وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة محمد بوضياف بالمسيلة

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم علم النفس

رقم التسجيل:212135082907-212135089486

عنوان المذكرة:

الصدمة النفسية للإجهاض المتكرر وفوبيا عدم اكتمال الحمل لدى النساء الحوامل

-دراسة ميدانية عيادية ل 3 حالات من النساء الحوامل بمستشفى سليمان عميرات بالمسلة-

مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر في شعبة علم النفس

تخصص علم النفس العيادي

اعداد الطالبتين:		الأستاذة المشرفة:
بوزعرورة انصاف		د.أسماء لجلط
مهديد شيماء		

أمام لجنة المناقشة المكونة من السادة:

الرقم	اسم ولقب الأستاذ	الرتبة ا	الصفة
1	تومي الطيب	أستاذ تعليم عالي	رئيسا
2	لجلط أسماء	أستاذ تعليم عالي	مشرفة ومقررة
3	نعيمة برابح	أستاذ تعليم عالي	ممتحنة

السنة الجامعية: 1447/1446هـ- 2026/2025م.



شكر وتقدير

الحمد لله أولا وآخرا، الذي بنعمته تتم الصالحات، والذي وفقني لإتمام هذا العمل المتواضع، فله الحمد والشكر على توفيقه وسداده.

على ما "لجلط أسماء"نتقدم بخالص الشكر والتقدير والاحترام إلى الأستاذة المشرفة قدمته لنا من توجيهات علمية قيمة ونصائح بناءة، كان لها بالغ الأثر في توجيه هذا البحث وإخراجه في صورته النهائية.

كما نتوجه بجزيل الشكر إلى أعضاء اللجنة المناقشة الموقرة على تفضلهم بقبول وقراءة هذه المذكرة وتقييمها، وعلى ما سيقدمونه من ملاحظات وإثراءات علمية قيمة تسهم في تطوير هذا البحث.

وفي الختام، نسأل الله أن يجعل هذا العمل خالصا لوجهه الكريم وأن ينفع به، وأن يوفقنا جميعا لما فيه الخير والسداد.

إهداء

الحمد لله عند البدء، وعند الختام، فما تناهى دربٌ ولا خُتم جهدٌ ولا تم سعيٌ إلا بفضله.

فمن قال "أنا لها" نالها، وأنا لها، وإن أَبَت، رغماً عنها أتيت بها!

ها أنا اليوم أتوج اللحظات الأخيرة من هذا الطريق، بعد تعب ومشقة دامت سنوات في سبيل الحلم والعلم، حملت في طياتها أمنيات الليالي، وأصبحت اليوم قرة عين. ها أنا اليوم أقف على عتبة تخرجي بشهادة الماستر، أقطف ثمار تعبي وأرفع قبعتي بكل فخر، فاللهم لك الحمد حتى ترضى ولك الحمد بعد الرضا، بفضل توفيقك أتممت هذا النجاح وتحقق بالأمس ما كان حلماً.

بكل حب وفخر أهدي تخرجي:

إلى نفسي الطموحة أولاً: لأنها آمنت بأن كل الأحلام تستحق السعي، خاضت الطريق بثبات رغم صعوبته، ابتدأت بطموح وانتهت بنجاح.

إلى الذي زيّن اسمي بأجمل الألقاب: ومَن كلّل العرقُ جبينه، ومَن علمني أن النجاح لا يأتي إلا بالصبر والإصرار، علمني أن الدنيا كفاح وسلاحه العلم والمعرفة، داعمي الأول في مسيرتي، سندي وقوتي وملاذي بعد الله... أبي الغالي.

إلى مَن جعل الله الجنة تحت أقدامها: إلى أنيسة العمر وحبيبة الروح، التي ضمّت اسمي بدعواتها في ليلها ونهارها، وأضاءت بالحب دربي وأنارت باللطف طريقي، ملجئي ويدي اليمين... أمي الغالية.

إلى السند والكتف الثابت: الذين إذا مالت الدنيا لا يميلون، إلى مَن شددتُ عضدي بهم، إلى أول الداعمين... إخوتي وأخواتي.

إلى كل مَن كان عوناً وسنداً في هذا الطريق، أهديكم هذا الإنجاز وثمرة نجاحي التي لطالما تمنيتها، ها أنا اليوم أكملتُ وأنممتُ أول ثمراته بفضله سبحانه وتعالى.

فالحمد لله على ما وهبني.

"بوزعرورة انصاف"

إهداء

نحمد الله كثيرا ونشكره شكرا جزيلا لأنه سهل لنا المبتغى أعاننا على إتمام العمل أما بعد

أهدي إلى نفسي التي صبرت واجتهدت،وثابرت حتى وصلت إلى هذه اللحظة ،إلى كل الليالي التي سهرت فيها ،وكل التحديات التي واجهتها وكل لحظة شك تجاوزتها ،إلى روحي التي آمنت بأن كل مجتهد نصيب.

وهذا النجاح أوجهه إلى والديا الذين وهبوني الحياة والأمل والنشأة على شغف الاطلاع والمعرفة،ومن علموني أن أرتقي سلم الحياة بحكمة وصبر ،واحسانا

إلى من وهبني الله نعمة وجودهم في حياتي إلى العقد المتين من كانو عونا لي في رحلة بحثي أخواتي.

وأخيرا إلى كل من ساعدني ،وكان له دور من قريب وبعيد في إتمام هذه الدراسة .

سائلة المولى أن يجزي الجميع خير الجزاء في الدنيا والآخرة،ثم إلى كل طالب علم سعى بعمله ،ليفيد الإسلام والمسلمين بكل ما أعطاه الله من علم ومعرفة



"مهديد شيماء"

ملخص الدراسة:

تهدف الدراسة الحالية إلى الكشف عن دور صدمة الإجهاض المتكرر في ظهور فوبيا عدم اكتمال الحمل لدى النساء الحوامل بمستشفى "سليمان عميرات" بالمسيلة. واعتمدت الدراسة على المنهج العيادي (الإكلينيكي) باستخدام أسلوب دراسة الحالة، وتكونت مجموعة الدراسة من ثلاث حالات (3) من النساء الحوامل اللواتي لديهن تاريخ في الفقدان الإنجابي المتكرر.

ولجمع البيانات وتعميق التشخيص، تم الاعتماد على المقابلة العيادية، ومقياس الصدمة النفسية لـ **,(وايس ومارمر،1997)**، ومقياس رهاب الحمل والولادة لـ **(ويجما واخرون 1998[)**

خلصت نتائج الدراسة إلى أن:

- لصدمة الإجهاض المتكرر (بأبعادها: الشعور بالقلق، الشعور بضغوط الحياة) دوراً في ظهور فوبيا اكتمال الحمل لدى النساء الحوامل بمستشفى سليمان عميرات بالمسيلة.
- لصدمة الإجهاض المتكرر المتمثلة في (الشعور بالقلق) دوراً في ظهور فوبيا اكتمال الحمل لدى أفراد عينة الدراسة.
- لصدمة الإجهاض المتكرر المتمثلة في (الشعور بضغوط الحياة) دوراً في ظهور فوبيا اكتمال الحمل لدى أفراد عينة الدراسة.

الكلمات المفتاحية :الصدمة النفسية، الإجهاض المتكرر؛ فوبيا عدم اكتمال الحمل، النساء الحوامل.

Abstract

The current study aimed to uncover the role of recurrent miscarriage trauma in the emergence of Fear of pregnancy loss among pregnant women at "Soulimane Amirat" Hospital in M'Sila. The study adopted the clinical approach using the case study method. The study sample consisted of three (3) pregnant women with a history of recurrent reproductive loss.

To collect data and deepen the diagnosis, a semi-structured clinical interview was conducted, in addition to applying the following psychometric tools: the Psychological Trauma Scale by **[Weiss and marmar, 1997]** and the Tokophobia (Fear of Pregnancy and Childbirth) Scale by **[wijma,wijma,zar, 1998]**.

The results concluded that:

- Recurrent miscarriage trauma (manifested in anxiety and life stress) plays a role in the emergence of pregnancy completion phobia among pregnant women at Soulimane Amirat Hospital in M'Sila.
- Recurrent miscarriage trauma (specifically the feeling of anxiety) plays a role in the emergence of pregnancy completion phobia among the study sample.
- Recurrent miscarriage trauma (specifically the feeling of life stress) plays a role in the emergence of pregnancy completion phobia among the study sample.

Keywords: Psychological Trauma; Recurrent Miscarriage; Pregnancy Completion Phobia (Tokophobia); Pregnant Women.

.

إهداء.....أ/ب
شكروتقدير.....أ/ب
مقدمة.....أ/ب

الفصل الأول: الإطار العام للدراسة

1- إشكالية الدراسة 5
2- فرضيات الدراسة.....7
3- أهمية الدراسة.....7
4- أهداف الدراسة: 8
5- التحديد الإجرائي للمفاهيم: 9
6- **الدراسات السابقة:**.....11
7- الخلفية النظرية لمتغيرات الدراسة: 19

الفصل الثاني الإطار المنهجي للدراسة

1-منهج الدراسة: 84
2- الدراسة الاستطلاعية:.....85
3-حدود الدراسة: 85
4-مجموعة الدراسة: 86
5-أدوات الدراسة:.....86

الفصل الثالث: عرض النتائج الدراسة

2-عرض الحالة الأولى تحليلها ومناقشتها:.....93
2-عرض الحالة الثانية تحليلها ومناقشتها:.....98
3-عرض الحالة الثالثة تحليلها ومناقشتها:.....103
4-الاستنتاج العام للحالات:.....109
5- مناقشة وتفسير النتائج في ضوء الفرضيات 111
خاتمة 119
قائمة المراجع: 124
قائمة الملاحق.....140

تعتبر تجربة الأمومة واحدة من أعمق التجارب الإنسانية وأكثرها ارتباطاً بالبناء النفسي والعاطفي للمرأة، حيث تمثل محطة مفصلية تتشابك فيها الهوية الأنثوية بالتطلعات الوجودية نحو الاستمرار والامتداد. إلا أن تعرّض المرأة الحامل لصدمة الفقد المتكرر يحوّل هذه الرحلة الحالمة من مصدر للشغف والانتظار إلى مسار محفوف بالرعب والمخاوف الوجودية المستمرة. بناءً على ذلك، يشكّل الإجهاض المتكرر صدمة نفسية عنيفة تتدرج سيكولوجياً ضمن فئة الصدمات التراكمية، وهي هزّة ارتدادية تضرب الأمان النفسي للمرأة في مقتل؛ حيث لا تقتصر الخسارة هنا على الجانب العضوي والجسدي أو الألم الفسيولوجي الفوري، بل تمتد لتحدث شرخاً عميقاً في "الأنا"، مشوهةً علاقة المرأة بجسدها الذي بات يُنظر إليه أحياناً كـ"مساحة غير آمنة" أو سبب في الفشل.

إن توالي تجارب الفقد يولد سلسلة من الاستجابات النفسية الحادة التي تتداخل فيها مشاعر الحداد غير المكتمل، العجز المطلق، وجلد الذات المقترن بإحساس وهمي بالذنب، فضلاً عن مواجهة النظرات والمقارنات الاجتماعية التي تزيد من حدة الوصم والشعور بالنقص. ويتجاوز أثر هذه الصدمة حدود فترة الفقد الحاد ليلقي بظلاله الثقيلة على مسارات المستقبل؛ فبمجرد حدوث حمل جديد، لا تتدفق مشاعر الفرح التلقائية، بل تبرز بدلاً منها ظاهرة نفسية معقدة ومستترة تُعرف بـ فوبيا اكتمال الحمل (والتي تتقاطع مع قلق الفقد الحاد والوساوس الجسدية)؛ وهي حالة من الرعب المزمن والتوتر العالي من احتمالية تكرار سيناريو الخسارة السالف، تعيش فيها الحامل صراعاً مريراً بين رغبتها الفطرية في الأمومة وإلحاح آليات الدفاع النفسي التي تدفعها للعزلة، والهروب، وتجنب الارتباط العاطفي بالجنين كحيلة دفاعية استباقية لحماية نفسها من ألم فاجعة أخرى.

تتجلى هذه الفوبيا سلوكيا ومعرفيا في استغراق الحامل في المراقبة اللصيقة والفرط–يقظة لإشارات جسدها، والاضطرابات الحادة في النوم، وتصارع الأفكار الاجترارية حول الموت والانتكاس، إلى جانب التجنب الاجتماعي والميل إلى الانكفاء على الذات تفادياً للأسئلة وضغوط البيئة المحيطة. وفي ظل هذا التداخل المعقد بين الذاكرة الجسدية المكلومة التي تختزن مشاهد النزف والمستشفيات، وتوقعات المستقبل الغامضة التي يلفها شبح "عدم الأهلية لعمر معين" أو الخوف من النظرة المجتمعية القاسية، تبرز الحاجة الأكاديمية والكلينيكية الماسة لتسليط الضوء على هذه المعاناة الصامتة.

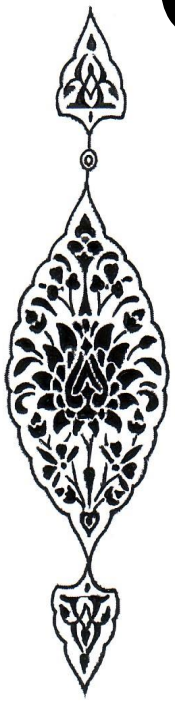
ومن هنا، تأتي هذه الدراسة لتستكشف الأبعاد السيكولوجية العميقة للصدمة النفسية الناجمة عن الإجهاض المتكرر، وتفكيك آليات تشكل فوبيا اكتمال الحمل لدى النساء الحوامل، بغية صياغة فهم علمي رصين يمهد لبناء استراتيجيات ومقاربات إرشادية وعلاجية متخصصة قادرة على احتواء هذا القلق الوجودي، وإعادة ترميم التوازن النفسي للمرأة، ودعم حقها في عيش تجربة حمل آمنة ومستقرة

بناء على ما تقدم، انتظم هذا البحث في ثلاثة فصول متكاملة على النحو الاتي:

- **الفصل الأول** :يمثل المدخل العام للدراسة؛ حيث يحدد الإشكالية البحثية، والفرضيات، والأهداف المنشودة، كما يؤصل للمفاهيم الأساسية، ومستعرضا أبرز الدراسات السابقة في هذا المجال.
- **الفصل الثاني** :يركز على الجانب المنهجي، حيث يفصل الإجراءات الميدانية المتبعة، وتشمل: المنهج المعتمد، تحديد مجموعة الدراسة، أدوات جمع البيانات.
- **الفصل الثالث** :خصص لعرض المحصلة النهائية للدراسة، متضمنا تحليل النتائج ومناقشة المقابلات في ضوء الفرضيات المطروحة، لينتهي بتقديم استنتاج عام ومجموعة من التوصيات والمقترحات العملية.

وتختتم الدراسة بخلاصة عامة تجمل أبرز النتائج، تليها قائمة بالمصادر والمراجع والملاحق.

الفصل الأول



1-إشكالية الدراسة

تعد الأمومة من أسمى الخبرات الإنسانية وأكثرها تجذرا في الوجدان البشري، فهي ليست مجرد وظيفة بيولوجية تهدف إلى استمرار النوع، بل هي بناء نفسي معقد تتشابك فيه الهوية الأنثوية مع أحلام المستقبل وذكريات الماضي. غير أن هذا المسار الوجداني المحفوف بالتوقعات الوردية قد يصطدم بواقع أليم يكسر استمرارية هذا الحلم، حيث يتحول الجسد الذي كان يفترض أن يكون مهدا للحياة إلى مسرح للفقدان والألم نتيجة للإجهاض. هذا الانقطاع المفاجئ لا يمر دون ترك ندوب غائرة في بنية الذات، مما يضع المرأة أمام تحديات نفسية جسيمة تعيد صياغة علاقتها بجسدها وبالأجيال القادمة.

لقد أشار فرويد (1989) إلى غريزة الحياة التي تقوم على أساس التكاثر، حيث يمثل الحمل أحد الوظائف الحيوية للزواج ومصدرا للذة والسعادة، باعتباره دواءً للإنجاب والطريقة الأساسية لحفظ النوع. وبما أن الأمومة تجربة فردية تتلخص فيها ذكريات ورغبات ومخاوف سبقت التجربة الواقعية بسنوات، فإن فقدان الطفل الذي حلمت به الأم طويلا بعد حادث إجهاض يشكل صدمة عنيفة وقاسية (دوتش، 2008, ص 155).

إن هذا الفقدان يمثل حالة من "القطع" عن الوسط الطبيعي وعن الصور المطمئنة والمشاريع المثالية في نظر المرأة (حب الله، 2006). هذا "القطع" يولد استجابات مضطربة، حيث أكد أن عصاب الصدمة ينتاب الفرد فيه حالة من الغضب والعجز، وتظهر الأعراض النفسية والجسدية كنتيجة لعدم القدرة على التكيف مع الحادث الصادم.

وفي حالات الإجهاض المتكرر، لا تتوقف الصدمة عند حدود الفقدان اللحظي، بل تتحول إلى صدمة تراكمية تعيد صياغة الواقع النفسي للمرأة من خلال

حيث تتجلى صدمة الإجهاض المتكرر في بعدين نفسيين متداخلين؛ الأول هو القلق الذي يتجاوز كونه انفعالا عابرا ليصبح حالة مزمنة من "التوجس الانتظاري" والاضطراب

الفسيولوجي المستمر، حيث تقع المرأة في صراع وجودي مرير بين فطرة الرغبة في الأمومة وبين الرعب من تكرار تجربة الفشل، مما يحيل كل مشروع حمل جديد من مصدر محتمل للسعادة إلى مثير صدمي وتهديد مباشر للتوازن النفسي.

أما البعد الثاني فيتمثل في ضغوط الحياة التي تنبثق من تجاوز الإجهاض لإطاره الطبي الضيق ليتحول إلى عبء اجتماعي ونفسي ضاغط، يضعف منظومة التكيف لدى المرأة ويضعها في حالة من الاستنزاف النفسي الدائم، خاصة وهي تواجه أحكام البيئة المحيطة وتوقعاتها، مما يعمق من حدة شعورها بالعجز ويعيد صياغة نظرتها لذاتها ولهويتها الأنثوية.

كما أن هذه التراكمات السلبية (القلق والضغوط) تمهد لظهور ما يعرف بـ "فوبيا اكتمال الحمل "، وهي حالة من الخوف المفرط وغير العقلاني المرتبط بتجارب سابقة محبطة هنا لا يصبح الخوف من الولادة كعملية فيزيولوجية فحسب، بل هو خوف مرضي من "لحظة النهاية" أو الفشل في الوصول بالجنين إلى بر الأمان، مما يدفع المرأة أحيانا لتبني سلوكيات تجنبية أو انفصال عاطفي عن الجنين كآلية دفاعية لحماية ذاتها من ألم فقدان محتمل جديد

وفي السياق الميداني، أثبتت الدراسات أن المرأة التي تعاني من الإجهاض المتكرر تعيش مستويات عالية من القلق وضغوط الحياة (حماد، 2012)، بالإضافة إلى مستويات مرتفعة من الاكتئاب هذه التراكمات النفسية السلبية قد تحول تجربة الحمل

اللاحقة من حدث طبيعي إلى مثير للخوف المستمر، مما يمهد لظهور ما يعرف بـ "رهاب الحمل والولادة الثانوي"، وهو الرهاب الذي يحدث استجابة لتجارب حمل أو ولادة سابقة محبطة وصادمة (قاقي، 2013).

ومن خلال الواقع المعاش في المصالح الاستشفائية، نلاحظ تباينا واضحا في ردود أفعال النساء؛ فبينما تستطيع بعضهن خوض تجربة حمل جديدة بنجاح مستفيدات من آليات الدفاع النفسي أو التكفل المعرفي السلوكي الذي أثبت فاعليته في تجنيب حالات الإجهاض (تكوك،

2014)، نجد أن أخريات يقعن فريسة لخوف مفرط وغير عقلاني يتجاوز حدود القلق الطبيعي، حيث يرتبط هذا الرهاب بقوة بتجربة الولادة أو الإجهاض السلبية السابقة

هذا التباين يطرح تساؤلات علمية حول طبيعة العلاقة بين الصدمات النفسية السابقة والظهور المتأخر للفوبيا، وانطلاقاً من ذلك تتمحور إشكالية الدراسة حول التساؤل التالي :**هل لصدمة الإجهاض المتكرر (الشعور بالقلق، الشعور بضغوط الحياة) دور في ظهور فوبيا اكتمال الحمل لدى النساء الحوامل بمستشفى سليمان عميرات بالمسيلة؟**

التساؤلات الجزئية

1-هل لصدمة الاجهاض (الشعور بالقلق) دور في ظهور فوبيا اكتمال الحمل لدى النساء الحوامل بمستشفى سليمان عميرات بالمسيلة؟

2-هل لصدمة الاجهاض (الشعور بضغوط الحياة) دور في ظهور فوبيا اكتمال الحمل لدى النساء الحوامل بمستشفى سليمان عميرات بالمسيلة ؟

2- فرضيات الدراسة

2-1- لصدمة الإجهاض المتكرر (الشعور بالقلق ، الشعور بضغوط الحياة) دور في ظهور فوبيا اكتمال الحمل لدى النساء الحوامل بمستشفى سليمان عميرات بالمسيلة.

2-2- لصدمة الإجهاض المتكرر (الشعور بالقلق) دور في ظهور فوبيا اكتمال الحمل لدى النساء الحوامل بمستشفى سليمان عميرات بالمسيلة

2-3- لصدمة الإجهاض المتكرر (الشعور بضغوط الحياة) دور في ظهور فوبيا اكتمال الحمل لدى النساء الحوامل بمستشفى سليمان عميرات بالمسيلة

3- أهمية الدراسة

تستمد هذه الدراسة أهميتها من كونها تتناول موضوعا حساسا يجمع بين الجوانب النفسية والبيولوجية للمرأة، وتبرز هذه الأهمية في جانبين أساسيين:

3-1- الأهمية النظرية

تتجلى الأهمية النظرية في ندرة الدراسات التي تناولت الصدمات النفسية الناتجة عن الإجهاض المتكرر وعلاقتها بـ فوبيا الحمل ، حيث تسعى هذه الدراسة لسد الفجوة المعرفية في المكتبة السيكولوجية حول هذه المتغيرات. كما تساهم في تطوير الإطار المفاهيمي لمفهوم فوبيا الحمل من خلال ربطه بالخبرات الصادمة السابقة، مما يغني التراث النظري حول الاضطرابات النفسية المرتبطة بالإنجاب.

3-2- الأهمية التطبيقية

- تساهم الدراسة في تجويد برامج الدعم النفسي والاجتماعي الموجهة للحوامل، خاصة اللواتي لديهن تاريخ من الإجهاض المتكرر، سواء كان هذا الدعم من قبل الأسرة أو الطواقم الطبية والنفسية في المراكز الصحية.
- تسلط الضوء على ضرورة التدخل النفسي الاستباقي فور حدوث الإجهاض، وذلك للوقاية من تطور "الخوف المرضي" أو فوبيا الحمل في التجارب الإنجابية المستقبلية.

4- أهداف الدراسة:

تسعى الدراسة الحالية إلى تحقيق الأهداف التالية:

- التعرف على دور صدمة الإجهاض المتكرر (الشعور بالقلق، الشعور بضغوط الحياة) في ظهور فوبيا اكتمال الحمل لدى النساء الحوامل بمستشفى "سليمان عميرات" بالمسيلة.
- التعرف على دور الشعور بالقلق الناتج عن صدمة الإجهاض المتكرر و بروز فوبيا اكتمال الحمل لدى عينة الدراسة.

- التعرف على دور الشعور بضغوط الحياة (كعرض لصدمة الإجهاض) في تشكيل وتغذية فوبيا اكتمال الحمل لدى النساء الحوامل بمستشفى "سليمان عميرات" بالمسيلة.
- محاولة فهم الديناميكية النفسية التي تفسر تحول القلق والضغوط الناتجة عن صدمة الاجهاض المتكرر في تشكيل اضطراب فوبيا نوعي يهدد استقرار الحمل الحالي.

5- التحديد الإجرائي للمفاهيم:

لضبط سياق الدراسة، تم تعريف المصطلحات إجرائيا كما يلي:

5-1-الإجهاض المتكرر: هو فقدان الحمل التلقائي المتكرر لعدة مرات ، ويكون ذلك قبل الأسبوع العشرين، ويتحدد في هذه الدراسة من خلال السجلات الطبية أو التصريح الذاتي للمرأة الحامل المتواجدة بمستشفى "سليمان عميرات" بالمسيلة – اي يكون محددا من طرف الطبيب –

5-2-الصدمة النفسية: هي استجابة نفسية مؤلمة تلي فقدان الحمل، خاصة لما تتكرر التجربة لعدة مرات، لدى المرأة الحامل المتواجدة بمستشفى "سليمان عميرات" بالمسيلة وتتمثل في ظهور أعراض القلق الدائم ، الحزن العميق، وضغوط الحياة ومنه سيطرة المخاوف من تكرار تجربة الفقد. هنا ستصبح المرأة في حالة من التصدع النفسي وفقدان التوازن الوجداني نتيجة الاجهاض والفقد المستمر للجنين، مما يولد استجابات انفعالية حادة تعيق قدرة العينة على التكيف مع الحمل الحالي. وسيتم الكشف عليه من خلال المقابلة العيادية نصف الموجهة وكذلك من خلال الدرجة التي ستتحصل عليها الحالة في مقياس الصدمة.

5-3-فوبيا اكتمال الحمل: هي حالة من الرهاب تتميز بخوف شديد وقلق مستمر، وغير عقلاني من مسار الحمل أو تبعات وصوله لمرحلة الاكتمال والولادة، وتظهر لدى المرأة الحامل المتواجدة بمستشفى "سليمان عميرات" بالمسيلة وسيتم الكشف عليه من خلال المقابلة العيادية نصف الموجهة وكذلك من خلال الدرجة التي ستتحصل عليها الحالة في مقياس الفوبيا.

5-4-القلق :هو حالة من التوجس الانتظاري والاضطراب الفسيولوجي (كخفقان القلب واضطراب النوم) التي تنتاب المرأة الحامل بمستشفى "سليمان عميرات" بالمسيلة

نتيجة خبرات الإجهاض السابقة. ويتمثل في الصراع بين الرغبة في الأمومة والخوف الوجودي من تكرار الفشل، مما يحيل الحمل الحالي من مصدر للسعادة إلى مثير صدمي وتهديد مستمر، ويتم قياسها في هذه الدراسة من خلال "مقابلة نصف موجهة "مصممة خصيصا لهذا الغرض.

5-5-ضغوط الحياة :تعرف في هذه الدراسة بأنها جملة الاستجابات الانفعالية والسلوكية الناتجة عن تراكم المؤثرات الخارجية الضاغطةِ والمتمثلة في الوصمة الاجتماعية، وتوقعات الأسرة، والتي تتحول بدورها إلى ضغوط نفسية داخلية حادة لدى المرأة الحامل متكررة الاجهاض ففي هذي المرحلة الحساسة تصبح المرأة أكثر قابلية للتأثير بالمثيرات الخارجية نتيجة الفشل المتكرر لمشاريع الأمومة. وتتبدى هذه الضغوط في صورة ديناميكية استنزاف نفسي دائم، حيث ينتقل التوتر من مستواه الخارجي المرتبط بنظرة المحيط وكلامه ليصبح صراعا داخليا يؤدي إلى اهتزاز صورة الذات وضعف القدرة على التكيف النفسي، وهو ما يولد شعورا بالعجز أمام المتطلبات البيئية؛ ويتم رصد وتحليل هذه الأبعاد من خلال مقابلة عيادية (نصف موجهة) صممت خصيصا لتقييم حدة هذا التحول من الضغط الموضوعي الخارجي إلى الضغط الذاتي الداخلي.

6- الدراسات السابقة:

6-1-الدراسات السابقة التي تناولت الصدمة النفسية:

6-1-1-دراسة النابلسي 2004: التي كانت بعنوان "الصدمة النفسية وتصور العصاب". هدفت هذه الدراسة إلى إيجاد أنواع الصدمة وعن الظروف التي تنشأ هذا العصاب، وكانت عينة البحث تتكون من 100 عينة حيث توصل إلى النتائج التالية: عصاب الصدمة ينتاب الفرد حالة من الغضب ناتجة عن مشاعر العجز، أما الحادث يؤدي إلى حالة الانتكاسات النفسية والجسدية تظهر على شكل بعض الأعراض النفسية والجسدية، أما ردود الأفعال طويلة الأمد فهي تمتد على الخصائص والقادرات التي يمتلكها الفرد لكي يتكيف مع الأحداث. وكانت الصدمة النفسية تأتي دائما على أثر قطع الإنسان عن وسطه الطبيعي، وعن عائلته، وعن بيئتاه الاجتماعية. ويرى أن ردة فعال شخص مصدوم تتعلق بعنف الحادث وبحالة عدم الانتباه وبشكل خاص بالحالة السيكولوجية قبل الصدمة.

6-1-2- دراسة الدكتور عدنان حب الله 2006:في كتابه "الصدمة النفسية، أشكالها العيادية، وأبعادها الوجودية"، أن الصدمة تأتي دائما على إثر قطع الإنسان عن وسطه الطبيعي قطعه عن صور مطمئنة، وعن مشروع مثالي في نظره، وعن عائلته، وعن البيئة الاجتماعية ويرى أن ردة فعل شخص مصدوم تتعلق بعنف الحدث، وبحالة عدم الانتباه، وخاصة بحالة السيكولوجية قبل الصدمة، وقد انطلق الباحث من إشكالية: كيف يتم التصدي للعواقب الذاتية التي تتسبب بها الصدمة؟ وكيف يتم استعادة استمرارية حيث وجد انقطاع؟

6-1-3- دراسة راضية ويس 2006:درست "آثار صدمة اغتصاب المرأة " وذلك بالتقرب من الضحايا والتعرف على الآثار النفسية، الاجتماعية، السلوكية إضافة إلى التعرف على مدى تأثير الصدمة على حياة المرأة المغتصبة بعد ممارسة العنف عليها ونظرتها لذاتها.

تمت الدراسة ميدانيا بالمركز الاختصاصي لرعاية الأحداث تكونت عينة الدراسة من 4 حالات تتراوح أعمارهم ما بين 18-19 سنة شملت أدوات البحث المنهج العيادي المتمثل في المقابلة نصف الموجهة ودراسة الحالة وتطبيق سلم هاملتون لقياس القلق سنة 1959 خلصت النتائج إلى وجود سمات الشخصية المتوفرة لدى الحالات المغتصبة. (راضية ويس، 2006).

6-1-4-دراسة بوشارب فايزة و بن سليخ هجيرة 2013 التي جاءت بعنوا" اثر الصدمة النفسية في ظهور الاكتئاب لدى طالبات جامعيات مقيمات مدمنات على المخدرات دراسة عيادية لثلاث حالات في المسيلة."

تم استخدام .اختبار الرورشاخ بالإضافة الى المقابلة العيادية نصف موجهة واختبار بيك للاكتئاب والتي

ساعدت في مجملها على اكتشاف الصدمة عند الحالات الثلاث المدروسة أين أضهرت صدمة متمثلة في حداد على النظام الأبوي والتفكك الأسري عند الحالة

الأولى أما الحالة الثانية والثالثة فقد كانتا تعانين من صدمة الفقدان كما ساعدت كذلك على

اظهار الإدمان عند الحالات الثلاثة كنتيجة للصدمات المتعرض لها ويجدر بنا الإشارة الى الصعوبات التي وجدناها خلال البحث عن الحالات نظرا لخصوصية الفئة المدروسة. فالنتائج المتوصل إليها فندت الفرضيات الجزئية المطروحة والتي تفترض أن لزمن ونوع الصدمة اثر في ظهور الاكتئاب لدى الطالبات الجامعيات.

المقيمات المدمنات على المخدرات وهذا ما لمسناه في الحالات الثلاث وتحقق الفرضية العامة القائلة بان للصدمة النفسية اثر في ظهور الاكتئاب لدى الطالبات الجامعيات مدمنات على المخدرات وهذه النتائج توصلنا إليها عن طريق دراسة الحالات والتي جاءت نتائجها مشتركة مع نتائج الدراسات السابقة.

6-1-5-دراسة شترة امال 2014-2015بعنوان الدراسة :الصدمة النفسية والاكتئاب لدى الأم العازبة دراسة حالة في ضوء الاختبارات الاسقاطية من خلال اختبار الرورشاخ وتفهم الموضوع بالمسيلة.

تمت الدراسة على حالة واحدة وجاءت نتائج الدراسة كما يلي: تنقل لنا الام العازبة اشكاليات فقدان الموضوع في اختبار تفهم الموضوع بطابع مرن وتهويلي من اجل التحكم في الطابع النزوي، ولارصان الصدمة وظهور مضامين حزن و انتقاد سلبي للذات خاصة في البطاقة 16 والبطاقات التي تحيي قلق فقدان الموضوع كالبطاقة 1 و 3 و 13 والبطاقات ذات التجنبية كالبطاقة GF6 والبطاقة MF13 هذه الدفعات الرهابية التجنبية لتساند الدفعات الهستيرية من اجل صدد مختلف

الهوامات الأوديبية العميقة والقديمة (نشبه الراجل نحبوا لحنانة بابا في المقابلة)، ناولتنا المبحوثة إنتاجا اسقاطيا يتميز بالمرونة والخصوبة وتجاوب مع البطاقات ذات الدلالات العلائقية والجنسية في الرورشاخ وأعطتنا قصص مبنية جيدا ذات محتوى هوامي مع مباعث البطاقات خاصة منها البطاقة الباعثة للمشكل لأوديبي في البطاقة 2 وبطاقة التنافس الأمومي GF7ونظرة الام المرضية للقانون بالبطاقة 4 وإمكانية ارصان في البطاقة MF13 هذا يدل على أن التوظيف النفسي وفق صراع بين النزوات والدفاع وذلك في إطار إشكالية قلق الاخصاء المتعلق بالتصورات الأوديبية التي تريد التخلص منها بإسقاطها وتوزيعها على البطاقات

وتهويل في التعبير من أجل عرض العواطف والنزوات وضد التصورات وهذا بفعل كبتها وبروزها على شكل ترميز وعودة المكبوت.

6-2-الدراسات التي تناولت الإجهاض المتكرر:

6-2-1-دراسة تكوك سليمان :(2014)، بعنوان " التكفل النفسي بالمرأة الحامل المهددة بالإجهاض العفوي " إذ هدفت هذه الدراسة إلى معرفة مدى صدى أو تأثير مجموعة من عوامل الأبعاد المطروحة على سير حمل المرأة المهددة بالإجهاض العفوي ، والماكثة بناء على أوامر الطبيب في عيادة متخصصة بطب التوليد وأمراض النساء بولاية وهران ، حيث بلغت عينة الدراسة (8) حالات ، وتوصل الباحث في نتائجه إلى نجاح العلاج المعرفي السلوكي المختصر ، وذلك بتجنيب 7 حالات للإجهاض العفوي ، في حين أن هناك حالة واحدة أجهضت

6-2-2-دراسة منيا سميح مصطفى حماد (2012)، بعنوان: "القلق وضغوط الحياة لدى الزوجات ذوات الإجهاض المتكرر"، حيث كان الهدف من هذه الدراسة هو التعرف على مستوى القلق وضغوط الحياة لدى الزوجات ذوات الإجهاض المتكرر، إذ بلغت عينة الدراسة (140) زوجة. وتوصلت النتائج إلى وجود مستوى عالٍ من القلق لدى عينة الدراسة، كما أشارت أيضاً إلى وجود مستوى عالٍ من ضغوط الحياة لدى نفس العينة.

