

الطبعة الأولى

دليل الممارسة للتقييم والعلاج المعرفي
السلوكي لاضطراب الضغط ما بعد الصدمة

1re édition

GUIDE DE PRATIQUE

POUR L'ÉVALUATION ET

LE TRAITEMENT COGNITIVO-

COMPORTEMENTAL

DU TROUBLE DU STRESS POST-TRAUMATIQUE

Prairie, Corinne
Caron, Geneviève

Turcotte, Julie
Ngo, Thanh-Lan

Goulet, Jean

ترجمة

سائل حدة وحيدة

Traduction Sail Hadda Ouahida

Éditeur : Jean Goulet – tccmontreal
2024

Éditeur : Jean Goulet – tccmontreal
Montréal, QC, Canada
2024
ISBN 978-2-924935-24-8
Dépôt légal 2e trimestre 2024
Bibliothèque et Archives nationales du Québec 2024
Bibliothèque et Archives Canada 2024

Traduction de
Guide de pratique pour l'évaluation et le traitement cognitivo-comportemental du trouble
du stress post-traumatique

1re édition, 2021
ISBN 978-2-924935-18-7

بخصوص دليل الممارسة هذا

دليل الممارسة هذا مخصص للعياديين الذين يبحثون عن معلومات موجزة وعملية تتعلق باضطراب الضغط ما بعد الصدمة (TSPT) le trouble de stress post-traumatique لدى الراشد، وبشكل خاص حول التكفل هذا الاضطراب بالعلاج المعرفي السلوكي (TCC)، إنه مستوحى بشكل أساسي من الممارسات المستخدمة في مجال العلاج بالتعرض المطول، تم الانتهاء من صياغة هذا الإصدار في ربيع عام 2020.

نحيل القراء إلى عمل Chaloult وآخرون (2008) لتقديم عرض عملي للمبادئ الأساسية والتقنيات القاعدية للعلاج المعرفي السلوكي. ويُفضل تقديم العلاج المعرفي السلوكي (المركز على الصدمة TCC centrée sur le trauma TCCt) من قبل المعالجين العياديين الذين لديهم معرفة جيدة باضطراب الضغط ما بعد الصدمة والعلاج المعرفي السلوكي. بعد التدريب على العلاج المعرفي السلوكي، وتحت إشراف جماعي من قبل الزملاء أو بشكل فردي من قبل معالج متمرس، هما أمران ضروريان لتجنب إيذاء المريض من خلال الاستخدام غير الحكيم للمفاهيم والتقنيات الموضحة في هذا الدليل.

علاوة على ذلك، استندت خطوات العلاج المقدمة في هذا الدليل بشكل أساسي إلى أدلة المعالجين "كيفية مساعدة الضحايا الذين يعانون من الضغط ما بعد الصدمة" للدكتورة Pascale Brillon (2017) و "العلاج بالتعرض المطول لاضطراب الضغط ما بعد الصدمة - المعالجة الانفعالية للتجارب الصادمة" «Prolonged Exposure Therapy for PTSD – Emotional Processing of Traumatic Experiences» لـ Edna. B. Foa (2019).

ومع ذلك، تظل هذه النسخة وثيقة عمل، لا تدعي أنها كاملة ويمكن ان تخضع للنقاش والتصحيح والتغييرات المستقبلية، علاوة على ذلك، لا يمكن أن يحل محل الكتب أو التدريب المتقدم في مجال علاج اضطراب الضغط ما بعد الصدمة. وتجدر الإشارة إلى أن هذا الدليل ليس مخصصاً لعلاج المرضى الذين تعرضوا لاعتداءات جنسية أو جسدية متكررة في مرحلة الطفولة، يُقترح في هذه الحالة الاطلاع على مراجع تعالج بشكل خاص الصدمات المعقدة لأن هذا الدليل لا يعالج هذا الموضوع.

بخصوص المؤلفين

Corinne Prairie هي طبيبة مقيمة في الطب العقلي في جامعة مونتريال منذ عام 2016. أكملت الدكتوراه في الطب بجامعة مونتريال.

Geneviève Caron هي طبيبة مقيمة في الطب العقلي في جامعة مونتريال منذ عام 2016. أكملت الدكتوراه في الطب بجامعة شاربروك.

Julie Turcotte هي طبيبة الأمراض العقلية، تمارس في قسم الطب العقلي في CIUSSS بشمال جزيرة مونتريال، وهي الرئيسة الطبية لعيادة الاضطرابات الحصرية التابعة لـ CIUSSS بشمال جزيرة مونتريال، وهي أستاذ مساعد لعيادة في قسم الطب العقلي تابعة لجامعة مونتريال.

Thanh-Lan Ngô هي طبيب نفسية، تمارس تمارس في قسم الطب العقلي في CIUSSS بشمال جزيرة مونتريال، وهي أستاذة في قسم الطب النفسي بجامعة مونتريال.

Jean Goulet هو طبيب نفسي، يمارس بقسم الطب النفسي في مدينة الصحة في "لافال" وفي قسم الطب النفسي بمستشفى Sacré-Coeur في مونتريال، وهو أستاذ بقسم الطب النفسي في جامعة مونتريال.

بخصوص مترجمة هذا الدليل

سائل حدة وحيدة، مختصة في علم النفس السريري او العيادي وأستاذة جامعية منذ 2003، وحاليا هي أستاذ بقسم علم النفس بجامعة الجزائر2. ومارست كمختصة نفسانية في القطاعين العام والخاص من 1993 إلى 2009. وممارسة عيادية بعيادة خاصة في سنة 2021.

3	بخصوص هذا الدليل
4	بخصوص المؤلفين
5	الفهرس
10	القسم I- مقدمة
10	I.1 وصف موجز لاضطراب الضغط ما بعد الصدمة
11	I.2 وبائيات
11	I.3 عوامل الخطر
12	I.4 الاعتلالات المشتركة
15	القسم II- تقييم اضطراب الضغط ما بعد الصدمة TSPT
15	I.1 معايير التشخيص DSM-5
18	II.2 التمييز بين اضطراب الضغط ما بعد الصدمة TSPT واضطراب الضغط الحاد
20	III.1 القوائم والمقاييس والسلالم المستخدمة أثناء التقييم
21	I.1.1.1 استكشاف اضطراب الضغط ما بعد الصدمة TSPT
21	I.1.1.2 التاريخ الصدمي - قائمة أحداث الحياة
21	II.1.1.1 قائمة الضيق أثناء الصدمة (PDI)
21	III.1.1.1 مقياس تجارب التفكك أثناء الصدمة (PDEQ)
22	VI.1.1.1 مقياس تأثير الأحداث المعدل IES-R
22	V.1.1.1 استبيان اضطراب الضغط ما بعد الصدمة PCL-5 (قائمة من DMS-5)
22	VI.1.1.2 مقياس أعراض الصدمة المعدل (EMST)
23	II.1.1.2 الاستكشاف والاعتلالات المشتركة
23	I.1.1.2 مقياس الاكتئاب لـ Beck
23	II.1.1.2 مقياس الحصر لـ Beck
25	القسم III- العلاج الدوائي (الفارماكولوجي)
25	I.1.1.1 مضادات الاكتئاب
25	II.1.1.1 مضادات الاكتئاب الأخرى
26	III.1.1.1 مضادات الذهان غير النموزجية
26	IV.1.1.1 مضادات التشنجات
26	V.1.1.1 حاصرات مستقبلات ألفا-1
27	VI.1.1.1 حاصرات مستقبلات بيتا الأدرينالية
27	IIIV.1.1.1 3,4-méthylènedioxyméthamphétamine (MDMA)
28	IIIIV.1.1.1 أدوية البنزوديازيبين
29	IX.1.1.1 جدول موجز لتوصيات العلاج الدوائي لاضطراب ما بعد الصدمة TSPT وفقاً للإرشادات الكندية لعام 2014
30	القسم IV- اضطراب الضغط ما بعد الصدمة حسب النموذج المعرفي السلوكي
30	I.1.1.1 الأسس القاعدية

30	I.I.IV النموذج السلوكي
30	I.I.I.IV الاشرط الكلاسيكي
31	الرسم البياني- الاشرط الكلاسيكي
32	II.I.I.IV الاشرط العملي
33	الرسم البياني- الاشرط العملي
34	III.I.IV النموذج المعرفي
34	الرسم البياني -السلسلة: حدث ، فكرة، انفعالات
34	الرسم البياني- التفاعل بين الأفكار والانفعالات والسلوكيات والاستجابات
35	الرسم البياني - النموذج المعرفي لـ Beck
35	I.I.I.IV المعتقدات الأساسية
36	II.I.I.IV المعتقدات الوسيطة
36	III.I.I.IV التشوهات المعرفية
36	IV.I.I.IV الأفكار الآلية والانسابات
37	II.IV النماذج المفسرة لاضطراب الضغط ما بعد الصدمة TSPT وفقاً لبعض المؤلفين
37	I.I.I.IV نموذج Horowitz (1993,1986)
37	II.I.I.IV نموذج Janoff-Bulman (1992)
37	III.I.I.IV نموذج Joseph و Williams و Yule (1995)
38	IV.I.I.IV نموذج Jones و Barlow (1990)
38	V.I.I.IV نموذج Foa و Stekette و Rothbaum (1989)
39	VI.I.I.IV نموذج Rothschild (2000، 2010)
39	VII.I.I.IV نموذج Clark و Ehlers (2000)
40	VIII.I.I.IV نموذج Resick و Schnicke (1992)
41	III.IV النموذج المفسر لاضطراب الضغط ما بعد الصدمة
44	I.III.IV مخطط بياني موجز
44	الرسم البياني - ملخص للنموذج التفسيري المعروف أعلاه
45	IV.IV عوامل الابقاء المعرفية السلوكية
45	I.IV.IV التجنب
45	II.IV.IV السلوكيات المطمئنة
46	III.IV.IV اليقظة الزائدة
46	IV.IV.IV التفكك والانفصال العاطفي
46	V.IV.IV المشاعر السلبية الاجتياحية
47	V.IV فعالية العلاج المعرفي السلوكي TCCt لاضطراب الضغط ما بعد الصدمة
49	القسم V- العلاج النفسي لعلاج اضطراب الضغط ما بعد الصدمة
49	I.V نظرة عامة على مراحل العلاج الرئيسية

50	II.V سلامة المرضى
50	III.V التقييم
50	IV.V التربية النفسية للمريض
51	V.V وضع الأهداف
51	VI.V العلاج الدوائي (الفارماكولوجي) والاعتلالات المشتركة
52	VII.V نمط الحياة الصحي
52	VIII.V استراتيجيات التهدئة
53	I.VII.V تقنيات التثبيت
54	II.VII.V تماسك القلب
55	III.VII.V التنفس الحجابي
55	IV.VII.V الوعي الكامل والتأمل
56	V.VII.V تقنية الاسترخاء لـ Jacobson
56	VI.VII.V الإلهاء
57	VIII.V الاستراتيجيات الانفعالية
59	IX.V اعادة البناء المعرفي
59	الخطوة 1: الوعي بالأفكار المرتبطة بالانفعالات السلبية
60	الخطوة 2: التشكيك في المعتقدات المختلة
61	الخطوة 3: استكمال مخطط الفرضيات حسب الحاجة (انظر القسم VII.XII)
62	مثال - مخطط الفرضيات
62	الخطوة 4: تحديد التشوهات المعرفية
63	الخطوة 5: تحديد الأفكار البديلة الأكثر عملية
63	الخطوة 6: التشكيك في المعتقدات الأساسية المختلة
64	X.V التعرض المطول
65	I.X.V هدف العلاج بالتعرض المطول
65	II.X.V المخاطر والمعاینات المضادة
66	III.X.V مكونات علاج بالتعرض المطول
68	I.III.X.V التعرض في الواقع
69	إجراء التعرض المتدرج في الواقع
69	أ. التربية النفسية
70	ب. القائمة والتسلسل الهرمي للمنهمات الاشرافية
71	ج. التخطيط لتمارين التعرض في الواقع
72	II.III.X.V التعرض عن طريق التخيل
73	سير التعرض عن طريق التخيل
73	أ التربية النفسية
74	ب سير الجلسة الأولى
75	ج سير الجلسات التالية: "النقاط الساخنة"
76	د الواجبات المنزلية

77	III.III.X.V المشاكل التي يتم مواجهتها أثناء العلاج بالتعرض
77	الوضعية ا: مريض لا يرغب في التعرض أو غير ملتزم بالتمارين
78	الوضعية ب: مريض قلق جدا/ شديد القلق
78	الوضعية ج: مريض يتعرض للتفكك اثناء التعرض
79	الوضعية د: مريض لا يطور الحصر اثناء التعرض
80	الوضعية هـ: مريض لا يطور التعود
80	XI.V الحفاظ على النتائج والوقاية من الانتكاسة
81	القسم VI- المراحل الأساسية للعلاج بالتعرض المطول
82	I.VI المقابلة 1 الى 2 (أو أكثر)
84	II.VI المقابلة 3 الى 5 (أو أكثر)
86	III.VI المقابلة 6 و/ أو 7 (أو أكثر)
88	IV.VI المقابلات 8-19 (أو أكثر)
91	V.VI المقابلة 20 ومقابلات الدعم
92	القسم VII- أدوات القياس والعلاج
93	I.VII قائمة أحداث الحياة
94	II.VII قائمة الضيق اثناء الصدمة PDI
95	III.VII استبيان التجارب التفككية اثناء الصدمة PDEQ
96	IV.VII مقياس تأثير الاحداث المراجع IES-R (Impact of Event Scale-Revised)
98	V.VII مقياس اضطراب الضغط ما بعد الصدمة- PCL-5 (قائمة من 5-DMS)
100	VI.VII مقياس الاكتئاب ل Beck
102	VII.VII مقياس الحصر ل Beck
104	VIII.VII مذكرة لتقييم اضطراب الضغط ما بعد الصدمة
105	IX.VII تمرين - مقياس تدرج الانفعالات
106	X.VII تمرين- شبكة المراقبة الذاتية لاعادة البناء المعرفي
107	XI.VII تمرين - إعادة البناء المعرفي مع الاستجواب السقراطي
108	XII.VII تمرين - مخطط الافتراضات
109	XIII.VII تمرين - التسلسل الهرمي للمنبهات والمواقف
110	XIV.VII تمرين - مراحل تطور التعرض لموقف ما
111	XV.VII تمرين- شبكة المراقبة الذاتية للتعرض في الواقع
112	XVI.VII تمرين - شبكة ال NAS اثناء التعرض بالتخيل
113	XVII.VII تمرين - رسم بياني ال NAS أثناء التعرض بالتخيل
114	XVIII.VII تمرين - التسلسل الهرمي ل "النقاط الساخنة"
115	XIX.VII تمرين - شبكة المراقبة الذاتية للتعرض بالتخيل
116	XX.VII بطاقة علاجية- ملخص العلاج مع الادوات
117	XXI.VII بطاقة الوقاية من الانتكاسة

118	القسم VIII - مراجع موجهة للمرضى
118	I.VIII الكتب
118	II.VIII مواقع انترنت وتطبيقات
119	III.VIII جماعات الدعم
120	القسم IX - المراجع

القسم I - مقدمة

1.1 وصف موجز لاضطراب الضغط ما بعد الصدمة

اضطراب الضغط ما بعد الصدمة (PTSD) Le trouble de stress post-traumatique هو مشكلة الصحة العقلية، قد يصاب به بعض الأشخاص بعد تجربة أو مشاهدة حدث يعرض حياتهم (أو حياة الآخرين) للخطر، يمكن أن يكون الحدث المعني، على سبيل المثال، كارثة طبيعية أو حادث سيارة أو اعتداء جنسي وما إلى ذلك، غالبًا ما يسبب هذا الاضطراب ضيقًا نفسيًا كبيرًا بالإضافة إلى عواقب في مختلف مجالات الحياة (الأسرية والاجتماعية والمهنية) للأشخاص المصابين، تتعدد أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة ويتم تصنيفها إلى 4 أنواع رئيسية من المظاهر. هي تظهر بطريقة أكثر أو أقل أهمية وفقًا للأشخاص المصابين.

- أعراض إعادة معايشة الحدث الصدمي **Reviviscence** مع وجود الأشخاص الذين يعانون من "ارتجاعات flashbacks" اجتياحية، كوابيس متكررة متعلقة بالصدمة، ردود الفعل تفككية و/أو استجابات الضيق و/أو تفاعلات فسيولوجية في وجود العناصر التي تثير الصدمة.
- أعراض التجنب **Évitement** مع التواجد لدى الأشخاص الذين يبذلون جهودًا حثيثة لتجنب الأفكار والمواقف والأماكن والروائح وما إلى ذلك التي تثير الصدمة.
- أعراض ضعف سلمي في الأفكار والمزاج مع وجود لدى الأشخاص المصابين صعوبة في تذكر عناصر الصدمة، المعتقدات السلبية مبالغًا عن الذات، التشوهات المعرفية المستمرة المتعلقة بسبب وعواقب الصدمة، حالة انفعالية سلبية مستمرة (الخوف، العار، اللوم، إلخ)، شعور بالانفصال انخفاض الاهتمام بأنشطة الحياة الطبيعية و / أو عدم القدرة على تجربة المشاعر الإيجابية.
- أعراض فرط النشاط مع وجود لدى الأشخاص المصابين اليقظة المفرطة، نوبات الغضب، التهيج، ردود فعل القفز sursaut مبالغ فيها، سلوك طائش أو مدمر للذات، صعوبة في التركيز و/أو اضطراب النوم.

يجب أن تستمر الأعراض لأكثر من شهر، يمكن أن تظهر بعد فترة وجيزة من الصدمة أو بعد سنوات، على سبيل المثال، بعد حدث "يعيد تنشيط" الصدمة.

II.1 وبائيات Épidémiologie

على غرار البلدان الأخرى في جميع أنحاء العالم (Kessler et al, 2017) تشير التقديرات إلى أن 76% من السكان البالغين الكنديين تعرضوا للصدمة في حياتهم (van Ameringen et al, 2008). وتختلف احتمالات الإصابة باضطراب الضغط ما بعد الصدمة بعد حدث صدمي تبعاً لجنس الشخص ونوع الصدمة التي يعيشها (Shalev, et coll., 2017).

في كندا، تشير التقديرات إلى أن 9.2% من السكان سوف يستوفون المعايير التشخيصية لاضطراب الضغط ما بعد الصدمة خلال حياتهم وأن النساء يتأثرن مرتين أكثر مقارنة بالرجال (12.8% مقابل 5.3% (van Ameringen et coll., 2008).

بشكل عام، ضحايا الاعتداء الجسدي أو الجنسي هم أكثر عرضة للإصابة باضطراب الضغط ما بعد الصدمة مقارنة بأولئك الذين مروا بأحداث ذات طبيعة عرضية (Kessler et coll., 2017) وذلك حسب دراسة van Ameringen et coll (2008)،

كان معدل انتشار اضطراب الضغط ما بعد الصدمة مدى الحياة بين النساء اللائي تعرضن لاعتداء جنسي حوالي 26%، مقارنة مع معدل انتشار مدى الحياة بنسبة 2.5% للنساء اللائي تعرضن لحادث سيارة خطير، بالإضافة إلى ذلك، يبدو أن تلقي خبر الموت المفاجئ لأحد الأقارب يؤدي على الأرجح إلى ظهور أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة، بمعدل انتشار مدى الحياة بنسبة 30% تقريباً (van Ameringen et coll., 2008).

III.1 عوامل الخطر Facteurs de risque

يبدو أن غالبية الناس قادرون على العودة إلى حياتهم الطبيعية بعد بضعة أسابيع إلى بضعة أشهر من وقوع حدث صادم. ومع ذلك، فإن بعض الأشخاص هم أكثر عرضة من غيرهم للإصابة بأعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة من خلال تأثير العوامل المختلفة التي يتم مناقشتها في هذا القسم.

يبدو ان الأشخاص الأكثر عرضة للإصابة اضطراب الضغط ما بعد الصدمة هم الذين لديهم (1) تاريخ التعرض لسوء المعاملة والصعوبات في مرحلة الطفولة، (2) سوابق شخصية وعائلية لمرض العقلي، (3) تاريخ من صدمات سابقة، (4) وضع اجتماعي واقتصادي متدني، (5) مستوى تعليمي متدني، (6) مستوى معرفي محدود. كما ستكون النساء، والشباب والأقليات الظاهرة أكثر عرضة للخطر (Brewin et coll., 2000).

ومع ذلك، فإن العوامل التي غالبًا ما ترتبط بتطور اضطراب الضغط ما بعد الصدمة هي الظروف المحيطة بالصدمة وسياق حياة الشخص بعد الصدمة وبالتالي، ستكون العوامل أثناء الصدمة التي تؤثر على ظهور اضطراب الضغط ما بعد الصدمة أثناء الحدث الصدمي (1) شدة الصدمة؛ (2) إدراك أن حياته في خطر؛ (3) وجود حالة التفكك؛ (4) استجابة ضغط بدني شديد؛ (5) ضيق انفعالي كبير. ومن حيث سياق ما بعد الصدمة، وجود (1) نقص الدعم الاجتماعي؛ (2) وضع حياة مقلق و(3) أعراض اضطراب الضغط الحاد و (4) أعراض الاكتئاب مرتبطة بخطر أكبر للإصابة باضطراب الضغط ما بعد الصدمة TSPT (Ozer et coll., 2008). لقد ثبت أن الدعم الاجتماعي الكافي لحدث ما بعد الحدث صدمي مهم بشكل خاص للوقاية من تطوير هذا الاضطراب.

الجدول - عوامل الخطر¹

عوامل ما بعد الصدمة	العوامل ذات الصلة بالصدمة	العوامل المهيأة
<ul style="list-style-type: none"> • نقص الدعم الاجتماعي • وضع حياة مقلق • وجود حالة الضغط الحاد • أعراض اكتئابية 	<ul style="list-style-type: none"> • الشدة • ادراك خطر الموت • حالة التفكك • استجابات فيزيولوجية لضغط شديد • ضيق انفعالي كبير 	<ul style="list-style-type: none"> • سوء المعاملة وطفولة صعبة • أمراض عقلية شخصية وفي العائلة • صدمات سابقة • وضع اجتماعي اقتصادي متدني • مستوى تعليمي ضعيف • مستوى معرفي محدود • النساء والشباب • الأقليات العرقية

IV.1 الاعتلالات المشتركة Comorbidités

يعاني حوالي 75٪ من المصابين باضطراب الضغط ما بعد الصدمة من اضطراب نفسي آخر مرتبط على الأقل (اضطراب اكتئابي، اضطراب القلق، اضطراب تعاطي الكحول / تعاطي المخدرات، إلخ) (Katzman et coll., 2014). وفقًا لدراسة كندية (van Ameringen et coll., 2008)، فإن 74٪ من 1مقتبس

من الكتاب "Les troubles liés aux événements traumatiques" لـ Bond, S, Belleville, G et Guay, S (2019)

الأشخاص المصابين باضطراب الضغط ما بعد الصدمة قد عانوا أيضًا من نوبة اكتئاب واحدة على الأقل في حياتهم، أظهرت هذه الدراسة أيضًا معدل اضطراب تعاطي الكحول بنسبة 28٪ واضطراب تعاطي

المخدرات بنسبة 25.5٪. هذه المعدلات هي أعلى نسبيًا مما هي عليه لدى عامة السكان (van Ameringen et coll., 2008). وفقًا لدراسة وبائية أجراها Pietrzak وآخرون (2011)، فإن خطر الإصابة باضطراب الحصر (اضطراب الحصر المعمم، واضطراب الهلع مع أو بدون فوبيا الأماكن الواسعة، والفوبيا الاجتماعية والفوبيا المحددة)، واضطراب ثنائي القطب من النوع الثاني، واضطراب اكتئابي شديد سيكون مرتفعاً بحوالي ضعف لدى الأشخاص المصابين باضطراب الضغط ما بعد الصدمة مقارنة بالأشخاص غير المصابين بهذا الاضطراب.

يمكن تفسير الوجود المرتفع للاضطرابات النفسية المرضية المصاحبة بزيادة خطر تعرض بعض المرضى لصدمة (على سبيل المثال، تعاطي الكحول وحوادث السيارات) أو حتى انخفاض القدرة على التعامل مع الصدمة على النحو الأمثل. وعلى العكس من ذلك، من المحتمل أيضًا أن يؤدي اضطراب الضغط ما بعد الصدمة نفسه إلى زيادة خطر الإصابة باضطرابات نفسية أخرى (Bond et coll., 2019).

كما ان الأشخاص المصابون باضطراب الضغط ما بعد الصدمة هم أكثر عرضة للإصابة بمشكلات صحية جسدية، على سبيل المثال، تم إثبات الارتباط بين الألم المزمن واضطراب الضغط ما بعد الصدمة بشكل متكرر في دراسات مختلفة (Löwe et coll., 2011; Villano et coll., 2007; Sareen et coll., 2007). بالإضافة إلى دراسة وبائية كندية (Sareen et coll., 2007) التي أظهرت أن تشخيص اضطراب الضغط ما بعد الصدمة يؤدي إلى زيادة خطر الإصابة بالتهاب المفاصل والصداع النصفي ومشاكل الجهاز التنفسي وأمراض المعدة الالتهابية والسرطان وما إلى ذلك. كان الخطر مضاعف من 2 إلى 3 مرات حسب المرض، وأظهرت الدراسة ارتباطاً قوياً بشكل خاص بين متلازمة التعب المزمن واضطراب الضغط ما بعد الصدمة (خطر أكبر بنحو 6 مرات). وتشير دراسات أخرى أيضًا إلى أن التعرض لحدث صدمي أو المعاناة من اضطراب الضغط ما بعد الصدمة يرتبط بأمراض القلب والأوعية الدموية والربو وأمراض الجهاز الهضمي والتهاب المفاصل والسكري من النوع 2 وأمراض المناعة الذاتية (Spitzer et coll., 2009; Husarewycz et coll., 2014; Roberts et coll., 2015; Song et coll., 2018; O'Donovan et coll., 2015).

كما يتم تفسير الارتباط بين اضطراب الضغط ما بعد الصدمة والأمراض الجسدية جزئيًا من خلال عوامل الخطر الشائعة (على سبيل المثال، التعليم المنخفض والدخل المنخفض) وبعض عادات نمط الحياة (على سبيل المثال، الإفراط في تناول الكحول، وانخفاض النشاط) (Bond et coll., 2019). بالإضافة إلى ذلك، يقترح بعض الباحثين نموذجًا تفسيريًا فسيولوجيًا يمكن أن يكون فيه ارتباط بين

اضطراب الضغط ما بعد الصدمة وزيادة الحالة الالتهابية التي يمكن أن تعزز ظهور بعض الأمراض التي تعرف أنها التهابية (Cohen et coll., 2012; Gill et coll., 2009).

بالنظر إلى أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة والمشاكل النفسية والجسدية المرتبطة به، فليس من المستغرب أن نجد أن المرضى الذين يعانون من هذا الاضطراب يُظهرون تدني مستوى الأداء الوظيفي وانخفاض نوعية حياتهم مقارنة بالمرضى الآخرين الذين لا يعانون من اضطراب الضغط ما بعد الصدمة (Sareen et coll., 2007). بالإضافة إلى ذلك، يزيد خطر الانتحار بمقدار 2 إلى 3 مرات (Sareen et coll., 2005).

القسم II- تقييم اضطراب الضغط ما بعد الصدمة Évaluation du TSPT

II.1 معايير التشخيص DSM-5

للبالغين والمراهقين والأطفال فوق 6 سنوات.

المعيار A: التعرض لوفاة فعلية أو لتهديد بالموت أو لإصابة خطيرة أو لعنف جنسي بإحدى (أو أكثر) من الطرق التالية:

1. من خلال التعرض المباشر لحدث أو أكثر من الأحداث الصدمية؛
2. من خلال المشاهدة الشخصية المباشرة لحدث أو أكثر من الأحداث الصدمية التي حدثت لأشخاص آخرين؛
3. المعرفة بوقوع الحدث أو أكثر من الأحداث الصدمية لأحد أفراد الأسرة أو أحد الأصدقاء المقربين، وفي حالات الموت الفعلي أو التهديد بالموت لأحد أفراد الأسرة أو أحد الأصدقاء المقربين، يجب أن يكون الحدث عنيفاً أو عرضياً؛
4. من خلال التعرض المتكرر أو التعرض الشديد للتفاصيل المكروهة للحدث أو الأحداث الصدمية (على سبيل المثال، أول المتدخلين لجمع البقايا البشرية، ضباط الشرطة الذين يتعرضون بشكل متكرر لأحداث صريحة للاعتداء الجنسي على الأطفال). ملاحظة: لا ينطبق المعيار A4 على التعرض من خلال وسائل الإعلام الإلكترونية، والتلفزيون، والأفلام، أو الصور، إلا إذا كان هذا التعرض ذا صلة بالعمل.

المعيار B: وجود واحد (أو أكثر) من الأعراض الاجتياحية التالية المرتبطة بالحدث والأحداث الصدمية، والتي بدأت بعد الحدث أو الأحداث الصدمية المعنية:

1. الذكريات المؤلمة الاجتياحية وغير الطوعية المتكررة للحدث أو الأحداث الصدمية. ملاحظة: لدى الأطفال البالغين أكثر من 6 سنوات، قد يتم ملاحظة اللعب المتكرر المعبر عن مواضيع أو مظاهر الصدمة؛
2. أحلام متكررة تثير شعور بالضيق حيث يرتبط محتوى الحلم و/أو الوجدان في الحلم بالحدث أو الأحداث الصدمية. ملاحظة: عند الأطفال، قد يكون هناك أحلام مخيفة دون محتوى يمكن التعرف عليه؛
3. ردود فعل تفككية (على سبيل المثال، flashbacks [ومضات ارتجاعية]) بحيث يشعر الفرد أو يتصرف كما لو كان الحدث أو الأحداث الصدمية سوف تتكرر (قد تحدث ردود الفعل هذه بشكل متواصل، بحيث التعبير الأكثر تطرفاً هو فقدان كامل للوعي بالمحيط). ملاحظة: عند الأطفال، يمكن ملاحظة إعادة تمثيل محدد للصدمة خلال اللعب.
4. الشعور الشديد أو المطول بالضيق النفسي عند التعرض لمؤشرات داخلية أو خارجية تثير أو تشبه جانباً من الحدث أو الأحداث الصدمية؛
5. استجابات فسيولوجية ملحوظة عند التعرض لإشارات داخلية أو خارجية قد تثير أو تشبه جانباً من الحدث أو الأحداث الصدمية.

المعيار C: تجنب مستمر للمنبهات المرتبطة بالحدث أو الأحداث الصدمية، ويبدأ بعد وقوع الحدث أو الأحداث الصدمية، كما يتضح من واحد من المظهرين مما يلي أو كليهما:

1. تجنب أو جهود لتجنب الذكريات، والأفكار، أو المشاعر المتعلقة أو المرتبطة بشكلٍ وثيق بالحدث أو بالأحداث الصدمية التي تثير شعور بالضيق؛
2. تجنب أو جهود لتجنب عوامل التذكير الخارجية (الأشخاص، الأماكن، الأحاديث، الأنشطة، والأشياء، والمواقف) التي تثير الذكريات، والأفكار، أو المشاعر المرتبطة بالحدث أو بالأحداث الصدمية والتي تثير شعور بالضيق.

المعيار D: التشوهات السلبية في الأفكار والمزاج المرتبطين بالحدث أو أكثر من الأحداث الصدمية، والتي بدأت أو تفاقمت بعد وقوع الحدث أو الأحداث الصدمية، كما يتضح من اثنين (أو أكثر) من العناصر التالية:

1. عدم القدرة على تذكر جانب هام من جوانب الحدث أو الأحداث الصدمية (عادة بسبب فقدان الذاكرة التفككي ولا يعود لعوامل أخرى مثل صدمة دماغية، والكحول، أو المخدرات)؛
2. المعتقدات أو التوقعات السلبية المستمرة ومبالغ فيها حول الذات، والأشخاص الآخرين، أو العالم (على سبيل المثال، "أنا سيئ"، "لا يمكن الوثوق بأحد"، "العالم خطير بشكلٍ كامل"، "الجهاز العصبي لدي دمر كله بشكلٍ دائم")؛
3. تشوهات معرفية مستمرة حول سبب أو عواقب الحدث أو الأحداث الصدمية والذي يؤدي بالفرد إلى إلقاء اللوم على نفسه أو لوم الآخرين؛
4. الحالة العاطفية السلبية المستمرة (على سبيل المثال، التخوف والرعب والغضب، والشعور بالذنب، أو العار)؛
5. تضائل بشكلٍ ملحوظ للاهتمام أو للمشاركة في الأنشطة الهامة؛
6. مشاعر بالانفصال عن الآخرين أو ان يصبح غريبًا عن الآخرين؛
7. عدم القدرة المستمر على اختبار الانفعالات الإيجابية (على سبيل المثال، عدم القدرة على تجربة السعادة والرضا، أو مشاعر المحبة).

المعيار E: خلل ملحوظ في الانتباه ورد الفعل المرتبطين بالحدث أو بالأحداث الصدمية، والتي تبدأ أو تتفاقم بعد وقوع الحدث أو الأحداث الصدمية، كما يتضح من اثنين (أو أكثر) من العناصر التالية:

1. سلوك غاضب أو نوبات الغضب (مع قليل من الاستفزاز أو بدونه) والتي عادةً ما يُعبر عنها بالاعتداء اللفظي أو الجسدي تجاه الأشخاص أو الأشياء؛
2. سلوك متهور أو مدمر للذات؛
3. اليقظة المبالغ فيها؛
4. استجابة القفز المبالغ فيها؛
5. مشاكل في التركيز؛
6. اضطراب النوم (على سبيل المثال، صعوبة في النوم المتقطع أو النوم المتوتر).

المعيار F: يدوم الاضطراب (أعراض المعايير E و B, C, D) أكثر من شهر واحد.

المعيار G: يسبب الاضطراب ألماً عيادياً- سريرياً هاماً أو ضعفاً في الأداء في المجالات الاجتماعية والمهنية أو غيرها من مجالات الهامة الأخرى.

المعيار H : لا يُعزى الاضطراب إلى التأثيرات الفسيولوجية لمادة (مثل، الأدوية، والكحول) أو لحالة طبية أخرى.

حدد في ما إذا كان:

مع أعراض تفككية: أعراض الفرد تفي بمعايير اضطراب الضغط ما بعد الصدمة، وبالإضافة إلى ذلك، كاستجابة لعامل الضغط، يختبر الفرد أعراضاً مستمرة أو متكررة من أي مما يلي:

1. تبدد الشخصية Dépersonnalisation : تجارب مستمرة أو متكررة بالشعور بالانفصال عن الذات، كما لو كان الشخص مراقباً خارجياً لعملياته العقلية أو لجسمه (على سبيل المثال، الشعور كما لو كان في حلم، الشعور بإحساس غير واقعي عن ذاته أو عن الجسم أو بتباطؤ زمني).
2. تبدد الواقع Déréalisation : تجارب مستمرة أو متكررة لشعور بلا واقعية المحيط (على سبيل المثال، يختبر الفرد العالم المحيط به على أنه غير واقعي، شبيه بالحلم، بعيد، أو مشوه).

ملاحظة: للاحتفاظ بهذا النمط الفرعي، يجب ألا تُعزى الأعراض التفككية إلى التأثيرات الفسيولوجية لمادة (مثل مرحلة فقدان الذاكرة [blackouts]، مظاهر سلوكية لتسمم حاد بالكحول) أو لحالة طبية أخرى (على سبيل المثال، نوبات الصرع الجزئية المعقدة).

حدد إذا كان:

مع تعبير متأخر: إذا لم يتم استيفاء معايير التشخيص الكامل حتى 6 أشهر على الأقل بعد وقوع الحدث (على الرغم من أن البداية والتعبير عن بعض الأعراض قد يكون فورياً).

II. II التمييز بين اضطراب الضغط ما بعد الصدمة واضطراب الضغط الحاد

بالنسبة للبالغين والمراهقين والأطفال فوق 6 سنوات.

