

ماهية الاضطرابات التالية للضغط الصدمي TSPT دراسة تحليلية نقدية

أ. زريوح آسية زينب - د. بن طاهر بشير
جامعة مستغانم - جامعة وهران 2

ملخص:

استهدفت هذه المقالة الكشف عن مستوى الأفكار السائدة التي تساعد على فهم ميكانيزمات تطور واستمرار اضطرابات الضغط التالي للصدمة. وقد خلصت الدراسة إلى أن النماذج المنتقاة فسرت الاضطراب وفق مبدئين اساسيين:

- 1- أن الاقتران بين المثير والاستجابة بعد الخبرة الصدمية، يصبح مصدر اشراط كلاسيكي للمثيرات الداخلية والخارجية.
- 2- أن اختلال البنية التصورية للواقع والذات بعد التعرض للصدمة يصبح مصدرا للاضطراب.

وفي ضوء هذا التفسير أمكن تطوير أساليب علاج سلوكية معرفية قائمة على مبدأ إعادة التعرض للخبرة الصادمة وتعديل البنية التصورية للذات والواقع. وهي اساليب علاج أقرتها الدراسات الامبريقية وبينت على أنها أكثر فعالية من أساليب العلاجات التحليلية أو اساليب الدعم الاجتماعي.

الكلمات المفتاحية: الضغط، اضطرابات الضغط التالية للصدمة، النماذج السلوكية المعرفية.

مقدمة:

يعود الاهتمام بموضوع اضطرابات الضغط التالفة للصدمة أو ما يعرف بلزمة الضغط التالي للصدمة حديثاً، فهو لم يعرف بشكل رسمي حتى سنة 1980، كما هو موثق في الطبعة الثالثة لدليل DMS III. وبالرغم من وجود محاولات بحث سابقة وبمفاهيم قريبة من هذا المفهوم كعصاب الصدمة، عصاب التعويضات وصدمة القذائف نسبة للصدمة التي كان يصاب بها المحاربون (فورباس وآخرون، 1994، Forbes et al)، إلا أنه و بفعل حادثته، فإن التباين لا زال مسيطراً على تصورات الباحثين التطويرية والاجرائية وبالتالي محدودية فهم الظاهرة ومحدودية التشخيص والعلاج. كما أنه يوجد مفهوم آخر وهو مفهوم الضغط Stress الذي أسس لمفهوم الضغط الصدمي حيث درس بشكل متواتر في ارتباطه بالصحة العامة والإضطرابات النفسية والسلوكية تقريبا على نفس شاكلة التصور والتناول الخاص بالضغط الصدمي، وبشيء من التداخل خاصة فيما يتعلق بالضغط الحاد والضغط المستمر، كما تضمنت تلك الاهتمامات بنفس التصور الخاص بتشكيل الإجهاد مع الأخذ بعين الاعتبار المتغيرات الوسيطة الفردية والنفس اجتماعية في فهم لزمة الضغط. وعليه جاءت هذه المقالة في شقين: الأول يناقش طرق التقييم المنهجي للدراسات الخاصة بموضوع الضغط، كما يناقش حدود المؤشرات المستخدمة في فهم ظاهرة الضغط وتدابير صعوبات التأسيس لتلك المؤشرات، أما الشق الثاني وفيه تم التعرض لماهية الضغط الصدمي ضمن تحليل للتصورات النظرية والاجرائية التي استهدفت الكشف عن خاصية هذه الظاهرة وتبيان طرق وتقنيات التعامل معها على مستوى التشخيص والعلاج وعلى مستوى تطوير البحث العلمي الخاص بها.

1. ماهية الضغط: Stress

إن المطلع على خبايا ظاهرة الضغط والصحة يجد أنه، وعبر الزمن، أعتبر الضغط بشكل متواتر كمنبه (سبب للمرض) وكاستجابة (رد فعل بيولوجي لمنبه من المحيط) وكذلك كإدراك لعدم توافق متطلبات موقف معين وقدرة العضوية على الاستجابة المناسبة. وبهذا المعنى يمكن القول أنه توجد تصورات مختلفة حول هذا المفهوم تطرح إشكالات في التصور والمعالجة، كالتصور القائم على التناول السببي الخطي، التصور القائم على الوسائط والتفاعل بين المتغيرات الأساسية للضغط والصحة بالإضافة إلى الطرح القاضي بمعالجة ظاهرة الضغط ضمن صيرورة الزمن مع الأخذ بعين الاعتبار الخصائص الموقفية الضاغطة. (بشير بن طاهر 2007، 2003)

عموما فالدراسات التقليدية حول الضغط ركزت على نماذج: الأسباب (المثير والاستجابة) كتصور سطايتيكي لا يسمح بالفهم الواضح للظاهرة وبالتالي حدث شبه اتفاق غير معلن بين الباحثين يقضي بضرورة تجاوزه بالرغم أن هذا التصور لا يزال يسيطر على اهتمامات بعض الباحثين في انجازهم لبعض البحوث الأكاديمية (بشير بن طاهر، 2007). ويظهر النموذج التفاعلي الذي يتضمن الفرد والمحيط في علاقة ديناميكية ومتفاعلة بشكل متكافئ، أخذ البحث العلمي منحى جديد سمح بإدخال متغيرات وسيطية ساعدت بشكل واضح في تطور الرؤية، وهو ما ينعت بالتصور التفاعلي الذي اسسه أصحاب النظرية المعرفية القاضي بان المعنى أو التفسير الذي يعطيه الفرد لحدث ما، هو الذي يحدد طبيعة الإستجاباته الانفعالية والسلوكية. ثم عزز لاحقا بفكرة مفادها أن خصائص منفصلة عن الفرد والمحيط تتلاقى لتعطي معاني جديدة فيما يخص صيرورة تقييم الوضعية أو الموقف.

