يشير إلى عوامل وراثية، والتفكك الأسري، والضغوط الاجتماعية والنفسية المستمرة دون وجود عون أو مساندة. ويحقق العلاج بالأدوية الحديثة نتائج تصل إلى نسبة شفاء تعادل 80% من الحالات. (الشرييني، 2001، ص 272)

كما تشير الأبحاث الحديثة في مآل الاكتئاب إلى أنه توجد نسبة تتراوح بين (10-15%) من مرضى الاكتئاب الشديد يتحولون بعد النوبة الأولى إلى اكتئاب مزمن، وذلك بغض النظر عن نوع العلاج المتبع. (عكاشة، 2008، ص 449)

خلاصة :

يعتبر موقف معاناة الإنسان مع الاكتئاب من أعمق التجارب الإنسانية، وأزمة الاكتئاب التي تكون في بعض الأحيان قاسية للغاية وتهدد وجود الإنسان ويمكن أن تحطمه نهائياً، وبالتالي فلنهم من الضروري لمعرفة الاكتئاب وأسبابه وعلاجه يجب علينا الاهتمام بكل وجهات النظر المفسرة له من أجل الحصول على فهم واضح ومتجانس للمساعدة في تقديم أفضل الخدمات للمصابين.

ومع أن التفسيرات التي أوردتها كل نظرية تعين الباحثين في فهم الاكتئاب إلا أنها قدمت النظريات فهم جزئي لهذا الاضطراب، ومن هنا نستطيع القول أنه لا يمكننا أن نعتمد على مدرسة معينة لفهم الاكتئاب، فمن غير الممكن فصل جوانب حياة الإنسان عن بعضها البعض، وتأثير النواحي البيولوجية أو الوراثية فيه لا يستقل عن التأثير الاجتماعي أو النفسي.

وفي الأخير رغم أن مشكلة الاكتئاب في تزايد مستمر في عصرنا الحالي ورغم أنه ينتشر في جميع أنحاء العالم، فإن الصورة ليست قاتمة بل هناك أمل في حل هذه المشكلة في القريب ليس عن طريق بعض الأدوية الجديدة أو وسائل العلاج الحديثة فقط، ولكن عن طريق فهم الإنسان العميق لنفسه وما حوله، حتى يصل إلى حل لمشكلاته النفسية وصراعاته الداخلية والخارجية

الفصل الرابع

الفصل الرابع: اللاجئ



تمهيد.

أولاً: التطور التاريخي لمفهوم اللاجئ.

ثانياً: مفهوم اللاجئ.

ثالثاً: دوافع اللجوء.

رابعاً: أنواع اللجوء.

خامساً: النظريات المفسرة للهجرة.

سادساً: الآثار النفسية لصدمة اللجوء.

سابعاً: اللاجئون السوريون.

ثامناً: اللاجئون السوريون بالجزائر.

خلاصة.

تمهيد:

لقد كانت الهجرات البشرية، ولا تزال تؤلف واحدة من أهم الظواهر التي ارتبطت بالإنسان منذ ظهوره، ولذا فإنها استرعت ولا تزال تسترعي انتباه المتخصصين في مختلف مجالات الدراسات الإنسانية بوجه عام، حيث تشير الإحصائيات الدولية إلى تزايد عدد الفارين من بلادهم بسبب الاضطهاد والظلم والعدوان الذي ينالهم، لأسباب دينية، أو طائفية، أو سياسية، أو اقتصادية، أو اجتماعية، أو غير ذلك. وبسبب ما تعيشه الأمة اليوم من صراعات وحروب في إطار الربيع العربي والعدوان الإسرائيلي على فلسطين والاحتلال الأمريكي للعراق وبروز مختلف التنظيمات المسلحة، كان لا بد من ظهور أعداد هائلة من اللاجئين الذين يبحثون عن مكان آمن، فقد كانت ولا زالت قضية اللاجئين أكثر القضايا إلحاحاً، فاللاجئون هم أكثر الناس تعرضاً للمعاناة، وقد زادت تلك المعاناة في السنين القليلة الماضية، لذلك من الأهمية في هذا الوقت بالذات الذي يمر فيه العالم باضطرابات عنصرية ومؤامرات خبيثة للتآمر البحث في هذه القضية الهامة.

حيث سنتناول في هذا الفصل التطور التاريخي لمفهوم اللاجئ، وكذا مفهوم اللاجئ ودوافع اللجوء (النفسية، السياسية، الاقتصادية والاجتماعية)، وكذا أنواعه (الدينية، الإقليمية والسياسية)، ونعرض أهم النظريات المفسرة للهجرة (الاقتصادية، الجغرافية والاجتماعية الثقافية)، والآثار النفسية لصدمة اللجوء، وفي الأخير اللاجئين السوريون في الجزائر والعالم.

أولاً: التطور التاريخي لمفهوم اللاجئ.

يعتبر الملجأ المكان الذي يحتمي فيه الشخص المتابع أو الذي يهدد حياته أو حريته أو أمنه خطر ما، وقديماً كانت الأماكن الأنسب لهذا الغرض تلك الملازمة لصفة القداسة كالمعابد والأضرحة غيرها، التي مثل الالتجاء إليها الحصن المنيع الذي تحتمي به تلك الفئات، وقد اختزل الفيلسوف الفرنسي (مونتسكيو Montesquieu) الصورة حينها في عبارته الشهيرة: "لما كانت القدرة الإلهية هي ملاذ التعساء، ولما لم يكن هناك من هو أكثر تعاسة من المجرمين، كان من الطبيعي الاتجاه إلى التفكير في أن تكون المعابد ملجأ لهم".

ففي إفريقيا القديمة وجدت أماكن خاصة باللجوء كشجرتي البواباب والموغونامانجاتي المقدستين بالسنغال وكينيا، وأضرحة الأسلاف بالطوغو والمقابر بمالي، واعتبر معبد (بوسيدون Poséidon) الواقع على جزيرة (كالوري Calaurie) اليونانية -حاليا تسمى (بوروس Poros)- أشهر ملجأ لا يمكن انتهاكه في اليونان القديمة بالنسبة للأشخاص الملاحقين من طرف أعدائهم، وبحسب الأسطورة، فإنه بعد إنشاء روما سنة 753 قبل الميلاد من طرف (روميليوس Romulus) قرر هذا الأخير إعمارها باستقباله العبيد الفارين والخارجين عن القانون من سكان المناطق المجاورة، وذلك من خلال بنائه معبدا لهذا الغرض على هضبة (كابيتول Capitole).

أيضا ولم يكن اللجوء مقتصرًا فقط على العينات السالفة الذكر بل مس الطبقات الحاكمة أيضا على ذلك لجوء ملك الآشوريين (سين شار إيشكور Sin Shar Ishkun) إلى مدينة (حاران Haran) بعد سقوط عاصمة إمبراطوريته (نينيف Ninive) قبل الميلاد على يد البابليين والميديين.

وفي الديانات السماوية كان تقليد عدم انتهاك الأماكن المقدسة عند اليهود معمولاً به ، لكن فقط لفائدة القتلة بطريق الخطأ الملتجئين إليها وهو ما حمل البعض على وصفهم بالحكمة كونهم تجنبوا التعسف والتناقض الجسيم في حماية المجرمين الكبار، كما مدن لجوء من بينها (هيبرون Hébron، سيشام Sichem، كيداش Qédesh، راموث Ramoth) لنفس الفئة -القتلة بطريق الخطأ- وهذا بهدف إبعادهم عن أنظار أهل المقتول خطأ تجنباً لأي محاولة من هؤلاء الأخذ بالتأثر والانتقام، كما عرف عندهم واجب استقبال الأجانب إكرامهم وإحسان معاملتهم لأنهم هم كذلك كانوا أجانب في بلاد مصر. ومع الاعتراف الرسمي بالمسيحية من طرف الإمبراطور (كونستنتين Constantin) سنة 313م، أنشأ ما يمكن تسميته بالملجأ المسيحي الذي اختلف عن سابقه بكونه لم يقتصر على معبد أو إقليم معينين، بل شمل كل الكنائس ثم هذه الأخيرة وملحقاتها وكل بناء له طابع ديني.

وعلى هذا الأساس تم وضع مصير اللاجئين بين يدي الأساقفة والكهنة، وبناء على اجتماع ديني سنة 1511م بمدينة (أورلين *Orléans*) بين ملك (الفرنكيين *Les Francs*) (كلوفيس الأول *Clovis I*) وأساقفة الكنيسة الكاثوليكية تم منع أعوان السلطة الدنيوية من الدخول إلى البنايات الدينية من أجل القبض على الشخص اللاجئ المشتبه في ارتكابه جنائية، ولم يكن ذلك بهدف تعطيل تطبيق القانون الجنائي بل بداعي شرعة الاعتقال، وإبعاد الشبهات التي تركز لفكرة انتقامية العدالة، من خلال جعل فاصل زمني كاف من أجل سمو إحقاق الحق على عجلة الانتقام. (معروق، 2009، ص ص 11-14)

ولمست صفة القداسة كذلك حتى على الضفة الأخرى، وتحديدًا عند العرب، فكانت الكعبة مأمنا لكل من دخلها ولو كان فعل ما فعل، حتى أن الرجل كان يلقي قاتل أبيه أو أخيه فلا يعترض له، احترامًا لقدسيته، فلما جاء الإسلام زادها حرمة وتعظيمًا، قال الله تعالى: ﴿وَلَوْ جَعَلْنَا الْبَيْتَ مَثَابَةً لِّلنَّاسِ وَأَمْنًا﴾ (البقرة، الآية: 125)

كما عرف العرب حتى في جاهليتهم نظام الملجأ وسموه الدّخالة أو النجدة، فكانوا يكرمون اللاجئين إليهم ويقدمون له الطعام والمأوى الذي يصونه من فتك الحياة القاسية بالصحراء ومخاطرها، حتى أضحي حسن الضيافة شيمتهم البارزة. (ذيب، 1979، ص 11)

ولما جاء الإسلام أقر هذه العادة بل وجعلها حقا حتى للمشركين، حيث جاء في الآية السادسة من سورة التوبة قوله سبحانه: ﴿وَلَوْ أَحَدٌ مِّنَ الْمُشْرِكِينَ اسْتَجَارَكَ فَأَجِرْهُ حَتَّى يَسْمَعَ كَلَامَ اللَّهِ ثُمَّ أَبْلِغْهُ مَأْمَنَهُ ذَلِكِ بِأَنَّهُمْ قَوْمٌ لَا يَعْلَمُونَ﴾.

وجسد دخول القرن السادس عشر ميلادي، وبسبب تطور مفهوم سيادة الدولة من جهة، وتراجع دور الكنيسة من جهة أخرى النقلة النوعية فيما يتعلق بقبول اللجوء، فبعد أن كان على عهد الكنيسة مفتوحا لكل الفئات، أصبح انتقائيا وخصوصا ببعضها فقط على غرار لاجئ الرأي، المعتقد ، وكذا السياسيين منهم. كذلك مما اعتبر هو الآخر إحدى أهم الخطوات التطورية في مسار اللجوء بعد تجسيد اجتماع (وستفالي *Westphalie*) لسنة 1648م لفكرة إنشاء السفارات الدائمة وانتقال الحصانة التي يتمتع بها سفير دولة ما إلى المكان الذي يمارس فيه مهامه -مقر سفارة دولته على إقليم الدولة المضيضة - وبالتالي إمكانية اتخاذه ملجأ من طرف المتابعين لاستحالة انتهاكه، ومن أشهر الأمثلة التاريخية في ذلك، لجوء وزير خارجية ومالية إسبانيا الدوق (دي ريبيردا *De Ripperda*) سنة 1726م إلى سفارة إنجلترا، خشية على نفسه من غضب الملك (فيليب الخامس *Philippe V*). (أبو هيف، 1966، ص 119)

رغم استحالة إنكار تواجد لجوء جماعي للأفراد على مر التاريخ بسبب النزاعات المسلحة أساسا على غرار الهوغونيين إلى هولندا عقب إلغاء المرسوم المعروف باسم مرسوم نانت سنة 1685م، والموريسكيين إلى فرنسا وشمال إفريقيا بعد قرار الملك الإسباني (فيليب الثالث *Philippe III*) سنة 1610م بتهجيرهم، إلا أن تعقد الظاهرة وأخذها طابعا دوليا انتظر الحربين العالميتين وما صاحبهما من تحرك غير مسبوق - تاريخيا - للمدنيين طلبا للأمان خارج بلدانهم. (Delumeau, 2002, P 638) فقد تزامن التغيير الكلي لصورة اللاجئ التقليدية في كونه ذلك الأجنبي المتعرض للقمع من طرف سلطات بلاده، وبالتالي استحقاقه الاستفادة من اللجوء مع بلوغ نسبة اللاجئين عددا يستحيل على الدول المضيفة التعامل معه.

وتعتبر الحربان العالميتان خلال القرن العشرين أولى الحقبات التاريخية المسهمة في توجه حماية اللاجئ نحو التدويل من خلال شعور المجتمع الدولي بضرورة توحيد وتنسيق العمل في التعامل مع ظاهرة اللجوء ضمن إطار تنظيمي واتفاقي، وهو ما جسد من خلال التفافه حول عصبة الأمم ثم خليفاتها هيئة الأمم المتحدة فيما بعد. (معروق، 2009، ص 18)

فقبل الإنشاء الفعلي لعصبة الأمم بموجب اتفاقية (فيرساي *Versailles*) سنة 1919م والتي مثلت نهاية كابوس العالم أسس (هيربرت كلارك هوفر *Herbert Clark Hoover*) سنة 1914م بموافقة حكومات الولايات المتحدة الأمريكية، فرنسا، المملكة المتحدة وألمانيا، لجنة من أجل المساعدة في بلجيكا والتي قامت بعملية دولية واسعة من أجل إعانة حوالي تسعة (9) ملايين بين لاجئ ومرحل قسريا مهددين بالمجاعة في بلجيكا وشمال فرنسا المحتلين من طرف الجيش الألماني، هذا الأخير وافقت حكومته على منح الحرية التامة لتنتقل أفراد اللجنة الذين أسهموا بين سنوات 1914-1919 في شراء وإرسال ومراقبة توزيع الأغذية وبعض المواد الضرورية الأخرى مما سمح بالمحافظة على الحد المعيشي الأدنى لكل السكان. (غضبان، 1994، ص 43)

ومع انطلاق عمل منظمة عصبة الأمم قامت هذه الأخيرة بمجموعة من المبادرات الرامية إلى تسهيل إقامة اللاجئين في الدول المضيفة لهم بصفة مؤقتة أو دائمة وضمان حصولهم على الوثائق اللازمة التي تسهل عمليات تنقلهم، ومن أولى هذه المبادرات إنشاؤها عام 1921م أول منظمة دولية تعنى باللاجئين أطلق عليها اسم "المفوضية العليا للاجئين" وعين (فريدجوف نانسن *Fridtjof Nansen*) كمفوض سام يعنى باللاجئين الروس الفارين من بلادهم بسبب الثورة البلشفية عام 1917م، وكان من أبرز إسهاماته على هذا المستوى تزويد اللاجئين بوثيقة هوية عرفت باسم "جواز سفر نانسن" الذي اعتبر

ذا أهمية كبيرة في تاريخ الحماية الدولية للاجئين لأنه ولأول مرة، منحهم مركزا قانونيا يبعد عنهم شبهة كونهم عديمي الجنسية أو مغيرها. (Bringuier, 2002, P 560)

في تاريخ 28 أكتوبر 1933م استقر الأمر على تبني اتفاقية دولية تنظم المركز القانوني للاجئين بمختلف طوائفهم، وقد دخلت تلك الاتفاقية حيز النفاذ سنة 1935م بعد أن صادق عليها عدد ضئيل جدا من الدول (8) ثنائي دول فقط.

العصبة وبعد أن وجدت نفسها في مواجهة التدفق الهائل للاجئين القادمين من ألمانيا بداية ثم النمسا فيما بعد، قامت سنة 1933 بتعيين (جيمس ماكدونالد James McDONALD) مفوضا ساميا معنيا باللاجئين الألمان، مقره في لندن ويتلقى تمويله من مصادره الخاصة -غير تابع للعصبة-، وقد قام هذا المفوض خلال سنتين بتوطين ما يزيد عن 80 ألف لاجئ -أساسا في فلسطين- ليستقبل فيما بعد عام 1935م تعبيرا عن احتجاجه ضد رفض العصبة اتخاذ إجراءات فعالة لصالح اليهود الألمان المحرومين من العديد من الحقوق الأساسية بعد تبني النظام الألماني النازي لما عرف بقوانين نورمبرغ.

وغداة اندلاع الحرب العالمية الثانية تعقدت بصورة كبيرة وضعية المجتمع الدولي في الوقوف أمام الكم الهائل من اللاجئين الفارين من ويل هذه الحرب، بعد عجزهم عن تقادي قيامها، وفي سبيل تقديم المساعدة لكل اللاجئين في شتى الأنحاء الأوروبية أنشأت الأمم المتحدة سنة 1943م "وكالة الأمم المتحدة للغوثة وإعادة التأهيل" التي أسهمت في إعادة الكثير من اللاجئين إلى ديارهم، لكن بانتهاء عملياتها، ظهرت مشكلة أخرى تمثلت في رفض مئات الآلاف من اللاجئين العودة إلى بلدانهم الأصلية، لتجد منظمة الأمم المتحدة المنشأة حينها نفسها أمام حتمية إيجاد مخرج من هذه المعضلة.

حيث أكدت منظمة الأمم المتحدة طبقا لروح ميثاق سان فرانسيسكو بأن الدول تتحمل مسؤولية جماعية اتجاه الأشخاص الساعين للتخلص من القمع . فمنذ دورتها الأولى تبنت الجمعية العامة قرارا بتاريخ 12 فيفري 1946م نص على أن مشكلة اللاجئين والنازحين لها طابع وبعد دوليين، وبموجبه أيضا لا يمكن إجبار أي لاجئ على العودة إلى بلده الأصلي طالما وجدت أسباب منطقية ومقبولة لذلك. (معروق، 2009، ص ص 20-22)

اتجاه الهيئة الأممية نحو عدم تشييت الجهود المبذولة في توفير الحماية للاجئين والسير نحو عقلنتها وتركيزها ضمن إطار منظمة خاصة بتلك الفئة كرس من خلال إنشاء "المنظمة الدولية للاجئين" في شهر ديسمبر لسنة 1946م التي اعتبرت أول منظمة دولية كلفت بمعالجة جميع الأبعاد المتعلقة بظاهرة اللجوء : الإعادة إلى الوطن، تسجيل وترتيب الأشخاص التابعين لاختصاصها، العلاج وتقديم المساعدة، الحماية القانونية للفئات التي لم تحصل على جنسية جديدة، ضمان التنقل والتوطين في الدول

المضيفة، كما أنها ساعدت خلال عهدها من 1947م إلى 1952م في توطين ما يزيد عن مليون لاجئ ونازح خارج أوطانهم، وإعادة 73 ألفاً منهم إليها والتكفل بـ 31 ألفاً آخرين أغلبيتهم من أوروبا الشرقية والذين رفضوا العودة إلى بلدانهم الأصلية.

وبموجب القرار 428 الصادر بتاريخ 14 ديسمبر 1950م ولدت "المفوضية السامية للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين" لتبدأ عملها في الفاتح من جانفي لعام 1951م ولمدة (3) ثلاثة سنوات، ثم ظلت تمدد عهدها فيما بعد بصورة مستمرة إلى (5) خمسة سنوات، وتتمثل اختصاصات المفوضية أساساً في السهر على تأمين الحماية القانونية والإدارية للاجئين إلى حين حصولهم على جنسية الدولة المقيمين فيها. (سولنييه، 2005، ص 571)

وتطبيقاً لقرارها باستدعاء مفوضي الدول إلى مؤتمر بجنيف لإنهاء تحرير وكذا توقيع الاتفاقية الخاصة بوضع اللاجئين، عقدت الجمعية العامة هذا المؤتمر من 2 إلى 25 جويلية 1951م تم فيه تبني اتفاقية 1951م الخاصة باللاجئين والتي اعتبرت إلى جانب البروتوكول الذي أعقبها سنة 1967م التكريس الفعلي لنظام عالمي لحماية هذه الفئة ضمن إطار الهيئة الأممية، كون النظام الذي فرضته اتفاقيات فترة ما بين الحربين العالميتين كان في الواقع خاصاً بفئات دون أخرى من اللاجئين. (معروق، 2009، ص 23)

ثانياً : مفهوم اللاجئ.

لقد صيغت كلمة لاجئ لتدل على البروتستانت المطرودين من فرنسا خلال القرن السابع عشر بعد إلغاء مرسوم ناننت، ورغم رواجها في القرن التاسع عشر إلا أن استعمالها بصفة نهائية انتظر القرن العشرين من خلال الوثائق الدولية التي تبناها المجتمع الدولي، وتضمنت مختلف الاتفاقيات الدولية تعريفاً للاجئ يتوافق ومفردات الحقبة التاريخية المصاغ بها، وفيما يلي نعرض بعض التعريفات للاجئين:

يرى محمد الزحيلي أن حق اللجوء هو المعروف شرعاً بالهجرة والتي كانت سنة الأنبياء مع أقوامهم وأممهم، حيث عرف اللجوء بأنه: "حق الانتقال إلى بلد لا يحمل جنسيته، وذلك لأهداف ينادي بها ويضطهد من أجلها، أو يلاقي العنت والمشقة والمضايقة بسببها".

حسب ميثاق الأمم المتحدة لعام 1951م اللاجئ هو: "ذلك الإنسان الذي يوضع بظروف تجبره على ترك مكان وسكن أجداده إلى مكان آخر وقد تكون هذه الظروف سياسية أو طبيعية أو اقتصادية أو طائفية حيث تتسم بالقهر والإكراه، ويمكن كذلك أن يكون الإنسان لاجئاً حتى لو كان لجوؤه إلى جزء آخر من وطنه ما دام لا يتمتع بحرية العودة على دياره الأولى". (أبو رمضان، 2011، ص 37)

وحسب منظمة الوحدة الإفريقية فإن مصطلح لاجئ ينطبق على : "كل شخص يجبر على ترك محل إقامته المعتادة بحثاً عن ملجأ في مكان آخر خارج بلد منشئه أو جنسيته، وذلك لأسباب تتعلق بالاعتداء الخارجي أو الاحتلال أو الهيمنة الأجنبية أو الأحداث التي من شأنها إيقاع الاضطراب في النظام العام في كل أو جزء من بلد منشئه أو جنسيته". (معروق، 2011، ص 30)

ويعرف الباحث اللاجئ بأنه كل من لجأ بفعل الحرب، أو من كان خارج بلده وقت الحرب ولم يستطع العودة إليها بسبب الخوف، واللاجئ هو كل إنسان تتعرض حياته أو سلامته البدنية أو حريته للخطر، وذلك يعتبر خرقاً لمبادئ الإعلان العالمي لحقوق الإنسان، وعندئذ يكون له الحق في طلب الملجأ.

ثالثاً: دوافع اللجوء.

1- الدوافع النفسية:

تتمثل الأسباب النفسية للجوء في الصراع بين الدوافع والرغبات المتعارضة والإحباط، وما يرتبط به من الشعور بخيبة الأمل والفشل والعجز التام، وتحقير الذات والحرمان وكذا الخبرات الصادمة مثل : الحروب والكوارث والأزمات الاقتصادية... ، وإلى الضغوط البيئية والاجتماعية والثقافة المريضة والتطور الحضاري السريع المصحوب بعدم القدرة على التوافق واضطراب التنشئة الاجتماعية و سوء التوافق المهني. (سري، 1993، ص 77)

أما بالنسبة للسوريين فقد شكلت الحرب دافعاً نفسياً للهجرة من بيوتهم و قراهم وبلدانهم، وتحلل الدكتورة منال زكريا -أستاذة علم النفس في جامعة القاهرة- الأسباب النفسية للجوء السوريين والفلسطينيين إلى الهجرة غير الشرعية قائلة : "يعاني هؤلاء من درجات مرتفعة من نقص الصلابة النفسية وعدم القدرة على تحمل الضغوط الكبيرة عليهم، فيصبحون كأنهم يسعون للانتحار للتخلص من حياتهم، بناء على أمل ضعيف كثيراً ما يغرق معهم ، فلغلب هؤلاء غير قادرين على التأقلم ولا يجدون أمامهم سوى المخاطرة بعائلاتهم من أجل الوصول إلى مكان ينشدون فيه الأمن والأمان".

2- الدوافع السياسية:

تنقسم الدوافع السياسية إلى شقين:

- **الشق الأول:** خاص بالأفراد المهجرين الذين يهاجرون نتيجة تبديلات في النظام السياسي أو نزاعات مسلحة وقد حدثت هذه الهجرات على نطاق واسع في القرن العشرين، فأدى تقسيم فلسطين في عام 1948م إلى هجرة حوالي (804.000) فلسطيني. ونتج عن إنشاء دولة باكستان في عام 1948م والصراعات التي تلت ذلك إلى هجرة (10) عشرة ملايين نسمة، أما تقسيم أوروبا إلى كتلتين بعد الحرب العالمية الثانية فقد كان وراء هجرة مليوني نسمة، وتسببت الحرب في سوريا خلال الأربع سنوات الأخيرة في هجرة 11,4 مليون سوري من منازلهم داخل سوريا وخارجها.

- **الشق الثاني:** يعتبر الاضطهاد السياسي دافعاً هاماً من دوافع طلب اللجوء (دوافع طاردة) فهو يدفع الأفراد إلى الهجرة هرباً من الأوضاع السياسية الداخلية غير المستقرة وعدم الرضا عنها، وكنوع من أنواع اللجوء السياسي.

3- الدوافع الاقتصادية:

إن الأسباب الاقتصادية كانت وما تزال تمارس دوراً مماثلاً في الدفع صوب اللجوء، إذ أن عوامل الطرد للشباب في بلدهم الأصلي من جهة، وعوامل الجذب صوب بعض الدول خاصة الغربية من جهة ثانية بارزة، رغم القيود المتزايدة التي تضعها الدول الغربية ضد الهجرة المتفاقمة نحوها. وتلعب دوراً هاماً إذن في التشجيع على اللجوء بغية تحقيق مستوى معيشي جيد، فالتباين الواضح في المستوى الاقتصادي بين الدول الأصل والدول المستقبلية يخلق الهوة بين الطرفين، ويكون مشجعاً للجوء إلى الدول التي يكون اقتصادها متقدماً، وهو عامل طارد بالنسبة للدول الأصل. (Gordon, 2006, P 32)

4- الدوافع الاجتماعية:

تواجه المجتمعات المتخلفة مجموعة من المشكلات الاجتماعية التي تعتبر قيوداً ثقيلة على الفكر والحرية الفردية، والتي تمثل دافعاً إلى اللجوء ويمكن تلخيص أبرزها في النقاط التالية:

- سياسة القمع في هذه المجتمعات يخلق لدى الأفراد ليس الازدواجية في الشخصية فحسب، بل والانتهازية والخوف وتجنب المبادرة وتراجع الأمل والثقة بالنفس.

