

## التفكك الصدمي والاضطراب التالي للصدمة وعلاقتهم بالدعم الاجتماعي المدرك

د. سليمة طاجين

قسم علم النفس العيادي، جامعة الجزائر 2

### ملخص

يتناول هذا المقال فرضيات تتعلق بالعلاقة بين أعراض التفكك الناتج عن الصدمة وكذا العرضية المميزة للاضطراب التالي للصدمة من جهة والدعم الاجتماعي المدرك من جهة أخرى، إجابة على التساؤل حول مدى تأثير إدراك الدعم الاجتماعي بالعرضية التالية للصدمة وشدتها وهل يسبق إدراك الدعم الاجتماعي الاضطراب النفسي أم يتزامن معه أم أن المعاناة المرتبطة بالصدمة هي التي تنشطه أو تعيق الاستفادة منه؟ بين أن أعراض التفكك أثناء الصدمة ترتبط ارتباطات دالة جدا بالاضطرابات النفسية وبدا أن الدعم الاجتماعي يتوسط هذه العلاقة، حيث تضعف درجات الدعم الاجتماعي المدرك كلما تزايدت أعراض التفكك، وكأن هذه النتيجة تقترح فكرة أن التفكك أثناء الصدمة، إما يؤثر على قدرات الشخص في تقييم مصادره والمصادر الخارجية فيختل إدراكه للدعم الاجتماعي، أو أن غياب الدعم الاجتماعي يعزز الشعور بالتخلي الذي يرافق الصدمة. وتبين أن أعراض التجنب واختلال نظام المعاني لدى الفرد واختلال إدراك الذات واختلال الضبط الانفعالي مقترنة بدرجات ضعيفة للدعم الاجتماعي المدرك، هذه النتيجة تقترح فكرتين: إما أن طبيعة الأعراض لا تسمح بالاستفادة من مصادر الدعم الاجتماعي، أو أن ضعف إدراك الدعم الاجتماعي هو الذي يقلل من إمكانيات الشخص في احتواء انفعالاته ومخاوفه.

**الكلمات الدالة:** التفكك الصدمي، الاضطراب التالي للصدمة، الدعم الاجتماعي المدرك

### Abstract

The present research focuses on the correlation between peri-traumatic dissociation, PTSD and DESNOS and perceived social support. The study is a quantitative research that was conducted with a general adult population (n = 652). In this study we set ourselves the objective of studying the relationship of perceived social support that may exist between the nature of post-traumatic symptoms, including peri-traumatic dissociative symptoms, symptoms of post-traumatic stress disorder and symptoms of unspecified extreme stress disorder DESNOS. Our hypothesis suggests that the perceived level of social support varies according to the nature of the symptoms: perceived social support scores decrease with increasing number of peri-traumatic dissociative symptoms, symptoms of avoidance, symptoms related to the alteration of the perception of others, the symptoms related to the alteration of the relations with the others and the symptoms related to the alteration of the system of sense (meaning). In conclusion, social support can be on the one hand, a protective factor - thus a moderator -in stressful or traumatic situations, and on the other hand there are many variables that influence and moderate this protective role of perceived social support, especially the nature and intensity of symptoms in individuals. In fact, it is difficult to determine the direction and intensity of the impact of social support in the relationship between traumatic events and post-traumatic psychopathologies, these results suggest that it is more relevant to consider social support in its role

as a mediator and its moderating role and study the dynamics of its protective function in interaction with other variables.

**Keywords:** peri-traumatic, social support, symptoms, psychopathologies

### Résumé

La présente contribution s'intéresse à la corrélation entre la dissociation peri-traumatique, le PTSD et le DESNOS et le support social perçu. L'objectif est l'étude de la relation du support social perçu qui peut exister entre la nature des symptômes post traumatiques, incluant les symptômes dissociatifs péri-traumatiques, les symptômes du trouble de stress post-traumatique et les symptômes du trouble de l'extrême stress non spécifié DESNOS. Notre hypothèse de travail suggère que le niveau de soutien social perçu varie en fonction de La nature des symptômes: les scores du soutien social perçu diminuent en fonction de l'augmentation du nombre des symptômes dissociatifs péri traumatiques, les symptômes d'évitement, les symptômes liés à l'altération de la perception d'autrui, les symptômes liés à l'altération des relations avec les autres et les symptômes liés à l'altération du système de sens (signifiant). Et pour résultats l'étude montre que, le soutien social peut être d'une part un facteur protecteur-modérateur donc- des situations stressantes ou traumatiques, et d'autre part il y a de nombreuses variables qui influent et modèrent ce rôle protecteur du soutien social perçu, notamment la nature et l'intensité des symptômes chez les individus.

**Mots-clé:** peri-traumatique, support social, symptômes, psychopathologies.

### مقدمة

تتفق الأدبيات على وجود فروق فردية في كيفية الاستجابة للأحداث العنيفة والفجائية وغير القابلة للتحكم ولكن هناك فئتين رئيسيتين للاستجابات التي تلي هذه الأحداث الصادمة حسب دالنبرج كرلسون (Dalenberg, 2000) وهي:

- أولاً، الاستجابات الأولية التالية للصدمة وأهمها أعراض إعادة معايشة الحدث الصادم من خلال الصور المقترحة، الومضات العائدة، الكوابيس، وغيرها، وأعراض التجنب التي تعمل على التخفيف من الحصر والمعاناة الانفعالية التي تسببها إعادة المعايشة، بالإضافة إلى مظاهر التفكك الذي يحدث أثناء الصدمة أو بعداً.

- ثانياً، الاستجابات الثانوية المرتبطة أو الناتجة عن الاستجابات الأولية التالية للصدمة وهي مصنفة في ثمانية أنماط: الاكتئاب، العدوانية، استهلاك المواد المخدرة، المرض الجسدي، انخفاض تقدير الذات، الخلط في الهوية، الصعوبات في العلاقات البينية، الشعور بالعار والذنب.

يتناول هذا المقال فرضيات تتعلق بالعلاقة بين أعراض التفكك الناتج عن الصدمة وكذا العرضية المميزة للاضطراب التالي للصدمة من جهة والدعم الاجتماعي المدرك من جهة أخرى، إجابة على التساؤل حول مدى تأثير إدراك الدعم الاجتماعي بالعرضية التالية للصدمة وشدتها وهل يسبق إدراك الدعم الاجتماعي الاضطراب النفسي أم يتزامن معه أم أن المعاناة المرتبطة بالصدمة هي التي تنشطه أو تعيق الاستفادة منه؟

### 1. اعتبارات نظرية

سنعرض أولاً مراجعة نظرية فيما يتعلق بالتفكك الصدمي، استجابات التفكك أثناء الصدمة والتفكك كعرضية مزمنة ومعقدة بعد الصدمة واضطراب ضغط ما بعد الصدمة ومفهوم الدعم الاجتماعي المدرك.

## 1.1 التفكك أثناء الصدمة

ظهر في نهاية الثمانينات الاهتمام من جديد بسياق التفكك الصدمي كما بلوره Pierre Janet في نهاية القرن التاسع عشر، ويعتبر أهم الباحثين الذين نشروا في هذا الموضوع، حيث تم تناول التفكك كسياق يمكن تصوره في خط متواصل، حيث يمكن أن تتراوح درجات وأشكال التفكك بين ما يسمى مظاهر التفكك في الحياة اليومية كالنسيان، القيادة الآلية، تفويت جزء من الحديث مع الغير... إلخ إلى أكثر أشكال التفكك خطورة وهي اضطرابات التفكك المذكورة في التصنيفات الطب عقلية، وبين هاذين الطرفين قد نجد مظاهر التفكك الحاد أثناء التعرض للصدمة ك فقدان التوجه في المكان و الزمان، فقدان الواقع و فقدان التشخص وتبدل العواطف والخذر الحسي ، كما يمكن أن تتطور إلى مظاهر تفكك بنيوي كلما كان التعرض الصدمي مبكرا ومطولا ومجتاحا.

وصف العديد من الباحثين كيف يصبح وعي الأفراد محدودا وضيقا عندما يشعرون بالتهديد بينما يبقون مركزين على التفاصيل الحسية في تجربتهم، وإن انحصار ومحدودية الوعي لدى الأفراد المصدومين هو دليل على التفكك. ولقد تبين أن التفكك في لحظة الصدمة هو المنبأ الوحيد والأهم باضطراب ضغط ما بعد الصدمة، وقد يكون للتفكك قيمة تكيفية في البداية ولكنه يؤدي إلى تفكيك القدرة على دمج العناصر المدركة للتجربة الصدمية فيؤثر على المعالجة الصحيحة للمعلومات، ويمنع تخزين المعلومات في الذاكرة الجلية، ولهذا لا يستطيع المصدومون سرد قصة متجانسة عن الأحداث الصدمية، بينما لا تتأثر الذاكرة الضمنية، حيث أنهم قد يعرفون الصدى الانفعالي لمثير ما، ويعون ما يرتبط به من إدراك دون أن يكونوا قادرين على الربط والتصريح بما الذي يجعلهم يشعرون ويتصرفون على نحو معين. وهذا لأنه يتم عزل الذكريات الصدمية عن الوعي وتُخزن كذكريات حسية، صور مقتحمة وقهرية وإعادة سلوكية. (Van Der Kolk.B A, 2000)

هذا المفهوم عادة ما ينطبق على أعراض التجنب المعرفي التي تعتبر تفككية ك فقدان الذاكرة التفككي (عجز عن استحضار ذكريات السيرة الذاتية) أوخلل في الوعي بالواقع وبالذات، derealization depersonalization، ويُعتقد أن هذه الأشكال من التجنب تفككية لأنها تفصل الشخص عن جوانب هامة من تجربته الخاصة وتبعده عن الحدث صدمي أو ما يذكر به. لهذا يشك الناجون من الصدمات أحيانا في ذكرياتهم، ويظهرون صعوبة تذكر فترات من حياتهم، إنهم باستعمالهم هذا التجنب المعرفي يبقون أنفسهم في مأمن من ما يذكر بالتجربة الصدمية، كما أشير إلى مظاهر التجنب الانفعالي والفسولوجي ك فقدان الإحساس والتبدل على أنها تفككية، ووصفت الومضات العائدة على أنها تفككية (Van Der Kolk et al., 1996)، باعتبارها تجربة خارج السياق الزمني والمكاني، حيث يُعاش الحدث معزولا عن سياقه الأصلي. ما يتفق عليه في تعريف ما هو تفككي، هو أن تعريفه على أن فراغ أو تقطع في وعي الشخص بما يحيط به، هذا المحيط الذي قد يكون أحيانا ملغما بمثيرات مرتبطة بالصدمة. فراغ أو تقطع مثل هذا قد يخدم وظيفة التجنب وقد تكون مظاهر إعادة المعيشة مظاهر للتفكك أثناء الصدمة. (Carlson, Dalenberg, 2000)

## 2.1 اضطراب ضغط ما بعد الصدمة

تناسب ظهور مصطلح اضطراب ضغط ما بعد الصدمة تاريخيا مع قيام الأطباء العقليين الأمريكيين بالبحث عن وصف أدق للاضطرابات ومدى إمكانية التوصل إلى تشخيص موحد يسهل عمل الممارسين في ميدان الصحة



