

جامعة الانبار
كلية التربية للعلوم الإنسانية
قسم: العلوم التربوية والنفسية
مادة: علم النفس السريري
مرحلة: الثالثة
التدريسي: أ.م.د. فؤاد محمد فريح

محاضرات مادة علم النفس السريري

إضطراب ما بعد الصدمة (PTSD) Post-Traumatic Stress Disorder



وصفت الأدبيات النفسية مفهوم الصدمة منذ العصور القديمة، وربما كانت أحد أقدم الإشارات إلى الضيق النفسي الذي يشبه المفهوم الحديث للإصابة بإضطراب ما بعد الصدمة هو وصف "هيرودوت" لرد الفعل "الهستيري" لأحد المحاربين القدماء في أثينا عندما أصيب بالعمى نتيجة مواجهة مفاجئة مع عدو قوي البنية. واقترح أن هذه الإصابة كانت نتيجة الشعور بالخطر وأنه معرض للموت لامحالة، على الرغم من انه لم تكن هناك أية أعراض جسدية أو طبية واضحة. أدى ذلك إلى الاعتقاد إلى

حقيقة أن تعرض الفرد لحدث مؤلم للغاية يمكن أن يؤدي إلى حالة من المعاناة المستمرة على المدى الطويل وتدمير الرفاهية النفسية والجسدية للفرد.

لم يكن البحث المنهجي في اضطراب ما بعد الصدمة قد بدأ بعد حتى بداية الثمانينيات من القرن الماضي عندما تم تضمين اضطراب ما بعد الصدمة كاضطراب في الدليل التشخيصي والإحصائي للإضطرابات العقلية - الطبعة الثالثة (DSM-III) من قبل الجمعية الأمريكية للطب النفسي (APA) American Psychiatric Association، ومنذ لك الحين أولى الباحثون مزيداً من الإهتمام لاستكشاف نتائج التعرض للأحداث الخطيرة والمؤلمة في تطوير الإصابة باضطراب ما بعد الصدمة. بعدها تراكمت البحوث التجريبية وسعى الكثير من الباحثين لفهم الآثار النفسية التي يخلفها التعرض للأحداث المؤلمة خاصة بين المقاتلين في الحروب والصراعات العنيفة. أشارت النتائج العامة لمعظم هذه الدراسات أن هناك انتشار كبير لاضطراب ما بعد الصدمة بين الأشخاص الذين تعرضوا لهذه الأحداث، وان هناك عدد كبير منهم لا يزال يعاني من الضيق النفسي حتى بعد انتهاء الحروب وانخراطه في الحياة المدنية.

بسبب ارتباط مفهوم اضطراب ما بعد الصدمة مع حرب فيتنام ، فقد أطلق على هذا المفهوم تسميات عدة منها "متلازمة ما بعد فيتنام"، "الإجهاد الناجم عن صدمة ما بعد فيتنام"، استجابة ضغوط ما بعد القتال، و"عصاب الصدمة"، وأخيراً استقر المفهوم ككيان تشخيصي مستقل على اضطراب ما بعد الصدمة. نتيجة لهذا التمايز في التسمية فان التعريف قد اختلف وتفاوت قليلاً بين الدراسات. أشار تعريف جمعية الطب النفسي الأمريكية الأصلي إلى أن اضطراب ما بعد الصدمة هو "رد فعل يعقب تعرض الفرد إلى حادث صدمي يؤدي إلى اهتزاز فهم الشخص لذاته والعالم من حوله والى تشكل أحاسيس العجز لديه". ثم أدخلت تعديلات مهمة عليه منها: التركيز على عملية التجنب Avoidance التي تعتبر مؤشراً أساسياً للدلالة على وجود الاضطراب مثل تجنب الأشياء والأماكن وحتى الأفكار المرتبطة بالحدث الصدمي. بينما شمل التعديل الثاني ولأول مرة اضطراب ما بعد الصدمة لدى الأطفال مثال استعادة الحدث المؤلم عن طريق اللعب المتكرر المرتبط بالصدمة وانخفاض الرغبة في القيام ببعض الأنشطة والمهارات الأمر الذي قد يشمل حتى الكلام.

ثم توالى بعد ذلك التعريفات العلمية، من التعريفات الشاملة هو تعريف (Freh, Chung & Dallos, 2013) الذي يعرفه على انه اضطراب يحدث نتيجة تعرض الفرد إلى صدمة نفسية (Traumatic event) أو مجموعة صدمات تؤدي إلى التجنب المتواصل للمثيرات المرتبطة بالصدمة وتشمل

(الأفكار، المشاعر، الأماكن، أو الأشخاص)، كما تؤدي إلى التراخي في القدرة على الاستجابة وتشمل (صعوبة التذكر، العجز، العزلة، قصور في المشاعر الوجدانية)، والمعاناة من أعراض فرط الاستثارة وتشمل (صعوبات النوم، صعوبة في التركيز، التوتر واليقظة). كما عرفت منظمة الصحة العالمية World Health Organization WHO على انه استجابة متأخرة لحدث أو موقف يكون ذات طبيعة تهديديها أو كارثية من قبيل كارثة من صنع الإنسان، معركة، حادثة خطيرة، مشاهد موت، أحداث عنف، أو أن يكون الفرد ضحية تعذيب أو إرهاباً أو اغتصاب أو جريمة، بحيث تسبب هذه الأحداث كرباً نفسياً لكل من يتعرض لها. كما يعرفه (Davidson & Foa, 1991) بأنه رد فعل شديد لحدث أو مجموعة أحداث صادمة يتميز بثلاث أعراض هي: أولاً- إحياء الخبرة Re-experience وتشمل (الشعور بان الحدث الصدمي يتكرر مرة أخرى وتكون مصحوبة بكوابيس وذكريات مزعجة)، ثانياً- التجنب Avoidance وتشمل رغبة ودافع قوي لتجنب كل ما يتعلق بالخبرة الصادمة، ثالثاً- فرط الاستثارة Hyper arousal وتشمل إحساس مستمر بالتأهب والعصبية وصعوبة التركيز مما يؤدي إلى صعوبات واضطرابات في النوم. الأمر الذي يؤدي إلى صعوبات في القيام بالنشاطات اليومية والوظائف الاعتيادية الروتينية.

