



BelSalameh

الحزمة التدريبية للصحة العقلية
والدعم النفسي الإجتماعي

دليل الصحة العقلية

أبعاد
ab²d



هذا المشروع ممول
من الاتحاد الأوروبي



The European Union

ممول من:



مشروع من:

© جميع الحقوق محفوظة لمنظمة أبعاد والاتحاد الاوروبي، 2017

إن المعلومات والآراء الواردة في هذا المنشور لا تعكس بالضرورة الرأي الرسمي للاتحاد الاوروبي. ولا يجوز اعتبار مؤسسات وهيئات الاتحاد الاوروبي ولا أي شخص يتصرف بالنيابة عنها مسؤولاً عن استخدام المعلومات الواردة فيه.

شكر وتقدير

تود منظمة أبعاد أن تعرب عن امتنانها لكل شخص ساهم في تطوير "الحزمة التدريبية للصحة العقلية والدعم النفسي-الاجتماعي"، التي تتألف من جزئين متكاملين: دليل الصحة العقلية، ودليل الدعم النفسي-الاجتماعي.

بداية، نود أن نشكر جميع أخصائيي الصحة العقلية، العاملين النفسيين الاجتماعيين، والعاملين الميدانيين الناشطين في سوريا لدعم السكان المتضررين؛ ونهدي حزمة التدريب هذه لكل فرد منكم. لقد كان من دواعي سرورنا أن نلتقي ونعمل مع أشخاص رائعين خلال العامين المنصرمين ضمن مشروع "بالسلامة"، الذي نفذته منظمة أبعاد بتمويل من الاتحاد الاوروبي، والذي اتاح لنا الفرصة للتفاعل مع مهنين/ات أظهروا قوة حقيقية، مرونة، وتفاني في العمل ودعم الآخرين. إن مشاركتهم/ن في التدريبات التي نفذت ما بين لبنان وسوريا، فضلاً عن تبادل الخبرات واللقاءات المنتظمة، مكّنتنا ومكّنت مستشارينا من إعداد وثيقة العمل هذه؛ التي تتناول على وجه التحديد كيفية العمل في حالات الطوارئ الإنسانية، في سوريا بالدرجة الأولى، وفي أية حالات طوارئ إنسانية أخرى.

فريق العمل:

السيدة غيدا عناني – مؤسسة ومديرة منظمة أبعاد
السيد جاي الفغالي – مدير مشروع "بالسلامة"
السيد هاني الصالحاني – منسق ميداني، مشروع "بالسلامة"
الدكتور عباس مكّي – نائب رئيس المجلس العالمي للاخصائيين النفسيين – ممثل المشرق، ومدير مؤسسة تبيين – المستشار التقني لمشروع "بالسلامة"
السيدة ماري- أديل سالم – مستشارة الصحة العقلية والخدمات النفسية الاجتماعية لمشروع "بالسلامة"

المؤلفون

الدكتورة اندريا سبيريدو
السيد كريم دكروب
الدكتورة لوري لوبز تشارلز
الدكتور مازن حيدر
السيدة علا عطايا
الدكتور تيسير حسون
السيد وسام قطيط

مراجعة، تدقيق اللغة وتوحيد المراجع الإنكليزية

الدكتور جورج فينينغ

الترجمة

الدكتور تيسير حسون

مراجعة، تدقيق اللغة ومطابقة مع الأصل

السيدة كيندا العيسى

الدكتور ثائر حيدر

شكر خاص للمساعدة في التدقيق اللغوي:

السيد أحمد عاصي

السيد بشار مشوش

التصميم

السيد علاء الغزي

مراجعة الاقران

نود ان نشكر ايضاً الاخصائيين والمستشارين التاليين لاضافاتهم/ن واقتراحاتهم/ن وآرائهم/ن التقنية:

الدكتور عبد الهادي الطاهر، المستشار الصحي التقني لجنوب سوريا، الرؤية العالمية الدولية – الاردن

السيدة كلير سد، منسقة البرنامج التربوي، People in Need – سوريا وتركيا

السيدة ديما متري الفرخ، مديرة الصحة النفسية، لجنة الانقاذ الدولية – الاردن

الدكتور همام مصري عرفة، مسؤول الصحة العقلية والدعم النفسي-الاجتماعي، المفوضية السامية للأمم

المتحدة لشؤون اللاجئين – سوريا

السيدة كاتيرينا كويومتزي، معالجة نفسية تعمل مع اللاجئين – اليونان

السيد كونراد رحال، المنسق الفني للحماية، منظمة الإغاثة الدولية – الأردن

السيدة ماري أديل سالم، مستشارة الصحة العقلية والخدمات النفسية الاجتماعية، أبعاد – لبنان

السيدة مي اللحام، معالجة نفسية، مدير إدارة الصحة النفس-اجتماعية، الهلال الأحمر العربي السوري – سوريا

الدكتور رمضان محمد محفوري، مدير مديرية الصحة النفسية، وزارة الصحة – سوريا

الدكتورة روى دهمان، مسؤولة برنامج الصحة، مفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين – سوريا

السيدة زوزانا بيرنيكوف، مستشار التعليم، People in Need – سوريا وتركيا



المحتويات

8	مقدمة 1
	للحزمة التدريبية للصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي
	في الصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي (MHPSS) في حالات الطوارئ
32	الفصل الأول
	الصحة العقلية: المفهوم العام والاضطرابات العقلية
64	الفصل الثاني
	المشورة الأولية (الأساسية)
102	الفصل الثالث
	العلاج بالتعرض السردي
138	الفصل الرابع
	المشورة الأسرية النسقية
160	الفصل الخامس
	الرعاية الذاتية

للحزمة التدريبية للصحة العقلية والدعم النفسي الإجتماعي

13 دليل الصحة العقلية.

14 دليل الدعم النفسي الاجتماعي.

مدخل للحزمة التدريبية للصحة العقلية والدعم النفسي الإجتماعي

أهلاً بكم إلى هذه الحزمة التدريبية المشتركة للصحة العقلية والدعم النفسي الإجتماعي للعاملين في حالات الطوارئ. تم تصميم هذه الحزمة التدريبية من قبل أبعاد بدعم من الاتحاد الأوروبي. وساهم في هذا المشروع العديد من المهنيين من سوريا والمنطقة ومختلف أنحاء العالم.

هذا العمل جهد مشترك نتج عن تقييم احتياجات المهنيين العاملين في سوريا والمساهمات البناءة من تدريبات مجموعات من العاملين في الصحة العقلية والدعم النفسي الإجتماعي المنخرطين في تقديم الخدمات يوماً بيوم ضمن المنطقة. بعض مساهمات المؤلفين استخدمت في عدة تمارين تدريبية قبل إطلاقها والتغذية الراجعة من هؤلاء المدربين والمتدربين تم إدراجها في بعض الصيغ النهائية لمختلف الفصول الواردة في هذه الحزمة التدريبية. المقاربة المركبة "قمة - قاعدة" (خبراء ومهنيين) و "قاعدة - قمة" (الأطباء السريريون والممارسون) قد تم استخدامها كمجهود لإنتاج حزمة تدريبية قائمة على الاحتياجات المحلية، ومُكيّفة مع السياق المحلي وأكثر ملاءمة للجمهور المستهدف من العاملين ضمن إطار خدمات الصحة العقلية والدعم النفسي الإجتماعي المتواجدة في سوريا والمنطقة.

قُسمت هذه الحزمة التدريبية الشاملة في الصحة العقلية والدعم النفسي الإجتماعي إلى قسمين يكمل أحدهما الآخر مع الأخذ في الحسبان تنوع جمهور الاختصاصيين المستهدف، مجموعات المستفيدين ومشاكل الصحة العقلية والدعم النفسي الإجتماعي.

هناك دليلان في سلسلة الحزمة التدريبية هذه:

• دليل الصحة العقلية.

• دليل الدعم النفسي الإجتماعي.

يمثل المخطط أدناه، الأهداف الأولية المقصودة من محتوى هذين الدليلين والذي يناقش في الفصل التالي مقدمة إلى الصحة العقلية والدعم النفسي الإجتماعي في حالات الطوارئ:



محتوى منهاج الصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي (MHPSS) Mental Health Psychosocial Support

دليل الصحة العقلية (MH Manual):

تتوجه المواد الواردة في هذا المنشور في المقام الأول لمجموعة من الموظفين العاملين في مجال الصحة العقلية (MH) في ظروف الطوارئ المتخصصة ويحتوي على معلومات وبعض تدخلات الصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي (MHPSS) التي قد تكون أكثر ملاءمة لطبقة "الخدمات المتخصصة" من هرم التدخل للجنة الدائمة (1)

المحتويات	دليل الصحة العقلية
المقدمة:	الصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي في حالات الطوارئ.
الفصل الأول:	الصحة العقلية، المفهوم العام والاضطرابات النفسية.
الفصل الثاني:	المشورة الأولية (الأساسية).
الفصل الثالث:	العلاج بالتعرض السريدي.
الفصل الرابع:	المشورة الأسرية النسقية.
الفصل الخامس:	الرعاية الذاتية.

مشاكل الصحة النفسية	مستويات الهرم	الخدمات المطلوبة	
اضطرابات نفسية شديدة	خدمات متخصصة	علاج متخصص للأفراد والأسر	دليل الصحة العقلية
اضطرابات نفسية خفيفة إلى متوسطة	دعم مركز غير متخصص	تدخلات فردية أو أسرية أو مجموعات	دليل الدعم النفسي الاجتماعي
شدات نفسية خفيفة (ردود فعل طبيعية للأزمة)	دعم الأسرة والمجتمع	نشاطات الدعم النفسي الاجتماعي	
عامة السكان المتأثرين بالأزمة	الاحتياجات الأساسية والأمان	تلبية الاحتياجات الأساسية وتوفير الأمان	

محتويات دليل الصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي (MHPSS):

هذا الإصدار هو دليل الدعم النفسي الاجتماعي (PSS)، وهو أحد مكونات منهاج الصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي (MHPSS).

وهو مُصمم لتوفير محتويات تدريبية جرى تقييمها ومطلوبة ومعدلة في هذا المجال المعقد من تقديم الخدمات القائمة على الحاجة والتّحدي، لدى العاملين في سوريا.

محتويات دليل الصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي (MHPSS):

مقدمة في الصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي في حالات الطوارئ:

يُقدم هذا الفصل ويتتبع أصل مقارنة الصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي (MHPSS) جنباً إلى جنب مع تاريخ طويل من المحاولات الهادفة لإنتاج مقارنة نفسية اجتماعية عامة لمشاكل الإنسان. ويتفحص بعض القضايا والتعليقات الشائعة بشأن المراجعة الأخيرة لتنفيذ المبادئ التوجيهية الدائمة المشتركة بين الوكالات. ويناقش الممارسة الحالية مع التعريفات المتفق عليها، والنماذج والمشاكل والخدمات بشكل موجز. وأخيراً فإنه يسلط الضوء على الحاجة إلى التكيف المحلي للموارد باعتبارها الهدف الرئيسي وراء تجميع هذا المنهج حول الصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي (MHPSS) للعاملين السوريين وفي المنطقة، في هذا المجال.

الفصل الأول: الإسعافات النفسية الأولية:

يوجز تيسير حسون تدخلاً مفيداً جداً "مركز غير متخصص" في مجال الصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي (MHPSS) والذي تم تعديله من دليل العاملين في الميدان للإسعاف النفسي الأولي(PFA Psychological First Aid) الممتاز لمنظمة الصحة العالمية. أنتج المؤلف نفسه فصلاً عن المشورة الأساسية التي تظهر في دليل الصحة العقلية (MH) الذي يشكل النصف الآخر من المنهج الدراسي. ربما يمكن اعتبار هذين الفصلين ذوي الصلة المشتركة مقاربتين مختلفتين ولكنهما مكملتين في ضوء المقاربة المشتركة للصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي (MHPSS).

الفصل الثاني: العمل مع النساء والفتيات المعرضات لخطر العنف القائم على النوع الاجتماعي:

تعمل ماري أديل سالم، في هذا الفصل مع النساء والفتيات، وتقدم مجموعة شاملة من المواد بما في ذلك مجموعة من ورش العمل والتمارين لمعالجة العنف القائم على النوع الاجتماعي (GBV) في حالات الطوارئ المعقدة. تُقدم خططاً وتعليمات لإدارة (6) جلسات مجموعة دعم بشيء من التفصيل.

الفصل الثالث: العمل مع الرجال:

هذا هو التكيف المختصر من برنامج را الذي أنتجته أبعاد بالتعاون مع PRoMUNDo في عام 2016. وجرّت مراجعة هذه المواد من قبل خبراء محليين، واختبارها وتجريبها محلياً مع الشبان والمدرّبين الذين يعيشون في لبنان من مضيّفين ولاجئين. وبالتالي هو وثيقة جيدة، وقد اعتبر أنها مكيّفة بشكل مناسب مع سياق هذا الدليل. يتضمن هذا الفصل تخصيص مجموعة كاملة من ورش العمل والموارد المفيدة التي تظهر في المنشور الأصلي.

دليل الدعم النفسي الاجتماعي (PSS Manual) :

تتوجه المواد الواردة في هذا المنشور في المقام الأول لمجموعة الموظفين العاملين في مجال الدعم النفسي الاجتماعي (PSS) في ظروف الطوارئ غير المتخصصة ويحتوي على مجموعة مدخلات الصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي (MHPSS) الأكثر ملاءمة لطبقة "الدعم المركز غير المتخصص" وربما طبقة "دعم الأسرة والمجتمع" من هرم التدخل للجنة الدائمة. (1)

المحتويات	دليل الدعم النفسي الاجتماعي
المقدمة:	الصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي في حالات الطوارئ
الفصل الأول:	الإسعاف النفسي الأولي.
الفصل الثاني:	العمل مع النساء والفتيات المعرضة لخطر العنف القائم على النوع الاجتماعي.
الفصل الثالث:	العمل مع الرجال.
الفصل الرابع:	العمل مع الأطفال والآباء.
الفصل الخامس:	دعم الأطفال الناجين من الإساءة الجنسية.
الفصل السادس:	التنشيط النفسي الاجتماعي من خلال مسرح المنبر.
الفصل السابع:	الرعاية الذاتية.

اللجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات (2007) Inter–Agency Standing Committee (IASC). المبادئ التوجيهية للجنة المشتركة بشأن الصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي في حالات الطوارئ. جنيف: اللجنة الدائمة. (1)



الفصل الرابع: العمل مع الأطفال والآباء والأمهات:

يقدم وسام قطييط فصلاً مستفيضاً للتعامل مع الأطفال والأسر. يعالج موضوع المرونة والصدمة قبل أن يقدم عرضاً شاملاً لمجموعة متنوعة من الأمثلة على أساليب العمل باستخدام الوساطة الفنية في العمل مع اضطراب الشدة ما بعد الصدمة وتعزيز المرونة النفسية. ينتهي بقائمة مفصلة من المواضيع وورش العمل الممتعة بما في ذلك تمارين مع تعليمات كاملة وشاملة.

الفصل الخامس: الأطفال الناجون من الاعتداء الجنسي:

المساهمة الثانية لماري أديل سالم التي تتعامل مع تعريفات الاعتداء الجنسي على الأطفال (CSA) Child Sexual Abuse ومجموعة من المبادئ الأساسية لدعم الأطفال الناجين. يتضمن هذا الفصل نظرة شاملة لحقوق الطفل، وإدارة ودعم القضايا مع نصائح مفيدة جداً.

الفصل السادس: الدعم النفسي-اجتماعي بواسطة المسرح:

يقدم السيّد كريم دكروب فصلاً واسعاً يتناول استعمال المسرح التفاعلي في توفير الدعم النفسي-اجتماعي. يقدم هذا الفصل تقديماً لأهم أوجه هذا النوع من الدّخل النفسي-اجتماعي بالإضافة إلى عددٍ وفيرٍ من التمارين التطبيقية للمدربين ومقدمي/ات الرعاية في هذا المجال.

الفصل السابع: الرعاية الذاتية:

تقترح الأدلة المتنامية بأن هناك مخاطر محتملة على العاملين الذين يعانون من الضغط النفسي والإجهاد العام أو من الصدمات النفسية الثانوية (صدمات بالإنبابة) الأكثر نوعية للعمل الذي يقومون به. أصبحت المخاطر الصحية المهنية لقطاع المساعدات الإنسانية أكثر وضوحاً وتتطلب تدريباً للعاملين في مجال الصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي (MHPSS) ودعماً للتعامل مع مجموعة من المخاطر النفسية في أماكن العمل. يحاول هذا الفصل الشامل أن يتناول هذه المسألة وتقدم علائقاً مجموعة من تقنيات الرعاية الذاتية المفيدة واقتراحات لطرق يمكن أن يتخذها العاملون في مجال الصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي (MHPSS) لخفض الآثار السلبية لعملهم على معافاتهم وأدائهم الوظيفي المهني والشخصي. وتم تسليط الضوء على التمييز بين الرعاية الذاتية ورعاية الموظفين ومناقشتها. ينصب التركيز الرئيسي على استراتيجيات الرعاية الذاتية الفردية لطيف من العاملين في مجال الصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي (MHPSS) وليس على المنظمات. فرعاية الموظفين مسألة تنظيمية أكثر تعقيداً.



في حالات الطوارئ

- 20 إطار جديد: أصول مقارنة الصحة العقلية والدعم النفسي الإجتماعي MHPSS
- 21 التاريخ: تطوير مفهوم النفسي الإجتماعي:
- 22 قضايا: اللغة والنتائج والتعريف
- 25 الممارسة الحالية ومجالات الاتفاق

في الصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي (MHPSS) في حالات الطوارئ

1. إطار جديد: أصول مقارنة الصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي MHPSS

نشرت اللجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات (IASC) والفريق المرجعي للصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي في حالات الطوارئ المواد المؤثرة والمفيدة التي أثرت بشكل كبير على التفكير السائد وسلوك الوكالات والمنظمات التي تقدم الدعم لأولئك الذين يعانون من حالات الطوارئ في جميع أنحاء العالم [1] [2].

قاموا بتقديم وتعريف مصطلح الصحة العقلية والدعم النفسي (MHPSS) بأنه:

”يصف أي نوع من الدعم المحلي أو الخارجي الذي يهدف إلى حماية أو تعزيز الصحة العقلية و / أو الوقاية من الاضطراب النفسي أو علاجه“ [1] وأثاروا المخاوف حول غياب إطار الوكالات المشترك المتعدد القطاعات الذي يُمكن من التنسيق الفعال، ويحدد الممارسات المفيدة ويُحذر من الممارسات الضارة، ويوضح كيف أن المقاربات المختلفة في الصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي تُكمل بعضها الآخر.“

قادت هذه النظرة إلى إنشاء فرق عمل محلية في الصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي MHPSS أو مجموعات أنشئت بغرض العمل “كآليات للتنسيق” حسب الحاجة، في تقديم خدمات الصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي المحلية المتوافق عليها وبجودة عالية لمن هم في أمس الحاجة إليها. وجادلوا بأن:

”تتطلب الخلفية الفعالة لبرامج الصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي (MHPSS) التنسيق بين القطاعات

بين مختلف الجهات الفاعلة. ولجميع المشاركين في الاستجابة الإنسانية مسؤوليات لتعزيز الصحة العقلية والصحة النفسية الاجتماعية.“ [1]

لقد ولّد هذا التأكيد الإيجابي على وجود صلة قوية بين العوامل النفسية والاجتماعية، والحاجة إلى وكالات متعددة، وتعاون متعدد المستويات والتنسيق، مساراً للمضي قدماً في هذا الحقل الجديد والناشئ من النشاط النفسي كجزء من إطار الصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي MHPSS. تقدم اللجنة الدائمة الهرم المؤلف من أربع طبقات كنموذج مفيد ومعروف جيداً [3] والذي يقترح نهجاً موحداً ينبغي اعتماده من قبل جميع المنظمات العاملة في قطاع المساعدات الإنسانية. وقد مهد هذا الانصهار المتعمد للصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي الطريق مؤخراً لانتشار نشاطات في الصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي MHPSS والتي جلبت معها:

- تصميم خدمات موسعة ومبتكرة وخيارات التقديم للمستفيدين.
- ممارسات عمل مشترك وتواصل جديدين فيما بين منظمات الإغاثة والشرقاء.
- زيادة التعاون بين فرق العمل المشتركة ما بين الوكالات المحلية ومجموعات التنسيق.

2. التاريخ: تطوير مفهوم النفسي الاجتماعي

أثر هذا إلى حد كبير في سلوك منظمات الإغاثة الإنسانية من حيث تصميم خدمة الصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي وتقديمها. في الواقع، كما أشار [8] [Rehlberg]:

”قبل هذه الوثيقة، لم يكن هناك معيار أو دليل متفق عليه دولياً لتوفير التدخلات النفسية والاجتماعية“.

وقد مكن الضهر المتعمد للصحة العقلية بالدعم النفسي والاجتماعي (MHPSS) في مقارنة واحدة الوكالات والمنظمات العاملة في قطاع المساعدات الإنسانية من امتلاك نظرة أكثر اتساعاً وتكاملاً لما يتطلبه الأفراد في حالات الطوارئ المعقدة للبدء في إعادة بناء حياتهم ومحاولة استعادة الأداء الوظيفي الطبيعي. [3]

يشجع مفهوم النفسي الاجتماعي الذي هو في صلب مقارنة الصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي MHPSS الخدمات على رؤية طيف احتياجات الفرد أو الأسرة أو المجتمع كنسق وظيفي مترابط وكامل. وهذا موضع ترحيب، ومفيد، بما يتوافق مع أفضل وجهات النظر والممارسات والابتكارات القائمة منذ فترة طويلة للصحة العقلية في علاج الأمراض النفسية والدعم النفسي والاجتماعي وفقاً لدستور منظمة الصحة العالمية في عام 1946 وحتى يومنا هذا.

تعود الأصول المبكرة لفكرة نموذج نفسي اجتماعي ما لتعريف الصحة في أوسع معانيها، إلى دستور منظمة الصحة العالمية في عام 1946 الذي تأسس على مبدأ ين ”الصحة هي حالة من اكتمال الصحة البدنية والعقلية والاجتماعية وليست مجرد غياب المرض أو العجز. ويستمر هذا الرأي لهذا اليوم“ [4]

في عام 1961، عرض جورج إنجل George Engel فكرته الأولى عن النموذج البيولوجي / النفسي / الاجتماعي / الثقافي في رسالة [5] نشرت لاحقاً في عام 1977 في صيغة نموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي ذي العلامة الفارقة [6]. كان هذا حدثاً ثورياً عظيماً في مجال الصحة العقلية، ولعله أتى كرد فعل على بزوغ فجر عصر جديد من الطب النفسي البيولوجي مع إدخال الأدوية النفسية الرئيسية في الخمسينيات من القرن العشرين في الآونة الأخيرة، اعتبر أن:

”مساهمة جورج إنجل George Engel كانت لتوسيع نطاق نظرة الطبيب. كان نموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي دعوة لتغيير طريقتنا في فهم المريض وتوسيع نطاق المعرفة الطبية للتعامل مع احتياجات كل مريض. ولعل التغيير في الطريقة التي يُنظر بها إلى المرض والمعاناة والشفاء هي مساهمة إنجل الأكثر رسوخاً“ [7]

حوالي مطلع الألفية (1995-2005) احتوت الأدبيات على العديد من المنشورات والمراجع الرئيسية لطيف من التدخلات في حالات الطوارئ، ولكن يمكن للمرء أن يجادل بقوة أن مناقشة وتعريف وترويج مصطلح الصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي MHPSS والنماذج المرتبطة بتطويره من قبل اللجنة الدائمة في عام 2007، كانت دعوة مماثلة للقيام بالتحول الهائل في الطريقة التي يُنظر بها إلى الصحة العقلية والصحة النفسية الاجتماعية.



3. قضايا: اللغة والنتائج والتعريف

يوجد مع ذلك بعض المجالات المثيرة للجدل ضمن ميدان نشاطات الصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي MHPSS. تعود المناقشات إلى التسعينيات من القرن الماضي [9] وحتى يومنا هذا. وبالنظر إلى التاريخ القصير من النشاط في هذا الحقل والطيف الواسع من البرامج والخدمات المتاحة في فترة قصيرة من الزمن، فإنه ليس من المستغرب أن توجد قضايا لا تزال تحتاج إلى حل. يخرج عن نطاق هذا المنهاج التعامل مع تعقيدات الحجج السياسية والفلسفية والأخلاقية [8] [13]. ولكن من أجل التوازن، فإنه قد يكون من المفيد تسليط الضوء على البعض من أكثر القضايا العملية والمشاركة. ومن الممكن أنه لا يزال هناك بعض الالتباس حول مفهوم الصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي والمصطلحات وبعض النزاعات الحتمية بين الوكالات وبين الاختصاصيين والنقاشات التي تدور حول الحدود وتداخل الممارسات.

3,1 قضية اللغة:

على الرغم من التقدم والتوافق، ربما لا تزال التحديات العملية واللغوية للمنظمات وصانعي السياسات قائمة عند استخدام لغة مشتركة ومتفق عليها عند وصف خدمات وأنظمة الصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي في المناقشات والوثائق. في الفترات الأولى عقب نشر المبادئ التوجيهية الدائمة المشتركة بين الوكالات، كانت اللغة المستخدمة في وصف جوانب من نموذج الصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي MHPSS جديدة وصعبة وربما مربكة قليلا للوكالات والممارسين. وقد أقرت المبادئ التوجيهية عام 2007 العلاقة الوثيقة والمتداخلة بين مصطلحي "الصحة العقلية" و"النفسي الاجتماعي" وعلقت بالقول:

”تميل وكالات الإغاثة خارج القطاع الصحي إلى الحديث عن دعم الصحة النفسية الاجتماعية. فيما تميل وكالات القطاع الصحي إلى الحديث عن الصحة العقلية، ولكن أيضا استخدم تاريخياً مصطلح إعادة التأهيل النفسي والعلاج النفسي لوصف التدخلات غير البيولوجية للأشخاص الذين يعانون من اضطرابات نفسية. تتباين التعاريف الدقيقة لهذه المصطلحات بين وداخل منظمات الإغاثة والاختصاصات والبلدان. [1]

تحتوي أدبيات اليوم على العديد من الاستخدامات لمصطلح الصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي MHPSS مترافقة مع مجموعة متنوعة من الكلمات الأخرى، مما أدى إلى العديد من "المصطلحات المركبة". لتوضيح هذا، تم تجميع عدد من هذه المصطلحات المركبة معاً في خمسة مجالات رئيسية في الجدول أدناه. ليس هذا فحصاً لغوياً دقيقاً بل مجرد محاولة بسيطة لإظهار بعض الأمثلة عن مجموعة من المصطلحات الحالية المستخدمة والتي يمكن أن تزيد من مخاطر إمكانية عدم تحدث الوكالات نفس اللغة عند وصف جوانب مختلفة للمفهوم الأصلي للصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي أو طيف التدخلات وأشكال الدعم. عملية تطور المصطلحات هذه وتوضيح لغة مشتركة هو ربما، ولحسن الحظ قد تم التصدي له من قبل مجموعات التنسيق المختلفة بين الوكالات والعاملة حالياً في الميدان.

بالنسبة للذين عملوا لبعض الوقت في مختلف القطاعات، فإن معظم هذه المصطلحات لن يكون فهمها صعبا ولكن ربما قد يشعر القادمون الجدد أن بعض هذه

أمثلة عن بعض المصطلحات المركبة الشائعة في الصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي في الوثائق الرسمية:

المصطلحات المركبة غالباً ما تُستخدم ك...	طريقة التفكير	طريقة التنظيم	طريقة للتحدث عن تقديم الخدمات	طريقة للتحدث عن الخدمات	طريقة لوصف احتياجات المستفيدين
يتم الجمع عادة بين الصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي في هذه المصطلحات في الوثائق الرئيسية التي تم فحصها	سياسات المقاربة مفهوم الاستراتيجية	البرمجة التخطيط النظام الفاعلون التنسيق نقاط الإتصال، التدريب	تدخلات خدمات موارد الدعم الاستنتاجات، الأنشطة، التدريب	تخصص مجال قطاع الميدان	المشكلات التقييمات

هذا المجال ربما كنتيجة لهذه اللغة والتفكير والممارسة الأكثر تكاملاً وتماسكاً. بالرغم من هذه القضايا، من الممكن أن يجادل البعض بأن هذا الإجماع سائد [21].

3,2 مسألة نتائج البحث: مستوى منخفض من التقارير التي تستند إلى الأدلة:

لعل أفضل تلخيص للحالة الراهنة حول دعم وتدخلات الصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي MHPSS المستندة إلى البرهان، والدعم هو تقرير Cochrane مؤخراً. على مدى العقدين الماضيين. أصدر موقع Cochrane مراجعات منهجية لأبحاث أولية في الرعاية الصحية البشرية والسياسات الصحية. هذه المراجعات معترف بها دولياً باعتبارها الأرفع معياراً في الرعاية الصحية المثبتة بالدليل. خلال مؤتمر كوكران 24 في سيول عام 2016، ذكر بعض الباحثين النتائج التي توصلوا إليها أثناء دراسة الأدلة لمراجعات منهجية حول تنفيذ وتقديم تدخلات الصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي MHPSS في الأوضاع الإنسانية. وأظهرت النتائج أن:

المصطلحات غامضة بما يكفي لتؤثر سلباً على وضوح التواصل بين الوكالات والأفراد. قد يتباين الاستخدام الدقيق لهذه المصطلحات بين الكُتاب وربما يعيق عملية تطوير فهم ولغة مشتركين. قد تستخدم المصطلحات المختلفة (وهذا واقع الحال) بالتبادل ولكن أحياناً يبدو أنها تعني أشياء مختلفة جداً لمختلف الأفراد أو المنظمات في المحادثات والعروض والمنشورات. ويبدو أن هناك المزيد من العمل الذي يتعين القيام به لتقوية دقة اللغة والمصطلحات المستخدمة في مجال الصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي.

ثمة بعض الاعتراضات باعتبار الصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي "قطاعاً" أو "تخصصاً". حيث جادل كثيرون أن هذا يتعارض مع القصد من وراء مفهوم مقارنة الصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي MHPSS وفكرة بناء طول مستدامة داخل النظم القائمة. الأمر الذي دافعت عنه بشكل جيد للغاية منظمة الصحة العالمية في إصدارها المتميز الذي عرضت له [10] في استراتيجيتها "إعادة بناء أفضل".

وما يشجع هو أن اللجنة الدائمة في عام 2014، أصدرت مراجعة حول مدى تنفيذ المبادئ التوجيهية في الصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي MHPSS في حالات الطوارئ. [3] وقد لاحظت من التغذية الراجعة، بأن هناك فيما يبدو قبولاً واسع النطاق لمصطلح الصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي MHPSS، وأن هناك فهماً أكبر واستخداماً للغة مشتركة في وصف الدور الذي يمكن أن يلعبه الأشخاص أو الوكالات في مقارنة الصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي MHPSS. وأكدت اللجنة أيضاً أن هذا انعكس في عناوين المنشورات الرئيسية للوكالات الكبيرة وفي إعادة تسمية صحيفة في





”من أصل خمس عشر مراجعة منهجية مدرجة في النتائج الأولية، أربع منها ركزت بشكل خاص على الأطفال والشباب، وواحدة ركزت أكثر على الكبار والشباب. فيما ركزت ثلاث مراجعات على تدخلات العلاج النفسي لدى اللاجئين البالغين. خمس منها راجعت فعالية الأدلة على برامج الصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي MHPSS في الصراعات المسلحة وأوضاع العنف السياسي، في حين راجعت إحداها استراتيجيات الوقاية والإدارة في التعامل مع العنف القائم على النوع الاجتماعي. وتغطيت مراجعة إضافية البراهين على فعالية خدمات الصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي MHPSS في الحوادث الكيميائية والبيولوجية والإشعاعية والنووية.” لم نعث على مراجعات منهجية تدرس تنفيذ وتقديم تدخلات الصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي MHPSS في الأوضاع الإنسانية.” [12]

لمعالجة هذه القضية، وتحت برنامج الدليل الإنساني، وضعت أوكسفام بروتوكولاً للمراجعة المنهجية لأثر تدخلات الصحة العقلية والدعم النفسي للأشخاص الذين يعانون من حالات الطوارئ الإنسانية. [14]. قاموا بالتعليق على تعقيدات مثل هذه المشاريع، واقترحوا ما يلي:

”نظراً للطبيعة الطموحة والتنوع الواسع لخدمات الصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي MHPSS ومقارباتها في التدخل والنتائج المحتملة، فإنه ليس ثمة نظرية واحدة في التغيير يمكن تطبيقها على جميع النماذج الممكنة من خدمات الصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي MHPSS.”

وقد سلطوا الضوء على الطبيعة الصعبة لهذه المهمة وتم خلالها مراجعة المراجعات السابقة، ويقترحون بأن هناك صعوبات كامنة في تنفيذ بحوث منهجية عالية الجودة في الصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي MHPSS وقد يعود ذلك إلى الواقع المعقد في أنه يمكن للدعم وتدخلات الصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي MHPSS أن تؤثر على الصحة العقلية والصحة النفسية الاجتماعية في نواح كثيرة مثل:

”التظاهرات المنفردة المستهدفة كنبوات الهلع الجسدية أو غير الجسدية أو الارتجاجات (فلاشباك)، أو قد تركز أكثر بشكل أوسع على خفض الأعراض الاكتئابية، أو الأعراض المرتبطة باضطراب الشدة ما بعد الصدمة أو القلق. قد تسعى البرامج أيضا إلى تعزيز العوامل الوقائية للمتضررين من حالات الطوارئ الإنسانية من خلال التركيز على زيادة مشاعر التمكين والمرونة والنتائج الأخرى العائلية والمجتمعية والاقتصادية والاجتماعية. تحسين هذه المجموعة الواسعة من النتائج من خلال تعزيز العوامل الوقائية ومعالجة الضغوطات الأولية والثانوية يمكن تحقيقها عن طريق دعم الأشخاص لمعالجة تجاربهم مثل إعادة تأطيرها سردياً، أو عبر العمليات المعرفية عن طريق تيسير مشاركة اجتماعية أكبر من خلال الاتصال مع عائلاتهم و / أو مجتمعهم المحلي أو من خلال دعم الناس للوصول إلى التعليم والتوظيف وخدمات الرعاية الاجتماعية القانونية أو غيرها، عندما تكون متاحة أو مناسبة.” [14]

3,3 مسألة التعريف: الجدول حول مصطلح ومقاربة “النفسي الاجتماعي”

على الرغم من أن مصطلح النفسي الاجتماعي يبدو مفيداً وخلاقاً ويبدو مقبولاً على نطاق واسع [3]، فقد علقت المفوضية السامية لشؤون اللاجئين في عام 2013 [11] على الطريقة التي تم فيها تحدي مصطلح “النفسي الاجتماعي” على مر السنين. وفتحت الانتباه إلى أن كبار الخبراء في الميدان النفسي الاجتماعي أبلغوا أن المصطلح قد استخدم للدلالة على ثلاثة أمور رئيسية:

- (1) مرادف للصحة العقلية (في كثير من الأحيان لتجنب استخدام لغة تحتمل الوصمة).
- (2) وصف مجموعة واسعة ومتنوعة من البرامج التي تشمل النشاطات الترفيهية والثقافية وأحياناً الأنشطة التعليمية الرسمية وغير الرسمية.
- (3) وصف المقاربات التي تهدف إلى “تعزيز قدرة المجتمع أو الفرد على التعامل مع ظروفهم، وعلى نحو أكثر فعالية تحديد الموارد وحشدّها.” ... [16]

رغم أن النقاش يستمر حول تعريف هذا المصطلح، وجدت مراجعات معظم الممارسين أنهم يعتقدون أن المبادئ التوجيهية للجنة الدائمة قد قدمت للمنظمات والأفراد وسيلة لتحقيق فهم وتوافق أفضل في العديد من المجالات السياسية والاستراتيجية والتدريب والممارسة. ومع ذلك فإنهم استنتجوا وأقروا بأن:

”أنشطة الصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي MHPSS هي حقل جديد نسبياً وناشئ ضمن مجال أوسع للاستجابة الإنسانية. لذلك وجدت الوكالات أن تحديد وتبني وإدماج المقاربة النفسية الاجتماعية ضمن الأنشطة الأساسية تطلبت استثماراً كبيراً في تحسين فهم المقاربات النفسية والاجتماعية والمهارات المرتبطة بها، ومن الواضح أن تعزيز الفهم والدعم للمقاربة النفسية يُشكل تحدياً للعديد من المنظمات.” ... [11]

4. الممارسة الحالية ومجالات الاتفاق

مصطلحات الصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي MHPSS والنماذج والمشاكل والخدمات:

4,1المصطلحات: التعاريف السائدة والواسعة القبول حالياً:

تستند هذه الحزمة التدريبية في الصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي MHPSS على مجموعة من التعاريف المتفق عليها والتي طرحتها واستخدمتها اللجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات IASC والمنظمات الدولية الرئيسية في مجموعة واسعة من مطبوعاتها وأدلتها الإرشادية الغنية والمؤثرة في السعي لتحقيق مقاربة مشتركة للصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي [1]، [3]، [10]، [11]، [15]، [17]، [19]، [20]، [22]، [23]. وعلى الرغم من المشاكل الممكنة في اللغة والاصطلاح والتي سُلط عليها الضوء في القسم السابق، فقد لخص الجدول أدناه بعض التعاريف المقبولة على نطاق واسع، مع مصدر رئيسي:

المصطلح	التعريف	المصدر
الصحة	«الصحة هي حالة الصحة التامة الجسدية والنفسية والاجتماعية وليس فقط غياب المرض أو العجز.» (4)	WHO 1946
الصحة العقلية	«حالة الصحة التي يدرك من خلالها الفرد إمكاناته، ويمكنه التكيف مع الضغوط النفسية الطبيعية في الحياة، ويمكنه أن يعمل بإنتاجية وبشكل مثمر، وقادر على المساهمة في مجتمعه.» (23)	WHO 2005
النفسي الاجتماعي	«الارتباط الداخلي بين العمليات النفسية والاجتماعية وحقيقة أن كل منهما يتفاعل باستمرار ويؤثر على الآخر.» (22)	IASC 2010
الصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي MHPSS	«أي نوع من الدعم المحلي أو الخارجي الذي يهدف إلى حماية أو تعزيز الصحة النفسية الاجتماعية و/أو الوقاية من الاضطرابات النفسية أو علاجها.»	IASC 2007
المقاربة	«بُني مقاربة الصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي (MHPSS) يعني توفير استجابة إنسانية بالطرق التي تعود بالفائدة على الصحة العقلية والصحة النفسية والاجتماعية للاجئين، وينطبق ذلك على جميع الجهات المعنية في حماية ومساعدة اللاجئين.» (11)	UNHCR 2013
التدخل	تتكون تدخلات الصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي (MHPSS) من أنشطة لها هدف أولي لتحسين الصحة العقلية والصحة النفسية والاجتماعية للاجئين، يتم تنفيذ تدخلات الصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي (MHPSS) عادة في قطاعات الصحة والحماية والتعليم القائمين على المجتمع المحلي.» (11)	UNHCR 2013

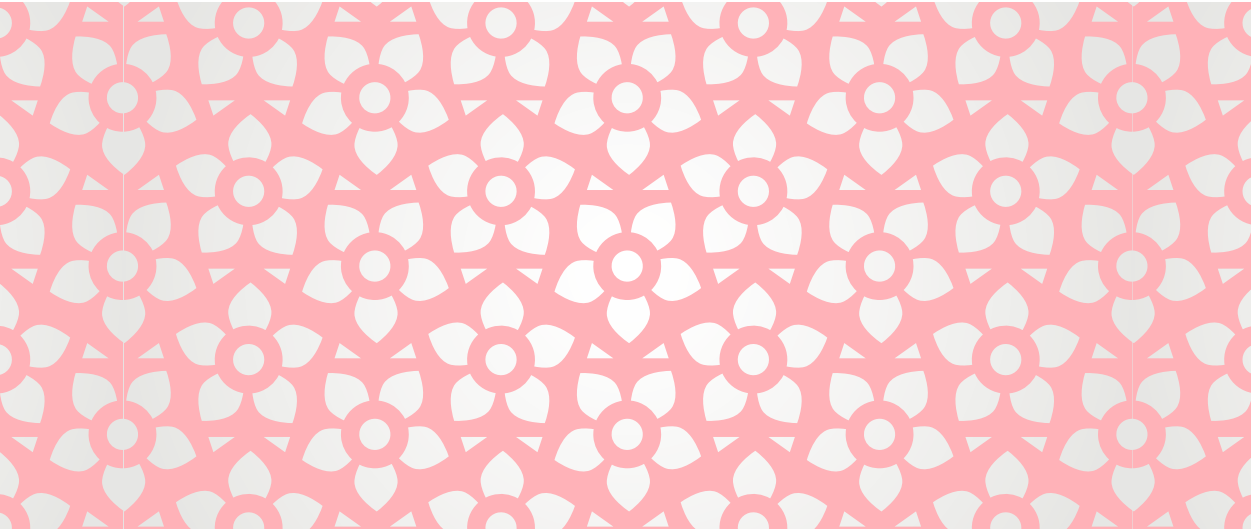


4,2 النماذج: المقاربات متعددة الطبقات والمختلفة والتكميلية:

في عام 2007، أكدت اللجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات (IASC):
”على الرغم من أن مصطلحي الصحة العقلية والدعم النفسي والإجتماعي مرتبطان ومتداخلان بشكل وثيق، إلا أنهما يعكسان مقاربات مختلفة، ولكن متكاملة للكثيرين من عمال الإغاثة.“[1]
إحدى النتائج الإيجابية القوية لمراجعة اللجنة المشتركة الدائمة بين الوكالات 2014 IASC، هي وسيلة اللجنة المشتركة واسعة الانتشار وهي هرم التدخلات للجنة الدائمة كنموذج للمساعدة على التواصل بين الوكالات، ودليل تخطيط الخدمات وتقديم الخدمات للمستفيدين. تم تكييف الهرم وتبنيه على نطاق واسع من قبل العديد من المنظمات وفي العديد من المنشورات حيث يُصور في كثير من الأحيان كنموذج متعدد الطبقات من الأنشطة التكميلية. وقد حاول البعض الآخر تعديل هذا بطرق جديدة لالتقاط جوهر مقارنة الصحة العقلية والدعم النفسي الإجتماعي MHPSS. هناك بعض الاختلاف والإلتباس المحتمل حول توصيف أو ترقية هذه المستويات أو الطبقات. ربما يكون أقل إرباكاً الإشارة إلى الطبقات من خلال تسميات وصفية لها بدلا من ترتيب أو أرقام. تحقيقا لهذه الغاية، يظهر مزيج بديل مبسط لأفضل تصوير في الشكل أدناه وتم تكييفه من مصدرين رئيسيين [1][19] مع حذف استخدام الأرقام (1-4) أو طبقات تراتبية. (الأولى إلى الرابعة)

الخدمات المطلوبة	طبقات الهرم	مشاكل MHPSS
معالجة مهنية للأشخاص والعائلات.	خدمات متخصصة.	اضطرابات نفسية شديدة.
تدخلات فردية عائلية أو مجموعات.	أساليب دعم مركزة، غير متخصصة.	اضطرابات صحة عقلية خفيفة إلى متوسطة.
فعاليات دعم نفسي اجتماعي.	أساليب دعم مجتمعية وعائلية.	انزعاج نفسي خفيف (ارتكاسات طبيعية للأزمات).
تأمين الحاجات الأساسية والأمان.	خدمات أساسية وأمن.	عامية الناس متأثرة بالأزمات.

يمثل **الهرم** "إحتياجات محددة" للسكان. حيث يلاحظ ارتفاع الطلب على الخدمات الأساسية والأمن لنسبة كبيرة جداً من السكان المتأثرين على مستوى الخدمات "**الأساسية**" وانخفاض الطلب للخدمات المتخصصة، على مستوى الخدمات "**المتخصصة**" لنسبة صغيرة من السكان أنفسهم [1]



4,3 المشاكل: طبيعة ونطاق المشكلات في حالات الطوارئ:

قدم الفريق المرجعي للجنة الدائمة المشتركة للصحة العقلية والدعم النفسي الإجتماعي [22] وسيلة مفيدة جداً لوصف وتصنيف مجموعة كبيرة من مشكلات الصحة العقلية والنفسية الاجتماعية التي تُصادف في حالات الطوارئ والتي يغلب عليها الطابع الاجتماعي أو النفسي، وأشاروا إلى:

مشاكل مهمة يغلب عليها الطابع الاجتماعي تتضمن:

- مشاكل اجتماعية قائمة قبل (قبل الطوارئ).
(على سبيل المثال ،الانتماء الإجتماعي إلى مجموعة تعرض للتمييز أو التهميش، القمع السياسي).
- مشاكل اجتماعية ناجمة عن حالات الطوارئ.
(على سبيل المثال: انفصال الأسرة، السلامة، وصمة العار، تعطل الشبكات الاجتماعية، تدمير سبل العيش وهياكل المجتمع والموارد والثقة، التورط في العمل في مجال الجنس).
- المشاكل الاجتماعية التي تسببها المساعدات الإنسانية.
(مثل: الاكتظاظ وانعدام الخصوصية في المخيمات، تقويض الهياكل المجتمعية أو آليات الدعم التقليدية، الاعتماد على المعونات).

وبالمثل، مشاكل تغلب عليها الطبيعة النفسية وتتضمن:

- المشاكل القائمة من قبل (قبل الطوارئ)
(اضطراب عقلي شديد على سبيل المثال، تعاطي الكحول، الاكتئاب).
- المشاكل الناجمة عن الطوارئ.
(مثل: الأسى، الحزن غير المرضي، سوء استخدام الكحول ومواد أخرى، الاكتئاب واضطرابات القلق، بما في ذلك اضطراب الشدة ما بعد الصدمة (PTSD).
- المشاكل المتعلقة بالمساعدات الإنسانية.
(مثل: القلق بسبب عدم وجود معلومات عن توزيع الأغذية) (22)

إن نظرة إلى هذا التصنيف البسيط ولكن المفيد وإلى منفعة مقارنة التدخل والدعم النفسي الإجتماعي المشترك والمتعدد الوكالات والطبقات وتعدد التدخلات الصحية النفسية ستظهر على الفور طريقة ملائمة للمضي قدما في محاولة الاستجابة لهذه المصغوفة المعقدة للغاية من مشاكل الإنسان المترابطة التي يتم التعامل معها بشكل روتيني في حالات الطوارئ، من خلال مجموعة واسعة من الوكالات والمنظمات والعاملين في مجال الصحة العقلية والدعم النفسي الإجتماعي MHPSS.

بفحص القائمة أعلاه، والحاجة المحتملة للاستجابة وتحرير أعراض القلق والاكتئاب (على سبيل المثال) لدى أي شخص أو اجتماع اثنين أو كل مجالات المشكلة المذكورة أعلاه (بغض النظر عن طبيعتها الفريدة أو الأسباب المفترضة) يمكن رؤيتها بسهولة. قد يتطلب ذلك مساهمات تنسيقية من جانب كثير من الناس، والوكالات العاملة على مستويات مختلفة من التدخل للتأثير الفعال على نفس المشاكل النفسية الحاضرة حيث قد يكون هناك العديد من الأسباب المترامنة للكرب.



المصادر والمراجع

- [1] Inter-Agency Standing Committee (IASC) (2007). IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. Geneva: IASC.
- [2] IASC Reference Group for Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. Mental Health and Psychosocial Support in Humanitarian Emergencies: What Should Humanitarian Health Actors Know? Geneva: WHO, 2010.
- [3] Review of the Implementation of the IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings @ Inter-Agency Standing Committee Reference Group on Mental Health and Psychosocial Support, November, 2014 : How are we doing?
- [4] Constitution of the World Health Organization. Geneva: World Health Organization; in Basic documents – 48th ed. (2014)
- [5] Engel GL, editor. To the editor. Psychosom Med. 1961;23:426–9.
- [6] Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science. 1977;196:129–36
- [7] Borell-Carrio et al, F. (2004) The Biopsychosocial Model 25 Years Later: Principles, Practice, and Scientific Inquiry: Ann Fan. Med. 2004 Nov; 2(6): 576–582. doi: 10.1370/afm.245
- [8] WORKING PAPER SERIES NO. 98 Revisiting therapeutic governance The politics of mental health and psychosocial programmes in humanitarian settings Katherine Rehberg Katherine.Rehberg@gmail.com March 2014 Refugee Studies Centre Oxford Department of International Development University of Oxford
- [9] Ager, A. Mental health issues in refugee populations: a review. Boston: Harvard Center for the Study of Culture and Medicine (1993)
- [10] World Health Organization (WHO). Building back better: sustainable mental health care after emergencies. WHO: Geneva, 2013.
- [11] UNHCR : UNHCR's mental health and psychosocial support for Persons of Concern: UNHCR: Geneva (2013)
- [12] Dickson K, Bangpan M, Ehrmann K, Felix L, Chiumento A. Gaps in the evidence-base on the effectiveness of mental health and psychosocial support interventions for people affected by humanitarian crises: an overview of systematic reviews . In: Challenges to evidence-based health care and Cochrane. Abstracts of the 24th Cochrane Colloquium; 2016 23-27 Oct; Seoul, Korea. John Wiley & Sons; 201

4.4 الخدمات المطلوبة: الحاجة إلى التكيف والملاءمة مع السياق:

من المقبول على نطاق واسع في التفكير والممارسة أنه يمكن أن نستفيد ونحتاج إلى مجموعة متنوعة من النشاطات لعلاج الاضطرابات النفسية ولتحسين الصحة النفسية الاجتماعية للأفراد والمجتمعات المحلية في حالات الطوارئ المتنوعة من أجل تدبير مجموعة كبيرة من الآثار النفسية والاجتماعية للنزاعات والكوارث والنزوح. هناك العديد من الأدلة الجيدة المطبوعة للتعامل مع طيف التدخلات والدعم وقد ذكرت كمراجع في هذا الفصل. إذ ليس هناك نقص في المواد ذات الجودة العالية في مضمار أدبيات الصحة العقلية والدعم النفسي والاجتماعي. ومع ذلك، هناك تزايد للانتقادات وتحدي لصحة وجدوى استخدام التفكير الإمبراضي (الباثولوجي) الأمريكي أو الأوروبي لمعالجة المشاكل التي غالباً ما توجد في مناطق أخرى من العالم. كما تم إثارة الاعتبارات السياسية والفلسفية والأخلاقية لهذه الاستراتيجية والمقاربة. [8]، [13]

وقد جادل البعض مؤخرًا أن: "غالباً ما تحدث الأزمات الإنسانية في مناطق غير غربية، محدودة الموارد حيث قد لا تكون الاستراتيجيات والأساليب الغربية مجدية أو قابلة للتطبيق. بالتالي ربما تحتاج خدمات الصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي إلى أن تتكيف أو يتم تطويرها لتكون حساسة للثقافة وللسياق. [14]

بيد أن ما يشكل مصلحة وأهمية كبيرة لتطوير هذه الحزمة التدريبية في الصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي MHPSS هي الحجج المؤيدة لتكييف مجموعة من التدخلات الصحية العقلية والدعم النفسي والاجتماعي وجعلها ملائمة للسياق لتناسب الاحتياجات المحلية والحساسيات الثقافية من أجل الاستفادة القصوى لمقدمي الخدمات المحليين.

هذا هو التفكير والمقاربة اللذان تستند إليهما هذه الحزمة. وقد صُممت بناء على تقييم احتياجات الممارسين للصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي MHPSS في المنطقة. فضلاً عن ذلك، وبالأخذ في الحسبان طلبات هؤلاء الممارسين في الحصول على أنواع معينة من المعلومات والتدريب، فقد استهدفت هذه الحزمة في الصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي MHPSS بصورة نوعية الاحتياجات المقررة والمعلن عنها من الممارسين في مجال الصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي MHPSS العاملين في السياق السوري في المنطقة. وقد تم استخدام منهج تقييم الاحتياجات والتدريب التجريبي والمراجعة في محاولة لتحقيق أقصى قدر من الفائدة من المواد وتطبيقها على المشاكل المحلية من قبل العاملين في مجال الصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي MHPSS في الأطر المتخصصة وغير المتخصصة التي تواجههم في سعيهم لعلاج ودعم اللاجئين والسكان المنكوبين في أوضاع الأزمات والطوارئ الإنسانية منذ فترة طويلة ومتواصلة.



- [13] PUPAVAC, V. (2012) 'Global Disaster Management and Therapeutic Governance of Communities,' Development Dialogue, No. 58: 81-97.
- [14] Bangpan M, Felix L, Chiumento A, Dickson, K (2015), The impact of Mental Health and Psychosocial Support interventions on people affected by humanitarian emergencies: a systematic review protocol. Oxford: Oxfam GB.
- [15] UNHCR Operational Guidance for Mental Health and Psychosocial Support in Refugee Operations
- [16] A. Ager, A. Strang, M. Wessells Integrating psychosocial issues in humanitarian and development assistance: a response to Williamson and Robinson. Intervention, (2006) 4 (1), 29-31.
- [17] WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) (2012) Assessing Mental Health and Psychosocial Needs and Resources: Toolkit for Major Humanitarian Settings. Geneva, World Health Organization
- [18] WILLIAMSON, J. and ROBINSON, M. (2006) 'Psychosocial interventions, or integrated programming for well-being?' Intervention Journal, Vol. 4, No. 1: 4-25.
- [19] Psychosocial interventions A handbook International Federation Reference Centre for Psychosocial Support 201019] RED CROSS Psychosocial Interventions - A Handbook
- [20] World Health Organization and United Nations High Commissioner for Refugees. mhGAP Humanitarian Intervention Guide (mhGAP-HIG): Clinical management of mental, neurological and substance use conditions in humanitarian emergencies. Geneva: WHO, 2015.
- [21] AGER, A. (2008) 'Consensus and professional practice in psychosocial intervention,' Intervention Journal, Vol. 6, No. 3/4:261-264
- [22] IASC Reference Group for Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. (2010). Mental Health and Psychosocial Support in Humanitarian Emergencies: What Should Humanitarian Health Actors Know? Geneva
- [23] Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice. Geneva, World Health Organization, 2005.



الفصل الأول

الصحة العقلية: المفهوم العام والاضطرابات العقلية

34 الجزء الأول

مفهوم الصحة العقلية:

39 الجزء الثاني

الاضطرابات النفسية(العقلية)

39 الفصل الأول

الاضطرابات الاكتئابية

43 الفصل الثاني

الانتحار وإيذاء الذات

45 الفصل الثالث

الطيف الفصامي والاضطرابات الذهانية الأخرى

47 الفصل الرابع

الاضطراب ثنائي القطب

48 الفصل الخامس

الاضطرابات المتعلقة بالشدة

51 الفصل السادس

اضطرابات القلق

54 الفصل السابع

اضطراب الوسواس القهري

55 الفصل الثامن

اضطرابات سوء استخدام الكحول والمواد الأخرى المسببة للاعتماد

56 الفصل التاسع

الخرف

57 الفصل العاشر

الاضطرابات النمائية العصبية

الفصل الأول

الصحة العقلية: المفهوم العام والاضطرابات العقلية

الجزء الأول: مفهوم الصحة العقلية:

تعريف الصحة العقلية:

التعريف الذي سنعتمده في هذا الدليل هو ما تم وضعه من قبل منظمة الصحة العالمية: الصحة النفسية(العقلية) هي حالة من الصحة يدرك فيها الشخص قدراته ويتكيف مع تحديات الحياة اليومية ويكون قادراً على الإنجاز وعلى المساهمة في بناء مجتمعاته (منظمة الصحة العالمية 2002).

الصحة العقلية لا تعني مجرد غياب المرض العقلي. من ناحية ثانية يفرق كثيرون بين معنى كلمة (نفسي) و (عقلي) ومن بينهم مختصون في هذا المجال ولكن إذا تجنبنا التفاصيل المعجمية وركزنا على الناحية العلمية نجد أن تعبير (mental health) في اللغة الإنكليزية يشمل كل ما يمكن وصفه بالنفسي والعقلي معا ويشمل كل التصنيف العالمية للاضطرابات العقلية Mental Disorders من القلق الخفيف والرهابات واضطرابات النوم إلى الذهانات والإعاقة الذهنية. لذلك اعتقد انه من غير المفيد الاستمرار في هذا الفصل اللغوي.

التفريق بين نفسي وعقلي أتى في سياق التطور التاريخي لهذا العلم على الرغم من كونه في المجتمع السوري كان يخدم الهروب من الوصمة (وليس مكافحتها) لبعض الاضطرابات التي كانت تسمى نفسية وتعزيز الوصمة للاضطرابات الأخرى التي كانت تسمى عقلية. نماذج مختلفة لتفسير المرض النفسي:

النموذج الطبي:

الذي ينظر إلى المرض العقلي تماماً كغيره من الأمراض العضوية وبأنه ناجم عن خلل في بنية أو وظيفة الدماغ. يتميز بوجود سبب معين للمرض ومظاهر أو أعراض وسير يمكن التنبؤ به وانه يمكن تغيير واقع المريض باستعمال وسائل علاجية طبية. لهذا النموذج. حتى الآن يعرض النواقص التي سببت الكثير من الجدل والغوضى في الآراء لدرجة أن هناك من ينفي تماماً هذه الصفة عن المرض العقلي مثل (توماس ساز) وغيره.

النموذج النفسي:

الذي يرى أن أعراض المرض العقلي تقع في غالبيتها ضمن المجال النفسي سواء من جهة دينامية نفسية داخل الفرد أو دينامية العلاقات البين شخصية مع الآخرين. ومن النظرية النفسية ظهر نموذج التحليل النفسي الذي يرى أن الأمراض النفسية ناتجة عن الكبت أو الحرمان في الطفولة أو تثبت الفرد على مراحل معينة في عملية النضوج.

النموذج الاجتماعي:

الذي يؤكد على طريقة تعامل الفرد مع النظام الاجتماعي. ونظرية البناء الاجتماعي التي ترى أن المرض هو فكرة إنسانية وهو حالة عملية يطبقها الإنسان طبقاً لمعايير إنسانية و شخصية في آن واحد وهي معايير يمكن أن تتغير، فما يعتبر مرضاً في مرحلة زمنية اجتماعية معينة قد لا يبقى كذلك في مرحلة أخرى .

النموذج النفسي البيولوجي (السيكو بيولوجي):

جاء به ألفرد ماير في بداية القرن العشرين، يرى أن المرض ناتج عن عملية تفاعلية بين الإمكانيات البيولوجية والإمكانيات النفسية للفرد.

النموذج البيو كيميائي:

الذي يتبناه أصحاب المدرسة الاستنباطية التي ترى أن جميع مظاهر السلوك يجب تفسيرها على أساس قواعد مادية فيزيولوجية، والمدرسة الاستثنائية أو العازلة التي ترى أن ما لا يمكن تفسيره على أسس فيزيولوجية مادية لا يمكن أن يكون مرضاً.

النموذج الطبي النفسي الاجتماعي (Bio- psychosocial)

وهو الأوسع. فهو يربط بين المرض والفرد ككل بكامل إمكانياته البيولوجية والنفسية وظروفه المحيطة والذي يرى أن التفاعل بين هذه العوامل الثلاثة قد يكون المسبب. كما أن تظاهرات الاضطرابات النفسية أو أعراضها قد تظهر في أي من الأجزاء البيولوجية والنفسية والاجتماعية. وكذلك يجب أن يكون التدبير شاملاً لهذه المجالات الثلاث.

تصنيف الاضطرابات النفسية:

سعى العاملون في ميدان الصحة النفسية منذ البدايات إلى وضع تصنيف لتميز هذه الاضطرابات وكان من أوائلها تصنيف الاضطرابات إلى نوعين عصبي وذهاني ثم بدأت أنظمة التصنيف الحديثة تتوالى وتنوع بحيث أصبح لكل بلد من البلدان المتطورة تقريباً تصنيفه الخاص فهناك مثلاً التصنيف الفرنسي للاضطرابات العقلية (CFTM) والتصنيف الأمريكي (DSM5) وهناك التصنيف العالمي والذي تعدده وتنشره منظمة الصحة العالمية وكان يراجع تقريباً كل عشر سنوات ويستعمل حالياً النسخة العاشرة منه (ICD10) التي صدرت في عام 1992 ولكن مراجعة هذه النسخة تأخرت ولم تصدر حتى الآن والمنظمة حالياً بصدد إعداد النسخة الحادية عشرة التي من المتوقع صدورها عام 2017(ICD11) صدرت طبعة الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس في العام 2013 وفيها بعض التعديلات والتغييرات الهامة عن الدليل الرابع المعدل وعن التصنيف العالمي العاشر. وسنستخدم في هذا الدليل اوصافاً أبسط وأقصر للمظاهر السريرية والمعايير التشخيصية لوصف الاضطرابات العقلية تتسجم مع أنظمة التصنيف الرسمية ولكن مع تجنب الكثير من التعقيدات والتفصيلات وسوف نستخدم بشكل أساسي (DSM5) لسببين:

الأول: كونه صدر عام 2013 حيث يعتبر أحدث تصنيف موجود حالياً في حين أن التصنيف العالمي الأخير (ICD10) المتوفر يعود لعام 1992 أي لأكثر من 24 سنة. والثاني: كون الخبرة السريرية أظهرت انه أكثر بساطة ويقوم بالتعريف بالاضطرابات بشكل أكثر عملية.



أهمية الصحة العقلية:

تعتبر المشاكل الناجمة عن الصحة النفسية مشاكل واسعة الانتشار ومسببة للإعاقة ففي دراسة عالمية تمت عام 2004 ظهرت النتائج التالية:

من بين الأسباب العشرة الرئيسية لزيادة سنوات الإعاقة التي يعيشها الأشخاص هناك أربع أسباب تعود لاضطرابات عقلية

- 1 الاضطراب الاكتئابي وحيد القطب 10,9%
- 2 فقدان السمع (البدا بعد البلوغ) 4,6%
- 3 الاضطرابات المناعية 4,6%
- 4 اضطرابات سوء استخدام الكحول 3,7%
- 5 الساد العيني 3,0%
- 6 الفصام 2,7%
- 7 هشاشة (ترقق) العظام 2,6%
- 8 الاضطراب ثنائي القطب الفعال 2,4%
- 9 فقر الدم بعوز الحديد 2,2%
- 10 نقص الأكسجة والرضوض الولادية 2,2%

هذه البيانات من دراسة العبء العالمي للأمراض – أرقام العام 2004

بالإضافة لذلك فقد بنيت الدراسة السابقة ذاتها انه في العام 2030 من المتوقع أن يكون الاكتئاب من بين الأسباب الثلاثة الأولى للعجز والوفاة في جميع أنحاء العالم.

1 الإيدز	على مستوى العالم
2 الاكتئاب.	
3 أمراض القلب الإقفارية.	
1 الاكتئاب.	في البلدان عالية الدخل
2 أمراض القلب الإقفارية.	
3 الزهايمر.	
1 الإيدز.	البلدان متوسطة الدخل
2 الاكتئاب.	
3 الأمراض الوعائية الدماغية.	
1 الإيدز.	البلدان منخفضة الدخل
2 أذيات ما حول الولادة.	
3 الاكتئاب.	

وعلى الرغم من ذلك فانه لازال هناك عدد كبير من الأشخاص المصابين باضطرابات عقلية شديدة لا يتلقون أي شكل من أشكال العلاج وتتراوح هذه النسبة في البلدان المتقدمة بين 50%–35% في حين تتراوح هذه النسبة بين 85%–76% في البلدان النامية وقد تكون أكثر من ذلك.

الصحة النفسية في الأزمات:

تشير إحصائيات منظمة الصحة العالمية حول نسب الاضطرابات النفسية إلى تضاعف هذه النسب في الأزمات بنسبة 100% عنها في الظروف العادية وبغض النظر عن شدة الاضطراب:

اضطرابات نفسية جسيمة	قبل الأزمات	بعد الأزمات
اضطرابات نفسية بسيطة إلى متوسطة	10%	15%–20%
توتر غير مرضى	غير معلوم	نسبة كبيرة يقل مع الوقت

بناء على هذه التقديرات تقدر نسبة الاضطرابات النفسية الشديدة بين السوريين حالياً بحوالي 1,2 مليون (4% من حوالي 24 مليون) وإذا علمنا انه يوجد حالياً في سورية 70 طبيب نفسي فقط (هو العدد المسجل في الرابطة السورية للأطباء النفسيين) وإذا افترضنا جدلاً أن كلا منهم قادر على متابعة 15 حالة يومياً وانهم يعملون على مدار خمسة أيام أسبوعياً طوال العام 52 أسبوع وانهم لا يتابعون المريض لأكثر من ثلاث مرات سنوياً فان مجموع الحالات التي يستطيعون متابعتها سنوياً هي (91000=3/70x15x5x52) أي 7,6% أي أن هناك أكثر من 92% من الحالات الشديدة لا تجد أي متابعة.

المبادئ العامة للرعاية:

هنالك مجموعة من الأسس التي يجب اتباعها من قبل العاملين في المجال الطبي عموماً وفي مجال الصحة النفسية خصوصاً وهذه المبادئ هي:

1 التواصل الجيد وبناء الثقة بين مقدم الخدمة وطايلها:

وهذا يستند إلى مبادئ التواصل وعلى رأسها الإصغاء الفعال والتفهم العاطفي ومراعاة الفروق بالنسبة للعمر والجنس والثقافة واللغة. بالإضافة للمحبة والاحترام وعدم الحكم. ومعرفة مدى فهم الشخص لحالته واستخدام مصطلحات يمكنه فهمها.

2 التقييم الجيد للحالة:

تقييم كل ماله علاقة بحالة المستفيد الجسدية بالإضافة إلى التاريخ الطبي والأسري بالإضافة إلى تقييم المشاكل النفسية والاجتماعية والمشاكل المعيشية والعلاقات والأحداث الضاغطة واستقصاء عوامل المرونة والصمود لدى الشخص وإدارة الحالة وإحالتها إذا اقتضى الأمر.

3 التدبير (العلاج) والمتابعة:

تحديد أهمية العلاج وأهدافه، ووضع خطة علاج بالتشاور مع الشخص والفائهم على رعايته تحترم خياراتهم، وإعلامهما بكل الخيارات المتاحة للعلاج، والتوقعات، والإجابة عن تساؤلاتهما وتبديد مخاوفهما بشكل واقعي، ومراقبة فعالية العلاج وأثره بشكل مستمر وتعديله وفقاً لذلك، وتشجيعهما على المراقبة الذاتية للأعراض وتوثيق الجوانب الرئيسية للحالة في ملف خاص، وضمان معالجة الأشخاص بطريقة شمولية من خلال تلبية احتياجات الصحة النفسية للأشخاص الذين يعانون من اضطرابات جسدية فضلاً عن تلبية احتياجات الصحة البدنية للأشخاص الذين يعانون من اضطرابات نفسية .



الجزء الثاني الاضطرابات النفسية(العقلية)

أوقات الحدوث أو الآليات المحدثة المفترضة وسنتحدث في هذا الفصل عن نموذج واحد من هذه الاضطرابات هو:

اضطراب الاكتئاب الجسيم:

Major Depressive Disorder

وهو أكثر الاضطرابات الاكتئابية انتشارا حيث يصل انتشاره السنوي إلى 7% من مجموع السكان ويصل لذروة انتشاره في الأعمار بين 18-29 سنة وتصل نسبة إصابة الإناث إلى الذكور إلى 1,5-3 أضعاف. لا يوجد إثبات على اختلاف نسب انتشاره بين الشعوب ولكن قد تتغير بعض التظاهرات. فقد أظهرت الخبرات السريرية ازديادا ملحوظا في المظاهر الجسدية للاكتئاب مثل اضطراب النوم ونقص الطاقة أو الشعور بالتعب في المنطقة العربية.

سنحاول في هذا الفصل أن نستعرض عددا من الاضطرابات النفسية (العقلية) والتي تم اختيارها بالنظر لعاملين أساسيين أولهما نسبة الانتشار عموما وثانيهما الأهمية الخاصة لهذه الاضطرابات لاسيما في ظروف الأزمة الراهنة.

الفصل الأول

الاضطرابات الاكتئابية Depressive Disorders

يقسم الدليل التصنيفي والإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية الاضطرابات الاكتئابية إلى:

اضطراب المزاج التخريبي المتقلب Disruptive Mood

Dysregulation Disorder

اضطراب الاكتئاب الجسيم Major Depressive Disorder

اضطراب الاكتئاب المستمر (عسر المزاج)

Persistent Depressive Disorder (Dysthymia)

اضطراب انزعاج ما قبل الطمث

Premenstrual Dysphoric Disorder

الاضطراب الاكتئابي المحدث بالأدوية/أو بالمواد

Substance/Medication-Induced Depressive Disorder

الاضطراب الاكتئابي الناجم عن حالات طبية أخرى

Depressive Disorder Due to Another Medical Condition

اضطرابات اكتئابية محددة (نوعية) أخرى

Other Specified Depressive Disorder

اضطرابات اكتئابية أخرى غير محددة

Unspecified Depressive Disorder

تضمن الدليل التشخيصي الخامس للاضطرابات النفسية تسمية جديدة كليا هي تسمية الاضطرابات الاكتئابية كمبحث مستقل يتضمن حوالي ثمانية اضطرابات تشترك فيما بينها بالمظاهر التالية: الحزن أو المزاج المستثار أو الفراغ بالإضافة لأعراض جسدية واستعرافية تؤثر بشكل واضح على الأداء الوظيفي وتختلف فيما بينها بالمدة أو

4 حشد الدعم المجتمعي:

يجب على مقدم الرعاية مراعاة التحديات الاجتماعية التي قد يواجهها الشخص والانتباه لأثرها المحتمل على السلامة والصحة النفسية والاجتماعية، وتشجيع المشاركة في مجموعات الدعم الذاتي ودعم الأسرة كلما كان ذلك ممكنا. كما يجب تحديد وحشد المصادر المحتملة للدعم المجتمعي في المنطقة المحلية بما في ذلك السكن والتعليم والعمل، والتنسيق مع المدارس بالنسبة للأطفال والبالغين.

5 الاهتمام بالسلامة العامة:

- التثقيف بشأن الصحة البدنية (التغذية والوزن، الرياضة والنشاط الجسدي، التدخين، الكحول، السلوكيات الخطرة مثل الجنس غير الآمن).
- إجراء فحوصات منتظمة للصحة البدنية.
- التثقيف حول تبدلات النمو الطبيعية (البلوغ - انقطاع الطمث) وتقديم الدعم اللازم لها.
- مناقشة خطط الحمل ومنع الحمل مع النساء في سن الإنجاب.

6 حماية حقوق الإنسان:

- توفير الرعاية بطريقة تحفظ كرامة المريض وتراعي ثقافته وتخلو من التمييز على أساس العرق والجنس واللغة والدين والرأي السياسي أو غيره.
- تعزيز العيش باستقلالية في المجتمع وعدم التشجيع على إدخال الشخص إلى الرعاية المؤسسية.
- التأكد من أن الشخص يفهم العلاج المقترح ويقدم موافقة حرة وعن دراية وإشراك الأطفال والبالغين في قرارات علاجهم بما يتوافق مع مقدراتهم النمائية.
- إيلاء اهتمام خاص بالسرية والخصوصية للمريض وموافقة الشخص على اطلاع القائمين على العناية به على حالته الصحية بما في ذلك المسائل المتعلقة بالعلاج والآثار الجانبية.
- الحد من الوصم والتهميش وتعزيز الاندماج الاجتماعي.
- إيلاء أهمية خاصة لمعايير حقوق الإنسان الوطنية والدولية ومن أبرزها:

- 1 اتفاقية مناهضة التعذيب وغيره من أنواع المعاملة أو العقوبة القاسية أو اللاإنسانية أو المهينة دخلت حيز التنفيذ في 26 حزيران 1987 وقعتها الجمهورية العربية السورية بالمرسوم 39 عام 2004 وتحفظت على المادة 20 منها <http://www.ohchr.org/AR/ProfessionalInterest/Pages/CAT.aspx>
- 2 اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة (1979) تم اعتمادها بقرار الجمعية العامة للأمم المتحدة 180/34 بتاريخ 18 كانون الأول - 1979 انضمت إليها لجمهورية العربية السورية بموجب المرسوم 333 تاريخ 2002/9/26 وتحفظت على المواد 9-15-16-29 أو فقرات منها <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/cedaw.htm>
- 3 اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة وبروتوكولها الاختياري التي اعتمدها الجمعية العامة للأمم المتحدة في 13 كانون الأول 2006 وقعتها الجمهورية العربية السورية في 30 آذار 2008 دون التوقيع على البروتوكول الاختياري.
- 4 اتفاقية حقوق الطفل (1989) صادقت عليها الجمهورية العربية السورية بموجب القانون رقم 8 لعام 1993 وتحفظت على المواد

<http://www.ohchr.org/AR/ProfessionalInterest/Pages/CRC.aspx> 21-20-14



اجتماعي Social	نفسي Psycho	عضوي Bio	
للازال السبب الحقيقي غير محدد بدقة شدد الحياة: أهمها • فقدان الوالدين قبل سن 11 • فقدان الشريك • البطالة أو خسارة العمل	خلل معرفي. خطأ في التفكير عجز متعلم (مكتسب)	1 وراثي. يزداد الاكتئاب بنسبة 2-4 إضعاف عند أقارب الدرجة الأولى. 2 خلل في النواقل العصبية (السيروتونين والنور أدرنالين) 3 خلل هرموني (الأستروجين) 4 أمراض عضوية معينة 5 أدوية	
يتطلب التشخيص توافر خمسة أعراض على الأقل يجب أن يكون من بينها 1 أو 2 بالإضافة إلى تراجع الأداء الوظيفي ويجب أن تستمر هذه الأعراض أسبوعين متواصلين على الأقل	1 المزاج الحزين 2 انخفاض أو غياب القدرة على الاستمتاع. 3 هياج أو همود نفسي حركي. 4 أفكار الدونية ونقص تقدير الذات 5 صعوبة التركيز أو التفكير. 6 أفكار متكررة عن الموت أو أفكار أو خطط أو محاولات انتحارية	1 نقص أو زيادة ملحوظة في الوزن دون قصد أو نقص أو زيادة الشهية. 2 قلة نوم أو زيادة نوم يومية تقريبا. 3 التعب والإعياء أو انخفاض الطاقة.	الأعراض
قد تتشارك بعض هذه الاضطرابات مع الاكتئاب ولكن تعطى الأفضلية دوماً لتشخيص الاضطرابات العضوية	الحداد	اضطرابات القلق الاضطراب ثنائي القطب الذهان الاضطرابات الاكتئابية الأخرى سوء استخدام الكحول أو المواد الأخرى الاضطرابات المتعلقة بالشدة الخرف	التشخيص التفريقي
تشير معظم الدراسات والأبحاث المسندة إلى أن استخدام أكثر من نموذج علاجي في نفس الوقت يعطي نتائج أفضل من استخدام أي منها منفردا	1 التعامل مع الضغوطات الاجتماعية الحالية وتقنية حل المشكلات 2 تحديد الأشخاص الداعمين في الأسرة والمجتمع 3 تدبير حالات سوء المعاملة أو الإساءة 4 إعادة تنشيط الشبكات الاجتماعية 5 إعادة الاستقرار في منطقة تتسم بالأمن والسلامة لها أهمية خاصة في حالة لاجئي الحروب	1 التثقيف النفسي 2 العلاج السلوكي المعرفي CBT 3 العلاج المعرفي 4 العلاج البين شخصي. IPT 5 العلاج العائلي 6 العلاج الجماعي 7 العلاج التحليلي الموجه (سيتم شرح بعض هذه المدارس بشكل مفصل في هذا الدليل)	التدبير
تنظيم النوم عن طريق تحديد موعد الاستيقاظ. 2 تنظيم النشاط الجسدي (مشي) 3 العلاج الدوائي. 4 تنبيه العصب المبهم (العاشق) 5 الحرمان من النوم 6 المعالجة الضوئية 7 التحريض المغناطيسي 8 التحليل الكهربائي			

نقاط خاصة بالاكتئاب في العالم العربي:

عند النساء العربيات: تظهر أعراض الهياج وحدة الطبع أكثر من المزاج المكتئب.

التجسيد ورغم عدم وروده كأحد الأعراض الأساسية في التصنيف الأمريكي والتصنيف العالمي لكنه مظهر شائع ومهم للاكتئاب عند المرضى العرب.قد لا يتشجع المرضى العرب (لا سيما الرجال) للتعبير عن مشاعر الحزن وانخفاض المزاج مثل المرضى في الدول الغربية. يستخدم العديد من المرضى العرب كلمة (انزعاج) لوصف مشاعر الاكتئاب وكلمة (الفكر) لوصف انشغال البال والتفكير الدائم.

