



مركز البيان للدراسات والتخطيط
Al-Bayan Center for Planning and Studies

اضطراب الحروب القبيحة

د. أبرار حسن النوري



سلسلة إصدارات مركز البيان للدراسات والتخطيط

عن المركز

مركزُ البيان للدراسات والتخطيط مركز مستقلٌ، غيرٌ ربحيٌّ، مقرّه الرئيس في بغداد، مهمته الرئيسة -فضلاً عن قضايا أخرى- تقديم وجهة نظر ذات مصداقية حول قضايا السياسات العامة والخارجية التي تخصّ العراق بنحو خاصٍ ومنطقة الشرق الأوسط بنحو عام. ويسعى المركز إلى إجراء تحليل مستقلٍ، وإيجاد حلول عملية جليّة لقضايا معقدة تمّم الحقلين السياسي والأكاديمي.

ملاحظة:

الآراء الواردة في المقال لا تعبر بالضرورة عن اتجاهات يتبناها المركز، وإنما تعبر عن رأي كاتبها.

حقوق النشر محفوظة © 2021

www.bayancenter.org

info@bayancenter.org

Since 2014

اضطراب الحروب القبيحة

د. أبرار حسن النوري *

ما إن سيطرت جماعة «داعش» على أراضي واسعة من العراق، وللوحشية التي بينوها في الإعلام المرافق لهم، لم يكن هنالك طريق لمواجهتهم إلا بفتنة من العقائديين؛ ليكونوا قوة موازية تستطيع تحمّل الطريقة الوحشية التي تسير عليها الجماعات الإرهابية ومواجهتها.

استطاع العراق بعد فتوى المرجعية أن يشكّل جبهةً صِدِّ ومواجهة من الشباب المتطوِّع للدفاع عن أرضه ومقدّساته (وَفَقاً لفتوى مرجعية النجف)، فكانت قوة عقديّة سُمِّيت بـ(الحشد الشعبي)¹.

وبعد القتال الوحشيّ الذي واجهه المقاتلون في تصديهم لزحف داعش، إذ بذلوا كل ما يمكن بذله، وكان من المتوقع أن يكون الرد بالعنف الذي أفقد العراق عدداً لا يحصى من المقاتلين² ما بين جريح وقتيل، فضلاً عن عمليات حرق الأجساد، والذبح والتنكيل بالجثث وغير ذلك من الأساليب آنفة الذكر، وما خلّفتها من إصابات جسدية مثل: (البتر، والشلل، والعجز، واستئصال الأعضاء المصابة، والشظايا المتناثرة في أجساد المقاتلين)، كلُّ ذلك أنتج فئةً تُعاني من آثار على العلاقات النفسية والاجتماعية للمقاتلين وخصوصاً مَنْ كان مواجهاً لتلك الصدمات أو الجرحى.

كان اعتماد أساس الوحشية في القتال من قبل تنظيم داعش كافياً لإيقاع عددٍ ليس بقليل من المقاتلين العراقيين نفسياً وجسدياً في مجموعة إصابات بليغة، ونتيجة تلكم السنين من القتال والمقاومة أُصيب المقاتلون في صفوف الحشد الشعبي -بوصفهم أحد أهم الصادين والمواجهين لتنظيم داعش- بمجموعة من الأزمات النفسية، وما يزال بعضهم يعاني من آثارها السلبية القائمة باضطرابات نفسية متنوعة، إذ وَفَّق إحصائية هيئة الحشد الشعبي كانت أبرز تلك الاضطرابات هو اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية PTSD³.

1. أصدرت المرجعية الدينية العليا فتوى الجهاد الكفائي بعد سقوط مدينة الموصل في حزيران عام 2014 من النجف الاشرف بدعوة العراقيين القادرين على حمل السلاح للانخراط في القوات الأمنية للدفاع عن العراق وشعبه ومقدساته أمام هجمة تنظيم داعش.

2. وفقاً إحصائية معاونية شؤون الشهداء والمقاتلين / مركز الدراسات.

3. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE (2005), Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication.

* اختصاص علم النفس السريريّ، ومدير مركز الإنماء للتدريب النفسيّ.

ووفق الإحصائيات فإنَّ ما يُقارب من 50% من عامة السكان يتعرضون لحدث صدمة واحد على الأقل من حياتهم، ولكن نسبة حدوث الاضطراب ككل نحو 5-10%⁴، ومع ذلك فإنَّ انتشار اضطرابات ما بعد الضغوط الصدمية في المقاتلين أعلى من ذلك⁵.

ويمكن اختصار عددٍ من أعراض اضطراب ما بعد الصدمة بعددٍ من النقاط هي:

1. يستعرض المصاب بهذا الاضطراب الأحداث في ذهنه دائماً، ولكن في الوقت نفسه يحاول تجنبها⁶.
2. يشعر بحالة التهيج بصورة متقطعة.
3. الضعف في التركيز.
4. الافراط في ردود أفعاله.
5. اضطرابات القلق، واضطرابات المزاج والاكتئاب.