المعيار A: التعرض لوفاة فعلية أو لتهديد بالموت أو لإصابة خطيرة أو لعنف جنسي بإحدى (أو أكثر) من الطرق التالية:

1. من خلال التعرض المباشر لحدث أو أكثر من الأحداث الصدمية؛
2. من خلال المشاهدة الشخصية المباشرة لحدث أو أكثر من الأحداث الصدمية التي حدثت لأشخاص آخرين؛
3. المعرفة بوقوع الحدث أو أكثر من الأحداث الصدمية لأحد أفراد الأسرة أو أحد الأصدقاء المقربين، ملاحظة: في حالات الموت الفعلي أو التهديد بالموت لأحد أفراد الأسرة أو أحد الأصدقاء المقربين، يجب أن يكون الحدث عنيفاً أو عرضياً؛
4. من خلال التعرض المتكرر أو التعرض الشديد للتفاصيل المكروهة للحدث أو الأحداث الصدمية (على سبيل المثال، أول المتدخلين لجمع البقايا البشرية، ضبط الشرطة الذين يتعرضون بشكل متكرر لأحداث صريحة للاعتداء الجنسي على الأطفال). ملاحظة: لا ينطبق هذا على التعرض من خلال وسائل الإعلام الإلكترونية، والتلفزيون، والأفلام، أو الصور، إلا إذا كان هذا التعرض في سياق نشاط مهني.

المعيار B: ظهور تسعة (أو أكثر) من الأعراض التالية من أي من الفئات الخمس التالية: الأعراض الاجتياحية، المزاج السلبي، أعراض التفكك، أعراض التجنب، وأعراض الانتباه، تبدأ أو تتفاقم بعد بداية الأحداث الصادمة المعنوية:

الأعراض الاجتياحية Symptômes envahissants

1. الذكريات المتكررة اللاارادية الاجتياحية للحدث أو الأحداث الصدمية التي تثير شعور بالضيق. ملاحظة: لدى الأطفال البالغين أكثر من 6 سنوات، قد يتم ملاحظة اللعب المتكرر المعبر عن مواضيع أو مظاهر الصدمة؛

2. أحلام متكررة تثير شعور بالضيق حيث يرتبط محتوى الحلم و/أو الوجدان في الحلم بالحدث او الاحداث الصدمية.
3. ملاحظة: عند الأطفال، قد يكون هناك أحلام مخيفة دون محتوى يمكن التعرف عليه؛ ردود فعل تفككية (على سبيل المثال، flashbacks [مشاهد ارتجاعية]) حيث يشعر الفرد أو يتصرف كما لو كان الحدث او الاحداث الصدمية سوف تتكرر (قد تحدث ردود الفعل هذه بشكل متواصل، بحيث التعبير الأكثر تطرفاً هو فقدان كامل للوعي بالمحيط). ملاحظة: عند الأطفال، يمكن ملاحظة إعادة تمثيل محدد للصدمة خلال اللعب.
4. الشعور الشديد أو المطول بالضيق النفسي عند التعرض لمؤشرات داخلية أو خارجية تثير أو تشبه جانباً من الحدث أو الأحداث الصدمية.

الميزاج السلبي Humeur négative

5. عدم القدرة المستمرة على تجربة المشاعر الإيجابية (على سبيل المثال، عدم القدرة على تجربة السعادة أو الرضا أو مشاعر الحب).

الأعراض التفككية Symptômes dissociatifs

6. اضطراب إدراك الواقع أو البيئة المحيطة أو الذات (على سبيل المثال، رؤية الذات بطريقة مختلفة، أو أن تكون في حالة ذهول، أو إدراك تباطؤ مرور الوقت).
7. عدم القدرة على تذكر جانب مهم من الحدث أو الأحداث الصدمية (عادة بسبب فقدان الذاكرة التفككي وليس بسبب عوامل أخرى مثل صدمة دماغية أو الكحول أو المخدرات).

أعراض التجنب Symptômes d'évitement

8. جهود مبذولة لتجنب الذكريات أو الأفكار أو المشاعر المتعلقة أو المرتبطة ارتباطاً وثيقاً بواحد أو أكثر من الأحداث الصدمية والتي تسبب الشعور بالضيق.
9. جهود مبذولة لتجنب التذكيرات الخارجية (الأشخاص والأماكن والمحادثات والأنشطة والأشياء والمواقف) التي توقظ الذكريات أو الأفكار أو المشاعر المرتبطة بواحد أو أكثر من الأحداث الصدمية وتسبب الشعور بالضيق.

أعراض الانتباه Symptômes d'éveil

10. اضطراب النوم (مثل صعوبة النوم أو النوم المتقطع أو المضطرب)؛
11. سلوك عصبي أو نوبات غضب (مع قليل من الاستفزاز أو بدون استفزاز) يتم التعبير عنها عادةً بالعدوانية اللفظية أو الجسدية تجاه الأشخاص أو الأشياء؛

يتعلق الأمر باستبيان مكون من 19 بند حول الأحداث الصدمية التي يمكن أن تحدث في حياة الشخص، يتناول هذا الاستبيان أنواعًا مختلفة من الصدمات (مثل الأعمال الإجرامية، والكوارث، والصدمات الجسدية أو الجنسية، وما إلى ذلك).

II.I.III.II قائمة الضيق أثناء الصدمة (PDI) Inventaire de détresse péritraumatique

(انظر القسم II.VII)

يتعلق الأمر بمقياس على شكل تقرير ذاتي مكون من 13 بند او مفردات، يستخدم لتقييم مستوى الضيق واستجابات الشخص للضيق الانفعالي أثناء الصدمة وفي الدقائق والساعات التي تلي الصدمة. يستخدم هذا المقياس للتحقق مما إذا كان الأشخاص الذين عاشوا حدث صدمي معرضون لخطر الإصابة باضطراب الضغط ما بعد الصدمة، وبالتالي، فالشخص الذي نقابله بعد فترة وجيزة بعد الصدمة وتحصل على نتيجة عالية على هذا المقياس، من المحتمل إعادة تقييمه بعد بضعة أسابيع للتحقق من تطور الأعراض.

يتم تنقيط كل بند او مفردة من 0 إلى 4، بحيث يشير 0 إلى "ليس صحيحًا على الإطلاق" و تشير درجة 4 "صحيح للغاية"، ويتم الحصول على الدرجة الكلية للمقياس عن طريق جمع درجات 13 بند، وتدل الدرجة التي تزيد عن 15 أو تساويها على وجود ضيق كبير.

III.I.III.II مقياس تجارب التفكك أثناء الصدمة Questionnaire des expériences de dissociation

péritraumatique (PDEQ)

(انظر القسم III.VII)

يتعلق الأمر باستبيان على شكل تقرير ذاتي، يتكون من 10 بنود، يسمح هذا الاستبيان بتقييم الاستجابات التفككية للشخص أثناء الصدمة وفي الدقائق والساعات التالية.

تم تنقيط كل بند من 1 إلى 5، بحيث تشير الدرجة 1 إلى "ليس صحيحًا على الإطلاق" و الدرجة 5 "صحيح للغاية"، ويتم الحصول على الدرجة الكلية للمقياس عن طريق جمع درجات المتحصل عليها في 11 بنداً، وتدل الدرجة التي تزيد عن 15 أو تساويها على وجود استجابات تفكك مهمة.

VI.I.III.II مقياس تأثير الأحداث المعدل Echelle IES-R (Impact of Event Scale-Revised)

(انظر القسم VI.VII)

يتعلق الأمر بمقياس على شكل تقرير ذاتي مكون من 22 بند او مفردة، يسمح بتقييم وجود، خلال الأيام السبعة الماضية، أعراض الاقترام والتجنب وفرط النشاط العصبي الاعاشي بعد حدث مهم بالنسبة للشخص، يمثل كل بند صعوبة يمكن أن يشعر بها الشخص الذي تعرض لحدث صدمي.

يتم تنقيط كل بند من 0 إلى 4، بحيث تشير درجة 0 إلى "لا شيء على الإطلاق" والدرجة 4 إلى "كثيراً"، وتحسب الدرجة الكلية للمقياس من خلال جمع الدرجات المتحصل عليها في 22 بند.

يتم تفسير الدرجات على النحو التالي:

أعراض قليلة لا يوجد إجراء مطلوب	من 1 إلى 11:
الكثير من الأعراض يستدعي المراقبة	من 12 إلى 32:
مستوى كبير من الأعراض تقييم أكثر عمقا مطلوب	33 فما فوق

Questionnaire PCL-5 (Posttraumatic Stress disorder Checklist for DMS-5 (انظر القسم V.VII)

يتعلق الأمر بمقياس على شكل تقرير ذاتي مكون من 20 بند او مفردة، يتم استكماله من قبل العميل، يسمح بتقييم أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة TSPT خلال الشهر الماضي.

يتم تنقيط كل بند من 0 إلى 4، بحيث تشير درجة 0 إلى "لا شيء على الإطلاق" والدرجة 4 إلى "كثيراً جداً"، وتحسب الدرجة الكلية للمقياس من خلال جمع الدرجات المتحصل عليها في 20 بند. وتشير درجة 33 إلى وجود اضطراب الضغط ما بعد الصدمة TSPT.

Échelle modifiée des symptômes traumatiques (EMST) مقياس أعراض الصدمة المعدل (Stephenson et coll., 1995) وهي في الأصل نسخة معدلة لمقياس Modified PTSD Symptom Scale-Self Report، وهو يحتوي على 17 بند، وفقاً لـ 17 بند من اضطراب الضغط ما بعد الصدمة وفقاً لـ DSM-IV، يتم تنقيط كل بند على سلم تردد من 0 ("ليس على الإطلاق") إلى 3 ("5 مرات أو أكثر في الأسبوع / دائماً تقريباً") وعلى سلم الشدة من 0 ("ليس مزعجاً على الإطلاق") إلى 4 ("مزعج للغاية").

من الممكن الحصول على هذا المقياس في دليل الممارسة " Comment aider les victimes souffrant de TSPT " de Pascale Brillon (2015) وفي ملحق المقال المعنون " التحقق من خصائص نسخة كيبك للمقياس المعدل لأعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة في عينة سريرية « Validation de la version québécoise de l'échelle modifiée des symptômes du trouble de stress post-traumatique auprès d'un échantillon clinique » نُشر في مجلة كيبك لعلم النفس.

II.III.II. الاستكشاف والاعتلالات المشتركة Dépistage des comorbidités

II.III.II.1. مقياس الاكتئاب لـ Beck

(انظر القسم VI.VII)

يستعمل مقياس الاكتئاب لـ Beck لتقييم وجود وخطورة أعراض الاكتئاب، يتكون من 21 بند او مفردة، يتضمن كل واحد من 3 الى 5 عبارات تنقط بدرجات بشدة تتراوح بين 0 و 3، ينبغي على العميل اختيار عبارة من كل بند التي تتوافق أكثر مع حالته، والنتيجة النهائية نحصل عليها من الجمع بين الدرجات المسجلة حسب الشدة في العبارات التي اختارها وذلك في 21 بند.

يتم تفسير النتائج على النحو التالي:

عادي	9 - 0
اكتئاب خفيف	19 - 10
اكتئاب معتدل	25 - 20
اكتئاب معتدل الى شديد	29 - 26
اكتئاب شديد	40 - 30
اكتئاب شديد جدا	40 وأكثر

II.III.II.2. مقياس الحصر لـ Beck

(انظر القسم VII.VII)

تسمح مقياس الحصر لـ Beck بتقييم أعراض الحصر الشائعة، وهو يتكون من 21 بند حول أعراض الحصر التي تنقط حسب شدتها من 0 ("لا على الإطلاق") إلى 3 ("كثيرا. بالكاد يمكنني تحمله").

يتم تفسير النتائج على النحو التالي:

عادي	9 - 0
حصر خفيف	19 - 10

حصر معتدل	25 - 20
حصر معتدل الى شديد	29 - 26
حصر شديد	40 - 30
حصر شديد جدا	40 وأكثر

القسم III- العلاج الدوائي (الفارماكولوجي) Traitement Pharmacologique

يمكن أن تكون الأدوية مفيدة في تقليل أعراض المزاج واليقظة المفرطة لدى الأشخاص المصابين باضطراب الضغط ما بعد الصدمة، بالإضافة إلى ذلك، يمكن استخدام الأدوية للتخفيف من

الاضطرابات النفسية المرتبطة (اعتلال مشترك) باضطراب الضغط ما بعد الصدمة، مثل نوبات الاكتئاب الشديد واضطراب الحصر المعمم وما إلى ذلك.

1.111 مضادات الاكتئاب Antidépresseurs

تعتبر مضادات الاكتئاب المثبطة الانتقائية لإعادة امتصاص السيروتونين *inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine* [ISRS] (fluoxetine, paroxetine, sertraline) والمثبطات الانتقائية لإعادة امتصاص السيروتونين والنورأدرينالين [IRSN] (venlafaxine XR) هي الخطوط الأولى للعلاج الدوائي لاضطراب الضغط ما بعد الصدمة (Katzman et coll., 2014) TSPT بالإضافة إلى ذلك، فإن الدواء ISRS fluvoxamine هو جزء من الخط الثاني للعلاج، بشكل عام، يتم تحملها جيدًا ولا تنطوي على مخاطر التبعية، تبدأ الاستجابة للدواء بعد حوالي أربعة أسابيع، ولكن يمكن أن تستغرق ما يصل إلى 12 أسبوعًا حتى تظهر تأثيرها الكامل، على الرغم من التحمل الجيد، فقد تكون هناك تأثيرات جانبية، بما في ذلك أعراض هضمية (الغثيان، والإسهال، وما إلى ذلك) وزيادة الوزن (paroxetine)، وخلل في الوظائف الجنسية، وما إلى ذلك. يجب أيضًا مراعاة التفاعلات المحتملة مع الأدوية الأخرى التي يتناولها المريض، هذه الأدوية مفيدة أيضًا في علاج الاكتئاب الذي غالبًا ما يصاحب اضطراب الضغط ما بعد الصدمة TSPT.

1.112 مضادات الاكتئاب الأخرى

أظهرت مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات Les antidépresseurs tricycliques (ATC) مثل *l'imipramine* و *l'amitriptyline* و *la desipramine* بعض الفوائد في علاج اضطراب الضغط ما بعد الصدمة، ورغم هذا يتم وصفها بشكل أقل بكثير نظرًا لملامح تأثيراتها الجانبية (تأثيرات مضادة للكولين، وحصر ألفا الأدرينالي، وتأخير التوصيل، وما إلى ذلك) وخطرها الأكبر في حالة الجرعة الزائدة. من الجدير بالذكر أن دواء *l'imipramine* يمتلك أفضل مستوى من التأثير في علاج اضطراب الضغط ما بعد الصدمة TSPT في فئته.

أظهرت بعض الدراسات بعض الفعالية في استخدام دواء *la phenelzine*، مثبط للأنزيم المؤكسد أحادي الأمين [IMAO] *Inhibiteurs de la monoamine-oxydase* لعلاج اضطراب الضغط ما بعد الصدمة ومع ذلك، فإن هذا الجزيء أقل استخدامًا بسبب التأثيرات الجانبية المحتملة والقيود الغذائية اللازمة عند استخدامه.

والبيانات العلمية هي أقل حسماً أو أكثر تناقضاً بالنسبة لمضادات الاكتئاب التالية: *escitalopram, duloxetine, bupropion, moclobemide, mirtazapine*، فهي تشكل خيارات الخط الثاني أو الثالث، بالإضافة إلى ذلك، لا تدعم الدراسات حتى الآن فعالية *citalopram* في علاج اضطراب الضغط ما بعد الصدمة (Katzman et coll., 2014).

III.III مضادات الذهان غير النموزجية Antipsychotiques atypiques

أظهرت مضادات الذهان غير النموزجية مثل *la risperidone* و *l'aripiprazol* و *la quetiapine* بعض الفعالية في علاج اضطراب الضغط ما بعد الصدمة، يحتوي دواء *risperidone* على أفضل دليل على الفعالية، خاصة عند استخدامه كعلاج مساعد، ومع ذلك، يجب مراعاة مخاطر التأثيرات الجانبية الكبيرة المرتبطة بتناول مضادات الذهان غير التقليدية، مثل زيادة الوزن، واضطرابات التمثيل الغذائي، والاختلال الوظيفية الجنسية، وما إلى ذلك.

IV.III مضادات التشنجات Anticonvulsivants

تعتبر البيانات المتوفرة أقل إقناعاً أو أكثر تناقضاً حول علاج اضطراب الضغط ما بعد الصدمة TSPT بمضادات التشنجات، هناك بعض الأدلة حول استخدام العلاج الأحادي *topiramate* و *la lamotrigine* و *la carbamazepine* فهي أدوية نادراً ما تستخدم سريريًا نظرًا لنقص الأدلة وكذلك نظراً لتأثيراتها الجانبية المحتملة.

V.III حاصرات مستقبلات ألفا-1 1-1 Bloqueurs des récepteurs alpha-1

وفقاً لدراسة سريرية عشوائية لـ 304 مريضاً (قدامى المحاربين يعانون من اضطراب الضغط ما بعد الصدمة المزمن والكوابيس المتكررة المصاحبة) من عام 2018 (Raskind et coll., 2018) لم تظهر المجموعة التي تلقت *le prazosin* تحسناً ذا دلالة إحصائية في نوعية النوم وتخفيف الكوابيس مقارنة بالدواء المموه (بلاسيبو placebo) على مدى 26 أسبوعاً، على الرغم من أن الدراسات أظهرت نتائج متضاربة، فيمكن استخدام *prazosin* للكوابيس الصدمية وتحسين نوعية النوم لدى الأشخاص المصابين باضطراب الضغط ما بعد الصدمة TSPT.

يعمل Prazosin عن طريق منع مستقبلات الأدرينالية alpha-1 التي تقلل من النشاط

النورادرينارجي، وبالتالي، الجهاز السمبائي (Zak et Karippot, 2020).

عادة ما يبدأ *Le prazosin* بجرعة 1 ملغ في وقت النوم، يمكن زيادة الجرعة تدريجياً إلى حد أقصى 15 ملغ حسب الفعالية والتحمل (Zak et Karippot, 2020)، يجب معالجة المرضى الذين يعانون من انخفاض ضغط الدم وانخفاض ضغط الدم الانتصابي بحذر من خلال مراقبة ضغط الدم واستشارة طبيب متمرس في الطب الطبيعي حسب الحاجة، يجب تجنب التوقف المفاجئ عن تناول *Le prazosin*، لأن ذلك قد يؤدي إلى ارتفاع ضغط الدم المرتد، يجب تحذير المرضى وفقاً لذلك.

أظهرت بعض الدراسات السريرية بتجربة مفتوحة أيضاً بعض الفوائد من استخدام la clonidine للمرضى الذين يعانون من أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة TSPT المستعص (Katzman et coll., 2014).

VI.III حاصرات مستقبلات بيتا الأدرينالية Bloqueurs des récepteurs bêta-adrénergiques

أظهرت بعض الدراسات العشوائية الصغيرة من نوع التجربة المفتوحة فائدة لاستخدام propranolol خلال علاجات القصيرة لإعادة تنشيط ذاكرة الصدمات، في الواقع، يبدو أن هذا الدواء يقلل من إعادة تماسك الذكريات الصدمية، وبالتالي يحسن أعراض ما بعد الصدمة على المدى القصير والطويل (Brunet et coll., 2011).

في الآونة الأخيرة، تدعم تجربة سريرية عشوائية نُشرت في المجلة الأمريكية للطب النفسي The American Journal of Psychiatry (Brunet et coll., 2018) فعالية دواء propranolol يتم تناوله قبل جلسة علاج قصيرة لإعادة تنشيط الصدمة. في هذه الدراسة مزدوجة التعمية à double aveugle لمدة 6 أسابيع، تم تعيين 60 مريضاً بشكل عشوائي لتلقي العلاج بـ propranolol أو الدواء المموه (بلاسيبو placebo) قبل 90 دقيقة من جلسة علاج إعادة تنشيط الصدمة الأسبوعية، أظهرت مجموعة المشاركين الذين تلقوا propranolol تحسناً ملحوظاً في أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة TSPT مقارنة بمجموعة المشاركين الذين تلقوا العلاج المموه.

3,4 - Méthylènedioxyméthamphétamine (MDMA) IIV.III

هناك عدد متزايد من الدراسات التي تبحث في استخدام دواء MDMA كـ «catalyseur» علاجي في جلسات العلاج النفسي (Morgan, 2020) في الواقع، يبدو أن التأثيرات النفسية MDMA ستجعل من الممكن تقليل شدة الأعراض (Hoskins et coll., 2021) والعمل بشكل أفضل في العلاج، على سبيل المثال، عن طريق الحد من قلق المرضى وخوفهم (Amoroso et Workman, 2016)، إن التقدم في المعرفة حول استخدام MDMA في اضطراب الضغط ما بعد الصدمة TSPT سيساعد على تحديد استخدامه بشكل أفضل في المستقبل.

III.IV أدوية البنزوديازيبين Benzodiazépines

لا يُنصح عمومًا باستخدام البنزوديازيبينات لعلاج اضطراب الضغط ما بعد الصدمة TSPT (Katzman et coll., 2014)، إلا أنها لا تزال توصف على نطاق واسع، تشير بعض البيانات إلى أنها قد تزيد من شدة أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة، بالإضافة إلى ذلك، هناك نقص في البيانات حول فعاليتها في هذه المعايير، تشير الدراسات إلى أنها قد تقلل من فوائد تمارين التعرض (Rothbaum et coll., 2014).

IX.III جدول موجز لتوصيات العلاج الدوائي لاضطراب ما بعد الصدمة وفقاً للمبادئ التوجيهية

الكندية لعام 2014²

خط العلاج	العلاج الاحادي	العلاج المساعد
-----------	----------------	----------------

	60-20)Paroxetine ، (ملغ 80-20) Fluoxetine Venlafaxine ، (ملغ 250-50) Sertraline، (ملغ XR (300-75 ملغ).	الخط الأول
، (ملغ 20-5) Olanzapine ، (ملغ 3-1)Eszopiclone ، (ملغ 4-0,5)Risperidone	Mirtazapine ، (ملغ 300-100) Fluvoxamine (ملغ 45-15) ، (ملغ 90-15)Phenelzine.	الخط الثاني
Gabapentin ، Clonidine ، (ملغ 30-2) Aripiprazole 800-50) Quetiapine ، Pregabalin ، Levetiracetam ، (ملغ 16-4)Tiagabine ، (ملغ 12-8) Reboxetine ، (ملغ	Aripiprazole ، (ملغ 300-25) Amitriptyline (ملغ 30-2) ، (ملغ 300-100) Bupropion SR ، Carbamazepine ، (ملغ 60-10) Buspirone Desipramine ، (ملغ 1600-100) (25-300) (300-25) Duloxetine ، (ملغ 60- 120) Escitalopram ، (ملغ 20-10) ، Lamotrigine ، (ملغ 300-25) Imipramine (ملغ 200-25) ، (ملغ 20-5) Memantine ، Quetiapine ، (ملغ 300-600) Moclobemide (ملغ 800-50) ، (ملغ 12-8) Reboxetine ، Tianeptine ، (ملغ 4-0,5) Risperidone (37.7 ملغ) ، (ملغ 400-25) Topiramate ، (ملغ 600-100) Trazodone.	الخط الثالث
Zolpidem، Topiramate ، Guanfacine، SR Bupropion	Clonazepam ، Citalopram ، Alprazolam Olanzapine ، Divalproex ، Desipramine ، Tiagabine.	غير موصى به

² Katzman, M. A., Bleau, P., Blier, P., Chokka, P., Kjernisted, K., Van Ameringen, M., Canadian Anxiety Guidelines Initiative Group on behalf of the Anxiety Disorders Association of Canada/Association Canadienne des troubles anxieux and McGill University, Antony, M. M., Bouchard, S., Brunet, A., Flament, M., Grigoriadis, S., Mendlowitz, S., O'Connor, K., Rabheru, K., Richter, P. M., Robichaud, M., & Walker, J. R. (2014). Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders. *BMC psychiatry*, 14 Suppl 1(Suppl 1), S1. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-14-S1-S1>

Savard, P. & Bugeaud, É. (2016) *Les troubles anxieux à l'ère du DSM-5*. Psycho PAP. <https://www.psychopap.com/wp-content/uploads/2020/02/anxi%C3%A9t%C3%A9recommandations.pdf>

Stein, M. B. Pharmacotherapy for posttraumatic stress disorder in adults. In UpToDate, Roy-Byrne, PP (ed), UpToDate, Waltham, MA, 2021

Lexicomp. UpToDate, Inc.; March 22, 2021.

القسم IV- اضطراب الضغط ما بعد الصدمة حسب النموذج المعرفي السلوكي TSPT selon le modèle
cognitivo-comportemental

1.IV الأسس القاعدية Notions de base

قبل عرض النموذج المعرفي السلوكي الذي يمكن أن يفسّر تطور اضطراب الضغط ما بعد الصدمة TSPT، من المهم مراجعة بعض المفاهيم الأساسية المتعلقة بالنماذج السلوكية والمعرفية، يتعلق الأمر بملخص موجز للنظرية الأساسية لهذه النماذج، لأجل تطبيق المفاهيم على وجه التحديد على اضطراب الضغط ما بعد الصدمة في الأقسام الفرعية التالية، ومن أجل الحصول على مفاهيم أكثر تعمقاً حول النموذج المعرفي السلوكي بشكل عام، يُقترح الرجوع إلى الكتب التي تتناول هذا الموضوع تحديداً المؤلف (Chaloult, L., Ngo, T. L., Goulet, J., & Cousineau, P. (2008). *La thérapie cognitivo-(comportementale: théorie et pratique*. Gaëtan Morin Éditeur).

1.1.IV النموذج السلوكي Modèle comportemental

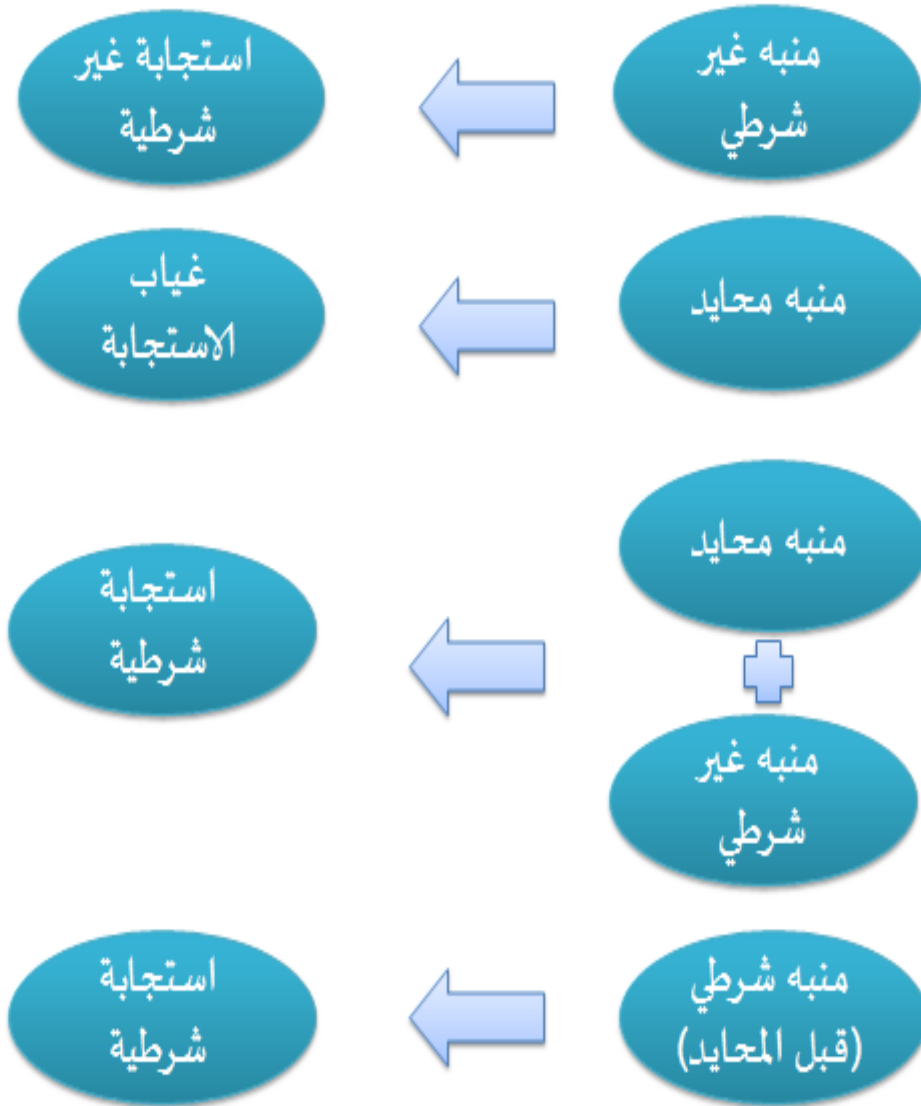
وفقاً للنموذج السلوكي، تؤثر السلوكيات على أعراض المرض وشدته واستمراره والعكس صحيح. تنتج هذه العلاقات المتبادلة عن تعلم معين والذي يمكن محوّه، وبعبارة أخرى يمكن عكسه، نتحدث عادة عن الاشرط الكلاسيكي conditionnement classique والاشراط العملي conditionnement opérant.

1.1.IV الاشرط الكلاسيكي Conditionnement classique

وفقاً لمبادئ الاشرط الكلاسيكي، فإن بعض المنبهات (غير الشرطية) تثير استجابة غير الشرطية أو انعكاسية، مثل القفز عند سماع صوتا مدويا، أو سيلان اللعاب عند رؤية الطعام أو العطس عندما تدغدغ الريشة أنفنا، لا يوجد تعلم ضروري للحصول على هذه الاستجابة، نتحدث عن منبه غير الشرطي عندما نتحدث عن المنبه الذي يحث على الاستجابة أو رد الفعل، يسمى رد الفعل هذا المنبه غير الشرطي بالاستجابة غير الشرطية، لم يكن هناك حاجة إلى التعلم لكي يثير المنبه هذه الاستجابة.

إذا تم إقران المنبه المحايد، أي الذي لا يثير أي استجابة، بشكل متكرر بمنبه غير الشرطي، فقد ينتهي به الأمر إلى إثارة نفس الاستجابة مثله مثل المنبه غير الشرطي، ستسمى هذه الاستجابة بعد ذلك بالاستجابة الشرطية، على سبيل المثال، في تجربة وصفها John B. Watson، تعرض الطفل ألبرت Albert لصوت جرس مفاجئ (منبه غير شرطي، مما جعله يبكي (استجابة غير شرطية). ثم يتم عرضه لمنبه (محايد) مثل الفأر والأرنب والكلب والأقنعة التي لا تؤدي إلى أي رد فعل، بعد ذلك، يتعرض مراراً وتكراراً لأحد المنبهات المحايدة، في نفس الوقت الذي يصدر فيه صوت الجرس (منبه غير شرطي)، تسبب ذلك في نوبة بكاء، بالتدريج، يؤدي مجرد رؤية المنبه المحايد (مثل الأرنب الدمية الفرو) إلى نوبة بكاء حتى لو لم يكن هناك جرس، هذه هي الاستجابة الشرطية.

الرسم البياني- الاشرط الكلاسيكي



تضاف مبادئ أخرى إلى مفهوم الاشرط الكلاسيكي ((Chaloult, 2008):

- هناك ظاهرة الإطفاء *d'extinction* عندما يكون هناك انخفاض ثم اختفاء الاستجابة الاشرطية إذا توقف نهائيا إقران المنبه الشرطي مع المنبه غير الشرطي.

• هناك أيضاً ظاهرة التعميم généralisation عندما "يلوث" المنبه الشرطي المنبهات الأخرى مشابهة له إلى حد ما وبالتالي، تنبه هذه المنبهات أيضاً الاستجابة الشرطية، على سبيل المثال، الشخص الذي يخاف من صوت طلقة نارية يخاف كذلك عندما يسمع صوت الألعاب النارية.

يُعد التعرض بالتخيل *L'exposition par imagination* والتعرض في الواقع *l'exposition in vivo* استراتيجيات علاجية مستخدمة في علاج اضطراب الضغط ما بعد الصدمة TSPT تنبع من نموذج الاشرط الكلاسيكي، يجب تطبيق هذه الاستراتيجيات على مدى فترة طويلة، وتواتر قريب ومتكرر من أجل إحداث ظاهرة الإطفاء والتعود على الأعراض (أو الاستجابات الشرطية)، ستتم مناقشة هذه التقنيات بمزيد من التفصيل في القسم الخامس ٧ من هذا الدليل.

II.I.I.IV الاشرط العملي Conditionnement opérant

ينبع الاشرط العملي *Le conditionnement opérant* من المبدأ العام القائل بأن النتائج، الإيجابية أو السلبية، لسلوك ما تشترط وتؤثر على هذا السلوك. وبالتالي، إذا أدى السلوك إلى نتائج إيجابية، فمن المرجح أن يحدث مرة أخرى، هذا هو التعزيز *le renforcement*.

يكون التعزيز إيجابي *le renforcement positif* إذا كانت نتيجة السلوك المذكور ممتعة، وهي مكافأة الى حد ما، على سبيل المثال، إذا تلقى الطفل الثناء من والديه بعد نتيجة اختبار جيدة، فقد يرغب في تكرار التجربة.

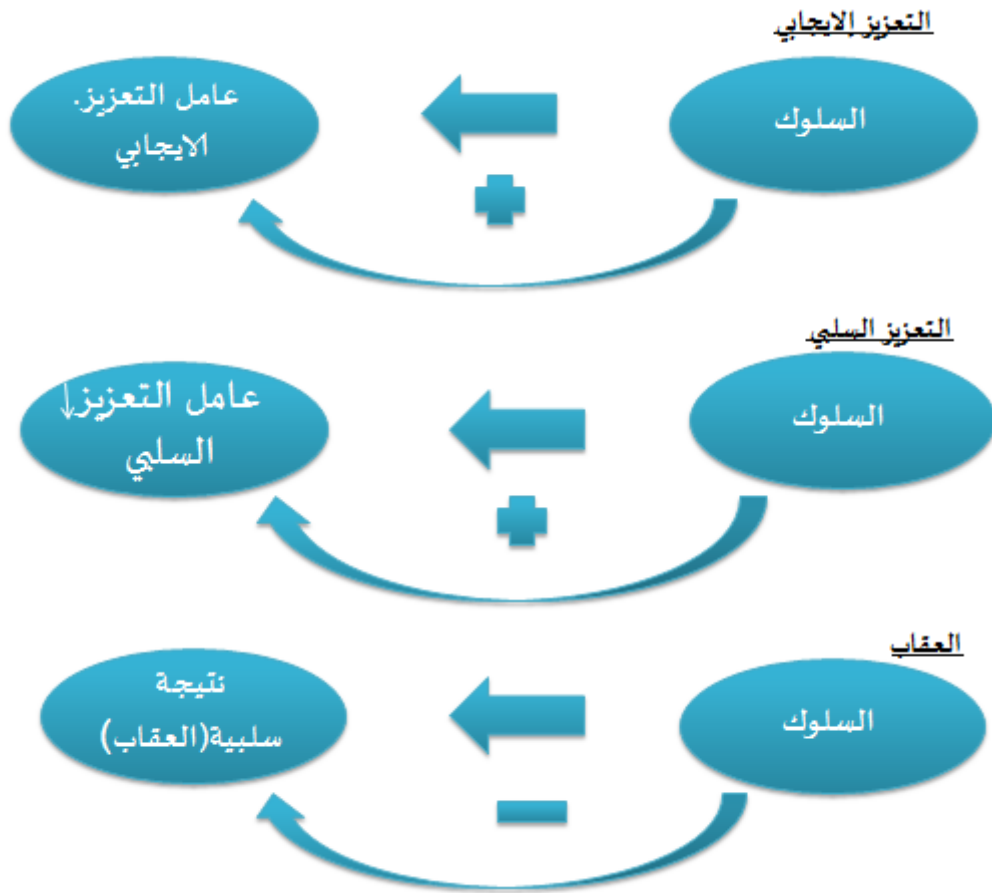
ويكون التعزيز سلبي *le renforcement est dit négatif* عندما تكون نتيجته سحب شيء مكروه، على سبيل المثال، إذا غادر شخص يعاني من الفوبيا الاجتماعية المدرسة قبل تقديم عرضه، فسوف ينخفض قلقه، وإذا تكرر هذا التجنب مرارًا وتكرارًا بنفس النتيجة (إزالة القلق)، فمن المحتمل أن هذا السلوك سوف يكرر نفسه.

