

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة وهران 2



كلية: العلوم الإجتماعية

قسم: علم النفس العيادي

فوج: ماستر 2

مذكرة

للحصول على شهادة ماستر
في علم النفس العيادي

تقييم اضطراب الكآبة عند الصدمي العسكري

♦ دراسة حالتين (02) ♦

من إعداد الطالبة

زاهد ستي

أمام لجنة المناقشة

مشرفة	جامعة وهران 2	أستاذة	لصقع حسنية
رئيسة	جامعة وهران 2	أستاذة	كحلولة سعاد
مناقشة	جامعة وهران 2	أستاذة	محززي مليكة

السنة الجامعية 2019-2020

!

تقييم اضطراب الكآبة عند الصدمي العسكري

دراسة حالتين (2)

الإهداء

أهدي ثمرة جهدي إلى روح ((والدي)) الطاهرة و تغمدهما الله برحمته الواسعة و اسكنهما
فسيح جنانه, وسقاها من ماء الكوثر يوم العطش الأكبر و ظللها تحت ظل عرشه يوم لا ظل إلا
ظله سبحانه و تعالى.

- إلى رفيق حياتي وستري وسندي و مشجعي على الدراسة ((زوجي
العزیز)).
- إلى ثمرة حبي و ربيع عمري و وحيد الغالي و العزیز ((ابني)).
- إلى أخي الغالي و أخواتي الحبيبات و كل أبنائهم.
- إلى اعز و أحب صديقة إلى قلبي و رفيقة دربي و مساري المهني و
مساندتي و مقاسمتي الحلو و المر و الفرح و القرح و التي ما بخلت
علي يوما بنصحها و مساعدتها لي ((وفاء)).
- إلى أستاذتي العزیزة و الغالية على قلبي مؤطرتي.

شكر وتقدير

إيماناً بقول سيد الخلق و شافعي يوم القيامة سيدنا محمد صلى الله عليه و سلم "من لا يشكر الناس لا يشكر الله".

أتقدم بجزيل وخالص الشكر إلى أستاذتي الغالية السيدة *لصقع حسنية* على نصحتها و توجيهها لي و دعمها الدائم و قبولها الإشراف على أعمالي طيلة مساري الدراسي للماستر.

كما لا يفوتني الشكر و العرفان للأستاذة و الصديقة و الأخت العزيزة *محززي مليكة* التي بعثت في روح الحماس و التشجيع على الدراسة بعد إحالتي على التقاعد.

كما أتقدم بخالص شكري إلى حبيبتي الغالية الأستاذة المشرفة على الماستر 2 لسنة 2019-2020

السيدة *كحلولة سعاد* التي ما فتئت بكرمها و سخائها و عطائها العلمي و لا تأخرت بمساعدتها وإفادتها لكل ما يحتاجه الطالب من معلومات و تكوين و إرشاد و دروس و نصح و توجيه خلال المشوار الدراسي.

كما أتقدم بالشكر و التقدير و فائق الاحترام إلى كل الأساتذة الذين قاموا بتدريسنا خلال السنوات الدراسية (2018-2019) و (2019-2020).

فهرس المنوبات

	الإهداء
	الشكرو التقدير

الصفحة	المحتوى
1	مقدمة الدراسة
الفصل الأول: مدخل إلى الدراسة	
2	المقدمة
3	الدراسات السابقة
12	الإشكالية
12	فرضية البحث
13	أهمية البحث
13	أهداف البحث
13	منهجية البحث
14	دوافع اختيار الموضوع
14	مصطلحات البحث
15	المفاهيم الإجرائية للدراسة
16	صعوبات البحث

الجزء الثاني: النظري	
الفصل الثاني: الصدمة النفسية	
17	تمهيد
17	تاريخ الصدمة النفسية
18	تطور الفكر حول الصدمة في الدليل التشخيصي الإحصائي
20	تعريف الصدمة النفسية
21	مراحل الاستجابة للصدمة النفسية
21	ردود الفعل على الصدمة النفسية
22	العوامل التي تزيد من النتائج السلبية للحدث الصادم
23	اضطراب ضغط ما بعد الصدمة
23	تعريف اضطراب ضغط ما بعد الصدمة

26	الخصائص التشخيصية لاضطراب ما بعد الصدمة
27	أعراض اضطراب ضغط ما بعد الصدمة
28	التشخيص الفارقي لاضطراب ما بعد الصدمة
29	النظريات المفسرة لاضطراب ما بعد الصدمة
32	المال والمسار
32	التنبؤ باضطراب ما بعد الصدمة النفسية
33	الأعراض المصاحبة لاضطراب ما بعد الصدمة النفسية
34	العلاج
36	خلاصة
الشخصية العسكرية	
37	مقدمة
37	تعريف العسكري
37	سمات الشخصية العسكرية
38	صفات الشخصية العسكرية
38	الخبرة الذاتية للشخصية العسكرية
38	الروح المعنوية للشخصية العسكرية
الفصل الثالث: الاكتئاب	
39	تمهيد
39	لمحة تاريخية عن الاكتئاب
40	تعريف الاكتئاب
40	تصنيف الاكتئاب
41	أعراض اضطراب الاكتئاب
42	أنواع اضطراب الاكتئاب
42	تشخيص الاكتئاب
43	الاستجابة الاكتئابية
43	التشخيص الفارقي
44	أسباب الاكتئاب
44	نظريات المفسرة لاضطراب الاكتئاب
46	العلاج
47	الخلاصة

الجزء الثاني الميداني

الفصل الرابع: الدراسة الاستطلاعية

48	تمهيد
48	التذكير بفرضية البحث
48	الغرض من الدراسة الاستطلاعية
49	أهداف الدراسة الاستطلاعية
49	الحدود الزمنية للدراسة
49	ميدان الدراسة
50	المنهج المتبع في الدراسة
51	الوسائل المستعملة في الدراسات الأساسية
الفصل الخامس: الدراسة الأساسية	
59	تمهيد للحالة الأولى
59	مكان إجراء المقابلة للحالة الأولى
59	عرض الحالة الأولى
65	تمهيد للحالة الثانية
65	مكان إجراء المقابلة للحالة الثانية
65	عرض الحالة الثانية
الفصل السادس: مناقشة النتائج و عرضها	
71	تحليل ومناقشة الحالة الأولى
71	تحليل ومناقشة الحالة الثانية
72	مناقشة النتائج في ضوء الفرضية والدراسات السابقة
74	الخاتمة
75	التوصيات
76	ملخص الدراسة باللغة العربية
76	ملخص باللغة الفرنسية
77	المراجع
83	الملاحق

الفصل الأول

مدخل إلى الدراسة

- المقدمة
- الدراسات السابقة
- الإشكالية
- فرضية البحث
- أهمية البحث
- منهجية الدراسة
- دوافع اختيار الموضوع
- المصطلحات الأساسية للبحث
- المفاهيم الإجرائية للدراسة
- صعوبات البحث

الجانبة النظري

الفصل الثاني

الصدمة النفسية

- تمهيد
- تاريخ الصدمة النفسية
- تطور الفكر حول الصدمة في الدليل التشخيصي الإحصائي
- تعريف الصدمة النفسية
- مراحل الاستجابة للصدمة النفسية
- ردود الفعل على الصدمة النفسية
- العوامل التي تزيد من النتائج السلبية للحدث الصادم
- اضطراب ضغط ما بعد الصدمة
- تعريف اضطراب ضغط ما بعد الصدمة
- الخصائص التشخيصية لاضطراب ما بعد الصدمة
- أعراض اضطراب ضغط ما بعد الصدمة
- التشخيص الفارقي لاضطراب ما بعد الصدمة
- النظريات المفسرة لاضطراب ما بعد الصدمة
- المسار
- التنبؤ باضطراب ما بعد الصدمة النفسية
- الأعراض المصاحبة لاضطراب ما بعد الصدمة النفسية
- العلاج
- خلاصة
- الشخصية العسكرية
- مقدمة
- تعريف العسكري
- سمات الشخصية العسكرية
- صفات الشخصية العسكرية
- الخبرة الذاتية للشخصية العسكرية

الفصل الثالث

الاكتئاب

- تمهيد
- لمحة تاريخية عن الاكتئاب
- تعريف الاكتئاب
- تصنيف الاكتئاب
- أعراض اضطراب الاكتئاب
- أنواع اضطراب الاكتئاب
- الاستجابة الاكتئابية
- تشخيص الاكتئاب
- التشخيص الفريقي
- أسباب الاكتئاب
- النظريات المفسرة لاضطراب الاكتئاب
- العلاج
- خلاصة

الجانب الميداني

الفصل الرابع

الدراسة الاستطلاعية

- تمهيد
- التذكير بفرضية البحث
- الغرض من الدراسة الاستطلاعية
- أهداف الدراسة الاستطلاعية
- الحدود الزمنية للدراسة
- ميدان الدراسة
- المنهج المتبع في الدراسة
- الوسائل المستعملة في الدراسات الأساسية
 - الملاحظة العيادية
 - المقابلة العيادية
 - دراسة الحالة
 - المقياس النفس
- عينة الدراسة

الفصل الخامس

الدراسة الأساسية

- تمهيد للحالة الأولى
- مكان إجراء المقابلة للحالة الأولى
- عرض الحالة الأولى
- تمهيد للحالة الثانية
- مكان إجراء المقابلة للحالة الثانية
- عرض الحالة الثانية

الفصل السادس

عرض ومناقشة النتائج

- تحليل ومناقشة الحالة الأولى
- تحليل ومناقشة الحالة الثانية
- مناقشة النتائج في ضوء الفرضية والدراسات السابقة
- الخاتمة
- التوصيات
- المراجع

المراجع

الملاحق

مقدمة الدراسة

خلال دراستنا تطرقنا إلى جانبين هما: الجانب النظري والجانب التطبيقي (الميداني).

● الجانب النظري يتكون من أربعة فصول:

- الفصل الأول هو مدخل إلى الدراسة ويحتوي على: - مقدمة - الدراسات السابقة - إشكالية البحث - فرضيات البحث - أهمية البحث - أهداف البحث - منهجية البحث - دوافع اختيار الموضوع - المفاهيم الإجرائية للدراسة - صعوبات البحث.
- الفصل الثاني تطرقنا فيه إلى الصدمة النفسية: - تمهيد - تعريفها - السيرورة التاريخية للصدمة النفسية - تطور الفكر حول الصدمة في الدليل التشخيصي الإحصائي DSM - مراحل الاستجابة للصدمة النفسية - ردود الفعل على الصدمة - العوامل التي تزيد النتائج السلبية للحدث الصادم.
- اضطراب ما بعد الصدمة - تعريفه - الخصائص التشخيصية لاضطراب ما بعد الصدمة - أعراض اضطراب ما بعد الصدمة - التشخيص الفارقي لاضطراب ما بعد الصدمة - النظريات المفسرة لاضطراب ما بعد الصدمة - المسار لاضطراب ما بعد الصدمة - التنبؤ باضطراب ما بعد الصدمة - الأعراض المصاحبة لاضطراب ما بعد الصدمة - العلاج.
- تطرقت أيضا إلى العسكري: - سمات الشخصية العسكرية.

- الفصل الثالث تطرقنا إلى الاكتئاب: - تمهيد - تعريفها لمحة تاريخية عن الاكتئاب - تصنيف الاكتئاب - أعراض الاكتئاب - تصنيف أعراض الاكتئاب حسب نوعه وشدته أنواع الاكتئاب - تشخيص الاكتئاب - النظريات المفسرة لاضطراب الاكتئاب - العلاج .

● الجانب التطبيقي يتكون من ثلاث فصول:

- الفصل الرابع يحتوي على: - تمهيد - التذكير بفرضية البحث - الدراسة الاستطلاعية - أهدافها - الحدود الزمنية للدراسة - ميدان الدراسة - المنهج المتبع في الدراسة - الوسائل المستعملة في الدراسة - دراسة الحالة من مقابلات و ملاحظات و مقياس دافيدسون - عينة الدراسة - صعوبات البحث.
- الفصل الخامس يحتوي على: الدراسة الأساسية (دراسة الحالة) تقدم الحالتين، دراسة مفصلة لكل حالة وتمرير مقياس كرب ما بعد الصدمة والاستنتاج.
- الفصل السادس يحتوي على: - عرض و مناقشة نتائج الدراسة - مناقشة الفرضيات.

● الخاتمة

● التوصيات و الاقتراحات

● المراجع

● الملاحق

● الفهرس

مقدمة

إن الحياة الإنسانية دائما معرضة لتهديدات المحيط الذي تتواجد فيه و الحافل بالكوارث الطبيعية كالزلازل أو الأعاصير أو الفيضانات أو كوارث من فعل الإنسان كالحرائق و الحروب.

في هذا الجو المشحون بالخطر حطمت هذه التهديدات الكثير من التصورات التي كونها الإنسان عن نفسه و عن العالم و زعرت الرعب و زعزت الأمن و الطمأنينة و الثقة التي كانت لديه. كما أن أكبر صدمة التي تلقها الإنسان هي تلك المواجهة المفاجئة مع الموت و هذه المفاجأة أجلت فكرة موته المؤجل التي كانت لديه و جعلت احتمال موته في أي لحظة .

في الواقع فإن التعرض للصددمات النفسية و أثارها السلبية لا يشكل استثناء في تاريخ الجزائر حيث مرت البلاد عبر تاريخها الطويل بحملات الاحتلال والاستعمار التي غالبا ما أتت من شمال البحر المتوسط. وبالتقلبات السياسية عبر العصور، وقد ترك كل ذلك أثارا سلبية في شخصية الجزائري كقلق والتوتر وسرعة ردود الأفعال.

وإذا ركزنا على التاريخ المعاصر للجزائر، فإننا نشير إلى أن الجزائر قد خرجت من احتلال استيطاني فرنسي دام 132 سنة. حيث اتسم هذا الأخير بالهمجية والتقتيل والإرهاب والتشريد والتنكيل بالمواطنين في معظم مناطق البلاد. وقد راح ضحيته ملايين الشهداء والمعطوبين والمعوقين واليتامى والأرامل بالإضافة إلى ملايين المصدومين والمرضى نفسيا و عقليا. حيث استعمل الاستعمار الغاشم كل أنواع التعذيب والتنكيل والتخويف والترهيب بل و جرب في الجزائر الأسلحة المحرمة دوليا مثل النابالم Napalm قبل استعمالها في الفيتنام. وكذلك قام بتجارب نووية بصحراء الجزائر بمنطقة رقان مما ترك أثارا سلبية على البيئة والسكان.

بعد الاستقلال عرفت البلاد في بعض المناطق مناوشات ومعارك حربية بين قادة الثورة. وفي سنة 1965 قاد وزير الدفاع آنذاك أول انقلاب عسكري ليعلم عن تصحيح ثوري ليرسخ المنهج الاشتراكي كأسلوب للتنمية مبني على الثورات الثلاث صناعية زراعية وثقافية. في 1979 ينتخب الرئيس الثالث للجزائر المستقلة كمرشح للحزب الواحد آنذاك. وقد استتب الأمن خلال فترة حكمه إلى سنة 1988 حيث حدثت انتفاضة 5 أكتوبر في أهم المدن ليستقط فيها عشرات القتلى والجرحى.

ودخلت الجزائر في سنة 1992 فيما يعرف حاليا بالعيشية السوداء الدموية والتي لا تزال أثارها ماثلة للعيان حيث خلفت آلاف الضحايا والجرحى و المعوقين والمصدومين لدى الشعب الجزائري. و بالأخص في صفوف جنودنا بمختلف رتبهم وأعمارهم ومستواهم الاجتماعي والتعليمي، الذين

تعرضوا لعمليات إرهابية و مواقف عصبية سواء خلال حياتهم المهنية أو تأدية واجبه الوطني أو الخدمة الوطنية. فهذه الظروف التي مروا بها كانت الأكثر عنفا و روعا مختلفة أضرارا مختلفة على جميع المستويات جسمية و عقلية و نفسية و مهنية و اجتماعية. فالذين عانوا و واجهوا اشد وأصعب الصدمات هم أنفسهم يعكسون اضطرابات ما بعد الصدمة. و ما تحلّفه من اضطرابات نفسية على المدى الطويل من الزمن من مخاوف و هلع و قلق و اكتئاب و اضطرابات سلوكية اضطراب النوم واضطراب الأكل واضطرابات مزاجية و اضطرابات ذهانية.... الخ.

تتعلق هذه الدراسة بدراسة الاضطرابات التالية للحدث الصدمي وما ينجم عنها من اضطرابات أخرى التي تعرض لها جنودنا. كما ارتأينا أن نتطرق لاضطراب الكتابة و قياسها عند هذه الفئة لمدى انتشارها في أوساط جنودنا المتعرضين

للصدمة و مدى تأثيرها على نفسياتهم وحياتهم بصفة عامة. كما قمنا بتقييم اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة و اضطراب الكتابة بمقياس دافيدسون 1987 الذي قام بإعداده للغة العربية ثابت وفقا لمعايير DSM4.

الدراسات السابقة

-إن الدراسات السابقة لها أهمية كبرى فهي تنير ذهن الباحث كما تنير له طريق البحث للظاهرة موضوع الدراسة حيث يقف من خلالها الباحث على طرق و أدوات التي استخدمها الباحثون و كذلك يجعله على دراية بما وصل إليه الباحثون من نتائج قد تكون لها علاقة بالظاهرة التي تشغل ذهنه.

-التعرف على أدبيات الدراسة بغرض إثراء الجانب النظري.

-التعرف على الأساليب الإحصائية المتبعة و النتائج المتوصل إليها و من خلالها التمكن من اختيار المنهج المناسب والأدوات الملائمة.

-مقارنة نتائج الدراسات السابقة بالدراسة الحالية والبحث عن أوجه الاتفاق والاختلاف بينهما وكذا التطرق إليها في تحليل النتائج المتوصل إليها في دراستنا.

دراسة الجمعية الجزائرية للبحث في علم النفس (SARP) والمنظمة النفسية الاجتماعية عبر الثقافات (TPO) 1999.

قامت الجمعية الجزائرية للبحث في علم النفس SARP والمنظمة النفسية الاجتماعية عبر الثقافات TPO بتنفيذ بحث مسحي ابيدميولوجي حول انتشار الصدمات النفسية و الاضطرابات النفسية في المجتمع الجزائري و ذلك في الفترة الممتدة بين ابريل و ديسمبر 1999. تكونت عينة البحث من 652 فرد حيث تم سحب عينتين متساويتين بطريقة عشوائية من منطقتين من ولاية الجزائر (منطقة سيدي موسى التي تعرضت للكثير من أعمال العنف والإرهاب خلال العشرة السوداء ومنطقة دالي إبراهيم التي لم تتعرض بدرجة عالية لتلك الأحداث، مع مراعاة تعادل التوزيع العمر و الجنس في العينتين ليعكس التوزيع الطبيعي في المجتمع الجزائري). كان البحث يهدف لدراسة كل من انتشار الأحداث الصادمة و الضاغطة. و أيضا الاضطرابات النفسية المرتبطة بهما و التعرف على العوامل التي تحدد العلاقة بين حادث حياتي (صدمة - ضاغطة) و حدوث (ضغط نفسي - اضطرابات نفسية) و التي تسمى بعوامل الخطورة أو الحماية وأخيرا التعرف على المجموعات السكانية المعرضة لخطر الضغط النفسي والاضطرابات النفسية بهدف وقايتهم وعلاجهم وإجراء البحوث حولهم.

اعتمد البحث على الأسلوب شبه التحريبي حيث اعتنق فريق البحث، النموذج النظري لكليبر و بروم (KLEBER et al) 1992. لتصميم دراستهم كما عدل هذا النموذج من طرف الجمعية ليتوافق مع المعطيات الخاصة بالمجتمع الجزائري ما يلي:

-المتغيرات الحرة: التي تتكون من الخلفية الديمغرافية-كالعمر-الجنس-السكن-و الحالة الاجتماعية-ومتغيرات الأحداث الصادمة.

-المتغيرات التابعة: وهي الاضطرابات النفسية والجسمية الناتجة عن التعرض لأحداث الحياة الصادمة.

-المتغيرات الوسيطة: وهي التعامل و الدعم الاجتماعي-التي تعدل في العلاقة بين المتغيرات الحرة و التابعة.

صممت أداة البحث لتناسب هذا النموذج النظري، وتمت ترجمتها وتكييفها من طرف فريق البحث، و هكذا تكونت تلك الأداة من ثلاث أجزاء أساسية، حيث يتكون كل جزء من مجموعة أدوات موزعة كما يلي:

-الجزء الأول: ويشمل مقاييس التعرض للأحداث المختلفة على مدى الحياة.

-الجزء الثاني: ويشمل الأدوات المستعملة للاستقصاء عن الاستجابات المرضية لأحداث الحياة و الصدمات النفسية.

-الجزء الثالث: ويشمل استبيانات تستقصي عن عدد من العوامل التي تتوسط العلاقة بينهما (كالدعم الاجتماعي- طلب المساعدة - نوعية الحياة و الإعاقة).

استمر جمع البيانات مدة ثمانية أشهر ليتم تحليلها بعد ذلك باستخدام البرنامج الإحصائي SPSS، وذلك من خلال تحويل المتغيرات المدروسة إلى (اسمية - طبقية ... الخ). ثم استعمال أدوات إحصائية لمقارنتها و دراسة العلاقات بينها(كاختبار T) معامل الخطورة النسبي المعدل ... الخ.

كشف هذا البحث عن نتائج متنوعة، منها وجود ارتفاع ملحوظ لدى العينة في انتشار الأحداث الضاغطة والصادمة على مختلف أنماطها، وعلى مختلف مراحل الحياة. كما أبرزت أن مستوى ونوع التعرض للأحداث يختلف باختلاف المتغيرات الديمغرافية. حيث لوحظ ارتفاع نسبة التعرض للأحداث الصادمة في الذكور عنه لدى الإناث، وفي المجموعات العمرية الأكبر عنه لدى الأصغر، وفي سكان سيدي موسى عنه لدى سكان دالي إبراهيم، وبينما أبدى الذكور نسبة أعلى من التعرض للأحداث الصادمة عبر مراحل الحياة المختلفة، أبدت الإناث نسبة أعلى من التعرض لأحداث الحياة الحالية، وبالإضافة لذلك كشفت النتائج أيضا عن وجود ارتفاع هام في مستوى المعاناة النفسية (الضغط النفسي و الإجهاد)، و في نسب انتشار الاضطرابات النفسية المختلفة، حيث وجد إن أكثر من نصف المشاركين في العينة يبدون مستوى عال من المعاناة النفسية (24% سجلوا مستوى مرتفع، و 33% مستوى مرتفع جدا) و لوحظ هذا الارتفاع لدى سكان سيدي موسى ولدى النساء ولدى الأصغر أكثر من غيرها، وبالنسبة للاضطرابات النفسية فقد عانى 58 % من أفراد العينة من اضطراب نفسي واحد على الأقل خلال حياتهم، وأكثر من ثلث العينة يعانون من احد هذه الاضطرابات في السنة التي اجري فيها البحث، ولوحظ أكثر من اضطراب واحد عند نفس الشخص في 28 % من أفراد العينة، كان أكثر الاضطرابات انتشارا لدى أفراد العينة اضطراب ضغط ما بعد الصدمة بنسبة 37.4 %، تليه اضطرابات القلق بنسبة 37.3%، يليها الاكتئاب بنسبة 23%، تليهم اضطرابات التجسيم بنسبة 8.3%، وكانت هذه الاضطرابات كلها موجودة بنسبة أكبر لدى سكان سيدي موسى عنها لدى سكان دالي إبراهيم، ولدى النساء عنها لدى الرجال .

أما من جهة النتائج ذات الدلالة والمرتبطة أساسا بالعلاقات بين مجموعة المتغيرات المدروسة، فقد كشفت عن ما يلي: وجود ارتباط هام بين التعرض لأحداث صادمة والتعرض لأحداث حياة حالية، حيث كان هنالك ارتباط بين عوامل التعرض المختلفة (سواء بين العوامل الخاصة بمرحلة ما من العمر، وبين مراحل العمر المختلفة)، فسكان سيدي موسى الذين تعرضوا لعدد أكبر من الأحداث الصادمة خلال الأزمة هم الذين ابداوا درجة أعلى من التعرض لمضيقات الحياة الحالية. كما أن الأشخاص الذين تعرضوا لأحوال الحياة الصادمة في الطفولة كانوا أكثر عرضة لمثلها فيما بعد 12 سنة من العمر، وقد كان التعرض لأحداث الصادمة مرتبطا بارتفاع ملحوظ في مستوى المعاناة النفسية والتي كانت مرتبطة بأحداث الحياة القريبة (الحالية). كما كان هنالك ارتباط هام بين الاضطرابات النفسية المدروسة ومستوى المعاناة النفسية، والتي تزيد بزيادة الاضطرابات المشخصة، وكشفت النتائج أن اضطراب ما بعد الصدمة مرتبط بأحداث العنف والفقدان السابقة التي حدثت أساسا خلال العشرية السوداء، وقد تنبؤ مكان السكن سيدي موسى باحتمال حدوث هذا الاضطراب.

كما تنبؤ أيضا التعرض لمستوى متوسط أو عالي من الأحداث الصادمة باحتمال حدوث هذا الاضطراب ما بعد الصدمة والاكئاب وارتبطت اضطرابات القلق والاكئاب بالتعرض لأحداث صادمة في الطفولة (خاصة التعرض للفقدان والأذى الجسدي والنفسي في عائلة المنشأ بالنسبة للاكئاب)، وكانت الأجيال الأصغر أكثر تعرضا لاضطرابات القلق من الأجيال الأكبر.

تعقيب

هذه الدراسة التي قامت بها الجمعية الجزائرية للبحث في علم النفس SARP والمنظمة النفسية الاجتماعية عبر الثقافات TPO تبعت المنهج الايديولوجي والإجراءات الإحصائية مناسبة لدراسة انتشار الأحداث الصادمة، الضغوط الاضطرابات النفسية، العوامل المرتبطة بها، وذلك من اجل التعرف على المجموعات السكانية المعرضة للخطر و توجيه التكفل الملائم لهم، لكن هذه الإجراءات لا تستطيع تقديم أكثر من ذلك، لأنها لا تقدم أكثر من وصف إحصائي للتأثيرات المتبادلة بين تلك العوامل بقياس ارتفاع نسبتها أو انخفاضها وفق فرضية سميت بـ(الارتفاع و الانخفاض).

دراسة مجموعة من الباحثين في الهيئة الوطنية للصحة والبحث الطبي FOREM (2007).

قام مجموعة من الباحثين والأطباء (مصطفى عشوي- مصطفى خياطي- صبرينة قهار- نبيلة خلال- سهيلة زميرين) المنتمين للهيئة الوطنية للصحة والبحث الطبي FOREM بإجراء دراسة ميدانية تتبعية عنوانها (اضطرابات ما بعد الصدمة في الجزائر). كان هدفها متابعة الحالة النفسية لمصدومات جراء التعرض لأحداث العشرية السوداء، وذلك من اجل تقويم وضعياتهم الديمغرافية ودراسة حالاتهم النفسية من خلال معرفة استمرار معاناة الاضطرابات التالية للصدمة بعد سنوات من تعرضهم لها، ومعرفة كل من مستوى تقدير الذات واستراتيجيات التوافق المتبعة من طرف المصدومات من جهة، والتعرف على أنماط التحكم عند المصدومات وعلاقتها بالتوافق النفسي الاجتماعي من جهة أخرى، وأخيرا وضع قاعدة بيانات تتعلق بالمتابعة من حيث التشخيص والعلاج والتكفل الاجتماعي والمهني بالمصدومات.

تكونت عينة الدراسة من 120 شخص تراوحت أعمارهم ما بين 15 إلى ما فوق 55 سنة وكان كل أفرادها إناثا اغلبهن ذوات مستوى تعليمي منخفض (أميات، مستوى ابتدائي) باستثناء 5% كان من الجامعيات، كما تراوح مستواهن الاجتماعي ما بين منخفض بنسبة 20.8% ومتوسط بنسبة 76.7% ومرتفع بنسبة 2.5% حيث كانت نسبة 82.5% منهن عاطلات عن العمل، و 14.2% يشتغلن و 3.3% في تكوين أو تدريب. تعرضت 51% من المشاركات لأحداث صادمة تمثلت في اغتيال أزواجهن، و 21% لوفاة الأزواج و 10% لمجزرة بن طلحة (في ضواحي العاصمة الجزائرية) و 8% لخطف الآباء أو اختفائهم، بينما تعرضت البقية لأحداث أخرى مثل اغتيال الآباء أو وفاتهم، واغتيال الأقارب وحوادث السيارات وذلك أثناء العشرية السوداء في الفترة الممتدة بين 1992-2002. وقد تم التكفل بهن من طرف نفسانيين بمركز بن طلحة الواقع ضواحي العاصمة الجزائرية و بالمركز التابع للهيئة الوطنية لترقية الصحة والبحث الطبي حيث تمت مقابلتهم لإجراء هذه الدراسة سنة 2007.

اعتمد الباحثون على المنهج الوصفي التحليلي، حيث استخدموا مجموعة من المقاييس كمقياس الاضطرابات التالية للصدمة PCLS مقياس تقدير الذات لكوبر سميث، مقياس استراتيجيات التوافق GISS، ومقياس روتر لمركز التحكم (داخلي- خارجي) ومن اجل معالجة البيانات قاموا باستعمال مجموعة من الأدوات الإحصائية (كاي مربع χ^2) تحليل التباين- معامل بيرسون.... الخ.

كشفت نتائج الدراسة عن وجود علاقة سلبية بين السن وكل من متغيرات البطالة، المستوى التعليمي والمستوى الاجتماعي لأفراد العينة. كما شعرت 98% منهن بان حياتهن تغيرت بعد التعرض للصدمة. و أجابت 97.5% بأنهن مازلن تحتجن إلى استمرار التكفل النفسي بهن. وبالنسبة للتعرف على استمرار المعاناة من الاضطرابات التالية للصدمة PTSD بعد عدة سنوات من التعرض لها، فقد تبين ان 46.7% منهن يعانين منها، بينما 53% لا يعانين منها. و قد تبين انه ليس هنالك فروق دالة إحصائية من حيث النسبة بين المجموعتين. كما لم توجد فروق ذات دلالة إحصائية من حيث المعاناة من PTSD واستراتيجيات التوافق. وأيضاً بين المعاناة من PTSD ونمطي التحكم. بينما كانت هنالك علاقة ارتباط سلبية دالة إحصائية بين معاناة من PTSD ومستويات تقدير الذات. مما يدل على نسبة الاضطرابات التالية للصدمة تكون أعلى للمشاركات ذوات التقدير المنخفض. وقد كانت نسبة 38% من أفراد العينة ذوات تقدير ذات منخفض و 32% ذوات تقدير متوسط و 30% ذوات تقدير ذات مرتفع. كما لم توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين ذوات التقدير المرتفع والمنخفض من حيث النسبة. وقد تبين عدم وجود فروق دالة إحصائية في تقدير الذات لديهن حسب متغيرات (السن والمستوى التعليمي والوضع المهني والوضع الاجتماعي. بينما تبين انه هنالك علاقة ارتباط إيجابية بين مستوى تقدير الذات والمستوى التعليمي. و بالنسبة لاستراتيجيات التوافق، التوافق بالتمركز حول المهمة، التوافق بالتجانب). فقد كشفت النتائج انه ليست هنالك علاقة ارتباط دالة إحصائية بين تقدير الذات و التمرکز حول المهمة. كما أن ليست هنالك علاقة ارتباط دالة بين التمرکز حول المهمة والإصابة ب PTSD. ولا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في التمرکز حول المهمة أو التجنب كاستراتيجيات للتوافق حسب متغيرات: السن، المستوى التعليمي، الوضع المهني، و المستوى الاجتماعي للمشاركات. وقد بينت النتائج انه هنالك علاقة ارتباط إيجابية بين تقديرات الذات والتمرکز حول التجنب. بينما لم توجد علاقة ارتباط دالة بين التمرکز حول التجنب و PTSD. وأخيراً وبالنسبة لنمط التحكم (داخلي - خارجي) فقد تبين انه هنالك فروق ذات دلالة إحصائية بين نمطي التحكم عند المشاركات، بينما لا توجد علاقة ارتباط بين نمط التحكم والمعاناة من PTSD وبين نمط التحكم ومستويات تقدير الذات، ولا توجد فروق دالة إحصائية في نمط التحكم حسب متغيرات السن، الوضع المهني، المستوى الاجتماعي بينما وجدت الفروق في نمط التحكم حسب المستوى التعليمي. كما وجدت علاقة ارتباط سلبية بين المستوى التعليمي ونمط التحكم، فكلما كان المستوى التعليمي مرتفعاً كلما كان التحكم داخلياً.

تعقيب

الدراسات التي قامت بها FOREM و التي نشرت تحت عنوان (الصددمات النفسية في الجزائر) فكانت رائدة من حيث المنهجية التي اعتمدت عدة مناهج منها: المنهج الوصفي و المنهج الإحصائي والمنهج التحليلي و المنهج التبعي في دراسة الاضطرابات التالية للصدمة وعلاقتها بأنماط التوافق و بمستويات تقدير الذات وأنماط التحكم لدى الشخص وعلاقتها بمتغيرات أخرى كالسن والمستوى التعليمي والوضع المهني للمشاركات وكانت الدراسة في فترة زمنية محددة (صيف 2007) دون وجود معطيات عن حالتهم النفسية قبل فترة تعرضهم لصددمات نفسية ولا عن تطور تلك الحالات واستمرار المعاناة من الأعراض التالية للصدمة. الهدف من هذه الدراسة هو معرفة استمرارية PTSD، وما يرتبط بها من تغيرات قيد الدراسة. أما الطريقة الإحصائية المعتمدة التي وضحت العلاقة بين مجموعات متغيرات المعروضة والمسماة ب(الحالة النفسية) وبين المتغيرات المسماة ب (ديمغرافية) وأيضاً الفروق بين أفراد العينة بالنسبة لمجموعة هذه المتغيرات .