العقلية بإنجاز نظام تصنيفي جديد، متحرر من النظريات وخاصة من الفرضيات التفسيرية الفرويدية، معتمدين خاصة على المظاهر العرضية وملاحظتها التطورية. أشار DSM1 عام 1952 إلى استجابة ضغط كبرى A gross stress reaction لتعويض العصاب الصدمي، وتدل استعارة مصطلح الضغط من عند (Selye, 1952) على إصرار الأمريكيين على التحلي عن الفرضيات التحليلية والتوجه نحو طب عقلي بيولوجي. ثم تم إلغاء التشخيص "استجابة ضغط كبرى" gross stress reaction دون أن يعوض بينما كان الجيش الأمريكي في الفيتنام ويعاني ضغوط الحرب، واكتفت النسخة الثانية للدليل التشخيصي الإحصائي عام (DSMII, 1968) بالإشارة إلى اضطراب موقفي عابر Transient situational disturbance في محاولة لوصف العرضية الحادة التي تظهر بعد التعرض لعنف شديد، بينما كانت هناك اضطرابات أعمق تصنف في فئة العصابات الحصرية، الاكتئابية سواء كانت ناتجة عن تثبيبات تطويرية أو عن استعداد جيني ولم يكن مفهوم الضغط المحيطي في تلك المرحلة سوى عامل ثانوي غير مميز، يمكن أن يزيد تفاقم أو يطيل تلك الأعراض السايكاترية. أدرج تشخيص اضطراب ضغط ما بعد الصدمة عام 1980 النسخة الثالثة للدليل التشخيصي الإحصائي للإشارة إلى ما تسميه التصنيفات التحليلية عصابا صدميا، وكانت هذه حاجة واستجابة للتوافد الكبير لمحاربي فيتنام بمظاهر وتناذرات بعدية ومزمنة، ما كان يعرف بتناذرات ما بعد الفيتنام post-Vietnam syndromes والتي شملت إعادة معايشة، كوابيس، حالة إنذار مستمرة، الشعور باستحالة الكلام عن المعاش، العدوانية، وخاصة الإحساس بفقدان الشخص شخصيته التي كان عليها من قبل، أو ما سماه Shatan تشوه الشخصية la transfiguration de la personnalité، هذا الأخير استمع كثيرا للعائدين من فيتنام في مجموعات علاجية، ثم كون مجموعة تفكير مع زملائه الأطباء العقليين وأغلبهم كان في فيتنام واقترحوا تشخيص اضطراب ضغط ما بعد الصدمة. (Crocq, Chidiac, 2010).

هو مصطلح ينطبق على عصابات الحرب كما ينطبق على العواقب بعد الصدمية الناتجة عن الحوادث والكوارث في زمن السلم. هكذا اختفى مصطلح العصاب وكان هذا جزء من انشغال الدليل التشخيصي الإحصائي بعدم الانتماء لأي مرجع نظري وإيجاد حل لمشكل تصنيف فئات عديدة من الناس طوروا أعراض مزمنة بعد تعرضهم لأحداث عنيفة. (Andreasen, Horowitz, 1995).

انطلاقا من 1980 ازدهرت أدبيات الطب حول عقلية الأمريكية بمنشورات حول اضطراب ضغط ما بعد الصدمة لدي قدامى الفيتنام من طرف العديد من الباحثين أهمهم: C.Figley, M.Friedman T.Keane, S.Sonnenberg, et J.Wilson، أدت كل تلك الأبحاث إلى تدقيق عيادة تناذر الضغط بعد الصدمة والمرضية النفسية المتلازمة معه أو ما كان يعرف بالأعراض غير النوعية للعصاب الصدمي، كما سمح ذلك بالتقدم في أساليب التكفل بالمصابين.

وعدا تجارب العسكريين انطلقت أبحاث عديدة حول اضطراب ضغط ما بعد الصدمة في المجتمع المدني وفي أوقات السلم على عيinat ضحايا الكوارث الطبيعية والتكنولوجية، حوادث فردية أو جماعية، اعتداءات، اغتصاب... إلخ، من أهمها أبحاث B.Van der Kolk, T.williams, M.Wolf et G.Mosnaim, R.Ursano, R.Pynoos, G.Everly et J.Lating. (Crocq, Chidiac, 2010).

في النسخة الثالثة المراجعة للدليل التشخيصي الإحصائي (DSM IIIR, 1987) تم إلغاء التمييز بين الشكل الحاد والمزمن لاضطراب ضغط ما بعد الصدمة ليحتفظ بالتمييز بين ما هو مبكر وبعدي وأضيفت إعادة المعايشة

الهوسية أو الومضات العائدة Flash back ومعاشها التفككي dissociatif بالمعنى الذي استعمله Janet. في بداية القرن. بينما اقترحت النسخة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض OMS (CIM 10, 1990)

فيما يخص الاستجابات المباشرة للصدمة تشخيص الاستجابة الحادة لعامل ضغط réaction aigue à un facteur de stress وهذا في حدود الأيام الثلاثة الأولى التي تلي الحدث. وهذا ما لا نجده في الدليل التشخيصي الإحصائي. تبنى التصنيف الدولي للأمراض العقلية في نسخته العاشرة (CIM 10, 1990) تسمية حالة ضغط ما بعد الصدمة، غير أنه أسيئت ترجمة تسمية "اضطراب ضغط ما بعد الصدمة" إلى الفرنسية حيث استعمل تحت تسمية état de stress post traumatique أي حالة ضغط ما بعد الصدمة بينما هو trouble de stress post traumatique، الترجمة الأوفى لكلمة disorder وتم أيضا تدعيم التشخيصين السابقين بإضافة تشخيص جديد للإشارة إلى حالات اختلال الشخصية بعد الصدمة وهو التغيرات الدائمة للشخصية بعد معايشة كارث modifications durables de la personnalité après une expérience de catastrophe.

تحددت في الطبعة الرابعة للدليل التشخيصي الإحصائي عام 1994 بصفة أدق معايير التشخيص، حيث ميزت الاضطرابات الحادة ACD (Acute stress disorder) عن الـ PTSD باعتباره إزمان وأضيف المعيار A من أجل تعريف الحدث الصادم معايشة حدث كمونيا صادم حقيقة معايشته بخوف شديد وعجز أو رعب، فأصبح الدليل التشخيصي الإحصائي (DSMIV)، يعرف الحدث الصدمي على أنه "تلك الوضعية التي تسبب الموت أو تهدد به، وتسبب جروح وإصابات خطيرة، أو تهدد بها وتضع السلامة النفسية والجسمية للذات والأقارب في خطر، ويستجيب لها الفرد بالرعب والانهيان وفقدان التحكم". (Gershuny, Thayer, 1999)

وحسب الجمعية الأمريكية للطب العقلي APA؛ أي شخص تعرض لحادث بهذه الشدة يمكن أن يطور أعراض الضغط ويبدأ الحديث عن اضطراب ضغط بعد صدمي PTSD عندما يطول الأمد بالاضطراب أكثر من شهر، ففي الشهر الأول يسمى الاضطراب حالة الضغط الحاد ASD. والذي ينطوي في معياره الثاني على الأعراض التفككية dissociatifs التي تظهر بعد التعرض الصدمي بالإضافة إلى أعراض إعادة معايشة الحدث الصدمي بصفة ملحّة، أعراض التجنب وأعراض تزايد الاستثارة. (Lebel, Paquette, 2000); (DSMIV, 1996)

في حين يشخص اضطراب ضغط ما بعد الصدمة من خلال استمرار: أعراض إعادة معايشة الحدث الصدمي بصفة مستمرة وملحّة، أعراض التجنب وأعراض تزايد الاستثارة

كما أضيف معيارين جديدين وهما المعيار E وال معيار F، الأولى تشترط استمرار الأعراض لمدة شهر على الأقل كي نشخص الاضطراب وخصص المدة بين شهر إلى 3 أشهر لتحديد شكله المبكر، وعندما تظهر الأعراض في أي وقت بعد وقت كمون يتعدى 6 أشهر بعد التعرض الصدمي يتعلق الأمر بنمط بعدي. بينما يشترط المعيار F وجود معاناة نفسية دالة عياديا واختلال التوظيف الاجتماعي والمهني نتيجة الأعراض.

### 3.1 اضطراب ضغط ما بعد الصدمة المعقد أو اضطراب الإجهاد الشديد

#### Disorder of extrem stress not otherwise specified (DESNOS in DSMIV)

تناولت هيرمان (Herman, 1992) في الفصل 6 من كتابها Trauma and recovery إشكالية تأنيب ضحايا الصدمات حيث لوحظ سوء فهم المحيط للتغيرات النفسية المزمدة التي تطرأ على الضحايا الذين تعرضوا للاعتداءات أو العنف المتكرر وفترات طويلة، مما أدى إلى تأنيب الضحية وتحميلها جزء من المسؤولية فيما تعرضت له، هذا



الميل إلى إلقاء اللوم على الضحية، كان له تأثير قوي على اتجاه التفسير النفسي. فقد أدى بالعديد من الباحثين والعياديين إلى البحث عن الخلل المفترض إيجاداً في شخصية الضحية، والذي يرشحها ويهيئها للتعرض للإساءة والتعنيف والاعتداء. وبالمقابل تفسير سلوك المعتدي انطلاقاً من شخصية الضحية، كما حدث في الدراسات التي أجريت على النساء المعنفات. فحالت نزعة إلقاء اللوم على الضحية دون فهم الخلل في الشخصية والانعكاسات النفسية المعقدة، التي تظهر عقب معيشة ظروف صدمية لفترات طويلة، وبالتالي الخطأ في التشخيص، الذي غالباً ما يكون اضطراب في الشخصية، وكما ساد لفترة طويلة على أنه اضطراب الشخصية "الهستيرية"، أو "المازوشية" أو أنه اضطراب "توهم المرض". لقد أعيد النظر في هذا التشخيص ليحل محله "اضطراب الشخصية الخائذة لذاتها"، كرد فعل لاحتجاج الجماعات النسائية على نسب "اضطراب الشخصية المازوشية" للنساء المعنفات، ولأي شخص عالق في علاقة استغلال وتعدي، لكن أبقى هذا التشخيص على المعنى الضمني لاستكانة وتواطؤ الضحية متجاهلاً في ذلك اعتبارهم ضحايا تجارب صادمة، يظهرون أعراض لها خصوصيتها، تختلف عن الاضطرابات الحصرية، الاضطرابات السيكوسوماتية واضطرابات الشخصية، وإن تشابهت. لقد ترتب عن هذا النقص في الدقة والشمولية في التشخيص عواقب خطيرة في العلاج، نظراً لتجاهل الصلة بين الأعراض الحالية للمفحوص وتجربة الصدمة في غالب الأحيان.