مدى إنتشار إضطراب مابعد الصدمة

أشارت دراسة مسحية أن حوالي 60% من الرجال و 51% من النساء قد تعرضوا خلال فترة من فترات حياتهم إلى حدث صدمي أو أكثر من حدث، وإن حوالي 7%-8% منهم قد عانى من اضطراب مابعد الصدمة اثر تعرضهم إلى الأحداث الصادمة. بينما أشارت دراسات مسحية أخرى في بلدان مختلفة عن معدلات مختلفة لانتشار الأحداث الصدمية واضطراب مابعد الصدمة. على سبيل المثال أشارت دراسة أجريت في الولايات المتحدة أن حوالي 7.7 مليون شخص يعاني من اضطراب مابعد الصدمة، في كوريا بلغ معدل إنتشار اضطراب مابعد الصدمة حوالي 3% تقريبا في عينة بلغت 6258 أسرة كورية، وفي رواندا بلغت النسبة 28.4% من إجمالي عدد المشتركين في الدراسة والبالغ عددهم 2091، وبالمثل ، فإن معدل انتشار اضطراب ما بعد الصدمة في عينة من 73 من اللاجئين والمشردين الذين يعيشون في مخيمات للاجئين فيكرواتيا كان أكثر بقليل من 38%. كما أشارت دراسات أخرى إلى نسبة انتشار الاضطراب بعد زلزال ونتشوان في شمال باكستان بلغ 12.4%. الواضح أن هناك اختلافات في نسب انتشار الاضطراب بين الدول المذكورة أنفا. قد يرجع سبب هذه الاختلافات المتناقضة إلى العديد من العوامل الحيوية والتي يمكن أن تلعب دورا هاما في تطوير أو عدم تطوير

PTSD بعد التعرض لحدث صدمي. تشمل هذه العوامل: شدة الحدث المؤلم، العمر والجنس، الظروف البيئية المحيطة (مثل الدعم الاجتماعي)، وعوامل شخصية أخرى (على سبيل المثال نمط شخصية الفرد والتاريخ المرضي)، كذلك قد تكون المشاكل المنهجية المتعلقة بقياس الاضطراب احد تلك العوامل. إلى جانب ذلك ، فإن الخصوصية الثقافية للاضطرابات النفسية التالية للصدمة نفسها قد تؤثر على معدلات الانتشار.

كذلك يعتبر اضطراب ما بعد الصدمة من الاضطرابات الشائعة في البلدان التي عاني فيها الناس من الحروب، النزاعات، والعنف الطائفي. ومن ثم، فقد أجريت دراسات في بلدان مثل إثيوبيا وكمبوديا والجزائر وقطاع غزة وأيرلندا الشمالية ولبنان للتحقق من مدى انتشار هذا الاضطراب بين المدنيين الذين تعرضوا لنوبات متواترة من العنف والنزاع الداخلي. أشارت تلك الدراسات إلى أن نسبة انتشار الاضطراب في إثيوبيا بلغت 15.8 %، في قطاع غزة 17.8 %، وفي كمبوديا 28.4 %. أما في الجزائر، فقد أشار النسب إلى ارتفاع معدلات الإصابة بالاضطراب من الدول سالفة الذكر، حيث أظهرت النتائج أن مايقرب من 37.4% من الناس قد طوروا اضطراب ما بعد الصدمة كنتيجة للنزاع. أمافي أيرلندا الشمالية، وجد مولدون وداونز (2007)، من خلال مسح أجري على 3000 شخص بالغ، أن 42% من العينة أفادوا بأنهم عانوا من أحداث صدمية مؤلمة، وأن 10% منهم قابلوا معايير تشخيص أعراض اضطراب ما بعد الصدمة.

وبالمثل، عانت بلدان أخرى مثل المكسيك ولبنان من سلسلة من العنف الطويل والنزاع المسلح. أجريت دراساتمختلفة للتعرف على مدى إنتشار الأحداث الصادمة وأثارها النفسية. ففي عينة مكونة من 2,509 شخصاً بالغاً مكسيكياً، وجد Baker, et al., 2005 إلى أن 11.5% كانوا يعانون من اضطراب ما بعد الصدمة. أما في لبنان، فقد أشارت دراسة Farhood, et al., 2005 إلى نسبة انتشار الاضطراب كان مرتفعاً بين السكان المدنيين، حيث بلغت 29%. كما أظهرت الدراسات ارتفاع معدلات انتشار اضطراب ما بعد الصدمة (85.6%) بين النساء الكويتيات بعد التعرض إلى أحداثالحرب المختلفة.

إضطراب ما بعد الصدمة شائع أيضا بين قدامى المحاربين. فقد أشارت الدراسات أن معدل انتشار الاضطراب بين هؤلاء المحاربين الذين كانوا ضحايا هجمات عنيفة يتراوح بين 30-40%. ومؤخراً وجدت الدراسات أيضاً (على سبيل المثال) أن 15% من المحاربين القدامى وأعضاء الخدمة الذين عادوا من العراق قد استوفوا معايير تشخيص اضطراب ما بعد الصدمة. كما ذكر Holowka وآخرون

(2012) أن 60% من محاربي فيتنام غير المحترفين الذكور قد أصيبوا بأعراض اضطراب ما بعد الصدمة.