- الواقع الاقتصادي المتخلف يقود إلى انتشار الفقر على نطاق واسع لدى نسبة كبيرة من الأفراد المتعلم والمتفهم، مما يصعب عليه تأمين ظروف عيش كريم.

- انتشار البطالة بشكل واسع، مما يخلق الكثير من التعقيدات النفسية والاجتماعية مثل الشعور بالاغتراب، والذي بدوره يدفع إلى طلب اللجوء.

وعموماً فالتفكك عن المجتمع، وعدم التلاؤم معه بسبب البؤس والبطالة، وظروف معيشية سيئة أخرى مثل الخلافات العائلية، وتدهور القيم الاجتماعية السائدة عوامل قد تدفع الأفراد إلى اللجوء نحو بلدان أخرى. (هيئة الأمم المتحدة، 2002، ص 3)

رابعاً: أنواع اللجوء:

1- اللجوء الديني:

مصطلح (اللجوء الديني) من المصطلحات المعاصرة، والمقصود بالملجأ الديني ذلك المكان الذي يعتصم ويحتمي به اللاجئ، فراراً من القتل أو التعذيب، وطلباً للأمن، لما لذلك المكان من حرمة دينية وقدسسية عند أفراد المجتمع. قال الله تعالى: ﴿إِنَّ أَوَّلَ بَيْتٍ وُضِعَ لِلنَّاسِ لَلَّذِي بِبَكَّةَ مُبَارَكًا وَهُدًى لِلْعَالَمِينَ فِيهِ آيَاتٌ بَيِّنَاتٌ مَقَامُ إِبْرَاهِيمَ وَمَنْ دَخَلَهُ كَانَ آمِنًا﴾ (آل عمران، الآية: 97)، فقد دلت الآية على مشروعية الأمان لمن لجأ إلى البيت الحرام.

2- اللجوء الإقليمي:

وضعت الجمعية العامة للأمم المتحدة في اعتبارها أن الإعلان العالمي لحقوق الإنسان في المادة (14) قد قرر ما يلي:

- لكل فرد حق التماس الملجأ في بلدان أخرى والتمتع به، خلاصاً من الاضطهاد.
- لا يمكن التذرع بهذا الحق، إذا كانت هناك ملاحقة ناشئة بالفعل عن جريمة غير سياسية، أو عن أعمال تتناقض مقاصد الأمم المتحدة ومبادئها.

فضحايًا الحروب والجماعات الطالبة للمأوى والأمان هم من ينطبق عليهم وصف (لاجئون إقليميون)، وهم يمثلون العدد الأكبر من اللاجئين، غير أنه يشترط في اللاجئ ألا يكون مقترفاً جرماً عادياً، أو كان بين الدولتين المعنيتين اتفاقية لتسليم المجرمين، كما ينبغي أن نشير إلى أن الملجأ الإقليمي هو إجراء وحيد تستمده الدولة المضيفة من الامتيازات التي تتمتع بها بمقتضى سيادتها. (فرج، 2009، ص 170)

2- اللجوء السياسي:

يقصد باللجوء السياسي ما كان إلى دولة أجنبية أو إلى إحدى سفاراتها في الخارج، أو إلى إحدى سفنها أو طائراتها، حيث يطلب فيها اللجوء الإقامة مؤقتاً أو لمدة طويلة؛ هرباً من خطر داهم يهدد حياته وسلامته.

وتنشأ عن منح اللجوء السياسي مسألتان هامتان هما:

- احترام اللاجئين من قبل الدولة المضيفة لهم، مع تقديم المساعدات اللازمة، واستعمال سلطتها على اللاجئين الذين تعتبرهم يشكلون خطراً على الأمن والنظام العام ثم طردهم من البلاد بعد إنذارهم، ولقت نظرهم إلى مخالفتهم لواجبات اللجوء السياسي.
- عندما تمنح إحدى الدول حق اللجوء السياسي، فإنه يترتب عليها حماية اللاجئين ضد أي محاولة تقوم بها الدولة التابعين لها. (أبو الوفاء، 1992، ص 278)

خامساً: النظريات المفسرة للهجرة.

تتازع تفسير ظاهرة الهجرة عدة اتجاهات، وتوضح متابعة النظريات المفسرة للهجرة غلبة تخصص المنظرين والمفسرين على تفسيرهم، كالمختص في الجغرافيا أو في الاقتصاد أو في علم الاجتماع أو علم النفس... الخ، ولذلك فثمة اتجاهات نظرية محددة في تفسير ظاهرة الهجرة، وفيما يلي بعض هذه الاتجاهات النظرية:

1- التفسير الاقتصادي:

- يوجز البعض ما يعنيه التفسير الاقتصادي للهجرة بالقول: أن المهاجر يترك وطنه أصلاً بحثاً عن عمل، ويتضمن ذلك تصوراً محدداً في جانبيين:
- أن حدوث الهجرة يرتبط بعوامل طاردة وعوامل جاذبة، وأن الحالة الاقتصادية المناوئة في الموطن الأصلي تدفع الناس إلى مغادرته وتركه، وفي نفس الوقت فإن الحالة الاقتصادية الرائجة والجاذبة في المجتمع المضيف تجذب المهاجرين إليه.
- أن السلوك الهجري للمهاجر يساير نموذج تعظيم المنفعة، الذي يفترض أن المهاجر يستهدف تعظيم منفعته الاقتصادية من خلال قيامه بالهجرة.
- فطبقاً للتفسير الاقتصادي يرى البعض أن الدوافع التي تدفع الأشخاص للهجرة، توصف بأنها دوافع اقتصادية، وبمعنى آخر فإنه ينظر إلى المهاجرين على أنهم باحثون أساساً عن الرزق وأسباب العيش، بما يتضمنه ذلك من اتجاه المهاجر إلى حيث يجد العمل.

2- التفسير الجغرافي:

يقوم التفسير الجغرافي على نقطتين:

- أحدهما ترتبط بتفسير سبب الطرد من الموطن الأصلي.

- وثانيهما ترتبط بتحديد مجتمع الاستقبال.

فالنقطة الأولى يقوم التفسير الجغرافي على افتراض أن ثمة توازن بين خصائص المنطقة

وخصائص سكانها، فالجغرافيون يرون أن الظروف الجغرافية والفيزيائية لكل منطقة تسمح بالاحتفاظ بعدد محدد من السكان، وأن أي عدد يزيد منهم عن العدد المسموح يصبح عددا زائدا يخل بمقتضيات الظروف الجغرافية للمنطقة، ومن ثم فإن المخرج الوحيد أمام هذا العدد هو الهجرة.

أما النقطة الثانية التي تقدم النظرية الجغرافية تفسيراً لها، فهي اختيار مجتمع الاستقبال بالنسبة للمهاجر، فالمهاجر يختار مجتمع الاستقبال أو المنطقة التي يهاجر إليها في ضوء خصائصها الجغرافية، حيث يرى الجغرافيون أن المهاجر يختار منطقة الاستقبال في ضوء تماثل ظروفها الجغرافية (التضاريس، المناخ والنبات...الخ) مع ظروف منطقته الأصلية.

3- التفسير الاجتماعي الثقافي:

هذا التفسير لا يركز على عامل وحيد في تفسير الهجرة، كما أنه لا يركز على عوامل الطرد فقط، بل ينظر إلى الهجرة والمهاجرين نظرة متكاملة.

فهو ينظر إلى المهاجرين على أنهم حلقة وصل تربط بين المجتمع الأصلي فهو ينظر إلى المهاجرين على أنهم حلقة وصل تربط بين المجتمع الأصلي الهجرة والمهاجر، وتحدد قرار الهجرة واتجاهها ومدتها وعوائدها...الخ.

كما أن الثقافة الخاصة بالمجتمع هي المسؤولة إلى حد كبير عن الميل العام للهجرة داخل الجماعة، رغم أن التفاصيل المضبوطة عن مصدر الهجرة وسرعة أو بطء فيضها قد يتأثر بعوامل اقتصادية معينة، فانتقال الناس وتحركهم وهجرتهم داخل أو خارج حدود المجتمع إنما يحدث لامتزاج الثقافات والدوافع الاقتصادية. (غانم، 2002، ص ص 23-34)

سادساً: الآثار النفسية لصدمة اللجوء.

اقتلاع الإنسان من أرضه ومحيطه، واضطراره إلى اللجوء إلى مكان آخر، حدث يشكل صدمة في حياة هذا الإنسان، عليه التعامل معها ومواجهتها، حيث يبقى الحدث حاضراً دائماً في البال وعصياً على النسيان. وهنا علينا أن نُمَيِّز بين اللجوء المؤقت واللجوء الدائم، وبين اللجوء الناتج عن الحروب، واللجوء الناتج عن أسباب أخرى، وطبيعة البلد الذي تم اللجوء إليه، ونظرتهم إليهم، وكيفية تعامله معهم في اللجوء المؤقت والقسري، وبقاء الأمل بالعودة قائماً.

وتصاحب اللجوء بعض الاضطرابات النفسية كالقلق والاكتئاب، واضطرابات السلوك والميل إلى الانطواء والعزلة، أو التوتر والعنف والعصبية الزائدة، مع التشديد على أنه لا يمكن التعميم، ولكن الأمور تكون أقسى وأصعب خصوصاً إذا كان سبب اللجوء هو الحرب وما يرافقها من عمليات عسكرية، وفقدان ألفة وتشريد عائلات.

كما أن أماكن السكن التي يتجمع فيها اللاجئين تؤثر تأثيراً كبيراً على وضعهم النفسي، فالانتقال من سكن مريح في الماضي إلى تجمعات سكنية تخضع لشروط وقوانين جديدة تفرض من الخارج، ويتوجب على الجميع احتلامها، تخلق عند الكثيرين وضعيات تأزمية، وتفجر لديهم القلق المكبوت والحنين إلى البلد الأصلي، وهنا يمكن أن تنشأ على المستوى اللاوعي مشاعر غيرة وحسد تجاه سكان المجتمع المستقبل لأنهم لم يعانون مثلهم، وما زالوا في ديارهم ولم يذوقوا ويلات الحرب واللجوء، فظروف العيش والتي قد تكون صعبة، وهي غالباً صعبة، قد تخلق شعوراً بالثورة وبالحد في نفوس اللاجئين، أو شعوراً بالنز والاهمال، ورغبة بالحصول على الحقوق التي تم سلبهم إياها. (بزي، 2004، ص ص 5-6)

وقد تظهر آثار الصدمة النفسية الناتجة عن الضغط النفسي مباشرة بعد الحدث الصادم أو بعد فترة زمنية وقد تختلف من شخص إلى آخر تبعاً لاختلاف طبيعة شخصية الفرد أو نوع الصدمة أو الظروف المحيطة به وفعالية الدعم المعنوي والمادي المقدم لضحايا الحرب والاحتلال، وفي الآونة الأخيرة حدث وعي متزايد بحقيقة أن الأشخاص الذين يتعرضون للصدمة لا يصابون جسدياً فحسب، بل و يلحقهم أذى نفسي كذلك. (أبو رمضان، 2011، ص 43)

سابعاً: اللاجئون السوريون.

يُعدّ ملف اللاجئين السوريين واحداً من أكثر الملفات الإنسانية خطورة في القضية السورية، نظراً للأبعاد الإنسانية والاجتماعية والاقتصادية والتربوية الخطيرة التي يُخلفها اللجوء على مجتمع اللاجئين وعلى ذويهم من غير اللاجئين، وما يتركه من آثار ماثلة على المجتمعات المضيفة، فيعطي هذا الانتهاك بُعداً دولياً وإقليمياً، بخلاف بقية الانتهاكات التي يجري تجاهلها من المجتمع الدولي، والتي ينحصر أثرها على الإنسان السوري بصورة أساسية.

كما تُمثّل قضية اللجوء مُحصّلة لبقية الانتهاكات، حيث تُظهر بحجمها الكمي غير المسبوق في العصر الحديث مستوى معاناة الشعب السوري من الحرب الأخيرة، والتي دفعت ملايين الأشخاص للتخلّي عن بيوتهم والعيش في أماكن لا يصلح بعضها للعيش البشري.

1- بداية اللجوء السوري:

بدأت مشكلة النزوح واللجوء في الأشهر الأولى للثورة عندما بدأت المعارك بين الجيش النظامي والثوار، واستعمال السلطات السورية الأسلحة الثقيلة في اللاذقية ودرعا في أبريل وماي 2011م، أي بعد حوالي شهرين من بداية الثورة، مما اضطر الأهالي إلى الانتقال إلى أماكن أخرى داخل محافظتهم أو إلى محافظة مجاورة.

إلا أن العنف المتزايد واحتدام المعارك بين الموالاة والمعارضة أدّى إلى تشكيل أول حالات الهجرة إلى خارج سورية، حيث سجّلت أولى حالات اللجوء في الأراضي اللبنانية مع بداية شهر ماي 2011م، عندما بدأت قوات الجيش السوري هجومها الواسع على مدينة تللكلخ الحدودية، فانطلقت مئات من العائلات السورية إلى منطقة وادي خالد اللبنانية والمحاذاة لتلكلخ، ولم يعرف عدد تلك العائلات، نظراً لأنّ السلطات اللبنانية لم تقم بالإعلان عن أعداد هؤلاء اللاجئين، ولم يكونوا مسجلين كلاجئين مع أي منظمة دولية.

وفي 7 ماي 2011م سجّلت أول حالات اللجوء إلى الأراضي التركية عندما وصلت بطريقة غير قانونية أول مجموعة من 122 شخصاً، معظمهم من مدينة جسر الشغور إلى قرية كريباز كيو في محافظة هاتاي جنوبي تركيا، تزامناً مع الحملة الموسعة التي قادها الجيش آنذاك على مدينة جسر الشغور، واستخدمت فيها المروحيات بشكل مكثف.

ومع نهاية الأسبوع الثاني من شهر جوان 2011م كان عدد اللاجئين في تركيا قد وصل إلى 8500 شخص، وقد دفع تسارع وصول اللاجئين السوريين إلى تركيا إلى بناء أول مخيم للاجئين في الأسبوع الأول من جويلية 2011م، وذلك في ألتن أوزو في محافظة هاتاي، بسعة 5000 آلاف

شخص، إلا أن المخيم امتلأ في الأيام الأولى لإنشائه، حيث بلغ عدد الذين لجؤوا إلى تركيا في الأسبوع الثاني من ذلك الشهر 8500 شخص، مما استدعى بناء المخيم الثاني في منطقة **يايلاداجي**. وتحدثت التقارير الصحفية والحقوقية عن لجوء نحو 3000 سورية إلى الأردن في الفترة من شهر ماي حتى أكتوبر 2011م، وتحديدًا من **درعا**، بعد الهجوم الكبير الذي شنته القوات الحكومية على المدينة، إلا أن اللاجئين السوريين في الأردن لم يكونوا في ذلك الوقت متواجدين في مخيمات، حيث عمدت السلطات الأردنية إلى دفعهم للإقامة في شقق مع أقاربهم، أو من خلال شقق قدامها بعض المحسنين، وخاصة في مدينة **المفرق** و**الرمثا** الحدوديتين، وقد بقي الأمر على هذا الحال حتى افتتاح مخيم **الزعتري** بتاريخ 29 جويلية 2012. (اللجنة السورية لحقوق الإنسان، 2013)

2- دوافع اللجوء السوري:

بدأت عملية اللجوء والنزوح بعد استعمال السلطات السورية للعنف المفرط في التعامل مع الثوار في المناطق التي شهدت احتجاجات ضد النظام، حيث تمّ قصف هذه المناطق بشكل عشوائي، مما دفع الأهالي للفرار إلى مناطق أخرى في داخل مناطقهم أو في محافظات أخرى، أو اللجوء إلى دول الجوار. لكن انتهاكات أخرى ت ساعدت في زيادة موجات اللجوء بشكل كبير، وتالياً سنعرض لأبرز الممارسات التي أدت إلى موجات النزوح واللجوء التي شهدتها سورية:

- **العنف المفرط تجاه المناطق التي يتركز فيها الثوار**، حيث تم استخدام القصف العشوائي، واستخدام الأسلحة الثقيلة بكل أنواعها منذ الشهر الثاني للثورة، وما زال استعمالها مستمراً حتى اليوم، وبشكل مضطرب، وقد ارتبط اللجوء بشكل مباشر مع حجم العنف المستخدم ومدى استمراريته، حيث أدى القصف المتواصل إلى وقوع خسائر مستمرة في صفوف المدنيين بشكل عشوائي، كما أدى إلى تدمير الكثير من البيوت، ولم تعد صالحة للسكن، كما أصبحت الكثير من العمارات مهددة بالسقوط.
- **سياسة المجازر**، حيث أدت المجازر التي ارتكبت في محيط مدينة **حمص** و**درعا** و**حلب** إلى موجات من النزوح في المناطق المجاورة لها، تحسباً من مجازر مشابهة.
- **سياسة الحصار**، والتي بدأ استخدامها منذ الشهر الثاني للثورة، عندما فرض الحصار على مدينة **درعا** في 2011/5/4، تلاه الحصار على مدينة **بانياس**، ثم **الرسن** و**تلبيسة**، ثم استخدم على نطاق واسع بعد ذلك في **حمص** و**ريف دمشق** و**حلب**. وقد دفعت هذه السياسة إلى زيادة معاناة المدنيين المعيشية، ودفعتهم للبحث عن مخرج من هذه المناطق المحاصرة.

- سياسة التجنيد الإلزامي، واستدعاء الاحتياط، خاصة بعد صدور المرسوم رقم 104 لعام 2011م، مما دفع عدداً كبيراً من الأسر للخروج من البلد خشية استدعاء أبنائها الذكور إلى الخدمة الاحتياطية، والتي أصبحت تشكل خطراً على حياة أولادهم من جهة، أو عدم رغبة آخرين بالخدمة في جيش النظامي.

- الوضع الاقتصادي العام، والذي دفع الكثيرين إلى مغادرة بلدهم دون وجود خطر مباشر على حياتهم، نتيجة لتوقف حركة الاقتصاد بشكل عام، ووصول نسبة البطالة إلى 80% تقريباً، بالتوازي مع الارتفاع الكبير في الأسعار، وتوقف الخدمات العامة. (اللجنة السورية لحقوق الإنسان، 2013)

3- أوضاع اللاجئين السوريين في مختلف دول اللجوء:

تختلف أوضاع السوريين اللاجئين من دولة أخرى، وفقاً لثلاثة عوامل، هي: عدد اللاجئين السوريين في هذه الدولة، وسياسة هذه الدولة تجاه الأحداث في سورية بشكل عام، وسياساتها تجاه اللاجئين بشكل خاص، والإمكانيات المالية لهذه الدولة.

وبحسب المفوضية العليا للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين فإنّ عدد اللاجئين بعد أربع سنوات من الحرب (2011-2015) بلغ 11,4 مليون لاجئ، منهم 6,5 مليون لاجئ داخل سوريا و 3,9 مليون لاجئ خارج سوريا، منهم 1.698.472 في تركيا، و 1.172.170 في لبنان، و 625.178 في الأردن، و 244.731 في العراق، و 136.661 في مصر.

وفي تركيا، بلغ عدد المخيمات 22 مخيماً، يبلغ عدد السوريين اللاجئين فيها حوالي أكثر من نصف مليون نسمة، ويُعدّ وضع اللاجئين في تركيا من أفضل أوضاع اللاجئين في كل الدول.

وقد قامت الحكومة التركية بتوزيع بطاقات بنكية لكل اللاجئين، يتم وضع مبلغ شهري من قبل الحكومة التركية، بالإضافة إلى مبالغ خاصة موسمية (مبلغ خاص لملابس الشتاء، ومبلغ خاص لاحتياجات المدارس...)، وهي بادرة تعتبر الأولى من نوعها في تاريخ التعامل مع اللاجئين في العالم.

أما بالنسبة للسوريين الموزعين على المدن التركية خارج المخيمات، فقد تمّ تمديد فترات الإقامة لهم، وهي الإقامة التي تمكّنهم من العمل، وتحملت الحكومة كل الغرامات المترتبة على المتأخرين.

كما وفّرت الحكومة الخدمات الطبية للسوريين في داخل وخارج المخيمات، كما غصّت النظر عن مدارس تم إنشاؤها (حوالي 60 مدرسة تقوم بتدريس المنهج الدراسي السوري المعدّل)، وتم دعم هذه المدارس بالمستلزمات الدراسية. كما قامت الحكومة بفتح مصحات يقضي فيها المرضى الذين يُغادرون المستشفيات فترة نقاهة، حتى يكملوا استشفاءهم بشكل كامل، كما سمحت للأطباء السوريين بممارسة المهنة داخل المخيمات، رغم أن القانون التركي يمنع عمل الطبيب غير التركي على الأراضي التركية.

وبالنسبة للطلبة الجامعيين، فقد قدّمت الحكومة منحاً دراسية للطلبة السوريين للدراسة في الجامعات التركية، وسمحت للطلبة الذين ليس لديهم أوراق ثبوتية من جامعاتهم باستكمال دراستهم في ست جامعات في جنوب تركيا.

رغم تواجد عدد كبير من اللاجئين السوريين في **لبنان**، إلا أنّ لبنان لا تضم أي مخيم رسمي للاجئين، لكن مع ازدياد أعداد اللاجئين أصبحت هناك تجمعات عشوائية لمخيمات صغيرة يقدر عددها بال عشرات في مناطق مختلفة من لبنان ، ويحصل كل لاجئ مسجّل في المفوضية العليا لشؤون اللاجئين في لبنان على مبلغ \$27 شهرياً، ويحصل عدة آلاف من اللاجئين فقط على خدمة الإيواء.

كما يسمح للطلبة السوريين بالدخول إلى المدارس الرسمية اللبنانية مجاناً، لكنّ المشكلة تكمن في عدم قدرة المدارس الرسمية على استيعاب جميع اللاجئين السوريين ممن هم في سن الدراسة، مما حدا بالحكومة اللبنانية للإيعاز بفتح دوام مسائي في حوالي 70 مدرسة موزعة على مختلف المناطق اللبنانية.

أما في **الأردن**، فيقيم معظم اللاجئين في مخيم واحد هو **مخيم الزعتري**، أين توفّر لهم خدمات الطعام والصحة والتعليم في داخل المخيم، ويمكن للاجئين المقيمين خارج المخيم تسجيل أبنائهم في المدارس الحكومية، ويعاملوا معاملة التلميذ الأردني. لكن المدارس الحكومية لم تعد قادرة على استيعاب العدد المتزايد من اللاجئين، مما حدا بالمفوضية العليا لشؤون اللاجئين لاستخدام المدارس الحكومية في فترات مسائية، كما تمّ فتح مدرسة بحرينية وأخرى سعودية داخل مخيم الزعتري. ويُعاني اللاجئون بصفة خاصة من ضعف الخدمات الصحية المقدمة لهم، وخاصة لذوي الأمراض المزمنة، مثل الفشل الكلوي والثلاسيميا.

وفي **مصر**، فلا توجد أي مخيمات للاجئين هناك، ويسكن هؤلاء السوريون في بيوت يقومون باستئجارها، ويقومون بأنفسهم بتأمين الموارد الكافية لحياتهم، سواء من خلال العمل، أو من خلال التحويلات التي يحصلون عليها من أقاربهم خارج مصر. كما أن بعض الجمعيات الخيرية تساهم في دعم اللاجئين الذين لا تتوفّر لهم مثل هذه الموارد. حيث وفّرت بعض الجمعيات الخيرية مساكن للاجئين، فيما قدّمت جمعيات أخرى الطعام والألبسة والمساعدات المالية.

وكانت الحكومة المصرية السابقة قد أصدرت قراراً يقضي بمعاملة الطلاب السوريين كمعاملة

الطلبة المصريين، وقد ساعد هذا القرار في حل مشكلة التعليم المدرسي والجامعي للطلبة السوريين المتواجدين في مصر، رغم وجود عوائق بيروقراطية وإدارية تواجه بعض اللاجئين، نتيجة لعدم امتلاكهم للأوراق الثبوتية الكاملة.

ولابدّ هنا من الإشارة إلى أن عشرات الآلاف من السوريين وجدوا طريقهم إلى دول أخرى، مثل دول الخليج ودول المغرب العربي، كما أن كثيراً منهم يحاولون بشتى الطرق الوصول إلى أوروبا والولايات المتحدة وكندا من أجل الحصول على اللجوء الإنساني والسياسي هناك. وقد سُجّلت في الأشهر الماضية عدّة حوادث غرق لقوارب كانت تقلّ لاجئين غير شرعيين كانوا يحاولون العبور إلى أوروبا. وقد أقامت عددٌ من الدول الأوروبية معسكرات إقامة لمن يصل إليها من اللاجئين، حيث أقيمت مثل هذه المعسكرات في بلغاريا وإيطاليا واليونان، وتمّ توثيق العديد من الانتهاكات التي يتعرّض لها اللاجئون في هذه المعسكرات، وخاصة في إيطاليا، حيث يقوم حرس المعسكر بضرب اللاجئين بقسوة، وفصل الأطفال عن ذويهم، ومحاولة إجبارهم للعودة إلى بلادهم. (المفوضية العليا للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين، 2015)

ثامناً: اللاجئون السوريون بالجزائر.

صارت الجزائر في الآونة الأخيرة قبلة للاجئين من مختلف الجنسيات سواء كانوا عرب كالسوريين، أو أفارقة كالماليين الذين فتحت لهم الجزائر ملاجئ على الحدود الجنوبية، وتواجه الجزائر تدفقا غير مسبوق من ناحية اللاجئين بسبب التغيرات التي عرفتتها المنطقة العربية والإفريقية بسبب الحروب المستعرة.

حيث فضل الكثير من اللاجئين السوريين اللجوء إلى الجزائر رغم بعد المسافة بينهما، حيث يتوزعون عبر معظم ولايات الوطن، وتشير أرقام وزارة التضامن الوطني إلى أن عدد اللاجئين السوريين بالجزائر قد بلغ 12 ألفاً، بينما الشبكة السورية لحقوق الإنسان تفيد بأن هناك ما لا يقل عن 15 ألف سوري نازح لا يزالون في الولايات الجزائرية.