ومن هنا طُرحت الحاجة إلى تشخيص جديد على الرغم من التطور في التصنيفات التشخيصية، وظهور الصيغة الجديدة لاضطراب الضغط ما بعد الصدمة (PTSD)، إلا أن المعايير التشخيصية لهذا الأخير تعجز عن شرح تعقد الصدمة المتكررة والمستمرة، وما تخلفه من تشوه عميق يمس الشخصية، ينطوي على اختلال في الهوية والعلاقات البين شخصية. وهي نفس الأعراض التي يبديها الأشخاص الذين تعرضوا للاعتداء والإساءة في الطفولة، بالإضافة إلى إظهارهم هشاشة عند تكرار الإساءة، ومن ثم أجمع العياديون والأطباء العقليون على ضرورة إيجاد مفهوم تشخيصي أوسع من PTSD، يصف ويعترف بالتناذر الناتج عن استمرار وتكرار الصدمة، أطلق عليه اضطراب الضغط ما بعد الصدمة المعقد (Complex Post-Traumatic Stress Disorder) (C-PTSD) الذي لقي اعترافاً أكبر، وأعتبر أنه يتمتع بمصداقية علمية أعلى من "اضطراب الشخصية المازوشية". كما عرف تسميات عديدة، إذ اختار الدليل التشخيصي للجمعية الأمريكية للطب العقلي في طبعته الرابعة تسمية "اضطراب الإجهاد الشديد غير المحدد (Disorder of Extreme Stress Not Otherwise Specified) (DESNOS) وكان التصنيف العالمي للأمراض قد تطرق لنفس الاضطراب تحت تسمية "تغير الشخصية بعد التجربة الكارثية (Personality Change From Catastrophic Experience) (PCCE).

ظهور مصطلح تناذر الضغط بعد الصدمة المعقد (C-PTSD)، أو كما يعرف باسم DESNOS في DSM-IV، أو EPCACE في (ICD-10) كان ضرورة حتمية لوصف والاعتراف بالتناذر الناتج عن ازمان الصدمة وتكرارها. خاصة بعد التوصل إلى أن المعايير التشخيصية لـ PTSD تعجز عن ذلك. وقد استعانت الباحثة في ذلك بدراسات مسحية، معطيات إحصائية وملاحظات عيادية حول مفحوصين عاشوا تجارب صادمة: نساء معنفات، أسرى الحروب، معتقلين، رهائن، ضحايا الاعتداء الجسدي والجنسي في الطفولة، فقد استند DSM-IV لتحديد المعايير التشخيصية لتناذر ضغط بعد الصدمة المعقد، وإلى تفسيرات تحليلية لمناقشة الصعوبات العلائقية التي نجدها في اضطراب الشخصية الحدية واضطراب الشخصية المتعدد. بالإضافة إلى إشارة ضمنية للعلاقة التحويلية في إطار العلاقة العلاجية.. (Herman, 1992).

#### 4.1 الدعم الاجتماعي المدرك





يحاول حقل البحث حول الدعم الاجتماعي فهم الدور الذي يلعبه الأشخاص في حياة بعضهم البعض ويحاول إيجاد كيف ولماذا وبأي طريقة يصبحون مهيمين لبعضهم البعض؟ حيث يتناول "تلك التفاعلات والعلاقات التي توفر السند والمساعدة للفرد، و/أو الشعور بالارتباط (التعلق) بشخص أو جماعة مُدركة على أنها معنوية ومحبة" (Hobfoll et Stephens, 1990 cité par Marie B.H. et all, 2004)

هناك العديد من التصنيفات للأبعاد المشكلة للدعم الاجتماعي، بحيث يشير (Komproe, 1995) إلى تصنيف تاردي (Tardy, 1985)، حيث يرى أن الدعم الاجتماعي يتضمن العديد من الجوانب لها عدة مستويات هي :

- الاتجاه: مصدر الدعم مقابل متلقي الدعم.
- التوفر: يمكن الحصول عليه عند الحاجة أو مقابل دعم متلقي فعليا.
- الوصف أو التقييم: كيفية إدراك الفرد للدعم وإيجابية أو سلبية التقييم.
- المحتوى: قد يكون المحتوى مادي أدواتي، تقدير وتشجيع، عاطفي، معلوماتي.
- الشبكة: الشبكة العائلية والشبكة الرسمية.

نجده أحيانا مستعملا كمفهوم شامل، ولكن في معظم الدراسات يتم تناول أحد أبعاده، منها ما يميز الدعم الاجتماعي بجانبه الوظيفي والبنوي، ويتعلق الأول ببعد التقييم وإدراك الأفراد لتوفر الموارد في محيطهم وإمكانية أداء أقاربهم بعض الوظائف اتجاههم، بينما يرجع الدعم البنوي إلى الشبكة الاجتماعية وما تحتويه من عدد العلاقات والأشخاص المصادر، ومدى تكرار وثرء التفاعلات مع هؤلاء. ومنها ما يميزه من خلال بعد التوفر، أي هل هو دعم مُتلقى فعليا أم دعم مدرك يمكن الحصول عليه عند الحاجة، حيث يبدو أن الدعم المدرك هو الذي يرتبط بدلالة أكبر مع الصحة والحماية مقارنة بالدعم الفعلي.

كما تم تناوله على أساس المحتوى وتم التمييز بين أشكاله الأربعة وهي الدعم المعلوماتي (النصح والتوجيه)، الدعم المادي (الأدواتي)، الدعم العاطفي بالتقدير والاهتمام والدعم بالتعلق، أما البعض الآخر فتناوله على أساس اتجاه الدعم من المصدر إلى المتلقي حيث نجد عادة خمسة مصادر وهي الدعم من الشريك، الدعم من الأولاد، الدعم من العائلة، الدعم من الأصدقاء، الدعم من الآخرين.

بينما اعتبر (Vaux, 1988) الدعم الاجتماعي مفهوم مبني على مستويين هما:

مستوى أولي متمثل في مصادر الشبكة الاجتماعية: ويخص الشبكة وخصائصها مثل خصائص العلاقات مع أفراد الشبكة، حجم الشبكة أو عدد العلاقات، تكرار الاتصالات الاجتماعية، وتركيبية الشبكة.

مستوى ثاني متمثل في تقييم الدعم الاجتماعي: ويخص التقييم المعرفي للدعم، إدراك الأفراد لمدى توفر الدعم من طرف أعضاء الشبكة ويقاس بقياس الرضى عن الدعم المدرك أو قياس ما يقدمه الآخرون من أشكال مختلفة من المساعدة. غير أن الدراسات بينت أن الدعم المدرك كان مؤشر ومنبأ أكثر دقة حول الصحة النفسية والجسمية مقارنة بخصائص الشبكة الاجتماعية. (Vaux, 1988 ; Russel et al., 1997)

لجأت معظم الدراسات إلى تعاريف أمبريقية لمفهوم الدعم الاجتماعي كسلوكيات وتفاعلات اجتماعية توفر للأفراد مساعدة حالية، أو كمنشآت تضم الأفراد داخل نظام اجتماعي، يُعتقد أنه يوفر الحب والرعاية، أو كارتباط ثنائي أو جماعي. كما نجده تحت تعاريف جد محددة مثل الإدماج الاجتماعي، الصداقة والارتباط أو



كتبادل للمصادر يفترض وجود على الأقل معطي ومتلقي، بهدف تحسين صحة المتلقي، أو كاستراتيجية أو مصدر، أو عملية تتبع التعامل coping.

## 2. الإشكالية

تساءل بعض الباحثين عما إذا كان لطبيعة وخصوصية المعاناة النفسية بعد الصدمة وأهمها اضطراب ضغط ما بعد الصدمة بشكله الحاد والمعقد دورا في التأثير على إدراك الدعم الاجتماعي والاستفادة منه.

لقد صرنا نعرف أن استجابات الأفراد المتعرضين للضغوط والصدمات تختلف ولا تقتصر على اضطراب ضغط ما بعد الصدمة بل غالبية الضحايا يمكن أن يظهروا تكيفا ونوعا من المرونة. بينما تظهر الأقلية أشكالاً عيادية عديدة من المعاناة النفسية، والتي قد تتطور إلى اضطرابات سايكاترية، تنطوي على عجز وظيفي علائقي وصعوبات اجتماعية ومهنية، وسلوكيات مخاطرة وكحولية واستهلاك المخدرات .

والواقع أنه من بين كل تلك الاضطرابات التالية للصدمة نجد أن اضطراب ضغط ما بعد الصدمة هو الاضطراب الذي قامت أكثر الدراسات بربطه بالدعم الاجتماعي، ربما لأن الطب العقلي يعتبر اضطراب ضغط ما بعد الصدمة PTSD أهم الأشكال النمطية للمعاناة النفسية بعد الصدمة، خاصة وأن أعراضه متعلقة مباشرة بالحدث الصادم مع عدم إهمال تلازمه مع الاكتئاب وبعض الاضطرابات الحصرية وأهمها الخوف الاجتماعي.

تشير معظم الدراسات إلى إمكانية إزمان وتطور اضطراب ضغط ما بعد الصدمة من شكله الحاد المتميز بإعادة المعيشة القهرية للحدث الصادم سواء في النوم أوفي اليقظة، وما يصاحبها من إستثارة عصبية إيعاشية، والتجنب المعرفي والانفعالي والسلوكي، و سهولة الاستثارة وصعوبات التحكم في الغضب.

هذا الشكل الحاد للاضطراب التالي للصدمة قد يزمن ويتفاقم إلى شكل معقد ويسمى اضطراب ضغط ما بعد الصدمة المعقد *complex post traumatic stress disorder* أو اضطراب الإجهاد الشديد غير المحدد *DESNOS* وهو عبارة عن تغيرات دائمة في الشخصية تأخذ شكل اختلال مزمن في تنظيم الاستثارة الانفعالية، اختلال في الانتباه والوعي، جسمنة، تغيرات مزمنة في الطبع بما فيها اختلال إدراك الذات واختلال إدراك المعتدي، اختلال العلاقات مع الآخرين، اختلال في نظام المعاني والمعتقدات.

لقد تم البحث في إمكانية تأثير هذه العرضية بعد الصدمة على إدراك الدعم أو إمكانية الحصول عليه حيث بينت دراسات حول اضطراب ضغط ما بعد الصدمة عند المحاربين القدامى أن لديهم مشاكل في الحميمية والحياة العلائقية ولديهم صعوبات أكثر في الانفتاح على الآخر والبوح، وأنهم أكثر عدوانية وأقل توافقاً زواجياً (Gay, Billette, Marchand, 2002)

تبدو لنا هذه الفرضية البديلة ذات أهمية بالغة حتى لو لم تلقى اهتماماً من طرف الباحثين، فهم يشيرون إلى بعض الأعراض كتجنب المحادثات المتعلقة بالصدمة من طرف الضحايا، القابلية للاستثارة، الشعور بالبعد والانفصال عن الغير، محدودية القدرة على التعامل مع المشاعر، صعوبات تسيير الغضب والتي يمكن أن تجعل الضحايا يستجيبون بطريقة سلبية للمساعدة المقدمة من مصادر الدعم وبالتالي ترتفع إمكانية الاستجابة السلبية اتجاههم كانتقادهم أو غياب التجاوب معهم. وفي واحدة من الدراسات النادرة حول هذا الموضوع، صرح قدامى حرب الفيتنام المصابين ب PTSD أن الدعم المحصل عليه تناقص مع مرور الوقت في حين صرح الذين لم يصابوا ب PTSD أن الدعم المحصل عليه بقي مستمرا. هذه النتائج قد تفسر بتناقص في الدعم



الفعلي كما قد يكون عجز المصدومين عن إدراك ما هو متوفر من مساعدة في المحيط. نتيجة لطبيعة العرضية الصدمية. بناء على ما سبق نفترض أن إدراك الدعم والاحتواء المتوفر في المحيط العلائقي سيتأثر بالعرضية الصدمية وعليه نصيغ الفرضيات الإجرائية التالية:

- هناك ارتباط سالب بين عدد أعراض التفكك أثناء الصدمة وانخفاض درجات الدعم الاجتماعي المدرك.
- هناك ارتباط سالب بين عدد أعراض PTSD وانخفاض درجات الدعم الاجتماعي المدرك
- هناك فروق دالة في مستوى الدعم الاجتماعي المدرك حسب معايير تشخيص PTSD.
- هناك علاقة ارتباطية سالبة بين عدد أعراض اضطراب DESNOS وانخفاض درجات الدعم الاجتماعي المدرك.

