

على الطلبة ارسال الأعمال على العنوان الإلكتروني التالي:**n.boumazouza@outlook.fr****1. تطور مفهوم الصدمة النفسية:**

لقد ذكرت آثار الصدمات النفسية منذ العصور القديمة، فقد وصف Hippocrate (400 قبل الميلاد) الأحلام الصدمية في كتابه (Traité des songes)، كما ذكر في زمن أقرب إلينا تتاذر "ريح القذائف" في الحروب النابوليونية.

ولعل ابن سينا من الأوائل الذين درسوا الصدمة النفسية بطريقة علمية تجريبية، فقد قام بربط حمل وذئب في غرفة واحدة، دون أن يستطيع أحد منهما مطاولة الآخر. فكانت النتيجة هزال الحمل وضموره و من ثم موته، وذلك بالرغم من إعطائه نفس كميات الغذاء التي كان يستهلكها حمل آخر يعيش في ظروف طبيعية. بهذه التجربة أرسى ابن سينا مبدأ أثر الصدمة النفسية التي يمكنها أن تؤدي إلى الموت خوفاً.

ولقد وصف P. Pinel في تصنيفه الفلسفي في (1798) و(1808) ملاحظاته خلال أحداث ثورة الإمبراطورية - الإمبراطورية الفرنسية في عهد نابليون -، فقد وصف اضطرابات نفسية يرجع أصلها إلى صدمات انفعالية للحرب. غير أن عبارة العصابات الصدمية ترجع إلى طبيب الأمراض العقلية Oppenheim الذي كتب سنة (1884) عن الحالات العصائية الناتجة عن معاناة الفرد أثناء حوادث السكة الحديدية، كما يرجع له الفضل كذلك إلى تقديم اقتراح وضع تصنيف مستقل لهذه الحالات من أجل تفريقها عن العصابات الأخرى. وقد أثارت اقتراحاته هذه معارضة شديدة من طرف J.-M. Charcot الذي لم ير فيها إلا شكلاً واحداً ذو أصل خاص بالعصاب الهستيرى، و قد اتبع Freud سنة (1883) مفهوم شاركوا لهذا العصاب.

اتبع Freud أفكار P. Janet بعد طرح هذا الأخير أطروحته في (1889) حول (les automatismes psychologiques) والتي وصف فيها حالات لعصاب يرجع لدى الأغلبية لصدمة نفسية، ويصف P. Janet حالة الانحلال (désagrégation) للشعور، الذي

يُميّز جميع الحالات الصدمية "الفكرة الثابتة" « l'idée fixe » التي تعتبر على أنها ذكرى حسية والتي تبقى معزولة داخل الشعور مثل الطفيليات.

فبعد أن وضع Freud الفرضية الصدمية والصدمية الجنسية ذات الأصل في الهستيريا، اتبع المفهوم الهوامي، لكنه وبعد التردد انتهى (Freud) بالميل إلى استقلاليتها وقام بتصنيفها مع العصابات الحالية أي التي تحدث "هنا والآن" دون أدنى بعد رمزي، واستعمل مصطلح "عصاب الفزع"، وانتقل اهتمامه بعد ذلك إلى العصابات التحولية (الهستيريا، عصاب الفوبيا، العصاب الهجاسي) وعن أصولها المنحدرة عن الصراعات العاطفية الطفلية القديمة، ولكن الحروب التي انفجرت في النصف الأول من القرن العشرين أعادت الإهتمام بعصاب الحرب وأُحييت التفكير النظري حول هذا الموضوع عند Freud ومحللين نفسانيين من بعده: Simmel، Abraham، Ferenczi.

شارك Ferenczi رأي Freud في الأصل الجنسي للصدمة، وكذا مصدر العصاب الصدمي الناتج عن الخوف الشديد، فقد بين أن أغلبية الجنود بعد انفجار قنبلة يصابون بشلل ذو سبب غير عضوي، لذلك اعتبرها كاستجابة نفسية لخلل في منظمة الأنا، وأطلق فيما بعد على هذه الحالات تسمية الهستيريا الصدمية، والتي تكون أعراضها وحدة عيادية مميزة لارتباطها أكثر بعامل خارجي باختلاف الاضطرابات العصابية والذهانية والسيكوسوماتية وكذا خروج الحدث عن ما هو مألوف لدى الفرد.

كان Fenichel أول من اقترح حوصلة واضحة و كاملة حول ما جاء به التحليل النفسي من معارف متعلقة بالعصاب الصدمي في كتابه (La théorie psychanalytique des névroses) في 1934، فقد خصص فصلا كاملا للعصاب الصدمي باعتباره عصابا قائما بحد ذاته إلى جانب العصابات الأخرى.

لقد كانت الحروب مناسبات لاهتمام العلماء بالصدمة النفسية الناجمة عن الحرب، على غرار الحرب العالمية الأولى، كانت الحرب العالمية الثانية فرصة عرفت الصدمة من خلالها اهتماما متزايدا من قبل الباحثين الأوروبيين، وذلك كنتيجة للخسائر البشرية التي خلفتها وأمام حاجة ضحايا الحرب لعلاج يمكن لعلم النفس والتحليل النفسي من إنارة مفهوم الصدمة النفسية الناجمة عن الحرب.

سمحت هذه الدراسات التي أجريت أغلبيتها في المجال العسكري بفتح آفاق البحث، وهذا لتطوير علاج نفسي لهذه الحالات، وزاد الإهتمام بهذه الحالات العصابية الصدمية بعد عودة قدماء حرب الفيتنام عام (1975) إلى الولايات المتحدة الأمريكية، فقد ظهرت الأعراض الصدمية عند 30 إلى 40 % من الجنود.

تم تحديد الأمراض الأساسية المتعلقة بالصدمة النفسية، والتي من بينها العصابات الحربية التي كانت تتميز بكف الفعالية، والميكانيزمات النكوصية، والتفريغات العدوانية، والانفعالية الشديدة بما فيها البكاء، بالإضافة إلى الوسواس والكوابيس، جمعت هذه الأعراض بعد ذلك تحت تسمية حالة الضغط ما بعد الصدمة مع النسخة الثالثة من الدليل التشخيصي والإحصائي للجمعية الأمريكية للطب العقلي DSM-III في (1980)، وما نلاحظه هو غياب كلمة " عصاب " في هذا التصنيف لارتباطها بالتحليل النفسي.

اهتم المختصون الناطقون باللغة الانجليزية بهذا المفهوم باعتباره النموذج الغالب الذي يظهر عقب الضغط أو أمام حدث كارثي، كما أنهم يؤكدون على خطورة الحدث أو ظروف وقوعه أكثر من اهتمامهم بالمعاش الفردي الذي يعيش الصدمة، وهي تبقى مقاربات لا تحيط بالواقع الضمن - نفسي للصدمة النفسية، بل تصبح هذه الأخيرة مجرد استجابة أمام الضغط، مما يعني إقصاء كل تدخل للشخص، فهو يعتبر ضحية سلبية أمام الكارثة، كما أعطت هذه المقاربات الأهمية لخطورة الحدث الكارثي فهو العنصر المحدد في ظهور الاضطرابات الصدمية و ليس معاش الشخص للحدث من طرف.