يعتبر مفهوم التعزيز السلبي مهم لفهم التجنب لدى الأشخاص المصابين باضطراب الضغط ما بعد الصدمة، عندما يجد الضحية نفسه في موقف ينشط "بنية الخوف" لديه، تنطلق إشارة الخطر، فيهرب من الموقف وينخفض ضيقه. يبدأ الشخص في تجنب المواقف أو الأفكار أو المنبهات التي تثير هذا الضيق، هنا يتطور تعزيز سلبي بين الضيق والتجنب، على سبيل المثال، بعد حادث سيارة، قد يتوقف الشخص عن القيادة لتجنب الضيق، وهكذا يتعلم الشخص أن الضيق لا ينتابه إذا استمر في التخلي عن سيارته.

عندما يتبع السلوك منبه غير مستحب وهذا المنبه يتسبب في انخفاض تواتر السلوك، فإننا نتحدث عن العقاب punishment.

إذا لم يعد السلوك متبوعًا بالنتيجة/ برد الفعل (أي لا يحدث أي شيء بعد السلوك)، فإنه يتضاءل ويختفي في النهاية، هذه هي ظاهرة الإطفاء extinction.

الرسم البياني- الاشرط العملي



Modèle cognitif المعرفي II.I.IV

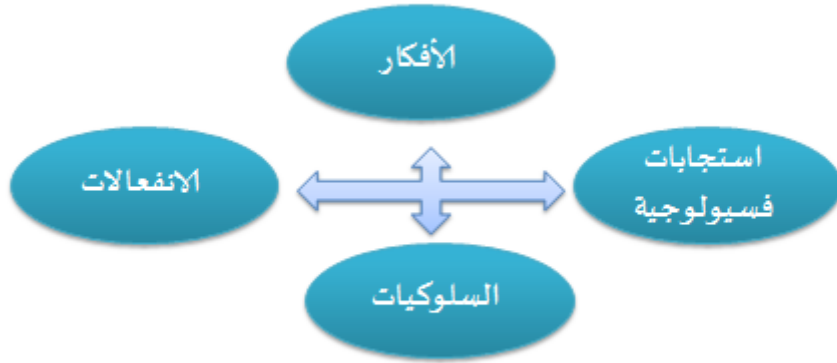
وفقًا للنموذج المعرفي، لا تنتج الانفعالات عن الأحداث، بل عن تفسير الشخص لها.

الرسم البياني-السلسلة: حدث ، فكرة ، انفعالات



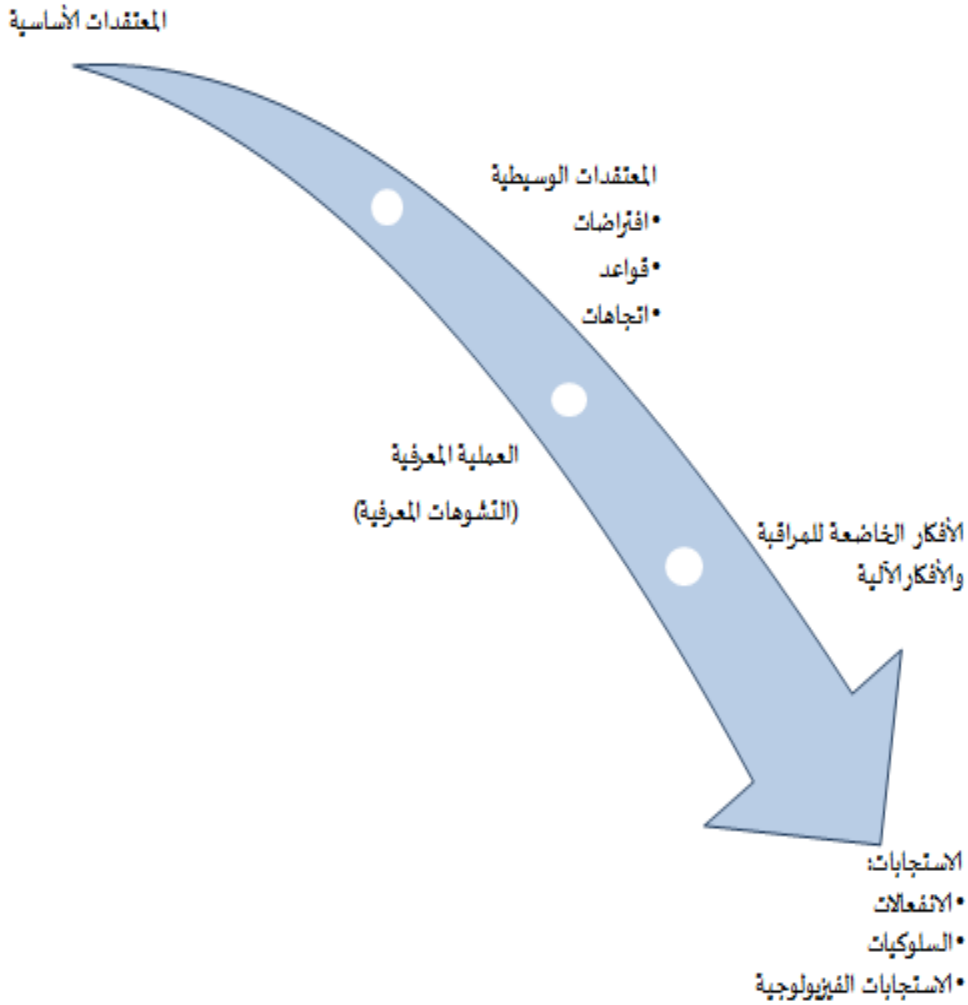
يضاف إلى هذا المبدأ التالي، هناك علاقة متبادلة بين أفكار الشخص وانفعالاته وسلوكياته واستجاباته الفسيولوجية، وهذا يعني أنه في بيئة معينة، يمكن لكل عنصر من هذه العناصر الأربعة أن يؤثر على الآخر بطريقة إيجابية (أو عملية) أو سلبية (مختلة).

الرسم البياني- التفاعل بين الأفكار والانفعالات والسلوكيات والاستجابات



وفقاً لـ Beck، فإن الطريقة التي يدرك ويبنى بها الشخص العالم من حوله تؤثر على انفعالاته وسلوكياته. ولمساعدة ضحايا اضطراب الضغط ما بعد الصدمة على تغيير أفكارهم السلبية، من المهم أن نفهم جيداً عملياتهم المعرفية، يوضح الرسم البياني أدناه نموذج المعرفي لـ Beck (مقتبس من J.S. Beck, 1995) يسمح هذا النموذج من وضع مفاهيمية لأنواع مختلفة لأفكار الضحايا وبالتالي القدرة على التدخل باستراتيجيات معرفية مناسبة.

الرسم البياني - النموذج المعرفي لـ Beck



I.II.I.IV المعتقدات الأساسية Croyances fondamentales

المعتقدات الأساسية هي طريقة لتصور وإدراك العالم والآخرين والذات والواقع الذي هو خاص بكل شخص، تُبنى معتقداته وفقاً لمزاجه وبيئته، توصف بأنها مطلقة، بالتالي يفسر الأفراد تجاربهم الحياتية وفقاً لمعتقداتهم الأساسية، ويتجاهلون التفسيرات التي تتعارض معها من أجل تأكيد مبادئهم، خلال حدث صدمي، من الممكن أن تتزعزع المعتقدات الأساسية للشخص مع ضعف الشعور بالتماسك الداخلي (على سبيل المثال: "العالم جيد" يصبح "العالم سيء").

II.II.I.IV المعتقدات الوسيطة Croyances intermédiaires

تشمل المعتقدات الوسيطة الافتراضات والقواعد والاتجاهات التي هي ثلاثة عناصر مترابطة (Chaloult, 2008) وهي تصدر من المعتقدات الأساسية، يمكن أن تقود المعتقدات الأساسية الفرد إلى صياغة فرضيات يعتبرها يقينية بدلاً من كونها محتملة على الرغم من نقص الدليل، هي افتراضات، على سبيل المثال، "إذا فشلت في امتحاني، فلن أنجح في الحياة". أما القواعد فهي عبارة عن بيانات تفرض

طريقة للتصرف في العالم و/ أو مع الآخرين و/ أو مع الفرد، تعليمات مثل "يجب أن أتجول خلال النهار لأكون بأمان" هو مثال على قاعدة. أخيراً، تؤدي الافتراضات والقواعد المرتبطة بها إلى استجابات يمكن التنبؤ بها إلى حد ما، ومتكررة تجاه أحداث الحياة، هنا نتحدث عن الاتجاهات، يتم الشعور بهذه الحالة من خلال محتوى الأفكار أو السلوك.

III.II.IV Distorsions cognitives المعرفية التشوهات

تؤثر التشوهات المعرفية على إدراك الناس للواقع، هناك أنواع عديدة من التشوهات المعرفية، نقدم هنا أمثلة على التشوهات المعرفية التي تصادف كثيراً لدى ضحايا اضطراب الضغط ما بعد الصدمة:

1. الاستدلال العشوائي *Inférence arbitraire*: استخلاص استنتاج بدون دليل.
2. الشخصية (أو التخصيص) *Personnalisation*: عزو الفرد مسؤولية مبالغ فيها أو غير مبررة لنفسه، على سبيل المثال، عزو المسؤولية المفترضة عن سبب الأحداث الصدمية لنفسه.
3. التفكير الانفعالي *Raisonnement émotif*: الاعتماد على الانفعالات الشخصية للوصول إلى استنتاج، على سبيل المثال، ربط الخوف بخطر حقيقي.
4. الانتباه الانتقائي *Attention sélective*: استخلاص استنتاج من تفاصيل الموقف مع تجاهل الجوانب الأخرى.
5. التعميم المفرط *Surgénéralisation*: استخدام عنصر خاص من موقف معين للوصول إلى نتيجة وتعميمها على مجموعة من المواقف الأخرى.
6. الكارثية *Catastrophisation*: المبالغة في تقدير خطورة الوضع.
7. التفكير الثنائي *Pensée dichotomique*: رؤية الموقف على أنه "أبيض بالكامل أو أسود بالكامل" دون أي فارق بسيط.

IV.II.IV الأفكار الآلية والانسابات (او العزو) *Pensées automatiques et attributions*

الأفكار الآلية هي تأملات شخصية أنانية تنشأ بشكل عفوي وبدون تفكير منطقي استجابة لأحداث الحياة المختلفة، يُظهر ضحايا اضطراب الضغط ما بعد الصدمة العديد من الأفكار الآلية "المختلة" التي تؤدي إلى الشعور بالضيق وأعراض الصدمة، على سبيل المثال، "الآخرون لا يفهموني"، "لا يمكنني الخروج من الأزمة"، "الرجال كلهم خطرون"، إلخ.

الانسابات هي تفسيرات ومبررات فيما يتعلق بحدث أو عرض أو حقيقة وما إلى ذلك. غالبًا ما يحاول ضحايا اضطراب الضغط ما بعد الصدمة تفسير الأحداث الصدمية وأعراضهم واستجابات

الآخرين من خلال الانسابات الخاطئة الذي قد يسبب لهم الضيق على سبيل المثال، "أنا أستحق ما حدث لي لأنني لم اتخذ الحذر"، "لا أخرج من المنزل لأنني لا أملك الإرادة للخروج من هذه الحالة"، "المجتمع لا يريد مساعدة الضحايا لأن المساعدة من الصعب الحصول عليها".

II.IV النماذج المفسرة لاضطراب الضغط ما بعد الصدمة وفقاً لبعض المؤلفين

يرتكز النموذج التوضيحي لاضطراب الضغط ما بعد الصدمة وأعراضه الموضح أعلاه على نماذج معرفية و/أو سلوكية مختلفة للمؤلفين والمنظرين من العقود الأخيرة، وفيما يلي ملخص لبعض هذه النماذج.

I.II.IV نموذج Horowitz (1986,1993)

يفترض هذا النموذج أن أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة تنشأ من رد الفعل على كمية كبيرة من المعلومات التي يستحيل على الضحية استيعابها بشكل مناسب أثناء الحدث الصدمي، وهذا من شأنه أن يفسر، على سبيل المثال، وجود "ومضات ارتجاعية flashbacks"، والمشاعر السلبية، وما إلى ذلك، وبالتالي، فإن تحسن الأعراض ينتج عن تجسيد الصدمة، كما هو الحال في عملية الحداد، يمكن أن تكون العملية "عادية" أو "مرضية" وتتأثر بآليات دفاع الضحية وسماتها الشخصية وما إلى ذلك.

II.II.IV نموذج Janoff-Bulman (1992)

يركز هذا النموذج على إبطال المفاهيم الأساسية (أو المعتقدات الأساسية) للشخص الذي تعرض لحدث صدمي والمتعلقة باعتقاده بان العالم خير وعادل ومنطقي وبقيمته الشخصية، وبحسب المؤلف فإن الاختلاف بين المفاهيم الأساسية للضحية وإدراكه الجديد يؤدي إلى ظهور أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة.

III.II.IV نموذج Joseph و Williams و Yule (1995)

يقترح هذا النموذج أن اضطراب الضغط ما بعد الصدمة ينشأ في المقام الأول من تفسير الضحية لأسباب وعواقب التجربة الصدمية، علاوة على ذلك، بما أن الحدث المؤلم لا يمكن تحليله، فإن تصورات الضحية يتم تخزينها في الذاكرة المباشرة وهي تساهم في ظهور أعراض الاسترجاع والذكريات الدخيلة، سيتم تفسير تصورات الحدث بشكل مختلف من قبل الأفراد اعتماداً على شخصيتهم ومخططاتهم المعرفية وما إلى ذلك. يوضح المؤلفون أن الأعراض الدخيلة وتفسير الضحية للحدث يساهمان في حالات انفعالية سلبية وضيق كبير. وأخيراً، يؤثر السياق الاجتماعي والدعم الاجتماعي للشخص على قدرة استراتيجياته تسيير الضغط لديه.

IV.II.IV نموذج Jones و Barlow (1990)

يدمج هذا النموذج المفاهيمي العوامل المسببة ذات الطبيعة البيولوجية والسلوكية والمعرفية. أولاً، يعتبر المؤلفون وجود مكون وراثي (تاريخ عائلي للاضطرابات العقلية، فرط نشاط الجهاز العصبي اللاإرادي، وما إلى ذلك) وضعف نفسي فردي (اضطراب المزاج الذي يسبق الحدث الصدمي، وما إلى ذلك) تهيأ الإصابة باضطراب الضغط ما بعد الصدمة TSPT. كما أنهم يأخذون في الاعتبار العوامل المرتبطة بالصدمة نفسها (الطبيعة، الشدة، وما إلى ذلك). العامل الثالث هو الإنذار "المكتسب" l'alarme «apprise»، وهو استجابة مشروطة للمنبهات الداخلية (على سبيل المثال: الخفقان، توتر العضلات، وما إلى ذلك) والمنبهات الخارجية (على سبيل المثال: الموقع، والروائح، وما إلى ذلك) التي كانت مرتبطة بالصدمة. بالإضافة إلى الإنذار "المكتسب"، يُظهر الشخص المصاب باضطراب الضغط ما بعد الصدمة تخوفاً على شكل ضغط كبير من ظهور المنبهات المحتملة. يساهم وجود التشوهات المعرفية والوجدانات السلبية في استمرار الذكريات الصدمية وعدم الاستقرار الانفعالي. ونتيجة لذلك، سيستخدم الشخص التجنب واليقظة المفرطة لحماية نفسه من المنبهات المحتملة، وكل ذلك يؤدي إلى المزيد من الإنذارات المكتسبة والأعراض الدخيلة من خلال آلية رد الفعل الإيجابي وأخيراً، يرتبط العامل الأخير بالتغيرات المعدلة مثل وجود شبكة دعم والقدرة على تسيير الضغط.

IV.II.V نموذج Foa و Stekette و Rothbaum (1989)

يرتكز هذا النموذج على مفهوم البنية المعرفية الافتراضية للخوف. يذكر المؤلفون أن الخوف يوصف وفقاً لثلاثة أنظمة استجابة (المعرفية العاطفية والسلوكية والفسولوجية) والتي تعد جزءاً من النظام العصبي للذاكرة طويلة المدى. ويهدف هذا الترابط المتبادل إلى إعداد الفرد للدفاع عن نفسه أو الفرار في مواجهة الخطر. إن عزو معنى الخطر والخوف إلى الرابط منبه - الاستجابة الذي كان يعتبر في السابق آمناً أو محايداً هو في قاعدة تطوير اضطراب الضغط ما بعد الصدمة. بالإضافة إلى ذلك، إذا كان الحدث الصدمي لا يمكن التنبؤ به ولا يمكن التحكم فيه، فإن أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة ستكون أكثر شدة، بحيث سيواجه الشخص صعوبة أكبر في التمييز بين العنصر الآمن والعنصر الخطير (الموقف، المكان، الشخص...). تؤدي تغير بنية الخوف في اضطراب الضغط ما بعد الصدمة إلى استجابات القلق أكثر و إلى سلوك تجنب أكثر لدى الأشخاص المصابين. بالإضافة إلى ذلك، يميز المؤلفون اضطراب الضغط ما بعد الصدمة عن أنواع الفوبيا الأخرى من خلال شدة الاستجابات وبنية الخوف التي تظهر الأكثر تعقيداً وشمولاً وتنظيماً وسهولة الوصول إليها. ولذلك، فإن التعرض لمنبه غالباً ما يؤدي إلى ظهور أعراض دخيلة (إعادة معايشة الحدث، والكوابيس، وما إلى ذلك) وردود فعل في جميع الأنظمة العصبية (الوجدانية والفسولوجية والمعرفية والسلوكية).

IV.II.VI نموذج Rothschild (2010، 2000)

وفقا للمؤلف، فإن اضطراب الضغط ما بعد الصدمة ينتج إلى حد كبير عن عدم القدرة على التمييز بين الحاضر والماضي الذي يتميز بوجود ذكريات دخيلة (ومضات ارتجاعية flashbacks) وأحاسيس جسدية مؤلمة تذكّر بالصدمة. يتضمن النموذج أيضًا وجود ردود فعل جسدية تعكس غالبًا استجابة الجسم أثناء الحدث الصدمي وبالتالي، فإن الأشخاص الذين يعانون من اضطراب الضغط ما بعد الصدمة سوف يصبحون شديدي اليقظة وتفاعلهم المفرط تجاه المنبهات المحتملة ويفقدون قدرتهم على الحصول على "وعي مزدوج" يميز الحاضر عن الماضي. يتحدث المؤلف عن أهمية التعرف على الاستجابات المختلفة للجهاز العصبي اللاإرادي الحسي واستقرارها لعلاج اضطراب الضغط ما بعد الصدمة (على سبيل المثال، تثبيت حالات اليقظة المفرطة، وخلل التنظيم الانفعالي، والتفكك). ومن بين أمور أخرى فإنه يستخدم حواس المريض الخارجية، وبعبارة أخرى "الحواس الخمس"، لإعادته إلى الحاضر وتقليل الضيق أثناء اللقاء.

VII.II.IV نموذج Ehlers و Clark (2000)

في هذا النموذج المعرفي، يحاول المؤلفون تفسير استمرار أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة من خلال اقتراح أن الحدث الصدمي قد تم تحليله وتجسيده بطريقة تجعل الضحايا يستمرون في إدراك الشعور بالتهديد أو الخطر في الوقت الحاضر. يمكن أن يكون تصور التهديد هذا تجاه العالم أو فيما يتعلق برؤية الفرد لنفسه، ومع ذلك، وفقًا للمؤلفين، فإن هذا الشعور المستمر بالتهديد ينشأ من عمليتين معرفيتين.

العملية الأولى هي تحليل سلبي للغاية للحدث الصدمي وآثاره التي خلفها. في الواقع، بعد الصدمة، يمكن للضحية تعميم المواقف بشكل مفرط على أنها خطيرة أو يمكن أن تبالغ في تقدير خطر وقوع كارثة مستقبلية. وهذا يولد شعورًا بالخوف ويؤدي في النهاية إلى سلوكيات التجنب التي تحافظ على أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة، قد يكون هناك أيضًا تفسير سلبي أو خاطئ للأعراض الأولية لاضطراب الضغط ما بعد الصدمة، ورد فعل الآخرين بعد الصدمة وعواقب الصدمة في الحياة اليومية للضحية. تتسبب المشاعر السلبية الناتجة في استمرار أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة وتؤدي بالضحية إلى استخدام استراتيجيات تكيف غير مناسبة وضارة والتي تعزز أيضًا أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة.

العملية الثانية ستكون تعطيل ذكريات البيوغرافية الذاتية للضحية. قد يكون سبب هذا التغيير هو ضعف التجسيد وتحضير ووضع الحدث الصدمي في سياق الذاكرة، وفي الزمان والمكان، وفيما يتعلق

بذكريات البيوغرافية الذاتية الأخرى. لذلك، قد يكون من الصعب استحضار ذكرى الصدمة بطريقة مقصودة، ولكن يمكن أن تنفجر الذكريات الدخيلة بسهولة بواسطة المنبهات الاشرافية، وهي المنبهات التي لا ترتبط مباشرة بالصدمة أو ترتبط بها مؤقتًا (مثل الرائحة والانفعال). يتم إنشاء ارتباط قوي بين المنبهات والاستجابات، وتنخفض عتبة استشعار المنبهات التي تعيد تنشيط الذكريات الصدمية. يغير الحدث الصدمي ادراك الشخص لنفسه عن طريق تغيير الذكريات البيوغرافية الذاتية.

يؤدي استمرار الشعور بالتهديد إلى ظهور أعراض دخيلة، وإعادة معايشة الموقف، وفرط اليقظة، والحصر، والاكتئاب، وما إلى ذلك، ومن أجل تحسين أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة، يجب على الشخص تجسيد ذكرى الصدمة ووضعها في سياق تجربته الشخصية، إن التفسير المتحيز للصدمة وآثارها يحافظ على الشعور بالخطر ويجب تعديلها، ان استراتيجيات التكيف غير المناسبة تمنع معالجة الذكرى وتضخم الأعراض، ولهذا السبب ينبغي التخلي عنها.

IV.II.VIII نموذج Schnicke و Resick (1992)

نموذج Schnicke و Resick هو نموذج معرفي لاضطراب الضغط ما بعد الصدمة والذي يركز جزئيًا على نظرية معالجة المعلومات، أي العمليات التي تسمح بتشفير المعلومات ودمجها في الذاكرة واسترجاعها. يقوم الأشخاص بتصنيف المعلومات في مخططات من أجل إعطاء معنى للعالم الخارجي وتحليل المعلومات الجديدة الواردة، على عكس بعض المؤلفين، مثل Foa وآخرون (1989)، يرى هؤلاء المؤلفون أن اضطراب الضغط ما بعد الصدمة هو أكثر من مجرد إضافة ذكريات مرعبة، ويقترحون، من بين أمور أخرى، أن الذكريات الدخيلة والتجنب واليقظة المفرطة المرتبطة باضطراب الضغط ما بعد الصدمة يمكن تنشيطها عن طريق مشاعر أخرى غير الحصر أو الخوف، مثل الشعور بالذنب والغضب والعار وما إلى ذلك. قد تنجم هذه الأعراض أيضًا عن الصراع بين مخططات التفكير قبل الصدمة والمعلومات الجديدة المحيطة بالحدث الصدمي، في الواقع، بعد الصدمة، يمكن أن تحدث تغيرات في مخططات الشخص، وبالتالي تغير إدراكه للعالم وللآخرين وللذات، يمكن أن تتداخل هذه التغيرات مع العودة إلى الأداء السابق.

وفقا للمؤلفين، فإن التغيير في أداء الشخص الذي يعاني من اضطراب الضغط ما بعد الصدمة يحدث في خمسة مجالات رئيسية: الأمن la sécurité والثقة la confiance والسلطة le pouvoir والاحترام l'estime والخصوصية l'intimité. هناك عمليتان معرفيتان، تشاركان في دمج المعلومات الجديدة، يمكن

أن تشاركاً في تطور أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة: الاستيعاب l'assimilation والتوافق المفرط la suraccommodation.

يمكن للمعلومات المرتبطة بحدث ما أن تتغير أو تضعف من خلال دمجها في مخطط موجود مسبقاً: وهذا هو مبدأ الاستيعاب. على سبيل المثال، الشخص الذي لديه مخطط أن الأحداث الجيدة تحدث لأشخاص طبيين والعكس صحيح، يكون ضحية للسرقة بالأسلحة الأبيض، إذا لم تتم عملية استيعاب المعلومات المرتبطة بالصدمة، فمن الممكن أن يتغير إدراك الشخص لنفسه بطريقة سلبية، على سبيل المثال يمكن أن يقول لنفسه أنه لا بد أنه فعل شيئاً سيئاً.

ويحدث الإفراط في التكيف عندما تكون المخططات الموجودة مسبقاً ضعيفة بشكل مفرط لدمج المعلومات حول الصدمة والتي لا تتوافق مع نظام المعتقدات الشخصية، على سبيل المثال، الشخص الذي تعرض للسرقة تحت تهديد بالأسلحة الأبيض يعتقد من الآن أن العالم خطير وأنه لن يكون آمناً أبداً. يرى المؤلفون أن أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة يمكن تحسينها من خلال التشكيك في عمليات التفكير والافتراضات الخاطئة والعمل في المقام الأول على تحديد نقاط الانسداد وتعديلها، وهذا أيضاً هو أساس العلاج المعرفي لاضطراب الضغط ما بعد الصدمة، و الذي يهدف أساساً إلى تصحيح الاستيعاب غير المناسب والتوافق المفرط، من بين أمور أخرى من خلال تعزيز الاستيعاب من أجل دمج الحدث الصدمي.

III.IV النموذج المفسر لاضطراب الضغط ما بعد الصدمة Modèle explicatif du TSPT

حاول العديد من المنظرين صياغة نموذج مفسر لتطور اضطراب الضغط ما بعد الصدمة، ومع ذلك، لا يمكن لأي من هذه النماذج أن يفسر مجمل أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة. في هذا القسم الفرعي، نحاول تلخيص نماذج مختلفة، تتضمن هذه النماذج الجوانب السلوكية والمعرفية من أجل شرح معظم الأعراض التي قد تكون موجودة في اضطراب الضغط ما بعد الصدمة مع مراعاة التباين بين الأفراد. يتم عرض هذه النماذج التفسيرية المختلفة بإيجاز وفقاً لمؤلفيها في القسم الفرعي III.IV.

عند وقوع حدث صدمي، تكون هناك العديد من المنبهات غير المستحبة والمنقّرة، فخلال الحدث الصدمي، يمكن أن ترتبط المنبهات التي كانت محايدة في البداية بمنبهات غير شرطية للصدمة وتؤدي إلى استجابة مماثلة لتلك التي تم معايشتها أثناء الصدمة، على سبيل المثال، إذا كان شخص ما ضحية لسرقة بالأسلحة الأبيض (منبه غير شرطي) أثناء وجوده بمكان الصراف الآلي (منبه محايد)، يتم إثارة استجابة

الخوف (استجابة غير شرطية) إذا كان هذا الشخص قد طور اضطراب الضغط ما بعد الصدمة، فإن مجرد المرور بجوار الصراف الآلي (المنبه الشرطي) يمكن أن يؤدي إلى نوبة هلع (استجابة شرطية).

وفقًا لمبدأ التعميم، يمكن أن تكون المنبهات المشابهة أكثر أو أقل للمنبهات الشرطية ملوثة وربما تولد استجابة الخوف (أو الاستجابة المشروطة). يساعد هذا النموذج للاشراط الكلاسيكي (Mowrer, 1960) في تفسير أعراض الحصر لاضطراب الضغط ما بعد الصدمة بالإضافة إلى تكوين المنبهات المحايدة سابقًا والتي تثير استجابات شرطية. على سبيل المثال، يؤدي الانفجار إلى إطلاق إشارة خطر ويثير استجابة الحصر والخوف لدى الجندي، عندما يسمع هذا الأخير صوت الألعاب النارية (منبه محايد في البداية)، تولد لديه إشارة خطر واستجابة الحصر.

تشكل شبكة معقدة من الروابط بين المنبهات المرتبطة بالصدمة، والتفسيرات التي تضعها الضحية والاستجابة الانفعالية والسيولوجية. هذا ما أطلق عليه Foa وآخرون (1989) "بنية الخوف" سيكون الدور الأساسي لهذه البنية هو الاستعداد للخطر المحتمل، ولكن في سياق اضطراب الضغط ما بعد الصدمة، تكون هذه البنية مختلة ولها عتبة حساسية منخفضة جدًا. بمجرد ظهور منبه مشابه إلى حد ما لمنبهات الصدمة، يتم تنشيط بنية الخوف وتحريك شبكة الترابطات الخاصة بها، وهذا ما يسبب الاستجابات الفسيولوجية أو الانفعالية وأعراض إعادة معايشة التجربة، على سبيل المثال، أثناء رحلة تسوق، تشم امرأة تعرضت للاغتصاب عطرًا يذكرها بالعطر الذي كان يستخدمه المعتدي عليها. ثم تقوم هذه الرائحة بتنشيط بنية الخوف الخاصة بها، ويتم تشغيل "نظام الإنذار" من خلال هذا التفسير للخطر. وينتج عن ذلك شعور بالخوف الشديد مع قلق كبير، يتسارع معدل ضربات قلبها وتنفسها، تعود ذكريات الاغتصاب إلى الظهور على شكل "ومضات ارتجاعية flashbacks".

وفقًا لـ Horowitz (Horowitz et coll., 1986)، في وقت الصدمة، يتم توليد فيضان من الانفعالات والمعلومات، هذا النشاط الزائد من شأنه أن يسبب العجز المعرفي الزائد ويمنع التحليل والدمج المناسبين. تسبب هذه العناصر غير المدمجة أعراضًا دخيلة وإعادة معايشة التجربة عندما تعود إلى الظهور (Horowitz et coll., 1986) (Joseph et coll., 1995).

يفترض Schnicke و Clarke (1992) أيضًا وجود صراع بين نظام الاعتقاد الشخصي للفرد والمعلومات الجديدة المرتبطة بالحدث الصدمي يساهم في نشوء أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة.

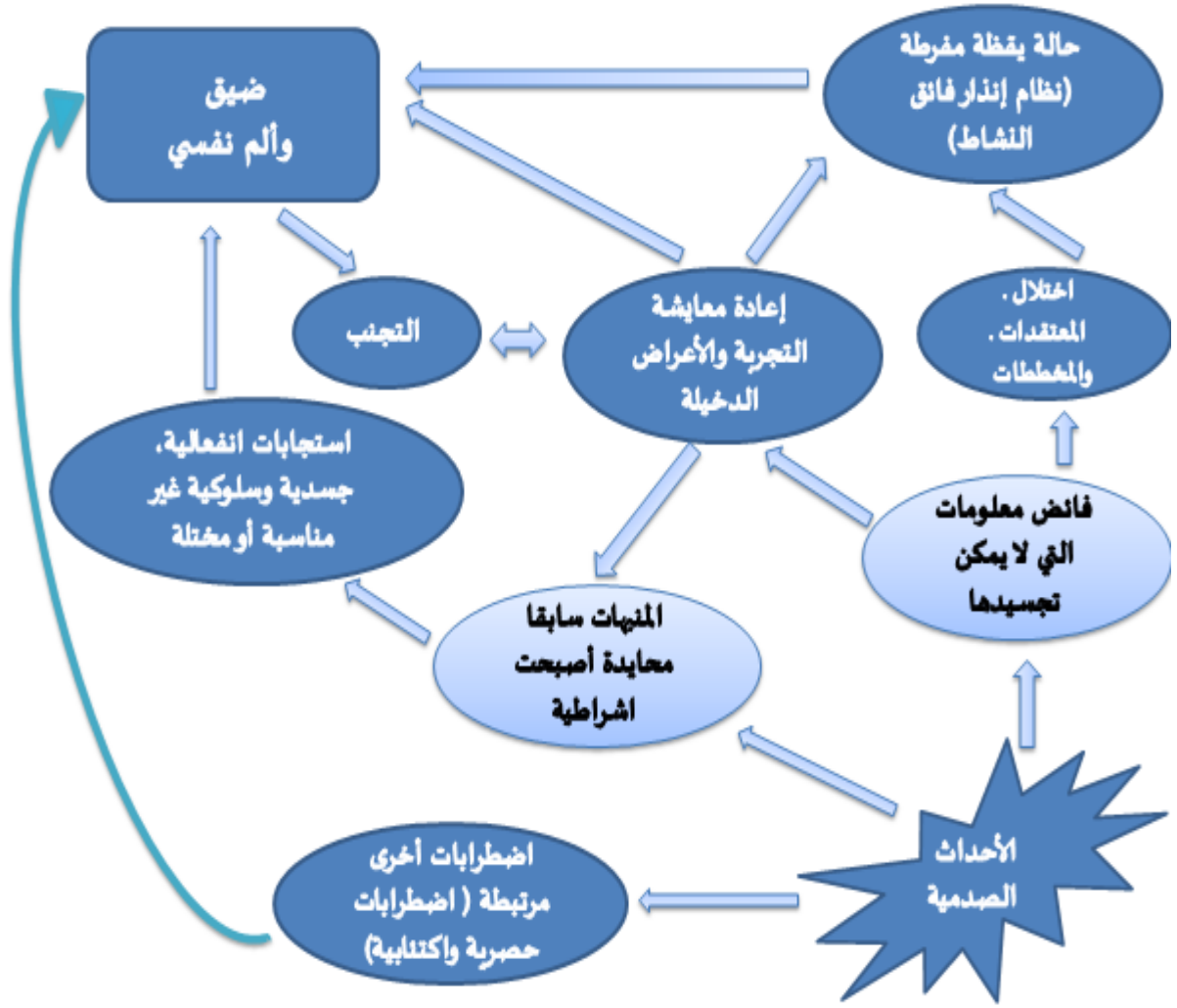
في سياق اضطراب الضغط ما بعد الصدمة TSPT، يسعى الشخص إلى تجنب المنبهات المتعلقة بالحدث الصدمي (الأماكن، المواقف، الأشخاص، الانفعالات، الأفكار، الأشياء، إلخ) من أجل تقليل احتمالية حدوث استجابات غير مستحبة ومختلة (هذا هو التعزيز سلبي). على سبيل المثال، بعد حادث سيارة تسبب في حدوث ضيق كبير، يتوقف الشخص عن استخدام سيارته لتجنب إعادة معايشة هذا الضيق.

ويتناوب الشخص بين فترات أعراض إعادة معايشة التجربة وتجنبها. يسعى من خلال أعراض إعادة معايشة التجربة إلى فهم ما حدث له، ويسعى أيضًا إلى تفسير الحدث الصدمي بحيث تندمج المعلومات المرتبطة به مع المعتقدات أو المخططات الموجودة مسبقًا أو بحيث تتكيف مع عناصر الصدمة (Joseph et coll., 1995). يمكن للحدث الصدمي أن يغير الطريقة التي تنظر بها الضحية إلى العالم الخارجي والآخرين ولأنفسهم، ويمكنها بعد ذلك أن تحاول بكل الوسائل تجنب الضيق الناتج عن هذا الصراع، وبالتالي منع دمج التجربة الصدمية.

بعد الصدمة، يمكن أن تظهر أعراض الاكتئاب وشعور معين بفقدان السيطرة أو العجز بشكل ثانوي للتفسيرات التي تقدمها الضحية للحدث الصدمي وكل ما هو في مصدر هذا الحدث أو سبب هذا الحدث (Joseph et coll., 1995). على سبيل المثال، إذا اعتقد الضحية أنه مسؤول عما حدث له، فقد يطور شعور بالذنب بشكل غير مناسب مما يؤدي إلى أعراض اكتئابية أخرى، يتأثر تطور اضطراب الضغط ما بعد الصدمة أيضًا بشخصية الفرد وسياقه الاجتماعي (Joseph et coll., 1995).

1.III.IV مخطط بياني موجز

الرسم البياني - ملخص للنموذج التفسيري المعروف أعلاه



IV.IV عوامل الإبقاء المعرفية السلوكية Facteurs de maintien cognitivo-comportementaux

في محاولة لحماية أنفسهم من الخوف والقلق والذكريات الصعبة، قد يستخدم الأشخاص الذين يعانون من اضطراب الضغط ما بعد الصدمة بعض الاستراتيجيات "الوقائية" التي قد توفر راحة مؤقتة قصيرة المدى من ضيقهم، ومع ذلك، تساهم هذه الاستراتيجيات في الإبقاء أو الحفاظ على أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة TSPT وتضخيمها بمرور الوقت.