• هناك فروق دالة في مستوى الدعم الاجتماعي المدرك حسب معايير تشخيص DESNOS.

### 3. التعريف بالمنهجية المتبعة

اعتمدنا على معطيات دراسة ميدانية تم جمعها في إطار بحث ميداني حول الصحة النفسية للسكان، تم إنجازه فعليا من طرف الجمعية الجزائرية للبحث في علم النفس SARP بالتعاون مع TPO(Transcultural psychosocial organization) بين أبريل 1999 وبداية سنة 2000 تحت إشراف الأستاذ خالد نور الدين، أجري البحث على عينة سكانية عامة من محافظة الجزائر الكبرى، تم اختيارها بالتوجه إلى السلطات المحلية لبلديتي دالي إبراهيم وسيدي موسى، بحيث تقدمت الجمعية الجزائرية للبحث في علم النفس بطلب التسريح الإداري لإنجاز البحث. وفور الحصول عليه طلبت بعض المعطيات الإحصائية السكانية بهدف الاعتماد عليها في اختيار حوالي 1000 شخص من كل منطقة وبما أنه لم يكن في حوزة البلديتين معطيات حديثة عن الإحصائيات السكانية اضطرت الجمعية للاعتماد على معطيات القوائم الانتخابية لسنة 1998 في اختيار العينة. ولكي يكون الشخص فردا من العينة لابد ألا يقل سنه عن 18 سنة ولا يزيد عن 70، كما لا يجب أن يكون مصابا بتخلف عقلي يمنعه من الاستجابة لأسئلة المقابلة وهو شرط لا يتم التحقق منه سوى بعد الاتصال بالشخص، عند المقابلة باستخدام استبيان MMSE.

تم اختيار العينة بالطريقة العشوائية المنتظمة، وهي طريقة احتمالية تتم من خلال حساب النسبة المئوية للعينة في المجتمع الكلي للحصول على طول المدى أو معامل الرفع: بحيث يقسم عدد وحدات المجتمع على عدد وحدات العينة المرغوب فيها ويحترم هذا المدى في الاختيار (دليلو وآخرون، 1999)، فعلا تم حساب النسبة التي يمثلها 1000 شخص من مجموع عدد المسجلين في القوائم الانتخابية، فكانت النسبة المحصل عليها تساوي تقريبا 1 من كل 30 مسجل في القوائم الانتخابية في كلتا البلديتين، وكان هذا هو المدى الذي اتبعناه عمليا؛ فإذا بدأنا باختيار الرقم 1 في قائمة الذكور أو الإناث فإننا ننتقل مباشرة إلى الرقم 31 من نفس القائمة وكاحتياط كان يتم أيضا الاحتفاظ بالرقم 30 والرقم 32 من القائمة في حالة ما إذا كان الشخص المختار أوليا غير مناسب أو غير موجود حاليا بالبلدية فيستبدل بأحدهما.

كل شخص سمحت له هذه الطريقة العشوائية بأن يكون في العينة تم الاحتفاظ باسمه وعنوانه كي يسهل الوصول إليه، إما بدعوة كتابية للمشاركة في البحث أو عن طريق الاتصال المباشر به وشرح محتوى وهدف البحث.

### 2.3 أدوات القياس

استخدمنا قائمة الكشف عن أعراض التفكك أثناء الصدمة Revised Peritraumatic Dissociative Experiences questionnaire وهو سلم من 8 بنود أعراض تفككية أضاف إليها (Komproe, et al., 2005) بندين



إضافيين أثبتت الدراسات أهميتهما في الاستجابات أثناء الصدمة، يخص البند الأول العجز عن فهم ما يحدث وإيجاد معنى، ويخص البند الثاني فقدان التوجه. تم حساب معامل الثبات كرونباخ على عينة 585 راشدا فكان في حدود 0.94 ونحن بدورنا قمنا بحساب معامل الثبات كرونباخ على عينتنا فكان في حدود 0.83

واستخدمنا من أجل تشخيص اضطراب ضغط ما بعد الصدمة: القسم CIDI K لتشخيص PTSD من المقابلة الدولية التشخيصية المركبة: (Composite International Diagnostic Interview: 2.0 CIDI) هي أداة تم إعدادها من طرف المنظمة العالمية للصحة OMS وهي مبنية تماما ومصممة ليتم استخدامها من قبل مهنيين مدربين على المقابلات من أجل تشخيص وتصنيف الاضطرابات النفسية على أساس معايير كل من: التصنيف الدولي للأمراض CIM 10 و الدليل التشخيصي الإحصائي DSM IV ، أظهر استعمال CIDI أنها أداة عالية التقنين والثبات كما أنها عموما مقبولة في مختلف الثقافات. (Robins et al., 1988 ; Wittchen et al., 1996; Janca et al., 1992)

كما أن هذه الأداة تمت ترجمتها إلى العربية، وأعيدت ترجمة النسخة العربية إلى الإنكليزية لضمان الحفاظ على محتواها ومعاييرها وتقنياتها ومفاهيمها ومعانيها (Flaherty et al., 1988) لتشخيص اضطراب ضغط ما بعد الصدمة نوجه للمستجيب تعليمة نطلب فيها منه استحضار الأحداث العنيفة أو نذكره بها، ثم نبين له أن الناس يختلفون في كيفية استجاباتهم للتجارب العنيفة التي واجهوها فكيف كانت استجابته؟ بما أن سلم تشخيص اضطراب ضغط ما بعد الصدمة مبني على أساس المعايير التشخيصية للـ DSMIV و CIM10 فإن اضطراب ضغط ما بعد الصدمة يشخص عند كل مستجيب توفرت في إجاباته كل المعايير معا، بمعنى أن نسبة الناس الذين شخصنا لديهم اضطراب ضغط ما بعد الصدمة لا تعكس حجم المعاناة الحقيقية عند العينة المدروسة بما أننا استثنينا من لم يتوفر في إجاباتهم كل المعايير المذكورة سابقا.

كما استخدمنا من أجل تشخيص اضطراب ضغط ما بعد الصدمة المعقد أو ما يسمى أيضا اضطراب الإجهاد الشديد: سلم Extrem Stress Disorder Scale وهو سلم من 49 بندا تجمع في عدد من الأبعاد. قمنا بحساب معامل الثبات كرونباخ فكانت قيمته في حدود 88، وهي قيمة مقبولة وتدل على ثبات الأداة.

ولقياس الدعم الاجتماعي المدرك: استخدمنا رزمة الشبكة الاجتماعية Social Network Schedule (House, 1981) من أجل قياس الدعم المتلقى ومدى الرضى عنه وهو مقياس يميز بين جانبيين من جوانب الدعم الاجتماعي: البنيوي والوظيفي ولقد تم التمييز بين هاذين النوعين من الإمكانيات بسبب اختلاف علاقتهما بالصحة العقلية (Barrera, 1986; Dunkel, Schutter & Bennet, 1990)

تم قياس في هذه الدراسة مدى توفر أربع أنواع من الدعم الاجتماعي في الشبكة غير الرسمية زوج، أطفال، العائلة، الأصدقاء والآخرين على سلم مقسم إلى 5 مستويات تتراوح بين لا دعم على الإطلاق إلى كثير جدا من الدعم وهي: الدعم بالتعلق، الدعم بالتقدير والاهتمام، الدعم بالمعلومات والنصح والتوجيه، الدعم المادي. ومجموع درجات الدعم يسمى الدعم المحصل عليه Recived social support بينما تم قياس الدعم الاجتماعي المدرك Perceived social support من خلال السؤال عن الفعالية والرضى العام التي حققتها نوع الدعم ومصدره للفرد.

بالنسبة لصدق المقياس، استخدمنا طريقة صدق المحك بحساب معامل الارتباط بيرسون بين أبعاد الدعم المدرك في سلم Social Network Schedule (House 1981) ونفس الأبعاد في سلم الاحتياط الاجتماعي Social "Provision Scale" (Russell & Cutrona 87) وكان يساوي  $r=0.42$  وهو دال في مستوى 0.01 مما شجعنا

على اعتبار الأداة صادقة وتقيس ما نريد قياسه. وبالنسبة لثبات المقياس قمنا بحساب معامل الثبات ألفا كرونباخ على معطيات العينة ( $n=652$ ) فكان 0.93 وهي تقريبا نفس قيمة ثباته في الدراسات الأجنبية كدراسة. (Emmelkamp, Komproe, Van ommeren, Schagen, 2002)

وبما أن المتغير الأساسي في هذا البحث هو الدعم الاجتماعي المدرك، تم استعمال فقط الجزء المتعلق بالرضى عن حجم الدعم الفعلي المحصل عليه، ولهذا الاختيار مبرره النظري إذ وجدنا أن معظم الدراسات قد بينت ارتباط الصحة العقلية بالدعم الاجتماعي المدرك كمتغير يؤدي تدخله إلى تخفيض أثر العوامل الصدمية والتقليل من احتمال المعاناة. تم حساب درجة الرضى عن الدعم الاجتماعي إما بجمع درجات الرضى عن الأنواع الأربعة للدعم الاجتماعي أي مجموع الإجابات بنعم أو بجمع درجات الرضى عن الدعم المحصل عليه من المصادر الـ 5 المشكلة للشبكة الاجتماعية.

هذه العملية جعلتنا نحصل على متغير مستمر لدرجات الرضى عن الدعم الاجتماعي المحصل عليه تتراوح قيمه بين 0 و20 بحيث القيمة 0 تعني فئة الأفراد غير الراضين عن أي نوع من الدعم الاجتماعي المحصل عليه من أي مصدر للدعم، وتعني 20 فئة الأفراد الراضون عن كل نوع من أنواع الدعم الاجتماعي المحصل عليه من المصادر الـ 5 للدعم، للحصول على 3 مستويات الدعم المدرك تم تقسيم الدرجات الكلية للدعم الاجتماعي المدرك إلى ثلاث مجموعات: ضمت الأولى القيم التي تراوحت بين 0 و10 واعتبرناها مستوى ضعيف في إدراك الدعم الاجتماعي وضمت المجموعة الثانية القيم التي تراوحت بين 11 و15 واعتبرناها إدراك متوسط للدعم الاجتماعي وضمت المجموعة الثالثة القيم التي تراوحت بين 16 و20 واعتبرناها إدراك مرتفع للدعم الاجتماعي.

