

جامعة الجزائر 2 أبو القاسم سعد الله

كلية العلوم الاجتماعية

قسم علم النفس

أهمية المقاربة الأسرية النسقية

في معالجة الضغط ما بعد الصدمة و الاكتئاب

- دراسة على مجموعة من مبتوري الساق -

أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه العلوم

تخصص علم النفس العيادي

إشراف:

أ. د أحسن جاب الله حورية

إعداد الطالبة:

بومعزوزة نسيمة

السنة الجامعية: 2016 / 2017

شكر

أتقدم بشكري الخالص إلى أستاذتي المحترمة السيدة أحسن جاب الله حورية على تأطيرها لهذا العمل، و على متابعتها المستمرة و نصائحها القيمة، أشكرها على احترامها لأفكار الباحثة المبتدئة و على احتوائها لشكوكها و مخاوفها، أشكرها على ثقتها التي أعتر بها، و أشكرها أيضا على إنسانيتها.

أشكر الأستاذة لونس نصيرة من قسم اللغات التي كانت همزة وصل مع الأساتذة من قسم الترجمة الذين حكموا ترجمة أدوات البحث.

أشكر أيضا الأساتذة الكرام الذين ساهموا بأرائهم و خبرتهم في إثراء البحث من خلال تحكيمهم لأدواته.

أتقدم كذلك إلى الأستاذ ابراهيمي شبلي بشكري و امتناني على المساعدة و التشجيع، و أشكر أيضا الأستاذ بوعمامة اسماعيل و الأستاذ باشن مصطفى و جميع الزملاء من قسم علم النفس الذين لم ييخلوا بتشجيعهم الصادق.

أشكر كذلك كل من أمد إلي يد العون و كل من قام بتشجيعي، دون أن أنسى صديقاتي و جميع أفراد أسرتي و ابتسامات أطفالي البريئة.

شكر خاص إلى أفراد مجموعة البحث على قبولهم المشاركة في البحث و على ثقتهم.

كما لا أنسى أن أعرب عن شكري إلى أعضاء لجنة المناقشة.

إهداء

إلى أمي رحمها الله، إلى أبي

إلى أبنائي، دينا و ميرا و سامي

إلى إخوتي

إلى زوجي و عائلته

إلى كل من يسعى وراء أحلامه.

فهرس المحتويات

شكر

إهداء

قائمة الجداول

قائمة الأشكال

مقدمة.....01

الجانف النظري

الفصل الأول: الإطار العام للبحث

1. الإشكالية.....05
2. الفرضيات.....16
3. تحديد المفاهيم.....18
4. أهداف البحث.....26
5. أهمية البحث.....26

الفصل الثاني: المقاربة الأسرية النسقية

- تمهيد.....28
1. ظهور المقاربة النسقية و العلاجات الأسرية النسقية.....28
 2. مبادئ المقاربة الأسرية النسقية.....31
 3. المفهوم النسقي للأسرة و العلاجات الأسرية.....35
 4. أهم المفاهيم العملية في العلاج الأسري النسقي.....39
 5. نماذج العلاجات الأسرية النسقية.....41
 6. تطبيقات العلاجات الأسرية النسقية.....46
- خلاصة الفصل.....47

الفصل الثالث: التوظيف الأسري النسقي

49	مدخل إلى الفصل
	أولاً: البنية الأسرية
50	تمهيد
50	1. تطور مفهوم البنية الأسرية
52	2. تعريف التوظيف البنيوي الأسري
52	3. بعدي البنية الأسرية
55	4. تقييم توظيف البنية الأسرية
58	5. وظيفية الأسرة من حيث التوظيف البنيوي الأسري
61	خلاصة

ثانياً: المواجهة الأسرية

62	تمهيد
62	1. تطور مفهوم المواجهة الأسرية
64	2. تعريف المواجهة الأسرية
66	3. أنواع المواجهة الأسرية
68	4. قياس المواجهة الأسرية
69	5. وظيفية الأسرة من حيث توظيف المواجهة الأسرية
70	خلاصة

ثالثاً: التعلق الأسري

71	تمهيد
71	1. تطور مفهوم التعلق
75	2. تعريف التعلق
76	3. أنماط التعلق

4.	تقييم التعلق لدى الراشد	78
5.	وظيفية الأسرة من حيث توظيف النمط التعلقي.....	81
	خلاصة	84

الفصل الرابع: الاضطرابات النفسية التالية للصدمة

	مدخل إلى الفصل	86
	أولاً: الضغط ما بعد الصدمة	
	تمهيد	87
1.	تطور مفهوم الضغط ما بعد الصدمة.....	87
2.	تعريف الضغط ما بعد الصدمة	90
3.	أعراض و علامات الضغط ما بعد الصدمة	91
4.	المعايير التشخيصية للضغط ما بعد الصدمة حسب التصنيفات العالمية	94
5.	أنواع و أشكال الصدمة النفسية	96
6.	النماذج النظرية في تفسير اضطراب الضغط ما بعد الصدمة.....	97
7.	مسيبات الضغط ما بعد الصدمة و عوامل الانجراحية.....	101
8.	علاج الضغط ما بعد الصدمة.....	105
	خلاصة	109

ثانياً: الاكتئاب

	تمهيد	110
1.	تطور مفهوم الاكتئاب.....	110
2.	تعريف الاكتئاب	112
3.	أعراض و علامات الاكتئاب	114
4.	المعايير التشخيصية للاكتئاب الرئيسي حسب التصنيفات العالمية	120
5.	أنواع و أشكال الاكتئاب	122

128.....	6. النماذج النظرية في تفسير الاكتئاب
137.....	7. الانجراحية للاكتئاب
139.....	8. علاج الاكتئاب
144.....	خلاصة

الفصل الخامس: بتر الساق

146.....	تمهيد
146.....	1. تعريف
146.....	2. تاريخ جراحة البتر
147.....	3. أسباب بتر الأطراف السفلية
149.....	4. مستويات بتر الأطراف السفلية
149.....	5. آثار بتر الأطراف السفلية
152.....	6. العلاج و إعادة التأهيل
153.....	خلاصة الفصل

الجانب التطبيقي

الفصل السادس: الإجراءات المنهجية

156.....	تمهيد
156.....	1. التذكير بفرضيات البحث
158.....	2. منهج الدراسة
159.....	3. مكان و زمان إجراء البحث
159.....	4. مجموعة البحث و خصائصها
163.....	5. طريقة جمع المعلومات
163.....	6. أدوات البحث
177.....	7. طريقة تحليل البيانات
177.....	8. حدود الدراسة
178.....	خلاصة الفصل

الفصل السابع: عرض النتائج

180	تمهيد
180	الدراسة الأولية "دراسة حالة".
188	الدراسة الأساسية "دراسة وصفية إحصائية".
188	عرض نتائج الفرضية الإجرائية الأولى.
189	عرض نتائج الفرضية الإجرائية الثانية.
190	عرض نتائج الفرضية الإجرائية الثالثة.
191	عرض نتائج الفرضية الإجرائية الرابعة.
192	عرض نتائج الفرضية الإجرائية الخامسة.
193	عرض نتائج الفرضية الإجرائية السادسة.
194	عرض نتائج الفرضية الإجرائية السابعة.
195	خلاصة الفصل.

الفصل الثامن: مناقشة

197	تمهيد
197	مناقشة الفرضية الإجرائية الأولى.
200	مناقشة الفرضية الإجرائية الثانية.
204	مناقشة الفرضية الإجرائية الثالثة.
206	مناقشة الفرضية الإجرائية الرابعة.
209	مناقشة الفرضية الإجرائية الخامسة.
210	مناقشة الفرضية الإجرائية السادسة.
214	مناقشة الفرضية الإجرائية السابعة.
216	مناقشة عامة
221	الخاتمة
226	المراجع
	الملاحق

فهرس الجداول		
الرقم	الجدول	الصفحة
01	استراتيجيات المواجهة الوظيفية وغير الوظيفية	69
02	نموذج الأصناف الأربعة للتعلق عند الراشد	81
03	التمثيل الجنسي لمجموعة البحث	160
04	متغير السن لدى مجموعة البحث	160
05	المستوى التعليمي لمجموعة البحث	160
06	الحالية المدنية لمجموعة البحث	161
07	الوضعية الإقتصادية لأفراد مجموعة البحث	161
08	مدّة إصابة أفراد مجموعة البحث بالبتّر	162
09	مستوى البتّر لدى أفراد مجموعة البحث	162
10	نتائج صدق المحكمين لـ (FACES-III)	167
11	نتائج صدق المحكمين لـ (F-COPES)	170
12	نتائج صدق المحكمين لـ (RSQ)	172
13	نتائج الفرضية الإجرائية الأولى باستخدام إختبار Pearson	188
14	نتائج الفرضية الإجرائية الثانية باستخدام إختبار Kruskal-wallis	189
15	نتائج الفرضية الإجرائية الثالثة باستخدام إختبار Kruskal-wallis	190
16	نتائج الفرضية الإجرائية الرابعة باستخدام إختبار Pearson	191
17	نتائج الفرضية الإجرائية الخامسة باستخدام إختبار Pearson	192
18	نتائج الفرضية الإجرائية السادسة باستخدام t-test	193
19	نتائج الفرضية الإجرائية السابعة باستخدام t-test	194

فهرس الأشكال		
الرقم	الشكل	الصفحة
01	النموذج التداخلي للتوظيف البنيوي الأسري	57

مقدمة

مقدمة:

إن كل شخص معرض لأن يصبح ضحية حوادث صدمية في حياته اليومية، ويتفاوت خطر التعرض لهذه الحوادث حسب خصائص المحيط الذي يعيش فيه الفرد كخطر الكوارث الطبيعية، و حسب طبيعة النشاطات الممارسة و الوظائف الممتثلة، وتمثل مهن مجال الأمن دون شك أخطر الوظائف على وجه الإطلاق، و خصوصا في الأوقات التي يكون فيها الأمن مهددا، فيصبح عناصر الجيش في الواجهة مستعدين للتضحية، بل معرضين لأبشع أشكال الخطر، من بين ما يمكن أن يصادف الجندي نذكر انفجار الألغام التي إن لم تؤدي إلى الموت فإنها تخلف عاهات مستديمة كالتشوهات والبتير، و هو ما يمثل الصدمة في صورتها المحضة.

يدفعنا ذلك إلى الاهتمام بالصدمة النفسية التي تعتبر من أهم ميادين البحث في الصحة النفسية و هو ما يتجلى في تراث أدبي شاسع بقدر ما هو متنوع، فقد تمت دراسة الصدمة النفسية انطلاقا من توجهات مختلفة ساهمت جميعها في تفسير ماهيتها و إضفاء بعد ملموس على الظاهرة النفسية المرضية.

مما لا شك فيه هو تعدد أوجه التظاهرات الصدمية التي يمكنها أن تتخذ أشكالا مختلفة، حيث يعتبر اضطراب الضغط ما بعد الصدمة هو أكثر الصور ترددا و يليه الاكتئاب، مع احتمال وجودهما المشترك الذي يزيد حتميا من معاناة الضحية.

كما أنه بالإضافة إلى شدة الصدمة و ظروف وقوعها فإن هناك عوامل أخرى تلعب دورا في وقوع ضحية الصدمة في الاضطراب النفسي من عدمه، يطلق على هذه العوامل بعوامل الخطر أو عوامل الحماية، و من المتفق عليه هو وجود أنواع مختلفة من العوامل كأن تكون عوامل نفسية أو أسرية أو غيرها.

نهتم في بحثنا بالعوامل الأسرية على وجه الخصوص، فقد اخترنا الإطار الأسري لأهمية الأسرة في حياة كل فرد، و هذا مهما كانت درجة استقلاليتها، فكل واحد منا ينتمي إلى أسرة ولد ضمنها و ترعرع ضمنها، احتك بأفرادها و احتكوا به في علاقة تفاعلية و روابط عاطفية عميقة في سياقات نمو و تطور و تشييد هوية خاصة به في ظل الانتماء. فما هو إسهام هذا الانتماء في الحفاظ على الصحة النفسية الفردية أمام الصعاب؟

لقد استعنا في الإجابة على سؤالنا بما جاءت به المقاربة الأسرية النسقية التي مكنت الباحثين من نماذج وأدوات سمحت بدراسة الفرد في إطار أوسع وضمن تفاعلات معقدة، حيث حاولنا دراسة العلاقة بين العرضية الصدمية ونماذج التوظيف الأسري بهدف تحديد الخصائص الأسرية النسقية المخلفة للانجراحية بعد التعرض لحادث خطير. وهذا (مثلما سبقت الإشارة إليه) لدى مجموعة من عناصر الجيش الوطني الذين تعرضوا لبتتر صدمي ينقسم مضمون الدراسة التي أجريناها إلى جانبين، جانب نظري و جانب تطبيقي، يشمل الجانب النظري فصلا حول الإطار النظري للدراسة الذي قمنا فيه بتقديم الإشكالية والفرضيات وتحديد المفاهيم الأساسية في البحث، بالإضافة إلى أهداف وأهمية البحث، تطرقنا في الفصل الثاني إلى المقاربة الأسرية النسقية كخلفية نظرية للدراسة الحالية، جاء الفصل الثالث تحت عنوان التوظيف الأسري النسقي الذي خصصناه لتقديم الخصائص الوظيفية وغير الوظيفية للأسرة من وجهة نظر المقاربة الأسرية النسقية والنماذج المنبثقة عنها، حيث يضم ثلاثة نماذج ممثلة الأجزاء الثلاثة للفصل وهي: التوظيف البنيوي الأسري، والمواجهة الأسرية، والتعلق الأسري.

يضم فصل الاضطرابات النفسية التالية للصدمة وهو الفصل الرابع، جزئين اثنين، تطرقنا في الجزء الأول إلى اضطراب الضغط ما بعد الصدمة، وفي الجزء الثاني إلى الاكتئاب، حيث عرضنا في كلا الجزئين تعريف وتحديد الأعراض والأنواع العيادية، بالإضافة إلى عرض لأبرز التيارات والنظريات المفسرة للاضطراب وتطرقنا في الأخير إلى سبل العلاج بذكر أهم العلاجات النفسية والكيميائية. في الفصل الخامس من الجانب النظري تكلمنا عن بتر الأعضاء السفلية، حيث تناولنا البتر الصدمي ومخلفاته الجسدية وخاصة منها النفسية.

أما الجزء الثاني من البحث والذي يضم الجانب التطبيقي فهو ينطوي على ثلاثة فصول، عرضنا في أولها الإجراءات المنهجية للبحث من منهج متبع وتقديم مجموعة البحث وأدواته، وخصصنا الثاني لعرض الدراسة الأولية التي جاءت على شكل دراسة حالة بالإضافة إلى عرض نتائج الدراسة الأساسية وهي الدراسة الإحصائية، أما الفصل الأخير فهو يحتوي على مناقشة فرضيات البحث، وجاء كل ذلك متبوعا بالخلاصة العامة وقائمة المراجع والملاحق.

الجانِب النظري

الفصل الأول:

الإطار العام للبحث

1. الإشكالية:

لقد عانى العديد من الجزائريين جرّاء سنوات من العنف، على غرار عناصر الجيش الوطني الذين كانوا في الواجهة الأولى، فمن خلال قيامهم بمهامهم وقع عدد كبير منهم ضحية انفجار ألغام متسببة في موتهم أو في تعرضهم لإصابات خطيرة كبتّر في الأطراف السفلية و إدراجهم بذلك ضمن فئة المعاقين أو ذوي الاحتياجات الخاصة، مع كل ما ينجر عن هذه الإصابة الجسدية الخطيرة من ألم و معاناة نفسية.

يعد البتر و خصوصا الذي ينتج عن حادث خطير ذو وقع كبير على الجانب النفسي، فمن خلال الأدبيات العلمية نجد دراسات عديدة (التي سنشير إليها لاحقا) تقرّ بذلك من خلال بحوث ذات قيمة علمية من حيث المقاربات التي تتبناها و التفسير الذي تقدمه من أجل محاولة الربط بين الاختراق الصدمي و العرضية المميزة للاضطرابات النفسية المنجرة عنها.

تعتبر الآثار الجسدية للصدمة من العناصر التي تزيد من خطورة و تعزيز العرضية التالية للصدمة، لأن هذه الآثار ظاهرة، فإن الحدث و نتائجه السلبية تبقى دائما في ذاكرة الضحية، ففقدان أحد الأعضاء يشكل تحديّا تكيفيا آخر و هو ما يجعل العلاج النفسي أكثر صعوبة، ضف إلى ذلك الحدود التي تمليها هذه الإعاقات و أيضا تعزيزها لإعادة معاشية الحدث و الشعور بالخزي (la honte) من هذا الجسم المشوّه أمام الوصم (la stigmatisation) الاجتماعي (Brillon, 2004).

تؤكد الدراسات في هذا الصدد أن الفرد المبتور يعاني من الضغط ما بعد الصدمة و الاكتئاب (Gadsden, 2015)، فالبتر الناتج عن إصابات صدمية بالمعنى الطبي العضوي، يتسبب في الصدارة باضطراب الضغط ما بعد الصدمة، و تشير الدراسات أن ما بين (15%) و (26%) من الأشخاص الذين تعرضوا إلى بتر إحدى الأطراف السفلية يطورون اضطراب الضغط ما بعد الصدمة (Desmond & MacLachlan, 2006a)، بالإضافة إلى الاكتئاب الذي يمثل هو الآخر أعلى نسب الاضطرابات النفسية التي تظهر عقب التعرض للأحداث الصدمية، و هو ما يطلق عليه بالاكتئاب ما بعد الصدمة (Auxéméry, 2014 ;) (Ducrocq, Vaiva, Cottencin, Molenda et Bailly, 2001)، تتعدد الدراسات فيما يخص العرضية الاكتئابية ما بعد البتر، و تشير الإحصائيات إلى أن نسبة الإصابة بالأعراض

الاكتئابية عندهذه الفئة تتراوح ما بين (13%) و (32%) (Atherton & Robertson, 2006).

نلاحظ أنه بالرغم من تفاوت النسب المسجلة للإصابة من دراسة إلى أخرى إلا أنها تبقى مرتفعة، ليصبح بذلك الشخص المبتور الساق أكثر عرضة للإصابة بالضغط ما بعد الصدمة و الاكتئاب، كما أنه "غالبا ما يعاني الناجون من الحوادث الخطيرة من الاعتلال المشترك، إذ تتزامن الإصابة بالضغط ما بعد الصدمة مع الاكتئاب" (Friedman, 2015, p 29)،

لقد بينت الدراسات (من جهة أخرى) أن هناك انجراحية مشتركة ما بين الضغط ما بعد الصدمة و الاكتئاب (Gill, Page, Sharps & Campbell, 2008)، كما تعتبر دراسات أخرى مثل Green et al (2006) و O'Donnel, Creamer et Pattison (2004) الاكتئاب و الضغط ما بعد الصدمة كسمة انجراحية اتجاه بعضهما البعض، إذ يعتبر الضغط ما بعد الصدمة كعامل خطر للاكتئاب و الاكتئاب كعامل خطر لظهور الضغط ما بعد الصدمة، يبدو إذن أن هناك علاقة متبادلة بين الاضطرابين (نقلا عن Pereiral, Pedras & Lopes, 2012)

علما أن نسبة الإصابة باضطراب الضغط ما بعد الصدمة لدى العساكر هي جد مرتفعة مثلما تشير إليه العديد من الدراسات (Crocq (1992) و Neria (1998)، بالإضافة إلى ارتفاع نسبة الاعتلال و خاصة مع الاضطرابات الاكتئابية Orsillo (1996) (نقلا عن (De Clercq et Lebigot, 2001).

كما أن الحضور المشترك للاكتئاب و للضغط ما بعد الصدمة، يزيد من المعاناة النفسية و الإدمان و المشاكل العلائقية و البحث عن المساعدة النفسية لدى المحاربين Dunn et al (1993، 2004). (نقلا عن Pereiral, Pedras & Lopes, 2012)

نستطيع أن نقول أن البتر الصدمي هو من الأحداث الخطيرة في حياة أي فرد و هو سبب كفيل في ظهور الاضطرابات الانفعالية و النفسية، تكون ردّة فعل المبتور فردية و ترجع بالدرجة الأولى إلى الشخصية، غير أن هناك من العوامل التي تؤدي دوراً مثل طبيعة الخبرة المنجرة عن الحدث، الخبرات السابقة، توقعات الفرد و ردّة فعله إزاء الإعاقة و السند الذي تقدمه الأسرة و المجتمع، إذ غالبا ما يكون الأفراد الذين تقبلوا الإعاقة بسرعة هم من

سيقبلون الوقع على المدى الطويل، كما يمكن أن تكون لديهم ردود أفعال مرضية متأخرة (Ham & Cotton, 1991, p 147)

إن العوامل المعززة لظهور الاضطرابات التالية للصدمات لا يمكن تحديدها بطريقة مطلقة و في قطيعة عن المعطيات الشخصية و البيئية الأسرية و الاجتماعية، و الدليل على ذلك هو قدرة بعض الأشخاص على "الخلاص أو النجاة" بالمعنى الذي يستخدمه (Cyrulnik, 1999) أمام أحداث خطيرة، أين يجد البعض الآخر نفسه في حالة من العجز و العوز أمام الصعاب لدرجة يصبح فيها اللاتعويض (décompensation) الاكتئابي-الصدمي أمر حتمي.

يشير (Delage, 2002) أنه قد تمّ صب الاهتمام على الألم و الاضطرابات المختلفة المنجّرة عن الصدمة مع إهمال الموارد و القدرات التي يمكن للضحايا تجنيدها للتغلب على الأضرار التي عانوا منها، كما أنه يؤكد على دور "العوامل المحيطة و خصوصا الأسرة التي تشارك الضحية ألمها و تكون فضاء كامن مميز للمساعدة و العلاج و الإصلاح و الحماية".

لقد عمل الباحثون و الأخصائيون في مجال الصحة النفسية في الجزائر حول النتائج النفسية للعنف نذكر على سبيل المثال ما تطرقت إليه (Bouatta, 2003) بخصوص الدورات التكوينية للأخصائيين و فضاءات العلاج النفسي للضحايا المنظمة من طرف الجمعية الجزائرية للبحث في علم النفس (S.A.R.P).

نذكر أيضا الجمعيات التي اهتمت بضحايا الإرهاب و خاصة منهم الأطفال، بتبني العلاجات الجماعية و الأسرية، و ذلك ابتداء من سنوات التسعينات، مثل جمعية (أبناؤنا) التي اهتمت بالأطفال اليتامى ضحايا العنف الإرهابي، و (جمعية العلاج الأسري) التي تنشط في مجال العلاج و التكوين، و (المعهد من أجل التكوين و البحث المتخصص) (INCOFORS) الذي ساهم في تكوين المعالجين الأسريين، بالإضافة إلى أعمال أخرى لا تقل أهمية.

عملت (Ahcène-Djaballah, 2014) من خلال مداخلة في إطار ندوة نظمت من طرف سفارة النمسا و LAPP حول أعمال Freud، على الإشارة إلى أن اهتمام المختصين الجزائريين بالعلاجات الأسرية عقب الأحداث المأساوية التي شهدتها البلاد، ليس وليد

الصدفة، حيث تستشهد بظروف ظهور حركة العلاجات الأسرية بعد الحرب العالمية الثانية، و التي ساهم في ظهورها عدد من المختصين اللاجئين إلى الولايات المتحدة الأمريكية و أطباء عقليين ذوي تكوين تحليلي أمثال Ackerman, Bowen, Minuchin, Withaken, Don Jackson، الذين فهموا أهمية "الواقع الخارجي" في ظهور المرض العقلي.

يرمي ما سبق إلى التماس المختصين الجزائريين لأهمية الأسرة في فهم المعاش النفسي الصدمي للضحايا، و إلى الطابع المهم للأسرة في حياة كل فرد، إذ هناك من يعتبر الأسرة على أنها ذلك "الدرع الحصين التي يحتمي بها الإنسان عند الحاجة و يتقوى بها" ابن منظور (1988) (نقلا عن أبو أسعد و الختاتنة، 2014).

كما يرى (Minuchin, 1979) أن وظائف الأسرة تستجيب إلى مطلبين اثنين: الأول، داخلي و هو الحماية النفس-اجتماعية لأفرادها، و الثاني هو التكيف مع الثقافة و نقلها، فهو يرى أن الأسرة هي وحدة اجتماعية التي تواجه جملة من المهام للنمو، حيث تختلف هذه المهام حسب المعايير الثقافية، بالرغم من جذورها العالمية.

ويرى Bertalanffy (1967) أن الحياة اليومية لا تتكون من تجمّع أفراد معزولين وإنما هي منظمة حول أنساق (و هو يقصد الأنساق الأسرية)، و أبرز أهمية توسيع نطاق العلاج النفسي من المستوى الفردي إلى احتواء كل النسق الأسري (Smith, 1996).

نجد أيضا تأكيد الرواد الأوائل في مجال العلاجات الأسرية النسقية أمثال Don Jackson, Ackerman, Bowen على أهمية الأسرة كوحدة للدراسة و العلاج أكثر من التركيز الحصري على عضو من أفرادها، إذ يعتبر النموذج السبراني أن سلوك الفرد يولد استجابة أفراد الأسرة الآخرين مما يشير إلى التوازن الأسري (نفس المرجع السابق).

كما يؤكدون على قدرة نسق الأسرة على وضع تفاعلات حتى يبقى توازنه و يقاوم كل تغيير من شأنه أن يجعل النسق في خطر. فالأسر التي لها صعوبات في تغيير نماذجها التفاعلية حين وقوع أحداث (فراقات، فقدان، ولادة، إلخ) يمكنها أن تصبح ذات اختلال وظيفي، حينها يظهر بعض أفرادها الأعراض (Blanchet, 2004, P 56).

يدفعنا ما سبق إلى افتراض وجود عوامل أسرية (من بين عوامل أخرى) يمكنها أن تؤدي دور وسائط، لكن بالرغم من العلاقة الموجودة بين تعرض الفرد إلى حوادث عنيفة

كفيلة بإصابته بجروح خطيرة من جهة و إصابته باضطرابات نفسية ما بعد صدمة كالإكتئاب و الضغط ما بعد الصدمة من جهة أخرى، فإن التفسيرات المقترحة التي من شأنها أن تكشف عن طبيعة العلاقة بين هذه المتغيرات نادرا ما تتطرق إلى طبيعة النسق الأسري و أثره على المصير النفسي الباثولوجي للفرد، باعتبار خصائصه المميزة كعامل حماية أو عكس ذلك كعامل خطر.

و هو ما يملئ أهمية التطرق إلى الاضطرابات التالية للصدمة على ضوء المقاربة الأسرية النسقية باعتبار الصحة الفردية كسمة لصحة الأسرة، فالأفراد داخل النسق يمثلون أنساق تحتية و عليه فالسلوك الفردي يؤثر و يتأثر بالأدوار و القواعد و الحدود داخل الأسرة، و يرى Bateson (1971) أن التدخل النسقي يقوم على مبادئ النظرية العامة للأنساق التي تقرّ بأن الصعوبات النفسية لا يمكن عزلها عن سياقها البيئشخصي ، إلا أنه تم استعمال هذا المبدأ لفهم الفرد المفحوص (نقلا عن Nichols & Schwartz, 1995) ، و بما أن مفهوم العلاقة بين المتغيرات الأسرية و المرض الفردي هي في مركز هذا النموذج فإنه من المهم أن يتم تقييم الفرد داخل النسق.

و هنا يمكن أن تؤخذ الخبرات السابقة بعين الاعتبار، علما أن العلاج الأسري النسقي يهتم أساسا بالعلاقات الحالية من حياة الفرد و يعتبر السلوك العرضي على أنه يؤدي وظيفة أمام مشكلة أسرية لم تحل بعد، هذا لا يعني أن الأعراض أو الاضطرابات عند المريض المعيّن (Patient désigné) تنحصر في العلاقات بين المريض المعيّن و الآخرين، بل يمكن أن يكون مصدر الضغط هو الشخص ذاته (المرض الفردي) أو خارج الأسرة (Becvar & Becvar, 1993)

إن الطريقة النظرية المثلى حسب Kerr et Bowen (1988) لدراسة الصحة النفسية الفردية من خلال المقاربة الأسرية النسقية و التي تربط ما بين جميع الأعراض العيادية للنسق الأسري، إنما تدور حول فكرة أن اضطراب توازن النسق الأسري العاطفي عند الفرد الواحد يمكن أن يكون سببا في ظهور الأعراض. (نقلا عن: Smith, 1996)

تعتبر الأسرة إذن حسب هذا السياق و استنادا لتعريف Andolfi على أنها "نسق مفتوح يحتوي على وحدات مثبتة بقواعد السلوكات و أدوار ديناميكية تتفاعل فيما بينها و مع المحيط الخارجي" (Andolfi, 1982, P 24)، حيث يرجع أصل العرضية التي يحملها أعضاء

النسق إلى "ميكانيزمات توازنية" و التي يكمن دورها في العمل على استعادة النسق المضطرب لتوازنه، و عليه فإن للنسق ميزات خاصة، بمعنى نماذج و أشكال للتوظيف الفردي و التي ترتبط بنسق الأسرة (Blanchet, 2004).

و هو ما يرمي إلى وظيفية الأسرة و قدراتها الارجاعية، التي يمكن أن نشير إليها بأنها "القدرات و نماذج التوظيف التي تستعملها الأسر من أجل البقاء و التكيف و حتى التعزيز أمام الصعوبات" (McCubbin, Thompson, Thompson et Futrell. 1999)

و انطلاقا من اعتبار "ارتباط الصحة الفردية بصحة توظيف النسق الأسري ككل" (Smith, 1996)، فإننا نهتم في دراستنا بعوامل ترمي إلى الخصائص الوظيفية الأسرية، وهذا بالتطرق إلى نماذج توظيف النسق الأسري، حيث نتساءل حول وجود خصائص مميزة للنسق الأسري في علاقة مع استجابات الأفراد خلال تعرضهم للأوضاع الصعبة، ونحصر اهتمامنا بالتحديد على ثلاثة عوامل أدرجناها ضمن ما ألقينا عليه بالتوظيف الأسري.

- العامل الأول و هو **البنية الأسرية** الذي يعتبر من المفاهيم التي تقوم على مبادئ التوازن البنيوي، "فالتوازن الأسري يستجيب مثل البنية التي تميل إلى استعادة قوامها حينما تتباين و تتغير إحدى عناصرها. تكون البنية مرنة في الأسرة السوية، ممّا يسمح لأفراد الأسرة بالتباين لحد أقصى، و النمو الشخصي الذي يؤدي إلى تطور البنية في حدّ ذاتها" (Castellan, 1980, P 38)

حسب Minuchin، فإن الأسرة على غرار العضو الحي، لا يمكنها أن تقوم بوظائفها على النحو الصحيح إلا إذا لم تكن بنيته مضطربة (El Kaïm, 1995)، ذلك أنه يمكن تقييم توظيف هذه البنية و تحديد نمطيتها. و يطرح (Olson) الفرضية التي مفادها أن التوظيف البنيوي الأسري الأمثل ينحصر في مركز النموذج و أنه كلما ابتعدت الأسرة عن ذلك المركز كلما كانت غير وظيفية (Olson, 1988).

يتم تقييم الوظيفية البنيوية انطلاقا من بعدي التماسك و التكيفية، يرمي الأول إلى الرابطة العاطفية أو القرب بين أفراد الأسرة، و يشير التوظيف الأمثل إلى التوازن بين الوحدة و الانفصال ، فيكون أفراد الأسرة مرتبطين و أيضا منفصلين، فيما يشير الثاني إلى مقدار

التغير في قيادة الأسرة و في الأدوار العلائقية و القواعد، يقتضي التوظيف الأمثل وجود التوازن بين الاستقرار و التغير فكلاهما ضروري. إن الميل الزائد نحو أحد القطبين في كلا البعدين يؤدي إلى سوء الأداء و ظهور المشاكل (Kouneski, 2000).

معنى ذلك أن الأسر الوظيفية هي الأسر ذات التوظيف البنيوي المعتدل، و هي نفسها التي تسمح بنمو أمثل لأفرادها و بصحة نفسية جيدة، و عليه فإننا نتساءل من جهة حول الخصائص البنيوية الأسرية للمبتورين في علاقتها مع إصابتهم المحتملة بالضغط ما بعد الصدمة، و عن و الخصائص البنيوية الأسرية للمبتورين في علاقتها مع إصابتهم المحتملة بالاكتئاب من جهة أخرى.

- أما العامل الثاني فهو **المواجهة الأسرية** والتي تتمثل في قدرة الأسرة على تجنيد إمكانياتها التكيفية من أجل مجابهة الأزمات و الأوضاع الجديدة، حيث تعتبر استراتيجيات المواجهة الأسرية ضرورية من أجل خفض شدة الضغوط، علما أن الأسرة تُسبّر الصعوبات وفق موارد داخلية و خارجية للنسق الأسري (McCubbin, Olson, & Larsen, 1991).

يمكن القول أن الضغوط التي يتعرض لها الفرد تتباين في شدتها كما تتباين استجابات الأفراد إزاء المواقف الضاغطة، فهناك أفراد تكون استجاباتهم ضعيفة، وهناك آخرون تكون استجاباتهم قوية ويستطيعون التعامل بفاعلية مع المواقف الضاغطة لأن لديهم إمكانيات ومصادر تمكنهم من التعامل مع المواقف الضاغطة بنجاح (عبد العظيم حسين، عبد العظيم حسين، 2006، ص:35)، و ينطبق ذلك على كيفية مواجهة النسق الأسري للمواقف الضاغطة.

تشير الدراسات أن الأسر التي تستخدم استراتيجيات المواجهة بكثرة هي التي تتعامل بنجاح مع المواقف العصيبة، في حين أن درجات منخفضة تشير إلى نقص في السلوك التكيفي العام، فمن المرجح أن الأسر التي ليس لديها ما يكفي من الموارد أي استراتيجيات المواجهة ستواجه مشاكل لدى محاولتها للتكيف مع المواقف الضاغطة (Grotevant & Carlson, 1989, P 336).

كما افترض (McCubbin, & al, 1991) أنه كلما زادت السلوكيات التكيفية للأسرة كلما سهل تكيفها مع الوضعيات الضاغطة، مقارنة مع الأسر التي لها سلوكيات تكيفية محدودة، كما أن الأسر التي لها إمكانية الوصول إلى الاختيار بين موارد متعددة تميل إلى التعامل بنجاحة مع الوضعيات الضاغطة.

لقد رأينا على ضوء الدراسات حول نموذج الضغط الأسري، أن استراتيجيات المواجهة الأسرية هي موارد أساسية من أجل خفض وقع الصعوبات التي تواجهها الأسر و التخفيف من أثر هذه الصعوبات كشدة الاضطرابات الناجمة عن التعرض لحوادث صدمية، وهو ما يدفعنا للتساؤل حول إمكانية وجود علاقة بين الصعوبات المرتبطة بالإصابة ومفهوم استراتيجيات المواجهة. و انطلاقا من هذا التساؤل النظري، فإننا نريد من خلال الدراسة الحالية تقصي العلاقة بين درجة الإصابة بالضغط ما بعد الصدمة ودرجة الإصابة بالاكئاب و مدى توظيف الأسرة لاستراتيجيات المواجهة عقب التعرض للبتير الصدمي من طرف أحد أفرادها.

- أخيرا، العامل الثالث و هو **نمط التعلق** اتجاه الأسرة بمعنى طبيعة الروابط و العلاقات داخل النسق الأسري. علما أن الفضل يرجع إلى Bowlby (1978) في نقل و تطبيق المخطط الدائري السبراني على التعلق الإنساني، و هنا يأخذ بعد الأمن قيمة بارزة، إذ تقوم الروابط الأسرية على أساس إشباع هذه الحاجة للأمن، و هو ما يضيف أهمية بالغة لنظرية التعلق في ظل المقاربة الأسرية النسقية (Delage,2007).

تشير الدراسات إلى أن الاختلافات الموجودة بين الأفراد فيما يخص توظيف نظام تعلقهم لها دور هام في إمكانية إصابة الفرد باضطراب الضغط ما بعد الصدمة بعد تعرضه لحدث صدمي، ذلك أنه يمكن للتوظيف الجيد لنظام التعلق أن يجعل الفرد يشعر بالأمان والطمأنينة بالرغم من خطورة وتهديد الوضع، مما ينقص من احتمال تطوير ضغط ما بعد الصدمة على المدى الطويل (Weimann, 2012).

إن الأشخاص ذوي التعلق الآمن يطلبون المساعدة خلال الضغط وهو ما يؤدي إلى تعبئة التمثيلات الداخلية للصور التعلقية و/أو مصادر الدعم الخارجية الحالية، والتي تدعم

بدورها التفاؤل والمعتقدات الإيجابية و الاستراتيجيات البناءة في التعديل الانفعالي، وبعبارة أخرى فإن التعلق الآمن يعمل إلى حد ما كدرع واقى ضد الضغط ما بعد الصدمة. وعلى نفس المنوال فإن نمط تعلقي غير آمن يمكنه أن يعرقل محاولات استعادة التوازن الانفعالي بعد الصدمة، مما يزيد من احتمال الضغط ما بعد الصدمة (نفس المرجع السابق).

كما يبدو أن هناك علاقة بين التعلق غير الآمن وانجراحية متزايدة للأشخاص الراشدين للإصابة بالاكنتاب (Bifulco, Moran, Ball & Bernazzani, 2002)، فالأشخاص ذوي التعلق غير الآمن يظهر عندهم شعور بعدم استحقاق الحب، إضافة إلى فكرة أن العلاقات هي مصدر إحباط. فيكونون بذلك تصرفات حذرة أو على العكس ذات تبعية بالنسبة للآخرين، مما يمكنه أن يعرقل إمكانية إنشاء علاقات مُرضية. فتصبح علاقاتهم عبارة عن انعكاس للصورة السلبية لذواتهم كما أنها تولد مشاعر مؤلمة تجعلهم ذو انجراحية للاضطرابات النفسية. إذ تؤدي بهم نماذجهم الداخلية العاملة إلى القيام بأخطاء في العزو، ونعلم من جهة أخرى حسب Beck (1967) أنها تتورط في اضطرابات متنوعة كالاكتئاب (نقلا عن Miljkovitch, Dugravier et Mintz, 2010).

وفقا للنماذج النظرية و لنتائج الدراسات السابقة التي تعتبر النمط التعلقي الآمن كعامل حماية و الأنماط غير الآمنة كعوامل انجراحية أمام الاضطرابات النفسية، فإننا سنقوم من خلال هذه الدراسة بالتطرق إلى الأنماط التعلقية لمجموعة الدراسة في علاقتها مع الإصابة بالضغط ما بعد الصدمة و الاكتئاب عقب التعرض للبتر الصدمي.

تدفعنا الاعتبارات السابقة إلى طرح التساؤل التالي: ما هي أهمية المقاربة الأسرية النفسية في معالجة الضغط ما بعد الصدمة و الاكتئاب التاليين لبتر إحدى أو كلتي الساقين عقب حادث خطير؟

ينطوي هذا التساؤل على سؤالين نظريين:

أولاً: هل هناك علاقة بين اضطراب الضغط ما بعد الصدمة و الاكتئاب لدى مبتوري

الساق عقب حادث خطير؟

ثانياً: هل هناك علاقة بين وظيفية النسق الأسري من جانب التوظيف البنيوي و/أو المواجهة الأسرية و/أو أنماط التعلق اتجاه الأسرة من جهة و الاضطرابات التالية للصدمة من جهة أخرى لدى مبتوري الساق عقب حادث خطير؟

و عليه فإننا سنحاول التطرق إلى العلاقة بين التوظيف الأسري النسقي الذي ينطوي على مفهوم البنية الأسرية و المواجهة الأسرية و التعلق الأسري مع خطر الإصابة بالاضطرابات النفسية كالضغط ما بعد الصدمة و الاكتئاب عقب إصابة جسدية عنيفة أدت إلى بتر إحدى أو كلتي الساقين. و ذلك من خلال الإجابة عن الأسئلة الاجرائية التالية:

- هل هناك علاقة بين درجة الإصابة بالضغط ما بعد الصدمة و درجة الإصابة بالاكتئاب لدى مبتوري الساق جرّاء حادث خطير؟

- هل هناك فروق بين نماذج توظيف البنية الأسرية (مفرط، متوسط، متوازن) مثلما يقيمه "سلم تقييم التكيفية و التماسك الأسريين - III" ودرجة الضغط ما بعد الصدمة كما يقيسه "سلم الصدمة النفسية المعدّل" لدى مبتوري الساق جرّاء حادث خطير؟

- هل هناك فروق بين نماذج توظيف البنية الأسرية (مفرط، متوسط، متوازن) حسبما يقيمه "سلم تقييم التكيفية و التماسك الأسريين III" ودرجة الاكتئاب كما يقيسه "مقياس بيك للاكتئاب - II" لدى مبتوري الساق جرّاء حادث خطير؟

- هل هناك علاقة بين اضطراب الضغط ما بعد الصدمة كما يقيسه "سلم الصدمة النفسية المعدّل" و استراتيجيات المواجهة الأسرية مثلما يقيهما "سلم الأزمات الأسرية" لدى مبتوري الساق جرّاء حادث خطير؟

- هل هناك علاقة بين الاكتئاب كما يقيسه "مقياس بيك للاكتئاب - II" واستراتيجيات المواجهة الأسرية مثلما يقيهما "سلم الأزمات الأسرية" لدى مبتوري الساق جرّاء حادث خطير؟

- هل هناك فروق بين النمط التعلقي الآمن و غير الآمن مثلما يقيمه "سلم أنماط التعلق" ودرجة اضطراب الضغط ما بعد الصدمة كما يقيسه "سلم الصدمة النفسية المعدّل" لدى مبتوري الساق جرّاء حادث خطير؟

- هل هناك فروق بين النمط التعلقي الآمن و غير الآمن مثلما يقيمه "سلم أنماط التعلق" ودرجة الاكتئاب كما يقيسه "مقياس بيك للاكتئاب - II" لدى مبتوري الساق جرّاء حادث خطير؟

2. الفرضيات:

الفرضية النظرية العامة:

توجد علاقة بين درجة الإصابة بالضغط ما بعد الصدمة و درجة الإصابة بالاكنتاب مع بعض الخصائص غير الوظيفية للتوظيف الأسري النسقي، كوجود توظيف بنيوي أسري مفرط و استخدام منخفض لاستراتيجيات المواجهة الأسرية و وجود نمط تعلقي أسري غير آمن، لدى المصابين ببتير الساق عقب حادث خطير.

- الفرضية النظرية الجزئية الأولى:

توجد علاقة بين اضطراب الضغط ما بعد الصدمة و الاكنتاب لدى مبتوري الساق عقب حادث خطير.

الفرضية الإجرائية الأولى: توجد علاقة بين اضطراب الضغط ما بعد الصدمة كما يقيسه "سلم الصدمة النفسية المعدل" و الاكنتاب كما يقيسه "مقياس بيك للاكنتاب - II" لدى مبتوري الساق عقب حادث خطير.

- الفرضية النظرية الجزئية الثانية:

توجد علاقة بين وظيفية النسق الأسري من جانب التوظيف البنيوي و/أو المواجهة الأسرية و/أو أنماط التعلق اتجاه الأسرة من جهة و الاضطرابات التالية للصدمة من جهة أخرى لدى مبتوري الساق عقب حادث خطير.

الفرضية الإجرائية الثانية: توجد فروق بين نموذج التوظيف البنيوي الأسري (مفرط، متوسط، متوازن) مثلما يقيمه "سلم تقييم التكيفية و التماسك الأسريين - III" ودرجة الضغط ما بعد الصدمة كما يقيسه "سلم الصدمة النفسية المعدل" لدى مبتوري الساق جزاء حادث خطير لصالح التوظيف المفرط.

الفرضية الإجرائية الثالثة: توجد فروق بين نموذج التوظيف البنيوي الأسري (مفرط، متوسط، متوازن) مثلما يقيمه "سلم تقييم التكيفية و التماسك الأسريين - III" ودرجة الاكنتاب

كما يقيسه "مقياس بيك للاكتئاب - II" لدى مبتوري الساق جرّاء حادث خطير لصالح التوظيف المفرط.

الفرضية الإجرائية الرابعة: هناك علاقة بين درجة الإصابة بالضغط ما بعد الصدمة كما يقيسه "سلم الصدمة النفسية المعدّل" و درجة استخدام استراتيجيات المواجهة الأسرية مثلما يقيّمها "سلم الأزمات الأسرية" لدى مبتوري الساق جرّاء حادث خطير.

الفرضية الإجرائية الخامسة: هناك علاقة بين درجة الإصابة بالاكتئاب كما يقيسه "مقياس بيك للاكتئاب - II" و درجة استخدام استراتيجيات المواجهة الأسرية مثلما يقيّمها "سلم الأزمات الأسرية" لدى مبتوري الساق جرّاء حادث خطير.

الفرضية الإجرائية السادسة: توجد فروق بين نمط التعلق الأسري (آمن، غير آمن) مثلما يقيّمه "سلم أنماط التعلق" ودرجة الضغط ما بعد الصدمة كما يقيسه "سلم الصدمة النفسية المعدّل" لدى مبتوري الساق جرّاء حادث خطير لصالح التعلق غير الآمن.

الفرضية الإجرائية السابعة: توجد فروق بين نمط التعلق الأسري (آمن، غير آمن) مثلما يقيّمه "سلم أنماط التعلق" ودرجة الاكتئاب كما يقيسه "مقياس بيك للاكتئاب - II" لدى مبتوري الساق جرّاء حادث خطير لصالح التعلق غير الآمن.

3. تحديد المفاهيم:

من أهم الخطوات المنهجية في البحث العلمي هي تحديد المفاهيم و ذلك بهدف وضع إطار نظري للدراسة، و عليه فإننا نستهل هذا العنصر لتحديد أهم مفاهيم البحث وفقا لخطوتين اثنتين و هما تقديم التعريف النظري ثم التعريف الإجرائي للمفهوم.

1.3. البتر الصدمي:

نحن بصدد دراسة على مجموعة ممن تعرضوا لبتر صدمي (amputation traumatique)، أي بتر ناتج عن صدمة (trauma)، بمعنى "إصابة موضعية ناتجة عن عنف خارجي" (Garnier et Delamare, 2004, P 868) حيث أدت هذه الإصابة الموضعية إلى قطع عضو و الذي يتمثل في الدراسة الحالية في قطع على مستوى إحدى أو كلتي الساقين لدى مجموعة من العساكر إثر حادث مهني خطير.

2.3. الاضطرابات النفسية التالية للصدمة:

نقصد بالاضطرابات النفسية التالية للصدمة تلك الاضطرابات النفسية التي تظهر عقب التعرض لخبرات عنيفة، و نخص بالذكر في الدراسة الحالية كلا من اضطراب الضغط ما بعد الصدمة، و "الاكتئاب ما بعد الصدمة" مثلما أصبحت تشير إليه بعض الدراسات الحديثة مثل (Auxéméry, 2014).

