

فاعلية نموذج التدخل المبكر في الأزمات لدى الأسر في التخفيف من الأعراض النفسية بعد التعرض لحدث صادم

## The Effectiveness of Early Crisis Intervention Model with Families in Alleviating the Psychological Symptoms after Experiencing Traumatic Event

محمود سعيد

دكتورة بعلم النفس الاجتماعي والعيادي، متخصص بعلم النفس التربوي والعيادي، مشرف بعلم النفس التربوي، مدرب بتقنية التخفيف من تأثير الحدث الصادم -TIR. مركز الجليل للخدمات النفسية في الناصرة. البريد الإلكتروني: mahmudsss@gmail.com

### ملخص

قيمت هذه الدراسة فعالية نموذج التدخل المبكر في منع تطور الأعراض النفسية بين أفراد الأسرة الذين تعرضوا لحدث صادم. وشملت الدراسة أربعة من أفراد أسرة واحدة بعد فقدان خمسة من أطفالها نتيجة هجوم صاروخي خلال التصعيد الإسرائيلي في مايو 2022. استخدم الباحث نهج التدخل الذي يركز على التعرض المبكر المباشر *in vivo* في نفس مكان الحدث الصادم خلال الأسبوع الأول من حدث الصدمة. تم قياس شدة الأعراض باستخدام نموذج التدخل المبكر ومقياس أعراض اضطراب ما بعد الصدمة - المقابلة (PSS-I). تم إجراء تقييم العملاء على أربع مراحل (قبل التدخل، وبعد أسبوع من التدخل، وبعد شهر واحد من التدخل، وبعد ثلاثة أشهر من التدخل). أظهرت النتائج انخفاضاً معنوياً في درجة PSS-I في شهر واحد ( $P < 0.002$ ) وثلاثة أشهر ( $P < 0.010$ ) مقارنةً بنتائج ما قبل التدخل، والتي أشارت إلى انخفاض كبير في الأعراض النفسية. خلصت الدراسة إلى أن نموذج التدخل الذي يركز على التعرض المبكر في الجسم الحي كان فعالاً في تقليل الأعراض النفسية بين أفراد الأسرة الذين شهدوا أو عانوا من حدث مؤلم.

**الكلمات المفتاحية:** حدث صادم، علاج سلوكي معرفي، التدخل المبكر، قطاع غزة.

### مقدمة:

يمكن أن يختلف التعرض للأحداث الصادمة والآثار على الصحة والرفاهية اختلافاً كبيراً اعتماداً على العوامل الاجتماعية والاقتصادية والبيئية والثقافية والتاريخية (Do et al., 2019). معظم الأشخاص الذين لديهم حدث صادم سيكون لديهم ردود فعل قد تشمل الصدمة والغضب والعصبية والخوف وحتى الشعور بالذنب. ردود الفعل هذه شائعة، وبالنسبة لمعظم الناس، فإنها تختفي بمرور الوقت. بالنسبة لشخص مصاب باضطراب ما بعد الصدمة، تستمر هذه المشاعر بل وتزداد، وتصبح قوية لدرجة أنها تمنع الشخص من ممارسة حياته كما هو متوقع. يعاني الأشخاص المصابون باضطراب ما بعد الصدمة من أعراض لمدة تزيد عن شهر واحد ولا يمكنهم العمل بشكل جيد قبل حدوث الحدث الذي تسبب فيه (Bhandari, 2022). يتميز اضطراب ما بعد الصدمة بضيق نفسي عميق، وأعراض اقتحامية لإعادة تجربة الصدمة، بما في ذلك الأفكار، أو ومضات تراجعية لمشاهد من الحدث الصادم، أو الكوابيس، مع تجنب مذكرات الصدمة، والتغيرات السلبية في الإدراك والمزاج، والتفاعل المفرط أو المرتفع المرتبط بالصدمة (الجمعية الأمريكية للطب النفسي - APA، 2013).

إن آثار الحروب على الصحة العقلية والصحة البدنية والأمن الاقتصادي والاستقرار السياسي آثارٌ طويلة الأمد. قدرت المراجعة المنهجية للاجئين الذين استقروا منذ فترة طويلة انتشار أي أمراض نفسية بحوالي 20٪ في السكان الذين أعيد توطينهم

لمدة 5 سنوات على الأقل، وتقر بعوامل الخطر التي تتنبأ بمعدلات أعلى من الأعراض النفسية مثل الإجهاد اللاحق للصدمة و الوضع الاجتماعي والاقتصادي السلبي ( Bogic et al. ، 2015).

تشير الدراسات إلى أن التأثير النفسي لصدمة الحرب قد يؤثر على الأسرة بأكملها، حتى عندما يتعرض فرد واحد فقط بشكل مباشر لأحداث مرهقة (Kiser and Black ، 2005). علاوة على ذلك، يمكن للاستجابات الفورية والطويلة الأجل للصدمة إما أن تعزز أو تخفف من ردود الفعل المختلة وظيفياً لواحد أو أكثر من أفراد الأسرة المتأثرة بالصدمة. ولذلك، ينبغي لاستراتيجيات الوقاية والرعاية للسكان المتضررين من الحرب أن تأخذ في الاعتبار الأبعاد الاجتماعية - الإيكولوجية للمعاناة، وأن تستهدف على وجه التحديد المعاملات والعمليات الأسرية. تشيها مع الأدلة التجريبية القوية على تأثير الصدمة على مستوى الأسرة ( Zerach et al. ، 2013).