دراسة عزاق رقية 2014

تحت عنوان (الدعم الاجتماعي المدرك وعلاقته بالآثار النفسية البعيدة المدى لدى أفراد الجيش الوطني الشعبي ضحايا الإرهاب)، الصدمة النفسية لضحايا الإرهاب، تناولت هذه الدراسة ظاهرة الإرهاب الذي خلف أثاره الكبيرة على الشعب الجزائري إبان العشرية السوداء التي كثرت فيها حوادث القتل والاغتيال و الانفجارات والمجازر الجماعية فاقت 200 ألف ضحية ما أثر على الجهاز النفسي للمعتدى عليه وخلف آثار الصدمة النفسية التي ظهرت أعراضها على المعتدى عليه. وقد شملت فئة الدراسة عينة من أفراد الجيش الوطني الشعبي باعتبارهم أكثر الأشخاص مواجهة للإرهاب ولأنها فئة حساسة وذات طبيعة عسكرية تتميز بالسرية عليهم. فقد بحثت الدراسة في الآثار النفسية بعيدة المدى لمدة تفوق العشر سنوات. استخدمت الباحثة أداة الصحة النفسية للسكان (CIDI) تم تكييفها على المجتمع الجزائري من قبل الباحثين في الجمعية الجزائرية للبحث في علم النفس بالاعتماد على DSM4. وقد توصلت الدراسة إلى أن هذه الفئة تعاني من الاكتئاب، الاضطرابات السيكوسوماتية، القلق. كما أجرت الباحثة دراسة مقارنة بين أفراد الجيش الوطني الشعبي الذين تعرضوا لاعتداءات إرهابية والذين لم يتعرضوا لها وتوصلت لوجود فروق ذات دلالة إحصائية في كل من الاضطرابات التالية للصدمة و الاكتئاب والقلق بينما تعاني الفئتين من الاضطرابات السيكوسوماتية أي لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية كما أجرت الباحثة مقارنة بين الجنود ذو الدعم الاجتماعي المدرك المنخفض وتوصلت إلى أن للدعم الاجتماعي المدرك دور كبير في التخفيف من حدة الآثار النفسية الظاهرة على الجنود وما للشبكة الاجتماعية من دور في مساعدة الجنود الجزائريين على العودة للاندماج في المجتمع.

تعقيب

تناولت ظاهرة الإرهاب وما خلفته من الآثار ومن ضحايا الصدمات النفسية وكانت دراسة العينة تخص أفراد الجيش الوطني الشعبي. استخدمت أداة الصحة النفسية للسكان CIDI وتكييفها من قبل باحثين في الجمعية الجزائرية للبحث في علم النفس وفق معايير DSM4، واعتمدت المنهج الوصفي، كما قامت بدراسة مقارنة بين من تعرضوا للصدمة وبين من لم يتعرضوا في إطار إحصائي. فالهدف من الدراسة هو التكفل و الدعم النفسي والاجتماعي ومساعدة هذه الشريحة على العودة والاندماج في المجتمع.

دراسة بن التواتي 2015

تحت عنوان: اضطراب الضغوط التالية للصدمة لدى المراهقين المتضررين من جراء أحداث العنف بولاية غرداية في الجزائر. هدفت الدراسة إلى معرفة مستوى اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى المراهقين المتضررين من جراء أحداث العنف بمدينة غرداية. والتعرف على درجة الاختلاف تبعا لمتغيرات الجنس والمستوى الاقتصادي والمنحدر السكاني. وتكونت عينة الدراسة من 268 طالب في مرحلة المراهقة 116 ذكور و 152 إناث. واعتمدت الباحثة على قائمة الأحداث الصدمية من إعداد (سامية عرعار). ومقياس كرب ما بعد الصدمة لدافيد سون المترجم من قبل ثابت 2006. كان من النتائج وجود مستوى مرتفع من اضطراب ما بعد الصدمة لدى عينة الدراسة. وعدم وجود فروق في الاضطراب تبعا لمتغير الجنس والمستوى الاقتصادي. بينما توجد فروق في الاضطراب تبعا لمتغير المنحدر السكاني.

تعقيب

قام بدراسة عينة من الطلاب ذكور وإناث من المراهقين المتضررين من أحداث العنف بولاية غرداية و معرفة مستوى اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة وعلاقتها ببعض المتغيرات من مستوى اقتصادي والمنحدر السكاني. كما طبق على هذه العينة مقياس دافيد سون.

التعقيب العام على الدراسات الوطنية

كان لهذه الدراسات نقاط اشتراك والتي تتمثل في أنها درست نفس الحقبة الزمنية التي تعرض فيها أفراد العينات للحدث الصدمي وهي العشرية السوداء. كما أن الدراسة أقيمت على العينات من نفس المنطقة بالجزائر والتي كانت أكثر تضررا للأحداث الإرهابية. إلا دراسة تواتي في 2015 تتعلق بأحداث العنف في ولاية غرداية. كان الاختلاف في الزمان والمكان والحدث. كل هذه الدراسات تخصصت في PTSD كما درست عينات من مختلف شرائح المجتمع بمختلف المتغيرات من الجنس و العمر والمستوى الاجتماعي و الاقتصادي والتعليمي. كما استعملت كل الدراسات مقاييس مختلفة: مقياس الصدمة النفسية، مقياس روتر، مقياس تقدير الذات، مقياس PCLS كما استعملت أدوات إحصائية (معامل بيرسون) أما الهدف هو التكفل الاجتماعي والنفسي للحالات.

الدراسات العربية

دراسة غنيمة العماني واخرون 1993

قامت الدراسة حول استطلاع لأراء المواطنين عن الآثار النفسية والاجتماعية والتربوية لحرب العراق على الكويت. حيث دلت هذه الدراسة على ظهور عدد من الآثار السلبية من بينها الشعور بالاكئاب - قلة النوم - الخوف من الأحلام المرعبة - الانطواء - القلق المستديم.

دراسة بشير الرشيد 1994

توصل لنتائج مشابهة حيث أقام في دراسته برسم الخريطة النفسية والاجتماعية للشعب الكويتي بعد هجوم العراق. مقارنة هذه الخريطة بما كان عليه الحال قبل العدوان وذلك وصولا إلى إعادة بناء الإنسان الكويتي وتعد هذه الدراسة بعض مظاهر الاضطراب النفسي كما يلي:

الاكتئاب 69 - الأحلام المرعبة 47 - عدم القدرة على التركيز 39 - التهيج والاستثارة العصبية 39 - اضطرابات النوم 37 - العصبية الزائدة 34 - القلق 24 - الكوابيس 12 - العزلة 9.

دراسة الحمادي 1997:

هدفت لمعرفة التاريخ الأسري في تشخيص اضطراب ما بعد الصدمة و تكونت العينة من 100 مريض من العيادات الخارجية في الكويت تراوحت أعمارهم (17-20) سنة. أما المقاييس التي استخدمت هي بكنر للاكتئاب (PPCC) و مقياس (CAPS) للاضطراب ما بعد الصدمة و أظهرت النتائج أن 31 حالة من البالغين من العينة لديهم تاريخ نفسي سابق لأمراض تمت معالجتهم منها في حياتهم. و كانت هذه الحالات مدمنة على الكحول و المخدرات 20 حالة - القلق 07 حالات - اكتئاب 05 حالات - اضطراب الشخصية حالتين 02 (ميساء شعبان أبو شريفة 2011 - 70).

دراسة ثابت وخضر 2007

هدفت إلى التعرف على مستوى من الخبرات الصادمة وأنواعها التي تنشأ لدى طلبة الجامعات الفلسطينية في قطاع غزة وعلاقتها ببعض المتغيرات النفسية مثل: كرب ما بعد الصدمة - القلق - الاكتئاب. وقد تكونت عينة الدراسة من 360 طالب وطالبة. استخدم الباحثان مقياس كرب ما بعد الصدمة ومقياس أعراض القلق و الاكتئاب.

دراسة سلمان واخرون 2007

تهدف الدراسة إلى التعرف على اضطراب الضغوط التالية للصدمة والاكتئاب والقلق لدى المراهقين من قطاع غزة. تكونت عينة الدراسة من 229 مراهقا. كشفت النتائج أن 68.9% منهم يعانون من اضطراب ما بعد الصدمة و 40% لديهم معدلات معتدلة وشديدة من الاكتئاب و 94.9% يعانون من معدلات القلق و 69.9% لديهم استجابات مواجهة غير مرغوبة.

دراسة عبد الفتاح محمد خواجه 2012

استهدفت هذه الدراسة التعرف إلى علاقة اضطراب ضغط ما بعد الصدمة بالاكتئاب لدى عينة من 296 طالبا وطالبة من طلبة البكالوريوس في كلية الآداب في جامعة السلطان قابوس منهم 142 ذكور و 154 إناث تم اختيارهم عشوائيا. وجود علاقة طردية بين الزيادة في المشاعر الاكتئابية وزيادة في مشاعر اضطراب ضغط ما بعد الصدمة. ولا توجد فروق بين الذكور و الإناث في مستوى مشاعر اضطراب ضغط ما بعد الصدمة. بل الإناث أكثر اكتئابا من الذكور في مستوى المشاعر الاكتئابية.

تعقيب

قامت كل الدراسات العربية التي قدمتها بدراسة اضطراب ما بعد الصدمة وعلاقته بالاكتئاب والقلق. فدراسة الحمادي ودراسة بشير الرشيد و دراسة غنيمة العماني وآخرون كانت حول عينات من المجتمع الكويتي بعد اجتياح العدوان العراقي له في التسعينات من القرن الماضي. أما دراسة ثابت وخضر ودراسة سلمان وآخرون ودراسة عبد الفتاح محمد خواجه فكانت الدراسة حول عينات من المجتمع الفلسطيني بقطاع غزة وكانوا من طلاب الجامعات مع استعمال مقياس كرب ما بعد الصدمة ومقياس أعراض القلق والاكتئاب مع الفروق بين الجنسين ومدى تأثير الصدمة على كل منهما.

الدراسات الأجنبية

قام 1984 lacono بتحليل عاملي لأعراض الضغوط ما بعد الصدمة لدى محاربي فيتنام وأشار إلى الملامح الاكتئابية كجزء أساسي في التركيب العاملي العام. وكشفت دراسات أخرى له عن ظهور نسب مئوية مرتفعة من الملامح الاكتئابية لدى المرضى الذين يعانون من زملة استجابة الضغوط فظهر لدى أكثر من 75% من الذين درسوا الأعراض التالية: الشعور بالكآبة - الشعور بنضوب الطاقة وتناقصها- سهولة البكاء - الحزن - الشعور بعدم الاهتمام بالأشياء - الشعور باليأس بالنسبة للمستقبل.

كما شعر أكثر من 50% من هؤلاء المفحوصين بالأعراض التالية: الشعور بعدم الأهمية، فقدان الاهتمام بالجنس أو فقدان اللذة الجنسية، التعب، مشاعر اكتئابية معاودة (مخيفة غالباً).

و أقر أن 45% من المرضى لديهم هذه الأعراض: أفكار انتحارية- فقد الشهية - فقد الحماس (نقلا عن عبد الخالق 1998ص324). من النادر أن يوجد اضطراب الضغوط وحده. فحتى العينات المستمدة من المجتمع والتي كشف مسح حديث لعينات المرضى الجنود المحاربين في الفيتنام أن أكثر من ثلاثة أرباع هؤلاء الذين يحملون أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة يحققون محكات تشخيص اضطراب آخر على الأقل وأكثر التشخيصات انتشارا والموجودة مع اضطراب الضغوط في هذه العينات هي الاكتئاب بـ 26% وسوء استخدام المواد بـ 73% واضطراب الشخصية المضادة للمجتمع بـ 31% وتسمى هذه المسألة أيضا بالمرض المصاحب GREEN1995 comorbidity. كما أن الدراسات التي أجريت في هذا المجال على عينات من غير المحاربين قليلة. وظهر من إحداهن أن ضحايا الجرائم الذين أصيبوا باضطراب الضغوط تبين إن 41% ظهر لديهم خللا في الوظيفة الجنسية. و 32% كان لديهم اضطراب الاكتئاب أساسي و 27% كانوا يعانون من اضطراب الوسواس القهري ولدى 18% منهم مخاوف مرضية GREEN1995.

دراسة كينجن وآخرون 2002 et AL GOENJIAN

عنوان الدراسة: ضغوط ما بعد الصدمة وأعراض الاكتئاب لدى مجموعة من المراهقين في نيكاراغوا بعد تعرضهم لإعصار ميتش. هدفت الدراسة إلى معرفة آثار تعرض المراهقين في نيكاراغوا لإعصار مدمر. ومعرفة العلاقة بين شدة التعرض للحدث ووجود موتى من الأقارب وأعراض الاضطراب التالي للصدمة. وتمت الدراسة بعد ستة أشهر من الحدث. تكونت العينة من 158 مراهق بلغ متوسط أعمارهم 13 عام. واستخدم مقياس (reaction index ptsd child). ومن نتائج الدراسة انه توجد أعراض حادة لاضطراب التالي للصدمة عند أفراد العينة. وتوجد علاقة قوية بين مقدار التعرض للحدث الصادم وأعراض اضطراب ما بعد الصدمة. وكذلك علاقة بين وجود موتى في الحدث من الأقارب وأعراض اضطراب ما بعد الصدمة.

دراسة لورين روتر وآخرون 2013 RUTTER LAUREN et AUTRES

هدفت الدراسة إلى تناول العلاقة بين أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة. وزيادة أعراض الاكتئاب. وضعف الصحة نظرا لقلّة ممارسة الرياضة. وذلك على عينة من 200 طالب وطالبة بالمرحلة الجامعية و توصلت نتائج الدراسة إلى وجود علاقة ارتباطيه موجبة بين أعراض ضغوط ما بعد الصدمة وأعراض الاكتئاب.

تعقيب

الدراسات الأجنبية تطرقنا إليها من الأقدم إلى الأحدث وكانت كلها حول دراسة الضغوط ما بعد الصدمة و أعراض الاكتئاب.

فدراسة LACONO1984 كانت حول الجنود العائدين من حرب الفيتنام ومع مرور مدة من الزمن من حدوث الصدمة النفسية. أما دراسة لوورين روتر وآخرون حول طلاب بالمرحلة الجامعية. أما دراسة كينجن وآخرون كانت حول الضغوط ما بعد الصدمة أثر إعصار ميتش بنيكاراغوا على عينة من المراهقين، حيث استخدم فيها مقياس للاضطرابات ما بعد الصدمة وعلاقته بالحدث الصادم.

التعقيب العام للدراسات السابقة

من خلال الدراسات السابقة من وطنية وعربية وأجنبية والتي كانت كلها حول الضغوط أو الاضطرابات التالية للصدمة ومدى تأثيرها على نفسية الأفراد المصابين وظهور اضطرابات مختلفة مصاحبة لاضطرابات ما بعد الصدمة.

-الدراسات جميعها استخدمت مقاييس اعتمدت على معايير DSM4 في قياس اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة.

-معظم الدراسات تناولت معدل وجود الاضطراب في عينة الدراسة المصاحبة له مثل الاكتئاب.

-الدراسات جميعها تطرقت إلى صلة اضطراب ما بعد الصدمة باضطرابات مصاحبة وتقييمها بمقاييس كل على حدى.

أما عن الدراسة الحالية فإنها لا تتفق مع الدراسات السابقة ولا توف بالهدف المرجو تحقيقه في دراستنا هذه .

مقدمة الإشكالية

لا يمكن لأي شخص مهما كانت مناعته قوية أن يقف في وجه بعض المواقف المؤلمة التي قد تهدد حياته وتسلبه الراحة والأمان. إن تعرض الإنسان للخوف والرعب والمواقف المقلقة التي يشعر أمامها بالضعف، مما يجعله عاجز عن مقاومة هذه المواقف المحيطة التي لها تأثير بالغ على تكامل الشخصية و اتزانها مما يعرضه لازمات نفسية متعددة لاحقا.

في بعض الأحيان الصدمي يخفق في تحقيق الأمن والأمان والاستقرار النفسي بسبب تعرضه للحادث أو الكارثة أو الأزمت البشرية التي تهدد حياته بالموت أو توصله إلى مواجهة حقيقية مع الموت التي من شأنها أن تخلق أزمت نفسية تعيق آداه ونشاطه ويدخل في صراعات نفسية تؤثر على سلوكياته اليومية وهذا حسب شدة الأزمة وحسب طبيعته والبيئة، فتترك آثار نفسية لا تحتمل.

الصدمة تزعج الحياة اليومية للفرد المصاب بشكل قوي، بحيث أن المشاركة في الحياة العادية لم تعد ممكنة بالاستمرار، فيعزل الفرد نفسه وينسحب بشكل كبير عن المحيط الاجتماعي (عائلي أو مهني). كما أن هناك بعض المصابين يحاولوا أن يخذروا (يغطوا) تأثير الأحداث المؤلمة التي يعانون منها عن طريق الكحول أو تناول الأدوية.

كما لا يفوتنا اختلاف استجابات الأفراد بعد التعرض للحادث الصدمي من خلال ربط تلك العملية بالتفاعل المتبادل بين عوامل الخطر والحماية.الأفراد المتعرضين لذلك الحادث لا يصابون كلهم بصدمة و باضطرابات ما بعد الصدمية، يصاب بعضهم باضطرابات نفسية مختلفة، بينما يقاوم بعضهم الآخر ذلك الحادث ويتجاوزون تأثيراته دون عواقب أمراضية.

في مستوى آخر يمكن أن يفهم دور الحادث من خلال ربطه بالاستعداد المسبق وبالتاريخ الشخصي وفي هذه الحالة يكون دور الحادث إلا المفجر لذلك الاستعداد المسبق، لأنه يحرك ويعيد تنشيط محتويات مرتبطة بالتاريخ الشخصي للفرد وتوظيفه النفسي.

كما في مستوى آخر الحادث الصادم لا يحرك شيئاً آخر سوى نفسه، إذ يحدد شكل استجابة الأفراد الانفعالية أثناء التعرض له.

يصعب جدا على كثير من الناس ممن فرض عليهم أن يعيشوا مثل هذه الحالات أو ما شابهها أن يتابعوا بعدها حياتهم العادية كالمعتاد، وبسبب هذه الوقائع ينعدم عندهم الشعور بالأمن والاستقرار في اغلب الأحيان ويحتاجون الوقت من اجل أن يمكنهم إعادة بناء الثقة. إذا لم ينجح هذا يمكن أن تتطور عندهم اضطرابات الناتجة عن الصدمة النفسية. ويمكن أن تظهر في شكل أعراض متعددة مثل الاكتئاب النفسي واضطرابات الخوف والرعب أو شكاوي نفسية جسدية.

الإشكالية

في الواقع تختلف عادة استجابات الأفراد في مواجهة ذلك الحادث. فبعد تعرضهم له قد يصاب بعضهم فعلا بصدمة نفسية ويطورون أعراض اضطرابات ما بعد صدمة، ضغط ما بعد الصدمة، عصاب صدمي... الخ. كما قد يطور بعضهم الآخر أعراض اضطرابات نفسية أخرى: اكتئاب إستجابي- ذهان إستجابي- أعصاب متنوعة... الخ. وتصبح حالتهم ومعاناتهم مزمنة. و في الجهة المقابلة لا يصاب بعضهم الآخر ولا يطورون أي اضطرابات بل يقاومون تلك الخبرة المؤلمة ويسترجعون توازنهم الذي احل به الحادث.

من خلال ما قدمناه نود أن ندرج في دراستنا هذه مقياس كرب ما بعد الصدمة - لدافيد سون 1987 لتقييم كرب ما بعد الصدمة الذي قام بإعداده للغة العربية ثابت 2006 والمعتمد على معايير (DSM4). كما نود من خلال هذا المقياس تقييم الكتابة عند أفراد العينة قيد الدراسة الذين هم أفراد من الجيش الوطني الشعبي شاركوا في مكافحة الإرهاب وأصيبوا بصدمات نفسية و يعانون من اضطراب ما بعد الصدمة مصحوبة باضطراب الاكتئاب.

كما من خلال ما قدمنا من دراسات سابقة، لم نحض بأي دراسة توفى بالغرض المطلوب قيد الدراسة، فارتأينا أن نقوم بهذه الدراسة كتجربة ونطرح الإشكالية على صيغة تساؤل مع دراسة الحالات للإجابة عنه وأثبتت الفرضية.

- هل مقياس كرب ما بعد الصدمة لـ(دافيدسون) يقيم كرب ما بعد الصدمة و اضطراب الكتابة عند الصدمي العسكري؟

الفرضية

يمكن لمقياس كرب ما بعد الصدمة لـ(دافيدسون) تقييم اضطرابات ما بعد الصدمة و اضطرابات الكتابة عند الصدمي العسكري.

الفرضيات الجزئية

-يقيم مقياس دافيدسون لكرب ما بعد الصدمة حجم الاضطراب التالي للصدمة عند الصدمي العسكري.

-يقيم مقياس دافيدسون لكرب ما بعد الصدمة اضطراب الكتابة عند الصدمي العسكري.

أهمية البحث

- تكمن أهمية هذا البحث على المستوى النظري باعتبار موضوع الصدمة النفسية موضوعا مفتاحيا في علم النفس المرضي انطلاقا من فهم تأثيرات الصدمة النفسية التي تتجاوز القدرات الدفاعية للشخص.
- تحديد وضعية المعارف المتوفرة حول الصدمة النفسية و تطويرها و تعميقها..
- بالإضافة إلى ذلك يقدم هذا البحث مجموعة من الدراسات السابقة حول الصدمة النفسية و هذا ما يفتح المجال للباحثين لمثل هذه الموضوعات من اجل متابعة تفاصيل تلك الدراسات و تفاصيل تحليلها مما سيمكنهم من استلهاهم أفكار و إشكاليات لم يهتم بها من قبل.
- أما على المستوى التطبيقي نقل الخبرة للنفسانيين العياديين و خاصة المبتدئين و ما الذي ينبغي فعله أمام هذا الوضع من تشخيص و اختبارات و قياسات تقييميه أو علاجات.

أهداف البحث

- الكشف عن اضطرابات ما بعد الصدمة وما يتلوها من اضطرابات أخرى الناجمة عن الحدث الصدمي .
- التأكد من مدى مصداقية و ثبات المقاييس النفسية للاضطرابات النفسية الناجمة عن الحادث الصدمي.
- التعرف على درجة الكآبة و ما مدى تأثيرها على المعاش النفسي للصدمي.
- التعرف على مدى استجابات الأفراد للحادث الصدمي و ما يتبعه من اضطرابات.
- التأكد من مقياس دافيدسون لكرب ما بعد الصدمة اذا كان يمكن أن يقيم اضطرابات ما بعد الصدمة و يقيم اضطرابات الكآبة في آن واحد.

منهجية البحث

اعتمدنا في هذا البحث على المنهج العيادي نظرا لطبيعة الدراسة - حسب لاقاش (LAGACHE) المنهج العيادي " هو تناول للسيرة في منظورها الخاص إضافة للتعرف على مواقف و تصرفات الفرد اتجاه وضعيات معينة محاولا بذلك إعطاء معنى لها للتعرف على بنيتها و تكوينها كما يكشف عن الصراعات التي تحركها و محاولة الفرد لتجاوزها ". فالمنهج العيادي يعني الدراسة المعمقة لأفراد معينين في وضعية خاصة و مفهوم العيادي يقصد به التفهم النفسي للتصرفات الحاضرة والماضية للشخص.

كما انه الأنسب في دراسة الحالة يمكننا التقرب أكثر و بمصداقية إلى تاريخ المفحوص الشخصي و العائلي و كذلك تأثره بالمحيط الخارجي. كما يمكننا اعتماد وسائله المتعددة من ملاحظة و مقابلة و اختبارات و قياسات. فكلها تصب في تحقيق الغاية من الدراسة ألا و هي التحقق من ظهور اضطرابات نفسية مثل الكآبة لدى الصدمي و تقييمها.

دوافع اختيار موضوع البحث

هناك عدة دوافع كانت السبب في اختيارنا لموضوع البحث من بينها دوافع ذاتية لها علاقة بممارستي العيادية و بحبرتي الشخصية في الميدان. و بحكم تواجدي خلال العشرية السوداء كأخصائية نفسانية بمركز النقاها لضحايا الإرهاب و بالمستشفى العسكري و أيضا لتبعية للحالات الصدمية طيلة مزاولتي مهنتي. فارتأيت أن ادرس هذه الشريحة و رفع الستار عنها و تقديمها للمجتمع و إظهار مدى معاناتها و الاهتمام و التكفل بها خصوصا من الجهات المعنية.

مصطلحات البحث الأساسية

تضمنت الدراسة عددا من المتغيرات، نحدد تعريفاتها و تعريفاتها الإجرائية في دراستنا على النحو التالي:

الصدمة النفسية: هي الحدث المفاجئ الذي يواجهه الإنسان ويهدد حياته أو حياة المحيطين به بالخطر ويتميز بالشدة وعدم قدرة الفرد على الاستجابة له بشكل متوافق و بالاضطرابات المرضية المستمرة التي تنتج في المنظومة النفسية. ويمكن الصدمة النفسية أن تتشكل من خلال طريقتين أساسيتين هما: إما التعرض المباشر للحدث أو يكون الفرد شاهدا على الحدث الصدمي. والذي يؤدي إلى الشعور بالعجز والخوف والرعب.

الأحداث الصادمة: هي كل الأحداث التي تضمنتها قائمة الأحداث الصادمة والتي من الممكن أن يتعرض لها أي فرد من أفراد العينة أو يكون شاهدا عليها. وقد شملت الأحداث الصادمة واحد وعشرين حدثا صدميا قسم وفق معيار مصدر الحدث وهو نوعان :

- الأحداث الصادمة الطبيعية.

- الأحداث الصادمة البشرية.

اضطراب الضغوط التالية للأحداث الصادمة PTSD: صنفت الجمعية الأمريكية للطب النفسي (APA1994) اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة ضمن الأمراض النفسية والذي ينتج عن تعرض شخص لحدث مؤلم يتخطى حدود التجربة البشرية المألوفة كالحروب وأعمال العنف والحوادث والكوارث الطبيعية (يعقوب 1999ص38) ويوافق هذا منظمة الصحة العالمية (who). لاضطراب ما بعد الصدمة بأنه استجابة متأخرة لحدث أو موقف ضاغط جدا، يكون ذا طبيعة تهديديه أو كارثية وقد يسبب كربا نفسيا لكل من يتعرض له.

اضطراب الكتابة: أو مرض الاكتئاب هو اضطراب وجداني يظهر بأعراض نفسية كالخزن الشديد والمستمر ونقص الاهتمام بالعالم الخارجي وأعراض جسدية كالصداع وضيق التنفس وقد يكون نتيجة عوامل نفسية كفقدان شخص عزيز أو عوامل فيزيولوجية كالتعرض لمرض عضوي خطير إضافة إلى كونه عاملا مساهما في التعرض لبعض الاضطرابات والأمراض النفسية والجسدية وعرضا مصاحبا لها.

اضطراب ما بعد الصدمة: عبارة عن مجموعة أعراض و اضطرابات تظهر بعد الصدمة وهي كالآتي = صعوبة في النوم -قلة التركيز- الغضب الزائد-الارتجاف- العزلة و الانطواء- الحزن - العدوانية - وتكون مرتبطة بأحداث تثير أو ترمز للصدمة. وهذه الأعراض تستمر لأكثر من أربعة أسابيع وتتحول إلى أعراض مزمنة ولا يمكن توقع زوالها بشكل عفوي. **الاكتئاب:** يؤكد بيبك على أن الاكتئاب هو حالة تتضمن تغيرا بالمزاج، ويتبعه شعور بالحزن والوحدة واللامبالاة، والمفهوم السالب عن الذات وتحقيرها ورغبة الشخص في عقاب ذاته ولومها والرغبة بالموت ونقص النشاط، وصعوبة النوم، وفقدان المرء الشهية للطعام (غريب عبد الفتاح 1988.ص8).

التقييم : هو عملية منظمة مبنية على القياس يتم بواسطتها إصدار الحكم (التقييم) على الشيء المراد تقويمه في ضوء ما يحتويه من الخاصية الخاضعة للقياس ونسبتها إلى قيمة متفق عليها أو معيار معين. إما يكون على شكل اختبار أو استبيان وسلم تقييم ونقيس أو نختبر به الحالات المراد دراستها وهو المستعمل عالميا من طرف أخصائيين في الميدان وأقيمت بخصوصه دراسات إحصائية تثبت مصداقيته وثباته.

المفاهيم الإجرائية للبحث

الصدمة النفسية: استندت تعريف الصدمة النفسية إلى تعريف lebigot الذي يرى أن الصدمة النفسية تشير إلى حوادث داخلية أو خارجية شديدة أو عنيفة، فجائية وغير متوقعة ومخالفة للمألوف تتجاوز بكثير التجارب اليومية الروتينية، تتسم بالحدة و تعد قوية ومؤدية تفجر الكيان الإنساني و تهدد حياته، تهاجم الإنسان وتخترق الجهاز الدفاعي لديه وتفوق في قوتها قوة الجهاز النفسي الذي يأخذ على حين غرة ولا يتوفر له الوقت الكافي لتوظيف آليته الدفاعية.

الأحداث الصادمة: نعرفها إجرائيا على أنها أحداث وقعت جراء عمليات إرهابية من تقتيل واغتصاب واختطاف ومجازر و مذابح جماعية أو انفجار قنابل أو انفجار سيارات مفخخة أو اثر اشتباك خلال عملية تمشيط أو خلال المصادفة بالحواجز المزيفة أصابت أفراد الجيش الوطني الشعبي خلال العشرة السوداء.

اضطراب الضغوط التالية للأحداث الصادمة PTSD : يمكن تعريفه إجرائيا بمجموعة الأعراض المتمثلة في الأبعاد التسعة المكونة لمقياس اضطراب الضغوط التالية للأحداث الصادمة، وعليه فإن التعريف الإجرائي للاضطراب يتمثل في مجموعة الأعراض التي تقيسها بنود الاختبار المكونة من 62 بنداً موزعة على تسعة أبعاد: (التجنب والتبلد- الأفكار والصور الدخيلة - اضطراب النوم - والتعرق والخوف- ضعف الذاكرة والتركيز.....الخ) (بعقوب 1999، ص38).

اضطراب الكتابة : ونعني به أعراض الاكتئاب أي اضطراب مزاجي ينتج عن اضطرابات ما بعد الصدمة مسببا شعور دائم بالحزن وفقدان الاهتمام، مؤثرا على الشعور والتفكير والسلوك، كما يواجه الصدمي صعوبة في القيام بالأنشطة اليومية العادية، وأحيانا قد يشعر كما لو أن الحياة لا تستحق العيش. و هو نوبة من الحالة المزاجية السيئة وليس نقطة ضعف ولا يمكن الخروج منه ببساطة، فقد يتطلب علاج على المدى الطويل بالأدوية والعلاج النفسي.

اضطراب ما بعد الصدمة: نعني بها الأعراض التي تظهر عند الصدمي العسكري بعد تعرضه للحدث الصدمي ويمكن أن تزول بعد التكفل بالعلاج أو تزول بمرور الزمن أو تبقى مصاحبة للمصدم طوال حياته أي مزمنة.

الاكتئاب : حالة انفعالية تظهر فيها مشاعر الحزن والضيق والهم وتصاحب هذه الحالة العديد من الأعراض المتصلة بالجوانب المعرفية، المزاجية والسلوكية منها اضطراب النوم وفقدان الشهية وسرعة التعب وضعف التركيز ويتحدد بالدرجة التي يحصل عليها الطالب في مقياس الاكتئاب.

التقييم : نعني به في دراستنا هذه هو تقدير كفي و وصفي يروم تشخيص وإصدار حكم و مقياس تقييم أو نقيس به درجة اضطراب ما بعد الصدمة ودرجة اضطراب الكتابة لدى الصدمي العسكري.

صعوبات البحث

لكل بحث كان وفي أي ميدان صعوبات وعراقيل قد تعيق تحقيقه سواء في الجانب النظري أو في الميدان التطبيقي. فيما يخص بحثنا هذا الخاص بالصدمة النفسية وما يترتب عنها من آثار واضطرابات نفسية. تلقينا صعوبات فيما يخص المراجع لأن اضطراب ما بعد الصدمة حديث النشأة، ولم يجتهد فيه إلا في الثمانينات أي اثر الحرب الفيتنامية التي جرت في السبعينات و أتفق على تسمياتها بـ PTSD وتدوينها في الدليل الإحصائي للطب النفسي.

أما فيما يخص الجانب التطبيقي أي الدراسة الميدانية فقد تلقينا صعوبات بالنسبة للحالات قيد الدراسة وذلك قد كان بودنا دراسة ست 06 حالات و تمرير مقياس كرب ما بعد الصدمة لتقييم الكآبة واثبات فعالية المقياس أكثر، ولكن نظرا للظروف الصحية التي يمر بها العالم بسبب انتشار وباء كورونا الفتاك، اكتفينا بدراسة حالتين فقط خلال تربصنا في الميدان.