I.IV.IV التجنب Évitement

أحد العوامل الرئيسية في الإبقاء على اضطراب ما بعد الصدمة هو التجنب، وهو أيضاً أحد الأهداف العلاجية الرئيسية للعلاج بالتعرض بالتخيل وفي الواقع، ويتم تقييم التجنب على ثلاثة مستويات، الانفعالي والمعرفي والسلوكي، ومن الأسهل التعرف على التجنب السلوكي من قبل المعالج أو الضحية لأنه سلوك يمكن ملاحظته بشكل مباشر. وعلى عكس التجنب السلوكي، يمكن أن يمر التجنب الانفعالي والتجنب المعرفي دون أن يلاحظه أحد، من خلال عملية التعزيز السلبي والتجنب، وهي استراتيجية يستخدمها معظم الضحايا لتخفيف الضيق الذي يشعرون به، هو خطر قد يؤدي إلى المزيد من سلوكيات التجنب وبالتالي زيادة الإضرار بتجسيد الصدمة.

فيما يلي بعض الأمثلة على التجنب:

- تجنب التفكير في الحدث الصدمي، سواء كان ذلك تفاصيل معينة أو لحظات محددة أو ذكرى أكثر تفصيلاً للصدمة (المعرفي)؛
- تجنب استخدام السيارة كوسيلة للتنقل بعد التعرض لحادث سيارة (سلوكي)؛
- قيادة السيارة في النهار فقط لأن حادث السيارة وقع بعد غروب الشمس (سلوكي)؛
- تجنب الحي الذي وقع فيه الحدث الصدمي (سلوكي)؛
- تجنب الدخول في علاقات مع الرجال بعد الاغتصاب الذي ارتكبه معتدي ذكر (سلوكي)؛
- تجنب ركوب المصعد، لتجنب الشعور بالوقوع في المصيدة الذي يذكر بفترة حبس الضحية (العاطفي).

II.IV.IV السلوكيات المطمئنة Comportements sécurisants

السلوكيات المطمئنة هي وسائل يستخدمها الشخص لمنع وتقليل شعوره بالخوف عند تعرضه لمنبه مرتبط بالحدث الصدمي، فيما يلي أمثلة:

- طلب مرافقة أحد الأقرباء خلال نزهة مسائية؛
- التأكد من ربط حزام الأمان بشكل صحيح عدة مرات أثناء سير السيارة؛
- تغيير بطاريات كاشف الدخان كل أسبوع.

III.IV.IV اليقظة المفرطة Hypervigilance

اليقظة المفرطة هي حالة من التنبيه يطورها الشخص لمحاولة ملاحظة وجود أي خطر محتمل، حتى يتمكن من التصرف بسرعة إذا تعرضت حياته أو سلامته للخطر.

IV.IV.IV التفكك والانفصال العاطفي Dissociation et détachement affectif

التفكك هو ظاهرة يمكن أن تحدث في ظروف مختلفة، وخاصة لدى الأشخاص الذين يعانون من أعراض ما بعد الصدمة، يتعلق الأمر بنوع من آلية الدفاع التي تحمي الشخص من القلق أو المعاناة التي لا تطاق.

قد يلاحظ الشخص الذي يعاني من نوبة تفكك تغيرًا في إدراكه للبيئة أو الوقت أو جسده، وبالتالي، قد يشعر أن ذاته غير حقيقية أو غريبة عنه، وأحيانًا أنه هو مراقب لنفسه (تبدد الشخصية *dépersonnalisation*). وقد يشعر أيضًا أن العالم الخارجي غير حقيقي أو مشوه، ويشعر أحيانًا وكأنه في حلم (الاعتراب عن الواقع *déréalisation*)، خلال حدث صدمي، يمكن للعديد من الضحايا تجربة مثل هذه الحالة التفككية، بعد ذلك، يمكن للشخص أن يعيش من جديد الحالات التفككية التي غالبًا ما ترتبط بإعادة معايشة الصدمة.

قد يطور الشخص أيضًا انفصال انفعالي كبير لحماية نفسه من الانفعالات السلبية والأعراض الاجتياحية أو الذكريات المرتبطة بالصدمة.

IV.IV.V الانفعالات السلبية الاجتياحية Émotions négatives envahissantes

يمكن أن تنشأ العديد من الانفعالات في سياق اضطراب الضغط ما بعد الصدمة، بعضها، مثل الخجل والشعور بالذنب والغضب على وجه الخصوص، يمكن أن يصبح شديدًا لدرجة أنه يضر بتعافي الشخص. يمكنها حتى خنق الانفعالات الأخرى اللازمة لتجسيد الصدمة من أجل تعزيز الشفاء من الاضطراب، لذلك من المهم تحديد وجود الانفعالات الاجتياحية، لأنها يمكن أن تضر أثناء عملية العلاج بالتعرض بالتخييل وفي الواقع عن طريق منع التعبير عن الانفعالات الأساسية الأخرى.

V.IV فعالية العلاج المعرفي السلوكي TCCt لاضطراب الضغط ما بعد الصدمة TSPT

هناك أنواع متعددة من العلاج المعرفي السلوكي الذي يركز على الصدمة-therapie cognitivo-comportementale centrée sur le trauma (TCCt) أي أن تركيز التدخلات العلاجية ينصب على الأفكار والسلوكيات والانفعالات المرتبطة بالصدمة وذكريات الحدث الصدمي، يتعلق الأمر بعلاجات التعرض (في الواقع و/أو بالتخيل (in vivo et/ou par imagination)، والعلاجات المعرفية (إعادة البناء المعرفي وعلاج بالعمليات المعرفية (restructuration cognitive et thérapie par processus cognitif)، والعلاجات المعرفية السلوكية المختلطة (التي تجمع بين التدخلات المعرفية السلوكية المختلفة مثل التربية النفسية، والمراقبة الذاتية، وإدارة الضغط، والتأمل بالوعي الكامل والتعرض، وإعادة البناء المعرفي، وما إلى ذلك) (Cusack et coll., 2016). لقد تم الاعتراف بهذه العلاجات كفعالة في علاج اضطراب الضغط ما بعد الصدمة في المبادئ التوجيهية للعديد من المنظمات (CANMAT 2014; NICE 2018; APA 2017;) (Va/DoD 2017).

خلصت المراجعة المنتظمة وتحليل تلوي يتضمن 116 دراسة (Coventry et coll., 2020) إلى أن التدخلات النفسية التي تركز على الصدمة كانت متفوقة على التدخلات التي لا تركز على الصدمة في تقليل أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة، وفقاً لنتائج التحليل التلوي، كانت التدخلات العلاجية التي تجمع بين مكونين أو أكثر، تشمل على الأقل إعادة البناء المعرفي والتعرض بالتخيل، كانت الأكثر فعالية في التخفيف من أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة المعقد.

أشارت مراجعة Cochrane لعام 2013 (Bisson et coll., 2013) إلى أن العلاج المعرفي السلوكي الفردي كان أكثر فعالية من قائمة الانتظار والرعاية المعتادة لعلاج اضطراب ما بعد الصدمة، بالإضافة إلى ذلك، كان من الممكن أن يكون العلاج المعرفي السلوكي الذي يركز على الصدمات متفوقاً على العلاج المعرفي السلوكي الذي لا يركز على الصدمات، لكن جودة الدراسات تركت شيئاً مما هو مرغوب فيه.

خلصت المراجعة المنتظمة والتحليل التلوي لعام 2016 (Cusack et al., 2016) إلى أن العلاج بالتعرض كان فعالاً للغاية وأن العلاج المعرفي السلوكي (مثل علاج المعالجة المعرفية والعلاج السلوكي المعرفي المختلط) كان فعالاً، ولكن لم تكن هناك أدلة كافية لتحديد تفوق تناول علاجي واحد على الآخر.

خلصت مراجعة منتظمة أجرتها وكالة أبحاث الرعاية الصحية والجودة (Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) و معهد أبحاث النتائج المركزة حول المريض (Patient-Centered Outcomes Research Institute (PCORI) (Forman-Hoffman et coll., 2016) إلى أن العلاج المعرفي

السلوكي TCCt وأن العلاجات المعرفية السلوكية المختلطة TCC mixtes كانا فعالين للغاية، في حين أن العلاج المعرفي وعلاج المعالجة المعرفية كانت فعالة إلى حد ما.

للحصول على معلومات بخصوص التدخلات العلاجية النفسية القائمة على الأدلة والتي تركز على الصدمات، مقال (Watkins et coll) لعام 2018 يقدم تقرير ملخص من هذه التدخلات بالإضافة إلى نموذجها السلوكي المعرفي الكامن وراءها.

القسم ٧- العلاج النفسي لعلاج اضطراب الضغط ما بعد الصدمة La psychothérapie pour le traitement du TSPT

ستجد التمارين المذكورة هنا في القسم السابع VII من هذه الوثيقة.

نود أن نشير إلى أن العلاج النفسي هو عمل مخصص ويجب أن يتم إجراؤه فقط من قبل متخصصين في الصحة العقلية حاصلين على تدريب في العلاج النفسي.

I.V نظرة عامة على مراحل العلاج الرئيسية Aperçu des grandes étapes du traitement فيما يلي مراحل العلاج الـ 11 التي نقترحها والتي سنصفها بعد ذلك في الأقسام الفرعية التالية:

المرحلة 1: سلامة المريض

المرحلة 2: التقييم

المرحلة 3: التربية النفسية للمريض

المرحلة 4: تحديد الأهداف

المرحلة 5: العلاج الدوائي والاعتلال المشترك

المرحلة 6: أسلوب الحياة الصحي

المرحلة 7: استراتيجيات التهدئة

المرحلة 8: الاستراتيجيات الانفعالية

المرحلة 9: إعادة البناء المعرفي

المرحلة 10: التعرض المطول للصدمة

المرحلة 11: الحفاظ على النتائج والوقاية من الانتكاسة

إن مراحل العلاج المقترحة هنا هي لأغراض إعلامية فقط، غالبًا ما يكون من الضروري العودة إلى المراحل السابقة للعلاج لتعزيز بعض المكتسبات أو المعارف حسب تقدم العميل.

قبل الشروع في أي متابعة علاجية، من المهم:

- ضمان سلامة المرضى
- إجراء تقييم كامل قدر الإمكان لضمان قدرة المريض على المشاركة في العملية العلاجية وتطبيق الأدوات دون آثار ضارة على صحته.

II.V سلامة المريض Sécurité du patient

قبل البدء بالعلاج النفسي، من الأولويات التأكد من سلامة المريض، وفي الواقع، فإن الأولوية المطلقة هي تقييم السياق البيئي للعميل، على سبيل المثال، قد يكون من العبث، بل والضار، معالجة صدمة ضحية العنف الزوجي التي لا تزال تكافح مع المعتدي عليها.

وبغض النظر عن الوقت المطلوب، فإن الخطوة الأولى هي التأكد من أن الوضع المعيشي للعميل آمن بالنسبة له.

III.V التقييم Évaluation

بمجرد التأكد من سلامة العميل، سيتم تخصيص المقابلات الأولى لإجراء تقييم جيد:

- (1) الأداء ما قبل الصدمة
- (2) الظروف أثناء الصدمة
- (3) الأعراض وأداء ما بعد الصدمة، بما في ذلك وجود حالات الاعتلال المشترك.

ولهذا الغرض، يمكن أن تكون الاستبيانات أو السلالم المختلفة المذكورة في القسم الثاني الفرعي III.III مفيدة للغاية، تتوفر قائمة مرجعية لتقييم اضطراب الضغط ما بعد الصدمة في القسم السابع الفرعي VII.VIII.

غالبًا ما يكون من الأفضل الالتزام بالخطوط العامة للحدث الصدمي خلال المقابلات الأولى، وبالتالي، يمكن وضع العقد العلاجي وسيكون العميل قادرًا على تعلم استراتيجيات التهدئة الذاتية قبل تناول الحدث الصدمي، مما يسمح له باستعادة الشعور بالتحكم.

IV.V التربية النفسية للمريض Psychoéducation au patient

تعد التربية النفسية للمريض خطوة أساسية في عملية العلاج النفسي، من المهم تقديم واضح وقبل كل شيء جعل الأعراض التي يظهرها العميل طبيعية، يقدم هذا ردود أفعال وانفعالات طبيعية في مواجهة حدث غير طبيعي، قد يكون من الصعب جدًا عليه وعلى أحبائه فهم بعض أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة، على سبيل المثال، الشخص الذي يعاني من حالات إعادة معايشة التجربة أو حالات التفكك غالبًا ما لا يفهم ما يحدث له. قد يشعر بأنه في طريقه إلى "الجنون"، أو يشعر بالخجل، أو يشعر مرة أخرى بأنه لا يملك السيطرة على ما يحدث له. كلما زاد فهم الشخص لأعراضه، زادت قدرته على

تقبلها والشعور بالسيطرة عليهما، إن شرح أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة لأقارب الشخص يمكن أن يسمح لهم أيضاً بفهم ردود أفعاله بشكل أفضل وبالتالي تقديم المزيد من الدعم له. بالإضافة إلى تعديل أعراض ما بعد الصدمة، من المهم تعديل استجابات الضحية التي عاشها خلال الحدث الصدمي لتقليل العار والذنب والحكم الذي قد يشعر به. غالباً ما يكون من المفيد جداً الشرح للعمليات الاستجابات الأولية لدمغ الحيوان تجاه الخطر، وهي ردود أفعال الهروب أو المجاهدة أو التجمد les réactions de fuir, combattre ou figer. وأخيراً، فإن مساعدة الشخص على فهم أنه لم يكن لديه كل المعلومات اللازمة لتحليل الموقف وأنه كان في حالة انفعالية مختلفة في وقت الصدمة يمكن أن يكون مفيداً. تقديم النموذج والمفاهيمية المعرفية السلوكية المشخصة. عرض مثال.

V.V وضع الأهداف Établir les objectifs

من المهم طرح سؤال للضحية عن توقعاته حول العلاج والتأكد من أنها واقعية. في الواقع، يرغب العديد من الضحايا في "نسيان" ما حدث لهم، لمحو الصدمة من ذاكرتهم، لكن هذا التوقع لا يمكن أن يتحقق. من الأكثر واقعية استهداف تعلم استراتيجيات تسمح بإدارة الضيق الناتج عن الصدمة بشكل أفضل. ويمكن استخدام التشبيه التالي: للأسف، لا يمكن للجروح العميقة أن تختفي، ولكن يمكن شفاءها، مما يقلل الألم بشكل كبير ويعيد مستوى جيد من الأداء.

وبطبيعة الحال، فإن التقييم الأولي الجيد سيسمح للمعالج بتكوين نظرة شاملة حول الإشكاليات. سيكون من الأسهل بعد ذلك توجيه المريض حسب الأهداف العلاجية لتحديد أولوياتها من أجل تحقيق أهدافه. نظراً للتعقيد المحتمل لعلاج الأشخاص الذين يعانون من اضطراب الضغط ما بعد الصدمة TSPT، فمن الضروري تنظيم العلاج بأهداف أكثر تحديداً، ويُقترح البدء بأهداف "بسيطة أو سهلة" أكثر ثم زيادة الصعوبة مع تقدم العلاج.

VI.V العلاج الدوائي (الفارماكولوجي) والاعتلالات المشتركة Traitement pharmacologique et des comorbidités

قبل البدء بالعلاج، من المهم تقييم وجود اعتلالات مشتركة جسدية أو نفسية، يمكن لوجود اعتلالات مشتركة أن يضر أو حتى يمنع العملية العلاجية، مثلما هو الحال في نوبة اكتئاب شديد أو اضطراب تعاطي المادة الشديدة.

من المهم البحث والتساؤل على وجه التحديد عن الأعراض المتعلقة بالاكتئاب الشديد والأرق والاضطرابات الحصرية واضطرابات تعاطي الكحول والمخدرات، بالإضافة إلى وجود أفكار انتحارية أو مؤشرات لإيذاء النفس الماضية أو الحالية. من المهم أيضًا التحقق من وجود آلام جسدية مزمنة واضطرابات الألم، يمكن أن يكون استخدام المقاييس مفيدًا جدًا في هذا الاتجاه.

أيضًا، قبل بدء العلاج، قد يكون من الضروري وصف الدواء للمريض حتى يتمكن من الاستفادة من تدخلات العلاج النفسي، على سبيل المثال في حالة وجود اضطراب اكتئابي أو حصر شديد. قد تتطلب بعض المشكلات المصاحبة لاضطراب الضغط ما بعد الصدمة تدخلات محددة، على سبيل المثال، في حالة وجود اضطراب تعاطي الكحول أو المخدرات، من المهم إحالة المريض إلى خدمات المساعدة المتخصصة في مجال إدمان المخدرات. بالإضافة إلى ذلك، إذا كان المريض يعاني من الأرق الشديد، فقد تكون التدخلات السلوكية المعرفية بالإضافة إلى الأدوية مفيدة (راجع دليل الممارسة للأرق على موقع TCC Montreal). وأخيرًا، إذا وجدت مشاكل جسدية وآلام مزمنة، قد يكون من الحكمة الطلب من المريض أخذ موعد مع طبيب الأسرة لتلقي العلاج المناسب.

VII.V نمط الحياة الصحي Hygiène de vie

يمكن أن يكون لعادات نمط حياة الصحية تأثير على صحته العقلية ورفاهيته وتقدم العلاج. لذلك، من المهم قبل كل شيء تعزيز عادات نمط الحياة الصحية مثل الأكل الصحي، والنوم الصحي الجيد، وممارسة التمارين البدنية اليومية التي تتكيف مع الشخص، والاستهلاك المحدود للكحول والكافيين ومشروبات الطاقة والتوقف عن تعاطي القنب والمخدرات الأخرى.

VIII.V استراتيجيات التهدئة Stratégies d'apaisement

قد يعاني الأشخاص الذين يعانون من اضطراب الضغط ما بعد الصدمة من خلل في التنظيم الانفعالي مع حالات من الحصر والهلع واليقظة المفرطة والتفكك، غالبًا ما تكون هذه الحالات مصحوبة بـ "ارتجاجات flashbacks" وغيرها من الاستجابات الجسدية والاجتياحية (الروائح والأحاسيس الجسدية وما إلى ذلك).

وقبل التفكير في البدء في التعرض للصدمة، من المهم تعليم المرضى تقنيات التهدئة وتثبيت حالات اضطراب التنظيم الانفعالي.

بالإضافة إلى ذلك، من المهم أن يتمكن المعالج والمريض من التعرف على الأعراض المبكرة لخلل التنظيم للتمكن من التدخل عند بداية الأعراض (Rothschild, 2010). فيما يلي بعض التقنيات لمساعدة الأشخاص على إدارة انفعالاتهم وحالاتهم العاطفية المرتبطة باضطراب الضغط ما بعد الصدمة بشكل أفضل.

I.VIII.V تقنيات التثبيت Techniques d'ancrage

عندما يظهر لدى المريض حالة من خلل في التنظيم un état de dysrégulation مصحوبة بالحصر والهلع والتفكك، يمكن تعليمه تقنيات التثبيت لتعلم كيفية التهدئة، يتعلق الأمر بتعليم العميل كيفية استخدام حواسه الخمسة لإعادة التركيز على اللحظة الحالية، حيث يكون في أمان.

فيما يلي بعض الأمثلة على تمارين التثبيت والتعليمات التي يجب تقديمها للعميل:

- خذ دقيقة إلى دقيقتين لملاحظة محيطك وكل ما يحدث من حولك:
 - قم بعمل قائمة أو قل بصوت عالٍ الأشياء المختلفة التي تراها
 - قم بوصف ما تراه بتفصيل كبير، كما لو كنت تصف محيطك لشخص ما عبر الهاتف؛
- الآن وجه انتباهك:
 - حاول أن تلاحظ جميع الأصوات، البعيدة أو القريبة، وكذلك لحظات الصمت.
- يمكنك أيضاً توجيه انتباهك إلى الروائح في حالة وجودها:
 - هل الروائح ثابتة؟ متقطعة؟ مكثفة أو خفية؟
- وجه انتباهك الآن إلى ما تشعر به على سطح جسمك:
 - إذا كنت بالخارج سجّل إحساسك بالرياح أو الشمس على بشرتك؛ أو ملمس ملابسك على بشرتك؛ أو إذا كنت واقفاً، لاحظ الإحساس بقدميك على الأرض.
 - إذا كنت جالساً، لاحظ أحاسيس ظهرك على مسند الظهر، ويديك على مساند الذراعين، وفخذيك على الكرسي، وقدميك على الأرض.

إذا انفصل المريض أو حدث له تفكك أثناء جلسة العلاج، فمن المهم أن يحافظ المعالج على اتصال جيد بالعين مع المريض ويتحدث بصوت حازم ولكن دافئ لمساعدته على البقاء على اتصال معه، مع اللحظة الحالية، مع المكان أين هو الآن. ومن الممكن أيضًا توجيه المريض في أحد تمارين التثبيت التي تم وصفها أعلاه. إذا كان الشخص يميل إلى التفكك في العلاج، فمن المهم الحفاظ على تواصل جيد معه فيما يتعلق بحالته العاطفية، بالإضافة إلى ذلك، من الضروري احترام حدود الضحية فيما يتعلق بالتعرض لتجنب التعجيل بحالة التفكك.

II.VIII.V التماسك القلب³ La cohérence cardiaque

تماسك القلب (3-6-5) هو ممارسة شخصية لإدارة الضغط والانفعالات. عندما نعتمد التنفس البطيء والواسع والمنتظم والبطني بتردد معين قدره 6 دورات في الدقيقة (5 ثوانٍ من الشهيق، 5 ثوانٍ من الزفير)، تحدث ظاهرة تسمى التماسك القلبي.

التأثير الرئيسي لجلسة تماسك القلب هو تحقيق التوازن وإعادة التركيز الانفعالي وتعديل الكورتيزول، وهو هرمون الضغط، يمكن أن تسمح هذه التقنية بخفض فرط نشاط الجهاز الودي (غالبًا ما يكون موجودًا في اضطراب الضغط ما بعد الصدمة) وبالتالي يؤدي إلى إدارة أفضل للحصر والاستجابة الفسيولوجية للضغط لدى الضحايا.

من المفيد الحفاظ على هذه الحالة طوال اليوم (3 جلسات يومية متباعدة 4 ساعات) الجلسة الأولى، عند الاستيقاظ، عندما يكون إفراز الكورتيزول في أعلى مستوياته خلال اليوم، هي الجلسة الأكثر أهمية.

تظهر التأثيرات طويلة المدى للممارسة المنتظمة (3 مرات يوميًا) في المتوسط بعد 10-15 يومًا من بدء الممارسة المنتظمة:

- خفض ضغط الدم المرتفع
- خفض الحصر والاكتئاب
- تحسين التركيز والحفظ
- خفض اضطرابات الانتباه وفرط النشاط
- قدرة أفضل على تحمل الألم

³ مقتبس من O'Hare, D. (2019) Cohérence cardiaque 365 : Le guide de respiration antistress. France :Éditions Thierry Souccar.

نقاط مهمة للممارسة الجيدة:

- يجب أن تكون الممارسة منتظمة: 3 مرات 5 دقائق يوميًا، كل يوم.
- من الأفضل ممارسة تماسك القلب أثناء الجلوس أو الوقوف، الشيء المهم هو أن يكون ظهرك مستقيماً، ضع قدميك على الأرض ويديك على فخذيك.
- استنشق لمدة 5 ثوانٍ من خلال أنفك وبطنك (تخيل الهواء يدخل إلى بطنك وينفخها).
- قم بالزفير لمدة 5 ثوانٍ، ثم قم بالنفخ من خلال فمك، كما لو كنت تحاول إطفاء شمعة على كعكة.

III.VIII.V التنفس الحجابي Respiration diaphragmatique

يمكن أن تكون ممارسة التنفس الحجابي (البطني) لدى الأشخاص القلقين فعالة في تقليل الضغط والتوتر العضلي عن طريق تنشيط معين للجهاز العصبي البراسمبتاوي (قرب الودي)، إنه في الواقع تنفس طبيعي أكثر من التنفس الصدري الذي يرتبط بحالة أكبر من الضغط.

للبدء، يضع الشخص إحدى يديه على بطنه والأخرى على صدره، ثم يقوم الشخص بالشهيق عن طريق الأنف والزفير عن طريق الفم ببطء، مع احتساب 4 ثوانٍ لكل شهيق ولكل زفير لمدة 5-10 دقائق، الهدف هو منع الصدر من الارتفاع والشعور بحركة البطن أثناء التنفس، يمكن تكرار التمرين 3-4 مرات في اليوم.

لمزيد من المعلومات يمكن مراجعة الوثيقة الحاسوبية الخاصة بالتنفس الحجابي [la respiration diaphragmatique](#) من مركز الاستشارات الصحية والنفسية بجامعة مونتريال، بالإضافة إلى ذلك، تعد مقاطع الفيديو الخاصة بأخصائي العلاج الطبيعي [Denis Fortier](#) مصدرًا مفيدًا آخر للمعلومات إذا لزم الأمر.

IV.VIII.V الوعي الكامل والتأمل Pleine conscience et méditation

يمكن أن يكون استخدام تقنيات "الوعي الكامل" مفيدًا للسماح للمريض بتحويل انتباهه بعيدًا عن الأعراض والمنبهات، على سبيل المثال، قد يتضمن ذلك مطالبة الأشخاص بتخصيص بضع دقائق لفحص تفاصيل محيطهم بعناية، وتخصيص الوقت لوصف الأشياء والأصوات والروائح المحيطة بهم بدقة بالإضافة إلى ذلك، يمكن أن يركز الأشخاص على أحاسيسهم الجسدية، على سبيل المثال، أحاسيس الملابس على الجلد، يمكن للأشخاص أيضًا استخدام الوعي الكامل في المنزل.

يجب أن نتذكر أن تقنيات الوعي الكامل تتطلب التعلم وأنه قد يكون من الصعب على بعض المرضى استخدام تقنية الوعي بالمحيط في البداية، خاصة إذا كانوا يعانون من حالات كبيرة من العجز في التنظيم لذلك، يجب أخذ الوقت اللازم للشرح للمرضى أنه من الطبيعي أنه غالبًا ما ينحرف انتباههم أثناء جلسات الوعي الكامل، وأنه يجب عليهم إظهار التسامح تجاه أنفسهم وانفعالاتهم وأفكارهم.

يوجد العديد من تأملات للوعي الكامل التي لا يتم تعيينها في حالات الصدمة، وغالبًا ما يكون من الضروري اختيار التقنيات التي يتم تعليمها بعناية وشرح كيفية ومتى يتم تكييفها. وفقًا لـ Treleaven (2018)، يتم اختيار تأملات أكثر إيجازًا، ومنح العديد من الخيارات الأساسية بغض النظر عن التنفس، مثل الشعور بالقدمين واليدين، ومطالبة المرضى بفتح أعينهم، والتحرك، وشرب الماء، وتغطية أنفسهم ببطانية (إذا أصبحت المشاعر شديدة للغاية أو إذا حدث تفكك)، يُنصح غالبًا بممارسة التأمل بالوعي الكامل بعد استقرار الأعراض نسبيًا.

لمزيد من التفاصيل، يقدم قسم [التأمل Meditation](#) على موقع TCC Montréal. وقسم [تأمل لوقف الضغط Méditer pour ne plus stresser](#) على موقع Psycho PAP معلومات حول الموضوع ويحتوي على تسجيلات فيديو مثيرة للاهتمام حول ممارسة التأمل بالوعي الكامل.

V.VIII.V تقنيات الاسترخاء لـ Jacobson Techniques de relaxation de

تقنية الاسترخاء لـ جاكوبسون (أو علاج الاسترخاء التدريجي) هي نوع من العلاج الذي يركز على شد وإرخاء مجموعات عضلية معينة بالتسلسل، يتيح ذلك للشخص الذي يقوم بالتمارين أن يصبح أكثر وعيًا بجسده وأحاسيسه الجسدية، تم وضع تقنية الاسترخاء هذه في عشرينيات القرن الماضي على يد الدكتور Edmund Jacobson لمساعدة الأشخاص الذين يعانون من الحصر.

لمزيد من التفاصيل والمعلومات حول تقنية الاسترخاء هذه، راجع الوثيقة التوضيحية للدكتور Louis Chaloult، "استرخاء جاكوبسون التدريجي: تعليمات" : [La relaxation progressive de Jacobson](#) و [instructions](#) و [الملفات الصوتية](#) المتاحة في القسم عامة الناس من موقع TCC Montréal.

VI.VIII.V الإلهاء Distraction

يمكن استخدام الإلهاء في وجود منبه لإعادة توجيه الانتباه، من المهم تسجيل أنه لا ينبغي استخدام الإلهاء بشكل متكرر، لأن هذه الإستراتيجية يمكن أن تصبح شكلاً من أشكال التجنب، ولذلك لا ينبغي استخدام هذه التقنية أثناء تمارين التعرض إلا إذا كان المريض يعاني من ضيق كبير.

عندما يسبب تمرين التعرض ضيق لا يطاق، سيتم اختيار عمومًا تمرينًا أقل صعوبة بدلاً من اللجوء إلى الإلهاء. يتعلق الأمر بنشاط مؤقت يجب استخدامه حتى يكون هناك انخفاض في شدة التفاعل الناجم عن هذا المنبه أو هذه المنبهات ويكون الشخص قادرًا على تحمل هذا المنبه أو هذه المنبهات، يعمل الإلهاء مع المنبهات الخارجية، ولكن بشكل أكثر تحديدًا مع المنبهات الداخلية (على سبيل المثال: الأفكار أو الأحاسيس الداخلية).

من أمثلة طرق الإلهاء ما يلي :

- لعب كلمات متقاطعة،
- ممارسة النشاط البدني،
- الذهاب إلى المتاجر،
- القراءة،
- أخذ حمام - الاستحمام.

IX.V الاستراتيجيات الانفعالية Stratégies émotionnelles

قد يعاني الأشخاص الذين يعانون من اضطراب الضغط ما بعد الصدمة TSPT من خلل تنظيم عاطفي كبير، إما عواطف سلبية شديدة (الغضب الشديد، والحصر المشلول، واليأس، وما إلى ذلك) أو بالأحرى الشعور بالانفصال أو بالتفكك عن الانفعالات والعالم المحيط، يمكن أن يؤثر العالم العاطفي للشخص بشكل كبير على تطور أعراض ما بعد الصدمة وعلى مسار العلاج النفسي ولذلك، فإن جزءًا مهمًا من العمل في العلاج هو تمكين العملاء من الحصول على فهم أفضل، وتعبير وإدارة انفعالية.

لتمكين الضحية من فهم سبب معاناته، من المهم مساعدة العميل على تحمل التواصل مع انفعالاته وبالتالي، فإن العمل على المستوى العاطفي غالبًا ما يكون ضروريًا قبل وأثناء إعادة البناء المعرفي والتعرض، من الضروري إنشاء محيط آمن وتحالف علاجي جيد مع العميل للسماح بالعمل على الانفعالات.

في البداية، من الممكن أن يعكس المعالج للمريض ببساطة ملاحظاته فيما يتعلق باللحظات المشحونة عاطفيًا في العلاج حتى يصبح المريض على وعي بها بعد ذلك، يمكن للمعالج دعوة العميل لتحديد وتسمية الانفعالات التي من المؤكد أنها ستندشأ خلال اللقاءات. سيؤدي هذا في النهاية إلى تقليل شدة الانفعالات، وأخيرًا، غالبًا ما يكون من المفيد مساعدة العملاء على تطوير مفردات أكثر تفصيلاً للحديث

عن الانفعالات، وذلك لمساعدتهم على التمييز بين شدة المشاعر المختلفة، على سبيل المثال، يمكن أن يتراوح الحزن من الكآبة إلى اليأس، حسب الشدة.

لمساعدة العميل على التعرف على انفعالاته، غالبًا ما يكون من المفيد إنشاء مقياس من 1 إلى 10 يمكنه من خلاله إدراج انفعالاته وأحاسيسه الجسدية (انظر القسم VII.IX) ويمكن عمل مقياس مختلف للحصر أو الحزن أو الغضب، فيما يلي مثال على مقياس⁴ للحصر:

توتر طفيف	الانفعالات:	=1
أيدي متعركة	الأحاسيس الجسدية:	
خشية	الانفعالات:	=3
توتر عضلي	الأحاسيس الجسدية:	
يقظة مفرطة	الانفعالات:	=5
خفقان القلب	الأحاسيس الجسدية:	
قلق	الانفعالات:	=7
ارتعاش والتعرق وضيق الصدر	الأحاسيس الجسدية:	
مدعور	الانفعالات:	=9
الشعور بنقص الهواء، والدوخة، وفقدان السيطرة	الأحاسيس الجسدية:	

يمكن أن يكون هذا المقياس مفيدًا بشكل خاص للمرضى الذين غالبًا ما يكون لديهم انطباع بأنهم يفقدون السيطرة بسرعة على انفعالاتهم بسبب صعوبة الشعور بمستويات منخفضة من العاطفة، من المناسب أن يُطلب من الشخص أن يصبح واعيًا بالانفعالات باستخدام المقياس الخاص بموقف معين عدة مرات بين جلسات العلاج، يمكن للشخص بعد ذلك مناقشة مواقفه في جلسة علاجية لتشجيع العمل على الانفعالات.

بالإضافة إلى ذلك، فإن العمل على العواطف يتضمن أيضًا العمل على تقبل الانفعالات السلبية، ومن المهم العمل على التعاطف الذاتي مع الضحية، يجب أن ندعوه إلى تقليل اللوم والانتقاد الذي يوجهه لنفسه، وبدلاً من ذلك تعزيز موقف التعاطف، ويمكنه أيضًا أن يشرح له أنه من خلال قمع الانفعالات، فإنه يعمل فقط على تضخيمها، يجب أيضًا إعلامه أن انفعالاته السلبية

⁴ مقتبس عن Dre Pascale Brillon J «Comment aider les victimes souffrant de stress post-traumatique» (2005)

يمكن أن تؤثر على أعراض ما بعد الصدمة وتطور اضطراب الضغط ما بعد الصدمة، الهدف النهائي هو السماح للضحية بتعلم التعايش مع انفعالاته وترويضها دون التخوف منها.

X.V إعادة البناء المعرفي Restructuration cognitive

يميل الأشخاص الذين يعانون من اضطراب الضغط ما بعد الصدمة إلى رؤية العالم بشكل سلبي للغاية ويدركون مواقف الحياة التي كانت في السابق محايدة قد تكون خطيرة أو غير متوقعة أو سيئة، وقد يدرك الضحايا أيضاً أنفسهم على أنهم ضعفاء وسيئون، ثم تأتي التشوهات المعرفية لتؤكد معتقداتهم السلبية الجديدة، الهدف من إعادة البناء المعرفي هو تعزيز رؤية أكثر دقة للواقع.

نقترح "دليل المرافقة للعلاج المعرفي السلوكي" [manuel d'accompagnement pour une thérapie «cognitivo-comportementale»](#) على موقع TCC Montreal الإلكتروني لإجراء مناقشة أكثر تفصيلاً لخطوات التناول المعرفي.

فيما يلي مثال للخطوات التي يجب اتباعها لتمكين إعادة البناء المعرفي:

الخطوة 1: الوعي بالأفكار المرتبطة بالانفعالات السلبية

1. عليك القيام بالتربية النفسية على أسس نظرية معرفية والربط بين الأفكار والانفعالات والسلوكيات.
 2. اطلب من الشخص أن يعطي مثلاً عن موقف يسبب الضيق.
 3. مساعدة الشخص على تحديد أفكاره الآلية وعزوه السببي أثناء الموقف باستخدام الأسئلة، على سبيل المثال: "ما الذي بادر ذهنك عندما شعرت بالقلق أثناء الذهاب إلى الحديقة؟"
 4. باستخدام شبكة المراقبة الذاتية لإعادة البناء المعرفي (انظر القسم VII.X)، استكمل مع الشخص مثلاً على الموقف المثير للقلق من خلال تحديد:
 - أ- الانفعالات / الأعراض الفسيولوجية
 - ب- السلوكيات
 - ج- الأفكار الآلية موجودة.
- بالإضافة إلى ذلك، اطلب من الشخص تقييم انفعالاته على مقياس من 1 إلى 10 (1 = المستوى الأدنى و10 = المستوى الأقصى).