6-2-3-دراسة فطيمة قاقي (2013) بعنوان: مستويات الاكتئاب لدى المرأة التي يتكرر عندها الإجهاض، حيث هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على مستوى الاكتئاب لدى هذه الفئة. إذ بلغت حالات الدراسة من ثلاثة نساء متكررات الإجهاض، وقد استخدمت في دراستها هذه المنهج الإكلينيكي للتحقق من فرضيات الدراسة، وقد توصلت إلى أن المرأة التي يتكرر عندها الإجهاض مستوى مرتفع من الاكتئاب

6-2-4-دراسة Fatima et al (2015) بعنوان: لماذا تسعي النساء للإجهاض؟ "هدفت هذه الدراسة لاستكشاف وجهات نظر المرأة الريفية بشأن حقوقها واحتياجاتها فيما يتعلق بالإجهاض والمواقف والمعتقدات المتعلقة بأساليب منع الحمل، واعتمدت الدراسة على (المنهج الوصفي)، وتشير النتائج الي: ان الفئة العمرية من المستجيبات ما بين (22- 30) سنة، كن لديهن تاريخ سابق للإجهاض الدوائي غير الخاضع للإشراف الطبي، ويرجع سبب ذلك إلى انتشار الإجهاض المتكرر وهو: الحمل غير المرغوب فيه، وقد ترجع لعدة أسباب مثل: (إكتمال

عدد الأسرة، وعدم وجود تباعد بين الحمل، ومستوي التعليم، وأسباب صحية، وأسباب مالية، وأسباب اجتماعية)، وأن غالبية المشاركين من الزوج والزوجة في عملية صنع القرار، ولكن كانت السلطة متمثلة في الزوج، حيث واجهت النساء الكثير من

الاضطرابات العاطفية، وكذلك الشعور بالذنب والألم أثناء عملية الإجهاض، وهناك تصور بأن الإجهاض أكثر أماناً من استخدام وسائل منع الحمل.

6-2-5-دراسة (وافية ضريف، 2017) بعنوان "الإجهاض المتكرر وعلاقته بظهور الاكتئاب"

هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن مدى تأثير الإجهاض المتكرر في ظهور الاكتئاب لدى المرأة، واعتمدت الدراسة على المنهج العيادي، وتكونت عينة الدراسة في أربعة حالات من النساء المجهضات والتي تتراوح أعمارهن بين (29-40) سنة، وتم اختيارهن بطريقة قصدية وفقاً للشروط وهي: حصول الإجهاض 3 مرات متتالية أو أكثر، بينما استخدمت الأدوات الدراسة وهي: مقابلة نصف مواجهة واختبار بيك Beck للاكتئاب، وتوصلت نتائج الدراسة بأن الإجهاض المتكرر يؤدي لظهور الاكتئاب.

6-2-5-دراسة (حورية عمران، 2016): بعنوان "المعاش النفسي للزوجات المجهضات تكرار" هدفت الدراسة إلى المعاش النفسي للمرأة المجهضة، والاعتماد على مقياس القلق والاكتئاب لتجربة الإجهاض للمرأة باستخدام المنهج العيادي والمتمثل في دراسة حالة على عينة مكونة من (3) حالات من الإناث اللاتي تعرضن لتجربة الإجهاض المتكرر، وتتراوح أعمارهن (24-40) سنة، في مصلحة التوليد بمستشفى بدائرة ماسرة من خلال ملاحظة لبعض الزوجات لما يعانين من آثار نفسية بعد تجربة الإجهاض المتكرر، واعتمدت على مجموعة من الأدوات والمتمثلة في مقياس بيك للاكتئاب ومقياس تايلور للقلق، وتوصلت نتائج الدراسة: بأن هناك اختلاف في درجة القلق والاكتئاب وفقاً لمتغير السن لدى الزوجات المجهضات أي أن كلما كانت الزوجة متقدمة في السن كلما كان الاكتئاب والقلق لديها أكثر من الزوجة صغيرة السن.

6-3-الدراسات التي تناولت فوبيا الحمل:

6-3-1-دراسة هول وهاك وكارثي وهوتون وفينويك وستول (Hall, Hauck, Carty, Hutton, Fenwick & Stoll, 2009)دراسة هدفت إلى استكشاف العلاقة بين الرهاب من الولادة والحرمان من النوم والإرهاق والتعب. شارك في الدراسة (650) امرأة متعددة الحمل وحامل لمرة واحدة، تراوحت أعمارهن بين (17-46) سنة. أظهرت نتائج الدراسة أن (25%) من النساء الحوامل سجلن مستويا عالية من خوف الولادة، وأن (20.6%) سجلن أقل من (6) ساعات نوم في الليلة، وأن الرهاب من الولادة، والإرهاق، والحرمان من النوم، جميعها يرتبط بشكل إيجابي. وأن النساء ذوات الرهاب الشديد من الولادة أكثر عرضة لمواجهة عوامل ضغط يومية، وقلق وإرهاق.

6-3-2-دراسة حمص (Hams, 2010) التي هدفت إلى التعرف على قلق الولادة وعلاقته بجودة الحياة لدى الأمهات في المحافظات الجنوبية بقطاع غزة، توصلت الدراسة إلى أن مستوى قلق الولادة كان مرتفعاً لدى أمهات الأسر النووية، وأن طبيعة الأسرة التي تعيش بها الأم له دور بالغ الأثر في الحالة النفسية للأم لحظة الولادة، وأن طبيعة السكن كونه مستقلاً أو ضمن أسرة ممتدة له دور أيضاً في زيادة مستوى القلق. كما توصلت نتائج الدراسة إلى أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائياً بين قلق الولادة وعمر الأم، وعدد مرات الولادة والحالة الوظيفية للأم، وإذا كانت الأم مصابة بمرض سكري الحمل أم لا

6-3-3- دراسة **نصيري وشريفي(Nasiri & Sharifi, 2013)** هدفت إلى تحليل العلاقة بين الرهاب من الولادة والطبيعة الشخصية لدى السيدات الحوامل. أُجريت الدراسة على (159) سيدة من السيدات الحوامل اللواتي يراجعن مستشفى "فاطمية" في محافظة "همدان" بإيران، وتم اختيار عينة الدراسة من السيدات الحوامل على شكل نماذج. اشتملت آلية جمع البيانات على طرح مجموعة من الأسئلة تتعلق بنظرة السيدة الحامل للولادة، وبنمط الطبيعة الشخصية للسيدة وفقاً لنظريات "فريدمن ورزنمن". أظهرت نتائج الدراسة أن هناك علاقة بين الطبيعة الشخصية

والرهبة من الولادة لدى السيدات الحوامل، وأن السيدات الحوامل اللواتي يحملن نمط الشخصية "A"لديهن رهبة أكثر من الولادة

6-3-4- دراسة أكوي وأكسوي ودوستبيل وسيليك وإينس (Aksoy, Dostbil, Celik & Ince, 2019) هدفت التعرف إلى العلاقة بين الرهاب من الولادة ومعرفة النساء بطرق الولادة دون ألم. أجريت الدراسة على (900) امرأة متعددة الولادة في الشهر الأخير من الحمل، تم توزيعهن على مجموعتين: الأولى تكونت من النساء المشاركات ذوات المعرفة بطرق الولادة بدون ألم، والثانية تكونت

من المشاركات اللواتي ليس لديهن معرفة بطرق الولادة دون ألم. أظهرت النتائج أن متوسط خوف المشاركات في المجموعة الأولى من الولادة أقل منه في المجموعة الثانية، وأن الرهاب من الولادة يرتبط بطلب الأمومة المتزايدة للولادة القيصرية؛ أي أن معدل طلب النساء الحوامل ذوات المعرفة المسبقة بطرق الولادة دون ألم للولادة القيصرية أقل مقارنة بالنساء الحوامل اللواتي ليس لديهن معرفة مسبقة بطرق الولادة دون ألم.

تعقيب على الدراسات السابقة:

يتبين مما تم عرضه في الدراسات السابقة أن موضوعات الصدمة النفسية، الإجهاض المتكرر، ومخاوف الحمل والولادة تشكل ركيزة أساسية في دراسات الصحة النفسية للمرأة، وهذا ما يشكل دافعا لفهم المعاش النفسي للأمهات اللواتي يمررن بظروف الفقد المتكرر؛ حيث تبرهن معظم الدراسات (كدراسة حماد، 2012؛ ودراسة قاقي، 2013؛ ودراسة ضريف، 2017) على أن تكرار الإجهاض ليس مجرد حدث عابر، بل هو مدخل لظهور الاضطرابات النفسية كالقلق الحاد، الضغوط الحياتية، والاكتئاب الجسيم، كما أجمعت دراسات المحور الأول (كدراسة النابلسي، 2004؛ ودراسة حب الله، 2006) على أن الصدمة النفسية ترتبط بعنف الحدث وتؤدي لانتكاسات وجدانية عميقة وهدم للصور المطمئنة في نفس الفرد.

وتتفق الدراسة الحالية مع الدراسات السابقة في عدة نقاط؛ فبالنسبة لأهداف الدراسة تشترك مع دراسة (قاقي، 2013) ودراسة (ضريف، 2017) في محاولة الكشف عن الآثار

النفسية السلبية التي يخلفها الإجهاض المتكرر على المرأة، كما تشترك مع دراسات المحور الثالث (كدراسة هول وآخرون، 2009؛ ودراسة حمص، 2010) في رصد وتتبع مخاوف الحوامل المرتبطة بعملية الحمل والولادة وما يرافقها من ضغوط، بينما اختلفت الدراسة الحالية في الأهداف مع الدراسات التي تناولت الصدمة في سياقات بعيدة عن الأمومة كصدمة الاغتصاب في دراسة (ويس، 2006) أو صدمة الإدمان في دراسة (بوشارب وبن سليخ، 2013).

وأما بخصوص عينة الدراسة فقد اتفقت مع دراسات (حماد، 2012؛ وقاقي، 2013؛ وضريف، 2017) في استهدافها الحصري لفئة النساء اللواتي يعانين من تجارب الإجهاض المتكرر والنساء الحوامل، إلا أنها اختلفت بطبيعة الحال مع الدراسات التي شملت فئات الطالبات الجامعيات أو الحالات القضائية في مراكز رعاية الأحداث.

أما من حيث منهج الدراسة، فقد اتفقت الدراسة الحالية مع جل الدراسات العيادية المعروضة (مثل دراسة ويس، 2006؛ ودراسة بوشارب وبن سليخ، 2013؛ ودراسة ضريف، 2017) في اعتماد المنهج العيادي القائم على دراسة الحالة لمناسبته لعمق الظواهر والأزمات النفسية، في حين اختلفت مع الدراسات التي اعتمدت المنهج الوصفي أو المسحي كدراسة (Fatima et al., 2015)ودراسة (نصيري وشريفي، 2013 .ومن حيث الأدوات، اتفقت الدراسة الحالية مع التوجه العيادي العام في الاعتماد على "المقابلة نصف الموجهة والملاحظة العيادية"، بالإضافة إلى تطبيق السلالم والاختبارات الإسقاطية أو العيادية (كالاختبارات التي وظفتها دراسة شترة، 2014؛ ودراسة عمران، 2016)، مستبعدة الاعتماد الكلي على الاستبيانات المغلقة والكمية البحتة.

ومما سبق تتضح الفروق بين الدراسة الحالية والدراسات السابقة، إذ إن الفجوة البحثية والمنهجية تمثلت في أن أغلب الدراسات السابقة تناولت متغير الصدمة النفسية بشكل عام، أو تناولت الإجهاض وعلاقته بالاكتئاب والقلق كاستجابات منفصلة، أو درست فوبيا الولادة في سياقات طبية أو سوسيولوجية دون ربطها المباشر بالصدمة الناتجة عن فقدان سابق للحمل .

بينما تسعى الدراسة الحالية لسد النقص في الدراسات التي تجمع بين المتغيرين في نسق عيادي واحد؛ وهو أثر "الصدمة النفسية للإجهاض المتكرر" في تشكيل "فوبيا اكتمال الحمل" الحالي، وتحديد أبعاد هذه الفوبيا وعلاقتها بالتاريخ الصدمي للمرأة بمستشفى سليمان عميرات، وهو ما يمنح الدراسة الحالية خصوصية سوسيو–ثقافية ومكانية لم تتطرق إليها الدراسات السابقة.

جوانب الاستفادة من الدراسات السابقة:

وقد استفدنا من هذه الدراسات في بناء وتصميم المقابلة العيادية واختيار المقاييس الأنسب لقياس الصدمة و الفوبيا الحمل، كما ساعدت في توجيهنا نحو بلورة الإطار النظري وفهم الميكانيزمات الدفاعية والتوظيف النفسي للمرأة الحامل والمجهضة تكرارا.

7- الخلفية النظرية لمتغيرات الدراسة:

أولا: الصدمة النفسية

1-مفهوم الصدمة النفسية:

- **لغويا:**

المعنى الأصلي لكلمة صدمة هي الكلمة اليونانية trauma والتي تعني الجرح أو الضرر الذي يلحق بأنسجة الجسم، وتستخدم الصدمة لوصف حالة أو وضع شخص ما يواجه حدثا صعبا يلحق به أذى نفسي مع وجود أو عدم وجود إصابات جسدية، وهؤلاء هم ضحايا الصدمات المختلفة التي تخلفها الكوارث الطبيعية أو حوادث السيارات، الاعتداءات الجنسية أو الأمراض البدنية المزمنة. (أبو شريفة، 2011، ص 12)

- اصطلاحا:

الصدمة النفسية هي معايشة الفرد لخبرة الحدث أو مشاهدته أو مواجهته، وهذا

الحدث يتضمن موتا أو أذى حقيقي أو تهديدا للفرد أو الأشخاص الآخرين مع حدوث ردة فعل فورية مثل الشعور بالخوف الشديد أو الرعب.

يعرفها فرويد على أنها تجربة معاشة تحمل الحياة النفسية وخلال وقت قصير نسبيا زيادة كبيرة جدا في الإثارة إلى درجة تصفيتها أو إرسالها بوسائل التسوية المألوفة تنتهي بالفشل مما ينجز معها لا محالة اضطرابات دائمة في قيام الطاقة الحيوية وظيفتها.

يرى ماكينوم أن الصدمة تشير إلى حوادث قوية ومؤذية ومهددة للحياة، تحتاج هذه الحوادث إلى مجهود غير عادي لمواجهتها والتغلب عليها . (النابلسي، 1991، ص 62)

–تعريف فرج عبد القادر طه" :إنها حادثة في حياة الفرد تؤدي خلال فترة وجيزة لزيادة الإثارة التي تتحدد تبعا لشدتها وللعجز الذي يجعل الفرد غير قادر على مواجهتها أو لمحاولة خفض الحصر الناجم عنها بحلول سوية تنتهي إلى الفشل في بعض الأحيان مما يضطر

الأنا للقيام بدفاعاته لمواجهتها وتختلف الدفاعات تبعا لقوة الأنا وطبيعة التثبيتات وتوافقات مراحل النمو عامة".. (مصطفى، 2013، ص 14)

- تعريف عبد المنعم الحنفي" :الصدمة النفسية في الطب النفسي هي تجربة غير متوقعة لا يستطيع الشخص تقبلها للوهلة الأولى ولا يفيق من أثرها إلى بعد مدة وقد تصيبه بالقلق الذي يولد العصاب المعروف بعصاب الصدمة". (حنفي، 1994، ص 124)

–تعريف إبراهيم عبد الستار" :يعرفها على أنها حدث خارجي فجائي وغير متوقع يتسم بالحدة ويفجر الكيان الإنساني ويهدد حياته بحيث لا تستطيع وسائل الدفاع المختلفة أن تمكن الفرد للتكيف معها". (عبد الستار، 1998، ص 75)

- **ويعرفها جايمس James 1989** على أنها صدمة عاطفية تسبب دماراً للشخص، وهي تجربة لا يمكن السيطرة عليها ويكون لها تأثير نفسي يتسبب في تولد الشعور بفقدان الأمل، وعدم القدرة على السيطرة على الأمور والنفس. (ثابت، 2012، ص 14)

وتحدد الجمعية الأمريكية للطب العقلي 1994 بدقة في تعريفها للصدمة الظروف التي تنتجها ويعبر عن هذه الأخيرة في الاختلال في التوازن الانفعالي لدى الفرد أو عجز في السيطرة على انفعالاته، وترى أن الصدمة النفسية تحدث عندما يعيش الفرد أو يشاهد أو يواجه حدثاً يتضمن تهديداً فعلياً بالموت أو الجروح الخطرة أو تهديد بفقدان السلامة الجسدية أو بخطر أحد الأقارب، الأصدقاء أو بتدمير سكن أو باكتشاف جثة، وتكون استجابته بالخوف والرعب والعجز وفقدان التحكم. (جابوري، 2013، ص 13)

ميلاني كلاين: ترى أن كل صدمة مهما كانت تعتبر كسرا تخرب كل ما بناه الطفل، كذلك توقظ وتنشط هواماته البدائية، وكل جسم ينفجر تحت تأثير أي صدمة يستطيع تفجير الضحية إلى عدة عناصر. (يمينة، 2019، ص 25)

أما يعرفها :**Freud**على أنها تجربة معاشة تحمل معها الحياة النفسية، وخلال وقت قصير نسبيا زيادة كبيرة جدا في الإثارة، لدرجة أن تصفيتها أو إرصانها بالوسائل المألوفة ينتهي بالفشل، مما ينجر عنه اضطرابات دائمة في قيام الطاقة الحيوية بوظيفتها. (لمين، 2010، صفحة 41)

كما يعرفها **القاموس الطبي** :هي مجموعة من الاضطرابات النفسية أو النفس جسدية الناتجة عن عامل خارجي يثير الشخص المصاب. (ملوكي، 2020، صفحة 83)

تُظهر التعاريف أن جوهر الصدمة النفسية يكمن في عنصر الفجائية الذي يشل قدرة "الأنا" على المواجهة، فبسبب ضيق الوقت وشدة المثير الخارجي، تفشل الدفاعات النفسية في معالجة الحدث، مما يُحدث خرقاً في الجهاز النفسي يظهر كاضطراب ما بعد الصدمة.

2- مفاهيم مرتبطة مع الصدمة النفسية :هناك عدة مفاهيم تتعلق بالصدمة وهكذا أشارت منصوري إلى عدة مفاهيم أهمها ما يلي:

- **الصدمة النفسية :(traumatisme)** تشير إلى الأثر الداخلي الناتج عن الشخص بسبب حدث ما.
- **الصدمة :(trauma)** تشير إلى الحدث الخارجي الذي يصيب الشخص.
- **الحدث الصدمي :(Evenement traumatique)** حادث غير إعتيادي فجائي، يحمل مشاهد مريعة في لقاء خاطئ مع الموت.
- **العصاب الصدمي :(Névrose traumatique)** تعرض شديد للصدمة وبشكل مباشر باستبعاد ضغوط الحياة اليومية، مثل عصاب الحرب والكوارث.
- **إجهاد ما بعد الصدمة :(PTSD)** اضطراب الشدة النفسية بعد الصدمة يظهر بإحياء الخبرة الصدمية المؤلمة

الضغط النفسي (stress): هو حالة من التوتر الشديد، نتيجة عوامل ظاغطة سواء للمتغيرات البيئية كالوفاء وعوامل داخلية كالصراع النفسي. (منصوري، 2021، ص 34)

3-الاضطرابات المتعلقة بالصدمة النفسية:

3-1- القلق:

3-1-1- تعريف القلق:

فهو انفعال أساسي يرادف الخوف، أو يرتبط به تبعا لوجهات النظر السيكولوجية، وقد يظهر متغيراً أساسياً متأثراً بالموقف الذي يتعرض له الفرد ولعالية مستويات (عالٍ أو أدنى) يتوازيان مع مستويين من المقاومة والأداء (منخفض أو مرتفع) فيسير هذا التوازي، بمسار علاقة عكسية قلق عالٍ تقابله مقاومة وأداء منخفض والعكس، كما أنه حادث دال على الفعل ولذلك رأى ماركس marcas أن عمق انفعال القلق يتضح من قائمة الكلمات التي أوردها عددها ثمانية وثلاثون مصطلحاً في اللغة الإنجليزية.

(الأسدي ومحمد سعيد، 2014، ص235)

هو حالة وجدانية تتملك الانسان، ترتبط بشيء غير واضح، قد يكون موجود أو غير موجود تسبب له كثيرا من الكدر والضيق والألم، فالقلق يصور، تسيطر على صاحبها بسبب مخاوف قادمة قد تكون قائمة أو قد تكون غير موجودة كليا.

(صمويل، 1994، ص 9)

كما يعرف على انه حالة وجدانية تتميز بالعاطفة من انشغال البال وفقدان الأمن والاضطراب المنتشر الجسمي والنفسي، وتوقع خطر غير محدد يقف الفرد أمامه عاجزا **(سلامي، 2000، ص 20 ص 87)**

3-1-2- أسباب القلق:

- **أسباب وراثية** :أثبتت الدراسات أن القلق ينتقل عبر الوراثة حيث افترض أن هناك اضطرابا بيولوجيا أو كيميائيا بسبب المرض وقد أجريت دراسات إحصائية عن مدة انتشار الاضطراب بين أقارب المصابين من الناس ووجد ان احتمال الإصابة عند ذوي القرابة الوثيقة بانسان مريض بالحالة أكبر من احتمال إصابة مما ان لا تربطهم صلة القرابة من المرض، وأشارت دراسات التوأم إلى ان هناك ميلا أكبر لاصابة كل من التوأمين بمرض القلق لو كانا توأمين متماثلين توأمين متطابقين مما لو كانا توأمين غير متطابقين. **(نوري القمش، 2007، ص 266)**
- **أسباب نفسية** :أثبتت الدراسات النفسية أو الاكلينيكية ان هناك أسباب نفسية تؤدي إلى ظهور القلق، فقد ينتج عن صراع نفسي وقد يكون نتيجة تهديدات والخوف.

الصراع النفسي :هناك ثلاثة أنواع من الصراعات التي تسبب القلق:

صراع يتعلق بالميل أو الرغبة في تحقيق هدفين مرغوبين من غير الممكن الجمع أو التوفيق بينهما وغالبا ما يكون اتخاذ غير الممكن الجمع او التوفيق بينهما وغالبا ما يكون اتخاذ القرار صعبا، ويؤدي أحيانا إلى إثارة القلق.

(المرزوقي، 2008، ص 41)"

3-1-3- أعراض القلق:

أ- أعراض فيزيولوجية:

أعراض مرتبطة بجهاز القلب الدوري :آلام عضلية في الناحية اليسرى من الصدر، فرط الحساسية لسرعة كل من دقات القلب والنبض، ارتفاع ضغط الدم**(القمش، 2007، ص 259)**

ب- أعراض مرتبطة بالجهاز الهضمي :فقدان الشهية أو عسر الهضم من صعوبات البلع والشعور بغصة في الحلق والانتفاخ، أحياناً الغثيان والاسهال أو الإمساك ونوبات القيء التي تتكرر كلما تعرض الفرد لانفعالات معينة.

ج- أعراض مرتبطة بالجهاز التنفسي :ضيق الصدر وعدم القدرة على استنشاق الهواء سرعة التنفس، وربما أدت سرعة التنفس إلى طرد ثاني أكسيد الكربون وتعتبر حموضة الدم وقلة الكالسيوم النشط في الجسم مما يعرض الفرد للشعور بتنميل الأطراف وتقلص العضلات والدوار والتشنجات العصبية وربما الإغماء.

د- الأعراض النفسية :نجد منها الشعور بالخوف أو التوجس أو التوتر الداخلي دون أي سبب ظاهر أحياناً، أو ضعف القدرة على التركيز الذهني أو السيطرة الأفكار المثيرة إلى الخطر على الساحة الذهنية والأرق خاصة في الليل، الشك والشعور بالعجز وعدم الاستقرار. **(المرزوقي، 2008، ص 41)**

كذلك نجد الشعور بالغضب والعصبية، تقلب الحالة المزاجية، الشعور بالعدوانية إلقاء اللوم على الذات، الشعور بالغضب دون وجود سبب حقيقي، الاعتقاد بعدم القدرة على التغلب على الصعوبات. **(روبين دايتر، 2006، ص 257)**

3-1-4- النظريات المفسرة للقلق:

النظرية التحليلية:

تركز على التنبيه الزائد عن إعاقة الدفعات الجنسية، ثم عدل "فرويد" نظريته فيما بعد معتبراً "أن القلق رد فعل لحالة خطر يواجهها الفرد، وأن أول حالة خطر يواجهها هي صدمة الميلاد" لأنها انقطاع مفاجئ لصلات عضوية، كانت موجودة بين الجنين والحامل، ويتجدد القلق ثانية حين يتعرض الطفل لخطر آخر، يتمثل في غياب أمه عنه، لأن غيابها يعني انقطاع في إشباع حاجاته الضرورية ثم يمر الطفل بما يسمى حالة خصاء الموضوع، وهو

قلق الانفصال، انفصال الفرد عن أعضائه التناسلية وأخيراً حالة القلق التي يمر بها الفرد إذا قام بعمل يثير غضب الأنا الأعلى.

وهكذا فإن "فرويد" يشدد على أن استجابة القلق للمثير المهدد، وخطر يمر به الفرد خلال مراحل نموه منذ بداية الميلاد ثم الابتعاد الأمر عنه ثم قلق الخصاء وأخيراً غضب الأنا الأعلى، فهذه كلها مثيرات خطر وتهديد للطفل تستدعي استجابة القلق أما الوجوديون فيعتبرون القلق، الحقيقة المجردة لكون الفرد آدمياً يعيش، أما مثير القلق عند موار (Mower) فهو الألم بينما يعتبر القلق استجابة خوف فطرية عند ميللر (miller) وتأتي

أقوى الأدلة ضد نظرية (الألم – القلق) التي شدد عليها موار من حالات فقدان الإحساس بالألم لأسباب ولادية، وهو اضطراب يسبب عدم الحساسية التامة.

للألم منذ الميلاد وفي هذه الحالة (وهي ذات أصل وراثي واضح) يمكن أن تؤدي إلى الحروق وإصابات لأن الضحية لم يتعود تجنب المنبهات التي تعتبر مؤلمة بالنسبة للشخص السوي.

أما "**كيسين**" و"**ماندلر**" فقد أشار إلى أن الأطفال المصابين بهذا الاضطراب يطورون أنواع من القلق ويقولان أنه من الصعب أن ندافع عن فكرة أن كل أنواع القلق تحدث نتيجة صدمة مؤلمة، وقد اقترح مصطلح الضيق الأساسي في إطار نظريتهما عن أصل القلق.

وهذه النظرية أشمل من نظرية "الألم القلق" السابقة وتدور حول الإشراط وتعلم القلق.

وقد وضع "**روبرت مالهوم**" نظرية عن القلق، بوصفه تنبيهاً زائداً على أساس هذا الافتراض أن القلق الاكلينيكي المرضي يعد مرضاً خاصاً، وبزيادة التنبيه الإثارة والتعرض الزائد زمناً طويلاً للتنبيه المنشط يؤدي إلى تغييرات جوهرية في قدرة الفرد على كف التنشيط إن الارتفاع البسيط في مستوى التنشيط تتلوه عادة كف مستوى التنشيط مع العودة إلى حالة السكون، ويقول "**مالدمون**" إن التنشيط الزائد الذي يؤدي الاستخدام الزائد للآليات الكفية، حتى تضعف في النهاية ويحدث الكف بواسطة مادة كيميائية ناقلة تفقد فاعليتها في القلق المستمر،

إننا نعتمد على قياس درجة التنشيط عند المفحوصين وهم في حالة قلق، وإثارة حيث تظهر هذه الفروق بينهما أما في حالة السكون وعدم الإثارة فلا توجد فروق بينهم. **(عبد الله، 2008، ص 177-178)**

كما يفترض "**فرويد**" أن منشأ أو أصل كل قلق هو صدمة الولادة، إن صدمة الولادة مع توترها وخوفها من أن غرائز الهو لن تشبع هي أول تجربة للفرد من الخوف والقلق، ومن هذه التجربة تخلق أنماط وردود الفعل وحالات الشعور التي ستحدث عندما يتعرض الفرد في المستقبل، عند عجز الإنسان في التغلب عن قلقه وعندما يكون في خطر، استحواذ القلق عليه، يقال عن القلق أنه صدمي.

يعتبر "**فرويد**" أن أحد وظائف القلق مهما كان نوعه لا سيما الجوانب المفيدة، فيه وبالأخص جانب التوقع حيث يحدث القلق إذا تعرض الفرد إلى الخطر، بالفعل فإنه في هذه الحالة يطلق نوعاً من الاستعداد والتأهب لمواجهة المواقف والتصدي لها "فرويد" يجد أن الشخص إذا شعر بالخطر في موقف معين، فإنه يأخذ بعد ذلك يتوقع الخطر في المستقبل في المواقف المشابهة، إذا توقع الشخص وقوع الخطر شعر أيضاً بالقلق كأن القلق قد وقع فعلاً، ويؤدي القلق في هذه الحالة الأخيرة، وظيفة هامة إذ أنه بمثابة إشارة تنذر بحالة الخطر المقبلة حتى تستطيع الأنا أن تستعد لمواجهة هذا الخطر المتوقع، ويرى "فرويد" توقع الخطر في المستقبل هو أحد معالم القلق، وللقلق علاقة بالتوقع فحيثما يحصل القلق وحالة

الخطر حالة عجز يدركها. **(محمد رشيد، 2011، ص 162)**

3-2-ضغوط الحياة

3-2-1-تعريف الضغوط:

- **لغة** :اشتق مصطلح (stress) من الكلمة الفرنسية القديمة (detress) والتي تشير إلى المعنى الاختناق والشعور بالضيق والظلم وقد تحولت في الإنجليزية إلى (distress)إشارة إلى الشيء الغير المحبب، أو الغير المرغوب فيه وقد استخدمت

كلمة (stress) للتعبير عن المعاناة والضيق والاضطهاد، وهي حالة يعاني فيها الفرد من الاحساس بظلم ما.

(المعطي، 2006، ص 18)

- **اصطلاحا** :يعرف ضغوط الحياة بأنها تلك الظروف المرتبطة بالضغط والتوتر والشدة الناتجة عن المتطلبات أو التغييرات التي تستلزم نوع من إعادة التوافق عند الفرد وما ينتج عنها من قلق، كما تفرض الضغوط على الفرد متطلبات قد تكون فيسيولوجية أو اجتماعية أو نفسية أو تجمع بين هذه المتغيرات.

(عوض، 2001، ص 42)

تعرف ضغوط الحياة على أنها أحداث الحياة المثيرة للضغوط والتي تتعلق بالجانب الاقتصادي والمهني، والعاطفي، والزواجي، والأسري، والصحي، والانفعالي والشخصي.

(جمعة، مريجيل وآخرون، 2018، ص 404)

أيضا تعرف على أنها أي تغيير داخلي أو خارجي من شأنه أن يؤدي إلى استجابة انفعالية حادة ومستمرة وتتمثل في الأحداث الخارجية بما فيها العمل والصراعات الأسرية، وكذلك الأحداث الداخلية والتغييرات العضوية كالإصابة بالمرض أو الأرق أو التغييرات الهرمونية الدورية.

(غادة عبد العال، د.ت، ص 574)

يعرف محمود هويدة (2020) ضغوط الحياة على أنها شعور الفرد بالضيق عند ما يواجه مواقف في البيئة تؤثر فيه وتجبره على تغيير نمط حياته وتتضمن مجموعة من التراكمات النفسية والوراثية والمواقف الشخصية نتيجة الأزمات والتوترات والظروف القاسية التي يتعرض لها الفرد وتترك لها آثار نفسية وجسمية سيئة وتتضمن المشكلات الدراسية، الأسرية، الصحية، المادية والشخصية، المنغصات اليومية، والعلاقات السيئة مع الأقران

يعرفها شعبان (2019) هي إحدى الظواهر المرتبطة بطبيعة الحياة الإنسانية والتي يتعرض لها الفرد في المواقف وأحداث حياتية عديدة، حيث إن إدراك الفرد السلبي للمواقف الحياتية يؤدي إلى الضغوط النفسية ومن هنا كان الاهتمام بالأحداث الحياة اليومية كمدخل لدراسة الضغوط التي تنعكس على الحالة النفسية فهناك الإحباط الناتج عن روتين الحياة اليومية والضغوط الاجتماعية وغيرها.

ويشير مفهوم الضغوط الحياتية في أبسط معانيه على أنه أي شيء من شأنه أن يؤدي إلى استجابة انفعالية مستمرة وبعبارة أخرى تمثل الأحداث الداخلية أو الخارجية بما فيها ظروف العمل والصراعات الأسرية وغيرها من الضغوطات، مثل ذلك الأحداث الداخلية

أو التغييرات العضوية كالإصابة بالمرض أو الأرق أو غير ذلك ومصادر الضغوط الخارجية كثيرة مثل الأعباء المالية وضغوط العمل الأسرية وكذلك ضعف العلاقات مع الآخرين والعزلة الاجتماعية(**شلبي، 2011، ص 14)**

اتفقت جميع التعاريف السابقة على أن ضغوط الحياة هي عبارة عن مجموعة من الأحداث الداخلية أو الخارجية التي تحدث للفرد خارج سيطرته فتعيق أدائه اليومي

3-2-2-طبيعة ضغوط الحياة:

اختلف العلماء في تحديد طبيعة الضغوط كما أنهم اختلفوا أيضاً في تحديد أنواعها فقسمها "سيلي" وفقا لنتائج حدوثها إلى:

3-2-2-1-الأحداث المفرطة:(OVERSTRESS)

- تلك التي تنتج عنها بعض المعاناة والألم والأسى، والتي تمثل في مجملها خبرات وأحداث مؤلمة.

3-2- 2-2-الانفعالات السارة:

- التي تؤدي إلى الشعور بالمتعة والفرح والنشوة.

أما "أحمد عكاشة" فقسمها تبعا لحدوثها كما يلي:

أولا: الحادة

- أي ذات الشدة العالية مثل الصدمات الجنسية في الطفولة أو فقدان أحد الوالدين وكذا فقدان العمل أو المال بشكل مفاجئ.

ثانيا: طويلة الأمد:

- عندما تجتمع الشدة وتتراكم على مدى الأيام مثل فشل الشخصية الطموحة في تحقيق رغباتها بسبب القصور في القدرة على تحقيق ذلك

ثالثا: الذاتية:

- وهنا تكون الشدة مؤثرة في فرد معين نظر لحاجاته الخاصة مثل: النزاع المستمر والصراع الدائم بين الأفراد والآخرين. (مجدي، 2013، ص 130)

3-2- 3-النظريات المفسرة لضغوط الحياة:

لقد تعددت النظريات المفسرة لضغوط الحياة التي يتعرض لها الإنسان؛ فهناك نظريات أكدت على الجانب الفسيولوجي، وأخرى على الجانب المعرفي وغيرها على الجانب النفسي، ومن هذه النظريات أيضاً من أشارت إلى الجانب التفاعلي بين الفرد والبيئة، ومن النظريات من أشارت إلى الجانب السلوكي.