كما تلقينا صعوبات أننا لم نحصل على دراسات سابقة فيما يخص المقاييس التي تتعلق بتقييم اضطراب ما بعد الصدمة واضطراب الاكتئاب معا وبمقياس واحد. بل كانت هناك دراسات تقييم كل اضطراب على حدى.

تمهيد

إن تعرض الإنسان لخطر مفاجئ أو رؤية مشهد مفرغ أو سماع خبر مفرغ يتسبب في حدوث صدمة نفسية للمتلقي، و الصدمة تستخدم عادة للتعبير عن التأثير النفسي الشديد. فالحدث الصادم يهاجم الفرد ويخترق الجهاز الدفاعي لديه مع إمكانية تمزيق حياته بشدة وقد ينتج عن هذه الحالة تغيرات في الشخصية أو مرض عضوي، إذ لم يتم التحكم فيه بسرعة وفعالية. حيث تؤدي الصدمة إلى نشأة الخوف العميق والعجز أو الرعب، فالصدمة بلية وألام للضعيف. تكون الضحية فيها لا حول له وتسيطر عليه قوة شاملة من الاستسلام تمنعه من امتلاك الحس بالسيطرة الذاتية والتواصل ومعنى الحياة، فالصدمة تتخطى قدرتنا على التكيف وتحدد الحياة فهي مرتبطة بالجسم والعقل فقد يعاني الفرد لدى تعرضه لأي شكل من أشكال الصدمة إلى الأذى الجسدي والضغط النفسي، فالذين عانوا وواجهوا اشد وأصعب الصدمات هم أنفسهم يعكسون اضطرابات ما بعد الصدمة.

تهدف الدراسة الحالية إلى التحقق من وجود اضطراب ما بعد الصدمة ومدى انتشار مستوياته، ومعرفة ترتيب إبعاده، وارتباطه بمجموعة متغيرات لدى عينة من العسكريين الذين تعرضوا لحدث صدمي خلال تأدية مهامهم وواجههم المهني.

تاريخ الصدمة النفسية

المواجهة المهددة للحياة هي ما اصطلح على تسميته بالحدث الصدمي أو ما بعد الصدمة في علم النفس. كما اختلفت التسميات أو بعبارة اصح اختلفت المصطلحات أو المفاهيم عبر التاريخ وحسب العلماء والمدارس والتيارات الفكرية والنظريات. هذا الموضوع مازال فقيرا من حيث الدراسة في علم الأمراض النفسية. فهذا الاضطراب هو من الاضطرابات الظرفية التي اقترن ظهورها منذ الأزل. وكان ظهورها قديما قدم الحضارة الإنسانية. حيث عثر فريق من الباحثين من جامعة انغيلا روسكين البريطانية على أدلة تفيد بأن مرض (اضطرابات ما بعد الصدمة) ظهر قبل الميلاد بـ 1300 عام. وهو تاريخ يسبق بكثير ما كان يعتقد العلماء. فبتحليلهم لترجمات من الحضارة العراقية القديمة اكتشفوا أن العديد من الجنود كانوا يرون (أشباح مقاتلين واجهوهم في المعارك) و هو ما يتوافق مع الأعراض الحديثة لمرض اضطرابات ما بعد الصدمة.

قال البروفيسور ((جيمي هامر هيووز)) و هو مستشار الطب النفسي السابق لوزارة الدفاع البريطانية (التوصيف الأولي لاضطرابات ما بعد الصدمة يعود غالبا للمؤرخ اليوناني القديم هيرودوت) الذي كتب عن قصة محارب يوناني في معركة ماراثون التي وقعت في 490 ق م، فقد بصره فجأة على الرغم من أن شيئا لم يمسه. ولكن بعد مشاهدته لحدث صادم والمتمثل في قتل احد المحاربين لخصمه أمام عينيه، مما يذكرنا بحالة العمى المستيري و تابع هيووز (كانت أعراض اضطرابات ما بعد الصدمة موجودة بقدر ما وجدت الحضارة وبقدر ما وجدت الحروب. الأمر ليس بجديد في القرن الحادي والعشرين). (جيمس غالاجر- محرر الصحة بي بي سي 24 كانون الثاني 2015) الانترنت.

وفي بعض النصوص لـ (لوكريك) في كتابه حول العلوم (Denturarerum) (100-55 ق م) تطرق إلى حالات من الأحلام المرعبة تشبه الأحلام بعد الصدمة، وكانت محاورها تدور حول المعارك ومواجهة الموت (ج، فيلا وآخرون ص12-13). وفي نفس السياق جاءت محاولة (بلان لوجان) الشهيرة حول دمار بومباي سنة 79 ق م و التي قام فيها بجمع روايات ومحاولات المؤرخين حول الكارثة وشهادة شهود العيان الناجين من الكارثة.

أما في العصور الوسطى فإننا نجد في أناشيد (رولان) سنة 1100م أوصاف عديدة للجراح المؤلمة التي تركتها الأسلحة و أثارها على النفس. وأيضا أحلام شارلمان الذي كان يرى جيوشه تحزم وتباد على أيدي الغيلان (monstres) في بعض المعارك. كما أن ملك فرنسا شارل التاسع اعترف لطبيبه الخاص بعد أيام من تدمير سان بارتيليمي في شهر أوت 1572 بأنه يرى أحلاما مفزعة صدمية، وأعراض جسمية ناتجة عن القلق والرعب.

كما أن فيليب بينال تحدث عن صدمة نفسية تعرض لها الفيلسوف باسكال سنة 1630م حين كاد أن يقع في نهر لاسان بعربته وبقي لمدة 8 سنوات يعاني من حالة إعادة معايشة للحدث.

ويعتبر ابن سينا أول من درس الصدمة النفسية وأثارها الجسدية والنفسية في تاريخ الطب بطريقة علمية وتجريبية وبدراسة مقارنة ومعقدة، فقد قام بربط حمل وذئب في غرفة واحدة دون أن يستطيع الذئب الوصول إلى الحمل ورغم انه كان يقدم نفس الكميات من الغذاء للحمل إلا انه لاحظ هزال الحمل وضموره ومن ثم موته، وبهذه التجربة يكون ابن سينا قد درس الصدمة وتأثيرها الذي يمكن أن يؤدي إلى الموت خوفا.

ثم بدأت الملاحظات الأولى للاضطرابات النفسية المرتبطة بالصددمات الناتجة عن الحروب والنزاعات في القرن التاسع عشر. ثم جاءت مذكرات وتقارير أطباء وجراحي جيوش نابليون لتحمل أمثلة كثيرة حول حالات مماثلة، نذكر منها: مذكرات الجراحة العسكرية (Les mémoires de chirurgie militaires).

كما تعتبر الحوادث الكبرى للقطارات (كوارث السكك الحديدية) مع نهاية القرن التاسع عشر محطة هامة في دراسة ردود الأفعال ومخلفات الصدمات الانفعالية الناتجة عن الوضعية أي الأزمة مما سمح بظهور عصاب الصدمة من طرف اوبن هايم سنة 1888 والذي كان محل اخذ ورد ونقاش طويل من طرف الكثير من العلماء مثل: شاركو وبيار جاني سيغموند فرويد (لويس كروك ص395).

تميز القرن العشرين بالحروب والنزعات الأكثر دموية إذ شهد نصفه الأول الحربين العالميتين المدمرتين والتي استعملت فيهما الأسلحة الثقيلة الأكثر فتكا وتدميرا في تاريخ البشرية، مما أدى إلى البحث الإكلينيكي حول العصاب الصدمي وذلك في مجال الطب العسكري وظهرت عدة تسميات وهي عصاب الحرب، عصاب الهلع، الهستيريا الصدمية (شاركو)، العصاب الصدمي، عصاب الحرب الصدمي، عصاب المعارك، إجهاد المعارك والهستيريا التحويلية، صدمة القذائف. ولقد تم الاعتراف الرسمي بالاضطرابات المتعلقة بالصددمات ومحكات تشخيصها مطلع النصف الثاني من القرن العشرين من قبل الرابطة الأمريكية للطب النفسي. خاصة بعد الحرب الفيتنامية زاد الاهتمام بعصاب ما بعد الصدمة أو المرض الصدمي.

وحدث تقدم مهم في الدراسات العلمية لردود الأفعال الإنسانية للصددمات على اختلاف أنواعها وذلك بإفراد الدليل التشخيصي.

تطور الفكر حول الصدمة في الدليل التشخيصي الإحصائي (DSM)

يعتبر الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM)، من احدث المراجع من الناحية العلمية في مجال الاضطرابات النفسية بصفة عامة، وفي ميدان الصدمات النفسية بصفة خاصة. حيث يخضع إلى تنقيحات علمية مستمرة من طرف فريق من العلماء على مدار العقود الأخيرة، مما يسهل إمكانية الإلمام بالمستجدات العلمية بصورة مستمرة. تحاول الهيئات العلمية القائمة على هذا الدليل باستمرار إضافة كل ما تراه مفيدا في مجال التشخيص والبحث العلمي بغية

مساعدة العياديين والباحثين على حد سواء، باعتبارهما العاملين الرئيسيين في تطوير هذا الميدان. وقد ظهر اهتمام هذا الدليل بالصدمة النفسية منذ بداية صدوره حتى الآن.

رغم الملاحظات العيادية التي سجلها الأطباء النفسيون الأمريكيون خلال الحرب العالمية الأولى والثانية إلا أن اضطراب الصدمة لم يدرج في **DSM1** (1952-1968) أو في **DSM2** (1968-1980). حيث تضمن **DSM1** مثلما ذكر العالمان د.نوت و م.ستاين (D. Not et M. Stein) مجموعة تسمى "استجابة الضغط الجسيم" والتي تدوم على الأقل شهرين. ونتيجة ذلك فإن دلالة هذه الاستجابات الأصلية نحو عوامل ضاغطة قوية صارت مؤقتة وبالتالي فإن امتداد المرض النفسي يعكس اضطرابات أساسية أكبر، فالأشخاص الذين يظل لديهم الاضطراب مزمنًا بعد التعرض لحدث صدمي إنما يعبر عن ذلك بصورة أساسية عن وجود اضطراب آخر أحدثه الحدث الصدمي، ولذلك ألغى **DSM2** "استجابة الضغط الجسيم" برمته ولم يقدم بديلاً خاصاً بالاستجابات نحو العوامل الضاغطة الكبرى.

وتم إدخال **PTSD** في **DSM3** (1980) بعد فهم التأثير النفسي العميق لحرب فيتنام "و تحت ضغط الجمعيات النسوية ودعاة السلام".

كان اضطراب يعتبر آنذاك اضطراباً خاصاً بالراشد ولا يمس الطفل والمراهق إلا أنه تم الاعتراف بأن هذا الاضطراب يصيب هذه الفئة في **DSM3/R** (1987).

وتطور تشخيص **PTSD** إلى أن اكتملت صورته ومعاييرها في **DSM4** (1994)، ففي عام 1987 في **DSM3/R** تم اقتراح أربع معايير لتشخيص **PTSD** وهي:

1- معايشة حدث خارج الخبرة المعتادة "أن يخبر الفرد حدثاً غير عادي يؤدي إلى الضيق لدى أغلب الأفراد، مثلاً تهديد قوى للحياة، أو للتكامل الجسدي للفرد، خطر أو سوء يهدد الأبناء أو الزوج(ة) أو الوالدين أو الأقارب أو الأصدقاء، تهدم المنزل، اكتشاف إصابة خطيرة لشخص ما، أو موت شخص في حادث أو اثر اعتداء بدني".

2- إعادة معايشة الحدث في شكل **PTSD**.

3- تجنب قوي للعناصر المرتبطة بالحدث أو الشعور بالتبلد الانفعالي.

4- وجود علامات فرط النشاط العصبي الاعاشي.

وفي عام 1994 احتفظ **DSM4** بالمعايير **PTSD** كما في السابق، لكنه احدث تغييرين أساسيين:

1- غير المعيار **PTSD** خصائص الحدث الصدمي.

• وضع حياة الفرد أو تكامله الجسدي في خطر.

• الحدث يسبب للفرد الخوف الشديد الشعور بالعجز أو الرعب، فهذا التغيير ترك مجالاً للتقييم الذاتي.

2- خلق تشخيصاً آخر، وهو "اضطراب الضغط الحاد"، وهو مجموعة الأعراض التي تظهر خلال الشهر الأول من الحدث الصدمي، ويتميز عن PTSD بشدة العنصر تفككي وقوته، إذ لا يمكن تشخيص PTSD قبل شهر من وقوع الحدث الصدمي.

يعتبر الفرزكوفونيون أن إقرار DSM3 ومن بعده DSM4 باضطراب PTSD كوحدة تشخيصية أعاد انتعاش العصاب الصدمي من جديد لأن الابتعاد عن الحروب ساهم في اختفائه من التصنيفات الأوروبية.

ومنذ 1980 تزايد عدد البحوث والدراسات حول PTSD وصارت معرفتنا بهذا الاضطراب أكبر ليس فقط من حيث ماهيته أو أسبابه وإنما من حيث طرق علاجه أو على الأقل التخفيف من أعراضه.

وقد استقر اتفاق الهيئات العلمية في الطبعة الأخيرة لهذا الدليل (DSM4) سنة 2013 على أهمية تصنيف الاضطرابات الناجمة عن الصدمة والضغط في محور مستقل بعدما كان تصنيفهما مدرجا ضمن محور القلق في السابق و إن دل هذا على شيء، يدل على الفيض الهائل من الدراسات التي أثبتت مدى انتشار الظواهر الصدمية في مختلف البيئات والأجناس والفئات العمرية، و مدى خطورة هذه الاضطرابات على الصحة النفسية والعقلية للأفراد والمجتمعات. وتضمن هذا المحور الفئات التشخيصية التالية: اضطراب التعلق التفاعلي، واضطراب التفاعل الاجتماعي الجامح، اضطراب الضغط ما بعد الصدمة واضطراب الضغط الحاد واضطراب التوافق، علاوة على اضطرابات الصدمة والضغط الأخرى المحددة وغير المحددة.

تعريف الصدمة النفسية

ارتبط تعريف الصدمة دائماً من خلال إبراز مظاهرها وأثارها، وبالرجوع إلى أصل الكلمة فكلمة Trauma يونانية الأصل بمعنى كسر Blessure وقد عرفها (سيلامي 1980) على إنها السلوكيات الملاحظة بعد وقوع الكارثة وهي تظهر في شكلين لدى الأفراد، فبعضهم يلوذ بالفرار فيما يتجمد ويتوقف بعضهم في مكانه، ولعل أهم نقاط قوة الحدث الصدمي بوصفه عنصراً مفككاً للبنية النفسية هو عنصر المفاجأة، حيث يرى (النايلسي 1991 ص 19). إن الإنسان في الوضعية الاعتيادية يعلم أنه صائر للموت ولكنه يكتسب خلف فكرة: إني سأموت حقاً ولكن ليس الآن. فإذا وجد هذا في وضعية الكارثة إنقلب الشعور لديه ليصبح إني سأموت حتماً وهذه المواجهة مع الموت التي تقلب رأساً على عقب كل المعتقدات لدى الفرد انه بعيد عن الأذى والموت تجعل جهازه النفسي في وضعية أزمة خاصة. الأنا المسئول عن حفظ الذات، حيث رأى (فرويد أن الأنا يعيش حالة غياب إسعاف وفي نفس الوقت يواجه عدة إستراتيجيات من الداخل والخارج، الداخل من قبل الأعضاء التي تستنفر طبيعياً و آلياً للخروج من حالة الخوف الرهيبة والإستراتيجيات الخارجية تتمثل في الحدث الصدمي (سي موسي 2015 ص 16).

و وردت كلمة الصدمة في معجم اوكسفورد الانجليزي طبعة 1995 بأنها هزة عاطفية ناتجة عن حادثة مؤلمة، تؤدي أحيانا إلى اضطراب عصبي. و مدلول هذه الكلمة للشخص العادي أنها حادثة مأساوية مؤثرة فيه ومسببة للإحباط.

تعرف الصدمة النفسية حسب الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع المعدل للاضطرابات النفسية لجمعية الطب النفسي الأمريكية (DSM4) بأنها: حدث صدمي ضاغط على نحو مفرط من الشدة، يتضمن خبرة شخصية مباشرة لهذا الحدث الذي ينطوي على موت فعلي أو تهديد بالموت، أو إصابة شديدة، أو غير ذلك من التهديد للسلامة الجسمية، أو مشاهدة حدث يتضمن موتا أو إصابة أو تهديد لسلامة الجسم أو لشخص آخر، أو الإصابة مما قد يقع لعضو من أعضاء الأسرة أو لبعض المقربين (Bombay, Matheson, Anisman 2009 p8) .

وتعرف الصدمة حسب قاموس الطب النفسي الأمريكي بأنها خبرة الشخص بحدث يتضمن خطرا على حياته، وسلامته البدنية أو تهديدا بذلك سواء لنفسه أو للآخرين من حوله، وتتضمن مشاعر الخوف والرعب والعجز (Krippner, et al- 2012 p5) .

مراحل الاستجابة للصدمة النفسية

إن الفرد المصدوم يمر بعدة مراحل قد تكون متداخلة وسريعة، وهذه المراحل استنادا لـ (بركات 2007ص22، شعبان 2013ص12، حاج صابري، د، ت، 835). كما يلي:

- المفاجأة بالحدث الصادم، ولا توجد فرصة لتجنبه.
- التوتر الشديد والشعور بالعجز وفقدان الثقة بالنفس.
- الاستسلام للعجز وعدم إيجاد أسلوب للتعامل مع الموقف، والتفكير بطلب المساعدة من الآخرين.
- استنهاك القوى، والشك بقدرة الآخرين على المساعدة، وبالتالي انخفاض التوتر تدريجيا والاستسلام الكلي.

ردود الفعل على الصدمة النفسية

تصنف ردود الفعل على الصدمة النفسية في ثلاث فئات وذلك إسنادا لـ (بركات 2007ص23، شعبان 2013ص38، حاج صابري، د، ت، 836). كما يلي:

- ردود الفعل الاقتحامية: و التي هي عبارة عن أفكار وصور تقتحم وعي الفرد دون قصد، وتعيده لحالة الانزعاج والقلق.
- ردود الفعل التجنبية: والتي تكون بالابتعاد عن كل ما يذكر بالحدث الصادم، مثل رفض الحديث عن الحدث، وعدم الذهاب إلى مكانه، وقد يبدو التجنب على شكل حالات إغماء، وفقدان ذاكرة جزئي وربما كلي.
- ردود الفعل الجسدية: والتي تكون نتيجة شدة الانفعالات مثل: آلام المعدة، تسرع نبضات القلب، الصداع، فرط التعرق، التهيج اضطرابات النوم.

العوامل التي تزيد النتائج السلبية للحدث الصادم

العوامل التي تؤثر في استجابة الفرد للحدث الصادم متعددة منها ما يعود للفرد نفسه، ومنها ما يعود لطبيعة الحدث الصادم ومنها للبيئة المحيطة بالفرد، والصدمة بشكل عام حسب كل من (بركات 2007 ص 20، حاج صابري، د ت 834 حبيبة 2011 ص 72). هي كما يلي:

- نسبة الخسارة أو الأذى (سواء المادي أو المعنوي أو الجسدي) فكلما ارتفعت نسبة تحطم الفرد المصاب اثر بشكل سلبي على مصادر التوازن والاستقرار النفسي الداخلي، وعلى قيم الفرد.
- تعدد مجالات الحياة التي اثر فيها الحدث الصادم (الأسرة، العمل، الحياة الاجتماعية، والصحية).
- درجة العجز التي تصيب الفرد بعد الحدث أو أثناءه.
- الدعم الاجتماعي المحيط بالفرد أثناء الحدث أو بعده.

تعد الصدمات النفسية خطرا كبيرا على صحة الأفراد وتوازهم وتنشأ عنها آثار سلبية: كعدم القدرة على التكيف، وضعف مستوى الأداء، والعجز عن ممارسة مهام الحياة اليومية، انخفاض مستوى الدافعية، والشعور بالإحناك وعدم القدرة على التوافق مع المحيطين بهم (أبو مصطفى، السميوي 2008 ص 350).

كما للفروق الفردية استجابات مدى تقبلهم للصدمات لأن الأفراد يتعاملون مع الحوادث التي يتعرضون لها بطرائق مختلفة، فمنهم من يقبل الحدث بدرجة معقولة من الحزن، ومنهم من يتعامل مع الحدث نفسه باللجوء إلى الانتحار (حجار 2004 ص 17) ويكون الفرد أمام حالة اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة في إحدى الحالاتين (بركات 2007 ص 25). كما يلي:

- استمرار الاستجابات الطبيعية للصدمة لمدة تزيد عن الشهر.
- عندما لا تظهر ردود الفعل الصدمية بعد الحدث مباشرة، ولكن بعد فترة زمنية وهذا ما يعرف بظاهرة الأعراض المؤجلة لاضطراب ضغوط ما بعد الصدمة.

الأحداث الصادمة لها إمكانية التأثير على المشاعر والتفكير والعلاقات الاجتماعية والتصرفات والسلوكيات والمواقف والأحلام والنظرة للمستقبل (William&projula,2002,krippner ;el al2012,5).

وتخلق لدى الفرد مشاعر القلق، والغضب، والشعور بالذنب، وفقدان احترام الذات، وفقدان الثقة، كما يؤدي إلى صعوبة التركيز والتذكر وصعوبة التخطيط للمستقبل (Beckham&beckham2006,2).

اضطراب ضغط ما بعد الصدمة

من المهم أن نشير إلى عبارة اضطراب أو ضغوظا توتر ما بعد الصدمة لم تكن موجودة في قاموس الطب النفسي قبل 1980 غير أنها بدأت تدريجيا في الظهور عقب انتهاء الحرب العالمية الثانية حيث اكتشفت بعض الأعراض النفسية على الجنود في ميادين الحرب أو بعد عودتهم من الحرب, وقد تم تعميم ذلك على الأشخاص الذين تعرضوا إلى الكوارث والفيضانات والصددمات الكبيرة في الحياة والتي تشمل مجموعة كبيرة من الناس وتم رسميا في عام 1980 تصنيف اضطراب الشدة بعد الصدمة (كفئة مرضية مستقلة في الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث للاضطرابات الذي تصدره الرابطة الأمريكية للطب النفسي ,في حين كانت التسمية العلمية لهذه الفئة التشخيصية من الأمراض غير محددة تماما, وعلى الرغم من التسمية الحديثة إلا أن المشكلة تعتبر قديمة قدم حياة الإنسان.(سي موسى عبد الرحمن وزقار رضوان،2002ص 81).

تعريف اضطراب ضغط ما بعد الصدمة

تعرف الجمعية الأمريكية للطب النفسي اضطراب ما بعد الصدمة بأنه:الأعراض التي تتبع التعرض لضغط صدمي شديد يشمل الخبرة المباشرة للشخص الذي يتعرض للحدث الذي يتضمن تهديد حقيقي أو متخيل أو جرح خطير أو تهديد لجسد الشخص نفسه اولشخص آخر أو مشاهدة الحدث الذي يشمل الموت، أو العلم عن موت عنيف أو غير متوقع أو إيذاء خطير أو تهديد بالموت أو إلحاق الجرح و الإيذاء لفرد من أفراد الأسرة أو أي قريب عزيز.

يعرف الدليل التشخيصي الأوروبي (CIM10) لمنظمة الصحة العالمية (WHO) بأنه: استجابة متأخرة لحادثة أو موقف ضاغظ جدا، تكون ذات طبيعة بعد الصدمة تهديدية أو كارثية تسبب كربا نفسيا لكل من يتعرض لها تقريبا، من قبيل كارثة من صنع الإنسان، أو معركة أو حادثة خطيرة، أو مشاهدة موت آخر أو أن يكون أفراد ضحية تعذيب أو إرهاب أو اغتصاب أو جريمة أخرى.

اضطراب ضغط ما بعد الصدمة ويسمى أحيانا اضطراب كرب التالي للصدمة أو اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD) اختصارا لـ (post traumatic stress disorder) هو نوع من أنواع المرض النفسي حسب النظام العالمي للتصنيف الطبي للأمراض والمشاكل المتعلقة بها. يسبق اضطراب ما بعد الصدمة حادثا أو عدة حوادث كارثية أو تهديدات استثنائية. ليس من الضروري أن يكون التهديد هذا موجها إلى الشخص ذاته، بل يكون موجها إلى أشخاص آخرين. وتظهر أعراضه في غضون نصف عام بعد الحدث الصادم، وفقا للتعريف الذي صاغته رابطة الجمعيات العلمية الطبية الاختصاصية في ألمانيا التي وضعت أيضا التعليمات الخاصة لعلاج اضطرابات ما بعد الصدمة، فإن اضطراب ما بعد الصدمة، هو رد فعل لاحق محتمل من معايشة حدث مؤلم.

إن اضطرابات ما بعد الصدمة هي محاولة الفرد البقاء على قيد الحياة رغم الصدمة، إذ هي ليست تعبير عن الفشل ولكن تشكل استجابة صحية ورد فعل مناسب لإزاء الحدث. مقارنة بالكوارث الطبيعية، فإن العنف المتسبب عن الإنسان له عواقب نفسية وخيمة أكثر وطأة على الضحية.

اضطراب ضغط ما بعد الصدمة هو مجموعة اضطرابات تظهر ما بعد الصدمة حسب (DSM3- المنقح) وهي كالتالي: صعوبة في النوم، قلة التركيز، الغضب الزائد، المبالغة في الارتجاف، اليقظة المفرطة وتكون مرتبطة بأحداث تثير أو ترمز للصدمة .

وهناك تعاريف كثيرة ومتقاربة لاضطراب (PTSD)، وقد اختارنا التعريف التالي نظرا لشموليته.

تعريف حسب ج . فاسترلينك j.vasterling " هو احد اضطرابات القلق، يتطور كاستجابة لتجربة صدمية، حيث الخواص المميزة له هي إعادة المعيشة PTSD ، سلوكيات التجنب، تبدل الاستجابة، وفرط التيقظ ".

إشكالية ترجمة مصطلح PTSD إلى اللغة العربية:

خلال التصفح لبعض المراجع العربية - إن ترجمة المصطلح PTSD إلى اللغة العربية لم يلق إجماعا على ترجمة واحدة بل هناك عدة ترجمات وهي كالآتي:

— محمد نجيب الصبوة: "اضطراب المشقة النفسية التالية للصدمة". (محمد نجيب الصبوة، 2000ص79، ص118).

— فيصل الزارد: "اضطراب الشدة النفسية الذي يعقب التعرض للرض النفسي". (فيصل محمد خير الزارد 2005ص312).

— محمد النابلسي: "اضطراب الشدة النفسية عقب التعرض للصدمة". (محمد احمد النابلسي 1991ص21).

— غسان يعقوب: "اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة" و يسميه اختصارا "اضطراب ما بعد الصدمة" (غسان يعقوب، 1999ص10).

— عدنان حب الله: "اضطراب عقيب الصدمة" (عدنان حب الله، 2006ص184).

— جمعة سيد يوسف: "اضطراب كرب ما بعد الصدمة" (جمعة سيد يوسف، 2006ص281).

— محمد السيد عبد الرحمن: اختلال انضغاط ما بعد الصدمات " أو "اختلال/ انعصاب ما بعد الصدمات" (محمد السيد عبد الرحمن.....ص263).

— محمد حمدي الحجار: "اضطراب الشدة الذي يعقب التعرض للرض" (محمد حمدي الحجار، 2004ص194).

— حمود بن هزاع الشريف: "اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية" (حمود بن هزاع الشريف، 2006، ص4).

وقد اخترنا ترجمة جمعة سيد يوسف (اضطراب كرب ما بعد الصدمة) لأن رأينا هذه التسمية الأنسب لدراستنا.

2- تعريف بعض المصطلحات الشبيهة بمصطلح (PTSD):

هناك عدة مصطلحات قريبة من مصطلح PTSD، نذكر منها: - الصدمة النفسية - العصاب الصدمي - التناذر النفسي الصدمي.

● الصدمة النفسية:

تحدثت المراجع الفرنسية التي كتبها الفرانكفونيون- لويس كروك- ج.لوبز- ف. لوبيجو عن الصدمة فمثلا ل. كروك عرفها كالآتي: "الصدمة النفسية هي ظاهرة تحطم النفسية وتجاوز دفاعاتها من طرف اثار عنيفة على اثر حدث مفاجئ، معتد أو مهدد لحياة الفرد أو لتكامله (النفسي أو البدني) الذي تعرض للحدث كضحية أو شاهد أو فاعل".

ركز ل. كروك على الآثار النفسية فقط الناتجة عن التعرض لحدث صدمي دون أن يعطي أهمية للجانب الفيزيولوجي، كما يؤكد على أن الصدمة هي ظاهرة نفسية تحدث اثر حدث له خصائص معينة، فالصدمة إذن هي استجابة لحدث صدمي.

كما في بعض المراجع الفرنسية والانجليزية والأمريكية حول الصدمة هناك عدة تعاريف وفيما يلي بعضها:

— حسب ج.ب. بونتاليس و ج.لابلاننش. "الصدمة هي حدث يقع في حياة الفرد، ويعرف بشدته و بعجز الفرد عن الاستجابة له بطريقة ملائمة، كما يعرف بالاختلال و التأثيرات المرضية الدائمة التي يولدها في التنظيم النفسي". أي الصدمة هي حدث مثير له خصائص معينة يؤدي إلى تأثيرات من نوع خاص في التنظيم النفسي.

— حسب سيغموند فرويد "الصدمة هي تجربة معاشة تحمل خلال مدة قصيرة كماً متزايداً من الآثار إلى الحياة النفسية، بحيث يفشل تصريفها أو بناؤها بالوسائل العادية و المعتادة، وهذا ما يؤدي إلى اضطرابات مستديمة في الوظيفة الطاقوية".

— حسب ن.سيلامي. "الصدمة هي اصطدام عنيف يمكنه أن يفجر اضطرابات جسدية و نفسية، وغالبا ما تظهر لدى الأفراد بعد انفعال شديد أو صدمة جماعية ناتجة عن حادث مرور أو كارثة مفاجئة (زلزال، حريق... الخ) اضطرابات نفسية تتباين في استمراريتها، وأهمها: القابلية للإثارة، النهك، فقدان الذاكرة، نكوص إلى المرحلة الطفولية وأحيانا اللجوء إلى توهم المرض أو تعاطي الكحول والمخدرات.

أما التعاريف التي قدمها الأمريكيون فهي كالآتي:

— حسب ل. تار "الصدمة هي عاصفة خارجية، يجد الفرد نفسه دون مساعدة (مؤقتا) كما تحطم عملياته الدفاعية ومهارته في المواجهة التي اعتادها سابقا".

— حسب ج.هرمن " الصدمة النفسية هي صيرورة الانسحاب و الانقطاع، فبالانسحاب من العالم يفقد المصدومون الارتباط بهذا الأخير ذي معنى، وبالعائلة والمجتمع وبالحياة الروحية، كما أن الصدمة بإمكانها أن تفقد الأفراد قدرتهم على التجدد واستدراك الأمور".

بناءً على التعاريف السابقة الذكر نستنتج ما يلي:

لا يوجد تعريف وحيد للصدمة متفق عليه، إذ أن هناك من يعرف الصدمة بأنها حدث له خصائص معينة، والبعض يعرفها بأنها استجابة نفسية معينة اثر التعرض لحدث معين، كما أن البعض يركز على استجابة الفرد بغض النظر عن السبب، وهذا ما يدل على أن مصطلح الصدمة لا يزال محل جدل.

• العصاب الصدمي:

" هو احد أشكال العصاب، حيث تظهر الأعراض على اثر التعرض لصدمة انفعالية مرتبطة بوضعية أحس الفرد خلالها بان حياته مهددة، وأثناء وقوع الصدمة يتخذ هذا العصاب شكل نوبة قلق شديد يمكن أن يؤدي إلى حالات من الهيجان، والذهول أو الخلط العقلي. ومن خلال تطوره اللاحق، بعد فترة الكمون يمكننا أن نميز حالتين:

— تلعب الصدمة (الحدث الصدمي) دور العنصر المفجر، مما يكشف عن بنية عصابية سابقة.

— تلعب الصدمة دوراً أساسياً في جملة الأعراض والتي تكون على شكل إعادة معايشة الحدث الصدمي، كوابيس متكررة، اضطرابات في النوم، الخ..... وهذه الأعراض تظهر كأنها محاولة متكررة لاستيعاب الصدمة وتصريفها. كما أن التثبيت في الصدمة يصطحبه كُفٌ في نشاط الشخص.

• التناذر النفسي الصدمي:

هو مصطلح اقترحه الفرانكفونيون لحل الجدل حول مصطلح العصاب الصدمي. ومصطلح PTSD . ويرون انه يغطي جزءاً كبيراً من العصاب الصدمي و PTSD كما يضم العديد من الأبعاد الأخرى وخاصة الأعراض المصاحبة، والتغيير في الشخصية في أوقات لاحقة. أما الأعراض الخاصة في هذا التناذر فهي تناذر التكرار وتناذر التجنب.

الخصائص التشخيصية لاضطراب ما بعد الصدمة

إن الخاصية الأساسية في هذا الاضطراب هي الذاكرة الصدمية و هذا ينعكس في أعراض نفسية محددة وردت في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للأمراض النفسية (DSM4) كالتالي:

1- تعرض الشخص لحدث صدمي وحدث كالتالي:

— مر الشخص بخبرة أو شاهد أو واجه أحداث تضمنت موت حقيقي أو تهديد بالموت أو إصابة بالغة أو تهديد شديد لسلامة الفرد والآخرين.

