

اضطراب الضغط لما بعد الصدمة: الأساس النظري، التشخيص والتقييم

أ/ صبرينة قهار

مقدمة:

عادة لا يصعب على العياديّ تشخيص الاضطرابات التالية للأحداث الصدمية خاصة إذا اعتمد الأسئلة اللازمة والوسائل المكثّفة في الاستكشاف عن الأعراض، وسواء كان الحدث قديماً أو حديثاً، فعلى المختصّ النفسانيّ أن يقوم بتحديد انتشار الأعراض وشدّتها قبل التدخّل العلاجي، والرجوع إلى التصنيفات المرضية بكلّ أمانة في تشخيص الاضطراب تفادياً المزج والخلط ما بين مختلف معايير التصنيفات التي سنعرّض لها في هذا المقال بشيء من التفصيل. والباحثة تشير هنا إلى أنّها تعتمد تصنيف الـ (DSMIV) - الدليل التشخيصي لتصنيف الأمراض العقلية) في تحديدها لمعايير اضطراب الضغط ما بعد الصدمة (PTSD) بحكم أنّ أغلب الدراسات السابقة التي تركز عليها الدراسة ترجع إليه.

1- مفهوم اضطراب الضغط لما بعد الصدمة:

إنّ تسمية " اضطراب الضّغط لما بعد الصدمة " لم تكن موجودة في قاموس الطب النفسي قبل عام 1980، حيث كان العلماء يستعملون عبارات كصدمة القصف أو المعارك أو الحروب. وفي عام 1980 أدخلت جمعية الطبّ النفسيّ الأمريكيّة اضطراب الضغط لما بعد الصدمة للدلالة على اضطرابٍ نفسيّ خاصٍ يتلو حدوث الصدمة الناجمة عن التعرّض المباشر لحادثٍ يهدّد حياة الفرد (APA)؛ لتعود سبع سنوات فيما بعد لتلحق بعض التعديلات على التناذر يتناول التعديل الأوّل الاهتمام والتركيز على حالة التجنّب التي يعيشها المصاب، والتي تعتبر مؤشراً أساسياً للدلالة على الاضطراب، حيث يقوم المتأثر بالاضطراب بتجنب الأشياء والأفكار

و الوضعيات والمشاعر المرتبطة بالحدث. أما التعديل الثاني فيتناول شكل هذا الاضطراب عند الأطفال، والذي يبدو في تظاهرات استعادة الحدث المؤلم عن طريق اللعب المتكرر المتعلق بالصدمة وانخفاض الرغبة في بعض الأنشطة والمهارات بما في ذلك الكلام.

(غسان يعقوب، 1999، ص:37).

يتحدد تعريف هذا الاضطراب في الدليل التشخيصي والإحصائي لتصنيف الأمراض النفسية (1994، 1987، 1980)، التابع للرابطة الأمريكية للطب النفسي على أساس أنه جدول عيادي يندرج ضمن فئات اضطرابات القلق، حيث يعقب تعرض الفرد لحدث نفسي، أو جسدي غير عاد يطرأ بعد التعرض استجابة ضاغطة له مباشرة، وفي أحيان أخرى ليس قبل ثلاثة أشهر أو أكثر، بعد التعرض لتلك الضغوط. وهو التعديل الذي جاء في التصنيف الرابع (1994) والذي يميّز اضطراب الضغط لما بعد الصدمة (PTSD) عن تناذر الضغط الحادّ (ASD) (APA, 1994) واستنادا على هذا التطور في تحديد المفهوم، برز التغيير الأخير في الدليل (DSM 5) عام 1913 حيث أصبح اضطراب الضغط لما بعد الصدمة مصنفاً في فصل خاص بالاضطرابات المرتبطة بالصدمة و الضغوط Trauma and Stress-Related Disorders وبالتالي لا يرتبط كما كان في ما مضى بفئة اضطرابات القلق، كما ألحق به تعديلاً آخر خاص بإلغاء التمييز ما بين الشكل المزمن و الحاد للاضطراب. (in: APA, 2013 ; Josse, 2013).

بهذا يحدث هذا الاضطراب عندما يتعرض الفرد بصفة مباشرة أو غير مباشرة لحدث يتخطى "حدود التجربة الإنسانية المألوفة" (غسان يعقوب، 1999، ص:39)، لتظهر بعد مدّة زمنية محدّدة عدّة تناذرات نفسية و جسمية (التجنب، إعادة المعيشة، فرط التيقظ العصبي الإعاشي)، وهذا ما سنتعرض له لاحقا.

2- تشخيص الاستجابة العيادية التالية للصدمة مباشرة (بعد الحدث مباشرة إلى يوم واحد):

عندما يتعرّض الفرد لحدث صدمي مفاجئ يهدد حياته وكيانه الجسدي والعقلي، تظهر فوراً استجابة إنذار لمواجهة الاعتداء تلك التي كانت تسمى سابقاً: (الاستجابة الانفعالية)، ولتستى - بعد بروز التيار الأنجلو- ساكسوني - باستجابة (الضغط) "réaction de stress"، ويحدّدها

التصنيف العالمي للأمراض العقلية (CIM-10) في مراجعته العاشرة لعام 1992، بالاستجابة الحادة إلى عامل الضغط *réaction aigue à un facteur de stress* (المصنفة F43.0). كما يقترح Crocq (كروك) (2007) تسمية الاستجابة الفورية "réaction immédiate"، والتي يمكن أن تدوم - حسبه - من ساعة إلى يوم كامل بعد التعرض، وغالبا ما تكون مصاحبة باستجابات فيزيولوجية معيقة لكنها متكيفة حيث لا تحمل الطابع المرضي إلا في بعض الحالات.

1-2 الاستجابة الفورية المتكيفة:

وتعتبر استجابة إنذار وتجنيد، حيث تبدو على المستوى السيكولوجي في المجالات الأربعة التالية:

1-1-2- المجال المعرفي: يحدث ارتفاع لمستوى اليقظة وتركيز الانتباه واضطراب قدرات التقييم والعقلنة. فيتحول الإدراك من الخامل المستقبل (*mode réceptif passif*) إلى الناشط الباحث الانتقائي للمؤشرات الهامة (*mode actif de prospection*) فتسيطر على ذهنه وانتباهه وضعية خطر، فتتأثر قدراته في الحكم والتقييم والتذكر بالنشاط المفرط السريع الذي يستجيب للحالة الاستعجالية. (Crocq,2007: 17)

2-1-2- المجال الانفعالي: يحدث اضطراب انفعالي نسبيا يحافظ على تلك الحالة من الإنذار النرجسي المهدد، يؤدي إلى الإحساس بالخوف، والكفاح، وفقدان الكرامة، والغضب.

3-1-2- المجال الإرادي *Volitionnelle*: يصاحب الاستجابة الفورية رغبة كبيرة في المرور إلى الفعل، لأنه يشعر بضغط داخلي غير مريح لا يزول إلا في فترات المرور إلى الفعل.

4-1-2- المجال السلوكي: يظهر الضحية جملة من الاتجاهات والحركات الدفاعية أو الكفاحية أو الانسحابية، أو استجابة فرار هدفها تقليص التهديد أو إزالته.

تستهلك الاستجابة الفورية طاقة كبيرة على المستوى الجسدي (تنهك غلوسيدات العضوية) وعلى المستوى النفسي حيث تفقر قدرات الانتباه والتذكر والتحكم الانفعالي والمراقبة الحركية للفرد. (Crocq,2007:18).

2-2 الاستجابة الغير متكيفة والضغط المتجاوز:

يمكن للفرد أن يستجيب بحالة من الضغط المتجاوز، كونه هشاً على المستوى النفسي أو غير متأهب أو متأثر بعوامل أخرى، كالإتهاك أو التهميش، وهي الأخرى تظهر في أشكال أربعة.