واعتمدت المعالجة الإحصائية لمعطيات هذا البحث على الأدوات الإحصائية الوصفية، واللابرامترية مع المعطيات الاسمية والرتبية والأدوات البارامترية مع المتغيرات المقدره كميًا بالدرجات، ولهذه الاعتبارات اعتمدنا على الأدوات التالية: اختبار كا تربيع لاختبار دلالة الفروق، ومعامل الارتباط سبيرمان.

#### 4. وصف النتائج

##### 1.4 أعراض التفكك أثناء الصدمة وعلاقتها بالدعم الاجتماعي المدرك

الجدول رقم 1: ارتباط سبيرمان بين درجات إدراك أنواع الدعم وعدد الأعراض التفككية أثناء الصدمة

6	5	4	3	2	1	
					1	1 درجات الدعم بالارتباط
				1	**0.86	2 درجات الدعم بالتقدير
			1	**0.81	**0.82	3 درجات الدعم المعلوماتي
		1	**0.85	**0.80	**0.84	4 درجات الدعم المادي
	1	**0.93	**0.93	**0.92	**0.94	5 درجات الدعم الكلي

1	**0.15-	**0.13-	**0.13-	**0.15-	**0.15-	عدد الأعراض التفككية
---	---------	---------	---------	---------	---------	----------------------

\*\* دال في مستوى  $\alpha=0.01$ ، \* دال في مستوى  $\alpha=0.05$

يرتبط الدعم الاجتماعي المدرك ارتباطاً عكسياً ودالاً إحصائياً في مستوى دلالة  $\alpha=0.01$  مع عدد الأعراض التفككية التي يستجيب بها الشخص أثناء التعرض للصدمة، أي أنه كلما ارتفع عدد الأعراض التفككية أثناء التعرض الصدمي كلما ضعف إدراك الدعم الاجتماعي أثناء التعامل مع عواقب الصدمة. ويبدو أن أكثر الارتباطات أهمية ارتباط عدد الأعراض التفككية والدعم بالتعلق، وكذا الدعم بالتقدير.

## 2.4 أعراض ومعايير تشخيص اضطراب ما بعد الصدمة وعلاقتها بالدعم الاجتماعي المدرك

الجدول رقم 2: ارتباط سبيرمان بين درجات الدعم الاجتماعي المدرك حسب أنواعه وعدد الأعراض بعد الصدمة PTSD

8	7	6	5	4	3	2	1	
							1	1 درجات الدعم بالتعلق
						1	**0.80	2 درجات الدعم بالتقدير
					1	**0.81	**0.82	3 درجات الدعم المعلوماتي
				1	**0.85	**0.80	**0.84	4 درجات الدعم المادي
			1	**0.93	**0.93	**0.92	**0.94	5 درجات الدعم الكلي
		1	**0.14-	**0.11-	**0.12-	**0.11-	**0.14-	6 عدد أعراض إعادة المعيشة
	1	**0.66	*0.10-	*0.079-	-0.073	-0.08	**0.13-	7 أعراض الاستثارة الفائقة واليقظة
1	**0.72	**0.64	**0.20-	**0.18-	**0.18-	**0.18-	**0.22-	8 عدد أعراض التجنب

\*\* دال في مستوى  $\alpha=0.01$ ، \* دال في مستوى  $\alpha=0.05$

يرتبط الدعم الاجتماعي المدرك ارتباطاً عكسياً ودالاً إحصائياً في مستوى دلالة  $\alpha=0.01$  مع عدد أعراض التجنب بعد الصدمة، ثم عدد أعراض إعادة المعيشة وهذا يعني أنه كلما ارتفع عدد هاتين المجموعتين من الأعراض بعد الصدمة كلما ضعف إدراك الدعم الاجتماعي. في حين يرتبط ارتباطاً عكسياً ودالاً إحصائياً في مستوى دلالة  $\alpha=0.05$  مع عدد أعراض الاستثارة الفائقة واليقظة. وتجدر الإشارة إلى كون أعراض التجنب ترتبط بأهمية أكبر مع الدعم بالتعلق والارتباط ( $r=0.22$ ) بمعنى أن التجنب سيكون تجنب سلوكي وانفعالي في علاقة الشخص مع الآخرين.

الجدول رقم 3: ارتباط سبيرمان بين درجات الدعم الاجتماعي المدرك حسب مصادره وعدد الأعراض بعد الصدمة PTSD

8	7	6	5	4	3	2	1
---	---	---	---	---	---	---	---

							1	درجات دعم الزوج/الزوجة
							1	درجات دعم الأطفال
							0.07	درجات الدعم العائلة
				1	**0.51	*0.08	**0.11	درجات الدعم الأصدقاء
			1	**0.57	**0.39	**0.14	**0.15	درجات الدعم آخرين
		1	**0.20	**0.11	**0.13	0.04	-0.06	عدد أعراض إعادة المعيشة
	1	**0.66	**0.12	*-0.09	*-0.10	0.05	-0.06	7 أعراض الاستثارة الفانقة واليقظة
1	**0.72	**0.64	**0.19	**0.18	**0.18	-0.04	*-0.10	8 عدد أعراض التجنب

\*\* دال في مستوى  $\alpha=0.01$ ، \* دال في مستوى  $\alpha=0.05$

يرتبط دعم العائلة ارتباطاً عكسياً ودالاً إحصائياً في مستوى  $\alpha=0.01$  مع كل من عدد أعراض التجنب وعدد أعراض إعادة المعيشة، ويرتبط ارتباطاً عكسياً ودالاً إحصائياً في مستوى  $\alpha=0.05$  مع عدد أعراض الاستثارة المفرطة. ويرتبط دعم الشريك ارتباطاً عكسياً ودالاً إحصائياً في مستوى دلالة  $\alpha=0.05$  مع عدد أعراض التجنب. ويرتبط دعم الأصدقاء ارتباطاً عكسياً ودالاً إحصائياً في مستوى دلالة  $\alpha=0.01$  مع عدد أعراض التجنب ومع عدد أعراض إعادة المعيشة، ويرتبط ارتباطاً عكسياً ودالاً إحصائياً في مستوى دلالة  $\alpha=0.05$  مع عدد أعراض الاستثارة المفرطة. يرتبط دعم الآخرين ارتباطاً عكسياً ودالاً إحصائياً في مستوى دلالة  $\alpha=0.01$  مع عدد أعراض التجنب ومع عدد أعراض إعادة المعيشة، ويرتبط ارتباطاً عكسياً ودالاً إحصائياً في مستوى دلالة  $\alpha=0.05$  مع عدد أعراض الاستثارة المفرطة.

الجدول رقم 4: اختبار دلالة الفروق في مستوى الدعم الاجتماعي المدرك حسب معايير تشخيص PTSD

اختبار chi sq			مرتفع		متوسط		منخفض				
			n=203		n=205		n=244				
$\alpha$	P	Chi	N(100%)	%	f	%	F	%	F		
	0.08	5.02	547	31.3	174	29.8	163	38.8	213	نعم	المعيار أ: التعرض
			105	30.5	32	40.0	49	20.5	31	لا	لحدث أو عدة أحداث عنيفة
			652	31,1	203	31,4	205	37,4	244	المجموع	
	0.08	4.93	525	31.0	163	29.7	112	39.2	206	نعم	المعيار (B) توفر 3 أعراض



			127	31.5	40	38.6	49	29.9	38	لا	إعادة معايشة
			652	31,1	203	31,4	205	37,4	244	المجموع	الحدث باستمرار
0.001	0.000	24.86	342	25.1	86	28.7	98	46.2	158	نعم	المعيار (C) توفر عرض تجنب على الأقل
			310	37.7	117	34.5	107	20.7	86	لا	
			652	31,1	203	31,4	205	37,4	244	المجموع	
0.05	0.039	5.97	466	29.8	139	29.8	139	40.3	188	نعم	المعيار (D) توفر عرضين
			186	34.4	64	35.6	66	30.1	56	لا	من أعراض الاستثارة المفردة
			652	31,1	203	31,4	205	37,4	244	المجموع	
	0.07	5.22	443	31.2	138	28.9	128	40.0	177	نعم	المعيار E: كل عرض
			209	31.1	65	36.8	77	32.1	67	لا	دام شهر على الأقل
			652	31,1	203	31,4	205	37,4	244	المجموع	
0.05	0.037	4.70	432	29.2	126	30.6	132	40.3	174	نعم	المعيار F: العرض تسبب في
			220	35.0	77	33.2	73	31.8	70	لا	معاونة وهجر وظيفي
			652	31,1	203	31,4	205	37,4	244	المجموع	
0.001	0.000	14.27	244	24.6	60	29.1	71	46.3	113	نعم	اضطراب ضغط ما بعد الصدمة
			408	35.0	143	32.8	134	32.1	131	لا	
			652	31,1	203	31,4	205	37,4	244	المجموع	

يختلف مستوى إدراك الدعم الاجتماعي بين الذين توفرت فيهم معايير تشخيص اضطراب ضغط ما بعد الصدمة معاً وأولئك الذين لم تتوفر فيهم كل معايير تشخيص اضطراب ضغط ما بعد الصدمة، حيث نجد الذين شخص لديهم الاضطراب موزعين أكثر في المستويين المنخفض والمتوسط في تقييم الدعم الاجتماعي، ولقد أظهر اختبار  $\chi^2$  أن هذه الفروق في مستويات إدراك الدعم الاجتماعي حسب تشخيص اضطراب ضغط ما بعد الصدمة لدى المستجيب هي فروق جد دالة إحصائياً بحيث ( $\chi^2 = 14.27, p = 0.000 < 0.001$ )

يختلف مستوى إدراك الدعم الاجتماعي بين الذين توفر فيهم المعيار (C) أي توفر عرض على الأقل من أعراض التجنب وأولئك الذين لم تتوفر فيهم هذا المعيار، حيث نجد الذين يتوفر فيهم هذا المعيار موزعين أكثر في المستويين المنخفض والمتوسط في تقييم الدعم الاجتماعي، ولقد أظهر اختبار  $\chi^2$  أن هذه الفروق في مستويات إدراك الدعم الاجتماعي حسب توفر المعيار (C) لتشخيص اضطراب ضغط ما بعد الصدمة لدى



المستجيب هي فروق دالة إحصائية بحيث ( $\chi^2 = 24.86, p = 0.000 < 0.001$ ). هذا يعني أن المعيار (c) أي توفر عرض على الأقل من أعراض التجنب قد يفسر بدلالة قوية اختلاف مستوى الدعم الاجتماعي المدرك من طرف الأفراد. كما يختلف مستوى إدراك الدعم الاجتماعي بين الذين تتوفر فيهم المعيار (d) أي توفر عرضين على الأقل من أعراض الاستثارة المفرطة وأولئك الذين لم تتوفر فيهم هذا المعيار، حيث نجد الذين تتوفر فيهم هذا المعيار موزعين أكثر في المستويين المنخفض والمتوسط في تقييم الدعم الاجتماعي، ولقد أظهر اختبار  $\chi^2$  أن هذه الفروق في مستويات إدراك الدعم الاجتماعي حسب توفر المعيار (d) لتشخيص اضطراب ضغط ما بعد الصدمة لدى المستجيب هي فروق دالة إحصائية بحيث ( $\chi^2 = 5.97, p = 0.039 < 0.05$ ). هذا يعني أن المعيار (d) أي توفر عرض على الأقل من أعراض الاستثارة المفرطة قد يفسر ولكن بدلالة ضعيفة اختلاف مستوى الدعم الاجتماعي المدرك من طرف الأفراد. كما هناك اختلافات في مستوى إدراك الدعم الاجتماعي بين الذين تتوفر فيهم المعيار (f) أي أن الاضطراب تسبب في معاناة وعجز وظيفي وأولئك الذين لم تتوفر فيهم هذا المعيار، حيث نجد الذين تتوفر فيهم هذا المعيار موزعين أكثر في المستويين المنخفض والمتوسط في تقييم الدعم الاجتماعي، ولقد أظهر اختبار  $\chi^2$  أن هذه الفروق في مستويات إدراك الدعم الاجتماعي حسب توفر المعيار (f) لتشخيص اضطراب ضغط ما بعد الصدمة لدى المستجيب هي فروق دالة إحصائية بحيث ( $\chi^2 = 4.70, p = 0.037 < 0.05$ ). هذا يعني أن المعيار (f) أي تسبب الاضطراب في معاناة وعجز وظيفي قد يفسر بدلالة اختلاف مستوى الدعم الاجتماعي المدرك من طرف الأفراد وهذا منطقي حيث يتضمن هذا المعيار انزعاج الشخص من تلك الأعراض ومعاناته منها واستشارة طبيب أو استشارة معالج تقليدي، تناول أدوية، تأثير الأعراض على النشاطات اليومية للشخص وحرمانه من المشاركة في النشاطات الاجتماعية والمهنية مما قد يقلل من إمكانية الاستفادة من الدعم الاجتماعي.