تلك الأعراض تساهم بصورة مباشرة أو غير مباشرة بخلق ظروف نفسية وسياقات اجتماعية للمريض وعلاقاته سواءً أكانت على مستوى الأسرة أم القرابة أم المجتمع الأوسع⁷؛ ممَّا يندُر بأخطار تنتج نتيجة لذلك الاضطراب، وهناك كثيراً من التجارب المشابهة في دول مختلفة عملت تلك الاضطرابات بعد الحرب على خلق مشكلات أثرت تأثيراً كبيراً على المجتمع واستقراره.

فضلاً عن الأعراض التي تؤثر على المريض نفسه، والمتثلة بعلاقاته، وتعليمه، وانفعالاته التي

4. Boulos D, Zamorski MA (2013) Deployment-related mental disorders among Canadian Forces personnel deployed in support of the mission in Afghanistan

5. Richardson LK, Frueh BC, Acierno R (2010) Prevalence estimates of combat-related PTSD: A critical review

، and Chossegros, L., Hours, M., Chamay, P., Bernard, M., Fort, E., Boisson, D., & et al. (2011). Predictive factors of chronic post-traumatic stress disorder 6 months after a road traffic accident.

6. Panagioti, M., Gooding, P., & Tarrier, N. (2009). Post-traumatic stress disorder and suicidal behavior: A narrative review.

7. Dibajinia, P., Zahiruddin, A., & Ghidar, Z. (2011). Efficacy of eye movement desensitization treatment of post-traumatic stress disorder.

تدفعه لتعاطي العقاقير، والعدوانية والعنف والشعور بالعجز، والدونية، والشعور بالذنب، والعار، والغضب الشديد، كما أنّ ما يتبع تلك الانفعالات عادةً من مشكلات أبرزها فشل علاقاتهم الزوجية؛ لتنتهي بالطلاق أو استعمال العنف داخل أسرهم⁸.

- طرائق العلاج

حينما تظهر أعراض هذا الاضطراب، فإنّ أهم ما يمكن فعله هو اختيار العلاج المناسب في الوقت المناسب، أي: (الوقت المناسب؛ لتجنّب وقوع الضرر المتفاقم من تعقيدات السلوك البشرية)⁹، كما هو الحال بالنسبة لهذا الاضطراب تُستعمل التدخلات النفسية والدوائية؛ لعلاج علامات وأعراض اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية.

ومجموعة تلك التدخلات العلاجية ضمنيتها بعض البحوث التي أُقيمت على تأثير بعض الأساليب مثل: (التحصين في الحد من متلازمة الضغوط من اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية، أو العلاج بحركات العين (EMDR)، أو العلاج السلوكي المعرفي على أعراض اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية وإلى غير ذلك من طرائق العلاجات النفسية الأخرى)، ومع ذلك فإنّه بسبب الأساس البيولوجي العصبي وأنماط غير الطبيعية لوظيفة الدماغ عند هؤلاء المرضى التي أكّدها الدراسات الحديثة بحدوث تشوهات وظائف المخ في اضطرابات الإجهاد مثل اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية، ولاسيّما المضاعفات الذهنية المعرفية غالباً ما تكون واضحة في مجموعات اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية، وعلى الرغم من وجود جدل مستمر حول التغييرات المنتشرة في الأداء المعرفي، فإنّ عديداً من الدراسات تُشير إلى وجود (عجز) وظيفي في عدد من المجالات، بما في ذلك:

8.Dibajinia, P., Zahiroddin, A., & Ghidar, Z. (2011). Efficacy of eye movement desensitization treatment of post-traumatic stress disorder , and Vasterling JJ, Brailey K, Duke LM, Constans JI, Allain AN, Sutker PB (2002) Attention, learning, and memory performances and intellectual resources in Vietnam veterans: PTSD and no disorder comparisons.

9.Shucard JL, McCabe DC, Szymanski H (2008) An event-related potential study of attention deficits in posttraumatic stress disorder during auditory and visual Go/NoGo continuous performance tasks

- الذاكرة العاملة قصيرة المدى¹⁰.
- والانتباه المستمر¹¹.
- التثبيط¹².
- واستدعاء الذاكرة¹³.

وعلى الرغم من ذلك، لا يُعرف كثيراً عن الأسس البيولوجية العصبية لمثل هذا العجز.

- الأسس البيولوجية لاضطراب ما بعد الضغوط الصدمية

إنَّ وظيفة الدماغ في حالات تعرُّضه للصدمة وما يمكن أن يؤثر على أواجهه من خللٍ في النشاط وعدم انسجام نصفي كرتي الدماغ في العمل، كما تلاحقت الدراسات بعد ذلك في البحث عن الآلية التي يسترجع بها الدماغ نشاطه العصبي من جديد ولذا عُرضت طريقة التغذية الراجعة العصبية بوصفها الطريقة الداعمة والمسرِّعة للعلاجات النفسية، وإنَّ الدراسات التي تناولت طريقة العلاج المعتمدة على الجانب العصبي لوظيفة الدماغ أظهرت أنَّ الأشخاص الذين يعانون من اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية يواجهون الإعاقة في الوظائف التنفيذية.