أما في العراق، فقد كان هناك دائماً نقص في البيانات المنهجية حول مدى انتشار الاضطرابات النفسية وعلى مدى سنوات، باستثناء بعض الأبحاث التي توثق معدلات عالية من نسبة انتشار الاضطراب بين الأطفال وطالبي اللجوء. بالرغم من ذلك وفي عامي 2006-2007 قام باحثون من العراق ولأول مرة بإجراء دراسة مسحية للتعرف على مدى انتشار الأمراض والاضطرابات النفسية، كان الهدف منه تقديم أدلة تستند إلى بيانات فعلية عن مدى انتشار مشاكل الصحة العقلية بين المدنيين في العراق. تم اختيار عينة عشوائية مكونة من 4332 عراقياً فوق سن الثامنة عشرة. أشارت نتائج الدراسة المسحية أن ما يقرب من 17% من العينة عانوا من اضطرابات ومشاكل نفسية تتراوح بين الإكتئاب إلى اضطراب ما بعد الصدمة. كما وجدت الدراسة أن ما يقرب من 4% من المستطلعين يعانون من اضطراب ما بعد الصدمة. على الرغم من التعرض المستمر للأحداث الصادمة والتي لاتزال مستمرة إلى الآن، فإن نسبة انتشار اضطراب ما بعد الصدمة وغيرها من الاضطرابات النفسية التي أشارت إليها تلك الدراسة المسحية قد تبدو منخفضة نسبياً. لذلك أجريت دراسات أخرى في وقت لاحق للتحقق من هذه النسبة. ففي دراسة أجريت في مدينة الموصل، شمال العراق، تم استخدام مسح مستعرض لعينة بلغت 424 بالغاً. أشارت النتائج إلى أن 97.96% من أفراد العينة قد تعرضوا لما لا يقل عن 4 صدمات خلال سنوات حياتهم الماضية، وأن 26% من العينة أصيبوا بأعراض اضطراب ما بعد الصدمة. لذلك فإنه ليس هناك إستنتاج واضح بشأن معدل انتشار أعراض اضطراب ما بعد الصدمة والأحداث المؤلمة بين المدنيين في العراق. ومع ذلك فإن أي من النسبتين الوارديتين في الدراستين لاتزال مرتفعة بما يكفي كي تسبب القلق ومن ثم تستلزم من ذوي الاختصاص اتخاذ تدابير وقائية وعلاجية للتعامل مع الآثار النفسية التي يسببها هذا الاضطراب.

أما بالنسبة لإنتشار الاضطراب بين الأطفال، فقد أظهرت سلسلة من دراسات الحالة السريرية أدلة على أن الأطفال والمراهقين يعانون من اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية أكثر من الراشدين. فقد وجدت (Concha, 2001) إلى أن 40% من الأطفال والمراهقين في الولايات المتحدة تعرضوا لحدث صادم واحد على الأقل، وأن 15% من الفتيات و 6% من الأولاد قد عانوا من أعراض اضطراب ما بعد الصدمة. كما وجدت دراسة أحياناً 3% - 6% من طلبة المدارس الثانوية في الولايات المتحدة الذين نجوا من كوارث معينة وأحداث خطيرة، قد ظهرت لديهم أعراض اضطراب ما بعد الصدمة (Peak،

(2000). بشكل عام يتراوح انتشار اضطراب ما بعد الصدمة بشكل واسع من أقل من 3 % إلى أكثر من 60 %، مع معدلات أعلى ذكرت بإستمرار بين قدامى المحاربين وفي مناطق الصراع.

الآثار التي يخلفها اضطراب ما بعد الصدمة على الراشدين

كان ولازال هناك اهتمام بحثي متزايد عن تقصي الآثار النفسية، الطبية، والاجتماعية التي يسببها تعرض الأفراد إلى الأحداث الصدمية المختلفة وتطوير اضطراب ما بعد الصدمة للأفراد الناجين من تلك الأحداث. لذلك كُرسَت جهود كبيرة لاستكشاف طبيعة العلاقة بين التعرض لتلك الأحداث والإصابة ببعض الأمراض والاضطرابات النفسية. أشارت معظم تلك الدراسات إلى هناك علاقة إرتباطيه كبيرة بين اضطراب ما بعد الصدمة وارتفاع معدل الإصابة بالأمراض والاضطرابات النفسية. فقد أشارت الدراسات أنالأفراد الذين أصيبوا باضطراب ما بعد الصدمة كانوا أكثر عرضة للإصابة بالإكتئاب الشديد. كما ثبت بوضوح من خلال الدراسات النفسية أن هناك علاقة قوية بين اضطراب ما بعد الصدمة وضعف الأداء المعرفي. فقد أكدت دراسات بيك وآخرون 2009 وجود ارتباط عالي بين اضطراب ما بعد الصدمة والضعف الإدراكي، مدعيا أن المرضى الذين يعانون من اضطراب ما بعد الصدمة قد يعانون من عجز في الذاكرة على المدى الطويل وضعف في الذاكرة البصرية. وقد كانت نتائج هذه الدراسة متوافقة مع قدر كبير من الأدبيات مثل (Bressan et al., 2009; Vasterling et al., 2002). كما أن التعرض للأحداث الصدمية وتطوير أعراض اضطراب ما بعد الصدمة قد يؤدي إلى العديد من المشاكل الانفعالية والعاطفية. كما أشارت نتائج بعض الدراسات الحديثة إلى أن اضطراب ما بعد الصدمة يمارس تأثيرا سلبيا كبيرا على الوظائف والفعاليات الاجتماعية للفرد وعلاقاته مع الآخرين بشكل عام. فقد وجدت دراسات (Beck et al., 2009) التي أجريت على 399 شخص من الناجين من إعصار كاترينا أن هناك علاقة عكسية بين كفاءة العلاقات الاجتماعية وشدة أعراض اضطراب ما بعد الصدمة.