1.2.3. اضطراب الضغط ما بعد الصدمة:

التعريف النظري:

نعتمد من الناحية النظرية على المعايير التشخيصية لاضطراب الضغط ما بعد الصدمة حسبما جاءت به النسخة الرابعة للدليل الإحصائي والتشخيصي للاضطرابات العقلية، التي لا تتناقض مع النسخة الخامسة والأخيرة من حيث المعايير التشخيصية، أهم اختلاف هو عزل اضطراب الضغط ما بعد الصدمة عن اضطرابات القلق وتصنيفه ضمن فئة جديدة وهي الاضطرابات المرتبطة بالصدمة والضغط، أما بخصوص المعايير

التشخيصية يمكن أن نذكر أنه بالنسبة للنسخة الخامسة لا يدخل رد فعل الضحية المباشر بعد الصدمة من خوف وهلع ضمن المعايير، كما أن التعرض للصدمة بصفة غير مباشرة أي عن طريق الاحتكاك بشخص مصدوم مقرب عاطفياً أو عن طريق الاستماع لشهادات شنيعة هو معيار جديد، فيما يخص الأعراض نلاحظ الفصل بين عرض التجنب وعرض فتور الاستجابة في المعيار C (American Psychiatric Association, 2013).

يمكن إذن تعريف اضطراب الضغط ما بعد الصدمة حسب (DSM-IV) على أنه التعرض لحدث تضمن موتاً فعلياً أو تهديداً بالموت أو إصابات خطيرة، سواء تعلق الأمر بالفرد ذاته أو بأشخاص آخرين، حيث يطغى على الفرد الشعور بالعجز والرعب، يؤدي ذلك إلى ظهور عرضية تشمل إعادة خبرة (معايشة) الحدث الصدمي عن طريق الأفكار والأحاسيس والكوابيس، وتجنب المثيرات المتعلقة بالحدث الصدمي، وازدياد الإثارة واليقظة، مع دوام الأعراض لأكثر من شهر (American Psychiatric Association, 1996).

التعريف الإجرائي:

من أجل تشخيص اضطراب الضغط ما بعد الصدمة لدى المبحوثين و تحديد شدّته، استعملنا "سلم الصدمة النفسية المعدّل" (IES-R) لـ Horowitz، علماً أنه سلم اعتمد بناؤه على المعايير التشخيصية لاضطراب الضغط ما بعد الصدمة حسب ما جاء به (DSM-IV).

2.2.3 . الاكتئاب:

التعريف النظري:

يمكن وصف الاكتئاب على أنه بعد جوهري من التعبير الإنساني، فهو يرمي إلى مشاعر مشتركة عالمياً يمكنها أن تصل عند الأقلية إلى أشكال خطيرة، و هي مقارنة بعدية يمكن إتقانها بمقاربة تصنيفية جاعلة من الاكتئاب مرض بمعايير و خصائص معرفة و متفق عليها من طرف الخبراء (Cottraux, 1999, P 03).

نعتد في بحثنا على المعايير التشخيصية للاكتئاب الرئيسي (dépression majeure)، كما يصفها الدليل الإحصائي و التشخيصي للأمراض العقلية الرابع للجمعية الأمريكية للطب العقلي، التي لا تختلف كثيرا عن المعايير التشخيصية التي تقترحها النسخة الخامسة من الدليل الإحصائي و التشخيصي للأمراض العقلية، إذ يمكننا اعتبار أهم الاختلافات هي انتماء الاكتئاب الرئيسي إلى تصنيف الاضطرابات الاكتئابية في النسخة الخامسة بينما كان يصنف ضمن اضطرابات المزاج في النسخة الرابعة، مع إمكانية وضع تشخيص الاكتئاب الرئيسي قبل مرور شهرين على وفاة شخص عزيز بالنسبة للنسخة الخامسة بينما كان يتم إقصاء الحداد في النسخة الرابعة.

يمكن تعريف الاكتئاب حسب (DSM-IV) على أنه مجموعة من الأعراض التي تحدّد صورة الاكتئاب الرئيسي، و تشمل المزاج الحزين، و فقدان الاهتمام و المتعة في معظم أو كل الأنشطة المعتادة و اختلالات الشهية للطعام، و تغيّر في الوزن، و مشاعر عدم الأهمية أو الذنب، و صعوبة التركيز أو التفكير، و أفكار حول الموت أو الانتحار أو محاولات انتحارية (American Psychiatric Association, 1996).

التعريف الإجرائي:

نقوم بتشخيص الاكتئاب و تحديد درجة الإصابة به لدى مجموعة البحث انطلاقا من مقياس بيك للاكتئاب الثاني (BDI-II)، حيث تمثل هذه النسخة آخر صورة للمقياس و التي توافق المعايير التشخيصية لـ (DSM-IV) في تشخيص الاكتئاب الرئيسي.

3.3. التوظيف الأسري:

تعتبر الأسرة في أية ثقافة نسقا أو نظاما يتكون من مجموعة من العناصر (الأفراد) تربطها علاقات وظيفية تفاعلية، يدخلها الفرد عن طريق الزواج أو الولادة لتحقيق أهداف مشتركة و أخرى فردية (أبو أسعد، الختاتنة، 2014).

و يرى (Broderick, 1993) من وجهة المقاربة النسقية أن الأسرة هي عبارة عن "نسق مفتوح، تحكمه قوانين، كما أنه منظم و موجه نحو بلوغ هدف معين"، و لتحقيق هدفه فإن النسق يتميز حسب G. Bateson (1971) بأنه وحدة مع وجود بنية للتغذية الرجعية قابلة على معالجة المعلومة داخل النسق الأسري و بين الأسرة و الخارج أي أنساق المحيط من خلال سياقات انتقائية (نقلا عن: Smith, 1996)، فالأسرة هي إذن نسق ديناميكي في محاولة مستمرة للبقاء و التوازن أمام التغيرات و الضغوط الداخلية والخارجية.

و هو ما يطرح مشكلة وظيفية النسق، أي مدى قدرته على المحافظة على توازنه الحيوي و السماح للعناصر المكونة له (أي أفراد الأسرة) بالتمايز و النمو، فنحن نريد أن نربط بين الصحة النفسية للفرد و ما أطلقنا عليه بالتوظيف الأسري النسقي الذي هو في علاقة مع كفاءة الأسرة من حيث توظيفها لبنيتها و مدى قدرة النسق على الارجاعية والمواجهة و أيضا طبيعة الروابط التعلقية بين أفراد النسق الأسري.

1.3.3. البنية الأسرية:

التعريف النظري:

هو مصطلح وصفه و استعمله S. Minuchin و المختصون في مجال العلاج الأسري البنائي، هو مفهوم يرمي إلى الفرضيات المتعلقة بالتفاعلات الخاصة بمجموعة أسرية معينة، وما يضمن وظيفية الأسرة هو وضوح الحدود والقواعد والأدوار (Benoit, Malarewicz, Beaujean, Colas, et Kannas 1988).

و يقسم هذا النموذج البنية الأسرية إلى بعدين و هما بعد التكيفية التي تعرف على أنها " قدرة النسق الأسري على تغيير بنية سلطته، و الأدوار العلائقية و القواعد العلائقية في

استجابته للضغط الناجم عن الوضعيات و عن التغيير" (Olson, Portner & Lavee, 1985,) (P 4)، أما بعد التماسك فهو تلك " الرابطة العاطفية التي يكتنّها أفراد الأسرة اتجاه بعضهم البعض " (نفس المرجع السابق، ص 04).

نستخلص مما سبق أن للنسق خاصيتين أساسيتين هما التكيف و التماسك، فإذا اختل نظام إحداهما سيؤدي ذلك حتما إلى تذبذب النماذج التفاعلية و التي تتورط بدورها في تهديد توازن النسق ووظيفيته.

إذ تنص فرضية هذا النموذج أن الأسر المعتدلة تميل أن تكون أكثر وظيفية مقارنة مع الأنساق المفرطة أو المتوسطة (Olson, 1999).

التعريف الإجرائي:

قمنا باستخدام "سلم تقييم التكيف و التماسك الأسريين" في نسخته الثالثة (FACES- III) لأصحابه (Olson, Portner & Lavee, 1995) من أجل تحديد البنية الأسرية للأسر المبحوثين، و هذا انطلاقا من إجاباتهم حول تصوراتهم عن أسرهم.

حيث يفرّق المقياس بين ثلاثة مستويات في وظيفية البنية الأسرية نتوصل إليها لدى نقطة تقاطع بعدي التكيف و التماسك، و التي تتراوح من توظيف بنيوي مفرط و متوسط و متوازن.

2.3.3. المواجهة الأسرية:

التعريف النظري:

توجد إلى جانب استراتيجيات المواجهة الفردية استراتيجيات مواجهة أسرية وهي محل الدراسة، والتي تم إدراجها من خلال دراسة الانجراحية بصفة معمقة من زاوية الاستراتيجيات والسيرورات التكيفية أمام الصعوبات والأزمات، فقد قام McCubbin (1999) بدراسة مفهوم الانجراحية الأسرية مع التركيز على السيرورات التكيفية التي يبتكرها الأفراد داخل الأسر من أجل التعامل مع عوامل الخطر، كما أنهما يعتبران معنى الانجراحية الأسرية يرجع بالتحديد إلى مهارات وأنماط التوظيف التي تستعملها الأسر من أجل البقاء والمواجهة وحتى التعزيز

أمام الصعوبات والشدائد. يعتمد مفهوم المواجهة الأسرية خصوصاً على استعمال الموارد الفردية والأسرية والاجتماعية التي تسمح للأسر بالتفاعل بصفة إيجابية مع التحديات التي تواجهها (نقلاً عن Golby & Bretherton, 1999).

نستنتج مما سبق أن هدف استراتيجيات المواجهة الأسرية هو التعامل مع المتطلبات المرتبطة باختلال التوازن الذي يصيب النسق الأسري (McCubbin & McCubbin, 1993).

التعريف الإجرائي:

لغرض تقييم المواجهة الأسرية اعتمدنا على سلم الأزمات الأسرية الموجّه نحو التقييم الذاتي (F-COPES) لأصحابه (McCubbin & al, 1991)، و الذي يمكن استخدامه مع فرد واحد من أفراد الأسرة. يقيس خمسة استراتيجيات أسرية و هي:

- الحصول على الدعم الاجتماعي: بمعنى إمكانية الأسرة على محاولة كسب سند الأصدقاء و الجيران و الأسرة الكبيرة.
- إعادة الصياغة (le recadrage): و هي إمكانية الأسرة على إعادة صياغة الأحداث الضاغطة حتى تسهل التعامل معها.
- البحث عن الدعم الروحي (spirituel): مهارات الأسرة في الحصول على الدعم الروحي أو المعنوي.
- تعبئة الأسرة للحصول على المساعدة و قبولها: توحى هذه الاستراتيجية إلى إمكانية الأسرة على البحث عن قبول المساعدة من طرف الموارد المجتمعية والأشخاص المقربين.
- التقييم السلبي (passive): أي تقبّل المشاكل مع التصغير من شأنها و من أثرها على الأسرة (McCubbin & McCubbin, 1993).

3.3.3. التعلق الأسري:التعريف النظري:

يعرف Bowlby التعلق بأنه "رابطة انفعالية بين الطفل والقائم على رعايته"، ويرى أيضا أنه "التوازن بين سلوكيات التعلق اتجاه الصور الوالدية وسلوكيات استكشاف المحيط (le milieu)" (Bowlby, 1978) .

إذ يُبقي التعلق التوازن بين سلوكيات الاستكشاف وسلوكيات البحث عن القرب مع الأخذ بعين الاعتبار سهولة الوصول إلى صور التعلق و إلى الخطر الموجود في المحيط الفيزيائي و الاجتماعي، فتساهم إذن الصورة التعلقية "قاعدة آمنة" تضمن للطفل الشعور بالأمان الجسمي والنفسي، وهو ما يسمح للطفل باستكشاف ومحاولة التحكم في محيطه. يتأثر كلا من التعلق والسلوكيات الإسكافية بكيفية إدراك الطفل لمدى توفر وتفاعل الصورة التعلقية، نستخلص أن للتعلق ثلاثة أدوار أساسية وهي: البحث عن القرب و البحث عن قاعدة آمنة و عن ملجأ آمن (نفس المرجع السابق).

وبما أنه من مبادئ التعلق أن علاقات التعلق في الطفولة تستمر عبر مراحل الحياة، وهو ما ساهم في الاهتمام بدراسة التعلق عند الراشد من خلال دراسات Bowlby، يمكننا إذن أن نقول أن التعلق لدى الراشد "إنما هو ميل هذا الأخير إلى البحث والمحافظة عن القرب و الاتصال مع شخص أو عدة أشخاص بغية الشعور بالأمن والحصول على الحماية العضوية و النفسية " (Sperling, & Berman. 1994).

و بما أن الحاجات و نظام المعتقدات الذي نكونه خلال السنوات الأولى من الحياة مع الصور التعلقية الوالدية يميل إلى الاستمرارية و الدوام مدى الحياة، فإن هذه المعتقدات هي التي توجه إدراكنا للآخرين و لسلوكنا حيث غالبا ما يبحث الفرد عن إعادة الأشكال التعلقية التي عاشها سابقا (Feeney & Noller, 1996)، يعني هذا أن الأشكال التعلقية للطفولة يعاد استغلالها ضمنا في علاقات مرحلة الرشد.

التعريف الإجرائي:

من أجل تحديد النمط التعلقي للمبحوثين نعتمد على "مقياس التعلق للراشد" (RSQ) لصاحبيه (Griffin & Bartholomew, 1994)، و الذي يصنّف النمط التعلقي للراشد ضمن الأنماط التالية:

- **التعلق الآمن** : يتمتع صاحبه بتقدير جيد للذات و بالثقة، كما أن لديه تبعية معقولة للآخرين، مع وجود نموذج إيجابي للأنا و للآخرين و هو ما يترجم بمستوى ضعيف من القلق و مستوى ضعيف للتجنب.
- **التعلق غير الآمن**: و يتضمن،

التعلق التجنبي المنفصل: يتجنب الحميمية و لديه نقص في الثقة، و هو شخص يزيد من قيمة الاستقلالية نظرا لنموذجه السلبي للآخرين.

التعلق القلق المنشغل : يكون صاحب هذا النمط من التعلق قلقا فيما يخص العلاقات الابينشخصية، يشعر بالوحدة و بقص في الثقة لذا فهو بحاجة إلى تأييد من طرف الآخرين و يوافق ذلك نموذجه السلبي لذاته و الإيجابي للآخرين.

التعلق التجنبي الخائف: لديه تقدير منخفض للذات و نقص الثقة، يشعر بالقلق في العلاقات الابينشخصية و بالوحدة، بالإضافة إلى الغضب والعدوانية، فهو ينتمي إلى النموذج السلبي للذات و للآخرين (Bartholomew & Horowitz, 1991).

4. أهداف البحث:

الهدف الرئيسي:

يهدف البحث الحالي إلى دراسة العلاقة الارتباطية بين الإصابة بالاضطرابات التالية للصدمة (الضغط ما بعد الصدمة و الاكتئاب) مع طبيعة التوظيف الأسري النسقي لدى مجموعة من مبتوري الساق نتيجة حادث خطير.

الأهداف الثانوية:

- محاولة تحديد عوامل الخطر و عوامل الحماية النسقية الأسرية التي يمكنها أن تلعب دورا في ظهور أو عدم ظهور الاضطرابات التالية للصدمة.
- إبراز أهمية وظيفية الأسرة (كما سبق تعريفها) على الصحة النفسية للفرد.
- إبراز أهمية التدخل العلاجي الأسري في حالة الاضطرابات التالية للصدمة.
- إلقاء الضوء على تنوع الجداول العيادية الخاصة بالصدمة النفسية، و ذلك من خلال التطرق إلى كلا من اضطراب الضغط ما بعد الصدمة و الاكتئاب ما بعد الصدمة، إذ يعد هذا الأخير من بين المفاهيم الجديدة في ميدان البحث العلمي.

5. أهمية البحث:

- تكمن أهمية البحث في التطرق إلى مشكلة الإعاقة الجسدية بعد إصابة عنيفة والمآل النفسي المرضي لهذه الصدمة في ظل الانتماء الأسري والاستعداد الأسري لتقديم الوسائل النفسية لتجاوز الآثار الصدمية المرضية، و هو ما يملي إعادة الاعتبار للروابط الأسرية وأهميتها على الصحة النفسية، إذ تتبلور أهمية الدراسة من حيث تناولها للاضطرابات النفسية من منظور نسقي أسري، فقد وضعنا جانبا تلك الفردية النفسية التي طالما نادى بها النفسانيون في التطرق إلى الأمراض النفسية وتفسيرها، واتبعنا تناولات تؤيد فكرة إعادة وضع الفرد في إطار أوسع وهو الإطار الأسري.

- تبرز أهمية البحث أيضا في الاهتمام الذي ألقيناه على فئة يرتفع عندها خطر الإصابة بالصدمة النفسية، فدراسة الوظيفية الأسرية في علاقتها مع الاضطرابات التالية للصدمة من شأنه أن يبين المعالم الأساسية التي على العلاجات أن تأخذها بعين الاعتبار، و ذلك ضمن الخصائص الثقافية و الاجتماعية التي تميز المجتمع الجزائري.

الفصل الثاني:

المقاربة الأسرية النسقية

تمهيد:

لعل المقاربة الأسرية النسقية من أبرز المقاربات التي سمحت بإلقاء نظرة مميّزة على الظاهرة النفسية، و عملت على إثراء الممارسة العيادية بالأدوات والتقنيات، نستهل هذا الفصل لتقديم الأصول النظرية لهذه المقاربة و نبذة تاريخية عن بروزها و مبادئ المقاربة الأسرية النسقية، ثم نعرض التعريفات الخاصة بالأسرة والمقاربة الأسرية النسقية، كما سنعرض أهم النماذج العلاجية فيها بالإضافة إلى التطبيقات العلاجية الأسرية النسقية.

1. ظهور المقاربة النسقية و العلاجات الأسرية النسقية:

ظهرت المقاربة النسقية الأسرية في سنوات الخمسينيات في الولايات المتحدة الأمريكية، و هي تشكل أكبر ثاني قطب في العلاجات النفسية، بعد التحليل النفسي الفردي. تعتبر هذه المقاربة وليدة الالتقاء بين العديد من الميادين: التحليل النفسي (Freud)، والأنثروبولوجيا خاصة التيار الثقافي (Bateson et Sullivan)، و علم الاجتماع، و علم دراسة الحيوان (éthologie)، و البيولوجيا، و الفيزيولوجيا، و الضد سيكاترية و أيضا السبرانية أي علم الضبط (cybernétique)، و نظرية الأنساق (Bertalanffy)، و نظرية الاتصال (Watzlawick)، و ديناميكية الجماعة (Lewin) (Blanchet, 2004, P 51).

حيث قام مجموعة من الجامعيين (ذوي آفاق مختلفة) اللاجئين في الولايات المتحدة الأمريكية جرّاء الحرب العالمية الثانية، بتأسيس مدرسة Palo Alto ذات الأصل في المقاربة النسقية. و يعتبر Bateson Gregory و هو عالم بيولوجي و أنثروبولوجي على أنه أب هذه المدرسة، ففي كتابه (La cérémonie du naven) عرض فكرة أن سلوك الفرد لا ينحدر فقط عن السياقات الضمن نفسية مثلما وصفه Freud، و إنما أيضا عن علاقة هذا الفرد مع محيطه (Doutrelugne, Cottencin, et Betbèze, 2013)، فلقد أدّت المجموعة الأولى لـ Palo Alto (1952-1962) مع Bateson, Haley, Weakland, Fry, Jackson دورا محددا في ظهور المقاربة النسقية (El Kaïm, 1995).

و في نفس الفترة قام W. MacCulloch بنشر كتاب عن (Les propriétés des systèmes cybernétiques) أين وصف بقاء الأنساق في حالة توازن عن طريق التغذية

الرجعية (feed-back) الإيجابية أو السلبية، كما نشر G. Bateson مع J. Ruesch في (1955) كتاب مشترك تحت عنوان (التواصل و المجتمع)، و الذي وضعنا من خلاله القواعد الأساسية للمقاربة السبرانية و للتواصل (نفس المرجع السابق).

قام بعد ذلك G. Bateson مع كلا من J. Haley و W. Fry بدراسة سلوكيات و تواصل العديد من أنواع الحيوانات و المرضى العقليين مثل الفصامين. كما كانت لهذه المجموعة علاقة وطيدة مع الطبيب العقلي M.H. Erickson ، الذي أثرى هذا التيار العلاجي بالعديد من التقنيات (Doutrelugne et al, 2013)، فقد اهتم كلا من Haley و Weakland بأعمال Erickson، من حيث مختلف مستويات التبادل التي تدور بين المنوم المغناطيسي و المفحوص، فقد كان هذا اللقاء ذو أهمية كبيرة في التوجه الذي سلكته مدرسة Palo Alto بعد ذلك، بالإضافة إلى النظرة التفاعلية، التي تعتبر ثورة مفاهيمية في الطب العقلي. و قد أدت أعمال هذه المجموعة من خلال دراسة "التناقضات التجريدية للتواصل" و "الخط في النماذج المنطقية" إلى تحضير ظهور معهد الأبحاث العقلية (MRI) Mental Research Institute (El Kaïm, 1995, p161).

و عملت فرق الطب العقلي انطلاقاً من سنوات الستين على تطوير تطبيقات عملية للمقاربة النسقية من أجل الأسر التي لديها عضو فصامي. و لقد شمل تأثيرها مجمل أمريكا الشمالية و أوروبا. حيث قام Don Jackson باستقبال عدداً من الباحثين في فرقة بحثه بمعهد الأبحاث العقلية (MRI) من بينهم Paul Watzlawick و Virginia Satir، بالإضافة إلى Jules Riskin (Blanchette, 1999)، و قام هؤلاء الباحثون بتركيز جهودهم على تطبيق هذه الأفكار الجديدة في التخفيف من الألم النفسي، و أصبح السؤال الأساسي هو: كيف يمكن تغيير قواعد النسق الأسري من أجل إزالة العرض الذي يحمله أحد أفراد الأسرة؟ و هنا تركت النظرية العامة للأنساق المكان لتقنيات التغيير أي التقنيات العلاجية (El Kaïm, 1995, p178).

و حددت دراسة التواصل داخل الأسرة دور مفاهيم مثل مفهوم القواعد و المعايير و العلاقات المتماثلة (symétriques) والعلاقات المتكاملة. وفي 1967 نشر Watzlawick et al كتاب (Une logique de la communication) الذي يعرض دور التواصل في العلاقات

البيشخصية، و تم تقديم الأسرة على أنها نسق مفتوح، إذ يرى الباحثون أن الطريقة الوحيدة لفهم الأسرة هو اعتبارها كذلك (أي نسق مفتوح) (Blanchette, 1999).

و مع ظهور هذه المقاربة الجديدة، لم يصبح موضوع العلاجات هو من يحمل العرض، و إنما مجمل نسق علاقات الخلية الأسرية، فلم يصبح الإهتمام منصبا عن البحث على أسباب الصعوبات الماضية " للمريض المعين " و إنما تغيّر البنية العلائقية للنسق الأسري، بغض النظر عن أصل المشكل (El Kaïm, 1995, p179).

و يمكن تلخيص أهم العوامل التي ساهمت في تبلور العلاج الأسري النسقي في مايلي:

- السبرانية أو ما يمكن تسميته بعلم الضبط أو التحكم، و هي نظرية في السلوك تنسب إلى عالم الرياضيات Norbert Wiener، و تهدف إلى الدراسة العلمية للإتصال و الضبط كما يطبق على الآلات و الكائنات الحية، حيث اهتمت الحركة منذ بدايتها بدراسة و مقارنة الآلات مع الكائنات الحية في محاولة لفهم الأنساق المعقدة و التحكم فيها.
- أثر الحرب العالمية الثانية مثل نمو علم النفس الاجتماعي و التركيز على الظاهرة الاجتماعية بدلا من الظاهرة الفردية، و التحول من دراسة الفرد كفرد إلى دراسته كوحدة في السياق الاجتماعي النفسي إلى دراسة الجماعات إلى دراسة شبكات العلاقات الاجتماعية الأكبر.
- بالإضافة إلى نمو المداخل البينية العلمية: ذلك أن من المعتاد في الجامعات و مراكز البحوث أن يتم البحث العلمي في إطار التخصصات المختلفة، وهي نطاقات و أطر تزداد ضيقا و تفرعا مع التقدّم العلمي، و لكن ما حدث أثناء الحرب العالمية الثانية أن جهودا مختلفة لعلماء متباينين في تخصصاتهم تضافرت معا لتقدم الحلول لبعض المشكلات أو لتطوير الجهد الحربي. و بذلك تم الاتصال و التعاون بين علماء تتقاطع تخصصاتهم، و يعتبر كل منهم بعيد عن الآخر من الناحية التقليدية. مثلما حدث بين علماء ينتمون إلى العلوم الاجتماعية و العلوم الفيزيائية (كفافي علاء الدين، 1999).

2. مبادئ المقاربة الأسرية النسقية:

لقد تطلب البناء النظري للمقاربة الأسرية النسقية استعارة العديد من المفاهيم و ذلك ضمن ميادين كثيرة و متنوعة مثلما تمت الإشارة إليه، أهمها هي السبرانية لـ N. Weiner ، و التي كانت المنطلق في بروز المقاربة النسقية، و تتلخص أهم مبادئ هذه المقاربة في تلك الخاصة بالنظرية العامة للأنساق لـ Bertalanffy و أيضا مبادئ نظرية الاتصال التي استتبعت من خلال أعمال مدرسة Palo Alto بزعامة Bateson، و هي كلها مبادئ أساسية في فهم الديناميكية العلائقية و أسس التواصل في إطار النسق الأسري.

1.2. مبادئ النظرية العامة للأنساق:

يعتبر النسق على أنه نموذج رياضي تم تطبيقه (extrapolé) على المجموعات الإنسانية، و هو مجموعة من العناصر و سماتها (خصائص العناصر)، و هو يتواجد في وسط حيث يحافظ مع هذا الأخير على التفاعلات و يشكل تحت أنظمة (أنساق) التي لها علاقات فيما بينها (Blanchet, 2004). و يقوم النسق على مبادئ جامعة نذكر منها:

- مبدأ الكلية (Principe de totalité) :

يعتبر النسق المفتوح على أنه "كل" في انسجام وظائفه، هو يملك إذن ميزة خاصة و هي أنه وحدة لها قيمة أكبر من مجموع أجزائها (Héril, 1995).

- التغذية المرتدة (Rétroaction) :

يدخل مبدأ التغذية المرتدة فكرة التأثير المتبادل داخل نفس النسق، و هو ما يقودنا إلى فكرة السببية الدائرية (نفس المرجع السابق).

تسمح السببية الدائرية بتوضيح أن سلوك الفرد يكمن أثره في سلوك الآخر، و الذي يؤثر بدوره على سلوك الأول، هذا داخل دائرة أو حلقة و التي عادة ما يستحيل معرفة بدايتها و نهايتها. إذ غالبا ما نفضل أن نحدد المعنى الذي نعطيه للأحداث بالإستعانة بالسببية الخطية كأن نقول أن (أ) هو سبب حدوث (ب)، غير أن هذه الطريقة لدراسة العالم الفيزيائي لا يمكن تطبيقها على الكائنات الحية، فإذا أردنا أن نتوصل إلى فهم أنساقها لابد أن ندمج التفاعلات مما يسمح بالسببية الدائرية (Blanchette, 1999) .

- المحصلة المساوية (Equifinalité):

إن النسق المنفتح يكون أكثر مرونة من النسق المنغلق فيما يتعلق بالطريقة التي يتعامل بها مع المدخلات الآتية إليه. و ما يميّز النسق المنفتح أن الناتج النهائي يمكن تحقيقه و إنجازه من خلال مجموعة متنوعة من الطرق المختلفة، ولو أغلق أحد الطرق، أو فشل أحد المكونات في أداء وظيفته فإن هناك طرقاً بديلة ومكونات أخرى متاحة. و بمعنى آخر يمكن الوصول إلى نفس الهدف بطرق مختلفة و هو ما يسمى بمبدأ المحصلة الواحدة (المساوية)، حيث يمكن أن تؤدي عمليات كثيرة مختلفة إلى نفس النتائج أو نفس المحصلة (كفاي علاء الدين، 1999)

يعتبر النسق أحسن شرح لهذا المبدأ، و لفهمه لابد من تحليل التفاعلات التي تحدث داخل النسق خلال ملاحظتنا له و ليس في أصلها (Héril, 1995).

- مبدأ التوازن الحيوي (Homéostasie):

إن البحث عن التوازن الذي تمليه الحاجة إلى البقاء على الحالة الأصلية هي معلومة مهمة تسمح بفهم حاجة النسق الإنساني للتوازن الحيوي من أجل ضمان هويته و بقائه، غير أن الجانب السلبي هو وجود مقاومة أمام التغيير ممّا يكبح الإمكانيات التكيفية للنسق لتغييرات في نسق أكبر (نفس المرجع السابق).

فقد أدخل Jackson مفهوم "التوازن الحيوي الأسري" بعد أن لاحظ أنه إذا تحسّنت حالة المريض فإن لهذا غالباً انعكاس خطير على أسرة المريض العقلي (اكتئاب ، حادث عرضي سيكوسوماتي، إلخ) فاستنتج أن هذه العرضية التي يحملها مختلف أعضاء النسق إنما ترجع إلى "ميكانيزمات توازنية" التي يكمن دورها في إرجاع النسق المضطرب إلى توازنه المرفه (délicat) (Blanchet, 2004).

- مبدأ الاتجاه نحو الحياة و النمو (néguentropie) و مبدأ الاتجاه نحو الانحطاط (entropie) :

يتحكم في النسق إمّا مبدأ الانحطاط (حالة من اللاتنظيم المتزايد ونقص في الطاقة)، و معناه أنه يسير إلى نهايته. أو مبدأ النمو (زيادة معتبرة في الطاقة) وهو ما يدفعه إلى النمو، و يكون في هذه الحالة مدفوعاً من الخارج أي مع مساعدة المحيط، وعليه فإن كل نسق يسير إمّا نحو الزوال أو يتحمّ عليه النمو، إن من خصائص نسق الأسرة أنه ينمو

ويتسع مع دخول عناصر جديدة، فنسق الأسرة بدون أطفال غير نسقها بعد قدوم عدّة أطفال، و لا شك بأن هناك قوانين تستحدث و أخرى تستبدل تبعاً لهذه العناصر (أبو أسعد أحمد، الختاتنة، 2014)

2.2. مبادئ نظرية الاتصال:

تم بناء هذه النظرية انطلاقاً من أعمال Bateson ومجموعة باحثي مدرسة Palo Alto التي ظهرت حوله في سنة 1957 أين تمّت دراسة الآثار البراغماتية للاتصال الإنساني - بمعنى آثاره على السلوك - مع التركيز خصوصاً على اضطرابات هذا السلوك. فكانت إذن هي أولى المدارس التي تقوم بدراسة اضطرابات الاتصال في الأنساق الأسرية (نقلاً عن Blanchet, 2004).

وتقوم هذه النظرية على عدد من المبادئ أو كما تسمى بالمسلمات الخمسة للاتصال كما يقترحه (Watzlawick & al, 1972) و هي:

- استحالة عدم الاتصال (L'impossibilité de ne pas communiquer) :

إذا اعتبرنا التواصل على أنه عبارة عن نقل معلومة و نهتم بالسياقات التي تعمل على إرسال و على استقبال الرسالة، فيمكن أن نؤكد أن كل السلوكات لها قيمة رسالة، سواء كانت حاملة للمعلومة، و هذا بصفة مستقلة عن نية المرسل أو المستقبل.

فالنمط اللفظي لا ينقل إلا جزء صغير من المعلومة بين الأشخاص، لكننا عادة ما نكون أكثر انتباهاً لما نقول مما نحن انتباهاً لما نفعل، و كل واحد منا يعلم أهمية الإيماءات و النبرات و صمت الآخرين.

كما نعلم من جهة أخرى أن ليس هناك سلوك مضاد، فكل ما نقوم به من سلوكات حتى السلوك السلبي (passif) مثل التفكير هي عبارة عن سلوكات و النتيجة المنطقية لما سبق أنه لا يمكننا أن لا نتواصل (Blanchette, 1999).

- مستويات الاتصال من جانبي المحتوى و العلاقة

: (Niveaux de la communication contenu et relation)

لقد درس Bateson طويلا ظاهرة التشفير (le codage) في عملية التواصل عند الإنسان، و نقصد بالتشفير الترجمة الداخلية للأحداث الخارجية، ففي النظام الإدراكي، يمكن لحواسنا أن تستنار بعدة مظاهر تحيط بنا. و هو ما يحفز على ظهور سياقات معقدة من التحولات.

إذ نجد أن هناك نوعين من التشفير الذي يستعمل من طرف الإنسان في تفاعلاته مع العالم الذي يحيط به: تشفير المحتوى (digital) أي معنى الكلمات و الإشارات المفهومة و تشفير العلاقة (analogique) بمعنى الإشارات المظهرية كالأفعال و اللغة المنطوقة و الحركات و الإيماءات و الهيئات الجسدية والأداءات (نفس المرجع السابق).

- تنقيط سلسلة الأفعال (Ponctuation de la séquence des faits):

من بين الخصائص الأساسية للاتصال هي أنه عبارة عن تفاعل أو تبادل للرسائل بين الأشخاص، حيث يكون هذا الاتصال على شكل سلسلة مستمرة من التبادلات و هي ما يطلق عليها Bateson و Jackson بـ "تنقيط سلسلة الأفعال" و يعتبران كل عنصر من السلسلة على أنه مثير و استجابة و تعزيز في آن واحد. إذ يعتبر عنصر معين من سلوك (أ) "مثير" بما أنه سيتبع بعنصر من (ب) و الذي سيتبع بدوره بعنصر آخر من (أ)، ومن جهة أخرى فإنه بما أن العنصر الخاص بـ (أ) هو موجود بين عنصرين من (ب) فهو يعتبر "إستجابة"، و نفس الشيء للعنصر الخاص بـ (أ) الذي يعتبر على أنه "تعزيز" بما أنه يتبع عنصرا قد صدر عن (ب). و عليه فالتبادلات التي نفحصها الآن تشكل سلسلة تتداخل الروابط فيها لتشكل ثلاثيات تشبه كل رابطة منها بتسلسل من "مثير-إستجابة-تعزيز" (Watzlawick & al, 1972).

و يرى (Watzlawick & al, 1972) أن تنقيط سلسلة الأعمال تهيكّل السلوكات وهي بذلك أساسية لمواصلة التفاعل.

- الاتصال اللفظي و غير اللفظي (Communication digitale et analogique):

يتميز الاتصال الإنساني بوجود نمطين، فالإنسان يتواصل بطريقة لفظية ذات أهمية كبيرة في تبادل المعلومات و نقل المعارف عبر الزمن، كما أنه يتواصل بطريقة غير لفظية أي حركات الجسم، الإيماءات، التغيرات في نبرة الصوت، إيقاع و تواتر الكلمات وكل التظاهرات غير اللفظية التي تسمح بها العضوية (Watzlawick & al, 1972).

- التفاعلات التناظرية والتكاملية (Interaction symétrique et complémentaire):

هي علاقات قائمة إما على المساواة أو على الاختلاف، في الحالة الأولى يميل الرفقاء إلى تبني سلوك متطابق، يمكن إذن أن يطلق على تفاعلاتهما على أنها تناظرية، في الحالة الثانية يكمل الواحد سلوك الآخر لكي يكونان جشتالت من نوع مختلف، يطلق عليها تكاملية. تتميز إذن التفاعلات التناظرية بالمساواة و تقليل الاختلاف، في حين تقوم التفاعلات التكاملية على زيادة الاختلاف (Watzlawick & al, 1972).

نجد في العلاقة التكاملية مرتبتين مختلفتين، حيث يحتل أحد الرفقاء وضعية مرتفعة و يحتل الآخر الوضعية المرافقة أي السفلى، لا يرمي ذلك إلى معنى "جيد" أو "سيئ"، "قوي" أو "ضعيف". يحدّد السياق الاجتماعي و الثقافي في بعض الحالات علاقة تكاملية كعلاقة أم-طفل، طبيب-مريض، أستاذ-طالب، أين يطغى على العلاقة طابع التضامن والتكامل (نفس المرجع السابق).

3. المفهوم النسقي للأسرة و للعلاجات الأسرية:

لطالما كانت دراسة الأسرة من مهام علم الاجتماع باعتبارها الوحدة الأساسية للبناء الاجتماعي، فنجد C. Lévi-Strauss مثلاً و هو من أشهر العلماء الذين اهتموا بموضوع الأسرة، يرى أن كلمة أسرة تدل على جماعة اجتماعية ترمي إلى ثلاثة خصائص على الأقل، و هي "أنها تستمد أصلها من الزواج، و تضم أب و زوجة و أطفال ولدوا جرّاء هذا الإرتباط، كما يحتمل وجود أقارب آخرين مجتمعين ضمن هذه النواة، كما يرتبط أفراد الأسرة بروابط قانونية، و حقوق و واجبات ذات طبيعة اقتصادية و بشبكة دقيقة لحقوق و محرمات جنسية، و مجموعة متغيرة و متنوعة من المشاعر مثل الحب و الحنان و الإحترام و

الخوف، إلخ" و هو يرى أن الأسرة طالما تميّزت بهذه الخصائص منذ أبعد العصور و في جميع المجتمعات الإنسانية (Lévi-Strauss, 1979).

"فالأسرة في طبيعتها اتحاد تلقائي تؤدي إليه الإستعدادات و القدرات الكامنة في الطبيعة البشرية النازعة إلى الاجتماع وهي بأوضاعها ومراسيمها عبارة عن مؤسسة اجتماعية تنبعث عن ظروف الحياة الطبيعية التلقائية للنظم والأوضاع الاجتماعية. وهي ضرورة حتمية لبقاء الجنس البشري ودوام الوجود الاجتماعي فقد أودعت الطبيعة في الإنسان هذه الضرورة بصفة فطرية. ويتحقق ذلك بفضل اجتماع كائنين لا غنى لأحدهما عن الآخر وهما الرجل والمرأة والاتحاد الدائم المستقر بين هذين الكائنين بصورة يقرّها المجتمع هو الأسرة" (مصطفى الخشاب، 2008، ص 14).

يبدو واضحا أن الأسرة جماعة اجتماعية أساسية و دائمة، و نظاما اجتماعيا رئيسيا، و ليست الأسرة أساس و جود المجتمع فحسب، بل هي مصدر الدعامة الأولى لضبط السلوك، و الإطار الذي يتلقى فيه الإنسان أولى دروس الحياة الاجتماعية. و قد تغيّرت الأسرة بصورة عامة بالتغيّرات التاريخية الاجتماعية و الإقتصادية و العمرانية التي مرّت على المجتمعات في مختلف أنحاء العالم فتغيّر بناؤها أو تقلصت وظائفها، إلّا أن الأسرة بمعناها الضيق و المحدود و التي هي أصل تسميتها الأسرة النواة ظلّت مصدر التماسك و مصدر الرعاية الأولية المباشرة. و من هنا فكل شخص ينتمي بشكل ما لأسرة واحدة على الأقل، و لذلك تعد الأسرة المهد الحقيقي للطبيعة الإنسانية فضلا عن أن تجربة الحياة خلالها ضرورية لتحويل المولود إلى مخلوق إنساني يعيش في انسجام مع الآخرين (أبو أسعد، الختاتة، 2014).

وللأسرة وظائف عدّة: كالوظيفة البيولوجية التي تعتبر من أهم وظائف الأسرة وهي عبارة عن الإنجاب و التماسك و حفظ النوع (نفس المرجع السابق)، فالأسرة هي الوسط الذي اصطلح عليه المجتمع لتحقيق غرائز الإنسان ودوافعه الطبيعية والاجتماعية. وذلك مثل حب الحياة، وبقاء النوع وتحقيق الغاية من الوجود الاجتماعي، وتحقيق الدوافع الغريزية والجنسية والعواطف والانفعالات الاجتماعية مثل عواطف الأبوة والأمومة والأخوة والغيرية، إلخ (مصطفى الخشاب، 2008، ص 15).

ووظيفة اقتصادية، إذ تبدو هذه الوظيفة واضحة إذا رجعنا إلى تاريخ الأسرة. فقد كانت قائمة في العصور القديمة بكل مستلزمات الحياة واحتياجاتها. وكانت تقوم بكل مظاهر النشاط الاقتصادي وهو الاقتصاد المغلق أي الإنتاج لغاية الاستهلاك فإن الاستبدال لم يكن قد ظهر بعد أو اتسع نطاقه. وكان كل إنتاج أفراد الأسرة رهن استهلاكها. وعندما اتسع نطاق الأسرة واستقرت أوضاعها، أصبح معظم الإنتاج العائلي من خصائص المرأة، بينما ساهم الرجل بنصيب كبير في الأعمال الإنتاجية خارج نطاق الأسرة، أي أنه كان يعمل تابعا لهيئات أو مؤسسات أخرى (نفس المرجع السابق، ص 14).

إضافة إلى الوظيفة الاجتماعية التي تسمح بالتطبيع الاجتماعي، ونقل التراث الاجتماعي من جيل لآخر، وبمعنى آخر تعليم الفرد الامتثال لمطالب المجتمع، والاندماج في ثقافته، و اتباع تقاليده و الخضوع للالتزاماته، ومجارية الآخرين بوجه عام (أبو أسعد، الختاتة، 2014).

نرى من خلال التعاريف السابقة أنه تم التطرق إلى الأسرة من منظور الفكر الأنثروبولوجي والاجتماعي، الذي لا يصبح للفرد فيه وجود إلا ضمن هذه الوحدة الواسعة، و من جهة أخرى فإننا نعلم أن علم النفس لم يحاول فهم الفرد إلا انطلاقاً من الواقع الضمن نفسي أو انطلاقاً من دراسة بعض العلاقات داخل الأسرة كالعلاقة أم-طفل، دون إمكانية الإلمام بكل العناصر العلائقية في المحيط الأسري للفرد، ومع تطور المنظور النسقي وتطبيقه على الأسرة أصبح في متناول المختصين أدوات تسمح لهم بإبراز أبعاد جديدة للظاهرة النفسية من خلال دراسة خصائص النسق الأسري.

ذلك أن مفهوم النسق يستند على فكرة أن الكل لا يمكن فهمه إلا من خلال دراسة أجزائه في علاقتها بعضها ببعض، وفي علاقتها بالعملية الكلية للآداء، حيث يعرف النسق طبقاً لذلك بأنه "نظام معقد لعناصر متفاعلة بعضها مع بعض" Bertalanffy (1968) أما Peer (1964) فيوسّع مفهوم النسق إلى درجة أكبر حيث يقول "إن أي شيء يتكون من أجزاء مرتبطة مع بعضها البعض يمكن أن يطلق عليها اسم نسق" (نقلاً عن: كفاي علاء الدين، 1999).

ويضيف (Benoit et al, 1988, p 490) عناصر جديدة للتعريف حيث يرى أن النسق هو عبارة عن "وحدة مكونة من عناصر (و السمات المرتبطة بها) والتي هي في تفاعل" كما أنه يؤكد على إدماج العنصر الزمني.

وعليه فإن الأسرة تعتبر من المنظور النسقي على أنها " نسق مفتوح، مكون من أفراد ذوي خصائص معلومة متعلقة بالأدوار و الوظائف و الذين يتميزون من جهة أخرى بميزات خاصة، ومثل أي نسق فإن الأسر تقع تحت وطأة ميكانزمات (morphogénèse) أي كيف يتطور النسق ويخلق تركيبات جديدة، و ميكانزم (morphostase) وهو كيفية المحافظة على التوازن، إذ يعتبر توازن النسق الأسري في السياق العلاجي على أنه مضمون من طرف المريض المعين (نفس المرجع السابق، ص 491).

انطلاقاً من فكرة أن الأسرة هي عبارة عن نسق، فإن العلاج الأسري النسقي هو عبارة عن كفالة نفسية شاملة للأسرة انطلاقاً من طلب علاج موجه من طرف أو من أجل أحد أفراد نسق الأسرة، حيث يعمل الفريق المعالج على الاستجابة لهذا الطلب بإعادة صياغته ضمن إطار أكبر و بالاهتمام بالشبكة المنسوجة من طرف الأسرة، فيعمل الفريق المعالج على وضع فرضيات علاجية انطلاقاً من مصادر نظرية دقيقة، كما يقوم باقتراح نظام للحصص العلاجية بالإضافة إلى استعمال تقنيات علاجية خاصة وتقييم نتائج العلاج النفسي (Albernhe et Albernhe, 2008).

إذ يعتبر العلاج الأسري النسقي على أنه "علاج يتماشى مع النسق الطبيعي، أين يقوم المعالج أو الفريق المعالج بالتوريط المباشر للأسرة أو لبعض العناصر المهمة من أسرة المريض المعين، من أجل إحداث التغيير داخل النسق الأسري" (Bloch , 1994, P 22). وعليه فلا يكون للعرض معنى و وظيفة إلاّ إذا تم وضعه في إطار إجمالي ودائري، إذ أنه يعبر عن اختلال علائقي لا يشعر به بالضرورة أفراد الأسرة و يعمل المفحوص المعين على الخروج من الصراع، فعلى الفريق المعالج أن يدفع الأسرة إلى بناء نظرة مغايرة وعلى جعلها قادرة على إحداث التغيير (Albernhe et Albernhe, 2008, P 2).

يكمن إذن هدف العلاج من خلال المنظور النسقي في إنشاء سياق يسهل المرور من الحدود الضيقة و توسيع الآفاق (نفس المرجع السابق، ص 2).

إذ يعتبر أصل المشكلة التي تعاني منها الأسرة أنه محاولة غير ناجعة لحل صعوبات سابقة، ذلك أن القواعد الأسرية تقف أمام البحث عن طرائق أخرى أكثر فعالية، و لذا فإن تدخل المعالج لا يهدف إلى فهم الأسباب الخفية الآتية من الماضي، و لا حتى تطور و نمو أفراد الأسرة، و إنما يهدف مثلما سبق ذكره إلى تغيير القواعد التي تحمل طرائق حلول خاطئة. لأن حلقات التغذية الرجعية (rétroaction/feed-back) تُبقي نماذج غير وظيفية للاستجابة للوضعية المشكلة، فتدخل المعالج يهدف إلى وضع حلقات مختلفة للتغذية الرجعية للوصول إلى نماذج ناجعة لحل الوضعية المشكلة (Blanchette, 1999).

فمن وجهة العلاجات الأسرية وحسب Jackson (1965) و Minuchin et al (1975) فإن الأسرة عبارة عن " نسق بيني شخصي له خصائص سبرانية، و تكون العلاقات ما بين عناصر النسق لاختية (و لا دائرية) و إنما دورية بدلا من كونها سببية، بالإضافة إلى وجود آليات معقدة و متشابكة للتغذية الرجعية و نماذج متكررة للتفاعل ما بين عناصر النسق، و عليه يمكن النظر إلى الأعراض على أنها مجرد نوع من أنواع السلوكات التي تعمل كميكانيزم توازني لتعديل التفاعلات الأسرية". (نقلا عن Pirooz Sholevar & Schwoeri, 2003)

4. أهم المفاهيم العملية في العلاجات الأسرية النسقية:

يقوم العلاج الأسري النسقي على عدة مفاهيم عملية نعرض أبرزها فيما يلي:

1.4. العرض:

يرى Watzlawick أن للعرض قيمة اتصال، حيث ترى نظرية الاتصال أن العرض هو رسالة غير لفظية. (نقلا عن Bougeul, 2000)، فالعرض هو التظاهرات المرئية التي تسمح بوضع تشخيص حول ما هو غير مرئي.