غير أننا نجد أن النسخة الرابعة من الدليل الإحصائي والتشخيصي للاضطرابات العقلية DSM-IV قد أعطت مكانة أكبر للانطباع الذاتي في تقييم الضحية للخطر وتهديد الحياة.

وتم الاعتراف في كلا من DSM-IV (1994) و DSM-IV-TR (2000) بوجود كينونة أخرى وهي الضغط الحاد، وأصبح هذا التصنيف الوصفي يعزز مفهوم "الاضطراب" الذي يناسب أكثر من مفهوم "حالة" الذي تم استبداله، ويلح المؤلفون الأوروبيون على أهمية التفرقة بين الضغط والصدمة. ويضيف تصنيف المنظمة العالمية للصحة في نسخته العاشرة CIM-10 (1992) كينونة أخرى وهي "التغيرات الدائمة للشخصية بعد خبرة الكارثة"، ومع النسخة الخامسة من الدليل الإحصائي والتشخيصي للاضطرابات العقلية DSM-5 لم يعد

اضطراب الضغط ما بعد الصدمة يصنف ضمن اضطرابات القلق بل تم تصنيفه ضمن محور الاضطرابات المرتبطة بالصدمة والضغط.

انطلاقاً من 1970 بدأ نوع جديد من الحرب وهو الإرهاب الذي ضرب أوروبا والشرق الأوسط والولايات المتحدة وأصبح سبباً في إنعاش البحث والعلاج من جديد.

2. تعريف مفهوم الصدمة النفسية:

الصدمة كلمة ذات أصل يوناني استعملت قديماً في الطب والجراحة، تدل كلمة صدمة "Trauma" في اليونانية على جرح مع كسر ومن مفرداتها في اللغة الفرنسية (Traumatisme) المخصصة على الأدق للحديث عن الآثار التي يتركها جرح ناتج عن عنف خارجي، ولقد اقتبس التحليل النفسي هذين المصطلحين ناقلاً إلى الصعيد النفسي المعاني الثلاثة التالية: معنى الصدمة العنيفة، ومعنى الكسر أو الإصابة، ومعنى الآثار. فمن بين الشروط حتى نتكلم عن ضغط ما بعد الصدمة هي وجود الحدث الصدمي، والذي يتميز بعنصرين اثنين وهما أن:

- يواجه الفرد بصفة مفاجئة و عنيفة لوضعية مهددة لذاته أو لأشخاص آخرين و/أو أن تتسبب في موت أشخاص أو تعرضهم لإصابات خطيرة.
- ينطبع رد فعل الفرد بالرعب و الشعور بالعجز.

يرى Crocq بالرغم من الصبغة التحليلية -مثل عند غالبية المؤلفين الفرنسيين- أن العصابات الصدمية هي حالات عصابية منظمة ودائماً تكون نتيجة صدمة نفسية والمتمثلة في الحدث الصدمي الذي يكون مفاجئاً وعنيفاً ويفوق الامكانيات الدفاعية والتكيفية للشخص، كما أن الأصل الإكلينيكي لهذا العصاب يشاهد بواسطة حضور تناذر تكراري خاص (فزع، كوابيس تكرارية... إلخ) مع إعادة تنظيم نموذجي للشخصية مهما تكون الأعراض للبنية المميزة.

أما إذا حاولنا أن نعطي تعريفاً شاملاً للضغط ما بعد الصدمة يمكن أن نقول أن "الضغط ما بعد الصدمة هو اضطراب تتسبب فيه خبرة صدمية ذات شدة استثنائية، غالباً ما

نجدها في أوقات الحرب و خلال الكوارث الكبيرة، أما في الممارسة المدنية فيمكن ملاحظتها بعد اعتداء أو حادث مع أو بدون اشتراك صدمة جسدية، يمكن لهذا الاقتحام الصدمي أن يدوم ويشكل عجزا للمصاب، وهي تطرح مشاكل من الناحية العلاجية والتعويضية".

3. أعراض وعلامات الصدمة النفسية:

يظهر أنه بالرغم من الاهتمام الكبير للباحثين الناطقين باللغة الإنجليزية باضطراب الضغط ما بعد الصدمة، غير أنه لا يعتبر الصورة العرضية الوحيدة الناتجة عن الأحداث الصدمية، إذ يؤكد المختصون على ضرورة الاهتمام بالعوامل مثل تغييرات في الشخصية، اضطرابات السلوك - محاولات الانتحار، الإفراط في تناول الكحول والمخدرات، السلوكات العنيفة (تتأزر "رومبو" « Rambo »)، السلوكات ضد إجتماعية - بدل تركيز الإهتمام على أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة بصفة حصرية.

تتقسم الأعراض إلى صنفين تبعا للمراحل التي تتبع وقوع الصدمة، فهناك الأعراض المؤقتة التي تأتي مباشرة بعد الصدمة والمتأخرة أو الدائمة التي تتمثل في أعراض الصدمة النفسية، حيث تتميز هذه المرحلة بوجود الجدول العيادي التالي:

1.3. أعراض الإعادة: تتمثل في استمرارية الأفكار والمشاعر والسلوكات المتعلقة بالحدث الصدمي، التي تظهر بصفة اجتياحية وبالرغم عن إرادة الفرد كما أنها تتخذ أشكالا مختلفة، كالكوابيس التي تعيد الضحية من خلالها الحدث الصدمي، وهذه المحاولات المتكررة لتنظيم وللتحكم في التصورات التخيلية والحلمية للمصدم تبقى من دون جدوى حيث ترجع دائما إلى الخبرة الصدمية التي لا يمكن دمجها.

الذكريات المتكررة التي تحمل الصدمة وأفكارها فتجعل الضحية تشعر بالضيق والاختناق، نجد عند الأطفال أن طريقة لعبهم واختيارهم للألعاب تدور كلها وتنطبق على

حالتهم النفسية المصدومة بتكرار الحدث الصدمي، يمكن أن تشعر الضحية أيضا بأن الحدث سيعاد وقوعه وخاصة في الظروف والأماكن التي تذكرها بالحدث.

تصاحب أعراض الإعادة بمعاناة نفسية وبإفراط في النشاط العصبي.