5. يواجه الشخص صعوبة في تحديد الأفكار المتعلقة بانفعالاته، استخدم الأسئلة المغلقة بشكل متزايد، على سبيل المثال: "كيف تفسر الشعور بالخوف عند مغادرة منزلك؟"، "ما الذي تعتقد أنه يمكن أن يحدث؟"، "ما هو أسوأ سيناريو لديك؟". بالإضافة إلى ذلك، من المهم طمأنة الضحايا بأن أفكارهم المختلفة مسموحة وأهمية استكشافها في العلاج.
6. إذا شعرت أن الشخص مستعد، فاطلب منه إستكمال الشبكة بمفرده في المنزل مرة واحدة على الأقل يوميًا عندما يعيش موقف مثير للقلق واطلب منه إحضار شبكته إلى موعد اللاحق لاستكشاف المواقف معك، يمكن أن تكون الشبكة بمثابة نقطة انطلاق لإعادة البناء المعرفي.

الخطوة 2: التشكيك في الأفكار المختلة

بعد تحديد الأفكار والعزو الآلية، من المهم جعل الضحية يرى أن هذه مجرد "افتراضات" يجب تصديقها أو لا بواسطة التشكيك وإعادة النظر فيها. للقيام بذلك، من الممكن استخدام طريقة الاستجواب السقراطي، إن التشكيك في الأفكار المختلة يسمح لنا في النهاية بتحديد التشوهات المعرفية الضمنية (الخطوة 3).

يجب مساعدة الضحية على التشكيك في صحة أفكاره باستخدام ثلاث فئات من الاستجواب السقراطي (Beck et Emery, 1985).

أ. ما هو الدليل الذي يدعم أفكاري أو يدحضها؟

ب. هل هناك طريقة أخرى لتفسير نفس الموقف؟

ج- إذا افترضنا صحة الفرضية فما هي النتائج أو كيف يتم التعامل معها؟

1. بأخذ المواقف من الخطوة 1 (شبكة المراقبة الذاتية)، قم بإجراء استجواب سقراطي مع الشخص باستخدام الفئات الثلاث من الأسئلة أعلاه.
2. بالإضافة إلى ذلك، يمكنك أن تطلب منه كتابة الأسئلة والأجوبة عن الاستجواب السقراطي باستخدام تمرين إعادة البناء المعرفي مع الاستجواب السقراطي (انظر القسم VII.XI).
3. إذا شعرت أن الشخص مستعد، فاطلب منه إستكمال تمرين الاستجواب السقراطي بمفرده في المنزل مرة واحدة على الأقل في الأسبوع بناءً على الموقف المثير للقلق الذي مر به وشبكة المراقبة الذاتية للخطوة 1. اطلب منه إحضار التمرين في الموعد اللاحق لاستكشاف الموقف (المواقف) معك، يمكن استخدام أسئلة وأجوبة الاستجواب السقراطي لإعادة البناء المعرفي.

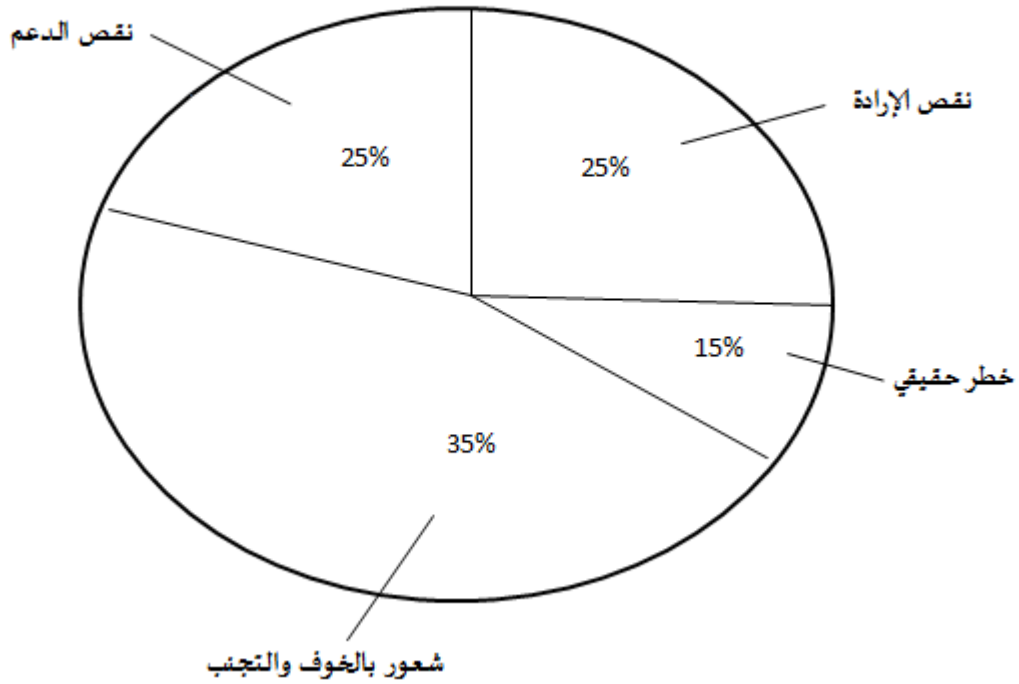
الخطوة 3: استكمال مخطط الفرضيات إذا لزم الأمر (انظر القسم VII.XII)

يتعلق الأمر بالإستراتيجية التي يمكن استخدامها عندما يقدم الشخص وجهة نظر أقل دقة للأشياء ("رؤية سوداء بالكامل أو رؤية بيضاء بالكامل")، على سبيل المثال من خلال العزو الكامل لشخصه المسؤولية عن حدث ما أو حتى عن أعراض الصدمة الحالية.

ولمساعدة هذا الشخص على التدقيق في تفكيره، تتم دعوته إلى وضع قائمة بالعوامل المختلفة التي يمكن أن تؤثر على الموقف أو السلوك أو الانفعال. من الممكن مساعدة الشخص على التفكير واستكشاف الفرضيات المختلفة بأسئلة مفتوحة تشجع على تطوير أفكار بديلة، مثل: "برأيك، لماذا تجد صعوبة في الخروج من المنزل؟" في البداية، قد يميل الشخص إلى إلقاء اللوم على نفسه ("ليس لدي قوة إرادة") أو يتوقع الأسوأ ("سوف أتعرض للهجوم").

فيما يلي مثال على مجموعة من الفرضيات التي كان من الممكن أن يستكملها هذا العميل:

مثال- مخطط الافرضيات⁵



سيتمكن الشخص بعد ذلك من ملاحظة أن هناك عدة عوامل تجعله غير قادر على مغادرة منزله وأنه يمكننا مساعدته من خلال تقديم الدعم له، على سبيل المثال.

الخطوة 4: تحديد والتعرف على التشوهات المعرفية

باستخدام أمثلة المواقف الواردة في المراحل السابقة، غالبًا ما يكون من المفيد مساعدة المريض على تطوير عادة التعرف على التشوهات المعرفية بحيث أن هذه التشوهات تلون بشكل مباشر طريقة تفاعله مع المستويات الانفعالية والسلوكية.

بدءًا من مثال ملموس، من الممكن بعد ذلك جعل الضحية يرى تشوّهاته المعرفية من خلال استخدام أسئلة، على سبيل المثال، "في هذا الموقف، هل تنظر إلى جميع العناصر أم إلى جزء واحد فقط؟"، "هل ترى الأسوأ بسرعة في هذه اللحظة؟"، الخ.

⁵مقتبس عن Dre Pascale Brillon (2005) لـ «Comment aider les victimes souffrant de stress post-traumatique»

بالإضافة إلى ذلك من الممكن تفسير ونشر التشوه المعرفي لدى الشخص عند مواجهة موقف ما. من خلال العمل مع الشخص، سيكون قادر بشكل متزايد على التعرف على التشوهات المعرفية الخاصة به عندما يشعر بالضيق (انظر القسم IV.1.II.III التشوهات المعرفية للحصول على أمثلة).

الخطوة 5: تحديد أفكار بديلة أكثر عملية

تهدف هذه المرحلة من إعادة البناء المعرفي إلى مساعدة الشخص على التفكير في فكرة بديلة جديدة أكثر واقعية وأقل إثارة للقلق، والهدف ليس التفكير "بشكل إيجابي"، بل تحديد المخاطر الحقيقية لمواقف معينة بأكثر الطرق موضوعية ممكنة، من المهم جعل الضحية يفهم الفرق بين ما يسمى بالتفكير "الواقعي" مقابل التفكير "المختل" وتعزيز الأفكار الأقل تصلباً.

الخطوة 6: التشكيك في المعتقدات الأساسية المختلة

تدرجياً باستكشاف الأفكار وتحديد التشوهات المعرفية، يمكن رؤية أوجه التشابه بين الأفكار وجمعها في موضوعات (انظر القسم IV.1.III.1 المعتقدات الأساسية للأنواع المختلفة من المعتقدات الأساسية).

لاستكشاف المعتقدات الأساسية للشخص، يمكن استخدام تقنية السهم النازل للاستجواب للكشف عن المسلمات القاعدية للأفكار الآلية.

انطلاقاً من فكرة آلية، ينبغي طرح الأسئلة بطريقة أكثر عمقا باستخدام أسئلة مثل "ماذا يعني هذا بالنسبة لك؟"؛ لماذا هو مهم بالنسبة لك؟؛ ما هو الخطر بالنسبة لك؟

الهدف هو السماح للشخص بأن يكون قادراً على "دمج" الصدمة في معتقداته العميقة من خلال تشجيعه على تجنب التأثير الكبير للصدمة على إدراكه لذاته. على سبيل المثال، قد يغير الشخص ادراكه ويقول في قرارة نفسه "كنت أعتقد أنني شخص قوي (اعتقاد أساسي)، والآن أفهم أنني ضعيف" أو "أعلم أنه لا نحصل إلا على ما نستحقه في الحياة (اعتقاد أساسي)، ولذلك أنا أستحق ما حدث لي". وتجدر الإشارة إلى أن العمل يمكن أن يكون شاقاً ويمكن أن يُدرك على أنه تهديد بالنسبة للضحيا، لذلك من الضروري بناء تحالف علاجي جيد مع المريض والشعور بأن الشخص جاهز قبل القيام بمثل هذا العمل في العلاج.

XI.V التعرض المطول Exposition prolongée

وفقًا للنموذج التوضيحي الذي تم عرضه في القسم IV.ii ، يمكننا اعتبار إعادة معايشة الأعراض كعدم الدمج الانفعالي للحدث الصدمي، في الواقع، تعود الذكريات المؤلمة إلى الظهور على شكل أفكار اجتياحية *pensées intrusives* وارتجاجات *flashbacks* أو كوابيس، وكلها مصادر لضيق كبير، ولتجنب الشعور بهذا الضيق أو تخفيفه، يستخدم الضحية استراتيجيات تجنب معرفية أو ظرفية مختلفة، لكن هذا التجنب يتداخل مع دمج الذكرى.

وفقًا لهذا النموذج التفسيري، فإن الأشخاص الذين تعرضوا لحدث صدمي وطوروا اضطراب الضغط ما بعد الصدمة TSPT بواسطة الاشرط الكلاسيكي، طوروا "بنية خوف" تتكون من محفزات تُذكر بالصدمة (الأشخاص أو الأماكن أو الذكريات على سبيل المثال) واستجاباتهم الانفعالية لهذه المنبهات. فالمعنى الذي يعطونه للمنبهات واستجاباتهم لها، والتي غالبًا ما تكون سلبية للغاية، ستؤثر بدورها على استجاباتهم الانفعالية وسلوكهم، مما يساهم في تفاقم بعض الأعراض مثل التجنب (من خلال عملية الاشرط العملي). على سبيل المثال، إذا تحدث الشخص لنفسه بعد استجابته القوية على موقف ما: "هذا الوضع خطير جدا" أو "أنا غير قادر على التعامل مع هذا"، فإن احتمال هروبه من الموقف أو تجنبه لاحقًا يكون أعلى، مما يساهم في إدامة الحصر.

بعد التعرض لفترات طويلة للمنبهات التي تثير الصدمة هي بمثابة استراتيجية علاجية تسمح بالعمل على الذكرى الصدمية لتحقيق "الهضم" الانفعالي (Foa et coll., 2008). في الواقع، فإن التنشيط المتكرر والمطول لـ "بنية الخوف" يسمح للشخص بالقيام بالعديد من انواع التعلم الأساسية:

- استجابتهم الانفعالية للمنبهات التي تثير الصدمة ليست خطيرة وتتناهى في النهاية من تلقاء نفسها مع مرور الوقت (هذا هو التعود)؛
 - هذه المنبهات ليست خطيرة في حد ذاتها، وقد ينتهي بها الأمر إلى عدم التسبب في إزعاج كبير.
- يؤدي تنشيط بنية الخوف إلى إثارة الحصر، وهو انفعال الذي يحاول العميل تجنبه على وجه التحديد، ويجب على المعالج أن يحرص على شرح الأساس المنطقي لاستراتيجيات التعرض المختلفة لضمان تعاونه، هذا الموقف المتعاطف والثابت للمعالج سيساعد العميل على القيام بعمل التعرض المقترح.

يمكن أن يتم التعرض المطول بطريقتين متميزتين: 1. التعرض في الواقع in vivo للمواقف التي يتجنبها المريض لأنها تذكره بالصدمة و2. التعرض بالتخيل par imagination للذكريات الصدمية. ويتم مناقشة هذين النوعين من التعرض بشكل منفصل في الأقسام التالية، تعتمد المفاهيم المقدمة بشكل أساسي على دليل المعالج "العلاج بالتعرض المطول لاضطراب الضغط ما بعد الصدمة: المعالجة الانفعالية للتجارب الصدمية Prolonged exposure therapy for PTSD: Emotional processing of traumatic experiences" Edna B. Foa J (Foa et coll., 2019) وعلى دليل "كيفية مساعدة الضحايا الذين يعانون من اضطراب الضغط ما بعد الصدمة" Pascale Brillon J (Brillon, 2013).

I.XI.V هدف العلاج بالتعرض المطول Objectif de la thérapie par exposition prolongée

الهدف الأساسي من التعرض المطول هو تقليل أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة، ومع ذلك، فإن هذه الإستراتيجية غالبًا ما تخفف من أعراض الاضطرابات الحصرية والاضطرابات الاكتئابية المصاحبة، مع تقليل مشاعر الغضب والعار والذنب المرتبطة بالحدث الصدمي.

II.XI.V المخاطر والمعائنات المضادة Risques et contre-indications

نود أن نشير إلى أنه لا يُنصح المعالجون ببدء العلاج بالتعرض مع الضحايا الذين يعانون من اضطراب الضغط ما بعد الصدمة دون تطبيق قبل ذلك لاستراتيجيات التعرض على العملاء الذين يعانون من الاضطرابات الحصرية الأخرى، ومن الضروري أيضًا الحصول على إشراف سريري supervision clinique عند البدء في تطبيق هذه التقنيات مع المرضى الذين يعانون من اضطراب الضغط ما بعد الصدمة.

بما أن التعرض المطول للصدمة يجب أن يتم بشكل متكرر بتردد كافٍ للسماح بحدوث عملية التعود، فمن المحتمل أنه في غضون أسابيع قليلة من بدء هذه الاستراتيجيات، سيواجه العملاء ارتفاع في قلقهم وبعض أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة مثل أعراض إعادة معايشة الصدمة.

سيقوم المعالج الماهر بإعلام العميل بهذا الاحتمال قبل القيام بعمل التعرض وسيطمئن العميل بأن تفاقم الأعراض هو أمر طبيعي في هذه المرحلة من العلاج (هو مؤشر على حدوث عمل داخلي في ذلك الوقت) ومع ذلك، يجب البقاء منتبهين بالانصات للمريض ومراقبة ما إذا كان تفاقم الأعراض ليس كبيرًا جدًا.

ونظرًا للشدة الانفعالية الناتجة عن عمل التعرض، يُمنع إتباع هذه الطريقة مع العملاء الذين لا يستطيعون تحمل مثل هذا المستوى من الضيق (على سبيل المثال، المرضى المعرضون لخطر كبير

للسلوكيات الانتحارية أو العدوانية ضد الغير، ومرضى لديهم سلوكيات مهدمة للذات، مثل إيذاء الذات أو تعاطي المخدرات، والمرضى الذين يعانون من اضطراب شديد في الشخصية، والمرضى الذين يظهرون أعراض تفككية ملحوظة، والمرضى الذين يظهرون أعراض الذهان).

بالنسبة لجميع هؤلاء العملاء الضعفاء بشكل خاص، من الأفضل تثبيت الحالات المرضية المصاحبة، على سبيل المثال عن طريق علاج الذهان أو الاكتئاب، أو عن طريق تدريس استراتيجيات التثبيت أو إدارة الانفعالات قبل معالجة الصدمة على هذا النحو، وبمجرد استقرار الظروف، يمكن في بعض الأحيان البدء في العمل على الصدمة، ولكن حتى هنا غالبًا ما يتم تفضيل الاستراتيجيات المعرفية بدلاً من استراتيجيات التعرض.

يعد عدم الاستقرار والخلل الوظيفي في واحد أو أكثر من مجالات الحياة أمرًا شائعًا جدًا بين ضحايا اضطراب الضغط ما بعد الصدمة، ولذلك فإن هذا لا يشكل مانع لتطبيق التعرض كاستراتيجية علاجية، لكن لا يوصى ببدء التعرض عندما يواجه الضحية أزمة نشطة، على سبيل المثال على مستوى علاقته الزوجية أو أسرته أو وضعه المالي.

III.XI.V مكونات علاج بالتعرض المطول
Composantes du traitement par exposition prolongée
ينقسم التعرض المطول إلى قسمين: التعرض في الواقع *in vivo* والتعرض بالتخيل *par imagination*، تتراوح مدة العلاج ما بين 12 إلى 20 جلسة، بمعدل مرة أو مرتين في الأسبوع حسب الاحتياجات الفردية للمريض. من المحتمل أن تكون المدة الإجمالية للعلاج أقرب إلى 20 جلسة عندما يتم دمج التعرض مع الاستراتيجيات العلاجية الأخرى، تم تصميم الدليل التالي بناءً على جلسة علاجية مدتها 60 دقيقة، من الممكن إجراء جلسة أطول، على سبيل المثال لمدة 90 دقيقة، حسب ممارسة المعالج، وخلال جلسة مدتها 60 دقيقة، يجب التخطيط لـ 30 دقيقة مخصصة للتعرض.

يُتَرحَّح البدء بالتعرض في الواقع بدلاً من التعرض بالتخيل، لأن هذه الإستراتيجية الأخيرة قد تثير في البداية المزيد من القلق نظرًا لأن الضحية يجب أن تسترجع ذكرى الحدث الصدمي، بالإضافة إلى ذلك، فإن العمل على التعرض في الواقع يسمح غالبًا بتحسين سريع أو ملحوظ في الأداء اليومي، والذي يمكن أن يكون مصدرًا للدافعية لمواصلة العملية العلاجية.

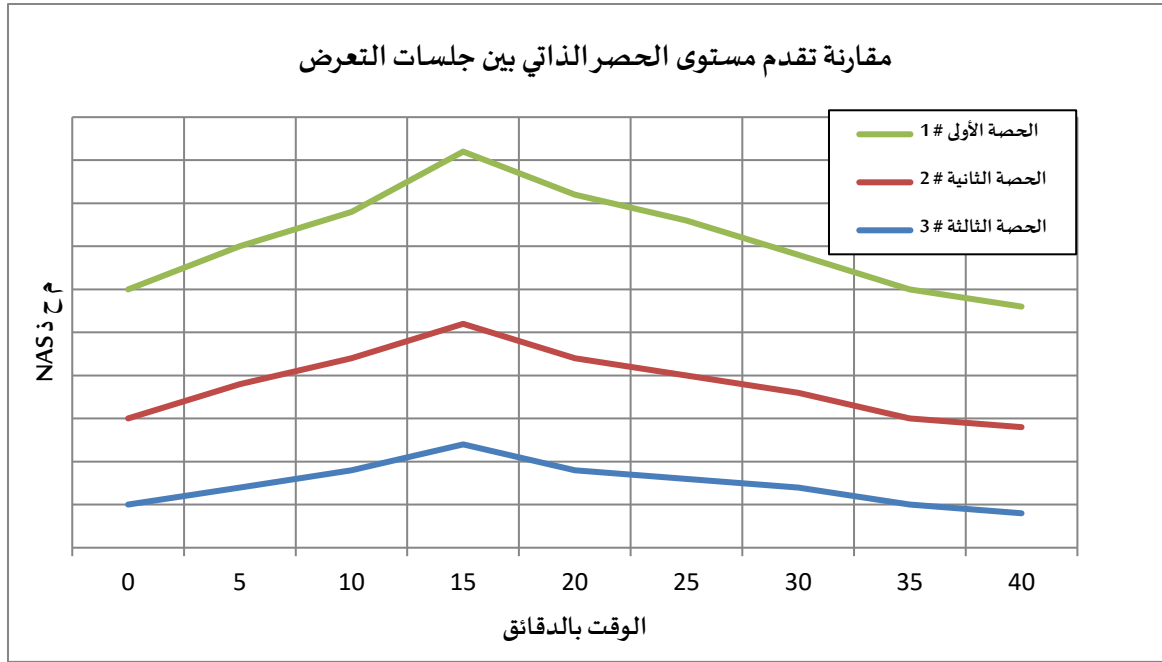
كما هو الحال في جميع أنواع العلاج، من الضروري تعزيز التحالف العلاجي الجيد مع المريض من أجل السماح بالتزام جيد بالعلاج، لا ننسى أبدًا أن التعرض لمختلف المنبهات المثيرة للقلق كما نطلب من العميل هو أمر صعب للغاية ويتطلب قدرًا كبيرًا من الشجاعة، ومن المهم التأكيد على ذلك للمريض. يجب

أن يتمتع المعالج بموقف منفتح ومحترم و بدون حكم، ويجب عليه أيضاً الاستماع إلى عميله، بالتكيف مع احتياجاته وإيقاعه بدلاً من اتباع أي بروتوكول دون فارق بسيط، الشرح للعميل مبدأ التعود، أي أنه من خلال التعرض بشكل متكرر للمنبهات المثيرة للقلق، فإن ارتفاع القلق يكون أقل فأقل وانخفاض القلق يكون أسرع، كما يعزز مشاركته في العملية العلاجية (انظر الشكل أدناه).

في أي وقت خلال العملية العلاجية، قد يكون من الضروري التحقق من مخاوف المريض وفهمه للاستراتيجية وفوائدها من أجل الحفاظ على أو تحسين دافعيته لمواصلة العلاج.

فعالية التعرض المتكرر المطول المرتكزة على مبدأ التعود على المنبهات المثيرة للقلق، من الضروري أن يتعرض العميل لمستوى معين من القلق دون اللجوء إلى استراتيجيات الالهاء أو الاستراتيجيات الأخرى التي قد تجر المريض الى حلقة مفرغة من تجنب، يجب شرح ذلك للعميل حتى يكون مطلع على مثل هذه السلوكيات التي تكون في بعض الأحيان خفية للغاية والتي تتداخل مع التعود.

الشكل - تطور التعود خلال الجلسات⁶



قبل بدء التعرض أثناء العلاج، يجب إجراء تقييم مفصل لتاريخ الحدث الصدمي من أجل التعرف مع المريض على المنبهات الظرفية والمعرفية التي تسبب خلل وظيفي والتجنب، عند بدء عملية التعرض، ينبغي التنبؤ بفترة العودة للتمارين مع تطور مستويات الحصر (أو القلق) الذاتي (م ح ذ niveaux) d'anxiété subjectifs NAS في بداية كل جلسة وكذلك تتبع على أعراض المريض، لتقييم إذا ما كان هناك تحسن أو انحدار في الأعراض التي تتطلب التوقف، الاستراحة، العودة إلى خطوة سابقة في العلاج.

I.III.XI.V التعرض في الواقع Exposition in vivo

يشير التعرض في الواقع إلى أن العميل يتعرض بشكل متكرر ومطول إلى المواقف المؤمنة التي تُدرك بعد الحدث الصدمي، ومن الآن على أنها خطيرة.

لأجل أن يكون التعرض فعالاً، يجب على العميل مواجهة الموقف بدون الهروب رغم الضيق، إلى غاية انخفاض الحصر بشكل ملحوظ، على سبيل المثال 50% مقارنة ببداية التعرض، بالتعرض بشكل متكرر لموقف معين، يكون العميل قادراً على تجربة ذلك الموقف، وبالتالي التعلم بأنه ليست الوضعية

⁶مقتبس من «Comment aider les victimes souffrant de stress post-traumatique» لـ Dre Pascale Brillon (2017) و «Cognitive» (2007) Claudia Zayfert et Carolyn Black Becker لـ «Behavioral Therapy for PTSD- A case formulation approach».

التي لا تشكل خطراً فحسب بل قلقه أيضاً. ويتعلم أيضاً أنه من وقت لآخر، تقل شدة قلقه تدريجياً ويهدأ بسرعة أكبر، يعد هذا التغيير المعرفي التجريبي ناتج عن الفجوة بين التوقعات والتجربة المعاشة أثناء تمارين التعرض ("انتهاك التوقعات expectancy violation") عاملاً مهماً في تحديد فعاليتها (Craske et coll., 2014).

وهكذا فإن إدراك الخطر لم يعد معممًا على المنبهات أو المواقف التي ينبغي أن تكون محايدة، بل أصبح أكثر تحديداً تجاه الأخطار الحقيقية.

يجب أن يكون التعرض للمنبهات المختلفة تدريجياً ومتزايداً، ولا ينبغي للمعالج أن يحاول جعل المريض يتقدم بشكل أسرع مما يستطيع، لأن الرغبة في التقدم بشكل أسرع من المريض يمكن أن تكون ضارة له، بالإضافة إلى ذلك، فإن السماح للمريض بتحديد الوتيرة يمكن أن يساعده في استعادة الشعور بالتحكم، التحكم الذي تم تقويضه بشكل خطير أثناء الصدمة.

ومن المناسب تحذير الضحية من أنها قد تواجه مستوى متزايد من الضيق لفترة قصيرة في بداية التعرض، ويجب أن نؤكد على شجاعة الضحية وطمأنتها من خلال الإشارة إلى أن التعرض سيسمح لها باستعادة الثقة واستعادة الشعور بالتحكم على حياتها ويوميها (Brillon, 2013).

إجراء التعرض المتدرج في الواقع Déroulement de l'exposition graduée in vivo

أ. التربية النفسية Psychoéducation

بعد الشرح للعميل لعملية الاشرط، وطبيعة أعراضه والنتائج العملية، من المهم شرح ماهية التعرض في الواقع وكيفية تطبيق هذه الإستراتيجية بشكل فعال، قد يكون من المناسب أن نوضح للضحية ظاهرة التعود باستخدام الرسم البياني الموضح أعلاه.

ويجب تنبيه الضحية إلى أن تمارين التعرض قد تسبب مستوى معين من الحصر والذي سيكون أعلى في البداية، ولكن هذا سيقبل تدريجياً مع تكرار التمارين، ويجب تذكير الضحية أنه على الرغم من أن القلق يسبب شعوراً غير سار إلا أنه ليس خطيراً، من الضروري التأكد من أن الضحية يفهم أنه سيشعر بالقلق وأنه سيتعين عليه تجنب اللجوء إلى استراتيجيات الإلهاء أثناء التمارين أو حتى تجنب التمارين عندما يرتفع مستوى القلق لتجنب تعزيز حلقة التجنب.

قبل البدء في التعرض، لا ننسى أن نأخذ الوقت الكافي للإجابة على أسئلة الضحية وتخوفاتها من أجل تعزيز الالتزام بشكل أفضل في العلاج، يجب البقاء على اطلاع بالمخاوف أو الأسئلة التي قد تطرأ أثناء العلاج وأن نكون مستعدين لمعالجتها مع الضحية.

ب. القائمة والتسلسل الهرمي للمنبهات الاشرطية Liste et hiérarchie des stimuli conditionnés
يجب إعداد قائمة مع الضحية بالمنبهات الاشرطية التي تسبب الحصر أو الضيق و/أو التي يتم تجنبها. قد تكون المنبهات عبارة عن مواقف يصنفها المريض بشكل خاطئ على أنها خطيرة، مواقف تذكّره بالحدث الصدمي، أو مواقف يتم تجنبها بسبب أعراض الاكتئاب التي تبقي المريض في عزلة. يفضل تحديد المواقف بدقة كافية (على سبيل المثال: اسم الشارع) (Foa et al., 2019)، قد يكون لون أو نوع من الملابس (على سبيل المثال: وشاح أحمر يرتديه المعتدي)، أو رائحة (على سبيل المثال: عطر) أو ضجيج (على سبيل المثال، الألعاب النارية). ويمكن أن يكون أيضاً مواقف في الحياة اليومية (على سبيل المثال: استخدام الفرن بعد حدوث حريق في المنزل، أو قيادة السيارة بعد حادث سيارة خطير، أو التحدث إلى الغرباء، أو الاستماع إلى الأخبار على شاشة التلفزيون).

عند كتابة القائمة، من الضروري التعرف مع المريض على المنبهات/المواقف التي يمكن العمل عليها من خلال تمارين التعرض في الواقع، من الواضح أن المواقف المختارة يجب أن تكون آمنة بشكل موضوعي، أي الأشخاص الآخرون يتصرفون عادة بشعور بالأمان ودون أي ضيق مرتبط بذلك.

وبعد ذلك، يحدد المريض مستوى الحصر الذاتي (NAS) le niveau d'anxiété subjectif المرتبط بالموقف. NAS هو درجة يتم منحها على مقياس من 0 إلى 100 تتعلق بمستوى الحصر الذي يعتقد الشخص أنه سيواجهه إذا واجه هذا الموقف. يشير المستوى 0 إلى الوضع الذي لا يسبب أي حصر، المستوى 100 هو أسوأ مستوى من الحصر يعاني منه الشخص طوال حياته (في كثير من الأحيان مستوى الحصر الذي يشعر به وقت وقوع الحدث الصدمي). قد يكون من المفيد أن نتعرف مع المريض على مثال لحالة ذات مستوى 0، ومستوى 25، ومستوى 50، ومستوى 75، ومستوى 100.

عندما يتم تحديد NAS، فمن الضروري بناء تسلسل هرمي للمنبهات/المواقف وفقاً لـ NAS (انظر القسم VII.XIII).

أخيراً، بالنسبة لكل منبه أو موقف يتم اختياره للتعرض في الواقع، يجب كتابة المراحل التدريجية (من السهل إلى الصعب) للتعرض والتي ستكون بمثابة دليل أثناء التمارين (انظر القسم VII.XIV) يمكن

أن يأخذ تقدم المراحل شكل تدرج بالمرافقة أو بشكل مفرد، نهارًا أو مساءً، إلخ. لا ينبغي أن تكون الخطوات الأولى صعبة للغاية، بحيث قد يخاطر الشخص بالفرار من الموقف، مما قد يسبب شعورًا قويًا بالفشل ويعزز حلقة التجنب، ومع ذلك، يجب أن تولد المواقف الحد الأدنى من الانزعاج وإلا فلن يكون هناك تعلم، يجب أن نهدف إلى زيادة تدريجية في مستوى الصعوبة نحو المرحلة النهائية وهي الوضع الذي يتم تجنبه أو الذي يعاش بضيق.

ج. التخطيط لتمرين التعرض في الواقع Planification des exercices d'exposition in vivo

قبل البدء في تمارين التعرض، من المهم أن نوضح للعميل أنه لضمان الاستفادة من هذه الطريقة يجب أن تكون التعرضات (1) طويلة و(2) متكررة بكفاية.

مدة تمارين التعرض:

يجب أن يعلم العميل أنه لكي يكون فعالاً، يجب أن يستمر التعرض حتى يظهر مستوى الحصر الذاتي (م ح ذ NAS) لديه قد انخفض بنسبة 50% مقارنة ببداية التمرين.

من المهم إتاحة الوقت الكافي للتأكد من انخفاض مستوى الحصر إلى النصف وأن الضحية يشعر بالأمان من جديد. قد يستغرق هذا أحياناً 40 أو 50 دقيقة، إذا لم ينخفض القلق بدرجة كافية و/أو أن الضحية يتجنب التمرين، يتم تعزيز حلقة التجنب من خلال عملية الاشرط العملي ولذلك يجب على العميل التخطيط لجدول التعرض بمدة وقت كافٍ (حوالي 40-50 دقيقة).

تكرار التمارين:

لكي تتم عملية التعود، يجب أن يتم التعرض بشكل منتظم للغاية، عدة مرات في الأسبوع.

اقتراحات عملية أخرى:

- غالبًا ما يكون من المفيد التنبؤ بموقفين للتدرب عليهما، لأنه من الممكن أن يكون للمريض موقف بديل للتدرب عليه إذا لم يشعر بأنه قادر على تعريض نفسه للأول.
- يُقترح البدء في تمارين التعرض في الواقع مع المواقف التي تتوافق مع NAS بحوالي 40-50، قد يكون من الضروري البدء بموقف يتوافق مع مستوى NAS أقل إذا كان الشخص أكثر هشاشة (على سبيل المثال، إذا كان أكثر عرضة لخطر التفكك) أو إذا كان يعاني من ضيق أكبر.

- ومن الأفضل تنويع السياق للحد من خطر الانتكاسة على سبيل المثال، الشخص الذي يتعرض لساحات مواقف السيارات سيستفيد من التعرض لعدة أنواع مختلفة من مواقف السيارات.
- عندما يمر الضحية بجميع مراحل الموقف ولم يعد يشعر بالخطر، فيمكنه الانتقال إلى مراحل الموقف الأكثر صعوبة في مواجهته (والذي يتوافق مع NAS أعلى).
- أثناء التمارين، يجب على الضحية إستكمال شبكة المراقبة الذاتية (انظر القسم VII.XV) مقسمة إلى 3 أقسام رئيسية، قبل التعرض وأثناءه وبعده.

○ قبل البدء بالتمارين: يجب على الشخص الإشارة إلى التاريخ والوقت وNAS الخاص به وأفكاره.

○ أثناء التمرين: يشير إلى NAS الخاص به وأفكاره في الشبكة.

○ في نهاية التمرين: يقوم بتدوين الخاص به NAS وأفكاره وتعليقاته ومدة التمرين بالدقائق.

يُتَرح بشدة أن يكون المعالج حاضرًا مع العميل أثناء جلسة التعرض الأولى في الواقع وعند الحاجة في الجلسات الأخرى. وبالتالي يمكن للمعالج ملاحظة أعراضه، ومستوى القلق لديه، بالإضافة إلى بعض السلوكيات الهاء الذات والتي قد لا يكون الشخص واعي بها. هذا النوع من التجنب، الذي يكون خفيًا في بعض الأحيان، يمكن أن يضر بالعملية العلاجية، لأن الضحية يكبح قلقه من خلال الإلهاء، الذي يتداخل مع التعود، إن التواجد خلال جلسة التعرض الأولى يمكن أن يكون له أيضًا تأثير جذاب ومحفز على العلاج.

في نهاية جلسة تمرين التعرض في الواقع، يمكن أن يستغرق الضحية بضع دقائق حتى يهدأ قبل الانتهاء من ملء شبكة المراقبة الذاتية، يمكنه استخدام إحدى استراتيجيات التهدئة التي تم تعلمها.

Exposition par imagination II.III.XI.V

ربما يكون الحدث الصدمي أحد أسوأ اللحظات التي مر بها العميل في حياته، وبما أن ذكريات هذا الحدث محملة بالانفعالات السلبية، يسعى العميل إلى تجنب كل الأفكار المرتبطة بهذه اللحظة حتى لا يشعر بالضيق المصاحب لها. لكن رغم جهوده، تعود الذكريات إلى الظهور على شكل إعادة معايشة وكوابيس، لأنها لم تندمج في تجربته. علاوة على ذلك، في وقت الصدمة، قد تكون العديد من المنبهات التي كانت موجودة يمكن أن تصبح مرتبطة بالحدث الصدمي (من خلال الاشرط الكلاسيكي)، كل من هذه المنبهات الاشرطية، إذا تم مواجهتها في الحياة اليومية، يمكن أن تحفز "بنية الخوف" وتسبب ضيق كبير لدى الضحية.