إن مفهوم التقييم المعرفي للضغط يأخذ مرجعيته من الصيرورة المعرفية التي تتوسط الموقف المواجه والاستجابة، وبالتالي فالتقييم المعرفي للوضعية يعكس العلاقة الفردية والعلاقة المنغيرة التي تأخذ مكانها بين الفرد (مع بعض الخصائص المميزة: قيم، الولاء، الاندماج، أنماط الإدراك والتفكير) والمحيط. (بن طاهر بشير، 2007)

1. تقييم الوضعية الضاغطة:

حدد لازاروس، وفولكمان (1984) ثلاثة مخارج للتقييم المعرفي يمكن تلخيصها فيما يلي: التقييم الأولي: يطرح الفرد على نفسه الأسئلة التالية: هل أنا في خطر؟ وهل الوضع مهم بالنسبة لي الآن وفي المستقبل وفي أي حدود وبأي مستوى؟

في هذه الحالة يتعلق الأمر بحكم أولي عن الوضعية والتي تسمح بتحديد إمكانية تأثير الموقف المواجه على القيمة الذاتية والصحة ويأخذ هذا الموقف ثلاثة أشكال:

الشكل الأول: التعرض لحادث مادي أو معنوي والشعور المباشر بالأثر المترتب على ذلك كالمرض، الطلاق...

الشكل الثاني: الشعور بخطر من أمر ما لم يحدث بعد ولكن متوقع الحدوث. يمكن الاستنتاج بأن الشكل الأول والثاني يؤديان إلى تعبئة عامة بغرض اعتماد إستراتيجيات تكيف معينة.

الشكل الثالث: كما قد يأخذ شكل وضع تحدي أي إمكانية الكون في مستوى متطلبات المرحلة التي يتحكم فيها الموقف.

التقييم الثاني: (الثانوي) ويتعلق بصيرورة تقييم معقدة، والتي تأخذ في الحسبان كل الخيارات الممكنة على احتمال أن آلية إستراتيجية تكيف ما قد تؤدي إلى حسم الموقف، واحتمال الاستخدام الكلي لمجموعة معينة من الإستراتيجيات وتقييم النتائج المترتبة عن ذلك على حسب المتطلبات أو الصعوبات الداخلية أو الخارجية المرتبطة بالفرد والمحيط، وهي (طريقة تقييم الوضعية) أشبه بالطرق المستخدمة في حل المشكلات. يستخدم التقييم الثانوي للكشف عن فعالية بعض الاستراتيجيات المنتقاة والتقييم الأولي للرهانات التي تتخلل الاستراتيجيات من أجل تحديد درجة الضغط وقوة ونوعية الاستجابة الانفعالية.

إن إعادة التقييم: تخص تغيير في التقييم الأولي المرتكز على المعلومات الجديدة التي مصدرها المحيط أو الفرد نفسه. وفي بعض الحالات، تكون إعادة التقييم نتيجة دور الاستراتيجيات وفي هذه الحالة تأخذ اسم إعادة التقييم الدفاعي. وما يمكن التأكيد عليه في هذا المقام هو وجود صعوبة لتمييز عملية إعادة التقييم المرتكز على المعلومات الجديدة. (بشير بن طاهر، 2011)

تأثير العوامل الفردية على صيرورة التفاعل:

من أهم ما يمكن أن يؤثر على التقييم المعرفي للموقف نجد المعتقدات والالتزامات الشخصية. فالالتزام الشخصي يترجم ويحدد ما هو مهم بالنسبة للناس ويحدد الاختيارات التي يقومون بها. كما أن الالتزامات تتوقف على نوعية الحوافز. فالالتزامات تدفع الأفراد من ناحية لمواجهة أو تجنب المواقف التي تهددهم، ومن ناحية أخرى تعدل حساسيتهم للمؤثرات. كما أن رهانات الفرد تؤثر على قابليته للشعور بالضغط. فكلما زاد التزام الفرد، كلما كان الجهد المبذول أكبر كرد فعل عن زيادة في إدراك أهمية التهديد أو التحدي. كما أن أهمية الالتزام يمكن أن تستثير رغبة الفرد لتنمية أفعال وريود فعل محسنة لأدائه في مواجهة المواقف الضاغطة.

أما المعتقدات فهي تحدد كيف يقيم الأفراد ما يجري وما يحصل وما هو على أهبة الحصول، غير أنه عادة ما يكون تأثيرها ضمني. وبالمقابل فإنه من الصعب تحديد التأثير الدقيق للمعتقدات في تقييم الوضعية أو الموقف. ففي ما يخص الضبط الذاتي (داخلي . خارجي) والمعتقدات الوجودية لهما أهداف مختلفة. فالمعتقدات الوجودية تسمح للأفراد بإعطاء معنى للأحداث الجارية العادية والاحتفاظ بالأمل في الأحداث الصعبة. كما يمكن أن تكون غير ذات تأثير من الناحية الوجدانية والعاطفية، ولكن يمكن لها أن تستثير الانفعال عندما يتعلق الأمر بالتزام مهم في موقف ضاغط خاص. كما أن الضبط يعرف في إطار هذا التصور، فقد يدرك كتنظيم ذاتي لحكم الفرد فيما