1-2-2 الذهول أو الانهيار Sidération:

يبدو الفرد على المستوى المعرفي غير قادر على الإدراك وعلى تحديد ما يشعر به والتعبير عنه فيصبح لا يعرف من هو، ولا المكان المتواجد فيه، كما يعاني من حالة كبيرة من الكفّ والإجفال وكأنه في عالم آخر. ويمكن أن تدوم هذه الحالة دقيقة أو عدة ساعات.

2-2-2 الإثارة Agitation: تعتبر هذه الاستجابة معاكسة لسابقتها، حيث يحرر الفرد توتره وقلقه على شكل تفرغ حركي (décharge motrice) همجي وغير منظم، يقوم بحركات كثيرة، يصرخ، يركض في كل الاتجاهات. ويمكن لهذه الحالة من التهيج أن تدوم بضعة ساعات.

2-2-3 الفرار على شكل هلع (Fuite panique): يهرب الفرد من الوضعية بصفة اندفاعية غير عقلانية، صاداً للعراقيل، دون أن يعلم أين يتوجه. لا يحافظ بعدها إلا على ذكرى مهمة لفراره، ويحدث أن يتوجه في بعض الحالات مباشرة نحو الخطر، كما يمكن أن تصبح هذه الاستجابة الاندفاعية "معدية" حيث تُحْدِثُ - بفعل التقليد - هلعاً جماعياً.

2-2-4 السلوك الآلي (Comportement automate): يبدو هذا السلوك الآلي جدّ طبيعي عند الأغلبية، فالفرد لا ينتابه الهلع أو الخوف، لكن يمكن ملاحظة الحركات المتقطعة والمتكررة عديمة الفائدة عنده، و غير المكيفة للوضعية يبقى صامتا دون أية تعابير على الوجه، لا يعي بالواقع الدرامي للحدث. ويمكن لهذه الحالة أن تدوم هي الأخرى بضع دقائق إلى ساعات (Crocq,2007:22).

ويضيف كروك بعض الاستجابات الفورية المرضية تكون من سجل العصابات، كاستجابات القلق، والهستريا أو المخاوف؛ أو حتى من الذهانات كالاستجابات الهديانية، والهوسية أو

الميلانخولية أو الفصامية. و تبرز هذه التنازلات المرضية على حسب الشخصية الكامنة السابقة لمعايشة الصدمة.

والملاحظ أنّ Crocq (كروك) - في تحديده للاستجابات الفورية المرضية- قد ألتزم بالتصنيف القديم للاضطرابات المرضية وتجنب كلّ ما يتعلق بالاتجاه الأنجلو ساكسوني الذي يأخذ بعين الاعتبار الضغط .

3- الاستجابات العيادية للفترة ما بعد فورية .

تمتد هذه الفترة من اليوم التالي إلى الثلاثين الموالية للحدث ، فهي تستدعي مراقبة نفسية خاصة ومدعمة. وفي الواقع يحدث احتمالان : إما اختفاء أعراض الفترة الفورية (العصبية الاعاشية والغرابة على الواقع Déréalisation)، أو استمرار هذه الأعراض ؛ بينما يكون الفرد مهووسا بذكرى الحدث، فيبدأ في التألم من أعراض جديدة، نفسية صدمية، مثل إعادة المعايشة، اضطرابات النوم وقلق المخاوف، والتي تنبئ بقدوم مرضية سيكوصدمية دائمة. من جهة أخرى، كما يحدث أن يبدي بعض الضحايا الذين لم يشعروا بأية آلام مباشرة بعد الحدث وهم في حالة هوس، إشارات وعلامات اضطراب نفس-صدمي.

هكذا ، لا تكون هذه الفترة خاصة بمراقبة التطور العيادي فقط، بل هي أيضا مرحلة التدخل النفسي المؤجل لأهداف وقائية أو علاجية: التدخل الاستعجالي (Débriefing) أو التدخل النفسي العلاجي ما بعد الفترة الفورية

(IPPI) (Intervention psychothérapique en post immédiat). (Crocq,2007 :27) وبقيت هذه الفترة في التصنيفات المرضية غير محددة لمدة طويلة، لأنها كانت تعتبر مرحلة الكمون للعصاب الصدمي. وسمحت الملاحظة العيادية التمييز ما بين هذه الفترة والمراحل الأخرى(Crocq,1999; Prieto,2006)

هكذا قام التصنيف العالمي للأمراض العقلية، (CIM- 10) (1992) بدمجها بصفة ضمنية في حالات الضغط ما بعد الصدمة المؤقتة أو الدائمة ، لكن التصنيف الأمريكي DSMIV وفي طبعته لعام 1994 ، حددها بـ " حالة الضغط الحاد " (Etat de stress aigu) ووضع معايير عيادية خاصة وزمنية تدوم من يومين إلى 4 أسابيع، وهذا ما سنتعرض له في الفقرة الموالية.

4- تشخيص حالة الضغط الحاد وفق DSM IV :

يتضمن هذا التشخيص ثمانية (08) أصناف من المعايير (من A إلى H) متشابهة مع اضطراب الضغط ما بعد الصدمة، لكنها تختلف في المدة (2 إلى 4 أسابيع بعد التعرض)، و ظهور أعراض انشطارية (Dissociatif) .

(Jehel & Guay,2010:4).

✓ إنّ المعايير (A) هي نفسها مع تلك المحددة في حالة اضطراب الضغط ما بعد الصدمة (الذي سنتعرض له بشيء من التفصيل لاحقاً)، حيث :

➤ (1A) تقرّر بوجود تعرّض الفرد إلى حدث صادم ضمنيا Potentiellement traumatisant

➤ (2A) يكون قد عاشه الفرد بشعور الخوف وعدم القدرة والفرع.

✓ تعود معايير B إلى ديمومة الأعراض "الانشطارية" dissociatif مثل تظاهر التخدير torpeur ، انطباع مهمم، بغرابة الواقع و تبدد الشخصية dépersonnalisation ونسيان أحد مظاهر الحدث.(انظر إلى الجدول رقم 2).

✓ تشير المعايير C تظاهرات إعادة المعيشة، مثل الصور images والصور الخادعة illusions، الأفكار الدخيلة pensées intrusifs، والأحلام المتكررة répétition rêves de ، وحالات "فصامية" يعيشها، وكان الحدث سيقع ثانية.

✓ تخص المعايير D تجنب المنبهات المثيرة للذكريات.

✓ تخص المعايير C ديمومة أعراض القلق أو تظاهرات التنشيط العصبي الإعاشي مثل صعوبة النوم، والتهيج irritabilité، وإفراط اليقظة hyper vigilance، والإجفال sursaut والخ.

✓ تذكر المعايير F ضيقا عياديا دالاً أو تأثير الوظيفة الاجتماعية.

✓ تفرض المعايير G ظهور الاضطراب في الأربعة أسابيع التالية للحدث وفي مدة أدناها يومين وأقصاها 4 أسابيع.

✓ تلغي المعايير G الحالات النفسية الناجمة عن المواد السامة، أو عن اضطراب عضوي عام أو عن اضطراب ذهاني أو تفاقم اضطراب عقلي كانت تعاني منه سابقا. (DSMIV، 1994).
جدول رقم 2: يوضح معيار B حالة الضغط الحاد (DSMIV، 1994).