### 3.4 أعراض اضطراب الإجهاد الشديد وعلاقته بالدعم الاجتماعي

الجدول رقم 5: ارتباط سبيرمان بين عدد أعراض الإجهاد الشديد ودرجات الدعم الاجتماعي المدرك

11	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	
									1	**0.860	2 درجات الدعم بالتقدير
								1	**0.810	**0.820	3 درجات الدعم المعلوماتي
							1	**0.850	**0.797	**0.840	4 درجات الدعم المادي
						1	**0.931	**0.931	**0.919	**0.941	5 درجات الدعم الكلي
					1	**0.15	**0.12	**0.14	**0.14	**0.16	6 اختلال في تعديل الاستشارة الانفعالية
				1	**0.55	-0.06	-0.04	-0.07	-0.04	-0.08	7 اختلال في الانتباه أو الوعي
			1	**0.53	**0.58	**0.120	*-0.09	**0.11	**0.12	**0.14	8 اختلال في إدراك الذات
		1	**0.52	**0.45	**0.55	**0.12	**0.11	**0.11	*-0.10	**0.13	9 تغيرات في الطبع



	1	**0.59	**0.56	**0.46	**0.61	**0.16	**0.14	**0.15	**0.15	**0.16	10 اختلال في نظام المعاني
1	**0.80	**0.77	**0.74	**0.69	**0.90	**0.17	**0.13	**0.15	**0.15	**0.17	11 درجات الاجهاد الشديد الكلية

\*\* دال في مستوى  $\alpha=0.01$ ، \* دال في مستوى  $\alpha=0.05$

ترتبط الدرجات الكلية للإجهاد الشديد (DESNOS) بالدعم الاجتماعي المدرك، وخاصة الدعم بالتعلق، حيث كلما زادت درجات الإجهاد الشديد كلما قلت درجات الدعم بالتعلق أو كلما قلت درجات الدعم بالتعلق كلما ضعف إدراك الدعم الاجتماعي.

يرتبط الدعم الاجتماعي المدرك ارتباطاً عكسياً ودالاً إحصائياً في مستوى دلالة  $\alpha=0.01$  بالدرجة الأولى مع أعراض اختلال نظام المعاني ثم تليها أعراض اختلال ضبط الاستثارة الانفعالية ثم أعراض اختلال إدراك الذات وأعراض تغير الطبع، هذا يعني أنه كلما ارتفع عدد هذه المجموعات من الأعراض بعد الصدمة المزمدة كلما ضعف إدراك الدعم الاجتماعي ويرتبط الدعم الاجتماعي المدرك ارتباطاً عكسياً ودالاً إحصائياً في مستوى دلالة  $\alpha=0.05$  مع عدد أعراض اختلال الوعي والانتباه. كما تجدر الإشارة إلى ارتباط أعراض اختلال نظام المعاني مع الدعم الاجتماعي المدرك وخاصة الدعم بالارتباط والدعم بالتقدير.

## الجدول رقم 6: اختبار دلالة الفروق في مستوى الدعم الاجتماعي المدرك حسب معايير تشخيص الإجهاد الشديد DESNOS

اختبار chi sq			مرتفع 203n=		متوسط n=205		منخفض n=244					
A	P	chi	N(100 %)	%	F	%	F	%	F			
	0.214	2.49	463	30.2	14 1	30. 2	14 0	39. 3	182	نعم	اختلال تعديل الاستثارة الانفعالية	
			189	32.8	62	34. 4	65	32. 8	62	لا		
			652	31,1	20 3	31, 4	20 5	37, 4	244	المجموع		
	0.07	3.33	351	28.8	10 1	30. 8	10 8	40. 5	142	نعم	اختلال الانتباه أو الوعي	
			301	33.9	10 2	34. 2	97	33. 9	102	لا		
			652	31,1	20 3	31, 4	20 5	37, 4	244	المجموع		
	0.01	0.001	11.71	326	27.3	89	28. 8	94	43. 9	143	نعم	اختلال إدراك الذات
			326	35.0	11 4	34. 0	11 1	31. 0	101	لا		
			652	31,1	20 3	31, 4	20 5	37, 4	244	المجموع		
	0.063	4.77	395	29.6	11 7	29. 6	11 7	40. 8	161	نعم	تغيرات في الطبع	
			257	33.5	86	34. 2	88	32. 3	89	لا		
			652	31,1	20 3	31, 4	20 5	37, 4	244	المجموع		
	0.01	0.002	10.92	399	28.1	11 2	29. 6	11 8	42. 4	169	نعم	اختلال نظام المعاني



			253	36.0	91	34.4	87	29.6	75	لا	
			652	31,1	203	31,4	205	37,4	244	المجموع	
0.01	0.005	7.58	187	25.7	48	28.9	14	45.5	85	نعم	اضطراب الاجهاد الشديد
			465	33.3	155	32.5	151	34.2	159	لا	
			652	31,1	203	31,4	205	37,4	244	المجموع	

يختلف مستوى إدراك الدعم الاجتماعي بين الذين تتوفر فيهم المعيار (c) أي توفر عرض على الأقل من أعراض اختلال إدراك الذات وأولئك الذين لم تتوفر فيهم هذا المعيار، حيث نجد الذين تتوفر فيهم هذا المعيار موزعين أكثر في المستويين المنخفض والمتوسط في إدراك الدعم الاجتماعي، ولقد أظهر اختبار  $\chi^2$  أن هذه الفروق في مستويات إدراك الدعم الاجتماعي حسب المعيار (c) لتشخيص اضطراب الإجهاد الشديد لدى المستجيب هي فروق جد دالة إحصائياً بحيث ( $\chi^2 = 11.71, p = 0.001 < 0.01$ ). هذا يعني أن المعيار (c) أي اختلال إدراك الذات قد يفسر بدلالة اختلاف مستوى الدعم الاجتماعي المدرك من طرف الأفراد. وأيضا يختلف مستوى إدراك الدعم الاجتماعي بين الذين تتوفر فيهم المعيار (e) أي اختلال نظام المعاني وأولئك الذين لم تتوفر فيهم هذا المعيار، حيث نجد الذين تتوفر فيهم هذا المعيار موزعين أكثر في المستويين المنخفض والمتوسط في تقييم الدعم الاجتماعي، ولقد أظهر اختبار  $\chi^2$  أن هذه الفروق في إدراك الدعم الاجتماعي حسب المعيار (e) لتشخيص اضطراب الإجهاد الشديد لدى المستجيب هي فروق دالة إحصائياً بحيث ( $\chi^2 = 11.71, p = 0.001 < 0.01$ ). هذا يعني أن المعيار (e) أي اختلال نظام المعاني قد يفسر بدلالة اختلاف مستوى الدعم الاجتماعي المدرك من طرف الأفراد.

كما يختلف مستوى إدراك الدعم الاجتماعي بين الذين تتوفر فيهم كل معايير تشخيص اضطراب الإجهاد وأولئك الذين لم تتوفر فيهم كل معايير تشخيص اضطراب الإجهاد، حيث نجد الذين شخص لديهم الاضطراب موزعين أكثر في المستويين المنخفض والمتوسط في تقييم الدعم الاجتماعي، ولقد أظهر اختبار  $\chi^2$  أن هذه الفروق في مستويات إدراك الدعم الاجتماعي حسب تشخيص اضطراب الإجهاد لدى المستجيب هي فروق دالة إحصائياً بحيث ( $\chi^2 = 7.58, p = 0.005 < 0.01$ ).

## 5. مناقشة النتائج

بالنسبة لعلاقة الأعراض التفككية أثناء الصدمة بالدعم الاجتماعي، وجدنا أنه كلما ارتفع عدد الأعراض التفككية أثناء التعرض الصدمي كلما ضعف إدراك الدعم الاجتماعي أثناء التعامل مع عواقب الصدمة، أي يضعف إدراك الدعم الاجتماعي عند أولئك الذي كان عدد الأعراض التفككية لديهم مرتفعا، وقد يعني هذا أنهم إما لم يكونوا قادرين على إدراك الدعم قبل الحدث فكان التفكك دليلا على الهشاشة النفسية. وقد يكون التفكك قد عزلهم عن المحيط وأخل بإدراكهم لذاتهم وللواقع وبالتالي أخل بقدرتهم على إدراك أنواع الدعم المختلفة ومن مصادره المتنوعة، وقد يشير هذا إلى الشعور بالتخلي وغياب النجدة التي يختبرها المصدوم أثناء تعرضه، وقد يعود أيضا إلى ضيق وانحصار مجال الوعي لدى الفرد بسبب أعراض التفكك أثناء وبعد الصدمة. وإذا عدنا إلى الدراسات التي تناولت التفكك كاستجابة نمطية عند التعرض للضغوط والصدمات، نجدها تربط استجابة التفكك بالتعرض الصدمي المعقد والمبكر في الطفولة وما يخلفه من صعوبات أو اضطرابات في التعلق، واختلال في تصور الذات، فهل يمكن لهذه الفكرة أن تفسر تناقص إدراك الدعم بالارتباط والتعلق وتناقص إدراك الدعم بالتقدير كلما زاد عدد استجابات التفكك أثناء الصدمة؟

وكذلك بالنسبة لعلاقة أعراض اضطراب ضغط ما بعد الصدمة بالدعم الاجتماعي المدرك حيث وجدنا أنها علاقة ارتباطية عكسية ودالة إحصائيا في مستوى دلالة  $\alpha=0.01$  بالدرجة الأولى مع عدد أعراض التجنب بعد الصدمي، ثم عدد أعراض إعادة المعيشة وهذا يعني أنه كلما ارتفع عدد هاتين المجموعتين من الأعراض بعد الصدمية كلما ضعف إدراك الدعم الاجتماعي، في حين ترتبط ارتباطا سالباً ودال إحصائيا في مستوى دلالة  $\alpha=0.05$  مع عدد أعراض الاستثارة الفائقة واليقظة.