و يرى Haley (1963) أنه يجب اعتبار "الأعراض على أنها خطة علائية"، فلا يهتم النسقيون بالعرض في حد ذاته، وإنما بما "ينشطه" في العلاقات مع الأشخاص المعرضين لهذه التظاهرات، كما لا يتم البحث في تغيير الأصل في السلوك المشكل و إنما في وقف هذه الحلول العقيمة و إلى الاهتمام بجعل المفحوص يتبنى سلوكات جديدة التي

تحل مشكلته. و هو ما يؤدي إلى استعمال مفهوم "المريض المعين" وهو حامل العرض. (نقلا عن Amiguet et Julier, 2007).

2.4. المفحوص المعين:

يقال عن أحد أفراد الأسرة أنه "مريض معين désigné" أو "مريض محدّد identié", - إذ يعتبر على أنه مريض - وهو حامل لعرضية الجماعة. فهو بذلك يؤدي لتوازن النسق على حسابه الخاص. فتكون عرضيته هي التعبير عن الصراعات الضمن أسرية. حيث تعتبر هذه النظرية أن الاختلال الوظيفي للأسرة يترجم بظهور العرض عند أحد أو عند العديد من أفرادها (Blanchet, 20045).

3.4. الرابطة المزدوجة (القيد المزدوج):

تم استخلاص هذا المفهوم من خلال دراسة كيفية تواصل أسر المرضى مع الفرد المريض، حيث تمّ و لأول مرة تفسير المرض العقلي كظاهرة بنيشخصية، فلم يصبح المرض العقلي ينظر إليه كنتيجة لاختلال نفسي و إنما كاضطراب للتواصل داخل الخلية الأسرية، و هي تتضمن النظرة النسقية للاضطراب العقلي، و تبرز أهمية خلط المستويات المنطقية (confusion de niveaux logiques)، وتلخص نظرية Bateson في التعلّم وتكوين الطبع، و تعمل خصوصا على تعريف المرض العقلي على أنه اضطراب في التواصل، ممّا يغير جوهرها المنظور العلاجي (El Kaïm, 1995).

يمكن للعلاقات داخل "الأسرة المرضية" أن تربط وفقا لنموذج القيود (الرابطة) - المزدوجة (double-contrainte)، بمعنى أنها تحتوي على أوامر (injonctions) متضادة، و التي يستحال إشباعها في آن واحد. و قد وصف Bateson في (1956) بوصف اضطراب في التواصل من هذا النوع داخل أسر الفصامين، أين يمكن للعناصر التي تؤلف القيود -المزدوجة- أن توصف بوجود رسالة صادرة مبنية بصفة معينة مما يجعل من المستحيل إشباعها، حيث يبقى معنى الرسالة غير مقرر بالنسبة للشخص الذي يسمعها (نقلا عن Villeneuve et Toharia, 1997).

4.4. الانتقال عبر الأجيال:

حسب نظرية M. Bower، التي طُوِّرت من طرف M. Selvini - والتي أصبحت اليوم محل نزاع- ، أنه بعد وجود اختلال وظيفي على مستوى ثلاثة أجيال يظهر الذهان

لدى فرد واحد أو عدة أفراد داخل الأسرة. من خلال هذه النظرية، و التي تستعمل أحيانا بصفة تعسفية، نستخلص أن اختلال وظيفي فردي يمكن أن يرتبط بصراعات أسرية قد تبلورت خلال العديد من الأجيال.

فكرة الانتقال عبر الأجيال هو حاليا ليس فقط مفهوم عملي في العلاج الأسري و إنما يتعدى هذا المجال، فقد تشبّع بإسهامات معقدة، مثل تلك الخاصة بـ Boszormenyi-Nagy و Framo في (1980) حتى يتم وجود "Livre des comptes transgénérationnel" " كتاب حسابات ما بين الأجيال" حقيقي، الذي له تأثير على النفسية و على مكانة كل فرد داخل الأسرة، أو تلك الخاصة بـ Le bovic (1983) الذي بلور مفهوم الانتقال عبر الأجيال من خلال دراسة التفاعلات أم-رضيع خلال الحمل و في الأوقات الأولى من حياة الطفل، أو أيضا أعمال Neuberger (1995) حول الذاكرة الأسرية و هي ذاكرة تسمح للشخص أن يبني نفسه سواء في استمرارية أو في قطيعة مع الجيل السابق (نقلا عن Blanchet, 2004).

5. نماذج العلاجات الأسرية النسقية:

تعتبر نظرية الأسرة توجه نظري و تخصص عيادي ينظر إلى سلوك الأشخاص و الاضطرابات العقلية من منظور السياق البيئشخصي Lansky (1989)، و يظهر هذا التوجه بوضوح من خلال العلاج الأسري الذي يمثل مصطلحا جامعا لعدد من الممارسات العيادية القائمة على فكرة أن الاضطرابات النفسية تتموقع على مستوى النسق الأسري بدلا من الفرد، حيث تم على هذا الأساس تصميم علاجات بهدف إحداث التغيير داخل النسق العلائقي للأسرة وليس في الفرد (نقلا عن Pirooz Sholevar & Schwoeri, 2003).

و على غرار مدرسة Palo Alto فهناك حركة رائدة في مجال العلاج الأسري والتي ظهرت في سنوات الخمسينيات و هي "Family Institute de New York" بزعامة المحلل النفسي N. Ackerman (Villeneuve et Toharia, 1997)، بالإضافة إلى وجود علاجات أسرية مستلهمة من نظريات أخرى كالسلوكية مثلا، نعرض فيمايلي أهم النماذج العلاجية الأسرية و الأسرية النسقية.

1.5. العلاج الأسري التحليلي:

يتكفل المعالج الأسري التحليلي بكامل الأسرة، و يهتم بالاتصال - و بالصراعات - بين أفراد الأسرة و ذلك بتمحوره على الحياة الداخلية لكل فرد. هدفه هو تغيير الجهاز النفسي الأسري الذي يتضمن نفسية كل فرد.

تقترب النماذج الفضائية من تلك الخاصة بالعلاج النسقي كقاعة كبيرة، و حضور معالجان اثنان، و تطبق ثلاثة قواعد أساسية هي: التداعي الحر الجماعي، انسحاب المعالج (لا يعطي النصائح)، والحضور الثنائي الجيل (bi-générationnelle) (Blanchet, 2004). يقوم المعالج بوضع الإطار، يسمح بالخطاب و يستعمل تقنيات كتحليل المحتوى، تفسير المقاومات والتحويلات الأسرية، إلخ. و يحاول المعالج أن يكشف الهوامات التي تدور داخل المجموعة الأسرية و التي تؤسس العلاقات داخل المجموعة. كما أنه يتربص أيضا الدفاعات الجماعية وإذا كانت الحاجة لذلك فيفسرها. إذ يتعلق الأمر بالسماح للأفراد بتحديد صراعاتهم اللاشعورية داخل الجماعة الأسرية و على إرصانها، وتماثل مثل التحليل النفسي الفردي، فإن السيرة العلاجية تفترض مبدئياً نكوص جماعي حتى تسمح بظهور الأجهزة النفسية الفردية المستقلة (نفس المرجع السابق).

يستخدم العلاج الأسري السيكوناميكي خاصة مع الأسر التي لديها عددا من التثبيطات الخفيفة أو المتوسطة التي تحدّ من شخصيات أفرادها ممّا يمنعهم من التمتع والنجاح في الحياة، يعرف هؤلاء الأفراد بذوي العصابات، و بالرغم من درايتهم بآثار السياقات على سلوكهم و مبادئ التعزيز التي تؤثر على سلوكياتهم و على نجاحهم الاجتماعي و المهني غير أن أنساقهم ذات الصراعات تحدّ من تكيّفهم مع الأحداث وخصوصا إذا اختاروا شريك ذو ميول عصابية، إذ يمكن أن يكون للزوج (couple) صراعات مشتركة ضمن حياة هوائية صراعية لاشعورية مع استعمال دفاعات مشتركة لاحتواء هوماتهما والأخطار الضمنية الكامنة، ويبقى تعطيل هذه الميكانيزمات العصابية ليس بالسهل خاصة لدى الأسر التي تعاني من الاضطرابات النرجسية التي يصعب تحديدها و التي تحتاج إلى تحالف قوي بين الأسرة و المعالج . (Pirooz Sholevar & Schwoeri, 2003).

كما يمكن الجمع بين العلاج الأسري التحليلي و العلاج الفردي بسبب استمرارية النظري و التقني، و هو ما يعطي نتائج علاجية جيدة (نفس المرجع السابق)، تجدر الإشارة أيضا أن بعض المعالجين و بالرغم من تكوينهم التحليلي، فهم يعترفون بإسهامات النسقية و يطورون تقنية توفيقية، تتضمن مرجعين، هما النظرية التحليلية و النظرية النسقية (Blanchet, 2004).

2.5. العلاج الأسري السلوكي:

تمثل الأسرة من وجهة العلاج الأسري السلوكي بيئة طبيعية لتعلم السلوك، فالأسرة – بحكم العلاقات و التفاعلات اليومية بين أعضائها – تمثل شبكة متداخلة من المواقف والمشاعر و الأساليب السلوكية الموجهة من فرد إلى آخر داخل الأسرة، فقد يدعم سلوك أحد أعضاء الأسرة سلوك عضو آخر، و يعارض سلوك عضو ثالث و يتحدى سلوك عضو رابع، و هكذا. و الأسرة في النهاية تمثل مجالا حيويا أوليا يتعلم فيه عضو الأسرة كيف يسلك تجاه أفراد الأسرة الآخرين، و عن طريق التعميم ينتقل هذا السلوك في معاملة الآخرين خارج نطاق الأسرة (كفافي، 1999).

و يحدد العلماء السلوكيون الهدف النهائي و الشامل للعلاج الأسري السلوكي بأنه تغيير "اتساقات التدعيم" حتى يتعلم أفراد الأسرة أن يقدموا التدعيم الاجتماعي المناسب للسلوك المرغوب فيه بدلاً من تدعيم السلوك اللاتكفي (نفس المرجع السابق).

تزيد فعالية العلاج السلوكي الأسري لما يشترك مع العلاج الأسري الاستراتيجي مع الأسر التي تعاني من نقص " التنظيم السلوكي " بجعل أفراد الأسرة يطلعون على أثر السياقات على سلوكهم، و مساعدتهم على تعلم مبادئ التعزيز الإيجابي مما ينقص اللجوء إلى التجنب و لعب السلطة، إذ توسع العلاجات مقارباتها بدمج مفاهيم خاصة بمقاربات أسرية أخرى، فأصبح النموذج الأسري السلوكي الإدماجي يعتمد على: (1) أهمية تقبل الأعراض قبل محاولة تغييرها و (2) أهمية العمل الجماعي مع المفحوصين، مما يساهم في خفض المقاومة للعلاج واعتبار المفحوصين على أنهم شركاء في علاجهم (Pirooz Sholevar & Schwoeri, 2003).

نعرض فيمايلي أبرز النماذج العلاجية الأسرية النسقية التي انحدرت مباشرة عن أعمال مدرسة Palo Alto وما تلى ذلك من أبحاث و أعمال الروّاد الأوائل لهذا التوجه.

3.5. العلاج البنيوي:

رائد هذا العلاج هو Salvador Minuchin، و هو ينظر إلى مشكلات الأسر على أنها ناتجة عن البنية الأسرية، و تظل قائمة ببقائها و لا تحل المشكلات إلاّ بإعادة ترتيب بناء الأسرة. كما يرى حسبما يذكره Sieburg (1985) أن "المدخل البنيوي للأسرة يفترض أن الأسرة أكثر من مجرد الديناميات النفسية لأفرادها، و تسير الأسرة بدلا من ذلك على قواعد يفهمها كل أفراد الأسرة، و القواعد الراهنة تحدد كيف و متى و لمن يستجيب كل فرد في الأسرة، ومجموع القواعد تمثل أنماط التفاعل، و هو ما أسميه بنية الأسرة، و تنظم البنية سلوك كل شخص و خبرته مع الواقع، و بعد فترة فإننا نبقي بأنماطنا في التفاعل، إنها في هذه الحال تمنع أنماطا أو طرزا أخرى من المواجهة مع الحياة و الناس، و قد يكون لدينا طرقا أخرى ممكنة للاستجابة و لكننا لا نستخدمها" (نقلا عن: كفاي، 1999، ص 382).

و تركز المفاهيم الرئيسية لهذا العلاج على أنماط التفاعل داخل الأسرة لفهم البنية والتنظيم الأسري، حيث يرى Minuchin أن بنية الأسرة تعود إلى القواعد التي تطورت مع مرور الزمن انطلاقا في من يتعامل مع من. كما يفترض في بناء الأسرة أن يكون هناك ترتيب هرمي وفقا لامتلاك الوالدين سلطة أكبر من الأطفال، و كذلك هناك طبيعة خاصة لكل أسرة بأدوار و قواعد و أنماط تفاعل، و على المعالج ملاحظة الديناميات لإحداث التغيير المناسب بها (أبو أسعد ، الختاتنة، 2014، ص 123).

و وفقا لـ Minuchin فإن دور المعالج هو إعادة تنظيم البنية الأسرية، فهو محرك للتغيير و يرسم و يخطط للبناء فهو نشط مشارك للأسرة يسهل تطورها. و من التقنيات التي يستخدمها المعالج ما يسمى بخريطة العائلة و الذي يفيد في معرفة الحدود و طبيعتها و تمثيل و لعب دور للصراع الذي يحدث داخل البيت، و تغيير الحدود بإعادة ترتيب الجلسة العلاجية، و تغيير أماكن الجلوس و المسافات بين أفراد الأسرة، و الإنتباه إلى مركز القوى، و عمل نوع من التوازن و خاصة لدى بعض الأسر الفوضوية التي يدير الأعضاء فيها مصائد ومكائد وخاصة للأطفال (أبو أسعد ، الختاتنة، 2014، ص 124).

ويقوم العلاج الأسري البنيوي على مفاهيم أساسية وهي: البنية والقواعد والخريطة الأسرية والتكامل (La complémentarité) والعرض والتكيف والتغيير والحدود (Bloch, 1994)

4.5. العلاج الإستراتيجي:

تأثر Jay Haley بأعمال Milton Erickson فقام بوضع منهج محوره التغيير ووصف التوجيهات و هي المقاربة الاستراتيجية (El Kaïm, 1995)، فقد لاحظ Haley أن في الأسر ذات الإختلال الوظيفي من خلال بعض أسر الفصامين، " يقوم كل واحد بإقصاء ما يقوله الآخر، فما كان يجب أن يقال، على كل حال لا يجب أن يقال بهذه الصفة" Postel et al , p 568 (1993)، كما حصر Haley المشروع العلاجي، إذ لا يتعلق الأمر بالنسبة له بتغيير البنية الأسرية بأكملها وإنما "بتغيير بعض المقاطع التفاعلية، ومن ثم الوصول إلى الحل البسيط للمشكل المطروح، و هو الحل الذي يسمح في حد ذاته بإعادة تنظيم النسق" (نقلا عن Blanchet, 2004).

فهي نظرية لا تركز على إعادة حل قضايا الماضي، بل تركز على حل المشاكل الحالية مع ميل العلاج إلى الاختصار، مركزا على العملية أكثر من المحتوى، و توجيهها إلى التعامل مع من يعمل، وتحت أي ظرف، والنظر إلى المشكلة المقدمة على أنها المشكلة الواقعية و مجازا لأداء النسق الأسري، وفيها يعطي المعالج عظيم الأهمية للقوة، الضبط، والهرمية في الأسرة والجلسات الأسرية (أبو أسعد، الختاتنة، 2014، ص 119).

ومن أهم تقنيات العلاج الإستراتيجي نذكر استخدام التوجيهات، و التدخل المتناقض، و إعادة التشكيل (نفس المرجع السابق).

5.5. العلاج البينجيلي:

تنسب نظرية العلاج البينجيلي لـ M. Bowen الذي يعد أحد الرواد الذين ساهموا في تطور حركة العلاج الأسري، حيث تعد نظريته في النسق الأسري بمثابة إرشاد أسري متعدد الأجيال، يقوم على الافتراض القائل بإمكانية فهم الأسرة عبر تحليلها طبقا لمنظور أجيال ثلاثة، و بذلك يتضح أن هذه النظرية تمتد بجذورها إلى التحليل النفسي، حيث ينظر أنصار هذه النظرية إلى أن ما يعانيه الفرد من أعراض ما هي إلا انعكاس لتجسيدات أو تشبيهات مجازية لنوع العلاقة الوالدية، و التي لا تخرج عن كونها نتاجا لصراعات الآباء التي لم تحل

مع الأسرة الأصل، و هنا يتعاضد دور المعالج في تحليل المعاني اللاشعورية للتواصل الأسري و الكشف عن العوامل اللاشعورية المرتبطة بالمشكلة. و من أهم فنيات نظرية Bowen نجد الرسم البياني للأجيال للتعرف على الخل الحادث في أحدها أو أكثر (أبو أسعد ، الختاتنة، 2014، ص 118).

6. تطبيقات العلاجات الأسرية النسقية:

يرى Neuburger أنه يمكن اعتبار تطبيق العلاج الأسري النسقي من زاوية الطلب، فالاعتقاد أو اعتبار الآخرين هم السبب في المعاناة هو من دواعي استعمال العلاج الأسري، أي أن الطلب يكون ذو طابع أسري لما تكون العناصر التي تمثل الطلب الفردي مبعثرة في المجموعة الأسرية، إذ يحمل أحد الأفراد العرض، و يعاني فرد آخر أو آخرين أحيانا أكثر من المريض المعين ذاته.

كما أن من دواعي استعمال العلاج الأسري هو إبقاء أو الوصول إلى تغيير مهما كانت المشكلة أو التشخيص، فكلما كان الفرد حامل العرض صغير السن كلما تتم الإشارة إلى التدخل الأسري (Crettenand et Cucchia, 2006).

و يمكن حصر تطبيقات العلاج الأسري على العموم - بالرغم من أنها متنوعة وغير محدّدة - وفق الفئات التالية:

- أسر لمفحوصين مدمنين على المخدرات أو على الكحول أو مصابين بالخلفة.
 - اضطرابات متكررة أو اضطرابات دورية ضمن الأسرة.
 - أسر لمفحوصين مصابين باعتلال سيكوسوماتي (ربو، قرحة معدية...).
 - أسر لمرضى فصامين (و خصوصا في بداية ظهور الاضطراب).
- يقترح العلاج الأسري بصفة عامة عندما يكون هناك تكرار لسلوك مرضي في سياق أسري صراعي، كما أن ممارسة العلاج الأسري لا تستبعد مستويات أخرى من التدخل سواء الدوائي، الضمن - نفسي ، الاجتماعي، أو أشكال أخرى من العلاجات في بعض مراحل التطور (كفالة فردية، استشفاء) (Blanchet, 2004).

خلاصة الفصل:

لقد تعرضنا في هذا الفصل إلى تيار فكري يعتبر أنه وليد عصره، حيث كان للاكتشافات العلمية المحققة آنذاك صدى عميق في دراسة النفس البشرية ملقية الضوء على علاقات أو بالأحرى تفاعلات لم تكشف عنها أدوات التيارات السابقة، حيث أظهرت لنا الظاهرة النفسية في بعد جديد، مما يمكن الباحثين من استغلال هذا المنظور لمحاولة شرح الروابط الخفية و المعقدة بين الظاهرة النفسية الفردية (تشخيص اضطراب معيّن) و بين الخصائص الأسرية النسقية مثل تلك التي تميّز التوظيف الأسري كما نقدمه في الفصل الموالي.

الفصل الثالث:

التوظيف الأسري

النسقي

مدخل إلى الفصل:

نقترح في الفصل التالي تناول مفهوم نبور من خلاله فكرة الصحة الأسرية أو كما سبق و أطلقنا عليه بالتوظيف الأسري، حيث اقتبسنا معايير لتحديد مستوى وظيفية الأداء الأسري انطلاقاً مما جاءت به مختلف النماذج حول المقاربة الأسرية النسقية، فهو ميدان واسع و ثري يسمح بفضل خصوبته لاستغلال فكري و نظري متنوع.

يرى (Anderson & Gavazzi, 1990) أنه يمكن النظر إلى صحة الأسرة على أنها استمرارية أو دوام للصحة أي للوظيفية، أمّا الأسرة غير الصحية فنجد دوام للخصائص غير الوظيفية، كما تميل الدراسات إلى تصنيف العيّنات العيادية على أنها عيّنات غير وظيفية و العيّنات غير العيادية على أنها وظيفية و على المقارنة بينها من أجل فهم خصائص الأسر السوية و التي تتمتع بوظيفية جيّدة.

إذ يتم تقييم الديناميكية الأسرية للصحة و المرض من خلال عدّة نماذج مع استخدام أدوات خاصة بكل نموذج. نعرض فيمايلي ثلاثة نماذج أسرية نسقية أدرجناها في المفهوم الإجرائي للتوظيف الأسري و هي: البنية الأسرية و المواجهة الأسرية و التعلق الأسري.

أولاً: البنية الأسرية

تمهيد:

نعتد في بحثنا على مفاهيم نظرية من أهمها مفهوم التوظيف البنيوي الأسري الذي يرمي إلى نموذج في دراسة الأسرة على ضوء المقاربة الأسرية النسقية، سنقوم من خلال هذا العنصر بعرض أبرز ما جاء في النموذج و أن نشرح أهم الدعائم التي يقوم عليها بناؤه النظري و العملي.

1. تطور مفهوم البنية الأسرية:

لقد طور النموذج البنائي انطلاقاً من نظريات الأدوار و الأنظمة و العمل مع الأسر الفقيرة و خصوصاً أسر المراهقين الجانحين، حيث قام Minuchin بتحليل التفاعلات داخل هذه الأسر و وصف مختلف الأنواع من الأسر: الأسر "المتشابكة" مع وجود حدود وقواعد منتشرة للتوظيف، أين يؤثر سلوك أحد الأفراد مباشرة على الآخرين، و الأسر "المنفكة" مع حدود صلبة و صارمة أين يكون شعور كل أفراد الأسرة قوي جداً و القدرة على حماية الأسرة ضعيف (Blanchet, 2004).

فقد وضع Minuchin نموذج العلاج الأسري البنيوي من أجل حل المشاكل المنبثقة عن إعادة تنظيم البنية الأسرية. فهو يرى الأسرة على أنها وحدة متعددة الأعضاء مع التركيز على التنظيم الداخلي للأسرة لأهداف التقييم و العلاج، حيث يركز هذا النموذج على ثلاثة مفاهيم أساسية و هي البنية، و الحدود، و الأنساق التحتية (Nichols & Schwartz, 1995).

يعرف Minuchin (1974) البنية أنها "مجموعة غير مرئية وظيفية المطالب، التي تنظم الطريقة التي يتفاعل بها أفراد الأسرة، الأسرة هي نسق يعمل من خلال نماذج للتفاعلات، يعمل تكرار التفاعلات على وضع نماذج حول كيف، و متى، و مع من ترتبط وتعزز هذه النماذج النسق" (Pirooz Sholevar & Schwoeri, 2003, P 39)، إن تعريف البنية يبين أنها القرب و المسافة بين الأفراد داخل النسق، و تتحدد وظيفية و عدم وظيفية القرب و المسافة على أساس مراحل (تطور) حياة أفراد الأسرة.

الحدود هو مصطلح مهم في نسق الأسرة حيث يعرف النسق بالحدود و هي التي تفصل نسقا عن آخر و داخل النسق الأسري، فلكل نسق حدود و فهم هذه الحدود مهم لفهم كيفية قيام النسق بوظيفته، و الأسرة المضطربة تكون الحدود فيها جامدة (أبو أسعد أحمد عبد اللطيف، الختاتنة سامي محسن، 2014)، و يتم وضع حدود بالنسبة لسلوك الآخر داخل النسق بسياق تصحيح ذاتي من خلال استجابة لتنشيط الأخطاء (error-activated) لما يخرج أحد الأفراد عن الحدود المقبولة للنسق الأسري (Nichols & Schwartz, 1995).

يرى (Morval, 1985) أن حدود الأسرة تتغير في كل من مختلف مراحل الحياة الأسرية، و تقوم الحدود بوضع الأنساق التحتية من خلال قواعد التي من بين وظائفها توضيح الأدوار لكل فرد من أفراد الأسرة إضافة إلى ذلك فإن لها دور حماية الوظائف الأسرية، مثل التبعية و القرب بين كل واحد من أفرادها، يجب على الحدود أن تكون واضحة فلا تكون كثيرة الانغلاق و لا كثيرة الصلابة من أجل توظيف أمثل للأسرة.

يفترض المعالج الأسري البنيوي أن التنظيم الوظيفي داخل الأسرة يجب أن يتميز بحدود مناسبة بين الأنساق التحتية: الوالدين، الإخوة، وحدة الأسرة باعتبارها كل، والفردية. انطلاقا من هذا المفهوم الذي يساعد على تشخيص الأسرة في وصف اللاوظيفية: تشابك، أي الأسرة (أو الأنساق التحتية) التي تكون قريبة من بعضها أكثر من اللزوم، أو منفكة لما يكون أفراد الأسرة متباعدين جدا عن بعضهم (Pirooz Sholevar & Schwoeri, 2003).

إن تكرار نفس الأنماط من التفاعلات هو الذي يخلق النماذج البنيوية المختلفة داخل الأسرة، كما تتحدد طبيعة البنية الأسرية بواسطة الحدود العاطفية التي تبقي أفراد الأسرة في حالة تباعد أو تقارب، أما الحدود الصلبة أو المنتشرة (diffuses) فتشير إلى تسوية بين كلا من الأنساق التحتية و الأنساق خارج الأسرة. تدل الحدود الصلبة على وجود تفكك داخلي وما بين الأنساق، في حين تتميز الحدود المنتشرة بعلاقات متشابكة (Becvar & Becvar, 1993).

2. تعريف التوظيف البنيوي الأسري:

يرمي مفهوم البنية إلى بعد التماسك الذي يدل على طريقة تنظيم الأسرة، كالحُدود، والنماذج العاطفية التي تعطي الإطار العام لتوظيف الأسرة. أما السياقات فهي خاصة بالتكيفية، و ترمي إلى النشاطات التي تدور حول وظائف السيطرة، التنظيمية و التواصل (Grotevant & Carlson, 1989, P 300).

يمثل إذن التماسك تلك الوحدة العاطفية و الفكرية و المادية التي تجمع أفراد الأسرة، والتكيف هو قدرة الأسرة على تغيير بنية سلطتها، و أدوار و قواعد العلاقات كاستجابة لظروف غير مألوفة أو ضاغطة، و يعتبر وجود توازن معتدل لكلا البعدين ضروري لأداء أسري أمثل (Pirooz Sholevar & Schwoeri, 2003, p 281). فالتوظيف البنيوي الأسري هو كيفية تعامل الأسرة مع المعلومات الصادرة من الداخل أو الخارج من حيث ديناميكية التماسك و التكيف.

3. بعدي البنية الأسرية:

يشير (Olson, 1999) إلى تركيز النموذج التداخلي على ثلاثة أبعاد رئيسية للنسق الأسري و هي التكيفية التي يطلق عليها أيضا بالمرونة (flexibilité) و التماسك بالإضافة إلى بعد ثالث و هو التواصل الذي يبقى ضمناً في كلا من البعدين السابقين.

1.3. التكيفية:

صنف Minuchin الأسرة من حيث إمكانية التكيف أو التكيفية أي القدرة على مواجهة التحديات و التغيرات المفاجئة (كفافي، علاء الدين، 1999)، و يصف Benoit التكيفية على أنها "قدرة النسق على إستدخال معلومات داخلية أو خارجية، دون إلحاق الاختلال أو حتى المساس باتساقه و توازنه،... و حتى يحافظ النسق على قدراته التكيفية، لابد أن يتجنب الوقوع في تصلب التفاعلات" (Benoit et al, 1988, P 03).

و يتدرج بعد التكيفية على أربعة مستويات و هي المستوى الصلب (منخفض جداً) و المنظم (منخفض إلى معتدل) و المرن (معتدل إلى مرتفع) و الفوضوي (مرتفع جداً).

يمكن أن نقول عن أسرة أنها صلبة لما تفقد كل أجزء من قدراتها التكيفية أمام التغير، سواء كان ذو أصل داخلي أو خارجي، يرى Andolfi "أن النسق الأسري يصبح صلبا لما يكون هناك تراكم للوظائف أو العجز على تغيير هذه الوظائف مع مرور الزمن حيث تلقي هذه الصعوبات بحملها على الحاجات إلى التميز لأفراد الأسرة"، و بهذا المعنى فإن هذه الصلابة تساهم في اختلال التوظيف للنسق الأسري، جاعلة العملية العلاجية صعبة أو حتى مستحيلة إذ أن داخل هذه الأسر تكون حلقات التغذية الرجعية سلبية (négatives) مما يؤدي إلى نقص النماذج التفاعلية، و هو ما يزيح احتمال أي تغيير و خصوصا خلال المرور من دورة إلى أخرى من دورات الحياة (Benoit et al, 1988, P 208) ، إذ لا يبدو أن هذه الأسر تتأثر بما يحدث لها أو ما يواجهها من مشاكل (كفافي، علاء الدين، 1999).

و هناك مستويان متوسطان بين المستويين المتطرفين، أولهما الأسرة التي تصدر عنها الاستجابة المنظمة و في هذا النمط تضيق الأسرة من نطاق سلوكها و تعتمد أساليب السلوك المعروفة و المكررة و تواجه بها الموقف أو التحدي، و تحدث استجابتها بالتتابع المعروف و التقليدي.

أما الأسرة المرنة، فهي التي تنظر في الموقف و تفحص الاختيارات و تحاول أن تصل إلى إستراتيجية، و إذا فشلت هذه الإستراتيجية فإن الأسرة تعيد النظر في الموقف، و تحاول الكشف عن بدائل و تنتهي إلى إستراتيجية جديدة وتستمر هذه العملية حتى تنتهي الصعوبة أو تحل المشكلة، و في هذا المستوى يسلك أفراد الأسرة و يتبنون وجهات النظر طبقا للظروف، و لكنهم يفعلون ذلك بشكل جماعي.

المستوى الرابع و هو مستوى الأسر الفوضوية، التي حينما تواجهها بعض عوامل التحدي فإن كل فرد من أفرادها يستجيب بشكل مخالف لما يستجيب به الآخر وبأساليب مناقضة لما يفعله الآخرون (كفافي، علاء الدين، 1999)، إذ تكون بنيتها مطبوعة بفقر في الأدوار و في الوظائف غير المحددة والمتغيرة، كما أن الشعور بالانتماء إلى الجماعة الأسرية ضعيف جدا و أهم الاضطرابات التي تنتج جزاء هذا التوظيف هي الجنوح و الاضطرابات الذهانية (Benoit et al, 1988, P 199).

2.3. التماسك:

يعرف التماسك الأسري على أنه نوعية الروابط العاطفية بين أفراد النسق الأسري (Olson, 1988)، إن المعايير (variations) المستعملة لتحديد و قياس مفهوم التماسك هي الروابط العاطفية و الالتزام الأسري (engagement) و العلاقة الزوجية و العلاقات بين الوالدين و أطفال، و الحدود الداخلية و الخارجية (Smith, 1996).

ينقسم بعد التماسك مثلما هو الحال بالنسبة لبعد التكيف إلى أربعة مستويات: منفك (منخفض جد) و منفصل (منخفض إلى معتدل) و متصل (معتدل إلى مرتفع) و متشابك (مرتفع جدا). يدل المستوى الأول المنفك على نقص أو عدم التماسك الأسري، المستويين المنفصل و المتصل يحددان تماسك أسري سوّي أو بعبارة أخرى وظيفي، أما مستوى التماسك المتشابك فيدل على تماسك أقصى ما بين جميع أفراد الأسرة (Laître, 1997).

يشير المستوى المنفك إلى اتصالات قليلة بين أفراد الأسرة، كل يعيش في عالمه الخاص. و عندما يشعر أحد أفرادها بالتوتر أو الضغط فإن الآخرين ليسوا بالضرورة لهم علاقة بهذا الذي حدث أو يتأثرون به، و يكون بيت الأسرة مكانا مشحونا بالتوتر بالنسبة لأعضاء الأسرة. و الأم بصفة خاصة هي التي تخبر هذا النمط كنمط مولد للأزمة و التوتر، و تشعر كما لو كانت مستغلة من أفراد الأسرة الآخرين، و تشعر بالإحباط في طموحاتها الشخصية و حاجاتها، و لديها صورة منخفضة لذاتها و قدراتها، بل إنها قد تنمي أعراضا جسدية من هذه الأزمة على هيئة اضطرابات جسمية-نفسية (كفافي علاء الدين، 1999)

حسب Olson فإن مستوى التماسك المنفصل يتدرج من تماسك منخفض إلى معتدل. و الأسرة التي لديها مستوى تماسك منفصل يظهر عبر الانحلال العاطفي ما بين أفرادها، بمعنى أن الروابط العاطفية موجودة و لكن هناك أيضا مكان لخصوصية كل واحد منهم. والوقت الذي يقضيه كل واحد خارج الأسرة لا يقل أهمية عن الوقت الذي يقضونه مع بعض، كما أن النشاطات والاهتمامات تكون عموما فردية، والحدود الأسرية محددة بصفة واضحة و لكنها نافذة (perméables) (Laître, 1997).

يرمي المستوى الثالث إلى الأسرة المتصلة، حيث يكون كل فرد منسجما و متماشيا مع أفراد الأسرة الآخرين، و لكنه ليس محكوما بمشاعر و أفعال الآخرين، و بالرغم من أنه

متعاطف و منشغل و متضامن مع الآخرين إلا أنه ليس معتمدا عليهم في حياته الانفعالية، لأنهم متماسكون أكثر منهم متشابكين، و مترابطون أكثر منهم معتمدين بعضهم على بعض، و مهتمون بتأكيد صالح أفراد الأسرة الآخرين بدون أن يصبحوا متورطين (كفافي، علاء الدين، 1999، ص 384).

و يتعارض نموذج الأسرة المتشابكة مع ذلك المتعلق بالأسرة المنفكة، فمن منظور Minuchin و العلاجات الأسرية البنائية، فإن الحركة العلائقية تكون جاذبة نحو المركز، مع وجود أسطورة حول الوحدة الأسرية التي لا تحتمل إلا القليل من الاختلاف، فتكون الأدوار صلبة و الأعراض يمكنها أن تكون متشابهة، ذو طابع سيكوسوماتي غالبا كأعراض اضطرابات التغذية و العنف -مثل العنف الجنسي- الذي يمكن أن يظهر داخل المجموعة الأسرية، كما أن يكون أحد الوالدين في وضعية سفلى، و الحدود بين الوالدين و الأطفال غير محددة بوضوح (Benoit et al, 1988, p 200).

و قد ذهب Minuchin و زملاؤه إلى أن النمطين المتطرفين من الأسرة أي المستوى المتشابك و المستوى المنفك يحتمل أن يخبرا الأزمات أكثر من الأنماط الأخرى ما دام بناؤهما الداخلي يؤدي إلى الأزمة (كفافي علاء الدين، 1999).

4.تقييم توظيف البنية الأسرية:

لقد بيّن البحث في المجال الأسري ضرورة القياس من أجل التقييم و العلاج، و هو ما ساهم في بناء عدد كبير من الأدوات، نذكر أبرزها فيمايلي:

- **Beavers-Timberlawn Family Evaluation Scale**: تم بناؤه من طرف Beavers, Lewis, Gossett and Phillips في (1972) حتى يساعد على التعرف على النماذج التفاعلية التي تميّز التوظيف الأسري الصحي، يتكون هذا المقياس من 13 بند التي تنقسم إلى خمسة ميادين نظرية و هي: البنية الأسرية و التحالف الوالدي، والاستقلالية، و العاطفة، و إدراك الواقع. يتم تقييم كل بند انطلاقا من ملاحظة تسجيلات لتفاعلات أسرية خلال 10 دقائق حول الميادين الخمسة (Grotevant & Carlson, 1989).

- **Family Assessment Device**: تم بناؤه من طرف Epstein et al (1981)، يتكون من 60 بنداً و يقوم بتقييم الأداء الأسري الذي يعتبر حسب هذا النموذج أنه في علاقة مع الخصائص التفاعلية و النسقية للوحدة الأسرية أكثر من السمات الضمن نفسية لأفراد الأسرة (نفس المرجع السابق).

- **Family Assessment Measure** Skinner et al (2000)، يتكون من 50 بنداً وتم بناء هذه الأداة لتقييم نقاط القوة و نقاط الضعف في الأداء الأسري مقارنة مع السياق النموذجي (Pirooz Sholevar & Schwoeri, 2003).

- **Structural Family Interaction Scale** Linda Perosa (1980)، حيث عملت على تجسيد نموذج Minuchin حول التوظيف الأسري فيما يتعلق بالحدود و من حيث (التفكك إلى التشابك)، و البعد الثاني الذي يتضمن طريقة تكيف الأسرة مع الضغط والصراعات والتي ترجع بالدرجة الأولى إلى قدرتها على إبقاء حدود النسق ثابتة (ferme) ولكن مع قدر من الليونة الذي يسمح بالتوافق مع الظروف المتغيرة (Grotevant & Carlson, 1989).

إن النقد الموجه لأدوات التقييم الأسري هو وجود اختلاف حول ما يمثل المفاهيم الأساسية التي يجب أن تؤخذ بعين الاعتبار خلال التقييم الأسري، ومن أشهر أدوات قياس الديناميكية الأسرية نجد سلم تقييم التكيف والتماسك الأسريين (FACES) الذي ينتمي إلى النموذج التداخلي (circumplex) (أي نموذج للعلاقات بين مختلف المتغيرات)، هي أداة ذات بعدين رئيسيين للتوظيف البنيوي الأسري مثلما حدده Minuchin (Nichols & Schwartz, 1995)، كما أنها من أكثر الأدوات استعمالاً لتقييم التوظيف البنيوي الأسري، و ذلك سواءً عند الباحثين أو الممارسين العياديين.

- **Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales – III** -

"سلم تقييم التكيف و التماسك الأسريين - III": هو مقياس تم بناؤه من طرف كل من Olson, Portner, and Lavee، يسمح من خلال سلميه التحتيين بقياس تكيف و تماسك النسق الأسري، و يتضمن السلمين التحتيين اللذين يشكلان الاستبيان 20 بنداً، تتعلق البنود

إنها أداة ذات نطاق واسع و سريعة التطبيق، تسمح بالتعرّف على تصورات الأفراد حول بنية أسرهم و تجسيدها على شكل نماذج مثلما يوضحه الشكل التالي:



5. وظيفية الأسرة من حيث التوظيف البنيوي الأسري:

تدل الوظيفة الأسرية حسب النموذج البنيوي إلى تقاسم للمهام العلائقية أو المادية، الداخلية أو الخارجية، و هو ما يعبر عن صور و نماذج ممارسة الوظيفة داخل الأسرة السوية. أما في الأسر غير الوظيفية فإن هذه النماذج العلائقية تجد صعوبة في التحقيق بسبب الحدود غير الواضحة أو الصلبة، و هو ما يؤدي إلى دورات من التفاعل الصراعي من خلال أعراض المريض المعين (Benoit et al, 1988, P 203) .

و يشير Benoit إلى وجود تنوع كبير للأسر غير الوظيفية، فهو يرى أنه يمكن للأسر أن تظهر تلاحما مفرطا لما تكون متشابكة، أو على العكس تلاشي من خلال عدم مبالاة متبادلة. و بخصوص الليونة الضرورية للتبادل، فإن الإفراط يظهر سواء من خلال الصلابة لصورها النمطية (stéréotype) أو في غياب المعنى خلال فترات الفوضى. فإذا كانت المسافات الفردية غير محدّدة، تظهر الصراعات و العلاقات الثلاثية، كما أن نقص إدراكات المصير المشترك و ضروريته في الحل الوسط يعبر عنها بالمرور إلى الفعل أو دورات التغذية الرجعية حول الأعراض، أيضا إذا كان الانفتاح نحو الخارج بصفة مفرطة يمكن أن يحدث التفكك و الافتراق و على العكس إذا كان هناك إفراط في الانغلاق حول نفسها، فإن الأسرة تكبح نمو أفرادها (Benoit et al, 1988)، وهي جميعها نماذج غير وظيفية للبنية الأسرية، بمعنى غير صحيّة.

يرى Olson (1994) أن الزيادة أو النقص عن اللزوم في التكيف أو التماسك في الأسرة يؤدي إلى فقر عام في التوظيف الأسري وعليه إلى تنبؤ سلبي من حيث النمو الفردي، فالفرضية المنبثقة عن العلاجات الأسرية النسقية و التي مفادها أن الأعراض الفردية هي انعكاس للحالة الوظيفية لكل الأسرة، و أن المريض المعين هو حامل العرض للأسرة، يمكنها أن تتماشى نظريا مع معدلات مفرطة على "سلم تقييم التكيف و التماسك الأسريين" (Smith, 1996).

إذ يدافع Olson عن فرضية أن الوظيفة البنيوية المثلى تنحصر في مركز النموذج، و كلما ابتعدت الأسرة عن هذا المركز كلما أصبحت غير وظيفية (Olson, 1988) (مثلا يوضحه الشكل رقم 1).

وانطلاقاً من أعمال Lewis et al (1976) فإنه تم التأكيد على العلاقة بين الأداء الأسري و الأداء الفردي، و من خلال دراسة استغرقت 25 سنة على أسر وظيفية و غير وظيفية مع وصف هذه المجموعات الأسرية و خصائصها، فإنه تم اقتراح مميزات الأسرة الوظيفية و غير الوظيفية التي يلخصها كلا من Pirooz Sholevar و Schwoeri بتقسيمها إلى ثلاثة مستويات من الوظيفية:

الأسرة المعتدلة: هي أسر يقل ترددها على العياديين، تكون فيها الحميمية مطلوبة ومحترمة، كما تحترم الفردية مع شعور فردي قوي و حدود واضحة، وعليه فإن الصراعات (على المستوى الفردي) يتم حلّها مباشرة و بصفة علنية (و عموماً) تتم المفاوضة بصفة واضحة، تكون بنية السلطة الأسرية واضحة و معترف بها من طرف أفراد الأسرة، بالرغم من وجود مستوى مرتفع من المرونة (flexibilité) للتكيف مع التطور الفردي و الاكراهات والصعوبات الخارجية.

كما هناك مستوى أقل من الاعتدال، من بين خصائص هذه الأسر هي الإيمان بأهمية الحياة الأسرية و الاهتمام بأفرادها، مع وجود وقع ضعيف على الاضطرابات العقلية الفردية، ضعف في القدرة على استعمال تقنيات التفاوض، مع توجه أكبر نحو التحكم و يعمل الوالدان على حل الصراعات باللجوء إلى التهديد أو القوة المباشرة، حيث يكون التحالف الوالدي فعال عموماً، مع وجود بعض الأدوار حسب الجنس في قوالب نمطية، و بعض النماذج حول السيطرة التي تميّز جميع الأفراد (Pirooz Sholevar & Schwoeri, 2003).

الأسرة المتوسطة:

يكون الوالدان والأطفال في هذه الأسر ذوي حساسية للاضطرابات الانفعالية أو السلوكية. مع الميل إلى التحكم و الصراع حول السلطة، والمعتقد بالنوايا السيئة للآخرين. بالرغم من عدم وجود التعدي على الحدود بصفة واضحة إلا أن هناك ازدواجية

(ambivalence) إذ هناك وجود نفي للانفعال الشديد و استعمال الكبت و الإسقاط على الآخر. تكون العلاقة الزوجية عموما في صراع و ليس في سند، مع وجود غالبا لطفل مفضل عموما من الجنس الآخر، و عليه تؤدي هذه التفاعلات إلى حميمية أقل و ثقة أقل، احترام أقل للفردية الشخصية، و أقل عفوية، بالرغم من وجود شعور بعدم الفهم و وحدة و ألم، فإن هذه الأسر يمكنها أن تعمل جيدا و لكن بليوننة أقل و تكيف أقل من الأسر المعتدلة.

نجد في الأسر المتوسطة الأسر الجاذبة نحو المركز (centripètes)، التي تشجع على الاستدخال و القمع كوسائل لمعالجة التوتر، كما أنه غالبا ما نجد الاكتئاب والقلق والاضطرابات السوماتية في هذه الأسر، إن اهتمام هؤلاء المرضى باللياقة والسلطة يجعل منهم مفحوصين جيدين.

و هناك الأسر الطاردة عن المركز (centrifuges)، يكون الزوج الوالدي في صراع علني، و التحالف بينهما ضعيف، المراقبة مع محاولة التحكم صراعي و غير محلول، يتعلم الأطفال العيش عن طريق المناورة و إلقاء اللوم على الآخرين، كما لديهم صعوبات مع رموز السلطة، يلاحظ ظهور مشاكل عاطفية من خلال اضطرابات السلوك، مثل النضج الجنسي المبكر، و تعاطي المخدرات المعتدل و التخريب.

و الأسر المختلطة التي تكون فيها محاولات المراقبة متناسقة و لكن تختلف الآثار مع اختلاف الأوقات أو مع مختلف الأطفال، يكون الزوجان في توتر و صراع، يمكن للأسرة أن تبدو اجتماعيا على أنها جيدة، و لكن أفرادها يتهمون الآخرين، يمكن أن يطور أحد الأطفال أعراضا ضمنية و أن يكون الآخر متمردا (نفس المرجع السابق).

الأسرة المفرطة:

تتميز بالصراع الفوضوي على السلطة، مع استمرارية بدون جدوى- المجهود لتشييد و إبقاء نماذج مستقرة من الهيمنة و الخضوع، إذ يبدو للملاحظ أن أفراد الأسرة قد فقدوا

الرضى عن الحياة الأسرية. يتميز أفراد هذه الأسر بقدرتهم المحدودة على المشاركة و تقبل الحاجات العاطفية لذواتهم أو للآخرين، هناك القليل من العفوية أو من الدفء في تحفيز تفاعلات هذه الأسر. إن وجود المعاناة، و الحدود الفردية المائعة، و المحاولات غير الناجحة في وضع رقابة صلبة هو ما يميّز هذه الأسر.

و تتميز الأسر المفرطة في أبعد صورها بعدم وجود تناسق و المساهمة في الاتصال، ما يضيف تباعد يمنع اللقاءات المُرضية و الوضوح، يؤدي ذلك إلى وجود حدود منتشرة (diffuses) مع ضعف الوضوح العاطفي، عدم وجود قائد واضح، فيبدو التوظيف فوضوي وعشوائي. غير أنه و بما أن هناك محاولات للتحكم عن طريق وسائل سرية وغير مباشرة، مع وجود مواضيع متكررة و حزينة، فما يبدو فوضوي من الخارج يمكن أن يكون محاولة لإبقاء التوازن الصلب، مثلما يرى أصحاب النظرية، بالإضافة إلى عدم وجود عفوية أو تبادل بين شخصي مُرضي (Pirooz Sholevar & Schwoeri, 2003).