وتأخذ وزارة التضامن على عاتقها التكفل بالوافدين السوريين منذ سنة 2012م بالتعاون مع الهلال الأحمر الجزائري، حيث تتكفل السلطات الجزائرية وترعى حالياً 1319 رعية سورية في مراكز استقبال على مستوى كل الولايات مع ضمان الإطعام والإيواء والألبسة والأدوية والتكفل النفسي، دون إغفال الجانب المدرسي حيث أن عملية التكفل تتضمن أيضاً تسجيل الأطفال السوريين في سن الدراسة في المؤسسات التربوية، كما تقرر فتح دور الحضانه لاستقبال الأطفال صغار السن من العائلات السورية. (وزارة التضامن الوطني، 2015)

كما اختارت وزارة التضامن مخيم الهلال الأحمر الجزائري بسيدي فرج مقراً لإقامتهم، ويبلغ عدد اللاجئين السوريين بالمخيم 18 شخصاً فقط، فرغم انتقاد الكثير من الهيئات وحتى اللاجئين أنفسهم لاختيار السلطات هذا المكان، إلا أن الكثير من الجمعيات والمنظمات المهتمة بالشأن الإنساني سواء

المحلية أو الدولية بررت ذلك بأن الجزائر لم تكن تتوقع مثل هذا التدفق من اللاجئين السوريين ، الذين بدورهم يرفضون الذهاب إلى هياكل الاستقبال التي خصصت لهم مفضلين البقاء في الأماكن العمومية. وعرف توافد السوريين إلى الجزائر عدة تسهيلات بعدما قدمت السلطات كل التسهيلات في إطار الإقامة وحتى تسجيل أبنائهم بالمدارس الجزائرية، خاصة أن عديد العائلات السورية التي دخلت إلى الجزائر كانت ميسورة الحال، فقاموا بكراء المنازل والتوجه للبحث عن عمل أو الاشتغال عند أحد المعارف سواء جزائريين أو سوريين، كذلك العائلات السورية التي تمتلك أقارب بلجزائر والتي لقيت كل الراحة من طرف أبناء دمها، لكن الشيء الملاحظ هو التواجد الكبير لهذه الجالية أمام أبواب المساجد وفي الشوارع قصد التسول والإعانة والإغاثة باسم الدين والأخوة والعروبة، وهو الشيء الذي وقفنا عليه تقريبا في جل مساجد الوطن. (آسيا غريب، 2013)

خلاصة :

تعتبر النزاعات المسلحة، دولية كانت أو غير دولية، من الحالات التي تشهد فيها حقوق الإنسان والقانون الدولي الإنساني خرقاً واسعاً، حتى أنها اعتبرت من أسباب تهديد السلم والأمن الدوليين في حالات عديدة منذ مطلع التسعينات ولا شك أن مشكلة اللاجئين قديمة العهد، لأنها لازمت الاضطهاد، التعذيب والقهر الذي كان يمارسه الإنسان ضد أخيه الإنسان منذ العصور الأولى، لكنّها تفاقمت وازدادت خطورتها في عالمنا المعاصر الذي عان الولايات والأهوال من جراء الحروب، وترتّب على ذلك ظهور العديد من اللاجئين الذين يطلبون ملجأً ومكاناً آمناً.

ومن البديهي أن مشكلة اللجوء والنزوح القسري أصبحت أكثر القضايا إلحاحاً والتي واجهت المجتمع الدولي طوال تاريخه، كون هذه الفئات من بين أكثر مجموعات الناس تعرضاً للمعاناة سواء كان ذلك نتيجة لصراع، أو اضطهاد، أو غير ذلك من أنواع انتهاكات حقوق الإنسان.

وما حدث من نزاعات داخلية في سوريا أدى إلى ارتفاع حاد في نسبة اللاجئين، وأصبحت حلول مشاكلهم أكثر إثارة للحيرة في كل الأرجاء، مما استدعى ضرورة تفعيل وتنفيذ الحماية القانونية المقررة للاجئين من خلال نصوص الاتفاقية، وإيجاد طريقة لإيقاف تواصل المشكلة وخلق المزيد من اللاجئين عبر الوصول إلى حل سياسي للأزمة السورية يضمن عودة اللاجئين إلى ديارهم.

المحافظ المبراني

الفصل الخامس

الفصل الخامس: منهجية البحث والإجراءات الميدانية

أولاً: الدراسة الاستطلاعية.

ثانياً: الدراسة النهائية.

1- المنهج.

2- عينة الدراسة.

3- أدوات الدراسة.

أولاً: الدراسة الاستطلاعية.

تعتبر الدراسة الاستطلاعية أول خطوة في سلسلة البحث الاجتماعي وهي أساسية بين مجموعة الخطوات الأخرى، ويتوقف العمل في مراحل البحث الأخرى التي تلي الدراسة الاستطلاعية على البداية الصحيحة والملائمة التي تخطوها هذه الدراسة وبكمن التركيز الأساسي لمثل هذه الدراسات على اكتشاف الأفكار الجديدة والاستبصارات المتباينة التي تساعد على فهم المشكلة المدروسة في البحث.

فللدراسة الاستطلاعية دور هام في تحديد وضبط عنوان البحث، كما لها دور في تحديد وضبط عينة البحث وأيضا منهج الدراسة وأدوات البحث، فهي تساعد الباحث على تحديد أبعاد بحثه والهدف المراد الوصول إليه من خلال هذه الدراسة، فهي إذن دراسة فرعية يقوم بها الباحث بمحاولات اكتشافية تمهيدية قبل أن ينخرط في بحثه الأساسي حتى يطمئن على صلاحية خطته وأدواته وكذلك ملاءمة الظروف للبحث الأساسي الذي ينوي القيام به. (طه، 1989، ص 194)

وعليه فالدراسة الاستطلاعية توجه الباحث وتوضح له الميدان الذي سيجري فيه بحثه وكذا كيفية التعامل مع المعطيات، كما تسمح أيضا بجمع أكبر قدر من المعلومات والبيانات التي تساعد في اختيار مجتمع البحث، كما قد يتوصل الباحث بموجبها إلى أن مشكلة الدراسة يمكن دراستها دراسة وضعية أو تجريبية، كما قد يتوصل إلى أنها لا تستحق الدراسة لصعوبة تناولها، أو لعدم توفر بيانات كافية عنها أو لغير ذلك من الأسباب. (الرشدي، 2000، ص 55)

وبذلك فلن الدراسة الاستطلاعية تساعد في وضع الفروض والتساؤلات التي يراها الباحث ضرورية لإجراء البحث، ومن أهداف الدراسة الاستطلاعية أنها تساعد على صياغة مشكلة البحث تمهيدا للإجراءات الدقيقة، وتنمية فروض البحث، وتحديد الخطوات حسب الأهمية والأهمية.

فالدراسة الاستطلاعية تعرف بالدراسة التي تستهدف التعرف على المشكلة، وتقوم الحاجة إلى هذا النوع من الدراسات عندما تكون المشكلة أو موضوع البحث جديد لم يسبق اكتشافه من قبل أو عندما تكون المعلومات أو المعارف المتحصل عليها حول المشكلة أو الموضوع قليلة، وعليه فقد هدفت الدراسة الاستطلاعية في البحث الحالي إلى:

- معرفة خصائص العينة من خلال التعرف على بعض اللاجئيين السوريين، لتبيان توفر الحالات التي تخدم فعلا موضوع الدراسة.

- تحديد مجتمع الدراسة، وذلك استنادا على المعطيات والبيانات التي تم الحصول عليها خلال هذه الدراسة، بعد إجرائنا لمقابلات مع بعض الحالات.

- التأكد من صلاحية الأدوات المستخدمة ومعرفة زمان ومكان ومتطلبات إجرائها.

وتم إجراء بعض المقابلات مع اللاجئين السوريين على مستوى (المسيلة، الجزائر، برج بوعريرج) جلهم من النساء بمختلف الأعمار، كما تم إجراء العديد من المقابلات مع اللاجئين السوريين بالجزائر عبر مختلف وسائل التواصل الاجتماعي بداية من شهر جانفي 2015م، وتم اختيار اللاجئين السوريين على مستوى بلدية المسيلة كعينة للبحث، وذلك لسهولة الاتصال بأفراد العينة.

ثانياً: الدراسة النهائية.

1- المنهج:

إن كل دراسة تتطلب منهج البحث الذي يساعد على الوصول إلى الغاية المرجوة أو الهدف المسطر، وعلى الباحث اختيار المنهج الملائم لدراسته حتى تتضح له الأمور ويكون بحثه دقيقاً كون أن لكل دراسة منهجاً خاصاً بها، فالمنهج حسب رونز هو: "إجراء يستخدم في بلوغ غاية محددة"، أي أن المنهج يسهل عمل الباحث ويمكنه من بلوغ هدفه بشكل مباشر ومحدد. (قاسم، 2003، ص 52) زيادة على ذلك فالمنهج هو: "الطريقة أو الأسلوب الذي ينتهجه العالم في بحثه أو دراسة مشكلته والوصول إلى حلول لها و إلى بعض النتائج". (العيسوي، 1997، ص 13)

إذن فالمنهج هو أسلوب يتبعه الباحث بهدف دراسة المشكلة التي تم طرحها ومن خلاله يتمكن من التوصل إلى الأهداف المحددة في الدراسة أو البحث، ونظراً لأن موضوع دراستنا يتمحور حول اضطراب ما بعد الصدمة وعلاقته بالاكئاب لدى اللاجئين السوريين، فقد اعتمدنا على المنهج الإكلينيكي (العيادي) المناسب لدراسة الحالة، لأنه يخدم موضوع الدراسة.

ويعرف المنهج الإكلينيكي على أنه: "أحد المناهج الرئيسية في مجالات الدراسات النفسية يقوم على أسلوب دراسة الحالة بصورة كلية شاملة لكونها متفردة في خصائصها". (كامل، 1999، ص 263) وبالتالي فاستخدامنا لهذا المنهج يساعدنا على التقرب من الحالة ومن تحديد خصائصها النفسية والجسدية ومختلف التغيرات التي طرأت على تنظيمها النفسي بعد تعرضها لصدمة الحرب.

2- عينة الدراسة:

وتمت عينة الدراسة (4) أربع حالات من اللاجئين السوريين المقيمين بمختلف أحياء مدينة المسيلة، هم (3) أربعة ذكور و (1) أنثى واحدة، تراوحت أعمارهم ما بين (24-49 سنة)، ومستواهم الدراسي بين متحصل على البكالوريا وجامعي، أما مستواهم الاجتماعي والاقتصادي فقد كان متوسطا على العموم، والجدول التالي يوضح توزيع الحالات حسب بياناتهم الشخصية.

الجدول رقم (01): يوضح توزيع الحالات حسب بياناتهم الشخصية.

الرقم	الاسم	الجنس	السن	المستوى الدراسي	المهنة	الحالة الاجتماعية
1	علي	ذكر	35	بكالوريا	دهان	متزوج
2	حمادة	ذكر	33	خريج معهد	دهان	متزوج
3	وائل	ذكر	24	جامعي	طالب	أعزب
4	منى	أنثى	49	أولى جامعي	ربة بيت	مطلقة

واعتمدنا على بعض المعايير في اختيار أفراد العينة ومنها:

- التأكد أولا من أن أفراد العينة تعرضوا فعلا لصدمة الحرب، من خلال المعطيات المجموعة من المقابلات التي أجريت معهم.
- من الأفضل أن تكون مدة ما بعد تعرض الحالة لصدمة الحرب لا تقل عن ستة أشهر ولا تتعدى السنتين، ليسهل علينا تشخيص اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD) حسب المعايير التشخيصية في (DSM IV).
- أن عمر الحالة 16 سنة فأكثر، حتى يتسنى لنا تطبيق قائمة آرون بيك الثانية للاكتئاب، وأن يكون مستواها الدراسي أساسي فما فوق، للإجابة على بنود القائمة.

3- أدوات الدراسة:

يلجأ الباحث في تحقيق (بحث) ميداني إلى مصادر جمع المادة العلمية الميدانية سواء كان التحقيق كميًا أو كميًا، بهدف الإحاطة بالظاهرة ميدانيا، ويتم جمع هذه المادة العلمية الميدانية من الميدان مجال الدراسة عن طريق أدوات جمع البيانات والتي قد تكون الملاحظة، المقابلة، الاستمارة، الوثائق أو السجلات الإدارية. (زرواتي، 2002، ص 122).

وقد تراوحت أدوات جمع البيانات والمعلومات الخاصة ببحثنا بين: المقابلة، وكذا أداة تحليل المحتوى (المضمون) للمقابلات النصف موجهة التي قمنا بإجرائها وقائمة آرون بيك الثانية للاكتئاب.

أ- المقابلة:

هي تفاعل لفظي يتم عن طريق موقف مواجهة، يحاول الباحث من خلاله أن يستثير معلومات وآراء أو معتقدات شخص أو أشخاص آخرين للحصول على بعض البيانات الموضوعية، كما تعتبر إحدى أدوات جمع البيانات، تستخدم في البحوث الميدانية لجمع المعلومات التي لا يمكن الحصول عليها نظرياً. (زرواتي، 2002، ص 248).

كما أنها من الوسائل الهامة التي يستعملها الباحث في الميدان العيادي للحصول على خصوصيات المعيش النفسي للفرد، وكذا إمكانية تقييم بعض قدراته لإجراء دراسة متكاملة عن حالته، فالمقابلة الإكلينيكية (العيادية) تهتم بتقييم قدرات الفرد ومعرفة دينامية شخصيته، فهي عبارة عن علاقة دينامية وتبادل لفظي هادف يركز على كسب ثقة المبحوث (المفحوص) وجعله يشعر بالارتياح ومحاولة تقليل خوفه من النقد، ليتمكن من التحدث بأكبر قدر ممكن من الصراحة.

وقد تم اختيارنا للمقابلة النصف موجهة (أو ما يعرف أيضاً بالمقابلة المقننة) والتي تهدف إلى إعطاء الفرصة الكافية لجمع أكبر قدر ممكن من المعلومات التي تخدم أهداف البحث والمتمثلة في قياس درجة الاكتئاب لدى الحالات الخاضعة للدراسة من خلال تطبيق قائمة بيك الثانية للاكتئاب و قبل ذلك تشخيص الحالات من حيث معاناتها من اضطراب ما بعد الصدمة الذي كان عن طريق المقابلة التي صممت استمارتها (دليل المقابلة) لتحقيق هذا الهدف و ذلك بالاعتماد على معايير الدليل التشخيصي لاضطراب ما بعد الصدمة (DSM IV) وتم ذلك وفق الخطوات التالية:

- ضبط الأسئلة في محاور تتماشى و معايير التشخيص الواردة في (DSM IV)، مع المحافظة على حرية التعبير في أحيان أخرى من طرف الحالة كما وجه الحوار دائماً نحو ما يخدم أهداف موضوع الدراسة.

- العمل على أن تكون أسئلة الدليل ما بين العامة التي ترتبط بالأبعاد، والأسئلة الفرعية التي ترتبط بمؤشر كل بعد.

كما لم يفتأ إعطاء بعض الضمانات اللازمة التي من خلالها طمأنا المبحوثين، سيما فيما يتعلق بسرية حديثهم وخصوصية ما تعرضوا له، أما أهم الأبعاد الرئيسية المخصصة لخدمة موضوع الدراسة فكانت كما يلي:

البعد الأول: "تناذر التكرار" ويتضمن مجموعة تمحورت أسئلتها كما يلي:

- س1: هل تتذكر حدث الحرب في شكل أحلام أو كوابيس ليلية؟
 - س2: هل تسيطر عليك (تقتحمك) أفكار وذكريات متعلقة بالحدث دون رغبة منك؟
 - س3: هل تتذكر الحدث في شكل صور أو خيالات وتحسين وكأنه سيعاود الوقوع؟
 - س4: هل تتفعل لأي تنبيه يستحضر لك الحدث سواء كان شخص أو رائحة...الخ؟
- البعد الثاني: "تناذر التجنب" (السلوكات التجنبية) وقد تضمن مجموعة من المؤشرات كانت أسئلتها كما يلي:

- س1: هل أصبحت تتجنب أماكن أو أشخاص أو مواقف تذكرك بالحرب؟
 - س2: هل تحاول تجنب الأفكار والمشاعر التي لها علاقة بالحرب؟
 - س3: هل حدث تغيير على مستوى نشاطاتك المعتادة بعد تعرضك لصدمة الحرب؟
 - س4: هل أصبحت تشعر بالإحباط والتشاؤم بعد أن تعرضت لصدمة الحرب؟
 - س5: هل تشعر بالعزلة والاعترا ب عن الآخرين بعد تعرضك لصدمة الحرب؟
- البعد الثالث: "التناذر العصبي الإعاشي" أعراض فرط الإستثارة وسرعة التنبيه وقد تضمن مجموعة مؤشرات اندرجت في الأسئلة التالية:

- س1: هل تعاني من صعوبات في النوم؟
- س2: هل أصبحت عدواني بعد تعرضك لصدمة الحرب؟
- س3: هل أصبحت شديد الحذر واليقظة بعد تعرضك لصدمة الحرب؟
- س4: هل تعاني من صعوبات في التركيز والانتباه؟

* معايير التشخيص:

و تم الاعتماد في عملية التشخيص على المعايير التالية:

- أن يستمر الاضطراب بأبعاده الثلاثة: (إعادة خبرة الحدث الصدمي، التجنب الدائم للمثيرات المرتبطة بالصدمة، ظهور أعراض فرط الاستثارة) لمدة شهر واحد على الأقل.
- أن يؤدي الاضطراب إلى معاناة شديدة أو ضعف واضح في الأنشطة والمهام الاجتماعية أو المهنية ويتحدد باعتباره حاداً إذا استمرت الأعراض أقل من ثلاثة أشهر، ومزمناً إذا استمرت الأعراض ثلاثة أشهر أو أكثر. (زكراوي، 2011، ص ص 106-108)

ب- تحليل المحتوى:

اعتمدنا على تحليل المحتوى كأداة في التعامل مع المعطيات التي تم الحصول عليها من خلال المقابلات التي أجريناها مع الحالات، ذلك لاعتبار أن المقابلات المقننة أو شبه المقننة في جميع البحوث والممارسات تعتبر مجالا من مجالات تحليل المحتوى، حيث يؤدي التحليل إلى تفسير يقترب من التحليل الكمي أكثر من الكيفي.

وعليه فإن طريقة تحليل المحتوى هي طريقة لتحليل الخطاب المكتوب أو الشفوي كما أنها طريقة

عامة لتحليل المنتج اللغوي سواء كانت كتابيا أو شفويا. (Ghiglione, 1991, P 112)

كما تعتمد على تقطيع محتوى النص المكتوب أو الشفوي إلى وحدات (فئات)، تمكننا من الاستغلال الأمثل والموضوعي للمعطيات، حيث تتطابق كل فئة مثلا مع مؤشر من مؤشرات بعد رئيسي لموضوع الدراسة. (Muccheilli, 1974, P 89)

مراحل تحليل المحتوى تمر هذه التقنية بـ(6) ستة مراحل هي:

المرحلة الأولى: وتتمثل في القراءة الأولية للنص ووضع قائمة النصوص.

المرحلة الثانية: اختيار وتحديد وحدات الترتيب والتصنيف وتساعد على تخطي المعنى العام للنص من خلال تقسيمه إلى وحدات تحمل معنى وتسمى "وحدات النص" أو "وحدات المعنى" أو "الكلمات القاعدية" أو "وحدات الترتيب" وتعتمد كوحدة للقياس والمقارنة بين مختلف النصوص وتسمى في هذه الحالة "وحدة الترقيم"، أو "الوحدة الحاملة للمعنى".

المرحلة الثالثة: مرحلة التصنيف، وتعتمد أساسا على وحدات تحديد الفئات التي ستحتوي الوحدات التي وضعت في المرحلة السابقة، وتعتبر الفئات مجموعة وحدات حاملة للمعنى تم تحديدها وتقسيمها من قبل، والتي يتم جمعها في فئات وتوزيعها على محاور تأخذ طابع العموم وذا علاقة بأهداف البحث.

المرحلة الرابعة: تعتمد على حساب التكرارات والتحليل الكمي.

المرحلة الخامسة: تحديد الطريقة الإحصائية التي يتم بواسطتها معالجة المعطيات.

المرحلة السادسة: تفسير النتائج المحصل عليها. (زكراوي، 2011، ص 139)

أما عن طريق تحليل المحتوى التي استندنا إليها أثناء تحليلنا لمعطيات المقابلات فقد تضمنت المراحل التالية:

- **تقطيع وتشكيل وحدات المعنى:** يعتبر (ميكيلي Muccheilli) وحدة المعنى أنها الكمية المعتبرة لعناصر المحتوى المختبرة بهدف إعطاء الوحدة معنى، وليس بالشكل، كما يجب تشفير المفاهيم المهمة

أيضا وتقطيع الخطاب (النص) إلى قطع تحمل في مجمله معنى موحد، ويسمح لنا النص بتقرير تشفير العناصر ذات المعنى.

وقد تكون وحدة المعنى متضمنة لكلمة أو وضعية أو حتى جملة، وهي التي تحمل تجسيد دورها للوحدات التصنيفية، لأن وحدة المعنى قد يتم البحث عنها في المعنى ككل.

- توزيع وتجميع وحدات المعنى في شكل فئات: حسب (ميكيلي Muccheilli) الفئة هي مفهوم عام يظهر مجموع أو مرتبة (فئة) تصنيفية، من المفترض أن تجمع وحدات المعنى المحددة سابقا في شكل فئات موزعة حسب الجنس أو المواضيع.

- ترتيب الفئات وحساب تكرارها: يرى (ميكيلي Muccheilli) أنه لا بد من حساب تكرارات الفئات وترتيبها مع حساب توافقها عددي، عندما يتعلق الأمر بالتحليل المقارن أو تحليل التغير، مع الأخذ بعين الاعتبار المتغيرات المستقلة مثل الخصائص الموضوعية كمعرفة: الوقت، عدد الأشخاص المعنيين...

- تصنيف الكلمات (المحتويات): يتعلق الأمر بترتيب المحتويات النفسية المجموعة، والتي ترتبط بظهور فئة دون أخرى وإطغاء فئة دون أخرى، مع حسابها في تكرار يتعين بأهمية ظهورها بالنسبة للهيكل. (Muccheilli, 1974, P 92-93)

وبالنسبة لدراستنا تم تعيين الفئات التصنيفية تبعا للفروض التي تتعين بالمحكات التشخيصية

لاضطراب (PTSD)، وظهرت في محتوى المقابلات النصف موجهة وهي كما يلي:

الفئة التصنيفية الأولى: إعادة المعيشة الصدمية على شكل تناذر التكرار.

الفئة التصنيفية الثانية: إعادة المعيشة الصدمية على شكل تناذر التجنب (السلوكات التجنبية).

الفئة التصنيفية الثالثة: إعادة المعيشة الصدمية على شكل التناذر العصبي الاعاشي (أعراض فرط الاستثارة وسرعة التنبيه).

ج- قائمة آرون بيك الثانية للاكتئاب:

تتكون القائمة في صورتها الأصلية الكاملة من 21 مجموعة من العبارات التي تقيس شدة

الاكتئاب ابتداءً من عمر 16 سنة، وتتكون كل مجموعة منها من أربع عبارات تم ترتيبها تدريجيا من

انعدام الاكتئاب إلى أكثره شدة، وتمنح وفقا لذلك درجات تتراوح بين (0-3)، وتتم الإجابة على هذه

القائمة بوضع دائرة أمام العبارة التي تتوافق مع حالة المريض، ويتم حساب النتيجة الكلية من خلال جمع

الدرجات التي توافق كل إجابة، ثم يتم مقارنة النتيجة بمفتاح التصحيح والمتمثل في:

الدرجة	الحالة
من 0 إلى 16	اكتئاب بسيط
من 17 إلى 32	اكتئاب متوسط
من 33 إلى 48	اكتئاب شديد
من 49 إلى 63	اكتئاب شديد جدًا

وتقيس القائمة الأعراض الاكتئابية التالية: الحزن، التشاؤم، الفشل السابق، فقدان الاستمتاع

بالحياة، مشاعر الذنب، التعرض للعقاب والأذى، عدم حب الذات، نقد الذات ولومها، الأفكار أو الرغبات الانتحارية، البكاء، الهيجان والإثارة، فقدان الاهتمام، التردد في اتخاذ القرارات، انعدام القيمة، فقدان الطاقة على العمل، تغيرات في نظام النوم، القابلية للغضب أو الانزعاج، تغيرات في الشهية، صعوبة التركيز الإرهاق أو الإجهاد، فقدان الاهتمام بالجنس.

ولحساب الصدق الاتفاقي قام ببيك وزملاؤه بتطبيق قائمة ببيك الثانية للاكتئاب، وقائمة اليأس

وقائمة التفكير الانتحاري لبيك على 158 مريضاً نفسياً من غير المقيمين في المستشفى، فجاء معامل الارتباط بين الاكتئاب واليأس يساوي 0,683 وبين الاكتئاب والتفكير الانتحاري يساوي 0,374 وهما دالان إحصائياً عند مستوى 0,001.

ولحساب الصدق التمييزي طبق ببيك وزملاؤه قائمة ببيك الثانية للاكتئاب على عينتين تكونت

الأولى من 500 مريض من المرضى النفسانيين (المرضى)، و 120 طالب من طلاب الجامعة (الأسوياء)، وجاءت قيمة T للدلالة بين المتوسطين 8,04 وهي دالة إحصائياً عند مستوى 0,001.

تم قام ببيك وزملاؤه باستخراج الثبات باستخدام معادلة ألفا كرونباخ للعينتين السابقتين (المرضى والأسوياء)، للتأكد من الاتساق الداخلي لبنود الأداة، وقد تبين أن معامل ألفا كرونباخ للمرضى النفسانيين يساوي (0,921) وللطلاب يساوي (0,932). (غريب، 2000، ص ص 384-385)

- الشروط السيكمترية للأداة على البيئة العربية:

أما في البيئة الجزائرية - التي يمكن اعتبارها ممثلة للبيئة العربية - فقد قام **بشير معمريّة** بتطبيق قائمة بيك الثانية للاكتتاب على عينة تقنين تكونت من 998 فرداً، منهم 473 ذكور و525 إناث، مكونة من أساتذة وطلبة وموظفي كليات جامعة الحاج لخضر بباتنة.

ولحساب الصدق الاتفاقي قام **بشير معمريّة** بتطبيق قائمة بيك الثانية للاكتتاب، وقائمة اليأس واستبيان قياس التشاؤم على العينة السابقة، فجاء معامل الارتباط بين الاكتتاب واليأس يساوي 0,662 وبين الاكتتاب والتشاؤم يساوي 0,729 وهما دالان إحصائياً عند مستوى 0,001، وتبيّن من هذه النتائج أن قائمة بيك الثانية للاكتتاب تنسم بمعاملات صدق مرتفعة.

ولحساب الصدق التمييزي طبق **بشير معمريّة** طريقة المقارنة الطرفية بين عينتين من الذكور وعينتين من الإناث، وجاءت قيمة T للدلالة بين المتوسطين عند عيني الذكور 20,48 وعند الإناث 24,48 وهما دالتان إحصائياً عند مستوى 0,001، مما يجعل القائمة تتصف بمستوى عالي من الصدق لدى الذكور والإناث.

كما **بشير معمريّة** باستخراج معامل الثبات ألفا كرونباخ للعينة السابقة، للتأكد من الاتساق الداخلي لبنود الأداة، وقد تبين أن معامل ألفا كرونباخ للذكور (0,839) وللإناث يساوي (0,831) وللعينة ككل (0,839).

وعليه يرى **بشير معمريّة** أن قائمة بيك الثانية للاكتتاب تتميز بشروط سيكمترية مرتفعة على عينات من البيئة الجزائرية، مما يجعلها صالحة للاستعمال بكل اطمئنان سواء في مجال البحث النفسي أو مجال التشخيص العيادي. (معمريّة، 2010، ص ص 9-10)

الفصل السادس

الفصل السادس: عرض ومناقشة النتائج

أولاً: عرض وتحليل النتائج.

ثانياً: مناقشة النتائج على ضوء الفرضيات.

ثالثاً: الاقتراحات والتوصيات.