— تضمنت استجابة الفرد الخوف وإحساس بالعجز والتعب وفي حالات الأطفال يظهر هذا في صورة سلوك مضطرب.

2- تتم إعادة معايشة الحدث الصدمي بطريقة أو بأخرى من الطرق التالية:

— تذكر الحدث بشكل متكرر ومقتحم وضغط وذلك يتضمن صور ذهنية أو أفكار أو مدركات.

— استعادة الحدث بشكل متكرر وضغط في الأحلام.

— التصرف أو الشعور وكان الحدث الصادم عائد.

— انضغاط نفسي شديد عن التعرض للمثيرات سألفة الذكر داخلية كانت أم خارجية والتي ترمز أو تشبه بعض الجوانب من الحادث الصدمي.

— استجابات فيزيولوجية تحدث عند التعرض للمثيرات سابقة الذكر.

3-التفادي المستمر لأي مثيرات مرتبطة بالحادث الصدمي إضافة إلى هبوط عام في الاستجابات.

4-أعراض زيادة الاستثارة بشكل دائم.

5-الأعراض مستمرة لمدة شهر على الأقل.

و اضطراب ضغط ما بعد الصدمة يسبب انضغاطا إكلينيكيًا واضحًا أو يؤدي إلى تدهور في الأنشطة الاجتماعية أو الوظيفية أو جوانب أخرى هامة.

وقد قسم اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD) إلى:

— حالة حادة: عندما تستمر الأعراض أقل من ثلاثة أشهر.

— حالة مزمنة: عندما تستمر الأعراض من ثلاثة أشهر فما فوق.

— متأخرة: إذا ظهرت الأعراض بعد ستة أشهر من العامل المسبب للضغط.

أعراض اضطراب ضغط ما بعد الصدمة

يؤثر الاضطراب النفسي ليس على جانب واحد فقط من شخصية الفرد وإنما يمتد تأثيره ليشمل كل من السلوك الظاهر للفرد، الانفعال (التغيرات الفيزيولوجية) أسلوب تفكير الفرد وقيمه واتجاهاته، تفاعله وعلاقاته الاجتماعية (ابراهيم 2009 ص121). فاضطراب ما بعد الصدمة وفق الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع 1994 (DSM4) هو المصدر الأساسي لتصنيف الاضطرابات النفسية حيث أن أعراض (PTSD) تظهر بعد التعرض للصدمة مباشرة أو بعد ثلاثة أشهر أو أكثر. ولقد صنفت في ثلاث أعراض رئيسية وهي: (أعراض التكرار - التجنب - وفراط الاستثارة).

1- أعراض التكرار (الذكريات): تقتحم الذكريات وعي الفرد المصدوم دون قصد منه، وقد يعاني من مشاعر الذنب فيغرق في دائرة مغلقة من الأفكار القسرية التي تتمثل بالتذكر واللوم وتأنيب الذات والتي هي اشد عذابا من الحادث الصادم نفسه، وقد تمتد آثارها إلى الأحلام حيث تتكرر فيها مشاهد للحادث الصادم، وقد تصل إلى حد أن يقوم الفرد المصدوم وبشكل مفاجئ بالتصرف والسلوك، وكأنه يعيش الحدث الصادم من جديد وبأدق التفاصيل (Crufad,2010,5 ;Back,et al2015 ;2).

2- أعراض التجنب: يشعر الأفراد الناجون من الصدمات بخدر وانفصال عاطفي عن الآخرين، وقد يكون لديهم صعوبة الشعور بالغضب والحب، في محاولة منهم لتجنب التعامل مع مشاعرهم، ويشكل التجنب احد الأعراض الأكثر ديمومة والمستعصية على التدخلات العلاجية، ويتجلى بكبت الأفكار وسلوكيات الصدمة وتجنبها من اجل حماية الذات، وقد تتجلى بمحالات الانسحاب الاجتماعي وعدم الاهتمام بالنشاطات الاجتماعية بعد الحادث الصادم (Beckham&Beckham,2006,4)

3- أعراض فرط الإثارة: كثيرا ما تصنف اضطرابات ما بعد الصدمة ضمن اضطرابات القلق باعتبار ترفق القلق مع مجموعة من التغيرات الجسدية مثل زيادة ضربات القلب، و التوتر، و التعرق المفرط، وعدم القدرة على النوم، و من خلال تكرار الذكريات والأفكار والمشاعر، ويتشكل لدى الفرد فرط إثارة داخلية، قد تعود إلى ردود فعل الخوف، وفرط الانتباه، أو اليقظة والى استجابات جسدية كالارتعاش المستمر (سموكر وآخرون 2013 و 34-36 و زقار 2008 و3).

التشخيص الفار يقي لاضطراب ما بعد الصدمة

يجب التفريق بين اضطراب ما بعد الصدمة عن الحالات الاكتئابية و القلق والرهاب، ورغم إن أعراض هذا الاضطراب تتضمن القلق وأعراض الاكتئاب والعجز الجنسي وقد يلجأ المضطرب إلى تعاطي الكحول والمخدرات إلا أنها تكون ثانوية ولا يسيطر على الصورة السريرية للاضطراب والتي هي الصدمة، عادة يمكن تمييز الاضطراب بمقابلة المريض وسؤاله عن التجارب الصادمة السابقة وعن طبيعة الأعراض الحالية. كما نستنتج إن الأسباب ليست كافية للإصابة بالاضطراب ويجب أن تدرس طبيعة الصدمة ومدى شدتها وما إذا كانت تدخل في فئة الكوارث والصدمات (معسكرات الاعتقال- التعرض لأجواء القصف والرعب- الاغتصاب والتعذيب والخطف والتهديد بالموت والكوارث الطبيعية).

كما وجب التفريق بين اضطراب ما بعد الصدمة واضطراب التكيف وذلك من خلال معرفة مدى انطباق معايير (DSM) على الفرد الذي تعرض لحادث صدمي ومعرفة خصائص الشخصية ونوعية الحياة والرضا عنها، ومعرفة هذه الأعراض على حياة الفرد الإنتاجية والاجتماعية والذي قد يكون من خلال المقابلة الإكلينيكية والمقاييس السيكوميترية وملاحظة السلوك الظاهر للفرد داخل بيئته، وذلك من اجل إعطاء المعالج الفرصة الكافية لتقدير الأعراض وفهم الاضطراب وتكوين صورة متكاملة عنه، ومن ثم اختيار طرائق العلاج الفعالة.

النظريات المفسرة لاضطراب ما بعد الصدمة

تعددت النظريات والنماذج التي فسرت PTSD في نشأته وتطوره وأسبابه ومن أبرز النظريات: معالجة المعلومات، النموذج السلوكي، النموذج البيولوجي، والنظرية النفسية الاجتماعية، نظرية التعلم والاشتراط، نظرية بناء الهوية، والنموذج المعرفي وسيتم تناول بعض النظريات بالشرح.

• نظرية التحليل النفسي

الصدمة حسب التحليل النفسي هي إثارة مفرطة ناتجة عن حدث عنيف يؤدي إلى اضطرابات في استخدام الطاقة. كما تركز نظرية فرويد في العصاب إلى القول بأن هذه الاعصبة تعود إلى العقد النفسية في الطفولة، وهكذا فإن مبدأ العصاب الصدمي الناجم عن صدمة نفسية حديثة العهد (لا علاقة لها بالطفولة) يتعارض نظرياً مع أطروحات التحليل النفسي، لكن فرويد اعترف قبيل وفاته بوجود هذه الاعصبة وأطلق عليها تسمية (الاعصبة الراهنة)، وهو يعدها بمثابة شواذ القاعدة التحليلية، ويعد هذه الاعصبة (اللائمطية) غير قابلة للشفاء بالعلاج التحليلي الذي يركز جهوده على العقد الطفولية (النابلسي، 1991) وقد اعتبر فرويد صدمة الولادة وما يصاحبها من إحساس الوليد بالاختناق أولى تجارب القلق في حياة الإنسان. الحادث الصدمي يمكن أن يجعل الفرد يشعر بأنه مرتبك تماماً، ويسبب له الفزع والإحناك، ولأن ردود الفعل هذه تكون مؤلمة فإن الفرد يلجأ إلى كبت الأفكار الخاصة بالحادث الصدمي أو قمعها عمداً. غير إن حالة الإنكار هذه لا تحل المشكلة، لأن الفرد لا يكون قادراً على أن يجعل المعلومات الخاصة بالحادث الصدمي تتكامل مع معلوماته الأخرى، وتشكل جزءاً من الإحساس بذاته (صالح 1988).

• النظرية السلوكية

ترى هذه النظرية إن الاشرط الكلاسيكي في زمن وجود حادث صدمي، يتسبب في اكتساب الفرد استجابة خوف شرطية لتنبئه طبيعي غير مشروط (الريالات، 2012). و هذا ما يجعل الشخص المصدوم يحاول الهروب من المنبهات التي تذكره بالصدمة، وهو ما يسمى بالإحجام، فهذه المنبهات أصبحت مؤلمة للشخص لأنها اقترنت بخبرات مؤلمة أو تزامنت معها. ومن هنا فإن الماضي المؤلم (الحادث الصادم أو الخبرة الصادمة) تستمر عبر الحاضر والمستقبل، وكأن الصدمة تطغى على كل شيء بحيث لا يعود الفرد إلى تفكيره المنطقي، أي أن الفرد يبدأ في الهروب أو التجنب لتلك المثيرات التي تذكره بخبرات سيئة، لأن تدارك وتكرار هذه الخبرات سوف يؤثر تأثيراً سلبياً على الفرد من الناحية النفسية (حسنين 2004).

• النظرية السيكلوجية

وضعت هذه النظرية نموذج نفسي واجتماعي لتفسير اضطراب ما بعد الصدمة، حيث أن مصير الصدمة يتوقف من جهة على حدتها وطبيعتها، ومن جهة أخرى على شخصية الفرد المصدوم و دور البيئة، إذ كلما كانت العوامل النفسية والبيئية الملائمة، كلما كان الفرد المصدوم قادراً على تخطي آثار الصدمة واستعادة التكيف إلى حد معقول (يعقوب. 1999).

• النظرية البيولوجية

حاول بعض الباحثين أن يربطوا اضطراب ما بعد الصدمة بعمل الدماغ وما يطرأ عليه من تبادلات كيميائية و فيزيولوجية و وظائفية، ويرى (فوندركلووي 1984) إن الصدمة تؤدي إلى اضطراب في وظيفة الدماغ وبعض أعضاء الجسم (ناحي 2015).

• النظرية المعرفية

تركز هذه النظرية على إدراك معنى الحدث عند الفرد و كيف تظهر لديه المعاناة، و يبدو أن هذا الأمر يتوقف على نظرة الفرد إلى ذاته والعالم، فالصدمة تؤدي إلى زعزعة البيانات الشخصية، فنظرة الشخص إلى الواقع وتكيفه معه يرميان إلى تحقيق الأهداف التالية، الحفاظ على التوازن القائم بين كفتي اللذة والألم، والحفاظ على اعتبار الذات بشكل مقبول، و الرغبة في الاتصال والكلام مع الآخرين. وعلى هذا الأساس فإن هناك ثلاث معتقدات شخصية تفسر موقف الإنسان السوي من الواقع أو العالم الخارجي وهي: إن هذا العالم مصدر الخير والانسراح، و أن لهذا العالم قيمة ومعنى ويمكن التحكم به، و أن الأنا لها قيمتها وأهميتها الخاصة (أنا الشخص محبوب وجدير بالتقدير و الاحترام). إن هذه المعتقدات الثلاثة موجودة عند الشخص السوي أو العادي والذي يثق بنفسه و بنا آماله من خلال الواقع الذي يعيشه وبالتالي لا يتصور بأنه سوف يتعرض لفشل محتم أو لكارثة تخرج عن نطاق المعقول (مراد. 2015).

• نظرية معالجة المعلومات

ترى هذه النظرية أن (الانباءات) أو المنبهات تغزونا من كل حذب و صوب، قسم منها يستوعبه الدماغ وتتم معالجته (ترميز، حل الترميز، السلوك) بينما لا تتم معالجة القسم الآخر بشكل صحيح لأن المنبهات تكون ناقصة أو فوق طاقة الجهاز العصبي (جهاز الاستقبال) كما هو الحال في الكوارث والصدمات بحيث لا تتلاءم المنبهات الخطيرة الطارئة مع خبرات الشخص ونماذجه المعرفية لأنها تتخطى الإطار السوي للتجربة الإنسانية. وهذا ما يؤدي إلى حدوث التشويه و الاضطراب في معالجة المنبهات وفي هذه الحالة تبقى المنبهات الصادمة ناشطة وبشكلها الخام وهي تستمر في ضغطها المؤلم على الشخص الذي يحاول عبثاً أن يبعدها عن عتبة الوعي حتى يشعر بالراحة والأمان. غير أن الشخص المصدوم يلجأ عادة إلى استخدام بعض الوسائل الدفاعية السلبية مثل: النكران، والتبديل، والتجنب، وهذه الوسائل تشكل السمات البارزة لاضطراب ما بعد الصدمة (يعقوب. 1999).

• النظرية الاجتماعية

ترى هذه النظرية أن البيئة بعد الحدث الصدمي تلعب دورا هاما في ظهور الاضطراب، فالبيئة الجيدة تتضمن درجات عالية من الإسناد الاجتماعي والطبي والنفسي إذ يؤثر الإسناد الاجتماعي وبصورة كبيرة في التنبؤ بأعراض ما بعد الصدمة والآليات الاجتماعية تسهل العودة السريعة إلى الأداء الاجتماعي النفسي فإن تأثيرات الصدمات تصبح شديدة وحينها قد يعزل الفرد نفسه ويشعر بالوحدة والعزلة وتزداد أعراض القلق والكآبة لديه (عباس.1981).

• تعقيب

في اغلب الاضطرابات النفسية لا توجد نظرية واحدة عامة ومتكاملة وشاملة تعالج وتفسر ظواهر هذه الاضطرابات جميعها، إذ قد تفسر نظرية جزءا من الاضطراب وتفسر أخرى جزءا آخر منطلقا من الأطر الفكرية والطبية المستندة عليها. و اضطراب كرب ما بعد الصدمة واحد من تلك المواضيع التي تناولت تفسيرها نماذج نظرية متعددة، وان اختلفت في تفسيرها إلا أنها لم تختلف في معايير الاضطراب الذي اعتمد على المراجعة الرابعة لتصنيف الجمعية الأمريكية للطب النفسي (DSM4). ورغم تعارض كل من النظرية الشرطية، كما جاء بها **بافلوف** والتحليلية النفسية كما جاء بها **فرويد** فإن هناك الكثير من أوجه الشبه بينهما، فكلهما ترجعان تكوين الشخصية وأسباب اضطرابها إلى سن الصغر وان أوجه الخلاف بينهما إن **بافلوف** وأتباعه يفسرون الاضطرابات السلوكية والنفسية على أساس خطأ في التفاعلات الشرطية التي تعرض لها الفرد في نموه، بينما نجد **فرويد** وإتباعه يردون هذا الاضطراب إلى الصراعات النفسية التي يتعرض لها الفرد. و إلى فشله في حلها حتى بعد اللجوء إلى عمليات الكبت المختلفة كوسيلة دفاعية للتخلص من وطأة هذه الصراعات. ووجد أتباع النظرية السلوكية أن مشاعر الرعب المؤسسة للقلق والاضطراب النفسي تكون لدى الفرد ارتباطا بالحدث الصادم أو ذكره المستثارة، كما تكتسب الظروف المحيطة بالحدث أو المؤدية إليه قوة الحدث نفسه في إثارة القلق اللاحق له، كما تكون لدى الفرد شكلا من أشكال الترقب المصحوب بسوء الفهم، وان ظلت هذه النظرية قاصرة على تفسير الاستعادة المتكررة لذكريات الأحداث الصعبة.

أما أتباع النظرية البيولوجية فيركزون على العوامل البيولوجية في مواجهة الحدث الصدمي، في حين يرى أتباع النظرية المعرفية أن المعالجات المعرفية للمعلومات المحيطة بالصدمة، أو المتعلقة بها تحدد شبكة المخاوف المؤسسة للتعامل مع الحادث أو صورته.

وتشير نظرية معالجة المعلومات إلى أن اضطراب ما بعد الصدمة يظهر عندما تكون معالجة المعلومات الطبيعية بصورة منفصلة وتحت سيطرة الذكريات المؤلمة عن الحادث وتفسير المعلومات الجديدة على أنها خبرات مهددة لحياة الفرد.

ومما سبق عرضه أن كل نظرية من النظريات شاركت في بناء لم يكتمل بعد ألا وهو اضطراب كرب ما بعد الصدمة. ذلك أن كل منها تلقي الضوء على إحدى جوانب هذا الاضطراب، لتأتي أخرى فترتكز بدورها على ما يبدو من وجهة نظر

أصحابها التفسير الأمثل للاضطراب ذاته وهكذا ... حتى تراكمت نظريات كثيرة مفسرة له، ابتغى مؤيدها الكمال من ناحية تحديد أسباب نشأة اضطراب كرب ما بعد الصدمة PTSD. ومع ذلك فلا يزال الباب مفتوحا للمزيد من وجهات النظر المفسرة لهذا الاضطراب.

المآل والمسار

- يحدث الاضطراب في أي سن بعد الحادث وقد يتأخر الاضطراب لما بعد الحادث بأسبوع أو يمتد التأخير إلى ثلاثين عاما.

- الأعراض متموجة (فترات من الاشداد وفترات من الهوادة) أو قد تزداد خلال فترات التعرض لضغوط.

- 30% من المرضى يتم شفائهم و 40% الأعراض الخفية، و 20% تظل لديهم أعراض متوسطة الشدة، و 10% من المرضى تسوء حالتهم أو تظل دون تغيير.

- يرتبط التنبؤ بالمآل بحسب البداية السريعة (تقل مدة الأعراض فيها عن 6 أشهر)، الأداء الوظيفي الجيد قبل المرض، المساندة الاجتماعية القوية، غياب الأمراض العضوية والنفسية الأخرى.

- من المضاعفات الاضطراب التجنب الرهابي للأنشطة المشابهة أو التي تشير للحادث الأصلي.

- اضطراب العلاقة مع الآخر.

- التقلب الانفعالي الشديد والشعور بالذنب الذي يؤدي إلى الانتحار (الحجار.2002.65).

التنبؤ باضطراب ما بعد الصدمة النفسية (PTSD)

هناك عوامل يمكن أن تكون علامات على احتمال وحدة وجود اضطراب PTSD وهي :

-مدى حدة الصدمة واستمرارها: كلما كانت الصدمة أشد وأطول مدة، زاد احتمال إصابة من يتعرض لها باضطراب (PTSD).

- مدى قرب الشخص من الصدمة، ومدى خطورتها: إذ وجدت إحدى الدراسات الحديثة إن النساء اللواتي يدركن أن حياتهن في خطر في أثناء حادث اغتصاب يكون احتمال إصابتهن باضطراب PTSD أكبر من غيرهن اللواتي لم يشعرن بالخوف في أثناء الاغتصاب بمرتين ونصف (عمر شاهين 2014 ص51).

- الصدمات السابقة ودرجة المعاناة منها: (أن احد مرضى الدكتور فوا (Foa) لم يتطور لديه الاضطراب حتى وقع حادث الوفاة المفاجئ الثالث في دائرة أصدقائه ومعارفه، وكان يقول بعد الحادث الثالث: " اعتقد أنني قد حان دوري للموت".

- إن احتمال إصابة الأفراد باضطراب (PTSD) بعد الكوارث الصناعية (التي من صنع الإنسان) أكبر من احتمال إصابتهم بعد الكوارث الطبيعية. و التفسير السيكولوجي هنا كما يرى بكي (Bekey 2002 ، ص61) هو كون الصدمة مستهدفة عن قصد للضحية.

- أسلوب التكيف وأساليب الدعم والإسناد: أي ما هو أسلوب تكيف الشخص؟ هل يحصل على دعم عاطفي وإسناد من أسرته، وأصدقائه، والآخرين، يكون احتمال الإصابة بـ (PTSD) اقل عندما يتوقع الشخص هذا الإسناد، وعندما يفكر بالصدمة، ويتحدث عنها مع الآخرين، ويطلق العنان للغضب بشأن الحادث. وهذا ما كانت تنصح به الدكتورة فوا (Foa) مرضاها قائلة: " تحدثوا مع أشخاص تتقون بهم، أو اكتبوا عن الصدمة في مذكرات" بكي (Bekey 2002 ، ص61).

الأعراض المصاحبة لاضطراب ما بعد الصدمة النفسية (PTSD)

وجد أن (80%) من مرضى اضطراب (PTSD) يعانون من اضطرابات مصاحبة. وان تشخيص وجود أعراض نفسية قبل الصدمة هو عميل يزيد من خطورة، أو تعرض الشخص للإصابة بـ (PTSD) و أن الإصابة بهذا الاضطراب يزيد من احتمال المعاناة من مشاكل نفسية، وأعراض نفسية أخرى مصاحبة لـ (PTSD). إن أكثر الأمراض المصاحبة هي الكبت، والشذوذ العقلي، واضطراب القلق العام، وسوء استعمال الأشياء، أو الممتلكات، واضطرابات الملح، والاضطراب الثنائي القطب واضطرابات الفوبيا، والانعزال (لونج واتال، 2000 ص1039-1040). وان الكثير من المصابين باضطراب (PTSD) تتزايد لديهم الكآبة، ويرفضون الدواء الذي يساعدهم على نسيان الصدمة. وان المريض يفقد السيطرة على انفعالاته وقد يتعرض لخطر الانتحار (أرت2002 ص4). ولأهمية الظواهر المصاحبة لاضطراب (PTSD) فقد افرد لها عدد من الدراسات معيارا خاصا بها، إذ أفرد (الكبسي)، معيار تضمن 12 مجالا للاضطرابات المصاحبة، منها الشعور بالذنب، انخفاض الوعي، والإحساس غير الواقعي للحقائق، والأشياء، والتغيير الذاتي في الشخصية، و الرغبة في إيذاء الآخرين، وقتلهم، والتحرر من صور فكرية براقية كان المريض يحملها عن ذوي المكانة العالية لديه (كالوالدين، والمعلمين... الخ) و مشاعر اليأس، وضعف الذاكرة والنسيان والحزن، والاكتئاب، مشاعر القهر، والخسار والاضطرابات الجنسية الوظيفية من غير عضوية المنشأ (الكبسي1998 ص71-72).

العلاج

التدخل العلاجي الناجح لاضطراب ما بعد الصدمة (PTSD) يحتاج إلى التقدير الدقيق للبيانات والمعلومات المستمدة من المصادر والمقابلة والمقاييس السيكومترية وملاحظة السلوك من اجل اختيار البرنامج العلاجي المناسب وتقويم مدى فعاليته على الفرد، بالإضافة إلى انه لا يمكن التخلص من اضطراب ما بعد الصدمة من خلال العلاج الطبي فقط، وذلك بسبب تشكيل الاضطراب أسلوب تفكير وحياة اجتماعية جديدة بعد الصدمة التي قد تكون خاطئة لدى الفرد، وبالتالي أن أي برنامج علاجي يجب أن يحتوي على العلاج الطبي وعلى أنواع من العلاج النفسي، وذلك استنادا إلى طبيعة الصدمة وشخصية الفرد وشدة الاضطراب وتأثيره على مجالات الحياة.

يهدف العلاج النفسي إلى مساعدة الفرد للوصول إلى درجة مناسبة من التوافق الشخصي والاجتماعي، وإمكانية حدوث تغيير أساسي في التكوين النفسي للفرد، وهذا يؤدي إلى تحسين العلاقة بين الفرد وذاته و الفرد مع المحيط، كما يمكن للعلاج النفسي أن يحدث تغييرات في عادات الفرد وطريقة تفكيره ومفهومه عن ذاته وعن الآخرين (عباس.1997ص147).

- **العلاج الدوائي:** الذي هو من اختصاص أطباء الأمراض العقلية وليس من اختصاص المختصون النفسيون ولكن نتطرق له باختصار حسب تجربتنا في الميدان بمصلحة الأمراض النفسية والعقلية بالمستشفى العسكري. مهدئات أي مسكنات: الأسماء الكيميائية (كلورازيبام-ديبوتاسيك-برومازيپام-برازيبام) :
(Chlorazepate-Dipotassique-Bromazipam-Prazipam).
- ومضادات الاكتئاب مثل: الأسماء الكيميائية (باروكستين-سرترازين-فليوكستين-اسيتالوبرام)
(Aroxitine-Sertraline-Fluoxetine-Escetalopram).

- **العلاج النفسي:** لعلاج الصدمات النفسية يوجد عدد من الأساليب والتقنيات المختلفة منها:
 - العلاج بالتفريغ الانفعالي: (Abréaction) ثبت أن مثل هذا التفريغ يخفف إلى حد كبير من أعراض الصدمة ويلجأ إلى هذا النوع من العلاج بوصفه علاجا اسعافيا أثناء الحروب.
 - العلاج بالعجز: إذ يعتمد على تقديم تخيل الحادث الصدمي الذي واجه المريض، ويحدث ذلك متكرر في الدرجة التي يصبح فيها المنظر الصدمي غير مثير لمستويات مرتفعة من القلق، وبالتالي يمكن مساعدة المريض على تخيل الحدث الصدمي بصورة متكررة حتى يصبح تذكره أو استعادته أمر غير مقلق للمريض، ويعتمد هذا العلاج على ما يلي :

— التدريب على الاسترخاء.

— التدريب على التخيل السار.

- العلاج الانفجاري: يعتمد على ما يلي:

— إعادة تحديث الحدث حتى يكتسب معنى منسقا في هذا العالم، كأن نبين للمريض حجم هذا الحدث ومدى تكراره وأثاره المفيدة من الجانب الآخر.

— إيجاد معنى فرض في هذه الخبرة.

— تغيير سلوك المساعدة للفرد على منع الحادث من أن يعاود الحدوث، بأن نتحدث معه عن كيفية الاستعداد لمثل هذه الحوادث وكيفية اتخاذ الاحتياطات والتدريبات اللازمة لمواجهة مثل هذه الأزمات (لويس كروك. 1998ص10).

- العلاج الجماعي : يتضمن هذا العلاج مجموعة من المرضى الذين يشتركون في الاضطرابات ذاته بالإضافة إلى المعالج، حيث يتحدث كل فرد عن الحادث و أثره عليه في حضور أقرانه والمعالج النفسي، وفيها مميزات من أهمها أنهم يتشاركون بعضهم بعض الخبرات ذاتها، ويتقاسمون المشكلات عينها، ويقدمون سندا انفعاليا لبعضهم البعض.

- العلاج السلوكي: تتلخص افتراضات النظرية في العلاج السلوكي في أن استجابة المريض لذكريات الحوادث الصدمية هي التي تنتج المظاهر الأولية للاضطرابات التالي للصدمة، كما افترض إن الملامح الثانوية لهذه الاضطرابات تسبب شكل مباشر أو غير مباشر في وجود فعل المرض لهذه الذكريات ومن ثم فإن تذكر المريض للحدث الصدمي هو بؤرة الاهتمام في المدخل السلوكي لعلاج هذا الاضطراب، وبالتالي فإن استعادة الذكريات الصدمية، واستعادة الشخص لمشاعر استجابة ردود أفعاله اتجاه تلك الأحداث يساعد في تخفيف قلقه وتوتره وتأثره بها.

ومن طرائق العلاج السلوكي: العلاج بالغمر (flooding therapy). ويكون مفيدا في علاج الحالات المزمنة من اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، حيث يعيش المريض الصدمة من جديد لكن في مكان آمن، وعادة ما يتم تطبيق التقنية مع التخيل السار أو المؤلم ومترفقا مع الاسترخاء، حيث يكون الغرض من العلاج ليس تغيير طبيعة الصدمة، ولكن خفض استجابة القلق لدى الفرد، إزاء ذكريات الصدمة ويحدد (كين و زملاءه) ثلاث مراحل تتضمنها إستراتيجية العلاج بالغمر وهي: التدريب على الاسترخاء، التدريب على التخيل السار، والعلاج بالغمر. والأسلوب الثاني هو خفض الحساسية التدريجية الذي يعود إلى نظرية (جون وولبي) في العلاج عن طريق الكف بالنيق، حيث تقتضي هذه الإستراتيجية تعريض الفرد المصدوم للمنبه المؤلم لكن بصورة تدريجية وليس دفعة واحدة كما هو الحال بإستراتيجية الغمر، وتشيع إستراتيجية خفض الحساسية التدريجية لدى حالات (PTSD) التي تعاني من الكوابيس والخوف والقلق. كما يوجد إستراتيجية خفض الحساسية الذاتي المنظم بدأت خطوات الحساسية المنظم والتي يقوم بها الفرد ذاته (يعقوب، 1999، 138، الديوان الأميري، 2001، 82-86، إبراهيم، 2009، 130).

- العلاج السلوكي المعرفي : يعد هذا من المداخل العلمية الحديثة في خدمة الفرد، ولقد اثبت فاعليته في التعامل مع الأفكار والانفعالات والسلوكيات غير المنطقية، حيث يعمل على تصحيح فكر العميل ومشاعره وربطها بالواقع وتدعيم مسؤولياته عن نفسه، مما يجعله قادرا على الضبط الداخلي والتفاعل الايجابي مع الأحداث في ضوء انفعالات رشيدة وأفكار عقلية وسلوك سوي (السيد. 2009 ص704). و أن الأشخاص المصابون باضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لا يمكنهم التفكير بطريقة منطقية، وهذا يعود للحالة النفسية التي يمرون بها، حيث يكون إدراكهم مشوشا، وتتأثر أساليب مواجهتهم بوضعهم النفسي. حيث يعد العلاج المعرفي السلوكي محاولة هادفة للمحافظة على كفايات تعديل السلوك، وذلك من خلال الأنشطة المعرفية للفرد، ويستند العلاج المعرفي السلوكي على مساعدة الفرد في إدراك وتفسير طريقة تفكيره السلبية بهدف تغييرها إلى أفكار وقناعات ايجابية أكثر واقعية بحيث تصبح العمليات المعرفية أكثر اتصالا بالواقع، وتعدد استراتيجيات هذا النموذج ومنها : إستراتيجية إعادة البناء المعرفي، التحصين ضد الضغوط، و التدريب على حل المشكلات (يعقوب، 1999 ص138. والديوان الأميري. 2001 ص-89-9، مقداي 2013 ص124).

- العلاج بإزالة حساسية حركة العين : EMDR هو علاج نفسي حديث لاضطرابات (PTSD) يجمع بين عناصر المعالجات المعرفية والسلوكية، بحيث يضيف أسلوب من حركة العين شبيهة بحركة العين التلقائية التي تحدث في مرحلة من مراحل النوم، تعرف بنوم حركة العين السريعة وذلك لتبديل انتباه المريض بين الأحداث المقترنة بالصدمة أو الحدث المؤلم الذي تعرض له والحركات الإيقاعية للعين، إن تبديل الانتباه هو الذي يساعد العقل بطريقة ما على معالجة المعلومات المرتبطة بالأحداث الصادمة أو الذكريات المؤلمة.

خلاصة

من خلال ما سبق يمكن القول أن الصدمة النفسية حادثة قوية تترك لدى الأفراد آثار لا تمحى مدى الحياة وذلك نتيجة لما تعرض له الفرد من ضغوطات ومشاكل خطيرة تثقل عاتقه وتفكيره ولا يستطيع التكيف والتعامل معها وكذلك التخلص منها، وهذا ما يجعله يعاني من التوتر والانفعالات الزائدة التي تخلف من ورائها عواقب وخيمة تؤدي إلى اضطرابات مختلفة، والتي سنتطرق من خلال دراستنا هذه إلى احد الاضطرابات الأكثر تداولاً و اصطحاباً لاضطراب ما بعد الصدمة ألا وهو اضطراب الكآبة.

الشخصية العسكرية

مقدمة

وخارجا عن نطاق الصدمات الناتجة عن الكوارث الطبيعية من زلازل وأعاصير وفيضانات، تطرقنا إلى الصدمات التي هي من فعل الإنسان كالحروب والحرائق والاعتداءات والاختطاف والتعذيب والاعتصاب والإرهاب. إذ نتطرق إلى حدث من

فعل الإنسان خاص بفتة معينة وهي فئة العسكريين الذين هم في الواجهة الأولى لتلقي الصدمات اثر حرب أو اعتداء إرهابي. فمن هذا المنطلق نتعرض إلى نبذة قصيرة للتعرف على هذه الفئة من خلال موصفتها وسماتها وخبرتها والروح المعنوية لها في الميدان.

تعريف العسكري

العسكري هو ذلك الجندي الذي ينتمي إلى ذلك الوطن ومن أبناء شعبه ويحمل هويته بما تحويه من سيادة وتاريخ وثقافة ودين ولغة وتضاريس وموقع جغرافي ورموز وتحت راية تمثل ذاك الوطن. العسكري قد عاهد الله على حمايته من أي عدو كان داخلي وخارجي، لان حب الوطن من الإيمان . فبالحماية للممتلكات والثروات بكل أنواعها والدفاع عن المكتسبات المختلفة، وبناء الوطن الذي ينتمي إليه تتحقق العزة والكرامة لجميع أبنائه. ولكن هناك من يتربص ويتآمر على هذا الوطن لسلبه حريته وسيادته و استغلال ثراواته بزرع الفتن وتفكيك وحدته والتفرقة بين أبنائه وتجريدهم من هويتهم وبث الشك فيهم لحبهم وائتمائهم إليه. فان لم يكن أبناء هذا الوطن يقضين ومتفطنين للمؤامرات التي تحاك ضد وطنهم يقعون في الفخ، ويصبحوا أعداء لوطنهم ولشعبهم تحت ما يسمى بالإرهاب.