نموذج محددات اضطراب الاكتئاب الجسيم وما يقابلها من رموز في التصنيف العالمي التاسع والعاشر:

ICD10	ICD9	5-DSM
(8-pp160)		Major Depressive Disorder
(-)		Single episode
(F32.0)	296.21	Mild
(F32.1)	296.22	Moderate
(F32.2)	296.23	Severe
(F32.3)	296.24	With psychotic features
(F32.4)	296.25	In partial remission
(F32.5)	296.26	In full remission
(F32.9)	296.20	Unspecified
(-)		Recurrent episode
(F33.0)	296.31	Mild
(F33.1)	296.32	Moderate
(F33.2)	296.33	Severe
(F33.3)	296.34	With psychotic features
(F33.41)	296.35	In partial remission
(F33.9)	296.30	Unspecified

المعالجة الدوائية:

من المفضل مشاركة المريض في اختيار النموذج العلاجي الذي يفضله بعد شرح الخيارات المتاحة وإعطاء فكرة عنها ويجب تصحيح بعض الأخطاء الشائعة المتعلقة بمضادات الاكتئاب فهي لا تسبب الإدمان ولا تؤدي لتأثيرات خطيرة على الدماغ كما أنها تحتاج لفترة 2-4 أسابيع حتى تظهر نتائج العلاج بالإضافة لمدة العلاج الكلية التي تتراوح بين 6-12 شهراً. ويتم اختيار الدواء من مجموعة الأدوية المضادة للاكتئاب بحسب أعراض المريض وتأثيرات كل دواء. هناك عدة مجموعات من هذه الأدوية أقدمها مثبتات المونو أمينو أوأكسيداز والتي ندر استعمالها حالياً، ومجموعة ثلاثيات الحلقة، ومثبطات إعادة التقاط السيروتونين النوعية SSRIs وثلاثيات إعادة التقاط السيروتونين و النورأدرينالينSNRIs .



وفيما يلي جدول يوضع بعضا من هذه الأدوية مع جرعاتها وآثارها الجانبية:

اسم الدواء	المجموعة الدوائية	الجرعة العلاجية اليومية	الآثار الجانبية
Fluoxetine	SSRIs	20–60 mg	أرق-هياج -اضطرابات هضمية -اضطراب الوظيفة الجنسية
Sertraline	SSRIs	50–200 mg	أرق-هياج -اضطرابات هضمية -اضطراب الوظيفة الجنسية
Paroxetine	SSRIs	20–60 mg	أرق-هياج -تركين -اضطرابات هضمية -اضطراب الوظيفة الجنسية
Fluvoxamine	SSRIs	100–300 mg	أرق-هياج -تركين -اضطرابات هضمية -اضطراب الوظيفة الجنسية
Citalopram	SSRIs	20–60 mg	أرق-هياج -اضطرابات هضمية -اضطراب الوظيفة الجنسية
Escitalopram	SSRIs	10–20 mg	أرق-هياج -اضطرابات هضمية -اضطراب الوظيفة الجنسية
Amitriptyline	TCAs	75–300 mg	نعاس-هبوط ضغط انتصابي-اضطراب نظم قلبي-زيادة وزن - جفاف فم -إمساك
Imipramine	TCAs	75–300 mg	نعاس-هبوط ضغط انتصابي-اضطراب نظم قلبي-زيادة وزن - جفاف فم -إمساك
venlafaxine	SNRIs	150–375 mg	تبدلات في النوم-اضطرابات هضمية
Duloxetine	SNRIs	30–60 mg	اضطرابات هضمية - أعراض عند إيقاف العلاج

في العلاج الدوائي من المهم اتباع نموذج الـ (4Ds) في الإنكليزي:

الجرعة Dose: يجب الوصول للجرعة الصحيحة لكل دواء قبل الحكم على فعاليته من عدمها.

مدة العلاج Duration: يجب ألا تقل عن 6 أشهر بالجرعة العلاجية.

الدواء Drug: في حال عدم تحسن المريض على الدواء بالجرعة والمدة المناسبين يمكن اختيار دواء آخر من زمرة دوائية

أخرى سواء كبديل عنه أو بالمشاركة معه.

التشخيص Diagnosis: يمكن إعادة النظر بالتشخيص في حال عدم استجابة المريض لدوائين من زمرتين دوائيتين

مختلفتين كل منهما بالجرعة المناسبة والمدة المناسبة.

وفي حال ثبوت التشخيص نكون أمام اضطراب الاكتئاب المعند الذي يحتاج لتدخلات أكثر تخصصا. يجب ملاحظة أن

الاكتئاب عموما هو اضطراب قابل للعلاج بنسبة نجاح تفوق 80%. أخيرا المتابعة جزء أساسي في علاج الاكتئاب. تُحدد

فواصلها تبعا لحالة المريض ونوع العلاج.

الفصل الثاني الانتحار وإيذاء الذات Suicide and self-Harm

العالمي هو 11,4 لكل 100000 نسمة، 15,0 (للذكور و 8,0 للإناث) . يشكل الانتحار السبب رقم 15 للوفاة حول العالم.

التقييم والتدبير:

أولاً: وقبل كل شيء يجب الإجابة عن السؤال التالي: هل أقدم الشخص على فعل إيذاء الذات أو الانتحار (حالياً)؟ تتم الإجابة عن هذا السؤال بطريقتين:

- 1 ملاحظة وجود علامات إيذاء مثل علامات التسمم أو تناول مواد مخدرة، نزيف، فقدان وعي، خمول شديد
- 2 السؤال عن أشكال الانتحار وإيذاء الذات.

وفي حال كانت الإجابة عن هذا السؤال بنعم يجب الإجابة عن السؤال التالي: هل الشخص بحاجة لعناية طبية إسعافية؟ وهنا يجب علاج الإصابة أو التسمم طبياً. وفي حال الحاجة لدخول المشفى يجب مراقبة الشخص عن كثب لمنع الانتحار. وفي جميع الحالات يجب أولاً وضع الشخص في مكان آمن وعدم تركه بمفرده.

ثانياً: إذا لم يكن الشخص أقدم فعلا على الانتحار أو إيذاء الذات فيجب الإجابة عن السؤال التالي:

هل هناك خطر وشيك لدى هذا الشخص للإقدام على الانتحار؟

وتتم الإجابة عن هذا السؤال من خلال:

- **سؤال الشخص أو القائمين على رعايته عن:**
 - أ أفكار أو خطة حالية للانتحار أو إيذاء الذات.
 - ب وجود قصة سابقة لأفكار انتحارية أو إيذاء الذات خلال الشهر الماضي.
 - ج وجود محاولة سابقة للانتحار أو إيذاء الذات خلال السنة الماضية.
 - د سهولة الوصول إلى وسائل إيذاء الذات أو الانتحار.

الانتحار هو فعل قتل النفس عمدا. أما إيذاء الذات فهو مصطلح أوسع يشير إلى أي فعل يلحق الضرر بالجسم كتناول مادة سامة أو جرح الجسم وقد يكون أو لا يكون له نية أو نتيجة قاتلة.

يجب تحري الانتحار عند أي شخص تجاوز العاشرة من عمره ولديه أي من الحالات التالية:

- 1 أي اضطراب نفسي من قائمة الاضطرابات المدرجة في التصنيف العالمي للأمراض النفسية.
- 2 ألم مزمن.
- 3 أزمة عاطفية شديدة.

معلومات هامة:

- الاستفسار عن الانتحار أو إيذاء الذات لا يؤثر أفعال إيذاء الذات أو الانتحار أو يذكر بها بل هو في العادة يخفف من القلق المرتبط بتلك الأفكار ويساعد الشخص على الشعور بأن هناك من يفهمه، ولكن يجب طرح السؤال في الوقت والشكل المناسبين وبعد تواصل جيد.
- يجب أن يتم تقييم الانتحار أو إيذاء الذات خلال التقييم الأولي وبعد ذلك بشكل دوري خلال المتابعات حسب الحاجة.
- الانتحار أو إيذاء الذات هما من الحالات التي يسير فيها التقييم والتدبير معا في نفس الوقت.
- إن معظم حالات الانتحار قد سبقها علامات تحذيرية سواء لفظية أو سلوكية. بالطبع هناك بعض حالات الانتحار التي تحدث بدون سابق إنذار، لكن من الضروري أن نعرف ماهي هذه العلامات التحذيرية والانتباه إليها.
- الناس الذين يتحدثون عن الانتحار قد يسعون للحصول على المساعدة أو الدعم.

عدد كبير من الناس الذين يفكرون في الانتحار يعانون من القلق والاكتئاب واليأس وربما يشعرون أنه لا يوجد خيار آخر. هناك ما يقدر ب 804000 حالة وفاة ناجمة عن الانتحار في جميع أنحاء العالم في عام 2012. وهذا يشير إلى أن معدل الانتحار المُقاس حسب العمر سنوياً على الصعيد



• **البحث عن:**

- 1 إجهاد عاطفي شديد.
- ب شعور باليأس.
- ج هياج حاد.
- د سلوك عنيف.
- ه صعوبات في التواصل.
- و سلوك انعزالي.

إذا كان الجواب نعم فان هناك خطر وشيك للإقدام على إيذاء الذات أو الانتحار عندها يجب اتخاذ الاحتياطات التالية:

- 1 إزالة وسائل إيذاء الذات
- 2 عدم ترك الشخص لوحده مطلقا.
- 3 وضعه في مكان آمن وداعم وتفعيل الدعم النفسي الإجتماعي.

ثالثاً: هل يعاني الشخص من أية اضطرابات نفسية أو سوء استخدام مواد؟

وهنا يجب نفي كل من:

- 1-الاكتئاب
- 2- اضطراب تعاطي الكحول أو المخدرات
- 3-الاضطراب ثنائي القطب
- 4-الذهان
- 5-الصرع
- 6-الاضطرابات المتعلقة بالشدة.

وفي حال وجود أي منها يجب تدبيره كما هو متبع.

رابعاً: هل يعاني الشخص من آلام مزمنة؟

وهنا يجب علاج الألم أو أي حالة طبية مرافقة.

خامساً: هل يعاني الشخص من شكاوى جسدية أو عاطفية غير مفسرة تستدعي التدخل؟

نسأل عن:

- تراجع الأداء الوظيفي المعتاد (دراسي، منزلي، مهني أو اجتماعي).
- تكرار طلب المساعدة الطبية.
- تكرار محاولات التطبيب الذاتي.

الفصل الثالث

الطيف الفصامي

والاضطرابات

الذهانية الأخرى

Schizophrenia spectrum

and other psychotic

disorders

يعرف الذهان تقليدياً بأنه الخلل في اختبار الواقع أو عدم القدرة على إدراك الواقع ويعرف حالياً بأنه خلل في أحد المجالات الخمسة التالية (أوهام –أهلاسات –اضطراب كلام –اضطراب شديد في السلوك –أعراض سلبية) وتبلغ نسبة الإنتشار مدى الحياة حوالي: 1% من مجموع السكان حول العالم والانتشار السنوي لعام 2015 كان 21 مليون مصاب حول العالم 12 مليون من الذكور و9 مليون من الإناث. ذروة حدوثه عند الذكور بين 15 –25 من العمر وعند النساء بين 25 –35 من العمر غير انه قد يبدأ في أي عمر بعد سن 5 سنوات.

نسبة الوفاة عند مرضى الذهان أعلى ب 2-2,5 مرة منها عند مجموع السكان وذلك بسبب الأمراض الجسدية غالباً مثل القلبية الوعائية أو الاستقلابية أو الإنتانية. الوصمة والتمييز وانتهاك الحقوق الإنسانية لمرضى الذهان شائع في معظم بلدان العالم. الذهان اضطراب قابل للعلاج، والعلاجات الدوائية أو النفسية الاجتماعية فعالة.

	عضوي BIO	نفسى PSYCHO	اجتماعي SOCIAL	
الأسباب والآلية الإمرضية	1 وراثي: تتضاعف نسبة الحدوث 10 مرات إذا كان أحد الوالدين مصابا بالفصام وأكثر من 20 ضعفاً إذا كان كلا الأبوين و50 ضعفاً في النوائم الحقيقية. 2 خلل النواقل العصبية (زيادة نشاط الدوبامين) 3 أدوية أو مواد 4 اضطرابات عضوية (أورام –إنتانات –حوادث وعائية دماغية)	1 التثيت على مراحل تطويرية باكرة يؤدي لخلل في تشكل الأنا (التحليلية). 2 القسر المزدوج (الرسائل المتناقضة).	1 مقر النماذج التعليمية في الطفولة. 2 فطرت الحماية وفطرت التعبير العاطفي لدى الوالدين 3 الأشخاص الذين يعانون من خلفية اقتصادية اجتماعية قاسية، خصوصاً الشباب، معرضين لخطر أكبر للإصابة بالفصام. 4 يعاني المهاجرون من زيادة معدلات الفصام مقارنة مع سكان المجتمع الذي غادروه، وكذلك مع سكان المجتمع الذي قدموا إليه	جميعها نظريات وهناك الكثير غيرها لكن أي منها غير مثبت حتى الآن ولا تزال نظرية الوراثة والنواقل العصبية هي المرجحة حتى الآن
الأعراض والمظاهر السريرية	1 أهلاسات (إدراك حسبي دون وجود منه خارجي حقيقي لأي حاسة من الحواس الخمس وتكون بنفس حيوية وقوة الإحساس الحقيقي). 2 كلام غير مترابط أو مفكك. 3 اضطراب سلوك شديد أو كاتاتوني (جمودي) 4 أعراض سلبية (ضعف أو غياب التعبير العاطفي –اللامبالاة – غياب الدافع	1 أوهام (اعتقادات راسخة غير قابلة للنقاش أو الإقناع بالبرهان المثبت منطقياً قد تكون من نوع الملاحظة أو العظمة أو أوهام جسدية أو دينية) 2 كلام غير مترابط أو مفكك. 3 اضطراب سلوك شديد أو كاتاتوني (جمودي) 4 أعراض سلبية (ضعف أو غياب التعبير العاطفي –اللامبالاة – غياب الدافع	تراجع الأداء الوظيفي أو الاجتماعي أو الدراسي	يجب أن يتوفر عرضان على الأقل من الأعراض الخمسة المذكورة وأن يكون الأول واحد منهما من بين الثلاثة الأولى ولمدة كافية خلال شهر على الأقل بالإضافة إلى تراجع الأداء الوظيفي
التشخيص التفريقي	1 رضوض الدماغ 2 أورام 3 الحوادث الوعائية الدماغية 4 الإنتانات الدماغية 5 الأدوية والمواد 6 الصرع	1 الاضطراب ثنائي القطب 2 الاكتئاب مع أعراض ذهانية 3 سوء استخدام الكحول 4 أو المواد المخدرة	1 مظاهر ثقافية ودينية واجتماعية معينة تتناسب مع البيئة والثقافة (الجن والسحر)	علماء أن وجود هذه الحالات قد يترافق مع الذهان
التدبير والعلاج	1 علاج الذهان دوائي بالدرجة الأولى. 2 العلاج الكهربائي. ECT. 3 الاستشفاء Hospitalization	1 التثقيف النفسي Psycho education 2 العلاج السلوكي المعرفي Cognitive Behavioural Therapy 3 العلاج السلوكي الجدلي Dialectical Behaviour Therapy 4 العلاج بالفن – Art Therapy 5 التمارين الاستعرافية Cognitive Training	1 تدريب المهارات الاجتماعية Social Skill Training 2 العلاج العائلي الموجه Family –Oriented Therapies 3 العلاج المهني – Vocational Therapy 4 العلاج الجماعي – Group Therapy 5 العلاج البين شخصي Interpersonal Therapy	يفضل تجنب العلاج المؤسساتي قدر الإمكان واختصار مدة الاستشفاء عند الضرورة لأقل فترة ممكنة كما يفضل السعي لدمج شعب العلاج النفسي ضمن المشافي العامة



العلاج الدوائي:

هناك عدة مجموعات من مضادات الذهان أهمها:

أولاً: مضادات الذهان التقليدية (حاصرات المستقبلات الدوبامينية) ومنها الهالوبيريدول والكلوربرومازين والفلوفينازين وغيرها.

ثانياً: مضادات الذهان غير التقليدية (حاصرات المستقبلات الدوبامينية والسيروتونية) ومنها:

الاولانزابين والريسبيريدون والكويتيابين والزيبرازيدون وغيرها

ثالثاً: الجيل الثالث من مضادات الذهان (حاصرات المستقبلات الدوبامينية الجزئية) ومنها

الأريبيرازول

وهناك دواء محدد يستعمل للذهان المعند هو الكلوزابين

يمكن استعمال مضادات الذهان بشكل حقن مديدة غي حال عدم مطاوعة المريض للعلاج الغموي

تشير معظم الدراسات المثبتة إلى أنه من الأفضل استخدام الدواء بشكل دائم عند مرضى الفصام (أي الذين تستمر

لديهم الأعراض الذهانية لأكثر من 6 أشهر).

الفصل الرابع
الاضطراب ثنائي القطب
Bipolar Disorder

تم وضع الاضطراب الثنائي القطب في (DSM5) في فصل مستقل بين اضطراب الطيف الفصامي والاضطرابات الذهانية الأخرى، وبين الاضطرابات الاكتئابية كمبحث خاص يشكل جسراً بينهما من حيث الأعراض والاستعداد الوراثي والقصة العائلية. ويشخص هذا الاضطراب بوجود معايير تشخيص النوبة الهوسية.

اضطراب المزاج ثنائي القطب هو مرض عقلي شديد ومزمن ومعاود يتصف بحدوث فترات مزاج مرتفعة جداً و/أو تهيجية تعرف بنوبة الهوس"Manic Episode" أو نوبة تحت الهوس "Hypomanic Episode". واحدة أو أكثر تتبادل مع نوب اكتئاب جسيم. ويكفي حدوث نوبة واحدة من الهوس أو تحت الهوس لتشخيص اضطراب المزاج ثنائي القطب.

الأسباب والآلية الإمرضية	اجتماعي SOCIAL	نفسي PSYCHO	عضوي BIO	
1 وراثياًقارب الدرجة الأولى لمريض اضطراب المزاج ثنائي القطب معرضون 7 مرات أكثر من بقية الناس للإصابة بالمرض 2 تم ربط عدد من النواقل العصبية بهذا الاضطراب (الغلو تامات-أدرنالين ونور أدرنالين -دوبامين- سيروتونين). 3 أدوية ومواد				لا يزال غير مؤكد السبب
الأعراض والمظاهر السريرية	1 ازدياد الطاقة أو الشعور بالنشاط 2 انخفاض الحاجة إلى النوم (مثلاً: الشعور بالراحة بعد نوم 3 ساعات فقط)	1 مزاج مرتفع أو مستثار أو منشرح بصورة شاذة يتوافق مع 3 على الأقل مما يلي: 2 تضخم تقدير الذات أو عظمه. 3 ثثرة أكثر من المعتاد أو الضغط للاستمرار في الكلام. 4 تصاير الأفكار أو خبرة شخصية بتسابق الأفكار. 5 التشتت (أي تحويل الانتباه بسهولة إلى مثيرات خارجية غير هامة أو ليست ذات صلة).	1 ازدياد النشاط الهادف (إما اجتماعياً ـ في العمل أو في المدرسة ـ أو جنسياً) أو هيوجية نفسية حركية. 2 الانغماس المفرط في الأنشطة الممتعة التي تحمل إمكانية كبيرة لعواقب مؤلمة (مثل، إشراف في عمليات شراء أو طيش جنسي أو استثمارات حمقاء في مجال الأعمال). 3 اضطراب المزاج يكون من الشدة بما يكفي ليسبب اختلالاً صريحاً في الأداء المهني أو في الأنشطة الاجتماعية المعتادة أو في العلاقات مع الآخرين	وجود المزاج المرتفع أو المستثار مع ازدياد الطاقة أو النشاط مترافقا مع ثلاثة على الأقل من الأعراض السبعة المذكورة لمدة أسبوع متواصل على الأقل مع تراجع أو اختلال الأداء الوظيفي تشخص النوبة الهوسية ووجود نوبة هوسية واحدة حالياً أو في الماضي يكفي لتشخيص الاضطراب ثنائي القطب الذي تتناوب فيه نوبات الهوس مع نوبات الاكتئاب
التحذير والعلاج	1 العلاج الدوائي 2 التخليج الكهربائي 3 الاستشفاء (النوبة الهوسية هي حالة طبية إسعافية)	التثقيف النفسي حول أعراض المرض	الدعم النفسي الإجتماعي	

العلاج الدوائي:

هناك مجموعة دوائية تدعى مثبتات المزاج (ومن بينها أملاح الليثيوم- الكاربامازيبين -فالبروات الصوديوم اللاموتريجين) تعتبر الخط الأول في علاج الاضطراب ثنائي القطب بالإضافة إلى أن لبعض مضادات الذهان دور فعال في تثبيت المزاج، علاج الاضطراب ثنائي القطب هو علاج طويل الأمد وهو مكون من شقين:
الأول: علاج النوبة الحادة (سواء كانت هوسية أو اكتئابية وفي حال كونها اكتئابية لا يجوز استعمال مضادات الاكتئاب إلا بعد استخدام مثبتات المزاج كي لا تتعرض النوبة الهوسية).
الثاني: المعالجة الوقائية لمنع تكرار النوبات.



اضطراب الشدة الحاد

Acute Stress Disorder

	عضوي BIO	نفسي PSYCHO	اجتماعي SOCIAL	
الأسباب والآلية الإمرضية	التعرض لحادث صادم يشكل خطرا على حياة الشخص يؤدي إلى تحريض استجابة قاتل أو اهرب أو تجمد (Fight or flight or freeze) التي تتواسطها نوافل عصبية هي النورأدرينالين لقاتل أو اهرب والأستيل كولين للتجمد	التعرض لحادث صادم سبب شعورا بالخوف أو العجز أو بالتهديد	التعرض لحادث صادم يشكل خطرا على حياة أشخاص مقربين عدم القدرة على الوصول للمساعدة النظرة الاجتماعية لموضوع الحادث (عاقبة-اعتداء جنسي ...)	
الأعراض والمظاهر السريرية	أرق إعادة اختبار الأعراض التي حدثت أثناء الحادث (تسرع القلب-تسرع التنفس-رجفان-توتر عضلي-تعرق-شحوب-آلام وتشنجات في الجهاز الهضمي-إحاح يولي أو برازي-توسع الحدقة) أعراض ترتبط بالإحساس بتهديد حالي متزايد. السلوك النكوصي بما فيه التبول اللاإرادي (لدى الأطفال) شكاوى جسدية ليس لها تفسير طبي بما فيها فرط التهوية واستجابة الذهول (مثلاً عدم القدرة على الحركة، عدم القدرة على الإدراك الحسي أو الكلام)	إعادة اختبار الأعراض (الخوف-الربح-تشوش التفكير) الشعور بالتهديد الحالي أي عواطف أو أفكار مزعجة تغيّرات في السلوك تكدر الشخص أو الأشخاص في محيطه (مثلاً العدائية، ولدى المراهقين) سلوك المخاطرة	أعراض التجنب الانعزال الاجتماعي/ الانسحاب "بواجه صعوبة في أداء الوظائف اليومية أو يطلب المساعدة للتخلص من هذه الأعراض"	هذه الأعراض تتواجد لمدة أقل من شهر بعد وقوع الحادث الصادم
التحذير والعلاج	1 الإسعافات النفسية الأولية 2 لا تصفوا البنزوديازيبين أو مضادات الاكتئاب لمعالجة أعراض الضغط النفسي الحاد 3 الاسترخاء التنفسي 4 الاسترخاء العضلي 5 النشاط الجسدي (المشي مثلاً)	الإسعافات النفسية الأولية التثقيف النفسي (غالباً ما يختبر الناس الضغط النفسي الحاد بعد التعرض لأحداث صادمة وهذه الأعراض تتراجع لدى غالبية الناس مع مرور الوقت الاسترخاء بالتركيز الاسترخاء التخيلي	الإسعافات النفسية الأولية ساعدوا الناس على تحديد أساليب التكيف الإيجابية وأشكال الدعم الاجتماعية والعمل على تقويتها	سيتم شرح الإسعاف النفسي الأولي بشكل مفصل في وحدة خاصة

الفصل الخامس

الاضطرابات المتعلقة بالشدة

Stress related disorders

يواجه الناس عموماً بعد التعرض لحادث صادم ردود فعل مختلفة. وتختلف الحوادث الصادمة عموماً لكن يمكن تعريف الحدث الصادم بأنه حدث مفاجئ واقع خارج سياق التجربة الاعتيادية يترافق مع مشاعر الخوف والعجز والتهديد. ويتطور لدى أقلية من الناس واحد أو اثنان من أنواع الحالات التالية:

- مشكلات واضطرابات تحدث في الغالب بعد التعرض للشدد ولكنها تحدث أيضاً في غياب مثل هذا التعرض. تلك المشكلات تشمل: الاضطراب الاكتئابي، الذهان، الاضطرابات السلوكية، اضطراب استخدام الكحول، اضطراب استخدام المخدرات، إيذاء النفس/الانتحار، الشكاوى الجسدية التي ليس لها تفسير طبي.
- المشكلات والاضطرابات التي تتطلب حدوثها التعرّض للشدد تتضمن بحسب DSM5 :

اضطراب التعلق الارتكاسي	G 00 Reactive Attachment Disorder
اضطراب زوال التثبيط الاجتماعي	G 01 Disinhibited Social Engagement Disorder
اضطراب الشدة ما بعد الرض عند أطفال ما قبل المدرسة	G 03 Post traumatic Stress Disorder in Preschool Children
اضطراب الشدة الحاد	G 04 Acute Stress Disorder
اضطراب الشدة ما بعد الرض	G 05 Post traumatic Stress Disorder
اضطراب التأقلم	G 06 Adjustment Disorders
اضطرابات رضية أو متعلقة بالشدد محددة أخرى	G 07 Other Specified Trauma– or Stressor– Related Disorder
اضطرابات رضية أو متعلقة بالشدد غير محددة	G 08 Unspecified Trauma– or Stressor– Related Disorder

وسنبحث في اضطرابين هما اضطراب الشدة الحاد واضطراب الشدة التالي للرض.



اضطراب الشدة التالي للصدمة
Post-traumatic stress disorder
PTSD

الأسباب والآلية المرضية	اجتماعي SOCIAL	نفسي PSYCHO	عضوي BIO	
التعرض لحادث صادم يشكل خطرا على حياة أشخاص مقربين عدم القدرة على الوصول للمساعدة النظرة الاجتماعية لموضوع الحادث (إعاقة-اعتداء جنسي ...)	التعرض لحادث صادم يشكل خطرا على حياة أشخاص مقربين عدم القدرة على الوصول للمساعدة النظرة الاجتماعية لموضوع الحادث (إعاقة-اعتداء جنسي ...)	التعرض لحادث صادم سبب شعورا بالخوف أو العجز أو بالتهديد	التعرض لحادث صادم شكل خطرا على حياة الشخص يؤدي إلى تحريض استجابة قاتل أو اهرب أو تجمد. (Fight or flight or freez) التي تتواسطها نواقل عصبية هي النورأدرينالين لقاتل أو اهرب والأستيل كولين لتجمد	
الأعراض والمظاهر السريرية	• إعادة اختبار الحدث الصادم أعراض التجنب • تجنب المواقف والنشاطات التي تذكر بالحدث. • قد لا يرغب الشخص بالقيادة نهائيا بعد حادث سيارة. • قد لا يرغب الشخص بالحديث عن الحدث مع الطبيب (مقدم الرعاية الصحية) أعراض من الشعور بتهديد حالي متزايد • فرط اليقظة، اهتمام واحتراس مبالغ فيه من الخطر مثال (الشخص يكون عموما أكثر يقيظا من الآخرين، اختيار غير ضروري للمكان الأكثر أمانا للجلوس) • الأعراض تسبب صعوبات في أداء الوظائف الحياتية اليومية	إعادة اختبار الحدث الصادم وهي تكرار أو عود استرجاع غير مرغوبة للحدث الراض؛ وهناك 3 أنواع من أعراض الاستعادة: • الذاكرة المتطفلة (الافحامية) غير مرغوبة-عادة حية وتسبب خوف شديد أو رعب. • الرجوع الورا (الخطف خلفا) أفكار الشخص وتصرفاته في هذه اللحظة كما لو أنها تعود للسابق لزمن الحدث. ليعيش عبره مرة ثانية. • أحلام مخيفة (مرعبة) أعراض التجنب: تتضمن تفاد متعمد للأفكار والذكريات • ناجية من الاغتصاب قد تمضي معظم وقتها في محاولة تجنب التفكير بالاغتصاب. على النقيض فان محاولة الشخص تجنب التفكير بموضوع معين تجعله يفكر به أكثر. تمرين: حاول ألا تفكر بالغيل الأبيض لدقيقة واحدة أعراض من الشعور بتهديد حالي متزايد	إعادة اختبار الحدث الصادم هي استعادة الحدث بشكل متكرر وغير مرغوب به في المكان والزمان الحاليين (مثلاً، من خلال الأعراض الجسدية التي حدثت أثناء الحدث مثل تسرع القلب والتنفس والتعرق والتوتر العضلي والرجفان والتشنجات الهضمية) استعادة أحاسيس كانت أثناء الحدث (شم رائحة البارود أو الحريق -رائحة المعتدي- الشعور بمكان اللمس أو الألم -رؤية المشاهد أو سماع الأصوات) أعراض التجنب: أعراض من الشعور بتهديد حالي متزايد الشخص المتأثر قد يشعر باستمرارية الخطر. نمطان من الأعراض يرتبطان بالشعور بتزايد مستوى الخطر الراهن: استجابة جفول مبالغ فيها؛ سهولة الجفول أو الاهتياج، رد فعل من الخوف الشديد تجاه أي حركات مفاجئة أو غير متوقعة أو ضجة عالية (يرتكس بشدة أخبر من الآخرين ويتطلب وقتا أطول ليهدأ)	يتم تشخيص الاضطراب بوجود عرض واحد على الأقل من كل مجموعة من المجموعات الثلاث مترافقة مع تراجع الأداء الوظيفي بعد شهر على الأقل من التعرض للحادث الصادم
التحبير والعلاج	1 ساعدوا الناس على تحديد أساليب التكيف الإيجابية وأشكال الدعم الاجتماعية والعمل على تقويتها 2 شجّعوا استئناف الأنشطة الاجتماعية والروتين المعتاد قدر الإمكان 3 اسألوا عن عوامل الضغط النفسي الإجتماعي الحالية واستخدموا تقنيات حل المشكلات 4 لدى الأطفال والمراهقين الذين فقدوا الوالدين أو مقدمي الرعاية: لبوا حاجتهم إلى الحماية والرعاية الداعمة المستمرة بما في ذلك الدعم الاجتماعي العاطفي.	1 التثقيف النفسي (شرح الأعراض وآلية حدوثها) Psycho Education 2 العلاج المعرفي السلوكي CBT 3 العلاج الجماعي Group Therapy 4 إزالة الحساسية وإعادة البرمجة عن طريق حركات العينين (EMDR)	1 الاسترخاء التنفسي 2 الاسترخاء العضلي 3 النشاط الجسدي(المشي) 4 وصف مضادات الاكتئاب في حال فشل أو عدم توافر العلاج المعرفي السلوكي CBT وإزالة الحساسية وإعادة المعالجة بحركات العينين (EMDR) أو كل العلاجات الأخرى (خيار أخير) لا توصف نهائيا للأطفال والمراهقين 5 لا توصف البنزوديازيبينات نهائيا 6 التنبيه إلى تجنب الكحول والمخدرات أو المهدئات من دون وصفة طبية	يفضل العمل على أكثر من مجال واستبعاد الخيار الدوائي كزن فعالية الأدوية محدودة جدا في هذا الاضطراب

الفصل السادس
اضطرابات القلق
Anxiety Disorders

تصنف اضطرابات القلق بحسب DSM5 إلى الاضطرابات التالية

اضطراب قلق الانفصال	E 00 Separation Anxiety Disorder
اضطراب الهلع	E 01 Panic Disorder
رهاب الساح (رهاب الأماكن المفتوحة)	E 02 Agoraphobia
الرهابيات النوعية	E 03 Specific Phobia
اضطراب القلق الاجتماعي (الرهاب الاجتماعي)	(E 04 Social Anxiety Disorder (Social Phobia
اضطراب القلق المعمم	E 05 Generalized Anxiety Disorder
اضطراب القلق المحدث بالمواد	Substance-Induced Anxiety Disorder 11-E 06
اضطراب القلق المترافق مع حالة طبية عامة معروفة	E 12 Anxiety Disorder Associated with a Known General Medical Condition
اضطرابات قلق محددة أخرى	E 13 Other Specified Anxiety Disorder
اضطراب القلق غير المحدد	E 14 Unspecified Anxiety Disorder

وستتحدث بشكل مفصل عن اثنين من هذه الاضطرابات هما اضطراب القلق المعمم واضطراب الهلع



اضطراب القلق المعمم

Generalized Anxiety Disorder (GAD)

نسبة الانتشار السنوي لهذا الاضطراب بين البالغين في الولايات المتحدة 2,9% ونسبة التعرض لهذا الاضطراب خلال الحياة هي حوالي 1%. تصيب النساء بمعدل ضعفي الرجال 1-2

	عضوي BIO	نفسي PSYCHO	اجتماعي SOCIAL	
الأسباب والآلية الإمراضية	1 تحريض الجهاز العصبي الودي. 2 النواقل العصبية المتورطة بالقلق هي (النور أدرينالين-السيروتونين-الغابا). 3 الوراثة 4 الأدوية والمواد	1 صراع بين الغرائز الجنسية والعدوانية اللاواعية من جهة وبين الأنا الأعلى والواقع من جهة أخرى(التحليلية) 2 استجابات شرطية لمحرضات خارجية (السلوكية). 3 القلق هو استجابة لحالة الخواء أو اللامعنى(الوجودية)	الضغوط الاجتماعية والاقتصادية. 1 النزوح. 2 تهديدات فقدان والخسارة مثل فقدان الوظيفة أو المنزل، أو حوادث الحياة الأخرى والمصاعب المزمنة، مثل الديون ومشاكل العلاقات والعيش كلاجئ.... 3 الثقافة والعادات وعدم تقبل التعبير عن المشاعر 4 الشكوى من "وجع القلب" تعبير شائع للهموم والقلق من التهديد أو الخسارة في الثقافة العربية. 5 يذكر المرضى العرب "وجع أسفل الظهر" للتعبير عن مشاكل الحياة الجنسية.	
الأعراض والمظاهر السريرية	• يصاحب القلق والانشغال القلبي ثلاثة (أو أكثر) من الأعراض الست التالية (مع تواجد بعض الأعراض على الأقل لأغلب الوقت لمدة الستة أشهر الأخيرة). ملاحظة: يكفي بند واحد عند الأطفال. (1) تململ أو إحساس بالتوتر أو الضيق on edge. (2) سهولة التعب. (5) توتر عضلي. (6) اضطراب النوم (صعوبة الولوج في النوم أو البقاء فيه أو النوم المتململ واللامشبع).	1 قلق زائد وانشغال قلبي Worry (توقع توجسي) يحدث أغلب الوقت لمدة -6أشهر على الأقل، حول عدد من الحوادث أو الأنشطة (مثل الإنجاز في العمل أو المدرسة). 2 يجد الشخص صعوبة في السيطرة على الانشغال القلبي. 3 صعوبة التركيز أو فراغ العقل. 4 استثارة.	يسبب القلق أو الانشغال القلبي أو الأعراض الجسدية ضائقة مهمة سريريا أو اختلالاً في الأداء الاجتماعي أو المهني أو مجالات أخرى هامة من الأداء الوظيفي.	تزداد الأعراض الجسدية في المجتمعات العربية
التحجير والعلاج	1 العلاج الدوائي. 2 تنظيم النوم. 3 النشاط الجسدي (رياضة-مشي). 4 الاسترخاء التنفسي. 5 الاسترخاء العضلي.	1 العلاج المعرفي السلوكي 2 المشورة. 3 العلاج البين شخصي 4 العلاج السلوكي. 5 التثقيف النفسي	1 العلاج الأسري. 2 العلاج الجماعي. 3 حل المشاكل. 4 التحريب على المهارات الاجتماعية 5 إشراك مؤسسات الدعم الاجتماعي. 6 إعادة تفعيل الشبكات الاجتماعية أو خلقها اذا لم تكن موجودة	يوصى بالعلاج الدوائي لاضطرابات القلق بالاشتراك مع العلاج المعرفي السلوكي (أو غيرها من العلاجات النفسية

اضطراب الهلع

Panic Disorder

	عضوي BIO	نفسي PSYCHO	اجتماعي SOCIAL	
الاسباب والآلية الإمراضية	1 وراثي تقريبا نصف مرضى الهلع لديهم على الأقل قريب مصاب بالاضطراب. 2 النواقل العصبية المتورطة هي النور ادرنالين والغابا. 3 الأدوية والمواد (لاكتات الصوديوم-بيكربونات الصوديوم-يوهمبين...)	1 آلية دفاعية غير ناجحة لمواجهة محرضات القلق(التحليلية) 2 المعنى اللاواعي للأحداث الصادمة (للشد)	شدد الحياة • الانفصال المبكر عن الأم • التحرش الجنسي في الطفولة • الانفصال الجسدي أو العاطفي عن أشخاص مهمين سواء في الطفولة الباكرة او بعد البلوغ. • إدراك الوالدين على أنهم مخيفون او متطلبون او مسيطرون • يشكل الخوف من عقاب وعذاب القبر بعد الموت ومن نار جهنم في الآخرة بؤرة نوبات الهلع عند العديد من العرب	
الأعراض والمظاهر السريرية	هو نوبات هلع متكررة وغير متوقعة ونوبة الهلع هي فترة متميزة من الخوف الشديد أو الانزعاج الشديد، يحدث فيها أربعة (أو أكثر) من الأعراض التالية فجأة وتصل إلى ذروتها خلال 10 دقائق: 1 خفقان أو تزايد سرعة القلب. 2 تعرق. 3 ارتعاش أو ارتجاف. 4 إحساسات بقصر النفس أو الاختناق. 5 شعور بالغصص. 6 ألم أو انزعاج صدري. 7 غثيان أو ضائقة بطنية. 8 الإحساس بالدوار أو عدم الثبات أو خفة الرأس أو الغشية. 9 شواش الحس (إحساسات بالتميل أو بالوخز). 10 نفصات أو نبضات حارة.	1 تبعد الواقع (إحساسات بتبدل الواقع) أو تبعد الشخصية (أن يكون الشخص منفصلاً عن ذاته). 2 خوف من فقدان السيطرة أو الجنون. 3 خوف من الموت. واحدة على الأقل من الهجمات تلاها شهر (أو أكثر) من واحد (أو أكثر) من التظاهرات التالية: • قلق مستديهم من حصول هجمات إضافية. • قلق حول مضامين الهجمة أو عقابيلها مثال (فقدان السيطرة، حصول نوبة قلبية، «الجنون».) • تغيّر بارز في السلوك يتعلق بالهجمات.	1 التغير السريع للقرارات. 2 العزلة الاجتماعية. 3 التعامل بعدم ثقة مع الآخرين وخصوصا إذا كان قد تعرض للأذى سابقاً 4 الحماية الزائدة عن حددها للأطفال 5 التجنب	معايير تشخيص الاضطراب تتضمن ما ذكر في المربعين الجسدي والنفسي فقط دون الاجتماعي
التحجير والعلاج	1 العلاج الدوائي. 2 تنظيم النوم. 3 النشاط الجسدي (رياضة-مشي). 4 الاسترخاء التنفسي. 5 الاسترخاء العضلي	1 التثقيف النفسي 2 العلاج المعرفي السلوكي 3 المشورة. 4 العلاج البين شخصي 5 العلاج السلوكي.	• التدريب على المهارات الاجتماعية • مساعدة المريض بعد موافقته، على تغيير الطريقة غير الصحية التي لجأ إليها للتعامل مع القلق مثل: • الانسحاب الاجتماعي • إساءة استخدام الكحول والمواد • إيداء النفس المتكرر مثل تناول جرعة زائدة من الأدوية أو جرح النفس • دراسة الحالة الاجتماعية التي يجب للمريض نفسه لتحديد المشاكل والكروب التي ترسب فلقه، ووضع خطة لحل هذه المشاكل من المريض نفسه وليس من المعالج، إلا إذا كان/ت لا يملك المصادر لعمل ذلك، وفي هذه الحالة يجب تقديم الدعم الملائم في عدة مجالات في المناطق التي تتبع منها المشاكل مثل السكن والعمل	

مضادات الاكتئاب هي أدوية الاختيار الأول في علاج اضطرابات القلق، خصوصاً الأدوية الحديثة (مثبطات عود التقاط السيروتونين النوعية SSRIs).



الفصل السابع

اضطراب الوسواس القهري

Obsessive–compulsive disorder

	عضوي BIO	نفسى PSYCHO	اجتماعي SOCIAL	
الأسباب والالآية الإمراضية	الوراثة، يعاني أقارب مرضى اضطراب الوسواس القهري من احتمال الإصابة بالاضطراب أكثر بثلاث إلى خمسة أضعاف يعاني التوائم وحيدى الزيجوت من الإصابة المشابهة بنسبة محدثة (80%–87%). التوائم العصبية (السيروتونين)	تثبت على مراحل نمائية باكرة (المرحلة الشرجية) من مراحل تطور الطفل (التحليلية)	العلاقات بين الشخصية: تتفاعل أعراض اضطراب الوسواس القهري بشكل سلبي مع العلاقات بين الشخصية، وقد تشكل العائلات التي لديها أفراد مرضى عاملاً مساعداً على المرض (مثلاً، المريض الذي يعاني من وسواس الشك قد يطالب باستمرار بالطمأنينة للمخاوف غير المعقولة، وتقديم هذه التطمينات باستمرار هو أمر يساعد على تعزيز المرض).	
الأعراض والمظاهر السريرية	1 أفكار أو اندفاعات أو صور متكررة ومستديمة يختبرها المريض–ولو لوقت محدود– أنها دخيلة وإقصامية، وغير ملائمة، وتسبب قلق وكرب شديد. 2 يحاول الشخص قمع أو تجاهل هذه الأفكار والاندفاعات والتخيلات أو تحييدها باستخدام أفكار أو أفعال أخرى. 3 يستوعب الشخص أن هذه الأفكار والاندفاعات والتخيلات هي من صنع تفكيره/ها (ليست مفروضة عليه من الخارج كما هو حال الأفكار المغروزة). 4 تهدف السلوكيات أو الأفعال العقلية إلى منع أو تقليل الضائقة أو منع حادث أو موقف فظيع؛ بيد أن هذه السلوكيات أو الأفعال العقلية إما أنها ليست مرتبطة بطريقة واقعية بما هي مُصممة لتعطيله أو منعه أو أنها مُفرطة	1 لا تعكس هذه الأفكار أو الاندفاعات أو التخيلات هموم مبالغ بها حول مشاكل الحياة الواقعية 2 تُعرّف الأفعال القهرية بـ 5و6 3 سلوكيات متكررة (مثل، غسل اليدين، الترتيب، التحقّق) أو أفعال عقلية (مثل، الدُعاء، العد، تكرار الكلمات بصمت) والتي يشعر المريض أن مُساق لأدائها استجابة لوسواس، أو وفقاً لقواعد ينبغي تطبيقها بصرامة. 4 تسبب الوسواس والأفعال القهرية كرب شديد، وتستهلك وقت المريض (أكثر من ساعة لكل يوم)، أو تتدخل بشكل كبير مع روتين حياته اليومية، أو وظيفته المهنية أو الدراسية، أو نشاطاته وعلاقاته الاجتماعية	هو وجود وسواس أو أفعال قهرية والوسواس هي 1–2–3–4 والأفعال القهرية 5–6	
التحبير والعلاج	العلاج الدوائي الخط الأول للعلاج هي مثبطات إعادة التقاط السيروتينين النوعية أظهرت العديد من الأبحاث دوراً مهماً لمثبطات النورأدرينالين	التثقيف النفسي العلاج السلوكي المعرفي العلاج النفسي الديناميكي	العلاج العائلي تشجيع المرضى والعائلات على إنشاء مجموعات الدعم وقد تشكل المسائل الأخلاقية والدينية مناطق مناسبة للمساعدة في المجتمعات المتدنية.	حجر الزاوية في علاج اضطراب الوسواس القهري هو العلاج الدوائي، وبعض أنواع العلاج السلوكي (التعرض ومنع الاستجابة والعلاج السلوكي المعرفي)، بالإضافة للتعليم والتدخل العائلي.

الفصل الثامن

اضطرابات سوء استخدام الكحول والمواد الأخرى المسببة للاعتماد

	عضوي BIO	نفسى PSYCHO	اجتماعي SOCIAL	س
	1 يوجد وراثية واضحة لاستخدام الكحول والعقاقير لكن الجينات المسببة لم يتم تحديدها بعد والمؤشر الأقوى لتوقع الكحولية هو وجود قريب من الدرجة الأولى يعاني من نفس المشكلة، وتصل نسبة التواجد المشترك للكحولية في التوائم أحادية الزيجوت إلى 30%–60. ويعتقد أن نوع الوراثة في الكحولية هو متعدد الجينات. 2 مع تناول المادة، تحدث تغيرات كيميائية و/ أو تغيرات تركيبيّة تسبب مضاعفة إساءة الاستخدام؛ 3 ويوجد في مراكز المتعة مستقلبات دوبامين، ويتم تنشيطها مع توفر الدوبامين (مع العلم أن الآلية الفيزيولوجية مختلفة كل بين الكحول والمواد الأخرى وهي مختلفة أيضاً بين كل المواد)	يوجد ارتباط وثيق بين اضطرابات الشخصية واستخدام المواد تعتبر النقاط التالية مهمة كدوافع لاستخدام المواد: الحصول على تجربة فريدة من المتعة، العلاج الذاتي لتقليل القلق والاكتئاب والانعاج. تلعب الانعكاسات الشرطية العملياتية والتعزيز دوراً مهماً في إساءة استخدام العقاقير بواسطة التفاعل مع العوامل المسببة الموجودة أصلاً مثل توفر المادة مما يؤدي إلى تعزيز قوي للسلوك الباحث والمستخدم للمادة.	1 التوجهات الثقافية مثل تحقيق الأسباب والآلية الإمراضية تجربة صوفية، أو الالتزام بسلوك الشبهة 2 تقل المشاكل المرتبطة بالكحول او المواد في المجتمعات التي تضع عقوبات على استخدامها. 3 توفر المادة وسعرها: تستهلك كمية أقل من الكحول وغيره من المواد إذا كانت غير متوفرة أو أكثر ارتفاعاً في السعر. 4 الحرمان الاجتماعي والاختلالات الوظيفية في العائلة، تزيد من احتمالية إساءة الاستخدام. 5 المهنة: هناك ارتباط بين بعض المهن والمشاكل المرتبطة بالكحول؛ حيث نلاحظ أن العاملين في أماكن الاستجمام، وبعض التجار والأطباء والصحافيين من المهن الأعلى خطراً. 6 البطالة: لوحظ ارتفاع معدلات مشاكل الكحول عند عاطلين عن العمل. 7 حوادث الحياة: يزيد خطر إساءة استخدام المواد والتي قد تستعمل بطريقة غير صحيحة للتغلب على الكرب والقلق والصدمة والخسارة.	
الأعراض والمظاهر السريرية	1 أعراض فيزيولوجية (أعراض سحب) عند الانقطاع عن الكحول أو المادة أو تقليل كميتها تخف أو تزول عند استخدام المادة أو مادة قريبة منها. (تختلف هذه الأعراض بحسب المادة) 2 وجود دليل على التحمل (الحاجة إلى جرعات زائدة لتحقيق تأثيرات كانت تنتج سابقاً عن جرعات أقل).	1 رغبة شديدة أو شعور قسري قوي بتعاطي الكحول أو المادة. 2 صعوبات في السيطرة على التعاطي من حيث البدء أو التوقف أو مستويات التعاطي	1 إهمال متزايد للاهتمامات أو مصادر المتعة البديلة بسبب التعاطي وزيادة المدة التي يقضيها في الحصول على المادة أو تعاطيها أو التعافي من آثارها. 2 استمرار التعاطي بالرغم من وجود أدلة واضحة على عواقب ضارة علنية جسدية أو نفسية أو اجتماعية	يجب توافر 3 أعراض على الأقل
التحبير والعلاج	1 إزالة السمية وعلاج أعراض الانقطاع (السحب) 2 الوقاية من الانتكاس باستخدام الأدوية مثل (نالتريكسون–أكامبروسيت–ديسولفيرام وغيرها). 3 تقييم وعلاج أي مرض طبي مرافق. 4 تدخلات الحد من الضرر مثل توفير المعلومات حول أساليب الحقن الأقل خطورة وأهمية استخدام الحقن المعقمة وتشجيع وتوفير فحوص الأمراض الفيروسية المنتقلة بالدم–علاج المضاعفات الناجمة (الجرعة الزائدة)	1 التثقيف النفسي وذكر نتائج التعاطي وشرح المخاطر على المديين القصير والطويل لاستمرار التعاطي 2 إجراء مناقشة قصيرة حول ما يدفع الشخص للتعاطي ونصحه بالتوقف النهائي ثم سؤاله عما إذا كان على استعداد لمحاولة التوقف 3 تقييم أو علاج أي اضطراب نفسي مرافق أو مسبب (ويتم ذلك بعد 2–3 أسابيع من الامتناع لأن بعض المشاكل تحل بمجرد الامتناع)	1 يجب عدم معاقبة الشخص باسم العلاج 2 الإرشاد أو العلاج الأسري. 3 حل المشكلات. 4 العلاج الجماعي أو الإحالة إلى مجموعات المساعدة الذاتية في حال توفرها. 5 دعم تلبية احتياجات السكن والعمل.	



الفصل التاسع الخرف Dementia

الخرف هو فقدان عدد من الوظائف العقلية، ولا يقتصر فقط على فقدان الذاكرة عكس الاعتقاد الشائع.

- يمكن تلخيص أعراض الخرف (الخمسة) بالحرف الإنجليزي A
 - Amnesia تدهور الذاكرة خصوصاً الحديثة.
 - Apraxia صعوبات في الوظيفة الحركية خصوصاً البسيطة مثل ارتداء الملابس.
 - Agnosia صعوبات في فهم المؤثرات الحسية خصوصاً في مهمات الحياة اليومية وعدم التعرف على الوجوه.
 - Aphasia صعوبات في الكلام خصوصاً في العثور على الكلمات مما يشكل إحباطاً للمريض والعائلة.
 - Associated symptoms أعراض مرافقة: خصوصاً اضطرابات السلوك وهي غالباً التي تدفع المريض أو أهله لطلب الخدمة الصحية.

يعتبر داء الزهايمر هو الأكثر شيوعاً من أسباب الخرف ويشكل 50-70% من كل أنواع الخرف كما أثبتت ذلك الدراسات التي أجريت في الدول المتقدمة والأبحاث التي تجري حالياً في الدول النامية (م.ص.ع،2001).

تقريباً 90% من الخرف بعد عمر 65 سببه إما داء الزهايمر (60-70%) أو الخرف الوعائي (20%). وحديثاً ظهر أن معظم الحالات تعاني من الاثنين في نفس الوقت. سنتحدث فيما يلي فقط عن داء الزهايمر:

SOCIAL اجتماعي	PSYCHO نفسي	BIO عضوي	
	الاكتئاب يعطي مظهرا مشابها للخرف يدعى الخرف الكاذب	الوراثة عمل مهم يساهم في زيادة خطر الإصابة بمرض الزهايمر، وتقدر مساهمة الجينات بحوالي 70% النواقل العصبية (الأسيتيل كولين- الغلوتامات) فقر (قصور) الغدة الدرقية نقص فيتامين ب1 نقص فيتامين ب12 الاعتلال الدماغي الأورام	الأسباب والآلية المرضية
تسبب الاضطرابات المعرفية تعطيلاً واضحاً للوظائف الاجتماعية والمهنية وتشكل تدهور ملحوظ في مستوى النشاطات السابق.	أ ظهور عيوب متعددة بالوظائف المعرفية تتمظهر بالمظهرين التاليين: 1 خلل الذاكرة 2 خلل القدرة على تعلم المعلومات الجديدة أو تذكر (استرجاع) المعلومات المتعلمة سابقاً) 3 خلل في الوظائف التنفيذية (التخطيط والتنظيم والمتابعة والاستنتاج) .	ب ظهور واحد أو أكثر من الاضطرابات التالية: 1 اضطراب اللغة (حبسة) Aphasia 2 اضطراب العمه الحركية(Apraxia(اختلال القدرة على القيام بالنشاطات الحركية رغم سلامة الوظيفة الحركية). 3 اضطراب العمه الحسي (فقد الحس) Agnosia (الفشل في ملاحظة والتعرف على الأشياء رغم سلامة الوظيفة الحسية)	الأعراض والمظاهر السريرية
ينصح أولاً ودائماً بوضع سوار معصمي أو كرت يعرف على المريض ويكون بحوزته دائماً. ويجب إغلاق أبواب المنزل بإحكام وبشكل آمن، بحيث لا يستطيع المريض مغادرة المنزل دون ملاحظة ذلك. ويجب مرافقة المريض دائماً أثناء ذهابه للمشي أو للقيام ببعض الأشياء البسيطة خارج المنزل العلاج الجماعي العلاج العائلي	لا يمكن تقديم العلاجات النفسية التقليدية في مرض الزهايمر، لأنها غير عملية وغير فعالة والعلاج الأكثر فائدة هو العلاج النفسي الداعم الذي يقدم الطمأنينة والإرشاد. ويفيد العلاج السلوكي وتقنيات التأثير في التعامل مع السلوكيات العدوانية وغير التكيفية	1 العلاج الدوائي Donepezil or rivastigmine Or memantine 2 الاهتمام بالتغذية 3 النشاط البدني اليومي 4 الاهتمام بالنظافة الشخصية 5 تنظيم عادات الإفراغ للتخفيف من السلس البولي 6 علاج الأعراض الذهانية المرافقة وتفضل مضادات الذهان الحديثة	التحجير والعلاج

الفصل العاشر الاضطرابات النمائية العصبية Neurodevelopmental Disorders

اضطرابات النماء العصبي هي مجموعة من الحالات تبدأ عادة خلال المرحلة النمائية وهذه الاضطرابات تظهر عادة باكراً وغالباً قبل مرحلة المدرسة وتؤدي إلى تراجع أو خلل على المستوى الشخصي أو الاجتماعي أو الأكاديمي أو المهني. غالباً ما تتشارك اضطرابات النماء العصبي، فمثلاً كثيراً ما يتشارك اضطراب الطيف التوحدي مع الإعاقة الذهنية، وكثيراً ما يترافق اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه مع صعوبات التعلم.

ويفرق التصنيف بين حوالي 22 نوعاً من هذه الاضطرابات سنتحدث عن ثلاثة منها هي:

- الإعاقة العقلية النمائية (التأخر العقلي)
- اضطراب الطيف التوحدي
- اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه

- Intellectual Developmental Disorders 01–A 00
- A 00 Intellectual Developmental Disorder
- A 01 Intellectual or Global Developmental Delay Not Elsewhere Classified

Communication Disorders 08–A 02

- A 02 Language Impairment
- A 03 Late Language Emergence
- A 04 Specific Language Impairment
- A 05 Social Communication Disorder
- A 06 Speech Sound Disorder
- A 07 Childhood Onset Fluency Disorder
- A 08 Voice Disorder

A 09 Autism Spectrum Disorder

- A 09 Autism Spectrum Disorder

Attention Deficit/Hyperactivity Disorder 11–A 10

- A 10 Attention Deficit/Hyperactivity Disorder
- A 11 Other Specified Attention Deficit/Hyperactivity Disorder
- Learning Disorders 15–12
- A 12 Learning Disorder
- A 13 Dyslexia
- A 14 Dyscalculia
- A 15 Disorder of Written Expression

A 16 Motor Disorders

- A 16 Developmental Coordination Disorder
- A 17 Stereotypic Movement Disorder
- A 18 Tourette’s Disorder
- A 19 Chronic Motor or Vocal Tic Disorder
- A 20 Provisional Tic Disorder
- A 21 Substance–Induced (indicate substance) Tic Disorder
- A 21 Unspecified Tic Disorder
- A 22 Tic Disorder Due to a General Medical Condition



الإعاقة (الذهنية) الفكرية Intellectual Disability (Intellectual Developmental Disorder)

الإعاقة الذهنية هي اضطراب يبدأ في المرحلة النمائية المبكرة ويتضمن تراجعاً في الوظيفة الذهنية والتكيفية في نفس الوقت في الإطارات الثلاثة المفاهيمي والاجتماعي والعملية ويشخص من خلال توفر المظاهر التالية:

1. تأخر في الوظائف الذهنية مثل السببية وحل المشكلات، التخطيط، التفكير التجريدي، المحاكاة، التعلم الأكاديمي، التعلم بالتجربة يثبت من خلال كل من التقييم السريري واختبارات الذكاء الفردية المعايير.
2. عجز أو خلل متزامن في الوظيفة التكيفية الراهنة (أي فعالية الشخص في تلبية معايير متوقعة بالنسبة لعمره أو مجموعته الثقافية) في اثنين من الحقول التالية على الأقل: التواصل، الرعاية الذاتية، الحياة المنزلية، المهارات الاجتماعية والشخصية، استخدام موارد المجتمع، التوجه الذاتي، المهارات الدراسية الوظيفية، العمل، وقت الفراغ، الصحة، الأمن.
3. بدء الخلل الهني أو التكيفي خلال المرحلة النمائية.

حلت تسمية الإعاقة الذهنية في التصنيف الأمريكي أو (اضطراب النماء الذهني) كما هو في التصنيف العالمي الحادي عشر القادم بدل مصطلح التأخر العقلي ويصنف إلى:

- 1 خفيف
- 2 متوسط
- 3 شديد
- 4 عميق.

وهو ينتشر بمعدل 1% من مجموع السكان. في حين تصل الحالات الشديدة منه إلى 6 بالألف. أكثر انتشاراً عند الذكور من الإناث. تلعب الأسباب ما قبل الولادة دوراً مهماً في إحداثه مثل الأسباب الجينية والاستقلابية والأذى داخل الرحم.

التحذير:

- 1 التثقيف النفسي.
- 2 قبول الطفل ورعايته.
- 3 إعادة التأهيل المجتمعي.
- 4 وضع خطة فردية بحسب احتياجات الطفل.
- 5 تعزيز وحماية حقوق الإنسان.
- 6 تقديم الدعم للفائمين على رعايته.



اضطراب الطيف التوحدي Autistic spectrum Disorder

تم استخدام مصطلح التوحد لأول مرة من قبل ليو كانر عام 1943. وهو مشتق من الكلمة اللاتينية "أوتوس" "autos" وتعني الذات. واستخدم هذا المصطلح ليعكس حقيقة أن الأطفال المصابين بالتوحد يفقدون الاهتمام بالأفراد الآخرين. والتوحد هو أحد الاضطرابات النمائية العصبية ويتميز بتفاعلات اجتماعية ومهارات تواصل غير طبيعية بالإضافة إلى أنماط غير طبيعية من الاهتمامات والسلوك. سبب اضطراب الطيف التوحدي غير معروف ويعتقد أن للعوامل الجينية دوراً في ذلك. ينتشر بنسبة تصل إلى 1% من المواليد. وهو يصيب الذكور أكثر من الإناث.

معايير التشخيص:

- 1 صعوبات مستمرة في التواصل والتفاعل الاجتماعي في سياقات متنوعة تتظاهر بما يلي حالياً أو فيما سبق (الأمثلة توضيحية وليست شاملة):
- 2 صعوبات في التبادل الاجتماعي العاطفي: ابتداء من الفشل في المحادثات والمقاربات الاجتماعية الشاذة إلى تراجع تبادل الاهتمامات والمشاعر أو الوجدان وحتى الفشل في المبادرة أو الاستجابة للتواصل أو التفاعل الاجتماعي.
- 3 صعوبات في سلوكيات التواصل غير اللفظي: ابتداء من فقر أو ضعف الاندماج اللغوي وغير اللغوي إلى اضطرابات التواصل البصري والجسدي وحتى صعوبات في فهم واستخدام الوضعية إلى الافتقار الكلي لتعابير الوجه والتواصل غير اللفظي.
- 4 صعوبات في تطوير علاقات مستمرة ومتفهمة، ابتداء من صعوبات ضبط السلوك ليناسب السياقات الاجتماعية المختلفة إلى صعوبات في مشاركة اللعب التخيلي أو إقامة الصداقات وحتى غياب الاهتمام بالأقران.

حدد الشدة الراهنة:

الشدة تعتمد على تراجع التواصل الاجتماعي والنماذج التكرارية من السلوك. انظر الجدول.

- 1 نماذج تكرارية مقيدة من السلوك أو الاهتمامات أو النشاطات تتظاهر باثنين على الأقل مما يلي حالياً أو فيما سبق (الأمثلة توضيحية وليست شاملة):
- 2 حركات نمطية متكررة أو استخدام للأشياء بطريقة نمطية متكررة أو كلام نمطي: (حركات نمطية بسيطة، صف الألعاب، تقليد الأشياء، الصدى اللفظي، العبارات الذاتية). الإصرار على التشابه أو التماثل، عدم المرونة، التمسك بالروتين أو الطقوس في السلوكيات اللفظية وغير

- اللفظية: (ضيق شديد عند إجراء تغيير بسيط، صعوبات في الانتقال، نماذج تفكير صلبة أو جامدة، الحاجة لاتباع نفس الروتين في الأكل كل يوم (نفس الطريقة).
- 4 اهتمامات ثابتة وشديدة التقييد وشاذة من حيث الشدة والتركيز: (تعلق شديد أو استغراق بأشياء غير عادية، تقييد شديد للاهتمامات).
 - 5 فرط نشاط تجاه المدخلات الحسية أو المثيرات غير العادية في المحيط: (تظهر بشكل واضح بالاستجابة للألم – للحرارة – استجابات متناقضة تجاه أصوات أو مواد أو روائح معينة أو ملمس لأشياء معينة أو افتتان بصري بأضواء أو حركات معينة).

حدد الشدة الراهنة:

- الشدة تعتمد على تراجع التواصل الاجتماعي والنماذج السلوكية التكرارية المقيدة.
 - الأعراض يجب أن تظهر في المرحلة النمائية المبكرة (لكن قد لا تظهر بشكل كامل حتى تصبح الاحتياجات الاجتماعية فوق القدرات، أو قد تتقنع باستراتيجيات متعلمة بمراحل متقدمة)
 - الأعراض تسبب تراجع واضح في الأداء الاجتماعي أو الوظيفي أو في مجالات أخرى هامة من الحياة.
 - هذه الاضطرابات لا تفسر بالإعاقة الذهنية (اضطراب التطور الذهني) أو التأخر النمائي الشامل.
- الإعاقة الذهنية واضطراب طيف التوحد يتشاركان بشكل متكرر.
- لإنشاء تشخيص متشارك لكل من اضطراب طيف التوحد والإعاقة الذهنية يجب أن تكون قدرات التواصل الاجتماعي أدنى من المتوقع بالنسبة للمرحلة النمائية.

ملاحظة:

الأشخاص الذين تم تشخيصهم بناء على DSM4 كاضطراب توحدي، اضطراب أسبيرجر أو اضطراب نمائي شامل غير محدد يجب أن يعطوا تشخيص اضطراب طيف التوحد بحسب DSM5 .

الأشخاص الذين لديهم صعوبات واضحة في التواصل الاجتماعي لكن أعراضهم لا تطابق معايير التشخيص لاضطراب طيف التوحد يجب أن يتم تقييمهم من أجل اضطراب التواصل الاجتماعي أو الواقعي.

حدد إذا:

مع أو بدون إعاقه ذهنية مرافقة.

مع أو بدون تراجع لغوي مرافق.

يتوافق مع حالة طبية أو جينية معروفة أو عامل بيئي.

جدول تحديد الشدة:

مستوى الشدة	التواصل الاجتماعي	السلوكيات التكرارية المقيدة
المستوى 3 (يحتاج لدعم قوي جدا)	صعوبات شديدة في مهارات التواصل الاجتماعي اللفظي وغير اللفظي تسبب عجز أو تراجع شديد في الوظائف، تحدد شديد في القدرة على بدء تفاعل اجتماعي واستجابة في الحدود الدنيا لمبادرات الآخرين مثلا شخص يمتلك بضع كلمات من الكلام الواضح نادرا ما يبادر ويقوم بمقاربات غير طبيعية لتحقيق متطلباته ويستجيب فقط للمقاربات الاجتماعية المباشرة جدا	غياب المرونة في السلوك، صعوبات شديدة في التكيف مع التغيير، أو سلوكيات تكرارية واضحة أخرى تعيق أداء الوظائف على كل المستويات، ضيق شديد وصعوبة في تحويل التركيز أو العمل.
المستوى 2 (يحتاج لدعم قوي)	صعوبات ملحوظة في مهارات التواصل الاجتماعي اللفظي وغير اللفظي تسبب عجزا أو تراجعا يظهر حتى عند توفر الدعم في المكان، محدودية في القدرة على بدء تفاعل اجتماعي وانخفاض في الاستجابة لمبادرات الآخرين مثلا شخص يتحدث جملا بسيطة وتفاعله محدود باهتمامات خاصة وضيقة ويبدى تواعلا غير لفظي غريب بشكل ملحوظ	غياب المرونة في السلوك، صعوبات في التأقلم مع التغيير أو سلوكيات تكرارية أخرى تتكرر بما يكفي لكي تلاحظ من قبل مراقب عابر وتعيق تنفيذ الوظائف في سياقات متعددة ضيق و / أو صعوبة في تحويل التركيز أو العمل
المستوى 1 (يحتاج لدعم)	بدون توفر دعم في المكان صعوبات في التواصل الاجتماعي تسبب تراجعا ملاحظا (ممكن ملاحظته). صعوبة في البدء بتواصل اجتماعي وأمثلة واضحة على الاستجابات اللانموزجية أو غير الناجحة للمبادرات الاجتماعية من قبل الآخرين قد تظهر بانخفاض الاهتمام بالتفاعل الاجتماعي مثلا الشخص القادر على الكلام بجمل أو عبارات كاملة ويشارك في التواصل لكنه بشكل أو بآخر يفشل في المحادثة مع الآخرين ومحاولاته لصنع الأصدقاء غريبة وغير ناجحة بالعموم.	عدم المرونة في السلوك تسبب تداخلا واضحا مع الأداء في سياق أو أكثر. صعوبة التنقل بين النشاطات، مشاكل في التخطيط والتنظيم، استقلالية مقيدة.

التدخلات:

- 1 التثقيف النفسي ويستهدف الطفل وأسرته بحسب شدة الحالة ويجب تدريب الأسرة على قبول الطفل ومعرفة ما الذي يسبب توتره وادراك كونه يواجه صعوبات في المواقف الجديدة وتنظيم يومه بين الطعام واللعب والنوم وإشراكه في الحياة اليومية بمهام بسيطة ووضعه في مدارس مخصصة يفضل أن تكون دامجة واحترام حقوقهم في أن يكون لهم منطقة أمان مراقبة للتحرك بحرية واللعب بالإضافة للتواصل وتبادل المعلومات مع اسر لديها أطفال يعانون من حالات مماثلة بالإضافة لتثقيف المعلمين وحماية حقوق الإنسان للأسرة والطفل ودعم القائمين على العناية بالطفل.
- 2 تدريب الطفل وفق خطة فردية مبنية حسب قدراته واحتياجاته تبعاً لبعض المدارس مثل لوفاس أو غيرها.
- 3 العلاج الدوائي يمكن استخدام أحد مضادات الذهان وهو الريسبيردون لضبط السلوك العدواني عند الحاجة.

اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه

(Attention deficit Hyperactivity Disorder (ADHD

اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه هو اضطراب نفسي من نمط اضطرابات النماء العصبي. هو نموذج ثابت من عدم التركيز و / أو فرط النشاط والاندفاعية التي تؤثر في الإنتاجية والنمو، وهو يصيب حوالي 5% من مجموع الأطفال في أغلب المجتمعات وهو يصيب الذكور أكثر من الإناث بمعدل 2إلى1 كما تلعب الوراثة دورا في حدوث هذا الاضطراب ويشخص هذا الاضطراب من خلال:

إما (1) أو (2)

- 1 استمرار ستة (أو أكثر) من أعراض خلل الانتباه التالية لمدة ستة أشهر على الأقل تصل لدرجة عدم التوافق مع المستوى التطوري وتؤثر سلباً وبشكل مباشر على الوظائف الاجتماعية والتعليمية والمهنية:

- (a) غالباً ما يخفق في الانتباه للتفاصيل أو يرتكب أخطاء طيش في الواجبات المدرسية أو في العمل أو في النشاطات الأخرى مثال: (لا ينتبه أو يضيع التفاصيل ، عدم دقة في العمل).
- (b) غالباً لديه صعوبة في المحافظة على الانتباه في المهام أو أنشطة اللعب مثال: (لديه صعوبة في إبقاء تركيزه خلال الدروس والأحاديث والقراءة لفترة طويلة).
- (c) غالباً ما يبدو غير مصغٍ عند توجيه الحديث إليه (يبدو أن عقله في مكان آخر رغم غياب أي سبب واضح لتشتيت الانتباه).
- (d) غالباً لا يتبع التعليمات ويخفق في إنهاء الواجب المدرسي أو الأعمال الروتينية اليومية أو الواجبات العملية (يبدأ المهمات ولكن سرعان ما يفقد التركيز وبسهولة يتشتت انتباهه).
- (e) غالباً ما يكون لديه صعوبة في تنظيم المهام والأنشطة (صعوبة في إدارة المهام المتتالية ، صعوبة في الحفاظ على حاجياته مرتبة ، فوضوي ، عمله غير منظم ، لديه ضعف في إدارة الوقت ، يفشل في إنهاء الأمور قبل موعدها النهائي).
- (f) غالباً ما يتجنب أو يرفض الانخراط في مهام تتطلب جهداً عقلياً متواصلاً (كالعمل المدرسي أو الواجبات المنزلية ، بالنسبة للبالغين: تحضير تقارير ، إكمال الاستثمارات ، إعادة قراءة صفحات طويلة).
- (g) غالباً ما يضيع أغراضاً ضرورية لممارسة مهامه وأنشطته (كالأدوات المدرسية أو الأقلام أو الكتب أو الأدوات أو المحافظ أو المفاتيح أو النظارات أو الموبايلات).
- (h) غالباً ما يسهل تشتيت انتباهه بمنبه خارجي (بالنسبة للمراهقين و البالغين: قد نجد أفكاراً بدون أهمية).
- (i) كثير النسيان في حياته اليومية (القيام بالواجبات المنزلية ، إنجاز المهام ، بالنسبة للمراهقين و البالغين: الرد على المكالمات ، دفع الفواتير ، الحفاظ على المواعيد).



(2) ستة (أو أكثر) من أعراض فرط النشاط . الاندفاعية التالية، استمرت لمدة ستة أشهر على الأقل إلى درجة سوء التكيف وعدم التوافق مع المستوى التطوري.

- (a) غالباً ما يبدي حركات تملل في اليدين أو القدمين أو يتلوى على كرسيه.
- (b) غالباً ما يغادر مقعده في مواقف يُتوقع أن يبقى جالساً فيها (يغادر مقعده في الصف أو المكتب أو مكان العمل أو في مواقف أخرى تتطلب بقاءه في مكانه).
- (c) غالباً ما ينتقل من مكان إلى آخر أو يقوم بالتسلق في مواقف غير مناسبة (قد يقتصر الأمر عند المراهقين أو الراشدين على شعور بعدم الراحة).
- (d) غالباً ما يكون غير قادر على اللعب أو الانخراط بهدوء ضمن نشاطات ترفيهية.
- (e) غالباً ما يكون دائم النشاط أو يتصرف كما لو أنه «مدفوع بمحرك» (غير قادر على أو غير مرتاح للبقاء ثابتاً لوقت طويل كما في المطاعم والاجتماعات وهذا ما يمكن أن يفسره الآخرون على أنه متململ أو أنه من الصعب مجاراته).
- (f) غالباً ما يتحدث كثيراً.
- (g) غالباً ما ينطق بالأجوبة قبل اكتمال الأسئلة (يكمل جمل الآخرين ، لا يستطيع انتظار دوره خلال الحديث).
- (h) غالباً ما يجد صعوبة في انتظار دوره (كالانتظار في صف).
- (i) غالباً ما يقاطع الآخرين أو يتطفل عليهم (يحشر نفسه في أحاديثهم أو ألعابهم أو نشاطاتهم ، قد يستخدم أغراض الآخرين دون أن يطلب الأذن ، بالنسبة للمراهقين والبالغين: قد يقحم نفسه أو يأخذ على عاتقه ما يقوم به الآخرون).

- A وجود بعض أعراض فرط الحركة . الاندفاعية أو أعراض عدم الانتباه والتي سببت اختلالاً، قبل عمر 12 سنة.
- B وجود درجة محددة من الاختلال الناجم عن الأعراض في بيئتين أو أكثر (مثلاً في المدرسة [أو العمل] وفي المنزل).
- C ينبغي أن يكون هناك دليل واضح على اختلال هام سريرياً في الأداء الاجتماعي أو الأكاديمي أو المهني.
- D لا تحدث الأعراض حصرياً أثناء سير اضطراب نمائي شامل أو فصام أو اضطراب ذهاني آخر وليست ناجمة عن اضطراب عقلي آخر (مثل، اضطراب مزاج أو اضطراب قلق أو اضطراب تفارقي أو اضطراب شخصية).

التشخيص التفريقي:

يجب التفريق بين هذا الاضطراب واضطراب التحدي المعارض عند الأطفال - اضطراب القلق - طيف التوحد - الاكتئاب - الاضطراب ثنائي القطب - والإعاقة العقلية بالإضافة إلى اضطرابات التعلم المحددة.

التدبير:

- 1 التثقيف النفسي للأسرة والمعلمين.
- 2 تدريب الأهل على مهارات تعديل السلوك.
- 3 الدعم النفسي الاجتماعي للأسرة.
- 4 العلاج السلوكي للطفل.
- 5 العلاج الدوائي (مثل فينيدات - اتوموكسيتين) هما الدوائين المستخدمين حالياً ولا يجوز استخدامهما للأطفال تحت 6 سنوات



الفصل الثاني

المشورة الأولية (الأساسية)

66 ما هي المشورة الأولية أو الأساسية ؟

71 مهارات المشورة

94 الإشراف في المشورة

الفصل الثاني المشورة الأولية (الأساسية)

ما هي المشورة الأولية أو الأساسية؟

المشورة هي عملية، تقوم على علاقة مبنية على التفهم الوجداني والقبول والثقة، يركز الاستشاري ضمن هذه العلاقة على مشاعر وأفكار وتصرفات العميل، ومن ثم تمكين العميل من:

- التأقلم مع حياته.
- استكشاف الخيارات.
- اتخاذ قراراته بنفسه.
- وتحمل المسؤولية عن تلك القرارات.

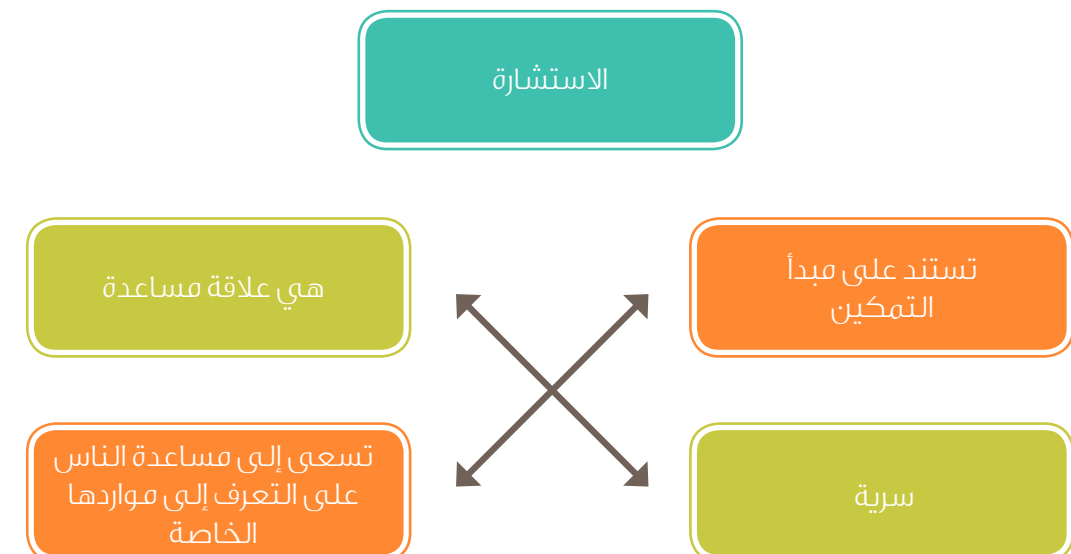
مقدمو المشورة هم أشخاص يساعدون الآخرين على التعبير وفهم وتقبل مشاعرهم.