### التدخل السلوكي المعرفي (CBT) في الأفراد المتضررين من الحرب

العلاج السلوكي المعرفي (CBT) هو علاج نفسي قائم على الأدلة، ويستخدم في الوقاية والعلاج من المشكلات النفسية والجسدية (Schure et al. ، 2019). يتضمن العلاج السلوكي المعرفي الأساليب التي تهدف إلى مساعدة الشخص على تحديد مستويات التوتر لديه وتعديل معتقداته وسلوكياته، وتشمل هذه الأساليب إعادة الهيكلة المعرفية والتغييرات السلوكية والدعم الاجتماعي. يساعد الشخص على القضاء على أعراض الضيق النفسي أو تقليلها ويساعد الفرد على العودة إلى الحياة اليومية العادية. وجدت العديد من الدراسات أنه بعد تلقي العلاج السلوكي المعرفي، هناك انخفاض كبير في القلق، وتحسن في الأعراض الجسدية والضغط النفسي، وزيادة في جودة الحياة (Hartley et al. ، 2016). العلاج المعرفي السلوكي هو العلاج النفسي الأكثر اقتصاداً وفعالية بتقليل وتخفيف الضائقة النفسية (Tang and Kreindler ، 2017). أشارت العديد من الدراسات إلى أن العلاج المعرفي السلوكي كان فعالاً في الحد من الأعراض النفسية، والحد من الكوابيس، والحد من أعراض الإجهاد اللاحق للصدمة ( Germain et al. ، 2012 ؛ Rhudy et al. ، 2010 ؛ Talbot et al. ، 2014 ؛ Walters et al. ، 2020).

تم توثيق التدخلات النفسية المبكرة بعد الأحداث الصادمة خلال الحرب العالمية الأولى (Greenberg et al. ، 1999) ، ووصفت في النهاية بأنها تدخلات موجزة للأزمات تم إجراؤها في غضون أيام من الصدمة. بُذلت جهود متزايدة لتطوير التدخلات النفسية والدوائية التي يمكن أن تمنع ظهور الاضطرابات أو تخفف الأعراض المبكرة (Kearns et al. ، 2012 ؛ McNally et al. ، 2033). لبعض الوقت، كان استخلاص المعلومات النفسية أحد أشكال التدخل المبكر المستخدمة على نطاق واسع. ومع ذلك، فقد تم رفض استخدامه حيث ظهرت أدلة تشكك في فعاليته (Bastos et al. ، 2015 ؛ Rose et al. ، 2022). في السنوات العشرين الماضية، ظهر عدد من الأساليب الأخرى، والتي تعتمد بشكل أساسي على العلاج المعرفي السلوكي الراسخ (Kearns et al. ، 2012).

في هذه الدراسة، تم استخدام نموذج فريد من نهج التدخل الذي يركز على التعرض المبكر المباشر **In vivo** مع جميع أفراد الأسرة. تم تطوير النموذج من قبل الباحث. حيث قصد الباحث فحص فعالية هذا النموذج كنهج يتم استخدامه مع جميع أفراد الأسرة الذين عانوا من حدث صادم، في منع تطور الأعراض النفسية نتيجة الحدث.

### هدف الدراسة:

هدفت الدراسة إلى دراسة آثار نموذج التدخل المبكر على منع تطور اضطراب ما بعد الصدمة بين أفراد الأسرة الذين تعرضوا لصدمة نفسية.

### منهجية الدراسة

هذا البحث عبارة عن دراسة حالة، استخدم فيها الباحث نموذج التدخل في مرحلة مبكرة خلال الأسبوع الأول بعد التعرض لحدث صادم. تعيش العائلة (عائلة نجم) في المنطقة الشمالية من قطاع غزة. خلال التصعيد العسكري الإسرائيلي في 5 أغسطس 2022، قتل خمسة أطفال أثناء لعبهم أمام منزلهم نتيجة لهجوم صاروخي إسرائيلي. نفذ الباحث التدخل بمساعدة متطوعين محليين متخصصين. تم تنفيذ التدخل على 4 أفراد من الأسرة والذين شهدوا الحدث في اليوم الرابع بعد الحدث الصادم.

## أدوات الدراسة:

استخدم الباحث أداتين: نموذج التدخل المبكر ومقياس أعراض اضطراب ما بعد الصدمة - المقابلة (PSS-I).