أثناء الحدث أو بعده، يظهر الفرد (3) أعراض فصامية على الأقل من هذه:
1- إحساس بالتخدير الذاتي، والانفصال أو غياب الاستجابة الانفعالية.
2- انخفاض الوعي بمحيطه.
3- لديه انطباع بالغرابة عن الواقع.
4- لديه انطباع بتبدد الشخصية (impression de dépersonnalisation).
5- نسيان فصامي (Amnésie dissociative) (أي عدم القدرة على تذكر أحد المظاهر الهامة للصدمة).

نلاحظ أنّ هذا التشخيص لحالة الضغط الحاد يتوافق - في الواقع - مع ما يعتبر بمرحلة الكمون الخاصة بالعصابات. (Crocq,2007: 34)

5-التصنيفات والتشخيصات المتشابهة: العصاب الصدمي وحالة اضطراب الضغط ما بعد الصدمة والتناذر النفسوصدمي المؤجل والدائم .

قام Oppenheim (اوبنهايم) - المختص في الطب العقلي العصبي- عام 1888 بتحديد "العصاب الصدمي" (névrose traumatique) بخصوص حوادث السكك الحديدية كتناذر لتصنيف الأمراض والذي ظل استخدامه طيلة القرن العشرين للإشارة إلى الاضطرابات السيكوصدمية المزمنة القائمة بعد الصدمات الانفعالية التي يختبرها الفرد أثناء الحوادث والاعتداءات والكوارث والمعارك.

وفي الثمينات قامت الجمعية الأمريكية بإعادة النظر في هذا التشخيص الذي رفضته لتقترح تشخيص حالة اضطراب الضغط ما بعد الصدمة وسنوات بعد ذلك قام التصنيف العالمي للاضطرابات العقلية (CIM-10) عام 1992 بتبني تشخيص "حالة الضغط ما بعد الصدمة.

وسنوات بعدها قام التصنيف العالمي للاضطرابات العقلية (CIM-10) عام 1992 بتبني تشخيص "حالة الضغط لما بعد الصدمة"، لكن بإقرارها التشخيص الجديد الخاص بتغير الدائم للشخصية بعد الكارثة.

من جهته يقترح Crocq (كروك) (2007) بكل أمانة للواقع العيادي وخبرته الطويلة مع المصدومين التناذر النفسوصدمي المزمّن (Syndrome psycho traumatique chronique) (المؤجل والدائم) والذي يشمل جل التشخيصات المشار إليها سابقا (انظر الجدول رقم 3).

6-الجدول العيادي للتناذر النفسوصدمي المزمّن

: (Syndrome psycho traumatique chronique)

حتى تتأكد الإصابة بالتناذر النفسوصدمي، يجب أن يكون الفرد قد تعرض إلى حدث يحتمل أن يكون صدميا، كما يكون قد عاشه على الطبع الصدمي من خلال الفزع والرعب والشعور بعدم القدرة وغياب النجدة. هذا يعني من جهة أخرى، بأنّ نفس الحدث يمكن أن تعيشه ضحية كشاهدة عيان أو كمشاركة في الوضعية بالصدمي، ولا يكون كذلك عند شخص آخر. يظهر الجدول العيادي للتناذر النفسوصدمي عند الأفراد الذين تعرضوا إلى حدث صادم من خلال 3 أقسام، اعادات المعاشة المؤلدة للقلق الخاصة بالحدث (pathognomonique)، تآثر الشخصية (l'altération de la personnalité) والأعراض الثانوية أو الغير الخاصة بالاضطراب (Non spécifique).

1-6 إعادات المعاشة المؤلدة للقلق:

والتي تبرز في 7 تظاهرت عيادية:

1-1-6 إعادة المعاشة الهالوسية (Reviviscence hallucinatoire):

يبرز عند الفرد هالوس غالبا ما تكون بصرية، تعيد إنتاج مسرح الحدث الصدمي بكل دقة وبتفاصيله، على شكل مشهد دينامي، يصابها أحيانا هالوس أخرى قد تكون سمعية (نفس الأصوات) أو شمّية (كرائحة الدخان أو الدم)، أو حسية (حرارة الحريق أو الإحساس بتوغل السلاح في جسده) و كذلك ذوقيه (الغبار مثلا).

2-1-6 إعادة المعيشة الوهمية:

يتوهم الشخص مشهد أو عنصر من الحدث الصدمي ويصبح يراوده باستمرار، كأن يقول بأن أحد المارة في الشارع هو الذي اعتدى عليه من خلال توهمه لشكله.

3-1-6 الذكريات المفروضة (Souvenirs forcés): تطغى على ذهنه فكرة من الحدث، لكن دون أن تصاحبها هنا صورة محددة أو صوت معين.

4-2-6 الاجترارية الذهنية ((Rumination mentale : المتعلقة بالحدث وأسبابه وعواقبه اذ يتساءل باستمرار : لماذا هذا الفعل معي؟، مع رثاءات متكررة (لا يوجد أي شخص يفهمني ويساعدني).

5-2-6 يعيش وكأن الحدث سيتكرر، فيتبرئ له بأنه يخضع دائما لظروف الحدث ويشعر من خلال ذلك بنفس الضيق النفسي.

6-2-6 يتصرف وكأن الحدث سيتكرر مرة أخرى، مثلا استجابات الاجفالس sursaut، ومنعكس الانطواء على الجسد recroquevilles، أو الفرار السريع وإعادة المشاهد المتكررة.

7-2-6 الكوابيس المتكررة: يعيئها بصفة استحواذية، تثير نفس الرعب والذعر والحركات الدفاعية.

3-6 تغير الشخصية : (Altération de la personnalité)

برز هذا التغير في الشخصية تحت وطأة الصدمة النفسية عند كبار المختصين العيادين حيث يشير كل من Abraham (أبراهام) Ferenczi وفيرنزي (1918) عن إصابة نرجسية ونكوص ليبيدية، في حين يتطرق Charpentier (شربنشي) (1917) إلى الرجوع إلى مستويات السلوكية والفكرية التابعة لمرحلة الطفولة (Puérilisme mentale). كما تعرض Simmel (سيمل) (1918) عن "تغير الروح" (Changement d'esprit) ليؤكد أهمية هذا التأثير وأشار Crocq (كروك) (1974) إلى ذلك في تحديده للشخصية الصدمية العصابية (Personnalité traumato-névrotique) إلى Fenichel (فيينكال) (1945) الذي يعود له

الفضل في وصفه التحليلي لتغيّر الشخصية والذي يظهر من خلال العرقلة الثلاثية لوظائف الأنا (Triple blocage des fonctions du moi) :

- يفقد المصدوم القدرة على تصفية المعلومات التي يتلقاها من المحيط، حيث تبدو له كلها خطيرة، ليبقى يراقب محيطه بكل اشتباه.
 - يفقد إرادته في كونه حاضر في العالم، حيث يترك نشاطاته الترفيهية وعمله، ويبدو له العالم بعيد، غير واقعي ودون أهمية، ما يفسّر فقدان المبادرة وانعدام الحافز والكف والانطواء الاجتماعي.
 - يفقد قدرته في العلاقة الموضوعية (Relation objectale) مع الآخر، فهو يكرس كل حبه في إصلاح أناه المجروح، ويصبح غير مستعد لتقديم الحب للآخرين الذين يهاجمهم باستمرار بطلبه للحماية والعطف.
- إنّ هذه الشخصية الصدمية (Personnalité traumatique) هي أعمق بعد في التناذر النفس صدمي. (Crocq,2007:41).

3-6 الأعراض الغير خاصة بالتناذر (symptômes non spécifiques):

يمكن ملاحظة هذه الأعراض في اضطرابات عقلية أخرى، لهذا سميت بالغير خاصة (Non spécifique) و يعتبرها الدليل التشخيصي لتصنيف الاضطرابات العقلية (DSM) "بالأعراض المصاحبة لها" (Symptômes associés) والتي لا يتضمنها تشخيص اضطراب الضغط ما بعد الصدمة .

