



"الإسعافات الأولية للأطفال أثناء مواقف الأزمة" وسبل تحقيق الصحة النفسية

حسيبة برزوان: أستاذة محاضرة أ
كلية العلوم الاجتماعية والانسانية
جامعة الجزائر 2

ملخص

من خلال الدراسة الميدانية الحالية نحاول عرض مدى أهمية التكفل النفسي بالأطفال المصدومين نفسيا، من أجل صحة نفسية أفضل وذلك من خلال تقديم الإسعافات الأولية أثناء موقف الأزمة.

جاءت الدراسة مقسمة إلى جانبين: الجانب الأول نظري، بحيث تناولنا فيه المفاهيم الأساسية للبحث والمتمثلة فيما يلي: الطفولة، موقف الأزمة، الإسعافات الأولية التي يمكن أن يقدمها المختص النفسي في مثل هذه المواقف للضحية الطفل في سبيل النمو السليم و الوقاية من الأمراض النفسية والعضوية، لتتطرق في الأخير إلى مفهوم الصحة النفسية، ومن ثم طرح تسال عام وفرضية عامة للدراسة. أما الجانب الثاني وهو الجانب التطبيقي فقد تم التطرق فيه إلى منهجية الدراسة، عينة الدراسة، أدوات الدراسة، ثم عرض و مناقشة نتائج الدراسة في ظل الدراسات السابقة، لنختم باستنتاج عام مبرزين فيه مدى أهمية الإسعافات الأولية في تقليص الأعراض النفسية لدي الطفل المصدوم.

الكلمات المفتاحية: الطفولة. موقف الأزمة. الإسعافات الأولية. الصحة النفسية.

Abstract

I tried from this current study to show the importance of the psychological care of psychologically traumatized children, in order to improve their psychological health, providing first aid during the crisis situation.

The study was divided into two parts: The first theoretical part, from where I addressed the basic concepts of research which are as follows: Childhood, crisis situation, first aid that can be provided by the psychologist for the victim child

in such situations for healthy growth and prevention of psychological and organic illnesses. To begin then the notion of psychological health. And lastly, a questioning and a general hypothesis.

In the second part which is the practical part, I touched the methodology, the sample, and the tools of the study. To discuss the results of the study in the light of previous studies. In conclusion I noted the importance of first aid in the reduction of the psychological symptoms in the traumatized child.

Key words: Childhood -crisis situation- first care - psychological health.

مقدمة

تزداد الحاجة إلى أهمية دراسة المشاكل النفسية للطفولة باعتبارها شريحة مهمة في المجتمع وجيل المستقبل. وحتى يتمتع الأطفال بصحة نفسية جيدة، ويكونوا متكيفين مع أنفسهم ومع محيطهم.

وعليه التكفل بالأطفال الذين تعرضوا إلى صدمات نفسية مهم وضروري، خاصة وأن المواقف الصدمية تسبب عدة مشاكل نفسية وفيزيولوجية وسلوكية، مما يستدعي تقديم إرشادات نفسية من نوع خاص. وهذا ما يؤكد كل من صالح بن عبد الله أبوعباة وعبد المجيد بن طاش نيازي (2000) بأن الأطفال غالبا ما يكونوا محدودي القدرة على التعبير والتحدث عن مشاعرهم وصراعاتهم ومشكلاتهم وحاجاتهم وبالتالي فإن أساليب التدخل معهم ينبغي أن تراعي هذه الخصوصية.¹

كما تجدر الإشارة إلى أهمية الإسعافات الأولية أثناء الحدث أو بعده مباشرة في مرافقة المصدوم خاصة إذا كان الضحية طفل يحتاج إلى المرافقة والسند الاجتماعي والجسدي والانفعالي. لعلاج وتقليل مختلف الأعراض النفسية، والمعرفية، والفيزيولوجية، والسلوكية التي يمكن أن تظهر عند الأطفال كالتبول اللاإرادي، المخاوف، النشاط الحركي الزائد، التأتأة وغيرها.

الجانب النظري: المفاهيم الأساسية للدراسة

✓ الطفولة

تنقسم مرحلة الطفولة إلى مرحلة الطفولة المبكرة، ومرحلة الطفولة المتوسطة، ومرحلة الطفولة المتأخرة. تبدأ مرحلة الطفولة المبكرة من 2 سنوات إلى 5 سنوات، وهي مرحلة ما قبل المدرسة. ثم تأتي مرحلة الطفولة المتوسطة من 6 سنوات إلى 9 سنوات، وفي هذه المرحلة يلتحق الطفل بالصف الأول والابتدائي، ويسير النمو في هذه المرحلة بشكل بطيء، حتى أن هذه المرحلة تعد مرحلة كمون نسبي في معدل النمو.