هذه العملية تساعد الأشخاص على: الشعور بقلق أقل واتخاذ قرارات والقيام بأفعال، والنمو والتطور. مقدمو المشورة لا يقدمون نصائح، وهم فقط يساعدون الأشخاص على مواجهة مشاكلهم، واختبار خياراتهم.

الأدوات الأساسية لمقدمي المشورة هي:

- التفهم الوجداني.
- الإصغاء الفعال.
- عكس المشاعر.
- طرح أسئلة جيدة.
- التأكيد والقبول.

يخلق مقدمو المشورة الظروف التي يمكن أن تساعد العملاء ليصبحوا أكثر إماماً بأفكارهم ومشاعرهم عن طريق الاستماع لأنفسهم وهم يتحدثون عنها.



كيف تختلف المشورة عن أنشطة تقديم المساعدة الأخرى؟

هناك العديد من الأمثلة عن علاقات المساعدة في المجتمع مثل الجراح والمحامي والشيخ... الخ فكيف تختلف المشورة عن علاقات المساعدة هذه؟

- بعض علاقات المساعدة تتضمن إعطاء نصيحة، والمشورة لا تتضمن ذلك.
- بعض علاقات المساعدة قد لا يكون فيها نفس الحدود.
- قد يكون هناك نزاع مصالح في علاقات المساعدة الأخرى.
- قد يكون مقدم المساعدة في بعض أنواع علاقات المساعدة مطلقاً للأحكام.
- بعض مقدمي المساعدة يقدمون العطف بدلاً من التفهم الوجداني.
- بعض مقدمي المساعدة قد لا يكونون موضوعيين.
- هناك غياب للتوقع المتبادل في تقديم المشورة وهذا يعني أن هناك مستشار لمساعدة العميل، وليس من المتوقع المساعدة من العميل للمستشار في المقابل.
- لا يفرض المستشارون شروطاً أو توقعات على العملاء، بينما قد يتوقع مقدمو المساعدة من عملائهم التصرف بطرق معينة.

صفات ومواقف المستشار الفعال:

يمكن للمستشار تعلم المهارات عن طريق الممارسة والملاحظة ولكن من أجل أن يكون مستشاراً فعالاً، من الضروري أن يكون هناك بعض الصفات التي يمكن أن تجعل العميل يشعر بالراحة والثقة للعمل من أجل تطوير الذات. فيما يلي بعض الصفات العملية والمواقف المطلوبة لتقديم المشورة الناجحة:

- تفهم واحترام حقوق العميل.
- إظهار الصبر والتسامح.
- أن يكون لديه معرفة واسعة حول سلوك الإنسان والقضايا المتعلقة بالعملاء.
- كسب ثقة العميل من خلال إظهار اهتمام حقيقي.
- فهم العوامل الثقافية والعاطفية التي تؤثر على العميل.
- استخدام نهج غير حكمي (نهج عدم إطلاق الأحكام).
- الإصغاء الفعال.
- فهم آثار التواصل غير اللفظي.
- الاعتراف بحدوده وأن يكون على استعداد للقيام بالإحالات عند الحاجة.

مراحل المشورة

تمر عملية المشورة عبر مراحل مختلفة بطريقة متسلسلة.

هذه المراحل هي:

1. الاتصال الأولي والاجتماع الأول
2. تقييم وتحليل للمشكلة
3. تقديم المشورة الداعمة المستمرة
4. التخطيط والشروع في الخطوات
5. تنفيذ الخطة
6. الإنهاء والمتابعة



الاتصال الأولي والاجتماع الأول

يجب أن يحمي المستشار العميل باستخدام التحيات التقليدية التي يستخدمها العميل لتوفير الاهتمام الكامل به ويجب أن يلي ذلك تقديم ذاتي لبعضهم البعض. القبول والحضور غير الحكمي خلال الاتصال الأولي يعطي العميل شعوراً بالراحة والأمل. وهذا لا يتطلب الكثير من الكلمات، ولكن يمكن أن يرسل من خلال ابتسامة حقيقية بسيطة والتواصل بالعين والإيماءات الجسدية المناسبة. تحية العميل باستخدام تحية من ثقافته وتقاليده وتقديم مكان مع الدفء يعطي رسالة ترحيب إلى العميل. تشكيل العلاقة الأولية يساعد على كسب ثقة العميل، وضمان المزيد من السرية يسهل عملية فهم القضايا الأساسية من الضعف والقضايا التي ينبغي معالجتها. يسمح الدفء تجاه العميل في التعبير عن مخاوفه وقلقه. هذه هي الخطوة الأولى في استكشاف احتياجات العميل. إنها تمهد الطريق لاستكشاف العالم الداخلي له ولمشاكله وتوضيح توقعاته من المشورة. كذلك تساعد في وصف ما يمكن أن يقدمه المستشار وطريقته في العمل. تذكر أن المستشار هو المسؤول عن السلامة العاطفية للعميل. على المستشار أن يأخذ في الاعتبار أخلاقيات السرية لضمان الاحترام والحرص على العميل. المستشار لا يقول ما يتبادر إلى ذهنه، بل يختار كلماته بعناية على أساس ملائم للوضع. أحيانا لا يعرف العملاء الكثير عن المشورة، وربما يكونون في حالة من التوتر. بالتالي قد تكون فكرة جيدة شرح الغرض منها والقواعد الأساسية والنتائج والنوايا. ومثل هذه التفسيرات تساعد المستشار للتغلب على الحواجز التي قد تنشأ خلال إقامة علاقة المشورة. وما يسهل هذه المرحلة المناخ الملائم مع الخصوصية الكافية وترتيب الجلوس بشكل جيد وإقامة التواصل بالعين مع العميل.

تقديم المشورة والمشكلة:

يُجري المستشار الماهر تقييماً جيداً قبل وضع خطة العلاج. أخذ تاريخ مفصل للعميل والتركيز بشكل خاص على المشكلة هو الخطوة الأولى. أفضل المستشارين يحدد ويقيم خطورة مشكلة العميل من خلال الإصغاء الفعال له. المستشار يخلق ظروفا بحيث يروي العميل له قصته دون أي تدخل، وبالتالي يجمع المعلومات لتحديد أهداف المشورة. هدف المشورة في هذه المرحلة هو أن نتفهم العميل. يجب أن يكون المستشار في حالة تأهب ويطرح الأسئلة المتعلقة بمخاوف العملاء المحورية. المستشار ينبغي أن يسمع ليس فقط الرسالة اللفظية ولكن أيضا يجب أن يبدي اهتمامه بالإشارات غير اللفظية. ليس المهم ما يقوله العميل ولكن كيف يقوله. مسار العمل والخطة التي يمكن استخلاصها حالما يكون العميل قادراً على التعبير وفهم الحقائق المتعلقة بحالته.

تقديم المشورة الداعمة المستمرة:

ينبغي تقديم المشورة الداعمة المستمرة بعد استكشاف احتياجات العميل ومن وجهة نظره، حيث على المستشار أن يستجيب بالتفهم العاطفي والفهم. على المستشار ألا يفرض رأيه ويفتي بالحل، بل أن يقوم بتعيين الخيارات بمشاركة العميل. خلال هذه المرحلة قد تنشأ فورات انفعالية وتناقضات. على المستشارين أن يعطوا توكيدات لمساعدة ودعم العميل بأن يكونوا معه. وفي صيرورة العملية يتعين تحديد مهارات التكيف الموجودة أصلاً، وعلى المستشار أن يستكشف كيف كان العميل يواجه الأزمات في الماضي. ويمكن للمستشار أيضا أن ينظر في تطوير مجموعة من مهارات التكيف الجديدة حسب مقتضيات الوضع. العصف الذهني والعمل سويا سيساعدان على تيسير عملية استكشاف الخيارات والإجراءات، وهي كذلك تطور الثقة بالنفس لدى العميل. للتذكر بأن ملكية الخيارات والإجراءات الواجب اتخاذها هي للعميل، وهو من يتوجب عليه التفكير والشعور بالتغير الذي ينبغي أن يطال أنماط الحياة، لكي يتسنى له التعامل بفعالية مع الوضع الراهن. يعمل المستشار مع العميل لدعمه وإرشاده لعبور حالة الأزمة وأخذ قرارات تتعلق بتغيير أنماط الحياة. يوفر المستشار الدعم لمتابعة تغير السلوك ويعدل الخطط تبعاً للاحتياجات والأوضاع الناشئة. يردم المستشار الفجوة بتوفيره معلومات تتعلق بالإحالات إلى خدمات علاجية ورعاية ودعم أخرى.

التخطيط والشروع في الخطوات:

المشورة هي عملية مستمرة ولا تقتصر على لقاء واحد أو اثنين. بعد الاستكشاف الأولي للخيارات والمهارات التي أظهرها العميل يجب على المستشار المساعدة في تحديد أهداف ممكنة وقابلة للتحقيق. يحتاج العميل في هذه المرحلة لأن تكون لديه الدافعية لتغيير السلوك. تحتاج الخيارات إلى التقييم جنباً إلى جنب مع آثارها ونتائجها قبل المضي قدماً. وينبغي أن يشجع المستشار المناقشات التشاركية للإجراءات التي يتعين اتخاذها.

تنفيذ الخطة:

بعد التخطيط، تحتاج طرق التنفيذ إلى الدراسة والفحص. ستكون هناك عواقب وآثار على العميل وكذلك على الآخرين المهمين. في بعض الأحيان تكون مواجهة تغيرات ردود فعل الآخرين ضاغطة. يحتاج العملاء من المستشار الكثير من الدعم والطمأنينة أثناء عملية التكيف مع الاحتياجات والمواقف الناشئة. قد لا يكون هناك حل واحد أو خطة واحدة للعمل أفضل من سواها. على الشخص أن يختار خياراً واحداً من عدة خيارات متاحة. يجب على المستشار مساعدة العميل على تحديد خطة العمل وسبل تنفيذ ذلك. بعد بضع محاولات ناجحة أو غير ناجحة سيكون من الممكن وضع خطة مجددة في العمل وتسلسل أنشطة التدخل. يجب على المستشار رصد تغيرات السلوك وقياس طرق التكيف التي قام بها العميل في جلسات المتابعة. يحتاج العملاء التشجيع والدعم المعنوي خلال المرحلة الانتقالية لتنفيذ الاستراتيجيات.

الإنهاء والمتابعة:

كما ذكرنا من قبل، يجب أن تكون ملكية قرار تغيير السلوك الذي تم اتخاذه للعميل؛ المستشار هو مجرد ميسر للتغيير. ينبغي على المستشار أن يساعد في تقييم التقدم الذي تم إحرازه في تغيير السلوك وموارد التكيف. من المهم أن تُعزز متابعة المشورة من خلال ضمان ما يلي:

- يعمل العميل على تنفيذ الخطط
- يتابع العميل المحافظة على المكاسب التي تحققت حتى الآن
- يدير العميل الأداء اليومي ويتكيف معه
- لدى العميل نظام الدعم الذي يمكن الوصول إليه



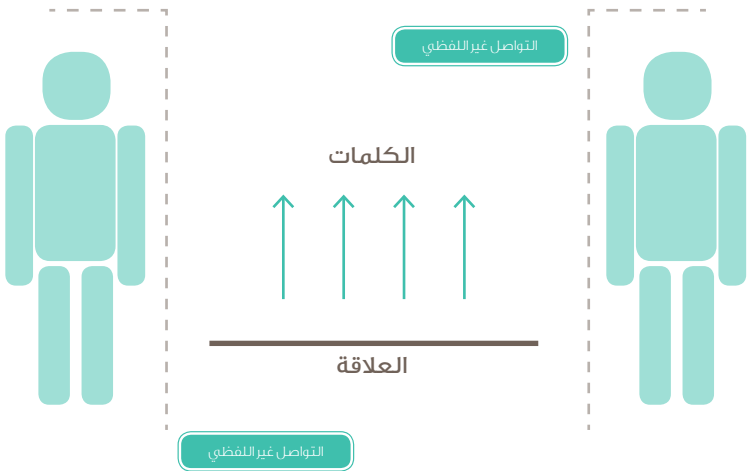
مهارات المشورة

الغرض من التواصل بين الأشخاص هو أن نفهم ونُفهم. وغالباً ما يقال وما يسمع يكون مختلفاً. لذلك من أجل التأكد من أنك سمعت وفهمت ما قاله العميل، غالباً ما يكون من المهم أن تتحقق من فهم العميل عن طريق طرح ما فهمته له. ومن المهم أيضاً أن تتحقق بانتظام من فهمك لما قاله العميل. وهذا يكون باستخدام أدوات أساسية تُظهر للعميل تفهمك له. ويتم ذلك من خلال التواصل.

التواصل هو نقل المعلومات من شخص يرسل الرسالة إلى شخص آخر يتلقى ويفهم الرسالة.

عناصر التواصل:

- المرسل
- المستقبل والذي يمكن أن يكون أكثر من شخص واحد وعليه أن يُصغي.
- الرسالة: ما يتم إيصاله أي ما يُقال أو يُكتب. والرسالة يجب أن تكون واضحة وبسيطة.
- القناة: وهي الطريقة التي ترسل بها الرسالة مثلاً محكية أو مكتوبة في رسالة... الخ
- التغذية الراجعة: هي استجابة المستقبل للرسالة.



فقط جزء صغير من التواصل أي نحو 30 بالمئة هو تواصل لفظي أو الكلمات الفعلية التي نقولها، في حين أن الجزء الأكبر أي ما يقارب 70 بالمئة هو غير لفظي من دون كلمات والذي يتضمن لغة الجسد. التواصل هو عملية باتجاهين تتحرك ذهاباً وإياباً بين الأشخاص، والاستماع هو جزء كبير جداً من التواصل، والعلاقة بين الأشخاص تتأثر بالتواصل.

إنهاء المشورة ينبغي ألا يكون مفاجئاً بل على نحو تدريجي عن طريق زيادة الفترة بين الجلستين. وينبغي توفير الضمانات للعميل وتوفير خيار العودة للحصول على المشورة عند اللزوم. ينبغي تقديم الإحالة بعد ترتيبات الرعاية وفقاً لاحتياجات العميل.

المحتوى	الإجراء
الاتصال الأولي واللقاء الأول	• التواصل الدافئ والقبول: تذكر استخدام لغة جسدك لإظهار التقبل والدفع وقل: " أنا أرحب بك في هذا المركز للحصول على خدماتنا، فمراس تفضل بالجلوس." • أنا مستشار في هذا المركز، نحن نساعد الناس على تجاوز مشاكلهم من كل الأنواع. " مهما كان النقاش الذي يدور بيننا، فهو سيقف سرى." (اسأل عن التفاصيل الشخصية مثل الاسم، العمر، الحالة الاجتماعية، مكان الإقامة، المهنة...الخ) " هل بإمكانك أن تقول لي ما الذي دفعك إلى المجيء إلينا اليوم؟ " " يبدو أن لديك بعض المخاوف التي تود أن نتحدث عنها ". • عكس المشاعر: قد تقول العميلة: " أنا خائفة من أنني قد أكون حاملا للمرة الثانية في نفس العام، ولن أكون قادرة على الاعتناء بالمولود الجديد ". • المستشار يمكنه أن يقول "تبدن قلقه حيال الاهتمام بطفلك الصغير في حال كنت حاملا."
تقييم وتحليل المشكلة	اسأل أسئلة مفتوحة مثل: "أنا أود أن أفهم المشكلة التي تثير قلقك " "أريد أن أعرف ما الذي تعرفينه حول منع الحمل " "أخبريني لماذا تشعرين أنك عرضة لخطر أن تكوني حاملا " "ما الذي تعرفينه حول؟" "أخبريني أكثر عن نفسك"
تقديم استشارة داعمة مستمرة	" أتمنى أن أعرف كيف تتعاملين مع الضغط. ما الذي فعلته في الماضي وكان مساعداً لك؟" " أنا أفهم ما الذي تشعرين به في الوقت الحالي " " في الموقف الذي تمرين به في هذه اللحظة، أي شخص سيشعر بالأسى. ومع ذلك، على المرء إيجاد سبيل للخروج من الأزمة التي يمر بها " "لا بأس إذا شعرت بالرغبة في البكاء لأنه يساعدك على تحديد مشاعرك وأنا هنا لفهم مشاعرك والصعوبات التي تواجهك " " لا نستطيع تغيير الموقف والظروف لكن بإمكاننا أن نبحث عن الخيارات الأخرى للتعامل مع التعقيدات التي نواجهها في الوقت الراهن "
التخطيط والشروع في خطوات	"طالما أن الأساليب التي استخدمتها حتى الآن للضغط والتعامل مع الموقف لم تنجح ينبغي أن نبحث عن خيارات أخرى "؛ " أود أن أقترح أن نضع قائمة بالأشياء التي هي تحت سيطرتنا وتلك التي ليست تحت سيطرتنا. بإمكاننا عندها العمل على الأشياء التي هي تحت سيطرتنا " يمكن للمستشار أيضاً أن يذكر عبارات مثل " بإمكاننا القيام بذلك العمل فقط إذا كانت لديك إرادة التغيير ". من الصعب تغيير العالم من حولنا، لذلك ما الذي تودين العمل عليه اليوم؟"
تنفيذ الخطة	بعد تحديد نهج العمل، يمكن للمستشار تشجيع العميل بقوله "أنا واثق من قدرتك على التعامل مع الوضع" أو استخدام استعارات حول كيف يجب الاستمرار في المحاولة لتحقيق النجاح



هناك نوعان من المفاهيم الرئيسية لفهم التواصل بين الأشخاص:

التواصل اللفظي.

التواصل غير اللفظي.

ما المقصود بالتواصل اللفظي؟

- ما يقال بصوت عال.
- يشمل الرسالة، ولكن لا يقتصر على ذلك.
- يشمل الصوت (هل تقال الكلمة بصوت عال أو بهدوء).
- نبرة الصوت.
- اللغة.
- التتهديدات.

ما هو التواصل غير اللفظي؟

- ما يتم توصيله لكن ليس عن طريق الفم (أو لا يسمع).
- يستخدم الحواس الأخرى إلى جانب السمع، مثل الرؤية واللمس.
- يتضمن قدراً كبيراً من التواصل أكثر من الكلمات التي يتم تبادلها ذهاباً وإياباً.
- يسمى أيضاً لغة الجسد والذي يشمل:
- الإيماءات، ساقان متقاطعان أو أيدي مطوية.
- تعابير الوجه.
- وضعية الجسد، الجلوس في وضع مستقيم أو مسترخ.
- التواصل البصري.
- الجلوس.
- القرب، مدى قربك أو بعدك من الشخص الذي تتواصل معه (التقارب أو المسافة).
- اللمس.

تلعب أجسادنا دوراً هاماً جداً في مجال التواصل. لذا من المهم أن نعرف مستويات الراحة لدينا مع المساحة الشخصية، اللمسة والقرب من الآخرين. ومن المهم أيضاً أن يدرك العملاء أننا نهتم أيضاً بمستويات الراحة الفردية. علينا أن نبذل قصارى جهدنا لملاحظتهم واحترامهم. ويعتبر اللمس جزءاً هاماً من التواصل، لكن يتم تحديد ذلك إلى حد كبير بعد الأخذ بعين الاعتبار المعايير الثقافية إذ لا توجد معايير عالمية. (في بلداننا ينصح بعدم اللمس إذا كان الجنس مخالفاً، لاحتمال ظهور ردود فعل غير مناسبة قد تقطع التواصل، وحتى عند تشابه الجنسين يفضل ألا يبادر المستشار إلى ذلك، حيث ينبغي أن نضع في الحسبان دوماً أن هناك احتمال أن يكون العميل قد تعرض لتحرش جنسي، الأمر الذي يجعل من اللمس تهديداً لأمانه الهش أصلاً).

الأدوات الرئيسية للمستشار:

- الإصغاء الفعال.
- التفهم الوجداني.
- عكس المشاعر.
- طرح أسئلة جيدة.
- التأكيد والقبول.

الإصغاء الفعال:

الإصغاء هو أحد أهم جوانب التواصل وهو جوهري في المشورة وهناك مكونات لفظية وغير لفظية للإصغاء، يمكنك أن تستمع لأحد ما دون أن تقول أي شيء. ويتضمن أكثر من حاسة واحدة. هو ليس فقط الإصغاء بأذنيننا هو أيضاً يتضمن الملاحظة بأعيننا والقول بنفس الوقت. الإصغاء الفعال هو إعطاء معنى لما نسمعه وإيصال ما سمعناه وفهمناه. العديد منا يعتقد أن الاستماع يحدث بشكل طبيعي مثل التنفس لكن ذلك ليس صحيحاً. الإصغاء هو مهارة يجب أن نتعلمها.

الإصغاء غير اللفظي في المشورة :

SOLER	
S Sit	الجلوس مقابل الشخص.
O Open	الانفتاح ووضعية جسد غير دفاعية.
L Lean	الانحناء قليلاً باتجاه العميل.
E Eye	التواصل البصري.
R Relaxed	الاسترخاء والراحة.

الإصغاء اللفظي في المشورة :

- الاستجابات اللفظية بالحد الأدنى: هناك استجابات لفظية تُظهر أنك مصغي مثل: "ممممم"، "أها"، "نعم". هذه الاستجابات الصغيرة تسمح للعميل أن يعرف أنك تسمعه وتشجعه على الاستمرار في الكلام.
- يتضمن الإصغاء الفعال أو المتفهم:
- المشاركة في عالم الشخص الآخر وأن تكون جزءاً مما يختبره، ليس فقط عن طريق الاستماع إلى الكلمات، بل كيف تُقال وأي نبرة صوت تُستخدم وما هي الكلمات التي تُستخدم لوصف الخبرة، وماهي لغة الجسد التي يُظهرها الشخص وماهي تعبيرات الوجه والإيماءات التي تظهر، وتدفق الكلمات وترددها.
- الاستماع لما لا يُقال أيضاً أو الاستماع إلى الصمت:
- الإصغاء المتفهم أو المهتم في المشورة هي تجربة تصبح أنت فيها كلك جزءاً من عالم الشخص الآخر وخبرته. المزيج بين التفهم الوجداني والإصغاء هي متطلبات أساسية في كل سلوكيات المشورة وهي بحد ذاتها لها أثر علاجي على العميل. هناك قوة علاجية عندما يُصغى إليك وتكون قادراً على التحدث.

تعريف الإصغاء المتفهم:

- هو ليس دفاعياً: تفسر ما يُقال بما تريد أن تسمع أو ما تعتقد أنك سمعته
- هو ليس انتقائياً: فلا تصغي إلى كل الرسالة التي تُقال، بل تسمع ما تريد أن تسمعه فقط.
- هو ليس مشتبساً: تبدو وكأنك تصغي بينما يكون ذهنك في الحقيقة بعيداً ملايين الكيلومترات وأنت في الواقع لا تسمع الكلمات التي تُقال.
- هو ليس متعاطفاً: تستمع إلى القصة وتقف إلى جانب طرف
- هو ليس متعمداً: تستمع باهتمام إلى كل التفاصيل (الكلمات) التي تُقال لكنك تتجاهل العواطف التي يُعبر عنها الشخص الآخر إما لفظياً أو غير لفظي.

يشجع الإصغاء المتفهم العميل على توضيح ما تم التعبير عنه ويجعل من السهل على العميل متابعة الكلام. هذا يسمح لك كمستشار أن تحصل على فهم أفضل لمنظور العميل لعالمه. كما أنه يترك للعميل رسالة بأنه قد تم تفهمه وتقدير ما تم سماعه. وهو المفتاح لتأسيس علاقة بين العميل والمستشار. هل مررت بتجربة تحدثت فيها مع شخص ما حول مشكلة ما؟ قد يكون هذا الشخص صديقاً أو فرداً من العائلة وقد استمع لكم ببساطة. لم يقدم لكم حلولاً أو يخبركم ما الذي يجب عليكم أن تفعلوه وإنما هو ببساطة استمع إليكم وأنتم تتحدثون عن أفكاركم ومشاعركم. وبعد ذلك شعرتم بالتحسن لمجرد أنكم تحدثتم عن المشكلة وتم سماعكم. أحياناً يمكن أن تكون تجربة التحدث إلى شخص ما يصغي لكم شافية.





ما الذي يعيق الاستماع الفعال أو المتفهم؟

- الثقافة: عندما تكون ثقافتنا مختلفة.
- اللغة: عندما يكون هناك اختلاف في اللغة أو اللفظ قد يصبح التواصل صعباً.
- القيم الشخصية: (ما نعتقد أنه مهم: (كل شخص منا له قيم مختلفة).
- ما حصل في حياتك: هذا قد يغير وجهة نظرك حول ما يمر به العميل.
- عواطفك أو الأمور العاطفية التي تحدث في حياتك.
- تحضير الاستجابات: إذا كنت تحضر ما ستقوله لا يمكنك الاستماع للعميل.
- التحيز، أو أن تكون دفاعياً.

التفهم الوجداني Empathy

• ما هو التفهم الوجداني؟

ربما يكون التفهم الوجداني أهم الأدوات وأكثرها فاعلية للمستشار، وأيضاً أكثرها إرباكاً للمتدربين على المشورة بسبب الخلط بين التفهم الوجداني والتعاطف (الشفقة). من الضروري على مدرب المشورة أن يركز على التفهم الوجداني في تدريبه وأن يقدم بنفسه عرضاً demonstration وأن يجعل كل متدرب طرفاً في لعب الدور، إلى أن يتأكد من قدرة المتدرب على ممارسة التفهم الوجداني. ثم يقوم بمتابعة ذلك من خلال الإشراف بعد التدريب.

- هو أن تضع نفسك في موقع الشخص الآخر
- التقليل باحترام في حياة الشخص الآخر
- العيش مؤقتاً في حياة الآخر والتحرك فيها بدقة دون إطلاق أحكام
- الدخول إلى العالم الإدراكي الخاص للشخص الآخر، وأن تكون حساساً للتغيرات والتعثرات أو الخبرات.
- التفهم الوجداني يترجم فهمك كمستشار لخبرات وسلوك ومشاعر العميل إلى استجابة تشارك العميل فهمك لها.
- تنظر إلى الخبرة من وجهة نظر الشخص الآخر (تنظر إلى إدراك الآخر).

• متطلبات التفهم الوجداني:

- من الصعب أن نتفهم وجدانياً من يختلف عنا. فلكي نتفهم الآخر وجدانياً، يجب أن نمتلك الخصائص التالية:
- الانفتاح الذهني: علينا للحظة أن نضع جانباً اعتقاداتنا وقيمنا ومواقفنا لكي نرى اعتقادات وقيم ومواقف

الشخص الآخر.

- التخيل: أن نتصور خلفية وأفكار ومشاعر الآخر.
- الالتزام: الرغبة في فهم الآخر
- معرفة ذاتنا وقبولها: فمعرفة ذواتنا وقبول من نكون يساعد أيضاً على تطوير التفهم الوجداني للآخرين.
- أن نتفهم وجدانياً يعني أن نرى بعيني الآخر، وأن نسمع بأذنيه وأن نشعر بقلبه.

• التمييز بين التفهم الوجداني والتعاطف (الشفقة):

- التعاطف: الشعور بما يمر به الشخص الآخر. مثلاً، الشعور بحزن أسرة فقدت طفلها. فنأسف ونتحسر.
- التفهم الوجداني: أن نضع أنفسنا مكان الشخص الآخر لكي نرى العالم بعينه. وهذا لا يعني أن نشعر تماماً بما يشعر، أو أن نمر بكل ما مرّ به

ما المهم للمستشار: التعاطف أم التفهم

الوجداني؟ ولماذا؟

- التفهم الوجداني لأننا لا يمكن أن نختبر كل ما يمر به الناس. فنحن نستخدم خبراتنا وانتباهنا للعميل، وما يمرّ به لكي نفهم وضعه.
- التفهم الوجداني مهم للمستشار لأننا عندما نتعاطف فإننا نقتصر على انفعال أو شعور. أما التفهم الوجداني فيسمح للمستشار أن يفهم أيضاً أفكار ووجهة نظر العميل وليس مشاعره فحسب.

العوايق التي تحول دون التفهم الوجداني

المواقف: هي حالة عقلية أو شعورية. هي موقف عقلي في العلاقة مع بقية العالم. يمكن أن تكون المواقف إيجابية أو سلبية. السلوك أو الشعور السلبي تجاه الآخرين يعيق تطور التفهم الوجداني.

القيم: هي الأمور المهمة لشخص ما. تستند القيمة إلى المبادئ أو الأهداف أو المعايير الاجتماعية التي يعتنقها الفرد أو المجموعة والتي نعزو لها أهمية كبيرة. وتتأثر القيم بالثقافة والعائلة والدين والأصدقاء إلخ.

الوسم: تصنيف الناس كأعضاء في جماعة وليس كأفراد. **التمييز:** إلباس الأفراد صفات المجموعة التي ينتمون إليها. وهو افتراض بأنه طالما أن أحداً ما جزء من جماعة خاصة، فلا بد أن لديه قيم ومواقف وصفات الجماعة.

التحامل: حين يتبنى أحدهم موقفاً سلبياً عن فرد ما بناء على صفات المجموعة التي ينتمي إليها، دون أن يأخذ في اعتباره الفرد نفسه. يستند التحامل إلى التمييز، بيد أنه يستند إلى موقف سلبي نحو الفرد بناء على تمييز معين.

مهارات العكس:

يُظهر العكس ما يجري دون إطلاق أحكام حيال ذلك ولا يضيف إلى الصورة ولا يقول: لا يمكنك القيام بذلك أو عليك ألا تقول ذلك إلخ.

تعمل مهارات العكس كالمرآة التي تقوم بعكس ما يقوله العميل، هي طريقة للتواصل وتفهم وجهة نظر العميل. توصل مهارات العكس للعميل التفهم الوجداني للمستشار. وهي قيمة في بناء علاقة مع العميل من خلال إيصال الثقة والقبول والتفهم ومساعدة العملاء على توضيح مشاعرهم ومشكلاتهم. كما أنها تساعد المستشار على اكتساب المعلومات عن العميل وكيف ينظر إلى وضعه. وتساعد على التحقق من إدراكه لما قاله العميل بشكل صحيح.

سنقوم بتبسيط الضوء على أربع مهارات عكس والتي يمكن استخدامها في أي مرحلة من جلسات المشورة وهي مهمة بشكل خاص لبناء الثقة والاستكشاف.

- عكس المشاعر.
- إعادة الصياغة.
- التأكيد.
- التلخيص.

عكس المشاعر:

عكس مشاعر العميل والتركيز على مشاعره وليس على المحتوى. **مثال:**

العميل: "أنا الوحيد الذي يعمل في عائلتي. أمي وأختي وطفليها يعيشون معي ومع أطفالتي الثلاثة. لقد جاءت أختي منذ حوالي شهر فقط ولم تتمكن من إيجاد أي عمل. وأنا لا أستطيع تحمل الأقساط المدرسية لأطفالي وبالتالي لا أعرف ما الذي يجب أن أفعله حيال تعليم أطفال أختي.

المستشار: "تبدو متعباً وشديد التأثير".

نصائح لعكس المشاعر:

- الاستماع وعكس التواصل اللفظي وغير اللفظي للمشاعر.
- قراءة لغة الجسد وعكس ما تراه إذا لم يقم العميل بالتعبير عن المشاعر لفظياً.



- من أجل عكس المشاعر نحن بحاجة لأن نتذكر كلمات المشاعر. من المهم جداً كمستشار أن تمتلك مخزوناً لفظياً كبيراً لمفردات المشاعر.
- تعتمد مهارة عكس المشاعر على مخزون مفردات المشاعر لديك.

إعادة الصياغة:

- هي أن تقول ما فهمته من العميل ليتم التواصل. تكرار محتوى ومشاعر الرسالة باستخدام كلمات مختلفة قليلاً. نصائح لإعادة الصياغة:
- استخدم كلماتك الخاصة لإيصال فهمك لما يقوله العميل.
- استخدم كلمات مختلفة قليلاً والتي لها نفس المعنى ولا تكرر فقط ما يقوله العميل.
- قم بإعادة صياغة كل من المحتوى والمشاعر.
- كن واضحاً ومحترماً كأن تقول مثلاً: "لقد سمعتك تقول.... أو يبدو كأنك...."

مثال:

العميل: "أنا غاضبة جداً من زوجي، أريد أن أقتله إنه يدفعني إلى الجنون."
المستشار: "يبدو أنك منزعة جداً وإحباطك من زوجك قد ازداد ووصل إلى ذروته"

التأكيد:

هو الإقرار للعملاء والتأكيد أو التشجيع على الخيارات التي قاموا بها. التأكيد قد يكون للخيارات أو المعرفة أو السلوك.

هذه المهارة مشابهة لما يقوم به المعلم من تأكيد أو مكافأة لفظية للمتعلم أو كيف قد يشجع أحد الوالدين طفله بأن يقول له "أحسننت صنعاً" أو "لقد قمت بعمل جيد" أو "لقد فعلت أفضل ما لديك".

قد تبدأ مهارة التأكيد هذه بتأكيد المستشار لخيار العميل بالمجيء والحصول على استشارة، لكن على عكس تأكيد المعلم للمتعلم، المهارة الأساسية للتأكيد هي بتشجيع

العميل على تأكيد ذاته فهو شيء يستطيع العميل أن يفعله لذاته بدلاً من الاعتماد على المستشار للحصول عليه. على سبيل المثال بدلاً من القول "أنا فخور جداً بك لعودتك للحصول على نتيجة اختبارك." يجب أن يقول المستشار "يجب أن تكون فخوراً بنفسك لعودتك من أجل الحصول على نتائجك"، أو لقيامك بتمارين الاسترخاء على نحو منظم".

التأكيد مهارة ضرورية لتمكين العميل من خلال تشجيعه على اتخاذ القرارات الصحية والسلوكيات الإيجابية التي يقوم بها وبالتالي تمكينه من مواصلة اتخاذ خيارات مماثلة.

التلخيص:

التنظيم والإضاءة على الجوانب الهامة والمشاعر أو المواضيع التي عبر عنها العميل.

مثال: المستشار (في نهاية جلسة المشورة): "لقد تحدثت اليوم كثيراً عن شعورك الغامر بالمسؤولية التي تشعر بها حيال بقاء جميع أفراد أسرتك معك. لقد بحثنا عن السبل التي تجعلك تتخلى عن الأشياء التي ليس لديك سيطرة عليها والبحث عن خيارات للاستجابة والتصرف عندما لا ترى نفسك قادراً على امتلاك خيار. في جلسة المشورة القادمة سوف نرى إذا كان إدراكك الجديد قد أحدث أي تغيير في مشاعر التأثير الغامر لديك."

نصائح للتلخيص:

- مفيدة في التنظيم والتوضيح.
- مراجعة الجلسة ومن ثم تنظيم الأولويات والتركيز على المشورة المستقبلية.
- مفيدة لبدء وإنهاء جلسة المشورة.
- تغيد في التحولات خلال جلسة المشورة.

طرح الأسئلة والتفسير:

طرح الأسئلة (الاستيضاح): طرح الأسئلة جزء مهم جداً في المشورة. ومع ذلك كمستشار يجب أن تكون حذراً حول نوعية الأسئلة التي تطرحها وكيف تطرحها. أنماط الأسئلة التي يمكن طرحها:

الأسئلة المغلقة:

الأسئلة المغلقة هي الأسئلة التي يمكن أن تكون إجابتها كلمة واحدة. وأحياناً ندعوها أسئلة نعم/لا. مثال: كم هو عمرك؟ ما هو اسمك؟

تضع الأسئلة المغلقة المستشار بموضع الخبير وتدعم دور العميل كشخص سلبي وغير مشارك في عملية المشورة، كما أنها تعيق المناقشة خلال جلسة المشورة وتعيق تطور العلاقة بين العميل والمستشار، لكن يمكن أن تكون الأسئلة المغلقة مفيدة عندما نحتاج الحصول على معلومات محددة. يمكن أن تستخدم هذه الأسئلة في بعض الأحيان للتوضيح ولكنها ليست جيدة للاستكشاف.

الأسئلة المفتوحة:

الأسئلة المفتوحة هي الأسئلة التي تدعو الآخرين إلى التحدث، وهي التي تقود إلى المحادثة والحوار. وتشجع الأسئلة المفتوحة العميل لكي يقدم إجابة أطول وأكثر تفصيلاً ولا يمكن الإجابة عنها بكلمة واحدة. الهدف من هذه الأسئلة هو استكشاف أفكار العميل ومشاعره وخبراته. ويجب أن نكون حذرين عند طرح الأسئلة المفتوحة بحيث لا تكون مفتوحة جداً إلى حد تصبح معه مهمة أو غير واضحة.

مثال: ما الذي دفعك للمجيء إلى هنا اليوم؟
كيف تتأقلم مع ما يحصل معك؟
هل يمكنك أن تخبرني المزيد حول كيف كان ذلك بالنسبة لك؟
ما الذي حصل بعد أن عاد زوجك إلى المنزل وهو في حالة سكر؟

أسئلة التحقق:

هي الأسئلة التي تبدأ بكيف ومن ومتى أو أين. الغرض من هذه الأسئلة هو الحصول على المزيد من المعلومات المحددة أو للتوضيح.

مثال: كيف كانت ردة فعلك عندما علمت بالنتيجة؟
مع من تناقشت حول النتيجة؟
متى كانت أول مرة قمت فيها بزيارة طبيب؟

الأسئلة الافتراضية:

هي الأسئلة التي تنطوي على ادعاء أو افتراض موقف. والغرض من هذه الأسئلة هو مساعدة العميل على التفكير في الاحتمالات أو السيناريوهات الأخرى التي تسمح له بتصور النتائج المحتملة للسلوك. كما تسمح له أن يتصور السلوك بشكل مختلف. الأمثلة على ذلك:
لو أنك قمت بكشف وضعك لصديقك، كيف سيكون رد فعله باعتقادك؟
إذا اكتشف صديق من أعز أصدقائك ما يحصل، ماذا سيحدث برأيك؟
إذا طلبت من أختك المساعدة في الطبخ، ما سيكون ردها برأيك؟



الأسئلة القصوى (الحدية):

هذه الأنواع من الأسئلة تساعد في تحديد وترتيب أولويات جدول أعمال العميل. ويمكن أن تكون مناسبة بشكل خاص في بداية الجلسة. يمكن لهذه الأسئلة أيضاً أن تساعد في تشجيع العميل على أن يكون محدداً في وصف القضايا الحساسة.

مثال:

ما هو أسوأ شيء يمكن أن يحدث؟

إذا أردنا التعامل مع شيء واحد اليوم، ما هو أهم شيء بالنسبة لك؟

نصائح لطرح الأسئلة:

- اسأل أسئلة مباشرة وواضحة.
- اسأل الأسئلة بإيجاز وكن محدداً وموجزاً، لا تطرح أسئلة طويلة وخارجة عن السياق.
- شارك غرضك من طرح السؤال.
- اطرح الأسئلة بلطف.

أسئلة غير مفيدة يجب تجنبها:

- أسئلة "لماذا" أو أسئلة "كيف حدث ذلك ...؟" لأن هذا النوع من الأسئلة يمكن أن يبدو حكماً.
- الأسئلة المغلقة بكثرة لأنها لا تفسح المجال للعميل ليتحدث ويشرح أكثر. ولكن يمكن استخدامها للتوضيح أو للحصول على معلومات محددة ودقيقة.
- أسئلة إما /أو لأنها قد تبدو وكأنها تقود العميل للحصول على إجابة محددة. حيث سيحاول العميل يجيب بالطريقة التي يعتقد أنك تود أن تسمعها. على سبيل المثال: "في المستقبل هل ستود أن تبقى حتى وقت متأخر في الحانة في عطلة نهاية الأسبوع أم ستفضل قضاءها في البيت؟"
- الأسئلة المتعددة: إذا طرحت أكثر من سؤال واحد في وقت واحد، فإن ذلك يمكن أن يكون مربكاً. ويمكن أيضاً أن يجعل العميل يشعر بأنه يتم استجوابه. اسأل سؤالاً واحداً فقط في كل مرة. دع العميل يجيب على هذا السؤال قبل أن تسأل سؤالاً آخر.
- الأسئلة الإيحائية: هذه الأسئلة التي توصل في ثناياها للعميل أن هناك إجابة مطلوبة أو متوقعة. وبالتالي سيستجيب العملاء بالطريقة التي يعتقدون أنها مقبولة للمستشار. هذا لا يُفسح المجال لاستكشاف خيارات أخرى. كن حذراً لأن الأسئلة الإيحائية يمكن أن تصل للعميل بشكل غير لفظي كذلك.

التفسير أو الإدلاء بتصريحات:

تتضمن هذه المهارة قول عبارات حول فهم المستشار لما كان المريض يحاول إيصاله.

مثال:

العميل: "أنا أشعر بالتأثر الشديد. حتى مع محاولة تقديم ما يكفي من المال لإعالة عائلتي، والحفاظ على الأطفال في المدارس، وطهي الطعام وتنظيف المنزل. هناك الكثير مما يجب القيام به لكن ليس هناك ما يكفي من الوقت".

المستشار: "ربما تشعر وكأنك ركيزة القوة التي تجمع العائلة".

مثال:

العميل: "يبدو لي أنني متعب باستمرار. أنا أشعر بأنه ليس لدي طاقة. عندما أصل إلى منزلي بعد العمل تبدأ زوجتي بالإلحاح والإزعاج والأطفال موجودون في كل مكان. كل ما أشعر به هو أنني أرغب في الاستلقاء على السرير والنوم".

المستشار: "أنت ترغب فقط في الهروب من خلال النوم". نصائح للتفسير:

- تقديم العبارة أو التفسير بشكل لطيف. ولا تذكر أنها الحقيقة.
- تضمين التواصل اللفظي وغير اللفظي في التفسير.
- التحقق من صحة العبارة التي قدمتها كتفسير. وتأكد من أن العميل يؤكد ما تقوله.
- التفسير يختلف عن مهارة العكس لأنك تُضمّن في التفسير أفكارك أو تقوم بتفسير تجربة العميل. وأنت كمستشار تقوم بإضافة تفسيرك أو فهمك لما قال العميل.

المقابلة الأولى والغرض منها:

يمكن اعتبار المقابلة الأولى حجر الأساس في المشورة، والغرض منها:

1. بث الراحة في نفس العميل والتواصل معه.
2. الحصول على نظرة عامة، وفهم مشاكل العميل في حال كان ذلك ممكناً.
3. التوصل إلى اتفاق مع العميل حول هدف المشورة والخطة المؤقتة للوصول إلى هذا الهدف.

المحتوى. تناقش عادة المواضيع التالية في هذه المقابلة.

1. المشكلة كما يراها متلقي المشورة: الشكوى، الصعوبات، ما يريد تغييره في حياته بنفسه، أو ما يريد تغييره من جانب الآخرين.
2. خلفية المشكلة: من أجل فهم مشكلة العميل تماماً، على المستشار أن يعرف السياق الحالي للمشكلة بشكل كامل، على سبيل المثال:
 - الجزء الذي يلعبه الناس في مشكلة العميل.
 - الطريقة التي تساهم فيها الأنظمة أو القوانين في المشكلة.
 - جميع أشكال تفاصيل الحياة اليومية للعميل.
 - تاريخ المشكلة: متى وكيف بدأت؟ ما الذي حاول العميل فعله تجاهها؟ هل يدرك العميل لماذا بدأت؟ ولماذا بدأت في هذه المرحلة من حياته بالتحديد؟ قد يكون الحديث عن الماضي ضرورياً لفهم المشكلة الحالية بشكل كامل.

3. يمكن للمستشار أن يسأل عن الأمور التي تسير بشكل جيد مع العميل. يمكن للعميل أن يستخدم المهارات ومصادرها التي تجعل هذه الأشياء تستمر بشكل جيد لحل مشكلته.

4. فيما يتعلق بحل المشكلة، على المستشار أن يعرف أيضاً المصادر المتاحة للعميل. أمثلة على هذه المصادر: دعم الأسرة أو الأصدقاء أو غيرهم من الأشخاص أو المؤسسات الموجودة في المجتمع كالمدارس والمنظمات التي تقدم الخدمات المفيدة للعميل.

5. في نهاية المقابلة الأولى، يمكن للمستشار أن يقدم رؤيته لمشكلة العميل وأن يرى إن كانت تتوافق مع رؤية العميل لتلك المشكلة. وفي حال التوافق، يمكن للمستشار أن يناقش مع العميل الهدف من عملية المشورة. فإذا حصل توافق على هدف المشورة، يمكن للمستشار أن يناقش الخطوات الأولى المحتملة حول طريقة السيطرة على المشكلة.

بالطبع، ليس من الممكن دوماً مناقشة كل هذه المواضيع بالتفصيل؛ إذ يمكن مناقشة نفس المسائل في لقاءات لاحقة.

أخطاء المستشارين والتحديات في تقديم المشورة :

- أهم عنصر في المشورة هو تحقيق أهداف المشورة عن طريق المحافظة على دافعية العميل لتغيير السلوك.
- المعضلة الأكثر إلحاحاً التي يواجهها المستشار هي الاعتماد المفرط للعملاء على المستشار بالإضافة لعدم القدرة على المتابعة والرصد المنتظم للحفاظ على نتائج المشورة . تبقى جلسات المشورة في بعض الأحيان غير حاسمة وغير كاملة وذلك للأسباب التالية:
- الممارسات الثقافية المتنوعة.
 - مس القضايا الحساسة جداً على نحو غير ملائم.
 - عدم كفاية التدريب للتعامل مع الجنس والحياة الجنسية.
 - عدم كفاية الإشراف.

ومن الأخطاء التي يقع فيها المستشار:

1. **المشورة السريعة**. يمكن أن يبدأ المستشار بإسداء النصيحة قبل أن يكتشف مشاكل العميل بشكل كامل، فيشعر العميل بالتالي بأنه قد أُسيء فهمه أو تم رفضه.
2. **عدم إدراك مشاعر العميل**. لا يستطيع المستشار أخذ وجهة نظر العميل بعين الاعتبار ولا يتواصل مع مشاعره. على سبيل المثال أن يقترح المستشار على العميل الغارق في الحزن أن ينخرط بنشاطات تبعث على البهجة، أو أن يقلل من حجم جزء معين من المشكلة.
3. **إطلاق الأحكام**. يعطي المستشار اهتماماً بالغاً لتصرف لا يرى العميل فيه مشكلة، لأن هذا التصرف لا يتلاءم مع قواعد السلوك المناسب الخاصة بالمستشار.

عناصر المشورة الجيدة:

هناك العديد من العناصر الضرورية المتفق عليها لضمان المشورة الفعالة:

الوقت الكافي: توفير الوقت الكافي للعميل مهم من البداية. لا يمكن استعجال عملية المشورة : الوقت ضروري لبناء علاقة المساعدة.

القبول: يجب على المستشارين أن لا يطلقوا الأحكام على العملاء، بل يجب أن يحاولوا تقبل العملاء، بغض النظر عن خلفياتهم الاجتماعية أو الاقتصادية أو العرقية أو الدينية أو العلاقات الشخصية.

الوصول: العملاء في حاجة إلى الشعور أن بإمكانهم طلب المساعدة أو الاتصال بالمستشار في أي وقت. ويجب أن يتاح للمستشارون للعملاء في الأوقات المناسبة وأن يكون هناك نظام معمول به للاستجابة لاحتياجات العملاء بالشكل المناسب. على سبيل المثال توفير خدمات ما بعد ساعات الدوام أو خلال فترة الغداء باعتماد نظام المناوبة.

الاتساق والدقة: ينبغي أن تكون المعلومات المقدمة من خلال تقديم المشورة متسقة سواء في المحتوى أو على مر الزمن.

السرية: الثقة أهم عامل في علاقة المستشار والعميل. تتضمن المشورة الفعالة الثقة والتواصل والتفهم الوجداني والتفاهم والعمل.

إظهار التفهم: الوجداني: القدرة على التفهم الوجداني هي واحدة من أهم مهارات المشورة . وينطوي الفهم الوجداني على فهم أفكار العميل ومشاعره وإيصال هذا الفهم له. يتطلب التفهم الوجداني حساسية ووعياً لحظة بلحظة للخوف، الغيظ،

الحنان، الارتباك، أو أي شيء قد يختبره العميل. ومن أجل فهم شعور العميل يجب أن يكون المستشار منتهياً إلى إشارات اللفظية وغير اللفظية.

يحتاج المستشار أن يسأل نفسه: "ما هي المشاعر التي يعبر عنها العميل؟"

"ما هي الخبرات والسلوكيات التي تكمن وراء هذه المشاعر؟"

"ما الأكثر أهمية فيما يقوله لي العميل؟"

على سبيل المثال إذا كان العميل يسرد الحادث الذي سبب له الألم العاطفي الكبير وهو يبكي فإن بضع كلمات مثل: "أستطيع أن أفهم ما كنت تمر به"، "لا بأس أبداً إذا كنت تيكي، انه لأمر مؤلم أن تكون قد مررت بمثل هذه التجربة".

كما تم ذكره في وقت سابق فإن تقنية العكس هي أسلوب قوي لجعل العميل يشعر أنه تم قبوله وتفهمه.

الإقرار بالمشاعر الصعبة: وجود المشاعر الصعبة هو عنصر جوهري لا مفر منه في المشورة . للمساعدة في التعامل مع المشاعر الصعبة، ينبغي على المستشارين:

- أن يكونوا على بينة بمشاعرهم الخاصة
- الاعتراف بمشاعر وحقائق العملاء
- فهم أنه ليس من وظيفة المستشار أخذ المشاعر بعيداً أو إصلاحها
- التعبير والاستجابة للرسائل غير اللفظية
- تطبيع مشاعر العملاء والإقرار بها.

تقديم القبول: لكي نكون صادقين بالنسبة للعملاء في وصف مشاكلهم وهمومهم خلال تقديم المشورة ، من الأهمية بمكان أن يشعروا بالقبول. يمكن للمستشار تيسير ذلك عن طريق كونه متقبل ولا يطلق الأحكام، بغض النظر عن الخلفية الاقتصادية أو الاجتماعية أو العرقية أو الدينية أو العلاقات الشخصية. يجب على المستشار الاعتراف بمشاعر مثل الغضب والحزن والخوف، بطريقة غير عاطفية مباشرة، مشيراً بالكلمات والسلوك، "مشاعرك قوية جداً، أنا أقبلها، وأقبلك".

استخدام نهج عدم التوجيه: استكشاف الخيارات بدلاً من إصدار التوجيهات يقلل من فرصة الصراع على السلطة بين المستشار والعميل. عند مناقشة تغيير السلوك ينبغي على المستشار أن يتجنب التصريحات التوجيهية مثل: "عليك استخدام حزام الأمان عندما تقود سيارتك!" وبدلاً من ذلك يمكن وضع المسؤولية في يد العميل عن طريق طرح السؤال على الشكل التالي: "ماذا كنت تعتقد أنك يمكن أن تفعل لحماية نفسك؟"

الوعي الذاتي للمستشارين:

من المفيد أن يُقيم المستشارون احتياجاتهم ومشاعرهم باستمرار ومناقشتها مع الزملاء والمشرفين. والأسئلة التالية تساعد المستشارين في زيادة الوعي الذاتي:

هل أشعر بعدم الراحة مع العميل أو بموضوع معين؟

في كثير من الأحيان لا يشعر المستشارون بارتياح مع نوع معين من العملاء أو مع مواضيع مثيرة للجدل مثل المخدرات أو الجنس. فمن المهم للمستشارين الاعتراف بهذا الانزعاج والاعتماد على أساليب صادقة للتعامل معها. إذا شعر المستشار أنه لا يمكنه التغلب على المشكلة ينبغي أن يقوم بإحالة العميل إلى مستشار آخر.

هل أنا على وعي باستراتيجيات التجنب لدي؟

من المهم أن يعترف المستشارون بتجنبهم بعض المواضيع. المستشارون الواعون باستراتيجيات التجنب الخاصة بهم يقولون لأنفسهم: "يبدو أن هذا يزعجني بالفعل. من الأفضل أن استكشف ما الذي يحصل لكي أستطيع أن أكون مفيداً حقاً لهذا العميل." سيدرك المستشارون أن استراتيجيات التجنب الخاصة لن تكون قادرة على خدمة العميل بشكل صحيح لأنها ستقفز عن الموضوعات الهامة.

هل يمكنني أن أكون صادقاً تماماً مع العميل؟

يريد المستشارون أن يكونوا محبوبين ومقبولين مثل معظم الناس. لدى المستشارين حاجة قوية لأن يكونوا محبوبين فيقومون بتقديم الطمأنة والاستجابات الداعمة أكثر مما ينبغي، وبالتالي التقليل من قدرة العملاء "على تطوير المسؤولية والاستقلال". وبالتالي، من المهم أن يكون المستشارون قادرين على قول أشياء قد لا يحبها العميل، للتأكد من أن العميل لديه المعلومات الصحيحة.

هل أحتاج دائماً أن أكون مسيطراً على الوضع؟

في حين قد يفضل المستشارون بعضاً من الهيكلية والتوجيه لبلوغ الأهداف والغايات من المهم أيضاً الانتباه إلى كيفية شعورهم عندما لا يوافق العميل على ذلك أو عندما يريد أن يلاحق موضوعاً مختلفاً. على سبيل المثال، أحياناً يريد المستشار تغيير المقاربة ولكن العميل يرفض. بدلاً من الشعور بالغضب أو الرفض ينبغي للمستشار محاولة قبول مشاعر العميل واقتراح البدائل. الإصغاء المتجاوب هو ضمانة ضد السيطرة. يجب على المستشارين من خلال التأمل الذاتي تعلم التمييز بوضوح بين أنفسهم وبين عملائهم، وبين ما يخص المستشار وما يخص العميل.





كيف يمكن للمستشار تطوير الوعي الذاتي؟

لتطوير الوعي الذاتي، يمكن للمستشار استخدام الاستراتيجيات التالية:

الإفصاح الذاتي: تقاسم شيء عن الذات مع شخص آخر.

ينبغي تشجيع المستشارين لتشكيل مجموعة أقران يمكن أن تكون منصة للإفصاح الذاتي ودعم الأقران لتعزيز مهارات المشورة الخاصة بهم.

العكس: عكس مشاعر المرء وردود فعله مع أي من الأقران أو كبار السن هو طريقة أخرى ليكون على وعي بمعرفته ومواقفه وتصوراته. ورشات العمل والاجتماعات لمبادرات البحث الذاتي هي المنتديات التي تعطي فرصة للنظر إلى الداخل وتطوير الذات من أجل أداء أفضل.

قبول التغذية الراجعة: هو أفضل طريقة للوعي الذاتي. فالمسوحات في بعض الأحيان وكذلك التغذية الراجعة للعملاء على الارتياح من الخدمات ووضع نظم لرصد ردود الفعل، ييسر الخدمات على المستويات الفردية أو في مستوى تسليم الخدمة.

أنواع المشاكل التي يمكن تقديم المشورة لحلها

عملياً، معظم العملاء يواجهون مزيجاً من المشاكل.

يمكن التفريق بين ستة أنواع منها:

1. المشاكل العملية والمشاكل الناتجة عن الأوضاع الصعبة. حياة ضحايا النزاعات المسلحة مليئة بهذا النوع من المشاكل، ويشمل ذلك الضغط والخلافات مع باقي الناس كالجيران وأفراد العائلة. غالباً ما يتطلب هذا النوع من المشاكل أن يتخذ العميل قراراً أو خياراً صعباً.
2. المعضلة وهي عندما يكون على الفرد الاختيار بين شرين.
3. مشاكل ناجمة عن نقص في المهارات، كالمهارات الاجتماعية التي يتطلبها التعرف على أصدقاء جدد بعد الانفصال عن الأصدقاء القدامى والموثوقين. وترتبط هذه المشاكل عادةً بـ "المشاكل العملية أو المواقف الصعبة".
4. الأعراض والشكاوى والسلوك المشكّلة المتعلقة بتجارب الصدمات النفسية أو الضغط الشديد. على سبيل المثال الشكاوى الجسدية التي لا يستطيع الطبيب أن يجد لها سبباً، أو بعض الأعراض كالكوابيس ونوبات القلق أو نوبات الغضب المفاجئة وغير المتوقعة. وتظهر هذه المشاكل عادةً بعد تعرض العميل لتجارب مؤلمة ومخيفة.

5. مشاكل نابعة عن مشاعر غامرة كالحزن وفقدان الأمل

والضعف.

6. المشاكل التي يحملها المرء معه. وهي ما تسمى

بالمشاكل الداخلية. مثال على ذلك أن يلوم العميل نفسه على شيء ما ولا يستطيع الشعور براحة البال، أو أن يحمل رأياً سلبياً أحادي الجانب عن نفسه يجعله متشائماً. يرتبط هذا النوع من المشاكل عادةً بالمشاعر الغامرة.

في نهاية المقابلة الأولى، سيكون لدى المستشار بعض الأفكار عن كيفية تصنيف المشكلة على أساس المشاكل المذكورة أعلاه، وهي رؤيته تجاه المشكلة. إن تحديد نوع المشكلة أو مزيج المشاكل التي يعاني منها العميل هام جداً لأن لكل نوع من المشاكل شكل مختلف من المشورة .

تقديم المشورة حول مشكلة عملية

بسبب شجاراتها المعتادة مع الجيران تم إحالة نايا إلى المستشار عن طريق المسؤول عن مخيم اللاجئين حيث كانت تعيش. أحضرها أخوها الأصغر الذي بدا واضحاً قلقه عليها. لم يكن واضحاً إن كانت نايا قد أرادت المجيء بنفسها أم لا. تحدث المستشار معها على انفراد. ابتدأ بالقول إن أخاها يعتقد أن لديها مشكلة وسألها إن كانت توافقه القول أم لا. وافقته القول وقالت إنها تجد الحياة في المخيم صعبة جداً. طلب منها المستشار أن تحدثه أكثر عن ذلك، فقالت له أنها جاءت من عائلة مقتدرة حيث تربت في منزل مترف. تركت بلادها بعد أن قتل المسلحون أخاها الأكبر. وأضافت بأنها لم تعتد الوقوف في صف للحصول على الماء. كما أنها شعرت بالانزعاج من أصوات الجيران وغالباً ما تشاجرت معهم. لقد شعرت بأنهم السبب في مشكلتها وأن عليهم أن يغيروا سلوكهم. عندما قالت نايا ذلك بدا عليها الضغط والغضب. رد المستشار بالقول إنها عانت من فقدان كبير وأنه يستطيع أن يفهم كم كان ذلك مؤلماً. ثم سألها عن أكثر ساعات اليوم التي تشعر فيها بالانزعاج. فأجابت نايا بأنه ليس لديها مشكلة بين العاشرة صباحاً والرابعة بعد الظهر وبأن المشكلة لا تكون بذلك السوء عندما تكون منشغلة بعمل ما إلا أنه غالباً ما يكون لديها مشكلة في المساء عندما تريد أن تخلد إلى النوم بسبب الضجة الصادرة عن الجيران.

قدم المستشار لنايا ثلاثة احتمالات لإيجاد الحل:

1. الانتقال إلى مكان أكثر هدوءاً، وهو ما كان مستحيلاً بالنسبة لها.
2. كم أفواه الجيران ليتوقفوا عن الصياح. اقترح المستشار هذا وهو يرسم نصف ابتسامة على وجهه وردت نايا بابتسامة عريضة إذ يبدو بأنها أدركت أنها لن تقوى على تغيير الجيران، وبأن عليها أن تتصرف بطريقة ما. تغيرت نظرة نايا للمشكلة فقد أدركت أن عليها أن تجد طريقة لتقبل وتحسين الوضع الصعب.
3. أما الاحتمال الثالث الذي قدمه المستشار فكان أن تشتري سدادات للأذنين من الصيدلية. لم تكن نايا قد سمعت بسدادات الأذنين وبدت مهتمة. ثم أخبرها عن تمرين الاسترخاء الذي يمكن أن يساعد الشخص على تجاهل الأصوات. وقد اهتمت بذلك أيضاً.

المساعدة في التفكير: أثناء تقديم المشورة يقوم المستشار باستخدام عقله ومشاعره للوصول إلى فهم أفضل لما يحصل في حياة العميل. يمتلك المستشار نظرة جديدة عن مشاكل العميل، لذا فقد يكون قادراً على طرح أسئلة لم تخطر ببال العميل. وقد تساعد هذه الأسئلة الجديدة العميل في التفكير أو الشعور بمشاكله بطريقة مختلفة. وقد تساعد هذه الطريقة المختلفة في التفكير والشعور العميل على إيجاد طرق مختلفة وأفضل للتعامل مع مشكلته. وبطريقة ما يمنح المستشار القدرة لدماغه وحواسه للعمل جنباً إلى جنب مع قدرات وحواس متلقي المشورة .

تحليل تجربة حديثة مع شخص آخر: إذا كانت الحالة الصعبة تتضمن نزاعاً أو توتراتٍ مع أشخاص آخرين، يمكن للمستشار أن يدعو العميل ليحدثه عن تجربة حدثت مؤخراً مع ذلك الشخص. ويمكن للمستشار أن يسأل عن كافة التفاصيل التي يحتاجها ليكونَ رأيهِ الخاص حول ما يحدث بين العميل والشخص الآخر. وحين يتطابق رأيهِ مع رأي العميل يمكن للمستشار أن يقول إنه يفهم الآن وجهة نظر العميل بشكل أفضل: سيتلقى العميل هذا كدعم. وعندما يكون رأي المستشار مختلفاً يمكن له أن يقدم هذا الرأي بطريقة لطيفة تحفز العميل على التفكير بها. في بعض الأوقات يكون من الداعم أن يُسأل العميل عما حصل معه في الأيام القليلة الأخيرة. ويمكن له أن يصف كيف التقى بأشخاص آخرين، وكيف جرت هذه اللقاءات. إن مناقشة هذه اللقاءات قد تحسن نظرة العميل للطريقة التي يتصرف بها تجاه الآخرين. وكنتيجة لذلك قد يقرر تغيير

سلوكه في بعض المواقف.

خلال اللقاء الثاني مع نايا، ناقش المستشار شجاراً دار بينها وبين جيرانها في الليلة السابقة. وقد وصفت نايا كيف أقام جيرانها حفلة صغيرة، وكيف أزعجها صوت الموسيقى الصادر عن مذياعهم. خرجت نايا من منزلها وصاحت للجيران مطالبة بتخفيض الصوت. سألها المستشار إن فكرت يوماً كيف كانت لتشعر إذا كانت تقضي وقتاً طيباً مع بعض الأقارب واندفع إلى بيتها جار غاضب. صمتت نايا لفترة من الوقت، ثم قالت: كنت سأخفض الصوت فقط في حال طلب مني أحدهم ذلك بشكل لطيف. عندما تتركز صعوبات العميل على النزاعات والتوترات مع الزوج/الزوجة أو الأبوين، يمكن للمستشار أن يدعو أفراد العائلة، فيكون هدفه الأول من ذلك أن يدعهم يتبادلون وجهات نظرهم حول المشكلة وأن يحسنوا التواصل بين الشريكين أو أفراد العائلة. وعندما يصبح الأشخاص المعنيون أكثر قدرة على الاستماع إلى بعضهم البعض يمكن للمستشار أن يحاول جعلهم يصلون إلى اتفاق حول طبيعة المشكلة وأول خطوة باتجاه حلها.

تحدي متلقي المشورة : في بعض الأوقات يتضح أن العميل يتصرف بطريقة لا تتوافق مع ما يقوله. كما يصدق أن توجي لغة الجسد أو تصرفاته غير اللفظية خلال المقابلة بأن مشاعره تختلف عما يقوله. وفي هذه الحالة يمكن للمستشار أن يتحدى العميل بأن يواجهه بملاحظات بطريقة لطيفة. وهذا النوع من المواجهة مفيد فقط عندما ينشأ نوع من الثقة بين المستشار ومتلقي المشورة . وعلى المستشار أن يعرض المواجهة بطريقة حيادية، إذ لا يجب أن تظهر المواجهة وكأنها هجوم أو حكم مسبق.

إعطاء تلميحات عملية أو مساعدة: أثناء تقديم المشورة ، يمكن للمستشار في بعض الأحيان إعطاء تلميحات عملية أو اقتراح مجموعة من الأفعال المفيدة للعميل. وفي بعض الأوقات سيقوم حقاً بفعل شيء ما للعميل كإجراء مكاملة هاتفية أو كتابة رسالة له.

خلال المقابلة الأولى مع نايا، اقترح المستشار أن تحاول استخدام سدادات للأذنين. من المفيد أيضاً جعل العميل أكثر وعياً للموارد المتوفرة في المحيط.



تقديم المشورة حول المعضلة

توضيح قرار صعب أو الاختيار بين شيئين. تكمن صعوبة المعضلة في أن لا مخرج سهل منها، إذ أن على العميل أن يختار بين مسارين من الأفعال، قد لا يقدم أي منهما الحل المثالي، ولكليهما سلبيات كبيرة. ويمكن للمستشار أن يساعد العميل في الاختيار بين "الشيئين" عن طريق الإصغاء إلى إيجابيات وسلبيات الحلين المتاحين.

قد ينجم عن هذا النشاط في بعض الأحيان ظهور احتمال ثالث، قد تكون سلبياته أقل من الخيارين الآخرين. رانيا أرملة تبلغ من العمر ستة وعشرين عاماً. كانت تعيش مع والديها اللذان كانا يضغطان عليها لتتزوج مجدداً، وقد اقترحا اسم شخص اعتبراه مناسباً. لم تشعر رانيا بأنها مستعدة للزواج، فقد أرادت أن تتابع تعليمها. وضع المستشار قائمة بمساوئ اختيار أحد الخيارين على ورقة كبيرة وبالمفردات التي استخدمتها رانيا. كما قام بنفس الشيء بالنسبة للنتائج الإيجابية لكل خيار، ثم نصح رانيا بأن تؤجل قرارها لفترة وجيزة حتى تشعر بأنها مستعدة. في بعض الأوقات يحتاج القرار إلى توضيح أكثر. يمكن للمستشار أن يقوم بذلك عن طريق الطلب من العميل وصف المكاسب والخسائر المتعلقة بكل خيار. ويمكن لهذه المكاسب والخسائر أن تُحدد للعميل نفسه أو لكل الأشخاص المعنيين بالمشكلة. بعد ذلك يمكن تحديد فيما إذا كانت الخسائر مؤلمة أو مقبولة أو مرفوضة تماماً.

طلب النصيحة من العميل بالمقابل. غالباً ما يكون لدى العملاء لذين يطلبون النصيحة أفكارهم الخاصة حول طريقة تعاملهم مع المشكلة. إلا أنهم يطلبون النصيحة لأن ثقتهم ضعيفة بقدراتهم. فيمكن للمستشار في هذه الحالة أن يسألهم عن أفكارهم الخاصة بطريقة تظهر أنه يرى أفكارهم قيمة. وستحتوي أفكار العميل على عناصر مفيدة بالغالب. وإذا حفز المستشار العميل على متابعة التفكير في هذه الأجزاء من أفكاره قد يصل العميل إلى حل بنفسه. وفي تلك الحالة سيشعر باعتماد أقل على المستشار.

إعطاء النصيحة بطريقة تشجع العميل على مناقشة النصيحة. إذا اعتقد المستشار أن لديه نصيحة جيدة ليقدمها، يستطيع عرضها بطريقة تشجع على المناقشة. وبذلك الطريقة يستطيع أن يرى إن كان العميل يعترض على النصيحة أم لا، وأن يتحقق إن كانت الظروف تسمح للعميل باتباع النصيحة.

سأل المستشار نايا إن كانت قد سمعت بتمرين الاسترخاء الذي يمكن أن يساعد الشخص في النوم. لم تكن نايا قد سمعت به، إلا أنها أظهرت بعض الاهتمام. سألها المستشار بعد ذلك إن أرادت أن تجربته مباشرة. وافقت نايا وبدت أنها استمتعت بالتمرين. وسألها أيضاً إن كانت تستطيع أن تطبق التمرين في المنزل دون أن يزعجها أحد في المنزل، فأجابت نايا بالإيجاب. ولذلك فكر المستشار أن باستطاعتها اتباع النصيحة بالقيام بالتمرين كل يوم قبل الخلود إلى النوم.

أخطاء مقدمي المشورة: بالإضافة إلى الخطأ المذكور والمرتبط بالمقابلة الأولى فللمقابلة حول المشاكل العملية والمعضلات أخطاءها الخاصة.

1. إذا كان الأمر يتعلق بمشكلة عملية قد يتحفز المستشار المتعاطف فيقدم مساعدة عملية أكثر من اللازم أو قد يعطي وعوداً لا يستطيع الوفاء بها.
2. إذا كانت المشكلة تتعلق بمعضلة قد يجد المستشار صعوبة في تحديد كل الخيارات المتاحة أو يتحفز إلى الخوض بخيار أكثر من غيره بسبب تفضيلاته الخاصة.

مراقبة تأثير المشورة: يكون تقديم المشورة لشخص حول مشكلة عملية أو معضلة فعالاً إذا ساعد في إحداث أحد التغييرات التالية:

1. يستطيع العميل أن يتخذ قراراً وأن يتحمل نتائجه.
2. يشترك العميل بنشاطات قد تساعد في التعامل مع مشكلته.
3. أصبح العميل أكثر قدرة على تحمل واقع أنه لا يستطيع تغيير وضعه أو حل مشكلته وهو قادر على الاستمتاع بأشياء أخرى في الحياة.

كباقي الاستشارات، يبدأ تقديم المشورة للأشخاص الذين عليهم التعامل مع المشاكل الفعلية والمعضلات بالإصغاء وتوضيح المشكلة. وبعد ذلك يمكن للمستشار أن يساعد العميل على التفكير بالقرارات المتاحة أو الحلول المختلفة التي تبدو ممكنة. ولا يقوم المستشار بتقديم النصيحة إلا بعد أن يقوم العميل ببعض التفكير ويغدو واضحاً بأنه لا يستطيع التفكير بخطوات كافية للتعامل مع صعوباته. وتقدم هذه الاقتراحات وبشكل دائم بطريقة غير نهائية لاحتمالات يمكن أن يفكر بها العميل وهي ليست حلاً وحيداً ممكناً أو أمراً.

تقديم المشورة لمتلقي استشارة يعاني من مشكلة داخلية

النزاعات الداخلية: يُوصف النزاع الداخلي في بعض الأحيان بشكل حرفي بأنه صراع داخلي بين الأمنيات المتضاربة، مثل الرغبة في عمل شيء ما والرغبة بالقيام بعكسه في الوقت ذاته. وغالباً ما يكون النزاع الداخلي مَقْنَعاً على نحو أكبر. على سبيل المثال: الرغبة الواضحة بعمل شيء ما، مع عدم القيام بشيء جوهري لتحقيق هذه الرغبة أو الأمنية. يؤدي النزاع الداخلي إلى القيام بسلوك أو تفكير غير عقلاني.

كان يوسف مديراً لمركز الصحة المحلي. سُمع إطلاق نار في الليل: نشب قتال بين مسلحين محليين وجيش الحكومة. وفي الصباح استلم يوسف أخباراً عن القتال: غادرت كلا المجموعتين المنطقة. قرر يوسف الذهاب إلى مكان القتال ليعتني بالجرحى المدنيين. وافق خمسة متطوعين على الذهاب معه. عند وصوله تبين أن المعلومات التي تلقاها كانت خاطئة. لازالت المجموعتان المسلحتان في المنطقة أو أنهما قد عادتا إليها. على أية حال، علق وسط النيران. قُتل كل المتطوعين، وكان يوسف الناجي الوحيد. اختبأ في الغابة لأيام. وبعد انتهاء القتال عاد إلى قريته. لم يصدق بعض الناس هناك أنه ما زال على قيد الحياة وظنوا لبعض الوقت أنه شبح.

وبعد عدة أيام، غادر يوسف البلد. عندما عاد بعد بضع سنوات قابل أفراد أسر المتطوعين الذين قُتلوا في الحادث. أزعجه ذلك، وشعر بالذنب على الرغم من أن أفراد أسرهم لم يظهروا أي ضغينة تجاهه. وبدأ بشراء الهدايا للأطفال رفاقه المتوفين. في بعض الأوقات كان يشعر باكتئاب شديد وبأنه لا يستحق الحياة، حتى أنه فكر بالانتحار أيضاً. أخبر أصدقاءه أنه يستحق أن يكون في السجن. طلبوا له استشارة.

- ما يتصل بالمثال السابق، يمكن أن يقترح المرء أن لدى يوسف نزاعاً داخلياً حول الذنب: من ناحية كان لديه رغبة واضحة بالبقاء على قيد الحياة، ومن ناحية أخرى شعر بأنه لا يستحق الحياة بعد موت خمسة أشخاص شعر بأنه مسؤول عنهم. يمكن أن تكون النزاعات الداخلية حول أمور مثل:
- شعوره بالخل الشديد وعدم رغبته بالحديث عن بعض الحوادث ورغبته بإزاحته عن كاهله في نفس الوقت.
 - رغبته بأن يكون مقبولاً من قبل شخص ما وأن يكون نفسه في الوقت ذاته.
 - رغبته بالحميمية مقابل خوفه من الاقتراب من الأشخاص لأنهم قد يموتون أو يخونوه.
 - رغبته بإظهار قدراته لأشخاص آخرين مقابل خوفه من الفشل ومن ثم شعوره بالإذلال.

تقديم المشورة إلى متلقي استشارة يعاني من نزاعات داخلية. إن تقديم المشورة إلى متلقي استشارة يعاني من نزاع داخلي يعني للمبتدئين أن المستشار يجب أن يكون متنبهاً للنزاعات الداخلية وأن يتدرب على تمييزها. وبعد التعرف على النزاع الداخلي، يمكن للمستشار أن يساعد العميل على تمييزه. كما يمكنه في الوقت نفسه أن يحاول توضيح النزاع. يمكن للمستشار أن يقوم بذلك عن طريق الاستكشاف الحذر لرغبات العميل ومشاعره المتصلة بتلك الرغبات بشكل خاص. يمكنه بعد ذلك أن يشير إلى التناقضات بين ما يقوله العميل ومشاعره التي يعبر عنها وبين الأفعال أو السلوكيات التي يقوم بها.

أخطاء مقدم المشورة. قد يحدث ألا يميز المستشار النزاع الداخلي لمتلقي المشورة. فربما لا يأخذ بعين الاعتبار إمكانية أن يكون لدى العميل مشاعر متضاربة، ويرى المشكلة على أنها مجرد وضع صعب. تزوجت فرح من طارق. كان كلاهما لاجئين في بلد مجاور. رتب والداهما الزواج. لم يوافق طارق في البداية، لأن لديه صديقة في بلده، لكنه وافق في النهاية.



لم يكن الزواج ناجحاً منذ البداية. كان طارق لطيفاً تجاه فرح، وقد أُعجبت هي به. لكن طارق تجنب الاتصال الحميم مع فرح. لم يأخذها خارجاً قط ولم يتم بينهما أي اتصال جنسي. شعرت فرح بالوحدة ورغبت بطفل. حاولت كل جهدها لإسعاد زوجها. ناقشت مشاعرها معه، لكن رد فعله كان غاضباً. أخبرها بأنه لم يستطع نسيان صديقته السابقة. زارت فرح مستشارة في مخيم اللاجئين. عندما أخبرتها قصتها، لم تظهر المستشارة أي عاطفة. يمكن أن يُنظر إلى قصة فرح على أنها تشرح نزاعها الداخلي: من جهة، تريد أن يحبها طارق، وهي مستعدة لعمل أي شيء لتكثيف مع رغبته. ومن جهة أخرى هي غاضبة وتريد أن يحبها بدون الحاجة لإخفاء من تكون في الحقيقة.

عند تقديم المشورة إلى عميل يشكو من نزاع داخلي، من الضروري أن يبقى المستشار على الحياد وألا يأخذ جانباً واحداً من المشاعر المتناقضة. في حالة فرح، كانت البداية خاطئة.

لم تبذل المستشارة أي جهد لمعرفة مشاعر فرح عن المسألة برمتها. وعوضاً عن ذلك سألتها إن حاولت أن تصبح مثل صديقة طارق السابقة. أجابت فرح بأنها ستفعل أي شيء لتغيير زوجها وجعله يحبها. ثم اقترحت المستشارة على فرح أن تسأل طارق عن شكل صديقته، ثم تحاول تقليدها وذلك بارتداء نفس الألوان على سبيل المثال. دعمت المستشارة جانباً واحداً وهو رغبة فرح بأن تكثيف بأية طريقة ممكنة لإسعاد زوجها. يمكن أن يُفسر ذلك الخلفية الأسرية لعائلة المستشارة: فهي ترعرعت في أسرة تكيفت فيها والدتها كلياً مع رغبات والدها، وشعرت بأنها قريبة جداً ومخلصة لوالدتها. على أي حال، أشار زملاؤها إلى أنها اتخذت موقفاً في النزاع الداخلي. أدركت ذلك وقررت تغيير مقاربتها باكتشاف مشاعر فرح تجاه زوجها: قد يكون مزيجاً من الافتتان والغضب بسبب الرفض.