أولاً: عرض وتحليل النتائج.

سيتم عرض و تحليل النتائج المتحصل عليها بعد تطبيق أدوات الدراسة من خلال عرض كل حالة بالتعريف بها و بالظروف التي عايشتها بعد تعرضها للحدث الصادم (ظروف الحرب السورية)، ليأتي بعدها تحليل الاستجابات الخاصة بدليل تشخيص اضطراب ما بعد الصدمة ، ثم درجة الحالة على قائمة بيك للاكتئاب.

1- الحالة الأولى:

1-1- عرض الحالة:

علي شاب يبلغ من العمر 35 سنة، ولد بالكويت، متزوج للمرة الثالثة (مطلق مرتين)، ليس له أولاد، ناجح في شهادة البكالوريا ولم يدرس بالجامعة، وهو الابن الأكبر في أسرة مكونة من الأب والأم و5 أولاد وبنت، قدم إلى الجزائر شهر مارس 2013م ويقيم حالياً بمسكن مؤجر بحي إشبيلية بالمسيلة رفقة زوجته.

علي جزائري من طفولته بالكويت قبل أن يغادروا إلى سوريا سنة 1991م بسبب اجتياح العراق للكويت ودخول القوات الأمريكية، حيث يقول أنه عاش طفولة رائعة في الكويت وسوريا، وتميزت الأجواء العائلية بالهدوء والاستقرار.

كان تحصيله الدراسي جيداً فهو حائز على شهادة البكالوريا، وقرر بعدها أخذ سنة راحة ليشغل بتجارة الألبسة التركية بحكم القرب الجغرافي من تركيا وسهولة الوصول إليها، وافتتح محلين أحدهما رجالي والثاني نسائي، وتزوج بفرنسية يعمل والدها بالسفارة وتطلقا بسبب خلافات بينه وبين هذا الأخير، ثم تزوج مرة ثانية بجزائرية وتطلقا، ثم تقدم لخطبة فتاة فلسطينية.

كان أحواله قبل الحرب كما يقول "مرتاحة" حيث كان يدير محليه التجاريين، ما عدا الشعور ببعض "الحقرة" من طرف السلطة، وفي هذا الصدد يقول أنه في السابق كان مجرد النظر إلى الشرطي قد يعرضك للفتيش والمساءلة ويمكن حتى "يشريهالك"، وكذا المعاناة من التمييز بين طوائف المجتمع المختلفة حيث تحظى الأسر العلوية والشيعية في المنطقة بالنفوذ والسلطة بحكم قربها من الرئيس، فمستحيل حسب قوله أن تجد علوي أو شيعي علوي بالسجن إلا إذا كان الجرم كبيراً، أما السني فمستحيل يخرج من السجن.

وعن اندلاع الحرب يقول أنها اندلعت بحي التضامن بمخيم اليوموك وهو المخيم المجاور لمقر سكناه مخيم فلسطين تضامن الجادة 14، حيث قامت قوات النظام بالدخول إلى الحي بالأسلحة الثقيلة

(دبابات، دوشكا....) لإجبار الناس على الدخول لبيوتهم بسبب خروجهم في مظاهرات سلمية، لتطور الأمور بعد ذلك فزادت الاعتقالات وزادت معها المظاهرات السلمية.

إذ تم توقيفه أمام حاجز للشرطة ومراقبة هاتفه، ليطلب منه الشرطي أن يتفضل معه إلى المركز أين تم احتجازه وفي نفسه يعرف بأنه "تظيف" -على حد قوله-، ليدرك فيما بعد أن احتجازه كان بسبب رسائل نصية كانت في هاتفه المحمول، وهناك عومل معاملة حسنة وقدم له الدخان والماء البارد والعصير، وبعد ساعتين استدعي للخروج لكنه تقاجأ بدفعه إلى غرفة أخرى أين تم حلق رأسه وتجريده من ملابسه ما عدا لباسه الداخلي، وفي اليوم الموالي جاءت قوات الجيش حوالي الساعة 5 صباحاً أين تم أخذه إلى منطقة تدعى القدم وهي منطقة قريبة من سكناه نوعاً ما، وفيها بدأ القصف وتبادل إطلاق النار بين الجيش والمعارضة، يقول تركوني مقيداً في السيارة وفيها تعرضت للضرب من "الرايح والجاي" ليتدخل أحد الضباط ويمنعهم عني بحجة أنني دليلهم، وفي المساء تم إرجاعي إلى مقر المخابرات. وبعد شهر تم مناداته على التحقيق، أين تعرض للضرب دون مساءلة، يقول سألت "ليش تضربني"، فأجاب المحقق "لأنك راح تعبني"، وتم سؤاله عن علاقته بالثورة أين نفى أي علاقة تربطه بالثورة، ليتعرض للضرب والتعذيب حتى عجز عن المشي، ليتم نقله للحجز في غرفة ضيقة جداً رفقة (7) سبعة أفراد آخرين، الذين بدورهم اضطروا للوقوف لإفساح المجال له للراحة والنوم، وهذا ما يقومون به عن عودة واحد منهم من التعذيب، وبعد أخذ نصيب من الراحة نهض للتعرف عليهم، ويكون الكلام بالهمس فقط فكل من يسمع صوته يتعرضون للعقاب الجماعي.

وهنا تعرض لجميع أشكال العذاب النفسي والجسدي، فبالإضافة إلى احتجازه رفقة (7) سبعة آخرين في غرفة مساحتها 1م² يتناوبون في النوم أربعة وقوف وأربعة نيام، ويقتصر غداؤهم على حبة بطاطا يقتسمونها في (8) ثمانية أشخاص يضطرون إلى ضربها بالحائط لصلابتها، أما وجبة العشاء فهي قطعة خبز بالمعجون، كما تعرض إلى الضرب والربط والإهانة والتهديد بجلب أهله واغتصابهم، كما شهد قطع أطراف وموت العديد من المعتقلين الذين يتم إخراجهم يومياً أمامه، ويقول أيضاً أنه يتم اغتصاب المعتقلات وتعذيبهم أماماً، ويقوم الضباط والمحققين باللهو بتعذيب وإذلال المعتقلين بضربهم وربطهم وإجبارهم على الأكل من الأرض.

وبعد 72 يوماً من التعذيب أصبح يرى في الموت راحة لما هو فيه، يقول اعترفت بأشياء لم أفعلها منها مهاجمة مركزي شرطة وأربع حواجز وقتل 11 شرطي، ويعدها تم عرضه على أحد الضباط الذي راف بحاله ونقله إلى مكان آخر أوسع رفقة أربعة آخرين مدة ثلاثة أشهر، ثم حول إلى الشرطة العسكرية أين قدمت عائلته إثبات لهويته ليحول إلى المحكمة العسكرية التي أقرت بإخلاء سبيله، أين

انتقل إلى الجزائر لولاية وهران بحكم وجود أصدقاء جزائريين له بها، والذين بدورهم وجهوه إلى بجاية لرغبته بالعمل حيث عمل دهانا، ثم انتقل إلى المسيلة أين رفضوا كراء سكن له رفقة أخيه بحجة عدم الكراء للشباب فقط، ما دفعه إلى الزواج من نفس المدينة والتي هي مقر إقامته الحالي رفقة زوجته وعائلته.

1-2- تحليل مضمون المقابلة:

أ- تقطيع الخطاب إلى وحدات:

- 1- تحلم بالكوابيس.
- 2- أتكلم في الليل وأصرخ.
- 3- أنوم كوابيس أنهم يعيدوني يعتقلوني.
- 4- أحلم بالمعتقل نفسو.
- 5- أحلم بالمخابرات وأفرع التعذيب.
- 6- تجيني أفكار ونخاف ويصفر وجهي وقلبي يضرب مليون.
- 7- أحيانا نفكر رايح نرجع لسوريا ونعتقل.
- 8- لما روح لتركيا أو أماكن قريبة من سوريا أتخيل رايح اعتقل.
- 9- أنا هنا في الجزائر وأتخيل راح اعتقل.
- 10- رائحة الأوساخ تفكرني بالمعتقل.
- 11- نكون ماشي في الطريق أجنب الشرطة الجزائرية.
- 12- عندي صدمة من الشرطة والدولة.
- 13- تجنب الموضوع لأنني خاف ووجهي يصفر.
- 14- نجرب كيف ننسى.
- 15- تتبدل حياتك.
- 16- كنا عايشين في حياة وصرنا عايشين في حياة.
- 17- رجعنا لتحت الصفر.
- 18- تلقى نفسك تحت الصفر.
- 19- ميش فقط إحباط.
- 20- تسمع بقوارب الموت، نحنا نجتمع في المال للذهاب.
- 21- معليش نموت في البحر ولا هادي لعيشا.

- 22- دائما أشعر بالعزلة.
- 23- رغم وجود الأهل نشعر بالغيرة.
- 24- نحس روحنا في بلاد غربة.
- 25- أنا نعجبك في النوم.
- 26- لما يزيد عندي القلق يزيد نومي.
- 27- كان القصف وأنا نايم.
- 28- صرت عدواني.
- 29- صرت منرحمش.
- 30- قادر أقتل.
- 31- ما عندي مشكل قتل موت.
- 32- هاذي الأسئلة ما في ضرر.
- 33- صرت حذر كل شيء.
- 34- اللي حدث يخليك حذر.
- 35- أنا شاك فيك إذا ممكن أشوف بطاقتك.
- 36- تعرف حالك سليم وتخاف.
- 37- تسرح طبعاً.
- 38- الناس تتكلم وأنا سارح.
- ب- تجميع الخطاب في فئات:

المحور الأول: إعادة معايشة الحدث الصدمي، حيث ظهرت إعادة معايشة الخبرة الصدمية للحالة عن طريق تناذر التكرار من خلال:

- أحلام وكوابيس متكررة لها علاقة بالحدث: 1-2-3-4-5
- ذكريات وأفكار اقتحامية ومزعجة لها علاقة بالحدث: 6
- الشعور وكأن الحدث سيعاود الوقوع مع ذكره على شكل صور وخيالات: 7-8-9
- الانزعاج الانفعالي لأي سبب يستحضر الحدث: 10
- المحور الثاني: السلوكيات التجنبية المرتبطة بالحدث الصدمي أو تناذر التجنب من خلال:
- تجنب الأماكن أو الأشخاص أو المواقف التي تذكر بالحدث: 11-12
- اضطراب الأفكار والانفعالات التي تذكر بالحدث وتجنب الحدث: 13-14

- انخفاض النشاطات والممارسات التي كانت تمارس من قبل وقوع الحدث: 15-16-17-18

- الشعور بالإحباط والتشاؤم بعد التعرض للصدمة: 19-20-21

- الابتعاد عن الآخرين والشعور بالعزلة عنهم: 22-23-24

المحور الثالث: ظهرت أعراض فرط الاستثارة وسرعة التنبه التناذر العصبي الإعاشي من خلال:

- صعوبات تتعلق بالنوم: 25-26-27

- نوبات غضب أو هيجان مصحوبة بسلوكات عدوانية: 28-29-30-31

- حذر ويقظة شديدة مع صعوبة في الاسترخاء: 32-33-34-35-36

- صعوبات التركيز والانتباه: 37-38

ج- تجميع الوحدات جداول:

المحور الأول: إعادة معايشة الحدث الصدمي، والجدول التالي يوضح توزيع التكرارات والنسب المئوية لأشكال تناذر التكرار.

الجدول رقم (02): يوضح توزيع التكرارات والنسب المئوية لأشكال تناذر التكرار.

الفئة التصنيفية	الأشكال	التكرار	النسبة (%)
تناذر التكرار	- أحلام وكوابيس متكررة لها علاقة بالحدث.	5	50
	- ذكريات وأفكار اقتحامية ومزعجة لها علاقة بالحدث.	1	10
	- الشعور وكأن الحدث سيعاود الوقوع مع ذكره على شكل صور وخيالات.	3	30
	- الانزعاج الانفعالي لأي سبب يستحضر الحدث.	1	10
المجموع		10	100

يتشكل اضطراب ما بعد الصدمة من مجموعة من التناذرات العرضية، أولها تناذر التكرار الذي

يعبر عن مجموع الأحلام والكوابيس المزعجة والتكرارية التي لها علاقة بالحدث الصدمي وقد ظهرت

بنسبة 50% كأكثر نسبة، وكذلك نجد الذكريات والأفكار الإقتحامية التي لها علاقة بالحدث مؤشر ثاني

لإعادة الخبرة الصدمية والتي قدرت نسبته 10% كأحد أقل نسبة، والشعور وكأن الحدث سيعاود الوقوع

مع ذكره في شكل صور وخيالات بنسبة 30%، وثاني أقل نسبة أيضا نجد الانزعاج الانفعالي لأي سبب

يستحضر الحدث الصدمي الذي نسبته 10%.

المحور الثاني: السلوكيات التجنبية المرتبطة بالحدث الصدمي، والجدول التالي يوضح توزيع التكرارات والنسب المئوية لأشكال تناذر التجنب.

الجدول رقم (03): يوضح توزيع التكرارات والنسب المئوية لأشكال تناذر التجنب.

الفئة التصنيفية	الأشكال	التكرار	النسبة (%)
تناذر التجنب	- تجنب الأماكن أو الأشخاص أو المواقف التي تذكر بالحدث.	2	14,28
	- ذكريات وأفكار اقتحامية ومزعجة لها علاقة بالحدث.	2	14,28
	- انخفاض النشاطات والممارسات التي كانت تمارس من قبل وقوع الحدث.	4	28,58
	- الشعور بالإحباط والتشاؤم بعد التعرض للصدمة.	3	21,43
	- الابتعاد عن الآخرين والشعور بالعزلة عنهم.	3	21,43
المجموع			100

يعتبر تناذر التجنب الفئة التصنيفية الثانية لاضطراب ما بعد الصدمة، والذي يجسد مجموع

السلوكيات التجنبية التي تلجأ إليها الحالة لتجنب إعادة المعيشة الصدمية للحدث، وقد تراوحت بين تجنب الأماكن أو الأشخاص أو المواقف التي تذكر بالحدث وذكريات وأفكار اقتحامية ومزعجة لها علاقة بالحدث بنسبة 14,28% لكل منهما كأقل نسبتي، ثم يأتي الانخفاض في النشاطات والممارسات بعد وقوع الحدث الصدمي بنسبة 28,58% كأكبر نسبة، وأخيراً نجد الشعور بالإحباط والتشاؤم بعد التعرض للصدمة والابتعاد عن الآخرين والشعور بالعزلة عنهم بنسبة 21,43% لكل منهما.

المحور الثالث: أعراض فرط الاستثارة وسرعة التنبيه، والجدول التالي يوضح توزيع التكرارات ونسب أشكال التناذر العصبي الإعاشي.

الجدول رقم (04): يوضح توزيع التكرارات والنسب المئوية لأشكال التناذر العصبي الإعاشي.

الفئة التصنيفية	الأشكال	التكرار	النسبة (%)
التناذر العصبي الإعاشي	- صعوبات تتعلق بالنوم.	3	21,43
	- نوبات غضب أو هيجان مصحوبة بسلوكيات عدوانية.	4	28,57
	- حذر وبقية شديدة مع صعوبة في الاسترخاء.	5	35,72
	- صعوبات التركيز والانتباه.	2	14,28
المجموع			100

وثالث فئة تصنيفية لاضطراب ما بعد الصدمة نجد **التناذر العصبي الإعاشي**، وقد أظهرت الحالة صعوبات في النوم بنسبة قدرت بـ 21,43%، ونجد نوبات الغضب الهيجان والمصحوبة بسلوكيات عدوانية بنسبة 28,57%، أما مؤشر الحذر واليقظة الشديدة مع الصعوبة في الاسترخاء كان له الحصة الكبيرة في التأثير بنسبة 35,72%، وأخيرا نجد عرض الصعوبات في التركيز والانتباه كأقل نسبة قدرت بـ 14,28%.

د- تجميع الفئات التصنيفية:

يوضح الجدول التالي توزيع التكرارات والنسب المئوية لمختلف الفئات التصنيفية (تتاذر التكرار، تتاذر التجنب التناذر العصبي الإعاشي):

الجدول رقم (05): يوضح توزيع التكرارات والنسب المئوية لمختلف الفئات التصنيفية.

الاضطراب	الفئات التصنيفية	التكرار	النسبة (%)
اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD)	- تتاذر التكرار	10	26,32
	- تتاذر التجنب	14	36,84
	- التناذر العصبي الإعاشي	14	36,84
المجموع		38	100

من خلال قراءتنا للجدول السابق الذي يمثل توزيع التكرارات والنسب المئوية لمختلف الفئات التصنيفية التي ظهرت في خطاب المقابلة، اتضح أن نسبة إعادة الخبرة الصدمية " **تتاذر التكرار** " كانت الأقل بـ 26,32%، فيما جاءت السلوكيات التجنبية " **تتاذر التجنب** " وكذا أعراض فرط الاستثارة وسرعة التنبه " **التناذر العصبي الإعاشي** " بنسبة أكبر قدرت بـ 34,84%، وعليه يمكن القول بالاعتماد على المحاور الرئيسية الثلاث والتي تشخص اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD) وهي: تتاذر التكرار، تتاذر التجنب، التناذر العصبي الإعاشي، واستمرارها لأكثر من 3 سنوات أن الحالة تعاني من اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD) مزمن نتيجة التعرض لصدمة الحرب.

هـ- تطبيق قائمة أرون بيك الثانية للاكتئاب:

الجدول رقم (06): يوضح نتائج تطبيق قائمة أرون بيك الثانية للاكتئاب:

الرقم	المجموعة	العبارة	الدرجة
1	الحزن	- أشعر بالحزن معظم الوقت.	1
2	التشاؤم	- أشعر بضعف همتي فيما يتعلق بمستقبلي بطريقة أكثر من ما تعودت.	1
3	الفشل السابق	- لقد فشلت أكثر من ما ينبغي.	1
4	فقدان الاستمتاع بالحياة	- لا أستطيع الحصول على أي استمتاع بالحياة مما تعودت عليه من قبل.	3
5	مشاعر الذنب	- أشعر بالذنب عن العديد من الأشياء التي قمت بها ، أو أشياء كان يجب أن أقوم بها ولم أقم بها.	1
6	التعرض للعقاب والأذى	- أشعر بأنني سوف أتعرض كثيرا للعقاب أو للأذى.	2
7	عدم حب الذات	- شعوري نحو نفسي عادي.	0
8	نقد الذات ولومها	- أنقد وألوم نفسي أكثر مما تعودت.	1
9	الأفكار أو الرغبات الانتحارية	- ليس لدي أي أفكار للانتحار.	0
10	البكاء	- أبكي أكثر مما تعودت.	2
11	الهيجان والإثارة	- أتهيج وأثر إلى درجة تدفعني إلى الحركة أو عمل شي ما.	3
12	فقدان الاهتمام	- من الصعب علي أن أهتم بأي شيء.	3
13	التردد في اتخاذ القرارات	- أجد صعوبة في اتخاذ القرارات.	1
14	انعدام القيمة	- أنا لست ذا قيمة كما تعودت أن أكون.	1
15	فقدان الطاقة على العمل	- ليس لدي طاقة كافية لعمل الكثير من الأشياء.	2
16	تغيرات في نظام النوم	- أنام أكثر مما تعودت إلى حد ما.	1
17	القابلية للغضب أو الانزعاج	- أكون في حالة غضب طوال الوقت.	3
18	تغيرات في الشهية	- ليست لدي شهية على الإطلاق.	3
19	صعوبة التركيز	- من الصعب علي أن أركز عقلي على أي شيء لمدة طويلة.	2
20	الإرهاق أو الإجهاد	- أنا مرهق ومجهد جدا بحيث أجد صعوبة لعمل معظم الأشياء التي تعودت عليها.	3
21	فقدان الاهتمام بالجنس	- أنا أقل اهتماما بالجنس بدرجة كبيرة في هذه الأيام.	2
الدرجة الكلية: 36			
مستوى الاكتئاب: اكتئاب شديد			

تم حساب الدرجة الكلية للاكتئاب عند الحالة بعد تطبيق قائمة أرون بيك الثانية والتي قدرت بـ 36 درجة وهذا ما يرمز إلى وجود اكتئاب شديد، حيث تكررت الدرجة (0) صفر مرتين عبر من خلالها عن شعوره العادي نحو نفسه وعدم وجود أي أفكار انتحارية، وكانت الدرجة (1) واحد كأكثر الدرجات تكرارا بـ(8) ثماني مرات معبرا فيها عن شعوره بالحزن معظم الوقت، وضعف همته عن السابق فيما يتعلق بمستقبله، والإحساس بالفشل أكثر مما ينبغي، والشعور بالذنب عن أشياء قام بها وأخرى فوتها، ونقد ذاته ولومها على غير عادته وأنها أقل قيمة الآن، كما أنه يجد صعوبة في اتخاذ القرارات، والاستغراق في النوع أكثر من المعتاد، كما اختار العبارة ذات الدرجة (2) إثنان (5) خمس مرات عبر فيها عن شعوره بأنه سيتعرض كثيرا للعقاب والأذى، والبكاء أكثر مما تعود عليه في حياته، كما أن طاقته صارت غير كافية لعمل أشياء كثيرة، وصعوبة التركيز على أي شيء لمدة طويلة، كما أن اهتمامه بالجنس قل بدرجة كبيرة، وبالنسبة للدرجة (3) ثلاثة فقد تكررت (6) ستة مرات، يرى فيها أنه لم يعد يستمتع بالحياة كما من قبل، كما أنه يهيج ويثور إلى درجة كبيرة تدفعه إلى الحركة وعمل شيء ما، ويصعب عليه الاهتمام بأي شيء، بالإضافة إلى شعوره بالغضب طوال الوقت، وأن شهيته للطعام منعدمة تقريبا، وأنه يشعر بالإرهاق والإجهاد ويجد صعوبة في عمل الأشياء السابقة التي تعود عليها.

2- الحالة الثانية:

2-1- عرض الحالة:

حمادة شاب يبلغ من العمر 33 سنة، ولد بالكويت، متزوج وأب لطفلين (بنت وولد)، التحق بعد نجاحه بالباكالوريا بمعهد تصميم إعلام، وهو الابن الثالث لأسرة مكونة من الأب الذي يعمل مهندس للعتاد الثقيل، والأم الماكثة في البيت، و 5 أولاد وبنت، قدم إلى الجزائر أواخر 2013م ويقيم حالياً رفقه أهله بالمسيلة.

يقول أنه عاش طفولة رائعة بين أهله وإخوانه في الكويت التي غادرها وهو في عمر (9 سنوات إلى سوريا أين أكمل أيام طفولة الجميلة، غير أن الصعوبة الوحيدة التي واجهها في طفولته كانت التعرض لإصابة على مستوى رجله والتي لا تزال آثارها إلى الآن، أما غير ذلك يقول أن معيشته في المنزل ومع الأهل كانت رائعة جداً.

كان تحصيله الدراسي جيداً بحكم أنه خريج معهد تصميم إعلام، أين عمل بعدها في تصميم الدعاية والإعلام، وكون فرقة راب *Rap* عربي رفقة بعض اللاجئين الفلسطينيين بسوريا سماها "لاجئين للراب" وافتتح بعدها استديو للتسجيل، كما كان موظفاً لدى الأمم المتحدة *U.N* أين درس ثقافة الهيب هوب *Hip Hop*، وتزوج من فتاة عراقية أنجب منها بنتاً.

كان معيشته قبل الحرب كما يقول جيدة ولا ينقصني شيء، كل شيء متوفر وأفعل ما أريد، فأنا أملك فرقة لغناء الراب واستديو للتسجيل، كما أقيم العديد من الحفلات داخل وخارج سوريا، ما عدا بعض المضايقات من النظام السوري بسبب كلمات بعض الأغاني التي تحكي عن الواقع السوري، وكذا تسمية الاستديو "صوت الشعب" حيث تمت مساءلتي من طرف أمن الدولة لأكد لهم أنهم أنتم الشعب وهذا صوتكم "لازم تجاملهم".

وعن اندلاع الحرب يقول أنه في البداية كتب (4) أربعة أطفال من منطقة درعا على الحائط "الشعب يريد إسقاط النظام" بحكم ما كانوا يشاهدونه في التلفاز في ذلك الوقت، هذا ما أدى إلى احتجازهم أين قام رئيس العشيرة بالتوسط لهم عند رئيس المحافظة لإطلاق سراحهم، في وقت خرجت مظاهرات تطالب بإلغاء قانون الطوارئ.

وتطورت الأمور حتى جاء اليوم الذي كان جالسا فيه بمقهى الإنترنت أين شهد مرور الشرطة السورية والقيام بالاعتداء على الناس وشتيمهم، في وقت تم فيه إطلاق رصاصة من مكان مجهول، أدى بالشرطة إلى الضرب بعشوائية كبيرة.

كما وصلتهم أخبار بأن هناك جماعات يقتحمون البيوت ويغتصبون النساء، هذا ما أدى خلال نصف ساعة إلى تجمع الأطفال والشباب والرجال والشيخوخ إلى حمل أسلحة بيضاء للوقوف في وجوههم، كما تم وضع قارورة غاز أما كل بيت لتفجيرها حال وصولهم للبيت بدل اغتصاب أهلهم، كل هذا أدى إلى اشتعال الأمور حيث تم إحراق مركزي للشرطة من طرف المعارضة وتشكيل لجان شعبية تعمل بالمناوبة لحفظ الأمان.

وبعدها يقول "صارت حقرة" من النظام السوري، فالناس تموت والنظام يلفق التهم ويقوم على أساسها بالاعتقالات، حيث تعرضت وأخي للتهديد الأصغر بالسلاح في الرأس ووضعنا على الجدار بعد أن دلت علينا جارة علوية كانوا بصدد اعتقال ابنها الفار من الخدمة بالجيش بأننا إرهابيون، وتم اقتيادنا من طرف عناصر الجيش أين شفع لي أحد الضباط الذين كنت على معرفة سابقة به. كما يروي أنه رأى مجموعة من أصدقاءه مجتمعين لرؤية دبابة كانت في آخر الشارع، فرجع إلى البيت لارتداء حذائه أين يسمع صوت انفجار رجع على إثره ليجد نصف أصدقائه ميت والنصف الآخر جريح منهم من فقد أطرافه ومنه من فقد نصف جسمه، هذا المظهر أدى إلى ظهور الحبوب على وجه ابنته لهول ما رآته.

وعليه قرر نهائيا الخروج بابنته وزوجته الحامل -التي كانت رافضة لفكرة الخروج- من سوريا إلى العراق بحكم أنها عراقية، أين مكث رفقه عائلته 9 أشهر انتقل بعدها إلى الجزائر بعد أن خالف الإقامة هناك، أين استقبل استقبالا جيدا وعومل معاملة محترمة هون عليه مرارة الغربة، ويقيم حاليا بمدينة المسيلة بعيدا عن زوجته وابنيه بالعراق.