أما مرحلة الطفولة المتأخرة تكون من 9 سنوات إلى 12 سنة، ويبيدي أطفال هذه المرحلة قفزة كبيرة في أنماط النشاطات المتطورة، وفي ذلك محاولة للسيطرة على ظروف بيئتهم، ويحدد أطفال التاسعة والعاشره مستويات إنجازهم، كما يمارسون نشاطات يحبون أن يتعلموه، ومع أنهم لا يعتمدون على المديح في أعمالهم إلا أنهم يتوقعونه حين ينجزون عملا ما بنجاح. وقد أشار (كلبا تريك) الشهير إلى أن هذه المرحلة مرحلة التناقص الاجتماعي.²

إن الأطفال الذي يكون لديهم صحة عقلية جيدة يمكنهم الحصول والمحافظة على الراحة النفسية والسلوك النفسي والاجتماعي الأمثل. ويكون لديهم الشعور بالهوية والثقة بالنفس. القدرة على الإنتاج والتعلم، القدرة على مواجهة تحديات التطور، واستخدام الموارد الثقافية لزيادة النمو إلى مستوى أعلى قدر الإمكان. بالإضافة إلى أن الصحة العقلية الجيدة للطفل ضرورية في إطار مشاركته النشطة في الحياة الاقتصادية والاجتماعية.³

وفي السياق نفسه يشير بيلفير أنه ينبغي أخذ بعين الاعتبار تأثير المشاكل النفسية والعقلية للأطفال، والبحث في هذا المجال يمثل تحد كبير للباحثين نظرا لنقص كل المعطيات وعناصر الفهم لها. ولهذا تبذل المنظمة العالمية للصحة أخذ كل السبل من أجل طفولة أكثر صحة وتوازن⁴

✓ مواقف الأزمة

حسب المنظمة العالمية للصحة (2012) إن الأطفال والمراهقين هم جزء من الأشخاص الذين يمكن أن يتعرضوا إلى المواقف الأزمة مثل العنف أو الحوادث الطبيعية، فهذا يشكل مجموعة أخرى من قابلية الإنجراح أمام الخطورة الجد المرتفعة للألم النفسي والمرض.⁵

ويشير جيوم بيجون (Guillaume Pégon,2011) أن الصراعات والحوادث الطبيعية الحديثة التي تحدث في كثير من الدول، من بينها أفغانستان، أندونيسيا، سريلانكا، السودان، يمكن أن تسبب آلام نفسية واجتماعية كبيرة على المدى القصير. وإذا لم يتم التكفل بالضحايا كما ينبغي قد يؤدي إلى مشاكل نفسية اجتماعية واضطرابات عقلية على المدى الطويل.⁶

مهما كان نوع الكوارث يمكن أن يكون لها انعكاسات على الصحة العقلية مثل الاكتئاب الشديد، واضطرابات القلق، والضغط الحاد، وسلوكيات الإدمان

وصفت بشكل منتظم. هذه العواقب تظهر إما مباشرة بعد الكارثة وإما بصفة غير مباشرة، وأحيانا تلاحظ خلال العديد من السنوات.

إلى جانب هذه الاضطرابات حسب ميداد (MEDAD, 2008) يوجد أيضا

عبارات الصمود (résilience)، كلمة تشير إلى القدرة النفسية لمواجهة الصدمات.⁷

كما تشير بيليج (Pelling, 2003) بأن الصمود (résilience) هو القدرة

أو الفعل لاستعادة الأداء الطبيعي بعد الكارثة (واعتمادا على نمط أكثر استدامة).

هو ظاهرة ما بعد الأزمة، لا يحدث إلا في مجتمع يكون مهياً لمواجهة الكارثة.⁸

تختلف استجابة الأفراد عند مواجهتهم للأحداث الضاغطة سواء الناتجة عن

الحروب، أو الكوارث الطبيعية، أو حوادث المرور، أو الحرائق، أو العنف ما بين

الأشخاص كالاعتداء الجنسي. فكثير منهم قد يشعر بالإرهاق، وبأن إمكانياتهم

قد تجاوزت قدراتهم، قد يفقدوا الوجهة، أو لا يفهمون ماذا يحدث. ممكن أن يشعروا

بالخوف، أو القلق، أو أن يحسوا بأنهم مشلولين، وينقطعون عن الواقع.