3-2-2-1-نظرية التقدير المعرفي:

تبنى "لازاروس (Lazarus) "الذي قدم النظرية عام 1970 وتسمى نظرية التقدير المعرفي، وظهرت نتيجة الاهتمام بعملية الإدراك والعلاج الجسمي الإدراكي وهو مفهوم أساسي يعتمد على طبيعة الفرد، حيث إن تقدير الفرد كمقدار التهديد ليس مجرد إدراك مبسط للعناصر المكونة للموقف ولكنه رابطة بين البيئة المحيطة بالفرد وخبراته الشخصية مع الضغط، وبذلك

يستطيع تفسير الموقف. وتفسير نظرية التقدير المعرفي للضغوط بأنها تنشأ عندما يكون هناك تهديد، وإدراكه في مرحلتين هما:

- **الأولى** :وهي التقييم الأولي، وهذه المرحلة خاصة بتحديد ومعرفة أن بعض الأحداث هي في حد ذاتها شيء يسبب الضغوط.
- **المرحلة الثانية** :وهي التقييم الثانوي على المشكلات التي تظهر في الموقف

3-2-2-2- نظرية الأحداث الحياة الضاغطة:

تركز هذه النظرية على الاهتمام بالأحداث البيئية والتغيرات الحياة التي يتعرض لها الفرد من خلال مراحل حياته. وقد بدأ الاعتماد عليها في البحوث والدراسات التي قام بها "ماير " Meyerفي الثلاثينيات من القرن العشرين، إذ قام باستخدام قوائم خبرات الحياة الضاغطة اليومية عند الدراسة وتشخيص الحالات المرضية لتحديد الأحداث التي يحتمل أن تكون من مسببات الأمراض. وأبرز من عبر عن هذه النظرية "هول هولمز

Halmesamdrahi "فقد وجه اهتماماً إلى أحداث متغيرات الحياة الضاغطة التي يحتمل أن يكون لها تأثير على الفرد في مجال الحياة كافة، كالمجال العائلي والمجال المهني والمجال الاجتماعي والمجال الاقتصادي فضلاً عن المجال التعليمي أو الدراسي

3-2-2-3- نظرية التوافق بين الشخصية والبيئة:

استمدت الفكرة الأساسية لهذه النظرية من معادلة "ليفين 1936 Levin "القائمة على فكرة المجال الحيوي والاجتماعي لفهم وتفسير السلوكيات الإنسانية وتم وضع هذه النظرية من قبل "لازاروس" 1966 إذ توصل من خلال عمله المخبري، أن الضغط ينشأ من التعامل بين الفرد والبيئة عندئذ تعد تنبهات لتهديد، أو أذى، أو تحدي وأن إدراك للمتطلبات للمواقف الضاغطة شكل عبئاً أو تجاوز للوسائل المتاحة له فضلاً عن أن هذه الضغوط المفروضة على الفرد تكون بأنماط وأشكال مختلفة فقط تكون حضارية أو نفسية أو فسيولوجية وأن أساس

أي تغيير في التوازن يتطلب منه وسائل أخرى للتعامل معها؛ إذ يرى أن التوافق بين الشخص وبيئته التي تحدث عن طريق إدراك الأمور ذات الأهمية في دراسة السلوك

الإنساني، وقدمها "لازاروس"، وقد عكس اهتماماً واسعاً بعملية الإدراك والعلاج الجسمي والإدراكي وأكد "لازاروس" عن التنظيم المعرفي أولاً، وتقييم الانفعال ثانياً، وعد التفاعل مع الضغوط عملية تتصف باستخدام الاستراتيجيات المناسبة لها، وإن التعامل مع الضغوط، يتضمن السلوك المحرك التعبيري بهدف الحفاظ على تكامل الشخصية .**(باسم دهام، 2016، ص 881-882)**

من خلال عرضنا للنظريات السابقة، اتضح أن ضغوط الحياة في مفهومها أوسع من أن تحيط بها نظرية واحدة؛ لذا تعددت الرؤى التفسيرية تماشيًا مع تعقد الظاهرة الإنسانية. فبينما ركزت النظريات المعرفية (كنظرية لازاروس) على "الإدراك والتفسير الذاتي" للموقف الضاغط، ركزت نظريات التوافق على الفجوة بين قدرات الفرد ومتطلبات البيئة.

وفي هذا السياق، يبرز إسهام "هولمز وراهي (Holmes & Rahe) "من خلال نظرية "أحداث الحياة الضاغطة"، حيث نظرا إلى الضغوط كمتغيرات بيئية خارجية تفرض على الفرد نوعا من "إعادة التكيف". ويرى هولمز وراهي أن تراكم هذه الأحداث (مثل المرض، فقدان شخص عزيز، أو المشاكل الأسرية) يؤدي بالضرورة إلى استنزاف الطاقة النفسية والجسدية، مما يرفع من احتمالية الإصابة بالاضطرابات السيكوسوماتية والنفسية

4- انعكاسات الصدمة النفسية:

للصدمة النفسية آثار على مختلف الجوانب الحياتية للفرد سواء النفسية أو الاجتماعية وغيرها.

4-1-الانعكاسات النفسية المرضية:

وتتمثل في ظهور اضطرابات نفسية مرتبطة بالصدمة النفسية والمتمثلة في:

- **اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة:**

الضغوط مصطلح مشتق أو مستعار من علم الفيزياء ويشير إلى إجهاد أو ضغط أو قوة تمارس ضغطها على الأجسام، والمصطلح يشير في علم النفس إلى درجة عالية ومرتفعة من الضغوط أو زيادة حدتها لدرجة تفوق طاقة الإنسان تؤدي في النهاية إلى العديد من النتائج السيئة على صحة الفرد. (غانم، 2006، ص 87)

تسببه الأحداث والمواقف المروعة مثل الحروب والكوارث والحوادث وموت عزيز، ويستعيد الفرد الخبرات الصادمة في الأحلام وكذلك صور لها وهو يقظ، وينتاب الفرد صداع شديد وأرق وتوتر وكوابيس وصداع وقد يشعر بانفصال وانشقاق لذاته لمدة ساعات أو أيام وقد يشعر بالقلق والاكتئاب والشعور بالذنب وسرعة في نبضات القلب، وقد يصاب أحيانا بهلاوس لصور بصرية غير مرئية (شلبي، بدون سنة، ص 73)

وهو اضطراب ينتج عن تعرض الفرد إلى صدمة نفسية وهو رد فعل شديد ومتأخر للضغط عادة، ويكون من الشدة بحيث يصبح مرهقاً، ويتميز باستمراريته، والتراخي في القدرة

على الاستجابة والمعاناة من أعراض الاستثارة الدائمة (كصعوبات في النوم، أو التركيز أو ازدياد التوتر أو التيقظ وتكون مدة ظهور الأعراض أكثر من شهر وهو بثلاثة مستويات من الشدة: الحاد والمزمن ومتأخر الظهور)، ويؤثر هذا الاضطراب في سلامة الأفراد وبشكل جدي في النواحي الاجتماعية والأكاديمية والمهنية. (محمود، 2005، ص 587)

يصف الدليل التشخيصي لمنظمة الصحة العالمية اضطراب الضغوط ما بعد الصدمة بأنه استجابة متأخرة لحادث أو موقف ضاغط تكون طبيعته تهديدية أو كارثية، تسبب كرباً نفسياً لكل من يتعرض لها تقريباً، من قبيل: كارثة من صنع الإنسان، أو معركة، أو حادثة خطيرة، أو مشاهدة موت آخر، أو في حادثة عنف، أو أن يكون أفراد ضحية تعذيب، أو إرهاب أو اغتصاب. (الحواجري، 2003، ص 23)

هـ محكات تشخيص اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة:

أ- تعرض الشخص لحادث صادم بحيث يتوافر فيه شرطين:

- معايشة الفرد لحدث كبير مثل الموت أو الجرح الخطير أو التهديد الحقيقي للسلامة الجسمانية له أو للآخرين.
- تسبب هذه المعايشة خوف أو ذعر شديد.

ب- تكرار معايشة الحدث الصادم بطريقة أو أكثر مما يلي (بند واحد يكفي للتشخيص):

- تراود الشخص ذكريات مؤلمة للحدث بصورة آلية وغير متحكم فيها تتضمن صوراً ذهنية أو أفكاراً أو إدراكات حسية.
- تراود الشخص أحلاماً صدمية تدور حول الحدث المؤلم.

- يعايش الشخص الحدث وكأنه موجود أمامه ويتضمن ذلك الخداعات الحسية والهلاوس ونوبات من الذكريات المرتبطة بالحدث الصدمي.
- الشعور بالألم النفسي الشديد لأي شخص يذكره بالحدث الصادم.
- وجود تفاعلات فزيولوجية حادة مثل زيادة نبضات القلب أو العرق...

ج- محاولة الفرد تجنب المنبهات المرتبطة بالصدمة وقد يحدث له تبلد في الاستجابات العامة (لم تكن موجود قبل الصدمة) ويتبين ذلك في ثلاثة أو أكثر مما يلي:

- محاولة الشخص تجنب الأفكار أو المشاعر المرتبطة بالصدمة.
- تجنب الأنشطة أو الأشخاص أو الأماكن التي ربما تثير الذكريات الصادمة.
- ينسى الفرد جانبا أو أكثر من الخبرات الصدمية.
- نقص ملحوظ في الاهتمام أو مشاركة الآخرين في مهام مهمة.
- الشعور بالاغتراب عند الآخرين.
- اضطراب في الوجدان كأن يعجز الفرد عن الشعور بالحب.
- التشاؤم من المستقبل.

د- وجود أعراض دائمة لزيادة الاستثارة وتتبين في اثنين أو أكثر مما يلي:

- صعوبة البدء في النوم أو مواصلة النوم.
- سهولة الاستثارة ونوبات الغضب.
- صعوبة التركيز.
- اليقظة المفرطة.

- زيادة استجابة الإجفال (الخضة). (شلبي، بدون سنة، ص 74)

هـ- اضطراب الضغط الحاد:

يحدث خلال شهر من التعرض لحدث بيئي مثل الحوادث أو التهديد بالموت وتتضاءل الاستجابة العاطفية ويشعر بالذنب ونقص التركيز وإخلال الآنية كأنه في حلم أو منفصل عن جسمه أو أنه غير حي ولا يستطيع الاستمتاع بمبهج الحياة.

محكات تشخيص اضطراب الضغوط الحادة:

أ- تعرض الشخص لحدث صادم يتضمن ما يلي:

- مواجهة أو مشاهدة حدث أو أكثر تشمل موت أو إصابة خطيرة حقيقية أو مثلت تهديداً للسلامة الجسمية له أو للآخرين.
- أظهر هذا الحدث خوفاً أو ذعراً أو عجزاً.

ب- يظهر لدى الشخص ثلاثة أو أكثر من الأعراض التالية:

- تبلد الاستجابة الانفعالية.
- حالة من الذهول ونقص الوعي بالأشياء المحيطة.
- عدم الإحساس بالواقع وكأنه خارج الصورة.
- اختلال الآنية لا يميز بين ذاته عن باقي الخبرات والشعور بعدم واقعية الذات.
- العجز عن تذكر جانب مهم من الصدمة.

ج- معايشة الحدث الصادم باستمرار بواحدة على الأقل من الطرق الآتية:

- صور ذهنية متكررة أو أفكاراً أو أحلاماً.
- تجنب ملحوظ للمثيرات التي تثير الذكريات الصدمية.
- ظهور أعراض من القلق أو زيادة الاستثارة وصعوبة النوم وضعف التركيز، التقلقل الحركي (التململ) أو عدم الاستقرار. (شلبي، بدون سنة، 75)

3-2- الانعكاسات النفس اجتماعية:

تحدث كل من (De clercq et Lebigot 2001) عن مجموعة من العواقب النفسية الاجتماعية المحتملة للصدمة النفسية، حيث ركز Lebigot عن "العواقب النفسية الآنية" والمتمثلة في:

- **التهديد الداخلي :La menace interne** الناتج عن استقرار الصورة الصدمية في الجانب النفسي الداخلي، حيث وبعد انتهاء الحادث يفقد الشخص شعوره بالأمان، وبسرعة يعبر المصدومون عن أمرين ينجم أحدهما عن الآخر؛ الأول هو نهاية وهم الخلود (La fin de l'illusion d'immortalité) والثاني هو الشعور المحزن بكونهم لم ولن يكونوا مثلما كانوا عليه في السابق، ويظهر هذا التهديد الداخلي قدراته على التحول فيما بعد إلى منهج للذهول والتعلق بالصورة الصدمية
- **الخجل والهجر : La honte et l'abandon** واللذين يظهران مبكراً، حيث يمنع الخجل/ الشعور بالعار الشخص من الحديث مع محيطه عما أصابه وعما عاشه، وفي مقابل ذلك لا يمكن لمحيطه التكهن بما أصابه، وهي نقطة الانطلاق بالنسبة لسوء التفاهم مع الأقارب والانطواء العدواني على الذات، كما أن مجموعة سلوكات المصدومين تشير إلى أنهم يشعرون بأنهم حاملون لوصمة يودون إخفاءها.

- **الذنب : La culpabilité** والذي لا يكون دائماً شعورياً حيث يكون مرتبطاً في مجمله أو في جزء منه بـ "الاجتياز الصدمي" اجتياز حاجز الكبت الأصلي من طرف الصدمة، وأحياناً يؤدي هذا الذنب إلى الدخول في انهيار اكتئابي يستقر غالباً بعد فترة وجيزة من قدوم متلازمة التكرار.

وبالإضافة إلى ذلك يتحدث **De clercq** من جهته عن عواقب نفسية اجتماعية على "المدى البعيد" من بينها:

- **اختلال الوظيفة الجنسية**
- **الغضب**، والذي ينبغي تشجيعه لأنه يعتبر وسيلة للتعبير من طرف بعض المصدومين تمكنهم من التفريغ الانفعالي ومن التحكم فيما بعد في ردود الفعل وكبت مشاعرهم.
- **الاستخدام المفرط للمهدئات**، والذي يلجأ إليه العديد من المصدومين من أجل تهدئة قلقهم، كما قد يطلبون من معالجيهم مهدئات لنفس السبب أو معالجة اضطرابات النوم.
- **عدم التفهم وأخذ مشاعر المصدوم على محمل الجد**، حيث أن المحيط العائلي يحيطون المصدوم برعاية بالغة في البداية، ويعتقدون أن الأمور ستهدأ بسرعة، وبعد بضعة أسابيع لا يريدون التفكير بالأمر أكثر من ذلك، وفي هذه الفترة بالذات تتظاهر أعراض توتر المجموع العصبي المستقل المرتبطة بالحصر الرهابي، الاضطرابات الاكتئابية، تظاهرات التجنب لذكرى الصدمة، ما يزعج المحيط ظناً منهم أن المشكلة تم حلها وهذا التصرف يجعل المصدوم يحس أنه مرفوض ويفاقم عزلته العاطفية والاجتماعية. (شادلي، 2017، ص 81)

5- أسباب الصدمة النفسية:

تختلف العوامل المسببة للصدمة من حيث تأثيرها وشدتها ومدى تأثر الفرد بها، فمن بين العوامل المسببة للصدمة النفسية نجد الكوارث الطبيعية كالفيضانات والأعاصير والبراكين والزلازل، حيث أجريت دراسة على الناجين من زلزال أغادير وزلزال فرانسيسكو والتي بينت أن الكوارث الطبيعية تعتبر من بين مسببات الصدمة النفسية. (وذنو، 2014، ص 110)

كما قد صنف البروفيسور E. Mousseong خلال المؤتمر الدولي الثامن للطب النفسي بأثينا سنة 1989 الصدمة من حيث أسبابها كما يلي:

أ- التهديد من داخل الجسد:

وتضم هذه الفئة معايشة المريض شعور إصابته بمرض يهدد الحياة (القلب، السرطان، الايدز) حتى ولم يكن مصاباً بها فعلاً. فقد يحدث مثل هذه المعايشة بمجرد طلب الفحوصات وهو طلب يترجمه المريض على أنه إصابة مؤكدة بالمرض، كما تتضمن هذه الفئة صدمات التعرض للعملية الجراحية أو غيرها من صدمات المريض الجسدي، كما تضاف إلى هذه الفئة حالات الخوف من فقدان التكامل العقلي أو الجنون. (يعقوب، 1999، ص 04)

ب- التهديد من خارج الجسد:

وتضم هذه الفئة مخاوف الأذى الاصطناعي (الحرب، الخطف، التهديد، القتل)، ومخاوف الأذى الطبيعي (الزلزال، الفيضانات، البراكين....).

كما تتضمن هذه الفئة مخاوف خارجية تتداخل مع مخاوف الفئة الأولى، فتساعد على تفجيرها مثل فقدان عزيز أو أحياناً مجرد موت شخص معروف من قبل المريض بصورة غير منتظرة. (يعقوب، 1999، ص 04)

6-أنواع الصدمة النفسية:

للصدمة نوعان أساسيان: الصدمات الرئيسية وصدمات الحياة.

1.6.الصدمات الرئيسية :هي الخبرات الجلية في حياة أي فرد تصادفه باكراً وتكون لها آثار نفسية حاسمة لا يمكن أن تستحدثها أي صدمة أخرى وهي أنواع:

6-1-1-صدمة الميلاد :تعتبر الولادة أول وضعية خطيرة يعيشها الإنسان والتي تصبح قاعدة لكل قلق فيما بعد لذا تعتبر صدمة الميلاد صدمة ولعل أشهر من تحدث عن صدمة الميلاد هو" **أوتورانك** "في كتابه "**Le Traumatisme de la naissance**" سنة (1923) حيث اعتبر أن الميلاد حدث تهتز له نفس الطفل ويصيبها منه القلق الشديد الذي يكون أصل القلق لاحقاً واعتبر النموذج الأولي أو النواة لكل عصاب، فخروج الطفل من جنته الأولى بانتزاعه من الحياة الرحمية الذي هو النمط الأولي لكل قلق وأصل كل عصاب وأن الصدمة النفسية تنشط مباشرة القلق البدائي وتسبب العصاب الصدمي حيث يشكل خطر الموت الخارجي على إثارة التحقيق العاطفي لذكرى الميلاد التي لم تتحقق لحد الآن لا شعورياً. فمن خلال الأحلام المزعجة التي تظهر في العصاب الصدمي يتكرر إنتاج صدمة الميلاد بطريقة نموذجية تحت قناع الحادث.

الصادم الراهن مع بعض التفاصيل المتعلقة به فعندما نفتقد شخصا عزيزا مهما كان جنسه فإن هذا الفراق يحيي الفراق الأساسي مع الأم فيباشر عمل نفسي مؤلم يهدف إلى فصل اللبيدو عن هذا الشخص المفقود وهو ما يتوافق مع التكرار النفسي لصدمة الميلاد.

وحسب لابلانش "Laplansh" وبونتاليس "pontaliz" الرحم هو منبع اللذة والسعادة والميلاد هو طرد من تلك الحياة الداخلية إلى الحياة الخارجية التي تتميز بالقسوة باعتبار الرحم بيئة مثالية للطفل لا يشكل له تهديدا ولا توجد فيه صراعات ومن ثم يصاب الطفل بالهلع لحظة

الميلاد ويبكي بشدة ويشعر بالحنين الدائم خلال النمو ليعود إلى رحم أمه. (كروغلي، 2010، ص 49).

6-1-2- صدمة الفطام :بتعاقب الإشباع والإحباط عند الطفل منذ الولادة فعلاقة الرضيع بالثدي كموضوع جيد تعقبها علاقته به كموضوع سيء أثناء الفطام إذ يرسم صور هوامية

تجعل هذه المواضيع سيئة أو جيدة وقد لا ترتبط هذه الصورة فعلا بحقيقتها ومن هنا ينبع القلق والعصاب.

كما ترى "ميلاني كلاين" أن الأم هي ميدان زراعة الطفل فهي تؤمن له التغذية والعلاقة مع العالم الخارجي وفي نفس الوقت هي منبع كل أنواع الهجر حيث تسهم في صدمة الميلاد وصدمة الفطام ومبدأ "ميلاني كلاين" هو الانشطار بين الهوام والواقع وبين الموضوع الجيد والسيئ والقلق والعدائية (حسين و النابلسي، 2002، ص 424)

6-1-3- صدمة البلوغ :يرى "Sillamy" أن البلوغ هو مجموعة التحولات النفسية والفيزيولوجية المرتبطة بنضج جنسي ويمثل الانتقال من مرحلة الطفولة إلى مرحلة الرشد ومن ثم إلى مرحلة البلوغ مرحلة محتملة لكل فرد يمر بها خلال مراحل نموه ولهذا يعتبر صدمة أزمة نفسية وبيولوجية لأن هذه الصدمة فيها تعبير عن أزمة الهوية والاضطرابات التي قد تنتج عن البلوغ يعتبر البلوغ صدمة لأن الفرد يطرح على نفسه تساؤلات مبهمة فهو

في هذه الفترة ليس طفل ولا راشد ولا يعرف بالتالي مكانته في المجتمع وفي إطار بحث الفرد المراهق عن هويته واستقلاليته.

فإنه يصطدم بصراع نفسي تتجابه فيه متطلبات الفرد الداخلية النزوية ولذلك يذهب العلماء إلى أن صدمة البلوغ تضاهي صدمة الميلاد أثراً لأن الطفل أثناء البلوغ يشهد تغيرات في جسمه ويشعر بمشاعر لم تكن لديه من قبل ويأتي بتصرفات يحس على إثرها أنه مختلف تماماً وربما تكون في هذه المرحلة من نموه استجابات تكون لها تأثيرات هائلة على حياته النفسية وتظل بقية عمره.

كما أن هناك مفاهيم ميتا بسيكولوجية انبثقت عن نظرية الإغواء الجنسي المحارمي وهي عناصر أساسية في تفسير العصابات فالصدمة الجنسية الفعلية تقريباً تلقائية باعتبارها الأثر القبلي للخبرة الصدمية الأولى لكن يعاد إحياؤها مع ظهور نشاط البلوغ في إطار مشهد ثاني وبأثر بعدي وعمل الصدمة من خلال الكبت والأثر البعدي لعودة المكبوت إلى النشاط النفسي مجدداً أثناء المراهقة يؤسس لمبدأ الحتمية النفسية الذي بمقتضاه تعود المحتويات اللاشعورية

المكبوتة إلى النشاط لتتجاوز الكبت مثيرة بذلك إخلالاً في الاقتصاد النفسي والأنا حينئذ يضطر إلى تشديد الدفاعات تعزيزاً لعمل الكبت وفي أقصى الحالات تتفاقم الأعراض النفسية. (حسين و النابلسي، 2002، ص 424)

6-2-صدمات الحياة :كل فرد معرض لأحداث في حياته قد تكون بسيطة وقد تكون عنيفة ومعقدة وإن كانت كذلك فتسبب له صدمة نفسية وهي أنواع:

6-2-1-صدمة الطفولة :قد تكون أحداث مؤلمة منفردة من النوع الذي يستغرق حدوثها وقتاً قصيراً كالعمليات الجراحية التي تجرى للطفل دون إعداده نفسياً أو الاعتداءات الجنسية على الطفل أو موت أحد الوالدين أو كليهما فجائياً أو اختفاؤه وقد تكون أحداث طويلة الأمد استغرقت بعض الوقت كانفصال الوالدين وشذوذ العلاقات الأسرية أو المعاملة القاسية التي يتلقاها الطفل من بيئته ويرى "فرويد" أن كل الأمراض منشؤها صدمات طفلية

6-2-2-صدمات ناتجة عن معايشة حدث صدمي :تنتج عن أحداث طبيعية عنيفة خارجة عن نطاق الفرد كالكوارث الطبيعية مثل الفيضانات والزلازل، كما قد تكون بفعل الإنسان كالحروب وحوادث المرور وغيرها.

6-2-3- صدمات ناتجة عن سماع خبر مؤلم دون معايشة الحدث :كسماع الفرد بموت أحد المقربين له مما يؤثر على نفسيته بالرغم من عدم حضوره أثناء الوفاة وعموما كل ما يعيشه الفرد من حادث يتخطى الإطار المألوف لتجربة إنسانية وإن يكن هذا الحدث مؤلما لدى أي فرد مثل التهديد الخطير على الحياة الشخصية أو الجسد أو على الزوجة والأولاد أو رؤية جريمة قتل أو اعتداء جنسي وغيرها.

6-2-4-صدمة المستقبل أو الصدمة الحضارية :تكون كنتيجة للإفراط في الإثارة ويحدث ذلك عندما يضطر الفرد إلى التصرف بشكل يتجاوز مداه التكيفي أي قدرة الفرد على التكيف أو التأقلم ولا يمكن تحقيق التكيف الناجح إلا عندما يكون مستوى الإثارة معقولا وبدون إفراط في الزيادة أو النقصان ولهذا يحذر "توفلر" من الإفراط في إثارة الاحتياجات الأمر الذي يؤدي

إلى انهيار الجسد فالتقليل من الإثارة أساس لتحقيق التنمية السليمة. (حنفي، 1996، ص 924)

7-العوامل المسببة للصدمة النفسية :من بين العوامل المسببة للصدمة النفسية نجد الكوارث الطبيعية: كالفيضانات والأعاصير والبراكين والزلازل، حيث أجريت الدراسة على الناجين في زلزال أغادير وزلزال فرانسيسكو حيث بينت أن الكوارث الطبيعية تعتبر من بين مسببات الصدمة النفسية وهناك كوارث يتسبب فيها الإنسان: كالتعذيب سواء في المعتقلات أو في السجون وحتى عمليات الاختطاف حيث كانت هذه العوامل موضوع دراسات عديدة في فرنسا ففي أول مؤتمر دولي لأمراض المساجين سنة (1954) أعد الباحث "تارغول" تقرير جاء فيه عن تناذر.

المساجين يظهر أساسا في النيوراستينا وهو يتكون من أستينيا عصبية تظهر على أشكال ثلاثة مختلفة:

- **وهن عضوي** :أي إعياء تام وتعب يمس الحواس إضافة إلى الأعضاء.
- **وهن أو تعب نفسي** :يحس الفرد بالتعب دون القيام بأي مجهود مع وجود اضطرابات في الذاكرة وأوجاع في الرأس عند محاولة التركيز أو القيام بمجهود عقلي.
- **نقص عاطفي** :تتمثل في أمراض الاكتئاب والحصر والحزن والتشاؤم والشعور بالعجز والنقص هناك أيضا عامل آخر له أهمية في تشكيل الصدمة كحوادث المرور والحوادث الجوية كتحطيم الطائرات وكذا عامل الاغتصاب والاعتداء الجسدي على الأطفال من شأنه أن يؤدي إلى ظهور صدمات. (لكحل، 2014، ص 111)

8-أعراض الصدمة النفسية:

بعد تعرض الفرد لصدمة تظهر عليه عدة أعراض متباينة تختلف شدتها ودرجتها على حسب نوعية الصدمة والتي تنعكس على عدة جوانب تمس الفرد ونجد الجانب النفسي، الجسدي، العقلي وغيرها من شأنها أن تؤثر في سير حياة الفرد.

8-1- الاضطرابات الحسية: هي فائض من الاستجابات الانفعالية والعاطفية تعود إلى منبهات داخلية أو خارجية شبيهة بشكل من أشكال الصدمة ونجد فيها الحدث الصدمي:

أ- الاكتئاب: يظهر بطريقة سريعة وهو عبارة عن حزن ينتاب الشخص مع الإحساس بالشعور بالذنب حيث يؤدي هذا إلى الانطواء والهياج نتيجة الانقباضات الحادة والسريعة المسببة لفقدان الأمل بالإضافة إلى الأسى الموجود في نشاطات الفرد الجامد.

ب- الحصر: حيث يشعر الفرد المصدوم بقلق شديد والخوف من أن يموت ويعتبر هذا القلق نوع من أنواع المخاوف فيبتعد الفرد المصدوم عن كل المنبهات التي تذكره بالحادث الصدمي.

ج- الفراغ: يسبب إيقاف الأنا فيصبح المصدوم غير مبالي فلا تهمه لا حياته المستقبلية ولا حتى علاقاته السابقة.

د- الانهيار :يسبب للمصدوم اضطراب ذهني ونفسي حيث يكون نظرة سلبية لنفسه ويتسبب هذا في خمول فكره وتفكيره.

هـ- الوحدة :رغم إحاطة المصدوم بالعائلة والأصدقاء إلا أنه يشعر بالوحدة وتلازمه في جميع المواقف.

و- سرعة الانفعال :فهذا يميز رد فعل المصدوم اتجاه العائلة والأصدقاء وكذلك نحو مصيره وفي هذا السياق يقال أن الهياج الزائد قد يترافق بسلوك عنيف غير متوقع لم تكن هناك أسباب كافية.

8-2- الاضطرابات الجسدية نجد:

أ- فقدان الطاقة :حيث يشعر المصدوم بالإعياء والتعب الدائمين ولو كان العمل بسيطاً ومهما كان نوع العمل.

ب- فقدان الشهية :نجد عند المصدوم تغير جسمي للشخص سواء بزيادة الوزن أو نقصانه كما يظهر سلوك عدم المبالاة بالأكل (شراهة أو غيابها) (حنفي، 1996، ص56).

7-3-الاضطرابات السلوكية نجد:

أ- البكاء :يعتبر البكاء والدموع التعبير العام للحزن والألم الذي يعيشه المصدوم.

ب- صعوبة النوم :حيث لا يستطيع المصدوم النوم أي يعاني من الأرق كما أن نومه في كثير من الأحيان متذبذب.

ج- التعب :نجد عند المصدوم عدم القدرة على أداء أي عمل كان أو عدم قدرته على مواصلة العمل الذي يقوم به وهذا ينعكس من خلال إنتاجه.

8-4-مواقف الفرد اتجاه المحيط واتجاه ذاته: نجد:

أ - التوبيخ الذاتي: (الشعور بالذنب) :يحدث نتيجة الصراع الداخلي بين الرغبة والدفاع الغريزي وبين الأنا الأعلى.

ب- سوء التفكير الذاتي :نجد عند المصدوم إحساس بعدم القدرة والاحتقار النفسي وهذا ما يؤدي به إلى الانطواء والإحباط كما يكون نظرة سيئة حول نفسه فيؤدي إلى احتقارها مما يوقعه في إحباط.

ج – التشاؤم وفقدان الأمل :نتيجة لشعور الفرد المصدوم باليأس فيفقد الهدف من حياته وتشاؤمه منها في الأحوال الآنية والمستقبلية كما أنه يفقد تعاطفه مع نفسه ومع الآخرين ويفقد علاقته مع موضوع الحب وقد يتوصل إلى فكرة حب الموت والانتحار.

8-5-الاضطرابات المعرفية: نجد

أ- اضطرابات في الذاكرة :حيث يصبح المصدوم غير قادر على استرجاع خبرته وذكرياته خاصة المتعلقة بالحادث الصادم لأنه يريد تناسيها وهذا ما يؤثر على عمل ذاكرته.

ب – اضطرابات الانتباه :حيث يتميز انتباه المصدوم بتشتت الأفكار المحملة بالانفعالات الشديدة كالأوهام والتخيلات والوساوس. (حنفي، 1996، ص 57).

7-6-مظاهر التكرار :حيث يتكرر الحادث الصادم بأشكال مختلفة منها:

أ- الكوابيس :يعاش المصدوم بطريقه جد واضحة صورة الصدمة عندما ينام تحت غطاء كوابيس مختلفة ومتنوعة ومفزعة فتضعف نفسه حينها ويفقد من خلاله القدرة على الكلام والحركة ويظهر على شكل حلم مخيف ومؤلم كما أنه يشعر من خلالها بالتشنج.

ب- ذكريات التكرار :فمن خلالها يشعر المصدوم بالاختناق والضيق بسبب صورة الصدمة التي تتضمنها وتحملها من خلال تلك الذكريات.

7-7-الاضطرابات الاجتماعية:

أ- الانطواء :حيث أن المصدوم يهمل العالم الخارجي (بيئته) ليقتضي فقط على عالمه الداخلي فيعيش حالة من الشلل الاجتماعي لينطوي بهذا على نفسه غير قادر على تكوين علاقات والتفاعل مع الغير.

ب- التجنب :إن جمعية الطب الأمريكي قد جمعت في نقطة واحدة مسألة التجنب والتبلد بالاعتبار أن التبلد هو حاصل لاستجابة التجنب ففي البداية يحاول المصدوم تجنب الأفكار

والصور والأشياء المرتبطة بالحادث الصدمي وبعد ذلك يمتد التجنب إلى أي أفكار ومشاعر أخرى لا ترتبط بالحادث مباشرة ولكنها تدفع بالمريض إلى التفكير بالحادث

(حنفي، 1996، ص 58)

8-8-الاضطرابات العضوية:

(العرق الزائد، نوبات من الدوار، ارتفاع ضغط الدم، زيادة ضربات القلب، التنفس السريع) والتبول اللاإرادي) . (يعقوب، 1999، ص 49)

9-مراحل الصدمة النفسية:

يمكن تحديد مراحل الصدمة النفسية كما يلي:

8-1- أثناء الصدمة :من الناحية النفسية فإن الانهيار هو سبب خمول الفكر، السلوك والاستجابة الفيزيولوجية، الاحساس بالتفكك، وهذا ما نجده في دراسة الأطباء النفسانيين على الجنود بعد عودتهم من حرب الفيتنام.

ركزت الدراسة على معرفة أشكال التفكك للصدمة حيث قاموا بوضع استبيان لمعرفة الاضطرابات التي يحس بها الجنود في نفس لحظة الصدمة وما ينجم عنها على المدى الطويل والتي تقيس بالتسلسل: فقدان الشخصية، النسيان، عدم ضبط الوقت، وكذا الاحساس باضمحلال الجسم.

8-2-عند توازن الصدمة :إن القلق الذي ينتاب الضحية بصفة مفاجئة وقوية يحدث نوع من الخمول لدى الضحية الذي يحس بالخوف واضطراب شديد فالشخص يشعر وكأنه فقد شيء ما بداخله والذي لا يمكن العثور عليه.

8-3- ما بعد الصدمة :ذلك الاحساس بالقلق الغريب عند التفكك لا يزول بسرعة ويمكن أن يصبح مرضا عقليا نسميه "Schizophrenie" ولكن في أغلب الأحيان الضحية تخرج

من انهيارها البدائي إلى حالة إرهاق شديد لا يمكن له النوم بصفة جيدة كما أن الذكريات والأحلام المزعجة تظهر بصفة متكررة وكل هذا يؤثر سلبا على حياة الشخص إلى حد تجعل منه شخصا عاجز عن القيام بأي نشاط مهما كان. (لكحل، 2014، ص 144).

10- النظريات المفسرة للصدمة النفسية:

10-1- النظرية التحليلية:

10-1-1-من وجهة نظر الديناميكية :افترض "فرويد" أن الصدمة النفسية تكون دائما جنسية وينتج عن الإغواء وأشار إلى أن الحدث الصدمي يقتضي توفر أمرين:

- **الأول** :هو حادث إغواء كائن غير ناضج ويكون في وضعية سلبية ومن دون تهيؤ.
- **أما الثاني** :فهو العامل المفجر أو البعدي الذي تأخذ الصدمة معناها من خلاله ويفترض دوما وجود حدثين على الأقل حيث يتعرض الطفل في المشهد الأول الذي يسمى مشهد الإغواء وبعد البلوغ يأتي المشهد الثاني ويوقظ المشهد الأول من خلال السمات المرتبطة بينهما فتنشط الصدمة المكونة سابقا فهذه النظرية توضح أهمية التاريخ النفسي للفرد في حدوث الصدمة وكيفية التعامل معها فهناك تنظيم نفسي مع تهيئة وقدرة متفاوتة في مقاومة الصدمة التي يتلقاها الفرد في الواقع وحينما يكون أمامنا منظم جيد ونرجسية ذات صلابة معينة تضعف أمام العوامل الخارجية أوالظروف الصعبة وحينما يكون الطفل محبوب ومحترم يكون له حظ أكبر من مقاومة الصدمات. (موسي، 2002، صفحة 64)

10-1-2-من وجهة نظر الاقتصادية:

لقد كان عصاب الحرب هو الحافز الذي دفع "فرويد" إلى أن يوجه انتباهه للصدمة النفسية من منظور اقتصادي لذلك التعريف الأساسي للصدمة على أنه مفهوم اقتصادي: عنف الصدمة يتولد عن تجمع الاثارة أو الاستثارة مما يؤدي إلى تحطيم الحاجز أو اختراق الحاجز الواقي للانا الذي يعمل على اختلال التوازن النفسي ومن جهة أخرى هذه المقاربة الاقتصادية طورت بشكل واسع أثناء الحرب العالمية الأولى مع عودة النظرية الصدمية والتطور الاقتصادي للصدمة يعرفها على أنها انكسار واسع لصد الإثارات كإشارة إلى عدم قدرة الجهاز النفسي على تصريف فيض الاثارة الكبير ذلك أن إجلاء هذه الكمية المعتبرة من الإثارة هي مهمة مبدأ اللذة والذي يسبب عنف ومفاجأة الوضعية الصدمية تجد نفسها مباشرة خارج دائرة التأثير ونتيجة المفاجأة لا يقوم القلق كإشارة إنذار بمهمته بالتالي لا تتم تعبئة العمليات الدفاعية الملائمة فالصدمة النفسية من منظور اقتصادي في محورها الثاني هو غياب النجدة في أجزاء الأنا الذي ينبغي أن تواجه تراكم الإثارة التي تطلق سواء كانت من مصدر داخلي أو خارجي.