ففي دراسات مختلفة على نشاط نصفي كرتي أدمغة المقاتلين المصابين باضطراب ما بعد الضغوط الصدمية التي استعملت تخطيط الدماغ الكهربائي الكمي (Quantitative) QEEG (Electroencephalography)، وفي دراسات لاحقة عن الخلل الذي يمكن أن تسببه

10 Marmar CR, McCaslin SE, Metzler TJ, Best S, Weiss DS, Fagan J, et al. (2006) Predictors of posttraumatic stress and Vasterling JJ, Brailey K, Duke LM, Constans JI, Allain AN, Sutker PB (2002) Attention, learning, and memory performances and intellectual resources in Vietnam veterans: PTSD and no disorder comparisons.

11. Shucard JL, McCabe DC, Szymanski H (2008) An event-related potential study of attention deficits in posttraumatic stress disorder during auditory and visual Go/NoGo continuous performance tasks.

12. Leskin LP, White PM (2007) Attentional networks reveal executive function deficits in posttraumatic stress disorder.

13. Lindauer RJ, Olf M, van Meijel EP, Carlier IV, Gersons BP (2006) Cortisol, learning, memory, and attention in relation to smaller hippocampal volume in police officers with posttraumatic stress disorder.

الاضطرابات النفسية على نشاط الأمواج الدماغية بيّنت نتائجها أنّ الاضطرابات الانفعالية تحدث تغييرات غير طبيعية في نشاط أمواج نصف كرة واحدة من الدماغ ونشاطها المنفرد.

بعض هذه الدراسات ناقشت نتائجها أنّ عدم تنظيم وتنسيق نصفي كرتي الدماغ الأيمن والأيسر هو أنّ النصف الأيسر من الدماغ يعالج الانفعالات السارة، في حين أنّ النصف الأيمن يقوم بمعالجة الانفعالات غير السارة أو السالبة كما أشارت دراسات أخرى أنّ قشرة الفص الأمامي في أدمغة الأفراد الأسوياء إذ استثمرت في إعطاء الاستجابات للانفعالات الإيجابية في حين ينخفض نشاطها في الاستجابات المزاجية السلبية¹⁴.

درس الباحثون في هذا المجال؛ للوصول إلى علاج العلاقة بين اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية وأعراض الاكتئاب، وعدم انسجام أمواج ألفا في الفصوص الأمامية، والجدارية، والصدغية، من أدمغة الممرضات في الحروب، وبيّنت النتائج أنّ أعراض التهيج (فرط الاستثارة) في اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية كانت تترافق مع ارتفاع نشاط الفص الجداري (Metzger et al, 2004) ولذلك تعددت الدراسات التي أشارت على أنّ هناك أساس بيولوجي؛ لاضطراب ما بعد الضغوط الصدمية.

- العلاج النفسي

أمّا في مجال العلاج النفسي فإنّ الدراسات العصبية على أمواج الدماغ في آليات أساس عمل المناطق المختلفة من الدماغ والمظاهر النفسية والأدائية أكّدت على أنّ بالإمكان تنظيم نشاط الأمواج، إذ تُصبح مفيدة للأداء النفسي فائدةً كبرى، واعتماداً على نتائج هذه الدراسات يظهر التساؤل فيما لو أمكن تغيير نشاط أمواج الدماغ وتغيير تردداتها الشاذة إلى ترددات سوية، هل بذلك يمكن تغيير الحالات النفسية السلبية إلى حالات سوية¹⁵!

- ذاكرة الجسد

على ضوء الدراسات السابقة يمكن وضع فرض هو أنّ التغذية الراجعة الحيوية يمكن أن تكون مفيدة في علاج أعراض اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية لكن في هذا الاضطراب نواجه

14•Allen JJ1, Urry HL, Hitt SK, Coan JA. (2004). The stability of resting frontal electroencephalographic asymmetry in depression.

15.Gunkelman JD, Johnstone J. (2005). Neurofeedback and the brain.

اعراضاً أكثر تعقيداً للأعراض السابقة مقارنةً بالشائع في الممارسة السريرية، ذلك أنّ الميزة الأساسية لاضطراب ما بعد الضغوط الصدمية وفي صدمة الحدث تحديداً هي: (إنّ الذاكرة المؤلمة تتضمن العقل والجسم بوصفهما كياناً واحداً)، إذ يتم ترميز الحدث (بوصفها ذاكرة جسد) وذاكرة تاريخية واضحة، وهذا يتطلب أن تكون ذاكرة الحدث الصريحة مقترنة بذاكرة الحالة الفسيولوجية فقط، وفي الوقت الذي يكون فيه هذا الاقتران عاماً، لكنّه يرتبط عادةً بأحداث ذات معنى انفعالياً، ففي حالة الصدمة، يُراد تكافؤ كل هذه الذكريات، ويتم ترميز الذاكرة كتجربة وحدوية تشمل كلاً من الأنظمة الحسية والحسوية، وفي نوع من التعلّم من مرحلة واحدة، يغيّر الذهن ردّة فعل الجسد على التهديد فيما بعد الحدث، فيعتقد أنّه ما يزال في موقف تهديد، وهذا يكلف الفرد من ناحية وظيفته التنظيمية العادية، إذ إنّنا طبيعياً حينما نواجه تهديداً لحياتنا، أو شيئاً مشابهاً، فإنّنا فسيولوجياً نتخلف (نترجع عكسياً) إلى آليات استجابة أكثر بدائية موجودة في مخزوننا البيولوجي لمثل هذه الاحتمالات، ثمّ نفقد السيطرة القشرية من أعلى إلى أسفل بمجرد حدوث ذلك، وقد يكون من الصعب إعادة تثبيت التحكّم القشري الأصلي الأدق والمعقد والمتكامل على وظائفنا التنظيمية الهامة، طالما أنّ جذع الدماغ يُترك في وضع الطوارئ، فإنّه يُشغّل بوساطة آلياته الداخلية الخاصة به، ولا يولي القدر نفسه من الاهتمام للقشرة الدماغية، وحينما تنجح هذه الأساليب يكون ذلك بسبب الاستجابة الفسيولوجية التي عُيِّرت أثناء العملية.