وهذه الاستجابات أمام الحدث يمكن أن تكون متفاوتة القوة وهذا حسب

الأفراد. فطريقة كل فرد للاستجابة مرتبطة بعدة عناصر وهي كالتالي: طبيعة وقوة

الأحداث المعاشة، والتجارب السابقة للأحداث الضاغطة، سند المحيط، الصحة

الجسدية، السوابق الشخصية والعائلية ومشاكل الصحة العقلية، والعمر(مثلا استجابة

الأطفال تختلف وفق سنهم).⁹

✓ الإسعافات الأولية

تشير سفيير (Sphère, 2011) بأن الإسعافات النفسية الأولية تصف في نفس

الوقت مساعدة بشرية وسند مقدم لفرد يتألم والذي قد يحتاج إلى الدعم، وقد ذكرت

مجموعة من النقاط الخاصة بالإسعافات الأولية والمتمثلة فيما يلي: تقديم الدعم وعناية

لمموسة بدون تدخل، تقييم حاجات وانشغالات الأفراد، مساعدة الأفراد بالإجابة على

حاجاتهم الأولية مثل الأكل، والماء، والمعلومات، السماع للأفراد بدون الضغط عليهم

على الكلام، تعزية الأفراد ومساعدتهم على الهدوء، مساعدة الأفراد على الحصول

على المعلومات والخدمات والسند الذي هم بحاجة إليها، حماية الأفراد من أي خطر

جديد متوقع.

الإسعافات الأولية ترتكز على العناصر التي تظهر أنها جد مهمة لانتعاش الأفراد

على المدى الطويل، وهذا ما أكدته العديد من الدراسات بأن هذه العناصر تشمل الشعور

بالأمن، الشعور بالسند من طرف الجماعة، الشعور بالهدوء والأمل. والوصول إلى

السند الاجتماعي، الجسدي، والانفعالي. والشعور بالقدرة على التخلص من المشكل كفرد وجماعة.

فالإسعافات الأولية هي مخصصة للأفراد الذي يعانون من ضيق نفسي اتجاه موقف صدمي حاد. فيمكن مساعدة الأطفال والراشدين، ولكن ليس كل الأفراد الذين عاشوا موقف صدمي يحتجون بالضرورة إلى مساعدة، أو لا يأملون بالضرورة الحصول على الإسعافات الأولية النفسية. وعليه لا ينبغي عرض الخدمات على الذين لا يطلبونها، ولكن من المهم البقاء في خدمة كل من يبحث على سند. ص،

يمكن أن تستمر الحاجة إلى المساعدة والسند الاجتماعي لفترة طويلة بعد حدث خطير، لكن الإسعافات الأولية هي خاصة بالأفراد الذين تعرضوا لحادث صدمي حديثاً، ويمكن تقديم الإسعافات الأولية بمجرد إنشاء أول اتصال مع الأشخاص في ضيق نفسي (détresse) وهذا يحدث عادة خلال الحدث، أو مباشرة بعده. يمكن أن يكون خلال الأيام أو الأسابيع اللاحقة بعد الحدث، وحسب طبيعة الحدث ومدته وخطورته.¹⁰

وعليه نستنتج أن الخدمات النفسية التي يمكن تقديمها للأفراد الذين تعرضوا إلى صدمة جماعية إثري الحدث الكارثي تتركز أولاً وقبل كل شيء في تقديم الإسعافات الأولية مثل توفير الحاجات الأولية، والتعزية، والسند وتقديم المعلومات، وخاصة توفير الحماية حتى يشعر المصدومين بالأمان. وفي الأيام اللاحقة والأسابيع اللاحقة يأتي التدخل النفسي الذي يتطلب استعمال تقنيات مثل تقنية إزالة الصدمة الجماعية وتقنية إزالة الصدمة الفردية (Debriefing collectif et Debriefing individuel).

نلاحظ إذن أن الإسعافات الأولية هي عبارة عن تدخل مباشر في الساعات الأولى بتقديم الدعم الضروري بدون أي محاولة حث أو طلب من المصدومين الحديث حول معاشهم الصدمي، فالمقابلة هنا تكون قصيرة. ويتم التكفل بالحالة النفسية في التدخل غير المباشر وذلك في الأيام والأسابيع اللاحقة.