لذلك في هذا الصدد وحتى من وجهة نظر "فرويد" من منظور اقتصادي تتميز بتأكيدها على عنصر المفاجئة فحدوث الصدمة يتحدد أساسا بشدة العنف المتعلق بها بالمقارنة مع حالة التهيئة أو عدمها للجهاز النفسي من تلقيه لها فإن صد الإثارات باعتباره يحمي الجهاز النفسي ويمنع اقتحام كميات كبيرة من الإثارة إليه، تختلف قدرته على الاحتمال والصد من فرد إلى آخر ولدى نفس الشخص من زمن إلى آخر وعبر مراحل حياته المتعددة وهو ما يدل على تعقد الحدث الصدمي إذ لا يخص الوضعية الصدمية فقط بل الفرد في الوضعية الصدمية لذلك يختلف الأفراد في ردود أفعالهم اتجاه الحدث الواحد. (موسى، 2002، ص 65).

10-2-النظرية المعرفية:

ضمن "هورتز" (1976) في نموذجه المشهور لمعالجة معلومات الاستجابة لصدمة أفكار من النظرية التحليلية التي تعتبر ردود فعل الصدمة تتعلق بالدينامية النفسية في الأصل (العمليات النفسية التقليدية) وأفكار من النظرية المعرفية للانفعال ومعالجة المعلومات تبعا لهذا

نموذج فإن التوافق مع الحدث الصادم يتطلب إدماجه في النسق المعرفي أو تطوير نسق جديد وحتى تكتمل هذه العملية فإن الصدمة تبقى في الذاكرة النشطة وحيث تكون المعلومات مرتبطة بالحدث الصادم خارج الوعي الشعوري مستخدمة ميكانيزمات الإنكار أو التجنب أو الحذر الانفعالي لتحفظ الفرد من الصدمة بينما يفسر الأحداث المحفوظة في الذاكرة وميلها لتكرار كجزء من تكاملها وتنسيقها كما أشار "هورتز" (1986) إلى التذبذب والارتباك الذي يتخلل فترات إعادة معاناة الخبرة وفترات الأفكار والانفعالات المقتحمة (الإنكار، الحذر، تصورها حدث ماض). حيث يرى بأنه يهدف إلى تسهيل معالجة المعلومات وتنظيمها حتى لا تغمر هذه الفترات ذاكرة الفرد وتؤدي إلى انفعالات حادة تخرج عن نطاق السيطرة.

استمر "هورتز" في تطوير منهجه وتكلم عن تأثير الواقعي والمخفف للمساندة الاجتماعية ضد تطور أعراض الصدمة مما يسمح بالمعالجة الدقيقة والكافية لحادث الصدمة. ترى هذه النظرية أن ميكانيزمات العمليات المعرفية متضمنة في التعافي والشفاء عبر الوقت كما تحدث في المراحل الخمسة:

- **المرحلة الأولى** :التعرض الموضوعي، والعامل الرئيسي في هذه المرحلة هو خطورة مصدر الشيء الذي يؤدي إلى الصدمة.
- **المرحلة الثانية:** وهي شبكة المعلومات والتي تتحدد أساسا بالإدراكات الذاتية والمعنى المرتبط بالخبرة.
- **المرحلة الثالثة:** سميت بمرحلة الاقتحام: أثناءها تنشط شبكة الذاكرة في محاولة لمعالجة وتحليل الذكريات المرتبطة بالصدمة.
- **المرحلة الرابعة:** هي مرحلة التجنب: وتتصف باستخدام الهروب والإنكار كخطط مواجهة في الاستجابة للاقتحام.
- **المرحلة الخامسة:** سميت بمرحلة النتيجة: يتحقق فيها الشفاء من خلال شبكة معالجة الحلول (صفوت وآخرون، 2002، ص 128).

10-3- النظرية السلوكية:

اقترح كل من "كين" و"زمرنج" و"كادل" نماذج تعلم ذات عاملين لتفسير تطور ضغوط الصدمة ووفقا لهذا النموذج كل مثير يرتبط بالحدث الصادم يمكن أن تصبح من خلال عملية الاشتراط التقليدي قادر على إنتاج استجابة شرطية مماثلة لتلك المقترنة بالصدمة النفسية الأصلية والمثيرات الإضافية المقترنة بصفة غير مباشرة بالصدمة التي تؤدي إلى ردود فعل مماثلة من خلال تعميم المنبه والاشتراط.

يتعلم الفرد التجنب لكي يهرب أو يمنع الاستجابة الشرطية في حين يتولى التدعيم السلبي المستمر لتجنب تعزيز المقاومة للإنطفاء مما يفسر لنا استمرار أعراض القلق فترة طويلة بعد تناقص الأعراض الأخرى بوضوح.

ومن جانب آخر شرحت نماذج سلوكية أخرى الدور الأساسي للعوامل المخفية (مساندة اجتماعية) والعوامل المضاعفة (تاريخ الأسرة في المرض النفسي) في التأثير على استمرار

أعراض الصدمة ونذكر منها دراسة "فواستكين وروتبوم" التي ترى بأن الأحداث الصادمة تخلق شبكات خوف كبيرة ومعقدة تنشط بسرعة بسبب العدد الكبير من الاتصالات البيانية التي تتكون من خلال الاشتراط وتعميم الشيء الذي يجعل الأشياء التي اقترفت واعتبرت محايدة آمنة مرتبطة بالخوف ويؤدي هذا الإحساس بعدم القدرة على التمييز بين المثيرات

(الأحداث) التي تشكل تهديداً أم لا وعدم القدرة على التحكم والسيطرة عليها. كلها عوامل مهمة تعمل على استمرار وتطور اضطراب. (صفوت وآخرون، 2002، ص126-127).

10-4- النظرية البيولوجية:

حاولت النماذج البيولوجية تفسير ظهور أعراض الصدمة يشترك في كثير من الجوانب مع نموذج سلوك الحيوان إزاء الصدمة التي لا مهرب منها وكلاهما يتضمن التعرض لضغط شديد لا يمكن تفاديه ويسلم كل من كان فإن "دركولد" وآخرون أن أعراض الصدمة تنجم عن التغييرات في نشاط الناقلات العصبية وهي أعراض فقدان الذاكرة الحادة والانتفاضة الشديدة

والثورات العدوانية يعتقد بأنها ترتبط بالنشاط الزائد لإثارة الإدرنالية ولمثيرات مرتبطة بالصدمة والتي يتبعها استهلاك كيماويات حيوية للمخ ونقص أدرينالين على مستوى الجهاز العصبي المركزي الذي يعتقد أنه يفسر لنا أعراضاً مثل فقدان الإحساس باللذة، الانسحاب الاجتماعي والحذر العاطفي أو الوجداني تنشأ بذلك دائرة من السلوك التي تبحث فيها الضحية عن تكرار التعرض للضغط محاولة منها لإعادة الحصول على تأثير فقدان الإحساس بالألم. وعلى الرغم من أن النماذج البيولوجية مثيرة للعقول إلا أنها اعتبرت أولية بطبيعتها وتترك الكثير من الغموض في تفسير الصدمة وأعراضها وتأثير الفوارق الفردية في استجابة للصدمة. (زكية، 2013، ص 17)

10-5-نظرية:"Louis crocq"

بين (1985-1994) يقول إن إدراكنا للصدمة يعتمد على ثلاث نقاط هي:

أ)-اغتراب الصدمي.Aliénation traumatique :

ب)-بلبلة وقتية.Bouleversement de la temporalité :

ج)-لا معنى ناجم للصدمة.Non sens impliqué par le trauma :

أ)-اغتراب الصدمي :لدى الأشخاص الذين يحسون بتغيير في شخصيتهم، معارفهم إدراك جديد لأشياء، لأفكار، لإحساسات، للحب للإرادة ويتعلق الأمر بالشخصية بعد أثر الصدمة.

ب)-بلبلة وقتية :الانسجام الوقتي العميق يميز الشخص المصدوم، فقد توقف الزمن بالنسبة إليه عند لحظات الصدمة بسبب الرعب والهول والحاضر ارتبط بصورة الصدمة أما المستقبل فهو مسدود.

ج)-لا معنى ناجم للصدمة :ضياع نرجسية المصدوم وفقدان قيمه وجودته، فقدان معنى الأشياء وعدم القدرة على التعويض، ضياع ومحو لكل معنى الأشياء وعدم البقاء في نواة مخيفة، كذلك السلبية تجاه الذات والمحيط. إذن الصدمة هي ضياع شخصية وتحطم لمعنى الوجود. (زكية، 2013، ص18).

11- تشخيص اضطراب الصدمة النفسية حسب DSM5:

أدخل هذا التصنيف اسماً جديداً للعصاب الصدمي هو اضطراب الشدة النفسية عقب التعرض للصدمة، ويعتبر التصنيف أن هذه الاضطرابات مميزة. لذلك فإنه يفرد لها فصلا خاصاً في باب مجموعة اضطرابات القلق، وحسب التصنيف الأمريكي فإن تشخيص هذه الاضطرابات يستند إلى المعطيات التالية:

- **التأكد من وجود الحدث الصدمي** :أي الحادثة التي هددت حياة المريض وسببت له صدمة. وهنا يتم استبعاد ضغوطات الحياة العادية، فتستبعد الصراعات الزوجية والمهنية والصعوبات المادية والأمراض المزمنة.
- **تكرار معايشة الحدث الصدمي من قبل المريض** :ويمكن لهذا التكرار أن يكون على شكل ذكريات أو كوابيس أو رؤى هلوسية عابرة....
- **ديمومة استمرارية السلوك التجنبي** :ويعني اضطرار المريض إلى بذل الجهود ليسيطر على الأفكار أو العواطف أو المواقف أو النشاطات ذات العلاقة بالحادث، وذلك بحيث يضطر إلى تجنبها وتجنب كافة الإثارات المرتبطة بالحادث الذي تسبب بالصدمة وبالتالي بالاضطراب.
- **ديمومة العلائم المرضية التي تعكس استمرارية حالة الاستنفار لدى المريض** :وهذه الحالة تنعكس بالعلائم التالية: اضطرابات النوم، الحساسية النفسية، سرعة الاستثارة النفسية، اضطرابات إدراكية وردود فعل فيزيولوجية عندما يتعرض المريض لمواقف تذكره بالحادث.

بالإضافة إلى المعطيات المذكورة، فإن الطبعة المراجعة عام 1987 للتصنيف الأمريكي تضيف ضرورة كون العلائم المرضية قد ظهرت واستقرت لدى المريض منذ شهر على الأقل، أما في الحالات التي تظهر فيها هذه العلائم بعد مرور أكثر من ستة أشهر على حصول الحادث فإن التصنيف الأمريكي يسمي هذه الحالات بالاضطرابات المتأخرة الظهور، هذا ويقسم التصنيف اضطرابات الصدمة إلى شكلين هما: الشكل الحاد والشكل المتأخر. (النابلسي، 1991، ص 22)

12-علاج الصدمة النفسية:

12-1-التدخل أثناء الأزمة :إن التدخل أثناء الأزمة يشمل في معناه عدة إيجابيات ملموسة حيث تكمن في مساعدة أكبر عدد من المرضى، كذلك الوقاية من التزامن الناتج عن غياب التخطيط أو غياب الأهداف العلاجية، كما أن في هذه المرحلة يمكن تمييز نوعين رئيسيين من العلاج قصير المدى كل هذا يحدد تبعاً لطبيعة الأزمة وشخصية المفحوص يتمثلان في:

أولاً: العلاج النفسي التفسيري والذي قد يسبب القلق في إيصال الوعي بالصراع على أمل حدوث تغيير حالي في ردود الفعل العصابي لمواجهة المشكلة.

ثانياً: العلاج بالسند والذي يهدف إلى التخفيض من صراعات المفحوص بمساعدة الإيحاء كطبيب خاص أو أحيانا تدخل على مستوى محيط المفحوص (لمين، 2010، ص 54)

12-2-التطهير النفسي: هذا النوع من العلاج موجه للأفراد الذين عايشوا حوادث خاصة أو صدمات كالكوارث الطبيعية والوضعيات الناتجة عن العنف البشري كما تختلف طرق العلاج حسب ظروف وعلى علاقة بالوقت ومكان تواجدهم نجد ما يلي:

12-2-1-العلاج الاستعجالي: التطهير المبكر يمارس في مكان الحادث الصدمي ويؤمن عموما من طرف الأطباء العقليين والمختصين النفسيين والممرضين وخلايا الاستعجالات

الطبية النفسية تكون مهيأة والعلاج موجه للضحايا المدنيين لمساعدتهم على استيعاب معاشهم الآني وقلقهم.

12-2-2-العلاج بعد الاستعجالي: يمارس هذا النوع من العلاج من يومين إلى عدة أيام بعد الحادث بين (24) إلى 72 ساعة في مكان محايد ومستقر قد يكون فردي أو جماعي ومدته تتراوح بين ساعة ونصف إلى ثلاثة ساعات حسب عدد المشاركين والذين لا يجب أن يتجاوز عددهم 12 شخص، هذه الطريقة موجهة للأفراد المدنيين والممارسين الذين واجهوا اعتداءات أو أحداث خطيرة أثناء ممارسة وظيفتهم وكذلك رجال الإنقاذ بعد ممارسة مهمتهم.

12-2-3-المتابعة النفسية : يمارس هذا النوع من العلاج في معاينات خاصة بعلم النفس الصدمي، كما أن التطهير النفسي هو اجتماع لمجموعات منظمة لمراجعة الأحداث بالتفاصيل والأفكار والأحاسيس وردود الأفعال التي تحدث الحادث الصدمي كما يهدف التطهير النفسي إلى التنبؤ بآثار غير مرغوب فيها وتسريع الاسترجاع الطبيعي والمحافظة على الدافعية. (لمين، 2010، ص 60)

12-3-العلاج السلوكي المعرفي :يتضمن هذا العلاج مختلف البرامج العلاجية بما في ذلك: سيرورات إعادة بناء المعرفي، برامج إدارة القلق وكذلك التركيب بين مختلف هذه الطرق.

12-3-1-إعادة المعالجة المعرفية :تهدف هذه التقنية إلى تحديد الأفكار الخاصة أو الأحاديث الذاتية المرتبطة بالقلق الذي تسببه الصدمة ويتم التعرف على التغيرات المعرفية خلال التعرض لذكرى صدمية وأخذ ملاحظات حول إدلاءات المريض المرتبطة بالتوقع والقدرة على التحكم والشعور بالذنب ثم يتم البحث مباشرة عن مخططات جديدة. وتكون هذه الأخيرة محل استفسار وتساؤل باستعمال الأسئلة السقراطية وفق تقنيات معرفية معتادة حيث يلفت المعالج انتباه المريض حول سيرورة التفكير في الوضعية الصدمية ويساعده على تحديد سيرورات "التعميم" والاستنتاج والإدراك بطريقة كل شيء

أو لا شيء أو "الشخصنة" فبإحداث تغيرات في طريقة تفكير المريض له تأثير كبير على حالته الانفعالية وعلى سلوكاته، فهذه التقنية العلاجية تعين الفرد على التركيز على المحيط الحالي وتقييم درجة التهديد التي يشعر بها في وضعيات خاصة ثم في الحياة عموما بطريقة أكثر عقلانية وتكيفا.

12-4-العلاج الجماعي :أفراد المجموعة يقدمون الدعم اللازم لبعضهم البعض مما يشعر بالأمن والترابط والتعاطف والمشاركة في حوار تساعده على التخلص من أحاسيس الخجل والشعور بالذنب والخوف والشك.

12-5-العلاج بتقنية حركة العينين :EMDR وهي من أحدث التقنيات العلاجية ظهرت على يد "F. SHAPIRO" في نهاية الثمانيات من القرن العشرين حيث وجهت أساسا لعلاج الذكريات الصدمية واضطراب .PTSD ومع مرور الوقت أصبحت هذه التقنية تطبق في علاج اضطرابات أخرى حيث تكون أعراض ناتجة عن خبرة سابقة مربكة.

12-6-العلاج الصدمي :ينطلق التشخيص من حالة شخص عند تعرضه لصدمة عاطفية شديدة أو ناشئة في أعقاب عملية جراحية والقصد من وراء هذا النوع من العلاج هو إحداث الصدمات بواسطة التيار الكهرباء لكي تؤثر في الجهاز العصبي وتفعيل في معدل إفراز الهرمون (فرحة، 2000، ص 162)

12-7-العلاج العائلي :يكون تنظيم مقابلات عائلية لتوعية أفراد عائلة المصدوم بمعايشة المصدوم بهدف تفادي بعض الصراعات المحطمة للعلاقات داخل العائلة نفسها والتي تتبع من عدم التفهم وحيرة الأهل في مساعدة المصدوم، إن لكل عضو من عائلة المصدوم يعيد سرد الحادث الصدمي حسب منطلقه هو وبالتالي يصبح الاتصال العائلي أكثر مرونة، هذا الشكل من العلاج يسمح بإعادة تصحيح المسار العائلي داخل العائلة نفسها وهذا العلاج يهدف إلى بناء الثقة والعلاقة الطيبة بين المعالج والمريض مع السعي إلى توضيح أهداف

العلاج وتحديد دور كل من المعالج وأفراد العائلة، تدريب أفراد العائلة على ممارسة المهارات والتقنيات المطلوبة لتسهيل عملية الاتصال والعلاقة مع المريض.

12-8-العلاج الدوائي :وصف أدوية وعقاقير بهدف التقليل من الاضطرابات المصاحبة لاضطراب ما بعد الصدمة على غرار القلق والاكتئاب بحيث تكون هذه الأدوية تحت إشراف طبيب مختص لتجنب الآثار الجانبية لها من خلال تحديد كمية ونوع الجرعات. (يعقوب، 1999، ص 142)

ثانيا: الإجهاض المتكرر

1-مفهوم الإجهاض :وهو خروج محتويات الحمل قبل 28 أسبوعاً وذلك من خلال احتساب اخر حيضة قد حاضتها المرأة. (البار، 1999، ص11)

قال "الجوهري": أجهضت الناقة أي أسقطت، فهي مُجهض، فإن كان ذلك من عادتها فهي مجهاض، والولد مُجهض وجهيض، وصاد الجارح الصيد فأجهضناه عنه أي نحيناه وغلبناه على ما صاده، وقد يكون أجهضته عن كذا بمعنى أعجله وأجهضه عن الأمر و أجهضته عن مكانه، أزلته (النعيمي، 2011، ص 32)

ويعرفه محمد سعيد نمور: بإنهاء حالة الحمل قصداً قبل موعد الولادة الطبيعية، ويتضح أن الإجهاض يتحقق عندما تنتهي حالة الحمل قبل موعدها الطبيعي، إما بإخراج الجنين من رحم أمه قبل موعد الولادة الطبيعي، حتى ولو كان حياً، وإما بقتل الجنين داخل رحم أمه. (نمور، 2005، ص 177)

يمكن ان نقول هو خروج الجنين من الرحم قبل اكتمال نموه، في مرحلة يتعذر عليه فيها أن يعيش خارج الرحم، أي قبل بداية الشهر السادس.

ويمكن تعريفه بمعناه العام بأنه: إنهاء حالة الحمل قبل أوانه، أي قبل موعد الولادة الطبيعي، أو إسقاط المرأة جنينها بفعلها، أو بفعل غيرها وبأية وسيلة كانت.

(الرفاعي، 2011، ص 13)

أما من الناحية الطبية فيعرف على أنه: لفظ محتويات الرحم الحامل قبل الأوان، ويعتبر إجهاضاً إذا تم تفريغ المحتويات قبل تمام الشهر السادس الرحمي، وهو السن الذي يحدد قابلية الجنين للحياة المنفصلة، ويعتبر تفريغ محتويات الرحم بعد ذلك وقبل إتمام شهور الحمل ولادة قبل الأوان. (نوفل: د.س، د.ص 12).

2-تعريف الاجهاض المتكرر:

الإجهاض المتكرر هو الإجهاض الذي يحدث بشكل لاإرادي بعد مضي أربعة أو خمسة شهور من الحمل ويتكرر ذلك ثلاث مرات أو أكثر.

(فهمي، 2006، ص87)

كما نجد منظمة الصحة العالمية التي تعرف الإجهاض بأنه: عملية انفصال الجنين عن الرحم وسقوطه إلى الخارج ووزنه لا يتجاوز النصف كيلوغرام، أو أقل، وذلك قبل 20-24 أسبوع من الحمل، مع عدم وجود أدلة على استمرار حياة الجنين. (ناجي، 2016، ص 97)

2- أنواع الإجهاض

وتنقسم إلى: (تلقائي، علاجي، إرادي):

1- إجهاض تلقائي (طبيعي): وهو يحدث من تلقاء نفسه دون تدخل ويحدث نتيجة لأمراض تعاني منها المرأة الحامل مثل أورام بالرحم وعنقه، أمراض تصيب جنين ذاته أو المشيمة، وينقسم إلى:

أ- **الإجهاض المنذر أو المهدد:** والذي يعرف بأن الأم الحامل مهددة بالإجهاض وفقدان الجنين في أي لحظة.

ب- الإجهاض المحتم: هو يحدث حتمياً ولا يستطيع أحد إيقافه

ج- إجهاض ناقص أو (غير كامل): وجود بقايا من المشيمة أو تكوين الجنين داخل جوف الرحم.

د- إجهاض متكرر: يحدث إسقاط قبل الأسبوع 20 من الحمل لمدة 3 مرات متتالية أو أكثر.

هـ- إجهاض المتعفن: يحدث نتيجة تلوث لمحتويات الرحم عن طريق العدوى بالميكروبات المعدية والتي نقلت للأم الحامل. (مصطفى م، 2012، ص 17-18)

و- إجهاض المخفي أو الفائت أو (المفقود): يكون عندما يموت الجنين في رحم الأم. (عزت، 1405، ص 53)

-2الإجهاض الطبي أو العلاجي: وهو الذي يتدخل فيه الطبيب لإنقاذ حياة الأم المعرضة للخطر وقد تكون مهددة بالموت مما يستدعي الطبيب بالتخلص من الجنين لإنقاذ حياة الأم والتي تؤدي لإنهاء حياتها إذا استمر هذا الحمل مما يدفعها للإجهاض.

-3الإجهاض الجنائي: وهو إخراج متحصلات الرحم قبل إتمام الأشهر الرحمية، ويحدث نتيجة حمل أوزان ثقيلة، أو لعب رياضة عنيفة، أو عنف واقع على أعضاء التناسل ذاتها، أو عمل غسيل مهبلي. (هلالي، 1990، ص 77)

3- أعراض الإجهاض:

- نزيف دموي من الرحم والمهبل، وآلام أسفل البطن.
- نزول كمية من السائل (الأمينوس)، والذي يحيط بالجنين.
- تصاب المرأة المجهضة بآلام أسفل البطن وأسفل الظهر تشبه آلام الحيض، وذلك على فترات منتظمة، وقد تشتد أحياناً فتشبه آلام الولادة في أدوارها الأولى يرافقها إحساس بالرغبة في التقيؤ.
- ظهور إفرازات مخاطية ممزوجة بكميات من الدم، تكون في البداية على شكل متقطع، ثم لا تلبث أن تزيد إلى أن تظهر بقع من الدم الصافي، وقد يحدث النزيف الدموي بصورة قوية يؤدي إلى قذف محتويات الرحم إلى الخارج.

(فقيري، 2015، ص 98)

4-مضاعفات الإجهاض:

في تقرير للأكاديمية الأمريكية للعلوم أن حوالي 600 ألف امرأة، 99% منهن في الدول النامية، يتوفين سنوياً من الحمل حيث يشكل الإجهاض والأمراض المنقولة جنسياً خطراً حقيقياً على حياة هؤلاء النساء، والإجهاض سواء كان تلقائياً أو مفتعلاً، وفي أحسن الظروف الصحية، لا يخلو ولو نسبة قليلة من المضاعفات التي قد تحدث أثناء عملية الإجهاض أو بعدها مباشرة، وفي أحيان أخرى قد تحدث هذه المضاعفات بعد مرور فترة من الزمن، وتستمر آثارها لتترك بصماتها على صحة المرأة ونفسيتها في المستقبل، وتسمى مضاعفات لاحقة تبقى مدى الحياة.

ومن أهم المضاعفات الفورية التي ترافق الإجهاض، حدوث نزيف رحمي قد يستمر عدة أسابيع، ويسبب فقر الدم عند المرأة، نتيجة وجود بقايا متروكة وملتصقة بالرحم، وحتى يتضح السبب الحقيقي لهذا النزيف المزمن من المفروض إعادة الكشف على الرحم وفحص عيينة مما يحتويه، ومن المضاعفات اللاحقة للإجهاض أنه يسبب انقطاعاً نهائياً للطمث بسبب قحط البطانة الداخلية للرحم، أو عقماً دائماً بسبب الالتصاقات التي تتشكل حول الأنبوبين من جراء الالتهابات الحادة والمزمنة التي يسببها الإجهاض الملوث.

(مصطفى ، 2012، ص 19)

5-اسباب الإجهاض:

تتمثل الأسباب فيما يلي:

- خلل في جهاز المرأة التناسلي نتيجة لأمراض في الرحم مثل عيوب خلقية والأورام الحميدة وانقلاب الرحم وأمراض عنق الرحم نتيجة لتمزقه أغلبها بسبب ولادة عسيرة سابقة.
- أمراض عامة في الأم مثل داء البول السكري وأمراض الكلى المزمنة والزهري وأمراض الغدة الدرقية بزيادة إفرازها أو نقصانه وارتفاع شديد في ضغط الدم وبعض الصعبات الشديدة والإصابة بفيروس الهبرس والحصبة الألمانية.
- إصابة الأم بضربة أو حادثة أو سقوط من مكان عالي وتعتبر هذه الأسباب في مجموعها قليلة التأثير على الرحم الطبيعي إلا في حالات نادر.
- نقص هرمون البروجيترون يعتبرها الأطباء عاملا هاما في حدوث الإجهاض وخاصة المتكرر لأن لهذا الهرمون وظيفة هامة في تنمية غشاء الرحم الذي تغرز فيه البويضة المعلقة بجدار الرحم.

- الصدمة النفسية الشديدة مثل وفاة الزوج أو الإبن فجأة في حادث أو خوف فجائي شديد.
- الأدوية والعقاقير أهمها البروستاجلاندين وتليها مادة الأكسيتوسن ومنها الرصاص والكينا والكلوركوين. (قاقي، 2013، ص 55-56)

6- النظريات التي فسرت الإجهاض :

هناك عدد نظريات فسرت الإجهاض وهي:

1- **نظرية التلقيح:** فقد أوضح من الأطباء والفقهاء، بأن يبدأ حمل الجنين منذ بداية لحظة الإخصاب (تلقيح البويضة بالحيوان المنوي)، فقد تعتبر المرأة الحامل، بمجرد اتمام عملية التلقيح، وهي دون الحاجة لمرور فترة زمنية معينة ليتشكل فيها (الجنين)، أو يبلغ درجة معينة من النمو، وبناء عليه قد يتمتع الجنين بالحماية الجنائية، حتى ولو كان مجرد بويضة ملقحة، وأي اعتداء على الجنين في هذه المرحلة يشكل جريمة إجهاض معاقب عليها بموجب القانون. (الشرجي، 2018، ص 31-32)

2- نظرية الزراعة: وقد تختلف نظرية الزراعة عن نظرية التلقيح، بأن يبدأ الحمل عن طريق التصاق البويضة الملقحة في جدار الرحم، وليس عند إتمام البويضة الملقحة، وبالتالي.

ينبغي مرور مدة زمنية معينة حتي يبدأ حمل الجنين بعد إتمام عملية الإخصاب، بحيث تبقي البويضة الملقحة في قناة الرحم مدة (3) أيام، وقبل أن تنزل للرحم وتستقر فيه لمدة (13) يوماً، وبعد مرور هذه المدة مباشرة تلتصق بجدار الرحم وأي اعتداء عليه تصبح جريمة إجهاض. (منصور، 2001، ص 17)

3- **نظرية والتر كانون** :(Walter Cannon) الذي كشف في دراسته عن مصادر الضغوط (كالألم، الخوف، الغضب)، بأنها تسبب تغيراً في الوظائف الفسيولوجية للمرأة الحامل بسبب تغير في هرمونات الحمل ويرجع لإفرازات عدد من الهرمونات، أبرزها "الادرنالين" بسبب فترة الحمل والتوترات والانفعالات وخوفها الشديد عند تعرضها للإجهاض.

4-نظرية هانز سيلي :(Hans Selye) حيث يعتبر "سيلي" أول من تناول مفهوم الضغوط وعلاقتها بفسيولوجية الجسم، من خلال التركيز على عدد من الأمراض التي تحدث لأم خلال فترة الحمل، وكذلك دورها في إصابة المرأة الحامل عند تعرضها للانفعالات بعدد

كبير من الأمراض الخطيرة، مثل: (نزيف الدماغ، ارتفاع ضغط الدم، السكر، الأورام الليفية، الفشل الكلوي..... الخ). (الحبسي، 2015، ص 30-31)

7-أثر فقدان الجنين على نفسية المرأة:

7-1-القلق والتوتر:

ويكون عبارة عن حالة مستمرة وشاملة، تتسم بشعور مزعج، يمنع المرأة من التكيف والقيام بالأعمال اليومية أو المشاركة في الحياة، حيث تكون في حالة عصبية، مع كثرة الاهتمام بالأمور الصحية والعائلية، والدائمة التوقع السيئ، وسريعة الاستثارة من أبسط

المؤثرات الداخلية أو الخارجية، بردود أفعال عصبية وعنيفة، مصحوبة بأعراض جسيمة كالآلام العضلية، إضافة إلى شعورها بعدم الطمأنينة والاستقرار وضعف التركيز، وكل هذه الأحاسيس تؤثر كثيراً على حياة المرأة الأسرية والاجتماعية والعملية.

7-2-الغضب:

يلاحظ الغضب بشدة عند النساء اللواتي تعرضن للإجهاض العفوي المتكرر علماً أنهن لم يسبق لهن الولادة من قبل، فتصبح سلوكاتهن ذو طابع انفعالي شديد، وقد يتحول هذا الغضب إلى حزن فيما بعد.

7-3-الغيرة والشك:

إذ تلازم الغيرة والشك المرأة المجهضة التي لم تنجب من قبل، وذلك لرغبتها في امتلاك زوجها الذي فشلت في منحه الأبوة، مما يجعلها خائفة وقلقة من لجوئه إلى البحث في مجال آخر لتحقيق ما عجزت عن منحه إياه.

7-4-الإحباط:

وهو عبارة عن حالة من القلق والتوتر مصحوبة بالشعور بخيبة الأمل، تحدث عندما تعترض شخص ما عوائق لا يستطيع التغلب عليها، باستعمال خبراته السابقة وعاداته المألوفة، فالإحباط عبارة عن إحساس بالعجز في إشباع حاجة ما، أما المرأة التي تعاني من إجهاض المتكرر بالأخص من لم يسبق لها الإنجاب، ستعرض حتماً للإحباط الذي يعيق تحقيق رغباتها في الإنجاب، باعتبار هذا الأخير حلم كل امرأة متزوجة، من أجل إثبات مكانتها في المجتمع، علماً أن المرأة ترى في حملها قدرة على فعل يعجز عنه الرجل، مما يدل على أن الأمومة لها دافع نفسي في حياة المرأة، لأنه يهدف إلى تحقيق وبلوغ الكمال الأنثوي.

7-6-الخوف:

فالمرأة التي تعرضت للإجهاض يلازمها الخوف، وتكون تحت تأثيره من تكرار تجربة الحمل ثانية، وبالتالي فإن المرأة تميل إلى تعميم تجربتها السلبية على جميع التجارب المستقبلية، فيصبح الحمل خوفاً يلازمها فتتجنبه قدر المستطاع، اعتقاداً منها أنها تتجنب بذلك خيبة أمل مستقبلية.

7-6 -العقاب الداخلي:

ويظهر في معاقبة الذات كالامتناع عن الأكل والشرب، وفقدان الشهية والأرق أو السهر وإهمال الذات أو المظهر الخارجي. (تكوك، 2014، ص 81)

ثالثا: فوبيا الحمل

1. تعريف فوبيا الحمل:

لغة: يتكون مصطلح فوبيا الحمل من لفظين :فوبيا والحمل، فالفوبيا مشتقة من الكلمة اليونانية Phobos التي تعني الخوف الشديد أو الرعب المرضي، وهي تشير إلى حالة من الخوف غير العقلاني والمبالغ فيه تجاه موضوع أو موقف معين، بحيث يتجاوز حدود الخوف الطبيعي ويؤثر في التوافق النفسي والسلوكي للفرد(بلبكاي وفراحته، 2021، ص.30)

أما الحمل لغة فهو من الفعل "حَمَلَ"، ويُقصد به احتواء الرحم للجنين ونموه خلال فترة زمنية محددة إلى غاية الولادة .وعليه، فإن فوبيا الحمل لغة تعني: الخوف الشديد والمفرط المرتبط بحالة الحمل وما يتصل بها من تغيرات جسدية ونفسية وتجربة الولادة.

اصطلاحا: تعرف فوبيا الحمل، والتي يشار إليها في الأدبيات النفسية بمصطلح التوكوفوبيا (Tokophobia)بأنها اضطراب نفسي يتمثل في خوف مرضي ومفرط ومستمر من الحمل أو الولادة، يصاحبه قلق شديد وتجنب لفكرة الإنجاب أو رفض الحمل، حتى وإن كانت المرأة راغبة في الأمومة.((Louiba et nini, 2020,p. 314

كما تعرف بأنها حالة من القلق المرضي المرتبط بتوقع الألم، فقدان السيطرة، المضاعفات الطبية، أو الخوف من فقدان الجنين أو التعرض لتجربة صادمة أثناء الحمل والولادة وقد يظهر هذا الاضطراب لدى النساء اللاتي لم يسبق لهن الحمل (فوبيا أولية)، أو لدى نساء سبق لهن المرور بتجارب حمل أو إجهاض أو ولادة صادمة (فوبيا ثانوية).(Bougaffa et Oumelili, 2026, p.1669)

وفي سياق النساء المجهضات، تعد فوبيا الحمل استجابة نفسية دفاعية قد تنشأ نتيجة الخبرة الصادمة المرتبطة بفقدان الحمل، حيث تتشكل لدى المرأة تمثلات سلبية حول الحمل المستقبلي، مصحوبة بمشاعر الخوف، الترقب، وتوقع تكرار الفقد. (Louiba et nini, 2020, p. 316)

كما تعرف فوبيا الحمل أو التوكوفوبيا (Tokophobia) بأنها حالة نفسية مرضية تتمثل في خوف شديد وغير عقلاني ومستمر من الحمل أو الولادة، قد يدفع المرأة إلى تجنب الحمل أو الشعور بقلق بالغ عند التفكير فيه، رغم رغبتها المحتملة في الإنجاب (Hofberg & Brockington, 2000, p.84)

2. التطور التاريخي لمفهوم فوبيا الحمل:

يعد الخوف من الحمل والولادة من الظواهر النفسية القديمة التي رافقت المرأة عبر مختلف الحضارات، حيث ارتبط تاريخيا بالمخاطر الصحية المرتفعة التي كانت ترافق الحمل والولادة في ظل غياب الرعاية الطبية المتخصصة. فقد كانت الولادة تُنظر إليها في المجتمعات القديمة بوصفها تجربة محفوفة بالألم واحتمالات الوفاة أو فقدان الجنين، مما ساهم في ترسيخ مشاعر الخوف والقلق المرتبطة بها عبر الأجيال (بلبكاي وفراحته، 2021، ص. 35)

وخلال القرنين الثامن عشر والتاسع عشر، بدأ الاهتمام الطبي والنفسي بالخوف المرتبط بالحمل والولادة يظهر تدريجيًا، حيث تناولت الكتابات الطبية المبكرة مظاهر القلق الشديد لدى بعض النساء الحوامل، إلا أن هذه الحالات كانت تفسر آنذاك ضمن اضطرابات القلق العامة أو الهستيريا، دون اعتبارها اضطرابا نفسيا مستقلا (Hofberg & Brockington, 2000, p.84).