### 1. نموذج التدخل المبكر:

نموذج التدخل المبكر هو نموذج تدخل نفسي مع جميع أفراد الأسرة الذين تعرضوا لحدث مؤلم، قد يكون له آثار سلبية على العديد من جوانب الحياة. تم تطوير النموذج من قبل الباحث (د. محمود سعيد). يهدف نموذج التدخل إلى تجنب تطور الأعراض والاضطرابات النفسية بعد مشاهدة أو التعرض لحدث صادم. يركز النموذج على التعرض المباشر لأفراد الأسرة المقصودين. تم تطوير النموذج لأول مرة في عام 2002 بعد مهاجمة مخيم جنين، ثم تم تعديل النموذج وتنفيذه خلال حرب إسرائيل في عام 2006. تنفيذ النموذج يمر في 4 مراحل:

**المرحلة الأولى:** مرحلة القبول. بما في ذلك لقاء أفراد الأسرة للحصول على موافقتهم واستعدادهم للمشاركة بنشاط في التدخل. خلال اللقاء، شرح الباحث مراحل التدخل لأفراد الأسرة، واستفسر الباحث عن التغييرات التي حدثت في الأسرة نتيجة الحدث، بما في ذلك العادات اليومية والتفاعل بين أفراد الأسرة قبل وبعد الحادث. ثم تم تسجيل أعراض كل فرد من خلال مقابلة تشخيصية سريرية.

**المرحلة الثانية:** الاستعداد النفسي. بما في ذلك التثقيف النفسي لإعداد أفراد الأسرة نفسياً للمشاركة في التدخل.

**المرحلة الثالثة:** مرحلة التعرض. بما في ذلك التدخل في الموقع الذي وقع فيه الحدث الصادم.

**المرحلة الرابعة:** المرحلة الختامية. بما في ذلك التلخيص والتغذية الراجعة والمشورة والتوقعات وإنهاء جلسات التدخل.

### 2. مقياس أعراض اضطراب ما بعد الصدمة -مقابلة (PSS-I)

لتقييم فعالية نموذج التدخل، استخدم الباحث PSS-I-17 لتقييم وجود الأعراض النفسية. يتكون PSS-I-17 من 17 عنصرًا يركز على وجود الأعراض التي قد تحدث بعد تجربة حدث صادم. يتراوح مجموع درجات المقياس بين (0 - 51). تسجيل المقياس على النحو التالي:

النتيجة	التفسير
0	أبدأ، أو حدث مرة واحدة فقط.
1	مرة واحدة في الأسبوع.
2	2 - 4 مرات في الأسبوع.

3	5 مرات أو أكثر في الأسبوع، أو طوال الوقت.
---	---

### تقييم الأعراض النفسية:

بناءً على درجات تقييم العميل، سيكون تقييم أعراض اضطراب ما بعد الصدمة على النحو التالي:

شدة الأعراض	مجموع نقاط PSSI
لا اضطراب	10
اضطراب خفيف	15
اضطراب متوسط	20
اضطراب فوق المتوسط	25
اضطراب عالٍ	30
اضطراب شديد	35
اضطراب شديد جداً	40 - 51

### النتائج:

استخدم الباحث PSSI-17 لتقييم الأعراض النفسية على أربع مراحل:

المرحلة الأولى: قبل التدخل.

المرحلة الثانية: في غضون أسبوع بعد التدخل.

المرحلة الثالثة: بعد شهر من التدخل.

المرحلة الرابعة: بعد ثلاثة أشهر من التدخل.

### جدول (1): سجل PSSI (الحالة رقم 1)

م	العنصر	المرحلة الأولى	المرحلة الثانية	المرحلة الثالثة	المرحلة الرابعة
1	هل الذكريات والأراء من الحدث الصادم تأتي بشكل إقترامي قسري؟	3	1	2	1
2	هل كانت لديك أحلام سيئة أو كوابيس متعلقة بالصدمة؟	2	1	0	0
3	هل مررت بتجربة الشعور كما لو كانت الصدمة تحدث مرة أخرى بالفعل؟	3	1	0	0
4	هل كنت مستاءً عاطفياً جداً عند تذكيرك بالصدمة (الرغبة، الغضب، حزن، الشعور بالذنب)؟	3	1	1	1
5	هل عانيت من ردود فعل جسدية عند تذكيرك بالصدمة (مثل التعرق وسرعة ضربات القلب)؟	3	1	0	0
6	هل بذلت جهوداً لتجنب الأفكار أو المشاعر المتعلقة بالصدمة؟	3	1	2	2

0	0	0	3	هل بذلت جهودًا لتجنب الأنشطة أو المواقف أو الأماكن التي تذكرك بالصدمة أو التي تشعر بأنها أكثر خطورة منذ الصدمة؟	7
0	2	1	1	هل هناك أجزاء مهمة من الصدمة لا يمكنك تذكرها؟	8
0	0	2	3	هل فقدت الاهتمام بالأنشطة التي اعتدت القيام بها؟	9
0	0	0	2	هل شعرت بالاعترا ب أو الانعزال عن الآخرين؟	10
0	0	0	0	هل عانيت من ضعف عاطفي مثل عدم القدرة على البكاء أو الحب؟	11
0	0	0	3	الشعور بأن المستقبل سلبي ولن تتحقق أهدافي (العمل، الزواج، الأبناء، العمر الطويل).	12
0	0	0	3	صعوبة النوم أو الاستمرار في النوم.	13
0	1	1	3	هل شعرت بعدم الارتياح ونوبات من الغضب؟	14
0	1	0	3	هل واجهت صعوبة في التركيز؟	15
0	0	0	3	هل أفرطت في الشك (على سبيل المثال، سيحدث شيء سيء).	16
0	0	0	3	هل كنت متيقظًا أو متيقظًا بشكل مفرط (على سبيل المثال، التحقق لمعرفة من حولك، وما إلى ذلك)؟	17
4	9	10	44	المجموع	
لا اضطراب	لا اضطراب	لا اضطراب	اعراض اضطراب شديدة جداً	مستويات الاعراض	
التغيرات في الاعراض					
نسبة التغيير			البداية		
77.27			المرحلة الأولى مقابل المرحلة الثانية		
79.54			المرحلة الأولى مقابل المرحلة الثالثة		
90.90			المرحلة الأولى مقابل المرحلة الرابعة		