كما يمكن أن تمتد تأثيرات اضطراب ما بعد الصدمة إلى مستويات ابعدها من المستوى الشخصي كي تصل إلى نسل الفرد المصاب بالاضطراب. بكلمة أخرى قد يطال الاضطراب أجيالاً أخرى تنتمي إلى عائلة الفرد المصاب. فقد أثبتت الدراسات أن الأحداث المؤلمة التي تعرض لها الآباء يمكن أن يكون لها تأثير نفسي على أطفالهم. بالإضافة إلى ذلك، فقد كان كتاب التحليل النفسي قد علقوا سابقاً على إمكانية انتقال الاضطرابات العصابية الوالدية إلى الجيل التالي، فقد لوحظ هذا لأول مرة بين أسر الناجين من الهولوكوست. ومع ذلك ، تشير الأبحاث الحديثة إلى أن هذا التأثير عبر الأجيال أو بين

الأجيال يكون محدود في سياقات ومجاميع ثقافية محددة ليشمل أطفال ضحايا العنف السياسي، وأطفال قدامى المحاربين والأطفال الذين يعيشون في أسر كان آبائهم قد عانوا كثيرا من الحروب.

يمكن الاستنتاج أن لإضطراب ما بعد الصدمة غير المعالج عواقب نفسية وإجتماعية كبيرة للمصابين وأسرهم والمجتمع، وآثار مدمرة بعيدة المدى على الأداء المعرفي للمصابين. وان الأفراد الذين يصابون بهذا الاضطراب معرضون لمزيد من الخطر في أدائهم وتفاعلهم الاجتماعي، وكفاءتهم الذاتية، وعلاقتهم مع الآخرين. أما انفعاليا، فقد يكون لاضطراب ما بعد الصدمة تأثير ملحوظ على قدرة الفرد لتحقيق الاستقرار النفسي.

الآثار التي يخلفها إضطراب ما بعد الصدمة على الأطفال

إن تعرض اغلب البلدان العربية ومن بينها العراق إلى حروب متتالية وماتلاها من عمليات إرهابية بسبب فقدان الأمن وعدم استقرار المجتمع أدى إلى تعرض نسبة كبيرة جدا من الأطفال إلى أنواع مختلفة من الخبرات الصادمة. لذلك فان جميع شرائح المجتمع ومن بينهم الأطفال عرضة لمواجهة مواقف صعبة وأحداث ضاغطة وخبرات مؤلمة نتيجة تلك الحروب والعمليات الإرهابية، الأمر الذي قد يؤدي إلى فقدان أو موت لأحد الوالدين أو كلاهما. كما قد يتعرض الأطفال إلى العنف والتصدع الأسري أو الانتهاك الجسدي أو الجنسي أو الإساءة بمختلف أشكالها وغيرها من الأحداث التي قد تؤثر على مسار نموهم ونشأتهم، الأمر الذي يؤدي بالتالي إلى تغير اتجاهاتهم نحو المجتمع وعلاقتهم بالآخرين ونظرتهم نحو ذواتهم، مستقبلهم، وحياتهم بشكل اكبر. لاشك إن تلك الخبرات المؤلمة تنطوي على حالة من الأزمة التي قد يخبرها الطفل والتي قد تؤدي بالتالي إلى تطوير أعراض اضطراب ما بعد الصدمة، تلك الأعراض التي قد تكون ذات شدة مرتفعة وغير متوقعة وتتنوع في تأثيرها بين فورية (حادثة) أو مؤجلة (مزمنة) كما تتسم بقوتها المتطرفة وتسبب الخوف والقلق والانسحاب.

لقد أشارت البيانات والدلائل العلمية إلى إن هناك تأثير كبير لاضطراب ما بعد الصدمة على الأطفال، ويشمل هذا التأثير مشكلات تتسحب على مجالات عديدة من حياتهم لتشمل الجانب النفسي، الصحي والدراسي. كما يمكن أن تمتد هذه التأثيرات لتشمل الوظائف العقلية المعرفية والوظائف الاجتماعية والعلاقات المتبادلة مع الآخرين والاضطرابات الانفعالية، ومن الخطأ أن نفترض أن آثار الحدث الصدمي سوف تزول مع الوقت لمجرد نمو الأطفال. كما تتوافر دلائل قوية تشير إلى أن اضطراب ما بعد الصدمة قد يكون مصحوب بمشاعر الحزن والأسى، وقلق الانفصال. كما توصل Munson 1995 إلى أن هنا مشكلات تصاحب تعرض الأطفال إلى الصدمات القوية تتضمن مشكلات التفكير

Dissociation، الوحدة Loneliness، الأحلام والكوابيس Nightmares. بينما يرى يول و كانتربوي Yule Canterbury, 1995 أن الأطفال يتشابهون مع الكبار في أعراض استرجاع الخبرة الصدمية وردود الفعل الإنسحابية Avoidance وفرط الاستثارة. كما قد يخبر الطفل الغضب، مشكلات التذكر، الإكتئاب، القلق واللوم، العجز، وصعوبات الشعور بالسعادة، التعب والإرهاق، الأرق وازدياد آلام الجسم، تدهور جهاز المناعة، الصداع، ضعف الشهية للطعام، الانسحاب من الحياة الاجتماعية وضعف التواصل الاجتماعي مع الآخرين، ضعف الانجاز الدراسي مع ضعف القدرة على اتخاذ القرار، الشك وانخفاض احترام الذات.