سمات الشخصية العسكرية

في بداية حديثي عن الشخصية العسكرية ومدى أهميتها في تحويل مسار البلاد من النقيض إلى النقيض الآخر ومدى المخاطر المحيطة بها، وما تتحمله من اهتمامات داخلية وخارجية اتجاه الوطن والمواطن أيضا.

إن الدولة القوية، قوية بعساكرها الأقوياء اللذين ينشرون الأمان في البلاد ويتسمون بسمات الفضيلة والالتزام والتكامل والتوحد بين أطراف الشعب، ويتصفون بموصفات خاصة. و التحلي بالمسؤولية، والسعي وراء الإصلاح في جميع الميادين من اقتصادية واجتماعية وسياسية من خلال وضع قوانين التي تحمي الضعيف من القوي والحث على الالتزام بالأخلاق والفضيلة والتواصل في العمل ليلا ونهارا والعقلانية في تنفيذ القوانين وتفعيل النظام، و التضحية من اجل سلامة الآخرين، والتحلي بالإرادة القوية وسرعة البديهة في اخذ القرارات المتعلقة بأمن البلاد وحل مشاكلها في السلم والحرب.

صفات الشخصية العسكرية

إن جوهر الشخصية العسكرية تتجلى في احترام الذات، والثقة بالنفس، والإيمان بقدسية الرسالة الوطنية، ومن ابرز الصفات التي يجب أن تتصف بها الشخصية العسكرية لتكون على الصورة المثالية وترقى إلى مستوى التكامل: الحكمة والشجاعة والأخلاق والصبر والإرادة، والعدل والشهامة والنخوة والذكاء، والحس المرهف والانتباه الشديد والاستعداد للتضحية والمفروض أن يتحلى كل جندي بذهنية صافية، وان يتعمق لديه الإحساس في أن الوطنية هي طائفته، وان الجيش هو بيته الكبير، وان يكون متسامحا ومحبا ويتعاط مع رفاقه في المعسكر بمفهوم المشاركة والتعاون والاحترام والتقدير والأخوة...

الخبرة الذاتية للشخصية العسكرية

للخبرة الذاتية في الشخصية العسكرية ضرورة حتمية، وهي تعتمد على النضج المعرفي والانفتاح العلمي والثقافي وحسن الإدراك.

الشخصية العسكرية هي قاعدة ثابتة، أفرادها يملكون الكفاءة والعزيمة ويمتازون بروح معنوية عالية، ولديهم الاستعداد للصمود أمام الملمات وتحقيق الأهداف من دون الوقوع في الفشل.

الروح المعنوية للشخصية العسكرية

أشار علم النفس العسكري إلى أهمية الروح المعنوية في تفعيل الشخصية مستندا على سلسلة من الاختبارات التي تمت على ضوءها ترجمة الأسس التي تتشكل منها الشخصية العسكرية المتميزة، إلا أن الحياة العسكرية بصورة خاصة، تفرض وجود مهارات وقدرات حيوية وصلبة في الشخصية التي يفترض أن تتوافر فيها الشجاعة والاستعداد للتضحية حتى البطولة، وتقتضي الضرورة وجودها للنهوض ببيكالية المؤسسات الوطنية لتكون على الصورة التي تليق بالوطن وتخدم مصلحته العليا التي هي فوق كل اعتبار.

الروح المعنوية تؤثر على الشخصية تأثيرا مباشرا، وقد خلص العلماء النفسيون إلى انه من المهم جدا أن

يتسلح كل جندي بروح معنوية عالية، لأنها حالة من الحالات النفسية التي تتميز بتعزيز الشعور بالثقة في الجماعة، وبتقوية الفرد بدوره في الجماعة.

تمهيد

اصدر الاتحاد العالمي للصحة النفسية عام 2012 منشورا بعنوان الاكتئاب: أزمة عالمية وشمل هذا العدد سلسلة من الموضوعات التي تسلط الضوء على الاكتئاب بوصفه اضطراب واسع الانتشار قابل للعلاج، يصيب الأفراد و أسرهم وأقرانهم (وان Wan, 2012, ص 2).

يعد الاكتئاب من أكثر الاضطرابات النفسية انتشارا. فهو يحتل المرتبة الثانية بعد القلق من حيث الانتشار، وهو يتجاوز حاجز العمر حيث يصيب الأفراد من مختلف الأعمار، كما انه لا يميز بين الجنسين بالرغم من اختلاف نسبة انتشاره بينهما.

الاكتئاب قد يرجع إلى صدمة نفسية (مرض، مشاكل مهنية، موت احد الأقارب، أو الأصدقاء، وصراعات) وهذه الخبرة تؤدي إلى تدهور نفسي وغيره من المشاكل الاجتماعية.

لمحة تاريخية عن الاكتئاب

عرف مرض الاكتئاب منذ فجر التاريخ، ذكرت أعراضه في كتابات المصريين القدماء والإغريقين والبابليين وعند العرب. في العصر الإغريقي والروماني ميز ابوقراط ما لا يقل عن ستة أنواع من مرض الاكتئاب غير أن الصورة الإكلينيكية التي أعطاها لبعض هذه الأنواع يمكن أن تنطبق في ضوء الطب العقلي الحديث على ذهاب الاضطهاد وذهاب الفصام والعصاب (محمد جاسم محمد، 2004، ص382).

وفي التراث العربي الإسلامي عرف ابن سينا الاكتئاب انه انحراف عن المجرى الطبيعي إلى الحالة الشاذة، ملئ بالخوف ورداءة المزاج و إذا صاحبه ضجر سمي هوسا ومن الأسباب القوية في توليد الاكتئاب إفراط الغم والخوف وهذا في رأي ابن سينا يتعرض له الرجال والنساء ويكثر لدى الشيوخ و يقل في الشتاء، ويكثر في الصيف والخريف، لقد أوضح لنا ابن سينا مجموعة من أعراض الاكتئاب كالصنف الرديء الخوف بلا سبب، سرعة الغضب وسوء الظن والفراغ، والوحشية، الهذيان، تخيل أشياء غير موجودة (مدحت عبد الحميد أبو زيد 2001، ص29.25).

وفي القرن الأول الميلادي وصف ارثايوس هذا المرض غير أن بعض أوصافه إذا محصت لا تنطبق على مرض الاكتئاب المعروف حالياً، وقد استمر الخلط حول طبيعة أسبابه وعلاجه على مر العصور، أما الآن فيستخدم هذا المصطلح خبرة ذاتية وجدانية تسمى حالة مزاجية وانفعالية والتي قد تكون عرض دالا على اضطراب جسدي أو عقلي أو اجتماعي وجملة مركبة من أعراض معرفية وسلوكية بالإضافة إلى الخبرة الوجدانية وقد أصبحت وجهة النظر الأخيرة هذه أكثر شيوعا وخاصة في الطب النفسي، من خلال ما سبق قوله أن مفهوم الاكتئاب فيما يبدو قد انتشر في نطاق ابعده من انتشاره كمفهوم مرض ليصبح بذلك اضطرابا في الشخصية (محمد جاسم محمد 2004، ص383).

تعريف الاكتئاب

عرفت الكآبة منذ القدم وما تزال حتى اليوم تجربة نفسية عامة الوجود على مختلف الأجناس والثقافات و أن نسبة كبيرة ممن يعانون شعور الاكتئاب يخفون هذا الشعور ولا يحسون به و أن الكآبة لا يمكن اعتبارها حالة غير عادية إلا إذا تجاوزت نطاق النقطة التي يبدأ عندها اغلب الناس باستعادة وضعهم الطبيعي.

يحتل الاكتئاب المرحلة الرابعة بين أسباب الإعاقة والموت المبكر حسب ما جاء في دراسة الأمراض التي أجرتها كلية هار فارد للصحة العامة ومنظمة الصحة العالمية والبنك الدولي وأشارت هذه الدراسة إلا انه في العام 2020 يمكن أن يصبح

الاكتئاب ثاني اخطر مرض في العالم بعد مرض القلب، وأن 90% من حالات الانتحار سببها الاكتئاب (محمود كاظم. 2015. ص162.163).

وعرف (بيك Beck 1967) بأنه أحد الاضطرابات الوجدانية الذي يتسم بالعناصر الأساسية:

- التقلب المزاجي: يشمل الحزن، والشعور بالوحدة والذنب.
- مفاهيم خاطئة عن الذات: تشمل لوم الذات، انخفاض تقدير الذات.
- رغبات عدوانية وعقائبة للذات: تشمل الرغبة في العزلة والموت.
- تغير في مستوى النشاط: يشمل القصور والبطء.

عرفه هوفمان وآخرون (2012 . ص68) على انه نتاج استراتيجيات المواجهة اللاتكيفية للضغوط، مع وجهة النظر السلبية عن الذات وعن العالم وعن المستقبل، والتركيز ألاباهي الشديد على المظاهر السلبية للمثير.

أما تعريف الاكتئاب حسب القاموس الكبير لعلم النفس فهو: انه اضطراب عقلي يتميز بوجود مشاعر أو عواطف فقدان الشجاعة، والدين والحزن، فقدان الأمل بخلاف الحزن العادي، الذي يحدث بسبب فقدان شخص عزيز (Larousse 1999. ص 256).

تصنيف الاكتئاب

ظهرت عدة تصنيفات لاضطراب الاكتئاب تتضمن في محتواها اختلاف التوجهات النظرية للعلماء وفيما يلي نتعرض إلى تصنيف الرابطة الأمريكية للطب التي أصدرت عدة إصدارات من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM) وهي :

- الإصدار الأول-----1952
- الإصدار الثاني-----1968
- الإصدار الثالث-----1980
- الإصدار الثالث المرجع-----1987
- الإصدار الرابع-----1994 (مدحت عبد الحميد أبو زيد. 2001. ص30).

والآن نتطرق إلى تصنيف الاكتئاب حسب الإصدار الرابع (1994) الذي صنفه إلى اكتئاب عادي ثم اكتئاب إكلينيكي وهو كما يلي :

• الاكتئاب العادي : يشير إلى تقلبات المزاج التي يخبرها الفرد، ويعبر عنها بمشاعر الحزن وهو ما يطلق عليه المختصون الاكتئاب الإستجابي، والذي يكون أيضا استجابة لحادثة محزنة يمكن تحديدها والتعرف عليها بالفعل ويزوال الظروف تزول الحالة الاكتئابية.

• الاكتئاب الإكلينيكي: هو حزن مستمر بدون وجود أسباب واضحة يمكن أن تصاحبه عدة أعراض منها، اضطرابات النوم والشهية، فقدان روح المبادرة، العقاب الذاتي، الانسحاب الاجتماعي، انعدام الحيوية، فقدان اللذة. وهو نوعان: الاكتئاب الأحادي القطب والاكتئاب الثنائي القطب.

كما أن هناك تصنيفات أخرى لاضطراب الاكتئاب وتتمثل فيما يلي : -الاكتئاب البسيط- الحاد- المقنع- التفاعلي الانتكاسي - القهري - العصبي - الذهاني.

أعراض اضطراب الاكتئاب

توجد أعراض عامة للاكتئاب يمكن أن تظهر في أي مرحلة من مراحل العمر، وهذه الأعراض قد تظهر تدريجيا على مدار سنين أو تظهر فجأة. ومن أهم هذه الأعراض، الحزن معظم الوقت، والبكاء أحيانا، الخوف والذهول أو عدم الاتزان، لوم الذات والإحساس بالذنب، عدم تقبل أي نقد، انخفاض تقدير الذات، الأرق، فقدان الشهية، ظهور بعض الهلوس في الحالات الشديدة.

ويمكن أن تصنف أعراض الاكتئاب حسب نوع وشدة الاكتئاب:

• أعراض الاكتئاب البسيط:

- اضطرابات النوم وفقدان الشهية.
- عدم الثقة بالنفس واليأس والإحساس بالأسى.
- الانسحاب من الحياة العملية والاجتماعية وصعوبة التكوين علاقات اجتماعية.
- عدم الإقبال على متسع الحياة ومباهجها.
- نقص التركيز وانخفاض في مستوى التفكير.
- الحزن واليأس.

• أعراض الاكتئاب المتوسط:

- نفس الأعراض السابقة ويزداد عليها:
- اللامبالاة وعدم الاكتراث بأي شيء.
- انعدام الأمل في المستقبل.

• أعراض الاكتئاب الشديد والحاد:

- اضطراب شديد في النوم، فإما يظل المريض يقظا لا يستطيع النوم، أو انه ينام لمدة طويلة دون حاجة حقيقية للنوم وعندما يستيقظ يشكو من التعب والإجهاد.
- اضطراب في التفكير وصعوبة في اتخاذ القرارات البسيطة.
- الإحساس بالجمود وبطء الحركة.
- اضطراب حاد في الطعام، الأكل بشراهة أو الامتناع عن الطعام.
- نقص الشهوة الجنسية والضعف الجنسي أو البرود الجنسي.
- فقدان الطاقة الحيوية والإحساس بالإجهاد طول الوقت رغم انه لا يعمل شيئا.
- التفكير في الانتحار والكثير منهم يقدم على التنفيذ.
- انعدام الثقة في الذات والشعور بعدم القيمة (علا عبد الباقي 2009ص38.37).

نستخلص من خلال ما ذكرناه في خصوص الاكتئاب أن المظاهر العامة له تتمثل في الميل إلى العزلة، قلة النشاط، اليأس، وبطء الحركة وتختلف هذه الأعراض من فرد إلى آخر مهما كان نوع الاكتئاب.

أنواع اضطراب الاكتئاب

- الاكتئاب التفاعلي (الموقف): هو عبارة عن تفاعل مفرط لمثير محبط تم نتيجة لموقف فاشل أو حدث فاشل، وهذا التفاعل المفرط ليس دفاعا عصائيا بالضرورة، وان كانت الحيل قد تسهم جزئيا في إحداثه. ويمكن اعتباره أيضا رد فعل قوي لصدمة عنيفة ومؤثرة نتيجة لموقف صعب، أو عقب مصيبة كفقدان ثروة، أو فشل اجتماعي أو اسري أو عاطفي. وهو قصير المدى لا يبقى طويلا، ومن الممكن شفاؤه، ولا يعود للظهور إلا بعودة وضع مشابه، أو خيرة مماثلة للوضع، أو الموقف الذي سبب الاكتئاب.
- الاكتئاب الشرطي: وهو الاكتئاب الذي يرجع إلى خيرة صادمة يعود إلى الظهور بظهور وضع مشابه أو خيرة مماثلة للوضع أو خيرة سابقة.

تشخيص الاكتئاب

يتم تشخيص الاكتئاب طبقا لدليل التشخيص الإحصائي الرابع إذا توفرت خمسة (5) أعراض أو أكثر من الأعراض التالية :

- مزاج اكتئابي كل يوم.
- انخفاض كبير في اهتمامات أو عدم الإحساس بالمتعة في ممارسة الأنشطة المختلفة.
- انخفاض واضح في الوزن، وفي بعض الحالات تكون هناك زيادة في الوزن.
- ارق في النوم أو زيادة في النوم.

— هياج حركي مع الإحساس بعدم خمول حركي مع الإحساس ببطء الإيقاع.

— التعب وفقدان الطاقة.

— الإحساس بعدم القيمة، ولوم النفس، والإحساس بالذنب.

— ضعف القدرة على التفكير وضعف التركيز، والتردد وعدم القدرة على اتخاذ القرارات.

— التفكير في الموت إما يتمنى الموت أو التفكير في الانتحار أو التخطيط له أو محاولة الانتحار (مدحت عبد الحميد أبو زيد. 2001. ص147).

الاستجابة الاكتئابية

يعرفها حافظ يعقوب أنها عبارة عن رد فعل من النفس إزاء صدمة أو حرمان ناجمين عن حادث مفاجئ، كخسارة، صدمة أو خيبة أي أنها عبارة عن شكل مجسم لما يحدث للشخص العادي تصيبه نكبة طارئة (يعقوب سعيد حافظ. 1984. ص25).

الاستجابة الاكتئابية هي استجابة لوضعية أو لمحيط غير ملائم أو لصدمة نفسية مؤلمة، وتحمل هذه الاستجابة كل العلامات ذات المظهر الاكتئابي الناجم عن حدث خارجي مؤلم وصادم. كما أن العامل المفجر لهاته الاستجابة الاكتئابية هو عامل خارجي المنشأ وله علاقة مباشرة معه ومع الوضعية المصدمة. إذ تظهر هذه الاستجابة عند وجود ضغط كبير، مهما كان مصدره والذي يعاش من طرف الفرد.

التشخيص الفارقي للاكتئاب

لابد من التفرقة بين الاكتئاب و بين :

— اضطراب المزاج العائد إلى ظرف طبي عام أو إلى استخدام العقاقير (أدوية - تسمم) أو إلى الخرف.

— يصعب تفرقة الاكتئاب الذي يتصف بالمزاج المتهيج عن الهوس المصاحب بتهييج المزاج، و يتطلب التشخيص الفارقي هنا التأكد من التقييم الإكلينيكي المتأني من وجود أعراض هوس.

— اضطراب الإزعاج أو التشتت و انخفاض القدرة على تحمل الإحباط يمكن أن يحدثا في كل من اضطراب نقص الانتباه و فرط الحركة.

— فقدان أو الحرمان: حتى و لو استمرت الأعراض الاكتئابية مدة كافية، يجب إرجاعها للفقدان و ليس للاكتئاب.

— فترات من الحزن: إن الحزن جزء رئيسي من خبرة الكائن الحي، لذلك لا يجب تشخيصه على أنه اكتئاب، إلا لو توفرت محكات أو معايير الشدة أو معايير الشدة و هي (5 من 9 أعراض)، و الدوام (اغلب الوقت تقريبا يوميا لمدة لا تقل عن أسبوعين) و عجز و كدر إكلينيكي Distress.

أسباب الاكتئاب

هناك أسباب تجعل الفرد قابل للإصابة بالاكتئاب وهي:

- أسباب عضوية: وهي التغيرات في بعض كيميائيات المخ من أهمها مادة السيروتونين ومادة النورادرينالين اللتان تلعبان دورا هاما في حدوث الاكتئاب النفسي عند نقصها.
- عوامل بيئية: متمثلة في كثرة الضغوط الخارجية على الإنسان دون وجود متنفس لها والتعرض للاعتداء النفسي أو الجسدي المتعرض للتحرش الجنسي (علا عبد الباقي 2009، ص 23).
- الجنس: تصاب النساء أكثر من الرجال بالاكتئاب، يفسر الأخصائيون هذا الواقع باعتراف النساء أكثر من الرجال بحالات الاكتئاب التي تصيبهن، ولكن لا بد من الإشارة إلى أن النساء يتعرضن لضغوط اجتماعية لا يواجهها الرجال، هذه الضغوط تجعلهن أكثر عرضة للاكتئاب كالبقاء وحيدات في المنزل إضافة إلى التغيرات الهرمونية التي تحدث للنساء أثناء فترة الدورة الشهرية وفي فترة الحمل والولادة و انقطاع الطمث بما يسمى بسن اليأس.
- الشخصية: الاستحواذيين والجازمين والقساة والذين يخفون مشاعرهم بالإضافة إلى الأشخاص الذين يقلقون بسرعة أكثر عرضة من غيرهم لخطر الإصابة بالاكتئاب.
- الأمراض الطويلة الأمد: الافتقار للراحة والاستقلالية والأمان وعدم القدرة على الحركة جميعها أسباب تدفع إلى الاكتئاب، بقاء الإنسان في وضع معين بسبب المرض يؤدي به حتما إلى الاكتئاب (كوام مكزي، 2013 ص 25، 28).

النظريات المفسرة لاضطراب الاكتئاب

تتعدد النظريات المفسرة للاكتئاب مثل النظرية المعرفية، و النظرية المعرفية الانفعالية والنظرية البيولوجية ونظرية التحليل النفسي وهي كالآتي:

- **نظرية التحليل النفسي:** تعتبر نظرية التحليل النفسي من أوائل النظريات النفسية التي شغلت تفسير الاكتئاب والبحث عن أسبابه، وتؤكد هذه النظرية على الخبرات الضاغطة الصدمية التي يواجهها الفرد في السنوات المبكرة من عمره مثل الانفصال عن احد الوالدين أو فقدته قد تجعل الأطفال مستهدفين بشكل أساسي للاكتئاب، ومن ثم إذا واجه الفرد بعد ذلك ضغوطا مشابهة كالتى تعرض لها في الطفولة فإنه تظهر عليه أعراض الاكتئاب، ومن هنا يواصل الطفل مسيرة نموه حاملا بين جنباته هذه الحصيلة الاكتئابية التي قد تظهر عند حدوث أي أحداث مؤلمة أو ضغوط (صموئيل تامر، 2007، ص 25، 29).
- **النظرية المعرفية الانفعالية / الوجدانية:** تشير نظرية الـ **Elys** في العلاج العقلي الانفعالي إلى أن الناس يشعرون بالانزعاج عندما يسعون إلى تحقيق أهداف معينة وتعرضهم أحداث أو عوائق تمنعهم من تحقيق

أهدافهم. ويحمل الناس معتقدات حول هذه الأحداث تؤثر على مشاعرهم وسلوكياتهم، وبناءً عليه، فإن الأحداث بحد ذاتها لا تخلق المشاعر، وإنما المعتقدات والقناعات حول هذه الأحداث هي التي تسهم في تشكيل المشاعر الناتجة عن الأحداث (كوري Kurey، 2010، ص319).

وتوجد العديد من الدلائل البحثية التي تؤكد على أهمية معتقدات الفرد وأفكاره اللاعقلانية في إدراك وتفسير المواقف على أنها ضاغطة والتي تؤثر بدورها على مستوى الصحة النفسية والتعرض للمشاعر الاكتئابية (بن جمان وآخرون Bendjamine et al، 2005، ص674).

● **النظرية البيولوجية:** معظم العلماء يتفقون على أن العامل الوراثي له دور كبير في حدوث المرض دون أن ننسى تأثير العوامل البيئية، وإذا تفاعل هذين العاملين ساهما في حدوث المرض.

إن العوامل الكيميائية لها دور كبير في أحداث الاكتئاب، والناقلات العصبية **Neuro-Transmeteur** مسؤولة عن أحداث التوازن الكيميائي والتالي إلى أحداث الاضطرابات النفسية عامة، والاكتئاب خاصة، وزيادة أو نقص كيمياء الناقلات العصبية يؤدي إلى اضطراب الوظائف النفسية محدثة الاكتئاب.

● **النظرية السلوكية:** يرى أصحاب هذه النظرية أن الاكتئاب يعود إلى افتقار الشخص لعنصر التعزيز، مما يجعله معرضاً للإصابة، وهذا يعني أن الاكتئاب يتوقف على النشاطات ذات التعزيز الإيجابي.

كما نجد عالم النفس السلوكي لازروس (Lazaros) يفسر الاكتئاب وفقاً لنظريات التعلم الاشرط السلوكي والتي ترى الاكتئاب ناتج عن وظيفة لتعززات ناقصة، غير كافية و بهذا يمكن القول حسب هذه المدرسة أن الاكتئاب كخبرة نفسية سلبية مؤلمة ما هو إلا ترديد لخبرات أليمة تعلمها أو صادفها أو مر بها الإنسان من صغره ولم يستطيع أن يخلصها أو يزيلها من عقله. مثلاً: الذي تألم من فقدان شخص عزيز عليه في صغره قد يكون مهياً إذا لم يتغلب عن ألمه الابتدائي أن يواجه الاكتئاب في كبره. وربما يحدث له تعميم لظاهرة الحزن من اختفاء أي شيء أو فقدته له وخاصة إذا تعلق بالفقدان بعضو من أعضائه.

● **النظرية النفسية الاجتماعية:** يرى بيكر (Becker) 1962 أن انخفاض مستوى تقدير الذات لدى شخص ما يصبح سلبياً، ويجد صعوبة في كل ما يسلك، وعلى ذلك فإن الإحساس بالقيمة الذاتية يعد عنصراً مهماً وقويًا بل ودفاعاً ضد الاكتئاب.

والعنصر الثاني في تجنب الاكتئاب يتكون من المدى العريض من الأفعال الممكنة التي تتفاعل المواقف الصعبة مثل فقدان ما، أو فقدان نشاط معتاد (مدحت عبد الحميد أبو زيد، 2001، ص86).

وبذلك تجمع نظرية بيكر بين المفاهيم على المستوى النفسي والاجتماعي وعلى ذلك يركز بيكر الاكتئاب من خلال ثلاثة أنواع من الفقدان:

— فقدان الذات.

— فقدان العادات والمعايير وقواعد السلوك.

— فقدان إدراك ومباهج الحياة ومن ثم فإن الاكتئاب في نظر بيكر هو الفشل في تقدير الذات واحترامها (مدحت عبد الحميد .2001. ص86).

تعقيب

هناك نظريات مختلفة تفسر اضطراب الاكتئاب فمنها ما تختلف ومنها ما تتفق، حيث يكاد جميع علماء التحليل النفسي أن يتفقوا على أن الاكتئاب يرتبط بالسنوات المبكرة من حياة الفرد، إذ أشار أغلبهم إلى ارتباطه بمرحلة الطفولة. وقد فسر بعضهم على أنه استجابة عدوانية موجهة نحو الذات نتيجة مشاعر الذنب والغضب والعدوان ونقص احترام الذات. أما النظرية المعرفية الانفعالية الوجدانية فتري أن الاكتئاب يرتبط بصنع القرار، وهو شعور ناجم عن مسؤولية الفرد تجاه المستقبل والآخرين.

ويؤكد السلوكيون على أن الاكتئاب مكتسب وناجم عن فقدان التعزيز من البيئة الخارجية. وقد ركز أصحاب النظرية المعرفية في تفسير الاكتئاب على أنظمة التفكير الالاعقلانية الالانكيفية. فالالاكتئاب عندهم نتيجة مدركات خاطئة وحلل في التفكير يؤدي إلى تنشيط ثلاث أنماط معرفية هي الأفكار السلبية عن (الذات والعالم وعن المستقبل) ويركز المحتوى الفكري للمكتئب على فكرة فقدان، إذ يشعر بأنه قد خسر شيئاً يراه ضرورياً لسعادته، ويتوقع من أي عمل نتائج سلبية ويرى نفسه مفتقراً للصفات اللازمة لتحقيق أي هدف. كما يتفق أصحاب النظرية الاجتماعية مع السلوكيون في كون الاكتئاب ناجم عن فقدان التعزيز من البيئة الخارجية، إذ أنهم يؤكدون على دور العوامل الاجتماعية والثقافية في حدوث الاكتئاب. أما بالنسبة لأصحاب النظرية البيولوجية فقد أكدوا على دور الاضطرابات الحاصلة في الغدد أو في كيميائية الدم أو في الجهاز العصبي وعلى دور الوراثة في حدوث الاكتئاب.

العلاج

لقد تعددت الطرق العلاجية المستعملة في علاج الاكتئاب من طرف العلماء النفسانيين فمن بينها ما يلي :

- **العلاج النفسي التحليلي** : الذي هو أقدم الطرق العلاجية المستعملة يعتمد على نظريات التحليل النفسي و بالتالي التوصل إلى الخبرات السابقة المنسية والمكبوتة في الطفولة المبكرة حيث يعتبر التحليل النفسي هذه الخبرات الطفولية السبب الرئيسي للأمراض العصابية وياتباع طرق علاجية تحليلية يستطيع الفرد تذكر الخبرات الماضية، وبالتالي يكشف عن نظرتة للعالم (عطوف محمد ياسين. 1981ص120.121).
- **العلاج السلوكي**: هو علاج يقوم على التعزيز الايجابي لسلوكات جديدة متعلمة، تكميلية ومن عوامله الهامة التدريب الميداني في تعليم مواجهة المؤثرات الخارجية المحدثة لاضطراب الاكتئاب والسيطرة عليه.
- **العلاج السلوكي المعرفي** : يقوم هذا النوع من العلاج على محاولة تغيير المعارف السلبية لدى المريض وجعله يفكر أكثر منطقية وعقلانية مما يؤدي تغيير وجدان وسلوك المريض كما يساعده ذلك في تأكيد ذاته في المواقف

والأنشطة الاجتماعية المختلفة وتدريبه على أسلوب المواجهة الفعالة لمواجهة ضغوط الحياة بدل تجنبها أي حل المشكلات والتكيف مع الأوضاع.

- **العلاج الدوائي أي الطبي:** هذا النوع من العلاج ليس من اختصاص الأخصائي النفسي بل هو من اختصاص طبيب الأمراض العقلية Psychiatre ولكن بحكم عملي وخبرتي في مصلحة الأمراض النفسية والعقلية بالمستشفى العسكري سنتطرق له وباختصار. إذ يتضمن هذا العلاج استخدام العقاقير المضادة للاكتئاب مع بعض المهدئات (المسكنات) تحت إشراف أطباء الذين يختارون الدواء المناسب لكل حالة اكتئابية حسب درجتها ونوعها وخطورتها وبجرعات مناسبة، ولفترات كافية حتى تتحسن حالة المكتئب.

خلاصة

من خلال ما استعرضناه في هذا الفصل نلتبس مدى خطورة هذا الاضطراب على الصحة النفسية للفرد ومدى تأثيره على حياته الاجتماعية والمهنية وخاصة إذا كان هذا النوع من الاضطراب مصاحبا لاضطرابات أخرى يزيدا صعوبة وتعقيدا كما يمدد ويطيل مدة العلاج.

تمهيد

يعد الجانب التطبيقي من الجوانب المهمة في الدراسة العلمية، وخاصة في فرع علم النفس العيادي، حيث تظهر بفضلها أهمية الدراسة العلمية. وذلك من خلال النتائج المتوصل إليها والمستخلصة بطريقة ممنهجة أكاديميا وعلميا، لأن هذا الجانب التطبيقي يحتاج لبعض الطرق و الوسائل، لتحقيق ميدانية الدراسة. إذ هذه الطرق والوسائل هي: المنهج، الأدوات، والحالات التي تعتمد عليها دراستنا قبل التطرق لعرض النتائج المتوصل إليها.

وعليه فمرحلة الإجراءات المنهجية لأي دراسة تعتبر من الخطوات الهامة التي لا يمكن الاستغناء عنها للوصول إلى الدراسة العلمية الصحيحة، لذا يجب على كل باحث أن يسعى إلى تقديم دراسة ملممة بكل حيثيات الظاهرة المراد دراستها، أن يضع إطاراً منهجياً يتسم بالترتيب المنطقي والموضوعي في الطرح. وتبرز أهمية الدراسة الميدانية لتكريس حقيقة التصورات والأفكار النظرية التي تم جمعها حول مشكلة الدراسة، ولتغطية هذا الجانب لما له من تأثير على نتائج الدراسة، فإننا سنحاول في هذا الفصل التعرض للإجراءات المنهجية الميدانية.

التذكير بفرضية البحث

تعتبر مرحلة صياغة الفرضيات واختبار صحتها أو خطئها من أهم المراحل المنهجية عند تخطيط البحوث، ونظراً للإشكالية المطروحة سابقاً فقد قمنا في هذه الدراسة بصياغة الفروض التالية:

- **الفرضية العامة:** يمكن لمقياس كرب ما بعد الصدمة **لدافيدسون** تقييم اضطراب ما بعد الصدمة واضطراب الكتابة عند الصدمي العسكري.
- **الفرضيات الجزئية:**
 - يقيم مقياس **دافيدسون** لكرب ما بعد الصدمة حجم الاضطراب التالي للصدمة عند الصدمي العسكري.
 - يقيم مقياس **دافيدسون** لكرب ما بعد الصدمة اضطراب الكتابة عند الصدمي العسكري.

الغرض من الدراسة الاستطلاعية

تعد الدراسة الاستطلاعية خطوة هامة من خطوات البحث العلمي، وذلك أنها تساهم بدرجة كبيرة في دعم المجال البحثي ككل كالجانب النظري، وتحديد مجال الدراسة ومن خلالها ضبط المتغيرات و وضع الفروض وصياغة الإشكالية، وهذا مهم جداً. والأهم من هذا الاختيار للوسائل والأدوات المنهجية التي تخدم الموضوع المدروس، حيث يهدف الباحث من خلالها استكشاف الدراسة بغية التعمق والتقرب أكثر من الموضوع، كما تسمح بجمع المعلومات أكثر عن حالات البحث و عن الموضوع.

أهداف الدراسة الاستطلاعية

- الدراسة الاستطلاعية مهمة في اخذ القرارات التي تخص ميدان الدراسة.
- تعتبر خطوة هامة وضرورية التي تساعدنا للتعرف على الميدان الذي تجرى فيه الدراسة.
- استشارة ذوي الخبرة والمهتمين بالموضوع للتعرف على آرائهم وأفكارهم.
- جمع المعلومات الأولية التي يمكن للباحث من التأكد من وجود الإشكالية المطروحة في الميدان.
- اكتشاف الطريق واستطلاع معالمه أمام الباحث قبل أن يبدأ تطبيق كامل الخطوات.