تقديم المشورة لعميل يشكو من نزاع داخلي يتطلب معرفة أكبر للسلوك والمشاعر الإنسانية، إضافة إلى فهم المستشار لطرقه الخاصة في التعامل مع نزاعاته الداخلية. ويمكن لهذه المعرفة أن تُكتسب من خلال الممارسة ومناقشة جلسات المشورة بشكل مستمر وبالتفصيل مع الزملاء الذين لا يطلقون الأحكام.

مراقبة تأثير المشورة. تشير التغيرات التالية في سلوك أو مظهر العميل إلى أن المشورة كانت فعالة:

- 1 بدأ العميل يتفهم أن هناك نزاعاً داخله، وتقبل حقيقة أن لديه مشاعر متناقضة دون أن يحاول استئصال أي منها.
- 2 يبدو العميل أقل توتراً.
- 3 يبدأ العميل بالتعبير عن مشاعره بشكل أكبر، بما في ذلك المشاعر الإيجابية.
- 4 تحسن تواصل العميل مع الأشخاص في محيطه المباشر.

تقديم المشورة لشخص يعاني من مشاعر غامرة

المشاعر الغامرة: تغمر أحياناً الناس الذين عانوا من فقدان كبير أو أحداث مؤلمة غيرت حياتهم بطريقة غير متوقعة مشاعر مثل الحزن أو اليأس. يحاول العديد من الأشخاص حولهم أن يدخلوا البهجة في نفوسهم، وأن ينصحوهم بالتغلب على ذلك أو النظر إلى الجانب المشرق من الحياة. لكن تبين أنه من الصعب جداً اتباع تلك النصيحة. لذلك فإن بعض الناس الذين يحاولون التخلص من التفكير بالحزن يجدون صعوبة في القيام بذلك إذ تعاود المشاعر بالظهور وتغمرهم.

يمكن للمستشار أن يساعد شخصاً يعاني من هذا النوع من المشاعر الغامرة بالتحدث عنها. ويمكن له أن يحاول أن يشرح له أنها مشاعر مبررة ومفهومة ولا يجب تجاهلها، لكن يمكن التعبير عنها بطريقة ما، فالتعبير عن المشاعر عادة ما يجلب الراحة.

التعبير عن المشاعر. الكثير من الناس غير معتادين على التحدث عن مشاعرهم. لذلك يمكن للمستشار أن يتخيل نفسه في موضع العميل، وبعدئذ يتخيل ما قد يكون شعوره. ونتيجة لذلك يمكنه أن يساعد العميل بطرح كلمات أو جمل يمكن أن تصف ماهية مشاعره. قد يكون العميل قادراً على التعبير عن مشاعره من خلال الرسوم أو كتابة قصيدة أو الرياضة في بعض الأحيان. ويمكن للمستشار أن يقترح على العميل أن يجرب إن كانت هذه الطريقة تُشعره ببعض الراحة.

احتواء المشاعر: يحاول المستشار أن يساعد العميل في اختبار مشاعره والتعبير عنها بطريقة يمكن من خلالها التحكم بها. ويمكنه تقديم هذه المساعدة فقط في حال كان قادراً على احتواء مشاعر العميل. وهذا يعني أنه يجب أن يكون قادراً على مواجهة مشاعر العميل والتأثر بها دون أن تغمره كلياً، أو أن تختلط مشاعره بمشاعر العميل. إن المستشار الذي يشعر لسبب ما بالضعف، سيقوم إما بحماية نفسه وذلك بعدم إدراك الطبيعة الحقيقية لمشاعر العميل، أو ستغمره المشاعر. وفي كلا الحالتين لن يكون قادراً على مساعدة العميل في التعبير عن مشاعره دون فقدان السيطرة عليها.

أخطاء المستشار: الخطأ الرئيسي هو أن يكون المستشار بدون علمه غير قادر على احتواء مشاعر العميل، وتبعاً لذلك يتجاهل بعض المشاعر التي يعبر عنها العميل. إن كان عدم إدراك المستشار سيخلط مشاعره مع مشاعر العميل، فقد ينتج عن ذلك أن يبدو المستشار وكأنه يعطي محاضرة للعميل عما يجب أن يشعر به، أو لماذا عليه ألا يشعر بطريقة معينة.

مراقبة تأثير المشورة: تُشير التغيرات التالية في سلوك أو مظهر العميل على أن المشورة كانت فعالة:

1. يظهر العميل أقل توتراً.
2. يبدأ العميل بالتعبير عن مشاعر متنوعة وبطريقة أوسع، بما فيها المشاعر الإيجابية.
3. تحسن تواصل العميل مع الناس في بيئته المباشرة.

تقديم المشورة حول الافتقار للمهارات

خلال تقديم المشورة يصبح واضحاً في بعض الأوقات أن العميل يفتقر لبعض المهارات العملية والاجتماعية الأساسية. ويمكن للمستشار في هذه الحالة مساعدة العميل في اكتساب هذه المهارة عبر التوجيهات (في حالة المهارات الاجتماعية) أو لعب الأدوار. كان والدا نزيه يرسلان له 10000 ليرة شهرياً ليدفع ثمن طعامه ودراسته. لم يتعامل نزيه مع مثل هذا المبلغ من المال عندما كان يعيش في كنف والديه. كان ينفق المال عادة خلال أسبوعين ومن ثم يبدأ بالاقتراض من أصدقائه. وجهه المستشار إلى كيفية التعامل مع المال بطريقة أكثر مسؤولية.

يمكن اكتساب المهارات الاجتماعية من خلال لعب الأدوار. أراد راشد أن يتوقف عن تناول الكحول، إلا أنه لم يستطع أن يقول "لا" عندما قدم له أصدقاؤه شرباً. عرض المستشار طرناً مختلفة عن طريق لعب الأدوار، حيث لعب المستشار دور راشد ولعب راشد دور بعض الأصدقاء وهم يصرون أن يأخذ شرباً معهم. ثم تبادلوا الأدوار لاحقاً.

أخطاء مقدمي المشورة: إن أخطر الأخطاء في هذا النوع من المشورة هو إملاء مقارنة معينة للعميل لتلائم شخصية ونمط حياة المستشار لا العميل. على المستشار أن يعرض حله أو مقارنته كاقترح، أي واحدة من احتمالات مختلفة يمكن تجربتها، وليس كعلاج فعال ووحيد.

مراقبة تأثير المشورة: تكون المشورة المقدمة للعميل حول مهارة معينة يفتقدها، فعالة في حال:

1. اكتسب العميل هذه المهارة، أو
2. بدأ بالاشتراك بنشاطات تساعده في اكتساب هذه المهارة.

تقديم المشورة للأشخاص الذين يعانون من شكاوى وأعراض وسلوك إشكالي مرتبط بتجارب صدمة نفسية أو ضغط شديد:

أعراض الصدمة العاطفية:

الخصائص	الأعراض
الجسدية	اضطرابات الأكل (أكثر أو أقل من المعتاد) اضطرابات النوم (أكثر أو أقل من المعتاد) العجز الجنسي انخفاض الطاقة آلام مزمنة غير مفسرة التعب، الصداع والإرهاق ضيق في الجهاز الهضمي شكاوى جسدية العقم الضعف الجنسي تغيير في الدورة الشهرية زيادة خطر ارتفاع ضغط الدم وداء السكري انخفاض المقاومة للعدوى
العاطفية	الاكتئاب، البكاء التلقائي، اليأس وفقدان الأمل القلق نوبات الهلع الخوف السلوكيات القهرية (السلوك المتكرر يحاول الشخص السيطرة عليه ولكن لا ينجح، مما يؤدي إلى القلق) شعور خارج عن السيطرة الهياج، الغضب، الاستياء الخدر العاطفي الانسحاب من الروتين العادي والعلاقات
المعرفية	هفوات الذاكرة، خصوصاً حول الصدمة تراجع القدرة على التركيز الارتباك التوهان الأحلام أو الكوابيس المتكررة بخصوص الأحداث المؤلمة مشاكل في الانتباه والتركيز وتذكر الأشياء صعوبة في اتخاذ القرارات
الاجتماعي	عزلة عن المجتمع اضطراب الحياة الزوجية والأسرية صعوبة في الأداء الوظيفي والتعليم ضعف العلاقة بين الشخصية المشاكل الاقتصادية سلوك الإدمان الذي يؤثر في الحياة الاجتماعية للعميل
السلوكي	مشاكل النوم البكاء أو النواح تجنب التذكير الأرق والتهيج صعوبة في تأكيد الذات زيادة الصراعات مع أفراد الأسرة غضب إدمان السلوك الجنسي غير الآمن

الأعراض الإضافية المرتبطة مع الحدث الشديد:

ترتبط الأعراض الإضافية التالية للصدمة العاطفية عموماً بحدث شديد، مثل كارثة طبيعية، التعرض للحرب، الاغتصاب، الاعتداء، جرائم العنف، تحطم سيارة أو طائرة، أو الإساءة للأطفال. يمكن أن تحدث أيضا الأعراض الشديدة كرد فعل متأخر على الحدث الصادر.

الأعراض	الخصائص
إعادة اختبار الصدمة	الأفكار الاقتسامية الارتجاجات (فلاشبات) أو الكوابيس الفيضانات المفاجئة من العواطف أو الصور المتعلقة بالحدث الصادر
الذهول أو الخدر العاطفي والتجنب	فقدان الذاكرة تجنب الحالات التي تتشابه الحدث الأولي الانفصال كآبة مشاعر الذنب ردود فعل الحزن تغير الشعور بالوقت
زيادة الاستثارة	فرط اليقظة، التحفز، شعور متطرف بأنه "على أهبة الاستعداد" ردود الفعل المفرطة، بما في ذلك الغضب المفاجئ غير المبرر القلق العام أرق الهوس بالموت

مبادئ مشورة الأزمة:

يمكن للمرء استخدام نهج انتقائي للاستشارة في حالة الأزمات الناجمة عن الصدمة. وينبغي أن يركز المستشار على المخاوف المباشرة للعميل ويجب ألا يصرف المزيد من الوقت في أخذ التاريخ والتقييم. التقييم ينبغي أن يكون مركزاً على المشكلة وينبغي أن يكون النهج لتقديم الإغاثة السريعة للاضطراب استناداً إلى الخبرة.

المشورة ينبغي أن تكون:

- موجزة.
- موجهة، تتطلب من المستشار أن يلعب دوراً فاعلاً ومباشراً.
- التعامل مع الفرد وأسرته/ها والشبكة الاجتماعية.
- التركيز على مشاكل العميل الحالية.
- أن تكون موجهة نحو الواقع، يجب تمكين العميل لأن يكون لديه تصوراً معرفياً واضحاً عن الوضع.
- مساعدة العميل على تطوير آليات أكثر تكيفاً للتعامل مع المشاكل والأزمات في المستقبل.

المبادئ التوجيهية في مشورة الأزمة:

- التزام الهدوء وإظهار الثقة.
- الإصغاء الفعال.
- إظهار القبول وعدم إطلاق الأحكام.
- إظهار التفهم الوجداني وعكس المشاعر.
- توفير جو من الاسترخاء.
- السماح للعميل التحدث بحرية، مع الحد الأدنى من المقاطعة.
- السماح بالتنفيس عن المشاعر.
- استكشاف الأزمة فوراً بدلاً من الأسباب الكامنة وراءها.
- تقييم الأعراض التي تم اختبارها.
- تقييم خطر الانتحار، وسؤال العميل عن الأفكار الانتحارية.



- عدم التقليل من الأزمة.
- الاتفاق على خطة عمل، لا أن تفرض على العميل.
- تحديد الأولويات: الاتفاق على الجوانب التي يمكن التعامل بسهولة معها.
- تجنب الخوض في الماضي واستحضار مخاوف فورية.
- البحث عن موارد محلية للمساعدة، والنظر في نظم الدعم المتاحة.

غالباً ما يشكو المصابون بصدمة نفسية ممن يطلبون مساعدة المستشار من مختلف الشكاوى الجسدية. وترتبط هذه الشكاوى بالأحاسيس مثل: سرعة في خفقان القلب، تعرق شديد، صداع، ألم في المعدة، ألم في البطن، غثيان، ضيق في الصدر، عدم القدرة على النوم، فقدان القدرة على الانتصاب أثناء الجماع ومشاكل في الدورة الشهرية. بالإضافة إلى ذلك، يمكن أن يرى المستشار علامات جسدية مثل: سرعة التنفس بدون استخدام الحجاب الحاجز، شد عضلي، قلق ورجفان. وفضلاً عن الشكاوى الجسدية، يذكر الأشخاص المصابون بصدمة نفسية مشاعر قوية من القلق وغياب القدرة على التفكير وبترافق ذلك مع مشاكل في التركيز وكثرة النسيان وشعور قوي بالخوف بسبب الكوابيس. ويعاني البعض منهم من نوبات قلق أو خوف أثناء استيقاظهم. وقد يفسرون هذا القلق بأسباب تتعلق بقوة فوق الطبيعة كالأشباح مثلاً. وتترافق نوبات القلق بذاكرة اقتحاميه عن أحداث مؤلمة. وتسمى هذه النوبات الارتجاجات (flashbacks).

بالإضافة إلى ذلك، غالباً ما يُظهر الأشخاص المصابون بالصدمة سلوكاً لم يظهره قبل إصابتهم. ويتضمن هذا السلوك: تجنب مواقف معينة، المغادرة بعجلة عند ظهور حالات معينة، الصراخ، السلوك العدواني، الإفراط في تناول الكحول.

غالباً ما يكون لدى الأشخاص المصابين بالصدمة ممن يطلبون المساعدة أفكاراً سلبية. على سبيل المثال أفكارا تشاؤمية عن أنفسهم وعن المحيط، مثل: "لقد أصبحت ضعيفاً"، "لا يمكن أن أكون محظوظاً أبداً"، أو "لا يمكن الوثوق بأحد". أو تعابير اليأس، مثل: "أجد صعوبة باتخاذ القرارات، حتى في الأمور غير المهمة"، أو "لا أؤمن بأي شيء بعد الآن".

اختيار الأعراض المستهدفة واقتراح تغييرات في السلوك:

من بين الكثير من الأعراض سيختار المستشار بعض الأعراض التي يرى لها علاجات محتملة. وسيركز استشارته في الوقت الحالي على العَرَض الذي يراه المريض الأكثر تأثيراً، كصعوبات النوم على سبيل المثال. وعضواً عن ذلك، يمكن للمستشار أن يركز على العرض الذي يعتبره جوهر مشكلة العميل مثل الكوابيس التي تجعل العميل يخاف الذهاب إلى النوم، لكن عليه في هذه الحالة أن يتحقق إن كان العميل يعتبر هذه العرض مهماً. ومن المفيد غالباً تقييم الطرق التي يتكيف فيها الشخص الذي يعاني من تأثيرات ما بعد التجربة الصدمية مع مشاكله، بيد أن هذا التكيف قد يفضي إلى مشكلة جديدة. وفي هذه الحالة يستطيع المستشار أن يجرب طرقاً بديلة من التكيف. وبعد اختيار العرض، يمكن للمستشار أن يناقش الظروف التي تحدث فيها هذه الأعراض أو تسوء. وبعد ذلك يستطيع مناقشة الاحتمالات التي يمكن فيها للعميل تغيير سلوكه عندما يحدث هذا العرض.

تغير السلوك:

الأشكال المختلفة من الممكن في بعض الأوقات مناقشة تغير في السلوك قد يمنع الأعراض من الظهور. على سبيل المثال: بالنسبة لبعض العملاء من اللاجئين قد تؤدي مشاهدة الأخبار على التلفاز عن النزاع المسلح في بلادهم إلى حدوث كوابيس عن التجربة الصدمية. في هذه الحالة يمكن للمستشار أن يقترح على العميل القيام بتمارين الاسترخاء بعد الأخبار. ويمكن أن يقترح عليه أيضاً تجنب مشاهدة الأخبار في وقت متأخر من الليل. قد يساعد هذا في منع مشاكل النوم والكوابيس. وقد يهدف التغيير في السلوك أيضاً إلى استعادة السيطرة بعد حدوث العرض. على سبيل المثال: يمكن للمستشار مناقشة السلوك الاعتيادي للمريض بعد استيقاظه من الكابوس واقتراح محاولة بدائل أخرى. في حال بقاء العميل الذي يرى الكابوس في السرير وهو يشعر بالخوف، يمكن للمستشار أن يقول شيئاً ما مثل: "لدي اقتراح. ربما تستطيع محاولة هذا: أولاً انهض من السرير. ثم اغسل وجهك بالماء البارد، ألق نظرة من النافذة لتتأكد من أن كل شيء آمن، ثم سجل في مفكرتك باختصار عن الكابوس لتناقشه لاحقاً معي. ضع المفكرة جانباً ثم قم بتمارين الاسترخاء على سريرك، هل ترغب بتجريب هذا؟

يمكن لهذا النوع من الاقتراحات لتغيير السلوك أن يهدف إلى منع الخوف والغضب من أن يصبح غامراً. على سبيل المثال: يمكن للعميل أن يبدأ بتدوين ملاحظات عن شعوره كل ساعتين خلال ثلاثة أيام مثلاً. وبذلك الطريقة يستطيع أن يدرك الإشارة الأولى لانفعاله كالغضب أو القلق الذي قد يصبح غامراً في وقت لاحق. بعد ذلك يستطيع أن يضع برنامج نشاطات، كالاسترخاء مثلاً، أو شيئاً مفيداً كقطع الأخشاب. يمكن لهذه النشاطات أن تحميه من أن يُغمر بالنزعات العدوانية أو تدمير الذات.

منع نوبة الغضب التي لا يمكن التحكم بها:

إذا استبدت نوبات الغضب الفجائية بالعميل قد يشعر بالندم عليها بعد ذلك، وفي تلك الحالة قد يتقبل المساعدة كي يتحكم بغضبه. يمكن تحقيق هذا التحكم عن طريق:

1. تقديم شرح عن أصل العرض. ويتضمن هذا الشرح مناقشة احتمال أن يكون هناك سببا وجيها للشعور بالغضب بسبب العديد من الأشياء المؤلمة التي حصلت معه. يمكن لهذا الشرح أن يؤكد أيضاً حقيقة أن نوبة الغضب لا تأتي عادة كضربة البرق: يتراكم الغضب ويمكن لمس تراكم الغضب من خلال الجسد.
2. جعل العميل مدركاً للأحاسيس التي تغمر جسده عند تراكم الغضب بداخله. وهناك تمارين جسدية قد تساعد في زيادة الوعي لتلك الناحية.
3. شرح الطرق التي يستطيع العميل من خلالها منع تزايد الغضب (على سبيل المثال أخذ أنفاس عميقة أو الابتعاد عن الأشخاص الذين يثيرون غضبه).
4. شرح الطرق التي يستطيع العميل من خلالها التعبير عن غضبه دون فقدان السيطرة. غالباً ما كان جاسم، وهو طفل شارك في القتال سابقاً، يتورط في الشجارات. ولذلك أراد أستاذه إرساله بعيداً عن المدرسة، وهو ما اعتبره جاسم مشكلة، لكنه لم يكن واثقاً إن كان يريد تغيير سلوكه أم لا، ففي النهاية هو رجل وعلى الرجل أن يدافع عن نفسه إذا ما سخر منه الآخرون. قال المستشار بأن ليس لديه شك برجولة جاسم لكنه يعتقد بأنه يمكن أن يكون أكثر رجولة إذا تعلم كيف يتحكم بغضبه عندما يرغب بذلك مثل أبطال الفنون القتالية الذين يقاتلون دوماً حسب القواعد دون أن يتمكن منهم الغضب. اهتم جاسم بهذه الفكرة، ثم بدأ المستشار بإعطاء شرح عما ورد في الفقرة السابقة.

مناقشة أفكار العميل أو إحساسه باليأس:

يمكن أيضاً مناقشة أفكار العميل المتشائمة أو إحساسه باليأس مع مقدم المشورة . كما يمكن للمستشار أن يسأل العميل دوماً إن كانت لديه هذه الأفكار أو أنه قد كونه بعد أن عاش تجاربه الصدمية. يمكن لهذا أن يكون نقطة لبدء مناقشة هذه التجارب بالتفصيل، إلا أن هذا سيجلب الراحة للعميل فقط، بعد أن يتمكن المستشار من السيطرة على الأعراض الجسدية.

التحدث عن تجارب الماضي الأليمة:

غالباً ما يقود الحديث عن الأعراض والشكاوى والسلوك المرتبط بالتجارب الصدمية إلى مناقشة التجارب نفسها. ويعتقد أغلب الناس أنه لا يجب مناقشة هذه التجارب لأنها تجعل العميل أكثر توتراً، إلا أن بعض العملاء يشعرون بالحاجة لمناقشة تجاربهم الأليمة. ويمكن مقارنة الحديث عن تجارب الماضي المؤلمة بالتقيؤ بعد أكل طعام فاسد: إنها في الواقع ليست تجربة سارة للشخص المعني (ولا للشخص الذي يشاهدها) إلا أنها تمنح الكثير من الراحة.

التحدث عن محتوى الأحلام:

يقول الكثير ممن يعانون من الكوابيس أنهم لا يتذكرون محتواها في البداية، إلا أنهم غالباً ما يتذكرون بعض الأجزاء على الأقل بعد بعض التفكير. يمكن للمستشار أن يقترح عليهم وضع قلم وورقة بجانب وساداتهم كي يكتبوا محتوى أحلامهم حالما يستيقظون. أما في حال الأشخاص المصابين بالصدمة فيمكن للأحلام أن تأخذ أشكالاً مختلفة. ففي بعض الأحيان تكون الأحلام أشبه بعيش التجربة الصدمية مرة أخرى. ولذلك فإن التحدث عن محتوى الأحلام مفيد كالتحدث عن تجارب الماضي الأليمة عموماً.





أخطاء المستشار:

يتضمن تقديم المشورة القائمة على الأعراض إعطاء النصيحة، ومن السهل إعطاء النصيحة بسرعة كبيرة؛ قبل سبر المشكلة بالشكل الكافي وقبل التأكد من أن العميل يريد النصائح، فبعض العملاء يريدون فقط أن يتم الاستماع إليهم وأن يشعروا بأن أحداً يدرك التأثير الكامل لمشاكلهم، وفي حال تحققت هذه الرغبة، قد تتحسن حالهم دون نصيحة.

في حالات أخرى تكون الأحلام أقل "واقعية" فيكون فهمها أكثر صعوبة، إلا أنه يمكن مناقشة تلك الأحلام أيضاً بالتسلسل التالي:

1. يطلب المستشار من العميل أولاً أن يخبره عما حدث في الحلم ويدون ما يقوله.
2. ثم يلخص الحلم بتسلسله الزمني مستخدماً، قدر المستطاع، المفردات ذاتها التي استخدمها العميل.
3. وبعد ذلك يسأل العميل عن أفكاره وشعوره حيال كل جزء وتفصيل من القصة. وتدون ردود الأفعال أيضاً.
4. يقرأ المستشار ملاحظاته؛ الجزء الأول أولاً، ثم أفكار ومشااعر العميل المتعلقة بهذا الجزء. وبعد ذلك الجزء الثاني ومن ثم أفكار ومشااعر العميل المتعلقة بالجزء الثاني وهكذا. يمكن للحلم أن يفهم غالباً كانعكاس لموقف العميل الأساسي تجاه الحياة، أو أنه انعكاس للصراع الداخلي الذي يتنازع معه. يمكن للمستشار أن يقدم المعاني المحتملة هذه للعميل.

حلم فراس بأن والده قد توفي. وكان الجميع في منزل والديه بانتظار قدومه، إلا أن فراس لم يصل. أراد أخوته والجيران دفن والده، إلا أن والدته اعترضتهم وبقيت متعلقة بجثة زوجها وهي تبكي صارخة "علينا انتظار فراس". استيقظ فراس وهو يصرخ ويتعرق وقلبه يدق كالطبل. في الواقع لم يرَ فراس والديه لسنوات وكان قلقاً جداً على حالهم. وقد شعر بالذنب لأنه لم يستطع مساعدتهم. وقد كانت زيارتهم في ذلك الوقت مستحيلة حيث كانوا يعيشون بالقرب من منطقة نزاع مسلح. وفي أحد الاعتداءات منذ بضعة أشهر جرح والد فراس وقتلت إحدى شقيقاته. وبعد ذلك لحق والد فراس به إلى المغرب. وهم يعيشون الآن في مخيم للاجئين على بعد ساعتين منه. كان فراس منشغلاً جداً في عمله كمتطوع وغالباً ما كان والداه يشتكيان لأنهما قلما يشاهدانه، فشعر بالذنب حيال ذلك.

مراقبة تأثير المشورة :

يمكن لمناقشة التقدم المحرز المتعلق بمعالجة الكوابيس ونوبات القلق وغيرها من الأعراض أن تشجع العميل. فإذا استطاع ملاحظة بعض التقدم فقد يقلل ذلك من شعوره بالعجز واليأس. وإذا لم يكن التقدم مقنعاً بما يكفي للعميل فإن ملاحظة التقدم ستساعد المستشار، على الأقل، في احتواء مشاعر اليأس عند العميل دون أن تغمره ويصبح يائساً هو أيضاً.

يمكن أن يُستدل على التقدم المتعلق بالكوابيس والعودة بالذاكرة من خلال تكرارها وشدها ومضمونها. وفي حال الكوابيس المتعلقة بالتجارب الأليمة يمكن للمرء أن يتحدث عن تحسن في حال:

1. أصبحت الكوابيس أقل تكراراً؛ على سبيل المثال، مرة في الشهر عوضاً عن مرة كل ليلة.
2. أصبحت الكوابيس أقل شدة؛ لا يزال العميل يرى أحلاماً مزعجة، إلا أنها ليست بالسوء الذي كانت عليه. لا يزال يشعر بالخوف لدى استيقاظه، إلا أنه لا يتبلل بعرقه ولا يجد صعوبة في العودة إلى النوم.
3. يتغير محتوى الأحلام على نحو تدريجي:

- من تصوير مباشر للتجارب الأليمة إلى تصوير رمزي.
- يشعر العميل في الحلم أنه أقل عجزاً، أقل وحدة وأكثر نشاطاً. في بداية العلاج كانت أحلام اللاجئ عن الاضطهاد والسجن في الغالب، وكان يستيقظ في اللحظة التي لا يقوى فيها على الهروب والتي سيُقتل فيها. قد يحلم لاحقاً بأنه تمكن من الهروب مع الآخرين.

كان العميل يحلم غالباً بأنه ملاحق من عصابات وأنه كان محاصراً. وفي بعض الأوقات كان يرى نفسه على حافة وادٍ منحدر وكان القفز هو الطريقة الوحيدة للنجاة.

وكان وحيداً. وبعد ثلاثة أسابيع، حلم بأنه كان مع صديق وكان كلاهما ملاحق. نجا بحياته بينما قتل صديقه. وبعد بضعة أيام حلم بأنه نجح في الهروب مع الآخرين وأنه أصبح القائد.

قضى العميل آخر أربعة أعوام في السجن بعد أن اعتقل لأسباب أمنية. وقد فر بعد أن تم قصف السجن من قبل مجموعة مسلحة.

بعد عشرين جلسة من العلاج الذي استهدف الكوابيس والعودة بالذاكرة تحدث العميل عن حلم عاد فيه إلى وطنه الأم حيث أُنقل وأُعيد إلى السجن. وكان الحلم مخيفاً حتى تلك اللحظة، إلا أنه أدرك أن السجن كان مطلياً بألوان زاهية ولم يكن للنوافذ قطبان، ففتح نافذة وقفز إلى الخارج هارباً. ثم استيقظ وهو يشعر بسعادة نوعاً ما.

فيما يتعلق بنوبات القلق والعودة بالذاكرة يمكن التحدث عن التقدم:

1. عندما تتكرر العودة بالذاكرة على نحو أقل حسب ملاحظة متلقي المشورة.
2. عندما تصبح الفترة الخاصة بهذه الذاكرة أقصر. وبمعنى آخر يدرك العميل حالاً بأن الأحداث السابقة تعود إليه، ويدرك حالاً الواقع الحالي مرة أخرى ويسيطر على سلوكه بسرعة أكبر.
3. عندما تصبح الذكريات أقل إخافة أو إبلاماً وعندما تندمج بالذكريات السعيدة.

وبعد ست جلسات من المشورة المركزة على الكوابيس والذكريات، بقيت الذكريات عن تجربة السجن تعود إلى متلقي المشورة ، إلا أنها كانت تجعله يتوتر لدقيقة أو اثنتين فقط. وفي بعض الأحيان كان التذكر ينتهي بذكريات سعيدة عن أحد النزلاء.

أخلاقيات المشورة :

حدود العلاقة/ وضع الحدود:

الحدود في علاقة المشورة هي التخوم. هذه الحدود في علاقة المشورة تحمي العميل. على سبيل المثال لا يجب أن تجمع المستشار والعميل علاقة أخرى غير علاقة المشورة . وتتضمن هذه العلاقات الأخرى العلاقة الجنسية أو علاقة المواعدة أو علاقة عمل أو أن يكون شخصاً مقرباً من العائلة.

على المستشار أن يضبط حدود علاقة المشورة إذا حاول العميل دفع هذه العلاقة أو أراد أن يطور هذه العلاقة إلى مستوى آخر. على سبيل المثال حتى لو قام العميل ببعض الإغواء الجنسي للمستشار، على المستشار ألا ينساق خلف هذا الإغواء ويتورط في علاقة جنسية.

يجب أن يكون العميل مرتاحاً مع وضع الحدود وفقاً لما هو متفق عليها لضمان أن يشعر العملاء بالأمان ضمن علاقة المشورة .

تجنب العلاقات المتعددة. يجب أن تكون علاقة المشورة فعالة إذا لم تكن هناك علاقات أخرى بين المستشار والعميل. أي إذا كان العميل هو شخص غريب عن المستشار.

السرية والخصوصية:

هي طريقة لتوفير الأمان والخصوصية للعميل. ما تتم مناقشته خلال تقديم المشورة هو سري ولن تتم مشاركته مع الآخرين. حتى واقعة أن أحدهم ذهب للحصول على استشارة سرية فإنك كمستشار لا يمكنك الكشف أنك رأيت أحدهم في جلسة استشارة. ومع ذلك هناك استثناءان:

إشراف المشورة : المستشار سيشارك الحالة مع المشرف الخاص به من أجل تقديم استشارة جيدة. في إشراف المشورة من الأفضل تجنب تحديد العميل (عدم ذكر اسمه أو صفاته الشخصية) عند مناقشة الحالة.

الأذى: إذا كان العميل في خطر حدوث أذى على نفسه أو شخص آخر، في هذه الحالة يمكن للمستشار أن يخرق الخصوصية. على سبيل المثال، إذا كان العميل لديه ميول انتحارية ولن يقوم بتطوير خطة أمان، عندها سيقوم المستشار بالاتصال بأحد المهتمين بالعميل بعد سؤاله عن الشخص المفضل لديه.

الإشراف في المشورة

ما المقصود بالإشراف:

الإشراف نشاط معقد له العديد من الوظائف، إنه وسيلة لتقديم الدعم العاطفي للخاضعين للإشراف ومنحهم تعليماً إضافياً. كما أنه شكل من أشكال الرصد وتقييم الأداء المهني للمستشارين وتعزيز جودة عملهم. يُقدّم الإشراف إما في مجموعات صغيرة أو بشكل فردي أو ضمن فريق من الأفراد يعملون ضمن نفس المنظمة. ولكل من هذه الأشكال مزايا وعيوب. فالإشراف على مجموعات هو أقل شخصية؛ كما أنه يتأثر ويعتمد على تكوين الفريق.

في المجموعة، يمكن إشراك المشاركين بمجموعة متنوعة من أساليب الإشراف (على سبيل المثال لعب الأدوار، استكشاف التفاعل الأسري من خلال لعب أدوار يتطلب مجموعة)، ويمكن أن يتعلم الخاضعون للإشراف من الأمثلة أيضاً أو من ردود فعل زملائهم. الإشراف الفردي هو أكثر خصوصية ومكثف، لكنه يتطلب استثماراً للوقت والمال وهذا ليس ممكناً دائماً.

الإشراف كدعم عاطفي:

خلال الإشراف، يبدأ المشرف بتأسيس علاقة مع الخاضعين للإشراف. علاقة المشرف هي علاقة مهنية، لكن كما العلاقة بين المستشار والعميل، هي أيضاً علاقة عاطفية. لدى المشرف مهمة خلق المناخ الذي يُشجّر الخاضع للإشراف بالأمان الكافي لمناقشة شكوكه. هي علاقة، يفهم منها بوجه عام، بأنه لكي يتعلم الناس، عليهم أن يرتكبوا الأخطاء أحياناً، أو أن يمروا بغترات من الشعور بالعجز والهشاشة.

يدعم المشرف من هم تحت الإشراف من خلال التشجيع، وإذا لزم الأمر من خلال النقد. لكن دائماً بتقديم تغذية راجعة بناءة، ومن خلال التفهم والتعاطف مع المشاعر التي تظهر نتيجة التواصل مع العملاء.

تهدف جلسات الإشراف إلى جعل المستشار على دراية بنقاط قوته. كما تهدف إلى التأكد بأن المستشار يقبل أن لديه نقاط ضعف ومشاكل شخصية يمكن أن تتداخل

مع المشورة الفعالة، وجعله على وعي بطبيعة هذه الهشاشة. وهو فرصة لإيجاد طرق جديدة للتعامل مع المشاكل الشخصية لكل من العميل والمستشار والتي قد تعكر صفو عملية المشورة أو تمنعها.

الإشراف شكل من أشكال التعليم:

قد يكون التعليم منصباً على مهارات المشورة أو الدور المهني للمستشار. وقد يتركز التعليم على مساعدة الخاضعين للإشراف على فهم مشاكل وسلوك عملائهم فيما يتعلق بتاريخهم الشخصي ووضعهم الحياتي الحالي، وذلك باستخدام النظريات النفسية لشرح العلاقة الممكنة بين الحقائق التي تبدو للوهلة الأولى غير ذات صلة.

الإشراف هو تطوير خبرات المستشار من خلال التعلم بالممارسة. تشمل عملية التعلم هذه أيضاً تسجيل الخبرة العملية من خلال كتابة التقارير لجلسات المشورة . التسجيل يعزز التفكير النقدي للخبرة العملية من خلال الحوار مع المشرف.

تسجيل الخبرة العملية تعني وضع الخبرة في كلمات من خلال الحوار الداخلي. في مثل هذا الحوار الداخلي، يسأل المستشار نفسه ليس فقط ما لاحظته خلال جلسات المشورة ، ولكن أيضاً ما فكر وشعر به.

خلال هذه العملية من التفكير. تُستخدم المفاهيم النظرية لتحليل مشاكل العميل، لتلخيص ما حدث في العلاقة بين المستشار والعميل، والتخطيط لتدخلات المشورة المستقبلية.

يتضمن الإشراف عكس لمشاعر المستشار وأفكاره، وسلوكه. هذا يساهم في تعزيز فهم الذات ومعرفة.

يتعرض المشرف إلى واقع العمل اليومي للمستشار. ويصبح من خلال الإشراف قادراً على رصد الاتجاهات في ضغط العمل، الأعباء، والافتقار إلى المهارات أو المعرفة، وعدم الرضا الممكن بين المستشارين. على الرغم من أن كل جلسة إشراف سرية، فإن المشرف قد يقرر إبلاغ الإدارة عن الاتجاهات العامة التي يلاحظها. بهذه الطريقة يساهم في تطوير خبرات المنظمة ككل. وذلك يمكن أن يؤدي إلى إجراءات مثل زيادة تدريب الموظفين، وتغيير في توزيع الحالات، والحد من عدد الحالات، وغيرها من التدابير التي تدعم عمل المستشارين.

الإشراف هو شكل من أشكال الرصد وتقييم الأداء المهني أو مراقبة الجودة. جميع المستشارين لديهم بقع عمياء ذات صلة بمشاكلهم الشخصية أو الأحكام المسبقة. المقصود من الإشراف ضمان أن يكون عمل الخاضعين للإشراف مناسباً ومتماشياً مع المعايير الأخلاقية.

شروط الإشراف:

تتلخص الشروط المسبقة الأساسية للإشراف في خمس كلمات: عقد الإشراف، الدافع، الأفق النفسي، السلامة، والموقف الداعم.

عقد الإشراف:

عندما يتم تقديم الإشراف على المستشارين، عادة ما تكون ثلاثة أطراف معنية هم: المشرف، الخاضعون للإشراف، والمنظمة التي يعملون لصالحها. وعادة المنظمة هي من تقوم بتوظيف هذا المشرف. ويمكن لهذه الأطراف أن تقوم بإعداد اتفاق مكتوب، يحدد أهداف الإشراف والقواعد الأساسية المتصلة بإجراءات المراقبة (بما في ذلك السرية) ومدة وتواتر الجلسات.

الدافع:

يمكن أن يستفيد المستشار من الإشراف فقط إذا كان لديه الدافع للمشاركة بفعالية في عملية التعلم. ينبغي ألا يسيطر الخوف من مناقشة الأخطاء المحتملة على الرغبة في التعلم. ينبغي على المستشار خلال الإشراف ألا يركز على الحفاظ على مظهر المتزن عقلياً والمسيطر على سلوكه الخاص. عليه أن يكون على استعداد لدراسة مشاعره الخاصة، وانفعالاته، وكذلك جذورها في تاريخ حياته. في بداية الإشراف يجب أن يكون الدافع الأساسي موجوداً. إذا كانت عملية الإشراف تتطور على نحو جيد، فإن الدافع لدى المستشار سينمو.

الأفق النفسي للمستشار:

لا يكون الإشراف فعالاً إلا إذا كان المستشار يدرك أن وظيفته ليست مجرد تطبيق للمهارات التقنية. وسلوكه في عملية المشورة لا يُحكم فقط من خلال عمليات عقلانية. يجب أن يكون المستشار على وعي بمشاعره الخاصة (التي يقررها أحياناً ماضيه) وشخصيته. لتطوير هذه الأدوات، يجب أن تُناقش الأفكار الشخصية والمشاعر أثناء عملية المشورة . يحفز الإشراف الوعي

والحساسية لدى المستشار. لأنه يزيد من وعي المستشار لحواره الداخلي.

السلامة:

خلال جلسات الإشراف، يحتاج المستشار إلى الشعور بالحماية ضد الهجوم الشخصي والنقد غير البناء. ويقع على عاتق المشرف مسؤولية خلق بيئة آمنة. يحتاج هذا الأمر إلى اهتمام مستمر خاصة خلال الإشراف الجماعي.

الموقف الداعم من المشرف:

يمكن للمشرف أن يخلق جواً من الأمان فقط إذا كان يُظهر الانفتاح على العالم التجريبي والاحتياجات الشخصية للمستشار. على المشرف أن يكون مثلاً للعطاء والرعاية وتجنب النهج المتطلب. يشابه موقف المشرف تجاه المستشار، الموقف المطلوب من المستشار تجاه العميل. يحتاج المشرف أيضاً أن يكون منفتحاً على النقد وإبداء النقد الذاتي. وذلك يعني أن جلسة الإشراف هي أيضاً جزء من عملية التعلم المستمرة للمشرف نفسه. ويشمل هذا الموقف الداعم اعتراف المشرف أيضاً بأن قصة الشخص الخاضع للإشراف يمكن أن تثير تساؤلات لا يمكنه الإجابة عنها على الفور. يمكنه أن يظهر التسامح حيال الشكوك والارتباك، ويصبح "شريكا في عدم المعرفة". وهذا يخلق انفتاحاً على تأمل عميق تشاركي يمكن أن يؤدي في وقت لاحق إلى أفكار إبداعية. وهذا سيعزز تسامح الخاضعين للإشراف حيال شكوكهم الخاصة.



مستويات المناقشة خلال الإشراف:

تجري المناقشة خلال جلسات الإشراف مع المستشارين في خمسة مستويات مختلفة.

المستوى الأول: المشوش غير الموجه يكون لدى المستشار صعوبة في مناقشة قضية معينة في ترتيب زمني، بينما عادة ما يكون قادراً على تقديم مسألة بطريقة منظمة. في هذه الحالة بالذات، يبدو أنه غير قادر على القيام بالتلخيص والتمييز بين النقاط الرئيسية والثانوية. المستشار لديه صعوبة في التعبير عن المشاكل التي يواجهها. يسأل عن تعليمات واضحة. والمشرّف يركز تدخلاته على تحفيز المستشار على التفكير بطريقة منظمة.

المستوى الثاني: بإمكان المستشار تقديم قصة متماسكة. على الرغم من أنه يستنسخ المفاهيم الأساسية التي نوقشت خلال تدريب تقديم المشورة ، لا يمكنه استخدام هذه المفاهيم لتوضيح المشاكل التي يواجهها في الممارسة. بعبارة أخرى، لديه صعوبة في إجراء تقييم لمشكلة العميل.

غالباً ما يكون ذلك نتيجة لنقص الخبرة في التفكير المجرد أو عدم القدرة على إعطاء الصيغة النظرية للمشكلة. وتتركز تدخلات المشرّف على ربط الخبرة العملية كما نوقشت من قبل المستشار بالمفاهيم النظرية. محاولة بناء الجسور بين النظرية والممارسة.

المستوى الثالث: يستخدم المستشار المفاهيم النظرية لمناقشة مشكلة العميل بشكل منهجي. ويفسر السلوك بتعابير العميل وفي سياق اليوم الحاضر. المستشار هنا لا يميل بعد إلى التفكير في مشاكل العميل فيما يتعلق بالعمليات الداخلية أو التاريخ الشخصي للعميل، وبالتالي يتجاهل أدوات مهمة لفهم مشاكل العميل ومشاعره. يحفز المشرّف من خلال تحديه أن يفعل ذلك بطريقة ودية.

المستوى الرابع: يضمّن المستشار في المناقشة وجهات نظره بشأن العمليات الداخلية وتاريخ حياة العميل. ومع ذلك، لا يميل إلى مناقشة ما يدور في ذهنه خلال جلسة تقديم المشورة. المشرّف يدعو بلطف إلى التفكير ملياً في حوار الداخلي. يحاول زيادة تسامح المستشار مع مشاعره الخاصة وزيادة وعيه العاطفي.

المستوى الخامس: يمكن للمستشار مناقشة أفكاره الخاصة ومشاعره بحرية واستخدامها كأداة للحصول على فهم أفضل للمشاكل من العميل. يدعم المشرّف المستشار في تحديد القيود الشخصية والتعامل معها.

عملية الإشراف: المراحل:

قد تختلف مستويات المناقشة التي يمكن بلوغها مع المستشار إلى حد كبير، اعتماداً على العميل الذي يناقشه. وخلال الإشراف على المجموعة، ربما لا يكون تحرك جميع المشاركين في نفس المستوى. ولكن مع مرور الوقت عادة ما تتغير طبيعة التعاون خلال الإشراف. يمكن تمييز المراحل التالية: مرحلة موجهة نحو العمل، مرحلة موجهة نحو الشخص، ومرحلة وجودية.

تتميز المرحلة الأولى كمرحلة موجهة نحو العمل. في هذه المرحلة يحاول المشرّف تحسين مهارات إعداد التقارير الأساسية للمستشار. وتلقي الملاحظة وتفسير السلوك اللفظي وغير اللفظي للعميل. وهنا يحاول المشرّف الحصول على صورة واضحة للحالة التي قدمها المستشار.

تحفز تدخلات المشرّف تفكير المستشار بما حدث خلال جلسات عمله مع العميل. لهذا السبب يسأل الأسئلة. وتهدف معظم الأسئلة لزيادة وعي المستشار بالفرق بين ما لاحظته خلال التفاعل مع العميل وتفسيراته لهذه الملاحظات.

من خلال طرح الأسئلة يجري إطلاق المناقشة على تفسيرات مشكلة العميل ويمكن حينها اقتراح تفسيرات بديلة، ونتيجة لذلك، قد يكيف المستشار تقييمه (من حيث العناصر الخمسة للمشاكل الشخصية) ورأيه النظري لمشاكل العميل، وبالإضافة إلى طرح الأسئلة يمكن استخدام لعب الأدوار لتوضيح الحالة.

بعد إعادة النظر في التقييم ووضع تصورات للحالة، يُطلب من المستشار مناقشة التدخلات المخططة للجلسة المقبلة مع العميل. يمكن في بعض الأحيان تجريب مثل هذه التدخلات من خلال لعب الأدوار.

وتتميز المرحلة الثانية كمرحلة موجهة نحو الشخص. في هذه المرحلة، أثناء تقديم الحالة، يتم التركيز على مشاعر المستشار. ويولى اهتماماً خاصاً للحوار الداخلي للمستشار.

الانتقال إلى هذه المرحلة ممكن وذلك في أقرب وقت ممكن، يكون المستشار قادراً على الاعتراف بأن لديه مشكلة في تقديم المشورة لعميل معين، وأن جزءاً من هذه المشكلة قد يكون ناجماً عن شخصيته بالتحديد.

في هذه الحالة يمكن أن يساعد المشرّف المستشار على إظهار الجزء الإشكالي من تجربة المشورة ؛ على سبيل المثال، من خلال لعب الأدوار التي يلعب فيها الخاضع للإشراف دور العميل.

قد يساعد أيضاً مناقشة الملاحظات التفصيلية لسلوك كل من العميل والمستشار، وكذلك ردود الفعل العاطفية للخاضع للإشراف على توضيح الموقف. ويمكن مناقشة ردود الفعل العاطفية للخاضع للإشراف فيما يتعلق بخلفيته الشخصية أو بروز مشاعر مماثلة خلال جلسات استشارية أخرى أو في حالات أخرى.

في بعض الأحيان يمكن التعرف على المرحلة الثالثة وهي المرحلة الوجودية. خلال هذه المرحلة تصبح المواقف الخاصة بالمستشار حيال مسائل وجودية (مثل الموقف من الموت، والشعور بالوحدة، ومعنى الحياة) مفتوحة للمناقشة.

نتائج الإشراف:

قد تؤدي عملية تعلم المستشار إلى مجموعة متنوعة من التطورات. فقد يتعلم الحصول على مزيد من التفهم تجاه العميل، خصوصاً تجاه أولئك الذين تم اعتبارهم غير متعاونين أو عسيرين. وقد تتحسن قدرته على تقييم مشاكل العملاء ويصبح أكثر إبداعاً في صياغة الفرضيات حول أسباب بعض مشاكل العميل أو الروابط بينها. قد يصبح أسرع في الاعتراف بمقاومة العميل أو مقاومة ذاته إذا كان يواجه مشاكل شخصية. وأكثر مهارة في التعامل مع مثل هذه المقاومة.

ويصبح أكثر تسامحاً مع الحالات التي يبدو أنه ميؤوس منها وعالقة، ويطور المزيد من الثقة في قدرة العميل على إيجاد وسيلة للخروج من أشد الأوضاع حتى التي تبدو ميؤوساً منها.

لا يؤدي الإشراف بالضرورة إلى تحسين الأداء على الفور. بل هو عملية قد تبدو في مرحلة مبكرة أنها تسبب الارتباك للمستشارين. حتى وإن تم تنفيذ الإشراف بطريقة مسؤولة، فقد يبدأ المستشار في التشكيك في قدرته على تقديم المشورة أو حتى في اختياره ليصبح مستشاراً. يحدث هذا عندما يلامس الإشراف القضايا الشخصية أو الخبرات التي لم تحل في الماضي. يمكن أن يصبح الإشراف عندئذ فرصة لتوسيع مخزون التألم والشفاء. في غضون ذلك، يحتاج المشرّف لضمان نوعية الدعم المقدم

للعامل. يمكن أن يقوم بذلك عن طريق زيادة مؤقتة لتواتر الجلسات، بينما يستمر الخاضع للإشراف في رؤية العميل. وكبدل، يمكن إحالة العميل إلى مستشار آخر، بينما يتم تقديم استشارة شخصية للخاضع للإشراف.

دراسة حالة:

مريم امرأة تبلغ من العمر 35 سنة جاءت للحصول على المشورة بعد ستة أشهر من انفصالها عن زوجها محمود وقد دام زواجهما 9 سنوات، ولديها طفلان، يوسف 6 سنوات وكنان 12 شهراً. حالياً الأطفال في رعاية مريم. وقد أحييت مريم للحصول على المشورة من قبل الطبيب العام الذي كانت قد زارته لعدد من الأمراض الجسدية الطفيفة والعلامات المبكرة من الاكتئاب.





المعلومات الأساسية:

تقابل مريم ومحمود في الجامعة. وبعد تخرجهما كانا يعملان في شركات منفصلة لعدد من السنوات قبل زواجهما. كلاهما استمر في عمله حتى ولادة طفلهما الأول يوسف، عندما حصلت مريم على إجازة لمدة عام قبل أن تعود للعمل بدوام جزئي. واصل محمود العمل بدوام كامل، وتلقى عددا من الترقيات على مدى السنوات التي قضاها في العمل المتواصل.

استمرت مريم في العمل بدوام جزئي حتى ولادة طفلهما الثاني كنان، عندها أخذت مرة أخرى إجازة لمدة عام لرعاية الأطفال في المنزل. كانت على وشك العودة إلى العمل عندما أتاها خبر بأن يوسف قد اختفى. لم تشعر مريم أنها بحالة جيدة بما فيه الكفاية للعودة إلى العمل، وهي الآن في خطر فقدان عملها مع الشركة.

تفاصيل الجلسة:

لدى وصول مريم، قدم المستشار نفسه، وقضى بعض الوقت في تطوير علاقة في محاولة لجعلها تشعر بالترحيب والراحة. الحفاظ على تواصل بصري جيد وضعية منفتحة، وسألها ما المشكلة وانتظر مدة من الوقت كي تبدأ مريم في التحدث. بعد حوالي 20 ثانية من الصمت كانت خلالها تنظر مريم إلى الأرض، تحدثت أخيرا مع دموع غزيرة. *“فقدت زوجي قبل ستة أشهر، وأنا يبدو أنني غير قادرة على المضي قدما في حياتي.”*

لاحظ المستشار رد فعل مريم العاطفي، وقرر أن يسمح لها بالتعبير عن مشاعرها المحيطة بخسارتها للعلاقة الزوجية.

استجاب المستشار مع إعادة الصياغة وعكس لشعور مريم “تبدین منهارة من جراء فقدان زوجك مريم.” أجابت مريم “نعم أنا كذلك، ولكن ذلك كان قبل ستة أشهر، ويجب الآن أن أتابع حياتي، وهذا ما تقوله لي عائلي وأصدقائي، لكنني لا زلت أفتقد محمود بشكل رهيب، والأولاد سيكون من أجله كل ليلة في وقت النوم.”

المستشار: “إذا هل أنا على حق بالقول إنك وأطفالك لا تزالون تشعرون بالحزن بينما يعتقد الأهل والأصدقاء أنكم يجب أن تكونوا قد تجاوزتم ذلك الآن؟”

مريم: “نعم، ربما ينبغي أن أكون قد تجاوزته الآن ما رأيك؟”

المستشار: “اسمحي لي أن أطرح عليك سؤالاً مريم هل

تعتقدين أن ستة أشهر هي فترة كافية للحداد على فقدان علاقة حميمة استمرت لفترة طويلة؟” **مريم:** “لا أعتقد ذلك.”

“المستشار: “وأنت الوحيدة التي تعرف كيف يكون شعور فقدان علاقتك مع محمود،”.

تومئ مريم برأسها وتستمر بسرد قصة حياتها في الأشهر الستة الماضية، والتوقف في بعض الأحيان لمسح عينيها المحمّرين من كثرة البكاء. تصف مريم الاضطرابات الجسدية والعاطفية كونها تكافح لرعاية الأطفال بدخلها المحدود. كما أعربت عن مخاوفها وعدم اليقين بشأن مستقبلها ومستقبل أطفالها.

يواصل المستشار التركيز على مريم عاطفياً واستخدام التشجيع وعكس المشاعر للتأكد والتحقق من صحة مشاعرها.

بعد واحدة من العديد من لحظات الصمت التي يظل خلالها المستشار صامتاً ولكن يقطاً، قرر المستشار أن هذا هو الوقت المناسب لتلخيص بعض القضايا التي قد أثارها مريم حتى الآن، وقال “مريم، لقد قمتِ بوصف انقلاب كبير في حياتك في الأشهر الستة الماضية والذي كان يعني إعادة تنظيم حياتك بطرق عديدة. لقد أخذت على عاتقك مسؤولية رعاية الطفلين، وإدارة المنزل، والأمور المالية، وفي الوقت نفسه التعامل مع خسارة زوجك، وهذا يبدو وكأنه أمر ضخم للتعامل معه دفعة واحدة.”

مريم: “نعم، أعتقد أن الأمر كذلك عندما جمعت كل الأمور معا. لم يكن يبدو الأمر صعباً عندما كان محمود موجوداً لمساعدتي.”

بعد ذلك، تصف مريم، مع استمرار نوبات البكاء، حلم طفولتها حول الزواج وإنجاب الأطفال والفراغ الذي تشعر به الآن بعد أن فقدت هذا الحلم فجأة. كما أعربت عن مشاعر الغضب والانتقامات لذاتها لعدم تمكنها من التعامل مع ظروفها الجديدة كأُم وحيدة.

من خلال استخدام الأسئلة المفتوحة، إعادة الصياغة والعكس، كان المستشار قادراً على استكشاف مشاعر الغضب لدى مريم وأيضاً توضيح معنى ما يجري، عبارة “أُم جيدة” عنت لها الكثير. تحدثت مريم حول ذكريات والدتها التي لم تعمل خارج المنزل، وكانت تلتظرها دائماً عندما تعود إلى البيت من المدرسة. قام المستشار بالمزيد من الاستكشاف من خلال إعادة الصياغة والعكس عن الفوارق الكبيرة في أنماط الحياة الوالدية بين الماضي واليوم، وأن الكثير من الآباء الآن يعترفون بالمهمة الشاقة المتمثلة بالاضطلاع بمسؤوليات التدبير المنزلي، وتربية الأطفال والعمل الخارجي.

مريم: “نعم، أنا افترض أن الحال قد تغير كثيراً بالنسبة للأمهات منذ زمن أُمي.”

المستشار: “هذا أمر مؤكد مريم.”

ثم بدأت مريم في وصف كم تغيبت عن العمل خارج المنزل، وحصولها على حياة مهنية. قام المستشار بعكس مشاعر مريم (صراحه بشكل لفظي وضمناً من خلال التواصل غير اللفظي مثل الاستهجان، والابتسامات والنظرات الحزينة) واستخدام الأسئلة المفتوحة لاستكشاف ما الذي تحبه مريم في عملها بما في ذلك نقاط القوة وقدراتها.

مريم: “أنت تعرف، ربما يمكنني المفاوضة للعودة إلى العمل بدوام جزئي لبعض الوقت حتى أتمكن من تنظيم حياتي بشكل أفضل؟ لدي عدد قليل من الأصدقاء الذين قد يكونون قادرين على مساعدتي في أخذ الأولاد من وإلى روضة الأطفال؟ إذا كنت بحاجة إلى العمل في وقت متأخر من حين لآخر.”

المستشار(مبتسماً): “إذن تعتقدين أن العمل بدوام جزئي مع بعض الدعم لرعاية الأطفال من الأصدقاء قد يكون أفضل طريقة للمتابعة مريم؟”

مريم: “نعم، أعتقد أنني سوف أطرح الفكرة على مديري يوم الاثنين.”

ومنذ ذلك الحين، تباطأ حديث مريم وأخذت موقفاً أكثر استرخاء على الجلوس في مقعدها. سألها المستشار إذا كان هناك أي شيء آخر ترغب في التحدث عنه اليوم. نظرت مريم إلى ساعتها وردت أنها يجب أن تذهب لأخذ الأولاد من مركز روضة الأطفال. وقالت أيضاً إنها تود أن تعود مرة أخرى في الأسبوع التالي. أجاب المستشار أنها محل ترحيب للعودة في أي وقت، وتمنى لها الحظ وقد بدت لدى مغادرتها مرهقة، ولكن بالتأكيد أكثر استرخاء.

ملخص الجلسة:

في هذه الجلسة، أعطيت مريم حرية التعبير عن ألمها العاطفي في جو من التفهم الوجداني، والأصالة والتقدير الإيجابي غير المشروط وهذا ما جعلها قادرة على الإقرار بأن التوقعات التي وضعتها لنفسها كانت غير واقعية، وكانت قادرة على البدء في النظر بطرق أخرى لإدارة حياتها الجديدة. وكان استخدام النهج المتمركز على الشخص لتقديم المشورة في الجلسة الأولى مناسباً تماماً لعميل مثل مريم التي كانت قادرة على التعبير واستكشاف مشاعرها المرتبطة بفقدان زوجها وعدم اليقين بشأن المستقبل. كانت المفاهيم الأساسية في هذه الجلسة هي:

- خلق مناخ غير توجيهي وتعزيز النمو بحيث يشعر العميل بالاهتمام والاحترام.
- نهج منسجم ومتفهم من قبل المستشار يؤكد ويعزز تقدير الذات والتمكين وتشجيع العملاء على إيجاد الإجابات التي تنسجم مع القيم والمعتقدات الخاصة بهم.

المصادر والمراجع

1. Community Counsellor Training Toolkit Basic Counselling Skills: Facilitator Manual May 2006
2. Essential Interviewing and Counselling Skills An Integrated Approach to Practice Tracy Prout, PhD Melanie J. Wadkins, PhD Copyright © 2014 Springer Publishing Company, LLC
3. AIDSTECH/Family Health International, AIDS/STD Education and Counselling: Training Manual.
4. Training counsellors in areas of armed conflict within a community approach Gnus van der Veer© 2001, Guus van der Veer en Stichting Pharos, Utrecht
5. Van der Veer, G. (1998b) Counselling and therapy with refugees and victims of trauma. Second edition. Chichester, Wiley.
6. Van der Veer, G (1993) Psychotherapy with refugees: an exploration. Amsterdam, Stichting voor Culturele Studies
7. Challenges in Counselling: Loss Sally Flatteau Taylor 2013
8. Bond, T. (2000) Standards and Ethics for Counselling in Action (Counselling in Action series). London: Sage.
9. Bowlby, J. (1969–1980) Attachment and Loss, Volumes 1–3. New York: Basic Books.
10. British Association for Counselling and Psychotherapy (2010) Ethical Framework for Good Practice in Counselling & Psychotherapy. Lutterworth: BACP.
11. Haugh, S. and Mercy, T. (2001) Rogers' Therapeutic Conditions. Ross-on-Wye: PCCS Books.
12. Haugh, S. (2011) 'A person centred approach to loss and bereavement', in Tolan, J. and Wilkins, P. Client Issues in Counselling and Psychotherapy. London: Sage

الفصل الثالث

العلاج بالتعرض السردي

104 الخلفية النظرية

114 العلاج بالتعرض السردي

122 التحديات

123 حقائق العلاج بالتعرض السردي

124 العلاج بالتعرض السردي للأطفال

127 العنف الجنسي القائم على النوع الاجتماعي

129 الخلاصة

130 المصادر والمراجع

الفصل الثالث

العلاج بالتعرض السردي

الخلفية النظرية:

1,1 خصائص السياق: اللاجئين والنازحون السوريون

منذ اندلاع القتال في سوريا في آذار 2011، قتل وأصيب الآلاف. لقد جلبت الحرب المستمرة انعدام التوازن إلى الشرق الأوسط المضطرب أصلاً. يؤثر هذا الوضع أيضاً على أوروبا التي يُطلب إليها أن تكون المضيف السخي لمئات الآلاف من طالبي اللجوء الذين أُجبروا على ترك أراضيهم. تسارع نزوح اللاجئين السوريين بشكل كبير في السنوات الماضية، مع تدفق أعداد كبيرة من اللاجئين امتد عبر حدودها [26]. تقترب الدول المجاورة لسوريا من نقطة إشباع خطيرة، لا سيما لبنان، الذي يستضيف أكبر عدد من السكان اللاجئين في العالم تبعاً لنصيب الفرد. وتواجه الحكومات المضيفة والأمم المتحدة والوكالات الدولية غير الحكومية (المنظمات غير الحكومية الدولية) صعوبات في التكيف في خضم الاحتياجات المتزايدة للمتضررين. يُعتبر لبنان في الوقت الراهن البلد الذي يستضيف أكبر عدد من اللاجئين السوريين بعد أن شهد زيادة مطردة من اللاجئين المسجلين وفقاً للمفوضية العليا للاجئين من تموز (يوليو) 2012 بواقع (25,411) إلى تموز (يوليو) 2015 بواقع 1,172,753 لاجئ مسجل [83]. يُوطن اللاجئين السوريون في أربعة مناطق هي: جنوب لبنان قرب الحدود مع فلسطين المحتلة، شمال لبنان، في البقاع حيث تم تسجيل ارتفاع أعداد اللاجئين (أي 410,269) ويلي ذلك بيروت حيث يصل إلى 343,902. ويصل عدد اللاجئين من الأطفال في بيروت إلى 38,5% (من سن 0-11) والمراهقين 10,6% (من سن 11-17). وتصل نسبة النساء البالغات إلى 24,6% من السكان بينما نسبة الرجال 23,6%. الأطفال والنساء هم بالتأكيد من يعانون أكثر من غيرهم بكثير في هذه الحرب.

بالإضافة إلى فضائع الحرب "المعتادة" فقد تميز الصراع بالاستهداف المروع للنساء والفتيات الصغيرات. تم الإبلاغ في الأدب الرمادي وتقارير الأمم المتحدة عن العنف

المنزلي والجنسي وزواج الطفلات، اللواتي يُعبرن للرجال من قبل والديهن مقابل بضعة آلاف الدولارات، وحيث يتعرضن للاغتصاب ثم يتم التخلي عنهن [31].

على الرغم من الأزمة الإنسانية التي خلقت ملايين اللاجئين، فإن عدداً محدوداً من الدراسات بحثت في وجود اضطراب الشدة ما بعد الصدمة وغيرها من الأمراض النفسية. فقد كان تواتر اضطرابات الضغط النفسي ما بعد الصدمة بين اللاجئين السوريين في تركيا 33,5%، في حين كان احتمال وجود اضطراب الشدة ما بعد الصدمة 71% عند الإناء، بوجود اضطراب نفسي سابق، وتاريخ عائلي من الاضطراب النفسي، واختبار اثنين أو أكثر من الصدمات [3]. ذكر الاكتئاب واضطرابات الشدة ما بعد الصدمة أيضاً بين اللاجئين السوريين في الأردن في عينة من 155 من البالغين، ولكن لم يتم الإبلاغ عن معدلات الانتشار بين عموم السكان اللاجئين [4]. وفي دراسة تم تطويرها في مخيم اللاجئين BAHÇEŞEHİR في تركيا مع الأطفال اللاجئين السوريين، شهد 74% منهم فقدان أحد أفراد العائلة أو شخص مهم [60] من المفترض أن هذه الخسائر تؤثر أيضاً على معافاة والدي الطفل ويمكن أن تسهم في تقليص قدرتهما على الرعاية وتقديم الدعم للأطفال. يواجه اللاجئون الشباب تحديات صعبة بصورة روتينية تتعلق بصدمة ماضية، وفقدان، وضغوطات إعادة التوطين. لقد أنفقت ملايين الدولارات من التبرعات عبر المنظمات المحلية والدولية بغية تغطية احتياجاتهم الأساسية والاحتياجات الطبية والنفسية والاجتماعية. أعلنت المفوضية العليا للاجئين في تقرير بشأن مستقبل الأطفال السوريين:

"فيما عدا خدمات الطوارئ التي تقدمها المنظمات الإنسانية، هناك فجوة خطيرة في توافر خدمات الصحة العقلية التي تديرها الدولة في كل من الأردن ولبنان. لا يوجد أطباء نفسيين متخصصين عاملين مع الأطفال اللاجئين في الأردن، وهناك فقط نحو 30 طبيب نفسي في لبنان على نطاق البلاد" ("مستقبل سوريا | الأطفال اللاجئين في أزمة"، 2014).

في كثير من الأحيان، لا تسند التدخلات المستخدمة للتخفيف من المعاناة النفسية للاجئين "بالبرهان العلمي"، ولا تطبق المتابعات لتقييم نتائج التدخلات على المدى البعيد. جرى تطوير التنسيق المشترك بين الوكالات للصحة النفسية والدعم النفسي والاجتماعي للاجئين والنازحين في سوريا في البداية من قبل الوكالة الألمانية للتعاون الدولي (GIZ) بالتعاون مع مجموعة عمل مؤلفة من 13 منظمة مختلفة، بما في ذلك وكالات الأمم المتحدة والمنظمات غير الحكومية الدولية (INGOs) والمنظمات الوطنية، وتمويل مشترك من قبل الاتحاد الأوروبي، والذي هدف إلى تقديم مقارنة منظمة لبرامج الصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي (MHPSS). خلال هذه الفترة أعدت المجموعة ووافقت على: إطار وطني لخدمات الصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي الاجتماعي بالمعايير الدنيا، وثيقة توجيهات لإدماج خدمات الصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي في مختلف القطاعات، إطار لتقييم خدمات الصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي خلال حالة الطوارئ، وتحديثها بانتظام باستخدام تقييم رسم الخرائط 4W's (من وأين ومتى وماذا) (Eloul وآخرون، 2013). قادت بداية اندلاع الأزمة السورية إلى إعادة هيكلة فريق التنسيق المشترك بين الوكالات عندما غادر سوريا في كانون الأول (ديسمبر) عام 2012، اثنان من موظفي الوكالات المشاركة في رئاسة الفريق. (لمزيد من المعلومات حول إعادة هيكلة الفريق المرجعي التقني لخدمات الصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي الجديد (TRG) يرجى الرجوع إلى صفحة الاتحاد الأوروبي: "الأزمة السورية: المساعدات الإنسانية والحماية المدنية").

استقبلت سوريا واستضافت اللاجئين لعدة عقود حيث كانت الأغلبية العظمى من الفلسطينيين والعراقيين، والأكراد. في الواقع، قامت الأنوارا بدعم اللاجئين الفلسطينيين، ووفرت الخدمات في تسع مخيمات رسمية للاجئين وثلاثة غير رسمية منذ عام 1948، عندما هرب أوائل الفلسطينيين من شمال فلسطين ومرتفعات

الجولان بعد احتلال هذه الأراضي من قبل إسرائيل. وكان تأثير الحرب العراقية على سوريا، زيادة عدد اللاجئين الذين وصلوا إلى البلاد خلال عام 2006 والسنوات التي تلت ذلك. خلال هذا التدفق الهائل للاجئين، غدت الحاجة الناشئة لمقدمي خدمات الصحة النفسية من ذوي الخبرة والرعاية المجتمعية واضحة. هذا الوضع زاد الحاجة لتطوير نظام الصحة النفسية في سوريا، حيث لم يكن هناك مقارنة منظمة لبرامج الصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي (MHPSS). وحتى ذلك اليوم لم يكن سوى 80 طبيباً نفسياً يمارسون العمل على مستوى البلاد مع غياب أي تشريع حقيقي يدعمهم [24].

1,2 التأثير طويل الأمد وأعقاب الحرب

خلق الوضع الحالي والصراع الجاري المتواصل للعام السادس على التوالي، عدداً ما انفك يتزايد من السوريين الذين هربوا من البلاد ومن بينهم العديد من المهنيين، ما أدى إلى استنزاف القدرات في مجال نظام الصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي MHPSS في سوريا وهو في الواقع من العوامل التي أساءت إلى القدرة على التخفيف من معاناة ضحايا العنف والنازحين في البلاد. ثمة عامل مهم آخر ينبغي أخذه بعين الاعتبار عند وضع مفهوم الصحة النفسية في سوريا، هو التحول الأساسي من كونها ثالث أكبر بلد مضيف للاجئين لتصبح بلداً يغادرها ملايين من المدنيين الذين تخلوا عن أراضيهم بحثاً عن مستقبل أفضل لأنفسهم ولأسرهم. استضافت الجمهورية العربية السورية والتي يبلغ عدد سكانها أقل من 22 مليون [89]، وفقاً لتقديرات الحكومة في عام 2010، 750,000 لاجئ عراقي وما يقارب من نصف مليون فلسطيني وعدة آلاف من اللاجئين من الصومال والسودان وأفغانستان [63]. سيكون بالطبع من غير المأمون تقديم تنبؤات دقيقة، ولكن مع الأخذ في الاعتبار أن العديد من السكان سيقفون في البلد، وبعض الذين غادروا سيعودون في مرحلة معينة، فإنه يمكننا أن نتوقع تغييرات وظواهر اجتماعية دراماتيكية.

عندما يعاني مقدمو الرعاية من ضغط نفسي مزمن في بيئة عنيفة، فإن ذلك سيترك آثاراً طويلة الأمد على ذريتهم التي ستطور معدلات أعلى من الاضطرابات النفسية والسلوكية [8, 77, 78, 68, 51] وسيكونون أكثر عرضة لإنجاب أطفال مع تعديلات وراثية خارجية المنشأ في محور الغدة النخامية والغدة الكظرية [64 HPA]. وبعبارة أخرى، تعيد النساء اللاتي يعشن تحت ظروف ضاغطة، برمجة نظام دفاع أساسي ضد الضغط النفسي، وكذلك محور الغدة النخامية والغدة الكظرية HPA للأطفالهن [29] وعلاوة على ذلك، فإن تبدل الاستجابة للضغط النفسي سيؤدي إلى تبدل في كيفية التنشئة، ما يبنى بمخاطر حدوث إمراضية نفسية [80]. ثمة علاقة طردية بين زيادة الضغط النفسي لدى الوالدين وسوء معاملة الأطفال، فضلاً عن عدم الاتساق في الانضباط والعدائية ضد الأطفال والعقاب البدني [67, 70, 85, 45] هناك علاقة بين الصدمة التي يتعرض لها الوالدان وأعراض اضطراب الشدة ما بعد الصدمة لدى الأطفال. وفي حين أن اضطراب الشدة بعد الصدمة PTSD غير المعالج لدى الأطفال من شأنه أن يؤدي إلى تأثير سلبي على ذكاء الطفل واحترام الذات، قد يُظهر الأطفال من آباء وأمّهات المصابين بصدمات نفسية اختلالات سلوكية ومعرفية، تتجلى بشكل رئيسي كأعراض مرتبطة باضطراب الشدة ما بعد الصدمة [21]. لقد ترافق اضطراب الشدة ما بعد الصدمة PTSD الأمومي وليس الأبوي مع اضطراب شدة بعد الصدمة لدى الأبناء الراشدين الناجين من المحرقة، الأمر الذي يشير إلى أن الآليات الوراثية الكلاسيكية ليست هي النموذج الوحيد لانتقال الوراثة. تستقر أو تبقى الصدمات التي يعاني منها المجتمع بأكمله (أي الصدمة الجماعية) في الذاكرة الجماعية لفترة أطول من الزمن، ويمكن أن تنتقل من جيل إلى آخر وتخلق ما يعرف باسم الصدمة فيما بين الأجيال [30, 22, 10]. كما تعاني الأسرة من تمزق الروابط، وانحلال الممارسات الوالدية، وفي كثير من الحالات إلى زيادة العنف المنزلي [17] قدرت المفوضية أنه في نهاية عام 2012 كان هناك 10,5 ملايين لاجئ في جميع أنحاء العالم، وحوالي النصف تحت سن 18. نسبة صغيرة فقط من جميع اللاجئين وصلوا إلى البلدان ذات الدخل المرتفع ما يعادل أقل من نصف مليون في عام 2011 [83].

1,3 اضطراب الشدة ما بعد الصدمة:

هل سبق أن تساءلت كيف يمكنك التكيف إذا أصبحت أسوأ مخاوفك حقيقة؟ حتى في الأوقات التي واجهت

فيها وضعاً مدمراً، هل تتذكر كيف كان رد فعل جسمك، ما كانت أفكارك وكيف تمكنت من تحمل الحدث؟ هذه التفاصيل من الصعب أن تُنسى عادة لأن مثل هذه الأحداث قد تغير إدراكنا للعالم، والطريقة التي نفكر ونعمل بها في حياتنا اليومية وعلاقاتنا الشخصية. بالنسبة لبعض الناس الذين عانوا العديد من الأحداث المؤلمة "تُحاصر" هذه الأفكار والأحاسيس في الذاكرة بطريقة غير منظمة وتؤدي إلى تفاقم الأداء الوظيفي للناس. إن عدد الناس من كافة أنحاء العالم ممن يعانون من أحداث ضاغطة نفسياً وصادمة أكثر بكثير مما قد نتخيل.

يشهد عالمنا الحروب التي تستهدف البشر في المقام الأول، في حين يتزايد التجنيد الشامل وتسليح الرجال في جميع أنحاء العالم. هناك انفجار في عدد الأفراد الذين تحولوا إلى المتطرف، مدفوعين بنداء العنف. وبالتالي هناك زيادة كبيرة في عدد الأشخاص الذين يعانون من البقاء على قيد الحياة في ظل ظروف غير إنسانية [40]. العدوان والحرمان له آثار مدمرة على الصحة العقلية، ما يؤدي إلى حالة طوارئ في الأمراض النفسية ذات أبعاد وبائية. ونحن نجادل بأن الأثر النفسي لهذا ليس مدمراً للفرد فحسب، بل أيضاً عامل في إدامة كل من الصراعات واعتلال الصحة النفسية.

أكثر من 20 بالمئة من سكان العالم يعيشون في فقر مدقع مع محدودية فرص الحصول على التغذية والتعليم وغيرها من الخدمات الأساسية، في ظل ظروف من التمييز الاجتماعي والإقصاء، ونقص الدخل والموارد اللازمة لضمان سبل العيش المستدامة والمشاركة في صنع القرارات الجماعية [90]. وهذا يفرض عبئاً ثقيلاً على حياة الإنسان. وكبشر، معظمنا ينمو ليكون مرناً نفسياً وقادراً على التكيف مع الأوضاع والتحديات الجديدة. ومع ذلك، مستبعد جداً أن نلاحظ المرونة النفسية للأشخاص عانوا بالفعل عدداً كبيراً من الأحداث الرضية منذ طفولتهم.

1,3,1 المعايير التشخيصية (DSM-5): اضطراب الشدة ما بعد الصدمة

يشير اضطراب الشدة ما بعد الصدمة (PTSD) إلى الصدمة والاضطراب المتعلق بالضغط النفسي الذي يحدث عادة بعد تجارب فردية أو أن يشهد الفرد صدمة شديدة تشكل خطراً على السلامة الجسدية أو على حياة الفرد أي شخص آخر. لا يؤثر اضطراب الشدة ما بعد الصدمة فقط على الصحة النفسية ولكن أيضاً يخلق ظروفاً صحية عامة مؤذية قد تدعو مزمنة إذا لم تعالج بشكل مناسب (Obscuring, 2004). قد يطور كلا من البالغين والأطفال اضطراب شدة ما بعد الصدمة ولكن يُتوقع أن تتباين الأعراض، كما سيتباين التأثير على مجالات مختلفة من الحياة. يتأثر الإدراك والأفكار وقد يكون الأفراد أكثر انشغالاً بالمحتوى الاقتحامي، والأوهام، والتفكير الانتحاري، والرهابات، وإعادة عيش التجربة. قد يزيد خطر الانتحار وقتل الآخرين نظراً لتغير الحالة العقلية [5].

يحدد التعريف الحالي لاضطراب الشدة ما بعد الصدمة (PTSD) في الطبعة الخامسة من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية- [5 (APA, 2013) DSM-5] المتلازمة كاضطراب نفسي ناجم عن عامل صادم خارجي (المعيار A) وتتكون من أربع مجموعات من الأعراض: اقتحامات (المعيار B)، التجنب (المعيار C)، التغيرات في الإدراك والمزاج (المعيار D)، التغيرات في الاستثارة والتفاعل (المعيار E)، وبالإضافة إلى ذلك يتضمن التشخيص مدة الأعراض (المعيار F)، التغير الكبير في الأداء الوظيفي (المعيار G) الذي تسببه الأعراض في الحياة اليومية، فضلاً عن غياب شروط الاستبعاد مثل إساءة استخدام العقاقير أو الحالات الطبية الأخرى (المعيار H). وعلى النقيض من تشخيصات DSM الأخرى، يتطلب حدوث ضغوطات ناجمة عن صدمة خارجية لتطوير اضطراب شدة ما بعد الصدمة.