وتتمثل هذه الأعراض في:

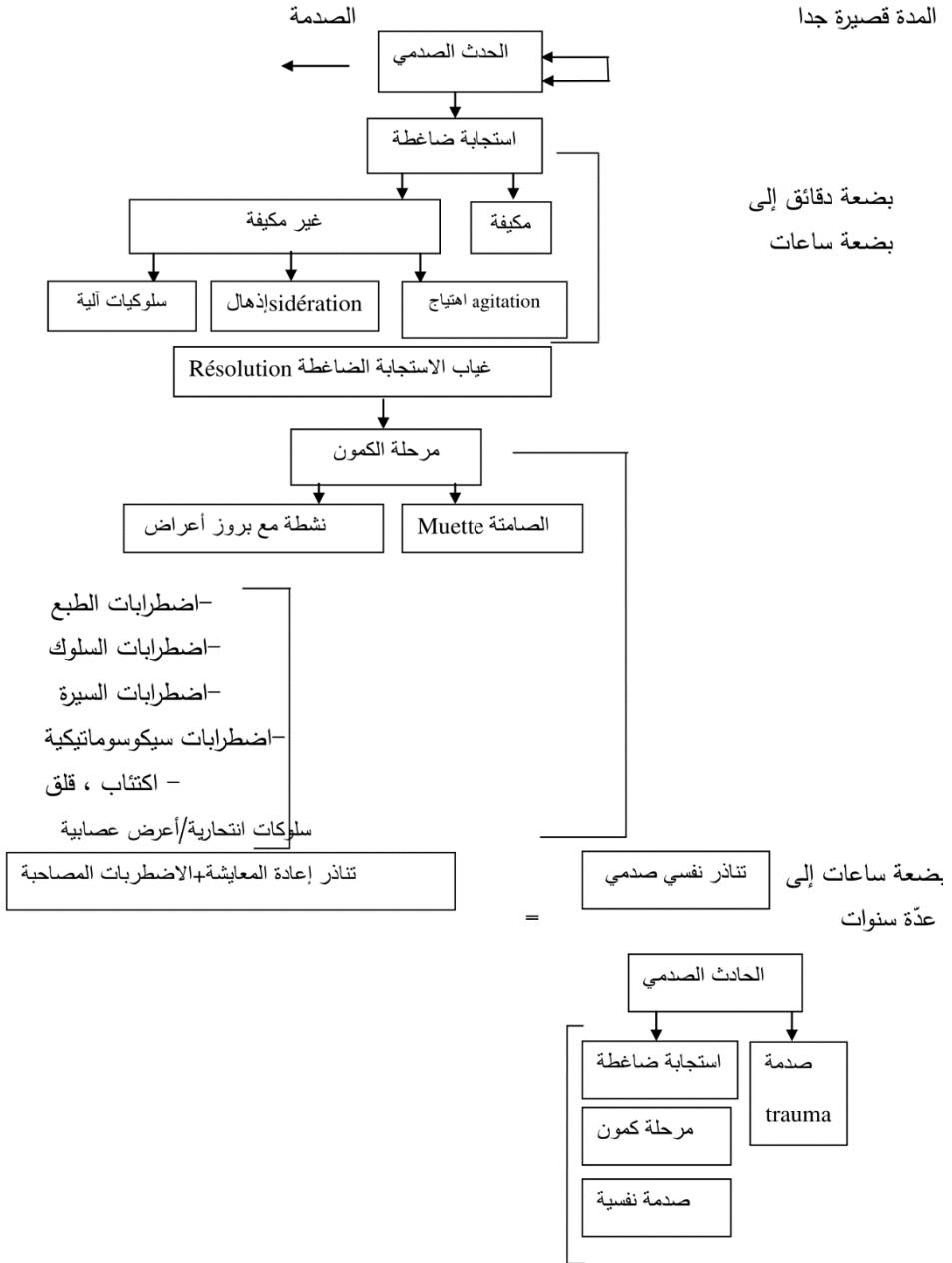
- ✓ التعب النفسي والجسدي والجنسي، صعوبة التركيز والانتباه، تباطؤ فكري .
- ✓ أزمات القلق والحصر والتوتر، نفسية (ينتظرون الأسوأ دائماً) وجسدية.
- ✓ تظاهرات عيادية نفسية عصابية مستلثة من العصابات التحولية: تحولات هستيرية، فوبيا، طقوس قهرية، تمثل "التعقيدات" complication عند فينيكال "Fenichel" و "بنيات فوقية" super structures بالنسبة ل(كروك) (1974).

- ✓ شكاوي عضوية (صداع، آلام الظهر، اضطرابات الهضم، الخ)، واضطرابات نفسية جسدية تتميز بإصابة عضوية: (ربو، ارتفاع الضغط، حساسية الجلد، أكزيما البرص، داء السكري، تساقط الشعر). (Crocq,2007: 42)
- ✓ اضطرابات السيرة والطبع : فقدان الشهية أو السمنة، استهلاك الكحول أو المخدرات، محاولات انتحارية أو شجارات ومشادات أو أفعال إجرامية. وأكدت دراسة Boman (بومان) (1990) السلوكيات العدوانية الوحشية عن بعض الجنود القدامى (تناذر رومبو "syndrome Rambo") المتمثلة في الاعتداءات المسلحة ضد البنوك، العيش بصفة وحشية في الغابات الكلفورنية والإعتداء على المتجولين بالأسلحة النارية. (Boman, 1990).

التناذر النفسي الصدمي الفعلي، يمكن أن يظهر في أوقات مختلفة بعد الحدث الصدمي حسب تطور الاضطرابات النفسية ما بعد الصدمة، تحدّد Souki (سوكي) (2003) ثلاثة (3) مراحل: استجابة ضاغطة، مرحلة الكمون وتناذر الصدمة النفسية، حسب عامل الزمن ونظام التدخل.

- ✓ -المرحلة الفورية: 0-24 ساعة أي قبل أول فترة النوم وبعد الحادث.
- ✓ -المرحلة ما بعد الفورية: post immédiate: من 24 ساعة إلى 8 أيام بعد الحادث .
- ✓ -المرحلة المتأخرة: Différée: بعد أسبوع من الحادث.

مخطط رقم 1: شجرة اتخاذ القرار الخاصة بتشخيص الضغط ما بعد الصدمة (DSMIVR)



صيرينة قهار

جدول رقم 03: أوجه الاختلاف والتشابه ما بين التناذر النفسوسمدي ، حالة الضغط ما بعد الصدمة وتغير دائم للشخصية بعد التعرض (CIM-10)، وحالة الضغط ما بعد الصدمة (DSM-IV).