2.3. أعراض التجنب: وهي تجنب كل ما يمكنه أن يحيي ذكرى الصدمة، يمكن اعتبار هذه الأعراض على أنها استراتيجيات معرفية وسلوكية لدرء وتجنب الرعب والأسى الناجمين عن الأعراض الاجتياحية، تشمل هذه الأعراض على **جهود معرفية** لتجنب الأفكار والذكريات والمشاعر المتعلقة بالصدمة، و**جهود سلوكية** لتجنب الأنشطة والأماكن والأشخاص الذين لهم علاقة مع الحدث الصدمي.

يمكن أن يعاني المصدوم من اضطرابات في الذاكرة تخلق صعوبة في استرجاع خبراته وذكرياته حتى ولو كانت ذكريات بعيدة عن الصدمة ويرجع الباحثون ذلك إلى عمل التجنب والتناسي.

3.3. أعراض غير محددة:

يتميز التناذر الصدمي بجملة من الأعراض يطلق عليها بغير المحددة لأنها موجودة في اضطرابات نفسية أخرى، وهي:

- **الوهن الاكتئابي** بأبعاده الثلاث، البعد الجسدي والنفسي والجنسي، وهو يختلف عن التعب كظاهرة فيزيولوجية اعتيادية تظهر بعد حالة ضغط كبير والتي يمكنها أن تدوم لعدة أشهر، بل يوافق الوهن الاكتئابي لتصنيف الوهن العصبي (neurasthénie) أو الوهن العصبي الهستيري (hystero-neurasthénie).

- **القلق (الحصر)** يكون في الإطار الأول من الجدول العيادي، يمكنه أن يظهر على شكل خوف، كالخوف من الإصابة بالجنون، والخوف من الموت، الاحساس بالوحدة، كما يمكنه أن يكون في صورة مخاوف تتعلق بالأشياء والظروف المرتبطة بالصدمة.

- **حوادث تحويلية هستيرية** مذهلة أحيانا كالنوبات والعمى، وعدم القدرة على الوقوف والمشي، أو أقل ضجة كالشلل الجزئي المؤقت، والارتعاش.

- **مشاكل علائقية:** وترجع بالدرجة الأولى لإعادة تنظيم في الشخصية، ذلك أنه باستعمال ميكانزمات النكوص والتجسيد والإسقاط، يبقى المريض مثبتا بالصدمة عن طريق عرضية

ظاهرة وهي التكرار، يتشتت تنظيم سلوكه، وتتوقف آفاقه المستقبلية، فينكس المريض نحو مواقف التبعية السلبية والحاجة للإشباع العاطفي، أمام المحيط الطبي والعائلي وفي نفس الوقت فهو يطلب الإصلاح عما أصابه، ولا تلخص المطالبة بالإصلاح المادي طلب المريض رغم وجودها في الواجهة فهو يحتاج إلى أن يؤخذ مطلبه بمأخذ الجد و يطلب الاهتمام من أجل استعادة قيمته (revaloriser) ويطلب إعادة تأهيله مهنيا واجتماعيا.

- اضطرابات سيكوسوماتية وشكاوي جسدية: لا يتعلق الأمر بمجرد أعراض وظيفية وإنما أمراض سيكوسوماتية حقيقية، تمس أجهزة معينة ونابعة عن ميكانزمات فيزيولوجية مرضية محددة في علاقة مع الاستجابة البيولوجية النفسية الفيزيولوجية للضغط، ويرتبط تطورها اللاحق مع الاضطراب الصدمي النفسي، نجد من بينها مرض الربو، والصداع النصفي، وارتفاع الضغط الدموي، والقرحة المعدية، والتهاب القولون التشنجي، والإكزما والصدفية (psoriasis)، والشيب وسقوط الشعر بعد الصدمة، وتضخم الغدة الدرقية وداء السكري.

- اضطرابات التغذية والتغيرات في وزن الجسم (بالزيادة أو بالنقصان).

- الإدمان، كالإدمان على السجائر والكحول والمخدرات، والسلوكيات الخطيرة مثل تناذر رومبو (Bambo)، أو المرور إلى الفعل الذي له قيمة اضطراب في السلوك.

4. المعايير التشخيصية للضغط ما بعد الصدمة حسب التصنيفات العالمية:

1.4. المنظمة العالمية للصحة:

يصنف اضطراب الضغط ما بعد الصدمة من طرف المنظمة العالمية للصحة ضمن الفئة الفرعية "الردود الفعل نحو الضغط الحاد واضطرابات التكيف"، وهي تشمل : "ردّة فعل حادة لعامل ضغط" وتدخل ضمن فئة الاضطرابات الفورية للصدمة أي تظهر من بعض الدقائق إلى يوم بعد التعرض للحدث، هناك أيضا "حالة الضغط ما بعد الصدمة المؤقتة" التي تدوم أقل من شهر وفي فئة الاضطرابات المزمنة نجد "حالة الضغط ما بعد الصدمة الدائمة (durable)" وهي تظهر بعد شهر من الحدث الصدمي وتدوم من شهر إلى سنتين، كما هناك تصنيف "التغيرات الدائمة في الشخصية بعد خبرة الكارثة" والتي تظهر بعد شهر من الحدث الصدمي وتدوم أكثر من سنتين.

2.4. الجمعية الأمريكية للطب العقلي (DSM-IV):

فيما يخص الدليل الإحصائي و التشخيصي للاضطرابات العقلية الرابع DSM-IV فهو يقسم تصنيف الاضطرابات التالية للصدمة إلى شكلين عيادين هما: الشكل الحاد والشكل المتأخر، حيث تظهر "حالة الضغط الحاد" مباشرة بعد الحدث الصدمي ولا تدوم أكثر من شهر، وتنقسم الصورة المتأخرة إلى شكلين، هناك "اضطراب الضغط ما بعد الصدمة الحاد"، له نفس أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة غير أنه يختلف في المدة فهو يظهر شهر بعد الحدث الصدمي ولا يدوم أكثر من ثلاثة أشهر، أما الصورة المتأخرة فهي "اضطراب الضغط ما بعد الصدمة المزمن" الذي يظهر شهر بعد الحدث الصدمي و يدوم أكثر من ثلاثة أشهر.

يصنف DSM-IV "اضطراب الضغط ما بعد الصدمة" ضمن المحور السابع الخاص باضطرابات القلق، حيث يقوم تشخيص هذا الاضطراب على المعايير التالية:

المعيار A: خبرة الحدث الصدمي، مع وجود العنصرين التاليين:

1A أن يكون الشخص قد خبر أو شهد أو واجه حدثاً أو عدة أحداث تضمنت موتاً فعلياً أو تهديداً بالموت أو إصابة خطيرة، أو حدثاً هددت فيه سلامته الجسدية أو سلامة الآخرين.

2A أن يكون قد طغى على استجابة الشخص الخوف الشديد والشعور بالعجز وبالرعب.