بعد كل شيء، يُمكن إعادة تأهيل الدماغ من عمليات الاسترداد الذاتي للدماغ بطرائق متنوعة، ومع ذلك يمكن الاستفادة من الفرصة أيضاً؛ لإعادة تدريب استجابتنا الفسيولوجية مباشرةً، متجاوزين المعاناة والمعالجة الذهنية المضطربة، وذلك عن طريق مراقبة نشاط الدماغ الشاذ، وإعادة تعديله بتقنية التغذية الراجعة العصبية¹⁶.

- تجارب العلاج بالتغذية الراجعة العصبية

إنّ التغذية الراجعة العصبية هي استراتيجية واحدة من بين العديد من الخيارات المتاحة تحت المظلة العامة؛ لإعادة تأهيل وظائف الدماغ، وفي هذا الصدد استعمل العالمان (Peniston ، Kulkosky) في تدريبهما على مقاتلين مصابين باضطراب ما بعد الضغوط الصدمية بروتوكولاً واحداً هو بروتوكول أمواج ألفا/ ثيتا، وقد توصّلا في نتائج الدراسة إلى أنّ هناك تأثيراً واضحاً في

16.Othmer, S. (2012). Psychological Health and Neurofeedback: Remediating PTSD and TBI, EEG Info.

انقطاع استعمال العلاج الدوائي بالنسبة للمجموعة التجريبية¹⁷، أمّا دراسة العالم (Villanueva et al, 2011) وفي دراسة ذات صلة عن مدى تأثير التغذية الراجعة العصبية ومن جمع بيانات 350 فرداً من القوات البحرية الأمريكية التي كانت المظاهر النفسية لما بعد الحرب واضحة عليهم بيّنت نتائج تلك البيانات أنّ العديد من هؤلاء تحسّنوا تحسّناً واضحاً في ظهور مجموعة من الأعراض منها الذكريات الاقتحامية، والكوابيس، وسرعة الاستثارة، وانخفاض الدافعية، والخلل في النوم، والكآبة، وأعراض أخرى، إذ إنّ تلك النتائج كانت إلى حدّ بعيد باعثة للأمل في مدى فاعلية هذه الطريقة في العلاج على أمواج الدماغ وتأثيرها في النشاط الذهني والسلوكي¹⁸.

بناءً على هذه التقنية، يتعلّم الدماغ تصحيح نفسه من مراقبة التشوهات في أمواجه ووعيه بأنّ أعراض اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية هي التي تسبّب هذا الخلل في المسارات العصبية في الدماغ ويحاول بذلك تصحيحها.

وتشير الفرضيات التي قامت عليها جميع هذه الدراسات إلى أنّ بالإمكان تنظيم النسق التنظيمي البشري بوصفه شبكة، بغضّ النظر عمّا إذا كنّا نتحدّث عن أيّ من الشبكات العصبية على وجه التحديد.

وإذا قمنا بالتأثير على التنظيم الوظيفي لشبكاتنا العصبية من التغذية الراجعة، فسوف تُوصَلُ التأثيرات إلى الشبكة التنظيمية بأكملها، إذ يُستفاد من المستوى العالي من التكامل الوظيفي لنظامنا التنظيمي، ومن ثمّ فإنّ التغذية الراجعة هو نهج مرشّح حتى لو كانت الأمور تتعلّق في المقام الأول بالخلل الذاتي اللاإرادي، إذ إنّ أكثر الأعراض تميّزاً في اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية هي أعراض إعادة التجربة، وهذا ينطوي على استحضار استجابة النظام الأصلي للصدمة بكل تفاصيلها، وبحكم الصدمة الأصلية، يُسجّل الحدث بأكمله في ذهن الجسد بوصفه ذاكرةً وحدوية، و(هناك قيمة للبقاء على قيد الحياة في الصدمة تُذكرُ بصورة دائمة؛ لذلك بهذا المعنى يعمل النظام كما يستوجب) يتضمن الاستدعاء اللاحق للحدث الذاكرة بأكملها، بما في ذلك «ذاكرة الحدث» المحدّدة والصریحة، ولكن المرافق «ذاكرة الحالة» الضمنية التي تُسجّل منتشرة في جميع أنحاء الجسم، ومع تسلسل الأحداث المؤلمة يستوعب العقل الجسديّ في النهاية حالة دائمة من التهديد، وعلى

17. Peniston, E. G., & Kulkosky, P. J. (1999). Neurofeedback in the treatment of addictive disorders.

18. Villanueva M, Benson A, LaDou T. (2011), Clinical practice and observations of infra-low neurofeedback as an adjunctive treatment.