حالة اضطراب الضغط ما بعد صدمة (CIM-10). Etat de stress post traumatique	حالة اضطراب الضغط ما بعد صدمة (DSM-IV) Etat de stress post traumatique	التناذر النفسوسمدي syndrome psychotraumatique
1-الحادث الصدمي 1 1 - مهذب بصفة خاصة 2 1 - يعمل على ظهور ضيق détresse عند أي شخص	1-الحادث الصدمي 1-1-تهديد بالموت أو إصابة 2-1-خوف، عدم قدرة، فزع	1-الحادث الصدمي 1-1-عنف واستثناء exception. 1-1-1-مرتبط بالشخصية أو الظروف 1-1-2-عرب-اللامعنى، غياب النجدة
2-أعراض إعادة المعايشة reviviscence 1-2- ذكريات souvenir envahissants 2-2-أحلام ، كوابيس 3-2-قلق عند التعرض إلى مثير يوحى إلى الحدث الصدمي.	2-أعراض إعادة المعايشة reviviscence 1-2- ادراكات وصور flash-back 2-2- ذكريات متكررة bis envahissante 3-2- يعيش كما لو 2-2-1- يسلك كما لو 2-2-2- أحلام متكررة 4-2- ضيق عندما يكون أمام مثير يوحى إلى سابقه الصدمي. 5-2- اضطراب عصبي اعاشي أمام مثير يوحى إلى الحدث الصدمي 3-2- "flash back" الإستيقاظ réveil أو التسمم -détresse (انظر B4)	2-تناذر التكرار أنماط تظاهراته syndrome de répétition 1-2- إعادة معايشة على شكل هلاوس 2-2- أولهام 3-2- ذكريات تفرض نفسها 4-2- اجترارية عقلية 5-2- يعيش كما لو أزمنة انفعالية 6-2- يفعل كما لو... (سبرات متكررة) 7-2- كوابيس متكررة ظروف بروزه: بصفة تلقائية- ناجمة عن مثير يسهل ظهوره ضعف الوعي (النوم، تسمم....). سجلات تظاهراته : -détresse - عاطفة عصبية -إعاشية-
	-اضطرابات نفسية إعاشية (انظر B5)	orage تصلب الهينة، raidissement de l' attitude
3-تثبيط عصبي اعاشي 3-3-قلق، اكتئاب، أو كانتحارية 4-3-اضطراب السلوك، تعاطي الكحول 3-2-نوبة غضب accès de colère 1-3-يقظة المفرطة hypervigilance حالة من الاحتراس état de qui vive 3-3-اضطراب النوم 4-حالة تخدير نفسي و انفعالي émoussement émotionnel 1-4-تجنب المثيرات التي توحي إلى الحادث 2-4-تجنب النشاطات والمواقف الموحية للحادث 8-4-عدم الإحساس بالمحيط 5-4-انفصال عن الآخرين	3-إفراط النشاط العصبي اعاشي hyperactivité neurovégétatif 1-3-صعوبة في التركيز 4-3-انتباه مفرط hypervigilance 5-3-استجابات إجمال كثيرة 1-3-صعوبة النوم، نوم منقطع 4-تجنب المثيرات الموحية إلى تبدد الاستجابة العامة Emoussement de la réactivité générale 1-4-تجنب الأفكار والأحاسيس الموحية 1-4-تجنب النشاطات، الأمان، الأفراد الذين يوحى بالحادث الصدمي 3-4-عدم القدرة على تذكر مجال معين 4-4-تقص الاهتمام في النشاطات السابقة 7-4-الإحساس بالمستقبل المحدود 5-4-ضعف الانفعالات، عدم القدرة على الحب 7-4-إفراط في الحساسية	3-أعراض غير محددة 1-3-حصر 2-3-إرهاق جسمي، نفسي، جنسي 3-3-أعراض نفسية عصبية 4-3-اضطرابات سيكو سوماتية 5-3-اضطرابات السيرة 4-الشخصية Alération de la personnalité 1-4-تعطيل وظيفة التصفية 1-1-4-حالة انداز état d'alerte 2-1-4-إجمال أمام أي مثير 3-1-4-مقاومة النعاس، استيقاظ متكرر 4-1-4-هينة بحث -تجنب 5-1-4-انسحاب اجتماعي 2-2-تعطيل وظيفة الحضور 1-2-4-ضعف الاهتمام بالعمل والترفيه 2-2-يشعر وكأن المستقبل معطل 3-4-تعطيل الوظيفة العاطفية 1-3-4-عدم القدرة على حب الآخر 2-3-4-تكوص نرجسي
تغير في الشخصية بعد التعرض لكارثة F620		3-3-إفراط في الحساسية 4-3-انسحاب اجتماعي
a-اتجاه عدائي hostile. نحو العالم. b-انسحاب اجتماعي c-الإحساس بالفراغ أو فقدان الأمل d-يشعر وكأنه مهذب		6-الم نفسي وإعاقة اجتماعية مختلفة
6-تغير الشخصية بعدما يخبر الكارثة تدهور الوظيفة الاجتماعية	6-يؤدي إلى ألم معتبر وإلى اضطراب الوظيفة الاجتماعية	7-زمن كمون لكل الحالات، إصابة دائمة، ويمكن أن يكون مزمنة
7-زمن الكمون: بضعة أسابيع أو أشهر أو دائم Transitoire : مؤقت PTSD شفاء تغير الشخصية : < 2 سنة، دون رجوع	7-متأخرة diffère بعد 6 أشهر من مرور الحادث الصدمي ، ز > 3 أشهر "الحالة الحادة"، < 3 أشهر = المزمنة	

7-تشخيص اضطراب الضغط ما بعد الصدمة:

تتمثل الخاصية الأساسية لاضطراب الضغط ما بعد الصدمة (بالرجوع إلى معايير DSM IV) في تطوير أعراض مميزة بعد التعرض إلى عامل ضاغط صدمي قوي يؤدي إلى معاشة مباشرة لحدث كاد أن ينتهي بالموت (انظر المخطط رقم 01)، حيث يمثل تهديدات لسلامة جسده أو جرح أو تهديد جسدي لشخص آخر، أو تلقي خبر موت عنيف أو غير منتظر، كما قد يكون على شكل اعتداء خطير أو تهديد بالموت أو جرح تعرض له أحد أفراد العائلة أو الأقارب. (معيار A₁) و يجب أن يستجيب الفرد بخوف شديد وشعور بفقدان الأمل أو الفزع عند الأطفال، تكون استجابة الأطفال بسلوكيات غير منظمة)، (معيار A₂).

تتمثل الأعراض المميزة الناتجة عن التعرض إلى صدمة شديدة في إعادة معاشته الحدث الصدمي بصفة مستمرة (معيار B)، وتجنب متواصل للمنبهات المرتبطة بالصدمة مع تبدل الاستجابات العامة (معيار C)، إضافة إلى أعراض التنشيط العصبي الإعاشي الدائمة (معيار D)، ويجب أن يبرز هذا الجدول العيادي لمدة تفوق الشهر، (معيار E)، كما يجب أن يؤدي هذا الاضطراب إلى آلام دالة عياديا أو إلى تغير الوظيفة الاجتماعية، والمهنية أو التابعة لمجلات هامة أخرى، (معيار F). (DSM-V,1994:564).

ويحدد الـ DSMIV مجموعة من الأحداث الصدمية غير المحدودة والتي تشمل التدخلات العسكرية في المعارك، الاعتداءات الشخصية العنيفة (اعتداء جنسي، اعتداء جسدي سرقة) الاختطاف، خطف الرهائن prise d'otage، الاعتداءات الإرهابية، التعذيب، الكوارث الطبيعية، الخ. ويمكن أن تضم كذلك الأحداث المعاشة من طرف الآخرين والمنقولة عبرهم للشخص. وقد تعرضت الباحثة سابقا بشئ من التفصيل إلى وصف الأحداث الصدمية وأشكالها.

كما يشر الدليل التشخيصي لتصنيف الأمراض العقلية (DSMIV)، إلى إمكانية إعادة معاشة الحدث بطرق مختلفة، عادة ما تطفو على الفرد ذكريات تكرارية ومجتاحة (Envahissants) (معيار B₁) أو أحلام تكرارية تؤدي إلى بالضيق النفسي، يكون محتواها مرتبط بمشهد الحدث أو ما يتصوره الفرد، (معيار B₂)، وفي حالات نادرة يعيش الفرد حالات

فصامية (Etats dissociatifs) تدوم بضعة ثواني إلى عدّة ساعات وأحيانا تبقى لأيام عدّة ويتصرف الفرد وكأنّ الفاجعة تحدث في تلك الآونة، (معياري B₃) ، وتكون هذه الأحداث - التي تسمى بالصور الراجعة (flash hacks) - قصيرة في زمنها لكن غالبا ما تكون مرتبطة بضيق دائم وتنشيط عصبي-إعاشي.