الجدير بالذكر أن أعراض التجنب ترتبط عكسيا بأهمية أكبر مع الدعم بالتعلق ( $r=-0.219^{**}$ ) ويبدو أن الأشخاص الذين يطورون أعراض التجنب بعد التعرض للصدمات سيحرمون أنفسهم من الاستفادة من الدعم الاجتماعي، ونحن نعلم أن التجنب التالي للصدمة يمكن أن يأخذ شكل تجنب سلوكي وتجنب معرفي وتجنب انفعالي في التفاعل مع الآخرين، وهذا ما قد يفسر ارتباط عدد أعراض التجنب التالي للصدمة عكسيا بالدعم التعلق، ما يدعم ذلك هو ارتباط دعم الشريك ارتباطا سالباً ودال إحصائيا في مستوى دلالة  $\alpha=0.05$  مع عدد أعراض التجنب، وهذا يعني أن التجنب يحرم الشخص من الاستفادة من دعم الزوج، خاصة وأن التجنب يشمل تجنب الأشخاص والتفاعل الحميمي، فالمصدوم يصبح غير قادر على استقبال العواطف أو إعطائها. وينطبق نفس الواقع على دعم العائلة ودعم الأصدقاء والدعم المقدم من خارج العائلة، هذا يعني أن هذه الأعراض وبصفة أهم أعراض التجنب تجعل الشخص غير قادر على الاستفادة من الدعم الاجتماعي المقدم من العائلة والأصدقاء وغيرهم.

ترتبط كل أعراض اضطراب ضغط ما بعد الصدمة عكسيا مع درجات إدراك الدعم الاجتماعي على اختلاف أنواعه ومصادره. ولكن أقوى الارتباطات تخص أعراض التجنب، هناك دراسات أثبتت العلاقة الإيجابية بين التجنب والمعاناة (Green, Morris et Pehingale, 1979) ودراسة (Whihinston et Wikes, 1991)، بينما تظهر دراسات أخرى علاقة سالبة بين هذين المتغيرين (Green, GraceetGleses, 1989, MacFartame, 1988) وقد يبين تحليلا أعمق للنتائج أن التجنب الانفعالي قد يكون أكثر ارتباطا بتطوير اضطراب ضغط ما بعد الصدمة أكثر من التجنب المعرفي والسلوكي (Joseph et al 1997)، وهكذا بقدر ما



امتنعت الضحية عن البوح بما عاشته لأهلها وأقاربها بقدر ما لم تستوعب الحدث وبقدر ما تكون في خطر تطوير اضطراب ضغط ما بعد الصدمة، وعلى عكس فالحدث مع الأقارب يساهم في سياقات الإدماج الانفعالي والاستيعاب المعرفي عند الضحايا ويشكل عاملاً علاجياً في مداواة اضطراب ضغط ما بعد الصدمة.

وينطبق هذا التفسير على ما وصلنا إليه بالنسبة لاختلاف مستوى الدعم الاجتماعي المدرك حسب معايير تشخيص اضطراب ضغط ما بعد الصدمة أو عدم توفرها اختلافات دالة إحصائية في مستوى دلالة ( $\alpha=0.001$ ) ولفهم تلك الاختلافات تناولنا كل معيار على حدة، حيث بينت النتائج أن الفروق في مستويات إدراك الدعم الاجتماعي حسب توفر المعيار (a) لتشخيص اضطراب ضغط ما بعد الصدمة لدى المستجيب ليست فروق دالة إحصائية وهذا يعني أنه لا يكفي أن نتعرض لأحداث صدمية حتى يزيد أو ينقص الدعم الاجتماعي إذ نلاحظ أن الذين توفر فيهم المعيار (a) موزعين على المستويات الثلاث للدعم الاجتماعي بالتساوي تقريباً، ليس التعرض الصدمي وشدته هي التي تؤدي إلى انخفاض الدعم الاجتماعي أو ارتفاعه. كما أن تلك الفروق في مستويات إدراك الدعم الاجتماعي حسب توفر المعيار (b) لتشخيص PTSD لدى المستجيب ليست فروق دالة إحصائية وهذا يعني أن معيار إعادة معايشة الأحداث لا يكفي للتأثير على مستوى الدعم الاجتماعي المدرك من طرف الأفراد حيث نلاحظ أن الذين توفر فيهم المعيار (b) موزعين على المستويات الثلاث للدعم الاجتماعي باختلافات طفيفة. بينما الفروق في مستويات إدراك الدعم الاجتماعي حسب توفر المعيار (c) لتشخيص اضطراب ضغط ما بعد الصدمة هي فروق دالة إحصائية في مستوى  $\alpha=0.001$  وهذا يعني أن المعيار (c) أي توفر عرض على الأقل من أعراض التجنب قد يفسر بدلالة قوية اختلاف مستوى الدعم الاجتماعي المدرك من طرف الأفراد. هذا ما يعطي خصوصية لأعراض التجنب في قدرتها على إضعاف إدراك الدعم الاجتماعي. وهو الحال بالنسبة للفروق في مستويات إدراك الدعم الاجتماعي حسب توفر المعيار (d) لتشخيص اضطراب ضغط ما بعد الصدمة حيث أنها فروق دالة إحصائية في مستوى دلالة ( $\alpha=0.05$ ) وهذا يعني أن المعيار (d)، أي توفر عرض على الأقل من أعراض الاستثارة المفرطة قد يفسر وبدلالة اختلاف مستوى الدعم الاجتماعي المدرك من طرف الأفراد. علماً أن هذه الأعراض مرتبطة ارتباطاً قوياً مع أعراض التجنب ( $r=0.723^{**}$ )

هنا يبرز الدور الوسيط للدعم الاجتماعي بحيث اتجاه التأثير غير معروف، ويمكن التفسير في الاتجاهين، قد تؤدي أعراض إعادة المعايشة والاستثارة الفائقة إلى تجنب كل ما يسببها بما فيها التفاعل الاجتماعي والتواصل مع المحيط، وبالتالي عدم التمكن من الاستفادة من مزايا الدعم الاجتماعي، وقد نفسر النتيجة في الاتجاه المعاكس أي أن غياب أو ضعف إدراك الدعم الاجتماعي هو الذي يفسر ارتفاع عدد أعراض الاستثارة الفائقة وإعادة المعايشة وبالتالي التجنب، وتدعم أدبيات الدعم الاجتماعي هذه الفكرة، وتؤكد أن للدعم الاجتماعي أثر إيجابي على الصحة بطرق عديدة ومتنوعة، فيمكن للشبكة الاجتماعية أن توفر تجارب إيجابية ومنتظمة وعلاقات اجتماعية مستقرة، كما يسمح الدعم بالحصول على مشاعر إيجابية واستقرار وأمن ويؤدي بالتالي إلى شعور عام بالراحة والهناء ويسمح بالاعتراف بالقيمة الشخصية، كل هذه الحالات النفسية الجيدة يمكن أن تؤدي إلى تحسين صحة الفرد من خلال تحسين آليات التعديل والتنظيم في الجهاز الغددي والهرموني، كما قد يؤثر على تبني سلوكيات سليمة والرغبة في الاعتناء بالذات. (Cohen et wills, 1985)

وبين عدد من الدراسات أنه في وضعية ضاغطة مفتعلة تجريبياً ارتبط حضور أحد الأقارب وتقديمه الدعم العاطفي بانخفاض في الضغط الدموي وخفض تسارع دقات القلب. (Uchino, Glaser, 1996)



كما أن الفروق في مستويات إدراك الدعم الاجتماعي حسب توفر المعيار (f) لتشخيص اضطراب ضغط ما بعد الصدمة لدى المستجيب هي فروق دالة إحصائياً  $\alpha=0.05$  وهذا يعني أن المعيار (f) أي تسبب الاضطراب في معاناة وعجز وظيفي قد يفسر بدلالة اختلاف مستوى الدعم الاجتماعي المدرك من طرف الأفراد، وهذا منطقي حيث يتضمن هذا المعيار انزعاج الشخص من تلك الأعراض ومعاناته منها واستشارة طبيب أو استشارة معالج تقليدي وتناول أدوية، كما يتضمن تأثير الأعراض على النشاطات اليومية للشخص وحرمانه من المشاركة في النشاطات الاجتماعية والمهنية مما قد يقلل من إمكانية الاستفادة من الدعم الاجتماعي.

ووجدنا بالنسبة لعلاقة أعراض اضطراب الإجهاد الشديد (DESNOS) والدعم الاجتماعي المدرك أن الدعم الاجتماعي المدرك يرتبط ارتباطاً سالباً ودال إحصائياً في مستوى دلالة  $\alpha=0.01$  مع كل من:

• أعراض اختلال تعديل الاستثارة الانفعالية (الذي يتضمن اضطراب الهوية الثابت، الانشغال الدائم بالانتحار، إيذاء الذات، تناوب نوبات غضب أو كف شديد، تناوب الإفراط أو الكف الجنسي).

• وأعراض اختلال إدراك الذات (والتي تتضمن الشعور بالعجز وفقدان المبادرة، الشعور بالخجل، الذنب ولوم الذات الشعور بالعار، الشعور بالاختلاف التام عن الآخرين إما بالتميز أو الوحدة أو الاعتقاد بأن لا يمكن لأحد أن يفهمه، أو الشعور بعدم الانتماء للبشر)

• وأعراض تغير الطبع (والتي تضم فئتين من الأعراض: اختلال في إدراك المعتدي وتتضمن: الانشغال بالعلاقة مع المعتدي وبالانتقام، تقييم غير واقعي لقوة المعتدي، لكن قد يكون تقييم الضحية لقوة المعتدي أكثر واقعية من تقييم العيادي، العرفان المثالي أو المتناقض، الشعور بعلاقة خاصة أو خارقة، قبول النظام الاعتقادي أو عقلانية المعتدي. واختلال العلاقات مع الآخرين وتتضمن العزلة والانسحاب، اضطراب العلاقات الحميمية، البحث المتكرر عن منفذ قد يتناوب مع العزلة والانسحاب، عدم الثقة الدائم، الفشل المتكرر في حماية الذات).

• وأعراض اختلال نظام المعاني، والذي يضم عرضين وهما فقدان الحفاظ على الإيمان والشعور باليأس والقنوط، هذا يعني أنه كلما زاد عدد هذه الأعراض المزممة بعد الصدمة كلما ضعف إدراك الدعم الاجتماعي.

في حين يرتبط ارتباطاً سالباً ودال إحصائياً في مستوى دلالة  $\alpha=0.05$  مع عدد أعراض اختلال الوعي والانتباه (والتي تضم فقدان الذاكرة أو فرط تذكر الأحداث الصادمة، نوبات انفصال مؤقتة، تفكك وانفصال عن الواقع، إعادة معايشة الخبرات، على شكل أعراض دخيلة لاضطراب الضغط ما بعد الصدمة أو على شكل انشغالات اجتراريه).