الحالة رقم 1 (ح.ن.): كانت النتيجة الإجمالية لـ **PSSI** في المرحلة (1) 44 تشير إلى اضطراب شديد. انخفضت الدرجة الإجمالية لـ **PSSI** في المرحلة الثانية إلى 10، مما يشير إلى عدم وجود اضطراب، في المرحلة الثالثة كانت النتيجة الإجمالية لـ **PSSI 9** تشير إلى عدم وجود اضطراب، وفي المرحلة الرابعة، كانت النتيجة الإجمالية لـ **PSSI 4** تشير إلى عدم وجود اضطراب. النسبة المئوية للتغيير في الدرجة الإجمالية بين المرحلة الأولى والمرحلة الثانية كانت 77.27٪، والتغيير بين المرحلة الأولى والمرحلة الثالثة كان 79.54٪، والتغيير بين المرحلة الأولى والمرحلة الرابعة كان 90.9٪. أشارت هذه النتائج إلى انخفاض كبير في درجات **PSSI** بعد التدخل.

#### جدول (2): تسجيل نقاط PSSI (الحالة رقم 2):

م	العنصر	المرحلة الأولى	المرحلة الثانية	المرحلة الثالثة	المرحلة الرابعة
1	هل الذكريات والأراء من الحدث الصادم تأتي بشكل إقترامي قسري؟	3	1	0	0
2	هل كانت لديك أحلام سيئة أو كوابيس متعلقة بالصدمة؟	2	0	0	0
3	هل مررت بتجربة الشعور كما لو كانت الصدمة تحدث مرة أخرى بالفعل؟	3	0	1	0
4	هل كنت مستاءً عاطفيًا جدًا عند تذكيرك بالصدمة (الرغبة، الغضب، حزن، الشعور بالذنب)؟	2	1	1	0

0	0	0	2	هل عانيت من ردود فعل جسدية عند تذكيرك بالصدمة (مثل التعرق وسرعة ضربات القلب)؟	5
0	0	1	3	هل بذلت جهودًا لتجنب الأفكار أو المشاعر المتعلقة بالصدمة؟	6
1	2	1	0	هل بذلت جهودًا لتجنب الأنشطة أو المواقف أو الأماكن التي تنذكرك بالصدمة أو التي تشعر بأنها أكثر خطورة منذ الصدمة؟	7
0	0	1	1	هل هناك أجزاء مهمة من الصدمة لا يمكنك تذكرها؟	8
1	1	2	3	هل فقدت الاهتمام بالأنشطة التي اعتدت القيام بها؟	9
0	0	1	3	هل شعرت بالانفصال أو الانعزال عن الآخرين؟	10
1	1	1	3	هل عانيت من ضعف عاطفي مثل عدم القدرة على البكاء أو الحب؟	11
1	2	1	3	الشعور بأن المستقبل سلبي ولن تتحقق أهدافي (العمل، الزواج، الأبناء، العمر الطويل).	12
0	0	0	2	صعوبة النوم أو الاستمرار في النوم.	13
0	0	0	1	هل شعرت بعدم الارتياح ونوبات من الغضب؟	14
0	1	3	2	هل واجهت صعوبة في التركيز؟	15
0	1	1	1	هل أفرطت في التفكير (على سبيل المثال، سيحدث شيء سيء).	16
0	0	2	3	هل كنت متيقظًا أو متيقظًا بشكل مفرط (على سبيل المثال، التحقق لمعرفة من حولك، وما إلى ذلك)؟	17
4	11	16	37	المجموع	
لا اضطراب	اضطراب خفيف	اضطراب متوسط	اعراض اضطراب شديدة	مستويات الاعراض	
التغيرات في الاعراض					
			البداية		
			نسبة التغيير		
			المرحلة الأولى مقابل المرحلة الثانية		
			المرحلة الأولى مقابل المرحلة الثالثة		
			المرحلة الأولى مقابل المرحلة الرابعة		
			56.75		
			70.27		
			89.18		

الحالة رقم 2 (أ. ن.): النتيجة الإجمالية لـ **PSSI** في المرحلة الأولى كانت 37 تشير إلى اضطراب شديد. انخفضت الدرجة الإجمالية لـ **PSSI** في المرحلة الثانية إلى 16، مما يشير إلى اضطراب متوسط، أما في المرحلة الثالثة فكانت النتيجة الإجمالية لـ **PSSI** 11 تشير إلى اضطراب خفيف. كانت النسبة المئوية للتغيير في الدرجة الإجمالية بين المرحلة الأولى والمرحلة الثانية 56.75٪، وكان التغيير بين المرحلة الأولى والمرحلة الثالثة 70.27٪. أشارت هذه النتائج إلى انخفاض كبير في درجات **PSSI** بعد التدخل.