ومع تطور العلوم النفسية خلال القرن العشرين، بدأ الباحثون يلفتون الانتباه إلى خصوصية هذا النوع من الخوف، خاصة بعد ملاحظة وجود نساء يعانين من خوف مرضي شديد من الحمل والولادة رغم توفر الرعاية الطبية الحديثة. وقد شكل عام 2000 نقطة تحول بارزة في دراسة هذا المفهوم، عندما قدم كل من هوفبرغ وبروكنغتون وصفا علميا دقيقا لمفهوم التوكوفوبيا (Tokophobia) وعرفاه باعتباره حالة مرضية تتمثل في خوف غير منطقي وشديد من الحمل أو الولادة، قد يدفع المرأة إلى تجنب الحمل كليًا أو طلب الولادة القيصرية دون مبررات طبية (Hofberg & Brockington, 2000).

لاحقا، توسعت الدراسات النفسية والإكلينيكية لتصنيف فوبيا الحمل إلى نوعين رئيسيين: فوبيا أولية تظهر لدى النساء اللاتي لم يسبق لهن الحمل، وفوبيا ثانوية تنتج عن خبرات سلبية سابقة كالإجهاض أو الولادة الصادمة (O'Connell et al., 2017, p p.169-170).

وفي السنوات الأخيرة، ازداد الاهتمام بهذا المفهوم ضمن مجالات الصحة النفسية الإنجابية، حيث ركزت البحوث الحديثة على دراسة علاقته بالصدمة النفسية، واضطرابات

القلق، وتجارب الفقد والإجهاض، باعتباره أحد الاضطرابات النفسية المؤثرة في القرار الإنجابي والصحة النفسية للمرأة (Louiba & Nini, 2020, p.315).

3. الفرق بين فوبيا الحمل والخوف الطبيعي من الحمل والولادة:

إن كل من الخوف الطبيعي من الحمل والولادة وفوبيا الحمل (Tokophobia) استجابتين انفعالتين مرتبطتين بالتجربة الإنجابية، إلا أن بينهما فروقا جوهرية من حيث الشدة، والاستمرارية، والتأثير على الوظيفة النفسية والسلوكية للمرأة.

أولا: الخوف الطبيعي من الحمل والولادة:

الخوف الطبيعي هو استجابة انفعالية شائعة ومؤقتة تظهر لدى العديد من النساء عند التفكير في الحمل أو الاقتراب من الولادة، ويُعد جزءا من القلق التكيفي الذي يساعد على الاستعداد النفسي والجسدي للتجربة. هذا النوع من الخوف يكون محدود الشدة، مؤقتا، وقابلا للتخفيف عبر الدعم النفسي والمعلومات الطبية المطمئنة، ولا يؤدي عادة إلى تعطيل الحياة اليومية أو رفض الحمل بشكل كلي (Ryding et al., 2015, p.627).

كما يرتبط هذا الخوف غالبا بتوقع الألم أو القلق من المسؤولية الجديدة أو تغير نمط الحياة، لكنه يظل ضمن الحدود الطبيعية التي لا تصنف كاضطراب نفسي.

ثانيا: فوبيا الحمل (التوكوفوبيا):

أما فوبيا الحمل فهي حالة خوف مرضي شديد وغير عقلاني ومستمر من الحمل أو الولادة، يتجاوز حدود القلق الطبيعي ليصبح اضطرابا نفسيا يؤثر على السلوك والقرار الإنجابي. وقد يؤدي هذا الخوف إلى تجنب الحمل كليا، أو طلب إنهاء الحمل، أو الإصرار على الولادة القيصرية دون سبب طبي واضح (Hofberg & Brockington, 2000).

وتتميز فوبيا الحمل بأنها غالبا ما تكون مرتبطة باضطرابات نفسية أخرى مثل القلق العام أو الصدمة النفسية، خصوصا عند النساء اللاتي تعرضن لتجارب سابقة سلبية مثل الإجهاض أو الولادة الصعبة (Ayers et al., 2016, p.110).

ثالثا: أوجه الاختلاف بينهما:

- **الشدة:** الخوف الطبيعي خفيف إلى متوسط، بينما فوبيا الحمل شديدة ومفرطة.
- **المدة:** الخوف الطبيعي مؤقت، أما الفوبيا فمستمرة وطويلة الأمد.
- **الأثر الوظيفي:** الخوف الطبيعي لا يعطل الحياة اليومية، بينما الفوبيا قد تؤثر على القرار الإنجابي والعلاقات الزوجية.
- **المنطقية:** الخوف الطبيعي مرتبط بأسباب واقعية، بينما الفوبيا غالبا غير عقلانية ومبالغ فيها.
- **السلوك:** الخوف الطبيعي لا يؤدي إلى تجنب كلي، بينما الفوبيا قد تؤدي إلى تجنب الحمل أو رفضه بشكل كامل. (Ryding et al., 2015, p.629).

4. أنواع فوبيا الحمل وأشكالها:

تصنف فوبيا الحمل أو ما يعرف بـ التوكوفوبيا (Tokophobia) ضمن اضطرابات القلق المرتبطة بالإنجاب، وقد أشار الأدب النفسي إلى أنها ليست حالة واحدة متجانسة، بل تتخذ عدة أنواع وأشكال تختلف في أسبابها وشدتها وسياق ظهورها.

أ. فوبيا الحمل الأولية (Primary Tokophobia)

تظهر فوبيا الحمل الأولية لدى النساء اللاتي لم يسبق لهن الحمل أو الولادة، وغالبًا ما تبدأ في مرحلة المراهقة أو بداية الرشد. تتميز هذه الحالة بخوف شديد وغير مبرر من الحمل أو الولادة رغم عدم وجود تجربة سابقة.

وقد ترتبط هذه الفوبيا بسماع قصص سلبية عن الولادة، أو التعرض لمعلومات طبية مخيفة، أو اضطرابات قلق سابقة، أو خبرات طفولة سلبية (مثل الاعتداء أو الصدمات النفسية) (Hofberg & Brockington, 2000).

وتشير بعض الدراسات إلى أن هذا النوع قد يدفع المرأة إلى تجنب العلاقات الزوجية أو استخدام وسائل منع الحمل بشكل مفرط خوفا من الحمل (Nilsson et al., 2018, p.64).

ب. فوبيا الحمل الثانوية (Secondary Tokophobia):

تظهر فوبيا الحمل الثانوية لدى النساء اللاتي سبق لهن الحمل أو الولادة أو الإجهاض، حيث تتطور نتيجة تجربة إنجابية سلبية أو صادمة، ومن أبرز مسبباتها: الإجهاض المتكرر، الولادة العسيرة، التدخلات الطبية المؤلمة، أو فقدان الجنين، مما يؤدي إلى ترسيخ خوف مرضي من تكرار التجربة (Størksen et al., 2012).

ويعد هذا النوع الأكثر ارتباطا بالدراسات الحديثة حول الصدمة النفسية، حيث يُفسَّر غالبا على أنه استجابة نفسية لصدمة ولادية أو فقدان حمل سابق (Ayers et al., 2016, p.110).

ج. أشكال فوبيا الحمل حسب المظهر الإكلينيكي: يمكن أن تظهر فوبيا الحمل في عدة أشكال سلوكية ونفسية، أهمها:

- **الشكل التجنبي:** تقوم المرأة فيه بتجنب الحمل بشكل كامل، سواء عبر الامتناع عن العلاقة الزوجية أو الإفراط في استخدام وسائل منع الحمل.
- **الشكل القلقي (الوسواسي):** يتميز بقلق دائم وأفكار اقتحامية حول الحمل والولادة، مع مراقبة مفرطة للجسد والخوف المستمر من حدوث الحمل أو مضاعفاته.
- **الشكل المرتبط بطلب الولادة القيصرية:** تلجأ بعض النساء المصابات بفوبيا الحمل إلى طلب الولادة القيصرية بشكل مبالغ فيه لتجنب ألم الولادة الطبيعية أو فقدان السيطرة (Hofberg & Brockington, 2000).
- **الشكل المرتبط بالصدمة النفسية:** يظهر لدى النساء اللاتي يعانين من أعراض شبيهة باضطراب ما بعد الصدمة، مثل استرجاع أحداث الإجهاض أو الولادة السابقة بشكل قهري، مع تجنب كل ما يرتبط بالحمل (Ayers et al., 2016, p.111).

5. أسباب فوبيا الحمل والعوامل المساهمة فيها:

تعتبر فوبيا الحمل (التوكوفوبيا) ظاهرة نفسية متعددة الأسباب، إذ لا ترتبط بعامل واحد محدد، بل تنشأ نتيجة تفاعل معقد بين عوامل نفسية، اجتماعية، بيولوجية وتجارب حياتية سابقة، خاصة التجارب الصادمة المرتبطة بالحمل أو الإجهاض أو الولادة.

أ. **العوامل النفسية:** تعتبر العوامل النفسية من أهم الأسباب المؤدية إلى فوبيا الحمل، حيث يرتبط هذا الاضطراب بارتفاع مستوى القلق العام، وضعف القدرة على مواجهة الضغوط النفسية، إضافة إلى انخفاض تقدير الذات. كما أن النساء اللواتي يعانين من اضطرابات القلق أو الوسواس القهري يكن أكثر عرضة لتطوير خوف مرضي من الحمل والولادة (بلبكاي وفراحته، 2021، ص.38).

فامرأة تعرضت سابقا لنوبات قلق شديدة عند زيارة الطبيب، قد تطور خوفا مفرطا من الحمل بسبب تصورها أن الحمل سيعرضها لفقدان السيطرة النفسية أو الدخول في حالة ألم لا يمكن تحملها.

ب. **التجارب الصادمة السابقة (الإجهاض أو الولادة المؤلمة):** تعد التجارب السلبية السابقة، خصوصًا الإجهاض أو الولادة الصعبة، من أقوى العوامل المرتبطة بفوبيا الحمل. فهذه التجارب قد تترك أثرا نفسيا عميقا يتمثل في استرجاع الألم والخسارة، مما يؤدي إلى تشكل خوف مرضي من تكرار التجربة (Louiba & Nini, 2020, p. 320).

فامرأة تعرضت لإجهاض متأخر بعد معاناة صحية، قد تبدأ لاحقا في تجنب فكرة الحمل خوفا من تكرار فقدان الجنين أو المرور بنفس الألم النفسي والجسدي.

ج. **العوامل الاجتماعية والثقافية:** تلعب البيئة الاجتماعية دورا مهما في تشكيل التصورات حول الحمل والولادة. فالتعرض المستمر لقصص سلبية عن الولادة، أو نقل تجارب مؤلمة من

النساء الأخريات، أو المعتقدات الثقافية التي تضخم من صورة الألم والخطر، كلها عوامل تزيد من احتمالية ظهور فوبيا الحمل. (بلبكاي وفراحته، 2021، ص.39).

فمثلا نجد فتاة لم تتزوج بعد، لكنها سمعت من محيطها العائلي قصصا عن حالات وفاة أو ألم شديد أثناء الولادة، مما يجعل لديها خوفا مسبقا ومبالغا فيه من تجربة الحمل مستقبلا.

د. العوامل البيولوجية والهرمونية: تشير بعض الدراسات إلى أن التغيرات الهرمونية المرتبطة بالجهاز التناسلي قد تؤثر في استقرار المزاج، مما يجعل بعض النساء أكثر حساسية للقلق والخوف. كما أن الاستعداد الوراثي للاضطرابات القلقية قد يلعب دورا في زيادة قابلية الإصابة بفوبيا الحمل (بلبكاي وفراحته، 2021، ص.39).

هـ. ضعف الدعم النفسي والاجتماعي: غياب الدعم العاطفي من الزوج أو الأسرة أثناء تجربة الحمل أو بعد الإجهاض يزيد من حدة القلق والخوف، حيث تشعر المرأة بالعزلة وعدم الأمان النفسي، مما يعزز تطور الفوبيا (Louiba & Nini, 2020, p.321).

مثلا امرأة تعرضت للإجهاض ولم تتلق دعما نفسيا من زوجها أو أسرتها، مما جعلها تعيش التجربة كصدمة منفردة، وتطور لديها خوف من إعادة الحمل مستقبلا.

يمكن القول إن فوبيا الحمل ليست نتيجة سبب واحد، بل هي نتاج تفاعل بين عوامل نفسية داخلية وتجارب صادمة سابقة وضغوط اجتماعية وثقافية، إضافة إلى ضعف الدعم النفسي، مما يجعلها حالة معقدة تتطلب فهما شموليا عند الدراسة أو العلاج.

6. الأعراض والمظاهر الإكلينيكية لفوبيا الحمل (التوكوفوبيا):

تتجلى فوبيا الحمل في مجموعة من الأعراض النفسية والجسدية والسلوكية التي تعكس مستوى مرتفعا من القلق والخوف غير العقلاني المرتبط بالحمل والولادة. وتختلف شدة هذه الأعراض من امرأة لأخرى حسب الخبرات السابقة، خاصة في حالات الإجهاض أو التجارب الإنجابية الصادمة، حيث تصبح فكرة الحمل نفسها مصدر تهديد نفسي دائم.

أ. **الأعراض الانفعالية (النفسية):** تعتبر الأعراض الانفعالية من أبرز المظاهر الإكلينيكية لفوبيا الحمل، حيث تعاني المرأة من خوف شديد ومستمر من فكرة الحمل أو الولادة، مصحوبا بقلق مفرط وتوتر داخلي دائم. هذا الخوف لا يكون مرتبطا بحدث واقعي مباشر، بل يتغذى على توقعات سلبية مثل الألم الشديد أو فقدان السيطرة أو حدوث مضاعفات خطيرة، وغالبا ما يظهر هذا في شكل نوبات قلق عند الحديث عن الحمل أو مشاهدة نساء حوامل أو حتى عند زيارة طبيبة النساء، فقد تشعر امرأة سبق لها الإجهاض بنوبة بكاء أو تسارع في ضربات القلب عند سماع خبر حمل أحد قريباتها، لأنها تسترجع تلقائيا تجربة الفقد والألم.(Wijma and zar, 1998, pp.90-91)

ب. **الأعراض المعرفية (الأفكار والتصورات):** على المستوى المعرفي، تعاني المرأة من أفكار سلبية متكررة واقتحامية حول الحمل والولادة، مثل توقع الموت أثناء الولادة أو فقدان الجنين أو حدوث مضاعفات لا يمكن السيطرة عليها. (Blackmore et all, 2011, p.376)

كما تتميز هذه الأفكار بأنها غير منطقية لكنها قوية ومسيطرة على التفكير اليومي، وتظهر كذلك في شكل تضخيم للخطر المرتبط بالحمل، حيث تصبح المرأة غير قادرة على رؤية الجانب الطبيعي أو الآمن من التجربة الإنجابية، فامرأة قد ترفض فكرة الحمل لأنها تعتقد بشكل ثابت أن "كل حمل سينتهي بالإجهاض أو الألم"، رغم عدم وجود دليل طبي على ذلك في حالتها.(Nilsson and sjoblom, 2018)

ج. **الأعراض السلوكية:** تنعكس فوبيا الحمل على سلوك المرأة من خلال التجنب الواضح لكل ما يرتبط بالحمل والولادة. فقد تلجأ إلى استخدام وسائل منع الحمل بشكل مفرط، أو تجنب العلاقة الزوجية خوفا من حدوث حمل غير مرغوب فيه. كما قد ترفض زيارة الطبيب أو متابعة الصحة الإنجابية بسبب القلق الشديد، وفي بعض الحالات، قد تطلب المرأة تدخلات طبية غير ضرورية مثل الولادة القيصرية لتجنب الألم أو فقدان السيطرة،

فقد نجد أن امرأة متزوجة لكنها ترفض الحمل لسنوات رغم استقرار حياتها الزوجية، وتستخدم أكثر من وسيلة منع حمل خوفا من تكرار تجربة إجهاض سابقة. Størksen (et al., 2012).

د. **الأعراض الجسدية:** تظهر فوبيا الحمل أيضا في شكل أعراض جسدية ناتجة عن القلق المزمن، مثل تسارع ضربات القلب، التعرق، اضطرابات النوم، آلام المعدة، والشد العضلي. وقد تظهر هذه الأعراض عند مجرد التفكير في الحمل أو عند التعرض لمواقف تذكر به، فقد تعاني امرأة من أرق شديد واضطرابات في النوم كلما اقترب موعد الدورة الشهرية خوفا من احتمال حدوث حمل غير مخطط له، رغم استخدام وسائل منع الحمل.(Farren et all, 2016, p.122)

هـ. **الأعراض المرتبطة بالصدمة النفسية:** في الحالات المرتبطة بالإجهاض أو التجارب الصادمة، قد تترافق فوبيا الحمل مع أعراض تشبه اضطراب ما بعد الصدمة، مثل استرجاع ذكريات الإجهاض بشكل قهري، الكوابيس، وتجنب أي محفزات مرتبطة بالحمل، امرأة فقدت جنينها قد تتجنب المرور من أمام عيادة النساء أو مشاهدة صور الأطفال حديثي الولادة لأنها تثير لديها مشاعر الحزن والخوف في آن واحد.(Ayers et al., 2016, p.109)

يمكن القول إن الأعراض الإكلينيكية لفوبيا الحمل ليست مجرد خوف عابر، بل هي منظومة متكاملة من الأعراض الانفعالية والمعرفية والسلوكية والجسدية، تتداخل فيها الخبرات السابقة والتوقعات السلبية، مما يجعلها تؤثر بشكل مباشر على الصحة النفسية والقرار الإنجابي للمرأة

7. **التفسيرات النظرية لفوبيا الحمل (التوكوفوبيا):** تفسر فوبيا الحمل (Tokophobia) من خلال عدة مقاربات نظرية في علم النفس المرضي، حيث تختلف كل مقاربة في طريقة فهمها لأصل هذا الخوف وآليات تشكّله واستمراره. ويمكن عرض أهم هذه

التفسيرات كما يلي: (Tokophobia: A narrative review of etiology, prevalence, and treatment options, 2025, pp.150-154)

- **التفسير التحليلي النفسي (Psychodynamic Theory):**

يرى الاتجاه التحليلي النفسي أن فوبيا الحمل ترتبط بصراعات لاشعورية تعود إلى الطفولة المبكرة، حيث قد تتكون لدى المرأة مخاوف عميقة مرتبطة بالجسد الأنثوي، أو صورة الأم، أو العلاقة مع الأم نفسها. كما قد يفسر الحمل لا شعوريا كتهديد لفقدان السيطرة على الجسد أو كعودة رمزية لصدمات نفسية قديمة.

وفي حالات النساء المجهضات، يُنظر إلى فوبيا الحمل كآلية دفاعية لاشعورية لحماية الذات من تكرار الألم النفسي الناتج عن فقدان الجنين، حيث يتحول الخوف إلى وسيلة لتجنب إعادة تجربة الصدمة، فمثلا امرأة فقدت جنينها قد ترفض الحمل لاحقا دون سبب طبي واضح، لأن اللاشعور يربط الحمل بالألم والفقد بدلًا من الأمل.

- **التفسير السلوكي (Behavioral Theory):**

يفسر الاتجاه السلوكي فوبيا الحمل على أنها سلوك متعلم يتم اكتسابه من خلال التعلم الشرطي أو التعلم بالملاحظة. فمثلا، إذا ربطت المرأة بين الحمل والألم الشديد أو المضاعفات الصحية، فإن هذا الارتباط يصبح شرطا يؤدي إلى ظهور الخوف تلقائيا.

كما يمكن أن تكتسب الفوبيا من خلال مشاهدة تجارب سلبية لنساء أخريات أثناء الولادة، أو سماع قصص مؤلمة، مما يؤدي إلى تعزيز الاستجابة الخوفية.

- **التفسير المعرفي (Cognitive Theory):**

يركز التفسير المعرفي على دور الأفكار والتصورات الذهنية في تشكيل فوبيا الحمل، حيث ترى المرأة الحمل والولادة بطريقة مشوهة ومبالغ فيها من حيث الخطورة. فالأفكار السلبية التلقائية مثل "سأموت أثناء الولادة" أو "سأفقد طفلي" تؤدي إلى زيادة القلق وتثبيت الفوبيا.

كما أن الانتباه الانتقائي للمعلومات السلبية وتجاهل الجوانب الإيجابية للحمل يساهم في استمرار الاضطراب فمثلا امرأة تقرأ عن حالات نادرة من مضاعفات الولادة وتبني عليها اعتقادًا بأن كل حمل يشكل خطرا حتميا

- **التفسير البيولوجي العصبي (Biological Perspective):**

يفترض هذا الاتجاه أن فوبيا الحمل قد ترتبط بخلل في تنظيم استجابة القلق داخل الجهاز العصبي، خاصة في مناطق الدماغ المسؤولة عن الخوف مثل اللوزة الدماغية. كما قد تلعب العوامل الوراثية والهرمونية دورا في زيادة الاستعداد للقلق المرضي.

ويلاحظ أن بعض النساء أكثر حساسية فسيولوجيا للضغط النفسي، مما يجعلهن أكثر عرضة لتطوير استجابات خوف شديدة تجاه الحمل.

- **التفسير الاجتماعي الثقافي (Sociocultural Theory):**

يرى هذا الاتجاه أن فوبيا الحمل تتأثر بشكل كبير بالبيئة الاجتماعية والثقافية، حيث تلعب المعتقدات الشعبية، والتمثلات الاجتماعية حول الولادة، والخبرات المتداولة بين النساء دورا مهما في تشكيل الخوف.

كما أن غياب الدعم الاجتماعي أو وجود صور نمطية سلبية حول الحمل (مثل ربطه بالألم الشديد أو الخطر) يعزز من احتمالية تطور الفوبيا.

فمثلا، في بعض البيئات التي تبالغ في تصوير آلام الولادة، قد تنشأ لدى الفتيات غير المتزوجات مخاوف مبكرة ومفرطة من الحمل.

يتضح أن فوبيا الحمل ظاهرة متعددة الأبعاد، لا يمكن تفسيرها من منظور واحد فقط، بل هي نتاج تفاعل معقد بين العوامل النفسية اللاشعورية، والتعلم السلوكي، والتشوهات المعرفية، والاستعداد البيولوجي، والضغوط الاجتماعية والثقافية.

8. العلاقة بين الإجهاض وفوبيا الحمل (Tokophobia): تعتبر تجربة الإجهاض من أكثر الخبرات الإنجابية تأثيرا على الصحة النفسية للمرأة، إذ لا تقتصر آثارها على الجانب الجسدي فقط، بل تمتد إلى البنية الانفعالية والمعرفية، وقد تؤدي في بعض الحالات إلى ظهور فوبيا الحمل أو ما يُعرف بالتوكوفوبيا الثانوية. وتقوم هذه العلاقة على مبدأ أن الخبرة الصادمة تعيد تشكيل تمثلات المرأة حول الحمل والولادة، بحيث يتحول الحمل من تجربة طبيعية إلى مصدر تهديد وخوف مستمر.

- **الإجهاض كخبرة صادمة مهدِّدة للأمن النفسي:**

يعد الإجهاض، خاصة إذا كان متأخرا أو غير متوقع، حدثا صادما يمكن أن يسبب شعورا بالفقد، الذنب، والحزن العميق. وتشير الدراسات إلى أن النساء اللواتي تعرضن للإجهاض قد يُظهرن مستويات مرتفعة من القلق والاكتئاب واضطراب ما بعد الصدمة، مما يجعل الحمل اللاحق مرتبطا تلقائيا بالخوف من تكرار الفقد (Farren et al., 2016).

- **تشكل فوبيا الحمل كاستجابة شرطية للصدمة:**

وفق التفسير السلوكي، فإن الإجهاض يعمل كخبرة شرطية سلبية، حيث يرتبط الحمل في الذاكرة الانفعالية بالألم والفقد. ومع تكرار التفكير في هذه التجربة، تتعزز استجابة الخوف وتتحول إلى فوبيا الحمل.

وتؤكد الأبحاث أن النساء اللاتي تعرضن لإجهاض أو ولادة صعبة يكن أكثر عرضة لتطوير خوف مرضي من الحمل مقارنة بغيرهن (Størksen et al., 2012).

- **التمثلات المعرفية السلبية بعد الإجهاض:**

بعد الإجهاض، قد تتكون لدى المرأة أفكار تلقائية سلبية مثل: "لن يكتمل أي حمل"، أو "سأفقد كل جنين أحمله". هذه الأفكار المعرفية المشوهة تؤدي إلى تضخيم الخطر المرتبط بالحمل المستقبلي، مما يعزز القلق ويغذي فوبيا الحمل (Blackmore et al., 2011).

- **العلاقة بين الإجهاض واضطراب ما بعد الصدمة:**

تشير الأدبيات النفسية إلى أن بعض النساء بعد الإجهاض قد يعانين من أعراض شبيهة باضطراب ما بعد الصدمة، مثل استرجاع الحدث، الكوابيس، وتجنب المثيرات المرتبطة بالحمل. هذه الأعراض تمثل أرضية خصبة لتطور فوبيا الحمل، حيث يصبح الحمل المستقبلي محفزا مباشرا للقلق والذكريات المؤلمة (Ayers et al., 2016).

- **ضعف الدعم الاجتماعي وتفاقم الخوف:**

يلعب الدعم الاجتماعي دورا حاسما في التخفيف من آثار الإجهاض، وعند غيابه، تزداد احتمالية تحول الحزن إلى اضطراب قلق مزمن. فالمرأة التي لا تتلقى دعما من الزوج أو العائلة تكون أكثر عرضة لتطوير خوف مرضي من الحمل نتيجة الشعور بالعزلة وعدم الأمان النفسي (Neugebauer et al., 1997)، فعندها نجد إمرأة تعرضت للإجهاض ولم تتلق دعما عاطفيا من زوجها قد تبدأ في تجنب الحمل لاحقا خوفا من المرور بنفس التجربة دون سند نفسي.

يمكن القول إن العلاقة بين الإجهاض وفوبيا الحمل علاقة تفاعلية معقدة، حيث يشكل الإجهاض حدثا صادما يعيد بناء التصورات النفسية حول الحمل، ويؤدي إلى ظهور استجابات خوف مرضية لدى بعض النساء، خاصة في ظل غياب الدعم النفسي والاجتماعي.

9. آثار فوبيا الحمل على المرأة:

تعد فوبيا الحمل من الاضطرابات النفسية التي قد تترك آثارا واضحة على حياة المرأة النفسية والاجتماعية والزوجية، حيث لا يقتصر تأثيرها على مجرد الخوف من الحمل، بل يمتد ليؤثر في جودة الحياة والقرار الإنجابي والاستقرار النفسي. وقد أشارت الدراسات العربية إلى أن الحمل والولادة بحد ذاتهما يمثلان مرحلة حساسة مليئة بالضغوط النفسية والتغيرات الانفعالية، وهو ما قد يتضاعف عند وجود خوف مرضي من الحمل (بلبكاي وفراحته، 2021، ص.40).

- **الاضطرابات النفسية والانفعالية:**

من أبرز آثار فوبيا الحمل ظهور حالات قلق مزمن وتوتر مستمر، حيث تعيش المرأة حالة ترقب وخوف دائم من احتمال الحمل أو من فكرة الولادة. هذا القلق قد يتطور إلى نوبات هلع أو اضطرابات في النوم والمزاج، إضافة إلى الشعور بالضيق الداخلي وعدم الاستقرار النفسي.(عبابسة وبوحفص، 2022، ص.97)

وفي هذا السياق، تشير الدراسات إلى أن المرحلة الإنجابية بطبيعتها تحدث تغيرات نفسية لدى المرأة، مثل التقلب المزاجي والقلق، إلا أن هذه التغيرات تصبح أكثر حدة عندما تترافق مع خوف مرضي من الحمل (قريشي وبوزيدي، 2020، ص.60).

- **تأثيرات على السلوك الإنجابي:**

تؤدي فوبيا الحمل إلى سلوكيات تجنبية واضحة، مثل الامتناع عن الحمل لفترات طويلة أو استخدام مفرط لوسائل منع الحمل، وقد يصل الأمر إلى رفض فكرة الإنجاب بشكل كامل رغم وجود رغبة في الأمومة عند بعض النساء.

كما قد تدفع هذه الفوبيا بعض النساء إلى اتخاذ قرارات غير ضرورية طبيا مثل الإصرار على تدخلات طبية معينة لتجنب الحمل الطبيعي أو الولادة الطبيعية.(لعور وبوقرة، 2019، ص ص.70-71)

- **التأثير على العلاقة الزوجية والأسرة:**

تؤثر فوبيا الحمل سلبًا على الحياة الزوجية، إذ قد تُحدث توترا في العلاقة بسبب اختلاف الرغبة في الإنجاب أو بسبب القلق المفرط من الحمل. وقد يؤدي ذلك إلى صعوبات في التواصل بين الزوجين، خاصة إذا لم يتم فهم الحالة النفسية للمرأة بشكل صحيح. قد يفسر الزوج رفض زوجته للحمل على أنه رفض للأمومة، بينما هو في الحقيقة ناتج عن خوف مرضي مرتبط بتجربة إجهاض سابقة أو تصور سلبي عن الولادة.(بوشارب، 2021، ص.44)

- **الأثر الاجتماعي والعزلة النفسية:**

قد تدفع فوبيا الحمل المرأة إلى الانسحاب الاجتماعي أو تجنب النقاشات المتعلقة بالحمل والإنجاب، خاصة في المجتمعات التي تُعطي أهمية كبيرة للأمومة. كما قد تشعر المرأة بالضغط الاجتماعي أو الإحراج، مما يزيد من مستوى القلق لديها ويعمق الحالة.

وتشير إلى أن الضغوط الاجتماعية المرتبطة بالحمل والولادة قد تسهم في خلق أو تفاقم الضغوط النفسية لدى المرأة، بما في ذلك القلق والخوف.(عيساوي وبن شارف، 2018، ص.129)

- **تأثيرات على جودة الحياة والصحة النفسية العامة:**

بشكل عام، تؤدي فوبيا الحمل إلى انخفاض جودة الحياة النفسية، حيث تعيش المرأة حالة من التوتر المستمر والتفكير السلبي، مما قد يؤثر على تركيزها، عملها، واستقرارها العاطفي. كما قد ترتبط في بعض الحالات بأعراض اكتئابية نتيجة الضغط النفسي المستمر.

يمكن القول إن فوبيا الحمل ليست مجرد خوف عابر، بل حالة نفسية تؤثر بشكل شامل على المرأة من الناحية النفسية، السلوكية، الاجتماعية والزوجية، وتتفاقم عندما تتداخل مع تجارب صادمة سابقة مثل الإجهاض أو الولادة المؤلمة.(بوعزة، 2019، ص.83)

10. تشخيص وعلاج فوبيا الحمل (التوكوفوبيا):

تعد فوبيا الحمل (Tokophobia) من الاضطرابات القلقية المرتبطة بالصحة الإنجابية، ويعتمد التعامل معها على مرحلتين أساسيتين: التشخيص الدقيق الذي يهدف إلى تمييزها عن القلق الطبيعي، ثم التدخل العلاجي الذي يركز على تخفيف الأعراض وتحسين جودة الحياة النفسية للمرأة.

أولا: تشخيص فوبيا الحمل: يتم تشخيص فوبيا الحمل من خلال التقييم النفسي الإكلينيكي، حيث يعتمد المختص على المقابلة العيادية وتحليل الأعراض السلوكية والانفعالية والمعرفية

للمرأة. ولا يوجد اختبار مخبري محدد لهذا الاضطراب، بل يعتمد التشخيص على مجموعة من المعايير أهمها:

- **وجود خوف شديد وغير منطقي:** يتمثل في خوف مفرط من الحمل أو الولادة لا يتناسب مع الواقع الطبي أو درجة الخطورة الفعلية.
- **الاستمرارية والتكرار**: يكون الخوف مستمرا وليس مؤقتا، ويظهر في مواقف متعددة مرتبطة بالحمل أو حتى التفكير فيه.
- **التأثير على الحياة اليومية:** يؤدي إلى تعطيل واضح في السلوك الإنجابي أو العلاقات الزوجية أو الاستقرار النفسي.
- **السلوك التجنبي:** مثل الامتناع عن الحمل، أو استخدام مفرط لوسائل منع الحمل، أو تجنب العلاقة الزوجية.
- **استبعاد الاضطرابات الأخرى:** يجب التفريق بين فوبيا الحمل واضطرابات أخرى مثل اضطراب القلق العام أو اضطراب ما بعد الصدمة أو الوسواس القهري (Hofberg & Brockington, 2000).

مثال: امرأة متزوجة تعاني من قلق شديد عند التفكير في الحمل رغم عدم وجود مشكلة طبية، وتقوم بتجنب الحمل بشكل كامل بسبب خوفها من تجربة الإجهاض السابقة.

ثانيا: علاج فوبيا الحمل: يعتمد علاج فوبيا الحمل على مقاربة متعددة الأبعاد تجمع بين العلاج النفسي والدعم الاجتماعي، وأحيانا العلاج الدوائي في الحالات الشديدة.

- **العلاج المعرفي السلوكي (CBT):** يعتبر العلاج المعرفي السلوكي من أكثر الأساليب فعالية، حيث يهدف إلى:
  - تعديل الأفكار السلبية المرتبطة بالحمل (مثل الخوف من الموت أو فقدان الجنين)
  - تقليل السلوكيات التجنبية

- تدريب المرأة على مواجهة المثيرات تدريجيا بدل الهروب منها (Striebich, & Ayerle, 2018, p.114)

وقد أثبتت الدراسات أن إعادة بناء التفكير حول الحمل والولادة تساعد بشكل كبير في تخفيف أعراض القلق (Nilsson et al., 2018).

- **العلاج بالتعرض التدريجي:** يتم فيه تعريض المرأة تدريجيا للمثيرات المرتبطة بالحمل (مثل الحديث عن الولادة أو زيارة المستشفى) بطريقة آمنة، بهدف تقليل الاستجابة الخوفية مع الوقت.

- **الدعم النفسي والاجتماعي:**

يلعب الدعم العائلي والزوجي دورا مهما في العلاج، حيث يساعد على تقليل الشعور بالخوف والعزلة. كما أن التوعية الصحية حول الحمل والولادة تقلل من التصورات الخاطئة التي تغذي الفوبيا.(Rouhe, H., et al, 2015)

مثال: زوج يقدم دعما نفسيا لزوجته بعد الإجهاض من خلال مرافقتها للطبيبة ومناقشة مخاوفها بدل تجاهلها، مما يقلل من شدة القلق تدريجيا.

- **العلاج الدوائي (في الحالات الشديدة):** في بعض الحالات التي تترافق فيها فوبيا الحمل مع قلق شديد أو اكتئاب، قد يصف الطبيب أدوية مضادة للقلق أو مضادات الاكتئاب، لكن ذلك يكون تحت إشراف طبي صارم، وغالبًا يُستخدم كعلاج مساعد وليس أساسيا. (Webb et al, 2021)

- **التثقيف الصحي (Psychoeducation):** يهدف إلى تصحيح المعلومات الخاطئة حول الحمل والولادة، وتقديم صورة واقعية عن المخاطر والفوائد، مما يساعد على تقليل الخوف غير المبرر.(Striebich, & Ayerle, 2018, p.114)

يمكن القول إن تشخيص فوبيا الحمل يعتمد على تقييم نفسي شامل يركز على شدة الخوف وتأثيره على الحياة اليومية، بينما يعتمد العلاج على الدمج بين العلاج النفسي (خاصة

المعرفي السلوكي) والدعم الاجتماعي، مع إمكانية استخدام العلاج الدوائي في الحالات المتقدمة.