خلاصة:

لقد عمل Olson و أتباعه على بلورة ما جاءت به نظرية العلاج البنائي Minuchin في نموذج عملي يسمح بتقييم الأداء الأسري انطلاقاً من معيارين أساسيين وهما مدى قدرة الأسرة على التماسك دون الانصهار و على تمكين تمايز أفرادها دون التفكك من جهة، و من جهة أخرى قدرة الأسرة على التكيف دون فقدانها لكيانها، و حفاظها على هويتها دون التصلب، فالأسرة الوظيفية حسب هذا النموذج هي الأسرة المعتدلة الوظائف.

ثانياً: المواجهة الأسرية

تمهيد:

من المفاهيم الأساسية في التطرق إلى الأداء الأسري و الكفاءة الأسرية في تجاوز الصعاب، نجد مفهوم المواجهة الأسرية الذي تم اقتباسه من المواجهة الفردية و تطبيقه على الأسرة باعتبارها نسق في محاولة مستمرة للحفاظ على توازنه، فهو مفهوم يقع في امتداد للمقاربة الأسرية و في تقاطع مع نظريات نفسية تكيفية، هو نموذج نعرضه في العنصر التالي علماً أنه ثاني عامل نقوم من خلاله بتقييم الوظيفية الأسرية.

1. تطور مفهوم المواجهة الأسرية:

ترجع بدايات التفكير حول المواجهة إلى التأثير الكبير بالفكر الدارويني حول مبدأ الصراع من أجل البقاء، و هو ما يستند إلى النموذج الحيواني في تناوله لمفهوم التكيف والمواجهة لدى الحيوان (Lazarus & Folkman, 1984).

و تعتبر المواجهة حسب هذا النموذج على أنها استراتيجية تكيفية، يعتمد عليها الفرد لمواجهة مختلف التهديدات التي تأتي من العالم الخارجي، أو للدفاع ضد انفعالات داخلية، كآلية التجنب أو الهروب الناتجة عن الخوف، و آلية المواجهة أو الهجوم الناتجة عن الغضب (Bruchon-Schweitzer et Dantzer, 1994).

قام العالم النفسي الأمريكي Lazarus بتوسيع المفهوم الفيزيولوجي للضغط بالاهتمام بالميكانيزمات النفسية والسلوكية التي تؤدي بالفرد إلى التكيف أو على العكس أي عدم القدرة على التكيف اتجاه الضغط (Lazarus & Folkman, 1984)، كما أنه وصف سيرورتين أساسيتين للإستجابة للضغط، و هما التقييم (الأولي والثانوي) والمواجهة (بمعنى "استراتيجيات التكيف") (Servant, 2005).

يقوم الفرد من خلال التقييم الأولي بتقييم الوضع الضاغط، و برصد الموارد التي يمتلكها من أجل المواجهة بواسطة التقييم الثانوي (نفس المرجع السابق).

معنى هذا أن التقييم الأولي (الضغط المدرك) يقوم على فهم الحدث من حيث (طبيعته، مدته، خطورته، معناه، الخ)، والتقييم الثانوي يقوم على التساؤل عن أي موارد

شخصية (التحكم المدرك) و اجتماعية (السند الاجتماعي المدرك) سيستعمل الفرد أمام هذا الحدث، مع امكانية وجود سيرورات لإعادة التقييم تتضمن حلقات للمفعول الرجعي (Bruchon-Schweitzer, 2002).

حسب Lazarus and Folkman فإن للمواجهة وظيفتان أساسيتان و هما: (1) تعديل الانفعالات الضاغطة أي المواجهة المركزة على الانفعال، (2) تغيير العلاقة فرد- محيط مصدر الأسى، بمعنى التركيز على المشاكل التكيفية (Lazarus & Folkman, 1984). يعتمد اختيار نوع محدد من الاستراتيجيات على تقييم الفرد لقدرته على التحكم في الوضع، حيث تستعمل الاستراتيجيات المركزة حول الانفعال لما تدرك الأحداث على أنها غير قابلة للسيطرة مثل حالات المرض، فهي استراتيجيات تعمل على التعديل الانفعالي المرتبط بالوضع الضاغطة، و تستعمل الاستراتيجيات المركزة حول المشكلة حين يدرك الوضع أنه يمكن السيطرة عليه مثل الحالات المهنية، فهي استراتيجيات تقوم بالتعديل المباشر لمصدر الضغط (نفس المرجع السابق).

و قد استغل المهتمون بدراسة الأسرة هذا المفهوم (المواجهة) و طبقوه في دراساتهم على النسق الأسري و قدراته الارجاعية، و عليه فإن مصطلح استراتيجيات المواجهة يمكن أن يرمي إلى نوعين، استراتيجيات فردية و استراتيجيات أسرية، فلما يقوم أحد أفراد الأسرة بوصف استراتيجيات المواجهة الخاصة به دون الأخذ بعين الاعتبار للواقع الأسري، فإنه يتعلق باستراتيجيات المواجهة الفردية، في حين أنه إذا أخذ أحد أفراد الأسرة الواقع الأسري بعين الاعتبار و قدّم إدراكه لاستراتيجيات المواجهة الأسرية التي تتبناها أسرته عادة، فإن الأمر يتعلق هنا باستراتيجيات المواجهة الأسرية (Lavigueur, Coutu, et Dubeau, 2001).

لقد أدّت في السنوات الأخيرة عدّة مقاربات جديدة صادرة عن علم النفس و علم الاجتماع والأثنولوجيا، تدريجيا إلى تغيير طريقة فهم الأسرة، إذ سمحت بعض الافتراضات إلى تشجيع نظرة جديدة فيما يخص التدّخل أمام الأسر، فقد تم الاعتراف بوجود قوى إرجاعية للنسق الأسري تسمح لها بتبني استراتيجيات تكيفية (McCubbin & al, 1999).

تلجأ الأسر لاستخدام استراتيجيات المواجهة أمام الظروف الضاغطة، حسب نموذج الضغط الأسري (ABCX)، انطلاقا من مستويين من التفاعلات: (1) في الحالات التي تواجه فيها الأسرة الصعوبات و المشاكل الداخلية المصدر، أي التي تنشأ بين أفراد الأسرة،

(2) الحالات التي تواجه فيها الأسرة مشاكل و متطلبات صادرة عن المحيط الاجتماعي غير أنها تؤثر على أفراد الأسرة (Birenbaum, 1991).

يعتبر نموذج (ABCX) لنظرية الضغط الأسري أساس دراسة الضغط الأسري، يمثل (A) الحدث الضاغط الذي يتفاعل مع (B) الذي يمثل الموارد الأسرية خلال مرحلة الضغط، و مع (C) و هو المعنى الذي تضيفه الأسرة على الحدث الضاغط، مما يؤدي إلى إحداث (X) و هي الأزمة، علما أن هناك أسر لا تصل أبدا إلى مرحلة الأزمة نظرا لتجنيدها الفعال لمواردها و قدرتها على إعادة التوازن الأسري (Pritzlaff, 2001).

اهتم McCubbin و درس مفهوم المواجهة الأسرية، و هو يرى أن معنى المواجهة الأسرية يرمي بالتحديد إلى المهارات و أنماط التوظيف التي تتبناها الأسر من أجل بقاءها ومن أجل المواجهة و أيضا حتى تكتسب قوة أكبر أمام الصعوبات (adversité)، كما أنها تتوقف خصوصا على استعمال الموارد الفردية و الأسرية و الطائفية التي تسمح للأسر بالتصرف إيجابيا اتجاه التحديات التي يواجهونها، فاستراتيجيات المواجهة الأسرية هي ضرورية من أجل خفض شدة الضواغط الداخلية و الخارجية التي تتعرض لها الأسرة (Golby & Bretherton, 1999).

2. تعريف المواجهة الأسرية:

لقد ساهم عمل Lazarus (1966) حول الضغط النفسي و سياقات المواجهة، في إدخال معنى المواجهة إلى اللغة العلمية (Ionescu, Jaquet, et Lhote, 1997)، و يعتبر مصطلح Coping انجليزي الأصل و يعني المواجهة، التي تعتبر كاستجابة مكيّفة لتغيرات المحيط (Lazarus & Folkman, 1984).

حيث بدأت دراسة نموذجيات وسمات المواجهة، تترك المكان شيئا فشيئا لدراسة سيرورات المواجهة، أي الإستراتيجيات التي يوظفها الفرد خلال المجابهة الضاغطة من أجل حلها. وقد ركزت الدراسات الحالية للمواجهة على السيرورات الخاصة التي يستعملها الفرد حتى يواجه الأحداث الضاغطة. (Graziani et Swendsen, 2004)

إذ تشير كلمة إستراتيجية إلى نمط من السلوكيات والأفعال والتصرفات التي تستخدم لتحقيق أهداف معينة، بمعنى أنها عبارة على مجموعة من الأفعال والإجراءات التي

يستخدمها الفرد لمواجهة المواقف الضاغطة والتعامل معها بطريقة فعالة وناجحة، فلاشك أن استراتيجيات المواجهة وإدارة الضغوط تكون هامة جدا في الأوقات التي يتعرض فيها الفرد لأحداث الحياة السلبية والضاغطة، وذلك لأنها تقلل من التأثيرات السلبية الناجمة عن الضغوط، و على هذا تهدف إدارة الضغوط إلى خفض الأحداث الضاغطة أو تغيير التقييم المعرفي الذي يصدر عن الفرد حيال الأحداث الضاغطة، فضلا عن زيادة مصادر المواجهة لدى الفرد حيال تعرضه للأحداث الضاغطة(عبد العظيم حسين، طه.، عبد العظيم حسين، سلامة. 2006، ص74).

يرى Lazarus and Folkman أن المواجهة هي "جملة المجهودات المعرفية والسلوكية، الدائمة التغير، المبذولة من أجل تسيير المتطلبات الخاصة الداخلية و/أو الخارجية التي يقيمها الفرد على أنها تفوق موارده". (Lazarus & Folkman, 1984, P 141) تتطبق التعاريف السابقة إلى مدى كبير على المواجهة الأسرية التي تعتبر أنها سيرورة تلتزم خلالها الأسرة بالاستجابة إلى المتطلبات الفائقة المرتبطة بالضغوط بالإضافة إلى نقص الموارد (McCubbin, McCubbin, Thompson & Thompson, 1995). إن مستوى المواجهة محدّد من طرف عدّة عناصر و تفاعلات، فمن جهة، تراكم لمتطلبات عديدة (ضغط و توترات) التي يجب على الأسرة أن تتعامل معها انطلاقا من مستوى الارجاعية الأسرية، و يتحدد هذا الأخير بدرجة الانسجام بين النماذج التوظيفية الجديدة و المخطط الأسري (قيم، أولويات، التوقعات ، القواعد و الأهداف). تتفاعل هذه العناصر فيما بينها بدورها مع الموارد الداخلية للأسرة التي تشترك مع السند من طرف الأسر أخرى و الأصدقاء ضمن الطائفة بالإضافة إلى الإدراكات الأسرية. و تتفاعل الإدراكات و الموارد الأسرية أخيرا مع إستراتيجيات المواجهة من أجل تسهيل التكيف مع وضعية الأزمة. (McCubbin & McCubbin, 1993)

يمكن تعريف المواجهة الأسرية إذن على أنها "السلوكات التي تهدف إلى إبقاء أو تعزيز وحدة الأسرة، و إبقاء الثبات الانفعالي و رفاهة أفرادها، و الحصول و استعمال الموارد الأسرية و الطائفية (communautaires) من أجل مواجهة الأزمات بالإضافة إلى بذل مجهودات من أجل تجاوز الصعوبات الأسرية" (McCubbin & McCubbin, 1993, P

30). فوظيفة المواجهة إذن هي إعادة و إبقاء التوازن بين المتطلبات و الموارد (نفس المرجع السابق).

3. أنواع المواجهة الأسرية:

يمكن أن تتدرج استراتيجيات المواجهة التي تستعملها الأسرة استنادا لنموذج الضغط الأسري ضمن الإطار المعرفي (أو السلوكات التفاعلية (interactifs))، و حل المشكل، و ضمن إطار استعمال الشبكة الاجتماعية. و يقترح Holahan, Moos, and Schaefer (1996) تعريف هذه الأشكال الثلاثة من الإستراتيجيات كالتالي:

- ترمي الإستراتيجيات المعرفية إلى فهم المشكل الذي يتعرض إليه النسق الأسري وشرحه و تقييم شدته و المعنى الذي يعطى له من طرف الأسرة.
- ترمي استراتيجيات حل المشكل إلى فعالية السلوكات و سيورورات الاتصال داخل الأسرة.
- و يدل استعمال الشبكة الاجتماعية على القدرة على طلب و استغلال الموارد المتواجدة خارج الأسرة النووية. نقلا عن (Lavigueur et al, 2001).
- لقد تم وصف بعدين من استراتيجيات المواجهة الأسرية، فهناك الإستراتيجيات الخارجية و الإستراتيجيات الداخلية.

1.3. إستراتيجيات المواجهة الداخلية: و هي تتضمن السبل التي يُسيّر بها أفراد

الأسرة الصعوبات باستعمال الموارد الموجودة داخل النسق الأسري (McCubbin et al, 1991)، و تضم:

- إعادة الصياغة (le recadrage): و هو إعادة صياغة الأسرة للمشاكل بالمعنى الذي تريد أن تضيفه عليها، كأن يكون المعنى إيجابي أو سلبي أو محايد.
- التقييم السلبي (passive): هو ميل الأسرة للسلبية خلال الأزمات مع أملها في تلاشي و اختفاء المشكلة (Mphuthi, 2010)، تعمل إذن هذه الاستراتيجية على تجنب الوضعية الضاغطة عن طريق رفض الحديث أو حتى التفكير في الوضعية الصعبة (McCubbin et al, 1991).

2.3. إستراتيجيات المواجهة الخارجية: يقصد بها تلك السلوكات النشيطة التي تستعملها الأسرة من أجل الحصول على الموارد خارج النسق الأسري (نفس المرجع السابق) ، ينطوي هذا البعد على ثلاثة استراتيجيات:

- تعبئة الأسرة للحصول على المساعدة و قبولها: و هو البحث و قبول الدعم و المساعدة من الهيئات المختصة (Mphuthi, 2010) .

- الحصول على الدعم الاجتماعي: و هو الحصول على الدعم من خارج الأسرة (نفس المرجع السابق)، كتبادل المعلومات في إطار شبكة دعم مما يعمل على تطوير الدعم العاطفي و الاحترام (McCubbin et al, 1991).

يمثل الدعم الاجتماعي الاستراتيجية الأكثر دراسة وهذا بفضل اسهامات "علم اجتماع الصحة" الذي ركز اهتماماته حول تأثير العلاقات الاجتماعية وجودتها على الصحة بشكل عام، و قد بيّنت الدراسات إمكانية السند الاجتماعي في الحدّ من الآثار النفسية للأحداث الضاغطة (Paulhan et Bourgeois, 1995).

يعتبر السند الاجتماعي على أنه تفاعل بينشخصي وهو يستلزم أحد العناصر التالية: فائدة عاطفية (تعاطف، حب)، مساعدة تساهمية (زيارة)، معارف أو تقييم حول الوضع (نفس المرجع السابق).

- البحث عن الدعم الروحي (spirituel): يعني الرجوع إلى الدّين، حيث تشير هذه الإستراتيجية الدينية إلى الرجوع إلى الدّين في أوقات الضغوط، وذلك عن طريق الإكثار من الصلوات والعبادات والمداومة عليها كمصدر للدعم الروحي والأخلاقي والانفعالي، وذلك في مواجهة المواقف الضاغطة. (عبد العظيم حسين، عبد العظيم حسين، 2006)

إذ يعمل الدّين كمعدّل للتكيّف، و يمكن تعريف المواجهة الدينية على أنها توظيف تقنيات سلوكية ومعرفية، اتجاه أوضاع ضاغطة، والتي تملّى من الشريعة أو العقيدة وكأمثلة عن نشاطات المواجهة الدينية تتضمن الصلاة والدعاء، والبحث عن القوّة و المؤساسة من عند الله أمام حدث خاص. فقد بينت عدد من الدراسات النتائج

الإيجابية لاستعمال المواجهة الدينية خلال الضغط. (Graziani & Swendsen, 2004).

4. قياس المواجهة الأسرية:

تتنوع أدوات قياس المواجهة الأسرية، غير أننا اخترنا الاكتفاء بوصف الأداتين الأكثر استعمالاً وذات جودة سيكومترية معتبرة.

- سلم استراتيجيات المواجهة الأسرية الموجه نحو التقييم الذاتي (F-COPES):

لأصحابه (McCubbin, Olson & Larsen, 1991)، يعد هذا السلم من أبرز الأدوات في تقييم المواجهة الأسرية، نقوم بتقديمه لاحقاً في الجانب التطبيقي من الدراسة.

- السلم الأسري للأحداث الحياتية و التغيرات (FILE):

يسمى باللغة الإنجليزية Family Inventory of Life Events and Changes، تم بناءه من طرف Olson et al (1982) لهدف تقييم مدى تعرض الأسرة للضغوطات و الصعوبات ضمن أسرية التي يخبرها أفراد الأسرة خلال سنة كاملة، تنتمي خلفيته النظرية إلى نموذج الأنساق الأسرية و نظرية الضغط الأسري. يتكون "السلم الأسري للأحداث الحياتية و التغيرات" من 71 بندا تضم 9 سلالم تحتية تقيّم الأبعاد التالية: الضغط ضمن أسري، الضغط الزوجي، ضغط الحمل والإنجاب، الضغط المادي والمهني، الضغط الناجم عن الأعمال الأسرية، الأمراض، فقدان، المراحل الانتقالية، وأخيراً الضغوطات القانونية. ينصح أصحاب المقياس بالاعتماد على النتيجة الاجمالية في تقدير الضغط الأسري، علماً أن ثبات المقياس يقدر بـ (0,81) بمعامل ألفا و (0,80) باستخدام تقنية الاختبار - إعادة الاختبار (Grotevant & Carlson, 1989).

5. وظيفية الأسرة من حيث توظيف المواجهة الأسرية:

يرى McCubbin and Patterson (1987) أن الحدث الضاغط (A) هو عبارة عن حدث حياتي أو مرحلة انتقالية التي تحدث أو بإمكانها أن تحدث تغيير في النسق الأسري (نقلا عن Pritzlaff, 2001). تتطلب بعض الوضعيات الضاغطة تغييرات كبيرة داخل النسق الأسري (الأدوار، الأهداف، القواعد، الأولويات، الحدود و النماذج التوظيفية)، وهنا يمكن أن تصبح متطلبات الوضعية الضاغطة أكبر من الموارد التي بحوزة الأسر، فتمر بذلك بدرجة مواجهة أقل والذي يمكن أن تنتج عنه حالة الأزمة. أما المواجهة الناجحة فتتميز بتغييرات إيجابية داخل الأسرة بالإضافة إلى تفاعلات إيجابية مع الطائفة، وهنا يتم الوصول إلى حالة جديدة من التوازن (McCubbin et al, 1995).

تشير Servant إلى عدد من الإستراتيجيات الوظيفية مع ما يقابلها من إستراتيجيات غير وظيفية، و بالرغم من أنها تتكلم عن المواجهة الفردية إلا أننا نرى تطابقا كبيرا مع الإستراتيجيات الأسرية، وعليه فقد ارتأينا إلى تقديم هذا التصنيف الملخص في الجدول التالي:

الاستراتيجيات "غير الوظيفية"	الاستراتيجيات "الوظيفية"
إلغاء الحدث (النفى). البعدية (La mise à distance) الفرار (الاعتقاد بالعيش في عالم مثالي أين يسير كل شيء على ما يرام). التجنب (تجنب المعلومة، تجنب الحلول الثانوية). الهرب (من خلال النوم، الأدوية، الخ). قمع الانفعالات السلبية. التفكير بمبدأ "الكل أو اللا شيء" العزلة.	تقبل النوبة إرجاع المشكل إلى سياقه. البحث عن المعلومات، المساعدة المادية. البحث عن السند الاجتماعي. مشاركة الانفعالات السلبية. حل المشاكل (التعرف على المشاكل الخاصة، تطوير استجابات نشيطة للمشكل، البحث والتحليل للحلول الممكنة الثانوية). المراقبة - الذاتية (مراقبة الذات، الثقة في النفس، إعادة النظر).

الجدول 01: استراتيجيات المواجهة "الوظيفية" و "غير الوظيفية" (Servant, 2005, P 12)

يتبين أن الاستراتيجيات الوظيفية هي استراتيجيات نشيطة تعمل على المواجهة المباشرة وتجنيد الموارد المختلفة من أجل مواجهة تتماشى مع الواقع في حين تتميز الاستراتيجيات غير الوظيفية بتجنب المواجهة المباشرة وتبني سلوكيات سلبية إزاء الوضعية الضاغطة.

نفس الشيء بالنسبة لاستراتيجيات المواجهة الأسرية التي يمكنها أن توصف أنها إيجابية أو سلبية، إيجابية لما تميل الأسر إلى استعمال استراتيجيات تكيفية لتسيير الوضع كالفكر الإيجابي والسند الاجتماعي الذي يتضمن الأسرة الموسعة والأصدقاء، الخ، وسلبية لما تستعمل سلوكيات التجنب والفكر السلبي والإدمان (Eaton, Davis, Hammond, Condon & McGee, 2011).

يرى (McCubbin, Olson & Larson, 1991) أنه يتم تقييم وظيفية الأسرة حسب درجة توظيفها لاستراتيجيات المواجهة على "سلم الأزمات الأسرية الموجه نحو التقييم الذاتي"، فكلما كانت النتيجة مرتفعة على السلم كانت الاستجابة أفضل في حل المشكلات خلال الأوضاع الصعبة.

خلاصة:

نستخلص مما سبق أن الأزمة تدفع الأسرة إلى وضع نماذج توظيفية جديدة من أجل الاستجابة إلى المتطلبات الجديدة التي نتجت عن الوضعية الضاغطة، وهو ما يتطلب إعادة تنظيم من حيث العلاقات الأسرية، و من حيث الحدود الداخلية الأسرية ومع الطائفة. فعلى الأسرة أن تقوم بتغييرات كبيرة و ضرورية من أجل الوصول إلى توازن جديد.

ثالثاً: التعلق الأسري

تمهيد:

أدرجنا ضمن عناصر التوظيف الأسري مفهوم التعلق، نهتم إذن في هذا الجزء من البحث بأهم ما جاء في الأدبيات العلمية حوله، فبعد أن نعرض ملخصاً عن تطور المفهوم و تعريفه، نقوم بعرض نماذج الأنماط التعلقية و أهم أدوات تقييم التعلق، كما نتطرق إلى العلاقة بين الأنماط التعلقية و خصائصها النسقية من جهة و بين الاضطرابات النفسية من جهة أخرى، و هو ما أطلقنا عليه بوظيفية الأسرة من حيث التعلق.

1. تطور مفهوم التعلق:

يرجع الفضل إلى Bowlby في نقل و تطبيق المخطط الدائري السبراني على الإنسان، من خلال دمج ملاحظاته على الأطفال مع ملاحظات الأخصائيين في السلوك الحيواني ومع السلوكيين، والعديد من المحللين النفسانيين من D. Burlingham و A. Freud إلى D.W. Winnicott، حيث يعتبر الأول الذي أكد و درس نزوة التعلق المستقلة و الخاصة التي لا ترجع أصولها البدائية إلى اللذة الفمية (Montagner, 1988). يذكر Bowlby أن دراسته حول التعلق انطلقت منذ أن طلبت منه المنظمة العالمية للصحة (OMS) سنة 1948 وضع تقرير حول الأطفال بدون عائلات، وهو ما كان يشكل مشكلة كبيرة في قارة أوربا عقب الحرب. أصدر Bowlby على إثرها تقريراً تحت عنوان « Maternal Care and Mental Health » "العناية الأمومية والصحة النفسية"، ويقوم فيه بالتأكيد على تعدد الوقائع التي تقرّ بآثار الحرمان من عناية الأم (Zazzo, 1979)، والذي يتسبب بعد ذلك في علاقات عاطفية سطحية، غياب الإنتباه الفكري، عدم التفتح على الآخرين وغياب ردود الأفعال الانفعالية. كان وقع هذا التقرير كبيراً جاعلاً في سياقه Bowlby مشهوراً كما وضعه في مركز الجدل مع المدافعين عن حقوق المرأة و مع العاملين في المستشفيات ومع زملائه المحللين النفسانيين (Guedeney, 2005). تمثل دراسات Harlow نموذجاً هاماً، من حيث أنها توجه الاهتمام إلى اعتبار تطور السلوكيات الاجتماعية للتدّي الصغير مع عدم تقيدها بالتعلق الأمومي الأول (أو من

استخلفها). غير أن Bowlby لا يعتبر التأثيرات المتبادلة بين الأطفال الصغار على أنها أساسية، فهو يطلق عليها "التحوّلات السحرية" (transformations magiques)، ويبقى مصطلح التعلّق منحصرا على الروابط الأولى بين الطفل وأمه (أو القائم على الرعاية) (Montagner, 1988).

يعتبر Bowlby التعلّق على أنه نظام أولي (Primaire) خاص، بمعنى هو موجود منذ الولادة بمميزات خاصة بالنوع (espèce)، فالتعلّق لا ينبثق عن حاجة أولية أخرى مثل إشباع الحاجة إلى الطعام، ولا يتعلق الأمر كذلك بما تشير إليه المقاربة التحليلية الكلاسيكية، من حيث تشبيه العلاقة الامتيازية (privilegiée) بين المولود الجديد و أمه بقوة (أو نزوة) أولية و التي تدفع المولود الجديد إلى إشباع شبقيته من خلال العلاقات التي ينشئها مع ندي الأم، مشبعا في نفس الوقت لحاجته للغذاء (نفس المرجع السابق).

يقصد Bowlby بسلوك التعلّق إذن كل سلوك ينجم عن المولود الجديد الذي تكون نتيجته ووظيفته هي إحداث وإبقاء القرب أو الاتصال مع الأم، أو الشخص الذي ينوب عنها، فالأمر يتعلق بتظاهرات فطرية مثل البكاء والضحك والمص والتمسك والمناغة... الخ، وعليه فإن لبكاء المولود الجديد أكبر احتمال لاقترب الأم وحمله بين ذراعيها. إن إنشاء هذه المقربة يسمح بخلق سلوك اجتماعي، فكلما أصبح تعرف الرضيع على أمه أكثر دقة كلما أظهر خوفا أو قلقا أكثر اتجاه الأشخاص الغرباء، ينجم هذا حسب Bowlby عن نضج مزدوج: زيادة القدرات الإدراكية للرضيع من جهة، مما يسمح له باكتشاف الطابع الجديد أو الغريب لشيء أو لشخص ما، و الزيادة مع السن للخوف اتجاه الأشخاص الغرباء من جهة أخرى (Bowlby, 1978).

ينبغي أيضا إلقاء الضوء على أعمال James Robertson في 1946، وهو مساعد اجتماعي عمل مع Bowlby لما قام هذا الأخير بإدارة وحدة البحث حول الافتراق عن الوالدين، فقد اهتم Robertson بملاحظة آثار الانفصال في الأوساط الاستشفائية. ووصف المراحل التطورية الثلاث للانفصال الدائم عند الطفل الصغير التي توافق للمعارضة وفقدان الأمل واللامبالاة (détachement) (Mikulincer & Shaver, 2007).

يمكن أن نذكر H. Hermann (في أوربا) الذي دافع عن فكرة الحاجة الأولى للتشبّث، تشبها بالقردة، من منظور فائق الحداثة بالنسبة لتلك الحقبة من حيث استعمال معطيات علم

دراسة الحيوان « éthologie » في فهم النمو العاطفي. في انجلترا أيضا، قامت كلاً من D. Berlingham و A. Freud بوصف الآثار الرهيبة للإنفصال الدائم لدى الأطفال الصغار بعد أحداث « Blitz » في لندن بعد الحرب العالمية الثانية (Guedeney, 2005).

ساهم R. Zazzo من جهته بالتعريف بنظرية التعلق في فرنسا منذ 1972 من خلال تنظيمه على شكل ندوة خيالية لحوار حول مفهوم ونظرية التعلق بين المختصين في علم النفس والمحللين النفسيين و المختصين في بيولوجيا السلوك (Zazzo, 1979).

تعتبر مساهمات Ainsworth ذات أهمية بالغة في تطور نظرية التعلق، فقد كان لها الدور في المساندة الإمبريقية لنظرية Bowlby ولتوسيعها، فقد وضعت منهجا موضوعيا (الوضعية الغربية) لملاحظة و تقييم التعلق لدى الرضيع، كما أدخلت مفاهيم نظرية كمفهوم القاعدة الآمنة، و تصنيف التعلق الآمن والقلق والحائر (ambivalent) و التجنبي وغير المنظم (Hooper, 2007)، إذ جعلتها دراساتها المفصلة للعلاقات أم-طفل تحدد بالعلاقة بين أصناف التعلق ونمط الرعاية الأمومية (maternage) الموافق له (Guedeney, 2005).

كما ساهم ظهور أدوات تصنيف التعلق مثل "Berkeley Adult Attachment

Interview" و "Adult Attachment Interview" الذي تم بناؤه من طرف Main و Kaplan و George في فتح بعد آخر من البحث، فقد أدى تلاميذ Main دورا هاما في تطوير وتطبيق (AAI) في دراسة علم النفس المرضي للطفل و الراشد و دراسة النقل ما بين الأجيال للتعلق (نفس المرجع السابق).

فقد أكد Bowlby أن سلوك التعلق لا يختفي مع الطفولة وإنما يدوم طوال الحياة، حيث يتم اختيار صور (figures) قديمة أو جديدة حتى تساهم في ابقاء القرب و/أو الاتصال، و بالرغم من أن نتيجة السلوك تبقى مثل ما كانت عليه في الماضي أو تقريبا، فإن الوسائل التي تسمح بالوصول إلى ذلك تصبح أكثر فأكثر تنوعا، فلما يُبقي طفلا أكبر سنا أو راشدا تعلقه بشخص آخر، فإنه يقوم بذلك مع تنوع سلوكه على نحو أن هذا الشخص يفهم العناصر الأساسية لسلوك التعلق الموجود في السنة الأولى بالإضافة إلى جملة متنوعة من العناصر المُصنَّعة (Bowlby, 1978).

يقر الباحثون و المنظرون في مجال التعلق لدى الراشد بأن تصنيف النمط التعلق الذي يرتبط بما يصفه الفرد و ما يفسره حاليا، إنما ينحدر عن خبرته الطفولية، و عليه فإنه

لا يمكن أن ننكر العلاقة و الاستمرارية بين النمط التعلقي لدى الطفل و لدى الراشد، إذ يمكن لنظرية الأنساق الأسرية أن تساهم مع نظرية التعلق لخلق نموذج نظري كامل للبحث في التعلق و السياقات العلائقية التي ترمي إلى سلوكيات الفرد و أفراد الأسرة ضمن المحيط الأسري (Hooper, 2007)، كما كشفت العديد من الدراسات الطولية أن الأمن التعلقي الذي يتم تقييمه في الطفولة له قيمة تنبؤية كبيرة على جودة علاقات الفرد وتكيفه الاجتماعي في السنوات اللاحقة (Perdereau, Godart. 2003).

تقوم نظرية التعلق على مفاهيم أساسية و التي من بينها:

- **مفهوم المحيط التكيفي (D'adaptitude) التطوري:** يرى Bowlby أن تطور نظام التعلق يرجع إلى ضغط التطور، من منظور دارويني، فإن هذا المنظور التطوري يتجلى بوضوح من خلال التنظيرات الأولى لـ Bowlby حيث يرى أن لنظام التعلق مزايا انتقائية، وهي القرب الذي يضمه بجانب أشخاص (figures) راشدين حاجة إلى الحماية والذي يساهم في مكافحة أخطار المحيط.

- **مفهوم القرب (Proximité):** وهو مفهوم فضائي يشير للمسافة المعدلة (modulable) بين الرضيع والصورة الوالدية والسلوكيات التي تسمح بتعديل وتكييف هذه المسافة مع احتياجات الطفل، فنظام التعلق هو الذي يحافظ على القرب وملازمته الداخلية وهي الشعور بالأمن، و عليه فإن كل سلوك يساعد على القرب مع إضفاء الشعور بالأمن هو سلوك ينتمي إلى نظام التعلق (Guedeney, 2005).

- **من المفاهيم الأساسية أيضا مفهوم النموذج الداخلي العامل (Modèles Opérants Internes):** اكتشف Bowlby أنه عند تمكن الرضيع من تشكيل تصورات، أي انطلاقا من ستة أشهر، فإنه يصبح في مقدوره استدخال التفاعلات التي يشارك فيها وذلك بغض النظر عما يجري في الحاضر، انطلاقا من التبادلات مع محيطه الأسري فهو يطور نماذج لعلاقات تساعد على فهم وتفسير سلوك أقربائه، وتسمح له هذه النماذج باستباق ردود أفعال الآخرين، وهو ما يؤثر على سلوكه في علاقاته مع صوره التعلقية (Miljkovitch, 2005).

قام Bowlby باستعارة مفهوم النموذج الداخلي العامل، من المختص النفسي Kenneth Craik (1943)، للإشارة إلى النماذج العقلية التي يبنيها الطفل، غير أنه يؤكد على ميزتها الديناميكية، بمعنى أنها تؤثر على حياة الطفل بتوجيهه في طريقته في الإدراك

وفي التصرف في علاقاته البيئشخصية. ذلك أن الطفل يكون نموذج الذات ونموذج الآخرين في آن واحد، يوافق نموذج الذات (الأنا) لصورة الذات على أنها قابلة لأن تحب في حين نموذج الآخرين فهو يرمي إلى إدراك الآخرين على أنهم (نوعا ما) منتبهين ومهتمين لاحتياجاته (نفس المرجع السابق).

يكن دور النماذج الداخلية العاملة بالإضافة إلى مساهمتها في التعديل الانفعالي، في انجاح العلاقات البيئشخصية لدى الأطفال ذوي التعلق الآمن، إذ تقدم لهم التبادلات داخل الوسط الأسري القواعد النرجسية الضرورية لتكوين صورة إيجابية عن الذات كما تساهم في بناء صورة إيجابية عن الآخرين، فيصبح إدراك العلاقات مع الآخرين على أنها كفاية (gratifiantes)، وعليه فإن توقعات هؤلاء الأطفال تميل لخلق نماذج تفاعلية مُرضية لتعزز الصورة التي تكونت من قبل بخصوص العلاقات. على العكس، فإن الأطفال غير الآمنين يظهر عندهم شعور بعدم استحقاق الحب، إضافة إلى فكرة أن العلاقات هي مصدر إحباط. فيتصرفون بحذر أو على العكس بتبعية أمام الآخرين، ما يمكن أن يعرقل إنشاء علاقات مُرضية، وعليه فإن علاقاتهم تعكس لديهم مجددا الصورة السلبية عن ذواتهم كما أنها تولد مشاعر مؤلمة تجعلهم ذو قابلية للاضطرابات النفسية. (Miljkovitch, Dugravier & Mintz, 2010)

و ما تجدر الإشارة إليه حول النماذج الداخلية العاملة عند الراشدين، هي الإمكانية المتاحة لأصحاب النمط التعلق غير الآمن أصحاب الخبرات الوالدية القليلة من تغيير نمطهم التعلق نحو النمط الآمن خلال نموهم اللاحق من خلال ظروف جيدة و خبرات جديدة (Hooper, 2007).

2. تعريف التعلق:

يرى Bowlby أن: 1. سلوكيات تعلق الطفل (الإنساني) تتوقف على البحث وعلى إشباع الاتصال الجسدي مع الأم، 2. الأمان ونقص الخوف والقلق هي نتيجة هذا الاتصال، 3. على العكس فإن الخوف والقلق ينتجان عن ابتعاد الأم (Montagner, 1988, P 29). وحسب (Ainsworth, 1978) فإن الأمر يتعلق بجودة الرعاية الأمومية و ليس بكميتها.

يلخص كل من Solomon et George (1999) سلوك التعلق تحت طابع "نظام موجه بواسطة هدف داخلي"، مما يسمح لسلوكات التعلق أن تكون منظمة بصفة مرنة حول (صورة) خاصة. نقلا عن (Guedeney, 2005)

تعتبر نظرية التعلق أن السلوك التعلقى يتضمن أي نمط من السلوك الذي تكون نتيجته هو حصول الشخص أو حفاظه على القرب مع شخص آخر يفضل، هو سلوك له ديناميكيته الخاصة، فهو يختلف عن سلوك التغذية و السلوك الجنسي و له نفس أهميتهما على الأقل في الحياة الإنسانية. تؤدي السلوكات التعلقية لتكوين روابط عاطفية أو تعلقية، في البداية بين الطفل و والديه ثم بين الراشد و راشد آخر، إن هذه الأنواع من السلوكات و الروابط التي تتجرب عنها هي موجودة و نشيطة خلال جميع مراحل الحياة و لا تقتصر على مرحلة الطفولة (Bowlby, 1984)، حيث ترجع استمرارية أنماط التعلق إلى دوام التصورات العقلية عن الذات و الآخرين، و هو ما يفسر الثبات النسبي لأنماط التعلق، و تماثلها خلال مرحلتى الطفولة و الرشد (Bowlby, 1978).

3. أنماط التعلق:

يرجع الفضل لـ Ainsworth في وضع منهجية تجريبية سمحت بإبراز وقياس سلوكات الطفل الصغير الذي يواجه وضعيات جديدة بإمكانها أن تشعره بعدم الأمان وأن تكون مصدرا للضغط والحصر. لها أيضا الفضل في السماح بالتحقق تجريبيا من العلاقات بين السلوكات التي تتجلى عن الطفل الصغير خلال السنة الأولى من حياته ونوعية الروابط الأولى التي أقامها وهو رضيع مع أمه أو الشخص الذي ينوب عنها (Montagner, 1988).

خلصت تجربة Ainsworth ومساعدتها و المسماة بالوضعية الغريبة (strange situation) إلى وجود ثلاث أنماط تعلقية و هي: النمط الآمن، و التجنبى، و المقاوم. ينجم النمط الآمن عن وجود تعلق ذو نوعية جيدة مع الأم مما يمكن الطفل من استعمال الأم كقاعدة آمنة لمواجهة محيطه، و حسب دراسة Matas et al (1978) يمكن للأطفال ذوي التعلق الآمن أن ينضموا إلى ألعاب أكثر رمزية من أطفال الصنفين التجنبى و المقاوم، كما

أنهم أكثر حماسة ومرونة، يظهرون إحباط أقل اتجاه أمهاتهم، وهم أقل سلبية (أقل بكاءً وعدوانية) (نفس المرجع السابق).

تم العمل بعد ذلك على تحديد الأنماط التعلقية لدى الراشد و هو ما سمح بوضع تصنيفات عملية مقارنة إلى حد كبير، نذكر تصنيف Bartholomew القائم على النموذج المزدوج (نموذج الذات و نموذج الآخرين)، و الذي يصنف التعلق لدى الراشد إلى الأنماط التالية:

- النمط الآمن:

يتميّز التعلق الآمن لدى الراشد بإيجابية نموذج الذات و نموذج الآخرين، ممّا يجعل أصحاب هذا النمط يتمتعون بشعورهم بالثقة بالنفس و بتوقعاتهم الإيجابية و بشعورهم بالارتياح في الحميمة ضمن العلاقات المقربة.

- النمط المنفصل:

يتميّز النمط المنفصل (أو الرفض) بنموذج الذات إيجابي و نموذج الآخرين سلبي. يتجنب أصحاب هذا النمط القرب من الآخرين بسبب توقعاتهم السلبية، و مع ذلك فإنهم يحافظون على ثقتهم بأنفسهم عن طريق نفيهم الدفاعي لقيمة وأهمية العلاقات المقربة.

- النمط المنشغل البال:

هو نمط يتميّز بنموذج الذات سلبي و نموذج الآخرين إيجابي، ممّا يدفع أصحاب هذا النمط إلى السعي (بقارغ الصبر) للحصول على القبول من طرف الآخرين، و يبدو ذلك من خلال استمرارية اعتقادهم أنهم لن يشعروا بالأمن إلاّ إذا جعلوا الآخرين يستجيبون بطريقة صحيحة نحوهم.

- النمط الخائف:

يتميّز النمط التعلقي الخائف بسلبية كلا من نموذج الذات و نموذج الآخرين، كما نجد أنه يعتمد اعتمادا كبيرا على قبول الآخرين تماما مثل النمط المنشغل، غير أنه بناء على نمودجه السلبي للآخرين، و بالتالي توقعاته السلبية، فإنه يتجنب الحميمة لتفادي ألم الخسارة و الرفض (Bartholomew & Shaver, 1998).

4. تقييم التعلق لدى الراشد:

يتم تقييم التعلق لدى الراشد حسب نموذجين نظريين يرتبط كلاهما بنظرية التعلق، حيث ترتبط أدوات النموذج الأول مباشرة بالأعمال حول الطفولة الأولى والوالدية (parentalité)، ظهرت على إثرها أول أداة في 1978 وهي تلك الترتيبات التجريبية للوضعية الغريبة لـ Ainsworth، التي درست سلوك الأطفال من 12 إلى 18 شهرا، ثم قام كل من Main و Kaplan و George في 1985 من خلال دراساتهم حول التعلق عند الراشد ببناء سلم أنماط التعلق للراشد (AAI)، وهي أداة تسمح بدراسة التعلق على مستوى التصورات باستجواب الشخص حول علاقاته مع والديه خلال طفولته (Perdereau et Atger, 2005).

أما التيار الثاني الذي ظهر فيما بعد من خلال أعمال مختصين نفسانيين اجتماعيين، و الذين اهتموا بوصف نظم التشابه الوظيفي لنظام التعلق في سن الرشد، مثلما دعى إليه Bowlby، فقد قاما Hazan و Shaver في (1987) بوضع استبيان ذاتي يهتم بأنماط تعلق الراشدين في علاقاتهم الحالية مع أقرانهم أو في إطار علاقة الزوج والذي يصنّف الأشخاص حسب نماذج Ainsworth الطفلية و هي التعلق الآمن و التجنبي والقلق (Mikulincer & Shaver, 2007).

عملت Bartholomew ابتداء من 1990 على دراسة و مقارنة النموذجين السابقين، و خلصت إلى وجود تعدد في أوجه الاختلاف بينهما، فقد وجدت أن النمط التعلقى التجنبى في أداة (AAI) يرمي إلى التجنبى الراض الذي ينكر الخبرات المأساوية و يقلل من أهمية التعلق، أما في نموذج Hazan و Shaver فإن النمط التعلق التجنبى إنما يرمي إلى التجنبى الخائف الذي يزيد من أهمية الخبرات المؤلمة و لكنه منغلَق فهو يستسبق رفض الآخرين له. نقطة الاختلاف الثانية هي تركيز النموذج الأول على العلاقة والد-طفل والثاني على العلاقات الغرامية و كأن تصوراتهما في قطيعة عن بعضهما. أما النقطة الثالثة و الأخيرة هي الاختلاف في التنظير حول التعلق لدى الراشد، إذ يعتمد نموذج (AAI) على ديناميكة النموذج الداخلى العامل و على عدم ادراك الأشخاص لهذه الديناميكية، في حين يركز نموذج Hazan و Shaver على المشاعر و السلوكات في العلاقات المقربة التي يدركها

الشخص و بإمكانه أن يصفها بدقة. وعملت Bartholomew على اقتراح نموذج يعمل على التقييم المزدوج للتعلق لدى الراشد (Bartholomew & Shaver, 1998).

نعرض فيما يلي الأدوات المنبثقة عن النماذج الثلاث:

- مقابلة أنماط التعلق للراشد (AAI) Adult Attachment Interview:

هي عبارة عن مقابلة نصف-موجهة خاصة بالراشدين، تهتم بالتصورات الحالية اتجاه تعلق الفرد المستجوب ولا تهدف إلى التقييم الاستذكاري لتعلق هذا الشخص في طفولته. يسمح استبيان أنماط التعلق للراشد (AAI) بتحديد أنواع التعلق التالية: الآمن والمنفصل و المنشغل وغير المنظم. من أجل الوصول إلى هذا التصنيف يجب تنقيط مختلف السلالم وهي ذات نوعين: السلالم التي تسمح بتنقيط خبرات الشخص مع والديه (حب، صد أو رفض، إهمال، تحول الأدوار، الضغط من أجل النجاح) والسلالم التي تقيّم التصورات (ذم، غضب، سلبية سيرورات الفكر، وجود حداد أو صدمة غير محلولة، تناسق الحديث وتناسق الأفكار) (Perdereau et Atger, 2005).

تعتبر (AAI) الأداة المثلى لتقييم التعلق لدى الراشد، غير أنها تقنية تأخذ الكثير من الوقت و صعبة التطبيق، إذ يحتاج المطبق تكوين خاص لمدة أسبوعين مع التدريب على التنقيط لأكثر من سنة و ذلك حتى يتم اكتساب نفس مستوى صدق تنقيط أصحاب الاستبيان (نفس المرجع السابق).

- نموذج Hazan و Shaver:

يقوم هذا النموذج على دراسة نظام التعلق من خلال العلاقات مع الزوج. لقد تصور كلا من Hazan et Shaver أن تعلق الراشد في علاقة الحب هو استمرارية لعلاقة التعلق عند الطفل، وبناءً على ذلك قاما بتصميم أداة (ASQ) « Attachment Style Questionnaire » "استبيان نمط التعلق" من خلال ثلاثة فقرات تصف باختصار سلوكيات الفرد ومشاعر هو طريقته في إدراك ذاته في العلاقات الغرامية والبيّنشخصية، وهي تتوافق مع الأنواع الثلاثة: آمن، تجنبى، قلق/متضاد (ambivalent) للوضعية الغريبة لـ Ainsworth، وعلى المفحوص الاختيار بين الإقتراحات الثلاثة تلك التي تتوافق معه وهو ما يحدّد نموذج التعلق. تكمن أهمية هذه الأداة في قصر مدّة تطبيقها وسهولتها، غير أنها تطرح مشكل ضعف الخصائص السيكومترية (Mikulincer & Shaver, 2007).

- نموذج Bartholomew: (العلاقات الحالية، نموذج الذات والآخرين)

يعتمد هذا النموذج على أعمال Bowlby حول النماذج الداخلية العاملة (MIO) التي تُبنى انطلاقاً من الصورة المستدخلة للذات والصورة المستدخلة للآخرين خلال الخبرات. فقد قامت Bartholomew ببناء نموذج للتعلق عند الراشد باعتبار نموذجين اثنين: "نموذج الذات" و"نموذج الآخرين" (مثلما هو موضح في الجدول رقم 2)، حيث يمكن لكل من هذين النموذجين أن يكونا إيجابيان أو سلبيان، وبالتركيب بينهما توصلت إلى تصنيف من أربعة أنواع: آمن (نموذج الذات والآخرين موجبان)، قلق منشغل (préoccupé) (نموذج الذات سلبي و نموذج الآخرين إيجابي)، منفصل (détaché) (نموذج الذات إيجابي ونموذج الآخرين سلبي) وأخيراً الخائف (craintif) (نموذج الذات والآخرين سلبيان).