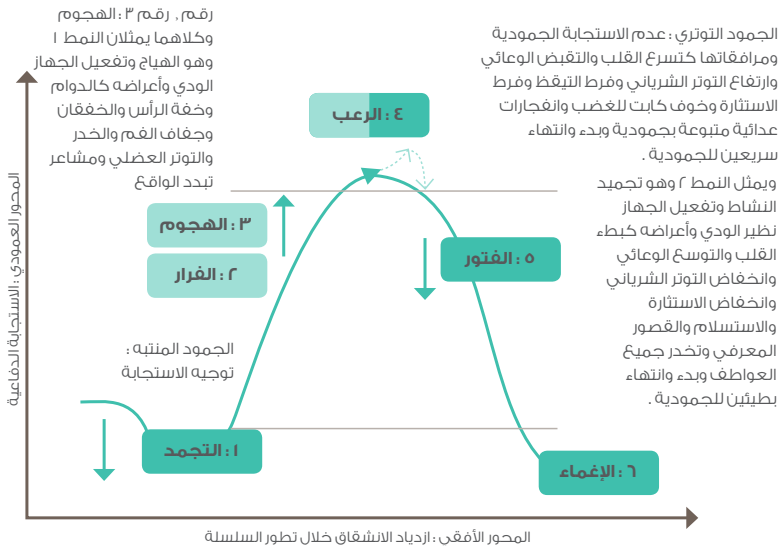
A	التعرض الفعلي أو التهديد بالموت أو الإصابة الخطيرة، أو العنف الجنسي في واحد (أو أكثر) من الطرق التالية: (1) اختيار الحدث / الأحداث الصادمة مباشرة. (2) شهود، شخصيا، الحوادث التي حصلت للآخرين (3) علم أن الحدث / الأحداث الصادمة حدثت لأحد أفراد العائلة أو صديق مقرب في حالات الوفاة الفعلية أو التهديد لأحد أفراد العائلة أو صديق مقرب أن يكون الحدث /الأحداث عنيفا أو عرضيا. (4) يتعرض بشكل متكرر أو شديد لتفاصيل مغيضة من الحدث / الأحداث الصادمة (على سبيل المثال، المستجيبين الأوائل لجمع الرفات البشرية، ضباط الشرطة المتعرضون بشكل متكرر لتفاصيل الاعتداء على الأطفال)، ملاحظة، لا ينطبق المعيار (4) على التعرض من خلال وسائل الإعلام الإلكترونية، التلفزيون.
B	وجود واحد (أو أكثر) من الأعراض الاقتحامية التالية المرتبطة بالحدث / الأحداث الصادمة، التي تبدأ بعد وقوع الحدث / الأحداث الصادمة: (1) الذكريات المتكررة، غير الإرادية، والاقحامية المزعجة عن الحدث /الأحداث الصادمة، ملاحظة، لدى الأطفال الأكبر من 6 سنوات، قد يحدث اللعب المتكرر الذي يتم التعبير عن خلاله عن موضوعات أو جوانب من الحدث / الأحداث الصادمة، (2) الأحلام المرعجة المتكررة التي يكون محتونها و / أو تأثيرها مرتبطا بالحدث /الأحداث الصادمة، ملاحظة، لدى الأطفال، قد يكون هناك أحلام مخيفة دون محتوى يمكن التعرف عليه. (3) ردود فعل انشقاقية (على سبيل المثال، ذكريات الماضي حيث يشعر الفرد أو ينصرف كما لو كان الحدث / الأحداث الصادمة تتكرر، (قد تحدث هذه التفاعلات في سلسلة متصلة، مع التعبير الأكثر تطورا وهي فقدان وعي فقدان تام بالحاضر ومحيطا) كدرب نفسي شديد أو طويل عند التعرض للمنبهات الداخلية أو الخارجية التي ترمز أو تشبه جانبا من الحدث /الأحداث الصادمة، (4) كدرب نفسي شديد أو طويل عند التعرض للمنبهات الداخلية أو الخارجية التي ترمز أو تشبه جانبا من الحدث /الأحداث الصادمة، (5) ردود فعل فيزيولوجية ملحوظة على منبهات داخلية أو خارجية ترمز أو تشبه جانبا من الحدث /الأحداث الصادمة.
C	التجنب المستمر للمنبهات المرتبطة بالحدث الصادم، تبدأ بعد وقوع الحدث /الأحداث الصادمة، كما يتضح بواحد أو كلا مما يلي: (1) تجنب أو جهود لتجنب الذكريات أو الأفكار أو المشاعر المزعجة حول الحدث / الأحداث الصادمة، أو المرتبطة بشكل وثيق به (2) تجنب أو جهود لتجنب المذكرات الخارجية (الأشخاص والأماكن والأنشطة والأشياء، والحالات) التي تثير الذكريات أو الأفكار أو المشاعر المزعجة حول الحدث / الأحداث الصادمة، أو المرتبطة، بشكل وثيق.
D	تبدلات سلبية في الإدراك والذاكرة المرتبطة بالحدث / الأحداث الصادم، بدأت أو تفاقمت بعد وقوع الحدث الصادم، كما يتضح من اثنين (أو أكثر) من التالي: (1) عدم القدرة على تذكر جانب هام من الحدث / الأحداث الصادم (لا يتم بشكل نموذجي عن فقدان ذاكرة انشقاقي وليس عن عوامل إصابة في الرأس أو الحكون أو العقاقير) (2) معتقدات أو توقعات سلبية ثابتة مبالغ بها حول نفسه، أو الآخرين، أو العالم (على سبيل المثال، "أنا سيئ"، "لا أحد يمكن الوثوق به"، "العالم مكان خطر تماما"، "جهازي العصبي ذمير بشكل دائم")، (3) استغراقات ثابتة ومشوهة عن سبب أو عواقب الحدث / الأحداث الصادم، تقود إلى لوم الفرد لنفسه / نفسها أو للآخرين. (4) حالة الفعالية سلبية ثابتة (على سبيل المثال، الخوف أو الرعب أو الشعور بالذنب أو الخجل). (5) تضاعف ملحوظ في الاهتمام أو المشاركة في الأنشطة الهامة. (6) مشاعر انفصال أو اغتراب عن الآخرين. (7) عجز ثابت في اختيار المشاعر الإيجابية (على سبيل المثال، عجز عن الشعور بالسعادة، أو الرضا أو مشاعر المحبة).
E	تبدلات ملحوظة في الإثارة والتفاعل المرتبطة بالحدث / الأحداث الصادم، بدأت أو تفاقمت بعد وقوع الحدث الصادم، كما يتضح من اثنين (أو أكثر) من التالي: (1) السلوك المستثار وفورات الغضب (من استغراق سببها أو بدون استغراق) يعبر عنه عادة بشكل عدوان لفظي أو جسدي تجاه الأشخاص أو الأشياء. (2) السلوك المنهزم أو سلوك التدمير الذاتي. (3) يقظة مفرطة. (4) استجابة الإفراط المفرطة. (5) مشاكل في التركيز. (6) اضطراب النوم (على سبيل المثال، صعوبة في النوم أو الاستمرار في النوم أو اللوم المتكرر).
F	مدة الاضطراب (المعايير B، C، D، E) أكثر من شهر
G	يسبب الاضطراب كبرا هاما سريريا أو اختلافا في المجالات الاجتماعية والمهنية، أو غيرها من المجالات الهامة للأداء الوظيفي.
H	لا يعزى الاضطراب إلى التأثيرات الفسيولوجية لمادة (على سبيل المثال، الأدوية والكحول) أو لحالة طبية أخرى.

ملاحظة: تنطبق المعايير التالية على البالغين واليافعين والطفال فوق عمر 6 سنوات

1,3,2 شلال أو سلسلة الدفاع

استجابة ما حول الصدمة (وتُعرف أيضاً بشلال أو سلسلة الدفاع انظر الشكل [1،72]) تتبع مسار ردود الفعل الفيزيولوجية التي تبدأ باستجابة ودية فورية (تجمد) وقد يبلغ ذروته برد فعل الخوف الودي أو تعطل الجهاز نظير الودي (الإغماء).

تتكون الاقتراحات المختلفة لنموذج سلسلة أو شلال الدفاع من العناصر التالية: " التجمد " في حال وجود مسافة كبيرة بين الموضوع (الشخص) والتهديد. "الفرار" عندما يتم تقليل المسافة. " هجوم " عندما تلغى المسافة؛ و " الجمود " في حالة إلغاء المسافة لفترة طويلة [58]. في الآونة الأخيرة، ثمة نموذج قام بدمج "الإغماء" كاستجابة محتملة أخرى [2، 44]. أولا، التجمد (استجابة توجيحية-OR) تسهل عملية إدراك التهديد عبر " توقف-انظر-استمع ". وقد أظهرت الأدلة، القيمة التنبؤية لانشقاق ما حول الصدمة المُبلغ عنه، في تطوير مشاكل الصحة العقلية بما في ذلك اضطراب الشدة ما بعد الصدمة [9]، وخاصة جمودية المقوية ما حول الصدمة كأحد عوامل الخطر [28]. يريد نموذجنا أن يملأ الرابط المفقود ويقترح ستة استجابات دفاعية، أبرزها الجمود، الفرار، الهجوم، الرعب، الفتور، وأخيراً الإغماء، حيث أنه وخلال استجابتي الهجوم والفرار تُنظّم ردود الفعل الجسدية بصورة رئيسية عن طريق الجزء الودي (ردود فعل الثوران) والاستجابات الثلاث التالية، ويهيمن على النصف الثاني من السلسلة، الإثارة نظيرة الودية، وتحديدًا استجابة الطيف الانشقاقي (ردود فعل الإغلاق: الخوف، الفتور، والإغماء)، فإذا ما تطورت أعراض اضطراب الشدة ما بعد الصدمة في أعقاب عامل صادم، فإنها كثيراً ما تعكس استجابة ما حول الصدمة المهيمنة [72].

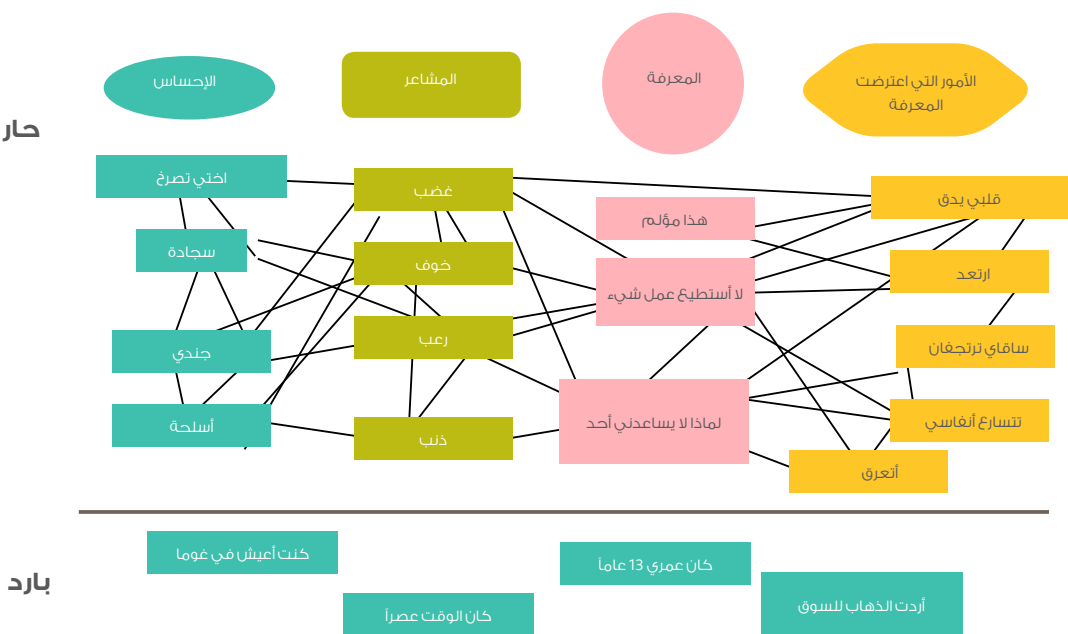


الشكل 1: المراحل الخمسة لاستجابة ما حول الصدمة [72]. 1. التجمد: إدراك للتهديد، يدخل الكائن الحي المرحلة الأولى من الجمود المنتبه؛ 2. الهجوم أو الفرار: اعتمادا على التجارب السابقة، وفرص الهروب، كذلك القوة النسبية للخصم، يُقرر الشخص بموجب تفعيل أقصى للسبيل الودي، ما هو الأنسب من بين خيارين: إما الهجوم أو الفرار؛ 4. الرعب: فشل الهجوم أو الفرار سيستهل رد فعل الرعب، غياب المقوية وعدم استجابة جمودية؛ 5. الفتور: مواجهة الاعتداء المتواصلة والتي ليس لدى للشخص فيها فرصة لهزيمة المعتدي (على سبيل المثال، التعذيب أو الاغتصاب)، تفعيل السبيل نظير الودي والأنظمة المرتبطة به يغدو مسيطراً. 6. الإغماء: رد الفعل النهائي هو الإغماء. المعلومات (الحسية والجسدية والعاطفية والمعرفية، والمكان والزمان، الحدث) لا تتم معالجتها بواسطة الدماغ ولا يتم تخزينها في الذاكرة.

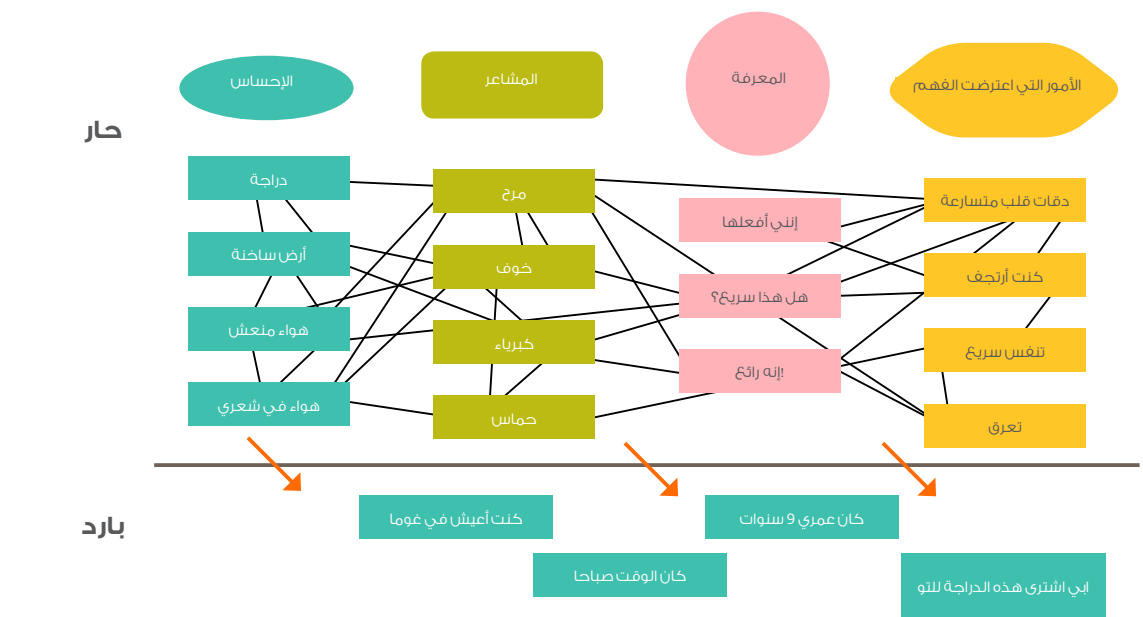
1,4 نموذج سلسلة أو شلال الدفاع:

خلال الحدث الصادر، تُخزن المعلومات الحسية والإدراكية بشكل رئيسي في الذاكرة (على سبيل المثال: صوت التنفس الثقيل، ورائحة العرق). يصبح العقل والجسم شديدي الاستثارة (سرعة ضربات القلب، التعرق، الارتجاف)، ويستجعا قوتيهما لإجراءات مثل الاختباء أو الهجوم أو الهروب. ثم تُكون العناصر الحسية، جنباً إلى جنب مع الاستجابات العاطفية والفسيولوجية المعرفية ذات الصلة ترابطات في الذاكرة المتعلقة بالتجارب الرضية. نشير إلى تخزين هذه المعلومات بالذاكرة الساخنة [47] كما تم اصطلاحها بذاكرة الوصول الظرفية، أو التمثيل الإدراكي الحسي، انظر [14، 47، 17]. ومع أي نوع جديد من الخبرة، تبقى هذه الذاكرة الساخنة متصلة بالمعلومات السياقية، أي الذاكرة الباردة (التي يشار إليها أيضا بذاكرة الوصول اللفظي أو التمثيل السياقي): فالغرد سيتذكر الحدث في سياقه، أي أين ومتى حدث ذلك؟

يُعزز التعرض لمثل هذا النوع من الأحداث مراراً وتكراراً، تعميم تمثيلها في الذاكرة. ومثل تلك التجارب الحسية والانفعالية تخزن في دارات الدماغ منفصلة عن تلك التي لها صلة بالمعلومات السياقية. وبحسب مبادئ التعلم الترابطي، فإنه يجري تخزين أي تجربة هامة في الشبكة العصبية المترابطة



الشكل (3): الشبكة العصبية الإدراكية للحدث الصادر، في اضطراب الشدة ما بعد الصدمة، لقد فقدت الذكريات الساخنة ارتباطها بنظام الذاكرة الباردة السياقية.



الشكل 2: (انظر الشكل 2)، والتي مع تكرار المحن، قد يتم إنشاء شبكة خوف، وهي مجموعة من الإشارات التي تواجه خلال الحدث الصادر (انظر الشكل 3). تضم شبكة الخوف هذه تمثيلات حسية ومعرفية وفيزيولوجية وتتضمن الاستجابة الانفعالية المتصلة بالتجربة (الذاكرة الساخنة). في اضطراب الشدة ما بعد الصدمة، تفقد الذكريات الساخنة ارتباطها بنظام الذاكرة الباردة السياقية (انظر الشكل 3).

نخلص إلى أن التعرض المتكرر إلى الأحداث المؤلمة، يؤدي إلى تشوهات لا تطال مضمون الأحداث فحسب، بل أيضا التنظيم الشامل وبنية كل من ذاكرة التخزين والاسترجاع؛ وكلما كانت تجربة الناجي أكثر تهديداً وأذى، زادت درجة التشوش.

على اعتبار أن تفعيل شبكة الخوف يعمل كاستعادة مخيفة ومؤلمة للذكريات، يتعلم العديد من المرضى الذين يعانون اضطراب الشدة ما بعد الصدمة، تجنب الإشارات التي تكون بمثابة تذكير بالحدث الصادر، إنهم يحاولون عدم التفكير أو الحديث عن أي جزء ممثل في شبكة الخوف والبقاء بعيدين عن الأشخاص والأماكن التي تذكرهم بهذا الحدث المخيف.

وبخلاف ذكريات الصدمة الساخنة البارزة، يواجه الناجون الذين يعانون من اضطراب الشدة ما بعد الصدمة من صعوبات في السياق البارد من سيرتهم الذاتية، أي أنهم غير قادرين على توجيه الخوف الذي رافق الأحداث بشكل مناسب في الزمان والمكان أو على هيكلة واضحة لهذه الأحداث المؤلمة في ترتيبها الزمني انظر الشكل 3 [74] مثل هذه التحديات، بالاقتران مع تجنب تفعيل هيكل الصدمات النفسية، يجعل من الصعب على مرضى اضطراب الشدة ما بعد الصدمة أن يسردوا تجاربهم المؤلمة [53]. من المرجح أن هذه الآليات من الذكريات المؤلمة لا تقتصر على اضطراب الشدة ما بعد الصدمة. الأفراد الذين يعانون من اضطرابات القلق الأخرى، والاكتئاب أو اضطرابات الأكل يشيرون أيضا في كثير من الأحيان إلى ذكريات اقترامية متكررة حيوية زاهرة بمحتوى مكرب للغاية ولكنها تفتقر لعناصر الذاكرة الباردة السياقية [13]

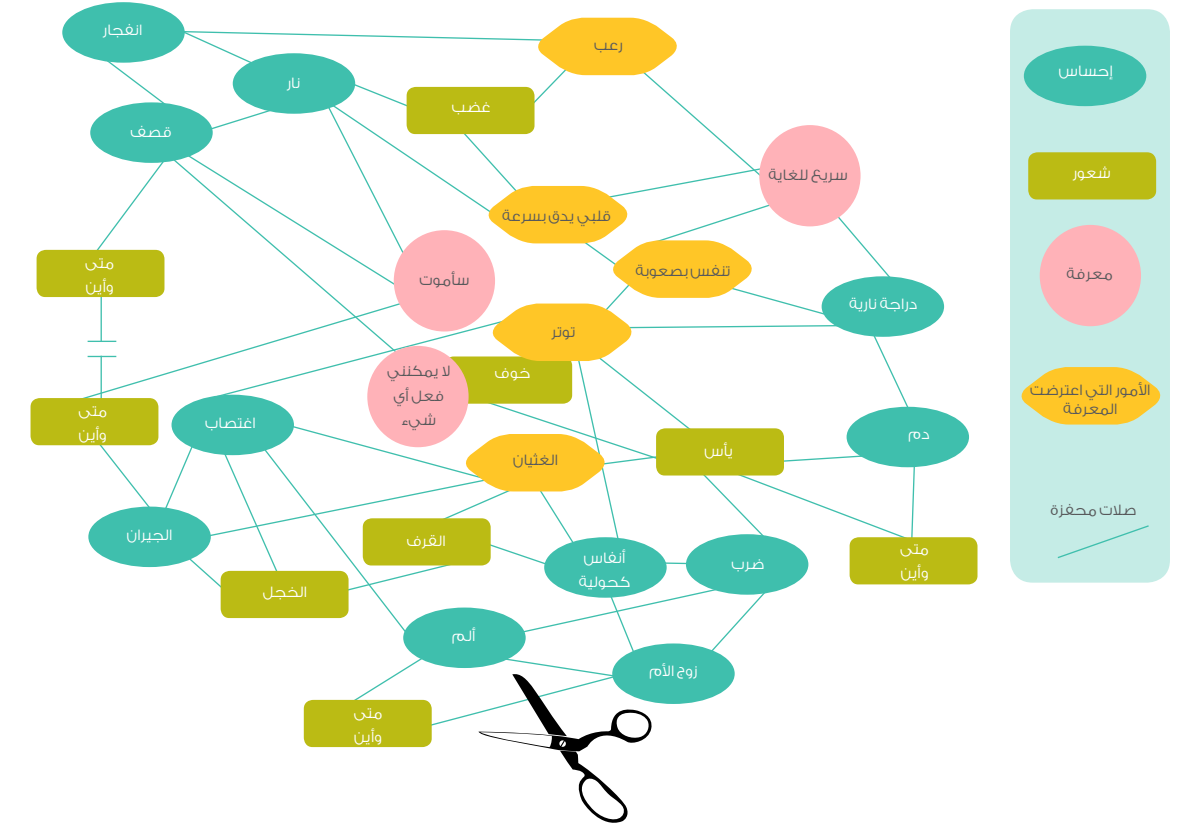
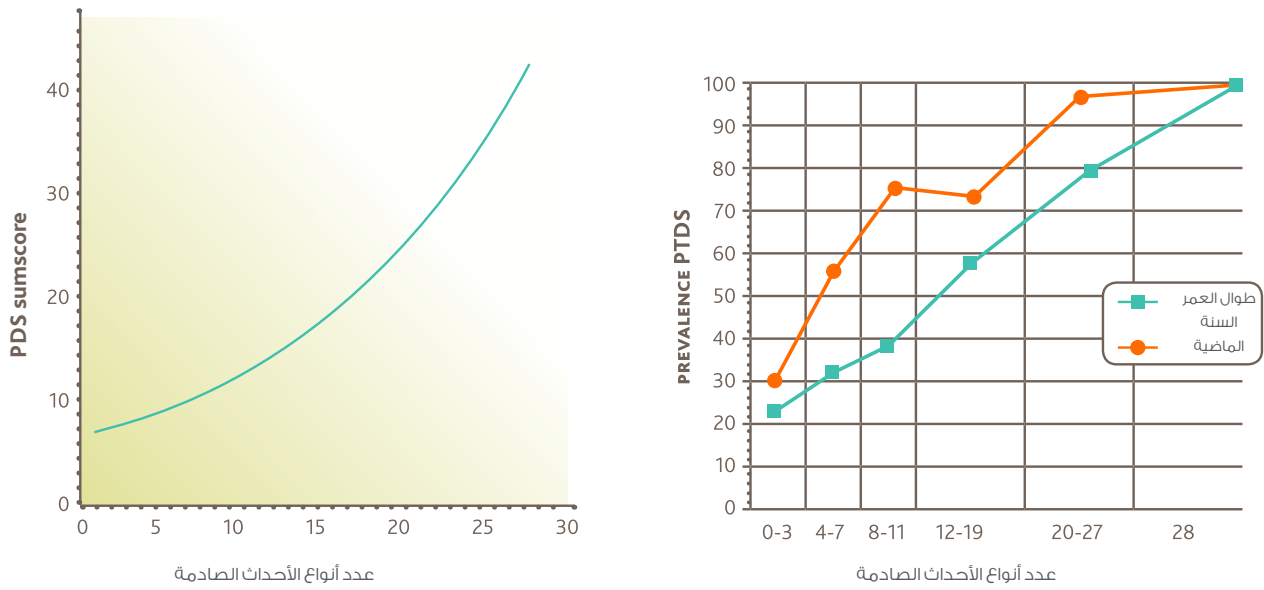
لنلاحظ أن الشبكة تتصل بنزعة الاستجابة (= العواطف)، والتي يمكن أن تكون إما استجابة ناقوس الخطر التي تنطوي على الهجوم والفرار أو استجابة انشقاقية (إلى حد الإغماء، أي تمثيل دور الميت) (Schauer & Elbert, 2010). وبالتالي، يمكن أن يحدث فقدان الذاكرة الانشقاقي أو "الإغلاق"، ليحل محل الاقترامات وفرط الاستثارة الانشقاق والتجنب السلبي. كلا النوعين من الاستجابة مُعدّة تطورياً وقد يُظهر المريض أي منهما، اعتمادا على الإشارات التي تنشط الذاكرة ذات الصلة. ويُعتقد أن العلاج بالتعرض السردى يعكس (يردّ) هذه الظروف المؤذية عن طريق تقوية الترابطات بالسياق.

نخلص إلى أن التعرض المتكرر إلى الأحداث المؤلمة، يؤدي إلى تشوهات لا تطال مضمون الأحداث فحسب، بل أيضا التنظيم الشامل وبنية كل من ذاكرة التخزين والاسترجاع؛ وكلما كانت تجربة الناجي أكثر تهديداً وأذى، زادت درجة التشوش.

1,5 تأثير عبء الصدمة بنى متراكمة :

مع المحن وعوامل الضغط النفسية التراكمية، تتوسع شبكة الصدمة، مما يؤدي في النهاية إلى أشكال من المعاناة المرتبطة بالصدمة؛ حيث يعجز الناجون عن وضع الإشارات التنبيهية في سياقها وهكذا يصبح الماضي هو الحاضر. الكاتب والناجي من المحرقة بريمو ليفي يصف مثل هذه التجارب في عمله " الهدنة":

"[...] أجلس [...] في بيئة مريحة هادئة، فيما يبدو من دون توتر أو أسى؛ بيد أنني أشعر بغم عميق ودقيق، وإحساس جلي بتهديد وشيك. في الحقيقة وببطء ووحشية كل شيء ينهار ويتحلل من حولي، المنظر، الجدران والناس، فيما يصبح الأسى أكثر حدة وإحكاماً. أنا لوحدي في مركز رمادي وكدر من اللاشيء، وأنا أعرف ما يعني هذا الشيء، وأعرف أيضاً أنني قد عرفته دوماً: أنا في لاجير (مخيم الموت)، وليس هناك ما هو حقيقي خارج لاجير. كل ما تبقى كان وقفة وجيزة، وخداعاً للحواس وحلم."



الذكريات السياقية الباردة، أي رموز (كودات) "أين" و "متى"، ليست شريكة في التفعيل بشكل متسق، على اعتبار أن بنية الدماغ لا تدعم تفعيل مكانين مختلفين في الوقت ذاته (مشغرة عن طريق "خلايا المكان" في قرن آمون). وهكذا تغدو شبكة الخوف / الصدمة متقطعة (يُرمز لها بالمقص) في الزمان والمكان، فيتعمم الخوف، مما يسبب مشاعر التهديد الوشيك. يُعتقد أن العلاج بالتعرض السردي يعكس هذه العملية عن طريق إعادة وصل الذكريات الساخنة والباردة، فيما يعزل آثار ذكري أحداث مختلفة (الشكل المعدل من [72])

وقد أظهرت كل أعراض اضطراب الشدة ما بعد الصدمة والاضطرابات ذات الصلة بالصدمة على نحو متكرر، ارتباطها من حيث الشدة، مع التعرض التراكمي للصدمة (Figure; Mollica, McInnes, Poole, & Tor, 1998; Neuner et al., 2004; Kolassa, 2007). وفي الآونة الأخيرة أصبح من الواضح أن المحن في مرحلة الطفولة هي البعد الرئيسي الآخر في التنبؤ باضطراب عقلي متعلق بالصدمة [15، 16، 54، 52]



2. العلاج بالتعرض السردي

السردى مع لحظة عن السيرة الذاتية لفترة الحياة. يشير الشكل (6) إلى الخطوط العريضة لهدف المعالج: تحديد ذرى الاستثارة عبر فترة الحياة. ويُرمز إلى فترات حياة الناجي والأحداث الشخصية الهامة له، من خلال طقس يسمى شريان الحياة أو خط الحياة. يتكون تمرين شريان أو خط الحياة من ترتيب أحداث الحياة الإيجابية والسلبية، التي يُرمز لها بالزهور والحجارة، على طول "الخط" (على سبيل المثال، حبل) في ترتيب زمني.

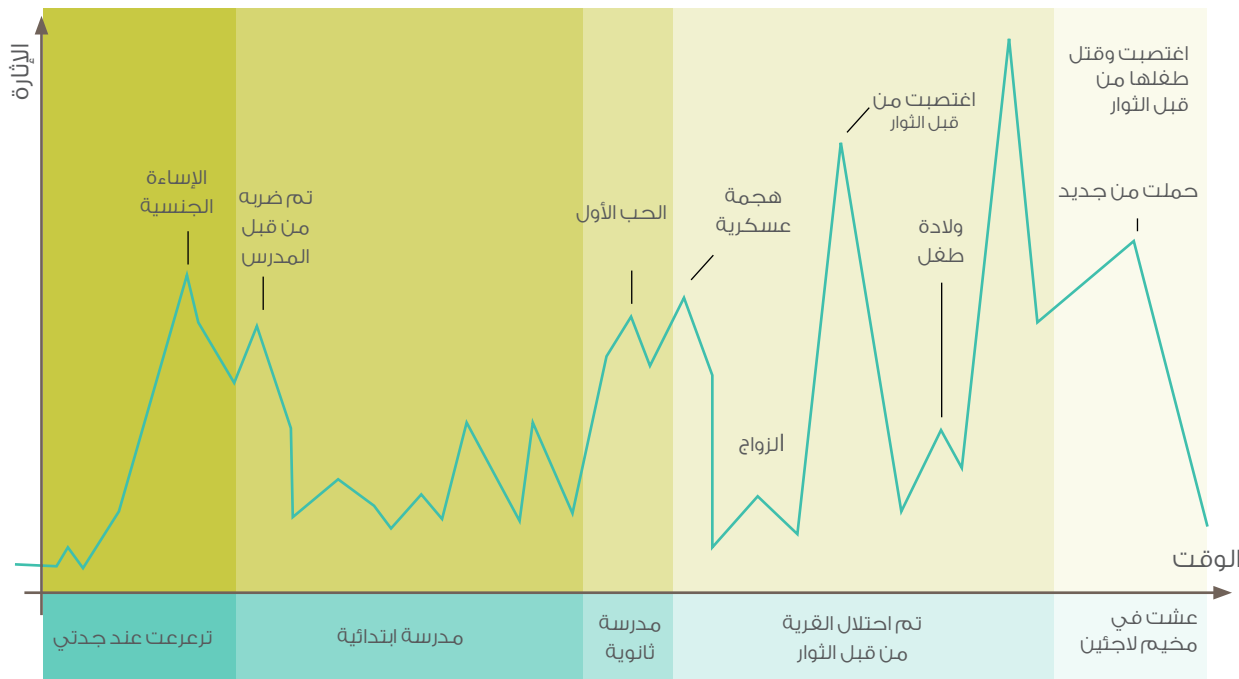
بتوجيه من المعالج، يضع المريض الرموز بجوار الخط فيما يقوم بتصنيفها بشكل موجز فقط-سيُفي بالغرض أن نصح أو نميز فقط. الغرض من شريان الحياة هو إعادة بناء أحداث الحياة الهامة ذاتياً في ترتيبها الزمني. ونظرة أولية خاطفة للأوقات والأماكن التي وقعت فيها الأحداث في سياق شامل لحياة الفرد، ستكون بمثابة مقدمة لمنطق العملية العلاجية.

يطرح المعالج أسئلة تتعلق بزمان ومكان وقوع الحدث، أي يركز على الذاكرة الباردة وينتقل فيها قبل تفعيل محتويات الذاكرة الساخنة بقوة. ينتبه المعالج إلى لغة جسد المريض. عندما يُظهر المريض أي علامات انفعال أو يبدأ في استعادة الصور أو الأحاسيس الأخرى، يُذكر المعالج المريض بأنه سيتم بناء العملية التفصيلية

ورواية الحدث في وقت لاحق، ابتداء من الجلسة المقبلة. ينبغي الانتهاء من تمرين شريان أو خط الحياة في جلسة واحدة. وإلا فإن تواطؤ التجنب بين العميل والمعالج قد تؤخر عاملاً شغائياً أساسياً، أي التعرض التخيلي للتجربة الرضية.

وفقاً لهيكل تمثيلات الذاكرة الصادمة، يجب أن يكون الهدف من العلاج الموجه للسبب هو إعادة ربط الذاكرة الساخنة بالباردة، مع التركيز على أكثر التجارب استثارة. لذلك في العلاج بالتعرض السردى بأنواعه يبني العميل بمساعدة المعالج السرد الزمني لقصة حياته مع التركيز على التجارب الصادمة. وضمن عدد محدد مسبقاً من الجلسات، عادة حوالي 4-12 جلسة مدة كل جلسة 90 دقيقة، سيتم تحويل التفاصيل المتجزئة من التجارب المؤلمة إلى سردية متماسكة. يعتبر الفهم المبني على التفهم الوجداني والإصغاء الفعال والانسجام والتقدير الإيجابي غير المشروط من العناصر الرئيسية لسلوك المعالج ومواقفه. يستكشف المعالج في خبرات الضغط النفسي الصادم المعلومات الحسية، والاستغراق الناتجة، والاستجابة الوجدانية والفيزيولوجية بالتفصيل ويسبر المشاهدات المتعلقة بها. يتم تشجيع المريض على إعادة عيش هذه التجارب أثناء سردها، دون أن يفقد صلاته بها الآن. وعن طريق التذكير الدائم بأن المشاعر والاستجابات الفيزيولوجية ناتجة عن تفعيل الذكريات (الساخنة) يربط المعالج هذه التمثيلات الذاكرة بالوقائع العَرَضِيَّة، أي بالزمان والمكان (الذاكرة الباردة). ولا يتم إنهاء التعرض المتخيل المتعلق بالماضي المؤلم حتى يُظهر المريض انخفاضاً واضحاً بالعاطفة ذات الصلة وخاصة الخوف. بهذه الطريقة، يكون المعالج داعماً بل وحتى موجهاً في استخلاص المعلومات من السرد من أجل استرداد المعلومات الضمنية للصدمة بمجملها. يمكن أن تُسجل شهادة الناجين من العنف الأسري، والعنف الجنسي القائم على النوع الاجتماعي أو العنف المنظم، وتُستخدم لأغراض توثيقية و تدخل مجتمعي نشير إليه كوقائع العلاج بالتعرض السردى (لمزيد من التفاصيل يرجى الرجوع إلى قسم 4).

بعد تقييم الحالة الصحية العقلية للفرد، يُقدّم تثقيف نفسي للناجي، مع التركيز على شرح اضطراباته وأعراضه، وإذا كان ذلك مناسباً ذكر عبارة حول عالمية حقوق الإنسان، يليها خطوط عريضة حول الأساس المنطقي للعلاج متلائمة مع القدرة المعرفية للناجي (العمر، والتعليم الرسمي وما إلى ذلك). ثم يبدأ العلاج بالتعرض



الشكل (6): تختلف الاستثارة العاطفية اختلافاً كبيراً عبر مراحل العمر. يحدد تمرين شريان أو خط الحياة قمم الاستثارة فوق العتبة برمز: يُرمز للتكافؤ السلبي بحجر، والإيجابي بزهرة، ويحدد لهما مكان (على سبيل المثال، منطقة غوما) وزمان (على سبيل المثال، 5 سنوات)؛ من الناحية المثالية نحدد حدثاً معيناً، (مثل "الولادة") أو على الأقل حدث عام ("عندما زارنا عمي"). يمكن دائماً أن نعين فترة حياة ("عندما ذهبت إلى المدرسة"، "عندما كنت أعمل في روتشورو"). لمزيد من التفاصيل انظر [74، 76]

في الجلسة اللاحقة، يبدأ السرد بمعلومات أساسية ضرورية وثم في أبكر الأحداث استثارة في حياة المريض ويستمر بالتتابع مع مرور الوقت. يمكن أن تُستخدم فترة ما قبل الصدمة كفترة زمنية يتم خلالها تأسيس العملية العلاجية الجوهرية، وتمنح العلاقة الجيدة بين المريض والمعالج أو اللحظات المثيرة في وقت مبكر من حياة المريض، أرضية للعملية العاطفية والتواصل.

أثناء إجراء السرد، يواصل الناجي روايته لقصة حياته في ترتيب زمني. وحيثما يحصل "حجر" (حدث رضي)، يجري عيش الحدث لحظة بلحظة مع إعادة معالجة التفاصيل الحسية والمعرفية والعاطفية والجسدية للمشاهد الرضية، بما يضمن تشابك عناصر ذاكرة الساخنة والباردة، وصنع معنى وتكامل. خلال سرد الأحداث، يُهيكل المعالج الموضوعات ويساعد على توضيح الوصف الملتبس.

يتولى المعالج دوراً يُظهر فيه قبولاً وتفهماً وجدانياً. ويشير إلى التناقضات فيما يُقدمه المريض بلطف، وغالباً ما يتم حلها عن طريق رفع الوعي العميق حول الأحاسيس الجسدية أو الأفكار المعادة. يُشجع المريض ليصف الأحداث الرضية مع تفاصيل حسية والكشف عن الإدراك، العواطف والمعارف التي خبرها في ذلك الوقت. أثناء أو بعد الجلسة، يكتب المعالج نسخة من رواية المريض أو مسودات مذكرات موجزة بجانب شريان أو خط الحياة الذي تم رسمها أو تصويرها. في جلسات لاحقة، يجري تكرار السيرة الذاتية بشكل موجز، مؤكداً الآن على الذكريات الباردة لهذا الحدث. قد يضيف المريض تفاصيل قد تكون غابت عنه ويشعر بأنها مهمة، ثم تجري معالجة لاحقة لقمم الاستثارة العاطفية (الحجارة والزهور التالية)، أي، تضاف التجارب المؤلمة الإضافية إلى السردية.



يتكرر هذا الإجراء في جلسات لاحقة حتى يتم إنشاء النسخة النهائية من خط حياة المريض واستكمال تسليط الضوء على السيرة الذاتية كاملة. ثمة العديد من الخيارات للجلسة الختامية. قد يتم الانتهاء من خط الحياة واستخدامه كأداة لمراجعة حياة المريض. في الحالات التي يسجل فيها السرد بالكامل بشكل مكتوب، يمكن قراءة الوثيقة بصوت عال للمريض. ويوقع المريض، والمترجم إذا كان موجوداً، والمعالج على خط الحياة و/أو الرواية المكتوبة. وتُسلم نسخة من الوثيقة الموقعة للمريض. وبموافقة المريض أو بناءً على طلبه، قد تُمرر نسخة أخرى إلى المحامين أو (على شكل مصدر مجهول) إلى منظمات حقوق الإنسان كتوثيق لهذه الأحداث. إضافة إلى ذلك، يمكن أن تستخدم الطقوس للتخفيف من الحداد والحزن. وأخيراً، قد تُقدم استشارة للمريض حول كيفية المضي قدماً في الحياة، ويحتمل أن يُعرض أكثر من ذلك، أما الآن الجلسات موجهة نحو المستقبل (مثل التكيف مع الدور الجديد لللاجئ أو التعامل مع العلاقات لامرأة تعرضت للضرب).

2,2 العلاج بالتعرض السردي خطوة بخطوة:

تتبع الإجراءات التالية دليل العلاج [74]

الجلسة 1: التشخيص والتثقيف النفسي:

قبل التقييم التشخيصي للاضطرابات المتعلقة بالصدمة، نوصي باستخدام قائمة مرجعية موسعة حول العنف الأسري وغيرها من عوامل الضغط الرضية التي تشمل خط الحياة بأكمله. في حالة ضحايا الجنس والعنف الجنسي القائم على النوع الاجتماعي (SGBV) ثمة قوائم محددة لتحديد نوع وشدة وتواتر التعرض لمثل هذه الأحداث. تُوفر هذه القوائم للمعالج دلالة على تاريخ الصدمة لدى المريض وتقترح أي الأحداث يجب أن تظهر على شريان أو خط الحياة. من الأهمية بمكان للناجين من الصدمة أن يتعلموا وضع تصور مفهومي وفهماً لحالتهم، وعلاوة على ذلك، فهم يحتاجون إلى شرح حول دوافع المعالج وقدرته على الاستماع إلى أسوأ القصص ("أنا هنا لمساعدة الناس الذين عانوا من ظروف ضاغطة للغاية مثل الحرب والاغتصاب والتعذيب والمذابح أو الكوارث الطبيعية وتوثيق انتهاكات حقوق الإنسان التي حدثت. [...]) ونحن نأمل أن نستخدم ما نتعلمه منك لتحسين الطريقة التي يُقدم فيها الدعم والاحترام للناجين من الضغط النفسي الشديد في المستقبل").

إذا كان الشخص يعاني من أعراض اضطراب متعلق

بالصدمة، فمن المستحسن المضي قدماً في التثقيف النفسي مباشرة بعد التشخيص. من المهم أن يتم تقديم شرح للمريض أن الإنذار و / أو الاستجابات الانشغاقية هي جزء من ذخيرة الدفاع عند كل البشر وأن أعراض الصدمة تنتج عندما نشهد الأحداث الشديدة والمؤذية مراراً وتكراراً. نشرح أن الذكريات المؤلمة هي ذكريات اقتحامية، والتي قد تتعرض بسبب إشارة حسية واحدة، أو حالة داخلية، في العقل والجسم. نوفر المعلومات حول أن هذه الاقتحامات تُدرك بمثابة تهديد حالي، وتُبقى الناجين في حالة من الاحتراس طالما لم تحل الصدمة. تتطلب الصور والأصوات والروائح الاقتحامية جنباً إلى جنب مع المشاعر التي تُستثار، معاملة واعية قبل أن يتم نقلها إلى الماضي. وسيحدث ذلك أثناء سير العلاج. يُقدم مخطط تمهيدي عن الإجراء العلاجي للمريض بمثابة عرض. في بعض الأحيان، يعتقد بعض المرضى أنهم "مخلوقات الله المنحوسة" أو أنهم "ملعونون" ولا يستحقون العلاج. غالباً ما يكون مفيداً في هذه الحالات الانطلاق من أن توثيق انتهاكات حقوق الإنسان يسوغ وحده الجهد المشترك للمشاركة في العلاج. وجد آخرون الفرح في أعمال العنف التي ارتكبوها وهم فخورون بروح الفريق في العصابات أو الجماعات المسلحة. هناك العديد من الأسباب التي قد تجعل أحد الناجين يشعر بالخجل أو بالذنب أو يعتقد أن المعالج لن يحب ما سيسمعه عن بعض التفاصيل من حياة الفرد. كمعالج، من المهم أن تطمئن الشخص أنك تملك المهارات المهنية لدعم الإدلاء بالشهادة وأن مهمتك الرئيسية هي توفير تجربة مفيدة. بغض النظر عن التفاصيل المثيرة للجدل أو خلاف ذلك.

باختصار، يتضمن التثقيف النفسي العناصر التالية:

التطبيع يُفهم المعالج المريض أنه من الطبيعي أن يكون هناك ردود فعل كهذه بعد الصدمة.

أمثلة عن التطبيع:

"أي شخص سيعاني من الكرب بعد الذي اختبرته. تُعرف خبرات الصدمة هذه بعد أحداث كهذه، برد فعل ما بعد الصدمة. صُمم الدماغ البشري لتعزيز البقاء. ولذلك، فإن عقلنا وجسمنا صنعا بطريقة سيُدركان ويُخزان المعلومات المُهددة بدرجة كبيرة. ولأن هذا حصل معك، فإن جسمك في حالة بحث عن توقع الخطر قبل حدوثه مرة أخرى. من الأفضل كثيراً بالنسبة لنا البشر الضعفاء أن نكون شديدي الحذر واليقظة. لكن هذا استراتيجية للبقاء، وهي مؤلمة ومرهقة للغاية، كما تعلم. ولم يعد هناك حاجة لها الآن، ذلك أن الحدث الذي نجوت منه قد حدث في الماضي".

الشرعة:

يشرح المعالج للمريض أن الأعراض التي يختبرها اليوم هي نتيجة الاستجابة للوضع الصادم.

أمثلة عن الشرعة:

"إن المشاكل التي تعاني منها الآن مثل [نذكر أعراض المريض] ليست استجابات كيفية لحياتك الحالية. ففي وضع مهدد للحياة، يصبح الناس في غاية الاستثارة (يجافيهم النوم)، يركزون على الخطر (وليس التركيز على أمور أخرى)، ويصابون بالخدر (عدم الشعور بأي ألم في الجسم). وخلال الحدث، كان جسمك وعقلك في وضعية الإنذار (على سبيل المثال، التعرق، تسرع ضربات القلب، والتنفس السريع)، وهذه حالة شائعة لجسمك في أعقاب حدث صادم".

الجلسة 2: تمرين خط الحياة:

يُظهر خط الحياة في العلاج بالتعرض السردى، أبرز المعالم العاطفية في حياة الفرد بطريقة طقسية ورمزية. بموجب هذا يضع الناجي الأحداث الكبرى على طول الحبل أو السلسلة التي ترمز إلى التدفق المستمر لزمن السيرة الذاتية. تُعين الزهور الأحداث الكبرى السعيدة والأوقات الجيدة في الحياة على سبيل المثال، الظروف الإيجابية التمكينية، لحظات الإنجاز، العلاقات المهمة وخبرات الغبطة والقبول. وبهذه الطريقة، يمكن أن تخدم الزهور كموارد. ترمز الحجارة إلى المحن المخيفة والخبرات الصادمة مثل الأحداث التي تهدد الحياة أو أي شيء يُثير رد فعل الإنذار أو يثير الاستجابة الانشغاقية، مثل الإساءة والاغتصاب والاعتداء أو الأذى أو الضرر أو الأسر، أو الكوارث الطبيعية، أو الحوادث، الخ. يضع الناجون عادة الحجارة أيضاً مكان اللحظات الصعبة في الحياة، مثل الأوقات العصيبة (الطلاق والطرד والمرض).

وبينما قد تعقد الرموز الإضافية التمرين – فإن الزهور والأحجار تحمل رسالة واضحة وتمنح هيكلية. ومع ذلك، قد تلبي رموز إضافية، احتياجات حالات خاصة: يمكن وضع شمعة وإضاءتها للخبرات الحزينة جدا التي تسبب الحزن المستمر، مثل وفاة عزيز. كما قد لا تكون الأفعال الجرمية التي ارتكبوها المعتدون أو الجناة، بالضرورة ذات تكافؤ سلبي، وبالتالي ربما لا يكون الحجر الرمز المناسب، ولن تكون الزهرة مناسبة لنصر تحقق بعد مجزرة. وبالتالي يمكن إدخال رمز أكثر حيادية لهذه الحالات: كأن نستخدم عصا صغيرة ترمز إلى المشاركة في أي شكل من أشكال العدوان أو العنف، بما في ذلك القتال [35، 18، 17، 41]

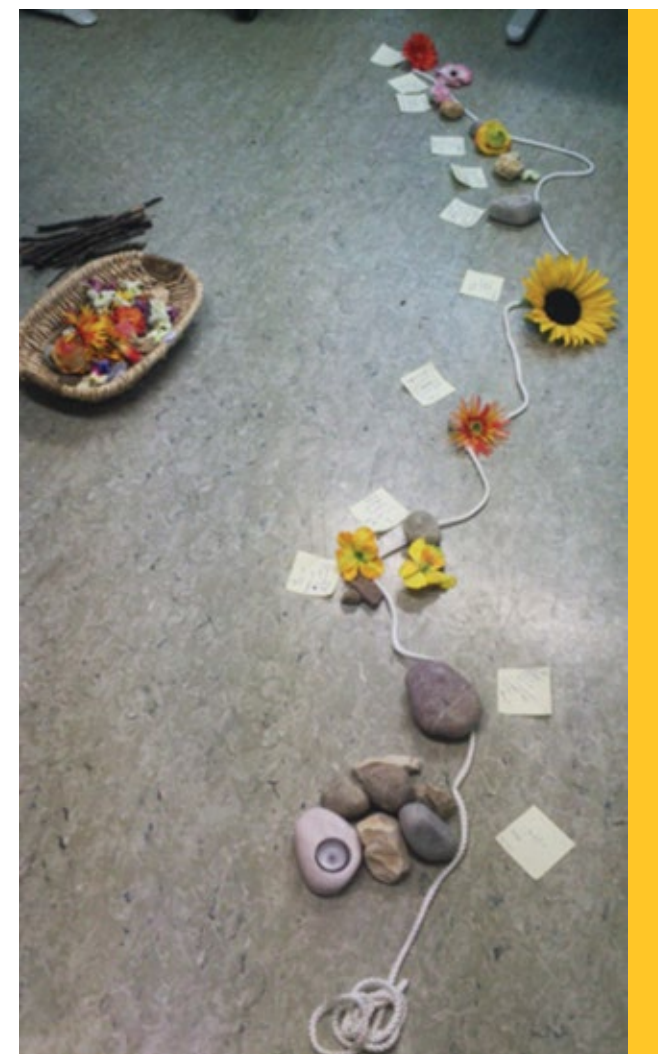
من الجيد تقديم مجموعة متنوعة مختلفة الحجم، والألوان والأشكال من الحجارة والزهور، وذلك لإعطاء خيارات لتمثيل الأحداث. عندما يتم وضع حبل / سلسلة على الأرض، يشجع المعالج الفرد على البدء في وضع رموز على طول الخط. يوجه المعالج المريض إلى وضع اسم وعلامة على الأحداث الهامة ونقاط التحول في الحياة، متبعاً الترتيب الزمني. وعن كل حدث يتضمن استثارة يجب أن يُجاب عن أسئلة "متى؟"، "أين؟"، و "ماذا؟" بوضع كلمات فقط، دون الخوض في التفاصيل (على سبيل المثال، "في المدرسة الثانوية، عام 2006، أعيش في مسقط رأسي (غوما)، اغتصبي جاري" أو "أعيش هنا في هذه المدينة (بوكافو)، منذ بضعة أشهر خلت، صدمتني سيارة"، أثناء ولادة طفلي الأول واسمه جوني في عام 2005، في مستشفى روتشورو، أُجبرت على الخضوع لعملية قيصرية"، وما إلى ذلك). يُلصق، أو يربط المعالج اسم لكل رمز ويدون أين ومتى. إن منح الرمز تسمية مختصرة واضحة وإعطاؤه عنوان، أمر مهم لبناء الثقة في مقاربة الذكريات الحارة.

ومع ذلك، من المهم ألا نذهب إلى عمق أكبر في هذه المرحلة، لأن تمرين خط الحياة ليس هو الوقت المخصص للمشروع في مواجهة مضمون الحدث. خلال هذه المرحلة من إجراء خط الحياة، يوجه المعالج الفرد للبقاء في جانب الذاكرة الباردة (أسئلة تركز على الحقائق والأسماء والتواريخ الخ بدلاً من التركيز على العواطف، والأحاسيس، والفيزيولوجيا وغيرها). تمرين خط الحياة ليس سوى لمحة عامة عن الأحداث الهامة في الحياة – خارطة الطريق". وفي هذا الصدد، فإنه من المفيد تثبيت الاستقرار والتهدئة بعد وضع كل رمز، خصوصاً الحجارة، قبل وضع الحدث القادم. يبقى التركيز على متى –تسمية الفترة الزمنية لخط الحياة –وأين، وليس على ماذا. وإلا "فإن المشاعر تتراكم صوب خط الحياة وتختلط الانفعالات وتتشوش.

بهذه الطريقة يمكن اعتبار أداة خط الحياة في العلاج بالتعرض السردى خطوة أولى مفيدة نحو مناقشة المادة الرضية [76] استخدم خط الحياة لأول مرة في علاج الصدمات النفسية مع الأطفال: العلاج بالتعرض السردى للأطفال [59] واستمر استخدامها على هذا النحو [16، 66، 25، 35، 18، 41]

وفي وقت لاحق، جرى اعتماد طريقة خط الحياة الكلاسيكية في العلاج بالتعرض السردى مع مجموعات مختلفة من الناجين الكبار من صدمة متعددة ومعقدة [17، 71، 16، 33، 34، 61، 79]. وهناك دليل واضح على فعالية العلاج بالتعرض السردى من خلال إدماج خط الحياة في خطة العلاج.

بيد أنه تم تأكيد نجاح العلاج بالتعرض السردى بدون الوحدة الخاصة بخط الحياة [56، 73، 74، 37] وأيضا، كيديل عن ذلك، مع وحدة خط الحياة في نهاية العلاج [87]. على العكس من ذلك، لم تثبت فعالية سريرية لتمرين خط الحياة كإجراء مستقل في علاج الأفراد المصابين بصدمات نفسية، ولبن يُتوقع ذلك على أساس الافتراضات النظرية.



مثال على خط الحياة باستخدام الزهور والحجارة والشموع كرموز

الجلسة 3: سردية الحجرة:

يبدأ السرد في الجلسة الثالثة، اعتبارا من بداية الحياة المبكرة. ينبغي أن يتعامل التسلسل الزمني للسردية، مع الأحداث الأكثر استثارة للمريض. ويجب عدم إهمال الخلفية العائلية: كيف نشأ المريض، كيف كانت علاقته مع والديه، وما هي رموز التعلق والروابط التي لعبت دوراً في المراحل النمائية الأولى ("متى ولدت وأين؟ من قام بتنشئتك؟ أي الأشخاص كانوا عائلتك؟ ما أخبروك عن السنوات الأولى من حياتك؟ قبل جلساتك الخاصة بك، يجب أن تبقى مناقشة فترة ما قبل الصدمة محدودة، كي لا تتجنب سرد المزيد من المواد الصعبة في وقت لاحق. وعادة يتم تخصيص الوقت للعمل خلال التجربة الرضية الأولى خلال نفس الجلسة المزدوجة (90-120 دقيقة) حيث يبدأ السرد. التعبير الكامل عن الخوف والاستجابة الدفاعية مرغوب فيه الآن خلال التعرض التخيلي، للسماح للفرد بتخفيف الاستثارة لاحقا والتي تحدث عند سرد الفترة التي أعقبت النقطة الساخنة الأكثر تهديدا. يجب أولا إعادة جمع المعلومات السياقية بشكل واضح، ثم يُبلغ عن هذا الحدث بالتفصيل، وأخيرا، يُوضع في الماضي من منظور الحاضر:

متى: الوقت والإطار.

تثبيت زمن وقع الحادث، الفترة الزمنية من خط الحياة؟

الفصل؟ تاريخ اليوم؟

يتواتر لدى الأشخاص الذين يعانون من اضطراب شدة ما بعد الصدمة المعقد، التشوش فيما يتعلق بزمن وقوع الأحداث أو في أي ترتيب. إذا لم يكن الشخص يتذكر التاريخ المحدد أو العام الذي وقعت فيه الحادثة يمكنه وصف الفترة من السنة (على سبيل المثال. في الشتاء أو الصيف، خلال عطلة عامة / دينية).

أين: الموقع والنشاط.

تثبيت مكان وقوع الحادث بأكبر قدر ممكن من الدقة. أين كان الشخص في ذلك الوقت؟ يمكن وصف الموقف بناء على ما يتذكر الشخص، مثل المناطق المحيطة به، وبعد المسافة عن مكان إقامته، إذ أنه في بعض الحالات يتشوش الناس حول الدقة في المكان. ابدأ بالسؤال عن التفاصيل الحسية للمشهد، والمنزل، والطريق الخ

ماذا؟

ابدأ السرد، وعندما تبدأ الاستثارة في الارتفاع.

عندها فقط، يتحول المعالج إلى الحركة البطيئة. قد يحتاج الأمر بعض الشجاعة من العميل والمعالج لأن يُبطأ عمداً ويُستدعى ما حدث بالتفصيل. يدعم المعالج معالجة المواد عن طريق السماح للاستجابات الانفعالية بأن تأخذ مجراها. يتضمن تفعيل الذاكرة الساخنة (العناصر المرتبطة بها من الخوف / هيكل الصدمة) التسلسل التالي: الإحساس ("ماذا رأيت؟ سمعت؟ شمت؟ وكيف كانت وضعية جسمك...")، والاستعراف ("بم فكرت؟")، والعاطفة ("بم شعرت؟"، لاحظ بأن المعالج لن يكون قادرا على فهم مشاعر عميل، طالما أن الأفكار المرتبطة بها غير معروفة)، والاستجابات الفسيولوجية (ضربات القلب، والتعرق، وبرودة اليدين الخ) ومحتوى المعنى. يساعد المعالج على وضع الذاكرة الساخنة في كلمات ويربطها بتدفق السيرة الذاتية، أي يجعلهما متوافقين في السرد. بشكل أساسي، يستمر المعالج في الدفع حتى يتم وضع التجربة، خصوصا العواطف، في كلمات ويبدأ العميل يشعر بالراحة. والتوقف في أي وقت قبل هذه النقطة ضار. يصل المعالج إلى الهدف، عندما يمكن صناعة فيلم جيد من وصف العميل. فكرة حسنة أن يسمح المعالج بتشغيل هذا الفيلم الصغير في عقل الشخص، رغم أن ذلك يحدث كما لو أنه يتحرك مع الناجي، كتفا إلى كتف عبر المشهد.

الآن!!

دع المريض يقابل بين مشاعر الماضي والحاضر معاً مع ما يرافقها من أحاسيس جسدية حالية: المريض: "في وقت وقوع الكارثة، شعرت بالرعب، والآن وأنا أنظر إلى الوراء، أشعر بالحزن". المعالج: "يمكنني أن أرى أنك تتنهد"، "عيناك تدمعان حتى الآن". "هل يمكنك أن تشعر بالخوف في جسمك الآن؟ أين تشعر به؟" سيسمح هذا للشخص بتطوير وعي حسي أفضل. لا حاجة للتردد عند محاولة تسمية استجابات المريض العاطفية: فالمريض سيُخبر المعالج على الفور إذا لم يسمَ المشاعر بشكل صحيح. حالما يوضع الخوف في كلمات، يدرك العميل أنه لا يوجد خطر حالي وأن مصدر الإثارة هو ذكرى التهديد وليست لحظة التهديد نفسها. بالتالي، ستتناقص الاستثارة.

هام: بعد خفض الاستثارة بشكل ملحوظ، تأكد من إغلاق السرد لهذه الجلسة.

حتى إذا بدأ وقت الجلسة بالنفاذ، فإنه من الأهمية القصوى وضع نهاية واضحة للحدث الصادم الذي تم العمل عليه. تحقيق هذا الإغلاق يكون عن طريق الانتقال إلى الوقت الذي جرى تلو الحدث مباشرة. للقيام بذلك، يطلب المعالج من العميل أن يتحدث في بضع جمل على الأقل ما حدث في الفترة الزمنية بعد الحادث. في حال بدا أنه من الصعب التحرر من العواطف الناجمة عن التعرض التخيلي، قد يكون مفيداً أن نسأل كيف تمكن الناجي من العيش في أعقاب هذا الحدث لكي يمضي قدماً (ساعات، أيام، أسابيع وشهورا بعد ذلك). تساعد هذه الاستراتيجية في الانتقال من التوتر والانزعاج في الذاكرة الساخنة نحو إغلاق الجلسة عن طريق مواءمة اتجاهها مع خط الحياة في العلاج بالتعرض السردى الذي اعتاده العميل بالفعل. من المهم توضيح الفترة الزمنية التالية للحدث الصادم من أجل تمكين المريض من دمج الحدث في قصة الحياة أكبر. خلال "التعرض" تتصاعد الاستثارة والعواطف السلبية. خلال "الإغلاق" تأخذ الاستثارة في التناقص، ويدعم المعالج عملية التهذئة هذه. كن دائماً واضحاً حول الاتجاه الذي تقوده.

الرباط:

يولي المعالج اهتمامه إلى الشفاء من الألم الاجتماعي. يسمح الموقف الدافئ، المتفهم وغير الحكمي من المعالج أثناء معالجة الأحداث بشفاء جروح التعلق. تدعو هذا المهمة إلى توطيد تجارب تصحيحية للعلاقات من خلال إعادة زيارة حالات الألم الاجتماعي القديم بوجود وبدعم من العلاقة العلاجية. بالتالي، فإن قوس التوتر داخل الجلسة يبدأ بسرد القصة قبل الصدمة، ثم التقدم نحو التفاصيل التي تشكل الصدمة نفسها، ثم تمتد إلى الفترة التي تحدث بعد فترة وجيزة من انتهاء الحدث الصادم. وهذا يسمح بتموضع الصدمة والصراع في السياق وتوجيه المريض في زمان ومكان الحدث، وأيضاً في سياقه العاطفي وسياق المعنى. لإنهاء جلسة التعرض وقبل الوصول بالجلسة إلى نهايتها، سيتأكد المعالج من خلال الملاحظة والسؤال حول ما إذا كان مستوى استثارة المريض قد تراجع وأن لديه مرة أخرى القدرة على احتمالها في الواقع الراهن.

الجلسة 4 والجلسات اللاحقة: إتمام السرد:

في الجلسات اللاحقة، سيتم تلخيص السردية التي جرى التوسع فيها في الجلسة السابقة، وسيواصل سرد الحياة اللاحقة والأحداث الرضية. يعتمد عدد الجلسات (عادة 10-12) المطلوبة على الوضع وشدة اضطراب الشدة ما بعد الصدمة (في الحالات المعقدة، على سبيل المثال، لدى المرضى الذين يعانون من اضطراب الشخصية الحدية، قد تكون هناك حاجة إلى عدد أكبر من الجلسات). ومع ذلك، الحد الأقصى لعدد جلسات التعرض يجب تحديده في وقت مبكر للتغلب على التجنب أو تأخير سرد أسوأ الأحداث.

إعادة الهيكلة المعرفية والأيام التالية:

- في نهاية الجلسة، غالباً ما يبدأ المرضى في التفكير والتأمل في محتوى المعنى. يمكن دعم المزيد من عملية إعادة الهيكلة المعرفية الأساسي على نحو أوضح بلغت الانتباه إلى ما يلي مثلاً:
- تبصر جديد عن معنى هذا الحدث لحياة المريض. قد يدرك المرضى بأن جذور المشاعر اليومية والأنماط السلوكية غير الصحية (مثل القلق العام وعدم الثقة والغيظ ونوبات الغضب)، تعود إلى الحدث الصادر.
- يؤدي السرد المفصل إلى فهم أشمل لسلوك الشخص أثناء الحدث. هذا قد يساعد على تعديل الشعور بالذنب والعار.
- الاعتراف بترابط أنماط الحياة والحوادث، يتيح التكامل. تحصل معظم فوائد عملية زيادة الوعي بما حدث، بين الجلسات. وعندما يلتقي المعالج والمريض مرة أخرى، يجب أن يكون المعالج منفتحاً على التلقي الإيجابي لأية أفكار واعتبارات ربما تشكلت لدى المريض منذ آخر لقاء.

2,4 الجلسة الختامية لوحدة العلاج بالتعرض السردى:

خلال الجلسة الختامية يتم مراجعة الأحداث التي تشكل حياة الفرد باعتبارها سرداً متكاملاً وسياقي. قد ينظر المريض إلى السرد مع إحساس بالبعد (إنها قصة حزينة ولكن حقيقية) أو قد ينظر إلى الوثيقة كأداة لبناء السلام أو لأغراض تعليمية (رفع الوعي). إن رسم خط الحياة كاملاً في نهاية العلاج بالتعرض السردى مُتضمناً هذه المرة كل الذكريات التي كان يتعذر الوصول إليها سابقاً – يُمكن الشخص من مراقبة عمل السيرة الذاتية المنجز وفهم مسار الحياة بطريقة "جشطالتيّة". بعد الانتهاء من العلاج بالتعرض السردى، يغدو المرضى أقل انشغالا بماضيهم ويركزون الآن على كيفية إيجاد طرقهم مرة أخرى إلى الحياة وكيفية بناء مستقبل مثمر يمكن العيش فيه.

2,5 فترة المتابعة:

الأوقات المثالية للتقييم هي بعد 4-6 أشهر وسنة بعد العلاج. يمكن للمرء مع مرور الوقت أن يتوقع هدأة الأعراض إلى درجة لا يعود فيها اضطراب الشدة بعد الصدمة قابلاً للتشخيص. يبدأ العلاج بالتعرض السردى عملية الشفاء التي تتطلب شهوراً، إن لم يكن أكثر، لكي تتكشف بشكل كامل.

2,6 لمحة عامة عن العناصر العلاجية للعلاج

بالتعرض السردى:

- تم تحديد عدة عناصر للعلاج بالتعرض السردى تساهم في فعاليته، والتي قد يرغب الممارس العيادي أن يأخذها في الاعتبار [74]. ويمكن تلخيصها فيما يلي أدناه:
- 1) إعادة الهيكلة الزمنية الفعالة للذاكرة الشخصية / العرضية.
- 2) التعريض الموسع للبقع الساخنة وتفعيل كامل لذاكرة الخوف من أجل تعديل الشبكة الانفعالية (أي تعلّم فصل الذاكرة الرضية عن الاستجابات الانفعالية الشرطية وفهم المحفزات كإشارات والتي تترافق بشكل مؤقت فقط) وذلك من خلال السرد التفصيلي والمتخيل للحدث الرضى.
- 3) الربط الهادف وتكامل الاستجابات الفسيولوجية والحسية والمعرفية والعاطفية بوقت الشخص وحيزه وسياق حياته (أي فهم السياق الأصلي للاكتساب وعودة بروز الاستجابات الشرطية في وقت لاحق من الحياة).
- 4) إعادة التقييم المعرفي للسلوك وأنماطه (أي التشويه المعرفي، والأفكار التلقائية، والمعتقدات، والاستجابات)، فضلاً عن إعادة تفسير للمعنى –المحتوى من خلال إعادة معالجة الأحداث السلبية، الخوف والأحداث الرضية –الإنهاء والإغلاق.
- 5) عودة زيارة تجارب الحياة الإيجابية للدعم (العقلي) وتعديل الافتراضات الأساسية واستخدامها أيضاً كموارد.
- 6) استعادة المرح لكرامته من خلال إشباع الحاجة إلى الإقرار من خلال التوجه الصريح لحقوق الإنسان "الشهادة".

2,7 العلاج بالتعرض السردى كعلاج مسند

بالبرهان العلمي.

لقد أظهرت النتائج من أكثر من اثنتى عشرة تجربة علاجية لدى البالغين والأطفال قوة استخدام العلاج بالتعرض السردى في الحد من معاناة العنف بين الأفراد أو العنف المنظم، فضلاً عن غيرها من الكوارث، لدى الناجين. تُنتج هذه العوامل الضاغطة في كثير من الأحيان آثاراً ضارة بالتزامن مع الإساءة والإهمال في الطفولة وهي القضايا التي يتم تناولها مباشرة في العلاج بالتعرض السردى. يحكم طبيعة العلاج بالتعرض السردى، فإنه مُصمم لمواجهة الآثار المتعددة والمعقدة لخبرات الضغط النفسى الصادمة والتي تحدث على مدى الحياة. يوفر العلاج بالتعرض السردى خيار علاج مُثبت للناجين من الصدمات المعقدة [61] والناجين من التعذيب المتكرر كما يستدل على ذلك من أحجام التأثير الضخمة [34]. لوحظ التحسن الأكثر وضوحاً في المتابعة، الأمر الذي يشير إلى التغيير المستمر في الأعراض النفسية، والصحة البدنية والأداء الوظيفي ونوعية الحياة. وقد تم تطبيق العلاج بالتعرض السردى في الحالات التي لا تزال هشة وغير آمنة، مثل أوضاع الصدمة المستمرة. يقلل العلاج من فعالية أعراض اضطراب الشدة ما بعد الصدمة لدى الفرد فيما لايزال شاهداً على الفوضى المستمرة. وهناك عدد من المراجعات التي حددت العلاج بالتعرض السردى NET كعلاج مسند بالبرهان العلمي، وخاصة بالنسبة للناجين من العنف [65، 19، 46، 57]. وهناك عدد من الدراسات التي تبين فعالية العلاج بالتعرض السردى التي أجريت بشكل مستقل [37، 32، 36، 87]. وبالتالي، فقد تبنت إجراء العلاج بالتعرض السردى، مجموعة متنوعة من البلدان (مثلاً [39، 88]) أدلة مطبوعة باللغات الهولندية، الإنجليزية، الفرنسية، الإيطالية والكورية واليابانية.

أحد البراهين القوية والمثيرة للاهتمام للعلاج بالتعرض السردى هو التحقق من فعاليته من خلال واسمات في علم وظائف الأعصاب والبيولوجيا الجزيئية. فالتدخلات العلاجية النفسية الناجحة تعيد تنظيم الذاكرة ومعها تعدل بنية الدماغ. قد يكون تصوير التغييرات الموافقة ممكناً في واقع الأمر، حتى على مستوى عياني: في تجربة مضبوطة، تمت مقارنة العلاج بالتعرض السردى مع العلاج المعتاد للصدمة لطالبي اللجوء [75]. لم يظهر النجاح فقط في نقاط الأعراض بل أيضاً في معلومات (بارامتر) فعالية الدماغ المغناطيسية. خلال 6 أشهر من المتابعة، أصبح النشاط العصبي التذبذبي في مجموعة العلاج بالتعرض السردى، بخلاف المجموعة الضابطة، أكثر تشابهاً من مجموعة الأصحاء الضابطة. وعلاوة على ذلك، لوحظ باستخدام التصوير بالرنين المغناطيسي للدماغ، [1] أن العلاج

بالتعرض السردى يسبب زيادة النشاط المترافق مع تنظيم قشري من أعلى إلى أسفل حيال الصور المنفرة. لقد سمحت زيادة تخصيص الانتباه إلى إشارات التهديد المحتملة للمرضى المعالجين، بإعادة تقييم الخطر الفعلي للوضع الراهن، وبالتالي، الحد من أعراض اضطراب الشدة ما بعد الصدمة. اضطراب الشدة ما بعد الصدمة هو أحد عوامل الخطورة الموثقة جيداً لمختلف الأمراض الجسدية، بما في ذلك الألم المزمن والسرطان وأمراض القلب والأوعية الدموية والجهاز التنفسي والجهاز الهضمي، وأمراض المناعة الذاتية [11، 43]. يبدو أن الصحة البدنية السيئة لدى الأشخاص الذين يعانون من اضطراب الشدة ما بعد الصدمة، تتوسطها وظائف المناعة المتبدلة والعمليات الالتهابية [62] أشارت دراسة [53] أن العلاج بالتعرض السردى يُخفف تكرار السعال والإسهال والحمى. دراسة أخرى [50] تظهر بأن تحسن الأعراض التي انعكست في زيادة في خلايا T والتي كانت منخفضة نسبياً في الأساس، لدى مجموعة العلاج بالتعرض السردى خلال متابعتهم لعام. هذه الخلايا حاسمة للحفاظ على التوازن في الجهاز المناعي، وتنظيم الاستجابة المناعية، ومنع أمراض المناعة الذاتية. وعلاوة على ذلك، العلاج بالتعرض السردى قادر على عكس المستويات المرتفعة للحمض النووي المتأذي ليعود إلى المستوى الطبيعي لدى الأشخاص الذين يعانون اضطراب الشدة ما بعد الصدمة [49].

قد يكون لهذه النتائج مضامين على الصحة البدنية، وبخاصة التسرطن. تشير قابلية عكس العمليات الفيزيولوجية المرضية في الأشخاص الذين يعانون اضطراب الشدة ما بعد الصدمة عن طريق العلاج النفسى، إلى أن هناك نافذة علاجية ليس فقط لعكس العبء النفسى لاضطراب الشدة ما بعد الصدمة، بل أيضاً للوقاية على المدى الطويل من الآثار الجسدية، والتي من الممكن أن تكون مميتة لهذا الاضطراب العقلي. ومع ذلك، تجدر الإشارة أيضاً إلى أن المَعْلَمَات (الباروميتر) المناعية الأخرى (مثل نسبة الخلايا الليمفاوية البسيطة "الساذجة" T) لم تتغير، وبالتالي قد يكون هؤلاء المرضى أكثر عرضة للأمراض المُعدية لفترات طويلة حتى بعد الانتهاء من العلاج الناجح. هناك اثنتان من نقاط القوة الحاسمة يتضمنها العلاج بالتعرض السردى: معدل التسرب منخفض للغاية وإمكانات عالية لنشوره، بما في ذلك بين المستشارين في البلدان ذات الدخل المنخفض ومناطق الحروب والأزمات [16، 25، 38] أظهر أن العلاج بالتعرض السردى كما الحال وسط النرويج، أنه يمكن علاج اللاجئين بالإضافة إلى طالبي اللجوء بنجاح في اضطراب الشدة ما بعد الصدمة والاكتئاب في نظام الرعاية الصحية النفسية العامة.

3. التحديات

3,1 تحديد استعداد الوقت:

بعض الناجين من إساءة المعاملة في الطفولة ممن يعانون من صدمة مستمرة أو من اضطرابات في الشخصية غير قادرين تماما على استرجاع ذكريات موثوقة من ماضيهم. وغالبا ما ينتج عن ذلك استجابة انشغاقية شديدة عند محاولة استرداد ذكريات السيرة الذاتية[72]، ولذلك فإن وضع خط الحياة عند افتتاح إجراء العلاج بالتعرض السردى NET يحصل دون الحاجة إلى ائتماله. يستحق جهد المحاولة تنظيم السيرة الذاتية في بداية العلاج، رغم أن الاسترجاع الطوعي للذكريات الساخنة، يشكل تحديا خطيرا. ينبغي الانتهاء من وضع خط الحياة في جلسة واحدة لمدة تصل إلى 120 دقيقة، بغض النظر عن مستوى الإتمام. يجب أن يبدأ السرد في الجلسة التالية وذلك للأسباب التالية: تأخير التعرض قد يؤدي إلى تعزيز التجنب ورفض المريض هو في النهاية على استعداد للحديث عن أسوأ مأساة. بدلا من ذلك، من الممكن أن نبدأ بسرد فوري على أن يجري تمرين خط الحياة في نهاية العلاج[87]

3,2 الانشفاق و الارتجاعات (الفلاشباك):

كأي إجراء تعرض تخيلي آخر، قد يكون الانشفاق والارتجاعات، أمراً ينبغي الوعي له. فيما يستعيد المريض في كلتا الحالتين الحدث الصادر مع فصل كامل للوعي عن الحاضر، يتدخل المعالج بأساليب مختلفة؛ المفتاح في الارتجاعات هو تهدئة العميل وفي حالة الانشفاق يجب إبقاء العميل نشطاً. وبالإضافة إلى ذلك، يشجع المعالج العميل لمواجهة رد الفعل التلقائي في البقعة الساخنة من الحدث الصادر. الأهم من ذلك، وباستمرار يطمئن المعالج المريض بالتأكيد على سلامته في الموقف العلاجي.