جدول (3): تسجيل نقاط **PSSI** (الحالة رقم 3)

م	العنصر	المرحلة الأولى	المرحلة الثانية	المرحلة الثالثة	المرحلة الرابعة
1	هل الذكريات والأراء من الحدث الصادم تأتي إقتحامي قسري؟	3	2	2	1
2	هل كانت لديك أحلام سيئة أو كوابيس متعلقة بالصدمة؟	2	2	1	0
3	هل مررت بتجربة الشعور كما لو كانت الصدمة تحدث مرة أخرى بالفعل؟	3	2	2	1
4	هل كنت مستاء عاطفيًا جدًا عند تذكيرك بالصدمة (الرغبة، الغضب، حزن، الشعور بالذنب)؟	3	2	1	1

0	0	1	3	هل عانيت من ردود فعل جسدية عند تذكيرك بالصدمة (مثل التعرق وسرعة ضربات القلب)؟	5
2	1	1	3	هل بذلت جهوداً لتجنب الأفكار أو المشاعر المتعلقة بالصدمة؟	6
0	0	1	1	هل بذلت جهوداً لتجنب الأنشطة أو المواقف أو الأماكن التي تذكرك بالصدمة أو التي تشعر بأنها أكثر خطورة منذ الصدمة؟	7
2	0	0	1	هل هناك أجزاء مهمة من الصدمة لا يمكنك تذكرها؟	8
0	1	2	3	هل فقدت الاهتمام بالأنشطة التي اعتدت القيام بها؟	9
0	2	1	3	هل شعرت بالانفصال أو الانعزال عن الآخرين؟	10
3	2	0	1	هل عانيت من ضعف عاطفي مثل عدم القدرة على البكاء أو الحب؟	11
0	0	2	3	الشعور بأن المستقبل سلبي ولن تتحقق أهدافي (العمل، الزواج، الأبناء، العمر الطويل).	12
1	2	2	3	صعوبة النوم أو الاستمرار في النوم.	13
0	1	1	3	هل شعرت بعدم الارتياح ونوبات من الغضب؟	14
1	1	2	3	هل واجهت صعوبة في التركيز؟	15
0	1	0	1	هل أفرطت في الشك (على سبيل المثال، سيحدث شيء سيء).	16
0	0	1	3	هل كنت متيقظاً أو متيقظاً بشكل مفرط (على سبيل المثال، التحقق لمعرفة من حولك، وما إلى ذلك)؟	17
12	17	22	42	المجموع	
لا اضطراب الى اضطراب خفيف	اضطراب خفيف الى متوسط	اضطراب متوسط الى فوق المتوسط	اعراض اضطراب شديدة جداً	مستويات الاعراض	
التغيرات في الاعراض					
نسبة التغيير			البداية		
47.61			المرحلة الأولى مقابل المرحلة الثانية		
59.52			المرحلة الأولى مقابل المرحلة الثالثة		
71.42			المرحلة الأولى مقابل المرحلة الرابعة		

الحالة رقم 3 (إ. ن.): النتيجة الإجمالية لـ **PSSI** في المرحلة الأولى كانت 42 تشير إلى اضطراب شديد. انخفضت الدرجة الإجمالية لـ **PSSI** في المرحلة الثانية إلى 22، وأشارت إلى اضطراب متوسط إلى أعلى من المتوسط، وفي المرحلة الثالثة كانت النتيجة الإجمالية لـ **PSSI 17** تشير إلى اضطراب خفيف إلى متوسط، أما في المرحلة الرابعة النتيجة الإجمالية لـ **PSSI** كانت 12 تشير إلى عدم وجود اضطراب الى اضطراب خفيف. كانت النسبة المئوية للتغيير في الدرجة الإجمالية بين المرحلة الأولى والمرحلة الثانية 47.61٪، وكان التغيير بين المرحلة الأولى والمرحلة الثالثة 71.42٪. أشارت هذه النتائج إلى انخفاض كبير في درجات **PSSI** بعد التدخل.

#### جدول (4): تسجيل نقاط PSSI (الحالة رقم 4)

م	العنصر	المرحلة الأولى	المرحلة الثانية	المرحلة الثالثة	المرحلة الرابعة
1	هل الذكريات والأراء من الحدث الصادم تأتي بشكل إقحامى قسري؟	3	2	2	0