حساب استقرار الشخص ووظائفه، وإنَّ حالة الاستعداد هذه تتحدَّى عادةً المحاولات العلاجية؛ لأنَّها متأصِّلة في آليات البقاء الأساسية للفرد، وهنا يكمن العلاج في إعطاء العقل الجسديّ تجربة الهدوء الحشوية التي لم يُعد بإمكانه الوصول إليها وتعزيز تلك الحالة لدرجة أنَّ الجسم يمكن أن يعيش مرة أخرى في حالة مستقرة، والأساليب العلاجية المبنية على المعرفة لا تنجز هذه المهمة جيداً، وهناك حاجة إلى النهج النفسي الفسيولوجي المتوفِّر في التغذية الراجعة العصبية وهنا يكمن أهمية إجراء البحث في هذا النوع من العلاج.

- تطبيقات علاجية على مقاتلي الحشد الشعبي

فُسِّمَتْ مجموع العينة البالغ عددها 14 من المقاتلين المصابين باضطراب ما بعد الضغوط الصدمية إلى مجموعتين بطريقة متساوية، وباختيار عشوائي مِّن توفَّرت فيهم شروط الدراسة وقبلوا الالتزام بجلساتها، وقُدِّمَ العلاج الدوائي لكلِّ مصاب¹⁹، فضلاً عن تقديم العلاج النفسي المبني على التقبل والالتزام ACT بطريقة العلاج الجمعي لكل مجموعة، وكانت متوزعة على عشر جلسات كما هو في البروتوكول العلاجي المقدَّم، فضلاً عن جلسة تمهيدية للتعريف بالعلاج. طُبِّقَ العلاج في «مجمِّع الرسول الأعظم التأهيلي» وتحديدًا في مركز العلاج النفسي التابع لهيئة الحشد الشعبي، وباستعمال أجهزتهم وكادرهم العلاجي ولمدة ثلاثة أشهر ابتداءً من الشهر تمُّوز من عام 2019.

طريقة العلاج:

كان لا بد من استعمال طريقة علاج نفسيّ كلامي يرافق العلاج العصبيّ، فكان أول بوابة للعلاج تقبُّلهم لمعاناتهم وعلى عكس العلاجات السلوكية المعرفية، فإنَّ الهدف في العلاج المبني على التقبُّل والالتزام ACT ليس تقليل وجود التجارب الداخلية غير المرغوب فيها، وبدلاً من ذلك فإنَّ الهدف هو مساعدة المقاتلين على «إفساح المجال» لصدمات الماضي وتقبلها، ويشار إليه بمصطلح المرونة النفسية، إذ إنَّ الهدف هو أن يكون المقاتلون قادرين على الاعتراف بتجاربهم الداخلية السلبية ومتابعة حياة ذات قيمة على الرغم من وجود الذكريات الصادمة، وقد تحقَّق ذلك من العمليات الأساسية الآتية:

1. اليقظة Mindfulness: تُعرَّف اليقظة إلى المقاتلين أولاً بوصفها طريقة لإعادة الاتصال باللحظة الحالية، ممَّا يبيّن الأساس لزيادة التعرض للأفكار والعواطف التي تُتجنَّب.

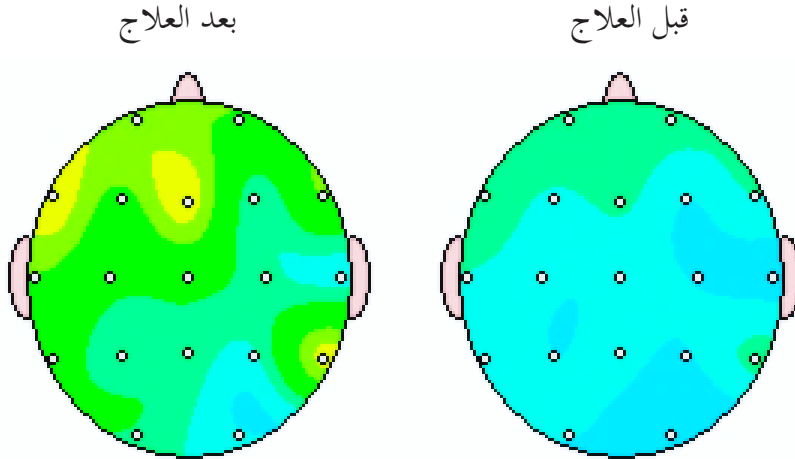
19. تأكدت الباحثة من توحيد الادوية التي كان يداوم عليها المراجعين في المجموعتين وانها لا تؤثر على العلاج العصبي.