2-2- تحليل مضمون المقابلة:

أ- تقطيع الخطاب إلى وحدات:

- 1- على طول أشوف كوابيس.
- 2- إلى الآن أشوف منامات.
- 3- تجيني منامات انطلاق الهاون.
- 4- حتى الآن أحلم صوت ضرب جاي لعندي.
- 5- حلمت راكب السيارة وأهرب.
- 6- على طول تجيني أفكار.
- 7- الذكرى ما فيك تمحيها.
- 8- الشيء اللي تشوف العين مستحيل تنساه.
- 9- تجيني أفكار أن هذا الشخص يمكن يمسكني ويحبسني.
- 10- طبعا تجيك صور وخيالات.
- 11- مرات تشوف شغلة في الشارع تتخيل هذا المكان شايفو.
- 12- كل ما اسمع البارود إلى الآن ارتعب.
- 13- لما يضرب البارود تجيني الصورة.
- 14- حتى في علمي أنه بارود لا أستطيع امنع نفسي.
- 15- أسمع الصوت أصوت الهاون.
- 16- أكثر شيء أجنب الشرطة.
- 17- إذا شفت واحد بالشارع أشك أنو شرطي بجنن.
- 18- أراهن أن كل سوري مغترب يشوف شرطي يبعد عنو.
- 19- تبعد من مكان لأنو صار يذكر بك بشيء كنت متألم منو.
- 20- أحاول أبعد عن راسي الأفكار.
- 21- ما استرسل في الأفكار لي تجيني.
- 22- أنا في حياتي توقعت نشتغل في البنتورة.
- 23- اضطررت أشتغل في هذا الموضوع.
- 24- روتين حياتي كلو تغير.
- 25- المعيشة تغيرت.

- 26- أسلوب الأكل والشرب تغير.
 - 27- على طول محيط.
 - 28- هذا الإحباط مرافقني 24 ساعة.
 - 29- على طول أحب أكون لحالي.
 - 30- لو ما بأشعر بالعزلة ما أكون لحالي.
 - 31- صعب أنام بسبب الكوابيس.
 - 32- مو سهل أنام.
 - 33- مستحيل أنام بسرعة.
 - 34- أي واحد يفكر ياخذلي حقي بكسرو.
 - 35- أشوهو ما عندي مشكلة.
 - 36- المهم ما يقرب يلمسني.
 - 37- صرت حذر من أنو واحد يمسكني.
 - 38- إلى الآن مازلني يقظ وحذر.
 - 39- على طول في شيء في بالك تفكر فيه.
 - 40- عندي صعوبة في التركيز.
 - 41- لما أكون أشتغل آخذ أكثر من ضربة.
 - 42- تفكيري مشتت.
- ب- تجميع الخطاب في فئات:

المحور الأول: إعادة معايشة الحدث الصدمي، حيث ظهرت إعادة معايشة الخبرة الصدمية للحالة عن طريق تناذر التكرار من خلال:

- أحلام وكوابيس متكررة لها علاقة بالحدث: 5-4-3-2-1
 - ذكريات وأفكار اقتحامية ومزعجة لها علاقة بالحدث: 8-7-6
 - الشعور وكأن الحدث سيعاود الوقوع مع ذكره على شكل صور وخيالات: 10-9
 - الانزعاج الانفعالي لأي سبب يستحضر الحدث: 15-14-13-12-11
- المحور الثاني: السلوكات التجنبية المرتبطة بالحدث الصدمي أو تناذر التجنب من خلال:
- تجنب الأماكن أو الأشخاص أو المواقف التي تذكر بالحدث: 19-18-17-16
 - اضطراب الأفكار والانفعالات التي تذكر بالحدث وتجنب الحدث: 21-20

- انخفاض النشاطات والممارسات التي كانت تمارس من قبل وقوع الحدث: 26-25-24-23-22
- الشعور بالإحباط والتشاؤم بعد التعرض للصدمة: 28-27
- الابتعاد عن الآخرين والشعور بالعزلة عنهم: 30-29
- المحور الثالث:** ظهرت أعراض فرط الاستثارة وسرعة التنبيه التناذر العصبي الإعاشي من خلال:
- صعوبات تتعلق بالنوم: 33-32-31
- نوبات غضب أو هيجان مصحوبة بسلوكات عدوانية: 36-35-34
- حذر ويقظة شديدة مع صعوبة في الاسترخاء: 38-37
- صعوبات التركيز والانتباه: 42-41-40-39

ج- تجميع الوحدات جداول:

المحور الأول: إعادة معايشة الحدث الصدمي، والجدول التالي يوضح توزيع التكرارات والنسب المئوية لأشكال تناذر التكرار.

الجدول رقم (07): يوضح توزيع التكرارات والنسب المئوية لأشكال تناذر التكرار.

الفئة التصنيفية	الأشكال	التكرار	النسبة (%)
تناذر التكرار	- أحلام وكوابيس متكررة لها علاقة بالحدث.	5	33,33
	- ذكريات وأفكار اقتحامية ومزعجة لها علاقة بالحدث.	3	20
	- الشعور وكأن الحدث سيعاود الوقوع مع ذكره على شكل صور وخيالات.	2	13,34
	- الانزعاج الانفعالي لأي سبب يستحضر الحدث.	5	33,33
المجموع			100

يعبر تناذر التكرار عن مجموع الأحلام والكوابيس المزعجة والتكرارية التي لها علاقة بالحدث الصدمي والتي ظهرت بنسبة 33,33%، وبنفس النسبة مع الانزعاج الانفعالي لأي سبب يستحضر الحدث الصدمي كأكثر نسبتيين، وكذلك نجد الذكريات والأفكار الاقتحامية التي لها علاقة بالحدث بنسبة 20%، وأخيرا الشعور وكأن الحدث سيعاود الوقوع مع ذكره في شكل صور وخيالات بنسبة 13,34%، كأقل نسبة.

المحور الثاني: السلوكات التجنبية المرتبطة بالحدث الصدمي، والجدول التالي يوضح توزيع التكرارات والنسب المئوية لأشكال تناذر التجنب.

الجدول رقم (08): يوضح توزيع التكرارات والنسب المئوية لأشكال تناذر التجنب.

الفئة التصنيفية	الأشكال	التكرار	النسبة (%)
تناذر التجنب	- تجنب الأماكن أو الأشخاص أو المواقف التي تذكر بالحدث.	4	26,67
	- ذكريات وأفكار اقتحامية ومزعجة لها علاقة بالحدث.	2	13,33
	- انخفاض النشاطات والممارسات التي كانت تمارس من قبل وقوع الحدث.	5	33,34
	- الشعور بالإحباط والتشاؤم بعد التعرض للصدمة.	2	13,33
	- الابتعاد عن الآخرين والشعور بالعزلة عنهم.	2	13,33
المجموع			100

يعبر تناذر التجنب عن مجموع السلوكيات التجنبية التي تلجأ إليها الحالة لتجنب إعادة المعيشة الصدمية للحدث، وقدرت نسبة تجنب الأماكن أو الأشخاص أو المواقف التي تذكر بالحدث بـ 26,67%، أما الذكريات والأفكار الاقتحامية والمزعجة التي لها علاقة بالحدث كانت نسبتها 13,33% كأقل نسبة، وهي نفس نسبة للشعور بالإحباط والتشاؤم بعد التعرض للصدمة وكذا الابتعاد عن الآخرين والشعور بالعزلة عنه م ، وكأكبر نسبة نجد الانخفاض في النشاطات والممارسات بعد وقوع الحدث الصدمي بـ 33,34%.

المحور الثالث: أعراض فرط الاستثارة وسرعة التنبيه، والجدول التالي يوضح توزيع التكرارات ونسب أشكال التناذر العصبي الإعاشي.

الجدول رقم (09): يوضح توزيع التكرارات والنسب المئوية لأشكال التناذر العصبي الإعاشي.

الفئة التصنيفية	الأشكال	التكرار	النسبة (%)
التناذر العصبي الإعاشي	- صعوبات تتعلق بالنوم.	3	25
	- نوبات غضب أو هيجان مصحوبة بسلوكيات عدوانية.	3	25
	- حذر ويقظة شديدة مع صعوبة في الاسترخاء.	2	16,67
	- صعوبات التركيز والانتباه.	4	33,33
المجموع			100

يعبر التناذر العصبي الإعاشي عن مجموع أعراض فرط الاستثارة وسرعة التنبيه، وقد أظهرت الحالة صعوبات في النوم ونوبات غضب أو هيجان مصحوبة بسلوكيات عدوانية بنسبة قدرت بـ 25%،

أما مؤشر الحذر واليقظة الشديدة مع الصعوبة في الاسترخاء فكان الأقل نسبة بـ 16,67%، وأخيراً نجد عرض صعوبات في التركيز والانتباه الذي كان له الحصة الكبيرة في التأثير بنسبة قدرت بـ 33,33%.

د- تجميع الفئات التصنيفية:

يوضح الجدول التالي توزيع التكرارات والنسب المئوية لمختلف الفئات التصنيفية (تتأذر التكرار، تتأذر التجنب، تتأذر العصبي الإعاشي):

الجدول رقم (10): يوضح توزيع التكرارات والنسب المئوية لمختلف الفئات التصنيفية.

الاضطراب	الفئات التصنيفية	التكرار	النسبة (%)
اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD)	- تتأذر التكرار	15	35,71
	- تتأذر التجنب	15	35,71
	- تتأذر العصبي الإعاشي	12	28,58
المجموع		42	100

يتشكل اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD) من مجموعة من التناذرات العرضية: وهي تتأذر التكرار، تتأذر التجنب، تتأذر العصبي الإعاشي، ومن خلال الجدول السابق يتضح أن نسبة كل من إعادة الخبرة الصدمية "تتاذر التكرار" والسلوكيات التجنبية "تتاذر التجنب" كانت الأكبر بـ 35,71%، فيما جاءت أعراض فرط الاستثارة وسرعة التنبه "تتاذر العصبي الإعاشي" بنسبة أكبر قدرت بـ 28,58% كأقل نسبة، وعليه يمكن القول بالاعتماد على المحاور الرئيسية الثلاث السابقة والتي تشخص اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD) إضافة إلى استمرارها لأكثر من 3 سنوات أن الحالة تعاني من الاضطراب بشكل مزمن نتيجة التعرض لصدمة الحرب.

هـ- تطبيق قائمة أرون بيك الثانية للاكتئاب:

الجدول رقم (11): يوضح نتائج تطبيق قائمة أرون بيك الثانية للاكتئاب:

الرقم	المجموعة	العبارة	الدرجة
1	الحزن	- أشعر بالحزن معظم الوقت.	1
2	التشاؤم	- أشعر بضعف همتي فيما يتعلق بمستقبلي بطريقة أكثر من ما تعودت.	1
3	الفشل السابق	- كلما نظرت إلى حياتي السابقة أرى الكثير من الفشل.	2
4	فقدان الاستمتاع بالحياة	- لا أستطيع الحصول على أي استمتاع بالحياة مما تعودت عليه.	3
5	مشاعر الإثم وتأنيب الضمير	- أشعر بالذنب عن العديد من الأشياء التي قمت بها ، أو أشياء كان يجب أن أقوم بها ولم أقم بها.	1
6	التعرض للعقاب والأذى	- أشعر بأنني سوف أتعرض دائما للعقاب أو للأذى.	3
7	عدم حب الذات	- أصبت بخيبة أمل في نفسي.	2
8	نقد الذات ولومها	- أنقد وألوم نفسي أكثر مما تعودت.	1
9	الأفكار أو الرغبات الانتحارية	- ليس لدي أي أفكار للانتحار.	0
10	البكاء	- أشعر بالرغبة في البكاء.	1
11	الهيجان والإثارة	- أتهيج وأثر إلى درجة أنه من الصعب علي البقاء مستقرا.	2
12	فقدان الاهتمام	- فقدت معظم اهتمامي بالآخرين وبكثير من الأمور.	2
13	التردد في اتخاذ القرارات	- لدي صعوبة في اتخاذ القرارات أكثر بكثير مما تعودت.	2
14	انعدام القيمة	- لا أشعر أنني عديم القيمة.	0
15	فقدان الطاقة على العمل	- ليس لدي طاقة كافية لعمل الكثير من الأشياء.	2
16	تغيرات في نظام النوم	- استيقظ من نومي مبكرا ساعة أو ساعتين أو أكثر ، ولا أستطيع أن أعود إلى النوم مرة أخرى.	3
17	القابلية للغضب أو الانزعاج	- أغضب أكبر بكثير مما تعودت.	2
18	تغيرات في الشهية	- ليست لدي شهية على الإطلاق.	3
19	صعوبة التركيز	- من الصعب علي أن أركز عقلي على أي شيء لمدة طويلة.	2
20	الإرهاق أو الإجهاد	- يعوقني الإرهاق أو الإجهاد عن عمل الكثير من الأشياء التي تعودت عليها.	2
21	فقدان الاهتمام بالجنس	- أنا أقل اهتماما بالجنس بدرجة كبيرة في هذه الأيام.	2
الدرجة الكلية: 37			
مستوى الاكتئاب: اكتئاب شديد			

قدرت الدرجة الكلية للاكتئاب عند الحالة بعد تطبيق قائمة أرون بيك الثانية بـ37 درجة وهذا ما يرمز إلى وجود اكتئاب شديد، حيث تكررت الدرجة (0) صفر مرتين عبّر من خلالها عن عدم وجود أي أفكار انتحارية وعدم شعوره أنه عديم القيمة، واختار العبارة ذات الدرجة (1) واحد (5) خمس مرات عبّر فيها عن شعوره بالحزن معظم الوقت، والشعور بالذنب عن العديد من الأشياء التي قام بها، أو الأشياء التي كان يجب أن يقوم بها ولم يَقم بها، والشعور بضعف همتها فيما يتعلق بمستقبله بطريقة أكثر مما تعود عليه، ونقد ذاته ولومها أكثر من عاداته، والشعور برغبة في البكاء، وكانت الدرجة (2) واحد كأكثر الدرجات تكرارا بـ(10) عشر مرات معبرا فيها عن رؤيته للكثير من الفشل كلما نظرت إلى حياته السابقة، وإصابته بخيبة أمل في نفسه، والتهيج والثوران إلى درجة يصعب عليه البقاء مستقرا، وفقدان اهتمامه بالآخرين وبكثير من الأمور، كما أن لديه صعوبة في اتخاذ القرارات وغضب أكثر بكثير مما اعتاده، ويصعب عليه تركيز تفكيره على شيء مدة طويلة، ويعوقه الإرهاق والإجهاد عن عمل الكثير من الأشياء التي ألفها، كما أن اهتمامه بالجنس قل بدرجة كبيرة هذه الأيام، وبالنسبة للدرجة (3) ثلاثة فقد تكررت (4) أربع مرات، يرى فيها أنه لم يعد يستمتع بالحياة كما من قبل، كما يشعر بأنه سوف يتعرض دائما للعقاب والأذى، وأنه يستيقظ من نومه مبكرا ساعة أو ساعتين أو أكثر، ولا يستطيع أن يعود إلى النوم مرة أخرى، كما فقد شهيته للطعام تماما.

3- الحالة الثالثة:

3-1- عرض الحالة:

رائد شاب سوري من أصول فلسطينية يبلغ من العمر 24 سنة، ولد بدمشق، طالب جامعي، أعزب، وهو الابن الأكبر في أسرة مكونة من الأب وهو جنرال بالمنظمات الفلسطينية والأم الماكثة بالبيت وولدين وبنت، قدم إلى الجزائر شهر جانفي 2013 ويقيم حاليا بين الإقامة الجامعية ومنزل خالته بحي 5 جويلية.

عاش طفولته بمسقط رأسه بمخيم اليرموك وتربى في مدارسها على حب فلسطين وحب المقاومة وحب سوريا، فكانت حياته طبيعية في ظل وجود الأمن والاستقرار وفي ظل أجواء عائلية تتسم بالتفاهم، في أوضاع معيشية متوسطة وإقامة دائمة بالمخيم.

كان متفوقا في دراسته حتى الثانوية أين تراجع مستواه الدراسي، تحصل على شهادة البكالوريا سنة 2010م بعد إعادتها للمرة الثانية لكنه بقي بدون دراسة لأن معدله كان لا يؤهله لدخول الجامعة، كما أنه كان يريد دخول كلية حربية أو كلية الطيران.

يقول كانت حياتنا قبل الحرب طبيعية جدا فكل في مكانه الأب في عمله والأم في بيتها وأنا وإخوتي في دراستنا، فقد كنا نجهز أنفسنا لتحقيق أحلامنا أنا وإخوتي وتحسين أحوالنا المعيشية وتوسيع منزلنا، وكنت أريد العمل وكسب المال وصرفه على أهلي.

أما عن الحرب فاقترنت أول الأمر على خروج بعض المظاهرات بمدينة درعا ثم امتدت إلى دمشق وباقي المناطق للمطالبة بالإصلاح وإلغاء قانون الطوارئ وإغلاق المعتقلات من طرف الطلبة والشباب الطموح، يقول أننا كنا نخرج في مئات الألوف ونصل لوسط دمشق ولا يعترضنا أحد. ثم تطورت الأمور وأصبحت الشعارات سياسية، وانسحبت الفئة المثقفة التي كانت مع الإصلاحات، لتبدأ الأمور في التأزم بظهور جيوش ومنظمات ومتشددين ومعارضين ومؤيدين واستعملت الأسلحة الخفيفة والثقيلة.

وفي مخيم اليرموك حاولت بعض الأطراف الدخول إلى المخيم واستخدامه كبوابة لدخول دمشق، ليتم تأسيس لجان شعبية لحماية المخيم من أي دخيل خوفا من قصف النظام للدخلاء وتعرض المدنيين للأذى حيث أن تعداد سكان المخيم 900 ألف نسمة في مساحة لا تزيد عن 2,5 كم²، واقتصرت الحماية أول الأمر على الكلام فقط لكن في ظل رفضهم الانصياع قام النظام بتأسيس لجان شعبية وتسليحهم لحماية المخيم من الدخلاء ومن النظام نفسه والإبقاء على حيادية المخيم.

ويقول أنا كنت منخرطاً في اللجان الشعبية لحماية منطقة سكني واشتبكنا عدة مرات مع المعارضين، وبدأت تتطور والدعم يزيد حتى تم اختراق اللجان الشعبية والسيطرة على المخيم من طرف 1000 مقاتل، ليبدأ القصف بالأسلحة الثقيلة من طرف النظام ما أدى إلى سقوط عديد الضحايا من المدنيين والنزوح الجماعي من المخيم، فلم يبق في المخيم إلا 18 ألف فقط من بينهم أهلي. وبعدها تأزم الوضع إلى درجة كبيرة وكثرت الاعتقالات والإعدامات العلنية لكل من يملك بطاقة لجان شعبية، حتى تم إدراج اسم **رائد** في قائمة الاعتقال باعتباره كان مع اللجان الشعبية، ما دفعه إلى الخروج من المخيم والتوجه إلى الجزائر، أين استقر بمدينة المسيلة ببيت خالته المقيمة بالمدينة. وبعد مرور أسبوع على دخوله الجزائر يقول جاءني نبأ إصابة والدي في قدمه وركبته برصاص قناص، ومقتل صديقه وأعز الناس عندي **أبو نواس** الذي يعتبر قائداً وجنرالاً أيضاً، بعد تشكيل لجان شعبية من جديد لتحرير المخيم، هاذي الحادثة كانت لي مأساة ولجميع الناس لقربه من الناس ومساعدتهم وتواضعه معهم، وأردت العودة إلى سوريا ذلك الوقت لكن لم يكن عندي ما يكفي من المال.

3-2- تحليل مضمون المقابلة:

أ- تقطيع الخطاب إلى وحدات:

- 1- أحلم أقاتل بسوريا وأحمي أهلي.
- 2- نفس الحلم يراودني أكثر من مرة.
- 3- أحلم كيف أحمي صحابي.
- 4- أحلم بسقوط الصواريخ والقذائف.
- 5- نذكر كيف خرج العظم.
- 6- أتذكر القذيفة هاذي اللي مهيلة الناس.
- 7- نفكر كيف كان فلان معي كيف فلان مات.
- 8- نفكر في الناس لي رحلت.
- 9- منظر إصابة صديقي يظل يجيني.
- 10- نفس الموقف نظل نذكرو.
- 11- نفكر شو صار معي.
- 12- أول حاجة تجيني منظر العظم والدم.
- 13- لما اسمع صوت تلقاني سرحت.
- 14- صوت تونوبيل تخبط في تونوبيل يذكرني بالقذيفة.
- 15- صاحبي لما يشخر مثل الصاروخ.
- 16- صوت المكحلة تذكرني بالقصف
- 17- اسمع صوت أو كلمة تذكرني.
- 18- أجنب مواقع التواصل الاجتماعي.
- 19- أجنب الأشخاص اللي تذكرني.
- 20- أجنب صاحبي اللي يذكرني بأخوه استشهد.
- 21- وليت منحش نحكي معاه.
- 22- أشوف الجيش تلقاني جبدت سكرت الكارو.
- 23- كي نشوف شرطة مستحيل.
- 24- أجنب المشاعر خصوصا.
- 25- على جال منذكروش.

- 26- لما أذكرو أحاول أترك.
- 27- بكييت كفاية، بطلنا نبكي.
- 28- تجنب، إجباري تجنب الأفكار.
- 29- كل شيء مختلف.
- 30- البيت فقط وصحابي منشوفهمش.
- 31- كانت عندي عادات وتقالييد إجييت هنا اختلقت.
- 32- كانت هوايتي السباحة.
- 33- صرت بيتوتي، أحب البيت.
- 34- كل شيء نعملو بطلت نعملو.
- 35- أغلب الأوقات أشعر بالإحباط.
- 36- الإحباط في أي شيء أعملو.
- 37- درست درست درست شو راح أعمل بالآخر.
- 38- أجي على سوريا أحسلي.
- 39- أتشاءم بس يصوني تلفوني.
- 40- يخرجلي *Masqué* أنجن.
- 41- أحس بالغرابة لما أحكي مع أهلي.
- 42- كيف ياكلو بحالهم وأنا أكل سندويش.
- 43- هنا نحس بالغرابة.
- 44- لما أكل مع عايلة تنفتح نفسي.
- 45- صابني مرض بعيوني لقلة النوم.
- 46- ولات مشكل منقدرش نام.
- 47- نقعد ساعة بالفراش.
- 48- منبه في راسي.
- 49- ولييت عصبي.
- 50- غضب ونزل عليه.
- 51- عصبي *Direct*.
- 52- ولييت ضرك عصبي.

53- نفرض رأيي عليه بالغضب.

54- لاحظت على نفسي صرت عصبي.

55- الحذر واليقظة التغير اللي باين فيي.

56- أنام نوم الذيب.

57- أي صوت أقوم.

58- أصلي بصح عقلي رايح.

59- أفكر بحوايج ثانية بعيدة.

60- نقرا معالبايش واش نقرا.

61- أنا موجود وغير موجود.

62- أركز لثواني قليلة.

63- أتبع طرق كثيرة حتى أركز.

64- التركيز زيرو عندي.

ب- تجميع الخطاب في فئات:

المحور الأول: إعادة معايشة الحدث الصدمي، حيث ظهرت إعادة معايشة الخبرة الصدمية للحالة عن طريق تناذر التكرار من خلال:

- أحلام وكوابيس متكررة لها علاقة بالحدث: 4-3-2-1

- ذكريات وأفكار اقتحامية ومزعجة لها علاقة بالحدث: 8-7-6-5

- الشعور وكأن الحدث سيعاود الوقوع مع ذكره على شكل صور وخيالات: 12-11-10-9

- الانزعاج الانفعالي لأي سبب يستحضر الحدث: 17-16-15-14-13

المحور الثاني: السلوكات التجنبية المرتبطة بالحدث الصدمي أو تناذر التجنب من خلال:

- تجنب الأماكن أو الأشخاص أو المواقف التي تذكر بالحدث: 23-22-21-20-19-18

- اضطراب الأفكار والانفعالات التي تذكر بالحدث وتجنب الحدث: 28-27-26-25-24

- انخفاض النشاطات والممارسات التي كانت تمارس من قبل وقوع الحدث: 33-32-31-30-29

34

- الشعور بالإحباط والتشاؤم بعد التعرض للصدمة: 40-39-38-37-36-35

- الابتعاد عن الآخرين والشعور بالعزلة عنهم: 44-43-42-41

المحور الثالث: ظهرت أعراض فرط الاستثارة وسرعة التنبيه التناذر العصبي الإعاشي من خلال:

- صعوبات تتعلق بالنوم: 45-46-47-48
- نوبات غضب أو هيجان مصحوبة بسلوكات عدوانية: 49-50-51-52-53-54
- حذر ويقظة شديدة مع صعوبة في الاسترخاء: 55-56-57
- صعوبات التركيز والانتباه: 58-59-60-61-62-63-64

ج- تجميع الوحدات جداول:

المحور الأول: إعادة معايشة الحدث الصدمي، والجدول التالي يوضح توزيع التكرارات والنسب المئوية لأشكال تناذر التكرار.

الجدول رقم (12): يوضح توزيع التكرارات والنسب المئوية لأشكال تناذر التكرار.

الفئة التصنيفية	الأشكال	التكرار	النسبة (%)
تناذر التكرار	- أحلام وكوابيس متكررة لها علاقة بالحدث.	4	23,53
	- ذكريات وأفكار إقتحامية ومزعجة لها علاقة بالحدث.	4	23,53
	- الشعور وكأن الحدث سيعاود الوقوع مع ذكره على شكل صور وخيالات.	4	23,53
	- الانزعاج الانفعالي لأي سبب يستحضر الحدث.	5	29,41
المجموع		17	100

يعتبر تناذر التكرار أول الأعراض التشخيصية لاضطراب ما بعد الصدمة، والذي يعبر عن

مجموع الأحلام والكوابيس المزعجة والتكرارية التي لها علاقة بالحدث الصدمي وقد ظهرت بنسبة 23,53%، وبنفس النسبة نجد الذكريات والأفكار الإقتحامية التي لها علاقة بالحدث وأيضا الشعور وكأن الحدث سيعاود الوقوع مع ذكره في شكل صور وخيالات، وفي الأخير نجد الانزعاج الانفعالي لأي سبب يستحضر الحدث الصدمي الذي نسبته 29,41% كأكبر نسبة لمؤشرات إعادة الخبرة الصدمية.

المحور الثاني: السلوكات التجنبية المرتبطة بالحدث الصدمي، والجدول التالي يوضح توزيع التكرارات والنسب المئوية لأشكال تناذر التجنب.

الجدول رقم (13): يوضح توزيع التكرارات والنسب المئوية لأشكال تناذر التجنب.

الفئة التصنيفية	الأشكال	التكرار	النسبة (%)
تناذر التجنب	- تجنب الأماكن أو الأشخاص أو المواقف التي تذكر بالحدث.	6	22,22
	- ذكريات وأفكار اقتحامية ومزعجة لها علاقة بالحدث.	5	18,52
	- انخفاض النشاطات والممارسات التي كانت تمارس من قبل وقوع الحدث.	6	22,22
	- الشعور بالإحباط والتشاؤم بعد التعرض للصدمة.	6	22,22
	- الابتعاد عن الآخرين والشعور بالعزلة عنهم.	4	14,82
المجموع			100

يعتبر تناذر التجنب ثاني الأعراض التشخيصية لاضطراب ما بعد الصدمة، والذي يعبر عن مجموع السلوكيات التجنبية من تجنب الأماكن أو الأشخاص أو المواقف التي تذكر بالحدث، وانخفاض النشاطات والممارسات بعد وقوع الحدث الصدمي، و الشعور بالإحباط والتشاؤم بعد التعرض للصدمة وقد ظهروا كأكثر نسبة بـ 22,22%، وجاءت الذكريات والأفكار الاقتحامية والمزعجة التي لها علاقة بالحدث بنسبة 18,52%، ثم تأتي بنسبة 14,82% كأقل نسبة الابتعاد عن الآخرين والشعور بالعزلة عنهم بنسبة والتي تلجأ إليها الحالة لتجنب إعادة المعاشاة الصدمية للحدث.