الفصل الثاني: الإطار المنهجي للدراسة

1- منهج الدراسة:

2- الدراسة الاستطلاعية:

3- حدود الدراسة:

4- حالات الدراسة:

5- أدوات الدراسة:

1-منهج الدراسة:

تجسيدا للبعد العيادي للدراسة، تم الاعتماد على المنهج الإكلينيكي بأسلوب دراسة الحالة، والذي إليه تشير كلمة عيادي جملة المعارف التي تكتسب عن طريق الملاحظة الحالات دون الاستعانة بوسائل البحث أو الضبط العلمي، وبهذا تتميز العيادة عن المخبر وعليه يتميز المنهج العيادي عن المنهج التجريبي. أول من عبارة المنهج العيادي العالم الأمريكي ويتمر والذي اعتبر أن للمنهج العيادي غايات عملية تكمن في علاج ووقاية الحالات.

يمكن تعريف المنهج العيادي بأنه المنهج الذي يعتمد على الملاحظة المعمقة للحالات والتعرف قدر الإمكان على ظروف حياتهم والحصول على تأويلات علمية لها (عبد الرحمن الوافي،2006، ص50).

إن المنهج العيادي هو المنهج الأكثر استخداما في علم النفس، ويستمد اسمه من علم النفس العيادي، ويفيد هذا المنهج في دراسة من يواجهون مواقف صعبة تسبب لهم مشكلات في التوافق أو اضطرابات السلوكية، فضلا عن دراسة الأشخاص العاديين أو المتفوقين عقليا والمبدعين، وكذا دراسة مختلف الظواهر النفسية دراسة معمقة وهو يعتمد أساسا على مجموعة من الأدوات.

وبناء على ما تقدم، تم تبني دراسة الحالة كوعاء منهجي لاستكشاف وتأويل الأبعاد النفسية الكامنة وراء الصدمة النفسية للإجهاض المتكرر وفوبيا اكتمال الحمل لدى عينة من النساء الحوامل، ضمن دراسة ميدانية عيادية أجريت بمستشفى سليمان عميرات

2- الدراسة الاستطلاعية:

تعتبر الدراسة الاستطلاعية بمثابة الحجر الأساس الذي يستند إليه الباحث لضمان سلامة مساره المنهجي؛ فهي توفر رؤية استشرافية للعملية البحثية وتسمح برصد الواقع الميداني وتحدياته مسبقا، مما يجنب الباحث الوقوع في الأخطاء أثناء الدراسة الأساسية.

وتتلخص أهداف هذا الإجراء الميداني في النقاط المنهجية الآتية:

1. التعرف المسبق على الظروف النفسية المحيطة بعملية التطبيق.
2. التحقق من الصلاحية التطبيقية لأدوات جمع المعطيات ورصد أي نقائص أو غموض يعتريها لتداركه.
3. اختيار عينة الدراسة وتحديدها بدقة بما يتوافق مع طبيعة الأعراض والسمات المراد دراستها.
4. رصد العراقيل المحتملة وتوفير بدائل منهجية وعيادية لها مسبقاً.
5. المقابلة بناء ألفة أولية وخبرة عملية في كيفية إدارة الحوار العيادي والتعامل مع الحالات المستهدفة.
6. الضبط الإجرائي للمتغيرات إضفاء مزيد من الدقة العلمية على المفاهيم والمتغيرات بناء على ما يعكسه الواقع.

3-حدود الدراسة:

- **الإطار المكاني:** : تم إجراء هذه الدراسة الميدانية في مستشفى سليمان عميرات بعد الحصول على التصريح بالزيارة من طرف جامعة محمد بوضياف بمسيلة.
- **الإطار الزماني:** تم إجراء الدراسة الميدانية في الفترة الممتدة من 19 افريل 2026 الى23 افريل 2026

- **الإطار البشري:** وفي هذا الإطار، تم تحديد مجتمع الدراسة واختيار عينة قصدية تتكون من ثلاث (03) حالات لإجراء الدراسة الأساسية، وذلك على مستوى مستشفى سليمان عميرات بالمسيلة.

4-مجموعة الدراسة:

حيث تم تحديد مجموعة الدراسة بطريقة قصدية واختيار ثلاث حالات للدراسة الأساسية وذلك بمستشفى سليمان عميرات.

6-أدوات الدراسة:

اعتمدت الدراسة على المقابلة والملاحظة.

6-1-المقابلة الإكلينيكية (العيادية) : عرفها حامد عبد السلام زهران على انها "الوسيلة الأولى في الفحص والتشخيص وهي علاقة اجتماعية مهنية وجها لوجه بين العميل والمعالج في جو نفسي امن" (حامد عبد السلام الزهران، ص169) اي انشاء الثقة المتبادلة بين الطرفين بهدف جمع المعلومات.

ويعرفها عطوف محمود ياسين على انها علاقة ' دينامية وتبادل لفظي بين شخصين او أكثر، الشخص الاول هو اخصائي الارشاد او توجيه او التشخيص ثم الاشخاص الذين يتوقعون مساعده نفسية محورها الامانة وبناء علاقة ناجحة' (ياسين عطوف محمود، ص 355).

هدفنا من المقابلة الإكلينيكية هو التغلغل في العمق النفسي للحالات والبحث عن اثار الصدمة النفسية الناتجة عن الإجهاض المتكرر، والتي تظهر بشكل جلي من خلال استثارة مشاعر القلق ، والشعور بضغوط الحياة وعدم القدرة على التكيف معها. ورصد الأفكار

الانشغالية والوساوس المرتبطة بالخوف من تكرار فقدان الجنين، والوقوف على اليات الدفاع النفسي التي تطبقها الحالات، وهو ما يخدم أهداف دراستنا الحالية بشكل مباشر.

6-2- مقياس أعراض ما بعد الصدمة (الاضطراب الناتج عن تجربة الإجهاض):

- **المعد الأصلي** :وايس ومارمر، 1997، (**Weiss & Marmar, 1997**) Weiss, D. S., & Marmar, C. R. (1997). The Impact of Event Scale—Revised. In J. P. Wilson & T. M. Keane (Eds.), *Assessing psychological trauma and PTSD* (pp. 399–411). The Guilford Press.

الوصف :يتكون من 22 فقرة موزعة على ثلاثة أبعاد: (الأفكار الاقتحامية، التجنب، والاستثارة الفسيولوجية).

- **المرجع العربي (التقنين):**

تم تعريبه وتقنينه في عدة بيئات عربية، ومن أشهر الدراسات التي اعتمدت عليه وأثبتت خصائصه السيكومترية:

- **دراسة** :غريب، عبد الفتاح غريب". (2001) مقياس أعراض ضغوط ما بعد الصدمة"، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- **دراسة** :بشير، معمر". (2012) الخصائص السيكومترية لمقياس تأثير الحدث المعدل في البيئة الجزائرية"، مجلة دراسات نفسية وتربوية.

مقياس تأثير الحدث المعدل(IES-R)

الغرض :هو مقياس يقيس أعراض ما بعد الصدمة الناتجة عن (الإجهاض).

طريقة التصحيح :تختار المفحوصة درجة من (0 إلى 4) بناءً على شعورها خلال الأسبوع الماضي: (0)

أبداً: 0

قليلاً: 1

متوسط: 3

دائماً: 4

يعتمد المقياس على حساب المتوسطات أو الدرجة الكلية لتحديد شدة أعراض ما بعد الصدمة.

1-طريقة حساب الدرجات:

- يتم إعطاء درجات من (0 إلى 4) لكل فقرة.
- الدرجة الكلية القصوى 88 درجة.

2-الأبعاد الفرعية (مهمة للتحليل العميق):

يمكنك تقسيم النتائج لمعرفة أي جانب هو الأكثر تأثراً لدى النساء المجهضات:

- **بعد الاقتحام :(Intrusion)** يتكون من الفقرات(1، 2، 3، 6، 9، 14، 16، 20.)
- **بعد التجنب :(Avoidance)** يتكون من الفقرات(5 ، 7، 8، 11، 12، 13، 17، 22)
- **بعد الاستثارة :(Hyperarousal)** يتكون من الفقرات :(4، 10، 15، 18، 19، 21)

3-تصنيف المفحوصين نقاط القطع: Cut-off Points

- **من 0 إلى 23** :أعراض طبيعية أو خفيفة جداً (لا تشكل اضطراباً).

- **من 24 إلى 32** :أعراض متوسطة (تستدعي الانتباه، وهي بداية القلق السريري).
- **من 33 إلى 38** :أعراض شديدة) مستوى تشخيصي محتمل لاضطراب ما بعد الصدمة.(PTSD
- **39فأعلى** :أعراض حادة جداً (تستدعي تدخلاً علاجياً فورياً).

6-2-1-الهدف من استخدام المقياس في الدراسة:

يستخدم هذا المقياس في الدراسة لتحقيق الأهداف السيكومترية والكلينيكية التالية:

قياس مدى شدة أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة (PTSD) الناتجة تحديدا عن خبرة "الفقد" المتمثلة في الإجهاض لدى النساء مجموعة الدراسة.

تصنيف استجابات المبحوثات بدقة وفق نقاط للتعرف على مستويات الأعراض (طبيعية، متوسطة، شديدة، حادة جدا) وتحديد النسبة التي تستدعي تدخلا علاجيا فوريا.

الكشف عن الأبعاد الأكثر تأثرا وبروزا لدى النساء المجهضات من خلال تحليل الأبعاد الفرعية الثلاثة للمقياس:

- الأفكار الاقتحامية: لمعرفة مدى سيطرة الذكريات والصور المؤلمة للحدث على وعي المرأة بشكل لا إرادي.
- التجنب: لقياس المحاولات السلوكية والمعرفية لتجنب المثيرات المرتبطة بتجربة الإجهاض.
- الاستثارة الفسيولوجية: لتحديد مستوى اليقظة الزائدة والتوتر العضلي والانفعالي الناتج عن الصدمة.

6-3- مقياس ويجما لتوقعات الولادة (W-DEQ) النسخةA

تصحيح مقياس ويجما لتوقعات الولادة (W-DEQ) النسخةA

طريقة حساب الدرجات:

- يتكون المقياس من 33 فقرة، تُحسب على مقياس ليكرت من (0 إلى 5).
- الدرجة الكلية القصوى 165 درجة.

الفقرات العكسية:

هناك فقرات إيجابية (مثل: أشعر بالثقة، أشعر بالفرح). هذه الفقرات يجب عكس درجتها قبل الجمع (أي إذا اختارت المفحوصة 5 تصبح 0، وإذا اختارت 4 تصبح 1.. وهكذا).

الفقرات التي تعكس عادة2(، 3، 6، 7، 8، 11، 12، 15، 19، 20، 24، 25، 27، 31.)

3-تصنيف المفحوصين (حسب معايير ويجما):

- **أقل من 37 درجة** :خوف منخفض جداً أو انعدام الرهاب.
- **من 38 إلى 65** :خوف معتدل (طبيعي لدى أغلب الحوامل).
- **من 66 إلى 84** :خوف شديد (بداية حالة الرهاب).
- **85درجة فأعلى** :رهاب الحمل السريري(Clinical Tokophobia) ؛ هنا تعاني المرأة من خوف مرضي يعيق قرارها في الحمل مجددا.

6-3-1-الهدف من استخدام المقياس في الدراسة:

يستعان بهذا المقياس في البحث الحالي لتحقيق الأهداف التالية:

- قياس مستوى وتقييم التوقعات المعرفية والانفعالية للمرأة تجاه تجربة الولادة المستقبلية.
- الكشف عن مستويات القلق والوجل المرتبط بالولادة، وتصنيف النساء (وفق معايير ويجما) لمعرفة من تعاني من خوف طبيعي معتدل، ومَن دخلت في حيز "الخوف الشديد" أو الرهاب المرضي الذي يؤثر على جودة حياتها وصحتها النفسية.
- معرفة مدى تأثير خبرة الإجهاض السابقة (وما صاحبها من أعراض صدمية) على تشكيل "توقعات سلبية أو مخاوف حادة" من تجربة الولادة القادمة، وبالتالي فهم الديناميكية النفسية التي تربط بين صدمة الفقد السابقة والرهاب الحالي.

الفصل الثالث: عرض نتائج الدراسة

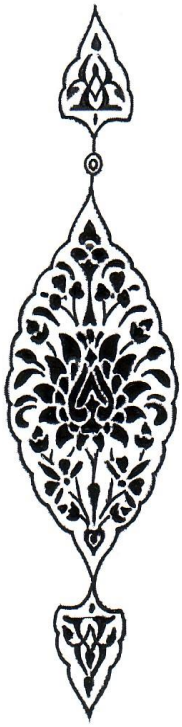
1-عرض الحالة الأولى تحليلها ومناقشتها.

2- عرض الحالة الثانية تحليلها ومناقشتها.

3- عرض الحالة الثالثة وتحليلها ومناقشتها

4- الاستنتاج العام للحالات.

5-مناقشة النتائج في ضوء الفرضيات.



2-عرض الحالة الأولى تحليلها ومناقشتها:

الحالة الأولى

البيانات الشخصية

- **الاسم:** ح.
- **العمر:** 40 سنة.
- **الحالة المعيشية:** متوسطة.
- **المهنة:** ربية بيت.
- **عدد الاجهاضات:** 5 اجهاضات.
- **عدد الأولاد:** 2.

ملخص المقابلة:

الحالة امرأة متزوجة تبلغ من العمر خمسة وعشرين سنة، تعيش في مسكن عائلي مشترك (امتداد عائلي) يضم الزوج، "الشيخ والعجوز"، والإخوة المتزوجين (السلاف). تشير الحالة إلى وجود علاقة إيجابية وتفاهم كبير يربطها بوالدة زوجها، في حين تشوب علاقتها بـ "سلافها" صراعات ومشاكل مستمرة ومحاولات للتحريض ضدها، مما جعل بقاءها في البيت العائلي نوعاً من التحدي والدفاع عن مكانتها حيث صرحت: ("راني قاعدة عند عجوزي زكارة في سلافي"). في المقابل، تحظى الحالة بسند زواجي قوي؛ إذ تبين أن زوجها يدعمها باستمرار ويشيد بها أمام أهله ويقف في صفها في مواجهة الخلافات.

أما عن تاريخها الإنجابي، فللحالة خمسة أولاد، وهي حاليا حامل في الشهر الرابع بتوأم؛ إلا أن الفحص كشف عن وضعية صحية ونفسية حرجة جداً، نظراً لأن أحد التوأمين متوفى داخل الرحم والآخر ما زال حيا.

بالعودة إلى التاريخ التطوري والطفولي للمفحوصة، يظهر أنها عاشت طفولة سوية في كنف عائلة مستقرة؛ إذ تصف علاقتها بوالديها وإخوتها بالممتازة والمشحونة بالحب. كما تصف سمات شخصيتها في الطفولة بأنها كانت تتمتع بالتنشئة الصالحة والقدرة على إثبات الذات والدفاع عن حقوقها بقوة ("منيش عاقلة بزاف ونجيب حقي")، لتميل شخصيتها نحو الهدوء والرزانة بعد النضج والتقدم في السن.

عانت المفحوصة من سلسلة صدمات نفسية متتالية جراء تعرضها لثلاثة إجهاضات متكررة، حيث كان الإجهاض الأول في الشهر السابع من الحمل (بعد إنجاب طفليها الأولين)، وحاولت حينها التكيف والمواساة الذاتية عبر اليات دينية واستسلامية لتبني تفاؤلا بالحمل الموالي.

إلا أن الحدث الصادم العنيف تجلى في تجربة الإجهاض الثاني (توأم)؛ حيث أخبرها الطبيب بعدم صلاحية الحمل ووجوب إسقاطه، وتم حقنها بإبرة اصطناعية لتبدأ عملية الإجهاض في المنزل دون رعاية طبية مباشرة. وصفت الحالة هذه التجربة بالصدمة البصرية والمشهدية القاسية جراء رؤيتها لتدفق الدماء والكتل الكبيرة واصفة المشهد بـ ("تشوكيت شعل، شفت ولادي يطيح مني هذاك مشهد ملراحش من بالي").

وقد ترتبت على هذه الصدمة البصرية أعراض "تثبيت ذهاني مخفف" واستجابة هلع حادة تمثلت في هلوسات بصرية وتعميم للمثير الصادم (الدم)، حيث أصبحت ترى كل شيء محيط بها بلون الدم (السرير، السيروم)، وامتنعت عن شرب الماء لاعتقادها بوجود دم فيه، بل وامتدت الاستجابة الصدمية لتعطل غريزة الأمومة مؤقتا وعجزها عن تقديم المساعدة لابنتها عند سقوطها ونزفها نتيجة الفوبيا والذهول الصدمي الذي تملكها. تلى ذلك إجهاض ثالث بعد شهر ونصف من الحمل، مما أوصلها إلى حالة من الإنهاك الجسدي والنفسي العالي والتخلي عن الرعاية الذاتية نتيجة مشاعر اليأس.

أما الحدث الصادم الثاني والأخير، فكان طبيا في المستشفى خلال الشهر السابع من حمل آخر، حيث تعرضت المفحوصة لخطأ وإهمال مهني بعد إدخالها فجأة لغرفة العمليات الجراحية وإعلامها بتوقف نبض الجنين وضرورة استئصال الرحم أو الإجهاض دون تهيئة نفسية، لتستيقظ بعد التخدير والشق الجراحي وتكتشف أن رحمها وجنينها سالمان ولم يتم تدارك أي طارئ؛ مما فجر لديها شحنة من الغضب والانفعال العارم جراء المباغتة الطبية والخوف الحاد الذي عايشته ("غاضتني الخلعة لي مدوهالي وشوكاوني بلا ميشاوروني").

أدت هذه الصدمات المتكررة إلى "هدم البنية النفسية للحالة" بشكل شبه كامل، وتغيرت معالم سلوكها نحو العصبية الشديدة، سرعة الاستثارة والانفعال، وتفضيل العزلة والانسحاب الاجتماعي. تظهر على الحالة بوضوح أعراض فوبيا الحمل الحالي والخوف المرضي المستمر من تكرار الإجهاض والوساوس المصاحبة له ("ضرك راني نضال موسوسة نقول ضرك نطيّش").

اجترار الذكريات الصدمية المفاجئة المرتبطة بإجهاض التوأم، حيث تنتابها حسرة قلبية وضعف جسدي مفاجئ بمجرد تذكر الحادثة ("تجيني الفسخة في قلبي... تشدني الفشلة"). كما تعاني من كوابيس ليلية متكررة برؤية الموتى وتمثيلهم كأطفالها المفقودين، وتبنيها لالية "التجنب" كدفاع نفسي لرفض الحديث عن الموضوع.

فقدان الشغف والاهتمام بالأنشطة اليومية والمنزلية (كالطهي والتنظيف) لارتباطها شرطيا بالخوف من الإجهاض، حيث تعتقد أن المجهود البدني هو السبب في فقدان أجنّتها. بالإضافة إلى العزلة التامة وإغلاق هاتفها والنفور من الضيوف لتجنب الضغوط والأسئلة المجتمعية الموجهة نحوها.

اضطرابات حادة في النوم، تسارع ضربات القلب (خفقان) يستثار مباشرة عند التذكر، ومراقبة وسواسية دائمة لتغيرات جسدها.

تواجه المفحوصة لوما وضغوطا قاسية من المحيط الخارجي عبر مقارنتها بنساء أخريات ("شوفي نساء كيفاش رافدين وبولادهم ونتي ضالي تتعزي")؛ والأسوأ من ذلك تعرضها لـ "الوصم المجتمعي والتشكيك في قدرتها الأنثوية" عبر ترويج شائعات حول استئصال رحمها وكذبها بشأن الحمل، مما جعل قيمتها وصحتها النفسية مهددة ومرتبطة بضرورة الإنجاب لإسكات الألسن الخبيثة وإثبات ذاتها، رغم محاولة والدة زوجها طمأنتها بأن أولادها الخمسة كافون.

تحليل المقابلة:

تكشف القراءة العيادية التكاملية لهذه المقابلة عن بنية نفسية تعاني من اضطراب كرب ما بعد الصدمة المعقد والمتراكم، منغرس في تاريخ إنجابي مأساوي يتسم بالفقدان المتكرر للأجنة وصدمة التشوهات الإدراكية البصرية؛ فالحالة أم لخمسة أولاد وهي حالياً في الشهر الرابع من حمل توأمي معقد (جنين حي وجنين ميت). بالعودة لسماتها الشخصية وطفولتها، تصف نفسها بأنها كانت طفلة متمردة وقادرة على انتزاع حقها ("منيش عاقلة بزاف ونجيب حقي") قبل أن تميل للامتثال والهدوء عند الكبر، لتدخل في سن الـ 25 نسقا زواجيا متميزا بدعم زوجي مطلق وحماية قوية في مواجهة غيرة وصراعات سلفاتها ("زكارة في سلافي")، واللواتي حاولن مراراً تخريب علاقتها المتميزة مع حماتها، غير أن هذا الدعم الأسري واجهه تاريخ صدمي عنيف تمثل في ثلاثة إجهاضات متتالية لتوائم؛ الصدمة الأولى تمثلت في فقدان توأم في الشهر السابع، بينما شكلت الصدمة الثانية (المؤسسة للرعب البصري) منطلقا لاختلال الإدراك المعرفي، فبعد خضوعها لحقنة الإجهاض الطبية رأت ولادها يسقطون منها ككتل دموية، وهو المشهد التراجيدي الذي أحدث "تثبيتا صدميا بصريا، حيث تلوثت شاشتها الإدراكية باللون الأحمر وباتت ترى كل شيء دماً (السرير، السيروم، الماء) لدرجة العجز عن إنقاذ ابنتها التي نزفت أمامها بسبب فوبيا الدم الصدمية. وتعمقت هذه المعاناة بـ صدمة طبية نسوية ثانية في المستشفى (في الشهر السابع من حمل آخر)، حيث تم تخديرها وشق بطنها جراحيا بداعي توقف نبض الجنين واستئصال الرحم، لتستيقظ وتكتشف أن الأمر مجرد خطأ طبي جسيم أدى إلى "هز نرجسي وخلعة حادة" وفقدان للأمان تجاه الفضاء الاستشفائي.

ينعكس هذا التراكم الصدمي عياديا من خلال لوحة اضطرابات نفس–جسدية صريحة، تتجلى في الأرق الحاد، خفقان القلب المتسارع المرتبط شرطيا بتذكر الإجهاضات، والمراقبة الهوسية والارتيابية الدائمة للجسد، ممتزجة بمشاعر ذنب حادة حيث تحمل نفسها مسؤولية الفقدان ميكانيكيا بسبب إفراطها في الأشغال المنزلية الشاقة (غسل الحوائط والطبخ) كآلية "تكفير عن الذنب" أو كإنكار للاعتلال البيولوجي، وتصل بها الاستثارة الفائقة إلى إفراغ شحنات العصبية والتقلق على أطفالها. وتظهر الملامح الاكتئابية التفاعلية بوضوح عبر فقدان الشغف الشامل بالأنشطة التي كانت تحبها (الترتيب والطبخ)، ورفضها القاطع لاستقبال الضيوف، وميلها الحاد للانعزال والوحدة؛ ولمواجهة هذه الضغوط الاجتماعية المحيطة بأسئلة الناس المقارِنة والجارحة ("لاه تزيدي")، والشائعات النسقية التي تدعي استئصال رحمها ("تحولها رحمها وغير تكذب")، تفعل الحالة آليات دفاعية قائمة على الكبت، والتكتم الشديد، والتجنب الرفضي للحديث، حيث تقوم بغلق هاتفها والانسحاب تماما من الغاشي، بينما تهاجمها الصدمة لاشعوريا عبر كوابيس وأحلام الموتى الذين تتماهى معهم كأجنتها المفقودة. تقع الحالة حاليا في الشهر الرابع تحت وطأة "قلق وجودي ورهاب فقدان "يرتبط بعامل السن والخوف من انقطاع القدرة الإنجابية، حيث تعيش رعبا يوميا متوقعا للإجهاض ("ضرك نسيح")، ويتحول غرفتها والمستشفى إلى مثيرات صدمية تفجر "الفسخة والفشلة" في جسدها، مما يجعل حياتها متوقفة كليا على تجاوز خطر هذا الشهر حسب وعود طبيبها، وبناء رغبتها النرجسية في إنجاب "أخ وأخت" لإسكات الألسنة الاجتماعية السامة وإعادة ترميم هويتها الأمومية المهدمة، وهو ما يستدعي تكفلا نفسيا عاجلا يركز على إزالة الحساسية لمعالجة الصدمة البصرية للدم والخطأ الطبي، وإعادة الهيكلة المعرفية لخفض التوتر وتأمين استمرار حملها التوأمي الحالي

نتائج مقياس ويجما لتوقعات الولادة (W–DEQ) (النسخةA قياس الرهاب)

الدرجة الكلية للحالة 93 :درجة (من أصل درجة قصوى تسجل 165).

حسب معايير دليل التصحيح، فإن الدرجات من 85فما فوق تصنف ضمن فئة "رهاب الحمل السريري" ، حيث تعاني المرأة من خوف مرضي يعيق قرارها في الحمل مجددا.

التفسير: يوضح النطاق الرقمي المحصل عليه (93 درجة) أن الحالة تعاني من مستوى حاد ومرضي جدا من رهاب الحمل، متجاوزة عتبة التشخيص الإكلينيكي بوضوح (8 درجات فوق نقطة القطع). ويعكس هذا المؤشر الإحصائي سيكولوجيا المقاومة الشديدة و"الرعب الوجودي" المرتبط بعامل السن وخوفها القاتل من فقدان التوأم الحالي، حيث يترجم هذا الرهاب ديناميكيا في "عقدة تجاوز الشهر الرابع" التي حددها لها الطبيب كعتبة للأمان، ممّا يفسر حالة الذعر اليومي وتوقع الإجهاض الحتمي كوسيلة دفاعية لحماية نرجسيتها من فاجعة فقدان جديدة.

نتائج مقياس أعراض ما بعد الصدمة(PTSD)

الدرجة الكلية للحالة 81 :درجة (من أصل درجة قصوى تسجل 88).

حسب معايير دليل التصحيح، فإن الدرجات من 39فما فوق تشير إلى "أعراض حادة جدا تستدعي تدخلا علاجيا فوريا"

التفسير :سجلت الحالة درجة حرجة جدا وقريبة من السقف الأعلى للمقياس (88/81)، وهي درجة تفوق عتبة الحالات الحادة جداً بأكثر من الضعف (بفارق 42 درجة فوق نقطة القطع). يعكس هذا المؤشر الإحصائي شدة قصوى وتأصلاً عميقاً لأعراض الكرب العيادي المعقد المنغرس في الأبعاد الثلاثة للمقياس.

2-عرض الحالة الثانية تحليلها ومناقشتها:

الحالة الثانية

البيانات الشخصية

أ- البيانات الشخصية حول الأم

1. اسم الأم: ص.
2. السن: 45 سنة.
3. عدد الاجهاضات: 4.
4. الحالة الاجتماعية: متزوجة
5. المستوى الاقتصادي: متوسط.

ملخص المقابلة:

المفحوصة (ص) تبلغ من العمر خمسة وأربعين سنة (45 سنة). تزوجت في حياتها مرتين؛ حيث استمر زواجها الأول لمدة سبع سنوات وانتهى بالطلاق نتيجة الضغوط الممارسة عليها واتهامها بالعقم، حيث صرحت: ("قالي راكي متضنايش"). بعد ذلك، ارتبطت بزوجها الثاني الحالي، والذي يكبرها بـ سبعة وعشرين سنة (فارق سن كبير)، وتعيش معه في مسكن مستقل مفرصن عائليا؛ إذ وصفت نمط حياتها بـ ("عايشة وحدي").

بالعودة إلى التاريخ الطفولي والأسري للحالة، يتبين أنها نشأت في بيئة أسرية ممتدة ومعقدة التركيب؛ فالأب متزوج من امرأتين وله ستة عشر ولدا (16). بالرغم من هذا العدد الكبير من الأبناء، إلا أن المفحوصة تميزت بمكانة خاصة وأمن نفسي متميز في طفولتها، مستمدة ذلك من عاطفة الأب واهتمامه الرعائي المباشر حيث أكدت: ("أنا المفضلة نتاعو")، ووصفت سمات شخصيتها في تلك المرحلة بالهدوء والامتثال للنظام الأسرى وسعة الصدر ("عشت عاقلة").

تعاني المفحوصة من تاريخ إنجابي قسري وصادم تمثل في تعرضها لأربعة إجهاضات متكررة وفقدان مستمر للأجنة. يتلخص مسارها الإنجابي في خمس محاولات سابقة: الحمل الأول والثاني انتهيا بالإجهاض، الحمل الثالث كلل بالنجاح (أنجبت منه)، بينما عاد الحملان الرابع والخامس لينتهيا بالإجهاض مجدداً. أما حالياً، فالحالة تعيش تجربة حمل سادس غير

مأمون ومهدد بالانتهاء، لارتباط اضطراب الإجهاض لديها بعتبة زمنية حرجة ومحددة وهي بلوغ الحمل شهرين، حيث صرحت: ("ديما نتيش في شهرين").

تعتبر تجربة الحمل الأولى (توأم) هي الحدث الصادم المؤسس لمعاناتها النفسية؛ إذ وصفتها بأنها كانت تجربة شديدة المشقة والقسوة الإكلينيكية، حيث تشكل لديها ترقب قلق مرضي وربط شرطي بالزمن وصفت أبعاده بقولها: ("وين نلحق شهرين نحسبها بنهار يصرا اجهاض")؛ مما يفسر حدوث تثبيت صدمي عند هذه الفترة الزمنية من الحمل (الشهر الثاني). وبالرغم من أن المحيط الأسري (أهلها وزوجها) يظهر مستوى عالٍ من الدعم والتفهم لوضعها، إلا أن هذا المسار الإنجابي المجهد ترك ندوباً غائرة في بنيتها النفسية.

تؤكد المعطيات العيادية أن تكرار فقدان الأجنة أحدث تدهوراً واضحاً في التوازن النفسي للمفحوصة، مسببا لها أعراضا واضحة تنضوي تحت خانة الصدمة النفسية وفوبيا الحمل، وتتوزع أعراضها إكلينيكياً كالاتي

تعاني المفحوصة من اجترار دائم للذكريات الصدمية ، والتي تستثار ديناميا في المناسبات الاجتماعية، أو عند معاينة نساء حوامل في محيطها الخارجي، حيث تظهر لديها رغبة إسقاطية وتمن بأن تحظى بحمل سليم ومكتمل ومماثل لهن ("نحب نكون كيما هي"). وتتضاعف هذه الشحنة الانفعالية بالنظر إلى سياق عائلتها الكبيرة، حيث تتواجد حالياً تسع (9) نساء حوامل في نفس الوقت، مما يشكل لها مثيراً مقارناً ومستفزاً للاستجابة القلقة. تظهر لدى الحالة كذلك مشاعر "تأنيب الضمير" والذنب واللوم الذاتي حول فقدان الأجنة، ترافقها وساوس وتوقعات تشاؤمية حتمية بالإجهاض في كل تجربة حمل جديدة.

أبدت المفحوصة مظاهر عيادية واضحة لـ "الاضطراب الاكتئابي التفاعلي" تمثل في فقدان الشغف التام بالأنشطة الحياتية والتفاعلات الاجتماعية التي كانت تسعدها سابقاً كالتنزه، المحادثة والعمل ("فقدت شغف في حوايج ياسر في لخرجا في لقصرة في لخدمة في كلش"). كما تنحو الحالة بشكل حاد نحو الانسحاب الاجتماعي والإنكار وتفضيل العزلة والوحدة

المفروضة ذاتيا. وتعتمد المفحوصة على آلية "الكتمان والقمع النفسي الحاد" لمشاعرها ومخاوفها مستثنيةً حتى والدتها من البوح ("نحب نخفي مشاعري حتا على ماما").

ويتجلى سلوك التجنب المرضي والفوبيا لديها في تعاملها مع الحمل الحالي؛ إذ ترفض إعلام أي طرف باحتمالية الإجهاض وتفضل مواجهة الأمر وحيدة بالمستشفى ("منقول لحتا واحد رايحا نجهض حتا نروح لسبيطار ونجهض وخلاص"). بل إن خوفها المرضي من الحمل جعلها تخاف من انقطاع الدورة الشهرية وتتجنب طلب اختبار الحمل المنزلي من زوجها خوفاً من صدمة النتيجة، وتفضل إلقاء مسؤولية التشخيص على الطبيبة المعالجة لتبعد عن نفسها عبء المواجهة المعرفية بالخبر.

تعاني المفحوصة من اضطرابات سيكوسوماتية ونومية حادة، تتمثل في الأرق المستمر وقصور جودة النوم، بالإضافة إلى المعاناة من خفقان القلب وتسارع النبض كعرض جسدي فيزيولوجي مباشر ومصاحب لحالات القلق والترقب الصدمي.

تحليل المقابلة:

تكشف القراءة العيادية المعمقة للبنية النفسية للحالة (ص) عن وجود صدمة ممتدة ومتكررة مرتبطة بالفقدان الإنجابي المتعدد، منغرسة في بنية شخصية قلقة وتجنبية ذات ملامح اكتئابية تفاعلية حادة، حيث يتداخل جرح صدمة الإجهاض مع صدمة نرجسية مؤسسة واغتيال للهوية الأنثوية تسبب فيها طليقها في زواجها الأول عبر وصمها بالعقم ("راكي متضنايش")؛ مما حول زواجها الثاني وحملها الحالي إلى حلبة صراع لا شعوري لإثبات الخصوبة والأمومة وكسر هذا الحكم القاسي. وتترجم هذه المعاناة فيزيولوجيا ونفسيا عبر لوحة أعراض متميزة، حيث يبرز خفقان القلب السريع كـ "ساعة بيولوجية قلقة" تحاكي تكتكاتها زمن ترقب الانتكاسة، ويتجلى الأرق الحاد كآلية دفاعية ترفض الاستسلام للنوم خوفا من فقدان الرقابة الواعية ومباغتة الإجهاض لها، بينما يعكس تأنيب الضمير محاولة يائسة من "الأنا" لامتلاك سلطة وهمية على الحدث لتجنب مواجهة الحقيقة الأكثر رعبا وهي العجز التام أمام الفقدان، فضلا

عن إمكانية معاناتها من ذنب الناجي بعد نجاح حملها الثالث واحتفاظها بطفل واحد وسط خمسة إجهاضات. ولمواجهة هذا العذاب الممتد، تعيش الحالة في حالة حداد مجمد أو معلق على أجنتها المفقودة، وتفعل ترسانة من الاليات الدفاعية القائمة على الكبت والإنكار الجزئي والتكتم الاستباقي، حيث تعزل موضوع الصدمة (الرحم والجنين) عن الفضاء الاجتماعي بإخفاء مشاعرها وتجنب الفحص المنزلي لحماية ذاتها وزوجها من أمل قد يتبدد، مصلتةً آلية الإسقاط على توقيت الشهرين (زمن صدمة إجهاض التوأم الأول الذي شكل نقطة تثبيت هوسية تحسب فيها الأيام بالنهار)، كما تلجأ لآلية الإزاحة" بإلقاء عبء إعلان الإجهاض أو الحمل على الطبيبة لعجزها السيكولوجي عن نطق كلمات الفقدان مجددا. وفي سياق عائلي ممتد عالي الخصوبة (وجود 16 أخا وأختا في طفولتها حيث كانت الابنة المفضلة لوالدها، ووجود 9 نساء حوامل حاليا)، يتحول هذا المحيط إلى مصدر عدوان بصري ونفسي ومثيرات صدمية تعيد إنتاج الصدمة وتحول المناسبات إلى مرآة عاكسة للحرمان، مما يضطرها إلى الانسحاب الاجتماعي وفقدان الشغف الشامل (بالعمل، والخروج، واللقصرة) والهروب نحو الانعزال والوحدة التامة لحفظ تماسكها النفسي؛ ورغم مفارقة الدعم الاجتماعي المتفهم من أهلها وزوجها الذي يكبرها بـ 27 سنة (والذي يعكس عياديا بحثا عن بديل للأب وحمايته المطلقة مع مواجهة ضغط الوقت الضيق للإنجاب بيولوجيا)، فإن هذا التفهم قد يولد لديه شعورًا بالدين وفقدان الاستحقاق يفسر صمتها، لكنه يظل في ذات الوقت الركيزة الأساسية لأي تكفل نفسي مستقبلي يهدف إلى كسر حلقة التكرار القهري وإعادة المصالحة بين الذات والجسد والرحم.