0	0	0	0	هل كانت لديك أحلام سيئة أو كوابيس متعلقة بالصدمة؟	2
0	1	2	3	هل مررت بتجربة الشعور كما لو كانت الصدمة تحدث مرة أخرى بالفعل؟	3
1	1	1	3	هل كنت مستاءً عاطفيًا جدًا عند تذكيرك بالصدمة (الرغبة، الغضب، حزن، الشعور بالذنب)؟	4
0	0	0	3	هل عانيت من ردود فعل جسدية عند تذكيرك بالصدمة (مثل التعرق وسرعة ضربات القلب)؟	5
1	1	2	3	هل بذلت جهودًا لتجنب الأفكار أو المشاعر المتعلقة بالصدمة؟	6
0	1	0	3	هل بذلت جهودًا لتجنب الأنشطة أو المواقف أو الأماكن التي تذكرك بالصدمة أو التي تشعر بأنها أكثر خطورة منذ الصدمة؟	7
0	0	1	3	هل هناك أجزاء مهمة من الصدمة لا يمكنك تذكرها؟	8
0	0	0	3	هل فقدت الاهتمام بالأنشطة التي اعتدت القيام بها؟	9
0	0	0	2	هل شعرت بالانفصال أو الانعزال عن الآخرين؟	10
0	0	2	3	هل عانيت من ضعف عاطفي مثل عدم القدرة على البكاء أو الحب؟	11
0	0	0	3	الشعور بأن المستقبل سلبي ولن تتحقق أهدافي (العمل، الزواج، الأبناء، العمر الطويل).	12
0	0	1	3	صعوبة النوم أو الاستمرار في النوم.	13
1	2	0	3	هل شعرت بعدم الارتياح ونوبات من الغضب؟	14
1	2	2	3	هل واجهت صعوبة في التركيز؟	15
0	0	0	2	هل أفرطت في الشك (على سبيل المثال، سيحدث شيء سيء).	16
0	1	0	3	هل كنت متيقظًا أو متيقظًا بشكل مفرط (على سبيل المثال، التحقق لمعرفة من حولك، وما إلى ذلك)؟	17
4	11	13	46	المجموع	
لا اضطراب	لا اضطراب الي اضطراب الي اضطراب خفيف	لا اضطراب الي اضطراب خفيف	اعراض اضطراب شديدة جداً	مستويات الاعراض	
التغيرات في الاعراض					
نسبة التغيير			البداية		
47.61			المرحلة الأولى مقابل المرحلة الثانية		
59.52			المرحلة الأولى مقابل المرحلة الثالثة		
71.42			المرحلة الأولى مقابل المرحلة الرابعة		

الحالة رقم 4 (أ. ج. ن): كانت النتيجة الإجمالية لـ **PSSI** في المرحلة الأولى 46 تشير إلى اضطراب شديد. انخفضت الدرجة الإجمالية لـ **PSSI** في المرحلة الثانية إلى 13، وأشارت إلى عدم وجود اضطراب للاضطراب الخفيف، وفي المرحلة الثالثة كانت النتيجة الإجمالية لـ **PSSI 11** تشير إلى عدم وجود اضطراب للاضطراب الخفيف، وفي المرحلة الرابعة النتيجة الإجمالية لـ **PSSI 4** يشير إلى عدم وجود اضطراب. كانت النسبة المئوية للتغيير في الدرجة الإجمالية بين المرحلة الأولى والمرحلة الثانية 71.73٪، وكان التغيير بين المرحلة الأولى والمرحلة الثالثة 76.08٪، وكانت النسبة المئوية للتغيير بين المرحلة الأولى والمرحلة الرابعة 91.30٪. أشارت هذه النتائج إلى انخفاض كبير في درجات **PSSI** بعد التدخل.

**Table (5): Overall changes in symptoms**



Case	Total score			
	Phase (1)	Phase (2)	Phase (3)	Phase (4)
Case No. (1)	44	10	9	4
Case No. (2)	37	16	11	4
Case No. (3)	42	22	17	12
Case No. (4)	46	13	11	4

جدول (5): التغيرات العامة في الأعراض

مجموع النقاط				الحالة
المرحلة الرابعة	المرحلة الثالثة	المرحلة الثانية	المرحلة الأولى	
4	9	10	44	الحالة رقم (1)
4	11	16	37	الحالة رقم (2)
12	17	22	42	الحالة رقم (3)
4	11	13	46	الحالة رقم (4)

أظهر الجدول (5) انخفاضًا كبيرًا في الأعراض النفسية بين جميع الحالات، حيث كانت هناك أعراض شديدة في البداية قبل التدخل (المرحلة الأولى)، وبعد التدخل المبكر، كان هناك انخفاض واضح في الأعراض كما لوحظ في (المرحلة الرابعة) مع الحد الأدنى من الأعراض. عكست هذه النتيجة فعالية نموذج التدخل المبكر في تقليل أو منع تطور الأعراض النفسية بعد مشاهدة أو التعرض لحدث صادم.

جدول (6): الفروق في PSSI في المراحل المختلفة

قيمة P	t	SD	المتوسط	المرحلة	
0.006 *	7.173	3.862	42.250	المرحلة الأولى	الزوج الاول
		5.123	15.250	المرحلة الثانية	
0.002 *	11.000	3.862	42.250	المرحلة الأولى	الزوج الثاني
		3.464	12.000	المرحلة الثالثة	
0.010 *	10.058	2.000	44.000	المرحلة الأولى	الزوج الثالث
		4.618	6.666	المرحلة الرابعة	

\* مهم عند 0.05

أشار الجدول (6) إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجات PSSI بين المرحلة الأولى والمرحلة الثانية ( $P = 0.006$ )، وفروق ذات دلالة إحصائية في PSSI بين المرحلة الأولى والمرحلة الثالثة ( $P = 0.002$ )، وفروق ذات دلالة إحصائية في درجات PSSI بين المرحلة الأولى والمرحلة الرابعة ( $P = 0.010$ ). عكست هذه النتائج أن التدخل المبكر قلل من أعراض الإجهاد اللاحق للصدمة بشكل كبير.