3,3 الخزي والشعور بالذنب:

من ناحية أخرى، قد تشكل الانفعالات الاجتماعية (الوعي الذاتي) مثل العار أو خبرات الألم الاجتماعي أو الشعور بالذنب تحديا للعمل السردى. يصحّ ذلك بشكل خاص في العار، حيث التشوش العقلي والعينين الخفيضتين والرأس المطأطأ،

ولكن الأهم من ذلك كله الصمت والوجوه الذي قد يخلق تحدياً هائلاً لأي سرد. إن قابلية التعرض للخزي المرضي، هي في نهاية المطاف خوف من التعرض للرفض والإقصاء الاجتماعي بسبب الشعور العميق أنه من المستحيل تلبية المتطلبات (الأخلاقية) للمجتمع. وبالتالي على العميل أن يخفي كل شيء عميقاً في الداخل لأنه بإظهاره سيجعل الآخرين يكرهونه ويرفضونه. هنا يكون العلاج بالتعرض السردى مثل تجربة سلوكية: حين يكشف العميل أجزاء من النفس الداخلية الحقيقية، سيتوقع الرفض. يستجيب المعالج بالعكس، حيث يُظهر التفهم الوجداني الحقيقي والصادق – أي يطلق إشارة اجتماعية احتوائية (اشتمالية). في بعض الأحيان، في الصدمة الاجتماعية (على سبيل المثال، الاغتصاب) قد يكون الأفراد مغرطي الحساسية، فيداخلهم الشك بأن المعالج قد لا يكون صادقا. وبالتالي لا يمكن علاج الخزي الناجم عن التهديد الاجتماعي لا عن طريق التعرض لوحده ولا عن طريق التفهم الوجداني لوحده، بل فقط عن طريق مزيج من الاثنين. المحاولات لعلاج الخزي بالتعاطف الذاتي لن ينجح؛ إذ يحتاج الفرد أن يشعر بأنه محتوى من قبل الآخرين وليس عن طريق نفسه. من الواضح أن الراحة من الخزي يتطلب من المعالج معرفة بالقيم الثقافية.

3,4 التجنب:

الأكثر أهمية هنا أن التجنب ليس فقط "تحدياً"، بل أيضا عرضا من أعراض اضطراب الشدة ما بعد الصدمة. ولذلك، يحتاج المعالج لأن يكون حساساً للسلوك التجنبي المحتمل أثناء العلاج، على سبيل المثال، قد يأتي العميل بمشاكل في الحياة اليومية، أو قد يحتاج للذهاب إلى المرحاض، أو الحديث عن أشياء أخرى، عندها قد يعبر المعالج مباشرة ولكن بشكل يُظهر تفهماً وجدانياً عن افتراضه. على المعالج أن يشرح للعميل سبب الصعوبة الشديدة لذلك، ولكن في نفس الوقت أيضاً من المهم جدا الحديث عنه وأن يضمن عبور هذه المسائل معا، حيث أن ذلك سيساعد العميل على التغلب على عبء الصمت.

3,5 الانسمام:

إذا كان المريض مخموراً تماماً، ويسبب استخدام المخدرات، ويعاني من اضطراب شديد في الأكل أو يُظهر نوبة ذهانية حادة، فلن يكون ثمة إمكانية لتسهيل التعرض السردى ولا ينصح بذلك. التجارب التي تبدأ بالعلاج بالتعرض السردى خلال علاج نزع السمية (الانسحاب)، قيد الدراسة حالياً ودراسة الحالة تبدو واعدة.

إساءة استعمال المخدرات وتناول الكحول المفرط يرافق بشكل شائع الصدمات والأعراض العدوانية، وعلى الرغم من أن العميل قد لا يصل مخموراً إلى جلسات العلاج. يجب أن يسأل المعالج العميل بانفتاح عن استخدام الكحول أو المواد وشرح وظائفها، ولكن أيضاً بصفة خاصة، العواقب السلبية على المدى الطويل. ينبغي نصح العميل بخفض استهلاك المخدرات للسماح بازدياد مكاسب العلاج؛ وعندما يكون العميل في حالة انسمام، فإن الدماغ لا يمكن إعادة معالجة الحدث الصادر بشكل صحيح وهذا أساس العملية العلاجية في العلاج بالتعرض السردى NET.

3,6 سوء التغذية:

من الناحية المثالية، قد يتناول المريض الطعام بانتظام قبل جلسة العلاج ويتم تقديم المياه خلال الجلسة. قد يسأل المعالج بشكل روتيني عن التغذية قبل البدء بكل جلسة.

3,7 ضحايا البتر:

قد يعاني الكثير من ضحايا العنف من ضرر جسدي شديد مثل بتر الأطراف أو الإصابات التي تؤدي إلى إعاقة جسدية. قد يعاني ضحايا العنف ممن لديهم مثل هذه الإصابات من آلام مزمنة، والتي قد تحتد خلال سردهم للأحداث التي أدت إلى وقوع الضرر. في بعض الحالات، قد يكون المريض بحاجة لإظهار الندبة للمعالج من أجل "إقناعه" بشدة الحدث الذي اختبره. يجب أن يظهر المعالج نفس التفهم الوجداني والرحمة لمعاناة المريض والاعتراف بأن ما عانى منه محزن للغاية. لا ينبغي أن نحول الانتباه إلى الإعاقة الحالية بل الاستمرار بالسرد مع تشجيع المريض على المضي قدما بالرغم من الأحاسيس الجسدية المزعجة المتعلقة بالأذى الجسدية.

4. حقائق العلاج بالتعرض السردى

في المجتمعات التي تتأثر بالعنف المنظم أو حيث العنف المنزلي أو العنف الجنسي القائم على النوع الاجتماعي واسع الانتشار، نُختبر أنواع مماثلة من الأحداث الرضية على نطاق واسع من قبل جزء كبير نسبيا من أفراد المجتمع. من العواقب البارزة: النوبات العدوانية المتعلقة بالصدمة والوصمة وعزلة الناجين. ولذلك، فإن القصص التي تنتج أثناء جلسات العلاج بالتعرض السردى تحمل حكمة عظيمة مما شهده العديد من الأفراد. وتغذيتهم الراجعة إلى أفراد المجتمع الذين لم يتأثروا بالضرورة بطريقة صادمة مباشرة، يزيد من الوعي بأوضاع المجتمع والتفهم الوجداني للناجين. ومن المؤمل أن يطور أفراد المجتمع هؤلاء، طريقة لمواجهة وقائع الماضي الجمعي ويجدوا طريقهم كي يلجوا في مستقبل سلمي.



5. العلاج بالتعرض السردي للأطفال KIDNET: علاج الأطفال الذين يعانون من اضطراب الشدة ما بعد الصدمة

العنف ضد الأطفال، مثل العنف الأسري والإساءة الجنسية، وعمالة الأطفال، والإهمال من الظواهر الشائعة في جميع أنحاء العالم. وبصرف النظر عنها، يتأثر العديد من الأطفال بالعنف خلال أعمال العنف واسعة النطاق التي من صنع الإنسان كالصراعات الأهلية والحروب. تتميز الحروب الحالية بمستويات عالية من العنف المتعمد والمنهجي ضد السكان المدنيين [40]، بما في ذلك إيذاء النساء والأطفال. ويتأثر أكثر من 30 بلدا من الحروب الحالية، ويعاني السكان في كثير من البلدان التي تعيش الآن في سلم من تداعيات النزاع المسلح الأخير. وتبين الدراسات الطولية أن أعراض الصدمات النفسية لدى الأطفال هي أكثر من مجرد مشكلة سلوكية تتبدد بمرور الوقت مع نضوج الطفل. لدى نسبة كبيرة من الأطفال الذين يعانون من صدمات الحرب الشديدة، يمكن أن يستمر اضطراب الشدة ما بعد الصدمة لأكثر من 10 أعوام حتى عندما يعيش الأطفال في بيئة آمنة [69]. ونتيجة لذلك، فإن استراتيجيات التدخل لصالح الأطفال المصابين بصدمات نفسية شديدة لدى المتضررين من الحرب، ضرورية لمنع دوامة لولبية نازلة في تطورهم. لا تزال أبحاث التدخل في هذا المجال في مهدها، ونادراً ما تُدعم الممارسة العامة في هذا المجال بالمعرفة العلمية.

تم تطوير العلاج بالتعرض السرد في البداية للبالغين، ولكن تم تكييفها للاستخدام مع الأطفال الأكبر سناً من 8 سنوات [67]. في إجراءات التعرض السرد، يُطلب من الأطفال وصف ما حدث لهم بقدر كبير من التفصيل، مع إيلاء الاهتمام إلى ما شهدوه من حيث ما رأوا وسمعوا وشموا وشعروا والحركات التي يتذكرونها وكيف كان شعورهم، وتفكيرهم في ذلك الوقت. في البداية، تكون الجلسة مُكرية، لكنها طويلة بما يكفي للسماح بالتعود، فتتضاءل مستويات الكرب باتجاه النهاية ويتم استدعاء المزيد والمزيد من التفاصيل. بعد أربع جلسات فقط من التعرض، قد تنخفض درجات الاقتحامية والتجنب بشكل كبير [59].

الصندوق 1. التدخل العلاجي بالتعرض السرد للأطفال في ثماني جلسات	
الشروط المسبقة تقييم نفسي منهجي يتضمن تشخيص الإصابة باضطراب الشدة ما بعد الصدمة. توفر لائحة مكثفة من الأحداث الصادمة، ظروف سياقية (سواء كانت الخلفية الأسرية أو العنف والتهديدات الحالية)، ومعايير الاستبعاد (الادمان على المواد، الذهان)	الجلسة الثالثة وحتى السابعة تكرار خط الحياة إعادة قراءة وتصحيح خط الحياة من الجلسة السابقة
الجلسة الأولى تثقيف نفسي مع الطفل ومن يرعى الطفل. موافقة مستنيرة يتم إمضاءها من قبل الطفل ومن يرعاه. خط الحياة	الجلسة الثامنة تكرار خط الحياة بدء السرد عند الولادة
فيما بعد العلاج فحوص متابعة لمدة 3 شهور تلي العلاج	

ذكر المرجع [53] بأن أي علاج يركز على الصدمة بما في ذلك عنصر التعرض، يتطلب دافعية عالية لدى الأطفال وعلاقة جيدة وموثوقة بين الطفل والمعالج. ونتيجة لذلك، يجب ألا يبدأ العلاج بدون تثقيف نفسي مفصل للطفل. ويجب الحصول على موافقة الوالدين، إذا كان ذلك ممكناً، وينبغي أن يُدرج الآباء في جزء التثقيف النفسي من العلاج. ويشمل التثقيف المعلومات حول أعراض الصدمات النفسية، ونموذج مبسط لنظرية الذاكرة، والآثار المترتبة على العلاج، وشرح مفصل لإجراءات العلاج.



وينبغي تحضير الطفل ومقدم الرعاية لتفعيل ذكريات من الماضي والتي قد تكون مؤلمة، والتي قد يرغبان في تجنبها. عليهما أن يعرفا أن المعالج سوف يقاوم هذا الاتجاه. اعتماداً على عمر الطفل والاستعارات المختلفة التي يمكن أن تستخدم لشرح نظرية الذاكرة. (ومن الأمثلة على ذلك مجاز الخزانة المليئة جداً والغوضوية بحيث تقع الأغراض خارجها. فأن تغلق الأبواب باستمرار ونعيد بين الحين والآخر، وضع بعض الأغراض قد يكون إحدى الحلول، ولكن سيكون من الأفضل فتح الأبواب مرة واحدة وفرز ما تحتويه هذه الخزانة بشكل منهجي.) في العلاج بالتعرض السرد للأطفال، يتواجد الآباء أو الأوصياء فقط خلال جزء التثقيف النفسي من العلاج. وتُجرى بقية العلاج مع الطفل وحده (أو بوجود مترجم إذا لزم الأمر)، للسماح للطفل بالسرد بنفسه في بيئة خالية من تأثيرات الوالدين أو الأوصياء.”

6. حالة علاج بالتعرض السرد

أفهم. بعد المشي لحوالي الساعتين، وجدنا مجموعة من المتمردين والمختطفين. كان هؤلاء الناس الذين اختطفوا من مخيم غوما ليلاً. لقد تعرفت على البعض منهم. ذلك اليوم رأيت واحداً من المتمردين يرتدي أحد قمصاني كان المتمرّدون أخذوه الليلة الماضية. عندما رأيت قميصي **امتلاً قلبي بالغضب**. عرف المتمرّد الذي كان يرتدي قميصي أنني أرتدي قميصاً مشابهاً للقميص الذي كان يرتديه.

أتى نحوي. وبينما كان يسير باتجاهي **ظننت أنه ربما فعلت شيئاً خاطئاً وأنهم سيقتلوني. كنت خائفاً جداً. قلبي كان ينبض بسرعة وكنت غاضباً منه أيضاً**. عندما وصل إليّ سألتني: “من أين حصلت على هذا القميص؟” أخبرته بأنني اشتريتهما من كيشانجا. وجدت نفسي أخبره بأنهما قميصان وأن القميص الآخر قد سُرق الليلة الماضية. منذ ذلك الوقت أبقاني على مقربة منه.

كنت طوال هذا الوقت أفكر في الموت. فكرت أنه ربما هذه المجموعة كانت تنتظرنا للانضمام إلى مجموعة أخرى ويقتلوننا جميعاً. والذي زاد الأمر سوءاً أننا وجدنا رجلاً يُضرب كان عمره حوالي 40 سنة. كان وجهه نحو الأسفل وكانوا يضربونه بالجزء الخلفي من الرأس. لم يتمكن الرجل حتى من البكاء. **وفكرت أنه حتماً المجموعة التالية التي ستُضرب ستكون مجموعتي. كان رأسي مليئاً بالأفكار، وكان جسمي يرتجف. لم يكن لدي مشاعر**. لم أتمكن من الشعور بالجوع وكانت الساعة قد أصبحت 2:00 ظهراً. ثم أخذوني وأصدقائي الخمسة جانباً. لقد كان هذا كثيراً. كنت اعرف أن هذه هي نهايتنا. أصبح فمي جافاً. كنت فارغاً. وكنت أتعرق وخائفاً جداً. لقد ملأ الخوف قلبي...

نقدم أدناه دراسة حالة لطفل مجند تم علاجه باستخدام العلاج بالتعرض السرد كما أُفيد. قمنا بتغيير أسماء الأشخاص والأماكن لحماية المعلومات الشخصية. الحروف الغامقة هي لحظات الاستثارة الفيزيولوجية والنفسية من السرد.

... في أحد الأيام ذهبنا أنا وأخوي، باهاتي وأماني إلى القرية. كنت سعيداً جداً أن أكون في المنزل مع والديّ مرة أخرى. قدما لنا الكثير من الأشياء الجيدة لنأكلها. بعد بضعة أيام أخبر والدي والدي أن تعيد أخي باهاتي من كيشانجا إلى البيت أيضاً. ذهبنا والدي وعادت مع باهاتي. عندما ترجلوا من السيارة التي أحضرتهم من كيشانجا قابلوا المتمردين وأخذ المتمرّدون باهاتي وسمحوا لوالدي بالعودة للمنزل... كانت الساعة 10 صباحاً عندما ذهبنا مع خمسة أصدقاء آخرين إلى الوادي حيث يوجد قصب السكر. كان لدي رمح. وجدنا أن المتمرّدون قد كسروا الكثير من قصب السكر. لم نكن منزعجين. بدأت بتقطيع قصب السكر. وأصدقائي كانوا يمضغون ويجمعون البعض الآخر. لم نكن نعلم أن بعض المتمرّدون كانوا يختبئون هناك. في الواقع، كانوا قد أحاطوا بنا. رفعت رأسي ورأيت المتمرّدون يتحركون نحونا. صرخ: “لا تركض إن فعلت سأقتلك”. وقع الرمح من يدي. **كانت ساقاي ترتجفان. وقلبي يخفق بسرعة كبيرة. لم أعد أشعر بشيء**.

وقفت هناك. بلا حركة. أصدقائي أيضاً وقفوا هناك. ثم بدأ المتمرّدون الآخرون يتحركون نحونا من كل الاتجاهات. كانت الساعة حينها حوالي 11:30 صباحاً في ذلك الوقت. أخبرونا أن نبدأ بالمشي. مشينا دون اعتراضات. **بقيت أفكر لقد نجونا من القتل في حقل قصب السكر، لكن الآن سوف يقتلوننا. في هذه الأثناء كان رأسي ساخناً**. لقد استسلمت تماماً. فعلت ما طلب منا المتمرّدون دون أن

7. العنف الجنسي القائم على النوع الاجتماعي

7.1 الأثر النفسي والإجتماعي والجيلي للعنف الجنسي القائم على النوع الاجتماعي

وجد العنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي في كل مكان على مدار التاريخ البشري. فهو يحصل في أوقات الحرب كما في أوقات السلم، ويستهدف أساساً «ولكن ليس على سبيل الحصر» الفتيات والنساء. ويمكن أن يسبب معاناة جسدية ونفسية مدى الحياة غالباً. في كثير من الحالات، يحمل الناجون العبء في صمت لسنوات عديدة. فقط عندما يصبح العذاب لا يطاق، يبدأ بعضهم في التحدث عن تجربتهم ويبحثون في نهاية المطاف عن المساعدة. غالباً ما يدمر العنف الجنسي القائم على النوع الاجتماعي وعواقبه الوخيمة، حياة الأفراد ويؤثر تأثيراً عميقاً على أسرهم. في سياقات الصراع المسلح، حيث ينتشر الاغتصاب خاصة على نطاق واسع، يكون للعنف الجنسي القائم على النوع الاجتماعي القدرة حتى على تقويض الهياكل الاجتماعية وشلّ النشاط الاقتصادي [82]

مع زيادة عدد الناجين من العنف الجنسي القائم على النوع الاجتماعي، تواجه المجتمعات خسائر اجتماعية واقتصادية هائلة. يفقد الأفراد غير الفاعلين وظيفياً قدرتهم على المساهمة في منظومات المجتمع ويحتاجون إلى مزيد من المساعدة. تضيف مخاطر استمرار الهجمات تكاليف إضافية، كما تتجنب النساء الأنشطة الاقتصادية الهامة (مثل الذهاب إلى الأسواق للتجارة أو إلى الحقول للأنشطة الزراعية) خوفاً من الاعتداءات. وأخيراً، فإن العديد من الناجين من العنف الجنسي القائم على النوع الاجتماعي ممن يعانون من اضطرابات نفسية أقل قدرة على الأداء كرعاة ويمكن بالتالي أن ينقلوا المعاناة المتعلقة بالصدمة إلى أطفالهم، أي الجيل القادم. يُشار في النقاش العلمي الحالي، إلى هذه الظاهرة على أنها ذات تأثير عابر للأجيال [86، 67، 21]. هناك إجماع بين معظم العلماء والناشطين في مجال حقوق الإنسان على أن الاغتصاب خلال الصراع المسلح ليس من الآثار الجانبية، ولا ملحقاً للعنف الواسع النطاق، بل هو جزء صميمي منه.

أكدت قرارات مجلس الأمن للأمم المتحدة 13258 و1820 (حول

النساء والسلام والأمن: العنف الجنسي في النزاعات المسلحة) أن النزاعات المسلحة تُعرّض النساء لمستويات متزايدة من الاغتصاب ما يُشكل خطراً كبيراً على سلامتهن الجسدية وحقوقهن الإنسانية (UN Doc S/RES/1820; June 19, 2008; UN Doc S/RES/1325; October 31, 2000). من بين أمور أخرى، أدانت الأمم المتحدة الاغتصاب على نطاق واسع للفتيات والنساء خلال الصراعات في أفغانستان وبوروندي وتشاد وساحل العاج والسودان، وجمهورية الكونغو الديمقراطية. وقد أدرجت الدولة والجماعات المسلحة غير الرسمية في ارتكاب الاغتصاب والاعتداء الجنسي. وتعتبر الأمم المتحدة الاغتصاب "كسلاح حرب" أيضاً، وتصف ذلك بأنه "تكتيك حربي لإذلال المدنيين أو المجموعات العرقية، والهيمنة، وزرع الخوف فيهم، وتشيتيتهم و / أو ترحيلهم القسري". إن مواجهة النزاعات المسلحة وبناء السلام المستدام أمران ضروريان لمعالجة العنف الجنسي القائم على النوع الاجتماعي ونتائجه على المدى الطويل على الأفراد والمجتمعات.

في سوريا، يشير تقييم تأثير الأزمة إلى مستويات عالية من العنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي، مع تزايد الاغتصاب والاعتداء وعنف الشريك الحميم والجنس من أجل البقاء. التقارير أيضاً مقلقة بشأن العنف الجنسي القائم على النوع الاجتماعي في مخيمات اللاجئين، حيث تعاني النساء والفتيات على حد سواء من العنف المنزلي والاعتداء الجنسي والتحرش [31]. في تقرير "أبعاد الجنس العنف القائم على النوع الاجتماعي ضد اللاجئين السوريين في لبنان"، من قبل غيدا عناني [6] ومن خلال تقييم سريع في عام 2012 من قبل لجنة الإنقاذ الدولية بالتعاون مع أبعاد-مركز الموارد للمساواة بين الجنسين فيما يتعلق بنقاط الضعف لدى النساء والفتيات السوريات وزيادة التعرض للعنف الجنسي سواء قبل عبور الحدود أو في المجتمعات المضيفة الجديدة، خلصت إلى ما يلي:

- تم تحديد الاغتصاب والعنف الجنسي من قبل مجموعات النقاش المركزة ومصادر معلومات مفتاحيين على حد سواء، باعتباره الشكل الأكثر انتشاراً من العنف الذي تواجهه النساء والفتيات أثناء وجودهن في سوريا.

في تمام الساعة 6:00 صباحاً سخن المتمردون طعامهم وأكلوه وأخبرونا أن نبدأ بالتحرك ثانية. كان الوقت يوم الجمعة، لقد كنت جائعاً جداً. المتمرد الذي كان يرتدي قميصي أعطاني حقيبته مجدداً. لقد مشينا لفترة طويلة. أخبرنا المتمردون أن نمشي بسرعة وأتينا سنحصل على الطعام حيث سنصل. لقد مشينا حتى الساعة 3:00 مساءً وطلبوا منا أن نرتاح.

وعندما جلسنا لنستريح أخبرنا الرجل الكبير: "هذا هو الرجل الذي أراد أن يهرب." قال إن الرجل يجب أن يُقتل. اقتُيد، وأمر الرجل الكبير أن بعض الأسرى الجدد يجب أن يذهبوا ويقتلوه. هذا سيُظهر لجميع الأسرى أن الهروب أمر سيء. ثلاث فتيات وصبي اختيروا ليذهبوا ويقتلوا الرجل. ضُلب من الفتيات والصبي أن يقيدوه ويضربوه بالهراوات. لقد ضُرب حتى الموت. لم يكن بعيداً عنا. عندما رأيت ذلك روعي خرجت من جسدي. لقد كنت خائفاً. ثم قيل لجميع الأسرى أن يأتوا ويدوسوا على الرجل الذي قُتل للتو. النساء والفتيات داسوا عليه أربع مرات والرجال والصبيان ثلاث مرات. وقفنا جميعاً في الصف. كنت هامداً. لقد وقفت هناك فقط. لم أتمكن حتى أن أسمع الناس الواقفين من حولي وهم يتحدثون.

تحركنا باتجاه الرجل الميت بالدور وداس الناس عليه. ناداني المتمرد الذي كنت أحمل حقيبته. لقد كان الموقع مريعاً. كانت الجثة مليئة بالدم في كل مكان. لقد سُحق رأسه وتناثرت أشياء بيضاء مختلطة بالدم في كل مكان. لقد كان مشهداً سيئاً جداً لا أتذكره. لقد كنت محظوظاً. لم أَدس على الجثة الميتة. لقد خاطبنا الرجل الكبير مرة أخرى وقال أي أحد سيحاول الهرب عليه أن يعرف أن هذا ما سيحصل له تماماً كما حصل للرجل هناك. ملأ الخوف قلبي لقد كان عقلي مليئاً بالأفكار حول الموت. صورة الرجل الميت بقيت بداخلي.



8. الخلاصة

يتجاوز الشفاء الذي يعزى إلى العلاج بالتعرض السردي تخفيف شدة أعراض اضطراب الشدة ما بعد الصدمة الأساسية. يخلق الإصغاء التفهمي مساحة فريدة وأمنة يتمكن فيها الناجون من تقديم شهادة وشاهد على انتهاكات حقوق الإنسان، والمساهمة في الذاكرة الجماعية عن طريق السرد الفردي، وجني وتأكيّد فوائد سرد السيرة الذاتية. هذه الممتلكات الإضافية تراكم وتعيد الطريق لا كتقدمة مشرفة لتجربة الناجين، بل أيضا لاستعادة كرامتهم. على المستوى الشخصي، يمكن أن يؤدي نجاح العلاج بالتعرض السردي إلى تغييرات وتطورات عملية جدا في حياة الفرد. وفيما يبقى التوثيق الواضح علميا لهذه التغييرات تحديا، فإن البرهان غير الرسمي يتوافر: المرضى الداخليين السابقين المصابين بالصدمة يمضون قدما في إتمام تدريب أثناء العمل بنجاح. يذهبون للتسوق في مركز تجاري مزدحم دون هلع أو إغماء. يشرعون في ارتداء التنانير والأقراط بعد عقود من تجنب الاهتمام عن طريق الاختباء تحت الملابس ذات الحجم الكبير. لقاء أصدقاء في مقهى عام بعد سنوات من العزلة. إقامة علاقة غرامية. أو حتى مجرد تطبيق مرطب للجسم من دون مشاعر اشمئزاز. وقد يتمكن الناجون من تجربة لحظات من الفرح المفاجئ مرة أخرى. قد يقومون بنزهة على مهل في الطبيعة. أو كما قال أحد الناجين بكلماته الخاصة: "... لقد ساعدني بالفعل أن أقول لنفسي أن المشاعر المخيفة والمزعجة لا علاقة لها بال لحظة والإدراك الراهنين. استكشاف التواريخ والوقت، عندما تحصل أمور، يمنحني الدعم و- في النهاية- شعور بالهوية! حتى التجارب السيئة، طالما يمكنك تحديد تموضعها، يمكن أن تمنحك الشعور "هذه قصتي، وهكذا نجوت". دون ذلك، كل يوم هو محنة -وعندما يزداد اليوم سوءاً، ما من شيء لديك تتمسك به في مواجهتها. إذا كان لديك ماض سيء، فهذا العلاج سينزع الفتيل بشكل هائل وهذه راحة عظيمة. أيضا أن تصف الأشياء يقلل من مشاعر سيئة في كثير من الأحيان كانت بالفعل هائلة. وأواصل العمل من خلال قصتي ..."

مع تصور مشوه للحدث الصادم. في أكثر الأشكال الشديدة من الأحداث ذات الصلة بالعنف الجنسي القائم على النوع، يحدث إغلاق فيزيولوجي وعقلي انشقاقي. لهذه الأسباب معظم هذه الأحداث راضة للغاية وتحمل مخاطر عالية من اضطراب الشدة ما بعد الصدمة (PTSD) وغيرها من المتلازمات المرتبطة بالصدمة.

ويشمل ذلك الأشكال الشديدة من الاكتئاب، وإساءة استعمال المواد والتفكير الانتحاري. ومع ذلك، لا يطور كل الناجين من العنف الجنسي القائم على النوع الاجتماعي، متلازمة مرضية نفسية كاملة. في الواقع، ينطبق ذلك على أقلية فقط. لكن مع تراكم الأحداث المؤلمة، هناك زيادة في خطر الإصابة باضطرابات طيف الصدمة -وهي ظاهرة تسمى تأثير بناء كتلة (انظر القسم 1,3). في سياق النزاع المسلح، يختبر الأفراد عادة أحداثا صادمة متعددة، وبالتالي ثمة ارتفاع للمخاطر في الحاضر لا سيما الإصابة باضطرابات نفسية مزمنة. في نفس الوقت، هم غالبا ما يحملون عبء تجاربهم وعواقبها في صمت لفترات طويلة من الزمن قبل أن يبحثوا في نهاية المطاف عن مساعدة للمعاناة الجسدية والعقلية

واحد من العلاجات التي ثبت أنها عملية وفعالة في حالات النزاع المسلح المستمر مع وجود ضئيل أو معدوم للبنية التحتية الطبية والعلاج النفسي هو العلاج بالتعرض السردي (NET). كما ثبت أن هذه المقاربة مناسبة للناجيات من العنف الجنسي، ويمكن نشرها في الأماكن المنخفضة الموارد من خلال تدريب مقدمي المشورة الأساسية والمدربين [38، 41]. وعلاوة على ذلك، يمكن جني الشهادات المجهولة من سرد الناجيات وتقديم تغذية راجعة للمجتمعات. بهذه الاستراتيجية، فإننا نعتقد أنه يمكن للمجتمعات أن تطور وعياً أكبر لعواقب العنف الجنسي القائم على النوع الاجتماعي، وستمكنها من اتخاذ الخطوات اللازمة في مواجهة العنف الجنسي القائم على النوع الاجتماعي. وتوفير الراحة لمعاناة الناجيات من العنف الجنسي القائم على النوع الاجتماعي مع تدخلات العلاج النفسي التي يسهل نشرها ومبسطة بالبرهان العلمي مثل NET، والإقرار الجماعي بالآثار المدمرة للعنف الجنسي القائم على النوع الاجتماعي والتعامل مع الوقائع، سيساعد المجتمعات المحلية على التخفيف من الآثار السلبية للعنف الجنسي القائم على النوع الاجتماعي، ويمهد الطريق من أجل مستقبل أقل عنفا.

- وقد تم تحديد العنف الشريك الحميم (IPV)، والزواج المبكر، والجنس من أجل البقاء من قبل النساء البالغات والمراهقات كأشكال أخرى من العنف التي شهدنها منذ وصولهن إلى لبنان. أفادت المشاركات البالغات في عدة مجموعات نقاش مركزة أن العنف الشريك الحميم زاد منذ وصولهن إلى لبنان، في حين ذكرت المراهقات أن الزواج المبكر قد زاد، وفي معظم الأحيان يُؤطر ضمن مساعي الأسر "لحماية" الفتيات من التعرض للاغتصاب أو للتأكد من أنها 'تحت حماية رجل'. وتم تحديد الجنس من أجل البقاء، وعادة ما يرتبط بحاجة المرأة أو الفتاة الماسة لكسب المال لتغطية تكاليف المعيشة منذ وصولهن إلى لبنان، وأيضا كنوع من العنف في كثير من الأحيان التي تعاني منه النساء والفتيات السوريات.
- كثير من النساء والفتيات الوافدات حديثا يعشن في مستوطنات للاجئين غير مخطط لها ومكتظة، مع الحد الأدنى من الخصوصية ونقص الأمان، لا سيما بين أولئك اللاجئين القاطنين في المباني العامة المهجورة.
- تتردد الناجيات في الإبلاغ عن العنف الجنسي القائم على النوع الاجتماعي أو الحصول على دعم بسبب الخجل والخوف وجلب "العار" لأسرهن. وتعرض المرأة لمزيد من العنف الجسدي والجنسي، بما في ذلك الوفاة، وغالبا من أسرهن، عند الإبلاغ عن العنف الجنسي، وهو نمط موجود في العديد من السياقات.
- الحد الأدنى من التنسيق وعدم الالتزام بالمعايير الدولية للمساعدات الإنسانية، أعاققت قدرة النساء والفتيات على الحصول على الخدمات، التمييز وسوء المعاملة من المعوقات الرئيسية أمام الحصول على الخدمات.
- تقييد وصول النساء والفتيات إلى المعلومات حول توفر الخدمات والدعم، ولا سيما تلك التي لها صلة بالناجيات من العنف الجنسي. وفق مصادر المعلومات المفتاحيين بشدة، بأن هناك القليل من الخدمات الموجودة حاليا والمعدة خصيصا لتلبية احتياجات الناجيات من العنف الجنسي أو المتاحة للاجئات السوريات (العناني، 2013)

7,2 العنف الجنسي القائم على النوع الاجتماعي

كحدث راض وعامل ضغط نفسي مستمر

خلال الاغتصاب والاعتداء الجنسي ومعظم أشكال العنف الجنسي القائم على النوع الاجتماعي، تشعر الضحية أن حياتها مهددة بشكل فوري. وبشكل هذا حدثا صادما (انظر القسم 1) ويطلق رد فعل تلقائي داخل عقل الضحية وجسمها. تسير مشاعر متطرفة من الخوف جنبا إلى جنب



- 12 Breh, D. C., & Seidler, G. H. (2007). Is peritraumatic dissociation a risk factor for PTSD? *Journal of Trauma & Dissociation: The Official Journal of the International Society for the Study of Dissociation (ISSD)*, 8(1), 53–69. http://doi.org/10.1300/J229v08n01_04
- 13 Brewin, C. R., Gregory, J. D., Lipton, M., & Burgess, N. (2010). Intrusive images in psychological disorders: Characteristics, neural mechanisms, and treatment implications. *Psychological Review*, 117(1), 210–232. <http://doi.org/10.1037/a0018113>
- 14 Brewin, C. R., & Holmes, E. A. (2003). Psychological theories of posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review*, 23(3), 339–376. [http://doi.org/10.1016/S0272-7358\(03\)00033-3](http://doi.org/10.1016/S0272-7358(03)00033-3)
- 15 Catani, C., Gewirtz, A. H., Wieling, E., Schauer, E., Elbert, T., & Neuner, F. (2010). Tsunami, war, and cumulative risk in the lives of Sri Lankan schoolchildren. *Child Development*, 81(4), 1176–1191. <http://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2010.01461.x>
- 16 Catani, C., Schauer, E., Elbert, T., Missmahl, I., Bette, J.-P., & Neuner, F. (2009). War trauma, child labor, and family violence: life adversities and PTSD in a sample of school children in Kabul. *Journal of Traumatic Stress*, 22(3), 163–171. <http://doi.org/10.1002/jts.20415>
- 17 Catani, C., Schauer, E., & Neuner, F. (2008). Beyond individual war trauma: domestic violence against children in Afghanistan and Sri Lanka. *Journal of Marital and Family Therapy*, 34(2), 165–176.
- 18 Crombach, A., & Elbert, T. (2014). Controlling Offensive Behaviour Using Narrative Exposure Therapy A Randomised Controlled Trial of Former Street Children. *Clinical Psychological Science*, 2167702614534239. <http://doi.org/10.1177/2167702614534239>
- 19 Crumlish, N., & O'Rourke, K. (2010). A systematic review of treatments for post-traumatic stress disorder among refugees and asylum-seekers. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 198(4), 237–251. <http://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3181d61258>
- 20 Daud, A., Klinteberg, B. af, & Rydelius, P.-A. (2008). Resilience and vulnerability among refugee children of traumatised and non-traumatised parents. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 2(1), 7. <http://doi.org/10.1186/1753-2000-2-7>
- 21 Daud, A., Skoglund, E., & Rydelius, P.-A. (2005). Children in families of torture victims: transgenerational transmission of parents' traumatic experiences to their children. *International Journal of Social Welfare*, 14(1), 23–32. <http://doi.org/10.1111/j.1468-2397.2005.00336.x>
- 22 Dekel, R., & Goldblatt, H. (2008). Is there intergenerational transmission of trauma? The case of combat veterans' children. *American Journal of Orthopsychiatry*, 78(3), 281–289. <http://doi.org/10.1037/a0013955>
- 23 Domen, I., Ejiri, M., & Mori, S. (2012). Narrative exposure therapy for the treatment of complex ptsd: An examination of the effect and adaptation. *The Japanese Journal of Psychotherapy*, 13(1), 67–74.
- 24 Eloul, L., Quosh, C., Ajlani, R., Avetisyan, N., Barakat, M., Barakat, L., ... Diekkamp, V. (2013). Inter-agency coordination of mental health and psychosocial support for refugees and people displaced in Syria. *Intervention*, 11(3), 340–348.
- 1 Adenauer, H., Catani, C., Gola, H., Keil, J., Ruf, M., Schauer, M., & Neuner, F. (2011). Narrative exposure therapy for PTSD increases top-down processing of aversive stimuli-evidence from a randomised controlled treatment trial. *BMC Neuroscience*, 12(1), 1.
- 2 Alboni, P., Alboni, M., & Bertorelle, G. (2008). The origin of vasovagal syncope: to protect the heart or to escape predation? *Clinical Autonomic Research: Official Journal of the Clinical Autonomic Research Society*, 18(4), 170–178. <http://doi.org/10.1007/s10286-008-0479-7>
- 3 Alpak, G., Unal, A., Bulbul, F., Sagaltici, E., Bez, Y., Altindag, A., ... Savas, H. A. (2015). Post-traumatic stress disorder among Syrian refugees in Turkey: a cross-sectional study. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 19(1), 45–50. <http://doi.org/10.3109/13651501.2014.961930>
- 4 Al-Shagran, H., Khasawneh, O. M., Ahmed, A. K., & Jarrah, A. M. (2015). Post-Traumatic Stress Disorder of Syrian Refugees in Jordan. *International Journal of Liberal Arts and Social Science*, 3(3). Retrieved from http://www.ijlass.org/data/frontImages/gallery/Vol._3_No._3/4._36-48.pdf
- 5 American psychiatric association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- 6 Anani, G. (2013). SYRIA CRISIS - Dimensions of gender-based violence against Syrian refugees in Lebanon | Forced Migration Review. Retrieved April 29, 2016, from <http://www.fmreview.org/detention/anani.html>
- 7 Baltes, P.B. (1999). Alter und Altern als unvollendete Architektur der Humanontogenese -. *Zeitschrift Für Gerontologie Und Geriatrie*, 32(6), 433–448.
- 8 Betts, K. S., Williams, G. M., Najman, J. M., & Alati, R. (2014). Maternal depressive, anxious, and stress symptoms during pregnancy predict internalising problems in adolescence. *Depression and Anxiety*, 31(1), 9–18. <http://doi.org/10.1002/da.22210>
- 9 Birmes, P., Brunet, A., Carreras, D., Ducassé, J.-L., Charlet, J.-P., Lauque, D., ... Schmitt, L. (2003). The predictive power of peritraumatic dissociation and acute stress symptoms for posttraumatic stress symptoms: a three-month prospective study. *The American Journal of Psychiatry*, 160(7), 1337–1339. <http://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.7.1337>
- 10 Bombay, A., Matheson, K., & Anisman, H. (2009). Intergenerational Trauma. *Journal de La Santé Autochtone*. Retrieved from http://kidslinkcares.com/wp-content/uploads/2012/03/Aboriginal_People_Intergenerational_Trauma.pdf
- 11 Boscarino, J. A. (2004). Posttraumatic Stress Disorder and Physical Illness: Results from Clinical and Epidemiologic Studies. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1032(1), 141–153. <http://doi.org/10.1196/annals.1314.011>

- 37 Hijazi, Alaa. (2012). Narrative exposure therapy to treat traumatic stress in middle eastern refugees: a clinical trial. Wayne University.
- 38 Jacob, N., Neuner, F., Maedl, A., Schaal, S., & Elbert, T. (2014). Dissemination of Psychotherapy for Trauma Spectrum Disorders in Postconflict Settings: A Randomised Controlled Trial in Rwanda. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 83(6).
- 39 Jongedijk, R. A. (2014). Narrative exposure therapy: an evidence-based treatment for multiple and complex trauma. *European Journal of Psychotraumatology*, 5. Retrieved from <http://www.ejpt.net/index.php/ejpt/article/view/26522>
- 40 Kaldor, M. (2013). *New and old wars: Organised violence in a global era*. John Wiley & Sons.
- 41 Köbach, A., Schaal, S., & Elbert, T. (2015). Combat high or traumatic stress: violent offending is associated with appetitive aggression but not with symptoms of traumatic stress. *Psychology for Clinical Settings*, 5, 1518. <http://doi.org/10.3389/fpsyg.2014.01518>
- 42 Kolassa, I.-T., & Elbert, T. (2007). Structural and Functional Neuroplasticity in Relation to Traumatic Stress. *Current Directions in Psychological Science*, 16(6), 321–325. <http://doi.org/10.1111/j.1467-8721.2007.00529.x>
- 43 Kolassa, I.-T., Illek, S., Wilker, S., Karabatsiakakis, A., & Elbert, T. (2015). Neurobiological Findings in Post-traumatic Stress Disorder. In U. Schnyder & M. Cloitre (Eds.), *Evidence Based Treatments for Trauma-Related Psychological Disorders* (pp. 63–86). Springer International Publishing. Retrieved from http://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-319-07109-1_4
- 44 Lang, P. J., Davis, M., & Öhman, A. (2000). Fear and anxiety: animal models and human cognitive psychophysiology. *Journal of Affective Disorders*, 61(3), 137–159. [http://doi.org/10.1016/S0165-0327\(00\)00343-8](http://doi.org/10.1016/S0165-0327(00)00343-8)
- 45 Leen-Feldner, E. W., Feldner, M. T., Bunaciu, L., & Blumenthal, H. (2011). Associations between parental posttraumatic stress disorder and both offspring internalising problems and parental aggression within the National Comorbidity Survey-Replication. *Journal of Anxiety Disorders*, 25(2), 169–175. <http://doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.08.017>
- 46 McPherson, J. (2011). Does Narrative Exposure Therapy Reduce PTSD in Survivors of Mass Violence? *Research on Social Work Practice*, 1049731511414147. <http://doi.org/10.1177/1049731511414147>
- 47 Metcalfe, Janet, & Jacobs, W. J.,. (1996). A “Hot-System/ Cool-System” View of Memory Under Stress, 7(2).
- 48 Mollica, R. F., McInnes, K., Poole, C., & Tor, S. (1998). Dose-effect relationships of trauma to symptoms of depression and post-traumatic stress disorder among Cambodian survivors of mass violence. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 173, 482–488.
- 25 Ertl, V., Pfeiffer, A., Schauer, E., Elbert, T., & Neuner, F. (2011). Community-implemented trauma therapy for former child soldiers in Northern Uganda: a randomised controlled trial. *JAMA*, 306(5), 503–512. <http://doi.org/10.1001/jama.2011.1060>
- 26 European Commission. (2015). Syrian Crisis: Humanitarian Aid and Civil Protection. Retrieved from <http://ec.europa.eu/echo>
- 27 Fiszman, A., Mendlowicz, M. V., Marques-Portella, C., Volchan, E., Coutinho, E. S., Souza, W. F., ... Figueira, I. (2008). Peritraumatic tonic immobility predicts a poor response to pharmacological treatment in victims of urban violence with PTSD. *Journal of Affective Disorders*, 107(1–3), 193–197. <http://doi.org/10.1016/j.jad.2007.07.015>
- 28 Fusé, T., Forsyth, J. P., Marx, B., Gallup, G. G., & Weaver, S. (2007). Factor structure of the Tonic Immobility Scale in female sexual assault survivors: an exploratory and Confirmatory Factor Analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 21(3), 265–283. <http://doi.org/10.1016/j.janxdis.2006.05.004>
- 29 Glover, V., O'Connor, T. G., & O'Donnell, K. (2010). Prenatal stress and the programming of the HPA axis. *Neuroscience & Biobehavioural Reviews*, 35(1), 17–22. <http://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2009.11.008>
- 30 Green, B. L., Lindy, J. D., Grace, M. C., & Leonard, A. C. (1992). Chronic posttraumatic stress disorder and diagnostic comorbidity in a disaster sample. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 180(12), 760–766.
- 31 Greenwood, P. (2013, July 25). Rape and domestic violence follow Syrian women into refugee camps. *The Guardian*. Retrieved from <http://www.theguardian.com/world/2013/jul/25/rape-violence-syria-women-refugee-camp>
- 32 Gwozdziwycz, N., & Mehl-Madrona, L. (2013). Meta-Analysis of the Use of Narrative Exposure Therapy for the Effects of Trauma Among Refugee Populations. *The Permanente Journal*, 17(1), 70–76. <http://doi.org/10.7812/TPP/12-058>
- 33 Halvorsen, J. Ø., & Stenmark, H. (2010). Narrative exposure therapy for posttraumatic stress disorder in tortured refugees: a preliminary uncontrolled trial. *Scandinavian Journal of Psychology*, 51(6), 495–502. <http://doi.org/10.1111/j.1467-9450.2010.00821.x>
- 34 Hensel-Dittmann, D., Schauer, M., Ruf, M., Catani, C., Odenwald, M., Elbert, T., & Neuner, F. (2011). Treatment of Traumatized Victims of War and Torture: A Randomised Controlled Comparison of Narrative Exposure Therapy and Stress Inoculation Training. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 80(6), 345–352. <http://doi.org/10.1159/000327253>
- 35 Hermenau, K., Hecker, T., Maedl, A., Schauer, M., & Elbert, T. (2013). Growing up in armed groups: trauma and aggression among child soldiers in DR Congo. *European Journal of Psychotraumatology*, 4(0). <http://doi.org/10.3402/ejpt.v4i0.21408>
- 36 Hijazi, A. M., Lumley, M. A., Ziadni, M. S., Haddad, L., Rapport, L. J., & Arnetz, B. B. (2014). Brief Narrative Exposure Therapy for Posttraumatic Stress in Iraqi Refugees: A Preliminary Randomised Clinical Trial. *Journal of Traumatic Stress*, 27(3), 314–322. <http://doi.org/10.1002/jts.21922>

- 60 Özer, S., Şirin, S., & Oppedal, B. (2013). Bahçeşehir study of Syrian refugee children in Turkey. Available in Wwww. Fhi. no/dokumenter/c83fb3a78c. Pdf. Retrieved from <http://www.fhi.no/dokumenter/c83fb3a78c.pdf>
- 61 Pabst, A., Schauer, M., Bernhardt, K., Ruf-Leuschner, M., Goder, R., Elbert, T., ... Seeck-Hirschner, M. (2014). Evaluation of Narrative Exposure Therapy (NET) for borderline personality disorder with comorbid posttraumatic stress disorder. *Clinical Neuropsychiatry*, 11(4), 108–117.
- 62 Pace, T. W. W., & Heim, C. M. (2011). A short review on the psychoneuroimmunology of posttraumatic stress disorder: from risk factors to medical comorbidities. *Brain, Behaviour, and Immunity*, 25(1), 6–13. <http://doi.org/10.1016/j.bbi.2010.10.003>
- 63 Quosh, C., Eloul, L., & Ajlani, R. (n.d.). Mental health of refugees and displaced persons in Syria and surrounding countries: a systematic.
- 64 Radtke, K. M., Ruf, M., Gunter, H. M., Dohrmann, K., Schauer, M., Meyer, A., & Elbert, T. (2011). Transgenerational impact of intimate partner violence on methylation in the promoter of the glucocorticoid receptor. *Translational Psychiatry*, 1(7), e21. <http://doi.org/10.1038/tp.2011.21>
- 65 Robjant, K., & Fazel, M. (2010). The emerging evidence for Narrative Exposure Therapy: a review. *Clinical Psychology Review*, 30(8), 1030–1039. <http://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.07.004>
- 66 Ruf, M., Schauer, M., Neuner, F., Catani, C., Schauer, E., & Elbert, T. (2010). Narrative exposure therapy for 7- to 16-year-olds: A randomised controlled trial with traumatised refugee children. *Journal of Traumatic Stress*, 23(4), 437–445. <http://doi.org/10.1002/jts.20548>
- 67 Ruf-Leuschner, M., Roth, M., & Schauer, M. (2014). Traumatisierte Mütter – traumatisierte Kinder?: Eine Untersuchung des transgenerationalen Zusammenhangs von Gewalterfahrungen und Traumafolgestörungen in Flüchtlingsfamilien. *Zeitschrift Für Klinische Psychologie Und Psychotherapie*, 43(1), 1–16. <http://doi.org/10.1026/1616-3443/a000237>
- 68 Ruf-Leuschner, M., Pryss, R., Liebrecht, M., Schobel, J., Spyridou, A., Reichert, M., & Schauer, M.. (2013). Preventing further trauma: KINDEX mum screen*assessing and reacting towards psychosocial risk factors in pregnant women with the help of smartphone technologies. (Vol. 4, p. 21127). Presented at the ESTSS Conference: “Trauma and its clinical pathways: PTSD and beyond” organised by the Italian Society for Traumatic Stress Studies (SISST), Bologna, Italy: *European Journal of Psychotraumatol*. <http://doi.org/http://dx.doi.org/10.3402/ejpt.v4i0.21127>
- 69 SACK, W. H., HIM, C., & DICKASON, D. (1999). Twelve-Year Follow-up Study of Khmer Youths Who Suffered Massive War Trauma as Children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38(9), 1173–1179. <http://doi.org/10.1097/00004583-199909000-00023>
- 70 Savage, J. (2014). The association between attachment, parental bonds and physically aggressive and violent behaviour: A comprehensive review. *Aggression and Violent Behaviour*, 19(2), 164–178. <http://doi.org/10.1016/j.avb.2014.02.004>
- 49 Morath, J., Gola, H., Sommershof, A., Hamuni, G., Kolassa, S., Catani, C., ... Kolassa, I.-T. (2014). The effect of trauma-focused therapy on the altered T cell distribution in individuals with PTSD: Evidence from a randomised controlled trial. *Journal of Psychiatric Research*, 54, 1–10. <http://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2014.03.016>
- 50 Morath, J., Moreno-Villanueva, M., Hamuni, G., Kolassa, S., Ruf-Leuschner, M., Schauer, M., ... Kolassa, I.-T. (2014). Effects of Psychotherapy on DNA Strand Break Accumulation Originating from Traumatic Stress. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 83(5), 289–297. <http://doi.org/10.1159/000362739>
- 51 Mueller-Bamouh, V., Ruf-Leuschner, M., Dohrmann, K., Schauer, M., & Elbert, T. (2016). Are experiences of family and of organised violence predictors of aggression and violent behaviour? A study with unaccompanied refugee minors. *European Journal of Psychotraumatology*, 7. <http://doi.org/10.3402/ejpt.v7.27856>
- 52 Nandi, C., Crombach, A., Bambonye, M., Elbert, T., & Weierstall, R. (2015). Predictors of posttraumatic stress and appetitive aggression in active soldiers and former combatants. *European Journal of Psychotraumatology*, 6(0). <http://doi.org/10.3402/ejpt.v6.26553>
- 53 Neuner, F., Onyut, P. L., Ertl, V., Odenwald, M., Schauer, E., & Elbert, T. (2008). Treatment of posttraumatic stress disorder by trained lay counsellors in an African refugee settlement: A randomised controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(4), 686–694. <http://doi.org/10.1037/0022-006X.76.4.686>
- 54 Neuner, F., Schauer, E., Catani, C., Ruf, M., & Elbert, T. (2006). Post-tsunami stress: a study of posttraumatic stress disorder in children living in three severely affected regions in Sri Lanka. *Journal of Traumatic Stress*, 19(3), 339–347. <http://doi.org/10.1002/jts.20121>
- 55 Neuner, F., Schauer, M., Karunakara, U., Klaschik, C., Robert, C., & Elbert, T. (2004). Psychological trauma and evidence for enhanced vulnerability for posttraumatic stress disorder through previous trauma among West Nile refugees. *BMC Psychiatry*, 4(1), 34.
- 56 Neuner, F., Schauer, M., Klaschik, C., Karunakara, U., & Elbert, T. (2004). A comparison of narrative exposure therapy, supportive counselling, and psychoeducation for treating posttraumatic stress disorder in an african refugee settlement. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(4), 579–587. <http://doi.org/10.1037/0022-006X.72.4.579>
- 57 Nickerson, A., Bryant, R. A., Silove, D., & Steel, Z. (2011). A critical review of psychological treatments of posttraumatic stress disorder in refugees. *Clinical Psychology Review*, 31(3), 399–417. <http://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.10.004>
- 58 Ogden, P., Minton, K., & Pain, C. (2006). Trauma and the body: A sensorimotor approach to psychotherapy (Vol. xxxiv). New York, NY, US: W W Norton & Co.
- 59 Onyut, L. P., Neuner, F., Schauer, E., Ertl, V., Odenwald, M., Schauer, M., & Elbert, T. (2005). Narrative Exposure Therapy as a treatment for child war survivors with posttraumatic stress disorder: Two case reports and a pilot study in an African refugee settlement. *BMC Psychiatry*, 5, 7. <http://doi.org/10.1186/1471-244X-5-7>

- 83 UNHCR. (2013). Global Trends 2012, Displacement: The New 21st Century Challenge. Geneva.
- 84 UNHCR Syria Regional Refugee Response. (n.d.). Retrieved August 5, 2015, from <http://data.unhcr.org/syrianrefugees/region.php?id=88&country=122>
- 85 van Ee, E., Kleber, R. J., & Mooren, T. T. M. (2012). War trauma lingers on: Associations between maternal posttraumatic stress disorder, parent–child interaction, and child development. *Infant Mental Health Journal*, 33(5), 459–468. <http://doi.org/10.1002/imhj.21324>
- 86 Yehuda, R. (2005). Transgenerational Effects of Posttraumatic Stress Disorder in Babies of Mothers Exposed to the World Trade Center Attacks during Pregnancy. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 90(7), 4115–4118. <http://doi.org/10.1210/jc.2005-0550>
- 87 Zang, Y., Hunt, N., & Cox, T. (2013). A randomised controlled pilot study: the effectiveness of narrative exposure therapy with adult survivors of the Sichuan earthquake. *BMC Psychiatry*, 13(1), 1.
- 88 Zech, E., & Vandenbussche, F. (2011). La thérapie par exposition à la narration de schauer, neuner et elbert: manuel de traitement de l'état de stress post-traumatique après la guerre, la torture et la terreur. Presses Univ. de Louvain.

Copyright information:

Draft version of NET guidelines for the training of Mental Health Professionals and counselors working in the conflict in Syria and with Syrian refugees all over the world.

This document has been prepared based on the following manuals:

Schauer, M., Neuner, F., & Elbert, T. (2011). *Narrative Exposure Therapy: A Short-Term Treatment for Traumatic Stress Disorders*: Hogrefe-Verlag.

Elbert, T., Schauer, M. & Neuner, F. (2015). *Narrative Exposure Therapy (NET) - Reorganizing memories of traumatic stress, fear and violence*. In: Scheyder, U. and Cloirte, M.L. (Eds.). *Evidence Based Treatment for Trauma-Related Psychological Disorders*. Springer

- 71 Schaal, S., Elbert, T., & Neuner, F. (2009). Narrative Exposure Therapy versus Interpersonal Psychotherapy. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 78(5), 298–306. <http://doi.org/10.1159/000229768>
- 72 Schauer, M., & Elbert, T. (2010). Dissociation Following Traumatic Stress: Etiology and Treatment. *Zeitschrift Für Psychologie / Journal of Psychology*, 218(2), 109–127. <http://doi.org/10.1027/0044-3409/a000018>
- 73 Schauer, M., Neuner, F., & Elbert, T. (2005). *Narrative Exposure Therapy (NET). A Short-Term Intervention for Traumatic Stress Disorders*. (2nd Edition). Cambridge/ Göttingen: Hogrefe & Huber Publishers. Retrieved from http://www.vivo.org/resources/net/index_eng.html
- 74 Schauer, M., Schauer, M., Neuner, F., & Elbert, T. (2011). *Narrative Exposure Therapy: A Short-Term Treatment for Traumatic Stress Disorders*. Hogrefe Publishing.
- 75 Schauer, M., Elbert, T., Gotthardt, S., Rockstroh, B., Odenwald, M., & Neuner, F. (2016). Wiedererfahrung durch psychotherapie modifiziert geist und gehirn. *Verhaltenstherapie*, 16(2), 96–103.
- 76 Schauer, M., Ruf-Leuschner M., & Landolt, M. (2014). Dem Leben Gestalt geben: Die Lifeline in der Traumatherapie von Kindern und Jugendlichen. In *Metaphern und Symbole in der Traumatherapie*. Hogrefe Publishing.
- 77 Spyridou, A., Schauer, M., & Ruf-Leuschner, M. (2014). Obstetric care providers assessing psychosocial risk factors during pregnancy: validation of a short screening tool – the KINDEX Spanish Version. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 8(1), 30. <http://doi.org/10.1186/s13034-014-0030-7>
- 78 Spyridou, A., Schauer, M., & Ruf-Leuschner, M. (2015). Obstetric care providers are able to assess psychosocial risks, identify and refer high-risk pregnant women: validation of a short assessment tool – the KINDEX Greek version. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15(1), 41. <http://doi.org/10.1186/s12884-015-0462-y>
- 79 Stenmark, H., Guzey, I. C., Elbert, T., & Holen, A. (2014). Gender and offender status predicting treatment success in refugees and asylum seekers with PTSD. *European Journal of Psychotraumatology*, 5(0). <http://doi.org/10.3402/ejpt.v5.20803>
- 80 Teicher, M. H., Andersen, S. L., Polcari, A., Anderson, C. M., & Navalta, C. P. (2002). Developmental neurobiology of childhood stress and trauma *Psychiatric Clinics of North America* 25(2), 397-426.
- 81 The Future of Syria | Refugee Children in Crisis. (n.d.). Retrieved August 7, 2015, from <http://unhcr.org/FutureOfSyria/>
- 82 Turshen, M. (2001). The political economy of rape: An analysis of systematic rape and sexual abuse of women during armed conflict in Africa. na. Retrieved from <http://www.meredethurshen.com/www/pdf/WorldBankRapechapter.pdf>

الفصل الرابع

المشورة الأسرية النسقية

140 مقدمة موجزة للمقاربة

141 الخلفية النظرية للمقاربة الأسرية النسقية

143 إشراك الأسر في الاجتماع الأول

144 التنفيذ العملي للخطوات

154 الجلسة الوحيدة ومقاربة العميل بلا موعد والعوامل المشتركة

156 تأملات ختامية

157 الملحق

158 المراجع

الفصل الرابع

المشورة الأسرية النسقية

1. مقدمة موجزة للمقاربة

تختلف احتياجات الصحة العقلية والدعم النفسي والإجتماعي (MHPSS) في المجتمع اختلافا جذريا من مكان إلى آخر. هذا هو الحال خصوصا في الوضع الإنساني، عندما تكون الأسرة التي هي الواقية من الضغط النفسي الناجم عن الأعمال الوحشية (Walsh 2007). يتطلب التعامل مع العوائق التي تواجه المعافاة النفسية في الأوضاع المنخفضة الموارد في إطار العمل الإنساني؛ الإبداع والتواضع، والشراكات متعددة القطاعات بالمعنى الهيكلي (Tol et al. 2011). كما يحتاج إلى السكان المحليين ومعرفتهم الضمنية التي يحملونها عن مجتمعهم، وكذلك تعريفاتهم للصحة والمعاناة.

هذه التعريفات للصحة والمعاناة ذات مغزى من وجهة نظر أنساق الأسرة؛ فهي تغدو الموارد التي تمكّن الأسرة من تحويل المشاكل إلى حلول. الافتراضات الأساسية في العلاج الأسري، مع التركيز على الفهم النسقي (Bateson, 1972) والانتفاع من نقاط قوة الأسرة والموارد، هي مقاربة يمكن صوغها لتناسب السياق، على عكس نماذج العلاج الأخرى، والتي غالباً ما تكون أكثر توجيهية. تحمل هذه المقاربة احتراماً عميقاً للإفادة من وجهات نظر العميل والانتباه لها (Haley, 1973). "النظرة العالمية" هو المصطلح الذي يمكن أن يشير إلى كيفية فهم العملاء وشرحهم لتجربة العالم من حولهم. ويمكن أن يكون مفيداً للغاية في العلاج، لأنه قد يشير إلى "نظريتهم في التغيير"، أو ما يعتقدون أنه الأنسب لهم ولأسرهم.

يمكن أن تكون طرق العلاج الأسري مفيدة للغاية في الأوضاع الإنسانية، كمجموعة من الأفكار السريرية، حيث تمتلك التركيز المتأصل على نقاط القوة والموارد لدى الناس. في الحالات التي تتأثر فيها الأسر بالحرب والعنف، يتضمن العلاج الأسري استخدام التدخلات التي تركز على المجتمع (Walsh 2007; Landau and Saul 2004)، وبالتالي، يمكن أن يتكيف بسهولة مع السياق (Charlés & Samarasinghe, 2016). في الأوضاع الإنسانية، غالباً ما يكون هناك تحديات في البلد (وفي المجتمع والأسرة) في البنية التحتية، مما يؤدي إلى احتياجات أكثر همًا وفورية، على سبيل المثال، الأمن والحصول على المياه الصالحة

للشرب، واستخدام المؤسسات العاملة (كما هو الحال في التعليم والصحة، والقطاعات المالية)، والشبكات وموارد المجتمع (Charlés, 2016). لقد أصبح الدعم المجتمعي الاجتماعي والاحتياجات الأساسية أكثر بروزاً.

في وقت كتابة هذه السطور، ثمة صورة (بروفایل) معينة للعائلات المتبقية في سوريا. فالقاعدة وليس الاستثناء، للعائلات هي تعرضها للنزوح المتكرر. قد تعيش الأسرة في أشكال أسرية جديدة وممتدة ومتغيرة، حيث قد تتضمن الأسرة أقارب بعيدين أو أنساب. بالإضافة إلى ذلك، لكل أسرة أفراداً—غالباً أكثر من واحد—اختفوا أو قتلوا في الصراع المسلح أو خُطفوا في مرحلة معينة أو تعرضوا للتعذيب أو هاجروا خارج البلاد، أو ربما هم في خطر كبير. كما أنه من الشائع جداً أن يكون أحد أفراد الأسرة في مكان "غير معروف"، هناك الكثير من الحالات الأسرية التي تأتي للحصول على الدعم النفسي الاجتماعي وخدمات الصحة النفسية، عرفوا تجربة "فقدان غامضة" (Boss, 2003). إن عدم معرفة ما حدث لأحد أفراد الأسرة، وعادة ما يكون شخص أساسي أو قريب، هو جزء روتيني من الحياة الأسرية في سوريا اليوم. الفقدان الغامض هو الوضع الطبيعي الجديد في سوريا. ويمكن لتأثيراته أن تتفاقم بطريقة أخرى ما قد يكون تغيرات تطويرية روتينية في الأسرة. النموذج التالي ليس استثنائياً؛

أحيلت هالة 14 سنة إلى اختصاصي نفسي من قبل طبيبها المعالج في الرعاية الأولية بسبب جدلها المتواصل مع جدتها ووالدها. اختفت والدة هالة منذ ثلاث سنوات مضت، وبعد وقت قصير انتقلت مع أسرة والدها. تتجادل هالة على الدوام مع جدتها التي تقول إنها تكرهها وأخبرت المعالج بشكل سري أنها تتمنى موت جدتها. منذ شهر مضى أقدمت هالة على محاولة انتحار. حصل ذلك بوقت قصير بعدما قالت لها جدتها أنه لا يمكنها ارتداء ما تود ارتدائه إلى المدرسة. قالت هالة أنها تفتقد والدتها، التي خُطفَت بعد العمل بيوم واحد من قبل رجال مسلحين.

سيكون التركيز في هذا الفصل، على أساسيات المقاربات الأسرية النسقية التي تعتبر الأكثر فائدة ضمن خدمات الصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي MHPSS في سياق الطوارئ الإنسانية في سوريا. ستركز اهتمامنا على خدمات الصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي MHPSS المقدمة للعائلات المتضررة ضمن السياق الإنساني الحالي في البلاد. بعد مناقشة بسيطة حول الافتراضات النظرية في هذه الوحدة، سنعرض لاستخدام الرسم البياني العائلي (الجيونوغرام) في تنظيم بيانات الأسرة، وخطوط عريضة لاستخدام المقاربة المستندة على نقاط القوة (الأسئلة والتدخلات) وذات الصلة بالسياق السوري.

2. الخلفية النظرية للمقاربة الأسرية النسقية

المقاربات الأسرية النسقية هي مقاربات سريرية مستمدة من نظرية الأنساق، وقابلة للتطبيق على "نسق" الأسرة؛ وهذا يعني أنها مقاربات مستمدة من طرق التفكير في كيفية العمل مع الأنساق. الأسرة هي نسق، لكنها واحدة فقط من العديد من الأنساق التي قد يعيش ضمنها الشخص خلال حياته. بيد أنه قد يكون من أكثر الأنساق استقراراً، ويمكن أن يكون له تأثير كبير على صحتنا النفسية وموارد المعافاة. إن التركيز في مقاربات الأنساق الأسرية هو على التدخل في الطرق التي تتفاعل فيها "الأسرة"—سواء قرابة دم أو قرابة بعيدة—مع بعضها البعض في بيئة متغيرة مستقرة وديناميكية.

ويستند مجال ممارسات الأنساق الأسرية على بعض الافتراضات الأساسية حول طبيعة التغيير. وتتضمن الأفكار الأساسية ما فحواه، أن سلوك الأفراد يتبادل التأثير دائماً، وأن ما يؤثر على فرد واحد من الأسرة غالباً ما يؤثر في الأفراد الآخرين أيضاً. كما أن هناك افتراض بأن أنساق الأسرة تعمل بقواعد السلوك المعروفة أحياناً، ولكن غالباً ما تكون مخفية وسرية، وحتى خارج وعي نسق الأسرة نفسها. تقود هذه الافتراضات إلى نوع خاص جداً من ممارسات / تطبيق لتقنيات ومقاربات تستخدم مع عائلات من المقاربة النسقية. أولاً، من الأهمية بمكان أن نفهم قدر الإمكان "النسق" الحالي للعميل، والذي هو الأكثر صلة بالمشكلة المعروضة.

قبل أن تختفي أم هاله، كانت الأسرة تعيش حياة جيدة. كانت هاله وإخوتها يبلون جيداً في المدرسة، وكان والداها على وفاق، ولم يكن هناك أي جدال مع جدتها. جدة هالة اليوم غاضبة جداً في كل الأوقات، وفقاً لما تقوله هالة. وقالت إنها أصبحت تُدقق للغاية حول استخدام هاله وإخوتها للمياه في المنزل، واستخدامهم للأدوات المنزلية المختلفة، والتي هي شحيحة جداً في البيئة الحالية. وقد أخذت هاله تتعود الاحتفاظ بالطعام تحت سريرها، في محاولة لتجنب العد وعملية الجرد المستمر الذي تقوم به جدتها كل يوم.

السمة المميزة لجميع المقاربات النسقية هي رؤية الأسرة كنسق، كيان في حد ذاته، وأكبر من مجموع أجزائه (Watzlawick, et. al 1967). وهذا يعني أن الأنساق السريرية ترى الأنماط التفاعلية في الأسرة كنموذج من كائن حي. الأسرة، ككائن حي، هي نظام مع خصائص، أي مع أنماط معينة من التفاعل بين أفرادها.

"يرى منظور الأنساق كل فرد في الأسرة في علاقته بأفراد الأسرة الآخرين، على اعتبار أن كل فرد يؤثر ويتأثر بالشخص الآخر" (Watzlawick, et. al, 1967).



3. إشراك الأسر في الاجتماع الأول

المثال، ما لم يكن مشكلة قبل الحرب، مثل جرد كمية الطعام المتبقي قبل ذهاب الشخص للتسوق مرة أخرى، يمكن بسهولة أن يتفاقم في سياق الحرب، عندما يندر الطعام وتتحدد قدرة الشخص في الوصول إليه.

تغدو كيفية عمل المستشار مع الأسرة باتباع مقارنة نسقية، أكثر صلة بالفهم النسقي لكيفية اختبار الحياة اليومية في سياق النزاع المسلح. في حالة سوريا، وحالات الطوارئ الإنسانية الأخرى والمجتمعات المحلية المتضررة من الحرب، من الأهمية بمكان أن نفهم الاحتياجات الصغرى (الميكروية) للناس الذين يُظهرون مشاكل نفسية في سياق الحرب. وعلاوة على ذلك، يجب إدماج هذا الفهم للأنماط التي تُشاهد لدى السكان المتضررين من الحرب (بابادوبولوس، 2005) في سياق التدخل.

حساسية النموذج البيئي الأساسي في العمل النسقي هي دليلنا الأولي في إعطاء معنى أو تفسير منطقي للسلوكيات التي نشاهدها في هذه الأوضاع. كل من النظام الأكبر (على سبيل المثال، فقدان الأمن الغذائي في أجزاء من سوريا) ونسق الأسرة (أسرة الجدة) متضرران من الحرب، ومن الواضح جداً أن الشدة المزمنة للصراع تؤثر على ما يحدث داخل وخارج سياق العلاج (يصبح إكتناز الطعام مشكلة عندما يندر ويشعر أفراد الأسرة بالضغط النفسي المزمّن أو الخوف من المزيد من انعدام الأمن). وبينما يعتبر فهم سلوك الأسرة من وجهة نظر نسقية، أمر بالغ الأهمية للقيام بتدخل فعال، فإن هذا الفهم لن يحدث أبداً ما لم نشعر الأسرة بالثقة والراحة الآمنة مع المعالج. وهكذا، ربما لا يوجد جلسة أكثر أهمية من الجلسة الأولى، عندما يكون لدى المرء الإمكانية على تعظيم القدرة في أن يكون مفيداً للأسرة، فيما يكسب ثقتهم ويلهمهم الأمل في احتمال تحسن حالتهم.

على الرغم من أن أي تدخل للصحة النفسية يمكن أن يعمل بالتأكد مع الأسرة، فإنه ليست كل مقاربات الأسرة هي مقارنة نسقية. بعبارة أخرى، تختلف مقارنة الأنساق اختلافاً جوهرياً عن المقاربة التقليدية الموجهة نحو الفرد للعلاج النفسي. الافتراضات التي ستتوجه بها من نوع مختلف، تستند إلى مجموعة من الأفكار حول طبيعة التغيير، والتي تصوغ كل نموذج وكل تدخل مع الأسر. وهي أيضاً تشمل المهنيين في المعادلات النسقية أيضاً. إذ أننا نحن أيضاً، نعدو جزءاً من نظام الأسرة، وإن كان مؤقتاً فقط. هذا الافتراض حول طبيعة التغيير يجعل مقاربات الأنساق فريدة من نوعها في أنواع التدخلات التي يستخدمها المعالج، وكيف أنها تُشكل مفهوماً لكل تحرك يقوم به. تُركز مقاربات الأنساق على العلاقة بين الأشخاص (Bateson، 1972). المفاهيم أدناه ذات صلة بالممارس النسقي لأنها تؤثر على كيفية مراقبة التدخلات ومشاركتنا مع الأسرة.

- الاستتباب أو الاستقرار، أي فكرة أن لدى الأنساق (الأسر) ميل إلى مقاومة التغيير.
- التغذية الراجعة، كيف تساعد معالجة نسق الأسرة للمعلومات في الحفاظ على مسار ثابت (الاستقرار).
- الترابط في العلاقات: أي أن هناك نمط من العلاقة بين الناس ومشاكلهم.
- العملية والمحتوى: أي أن هناك فرقاً أساسياً بين "كيف" تحدث الأسرة و "ما" تقوله الأسرة، الأمر الذي يجب ملاحظته باستمرار.
- السببية الدائرية: أن السلوك ليس دائماً جزءاً من علاقة سبب / نتيجة. هو عروة التغذية الراجعة المتواصلة.

مثل غيرهم من المهنيين في مجال الصحة النفسية، يبقى مستشارو أو معالجو الأسرة أيضاً انتباههم على أنساق الأسرة

- التواصل اللفظي: الكلمات أو التسميات الصريحة التي تستخدم لنقل المعلومات.
- التواصل غير اللفظي، والذي يشير إلى أمور مثل نبرة الصوت والإيماءات، وتعابير الوجه، ووضعية الجسد، وإيقاع الصوت.
- السياق الذي يرتبط ارتباطاً وثيقاً بالتواصل غير اللفظي. أين يكون الشخص، ومع من، ومتى، كلها تحدد كيفية اتصاله مع الآخرين في بيئات مختلفة. وبعبارة أخرى، فإن التغييرات التي تختبرها الأسرة عند الزواج، أو عندما تعيش أحداثاً سلبية، تؤثر على علاقات الأفراد مع بعضهم بطرق فريدة جداً ونشطة. على سبيل

يقول جاي هالي، واحد من مؤسسي ما يُعرف الآن بمجال العلاج الأسري، لإنهاء علاج الأسرة جيداً، فإن عليه أن يبدأ جيداً (هالي، 1987). لذلك، ينفق المعالجون الأسريون قدراً كبيراً من الجهد في مدخلاتهم في أول اتصال مع الأسرة. وأحد أهم هذه الأساليب، والذي يبقى مستمراً طالما الشخص يعمل مع الأسرة، هو "الانضمام"، أو تطوير علاقة مع كل فرد من أفراد الأسرة. الانضمام أمر بالغ الأهمية في سياق البلدان المتأثرة بالحرب، حيث الثقة بحدها الأدنى، والموارد منخفضة، واحتياجات الأسر معقدة.

تستمتع هالة بالغناء. تغني في غرفتها وتأمل يوماً ما في الحصول على هاتف جديد حتى تتمكن من سماع المزيد من مطربها المفضلين على شبكة الإنترنت. هي لا تعرف أن جدتها اعتادت أيضاً أن تغني قليلاً عندما كانت صغيرة. والد هالة، باسل، أخبر المعالج أن هاله ووالدته لديهما هذا الشيء المشترك، على الرغم من أن كليهما ليستا على علم به. يقول باسل أن ابنته تمتلك صوتاً جميلاً.

في عمل العلاج الأسري، السمة المميزة طويلة الأمد هي التركيز على الانشغالات التي يعرضها العميل، وليس السؤال عن التاريخ السابق أو تجربة الطفولة. في حالات مثل أسرة هالة في سوريا، مقاربات العلاج الأسري مفيدة جداً حيث تواجه المجتمعات المحلية العديد من المشاكل الملازمة للوضع الإنساني، جنباً إلى جنب مع الجذور التاريخية الهامة والسياقية الدقيقة، لأنه يمكن تكييفها لتكون أكثر تركيزاً على الحاضر. وهذا لا يعني أن لا أهمية للماضي. ومع ذلك، يكون الاهتمام الأكبر للمستشار في مقارنة النسق الأسري، مساعدة الأسرة على تحسين انشغالها الحالي. وللقيام بذلك، يجب أن نعرف بوضوح ما هو الانشغال الحالي بالضبط؟ هل يمكن تسميته؟ ما هو اسمه؟ إذا كان هناك أكثر من انشغال واحد، ما ترتيبها، من حيث الأولوية؟ ما هو الأهم؟ إذا كان لدى أفراد الأسرة انشغالات مختلفة (طبعاً لديهم، هم أشخاص مختلفون، على الأرجح لن يلتقوا بالمستشار ما لم يكن لديهم انشغالات مختلفة)، لعله من المفيد محاولة الحصول على معلومات حول ما يريدون تحقيقه معاً، كأسرة واحدة؟ وإذا كانت الأمور تسير بالطريقة التي يريدونها أو يأملونها، ما الذي سيحدث

في الأسرة؟ ما الذي سيكون مختلفاً. في مقارنة النسق الأسري في الجلسة الأولى يجب أن يتم الحصول على هذه المعلومات. ينبغي عدم الانتظار. الوقت المناسب لتحقيق أقصى قدر من التأثير يبدأ في اللحظة التي يلتقي فيها الفرد الأول من نسق الأسرة بالمستشار. على المستشار أن يكتشف، باستخدام التركيز المتمحور على الحاضر، ما هو الحدث المسرع الذي أحضر العميل إلى عناية فريق الدعم النفسي الإجتماعي؟ ما الذي أكثر ما يريدون تحسينه؟ للحصول على صورة ما تريده الأسرة، من الأهمية القصوى أن نفهم ما هي الصورة الآن. قد يكون مفيداً أن نحاول معرفة تاريخ وطبيعة التركيبة المنزلية في وضعها الراهن. فمن بين ظروف أخرى، النزوح المتعدد شائع في البلدان في خضم الصراع الدائر (Phama, Vincka & Weinstein، 2010). التهجير القسري، حتى لو كان لمنزل فرد آخر في الأسرة، يمكن أن يكون مكرب للغاية في أحسن الظروف. وفي سياق الصراع المسلح الدائر، ربما يكون أيضاً راضاً. ومع ذلك، فإنه ليس من الضروري أن تُعرف كل تفاصيل الحدث الصادر من أجل أن نكون مساعدين (Papadapolous، 2005). بدلاً من ذلك، يمكن أن يكون مفيداً أيضاً أن نلاحظ الموارد التي يملكها الناس بالفعل، وتقديم الإطار للعلاء على ما يقومون به بنحو جيد. يُنقل هذا الفضول المحترم والحقيقي عبر العبارات والأسئلة المستخدمة في الجلسة، مع جميع أفراد الأسرة، وعلى قدم المساواة.

يمكن الاطلاع على بعض الخطوات المفيدة في إشراك الأسر أدناه. وعلى الرغم من تسمية الخطوات بشكل فردي – الاندماج أو الإشراك، التطبيع، والحفاظ على المرونة في المقابلة، سرعة السير (الخطو) والقيادة والسؤال عن الموارد ونقاط القوة، واحداً تلو الآخر، فإن هذه الخطوات تتكامل مع بعضها البعض، كما أنه ليس ضرورياً أن تنجز بالترتيب الزمني. فالمرء ينضم وفي نفس الوقت يسأل عن الموارد ونقاط القوة. وهو دائم الاهتمام بتطبيع انشغالات الأسرة والحفاظ على المرونة مع جميع أفرادها الحاضرين أثناء الجلسة. والمرء يبحث باستمرار عن فرص لاكتشاف موارد الأسرة ونقاط القوة، وطرح الأسئلة التي تثير هذه المعلومات.