المعيار B: إعادة خبرة الحدث الصدمي بشكل مستديم بوحدة (أو أكثر) من الطرائق التالية:

1B ذكريات متكررة وإقحامية عن الحدث، تسبب الشعور بالتوتر (détresse) وتتضمن صور وأفكار أو إدراكات.

2B أحلام متكررة ومزعجة عن الحدث، تسبب الشعور بالتوتر.

3B التصرف أو الشعور المفاجئ كما لو أن الحدث سيعاود الوقوع (صور أو خيالات).

4B الشعور بالتوتر النفسي الشديد لدى التعرض لإشارات داخلية أو خارجية تشير أو تشبه أحد مظاهر الحدث الصدمي.

5B استثارة فيزيولوجية لدى التعرض لإشارات داخلية أو خارجية تشير أو تشبه أحد مظاهر الحدث الصدمي.

المعيار C: تجنب مستديم للمثيرات المرتبطة بالحدث الصدمي وفتور أو تخدير الاستجابة العامة (غير موجودة قبل الحدث الصدمي)، كما يستدل على ذلك بثلاثة على الأقل من التظاهرات التالية:

- (1C) جهود لتجنب الأفكار أو الإحساسات أو الأحاديث المرتبطة بالصدمة.
- (2C) جهود لتجنب الأنشطة أو الأماكن أو الأشخاص الذين يثيرون تذكرات الصدمة.
- (3C) العجز عن تذكر مظهر مهم من الصدمة.
- (4C) انخفاض الاهتمام أو المشاركة الواضحين في أنشطة مهمة.
- (5C) الشعور بالانفصال أو الغربة عن الآخرين.
- (6C) فتور عاطفي.
- (7C) الشعور بالمستقبل المسدود.

المعيار D: أعراض مستديمة من ازدياد الإثارة واليقظة (لم تكن موجودة قبل الحدث الصدمي)، كما يستدل عليها عرضين على الأقل مما يلي:

- (1D) صعوبة النوم أو المحافظة عليه.
- (2D) استثارة أو نوبات (إنفجارات) غضب.
- (3D) صعوبات في التركيز.
- (4D) حذر أو تيقظ مفرط.
- (5D) استجابة إجفال (رعب) مبالغ فيه.

المعيار E: استمرار الأعراض في المعايير (B و C و D) لأكثر من شهر.

المعيار F: يسبب الاضطراب تأديا واضحا عياديا أو اختلالا في الأداء الاجتماعي أو المهني أو ضمن ميادين أخرى.

5. أنواع و أشكال الصدمة النفسية:

لا تؤدي جميع الصدمات إلى تكوين اضطراب الضغط ما بعد الصدمة (عصاب صدمي)، منظم ومزمن، إذ يتبين من خلال التطبيق الميداني أن هناك أصناف من الحالات التي تترتب من الحالات المعتدلة (الخفيفة) والمؤقتة إلى الجداول العيادية الشبيهة باضطراب الضغط ما بعد الصدمة، إلى العصابات المنظمة التي لا نهاية لها والمعيقة، وأيضاً إلى الحالات الذهانية التي يطغى عليها تبدد الواقع (déréalisation) وتبدد الشخصية (dépersonnalisation).

كما يمكن أن تلتحم مع الأعراض الإعتيادية تنظيمات ثانوية، ومن أكثر المظاهر تردداً:

- النوراستينيا ما بعد الصدمة، وتعب وشكاوي لمخاوف مرضية (hypocondriaque).
- الهستيريا ما بعد الصدمة: التي تكون فيها الأعراض دائمة ومعيقة (invalidante).
- التكيّس الطبي في موقف نكوصي وللمطالبة، ذلك أن الميزة الغالبة للعصابات الصدمية التالية لحوادث ذات طابع تعويضي، هي اهتمام المرضى بالتعويض المادي، وغالبا ما يبالغ المريض من أهمية الضرر وتصبح المتابعة والمطالبة المالية المبالغة تبلور كل طموحاته على حساب مصالحه الحقيقية (névrose de compensation, névrose de rente)، فأكثر من استغلال شعوري (مدرك) للوضعية يجب أن نرى في هذا التناذر تجديد (actualisation) لصراعات اجتماعية-نفسية التي تحفزها الإحباطات المزمنة المهنية والإقتصادية والتي تزيد من حدّتها مواقف عدم الفهم من طرف الآخرين (l'incompréhension) واتهام الضحية بالتظاهر.

من المعترف به أيضاً هو إمكانية ظهور اضطرابات ذهانية مزمنة عقب التعرض لحدث صدمي، يمكن أن تظهر بصفة مفاجئة وحادة أو أن تكون ذات تطور تدريجي تحت قناع أفكار هذيانية شبيهة بالموجودة في الصدمة النفسية.

6. النماذج النظرية في تفسير الصدمة النفسية:

لقد كانت الحوادث المختلفة للسكك الحديدية ولحروب التي تلت وخاصة حرب الفيتنام منبعاً لأبحاث عديدة حول الصدمة النفسية، وحتى وإن طغى التفسير التحليلي على الساحة العلمية، إلا أن التساؤلات حول طبيعة الصدمة والميكانيزمات التي تحركها قد أثرت الأدبيات بتفسيرات عديدة ومتنوعة، نعرض فيمايلي أبرز النماذج النظرية التي تطرقت إلى الصدمة النفسية.

1.6. النموذج التحليلي:

لقد تحدث Freud عن الصدمة في مناسبات عديدة، كما تناول موضوع الصدمة في دراسات حول الهستيريا عام (1895) وكان مضمون ذلك العمل دراسة حول حالة (Anna.O)، إذ يفسر أعراض الهستيريا التي تنسب إلى مظاهر الطاقة الحسية المشتركة في الصدمة النفسية المنسبات والماضية والمكبوتة في اللاشعور منذ الصغر، فلجأ Freud إلى التنويم المغناطيسي لكي يسهل على المريض استرجاع وتنشيط التجربة الصدمية المكبوتة في اللاشعور. يعود كبت هذه التجربة لكون الفرد أثناء الحدث لم يكن بمقدوره القيام برد الفعل والتعبير عنه بواسطة الحركات، الكلام، إلخ، وهذه الانفعالات تظهر لاحقاً على شكل أعراض.

يعتبر Freud أن مصدر الصدمة النفسية إنما هو جنسي، فهو يرجع الصدمة النفسية إلى الاعتداء الجنسي الذي تعرض له الفرد وهو طفل لذلك يقول "كل صدمة هي جنسية". ويرى أن للصدمة معنى واحد هو المعنى الإقتصادي، فالصدمة حدث معاش ويتسبب بعد فترة زمنية في فائض من الاستثارات، حيث يكون الحدث الصدمي نقطة انطلاق الصدمة النفسية، كما تكلم عن عصاب الحرب لتحل مشكلة الصدمة من جديد مكاناً هاماً لديه أسماه بعصاب الصدمة.