يتضمن التعرض بالتخيل رواية قصة الحدث الصدمي، ولكن على عكس الحدث الأولي، يكون الشخص هذه المرة في مكان آمن ويعرف نهاية القصة (Brillon, 2013). تسمح هذه الإستراتيجية بـ "الهضم" والتنظيم والتجسيد الانفعالي لذكريات الحدث الصدمي، يعرض العميل نفسه لذكريات الحدث الصدمي من خلال سرد ما حدث بالتفصيل وما عاشه. من خلال سرد الحدث الصدمي بشكل متكرر، يتم التعود: يتلاشى الضيق تدريجيًا مع كل تعرض.

ينبغي تسجيل أن الهدف من هذه الإستراتيجية العلاجية ليس استعادة ذكريات الصدمة المدفونة، يجب أن يتذكر الضحية الحدث الصدمي لمحاولة التعرض له.

سير التعرض عن طريق التخيل Déroulement de l'exposition par imagination

أ. التربية النفسية Psychoéducation

قبل البدء في التعرض بالتخيل، من الضروري أولاً شرح ما تتكون منه هذه الاستراتيجية العلاجية، وذلك بتوضيح أهداف هذه الطريقة وفوائدها ومخاطرها، ويجب شرح خطوات العملية حتى يكون لدى المريض نظرة عامة جيدة على ما سيتم القيام به أثناء جلسات العلاج وبين الجلسات كتمارين منزلية.

كما هو الحال مع جلسات التعرض في الواقع، يجب إعلام العميل بأنه من المحتمل أيضًا أن يلاحظ زيادة مؤقتة في إعادة معايشة الأعراض، وبالتالي إعادة معايشة قلقه وضيقه، يجب أن يكون المعالج مطمئنًا ويشرح أن هذه ظاهرة طبيعية، وهي إشارة إلى أن دماغ المريض يحاول استيعاب الصدمة وهضمها، من المهم أن نذكر العميل بأن الحصر والذكريات الصدمية، على الرغم من أنها مزعجة للغاية، إلا أنها ليست خطيرة، الحدث الصدمي هو الذي كان الخطير.

ب. سير الجلسة الأولى Déroulement de la première séance

خلال جلسة عرض بالتخيل الأولى، من الحكمة تحديد لقاء مدته 90 دقيقة على الأقل وإخطار العميل وبالتالي، يتم تخصيص 40 دقيقة للتعرض نفسه، مما يسمح بتخفيف الحصر بنسبة 50% في

معظم الحالات، مع ضمان الوقت للرجوع بعد ذلك لتمارين التعرض الى غاية لا يكون العميل في حالة الضيق عند مغادرة مكتبك.

يتأكد المعالج من راحة العميل ويخبره أنه سيتم تسجيل سرد حديثه من أجل ممارسة التمارين في المنزل أيضًا، يعطي المعالج التعليمات التالية لعميله: "أخبرني بسير ما حدث أثناء الحدث الصدمي، ولكن بصيغة المضارع، كما لو كان يحدث في اللحظة الحالية... ضع أكبر قدر من التفاصيل عما تراه، ما تسمعه ما تدرك في جسدك... أخبرني بالأفكار التي تدور في رأسك، ما هي انفعالاتك، وكيف تظهر انفعالاتك في جسدك...".

دور المعالج هو دور ميسر: فهو يشجع المريض على الاستمرار، أو توضيح انفعالاته أو تفاصيل معينة، مع التأكد من ترك التحكم للعميل لأجل أن يرتبط المريض أكثر بالتجربة الانفعالية المرتبطة بالذكريات.

يطلب المعالج من المريض تقييم مستوى قلقه على مقياس من 0 إلى 100 (NAS) قبل بدء السرد (انظر القسم VII.XVI) وبعد ذلك، يتم طلب NAS كل 5 دقائق أثناء التعرض.

يسجل المعالج NAS في الشبكة المخصصة ويمكنه وضع رسم بياني بالقيم لإظهار تطور NAS للمريض (انظر القسم VII.XVII) ويجب على المريض تقديم NAS مع محاولته الاحتفاظ بصورة الذكرى حتى لا يفقد التركيز، وإذا لزم الأمر، يمكن للمعالج أن يطلب من المريض محاولة التركيز على الأفكار أو الانفعالات أو الأحاسيس الجسدية التي عاشها وقت الصدمة.

عندما ينتهي المريض من سرد الحدث الصدمي في المرة الأولى، يطلب المعالج من المريض الإعادة، تكرار السرد هو المفتاح في عملية التعود، يجب أن يستمر التعرض حتى ينخفض NAS بنسبة 50% على الأقل.

في نهاية جلسة التعرض، من الضروري الرجوع مع المريض الى كيفية خوضه تجربة التعرض الأولى بالتخيل وأفكاره والجدول أو الرسم البياني لـ NAS أثناء التعرض، ينبغي استغلال هذه اللحظة لتشجيع وإبراز شجاعة المريض.

يتم تخصيص الوقت أيضًا لشرح التمارين/الواجبات المنزلية التي سيتم إجراؤها في المنزل بين الجلسات.

ج. سير الجلسات التالية: "النقاط الساخنة"⁷ «points chauds»
بعد الجلسة الأولى وخلال الجلسات اللاحقة، يراجع المعالج مع المريض كيفية تقدم التعرض بالتخيل، يسأله عما إذا كان قد بدأ يلاحظ انخفاضاً في ضيقه وما إذا كان هناك تعود بدأ يترسخ، إذا لزم الأمر، يجب تحديد الأفكار والمعتقدات المتعلقة بالصدمة والعمل عليها من خلال دمج تقنيات إعادة البناء المعرفي التي تم ممارستها في جلسات العلاج الأولى.

خلال كل جلسة تعرض، يتم إجراء تسجيل جديد وسيتم استخدامه للتمارين المنزلية في الأسبوع التالي.

بالاستناد على الذكرى الصدمية للمريض، قد يكون من الضروري استهداف "النقاط الساخنة" (أي تلك التي تولد الانفعالات الأكثر شدة) والعمل عليها بشكل فردي أكثر عمقاً، يتم العمل على "النقاط الساخنة" عندما يبدأ المريض في تجربة انخفاض في الضيق فيما المتعلق بالذكرى الصدمية، يمكن البدء بذلك من جلسة التعرض بالتخيل الثانية مع المعالج.

ربما تم تحديد "النقاط الساخنة" في الجلسة الأولى بواسطة مستويات NAS الأعلى في لحظات معينة في السرد، أو قد يكون المريض قادراً على تحديد الأجزاء الموجودة في الذكرى الصدمية والتي تسبب أكبر قدر من الضيق، عندما يكون هناك العديد من "النقاط الساخنة"، من الأفضل وضع قائمة وترتيبها تصاعدياً حسب مستوى الحصر في (NAS) انظر القسم (أنظر القسم VII.XVIII).

أثناء الجلسة وفي المنزل، يتم العمل على "النقاط الساخنة" واحدة تلو الأخرى بشكل متكرر، بدءاً من الأقل إثارة للقلق إلى الأكثر إثارة للقلق، حتى تخفيض على الأقل 50٪ من NAS. يطلب المعالج من المريض أن يبدأ السرد ويطلب منه مراجعة التفاصيل بسرعة حتى لحظة "النقطة الساخنة"

⁷مقتبس من «Cognitive-Behavioral Therapy for PTSD – A case formulation approach» لـ Zayfert, C. et Black Becker, C. (2007)

المستهدفة، ثم يروي المريض مقطع "النقطة الساخنة" بمزيد من التفصيل، ويحدد أحاسيسه الجسدية وأفكاره في اللحظة المحددة للحدث الصدمي. يتدخل المعالج في لحظات معينة ليكون المريض دقيقاً ومفصلاً في روايته، عندما يكمل المريض هذا المقطع، يطلب منه المعالج العودة إلى الوراء في القصة والبدء في سرد مقطع "النقطة الساخنة" مراراً وتكراراً حتى يكون هناك انخفاض بنسبة 50٪ على الأقل في NAS.

في نهاية كل جلسة عرض، تتم العودة مع المريض حول معاشته لكل جلسة، حول محتوى أفكاره و حول الجدول أو الرسم البياني لـ NAS أثناء التعرض مع التقدم من جلسة لأخرى، يتم تخصيص فترة زمنية لشرح التمارين/واجبات العرض بالتخيل وفي الواقع التي يجب أن القيام بها في المنزل بين الجلسات.

أخيراً، عندما ينتهي العمل على جميع "النقاط الساخنة"، يعود المريض لسرد كامل للصدمة، يتوافق هذا بشكل عام مع الجلسة الأخيرة للتعرض بالتخيل.

د. الواجبات المنزلية Exercices à domicile

تتكون التمارين المنزلية من الاستماع إلى تسجيل جلسة التعرض بالتخيل مع إبقاء العينين مغلقتين لتحسين التركيز، ومن الأفضل أن يستمع المريض إلى التسجيل كل يوم، إن لم يكن على الأقل 5 مرات في الأسبوع، ويستمر في الاستماع إلى التسجيل حتى ينخفض NAS بنسبة 50% على الأقل، وهو ما قد يستغرق من 35 إلى 45 دقيقة تقريباً أو أكثر .

ويجب على المعالج أن ينصح المريض باختيار الأوقات المناسبة في جدول له لأداء التمارين، يجب ان لا يكون المريض مشتتاً بالأشخاص أو أطفاله أثناء الاستماع. وينصح أيضاً أن يستمع المريض إلى التسجيل بمفرده، لأن شخصاً آخر قد يبطل ضيق المريض أو حتى يشعر هو نفسه بحالة من الضيق عند سماع القصة. يجب ألا ينشغل المريض بفعل شيء آخر أثناء الاستماع، لأن ذلك قد يتعارض مع عملية التعود، يجب على المريض عدم أداء الواجبات المنزلية قبل الذهاب إلى النوم حتى لا يضر بنوعية النوم.

يجب على المريض إستكمال شبكة المراقبة الذاتية لتتبع جلسات واجباته المنزلية في المنزل (انظر القسم VII.XIX). يجب إحصار الشبكة إلى كل جلسة مع المعالج لمراقبة التقدم ومناقشة التمارين، قبل البدء في التمرين، يجب على المريض تسجيل NAS الخاص به، في نهاية الجلسة، يسجل المريض NAS الخاص به في ذروة قلقه و NAS الخاص به في النهاية، كما يسجل المريض مدة الجلسة والتعليقات التي يراها مهمة، مثل أفكاره وبيئته وقت الاستماع.

III.III.XI.V المشاكل التي يتم مواجهتها أثناء العلاج بالتعرض⁸

قد تنشأ بعض المشاكل أثناء العلاج بالتعرض لفترات طويلة، من المهم إجراء التعديلات وتكييف عناصر معينة حتى يتمكن المريض من التقدم ومواصلة العلاج، ومع ذلك، فمن المهم عدم الوقوع في فخ الرغبة في إيجاد الكثير من التوافق وبالتالي تعزيز بشكل غير مباشر سلوكيات التجنب لدى المريض، يجب الأخذ في الاعتبار هذا الخطر مع تبني موقف محترم ورحيم تجاه المريض.

الوضعية أ: مريض لا يرغب في التعرض أو غير ملتزم بالتمارين

عندما لا يرغب المريض في تجربة استراتيجيات التعرض في الواقع وبالتخيل على الرغم من التوضيحات المسبقة، يجب مناقشة مخاوف المريض واستكشافها، ليس من النادر أن يخاف المريض من فقدان التحكم على قلقه أثناء التعرض. ومن ثم لا بد من مناقشة مبادئ هذه الاستراتيجية مرة أخرى والضيق الذي يسببه الحصر دون أن يكون خطيراً، إذا وافق المريض على محاولة التعرض، فمن المناسب

بدأ التعرض بلطف أكثر. بالنسبة للتعرض في الواقع، من الممكن البدء بحالات NAS المنخفضة أكثر والتي لا ترتبط مباشرة بالصدمة، مثل الحالة التي أصبحت مشترطة بمبدأ التعميم. بالنسبة للتعرض بالتخييل، قد يكون من الضروري البدء أو إجراء التعرض والعينين مفتوحتين من خلال سرد الحدث الصدمي بصيغة الماضي لفترة أطول من الوقت، يجب العمل بشكل تعاوني مع المريض واتخاذ موقف المُشجع، وحسب أعراض المريض، قد يكون من المفيد أيضاً البدء بالتعرض بالتخييل بدلاً من التعرض في الواقع.

هناك عدة عوامل يمكن أن تفسر عدم الالتزام بتمارين التعرض، لذلك يجب أخذ الوقت الكافي لاستكشاف المشكلة مع المريض، قد يكون ذلك بسبب ضيق الوقت، أو نقص الدافعية، أو الخوف من التعرض لمواقف أكثر صعوبة، وما إلى ذلك وعليه، لا بد من إعادة إجراء التريبة النفسية فيما يتعلق بالاستراتيجية، ينبغي إعادة مناقشة أهداف العلاج والأهداف الشخصية للمريض لتحسين أدائه، يمكن للمعالج أن يساعد المريض في وضع جدول التعرض لتخصيص أوقات محددة للقيام بالتمارين.

⁸ مقتبس من «Treatment Plans and Interventions for Depression and Anxiety Disorders» لج. هولاند، ر. ل. ليهي، و. ك. م. جين (2011) ومن «Comment aider les victimes souffrant de stress post-traumatique» لج. برونيل (2017)، و «Prolonged Exposure Therapy for PTSD – Emotional Processing of Traumatic Experiences» لج. فو (2019).

الوضعية ب: مريض قلق جدا/ بشدة

عندما يكون الحصر ملحوظًا جدًا أثناء جلسات التعرض الأولى في الواقع، يجب إعادة تقييم الترتيب في التسلسل الهرمي وتصحيحه إذا لزم الأمر. ومن الممكن أيضًا تقسيم المواقف المختارة إلى خطوات أكثر تدريجية. إذا كان المريض قلقًا جدًا، فقد يكون من المناسب أن يكون مُرافق في بداية التعرض في الواقع. لذلك نقترح عدم الدردشة مع المرافق أثناء التعرض لتجنب إحداث تشتت في الانتباه، وقد يكون من الضروري تقليل تواجد المرافق حتى يستكمل المريض التمارين بمفرده، إذا أصبح القلق كبيرًا جدًا أثناء ممارسة التمرين، فقد يحاول الابتعاد عن الموقف قليلاً أو العودة إلى خطوة سابقة حتى ينخفض القلق. إذا رغب المريض، يمكن تجربة خطوة وسيطة قبل استكمال جلسة التعرض.

بالنسبة للتعرض بالتخيل، من الممكن أن يتم ذلك بشكل تدريجي (على سبيل المثال: رواية الحدث الصدمي عن طريق إبقاء العينين مفتوحتين وسرد القصة بصيغة الماضي). إذا لم يتمكن المريض من رواية القصة بصوت عالٍ، فيمكنه البدء بسرد الحدث عن طريق كتابته وقراءته حتى يتمكن في النهاية من القيام بذلك شفهيًا. خلال الجلسة، قد يكون من الضروري العودة إلى جزء أقل إثارة للقلق من قصة الحدث الصدمي وانتظار انخفاض قلق الضحية، قد يطرح المعالج بعد ذلك سؤالاً حول هذا الجزء أو يطلب سرد الجزء من جديد.

سواء أثناء جلسة التعرض في الواقع أو بالتخيل، من المهم عدم إنهاء التعرض والمريض في حالة من القلق الملحوظ، وإلا فإنه يعزز الشعور بالخطر تجاه المنبه من خلال الاضطرار العملي. على الرغم من أنه لا يُنصح عادةً باستخدام استراتيجيات التكيف أو الاسترخاء لخفض القلق، إلا أنه إذا أصبح مستوى القلق لا يطاق فقد يكون من الضروري استخدامهما. وقد يتيح ذلك الاستمرار في الجلسة أو على الأقل تجنب إنهاءها مع تعزيز الشعور بالخطر الذي قد يكون أكثر ضررًا على العمل العلاجي، ويمكن أيضًا استخدام تقنيات إعادة البناء المعرفي.

الوضعية ج: مريض يتعرض للتفكك أثناء التعرض

اعتمادًا على أعراض المريض وهشاشته والأمراض المصاحبة لاضطرابه، مثل اضطراب الشخصية الحدية، من المناسب تخصيص الوقت الكافي للتثقيف حول ظاهرة التفكك قبل بدء التعرض، من خلال الحفاظ على موقف ثابت، يجب تحديد المنبهات والانفعالات التي تحدث قبل حالة التفكك لمعرفة متى يكون المريض معرضًا لخطر التفكك.

بعد حدوث حالة من التفكك أثناء جلسة التعرض في الواقع أو بالتخيل، من الممكن استئناف التعرض بشكل أبطأ والعودة إلى مرحلة سابقة إذا شعر الضحية بأنه مستعد للاستمرار، ومع ذلك، إذا كان الضحية هش للغاية أو معرض جدًا لحالة من التفكك، فيجب إيقاف التعرض واعتماد طريقة معرفية أكثر لبقية العلاج.

أثناء التعرض بالتخيل، إذا أصبح المريض مثقلًا بالانفعالات، فقد يشعر وكأنه حقيقة في وقت الصدمة، وقد يكون لديه "ارتجاعات flashbacks" أثناء الجلسة، ولا يمكنه أن يشعر بالاتصال مع الواقع. يجب مراجعة تقنيات التثبيت مع المريض، ومن الضروري التأكيد مع المريض على أنه يفهم أن الذكرى رغم أنها مؤلمة إلا أنها ليست خطيرة في حد ذاتها. كما هو الحال مع المريض القلق للغاية، قد يُطلب منه أولاً إبقاء أعينه مفتوحة وسرد الذكرى بصيغة الماضي، يمكن أن يتدخل المعالج للسماح للمريض بالبقاء على اتصال وعدم التفكك. إذا تسببت جوانب معينة من الذكرى في مزيد من الضيق، فيمكن للمعالج أن يدفع المريض بالتقدم للأمام بسرعة أكبر من خلال السؤال عما حدث بعد ذلك، تدريجياً، يصبح المعالج أقل مشاركة، وإلا فقد يكون من الضروري أن نطلب من المريض كتابة الحدث الصدمي بدلاً من سرده، وعندما يعتاد المريض على تدوين ما حدث، فإنه يسرد الذكرى الصدمية بصوت عالٍ.

الوضعية د: مريض لا يطور الحصر أثناء التعرض

من الضروري أولاً التحقق مع المريض ما إذا كان لا يلجأ إلى استراتيجيات الالهاء/ التحييد و/ أو السلوكيات المطمئنة أثناء جلسات التعرض في الواقع وبالتخيل. ويجب توضيح أنه يجب أن يكون هناك زيادة في القلق للسماح بحدوث التعود لاحقاً، قد لا يكون على وعي بالميل إلى الالهاء أو اللجوء إلى السلوكيات المطمئنة. قد يكون من المفيد بعد ذلك أن يكون المعالج حاضرًا خلال جلسة التالية من تمرين التعرض في الواقع وذلك للتحقق إذا كان المريض يقوم بالالهاء الذاتي، وقد يقوم المريض أيضًا بالتجنب المعرفي للانفصال عن القلق المرتبط بالمنبهات. ومن الضروري أيضًا تقييم ما إذا كانت المنبهات/ المواقف المختارة للتعرض هي منبهات قلق حقيقية، يجب مراجعة التسلسل الهرمي للتعرض في الواقع إذا كانت المواقف سهلة للغاية.

من المحتمل أن لا يطور المريض أو يطور بقليل القلق أثناء التعرض بالتخيل في حالة لم يتمكن من الوصول إلى المحتوى الانفعالي المرتبط بالحدث الصدمي، يجب على المعالج التأكد من أن المريض يبقي عينيه مغلقتين أثناء السرد وأنه يروي الذكرى الصدمية بصيغة المضارع.

قد يطلب المعالج تفاصيل حول الأفكار والانفعالات والأحاسيس الجسدية التي تم معايشتها أثناء الحدث الصدمي، ومع ذلك، لا ينبغي للمعالج أن يطرح الكثير من الأسئلة، لأن ذلك قد يكون له أيضًا تأثير الانسحاب الانفعالي لدى المريض إذا أصبحت الجلسة أشبه بالمناقشة، إذا لم يكن هناك تحسن على الرغم من ذلك، فمن الضروري الاستكشاف مع المريض مخاوفه وأفكاره المتعلقة بالتعرض.

الوضعية ه: مريض لا يطور التعود

من المحتمل ألا يقوم المريض بالتعرض لفترة كافية أو في كثير من الأحيان، إذا لزم الأمر، ينبغي ضبط مدة الجلسات والتمارين، وبخلاف ذلك، قد يتعلق الأمر باستراتيجية إلهاء أو تعامل التي تمنع التعود، ومن المناسب مسالة المريض عن محتوى أفكاره أثناء جلسات التعرض وبين الجلسات، إن الشعور بالارتياح عندما ينتهي من تمارين التعرض يعزز الإحساس الزائف بالخطر ويتعارض مع عملية التعود.

XII.V الحفاظ على النتائج والوقاية من الانتكاسة Maintenance et prévention des rechutes

لتعزيز الحفاظ على النتائج المكتسبة، يقوم المعالج بمراجعة المراحل الرئيسية للعلاج مع المريض، ويعتبر تقديم ملخص للمريض عن التقنيات والتدخلات التي وجدها مفيدة للغاية (انظر القسم VII.XX) ويمكنه الرجوع إلى ملخصه إذا لزم الأمر إذا حدثت مشكلة.

بالإضافة إلى ذلك، نخطط لإجراء بعض المقابلات المدعمة لمساعدة المريض على الحفاظ على مكتسباته وعاداته الجديدة، على سبيل المثال، إجراء مقابلة واحدة أو مقابلتين بعد مرور شهر أو ثلاثة أو ستة أشهر من انتهاء العلاج، أخيرًا، من الممكن إعداد ورقة الوقاية من الانتكاسة مع المريض مع قائمة بأعراض ما بعد الصدمة التي قد تشير إلى خطر الانتكاسة بالإضافة إلى التدابير الرئيسية التي يجب تنفيذها في حالة الانتكاسة (انظر القسم VII.XXI).

القسم VI- المراحل الأساسية للعلاج بالتعرض المطول Principales étapes du traitement par exposition prolongée

في الإرشادات المختلفة لعلاج اضطراب الضغط ما بعد الصدمة (TSPT) (APA, 2014, CANMAT 2014, NICE 2018 et 2017) يوصى بأن يستمر العلاج السلوكي المعرفي المقدم عادةً ما بين 8 و12 جلسة مدتها

60 أو 90 دقيقة، بالإضافة إلى ذلك، يوصى بتعديل عدد الجلسات وزيادة عددها حسب الحاجة، وتجري أيضاً دراسات بشأن مدة العلاج (Sloan et al., 2018).

ولذلك يتم تقديم خطة العلاج هذه كمؤشر، تم تمديد مدة العلاج لتشمل بشكل رئيسي عناصر العلاج المعرفي (إعادة البناء المعرفي) والعلاج بالتعرض المطول (في الواقع وبالتخييل). بالنسبة لبعض العملاء الأكثر ضعفاً، يجب تخصيص المزيد من اللقاءات لتعليم استراتيجيات التهدئة الذاتية والعاطفية، أو لتطوير تحالف علاجي أفضل. المدة المقترحة لكل جلسة هي 60 دقيقة باستثناء الجلسة الأولى (أو الجلسات الأولى) للتعرض بالتخييل بحيث يوصى بالسماح بمدة 90 دقيقة إن أمكن.

اعتماداً على احتياجات المريض، يجب توفير بعض المرونة فيما يتعلق بعدد الجلسات المخصصة لكل قسم من العلاج، بالإضافة إلى ذلك، اعتماداً على الحالة العيادية (السريية) للمريض وضعفه، قد لا يوصى بأقسام معينة من العلاج، ولذلك ينبغي تعديل مسار وعدد الجلسات وفقاً لذلك.

I.VI المقابلة 1 الى 2 (أو أكثر) 1re à 2e Entrevues (ou plus)

التقييم، العلاج الدوائي، التربية النفسية، تحديد الأهداف

1. تقييم شامل (انظر القسم V- العلاج لعلاج اضطراب الضغط ما بعد الصدمة، القسم الفرعي V.III- التقييم).

أ- إجراء التشخيص وتحديد ما إذا كانت هناك اعتلال مشترك (أمراض مصاحبة) مثل اضطراب الاكتئاب واضطراب القلق والأرق وما إلى ذلك). انظر القسم I- المقدمة القسم الفرعي I.IV – الاعتلال المشترك).

ب- التحقق من وجود مشكلات شخصية (على وجه الخصوص، اضطراب الشخصية الحدية) و/أو اضطراب الضغط ما بعد الصدمة المعقد.

* ملاحظة: في حالة وجود اضطراب ما بعد الصدمة المعقد، ومشاكل الشخصية الشديدة، والانتحارية الكبيرة و/أو اضطراب تعاطي المخدرات أو الكحول، فكر في اتباع نهج أكثر تخصصًا من ذلك المقترح في هذا الدليل.

ج- تحديد قدر الإمكان المنبهات المرتبطة بالصدمة، وعوامل المحاقظة (التجنب، التفكك، وما إلى ذلك) والأداء الحالي للشخص، لأن ذلك سيساعدك على تحديد أهداف العلاج. على سبيل المثال، إعداد قائمة بسلوكيات التجنب مع الشخص.

د- استكمال قوائم ومقاييس لاضطراب الضغط ما بعد الصدمة: مقياس PDI ، واستبيان PDEQ ، ومقياس IES-R ، واستبيان PCL-5 ، ومقياس EMST ، إذا لزم الأمر، استكمال مقاييس الأمراض المصاحبة: مقياس Beck للاكتئاب والحصر (انظر القسم II.III القوائم والمقاييس والسلالم المستخدمة أثناء التقييم).

2. مقابلة أفراد الأسرة أو محيط إذا لزم الأمر.

3. وصف الدواء إذا لزم الأمر (انظر القسم III- العلاج الدوائي).

4. التربية النفسية حول اضطراب الضغط ما بعد الصدمة وطريقة العلاج النفسي (انظر القسم IV - اضطراب الضغط ما بعد الصدمة TSPT حسب النموذج المعرفي السلوكي والقسم V – العلاج النفسي لعلاج اضطراب الضغط ما بعد الصدمة، القسم الفرعي V.IV- التربية النفسية للمريض).

5. الاتفاق على أهداف العلاج (انظر القسم V- العلاج النفسي لعلاج اضطراب الضغط ما بعد الصدمة TSPT ، القسم الفرعي V.V- تحديد الأهداف).

6. الواجبات المنزلية:

أ- قراءة نصوص أو كتاب لفهم أسباب ومراحل علاج اضطراب الضغط ما بعد الصدمة بشكل أفضل، على سبيل المثال، دليل العميل وكتاب Pascale Brillon "التعافي من الصدمة، الطبعة الخامسة" الصادر عام 2017.

ب- استكمال الاستبيانات ذات الصلة التي لم يتم إكمالها خلال الجلسة، على سبيل المثال استبيان PCL-5 ومقياس EMST (انظر القسم II.III القوائم والمقاييس والسلالم المستخدمة أثناء التقييم).

II.VI المقابلة 3 إلى 5 (أو أكثر) 3e à 5e entrevues (ou plus)

استراتيجيات التهدئة والاستراتيجيات الوجدانية وإعادة البناء المعرفي

1. التتبع والتقدم:

- أ- تعرف على تطور الوضعية والأعراض، وضمان تتبع العلاج الدوائي إذا لزم الأمر.
- ب- هل بدأ المريض أو أكمل القراءة والاستبيانات الموصى بها؟ هل لديه أي أسئلة؟
2. قبل التعرض، البدء بتلقيين تقنيات التهدئة للسماح بتنظيم عاطفي أفضل وتحكم أفضل في الأفكار والأحاسيس الجسدية الاجتياحية (انظر القسم ٧ - العلاج النفسي لعلاج اضطراب الضغط ما بعد الصدمة، القسم الفرعي ٧.VIII - استراتيجيات التهدئة).
- أ- شرح مبدأ استراتيجيات التهدئة.
- ب- عرض تقنيات التهدئة في المقابلة وأمثلة ما دام يمكن للشخص استخدام التقنيات في المنزل.
- ج- المراجع (الكتب، والبودكاست التأملي، والموقع الإلكتروني، وما إلى ذلك) لمساعدة الشخص على استخدام التقنيات في المنزل.
3. قبل التعرض، البدء في شرح واستخدام الاستراتيجيات الانفعالية، خاصة إذا كان الشخص يعاني من صعوبات كبيرة في الفهم والتعبير و/أو التسيير الانفعالي (انظر القسم ٧ - العلاج النفسي لعلاج اضطراب الضغط ما بعد الصدمة، القسم الفرعي ٧.IX - الاستراتيجيات العاطفية).
- أ- شرح تأثير العواطف على تطور أعراض الضغط ما بعد الصدمة.
- ب- عكس واستكشاف اللحظات المشحونة عاطفياً في العلاج وبناء مقياس الانفعالات إذا لزم الأمر.
4. قبل التعرض، بدء العمل على إعادة البناء المعرفي (انظر القسم ٧ - العلاج النفسي لعلاج اضطراب الضغط ما بعد الصدمة، القسم الفرعي ٧.X - إعادة البناء المعرفي).
- أ- شرح الأسس النظرية المعرفية (انظر القسم ١٧ - اضطراب ما بعد الصدمة حسب النموذج المعرفي السلوكي، القسم الفرعي - ١٧.I.II النموذج المعرفي).
- ب- استكشاف الموقف الذي يسبب الضيق، والعمل بشبكة المراقبة الذاتية لإعادة البناء المعرفي إذا لزم الأمر مع الشخص، وما إلى ذلك.

5. الواجبات المنزلية:

- أ- تمارين إعادة البناء المعرفي مستوحاة من مواقف الحياة الحقيقية.
- ب- ممارسة تقنيات التهدئة حسب الحاجة.

III.VI المقابلة 6 و/ او 7 (أو أكثر) 6e et/ou 7e entrevues (ou plus)

التعرض في الواقع Exposition in vivo

1. المتبع والتقدم وإعداد جدول أعمال الجلسة.

أ- تعرف على تطور الوضعية والأعراض، وضمان تتبع العلاج الدوائي إذا لزم الأمر.

ب- معالجة الأسئلة والمخاوف حسب الحاجة.

2. الرجوع للواجبات المنزلية:

أ- الرجوع لتمارين إعادة البناء المعرفي.

ب- الرجوع الى تمارين التعرض في الواقع (إذا كانت المقابلة 7 مخصصة أيضاً للتعرض في الواقع مع المعالج).

*ملاحظة: يستمر المريض في عمله على إعادة البناء المعرفي طوال مساره العلاجي، وقد تكون التمارين المنزلية في المقام الأول حول التعرض (في الواقع و بالتخيل).

3. متابعة العمل حول استراتيجيات التهدئة والاستراتيجيات الانفعالية واعادة البناء المعرفي(خلال كل المسار العلاجي)

*ملاحظة: من المحتمل أنه مع تقدم العلاج وإحراز المريض تقدماً، ستصبح الفترة الزمنية المخصصة لهذا الموضوع أقصر، ومع ذلك، من الممكن التخطيط لفترة زمنية أطول خلال الجلسة اعتماداً على احتياجات المريض، على سبيل المثال، إذا كان من الضروري العمل على التشوهات المعرفية التي تعاود الظهور وتعيق عملية التعود.

4. التربية النفسية حول التعرض المطول للصدمة

أ- مناقشة ما هو التعرض المطول ومناقشة كيف يمكن لهذه الإستراتيجية أن تساعد ضحايا اضطراب الضغط ما بعد الصدمة (انظر القسم IV - اضطراب الضغط ما بعد الصدمة حسب النموذج السلوكي المعرفي، انظر القسم V – العلاج النفسي لعلاج اضطراب الضغط ما بعد الصدمة؛ القسم الفرعي V.XI التعرض المطول للصدمة).

ب- مناقشة أهداف التعرض المطول.

ج- مناقشة المخاطر والفوائد المحتملة.

5. الشروع بالتعرض في الواقع

أ- الشرح والتربية النفسية حول التعرض في الواقع (انظر القسم V – العلاج النفسي لعلاج اضطراب الضغط ما بعد الصدمة؛ القسم الفرعي V.XI.II.III.V - التعرض في الواقع).

ب- التحضير للتعرض في الواقع (انظر القسم الفرعي - V.XI.III.II.V التعرض في الواقع).

ا. تحديد مع المريض قائمة المنبهات / المواقف التي يجب العمل عليها أثناء التعرض في الواقع.

ii. وضع التسلسل الهرمي المنبهات / المواقف وفقاً لشبكة الـ NAS والتي سيعمل عليها المريض.

iii. وضع قائمة بمراحل التعرض التدريجية للمنبهات / المواقف المختارة.

iv. التلقين على شبكة المراقبة الذاتية للتعرض في الواقع والتي سيتم استكمالها مع المعالج للمرة أو المرات الأولى ثم من قبل المريض أثناء التمارين المنزلية.

ج. التطبيق

i. في كل جلسة، يستكمل المريض شبكة المراقبة الذاتية.

ii. البدء بالمواقف الأسهل (معدل NAS منخفض، على سبيل المثال 40-50) وزيادة مستوى الصعوبة تدريجياً.

iii. يتعرض المريض للموقف المختار بدءاً من الخطوات الأولى في القائمة، يتعرض المريض لفترة كافية، يشعر بالقلق يرتفع وربما ينخفض بنسبة 50% على الأقل، ويتجنب السلوكيات المطمئنة التي تضر بعملية التعرض والتعود، التقدم التدريجي خلال مراحل التعرض.

iv. عندما ينخفض مستوى القلق بدرجة كافية بالنسبة لمنبه أو موقف بعد التعرض المتكرر، يتم تكرار العملية للموقف التالي في التسلسل الهرمي.

6. الواجبات المنزلية:

أ- اختيار منبهين أو موقفين للعمل عليهما في المنزل، سيتم استخدام الثاني إذا لم يتمكن المريض من القيام بالأول أو إذا كان الأول في النهاية سهلاً للغاية.

ب- التدريب على الأقل 5 مرات في الأسبوع حتى ينخفض NAS بنسبة 50% على الأقل (حوالي 40-50 دقيقة لكل جلسة).

ج- في كل جلسة، يجب على المريض استكمال شبكة المراقبة الذاتية.

*ملاحظة: إذا كان أداء المريض يتأثر بشكل أساسي بسلوكيات التجنب في مواقف الحياة اليومية بدلاً من الذكريات وإعادة معايشة الحدث الصدمي، فقد يكون من الضروري تخصيص المزيد من الجلسات للتعرض في الواقع قبل الاستمرار في التعرض المطول بالتعرض عن طريق التخيل.

IV.VI المقابلات 8-19 (أو أكثر) (8e à 19e entrevues)

التعرض بالتخيل Exposition par imagination

1. تتبع التقدم وإعداد جدول أعمال الجلسة.
 - أ- تعرف على تطور الوضعية والأعراض، ضمان تتبع العلاج الدوائي إذا لزم الأمر.
 - ب- معالجة الأسئلة والمخاوف حسب الحاجة.
2. الرجوع للواجبات المنزلية:
 - أ- الرجوع لتمارين إعادة البناء المعرفي.
 - ج- الرجوع إلى تمارين التعرض في الواقع.
 - د- الرجوع إلى تمارين التعرض بالتخيل انطلاقاً من المقابلة 9 من العلاج.

*ملاحظة: يستمر المريض في عمله على إعادة البناء المعرفي طوال مساره العلاجي، وقد يكرّس المريض وقته لتمارين التعرض (في الواقع وعن بالتخيل).
3. متابعة العمل حول استراتيجيات التهدئة والاستراتيجيات الانفعالية وإعادة البناء المعرفي (خلال كل المسار العلاجي)

*ملاحظة: من المحتمل أنه مع تقدم العلاج وإحراز المريض تقدماً، ستصبح الفترة الزمنية المخصصة لهذا الموضوع أقصر، ومع ذلك، من الممكن التخطيط لفترة زمنية أطول خلال الجلسة اعتماداً على احتياجات المريض، على سبيل المثال، إذا كان من الضروري العمل على التشوهات المعرفية التي تعاود الظهور وتعيق عملية التعود.
4. اعتماداً على احتياجات المريض، مواصلة العمل على التعرض في الواقع في العلاج، ويحتمل أنه سيتم تخصيص جلسات العلاج للتعرض بالتخيل بينما سيستمر المريض في التعرض في الواقع في المنزل.
5. البدء في التعرض بالتخيل
 - أ- الشرح والتربية النفسية حول التعرض بالتخيل (انظر القسم ٧ - العلاج النفسي لعلاج اضطراب الضغط ما بعد الصدمة؛ القسم الفرعي ٧.XI.III.II التعرض بالتخيل).
 - ب- التحضير للتعرض بالتخيل (انظر القسم الفرعي - ٧.XI.III.II التعرض بالتخيل).
 - i. مدة ممارسة التعرض بالتخيل في جلسة العلاج:
 1. بالنسبة لجلسة التعرض بالتخيل الأولى، يخطط لجلسة علاجية مدتها 90 دقيقة إن أمكن من أجل تخصيص 60 دقيقة للتعرض.
 2. بالنسبة لجلسات العلاج اللاحقة، تخصيص 40 دقيقة للقيام بالتعرض بالتخيل.

ii. يقوم المعالج بإبلاغ المريض أنه يتم تسجيله حتى يمكن استخدام التسجيل في التمارين المنزلية.