2. الرغبة Willingness: تُشير الرغبة إلى الانفتاح الكامل على تجربة الفرد، حتى لو كانت تلك التجربة مؤلمة أو تثير القلق، وهذا لا يعني أن يجب أو أن يريد الألم و/ أو القلق، بل يعني قبول وجوده وخلق مساحة له باتخاذ موقف راغب، ويمكن للمقاتلين المضي قدماً في أنشطة مهمّة في مواجهة الألم والقلق.
3. الارتباط بالقيم الشخصية Connection to Personal Values: غالباً ما يهيمن التجنّب على حياة المقاتلين لدرجة أنّهم نسوا قيمهم الشخصية، ويتمثّل أحد الأهداف المهمة للعلاج المبني على التقبل والالتزام ACT في مساعدة المقاتلين على إعادة الاتصال بقيمهم الشخصية وخلق تناقض بين السلوك المدفوع بالصدمات والسلوك الذي تحركه القيم.
4. العمل الملتزم Committed Action: حتى حينما يكون المقاتلون على دراية بقيمهم الشخصية، فقد يظل سلوكهم مدفوعاً بالصدمة، إذ يركّز العمل الملتزم على وضع أهداف واضحة لبدء التحرك في اتجاه قيم الفرد، لذا فإنّ في العلاج المبني على التقبّل والالتزام ACT ل PTSD يستعمل المقاتلون قيمهم الأهم؛ لتوجيه الأهداف الشخصية.
5. التحرر Defusion: بممارسة التدريب على اليقظة، يصبح المقاتلون مدركين للأفكار المؤلمة التي تعترض طريقهم في الوصول إلى أهدافهم القائمة على القيم، وهنا تساعد استراتيجيات التحرر المقاتلين على تعلّم الاعتراف بأفكارهم على أنّها مجرد أفكار، على عكس الاستراتيجيات المعرفية الأخرى، فإنّ الهدف ليس تحدي الأفكار بل الاعتراف بأنّها ليست مفيدة والانفصال عنها والمضي قدماً، وليس من الضروري تحديد ما إذا كانت صحيحة أم غير صحيحة، كما تسمح استراتيجيات التحرر للمقاتلين بالابتعاد عن الأفكار المؤلمة من أجل مواصلة العمل الملتزم في مواجهة الألم أو القلق.
6. ملاحظة الذات: وأخيراً يتعلّم المقاتلون استعمال مهاراتهم لأخذ منظور «الصورة الكبيرة» لحياتهم بمرور الوقت، ويساعد هذا المقاتلين على المضي قدماً لرؤية التجارب المؤلمة لا للحظة الحالية في سياق أوسع للحياة بواسطة التواصل مع الذات الثابتة عبر الزمن، وهذا الارتباط بالإحساس الدائم بالذات يعزّز مرونة نفسية أكبر ويجعل تجربة القلق الحالية أقلّ تهديداً.

بعد الانتهاء من الجلسة النفسية الكلامية يخضع أفراد المجموعة التجريبية إلى العلاج العصبي وفقاً للبروتوكول المناسب.

وباختصار، تكون المشاركة في الجلسات المتعددة الأسبوعية للتدريب A\T تبدأ كل جلسة

بثلاث إلى ثماني دقائق من التصوّر المنظم Constructive Visualization وإنّ تدريب A/T يستغرق نحو 30 دقيقة، واستخلاص المعلومات Debriefing يستغرق 15-20 دقيقة، ويبدأ التدريب بعد 10-15 دقيقة من الاستشارة واستخلاص المعلومات، إذ إنهم أثناء التدريب يتمثلون أغلب الاتجاهات الذاتية أو يتذكرون الذكريات المكبوتة، أمّا بين الجلسات يقضي المراجع وقته في التفكير والكتابة عن الأحداث اليومية، وفي بعض الأسابيع يمكن حذف التدريب، وذلك من أجل التحدّث فيما يخص بعض الموضوعات، ويبيّن الشكل (1) الفرق الحاصل في موجة «ألفا» قبل وبعد تلقّي برنامج التغذية الراجعة العصبية.



انخفاض موجة «ألفا» في الفص الخلفي من دماغ مصاب بالصدمة قبل تلقي العلاج وارتفاعها بعد تلقي العلاج

تفسير ومناقشة النتائج

تُشير نتائج الدراسة الحالية بأنّ برنامج التغذية الراجعة العصبية فيما لو أُضيف إلى برنامج العلاج الكلاميّ المبنيّ على التقبُّل والالتزام يكون العلاج أفضل ممّا لو استُعيّن عن برنامج التغذية العصبية، وبمؤشّر الدلالة إحصائية يمكن تفسير ذلك أنّ البرنامجين العلاجيّين قائمان على اليقظة الذهنية ممّا جعل التفاعل الإيجابي للبرنامجين واضحاً في التأثير على الشفاء من أعراض اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية، ويمكن شرح آلية عمل العلاجات القائمة على اليقظة الذهنية كالبرنامج

العلاجي المبني على التقبُّل والالتزام على أنَّه الطريقة التي يتعلَّم بها المتعالج من الاستعارات كيف أنَّ محاولاتِه في تجنُّبه أحداث الماضي يجعل الفرد متورطاً أكثر في تلك الأحداث، وبالتمرينات سواءً في الجلسات أم الواجب البيتي، إذ يصبح يقطاً أكثر للصراعات التي يزيحُ نفسه بها نتيجة تلك المحاولات الفاشلة، وبدلاً من ذلك يسمح لنفسه أن يتقبَّل المشاعر والخبرات والذكريات والأفكار التي رافقت الأحداث المؤلمة في حياته، وأن يبقى في واقعه ويركِّز على حاضره، وهكذا يكون بإمكانه أن يتحرَّر من كل فشل أو إخفاق وصف ذاته بها، ولا يكون ذلك إلا بالتقبُّل الذهني والذي يمكن تعريفه باختصار: «معرفة ما مر به الفرد من خبرة كما لو أنَّه يجتربها الآن»