يوافق هذا النموذج لإستبيان ذاتي يتألف من أربعة فقرات (Relationship Questionnaire) (RQ)، حيث تصف كل فقرة في بعض الجمل نماذج علائقية نموذجية توافق كل واحدة منها لنوع من أنواع التعلق، يعطي المفحوص على سلم من 1 إلى 7 الدرجة التي تتوافق مع كل من الإقتراحات الأربعة وإدراكه لذاته، و يمثل المجموع النمط التعلق لكل شخص (Perdereau, Atger, 2005, P 98).

ثم عملت Bartholomew على بناء سلم آخر وهو (Relationship Styles Questionnaire) (RSQ) سلم أنماط التعلق المؤلف من 30 بنداً التي تتدرج على 5 مستويات. تتحدر هذه البنود من سلم أنماط التعلق (ASQ) وسلم العلاقات (RQ)، فتكوّن 18 من بينها أربعة سلالم تحتية توافق للأنماط الأربعة: آمن وخائف ومنفصل ومشغول البال (قلق منشغل). كما يسمح (RSQ) بالحصول على نتيجة لكل سلم تحتية، بالنسبة لبعدي (نموذج الذات و نموذج الآخرين) وأيضاً بإعطاء نمط التعلق انطلاقاً من العلامات للبعدين السابقين بالنسبة لكل من الأنواع الأربعة (Perdereau, Atger, 2005, P 99).

نموذج الأنا			
إيجابي (قلق ضعيف)		سلبي (قلق مرتفع)	
نموذج الآخرين	إيجابي (تجنب ضعيف)	<u>آمن (Sécure)</u>	<u>قلق منشغل (Préoccupé)</u> - قلق في العلاقات البينشخصية. - الرغبة في أن يكون مؤيداً من طرف الآخرين. - نقص في الثقة. - مشغول البال عن العلاقات. - الوحدة.
	سلبي (تجنب مرتفع)	<u>منفصل (Détaché)</u>	<u>خائف (Crainitif)</u> - تقدير الذات منخفض. - نقص الثقة. - قلق في العلاقات البينشخصية. - البحث عن الاتصال والحميمية. - الرغبة في أن يكون مؤيداً من طرف الآخرين. - الوحدة. - غضب - عدوانية.

الجدول رقم 2: نموذج الأصناف الأربعة للتعليق عند الراشد حسب نموذج Bartholomew (Perdereau, Atger, 2005, P 99)

5. وظيفية الأسرة من حيث توظيف النمط التعليق:

تصل الأسرة إلى توازن مُرضي من التوظيف مع مرور الوقت وذلك تبعاً لامكانياتها التكيفية أمام التحديات العادية وغير العادية لدورة حياتها، وللاستجابة للواقع الجديد، فهي تعدّل توظيفها وانتماء أفرادها لمختلف الأنساق التحتية للأسرة، مثل التغيّر التدريجي للظروف التي تنشط السلوك التعليق لدى الطفل اتجاه صوره التعليقية وفقاً لتطور مهاراته: كالاهتمام

بالاستكشاف، و إنشاء علاقات تعلقية أخرى تدعى ثانوية و التي تنتمي إلى أنساق تحتية أسرية أخرى. إن مرور الطفل الصغير من نسق أسري تحتى إلى آخر يزيد من درجة استقلاليته أمام علاقته مع أمه ويُجَنَّب علاقة التلاحم المتبادل، يسمح ذلك أيضا بتفاعلات أكثر بين الزوجين (Tereno, Perdereau, 2010).

لما تكون الأسر كثيرة الخوف أو كثيرة المقاومة أمام التغير فهنا تصبح ذات اختلال وظيفي، بمعنى الصلابة و التي ترمي بمعنى آخر إلى ظهور الأعراض، إذ أن الكثير من المشاكل أو الأعراض التي تدفع بالمفحوصين إلى طلب العلاج الأسري أو الزوجي إنما هي تعكس إشكالية التعلق، و هو ما يرجع إلى التعلق غير الآمن الذي ينتمي إلى حلقة مفرغة مع تعزيز سلبي، أين يبعث سلوك أحد الأفراد على إجابة متماثلة (Symétrique) من طرف الآخر، يؤدي ذلك بدوره إلى جعل سلوك الفرد الأول أكثر حدّة. يعتبر وقف هذا النوع من التفاعلات من خلال العمل مع جميع أفراد الأسرة شرطا ضروريا من أجل تطور الوضعية (نفس المرجع السابق، ص 204).

تشير نظرية التعلق إلى أهمية التطور اللاحق و تنمية الفرد، من خلال اكتساب أمن داخلي يُبنى على أساس تفاعلات مبكرة ما بين الطفل و محيطه، يرى Bowlby (1978) أنه يجب على الأمن الداخلي أن يسمح للفرد بتوظيف قدرات و بتجاوز العقبات خلال حياته، و يفترض Delage أنه كلما واجه الفرد الصعوبات فإنه يتم تنشيط نظامه التعلقي الذي تطور في بداية حياته، مع إعادة مراجعة قاعدة الأمن الداخلي، فما لا يمكن للفرد أن يحويه في حياته النفسية فإنه يجب معالجته (traité) مع محيطه بفضل جودة حياته العلائقية، فتعمل الأسرة على تغيير و معالجة الحالات الانفعالية للشخص الذي واجه حدث صدمي، مما يعيد تنشيط التصورات و تكوين مصدر للارجاعية، فبفضل إعادة تنشيط النظام التعلقي يمكن لأي فرد أن يتحصل على المساعدة و السند من طرف أقربائه (Delage, 2002).

لقد أقرّ Bowlby (1988) بالتورط النفسي المرضي للاختلالات المبكرة في نظام التعلق، و هو يُشَبَّه دور نظام التعلق في الطب العقلي بالمناعة في الطب، و يعتبر

Fonagy et al (2000) أن نظام التعلق هو معدّل من معدلات التجربة الانفعالية، حيث يتم التماس ذلك في العديد من الاضطرابات العقلية (Duquesnoy et Guedeney, 2005).

بيّنت مختلف الدراسات أن أمن التعلق يحمي الطفل ضد الإصابة بالاضطرابات النفسية، يفسر ذلك جزئياً (من منظور التعديل الانفعالي) بقدرة أفضل لدى الأطفال ذوي التعلق الآمن لتعديل انفعالاتهم، ذلك أنهم لا ينشغلون بشأن أمنهم فيصبح عقل هؤلاء الأطفال أكثر حرية من أجل حل المشاكل التي يتعرضون لها. فهم يطورون قدرات تمثيلية أكثر تطوراً (élaborées) مما يساعدهم على مواجهة القلق والحزن والخوف (Main, 1996)، و تشير دراسة Solomon et coll (1995) أن الأطفال ذوي التعلق غير الآمن يتعرضون لوضعيات يستحيل عليهم حلها، مما يجعلهم عاجزين أمام المشاكل التي يواجهونها. فنجد أن هؤلاء الأطفال نظرة فوضوية ومهددة للعالم وهم أكثر عرضة للخطر فيما يتعلق بالاضطرابات النفسية (نقلا عن Miljkovitch, Dugravier et Mintz, 2010).

كما هناك مساهمات لنظرية التعلق في مجال الاضطرابات النفسية لدى الراشد، كالاضطرابات الاكتئابية، ذلك أن فقدان والانفصال الدائم عنصر التعلق خلال الطفولة يزيد من خطر حدوث نوبات اكتئابية لاحقة، حيث اقترح Bowlby انطلاقا من 1980 وجود ثلاث أنواع من الظروف التي غالبا ما تشترك مع التطور اللاحق للاكتئاب: موت أحد الوالدين خلال الطفولة، و استحالة تطوير علاقة آمنة وبالتالي نموذج للذات ذو جودة جيدة من طرف الطفل مع صوره الوالدية، وثالثا حضور والدين منشغلين عن الطفل، و هو ما أدى إلى وضع العلاقة بين نظرية التعلق ونظرية Seligman حول العجز المكتسب. (نقلا عن Duquesnoy et Guedeney, 2005).

يرى Delage أن إعادة تنشيط النظام التعلقي خلال الخبرات الصدمية له دور سند كبير، ففي أغلب الأحيان و أغلب الحالات، تستطيع الأسر أن تطور هذه القدرة للقيام بـ "عمل أسري للصدمة" « travail familial du traumatisme »، و يتطلب ذلك مرحلتين: فبعد إشباع كاف لحاجاتها للقرب و للحنان و فقط بعد ذلك تتمكن ضحية الصدمة من تبني أو إعادة تبني (se réappropriier) تاريخها الفردي، ضمن شعور قوي بالانتماء، و هو ما يتطلب درجة معتبرة من التمايز بين أفراد الأسرة، من أجل إمكانية هذا العمل المزدوج حول

العلاقة و حول التصورات، و إلاّ فإنه لابد من البحث عن مساعدة خارجية كالعلاج النفسي (Delage, 2002).

خلاصة:

يعتبر التعلق من المفاهيم الأساسية في فهم التحكم و الضبط الانفعالي و القدرة الداخلية المكتسبة في تجاوز الصعاب، ففي ظل الروابط الأسرية الجيدة يكتسب الفرد أمناً تعلقياً يسمح بحمايته بفضل الثقة و الأمان الداخلي و بفضل الفائدة التي يتحصّل عليها من العلاقات البينشخصية و الأسرية، و كما رأينا فإن للتعلق ميزات تجعله من بين العناصر المميزة لكل نسق، كما بدأت الدراسات الحديثة تهتم بالعلاقة ما بين التعلق و الإصابة ببعض الاضطرابات الانفعالية كالاضطرابات التالية للصدمة.

الفصل الرابع:

الاضطرابات النفسية

التالية للصدمة

مدخل إلى الفصل:

إن التعرض لأحداث خطيرة و عنيفة من شأنه أن يولد اضطرابات نفسية، و هي ما يطلق عليها بالاضطرابات النفسية التالية للصدمة، تتميز هذه الأخيرة بتنوع تظاهراتها العرضية مع إمكانية ظهورها في نوع من الاعتلال المشترك ممّا يزيد من معاناة الضحية.

يعد اضطراب الضغط ما بعد الصدمة الاضطراب الأكثر ترددا بعد التعرض لحدث صدمي، غير أنه نادرا ما يكون معزولا و تتفق أغلبية الدراسات على وجود اعتلال معتبر مع اضطرابات أخرى التي على رأسها الاضطرابات الاكتئابية (Guay, Marchand, 2006). كما أن هناك تقارب من حيث الأعراض، إذ يشترك الاضطرابان في عدد كبير من الأعراض، و هو ما دفع البعض إلى اعتبار اضطراب الضغط ما بعد الصدمة كصورة حادة للاكتئاب (Auxéméry, 2014).

تشير الدراسات أن هناك ارتباط معقد بين اضطراب الضغط ما بعد الصدمة والاكتئاب، حيث يظهر ذلك من خلال العنصرين التاليين:

- إن تطوير اضطراب الضغط ما بعد الصدمة بعد حادث خطير يمثل عامل خطر لتطوير اضطراب اكتئابي.

- يبدو أيضا أنه يمكن للاكتئاب أن يظهر في علاقة مباشرة مع الحدث الصدمي بصفة مستقلة عن كل اعتلال مع اضطراب الضغط ما بعد الصدمة و هو ما يرمي إلى مفهوم الاكتئاب ما بعد الصدمة (Guay, Marchand, 2006).

نهتم في هذا الفصل إذن بنوعين من الاضطرابات التالية للصدمة، و هما اضطراب الضغط ما بعد الصدمة و الاكتئاب ما بعد الصدمة باعتبارهما اضطرابان مستقلان.

أولاً: اضطراب الضغط ما بعد الصدمة

تمهيد:

نتطرق في هذا الفصل إلى اضطراب الضغط ما بعد الصدمة، فنعرض تطور المفهوم عبر الحقبات الزمنية التي تلت الحروب و الأزمات بشكل عام، ثم نقوم بإعطاء تعريف له ونتكلم عن التفسيرات النظرية المختلفة و المعايير التشخيصية للاضطراب وسبل العلاج.

1. تطور مفهوم الضغط ما بعد الصدمة:

لقد ذكرت آثار الصدمات النفسية منذ العصور القديمة، فقد وصف Hippocrate (400 قبل الميلاد) الأحلام الصدمية في كتابه (Traité des songes)، كما ذكر في زمن أقرب إلينا تاندر "ريح القذائف" في الحروب النابوليونية (Ferreri, Peretti et Ferreri, 2007).

ولعل ابن سينا من الأوائل الذين درسوا الصدمة النفسية بطريقة علمية تجريبية، فقد قام بربط حمل و ذئب في غرفة واحدة، دون أن يستطيع أحد منهما مطاولة الآخر. فكانت النتيجة هزال الحمل و ضموره و من ثم موته، و ذلك بالرغم من إعطائه نفس كميات الغذاء التي كان يستهلكها حمل آخر يعيش في ظروف طبيعية. بهذه التجربة أرسى ابن سينا مبدأ أثر الصدمة النفسية التي يمكنها أن تؤدي إلى الموت خوفاً (النابلسي محمد أحمد، 1991، ص16).

و لقد وصف P. Pinel في تصنيفه الفلسفي في (1798) و (1808) ملاحظاته خلال أحداث ثورة الإمبراطورية - الإمبراطورية الفرنسية في عهد نابليون -، فقد وصف اضطرابات نفسية يرجع أصلها إلى صدمات انفعالية للحرب (De Clercq et Lebigot, 2001). غير أن عبارة العصابات الصدمية ترجع إلى طبيب الأمراض العقلية Oppenheim الذي كتب سنة (1884) عن الحالات العصابية الناتجة عن معاناة الفرد أثناء حوادث السكة الحديدية، كما يرجع له الفضل كذلك إلى تقديم اقتراح وضع تصنيف مستقل لهذه الحالات من أجل تفريقها عن العصابات الأخرى. و قد أثارت اقتراحاته هذه معارضة شديدة من طرف J.-M. Charcot الذي لم ير فيها إلا شكلا واحداً ذو أصل خاص بالعصاب

الهستيريا، و قد اتبع Freud سنة (1883) مفهوم شاركو لهذا العصاب (Crocq, Sailhan, et Barrois, 1983).

اتبَعَ Freud أفكار P. Janet بعد طرح هذا الأخير أطروحته في (1889) حول (les automatismes psychologiques) و التي وصف فيها حالات لعصاب يرجع لدى الأغلبية لصدمة نفسية، و يصف P. Janet حالة الانحلال (désagrégation) للشعور، الذي يميّز جميع الحالات الصدمية "الفكرة الثابتة" « l'idée fixe » التي تعتبر على أنها ذكرى حسية و التي تبقى معزولة داخل الشعور مثل الطفيليات (De Clercq et Lebigot, 2001). فبعد أن وضع Freud الفرضية الصدمية و الصدمة الجنسية ذات الأصل في الهستيريا، اتبع المفهوم الهوامي، لكنه و بعد التردد انتهى (Freud) بالميل إلى استقلاليتها وقام بتصنيفها مع العصابات الحالية أي التي تحدث "هنا و الآن" دون أدنى بعد رمزي، واستعمل مصطلح "عصاب الفزع" (Ferreri et al, 2007)، و انتقل اهتمامه بعد ذلك إلى العصابات التحويلية (الهستيريا، عصاب الفوبيا، العصاب الهجاسي) و عن أصولها المنحدرة عن الصراعات العاطفية الطفلية القديمة، و لكن الحروب التي انفجرت في النصف الأول من القرن العشرين أعادت الإهتمام بعصاب الحرب و أُخِيَت التفكير النظري حول هذا الموضوع عند Freud و محللين نفسانيين من بعده: Simmel, Abraham, Ferenczi (De Clercq et Lebigot, 2001).

شارك Ferenczi رأي Freud في الأصل الجنسي للصدمة، و كذا مصدر العصاب الصدمي الناتج عن الخوف الشديد (Doray et Louzon, 1997)، فقد بيّن أن أغلبية الجنود بعد انفجار قنبلة يصابون بشلل ذو سبب غير عضوي، لذلك اعتبرها كاستجابة نفسية لخلل في منظمة الأنا، و أطلق فيما بعد على هذه الحالات تسمية الهستيريا الصدمية، و التي تكون أعراضها وحدة عيادية مميزة لارتباطها أكثر بعامل خارجي باختلاف الاضطرابات العصابية و الذهانية و السيكوسوماتية وكذا خروج الحدث عن ما هو مألوف لدى الفرد (Grappe, 1997, p 122).

كان Fenichel أول من اقترح حوصلة واضحة و كاملة حول ما جاء به التحليل النفسي من معارف متعلقة بالعصاب الصدمي في كتابه (La théorie psychanalytique des

(névroses في 1934، فقد خصص فصلا كاملا للعصاب الصدمي باعتباره عصابا قائما بحد ذاته إلى جانب العصابات الأخرى (Pignol, 2011).

لقد كانت الحروب مناسبات لاهتمام العلماء بالصدمة النفسية الناجمة عن الحرب، على غرار الحرب العالمية الأولى، كانت الحرب العالمية الثانية فرصة عرفت الصدمة من خلالها اهتماما متزايدا من قبل الباحثين الأوروبيين، و ذلك كنتيجة للخسائر البشرية التي خلفتها و أمام حاجة ضحايا الحرب لعلاج يمكن لعلم النفس و التحليل النفسي من إنارة مفهوم الصدمة النفسية الناجمة عن الحرب (النايلسي أحمد، 1991، ص36).

سمحت هذه الدراسات التي أجريت أغلبيتها في المجال العسكري بفتح آفاق البحث، و هذا لتطوير علاج نفسي لهذه الحالات، و زاد الإهتمام بهذه الحالات العصابية الصدمية بعد عودة قداماء حرب الفيتنام عام (1975) إلى الولايات المتحدة الأمريكية، فقد ظهرت الأعراض الصدمية عند 30 إلى 40 % من الجنود (Grappe, 1997, p 122).

تم تحديد الأمراض الأساسية المتعلقة بالصدمة النفسية، و التي من بينها العصابات الحربية التي كانت تتميز بكف الفعالية، و الميكانيزمات النكوصية، و التفريغات العدوانية، والانفعالية الشديدة بما فيها البكاء، بالإضافة إلى الوسوس و الكوابيس، جمعت هذه الأعراض بعد ذلك تحت تسمية حالة الضغط ما بعد الصدمة مع النسخة الثالثة من الدليل التشخيصي و الإحصائي للجمعية الأمريكية للطب العقلي DSM-III في (1980)، و ما نلاحظه هو غياب كلمة " عصاب " في هذا التصنيف لارتباطها بالتحليل النفسي (Damiani, 1997).

اهتم المختصون الناطقون باللغة الانجليزية بهذا المفهوم باعتباره النموذج الغالب الذي يظهر عقب الضغط أو أمام حدث كارثي، كما أنهم يؤكدون على خطورة الحدث أو ظروف وقوعه أكثر من اهتمامهم بالمعاش الفردي الذي يعيش الصدمة، و هي تبقى مقاربات لا تحيط بالواقع الضمن- نفسي للصدمة النفسية، بل تصبح هذه الأخيرة مجرد استجابة أمام الضغط، مما يعني إقصاء كل تدخل للشخص، فهو يعتبر ضحية سلبية أمام الكارثة، كما أعطت هذه المقاربات الأهمية لخطورة الحدث الكارثي فهو العنصر المحدد في ظهور الاضطرابات الصدمية و ليس معاش الشخص للحدث من طرف الفرد (De Clercq et Lebigot, 2001).

غير أننا نجد أن النسخة الرابعة من الدليل الإحصائي و التشخيصي للاضطرابات العقلية DSM-IV قد أعطت مكانة أكبر للانطباع الذاتي في تقييم الضحية للخطر و تهديد الحياة (Brillon, 2004).

و تم الاعتراف في كلا من DSM-IV (1994) و DSM-IV-TR (2000) بوجود كينونة أخرى و هي الضغط الحاد، و أصبح هذا التصنيف الوصفي يعزز مفهوم "الاضطراب" الذي يناسب أكثر من مفهوم "حالة" الذي تم استبداله، و يلح المؤلفون الأوروبيون على أهمية التفرقة بين الضغط و الصدمة. و يضيف تصنيف المنظمة العالمية للصحة في نسخته العاشرة CIM-10 (1992) كينونة أخرى و هي "التغيرات الدائمة للشخصية بعد خبرة الكارثة" (Ferreri et al, 2007)، و مع النسخة الخامسة من الدليل الإحصائي و التشخيصي للاضطرابات العقلية DSM-5 لم يعد اضطراب الضغط ما بعد الصدمة يصنف ضمن اضطرابات القلق بل تم تصنيفه ضمن محور الاضطرابات المرتبطة بالصدمة و الضغط (American Psychiatric Association, 2013).

انطلاقاً من 1970 بدأ نوع جديد من الحرب و هو الإرهاب الذي ضرب أوروبا والشرق الأوسط و الولايات المتحدة و أصبح سبباً في إنعاش البحث و العلاج من جديد (De Clercq et Lebigot, 2001).

2. تعريف الضغط ما بعد الصدمة:

الصدمة كلمة ذات أصل يوناني استعملت قديماً في الطب و الجراحة، تدل كلمة صدمة "Trauma" في اليونانية على جرح مع كسر و من مفرداتها في اللغة الفرنسية (Traumatisme) المخصصة على الأذى للحديث عن الآثار التي يتركها جرح ناتج عن عنف خارجي، و لقد اقتبس التحليل النفسي هذين المصطلحين ناقلاً إلى الصعيد النفسي المعاني الثلاثة التالية: معنى الصدمة العنيفة، و معنى الكسر أو الإصابة، و معنى الآثار (مصطفى حجازي، 1985، ص300).

فمن بين الشروط حتى نتكلم عن ضغط ما بعد الصدمة هي وجود الحدث الصدمي، و الذي يتميز بعنصرين اثنين و هما أن:

- يواجه الفرد بصفة مفاجئة و عنيفة لوضعية مهددة لذاته أو لأشخاص آخرين و/أو أن تتسبب في موت أشخاص أو تعرضهم لإصابات خطيرة.

- ينطبع رد فعل الفرد بالرعب و الشعور بالعجز (Lemperière, Féline, Gutmann, Ades et Pilate, 2000).

يرى Crocq بالرغم من الصبغة التحليلية -مثل عند غالبية المؤلفين الفرنسيين- أن العصابات الصدمية هي حالات عصابية منظمة و دائما تكون نتيجة صدمة نفسية والمتمثلة في الحدث الصدمي الذي يكون مفاجئا و عنيفا و يفوق الامكانيات الدفاعية والتكيفية للشخص، كما أن الأصل الإكلينيكي لهذا العصاب يشاهد بواسطة حضور تناذر تكراري خاص (فزع، كوابيس تكرارية... إلخ) مع إعادة تنظيم نموذجي للشخصية مهما تكون الأعراض للبنية المميزة (Crocq, 1992).

أما إذا حاولنا أن نعطي تعريفا شاملا للضغط ما بعد الصدمة يمكن أن نقول أن "الضغط ما بعد الصدمة هو اضطراب تتسبب فيه خبرة صدمية ذات شدة استثنائية، غالبا ما نجدها في أوقات الحرب و خلال الكوارث الكبيرة، أما في الممارسة المدنية فيمكن ملاحظتها بعد اعتداء أو حادث مع أو بدون اشتراك صدمة جسمية، يمكن لهذا الاقتحام الصدمي أن يدوم و يشكل عجزا للمصاب، وهي تطرح مشاكل من الناحية العلاجية والتعويضية" (Lemperière et al, 2000, p 117).

3. أعراض و علامات الضغط ما بعد الصدمة:

يظهر أنه بالرغم من الإهتمام الكبير للباحثين الناطقين باللغة الإنجليزية باضطراب الضغط ما بعد الصدمة، غير أنه لا يعتبر الصورة العرضية الوحيدة الناتجة عن الأحداث الصدمية، إذ يؤكد المختصون على ضرورة الإهتمام بالعوامل مثل تغييرات في الشخصية، اضطرابات السلوك - محاولات الإنتحار، الإفراط في تناول الكحول والمخدرات، السلوكات العنيفة (تناذر "رومبو" « Rambo »)، السلوكات ضد إجتماعية - بدل تركيز الإهتمام على أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة بصفة حصرية (De Clercq et Lebigot, 2001).

تنقسم الأعراض إلى صنفين تبعاً للمراحل التي تتبع وقوع الصدمة، فهناك الأعراض المؤقتة التي تأتي مباشرة بعد الصدمة و المتأخرة أو الدائمة التي تتمثل في أعراض الصدمة النفسية (De Clercq et Lebigot, 2001 ; Ferreri et al, 2007)، حيث تتميز هذه المرحلة بوجود الجدول العيادي التالي:

1.3. أعراض الإعادة: تتمثل في استمرارية الأفكار والمشاعر والسلوكيات المتعلقة بالحدث الصدمي، التي تظهر بصفة اجتياحية و بالرغم عن إرادة الفرد كما أنها تتخذ أشكالاً مختلفة (Friedman, 2015)، كالكوابيس التي تعيد الضحية من خلالها الحدث الصدمي، وهذه المحاولات المتكررة لتنظيم و للتحكم في التصورات التخيلية و الحلمية للمصدم تبقى من دون جدوى حيث ترجع دائماً إلى الخبرة الصدمية التي لا يمكن دمجها (Lemperièrè et al, 2000).

الذكريات المتكررة التي تحمل الصدمة وأفكارها فتجعل الضحية تشعر بالضيق والاختناق، نجد عند الأطفال أن طريقة لعبهم ولألعب تدور كلها وتنطبق على حالتهم النفسية المصدومة بتكرار الحدث الصدمي (Damiani, 1997)، يمكن أن تشعر الضحية أيضاً بأن الحدث سيعاد وقوعه وخاصة في الظروف والأماكن التي تذكرها بالحدث (Servant, 2005).

تصاب أعراض الإعادة بمعاناة نفسية و بإفراط في النشاط العصبي (Crocq, 2007).

2.3. أعراض التجنب: و هي تجنب كل ما يمكنه أن يحيي ذكرى الصدمة (Servant, 2005)، يمكن اعتبار هذه الأعراض على أنها استراتيجيات معرفية و سلوكية لدرء وتجنب الرعب و الأسى الناجمين عن الأعراض الاجتياحية، تشتمل هذه الأعراض على **جهود معرفية** لتجنب الأفكار و الذكريات و المشاعر المتعلقة بالصدمة، و **جهود سلوكية** لتجنب الأنشطة و الأماكن و الأشخاص الذين لهم علاقة مع الحدث الصدمي (Friedman, 2015). يمكن أن يعاني المصدم من اضطرابات في الذاكرة تخلق صعوبة في استرجاع خبراته و ذكرياته حتى و لو كانت ذكريات بعيدة عن الصدمة و يرجع الباحثون ذلك إلى عمل التجنب و التناسي (Damiani, 1997).

3.3. أعراض غير محددة:

يتميّز التناذر الصدمي بجملة من الأعراض يطلق عليها بغير المحددة لأنها موجودة في اضطرابات نفسية أخرى، و هي:

- **الوهن الاكتئابي** بأبعاده الثلاث، البعد الجسدي و النفسي و الجنسي، و هو يختلف عن التعب كظاهرة فيزيولوجية اعتيادية تظهر بعد حالة ضغط كبير والتي يمكنها أن تدوم لعدة أشهر، بل يوافق الوهن الاكتئابي لتصنيف الوهن العصبي (neurasthénie) أو الوهن العصبي الهستيرى (hystero-neurasthénie) (Pignol, 2011).

- **القلق (الحصر)** يكون في الإطار الأوّل من الجدول العيادي، يمكنه أن يظهر على شكل خوف، كالخوف من الإصابة بالجنون، و الخوف من الموت، الاحساس بالوحدة، كما يمكنه أن يكون في صورة مخاوف تتعلق بالأشياء و الظروف المرتبطة بالصدمة (Lebigot, 2006).

- **حوادث تحويلية هستيرية** مذهلة أحيانا كالنوبات و العمى، وعدم القدرة على الوقوف والمشي، أو أقل ضجة كالشلل الجزئي المؤقت، و الارتعاش (نفس المرجع السابق).

- **مشاكل علائقية:** و ترجع بالدرجة الأولى لإعادة تنظيم في الشخصية، ذلك أنه باستعمال ميكانزمات النكوص و التجسيد و الإسقاط، يبقى المريض مثبتا بالصدمة عن طريق عرضية ظاهرة و هي التكرار، يتشتت تنظيم سلوكه، و تتوقف آفاقه المستقبلية، فينكص المريض نحو مواقف التبعية السلبية و الحاجة للإشباع العاطفي، أمام المحيط الطبي و العائلي و في نفس الوقت فهو يطلب الإصلاح عمّا أصابه، و لا تلخص المطالبة بالإصلاح المادي طلب المريض رغم وجودها في الواجهة فهو يحتاج إلى أن يؤخذ مطلبه بمأخذ الجدّ و يطلب الاهتمام من أجل استعادة قيمته (revaloriser) و يطلب إعادة تأهيله مهنيا واجتماعيا (Lemperière et al, 2000).

- **اضطرابات سيكوسوماتية و شكاوي جسدية:** لا يتعلق الأمر بمجرد أعراض وظيفية وإنما أمراض سيكوسوماتية حقيقية، تمس أجهزة معينة ونابعة عن ميكانزمات فيزيولوجية مرضية محددة في علاقة مع الاستجابة البيولوجية النفسية الفيزيولوجية للضغط، و يرتبط تطورها اللاحق مع الاضطراب الصدمي النفسي، نجد من بينها مرض الربو، و الصداع النصفي،

وارتفاع الضغط الدموي، والقرحة المعدية، و التهاب القولون التشنجي، والإكزما و الصدفية (psoriasis)، و الشيب و سقوط الشعر بعد الصدمة، و تضخم الغدة الدرقية و داء السكري.

- اضطرابات التغذية و التغيرات في وزن الجسم (بالزيادة أو بالنقصان).

- الإدمان، كالإدمان على السجائر و الكحول و المخدرات، و السلوكيات الخطيرة مثل تناذر رومبو (Bambo) (Pignol, 2011)، أو المرور إلى الفعل الذي له قيمة اضطراب في السلوك (Lebigot, 2006).

4. المعايير التشخيصية للضغط ما بعد الصدمة حسب التصنيفات العالمية:

1.4. المنظمة العالمية للصحة:

يصنف اضطراب الضغط ما بعد الصدمة من طرف المنظمة العالمية للصحة ضمن الفئة الفرعية "لردود الفعل نحو الضغط الحاد و اضطرابات التكيف"، و هي تشمل : "ردّة فعل حادة لعامل ضغط" و تدخل ضمن فئة الاضطرابات الفورية للصدمة أي تظهر من بعض الدقائق إلى يوم بعد التعرض للحدث، هناك أيضا "حالة الضغط ما بعد الصدمة المؤقتة" التي تدوم أقل من شهر و في فئة الاضطرابات المزمنة نجد "حالة الضغط ما بعد الصدمة الدائمة (durable)" و هي تظهر بعد شهر من الحدث الصدمي وتدوم من شهر إلى سنتين، كما هناك تصنيف "التغيرات الدائمة في الشخصية بعد خبرة الكارثة" و التي تظهر بعد شهر من الحدث الصدمي و تدوم أكثر من سنتين (Crocq, 2007).

2.4. الجمعية الأمريكية للطب العقلي (DSM-IV):

فيما يخص الدليل الإحصائي و التشخيصي للاضطرابات العقلية الرابع DSM-IV (American Psychiatric Association, 1996) فهو يقسم تصنيف الاضطرابات التالية للصدمة إلى شكلين عيادين هما: الشكل الحاد و الشكل المتأخر، حيث تظهر "حالة الضغط الحاد" مباشرة بعد الحدث الصدمي و لا تدوم أكثر من شهر، و تنقسم الصورة المتأخرة إلى شكلين، هناك "اضطراب الضغط ما بعد الصدمة الحاد"، له نفس أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة غير أنه يختلف في المدة فهو يظهر شهر بعد الحدث الصدمي ولا يدوم

أكثر من ثلاثة أشهر، أما الصورة المتأخرة فهي "اضطراب الضغط ما بعد الصدمة المزمن" الذي يظهر شهر بعد الحدث الصدمي و يدوم أكثر من ثلاثة أشهر.

يصنف DSM-IV "اضطراب الضغط ما بعد الصدمة" ضمن المحور السابع الخاص باضطرابات القلق، حيث يقوم تشخيص هذا الاضطراب على المعايير التالية:

المعيار A: خبرة الحدث الصدمي، مع وجود العنصرين التاليين:

1A أن يكون الشخص قد خبر أو شهد أو واجه حدثاً أو عدة أحداث تضمنت موتاً فعلياً أو تهديداً بالموت أو إصابة خطيرة، أو حدثاً هددت فيه سلامته الجسدية أو سلامة الآخرين.

2A أن يكون قد طغى على استجابة الشخص الخوف الشديد و الشعور بالعجز وبالرعب.

المعيار B: إعادة خبرة الحدث الصدمي بشكل مستديم بوحدة (أو أكثر) من الطرائق التالية:

1B ذكريات متكررة و إقحامية عن الحدث، تسبب الشعور بالتوتر (détresse) و تتضمن صور و أفكار أو إدراكات.

2B أحلام متكررة و مزعجة عن الحدث، تسبب الشعور بالتوتر.

3B التصرف أو الشعور المفاجئ كما لو أن الحدث سيعاود الوقوع (صور أو خيالات).

4B الشعور بالتوتر النفسي الشديد لدى التعرض لإشارات داخلية أو خارجية تشير أو تشبه أحد مظاهر الحدث الصدمي.

5B استثارة فيزيولوجية لدى التعرض لإشارات داخلية أو خارجية تشير أو تشبه أحد مظاهر الحدث الصدمي.

المعيار C: تجنب مستديم للمثيرات المرتبطة بالحدث الصدمي و فتور أو تخدير الاستجابة العامة (غير موجودة قبل الحدث الصدمي)، كما يستدل على ذلك بثلاثة على الأقل من التظاهرات التالية:

1C جهود لتجنب الأفكار أو الإحساسات أو الأحاديث المرتبطة بالصدمة.

2C جهود لتجنب الأنشطة أو الأماكن أو الأشخاص الذين يثيرون تذكرات الصدمة.

3C العجز عن تذكر مظهر مهم من الصدمة.

4C انخفاض الاهتمام أو المشاركة الواضحين في أنشطة مهمة.

(5C) الشعور بالانفصال أو الغربة عن الآخرين.

(6C) فتور عاطفي.

(7C) الشعور بالمستقبل المسدود.

المعيار D: أعراض مستديمة من ازدياد الإثارة و اليقظة (لم تكن موجودة قبل الحدث الصدمي)، كما يستدل عليها عرضين على الأقل مما يلي:

(1D) صعوبة الولوج في النوم أو المحافظة عليه.

(2D) استثارة أو نوبات (إنفجارات) غضب.

(3D) صعوبات في التركيز.

(4D) حذر أو تيقظ مفرط.

(5D) استجابة إفعال (رعب) مبالغ فيه.

المعيار E: استمرار الأعراض في المعايير (B و C و D) لأكثر من شهر.

المعيار F: يسبب الاضطراب تأذيا واضحا عياديا أو اختلالا في الأداء الاجتماعي أو المهني أو ضمن ميادين أخرى.

5. أنواع و أشكال الصدمة النفسية:

لا تؤدي جميع الصدمات إلى تكوين اضطراب الضغط ما بعد الصدمة (عصاب صدمي)، منظم و مزمن، إذ يتبين من خلال التطبيق الميداني أن هناك أصناف من الحالات التي تترتب من الحالات المعتدلة (الخفيفة) و المؤقتة إلى الجداول العيادية الشبيهة باضطراب الضغط ما بعد الصدمة، إلى العصابات المنظمة التي لا نهاية لها والمعيقة، وأيضا إلى الحالات الذهانية التي يطغى عليها تبدد الواقع (déréalisation) وتبدد الشخصية (dépersonnalisation) (De Clercq et Lebigot, 2001).

كما يمكن أن تلتحم مع الأعراض الإعتيادية تنظيمات ثانوية، و من أكثر المظاهر ترددا:

- النوراستينيا مابعد الصدمة، وتعب وشكاوي لمخاوف مرضية (hypocondriaque).

- الهستيريا ما بعد الصدمة: التي تكون فيها الأعراض دائمة و معيقة (invalidante).

- التكيّس الطبيعي في موقف نكوصي و للمطالبة، ذلك أن الميزة الغالبة للعصابات الصدمية التالية لحوادث ذات طابع تعويضي، هي اهتمام المرضى بالتعويض المادي، و غالبا ما يبالغ المريض من أهمية الضرر و تصبح المتابعة و المطالبة المالية المبالغة تبلور كل طموحاته على حساب مصالحه الحقيقية (névrose de compensation, névrose de rente)، فأكثر من استغلال شعوري (مدرك) للوضعية يجب أن نرى في هذا التناذر تجديد (actualisation) لصراعات اجتماعية-نفسية التي تحفزها الإحباطات المزمدة المهنية و الإقتصادية و التي تزيد من حدّتها مواقف عدم الفهم من طرف الآخرين (l'incompréhension) و اتهام الضحية بالتظاهر (Lemperière et al, 2000).

من المعترف به أيضا هو إمكانية ظهور اضطرابات ذهانية مزمنة عقب التعرض لحدث صدمي، يمكن أن تظهر بصفة مفاجئة وحادة أو أن تكون ذات تطور تدريجي تحت قناع أفكار هذيانية شبيهة بالموجودة في الصدمة النفسية (Lebigot, 2005).

6. النماذج النظرية في تفسير اضطراب الضغط ما بعد الصدمة:

لقد كانت الحوادث المختلفة للسكك الحديدية و الحروب التي تلت و خاصة حرب الفيتنام منبعا لأبحاث عديدة حول الصدمة النفسية، و حتى و إن طغى التفسير التحليلي على الساحة العلمية، إلا أن التساؤلات حول طبيعة الصدمة والميكانيزمات التي تحركها قد أثرت الأدبيات بتفسيرات عديدة و متنوعة، نعرض فيمايلي أبرز النماذج النظرية التي تطرقت إلى الصدمة النفسية.

1.6. النموذج التحليلي:

لقد تحدث Freud عن الصدمة في مناسبات عديدة، كما تناول موضوع الصدمة في دراسات حول الهستيريا عام (1895) وكان مضمون ذلك العمل دراسة حول حالة (Anna.O)، إذ يفسر أعراض الهستيريا التي تنسب إلى مظاهر الطاقة الحسية المشتركة في الصدمة النفسية المنسات والماضية والمكبوتة في اللاشعور منذ الصغر، فلجأ Freud إلى التنويم المغناطيسي لكي يسهل على المريض استرجاع و تنشيط التجربة الصدمية المكبوتة في اللاشعور. يعود كبت هذه التجربة لكون الفرد أثناء الحدث لم يكن بمقدوره القيام برد

الفعل و التعبير عنه بواسطة الحركات، الكلام، إلخ، و هذه الانفعالات تظهر لاحقا على شكل أعراض (Barois, 1988).

يعتبر Freud أن مصدر الصدمة النفسية إنما هو جنسي، فهو يرجع الصدمة النفسية إلى الاعتداء الجنسي الذي تعرض له الفرد و هو طفل لذلك يقول " كل صدمة هي جنسية" (نفس المرجع السابق).

و يرى أن للصدمة معنى واحد هو المعنى الإقتصادي، فالصدمة حدث معاش ويتسبب بعد فترة زمنية في فائض من الاستثارات، حيث يكون الحدث الصدمي نقطة انطلاق الصدمة النفسية، كما تكلم عن عصاب الحرب لتحل مشكلة الصدمة من جديد مكانا هاما لديه أسماء بعصاب الصدمة (Damiani, 1997).

و أضاف Freud أنه لا يوجد هجوم خارجي بدون هجوم داخلي، فالصدمة الخارجية جاءت إذن لتبرر وجود الأولى. و شبه Freud الجهاز النفسي المستقبل للصدمة بالحويلة الحية التي تحمي طبقتها الإصطناعية لأن أغلبية الإعتداءات تكون مفروضة و لكن بعضها، بعنفها و فجائيتها و مفعولها (الرعب و الفزع) تخترق طبقة الدفاع التي هي صاد الاثارات التي تتمثل في حفظ الجهاز ضد المثيرات و الحوادث الصادمة، و قد تقتحم قوة الصدمة المادة الحية الأساسية للحويلة و تصبح كجسم غريب، فتحاول بمجهوداتها إما بإخراجها و نبذها و إما تكييفها و الامتثال إليها، و هذا ما يفسر أن نفس الحدث قد يكون صدمة لشخص دون آخر (Pignol, 2011).

و نجد S. Ferenczi و هو أحد تلاميذ Freud الذي يعرف و يفسر الصدمة في أعماله بين 1927-1933، ففي سنة (1908) تكلم عن الصدمة النفسية، بحيث يشارك Freud في رأيه حول المصدر الجنسي للصدمة، و كذلك حول رأيه فيما يخص مصدر الصدمة النفسية الناجم من الخوف الشديد، و عوامل تعزز بشدتها تكوين العصاب.

و لقد اهتم كثيرا بالصدمة خاصة عندما كان طبيباً خلال الحرب العالمية الأولى، ففي سنة (1924) في وصفه الإكلينيكي لعصاب الحرب، يضيف عصابات الحرب ضمن العصابات النرجسية، فهو يرى أن الأفراد الذين لهم ميل نرجسي هم أكثر استعداداً للتعرض للعصاب الصدمي (Damiani, 1997, P 97-98).

استعمل Fenichel مفهوم "توقف وظائف الأنا" و خصوصا الوظائف الجنسية التي تصبح حسبه قليلة الأهمية بعد الصدمة، و يظهر ذلك من خلال العجز المؤقت الذي يرجع إلى التصخير الكامل للطاقة بما فيها الجنسية لمحاولة السيطرة على الاستثارة، مع احتمال ظهور نوع من الانطواء النرجسي الذي يأخذ صورة ظواهر نكوصية متنوعة، حيث تعتبر الصورة الأكثر بدائية لذلك هي استجابة الإغماء كانغلاق أمام كل استثارة جديدة (Pignol, 2011).

يمكن اعتبار النظرية السيكوسوماتية كامتداد للنظرية التحليلية، و تعتبر الصدمة من أهم مفاهيمها، حيث يتطرق P. Marty و هو من أشهر روادها إلى الصدمة باعتبارها مجموعة من المثيرات يميز الأنا أصلها الداخلي و الخارجي يصيب اختلال التنظيم العقلي، و ما يحدد شدتها هو قيمة الإختلال و ليس نوعية الحدث، فهو يرى أن الصدمة تكمن في الحدث العاطفي الذي يظهر أثره على الفرد و يكون ناتجا عن وضعية خارجية قد تكون ممتدة في الزمن. إن الحدث يأتي ليعرقل التنظيم، أين تترك غرائز الحياة مكانها لغرائز الموت لفترة زمنية محدودة (Marty, 1976). و عليه فإن مقاومة الصدمات تختلف حسب الأفراد و عند الفرد نفسه، حسب المواقف و فترات حياته و مراحل نموه.

2.6. النماذج السلوكية المعرفية :

- نموذج الإشرط لـ Mowrer (1960): هو نموذج مستوحى من أعمال Pavlov و Skinner حول ميكانيزمات التعلم عن طريق الإشرط الكلاسيكي و الإجرائي. حسب هذا النموذج فإن هناك مبدئين للتعلم، الإشرط الكلاسيكي الذي يؤدي إلى تعلم استجابات الخوف، و الإشرط الإجرائي الذي يساهم في تعلم سلوكيات التجنب، وهو ما يشرح ظهور وبقاء اضطراب الضغط ما بعد الصدمة.

يفسر إذن نموذج الإشرط ردود الأفعال الفلقية للضحية أمام المثيرات الحالية عديمة الخطورة، لكنه ينطوي على نقائص من حيث عدم إمكانيته على تفسير ظهور الأعراض الاجتماعية و الإفراط في النشاط الاعاشي وأيضا الفتر العاطفي العام، التي تصاحب الضغط ما بعد الصدمة (Brillon, 2004).

- نموذج المعالجة الانفعالية لـ Foa et al (1989): حسب هذا النموذج فإن عزو معنى الخطر لعلاقة مثير-استجابة كانت تعتبر سابقا على أنها آمنة أو محايدة في تركيبة

(structure) الخوف هو أساس تطور اضطراب الضغط ما بعد الصدمة، حيث تمثل تركيبة الخوف شبكة معقدة من الترابطات لرد فعل دفاعي أو للهرب أمام الخطر. تتضمن هذه التركيبة إلى الجهاز العصبي وتمثل شبكة ثابتة تعمل على ربط العناصر المتعلقة بالحدث وتفسير خطورة هذه العناصر والاستجابات الفيزيولوجية و السلوك (نفس المرجع السابق).

- نموذج Joseph et al (1995): يعتبر هذا النموذج أن تفسير الضحية لأسباب و لنتائج الخبرة الصدمية هو ما يمثل العامل الأساسي المسؤول عن ظهور العرضية التالية للصدمة، تتفاعل طبيعة هذا التفسير بعد ذلك مع الحالة الانفعالية و العوامل المعرفية و نماذج التعامل مع الضغط لدى الضحية. لقد تم استغلال فكرة العزو الذي يقوم على تفسير العناصر المرتبطة بالصدمة في شكل نماذج معرفية حديثة كنموذج Ehlers et Clark (2000) (نفس المرجع السابق).

- نموذج معالجة المعلومة لـ Horowitz (1986): ينظر نموذج المعالجة المعرفية إلى أعراض الضغط ما بعد الصدمة على أنها رد فعل أمام العدد المفرط من المعطيات التي تمثل الخبرة الصدمية، إذ ينتج الضغط ما بعد الصدمة عن عجز الضحية عن الإدماج المناسب ضمن مخططاتها المعرفية السابقة لهذه المعلومات الجديدة. و على هذا الأساس فإن تراجع العرضية يعتمد على استدخال و ادماج الخبرة الصدمية و هو ما يشبه عمل الحداد (نفس المرجع السابق).

3.6. النموذج البيولوجي:

يفسر اضطراب الضغط ما بعد الصدمة من وجهة النموذج البيولوجي بوجود اختلال يمس محور حاثات القشر (l'axe corticotrope)، حيث يؤدي تنشيط النظام النخامي-القشري-الكظري (Hypophyso-cortico-surrénalien) و الإفراط في إفراز هرمون الكورتيزول (hypercortisolémie) إلى الزيادة المفرطة في حساسية مستقبلات الكورتكويد (corticoïdes) العصبية و المحيطية، كما هناك مراقبة رجعية مرتفعة من طرف هرمون الكورتكويد، و تؤدي هذه الاختلالات الجزيئية إلى ظهور أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة.