ويلاحظ - في أغلب الحالات - آلام نفسية (معياري B₄) أو إعادة تنشيط فيزيولوجي (معياري B₅) شديد عندما يكون الشخص معرضا إلى أحداث مفاجرة تتشابه والحدث الصادم أو ترمز إليه (مثلا: المصعد بالنسبة للمرأة التي تمّ الاعتداء عليها بداخله).

ويتجنب الفرد المنهات المرتبطة بالصدمة بصفة دائمة، فهو يقوم باستمرار بمجهودات جبارة لتفادي الأفكار والإحساسات أو المحادثات المتعلقة بالحدث (معياري CD)، ويمكن أن يضم هذا التجنب نسيان أحد المظاهر الهامة للحدث الصدمي (معياري C₃).

8- كشف وتشخيص الاضطرابات النفسية المصاحبة لل PTSD :

يشمل كذلك تقييم عواقب الحدث المولد للصدمة النفسية، للبحث عن الأمراض التي غالبا ما تصاحب ال PTSD ، والتي يمكن أحيانا أن تسيطر على الأعراضية .

1-8 الاكتئاب، سلوك التبعية وخطر الانتحار:

يأتي الاكتئاب في مقدمة هذه الاضطرابات ، حيث أكد Breslau (برسلو) وجماعته منذ سنة 1991، وجود تلازمية مرضية (Comorbidity) ما بين الاكتئاب واضطراب الضغط ما بعد الصدمة فبلغت نسبة المكتئبين 36,6% عند الأشخاص الذين تعرضوا إلى حدث صدمي حيث قام Kessler (كسلر) وجماعته بعد ذلك سنة 1995 ، بتأكيد هذه العلاقة.

ويظهر الاضطراب الموالى المصاحب والمرتبب بال PTSD في سلوك التبعية Comportement (de dépendance)، ويبدو من الضروري الكشف عنه عند كل الضحايا، خاصة عندما تطرأ الأحداث الصدمية في الطفولة، وبالأخص الاعتداءات الجنسية المتكررة.

(Teuch,2001 ;Langeland,Draiger et Van den Brink,2004)

وعلى غرار هذه الاضطرابات، يكون تقدير خطر الانتحار منتظما عند المصابين باضطراب الضغط ما بعد الصدمة، حيث تؤكد دراسة Oquendo (أوكاندو) وآخرون (2005) بأنّ لدى

المصابين بال PTSD احتمال عال في اللجوء إلى السلوكيات الانتحارية، حتى في غياب الاستجابات الاكتئابية أو اضطرابات القلق، كما أكدت أيضا دراسة Vaiva (فايفا) وآخرون (2004) عن ارتفاع السلوكيات الانتحارية عند المعرضين للأحداث الصدمية في بحث شمل دراسة الصحة العقلية في المجتمع العام.

2-8 خصائص جسدية:

يقر Schnurr (شنور) و Green (قرين) (2004) بالعلاقة والارتباطات الموجودة ما بين الأمراض الجسمية والاضطرابات ما بعد صدمية، حيث تبيّن ارتفاع نسبة الإصابات بالأمراض الوعائية القلبية عند هؤلاء، وظهرت أمراض الجلد كاللبرص (Psoriasis). ومن جهة أخرى نلاحظ أن تطور بعض الأمراض أو بروزها يصبح يلعب دور الحدث الصدمي مثل الايدز أو مرض السرطان. (in :Leserman,Whetten,Lowe,Stangl et Swart,2005)

3-8 خصائص نفسية اجتماعية:

يلعب السند الاجتماعي دورا هاما في مساعدة المصابين على تجاوز الاضطراب، إذ يعتبره كل من Shalev (شلاف) و Tuval-Mashiach (توفال - ماستياس) و Hadar (حدار) (2004) متغيرا أساسيا في تبرير التدخّلات المبكّرة لاسترجاع السند الاجتماعي، إذ ينبئنا ضعفه بشدة اضطراب الضغط ما بعد الصدم لاحقا.

9-استراتيجيات التقييم العيادية :

يتطلب تقييم الاضطرابات التالية للأحداث الصدمية اعتبار العيادي لعدّة مظاهر، ولا يتسنى له ذلك إلا بمساعدة طرق مختلفة.

1-9 المقابلة العيادية:

تقول Brillon (بريون) (2005) الخبيرة في علم النفس الصدمي، بأنّ المقابلة العيادية تسمح بجمع معلومات أساسية حول جملة من الأبعاد، فعلى العيادي محاولة التحصّل على معلومات حول الاستجابات لما بعد الصدمية التالية: وصف وجيز للحدث الصدمي، مستوى التوظيف النفسي منذ الحدث، العوامل ما قبل صدمية التي عملت على بروز الصعوبات عند

الفرد (التاريخ الصدمي السابق مثلا)، عوامل استمرارية الأعراض (Brillon,2005:45) (طبيعة السند الاجتماعي مثلا) وتوقعات الضحية بخصوص العلاج. (ومن جهة أخرى، يؤكد كل من Jehel (جهل) و Guay (قاي) (2010) أنّ المقابلة تمثل فرصة لتقييم التجربة الخاصة التي عاشتها الضحية، حيث يمكن من خلال الحوار مع العميل، فهم الآثار الفارقة لحدث صدمي ما، مقارنة بآخر عاشهما المفحوص، (اعتداء جنسي مقابل حادث سيارة)، كما تسمح المقابلة بفحص التفسير الذي يضعه الفرد أمام الحدث واستجاباته مثل إعادة المعاشة، وتظاهرات النشاط المفرط، وصعوبات التذكر...الخ. وأخيرا، تمكّن المقابلة من تحديد المظاهر الانفعالية المرتبطة بالصدمة كالعدوانية الاندفاعية، و المخزية، الخ، خاصة وأننا نعلم بأن وسائل التقدير لا تكشف أحيانا عن هذه الانفعالات. (Guay & Jehel,2010 :9)

2-9 وسائل القياس الكمية:

إنّ هذا التقارب المبني على القياس الكمي للاضطراب يمكن أن يوفّر لنا تقييما منضبطا ودقيقا، فهو يسمح بإبراز المعايير المتدخلة في التشخيص العيادي بصفة عملية أو شدّة الاضطراب، وتقديم قياس رقمي قائم على قواعد ومراجع محددة مثل DSMV أو CIM-10 وفي هذه الحالة الأخيرة يتكلم الباحثان Jehel (جهل) و Guay (قاي) عن وسائل قياس فئويّة (instruments catégoriels) ، لأنها تضيفي على المفحوص صنفا تشخيصيا معينا، وعندما يتعلق الأمر بقياس مكانة المفحوص في البعد المستكشف (Dimension explorée) لإعطاء مؤشر للشدّة أو الحدة (Sévérité ou intensité)، تصبح وسائل القياس بعدية (Dimensionnels)، و تدرس الجسامة (Grandeurs)، ولا تقاس مباشرة لكن ترتبط بتجمّع مؤشرات مقبسه مباشرة تتمثل في البنود، وهكذا تهدف أدوات القياس المقننة (Standardisé) والمتعلقة باضطراب الضغط ما بعد الصدمة إلى قياس الجسامة (La grandeur) انطلاقا من المؤشرات ، وعلى سبيل المثال نذكر المقاييس التالية المتوفرة:

1-2-9 مقاييس مستخدمة لقياس الاستجابات المصاحبة لمعايشة الحدث الصدمي (Péritraumatiques)

➤ مقياس التجارب الفصامية المصاحبة للصدمة (PDCQ)

قام ببنائه كلٌّ من Marmar (مرمار) و Weiss (وايس) و Metzler (متزler) (1997)، ليكيّفه Brunet (بروني) على البيئة الفرنسية عام 2002، ويشمل هذا المقياس على عشرة 10 بنود مقيسة من 1 إلى 5، وهو يقيم شدة الحالة الفصامية (Etat dissociatif) أثناء الحدث الصدمي، ذلك لأنّ الانفصام حسب Marmar (مرمار) ورفقائه (1994)، هو أهم وأحسن مؤشرات الضغط الحاد، ومعياري تنبئي ممتاز لضغط ما بعد الصدمة. (Marmar et al., 1994: 902)

وتتميز هذه الأعراض الانفصامية البارزة - عند البعض - مباشرة بعد الحدث الصدمي بانخفاض درجة الوعي، وبالتركيز في بؤرة الانفعالات (Focalisation) أو التصدي لانفجارها (Emoussement)، مع شعور بالانفصال عن المحيط.

سَلْم الضيق المصاحب للصدمة (PDI) (Inventaire de détresse péritraumatique)

قام ببنائه Brunet (بروني) وزملاؤه عام 2001 لقياس المعيار A_2 من الضغط ما بعد الصدمة في تصنيف DSMIV، ثم قام بترجمته وتكييفه إلى اللغة الفرنسية (جيهل) ورفقاؤه عام 2005، ويشمل على 13 بنداً مقاسة من 0 إلى 4، تتراوح النتائج المتحصل عليها من 0 إلى 52، وتتوقف التعليمات لكل بند على تنقيط الإجابة من خلال ما شعرت به أثناء ومباشرة بعد الحدث الأليم. (Brunet, 2003: 59)

2-2-9 وسائل قياس العواقب النفسية المرضية الخاصة بالحدث الصادم:

وعلى هذا المستوى نلاحظ وجود مقاييس صادقة للقياس الخارجي (Hétéro évaluation) يقوم بتطبيقها مختص في علم النفس العيادي، ذو تكوين في هذه الممارسة، وأدوات تسمح بالقياس الذاتي للمفحوصين (Autoévaluation)، وتقدم معلومات حول شدة الأعراض. نذكر أهمها:

➤ وسائل قياس الـ PTSD الخارجية: (Hétéro évaluation)

يقوم المقياس العيادي لحالة الضغط ما بعد الصدمة (CAPS) بقياس تكرار وشدة كل عرض من خلال أسئلة مقننة وضعها الباحث Blake (بلاك) ورفقاؤه (1990) وهي تسمح بتقييم حالة الضغط ما بعد الصدمة في الحاضر وكذلك الاضطرابات التالية للصدمة التي برزت في ماضي الفرد، ويتبع هذا المقياس بدقة المعايير التشخيصية للاضطراب (PTSD) كما هي محدّدة في الدليل التشخيصي لتصنيف الأمراض العقلية (DSMIV)، ويبحث المقياس الأول CAPS-1، الأكثر استخداما، عن الأعراض البارزة إبان فترة 30 يوما، أما الطبعة الثانية من المقياس (Version) (la CAPS-2) فتقتصر على الأسبوع الذي مضى، لكنها تسمح بتقدير دقيق مثل ما هو الحال في إطار الدراسات الصيدلانية، ويؤكد Jehel (جيهل) وGuay (قاي) (2010) بأنه تمّ استخدام هذا المقياس في أكثر من 200 دراسة علمية. (Davidson,Keane et Weathers,2001:46)

كما نجد أيضا مقاييس أخرى يستخدمها العياديون لكتّابها غير خاصة ومحددة لاضطراب الضغط ما بعد الصدمة، بل تَسْتَكْتَفِئُ عنه في إطار تقسيم شامل مقنن للاضطرابات النفسية، مثل ما هو الحال بالنسبة لمقياسي (MINI) و(SCID) والتي ستطرق إليهما الباحثة لاحقا. (Jehel & Guay,2010:11)

➤ وسائل القياس الذاتية Autoévaluation:

يعتبر مقياس أثر الحدث الصدمي (Impact of event scale) الأكثر تداولاً، وقد تمت ترجمته انطلاقاً من مقياس Horowitz (هوروفتزن) (Weiss & Maramar,1997). وأظهرت دراسة تكيّفه على البيئة الفرنسية نسبةً سيكومترية عالية، وهو يقترح 22 بنداً مع 5 مستويات للتنقيط، إذ تبين النتائج شدة الأعراض ما بعد الصدمية انطلاقاً من 3 نتائج جزئية والمتمثلة في الإقحام والإفراط في النشاط العصبي الإعاشي والتجنب.

ونجد أيضاً مقياس التقدير الذاتي لاضطراب الضغط ما بعد الصدمة، (Post (PCLS) traumatic Check List Scale)، لتقدير وتقييم شدة اضطراب الضغط ما بعد الصدمة والذي يتكون من 17 بنداً، والذي يحترم أساساً معايير الدليل (DSMIV). ولقد تمّ التحقق من

مصداقية *validité* المقياس بطبعته الانجليزية، (Weathers, Litz et Herman, 1993) وكذلك خصائص الترجمة الفرنسية. (Ventureyra, Yao, Cottraux, Note et Mey-Guillard, 2002; Bouvard et Cottraux, 2002) ، ويتم تقدير كل بند من خلال الحدث الصدمي الذي وصفه المفحوص في الشهر السابق على مقياس من 1 (لا أوافق تماما) إلى 5 (غالبا)، يمكن للباحث من خلاله أن يكشف أيضا على 3 أبعاد مرتبطة بالمعايير "B" و "C" و "D" للدليل التشخيصي (DSMIV)، حيث يتعلق البعد الذي يتضمن الخمسة بنود الأولى من المقياس بالتكرار (Répétition)، ويكون البعد الثاني خاص بالتجنب (6 إلى 12 بند)، أما البعد الأخير فهو خاص بالإفراط في النشاط العصبي الإعاشي (13 إلى 17 بند) ويقر فريق البحث الذي قام بتكييفه على البيئة الفرنسية، على رأسهم Ventureyra (فانتورة)، بأن لهذا المقياس خاصية معتبرة تتمثل في تحديد عتبة يمكن انطلاقا منها التأكد من وجود اضطراب الضغط ما بعد الصدمة والتي تتمثل في درجة 44، وعلى هذا الأساس، اختارت الباحثة من مجمل المقاييس المشخصة للاضطراب، هذا الاختبار الشامل لمعايير الدليل التشخيصي، بعد الموافقة الأولية للباحث كوثرو "Cottraux" وبوفار "Bouvard" لاستخدامه وتكييفه على البيئة الجزائرية.

نجد كذلك المقياس المرجع للأعراض الصدمية (EMST) الذي قام ببناءه كل من Falsetti (فالسيتي)، Resnick (رسينك)، Resick (ريزك) (كيلباتريك) (1993)، وهو يسمح بتقييم شدة الأعراض وتكررها بعد وضع التشخيص الموافق للدليل التشخيصي حيث يتصف بمعايير سيكومترية عالية، كما يمكن أن يكشف عن الأفراد الذين لديهم احتمال كبير في الإصابة بالاضطراب (Jehel & Guay, 2010: 13)

10-معايير التشخيص الفارقي:

يتطلب تقدير اضطراب الضغط ما بعد الصدمة عدّة توجهات لتحديد إن كان هناك تغير على مستوى السير النفسي، حيث يهدف التشخيص الفارقي معرفة الأضرار التي ألحقتها الصدمة النفسية وطبيعة هذه التغييرات، والقيام بتقييمات متكررة بكل حذر لما قد يظهر على المفحوص من اضطرابات ذكروية مترددة.