- توجه الباحث وتوضح له الميدان الذي سيجري عليه بحثه وكيفية التعامل مع المعطيات.
 - تساعدنا في بناء أدوات الدراسة .
 - التأكد من صدق وثبات أدوات القياس وفعاليتها في الكشف عن موضوع الدراسة والتوصل إلى النتائج المراد الوصول إليها.
 - معرفة مدى استجابة أفراد العينة وكذا حالات الدراسة للمقياس وكذا اللغة المناسبة والمفهومة.
- بعد إلماننا بأهم الجوانب النظرية للدراسة، بدأنا في الجانب التطبيقي وبحثنا عن الحالات المناسبة لموضوع الدراسة وهم أفراد من رجال الجيش الوطني الشعبي تعرضوا لأحداث صدمية خلال تأدية مهامهم القتالية في مواجهة الإرهاب.
- فالسبب الرئيسي الذي يقوم عليه بحثنا ألا وهو تقييم اضطراب الاكتئاب لدى العسكري المتعرض لصدمة نفسية ويعاني من أعراض ما بعد الصدمة، فكانت أول خطوة هي مقابلة الحالات وتوضيح موضوع الدراسة وما تهدف إليه.

الحدود الزمنية للدراسة

امتدت الدراسة من أواخر شهر ديسمبر 2019 حتى منتصف شهر فبراير 2020 لمدة خمسة وأربعين يوماً.

ميدان الدراسة

أجريت هذه الدراسة بالمستشفى العسكري الجهوي الجامعي بوهران بالناحية العسكرية الثانية والذي فتح أبوابه عام 2004 وهو احد المستشفيات الست 06 التابعة لمصالح الصحة العسكرية بالنواحي العسكرية الستة المتواجدة في ربوع الوطن والتي تتكفل بالشؤون الصحية المختلفة لأفراد الجيش الوطني الشعبي وكذلك تتكفل بذويهم (الوالدين - الأزواج - والأبناء).

التعريف بالمستشفى العسكري الجهوي الجامعي بوهران

يقع المستشفى العسكري الجهوي الجامعي بوهران التابع للناحية العسكرية الثانية غرب وهران ما بين حي اللوز و عين البيضاء و حي يغموراسن. يتربع على مساحة 5 هكتارات و يستوعب 360 سرير.

- كما يتضمن عدة مديريات زيادة على المديرية العامة وعدة إدارات التي تتكفل بالنظام والتسيير للمستشفى.
- كما انه يتواجد به عدة مصالح منها مصالح طبية ومصالح طبية جراحية ومصالح بيوطبية ومصالح الصيانة.
- من بين المصالح التي أجريت بها الدراسة هي مصلحة الأمراض النفسية والعقلية.

التعريف بمصلحة الأمراض النفسية والعقلية: تقع هذه المصلحة بالطابق الأرضي و تتكون من رواقين و حديقتين و قاعة إطعام تطل على فضاء الحديقة، بها 24 غرفة فردية (24سرير)، قاعة فحص و تمرير، حمام إكلينيكي، قاعة للدراسة و الاجتماعات، صيدلية تابعة للمصلحة (أدوية الأمراض النفسية و العقلية)، مكتب استقبال المرضى و الزوار.

كما يتواجد بالمصلحة مكتب رئيس المصلحة و الأمانة و مكتبين للأطباء العقليين و مكتب خاص بالنفسانيين و مكتب المررض الأول الذي يشرف على تسيير و نظام المصلحة.

و يتواجد بالمصلحة طاقم طبي، أطباء مساعدين في الأمراض العقلية و أطباء مقيمين في الأمراض العقلية و مختصين نفسانيين و ممرضين مختصين في الأمراض العقلية. و تختلف مهام كل منهم حسب إختصاصه:

- أطباء الأمراض العقلية والأطباء المقيمين في نفس الاختصاص يتكفلون بالمرضى من حيث التشخيص و العلاج الكيميائي.

- المختصين النفسانيين من مهامهم مساعدة الأطباء في تشخيص الأمراض و تشخيص المريض فيما يخص نوع الشخصية و القيام بالاختبارات التشخيصية و القياسات التقييمية و النفسية و تحديد طرق العلاج النفسي اللازم لكل مريض (القيام بمختلف العلاجات النفسية) و كذلك من مهامهم التوجيه و الانتقاء.

المنهج المتبع في الدراسة

اعتمدنا في هذه الدراسة إتباع المنهج العيادي الذي يساعدنا على التقرب من الحالة و تحديد خصائصها النفسية و الجسدية و مختلف التغيرات التي طرأت على تنظيمها النفسي خلال معاشها للصدمة النفسية.

تعريف المنهج الإكلينيكي: يعرف المنهج الإكلينيكي على انه هو طريقة تنظر إلى السلوك بمنظور خاص فهي تحاول الكشف بكل موضوعية و عن كينونة الفرد والطريقة التي يشعر بها والسلوكات التي يقوم بها في موقف ما وكذلك عن الصراعات النفسية مع إظهار دوافعها و ما يقوم به من سلوكات إزاء هذه الصراعات من أجل التخلص منها . Reuchelin Mauricel 1969p5

ويعرف كذلك على انه: أحد المناهج الرئيسية في مجالات الدراسة النفسية و يقوم على أسلوب دراسة الحالة بصورة كلية و شاملة لكونها منفردة في خصائصها (مصطفى كامل. 2012.ص5).

عرفه وتمر **Wittmer** بأنه: منهج في البحث يقوم على استعمال نتائج فحص مرضى عديدين ودراساتهم الواحد تلو الآخر، لأجل استخلاص مبادئ عامة توحى بها ملاحظة كفاءتهم أو قصورهم، المنهج العيادي يعني الدراسة العميقة للحالات الفردية بصرف النظر عن انتسابها إلى السوية أو المرضية (فيصل عباس. 2002.ص18).

الوسائل المستعملة في الدراسات الأساسية

في أي بحث أو دراسة لا بد من وجود وسائل و أدوات تساعدنا في بحثنا للتوصل إلى نتائج دقيقة و استخدامها مع المنهج العيادي لجعل البحث موجه لشخص بشكل صحيح و على الباحث أن يختار الأدوات و الوسائل و توظيفها لصالح بحثه. و من بين الأدوات التي استخدمناها خلال بحثنا هذا هي:

- **الملاحظة العيادية:** تعتبر من أهم الوسائل المساعدة على جمع المعلومات والحقائق فهي من الطرق المستخدمة في تقييم الشخصية من خلال الملاحظة المباشرة لسلوك الفرد في مواقف الحياة الطبيعية بحيث تستدعي ظهور سمات الشخصية المطلوب قياسها (سهير كامل احمد.1998.ص18).

ويعرفها **الدكتور بوسنة:** على أنها إدراك وتسجيل دقيق ومصمم لعمليات تخص موضوعات، أو مواقف معينة. يتم جمع البيانات فيها إما عن طريق ملاحظة العميل بصورة مباشرة أو عن طريق استقاء المعلومات من أشخاص قاموا هم بالملاحظة (بوسنة عبد الوافي زهير.2012.ص15). و لها نوعان هما كالتالي:

— **الملاحظة البسيطة الغير المضبوطة:** تتضمن صور مبسطة من المشاهد والاستماع بحيث تقوم الملاحظة فيها بملاحظة الظواهر والأحداث كما تحدث تلقائيا في ظروفها الطبيعية، دون إخضاعها للضبط العلمي، وهذا النوع مفيد في الدراسات الاستطلاعية التي تهدف إلى جمع البيانات الأولية عن الظواهر والأهداف.

— **الملاحظة المنظمة:** هي الملاحظة العلمية بالمعنى الصحيح، بحيث تتم في ظروف مخطط لها ومضبوطة ضبطا علميا دقيقا، وتختلف الملاحظة المنظمة عن البسيطة في أنها تتبع مخطط مسبق (سامي محمد ملحم 2001.ص362-363).

- **المقابلة الإكلينيكية:** هي عبارة عن علاقة دينامية وتبادل لفظي بين شخصين أو أكثر، ولذلك فقد عرفها **انجلش English** بأنها محادثة موجهة يقوم بها فرد مع آخر أو مع أفراد آخرين بهدف حصوله على أنواع من المعلومات لاستخدامها في البحث العلمي والاستعانة بها في عمليات التوجيه والتشخيص والعلاج. وهي أداة من أدوات البحث العلمي يتخذها الباحث كأسلوب للحكم عن الشخصية سواء بتشخيصها أو بعلاجها، ويتم ذلك عن طريق الأسئلة وتقييم سلوك العميل، كما تعتبر المقابلة طريقة استماع تسمح لنا بجمع أكبر قدر من المعلومات الشخصية والعائلية والاجتماعية كما تعتبر قاعدة أساسية في علم النفس الإكلينيكي وقد اخترنا لهذه الدراسة تحديدا:

— **المقابلة الحرة أو المفتوحة:** ترتكز هذه المقابلة على المفحوص وكما في المقابلة العلاجية تعمل المقابلة العميقة للبحث على تحليل رموز المحتوى الظاهر والمحتوى الباطن ويمكنها أن تلمس ذكريات الطفولة والتاريخ الشخصي والعائلي.

وبناء على ذلك فقد أجرينا مقابلة أولية مفتوحة مع حالات الدراسة أعطينا فيها الحرية الكاملة للمفحوص كي يتحدث عن معاناته بكل حرية مع إعطاء الوقت الكافي فقد حددنا موعدا مسبقا تفرغنا فيه لسماع المفحوص الذي عبر عن أدق تفاصيل المعاناة حيث مكنتنا من الغوص في ادقق تفاصيل حياته وأبدت الحالات تقبلا واهتماما بالدراسة كما عبروا عن مشاعرهم بكل حرية. وقد تناولت المقابلة المفتوحة محاور أساسية نذكر منها فيما يلي:

— **المحور الأول:** التعرف على ظروف الحالة الشخصية والأسرية قبل الحدث الصدمي، تطرقنا فيه إلى التعرف على الحالة أولاً من ناحية السن، والترتيب في الأسرة، عدد أفراد الأسرة، المستوى المعيشي للحالة والمستوى التعليمي... الخ، ثم عرجنا لمعرفة أهم المحطات في حياة الحالة الأسرية والشخصية والاجتماعية والمهنية قبل الحدث الصدمي.

— **المحور الثاني:** تاريخ مرض الحالة وسببه، تاريخ الصدمة النفسية ونوعها وأثرها والاستجابة ورد الفعل للحدث الصدمي ومدى تأثيره على الحالة.

— **المحور الثالث:** تأثير الصدمة النفسية على الحالة وما خلفته من اضطراب، مدى تأثير اضطراب ما بعد الصدمة على الحالة، الاضطراب الناجم عن الحدث الصدمي.

— **المحور الرابع:** تقييم اضطراب الكآبة الناتج عن اضطراب ما بعد الصدمة بتمرير مقياس دافيدسون لاضطراب كرب ما بعد الصدمة.

— **المحور الخامس:** تشخيص الحالة، وتقييم نتائج مقياس دافيدسون لاضطراب كرب ما بعد الصدمة، إثبات وجود أعراض الكآبة مع أعراض ما بعد الصدمة.

وهذا النوع من المقابلة، فتح المجال للحالات للتعبير عن مشاعرهم بكل حرية كما أنها تهدف إلى تعزيز الثقة بين الباحث والمفحوص لأنه من غير الممكن إجراء مقابلة الدراسة النصف موجهة وتمرير المقياس من أول جلسة مع المفحوص، كما أن الدراسة لا يمكن أن تعطي ثمارها إذ لم نراعي ونعزز العلاقة بين الفاحص والمفحوص والتقليل من الفجوة التي يخلقها التردد والريبة التي تصاحب المفحوص في بداية المقابلة، وبعد تطبيق المقابلة الحرة لاحظنا ارتياح عميق للحالات، كما أن الحالات خضعت للتفريغ الانفعالي خلال المقابلة . و هذا فتح المجال لتطبيق باقي وسائل الدراسة.

— **المقابلة النصف موجهة:** والتي تعرف على أنها أداة من أدوات البحث وهي على شكل استبانة شفوية يقوم من خلالها الباحث بجمع المعلومات بطريقة شفوية مباشرة من المفحوص وتعتبر لقاء يتم بين الشخص (الباحث) الذي يقوم بطرح مجموعة من الأسئلة على الأشخاص المستجوبين وجها لوجه، وتميز بغزارة البيانات وإمكانية تصنيفها وتحليلها إحصائياً.

ويهدف الأخصائي الباحث من خلال المقابلة، الوصول إلى تجميع البيانات بهدف الفهم الشامل للحالة أو المشكل الذي يهدد دراسته أو تشخيصه كما أن إتاحة المجال للتعبير الحر عن الآراء والمشاكل يساعد في بناء علاقة الثقة بين الفاحص والمفحوص.

والمقابلة النصف موجهة تهدف إلى توجيه حديث المفحوص نحو أهداف البحث مع الباحث مع المحافظة على حرية الرأي والتعبير للمفحوص (فوزي غرابية وآخرون 2002، ص62). فباستخدام هذه التقنية الإكلينيكية في دراسة آثار الصدمة النفسية لدى الصدمي العسكري تبدو ذات فعالية لكونها تسمح

بالكشف عن الحياة الداخلية للمفحوص (من صراعات وتناقضات وجدانية وقلق وسلوكيات قهرية مفروضة). هذا ما سمح باستقصاء الآثار المراد دراستها، على المستوى النفسي والجسدي وكذا الجانب الاجتماعي، وأثناء المقابلة أخذنا بعين الاعتبار كل التعبيرات وحركات وانفعالات المفحوص، أما طريقة الأسئلة فتميزت بالعمومية والبساطة مع استخدام عبارات مفهومة بعيدة عن التكلف والتعقيد وخالية من الأحكام والتقييم، مع الأخذ أيضا بعين الاعتبار ظروف الحالة والمستوى التعليمي لتكون البنود الخاصة بالمقياس مفهومة وبعيدة عن الغموض. وارتأينا استخدام هذا النوع من المقابلة في دراستنا، لأنه يعطي للمفحوص الحرية في التعبير دون التقييد بأسئلة معينة للتوصل إلى حقائق كثيرة ومتنوعة تساعدنا في التفسير أكثر من تلك التي نحصل عليها في المقابلة المقيدة بكثير.

وهي المقابلة الأساسية في الدراسة الحالية، وقد قسمنا محاور المقابلة إلى عدة محاور بما أن موضوع الدراسة هو تقييم اضطراب الكتابة عند الصدمي العسكري و بالضبط الذي تعرض إلى حدث صدمي وعانى من اضطرابات مزمنة أثر ما بعد الصدمة، فقد عمدنا إلى البحث في المحاور التالية:

— محور الصدمة النفسية.

— محور ما بعد الصدمة النفسية.

— محور اضطراب الكتابة الناجم عن ما بعد الصدمة النفسية.

— محور تقييم اضطراب الكتابة أثر ما بعد الصدمة بمقياس دافيدسون لكرب ما بعد الصدمة.

دراسة الحالة :

تعتبر دراسة الحالة من الطرق التي نستطيع من خلالها جمع البيانات والمعلومات فهي تمدنا بصورة واضحة عن الحالة انطلاقا من البيانات التي تحصلنا عليها والتي تتعلق بالفرد من جميع النواحي الجسدية، النفسية و غيرها، أيا كان مصدرها أو الوسائل التي استخدمت في الحصول عليها، كما أنها تساعدنا في تحليل عميق وشامل للحالة موقع الدراسة للوصول إلى التشخيص أو العلاج، كما لا ننسى أنها تستخدم أيضا في دراسة الأفراد العاديين لمحاولة الوصول بهم إلى أقصى حد ممكن، كذلك تستخدم في دراسة العباقرة والأشخاص الناجحين والمتميزين لكشف أسرار تفوقهم وإبداعهم.

وتعرف دراسة الحالة على أنها:

— هي الإطار الذي ينظم الأحصائي الإكلينيكي كل المعلومات والنتائج التي نحصل عليها من الفرد وذلك عن طريق الملاحظة والمقابلة والتاريخ الاجتماعي، والخبرة الشخصية والاختبارات السيكولوجية والفحوص الطبية (يحي مختار. 24 أكتوبر 2015. ص 3\1).

— هي أيضا وسيلة هامة لجمع البيانات عن الحالة موضوع الدراسة وقد تكون الحالة فرد أو جماعة أو أسرة بهدف العلاج مستخدما في ذلك مجموعة من الأجهزة والآلات الخاصة للكشف على تلك الحالات التي تعاني من اضطراب أو اضطرابات معينة (عمر قايد. 08 سبتمبر 2016. ص 4\4).

بمعنى أنها دراسة شاملة للفرد ودراسة جميع الظروف المحيطة به، وقد استخدمتها في بحثنا للتمكن من جمع معلومات وبيانات تخدمنا في دراستنا وتكوين فكرة عن الحالات التي سنجري عليها مقابلات من ناحية السوابق العائلية والشخصية، والمستوى الاقتصادي والمستوى الاجتماعي والمستوى الثقافي، وكذا المستوى الدراسي ومعرفة ظروف حياة كل حالة ومدى تأثرها بالحدث الصدمي.

المقياس النفسي:

تم الاعتماد في هذا البحث على مقياس كرب ما بعد الصدمة لدافيدسون 1987، والذي قام بإعداده للغة العربية عبد العزيز ثابت (2006) وهو استشاري في الصحة العقلية، ودكتور في كلية الصحة العامة بجامعة القدس بغزة، يتضمن المقياس مجموعة من الأسئلة تتعلق بالخبرة الصادمة التي تعرض لها الفرد خلال الفترة الماضية ويصف كل سؤال التغيرات التي حدثت على الصحة والمشاعر خلال الفترة السابقة، والإجابات تأخذ الاحتمالات التالية: (أبدا=0، نادرا=1، أحيانا=2، غالبا=3، دائما=4). ويتكون المقياس من 17 بند ويستند المقياس على الصيغة التشخيصية لاضطراب ما بعد الصدمة ضمن الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع لرابطة جمعية الطب النفسي الأمريكية (DSM4)، ويقسم إلى ثلاث مقاييس فرعية:

— استعادة الخبرة (متلازمة التكرار)، وتشمل البنود (17.4.3.2.1).

— تجنب الخبرة الصادمة متلازمة التجنب)، وتشمل البنود (11.10.9.8.7.6.5).

— الاستثارة متلازمة فرط التيقظ)، وتشمل البنود (16.15.14.13.12).

- **الخصائص السيكومترية للمقياس:** بالنسبة لخصائصه السيكومترية، فقد قام عدد من الباحثين عام 1987 بتطبيق المقياس على عينة من الجنود المقاتلين في الفيتنام والذين يعانون من اضطراب الضغط ما بعد الصدمة، وقد أظهر الاختبار قدرة تشخيصية جيدة وصلت إلى 74%.

- طريقة تطبيق المقياس : بخصوص تطبيق المقياس يطلب من المفحوص أن يقرأ الأسئلة ويحجب عنها وذلك بوضع إشارة أمام العبارة التي تنطبق عليه، على أن يختار إجابة واحدة، كما يمكن للباحث أن يملأ الورقة بنفسه إذا كان المفحوص غير قادر على الكتابة أو القراءة.

- طريقة تصحيح المقياس: أعلى درجة ممكنة للإصابة بالصدمة 68 و أدنى درجة 00 ومقياس دافيدسون يحتوي على 17 بنداً وعلى 04 متغيرات من 00 إلى 04. ومنه (68=4x17) وهي أعلى درجة ممكنة للإصابة بالصدمة. تقسيم درجات الإصابة بالصدمة النفسية:

— من 00 إلى 17 ===== لا توجد صدمة.

— من 17 إلى 34 ===== صدمة خفيفة.

— من 34 إلى 51 ===== صدمة متوسطة.

— من 51 إلى 68 ===== صدمة شديدة.

معايير التشخيص هي كالاتي:

— استعادة الخبرة:

- درجة ضعيفة: من 0 إلى 08

- درجة متوسطة: من 09 إلى 19

- درجة مرتفعة: من 20 إلى 35

— التجنب:

- درجة ضعيفة: من 0 إلى 08

- درجة متوسطة: من 09 إلى 19

- درجة مرتفعة: من 20 إلى 40 (غسان يعقوب 1999. ص 93-94).

ويتم تشخيص الحالات التي تعاني من كرب ما بعد الصدمة بحساب ما يلي:

— عرض من أعراض استعادة الخبرة الصادمة.

— ثلاثة إلى اثنان من أعراض التجنب.

— عرض من أعراض الاستشارة.

• ثبات ومصداقية المقياس

تناولت العديد من الدراسات السابقة مسألة ثبات ومصداقية هذا المقياس وكانت على النحو التالي:

— **الثبات:** لقد استخدم معامل ألفا كرونباخ لمعرفة الاتساق الداخلي للمقياس من خلال دراسة تناولت 241 مريض تم أخذهم من مجموعة من ضحايا الاغتصاب، ودراسة لضحايا إعصار اندرو، وكان معامل ألفا 0,99. كما استخدم معامل ألفا كرونباخ لمعرفة الاتساق الداخلي للمقياس من خلال دراسة تناولت 215 سائق إسعاف مقارنة مع موظفين في غزة وكان معامل ألفا 0,78، التحزئة النصفية بلغت 0,61. (أبو ليلة وثابت وآخرون 2005).

— **المصداقية الحالية:** لقد تمت مصداقية المقياس بمقارنته بمقياس الاضطرابات النفسية الناتجة عن مواقف صادمة للإكلينكيين وذلك بأخذ عينة مكونة من 120 شخص من مجموعة ضحايا الاغتصاب، ودراسة لضحايا إعصار لندرو، والمخربين القدماء. وكانت النتيجة بأن 67 من هؤلاء الأشخاص تم تشخيصهم كحالة كرب ما بعد الصدمة. كان المتوسط الحسابي لمقياس دافيدسون لكرب ما بعد الصدمة لهؤلاء الأشخاص هو $62+ \setminus -38$ ، بينما كان المتوسط الحسابي لمقياس دافيدسون لكرب ما بعد الصدمة للأشخاص الذين لم تظهر عليهم أعراض كرب ما بعد الصدمة 62 شخص هو $13,8+15,5$ (ت=937 دلالة احصائية 0,0001).

الثبات، إعادة تطبيق المقياس تم تطبيق هذا المقياس على مجموعة من الأشخاص الذين تم فحصهم من خلال دراسة إكلينيكية في عدة مراكز وتم إعادة الاختبار بعد أسبوعين وكان معامل الارتباط 0,86 وقيمة الدلالة الإحصائية 0,001 = (دافيدسون 1995) ودراسة أبو ليلة وثابت 2005 تم اختبار المقياس على عينة من سائقي الإسعاف وكانت العينة مكونة من 0 سائق وتم إعادة الاختبار بعد أسبوعين وكان معامل الارتباط 0,86 وقيمة الدلالة الإحصائية = 0,001. و يتمتع المقياس بدرجة ثبات وصدق عالية. لقد تم حساب الصدق والثبات له في عام 2016 فقد تمتع المقياس بدرجة صدق تمييزي مرتفع وصدق اتساق داخلي جيد، وتم حساب ثبات المقياس وتم التأكد من الثبات وفق طريقة ألفا كرونباخ.

وبخصوص صدقه على البيئة الجزائرية، فقد تم اختباره بعدة طرق من طرف الكثير من الباحثين الجزائريين بهدف معرفة ملائحته على بيئتنا، فعلى سبيل المثال قامت أمينة بن التواتي (2015) بجامعة ورقلة بحساب صدقه بالاعتماد على طريقة المقارنة الطرفية للمقياس، وتوصلت إلى انه يتمتع بدرجة صدق عالية، كما قامت باختبار ثباته بطريقة ألفا كرونباخ، وتوصلت أيضا إلى تمتعه بثبات قدر ب-0,77، وهو معامل عالي من الثبات (رقية عزاق، حياة لموشي 2019 ص 122-129).

مقياس كرب ما بعد الصدمة لدافيد سون

ترجمة د. عبد العزيز ثابت 2006 حسب معايير الدليل التشخيصي الرابع لرابطة جمعية الطب النفسي الأمريكية (DSM-IV)

الاسم.....العمر.....الجنس.....

التعليمة:

الأسئلة التالية تتعلق بالخبرة الصادمة التي تعرضت لها خلال الفترة الماضية. كل سؤال يصف التغيرات التي حدثت في صحتك ومشاعرك خلال الفترة السابقة، من فضلك اجب على كل الأسئلة. علما بان الإجابات تأخذ احد الاحتمالات: 0=أبدا - 1=نادرا - 2=أحيانا - 3=غالبا - 4=دائما.

4	3	2	1	0		
دائما	غالبا	أحيانا	نادرا	أبدا	الخبيرة الصادمة	الرقم
					هل تتخيل صورة، وذكريات، وأفكار عن الخبرة الصادمة ؟	1
					هل تحلم أحلام مزعجة تتعلق بالخبرة الصادمة ؟	2
					هل تشعر بمشاعر فجائية أو خبرات بان ما حدث لك سيحدث مرة أخرى ؟	3
					هل تتضايق من الأشياء التي تذكرك بما تعرضت له من خبرة صادمة ؟	4
					هل تتجنب الأفكار أو المشاعر التي تذكرك بالحدث الصادم ؟	5
					هل تتجنب المواقف والأشياء التي تذكرك بالحدث الصادم ؟	6
					هل تعاني من فقدان الذاكرة للأحداث الصادمة التي تعرضت إليها(فقدان نفسي محدد) ؟	7
					هل لديك صعوبة في التمتع بحياتك والنشاطات اليومية التي تعودت عليها ؟	8
					هل تشعر بالعزلة وبأنك بعيد ولا تشعر بالحب اتجاه الآخرين أو الانبساط ؟	9
					هل فقدت الشعور بالحزن والحب(انك متبلد الإحساس) ؟	10

					هل تجد صعوبة في تخيل بقائك على قيد الحياة لفترة طويلة لتتحقق أهدافك في العمل والزواج وإنجاب الأطفال؟	11
					هل لديك صعوبة في النوم أو البقاء نائماً؟	12
					هل تتناوبك نوبات من التوتر والغضب؟	13
					هل تعاني من صعوبات في التركيز؟	14
					هل تشعر بأنك على حافة الانهيار (واصله مع الآخر)، ومن السهل تشتيت انتباهك؟	15
					هل تستثار لأنفه الأسباب وتشعر دائماً بأنك متحفز ومتوقع الأسوأ؟	16
					هل الأشياء والأشخاص الذين يذكرونك بالخبرة الصادمة يجعلك تعاني من نوبة من ضيق في التنفس، والرعدة، والعرق الغزير وسرعة في ضربات القلب؟	17

"مقياس الاضطرابات النفسية الناتجة عن مواقف صادمة"

عينة الدراسة :

قد تم اختيار عينة الدراسة من جنس ذكر ينتمون إلى صفوف الجيش الوطني الشعبي الذين شاركوا في مكافحة الإرهاب خلال العشرية السوداء والذين تعرضوا إلى صدمات نفسية جراء تأدية مهامهم. تتراوح أعمارهم ما بين 33 سنة و38 سنة. كما هاتين الحالتين من الحالات التي بقيت آثار اضطراب ما بعد الصدمة لديهم مزمنة ومختلفة اضطرابات أخرى اعقد كاضطراب الاكتئاب ومدى تأثيره على العسكري الصدمي.

تمهيد للحالة الأولى

الحالة الأولى ضابط صف من العساكر الذين شاركوا في مكافحة الإرهاب خلال العشرية السوداء والذين تعرضوا إلى حادث صدمي خلال تأدية مهامهم الدفاعية والقتالية أو عمليات تمهيط أو تنقيب وبحث عن الألغام والقنابل التقليدية التي زرعت من طرف الجماعات الإرهابية.

مكان إجراء المقابلة للحالة الأولى

جرت المقابلة مع الحالة الأولى بمكتب الأخصائي النفسي بالمرضى النفسية والعقلية بالمستشفى العسكري الجهوي الجامعي بوهراڤ التابع للناحية العسكرية الثانية.

تقديم الحالة الأولى

البطاقة الإكلينيكية

م.م يبلغ من العمر 38 سنة، متزوج، وأب لطفلين، برتبة رقيب أول، انخرط بصفوف الجيش الوطني الشعبي منذ 16 سنة بعد تحصيله على شهادة البكالوريا ودراسته الجامعية لمدة سنتين التي لم يكملها بسبب الظروف الاجتماعية الاقتصادية التي كانت تحت المتوسط بسبب ارتفاع عدد أفراد الأسرة والدخل المادي الضعيف ومرض الوالد المزمّن.

السوابق الشخصية: م.م يحتل المرتبة الثالثة من بين 06 إخوة بنتين 02 و 04 ذكور أي هو أكبر الذكور. تدرس في سن السادسة، كان نجيب في دراسته ولم يخفق في أي سنة حتى تحصل على شهادة البكالوريا بتقدير حسن واختار أن يدرس العلوم الاقتصادية، فدرس بالجامعة لمدة سنتين ثم ترك مقاعد الجامعة ليتوجه إلى العمل بسبب ظروفه المادية، والمستوى الاجتماعي والاقتصادي المنخفض خصوصا بعد إصابة والده بمرض القلب وارتفاع الضغط مما يتطلب علاج وتكفل خاص. فكان لهذه الظروف دور في انخراطه بصفوف الجيش الوطني الشعبي لمساعدة والده والتكفل بعلاجه وتحمل أعباء العائلة ماديا.

مر الحالة بطفولة عادية في الوسط العائلي الكبير بين الجد والجدّة و الأعمام والعمات إلا أن انتقل هو ووالده وإخوته بمسكن مستقل وعمره 16 سنة بعد وفاة جده وجدته وزواج أعمامه وعماته.

في مرحلة المراهقة لم تكن له سلوكات إنحرافية بل كان يدرس خلال السنة الدراسية أما في العطل يتوجه إلى العمل في الحقول والمزارع ليجمع المال ويوفره ويدخره لاحتياجاته الدراسية من لبس وكتب للدراسة. كانت علاقته بمن حوله من أصدقاء أو جيران أو أفراد الأسرة جيدة، كان ذا طابع اجتماعي ويتميز بروح المسؤولية اتجاه أفراد أسرته ومتفهّما و مرحّحا، أما علاقته بوالده فكانت جيدة يسودها الحب والاحترام "والدي كصاحب".

السوابق العائلية: الوالد عمره 67 سنة لا يعمل حاليا خصوصا بعد مرضه بالقلب وارتفاع الضغط الدموي وخضوعه لعملية جراحية بعدما كان عامل يومي.

أما الوالدة تبلغ من العمر 64 سنة تعاني من الحساسية لدرجة أنها مصابة بمرض الربو. بالنسبة للإخوة والأخوات يتمتعون بصحة جيدة.

السوابق المرضية: م.م يعاني من ألام على مستوى أسفل الظهر منذ خمس سنوات كما يتابع ويأخذ أدوية مضادة للالتهاب.

الحالة م.م ليست له سوابق الإدمان، ولا سوابق عدلية، ولا سوابق ضد اجتماعية.

أول اتصال له بمصلحة الأمراض النفسية والعقلية، كان في 2019 بعد إصابته بحالة اكتئاب شديدة إلى درجة التفكير في الانتحار، بعد مرور عدة سنوات على الحدث الصدمي.

التاريخ المرضي: يعود تاريخ مرض الحالة م.م إلى سنة 2010 بعد تعرضه إلى حدث صدمي خلال عملية تمشيط، اد وقع انفجار قبلة ذهب صديقه الحميم ضحيتها أمام عينيه حيث تلاشى جسمه أشلاء وتبعثرت أطرافه وهذه الرؤية الفظيعة كان لها صدى وتأثير كبير على الحالة، حيث في بادئ الحدث أصيب بذهول ثم بحالة هستيرية من بكاء وصراخ ثم هروب إلى اتجاه مجهول دون وعي لتصرفاته وسلوكاته. وبعد أيام بدأت تظهر عليه أعراض القلق واضطراب النوم، وفرغ وكوابيس مزعجة وخوف وشعور بالذنب اتجاه صديقه، مما دفع بطبيب الوحدة على توجيهه وعرضه على طبيب مختص في الأمراض العقلية بمركز الفحص المتخصص للجيش الوطني الشعبي، حينها قام بفحصه وتشخيص حالته على أنها حالة اضطراب ما بعد الصدمة بجميع أعراضها من فرغ وخوف وتكرار الصور وتذكرها وفرغ خلال النوم واضطراب في النوم بسبب الكوابيس المزعجة والصورة الرهيبة التي لم تفارق مخيلته وتكرر حتى يغمض عينيه ليهرب منها. خضع الحالة م.م إلى علاج دوائي يتكون من مضاد الاكتئاب ومن مسكنات بجرعات عالية في بادئ الأمر (Prozac – Tranxene 10 20mg). كما أن خلال الفحص للحالة استبعد الطبيب أي اضطراب عقلي أو اضطراب ذهاني أو فصام.

استفاد الحالة م.م من عدة نقاهات أي عطل مرضية مع إتباع العلاج الدوائي وبعد استقرار الحالة، أخذ الطبيب بخفض الجرعات إلا أن استقر وضعه و بعد علاج دام لأكثر من سنتين و لكن الحالة لم يستفيد من تكفل نفسي أو علاج نفسي خلال العلاج. عاد الحالة إلى عمله وبعد ما بشهور انتقل إلى وحدة أخرى غير قتالية بأمر من طبيب الوحدة على أساس منصب عمل تكميلي لوضعه الصحي والنفسي.