علاوة على ذلك، يجب أن تُمارس الخطوات في مجموعة متنوعة من الطرق، اعتماداً على عرض الأسرة لمشكلتها. تساعد سرعة الوتيرة والقيادة المستشار على الانتقال من خطوة إلى خطوة، ولكن لا يمكن أن يتحقق ذلك دون الانضمام. وبدون القدرة على المناورة، لا يمكن أن يتحقق سوى القليل جداً في المقابلة، وبعبارة أخرى، فإن كل من هذه العمليات، بمجموعها دائرية، وليست خطية، تتضمن مقاربات الأنساق، كما ذكر سابقاً في السببية الدائرية، الشخص الذي يجري المقابلة – أي نحن، كمقدمي خدمة، جنباً إلى جنب مع الأسرة. في الجوهر، يغدو مقدم الخدمة، مؤقتاً، جزءاً من نسق الأسرة عند العمل. يجب على الشخص ألا يغرق في "الداخل" بالرغم من ذلك (يُسمى Salvador Minuchin هذا "بالإدخال" من قبل أسرة "؛ بدلا من ذلك، يجب على الشخص أن يُبقي قدماً واحدة في الأسرة والقدم الأخرى خارج الأسرة – في جميع الأوقات – إذ أن التوازن يمثل هذه الطريقة، يدفع الأسرة كي تثق بالمستشار، كما تثق أيضاً بأسئلته ومقارباته – ولكن على أن يبقى بالقدر الكافي "خارج" الأسرة. وهكذا، فإن العكس والتفكير النقدي – المعان بالإشراف وإشراف الأقران والدعم – ضروريان لأية نتيجة ذات مغزى في مقاربات العلاج الأسري.

4. التنفيذ العملي للخطوات

4,1 العلاقة: إشراك نظام الأسرة:

"الانضمام"، أو تطوير علاقة علاجية، مع الأسرة هي السمة المميزة لمقاربات العلاج الأسري النسقي. المصطلح مستمد من عمل العلاج الأسري الرائد سلفادور Salvador Minuchin، ولكنه ذو وصلة بالعديد من المقاربات العلاجية. في الواقع، لدى معظم مهن الرعاية الصحية مقارباتها الخاصة بها لتوطيد علاقة قوية مع العملاء. ما يجعل الانضمام فريد من نوعه في العمل مع منظومة الأسرة هو أنه ينطوي على التعامل مع أكثر من شخص واحد، في ذات الوقت، والذين غالباً ما يكون لديهم وجهات نظر غير متوافقة عن وضعهم وأساليب مختلفة تماماً للتعبير عن وجهات النظر هذه.

هناك بعض الخطوات الأساسية الواجب اتخاذها لتحقيق الانضمام. بطبيعة الحال، فإنه من الأهمية بمكان بالنسبة للمستشار استخدام المهارات المهنية، والقدرة الطبيعية لتطوير العلاقة والحفاظ عليها مع كل فرد موجود. الانضمام أمر بالغ الأهمية، لأنه نقطة دخول المستشار إلى عالم الأسرة. أنه يؤثر على كل ما يأتي لاحقاً. وبالتالي، من الأساسي إيجاد طرق أصيلة للتعبير عن الوعي بالصعوبات، واستخدام الصمت جيداً (استخدام التوقف على نحو فعال)، لنقاط بطريقة منتجة، والأهم، أن نقوم بالإقرار بحضور الجميع ومنحهم فرصة للحديث والاستماع إلى حديث كل منهم مع الآخر.

على الرغم من أن هناك العديد من الأشياء التي تُثير الفضول عندما يجتمع المرء لأول مرة بالأسرة، فمن المهم أن يكون انتقائياً في الأسئلة. ثمة طريقة واحدة للقيام بذلك وهي تمييز الفضول العلاجي عن الفضول الشخصي (Flemons, 1997). بعبارة أخرى، **على المرء أن يسأل أسئلة عن أسئلتهم**. هل هذه المعلومات متصلة بالعلاج؟ كيف؟ ما هو السبب العيادي لطرح هذه السلسلة من الأسئلة؟ توضيح نوع الأسئلة المطروحة أمر مهم لأن الأوضاع الأسرية في الحالات الإنسانية في كثير من الأحيان هي ملحة أو طارئة، لذلك من المفيد دائماً تعظيم الوقت الذي يقضيه الشخص مع الأسرة، لأن الجلسة الأولى مع أفراد الأسرة قد تكون الأخيرة أيضاً.

بالإضافة إلى ذلك، من المهم أن نتذكر أن أفراد الأسرة غالباً ما يكونوا معتادين على التعرض للوم أو الحكم، أو طرح الأسئلة بطريقة حكمية – في كثير من الأحيان من قبل أفراد الأسرة الآخرين، ولكن أحياناً أيضاً، من قبل المتخصصين. وقد يتوقعون ذلك من المستشار الخاص بهم، وربما يتفاجؤون إلى حد ما باهتمامه وبكونه فضولياً حيال معضلتهم، دون إطلاق حكم. إذا كان المستشار في عجلة من أمره ليقول لهم الأمور، يمكن استخدام هذا التعقيد في قضاياهم لتحقيق الانضمام معهم: "أعتقد أنه لن يتسنى لي إيجاد وقت كاف لمعرفة كل ما أحتاج معرفته عن الطريقة التي تعاملتم فيها مع هذا الوضع. إذا كان عليكم اليوم ترتيب أولوياتكم، ما هو الأمر الأكثر أهمية بالنسبة لي لمعرفة، ما من شأنه أن يكون؟"

الشيء الثاني هو أن تكتشف من كل شخص حاضر ما هي المشكلة الحالية التي تشغل باله أكثر؟ ما هو السبب (المشكلة الحالية) التي دفعت العميل إلى المجيء ورؤية المستشار (أو ذهابه إليهم)؟ هل السبب هو أداء هالة المنخفض في المدرسة؟ أم لأنها عبرت عن كرهاها لجدها؟ بمن يرتبط هذا الانشغال أكثر؟ وبمن أقل ارتباطاً؟ ما الذي يعتقد كل فرد أنه الأكثر حاجة للتغيير في الأسرة؟ كيف يمكن أن يجيب كل واحد منهم عن هذا السؤال؟

يبدو أن والد هالة يعاني أيضاً. عندما رافق هالة في الجلسة الثانية، أفاد بشكل سري أن لديه صعوبة في النوم وبأنه مشغول البال بصعوبات الحياة. لم يعد بإمكانه أن يقدم أكثر لعائلته. تواصله مع والدته يزداد صعوبة. هو يحترم أن والداه سمحا لعائلته بالعيش معه، لكنه يشعر أن أطفاله لا يبلون بشكل جيد، ولا يعرف ما الذي يجب أن يفعله.

من المهم أن تُطرح الأسئلة عن الانشغال الأساسي والأمور التي تهم الأسرة والتي يرغب أفرادها برؤية تغيير فيها، على كل فرد. في الواقع هو أمر جوهري. ويجب أن يجري بلطف، لكن بفضول خبير ومهني، وبحساسية. قد لا يكون من الصعب طرح هذا السؤال بشكل فردي لكن عند طرح هذا السؤال أثناء الجلوس مع الأسرة التي تتجادل مع بعضها، أو يعتري أفرادها الغضب أو الحزن أو اليأس أو العدائية تجاه بعضهم البعض، سرعان ما تغدو هذه الأسئلة البسيطة عالية التعقيد بل واستفزازية. يجب أن تُسأل الأسئلة بكياسة وبطريقة قوية ذات معنى. الاستجابات تهم أيضاً. فعلى الرغم من التباينات التي قد تكون بينهم، أو بالرغم من افتراضات المستشار الخاصة به حول ما يجري، تغدو كلمات أفراد الأسرة، شديدة الأهمية لفهم المعنى ووجهات النظر. إذا كان انشغال هالة الأكبر هو كيف تتعايش مع جدتها، فإن تلك الأمنية الهادفة إلى زيادة التناغم في الأسرة، يمكن أيضاً أن تكون أمراً قد يستفيد منه الأب. ربما لا توافق الجدة، ولا تغير الموضوع اهتماماً، لكن عندها يكون لدى المستشار على الأقل أب وابنة متحدين على هدف محاولة العمل لتحسين الموقف الصعب. من الضروري دمج وجهة نظر الأسرة – كيف يرى أفرادها مشكلتهم والحل الكامن – قدر الإمكان في أي تدخل محتمل. دمج جوانب من وجهات نظر الأسرة في التدخل العيادي أو الاستشاري هو أمر فعال وأكثر أهمية وأكثر استدامة.

4,2 مقابلة الأسرة: المهارات الدقيقة:

تشير المهارات الدقيقة في العلاج الأسري إلى المهارات الضرورية التي نحتاجها لبناء تدخلات أكثر تعقيداً. أحياناً، هذه المهارات كافية لوحدها لتعزيز تغيير ذي معنى. من جهة أخرى، يرجح أن تخفق التدخلات الأكثر إبداعية، إذ تم تجاهل المهارات الدقيقة الضرورية. هذا الفصل يركز على أربع مهارات محددة: التطبيق، المناورة، وسرعة السير (الخطو) والقيادة (Watzlawick, Weakland and Fisch, 1987)، والسؤال عن نقاط القوة والموارد (de Shazer & Berg, 1992). بعض الأمثلة عن الأسئلة والعبارات أو النقاط المحتمل إثارتها عند استخدام كل من المهارات الدقيقة الأربعة مدرجة أدناه:

التطبيق: هو لتطمين العملاء أن ردود أفعالهم على مشكلاتهم شائعة. وهذا يتم من خلال شرعنة الأشياء التي تحدث مع الأسرة.

"أعتقد أنه لا بد أن يكون أمراً صعباً بشكل لا يصدق ولا يمكنني أن أدركه كاملاً؟ هل يمكنك أن تخبرني أكثر؟" أيضاً على سبيل المثال، "يبدو واضحاً لي تماماً أنك قلق جداً حيال هالة"، أو "الكثير من الأسرة التي مرت بما مررتهم به اختبروا نفس المخاوف" أو "انه أمر لا يُصدق كيف تحببتم الأمر حتى هذه المرحلة، بالرغم من كل ما مررتهم به في هذا الوقت". يُعرف التطبيق بشكل عام على أنه استخدام عبارات مباشرة أو غير مباشرة التي تشير إلى مشكلات العميل التي لا يُنظر إليها بالضرورة "كمظاهر مرضية بل كصعوبات في الحياة اليومية" (O'Hanlon & Weiner-Davis, 1989).

من أجل تنفيذ "التطبيق" على نحو فعال، على المرء ألا يكون خائفاً من تعلم الأشياء التي قد تبدو غير مريحة أو غير سارة. وكما يعرف مقدمو الرعاية الصحية في سورية جيداً، في حالات الطوارئ الإنسانية، أن الكثير من الظروف والمشاكل التي واجهتها الأسرة، مؤلمة بشكل واضح وحية ومزعجة. بالنسبة لمقدمي الخدمة العاملين مع هذه الأسر، قد تكون هناك ردود فعل مختلطة عند قيامهم بهذا العمل. ويمكن أن يساعد المستشارون أن يفكروا بالعملاء (وأنفسهم، إذا كانوا هم أيضاً من السياق) كأشخاص عاديين عالقين في ظروف استثنائية. بمعنى، أن الأسرة في أزمة، لأن النظام الأكبر هو أيضاً في أزمة. وعلاوة على ذلك، فإن مقدمي الخدمات ربما يعيشون أيضاً في نفس السياق الأوسع – وبالتالي، فهم لا يفلتون من "سياق الأزمة". قد لا يكون لديهم نفس التجربة التي عاشتها الأسرة – ولكنها على الأرجح معروفة لمقدمي الخدمات، وليست غريبة



عنهم، الإشراف والرعاية الذاتية، والتي ستناقش بشكل موجز في نهاية الدليل، أمان حاسمان للحفاظ على فعالية الشخص في عمل العلاج الأسري.

تعني المناورة "القدرة على القيام بإجراءات هادفة على الرغم من العقبات و/ أو القيود المتقلبة" (Fisch, Weakland, 1982 and Segal). لا يدرك المرء في كثير من الأحيان مدى أهمية المناورة حتى تفقد. في أي وقت يشعر فيه المعالج بأنه لا يستطيع قول أو فعل شيء مهم في الجلسة، يكون ذلك مؤشراً على أن المناورة مفقودة. لنفكر في شخص يداه مغلولتان خلف ظهره، إذا ربطت يدا ذلك الشخص، فلن يتمكن من استخدامهما. لا يمكنهما الوصول، كما لا يمكنهما التوجيه أو التفاعل أو المشاركة. يحافظ المرء على المناورة من خلال الأخذ في الحسبان كيفية استخدام مساهمة كل شخص لغرض الجلسة، حتى لو بدا أنه مشكلة أو غير ذي صلة.

تشير المناورة، بمعنى من المعاني، أيضاً إلى المرونة لدى من يجري المقابلة، إذ يمكن للشخص أن يسأل عن أي شيء في صلب الأمور السريرية، وعلى أساس مهني بدلا من الفضول الشخصي (see Flemons, 1997). قد تكون بعض الأسئلة التي تخطر في البال عن وضع هالة، هي الأسئلة التي قد يكون المعالج خائفا من الحصول على جواب عليها، ولكن التي قد تكون هامة جدا لهذه الحالة وأيضاً حاسمة للعميل في استجابته لها. قد يسأل المستشار هالة في هذه المرحلة، "ما هو أسوأ شيء حدث حتى الآن في الوضع مع جدتك؟" يسمح هذا السؤال بالحصول على خط الأساس "مدى الأمور السيئة"، والذي يعطي أيضاً إذا عكسناه، معلومات عن "كيف يمكن أن تكون الأمور الجيدة"، أي نحصل على حلول.

عندما يخبرون المستشار إلى أي حد يمكن أن تكون سيئة، يمكنه أن يسأل بسرعة كيف تمكنوا من منع الكثير من الأشياء الأسوأ من الحدوث، ما الذي أبقي الأشياء صعبة ومليئة بالتحدي كما هي، وما تزال تسير حتى الآن؟ أيضاً، توضح المناورة أيضاً أن المستشار على استعداد ليسأل عن شيء ربما لا أحد آخر قد سأل عنه، ولكن من المؤكد، أن العميل لديه إجابة عليه. يغدو هذا النوع من المهارة مهماً جداً في حالات الأزمات، عندما تكون هناك ضغوطات شديدة وقدراً كبيراً من المحن. تسمح المناورة لي أن أسأل عن "أسوأ الأسوأ" –أو عن أشياء لا أحد على استعداد لطرحها بصوت عال، ولكن فقط إذا كانت ذات صلة بالأمور

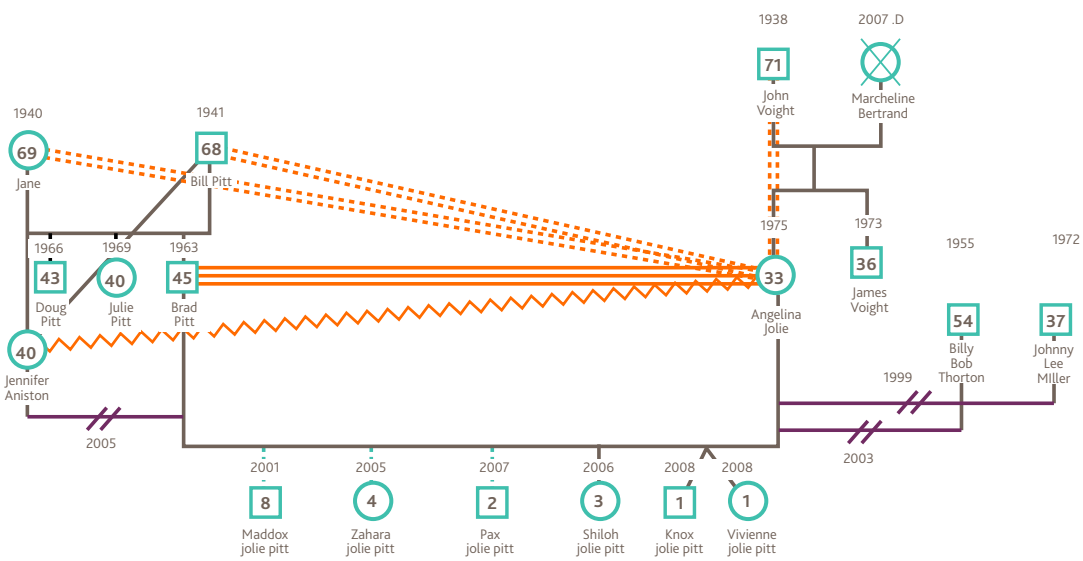
السريرية وعلى أساس الفضول المهني بحيث يمكن للمستشار أن يخطط للعلاج بصورة أفضل.

سرعة السير (الخطو) والقيادة تعبيران يمكن استخدامهما للتفكير في كيفية قيادة الجلسة وتوجيه انتباه وسلوك المستشار. تشير سرعة السير (الخطو) إلى الاستماع والبقاء مع الأسرة ومع ما يحدث. وتركز القيادة على تشجيع الأسرة على الانتقال إلى موضوع آخر، أو ربما استكشافه من وجهة نظر أخرى. يتطلب العلاج الأسري النسقي خبيراً يستخدم كلا من سرعة السير (الخطو) والقيادة، بطريقة ديناميكية وذات مغزى، في الوقت المناسب بطريقة يتجلى فيها تفاعل الأسرة في الجلسة. على سبيل المثال، في سرعة السير (الخطو) يمكن أن نقول شيئاً مثل، "هالة، لقد كنت تحتفظين بالطعام تحت سريرك"، وذلك كنوع من السؤال الذي يطرح بصيغة بيان. على الرغم من أن هالة قد تكون أخبرت المستشار بذلك للتو، فإن تكرار ذلك كنوع من سؤال بياني هو أيضاً وسيلة لجعل خطو أمكارها جنباً إلى جنب معها، فيما هي تعبر عنها لي. "هالة، كنت قد أخبرتني عن طعامك ماذا أيضاً تعتقدين أنه من المهم بالنسبة لي أن أعرفه عنك؟"

هذا الأمر مهم جداً إذا أراد المستشار أن يقدم شيئاً جديداً، لأنه يظهر أنه يستمع لها. من الأسير أكثر أن نقدم شيئاً جديداً (مثلاً التغيير)، حالما يتم تناول أمر مشابه (مثلاً الاستقرار). وتيرة خطو العميل قد تكون بالإقرار باستخدام نعم لفظية أو إيماءة بالرأس أو بالعينين، أو تعبير آخر عن الموافقة. حالما يتم إنجاز وتيرة الخطو، يمكن أن يبيني المستشار نوعاً آخر من العبارات الأكثر سهولة، مثل "متى تعتقدين أنك لست محتاجة أبداً للاحتفاظ بالطعام تحت سريرك؟ هل تتنبأين بوقت لا تحتاجين فيه لأمر كهذا؟" الخطو والقيادة مهارات جوهرية وأساسية في العلاج النسقي. تشير مباشرة إلى نظرية الأنساق في تناولها للتغيير والاستقرار. كما أنها أيضاً مهارات سهلة التعلم، وبالممارسة، يمكن أن تقود إلى العديد من أنواع التفاعل مع العميل التي بدونها ستكون صعبة جداً. على سبيل المثال، بالرغم من أن الهدف كمقدم استشارة هو ألا يقوم أحد أفراد الأسرة باكتناز الطعام بعد الآن وإخفائه عن الآخرين، فمن المرجح أكثر أن يصلوا إلى ذلك الهدف إذا أقر المستشار بالمنفعة التي يحدّدونها حالياً (هاله) للسلوك، ومن ثم سؤلهم بشكل مباشر إذا كان شيئاً يودون رؤيته يتغير في يوم ما.

4.3 ترتيب معلومات الأسرة: الجينوغرام:

الجينوغرام (Genograms) هو رسوم توضيحية حول تركيبة الأسرة، هو تركيب سكاني، والذي يُظهر معلومات الأسرة بشكل بياني، بطريقة بصرية (McGoldrick & Shellenberger, 1999). يشبه الجينوغرام شجرة الأسرة، لكنه يتضمن أنماطاً من العلاقات الأسرية بشكل تمثيلي. يمكن أن يُقدم الجينوغرام، لأنه يسمح بإيضاح الأنماط الأسرية، مصدر غني من الفرضيات حول كيفية ارتباط المشكلة العيادية بتطور الأسرة والسياق على مر الزمن. على الرغم من أن الجينوغرام قد يكون معقداً للوهلة الأولى، إلا أنه ليس من الصعب بناؤه. تجدون أدناه جينوغراماً أساسياً يُظهر ثلاثة أجيال من أسرة، وبشكل محدد، حيث تكون الخطوط الحمراء، فهي تمثل العلاقات بين بعض النساء والرجال في نسق الأسرة، عبر الأجيال وفي نفس الأجيال. 1. بالعموم، كلما كانت هناك خطوط أكثر كلما تكثفت العلاقات. نستخدم الخطوط المتواصلة والمنقطعة والمتعرجة (زيك-زاك) كلها لتُظهر أنواع مختلفة من القرابة. الخطوط الثنائية أو الثلاثية تشير إلى علاقة أشد عمقاً وفقاً للخط.



الجينوغرام الأساسي مثل الجينوغرام في الأعلى، يمكن أن يساعد العياديين وأي واحد يعمل مع الأسرة للحصول على صورة سريعة حول كيفية تنظيم الأسرة. وفيما النقاش الكامل حول كيفية بناء الجينوغرام خارج نطاق هذا الفصل، فإنه يمكن إتمام جينوغرام أساسي بسهولة كبيرة، باستخدام مبادئ توجيهية موضوعة مسبقاً حول كيفية إنشائه. في الجينوغرام عموماً:

- يتم تمثيل الأشخاص باستخدام دوائر ومربعات: الرجال هم المربعات والنساء هن الدوائر.
- يتم تمثيل الشخص في "وسط" الجينوغرام (العميل على سبيل المثال) باستخدام دائرة مضاعفة (إذا كانت أنثى) ومربع مضاعف إذا كان ذكراً.
- تمثل الخطوط العلاقات، وتبين في اللون والشكل تبعاً لنوع العلاقة.
- يُصور عادة السنة الحالية لكن يمكن أن يشير لأي لحظة في الماضي –مثل بداية عرض أو حدث خرج في الأسرة، على سبيل المثال بداية نزاع أو وقت النزوح أو الوفاة أو الفقد الخ.
- يمكن أن يُنغذ من قبل أي أحد في الأسرة، هو "لقطة" لخريطة الأسرة في لحظة معينة من الزمن.
- يتكون من "الإحصاءات الحيوية للأسرة"، البيانات المهمة حولهم، أي الولادات والوفيات والمستوى التعليمي والأعمال وسبل العيش والهجرات والأمراض...
- يقدم ثلاثة أجيال على الأقل، وعادة ما يكون الجيل الأقدم في القمة، والأصغر في القاعدة.



فائدة الجينوغرام بشكل خاص، هي في مساعدة هؤلاء الذين يعملون مع الأسرة في سياق حالات الطوارئ المعقدة. كما نوهنا سابقاً، فإن تجارب هذه الأسر مليئة بالبيانات المتشابهة المعقدة. يُعتبر الجينوغرام في هذه الأوضاع طريقة فعالة جداً للإمساك بأكبر قدر ممكن من المعلومات حول الأسرة. خاصة تاريخ الأسرة والأنماط والأحداث الهامة. ويمكنه أن ينظم في خريطة تطور أسرة خلال فترات زمنية، والتي قد تكون وثيقة الصلة باستمرار بالوضع الديناميكي للزوج في الأوضاع الإنسانية.

يمكن أن يُساعد الجينوغرام في توسيع المنظور التاريخي للأسرة كذلك –أن ينظروا إلى أنفسهم من وجهة نظر أخرى–ربما تكون إحداها طول العمر أو وجهة نظر تركز على المستقبل. يمكن أن يوضح الجينوغرام حدة علاقات الصراع بين الأفراد أو الصراع بين الأجيال أو مجالات الاتفاق والتواصل –بما في ذلك الحب والصراع والخلاف–فضلاً عن الآخرين في مدار نسق الأسرة ممن ليس بالضرورة أن تجمعهم بهم صلة الدم. مع الممارسة يحتاج المرء لأن ينظر فقط إلى الجينوغرام لكي يفهم تعقيدات الأسرة، وأيضاً أن يفهم بسرعة ما يحصل في الأسرة الآن. بالإضافة إلى أن الجينوغرام غني بصرياً، فإنه مفيد في ملء الممارسة المنطقية للعلاج النفسي. إذا تم تنفيذه في جلسة مع الأسرة، فإنه غالباً ما يستخرج سرديات الأسرة والحكايات الثقافية، ويُسهل استكشاف نقاط قوة الأسرة وموادها. (McGoldrick & Shellenberger, 1999).

لم يخبر والد هالة، باسل، أي شخص أنه بدأ برؤية الطبيب النفسي في العيادة التي كانت تحصل ابنته فيها على العلاج. وهو ليس مستعداً لإخبار أي واحد في الأسرة أنه يتناول دواء للاكتئاب. على أي حال، ما يشغل بال باسل ليس سر علاجه من الاكتئاب، بل هو يعاني كثيراً من فقدان العمل، ونقص المال والعيش مع والدته والتي قال عنها أنها "شخص صعب جداً". لقد عمل دائماً بجد في عائلته، كوالده وكجده وجدته الأكبر قبله، فهو حرفي موهوب. بيد أنه، ومنذ اندلاع الحرب لم يعد قادراً على الحفاظ على مورد عيشه، وهذا الأمر يسبب له الاضطراب بعمق.

4,4 تقدير الموارد ونقاط القوة في حالات الطوارئ المعقدة:

مساعدة الأسرة بالطريقة التي يريد بها أفرادها أن تتم مساعدتهم، هو واحد من أهم الجوانب في عمل العلاج الأسري. تميل مقاربات الأنساق الأسرية للتركيز على الموارد وليس على النواقص. من الشائع لدى المستشار أن يتبنى رؤية عين النسر على: ما الذي يعمل في الأسرة؟ ما الذي يحدث عندما لا تحصل المشكلة؟ كيف تتدبر الأسرة تجاوز العديد من المصاعب؟ يمكن أن تُطرح هذه الأسئلة على الأسرة بشكل مباشر: "أخبرني عن آخر مرة لاحظت فيها أن ذلك لم يكن مشكلة؟ من كان حولك؟ ما الذي كان مختلفاً؟" على أن الداعي النظري لمتابعة قيادة الأسرة هو افتراضات المستشار للطريقة التي تعمل بها الأنساق. الأنساق الأسرية، مثل كل الأنساق قوية جداً. ومحملة بالقواعد المستورة وكذلك العلنية، وقد تم شحذها عبر الكثير من السنوات والخبرات. (يحتاج المرء أن يفكر بعائلته الخاصة به ليُقدر مدى تعقيد شحذ النسق الأسري عبر الزمن).

تمتلك الأسر أفكاراً متطورة جداً عن مشاكلها (Singer, 2005). والمستشار المندمج في هذه الأفكار، يستطيع إيجاد الحلول. من المهم البناء على أفكار العميل، لأنه من المرجح أكثر أن يستخدم العملاء أفكاراً متسقة مع معتقداتهم الخاصة. لكن لإدراك نظام المعتقدات لدى الأسرة بشكل كامل، يجب أن يسأل المرء أسئلة تستخرج هذه المعتقدات –من كل شخص معني وليس فقط من شخص واحد أو شخصين أو من الشخص الذي يتحدث أكثر، أو من صاحب الشكوى. يجب أن يكون المرء قادراً على استخراج المعلومات من كل المعنيين. المهارات الدقيقة هي طريقة لتمهيد الطريق للإصغاء إلى فهم أفراد الأسرة لوضعهم، والمصطلحات والعبارات التي يستخدمونها لوصفه، لكي يتعلم المرء ما يعتقدون أن بإمكانه تحسين حياتهم. من المفيد أن يدرب المرء نفسه على تعلم رؤية نقاط القوة: كيف أضفت هذه الأسرة معنى على خبراتها؟ ما التكيفات التي قامت بها؟ لاحظ وقدم إطراء لأفراد الأسرة على ما يقومون به بشكل جيد بالرغم من مشاكلهم. استمع إلى ما يقولونه عما يريدونه مختلفاً في حياتهم. ما هي الأوقات التي لا تحصل فيها المشاكل؟ ما الذي يحصل أيضاً في ذلك الوقت؟ كيف تفهم الأسرة الفرق بين الأوقات التي تحدث فيها المشكلة والأوقات التي لا تحدث؟

على الرغم من أن الأوضاع الإنسانية تجلب العديد من المشاكل لحياة الأسرة، من المهم عدم السماح بأن تكون المشاكل الشيء الوحيد الذي تتم مناقشته (de Shazer, 1988). قد يسأل المستشار عن أوقات تكون فيها المشكلة أفضل، أو غير موجودة. ويمكن أن نسأل عما ستكون عليه الأمور عندما تكون المشكلة أقل مدعاة للقلق. حتى تفعيل خيال العملاء، من خلال السؤال بحساسية، عما يريدون أن يروه مختلفاً في مستقبلهم، يمكن أن يكون تدخلًا حاسماً.

"ما الذي تريد أن تراه مختلفاً أكثر في حياتك وحيات عائلتك؟"، "ماذا تعتقد أنك ستقول لنفسك، في وقت ما في المستقبل، عن نجاتك وعائلتك هذه المرة؟". "لو أردت إرسال بريد إلكتروني إلى نفسك في المستقبل، بعد 20 عاماً من الآن، ما هي كلمات التشجيع التي تريد مشاركتها؟ ما هي النصيحة التي تعطيها لنفسك؟ ما الحكمة المستخلصة؟"

على الرغم من أن هناك طرق لا حصر لها لتنشيط خيال العميل حول مخاوفه، ربما ليس هناك ما هو أكثر انتشاراً في مجال العلاج النسقي من السؤال المعجزة. يدعو السؤال المعجزة العملاء ليصفوا، باستخدام مصطلحاتهم التخيلية الخاصة بهم، كيف ستبدو حياتهم إذا حدثت معجزة واختفت مشكلتهم (De Shazer et al., 2007). تمت صياغة هذا السؤال المعجزة في الأصل من قبل (De Shazer (1988 على النحو التالي: "بافتراض أنه في إحدى الليالي، وبينما أنت نائمة، حصلت معجزة وهذه المشكلة خلت. كيف يمكن أن تعرفي؟ ما الذي يمكن أن يكون مختلفاً؟ كيف سيرف زوجك دون أن تقولي له ولو كلمة حول الموضوع؟" (صفحة 5). والسؤال عبارة عن سؤال علائقي، إذ أننا لا نسأل فقط حول ما يراه شخص واحد مختلفاً لو حدثت معجزة، بل أيضاً، كيف يمكن للآخرين في حياته أن يروا الأمور بشكل مختلف إذا حدثت المعجزة. هذا الموقف التفاعلي والعلائقي الذي يستخدم في سؤال المعجزة، مع قابلية تكييفه ثقافياً (يمكن تعريف "معجزة" بالعديد من الطرق المختلفة)، يجعل هذا السؤال مفيداً في الحفاظ على ذخيرة مهارات من يجري المقابلة.

4,5 حياة الأسرة في مركز إيواء في سوريا: تمرين للتدريب على المحاكاة:

يمكن أن تأخذ الهجرة القسرية والزوج المستمر للأسر في البلاد في خضم ست سنوات من الصراع المسلح، أشكالاً عديدة. "المأوى" في بعض الأحيان محسوس، وأحياناً مجاز. في سوريا، في وقت كتابة هذا التقرير، الأسر التي تعيش في مراكز إيواء في جميع أنحاء البلاد لم تعد استثناء عن القاعدة، بل أضحت القاعدة. ومع ذلك لا ينعكس هذا الوضع الشائع للغاية في التدريب الذي حضرته الكاتبة ومساعدتين مدرّبتين ولا في أدبيات مراجعة هذه الوثيقة. يجري تطوير تدريب الأنساق الأسرية مع سيناريوهات لعب أدوار. على أنه يتعين أن تكون السيناريوهات واقعية قدر الإمكان، وبشكل ذلك تحدياً في بعض المجموعات التدريبية. ما يلي وصف لتمرين جديد وطريقة لجمع البيانات عن الوضع السوري بالنسبة لأسر في مراكز إيواء كجزء من البرنامج التدريبي التجريبي الأخير الذي أقيم في بيروت حول استشارة الأنساق الأسرية. كان هذا جزءاً من دورة تدريبية أكبر من ذلك بكثير في إطار مبادرة بالسلامة مع الاتحاد الأوروبي.

تم تطوير النشاط الجماعي التالي وتجربته وبناءه على لعب الأدوار. وكان هذا تمريناً أكثر تفصيلاً حيث أنه تضمن نشاطاً تم خلاله إنشاء سيناريو من الخبرات الجماعية للمشاركين. من أجل تعظيم فائدة مفاهيم النسق بين هذه الفئة من المهنيين العاملين في مجال الصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي MHPSS ضمن التدريب على الأنساق الأسرية، يمكن أن يصبح "لعب الدور" هذا بسهولة سيناريو متعدد "مسرحية"، أو "عرض". كان المنطق وراء هذا التمرين هو السماح للمتدربين أن يختبروا ويتعلموا ويناقشوا "الأشياء التي لا يمكن أن تُقال" و "الأشياء التي لا يمكن رؤيتها" في إطار مركز الإيواء للمتضررين من الحرب المعاصرة في سوريا. يجادل بأن نشاطاً تجريبياً كهذا، يمكن أن يزيد أو يُعظم المناقشة اللاحقة حول نوع المحتوى الذي يحدث في زمن الحرب أو الأزمات الإنسانية، والذي قد يكون الولوج إليه أكثر صعوبة بطريقة تعليمية في وحدة تدريبية.





في سوريا، تختلف مراكز الإيواء ضمن المحافظات بالعديد من الطرق، وذلك فيما يتعلق بمن هو الشريك التنظيمي / الممول، وأنواع المساحات التي تستخدمها الأسر في مركز الإيواء، أو أسباب أخرى كثيرة. وبينما قد تكون هناك العديد من الاختلافات في مساكن الأسر في جميع أنحاء البلاد خلال هذه الفترة في الحرب، ثمة عدد قليل من القواسم المشتركة الجديرة بالذكر:

1. العيش في ملجأ يعني النقص الحاد في الخصوصية بالنسبة للسلوكيات التي عادة ما تكون خاصة أو ربما مستورة.
2. يتغير حجم الأسرة بشكل كبير، مع عدم وجود الجدران التي من شأنها أن تقسم عادة المنزل إلى غرف، أو جيران ضمن المنازل.
3. الأسر التي تعيش معا في وحدة أسرية في مركز الإيواء ليس بالضرورة أن يجمعها "قراية دم". حتى وإن كانت هناك قرابة دم، قد لا تكون هذه الأسر عاشت مع بعضها من قبل أوليس بالضرورة أنه كان بينهم الكثير من الاتصال قبل الحرب. وبالتالي، يمكن أن يكون نسقاً أسرياً جديداً.
4. كل من يعيش في مركز الإيواء، بما في ذلك الأشخاص المسؤولين عن العملية على أرض الواقع، متأثر أيضا بالأوضاع في الحرب. لا أحد مُحصّن. وهكذا، يمكن لمركز الإيواء أن يصبح نموذجاً مصغراً للنظام الأكبر في الحرب. هذا أمر مهم أن نضعه في ذهن.

أجري هذا التدريب الذي أُنتج فيه هذا التمرين في بيروت، في كانون الأول 2016 وضم 44 مشاركا من سوريا. وكان المشاركون مجموعة من العاملين في مجال الصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي MHPSS وجميعهم يعملون ويعيشون في سوريا. وكان لدى المشاركين قدر كبير من الخبرة السريرية و / أو خبرة إدارة حالة مع الأسر، ومستوى أقل من التدريب الرسمي في مقاربات الأنساق الأسرية. وكان لدى مساعدي المدرب الثلاثة، خلفية مهنية في كل من الصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي MHPSS مع الأسرة، وكذلك أكثر من سنتين من التدريب والدعم التقني في أساليب العلاج الأسري النسقي الخاص بالسياق السوري. في هذا التمرين، وجد أن الخطوات التالية مفيدة لاستخدام ظروف مركز الإيواء في دورة تدريبية لاستشارة الأنساق الأسرية. وهذه الخطوات يمكن وينبغي تكييفها وفقا للسياق وحكم المدربين.

تعليمات للمدربين:

اطلب من المشاركين أن يتوزعوا في مجموعات، ربما وفقاً للإقليم، أو المحافظة أو المنظمة. في التجربة الحديثة للموقف / التدريب، بوجود 40 مشارك واختلافات محددة في السياقات الأسرية في مختلف المناطق، تم تقسيم أفراد المجموعة وفقاً للمنطقة. على أن حجم المجموعة غير أساسي ويمكن تكييفه.

الوقت المطلوب: ساعة ونصف كحد أدنى

10 دقائق: تقديم للتمرين.

20 دقيقة: تحضير لأداء مركز الإيواء / المسرحية / السيناريو من قبل المجموعة.

30 دقيقة: تمرين مركز الإيواء / الأداء (مشاهد متزامنة في نفس الوقت)

45 دقيقة: مناقشة

ملاحظة: يُنصح بتنفيذ هذا التمرين في مساحة كبيرة مغلقة

تعليمات للمشاركين:

a) البداية: في مجموعتكم، قوموا باختيار شخص واحد كمراقب. يجب أن يختار كل الآخرين دوراً لشخص / أسرة في مركز إيواء. تأكد من أن الجميع لديه دور يلعبه في السيناريو. قوموا معاً باختيار سيناريو لنسق أسري مرجح حدوثه داخل هذا المركز، أو مشابه لما تعلمتموه من العملاء حول ما يحدث في مركز الإيواء. خذوا 20 دقيقة كاملة لمناقشة ذلك لكي يكون الأداء الخاص بكم غني ومفصل قدر الإمكان. ثم، إذا كان ذلك ممكناً، اذهبوا إلى غرفة الفندق أو في أي مكان لديك حق بالوصول إلى بعض ممتلكاتكم الخاصة. وقوموا باختيار عناصر من الأشياء الخاصة بكم والتي يمكنكم استخدامها كدعائم لسيناريو الأسرة في مركز الإيواء.

b) دور المراقب: يجب أن يكون المراقب بمثابة الشخص غير المرئي، وغير الملاحظ، ويلتزم بدقة بدور المراقب في السيناريو. ينبغي ألا يكون المراقب مطلعاً على تخطيط السيناريو، ويجب أن يترك مناقشة التحضير. كمراقب للأسرة في داخل نسق مركز الإيواء، يقوم بتدوين الملاحظات التفصيلية حول ما يراه، وما يسمعه. حاول أن تحتفظ بالتأويلات في عمود منفصل في ملاحظاتك وركز على استخدام مدخلاتك الحسية: ماذا ترى، تسمع، تشم، تلمس. ركز بصورة خاصة على الحوار، والمحادثة، والسلوكيات، وبعبارة أخرى، السلوك اللفظي وغير اللفظي. إذا كان لديك الوقت، اجمع ما يحدث بشكل غير لفظي مع السلوكيات اللفظية، والعكس بالعكس. راقب داخل النسق، تجول، واستكشف. قم بهذا في كامل وقت الأداء.

c) يجب أن تحصل جميع العروض في نفس الوقت، في أجزاء مختلفة من الغرفة. المغزى من التمرين هو أن يختبر المشاركون سياق السيناريو الخاص بهم. يجب على المدرب ومساعديه أن يتجولوا ويلاحظوا السيناريوهات، ويمكنهم أن يتحدثوا أو يعلقوا على المواضيع كاملة في نهاية الأداء ونهاية التمرين. d) يجب أن يدير نقاش المشاركين مدرب خبير بعد النشاط. وعلى كل مراقب أن يأتي إلى الجزء الأمامي من الغرفة ويقوم بمشاركة ملاحظاته وخبراته بصفته مراقب نسقي. بعد أن يتحدث الجميع ينبغي أن يقدم المدربون ملاحظاتهم الخاصة بهم. e) الأدوار التي أدت ضمن السيناريو، أي الأمور التي لا يمكن مناقشتها لكن يمكن رؤيتها" يجب الاستفادة منها في الأجزاء الأخرى من التدريب.

يؤكد (Mollica 2008) على أهمية مراقبة آثار الحدث الصادم على الأسرة فضلاً عن التجربة الإنسانية الكاملة التي ترافق عملية التأقلم مع النزوح القسري أو الأحداث الصادمة الأخرى. الفائدة التي يحصل عليها المدرب هي أن هذا التمرين يسمح للمشاركين بالمراقبة والتفكير في نطاق واسع من التجربة الإنسانية، الإيجابية والسلبية على حد سواء والتي تساهم في الأداء الوظيفي للأسرة في مركز الإيواء في خضم الأزمة الإنسانية. قد يكون التمرين مفيداً لاستكشاف سلوك الحل والأسرار وبالتالي التخطيط بدقة أكثر للعلاج وتقييم الأسرة.

4,6 التقييم والإحالة :

التقييم هو صورة للأسرة في لحظة محددة من الزمن. هو عملية مستمرة، رسمية وغير رسمية. تعتمد بشكل كبير على الافتراضات المصاحبة بهيئة نموذج (موديل) / نظرية. في العمل مع الأسر، هناك تركيز على التعزيز والبناء على التغيير الذي يزيد الفوائد النفسية الاجتماعية التي يمكن أن توفرها الأسرة لنفسها. في هذا العمل، سيقوم المستشار بتحليل بنية الأسرة والشكوى المقدمة، والأداء الوظيفي للأسرة، وأهدافها واحتياجاتها، كما يصفونها وبكلماتهم. في الوقت نفسه يجري المستشار تحليلاً، من خلال مقاربات الانضمام، التطبيق، والحفاظ على مرونته في المقابلة، والخطو وقيدة أسئلتهم، كما يلاحظ قواعد نسق الأسرة في التواصل وقوانينها وتحالفاتها، وذلك لتشجيع كل فرد فيها على إعادة بناء الهيكلية مرة أخرى بما يتناسب مع مصالح ورغبات كل منهم.

وقد ناقشت (Froma Walsh 2007) بعض بيانات التقييم المهمة للتعرف على الأسرة في خضم عيشها في المحن الشديدة. توضح هذه الأشياء التقييم السريري للأسرة. وهي تشمل معتقدات الأسرة والممارسات والطقوس والاحتفالات والإنجازات أو المعالم الهامة، وكذلك أدوار الأسرة والمجتمع والأداء الوظيفي ما قبل الصدمة، وأعلى مستوى أداء وظيفي في الوطن (من هم قبل الطوارئ؟) كما يمكن أن يكون مفيداً جداً لتعلم: كيف كانت تُعاش الحياة اليومية قبل حالة الطوارئ؟ ما هو حال بيتهم، ومعنى البيت، وعلاقاتهم مع الأرض، والأشخاص الآخرين؟ ما هي الجوانب الهامة التي يتعين معرفتها عن خلفيتهم التعليمية أو ملاحظاتهم؟ ما هي مواردهم؟ ما هي معتقداتهم وممارساتهم ذات الصلة بالصحة، والتعافي والمعاناة والمرض والفقدان، والحزن والحداد؟ (Walsh, 2007)

بالإضافة إلى ذلك هناك عدد من الممارسات البسيطة، ولكن الممتازة التي يمكن أن يطورها المرء في العمل مع الأسرة والتي قد تؤثر بشكل فعال في تشجيع التغيير الذي يُعزز الصحة النفسية الاجتماعية. أورد الطبيب النفسي (2006 Richard Mollica) التالي كأمور حاسمة في تقديم الدعم لأولئك الذين يعيشون في محن شديدة:

- أن تكون شاهداً (الإصغاء).
- تأسيس الثقة.
- المساعدة في الاحتياجات الأساسية.
- الربط بالخدمات المحلية.
- مناصرة العملاء.
- تثقيف المجتمع.

الخطوات المذكورة أعلاه بسيطة، ولكنها فعالة جداً، وخصوصاً عند مقارنة الموضوع من منظور نسق الأسرة. التركيز على الكل، وعلاج أفراد الأسرة بطريقة منصفة، وتعلم كيف أن الأعراض والمشاكل في الأسر لديها مكون تفاعلي، يغير من الكيفية التي يعمل بها المرء مع نسق الأسرة.

السمة المميزة للتقييم هو تقييم بنية الأسرة وأنماط التفاعل. من السهل تصور بنية الأسرة مع مساعدة من الجينوغرام، حتى لو كان مختصراً. سريعاً، يمكن للشخص مع الجينوغرام أن يعرض الأبعاد المختلفة المتعلقة بالضغوط على الأسرة، و / أو تاريخ الأسرة، و / أو بنية الأسرة، و / أو عمليات الأسرة مع مرور الوقت، أو ما يتصل بالحالة العائلية في الوقت الراهن. فهو يساعد على تقييم الوحدات الأصغر من الأسرة (الأنساق الفرعية) من أجل الحصول على صورة عن الكل. عند تقييم الأنساق الفرعية للأسرة، يختار المستشار غالباً تقييم النسق الفرعي الأكثر صلة، وهذا يتوقف على السياق الحالي للأسرة، والضغوط، والتاريخ.

يعتمد تقييم أسرة إلى حد كبير على سياق الوضع / دور المستشار. من المرجح أن تنثق الأسرة بمقدمي الخدمات الآخرين، والعمل مع المتخصصين في الرعاية الصحية الآخرين، إذا مهد المستشار الطريق بالثقة، والشرعنة، والتطبيع، والاستماع إلى جميع الأطراف المعنية في الأسرة. في الواقع، سيكتشف المستشار أحياناً أن أول اتصال مع الأسرة هو الأخير؛ ولعله يكون فعالاً جداً إذا تم تعظيم ذلك الوقت، وفي معظم من الأحيان، المهارات الأساسية التي ذكرت هنا كافية لإرسال الأسرة في طريقها، حتى الآن، إلى أن تطرأ مسألة أخرى تحتاج إلى دعم وطلب المساعدة كأي مسألة أخرى متعلقة بالرعاية الصحية.

في تقييم احتياجات الأسرة وأدائها، من المفيد أن ننظر إلى قدرتها على قبول المعلومات من خارج النسق. إذا كان نسق الأسرة لديه المرونة والانفتاح، يمكن أن تتغير القواعد بسهولة. فعندما تكون قوة الأسرار في الأسرة أقل، يمكن أن يؤثر الغريب على النسق بطرق إيجابية ومفيدة. في حالات أخرى، إذا كان نسق الأسرة يميل إلى أن يكون أقل مرونة، قد يكون غير قادر على قبول معلومات جديدة من خارج النسق، ويمكن أن تكون القواعد عسيرة على التغيير بشكل صريح. وعلاوة على ذلك، فإنه ليس من غير المألوف أن تثير التغييرات النمائية لدى بعض أعضاء الأسرة –أي عندما يصبح الأطفال مراهقين، أو عندما يدخل الفتيات أو الفتيان سن البلوغ والرشد المبكر –تحدياً للتطور الشامل في الأسرة، بما في ذلك القواعد التي تنظم كيفية تواصلهم مع بعضهم البعض.

في جميع الحالات، من المهم أن نضع في أذهاننا، أن أنساق الأسرة ليست سيئة أو شاذة. أنها لا تتطلب سوى مجموعة مختلفة من أساليب للعمل معها، وحساسية مستعدة لفهم معنى ميل الأسرة لأن تكون أقل أو أكثر مرونة في مناطق معينة. هنا مجال آخر للتركيز على السلوك اللفظي وغير اللفظي لأفراد الأسرة. في كثير من الأحيان، إذا كان أحد أفراد الأسرة يحاول الخروج من القواعد الصارمة في نسق الأسرة، قد يرى المستشار تصويراً حياً على ذلك في سلوك العميل على سبيل المثال.

مرت هذه الأسرة مؤخراً بحالة طوارئ. جاؤوا إلى العيادة دون موعد مسبق وأخبروا الطبيب أن مجد البالغ من العمر 8 سنوات، الأخ الأصغر لهاله، قد هدد بقتل نفسه، ثم استخدم سكيناً لتهديد أخته الأكبر سناً. وأخبر جدته أنه كان يريد أن يلقي بنفسه من الطابق العلوي، من السطح. قالت جدته مؤخراً للأسرة أنها لا تحبهم، وأنها لا تريددهم، وتريدهم أن يذهبوا بعيداً، وخاصة هالة وباسل. عندما سمعت هالة لأول مرة هذا من جدتها، بدأت تتلعثم، وهو نمط تكرر في الجلسات كلما ذكرت جدتها.

في كثير من الأحيان (ولكن ليس دائماً)، يشير عرض ما لدى أحد أفراد الأسرة إلى جهود لتغيير نسق الأسرة من أجل تحقيق شروط أفضل وتحالفات أوسع، وليكون النسق أكثر فعالية. تتغير الأنساق دائماً. ليس هناك أبداً وقت لا يتغير فيه النسق. والسياق الأوسع في سورية دينامي على نحو مماثل. في الواقع، تحافظ حالة الطوارئ الإنسانية المعقدة على ضغط فعال من النزاعات على الأسر، أكثر مما هو متوقع أو طبعي. في الواقع، فإن هذه العوامل الأكبر تفاقم ما قد يكون نموذجياً، لجهة النزاعات العائلية العادية أو الخلافات. في بعض الأحيان مجرد تذكير الأسر أنها تعيش في خضم الأزمة خارج أسرتهم الخاصة، مع آثار ضارة على العديد من الأنساق، يمكن أن يكون كافياً لتشجيعهم على الاستمرار، وشعور أقل بالوحدة. وهذا هو في الواقع مثال على "التطبيع". ومن المفارقات، أن الأسر التي تنجح في التغلب على المعاناة والعيش من خلالها، وهذا جزء صميمي من الوضع الإنساني أيضاً، وربما بدون علم منها، كانوا في خضم تطوير نوع من الحكمة ومجموعة من المهارات الخاصة، ما جعلهم ينجزون أموراً لا تصدق أو لم تكن موجودة في أسرهم. يمكن أن يكون الاعتراف بذلك وسيلة فعالة جداً لتطبيع الأوضاع غير الطبيعية.



5. الجلسة الوحيدة ومقاربة العميل بلا موعد والعوامل المشتركة

مقاربة فريدة بالرغم من بساطة روعتها يمكن أن تكون مفيدة للغاية في الوضع الإنساني أو أي نوع آخر من الأوضاع المنخفضة الموارد، وهي ما يشار إليها بـ"مقاربة الجلسة الواحدة". وفي هذه المقاربة، يُقدم للأسر جلسة استشارة واحدة بتوقع أنها قد تكون كافية لمساعدة العملاء في السير على الطريق الصحيح نحو التغييرات التي يريدونها في حياتهم (Slive & Bobele, 2012). تقوم العملية على عدة مبادئ أساسية: (1) توضيح توقعات العميل، (2) التحقق أثناء الجلسة لضمان تلبية توقعات العميل، (3) تقديم تغذية راجعة للعميل، (4) ضمان تحقيق الاستفادة القصوى من الجلسة، (5) الأخذ في الحسبان أن هذه الجلسة قد تكون الفرصة الوحيدة التي لديك لتقديم الخدمات للعميل (Young, et.al, 2012). والنقطة الأخيرة على وجه الخصوص تجعل علاج الجلسة الوحيدة SS مفيداً جداً في الوضع الإنساني.

من خلال تنفيذ هذه المبادئ يوفر المستشار / العاملون في الصحة النفسية بيئة مريحة للعائلات للانخراط في التفكير أو التأمل وبدء البحث عن الموارد المتاحة في حياتهم من أجل التغيير والتحسين (Young, et.al, 2012). ويمكن أن تُستخدم هذه المقاربة في "جلسات بلا موعد"، حيث لا يوجد حاجة لأي موعد لعقد اجتماع. على سبيل المثال يقترح (O'Hanlon & Weiner-Davis, 1989) أن جلسة بلا موعد وحيدة (SSWI) تعتمد على الافتراضات التالية – ومن المفارقات أنها جميعاً نسقية جداً وذات صلة بشكل خاص بالأوضاع الإنسانية:

- التغيير السريع (في السلوكيات والأفكار) ممكن، وأيضاً شائع جداً في التجربة الإنسانية.
- بطرق سرية وعلنية، يتواصل الاختصاصي مع توقعات العملاء عن سرعة التغيير ومداها.
- ليس هناك رابط مباشر بين مدة الشكوى ومدة العلاج أو شدة الشكوى ومدة العلاج.
- ليست هناك حاجة لمعرفة واسعة عن تاريخ الشكوى.
- العميل ليس مهتماً أو غير متوفر للعلاج النفسي الطويل.
- تُوفّر المراحل المبكرة من العلاج أعظم فرصة للتغيير، على اعتبار أن معظم التغيير يحدث في الجلسة الأولى.

- الشروط المذكورة أعلاه هي بالفعل في حركة مستمرة في الأوضاع الإنسانية حيث السياق طارئ، والوضع شديد، وتوقيت والتسلسل الزمني للحياة اليومية سريع ولا يمكن التنبؤ به. وهكذا، يمكن للجلسة الوحيدة والسير في SSWI أن تكون مقاربة مفيدة جداً يمكن إجراؤها مع الأسرة في سوريا. ذكر Slive و Bobele (2011) أنه لكي تكون عملية المشورة فعالة، ليس عليها أن تكون أطول. فالحكم ليس بالضرورة أفضل من ناحية العلاج. تتضمن الأسباب الأخرى
- تفضيل العميل لعدد الجلسات هو واحدة. ومن المفيد للتحالف العلاجي العمل مع هذا الإطار الزمني كمرجع.
 - من خلال تمكين العميل وجعله واعياً للفرق الكبير الذي يمكن أن تفعله بـجلسة واحدة فقط، يوصل الاختصاصي بشكل غير مباشر ثقته بالعميل، وبالتغييرات التي يمكن أن يحققها. كما أن النظرة إلى العلاج الطويل الأمد يمكن أن يوصل بشكل غير مباشر للأسرة، بأن مشاكلها شديدة.
 - كفاءة التكاليف أمر بالغ الأهمية في الوضع الإنساني. حيث غالباً ما يكون هناك نقص في قدرات الموارد البشرية في المهن الصحية النفسية.

بالإضافة إلى ذلك، تنطوي هذه المقاربة في تقديم الخدمة الاستشارية، كهدف رئيسي، على تنفيذ طرق جديدة للتفكير في المشكلة، والسماح للعميل بالحصول على منظور جديد. إن الهدف من كل جلسة منفردة (حتى إذا كان هناك أكثر من واحدة) هو زيادة الأمل، وتفعيل الراحة الانفعالية ومساعدة العميل على أن يحدد نتيجة إيجابية تساعد على المضي قدماً (Slive و Bobele, 2011). يصف (Slive, McElheran, and Lawson 2008) الصلة الوثيقة للعوامل المشتركة عند العمل في وضع الزيارة بدون موعد. العوامل المشتركة هي المفهوم الذي حدده بعض العلماء بأنه العناصر المنضوية في وضع العلاج الموجودة في المشورة بغض النظر عن تقنيات محددة أو نماذج علاجية (Lambert, 2005). تشمل بعض من هذه العناصر: العلاقة أو التحالف العلاجي بين المستشار والعميل، التأثير الموهم والأمل والتوقع، وعوامل العميل مثل المثابرة والانفتاح والإيمان والتفاؤل، الشبكة الاجتماعية أو الأسرة الداعمة، أو العضوية في المجتمع المحلي (Lambert, 2005; Duncan & Sparks, 2010).

تؤكد مقاربات الجلسة الوحيدة على أهمية استخدام: موارد العميل / النسق، الانتباه إلى دافعية العميل، والتركيز على ما يريده، ربط الأمل بتوقعات التحسن من العملية العلاجية، والبحث عن التغذية الراجعة المتواصلة من العميل فيما يتعلق بتوافق الإجراءات المُستخدمة من قبل المستشار (النموذج) وأفكار العميل الخاصة حول ما الذي سيعمل (صفحة 11).

كما ذكر في وقت سابق، الانضمام أمر حاسم في عمل نسق الأسرة. إضافة إلى المساعدة في بناء الثقة والرابط ومستوى راحة العميل مع معالجها، يستطيع المستشار أن يُحدد خلال هذا الوقت موارد العميل (نظام الدعم، ونقاط القوة والأمل والتوقع والاستثناءات لهذه المشكلة). غرس الأمل عامل أساسي في المشورة. إذا كان العميل لا يملك الأمل بأن الأمور ستتحسن أو أن بإمكانه حل مشاكله، فإن ذلك يجعل السير في جلسة واحدة، أمراً أصعب. من المفيد أن نسأل: على ميزان من 1 إلى 10 (الرقم 10 يشير إلى كم أنت متفائل جداً)، كم أنت متفائل اليوم لتحقيق أهدافك؟ الشاء والتغذية الراجعة الإيجابية خلال الجلسة أيضاً طريقة فعالة لغرس الأمل وجعل العميل واعياً بموارده المتاحة ونقاط قوته.

يعمل العلاج بمقاربة الجلسة الوحيدة والجلسة بدون موعد SSWI بطريقة مشابهة للمهارات الدقيقة في مقاربات الأنساق الأسرية. بعد الانضمام وبناء العلاقة مع العائلة، يتحرك المستشار بسرعة لتحديد الأهداف المصاغة جيداً. على سبيل المثال، سيبدأ المستشار غالباً بسؤال العميل ما الذي يتوقع أن يكون مختلفاً في حياته كنتيجة للمجيء إلى المشورة. تستخدم الأسئلة التي تتمحور على الحل لاستخلاص تحديد الهدف هي:

- 1) ما الذي تأمله من المجيء إلى المشورة؟
 - 2) ما الأشياء التي كنت تود القيام بها لو أن المشكلة التي أحضرتك إلى المشورة لم تكن موجودة أو لم تعد موجودة أبداً؟
 - 3) ما هو الشيء الأكثر فائدة لنتحدث عنه اليوم؟
 - 4) إذا حدثت معجزة (de Shazer, 1988) والمشكلة التي أتيت من أجلها لم تعد موجودة أبداً، ما الذي سيكون مختلفاً؟ (دائماً استخدم سياق الحياة اليومية للعميل).
 - 5) ما الذي قد تلاحظه أو قد يلاحظه المحيطون بك مختلفاً فيك أو في سلوكك؟
- تعتمد SFBT على استثناءات المشكلة أو المشاغل التي جلبت العميل إلى غرفة العلاج، وهذا ما يُسهل على المستشار عملية التعرف على نجاحات العميل السابقة والاستفادة الكاملة من موارده. يحتاج المستشارون إلى

الإقرار بأن لكل عميل موارده الخاصة وهذا يمكن أن يُساعد في حل مشكلته. بشكل تعاوني، من المهم بعد تحديد نقاط قوة العميل وموارده أن نحدد الخطوات السلوكية التي من شأنها أن تساعد في التحرك نحو الهدف المنشود. بعض الأسئلة المفيدة: ما الذي تحتاج القيام به عندما تغادر من هنا اليوم لمواصلة التحرك في الاتجاه الصحيح؟ متى وأين وكيف ومن يمكنه أن يساعدك للقيام بذلك؟ أي من هذه الخطوات يمكنك إتمامها اليوم أو غداً؟ القيام بهذه الخطوات السلوكية بشكل محدد قدر الإمكان يُيسر تصور وإدراك العميل لنفسه وهو يُنفذ هذه الخطوات بالفعل.

من المهم أن نتحقق ونحصل على التغذية الراجعة من العميل خلال الجلسات، في مقاربة الجلسة الواحدة من المهم جداً القيام بذلك في الجلسة الأولى نفسها. طرح أسئلة مثل: ما الذي كان مفيداً حتى الآن، كيف كانت هذه الجلسة مفيدة حتى الآن؟ ومن ثم تعزيز تحديد سلوكيات محددة ستساعد في إحداث التغيير من خلال سؤال مثل: إذا كان هذا مفيداً ما الذي تعتقد أنك ستقوم به بشكل مختلف بعد هذه الجلسة لمساعدتك على التحرك باتجاه هدفك؟

في مقاربة الجلسة المنفردة، يجب أن ينتهي العلاج دائماً بواجبات منزلية ملموسة على العميل أن ينجزها في فترة زمنية قصيرة. يجب أن يكون الواجب المنزلي ذا صلة بالمشكلة التي جلبت العميل إلى المشورة ويجب أن تُحرك العميل للأمام نحو الهدف المصاغ بشكل جيد. على سبيل المثال، حالما يتم تدبير أزمة مجد، يمكن أن يُركز العميل على العائلة من خلال واجبات منزلية محددة، اعتماداً على الهدف الذي قاموا بتحديده في جلستهم.

"هالة، أود منك أن تقومي بتسجيل ملاحظات عن المرات التي تلاحظين فيها أن أفراد عائلتك ينسجمون بشكل جيد، أو "باسل، هل يمكنك أن تدون ملاحظة لشيء واحد يقوم به يومياً أحد أفراد الأسرة لدعم معافاة أسرتك عموماً، بالرغم من كل العوائق" أو، "هالة وباسل، رجاء قوموا بإيجاد شيء واحد للقيام به معاً خلال الأسبوع، شيء تستمتعان به كلاهما، فقط لكما كأب وابنه، لكن لا تخبروا الآخرين ما الذي قررتم القيام به."

يجب أن يتناول الواجب المنزلي الأسئلة (قبل أو بعد الجلسة عند تحديد الواجب): ما الذي ستقوم به أو الذي قمت به؟ متى قمت به؟ أين قمت به؟ إذا لم يعد العميل، تواصل معه وتحقق من التقدم. اسأل ما الذي أصبح أفضل منذ مجيئك إلى المشورة؟ ما هي الخطوات التي تمكنت من القيام بها؟



6. تأملات ختامية

كان الهدف من هذا الفصل توفير مقدمة للاستشارة الأسرية النسقية، خصوصاً للاستخدام في الوضع الإنساني في سوريا. وكان القصد وضع خطوط عامة للمقاربات الرئيسية التي قد يجدها المستشار مقيدة في تعزيز القدرات الفنية (التقنية) للاختصاصيين المحليين في البلدان المضيفة لأداء أساليب العلاج الأسري، والتي تزيد كلا من دخول الخدمات النفسية والاجتماعية وتوافرها. جزء مهم من هذا العمل هو تجربة الإشراف المستمر للعمل مع الأسرة. الإشراف في العلاج الأسري، فريد مقارنة بالأنواع الأخرى من الإشراف العيادي. وما يجعله أكثر تميزاً على وجه التحديد من الأنواع الأخرى من الإشراف العيادي هو تركيزه على محتوى مخصوص-على عمل يركز "في المقام الأول على الأفراد والأزواج والأسر والجماعات من منظور نسقي، والذي يتطلب خبرة في نظرية النسق والتفكير في اختلافه عن العلاجات الموجهة بشكل فردي.

تحويل المهمة، التي تنطوي على "تفويض المهام إلى فريق موجود أو جديد مع إما تدريب أقل أو تدريب مصمم بشكل ضيق" (Kakuma et al., 2011, p. 16)، إجراء موصى به في البلدان التي تواجه تحديات في الموارد البشرية المدربة على مهن الصحة النفسية. هذه المقاربة حاسمة في تقديم العلاج الأسري العيادي في الأوضاع المنخفضة الموارد. مشاركة المهمة أمر حاسم خاصة في الحالات المعقدة (خاصة في المقاربات الأسرية أو مقارنة الأزواج، والتي قد تكون جديدة جداً على العاملين في الدعم النفسي الاجتماعي). يمكن أن يكون لمجموعة المهارات المختلطة التي تدعم مشاركة المهمة، إذا تم تعزيزها من خلال الإشراف، تأثيرات طويلة الأمد على المتدربين والمشرفين وعلى العملاء الذين يشاهدونهم.

ثمة استجابة أخرى تعمل بشكل جيد للغاية، كمقياس للاستدامة، فضلاً عن مقياس الإشراف، هي إشراك أو تضمين فريق متعدد التخصصات في كل خطوة من تقديم الخدمة. الفرق المتنوعة (من حيث التدريب المهني) يعني مجموعة أوسع من المهارات التي يمكن أن تقدم الدعم عندما تطلب أسرة المساعدة. ثالثاً، من ناحية العلاج الأسري يجب أن يتبلور محتوى المعرفة بما يخدم

7. الملحق:

التوصيات العامة:

حاول التأكد من أنك:

- تتحدث إلى جميع الحاضرين أمامك، بطريقة منصفة.
- قاطع بطرق هادفة ولكن محترمة.
- أطلب من كل شخص نسخة عن سؤالك بحيث لا يتم تجاهل أحد وتحصل على المعلومات المنهجية الأكثر تعمقاً.
- أولي اهتماماً خاصاً للسلوك اللفظي وغير اللفظي للعملاء أثناء تواصلهم معك، ومع بعضهم البعض، وكيف يتغير هذا وفقاً لمضمون المناقشة.
- ركز على توضيح أولويات كل عميل عند حضورهم كي يتحدثوا معك. ما هي الأولوية؟
- اسأل الأسرة عن هدفهم من المجيء لرؤيتك. ما الذي سيجعلهم يعرفون بأن مجيئهم لرؤيتك كان فكرة جيدة؟
- أوضح دورك في المؤسسة التي ترى العميل فيها، وضع قيود أو استثناءات السرية الخاصة بك.

حاول أن تتجنب:

- طرح أسئلة تساعدك على استيضاح ما السبب الذي دفع العائلة للمجيء لرؤيتك.
- ترك شخص واحد يحتكر الحديث في الجلسة.
- التحدث أكثر من اللازم، استمع.
- الخوف من أن تتحدث، أو تطرح الأسئلة أو تقاطع.
- التجاهل أو عدم التعليق على شيء تراه أمام عينيك في الجلسة، والذي قد يعطيك معلومات أكثر حول ما ترى.
- السماح بانتهاء الجلسة دون فهم المجال الكامل لتجربة العائلة.
- مغادرة الجلسة دون إعطاء العائلة نوعاً من الإطار على ما يقومون به بشكل جيد بالرغم من مشاكلهم.

الممارسة. في الأوضاع الإنسانية، وتيرة تقديم خدمات الصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي طارئة. فالأسر في ظروف ضغط نفسي مرتفعة، وفي أوضاع خطيرة، ويواجهون العديد من التحديات لمواردهم الشخصية والمادية. ومع ذلك، الأسر تستمر في البقاء، ونعم، بل وحتى تنجح في سياق الحياة في سوريا. على المرء أن يكون على استعداد لأن يسمع كلا من المعاناة والفرح في حياة العائلة. يمكن أن تُسأل هالة عن مشاعرها حيال جدتها، لكن يجب على المرء ألا ينسى سؤالها عن غنائها وعن صوتها الجميل.

تُشكل العوامل السياقية محتوى العلاج (أي كنز الطعام أو نقص المساحة في المنزل مع العديد من أفراد الأسرة) إلا أن على المستشار، مع ذلك، أن يولي انتباهه إلى نظرية العميل حول التغيير. يجب أن يسأل عن منظومة اعتقاداتهم ويدمجها في تدخلاته، وأن يسلط الضوء على نقاط القوة كلما كان بوسعه ذلك. القيام بهذا الأمر باقتدار، يتطلب أكثر من مهارات نظرية، إنه يتطلب انتباهاً حساساً لشكل المقابلة مع العائلة كلها كوحدة واحدة (سواء كانوا في الغرفة مع المستشار أم لا، عليه مع ذلك، أن يراهم كعائلة).

السمة المميزة لهذا المجال هي أن يُطبَّق في الممارسة، الفكرة الأساسية وفحواها، أن كل عائلة لديها وجهة نظر خاصة عن العالم، والتي ينبغي أن تؤخذ في الحسبان إذا كان على المرء أن يعزز تغييراً ذا معنى. يمكن القول، أن هذا الأمر لا يتغير في الأوضاع الإنسانية؛ بل أن ما يتغير إلى حد بعيد هو الإطار الخارجي-نقص الموارد الشائع وجوده عادة في الأوضاع غير الإنسانية (غير الطارئة) مثل الكهرباء والماء الصالح للشرب، والمؤسسات العاملة، وسيادة القانون. هذه المؤشرات تؤثر بشكل دقيق على نموذج المشكلات التي تواجهها الأسر وعلى التحديات التي تواجهها المجتمعات لكي تنجح وتتمو. نأمل أن يكون هذا الفصل، مصدراً نافعاً ومجموعة من الأفكار التي قد يجدها الاختصاصيون مفيدة وذات صلة في عملهم مع الأسر.



Slive, A., & Bobele, M. (2012). Walk-In Counselling Services: Making the Most of One Hour. *Australian & New Zealand Journal of Family Therapy*, 33(1), 27-38.

Slive, A., McElheran, N., & Lawson, A. (2008). How brief does it get? Walk-in single session therapy. *Journal of Systemic Therapies*, 27(4), 5-22.

Papadopoulos, R. K. (2005) 'But how can I help if I don't know?' Supervising work with refugee families. In. D. Campbell and B. Mason (eds) *Perspectives on Supervision*. London: Karnac, pp. 157-180.

Phama, Vincka & Weinstein (2010). Phama, P. N., Vincka, P., & Weinstein, H. M. (2010). Human rights, transitional justice, public health and social reconstruction. *Social Science and Medicine*, 70, 98-105.

Tol, W. A., Patel, V., Tomlinson, M., Baingana, F., Galappatti, A., Panter-Brick, C. et al. (2011). Research priorities for mental health and psychosocial support in humanitarian settings. *Lancet*, 8, 9.

Bateson, G. (1972). *Steps to an Ecology of Mind*. New York : Basic Books.

Charlés, L. (2016). Engaging the Humanity in Front of You. In Charlés & Samarasinghe *Family Therapy in Global Humanitarian Contexts : Voices and Issues from the Field*. PP 91-102. NY : Springer.

Charlés, L. & Samarasinghe, G. (2016). *Family Therapy in Global Humanitarian Contexts : Voices and Issues from the Field*. NY : Springer.

de Shazer (1988). *Clues: Investigation solutions in brief therapy*. New York: Norton.

Duncan, B. & Sparks, J. (2010). Duncan, B. L., & Sparks, J. A. (2010). *Heroic clients, heroic agencies: Partners for Change*.

Flemons, D. (2002). *Of one Mind : The Logic of Hypnosis, the Practice of Therapy*. NY : Norton.

Haley, J. (1973). *Uncommon Therapy: The Psychiatric Techniques of Milton H. Erickson, M.D.* New York: W. W. Norton.

Lambert, M.J. (2005). Early response in psychotherapy: Further evidence for the importance of common factors rather than "placebo effects." *Journal of Clinical Psychology*, 61(7), 855-869.

McGoldrick, M., Gerson, R., & Shellenberger, S. (1999). *Genograms : Assessment and intervention* (2nd ed.). New York: W.W. Norton.

Mollica, R. (2008) *Healing Invisible Wounds: Paths to Hope and Recovery in a Violent World*. Vanderbilt University Press

Morgan, M. & Sprenkle D. (2007). Toward a common-factors approach to supervision, *Journal of Marital and Family Therapy*, 33, 1, 1-17.

Walsh, F. (2007). *Traumatic Loss and Major Disasters: Strengthening Family and Community Resilience*, *Fam Proc* 46:207-227.

Watzlawick, P., Bavelas, J. B., & Jackson, D. (1967). *Pragmatics of human communication; a study of interactional patterns, pathologies, and paradoxes*. New York : Norton.



الفصل الخامس

الرعاية الذاتية

162 مقدمة افتتاحية

163 الرعاية الذاتية

164 الرعاية الذاتية للعاملين في المجال الإنساني في أوضاع الطوارئ
الخلفية والدواعي والغرض

166 الرؤية النظرية للرعاية الذاتية ورعاية الموظفين

169 المصادر الشائعة للضغط النفسي للعاملين في المجال الإنساني
في حالات الطوارئ

173 المرونة في العمل الإنساني

175 نتائج التقييم السريع لاحتياجات الرعاية الذاتية والموارد للعاملين في مجال الصحة
النفسية والدعم النفسي الاجتماعي MHPSS في سوريا

178 نصائح عملية للرعاية الذاتية

180 مؤشرات على ضرورة الإحالة إلى الرعاية المتخصصة

183 المصادر والمراجع

الرعاية الذاتية موضوع هام لأن الأدلة المتنامية للمنظمات والخبراء الرئيسيين تقترح أن هناك احتمال خطورة على العاملين الذين يعانون من الإجهاد والضغط العام أو من رضوض غير مباشرة بشكل خاص خلال دورهم الذي يأخذونه كعاملين في الصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي في الحالات الاسعافية .

الرعاية الذاتية في مقابل رعاية الموظفين

قد يكون من المفيد التمييز بين الرعاية الذاتية ورعاية الموظفين لأن هذه المصطلحات تستخدم أحياناً بالتبادل فيما بينها في حقل الصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي . قد يكون موظفو الصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي هم المستفيدون الرئيسيون من هذه الفصول . وقد أعطي انتباه أكبر في الفصل التالي لما يمكن أن يقوموا به كأفراد كي يعتنوا جيداً بأنفسهم .

نظرة الصحة المهنية السائدة هي أن "رعاية الموظفين" مسؤولية المنظمة كي "تعتني بموظفيها" وأن تتأكد من أن العمال فيها يعملون في ظروف آمنة ونموذجية لكي يحققوا التزاماتهم التعاقدية وألا يعانون من أذى نفسي أو جسدي خطير . بالنتيجة صحة سيئة . هناك عدد من السوابق القانونية والأمثلة القضائية في أمريكا وأوروبا وأستراليا وغيرها عن هذه النظرة والمقاربة "الصحة والأمان" لمنع مخاطر نفسية اجتماعية في مكان العمل .

يجب أن تقدم "الرعاية الذاتية" بالشكل النموذجي كمكون مندمج في حزمة المنظمات لرعاية موظفيها حيث يمكن للأفراد أن يأخذوا المسؤولية والفعل لعدد من الخطوات التي سوف تحسن مرونتهم وتقلل قابليتهم للضغط المهني والصحة السيئة بينما المنظمة في نفس الوقت تأخذ خطوات لمراقبتهم ودعمهم في عملهم . على أي حال , وحتى في غياب سياسة متكاملة معتمدة على المنظمات لرعاية موظفيها يبقى الأفراد قادرون على القيام بعدد من الخطوات الايجابية لحماية وتدريب أنفسهم بفعالية .

في هذا المنظور قد تكون حزم الرعاية الذاتية ممارسة قائمة بحد ذاتها تحت السيطرة الفردية للعامل في الصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي .

من أجل ذلك تم التقرير أن تعقيدات رعاية الموظفين , من وجهة نظر المنظمات , هي أبعد من هدف هذه الحزمة التدريبية كون الدليلين المترابطين تمت صياغتهما أساساً لتحسين المهارات الفردية للعاملين في الصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي أكثر منه لأن يكونا مخططاً زمنياً لتغيير في أية منظمة بحد ذاتها . وحتى في غياب برنامج وسياسة رعاية موظفين منفتحة ومترابطة فلا يوجد ما يمنع أي فرد أو منظمة من استخدام المادة التالية لتأسيس إجراءات مستقبلية داخل منظماتهم إن أرادوا ذلك .

باختصار , هذا الفصل عن الرعاية الذاتية ليس بديلاً عن وجود استجابة شاملة من جانب المنظمات لرعاية موظفيها , ولكن من الأفضل النظر إليه على أنه لتحسين مهارات العامل في الصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي لتحسين تأقلمه وتحسين طرق مساعدته لنفسه وربما أيضاً استخدام أي دعم متوفر من أي مصدر داخل وخارج منظمته . كملاحظة ايجابية , هنالك إجراءات محددة يمكن للأفراد القيام بها بهدف الاقتراب من منظماتهم وإجراء حوار معها حين يكون هناك صعوبات مستمرة .

من أجل مساهمة الهدف المنشود والجمهور المستهدف من هذه الحزمة التدريبية للصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي فإن الكاتب التالي يتعامل بشمولية مع الرعاية الذاتية ويناقش الفرق بين الرعاية الذاتية ورعاية الموظفين عندما يكون ذلك مناسباً.

مقدمة :

يهدف هذا الفصل إلى توفير معلومات عن الرعاية الذاتية وعافية الموظفين، الضروريين للعاملين في الحقل الإنساني في ظروف الطوارئ. وهو يستند إلى نتائج دراسة التقييم التي أجرتها "أبعاد" بدعم من الاتحاد الأوروبي، على احتياجات الرعاية الذاتية وموارد العاملين في الصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي في سوريا. كما يستند إلى احتياجات معروفة للعاملين في المجال الإنساني مع الأشخاص المتضررين من الأزمات، والتحديات العامة الموجودة والفجوات في الرعاية الذاتية والتدخلات على مستوى رعاية الذات لدى الموظفين وأفضل الممارسات في هذا المجال. يناقش هذا الفصل مسوغات الرعاية الذاتية ورعاية الموظفين، ويصف بعض المصادر العامة للضغوط النفسية لدى العاملين في المجال الإنساني، ويقدم معلومات تساعد في تمييز علامات الضغط النفسي والاحتراق النفسي، وبعض النصائح والتوصيات العملية في تدبير الضغط النفسي والرعاية الذاتية على مستوى الفرد والعلاقات والمنظمات. كما يصف هذا الفصل بعض العقبات في طريق الرعاية الذاتية ورعاية الموظفين مع إبراز الحاجة إلى سياسات وبرامج ونظم للرعاية الذاتية وللعاملين في المجال الإنساني تتسم بمزيد من الشمولية على مستوى المنظمات. نأمل أن يدفع هذا الفصل العاملين في المجال الإنساني إلى تعزيز استراتيجيات الرعاية الذاتية الفعالة، وأن يدفع أيضاً المنظمات الإنسانية والتنمية للأستلة البحثية عن توفير رعاية الموظفين لديها من أجل حماية وتعزيز العافية النفسية الاجتماعية لهم.