يجب كذلك على العيادي البحث عن السلوكيات النفسية الاجتماعية للمفحوص وتغيّراتها بعد التعرض إلى الصدمة، والمعلومات الأساسية حول المسار المبني، والعلاقات البيشخصية وطبيعة الانفعالات.

وفي مسار آخر، يكون من الضروري تحليل تغيرات سمات الشخصية وحوافز المفحوص وقدراته المعرفية، وفي إطار استكشاف تشخيصات أخرى، يجب على المختص تحديد إن كانت شدة الاضطراب يمكن أن تفسّر الأعراض، وحتى يتسنى له ذلك عليه القيام بتقييمات متكررة لاستخلاص مميزات حالته السابقة وحالته الأساسية لسيره النفسي البيولوجي.

ويمكن للصدمة النفسية أن تؤدي إلى اضطرابات أخرى، بعيدة ومختلفة عن اضطراب الضغط ما بعد الصدمة، تُفحص بتقييمات شاملة للسير النفسي مثل "GAF" التابع للدليل التشخيصي، وفي نفس الدينامية، يجب على العيادي أن يوضح إن كانت الأعراض الحالية المحددة مرتبطة كلها مع الصدمة المدروسة أم لا. (Jehel & Guay, 2010: 15)

وتجدر الإشارة في صدد الكشف والتشخيص أهمية شعور المفحوص بالأمان والارتياح أثناء المقابلة للتعبير الشفهي عن حالته المطربة حتى يتسنى للمختص العيادي بتحديد اضطراب القلق الحاد (ESA) أو اضطراب الضغط ما بعد الصدمة. (Meichenbaum, 1994: 68)

ويمثل الاتصال الأول مع المختص عنصرا أساسيا في علاقة المختص بعميله حتى يكون في وضعية تقبل وإسناد وعدم عزلة فمن الضروري الاستفسار في المرحلة الأولى على نشوب حدث صدمي سابق ومساعدته بتقديم أمثلة عن أحداث صدمية: (اعتداء، حادث سيارة، سرقة، الخ). (Carlon, 1994: 120)

خاتمة:

حاولنا من خلال هذا المقال الامام بكل ابعاد مصطلح والذي كما رأينا في بدايات هذا العمل العلمي ان " اضطراب الضَّغَط لما بعد الصدمة " يندرج ضمن فئات اضطرابات القلق حيث يَعقب تعرض الفرد لحدث نفسي، أو جسسي غير عاد يطرأ بعد التعرض استجابة ضاغطة له مباشرة، وفي أحيان أخرى ليس قبل ثلاثة أشهر أو أكثر، بعد التعرض لتلك الضغوط، واستنادا على الدليل (DSM 5) عام 1913 أصبح اضطراب الضغط لما بعد الصدمة مصنفاً في فصل خاص بالاضطرابات المرتبطة بالصدمة و الضغوط Trauma and Stress-Related Disorders. و بالتالي لم يعد يرتبط كما كان في ما مضى بفئة اضطرابات القلق، كما ألحق به تعديلٌ آخر خاص بإلغاء التمييز ما بين الشكل المزمن و الحاد للاضطراب.

يحدث هذا الاضطراب عندما يتعرض الفرد بصفة مباشرة أو غير مباشرة لحدث يتخطى "حدود التجربة الإنسانية المألوفة"، لتظهر وبعد مدّة زمنية محدّدة عدّة تناذرات نفسية و جسمية (التجنب ،إعادة المعيشة، فرط التيقظ العصبي الإعاشي)، ولحساسية وضع المصدوم كان لابد من الاهتمام بالتشخيص من خلال خزع لا بأس به جمعنا فيه كل ما يفيد المهتمين والممارسين بدأ بتشخيص الاستجابة العيادية التالية للصدمة مباشرة (أي بعد الحدث مباشرة إلى يوم واحد)، إلى الاستجابات العيادية للفترة ما بعد فورية وغيرها من المعلومات، كتشخيص حالة الضغط الحاد وفق DSM IV. و تتمثل الأعراض المميّزة الناتجة عن التعرض إلى صدمة شديدة كما عرضنا سابقا في إعادة معاشته الحدث الصدمي بصفة مستمرة (معيار B)، وتجنب متواصل للمنبهات المرتبطة بالصدمة مع تبلّد الاستجابات العامة (معيار C)، إضافة إلى أعراض التنشيط العصبي الإعاشي الدائمة، (معيار D)، ويجب أن يبرز هذا الجدول العيادي لمدة تفوق الشهر، (معيار E)، كما يجب أن يؤدي هذا الاضطراب إلى آلام دالة عياديا أو إلى تغير الوظيفة الاجتماعية، والمهنية أو التابعة لمجالات هامة أخرى (معيار F). وكآخر عنصر بهذا المقال اهتمت الباحثة بعرض معلومات عن العلاج من باب الامام بكل جوانب الموضوع.

المراجع:

- غسان يعقوب. سيكولوجيا الحروب والكوارث ودور العلاج النفسي. دار الفارابي للنشر والتوزيع، بيروت، 1999.
- Boman, B. (1990). **Are all Vietnam veteran like John Rambo**, in walf M, E, et MOSNAIM A, D, (ed), posttraumatic stress disorder. Etiology, Phenomenology and Treatment, Washington. American psychiatric press. :80-93
- Brillon, P. (2004). Comment aider les victimes souffrant de stress posttraumatique Montréal : Les éditions Quebor
- Brunet, A., St-Hilaire, A., Jehel, L. et King, S. (2003). Validation of French version of event scale-revised. Canadian Journal of Psychiatry ,48 :56-61.
- Crocq, L. & al. (2007). Traumatismes psychiques, prise en charge des victimes. Paris : Masson :
- DSM IV R, American psychiatric Association. Paris : Masson.
- Jehel, L., Brunet, A., Paterniti, S., Guelfi, J.D. (2005). Validation de la version française de l'inventaire de détresse péritraumatique. Canadian Journal of Psychiatry, 50(1) ; 67-71.
- Jehel, L. & Guay, S. (2010). Dépistage et évaluation des troubles liés aux événements traumatiques, in : Les troubles liés aux événements traumatiques, sous la direction de Guay, S., et marchand, A. Montréal : Press Universitaire de Montréal
- Meichenbaum, D.A. (1994). Clinical Handbook, practical Therapist Manuel: for assessing and treating adults with PTSD. Waterloo : Institute press.

- Ventureyra, V.A. G., Yao, N., Cottraux, J., Note, I., de Mey-Guillard, C. (2002). The validation of the posttraumatic stress disorder checklist scale (PCLS) in post-traumatic stress disorder and nonclinical subjects. *Psychotherapy and psychosomatics*, 71 :47-53.
- Wiess, C.R., Shlenger, W.E., Fairbank, J.A., Jordan, B.K., Kulka, R.A., et al. (1994). Peritraumatic dissociation and post traumatic stress in male Vietnam threaten veterans. *American Journal of Psychiatry* ,151 :902-907.
- Weathers, F.W., Huska, J.A., Keane, T.M. (1993). PCL-M, for DSM-IV. Boston : National Division. scale: a review of the first ten years of research. *Depress anxiety*, 13(3) :132-156
- Weathers, F.W., Keane, T.M., Davidson, J.H. (2001). Clinical administered PTSD scale: a review of the first ten years of research. *Depress anxiety*, 13(3) :132-156.