وتجدر الإشارة إلى أن ارتباطات أعراض اختلال نظام المعاني مع الدعم الاجتماعي هي أقوى الارتباطات، بالمقارنة مع باقي الأعراض. كما أن الدرجات الكلية للإجهاد الشديد (DESNOS) ترتبط عكسياً بأهمية أكبر مع الدعم بالتعلق حيث كلما زادت درجات الإجهاد الشديد كلما قلت درجات الدعم بالتعلق.

تبعثنا هذه النتائج إلى الأدبيات حول الصدمة والتي تقول: إن للأحداث الصدمية أثر على ثلاثة تصورات أساسية أو مفاهيم قاعدية لدى الفرد وهي: (1) مفهومه لعلاقته بالعالم، ويتعلق باعتقاده بعدم هشاشته أو اعتقاده بتماسكه (2) مفهومه للعالم، ويتمثل في تصور قاعدي حول عالم عقلائي، قابل للفهم، قابل للتحكم وعادل (3) مفهومه لذاته، حيث يرى ذاته على أنه شخص كفؤ وذو قيمة ويحب، كل فرد لديه مستوى مقبول من تقدير الذات ويعتبر ذاته لا

يستحق أن يصاب بالأذى أو بصدمة. يدحض الحادث هذه المفاهيم فيجد الفرد صعوبة في استيعاب الهوة بين مفاهيمه القاعدية والتجربة الصادمة وهذا ما يزيد احتمال الإصابة باضطراب ضغط ما بعد الصدمة واستمراره. يعصف التعرض الصدمي بهذه المفاهيم الثلاثة، حيث يؤدي انهيار الشعور بالتماسك إلى شعور بمعاناة شديدة، هشاشة وخوف من إعادة معايشة الحدث، تضع الصدمة تصور العالم على أنه جيد وعقلاني وعادل على المحك وتدحضه، كونها تتميز بطابعها الظالم والشرير والضار. كما تؤدي التجربة الصادمة إلى تغير كبير في صورة الذات حيث معايشة الأعراض البعد صدمية تجعل الفرد يرى ذاته على أنه ضائع، غير كفؤ وتابع وقد يبني حكمه على ذاته على أساس استجابته أثناء الحدث، حيث يمكن أن يحكم على ذاته بأنه ضعيف وجبان أو مذنب.

تحطم التجربة الصدمية بعمق الشعور بالانسجام الداخلي عند الضحية والتي تجد نفسها مجبرة على إعادة النظر في مفاهيمها التي لم تعد قادرة على شرح العالم لها، بل وتضعها في حالة لا توازن معرفي وانفعالي والتي تؤدي إلى أعراض اضطراب ضغط ما بعد الصدمة.

كما وجدنا أن دعم العائلة يرتبط ارتباطا سلبا ودال إحصائيا في مستوى دلالة  $\alpha=0.01$  بأهمية أكبر مع أعراض الاختلال في تعديل الاستثارة الانفعالية وأعراض تغير الطبع ثم تليها كل من أعراض اختلال إدراك الذات وأعراض اختلال نظام المعاني وأعراض اختلال الوعي والانتباه.

ويرتبط دعم الأصدقاء ارتباطا سلبا ودال إحصائيا في مستوى دلالة  $\alpha=0.01$  بأهمية أكبر مع أعراض اختلال نظام المعاني وأعراض اختلال تعديل الاستثارة الانفعالية ثم تليها كل من أعراض تغير الطبع وأعراض اختلال إدراك الذات.

ويرتبط الدعم المقدم من طرف الآخرين ارتباطا سلبا ودالا إحصائيا في مستوى دلالة  $\alpha=0.01$  بأهمية أكبر مع أعراض اختلال نظام المعاني وأعراض اختلال تعديل الاستثارة الانفعالية ثم تليها كل من أعراض تغير الطبع وأعراض اختلال إدراك الذات. وترتبط كل مصادر الدعم ارتباطات سالبة ودال إحصائيا في مستوى دلالة  $\alpha=0.01$  مع الدرجات الكلية للإجهاد الشديد (DESNOS)، ولكن تجدر الإشارة إلى كون الدرجات الكلية للإجهاد الشديد (DESNOS) ترتبط بأهمية أكبر مع الدعم الاجتماعي المقدم من طرف العائلة والدعم المقدم من طرف الآخرين ثم الدعم المقدم من طرف الأصدقاء وهذا يعني أن تزايد الأعراض المزمنة بعد الصدمة يصعب على الفرد الاستفادة من الدعم الذي يمكن أن تقدمه العائلة والأصدقاء وغيرهم وهذا نظرا لاختلال نظام المعاني لديهم وتغير طبيعتهم والصعوبات التي يواجهون في تعديل انفعالاتهم. وبالعودة إلى نموذج Joseph نجده يقول أن الدعم الاجتماعي يؤثر بعدة طرق وهي:

- ينشط الدعم الاجتماعي ويؤثر إيجابيا على إدراك ضحايا الصدمات لمحيطهم، خاصة الاعتقاد بأن الآخرين يمكنهم تقديم الموارد الضرورية للمساعدة، كما يؤثر على إدراك الفرد لقدرته على مواجهة مختلف عواقب الحدث.

- يمكن أن يكون للدعم الاجتماعي أثرا إيجابيا بالعمل على مستوى الاستجابات الانفعالية المرتبطة بالحدث الضاغط وعلى تقييم عواقبه، فدعم الأقارب يمكن أن يخفف من أثر الضغط بتقديم حلول لمشاكل الضحية، وذلك بتخفيض الأهمية المدركة للحدث الصدمي وتسهيل تبني معارف ومعلومات عقلانية والوقاية من الاستجابات السلوكية غير المتكيفة مثل التجنب.

- يؤثر الدعم الاجتماعي مباشرة على السياقات الفسيولوجية جاعلا بالتالي الأفراد أقل انفعالية وتجاوبا مع الضغط المدرك (Cohen et wills, 1985, in Gay.S et al.,2002)

أما بالنسبة لاختلاف مستويات الدعم الاجتماعي المدرك حسب معايير تشخيص اضطراب الإجهاد الشديد DESNOS فوجدنا أن الفروق في مستويات إدراك الدعم الاجتماعي حسب توفر كل معايير تشخيص اضطراب الإجهاد لدى المستجيب هي فروق جد دالة إحصائيا ولما تناولنا كل معيار على حدا وجدنا فروق دالة في مستوى إدراك الدعم الاجتماعي بين الذين توفر فيهم المعيار (c) أي توفر عرض على الأقل من أعراض اختلال إدراك الذات وأولئك الذين لم يتوفر فيهم هذا المعيار، هذا يعني أن اختلال إدراك الذات قد يفسر اختلاف مستوى الدعم الاجتماعي المدرك من طرف الأفراد. كما توجد فروق دالة في مستوى إدراك الدعم الاجتماعي بين الذين توفر فيهم المعيار (e) أي اختلال نظام المعاني وأولئك الذين لم يتوفر فيهم هذا المعيار، هذا يعني أن المعيار (e) أي اختلال نظام المعاني قد يفسر اختلاف مستوى الدعم الاجتماعي المدرك من طرف الأفراد.

### خاتمة

فحصنا علاقة درجات الدعم الاجتماعي المدرك بالعرضية أثناء وبعد الصدمة واقترحنا وجود علاقة ارتباطيه سالبة بين عدد أعراض التفكك أثناء الصدمة ودرجات إدراك الدعم الاجتماعي. وفحصنا علاقة درجات الدعم الاجتماعي المدرك وعدد أعراض اضطراب ما بعد الصدمة واقترحنا وجود علاقة ارتباطيه عكسية بين عدد أعراض التجنب وانخفاض درجات الدعم الاجتماعي المدرك. وفحصنا علاقة درجات الدعم الاجتماعي المدرك وعدد أعراض اضطراب الإجهاد الشديد DESNOS واقترحنا وجود علاقة ارتباطيه سالبة بين تزايد أعراض تغير الطبع (اختلال إدراك المعتدي واختلال العلاقات مع الآخرين) وأعراض اختلال نظام المعاني وضعف درجات الدعم الاجتماعي. فتبين أن أعراض التفكك أثناء الصدمة ترتبط ارتباطات دالة جدا بالاضطرابات النفسية وأن الدعم الاجتماعي يتوسط هذه العلاقة، حيث تضعف درجات الدعم الاجتماعي المدرك كلما تزايدت أعراض التفكك، وكان هذه النتيجة تقترح فكرة أن التفكك أثناء الصدمة، إما يؤثر على قدرات الشخص في تقييم مصادره والمصادر الخارجية فيختل إدراكه للدعم الاجتماعي، أو أن غياب الدعم الاجتماعي يعزز الشعور بالتخلي الذي يرافق الصدمة. وتبين أن أعراض التجنب واختلال نظام المعاني لدى الفرد واختلال إدراك الذات واختلال الضبط الانفعالي مقترنة بدرجات ضعيفة للدعم الاجتماعي المدرك، وهذه النتيجة تقترح فكرتين: إما أن طبيعة الأعراض لا تسمح بالاستفادة من مصادر الدعم لاجتماعي، أو أن ضعف إدراك الدعم الاجتماعي هو الذي يقلل من إمكانيات الشخص في احتواء انفعالاته ومخاوفه.

### المراجع

1. APA, 1996. DSMIV: Manuel de diagnostic des troubles mentaux 4ème éd. version internationale Tr française par J.D.GUELFY et al, Paris Masson.
2. Carlson. E.B. And Dalenberg C.J., 2000. A conceptual Framework for the impact of traumatic experiences, In Trauma, Violence & Abuse; vol.1, n°.1, 4-28 <http://tva.sagepub.com/content/1/1/4>
3. Chidiac N., Crocq L., 2010. Le psychotrauma II. La réaction immédiate et la période post-immédiate, Annales Médico-Psychologiques 168. Doi:10.1016/j.amp.2010.07.011
4. Gay S., Billette V., Marchand A. 2002. Soutien social et trouble de stress post traumatique: théories, pistes de recherche et recommandations cliniques, in Revue québécoise de psychologie, vol.23, n°.3.



5. Gershuing B. S., Thayer J. F., 1999. Relations among psychological trauma, dissociatives phenomena, and trauma related distress; a review and integration: In Clinical Psychology Review vol. 19, n° 5.
6. Flaherty J.A., Gavira F.M., et al., 1988. Developing instruments for cross-cultural psychiatric research. In J Nerv Ment Dis, n° 176.
7. Hobffol S.E., 1989. Conservation of resources, a new attempt at conceptualizing stress In American psychologist, vol. 44, n° 3.
8. Humbert I., 1995. Social support of elderly Women with cancer, helpful or harmful?, trad. Pleuntje Maaike Rijken.
9. Lebel H, Paquette R., 2000. Stress post traumatique; quand le choc choque : In Psycho-Média-sence Eile://A:/ SDOS 1men.stress.post.ntw.
10. Herman J. L., 1992. Trauma and recovery, Basic Books edition, New York.
11. Holohan C. J., 1999. Resources loss, resources gain and depression symptoms. In journal of personality and social psychology, vol. 77, n°3.
12. Van Der Kolk B. A., 2000. Trauma and memory in Encyclopedia of stress, vol.3, Academic Press.
13. Yehuda R., 1998. Psychological Trauma, American Psychiatric Press.
14. World Health Organization, 1997. Composite International Diagnostic Interview (CIDI), version 2.1. Geneva.