كما قد يبدي الأطفال الأصغر سناً سلوكاً نكوصياً وتدميراً. فقد أشارت بعض الدراسات إلى أن الأطفال المصابين بإضطراب مابعد الصدمة خاصة الذكور قد إزداد لديهم السلوك العدواني في البيت والمدرسة على حد سواء، كما أصبحوا إنعزاليين أكثر وغير قادرين على التعبير الإنفعالي، كما ويشعرون بالحزن والكسل. كذلك قد يمتد تأثير إضطراب مابعد الصدمة السلبي ليأخذ مظاهر وأعراض قد تمتد إلى الجوانب الإدراكية والمعرفية والخيالية والإنفعالية خصوصاً بين الأطفال الذين شاهدوا والديهم أو احدهما أو أحد أفراد الأسرة وهم يقتلون أو يعذبون.

وتقدم نتائج الأبحاث العلمية بيانات عن العواقب ذات الأثر البعيد -والتي يمكن أن تتفاقم مع مرور الوقت- للمشكلات والإضطرابات التي يخلفها تعرض الأطفال للأحداث الصدمية. فقد أشارت دراسة Anthony 1986 إلى أن اضطراب مابعد الصدمة قد أثر سلباً على أداء الأطفال وعلاقاتهم مع الآخرين مقترنة بالمعاناة والألم والحزن وعدم الاستقرار والنقص والإحباط. كما أن المشكلات التي قد تنشأ لدى الأطفال يمكن أن تتسحب على المناخ الاجتماعي وماقد يشيع فيه من عوامل الشعور بالتهديد والقلق والتوتر وانعكاساتها على العلاقات المتبادلة بين الأفراد في المجتمع وعلى فعاليتهم في الحياة. كما وجدت دراسة Gladstone 2004 إلى وجود علاقة إرتباطية بين التعرض للعنف خلال مرحلة الطفولة وبين بعض المشاكل النفسية (الإكتئاب-القلق-إيذاء الذات-اضطرابات الهلع) (أبو شريفة، 2011).

إنتأثير تلك التجارب المؤلمة والأحداث الصادمة على الأطفال قد يفوق تأثيرها على الكبار، وقد يعود السبب في ذلك إلى نقص أساليب التوافق مع الضغوط لدى الأطفال مثل مهارات مواجهة الضغوط Coping Strategies واليات الدفاع Defense Mechanisms كذلك قد يعود السبب إلى طبيعة مرحلة الطفولة ذاتها التي تتسم بالضعف التكويني. لذلك فقد تزايد الاهتمام بالكشف عن صدمة الطفولة وتأثيراتها اللاحقة على النمو النفسي والاجتماعي للأطفال. أشارت الدراسات إلى أن ردود أفعالاً للأطفال

للصدمة التي يتعرضون لها تتباين تبعاً لمتغيرات العمر وطبيعة الصدمة ومعناها بالنسبة للطفل،
إلأن المعالم العامة لرد الفعل التالي للصدمة تكون واحدة.

معايير تشخيص اضطراب مابعد الصدمة لدى الراشدين

يعتبر اضطراب مابعد الصدمة احد اضطرابات القلق التي تحدث عقب تعرض الفرد لحادث ينطوي
على تهديد حقيقي بالموت أو الحاقأذى خطير يهدد بشكل مباشر سلامة الفرد الجسدية. هناك مجموعة
من المعايير التي تم اعتمادها في تصنيف ال DSM من اجل تشخيص الفرد على انه يعاني من
اضطراب مابعد الصدمة وهي:

- 1- أن يكون الشخص المعني قد تعرض لحادث ذو بعد تهديدي استثنائي أو كارثي على المدى
القصر أو الطويل. ويتميز هذا الحادث بأنه يثير حالة من الحزن العميق واليأس.
- 2- تتضمن الصدمة أعراض الأفكار الاقتحامية مسببة للضييق تتمثل بتذكر الصدمة (صدى
الذكريات واجترارها، الأحلام والكوابيس).
- 3- سلوك تجنب من قبيل تجنب الظروف (القائمة فعليا أو المحتملة) التي تشبه ظروف الصدمة
وتشمل تجنب الحديث عن الحدث الذي مر به الفرد أو التفكير بما حدث.
- 4- أعراض مستمرة للاستثارة وفرط الحساسية وتشمل صعوبة الدخول في النوم، الأرق، زيادة
الإحساس واليقظة المفرطة، صعوبة التركيز ونوبات الغضب.

قد تظهر الأعراض بعد وقوع الحدث الصدمي مباشرة، أو قد تأخذ عدة اشهر لدى مايقرب من نحو
ثلث المرضى، يرافق ذلك في كثير من الأحيان الانسحاب والانعزال الاجتماعي، وشعور من الخدر
والبلادة العاطفية، واللامبالاة إزاء الأشخاص الآخرين، فضلا عن تعكر المزاج. كما أن شدة الأعراض
قد تتفاوت من وقت لآخر ولكنها تبلغ ذروتها لحظة تعرض الفرد للضغط النفسي. وقد تبين من خلال
الدراسات التي أجريت في هذا المجال أن مايقرب من 30% من الحالات النمطية لاضطراب مابعد
الصدمة يتم شفاؤها تماماً، وان 40% يستمرون في المعاناة من بعض الأعراض البسيطة، و 20%
يعانون من أعراض متوسطة الشدة، في حيت يبقى 10% كما هم أو قد يتدهورون أكثر. بشكل عام
فان المأل يصبح أسوء لدى الأطفال وكبار السن مقارنة بالأفراد متوسطي العمر.