كما تميل البيولوجيا إلى الإنعكاس خلال التطور طويل المدى لتفسير نحو الاختلالات التي نجدها في الاكتئاب: نقص في تنشيط محور حاثات القشر و نقص في

إفراز هرمون الكورتيزول مما يساعد على ظهور و استقرار الاكتئاب خلال تطور الاضطراب (Ferreri et al, 2007).

7. مسببات الضغط ما بعد الصدمة و عوامل الانجراحية:

حاول الباحثون فهم أسباب التنوع في عدد و في تردد و في شدة الأعراض ما بعد الصدمة، فقد اعتبروا في البداية عنف الحدث الصدمي على أنه السبب الوحيد في ظهور الاضطراب، لكن تبين معطيات الأبحاث أن عنف الصدمة لا يشرح إلا جزء من تنوع العرضية، نحن نعلم أن الحدث الصدمي يحمل إمكانية إضعاف التوازن النفسي لأي كان، وترى (Brillon, 2004) أن ردود الأفعال ما بعد الصدمة إنما تتجم عن تفاعل ثلاثة عوامل، و إن هذا التفاعل الشخصي لكل ضحية هو الذي سيؤثر على عدد و شدة ومدة الأعراض ما بعد الصدمة.

1.7. العوامل القبل صدمية:

تشير العوامل القبل صدمية إلى العناصر الموجودة قبل الحدث، هي عناصر لا يمكنها أن تسبب الصدمة ولكنها تشكل عوامل خطر أو انجراحية، ذلك أن الحدث الصدمي لا يقع بدون وجود سوابق، حيث تدركه الضحية و تتفاعل معه انطلاقا من خصائصها الشخصية وخبراتها الماضية و سمات شخصيتها و قدراتها التكيفية الخاصة (Brillon, 2004)، نلخص أهم العوامل القبل صدمية فيمايلي:

- هشاشة التوازن النفسي و ضعف التكيف قبل الصدمة يمكنها أن تفسر شدة و مدة الاضطراب الصدمي.
- ينبغي أيضا إرجاع الحدث إلى التاريخ الشخصي للفرد حتى يتم فهم معناه و رد الفعل الصدمي اتجاه الصدمة التي يتنوع صداها الانفعالي حسب شخصية الفرد، التوفر الآني للدفاعات، جروحته الناجمة عن خبراته الصدمية والصراعات السابقة، و هنا يظهر الدور الذي لعبه الحدث الصدمي في الشخصية.
- من بين عوامل الانجراحية في عصابات الحرب يمكن أن نجد دور الإرهاق الجسدي، عدم تماسك المجموعة، الصراعات الأخلاقية، الشعور بالذنب المرتبط بموت رفيق (عصاب الناجي) (Lemperièrè et al, 2000).

- الجنس الأنثوي (Ferreri et al, 2007)، يبدو أنه من العوامل المتفق عليها، و هو ما تؤكدّه العديد من الدراسات Davidson (1991)، Kessler (1995)، ويمثل ضعف الخطر مقارنة مع الرجال (De Clercq et Lebigot, 2001). وتشير المعطيات أنه كلما كانت الضحية أصغر سنا كلما زاد الخطر الصدمي (Brillon, 2004).
- بعض الشخصيات (Ferreri et al, 2007) كالتّي تقدم نوع من الصلابة في الحكم وميل إلى السيطرة (contrôle) على كل شيء و السمات النرجسية و ضعف القدرة على التكيف مع التغيرات (Brillon, 2004).
- السوابق المرضية العقلية و الاعتلال و خصوصا اضطرابات القلق والاكتئاب (Ferreri et al, 2007 ; De Clercq et Lebigot, 2001 ; Côté, 1996). بالإضافة إلى اضطرابات السلوك (conduites) مثل السلوكات الإدمانية، علما أن الاعتلال هو من العوامل على الإزمان و خصوصا الاضطرابات الاكتئابية (De Clercq et Lebigot, 2001). كما أن الإدمان على المخدرات و الكحول هي من العوامل الإستعدادية (Brillon, 2004).
- السوابق المرضية العقلية الأسرية.
- الانفصال المبكر عن الوالدين أو طلاق ما بينهما قبل سن العاشرة (Côté, 1996).
- المستوى الاجتماعي - الاقتصادي المنخفض (Ferreri et al, 2007 ; De Clercq et Lebigot, 2001)

2.7. العوامل المسببة:

- نتكلم هنا عن الأحداث الصدمية و التي يمكن أن نقسمها إلى نوعين و هما:
- الأحداث الصدمية الناتجة عن كوارث من صنع الإنسان: يدخل ضمن هذا النوع من الصدمات الانفجارات بشتى أنواعها و الاعتداءات و الأسر و الأزمات بصفة عامة، و تعتبر كارثة الحرب إحدى أقصى الصدمات منذ وجد الإنسان و المرتبطة مباشرة بالموت (الناقلي أحمد، 1991).
- الأحداث الصدمية الناتجة عن كوارث طبيعية: تدخل ضمن هذا النوع من الصدمات الزلازل و الفيضانات و الأعاصير و غيرها.

و ما تجدر الإشارة إليه في هذا المجال هي الدراسات التي أثبتت وجود فروق أساسية بالنسبة للآثار النفسية التي تميّز بين ردود فعل الأفراد أمام كل من هذين النوعين من الكوارث و من هذه الفروق مايلي:

- في كوارث من نوع زلازل مثلاً يغيب المسؤول المباشر على حدوث الكارثة في حين يتمثل المسؤول بالجهة المعادية و بزعمائها في كوارث الحروب.

- و دائماً في كوارث من نوع زلازل فإن المنكوبين يعجزون عن تحديد المعتدي، فالمعتدي هنا هي الطبيعة، و بالتالي نلاحظ غياب حالات التماهي بالمعتدي، و هي الحالة التي نصادفها كثيراً في الكوارث من صنع الإنسان عكس الكوارث الطبيعية التي نشاهد فيها مواقف دينية تتراوح بين التسليم والهديان الديني.

- النكوصات ترتبط أكثر بالكوارث الطبيعية و ذلك بسبب العجز عن تجنبها، و توقع احتمالات تكرارها (نفس المرجع، 1991).

كما أن ما نطلق عليه بالحدث الصدمي يرتبط بثلاثة احتمالات، و يفضل أغلب الباحثين استعمال مصطلح الخبرة الصدمية:

- صدمة نفسية: وحيدة و شديدة، و لا يمكن التنبؤ بها، فهي تقتحم التنظيم النفسي للفرد و تفوق قدراته الدفاعية، و تكون الصدمة الانفعالية مرتبطة بوضعية مهددة للحياة أو للسلامة الجسمية ككارثة طبيعية أو قتال أو اعتداء، أو حادث لم يفقد فيه الفرد وعيه و عاش فيه قرب وقوع موته.

- التعرض للضغط النفسي و الجسدي المتكرر، الذي ينتهي بتجاوز مستوى القدرات التحملية للفرد.

- صدمة جسدية: و يمكنها أن تعطي عصاب ما بعد صدمي و لكنه يبقى دون خطورة (Lemperière et al, 2000 ; Côté, 1996).

فالأحداث لا تتشابه و هناك خصائص مميّزة لبعض الأحداث الصدمية التي لها وقع أكثر خطورة و شدة و إزمان من حيث الآثار ما بعد الصدمة من الأخرى، نذكر عنف الحدث، إدراك تهديد الحياة، المظاهر البيئشخصية و الإجتماعية و غير الإنسانية، و مظاهر الحدث التي لا يمكن التنبؤ و التحكم فيها، بالإضافة إلى وجود الأطفال (Brillon, 2004)، بالإضافة إلى رد الفعل المباشر بعد الحدث مثل مستوى مرتفع من الضغط أو الظهور

السريع للأعراض الصدمية أو الاضطرابات الانفصالية (De Clercq et .(dissociatif) (Lebigot,2001)

3.7. العوامل المعززة:

- هناك من العناصر التي تكون موجودة بعد الحدث و التي يمكنها أن تزيد من خطورة الآثار ما بعد الصدمة أو أن تعززها و تعمل على تثبيتها.
- سند المحيط له أهمية بالغة لدى المصاب بالضغط ما بعد الصدمة نظرا لهشاشته في هذه المرحلة، على العكس فإن نقص في السند أو سلوكيات سلبية من طرف المحيط كالنقد و العتاب و عدم التفهم، أو سلوكيات عدائية، أو تسلطية، أو دخيلة أو ضاغطة من شأنها أن تزيد من خطورة الاضطراب (Brillon, 2004).
- دور الزوجة الذي يمكن أن يكون مقررًا، إذ يمكنها أن تسهل نكوص المريض وظهور المرض عن طريق تعاملها مع زوجها كطفل (maternage)، ذلك لأن لها فائدة عاطفية من هذه الوضعية.
- موقف الطبيب يمكنه أن يعيق التطور، سواءً بتضخيم الوضعية حيث يضع المفحوص في وضعية مريض بدون مستقبل، أو أن يكتفي بما جاء في التحليل الموضوعي للاضطرابات و لا يهتم بمعناها النفسي و هو ما يؤدي عند المريض إلى شعوره بالرفض و زيادة ثقل العرضية بهدف الحصول على التفهم و الاهتمام.
- خلال الخبرات (expertises) التي غالبا ما يحدث فيها إعادة تنشيط الاضطرابات تحت هدف شعوري نوعا ما من أجل الحصول على تعويض، غير أن الاهتمام المادي لا يكون العامل الوحيد لاستدامة الأعراض، حيث يمكن ملاحظة عصابات دائمة بعد حادث لا يمكن الحصول من خلاله على تعويض (indemnisable). (Lemperière et al, 2000)
- نستخلص مما سبق مدى تنوع العوامل التي تساهم في ظهور الاضطراب الصدمي و ذلك إما بطريقة مباشرة أو غير مباشرة، إذ تعد الظاهرة الصدمية ظاهرة معقدة تطرح مشكل العلاج و تأهيل المصدوم لإعادة دمج في الحياة الأسرية والاجتماعية و المهنية.

8. علاج الضغط ما بعد الصدمة:

يتفق المختصون في تقسيم العلاجات بعد التعرض إلى حدث صدمي إلى:

- **العلاجات مباشرة بعد الحدث:** ذلك أنه من الاعتيادي إدخال الوقاية من الوقوع في اضطراب الضغط ما بعد الصدمة في أقرب الآجال بعد الأحداث الصدمية، إذ يعد إدخال مختص نفسي في فرق التدخل الإسعافي مكسبا حقيقيا، فخلال الفترة التي تفصل الصدمة عن ظهور الاضطراب، كل الكلام الذي يصده التعبير عن التأثير و موضوعية الحادث هو "علاجي" ومن شأنه أن يجنب تطور المرض و هو بذلك يهدف إلى الوقاية (Kacha, 2002, P 139).

- **العلاجات بعد الحدث (post-immédiat):** و يتعلق بالأشخاص الذين تدوم لديهم الأعراض الصدمية بعد مرور أسبوعين عن الحدث الصدمي، ويستمر علاجهم بعض الأسابيع بهدف التخلص من الأعراض و تجنب الظهور اللاحق لاضطراب الضغط ما بعد الصدمة، الذي يعتبر اضطرابا يصعب علاجه (Servant, 2005).

- **العلاجات بعد تثبيت العرضية ما بعد الصدمة:** بمعنى العلاجات التي تستهدف الاضطراب في صورته المتأخرة.

نعرض فيمايلي أهم العلاجات التي يمكن استعمالها مع المصابين باضطراب الضغط ما بعد الصدمة.

1.8. العلاجات الكيميائية:

يشكل العلاج الكيميائي المرحلة الأولى و الأساسية في علاج اضطراب الضغط ما بعد الصدمة و ذلك من أجل تخفيف الأعراض المؤلمة و تسهيل عملية العلاج النفسي. ويرى بعض الباحثين أن الكلونيدين المقرون مع البروبرانولول مفيد في تخفيف الأفكار الدخيلة واستجابات الإحفال و العدوانية و الكوابيس، كما أن الليتيوم قد مكن بعض المرضى من توفير سيطرة أفضل على انفعالاتهم. من جهة أخرى، تبين أن مضادات الاكتئاب وبالأخص (Imipramine) قد نجحت في تخفيف الأفكار الدخيلة والاضطرابات الفيزيولوجية. غير أن المشكلة تبدو أكثر صعوبة مع المرضى الذين يتعاطون الكحول أو المخدرات، و من الممكن أن تؤدي المهدئات، في حالات من هذا النوع، إلى التقليل من السيطرة على النفس و إلى اندفاع السلوك العدواني (أحسن جاب الله، 2010).

أما النوع الثاني فيتمثل في الأدوية ضد الانهيار العصبي، وهي أدوية تحارب أسباب الضغط و الانهيار الأكثر انتشارا بعد الصدمة و التي تملك مميزات المسكنات المستعملة في "الحماية من الصدمة" فهي تساعد على النوم ولا تتسبب في أيّ تعود. الأدوية ضد الانهيار مثل Tricycliques الأكثر تداولاً لها مضاعفات ثانوية سلبية و خطيرة مثل جفاف الفم، و الإمساك، و ارتجاع خفيف، لكن مفعولها الأساسي على الحياة النفسية والمزاج لا يظهر إلا بعد 3 أسابيع من بداية العلاج، و هو الذي يعطي الطاقة النفسية التي تسمح للضحية بإيجاد القوة لتخطي الصدمة (Lopez, 1997).

أما بالنسبة للأدوية التي تنتمي للجيل الجديد فلهيها مضاعفات سلبية قليلة مقارنة مع الأولى، و هي (Les IMAO)، التي أصبحت أكثر انتشاراً لوجود جزيئات أكثر فعالية (نفس المرجع السابق)، و هي مضادات اكتئاب ينصح باستعمالها في حال وجود أفكار انتحارية عند المريض، و بالنسبة لحالة التفكير و العناصر الذهانية، من المستحسن أن يعطى المريض جرعة خفيفة من مضادات الذهان مثل مركبات الهالدول، بينما يبقى الاهتمام مركزاً أكثر على معالجة أعراض القلق و الاكتئاب و الإجهال و الكوابيس واضطراب النوم (غسان يعقوب، 1999).

2.8. العلاجات النفسية:

العلاج التحليلي:

يبدأ العلاج القائم على المفاهيم التحليلية بعد فشل العلاجات التي تأتي بعد الحدث الصدمي، أي بعد عدم تمكن المقابلات المركزة حول الحدث من من إرضان الصدمة، فعلى الضحية أن تعيد النظر في قصتها و في عالمها الهوامي و وضع كلمات حول ما يبقئها متعلقة بهذه الخبرة المؤلمة و المبهرة في نفس الوقت (De Clercq et Lebigot, 2001). لقد توصل Freud لدور مبدأ التطهير و يعني العمل على إخراج هذه الصدمات من اللاوعي و تذكير الوعي بها حتى يتخلص المرء من أثرها الصدمي عليه و بالتالي إمكانية استعادة توازنه، ويمكن تشخيص و فهم بنية كل حالة بصورة منفردة بعد علاج آثار العصاب الصدمي (Bacqué, 1997).

تكمن إذن العناصر المهمة في التحليل النفسي لمعالجة العصاب الصدمي في معرفة الحدث على حقيقته الكاملة باستعمال صور الكلمات، و الأحاسيس التي اجتاحت الضحية قبل و أثناء و بعد الصدمة، يجب بعد ذلك الأخذ بعين الاعتبار لنتائج الصدمة خاصة منها النتائج الهدامة و بهذه الطريقة يمكن اكتشاف الطاقات المبدعة لدى الضحية. (Lopez, 1997)

التنويم المغناطيسي: يتبين من خلال الأدبيات الخاصة بعلاج اضطراب الضغط ما بعد الصدمة باستعمال تقنية التنويم المغناطيسي فائدة هذه الأخيرة في استكشاف الصراعات الضمن نفسية من المنظور السيكوديناميكي، كما يمكن استعمال التنويم المغناطيسي كعلاج سندي من أجل ضبط مستوى القلق و إعادة تذكر الصدمة في حالة نسيان الضحية للحدث الصدمي، أو كتقنية لإحداث التفريغ الانفعالي (abréaction) (De Clercq et Lebigot, 2001).

العلاج السلوكي المعرفي :

من العلاجات السلوكية المعرفية الأكثر نجاعة نذكر:

الإغراق و التعرض: هي تقنية يعيش من خلالها المريض الصدمة من جديد و لكن في مكان آمن (غرفة المعالج)، الأمر الذي يساعده على تحمّل الضغوط. يطبق الإغراق عادة عن طريق التخيل، و تستدعي هذه التقنية إتباع بعض الخطوات الضرورية كما يستحسن أن يقوم المعالج بإجراء تقويم نفسي للحالة قبل تطبيق الإغراق (أحسن جاب الله، 2010).

يذكر (Cottraux, 2001) أنه بالرغم من كونها أقدم التقنيات العلاجية و شيوع استعمالها إلا أنها تقنية محدودة الفائدة بالإضافة إلى المدة الطويلة التي تستغرقها.

كما يمكن استعمال طريقة تخفيض الحساسية التي تقضي بتعريض المريض للمنبه المؤلم و لكن بصورة تدريجية و ليس دفعة واحدة كما هو الحال في الإغراق (غسان يعقوب، 1999).

- **حركة العينين:** تقتضي هذه التقنية بإحداث حركات ارتجاجية على مستوى العينين و اشتراكها مع إحساسات في علاقة مع الانفعالات و الأفكار و الصور الصدمية، إن الأساس العلمي لهذه الطريقة لا يزال غير واضح و غير نهائي، حيث تعتقد Shapiro أن الأمر يرتبط بمبدأ الصد و الإثارة داخل الدماغ (Cottraux, 2001).

- **الاستعادة المعرفية:** تستخدم هذه الطريقة مع الناجين من التعذيب والحروب، ويبدو أن الحالة النفسية لهؤلاء الناجين تقف عائقا أمام التفكير المنطقي و لا تمكنهم من إدراك العوامل الخارجية (حقيقة التهديد و الخطر) و العوامل الداخلية (مثل مهارات التعامل).
- يمكن تطبيق الاستعادة المعرفية لمعنى الحدث ضمن شرطين:
- الشرط الأول و يقضي بتصحيح معنى السببية و توزيع المسؤولية.
- الشرط الثاني يقضي باستخدام الاستعادة المعرفية في جلسات العلاج الفردي حيث ينكب المعالج على معالجة الأفكار الخاطئة عند المريض و المتعلقة بنظرته إلى نفسه و إلى العالم و المستقبل (غسان يعقوب، 1999).

العلاج الأسري:

لقد زاد الاهتمام بدور الأسرة فيما يتعلق بمساعدة ضحايا الصدمات، من حيث تقديمها الدعم و التشجيع من أجل العمل على تخفيف معاناة المصدوم، كما يبدو أن لأعراض الضغط ما بعد الصدمة تأثير سلبي كبير على الحياة الزوجية و الأسرية، لذا فإن من مزايا تطبيق العلاج الأسري هو مساندة جميع أفراد الأسرة، تستعمل لذلك تقنيات مختلفة نذكر الارشاد الأسري عن طريق تطبيق السند الأسري و التربوي، بالإضافة إلى العلاج السلوكي الأسري و تركيزه على العلاج الانفعالي للصدمة داخل الزوج (Friedman, 2015).

العلاج الجماعي:

نجد العلاجات الجماعية التي تركز على السيكونديناميكية النفسية و العلاجات الجماعية التي تركز على التقنيات السلوكية المعرفية و هناك تلك التي تركز على السند، تعمل جميعها على مساعدة الناجين من الصدمات و دفعهم إلى مساعدة بعضهم البعض مع الاستعانة بالمعالج. يصبح العلاج الجماعي ذا فعالية أكبر لما يجمع ضحايا نفس النوع من الصدمة (مثل ضحايا الحرب، الاغتصاب، التعذيب، هجوم ارهابي، إلخ)، حيث يعمل ادراكهم لاشتراكهم في الشعور بالخوف و الضعف و الشعور بالذنب و الخزي على التخفيف من شدة الأعراض و تغيير معنى الصدمة (نفس المرجع السابق).

مثلما رأينا فإنه كلما كان العلاج مبكرا كان التنبؤ بالمرض جيدا، و يلعب المعالج دورا أساسيا في العلاج لذا عليه أن يكسب ثقة المريض و يعمل على تهدئة أعراض هذا

الأخير (القلق، الأرق، الاكتئاب) عن طريق الأدوية، كما يجب تجنب الاستشفاءات الطويلة التي تكون عامل مساعد على النكوص و الاستقرار في المرض. و على العموم من المهم أن يشعر المريض أنه مساعد و مفهوم دون تسهيل مواقف التبعية و الفوائد الثانوية فعلى الكفالة أن تكون متسقة مع متابعة جيدة، و أن لا تأخذ الخبرة صورة تحكيم قضائي بل عليها أن تتضمن إلى الكفالة المشتركة و تتمحور على إعادة تأهيل المريض (Lemperière et al, 2000).

خلاصة:

نستخلص مما سبق أن اضطراب الضغط ما بعد الصدمة هو من أبرز صور الصدمة النفسية لارتباط أعراضه مباشرة مع الخبرة الصدمية، و هي أعراض ثقيلة سواء من الناحية العيادية أو الاجتماعية، و ما يزيد في تعقيد الاضطراب هي النسبة المرتفعة للاعتلال المشترك التي تصل حتى "80 % من المرضى" (Ferreri et al, 2007) فيشترك الضغط ما بعد الصدمة مع اضطرابات أخرى على رأسها الاكتئاب، و على غرار الضغط ما بعد الصدمة فإن الاكتئاب يمثل هو الآخر أحد أهم الاضطرابات النفسية التالية للصدمة.

ثانياً: الاكتئاب

تمهيد:

يعد الاكتئاب من الأمراض الأكثر انتشاراً، " فحسب معطيات المنظمة العالمية للصحة (O.M.S) فإنه من 5 إلى 10% من سكان العالم يعانون من اضطرابات اكتئابية " (Norbet Sillamy, 2006, P 80)، كما يقدر أن كل واحد من بين خمسة أشخاص سيصاب يوماً ما بالاكتئاب خلال حياته، و ذلك مهما كان سنه أو وضعيته الأسرية أو الاجتماعية أو نمط معيشته، في جميع أنحاء العالم، لهذا فإن (O.M.S) تعتبر الاكتئاب على أنه أولوية الصحة العمومية (Mirabel-Sarron, 2008) .

1. تطور مفهوم الاكتئاب:

يعد Hippocrate (460-370 قبل الميلاد) و تلاميذته هم الأوائل الذين أدخلوا كلمة ميلونكوليا مع وصف للأعراض و وصف الأسباب الفيزيولوجية للمرض وفقاً لنظرية الأمزجة (Allilaire, 2007).

إن حقيقة الوصف والشرح الهيبوقراطي للميلونكوليا هو الكشف عن الإزدواجية القطبية لهذا المرض، من حيث التضاد بين القطب الهوسي للهيجان والقطب السودوي للثبيط. و قد اعتُبر المسبب لذلك هو مفعول تأثير "الصفراء الساخنة" المسؤولة عن الهوس أو "الصفراء الباردة" المسببة للسودا، في حين أن المزيج المتوازن بين المزاجين المتضادين هو الذي يضمن توازن الروح (Chabert, Kaës, Lanouzière, et Schniewind, 2005) .

و قد دخلت الميلونكوليا الإطار العام للاضطرابات العقلية في أواخر القرن الثامن عشر، فقد جاءت بعد التضاد الهيبوقراطي بين التهيجية الهوسية والاكتئاب الميلونكولي، فكرة التضاد بين الجنون الكلي والجنون الجزئي فأصبح الهوس هو صيغة الجنون العام.

و اضمحلت الميلونكوليا جزئياً في إطار الجنون الجزئي، يقوم هذا التمييز على مدى وجود اضطراب الحكم. في الجنون الكلي فإن العقل قد غاب كلياً، ذلك أن الهيجان الهوسي يرمي على النشاطات صبغة عدم تناسق تام، فلا يمكن الحصول من عند المريض في الحالات الخطيرة على كلام عقلائي، ولا تفكير منطقي، فكل التفكير تم جرّه في تسارع

وتسرب للأفكار، على عكس ذلك فإن الميلونكوليا، حتى في أخطر أشكالها، لا تؤثر على قوة التمييز إلا بصفة جزئية بالرغم من الصبغة التشاؤمية التي تغلب على التفكير، غير أنها لا تضعف نوعية التفكير، فيصبح هذا الأخير متحيز ولكنه منطقي و مترابط. فهو يدلّ بمعنى Pinel et Esquirol على أنه شكل من أشكال الجنون الجزئي، حيث قام Esquirol بعزله تحت تسمية (Lypémanie) ولكنه لا يعتبره أكثر من كونه نوع من أنواع الهذيانات الأخرى (Widlöcher, 1985, P 26).

ثم تمت إعادة اكتشاف أهمية العلاقة بين الميلونكوليا والهوس في (1854)، في آن واحد من طرف Baillarger الذي وصف الجنون المزدوج الشكل و J.-P. Falret الذي تكلم عن الجنون الدوري، فتم نسيان الجنون العام والجزئي حتى الملفت للنظر، و تمت إعادة اعتبار التضاد بين الحزن و الغبطة (euphorie)، و بين البطء و التسارع في التفكير، وبقي التساؤل حول الحالات التي يتناوب فيها الهوس والاكتئاب فقد كانت تشكل الدليل أن الأمر يتعلق حقيقةً بمرض مستقل. و لم تتموضع نهائياً فكرة المرض الواحد أي الجنون أو الذهان الهوسي الاكتئابي إلاّ مع الطبيب العقلي E. Kraepelin (نفس المرجع السابق، ص 26).

بعد أعمال E. Kraepelin، استمر المفهوم بالتطور خلال القرن العشرين ليصل في (1950) إلى التفرقة بين المرض الثنائي القطب والأحادي القطب. غير أن مفهوم أحادية القطب وبعد أن شمل جميع المرضى المكتئبين قد تم التخلي عنه من طرف مجمل التصنيفات منذ بداية الثمانينات (Mirabel-Sarron, et Leygnac-solignac, 2009, P 11). ذلك أنه تم بذل جهود كبيرة من أجل الحصول على اتفاق « consensus » حول العلامات العيادية التي تسمح بالتعرف على الحالة الاكتئابية. فقد تم وصف مختلف أشكال الاكتئاب الواحد تلو الآخر ولا تزال إلى حد اليوم دراسات قائمة حول أشكال جديدة (Mirabel-Sarron, 2008, P 22).

فقد وضعت التصنيفات انطلاقاً من اختلافات وصفية ومصادر لأسباب المرض واعتبارات تطويرية. لكن اكتشاف مضادات الاكتئاب ونجاحاتها مع مختلف أنواع الاكتئاب أهدر الإهتمام بالتصنيفات الإثنولوجية أي المتعلقة بأسباب الأمراض (Parot et Doron, 1998).

و ما يميّز العهد الحديث هو ظهور DSM-III في (1980) و إعطائه لتعريف إجرائي لكل تشخيص بطابع وصفي محايد، مما ساهم في تحسين دقة التشخيصات، ثم أصبح التطابق كاملاً إنطلاقاً من صدور DSM-IV و النسخة المنقحة العاشرة لـ CIM-10 لتصنيف (O.M.S) (Allilaire, 2007).

حيث ظهر مصطلح الاكتئاب الرئيسي (majeure)، مع العلم أن النوبات الاكتئابية تتميز بشدة خفيفة أو متوسطة أو شديدة (نقلاً عن Mirabel-Sarron, et Leygnac-solignac, 2009, P 11).

كما أصبحت بحوزتنا اختبارات واستبيانات لإستقصاء (dépister) الاكتئاب والسماح بتوجيه العيادي بطريقة آمنة نحو تشخيص الاكتئاب. تم كذلك بناء أدوات من أجل قياس حدة الاكتئاب بالإضافة إلى خطر الإنتحار (Mirabel-Sarron, 2008).

و قامت الجمعية الأمريكية للطب العقلي من خلال DSM-5 بالفصل نهائياً بين الاضطراب الثنائي القطب و ما تطلق عليه بالاضطرابات الاكتئابية، حيث تفسّر هذه التفرقة باختلافات جوهرية ترمي إلى مدّة الأعراض والتوقيت و لاعتبارات إيثولوجية (American Psychiatric Association, 2013).

2. تعريف الاكتئاب:

توجد أشكال مختلفة للاكتئاب، هذا التعدّد للتعبير ينتمي إلى التعريف نفسه للمفهوم، سنحاول تعريفه وتحديده. فاستعمال كلمة (dépression) في علم النفس المرضي لا يرجع إلّا إلى النصف الثاني من القرن التاسع عشر (XIX)، إذ وجب الانتظار حتى القرن العشرين (XX) كي يتم فصله على مصطلح "النوراستينيا" الوهن العصبي، الذي يوافق للكينونة التي تم وصفها من طرف Beard في الولايات المتحدة عام (1869)، وتقديمه "كعصاب الحياة المعاصرة" (نقلاً عن Pewzner, 1995).

الاكتئاب هو اضطراب عقلي يتميز باختلال في المزاج يتراوح من الحزن إلى السواد (الميلونكوليا)، فهو كثير التردد لدرجة أنه يحتل المرتبة الثالثة من الأمراض العالمية (Mirabel-Sarron, 2005)، إذ أنه يمس من 5 إلى 10% من المجتمع العام (Parot et Doron, 1998).

فهو حالة مرضية يمكنها أن تدوم أم لا، تتميز أساسا بالحزن ونقص النشاط والحيوية. يكون الشخص المصاب بالاكتئاب : قلق، يشعر بالملل و بفتور الحماس وعاجز عن مواجهة أتعفه الصعوبات، لا يمكن أن يأخذ أية مبادرة، يتألم من جرّاء عجزه وشعوره بأن قدراته العقلية - خصوصا الانتباه و الذاكرة- هي في تدهور و انحطاط، الشعور بالدونية الذي ينتج عن ذلك يزيد من حدّة الاكتئاب (Norbet Sillamy, 2006) .

فسيمائية الاكتئاب يسيطر عليها باشتراك المزاج الاكتئابي والبطء النفسي-الحركي، الشعور بالذنب وفقدان الأمل و التشاؤم اتجاه الوجود و الوهن والتغيرات بالزيادة أو بالنقصان للشهية وللوزن، فهي تنتم الجدول العيادي وهي على قدر متفاوت من شخص لآخر، كما أن الأفكار المتعلقة بالإنحار تستحق اهتمام خاص، فهي تمثل العامل الأساسي للتقييم لأن كل شخص مكتئب يقدم خطر انتحار (Parot et Doron, 1998).

بالإضافة إلى المزاج الاكتئابي فإنه يتم التأكيد أيضا على الاختلال الوجداني الذي يصيب المكتئب فيؤدّي إلى اضطرابات عديدة على مستوى الوظائف النفسية و الجسدية، إذ يقترح (Cottraux, 1999, P 05) تعريف الاكتئاب على أنه "اضطراب في الوجدان يظهر بصفة تناذر عيادي يغلب عليه المزاج المكتئب، يعطي التعريف السابق الأولوية للوجدان على المظاهر الأخرى للتناذر الاكتئابي، إذ يترجم الاكتئاب قبل كل شيء بالتعبير اللفظي وغير اللفظي لوجدانات حزينة أو عدوانية، كما أن هناك العديد من الوظائف التي تتدهور وتظهر على شكل اضطرابات في الوظائف".

كما تشير التصنيفات الحديثة للأمراض العقلية إلى الاكتئاب بغض النظر عن التفسيرات الإثيوباتولوجية، علما أن ما يميّز هذه العرضية هي أنها في "قطيعة مع الحالة السابقة للمريض، مع ظهور مفاجئ يتمثل في بضع ساعات في بعض الأحيان أو أكثر هدوءا من بعض الأسابيع إلى أشهر، حيث تكون اضطرابات النوم و القلق و سرعة الانفعال هي علامات بداية الاضطراب، تقدّر المدّة الدنيا لوضع التشخيص بأسبوعين، كما أن للنوبة الاكتئابية طابع تناذري يتعلق بالميدان الوجداني، والمعرفي، والسلوكي والجسدي" (Allilaire, 1997, P 257).

3. أعراض و علامات الاكتئاب :

تتنوع الجداول الاكتئابية الموجودة، غير أنها تضم نواة عرضية مشتركة، "تتضمن عناصر هذه النواة الاكتئابية تدرجات وشدّات متنوعة بحسب نوع الاكتئاب" (Pewzner, 1995, P 89) ، تتفرع النواة العرضية إلى مصراعين و هما اضطرابات المزاج والبطء الحركي والنفسي، كما تشير المحكات الحديثة إلى أعراض و علامات كثيرة و غالبا ما يكون الاختلاف بينها إنما يرجع إلى التسمية، سنحاول أن نقدّم هذه الأعراض بأكثر قدر ممكن من الشمولية.

1.3. المزاج الاكتئابي:

ما يميّز المزاج في الاكتئاب هو الحزن، الحزن بالرغم عن إرادة الفرد، فهو دائم، لا يمكن كبحه أو السيطرة عليه كما لا ينفع معه العزاء. يعبر عنه غالبا بالشعور بالإرهاق كأن يقول المريض "لم أعد أستطع"، يمكنه أن يبقى ضمنا لمدة طويلة، فيخفيه المريض أو ينكره، كما أن تعبيرات الوجه (الإيماءات) و نبرات الصوت غالبا ما تعبر عن اليأس وفقدان الشجاعة (Pewzner, 1995)، فتسيطر على المكتئب نظرة سلبية للوجود و للذات والتشاؤم (Mirabel-Sarron, 2008).

يؤدي فقدان الاهتمام بالآخرين وبالنفس وبالعالم الخارجي بالحديث عن قطع الاستثمارات بشكل عام. حيث يوافق فقدان اللذة الاكتئابي العجز المؤلم على الشعور باللذة في النشاطات أو الحالات التي عادة ما تكون ممتعة (Pewzner, 1995)، فيحدث انخفاض في النشاط، كما نجد أن انعدام اللذة و فقدان الاهتمام غالبا ما توجد في آن واحد مع الرغبة في الهروب عن طريق الانتحار، و تنقلص العلاقات الاجتماعية أو تنعدم تماما وعلى العكس يمكن أن يظهر نوع من التبعية بالنسبة للآخرين يترجم بضرورة الحضور الدائم (Cottraux, 1999).

التخدير الوجداني يرمي إلى عدم القدرة على الإحساس بمشاعر الحب اتجاه الأشخاص العزيزين، وغالبا ما تعاش ويعبر عنها بإحساس كبير بالذنب وفي أخطر الأشكال - الميلونكوليا - يكون المكتئب فريسة لألم نفسي شديد، يعبر عن أفكار لعدم الكفاءة والتقصير و خفض قيمة الذات و خصوصا أفكار عدم الإستحقاق و الإحساس بالذنب، كما يوجد لوم واتهامات الذات (Pewzner, 1995, P 88).

تجدر بنا الإشارة إلى أهمية التفرقة ما بين الحزن المرضي و الحزن الذي له مبرر، وأيضا بين المزاج القلق وانعدام الدافعية الانفعالية غير أن المزاج الحزين ليس النموذج الوحيد للاكتئاب، فأحيانا تكون العدوانية هي المسيطرة، مع مستويات مختلفة من أبسط الآثار إلى الغضب الشديد، إلى الرفض و إلى سلبية المزاج حيث تسيطر وتخفي اكتئاب حقيقي، من الممكن أيضا أن نجد مزاج يتسم بعدم المبالاة، فالشخص يعطي للعلاقة نوع من البعدية، حيث تكون محمية ببعض الأوتوماتزمات الاجتماعية بدون معنى أو بنوع من البرودة التي لا تشجع على الاتصال (Boyer, Guelfi, et Pull, 1983).

لا يجب أن يصبح هذا الفقر في المزاج مطمئنا، وبالخصوص فيما يتعلق بالإنحيار، كما يمكن لحالة الفرح المصطنعة و مجرد التظاهر لبعض المكتئبين الذين لا تمثل التعابير الظاهرية حقيقة التخريبات (التشويهات) العميقة للمزاج لديهم، أن تكون طريقة لإبقاء الآخرين بعيدين عن المعاناة التي يعيشونها (نفس المرجع السابق).

و من وجهة المعايير التشخيصية فإن التصنيفات المرضية تقبل غياب المزاج الاكتئابي في تشخيص اضطراب الاكتئاب، بشرط وجود فقدان الاهتمام أو اللذة بالنسبة لـ DSM-IV وفقدان الاهتمام و اللذة و نقص الطاقة بالنسبة لـ CIM-10 (Allilaire, 2007).

2.3. إصابة النطاق المعرفي:

تظهر من خلال انخفاض تقدير الذات و عدم القدرة على اتخاذ القرارات و التشاؤم وفقدان الأمل من دون أي سبب موضوعي لذلك (Cottraux, 1999, P 05).

يمكن للاضطراب المعرفي الاكتئابي إذن أن يحوي على أفكار تُخَفِض من قيمة الذات، حيث يكون وجودها متفاوتا من شخص لآخر ولكنها لا تغيب أبدا، يؤدي سوء تقدير الذات لدى المكتئب لتقييم سلبي للصحة وللقدرة وهي مبنية على مقارنات، مثلا مع الماضي فيصبح المكتئب نموذج ذاتي تاريخي، أو مثلا يكون الآخرون من يمدونه بالمراجع وحسب الحالات نتكلم عن نقص أو فقدان الثقة بالنفس أو ضعف لتقدير الذات (Boyer et al, 1983).

يتعلق التقييم الاكتئابي كذلك بالعالم، فيصاب أيضا في متانته، في ضماناته ومستقبله (نفس المرجع السابق)، إذ تتشوه تصورات المكتئب بخصوص المستقبل (Mirabel-Sarron,

(2008, P 27) ، هذا التخفيض لقيمة (الذات) المتشائمة يمكن أن يبقى في تحفظ أو أن يصبح كاريكاتوريا وسخيفا لدى بعض الميلونكوليين. ويبقى الشيء الأكثر تميزا للنموذج المعرفي الاكتئابي هو قيام لنظام سلبي في علاقة الفرد مع (العالم) فينعدم التبادل والتعامل بالمثل فهو يميل إلى التوضع في سلبية طفيلية محضى والتي يعبر عنها بالشكاوي مثل: "لا أعلم أي شيء، ليست لدي قيمة، ما أقوم به ليس جيد، يقبلون بي من باب الشفقة، إلخ". تكون هذه السلبية هي مصدر الإحساس بالمديونية، التي تغذي الإحساس بالذنب (Boyer et al, 1983).

و في بعض أشكال الاكتئاب تكون هناك مواقف الشفقة على الذات هي المسيطرة، مع الإحتجاجات و الإتهامات الموجهة نحو المحيط مع معاش للظلم، يغيب الشعور بالذنب و يعوّض بالشعور بالهجر و التخلي من طرف الآخرين الذين تلقى على عاتقهم مسؤولية هذه الحالة الاكتئابية (Allilaire, 2007).

3.3. الأفكار حول الموت و الإنتحار:

فكرة الموت التي يمكن أن نوجهها لوقف الألم هي فكرة إنتحارية يمكنها أن تبقى غامضة في حد ذاتها، كما يمكنها أن تتجسد بصفة مخيفة باختيار وسائل محدّدة، إذ يظهر الإنذار بما تُنبئُهُ بدايات تحقيق الخطة الإنتحارية بجمع الأدوية أو مادة سامة أو سلاح ناري). غالبا ما يكون هناك اشتراك لمختلف مراجع الموت، ففي هذه الخلفية الدائمة، يجب أن ننتبه لظهور العلامات التي تسبق المرور إلى الفعل، فما هو على المحك في أغلب الأحيان هو قطع علاقة أساسية (عائلية، مهنية، علاجية) (Boyer et al, 1983).

كما تزيد بعض سمات الشخصية من احتمال اللجوء إلى الإنتحار كالشخصيات الإندفاعية و التي لا تقبل المساعدة من طرف الآخرين أو بعض الاعتلالات المشتركة كالإدمان على الكحول (Allilaire, 2007).

نشير أيضا إلى أنه في سياق اكتئابي، فإن الإنتحار لا يصبح اختيارا و إنما هو الحل الوحيد بالنسبة للمريض للخروج من ألم لا يطاق أو قد طال في الزمن و لا يزال قائما (نفس المرجع السابق).

و يبقى الإنتحار من دون أدنى شك، أخطر التعقيدات للأمراض الاكتئابية، حتى وإن تم الفشل في تحقيقه، إذ يمكن لمحاولة الإنتحار أن تُبقي آثارا أو عجزا دائما. و عليه يجب مراقبة المرضى و ذلك حتى في مرحلة العلاج خصوصا خلال طور " منعطف المزاج" أين يكون التحسن على شكل أسنان المنشار، مع الصعود و النزول. فأخطر المراحل هي تلك التي تأتي بعد العلاج وهي مرحلة تدوم فيها الأعراض فهي اكتئاب لا تتحسن بالقدر الكافي، و عندما تدوم هذه الوضعية، ينتهي المريض بالمقاومة بأكثر الطرق تشاؤما، في لحظة غير متوقعة. مع العلم أن الأغلبية الساحقة للإنتحارات الفعلية تنحصر بعد 35 سنة، ويزداد التردد مع السن علما أن الرجال هم أكثر عرضة من النساء بنسبة إثنان أو ثلاثة مرات (Deniker, 1996, P 213-214).

4.3. الببط النفسى و الحركى:

هي أعراض تظهر للملاحظ من الوهلة الأولى (Cottraux, 1999, P 05)، فيبدو المكتئب بوجه عتم، و صوت منطفئ، و حركات غير كاملة، و مشية بطيئة، كما يتم إلغاء كل المبادرات و تصبح النشاطات بطيئة و تتطلب جهد (Mirabel-Sarron, 2008, P 27). فيما يخص النشاط الحركى فإنه يتغير زيادة أو نقصانا، إعتياديا نحو البطء، يمس هذا البطء مجمل حركية الجسم وعلى وجه الخصوص طريقة المشى و الإيماء و تدفق الكلام (débit verbal)، كما نلاحظ أحيانا وجود إثارة (Pewzner, 1995) (agitation) والتي تشترك غالبا مع وجود قلق شديد، يمكن أن نجد عند المكتئبين الذين يعانون من تدهور في قدرات التركيز و الإنتباه احتمال وجود مشترك بين البطء النفسى و الإثارة الحركية (Allilaire, 2007).

غالبا ما يكون النشاط النفسى مضطربا بمعنى البطء، فننكلم عن تثبيط نفسى لوصف البطء العام في السيروروات العقلية (Pewzner, 1995)، إذ يعاني المكتئب من بطء في التفكير ومن اضطرابات في التركيز و في الذاكرة، وهو ما تؤكد العديد من الدراسات التي تحدد أن الذاكرة قصيرة المدى هي الأكثر اضطرابا نظرا لما تتطلبه من مجهود معرفى فوري، كما تشير الدراسات أن بقاء هذه الاضطرابات بعد علاج الاكتئاب إنما يدل على القابلية الكبيرة للإنتكاس (Allilaire, 2007).

5.3. الأعراض الفيزيولوجية (الجسمية):

يكون الوهن اعتياديا مع قابلية شديدة للتعب، حيث لا يمكن تفسيره، و تكون مصدر شكاوي متعددة، كما أن صعوبة التصرف تنمي المعاش الاكتئابي. فكل شيء في لباس وتعبيرات المكتئب تترجم السأم و الإرهاق (Pewzner, 1995). يطلق على هذا التعب الشديد بالوهن الاكتئابي، فعلى عكس التعب المرتبط بمرض جسدي فإن الوهن الاكتئابي لا يتحسن عن طريق الراحة أو النوم (Allilaire, 2007).

غالبا ما نجد اضطرابات جنسية وهي ترتبط بانخفاض الليبيدو (Pewzner, 1995)، ونقص في الطاقة بشكل عام (Cottraux, 1999).

بالإضافة إلى اضطرابات في الشهية، التي نجدها غالبا في صورة الخلفة بمعنى فقدان الشهية (Pewzner, 1995)، أو على العكس أي الزيادة في الشهية (Cottraux, 1999).

غالبا ما تكون لاضطرابات النوم قيمة عرض، إذ يكون النوم دائما مضطربا و يمكن أن يتعلق الأمر بالإفراط في النوم، ولكن غالبا ما نجد أن الأرق هو الاضطراب الأكثر وجودا، يمكن للأرق الذي يصيب المكتئب أن يأخذ أشكالا متنوعة، كالصعوبة في الدخول في النوم التي أكثر ما نجدها في الاكتئاب ذات الطابع القلبي، كما يمكن أن يتعلق الأمر بأرق وسط الليل أو أرق نهاية الليل مع استيقاظ مؤلم، اجترارية مرضية وأحيانا انتحارية، كما أنه غالبا ما يكون الأرق مختلطا فنجد أنه يجمع بين الصعوبات في الدخول في النوم والاستيقاضات الليلية والاستيقاظ المبكر أي في بداية الصباح (Pewzner, 1995, P 89).

إحدى العلامات للرسم الكهربائي للدماغ الأكثر وجودا هي قصر في ظهور أولى مراحل النوم النقيضي (الحالم)، أي أقل من 10 دقائق مقارنة بـ 90 دقيقة عند الشخص السليم، بالإضافة إلى اختلال مراحل النوم كنقص النوم العميق ذو الموجة البطيئة و تقلص مدة النوم النقيضي. فالنوم السيء الجودة و غير المصلح نجده تقريبا في جميع الاكتئابيات. (Boyer et al, 1983).

من السهل الخلط بين اضطرابات النوم التي ترجع إلى المشاكل والصعوبات أو إلى القلق من جهة، مع الأرق الذي يميز الاكتئابيات من جهة أخرى، فالأولى تعطل الدخول في النوم حيث يقوم الفرد باجترار التفكير حول انشغالاته (التفكير باستمرار)، بينما ينحصر

الأرق الاكتئابي غالبا في نهاية الليل: أي هو الإستيقاظ في الصباح الباكر، مما يقلص مدة النوم فلا يصبح نوما مصلحا (Deniker, 1996, P 41).

كما تم وصف عدد هائل من الاضطرابات الأيضية، والغددية العصبية الاعاشية، إلخ، خلال الحالات الاكتئابية، فقدان الشهية، كما نجد بالإضافة إلى فقدان الشهية التي سبق ذكره حالة من الجفاف (saburral) للقنوت الهضمية، كما أنه غالبا ما نجد الإمساك، الحساسية المفرطة للبرد، برودة الأطراف هي أيضا من الشكاوي الإعتيادية، نقص الليبيدو هي من دون شك عنصر من سحب الإستثمار العام، ولكن لا يجب إبعاد احتمال اضطراب غددي-أيضي مشترك كنفافة واضحة أو بدانة، و اضطراب في عسر الطمث، إلخ (نفس المرجع السابق).

الإشتراك المعتل في إطار الاكتئابيات الثانوية يعقد التشخيص، و بالمثل فإن احتمال الاكتئابيات المقنعة يجب أن تؤخذ بعين الاعتبار أيضا، الكثير من هذه الأعراض الفيزيوباثولوجية تجد تفسيرها تبعا لمعطيات التسلسل الزمني، الفحوصات الإضافية (اختبار Dexaméthasone، و يمكن أن نقول باختصار، أن المكتئب لا ينام جيدا، لديه شهية ضعيفة ويبيد نقص في الحيوية في كل نشاطات الحياة (نفس المرجع السابق).