نتائج مقياس ويجما لتوقعات الولادة (W-DEQ) (النسخة A قياس الرهاب)

- الدرجة الكلية للحالة 99 :درجة (من أصل درجة قصوى تسجل 165).
- حسب معايير دليل التصحيح ، فإن الدرجات من 85فما فوق تصنف ضمن فئة "رهاب الحمل "، حيث تعاني المرأة من خوف مرضي.

- **التفسير** :يوضح النطاق الرقمي المحصل عليه (99 درجة) أن الحالة تعاني من مستوى حاد ومرضي من رهاب الحمل والولادة، متجاوزة عتبة التشخيص الإكلينيكي بفارق كبير (14 درجة فوق نقطة القطع)، مما يؤكد سيكولوجياً المقاومة الشديدة والخوف الذي يعيق توافقها مع فكرة الحمل الحالي أو المقبل.

نتائج مقياس شدة أعراض ما بعد الصدمة(PTSD)

- الدرجة الكلية للحالة :71 درجة (من أصل درجة قصوى تسجل 88).
- فإن الدرجات من 39فما فوق تشير إلى "أعراض حادة جدا تستدعي تدخلا علاجيا فوريا"
- **التفسير** :سجلت الحالة درجة حرجة جدا وقريبة من السقف الأعلى للمقياس (88/71)، وهي درجة تفوق عتبة الحالات الحادة جدا بأكثر من الضعف. يعكس هذا المؤشر الإحصائي شدة قصوى وتأصلا عميقا لأعراض الكرب العيادي في الأبعاد الثلاثة للمقياس (الاقتحام، التجنب، والاستثارة).

3-عرض الحالة الثالثة تحليلها ومناقشتها:

الحالة الثالثة

البيانات الشخصية

أ- البيانات الشخصية حول الأم

1. اسم الأم: س.
2. السن: 38 سنة.

3. عدد الاجهاضات: 2.

4. المستوى التعليمي: ثانوي.

5. المستوى الاقتصادي: متوسط.

6. الحالة الاجتماعية: متزوجة.

ملخص المقابلة:

المفحوصة (س) تبلغ من العمر ثمانية وثلاثين سنة (38 سنة)، بمستوى تعليمي (ثالثة ثانوي)، وتمتهن حرفة الخياطة. الحالة متزوجة ولديها طفلان، وتعيش في مسكن عائلي (علوي) فوق سكن أهل زوجها (الامتداد العائلي).

بالرجوع إلى التاريخ التطوري والطفولي للمفحوصة، يتبين أنها نشأت في أسرة متعددة الأفراد (6 بنات وولدين) تحت رعاية والدة حريصة على التنشئة السوية، وأب يتميز بالحنان والتدليل المادي والمعنوي ("الاب كان حنين وفحشوش حاجة متخصنا"). ووصفت سمات شخصيتها في الطفولة بالهدوء التام والخجل الشديد ("كنت عاقلة بزاف وحشامة")؛ وهو الأمر الذي حاولت تجنبه في تربية ابنتها حاليا، حيث حرصت على تنشئتها بطريقة تكسبها القدرة على إثبات الذات والدفاع عن النفس عكس ما كانت عليه الأم في طفولتها ("ربيتها فحلة وتجيب حقها").

أما عن سياقها الزواجي، فقد ارتبطت بزوجها في سن العشرين (20 سنة). يمثل الزوج الابن الوحيد لوالديه بين ست أخوات إناث؛ مما جعل زواجه في السنوات الأولى مرفوضا ومقاوما سيكولوجيا من طرف والدته التي عاشت صراع "فقدان الابن لصالح امرأة أخرى" حسب تعبير الحالة. ورغم تحسن معاملة الحماة لاحقا (خاصة بعد أدائها لمناسك العمرة)، إلا أن علاقة المفحوصة بأخوات الزوج ما زالت تتسم بالعداء والصعوبة الكبيرة إلى اليوم ("خواتات

راجلي واعرين بزاف الى يومنا هذا"). في المقابل، تحظى الحالة بمعاملة طيبة وحماية من طرف زوجها، لا سيما في فترات الحمل.

يتضمن التاريخ النفسي للحالة حدثا صادما مبكرا في الطفولة، تمثل في الوفاة الفجائية والمأساوية لخالها وهي في سن الرابعة عشرة (14 سنة)، حيث عثر عليه مخنوقا في المرآب (المستودع)، وشكلت هذه الحادثة صدمة مباغتة لها نظرا لارتباطها اليومي به أثناء ذهابها للدراسة.

أما على الصعيد الإنجابي، فقد تعرضت المفحوصة لإجهاضين متتاليين متقاربين زمنيا (بفارق 3 أشهر فقط بينهما)؛ انتهى الحمل الأول نتيجة توقف مفاجئ لنبض الجنين، في حين أرجعت سبب الإجهاض الثاني إلى الإجهاد البدني المستمر في العمل. تسبب هذا التقارب الزمني في إحداث صدمة نفسية مجهدة وتثبيت قلقي حاد، زاد من حدته "اللوم الاجتماعي وسياط الذنب" الموجهة إليها من طرف المحيط الأسري (أهل الزوج)، الذين حملوها المسؤولية الكاملة عن الإجهاض بسبب عدم توقفها عن ممارسة مهنة الخياطة أثناء الحمل ("قالولي هيا سبتك").

أفرزت هذه الخبرات الصدمية المتراكمة والضغوط الأسرية تدهوراً في التوازن النفسي للمفحوصة، وتجلى ذلك في الأعراض الإكلينيكية التالية:

يعتري المفحوصة شعور حاد بالاحباط، الحزن العميق (البكاء الشديد رغم وجود أبناء)، والوساوس المرضية. كما تواجه الحالة "وصماً مجتمعياً وضغطاً نفسياً" تمثل في اتهامها بالعقم لجهل المحيط بأسباب تأخر حملها بعد ابنتها الأولى ("يقولولي راكي عاقر خاطر طولت")؛ مما دفعها للحمل الحالي بدافع إرضاء المحيط الاجتماعي وحماية ابنتها من الضغط وليس برغبة ذاتية، حيث وصفت الحمل الحالي بأنه حدث بمحض الصدفة ("هزيت صدفة برك... جيت نطيشو").

تبدي المفحوصة ملامح صريحة لفوبيا الحمل؛ وتظهر تحديداً في "توقع حتمي ونكوصي بالإجهاض" أو حدوث مكروه لها ولجنينها، لدرجة جعلتها تقرر قفل المسار الإنجابي تماماً وتجنب الحديث عن تجارب الإجهاض السابقة. كما تبرز الفوبيا في شكل "أزمة اختناق قلقي" وتمنٍّ صريح بتقصير مدة الحمل والولادة المبكرة في الشهر السادس أو السابع للتخلص من عبء الترقب والانتظار القاتل.

اعتمدت الحالة على آلية "التجنب والانسحاب" من خلال قضاء وقتها في المنزل دون نشاط، وتفضيل الوحدة؛ مما ولد لديها ضيقاً إضافياً لكونها تحب العمل الذي حُرمت منه طبياً لحماية الحمل. كما تعاني من ضعف الاستثارة والانفعال الشديد (التحسس العصبي) وتفريغ الشحنات القلقة على أبنائها لعدم قدرتها على تحملهم في هذه الفترة. يلاحظ عيادياً تبنيها لآلية "الإفصاح الانتقائي"؛ فهي تخفي مشاعرها عن الجميع وتستثني أخت واحدة فقط تعتبرها صمام الأمان والفضفضة وفهم معاناتها النفسية.

تعاني المفحوصة من أرق حاد واضطراب شديد في النوم، الإحساس بثقل الجسد، ومراقبة وسواسية مستمرة للوظائف الحيوية متمثلة في رصد ضربات وخفقان القلب المتسارع. كما تعاني سيكوسوماتيا من أعراض "الخلعة" (اضطراب الهلع الجسدي) والتي حاولت علاجها بالطب التقليدي والحجامة. يضاف إلى ذلك القلق والرهاب المرتبط بـ "الروزنامة الزمنية للشهر الصادم"؛ حيث يداهمها خوف مرضي شديد بمجرد دخول الشهر المماثل للشهر الذي سقط فيه جنينها سابقا، وحاليا يتركز خوفها الفوبي حول عملية الولادة نفسها.

الشعور بالذنب نحو الأبناء الحاضرين: تواجه المفحوصة صراعا نفسيا ومشاعر ذنب حارقة نتيجة اضطرارها للمكوث في مستشفى الأمومة أو المنزل، وتخليها الإجباري عن رعاية طفليها في ظل إهمال وتجاهل عماتهم وجدهم لوجودهم ("خليتهم وحدهم... عماتهم وشيخي كي شغل ميعرفوهمش")، مما يضاعف من حجم الضغوط الحياتية والنفسية عليها.

تحليل المقابلة:

تظهر القراءة العيادية التكاملية للحالة (س)، البالغة من العمر 38 سنة، والتي تعمل كخياطة ومستواها الدراسي ثالثة ثانوي، بنية نفسية مثقلة بصدمات متعددة الأبعاد تتأرجح بين الفقدان الفجائي وصدمة الإجهاض المتكرر، منغرسة في سياق أسري وضغط اجتماعي حاد. بالعودة إلى طفولتها، نشأت الحالة في بنية أسرية ممتدة (6 بنات وولدين) تميزت بـ "الخجل الشديد والامتثال التام" (كنت عاقلة بزاف وحشامة) تحت رعاية والدية حنونة ومفرطة في الحماية، وهو ما ولد لديها امتدادا نرجسيا تعويضيا في تربية ابنتها الحالية التي أرادتها "فحلة وتجيب حقها" كآلية إسقاطية لتعويض عجزها الطفولي عن المواجهة. يتجلى التاريخ الصدمي للحالة في "صدمة مؤسسة وعنيفة" في سن الـ 14 جراء الموت الفجائي والتراجيدي لخالها ، وهي الصدمة التي تركت جرحا غير ملتئم في علاقتها بالأمان والمنبهات الفجائية، لتنتقل في سن الـ 20 إلى بيئة زواجية نسقية معقدة ومشحونة بالصراع النرجسي مع عائلة زوجها (الابن الوحيد بين 6 أخوات)، حيث واجهت في البداية رفض الحماة ("عجوزتي") التي اعتبرتها تهديدا يسلبها ابنها، ورغم تحسن علاقة الحماة لاحقا بعد أداء مناسك العمرة، إلا أن العلاقة مع الأخوات ("العامات") ظلت متوترة وتفتقر للدعم الاجتماعي حتى يومنا هذا، باستثناء علاقة زوجها المتفهمة والحامية لها أثناء الحمل.

يأخذ المسار الإنجابي للحالة منحى مأساويا بعد تعرضها لإجهاضين متتاليين متقاربين جدا (بينتهما 3 أشهر فقط)؛ الأول ناتج عن توقف نبض الجنين، والثاني أرجعته ميكانيكيا لإجهاد العمل ("فورصيت روحي في الخدمة")؛ وقد تحول هذا الفقدان إلى "صدمة اتهامية" بعد أن ألقى المحيط الاجتماعي (عائلة الزوج) اللوم على عملها في الخياطة ("قالوا لي هيا سبتك")، مترافقا مع وصم اجتماعي قاسٍ باتهامها بالعقم ("راكي عاقر") نتيجة تأخر الحمل بعد بنتها، مما أصابها بإحباط شديد وقلق ارتيابي وتوجس مستمر ("توسوست"). يتضح عياديا أن الحالة تعيش حالة "حداد مرضي معلق" يتغذى بمثيرات صدمية كإحباطها عند رؤية الحوامل، وتفعيلها لآلية "التجنب" الرفضي للحديث عن الإجهاض. وفي حملها الحالي

(الذي حدث صدفة وبشكل غير مرغوب فيه)، تفجرت لديها أعراض "رهاب الحمل والولادة السريري "المرتبط بالزمن؛ حيث يهاجمها الخوف الهوسي حتميا في نفس الشهر الذي أجهضت فيه سابقا، وتترجم هذا الاختناق النفسي إلى "مخطط معرفي قلق" يتمنى قهر بيولوجيا الزمن والولادة المبكرة في الشهر السادس أو السابع للهروب من عبء الانتظار.

ينعكس هذا الاستعصار النفسي على جسدها وعلاقاتها عبر اضطرابات نفس–جسدية صريحة، تتمثل في الأرق الحاد، الإحساس بثقل الجسد، وخفقان القلب السريع ("خبطات على قلبي")، الذي يدفعها لـ "الاضطهاد الذاتي المفرط والمراقبة الهوسية للجسد والنبض" وتأكيدها الإصابة بـ "الخلعة" التي حاولت علاجها بالطب البديل (الحجامة). وتظهر الملامح الاكتئابية التفاعلية الحادة من خلال انسحاب الطاقة النفسية ، الميل الحاد للانعزال والوحدة، وفقدان المتعة بترك عمل الخياطة التي تحبه، والاضطرار للجلوس السلبي في البيت، مع إسقاط عصبيتها وقلقها على أولادها لدرجة عدم تحملهم، يرافقها شعور حاد بالذنب لتخليهم بمفردهم في المنزل دون رعاية حقيقية من عماتهم أو جدهم ("كي شغل ميعرفوهمش"). ولمواجهة هذا الانهيار، تفعل الحالة آلية "العزل والتفريغ الانتقائي" حيث لا تثق إلا في أخت واحدة تفضفض لها، وتتخذ قرارا دفاعيا حاسما برفض الإنجاب مستقبلا كآلية حماية أخيرة ("خلاص مش راح نزيد نهز") لكسر الحلقة المفرغة لتوقع الإجهاض؛

وهو ما يبرز مرونة نفسية هشّة تحتاج إلى تدخل علاجي معرفي سلوكي وتفريغي لخفض الاستثارة الفائقة، معالجة صدمة الفقدان الفجائي (الخال والأجنة)، وإعادة دمج الجسد والرحم في فضاء نرجسي آمن للتحضير لعملية الولادة الحالية.

نتائج مقياس ويجما لتوقعات الولادة (W–DEQ) (النسخة A قياس الرهاب)

- الدرجة الكلية للحالة 87 :درجة (من أصل درجة قصوى تسجل 165).
- حسب معايير دليل التصحيح، فإن الدرجات من 85فما فوق تصنف ضمن فئة "رهاب الحمل السريري"، حيث تعاني المرأة من خوف مرضي.

- **التفسير** :يوضح النطاق الرقمي المحصل عليه (87 درجة) أن الحالة تعاني من مستوى مرضي من رهاب الحمل والولادة، متجاوزة عتبة التشخيص الإكلينيكي، مما يؤكد سيكولوجيا وجود مخطط معرفي قلق يرتبط بالزمن (الخوف الهوسي في نفس شهر الإجهاض السابق)، وهو ما يفسر رغبتها في تسريع الولادة بيولوجيا للهروب من قلق الانتظار.

نتائج مقياس أعراض ما بعد الصدمة(PTSD)

- الدرجة الكلية للحالة 54 :درجة (من أصل درجة قصوى تسجل 88).
- حسب معايير دليل التصحيح، فإن الدرجات من 39فما فوق تشير إلى "أعراض حادة جدا تستدعي تدخلا علاجيا فوريا."
- **التفسير** :سجلت الحالة درجة حرجة تفوق عتبة الحالات الحادة جدا وبفارق إحصائي واضح (15 درجة فوق نقطة). يعكس هذا المؤشر الإحصائي تأصلا عميقا لأعراض الكرب العيادي في الأبعاد الثلاثة للمقياس؛ حيث يبرز *الاقتحام* في هجوم ذكريات الإجهاض ووفاة الخال، و*التجنب* في عزلتها وتركها للخياطة، والاستثارة في الأرق والمراقبة الهوسية لنبضات قلبها ("الخلعة").

4-الاستنتاج العام للحالات:

النتائج التكاملية للحالات الثلاث أرضية تشخيصية صلبة تؤكد صحة الفرضيات العيادية المصاغة في هذه الدراسة، وتكشف عن الرابط الديناميكي الحتمي بين صدمة الفقدان الإنجابي المتكرر (الإجهاض) واضطراب ما بعد الصدمة المعقد ممتزجا بـ رهاب الحمل. بالرغم من تمايز الخلفيات النسقية والاجتماعية لكل حالة، إلا أن الأنا البنيوية لديهن تشاركت في اليات المعاناة والدفاع النفسي، وهو ما يظهر جليا من خلال تقاطع النتائج مع الفرضيات الجزئية كالتالي:

أولا: التحقق من الفرضية الجزئية الأولى

"لصدمة الإجهاض المتكرر (الشعور بالقلق) دور في ظهور فوبيا اكتمال الحمل لدى النساء الحوامل".

أثبتت النتائج الإحصائية والعيادية للمبحوثات صحة هذه الفرضية بشكل قاطع؛ حيث تقاطعت درجات الحالات الثلاث فوق نقاط القطع العيادية للمقاييس بشكل حرج يعكس تحول القلق من مجرد استجابة تفاعلية عابرة إلى منظومة كرب وتجنب مزمنة ومحركة للفوبيا:

- الحالة الأولى: سجلت (99 رهاب / 81 صدمة)، وهي الأعلى في مؤشرات القلق الحاد والرهاب.
- الحالة الثانية: سجلت (87 رهاب / 54 صدمة)، موجهة القلق نحو آليات التجنب.
- الحالة الثالثة: سجلت (93 رهاب / 71 صدمة)، عاكسة ذروة صدمة الكرب الوجودي.

وقد تبدى هذا التوافق العيادي الناتج عن قلق الصدمة والمغذي لفوبيا اكتمال الحمل في المستويات التالية:

الأبعاد النفس–جسدية (السيكوسوماتية) تحول الجسد والرحم لدى الحالات الثلاث إلى قنوات لتصريف القلق العائم من خلال الاستثارة الفائقة المتمثلة في الأرق الحاد، الاختناق، وخفقان القلب السريع، والمراقبة الهوسية للذات ترقباً للانتكاسة.

شكل التوقيت الزمني للإجهاضات السابقة (عقدة الشهرين أو رعب الشهر الرابع) بؤرة رهابية وهوسية تحسب فيها الأيام بالنهار، وتنشط ارتداديا من خلال "مثيرات بيئية" قاسية (كرؤية النساء الحوامل، أو تجنب الفضاء الاستشفائي المرتبط بصدمات الأخطاء الطبية ومشاهد النزيف البصري الصادم)، مما جعل فوبيا اكتمال الحمل الحالي استجابة حتمية لعدم القدرة على تجاوز قلق الفقدان الماضي.

ثانياً: التحقق من الفرضية الجزئية الثانية

"لصدمة الإجهاض المتكرر (الشعور بضغوط الحياة) دور في ظهور فوبيا اكتمال الحمل لدى النساء الحوامل".

أظهرت الدراسة الكيفية للحالات أن صدمة الفقدان لم تكن حبيسة الفضاء النفسي الداخلي فقط، بل تداخلت ديناميكياً مع "ضغوط الحياة" بمختلف أبعادها (الأسرية، الزوجية، والاجتماعية)، لتعيد تشكيل فوبيا اكتمال الحمل كآلية دفاعية لحماية الذات. وتجلى ذلك من خلال:

التقت الحالات الثلاث عند تفعيل ميكانيزمات (الكبت، التكتم الاستباقي، والإنكار الجزئي) من خلال عزل موضوع الصدمة عن الفضاء الاجتماعي (إخفاء مشاعر الحمل، تجنب الفحوصات الطبية، غلق الهواتف، والانسحاب التام نحو العزلة والوحدة) كحيل دفاعية لحماية "الأنا" ونرجسيتها الأنثوية والزواجية من ضغوط متوقعة وفواجع فقدان جديدة.

تحركت فوبيا اكتمال الحمل كدرع واقٍ ضد نظرات اللوم والوصم الاجتماعي وضغوط المحيط الأسري (اتهامات العقم، شائعات استئصال الرحم، أو لوم عمل الخياطة في المحيط الأسري عالي الخصوبة)؛ حيث أصبح الخوف من عدم اكتمال الحمل مرتبطاً بالخوف من سقوط الاستحقاق الزواجي وفقدان المكانة الاجتماعية.

إن عيش تجربة الحمل الحالية للحالات الثلاث يقع تحت وطأة "صراع لا شعوري" مرير؛ صراع يتغذى من جهة على قلق الصدمة (الرغبة النرجسية في إثبات الأمومة مقابل الرعب الوجودي وتوقع الإجهاض)، ومن جهة أخرى على ضغوط الحياة (تأمين الاستحقاق الزواجي والاجتماعي مقابل نظرات الوصم واللوم). يثبت هذا التداخل الإكلينيكي أن حياة المبحوثات النفسية والاجتماعية باتت معلقة ومتوقفة عند عتبات زمنية مهددة، مما يؤكد وبشكل متكامل تحقق الفرضيتين الجزئيتين للدراسة الحالية.

5- مناقشة وتفسير النتائج في ضوء الفرضيات

5-1- مناقشة النتائج على ضوء الفرضية العامة:

التي تنص على: لصدمة الإجهاض المتكرر (الشعور بالقلق، الشعور بضغوط الحياة) دور في ظهور فوبيا اكتمال الحمل لدى النساء الحوامل بمستشفى سليمان عميرات بالمسيلة.

أظهرت الدراسة الميدانية تحقق الفرضية العامة؛ حيث تظافرت الاستجابات النفسية الداخلية (القلق) مع الضغوط الحياة لتشكل حصارا سيكولوجيا دفع بالجهاز النفسي للحالات إلى تبني "فوبيا اكتمال الحمل" كآلية دفاعية حتمية.

وظهر هذا التكامل ديناميكيا من خلال التقاطع الصريح بين المؤشرات الكمية العالية جدا على مقياس شدة أعراض ما بعد الصدمة، وخاصة في بعدي الاستثارة الفائقة والتجنب.

الدرجات السريرية المرتفعة والمتقاربة على مقياس "ويجما" لفوبيا الحمل والولادة (الحالة الأولى: 99، الحالة الثانية: 87، الحالة الثالثة: 93).

تكامل مؤشرا الفرضية العامة (القلق وضغوط الحياة) لينتجا "فوبيا اكتمال الحمل" عبر المسارات العيادية التالية:

لم يعد القلق مجرد انفعال عابر، بل تحول بفعل صدمة الفقدان المتكرر إلى استثارة فيزيولوجية حادة (أرق، خفقان، اختناق، ومراقبة هوسية للجسد). هذا "القلق " ارتبط بـ بؤر زمنية رهابية (عقدة الأشهر الأولى أو المتوسطة للاجهاضات السابقة)، مما جعل بلوغ هذه الفترات يمثل تهديدا بالانتكاسة وتكرار الفقدان، فتظهر الفوبيا كخوف شللي من التقدم في الحمل.

عانت الحوامل من محيط اجتماعي "عالي الخصوبة" يمارس ضغوطا سامة (اتهامات بالعقم، لوم العمل، شائعات استئصال الرحم). هذا المحيط تحول إلى مثير صدمي مستمر، مما أعدم شعور الحالات بالأمان وحرمهن من الدعم النفسي.

للتعامل مع هذا التداخل العنيف بين القلق الذاتي والضغط الاجتماعي، تفعلت أبعاد التجنب (غلق الهواتف، العزلة، كبت المشاعر، التكتم عن الحمل)؛ حيث أصبح "اكتمال الحمل" بحد ذاته خطرا مرعبا، لأنه يعني مواجهة "علنية" للمحيط، وخوفا نرجسيا حارقا من العجز عن ترميم الذات الجريحة وإثبات الهوية الأمومية في حال الفشل (عكس دراسة Fatima et al التي كان الضغط فيها ناتجا عن الرغبة في التخلص من الحمل)

من حيث تكامل القلق وضغوط الحياة لإنتاج الرهاب والتجنب اتفقت دراسة سميح ومصطفى حماد (2012) في إثبات أن النساء ذوات الإجهاض المتكرر يعانين من مستويات حادة ومرتفعة جدا من القلق وضغوط الحياة معا.

حيث تتطابق مع نتائج دراسة هول وهاك وزملائهم (Hall et al., 2009): حيث أثبتت أن النساء اللواتي يسجلن درجات رهاب شديدة من الحمل والولادة يكن الأكثر عرضة لمواجهة عوامل ضغط يومية حادة، وإجهاد نفسي، وأرق حاد، وهو ما عكسته حالاتك الثلاث من خلال الشكوى المستمرة من الاختناق والأرق الهوسي ومراقبة الجسد.

الاختلاف مع دراسة حمص (2010) أشارت دراسة حمص إحصائيا إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين قلق الولادة وعمر الأم أو عدد مرات الولادة. في حين أثبت التحليل العيادي لحالاتنا العكس تماما؛ حيث كان تكرار مرات الإجهاض (الفقدان المتعدد) وعامل السن (خاصة لدى الحالة الثالثة، 38 سنة) هما المحرك الأساسي لتغذية الاستثارة وتفجير قلق وجودي مرتبط بالخوف من العجز البيولوجي عن التعويض الإنجابي، مما ضاعف درجات فوبيا اكتمال الحمل (وهو ما اتفقت فيه دراستنا جزئيا مع أطروحة حورية عمران، 2016 التي ربطت زيادة القلق بتقدم سن المجهضة).

الاختلاف مع دراسة .Fatima et al (2015) ناقشت هذه الدراسة الضغوط النفسية المرتبطة بالإجهاض الدوائي الإرادي غير الخاضع للإشراف الطبي لأسباب مالية، أو لرغبة الزوجين في تحديد حجم الأسرة وسلطة الزوج في التخلص من الحمل. بينما تختلف دراستنا

الحالية تماما عن هذا السياق؛ فالضغوط لدى حالاتنا لم تكن نابعة من عبء الحمل أو الرغبة في التخلص منه، بل كانت منصبة بالكامل حول "الرغبة النرجسية الحارقة في الإنجاب" لإثبات الهوية الأمومية، وترميم الذات الجريحة، وإسكات الألسنة الاجتماعية السامة التي نالت من أنوثتهن. أي أن الضغط هنا ينبع من حرمان الأمومة الخصيب لا من عبء الإنجاب.

5-1- مناقشة النتائج على ضوء الفرضية الجزئية الاولى:

الجزئية الأولى: لصدمة الإجهاض المتكرر (الشعور بالقلق) دور في ظهور فوبيا اكتمال الحمل لدى النساء الحوامل.

أظهرت النتائج الميدانية تحققا ملموسا وصريحا لهذه الفرضية؛ حيث انعكس "الشعور بالقلق الحاد" كمؤشر كمي مرتفع جدا في مقياس شدة أعراض ما بعد الصدمة (PTSD) لدى الحالات الثلاث (الحالة الأولى: 88/81، الحالة الثانية: 88/54، الحالة الثالثة: 88/71)، ليتقاطع مباشرة مع ارتفاع درجات فوبيا اكتمال الحمل والولادة السريرية في مقياس ويجما (الحالة الأولى: 99، الحالة الثانية: 87، الحالة الثالثة: 93).

فإن القلق الناتج عن صدمة الإجهاض المتكرر لدى المبحوثات لم يعد مجرد استجابة وجدانية عابرة، بل تحول إلى "قلق صدمي استباقي" يهاجم البنية النفسية عبر أبعاد فيزيولوجية ومعرفية شرطية:

يظهر القلق الصدمي في صورة استثارة فائقة تترجمها أجساد الحوامل عبر الأرق الحاد، الاختناق، وخفقان القلب السريع، ومراقبة الجسم الهوسية خوفاً من غياب الرقابة الواعية أثناء النوم أو الاستسلام للراحة البدنية.

تبين عياديا أن هذا القلق المفرط مرتبط بـ "بؤرة زمنية رهابية" (مثل عقدة الشهرين للحالة الثانية، وعقدة تجاوز الشهر الرابع للحالة الثالثة)؛ حيث تحسب الحوامل الأيام بالنهار ترقبا للانتكاسة، مما يولد "فوبيا اكتمال الحمل" كآلية دفاعية قائمة على الخوف من بلوغ الموعد الصادم وتكرار الفقدان.

تتوافق هذه النتيجة مع دراسة منيا سميح مصطفى حماد (2012) التي أثبتت وجود مستوى عالٍ من القلق لدى الزوجات ذوات الإجهاض المتكرر، وهو ما تلمسه دراستنا الحالية بوضوح عبر ارتباط درجات القلق الصدمي العالية بالخوف المرضي من الحمل.

تلتقي النتائج مع دراسة حورية عمران (2016) في بُعدها العيادي، خاصة فيما يتعلق بمتغير السن؛ حيث وجدنا لدى (الحالة الثالثة، 38 سنة) تفجرا لقلق وجودي وارتفاع درجات الرهاب (93 درجة) مرتبطا بخوفها من تقدم السن والعجز البيولوجي عن التعويض الإنجابي، وهو ما أكدته دراسة حورية عمران بأن القلق يزداد كلما تقدمت المجهِضة في السن.

تتكامل النتيجة مع الأطروحات النظرية العيادية لـ دراسة النابلسي (2004) ودراسة عدنان حب الله (2006)، حيث يظهر قلق الحالات الحالي كامتداد لـ "حالة عدم الانتباه" و"عنف الحدث الصادم الفجائي" (مثل مشهد النزيف البصري الصادم للحالة الثالثة، أو الصدمة اللفظية للزواج الأول للحالة الأولى)، مما أدى لانتكاسات جسدية ونفسية وظهور أعراض فوبيا الحمل نتيجة انقطاع "المشروع المثالي للأمومة" لديهن.

تتشابه النتيجة مع دراسة راضية ويس (2006) في تأكيدها على أن الصدمات العنيفة تترك سمات قلق حادة في الشخصية تعيق التكيف الطويل الأمد.

تختلف دراستنا الحالية عن دراسة حمص (2010)؛ حيث أشارت دراسة حمص إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين قلق الولادة وعمر الأم أو عدد مرات الولادة، بينما أثبت التحليل العيادي لحالاتنا الحالية أن تكرار مرات الإجهاض (الفقدان المتعدد) وعامل السن كانا المحرك الأساسي لتغذية الاستثارة والقلق ومضاعفة درجات فوبيا اكتمال الحمل.

5-2- مناقشة النتائج على ضوء الفرضية الجزئية الثانية:

لصدمة الإجهاض المتكرر (الشعور بضغوط الحياة) دور في ظهور فوبيا اكتمال الحمل لدى النساء الحوامل.

أثبتت الدراسة الميدانية تحقق هذه الفرضية بصورة قاطعة؛ إذ تبين أن صدمة الإجهاض المتكرر لا تعيشها الحامل بمعزل عن محيطها، بل تتحول البيئة النسقية والاجتماعية المحيطة بها إلى مصدر لـ الضغط النفسي والاجتماعي المستمر، والذي يغذي مباشرة اليات التجنب وفوبيا اكتمال الحمل:

واجهت الحالات ضغوطا بيئية حادة؛ كالاتهامات المبطنة بالعقم وتأخر الإنجاب ("راكي عاقر" للحالة الثانية)، أو لوم عمل الخياطة وتحميلها مسؤولية الإجهاض ، أو الشائعات النسوية السامة التي ادعت استئصال رحم الحالة الثالثة ("نحولها رحمها وغير تكذب"). هذا المحيط عالي الخصوبة شكل "عدوانا بصريا ونفسيا" ومثيرا صدميا مستمراً يحول دون شعورهن بالأمان.

للتعامل مع ضغوط الحياة والأسئلة الجارحة، لجأت المبحوثات إلى آليات دفاعية تجنبية صريحة (تظهر في بعد التجنب لمقياس PTSD)؛ مثل غلق الهواتف، رفض استقبال الضيوف، الانسحاب الاجتماعي التام، الانعزال والوحدة، وفقدان الشغف بالأنشطة اليومية (كالطبخ والتنظيف والعمل)، مع كبت المشاعر وتكتمهن الاستباقي عن إعلان الحمل أو طلب الفحص الطبي خوفا من مواجهة ضغط الفاجعة علنا أمام المحيط.

تتطابق هذه النتيجة بشكل تام مع دراسة منيا سميح مصطفى حماد (2012) التي أكدت أن النساء ذوات الإجهاض المتكرر يعانين من مستويات حادة ومرتفعة من ضغوط الحياة؛ وهو ما يفسر عيادياً انسحاب حالاتنا من الفضاء الاجتماعي هرباً من هذه الضغوط.

تتوافق النتيجة مع دراسة هول وهاك وزملائهم (Hall et al., 2009) والتي أثبتت إكلينيكيا أن النساء اللواتي يسجلن درجات رهاب شديدة من الولادة (Tokophobia) يكن أكثر عرضة لمواجهة عوامل ضغط يومية، وإرهاق، وحرمان شديد من النوم (أقل من 6 ساعات)، وهو ما برز بوضوح لدى حالاتنا من خلال شكواهن المستمرة من الأرق الحاد، الإجهاد النفسي، والإحساس بثقل الجسد والاختناق نتيجة تراكم الضغوط.

تلتقي النتائج مع دراسة حمص (2010) في تأكيدها على أن طبيعة السكن والأسرة الممتدة لها دور بالغ الأثر في زيادة مستوى القلق والضغط النفسي؛ وهو ما توازى مع المعاش النفسي لحالاتنا اللواتي يعشن في سياقات أسرية ممتدة ومعقدة (صراعات السلفات، وضغوط عائلة الزوج).

تتقاطع النتيجة عياديا مع دراسة بوشارب وفايزة وبن سليخ (2013/2012)، ودراسة شترة آمال (2015/2014) من حيث إن ضغوط الفقدان العنيفة تفجر آليات دفاعية رهابية وتجنبية وهستيرية تهويلية حادة يعجز معها التوظيف النفسي عن إحداث المرونة، مما يدفع الأنا إلى إسقاط القلق والضغط على الجسد أو على المحيط (مثل عصبية المبحوثات المفرطة وعدم تحملهن لأبنائهن كإفراز مباشر لضغط الحمل والرهاب).

تختلف نتائجنا عن دراسة Fatima et al (2015) التي ناقشت ضغوط الإجهاض الدوائي غير الخاضع للإشراف الطبي لأسباب مالية أو رغبة في تحديد حجم الأسرة وسلطة الزوج؛ في حين أن ضغوط الحياة لدى حالاتنا في مستشفى المسيلة كانت منصبة بالكامل حول الرغبة النرجسية الحارقة في الإنجاب لإثبات الهوية الأمومية وترميم الذات الجريحة وإسكات الألسنة الاجتماعية، أي أن الضغط كان ينبع من حرمان الأمومة الخصيب وليس من الرغبة في التخلص من الحمل.

خاتمة

خاتمة

شكلت هذه الدراسة العيادية محاولة علمية جادة لتسليط الضوء على المعاش النفسي المعقد للمرأة الحامل التي تعاني من تاريخ مأساوي مرتبط بصدمة الإجهاض المتكرر، وذلك من خلال بحث ديناميكية التفاعل بين (الشعور بالقلق، والشعور بضغوط الحياة) في تفجير وظهور فوبيا اكتمال الحمل (الرهاب السريري للحمل والولادة) لدى عينة من النساء الحوامل بمستشفى "سليمان عميرات" بولاية المسيلة.

وقد سمح المنهج العيادي، القائم على دراسة الحالة والاستعانة بالمقابلة نصف الموجهة والملاحظة، إلى جانب تفعيل المقاييس السيكومترية كأدوات للدعم التشخيصي (مقياس شدة أعراض ما بعد الصدمة PTSD ومقياس ويجما لتوقعات الولادة W-DEQ)، بالوصول إلى قراءة إكلينيكية متعمقة تجاوزت الطرح الإحصائي الجاف؛ حيث أثبتت النتائج الميدانية المفسرة على ضوء الطروحات النظرية والدراسات السابقة تحقق الفرضيات المطروحة بصورة قاطعة. وتبين أن صدمة الفقدان الإنجابي المتكرر لا تنتهي بانتهاء الحدث الطبي، بل تتحول إلى كرب مستمر يعيد بناء علاقة الذات بجسدها وبالمحيط الاجتماعي من خلال قنوات نفس-جسدية صريحة (كالأرق الحاد وخفقان القلب والاستثارة المفرطة)، وميكانيزمات دفاعية تجنبية ورفضية (كالانسحاب من الفضاء الاجتماعي، والكبت، والتكتم الاستباقي عن الحمل).