يخص ضبطه الممكن للموقف. أي أن الإدراك يتم وفق المعتقدات وتوقعات الفرد المعني. إذن، عدة متغيرات (التقييم، الثقة بالنفس، الكفاءة الذاتية، نمط الشخصية، السن والحالة الاجتماعية والاقتصادية) لها دور لا يجب إغفاله في تفسير متغير الضغط. ومن هنا نستنتج أنه هناك مجموعة من العوامل الفردية تساهم بجزء من مستويات الضغط. كما أن قدرة الفرد على مراقبة وضبط الموقف تحدد تقدير تقييمه للموقف، فعدم قدرته على ضبط وإدارة الموقف تصبح جزء من الضغط في حد ذاته. (بشير بن طاهر، 2011)

تأثير عوامل الموقف على صيرورة التقييم:

يمكن للعوامل الفردية بصفتها كعوامل وسيطية (في تفاعلها مع الموقف) أو مستقلة، أن تساهم في تحديد مستوى التهديد أو التحدي المدرك. لهذا يجب أن نأخذ في الحسبان الطابع غير المتوقع للحدث، فالجانب المجدد للحدث يستثير الأدلة التقييمية القائمة على تجارب سابقة أو معلومات عامة. فالقدرة على التنبؤ درست لدى الحيوانات، والنتائج تشير إلى أفضلية المثيرات المتوقعة، وهو أمر لا يصلح تطبيقه على الإنسان. غير أن النتائج تشير إلى أن عدم التأكد والشك في طبيعة الموقف وما يترتب عنه يؤدي إلى شعور عال بالضغط، ويؤدي إلى توقف صيرورة التكيف الأولية وخط عقلي. مما سبق نستنتج أن جل الباحثين تأثروا بنظرية لزمة التكيف العام لهنس سييلي، وخاصة فيما يتعلق بموضوع الفترة الزمنية التي تسبق الاستجابة وأن هناك ثلاثة عوامل مؤقتة مهمة: قرب حدوث التنبؤ، فترة الموقف المواجه وعدم التحكم أو الشك، فكلما دنا وقرب حدوث الحدث، كلما كان التقييم عاجلا ومكثفا. كما يمكن أن نستنتج أن المواقف الضاغطة المزمنة لا تؤدي للإرهاك، فالتعود الانفعالي يعطي الفرد امكانية التكيف كما هو الحال بالنسبة للحيوان. كما أن تكرار الضغوط تؤدي إلى ظهور استراتيجيات تكيف مسبقة. غير أن هذا يطرح إشكال آخر يتعلق بأثر تراكم الأحداث وأثار إعادة التقييم المصاحبة والمستمرة للحدث المواجه؟. ففي هذا المقام نسجل وجود نتائج دراسات عربية تقرر أن تكرار الأحداث يؤدي إلى اضطراب الصحة (بن طاهر بشير، 2003، 2007). وقد يكون الإشكال متعلق بالمنهج المعتمد في معالجة الظاهرة كما كان حال العلاقة الخطية بين الضغط والصحة؟. كما أن الغموض هو خاصية أغلب المواقف المواجهة في الحياة الحقيقية. فكلما كان الموقف غامضا، كلما زاد تدخل العوامل الفردية في تحديد المعنى المعطى للموقف. فالغموض يمكن أن يزيد من شعور تهديد الموقف إذا كان الفرد من النوع الذي

يسهل شعوره بالتهديد. وأخيرا يمكن القول بأن ريثم الأحداث الضاغطة خلال دورة الحياة يمكن أن يكون له دور في تقييم الموقف.

1. دور الأحداث خارج الإطار «Off time»:

تعتبر الأحداث المنعوتة بأحداث خارج الإطار أكثر تهديدا لأنها غير متوقعة، وفي نفس الوقت تحرم الفرد من الحصول على الدعم من المحيط (العائلة، الزوج..) ومن مدى الشعور بالرضا في حالة ما إذا لم يحدث الموقف في الوقت المناسب، كما يحرم الفرد من إمكانية استخدام استراتيجيات التكيف المتوقعة مسبقا. كما يأخذ بعين الاعتبار ريثم بعض الأحداث في علاقتها بأحداث أخرى، فأن حدث معطى يمكن أن ينجلي ويمحى إذا ما وقع هذا الحدث بشكل مترامن مع أحداث أخرى، حيث يكون للفرد تفسير شخصي مختلف.

ثم حدث وأن عرفت هذه التصورات بشكل ضمنى صيرورة تتضمن التغيير الذي يحدث عبر الزمن، وبالتالي أصبحت هناك صعوبة في إمكانية التفرقة بين النتائج أو الأعراض الآتية والنتائج أو الأعراض ذات المدى البعيد على عملية التكيف، والتي تمت معالجتها في النماذج المنظرة لظاهرة الاضطرابات التالية للضغوط الصدمية TSPT كما سيتبين لاحقا في العنصر الخاص بالضغط الصدمي.