المحور الثالث: أعراض فرط الاستثارة وسرعة التنبيه، والجدول التالي يوضح توزيع التكرارات ونسب أشكال التناذر العصبي الإعاشي.

الجدول رقم (14): يوضح توزيع التكرارات والنسب المئوية لأشكال التناذر العصبي الإعاشي.

الفئة	الأشكال	التكرار	النسبة (%)
التناذر العصبي الإعاشي	- صعوبات تتعلق بالنوم.	4	20
	- نوبات غضب أو هيجان مصحوبة بسلوكيات عدوانية.	6	30
	- حذر وبقية شديدة مع صعوبة في الاسترخاء.	3	15
	- صعوبات التركيز والانتباه.	7	35
المجموع			100

يعتبر **التناذر العصبي الإعاشي** ثالث الأعراض التشخيصية لاضطراب ما بعد الصدمة، والذي يعبر عن مجموع صعوبات النوم التي جاءت بنسبة 20%، وكذا نوبات الغضب أو الهيجان المصحوبة بسلوكيات عدوانية بنسبة 30%، أما مؤشر الحذر واليقظة الشديدة مع الصعوبة في الاسترخاء كان له الحصة الأقل في التأثير بنسبة 15%، وأخيرا نجد عرض الصعوبات في التركيز والانتباه كأكبر نسبة قدرت بـ35%.

د- تجميع الفئات التصنيفية:

يوضح الجدول التالي توزيع التكرارات والنسب المئوية لمختلف الفئات التصنيفية (تناذر التكرار، تناذر التجنب التناذر العصبي الإعاشي):

الجدول رقم (15): يوضح توزيع التكرارات والنسب المئوية لمختلف الفئات التصنيفية.

الاضطراب	الفئات التصنيفية	التكرار	النسبة (%)
اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD)	- تناذر التكرار	17	26,56
	- تناذر التجنب	27	42,19
	- التناذر العصبي الإعاشي	20	31,25
المجموع		64	100

من خلال قراءتنا للجدول السابق الذي يمثل توزيع التكرارات والنسب المئوية لمختلف الفئات التصنيفية التي ظهرت في خطاب المقابلة، اتضح أن نسبة إعادة الخبرة الصدمية " **تناذر التكرار** " كانت الأقل بـ26,56%، فيما جاءت السلوكيات التجنبية " **تناذر التجنب** " كأكبر نسبة بـ42,19%، أما أعراض فرط الاستثارة وسرعة التنبه " **التناذر العصبي الإعاشي** " فقد قدرت نسبتها بـ31,25%، وعليه يمكن القول بالاعتماد على المحاور الرئيسية الثلاث والتي تشخص اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD) وهي: تناذر التكرار، تناذر التجنب، التناذر العصبي الإعاشي، والتي استمرت لأكثر من سنتين أن الحالة تعاني من اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD) مزمن نتيجة التعرض لصدمة الحرب.

هـ- تطبيق قائمة أرون بيك الثانية للاكتئاب:

الجدول رقم (16): يوضح نتائج تطبيق قائمة أرون بيك الثانية للاكتئاب:

الدرجة	العبارة	المجموعة	الرقم
1	- أشعر بالحزن معظم الوقت.	الحزن	1
1	- أشعر بضعف همتي فيما يتعلق بمستقبلي بطريقة أكثر من ما تعودت.	التشاؤم	2
0	- لا أشعر بأني شخص فاشل.	الفشل السابق	3
1	- لا أستمتع بالحياة بنفس القدر الذي اعتدت عليه.	فقدان الاستمتاع بالحياة	4
1	- أشعر بالذنب عن العديد من الأشياء التي قمت بها ، أو أشياء كان يجب أن أقوم بها ولم أقم بها.	مشاعر الذنب	5
0	- لا أشعر بأني يمكن أن أتعرض للعقاب أو للأذى.	التعرض للعقاب والأذى	6
0	- شعوري نحو نفسي عادي.	عدم حب الذات	7
3	- أنقد وألوم نفسي على كل ما يحدث بسببي من أشياء سيئة.	نقد الذات ولومها	8
0	- ليس لدي أي أفكار للانتحار.	الأفكار أو الرغبات الانتحارية	9
1	- أشعر بالرغبة في البكاء.	البكاء	10
0	- أشعر بالهيجان والإثارة بدرجة عادية.	الهيجان والإثارة	11
2	- فقدت اهتمامي بالآخرين وبكثير من الأمور الأخرى.	فقدان الاهتمام	12
1	- أجد صعوبة في اتخاذ القرارات.	التردد في اتخاذ القرارات	13
0	- لا أشعر أنني عديم القيمة.	انعدام القيمة	14
0	- لدي نفس القدر من الطاقة كما تعودت.	فقدان الطاقة على العمل	15
3	- استيقظ من نومي مبكراً ساعة أو ساعتين أو أكثر، ولا أستطيع أن أعود إلى النوم مرة أخرى.	تغيرات في نظام النوم	16
1	- أغضب أكبر مما تعودت.	القابلية للغضب أو الانزعاج	17
1	- شهيتي أكبر مما تعودت إلى حد ما.	تغيرات في الشهية	18
2	- من الصعب علي أن أركز عقلي على أي شيء لمدة طويلة.	صعوبة التركيز	19
1	- أصاب بالإرهاق أو الإجهاد عن عمل الكثير من الأشياء التي تعودت عليها.	الإرهاق أو الإجهاد	20
1	- أنا أقل اهتماماً بالجنس في هذه الأيام مما تعودت.	فقدان الاهتمام بالجنس	21
الدرجة الكلية: 20			
مستوى الاكتئاب: اكتئاب متوسط			

تم حساب الدرجة الكلية للاكتئاب عند الحالة بعد تطبيق قائمة أرون بيك الثانية والتي قدرت بـ 20 درجة وهذا ما يرمز إلى وجود اكتئاب متوسط، حيث تكررت الدرجة (0) صفر (7) سبع مرات عبر من خلالها عن عدم شعوره بأنه شخص فاشل وبإمكانية تعرضه للعقاب والأذى وبأنه عديم القيمة، وكذا شعوره العادي نحو نفسه وعدم وجود أي أفكار انتحارية، وأيضا الشعور بالهيجان والإثارة بدرجة عادية، كما أن لديه نفس القدر من الطاقة كما تعود، وكانت الدرجة (1) واحد كأكثر الدرجات تكرارا بـ (10) عشر مرات معبرا فيها عن شعوره بالحزن معظم الوقت، وضعف همته عن السابق فيما يتعلق بمستقبله، وعدم الاستمتاع بالحياة بنفس القدر الذي اعتاد عليه، والشعور بالذنب عن أشياء قام بها وأخرى فوتها، والشعور بالرغبة في البكاء، كما أنه يجد صعوبة في اتخاذ القرارات، والغضب أكبر من المعتاد، كما أن شهيته أكبر مما تعود عليه، وأنه يصاب بالإرهاق أو الإجهاد عن عمل الكثير من الأشياء التي تعود عليها، وأن اهتمامه بالجنس أقل في هذه الأيام، كما اختار العبارة ذات الدرجة (2) إثنان (2) مرتين عبر من خلالها عن فقدان الاهتمام بالآخرين وبكثير من الأمور، والصعوبة في التركيز على شيء لمدة طويلة، وبالنسبة للدرجة (3) ثلاثة فقد تكررت (2) مرتين، يرى فيها أنه ينتقد ويلوم نفسه على كل ما يحدث بسببه من أشياء سيئة، وأنه يستيقظ من نومه مبكرا ساعة أو ساعتين أو أكثر، ولا يستطيع العودة إلى النوم.

4- الحالة الرابعة:

4-1- عرض الحالة:

منى امرأة تبلغ من العمر 49 سنة، ولدت بمخيم اليرموك بسوريا، مطلقة وأم لأربعة أبناء، توقفت عن الدراسة في سنتها الأولى بالجامعة، تنحدر من أسرة مكونة من الأب الذي يعمل عوناً بالجمارك، والأم الماكثة في البيت، وهي الابنة السابعة بين (6) ستة أولاد و (5) خمسة بنات، قدمت إلى الجزائر مطلع سنة 2013 وتقيم حالياً بحي 5 جويلية رفقة أولادها.

عاشت طفولتها في كنف أسرة سعيدة ومرتبطة في أوضاع معيشية مرتاحة، حيث كانت إقامتهم دائمة ومستقرة بمقر سكنهم بمخيم اليرموك، أين تشرت من آلام وصبر وبسالة الشعب الفلسطيني بلدها الأصلي وبلد آبائها وأجدادها.

وكانت من المتفوقين في دراستها حيث حازت على شهادة البكالوريا، ولم تكمل دراستها بالجامعة بحكم قدومها إلى الجزائر واصطدامها ببيئة جديدة منعته من المواصلة، هنا أين التقت صدفة بجزائري كان يدرس ويرتاد على منزلهم بسوريا تقدم لخطبتها والزواج منها، أنجبت منه أربعة أطفال ولم تكن علاقتهم على وفاق حيث تزوجا وتطلقا لثلاث مرات بسبب معاناته من اضطرابات نفسية بسبب معاشته الحرب العراقية الإيرانية -على حد قولها-.

تقول أنها عانت الحرب من قبل لأنها مطلقة وغريبة عن البلد ولصعوبة العيش في الجزائر، حيث أقامت 5 سنوات عند أهل زوجها بحكم علاقتها الطيبة معهم ووفروا لها المنزل والنفقة، غير أنها فضلت أخذ ابنها الأصغر والذهاب إلى الشام إلى بيت أهلها والإقامة عند والدتها سنة 2009م، وقررت هناك تحقيق استقلالها المالي لتوفير مطالبها ومطالب ابنها المالية، فكانت تتقدم في كل مرة لوظيفة قبل أن تتراجع بسبب البعد، كما كانت تقوم بطهي الحلويات الجزائرية حسب الطلب للعائلات والأسر الجزائرية المقيمة بحارة المغاربة القريبة من مسكنها.

أما عن الحرب فتقول أنها اندلعت أولاً بدرعا وكانت تصلنا الأخبار فقط فبداياتها كانت أول مرة بخروج المظاهرات لطوائف وأحزاب كل حسب مطالبه، ثم تطورت إلى وقوع انفجارات لسيارات مفخخة أو عبوات ناسفة، حتى جاء اليوم الذي اهتزت فيه الأرض على وقع انفجار القزاز على الساعة (8) الثامنة صباحاً وقت الخروج إلى العمل والجامعة والمدارس، أدى إلى خروج الجميع إلى الشارع والجري في جميع الاتجاهات بحثاً عن مصدر الانفجار وللطمئنان على أبنائهم بالمدارس.

كما أدت الاشتباكات المسلحة بـ درعا إلى نزوح العديد نحو مخيم اليرموك وبالتالي ظهور العديد من الطوائف والأحزاب وبداية الاشتباكات والقصف بقذائف الهاون، هذه الأخيرة التي تسبب في الكثير من الخوف وإثارة الفوضى بين أوساط المدنيين لأن مكان سقوطها مجهول كما أنها تسبب دمارا كبيرا، فكانوا يسرعون إلى المدارس لجلب أبنائهم والاطمئنان عليهم.

أما ما دفعها إلى المغادرة هو خروج ابنها إلى شراء "سندويش" على الساعة (2) الثانية ليلا ليشهد إطلاق رصاص على بيت أحد المسؤولين بالمنطقة والرجوع إلى البيت مرتعبا، فأصبحت ترى أن المجيء للجزائر هروبا للأمان لأن الأوضاع أصبحت لا تطاق فكل من وجد مكانا للجوء "ما قصر".

بعدها قامت بجمع ثمن تذكرتين من مصادرها المختلفة وتوجهت إلى الجزائر رفقة ابنها والاتصال بجمعية خيرية كان على معرفة سابقة بهم أيام إقامتها بالجزائر والذين بدورهم قاموا بكراء منزل لها وتوفير بعض حاجاتها، كما لقيت العون من أهل طليقها بتوفير بعض الأساسيات.

4-2- تحليل مضمون المقابلة:

أ- تقطيع الخطاب إلى وحدات:

- 1- ساعات أحلم.
- 2- أشوف سلاح ودم.
- 3- استشهد واستغفر وارجع نام.
- 4- تجيني أحلام على أمي تغيضني.
- 5- تجيني أفكار طلعت أمي.
- 6- ممكن حدا ما يرجع.
- 7- ممكن يصير انفجار.
- 8- أفكر بأهلي وأخواتي.
- 9- الأسى ما بينتسى.
- 10- تقعد لحالك تجيك أفكار سوداء.
- 11- بتعاود أحياناً الحدث.
- 12- ترجع نفس السيناريو أمام عيونك.
- 13- ترجع نفس الحكاية تتكرر.
- 14- تتكرر معي دائماً.
- 15- تتكرر صور الدم واللحم والانفجار.
- 16- صوت رنين الهاون في أذني يتعاود.
- 17- أشم اللحم يقشعر بدني.
- 18- أتذكر الانفجار من ريحة اللحم.
- 19- ريحة البني آدمين زي اللي يشور لحمه.
- 20- في كثير من صور التلفاز تأثر عنك.
- 21- بس أسمع صوت البارود أتذكر.
- 22- الدخان لأنو السما سودا بالشام.
- 23- لما تجي زوبعة يقشعر بدني.
- 24- أشوف سيارة ببعد يمكن فيها مفجرة.
- 25- شارع عام أو تجمع كثير ببعد.

- 26- ما أقرب على الحرب ولا أسمع.
- 27- لما يصير تعذيب في مسلسل روح.
- 28- تحاول تتحاشى أنك ما بتذكرها.
- 29- عشان ما أفكر فيها.
- 30- بحب الناس عشان ما أفكر.
- 31- اسمع أغاني عشان ما أتذكر.
- 32- صرت أسمع أغاني مع أني ما أسمعها.
- 33- ما في نفس الأكل.
- 34- كنا نروح لبنان تركيا.
- 35- نخرج نسوق وناكل حتى 4 صبح.
- 36- كان عندنا تجمعات عائلية.
- 37- أتشاعم في شغلات.
- 38- مستحيل الشام ترجع.
- 39- بيتشاعم الواحد.
- 40- ما عاد في تفاؤل.
- 41- الخوف والعزلة.
- 42- قلبيا في خوف وفي رعب وفي عزلة.
- 43- تحس في الغربة.
- 44- تشتاق لأهلك وناسك وطفولتك.
- 45- يطول الواحد لينام.
- 46- أتقلب تجيك اضطرابات.
- 47- نفطن كثير في الليل.
- 48- الواحد صاحي غير العيون مسكرة.
- 49- أقوم على 4 الصبح.
- 50- يصير الواحد عدواني.
- 51- مع لولاد ومع حالو يصير عدواني.
- 52- أصبح.

53- أي حد يسكر الباب نخاف.

54- تتقز تعمل حركات.

55- أقوم من أبسط صوت.

56- أحس حالي ما في تركيز.

57- أنا تايهة في شيء ثاني.

58- هومًا في واد وأنا في واد.

ب- تجميع الخطاب في فئات:

المحور الأول: إعادة معايشة الحدث الصدمي، حيث ظهرت إعادة معايشة الخبرة الصدمية للحالة عن طريق تناذر التكرار من خلال:

- أحلام وكوابيس متكررة لها علاقة بالحدث: 4-3-2-1

- ذكريات وأفكار اقتحامية ومزعجة لها علاقة بالحدث: 10-9-8-7-6-5

- الشعور وكأن الحدث سيعاود الوقوع مع ذكره على شكل صور وخيالات: 15-14-13-12-11

16

- الانزعاج الانفعالي لأي سبب يستحضر الحدث: 23-22-21-20-19-18-17

المحور الثاني: السلوكات التجنبية المرتبطة بالحدث الصدمي أو تناذر التجنب من خلال:

- تجنب الأماكن أو الأشخاص أو المواقف التي تذكر بالحدث: 27-26-25-24

- اضطراب الأفكار والانفعالات التي تذكر بالحدث وتجنب الحدث: 31-30-29-28

- انخفاض النشاطات والممارسات التي كانت تمارس من قبل وقوع الحدث: 36-35-34-33-32

- الشعور بالإحباط والتشاؤم بعد التعرض للصدمة: 40-39-38-37

- الابتعاد عن الآخرين والشعور بالعزلة عنهم: 44-43-42-41

المحور الثالث: ظهرت أعراض فرط الاستثارة وسرعة التنبه التناذر العصبي الإعاشي من خلال:

- صعوبات تتعلق بالنوم: 49-48-47-46-45

- نوبات غضب أو هيجان مصحوبة بسلوكات عدوانية: 52-51-50

- حذر ويقظة شديدة مع صعوبة في الاسترخاء: 55-54-53

- صعوبات التركيز والانتباه: 58-57-56

ج- تجميع الوحدات جداول:

المحور الأول: إعادة معايشة الحدث الصدمي، والجدول التالي يوضح توزيع التكرارات والنسب المئوية لأشكال تناذر التكرار.

الجدول رقم (17): يوضح توزيع التكرارات والنسب المئوية لأشكال تناذر التكرار.

الفئة التصنيفية	الأشكال	التكرار	النسبة (%)
تناذر التكرار	- أحلام وكوابيس متكررة لها علاقة بالحدث.	4	17,39
	- ذكريات وأفكار اقتحامية ومزعجة لها علاقة بالحدث.	6	26,09
	- الشعور وكأن الحدث سيعاود الوقوع مع ذكره على شكل صور وخيالات.	6	26,09
	- الانزعاج الانفعالي لأي سبب يستحضر الحدث.	7	30,43
المجموع		23	100

من خلال الجدول السابق الذي يوضح توزيع التكرارات والنسب المئوية لأشكال تناذر التكرار جاءت الأحلام والكوابيس والمزعجة والتكرارية التي لها علاقة بالحدث الصدمي كأقل نسبة بـ 17,39% وجاءت الذكريات والأفكار الإقتحامية التي لها علاقة بالحدث مؤشر ثاني لإعادة الخبرة الصدمية بنفس النسبة مع الشعور وكأن الحدث سيعاود الوقوع مع ذكره في شكل صور وخيالات قدرت بـ 29,09%، وكأكبر نسبة جاء الانزعاج الانفعالي لأي سبب يستحضر الحدث الصدمي بـ 30,43%.

المحور الثاني: السلوكيات التجنبية المرتبطة بالحدث الصدمي، والجدول التالي يوضح توزيع التكرارات والنسب المئوية لأشكال تناذر التجنب.

الجدول رقم (18): يوضح توزيع التكرارات والنسب المئوية لأشكال تناذر التجنب.

الفئة التصنيفية	الأشكال	التكرار	النسبة (%)
تناذر التجنب	- تجنب الأماكن أو الأشخاص أو المواقف التي تذكر بالحدث.	4	19,05
	- ذكريات وأفكار اقتحامية ومزعجة لها علاقة بالحدث.	4	19,05
	- انخفاض النشاطات والممارسات التي كانت تمارس من قبل وقوع الحدث.	5	23,80
	- الشعور بالإحباط والتشاؤم بعد التعرض للصدمة.	4	19,05
	- الابتعاد عن الآخرين والشعور بالعزلة عنهم.	4	19,05
المجموع		21	100

من خلال الجدول السابق الذي يوضح توزيع التكرارات والنسب المئوية لأشكال **تناذر التجنب** جاءت كل من تجنب الأماكن أو الأشخاص أو المواقف التي تذكر بالحدث، والذكريات والأفكار الاقتحامية والمزعجة التي لها علاقة بالحدث ، والشعور بالإحباط والتشاؤم بعد التعرض للصدمة، وكذا الابتعاد عن الآخرين والشعور بالعزلة عنهم بنفس النسبة بـ 19,05%، أما الانخفاض في النشاطات والممارسات بعد وقوع الحدث الصدمي فقد جاءت كأكبر نسبة بـ 23,90%.

المحور الثالث: أعراض فرط الاستثارة وسرعة التنبيه، والجدول التالي يوضح توزيع التكرارات ونسب أشكال **التناذر العصبي الإعاشي**.

الجدول رقم (19): يوضح توزيع التكرارات والنسب المئوية لأشكال **التناذر العصبي الإعاشي**.

الفئة التصنيفية	الأشكال	التكرار	النسبة (%)
التناذر العصبي الإعاشي	- صعوبات تتعلق بالنوم.	5	35,71
	- نوبات غضب أو هيجان مصحوبة بسلوكات عدوانية.	3	21,43
	- حذر ويقظة شديدة مع صعوبة في الاسترخاء.	3	21,43
	- صعوبات التركيز والانتباه.	3	21,43
المجموع		14	100

من خلال الجدول السابق الذي يوضح توزيع التكرارات والنسب المئوية لأشكال **التناذر العصبي الإعاشي** جاءت من صعوبات النوم كأكبر نسبة قدرت بـ 35,71%، وجاءت كل من نوبات الغضب الهيجان والمصحوبة بسلوكات عدوانية، والحذر واليقظة الشديدة مع الصعوبة في الاسترخاء، و الصعوبات في التركيز والانتباه بنفس النسبة والتي قدرت بـ 21,43%.

د- تجميع الفئات التصنيفية:

يوضح الجدول التالي توزيع التكرارات والنسب المئوية لمختلف الفئات التصنيفية (تناذر التكرار، تناذر التجنب والتناذر العصبي الإعاشي):

الجدول رقم (20): يوضح توزيع التكرارات والنسب المئوية لمختلف الفئات التصنيفية.

الاضطراب	الفئات التصنيفية	التكرار	النسبة (%)
اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD)	- تناذر التكرار	23	39,65
	- تناذر التجنب	21	36,21
	- التناذر العصبي الإعاشي	14	24,14
المجموع		58	100

من خلال قراءتنا للجدول السابق الذي يمثل توزيع التكرارات والنسب المئوية لمختلف الفئات التصنيفية التي ظهرت في خطاب المقابلة، اتضح أن نسبة إعادة الخبرة الصدمية " **تناذر التكرار** " كانت الأكبر بـ 39,65%، فيما جاءت السلوكيات التجنبية " **تناذر التجنب** " بنسبة 36,21%، وكأقل نسبة جاءت أعراض فرط الاستثارة وسرعة التنبه " **التناذر العصبي الإعاشي** " بنسبة 24,14%، وعليه يمكن القول بالاعتماد على المحاور الرئيسية الثلاث والتي تشخص اضطراب ما بعد الصدمة (*PTSD*) وهي: تناذر التكرار، تناذر التجنب، التناذر العصبي الإعاشي، واستمرارها لأكثر من سنتين أن الحالة تعاني من اضطراب ما بعد الصدمة (*PTSD*) **مزمن** نتيجة التعرض لصدمة الحرب.

هـ- تطبيق قائمة أرون بيك الثانية للاكتئاب:

الجدول رقم (21): يوضح نتائج تطبيق قائمة أرون بيك الثانية للاكتئاب:

الرقم	المجموعة	العبارة	الدرجة
1	الحزن	- أشعر بالحزن معظم الوقت.	1
2	التشاؤم	- لم تضعف همتي فيما يتعلق بمستقبلي.	0
3	الفشل السابق	- لا أشعر بأني شخص فاشل.	0
4	فقدان الاستمتاع بالحياة	- لا أستمتع بالحياة بنفس القدر الذي اعتدت عليه.	1
5	مشاعر الذنب	- لا أشعر بالذنب.	0
6	التعرض للعقاب والأذى	- لا أشعر بأني يمكن أن أتعرض للعقاب أو للأذى.	0
7	عدم حب الذات	- شعوري نحو نفسي عادي.	0
8	نقد الذات ولومها	- أنقد وألوم نفسي أكثر مما تعودت.	1
9	الأفكار أو الرغبات الانتحارية	- ليس لدي أي أفكار للانتحار.	0
10	البكاء	- أبكي بكثرة جدا.	3
11	الهیجان والإثارة	- أشعر بالهیجان والإثارة أكثر مما تعودت.	1
12	فقدان الاهتمام	- لم أفقد الاهتمام بالآخرين أو بالأنشطة العادية.	0
13	التردد في اتخاذ القرارات	- لدي صعوبة في اتخاذ القرارات أكثر بكثير مما تعودت عليه.	2
14	انعدام القيمة	- لا أشعر أنني عديم القيمة.	0
15	فقدان الطاقة على العمل	- لدي قدر من الطاقة أقل مما تعودت.	1
16	تغيرات في نظام النوم	- استيقظ من نومي مبكرا ساعة أو ساعتين أو أكثر، ولا أستطيع أن أعود إلى النوم مرة أخرى.	3
17	القابلية للغضب أو الانزعاج	- أغضب أكبر مما تعودت.	1
18	تغيرات في الشهية	- ليست لدي شهية على الإطلاق.	3
19	صعوبة التركيز	- لا أستطيع التركيز بنفس الكفاءة كما تعودت.	1
20	الإرهاق أو الإجهاد	- يعوقني الإرهاق أو الإجهاد عن عمل الكثير من الأشياء التي اعتدت عليها.	2
21	فقدان الاهتمام بالجنس	- فقدت الاهتمام بالجنس تماما.	3
الدرجة الكلية: 23			
مستوى الاكتئاب: اكتئاب متوسط			

تم حساب الدرجة الكلية للاكتئاب عند الحالة بعد تطبيق قائمة أرون بيك الثانية والتي قدرت بـ 23 درجة وهذا ما يرمز إلى وجود اكتئاب متوسط، حيث تكررت الدرجة (0) صفر (7) سبع مرات عبرت من خلالها عن عدم ضعف همتها فيما يتعلق بمستقبلها، وعدم شعورها بأنها شخص فاشل، وأنها لا تشعر بأنها مذنبية أو أنها ستعرض للعقاب أو الأذى، شعورها العادي نحو نفسها، وعدم وجود أي أفكار انتحارية لديها، كما أنها لم تفقد الاهتمام بالآخرين والأنشطة العادية، ولا تشعر أنها عديمة القيمة ، وتكررت الدرجة (1) واحد (7) سبع مرات عبرت من خلالها عن شعورها بالحزن معظم الوقت، وأنها لا تستمتع بالحياة بنفس القدر الذي اعتادت عليه، وأنها تفقد نفسها وتلومها أكثر من عاداتها، وتشعر بالهيجان والإثارة على غير عاداتها، كما أن طاقتها أقل من المستوى المعتاد، وكذا درجة الغضب، وأنها لا تستطيع التركيز بنفس كفاءتها السابقة، كما اختارت العبارة ذات الدرجة (2) إثنان (2) مرتين عبرت من خلالها عن صعوبة اتخاذ القرارات بأكثر من كثير مما اعتادت عليه، وأن الإرهاق أو الإجهاد يعوقها عن عمل الكثير من الأشياء المعتادة لديها، وبالنسبة للدرجة (3) ثلاثة فقد تكررت (4) أربع مرات، ترى فيها أنها تبكي كثيرا جدا، وأنها تستيقظ من نومها مبكرا ساعة أو ساعتين أو أكثر ولا تستطيع العودة إلى النوم، وأنه ليس لديها شهية على الإطلاق، كما فقدت الاهتمام بالجنس تماما.