ج- التطبيق

- i. يقدم المريض سرداً مفصلاً للحدث الصدمي وعيناه مغمضتان بصيغة المضارع.
- ii. عند الانتهاء، يدعو المعالج المريض لبدء السرد مرارًا وتكرارًا حتى يكون هناك انخفاض بنسبة 50٪ على الأقل في مستوى القلق.
- iii. يطلب المعالج NAS في البداية ثم كل 5 دقائق أثناء السرد.
- iv. وفي النهاية، يتم الرجوع إلى، كيف عاش المريض جلسة التعرض بالتخيل.
- v. انطلاقاً من جلسة التعرض بالتخيل الثانية أو عندما يكون المريض جاهزاً، يتم بدء العمل على "النقاط الساخنة":

1. وضع تسلسلاً هرمياً لـ "النقاط الساخنة" للعمل عليها
2. البدء بـ "النقطة الساخنة" التي تسبب أقل قدر من الضيق.
3. البدء سرد الحدث الصادم بالانتقال سريعاً إلى المقاطع التي تسبق لحظة للقصة المستهدفة.
4. يروي المريض "النقطة الساخنة" المستهدفة بتفصيل كبير، يتدخل المعالج ليطلب المزيد من التفاصيل حول الأفكار والأحاسيس الجسدية التي يتم تجربتها في اللحظة المحددة للحدث.
5. عند الانتهاء، يدعو المعالج المريض لإعادة سرد الجزء المستهدف مرارًا وتكرارًا حتى يكون هناك انخفاض بنسبة 50٪ على الأقل في مستوى القلق.
6. التقدم في التسلسل الهرمي، إلى غاية لا تسبب "النقطة الساخنة" ضيق كبير.
7. عندما يتم تشريح جميع "النقاط الساخنة"، يتم العودة إلى السرد الكامل للحدث الصدمي (غالبًا ما تكون جلسة التعرض الأخيرة بالتخيل).

7. الواجبات المنزلية:

أ- سيتم استكمال التلقين الأولي على شبكة المراقبة الذاتية خلال التمارين.

- ب- يستمع المريض إلى تسجيل سرد الحدث الصدمي من الجلسة السابقة بشكل متكرر.
- ج- يستكمل المريض شبكة المراقبة الذاتية مع كل ممارسة تعرض بالتخييل.
- د- التدريب على الأقل 5 مرات في الأسبوع، الاستمرار في الاستماع إلى التسجيل حتى ينخفض NAS بنسبة 50% على الأقل.

الانتهاء Termination

1. تتبع تقدم العلاج
2. مراجعة مع المريض المراحل الرئيسية للعلاج والتقنيات التي وجدت أنها أكثر فعالية في تقليل أعراض ما بعد الصدمة وتحسين الأداء وتقليل الضيق النفسي، مناقشة كيفية إعادة استخدامها في المستقبل إذا لزم الأمر.
3. التخطيط لتتبع العلاج الدوائي إذا لزم الأمر: من قبل الطبيب النفسي، طبيب الأسرة أو غيرهم.
4. مناقشة إمكانية معاودة الأعراض - الانتكاسة في المستقبل :
 - أ- مناقشة الأعراض التي تشير إلى التدهور النفسي.
 - ب- استخدام الأدوات التي تعلمتها أثناء العلاج إذا عادت أعراض ما بعد الصدمة.
 - ج- اعلام المريض عن متى ومن يجب استشارته إذا لزم الأمر (يتم الحديث عن الموارد المتاحة، وما إلى ذلك).
5. إعداد مقابلات الدعم إذا لزم الأمر:
 - أ- مقابلة المريض مرة أو مرتين على الأقل بعد بضعة أسابيع أو أشهر من انتهاء العلاج.
 - ب- مناقشة تطور الأعراض والصعوبات التي يواجهها.
 - ج- إذا ظهرت صعوبات، مساعدة الشخص على التغلب عليها باستخدام الأساليب التي تعلمها بالفعل أو باستخدام أساليب أخرى.
6. إذا كان ضروريا، إبلاغ المعالج المريض بمدى استعدادده لمساعدته في حالة ظهور مشكلات أخرى في المستقبل.

القسم VII- أدوات القياس والعلاج Instruments de mesure et outils de
traitement

I.VII قائمة أحداث الحياة الصعبة أو الضاغطة التي قد يمر بها الشخص في حياته. لكل موقف، حدد مربعاً واحداً أو أكثر للإشارة إلى ما يلي: (أ) أنك مررت به شخصياً؛ (ب) كنت شاهداً لذلك بشكل مباشر؛ (ج) علمت أن أحد الأشخاص المقربين منك قد تعرض لمثل هذا الموقف

قائمة أحداث الحياة ⁹			
فيما يلي قائمة بالمواعف الصعبة أو الضاغطة التي قد يمر بها الشخص في حياته. لكل موقف، حدد مربعاً واحداً أو أكثر للإشارة إلى ما يلي: (أ) أنك مررت به شخصياً؛ (ب) كنت شاهداً لذلك بشكل مباشر؛ (ج) علمت أن أحد الأشخاص المقربين منك قد تعرض لمثل هذا الموقف			
ينبغي ذكر فقط الأحداث التي انطوت على تهديد الحياة (باستثناء العنف الجنسي)			
الحدث	لقد حدث هذا لي	لقد كنت شاهداً على ذلك	لقد أعلمت بذلك
1. ضحية الإرهاب	•	•	•
2. كارثة طبيعية (حريق، إحصار، زوبعة، زلزال، الخ.)	•	•	•
3. حريق أو انفجار	•	•	•
4. حادث النقل (حادث سيارة، قارب، حافلة، قطار، حادث طائرة، الخ.)	•	•	•
5. حادث خطير في العمل أو في المنزل أو أثناء الأنشطة الترفيهية	•	•	•
6. التعرض لمادة سامة (المواد الكيميائية الخطرة والإشعاع وغيرها)	•	•	•
7. الاعتداء الجسدي (التعرض للهجوم، الضرب، الطعن، الضرب المبرح، الركل، الخ.)	•	•	•
8. الاعتداء بالأسلحة (الإصابة بأسلحة نارية أو سلاح حاد، أو التهديد بسكين أو سلاح ناري أو قنبلة، وما إلى ذلك)	•	•	•
9. الاعتداء الجنسي (الاغتصاب، محاولة الاغتصاب، الأرقام على عمل جنسي بالقوة أو تحت التهديد)	•	•	•
10. تجربة جنسية أخرى غير مرغوب فيها أو غير سارة (الاعتداء الجنسي على الأطفال)	•	•	•
11. المشاركة في نزاع مسلح أو التواجد في منطقة حرب (في الجيش أو كمدني)	•	•	•
12. الأسر (تم اختطافك، أو احتجازك كرهينة، أو سجنك كأسير حرب، وما إلى ذلك)	•	•	•
13. مرض أو إصابة تهدد الحياة	•	•	•
14. معاناة إنسانية شديدة	•	•	•
15. وفاة عنيفة (القتل والانتحار وغيرها)	•	•	•
16. الموت المفاجئ وغير المتوقع لأحد أفراد الأسرة	•	•	•
17. إصابة خطيرة أو ضرر أو وفاة سببها لشخص ما	•	•	•
18. أي تجربة أخرى ضاغطة للغاية (الإهمال الشديد في مرحلة الطفولة، والتعذيب)	•	•	•
19. أي من الأحداث المذكورة أعلاه لا يزال يزعجك أكثر اليوم؟ الحدث "الأسوأ" بالنسبة لي هو رقم _____	•	•	•

⁹ يترخيص من الدكتور Alain Brunet مخبر البحث في الصدمات النفسية، مركز البحث Douglas : <https://douglas.research.mcgill.ca/fr/laboratoire-de-recherche-sur-les-psychotraumatismes>

II.VII قائمة الضيق أثناء الصدمة PDI Inventario de détresse péritraumatique

قائمة الضيق اثناء الصدمة¹⁰

الرجاء منك استكمال الاختبار بوضع دائرة حول الرقم الذي يصف بشكل أفضل التجربة التي مررت بها أثناء الحدث الصدمي وفي الدقائق والساعات التي تلت ذلك. إذا كانت العناصر لا تنطبق على تجربتك، فيرجى وضع دائرة حول "غير صحيح على الإطلاق".

ليس صحيحا على الإطلاق	صحيح قليلا	صحيح الى حدّ ما	صحيح جدا	صحيح للغاية	
0	1	2	3	4	1 شعرت بالعجز
0	1	2	3	4	2 شعرت بالحزن والأسى
0	1	2	3	4	3 شعرت بالإحباط والغضب
0	1	2	3	4	4 كنت خائف (ة) على سلامتي الخاصة
0	1	2	3	4	5 شعرت بالذنب
0	1	2	3	4	6 لقد شعرت بالخجل من ردود أفعالي الانفعالية
0	1	2	3	4	7 كنت قلق (ة) بشأن سلامة الآخرين
0	1	2	3	4	8 شعرت وكأنني سأفقد السيطرة على مشاعري
0	1	2	3	4	9 كنت ارغب في التبول وتفرغ الأمعاء
0	1	2	3	4	10 شعرت بالرعب
0	1	2	3	4	11 كان لدي استجابات جسدية مثل التعرق والرجفة والخفقان
0	1	2	3	4	12 شعرت وكأنني قد يغى عليه
0	1	2	3	4	13 اعتقدت أنني قد أموت

¹⁰ بترخيص من الدكتور Alain Brunet مخبر البحث في الصدمات النفسية، مركز البحث Douglas :

<https://douglas.research.mcgill.ca/fr/laboratoire-de-recherche-sur-les-psychotraumatismes>

Brunet, A., Weiss, D.S., Metzler, T.J., et coll. (2001). The Peritraumatic Distress Inventory: A proposed Measure of PTSD criterion A2. American Journal of Psychiatry, 158, 1480-1485.

Jehel, L., Brunet, A., Paterniti, S., et coll. (2005). Validation of the French version of the Peritraumatic Distress Inventory. Canadian Journal of Psychiatry, 50, 67-71.

III.VII استبيان التجارب التفككية اثناء الصدمة Questionnaire des expériences de dissociation (PDEQ) péritraumatique

استبيان التجارب التفككية اثناء الصدمة¹¹

يرجى إكمال العبارات التالية بوضع دائرة حول الرقم الذي يصف بشكل أفضل ما شعرت به أثناء الحدث وبعده مباشرة. إذا كانت العبارة لا تنطبق على تجربة الحدث الخاص بك، فيرجى وضع دائرة حول ليس صحيحا على الإطلاق".

ليس صحيحا على الإطلاق	صحيح قليلا	صحيح إلى حد ما	صحيح جدا	صحيح للغاية	
1	2	3	4	5	1 كانت هناك أوقات فقدت فيها متابعة ما كان يحدث - كنت منفصلاً (ة) تمامًا أو، بطريقة ما، شعرت وكأنني لم أكن جزءًا مما كان يحدث.
1	2	3	4	5	2 وجدت نفسي على "الطيار الآلي"، وبدأت في القيام بأشياء (أدركت ذلك لاحقًا) لم أقرر بهمة القيام بها.
1	2	3	4	5	3 تغير ادراكي للزمن، وبدأ أن الأمور تحدث بحركة بطيئة.
1	2	3	4	5	4 ما كان يحدث بدا لي غير واقعي، وكأنني كنت في حلم، أو في السينما، ألعب دورًا.
1	2	3	4	5	5 وكأنني كنت متفرج (ة) على ما يحدث لي، وكأنني أطفو فوق المشهد وألاحظه من الخارج.
1	2	3	4	5	6 كانت هناك أوقات حيث كان فيما إدراكي لجسدي مشوه أو متغير. شعرت بأنني منفصل عن جسدي، أو أنه يبدو أكبر أو أصغر من المعتاد.
1	2	3	4	5	7 شعرت أن الأشياء التي حدثت لأشخاص آخرين حدثت لي أيضًا، مثل كوني في خطر بينما لم أكن كذلك.
1	2	3	4	5	8 فوجئت بعد حدوث الأمر بأن عدة أشياء قد حدثت دون أن أدرك ذلك، أشياء كنت سألاحظها عادة.
1	2	3	4	5	9 لقد كنت مرتبكًا (ة)، بمعنى أنه في بعض الأحيان كنت أجد صعوبة في فهم ما كان يحدث بالفعل.
1	2	3	4	5	10 كنت مشوشًا (ة)، بمعنى أنني لم أكن متأكدًا (ة) في بعض الأحيان من مكان وجودي أو كم كان الوقت.

¹¹ بترخيص من الدكتور Alain Brunet مخبر البحث في الصدمات النفسية، مركز البحث Douglas:

<https://douglas.research.mcgill.ca/fr/laboratoire-de-recherche-sur-les-psychotraumatismes>

Marmar, C.R., Weiss, D.S., & Metzler, T.J. (1997). The Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire. In Wilson J.P., Marmar C.R., (Eds.). Assessing psychological trauma and posttraumatic stress disorder (p. 412-428). New York: The Guilford Press.

Birmes, P., Brunet, A., Benoit, M., et coll. (2004). Validation of the Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire self-report version in two samples of French-speaking individuals exposed to trauma. *European Psychiatry*, 226, 1-7.

IV.VII مقياس تأثير الأحداث المراجع (IES-R) Impact of Event Scale-Revised

يتم تنقيط كل بند من 0 إلى 4، درجة 1 تعني "لا على الإطلاق" ودرجة 4 تعني "للا غاية" يتم الحصول على الدرجة الكلية من خلال جمع درجات البنود الـ 22.

تفسير الدرجات يكون على النحو التالي:

أعراض قليلة. لا يلزم اتخاذ أي إجراء.	من 1 الى 11
الكثير من الأعراض. يستدعي المراقبة.	من 12 الى 32
مستوى كبير من الأعراض. مطلوب مزيد من التقييم.	33 وما فوق

مقياس تأثير الاحداث المراجع (IES-R)¹²

فيما يلي قائمة بالصعوبات التي يواجهها الأشخاص أحياناً بعد حدث ضاغط. يُرجى قراءة كل بند بعناية والإشارة إلى مدى انزعاجك من كل من هذه الصعوبات خلال الأيام السبعة الماضية، فيما يتعلق بالحدث التالي: _____

ضع دائرة حول الإجابة المناسبة لاختيارك.

للغاية	كثيرا	بشكل متوسط	قليلا	لا على الإطلاق	
4	3	2	1	0	1 أي تذكير بالحدث أعاد إحياء مشاعري تجاه الحدث.
4	3	2	1	0	2 استيقظت في الليل.
4	3	2	1	0	3 أشياء مختلفة كانت تجعلني أفكر في الأمر.
4	3	2	1	0	4 كنت أشعر بالتوتر والغضب.
4	3	2	1	0	5 عندما كنت أفكر في الأمر أو كنت أتذكره، كنت أتجنب أن أنزعج بذلك.
4	3	2	1	0	6 دون قصد، كنت أعيد التفكير في الأمر.
4	3	2	1	0	7 شعرت أن الحدث لم يحدث أبداً أو لم يكن حقيقياً.
4	3	2	1	0	8 كنت ابتعد عن أي شيء كان يجعلني أفكر في الأمر.
4	3	2	1	0	9 صور للحدث كانت تبرز في ذهني.
4	3	2	1	0	10 كنت عصبياً (عصبية) وكنت أفزع بسهولة.
4	3	2	1	0	11 كنت أحاول عدم التفكير في ذلك.
4	3	2	1	0	12 كنت واعياً (واعية) أنه لا يزال لدي الكثير من الانفعالات حول هذا الحدث، لكنني لم أتعامل معها.
4	3	2	1	0	13 كانت مشاعري تجاه هذا الحدث كأنها متجمدة.
4	3	2	1	0	14 كنت أشعر وكنت أستجيب كما لو كنت لا أزال في الحدث.
4	3	2	1	0	15 واجهت صعوبة في النوم.
4	3	2	1	0	16 كنت أشعر بموجات من المشاعر الشديدة حول هذا الحدث.
4	3	2	1	0	17 حاولت محوه من ذاكرتي.
4	3	2	1	0	18 كان لدي صعوبة في التركيز.
4	3	2	1	0	19 كان ما يذكرني بالحدث قد تسبب في استجابات جسدية مثل التعرق أو صعوبة التنفس أو الغثيان أو خفقان القلب.
4	3	2	1	0	20 حلمت بالحدث.
4	3	2	1	0	21 كنت بالمرصاد وحريص(ة).
4	3	2	1	0	22 حاولت عدم التحدث عن ذلك.

¹² بترخيص من الدكتور Alain Brunet مخبر البحث في الصدمات النفسية، مركز البحث Douglas :

<https://douglas.research.mcgill.ca/fr/laboratoire-de-recherche-sur-les-psychotraumatismes>

Weiss, D. S. & Marmar, C. R. (1997). The Impact of Event Scale –Revised. In J. Wilson & T. Keane (Eds), Assessing psychological trauma and PTSD, 399-411. New York : Guildford.

Brunet A., St-Hilaire, A., Jehel, L., & King, S. (2003). Validation of a French version of the Impact of Event Scale-Revised. Canadian Journal of Psychiatry, 48, 56-61.

Weiss, D. (1996). Psychotraumatic review of the Impact of Events Scale – Revised. In B. H. Stamm (Ed.). Measurement of stress, trauma and adaptation. Lutherville, MD : Sidan Press.

V.VII مقياس اضطراب الضغط ما بعد الصدمة PCL-5 - (قائمة من DMS-5)

Questionnaire PCL-5 (Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DMS-5)

يتم تنقيط كل بند من 0 إلى 4، بحيث تشير درجة 0 إلى "لا على الإطلاق" ودرجة 4 إلى "للغاية". يتم حساب الدرجة الكلية للمقياس عن طريق جمع درجات البنود العشرين، تشير الدرجة 33 وما فوق إلى وجود اضطراب الضغط ما بعد الصدمة TSPT.

فيما يلي قائمة بالصعوبات التي يواجهها الأشخاص أحياناً بعد تجربة ضاغطة حقاً. يرجى قراءة كل عبارة بعناية ووضع دائرة حول الرقم الموجود على اليسار للإشارة إلى مدى تأثير هذه المشكلة عليك خلال الشهر الماضي.

ضع دائرة حول الإجابة المناسبة لاختيارك.

للغاية	كثيرا	بشكل متوسط	قليلا	لا على الإطلاق	
4	3	2	1	0	1 ذكريات متكررة ومؤلمة وغير إرادية عن التجربة الضاغطة؟
4	3	2	1	0	2 أحلام متكررة ومزعجة بسبب التجربة الضاغطة؟
4	3	2	1	0	3 تشعر فجأة أن التجربة الضاغطة تحدث مرة أخرى (وكأنك تمر بها مرة أخرى)؟
4	3	2	1	0	4 تزعج عندما يذكرك شيء ما بالتجربة؟
4	3	2	1	0	5 تستجيب جسدياً عندما يذكرك شيء ما بالتجربة الضاغطة (على سبيل المثال، تسارع نبضات القلب، أو صعوبة التنفس، أو التعرق)؟
4	3	2	1	0	6 تجنب الذكريات أو الأفكار أو المشاعر المتعلقة بالتجربة الضاغطة؟
4	3	2	1	0	7 تجنب الأشخاص والأشياء التي تذكرك بالتجربة الضاغطة (مثل الأشخاص أو الأماكن أو المحادثات أو الأنشطة أو الأشياء أو المواقف)؟
4	3	2	1	0	8 تواجه صعوبة في تذكر أجزاء مهمة من التجربة الضاغطة؟
4	3	2	1	0	9 لديك معتقدات سلبية حول نفسك أو الآخرين أو العالم (على سبيل المثال، وجود أفكار مثل أنني سيء، أو أن هناك شيء خطير بي، أو لا أحد جدير بالثقة، أو أن العالم مكان خطير تماماً)؟
4	3	2	1	0	10 تلوم نفسك أو الآخرين على التجربة الضاغطة أو ما حدث بعد ذلك؟
4	3	2	1	0	11 لديك مشاعر سلبية شديدة مثل الخوف أو الرعب أو الغضب أو الذنب أو الخجل؟
4	3	2	1	0	12 فقدت الاهتمام بالأنشطة التي كنت تستمتع بها من قبل؟
4	3	2	1	0	13 تشعر بأنك بعيد أو منقطع عن الآخرين؟
4	3	2	1	0	14 تواجه صعوبة في تجربة المشاعر الإيجابية (مثل عدم القدرة على الشعور بالبهجة أو الحب تجاه المقربين منك)؟
4	3	2	1	0	15 تكون سريع الانفعال، أو لديك موجات الغضب، أو تتصرف بعدوانية؟
4	3	2	1	0	16 تتحمل مخاطر متهورة أو تتصرف بطرق قد تعرضك للخطر؟
4	3	2	1	0	17 تكون "في حالة تأهب فائق" أو "يقظ" أو "على أهية الاستعداد"؟
4	3	2	1	0	18 تقفز بسهولة؟
4	3	2	1	0	19 تواجه صعوبة في التركيز؟
4	3	2	1	0	20 تواجه صعوبة في إيجاد النوم أو الحفاظ عليه؟

¹³ بترخيص من الدكتور Alain Brunet مخبر البحث في الصدمات النفسية، مركز البحث Douglas :

<https://douglas.research.mcgill.ca/fr/laboratoire-de-recherche-sur-les-psychotraumatismes>

Ashbaugh, A. R., Houle-Johnson, S., Herbert, C., El-Hage, W. et Brunet, A. (2016). Psychometric validation of the english and french versions of the posttraumatic stress disorder checklist for DSM-5 (PCL-5). Plos One, 11(10), e0161645-e0161645.

VI.VII مقياس الاكتئاب لـ Beck Inventaire de Beck pour la dépression

من 0 إلى 9: عادي

من 10 إلى 19: اكتئاب خفيف

من 20 إلى 25: اكتئاب معتدل

من 26 إلى 29: اكتئاب معتدل إلى شديد

من 30 إلى 40: اكتئاب شديد

41 من أو أكثر: اكتئاب شديد جدا

مقياس BECK للاكتئاب

.....:التاريخ

.....:الاسم

هذا استبيان يشمل مجموعات كثيرة من الجمل، المطلوب منك بالنسبة لكل مجموعة:

1. قراءة كل الجمل بعناية
 2. وضع علامة «X» داخل القوس بجانب الجملة التي تصف بشكل أكثر كيف تشعر بنفسك منذ أسبوع وفي الوقت الحالي
 3. إذا كانت جمل تناسبك، ضع «X» امام كل منها
-
1. () 0 لا أشعر بالجزن () 11. () 0 لست مزعجاً الآن أكثر مما كنت عليه في العادة
 - () 1 أشعر بالجزن والكثابة () 1 أصبح مزعجاً أو غاضباً بسهولة أكبر الآن من الأوقات العادية
 - () 2 أنا كئيب أو حزين طوال الوقت ولا أستطيع وأعجز عن الفكك منهم () 2 أشعر بالانزعاج دوماً
 - () 2 أشعر بالجزن أو التعاسة لدرجة تؤلني () 3 لا تغضبني الآن اطلاقاً الأشياء التي تسبب عادة لي ذلك
 - () 3 أشعر بالجزن والتعاسة لدرجة لا أتحملاً () 0 لم أفقد اهتمامي بالناس
 2. () 0 لا أشعر بالقلق أو التشاؤم من المستقبل () 12. () 0 أنا الآن أقل اهتماماً بالآخرين عن السابق
 - () 1 أشعر بالتشاؤم من المستقبل () 2 فقدت معظم اهتمامي وإحساسي بوجود الآخرين
 - () 2 أشعر انه لا يوجد ما أتطلع إليه في المستقبل () 3 فقدت تماماً اهتمامي بالآخرين ولا أنشغل بهم على الإطلاق
 - () 2 أشعر انه لا أستطيع أبداً أن أتخلص من متاعي () 0 اتخذ القرارات بنفس الكفاءة التي كانت عليها من قبل
 - () 3 أشعر بالياس من المستقبل وأن الأمور لن تتحسن () 1 أحاول تأجيل اتخاذ القرارات الى وقت لاحق
 3. () 0 لا أشعر بأني فاشل () 2 لدي صعوبات كثيرة في اتخاذ القرارات
 - () 1 أشعر أنني فشلت أكثر من العاديين () 3 أعجز تماماً عن اتخاذ أي قرار بالمرّة
 - () 2 أشعر أنني حققت أشياء قليلة جداً لها معنى أو أهمية معينة () 14. () 0 لا أشعر بأن شكلي أسوأ من ذي قبل
 - () 2 عندما أنظر إلى حياتي في السابق أجدها مليئة بالفشل () 1 أشعر بالقلق من أنني أبداً أكبر سناً وأقل جاذبية
 - () 3 أشعر أنني شخص فاشل تماماً (أباً أو زوجاً أو امرأة) () 2 أشعر بوجود تغيرات دائمة في شكلي تجعلني أبداً أقل جاذبية
 4. () 0 لست ساخطاً على وجه الخصوص () 3 أشعر بأن شكلي قبيح أو مشمئز.
 - () 1 أشعر بالملل أغلب الوقت () 15. () 0 يمكنني العمل بنفس الكفاءة كما كنت من قبل
 - () 2 لا أستمتع بالأشياء كما كنت من قبل () 1 أحتاج إلى مجهود خاص لكي أبداً شيئاً
 - () 2 لم أعد أجد شيئاً يحقق لي الرضا () 1 لا أعمل بنفس الكفاءة التي كنت أعمل بها من قبل
 - () 3 إنني غاضب أو ساخط من كل شيء () 2 أحتاج لأدفع نفسي بمشقة لكي أعمل أي شيء
 5. () 0 ليس لدي إحساس خاص بالذنب على شيء () 3 أعجز عن أداء أي عمل على الإطلاق
 - () 1 أشعر بأني سيء أو تافه أغلب الوقت () 16. () 0 أنام جيداً كما تعودت
 - () 1 يصيبني إحساس شديد بالذنب () 1 أستيقظ مرهقاً في الصباح أكثر من قبل
 - () 2 أشعر بأني سيء وتافه أغلب الأوقات تقريباً () 2 أستيقظ من 2-3 ساعات أبكر من ذي قبل، وأعجز عن استئناف نومي
 - () 3 أشعر بأني سيء وتافه للغاية () 3 أستيقظ مبكراً كل يوم ولا أستطيع النوم أكثر من 5 ساعات
 6. () 0 لا أشعر بأن هناك عقاباً يحل بي () 17. () 0 لا أتعب بسرعة أكثر من المعتاد
 - () 1 أشعر بأن شيئاً سيئاً سيحدث لي () 1 أتعب بسهولة أكثر من ذي قبل
 - () 2 أشعر بأن عقاباً وقع أو سوف يقع علي بالفعل () 2 أتعب من فعل أي شيء
 - () 3 أشعر بأني أستحق أن أعاقب () 3 أنا متعب جداً لفعل أي شيء
 7. () 3 لدي رغبة في ان أعاقب () 18. () 0 شهيتي للطعام ليست أسوأ من قبل
 - () 0 لا أشعر بخيبة الأمل في نفسي () 1 شهيتي للطعام ليست جيدة كالسابق
 - () 1 يخيب أمني في نفسي () 2 شهيتي للطعام أسوأ بكثير الآن
 - () 1 لا أحب نفسي () 3 ليس لدي شهية على الإطلاق
 - () 2 أشمئز من نفسي () 19. () 0 وزني تقريباً ثابت
 - () 3 أكره نفسي () 1 فقدت أكثر من 2 كغ من وزني
 8. () 0 لا أشعر بأني أسوأ من أي شخص آخر () 2 فقدت أكثر من 4 كغ من وزني
 - () 1 أنتقد نفسي بسبب نقاط ضعفي أو أخطائي () 3 فقدت أكثر من 6 كغ من وزني
 - () 2 ألوم نفسي لما أرتكب من أخطاء () 20. () 0 لست قلقاً على صحتي أكثر من المعتاد
 - () 3 ألوم نفسي على كل شيء سئ يحدث لي () 1 أنا قلق من الأوجاع أو الالام، أو مشاكل في الهضم أو الإمساك
 9. () 0 لا تنتابني أي أفكار لا يذاء نفسي () 2 أنا قلق للغاية بشأن ما أشعر به أو كيف أشعر الى درجة يصعب علي التفكير في أي شيء آخر
 - () 1 تراودني أفكار لا يذاء نفسي ولكن لا أنفذها () 3 أفكر فقط فيما أشعر به أو كيف أشعر.
 - () 2 أشعر انه أفضل لي أن أموت () 21. () 0 لم ألاحظ أي تغيرات حديثة في رغبتني الجنسية
 - () 2 أشعر انه يكون أفضل لعائلتي لو كنت ميتاً () 1 أنا أقل اهتماماً برغبتني الجنسية من ذي قبل
 - () 3 لدي خطط أكيدة للانتحار () 2 أنا أقل اهتماماً بكثير برغبتني الجنسية الآن
 - () 3 لو استعطت لقتلت نفسي () 3 لقد فقدت اهتمامي برغبتني الجنسية تماماً
 10. () 0 لا أبكي أكثر من المعتاد () 1 أبكي أكثر مما كنت من قبل
 - () 2 أبكي حالياً طوال الوقت ولا أستطيع أن أتوقف عن ذلك () 2
 - () 3 كنت قادراً على البكاء ولكنني أعجز الآن عن البكاء حتى لو أردت ذلك () 3

Inventaire de Beck pour l'anxiété Beck لـ مقياس الحصر لـ VII.VII

من 0 إلى 9: عادي

من 10 إلى 19: حصر خفيف

من 20 إلى 25: حصر معتدل

من 26 إلى 29: حصر معتدل إلى شديد

من 30 إلى 40: حصر شديد

41 من أو أكثر: حصر شديد جدا

مقياس BECK للحصر

النتائج:.....

التاريخ:.....

الاسم:.....

فيما يلي قائمة بالأعراض الشائعة للقلق. يرجى قراءة كل عرض بعناية. وضح، من خلال وضع دائرة حول الرقم المناسب، إلى أي مدى تأثرت بكل من هذه الأعراض خلال الأسبوع الماضي بما فيه اليوم.

ب... خلال	الأيام	السبعة	الماضية،	تأثرت	لا على	بشكل قليل	بشكل معتدل كان	كثيرا
ب...	ب...	ب...	ب...	ب...	ب...	ب...	ب...	ب...
1					0	1	2	3
2					0	1	2	3
3					0	1	2	3
4					0	1	2	3
5					0	1	2	3
6					0	1	2	3
7					0	1	2	3
8					0	1	2	3
9					0	1	2	3
10					0	1	2	3
11					0	1	2	3
12					0	1	2	3
13					0	1	2	3
14					0	1	2	3
15					0	1	2	3
16					0	1	2	3
17					0	1	2	3
18					0	1	2	3
19					0	1	2	3
20					0	1	2	3
21					0	1	2	3

يستخدم من قبل مخبر دراسة الصدمة
الترجمة الفرنسية: Mark Freeston (1989)

مذكرة - ملخص التقييم لاضطراب الضغط ما بعد الصدمة¹⁴

قبل الصدمة :

- ❑ الطفولة والمزاج؛
- ❑ السوابق المرضية النفسية الشخصية والعائلية؛
- ❑ السوابق الطبية والجراحية؛
- ❑ السوابق الصدمية وضغوطات الحياة الأخرى؛
- ❑ الأداء النفسي والاجتماعي والمهني السابق.

أثناء الصدمة:

- ❑ تاريخ ومكان الحدث؛
- ❑ الشدة؛
- ❑ الحالات الانفعالية أثناء الحدث وبعده بفترة قصيرة مثل الخوف من الموت، والعجز، والخجل، والشعور بالذنب، والغضب، وما إلى ذلك، استخدام مقياس "قائمة الضيق أثناء الصدمة" حسب الحاجة؛
- ❑ وجود أو عدم وجود استجابة التفكك، استخدام مقياس "استبيان التجارب التفككية أثناء الصدمة" حسب الحاجة.

بعد الصدمة:

- ❑ شبكة الدعم؛
- ❑ الصحة العقلية الحالية والأمراض النفسية المصاحبة (الاعتلال المشترك) (اضطرابات الحصر والاكتئاب، والأرق، والتفكير في الانتحار، وما إلى ذلك)؛
- ❑ التجارب الدوائية والنفسية؛
- ❑ أنماط الحياة (المخدرات، الكحول، النظام الغذائي، الرياضة، إلخ) ؛
- ❑ المنهات المرتبطة بتفعيل نظام الإنذار؛
- ❑ استراتيجيات إدارة الضغط السلوكية والعاطفية (تقييم عوامل الحفاظ: التجنب، والتفكك، وما إلى ذلك)؛
- ❑ الأداء النفسي والاجتماعي والمهني الحالي؛

¹⁴مقتبس من «Les troubles liés aux événements traumatiques» ل Bond, S, Belleville, G, Guay, S (2019)

Exercice - Échelle de gradation des émotions 15 تمرين - مقياس تدرج الانفعالات IX.VII

	الانفعالات:	=1
	الأحاسيس الجسدية:	
	الانفعالات:	=2
	الأحاسيس الجسدية:	
	الانفعالات:	=3
	الأحاسيس الجسدية:	
	الانفعالات:	=4
	الأحاسيس الجسدية:	
	الانفعالات:	=5
	الأحاسيس الجسدية:	
	الانفعالات:	=6
	الأحاسيس الجسدية:	
	الانفعالات:	=7
	الأحاسيس الجسدية:	
	الانفعالات:	=8
	الأحاسيس الجسدية:	
	الانفعالات:	=9
	الأحاسيس الجسدية:	
	الانفعالات:	=10
	الأحاسيس الجسدية:	

15 مقتبس من Dre Pascale Brillon (2005) لـ «Comment aider les victimes souffrant de stress post-traumatique»

Exercice – Grille d’auto-observation de la restructuration cognitive¹⁶ تمرين X.VII - شبكة المراقبة الذاتية لإعادة البناء المعرفي

الافكار الآلية والانسابات	السلوكيات	الانفعالات/ الاعراض الفيزيولوجية	الوضعية
يمكن أن أتعرض للهجوم. لا أستطيع أن أتق بأحد	المشي بسرعة، ومراقبة الآخرين بعناية	الخوف: 10/7 اليقظة المفرطة: 10/8 توتر العضلات وخفقان القلب	مثل: الخروج من البيت بمفردك

¹⁶ مقتبس من «Comment aider les victimes souffrant de stress post-traumatique» J Dre Pascale Brillon (2005)

Exercice – Restructuration cognitive avec إعادة البناء المعرفي مع الاستجواب السقراطي XI.VII

questionnement socratique

الموقف والأفكار الآلية:

1- ما هي الأدلة التي يدعم تفكيري؟

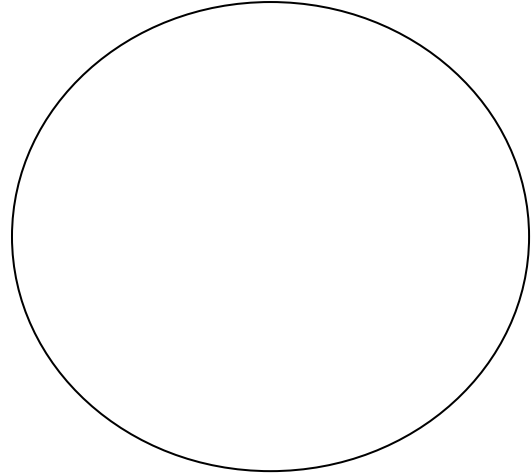
2- ما هي الأدلة التي تدحض تفكيري؟

3- هل هناك طريقة أخرى لتفسير نفس الموقف؟

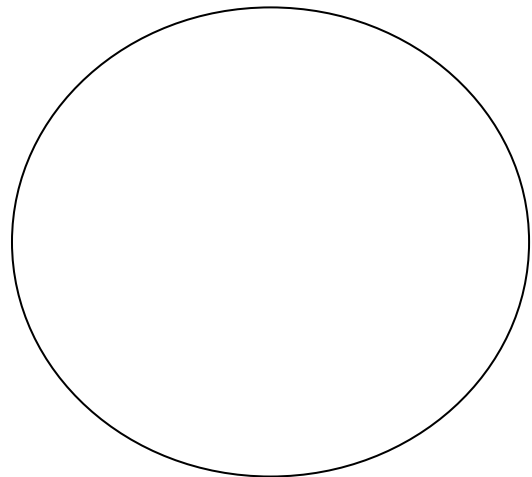
4- إذا افترضنا أن هذه الفرضية صحيحة، فما هي النتائج والمخاطر الواقعية؟ ما هو أسوأ سيناريو؟ كيف يمكن التعامل؟ هل من الممكن التكيف؟

Exercice – Tarte des hypothèses¹⁷ مخطط الافتراضات XII.VII تمرين -

الموقف/السلوك/الانفعالات:



الموقف/السلوك/الانفعالات:



¹⁷ مقتبس من Dre Pascale Brillon (2005) ل «Comment aider les victimes souffrant de stress post-traumatique»

Exercice – Hiérarchie des stimuli et des ¹⁸المواقف الهرمي للمنبهات والمواقف 18
situations

التسلسل الهرمي للمنبهات/المواقف وفقاً لـ NAS الخاصة بهم		
:NAS		.1
:NAS		.2
:NAS		.3
:NAS		.4
:NAS		.5
:NAS		.6
:NAS		.7
:NAS		.8
:NAS		.9
:NAS		.10
:NAS		...