ماهية الضغط الصدمي SPT:

إن لزمة الضغط الصدمي SSPT أو اضطرابات الضغط التالي للصدمة TSPT تأخذ نفس المعنى تقريبا وإن كان الأمر يخص ضمنا نوع من التناول الكلي للضغط والاضطرابات بالنسبة للزمة الضغط الصدمي. ولكن يبدو ظاهريا أن المفهوم الثاني TSPT يتضمن الأعراض فقط، ولكن الدراسات التي تناولته بالبحث لم تتعرض للأعراض بشكل مستقل وإنما تعرضت للاضطرابات من خلال الأسباب وميكانيزمات التفاعل الفردية معها ومع الاضطرابات في حد ذاتها. والسؤال الذي يطرح نفسه هو: ما هو المقصور باضطرابات الضغط التالي للصدمة؟ وماهي طرق وتقنيات التعامل معها على مستوى الفحص والتشخيص والتقويم؟

حسب تصنيف الجمعية الأمريكية للطب العقلي وفي ضوء الدليل التشخيصي الاحصائي يمكن اعتبار الأعراض التالية كمؤشرات لاضطرابات الضغط التالية للصدمة:
أ. التعرض لحادث صادم أدى إلى الموت أو مشاهدة حادث مميت أو مهدد للكيان الذاتي أو للأشخاص الذين لهم معنى في حياتنا، على أن يصاحب ذلك خوف شديد وشعور بالعجز.

ب. تكرار معايشة الفرد لخبرة صدمية حقيقية أو خيالية من خلال الأحلام المزعجة والكوابيس، التصرف بشكل كما لو أن الحدث الصادم معاش بالفعل، مع وجود نوع من التيقظ العام أثناء التعرض لمثيرات شبيهة داخلية كانت أم خارجية مع الشعور بألم نفسي.

ج. سلوك التجنب باستمرار للمثيرات المرتبطة بالحدث الصادم تعلق الأمر بالأفكار أو المشاعر والأحاديث والأنشطة والأمكنة والناس وكل ما له علاقة بالحدث، ويصاحب ذلك شعور بالعزلة، عدم مشاركة الآخرين نشاطاتهم ومشاعرهم وفقدان الأمل في المستقبل.

د. استمرار سلوك فرط الاستنارة والتهيج مع شدة في الانتباه والتركيز على ما يمكن أن يؤدي إلى الصدمة والقيام بردود فعل مفاجئة.

هـ. استمرار اضطرابات في العنصر الثاني، الثالث والرابع لمدة أكثر من شهر.

و. المعاناة من الاضطرابات السابقة مع تجنب واضح للأنشطة الاجتماعية وتقلص واضح في مجال الاهتمامات، ويكون حادا إذا استمرت الأعراض أقل من ثلاثة أشهر ومزمنًا إذا استمرت الأعراض لمدة ثلاثة أشهر فأكثر.

النماذج التفسيرية للاضطرابات التالية للضغط الصدمي:

تعتبر الاضطرابات التالية للضغط الصدمي من الاضطرابات النادرة التي تتبين فيها الأسباب الحقيقية للاضطراب، فحسب الجمعية الأمريكية للطب العقلي (1994) والمنظمة العالمية للصحة (1994) فإن الخبرة الصدمية هي تجربة فريدة أكثر منها موقفية وبالتالي لا توجد سببية مطلقة تفسر العلاقة بين الحدث والاضطراب. وهذا اشكال يعيدنا إلى الطرح السطاتيكي الذي عانى منه التناول الاجرائي للضغط في بداياته كما هو مبين في بداية هذا المقال. وفي ضوء هذا الاطار نجد أنه من الضروري تطوير علاج فعال للحالات ضحايا العنف والأحداث الصادمة تقتضي فهم ميكانيزمات تشكل وتطور اضطرابات الضغط الصدمي. وللقيام بذلك تم تلخيص جملة من نتائج بعض الدراسات في شكل نماذج تفسيرية، تم تناولها من منظور تحليلي نقدي.

1. نموذج العاملين لـ: مورار (1960) Mowrer

يقوم هذا النموذج على تصور مفاده أن الاشرط الكلاسيكي (تعلم استجابات الخوف) والاشترط الاتابي (تعلم استجابات التجنب) هي التي تسمح بتفسير تطور واستمرارية اضطرابات الضغط الصدمي. فالمثيرات المحايدة والتي تكون موجودة في الوقت نفسه ضمن المثيرات الطبيعية (الحدث

الصادم) تكتسب نفس خصائص الألم للمثير الصادم، وبالتالي فإن وجود تلك المثيرات في المحيط المادي والنفس اجتماعي للفرد يسبب استجابة شرطية مماثلة لتلك الناجمة عن الحادث الصادم الأصلي. كما أن هذه المثيرات الشرطية قد تكون لها قدرة في إكساب مثيرات أخرى مشابهة أو متزامنة مع صفة الإثارة الشرطية، وبهذا الشكل فإن عدد كبير من المثيرات المحايدة يصبح لها نفس خصائص الحدث الأصلي، أي القدرة على استثارة مجموعة من الاضطرابات الانفعالية والفزيولوجية كالقلق والخوف. وبالموازاة مع هذا التعلم، فإن الفرد يتعلم من خلال اشرط إجرائي استخدام سلوك التجنب وهو ما ينعث بسلوك التعزيز السلبي.

إن هذا النموذج يمكن من فهم كيف يمكن لأحداث ومواقف سابقة أن تصبح صادمة ومتسببية في اضطرابات صحية، بالرغم من أنها لم تكن كذلك سابقا، كما يسمح بفهم سبب تطوير الحالة لاستجابات صدمية لمثيرات لم تقترن بالحدث الصادم. بالإضافة إلى ذلك فإن مبادئ الاشرط والاشراط المتعدي تفسر استمرار وخطورة الأعراض المرضية، لأنه وبشكل متزايد تستمر المثيرات في استثارة استجابات إكراه مشرطة. كما أن قدرة سلوك التجنب في الحد من استجابات القلق والخوف تلعب دور المعزز لهذا السلوك، وبالتالي فإن مفهوم التعزيز السلبي يسمح بتفسير تطور واستمرارية آليات المواجهة السلبية كسلوك التجنب، الانسحاب الاجتماعي، العدوانية والاستهلاك المفرط للكحول والمهدئات تتبين محدودية هذا النموذج في صعوبة تفسير تطور الاضطراب التالي للصدمة من منظور فريقي، حيث لم يتضمن أي وسيط بين الحدث الصادم والأعراض المرضية. كما يقر فوا وآخرون (Foa et al, 1989) أن ضعف هذا النموذج يكمن في عدم قدرته على تبيان الفرق بين أعراض الضغط الصدمي والخوف المرضي.