وهذا ما يؤكد لوييس كروك (Louis Crocq, 2004) بأن التدخل المباشر يطبق في الساعات الأولى من الحدث أو الحادثة، فتدخل الأخصائي النفسي يتمثل في المقابلة النفسانية التي تهدف لمساعدة الضحايا الذين خضعوا لنفس الحدث، وذلك من خلال التعبير، وتكون هذه المقابلة قصيرة وهي تهدف أكثر إلى تقليص الأعراض المرضية.

أما التدخل النفسي غير المباشر يتم انجازه في الأيام أو الأسابيع المقبلة الأولى التي تلي الحدث، وهذا التدخل لا يتم القيام به في مكان الحدث بل مكان مختلف ويكون أكثر أماناً كما يكون موجه إلى الضحايا أين يتم التكفل بحالتهم النفسية في المرحلة

غير المباشرة أي التي تلي المرحلة المباشرة. كما أن التدخل النفسي غير المباشر يستلزم تقنيات التدخل التي تتجمع حول مفهوم إزالة الصدمة والمميزات النفسية للحدث.¹¹

✓ الصحة النفسية

يذكر كل من شويبال و باروكاس و ريشمان (Schwebel.AI, Barocas.H, Reichman.W, 1990) بأن الصحة النفسية هي توافق مستمر، غير ثابتة، وهي هدف دائم، ضروري وأساسي في نمو الشخصية السوية.

والصحة النفسية هي حالة إيجابية تشمل الجوانب الجسمية والعقلية والاجتماعية والانفعالية، وهذه الجوانب متكاملة تنمو خلال عملية التوافق.

كما أن الصحة النفسية عملية توافق تهدف إلى إيصال الفرد إلى أعلى مراتب تحقيق الذات.¹²

كما يؤكد (حامد عبد السلام زهران، 2005) بأن الصحة النفسية هي: "حالة دائمة نسبيا، يكون فيها الفرد متوافقا نفسيا (شخصيا وانفعاليا واجتماعيا أي مع نفسه وبيئته)، ويشعر بالسعادة مع نفسه، ومع الآخرين، ويكون قادرا على تحقيق ذاته واستغلال قدراته وإمكاناته إلى أقصى حد ممكن، ويكون قادرا على مواجهة مطالب الحياة، وتكون شخصيته متكاملة سوية، ويكون سلوكه عاديا، ويكون حسن الخلق بحيث يعيش في سلامة و سلام".¹³

وفي ضوء ذلك تبرز أهمية في السعي وراء سبل تحقيق الصحة النفسية والنمو السليم للطفل والمراهق من خلال التدخل المبكر لهدف التقليل والوقاية من الأعراض التي يمكن أن تظهر في الأيام أو الشهور اللاحقة بعد الصدمة النفسية.

وقد تحددت أهداف الدراسة في الكشف عن أهم الأعراض النفسية والفسولوجية الناتجة عن الصدمة النفسية لدى الأطفال الذين تلقوا الإسعافات الأولية مباشرة بعد الكارثة الطبيعية، ولقد تم طرح تساؤل البحث كالتالي:

هل يوجد تباين في الأعراض النفسية والجسدية التي يشعر بها الأطفال الذين تعرضوا للزلازل وتلقوا إسعافات أولية، وذلك فيما يخص الاضطرابات النفسية والجسدية التي يشعرون بها؟

✓ **الفرضية العامة للبحث**

يوجد تباين في الأعراض النفسية والجسدية التي يشعر بها الأطفال الذين تعرضوا للزلازل وتلقوا إسعافات أولية، وذلك فيما يخص الاضطرابات النفسية والجسدية التي يشعرون بها.

الجانب التطبيقي: منهج الدراسة

لهدف دراسة ظاهرة الكوارث الطبيعية كالزلازل وتأثيره على الصحة النفسية، تم الاعتماد في هذه الدراسة على المنهج الوصفي الذي يتضمن وصف أهم الأعراض الذي يعاني منها أفراد عينة البحث، ودراسة التباين في الشعور بالأعراض النفسية والجسدية

➤ **طريقة اختيار عينة البحث وخصائصها**

لقد تم اختيار عينة البحث بطريقة قصدية وقد بلغت عينة البحث 18 طفلا كلهم عاشوا الصدمة الناتجة عن الزلازل. وكلهم ماكثين في نفس العمارة في أحد أحياء الجزائر العاصمة.