¹⁸مقتبس من «Comment aider les victimes souffrant de stress post-traumatique» Dre Pascale Brillon (2017) و «Prolonged Exposure Therapy for PTSD – Emotional Processing of Traumatic Experiences» Edna. B. Foa et coll. (2019).

Exercice – Étapes de progression de l'exposition à ¹⁹مراحل تطور التعرض لموقف ما
une situation

خطوات الموقف #: _____	
	.1
	.2
	.3
	.4
	.5
	.6
	.7
	.8
	.9
	.10
	...

Dre Pascale Brillon لـ «Comment aider les victimes souffrant de stress post-traumatique» مقتبس من ¹⁹
(2017).

Exercice – Grille d’auto-observation d’exposition in vivo²⁰ شبكة المراقبة الذاتية للتعرض في الواقع

شبكة المراقبة الذاتية للتعرض في الواقع للوضعية #:						
المرحلة	التاريخ و الساعة:	NAS قبل:	NAS أثناء:	NAS بعد:	المدة	تعليقات

²⁰ مقتبس من «Comment aider les victimes souffrant de stress post-traumatique» J Dre Pascale Brillon (2017) ، و «Prolonged Exposure Therapy for PTSD – Emotional Processing of Traumatic Experiences» J Edna B. Foa et coll. (2019) و «Cognitive-Behavioral Therapy for PTSD- A case formulation approach» J Claudia Zayfert et Carolyn Black Becker (2007)

Exercice – Grille des NAS durant ²¹التعرض بالتخيل
 XVI.VII تمرين - شبكة ال NAS اثناء التعرض بالتخيل
 l'exposition par imagination

تمرين - شبكة ال NAS اثناء التعرض بالتخيل #: _____		
الوقت:	: NAS	ملاحظات:
0 دقيقة		
5 دقيقة		
10 دقيقة		
20 دقيقة		
25 دقيقة		
30 دقيقة		
35 دقيقة		
40 دقيقة		

²¹مقتبس من «Processing of Traumatic Experiences» Prolonged Exposure Therapy for PTSD – Emotional Edna B. Foa et J coll. (2019).

Exercice – Graphique des NAS durant l'exposition par imagination²² أثناء التعرض بالتخيل NAS ال رسم بياني ال تمرين - رسم بياني ال NAS أثناء التعرض بالتخيل الجلسة #: _____



²²مقتبس من «Comment aider les victimes souffrant de stress post-traumatique» ل Dre Pascale Brillon (2017) و «Cognitive-Behavioral Therapy for PTSD- A case formulation approach» ل Claudia Zayfert et Carolyn Black Becker (2007)

Exercice – Hiérarchie des «points chauds»
 XVIII.VII تمرين - التسلسل الهرمي لـ "النقاط المهمة- الساخنة" التي يجب العمل عليها أثناء التعرض
 chads»

التسلسل الهرمي لـ "النقاط الساخنة" التي يجب العمل عليها أثناء التعرض		
:NAS		.1
:NAS		.2
:NAS		.3
:NAS		.4
:NAS		.5
:NAS		.6
:NAS		.7
:NAS		.8
:NAS		.9
:NAS		.10

Exercice - Grille d'auto-observation d'exposition par imagination²³ شبكة المراقبة الذاتية للتعرض بالتخيل - تمرين XIX.VII

شبكة المراقبة الذاتية للتعرض بالتخيل:						
تعليقات	المدة	NAS بعد:	NAS أثناء:	NAS قبل:	التاريخ:	الممارسة #

²³ مقتبس من «Comment aider les victimes souffrant de stress post-traumatique» J Dre Pascale Brillon (2017) و «Prolonged Exposure Therapy for PTSD – Emotional Processing of Traumatic Experiences» J Edna B. Foa et coll. (2019) و «Cognitive-Behavioral Therapy for PTSD» J Claudia Zayfert et Carolyn Black Becker (2007) J PTSD- A case formulation approach»

XX.VII بطاقة علاجية- ملخص العلاج مع الأدوات

اسحب جميع بطاقات العمل والواجبات المنزلية والقراءات التي قمت بها كجزء من علاجك، قم بإلقاء نظرة عليها دون إعادة قراءة كل شيء بالتفصيل لتذكير نفسك بكل ما قمت به في هذا العلاج، اكتب ما هو الأكثر فائدة لك أدناه، يتعلق الأمر بملخص شخصي للغاية، وليس المقصود منه أن يكون كامل، بل تحديد الأدوات التي كانت مفيدة لك لزيادة فرصك في دمجها في حياتك اليومية على المدى الطويل.

Fiche de prévention des rechutes²⁴ بطاقة الوقاية من الانتكاسة

هل تحدث لي انتكاسة؟	
مضعيات الخطر	ماذا علي ان أفعله إذا اعتقدت أن الأمر يتعلق بانتكاسة
الأعراض*	

* قم هنا بوصف الأعراض التي تظهر عندما تحدث لك انتكاسة. انتبه بشكل خاص للأعراض الأولى التي تظهر. اكتب مدى اختلافها عن الحالة الجيدة والسينة في أدائك المعتاد، سيكون من الأفضل أن تصف شيئًا مثل "لا أنام أكثر من أربع ساعات في الليلة معظم الليالي لعدة أسابيع" بدلاً من "لا أنام جيدًا".

Goulet, J. 2012²⁴

- Brillon, P. (2017). Se relever d'un traumatisme : Réapprendre à vivre et à faire confiance. Québec : Les éditions Québec-Livres.
- Brillon, P. (2012). Quand la mort est traumatique : Passer du choc à la sérénité. Québec : Quebecor.
- Foa, E.B. & Rothbaum, B.O. (2012). Revivre après un viol: comprendre son traumatisme, faire le point sur soi-même, s'engager dans le traitement. Dunod.
- Rothbaum, B.O., Foa, E.B. & Hembree, E. (2007). Reclaiming your life from a traumatic experience: A prolonged exposure treatment program workbook. Oxford University Press.
- O'Hare, D. (2019). Cohérence cardiaque 365 : Le guide de respiration antistress. France :Éditions Thierry Souccar.

<https://tccmontreal.com/>

<https://www.psychopap.com/>

<http://www.info-trauma.org/fr/accueil>

<https://cavac.qc.ca/>

Cohérence cardiaque التماسك القلبي

<https://www.youtube.com/watch?v=dGJkzyKHKUE>

<https://www.youtube.com/watch?v=zM2gq8kYKyE>

RespiRelax+ : sur Android et iOS, en anglais et en français

Respiration diaphragmatique التنفس البطني

http://www.cscp.umontreal.ca/documents/Carton_Respiration_diaphragmatique_F.pdf

<https://www.youtube.com/watch?v=14jwlvCbL6g>

Pleine conscience et méditation الوعي الكامل والتأمل

<https://tccmontreal.com/mbct/>

<https://www.psychopap.com/atelier-mediter-pour-ne-plus-stresser/>

Petit Bambou : sur Android et iOS, en anglais et en français

Headspace : sur Android et iOS, en anglais et en français

Calm : sur Android et iOS, en anglais et en français

Relaxation progressive de Jacobson الاسترخاء التدريجي لـ

<https://tccmontreal.files.wordpress.com/2016/03/la-relaxation-progressive-de-jacobson-instructions.pdf>

CAVAC. Centre d'aide aux victimes d'actes criminels.

REVIVRE. Organisme québécois de soutien aux personnes souffrant de troubles anxieux, dépressifs ou bipolaires.

ACSM. Association canadienne pour la santé mentale.

- American Psychiatric Association. (2017). Clinical Practice Guideline for the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) in Adults. <https://www.apa.org/ptsd-guideline>
- American Psychiatric Association. (2015). DSM-5 : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (traduit par J.-D. Guelfi et M.-A. Crocq; 5e éd.). Elsevier Masson.
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5 (5e éd.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Amoroso, T., & Workman, M. (2016). Treating posttraumatic stress disorder with MDMA-assisted psychotherapy: A preliminary meta-analysis and comparison to prolonged exposure therapy. *Journal of psychopharmacology (Oxford, England)*, 30(7), 595–600. <https://doi.org/10.1177/0269881116642542>
- Asmundson, G., Thorisdottir, A. S., Roden-Foreman, J. W., Baird, S. O., Witcraft, S. M., Stein, A. T., Smits, J., & Powers, M. B. (2019). A meta-analytic review of cognitive processing therapy for adults with posttraumatic stress disorder. *Cognitive behaviour therapy*, 48(1), 1–14. <https://doi.org/10.1080/16506073.2018.1522371>
- Bajor, L., Ticlea, A. & Osser, D. N. (2020, septembre). Posttraumatic Stress. *Psychopharmacology Algorithms*. https://psychopharm.mobi/algo_live/#
- Beck, A., Emery, G., & Greenberg, R. (1985). *Anxiety Disorders and Phobias. A Cognitive Perspective* (pp. 300-368). New York: Basic Books.
- Beck, J.S., Beck, A.T. (1995). *Cognitive Therapy: Basics and Beyond*, 1st Edition. New York: The Guilford Press.
- Birmes, P., Brunet, A., Benoit, M., Defer, S., Hatton, L., Sztulman, H., & Schmitt, L. (2005). Validation of the Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire self-report version in two samples of French-speaking individuals exposed to trauma. *European psychiatry : the journal of the Association of European Psychiatrists*, 20(2), 145–151. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2004.06.033>

- Bisson, J. I., Roberts, N. P., Andrew, M., Cooper, R., & Lewis, C. (2013). Psychological therapies for chronic post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults. The Cochrane database of systematic reviews, 2013(12), CD003388. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003388.pub4>
- Bodin, L. (2017, 29 mai). *La respiration abdominale* [vidéo]. Youtube. <https://www.youtube.com/watch?v=ljjeCB4juEo>
- Bond, S, Belleville, G, Guay, S (2019). Les troubles liés aux événements traumatiques. Sainte-Foy: Les Presses de l'université Laval.
- Brewin, C. R., Andrews, B., & Valentine, J. D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of consulting and clinical psychology*, 68(5), 748–766. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.68.5.748>
- Brillon, P. (2017). Comment aider les victimes souffrant de stress post-traumatique (6e édition). Outremont : Les éditions Quebecor Média inc.
- Brillon, P. (2013). Comment aider les victimes souffrant de stress post-traumatique (5e édition). Outremont : Les éditions Quebecor Média inc.
- Brillon, P. (2005). Comment aider les victimes souffrant de stress post-traumatique (2e édition). Outremont : Les éditions Quebecor Média inc.
- Brillon, P. (2015) Comment aider les victimes souffrant de TSPT – Guide de pratique.
- Brillon, P (2004). Se relever d'un traumatisme. Outremont : Les éditions Quebecor Média inc.
- Brillon, P., Marchand, A. et Stephenson, R. (1996). Conceptualisations étiologiques du trouble de stress post-traumatique : description et analyse critique. *Revue Francophone de Clinique Comportementale et Cognitive*, 1(1), 1–13

- Brunet, A. (2009). Espace professionnel & formation. Info-Trauma. <http://www.info-trauma.org/fr/formation>
- Brunet, A., Poundja, J., Tremblay, J., Bui, E., Thomas, E., Orr, S. P., Azzoug, A., Birmes, P., & Pitman, R. K. (2011). Trauma reactivation under the influence of propranolol decreases posttraumatic stress symptoms and disorder: 3 open-label trials. *Journal of clinical psychopharmacology*, 31(4), 547–550. <https://doi.org/10.1097/JCP.0b013e318222f360>
- Brunet, A., Saumier, D., Liu, A., Streiner, D. L., Tremblay, J., & Pitman, R. K. (2018). Reduction of PTSD Symptoms With Pre-Reactivation Propranolol Therapy: A Randomized Controlled Trial. *The American journal of psychiatry*, 175(5), 427–433. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2017.17050481>
- Brunet, A., St-Hilaire, A., Jehel, L., & King, S. (2003). Validation of a French version of the impact of event scale-revised. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 48(1), 56–61. <https://doi.org/10.1177/070674370304800111>
- Brunet, A., Weiss, D. S., Metzler, T. J., Best, S. R., Neylan, T. C., Rogers, C., Fagan, J., & Marmar, C. R. (2001). The Peritraumatic Distress Inventory: a proposed measure of PTSD criterion A2. *The American journal of psychiatry*, 158(9), 1480–1485. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.9.1480>
- Centre d'aide aux victimes d'actes criminels. (2020) Dépliants et brochures - Techniques de relaxation. <https://cavac.qc.ca/wp-content/uploads/2019/07/cavac-techniques-de-relaxation.pdf>
- Centre de santé et de consultation psychologique de l'Université de Montréal. (2011, novembre). *Apprentissage de la respiration diaphragmatique*. http://www.cscp.umontreal.ca/documents/Carton_Respiration_diaphragmatique_F.pdf
- Chaloult, L., Ngo, T. L., Goulet, J., & Cousineau, P (2008). *La thérapie cognitivo-comportementale: théorie et pratique*. Montréal: Gaëtan Morin Éditeur.
- Cognitive Behavioral Therapy Los Angeles. (s.d.). CBT Treatment for PTSD. <https://cogbtherapy.com/ptsd-trauma-treatment>

- Cohen, S., Janicki-Deverts, D., Doyle, W. J., Miller, G. E., Frank, E., Rabin, B. S., & Turner, R. B. (2012). Chronic stress, glucocorticoid receptor resistance, inflammation, and disease risk. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, *109*(16), 5995–5999. <https://doi.org/10.1073/pnas.1118355109>
- Coventry, P. A., Meader, N., Melton, H., Temple, M., Dale, H., Wright, K., Cloitre, M., Karatzias, T., Bisson, J., Roberts, N. P., Brown, J., Barbui, C., Churchill, R., Lovell, K., McMillan, D., & Gilbody, S. (2020). Psychological and pharmacological interventions for posttraumatic stress disorder and comorbid mental health problems following complex traumatic events: Systematic review and component network meta-analysis. *PLoS medicine*, *17*(8), e1003262. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003262>
- Craske, M. G., Treanor, M., Conway, C. C., Zbozinek, T., & Vervliet, B. (2014). Maximizing exposure therapy: an inhibitory learning approach. *Behaviour research and therapy*, *58*, 10–23. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.04.006>
- Cusack, K., Jonas, D. E., Forneris, C. A., Wines, C., Sonis, J., Middleton, J. C., Feltner, C., Brownley, K. A., Olmsted, K. R., Greenblatt, A., Weil, A., & Gaynes, B. N. (2016). Psychological treatments for adults with posttraumatic stress disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clinical psychology review*, *43*, 128–141. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.10.003>
- Douglas Research Centre (s.d.). *Research Laboratory on Psychological Trauma*. <https://douglas.research.mcgill.ca/research-laboratory-psychological-trauma>
- Ehlers, A., & Clark, D. M. (2008). Post-traumatic stress disorder: the development of effective psychological treatments. *Nordic journal of psychiatry*, *62 Suppl 47*(Suppl 47), 11–18. <https://doi.org/10.1080/08039480802315608>
- Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour research and therapy*, *38*(4), 319–345. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(99\)00123-0](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(99)00123-0)
- Foa, E. B., Gillihan, S. J., & Bryant, R. A. (2013). Challenges and Successes in Dissemination of Evidence-Based Treatments for Posttraumatic Stress: Lessons Learned From Prolonged Exposure Therapy for PTSD. *Psychological science in the public interest : a journal of*

the American Psychological Society, 14(2), 65–111.
<https://doi.org/10.1177/1529100612468841>

- Foa, E.B., Hembree, E.A., Olasov Rothbaum, B. & Rauch, S.A.M. (2019). *Prolonged Exposure Therapy for PTSD – Emotional Processing of Traumatic Experiences* (2e éd). Oxford University Press.
- Foa, E.B., Keane, T.M., Friedman, M.J., & Cohen, J.A. (Eds.). (2008). *Effective treatments for PTSD: Practice guidelines from the international society for traumatic stress studies* (2nd ed.). New York, NY: Guilford Press.
- Foa, E. B., & McLean, C. P. (2016). The Efficacy of Exposure Therapy for Anxiety-Related Disorders and Its Underlying Mechanisms: The Case of OCD and PTSD. *Annual review of clinical psychology*, 12, 1–28. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-021815-093533>
- Foa, E.B., Steketee, G., Rothbaum, B.O., 1989. Behavioral/cognitive conceptualizations of post-traumatic stress disorder. *Behavior Therapy* [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(89\)80067-X](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(89)80067-X).
- Forman-Hoffman, V., Middleton, J. C., Feltner, C., Gaynes, B. N., Weber, R. P., Bann, C., Viswanathan, M., Lohr, K. N., Baker, C., & Green, J. (2018). *Psychological and Pharmacological Treatments for Adults With Posttraumatic Stress Disorder: A Systematic Review Update*. Agency for Healthcare Research and Quality (US).
- Fortier, D. (2017, 30 avril). *Comment bien faire la respiration abdominale* [vidéo]. Youtube. <https://www.youtube.com/watch?v=14jwlvCbL6g>
- Galovski, T. E., Blain, L. M., Mott, J. M., Elwood, L., & Houle, T. (2012). Manualized therapy for PTSD: flexing the structure of cognitive processing therapy. *Journal of consulting and clinical psychology*, 80(6), 968–981. <https://doi.org/10.1037/a0030600>
- George, K. C., Kebejian, L., Ruth, L. J., Miller, C. W., & Himelhoch, S. (2016). Meta-analysis of the efficacy and safety of prazosin versus placebo for the treatment of nightmares and sleep disturbances in adults with posttraumatic stress disorder. *Journal of trauma & dissociation : the official journal of the International Society for the Study of*

- Dissociation (ISSD), 17(4), 494–510.
<https://doi.org/10.1080/15299732.2016.1141150>
- Gill, J. M., Saligan, L., Woods, S., & Page, G. (2009). PTSD is associated with an excess of inflammatory immune activities. *Perspectives in psychiatric care*, 45(4), 262–277.
<https://doi.org/10.1111/j.1744-6163.2009.00229.x>
- Green B. Trauma History Questionnaire. In B. H. Stamm (ed.). *Measurement of Stress, Trauma, and Adaptation*. Lutherville, MD: Sidran Press, 1996, pp.366-369.
- Guay, S., Marchand, A., Iucci, S., & Martin, A. (2002). Validation de la version Québécoise de l'Échelle Modifiée des Symptômes du Trouble de Stress Post-Traumatique auprès d'un échantillon clinique [Validation of the French-Canadian version of the Modified Post-Traumatic Symptom Scale in a clinical setting]. *Revue Québécoise de Psychologie*, 23(3), 257–269.
- Guideline Development Panel for the Treatment of PTSD in Adults, American Psychological Association (2019). Summary of the clinical practice guideline for the treatment of posttraumatic stress disorder (PTSD) in adults. *The American psychologist*, 74(5), 596–607. <https://doi.org/10.1037/amp0000473>
- Horowitz, M. J. (1993). Stress-response syndromes: A review of posttraumatic stress and adjustment disorders. In J. P. Wilson & B. Raphael (Eds.), *The Plenum series on stress and coping. International handbook of traumatic stress syndromes* (p. 49–60). Plenum Press. https://doi.org/10.1007/978-1-4615-2820-3_4
- Horowitz M. J. (1986). Stress-response syndromes: a review of posttraumatic and adjustment disorders. *Hospital & community psychiatry*, 37(3), 241–249.
<https://doi.org/10.1176/ps.37.3.241>
- Hoskins, M. D., Sinnerton, R., Nakamura, A., Underwood, J., Slater, A., Lewis, C., Roberts, N. P., Bisson, J. I., Lee, M., & Clarke, L. (2021). Pharmacological-assisted Psychotherapy for Post-Traumatic Stress Disorder: a systematic review and meta-analysis. *European journal of psychotraumatology*, 12(1), 1853379.
<https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1853379>

- Husarewycz, M. N., El-Gabalawy, R., Logsetty, S., & Sareen, J. (2014). The association between number and type of traumatic life experiences and physical conditions in a nationally representative sample. *General hospital psychiatry*, *36*(1), 26–32. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2013.06.003>
- Institut national de santé publique du Québec. (2019, 19 mars). Fiches pour les instruments de mesure standardisés recommandés. <https://www.inspq.qc.ca/boite-outils-pour-la-surveillance-post-sinistre-des-impacts-sur-la-sante-mentale/instruments-de-mesure-standardises/fiches-pour-les-instruments-de-mesure-standardises-recommandes/symptomes-de-stress-post-traumatique>
- Janoff-Bulman, Ronnie (1992). *Shattered Assumptions: Towards a New Psychology of Trauma*. New York: The Free Press
- Jehel, L., Brunet, A., Paterniti, S., & Guelfi, J. D. (2005). Validation de la version française de l'inventaire de détresse péritraumatique [Validation of the Peritraumatic Distress Inventory's French translation]. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, *50*(1), 67–71. <https://doi.org/10.1177/070674370505000112>
- Jehel, L., Paterniti, S., Brunet, A., Louville, P., & Guelfi, J. D. (2006). L'intensité de la détresse péritraumatique prédit la survenue des symptômes post-traumatiques parmi des victimes d'agressions [Peritraumatic distress prospectively predicts PTSD symptoms in assault victims]. *L'Encephale*, *32*(6 Pt 1), 953–956. [https://doi.org/10.1016/s0013-7006\(06\)76272-8](https://doi.org/10.1016/s0013-7006(06)76272-8)
- Jones, J. C., & Barlow, D. H. (1990). The etiology of post-traumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review*, *10*, 299–328.
- Joseph, S., Williams, R., & Yule, W. (1995). Psychosocial perspectives on post-traumatic stress. *Clinical Psychology Review*, *15*(6), 515–544. [https://doi.org/10.1016/0272-7358\(95\)00029-0](https://doi.org/10.1016/0272-7358(95)00029-0)
- Katzman, M. A., Bleau, P., Blier, P., Chokka, P., Kjernisted, K., Van Ameringen, M., Canadian Anxiety Guidelines Initiative Group on behalf of the Anxiety Disorders Association of Canada/Association Canadienne des troubles anxieux and McGill University, Antony, M. M., Bouchard, S., Brunet, A., Flament, M., Grigoriadis, S., Mendlowitz, S., O'Connor,

- K., Rabheru, K., Richter, P. M., Robichaud, M., & Walker, J. R. (2014). Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders. *BMC psychiatry*, 14 Suppl 1(Suppl 1), S1. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-14-S1-S1>
- Kessler, R. C., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Benjet, C., Bromet, E. J., Cardoso, G., Degenhardt, L., de Girolamo, G., Dinolova, R. V., Ferry, F., Florescu, S., Gureje, O., Haro, J. M., Huang, Y., Karam, E. G., Kawakami, N., Lee, S., Lepine, J. P., Levinson, D., Navarro-Mateu, F., ... Koenen, K. C. (2017). Trauma and PTSD in the WHO World Mental Health Surveys. *European journal of psychotraumatology*, 8(sup5), 1353383. <https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1353383>
- Leahy, R.L., Holland, S.J.F. & McGinn, L.K. (2011). *Treatment Plans and Interventions for Depression and Anxiety Disorders* (2e éd.). Guilford Press. p.265-305
- Lexicomp. UpToDate, Inc.; March 22, 2021.
- Löwe, B., Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B., Mussell, M., Rose, M., Wingenfeld, K., Sauer, N., & Spitzer, C. (2011). Trauma exposure and posttraumatic stress disorder in primary care patients: cross-sectional criterion standard study. *The Journal of clinical psychiatry*, 72(3), 304–312. <https://doi.org/10.4088/JCP.09m05290blu>
- Marmar, C.R., Weiss, D.S., & Metzler, T.J. (1997). The Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire. In Wilson J.P., Marmar C.R., (Eds.). *Assessing psychological trauma and posttraumatic stress disorder* (p. 412-428). New York: The Guilford Press.
- Morgan L. (2020). MDMA-assisted psychotherapy for people diagnosed with treatment-resistant PTSD: what it is and what it isn't. *Annals of general psychiatry*, 19, 33. <https://doi.org/10.1186/s12991-020-00283-6>
- Mowrer, O. H. (1960). *Learning theory and behavior*. John Wiley & Sons Inc.
- National Institute for Health and Care Excellence. (2018, 5 décembre). Post-traumatic stress disorder. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng116>
- O'Donovan, A., Cohen, B. E., Seal, K. H., Bertenthal, D., Margaretten, M., Nishimi, K., & Neylan, T. C. (2015). Elevated risk for autoimmune disorders in iraq and afghanistan

- veterans with posttraumatic stress disorder. *Biological psychiatry*, 77(4), 365–374.
<https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2014.06.015>
- O'Hare, D (2019). *Cohérence cardiaque 365*. Thierry Souccar Édition.
- OxCADAT Resources. (2020) PTSD. <https://oxcadatresources.com/ptsd/>
- Ozer, E. J., Best, S. R., Lipsey, T. L., & Weiss, D. S. (2003). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: a meta-analysis. *Psychological bulletin*, 129(1), 52–73. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.1.52>
- Phoenix Australia. (2020). Australian Guidelines for the Prevention and Treatment of Acute Stress Disorder, Posttraumatic Stress Disorder and Complex PTSD. <https://www.phoenixaustralia.org/australian-guidelines-for-ptsd/#:~:text=The%20Australian%20Guidelines%20for%20the,access%20to%20recommendations%20reflecting%20current>
- Pietrzak, R. H., Goldstein, R. B., Southwick, S. M., & Grant, B. F. (2011). Prevalence and Axis I comorbidity of full and partial posttraumatic stress disorder in the United States: results from Wave 2 of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of anxiety disorders*, 25(3), 456–465. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.11.010>
- Raskind, M. A., Peskind, E. R., Chow, B., Harris, C., Davis-Karim, A., Holmes, H. A., Hart, K. L., McFall, M., Mellman, T. A., Reist, C., Romesser, J., Rosenheck, R., Shih, M. C., Stein, M. B., Swift, R., Gleason, T., Lu, Y., & Huang, G. D. (2018). Trial of Prazosin for Post-Traumatic Stress Disorder in Military Veterans. *The New England journal of medicine*, 378(6), 507–517. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1507598>
- Relias Learning. (2018). Prolonged exposure therapy for service members and veterans with PTSD. https://preview.relias.com/library/demo/PETPTSD/story_html5.html?lms=1
- Reist, C., Streja, E., Tang, C. C., Shapiro, B., Mintz, J., & Hollifield, M. (2020). Prazosin for treatment of post-traumatic stress disorder: a systematic review and meta-analysis. *CNS spectrums*, 1–7. Advance online publication. <https://doi.org/10.1017/S1092852920001121>

- Resick, P. A., & Schnicke, M. K. (1992). Cognitive processing therapy for sexual assault victims. *Journal of consulting and clinical psychology*, 60(5), 748–756. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.60.5.748>
- Roberts, A. L., Agnew-Blais, J. C., Spiegelman, D., Kubzansky, L. D., Mason, S. M., Galea, S., Hu, F. B., Rich-Edwards, J. W., & Koenen, K. C. (2015). Posttraumatic stress disorder and incidence of type 2 diabetes mellitus in a sample of women: a 22-year longitudinal study. *JAMA psychiatry*, 72(3), 203–210. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.2632>
- Rothbaum, B. O., Price, M., Jovanovic, T., Norrholm, S. D., Gerardi, M., Dunlop, B., Davis, M., Bradley, B., Duncan, E. J., Rizzo, A., & Ressler, K. J. (2014). A randomized, double-blind evaluation of D-cycloserine or alprazolam combined with virtual reality exposure therapy for posttraumatic stress disorder in Iraq and Afghanistan War veterans. *The American journal of psychiatry*, 171(6), 640–648. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2014.13121625>
- Rothschild, B (2010). *8 Keys to Safe Trauma Recovery*. New York: W. W. Norton & Company
- Rothschild, B (2000). *The Body Remembers: The Psychophysiology of Trauma and Trauma Treatment*. New York City: W. W. Norton & Company.
- Savard, P. & Bugeaud, É. (2016) *Les troubles anxieux à l'ère du DSM-5*. Psycho PAP. <https://www.psychopap.com/wp-content/uploads/2020/02/anxi%C3%A9t%C3%A9recommandations.pdf>
- Saint-Lèbes, J., Bordas, R. et Schmitt, L. (2008) Traduction française : Trauma History Questionnaire
- Sareen, J. Posttraumatic stress disorder in adults: Epidemiology, pathophysiology, clinical manifestations, course, assessment, and diagnosis. In UpToDate, Stein, MB (Ed), UpToDate, Waltham, MA, 2020.
- Sareen, J., Cox, B. J., Stein, M. B., Afifi, T. O., Fleet, C., & Asmundson, G. J. (2007). Physical and mental comorbidity, disability, and suicidal behavior associated with posttraumatic stress disorder in a large community sample. *Psychosomatic medicine*, 69(3), 242–248. <https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e31803146d8>

- Sareen, J., Houlihan, T., Cox, B. J., & Asmundson, G. J. (2005). Anxiety disorders associated with suicidal ideation and suicide attempts in the National Comorbidity Survey. *The Journal of nervous and mental disease*, 193(7), 450–454. <https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000168263.89652.6b>
- Shalev, A., Liberzon, I., & Marmar, C. (2017). Post-Traumatic Stress Disorder. *The New England journal of medicine*, 376(25), 2459–2469. <https://doi.org/10.1056/NEJMra1612499>
- Sloan, D. M., Marx, B. P., Lee, D. J., & Resick, P. A. (2018). A Brief Exposure-Based Treatment vs Cognitive Processing Therapy for Posttraumatic Stress Disorder: A Randomized Noninferiority Clinical Trial. *JAMA psychiatry*, 75(3), 233–239. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.4249>
- Society of Clinical Psychology. (2016). Diagnosis: Posttraumatic stress disorder – Treatment: Cognitive Processing Therapy for post-traumatic stress disorder. <https://div12.org/treatment/cognitive-processing-therapy-for-post-traumatic-stress-disorder/>
- Song, H., Fang, F., Tomasson, G., Arnberg, F. K., Mataix-Cols, D., Fernández de la Cruz, L., Almqvist, C., Fall, K., & Valdimarsdóttir, U. A. (2018). Association of Stress-Related Disorders With Subsequent Autoimmune Disease. *JAMA*, 319(23), 2388–2400. <https://doi.org/10.1001/jama.2018.7028>
- Spitzer, C., Barnow, S., Völzke, H., John, U., Freyberger, H. J., & Grabe, H. J. (2009). Trauma, posttraumatic stress disorder, and physical illness: findings from the general population. *Psychosomatic medicine*, 71(9), 1012–1017. <https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e3181bc76b5>
- Steenkamp, M. M., Litz, B. T., Hoge, C. W., & Marmar, C. R. (2015). Psychotherapy for Military-Related PTSD: A Review of Randomized Clinical Trials. *JAMA*, 314(5), 489–500. <https://doi.org/10.1001/jama.2015.8370>
- Stein, M. B. Pharmacotherapy for posttraumatic stress disorder in adults. In UpToDate, Roy-Byrne, PP (ed), UpToDate, Waltham, MA, 2021

- Treleaven, D. A. (2018). *Trauma-sensitive mindfulness: Practices for safe and transformative healing*. WW Norton & Company.
- Ursano, R. J., Bell, C., Eth, S., Friedman, M., Norwood, A., Pfefferbaum, B., Pynoos, J. D., Zatzick, D. F., Benedek, D. M., McIntyre, J. S., Charles, S. C., Altshuler, K., Cook, I., Cross, C. D., Mellman, L., Moench, L. A., Norquist, G., Twemlow, S. W., Woods, S., Yager, J., ... Steering Committee on Practice Guidelines (2004). Practice guideline for the treatment of patients with acute stress disorder and posttraumatic stress disorder. *The American journal of psychiatry*, 161(11 Suppl), 3–31.
- U.S. Department of Veterans Affairs. (2020, 10 janvier). PTSD: National Center for PTSD. <https://www.ptsd.va.gov/index.asp>
- VA/DoD Clinical Practice Guideline Working Group. (2017). *VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Management of Posttraumatic Stress Disorder and Acute Stress Disorder*. Washington, DC: VA Office of Quality and Performance.
- Van Ameringen, M., Mancini, C., Patterson, B., & Boyle, M. H. (2008). Post-traumatic stress disorder in Canada. *CNS neuroscience & therapeutics*, 14(3), 171–181. <https://doi.org/10.1111/j.1755-5949.2008.00049.x>
- Villano, C. L., Rosenblum, A., Magura, S., Fong, C., Cleland, C., & Betzler, T. F. (2007). Prevalence and correlates of posttraumatic stress disorder and chronic severe pain in psychiatric outpatients. *Journal of rehabilitation research and development*, 44(2), 167–178. <https://doi.org/10.1682/jrrd.2006.05.0052>
- Watkins, L. E., Sprang, K. R., & Rothbaum, B. O. (2018). Treating PTSD: A Review of Evidence-Based Psychotherapy Interventions. *Frontiers in behavioral neuroscience*, 12, 258. <https://doi.org/10.3389/fnbeh.2018.00258>
- Weiss, D. (1996). Psychotraumatic review of the Impact of Events Scale – Revised. In B. H. Stamm (Ed.). *Measurement of stress, trauma and adaptation*. Lutherville, MD : Sidan Press.
- Weiss, D. S. & Marmar, C. R. (1997). The Impact of Event Scale –Revised. In J. Wilson & T. Keane (Eds), *Assessing psychological trauma and PTSD*, 399-411. New York : Guildford.

- Wiedemann, M., Stott, R., Nickless, A., Beierl, E. T., Wild, J., Warnock-Parkes, E., Grey, N., Clark, D. M., & Ehlers, A. (2020). Cognitive processes associated with sudden gains in cognitive therapy for posttraumatic stress disorder in routine care. *Journal of consulting and clinical psychology, 88*(5), 455–469. <https://doi.org/10.1037/ccp0000488>
- Zak, R & Karippot, A. Nightmares and nightmare disorder in adults. In UpToDate, Avidan, AY (ed), UpToDate, Waltham, MA, 2021
- Zayfert, C. & Black Becker, C. (2007). Cognitive-Behavioral Therapy for PTSD – A case formulation approach. The Guilford Press. p.119-156
- Zhang, Y., Ren, R., Sanford, L. D., Yang, L., Ni, Y., Zhou, J., Zhang, J., Wing, Y. K., Shi, J., Lu, L., & Tang, X. (2020). The effects of prazosin on sleep disturbances in post-traumatic stress disorder: a systematic review and meta-analysis. *Sleep medicine, 67*, 225–231. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2019.06.010>