نموذج المعالجة الانفعالية للمعلومات لـ فوا وآخرون (1989): Foa et al

يعتقد أصحاب هذا النموذج أن أعراض الاضطرابات التالية للضغط الصدمي يمكن معالجتها من خلال بنية معقدة تتضمن ثلاثة أنظمة للاستجابات: معرفية عاطفية، سلوكية وفزيولوجية، تسمح بربط ذكريات الحادث بالاستجابات الفزيولوجية والسلوك. كما ان هذه البنية تتضمن عامل إضافي يتمثل في الترجمة التي تتوسط المثير والاستجابة، والتي تعطي معنى للخطر وتكون بمثابة المكون الأساسي لتطور اضطرابات الضغط الصدمي. كما أن تطور الاضطراب يتم وفق التصور القاضي بأهمية التجربة الشخصية إزاء الحدث الصادم والتي اتسمت بالصعوبة أو أنها كانت غير متوقعة. كما أن أصحاب هذا الطرح يعتقدون أن البنية المعرفية لأفراد يعانون من اضطرابات الضغط

الصدمة يختلفون عن الأفراد الذين يعانون من الخوف المرضي وذلك تبعاً لثلاثة خصائص: أن الاستجابات تكون جد حادة، وأن البنية تكون معقدة، منظمة ومطاطية، هذه الخصائص تبيّن بشكل ما، أن بنية الخوف يمكن إعادة إنتاجها بكل بساطة وسرعة لأن المثيرات المتعرض إليها داخلية كانت أم خارجية هي شبيهة بتلك التي هي مسجلة في البنية، فهي تنشيط كل معلومات البنية بشكل تفاعلي، هذا التنشيط أو الإثارة يؤدي إلى إعادة استحضار الحدث الصادم وجل الأعراض والاستجابات الفزيولوجية والسلوكية ذات العلاقة. يتميز هذا النموذج بإضافته معنى للحدث الصادم أو الخطر ضمن العلاقة مثير--- إستجابة، والذي سمح بتعميم إمكانية الإصابة بالخوف نتيجة التعرض لمواقف غير مرتبطة بالحدث الأصلي الصادم. وتتمثل محدودية هذا النموذج في عدم قدرته على تفسير سلوك فرط النشاط اللاإرادي المشتركة مع اضطرابات الضغط الصدمي.

النموذج البيوسيكوسوسيوولوجي لـ جونس وبارلاو (1990، 1992) Jones et

:Barlow

هذا النموذج يتضمن خمسة عوامل أساسية ذات طبيعة بيولوجية، معرفية وسلوكية تفسر تطور واستمرار اضطرابات الضغط التالي للصدمة.

العامل الأول: ويتمثل في القابلية البيولوجية والسيكولوجية، فالتاريخ المرضي للفرد أو عائلته تعلق الأمر بما هو بيولوجي أو بما هو نفسي (مركز الضبط الداخلي والخارجي) وحضور اضطرابات انفعالية سابقة للتجربة الصدمية أو تجارب وخبرات صدمية سابقة هي بمثابة مؤشرات مبدئية للقابلية للإصابة بالاضطراب التالي للصدمة.

العامل الثاني: ويتعلق بطبيعة الصدمة من حيث شدتها وآثارها ومدى القدرة على توقعها والتحكم فيها واحتمالية ما تشكله من تهديد لحياة الفرد. هذه الخصائص تستثير ظهور حالة إنذار حقيقية باستجابات خوف شديدة وتظهر عندما يواجه الفرد خطراً حقيقياً. وبالتالي فهي تؤثر بشكل ذا دلالة على تشكل وتطور الاضطراب التالي للضغط الصدمي كما يتبين ذلك من خلال العامل الثالث.

العامل الثالث: ويتشكل من الدور الذي يلعبه الإنذار المتعلم، فهذا الأخير يكون بمثابة استجابة مشرطة لمثير داخلي أو خارجي مرتبط بالإنذار الحقيقي ولكنه يظهر في غياب الخطر الحقيقي ويتمظهر من خلال نوبات رعب واعراض مرضية أخرى. ولكن في ذات السياق يرى اصحاب هذا النموذج أن وجود إنذارات متعلمة غير كاف لظهور اضطرابات الضغط الصدمي، وهم في ذلك يشترطون وجود قلق غير محدد لظهور هذه الإنذارات. وبما أن الفرد يكيف سلوكيات تجنب اتجاه

عوامل ذات علاقة بالإنذار الحقيقي الأول مع تنمية الحذر بشكل مفرط وحالة من سلوك فرط النشاط اللاإرادي اتجاه مختلف المؤشرات الداخلية والخارجية، فهذا الحذر المبالغ فيه، يستثير بدوره إنذارات متعلمة من خلال صور وأفكار مقحمة من خلال ميكانيزمات استرجاع إيجابية. وتلعب العوامل الفردية الخاصة بإدارة الضغط ونوعية الدعم الاجتماعي المحصل عليه الدور الوسيط في تطور الاضطراب التالي للصدمة.