➤ **أدوات البحث**

وللتوصل إلى تحقيق ذلك، استخدمت الباحثة:

- المقابلة النصف موجهة قصد جمع المعلومات حول الضحايا لهدف الكشف المبكر.
- دليل جمع البيانات الذي يحتوي على المعلومات الأساسية حول الصدمة والضغط ما بعد الصدمة، ومختلف الاضطرابات التي قد تصيب الطفل.
- جدول جمع المعلومات الذي يحتوي على أهم النقاط مثل عدد العائلات التي تم زيارتها، وعدد الأطفال الذي تم كشفهم، ومختلف الأعراض التي يعانون منها. كما يقوم الأخصائي النفسي المتدخل بتسجيل أهم الملاحظات حول الضحايا سواء تعلق الأمر بالجانب النفسي أو الجسدي أو الاجتماعي.

➤ **عرض ومناقشة فرضية الدراسة**

الأطفال الذين تعرضوا للزلازل وتلقوا إسعافات أولية، وذلك فيما يخص الاضطرابات النفسية والجسدية التي يشعرون بها" وللتأكد من صحتها تم التحقق منها إحصائيا بتطبيق اختبارا تربيعة، وتمثلت النتائج على النحو الآتي :

جدول رقم (01): التباين في الشعور بالأعراض النفسية والجسدية بين أفراد عينة الدراسة - الأطفال - الذين تعرضوا للزلازل وتلقوا إسعافات أولية

الدلالة الإحصائية	قيمة اختبار χ^2 تربيع	الاستجابة						التكرارات	الأعراض
		مجموع		لا		نعم			
دالة إحصائية عند $\alpha=0,05$	18	100%	18	00%	00	100%	18	تكرار ملاحظ	1. الخوف من الظلام
		100%	18	50%	09	50%	09	تكرار متوقع	
دالة إحصائية عند $\alpha=0,05$	10,84	100%	18	11,11	02	88,99%	16	تكرار ملاحظ	2. الشعور بالهلع والقلق
		100%	18	50%	09	50%	09	تكرار متوقع	
غير دالة إحصائية عند $\alpha=0,05$	0,22	100%	18	44,44%	08	55,56%	10	تكرار ملاحظ	3. النشاط الزائد
		100%	18	50%	09	50%	09	تكرار متوقع	
غير دالة إحصائية عند $\alpha=0,05$	0,22	100%	18	55,56%	10	44,44%	08	تكرار ملاحظ	4. مص الأصابع
		100%	18	50%	09	50%	09	تكرار متوقع	
غير دالة إحصائية عند $\alpha=0,05$	0,22	100%	18	55,56%	10	44,44%	08	تكرار ملاحظ	5. تآتأة
		100%	18	50%	09	50%	09	تكرار متوقع	
غير دالة إحصائية عند $\alpha=0,05$	0,22	100%	18	44,44%	08	55,56%	10	تكرار ملاحظ	6. تبول لا إرادي وحالات إسهال
		100%	18	50%	09	50%	09	تكرار متوقع	

يتضح لنا من الجدول رقم (01) انه يوجد تباين بين أفراد عينة الدراسة - الأطفال منهم - من حيث الأعراض التي يشعرون بها من جراء تعرضهم للزلال، اذ برزت بالدرجة الأولى في الخوف من الظلام بنسبة 100%، تليها الشعور بالهلع والقلق بنسبة 88,99% وللتأكد من طبيعة هذه الاختلافات وتحديد دلالتها، تم معالجتها إحصائياً باختبار χ^2 تربيع، إذ قدرت قيمها ب (18 و 10,84) وعند مقارنتها بالقيمة الجدولة (3,84) نجدها دالة عند مستوى الدلالة 0,05 . في حين نجد انه لا يوجد اختلاف بينهم فيما يخص ظهور عليهم الأعراض الآتية: مص الأصابع، التأتأة، النشاط الزائد، التبول اللاإرادي، إذ قدرت قيمة اختبار χ^2 تربيع 0,22، وعند مقارنتها بالقيمة الجدولة 3,84 نجدها غير دالة، بالتالي فهذه الأعراض المتمثلة في مص الأصابع، التأتأة، التبول اللاإرادي، لم تبرز كأعراض ناجمة عن التعرض لصدمة الزلال . هذا ما يعكس أن الاختلاف في الاستجابة بين الأطفال حقيقي ودال إحصائياً، أي أنه فعلاً شعر أفراد عينة الدراسة بعد تعرضهم للزلال، بالأعراض النفسية التالية: الهلع والقلق، الخوف من الظلام وعدم القدرة على الدخول للبيت ليلاً، وهذا ما يحقق صدق الفرضية الرابعة للدراسة.