وأضاف Freud أنه لا يوجد هجوم خارجي بدون هجوم داخلي، فالصدمة الخارجية جاءت إذن لتبرر وجود الأولى. وشبه Freud الجهاز النفسي المستقبل للصدمة بالحويلة الحية التي تحمي طبقتها الإصطناعية لأن أغلبية الإعتداءات تكون مفروضة ولكن بعضها، بعنفها وفجائيتها ومفعولها (الرعب والفرع) تخترق طبقة الدفاع التي هي صاد الاثرات التي تتمثل في حفظ الجهاز ضد المثيرات والحوادث الصادمة، وقد تقتحم قوة الصدمة المادة

الحية الأساسية للحويصلة وتصبح كجسم غريب، فتحاول بمجهوداتها إما بإخراجها ونبذها وإما تكييفها والامتثال إليها، وهذا ما يفسر أن نفس الحدث قد يكون صدمة لشخص دون آخر.

ونجد S. Ferenczi وهو أحد تلاميذ Freud الذي يعرف ويفسر الصدمة في أعماله بين 1927-1933، ففي سنة (1908) تكلم عن الصدمة النفسية، بحيث يشارك Freud في رأيه حول المصدر الجنسي للصدمة، وكذلك حول رأيه فيما يخص مصدر الصدمة النفسية الناجم من الخوف الشديد، وعوامل تعزز بشدتها تكوين العصاب.

ولقد اهتم كثيرا بالصدمة خاصة عندما كان طبيبا خلال الحرب العالمية الأولى، ففي سنة (1924) في وصفه الإكلينيكي لعصاب الحرب، يضيف عصابات الحرب ضمن العصابات النرجسية، فهو يرى أن الأفراد الذين لهم ميل نرجسي هم أكثر استعدادا للتعرض للعصاب الصدمي.

استعمل Fenichel مفهوم "توقف وظائف الأنا" وخصوصا الوظائف الجنسية التي تصبح حسبه قليلة الأهمية بعد الصدمة، ويظهر ذلك من خلال العجز المؤقت الذي يرجع إلى التصخير الكامل للطاقة بما فيها الجنسية لمحاولة السيطرة على الاستثارة، مع احتمال ظهور نوع من الانطواء النرجسي الذي يأخذ صورة ظواهر نكوصية متنوعة، حيث تعتبر الصورة الأكثر بدائية لذلك هي استجابة الإغماء كانغلاق أمام كل استثارة جديدة.

يمكن اعتبار النظرية السيكوسوماتية كامتداد للنظرية التحليلية، وتعتبر الصدمة من أهم مفاهيمها، حيث يتطرق P. Marty وهو من أشهر روادها إلى الصدمة باعتبارها مجموعة من المثيرات يميز الأنا أصلها الداخلي والخارجي يصيب اختلال التنظيم العقلي، وما يحدد شدتها هو قيمة الإختلال وليس نوعية الحدث، فهو يرى أن الصدمة تكمن في الحدث العاطفي الذي يظهر أثره على الفرد و يكون ناتجا عن وضعية خارجية قد تكون ممتدة في الزمن. إن الحدث يأتي ليعرقل التنظيم، أين تترك غرائز الحياة مكانها لغرائز الموت لفترة زمنية محدودة. وعليه فإن مقاومة الصدمات تختلف حسب الأفراد وعند الفرد نفسه، حسب المواقف وفترات حياته و مراحل نموه.

2.6. النماذج السلوكية المعرفية :

- نموذج الإشراف لـ Mowrer (1960): هو نموذج مستوحى من أعمال Pavlov و Skinner حول ميكانيزمات التعلم عن طريق الإشراف الكلاسيكي والإجرائي. حسب هذا النموذج فإن هناك مبدئين للتعلم، الإشراف الكلاسيكي الذي يؤدي إلى تعلم استجابات الخوف، والإشراف الإجرائي الذي يساهم في تعلم سلوكيات التجنب، وهو ما يشرح ظهور وبقاء اضطراب الضغط ما بعد الصدمة.

يفسر إذن نموذج الإشراف ردود الأفعال القلقية للضحية أمام المثيرات الحالية عديمة الخطورة، لكنه ينطوي على نقائص من حيث عدم إمكانيته على تفسير ظهور الأعراض الاجتياحية والإفراط في النشاط الاعاشي وأيضا الفتور العاطفي العام، التي تصاحب الضغط ما بعد الصدمة.

- نموذج المعالجة الانفعالية لـ Foa et al (1989): حسب هذا النموذج فإن عزو معنى الخطر لعلاقة مثير-استجابة كانت تعتبر سابقا على أنها آمنة أو محايدة في تركيبة (structure) الخوف هو أساس تطور اضطراب الضغط ما بعد الصدمة، حيث تمثل تركيبة الخوف شبكة معقدة من الترابطات لرد فعل دفاعي أو للهرب أمام الخطر. تتضمن هذه التركيبة إلى الجهاز العصبي وتمثل شبكة ثابتة تعمل على ربط العناصر المتعلقة بالحدث وتفسير خطورة هذه العناصر والاستجابات الفيزيولوجية والسلوك.

- نموذج Joseph et al (1995): يعتبر هذا النموذج أن تفسير الضحية لأسباب ولنتائج الخبرة الصدمية هو ما يمثل العامل الأساسي المسؤول عن ظهور العرضية التالية للصدمة، تتفاعل طبيعة هذا التفسير بعد ذلك مع الحالة الانفعالية والعوامل المعرفية ونماذج التعامل مع الضغط لدى الضحية. لقد تم استغلال فكرة العزو الذي يقوم على تفسير العناصر المرتبطة بالصدمة في شكل نماذج معرفية حديثة كنموذج Ehlers et Clark (2000).

- نموذج معالجة المعلومة لـ Horowitz (1986): ينظر نموذج المعالجة المعرفية إلى أعراض الضغط ما بعد الصدمة على أنها رد فعل أمام العدد المفرط من المعطيات التي تمثل الخبرة الصدمية، إذ ينتج الضغط ما بعد الصدمة عن عجز الضحية عن الإدماج المناسب ضمن مخططاتها المعرفية السابقة لهذه المعلومات الجديدة. وعلى هذا الأساس فإن تراجع العرضية يعتمد على استدخال وإدماج الخبرة الصدمية وهو ما يشبه عمل الحداد.

3.6. النموذج البيولوجي:

يفسر اضطراب الضغط ما بعد الصدمة من وجهة النموذج البيولوجي بوجود اختلال يمس محور حاثات القشر (l'axe corticotrope)، حيث يؤدي تنشيط النظام النخامي-القشري-الكظري (Hypophyso-cortico-surrénalien) والإفراط في إفراز هرمون الكورتيزول (hypercortisolémie) إلى الزيادة المفرطة في حساسية مستقبلات الكورتكويد (corticoïdes) العصبية والمحيطية، كما هناك مراقبة رجعية مرتفعة من طرف هرمون الكورتكويد، وتؤدي هذه الاختلالات الجزيئية إلى ظهور أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة.