ما يمكن قوله حيال هذا النموذج أنه تبنى طرحا وظف فيه مفهوم الاستعداد والعوامل الوسيطة والتي سهلت عملية تفسير التطور الفارقي لاضطرابات الضغط التالي للصدمة، إلا أن الاستعداد للإصابة ومفهوم القابلية البيو نفسية لا زال محل جدل بين الباحثين بالرغم من أنها كانت موضوع لكثير من الدراسات الامبريقية. (Fontana et Rosenbeck, 1993) وأخيرا فإن مفهوم القلق غير المحدد هو مفهوم مستنبط من ماهية نوبات الرعب وهو في ذلك يشكل إضافة مفاهيمية تساعد على فهم ظاهرة اضطرابات الضغط التالي للصدمة، كما أن هذا النموذج يسمح بتغيير أعراض سلوك فرط النشاط اللاإرادي والتي غفلها نموذج مورر (Mowrer 1960) ولم يستطيع تقييم تفسير واضح لها.

نموذج الفعل المعرفي لـ شمبوتوب وآخرون (Chemtob et al 1988)

هذا النموذج مستوحى من نتائج الدراسات النفسية المعرفية الأساسية الحديثة، وهو يقوم على تصور مفاده أن المخ مركب معقد من عقد عصبية بسيطة تقوم بمعالجة المعلومات: الأفكار، الصور، الأفعال، الانفعالات والسلوكيات والتي تكون مترابطة وذات معنى في شبكة معلومات عصبية بشكل ترانتي. هذه العقد العصبية المعلوماتية تتفاعل مع بعضها البعض على حسب احتمالات الإثارة والتنشيط. وأن تنشيط عقدة عصبية ما، يتم في ظل المراقبة عن طريق المثيرات التي يستقبلها الفرد من المحيط وعن طريق التنشيط أو التنشيط المحصل عليه من قبل عقدة عصبية من مستوى عال. وفق هذا التصور، فالفرد الذي اختبر موقف صادم يكون في حالة ادراك يقض ونشط بشكل مستمر حيال الشعور بتهديد خطر ما ولو كان بسيطا. هذا التنشيط يفترض أنه مراقب بفعل مثبط مصدره عقدة عصبية غير ملائمة، الشيء الذي ينجر عنه إعادة تنشيط خاصية الشعور بتهديد خطر ما. إن إعادة التنشيط هذه تقوم تبعا لذلك بتنشيط توقع الخطر وكل عقد المعلومات المرتبطة به، وهذا ما يؤدي إلى إثارة حالة من الاضطراب وردود فعل سلوكية ونفسية في حالة تأهب على مستوى التفكير والصور الذهنية. فحالة التيقظ العام التي تعزز من فكرة وجود خطر يهدد الذات

يكون في حد ذاته مؤشر لبداية مرحلة من مراحل الاضطراب التالي للصدمة. إن الأفراد الذين يعانون من اضطراب ما بعد الصدمة يصلون إلى مستويات عالية وبشكل غير عادي من التنشيط، وفي ذات الحين نجد أن المعلومات التي تمثل عندهم بدائل في تفسير الخطر تكون أقل فعالية لتنشيط هذا الإدراك. ومن جملة الخصائص السلوكية التي تميز الأفراد الذين يعانون من اضطراب ما بعد الصدمة عن غيرهم مايلي: 1. لديهم حالة تفعيل قاعدية للخطر المهدد، الشيء الذي يجعلهم مهيبين للبحث وتفسير مدلولات الخطر. 2. لديهم استعداد لتفعيل دورة ردود الفعل الايجابية 3. يصلون إلى مستويات تفعيل التهديد المتوقع من الموقف الخطر بشكل أكثر حدة. وبهذا الشكل حلقة رد الفعل الايجابية تسمح بتفسير حالة التيقظ العام المفرط وسلوك فرط النشاط اللارادي.

نموذج المفاهيم الأساسية المرتبطة لـ جانوف بولمان (1985) Janoff Bulman

يعتقد أصحاب هذا النموذج أن الحدث الصادم يعمل بشكل خاص على زعزعة مفهوم الواقع لدى الحالة، وذلك من خلال افساد ماهية ثلاثة مفاهيم أساسية وهي:

1- **العلاقته بالعالم:** علاقة الفرد بالعالم تتوقف على اعتقاده في مناعته الشخصية، فالشخص الذي لم يسبق له وأن اختبر أحداث صادمة فإنه يبالغ في تقدير توقعاته حيث يعتقد أنه شخص ذا مناعة وأن مستقبل معاشه كله وروء، وفي ذات الوقت يقلل من توقعاته السلبية حيال حياته المستقبلية. هذا التصور عادة ما يترجم لدى هذا الفرد باعتقاد غير واع مفاده أن "هذا لا يحصل لي أنا".

2- **إدراك للعالم:** يتصور أن العالم بطبيعته منطقي، مفهوم، عادل ويمكن التحكم فيه. فالشخص الذي لم يسبق له أن اختبر حادثا صادما، يفترض ويسلم بإمكانية وجود رابط بين الحدث والسلوك وبالتالي يتكون لديه نوع من الشعور بالسيطرة وفهم الواقع، لأنه يعتقد أن كل فرد لا يحصل إلا على ما يستحقه، وأن تصرفه بشكل مناسب يجعله في غنى عن كل سوء. كما أن الاحداث السلبية ينظر إليها كنوع من العقاب والأحداث السارة كنوع من المكافآت.