فهذه المدة من 2010 سنة إلى سنة 2019 كان الحالة م.م يمر بظروف صعبة وهو يكابر ويكابد ويتصارع مع الألم النفسي المكبوت بداخله، و يتجنب المواقف المفزعة ويلجأ إلى الانطواء والانعزال ويتجنب أيضا مخالطة زملاء في العمل خصوصا عندما يتكلمون عن العمليات الإرهابية وعن الضحايا وعن عمليات التمشيط وبالرغم من ذلك كان يمارس عمله ولكن بصعوبات خصوصا انه يتعامل بالسلاح . كما كان كل مرة ينتكس إلى حالة اكتئابية ويصاب باضطرابات تتجلى في حزن عميق، ونوبات من القلق أحيانا مصحوبة بصراخ و هيجان وبكاء وأحيانا شجار مع زملاء العمل لأتفه الأسباب، دائما متوتر ومشوش التفكير. كما كانت سلوكاته وتصرفاته اتجاه المحيط تتجلى في الانعزال أحيانا منغلقا على نفسه لا يكلم أحدا ولا يتعامل مع المحيطين به، أما علاقته بزوجته تميزت بالفتور والانسداد لوظائف الحب. حسب لويس كروك(1996) " هناك تغيير في شخصية الفرد أثناء التعرض للصدمة، فينتج عنها تغيير في طريقة النظر و الإدراك والتصور والشخصية ليس كما من قبل، فهي تكون متناقضة وانسداد في وظائف الحب". إضافة إلى الإحساس بالنقص والشعور بالذنب محملا نفسه مسؤولية موت صديقه وعدم مساعدته، محققا نفسه و ذاته، كما انه أصبح

مضطرب الشهية، والنوم، فاقدًا لذوق الحياة، مبتعدًا عن كل النشاطات التي كان يمارسها من قبل كالرياضة ولا يتحمل الضحيج ولا حتى بكاء طفليه.

رغم مروره بهذه الظروف السيئة إلا أنه لم يعرض على مختص نفسي بل تابع علاج دوائي متكون من مهدئات ومضادات الاكتئاب.

الحالة م.م دخل المستشفى في أواخر ديسمبر 2019 بطلب منه لأنه لم يعد يتحمل ما هو عليه وكثرت شكاوى المحيطين به من تصرفات غير عادية وعدوانية اتجاه أبنائه وزوجته وحتى مرؤوسه و الأخطر مراودة فكرة الانتحار لوضع حد للآلام النفسية التي أنهكته. من خلال الشكاوى المسردة من طرف الحالة وتقرير طبيب الوحدة الذي سرد لنا الأعراض نستخلص أن الحالة م.م يعاني من كآبة مزمنة رفقته مند وقوع الحدث الصدمي وهو موت صديقه الحميم ورفيقه في السلاح والذي كان يتقاسم معه المرقد، وأنه الوحيد عند والديه.

الفحص النفسي: خلال مقابلتنا الأولى، نحن أمام كهل متوسط القامة، اسمر اللون، حزين الملامح، حذر، صعب التواصل والاستجابة من أول وهلة، لا يتجاوب معنا بسهولة إلا بعد مرور بعض الوقت من التفكير والتخمين لعدم وثوقه بنا من أول مقابلة. فقد لحضنا عليه ما يلي: توتر وانفعال، تنهيدات عميقة بين الحين والآخر، نظرتة حزينة، وجهه شاحب ومكثب، صوت منخفض وكلامه متقطع، مستغرق في الهموم والتفكير وكأنه يحمل كل أعباء العالم. كل ما طرحنا عليه سؤالًا يستغرق في التفكير ويتجشأ بالبكاء متسائلًا عن ما أصابه وماذا حل به إلى أن ساءت حالته إلى هذه الدرجة، طالبا المساعدة ووضع حل لأزمته النفسية ومعاناته. كما انه رفض التعامل معنا متحججا بأنه متعب ولا يستطيع التواصل معنا.

في المقابلة التالية، بعد شرحنا للحالة موضوع الدراسة وهدفنا منها تمكنا من كسب ثقته و وعدناه بالمساعدة لحل أزمته النفسية ووضع مخطط علاجي يساعده في التخفيف من معاناته النفسية. كان الحالة خلال هذه المقابلة مرن، ويتميز بادراك سليم ومتجاوب معنا بسهولة، منطقي وواقعي مع ملاحظة سلوكيات من التوتر والقلق أثناء حديثه في كلامه يركز على الأعراض التي تتناوب والتي يعاني منها: يعاني من اضطراب في النوم، أي نومه متقطع تتخلله أحلام مزعجة وكوابيس مرعبة تتضمن صور الموتى والجرحى كما يتخلل مسامعه في معظم الأوقات صدى انفجار القنابل، كما تتخلل مخيلته صورة الحدث الصدمي الذي فقد إثره صديقه خصوصا تلك الصورة المرعبة التي جمع فيها أشلاء جسمه المتقطع من جراء الانفجار، كما يضيف انه أصبح سريع الغضب، انفعالي، عدواني، كثير الشجار ومتحسس، كثير الشك والحذر ممن حوله حتى اقرب الناس إليه، بصفة عامة سلوكه تغير إلى الأسوأ يميل إلى الانعزال والانطواء لا يفكر ولا يخطط للمستقبل الذي أصبح بالنسبة له مبهم ومنعدم. كلما تذكر الحدث الصدمي تتناوب نوبات من الحصر والقلق والتعرق والشعور بالعطش وجفاف الفم، ونقص الشهية لدرجة نقص الوزن مع النحافة الظاهرة، كما انه يعاني من اضطراب في الذاكرة الحالية ونقص

في التركيز والانتباه، مشوش التفكير، تنتابه أفكار انتحارية لوضع حد لمعاناته. إلا أن الحالة لا يعاني من اضطرابات ذهانية ولا هذياناً ولا هلوسات.

النتيجة: حسب الأعراض الظاهرة كما يلي:

- اضطراب في السلوك: العزلة والانطواء والعدوانية والشجار والغضب.
 - ظهور الأعراض الاكتئابية من: حزن، فقدان الشهية ونقص الوزن، اضطراب في النوم، اضطراب الذاكرة الحالية ونقص التركيز والانتباه وتشوش الأفكار وظهور الأفكار الانتحارية.
 - ظهور أعراض معايشة الحدث الصدمي من: أحلام مزعجة وكوابيس مرعبة.
 - ظهور أعراض التجنب للحدث الصدمي من: الميل إلى الانعزال وتجنب مخالطة الزملاء والخوض معهم في موضوعات العمل والمهام والعمليات القتالية والتمشيطية.
 - ظهور أعراض أخرى تتعلق بالعطش وجفاف الفم و التعرق وسرعة نبضات القلب.
 - الحالة يعاني من هذه الأعراض منذ وقوع الحدث الصدمي سنة 2010 رغم العلاج الدوائي لمدة سنتين، إلا أن الحالة انتكس وذلك راجع للتكفل الناقص لان الحالة لم يتبع علاج نفسي بعد الحدث الصدمي.
- التشخيص: من خلال الأعراض المسردة تم تشخيص الحالة م.م انه يعاني من اضطراب كرب ما بعد الصدمة المزمن ومن الاكتئاب. وذلك حسب معايير الدليل التشخيصي الرابع (DSM4). لرابطة جمعية الطب النفسي الأمريكية.
- من خلال التشخيص الذي توصلنا إليه و الذي اثبت وجود اضطراب كرب ما بعد الصدمة مع أعراض اكتئابية مصاحبة، قمنا خلال المقابلة التالية بتمرير مقياس كرب ما بعد الصدمة لدافيدسون .

عند تطبيقنا لمقياس الاضطرابات النفسية الناتجة عن مواقف صادمة تحصلنا على النتائج التالية:

- استعادة الخبرة الصادمة: تشمل البنود = 1,2,3,4,17

$$51 = 5/255 = 17 \times 15 = (4+3+2+2+4)$$

- تجنب الخبرة الصادمة: تشمل البنود = 5,6,7,8,9,10,11

$$44 = 7/306 = 17 \times 18 = (1+3+2+2+2+4+4)$$

- الاستثارة: تشمل البنود = 12,13,14,15,16

$$51 = 5/255 = 17 \times 15 = (3+3+2+4+3)$$

ومنه النتيجة التالية: (55+44+51) = 146/4 = 37

حساب درجة الكرب ما بعد الصدمة حسب مقياس دافيدسون:

-عرضين من أعراض الخبرة الصادمة ظهر من خلال البنود رقم 1.

-عرضين من أعراض التجنب ظاهرة في البنود رقم 6،5.

-3 أعراض من أعراض الاستثارة ظاهرة في البنود رقم 13.

مجموع الدرجات الخام المتحصل عليها 37 درجة من أصل 68 درجة ومنه:

حساب الدرجة الخام لكرب ما بعد الصدمة: $(4)+(4+4)+(4)=16$.

ومنه متوسط الدرجة يكون: $16/37=0,43$

إذا من خلال تطبيق المقياس و حسب النتائج تبين لنا بان الحالة لديها صدمة بدرجة متوسطة وكآبة بدرجة متوازنة مع الصدمة وذلك حسب النتيجة المحصل عليها من بنود الخبرة الصادمة التي توازي نتيجة بنود الاستثارة.

ملاحظة هامة: أعراض الاستثارة هي نفسها أعراض الاكتئاب.

التشخيص العام ونتائج المقياس

الحالة م.م أصيب بحادث صدمي سنة 2010 و ظهرت عليه كل أعراض اضطراب ما بعد الصدمة، حيث عولج من طرف طبيب مختص في الأمراض العقلية بمضادات الاكتئاب ومهدئات والاستفادة من نقاهات لمدة سنتين حتى استقرت حالته، إلى سنة 2019 انتكس نتيجة عوامل مفجرة من ضغوط في العمل، ورغم مرور هذه السنين إلا انه كان يعاني ويكابد أعراض ما بعد الصدمة مصاحبة بأعراض الاكتئاب مع ظهور اضطراب في السلوك من عدوانية اتجاه زملائه مما أدى إلى الانعزال والانطواء وجلب انتباه مرؤوسه مما استدعى دخوله للمستشفى.

بعد التكفل بالحالة م.م من طرف طبيب مختص في الأمراض العقلية وتشخيص حالته و وصف له أدوية من نوع مهدئات ومضادات الاكتئاب مع التكفل به نفسياً. إذ شخصت حالته على أنها حالة اضطراب ما بعد الصدمة مزمنة بدرجة متوسطة مصاحبة باضطراب الكآبة متوسط أي متوازي الدرجة حسب مقياس دافيدسون لكرب ما بعد الصدمة وحسب معايير الدليل التشخيصي الرابع (DSM4) لرابطة جمعية الطب النفسي الأمريكية. أي أن نتائج بنود استعادة الخبرة الصادمة (51) كانت متوازنة مع نتائج بنود الاستثارة (51) التي هي نفسها أعراض الاكتئاب. والنتيجة النهائية للمقياس أثبتت أن الحالة تعاني من اضطراب ما بعد الصدمة مصحوباً باضطراب الاكتئاب بدرجة متوسطة تقدر بـ 37 لان أعلى درجة في تصحيح المقياس هي 68، فالدرجة المتوسطة تنحصر ما بين الدرجة 34 و 51.

العلاج

العلاج النفسي المتبع بالنسبة للحالة م.م بالاشتراك مع العلاج الدوائي المتكون من مضادات الاكتئاب ومهدئات هو العلاج المعرفي السلوكي بمعدل 14 حصة مبنية على أساس السيطرة على أعراض اضطراب ما بعد الصدمة وأعراض الاكتئاب والوقاية من الانتكاسات وتعلم تقنيات التأقلم والتكيف مع مواقف الحياة الضاغطة وتحديد أساليب السيطرة على العواطف والانفعالات وحل المشاكل العلائقية مع المحيطين به، والقضاء على التفكير السلبي والمخاوف وقهرها بأسلوب تفكيري إيجابي.

كما أن الحالة م.م استفاد من حصص استرخاء بمعدل ثلاث حصص في الأسبوع بهدف تنمية قوة التحكم في الذات والتخلص من الانفعالات والتوتر النفسي وبتث الثقة بالنفس مع فهم طبيعة ومصدر القلق وبتث روح التفكير السليم والايجابي في نفسه. وزيادة على ذلك كان للعلاج بالدعم والمساندة في بادئ الأمر نتائج ايجابية في تخطي بعض العقبات فيما يخص الاتصال والتجاوب و ذلك بزرع الثقة في العلاقة بيننا وبينه والقضاء على الشك والحيطه والحذر الذي يعاني منه الحالة.

المآل

الحالة م.م لا يزال يتابع المراقبة الطبية والنفسية كل شهر مع انخفاض جرعة الدواء إلى حوالي 70% معتمدين على حصص علاج نفسي بمعدل مرة في الأسبوع زيادة على ذلك إقصائه من العمليات القتالية ووضعه في مكان عمل مكيف وملائم لوضعه الصحي والنفسي، أي العمل بالإدارة.

تمهيد للحالة الثانية

الحالة الثانية برتبة جندي، أصيب بحدث صدمي اثر هجوم إرهابي خلال عملية تمشيط بإحدى الجبال الغابية أين أصيب زملائه بطلقات عيار نارية، منهم من مات ومنهم من جرح، وهو كان احد المشاركين في هذه المهمة وشاهد عيان على الحدث الصدمي، حيث ساعد في نقل الجرحى والموتى.

مكان إجراء المقابلة للحالة الثانية

جرت المقابلة مع الحالة الثانية بمكتب الأخصائي النفساني بمصلحة الأمراض النفسية والعقلية بالمستشفى العسكري الجهوي الجامعي بوهراڤ التابع للناحية العسكرية الثانية.

تقديم الحالة الثانية

البطاقة الإكلينيكية

الحالة ب. ع يبلغ من العمر 33 سنة، متزوج وأب لطفل، برتبة عريف أول في سلك الجيش الوطني الشعبي، يحتل المرتبة الأولى بين سبعة أخوة 3 بنات و3 أولاد أي هو الإبن الأكبر، الأخوات البنات متزوجات، و أحد الإخوة متزوج أيضا ينتمي إلى عائلة عديدة الأفراد وميسورة الحال، ذات دخل بسيط، الأب كان يعمل فلاح عند ملاك ارض، يقطن بإحدى القرى النموذجية التي بنيت إبان الثورة الزراعية في السبعينات.

السوابق الشخصية: الحالة ب. ع أكبر إخوانه وأخواته السبعة، ولد بالمستشفى ولادة عادية، وبصحة جيدة، كبر وترعرع في وسط عائلي متوسط الدخل مع الجد والجددة والأعمام والعمات. تدرس في سن السادسة بمدرسة القرية حتى نال شهادة الابتدائية ثم انتقل إلى المتوسطة بمدينة تبعد حوالي 30 كيلو مترا عن سكنه فزاول دراسته حتى الرابعة متوسط حيث رسب ولم ينل شهادة التعليم المتوسط حسب أقواله أن السبب في رسوبه هو المواصلات وبعد المسافة، والظروف المادية الضعيفة وعمله في مختلف الأعمال من رعي وفلاحة أو تحميل أو في مقهى ليحصل على مبلغ بسيط يلي به حاجياته من ملابس وكتب. عند بلوغه سن التاسعة عشر قدم طلب للانخراط في صفوف الجيش الوطني الشعبي إذ انه قبل لأنه كان يتمتع بصحة جيدة وبنية قوية كما انه كان رياضي و ذا طابع اجتماعي ومحبوب من طرف المحيطين به. يقول انه كان عادي، عاش طفولة جميلة وعادية في وسط عائلي ميسور الحال ولكن ملئ بالحب والحنان والاحترام بين الأب والأعمام إذ كان الجد هو من يتحكم في زمام الأمور والجددة هي من يسير أمور الأسرة.

السوابق العائلية: الأب يبلغ من العمر 60 سنة كان في شبابه يعمل بإحدى التعاونيات الفلاحية عند الدولة لمدة 20 سنة حتى حلت وأعطيت للخواص مما جعله يعمل عندهم حتى الآن، كما انه يعاني من مرض مزمن وهو ارتفاع الضغط الدموي، وأيضا مرض السكري وحاليا يتابع عند المختصين. أما الوالدة تبلغ من العمر 56 سنة مأكثة بالبيت، انشغلت بتربية أبنائها وتعاني من مرض السكري الذي أصابها مؤخرا.

السوابق المرضية للحالة: الحالة يعاني من مرض جلدي ألا وهو الصدفية الذي أصابه بعد تعرضه للحدث الصدمي خلال الأسبوع الأول.

الحالة ب. ع لم تكن له سوابق إدمان ولا سوابق عدلية ولا ضد اجتماعية.

التاريخ المرضي: خلال عملية تمشيط بإحدى الجبال الغابية سنة 2015 تعرض الحالة ب. ع لهجوم إرهابي هو وزملائه، أين كان تبادل طلقات نارية، وإصابة أربعة أفراد من زملائه وموت ثلاثة آخرين كما كانت هناك أيضا موتى وجرحى في الجماعة الإرهابية. بعد الانتهاء من الاشتباك الذي دام قرابة يوم كامل وحضر الدعم ونقل الجرحى والموتى عبر الهليكوبتر إلى المستشفى ورجوع ما تبقى من الجنود إلى الثكنة. بعد الحدث بيومين أصيب الحالة ب. ع بحكة غريبة وظهر بثور حمراء على جلده ضنا أنها حساسية وستزول ولكن هذه البثور والحكة دامت لأكثر من أسبوع، مما دفعه إلى المعاينة عند

طبيب الوحدة الذي بدوره وجهه إلى طبيب مختص في الأمراض الجلدية الذي شخص حالته بأنه مصاب بالمرض الجلدي المسمى بالصدفية، فوصف له دواء وأخضعه لعلاج بالأشعة ولكن دون جدوى مما دفع بطبيب الوحدة إلى توجيهه إلى مختص نفسي. خلال الفحص النفسي تبين أن الحالة يعاني من اضطراب ما بعد الصدمة وتم استشفائه بمصلحة الأمراض النفسية والعقلية آنذاك لمدة 21 يوم على أساس انه يعاني من قلق حاد ومكتئب حيث خضع لعلاج دوائي أساسه مهدئات بجرعة ثلاث مرات يوميا ومضاد الاكتئاب بجرعة واحدة صباحا. كما استفاد من حصص علاج نفسي من استرخاء وعلاج سلوكي انفعالي طريقة ألبرت إليس فبعد استقراره نفسيا تم إخراجته من المستشفى بإجازة مرضية لمدة 29 يوم قابلة للتجديد مع مراقبة طبية كل شهر.

استفاد الحالة ب.ع من عدة إجازات مرضية لإبعاده عن ميدان العمل وعن العوامل التي تؤثر على نفسيته مع خفض جرعات الدواء.

ظل الحالة على هذا الحال إلا أن استقرت حالته ورجع إلى عمله ولم يعد يتابع عند الأطباء. و بعد مرور 4 سنوات أي حتى بداية سنة 2020، أصيب الحالة ب.ع بانهميار عصبي اثر ضغوط عمل إذ أن الضغوطات المهنية هي عامل خطر، فتوقظ ظهور الأعراض بشدة في تلك الفترة. وتراكم المشاكل حيث انه كان يعاني من الاكتئاب طوال الوقت وكان يصارع المرض خاصة عندما كانت تظهر على جلده البثور الحمراء والحكة التي كانت تقلقه. مما يستدعي ظهور وتذكر الحدث الصدمي و أعراض ما بعد الصدمة.

تم استشفاء الحالة ب.ع للمرة الثانية بعد أربع سنوات بمصلحة الأمراض النفسية والعقلية بطلب من طبيب الوحدة مرفقا بتقرير طبي يشير إلى الاضطرابات النفسية والسلوكية التي يعاني منها الحالة.

حين تواجهه بمصلحة الاستعجالات اثر نقله من عيادة الوحدة، كان جد قلق وفي حالة هيجان لدرجة حقنه بمهدئ في اليوم الأول، بعد استقراره صباح اليوم الثاني تمت مقابله بمكتب الأخصائي النفسي بمصلحة الأمراض النفسية والعقلية.

الفحص النفسي: خلال مقابلتنا الأولى لاحظنا أن الحالة ب.ع قوي البنية (بنية رياضية)، اسمر اللون ولكنه شاحب الوجه تظهر عليه ملامح الحزن، مكتئب، مثقل الحركة إثر المهدئ، صامت لا يستطيع الجدل.

خلال المقابلة الثانية، لاحظنا أن الحالة ب.ع، حزين الملامح، مكتئب، هادئ.. أما فيما يخص المقابلة فكان يتجاوب معنا ويرد على الأسئلة المطروحة عليه، حيث سرد لنا المشاكل والضغوط التي يعاني منها في العمل وانه لم يعد يتحمل أي شيء وانه يعاني من اضطراب في النوم كما انه فقد شهيته لدرجة انخفاض وزنه بالإضافة إلى ضعف جنسي، ولم يعد لحياته ذوق، مستقبه مبهم، كما انه اشتكى من الأحلام المزعجة والذكريات الصادمة المؤلمة التي أصبحت تحتاح تخيلته وتضايقه وتفقدته التمتع بما حوله، مما يجعله يعزل ويعرق وسط الأفكار السوداء لدرجة تفكيره في جعل حد حياته بطلق رصاصة في رأسه، إذ يقول: "أن حتى الزواج و ولادة ابني ليس لهما معنى في وجودي، لم اعد أفكر ولا اهتم بهما

والمستقبل ابني، إني ظلمتهما (زوجتي و إبني) إني أعاني". ويتنهد بعمق، كما يضيف انه أصبح قليل التركيز، متوتر، سريع الغضب لأتفه الأسباب، يشعر بخيبة الأمل، كثير النسيان للأمور الحديثة، يتوقع الأسوأ، يتحاشى ويتجنب كل ما يذكره بالحدث الصدمي من سلاح والبدلة العسكرية وحتى المحيطين به، من عساكر، كما أن المرض الجلدي الذي يعاني منه أي الصدفية هي العامل المثير لمعاناته النفسية و الاكتئابية.

النتيجة: حسب الأعراض الظاهرة كما يلي:

-اضطراب في السلوك:سرعة الغضب ،التوتر والانفعال لأتفه الأسباب، هيجان والانطواء.

-ظهور الأعراض التالية للصدمة :التجنب لكل ما يذكره بالحدث الصدمي من زملائه ومن البدلة العسكرية ومن مواضيع تتحدث عن المهام والعمليات القتالية ،يتجنب الكلام عن زملائه **الدين** استشهدوا اثر الهجوم الإرهابي.

-ظهور أعراض معايشة الحدث الصدمي: اضطراب في النوم،الأحلام المزعجة والكوابيس وظهور الارتجاجات الذاكرة (فلاش باك)

-ظهور أعراض اكتئابية: الحزن، فقدان ذوق الحياة، اضطراب في الشهية وفي النوم وضعف جنسي، متشائم ،خيبة الأمل ، كثير النسيان للأحداث الآنية ،يتوقع الأسوأ ،تفكيره سلبي ،منعدم التطلع للمستقبل (مستقبل غامض)، الشعور بالذنب اتجاه زوجته وابنه،مراودة فكرة الانتحار بطلق رصاصة على رأسه.

-ظهور اضطرابات سيكوسوماتية:المرض الجلدي(الصدفية) والذي له تأثير كبير في تذكره بالحدث الصدمي وبإصابته بحالة الاكتئاب.

التشخيص: من خلال تصفحنا للأعراض الظاهرة شخصنا أن لحالة ب.ع يعاني من اضطراب ما بعد الصدمة،مصاحب بأعراض الاكتئاب وذلك حسب معايير الدليل التشخيصي الرابع (DSM4) لرابطة جمعية الطب النفسي الأمريكية.

وبتوفرنا على الأعراض التالية للصدمة المصاحبة بأعراض الاكتئاب قمنا بتمرير مقياس دافيدسون لكرب ما بعد الصدمة في المقابلة التالية لتقييم درجة الصدمة وإثبات تقييمه للكآبة حسب معايير الدليل التشخيصي الرابع(DSM4).

عند تطبيقنا لمقياس الاضطرابات النفسية الناتجة عن مواقف صادمة ،تحصلنا على النتائج التالية:

- استعادة الخبرة و تشمل البنود (1-2-3-4-17).

$$47 = 5/238 = 17 \times 14 = (4+4+1+3+2)$$

- تجنب الخبرة الصادمة و تشمل البنود (5-6-7-8-9-10-11).

$$54 = 7/374 = 17 \times 22 = (3+3+4+3+1+4+4)$$

- الاستشارة و تشمل البنود (12-13-14-15-16).

$$61 = 5/306 = 17 \times 18 = (+4+2+4+4+4)$$

$$40 = 4/162 = 61+54+47$$
 ومنه النتيجة التالية:

حساب درجة كرب ما بعد الصدمة حسب مقياس دافيدسون:

-عرض من أعراض الخبرة الصادمة ظهر من خلال البند رقم 4

-عرضين من أعراض التجنب ظاهر من خلال البنود رقم 5،6.

-عرض من أعراض الاستشارة ظاهرة من خلال البنود رقم 12.

مجموع الدرجات الخام المتحصل عليها 40 من اصل 68 درجة ومنه:

$$16 = (4) + (4+4) + (4)$$
 حساب الدرجة الخام لكرب ما بعد الصدمة:

$$0,40 = 40/16$$
 ومنه متوسط الدرجة يكون:

إذا من خلال تطبيق المقياس و حسب النتائج تبين لنا بأن الحالة لديها صدمة فوق المتوسط وكآبة مرتفعة **وذلك** حسب

النتيجة المحصل عليها من بنود الخبرة الصادمة وبنود الاستشارة.

ملاحظة هامة: أعراض الاستشارة هي نفسها أعراض الاكتئاب.

التشخيص العام و نتائج المقياس

أصيب الحالة ب.ع سنة 2015 بصدمة نفسية اثر هجوم إرهابي على كنيبة خلال تأدية مهمة تمشيط بإحدى الجبال

الغاية أين كانت خسائر بشرية فيما بين الطرفين من قتلى وجرحى وكان للحالة دور في الاشتباك وإطلاق النار، كما

كان له دور في المساعدة بنقل الجرحى والضحايا، مما اثر على نفسه و إصابته بحكة مع ظهور بثور على جسمه، بعد

الفحص والتشخيص الحالة ب.ع ثبت انه يعاني من اضطراب ما بعد الصدمة أين تم استشفائه آنذاك لمدة 21 يوم

مستفيدا من علاج دوائي وعلاج نفسي و بإجازات مرضية طويلة الأمد حتى استقرت حالته ورجع إلى العمل. بعد مرور

أربع (04) سنوات انتكس الحالة اثر انهيار عصبي في بداية سنة 2020 أين تم استشفائه للمرة الثانية، **اد** شخصت حالته

على أنها حالة اضطراب ما بعد الصدمة مرفقة بأعراض اضطراب الكآبة. قمنا بالتكفل به نفسيا وتمرير مقياس دافيدسون

لكرب ما بعد الصدمة حيث أظهرت نتائج المقياس أن الحالة لديها صدمة بدرجة فوق المتوسط وكآبة بدرجة مرتفعة. أي

أن بنود استعادة الخبرة الصادمة قدرت بدرجة(47) وبنود الاستشارة قدرت بدرجة(61)أي أن درجة الكآبة كانت جد مرتفعة بالنسبة لدرجة الصدمة حسب مقياس دافيدسون لكرب ما بعد الصدمة وحسب معايير الدليل التشخيصي الرابع(DSM4) لرابطة جمعية الطب النفسي الأمريكية.أي أن بنود استعادة الخبرة الصادمة المقدره بـ (47) وبنود تجنب الخبرة الصادمة المقدره بـ (54)، وبنود الاستشارة المقدره بدرجة(61)والتي هي نفسها أعراض الاكتئاب.النتيجة النهائية للمقياس تثبت أن الحالة تعاني من اضطراب ما بعد الصدمة مرفقا باضطراب الاكتئاب بدرجة مرتفعة تقدر بـ 61 وبـ 40 بالنسبة لاضطراب ما بعد الصدمة أي فوق المتوسط لأن أعلى درجة المقياس هي 68 والدرجة المتوسطة تنحصر ما بين درجة 34 و 51 أي الدرجة المحصل عليها هي فوق المتوسط.

العلاج

اتبع الحالة ب .ع خلال استشفائه علاج دوائي يتمثل في مهدئات ومضادات للاكتئاب بالاشتراك مع علاج نفسي يتمثل في العلاج بالإسناد والدعم في بادئ الأمر ثم وضعنا له برنامج علاجي يتمثل في حصص من الاسترخاء على أساس ثلاث مرات أسبوعيا ، وتطبيق العلاج العقلاني الانفعالي ل ألبرت اليس الذي يعتمد على تصحيح أفكار الفرد من اللاعقلانية إلى أفكار عقلانية و منطقية، كما يعتمد على المرونة والواقعية نحو الذات والحياة،وان لكل مشكلة حل، كما يدفع هذا النوع من العلاج بالفرد إلى التحكم في الانفعالات والسلوكات مع التفاعل بينهما وبين التفكير، وتقبل النفس ومخاطرها وزيادة الاهتمام بها وتجنبيها بعض المسؤوليات والصعوبات بدلا من مواجهتها.

المآل

لا يزال الحالة ب.ع يتابع عند طبيب الأمراض العقلية أي مراقبة طبية شهريا ويتابع أيضا حصص علاجية عند المختص النفسي مرة في الأسبوع، كما انه حاليا في نقاهة طويلة الأمد.

تحليل ومناقشة الحالة الأولى

مر الحالة الأولى م.م بصدمة نفسية اثر انفجار قبلة، فقد صديقه الذي تقطع جسده إلى أشلاء . هذا الحدث المرعب أثر على نفسيته مخلفا اضطراب ما بعد الصدمة ،من توتر وقلق ،اضطراب في النوم ، فرح وكوابيس مزعجة، تكرار و تذكر للصور الصدمية، كما انه عايشه لمدة طويلة وهو يعاني من انتكاسات مما أدى إلى استشفائه نتيجة الاضطرابات السلوكية من شجار وعنف اتجاه أسرته والمحيطين به في العمل.

إذ تبين من خلال المقابلات وتشخيصنا له، انه يعاني من الأعراض التالية للصدمة مصحوبة بأعراض الاكتئاب وحين توفر هذا التشخيص، قمنا بتطبيق مقياس دافيدسون لكرب ما بعد الصدمة لتقييم كل من اضطراب ما بعد الصدمة وتقييم اضطراب الكتابة بهدف التحقق من الفرضية إذا كان هذا المقياس يوفي بالغرض المراد دراسته.

تبين من تطبيق المقياس النتائج التالية: أعراض من استعادة الخبرة الصادمة المتمثلة في البند 1-17 وأعراض التجنب للخبرة الصادمة والتي تتمثل في البند 5-6 واعرض من أعراض الاستثارة المتمثل في البند 13. كما أن الحالة يعاني من أعراض اضطراب الكتابة و التي أثبتتها بنود الاستثارة والتيقظ المفرط، إذ أن أعراض هذه الأخيرة هي نفسها أعراض الاكتئاب ولا يفرق بين أعراض الاضطرابات التالية للصدمة والاكتئاب إلا التشخيص الفارقي من خلال المقابلات العيادية. إذ تتمثل أعراض الكتابة عند الحالة م.م في صعوبة النوم ونوبات التوتر والغضب وصعوبة التركيز والشعور

بالانهيار والعجز وتوقع الاسوا والاستشارة لأتفه الأسباب وصعوبة التمتع بالحياة والنشاطات اليومية المعتادة و الانبساط و مرادة فكره أفكار انتحارية.

نستخلص مما سردناه و من نتائج المقياس أن الحالة م.م يعاني من اضطراب ما بعد الصدمة بدرجة متوسطة تقدر ب 37 من أصل 68 وباضطراب الكآبة بدرجة أيضا متوسطة وموازية.

تحليل ومناقشة الحالة الثانية

أصيب الحالة ب.ع بصدمة نفسية خلال مواجهته لعناصر إرهابية، حيث فقد زملائه و كانت ردة فعل هذا الوقع عليه قوية متمثلة في ظهور اضطرابات سيكوسوماتية متمثلة في مرض جلدي،ألا و هو الصدفية مما دفع بالتشخيص لحالته النفسية ، إذ تبين أن الحالة يعاني من أعراض اضطراب ما بعد الصدمة متمثلة في تكرار الحدث الصدمي و ذكريات مؤلمة من صور للموتى والجرحى على شكل استرجاع تذكري (فلاش باك) وكوايس مرعبة تتخلل نومه ، مصحوبة بأعراض اضطراب الكآبة ويتوفر هذا التشخيص ،قمنا بتطبيق مقياس دافيدسون لاضطراب كرب ما بعد الصدمة بهدف تقييم كل من اضطراب ما بعد الصدمة وتقييم اضطراب الكآبة بهدف التحقق من الفرضية و إذا كان هذا المقياس يوفي بغرض البحث.

تبين من تطبيق المقياس النتائج التالية: أعراض من استعادة الخبرة الصادمة المتمثلة في البنود 4- 17 وأعراض التجنب المتمثلة في البنود 5-6-9. وأعراض الاستشارة المتمثلة في البنود 12-13-14-16. كما أن الحالة يعاني من أعراض الكآبة والتي أثبتتها بنود الاستشارة والتي هي نفسها أعراض الكآبة والمتمثلة عند الحالة ب.ع في اضطراب النوم من نوم متقطع إلى صعوبته وغالبا استيقاظ مبكر، فقدان الشهية يتبعه انخفاض الوزن الملحوظ، تشتت الانتباه مع ضعف التركيز والشعور بالنقص والانهيار والتفكير السلبي والميل إلى الانعزال والانطواء وتوقع المخاطر وفقدان مذاق وطعم الحياة وعدم ممارسة النشاطات اليومية المعتادة ونقص الليبيدو والتفكير في الانتحار.