## نقاش

هدفت هذه الدراسة إلى فحص فعالية التدخل المبكر والذي يركز على التدخل المباشر مع من تعرّضوا لحدث مؤلم. تم تنفيذ التدخل على أربعة أفراد من عائلة نجم. فقدت الأسرة خمسة أطفال جراء انفجار صاروخ خلال التصعيد العسكري الإسرائيلي في مايو 2022 ضد قطاع غزة. أشار تقييم أفراد الأسرة الأربعة إلى أعراض نفسية شديدة أولية، وانخفضت الأعراض بشكل ملحوظ بعد التدخل المبكر المباشر *in vivo* في نفس مكان الحدث الصادم. في هذه الدراسة، استخدم الباحث التّعرّض في نفس المكان الحي للصدمة، وإعادة الهيكلة المعرفية. يشجع هذا النهج أفراد الأسرة على مشاركة رواياتهم الفردية، بحيث يمكن لكل منهم المساهمة في المشاركة في إنشاء سرد عائلي، وفي توضيح المعنى الفريد لتجربة الأسرة وتعلمها. يعيد التفاعل بين أفراد الأسرة تمثيل مهارات البقاء على قيد الحياة القائمة على الأسرة، مما يساعد الأسرة على الاستفادة من الموارد المتاحة لهم بشكل طبيعي في التكيف مع الصدمات (Veronese et al., 2014). وجد روثباوم وآخرون (2008) أن نهج التدخل القصير القائم على التّعرض لم يكن آمناً وممكناً فحسب، بل أدى أيضاً إلى انخفاض مستويات الاكتئاب والضييق. حيث أظهرت الأبحاث الحديثة أن الناس يريدون مساعدة التوعية المبكرة من قبل المهنيين الأكفاء (Dyregrov, 2003). قد يساعد التدخل المبكر في تكوين تقييمات كافية ومواجهة سوء الفهم والتصورات الخاطئة، في حين أن عدم التدخل قد يؤدي إلى توحيد الأفكار والسلوكيات غير القادرة على التكيف (Dyregrov and Regel, 2012). بالإضافة إلى ذلك، أفاد فاو وآخرون (2006) أن تدخل العلاج المعرفي السلوكي أنتج معدلات أقل من اضطراب ما بعد الصدمة والقلق في متابعة لمدة شهرين. كما أن دراسة أخرى فحصت فعالية العلاج المعرفي السلوكي على اضطراب ما بعد الصدمة، وأن العلاج المعرفي السلوكي الذي يمكن أن يشمل التّعرض الخيالي الطويل أو القصير، فعّال في الحد من اضطراب ما بعد الصدمة (Bryant et al., 2019).

**الخلاصة:** سلطت مناهج التدخل المبكر التي تركز على التّعرّض في نفس المكان الحي للصدمة الضوء على الفوائد المحتملة للعلاج السلوكي المعرفي لدى الأفراد المصابين مؤخراً بصدمات نفسية، وخاصة تقنيات التّعرّض.

## شكر وتقدير

المؤلف ممتن للمتطوعين المحليين لمساعدتهم في ترتيب جلسات التدخل ومساعدتهم في جمع البيانات.

## التمويل

لم يتلق هذا العمل أي منحة من وكالات التمويل في القطاعات العامة أو التجارية أو غير الربحية.

## تضارب المصالح

لا يوجد تضارب في المصالح ليتم الإعلان عنها.

## References

- American Psychiatric Association, DSM-5 Task Force. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5™* (5th ed.). American Psychiatric Publishing, Inc.
- Bastos, M.H., Furuta, M., Small, R., McKenzie-McHarg, K., & Bick, D. (2015). Debriefing interventions for the prevention of psychological trauma in women following childbirth. Cochrane Database of Systematic Reviews, 10(suppl 4), CD007194.