3- **مفهوم الذات:** حيث يكون مفهوم الذات مضخم، وفيه يعتقد الفرد أنه شخص ذا قيمة، محترم، كفؤ وأنه شخص لا يستحق أن يكون موضوعا لحادث غير سار.

إن التعرض لحادث صادم يعمل على زعزعة هذه المفاهيم ويصبح للصدمة معنى مريع لدى الحالة أكثر مما هو عليه في الواقع. فالشعور بالمناعة الشخصية يفسح الطريق أمام شعور مكثف من

الإحباط والخوف من إعادة معايشة الحدث الصادم، بالإضافة إلى ذلك يخلت مفهومه للعالم العادل والمنطقي، حيث أن الحادث الصادم أهم ما يميزه الألم والأذى، وبهذا الشكل فالتجربة الصادمة تؤدي إلى تغير هام في الصورة الذاتية للفرد، ومن جملة مظاهر التغير نذكر شعوره بعدم الكفاءة وبالتشوش والتعبية وإصدار أحكام قاسية بحق نفسه من حيث أنه عاجز وضعيف ومذنب فيما حدث له. إن تجربة الأذى تقوض بشدة معنى الاتساق الداخلي للصحية، حيث تجد نفسها مضطرة إلى إعادة النظر في تصوراتها السابقة للعالم. إن اختلال العالم في إطاره المعرفي والانفعالي يتسبب في ظهور الأعراض التالية للضغط الصدمي.

إن نموذج جانوف - بولمان هو الوحيد الذي يركز على التصورات وقيم ما قبل الصدمة وأثر هذه الصدمة على زعزعة هذه التصورات، والتي تؤدي بدورها إلى اختلال في توقعات الفرد وعدم ثقته في قدراته في المواجهة وبالتالي تصبح لديه قابلية للإصابة وظهور اضطرابات الضغط التالي للصدمة. هناك عدة دراسات امبيريقية دعمت وأكدت التصورات التفسيرية لهذا النموذج نذكر منها دراسة بورفوف (1983) Porfoff وابستين (1990) Epstein حيث أن التصورات الغير متطابقة مع طبيعة المعاش الحقيقي عادة ما تكون سببا من وراء حدوث اضطرابات أكثر مرضية. غير أنه يمكن القول أن هذا النموذج هو الآخر محدود في قدرته على تفسير سلوك فرط النشاط اللاإرادي وسلوك التجنب لدى أفراد يعانون من اضطرابات الضغط ما بعد الصدمة.

بالنظر إلى الأفكار الواردة في النماذج السابقة يمكن القول أنها تتفق عموما على أن الاقتران بين المثير والانفعالات المشعور بها بعد التجربة الصدمية هي بمثابة العامل الأساسي من وراء اضطراب الضغط التالي للصدمة. ماورر، (1960)، فوا وآخرون(1989)، شامبوتوب وآخرون (1988)، جونس وآخرون (1990). ونجد أن جانوف وبولمان (1985) هو الوحيد الذي يعتبر أن اثر الصدمة على التصورات والقيم الذاتية للفرد هو العامل المتسبب في الأعراض التالية للضغط الصدمي. كما تظهر هذه النماذج العوامل التي تفسر التطور الفارقي للاضطرابات التالية للصدمة: خصائص الحدث الصادم، الخصائص الفردية ومستوى القابلية للإصابة، مستوى التقيد بالمعتقدات الشخصية، خصائص بنية الخوف ومدى ايجابية ريدود الفعل. بالكشف عن هذه الميكانيزمات الكامنة من وراء تطور اضطرابات ما بعد الصدمة، تكون هذه النماذج قد سمحت بتطوير التدخلات العلاجية المعرفية والسلوكية. إن العلاج يستهدف تقليل الاستثارة والحساسية الممنهجة اتجاه المثير المتسبب في حالة القلق وذلك وفق تقنيات التعرض المباشر للصدمة او التعرض لمواقف تجريبية اصطناعية شابرو (1989) Shapiro.

كما يؤكد فاو وآخرون (1989) على ضرورة العلاج عن طريق تعريض الحالة لمواقف صدمية تجريبية وذلك من أجل تعطيل بنية الخوف والتحسين الاكلينيكي للأعراض وذلك من خلال: 1. تزويد الحالة بمعلومات ذات الصلة بالصدمة تسمح بتفعيل بنية الخوف. 2. تزويد الحالة بمعلومات معرفية وانفعالية متعارضة مع تلك المسجلة في البنية. وبتغيير البنية المعرفية يتغير الإدراك وبالتالي التعامل. وبالموازاة مع ذلك يخضع الفرد المصدوم لتقنيات الاسترخاء التي تساعد على التقليل من شدة الاستجابات المشرطة. أما فيما يخص إدارة الضغط فإنها تسمح بإعادة إخضاع تداعيات الضغط التالي للصدمة لحوار داخلي موجه، وتغيير الأفكار المرتبطة أوتوماتيكيا بالخطر الشيء الذي يؤدي إلى التقليل من شدة الانفعالات. كم أن العلاجات المعرفية تعزز عمليتي الاستيعاب والتلائم لمعنى التجربة الصدمية وذلك لإعادة إنتاج تصور ذا معنى للواقع، يسمح للحالة بالشعور بالأمن والسكينة، كما تعمل على إعادة بناء مفهوم الذات وما يتعلق بها من معتقدات كالذونية والحجل والشعور بالذنب بسبب الصدمة. وفقا للدراسات الامبريقية فالعلاجات المعرفية السلوكية للاضطراب التالي للضغط الصدمي والعلاجات القائمة على إعادة معايشة الخبرة الصدمية بشكل مباشر هي الأساليب التي كانت فعالة بشكل دال في التقليل من أعظم أعراض اضطرابات الضغط التالية للصدمة. كيان وآخرون (1989) Keane et al (1989) فوا ويخرون (1991) Foa et all، بودوينس وهيار (1990) Boudewins et Hyer. ويبدو أن هذه الأساليب أكثر فعالية من طرق العلاج الأخرى كتلك القائمة على الدعم الاجتماعي أو العلاج التحليلي. كوترو (1992) Cottraux. يمكن القول أن التصورات المعرفية السلوكية ساعدت بشكل مهم في فهم الكيفية التي ينشأ بها ويتطور الاضطراب التالي للصدمة، ولكن هذا لا يمنع من الإشارة إلى وجود نماذج أخرى ذات تأثير في فهم هذه الظاهرة ولكن ذات توجهات تصورية أخرى كالنماذج البيولوجية والتحليلية والنوروفيزيولوجية وغيرها. إن التحليلي هذا يعطي فكرة عن مستوى الأفكار السائدة التي تسمح بفهم الميكانيزمات المسؤولة عن تشكل وتطور اضطرابات الضغط الصدمي. كما قد تسمح المساهمات المستقبلية في اقتراح نموذج تصوري أكثر تكاملا وأكثر صلاحية.