كما أنَّ المتعالج يدرك من برنامج العلاج الكلامي المبني على التقبُّل والالتزام أنَّ تهدئة الذات للاستجابات الانفعالية أو المشاركة في نوع التفاعل العاطفي بوصفه وسيلة لتجنُّب الخبرة تعد محاولات لإبعاد الذات من المواقف والتفاعلات الشخصية التي تثير بعض الأفكار أو العواطف السلبية، وكلها أمثلة لمناورات التجنُّب، وقد ينفق كميات كبيرة من الطاقة في الانخراط في عدد من هذه السلوكيات، وتحديداً تجنُّب المشاعر والأفكار المرتبطة بالصدمة، أو الأنشطة التي تحفز ذكريات الصدمة، ولكن السبب الذي جعل مرافقة البرنامج العلاجي العصبي هو أفضل في العلاج هو أنَّ حالات الإصابة بهذا الاضطراب عند المقاتلين من الحشد الشعبي هي من النوع الشديد، والذي يتداخل مع مجموعة أعراض مشتركة باضطرابات أخرى.

وعالماً ما يشكو المرضى الذين يعانون من اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية من مشاكل الذاكرة اليومية بمواد محايدة عاطفياً، ويرجع ذلك جزئياً إلى أنَّ مشاكل الذاكرة يمكن أن تقلل من انخراط المريض واستجابته للعلاج التقليدي ذلك أنَّ الخلل في الذاكرة هو نتيجة لخلل بيولوجي عصبي ناتج عن الصدمة، وقد يسبب هذا الخلل في الذاكرة كعامل خطر موجود مسبقاً بتطوير اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية. وفي الوقت نفسه يكون نتيجة للاضطراب، ويقترح Vasterling (- Brailey) مفهوم «دوامة»⁽²⁰⁾، يؤدِّي فيها العجز العصبي المعرفي الموجود مسبقاً إلى زيادة خطر الإصابة باضطراب ما بعد الضغوط الصدمية من التأقلم غير الفعال، ويؤدِّي تطور اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية بدوره إلى خلل إدراكي أكبر، وهذا العجز في الذاكرة يقلل من الموارد المتاحة لمرضى اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية حين التعامل مع متطلبات الحياة وبصورة أكثر تحديداً، ويمكن أيضاً أن تؤثر على قدرة المرضى على الانخراط في العلاج النفسي الكلامي

20. Villanueva M, Benson A, LaDou T. (2011), Clinical practice and observations of infra-low neurofeedback as an adjunctive.

والاستجابة له في الواقع، وقد وجدت الدراسة أنّ ضعف الذاكرة اللفظية يتوقع نتائج أسوأ منها في المرضى الذين يتلقون العلاج السلوكي المعرفي للاضطراب ما بعد الصدمة.

○ التوصيات

1. الاعتراف بوجود مشكلة تخص العائدين من الحرب، على المستوى الحكومي والمنظمات المتخصصة.
2. اختيار الوقت المناسب وتجنب التباطؤ؛ لمنع وقوع الضرر المتفاقم من تعقيدات السلوك البشرية.
3. استنساخ تجربة الحشد الشعبي في علاج المقاتلين من ناحية توفير الهيئات المتخصصة، والأجهزة الخاصة لعلاجات ما بعد الصدمة التي أثبتت نجاحها في التجارب الدولية.
4. تأهيل هيئات من المتخصصين في علم النفس مدربة على تطبيق البرمجية العلاجية الكلامية والعصبية المختلفة المعدة للمصابين باضطراب ما بعد الضغوط الصدمية.
5. الاشتراك مع عوائل المصابين لعقد لقاءات شهرية معهم وإشراكهم في مواكبة البرنامج المعد لهم، وتبيان تطور العلاج بها.
6. ضرورة أن يشترك فريق عمل متكامل في التشخيص المبكر للمصاب باضطراب ما بعد الضغوط الصدمية قبل تفاقم الحالة ويتكوّن من:
7. طبيب نفسيّ. ب- متخصص نفسيّ. ت- مرشد نفسيّ. ث- مرشد اجتماعي (العامل اجتماعي)؛ لملاحظات سلوكيات المصاب من قبل المقربين في السكن.
8. ضرورة استعمال التقنيات الحديثة؛ لرسم الدماغ و تقديم الخدمات البرمجية العلاجية على الأجهزة المحوسبة؛ لأنّه يحقّق استعمالاً وتحفيزاً لأكثر من حاسة، ولاستلام المنبهات والمثيرات الحسية للتغذية الراجعة العصبية وهذا يساهم في تعرف المصاب على جوانب التي يعاني من قصور واضح فيها.
9. ضرورة التخطيط المنظم للأنشطة المختلفة التي يمكن أن يقدّمها المقاتلين المصابين بالصدمة الذين شهدوا تضحيات في سوح المعارك وتدوينها على أنّها سيرة مشرفة بدل محاولاتهم للتهرّب من تذكّرها.