يمكن أن نقول أن الشخص المكتئب يميل إلى العزلة و قلة النشاط و عدم الاقبال على الحياة بصفة عامة و يلاحظ على المكتئبين أنهم يميلون إلى اليأس و عدم الاقبال على القيام بأي عمل و بطء الحركة و يشمل ذلك هبوط وظائف الجسم الحيوية، أيضا يتكلم المريض بصوت منخفض و نبرة حزينة و لا يتحدث بصورة تلقائية و يرد بصعوبة على الآخرين إذا طلب منه ذلك و يخلو التعبير المصاحب للكلام من الإيماءات والإشارات التي تصاحب عادة الحديث مع الآخرين (الشرييني، 2001، ص 97)

4. المعايير التشخيصية للاكتئاب الرئيسي حسب التصنيفات العالمية:

1.4. المنظمة العالمية للصحة :

من بين الوسائل المستعملة في تشخيص الحالات الاكتئابية الرئيسية (majeurs) هي المعايير العيادية التي تسمح بتحديد أصناف الأمراض، حيث تكون مدرجة في حد ذاتها في تصنيفات عالمية، كالمنظمة العالمية للصحة (O.M.S) التي حددت المعايير التشخيصية للاكتئاب الرئيسي كما يلي:

المعايير العامة:

- يجب على النوبة الاكتئابية أن تدوم أسبوعين على الأقل.
- غياب الأعراض الهيبوهوسية أو الهوسية التي توافق معايير نوبة هوسية أو هيبوهوسية في أي فترة من حياة الفرد.
- لا ترجع النوبة إلى استعمال منشطات نفسية أو إلى اضطراب عقلي عضوي معروف (identifié).

حضور عرضين على الأقل من الأعراض الثلاث التالية:

- مزاج مكتئب لدرجة غير عادية بالنسبة للحالة، موجود غالبا طوال النهار وتقريبا كل يوم، لا يتأثر هذا المزاج إلى حد كبير بالظروف ويدوم خلال أسبوعين على الأقل.
- نقص كبير في الاهتمام والمتعة اتجاه نشاطات ممتعة عادة.
- نقص في الطاقة أو ارتفاع القابلية للتعب.
- حضور واحد على الأقل من الأعراض الأربعة التالية، من أجل الحصول على مجموع أربعة أعراض على الأقل:
- فقدان الثقة بالنفس أو التقدير الذاتي.
- شعور بالذنب غير مبرر ومبالغ فيه.
- أفكار حول الموت أو أفكار انتحارية متكررة أو سلوك انتحاري مهما كان نوعه.
- نقص القدرة على التفكير أو على التركيز (سواءً يشار إلى ذلك من طرف الحالة أو ملاحظ من طرف الآخرين) يظهر ذلك من خلال عدم القدرة على اتخاذ القرارات أو التردد.

- تغييرات في النشاط النفسي - الحركي الذي يتميز بتهيّج (agitation) أو بطء مشار إليه أو ملاحظ.
- اضطراب في النوم مهما كان نوع الاضطراب.
- تغييرات في الشهية (بالنقصان أو بالزيادة) مع تغييرات موافقة في الوزن (نقلا عن (Mirabel-Sarron, 2008, P 115-116).

2.4. الجمعية الأمريكية للطب العقلي (DSM-IV):

يتم تشخيص الاكتئاب الرئيسي حسب الدليل الإحصائي و التشخيصي للاضطرابات العقلية الرابع كما يلي:

المعيار A. وجود خمسة أعراض أو أكثر خلال نفس الفترة و لمدة أسبوعين، و التي تمثل تغيرا عن السلوك السابق، و يكون أحد الأعراض إما (1) مزاج اكتئابي، أو (2) فقدان الاهتمام أو فقدان المتعة.

ملاحظة: عدم إدراج أعراض ترجع إلى مرض طبي عام.

1A مزاج اكتئابي معظم الوقت، يشار إليه من طرف المريض (بالشعور بالحزن و الفراغ) أو ملاحظ من الآخرين (بكاء).

2A انخفاض كبير في الاهتمام و الإحساس بالمتعة بكل أو بأغلبية النشاطات طوال النهار أو كل يوم تقريبا.

3A انخفاض معتبر في الوزن (5 %) مع عدم إتباع نظام حمية، أو انخفاض أو زيادة الشهية كل يوم.

4A أرق أو إفراط في النوم كل يوم تقريبا.

5A هياج أو خمول نفسي حركي كل يوم تقريبا.

6A الشعور بالتعب وفقدان الطاقة كل يوم.

7A الشعور بعدم القيمة و الشعور بالذنب بصفة مبالغة (يمكن أن يكون على شكل هذيان) كل يوم تقريبا.

8A ضعف القدرة على التفكير أو التركيز أو التردد تقريبا كل يوم (يشير إليه المريض أو يلاحظ من طرف الآخرين).

- 9A** التفكير في الموت بصفة متكررة (ليس فقط الخوف من الموت)، أفكار انتحارية متكررة بدون خطة مضبوطة أو محاولة انتحار أو مع خطة انتحارية.
- المعيار B.** تتسبب الأعراض في معاناة نفسية شديدة عياديا أو تدهور في التوظيف الاجتماعي و المهني أو في مجالات أخرى ذات أهمية.
- المعيار C.** لا تكون الأعراض ناجمة عن تأثيرات فيزيولوجية مباشرة لمادة معينة أو داء طبي عام.
- المعيار D.** لا تتوافق الأعراض مع معايير الاضطرابات الفصامية.
- المعيار E.** لم يسبق أبدا ظهور نوبة هوسية أو هوسية خفيفة.
- يصاحب التشخيص غالبا بمحددات حول الشدة، كأن يكون اكتئاب خفيف، أو معتدل، أو شديد (American Psychiatric Association, 1996).

يتم تشخيص الاكتئاب حسب (DSM-5) مع الإشارة إلى الشكل الذي ينتمي إليه ضمن الأشكال التالية: الشكل القلبي، و المختلط، و الاكتئاب مع خصائص ميلونكولية، والاكتئاب مع خصائص غير نمطية، و الاكتئاب الذي يتوافق مع ميزات ذهانية، و الذي يتعارض مع الميزات الذهانية، الاكتئاب مع خصائص الكتاتونيا، و بعد الولادة، والاكتئاب مع النمط الفصلي (في النوبات المتكررة فقط) (American Psychiatric Association, 2013).

5. أنواع و أشكال الاكتئاب:

ينقسم الاكتئاب إلى عدة أنواع، ويرجع سبب هذا التنوع إلى تعدد أشكاله ومسبباته، نجد أن هناك من التقسيمات التي تعتمد على سيميائية الاكتئاب فتفرق بين الاكتئاب الذي يغلب عليه البطء و الاكتئاب الذي يغلب عليه عنصر القلق، و من التقسيمات أيضا تلك التي تقوم على أصل الإصابة، فنجد الاكتئاب ذو الأصل النفسي كالاكتئاب العصبي أو ذو الأصل العضوي كالاضطراب ثنائي القطب و الاكتئاب التراجعي، و أخيرا هناك الأنواع العرضية، إذ يمكن للاكتئاب أن يظهر كعرض لإصابات عصبية أو عضوية بشكل عام أو عرض لاضطرابات عقلية. تكون الاختلافات بين هذه الأنواع جلية في بعض الأحيان، في

حين يجب البحث عنها بعناية أحيانا أخرى، نقوم في هذا العنصر بعرض أبرز هذه التصنيفات.

1.5. الاكتئاب النفسي المنشأ:

هو الاكتئاب الذي يرتبط بحدث حديث الوقوع، و هو حدث ذو طبيعة اجتماعية أو فيزيائية، و في هذا الصدد يقول (Widlöcher, 1985, P 122) أن " البرهنة على هذه العلاقة السببية ليس من السهل، فهي ليست ثابتة لدرجة أن تكون لديها قيمة تجريبية، فهو مجازفة بمبدأ جروحية، أكثر من سبب كافي".

كما تشير الأدبيات أنه اكتئاب يحدث بعد صدمة عاطفية أو حداد (Delmont et Lucht, 1995) ، و أنه يرتبط بوضعية نفسية صراعية، فيشعر الفرد أنه معزول ومهجور وغالبا ما يرجع مسؤولية ما يحدث له على الآخرين ويضع نفسه في وضعية ضحية أكثر من كونه ظالم، وهو بطبيعة الحال جد مختلف عن الاكتئاب الميلونكولي.

غالبا ما يكون القلق ظاهرا، بالإضافة إلى التظاهرات السوماتية، حيث أن الأكثر ترددا منها هي (الإحساس بوجود ضيق على مستوى العنق، زيادة نبضات القلب، اختناق، دواخ)، بالإضافة إلى المخاوف المتعلقة بالمستقبل، غير أنه لا يتعلق بالمستقبل المسدود أو بفقدان الأمل الخاص بالميلونكولي (Pewzner, 1995).

الكف (البطء) الذي يعبر عنه خصوصا بمعنى التعب و الملل و العجز على تحمل الأعمال اليومية، مع عدم وجود البطء النفسي والحركي الكبيرين الذين نجدهما عند الميلونكولي، كما أن الحركات التعبيرية و الإيماءات تختلف كثيرا عن الإيماءات المتصلبة للميلونكولي، الذي يدل أن العنصر العلائقي لا يزال موجودا، ولو بقدر ضئيل (نفس المرجع السابق).

ما يميز الاكتئاب النفسي المنشأ أيضا هو شيوع وجود السلوكات الانتحارية، مع العلم أنه غالبا ما يكون للسلوك الانتحاري قيمة طلب المساعدة، ومحاولة تجنيد الأقارب، ونادرا ما تكون محاولة الانتحار ذات طابع نهائي الذي يعطيه له الميلونكولي الذي يباشر إلى قتل فعلي إزاء ذاته، غير أنه لا يجب الاستخفاف بخطورة السلوك الانتحاري، تحت عذر

أنه اندفاعي و فيه سوء تهيئة، مما يجعله أقل خطورة، أو أن له قيمة مناورة للأشخاص المقربين. لذا فإن محاولة الانتحار يجب دائماً أن تؤخذ محل الجدّة.

وجود الاضطرابات السوماتية للقلق (angoisse) كآلام على مستوى الرأس، دواخ، اضطرابات النوم، اضطرابات الشهية، اضطرابات جنسية، و أعراض تحويلية سوماتية، يمكن أن تكون لها قيمة اكتئابية حقيقية (خصوصاً في بعض الثقافات) (Lemperière et al, 2000).

سلبية تقييم الذات في علاقة مع تناقص أو انقطاع الانجازات الخارجية التي تزيد من قيمة الذات، فتصبح أدنى مكافأة تؤدي إلى تحسن مدهش، كما أن أدنى خيبة أمل - بالنسبة للملاحظ - تحطم بنفس السرعة، وهذا ما يميّز الاكتئاب عند الهستيري، و يشير Malet (1995) أن نقص تقدير الذات يشغل وضعية رئيسية في الاكتئاب العصابي، ويؤكد أن العصاب التحتي للتظاهرات الملاحظة هو بشكل أساسي هستيري (نقلا عن Pewzner, 1995, P 91).

2.5. الاكتئاب الميلونكولي:

يمثل هذا النوع الجدول العيادي الأكثر نموذجية حتى وإن لم يعد يتطابق مع الأنواع الأكثر انتشاراً. يعتبر على أنه نوع باطني مضاد للأنواع الرد فعلية أو نفسية المنشأ، في نوع من النقاش النظري الذي لطّف حالياً (Parot et Doron, 1998).

من الصعب أن نوجه أصبع الاتهام إلى حدث مسبب أو صراع يكون الأصل في الوضعية الميلونكولية، فالمريض هنا يوجه العتاب لذاته ولا يرى إلا ذاته كمصدر ممكن لألمه، فلا يتموضع الفرد على أنه ضحية وإنما كظالم، كما أنه لا يتّهم الآخرين وإنما نفسه فقط (Pewzner, 1995).

غالبا ما توجد سوابق عائلية أو شخصية لحادث عرضي ميلونكولي أو هوسي، مع ظهور البطء النفسي الحركي بصفة مفاجئة وكلية، و لا يتأثر المزاج الحزين والألم النفسي بتاتا بموقف المحيط والأقرباء. كما يكون فيه السلوك الانتحاري خطير، ولا يأخذ أبدا قيمة تهديد أو مناورة أو طلب المساعدة (نفس المرجع السابق).

هناك احتمال وجود اعتقادات هذيانية، غير أن استمرارها لأكثر من أسبوعين مع غياب اضطراب المزاج إنما يدل على إصابة ذهانية كالفصام مثلا، كما يمكن حضور هالوس سمعية (Allilaire, 2007).

تكون الاضطرابات السوماتية من مخلفات البطء والخلفة، ونادرا ما تحمل صفة البحث عن طلب العلاج، مثلما هو الحال في الاكتئاب العصابي. للعلاج الكيميائي آثار جيّدة مع النوع الميلونكولي، في حين أن ليس له مفعول كبير و كامل على العصابي.

على عكس الاكتئاب العصابي الذي لا يمثل كينونة منسجمة في العمق و الخطورة، فحتى التعبير العيادي للاكتئاب يكون متغيّرا، فإن الميلونكوليا اكتئاب باطني تكون العرضية فيه أحادية نسبيا والتطور يتم في مراحل دورية (Pewzner, 1995).

3.5. الاكتئاب المزمن أو المقاوم (dysthymie) :

نجد فيه عرضية اكتئابية دائمة لمدة تفوق سنتين، تتسبب هذه العرضية في سوء تكيف اجتماعي أو مهني (Delmont et Lucht, 1995)، نلاحظ غالبا وجود تعب مزمن و الشعور بفقدان الأمل، و أحيانا اضطرابات النوم و الشهية، غير أن ما يميّز هذه العرضية هي شدّتها المتوسطة مقارنة مع النوبة الاكتئابية، علما أن (25%) من المصابين بالاكتئاب المزمن سيتعرضون لنوبات اكتئابية رئيسية بعد السنتين و هنا يوضع تشخيص اكتئاب مزدوج (Allilaire, 2007).

4.5. الاكتئاب المقنع:

نتكلم عن اكتئاب مقنع لما يكون اضطراب المزاج بعيدا عن الواجهة، يكون مقنعا بشدّة أهمية التظاهرات السوماتية والشكاوي الوسواسية للمرض، تبدو هذه الأعراض أنها اللّغة الوحيدة التي تسمح للمريض بالتعبير عن ألمه و الوسيلة الوحيدة للاتصال مع الآخرين، يعتبر البعض البطء النفسي الحركي على أنه العنصر الأساسي والأكثر ثباتا في الاكتئاب، فهو النواة الصلبة التي تأتي لتتضم نماذج تعبيرية مختلفة بحسب الأصول الثقافية للمرضى، وعليه فإنه في المجتمعات غير الغربية، كإفريقيا السوداء التقليدية خصوصا، لا يتم التعبير عن الاكتئاب بمعنى مشاعر الدّل و عدم الإستحقاق والشعور بالذنب وإنما بمعنى مشاعر

الاضطهاد، يكون هنا أصل (المرض) والألم لا يقع في الداخل وإنما يكون خارجا عن الشخص المريض (Pewzner, 1995).

كما تكون التظاهرات السوماتية هي الأكثر ترددا، فيعبر المريض عن الألم النفسي بتعبيرات لمرض جسدي، و يمكن أن يكون قناعا نفسيا على شكل اضطرابات التغذية كالخلفة النفسية أو الشراهة، و اضطرابات جنسية كالضعف أو البرودة الجنسية، أو سلوكيات ادمانية، كما يمكنها أن تظهر بصورة اضطرابات عصابية (قلقية) كالقوبيات والوساوس و المخاوف المرضية (Delmont, et Lucht, 1995).

وما يُمكن المختص من التشخيص هو إمكانية ربط هذا المعادل الاكتابي مع الاضطراب المزاجي من خلال المعلومات حول وجود سوابق اكتئابية شخصية و أسرية، و وجود عامل مسبب (كانفصال أو فشل، إلخ)، بالإضافة إلى خصائص هذا المعادل الاكتابي كأوقات تفاقم الأعراض و خصوصا في الفترة الصباحية، الاهتمام الزائد والتمركز حول العرض و أيضا وجود نبرة تشاؤمية و قابلية للقلق (نفس المرجع السابق).

هو اكتئاب يكثر وجوده في شمال إفريقيا، وغالبا ما يؤدي عن خطأ إلى إفراط في الاستشارات الطبية والاختبارات و التحاليل المختلفة مع تناول مختلف أنواع الأدوية (Douki, Moussaoui et Kacha, 1987).

5.5. الاكتئاب ذو الطابع الموسمي:

يظهر عادة في فصل الخريف و الشتاء، يتميز غالبا بوجود الإفراط في النوم، والإفراط في تناول الطعام، و البطء النفسي- الحركي، و يعتمد علاج الاكتئاب الموسمي بتعريض المريض لضوء اصطناعي لمدة ثلاثة أو ستة ساعات في اليوم (Delmont et Lucht, 1995).

ويستوجب لوضع تشخيص الاكتئاب الموسمي استبعاد وجود ضغط نفسي-اجتماعي موسمي أو تاريخ صدمي (Allilaire, 2007).

6.5. اكتئاب ما بعد الولادة:

اكتئاب ما بعد الولادة (post-partum) هو اكتئاب يفترض فيه تورط التغيرات الهرمونية، كما هناك دور تلعبه العوامل النفسية-الاجتماعية، و يشير أغلب الباحثين أنه

يمكن أن يظهر حتى ستة أشهر بعد الولادة، و انطلاقاً من الاعتبار الأخير فهو إذن يمس ما بين 10 إلى 20 % من المنجبات (Allilaire, 2007) .

له نفس عرضية النوبة الاكتئابية، بالإضافة إلى اشتراك أفكار حول الاعتداء على الطفل و التي يمكنها أن تأخذ صورة فوبيا، مع العلم أن الأشكال الميلونكولية الخطيرة هي ذات ظهور مبكر أي ما بين الأسبوع الثاني و الثالث بعد الولادة و أن خطر الانتحار يكون مرتفعاً في هذه الأشكال مع مشاريع قتل المولود الجديد و الأطفال الآخرين للمريضة (نفس المرجع السابق).

7.5. الاكتئاب التراجعي (D'Involution):

تم وضعه من طرف Kraepelin في (1896) ويتم تعريفه عادة على أنه تناذر اكتئابي يظهر لدى الفرد في مرحلة تراجع (involution) بشرط أن الفرد لم يقدم سابقاً أي تظاهرات تخص الهوس - الاكتئابي وأن اكتئابه ليس اكتئاباً ثانوياً لإصابة عضوية عصبية يلعب القلق فيه دوراً أكثر أهمية، ويكون البطء النفسي الحركي أقل أهمية مما هو عليه في الذهان الهوسي-الاكتئابي (Pewzner, 1995). ذلك أنه يمثل جدول لتدهور لدى كبار السن فهو مظهر من مظاهر بداية العته (démence) (Delmont et Lucht, 1995).

8.5. الاكتئاب كعرض و الاكتئاب الثانوي:

ترتبط بعض الاكتئابيات ببعض الأمراض لدرجة يصعب فيها الجزم عن أصل الاضطراب، فيصعب القول إن كان الأمر يتعلق باكتئاب أولي أو ثانوي، هو الحال في بعض السلوكات-السمات و الاضطرابات النفسية أو عندما يرتبط الاكتئاب بمرض عضوي، الذي غالباً ما يكون مزمناً (Mirabel-Sarron, 2008, P 63).

غالباً ما يظهر الاكتئاب بعد سنوات من معاناة الفرد جرّاء اضطراب القلق، إذ أنه أكثر من 70% من المرضى الذين يعانون من الاكتئاب قد سبق لهم وأن تعرضوا لاضطراب القلق في الماضي، أصعب الأمور في هذه الحالة هو التفرقة بين اضطراب القلق القديم والاكتئاب الحالي (نفس المرجع السابق).

يوجد الاكتئاب كعرض أيضاً في الفصام، حيث يأخذ أشكالاً مختلفة، و هو ما تمت الإشارة إليه منذ Kraepelin و Bleuler (Pichot, 1983).

يمكن للاضطرابات الاكتئابية أن تشير إلى بداية الأمراض العضوية أو أن تعقد تطورها، من بين هذه الأمراض هناك العصبية كوجود ورم عصبي، مرض باركنسون، عته الشيخوخة، و هي أمراض يمكنها أن تتطور تحت غطاء اكتئابي، نذكر أيضا الأمراض الغدية و خاصة مرض Cushing و مرض Addison أين يظهر الاكتئاب بصورة صريحة، كما يمكن للاكتئاب أن يسبق ظهور مرض السل أو سرطان المسارات الهضمية، بعض الأدوية تقدم خطر ظهور أعراض اكتئابية بالإضافة إلى مرحلة الفطام في علاج المدمنين (Lemperière, et al, 2000).

هناك من الأمراض العضوية التي غالبا ما تسبب نوبات اكتئابية، مثلما هو الحال في أمراض القلب والأمراض الغدية (داء السكري، مرض الغدة الدرقية، وما فوق الكظر، إلخ)، والأمراض الفيروسية (السيدا، إلخ)، والأمراض العصبية والسرطانات. تدعى هذه الاكتئابيات الاكتئاب الثانوية لأنها تظهر بعض الأسابيع أو بعض الأشهر بعد بداية الإصابة الجسدية (Mirabel-Sarron, 2008, P 61).

6. النماذج النظرية في تفسير الاكتئاب :

1.6. النموذج التحليلي:

دراسة الاضطرابات النفسية الخاصة بالحداد سمحت لـ Freud بتحديد إطار تحليلي لعواقب فقدان الموضوع (Parot et Doron, 1998)، حيث يرى Freud في كتابه « Deuil et mélancolie » (1915) أنه بالرغم من التشابه بين الحداد و الميلونكوليا، غير أن الأول يرتبط بفقدان موضوع، أما الثاني فهو فقدان نرجسي إذ يتحول فقدان الموضوع الأصلي (originaire) إلى فقدان الأنا و يؤول الصراع بين الأنا و الشخص المحبوب إلى إنشقاق بين نقد الأنا و تغيير الأنا عن طريق التماهي، و هو ما يفسر العرضية الخاصة بنقد الذات و الوصف السلبي لها. (نقلا عن Chabert et al, 2005).

وتمت تكملة هذا الإطار النظري بعد ذلك من خلال المفاهيم الكلاينية أي الوضعيات الشبه فصامية الإضطهادية والاكتئابية التي تساهم بمرجع نفسي - وراثي للتقلبات الثنائية القطب للإضطراب الهوسي - الاكتئابي (Parot et Doron, 1998).

ما يهمننا هو أنه منذ أعمال Freud و Abraham أصبح فقدان الحب يعتبر أنه الحالة الاكتئابية الأساسية، إذ يحيي فقدان الحب حالات الفراق القديمة و خصوصا تلك المتعلقة بالمرحلة الفمية التي تتميز بصراعات تناقضية، أين يخاف الرضيع أن تقضي نزواته على موضوعه المفضل (الأم) و هي التي يعتمد عليها كليا، و يرى التحليليون أن تلك العدوانية التي يتم تحريرها بفقدان واقعي أو تخيلي (هوامي) لموضوع الحب ستتقلب على الفرد ذاته في نوع من الاتهام الذاتي المدمر، فالطابع الميلونكولي للشعور بالذنب و نكر الواقع إنما يعبران عن المستوى البدائي الذي يجري فيه الصراع اللاشعوري (Lemperière, et al, 2000).

و عليه تفسر الميلونكوليا بوجود صراع متضاد خطير لدرجة عدم وجود مخرج آخر سوى أن يوجه ضد ذاته (نفسه) الكره الذي يكتنه لموضوعه المفضل. فكل خيبة أمل في علاقة مع موضوع الحب تمثل خطر وجود كره شديد و خطير بالنسبة للفرد، و يعتبر بعض التحليليين الذين جاءوا بعد فرويد، أمثال Nacht et Racamier، أن الاكتئاب مرتبط مع انقطاع علاقة وثيقة و متبادلة للحب. كما أن فقدان تقدير الذات، الذي يرتبط بشدة مع نقصان أو انقطاع الإسهامات الخارجية التي تزيد من قيمته، يمثل هيئة أساسية في الاكتئاب العصابي (Pewzner, 1995).

إن العلاقات القائمة بين الفرد والعالم في الاكتئاب، تُذكره بحالة الحداد لما يصبح الفقدان لا يحتمل و يتعدى القدرات الإصلاحية العضوية فيؤدي به إلى سلوك من نوع عقاب ذاتي في كل جزء من المعاش و فرصة لعقوبة الذات، هذا الحداد الثلاثي يتعلق بالرغبة، و الفرح، و النشاط (Boyer et al, 1983, P 58).

كما أنه في الإشكالية الاكتئابية، مثلما هو عليه في أغلبية الوضعيات النفسية المرضية، يكون العرض علامة ومحاولة لإصلاح الاستياء والألم الذي يعبر عنه، وعليه فنقص الرغبة والنشاط من شأنه أن ينشئ نظاما اقتصاديا، يحمي نوعا ما العضوية الهشة، وعليه يكون التعبير الوجداني - الشديد نوعا ما - يعمل وكأنه نداء و في نفس الوقت محاولة لإبقاء الآخر بعيدا (Boyer et al, 1983, P 58).

و ساهمت مقاربات تحليلية أخرى في فهم الاكتئاب، خاصة مفهوم التعلق لـ Bowlby (1978)، الذي بين كيف يتأثر الفرد بالروابط مع الأشخاص الذين اعتمد عليهم

طويلا خلال أولى مراحل نموه، و يشير إلى أن العديد من مظاهر حياته الانفعالية المستقبلية إنما هي في علاقة بذلك، فيمكن للتوترات في العلاقات الإنسانية عند الراشد أن يكون لها نفس الوقع كقطع هذه الروابط الأساسية، مما يؤدي إلى الاكتئاب (Leblanc, 1996).

2.6. النماذج السلوكية للاكتئاب:

هي نماذج تحلل وتدرس الميكانزمات الاكتئابية انطلاقا من المنظور السلوكي، بالنسبة لهؤلاء المنظرين فإن الاكتئاب عبارة عن سلوك غير ملائم وهو ناتج عن التعلم. فيظهر إذن السلوك الاكتئابي على أنه استجابة العضوية لمختلف الأحداث - المثيرة، انطلاقا من هذا الإطار النظري يصبح الاكتئاب قابلا للتعديل مثل أي سلوك آخر (Mirabel-Sarron, 2005).

• نموذج Lewinsohn (فقدان التعزيز الإيجابي) :

يعتمد هذا النموذج عن أمثلة الإشراف الإجرائي والتعلم الاجتماعي. فيفسر الإشراف الإجرائي التحكم في السلوك عن طريق نتائجه، كما أنه يعتمد على مفهوم التعزيز، إذ أن التعزيز الإيجابي هو عبارة عن عملية تقوم بتثبيت السلوك أو برفع فرص حدوثه. اقترح Lewinsohn نموذج بينشخصي سلوكي للاكتئاب، و هو يرى أن الأشخاص المكتئبين يحصلون على تدعيمات ايجابية غير كافية من الأشخاص المهمين في حياتهم وذلك لأن لديهم نقص في المهارات الاجتماعية الضرورية لاستثارة استجابات بينشخصية ايجابية. علاوة على ذلك فإن الناس المكتئبين يكونون أقل قدرة على تدعيم الآخرين، وبالتالي تقل فرصهم في التبادل الاجتماعي، و تؤكد هذه النظرية على أن بقاء الاكتئاب وشدته أيضا يتأثران بميل الشخص المكتئب للانخراط في نشاطات اجتماعية قليلة و عدم القدرة النسبية على رؤية الأنشطة على أنها مصدر سعادة (غريب عبد الفتاح، 2008)

يرى Lewinsohn أن هناك ما يسمى بشرط "نفسى مرضي كقاعدة" و الذي سيؤدي على نحو ثانوي إلى تعزيز شرطي للاكتئاب، و يرجع غياب التعزيزات الايجابية غالبا إلى ظروف المحيط أي إلى فقدان المعززات (كالحداد، و فقدان لوظيفة عمل)، لفقدان سلوك معزز (مثل حالة المرض)، أو إلى السجل السلوكي الشخصي الضعيف والذي لا يسمح

إلى بلوغ تعزيزات إيجابية موجودة (الخلل، نقص في المهارات الاجتماعية)، و فقدان لفعالية المعززات (فقدان اللذة المرتبط بالشيخوخة أو أسباب أخرى) (Cottraux, 1999). وبناءا على ذلك فإن دراسة و تحليل السلوك الاكتئابي يأخذ بعين الاعتبار الظروف الخارجية والقدرات الخاصة بالشخص في آن واحد.

• نموذج Seligman (نموذج العجز المكتسب):

حسب Seligman (1975) فإن الاكتئاب يظهر لدى أشخاص خاضعين لوضعيات سلبية لا يمكن تجنبها، ويكون العامل السببي هنا هو وجود أحداث صدمية سابقة. حيث يقوم بتشبيه السلوكات الملاحظة عند الحيوان بعد عجز متعلم والعرضية الاكتئابية لدى الإنسان، إذ لاحظ أنه يمكن تطوير سلوك قريب جدا من سلوك الإنسان المكتئب عند الكلب (نقلا عن Mirabel-Sarron, 2005).

ويتكون هذا الجدول من السلبية و صعوبات في التعلم و فقدان لكل عدوانية بالإضافة إلى انخفاض الوزن...، ذلك أن الكلب الذي وُضِعَ في وضعية يستحيل عليه تجنب ظهور المثيرات المزعجة سينتهي به الأمر بالاستسلام دون البحث عن تجنب هذه الاستثارة. وعليه يكون الحيوان قد فقد القدرة على المبادرة في الاستجابة. يذكّرنا هذا الاستسلام بفقدان الدافعية لدى الإنسان، بعد اعتداء لم يستطع تجنبه (مثل الإساءات المستمرة). النتيجة الثانية هي فقدان القدرة على التعلم، فالحيوان الذي اكتسب (التخلي عن القيام بالفعل) بسبب استحالة التحكم في الوضعيات غير المزعجة، لن يستفيد من التجربة الإيجابية التي يستطيع تجنبها، بنفس الطريقة فإن الشخص المكتئب سيذكر أعداء متعددة حتى لا يتصرف بصفة بناءة لأنه يعتقد أنه لن ينجح على أية حال، فالعلامة الأساسية للعجز المكتسب هي السلبية، كما قام Seligman في (1978) بإعادة صياغة النظرية بإدراج النظرية الاجتماعية المعرفية للعزو (attribution). حسب هذا النموذج فإن الاكتئاب يمكن أن ينتج عن طريق العزو الذي يقوم به الأشخاص أمام أحداث سلبية في حياتهم (نفس المرجع السابق).

يذهب نموذج العجز المكتسب أبعد من النموذج السلوكي المحض إذ يتفرع إلى بعد معرفي، ذلك أن الأشخاص قد اكتسبوا خلال تجربة لفقدان التحكم في المحيط نظرة جديدة

حول السببية، بمعنى أن المحيط يؤثر عليهم لكنهم لا يستطيعون التأثير على المحيط فلا جدوى إذن من القيام بالفعل، و هو ما يفسّر الكف أو التثبيط في الفعل (Cottraux, 1999).

3.6. النماذج المعرفية للاكتئاب:

يرى المعرفيون أن الاضطراب العقلي هو اختلال يصيب التفكير فيقوم خلاله المريض بتشويه الواقع، و تشيع فكرة أن الأفكار الخاطئة تلعب دورا حاسما في الاكتئاب، فالأشخاص المكتئبين يحولون المعلومات الإيجابية والحيادية إلى معارف اكتئابية عن طريق وساطة أخطاء معرفية (Western, 2000). نعرض فيما يلي نموذجين يعكسان تيارين مختلفين بالرغم من محاولتهما لصياغة نموذجين متوازيين.

• النماذج المعرفية الوظيفية أو العيادية:

تورط النماذج الوظيفية العيادية جميعها المعارف في الخبرات الانفعالية الاكتئابية. بالرغم من اختلافها في أصولها النظرية. هي نماذج إمبيريقية، كما أنها تعطي نظرة جديدة لبناء الشخصية ولظهور الاضطرابات الانفعالية ولتكرار الأعراض الاكتئابية.

فقد أدخل الطبيبان العقليان الأمريكيان Ellis و Beck مفهوم العلاج المعرفي في سنوات الستينات، إذ يطلق عليه Ellis تسمية العلاج العقلاني، في حين يعود مصطلح العلاج المعرفي لـ Beck (Mirabel-Sarron, 2005).

و تشترك النماذج المعرفية بتسليمها بالفرضية النظرية أن الوجدانات في علاقة وطيدة مع المعارف، لذا فنمط تفكير المكتئب يؤدي إلى صورة سلبية عن العالم وهي المسؤولة عن طروء الانفعالات المزعجة والاختلالات في السلوك، يحدث في وقت لاحق تفاعل بين الوجدان الحزين (dysphorique) مع المعارف السلبية حيث يعمل على تثبيتها (نفس المرجع السابق).

يرى Beck (1974) أن الاكتئاب ينتج عن تفسير سلبي للمدركات، و يتم ربط ما سبق مع صلابة المخططات المعرفية للمكتئب، الذي يعزو لذاته مسؤولية الأحداث التي يعتبرها على أنها سلبية (نقلا عن Pewzner, 1995).

كما يرى أن العمليات المعرفية المتورطة خلال الحالة الاكتئابية لها ثلاثة مستويات: المعارف والسيرورات المعرفية و المخططات المعرفية، و تعتبر هذه الأخيرة هي المفهوم الأساسي لنموذج Beck، و يعرفها Hautekeete (2004) "المخططات المعرفية هي بنيات

مجردة لتصورات ولمعارف ولخبرات سابقة مسجلة في الذاكرة طويلة المدى" (نقلا عن (Mirabel-Sarron, 2005).

حيث يتكلم Beck عن "مخططات معرفية اكتئابية" (dépressogènes) في الذاكرة طويلة المدى، إذ ترتبط المخططات الاكتئابية مع مخططات معرفية قلقية (anxiogènes) ومع اضطرابات الشخصية، كما يؤكد نموذج SOM (State Of Mind) أن السيوررات المعرفية المستعملة في علاج المعلومة هي نفسها مثل عند الأفراد الآخرين، و لكنها لا تكون مستعملة بالتساوي لدى الشخص المكتئب، فالمكتئب يستعمل قدر أكبر من الأفكار السلبية (Cottraux, 1999).

إن المخططات الاكتئابية الرئيسية الثلاثة هي:

- وجهة نظر سالبة للذات (انخفاض في تقدير الذات)
- وجهة نظر سالبة في الخبرة (تشويهات معرفية)
- وجهة نظر سالبة في المستقبل (اليأس)

تعمل هذه المخططات و خاصة الأولى و الثانية، على تحريف الشخص صاحب الاستعدادية للاكتئاب نحو أخطاء نمطية في التفكير (غريب عبد الفتاح، 2008).

تتحدد هذه الاختلالات في معالجة المعلومة و التي تعرف بمفهوم "التشوهات المعرفية" بستة أنماط و هي كالتالي:

- 1- " الاستدلالات الاعتباطية (Arbitrary inference): و تعني قيام المكتئب باستنتاجات خاطئة لا تقوم على أية دلائل.
- 2- التجريد الانتقائي (Selective abstraction): و يعني تركيز المكتئب على تفاصيل و عدم اهتمامه بالسياق الذي أخذت منه.
- 3- الانتساب الذاتي (Personalization): و يعني تحمل المكتئب مسؤولية كل ما يحدث.
- 4- التقييم المتطرف (Polarized thinking): و يعني أخذ المكتئب بقانون الكل أو العدم، و يبدو له أن الأمور ثنائية التقسيم لا تحتوي على أوساط.
- 5- التعميم المبالغ فيه (Overgeneralization): و يعني انطلاق المكتئب من حالة خاصة و تعميم نتائجها على كل الحالات.

6- **التعظيم و المبالغة (Magnification):** و يعني وصف المكتئب الأحداث التي تعترض حياته بطريقة درامية" (أحسن جاب الله، 2001، ص 61).

• **البنائية أو العلاج المعرفي البنائي (constructiviste):**

وجه كلا من Guidano و Liauti النقد للعلاج المعرفي العقلاني كما تم وصفه من طرف Ellis و Beck، فبالنسبة لهؤلاء الباحثين (1983) فإن هناك شكل من المخططات المعرفية وهي المخططات البين شخصية المتعلقة بالتعلق المبكر التي تلعب دورا مهما في أصل الاضطرابات النفسية، إذ يشبهان هذه المخططات المعرفية المبكرة للتعلق بالهيكل (hard core) لكل التنظيم المعرفي (Mirabel-Sarron, 2005).

و حين يتم تفعيل (تنشيط) هذه المخططات، فإن علاج المعلومة عند المريض يوظف بطريقة تتمركز على الذات، يصبح بذلك من المستحيل للمريض أن يتجنب بطريقة عقلانية هذه المخططات. إذ أنها تبرز عفويا حتى وإن كان المريض على دراية بها وله قدر من النقد الذاتي. بالنسبة لهؤلاء الباحثين فإن بناء وتطور الهوية الشخصية هي الميكانيزمات الأولية ذات الأصل في اللاتعويض. كما أنهم يعطون أهمية أساسية لدور الخبرات البين ذاتية (intersubjectives) التي هي في علاقة مع نمط التعلق و أيضا بناء النمط الوجداني (affectif) للمريض وتحليل تطوره (نفس المرجع السابق).

4.6. النموذج الإثنوسيكاتري (Ethnopsychiatrie):

يرمي مفهوم الاضطرابات النفسية إلى النماذج الإشكالية في التفكير و الشعور والسلوك التي تخل براحة الفرد أو توظيفه الاجتماعي أو المهني، و هي تختلف من حيث الثقافات على مستوى الاضطرابات التي يكون الأشخاص ذوي جروحية بالنسبة إليها من جهة، وبالطريقة التي يصنف المرض العقلي على أنه خرافة تستعمل بهدف جعل الأشخاص يمثلون للمعايير "العادية" بالنسبة للمجتمع. بنفس الطريقة، فإن نظرية الوصم (la stigmatisation) تعتبر أن التشخيص هو طريقة وصم الأشخاص المنحرفين. هذه المقاربات لديها من الصحة نوعا ما، على الرغم من أنها محل نزاع. فلاكتئاب ما يعادله في كل الثقافات، ولكن طريقة إدراك الأشخاص وإحساسهم به يختلف بصفة كبيرة جدا (Western, 2000).

وهو ما يهتم به النموذج الإثنوسيكاتري الذي يركز على التعبيرات المختلفة للاكتئاب انطلاقاً من الثقافة التي ينتمي إليها المريض، فقد سمحت هذه المقاربة بالكشف أنه في الثقافات غير الغربية يمكن للمعاش الاكتئابي أن يأخذ صورة مذهلة و محيرة في رأي الغربيين، كالاضطهاد. أدّت هذه الملاحظة إلى احتمال وجود خصائص مختلفة في تنظيم الشخصية، و هي نفسها في علاقة مع الخصائص الأسرية والاجتماعية والدينية والثقافية و المعرفية (نفس المرجع السابق).

إذ يشير (Pignarre, 2001) إلى خطر التجنيس الفائق السرعة إلى ما هو قائم ربما فقط على "التجربة المحدودة للغربيين". مما يجعل أن كل التجارب عبر العالم لا تعرف الاكتئاب وتعطي صياغات إلى صعوباتهم، كظاهرة مشوهة ثقافياً مقارنة مع ما قد يعيشه أو يعبر عنه الغربيون.

كما يرى (Widlöcher, 1985) أنه بالرغم من إشارة الإحصائيات إلى أن تردد الاكتئاب يختلف كثيراً من مجتمع لآخر، إلا أنه يجب أن نلجّ على تعقد الوقائع التابعة لهذه المعطيات، إذ لا نقيس إلا معدلات الاكتئاب المعروفة، فحتى يتم استطلاع مجمل السكان يجب استعمال أدوات مكيفة مع خصائص الثقافة المعنية، لهذا فإن علم الوباء الإحصائي - حالياً على الأقل - يجب أن يترك المجال لعلم وباء أكثر إكلينيكية، انطلاقاً من دراسة مكثفة لحالات فردية، التي قد تسمح أن تدقق السمات السديدة من أجل دراسة أكثر شمولية.

5.6. المقاربة العضوية:

تمثّل حالياً الدراسات البيوكيميائية حول اضطرابات المزاج أحد الميادين الأكثر نشاطاً في أبحاث الطب العقلي، غير أننا نجد بعض العلماء يحذرون أنه " بالرغم من الكشف عن الكثير من الشذوذ (anomalies) البيولوجي خلال حالات اكتئابية، فإن هذا لا يسمح أن نتهم إحداها على أنها السبب في الاكتئاب، فبعض الاختلالات الملاحظة يمكنها حتى أن تكون النتيجة وليست السبب في الحالات الاكتئابية" (Pewzner, 1995).

و تتمحور الدراسات حول ثلاثة أسباب محتملة و هي:

- أحادية الأمين العصبية (Les monoamines cérébrales):

يمكن شرح التناذر الاكتئابي على مستوى توظيف النظام الأحادي الأمين، فهي فرضية تم اقتراحها خلال سنوات الستينات و التي تنص أن المزاج في علاقة وطيدة مع

السيروتونين و النورأدرينالين على المستوى العصبي، فهو ينتج عن نقص في النقل المشبكي لأنظمة المعدلات العصبية (Bear, Connors et Paradisco, 2002).

و بالرغم من أن أحادية الأمين تلعب دورا أساسيا في تعديل المزاج، و هو ما تبرهنه العديد من الأحداث ذات الطابع البيوكيميائي، و النفسي - الدوائي، و النفسي المرضي و العلاجي، غير أنه يستحيل حاليا وضع حوصلة مُرضية لمعطيات كثيرة العدد و متناقضة في بعض الأحيان، ذلك أن دور الأمينات العصبية في النقل العصبي لا تزال غير محدّدة، فيبقى السؤال مطروح حول كونها نواقل عصبية بحثة أو معدلات عصبية (neuromodulateurs) للنقل المشبكي (Lemperière et al, 2000).

- الإختلالات الكهربائية (Les perturbations électrolytiques):

يحتمل وجود اختلال لتوزيع الصوديوم (Na) الخارج خلوي و الداخل خلوي، وهو ما يترجم بارتفاع معتبر للصوديوم المتبقي خلال الاكتئاب، كما يؤدي الليتيوم بالإشتراك مع التفاعل مع أيض أحادية الأمين إلى نقص كمية الصوديوم المتبقية و أيضا إلى زيادة السوائل الخارج خلوية (Lemperière et al, 2000).

- الإختلالات الهرمونية:

من بين الإختلالات الهرمونية عند المكتئب نجد ارتفاع في تركيز هرمون الكورتيزول، كما يمكن توريط اختلالات وظيفية لمراقبة إفراز (ACTH)، و إفراط في نشاط المركبات تحت هرمية التي تنتج Corticotrophin Releasing Factor (CRF) و نقص حساسية المستقبلات و ارتفاع الكورتيزول و هو ما يغيّر التعديل الذاتي (Lemperière et al, 2000). ومن الملاحظات المتفق عليها هي ارتفاع كمية الكورتيزول في السائل الدماغي الشوكي لدى المكتئبين، إذ بيّنت التجارب أن الحقن الدماغي لهذا الهرمون يولد علامات الاكتئاب كالأرق و نقص في تناول الطعام وعدم الإهتمام بالجنس، بالإضافة إلى تعبيرات سلوكية مفرطة للقلق (Bear et al, 2002).

و تمت الإشارة كذلك إلى إفراز شديد الإنخفاض لـ Somathormone (HGH) كإستجابة لإنخفاض السكر في الدّم الناتج عن الأنسولين، ذلك أنه تتدخل في هذه الإستجابة وسائط الكاتكولامين، و تؤكد الملاحظة هذا الإختلال عند بعض المكتئبين فرضية تدهور une déplétion وظيفية للكاتكولامين تحت مهادية (Lemperière et al, 2000).

كما تتورط كلا من السيروتينو النورأدرينالين في الاكتئاب الرئيسي (Western, 2000, P 844). و سمح التقدّم في المعارف من جهة أخرى بوضع علاقة بين انخفاض كمية السيروتونين والإنتحار، الشيء الذي يفتح مجال علاجي ونظري على العلاقات بين الإندفاعية والنظام السيروتوني إنرجيك (Parot et Doron, 1998).

7. الانجراحية للاكتئاب:

يمكن لأي شخص كان، في فترة أو أخرى من حياته، ومهما كانت وضعيته الاجتماعية أو العائلية أو معتقداته أو انتماؤه الإثني (العربي) أن يصاب بالاكتئاب، بالفعل فإن الاكتئاب يمس جميع الشرائح الاجتماعية والاقتصادية، كما نجده بنفس التردد سواء بالمدن أو في المناطق الريفية، نعلم أيضا أنه يخص كذلك جميع الأعمار، من الطفل إلى الشخص المتقدم في السن. بالرغم من هذا التساوي الظاهر إلا أن هناك انجراحية صريحة نجدها عند بعض الأشخاص. يمكن أن ترجع الانجراحية للاكتئاب لعوامل جينية، محيطية، بين شخصية، وجذور صدمية، الفقدانات الأولى أو التعرض إلى الإهمال والحرمان، هي كلها عوامل تقدم مسار مشترك للاكتئاب المستقبلي.

- الانجراحية البيولوجية:

لقد تمّ فحص أهمية العوامل البيولوجية من خلال دراسات عيادية، تبين من خلالها أن خطر الإصابة بالاكتئاب يرتفع لدى الأطفال ذوي الآباء المكتئبين، من أطفال المجموعة الضابطة، كما يزيد خطر الاكتئاب إذا كان هناك سوابق أسرية لأمراض عقلية، بما فيه الإدمان على الكحول، والفصام والاضطرابات الثنائية القطب والأحادية، والعلاقات السببية تبقى عوامل بيولوجية و نفسية (Pirooz Sholevar & Schworeri, 2003).

- عوامل نفسية للانجراحية:

يمكن للاكتئاب أن يظهر داخل سياق من الهدوء، دون أية ظروف صدمية. هنا يجب البحث عن أسباب شخصية، إذ أن الأشخاص ذو التبعية الكبيرة للآخرين و الذين هم في

حالة من الخضوع التام إلى الأقرءاء (entourage)، و الذين هم في حاجة دائمة لحضور الآخرين ولآرائهم، يكونون أكثر ضعفاً.

نفس الشيء بالنسبة للأشخاص الذين لديهم نظرة سيئة عن أنفسهم، بمعنى نقص في تقدير الذات، هاتين النزعتين: التبعية ونقص تقدير الذات من شأنهما أن ينقصا بصفة معتبرة استقلالية الفرد الذي يصبح بذلك عاجزاً عن المقاومة أمام الأحداث الحياتية السلبية (Mirabel-Sarron, 2008, P 50).