كما تميل البيولوجيا إلى الإنعكاس خلال التطور طويل المدى لتسير نحو الاختلالات التي نجدها في الاكتئاب: نقص في تنشيط محور حاثات القشر ونقص في إفراز هرمون الكورتيزول مما يساعد على ظهور واستقرار الاكتئاب خلال تطور الاضطراب.

7. مسببات الصدمة النفسية وعوامل الانجراحية:

حاول الباحثون فهم أسباب التنوع في عدد وفي تردد و في شدة الأعراض ما بعد الصدمة، فقد اعتبروا في البداية عنف الحدث الصدمي على أنه السبب الوحيد في ظهور الاضطراب، لكن تبين معطيات الأبحاث أن عنف الصدمة لا يشرح إلا جزء من تنوع العرضية، نحن نعلم أن الحدث الصدمي يحمل إمكانية إضعاف التوازن النفسي لأي كان، وتري أن ردود الأفعال ما بعد الصدمة إنما تتجم عن تفاعل ثلاثة عوامل، وإن هذا التفاعل الشخصي لكل ضحية هو الذي سيؤثر على عدد وشدة ومدة الأعراض ما بعد الصدمة.

1.7. العوامل القبل صدمية:

تشير العوامل القبل صدمية إلى العناصر الموجودة قبل الحدث، هي عناصر لا يمكنها أن تسبب الصدمة ولكنها تشكل عوامل خطر أو انجراحية، ذلك أن الحدث الصدمي لا يقع بدون وجود سوابق، حيث تتركه الضحية وتتفاعل معه انطلاقاً من خصائصها الشخصية وخبراتها الماضية وسمات شخصيتها وقدراتها التكيفية الخاصة، نلخص أهم العوامل القبل صدمية فيمايلي:

- هشاشة التوازن النفسي وضعف التكيف قبل الصدمة يمكنها أن تفسر شدة ومدة الاضطراب الصدمي.
- ينبغي أيضا إرجاع الحدث إلى التاريخ الشخصي للفرد حتى يتم فهم معناه ورد الفعل الصدمي اتجاه الصدمة التي يتنوع صداها الانفعالي حسب شخصية الفرد، التوفر الآني للدفاعات، جروحته الناجمة عن خبراته الصدمية والصراعات السابقة، وهنا يظهر الدور الذي لعبه الحدث الصدمي في الشخصية.
- من بين عوامل الانجراحية في عصابات الحرب يمكن أن نجد دور الإرهاق الجسدي، عدم تماسك المجموعة، الصراعات الأخلاقية، الشعور بالذنب المرتبط بموت رفيق (عصاب الناجي).
- الجنس الأنثوي، يبدو أنه من العوامل المتفق عليها، وهو ما تؤكد العديد من الدراسات Davidson (1991)، Kessler (1995)، ويمثل ضعف الخطر مقارنة مع

الرجال. وتشير المعطيات أنه كلما كانت الضحية أصغر سنا كلما زاد الخطر الصدمي.

- بعض الشخصيات) كالتي تقدم نوع من الصلابة في الحكم وميل إلى السيطرة (contrôle) على كل شيء والسماح النرجسية وضعف القدرة على التكيف مع التغيرات.

- السوابق المرضية العقلية والاعتلال وخصوصا اضطرابات القلق والاكتئاب. بالإضافة إلى اضطرابات السلوك (conduites) مثل السلوكيات الإدمانية، علما أن الاعتلال هو من العوامل على الإلزام وخصوصا الاضطرابات الاكتئابية. كما أن الإدمان على المخدرات والكحول هي من العوامل الإستعدادية.

- السوابق المرضية العقلية الأسرية.

- الانفصال المبكر عن الوالدين أو طلاق ما بينهما قبل سن العاشرة.

- المستوى الاجتماعي - الاقتصادي المنخفض.

-

2.7. العوامل المسببة:

نتكلم هنا عن الأحداث الصدمية والتي يمكن أن نقسمها إلى نوعين وهما:

- الأحداث الصدمية الناتجة عن كوارث من صنع الإنسان: يدخل ضمن هذا النوع من الصدمات الانفجارات بشتى أنواعها والاعتداءات والأسر والأزمات بصفة عامة، وتعتبر كارثة الحرب إحدى أقصى الصدمات منذ وجد الإنسان والمرتبطة مباشرة بالموت.

- الأحداث الصدمية الناتجة عن كوارث طبيعية: تدخل ضمن هذا النوع من الصدمات الزلازل والفيضانات والأعاصير وغيرها.

وما تجدر الإشارة إليه في هذا المجال هي الدراسات التي أثبتت وجود فروق أساسية بالنسبة للآثار النفسية التي تميز بين ردود فعل الأفراد أمام كل من هذين النوعين من الكوارث ومن هذه الفروق مايلي:

- في كوارث من نوع زلازل مثلا يغيب المسؤول المباشر على حدوث الكارثة في حين يتمثل المسؤول بالجهة المعادية وبزعمائها في كوارث الحروب.

- ودائما في كوارث من نوع زلزال فإن المنكوبين يعجزون عن تحديد المعتدي، فالمعتدي هنا هي الطبيعة، وبالتالي نلاحظ غياب حالات التماهي بالمعتدي، وهي الحالة التي نصادفها كثيرا في الكوارث من صنع الإنسان عكس الكوارث الطبيعية التي نشاهد فيها مواقف دينية تتراوح بين التسليم والهذيان الديني.

- النكوصات ترتبط أكثر بالكوارث الطبيعية وذلك بسبب العجز عن تجنبها، وتوقع احتمالات تكرارها.

كما أن ما نطلق عليه بالحدث الصدمي يرتبط بثلاثة احتمالات، ويفضل أغلب الباحثين استعمال مصطلح الخبرة الصدمية:

- صدمة نفسية: وحيدة وشديدة، ولا يمكن التنبؤ بها، فهي تقتحم التنظيم النفسي للفرد وتغرق قدراته الدفاعية، وتكون الصدمة الانفعالية مرتبطة بوضعية مهددة للحياة أو للسلامة الجسمية ككارثة طبيعية أو قتال أو اعتداء، أو حادث لم يفقد فيه الفرد وعيه وعاش فيه قرب وقوع موته.

- التعرض للضغط النفسي والجسدي المتكرر، الذي ينتهي بتجاوز مستوى القدرات التحملية للفرد.