هناك بعض العلامات التي تشير إلى توقع تحسن الأعراض لدى الفرد منها:

- قصر مدة الأعراض، فكلما كانت فترة ظهور الأعراض اقل كلما كانت علامات توقع التحسن اكبر.
- آليات المواجهة Coping Strategies منها على سبيل المثال الدعم الاجتماعي الذي يتلقاه الفرد من الأفراد المحيطين به منهم على سبيل المثال شريك الحياة، الأقارب، الأصدقاء، والمؤسسات الاجتماعية كل ذلك قد يبدو مؤثرا جدا في التخفيف من حدة الأعراض التي يعاني منها الفرد عقب تعرضه للحدث الصدمي وتطوير اضطراب مابعد الصدمة.
- طبيعة الشخصية والتاريخ المرضي، فقد أثبتت الدراسات إلى أن كفاءة الشخصية قبل التعرض إلى الحدث الصدمي لها تأثير كبير وعلاقة مباشرة في التخفيف من حدة الأعراض. كما أن تعرض الفرد إلى الاضطرابات النفسية قبل الحدث الصدمي ووجود تاريخ مرضي قد تقاوم من حدة الأعراض، حيث أشار Helzer, 1987 إلى أن هناك 80% من الأفراد الذي يعانون من اضطراب مابعد الصدمة لديهم تاريخ مرضي وشخصية سريعة العطب.

معايير تشخيص اضطراب مابعد الصدمة لدى الأطفال

حدد الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل للاضطرابات النفسية DSM-IV-TR عددا من المحكات الرئيسية للأطفال الذين يطورون اضطراب مابعد الصدمة بعد أن يخبروا تجربة صدمية منها:

1- إستعادة خبرة الحدث الصدمي باستمرار عن طريق استرجاعات Recalls أو ذكريات Memories مؤلمة ومتكررة ويشمل ذلك الصور الذهنية للحدث الصدمي، الأفكار، والمدركات، وقد يتجلى ذلك لدى الأطفال في شكل لعب تكراري يعبر فيه الطفل عن موضوعات تتعلق بالحدث الصدمي.

2- اضطرابات تشمل الوظائف المعرفية والإدراكية، فالأطفال الذين خبروا تجربة صدمية مؤلمة يذكرون حالة الذعر والخوف التي مروا بها دون نسيان للتفاصيل ولكن قد يكون بصورة غير متتالية زمنيا. كما إنهم يعانون من ضعف القدرة على اتخاذ القرار واضطرابات تعليمية تشمل حالة من التوتر وفرط الحركة وضعف التركيز والانتباه وصعوبات في الحفظ والاستيعاب ومن ثم عدم قدرة الطفل على الاستمرار بالدوام بشكل منتظم.

3- فرط النشاط الانفعالي والعصبي، حيث يتصف الأطفال الذين خبروا تجربة صدمية حادة بالذعر، سرعة الغضب، اللوم والتوبيخ، الشعور بالذنب والأسى والحزن، القلق والعجز وفقدان الشعور بالسعادة والحب، وكذلك التشاؤم من المستقبل.

- 4- اضطرابات النوم والأرق والاستيقاظ المتكرر بسبب الأحلام المزعجة، يصحبه خفقان القلب والتعرق والقلق الشديد دون تذكر تفاصيل الحلم المزعج.
- 5- اضطرابات الطعام وتشمل فقدان الشهية والإفراط في تناول الطعام.
- 6- اضطرابات نفسجسمية وتشمل الشعور بالتعب، الإرهاق والصداع، زيادة الشعور بالآلام الجسمية والآلام في البطن والشد العضلي وخفقان في القلب، التعرق والتقيؤ.
- 7- تأثر العلاقات الشخصية وإنخفاض العلاقات الاجتماعية والاتصال بالآخرين والسلوك التجنبي وازدياد الخلافات بين الأصدقاء وضعف الانجاز في العمل وفي المدرسة وانخفاض تقدير الذات وفقدان الثقة بالنفس والإكتئاب والقلق العام والرهاب المحدد والخاص بالحدث الصدمي والخوف من الغرباء.

أساليب علاج اضطراب ما بعد الصدمة

يعتبر علاج الأفراد الذين يعانون من اضطراب ما بعد الصدمة واحد من المجالات الهامة في علم النفس الذي نما حديثاً وبشكل سريع في المجتمعات العربية والغربية على حد سواء والذي انبثق منه علم علاج الصدمات Psychotraumatology الذي يبحث في طبيعة الكوارث والصدمات النفسية التي يمر بها الإنسان ويعالج ما يتولد وينتج من تلك الصدمات. هناك أنواع متعددة من العلاجات التي يمكنها تقديم المساعدة للشخص المصاب باضطراب ما بعد الصدمة تتلخص بالاتي:

1- العلاج النفسي:

تتلخص فكرة العلاج النفسي بمحاولة توفير الدعم النفسي الذي يساعد على تحقيق التكيف والعودة إلى الحياة الطبيعية ومن ثم محاولة إزالة الضغط النفسي الواقع على الفرد بتأثير الحدث الصدمي ويتم ذلك عن طريق محاولة التعامل مع الذكريات الاقتحامية بدلا من التعرض إلى الصدمة ومعالجتها بشكل مباشر، لكن قد يكون من المفيد أحيانا التصدي بشكل مباشر لتجربة الصدمة نفسها خاصة إذا كانت تغطي على الشخص المعني ذكريات الحاد تشكل أقل. من المفيد ملاحظة انه وقبل استخدام التقنيات العلاجية النفسية للصدمة ضرورة التوصل أولا إلى الاستقرار ومن ثم مساعدة الفرد على التنفيس عما تراكم بداخله من مشاعر وذكريات أثناء وقوع الحدث الصدمي ويتم بذلك بشكل تدريجي في جو امن ومدعم. يلي ذلك ضرورة تعليم الفرد مهارات مواجهة الأحداث من اجل زيادة المناعة النفسية للفرد في مواجهة أحداث مماثلة. يمكن أن يتم ذلك من خلال جلسات علاج فردية Individual Session، أو

جماعية Group Sessions قد تضم أفراد آخرين واجهوا أحداثاً مماثلة أو جلسات علاج أسرية تضم احد أفراد أسرة الفرد المصاب.

تم تطوير أساليب علاجية مختلفة تأخذ غالباً الوجهة التدعيمية في استهدافها لمعالجة الصدمة. إذ تم تطوير العلاج السلوكي المعرفي Cognitive Behavioral Therapy لعلاج آثار الصدمة. يقوم العلاج السلوكي المعرفي باختصار على أساس مساعدة الفرد على استيعاب الحدث الصدمي في البناء المعرفي من خلال إعطاء معنى لما حدث ثم محاولة التغلب على الآثار السلوكية الناتجة من خلال تمارين الاسترخاء أو التعرض التدريجي الذي طور خصيصاً لمعالجة اضطراب ما بعد الصدمة بشكل فعال وتقليل الحساسية لمثيرات القلق.

كما تم تطوير طريقة إزالة الحساسية لحركة العين وإعادة المعالجة Eye Movement Desensitization and Reprocessing الذي يعتبر نوع من أنواع العلاج النفسي الحديث لعلاج الاضطرابات النفسية التي تخلفها الصدمة على يد المعالجة النفسية الأمريكية فرانسينا شابيرو (Francine Shapiro) حيث يجمع هذا العلاج بين عناصر من المعالجات المعرفية والسلوكية النفسية، بحيث يضيف أسلوباً من حركات العين شبيهة بحركات العين التلقائية التي تحدث في مرحلة من مراحل النوم تعرف بنوم حركة العين السريعة (REM sleep) وذلك لتشتيت انتباه المريض بين روايات مقترنة بالصدمة أو الحدث المؤلم الذي تعرض له الفرد والحركات الإيقاعية للعين. إن تشتيت الانتباه هذا هو الذي يساعد العقل بطريقة ما على معالجة المعلومات المرتبطة بالأحداث الصادمة أو الأحداث المؤلمة السابقة. بكلمة أخرى فإن هذا النوع من العلاج يركز على جلب الشخص عن طريق التحدث إلى وضعية حادثة الصدمة في ظل ظروف محمية من خلال التغيير السريع لإتجاه النظر أو من خلال شكل آخر من أشكال تنشيط نصفي الدماغ المتناوب أثناء عملية التذكر للتوصل إلى تكامل ما عايشه الفرد من صدمة. كما يمكن مكافحة الكوابيس بأسلوب "بروفة الصور" حيث يقوم الشخص المعني خلال النهار بتخيل أن الكابوس سينتهي نهاية جيدة. يتخذ المريض حلماً يتكرر باستمرار. إذ ليس من المهم أن يقوم بتصوير جميع الكوابيس. يقوم برسم كل تفاصيل الكابوس هذا ويخترع نهاية جيدة لذلك الحلم. يمكن تلخيص خطوات العلاج بهذا الأسلوب بالخطوات التالية:

1- الخطوة الأولى: يأخذ المعالج معلومات دقيقة شاملة عن المريض من اجل استكشاف أسباب المشكلة وآثارها السلبية وأعراضها من اجل التوصل إلى خطة علاجية منظمة ومحكمة. يختلف

- العلاج بإزالة الحساسية وإعادة المعالجة بحركة العين عن العلاجات الأخرى في أن التفاصيل المحددة للذكريات المزعجة ليست ضرورية لصياغة العلاج.
- 2- الخطوة الثانية: تعليم المريض أساليب الاسترخاء وتهدئة النفس للتعامل مع أي ذكريات مزعجة تذكر أثناء جلسات العلاج.
- 3- الخطوة الثالثة: تقييم صورة أو مشهد يختارها المريض من صور أو مشاهد الحدث الصدمي الذي تعرض له ثم يكوّن جملة أو عبارة تعبر عن اعتقاد ذاتي سلبي مقترن بالحادثة. ثم يبحث بعدها عن جملة ذاتية إيجابية كبديل. وتستدعى العواطف والأحاسيس البدنية المقترنة بالذاكرة كذلك.
- 4- الخطوة الرابعة: التركيز على عملية إزالة الحساسية على المشاعر والأحاسيس التي يقربها المريض بالذاكرة المؤلمة.
- 5- الخطوة الخامسة: يتم من خلال هذه الخطوة زيادة عملية التثبيت وقوة الاعتقادات الإيجابية التي جاءت لتحل محل الاعتقادات السلبية الأصلية المرتبطة بالحدث الصدمي.
- 6- الخطوة السادسة: مسح الجسم للتخلص من أية استجابة باقية للبدن والتي يمكن أن تكون مقترنة بالذكري المزعجة مثل الصداع والتوتر.
- 7- الخطوة السابعة: تختتم كل جلسة بأساليب تهدئة واسترخاء ذاتية وموجزة عما يمكن توقعه بين الجلسات. كما تتم مناقشة سجل اليوميات.
- 8- الخطوة الثامنة: إعادة تقييم النتائج للجلسة السابقة واستخدام مقاييس وأدوات مقبولة لقياس مستويات التوتر ومشاعر المريض تجاه الحادث الصادم.