- Bhandari, S. (2022). Posttraumatic Stress Disorder (PTSD). WebMD Editorial Contributors. (<https://www.webmd.com/mental-health/post-traumatic-stress-disorder>).
- Bogic, M., Njoku, A., & Priebe, S. (2015). Long-term mental health of war-refugees: a systematic literature review. *BMC international health and human rights*, 15(1), 1-41.
- Bryant, R. A., Kenny, L., Rawson, N., Cahill, C., Joscelyne, A., Garber, B., ... & Nickerson, A. (2019). Efficacy of exposure-based cognitive behaviour therapy for post-traumatic stress disorder in emergency service personnel: a randomized clinical trial. *Psychological Medicine*, 49(9), 1565-1573.
- Do, T. T. H., Correa-Velez, I., & Dunne, M. P. (2019). Trauma exposure and mental health problems among adults in Central Vietnam: a randomized cross-sectional survey. *Frontiers in psychiatry*, 10, 31.
- Dyregrov, A., & Regel, S. (2012). Early interventions following exposure to traumatic events: Implications for practice from recent research. *Journal of Loss and Trauma*, 17(3), 271-291.
- Dyregrov, K. (2003). The loss of a child by suicide, SIDS, and accidents: Consequences, needs and provisions of help.
- Foa, EB., Zoellner, LA., & Feeny, NC. (2006). An evaluation of three brief programs for facilitating recovery after assault. *J Trauma Stress*, 19, 29-43.
- Germain, A., Richardson, R., Moul, D. E., Mammen, O., Haas, G., Forman, S. D., ... & Nofzinger, E. A. (2012). Placebo-controlled comparison of prazosin and cognitive-behavioral treatments for sleep disturbances in US Military Veterans. *Journal of psychosomatic research*, 72(2), 89-96.
- Greenberg, P. E., Sisitsky, T., Kessler, R. C., Finkelstein, S. N., Berndt, E. R., Davidson, J. R., ... & Fyer, A. J. (1999). The economic burden of anxiety disorders in the 1990s. *Journal of clinical psychiatry*, 60(7), 427-435.
- Hartley, S., Dagneaux, S., Londe, V., Liane, M. T., Aussert, F., des Francs, C. C., & Royant-Parola, S. (2016). Self-referral to group cognitive behavioral therapy: Is it effective for treating chronic insomnia?. *L'encéphale*, 42(5), 395-401.
- Heinrichs, M., Wagner, D., Schoch, W., Soravia, L. M., Hellhammer, D. H., & Ehlert, U. (2005). Predicting posttraumatic stress symptoms from pretraumatic risk factors: a 2-year prospective follow-up study in firefighters. *American Journal of Psychiatry*, 162(12), 2276-2286.
- Kearns, M. C., Ressler, K. J., Zatzick, D., & Rothbaum, B. O. (2012). Early interventions for PTSD: A review. *Depression and Anxiety*, 29(suppl 10), 833-842.
- Kiser, L. J., & Black, M. M. (2005). Family processes in the midst of urban poverty: What does the trauma literature tell us? *Aggression and Violent Behavior*, 10, 715-750.
- McNally, R. J., Bryant, R. A., & Ehlers, A. (2003). Does early psychological intervention promote recovery from posttraumatic stress disorder? *Psychological Science in the Public Interest*, 4(suppl 2), 45-79.
- Rhudy, J. L., Davis, J. L., Williams, A. E., McCabe, K. M., Bartley, E. J., Byrd, P. M., & Pruiksma, K. E. (2010). Cognitive-behavioral treatment for chronic nightmares in trauma-exposed persons: assessing physiological reactions to nightmare-related fear. *Journal of clinical psychology*, 66(4), 365-382.
- Rose, S. C., Bisson, J., Churchill, R., & Wessely, S. (2002). Psychological debriefing for preventing post-traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2), CD000560.

- Rothbaum, B. O., Houry, D., Heekin, M., Leiner, A. S., Daugherty, J., Smith, L. S., & Gerardi, M. (2008). A pilot study of an exposure-based intervention in the ED designed to prevent posttraumatic stress disorder. *The American Journal of Emergency Medicine*, 26(3), 326-330.
- Schure, M. B., Lindow, J. C., Greist, J. H., Nakonezny, P. A., Bailey, S. J., Bryan, W. L., & Byerly, M. J. (2019). Use of a fully automated internet-based cognitive behavior therapy intervention in a community population of adults with depression symptoms: randomized controlled trial. *Journal of medical Internet research*, 21(11), e14754.
- Talbot, L. S., Maguen, S., Metzler, T. J., Schmitz, M., McCaslin, S. E., Richards, A., ... & Neylan, T. C. (2014). Cognitive behavioral therapy for insomnia in posttraumatic stress disorder: a randomized controlled trial. *Sleep*, 37(2), 327-341.
- Tang, W., & Kreindler, D. (2017). Supporting homework compliance in cognitive behavioral therapy: essential features of mobile apps. *JMIR mental health*, 4(2), e5283.
- Veronese, G., Said, M. S., & Castiglioni, M. (2014). Family crisis intervention in war contexts: a case study of a traumatized Palestinian family. *British Journal of Guidance & Counselling*, 42(5), 472-486. DOI: 10.1080/03069885.2014.907868.
- Guido Veronese, Mahmud Said (2009). Intervento terapeutico sulla crisi in contesti di guerra: uno studio sul caso di una famiglia palestinese traumatizzata” , *Terapia familiare*, p.79-105.
- Walters, E. M., Jenkins, M. M., Nappi, C. M., Clark, J., Lies, J., Norman, S. B., & Drummond, S. (2020). The impact of prolonged exposure on sleep and enhancing treatment outcomes with evidence-based sleep interventions: A pilot study. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 12(2), 175.
- Zerach, G., Solomon, Z., Horesh, D., & Ein-Dor, T. (2013). Family cohesion and posttraumatic intrusion and avoidance among war veterans: a 20-year longitudinal study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48(2), 205-214.