• المصادر

المصادر الأجنبية

- Allen JJ1, Urry HL, Hitt SK, Coan JA. (2004). The stability of resting frontal electroencephalographic asymmetry in depression. *Psychophysiology* 41: 269–280.
- Boulos D, Zamorski MA (2013) Deployment-related mental disorders among Canadian Forces personnel deployed in support of the mission in Afghanistan, 2001–2008, *Canadian Medical Association Journal*, 185(11), 545–552. [Google Scholar]
- Braun,B,G.(1988).The BASK model of dissociation clinical applications. *Dissociation*,(2),16–23.
- Chossegros, L., Hours, M., Chamay, P., Bernard, M.,Fort, E., Boisson, D., & et al. (2011). Predictive factors of chronic pots traumatic stress disorder 6 months after a road traffic accident. *Accident Analysis and Prevention*, 43(1),
- Dalgleish T, Taghavi R, Neshat-Doost H, Moradi A, Canterbury R, Yule W (2003) Patterns of processing bias for emotional information across clinical disorders: a comparison of attention, memory, and prospective cognition in children and adolescents with depression, generalized anxiety, and posttraumatic stress disorder. *J. Clin. Child Adolesc. Psychol.* 32, 10–21. [Google Scholar]

- Dalgleish T, Taghavi R, Neshat-Doost H, Moradi A, Canterbury R, Yule W (2003) Patterns of processing bias for emotional information across clinical disorders: a comparison of attention, memory, and prospective cognition in children and adolescents with depression, generalized anxiety, and posttraumatic stress disorder. *J. Clin. Child Adolesc. Psychol.* 32, 10–21. [Google Scholar]
- Demos JN. (2014), Getting started with neurofeedback. Translated by Azarangi D, Rahmanian m, Danjeh. org. Tehran.
- Dibajinia, P., Zahiroddin, A., & Ghidar, Z. (2011). Efficacy of eye movement desensitization treatment of post-traumatic stress disorder. *Research Magazine Research*, 16(7), 322–326.
- Gunkelman JD, Johnstone J. (2005). Neurofeedback and the brain. *Journal of Adult Development*; 12(2): 93–8
- Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE (2005) Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*, 62(6), 593–602. [Google Scholar]
- Kimble MO, Fleming K, Bandy C, Kim J, Zambetti A (2010) Eye tracking and visual attention to threatening stimuli in veterans of the Iraq war. *J. Anxiety Disord.* 24, 293–299. [Google Scholar]

- Leskin LP, White PM (2007) Attentional networks reveal executive function deficits in posttraumatic stress disorder. *Neuropsychology*, 21, 275–284. [PubMed] [Google Scholar]
- Lindauer RJ, Olf M, van Meijel EP, Carlier IV, Gersons BP (2006) Cortisol, learning, memory, and attention in relation to smaller hippocampal volume in police officers with posttraumatic stress disorder. *Biol. Psychiatry*, 59, 171–177. [Google Scholar]
- Marmar CR, McCaslin SE, Metzler TJ, Best S, Weiss DS, Fagan J, et al. (2006) Predictors of posttraumatic stress in police and other first responders. *Ann. N. Y. Acad. Sci.*, 1071, 1–18. [Google Scholar]
- Othmer, S. (2012). *Psychological Health and Neurofeedback: Remediating PTSD and TBI*, EEG Info, Woodland Hills, California, USA (eeginfo.com)
- Panagioti, M., Gooding, P., & Tarrier, N. (2009). Post-traumatic stress disorder and suicidal behavior: A narrative review. *Clinical Psychology Review*, 29(6), 471–482.
- Peniston, E. G., & Kulkosky, P. J. (1999). Neurofeedback in the treatment of addictive disorders. In J. R. Evans & A. Arbarbanel (Eds.), *Introduction to quantitative EEG and Neurofeedback*. San Diego, C.A: Academic Press 157–179.

- Richardson LK, Frueh BC, Acierno R (2010) Prevalence estimates of combat-related PTSD: A critical review. *Aust N Z J Psychiatry*, 44(1): 4–19. [Google Scholar]
- Rowan, A.J., & Tolunsky, E. (2003). *Primer of EEG with amini atlas*. Boston: Butterworth. Heinemann
- Shucard JL, McCabe DC, Szymanski H (2008) An event-related potential study of attention deficits in posttraumatic stress disorder during auditory and visual Go/NoGo continuous performance tasks. *Biol. Psychol*, 79 223–233. 10.1016/j.biopsycho.2008.05.005 [Google Scholar]
- Vasterling JJ, Brailey K, Duke LM, Constans JI, Allain AN, Sutker PB (2002) Attention, learning, and memory performances and intellectual resources in Vietnam veterans: PTSD and no disorder comparisons. *Neuropsychology*, 16, 5–14. [Google Scholar]
- Villanueva M, Benson A, LaDou T. (2011), Clinical practice and observations of infra-low neurofeedback as an adjunctive treatment. Camp Pendleton's Deployment Health Center. Proceedings of COSC conference 2011 Apr 26–29; San Diego, USA. 27–37.
- Whiter, N, E. (1999). Theories of the effectiveness of alpha-theta training for multiple disorder, In .Evans J, R & Arbarbanel A. (Eds.), *Introduction to quantitative EEG and neurofeedback* (pp.341–367), San Diego, CA: Academic Press.