المراجع:

1. بن طاهر بشير (2003): الضغط النفسي وتجليات قصور البحث التربوي. منشورات مخبر العمليات التربوية والسياق الاجتماعي. جامعة وهران. ص ص: 129-139

2. بن طاهر بشير (2007) ماهية استراتيجيات التكيف مع الضغط في الدراسات النفسية المعاصرة. مجلة التنمية البشرية. مجلة علمية محكمة تهتم بالدراسات التربوية والنفسية والاجتماعية. العدد: 01

3. بن طاهر بشير (2011) إشكالية مفهوم الضغط بين التصورات النظرية والمعالجات الإجرائية لمدخله قدمت في إطار فعاليات الملتقى الدولي الموسوم ب: الأزمة في العلوم محدداتها وتحدياتها الايستمولوجية. منظم من طرف: مخبر الفلسفة وتاريخها بجامعة وهران. يومي: 20 و 21 نوفمبر 2011.

4. Boudewyns, P.A., Hyer, L., 1990, Physiological response to combat memories and preliminary treatment outcome in Vietnam veteran PTSD patients treated with direct therapeutic exposure, Behavior Therapy, 21, 1,63-87.
5. Cottraux, J., 1995, Les thérapies comportementales et cognitives, Paris, Masson.
6. Chemtob, C, Roitblat, H. C, Hamada, R. S., Carlson, J. G., Twentyman, C. T., 1988, A cognitive action theory of posttraumatic stress disorder, Journal of Anxiety Disorders, 2, 253-275.
7. Epstein, S., 1990, Beliefs and symptoms in maladaptive resolutions of the traumatic neurosis, in Ozer, D., Healy, J. M., Stewart, A. J., eds., Perspectives on Personality, Vol.3 , Londres, Jessica Kingsley Publishers.
8. Foa, E. B., Kozak, M. J., 1986, Emotional processing of fear: Exposure to corrective information, Psychological Bulletin, 99, 20-35.
9. Foa, E. B., Rothbaum, B. O., Riggs, D. S., Murdock, T. B., 1991, Treatment of posttraumatic stress disorder in rape victims: A comparison between cognitive-behavioral procedures and counseling, Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59, n0 5, 715-723.
10. Foa, E. B., Steketee, G., Rothbaum, B. O., 1989, Behavioral-cognitive conceptualizations of posttraumatic stress disorder, Behavior Therapy, 20,155-176.
11. Fontana, A., Rosenbeck, R., 1993, A causal model of the etiology of warrelated PTSD, Journal of Traumatic Stress, 6, 475-500.

12. Janoff-Bulman, R., 1985, The aftermath of victimization: Rebuilding shattered assumptions, in C. R. Figley, éd., Trauma and its Wake, Vol1: The Study and Treatment of Post-Traumatic Stress Disorder, Brunner/Mazel, New York, 5-14.
13. Jones, J. C, Barlow, D. H., 1990, The etiology of posttraumatic stress disorder, *Clinical Psychology Review*, 10, 299-328.
14. Jones, J. C, Barlow, D. H., 1992, A new model of posttraumatic stress disorder: Implications for the future, in Saigh, P. A., éd., Posttraumatic Stress Disorder, Macmillan, New York, 147-165.
15. Keane, T. M., Fairbank, J. A., Caddell, J. M., Zimmering, R. T., 1989, Implosive (flooding) therapy reduces symptoms of PTSD in Vietnam combat veterans, *Behavior Therapy*, 20, 245-260.
16. Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1995;52:1048-60.
- 17- Perloff, L. S., 1983, Perceptions of vulnerability to victimisation, *Journal of Social Issues*, 39, 2, 41-61.
18. Breslau N, Davis GC, Andreski P, Petersen E. Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Arch Gen Psychiatry* 1991;48:216-22
19. Mowrer, O. H., 1960, *Learning Theory and Behavior*, Wiley, New York.
20. O.M.S, Organisation Mondiale de la Santé, 1994, *Le CIM-IO: Classification internationale des maladies, dixième révision*, Masson, Paris.
21. Shapiro, E, 1989, Eye movement desensitization: Anew treatment for posttraumatic stress disorder, *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 20, 211-217.