ثانياً: مناقشة النتائج على ضوء الفرضيات.

أسفرت نتائج الدراسة الحالية أن صدمة الحرب تعایش كصدمة نفسية مخلفة خبرة صدمية سلبية، وقد اختلفت أثارها النفسية من معاناة لاضطراب ما بعد الصدمة وصول إلى بعض التبعات النفسية كالإكتئاب، وبالتالي يكن إدراجهما حسب ما جاءت به فرضيات البحث كما يلي:

1- مناقشة النتائج المتعلقة بالفرضيات الفرعية:

- **الفرضية الفرعية الأولى:** والتي نصها: يعاني اللاجئون السوريون بالمسيلة من أعراض معيشة الحدث الصدمي في شكل أحلام وكوابيس وأفكار متكررة (تتأذر التكرار).

أثبتت نتائج الدراسة الميدانية أن كل حالة من حالات الدراسة عانت من إعادة معيشتها لصدمة الحرب على شكل أحلام وكوابيس تكرارية، وذكريات وأفكار اقتحامية لها علاقة بالحدث، والشعور وكأن الحدث سيعاود الوقوع مع ذكره على شكل صور وخيالات، والانزعاج الشديد لأي تنبيه يستحضر الحدث. وهذا تبعاً لميكانيزم التكرار الذي وظف بهدف خفض التوتر الزائد ومحاولة إدماج الخبرة الصدمية في المعيش الحسي لهم على شكل أفكار ومشاعر وأحلام صدمية متكررة.

إضافة إلى أن هذا التكرار الناتج عن تصور عقلي لخبرة غير مدمجة عقلياً والتي تعيد إنتاج الانفعال الأصلي، فبقدر ما يخفف التوتر الناتج عن شدة الصدمة بقدر ما يعكس المعاناة النفسية لحالات الدراسة عند الحديث عن خبرتهم الصدمية، وعليه يمكن القول أن كل حالات الدراسة ظهرت عليهم أعراض المعيشة الصدمية للحدث في شكل أحلام وكوابيس وأفكار متكررة (تتأذر التكرار)، أي أن الفرضية الفرعية الأولى محققة.

- **الفرضية الفرعية الثانية:** والتي نصها: يعاني اللاجئون السوريون بالمسيلة من أعراض وسلوكات تجنبية لكل ما يذكرهم بالحدث الصدمي (تتأذر التجنب).

دلت نتائج الدراسة الميدانية على ظهور بعض السلوكات التجنبية لدى الحالات (4) الأربعة للدراسة تمثلت في تجنب الأماكن والأشخاص أو المواقف التي تذكر بالحرب، وطرد الأفكار والانفعالات وتجنب الحديث المتعلق بالحدث، وانخفاض على مستوى النشاطات والممارسات التي كانت تمارس قبل الحرب، وأخيراً الابتعاد عن الآخرين والشعور بالعزلة عنهم، والهدف من هذه السلوكات التجنبية هو محاولة تقادي تكرار تفاصيل الحدث لما يستحضره من معاناة نفسية وانفعالات سلبية.

هذا التجنب الذي ظهر لديهم عمل كآلية موظفة لميكانيزمات دفاعية الغرض منها تقادي تتأذر التكرار، كما يساعد على الابتعاد عن الخبرة المؤلمة، وعليه ظهور الأعراض والسلوكات التجنبية لكل ما

يذكر حالات الدراسة بالحدث الصدمي (تتأثر التجنب) لدى الحالات (4) الأربعة، وبالتالي تحقق الفرضية الفرعية الثانية.

- **الفرضية الفرعية الثالثة:** والتي نصها: يعاني اللاجئون السوريون بالمسيلة من أعراض فرط الاستثارة وسرعة التنبه (التأثر العصبي الإعاشي).

أثبتت نتائج الدراسة الميدانية ظهور أعراض فرض الاستثارة وسرعة التنبه على جميع حالات الدراسة ضمن ما يعرف بـ **التأثر العصبي الإعاشي**، والتي من مؤشرات الصعوبات التي تتعلق بالنوم، ونوبات الغضب والهيجان المصحوبة أحيانا بسلوكات عدوانية، والحذر واليقظة الشديدة مع صعوبة الاسترخاء، وصعوبات التركيز والانتباه، والتي كانت كاستجابات فيزيولوجية لحالة الرعب والخوف نتيجة معايشة صدمة الحرب.

فإعادة معاشتهم الصدمية المرتبطة بهذه الأعراض كانت نتيجة للتنبيهات المرتبطة بالحدث والتي تبقى على شكل آثار ذكراوية مثبتة في الذاكرة كأثار حسية، تهدد نومهم وتؤدي إلى عدوانية وحذر شديد وصعوبة في التركيز.

- **الفرضية الفرعية الرابعة:** والتي نصها: يعاني اللاجئ السوري بالمسيلة المصاب باضطراب ما بعد الصدمة من أعراض اكتئابية شديدة.

أثبتت نتائج الدراسة الميدانية وجود أعراضا اكتئابية لدى حالات الدراسة وهذا يكون طبيعيا ومقبولا إذا نظرنا إلى أن أفراد العينة كلهم يشتركون بالتعرض لصدمة الحرب والبعد عن الوطن الأم، حيث تبين أن جميعهم يعاني أحداثاً سابقة مؤلمة، فمنهم من تعرض للاعتقال والتعذيب ومنهم من تعرض للتهديد ومنهم من تعرض للقصف ومنهم من فقد أحد أقرائه أو أحبابه أو هجر من منزله أكثر من مرة. وتراوحت الأعراض الاكتئابية بين المتوسطة والشديدة وكانت أعراض التغيرات في نظام النوم والشهية الأكبر شدة، فبالإضافة إلى التعرض إلى صدمة الحرب يعاني اللاجئون السوريون بالمسيلة من اختلاف في العادات والتقاليد والأسلوب المعيشي وذلك ما يؤثر على نظام النوم والأكل لديهم، أما أقل الأعراض الاكتئابية شدة هي الأفكار الانتحارية وانعدام القيمة، ويرجع ذلك إلى الهوية الإسلامية التي تحرم الانتحار، وإلى الاستقبال والتكفل الجيد الذي لقيه كل حالات الدراسة.

والاكتئاب كونه أحد صور الاضطرابات النفسية الانفعالية، فهو يرتبط بالأحداث الصادمة ولاسيما الذين يعيشون بعيد عن أوطانهم الأصلية مما يولد لديهم عامل مضاف لما يعانونه من إحساس بالغربة والبعد عن الوطن والإحساس بمجهول المستقبل، كلها عوامل مساعدة للإصابة بالأعراض الاكتئابية،

وعليه فإن أفراد عينة البحث يعانون من أعراض اكتئابية تتراوح بين المتوسطة والشديدة، وبالتالي يمكن القول بتحقيق الفرضية الفرعية الثالثة إلى حد ما.

2- مناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية الرئيسية: والتي نصها: تظهر الأعراض الاكتئابية لدى

من يعاني من اضطراب ما بعد الصدمة والاكتئاب من اللاجئين السوريين بالمسيلة.

يمثل اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD) مجموع التناذرات الثلاث بدءًا بـ **تناذر التكرار** الذي اتخذ أشكالاً عديدة من خلال مقابلاتهم كالأحلام والكوابيس التكرارية التي حملت معها تفاصيل صدمة الحرب بذاكراتها وصورها ومشاهدها وانفعالاتها.

ويمثل **تناذر التجنب** أو السلوكيات التجنبية المرتبطة بالحدث ثاني التناذرات الثلاث لاضطراب ما بعد الصدمة (PTSD) والذي كان له حصته من معاناة حالات الدراسة الحالية، فقد ظهر لديهم على شكل سلوكيات تجنبية بسبب الخوف من إعادة معايشة أو تكرار التفاصيل المرتبطة بالحدث، يؤدي بهم إلى اللجوء إلى تجنب كل مثير يستحضر الحدث مهما كانت طبيعته شخص، مكان، صوت، رائحة... كما يمثل **التناذر العصبي الإعاشي** آخر التناذرات الثلاث لاضطراب ما بعد الصدمة (PTSD)، وتضمن مجموعة من الأعراض العصبية الإعاشية التي ظهرت لدى حالات الدراسة نتيجة لحالة الرعب والهلع والذعر لمعايشتهم صدمة الحرب.

وعليه يمكن القول أن الحالات الأربعة للدراسة يعانون من اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD) بشكل **مزمن** بعد تعرضهم لصدمة الحرب واستمرار الأعراض التشخيصية لأكثر من سنتين عند جميع الحالات، بالإضافة إلى أعراض اكتئابية تتراوح ما بين المتوسطة والشديدة.

ما يدل على وجود علاقة بين معايشة اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD) وظهور الأعراض الاكتئابية، وذلك يرجع إلى ما يترتب عن خبرات ومواقف الحرب الصادمة من اضطرابات نفسية وانفعالية واجتماعية، وما تحدثه من آثار مكبوتة تؤثر في سلوك اللاجئ السوري بالمسيلة محدثة في النهاية استجابة اكتئابية، وعليه يمكن القول أن اللاجئ السوري الذي يعاني من اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD) تظهر لديه أعراض اكتئابية، أي أن الفرضية الرئيسية محققة.

ثالثاً: الاقتراحات والتوصيات.

- مكننا هذا العمل من الاحتكاك باللاجئين السوريين ومعرفة معاناتهم وخاصة النفسية منها، وقد خلصت دراستنا هذه إلى جملة من الاقتراحات و التوصيات تمثلت فيما يلي:
- العمل على تواجد ال لاجئين في أماكن تساعد على التقليل من عامل الغربة والإحساس بالتواصل مع البلدان الأم وذلك من خلال التجمعات والمراكز الاجتماعية لهؤلاء من أجل التواصل وعدم الانعزال عن البلد الأم .
 - التكفل النفسي يعمل على التخفيف من حدة اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD) والاكتئاب، الذين يؤديان معا إلى خلق صعوبات كبيرة على المستوى الاجتماعي النفسي و لهذا فالكفالة النفسية ضرورة حتمية.
 - ضرورة الاهتمام بالخبرات الصادمة التي تعرض لها اللاجئين السوريين، خاصة من طرف الأخصائيين النفسيين وتقديم التوجيه والإرشاد والعلاج للتخفيف من الاضطرابات المصاحبة للصدمة.
 - ضرورة الاهتمام باللاجئين السوريين والعمل على زيادة الدعم المادي لهم وتقديم احتياجاتهم الصحية والمدرسية والسكنية، وتوثيق العلاقات مع المنظمات الإنسانية المعنية بحقوق اللاجئين، وحقوق الإنسان بصورة عامة.
 - من الضروري أن يقوم المجتمع بتوفير الخدمات النفسية للاجئين أسوة بتوفير الخدمات الأخرى لأنها لا تقل عنها أهمية وخاصة اللاجئين يعيشون بقلق دائم حول الفترة الزمنية التي عليهم قضاؤها خارج الوطن، وتأتي ضرورة هذه الخدمات النفسية من كثرة المشاكل الصحية التي يعاني منها اللاجئ والتي كثيراً ما تكون انعكاساً للاضطرابات النفسية.
 - توفير الظروف المناسبة لعودة اللاجئين ال سوريين إلى وطنهم وتهيئة السبل التي تكفل أمنهم وأمانهم واستقرارهم في وطنهم، وتأمين الظروف المساعدة لأبنائهم لمتابعة دراستهم.
 - تكوين لجنة من أساتذة قسم علم النفس والأخصائيين النفسيين للتقرب من اللاجئين السوريين ومساعدتهم على تجاوز مختلف الاضطرابات الناجمة عن صدمة الحرب.
 - تطبيق برنامج العلاجي على عينة من اللاجئين للتعرف على أثر هذا البرنامج العلاجي وإمكانية تطبيقه.
 - تشجيع الباحثين على تناول موضوعات تناقش قضايا الصدمة النفسية بصفة عامة وصدمة الحرب بصفة خاصة، وتأثيرها، وتأثيرها بشتى المتغيرات.

- إجراء دراسة بصوره أوسع في هذا الجانب فعلى حد علم الباحث لم تُجرَ دراسة في هذا الجانب وبشكل خاص اضطراب ما بعد الصدمة وعلاقته بالاكتئاب لدى اللاجئين السوريين.

خلاصة عامة

خلاصة عامة:

تعتبر الحرب من أشد أشكال الصدمة النفسية على الإنسان لما تخلفه من معاناة نفسية وجسدية وعلائقية واجتماعية وحتى جنسية، فالحرب إذن تعاش كصدمة نفسية بالغة الأثر، حيث أن لصدمة الحرب تبعات نفسية تختلف تبعاً لشخصية الفرد، وكذا معاشته للحرب، وللشدائد والأزمات التي تعرض لها، وفي معظمها تتسم باستجابات نفسية صدمية تعود إلى اختلال التوازن النفسي الذي سببه الحدث. ومن بين أكثر الاستجابات النفسية شيوعاً التي تبثها الشعوب المنكوبة بالحروب اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD) والذي ينتج عن التعايش مع أعمال العنف والصراعات المسلحة، والتعرض لمشاهد القتل والتعذيب، مما يتسبب في انتشار حالات الاكتئاب والتوتر، والخوف من المستقبل، والنزوح نحو العنف، وهذا ما يتضح في دراستنا الحالية التي تبحث في الأعراض الاكتئابية لدى المصابين باضطراب ما بعد الصدمة من اللاجئين السوريين بمدينة المسيلة، والتي اتبعنا فيها المنهج الإكلينيكي (العيادي) قصد التقرب من الحالة و تحديد خصائصها النفسية والجسدية ومختلف التغيرات التي طرأت على تنظيمها النفسي بعد تعرضها لصدمة الحرب، وللتحقق من فرضيات الدراسة تم إجراء مقابلات نصف موجهة مع (4) أربع لاجئين سوريين مقيمين بمدينة المسيلة، وتطبيق قائمة بيك الثانية للاكتئاب على حالات الدراسة (4) الأربعة، كما اعتمدنا على تحليل المحتوى كأداة في التعامل مع المعطيات التي تم الحصول عليها من خلال المقابلات التي أجريناها مع الحالات، وبعد العرض والتحليل والمناقشة تم التوصل إلى النتائج الآتية:

معاناة اللاجئين السوريين بمدينة المسيلة من اضطراب ما بعد الصدمة بشكل حاد ومزمن؛ والذي تدل عليه الأعراض المتكررة في كل بعد من أبعاده، وفي استمراره أكثر من ثلاث أشهر كما جاء في الدليل التشخيصي (DSM IV) من خلال:

- يعاني اللاجئون السوريون بالمسيلة من أعراض معيشة الحدث الصدمي في شكل أحلام وكوابيس وأفكار متكررة (تتأذر التكرار).
- يعاني اللاجئون السوريون بالمسيلة من أعراض وسلوكيات تجنبية لكل ما يذكرهم بالحدث الصدمي (تتأذر التجنب).
- يعاني اللاجئون السوريون بالمسيلة من أعراض فرط الاستثارة وسرعة التنبيه (التأذر العصبي الإعاشي).

كما بينت النتائج ظهور الأعراض الاكتئابية لدى من يعاني اضطراب ما بعد الصدمة من اللاجئين السوريين بالمسيلة بين الشديدة و المتوسطة.

وبالتالي فإن جل فرضيات الدراسة جاءت محققة، حيث أن اضطراب ما بعد الصدمة يحدث نتيجة الأذى البدني وفقدان العزيز والتعرض للموت وجميع هذه الخبرات متجذرة في نفوس اللاجئين السوريين نتيجة معاشتهم لصدماتي الحرب والهجرة من البلد الأم.

حيث أن الهجرة تحدث تغيرات على شبكة العلاقات الاجتماعية ونمط الحياة وعلى النواحي النفسية، وبما أن اللاجئين تضطربهم الحياة إلى ترك أوطانهم واللجوء إلى بلاد بعيدة عن أوطانهم بعد معاشتهم لصدمة الحرب ما يجعل هؤلاء أكثر عرضة للإصابة بالاكتئاب.

قائمة المراجع

قائمة المراجع:

أولاً: القرآن الكريم.

ثانياً: المراجع العربية.

1- إبراهيم، عبد الستار (2000): علم النفس الإكلينيكي -مناهج التشخيص والعلاج النفسي-، ط3، دار المريخ، الرياض، السعودية.

2- أبو حلاوة، محمد السعيد (2008): اضطراب الضغط الحاد، أطفال الخليج مركز الدراسات والبحوث، كلية التربية، جامعة الاسكندرية، مصر.

3- أبو رمضان، هناء صلاح جمال (2011): حق العودة لدى اللاجئين الفلسطينيين -دراسة نفسية تحليلية-، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين.

4- أبو شريفة، ميساء شعبان (2011): اضطراب ما بعد الصدمة وعلاقته بالتوجه نحو الدعاء لدى عينة من زوجات الشهداء، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين.

5- أبو فايد، ريم محمود يوسف (2010): فاعلية برنامج إرشادي مقترح لتخفيف حدة الاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين.

6- أبو هيف، علي صادق (1966): الالتجاء للسفارات والدول الأجنبية، د.ط، مطبعة نصر مصر، الإسكندرية، مصر.

7- أبو الوفاء، أحمد (1992): القانون الدبلوماسي الدولي، د.ط، دار النهضة العربية، القاهرة، مصر.

8- باتل، فيكرام (2008): الصحة النفسية للجميع-حيث لا يوجد طبيب نفسي، د. غانم بيبي وآخرون، ط1، ورشة الموارد العربية، بيروت، لبنان.

9- البزايعة، خليل مصطفى (2012): تأثير اللاجئين العراقيين على الأردن، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الآداب والعلوم، جامعة الشرق الأوسط، عمان، الأردن.

10- باترسون، باترسون (1990): نظريات الإرشاد والعلاج النفسي، د. حامد عبد العزيز الفقي، ط 1، دار القلم، ج2، الكويت.

11- بزي، هشام (2004): المعاناة النفسية للاجئ، دورة تدريبية حول تشريعات اللجوء، دبي، الإمارات العربية المتحدة.

12- ثابت، أبو طواحينة السراج (2008): تأثير هدم البيوت على الصحة النفسية للأطفال الذكور والصلابة النفسية، دراسة لبرنامج غزة للصحة النفسية، غزة، فلسطين.

- 13- الجبوري، محمد عبد الهادي (2010): قياس الاكتئاب النفسي وعلاقته ببعض المتغيرات لدى أبناء الجالية العربية المقيمين في الدنمارك، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الآداب والتربية قسم العلوم النفسية والتربوية والاجتماعية، الأكاديمية العربية المفتوحة ، الدنمارك.
- 14- جلال، أسعد (1986): في الصحة العقلية - الأمراض النفسية والعقلية والانحرافات السلوكية-، ط 1، دار الفكر العربي، القاهرة، مصر.
- 15- حب الله، عدنان (2006): الصدمة النفسية أبعادها الوجودية وأشكالها العيادية، ط 1، دار الفرابي، بيروت، لبنان.
- 16- حجازي، هاني محمد محمود (2004): الخبرة الصادمة وعلاقتها بأعراض الاضطراب وبعض سمات الشخصية لدى أطفال شهداء انتفاضة الأقصى ، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين.
- 17- الخواجة، جاسم محمد (1996): بناء مقياس اضطراب الضغوط التالية للصدمة في المجتمع الكويتي، دراسات نفسية، مج 6، عدد 3، الكويت.
- 18- ذيب، بدوية (1979): النظام القانوني للجنين في ضوء القانون الدولي العام، مذكرة ماجستير غير منشورة، معهد الحقوق والعلوم السياسية والإدارية، جامعة الجزائر، الجزائر.
- 19- الرشدي، بشير صالح (2000): مناهج البحث التربوي -رؤية تطبيقية مبسطة-، ط 1، دار الكتاب الحديث، الكويت.
- 20- الرشدي، بشير وآخرون (2001): سلسلة تشخيص الاضطرابات النفسية -اضطراب الضغوط التالية للصدمة-، ط 1، الديوان الأميري، مكتب الإنماء الاجتماعي، مج 1، الكويت.
- 21- زرواتي، رشيد (2002): تدريبات على منهجية البحث العلمي في العلوم الاجتماعية، ط 1، دار الهدى للطباعة والنشر والتوزيع، الجزائر.
- 22- زرواتي، رشيد (2007): مناهج وأدوات البحث العلمي في العلوم الاجتماعية، ط 1، دار الهدى للطباعة والنشر والتوزيع، الجزائر.
- 23- زكراوي، حسينة (2011): البعد الثقافي للصدمة النفسية -صدمة اغتصاب المرأة في المجتمع الجزائري نموذجاً-، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة منتوري، قسنطينة، الجزائر.
- 24- زهران، حامد عبد السلام (1997): الصحة النفسية والعلاج النفسي، ط 3، عالم الكتب، القاهرة، مصر.

- 25- سري، إجلاء محمد، إرشاد الصحة النفسية لتصحيح مشاعر الاغتراب، ط 1، دار القاهرة للطباعة والنشر، القاهرة، مصر.
- 26- سولنييه، فرونسوا بوشيه (2005): القاموس العملي للقانون الإنساني، ت. أحمد مسعود، د.ط، دار العلم للملايين، بيروت، لبنان.
- 27- الشرييني، لطفي (2001): الاكتئاب -المرض والعلاج-، ط 1، منشأة المعارف، الإسكندرية، مصر.
- 28- صالح، قاسم حسين (2002): سيكولوجية الأزمات -اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية-، د.ط، مركز الدراسات النفسية والنفسية الجسدية، طرابلس، لبنان.
- 29- ضمرة، جلال كايد؛ نصار، يحيى حياتي (2010): أثر نموذج العلاج المعرفي السلوكي المركز على الصدمة في خفض أعراض الاكتئاب لدى عينة من أطفال الحروب، دراسات، المجلد 41، ملحق 1، كلية العلوم التربوية، الجامعة الأردنية، الأردن.
- 30- طه، فرج عبد القادر (1989): معجم علم النفس والتحليل النفسي، ط 1، دار النهضة العربية للطباعة والنشر والتوزيع، بيروت، لبنان.
- 31- عبيدات، محمد؛ أبو ناصر، محمد؛ مبيضين عقيلة (1999): منهجية البحث العلمي -القواعد والمراحل والتطبيقات-، ط3، دار وائل للطباعة والنشر، الجزائر.
- 32- عسكر، عبد الله (1988): الاكتئاب النفسي بين النظرية والتشخيص، ط 1، المكتبة الأنجلومصرية، القاهرة، مصر.
- 33- عزت، دري حسن (1986): الطب النفسي، ط3، دار القلم، الكويت.
- 34- عفيفي، عبد الحكيم (1989): الاكتئاب والانتحار، ط1، الدار المصرية، القاهرة، مصر.
- 35- عكاشة، أحمد (2008): الطب النفسي المعاصر، ط1، المكتبة الأنجلومصرية، القاهرة، مصر.
- 36- العيسوي، عبد الرحمن (1997): مناهج البحث العلمي في الفكر الإسلامي والفكر الحديث، د.ط، دار الراتب الجامعية، بيروت، لبنان.
- 37- غانم، عبد الله عبد الغني (2002)، المهاجرون -دراسة سوسيوانثربولوجية-، ط 3، المكتب الجامعي، الإسكندرية، مصر.
- 38- غريب، عبد الفتاح غريب (2000): الموصفات السيكموترية لمقياس بيك للاكتئاب، د.ط، المكتبة الأنجلومصرية، القاهرة، مصر.

- 39- غضبان، مبروك (1994): التنظيم الدولي والمنظمات الدولية -دراسة تاريخية تحليلية وتقييمية لتطوير التنظيم الدولي ومنظماته-، د.ط، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر.
- 40- فايد، حسين علي (2004): العدوان والاكتئاب، ط 1، مؤسسة حورس الدولية للنشر والتوزيع، الإسكندرية، مصر.
- 41- قاسم، محمد محمد (2003): المدخل إلى مناهج البحث العلمي، د.ط، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، مصر.
- 42- القدومي، عبد الناصر (2001): اضطراب الضغوط التالية للصدمة والتعايش معها لدى آباء وأمّهات شهداء انتفاضة الأقصى في محافظات نابلس وطولكرم وقلقيلية، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية العلوم التربوية، جامعة النجاح الوطنية، نابلس، فلسطين.
- 43- القريطي، عبد المطلب (1997): الصحة النفسية، ط1، دار الفكر العربي، القاهرة، مصر.
- 44- كامل، مصطفى (1999): معجم علم النفس والتحليل النفسي، ط1، دار النهضة العربية، بيروت، لبنان.
- 45- اللحياني، سامي أحمد صليح (1996): مستوى الاكتئاب وقلق الموت لدى عينة من مرضى ومريضات الفشل الكلوي المزمن بالمنطقة الغربية ، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، جامعة أم القرى، مكة المكرمة، السعودية.
- 46- المحيسري، خالد رشيد (1983): مدخل إلى الخدمة الاجتماعية الطبية النفسية، ط 1، مطابع نجد، الرياض، السعودية.
- 47- معمريّة، بشير (2010): تقنين قائمة آرون بيك الثانية للاكتئاب، مجلة شبكة العلوم النفسية العربية، العدد 25-26، قسم علم النفس، جامعة الحاج لخضر، باتنة، الجزائر.
- 48- مكاي، صلاح فؤاد محمد (1997): فعالية برنامج للعلاج بالمعنى في خفض مستوى الاكتئاب لدى عينة من الشباب الجامعي، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية، جامعة عين شمس، مصر.
- 49- موسى، رشاد علي عبد العزيز (1993): علم النفس الديني، ط 1، دار عالم المعرفة، القاهرة، مصر.
- 50- النجمة، علاء الدين إبراهيم يوسف (2008): مدى فاعلية برنامج إرشادي نفسي للتخفيف من أعراض الاكتئاب عند طلاب المرحلة الثانوية، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين.
- 51- هيئة الأمم المتحدة (2002): تقرير حول الهجرة الدولية، رقم 97. 03205.

52- ياسين، عطوف محمود (1988): أسس الطب النفسي الحديث، ط 1، منشورات ميسون الثقافية، بيروت، لبنان.

53- اليحفوفي، نجوى (2009): الأحداث الصدمية وعلاقتها باضطراب الضغوط التالية للصدمة والاكتئاب والتدين لدى طلاب الجامعات اللبنانية الكفاءات، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية الآداب والعلوم الإنسانية، الجامعة اللبنانية، لبنان.

54- يونس، محمد محمود (2005): مدى فاعلية أسلوب الاسترخاء العضلي في خفض مستوى أعراض اضطراب ما بعد الصدمة، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، الجامعة الأردنية، عمان، الأردن.