كما كشفت الملاحظات العيادية أن المحيط النسقي والأسري عالي الخصوبة كثيرا ما يتحول من مصدر للدعم إلى مصدر ضاغط يمارس وصما اجتماعيا ونفسيا قاسيا على الحامل (باتهامات العقم، أو لوم العمل الشاق، أو تداول شائعات المرض)، مما ينعكس ارتداديا في صورة "قلق توقعي وجودي" يرتبط بعتبات بيولوجية وزمنية رهابية تحسب فيها الحامل الأيام بالنهار ترقبا لحتمية الإجهاض مجددا. هذا التداخل الإكلينيكي المعقد يثبت أن فوبيا اكتمال الحمل لدى هذه الفئة ليست مجرد خوف طبيعي من مخاض الولادة، بل هي دفاع بنيوي أخير لحماية الأنا ونرجسيتها الأنثوية والزواجية من فاجعة فقدان جديدة ورعب التكرار القهري لصدمات الماضي.

وفي الأخير، تفتح هذه الدراسة افاقا عيادية وتطبيقية توصي بضرورة تجاوز التكفل الطبي البيولوجي المحض للمرأة الحامل في المؤسسات الاستشفائية، واستحداث بروتوكولات رعاية وتكفل نفسي استعجالي ودوري داخل مصالح التوليد وذلك لمساعدتهن على تفكيك الروابط الشرطية القلقة، وتحقيق المصالحة بين الذات والجسد والرحم، مما يضمن تأمين سلامة المسار الإنجابي وحماية الصحة النفسية للأم والطفل معا.

توصيات:

أولا: توصيات موجهة للمؤسسة الاستشفائية (مستشفى سليمان عميرات بالمسيلة) تفعيل وتعميم دور الأخصائي النفساني العيادي

- ضرورة إدراج الفحص النفسي كإجراء روتيني وإلزامي لجميع النساء الحوامل بمصلحة طب التوليد وأمراض النساء، خاصة اللواتي يمتلكن تاريخاً في الفقدان الإنجابي.
- إنشاء وحدات استماع نفسية متخصصة داخل مصلحة التوليد للتدخل الفوري في حالات الإجهاض الفجائي لمنع تطور الحدث الطبي إلى صدمة نفسية معقدة ومزمنة.
- تنظيم دورات تدريبية دورية للأطباء والممرضات حول "سيكولوجية الفقدان" وكيفية التعامل الإنساني واللفظي الحذر مع المريضات، لتفادي الأخطاء التواصلية والصدمات اللفظية (مثل تبليغ خبر استئصال الرحم أو موت الجنين بطرق فجائية).

ثانيا: توصيات موجهة للتكفل النفسي والعلاجي (العلاج العيادي)

- التوصية بالاعتماد على التقنيات العلاجية القائمة على الأدلة لمعالجة الصدمات بداخل المصالح الاستشفائية، وعلى رأسها تقنية إزالة الحساسية وإعادة المعالجة بحركات العينين لتفكيك الصدمات البصرية (كمشاهد النزيف والكتل الدموية).
- التركيز على إعادة الهيكلة المعرفية للحوامل لتفكيك "المخططات المعرفية القلقة" وكسر الروابط الشرطية المرتبطة بالزمن (عقدة الأشهر الأولى للخطورة)، وتعديل الأفكار التلقائية المتوقعة للإجهاض الحتمي.
- لمساعدة الحوامل على تفريغ شحنات الشعور بالذنب (تأنيب الضمير المرتبط بالعمل أو المجهود البدني)، ومرافقتهن في عملية "الحداد العسير المعلق" على الأجنة المفقودة لإعادة التوافق مع الحمل الحالي.

1. **إشراك المحيط الأسري:** التوصية بفتح قنوات إرشاد أسري لتعليم البيئة المحيطة بالحامل كيفية تقديم الدعم الاجتماعي الإيجابي وتخفيف "ضغوط الحياة"، والحد من المقارنات الاجتماعية أو الوصم اللفظي الجارح.

ثالثا: توصيات ومقترحات لآفاق بحثية مستقبلية (للباحثين)

- إجراء دراسات طولية تتبع الحوامل اللواتي يعانين من رهاب الحمل منذ الأشهر الأولى وحتى مرحلة ما بعد الولادة، لتقييم أثر الصدمة على علاقة الأم بالوليد الرابطة الأمومية.
- القيام ببحوث مقارنة بين النساء الحوامل في البيئات الريفية والحضرية لمعرفة مدى تأثير طبيعة السكن (الأسرة الممتدة مقابل الأسرة النووية) على منسوب ضغوط الحياة وقلق الإجهاض.
- دراسة علاقة صدمة الإجهاض المتكرر بمتغيرات عيادية أخرى مثل: اضطرابات الهوية الأنثوية، التوافق الزواجي، واكتئاب ما بعد الولادة.

قائمة المراجع

قائمة المراجع:

المراجع العربية:

- ابرهيم عبد الستار. (1998). *الاكتئاب اضطراب العصر الحديث (فهمه وأساليبه وعالجه)*. لبنان: عالم المعرفة.
- أبو فرحة. (2000). *الموسوعة النفسية. (ط1)*. الاردن، عمان: دار أسامة للنشر و التوزيع.
- أحمد شلبي. (بدون سنة). *تشخصيص الامراض النفسية للراشدين مسمتمدة من DSM4و DSM5* . القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.
- أحمد هلالي. (1990). *الاجهاض وقتل الاطفال حديثي الولادة*. القاهرة: دار النهضة .
- الشحات ابراهيم محمد منصور. (2001). *حقوق الطفل واثراها بين الشريعة الاسلامية والقوانين الوضعية*. القاهرة: دار النهضة العربية.
- باسم محمد الشرجي. (2018). *الاجهاض بين التجريم و الاباحة دراسة مقارنة جامعة البحرين, كلية الحقوق ط*. البحرين: المركز العربي للنشر والتوزيع.
- بظاظو، السيد أنسام مصطفى. (2013). *برنامج علاجي لتخفيف اكتئاب ما بعد صدمتي الوفاة والطلاق لدى الاطفال(نظريات والتطبيقات العلاجية ولاكلينيكية)* (المجلد 1). القاهرة: المكتب الجامعي الحديث.
- تونس فقيري. (2015). *علاقة سلوك النمط (أ) بقلق الموت لدى عينة من النساء المجهضات، مذكرة مكملة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس العيادي،جامعة قاصدي مرباح، ورقلة*.
- جميلة ملوكي. (2020). *التشخيص النفسي بالاحلام سلسلة التحليل العلمي للاحلام* (المجلد 2). نشر وتوزيع واستيراد الكتب.
- حسين عزت. (1405). *اللاجهاض وجرائم الاعراض والاضطرابات النفسية*. الاسكندرية: مؤسسة شباب الجامعة.
- حسين كامل نوفل. (بلا تاريخ). *الاجهاض*. دمشق: كلية الطب البشري جامعة دمشق.
- خالد بن احمد سلطان الحبسي. (2015). *الضغوط وعلاقتها بنوعية الحياة لدى مرضى فقر الدم المزمن، جامعة نزوي ، كلية العلوم والاداب، قسم التربية الدراسات الانسانية، ماجستير في الارشاد النفسي،*.
- سليمان تكوك. (2014). *التكف النفسي بالمراة الحامل المهددة بالاجهاض العفوي، مذكرة تخرج لنيل شهادة االماجستير في علم النفس العيادي، جامعة وهران*.
- سي موسي. (2002). *الصدمة النفسية والحداد عند الطفل و المراهق(نظرة الاختبارات الاسقاطية), ط 1. الجزائر : جمعية علم النفس للجزائر العاصمة*.

- صالح النعيمي. (2011). *اراء العلماء في الاجهاض واثاره الاجتماعية*. مجلة كلية التربية للبتات، المجلد الثاني والعشرين.
- عبد الرحيم شادلي. (2017). *انعكاسات الصدمة النفسية على التوظيف النفسي لدى مبتوري الأطراف. أطروحة لنيل شهادة الدوكتوراه في علم النفس العيادي غير منشورة كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية جامعة محمد خيضر بسكرة، الجزائر .*
- عبد القادر حسين، و محمد أحمد النابلسي. (2002). *التحليل النفسي (ماضيه ومستقبله). (ط1). القاهرة, مصر: دار الفكر المعاصر.*
- عبد المنعم حنفي. (1994). *موسوعة علم النفس والطب النفسي* (المجلد 4). القاهرة: مكتب مدبولي.
- عبد المنعم حنفي. (1996). *موسوعة علم النفس (ط 4). المجلد (03). القاهرة: مكتب مدبولي.*
- عبديش ايمان زكية. (2013). *أثر الصدمة النفسية على صورة الذات عند المراهقة المغتصبة. مذكرة مكملة لنيل شهادة ماستر في علم النفس الاكلينيكي. كلية العلوم العلوم الانسانية والاجتماعية،قسم علم النفس، جامعه سعيدة, الجزائر.*
- غسان يعقوب. (1999). *الحروب الكوارث ودور العلاج النفسي " اضطراب الضغط ما بعد الصدمة "* (المجلد 1). بيروت، لبنان.
- فطيمة قاقي. (2013). *مستويات الاكتئاب لدى المراة التي يتكرر عندها الاجهاض من خلال تطبيق سلم بيك للاكتئاب، مذكرة لنيل شهادة الماستر في علم النفس تخصص علما النفس العيادي، كلية العلوم الاجتماعية والانسانية، جامعة محمد خيضر، بسكرة.*
- كركوغلي محمد لمين. (2010). *مساهمة في دراسة محاولة الانتحار عند المراهق بعد تعرضه لصدمة فشل، دراسة ميدانية لثلاث حالات بالمركز الاستشفائي الجامعي.*
- مأمون الرفاعي. (2011). *جرمة الاجهاش في التشريع الجنائي الاسلامي وعقوبتها*. مجلة جامعة النجاح للابحاث والعلوم الانسانية, المجلد 25.
- محمد أحمد النابلسي. (1991). *الصدمة النفسية علم النفس الحروب والكوارث*. بيروت، لبنان: دار النهضة العربية.
- محمد الحواجري. (2003). *مدى فاعلية برنامج ارشادي مقترح للتخفيف من اثار الصدمة رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الاسلامية، غزة .*
- محمد حسن غانم. (2006). *الاضطرابات النفسية والعقلية والسلوكية* (المجلد 1). القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.

- محمد سعيد نمور. (2005). *شرح قانون العقوبات الجرائم الواقعة على الاشخاص، الجزء الاول*. عمان: دار الثقافة للنشر والتوزيع.
- محمد علي البار. (1999). *خلق الانسان بين الطب والقران* (المجلد 1). جده: دار السعودية لنشر التوزيع.
- محمد محمود. (2005). *مدى فاعلية أسلوب الاسترخاء العضلي في خفض مستوى أعراض اضطراب ما بعد الصدمة النفسية لدى عينة من الطلبة في الجامعة الاردنية، مجلة دراسات العلوم الانسانية والاجتماعية، المجلد 32 ، العدد 3.*
- منصوري ليلى. (2021). *الصدمة النفسية عند المرأة المصابة بسرطان الثدي وعلاقتها بالمساندة الاسرية دراسة ميدانية بالمستشفى الجامعي بن زرجب– وهران، أطروحة للحصول على شهادة دكتوراه "ل.م.د" في علم النفس الاسري، قسم علم النفس والارطفونيا.*
- منيا سميح مصطفى. (2012). *القلق وضغوط الحياة لدى الزوجات ذوات الاجهاض المتكرر، الجامعة الاسلامية،عمادة الدراسات العليا،كلية التربية،قسم علم النفس،غزة.*
- موسى ثابت. (2012). *الضغوط والخبرات النفسية الصادمة: ردود أفعال وتدخل، مؤسسة العلوم النفسية العربية.* غوة، فلسطين.
- مولاي علي يمينة. (2019). *اضطراب ما بعد الصدمة لدى المعاق الحركي جراء حوادث المرور، دراسة عيادية لاربع حالات ذكور واناث،مركز الديوان الوطني لتركيب أعضاء ذوي الاعاقة ولواحقها، تيارت.*
- ميساء أبو شعبان أبو شريفة. (2011). *اضطراب ما بعد الصدمة وعلاقته بالتوجه نحو الدعاء لدى عينة من زوجات الشهداء في قطاع غزة، رسالة لنيل شهادة الماجستير في الارشاد النفسي والتوجيه التربوي،كلية التربية وعلم النفس ،الجامعة الاسلامية بغزة،فلسطين.*
- نريمان جابوري. (2013). *أساليب مواجهة الدصمة النفسية لدى المراهقة المغتصبة بتطبيق اختبار الوضعيات المرهقة CISS،مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماستر في علم النفس العيادي غير منشورة،جامعة محمد خيضر،بسكرة ، الجزائر.*
- نزار أحمد ناجي. (2016). *تأثير هرمون أكتفين A والهرمونات الجنسية على الاجهاض المتكرر والمنفرد.* العراق: مجلة تكريت للعلوم الصرفية, 21-10-2016.
- نور الهدى لكحل. (2014). *الصدمة النفسية عند ضحايا الصدمة الصدمة الدماغية. رسالة ماجستير في علم النفس العيادي. كلية العلوم الانسانية والاجتماعية.قسم علم النفس.جامعة سطيف 02. الجزائر.*
- هدى لكحل وذنو. (2014). *الصدمة النفسية عند ضحايا الصدمة الدماغية،مذكرة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس العيادي، تخصص علم النفس الضغط، جامعة سطيف2، الجزائر.*

- الأسدي، جاسم؛ عطاري، محمد سعيد. (2012). الصحة النفسية للفرد والمجتمع. عمان: دار الرضوان للنشر والتوزيع
- عبد الله، قاسم. (2008). مدخل إلى الصحة النفسية. ط4، عمان: دار الفكر.
- القس صموئيل. (1994). القلق حالة وجدانية تبنى أو تهدم، الإسكندرية.
- المرزوقي، محمد ياسر. (2008). الامراض النفسية وعلاقتها بمرض العصر. كفر الشيخ: دار العلم والايمان
- نوري القمش، مصطفى. (2006). سيكولوجية الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة. (ط1). عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع
- نوربير سلامي .(2001). معجم المصطلحات النفسية (ترجمة وجيه أسعد)، (ب ط) سوريا: منشورات وزارة الثقافة.
- حسن مصطفى عبد المعطي، (2006)، ضغوط الحياة وأساليب مواجهتها، ط1. مكتبة زهراء الشرق. مصر، القاهرة.
- عوض رجب، (2001). ضغوط المراهقين والمهارات المواجهة لتشخيص والعلاج. ط1، دار النهضة المصرية. القاهرة، مصر.
- مجدي أحمد محمد عبد الله، (2013)، علم النفس الإيجابي، دار المعارف الجامعية، مصر
- يوسف محمد شلبي، وسام حمدي القصبي، (2018)، أنماط الكمالية الأكاديمية المميزة لطلاب الجامعة وعلاقتها بكل من الاحتراق والصمود والتحصيل الأكاديمي، جامعة الملك خالد.
- باسم رسول آل دهام، (2016)، الأحداث الضاغطة وعلاقتها بفاعلية الذات لدى الطلبة المرحلة الإعدادية
- علي سالم جمعة، أحمد مريجيل حريش، وآخرون، (2018)، هيئة التحرير مجلة العلوم الانسانية، المجلة كلية الآداب، جامعة المرقب ليبيا.
- غادة عبد العال أحمد عبد العال، (2020) الضغوط الحياتية وعلاقتها بالتفكير الانتحاري لدى الشباب الجامعية من منظور خدمة الفرد، مجلة كلية الخدمات الاجتماعية، جامعة السيوط.
- بلبكاي، جمال وفراحته، دنيا. (2021). الضغوط النفسية وسيكولوجية الحمل والولادة. مجلة القبس للدراسات النفسية والاجتماعية. 3(4).29–41
- لعور، حليمة وبوقرة، أمينة. (2019). الخوف من الولادة وأثره على القرار الإنجابي لدى المرأة الجزائرية. مجلة الباحث في العلوم الإنسانية والاجتماعية، 7(2)، 60–78.
- بوحفص، سامية وعبابسة، نوال. (2022). القلق لدى المرأة الحامل وعلاقته بالتوافق النفسي والاجتماعي. مجلة العلوم النفسية والتربوية، 8(2)، 85–102.

- قريشي، فتيحة وبوزيدي، نجاة. (2020). الاضطرابات النفسية المصاحبة للحمل وانعكاساتها على الصحة النفسية للمرأة. مجلة دراسات نفسية وتربوية، 6(1)، 55–73.

- عيساوي، خديجة وبن شارف، سعاد. (2018). الانعكاسات النفسية للإجهاض على الصحة النفسية للمرأة. مجلة دراسات إنسانية واجتماعية، 5(3)، 120–138.

- بوشارب، زينب. (2021). القلق المرتبط بالحمل وأثره في التوافق الزواجي. مجلة العلوم الاجتماعية والإنسانية، 12(2)، 33–50.

- بوعزة، أمينة. (2019). التمثلات الاجتماعية للحمل والولادة وأثرها على الصحة النفسية للمرأة. مجلة الباحث الاجتماعي، 9(1)، 77–94.

المراجع الاجنبية

- Striebich, S., Mattern, E., & Ayerle, G. M. (2018). Support for pregnant women identified with fear of childbirth: A systematic review. Midwifery.61, 97–115.
- Hofberg, K., & Brockington, I. (2000). Tokophobia: An unreasoning dread of childbirth. British Journal of Psychiatry, 176(1), 83–85. [https://doi.org/10.1192/bjp.176.1.83](https://
- Webb, R., et al. (2021). Interventions to treat fear of childbirth: A systematic review and meta-analysis. Psychological Medicine, 51(12), 1964–1977. Cambridge University Press & Assessment
- Rouhe, H., et al. (2015).Group psychoeducation for severe fear of childbirth. BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology.
- Blackmore, E. R., Côté-Arsenault, D., Tang, W., & Glover, V. (2011). The relationship between pregnancy loss and maternal mental health. Psychological Medicine.41(4), 751–759.
- Farren, J., Jalmbrant, M., Falconieri, N., Mitchell-Jones, N., Bobdiwala, S., Al-Memar, M., ... & Bourne, T. (2016). Post-traumatic stress, anxiety and depression following miscarriage. BMJ Open.6(11)
- Neugebauer, R., Kline, J., O'Connor, P., Shrout, P., Johnson, J., Skodol, A., ... & Susser, M. (1997). Determinants of depressive symptoms in the early months after miscarriage. American Journal of Public Health. 87(1), 133–137.
- Nilsson, C., Lundgren, I., Karlström, A., & Hildingsson, I. (2018). Self-reported fear of childbirth and its association with women's birth experience and mode of delivery. Midwifery, 62, 62–67.
- Tokophobia: A narrative review of etiology, prevalence, and treatment options. (2025). Gine, 82(3), 145–158
- Størksen, H. T., Garthus-Niegel, S., Adams, S. S., Vangen, S., & Eberhard-Gran, M. (2012). Fear of childbirth and elective cesarean section: A population-based study. BMC Pregnancy and Childbirth, 12, 125.

- Ayers, S., Bond, R., Bertullies, S., & Wijma, K. (2016). The impact of childbirth-related post-traumatic stress disorder: An update. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology, 200, 106–112.
- Ryding, E. L., Wijma, B., & Wijma, K. (2015). Fear of childbirth during pregnancy may increase the risk of emergency cesarean section. Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica.94(6), 625–631.
- O'Connell, M. A., Leahy-Warren, P., Kenny, L. C., Khashan, A. S., & O'Neill, S. M. (2017). Worldwide prevalence of tokophobia in pregnant women. Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology.38(3).168–174.
- Louiba, S & Nini, M. N. (2020). Malaise dans le processus identificatoire chez la femme abortive. Journal of Psychological and Educational Scienes. 6(2). 312–325.
- Bougoffa, C., & Oumelili, H. (2026). Epidemic disease phobia and its association with psychological vulnerability in patients with chronic diseases. Journal of Human and Society Scienes. 15(01).1666-1683.

الملاحق

قائمة الملاحق:

الملحق الأول: دليل المقابلة.

البيانات الشخصية:

الاسم:

العمر:

الحالة الاجتماعية:

عدد لإجهاضات:

المستوى الاقتصادي:

1/دليل المقابلة:

المحور الاول: المحيط المعيشي

1/احكيلي على طفولتك.؟

2/كيف هي علاقتك بوالديك وأخوتك.؟

3/هل مررتي بأحداث صادمة في حياتك؟

4/كيف تصفين حياتك اليومية بشكل عام؟

5/كيف هي علاقتك مع زوجك ومع عائلتك ومع

عائلة زوجك؟

6/هل تشعرين بضغط من جهتهم وكيف ذلك؟

7/تحدثي لنا عن علاقتك مع زوجك في فترة حملك وكيف يتعامل معك؟

8/هل لديك أشخاص مقربين تحكي لهم عن مشاكلك؟

9/هل أثر الاجهاض على حياتك الزوجية وعلاقاتك الاجتماعية؟ وكيف ذلك؟ وعلى نفسيتك؟

10/كيف تقضين وقت فراغك؟

11/هل تشعرين بأن المحيط العائلي يتفهم مخاوفك؟

12/هل هناك لوما على فقدان الاحبة السابق؟ وفي رأيك لماذا؟

المحور الثاني: الشعور بالقلق الناتج عن الصدمة النفسية لاجهاض.

1/كيف كان شعورك عند أول تجربة الاجهاض.؟

2/كيف استقبلتي خبر اجهاض في كل مرة

3/ما أكثر موقف أثر فيك في تجارب الاجهاض؟ ولماذا؟

4/هل تعود لك ذكريات الاجهاض بشكل مفاجئ؟

5/هل هناك مواقف او اماكن تذكرك مباشرة بالاجهاض؟ احكي لنا عن شعورك في تلك اللحظة؟

6/هل تراودك احلام أو كوابيس مرتبطة بالاجهاض؟

7/هل تتجنبين الحديث عن تجربة لاجهاض؟ ولماذا؟

8/كيف يكون شعورك عند رؤية إمرأة حامل أو سماع خبر حمل؟

9/هل تشعرين بتوتر دائم او قلق مستمر؟

10/هل تشعرين بسرعة الانفعال أو العصبية؟ كيف ذلك؟

11/هل تعانين من إضطرابات النوم؟ او نبضات قلب متسارعة عند التفكير في الحمل؟

12/ربما تجدين نفسك تراقبين جسدك بشكل يومي خوفا من نزيف؟ او علامة فقدان؟

13/هل تشعرين بالذنب وتحملين نفسك المسؤولية؟ ولماذا؟

14/وعند تفكيرك بالحمل مرة أخرى هل تشعرين

بالخوف؟ وماهو السبب؟

15/هل تتوقعين الاجهاض في كل مرة؟ ولماذا؟

16/كيف يؤثر هذا الخوف اذا كان موجود على حالتك النفسية اليومية؟

17/هل تشعرين بأنك قادرة على التحكم في هذا القلق؟ وكيف؟

المحور الثالث: ضغوط الحياة كعرض ناتج عن الصدمة النفسية للاجهاض.

1/ماهي الضغوط التي تعانين منها حاليا.؟

2/هل هناك ضغوطات من طرف الزوج وعائلته؟ وكيف بالنسبة لعائلتك؟

3/احكي لنا كيف تواجهين الاسئلة المتكررة من المجتمع حول موضوع الانجاب؟ وكذلك موضوع الاجهاض؟ هل يسبب لك الحديث عن هذه المواضيع؟

4/كيف تتعاملين مع هذه الضغوطات؟

5/هل تؤثر هذه الضغوطات في علاقتك مع زوجك؟

6/هل فقدت الاهتمام بأشياء كنت تحبينها سابقا؟

7/هل تأتيك في بعض الاحيان رغبة في العزلة أو

الابتعاد عن الاخرين وأحاديثهم أم لا؟ وكيف ذلك؟

8/هل تحسين بأن قيمتك في المجتمع مرتبطة بالقدرة على اتمام الحمل او عدمه؟ ولماذا؟ كيف تتعاملين مع هذا التفكير؟

9/هل تضطرين الاخفاء مشاعرك أمام الاخرين؟ كيف يؤثر على نفسيتك؟

10/ربما في بعض الأحيان تحدث مقارنات مع نساء أخريات (حوامل او أمهات) ؟ كيف تؤثر عليك نفسيا؟

11/هل تتجنبين مواقف معينة بسبب الضغط (كالزيارات والمناسبات)؟

12/هل هناك مواقف بسيطة تثير فيك توترا شديدا؟

13/كيف يؤثر ذلك على احساسك بالامان؟

14/هل تشعرين أنك مازلت تعيشين أثار الاجهاض الى اليوم؟

15/كيف تتعاملين مع المشكلات التي تصادفك في الحياة وانت في هذه الوضعية؟

المحور الرابع: فوبيا إكتمال الحمل.

1/هل تشعرين ان حياتك اليومية أصبحت

متوقفة او تتمحور فقط حول الخوف من الاجهاض؟

2/هل أصبح الحمل مرتبطا بالخوف بدل الفرح؟ كيف؟

3/ماهي أسوء الافكار الخوافية التي تراودك بخصوص الحمل؟

4/هل تخافين دائما من حدوث الاجهاض مرة اخرى؟

5/ماذا يحدث في جسمك عندما تفكرين في الحمل (خفقان.تعرق.ضيق)؟

6/هل سبق ان شعرت بنوبة هلع مرتبطة بهذا الموضوع؟

7/هل يظهر الخوف مباشرة قبل حدوث الحمل أثناء تأخر الدورة؟

8/هل تتجنبين العلاقة الجنسية مع زوجك خوفا من الحمل؟

9/هل تشعرين بخوف غير طبيعي كلما اقتربت من الشهر الذي حدث فيه الاجهاض سابقا؟

10/ تحدثي لنا عن مخاوفك المحددة بخصوص لحظة الولادة؟ وهل تفكرين بالفشل في إتمامها

الملحق الثاني: مقياس أعراض ما بعد الصدمة(PTSD)

العبارات	دائما	متوسط	قليلا	أبدا
1. أي شيء يوحي لي بالإجهاض يعيد لي المشاعر التي شعرت بها حينه				
2. كنت أواجه صعوبة في البقاء نائمة.				
3. كنت أشعر بأن الإجهاض لم يحدث أو أنه غير حقيقي.				
4. كنت أشعر بسرعة الانفعال والغضب.				
5. كنت أتجنب السماح لنفسي بالانزعاج عندما أفكر في الإجهاض.				
6. كنت أفكر في الإجهاض حتى عندما لا أريد ذلك.				
7. كنت أشعر كما لو أن الإجهاض يحدث مرة أخرى (فلاش باك).				
8. كنت أتجنب الأماكن أو المواقف التي تذكرني بالإجهاض.				
9. كانت صور الإجهاض تقفز إلى ذهني فجأة.				
10. كنت أشعر بالقفز أو الفزع بسهولة (الحساسية الزائدة).				
11. حاولت ألا أفكر في الإجهاض إطلاقاً.				
12. كنت مدركة أنني ما زلت أعاني من مشاعر كثيرة تجاه الإجهاض ولكنني لم أتعامل معها.				
13. مشاعري تجاه الإجهاض كانت تبدو "مخدرة" أو باهتة.				
14. وجدت نفسي أتصرف أو أشعر وكأنني عدت للحظة وقوع الإجهاض.				
15. كنت أواجه صعوبة في النوم.				
16. كانت تأتيني موجات قوية من المشاعر حول الإجهاض.				
17. حاولت إخراج الإجهاض من ذاكرتي.				
18. كنت أواجه صعوبة في التركيز.				
19. كانت التذكيرات الجسدية (مثل آلام مشابهة) تجعلني أرتجف أو أعرق.				
20. كانت لدي أحلام مزعجة حول الإجهاض.				
21. كنت أشعر بالترقب والتوتر (على أهبة الاستعداد).				
22. حاولت ألا أتحدث عن الإجهاض مع أحد.				

الملحق الثالثة: مقياس ويجما لتوقعات الولادة (W-DEQ) (النسخة A قياس الرهاب)

العبارات	تماما	بدرجة كبيرة	غالبا	أحيانا	نادرا	ابدا
1. أشعر بالخوف والرعب عندما أفكر في الحمل/الولادة.						
2. أشعر بالثقة والفخر تجاه التجربة القادمة(*).						
3. أعتقد أن التجربة ستكون ممتعة(*).						
4. أشعر بأنني سأكون وحيدة ومنعزلة.						
5. أشعر بالأمان والاطمئنان(*).						
6. أثق في قدرتي على التحمل(*).						
7. أتوقع أنني سأكون سعيدة جداً(*).						
8. أتوقع أنني سأشعر بالهدوء والسكينة(*).						
9. أخاف من أن أفقد السيطرة على نفسي.						
10. أشعر بالخوف من حدوث مكروه للجنين (أو تكرار الإجهاض).						
11. أثق في قدرة جسدي الطبيعية(*).						
12. أعتقد أنني سأكون قوية جسدياً(*).						
13. أخاف من التصرف بطريقة تثير الخجل أمام الآخرين.						
14. ينتابني خوف من الموت أثناء التجربة.						
15. أتوقع الاستمتاع بلحظة خروج الجنين(*).						
16. أخاف من آلام جسدية لا يمكن احتمالها.						
17. أشعر بأنني سأكون عاجزة ومسلوبة الإرادة.						
18. أخاف من حدوث تمزقات أو إصابات جسدية خطيرة.						
19. أشعر بالاسترخاء والراحة عند التفكير في الأمر(*).						
20. أشعر بالحماس والبهجة تجاه فكرة الحمل(*).						
21. أخاف من الإغماء أو فقدان الوعي.						
22. أخاف من فقدان السيطرة على الموقف ككل.						
23. أخاف من أن يرفض جسدي إتمام الحمل.						
24. أشعر بالألفة والراحة تجاه المستشفى والطاقم الطبي (*).						
25. أتوقع أنني سأسيطر على انفعالاتي (*).						
26. أخاف من الصراخ أو البكاء بشكل منهار.						
27. أشعر بالرضا التام عن قراري بالحمل مجدداً (*).						
28. أخاف من ضيق التنفس أو الاختناق أثناء التوتر.						
29. أخاف من تكرار تجربة الفقد (الإجهاض) السابقة.						
30. أشعر بذعر حقيقي بمجرد رؤية المستشفى.						
31. أشعر بالقدرة على التحكم في مستوى الألم (*).						
32. أخاف من عدم القدرة على التكيف مع متطلبات الحمل.						
33. أشعر بالرعب الشديد من لحظة المخاض.						

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
People's Democratic Republic of Algeria
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
Ministry of Higher Education and Scientific Research
جامعة محمد بوضياف بالمسيلة
University Mohamed Boudiaf of M'sila

جامعة محمد بوضياف - المسيلة
Université Mohamed Boudiaf - M'sila

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
FACULTY OF HUMANITIES AND SOCIAL SCIENCES

Faculty of Humanities and Social Sciences
Vice-Deanship of the College for Studies and Student Issues

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
نيابة العمادة للدراسات والمسائل المرتبطة بالطلبة
الرقم: /2022

تصريح شرفي خاص بالالتزام بقواعد النزاهة العلمية لإنجاز بحث

انا الممضى ادناه :

السيد(ة): محمدي نبيهاء

الصفة(طالب، استاذ باحث، باحث دائم): طالبة

الحامل لبطاقة التعريف الوطنية رقم: 211001102203663000

الصادرة بتاريخ: 23/05/11 عن دائرة: بوسعادة

المسجل بكلية: العلوم الانسانية والاجتماعية قسم: علم النفس

تخصص: علم النفس العيادي تحت رقم التسجيل: 211211350829

والمكلف بإنجاز اعمال بحث(مذكرة التخرج، مذكرة ماستر، مذكرة ماجستير، اطروحة دكتوراه) .

عنوانها: الصدمة النفسية لجائحة الكورونا وفوبيا إكتساب العمل لدى النساء الحوامل
دراسة عيادية لحيثة من النساء الحوامل بمستشفى سليمان عميرات بالمسيلة

اصرح بشرفي بانني التزم بالمعايير العلمية والمنهجية ومعايير الاخلاقيات المهنية والنزاهة الاكاديمية المطلوبة في انجاز البحث المذكور اعلاه

المسيلة في: 23/05/2022

امضاء المعني (ة):

المرجع: القرار الوزاري رقم: 933 المؤرخ في: 28-07-2016 المحدد للقواعد المتعلقة بالوقاية من السرقات العلمية ومكافحتها.

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
People's Democratic Republic of Algeria
وزارة التعليم العالي و البحث العلمي
Ministry of Higher Education and Scientific Research
جامعة محمد بوضياف بالمسيلة
University Mohamed Boudiaf of M'sila

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
نيابة العمادة للدراسات والمسائل المرتبطة بالطلبة
الرقم: /2022

Faculty of Humanities and Social Sciences
Vice-Deanship of the College for Studies and Student Issues

تصريح شرفي خاص بالالتزام بقواعد النزاهة العلمية لإنجاز بحث

انا الممضى ادناه :

السيد(ة): بوتة عروة أنصاف

الصفة(طالب، استاذ باحث، باحث دائم): طالبة

الحامل لبطاقة التعريف الوطنية رقم: 141003099502042000 8

الصادرة بتاريخ : 2024/03/28 عن دائرة : المعاضيد

المسجل بكلية: العلوم الانسانية والاجتماعية قسم: علم النفس

تخصص: علم النفس العيادي تحت رقم التسجيل 212135089486

والمكلف بإنجاز اعمال بحث(مذكرة التخرج، مذكرة ماستر' مذكرة ماجستير' اطروحة دكتوراه) .

عنوانها: الصدمة النفسية للإجهاض المتكرر وتأثيرها الكئيب المحتمل لدى النساء الحوامل حدراسة ميدانية عيادية لعينة من النساء الحوامل بمستشفى سليمان عميراث بالمسيلة

اصرح بشرفي بانني التزم بالمعايير العلمية والمنهجية ومعايير الاخلاقيات المهنية والنزاهة الاكاديمية المطلوبة في انجاز البحث المذكور اعلاه

المسيلة في: 2026/05/23

امضاء المعني (ة):

المرجع: القرار الوزاري رقم: 933 المؤرخ في: 28-07-2016 المحدد للقواعد المتعلقة بالوقاية من السرقات العلمية ومكافحتها.



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي و البحث العلمي

جامعة محمد بوضياف بالمسيلة

كلية العلوم الإنسانية و الاجتماعية

قسم علم النفس

المسيلة في: 2026/04/13

إلى السيد(ة): مدير مستشفى سليمان عميرات بالمسيلة

الموضوع : تسهيل مهمة لإجراء دراسة ميدانية

تحية طيبة و بعد:

في إطار انجاز دراسة ميدانية لطلبة : سنة ثانية ماستر

الشعبة: علم النفس التخصص: العيادي

عنوان الدراسة: الصدمة النفسية للإجهاض المتكرر وفوبيا اكتمال الحمل للنساء الحوامل (دراسة عيادية لعينة من النساء الحوامل بمستشفى سليمان عميرات المسيلة)

المشرف: د. لجلط أسماء

نرجو من سيادتكم المحترمة تسهيل مهمة الطلبة المذكورين أدناه و تقديم المساعدة الممكنة و اللازمة في حدود أغراض البحث العلمي، و ما يسمح به القانون، و هذا على مستوى المصالح التي تشرفون عليها.

1. اسم ولقب الطالب(ة): بوزعرورة إنصاف رقم التسجيل: 212135089486
2. اسم ولقب الطالب(ة): مهديد شيماء رقم التسجيل: 212135082907
3. اسم ولقب الطالب(ة):..... رقم التسجيل: .....

في الأخير تقبلوا منا أسمى عبارات التقدير و الاحترام

رئيس القسم