- صدمة جسدية: ويمكنها أن تعطي عصاب ما بعد صدمي ولكنه يبقى دون خطورة. فالأحداث لا تتشابه وهناك خصائص مميزة لبعض الأحداث الصدمية التي لها وقع أكثر خطورة وشدة وإزمان من حيث الآثار ما بعد الصدمة من الأخرى، نذكر عنف الحدث، إدراك تهديد الحياة، المظاهر البينشخصية والاجتياحية وغير الإنسانية، ومظاهر الحدث التي لا يمكن التنبؤ والتحكم فيها، بالإضافة إلى وجود الأطفال، بالإضافة إلى رد الفعل المباشر بعد الحدث مثل مستوى مرتفع من الضغط أو الظهور السريع للأعراض الصدمية أو الاضطرابات الانفصالية (dissociatif).

3.7. العوامل المعززة:

هناك من العناصر التي تكون موجودة بعد الحدث والتي يمكنها أن تزيد من خطورة الآثار ما بعد الصدمة أو أن تعززها وتعمل على تثبيتها.

- سند المحيط له أهمية بالغة لدى المصاب بالضغط ما بعد الصدمة نظرا لهشاشته في هذه المرحلة، على العكس فإن نقص في السند أو سلوكيات سلبية من طرف المحيط كالنقد والعتاب و التفهم، أو سلوكيات عدائية، أو تسلطية، أو دخيلة أو ضاغطة من شأنها أن تزيد من خطورة الاضطراب.

- دور الزوجة الذي يمكن أن يكون مقررا، إذ يمكنها أن تسهل نكوص المريض وظهور المرض عن طريق تعاملها مع زوجها كطفل (maternage)، ذلك لأن لها فائدة عاطفية من هذه الوضعية.

- موقف الطبيب يمكنه أن يعيق التطور، سواء بتضخيم الوضعية حيث يضع المفحوص في وضعية مريض بدون مستقبل، أو أن يكتفي بما جاء في التحليل الموضوعي للاضطرابات ولا يهتم بمعناها النفسي وهو ما يؤدي عند المريض إلى شعوره بالرفض وزيادة ثقل العرضية بهدف الحصول على التفهم والاهتمام.

- خلال الخبرات (expertises) التي غالبا ما يحدث فيها إعادة تنشيط الاضطرابات تحت هدف شعوري نوعا ما من أجل الحصول على تعويض، غير أن الاهتمام المادي لا يكون العامل الوحيد لاستدامة الأعراض، حيث يمكن ملاحظة عصابات دائمة بعد حادث لا يمكن الحصول من خلاله على تعويض (indemnisable).

نستخلص مما سبق مدى تنوع العوامل التي تساهم في ظهور الاضطراب الصدمي وذلك إما بطريقة مباشرة أو غير مباشرة، إذ تعد الظاهرة الصدمية ظاهرة معقدة تطرح مشكل العلاج وتأهيل المصدوم لإعادة دمج في الحياة الأسرية والاجتماعية والمهنية.

8. علاج الصدمة النفسية:

يتفق المختصون في تقسيم العلاجات بعد التعرض إلى حدث صدمي إلى:

- **العلاجات مباشرة بعد الحدث:** ذلك أنه من الاعتيادي إدخال الوقاية من الوقوع في اضطراب الضغط ما بعد الصدمة في أقرب الآجال بعد الأحداث الصدمية، إذ يعد إدخال مختص نفساني في فرق التدخل الإسعافي مكسبا حقيقيا، فخلال الفترة التي تفصل الصدمة عن ظهور الاضطراب، كل الكلام الذي بصدده التعبير عن التأثر وموضوعية الحادث هو "علاجي" ومن شأنه أن يجنب تطور المرض وهو بذلك يهدف إلى الوقاية .
- **العلاجات بعد الحدث (post-immédiat):** ويتعلق بالأشخاص الذين تدوم لديهم الأعراض الصدمية بعد مرور أسبوعين عن الحدث الصدمي، ويستمر علاجهم بعض الأسابيع بهدف التخلص من الأعراض وتجنب الظهور اللاحق لاضطراب الضغط ما بعد الصدمة، الذي يعتبر اضطرابا يصعب علاجه.
- **العلاجات بعد تثبيت العرضية ما بعد الصدمة:** بمعنى العلاجات التي تستهدف الاضطراب في صورته المتأخرة.

نعرض فيمايلي أهم العلاجات التي يمكن استعمالها مع المصابين باضطراب الضغط ما بعد الصدمة.

1.8. العلاجات الكيميائية:

يشكل العلاج الكيميائي المرحلة الأولى والأساسية في علاج اضطراب الضغط ما بعد الصدمة وذلك من أجل تخفيف الأعراض المؤلمة وتسهيل عملية العلاج النفسي. ويرى بعض الباحثين أن الكلونيدين المقرون مع البروبرانولول مفيد في تخفيف الأفكار الدخيلة واستجابات الإجفال والعدوانية والكوابيس، كما أن الليتيوم قد مكن بعض المرضى من توفير سيطرة أفضل على انفعالاتهم. من جهة أخرى، تبين أن مضادات الاكتئاب وبالأخص (Imipramine) قد نجحت في تخفيف الأفكار الدخيلة والاضطرابات الفيزيولوجية. غير أن المشكلة تبدو أكثر صعوبة مع المرضى الذين يتعاطون الكحول أو المخدرات، ومن الممكن

أن تؤدي المهدئات، في حالات من هذا النوع، إلى التقليل من السيطرة على النفس وإلى اندفاع السلوك العدواني.

أما النوع الثاني فيتمثل في الأدوية ضد الانهيار العصبي، وهي أدوية تحارب أسباب الضغط والانهيار الأكثر انتشارا بعد الصدمة والتي تملك مميزات المسكنات المستعملة في "الحماية من الصدمة" فهي تساعد على النوم ولا تتسبب في أيّ تعود. الأدوية ضد الانهيار مثل Tricycliques الأكثر تداولاً لها مضاعفات ثانوية سلبية وخطيرة مثل جفاف الفم، والإمساك، وارتجاف خفيف، لكن مفعولها الأساسي على الحياة النفسية والمزاج لا يظهر إلا بعد 3 أسابيع من بداية العلاج، وهو الذي يعطي الطاقة النفسية التي تسمح للضحية بإيجاد القوة لتخطي الصدمة.

أما بالنسبة للأدوية التي تنتمي للجيل الجديد فليها مضاعفات سلبية قليلة مقارنة مع الأولى، وهي (Les IMAO)، التي أصبحت أكثر انتشاراً لوجود جزيئات أكثر فعالية، وهي مضادات اكتئاب ينصح باستعمالها في حال وجود أفكار انتحارية عند المريض، وبالنسبة لحالة التفكك والعناصر الذهانية، من المستحسن أن يعطى المريض جرعة خفيفة من مضادات الذهان مثل مركبات الهالدول، بينما يبقى الاهتمام مركزاً أكثر على معالجة أعراض القلق والاكتئاب والإجفال والكوابيس واضطراب النوم.