نستخلص مما ذكرناه ومن نتائج المقياس أن الحالة ب.ع يعاني من اضطراب ما بعد الصدمة بدرجة فوق المتوسط تقدر ب 40 من أصل 68 وباضطراب الكآبة بدرجة عالية مما تسبب له في ظهور اضطراب سيكوسوماتي متمثل في مرض الصدفية الجلدي سببه ارتفاع مستوى القلق والاكتئاب بالدرجة الأولى ، وذلك حسب دراسة فيتر كليمنوس

vitre clémence 2014

"علم النفس الجلدي المطبق على الصدفية والالتهابات الجلدية " أطروحة دكتوراه علوم تخصص صيدلة. خلصت الدراسة إلى وجود علاقة وتأثير مباشر بين الاضطرابات النفسية والأمراض الجلدية خاصة في حالة الصدفية أين تظهر مستويات مرتفعة من القلق والاكتئاب بالدرجة الأولى، و مدى تأثير الانفعالات والضغط على ظهور المرض.

مناقشة النتائج في ضوء الفرضية والدراسات السابقة

بناءً على ما سبق ومن خلال الدراسة العيادية للحالتين وتطبيق مقياس دافيدسون لكرب ما بعد الصدمة بعد توفر الشروط وهي : التعرض للصدمة و المعانات من الاضطرابات التالية أو ما بعد الصدمة بكل من أعراض استعادة الخبرة الصادمة وأعراض خبرة التجنب للصدمة وأعراض الاستثارة واضطراب الكتابة المصاحب لما بعد الصدمة.

من هذا المنطلق ،قمنا بتطبيق مقياس دافيدسون لكرب ما بعد الصدمة لتقييم كل من درجة اضطراب ما بعد الصدمة وتقييم الكتابة المصاحبة لها ،بهدف إثبات صحة الفرضية العامة والفرضيتين الجزئيتين.

ورغم الدراسات السابقة المعتمدة على المقاييس النفسية، والتي لم تتطرق إلى قياس الكتابة بمقياس دافيدسون لاضطراب كرب ما بعد الصدمة، بل هناك دراسات قامت بدراسة الاضطرابات التالية للصدمة على حدى والاكنتاب على حدى. أما دراسة كل من كينجن وآخرون **Goenjian, et, al 2002** بعنوان ضغوط ما بعد الصدمة وأعراض الاكنتاب لدى مجموعة من المراهقين في نيكارجوا بعد تعرضهم لإعصار ميتش.

هدفت الدراسة إلى معرفة آثار تعرض المراهقين في نيكارجوا لإعصار مدمر، ومعرفة العلاقة بين شدة التعرض للحدث ووجود موتى من الأقارب، وأعراض الاضطراب التالي للصدمة. وتمت الدراسة بعد ستة أشهر من الحدث. وتكونت عينة الدراسة من 158 مراهق بلغ متوسط أعمارهم 13 عام، وتم استخدام مقياس (PTSD child reaction index)، ومن نتائج الدراسة انه توجد أعراض حادة لاضطراب التالي للصدمة والاكنتاب عند أفراد العينة، وتوجد علاقة قوية بين مقدار التعرض للحدث الصادم وأعراض اضطراب ما بعد الصدمة .

أما دراسة روبرتس وآخرون **Roberts et al 2008** بعنوان العوامل المساعدة لاضطراب ما بعد الصدمة والاكنتاب لدى الأشخاص النازحين داخليا شمال أوغندا

هدفت الدراسة إلى قياس معدل PTSD والاكنتاب بين الأشخاص المشردين داخليا في شمال أوغندا، وعلاقة ذلك بالمتغيرات الديمغرافية وشدة التعرض للصدمة، وتكونت عينة الدراسة من (1210) من النازحين عام 2006 في مناطق غولور و امورو شمال أوغندا وتتجاوز أعمارهم 18 عام، واستخدم استبيان جامعة هارفارد (HTQ)

النسخة الأصلية للأحداث الصادمة، ومقياس PTSD. الذي يعتمد على DSM,IV في التشخيص، وقائمة هوبكنز The Hopkins symptom checklist 25 لفحص أعراض الاكنتاب. ومن نتائج الدراسة أن 54% من العينة لديهم PTSD و 67% لديهم اكنتاب و 60% من النساء لديهم PTSD و يمكن ضعفي معدل الإصابة ب PTSD مقارنة بالذكور.

نستنتج في الأخير استنادا إلى كل من المقابلات العيادية التي أثبتنا من خلالها تشخيص اضطراب ما بعد الصدمة مصحوبا باضطراب الكتابة وبهدف تطبيق مقياس دافيدسون لكرب ما بعد الصدمة وللإجابة على تساؤل الإشكالية عبر الفرضيات الموضوعية والتي أثبتت أن هذا المقياس ذو فعالية ويوفي بغرض الدراسة وذلك من خلال الأعراض الموجودة

ضمن أعراض استعادة الخبرة الصادمة وأعراض التجنب للخبرة الصدمة مع أعراض الاستثارة، وهذا بالنسبة إلى اضطراب ما بعد الصدمة. أما فيما يخص اضطراب الكتابة و الذي كان لابد من التحقق وإثبات الفرضيات بأن مقياس دافيدسون لكرب ما بعد الصدمة يمكن أن يقيم اضطراب الكتابة وذلك من خلال أعراض الاستثارة التي تتفق بنودها مع أعراض الاكتئاب إضافة إلى ثلاث بنود من الأعراض التجنبية للخبرة الصادمة.

إذا مقياس دافيدسون لكرب ما بعد الصدمة يمكنه أن يقيم اضطرابات ما بعد الصدمة وكذلك يمكنه أن يقيم اضطراب الكتابة.

الخاتمة

مرت أكثر من عشرين سنة على العشرية السوداء وما تزال آثار تلك الأحداث الصدمية مبصومة في عقول ونفوس أفراد جيشنا جالية في أعراض اضطراب ما بعد الصدمة، منهم من تعافى بشكل جزئي ومنهم من ساءت حالته بظهور أعراض اضطرابات أخرى مرافقة للأعراض السابقة كاضطراب القلق والرهاب أو الاكتئاب... الخ.

أبحاث كثيرة تطرقت إلى موضوع ما بعد الصدمة من ناحية التأثير والتأثر أو من جانب العلاقة بين الاضطرابات النفسية المختلفة أو من جانب الاختبارات والمقاييس أو طرق العلاج.

إذ نحن تطرقنا من خلال دراستنا هذه المعتمدة على معايير الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع للاضطرابات العقلية إلى تقييم احد الاضطرابات النفسية ، ألا وهو الاكتئاب عبر مقياس دافيدسون لاضطراب كرب ما بعد الصدمة لإثبات فعاليته في تقييم كلا الاضطرابين على حد سواء.

الهدف من هذه الدراسة أيضا بعد التقييم لدرجة الاضطرابات، هو تسهيل عمليات التكفل العلاجي بطرق علمية سليمة خصوصا بالنسبة لجرعات الأدوية المعطاة للمرضى من طرف أطباء الأمراض العقلية. وكذلك للتكفل بالعلاج النفسي وباختيار الأسلوب العلاجي الأنسب و الناجع لتخطي الأزمة النفسية ومساعدة

العسكري المصاب باضطراب ما بعد الصدمة للوصول إلى التكيف والتوازن النفسي و لإعادة بناء ذاته من جديد وبتناقص الأعراض وكذلك مدة بقائها وتغير في سلوكاته و تفكيره ،وكذلك تعزيز العلاقات والروابط ليتجاوز العسكري صدمته وينخرط في محيط يتقبله ويتضمنه ويساعده لإيجاد معنى جديد لحياته ويحقق له الانسجام بعدما كان يشعر انه دائما مضطرب.

التوصيات

-اهتمام المؤسسات ذات الصلة بالتأهيل والعلاج النفسي مع تقديم الدعم العلاجي بشقيه الطبي و النفسي من اجل المتابعة النفسية لجميع المصابين باضطرابات ما بعد الصدمة المزمن مع مساعدتهم للتكيف في مناصب عمل تتناسب مع أوضاعهم الصحية والنفسية.

-إنشاء مراكز ومجتمعات توعوية يمكن أن تساعد كثيرا في الحد من الآثار الناجمة عن الصدمة.

-ويهدف تدعيم ما توصلت إليه هذه الدراسة، نقترح إجراء عدد من الدراسات والأبحاث التي يمكن أن تثري موضوع هذه الدراسة في مجال الاختبارات و المقاييس بين مختلف الاضطرابات وبين الاضطرابات أل ما بعد الصدمة والاضطرابات المصاحبة لها، كالاكتئاب والقلق والرهاب... الخ. لدى هذه الشريحة من المجتمع المتصدية إلى جميع الاعتداءات العدوانية الخارجية والاعتداءات الإرهابية ضمن مهامها الدفاعية والقتالية. كما لا ننس إفادة باقي الأسلاك المشاركة في نفس المهام أو باختلافها من رجال سلك الشرطة وسلك الحماية المدنية الذين يتعرضون إلى صدمات نفسية خلال تأدية مهامهم.

كما أننا بحاجة إلى العديد من الدراسات في مجال الصحة النفسية التي تساعد في وضع السياسات في مجال خدمات الصحة النفسية المجتمعية، مما يدعم المكتبة المحلية والعربية يمثل هذه الأبحاث.

كما نقترح أيضا الاطلاع على الدراسات السابقة وعرض نتائجها لإجراء دراسات حول:

-أساليب الاختبارات والمقاييس لتقييم الاضطرابات بهدف التشخيص و التكفل العلاجي اللازم.

-وضع برامج علاجية مع اقتراح أساليب تكيفية للأوضاع الصدمية وما بعد الصدمية. وجلسات علاجية جماعية تضم مجموعة الأفراد ضحايا الإرهاب ممن تعرضوا إلى صدمات نفسية بهدف مشاطرة بعضهم البعض التجربة الصدمية للتخفيف والتخلص منها.

ضرورة وجود وحدات نفسية تقدم الدعم النفسي والإسعافات النفسية الأولية، ووضع خلايا للاستماع إلى ضحايا الصدمة، مما يتيح لهم فرصة التنفيس الانفعالي بالحديث عنها.

كما نقترح تنصيب مجالس علمية تتكفل بدراسة المقاييس والاختبارات والاستبيانات وكيفية تطبيقها وتصحيحها واثبات ثباتها ومصداقيتها للعمل بها في الميدان.

وفي الأخير نقترح تكوين أخصائيين نفسانيين في ميدان الصدمات والأزمات للتكفل بهذه الشرائح المجتمعية.

ملخص الدراسة باللغة العربية

من خلال مساري المهني في سلك الجيش الوطني الشعبي، لاحظت إن الفئة الأكثر تضررا على المستوى النفسي هي فئة العسكريين، ضحايا الإرهاب. فارتأينا القيام بدراسة الموضوع تحت عنوان: تقييم اضطراب الكآبة عند الصدمي العسكري عبر مقياس كرب ما بعد الصدمة لدافيدسون المترجم من طرف الدكتور عبد العزيز ثابت 2006.

الهدف من دراستنا هو التقييم باستخدام نفس الأداة للاضطرابين : -اضطراب ما بعد الصدمة واضطراب الكآبة، عبر مقياس دافيدسون لكرب ما بعد الصدمة.

قمنا بدراسة عيادية لحالتين(02) أدخل المستشفى بمصلحة الأمراض النفسية والعقلية عانتا من استمرار الأعراض التالية للصدمة مصحوبة بالأعراض الاكتئابية.

سمح لنا مقياس دافيدسون بالحصول على النتائج المرجوة، في تقييم كلا الاضطرابين ومن اجل تعديل علاجي جيد ورعاية طبية نفسية أفضل.

ملخص باللغة الفرنسية

Au cours de ma carrière dans l'Armée nationale populaire, j'ai remarqué que le groupe le plus touché sur le plan psychologique est les militaires, victimes du

terrorisme. Nous pensions étudier le sujet sous le titre : Évaluation des troubles dépressifs chez le militaire souffrant de troubles de stress post-traumatique par 1 échelles de Davidson traduit par Dr Abdelaziz Thabet 2006. Le but de notre étude est d'évaluer en utilisant le même outil pour La PTSD et la dépression, par l'intermédiaire de l'échelle de Davidson du PTSD. Nous avons étudié deux cas(02) hospitalisés au service de psychologie et psychiatrie qui souffraient de symptômes post-traumatiques persistants accompagnés de symptômes dépressifs. L'échelle Davidson nous a permis d'obtenir les résultats souhaités, en évaluant à la fois les troubles de la PTSD et les troubles dépressifs et pour une bonne prise en charge psychothérapeutique et de meilleurs soins psychiatrique.

المراجع العربية

1. إبراهيم ،علا عبد الباقي،(2009)،الاكتئاب، أعراضه وأسبابه وطرق علاجه،ط1، القاهرة ، عالم الكتب.
2. النابلسي محمد احمد(1991) , الصدمة النفسية, علم نفس الحروب والكوارث, دار النهضة العربية ,بيروت.
3. اس جي،هوفمان(2012) العلاج المعرفي السلوكي المعاصر ترجمة، مراد علي عيسى.ط1، القاهرة، دار النشر والتوزيع.
4. السيد،السيد نصر الدين،(2009)، زمن أَل ما بعد الصدمة القاهرة، دار نخضة مصر للطباعة والنشر والتوزيع.
5. الأميري ،الديوان(2001)،سلسلة تشخيص الاضطرابات النفسية: اضطراب الضغوط التالية للصدمة. الكويت , مكتبة الكويت الوطنية.
- بركات ،مطاع(2007) الإسعاف النفسي الأولي لضحايا الكوارث والصدمات ،دمشق ،سوريا
6. بركات ،مطاع(2007) الإسعاف النفسي الأولي لضحايا الكوارث والصدمات ،دمشق ،سوريا.
7. بوسنة عبد الوافي زهير،(2012)،تقنيات الفحص العيادي،مخبر التطبيقات النفسية والتربوية ،جامعة منتوري قسنطينة ،الجزائر.
8. جيرالد كوراي،(2011)،النظرية والتطبيق في الإرشاد والعلاج النفسي ترجمة سامح وديع الخفش.ط1، الأردن ،دار الفكر.
9. الحجار بشير، (2002)، الأمراض النفسية بين النظرية والتطبيق، الجامعة الإسلامية، غزة.
10. الحجاز محمد حمدي، (2004)علم النفس الإكلينيكي، ط1، بيروت، دار العلم للملايين..
11. حمود بن هزاع الشريف ،(2006)،الآثار النفسية للحوادث المرورية، مؤتمر التعليم والسلامة المرورية، السعودية.
12. روبرت ليهي،(2006)، دليل عملي تفصيلي لممارسة العلاج النفسي المعرفي في الاضطرابات النفسية، ترجمة جمعة سيد يوسف،محمد نجيب الصورة،(ط1)، القاهرة، ايتراك.
13. سامي محمد ملحم(2001) الإرشاد والعلاج النفسي،الأسس النظرية و التطبيقية،دار المسيرة للنشر والتوزيع ،عمان ،الاردن.

14. سموكر، ميرفين، ريشكة، كونراد وآخرون، نسخة الكترونية منقحة 2013، إعادة رسم الصورة وعلاج الإعادة. ترجمة سامر رضوان، الإمارات، دار الكتاب الجامعي.
15. سهير كامل احمد (1998)، دراسات في سيكولوجية المسنين، الشيخوخة والاكتئاب النفسي، مصر، مركز الإسكندرية للكتاب.
16. احمد كامل سهير (1999) الصحة النفسية والتوافق، ط2 الإسكندرية، مركز الإسكندرية للكتاب .
17. سي موسى عبد الرحمن. (2015) العنف الإرهابي ضد الطفولة والمراهقة. ط1. الجزائر: الديوان الوطني للمطبوعات الجامعية.
18. سي موسى عبد الرحمن، زقار رضوان، 2002 ، الصدمة والحداد عند الطفل والمراهق، ط1، الجزائر.
19. صالح، قاسم حسين (1988) الشخصية بين التنظير والقياس، بغداد: مطبعة التعليم. العراق
20. صالح قاسم حسين، (2002)، سيكولوجية الأزمات- اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية، مركز الدراسات النفسية والجسدية، طرابلس، لبنان.
21. صموئيل تامر بشرى، (2007) الاكتئاب والعلاج بالواقع، ط1، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصري
22. عباس فيصل، (1981) الشخصية في ضوء التحليل النفسي. ط1، بيروت، لبنان، دار السيرة.
23. عباس فيصل، (1997)، الشخصية دراسة حالات (المناهج-التقنيات-الاجراءات)، ط1 بيروت، لبنان، دار الفكر العربي.
24. عباس فيصل (2002) العيادة النفسية، مدارس التحليل النفسي، الممارسة النفسية، بيروت، دار المنهل اللبناني.
25. عدنان حب الله، (2006)، الصدمة النفسية: أشكالها العيادية وأبعادها الوجودية، (ط1)، الجزائر، لبنان دار الفارابي
26. علا عبد الباقي إبراهيم، (2009)، الاكتئاب، أنواعه-أعراض-أسبابه-طرق علاجه والوقاية، ط1 القاهرة، عالم الكتب.
27. عطوف محمد ياسين، (1981)، علم النفس الإكلينيكي، ط1، بيروت، لبنان، دار العلم للملايين.
28. فوزي غرايبة، نعيم دهمش، ربحي الحسن، (2002)، أساليب البحث العلمي في العلوم الاجتماعية والإنسانية، الأردن، دار وائل للنشر والتوزيع.
29. فيصل محمد خير الزراد، (2005)، العلاج النفسي السلوكي لحالات القلق والتوتر النفسي والوسواس القهري بطريقة الكف بالنقيض، ط1، لبنان، دار العلم للملايين.
30. كوام مكنزي، (2013)، الاكتئاب ترجمة زينب منعم، ط1، الرياض، توزيع دار المؤلف.
31. لازروس، د، (1981) الشخصية، ترجمة، سيد محمد غنيم، بيروت، دار الشروق.
32. مصطفى عشوي، خياطي (2012) الصدمات النفسية في الجزائر. ط1. الجزائر: دار الأمة
33. مصطفى كامل عبد الفتاح، (2012)، معجم علم النفس والتحليل النفسي، ط1، بيروت. لبنان، دار النهضة العربية للنشر والتوزيع.
34. محمد جاسم محمد، (2004)، مشكلات الصحة النفسية (أمراضها، علاجها) مكتبة دار الثقافة للنشر، ط1، عمان.
35. مدحت عبد الحميد أبو زيد (2001) الاكتئاب (دراسة سيكوباتولوجية) دار المعرفة الجامعية الإسكندرية.
36. محمود كاظم ولي اغا، (1981)، علم النفس الفيزيولوجي، منشورات دار الأفق الجديدة، بيروت، لبنان.
37. محمد حمدي الحجاز، (2004)، تشخيص الأمراض النفسية، (ط1)، دمشق، دار النفائس.
38. محمد السيد عبد الرحمن، (.....)، علم الأمراض النفسية والعقلية، الأسباب والأعراض والتشخيص والعلاج، القاهرة، دار قباء.
39. ملحم سامي محمد، (2006)، مناهج البحث في التربية وعلم النفس. ط4، الأردن، دار المسيرة.
40. محمود كاظم التميمي، (2015)، الاستشارة النفسية في الصحة النفسية، العراق، دار صفاء للطباعة والنشر والتوزيع.
41. ياسين عطوف محمود، (1988)، أسس الطب النفسي الحديث، بيروت، منشورات ميسون الثقافية.
42. يعقوب، غسان (1999)، سيكولوجية الحروب والكوارث ودور العلاج النفسي: اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة (ط1)، بيروت، لبنان، دار الفارابي.

43. يعقوب سعيد حافظ (1984)، الاكتئاب ، دراسة في الانقباض النفسي، دار الحداثة .

المجلات

1. ابراهيم عبد الستار، (2009)، الضغوط اللاحقة للصدمة النفسية والانفعالية (منهج سلوكي متعدد المحاور في فهمها وعلاجها). مجلة شبكة العلوم النفسية العربية، العدد 21-22.
2. إبراهيم حسن كواد طه، اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية والعنف لدى طلبة الإعدادية، مجلة البحوث التربوية والنفسية 2012، العدد 32.
3. ابو مصطفى، نظمي عودة، السميري، نجاح عواد، (2008) علاقة الأحداث الضاغطة بالسلوك العدواني، دراسة ميدانية على عينة من طلاب جامعة الأقصى، مجلة الجامعة الإسلامية، (سلسلة الدراسات الإنسانية) المجلد 16 العدد 1.
4. انجلش (23 أكتوبر 2009) للمقابلة كاهم الاستراتيجيات التي يستخدمها مستشار التوجيه لمعرفة مشكلة التلميذ، علوي نجاة.
5. الريالات، فليحان سليمان (2012) مدى فعالية برنامج إرشادي علاجي لتخفيف أعراض ما بعد الصدمة لدى عينة من الفتيات المعنفات. مجلة كلية التربية بينها، 2(92) أكتوبر، 141- 148.
6. رقية عزاق، حياة لموشي (2019) اضطراب ما بعد الصدمة لدى ضحايا حوادث المرور، الأكاديمية للدراسات الاجتماعية والإنسانية، ج\ قسم العلوم الاجتماعية العدد 21 جانفي 2019، 122-129.
7. القدمومي، عبد الناصر، الحللو، غسان، اضطراب الضغوط التالية للصدمة والتعايش معها لدى أباء وأمهات شهداء انتفاضة الأقصى في محافظات نابلس وطولكرم وقلقلة، مجلة رسالة الخليج العربي 2003، العدد 89.
8. شعبان، مرسيليا حسن، (2013)، الدعم النفسي ضرورة مجتمعية. إصدارات شبكة العلوم النفسية العربية.
9. أ.د غريب عبد الفتاح غريب، الاضطرابات الاكتئابية: التشخيص، عوامل الخطر، النظريات والمقاييس، المجلة المصرية للدراسات النفسية- المجلد 17 يوليو 2007 العدد 56.
10. غريب عبد الفتاح غريب، (1988)، دراسة مستعرضة للفروق بين الجنسين في الاكتئاب لدى عينة مصرية، مجلة الصحة النفسية ، المجلد 29 القاهرة مصر.
11. محمد نجيب الصبوة، مراجعة نظرية نقدية لآثار اضطرابات ما بعد الصدمة والعوامل المرتبطة بها على كفاءة بعض الوظائف النفسية لدى عينات عربية وعالمية من المصدومين: دراسة وبائية إكلينيكية، سبتمبر 2000م، 11، ع44، لبنان، دار النهضة العربية.
12. مقدادي، يوسف، أثر برنامج إرشادي جمعي معرفي سلوكي مستند إلى تعليم التحصين ضد التوتر في خفض مستوى أعراض اضطراب الضغوط التالية للصدمة لدى عينة من طلبة آل البيت. مجلة العلوم التربوية والنفسية، جامعة السلطان قابوس، 2013، مجلد 7 عدد 2.
13. الزادمة الزروق فرج بلعيد، اضطراب ما بعد الصدمة وعلاقته بالاكتئاب لدى طلاب الجامعة بليبيا، مجلة البحث العلمي في الآداب، العدد 19 سنة 2018 الجزء الأول.
14. زقار رضوان، (8-9\4\2008)، حالة الضغط ما بعد الصدمة لدى مراهق ضحية زلزال 2003 مساهمة التقنيات الاستقاطية. مداخلة ل: المؤتمر الوطني حول الضغوط النفسية لدى الفرد الجزائري (المصادر، الآثار واستراتيجيات لمقاومة والعلاج).

الرسائل

1. مراد، وحيدة محمد(2015) اضطراب ما بعد الصدمة وعلاقته بالدعم النفسي دراسة على عينة من الأطفال المهجرين في محافظة دمشق، رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة دمشق، سوريا
2. ناجي، بسمينة(2015) مساهمة تقنية EMDR في التخفيف من حدة الصدمات النفسية. رسالة ماجستير، قسم العلوم الاجتماعية، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة محمدخضير- بسكرة، الجزائر.
3. الكبيسي، ناطق فحل جزاع(1998): بناء مقياس لاضطراب ما بعد الضغوط الصدمية، كلية الآداب، الجامعة المستنصرية(رسالة ماجستير).
4. حجازي، هاني(2004) الخبرات الصادمة وعلاقتها ببعض أعراض الاضطراب وبعض سمات الشخصية لدى أطفال شهداء انتفاضة الأقصى (رسالة ماجستير، الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين).
5. حسنين، عايدة،(2004) الخبرات الصادمة والمساندة الأسرية وعلاقتها بالصحة النفسية للطفل. الجامعة الإسلامية، غزة،(رسالة ماجستير).
6. لعوامن حبيبة،(2011) علاقة قوة الأنا بأزمان التناذر الصدمي عند ضحايا حوادث الطرق، رسالة ماجستير، جامعة فرحات عباس، سطيف.
7. عمر وليد عمر شاهين،(2014)، فعالية برنامجي العلاج المعرفي السلوكي، علاج العقل والجسم في خفض حدة أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة والأعراض المصاحبة عند المراهقين في غزة.
8. حاج صابري، فاطمة الزهراء(د،ت)، دور المرشد في التكفل السيكولوجي لاضطرابات الكرب التالي للصدمة لدى الأطفال المصدومين. مداخلة ل(جامعة قاصدي مرياح ورقلة) الجزائري.
9. منظمة الصحة العالمية (1999) (WHO.) المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض، تصنيف الاضطرابات النفسية والسلوكية، الأوصاف السريرية (الإكلينيكية) والدلائل الإرشادية التشخيصية (ICD) ترجمة احمد عكاشة(دم) : منظمة الصحة العالمية.
10. الهيئة الوطنية للصحة والبحث الطبي،(2007)(FOREM)بمجموعة الباحثين، مصطفى عشوي -مصطفى خياطي- صابرينة قهار - نبيلة خلال- سهيلة زميرلين.
11. الاتحاد العالمي للصحة النفسية(2012) منشور الاكتاب: أزمة عالمية WAN 2012

المراجع الأجنبية

1. ABU LEILA, R THABET , A, A & VASTANIS, P, 2005 in press mental health reactions among emergency health staff in a war zone.
2. B.DORAYET,C.LOUZOU (1997),Le traumatisme dans le psychisme et la culture ,ERES.
3. BECKHAM, E, BECKHAM(2006), coping with trauma and post traumatic stress disorder. A personal guide to coping.chapter11.
4. BECK,A(1967)Dépression :cause and treatment ,Philadelphia,PRESS.
5. BENJAMIN,L,S(2005) Interpersnel theory of personality disorders/The structural analysis of social behaviour and interpersonal reconstructive therapy.In M.Lenzenweger&clarkin(eds)Major theories of personality ,2ind,ed New York.NYguilford.
6. BOMBAY, Amy, MATHESON, Kim, ANISMAN, Hymie. (2009).inter generational Trauma. Journal of aboriginal health n°3.

7. CROCQ L, Le **syndrome de répétition dans les névroses traumatiques**: ses variations cliniques, sa signification, Revue perspectives psychiatriques, (1992), n32, France, p59.
8. CROCQ, L(1996) Critique du concept d'état de stress post traumatique. In perspective psychiatrique, vol 35 n°5.
9. CROCQ, L(1999), Traumatisme psychique de guerre, Paris, ed, odile jacob.
10. CRUFAD(2010). Post traumatic stress disorder ? clinical research unit for anxiety disorders, ST, Vincent s hospital Sydney. www? crufad.org.
11. DSM IV, manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux ? 2^{ème} édition, Masson, PARIS, 2003.
12. FREUD S, **Au-delà du principe de plaisir**, (1920). in : Essais de psychanalyse, traduit, BOURGUINON, A, ALTOUNIANT et al, France, petit bibliothèque Payot, 2001, p55
13. FOA, E, SKEKETEE, G. & OLASOV, R, (1989) Behavioural-cognitive conceptualizations of post traumatic stress disorder. Behavior therapy.
14. GREEN, B, WILSON, J & LINDY (1995) conceptualizing post traumatic stress disorder: A psychological framework. in Charles R.
15. KRIPPNER, et al. Post Traumatic Stress Disorder. Green Wood USA, 201
16. LAPLANCHE J, PANTALIS J.B, **Vocabulaire de psychanalyse**, (5^{ème} édition), France, presse Universitaire de France, 2007, p499.
17. LEBIGOT F, La Clinique de la névrose traumatique dans son rapport à l'événement, Revue Stress & trauma, 2000, vol101, n01, France, p22.
18. LONG, J, T, ATTAL(2000) Primary care treatment of post traumatic stress disorder ? journal of American family physician 63 (3) 1 -9.

19. REUCHELIN MAURICEL (1969) Les méthodes de la psychologie P.V.E. Paris
20. SILLAMY N, **Dictionnaire de psychologie**, Paris, Larousse, (sd), 1980, P269.
21. VASTERLING. J, BREWING CR, **Neuropsychology of PTSD** : biological, cognitive and clinical, new York, Guilford Press, 2005, (december 2010), p03 [http 11 book .goggle, fr .book ,id](http://11book.goggle.fr/book/id)
22. VILA, G, PORCHE, L, M, L, MOREN, SIMEANI, MC(1999) L'enfant victime d'agression : Etat de stress post traumatique chez l'enfant et l'adolescent, Paris, Masson.
23. VITRE CLEMENCE(2014) Psycho dermatologie Appliquée en psoriasis et la dermatite atopique, Université de Poitiers, faculté de médecine et pharmacie.
24. WALTER L, Le terrorisme. 1^{ère} édition, 1979, Paris, puf.
25. WILLIAM & PROJULA, The PTSD work book: by read how you want (RHYW), USA, (2002).

REVUES

1. SARP, revue psychologique(2001) Evénement traumatique et santé mental-Résultat d'une recherche épidémiologique n°9 Alger.
2. SARP, revue psychologique(2003) Victimes de terrorisme et thérapeutes n°12 Alger.

معاجم

1. معجم أكسفورد الانجليزي 1995
2. ج. ب لابلونش ويونتاليس (1997)، معجم مصطلحات التحليل النفسي، ترجمة مصطفى حجازي، المؤسسة الجامعية للنشر والتوزيع ، ط3، بيروت، لبنان.
3. Larousse, le grand dictionnaire de psychologie, bardas, 1999.

الانترنت

1. جيمس غالاغير، محور الصحة بي بي سي 24 كانون الثاني 2015 الانترنت.
2. الجمهورية، اليوم .دوت.كوم. مروة رجب الشريف، (10 ابريل 2017) سمات الشخصية العسكرية <https://alghomhoria.alyoumcom>
3. محمد الحسيني، (29 ديسمبر 2016) التركيبة النفسية لبنية المؤسسة العسكرية، المعهد المصري للدراسات. تاريخ التصفح 2020-10-01. <https://eipps-eg.org>.

الملاحق

مقياس كرب ما بعد الصدمة لدافيد سون
ترجمة د. عبد العزيز ثابت 2006 حسب معايير الدليل التشخيصي الرابع لرابطة جمعية الطب النفسي الأمريكية
(DSM-IV)

الاسم.....العمر.....الجنس.....

التعليمية:
الأسئلة التالية تتعلق بالخبرة الصادمة التي تعرضت لها خلال الفترة الماضية. كل سؤال يصف التغيرات التي حدثت في صحتك ومشاعرك خلال الفترة السابقة، من فضلك اجب على كل الأسئلة. علما بان الإجابات تأخذ احد الاحتمالات: 0=أبدا - 1=نادرا - 2=أحيانا - 3=غالبا - 4=دائما.

4	3	2	1	0		
دائما	غالبا	أحيانا	نادرا	أبدا	الخبرة الصادمة	الرقم
					هل تتخيل صورة، وذكريات، وأفكار عن الخبرة الصادمة ؟	1
					هل تحلم أحلام مزعجة تتعلق بالخبرة الصادمة ؟	2
					هل تشعر بمشاعر فجائية أو خبرات بان ما حدث لك سيحدث مرة أخرى ؟	3
					هل تتضايق من الأشياء التي تذكرك بما تعرضت له من خبرة صادمة ؟	4
					هل تتجنب الأفكار أو المشاعر التي تذكرك بالحدث الصادم ؟	5
					هل تتجنب المواقف والأشياء التي تذكرك بالحدث الصادم ؟	6

				هل تعاني من فقدان الذاكرة للأحداث الصادمة التي تعرضت إليها (فقدان نفسي محدد) ؟	7
				هل لديك صعوبة في التمتع بحياتك والنشاطات اليومية التي تعودت عليها ؟	8
				هل تشعر بالعزلة وبأنك بعيد ولا تشعر بالحب اتجاه الآخرين أو الانبساط ؟	9
				هل فقدت الشعور بالحزن والحب (انك متبلد الإحساس) ؟	10
				هل تجد صعوبة في تخيل بقائك على قيد الحياة لفترة طويلة لتحقيق أهدافك في العمل والزواج وإنجاب الأطفال ؟	11
				هل لديك صعوبة في النوم أو البقاء نائماً ؟	12
				هل تتنابك نوبات من التوتر والغضب ؟	13
				هل تعاني من صعوبات في التركيز ؟	14
				هل تشعر بأنك على حافة الانهيار (واصله مع الآخر)، ومن السهل تشتيت انتباهك ؟	15
				هل تستثار لأتفه الأسباب وتشعر دائماً بأنك متحفز ومتوقع الأسوأ ؟	16
				هل الأشياء والأشخاص الذين يذكرونك بالخبرة الصادمة يجعلك تعاني من نوبة من ضيق في التنفس، والرعدة، والعرق الغزير وسرعة في ضربات القلب ؟	17

مقياس الاضطرابات النفسية الناتجة عن مواقف صادمة.