2- العلاج الدوائي:

يستخدم العلاج الدوائي في بادئ الأمر من أجل التخفيف من حدة الأعراض الناجمة عن اضطراب ما بعد الصدمة، لذا فإن الخطوات الأولى للمعالجة تبدأ من وصف مجموعة من الأدوية- سنأتي على ذكرها- للتخفيف من حدة الأعراض كما أسلفنا وبناء جسر يسمح بالمرور إلى العلاج النفسي. وقد حاول المتخصصون حديثاً ترتيب فاعلية بعض الأدوية لمواجهة بعض الأعراض وكانت نتائج الأبحاث العلمية لفاعلية هذه الأدوية بالشكل الآتي:

- 1- احتلت مثبطات استعادة السروتونين ISRS خاصة نيفازودون Nefazodon و فونلافاكسين Venlafaxin المرتبة الأولى للتخفيف من اغلب الأعراض الناجمة عن اضطراب ما بعد

الصدمة. كما أن هناك أدوية أخرى مثل السيترولبرام والسيرترالين، وتتميز هذه المجموعة من الأدوية بان أعراضها الجانبية Side Effects قليلة وإمكانية تحقيقها للتخفيف من حدة الأعراض جيدة.

2- تستخدم مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات Antidepressors tricycliques بالمرتبة الثانية مثل الامبيرامين (نقرانيل)، الاميتريبتيلين (تريبترول). تجدر الإشارة إلى أن هذا النوع من الأدوية يستخدم لوحده لمعالجة أو التخفيف من أعراض الاكتئاب المرافقة لاضطراب مابعد الصدمة. كما يجب مراعاة استخدام هذا النوع من الأدوية مع الأطفال بحيث تبدأ بجرعات بسيطة 1مجم/كجم من وزن الطفل ومن ثم تبدأ الزيادة بالتدرج لحين تحسن الطفل مع مراعاة على أن لا تتجاوز 3 مجم/كجم من وزن الطفل يوميا. كما يراعى عند استخدام هذه الأدوية الاطمئنان على قلب الطفل بواسطة الفحص السريري وعمل رسم القلب خاصة في حال زيادة الجرعة.

3- أما الأعراض التفككية فلم نجد هناك أية إشارة من قبل المتخصصين إلى استخدام دواء محدد يأتي بالمرتبة الأولى لمعالجة هذه الأعراض، في حين يفضل الغالبية العظمى منهم وصف أدوية الخط الثاني ISRS (نيفازودون، فونلافاكسين).

4- أخيرا يفضل الترازودون Trazodone في المرتبة الأولى لمعالجة أو التخفيف من حدة اضطرابات النوم، ثم يأتي بالمرتبة الثانية كل من زوابيدام Zoipidam، بينادريل Benadryl، المركبات الثلاثية tricycliques و البنزوديازيبين (Benzodiazepine De clerq, and) (Lebigot, 2001).

5- يمكن أيضاً استخدام بعض الأدوية المساعدة نذكر منها مضادات القلق مثل البرازولام (زاناكس).

كما قدم كل من Vaiva and DuCrocq عام 2001 مداخلتهما حول إمكانية العلاج السيكوفارماكولوجي لاضطراب مابعد الصدمة ولخصاً نتائج مجموعة كبيرة من الدراسات والأبحاث العلمية في المجال والتي أجريت من أجل التعرف على الفاعلية المحتملة للأدوية المستخدمة على أعراض اضطراب مابعد الصدمة وذلك كل حسب أصنافها العلاجية. الجدول (1) يلخص مفعول الأدوية على الأعراض المستهدفة والمرافقة لاضطراب مابعد الصدمة وكما عرضها Vaiva and DuCrocq, 2001 (شادلي، 2017).

جدول (1)

مفعول الأدوية على أعراض اضطراب ما بعد الصدمة كما عرضها Vaiva and DuCrocq, 2001

ت	العلاج	المفعول المحتمل على أعراض اضطراب ما بعد الصدمة	المفعول الممكن على أعراض اضطراب ما بعد الصدمة	المفعول الممكن على الأعراض المرافقة لإضطراب ما بعد الصدمة
-1	ISRS	Criteria C ويشمل انخفاض الاهتمام	المعيار D, B	الغضب - Anger العدوان - Aggression الاندفاعية - Impulsive سلوك انتحاري Suicidal - thought with action إكتئاب - Depression هلع - Panic قلق - Anxiety وسواسية OCD - سوء استخدام العقاقير Drug Abuse
-2	مضادات الادرينالين Anti- Adrenergique	Criteria D, B	المعيار C الأعراض التفككية Dissociative symptoms	الغضب - العدوان - هلع - قلق
-3	IMAO	Criteria B	المعيار D اضطرابات النوم Sleep Disorders	إكتئاب - هلع - قلق
-4	Tricycliques	Criteria B	المعيار D اضطرابات النوم Sleep Disorders	إكتئاب - هلع - قلق
-5	Benzodiazepine		المعيار D, B	هلع - قلق
-6	مضادات التشنج - معدلات المزاج	Criteria D	المعيار C, B	عدوانية، اندفاعية
-7	مضادات الذهان		المعيار D فرط الاستثارة Hyperarousal	أعراض ذهانية