ثالثاً: المراجع الأجنبية.

55- American Psychiatric Association (1994): *Diagnostic & Statistical Manual Of Mental Disorder (DSM-IV)*, Forth Edition, Washington, USA.

56- Allen, M (1986): *Post-traumatic stress disorder among, Black Vietnam veterans*, Hospital & Community Psychiatry.

57- Beck, J (1995): *Cognitive therapy*, Guil for press, Basics and beyond New York, USA.

58- Bringuier, P (2002): *Réfugié*, in *Encyclopédie universalise*, Corpus 19, Les services éditoriaux et techniques d'Encyclopédie universalise, Paris, France.

59- Cook, C (2004): *Palestinian children and the second intifada*, Media Monitors Network.

60- Crocq, L (1992): *Le syndrome de répétition dans les névroses traumatiques, ses variation clinique, sa signification perspectives psychiatriques*.

61- Crocq, L (1999): *Les Traumatismes psychique de guerre*, jacob, Paris, France.

62- Crocq, L (2000): *Critique du concept d'Etat de stress post traumatique in troubles psychiques post traumatiques*, Ministère de la santé et de la population, Société Algérienne de la Psychiatrie.

63- Damiani, C (1997): *Les victimes: violences publiques et crimes privés*, Bayard, Paris, France.

64- Damiani, C (1999): *Enfants victimes de violence sexuelles*, Bayard, Paris, France.

65- Delumeau, J (2002) : *Guerres de religion*, in *Encyclopédie universalise*, Corpus 19, Les services éditoriaux et techniques d'Encyclopédie universalise, Paris, France.

66- Dietritch, A (2001): *Risk factors related disorders -Theoretical, treatment, and research implications-*, Traumatology.

- 67- Fereri, M (1999): *Les troubles anxieux*, Ellipes, Paris, France.
- 68- Goldstein, R; Wampler, N & Wise, P (1997): *War Experience and Distress Symptoms of Bosnian Children* , *Pediatrics* 100 , N° 5.
- 69- Kaplan, H ; Sadock, B (1998): *Livre de poche de psychiatrie clinique*, Traduction et adaptation française de S.Ivanov-Mazzucconi, Masson éditeur, Paris, France.
- 70- Michultka, D; Blanchard, E & Kalous, T (1998): *Reponses to civilian war experiences: Predictors of psychological functioning and coping*, *journal of traumatic stress* 11.
- 71- O'Brien, L. (1998): *Traumatic events and mental health*, University press Cambridge, UK.
- 72- Rehm, P (2003): *Psychotherapies for Depression*, In Kenneth D, Craig *Anxiety and Depression in Adults and Children*, Dobson.
- 73- Sillamy, N (2006): *Dictionnaire de psychologie*, Larousse, Paris, France.
- 74- Beck, A ; Young, J (2002): *Cognitive therapy scale rating manual*, University of Pennsylvania Psychotherapy Research Unit.

قائمة الملاحق

الملحق رقم (1) :

ملخص مقابلات الدراسة

ملخص المقابلات الدراسية :

المقابلة الأولى: علي.

س- بعد ما جيت لمسيلة كنت تشوف أحلام وكوابيس في الليل؟

ج- طبعا، لحد الآن تحلم فيهم أنا نتكلم وأنا راقد نصرخ، لحد الآن عندي آثار التعذيب في جسمي حكمتني مرض الشقيقة من الضرب للراس، نوم كوابيس سبحانه الله، تحلم راح يعاودو يعتقلوك، وأحلم بالعتقل نفسو، وأحلم بأفرع المخابرات والمشاكل والتعذيب.

س- تجيك أفكار وذكريات متعلقة بالحدث؟

ج- إيه إيه تجيني ونخاف ويرجع وجهي أصفر وقلبي يخبط مليون

س- تجيك صور وخيالات وتحس أن الحدث سيعاود الوقوع؟

ج- والله طبعا، وأحيانا نتخيل راح ارجع لسوريا ونعتقل خصوصا لمل نروح لمناطق قريبة لسوريا، في الجزائر ونخاف.

س- تتفعل لأي تنبيه يستحضر الحدث سواء رائحة أو شخص؟

ج- طبعا أنا نحكيك رائحة الأوساح تفكرني بالمكان لي كنت فيه بالمعتقل.

س- تجنب أماكن أو أشخاص تذكرك بالأحداث؟

ج- أنا مرات نكون ماشي في الطريق نجنب الشرطة الجزائرية وأنت تعرف حالك أنك سليم.

س- تجنب الأفكار والمشاعر اللي عندها علاقة بالأحداث لي عشتها؟

ج- أول ما نخاف ويولي وجهي يصفر وقلبي يدرب نجرب كيف منفكرش في الموضوع، نجرب ننسى.

س- تغيرت نشاطاتك المعتادة بعد الحرب؟

ج- دمرنا صح دمرنا، كنا عايشين في حياة وصرنا عايشين في حياة، وزيد رجعنا لتحت الصفر أتيل كان عندك دار وعند حانوت، وترجع لتحت الأرض، اليوم لي ما أعمل فيه كارثة.

س- تشعر بالإحباط والتشاؤم؟

ج- (يبتسم) طبعا طبعا مش فقط إحباط، لدرجة تسمع بقوارب الموت من ليبيا لطلين ومعلش

نموتو في البحر ولا هادي العيشا

س- تشعر بالعزلة والاعتراب؟

ج- دائما رغم أن إخوتي معايا وأهلي معايا، تحس روحك في الغربة

س- عندك صعوبات في النوم؟

ج- لا لا أنا نعجبك في النوم، أنا أصلا كان القصف جنب بيتنا وأنا نائم، أنا نحكيك كيف أنا لما نتقلق نرقد نهرب من الواقع بالرقاد.

س- زادت عدوانيتك؟

ج- أكيد، صرت عدواني، صرت منرحمش، قادر نقتل الآن، والله ما عندي أي مشكلة، قتل موت.

س- أصبحت شديد الحظر واليقظة؟

ج- معلش نشوف بطاقتك، اسمحلي على كل حال هادي نفس أسئلة الأمن، اللي حدث يخليك حذر.

س- تعاني من صعوبة في التركيز والانتباه؟

ج- تسرح طبعاً، الناس تتكلم وأنت سارح.

المقابلة الثانية: حمادة.

س- بعد ما جيت لمسيلة كنت تشوف أحلام وكوابيس في الليل؟

ج- أكيد، على طول، حتى الآن عندكم بارود في الأعراس حتى الآن لما ينضرب جيني الرعب، وعلي طول يجيني منامات اسمع إطلاق الهاون وأحس جاي لعندي، هذا لهلا بأحس فيه، ليوم أحكي لصاحبي حلمت أركب سيارة وهارب من مين ما أعرف.

س- تجيك أفكار وذكريات متعلقة بالحدث؟

ج- على طول، تجيني أفكار مستحيل تقدر تمحيها، الشيء اللي تشوفو العين مستحيل تقدر تمحيه.

س- تجيك صور وخیالات وتحس أن الحدث سيعاود الوقوع؟

ج- طبعاً، بتمنى ما تتعاود بتمنى ما بتصير في أي مكان أصلاً، الشيء اللي شفتو بتمنى أنو ما يتعاود.

س- تنفعل لأي تنبيه يستحضر الحدث سواء رائحة أو شخص؟

ج- تشوف شغلة بالشارع أو تشوف مكان تتخيل أنك شايفو بتصير تبعد من هذا المكان بتصير تبعد لأنو يذكرك بشيء كنت أنت متألم منو.

س- تجنب أماكن أو أشخاص تذكرك بالأحداث؟

ج- أكثر شيء شرطة أنا براهن هادي موجودة في كل سوري مغترب لما يشوف بوليسي يبعد أمتار تشوف أنا حتى لم أشك في واحد أنو شرطي أجنن.

س- تجنب الأفكار والمشاعر اللي عندها علاقة بالأحداث لي عشتها؟

ج- أكيد، أحاول أبعد عن راسي الأفكار ما استرسل فيها كثير.

س- تغيرت نشاطاتك المعتادة بعد الحرب؟

ج- أكيد أنا بحياتي ما أكنت أتوقع أشتغل في البنثورة وفي الأشغال الشاقة أنا أضطر أشتغل في هذا الموضوع رغم أنني مريض، مضطر عشان أعيش، روتين حياتي كلو تغير، نمط حياتي كلو تغير، أسلوب حياتي تغير، الأكل تغير كلو تغير.

س- تشعر بالإحباط والتشاؤم؟

ج- هلا الإحباط مرافقني.

س- تشعر بالعزلة والاغتراب؟

ج- أحب أقعد لحالي لو ما بشعر بالعزلة ما أقعد لحالي.

س- عندك صعوبات في النوم؟

ج- تجيني كوابيس ومستحيل أنام مباشرة أقل شيء ساعة لحتى أقدر أنام بعد التفكير

س- زادت عدوانيتك؟

ج- زادت عدوانيتي كيف، هلا أي واحد يفكر ياكلي حقي بكسرو، مستعد أكسرة، أشوهو ما عندي مشكلة المهم ما يقرب علي.

س- أصبحت شديد الحظر واليقظة؟

ج- إيه أكيد صرت حذر من أنو واحد يمسكني شرطي يمسكني، وإلى الآن مازلني يقظ وحذر.

س- تعاني من صعوبة في التركيز والانتباه؟

ج- أكيد أنك على طول عند شيء تفكر فيه أنا وين رايح وكيف أعمل ومرتي وأولادي بعاد شو اللس جاي، أكيد راح عندي صعوبة في التركيز، بدليل لما أكون أشتغل باخذ أكثر من ضرب.

المقابلة الثالثة: رائد.

س- بعد ما جيت لمسيلة كنت تشوف أحلام وكوابيس في الليل؟

ج- أحيانا كان يجيني من ترتبات الأخبار اللي أسمعها، وبعدها صار يجيني أن أقاتل في سوريا وأناي أحمي أهلي، نقاتل وخايل على أهلي، نفس الحلم يراودني أكثر من مرة هو الحرب، نقاتل وخايف على أهلي، وأحيانا تجيني أحلام نحمي صحابي.

س- تجيك أفكار وذكريات متعلقة بالحدث؟

ج- لما نسمع كلمة من أي شخص نذكرني بشخص مات، لما نسمع صوت المكحلة نذكر صوت القصف.

س- تجيك صور وخيالات وتحس أن الحدث سيعاود الوقوع؟

ج- أنا كنت دائما نذكر واحد كنت نمشي أنا وياه اتعرضنا لقذيفة هاون بيني وبينو هو اتصاب بشضية، ولما رحنا عندو لقيناه أغمى عليه، لما حملوه خرج العظم، هذا المنظر نتاع العظم يظل يجيني، ونفس الموقف يظل يتعاود، أول حاجة تجيني منظر العظم والدم.

س- تنفعل لأي تنبيه يستحضر الحدث سواء رائحة أو شخص؟

ج- قتلك البارود في الأعراس وصوت تونوبيل تضرب في تونوبيل تشبه لضربة الهاون، دائما لما أسمع هذا الصوت اتذكر ضرب رصاص والقذيفة، وصاحبي لما يشخر صوتو مثل الصاروخ.

س- تجنب أماكن أو أشخاص تذكرك بالأحداث؟

ج- أجنب مواقع التواصل الاجتماعي عشان ما أحكي مع أشخاص يذكروني بالحروب، أجنب الناس مثلا عندي صاحبي وأخوه صاحبي استشهد أجنب نحكي معاه علاقتنا مرحبا وعليكم السلام، ومستحيل تلقى واحد ميخاف من الشرطة، أنا كنت أشوف الجزائر العاصمة نلقي الجيش نسكر الكارو.

س- تجنب الأفكار والمشاعر اللي عندها علاقة بالأحداث لي عشتها؟

ج- أكيد المشاعر خصوصا لما أتفكر أبو النوس نتشوكا، أحاول أترك ولا نبكي لا لا بكيت كفاية ما عاد نبكي، أنا جميع أصدقائي متصاوبين أنا الوحيد سليم، إجباري تجنب.

س- تغيرت نشاطاتك المعتادة بعد الحرب؟

ج- أنا شخصيتي انقلبت بعد الحرب صارت شخصية ثانية، أي صوت نوض عليه صار عندي حس أمني، وليت هادي لدرجة كبيرة، وفي سوريا كنت 24 سا مع صاحبي صرت بالبيت فقط، أنا هوايتي كانت سباحة دائما أطلع سباحة، صرت بيتوتي أحب البيت بعد ما كنت اجتماعي.

س- تشعر بالإحباط والتشاؤم؟

ج- أغلب الأوقات، خصوصا في الدراسة، أتطلع هيك درست درست شو راح أعمل بالأخير، أروح سوريا أحسلي، أوقف مع بلدي أحسلي، وأتشاءم بس يصوني تلفوني خصوصا Masqué أنجن لأنو جاني خبر استشهد أبو النوس وإصابة بابا من Masqué.

س- تشعر بالعزلة والاعترا ب؟

ج- أكيد، صارت هوايتي الاعتزال، صار عندي إيمان، لما نحكي مع أهلي وبيعثولي صورة العشا، كيف هن ياكلو لحالهم وأنا آكل سندويش هنا نحس بالغيرة، لما آكل مع عايلة تتفتح نفسي للأكل.

س- عندك صعوبات في النوم؟

ج- أكيد، لحد اليوم أنا صابني مرض بعيوني لقلة النوم ألبس نواظر عيوني حمورة دائما، لما أروح لطبيب يقول من قلة النوم، منقدرش النام وكي نجي نام إذا كنت تعبان تعبان تعبان ميت أقعد ساعة بالفراش، وعندي منبه في راسي أقوم قبل الوقت.

س- زادت عدوانيتك؟

ج- وليت عصبي خصوصا لما يقاطعني أحد في هدوئي أتعصب Direct، زمان كنت هادي صرت عصبي، صرت في المناقشة أحب أفرضي رأيي بالقوة، لاحظت على حالي صرت عصبي.

س- أصبحت شديد الحظر واليقظة؟

ج- هذا أهم حاجة، هذا التغير البايين فيي.

س- تعاني من صعوبة في التركيز والانتباه؟

ج- خصوصا في الصلاة، وليت كي نصلي هون في الجزائر عقلي رايح نفكر في حوايج بعيدة، وخصوصا في الدراسة أنا نقرا ومش عارف ايش نقرا مثل ما يقولو في علم النفس أنا موجود وغير موجود أنا أتبع طرق كثيرة حتى أقدر أركز وأركز في فقرة واحدة بعدها نقرا مليون صفحة مش مركز.

المقابلة الرابعة: منى.

س- بعد ما جيتي لمسيلة كنت تشوفي أحلام وكوابيس في الليل؟

ج- تجيني أحلام، أشوف سلاح ودم وحرب والناس هريانة، أو جات عليك تخلع وتقول بسم الله الرحمن الرحيم وترجع تنام، أحلم على أمني تغيضني كبيرة.

س- تجيك أفكار وذكريات متعلقة بالحدث؟

ج- ايه تجي أفكار طلعت أمني أو راحت على السوق يمكن وحدة ما ترجع ويمكن يصير انفجار، أعمل هيك (تضع يدها على خدها)، أفكر بأهلي وأخواتي وبالعيلة كلها.

س- تجيك صور وخیالات وتحسي أن الحدث سيعاود الوقوع؟

ج- إيه يتعاود الحدث، نتاع القزاز مثلا والمشاكل اللي صرات عندنا، ترجع نفس السيناريو قدام عيونك، ترجع نفس الحكاية تتكرر معي دائما، وأشوف صور والدم واللحم ويتعاودو مرة شفت، ولما أشوف منظر التعذيب في مسلسل تركي أروح على الأوضة الثانية.

س- تنفعلي لأي تنبيه يستحضر الحدث سواء رائحة أو شخص؟

ج- بقول إيه، تعرف القزاز هاي بعيدة عننا ريحة اللحم شامينو، بس أقلّي اللحم أتذكروا يقشعر بدني لما صار الانفجار ريحة البني آدمين تطلع، وصور التلفاز اللي تطلع كثير بتذكر، ويسمع صوت العرس بتذكر بحسها في أدني أتذكر قذيفة الهاون، والدخان دائما السما سودا في الشام ولما يجي غبار السما حمرا أتذكر.

س- تجنبي أماكن أو أشخاص تذكرك بالأحداث؟

ج- أشوف سيارة أبعد أقول بلقي فيها مفجرة أو مفخخة، أو شارع عام أو تجمع كثير، بخاف من التجمعات، وكمان التلفاز يذكرك لما يكون في دم أو قتل.

س- تجنبي الأفكار والمشاعر اللي عندها علاقة بالأحداث لي عشتها؟

ج- لازم تجنبيها تحاول أنك ما تذكرها، أنا أحب الناس عشان ما أفكر في شيء لأنك لما تقعد لحالك تجيك أفكار سودا، وصير أسمع أغاني مع أني ما أميل للأغاني كثير.

س- تغيرتي نشاطاتك المعتادة بعد الحرب؟

ج- كنا نروح لبنان وتركيا، وفي الشام نخرج نسوق وناكل وما نرجع حتى 4 صبح، وكان عند أمني تجمعات من الأهل والجيران حتى 2 صبح.

س- تشعري بالإحباط والتشاؤم؟

ج- أتشائم في شغلات، مثل أن الحرب راح تطول، نقول في قلبنا راح تتحل وساعات نشوف المناظر وتشوف الأخبار ويجيك أحد من الشام بدو يحكي لنا تقول مستحيل الشام راح ترجع، تقول طفولك راحو أهلك راحو حبابك يتشائم الواحد، واحد في ألمانيا وواحد في سويسرا وواحد في ليبيا، تقول أنا وحيد أنا في غربة.

س- تشعري بالعزلة والاعتراب؟

ج- أكيد، يشعر الواحد بالعزلة والخوف، تلاقى الناس يقعدو مع بعض ويظلوا يوتتو بس داخليا في خوف وفي رعب وفي عزلة.

س- عندك صعوبات في النوم؟

ج- أحيانا في صعوبة، يطول الواحد لينام، تجيك شغلات تطلع تنزل أعمل أجي لا استقرار، ويفطن الواحد عدة مرات، نايم وفي نفس الوقت صاحي غير العيون مسكرة بس من جوة حاسس مش نايم، وساعات بقوم على 4 وأظل صاحية للصبح.

س- زادت عدوانيتك؟

ج- إيه أحيانا مو دائما، ببصير الواحد عدواني في بعض المواقف مثل مع ولادي ومع حالي تلوم حالك على شغلات، بصيح أنا أصلا صوتي عالي.

س- أصبحت شديد الحظر واليقظة؟

ج- أي حد يسكر الباب نخاف، وتسمع صوت تنقز تعمل حركات، أقوم من أبسط صوت من النوم.

س- تعاني من صعوبة في التركيز والانتباه؟

ج- ساعات أحس حالي ما في تركيز، الناس تحكي وأنا تايهة في شيء ثاني، هوما بواد وأنا بواد ثاني.

الملحق رقم (2) :

قائمة بيك الثانية للاكتتاب

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة محمد بوضياف المسيلة
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
قسم علم النفس

أخي، السلام عليكم ورحمة الله وبركاته:

نضع بين يديك هذا القائمة، والتي تتضمن 21 مجموعة من الأسئلة بهدف التعرف على وجهة نظرك الموضوعية، نرجو التكرم بقراءة كل مجموعة على حدى وبعناية، ثم تختار من كل منها عبارة واحدة فقط، تصف بطريقة أفضل مشاعرك في الأسبوعين الأخيرين بما في ذلك اليوم، ثم تضع دائرة حول الرقم الذي يشير إلى العبارة التي اخترتها 0 أو 1 أو 2 أو 3، وتأكد أنك تختار دائما عبارة واحدة فقط من كل مجموعة حتى المجموعة رقم 16 المتعلقة بتغيرات في نظام النوم والمجموعة رقم 18 المتعلقة بتغيرات في الشهية، علماً بأن المعلومات التي سيتم الحصول عليها ستعامل بسرية تامة، وستستخدم لأغراض البحث العلمي فقط .

شاكراً لكم حسن تعاونكم

01	الحزن	0- لا أشعر بالحزن 1- أشعر بالحزن معظم الوقت 2- أشعر بالحزن طول الوقت 3- أشعر بالحزن إلى درجة لا أستطيع تحمل ذلك
02	التشاؤم	0- لم تضعف همتي فيما يتعلق بمستقبلي 1- أشعر بضعف همتي فيما يتعلق بمستقبلي بطريقة أكثر مما تعودت 2- أتوقع ألا تسير الأمور بشكل جيد بالنسبة لي. 3- أشعر بأنه لا أمل لي في المستقبل وأنه سوف تزداد الأمور سوءا.
03	الفشل السابق	0- لا أشعر بأني شخص فاشل. 1- لقد فشلت أكثر مما ينبغي. 2- كلما نظرت إلى حياتي السابقة أرى الكثير من الفشل. 3- أشعر بأني شخص فاشل تماما.
04	فقدان الاستمتاع بالحياة	0- أستمتع بالحياة بنفس قدر استمتاعي بها من قبل. 1- لا أستمتع بالحياة بنفس القدر الذي اعتدت عليه. 2- أحصل على قدر قليل جدا من الاستمتاع بالحياة مما تعودت عليه من قبل. 3- لا أستطيع الحصول على أي استمتاع بالحياة كما تعودت أن أستمتع من قبل.
05	مشاعر الإثم (تأنيب الضمير)	0- لا أشعر بالذنب. 1- أشعر بالذنب عن العديد من الأشياء التي قمت بها، أو أشياء كان يجب أن أقوم بها ولم أقم بها. 2- أشعر بالذنب في معظم الأوقات. 3- أشعر بالذنب في كل الأوقات.
06	الشعور بالتعرض للعقاب أو للأذى	0- لا أشعر بأني يمكن أن أتعرض للعقاب أو للأذى. 1- أشعر بأني يمكن أن أتعرض قليلا للعقاب أو للأذى. 2- أشعر بأني سوف أتعرض كثيرا للعقاب أو للأذى. 3- أشعر بأني سوف أتعرض دائما للعقاب أو للأذى.
07	عدم حب الذات	0- شعوري نحو نفسي عادي. 1- فقدت الثقة في نفسي. 2- أصبت بخيبة أمل في نفسي. 3- لا أحب نفسي.
08	نقد الذات ولومها	0- لا أنقد ولا ألوم نفسي. 1- أنقد وألوم نفسي أكثر مما تعودت. 2- أنقد وألوم نفسي على كل أخطائي. 3- أنقد وألوم نفسي على كل ما يحدث بسببي من أشياء سيئة.

09	الأفكار أو الرغبات الانتحارية	0- ليس لدي أي أفكار للانتحار. 1- لدي أفكار للانتحار ولكن لا يمكنني تنفيذها. 2- أريد أن أنتحر. 3- قد أنتحر لو سمحت لي الفرصة.
10	البكاء	0- لا أبكي أكثر مما تعودت. 1- أشعر بالرغبة في البكاء. 2- أبكي أكثر مما تعودت. 3- أبكي بكثرة جدا.
11	الهیجان والإثارة (عدم الاستقرار)	0- أشعر بالهیجان والإثارة بدرجة عادية. 1- أشعر بالهیجان والإثارة أكثر مما تعودت. 2- أتهيج وأثور إلى درجة أنه من الصعب علي البقاء مستقرا. 3- أتهيج وأثور إلى درجة تدفعني إلى الحركة أو إلى فعل شيء ما.
12	فقدان الاهتمام أو الانسحاب الاجتماعي	0- لم أفقد الاهتمام بالآخرين أو بالأنشطة العادية. 1- أنا قليل الاهتمام بالآخرين أو بالأنشطة العادية. 2- فقدت معظم اهتمامي بالآخرين وبكثير من الأمور الأخرى. 3- من الصعب علي أن أهتم بأي شيء.
13	التردد في اتخاذ القرارات	0- أتخذ القرارات بنفس كفاءاتي التي تعودت عليها. 1- أجد صعوبة في اتخاذ القرارات. 2- لدي صعوبة في اتخاذ القرارات أكثر بكثير مما تعودت عليه. 3- لا أستطيع اتخاذ القرارات.
14	انعدام القيمة	0- لا أشعر أنني عديم القيمة. 1- أنا لست ذا قيمة كما تعودت أن أكون. 2- أشعر أنني عديم القيمة بالمقارنة بالآخرين. 3- أشعر أنني عديم القيمة تماما.
15	فقدان الطاقة على العمل	0- لدي نفس القدر من الطاقة كما تعودت. 1- لدي قدر من الطاقة أقل مما تعودت. 2- ليس لدي طاقة كافية لعمل الكثير من الأشياء. 3- ليس لدي طاقة لعمل أي شيء
16	تغيرات في نظام النوم	0- لم يحدث أي تغير في نظام نومي. 1- أ- أنام أكثر مما تعودت إلى حد ما. 1- ب- أنام أقل مما تعودت إلى حد ما. 2- أ- أنام أكثر مما تعودت بشكل كبير. 2- ب- أنام أقل مما تعودت بشكل كبير. 3- أ- أنام معظم اليوم. 3- ب- استيقظ من نومي مبكرا ساعة أو ساعتين أو أكثر، ولا أستطيع أن أعود إلى النوم مرة أخرى

17	القابلية للغضب أو الانزعاج	0- أغضب بدرجة عادية. 1- أغضب أكبر مما تعودت. 2- أغضب أكبر بكثير مما تعودت. 3- أكون في حالة غضب طول الوقت.
18	تغيرات في الشهية	0- لم يحدث أي تغير في شهيتي. 1- أ- شهيتي أكثر مما تعودت إلى حد ما. 1- ب- شهيتي أقل مما تعودت إلى حد ما. 2- أ- شهيتي أكثر مما تعودت بشكل كبير. 2- ب- شهيتي أقل مما تعودت بشكل كبير. 3- أ- ليست لدي شهية على الإطلاق. 3- ب- لدي رغبة قوية إلى الطعام طوال الوقت.
19	صعوبة التركيز	0- أستطيع التركيز بكفاءة كما تعودت. 1- لا أستطيع التركيز بنفس الكفاءة كما تعودت. 2- من الصعب علي أن أركز عقلي على أي شيء لمدة طويلة. 3- أجد نفسي غير قادر على التركيز على أي شيء.
20	الإرهاق أو الإجهاد	0- لست أكثر إرهاقا أو إجهادا مما تعودت. 1- أصاب بالإرهاق أو الإجهاد عن عمل الكثير من الأشياء التي اعتدت عليها. 2- يعوقني الإرهاق أو الإجهاد عن عمل الكثير من الأشياء التي اعتدت عليها. 3- أنا مرهق ومجهد جدا بحيث أجد صعوبة لعمل معظم الأشياء التي اعتدت عليها.
21	فقدان الاهتمام بالجنس	0- إن اهتمامي بالجنس عادي في هذه الأيام. 1- أنا أقل اهتماما بالجنس في هذه الأيام مما تعودت. 2- أنا أقل اهتماما بالجنس بدرجة كبيرة في هذه الأيام. 3- فقدان الاهتمام بالجنس تماما.

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