2.8. العلاجات النفسية:

العلاج التحليلي:

يبدأ العلاج القائم على المفاهيم التحليلية بعد فشل العلاجات التي تأتي بعد الحدث الصدمي، أي بعد عدم تمكن المقابلات المركزة حول الحدث من من إرضان الصدمة، فعلى الضحية أن تعيد النظر في قصتها وفي عالمها الهوامي ووضع كلمات حول ما يبقئها متعلقة بهذه الخبرة المؤلمة والمبهرة في نفس الوقت. لقد توصل Freud لدور مبدأ التطهير ويعني العمل على إخراج هذه الصدمات من اللاوعي وتذكير الوعي بها حتى يتخلص المرء من أثرها الصدمي عليه وبالتالي إمكانية استعادة توازنه، ويمكن تشخيص وفهم بنية كل حالة بصورة منفردة بعد علاج آثار العصاب الصدمي.

تكمّن إذن العناصر المهمة في التحليل النفسي لمعالجة العصاب الصدمي في معرفة الحدث على حقيقته الكاملة باستعمال صور الكلمات، والأحاسيس التي اجتاحت الضحية قبل وأثناء وبعد الصدمة، يجب بعد ذلك الأخذ بعين الاعتبار لنتائج الصدمة خاصة منها النتائج الهدّامة وبهذه الطريقة يمكن اكتشاف الطاقات المبدعة لدى الضحية.

التنويم المغناطيسي: يتبيّن من خلال الأدبيات الخاصة بعلاج اضطراب الضغط ما بعد الصدمة باستعمال تقنية التنويم المغناطيسي فائدة هذه الأخيرة في استكشاف الصراعات الضمن نفسية من المنظور السيكوديناميكي، كما يمكن استعمال التنويم المغناطيسي كعلاج سندي من أجل ضبط مستوى القلق وإعادة تذكر الصدمة في حالة نسيان الضحية للحدث الصدمي، أو كتقنية لإحداث التفريغ الانفعالي (abréaction).

العلاج السلوكي المعرفي :

من العلاجات السلوكية المعرفية الأكثر نجاعة نذكر:

الإغراق والتعرض: هي تقنية يعيش من خلالها المريض الصدمة من جديد ولكن في مكان آمن (غرفة المعالج)، الأمر الذي يساعده على تحمّل الضغوط. يطبق الإغراق عادة عن طريق التخيل، وتستدعي هذه التقنية إتباع بعض الخطوات الضرورية كما يستحسن أن يقوم المعالج بإجراء تقويم نفسي للحالة قبل تطبيق الإغراق.

يذكر (Cottraux, 2001) أنه بالرغم من كونها أقدم التقنيات العلاجية و شيوع استعمالها إلا أنها تقنية محدودة الفائدة بالإضافة إلى المدة الطويلة التي تستغرقها.

كما يمكن استعمال طريقة تخفيض الحساسية التي تقضي بتعريض المريض للمنبه المؤلم و لكن بصورة تدريجية و ليس دفعة واحدة كما هو الحال في الإغراق.

- **حركة العينين:** تقتضي هذه التقنية بإحداث حركات ارتجاجية على مستوى العينين واشتراكها مع إحساسات في علاقة مع الانفعالات والأفكار والصور الصدمية، إن الأساس العلمي لهذه الطريقة لا يزال غير واضح وغير نهائي، حيث تعتقد Shapiro أن الأمر يرتبط بمبدأ الصد والإثارة داخل الدماغ.

- **الاستعادة المعرفية:** تستخدم هذه الطريقة مع الناجين من التعذيب والحروب، ويبدو أن الحالة النفسية لهؤلاء الناجين تقف عائقا أمام التفكير المنطقي ولا تمكنهم من إدراك العوامل الخارجية (حقيقة التهديد والخطر) والعوامل الداخلية (مثل مهارات التعامل).
- يمكن تطبيق الاستعادة المعرفية لمعنى الحدث ضمن شرطين:
- الشرط الأول ويقضي بتصحيح معنى السببية وتوزيع المسؤولية.
- الشرط الثاني يقضي باستخدام الاستعادة المعرفية في جلسات العلاج الفردي حيث ينكب المعالج على معالجة الأفكار الخاطئة عند المريض والمتعلقة بنظرته إلى نفسه وإلى العالم والمستقبل.

العلاج الأسري:

لقد زاد الاهتمام بدور الأسرة فيما يتعلق بمساعدة ضحايا الصدمات، من حيث تقديمها الدعم والتشجيع من أجل العمل على تخفيف معاناة المصدوم، كما يبدو أن لأعراض الضغط ما بعد الصدمة تأثير سلبي كبير على الحياة الزوجية والأسرية، لذا فإن من مزايا تطبيق العلاج الأسري هو مساندة جميع أفراد الأسرة، تستعمل لذلك تقنيات مختلفة نذكر الارشاد الأسري عن طريق تطبيق السند الأسري والتربوي، بالإضافة إلى العلاج السلوكي الأسري وتركيزه على العلاج الانفعالي للصدمة داخل الزوج.

العلاج الجماعي:

نجد العلاجات الجماعية التي تركز على السيكوناميكية النفسية والعلاجات الجماعية التي تركز على التقنيات السلوكية المعرفية وهناك تلك التي تركز على السند، تعمل جميعها على مساعدة الناجين من الصدمات ودفعهم إلى مساعدة بعضهم البعض مع الاستعانة بالمعالج. يصبح العلاج الجماعي ذا فعالية أكبر لما يجمع ضحايا نفس النوع من الصدمة (مثل ضحايا الحرب، الاغتصاب، التعذيب، هجوم ارهابي، إلخ)، حيث يعمل ادراكهم لاشتراكهم في الشعور بالخوف والضعف والشعور بالذنب والخزي على التخفيف من شدة الأعراض وتغيير معنى الصدمة.

مثلما رأينا فإنه كلما كان العلاج مبكرا كان التنبؤ بالمرض جيدا، و يؤدي المعالج دورا أساسيا في العلاج لذا عليه أن يكسب ثقة المريض ويعمل على تهدئة أعراض هذا الأخير (القلق، الأرق، الاكتئاب) عن طريق الأدوية، كما يجب تجنب الاستشفاءات الطويلة التي تكون عامل مساعد على النكوص والاستقرار في المرض. وعلى العموم من المهم أن يشعر المريض أنه مساعد ومفهوم دون تسهيل مواقف التبعية والفوائد الثانوية فعلى الكفالة أن تكون متسقة مع متابعة جيدة، وأن لا تأخذ الخبرة صورة تحكيم قضائي بل عليها أن تتضمن إلى الكفالة المشتركة وتتمحور على إعادة تأهيل المريض.