من خلال النتائج المتحصل عليها نلاحظ أنه من الطبيعي عندما يشعر الفرد بحدث أو موقف ضاغط قوي، أين يواجه فيه واقع الموت فمن الطبيعي أن يشعر بالخوف والهلع والقلق. وهذا ما يؤكد وليام داب وجيرار دومون (William Dab & Gérard Dumont, sans date) بأن الصدمة الناتجة عن حدث كوارثي تجعل الفرد يواجه واقع الموت. فهي مرتبطة بعاطفة خاصة، بالخوف الذي هو عبارة عن عدم استعداد الفرد الذي فوجئ بقصر وعنف الحدث، فهذا الأخير يعيش في حالة حادة من الخوف، والإذهال مليء بشعور مكثف من الفراق.

كما أن التدخل المباشر في الساعات الأولى بعد الحدث الصدمي يقلص كثيرا من الأعراض الصدمية كما أكده لويس كروك (Louis Crocq, 2004). وهذا ما لاحظناه من خلال النتائج المتحصل عليها، والمتمثلة في الأعراض الآتية: مص الأصابع، التأتأة، النشاط الزائد، التبول اللاإرادي والتي جاءت غير دالة إحصائياً.

استنتاج

نلاحظ بأن الإسعافات الأولية المقدمة للأطفال مباشرة بعد موقف الأزمة يقلص كثيرا من الأعراض النفسية، والأعراض المعرفية، والأعراض الفسيولوجية و هذا ما أكدته نتائج الدراسة من حيث أن كل الأعراض التي كان يشعر بها الأطفال جاءت غير دالة ما عاد الشعور بالهلع والقلق والخوف من الظلام و تعتبر هذه استجابات عادية أمام موقف ضاغط قوي مثلما أشارت إليه العديد من الدراسات في التراث السيكولوجي.

المراجع

- 1 - صالح بن عبد الله أبوعباة وعبد المجيد بن طاش نيازي، الإرشاد النفسي والاجتماعي، جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية، الرياض. 2000. ص. 19- 21.
- 2 - عزيز سمارة، عصام النمر وهشام الحسن، سيكولوجية الطفولة، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، 1999، ص. 19.
- 3-Michelle Funk, Politiques et Plans Relatifs à la Santé Mentale de l'Enfant et de l'Adolescent, Guide des politiques et des services de santé mentale, Organisation mondiale de la Santé, 2005. www.who.int/mental_health/policy/sm_enfant_ado_final.pdf
- 4-Belfer M.L, La santé mentale globale de l'enfant : répondre aux besoins présents et futurs, NEUROPSYCHIATRIE DE L'ENFANCE ET DE L'ADOLESCENCE, Vol 56 - N° 4-5, juin 2008, P. 273-277
- 5-Organisation Mondiale de la Santé, Les risques pour la santé mentale, Aperçu des vulnérabilités et facteurs de risque, Document de base établi par le secrétariat de l'OMS en vue de l'élaboration d'un plan d'activité global sur la santé mentale. Août, 2012.
- 6-Guillaume Pégon, Santé mentale en contexte de post – crise et de développement, Direction des ressources techniques, édition relecture et correction. 2011.
- 7 -Ministère de l'Ecologie, du Développement et de l'Aménagement Durables (MEDAD), Catastrophes environnementales, préparer l'évaluation de leurs effets et le retour d'expérience, édition février, Paris. 2008, P.12– 15.
- 8-Honor Chance & Amandine Chotard, La Gestion de la Poste Catastrophe, Institut des Risques Majeurs, Université de la Rochelle, France. 2013.
- 9-William Dab & Gérard Dumont, Accidents collectifs, attentats, catastrophes naturelles (conduite à tenir pour les professionnels de santé), Ministère de la santé de la famille et des personnes handicapées (SICOM), République Française. Sans date.

10 - Shekhar Saxena, Stefan Germann & Marieke Schouten, Les Premiers Secours Psychologiques, Guide pour les Acteurs de Terrain, Organisation mondiale de la Santé, World Vision International, War Trauma Foundation. OMS, Genève. 2012, P. 2 – 5.

11 -Louis Crocq, L'intervention psychologique immédiates, in journal des psychologues, No 214, février. , 2004, P. 50 – 51.

12 -Schwebel.AI, Barocas.H, & Reichman.W, Personal and Growth, MC. Publishers. 1990, P. 43

13 - حامد عبد السلام زهران، الصحة النفسية والعلاج النفسي، الطبعة الرابعة، عالم الكتب للنشر والتوزيع، القاهرة. 2005، ص.9.