الرعاية الذاتية للعاملين في المجال الإنساني في أوضاع الطوارئ: الخلفية والدواعي والغرض

يعتبر سياق العمل الإنساني ضاغطاً نفسياً في جوهره. فهو ينطوي على الاستجابة لحالات الطوارئ والتعرض بصورة روتينية لمجموعة واسعة من مصادر الضغط النفسي. وعلى نحو متزايد، يعمل العاملون في المجال الإنساني في بيئات معقدة حيث المشاكل المتصلة بالصراعات المدنية ذات الأمد الطويل، والفقر المدقع، والمآسي الشخصية؛ شائعة ولا مفر منها. وغالباً ما يجد هؤلاء العاملون أنفسهم متورطين في أوضاع ضاغطة ومكربة وأحياناً رضية نتيجة المشاهد والأصوات. فهم يعملون في بعض أكثر الظروف قسوة وغالباً ما يختبرون أعباء غامرة في العمل وساعات عمل طويلة وحاجات ضخمة ينبغي تلبيتها، والتعرض المباشر للبؤس، وعدد المتضررين من الأزمات الإنسانية الأخذ في التزايد وتدهور أوضاع الأمن والسلامة وانعدام التوقع، ونقص المساحة الشخصية ومحدودية الموارد المتاحة. وبصرف النظر عن خلفية واختصاص العاملين في المجال الإنساني والأدوار الخاصة بهم، فإنهم يتعرضون بضرورة متكررة لقصاص من المعاناة وتجارب من المآسي الشخصية، وقد يشهدون هم أنفسهم مشاهد مرعبة، كما قد يكون لديهم خبرات مكربة أو قد يتعرضون وعلى نحو مزمّن لمخاطر جدية.

هذه العوامل الضاغطة تضع العاملين في المجال الإنساني، سواء كانوا محليين أم دوليين، تحت خطر المعاناة من التأثيرات النفسية الاجتماعية التراكمية. وبغياب رعاية ذاتية مناسبة، يمكن لهذه العوامل الضاغطة، على المدى القريب، أن تقودهم إلى الشعور بالتأثر الغامر وعدم الأمان، وأحياناً غياب الدافعية والتعب المزمن. أما على المدى الطويل، فيمكن لهذه العوامل الضاغطة أن تسبب ضغطاً نفسياً تراكمياً له أن يؤدي إلى المزيد من التأثيرات الخطرة كالاكتراق النفسي والقلق المزمن واللامبالاة وأحياناً متلازمة الضغط النفسي بعد الصدمة.

إن الرغبة الشديدة للعاملين في المجال الإنساني في تقديم المساعدة والرعاية والدعم للناس المحتاجين، غالباً ما تحجب عن العيان حاجاتهم بالذات. ورغم قدراتهم المهنية، فإنهم عادة يُغفلون و/ أو لا يدركون الضغط النفسي كظاهرة يمكنها أن تؤثر على قدراتهم وأدائهم ودوافعهم. فالضغط التراكمي لا يؤثر على دوافعهم ومعنوياتهم الشخصية وأدائهم الفردي فحسب، بل أيضاً على نوعية الرعاية التي يقدمونها. فهذه العوامل الضاغطة تعرّض العاملين في المجال الإنساني لخطورة إحداث المزيد من الأذى للمنظمة وللمشروع، فضلاً عن الأشخاص الذين يحاولون تقديم الخدمة لهم. عندما يعاني العاملون في المجال الإنساني من ضغط نفسي شديد أو احتراق نفسي أو تعب عاطفي، فإن المستفيدين سيعانون أيضاً. ومن المرجح أن يكون العاملون الذين يعانون من تأثيرات الضغط النفسي أقل كفاية وفعالية في الاضطلاع بالمهام الموكلة إليهم. وتُظهر تجارب مستقاة من أوضاع طوارئ مختلفة، بأنه إذا ما أهمل العاملون في المجال الإنساني معاناتهم العاطفية ولم يمارسوا رعاية ذاتية منتظمة، فإن قدرتهم على رعاية الآخرين ستتضاءل بل وتُستنزف.

- ما أهمية أن يلتزم المرء في التركيز على رعاية نفسه؟
الجواب بسيط ومقنع، كما يقدمه ساكفيتنه وبيرلمان Saakvitne and Pearlman*.
- لأنني أتأذى.
 - لأن أمري يعني لي.
 - لأن عملائي (الناس الذين أعمل لهم) يعتمدون لي.
 - لأن العمل الذي أقوم به يعني لي.
 - لأن المهنة تعني لي.
 - لأنه يتعين على ذلك.

يحمل العمل الإنساني في طياته فرصاً عظيمة للتعلم والتطور على الصعيدين الشخصي والمهني، بيد أنه يتصف في ذات الوقت، بأنه ضاغط نفسياً. وبما أن الموظفين في المنظمات الإنسانية والتنموية يعملون في بيئات قاسية انفعالياً ويختبرون عوامل ضغط متعددة، فإنهم يحتاجون إلى دعم ملائم لبلوغ إمكاناتهم وتعزيز مرونتهم.

إن عدد الأزمات المتنامي حول العالم يزد من اتساع المنظومة الإنسانية، حيث تتجاوز الاحتياجات في الوقت الراهن الموارد الموجودة. ولقد وثّقت الدراسات والتقارير، بوفرة، العواقب الانفعالية السلبية للتعرض لعوامل الضغط النفسي هذه، على مجموعات متنوعة من العاملين في المجال الإنساني. لقد ارتفع عدد الهجمات التي تعرض لها عمال الإغاثة حول العالم، في العشرين سنة الأخيرة، وهذا العدد أخذ في الارتفاع بصورة حادة. نحو 80% من ضحايا عمال الإغاثة، هم من سكان البلد الذي تقدم له الخدمة.²

فضلا عن مخاطر الأمان الجسدي هذه، ثمة مخاطر نفسية متنامية على عمال الإغاثة. وقد دلّت الأبحاث على أنه كلما طال أمد وجود عمال الإغاثة في الميدان، زاد احتياجهم للدعم النفسي الاجتماعي.

* Saakvitne, K.W. & Pearlman, L.A. (1996) Transforming the Pain: A Workbook on Vicarious Traumatization, New York: W.W. Norton.

أجرى مركز السيطرة على الأمراض والوقاية منها بحثاً مُنيراً في عام 2000، تم فيه دراسة التأثيرات الطولية على عمال الإغاثة لفترة من الوقت. وقد وجد المركز، وذلك نحو المهمة الخامسة، بأن هناك زيادة دراماتيكية في مستويات القلق والاكتئاب والضغط النفسي التراكمي والاحتراق النفسي وإمكانية اضطراب الضغط النفسي بعد الصدمة. وما يدعو للاستغراب، أن مدة عمل الناس (كعمال الإغاثة) لم تعنِ بالضرورة، المزيد من المرونة. لعل الحقيقة هي أنه كلما طال أمد عمل الناس في الميدان، زاد تعرضهم وتأثرهم سلباً على نحو تراكمي.² فقد أضحت الاحتراق النفسي ودوران الموظفين أمرين واقعيين لدى منظمات الإغاثة.

بمناسبة اليوم الإنساني العالمي 2 (19 آب – أغسطس 2014 –)، أشار يان إلياسون ممثل الأمين العام للأمم المتحدة إلى الأخطار التي يواجهها عمال الإغاثة في الخطوط الأمامية للكوارث والحروب، واعتبر بأنها تمثل "نقيصة إنسانية على نطاق عالمي"، مشدداً على أن الوضع يزداد سوءاً، وأن عمال الإغاثة والعاملين في المجال الإنساني، يتعرضون على نحو متزايد للهجوم المباشر.



الرؤية النظرية للعناية الذاتية ورعاية الموظفين

لماذا تدبر الضغط النفسي عند الموظفين؟

إن تدبر الضغط النفسي لدى الموظفين في المنظمات الإنسانية، أمر حيوي لعدة أسباب. فالضغط النفسي لدى العاملين في المجال الإنساني ليس مجرد مشكلة فردية للموظفين، إذ أنه وأبعد من التأثيرات المؤدية على المستوى الشخصي، فإن للضغط النفسي الذي يعاني منه الأفراد تأثيراً سلبياً على وظيفة الفريق والوكالة.

فالموظفون المُنهكون من الضغط النفسي، يتعرضون لمعدلات أعلى من الحوادث والأمراض. وهم يتغيّبون عن العمل ويستخدمون الخدمات الصحية أكثر من سواهم. كما يُظهرون التزاماً أقل للوكالة التي توظيفهم ومعدلات أعلى من التقلب. والنتيجة هي خسارة الموظفين الماهرين والخبراء في الميدان وزيادة استجلاب الموظفين وتكاليف التدريب. علاوةً على ذلك، وتحت ظروف الضغط النفسي المزمّن، قد يعاني الموظفون من سوء في اتخاذ القرارات وقد يتصرفون بطرق تعرضهم كما تعرض الآخرون إلى مخاطر أو بطرق تخلّ بالأداء الوظيفي الفعال للفريق. وقد يتعرض أمنهم وسلامتهم وكذلك أمن وسلامة المستفيدين إلى الخطر، وربما يعاني فريقهم من الصراع الداخلي والشجارات الدورية ومن تفشي ظاهرة إلقاء اللوم على الآخرين (كبش الغداء). فأعضاء الفريق المضغوطين نفسياً، هم عادة أقل دافعية وفعالية وكفاية في تنفيذ المهام الموكلة إليهم.

ورغم أنه لا يمكن تجنب الضغط النفسي بين العاملين في المجال الإنساني، فإنه بالإمكان الوقاية من بعضه أو تخفيض آثاره على أعضاء الفريق، وعلى الفريق وعلى الوكالة. وهذا الأمر يتطلب من أعضاء الفريق ومن المديرين والمشرفين ومن الفرق أو من الوكالة ككل، اتخاذ إجراءات معينة؟

إن مفهوم الرعاية الذاتية متعدد الأبعاد، وهو يشمل العديد من العناصر المحددة. ليست الرعاية الذاتية فكرة جديدة، فمنذ ابتداء النوع البشري، قام الناس باتخاذ إجراءات لضمان سلامتهم الشخصية وطوروا استراتيجيات للتعامل مع المرض والتحديات الصحية الأخرى.2,3 طورت المجتمعات البدائية طقوساً شفاوية تضمنت أحياناً تناول أطعمة خاصة لتعزيز صحة أشخاص محددين أو المجتمعات المحلية برمتها.4. فتنفيذ استراتيجيات للتعامل مع الانشغالات اليومية بالصحة، أمر طبيعي واعتيادي. يختار الأفراد سلوكيات الرعاية الذاتية لكي يحافظوا على مستوى مقبول من الصحة أو العافية، أو من أجل الوقاية من المرض وتعزيز الصحة. وتساهم سلوكيات رعاية الذات هذه في قدرة المرء على أداء مجموعة متنوعة من المهمات، بدءاً من ضمان البقاء وانتهاءً بالوصول إلى تحقيق الذات.

راهناً، هناك غياب لتعريف مُتسق مُتفق عليه لتعبير " الرعاية الذاتية". ولم يصل خبراء في حقول علمية ستة هي: الطب، علم النفس، التمرّيز، الصحة العامة، الاقتصاد وعلم الإنسان (الأنثروبولوجيا) عند مراجعة المفهوم من منظور كل منها إلى إجماع تام، بل توصلوا إلى اتفاق حول أربع خصائص مميزة للرعاية الذاتية2. فقد اعتُبرت الرعاية الذاتية كحالة، نوعية للثقافة؛ تشمل القدرة على التصرف واتخاذ القرارات؛ وتتأثر بالمعرفة والمهارات والقيم والدوافع وموضع السيطرة والفعالية، وتركز على مناحي الرعاية الصحية التي تقع ضمن سيطرة الفرد2.

لقد صاغت العوامل ووجهات النظر التاريخية والاجتماعية والاقتصادية المفهوم الراهن لرعاية الذات والتعبير الأكثر حداثة وهو "التدبير الذاتي" بالاستناد إلى مجال من الخلفيات المعرفية (الاستمولوجية) والفلسفية. ساهمت فروع الطب وعلم النفس والتمرّيز والصحة العامة والاقتصاد وعلم الإنسان (الأنثروبولوجيا) جميعاً في المعرفة حول الرعاية الذاتية. خلق ذلك تنوعاً ثرياً من جهة، ومعلومات متناثرة مستمدة من خلفيات وأطر نظرية مختلفة وغالباً متعارضة من جهة أخرى2. فهناك تعريفات مختلفة تتضمن

بل وتؤكد على مناح مختلفة من الرعاية الذاتية. وما نحتاجه من أجل التطبيق العملي للرعاية الذاتية، هو وصف للعناصر التي تقع تحت مجالات أو حقول مختلفة.

تقترح المؤسسة الدولية للرعاية الذاتية (ISF) أنه يمكن بسهولة تصور إطار للرعاية الذاتية أو تنظيم نحو سبعة "دعائم" أو "مجالات" وهي؟:

1. المعرفة الصحية-وتتضمن: قدرة الأفراد على الحصول على المعلومات الصحية الأساسية والخدمات ومعالجتها وفهمها لأجل اتخاذ القرارات الصحية المناسبة
2. الوعي الذاتي بالحالة البدنية والعقلية-وتتضمن: معرفة مؤشر كتلة الجسم الخاص بك (BMI)، ومستوى الكوليسترول وضغط الدم، الانخراط في الفحص الصحي.
3. النشاط البدني-ممارسة النشاط البدني متوسط الشدة كالمشي، وركوب الدراجات، أو المشاركة في الألعاب الرياضية بتواتر مرغوب.
4. تناول الطعام الصحي-يتضمن: نظام غذائي مغذي ومتوازن مع مستويات مناسبة من السعرات الحرارية.
5. تجنب المخاطر أو التخفيف منها-وتشمل: الإقلاع عن التبغ، والحد من تعاطي الكحول، والحصول على اللقاح وممارسة الجنس الآمن، واستخدام واقيات الشمس.
6. النظافة الجيدة-وتتضمن: غسل اليدين بانتظام، وتنظيف الأسنان، وغسل الطعام.
7. الاستخدام العقلاني والمسؤول للمنتجات والخدمات ووسائل التشخيص والأدوية-وتتضمن: الداية بالمخاطر، والانتفاع بمسؤولية عند الضرورة.

من الأدبيات، يبدو أنه يمكن أن تُفهم الرعاية الذاتية بأن يكون الناس مسؤولين عن صحتهم وعافيتهم من خلال البقاء لائقين وبصحة جيدة جسدياً وعقلياً وأيضاً روحياً عندما يكون ذلك منشوداً. ويتضمن ذلك اتخاذ إجراءات للوقاية من الأمراض والحوادث والاستخدام الملائم للأدوية والعلاج من العلل البسيطة (Department of Health, 2005 in Gantz, 1990; Orem, 1991; Astin and Closs, 2007; National Health Committee, 2007). ويمكن تعريف الرعاية الذاتية بأنها قدرة الأفراد والأسر والمجتمعات المحلية على تعزيز الصحة والوقاية من الأمراض والمحافظة على الصحة والتكيف مع المرض والعجز دون دعم مقدم الرعاية الصحية. وبما يتجاوز مجرد التركيز على الصحة والعافية، فإن الرعاية الذاتية تنطوي على الإدارة الذاتية.

تعني إدارة الذات أن يعمل الناس على نقاط القوة والقدرات التي يمتلكونها، لإدارة الطريقة التي يُقَيّد بها ظرفاً ما حياتهم أو التقليل منها، وكذلك ما يمكنهم القيام به كي يشعروا بالسعادة وتحقيق الذات. الرعاية الذاتية هي ما يفعله الناس لأنفسهم لترسيخ الصحة والحفاظ عليها، وللوقاية من المرض والتعامل معه. إنها مفهوم واسع يشمل النظافة (العامة والشخصية)، والتغذية (نوع ونوعية الطعام الذي يتم تناوله)، ونمط الحياة (الأنشطة الرياضية والترفيهية وغيرها)، والعوامل البيئية (ظروف المعيشة، والعادات الاجتماعية، وسوى ذلك) العوامل الاجتماعية والاقتصادية (مستوى الدخل والاعتقادات الثقافية، الخ) والتطبيق الذاتي.

تكتسب مسألة الرعاية الذاتية ورعاية الموظفين العاملين في المجال الإنساني المزيد من الاهتمام في الآونة الأخيرة. فقد زادت The Antares Foundation Framework إطار مؤسسة أنتاريس، والمبادئ التوجيهية للجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات للصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي في حالات الطوارئ، والمعايير الجوهرية في سفير ومدونة الممارسة الجيدة للمحتاجين إلى المساعدة؛ الاهتمام برعاية الموظفين. وتقوم العديد من المنظمات جنباً إلى جنب مع زيادة الاهتمام بمبادرات عافية الموظفين-إن لم يكن بإدماجها-بتعديل مقارباتها التاريخية. يتضمن ذلك تداول عريضة حديثة لإدراجها ضمن جدول أعمال القمة الإنسانية العالمية القادمة. تم توثيق تأثيرات العمل في القطاع الإنساني والتنمية على نحو جيد، بيد أن هناك القليل من الأبحاث عن كيفية تخفيف المنظمات للآثار السلبية وتعزيز ممارسة رعاية الموظفين2. حقق القطاع الإنساني والتنمية تقدماً كبيراً فيما يخص رعاية الموظفين في السنوات 10-15 الماضية؛ ومع ذلك، لم تنفذ أي من المنظمات بحثاً-جرت مشاركتها ومتاحة علناً-في رعاية الموظفين. تتباين ممارسات رعاية الموظفين بين المنظمات ولم يجر أي رصد وتقييم لهذه الممارسات. يمكن للمنظمات، عن طريق تقديم أدلة علمية عن تأثيرات رعاية الموظفين، تحديد آثار التدخل على الموظفين (إيجابية أو سلبية)، فضلاً عن العائد على الاستثمار. ويُتوقع زيادة كبيرة للحاجة إلى استراتيجيات رعاية / عافية الموظفين في السياق الأمني المتدهور لبيئة المساعدات الإنسانية.



المصادر الشائعة للضغط النفسي للعاملين في المجال الإنساني في حالات الطوارئ

الضغط النفسي هو طريقة الجسم للحصول على الطاقة بغية العمل خارج المنطقة المريحة العادية للفرد. ينشأ الضغط النفسي عن عوامل مولدة للضغط، وهذه يمكن أن تكون داخلية، مثل الأفكار أو المشاعر، أو خارجية مثل حالة صحية سيئة أو نزاع أو ضوضاء... إلخ إذا كان من غير الممكن الاسترخاء بين المطالب، أو ليس هناك ما يكفي من الوقت للاسترخاء بين المشاكل، فيما يتراكم الضغط. إذ ليس السبب بالضغط النفسي المزمّن هو الصعوبة الفعلية للمهمة. فقد يكون من الكم الكلي أو من تتابع العمل.

التعرف على علامات الضغط النفسي

المعاناة من الضغط النفسي في العمل الإنساني فقط، أمر طبيعي وليس دليلا على الضعف أو عدم الكفاية. تبدأ إدارة الضغط النفسي مع إدراك المرء أن الضغط النفسي قد يسبب مشاكل، ومن قدرته على التعرف على كيفية تجلي هذه المشاكل. يتبدّى الضغط النفسي في خمسة جوانب رئيسية تظهر في ردود الفعل الجسدية والعاطفية والمعرفية والسلوكية والروحية / الفلسفية. ولأن لكل فرد طريقا مميزة في رد الفعل على ذلك، فإن الاستجابات تتباين على نفس الحالة. قد تكون الاستجابات أيضا محددة وفق النوع الاجتماعي ومحددة ثقافياً. ويمكن أن تشمل العوامل الأخرى التي تؤثر على عدد ومدة وشدة ردود الفعل على الضغط النفسي: سمات الشخصية والتاريخ الشخصي والتدريب والمعرفة الوافية والكوارث السابقة أو تجربة الطوارئ الإنسانية ووضع الحياة الراهن. بالإضافة إلى ذلك، تعتمد ردود الفعل للضغط النفسي على نوع الضغط المواجه.

تؤثر على العاملين في المجال الإنساني ثلاث فئات رئيسية من الضغط النفسي¹⁸:

- **الضغط النفسي اليومي** حين يتعامل المرء مع متطلباته المتزاخمة من الصيانة الشخصية والنقل والعمل.
- **الضغط النفسي التراكمي** هو النوع الأكثر شيوعا، والمألوف والحاتّ من الضغط النفسي الذي يُواجه في مواقع العمل الإنساني، إذا لم يتم تدبيره، فإنه يحثّ فعالية كل من العمال ومجموعات العمل مع مرور الوقت.
- **الضغط النفسي الحرج** هو مزيج من الاستجابات الحادة للعنف، والصدمات النفسية والتهديدات التي تطال الحياة. وهذا النوع يتطلب اهتماماً فورياً من زملائه ومن المنظمة. تتجمع الأحداث الخطرة في حالات الاستجابة للطوارئ، لكنها قد تحدث في أي مكان وفي أي وقت.

يمكن تصنيف عوامل الضغط النفسي التي تواجه العاملين في المجال الإنساني أيضاً على هذا النحو:

العوامل المتعلقة بالعمل	العوامل الظرفية
• الغموض في الأدوار والمسؤوليات • التشوش الاجتماعي والثقافي والروحي • الإفراط في العمل أو العطالة • العلاقات المتوترة داخل الفريق • العمل مع الحالات الصعبة والمضغوطة بشدة • صعوبة وضع الحدود والقيود	• انعدام الأمن وانعدام السلامة • الفقر والعنف المحيطين • العلاقات المتطلبة مع السكان والسلطات المحلية • المخاطر الصحية، وسوء المرافق، ونقص الموارد
عوامل الخطر الشخصية	العوامل الإدارية التنظيمية
• تواصل محدود مع المنزل، والضغط من المنزل • شبكة اجتماعية داعمة فقيرة • غياب أو نقص الخبرة في العمل الإنساني • توقعات ودوافع غير واقعية • سلوك رديء في رعاية الذات	• قضايا الإدارة (البيروقراطية، عملية صنع القرار) • أدوار وأهداف البرنامج (غير واقعية، غامضة)

كما أنه لا توجد تعريفات متسقة فيما يتعلق بممارسات رعاية الموظفين في القطاع الإنساني والتنموي، فضلا عن غياب الاتساق في نطاق توفير رعاية الموظفين في الوكالات. تشير رعاية الموظفين بشكل عام إلى الرعاية الذاتية والاستجابات المؤسسية للضغط النفسي بين العاملين في المجال الإنساني التي تتوخى التخفيف من الكرب ودعم الموظفين في إدارة الضغط النفسي وتعزيز مرونتهم في مواجهة الضغوطات التي يواجهونها خلال تقديم المساعدات الإنسانية. والغرض من رعاية الموظفين تكوين قوى عاملة صحية ومنتجة؛ لخلق العافية بين الموظفين وتحسين جودة عملهم. وتتأثر العافية بعوامل داخلية وخارجية، وتشير إلى الصحة الانفعالية والمعرفية والروحية والجسدية. لكل منظمة ولكل فرد فيها احتياجات رعاية مختلفة.

تحت رعاية "بالسلامة" الذي هو مشروع لمؤسسة أبعاد مع الاتحاد الأوروبي ومؤسس في سوريا ، تم تنظيم تدريب مدربين في "الرعاية الذاتية وصحة الموظفين في المجالات الإنسانية" . تم تأسيس التدريب بناء على موجودات دراسة قامت بها أبعاد بدعم من الاتحاد الأوروبي عن "تقييم سريع للمشاركين عن احتياجات وموارد الرعاية الذاتية للعاملين في الصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي في سوريا " . هدفت هذه الدراسة إلى استيضاح الاحتياجات والتحديات المختلفة المتعلقة بالرعاية الذاتية للعاملين في المجال الإنساني . غطى هذا التدريب عدة موضوعات (انظر إلى أجنحة التدريب في الملحق) منها ، ولكن لم يقتصر عليها:

- التبرير المنطقي للرعاية الذاتية في حالات الطوارئ (لماذا تحتاج رعاية ذاتية ؟)
- الآراء النظرية للتمييز بين الرعاية الذاتية ورعاية الموظفين
- الآثار النفسية الاجتماعية للعمل الإنساني
- تمييز علامات الضغط الشديد والاحترق النفسي (بما فيها أساليب تقييم الذات)
- تطوير خطط مناسبة للرعاية الذاتية
- ممارسة تقنيات استرخاء وتنفس وتركيز ذهني ، وممارسة أساليب تدبير الضغط
- مهارات إجراء تدريبات الرعاية الذاتية ورعاية الموظفين

بناء أرضية مشتركة للمفاهيم والمصطلحات: تعريفات

خلال ورشة عمل تدريب المدربين عن الرعاية الذاتية في المجالات الإنسانية تم إجراء جلسة تهدف لبناء أرضية مشتركة للمفاهيم والمصطلحات ، وبالتالي بناء إطار عام للتعريفات . بما أنه ليس هناك تعريف واضح ومحدد ومتفق عليه للرعاية الذاتية عمل المشاركون في مجموعات صغيرة وتبع ذلك نقاش عام إلى أن تم التوصل لتركيبة متفق عليها لتعريف الرعاية الذاتية ورعاية الموظفين . عمل المشاركون أيضا على تعريف مصطلحات متعلقة بما سبق مثل المرونة والتأقلم والضغط والتطور المفعّل بالمحن ومصطلحات أخرى سيتم استخدامها خلال التدريب .

نتائج عمل المجموعة في ورشة عمل تدريب المدربين في بيروت : التعريفات المتفق عليها للرعاية الذاتية ورعاية الموظفين

الرعاية الذاتية : تدخلات أو نشاطات موجهة إلى صحة الفرد الجسدية والنفسية والاجتماعية والروحية والمهنية وتهدف إلى تحسين المرونة والصحة وتخفيف وتدبير الضغط . يمكن فهم الرعاية الذاتية على أن الناس مسؤولون عن صحتهم وعافيتهم من خلال بقائهم بصحة ولياقة جسدية وعقلية وعند الرغبة روحية أيضا .

رعاية الموظفين : استجابة مؤسسية للضغط الحاصل عند العاملين في المجال الإنساني والتي تهدف إلى تخفيف الضيق ودعم الموظفين في تدبير الضغط وتحسين مرونتهم في مواجهة عوامل الشدة المصادفة خلال عملهم في تأمين المساعدة الإنسانية . الغرض من رعاية الموظفين هو خلق قدرة على العمل صحية وقادرة على الإنتاج وخلق شعور الصحة بين الموظفين وتحسين نوعية عملهم .



يجهد العديد من العاملين في مجال الصحة والصحة العقلية المتفانين الذين يعملون في ظروف ضعف الموارد مع العملاء أو المرضى الذين يعانون من الاحتياجات الهائلة، أنفسهم ويجدون صعوبة في وضع الحدود المناسبة. هذه العوامل الظرفية هي أخطار مهنية شائعة يمكن أن تسهم في تطوير الاحتراق النفسي.

تشمل بعض الآثار النفسية الاجتماعية المحتملة للعمل الإنساني: صراع المشاعر

قد يواجه العاملون في المجال الإنساني صراعات مختلفة من العواطف، مثل الشعور بالعجز في مواجهة ضخامة الاحتياجات الإنسانية، والشعور بالذنب بسبب الاستفادة من ظروف معيشية أفضل أو لعدم القدرة على الاستجابة لاحتياجات الناس، والشعور بالقوة ولعب دور "المنقذ"، والشعور بالإحباط عندما تتعطل الخطط بسبب مشكلة أمنية، وأيضا شعور بالغضب تجاه الاختلافات في الأولويات مع الحكومة المحلية، أو بسبب بيروقراطية المنظمة.

متلازمة الرّجعة متلازمة الرجعة هي استجابة نفسية يختبرها الكثير من الناس العائدين إلى البيت من العمل الميداني في ثقافة مختلفة، بعد اليومين الأولين من الفرح ، يعاود العديد من عمال الإغاثة تجربة مشاعر الخسارة والحداد والعزلة. فيشعرون بأن لا أحد يفهم حقيقة ما مروا به، بل وأكثر من ذلك، يشعرون بأن الناس غير مهتمين.

تعب التعاطف، والصدمة بالإنابة والاحتراق النفسي تنطوي نوعية الحياة المهنية على جانبيين من جوانب المساعدة: الرضا التعاطفي (الجانب الإيجابي – الرضا المستمد من فعل المساعدة والنتائج الإيجابية لمساعدة الآخرين) والتعب التعاطفي (الجانب السلبي، الاحتراق النفسي والصدمة بالإنابة). يحتاج العاملون في المجال الإنساني الذي يشتمل عملهم العمل مع الأفراد أو الأسر أو المجتمعات التي تعرضت لصدمة كبيرة ومن المعاناة، لأن يكونوا على بينة بهذه القضايا. من الأهمية بمكان فهم الآثار النفسية والاجتماعية وردود فعل الضغط النفسي التي قد تنجم عن مساعدة الناس الذين نجوا من التجارب الصعبة للغاية.

عند العمل مع الحالات الشديدة للناجين من الصدمات، قد يواجه العاملون في المجال الإنساني ممن يقدمون

الرعاية الصحية العقلية والدعم النفسي والإجتماعي، الصدمة الثانوية وردود فعل التحويل المعاكس التي قد تمرّ دون أن يلاحظها أحد. ينشأ التحويل المعاكس، والمعروف من قبل المعالجين النفسيين، لدى المعالج / مقدم المساعدة نتيجة التفاعل مع العملاء والتماهي مع مشاعرهم وخبراتهم، وكذلك عندما توفّق انفعالات المعالج المكبوتة. عندما يعمل المهنيون مع الناجين من الصدمات النفسية الشديدة المرتكبة من الإنسان، قد تكون ردود فعل التحويل المعاكس شديدة على وجه الخصوص. يتسم التحويل المعاكس لدى المعالج بردود فعل انفعالية تتطور نتيجة للتفاعل بين عوامل متعددة، بما في ذلك الصراعات الداخلية الخاصة التي لم تحل لدى المعالج، وقصص العميل التي يشاركها معه (بما في ذلك الصدمات النفسية)، والسلوك والخصائص الشخصية للعميل19.

يُعزّز التعافي من الصدمة عندما يختبر الناجي بيئة العلاج كمكان آمن ومضمون لدمج الصدمة والعمل من خلالها وعلى آثارها. واحدة من المهام الرئيسية (والتحديات) للمعالج في هذا المسعى هو الحفاظ على التفهم الوجداني مع العميل خلال كامل المسار. ويشمل التفهم الوجداني القدرة على فهم الآخر، والدراسة به واختبار عالم وإدراك الآخر وشعوره بالكرب بالإنابة وذلك من منظوره. قد تُرهِق قدرة المعالج السريري على الحفاظ على موقفه المتفهم والبقاء في تناغم مع العميل، حين يشارك الناجين المزيد والمزيد من المهام وتفاصيل تجربتهم الرضية 2.

قد ينجم الاحتراق النفسي الذي يشير إلى مشاعر اليأس والإرهاق الانفعالي المرتبطة بالعمل، والشعور بالغمر، عن بيئات العمل التي تنطوي على أعباء عمل مفرطة والقليل من الدعم. والتعب التعاطفي الذي يشير إلى أدلة على الصدمات الثانوية، هو مصطلح يستخدم للإشارة إلى التغيرات في المشاعر تجاه المستفيدين، وفقدان الاهتمام والتعاطف، أو فقدان الرضا عن العمل وزيادة الشكوك الذاتية بقدرات المرء أو اختيار المهنة2. يحدث التعب التعاطفي بسبب التفهم. وهذه هي النتيجة الطبيعية للضغط النفسي الناجم عن رعاية ومساعدة الناس الذين يعانون أو الأشخاص الذين عايشوا الأحداث الراضة بشدة. انه ينطوي على الانشغال بفرد أو بصدته، وهو لا يتطلب التواجد في الحدث الضاغط. من المهم للغاية تشجيع العاملين في المجال الإنساني على أن يتعرفوا على الأعراض وقبولها والالتزام في معالجة القضايا الشخصية.

التعرف على علامات الضغط النفسي التراكمي: الضغط النفسي التراكمي شامل ومبهم. يحدث عندما يعاني شخص ما من التعرض غير المريح لفترات طويلة لمزيج من العوامل الشخصية و العوامل المرتبطة بالعمل والوضع والتي تسبب الإحباط. إن الحماية الأفضل من الآثار الضارة الناجمة عن أي نوع من أنواع الضغط النفسي هي المعلومات عن بعض أكثر العلامات والأعراض شيوعا. على الرغم من أن الضغط النفسي يُختبر بطريقة عالية الفردية ، فإن القائمة التالية تقدم أمثلة على ما قد يختبره الناس الذين يعانون من الضغط النفسي المتراكم.

ردود الفعل الجسدية:

- التعب طويل الأمد
- الشكاوى الجسدية، والصداع
- تغيرات في الشهية
- فقدان الطاقة والتعب المزمن
- الزكام المتواتر والمطول
- مشاكل النوم (الأرق، الكوابيس، كثرة النوم، النوم المتقطع، الاستيقاظ المبكر)
- ردود الفعل الجسدية النفسية (السيكوسوماتية) بما في ذلك القرحة واضطرابات المعدة والأمعاء والصداع، وآلام العضلات
- خسارة أو كسب الوزن
- اندلاع اضطراب طبي موجود مسبقاً
- الإصابات الناجمة عن السلوك الجزافي العالي

ردود الفعل العاطفية:

- القلق
- الشعور بالاغتراب عن الآخرين
- الرغبة في الوحدة
- السلبية / السخرية
- الارتياب / جنون العظمة
- الاكتئاب / الحزن المزمن
- الشعور بالضغط / الغمر
- انخفاض المتعة
- فقدان حس الدعابة
- العجز
- الشعور بالحصار
- الاستثارة / الغضب
- ردود فعل مفرطة / ردود فعل قليلة



رحدود الفعل المعرفية:

- تعب التفكير
- التفكير الوسواسي
- صعوبة التركيز
- زيادة التششت / عدم الانتباه
- مشاكل في القرارات / الأولويات
- انخفاض تحمل الغموض
- الفكر المحدود
- الصلابة، التفكير غير المرن

رحدود الفعل السلوكية:

- الاستثارة
- انزياح الغضب، إلقاء اللوم على الآخرين
- التردد في بدء أو إنهاء المشاريع
- الانسحاب الاجتماعي
- التغيب عن العمل
- الإحجام عن أخذ إجازة
- استعمال المواد، والتطبيب الذاتي
- استهلاك الكحول المرتفع
- عدم الاكتراث للأمن والسلوك المحفوف بالمخاطر
- زيادة استهلاك (الكافيين والتبغ والكحول والمخدرات)
- صعوبة في التعبير عن الذات

رحدود الفعل الروحية / الفلسفية:

- شك في نظام القيم / المعتقدات الدينية
- التشكيك في مجالات الحياة الرئيسية (المهنة والعمل، ونمط الحياة)
- الشعور بالتهديد وبأنه ضحية
- خيبة الأمل
- الانشغال الذاتي

رحدود الفعل على مستوى العمل:

- انعدام الحافزية.
- تقلبات وظيفية كبيرة.
- نزاعات متكررة.
- نواتج عمل منخفضة.
- زيادة الإجازات المرضية.
- – كيش الغداء (إلقاء اللوم على فرد واحد لكل مشكلة).
- غياب المبادرة.

علامات أخرى للضغط النفسي:

- يتجلى الضغط النفسي بين مقدمي الرعاية في مجال العمل الإنساني في مجموعة واسعة من العلامات والأعراض النفسية والسلوكية والجسدية. وهي تشمل عادة:
- فقدان الاهتمام والالتزام بالعمل.
 - فقدان الدقة في المواعيد وإهمال الواجبات.
 - مشاعر النقص والعجز والشعور بالذنب.
 - فقدان الثقة واحترام الذات.
 - الميل للانسحاب –من العملاء ومن زملاء.
 - فقدان الحساسية في التعامل مع العملاء.
 - فقدان الجودة في أداء العمل.
 - الاستثارة.
 - صعوبة مسايرة الناس.
 - البكاء.
 - فقدان التركيز.
 - عدم القدرة على النوم.
 - التعب المفرط.
 - الاكتئاب.
 - الشكاوى الجسدية النفسية (السيكوسوماتية) بما في ذلك اضطرابات معوية .
- الكثير من هذه المشاعر ليست ضارة صحيا في حد ذاتها، لكنها تغدو كذلك إذا ما أهملت أو تم قمعها وسمح لها بالتراكم. وينبغي اعتبار رحدود الفعل هذه علامات تحذيرية حيث يجب أن تحت العامل في المجال الإنساني على إعطاء مزيد من الوقت لنفسه، والبحث عن السبل الممكنة لمساعدة الذات والتعبير والدعم.

المرونة في العمل الإنساني

المرونة هي عملية التأقلم بشكل جيد في مواجهة الكوارث و الرضوض و الأحداث المأساوية والتهديدات ومصادر الضغط المهمة مثل المشكلات العائلية ومشكلات العلاقة مع الآخرين والمشاكل الصحية الخطرة و الشدات المادية والمهنية . هي تعني التعافي من التجارب الصعبة (المجمع الطبي الأمريكي) .

تساهم عدة عوامل في تشكل المرونة وتحسن من قدرات تأقلم الشخص. خلال تدريب المدربين على الرعاية الذاتية وصحة العاملين في المجالات الإنسانية ركزت إحدى الجلسات على المرونة. يعد تعريف المرونة وعناصرها المختلفة عمل المشاركون في مجموعات صغيرة على تعريف عناصر وعوامل المرونة على المستوى الفردي والمؤسسي.

على المستوى الفردي	على المستوى المؤسسي
على مستوى الصفات الشخصية : ثقة بالنفس مهارات جيدة مهارات واستراتيجيات جيدة للرعاية الذاتية شبكة دعم اجتماعي دعم أقران الدافعية للعمل توفر بيئة داعمة إحساس بالثبات والتوازن الداخلي إيمان بقيمة العمل الإنساني مهارات تأقلم على مستوى المعرفة : تفهم الفرد لتجاربه والوعي لما يحدث والاستفادة والتعلم من التجارب توقعات موضوعية وإيجابية قبول التغيرات قبول الآخرين المختلفين اتخاذ مواقف ايجابية على مستوى المهارات : مهارات تواصل فاعلة قدرة على تطبيق استراتيجيات الرعاية الذاتية استعداد وقدرة على طلب المساعدة عند الضرورة عوامل اجتماعية وعلاقية وسلوكية وروحية وعاطفية ومعرفية إضافة للسنوات التأسيسية	روح الفريق الاعتراف بجهود الفريق تقديم النشاطات الداعمة وصف واضح للعمل وأدوار ومسؤوليات واضحة وضوح في البنية المؤسسية تواصل فعال بالاتجاهين بين الإدارة والفريق اجتماعات موظفين منتظمة وصندوق شكوي نظام مكافآت حيادي وعادل تخفيف الإجراءات البيروقراطية احترام حقوق الموظفين والفريق (الصحة , الإجازات , الحالات الاسعافية , الرواتب المناسبة لشروط العيش وحجم العمل) تأمين فرص للتدريب وبناء القدرات والتطور المهني تقديم دعم تقني مستمر ومنتظم

نتائج التقييم السريع لاحتياجات الرعاية الذاتية والموارد للعاملين في مجال الصحة النفسية والدعم النفسي الإجتماعي MHPSS في سوريا:

نُفذت دراسة حول احتياجات الرعاية الذاتية وموارد العاملين في مجال الصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي MHPSS في سوريا بدعم من أبعاد والاتحاد الأوروبي كجزء من مشروع ”بالسلامة“. أطلقت الدراسة في تشرين الأول عام 2015 وانتهت في كانون الثاني عام 2016. وتهدف الدراسة إلى تحديد الاحتياجات وأشكال الرعاية الذاتية بين العاملين في المجال الإنساني ممن يعملون في مجال الصحة النفسية والدعم النفسي والاجتماعي مع الأفراد والأسر المتضررة من الأزمة السورية. وأجري التقييم لتوفير المعلومات اللازمة لتخطيط وتصميم بروتوكولات وسياسات مناسبة لرعاية وعافية الموظفين لأبعاد وغيرها من المنظمات والصحة العامة والجهات الإنسانية الفاعلة. ويهدف التقييم إلى:

- استكشاف استراتيجيات الرعاية الذاتية بين العاملين في المجال الإنساني الذين يعملون في مجال الدعم النفسي وحماية الأفراد والأسر المتضررة من الأزمة السورية.
- التعرف على احتياجات الرعاية الذاتية والفجوات الموجودة والعقبات، فضلا عن الموارد الموجودة والمتاحة التي يمكن البناء عليها

كشفت دراسة التقييم عن احتياجات وتحديات كبيرة ومتنوعة لدى العاملين في المجال الإنساني ممن يعملون في مجالات الصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي في سوريا، تعوق عافيتهم النفسية الاجتماعية من جهة، وقدرتهم على الاستجابة بفعالية لاحتياجات الصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي المتزايدة من جهة أخرى.

المستطلعون في الدراسة، هم الجهات الفاعلة الإنسانية الوطنية التي تعمل في مجال الصحة النفسية والدعم النفسي والاجتماعي والتي تأثرت بشكل كبير من جراء الأزمة التي طال أمدها ومن أعمال العنف المتواصل في سوريا. وبالإضافة إلى الضغط النفسي الناجم عن العمل مع السكان المتأثرين من الأزمة، فقد تعرضت الغالبية العظمى من المستطلعين في الدراسة هم أنفسهم لأحداث مؤلمة و / أو فقدوا شخصاً عزيزاً أو أشخاصاً يعرفونهم. كما شهد بعضهم النزوح وتغيرات كبيرة في ظروفهم المعيشية.

وتشير النتائج إلى أن الضغط النفسي شائع بين العاملين في المجال الإنساني ويؤثر سلباً على عافيتهم النفسية. وصف العديد من المشاركين انخفاض قدرتهم على الاسترخاء وأشاروا إلى الاضطرابات المتكررة في عاداتهم الغذائية





الرعاية الذاتية على المستوى الجسدي:

كشفت الرعاية الذاتية على المستوى الجسدي بعض السلوكيات غير الصحية بين المشاركين في الدراسة. ذكر كثيرون أنهم يتخطون وجبات الطعام، ونادراً ما يشاركون في النشاط البدني، ونادراً ما يغيرون عن العمل عندما يكونون مرضى وأحياناً يهملون أنفسهم. كما يتضح من الدراسة فإن استهلاك الكحول، ليس شائعاً بين الجهات الفاعلة الإنسانية الوطنية في سوريا.

الرعاية الذاتية على المستوى الروحي:

كشفت النتائج حول الرعاية الذاتية على المستوى الروحي عن مؤشرات إيجابية. أفاد غالبية المستطلعين أنهم دائماً يشعرون أن لعملهم قيمة ومعنى، مع الأمل في أن الأمور ستتحسن حتى عندما تسوء (مؤشر التفاوض والتفكير الإيجابي)، كما أبلغوا عن ممارسة التأمل أو الصلاة، وأنهم يحصلون على وقت للراحة.

الرعاية الذاتية على الأصعدة النفسية الاجتماعية والعاطفية:

ذكر المستطلعون على المستويات النفسية والعاطفية بعض المؤشرات الإيجابية. فعلى اعتبار أنهم في كثير من الأحيان على دراية بمشاعرهم وإحساسهم عندما لا يكونون على ما يرام، ومنح الوقت لأنفسهم لإعادة النظر والتفكير فيما يتعرضون له، والتحدث إلى شخص ما عندما يشعرون أنهم مضغوطون، والشعور بالكفاية وتقدير أنفسهم، وتشجيع أنفسهم والانخراط بحوار داخلي إيجابي وداعم، وفي أنهم لطفاء متفهمون وجدانياً مع أنفسهم، وامتلاكهم شبكة اجتماعية داعمة، وفي أنهم متفهمون وجدانياً مع الآخرين، وامتلاك توقعات ودوافع إيجابية وواقعية؛ جميعها مؤشرات على العافية العاطفية والنفسية والاجتماعية الإيجابية والرعاية الذاتية. وأوضح العديد من المشاركين في الدراسة أنهم يعتقدون أن من واجبهم التدخل ومساعدة الآخرين خلال هذه الأوقات الصعبة، وأوضحوا أيضاً أن عملهم يجعلهم يشعرون أنهم يساعدون بفعالية بلادهم خلال الأزمة ويساهمون في تعافيها.

– من ناحية أخرى، ذكر المشاركون بعض المؤشرات السلبية على الصحة النفسية والاجتماعية التي تتطلب تدخلات سريعة. وتشمل هذه المؤشرات الشعور بالغمر بسبب قصص الناس الذين يعملون معهم، والشعور أحياناً بالخدر العاطفي، ومعاناتهم بصورة متواترة من

الضغط النفسي بسبب عبء العمل، والشعور بالإرهاق والإحباط بسبب العمل في المجال الإنساني، والشعور بسرعة الانفعال بسهولة وعدم القدرة على الاسترخاء.

دراسات عن احتياجات الرعاية الذاتية للعاملين في المجال الإنساني والعافية النفسية والاجتماعية:

وفيما يتعلق بالبحث عن احتياجات العاملين في المجال الإنساني في سوريا، لا توجد إلى الآن، دراسات تقييم لاستكشاف المخاطر المتعلقة بالصحة النفسية والعافية النفسية الاجتماعية بين العاملين في المجال الإنساني لمن يعملون حالياً في سوريا أو تقييماً لاحتياجاتهم وللموارد النفسية والرعاية الذاتية. وعادة ما يتم التغاضي عن الاحتياجات النفسية والرعاية الذاتية لهؤلاء العاملين.

موارد الرعاية الذاتية:

– هناك نقص في موارد الرعاية الذاتية في سوريا، ونذرة في الدورات التدريبية حول رعاية الموظفين وأنشطة إدارة الضغط النفسي. فقد أشار المشاركون في الدراسة إلى الحاجة الماسة إلى فرص التعلم على معرفة علامات ومصادر الضغط النفسي، وفهم عواقب الضغط النفسي التراكمي وأثاره على الصحة، والتعرف على مؤشرات الضغط النفسي الشديد والإرهاق، وطرق التعامل مع الضغط النفسي (إدارة الضغط النفسي). المورد الوحيد المتوفر الذي يتضمن معلومات عن الضغط النفسي والرعاية الذاتية هو دليل الإسعافات النفسية الأولية لمنظمة الصحة العالمية للعاملين في الميدان ودليل الميسر. بعض العاملين في المجال الإنساني الذين شاركوا في هذه الدراسة ليسوا على علم بهذه الموارد وأشار الأغلبية إلى الحاجة الملحة إلى موارد باللغة العربية، ومناسبة للسياق حول الرعاية الذاتية وإدارة الضغط النفسي لمساعدتهم بشكل شخصي ومساعدتهم على تيسير جلسات الرعاية الذاتية للموظفين الآخرين.

– وفقاً لنتائج الدراسة، فإن أكثر الحالات المسببة للضغط النفسي التي يتعامل معها المستطلعون في الدراسة هي حالات الناس الذين يعانون من صعوبات مالية والذين يعانون من الأمراض أو الحالات النفسية الحادة (كما في ذلك أولئك الذين يعانون من الخسارة والحزن).

الرعاية الذاتية على المستويات التنظيمية والمهنية:

– وفيما يتعلق بالرعاية الذاتية على المستويات التنظيمية والمهنية، أشارت النتائج إلى مهارات الرعاية الذاتية الجيدة المتعلقة بالعمل، مثل قدرة العامل الإنساني على وضع حدود ملائمة مع الحالات وقدرته على وضع أهداف واقعية وجدول زمنية وخطط للعمل. لكن الدراسة، كشفت عن الضغوطات الكبيرة المتعلقة بالعمل. كما أن ضعف التنسيق بين الجهات المعنية، قصور في الدعم التقني والإشراف، وعدم كفاية الموارد والمعلومات المتاحة والمناسبة، ونظام الإحالة الرديء جنباً إلى جنب مع الضغط النفسي الذي يعاني منه العاملون في المجال الإنساني على الصعيدين الشخصي والمهني، كانت بين عوامل الضغط النفسي الرئيسية التي تم تحديدها من قبل المشاركين بالدراسة.

– وعلى مستوى الوكالات كانت احتياجات الرعاية الذاتية الرئيسية التي تم تحديدها، مرتبطة بعدم وجود التدخلات المناسبة والكافية لتخفيف الضغط النفسي بين الموظفين. وأشارت نتائج الدراسة إلى الفقر الواضح في مبادرات رعاية الموظفين والأنشطة والبروتوكولات في المؤسسات التي يعملون فيها. وهناك حاجة كبيرة لرعاية الموظفون مناسبة ومنظمة وتدخلات الدعم النفسي.

العقبات التي تعترض الرعاية الذاتية:

– من بين العقبات التي حددها الممارسون في مجال الصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي والتي تقف حائلاً في طريق الرعاية الذاتية هي نقص الطاقة، والكثير من المسؤوليات، وضيق الوقت والخوف من الظهور بمظهر الضعيف أو الهش. ومع ذلك، ذكر معظم المشاركين في الدراسة حاجتهم لتعزيز ممارسات الرعاية الذاتية، وأنهم يستحقون المشاركة في أنشطة الرعاية الذاتية.

توصيات الدراسة:

يمكن تلخيص التوصيات الرئيسية المستخلصة من هذه الدراسة على النحو التالي:

تستلزم الاحتياجات المحددة المتنوعة، التنسيق وتدخلات مخططة بشكل جيد واستراتيجية لرعاية الموظفين لضمان إمكانية ولوج العاملين في المجال الإنساني إلى

خدمات الدعم النفسي الاجتماعي عند الحاجة.

- ينبغي أن تكون الإسعافات النفسية الأولية متوفرة على الفور للعاملين الذين تعرضوا أو شهدوا أحداثاً مكربة شديدة.
- هناك حاجة لتفعيل فريق عمل الصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي لوضع استراتيجية صحة نفسية وأنشطة منسقة على المدى الطويل والتي تهدف إلى الاستجابة للاحتياجات المختلفة، بما في ذلك احتياجات الرعاية الذاتية لدى العاملين في المجال الإنساني.
- يجب أن تخصص نسب معينة من ميزانيات البرامج للأنشطة التي تهدف إلى توفير الدعم المنتظم للعاملين في المجال الإنساني ورعاية الموظفين.
- ينبغي بذل جهود إضافية لتحسين التنسيق بين المنظمات ومقدمي الخدمات، وإنشاء نظام إحالة واضح وضمان إدارة حالة سليمة ومتابعة. وعلاوة على ذلك، ينبغي القيام بجهود لتأمين الدعم التقني المستمر والكافي والحساس ثقافياً والإشراف على الممارسين في الصحة النفسية والاجتماعية MHPSS.
- ينبغي على المنظمات أن تركز على ما يلي للوقاية من مخاطر الاحتراق النفسي والتعب العاطفي وتخفيفها بين الموظفين:
- خلق بيئة مفتوحة حيث يتسنى للموظفين الحصول على الدعم المتبادل. تشجيع الموظفين على اللقاء بالمشرفين للحديث عن كيفية تأثرهم من عملهم.
- تشجيع دعم الأقران داخل المنظمة أو مع غيرهم من العاملين في المجال الإنساني.
- تقديم تدريب يوفر التثقيف للعاملين في المجال الإنساني حول الاحتراق النفسي والتعب العاطفي وكيفية التعرف على الأعراض.
- مشاركة عبء الحالات بين أعضاء الفريق، وخاصة الحالات الأكثر صعوبة.
- تخصيص وقت للتفاعل الاجتماعي بين الفريق.
- تنظيم مناسبات اجتماعية مخطط لها بشكل مناسب واللقاء بعيداً عن مكان العمل.
- تشجيع عادات العناية الذاتية الصحية مثل التغذية الجيدة والنوم وأخذ راحة من العمل.
- توفير تدريب يركز على الرعاية الذاتية وأسلوب حياة متوازنة باعتبارها وسيلة لتعزيز المرونة.

نصائح عملية للرعاية الذاتية

لن يتبدد الضغط النفسي من تلقاء نفسه، إذ يتعين على الناس التحرك واتخاذ خطوات لكسر دورة الضغط النفسي. ومن المهم للعامل الإنساني تحديد ما يسبب الضغط النفسي ووضع بعض الخطوات لتخفيف وإدارة الضغط النفسي. ليس ثمة مقارنة واحدة لإدارة الضغط النفسي تنجح مع الجميع وفي جميع الأوضاع. هناك العديد من الفوائد التي يمكن الحصول عليها من وضع خطة للرعاية الذاتية. ولكن، ما لم يكرس المرء الوقت والاهتمام لتطوير خطة لرعاية نفسه، فإنها نادراً ما تحصل أو أنها تحصل بشكل متناثر فحسب. وبالإضافة إلى ذلك، من غير المحتمل أن تنفذ خطة فعالة مثلى بشكل عفوي دون بعض التخطيط. يحظى بنفس القدر من الأهمية مراجعة هذه الخطة بشكل دوري للتفكير فيما إذا كانت تعمل (جزئياً أو كلياً) و / أو ما إذا كان ينبغي القيام ببعض التغييرات أو ثمة حاجة لهذه التغييرات. بعض نصائح الرعاية الذاتية التي قد تساعدك على التعامل مع الضغوط التي تواجهها:

- فكر في الدوافع والتوقعات الخاصة بك، كن واقعياً ومترابطاً وصادقاً حول أهدافك ودوافعك.
- زد من درايك ببعض الضغوطات المحددة وآليات التكيف الأكثر إيجابية أو الأكثر ضرراً.
- حدد العواطف لديك، ولدي زملائك ولدي أولئك الذين ستقدم لهم المساعدة. تعلم كيفية بناء استجابة مناسبة لعواطفك.
- عبر عن أفكارك ودونها أو ناقشها.
- فكر فيما ساعدك على التكيف في الماضي وما يمكنك القيام به للتعامل مع الضغوطات.
- كن حساساً لعواطفك، وتعلم مهارات الحماية العاطفية، وتقنيات البقاء على مسافة (الصور الإيجابية، والاسترخاء، والتمارين الرياضية).
- راقب نومك، وعادات الأكل لديك، وعزز ممارسة الرياضة البدنية والصحة، وتجنب إغراء استخدام الكحول أو المخدرات كسلوكيات للتكيف. حاول أن تأخذ وقتاً لتناول الطعام والراحة والاسترخاء، حتى ولو لفترات قصيرة.

- قلل من تناول الكحول، والكافيين أو النيكوتين، وتجنب الأدوية دون وصفة طبية.
- حاول الحفاظ على ساعات عمل معقولة حتى لا ينال منك الإنهاك الشديد.
- فكر، مثلاً، أن تجزئ عبء العمل بين المساعدين، وأن تعمل في نوبات أثناء المرحلة الحادة من الأزمة وأن تأخذ فترات راحة منتظمة.
- قد يكون لدى الناس العديد من المشاكل بعد حدث الأزمة. قد تشعر بعدم الكفاية أو بالإحباط عندما لا يمكنك مساعدة الناس في جميع مشاكلهم. تذكر أنك لست مسؤولاً عن حل جميع مشاكل الناس. افعل ما في وسعك لمساعدة الناس على مساعدة أنفسهم.
- تحقق من زملائك المساعدين لترى كيف يتدبرون أمرهم، واطلب منهم أن يتحققوا معك. ابحث عن سبل لدعم بعضكم البعض.
- تحدث مع الأصدقاء، والأحباء أو غيرهم من الناس الذين تثق بهم للحصول على الدعم.
- اقرأ الروايات التي لا علاقة لها بعملك.
- أنشئ مجموعة أقران غير رسمية داخل المنظمة، أي شكل من أشكال مجموعة دعم الأقران، لعقد اجتماعات منتظمة، حيث يمكن للعاملين التعبير بحرية ومناقشة وتبادل القضايا ذات الاهتمام المشترك فضلاً عن التحديات التي يواجهونها أثناء عملهم. مثل هذه المجموعات قد تفيد جميع العاملين ولا سيما العاملين في مجال الصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي، من خلال التفكير بشكل جماعي بالفرص الممكنة والمتاحة.
- عزز التنسيق مع العاملين الآخرين في هذا المجال، من خلال تنظيم و / أو المشاركة في المناسبات العادية وذلك لمشاركة الموارد المتاحة والدروس المستفادة.
- شارك في ورش العمل التدريبية المختلفة واطلب الإشراف المستمر في العمل الميداني، حيث يمكن للمرء أن يشعر بالدعم كلما واجهته صعوبات.

أفكار لخطة الرعاية الذاتية:

– وفيما يلي بعض الأفكار لكي تبدأ في تطوير خطة الرعاية الذاتية الخاصة بك. قد يكون من المفيد أن تبدأ مع فكرتين وتبني عليهما.

الرعاية الذاتية الجسدية:

الرعاية الذاتية الجسدية مجال غالباً ما يتجاهله الناس. ويتضمن:

الغذاء: الغذاء هو أحد مكونات الرعاية الذاتية والذي غالباً ما يتجاهله العاملون في المجال الإنساني. أنهم غالباً ما يكونون مشغولين بحيث لا يتوفر لهم الوقت لتناول الطعام بانتظام أو يستبدلونه بالوجبات السريعة بدلاً من الوجبات العادية. ليس من المعقول دائماً أن نتوقع من الناس تناول ثلاث وجبات ووجبة خفيفة في اليوم ولكن يجب أن يتأكد كل شخص من حصوله على التغذية الكافية. تذكر أن تخطي وجبات الطعام، ونسيان شرب السوائل، والمبالغة في تناول السكر، والوجبات الخفيفة الدسمة والكحول، يمكن أن يخلق ضغطاً نفسياً غذائياً.

التمارين: التمارين هي واحدة من أكثر أنواع الرعاية الذاتية إهمالاً. يوصى القيام بتمارين لمدة لا تقل عن 30 دقيقة 5 مرات في الأسبوع. يمكن أن تساعد التمارين، حتى وإن كانت مجرد نزهة سريعة في وقت الغداء، في مقاومة مشاعر الحزن أو الاكتئاب ومنع حدوث مشاكل صحية مزمنة.

النوم: على الرغم من أن لكل شخص احتياجات مختلفة، فإن المبدأ التوجيهي المعقول هو أن معظم الناس يحتاجون ما بين 7–10 ساعات من النوم كل ليلة. مثال واحد عن هدف للرعاية الذاتية: سوف أذهب إلى السرير الساعة 11:00 مساءً خلال الأسبوع لكي أنال قسطاً كافياً من النوم.

الرعاية الطبية: الحصول على الرعاية الطبية عند الحاجة إليها، هو شكل مهم من أشكال الرعاية الذاتية الجسدية. بعض الناجين يؤجلون الحصول على الرعاية الطبية إلى أن تتفاقم المشكلة التي ربما كانت سهلة نسبياً قبل ذلك.

الرعاية الذاتية الانفعالية:

– خذ كل يوم بيومه.

– اسمح لنفسك بوقت للتحدث، لتحزن، لتغضب، أو لتبكي وفقاً لاحتياجاتك. أتح الوقت لممارسة الرياضة، والراحة، والترفيه.

– ركز على الأشياء التي تحتاج إلى الإنجاز اليوم.

– حاول ألا تنزعج مما لا يمكنك التأثير فيه.

– واجه الواقع، وهذا سوف يساعدك على التوصل إلى تصالح مع الحدث (الأحداث).

– تحدث وعبر عن تجاربك وكيف تشعر حيالها.

– شجع نفسك على ممارسة الحوار الداخلي الداعم أو حديث الذات (كلمات التشجيع، ذكر نفسك بنقاط القوة الخاصة بك ...).

– أعط نفسك وقتاً للمراجعة والتأمل فيما واجهت.

– اطلب المساعدة من الآخرين (الأصدقاء وأفراد الأسرة، وغيرها) عندما تشعر بالضغط النفسي.

– تعلم أن تكون حازماً وتقول لا إذا كنت غير قادر على إنجاز ما يطلب منك.

– اسع إلى الخصوصية، فأنت تحتاجها للاسترخاء، والنوم، والجلوس بهدوء مع أفكارك ومشاعرك.

– اجمع بين ممارسة الاسترخاء والراحة. سوف يهدئ ذلك بعض ردود الفعل الجسدية.

– حاول الحفاظ على يوميات للكتابة إذا كان لديك صعوبات في النوم وهي لك وليست لمشاركتها مع الآخرين.

– حاول أن تصغي إلى مشاعرك وأن تستشعر حالك عندما لا تكون على مايرام.

– مارس الرحمة على نفسك، واستخدمها كلما واجهت يوماً صعباً.

– لا تكبت الأفكار والمشاعر.

– لا تقاوم الأفكار المتكررة، والأحلام، وذكريات الماضي في محاولة لإبعادها. فهي ستتناقص مع مرور الوقت. شاركها مع شخص ما، وسوف تفقد قوتها.

– لا تتجنب الحديث عما حدث أو يحدث.



الرعاية الذاتية على المستوى التنظيمي والمهني:

- اعمل على وضع حدود ملائمة في العمل مع الحالات التي تعمل معها (على سبيل المثال: لا مكالمات هاتفية بعد ساعات العمل ...).
- ضع أهدافاً واقعية، وخطط عمل وجداول زمنية.
- التقيّ بزملائك وتحديث عن المسائل، وتبادل المشاكل والحلول.
- تحدث مع زملائك عن مشاعرك وردود الفعل على القضايا المهنية في الأوقات المناسبة.

مؤشرات على ضرورة الإحالة إلى الرعاية المتخصصة

يمكن أن يساعد تعزيز المرونة بين العاملين في المجال الإنساني، من خلال الرعاية الذاتية المناسبة ورعاية الموظفين، في التخفيف من الآثار السلبية للضغط النفسي والصدمة، مع تأثير إيجابي يترتب على حياتهم المهنية والشخصية. بعض العاملين في المجال الإنساني، مع ذلك، قد يواجهون الضغط النفسي الشديد والحاد الذي يتطلب رعاية متخصصة.

علامات الضغط النفسي الشديد –العلامات الإنذارية للضغط النفسي الذي لا يمكن السيطرة عليه:

ينبغي أن يكون العاملون في المجال الإنساني على دراية بالعلامات الإنذارية للضغط النفسي الشديد الذي لا يمكن السيطرة عليه وكذلك الاحتراق النفسي سواء لديهم أو لدى زملائهم. وتشمل هذه العلامات:

- التشوش العقلي / النفسي وعدم القدرة على اتخاذ الأحكام والقرارات، وعدم القدرة على التركيز وترتيب أولويات المهام.
- العجز عن التعبير بوضوح شفهيًا أو كتابيًا.
- الشعور بعدم التقدير من قبل المنظمة.
- القلق والعصبية والتوتر والتهيج، والاكتئاب، وردود فعل الغضب المفرط.
- الهياج، التعرق، فرط التهوية.
- إهمال احتياجات المرء وسلامته الجسدية الخاصة.
- صعوبات النوم.
- اضطرابات الشهية.
- الإعياء المفرط والتعب الشديد.
- الانحدار التدريجي في الكفاءة.
- فقدان الروح المعنوية.
- لوم الذات.
- انخفاض احترام الذات.
- السلوك البطولي لكن المتهور.
- التغيرات في السلوك، بما في ذلك الاندفاعية و / أو العدوانية.
- اعتقادات العظمة في أنفسهم.
- صعوبات النوم (مثل توقف التنفس أثناء النوم، والإفراط في النوم).
- أوجاع في الجسم وآلام.
- الاستخدام المفرط للكحول والتبغ أو المخدرات.



يتطلب الضغط النفسي الحاد مساعدة مهنية عندما يؤثر باستمرار في مجالات هامة من حياة المرء. من المهم للعاملين في المجال الإنساني أن يسألوا أنفسهم الأسئلة التالية، وأن يضعوا في اعتبارهم التحدث إلى مهني في الصحة العقلية إذا كانت الإجابة إيجاباً على أكثر من واحد من الأسئلة التالية:

- هل أواجه صعوبة في تنفيذ أو إتمام أنشطتي ومسؤولياتي العادية؟
- هل أنا عاجز عن القيام بعملتي، أو عملي يعاني، بسبب الطريقة التي أشعر أو أتصرف فيها؟
- هل أواجه صعوبة في التفاعل مع الأصدقاء والزملاء وغيرهم من الناس؟
- هل سلوكي أو مزاجي يلحق الضرر بعلاقاتي مع الأصدقاء أو أفراد العائلة؟
- هل كنت أتجنب الناس أو الأحداث الهامة في كثير من الأحيان لأنني كنت أشعر بالقلق؟
- هل يؤثر شرابي للكحول أو استخدامي للمواد في علاقاتي أو أدائي أو مسؤولياتي الأخرى؟
- هل أنا بحاجة لتناول الكحول أو التدخين لأشعر شعوراً أفضل؟
- هل لدي أفكار انتحارية (أو أفكار متعلقة بإيذاء الذات)؟

فكر بالإحالة من أجل تقييم أكثر دقة مع اختصاصي في الصحة النفسية في الحالات التالية:

- ردود فعل صدمية شديدة أو لفترات طويلة (أكثر من شهر).
- ردود فعل صدمة تؤثر على التعافي أو على العودة إلى الأنشطة العادية.

الأحداث الحرجة:

الأحداث الحرجة هي الأحداث غير المتوقعة والعنيفة التي تحمل تهديداً للسلامة الشخصية وتتحدى شعور المرء بالأمن والقدرة على التنبؤ في الحياة. ومن الأمثلة على ذلك:

- أن يشهد المرء وفاة أو إصابة خطيرة لإنسان آخر.
- أن يكون منخرطاً في موقف مهدد للحياة فعلياً أو بالإمكانية.
- إصابة أو وفاة زميل في العمل.
- التعامل مع إصابات خطيرة أو وفاة أو انتهاك صارخ لحقوق الإنسان.
- التعرض للإصابات الجماعية.
- المشاركة في أي حدث يُوصف بأنه عمل وحشي.

قد يواجه العاملون في المجال الإنساني ممن يختبرون أحداثاً حرجة ما يلي:

- شعور بالهشاشة والخوف والحزن والغضب والخوف من فقدان السيطرة.
- شعور دوري بانعدام الواقعية، والأحداث التي تبدو كحلم.
- زيادة اليقظة، واحتداد الاستجابة للأصوات العالية، ومُذكرات مشهد الحدث، أو أي مفاجأة أخرى.
- عدم الراحة عندما يكون الشخص بمفرده.
- الانزعاج عندما يكون في مجموعة.
- صعوبة في التركيز على ما يجب القيام به تالياً.
- صعوبة في اتخاذ القرار والتفكير بشكل خلاق.
- صعوبة تتصل بأولئك الذين لم يكونوا جزءاً من الحدث.
- صعوبة في الراحة والنوم، والخوف من الكوابيس.
- زيادة أو نقصان الشهية.

المصادر والمراجع

- 1 Bateson, G. (1972). Steps to an Ecology of Mind. New York : Basic Books.
- 2 Charlés, L. (2016). Engaging the Humanity in Front of You. In Charlés & Samarasinghe Family Therapy in Global Humanitarian Contexts : Voices and Issues from the Field. PP 91-102. NY : Springer.
- 3 Charlés, L. & Samarasinghe, G. (2016). Family Therapy in Global Humanitarian Contexts : Voices and Issues from the Field. NY : Springer.
- 4 de Shazer (1988). Clues: Investigation solutions in brief therapy. New York: Norton.
- 5 Duncan, B. & Sparks, J. (2010). Heroic clients, heroic agencies: Partners for Change.
- 6 Flemons, D. (2002). Of one Mind : The Logic of Hypnosis, the Practice of Therapy. NY : Norton.
- 7 Haley, J. (1973). Uncommon Therapy: The Psychiatric Techniques of Milton H. Erickson, M.D. New York: W. W. Norton.
- 8 Lambert, M.J. (2005). Early response in psychotherapy: Further evidence for the importance of common factors rather than "placebo effects." Journal of Clinical Psychology, 61(7), 855–869.
- 9 McGoldrick, M., Gerson, R., & Shellenberger, S. (1999). Genograms : Assessment and intervention (2nd ed.). New York: W.W. Norton.
- 10 Mollica, R. (2008) Healing Invisible Wounds: Paths to Hope and Recovery in a Violent World. Vanderbilt University Press
- 11 Morgan, M. & Sprenkle D. (2007). Toward a common-factors approach to supervision, Journal of Marital and Family Therapy, 33, 1, 1–17.
- 12 Walsh, F. (2007). Traumatic Loss and Major Disasters: Strengthening Family and Community Resilience, Fam Proc 46:207–227.
- 13 Watzlawick, P., Bavelas, J. B., & Jackson, D. (1967). Pragmatics of human communication; a study of interactional patterns, pathologies, and paradoxes. New York : Norton.
- 14 Slive, A., & Bobele, M. (2012). Walk-In Counselling Services: Making the Most of One Hour. Australian & New Zealand Journal of Family Therapy, 33(1), 27-38.
- 15 Slive, A., McElheran, N., & Lawson, A. (2008). How brief does it get? Walk-in single session therapy. Journal of Systemic Therapies, 27(4), 5-22.
- 16 Papadopoulos, R. K. (2005) 'But how can I help if I don't know?' Supervising work with refugee families. In. D. Campbell and B. Mason (eds) Perspectives on Supervision. London: Karnac, pp. 157–180.
- 17 Phama, Vincka & Weinstein (2010). Phama, P. N., Vincka, P., & Weinstein, H. M. (2010). Human rights, transitional justice, public health and social reconstruction. Social Science and Medicine, 70, 98–105.
- 18 Tol, W. A., Patel, V., Tomlinson, M., Baingana, F., Galappatti, A., Panter-Brick, C. et al. (2011). Research priorities for mental health and psychosocial support in humanitarian settings. Lancet, 8, 9.

قد يعاني بعض العاملين في المجال الإنساني الذين تعرضوا لحالة حرجية بشدة أو صدمة محتملة من أعراض اضطراب الشدة ما بعد الصدمة (PTSD)، بما في ذلك إعادة الاختبار وأعراض التجنب. والحالات التالية تستوجب الإحالة إلى اختصاصي في مجال الصحة العقلية للحصول على الرعاية الصحية العقلية المتخصصة:

- أعراض الضغط النفسي الحاد التي تبدأ بعد وقوع الحدث.
- صعوبات في الأداء الوظيفي اليومي.
- إعادة اختبار الأعراض – التي تكون على شكل استعادة وتكرار الذكريات غير المرغوب فيها لهذا الحدث كما لو أنه يحدث هنا والآن (على سبيل المثال من خلال الأعلام المخيفة، ذكريات الماضي أو الذكريات الاقتحامية التي يرافقها الخوف الشديد أو الرعب).
- أعراض التجنب – التي تنطوي على تجنب متعمد للأفكار أو الذكريات، أو الأنشطة أو الحالات التي تذكر الشخص بهذا الحدث.
- الأعراض المرتبطة بالشعور باشتداد التهديد الحالي – الذي يشمل فرط اليقظة (اليقظة المفرطة للتهديدات المحتملة) أو ردود الفعل المفاجئة المبالغ بها (على سبيل المثال الإفعال بسهولة أو الاهتياج مع الخوف).
- أعراض الحداد الممتد (على سبيل المثال التوق المستمر والشديد للمتوفى، الانشغال بالمتوفى أو ظروف الوفاة، مראה الفقد، صعوبة في قبول الفقد؛ صعوبة التقدم في الأنشطة أو تطوير الصداقات، والشعور بأن الحياة لا معنى لها) مع الألم العاطفي المرافق.

ينبغي أن يكون الإسعاف النفسي الأولي متوفراً على الفور لتقديمه إلى العاملين الذين تعرضوا أو شهدوا أحداثاً رضية مكربة بشدة، محددة للحياة. وينبغي إتاحة الرعاية الصحية العقلية المهنية والرعاية الطبية للموظفين الذين يحتاجون إليها. وعلى المنظمات تسهيل إحالة الموظفين إلى الخدمات المتخصصة داخل أو خارج المنظمة.

21. Wilson JP, Lindy JD (eds). Countertransference in the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder. New York, NY: Guilford Press; 1994
22. Wilson JP, Thomas RB. Empathy in the Treatment of Trauma and PTSD. New York, NY: Brunner-Routledge; 2004
23. WHO Self-care in the Context of Primary Health Care 2009
24. Haug, M.R., M.L. Wykle and K.H. Namasi. 1989. "Self-Care among Older Adults." *Social Science and Medicine* 29(2): 171-83.
25. Padula, C.A. 1992. "Self-Care and the Elderly: Review and Implications." *Public Health Nursing* 9(1): 22-28.
26. *Nursing Leadership*, 16(4) December 2003: 48-65.doi:10.12927/cjnl.2003.16342
27. Gants, S.B. 1990. "Self-Care: Perspectives from Six Disciplines." *Holistic Nursing Practice* 4(2): 1-12. *International Journal of Nursing Studies* 46 (2009) 1143–1147. Evolution of the concept of self-care and implications for nurses: A literature review
1. Antares Foundation (2006). *Managing Stress in Humanitarian workers: Guidelines for good practice*, second edition. Antares Foundation, The Netherlands.
2. Augsburger, et. al (2007) *NGO Staff Well-Being in the Darfur Region of Sudan & Eastern Chad*. Headington Institute.
3. FRONTERA, (2007). *Motivating Staff and Volunteers Working in NGOs in the South*. People In Aid.
4. InterAction (2008) *The importance of staff care*. In, *Monday Developments*. Interaction, Washington DC. Vol. 26, No.9.
5. InterAction (2007). *Private Voluntary Organisation Standards*.
6. Inter-Agency Standing Committee (IASC) (2007) *IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings*. Geneva: IASC.
7. Papadopolous, R. (2007). *Refugees, trauma and Adversity-Activated Development*. *European Journal of Psychotherapy and Counselling*, September; 9(3): 301–312
8. Gilbert, Jane 2006 *Psychological Self Care for Humanitarian Workers*. Liverpool, United Kingdom: Liverpool School of Tropical Medicine.
9. Gregor, Steven 2004 "Supporting the Workers: Psychology and Humanitarian Aid." *Australian Psychological Society, Psychology and Behavioural Sciences Collection*, December. *J Trauma Stress*. 2012 Dec;25(6):713-20. doi: 10.1002/jts.21764.
10. *Stress, mental health, and burnout in national humanitarian aid workers in Gulu, northern Uganda*. *J Trauma Stress*. 2012 Dec;25(6):713-20. doi: 10.1002/jts.21764
11. World Health Organisation and United Nations High Commissioner for Refugees. *Assessment and Management of Conditions Specifically Related to Stress: mhGAP Intervention Guide Module (version 1.0)*. Geneva: WHO, 2013.
12. *Stress, mental health, and burnout in national humanitarian aid workers in Gulu, northern Uganda*. *J Trauma Stress*. 2012 Dec; 25(6):713-20.
13. Developed from SAMHSA's National Mental Health Information Center (NMHIC) *Tips for Managing and Preventing Stress: A Guide for Emergency and Disaster Response Workers*. www.nmhicstore.samhsa.gov
14. *Rapid Assessment of Self-care Needs and Resources of MHPSS Workers in Syria*, ABAAD & EU, March 2016.
15. Saakvitne, K.W. & Pearlman, L.A. (1996) *Transforming the Pain: A Workbook on Vicarious Traumatization*, New York: W.W. Norton.
16. *Staff Care and Humanitarian Aid Organisations: A Moral Obligation*. *Applied Anthropologist*. No. 2, Vol. 31, 2011, pp. 49 – 53
17. Gregor, Steven 2004 "Supporting the Workers: Psychology and Humanitarian Aid." *Australian Psychological Society, Psychology and Behavioural Sciences Collection*, December.
18. People in Aid. *Approaches to Staff Care in International NGOs*. Sep 2009
19. Gordon, R (2005). *Information and advice about stress, trauma and psychological first aid*.
20. *Managing the Stress of Humanitarian Emergencies*. UNHCR 2005





Telefax. +961 1 28 38 20/1 | Mob. +961 70 28 38 20

www.abaadmena.org

    /abaadmena