كما يؤدي فقدان صورة تعلقية بصفة مبكرة إلى الاكتئاب، فقد ساهم Bowlby (1969) في فهم أهمية حاجة الإنسان إلى التعلق و تأثير هذا الأخير على تطور شخصية الفرد، إذ يحسّن التعلق جودة حياة الفرد بتوفير خبرة الطعام و الأمان و الحب، و في غياب التعلق يصبح الفرد شديد الانجراحية للاكتئاب (Pirooz Sholevar & Schwoeri, 2003).

- الانجراحية عند المرأة:

تبين جميع الدراسات أن نسبة إصابة المرأة بالاكتئاب هي ضعف ما هي عليه عند الرجل، وبالرغم من توريط العوامل الهرمونية في ذلك، غير أننا بعيدين كل البعد عن تقديم تفسير يوضح دور الهرمونات بصفة دقيقة.

ترتبط اكتئابات الخمسينات عند المرأة بسن اليأس، يمكنها أن تكون شديدة وأن تكون مطبوعة بالسواد حيث يسود القلق (anxiété) والألم النفسي والشكاوي ذات طابع مخاوف مرضية إضافة إلى الشعور بالذنب (Mirabel-Sarron, 2008, P 46).

- الانجراحية نحو ظروف حياتية:

تخص الأشخاص الذين يعيشون وحيداً وهو ما يمثل أحد العوامل المسهلة لظهور الاكتئاب، كما يخص الأشخاص الذين يفتقدون للسند وقليلي العلاقات المقربة. ضف إلى ذلك تراكم الوضعيات الحياتية الضاغطة التي تمثل السداد الأمثل للاكتئاب، مثل جميع أنواع الفراق مع الأشخاص المقربين، ووفيات الأقارب على الخصوص هي ظروف تعمل على خلق نوع من الهشاشة (Mirabel-Sarron, 2008, P 48).

- سوء التوظيف الأسري :

لقد لوحظ من خلال دراسات طويلة Warner et al (1992) أن التوظيف الذي يساهم في ظهور و إبقاء الاكتئاب يتمثل في وجود خمسة عوامل خطر و هي: مواجهة أسرية ضعيفة، و الطلاق، و الشقاق بين الوالدين و الطفل، و ضعف مستوى التماسك الأسري، و تشير النتائج أن زواج مضطرب و محيط مضطرب يلعب دور مسهل لظهور الأعراض الاكتئابية. كما يرتبط مع الاكتئاب عدد من الصعوبات و المشاكل الأسرية، كتوظيف معتل للأسرة، و الوضعية المادية و الاجتماعية ، و الصحة النفسية لجميع أفراد الأسرة و خصوصا وجود المرض عند أحد أو عدة أفراد. (Pirooz Sholevar & Schwoeri, 2003).

8. علاج الاكتئاب:

على غرار الإضطرابات النفسية التي تتسم بنوع من الهدوء فإن الاكتئاب يتمتع بالتسامح الاعتيادي للوسط التقليدي، حيث لا يأتي العلاج الطبي إلا بعد أن تنهك جميع المحاولات العلاجية التقليدية (Douki, et al, 1987).

وفيما يخص نجاعة العلاجات تتفق الدراسات على تفوق التناولات التي تجمع العلاجات الدوائية والعلاجات النفسية، إذ تكون ذات فعالية أكبر في خفض شدة الاكتئاب مقارنة بإستعمال نوع واحد من العلاج (Leblanc, 1996).

نتكلم في هذا العنصر إذن عن أهم العلاجات المستعملة و الأكثرها نجاعة وفقا لما جاءت به الأدبيات العلمية. علينا أن نذكر بخصوص العلاجات أن الاكتئاب يعتبر من الإستعجالات الطبية التي تهدد حياة المصاب نظرا لخطر الإنتحار.

1.8. العلاجات الكيميائية (مضادات الاكتئاب):

تم اكتشاف المسكنات العظمى منذ (1952) من طرف الأطباء والتي سمحت سريعا بضبط وتعديل حالات التهيج العقلي، التي كان يستعصى علاجها بالمسكنات الكلاسيكية.

وفي (1957) تم اكتشاف الأدوية المضادة للاكتئاب التي حلت محل المسكنات وأصبحت بديلة عنها ومكملة للعلاج بالصدمة الكهربائية، انطلاقاً من 1967 تم ظهور الليثيوم، وهو معدن له دور وقائي اتجاه النوعين، الاكتئابي والمتهيج لاضطراب المزاج (Deniker, 1996, P 22).

لقد أصبحت مضادات الاكتئاب كثيرة الاستعمال بسبب الاعتلال المرتفع للاضطرابات الاكتئابية و ما يصاحبها من اضطرابات القلق، ويرجع هذا إلى نجاعتها وسهولة معالجة الجزيئات المضادة للاكتئاب الحديثة الاكتشاف أي ابتداء من سنوات الثمانين، مثلما يدل اسمها فإن مضادات الاكتئاب لها القدرة المشتركة على تعديل المزاج، و ما يجب معرفته هو أنها تصبح ذات فعالية أقل في حالة وجود أعراض اكتئابية ضعيفة الشدة أو على العكس أعراض مرتفعة الشدة (Allilaire, 2007, P 502).

لا يبدأ مفعول مضادات الاكتئاب الحالية في تعديل المزاج إلا بعد عدة أسابيع لذا يجب متابعة العلاج لأربعة أو ستة أشهر على الأقل، كما تساهم هذه الأدوية على المدى الطويل بمنع الانتكاسات الاكتئابية أحادية القطب (نفس المرجع السابق).

من بين مضادات الاكتئاب نذكر: مثبطات أحادي الأمين أو كسيدات (Inhibiteurs de la monoamine oxydase) وهو مركب كيميائي ينحدر من المضادات الحيوية المضادة للسّل، وهي أولى مضادات الاكتئاب. والإميبرامينيك (Les Imipraminiques) وهي تشترك من حيث تركيبها الكيميائي (Tricyclique) (Mirabel-Sarron, 2008, P 150).

أما فيما يخص الجيل الجديد من مضادات الاكتئاب فهي لا تتشابه لا من حيث التركيب الكيميائي ولا من حيث ميكانيزمات نشاطها. لم تسمح هي الأخرى بتقليص مدة بداية نشاط مضادات الاكتئاب، الذي لا يزال يقارب الأسبوعين، غير أن الآثار الجانبية الإعتيادية على العضوية الناتجة عن مضادات الاكتئاب قد نقصت بصفة معتبرة فأصبح تناول هذا الدواء أكثر ضماناً (نفس المرجع السابق).

ويتوقف إختيار مضاد الاكتئاب على عرضية الحالة الاكتئابية، كغلبة (prédominance) القلق، أو البطء النفسي- الحركي، أو عمق الحالة الاكتئابية كالشكل

الخفيف أو الشديد. ذلك أن لكل مضاد اكتئاب مفعول جانبي إما منشط نفسي أو منوم أو ما بينهما (Delmont et Lucht, 1995).

غير أنه يجب أن نشير إلى الخطر الناجم عما يسمى بزوال التثبيط (la levée d'inhibition) الذي يترجم بالمرور إلى الفعل الإنتحاري في بداية العلاج (بين اليوم السابع و الخامس عشر)، و يفسّر هذا الخطر بالفارق الزمني بين زوال التثبيط و بداية المفعول المضاد للاكتئاب، كما لا ينبغي الاكتفاء بإضافة دواء مسكن، بل يجب في حالة الخطر الإنتحاري إبقاء المريض في المستشفى و تحت المراقبة (نفس المرجع السابق).

2.8. العلاجات النفسية:

- العلاجات التحليلية:

لا تزال العلاجات التحليلية (و أيضا تلك المستلهمة من التحليل النفسي) هي العلاجات النفسية الأكثر استعمالا و شيوعا، و ما يميّزها عن العلاجات الموجهة خصيصا لعلاج الاكتئاب كصنف تشخيصي، هو اهتمامها ببعد الاكتئاب الذي يحدث عند الفرد، فالمريض الذي يعاني من اكتئاب شديد حسب (DSM-IV) لن يميل إلى الشروع في علاج تحليلي مقارنة بالاكتئاب المزمن (dysthymique) أو الشخص المكتئب مع اضطراب في الشخصية أو إشكالية عصابية أين يصبح العلاج التحليلي أداة علاجية أساسية (Leblanc, 1996).

- العلاج السلوكي المعرفي:

العلاج السلوكي المعرفي هو علاج يهدف إلى تحسين الأعراض و مساعدة المفحوص على تعلم طريقة أكثر فعالية في مواجهة الصعوبات التي تتورط في معاناته. يكون للمعالج دور توجيهي وتعليمي غير أن دوره يكمن في تسهيل معالجة المشاكل عن طريق أسئلة حثية على طريقة سقراطية.

العلاقة العلاجية هي علاقة تعليمية أساسا، و الإستبطان هو الطريقة الأساسية التي سيقوم المعالج من خلالها بتشجيع المفحوص على تحليل أفكاره بصفة دائمة. يركز العلاج على الفوري و الحالي، أي أن العلاج يقوم على أساس المشاكل الحالية، فهو علاج منظم

يسير وفق ترتيب معين و يتصدر التحليل الوظيفي هذا الترتيب. للعلاج المعرفي السلوكي أسلوب تعاوني، إذ يقوم كل من المعالج و المفحوص بالعمل معا من أجل تعريف و حل المشاكل. (Debray, Kindynis et Leclere, 2005, P 16)

هو علاج قصير المدى يستغرق حوالي عشرين حصة بمعدل حصة أو حصتين في الأسبوع، و عليه فهي علاجات تدوم من ثلاثة إلى ستة أشهر، و تستعمل فيه تقنيات معرفية و سلوكية من أجل تغيير نظام المعتقدات السلبية للمكتئب بتدريبه على التفرقة بين الحقائق و تقديره الذاتي (Cottraux, 2001; 1999). فالهدف الأساسي في علاج الاكتئاب وفقا لتقنيات العلاجات المعرفية السلوكية هو تعليم العميل اختبار تشويهاته المنطقية و مسلماته الاكتئابية (dépressogènes) خلال الحصص العلاجية و أيضا في الواقع أي في الحياة الإعتيادية (Cottraux, 2001).

يضم هذا التناول تقنيات تتحدر من أصول نظرية مختلفة و قد تم الحث على الإستعمال المشترك للقطين نظرا لفعاليتهما المعتبرة في علاج الاكتئاب و خصوصا الاكتئاب متوسط الشدة، سواء كان تشخيص الاكتئاب الرئيسي أو المزاجي.

• **القطب المعرفي:** وهو العنصر العلاجي الذي يهدف إلى السماح للمكتئب بالشرع في تغييرات تصحيحية (تعديلات) لأفكاره و لمعارفه، أي لإدراكاته و معتقداته و قيمه التي من شأنها أن تساعد على ظهور و على بقاء الحالة الاكتئابية (Leblanc, 1996). ويمكن أن نلخص مضمون هذا التعديل المعرفي في النقاط التالية:

- يكشف المعالج تدريجيا عن المضامين الإكتئابية للمناجاة الفردية الداخلية للمكتئب خلال أوقات الانفعالات الشديدة.

- يمكن للمعالج أن يحدث هذه الانفعالات الشديدة حتى يتمكن من الوصول إلى المخططات المعرفية و مساعدة المريض على تعديل ما ينتج عنها من إدراك سلبي للعالم و لذاته.

- يمكن أيضا للمعالج أن يطلب من المفحوص أن يقوم بتدوين سجلات التي تسمح في حالة المشاعر الاكتئابية بالكشف عن ظروف ظهور الانفعالات السلبية و الأفكار

- الأوتوماتيكية المصاحبة لها، يهدف ذلك إلى إبراز المضامين المتكررة التي تنتظم حول مسلمات و التي يعمل المعالج على تغييرها.
- لا يجب للمعالج أن يواجه المفحوص مع أخطاءه وإنما يعمل على جعله يعي طابعها غير الوظيفي، ثم على القيام باستنتاجات بديلة أمام هذه المسلمات.
- يكمن هدف العلاج في السماح للمكتئب الذي تسيطر عليه الوجدانات الاكتئابية والأفكار اللاعقلانية باستبدال هذه الأخطاء المنطقية باستجابات تتلاءم مع الواقع، كما يعمل المفحوص على تطبيق ذلك خلال الحصص العلاجية و خارجها (Cottraux, 2001).

• **القطب السلوكي:** و هو العنصر الآخر من العلاج، الذي يهدف إلى تمكين المكتئب من إكتساب عددا من المهارات التي من شأنها أن تساند و تحسّن التغييرات المعرفية التي أدّت الضرورة إليها خلال التقييم (Leblanc, 1996).

حيث يحصل المفحوص منذ بداية العلاج على برنامج لنشاطات تهدف إلى زيادة الحالات التي يشعر بها بالمتعة أو أن يظهر فعاليته، و هي مهام خاصة تسمح له من خلال اختبارات واقعية أن يختبر تقاؤه المسلمات التي تسيطر عليه، و يستعمل أيضا لعب الدور و تقنيات سلوكية أخرى ليتأهب المفحوص لمواجهة الواقع (Cottraux, 2001).

- العلاج الأسري:

لقد اقتنع العديد من المعالجين ذوي توجهات مختلفة من فعالية العلاج الأسري في العمل على استقرار و انقاص نسبة الانتكاسات الاكتئابية وأيضا في تحسين الانتباه والرفع من الطاقة و تعديل المزاج. يتم ذلك من خلال تطبيق مقاربة مشتركة تجمع بين العلاج الأسري و العلاج الدوائي، إذ هناك تأثيرات مضافة في الجمع بين العلاجين، حيث يعمل الدواء على تحسين الأعراض الاكتئابية مما يساعد الفرد على النظر في المشاكل المتعلقة بالأسرة، كما أن دمج العلاج الأسري التربوي مع الدوائي يمكن الأسرة من معالجة العديد من الجوانب المترابطة والمتعلقة بالعضو المكتئب من حيث تحسين الحياة الاجتماعية وتوظيف المريض حين يقوم الدواء بتحسين الليبدو والمظاهر الاعاشية (Pirooz Sholevar & Schwoeri, 2003).

خلاصة :

لقد رأينا أن للاكتئاب أصول تصنيفية متعددة، تتدفق عنها عدّة أشكال، كالاكتئاب النفسي المنشأ أو الرد فعلي لحدث معين، أو ما أصبح يطلق عليه بالاكتئاب ما بعد الصدمة، و هو نوع مرتبط بحدث صدمي، يتجلى هذا الأخير في صور متعددة و مختلفة، و من بين المظاهر الأكثر عنفا للأحداث الصدمية نجد الحوادث الخطيرة المولدة للإصابات الجسدية و منها الإعاقة مثلما هو الحال بالنسبة لبتّر إحدى أو كلتا الأطراف السفلية.

الفصل الخامس :

بتر الساق

تمهيد:

نتطرق في هذا الفصل إلى متغير مهم من الدراسة و هو البتر الذي يمس الأطراف السفلية، حيث نستهل الفصل بوضع تعريف دقيق للبتر و نبذة عن تاريخ جراحة البتر واستعمال الأعضاء الاصطناعية عبر العصور، ثم نقوم بتقديم أهم الأسباب التي تؤدي إلى البتر، كما نعرض عنصرا حول مستويات البتر، و آخر حول الآثار و المخلفات المنجزة عن البتر التي قسّمناها إلى آثار جسدية و آثار نفسية، و نختم الفصل بالتطرق إلى مبادئ علاج و إعادة تأهيل الفرد المبتور.

1.تعريف:

يعرف البتر (amputation) بصفة عامة على أنه " وجود قطع لكل أو لجزء من العضو " (Di Nicola, 2007)، و يشير البتر بمعناه الطبي إلى "عملية جراحية تتمثل في قطع عضو أو جزء من العضو أو جزء بارز منه" (Garnier et Delamare, 2004, P. 34) أما البتر الجراحي الثانوي، الذي يمكن أن تكون من بين أسبابه: صدمة نتيجة الحوادث أو الحروب، أو الأورام، أو التهاب الشرايين (artérite) (Di Nicola, 2007) والذي يطلق عليه بالبتر (cinéplastique) أو (orthopédique) فهو عبارة عن "عملية جراحية إصلاحية تجرى على المبتورين حتى يتسنى لهم تحريك أعضائهم الاصطناعية بواسطة العضلات و الأوتار التي كانت تنتمي إلى العضو المبتور" (Garnier et Delamare, 2004, P. 172)

و لقد اخترنا أن نتطرق في الدراسة الحالية إلى نوع واحد من البتر و هو ذلك الناتج عن الحوادث الصدمية الخطيرة كانهجار قنبلة و تسببها بصفة مباشرة أو غير مباشرة (البتر الجراحي) للأطراف السفلية.

2.تاريخ جراحة البتر:

تم العثور على أطراف مبتورة في بقايا لرجل العصر الحجري الحديث (néolithique) بمعنى من أواخر العصر الحجري، أي حوالي 2000 سنة قبل الميلاد (Isherwood 1980) و يعتقد أنه من الأرجح أن يكون سبب البتر إما صدمي أو عقاب

وليس الجراحة، إذ أنه لم يتم العثور على أي ذكر لبتر جراحي حتى في الكتابات الطبية المصرية، بالرغم من نتائج دراسة Ruffer (1921) على الموميات المصرية التي أظهرت وجود المرض الشرياني، و يبدو أن سبب بتر الأطراف السفلية للموميات إنما سببه الصدمات و تم وضع أطراف اصطناعية في المقابر من طرف المحنطين لغرض التناسخ (نقلا عن Ham & Cotton, 1991, P 1).

و قام الطبيب اليوناني هيبوقراط (460-380 قبل الميلاد) من خلال أطروحته حول المفاصل بأول وصف للبتر بسبب غرغرينيا الأوعية الدموية، حيث كان الطب الإغريقي آنذاك متقدما و كان الجراح على دراية بطرق وقف النزيف بالخنق (garrot) والمصارف الجراحية (drains) و الإنكواء (cautérisation) و النظافة الجراحية واستخدام النبيذ والخل كأساليب للتعقيم (Isherwood 1980) (نقلا عن المرجع السابق، ص 1)

و لم يطرأ أي تطور خلال القرون الوسطى، في حين ارتفع عدد المبتورين نتيجة الأمراض كالجدام (La lèpre)، و اختراع البارود و استعماله في الأسلحة النارية والمدافع (Rang & Thompson 1981) (نقلا عن Ham & Cotton, 1991).

و كان من أشهر الجراحين، جراح الجيش الفرنسي Ambrose Paré (1510-1590) الذي وصف العديد من تقنيات البتر، كما أنه استعمل الضمد (ligature) بدلا من الحديد الساخن من أجل وقف النزيف (نفس المرجع السابق).

بعد الحرب العالمية الأولى ارتفع عدد المبتورين، غير أن اكتشاف المضاد الحيوي المعروف بالببنسلين من طرف Alexander Fleming في 1928، قد أدى إلى انقراض حياة العديد من المبتورين و المصابين بصفة عامة. كما ساهم إدخال التعقيم و البنج (التخدير) إلى تقليص المخلفات الخطيرة للبتر و كذا نسبة الوفيات (Ham & Cotton, 1991).

3. أسباب بتر الأطراف السفلية:

- في بداية القرن الماضي، كانت أغلب حالات البتر ترجع إلى الإصابات الجسدية الصدمية الناتجة عن الحرب، فخلال الحرب العالمية الثانية عولج ما لا يقل عن 2500 مبتور في مركز الأعضاء البشرية الاصطناعية ببريطانيا، أما في 1945 فقد وصل

هذا العدد إلى 45000 مبتور، Dean & English (1980) (p15, 1991, Ham & cotton).

لم يصبح البتر الصدمي يشكل أهم أسباب البتر في الدول المتطورة حالياً، غير أننا نلاحظ عكس ذلك في بعض دول العالم الثالث حيث "يرجع سبب البتر بالدرجة الأولى إلى الصدمات مثل الهند بنسبة (82 % Narang et al (1984)، وبوروما بنسبة (47 % Pe (1988)" (نقلا عن Ham & cotton, 1991, p15).

يمس البتر الصدمي سواءً المقترن بعوامل ميكانيكية أو كيميائية و/أو إصابات كهربائية حرارية فئة البالغين الذين هم في سن العمل و الذين كانوا بصحة جيدة، و يمثل البتر الصدمي نتيجة لصراع عسكري أو العنف المدني مشكلة صحية في بعض المناطق، مع العلم أن هناك اختلاف كبير في المعاش النفسي للصدمة عند المبتورين جرّاء الأمراض أو الحروب من عساكر و مدنيين Dougherty (2012) حيث يركز جزء كبير من الدراسات على عينات مختلطة (أي المبتورين جرّاء الأمراض و جرّاء الصدمات) (Desmond, Coffey, Gallagher, MacLachlan, Wegener, & O'Keeffe, 2012, p5).

- بعد الحرب العالمية الثانية تغيّرت أسباب البتر و أصبح السبب الرئيسي للبتر في أيامنا هذه هي أمراض الأوعية الدموية التي تنصدر الأسباب في الدول الأوروبية والولايات المتحدة الأمريكية، و يأتي بعدها داء السكري.

وبالرغم من التقدم الكبير في العلاج الجراحي لمرض الأوعية الدموية إلا أن البتر الناتج عنه هو في تزايد مستمر (Murray, 2010)، و هي غالباً ما تمس الأعضاء السفلية، و أكثر ما تمس هي الفئة العمرية التي تفوق (60) سنة، كما ترتفع نسبة الاعتلال والوفيات ما بعد الجراحة عند هذه الفئة، و يزيد الاعتلال عند المبتور جرّاء تعقيدات داء السكري، و تعقد حالته الصحية قدرته على إعادة تأهيل البتر (Desmond & al, 2012).

إذ تبيّن الدراسات دور عامل السن، ففي الدول الغربية نجد أن هناك علاقة للبتر مع التقدم في السن، ففي بريطانيا مثلاً (75 %) من المبتورين يفوق سنهم (60) سنة McColl (1986)، و يقل هذا المعدّل في دول العالم الثالث، ففي بوروما مثلاً لا يتعدى المتوسط العمري للمبتورين 31 سنة Pe (1988) (نقلا عن Ham & cotton, 1991, p15).

و بما أن معظم هؤلاء المبتورين ينتمون لفئة كبار السن مع متوسط عمر متوقع قصير، لذلك فإنه من المهم أن يكون العلاج و إعادة التأهيل اللذان يتلقونهم مناسبين و فعالين وسريعين لتمكينهم من العودة بنجاح إلى حياتهم الاجتماعية لسنوات عمرهم المتبقية. كما أن كفالة هؤلاء المرضى بالإعتماد على فريق متعدد التخصصات قد أثبتت نجاحها في الدول المتقدمة بالرغم من قلة عدد المراكز التي تتبع هذا النهج. في حين أن خدمة الأعضاء الاصطناعية و الكراسي المتحركة هي في تزايد مستمر (Murray, 2010).

4. مستويات بتر الأطراف السفلية:

يمكن للبتر أن يصيب عضو واحد (أحادي الجانب) أو العضوين العلويين أو السفليين (ثنائي الجانب) أو مزج بين الأعضاء العلوية و الأعضاء السفلية و هو ما يسمى (البتر المتعدد)، كما يمكن للبتر أن يقع على مستويات تشريحية مختلفة. بالنسبة للأعضاء السفلية يمكن للبتر أن يمس قطع أحد أو العديد من الأصابع أو جزء من الرجل، أو القطع عند مفصل الكاحل، أو جزء من الجسم أي على مستوى تحت مفصل الركبة أو فوق الركبة كما يمكن أن يقع على مستوى الحوض فيدعى البتر الحوضي الشقي أي تتم فيه إزالة نصف الحوض (Desmond & al, 2012, P3). و مهما كان مستوى بتر الساق فإنه ما دام لم يتم بتر مفصل الركبة فإن ذلك سيزيد من إمكانية إعادة التأهيل و العكس (Ham & cotton, 1991).

5. آثار بتر الأطراف السفلية:

1.5. الآثار الجسدية:

غالبا ما يعاني الشخص بعد بتر صدمي من آلام حادة، ترجع هذه الأخيرة لعدة عوامل مثل نوع الصدمة و الصحة النفسية للمريض، فقد بيّنت دراسة على (90) مبتور جِراء حادث خطير أن (44 %) من بينهم يعانون من درجات مرتفعة من الألم و هذا (3) سنوات بعد الحادث، كما أن هذه الفئة (أصحاب الآلام الحادة) تعاني إضافة إلى ما سبق من حياة اجتماعية مضطربة و صعوبة في العودة إلى العمل بالإضافة إلى غيابات كثيرة عن عملهم (Gadsden, 2015).

نشير أن البتر الناتج عن صدمة عقب حادث أو عنف خلال أداء المهام العسكرية يعرض صاحبه لاصابات عديدة على مستوى العظام و العضلات و الأوعية الدموية مما يجعل الجراحة الاصلاحية مستحيلة و يساهم في تفاقم الألم (Cristian, 2006).

يمكن لهذه الآلام الشديدة أن تشترك مع ظواهر مثل:

- آلام في الجزء المتبقي من العضو (moignon) و هي تتمركز في موقع البتر، يمكن لهذه الآلام أن تكون حادة أو مزمنة.
- الإحساس بالعضو الشبح (membre fantôme) و هو عبارة عن إدراك حسي للجزء من العضوية الذي بتر.
- آلام العضو الشبح هي ظاهرة حسية مضرّة في العضو المفقود، و يظهر الألم عند (30 %) إلى (85%) من المرضى المبتورين، كما تكون عموما في الجزء العلوي من العضو.
- غالبا ما تحدث توترات على مستوى الأعصاب المحيطة لدى قطعها خلال البتر الصدمي، و هي أورام للنسيج العصبي، تتكون من ألياف عصبية مع احتمال احتوائها على المليين، و هي تمثل إحدى دواعي إعادة العملية الجراحية وسببا لآلام شديدة (Gadsden, 2015)، يتم وصف هذه الآلام على أنها تشبه آلام الحروق و التشنجات و الطعن، كما أنها عادة ما تظهر على شكل نوبات، وترتبط مع آلام العضو الشبح، حيث وجد استنادا لـ Sherman and Arena (1992) أنها توجد عند ما لا يقل عن 61 % من الأشخاص الذين يعانون من آلام العضو الشبح أمام 39 % ممن لا يعانون من آلام العضو الشبح (نقلا عن Murray, 2010).

2.5. الآثار الاجتماعية:

يمكن للآثار الاجتماعية للبتر أن تكون معتبرة، حيث يتوقف تحسّن الفرد و نجاح تكيفه مع الوضع الجديد على مدى نجاح إعادة اندماجه أسريا و اجتماعيا و مع محيط العمل، كما يتطلب ذلك مفاوضة من أجل تطور و تغيير الأدوار و الهويات (Desmond & al, 2012).

تتجر عن بتر الأطراف السفلى جملة من الصعوبات كنقص القدرة على التنقل وهو ما يستدعي توظيف امكانيات كبيرة للتكيف داخل المنزل أو من أجل التنقل للاستشارات الطبية المختلفة، كما يحد البتر من المشاركة في النشاطات نظرا لنقص القدرات الوظيفية الفردية، و عدم الارتياح للظهور أمام الآخرين، و المخلفات الانفعالية للبتر، بالإضافة إلى تغيير الأهداف و الأولويات، كما يمكن أن يكون السبب هو وجود القيود الخارجية مثل نقص الامكانيات و مشاكل التنقل و الطقس.

يتأثر مبتور الساق أيضا من حيث الأداء و الرضا الجنسي، فالبرغم من أهمية التعبير الجنسي في مساهمته في الرفع من مستوى نوعية الحياة، إلا أن مبتوري الساق قليلي الاهتمام بالبحث عن الجنس، بالنسبة للمبتورين الذين هم في سن العمل، فإن العودة إلى العمل ترفع تساؤلات حول أهمية تغيير النشاط المهني و تعديل الممارسات (نفس المرجع السابق).

3.5. الآثار النفسية:

يعتبر البتر تجربة مؤلمة و يشكل تحديًا كبيرا بالنسبة للمبتور من حيث التوافق النفسي، فبالإضافة إلى فقدان جزء من الجسم، يفرض البتر قيودا في العديد من مجالات حياة المريض. إذ يشير Livneh (2001) إلى نماذج من التفاعلات المعقدة بين عوامل الخطر و التي تتضمن المرض و الأداء المحدود و الضواغط النفسية الاجتماعية والعوامل الضمن نفسية و المحيط الأسري (نقلا عن Desmond & al, 2012).

فقد وجد Schnyder et al (2001) أن ضحايا الحوادث الذين تعرضوا لإصابات خطيرة سيتعرض (25,5 %) منهم لنوع من الاعتلال في الاضطرابات العقلية بعد سنة من الإصابة، حيث يرجع هذا الاعتلال غالبا إلى عوامل نفسية اجتماعية (نقلا عن De Silva et al, 2009).

تكون استجابات مبتور الساق متعددة و معقدة، و هي تتأثر بعوامل فردية، اجتماعية و عوامل تخص المحيط، و لا يمكن لفريق واحد من الإلمام بكامل الجوانب التي يكون المصاب و أسرته بحاجة إليها، بل يجب أن تعمل فرق متعددة التخصصات مع المريض، أين يكون دور المختص النفسي بالغ الأهمية، من حيث تقييم الأداء المعرفي والنفسي

ولمساعدة المريض على التعبير عن الصعوبات التي يواجهها من أجل وضع برامج علاجية للحفاظ على التوازن النفسي و المساهمة في التكيف الجيد (Desmond & al, 2012) .

6. العلاج و إعادة التأهيل:

إن أهم أهداف إعادة التأهيل تدور حول استعادة مستوى مقبول للأداء الذي يسمح للفرد المبتور من تحقيق أهدافه لتسهيل الاستقلالية الشخصية و تحسين المشاركة في المجتمع و نوعية الحياة.

فالشخص المبتور سواءً كان حاملاً لعضو اصطناعي أو لا، فهو يلاقي صعوبات كثيرة و متنوعة جسدية و نفسية و تحدّيات اجتماعية و تعديلات في مفهوم الذات والصورة الجسدية و الألم و ضعف في الأداء البدني، و تغيّر الإطار المهني و تذبذب النشاطات و نمط الحياة (Desmond & al, 2012).

كما أن من أصعب التحديات التي على المبتور تجاوزها هي أن يتكيف مع الصورة الجسدية الجديدة، ذلك أنه تمر الصورة الجسدية بتغييرات فمن صورة الجسد المعتاد إلى الجسد المصدوم ثم الجسد في مرحلة العلاج ثم الجسد الممتد الحدود و ذلك مع بداية استعمال العضو الاصطناعي و بالعضو الشبح مع الأحاسيس الوهمية، و يتم التكيف مع صورة الذات بعد البتر حين يتم التوفيق بين ثلاث صور من الجسم وهي: صورة الجسم قبل فقدان و صورة الجسم بدون العضو الاصطناعي و أخيراً صورة الجسم مع العضو الاصطناعي (Murray, 2010).

إعادة التأهيل الكاملة تتطلب نموذج تكاملي و متعدد التخصصات بالتعاون مع المريض و أسرته. إذ تعتمد إعادة التأهيل من الناحية المادية على التجهيزات من أعضاء اصطناعية لتعويض فقدان الأداء، و يمثل التجهيز تحدّياً يجب أن يجيب للحاجات الشخصية للمريض و توقعاته و أولوياته، علماً أنه كلما كان مستوى البتر مرتفعاً في العضو كانت نسبة نجاح تأقلم المريض مع تجهيزه منخفضاً.

تنقسم المراحل الأساسية لإعادة التأهيل من خلال التجهيز الاصطناعي إلى ثلاثة مراحل هي: طريقة إدارة مرحلة ما قبل التجهيز، و مرحلة العلاج ما بعد العملية الجراحية

وأخيرا مرحلة التدريب على استعمال التجهيز الاصطناعي بهدف إعادة الادماج الاجتماعي و التأهيل المهني (Desmond & al, 2012, p7).

و يعمل المختص النفسي ضمن فرقة متعددة التخصصات، فيكمن دوره في مساعدة المبتور على التكيف مع الحياة دون العضو المفقود، تقوم الكفالة على تدريب المبتور على المواجهة و خصوصا أمام الاكتئاب و الاضطرابات النفسية الأخرى التي يمكنها أن تعيق عملية إعادة التأهيل (Cristian, 2006).

خلاصة الفصل:

لا يمثل البتر الناتج عن الإصابات إلا نسبة ضئيلة مقارنة بالأسباب الأخرى على الصعيد العالمي - علما أن ترتيب الأسباب يتفاوت من منطقة إلى أخرى-، غير أنه يمثل أشد أنواع البتر لأنه غالبا ما يصيب أشخاص من فئة الشباب الذين عليهم أن يواجهوا الإعاقة لسنوات طويلة مع ما تتطلبه من جهود لإعادة التأهيل في ظل غياب الكفالة اللازمة، كما أن ظروف حدوث هذا النوع من البتر تكون ذات وقع صدمي من الناحية النفسية كالحوادث الخطيرة و الحروب مع مخلفاتها المرضية.

الجانب التطبيقي

الفصل السادس:

الإجراءات المنهجية

تمهيد:

يتقيد البحث العلمي بقواعد منهجية هدفها هو إضفاء أكبر قدر من الموضوعية والصرامة في الإجابة على الأسئلة التي يطرحها الباحث بغية التقرب من الحقيقة في تفسير الظواهر، و قد سخرنا هذا الفصل من أجل تقديم الإجراءات المنهجية للبحث، فبعد التذكير بفرضيات البحث قمنا بعرض المنهج المتبع و الذي أملته طبيعة الموضوع والأسئلة المطروحة، بالإضافة إلى خصائص مجموعة المبحوثين و تقديم مكان و زمان إجراء البحث، كما قمنا كذلك بتقديم الأدوات التي اعتمدناها في الدراسة و خصائصها السيكمترية.

1. التذكير بفرضيات البحث :**الفرضية النظرية العامة:**

توجد علاقة بين درجة الإصابة بالضغط ما بعد الصدمة ودرجة الإصابة بالاكنتاب مع بعض الخصائص غير الوظيفية للتوظيف الأسري النسقي، كوجود توظيف بنيوي أسري مفرط و استخدام منخفض لاستراتيجيات المواجهة الأسرية و وجود نمط تعلقي أسري غير آمن، لدى المصابين ببتنر الساق عقب حادث خطير.

- الفرضية النظرية الجزئية الأولى:

توجد علاقة بين اضطراب الضغط ما بعد الصدمة والاكنتاب لدى مبتوري الساق عقب حادث خطير.

الفرضية الإجرائية الأولى: توجد علاقة بين اضطراب الضغط ما بعد الصدمة كما يقيسه "سلم الصدمة النفسية المعدل" والاكنتاب كما يقيسه "مقياس بيك للاكنتاب - II" لدى مبتوري الساق عقب حادث خطير.

- الفرضية النظرية الجزئية الثانية:

توجد علاقة بين وظيفية النسق الأسري من جانب التوظيف البنيوي و/أو المواجهة الأسرية و/أو أنماط التعلق اتجاه الأسرة من جهة و الاضطرابات التالية للصدمة من جهة أخرى لدى مبتوري الساق عقب حادث خطير.

الفرضية الإجرائية الثانية: توجد فروق بين نموذج التوظيف البنيوي الأسري (مفرط، متوسط، متوازن) مثلما يقيمه "سلم تقييم التكيفية و التماسك الأسريين - III" ودرجة الضغط ما بعد الصدمة كما يقيسه "سلم الصدمة النفسية المعدل" لدى مبتوري الساق جرّاء حادث خطير لصالح التوظيف المفرط.

الفرضية الإجرائية الثالثة: توجد فروق بين نموذج التوظيف البنيوي الأسري (مفرط، متوسط، متوازن) مثلما يقيمه "سلم تقييم التكيفية و التماسك الأسريين - III" ودرجة الاكتئاب كما يقيسه "مقياس بيك للاكتئاب - II" لدى مبتوري الساق جرّاء حادث خطير لصالح التوظيف المفرط.

الفرضية الإجرائية الرابعة: هناك علاقة بين درجة الإصابة بالضغط ما بعد الصدمة كما يقيسه "سلم الصدمة النفسية المعدل" و درجة استخدام استراتيجيات المواجهة الأسرية مثلما يقيّمها "سلم الأزمات الأسرية" لدى مبتوري الساق جرّاء حادث خطير.

الفرضية الإجرائية الخامسة: هناك علاقة بين درجة الإصابة بالاكتئاب كما يقيسه "مقياس بيك للاكتئاب - II" و درجة استخدام استراتيجيات المواجهة الأسرية مثلما يقيّمها "سلم الأزمات الأسرية" لدى مبتوري الساق جرّاء حادث خطير.

الفرضية الإجرائية السادسة: توجد فروق بين نمط التعلق الأسري (آمن، غير آمن) مثلما يقيّمه "سلم أنماط التعلق" ودرجة الضغط ما بعد الصدمة كما يقيسه "سلم الصدمة النفسية المعدل" لدى مبتوري الساق جرّاء حادث خطير لصالح التعلق غير الآمن.

الفرضية الإجرائية السابعة: توجد فروق بين نمط التعلق الأسري (آمن، غير آمن) مثلما يقيمه "سلم أنماط التعلق" ودرجة الاكتئاب كما يقيسه "مقياس بيك للاكتئاب - II" لدى مبتوري الساق جرّاء حادث خطير لصالح التعلق غير الآمن.

2. منهج الدراسة:

المنهج المتبع في الدراسة الحالية هو المنهج الوصفي، حيث يقوم هذا المنهج على "وصف ظاهرة من الظواهر، للوصول إلى أسباب هذه الظاهرة و العوامل التي تتحكم فيها واستخلاص النتائج لتعميمها، و يتم ذلك وفق خطة بحثية معينة، و ذلك من خلال تجميع البيانات و تنظيمها و تحليلها" (الصاوي محمد مبارك، 1992، ص 30).

بهدف تحقيق البحث الحالي اتبعنا المراحل المنهجية التالية:

- الدراسة الاستطلاعية:

لقد قمنا في إطار الدراسة الاستطلاعية بزيارة مكان إجراء البحث و التأكد من إمكانية التقرب من المبحوثين ، اتصلنا أيضا بالأخصائيين النفسيين و أخصائيين من طاقم طبي وشبه طبي القائمين على علاج هذه الفئة من أجل الحصول على معلومات حول المصابين بالبتير و استعدادهم للمساهمة في البحث، قمنا في مرحلة ثانية بالتقرب من بعض أفراد المجموعة لكي نرى مدى تجاوب هؤلاء مع أدوات البحث من خلال تطبيق المقاييس والتأكد من فهمهم لمحتويات البنود. و بعد تيقننا من أن مضمون المقاييس في متناول مستوى المجموعة و وجود موافقة من أجل الإجابة بدأنا في التطبيق الفعلي.

- الدراسة الأولية:

يرمي علم النفس العيادي إلى " دراسة السلوك الإنساني، وهو مبني أساسا على الملاحظة والتحليل العميق للحالات الفردية، وعليه فهو مجموعة المعارف التي يمكن الحصول عليها من خلال الملاحظة المباشرة للحالات النفسية" (Rey, A. 1998. P 06).

و لتحقيق ذلك تبقى دراسة الحالة هي الوسيلة الأكثر ملاءمة و خصوصا لما يريد الباحث أن يشق طريق التفكير حول مسألة يقترحها بصيغة جديدة، فمن بين ما تسمح به هو وضع مسار لاستقصاء عيادي معمق " في إطار إجراءات و أهداف استكشافية من أجل التعرف الجيد على مشكل ما قبل وضع ملاحظة أكثر منهجية" و أيضا " بالموازاة مع أداة بحث أكثر منهجية تدمج إجراءات افتراضية-استنتاجية من أجل الحصول على معلومات إضافية (Chahraoui, K., Bénony, H. 2003. P 127) ، نقترح إذن دراسة حالة أحد المبحوثين في الفصل الموالي كدراسة تمهيدية سمحت بتناول الموضوع و باختبار الفرضيات بنوع من العمق، قبل الشروع في الدراسة الأساسية.

– الدراسة الأساسية:

لقد سمحت لنا نتائج المرحلتين السابقتين في الشروع في الدراسة الأساسية، و ذلك عن طريق تطبيق بطارية الاختبارات على المبحوثين الذين أبدوا موافقتهم للمشاركة في البحث، تلى ذلك سرد النتائج و تطبيق الاختبارات الإحصائية الموافقة من أجل اختبار فرضيات البحث.

3. مكان و زمان إجراء البحث:

تم إجراء البحث في المستشفى العسكري لبوشاوي، في المصالح الثلاثة التالية: مصلحة جراحة العظام و مصلحة إعادة التأهيل و التقويم و أخيرا مصلحة الأعضاء الاصطناعية. و قد دام تطبيق الاختبارات من بداية شهر أفريل إلى غاية شهر ديسمبر 2014.

4. مجموعة البحث و خصائصها:

تم اختيار مجموعة البحث باتباع الطريقة القصدية، إذ تكونت من أفراد تعرضوا للبتير على مستوى إحدى أو كلتي الأطراف السفلية على حد سواء و ذلك جرّاء حادث خطير ومفاجئ (انفجار قنبلة) أثناء قيامهم بمهامهم (كعساكر) و هذا دون الأخذ بعين الاعتبار للفاصل الزمني بين الإصابة و زمن إجراء البحث، كما أدرجنا في مجموعة البحث جميع الشرائح العمرية و أيضا جميع المستويات التعليمية، و بالرغم من أننا لم نقصي العنصر النسوي من المجموعة إلا أن جميع أفراد مجموعة البحث كانوا من الرجال و يرجع ذلك إلى عدم امتهان المرأة لوظائف مماثلة.

في حين تم إقصاء الأشخاص الذين تعرضوا للبتير نتيجة الأمراض سواء المزمّة منها كداء السكري أو الأمراض الخطيرة كالسرطان، أو نتيجة الحوادث الأخرى كحوادث المرور.

نقوم بعرض الخصائص الديمغرافية الاجتماعية لمجموعة البحث التي بلغ عددها (40) مبحوثا فيمايلي:

- الجنس:

الجنس	حجم المجموعة	النسبة المئوية
ذكر	40	%100
أنثى	/	/
المجموع	40	%100

الجدول رقم 3: التمثيل الجنسي لمجموعة البحث.

يوضح الجدول أن جميع المبحوثين من الجنس الذكري، حيث بلغ عددهم 40 فردا.

- السن:

السن	المتوسط الحسابي للسن	الانحراف المعياري
40	29.52	6.44

الجدول رقم 4: متغير السن لدى مجموعة البحث.

يتبين من خلال الجدول أن المتوسط الحسابي لسن المبحوثين هو (29,52) سنة بانحراف معياري يساوي (6,44)، مما يشير إلى إنتمائهم جميعا لفئة الشباب و عدم وجود فروق عمرية كبيرة.

- المستوى التعليمي:

المستوى التعليمي	حجم المجموعة	النسبة المئوية
متوسط	14	%35
ثانوي	21	52,5%
جامعي	5	12,5%
المجموع	40	%100

الجدول رقم 5: المستوى التعليمي لمجموعة البحث.

يوضح الجدول المستوى التعليمي لمجموعة البحث، حيث نلاحظ أن أغلب المبحوثين لديهم مستوى تعليمي ثانوي و هو ما يمثل (21) فردا و يقدر بـ(52,5%). تجدر الإشارة أن فئة المستوى الجامعي التي بلغ عددها 5 أفراد هي فئة لا يحمل أصحابها شهادات جامعية، فقد اكتفوا بالالتحاق بمقاعد الجامعة لسنة أو لسنتين.

- الحالة المدنية:

النسبة المئوية	حجم المجموعة	
67,5%	27	أعزب
27,5 %	11	متزوج
5%	2	مطلق
%100	40	المجموع

الجدول رقم 6: الحالة المدنية لمجموعة البحث.

يوضح الجدول الحالة المدنية لمجموعة البحث، و يتبين أن أغلب المبحوثين هم من فئة العزاب و هو ما يمثل (27) فردا و يقدر بـ(67,5 %).

- الوضعية الاقتصادية:

النسبة المئوية	حجم المجموعة	
%100	40	متحصل على منحة تقاعد
/	/	غير متحصل على منحة
%100	40	المجموع

الجدول رقم 7: الوضعية الاقتصادية لأفراد مجموعة البحث.

يبين الجدول أن جميع المبحوثين قد استفادوا من منحة التقاعد و منحة تعويضية عن الإصابة، و يعني ذلك أنهم ليسوا في حالة عوز.

- مدة الإصابة:

حجم المجموعة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
40	2,19	3,37

الجدول رقم 8: مدة إصابة أفراد مجموعة البحث بالبتير

يوضح الجدول المدة الفاصلة بين التعرض للبتير من طرف أفراد مجموعة البحث وتاريخ تطبيق أدوات البحث في الدراسة الحالية، حيث يقدر المتوسط الحسابي لهذه المدة بين المبحوثين بـ (2,19) أي سنتين و شهرين تقريباً، و يقدر الانحراف المعياري بـ (3,37) أي ثلاثة سنوات و خمسة أشهر.

- مستوى البتر:

النسبة المئوية	حجم المجموعة	
77,5%	31	بتر جزئي لساق واحدة
2,5%	1	بتر جزئي للساقين
17,5%	7	بتر كلي لساق واحدة
2,5%	1	بتر كلي للساقين
100%	40	المجموع

الجدول رقم 9: مستوى البتر لدى أفراد مجموعة البحث.

يبين الجدول مستوى البتر الذي يعاني منه المبحوثون، فنلاحظ أن أعلى نسبة هي الخاصة بالبتير الجزئي لساق واحدة بنسبة (77,5%)، ثم يليه البتر الكلي لساق واحدة بنسبة مئوية تقدر بـ (17,5%)، و يمثل كلا من البتر الجزئي و الكلي للساقين نسبة (2,5%) لكل منهما.

5. طريقة جمع المعلومات:

من أجل جمع المعطيات تم استعمال المقابلة و هي أداة تستخدم في علم النفس العيادي بجميع اتجاهاته النظرية، و تقوم على إرساء علاقة تجمع الفاحص بالمفحوص من أجل الحصول على معلومات حول السلوك المدروس. فقد سمحت بجمع المعلومات الديمغرافية الاجتماعية لمجموعة البحث كما سمحت بتطبيق المقاييس. فبعد ملئ استمارة المعلومات تقوم الباحثة بشرح مفصل للتعليمية و مضمون المقاييس، ثم تودع البطارية عند المبحوث لمدة معينة، غير أننا لم نتمكن من استعادة عدد معتبر منها، فمن مجموع 75 بطارية موزعة لم نسترجع إلا 40، من بين المبحوثين أيضا من يشتكي من صعوبات في القراءة و التركيز فكان من الضروري أن نمرر المقاييس مباشرة مع المبحوث.

6. أدوات البحث:

تتكون بطارية الاختبارات من خمسة مقاييس، نقوم بتقديمها بعد الإشارة إلى المراحل التي مرّت بها ترجمة و دراسة الخصائص السيكومترية للمقاييس و التي خصت السلام الثلاثة الآتية: "سلم تقييم التكيف و التماسك الأسريين-III"، و "سلم الأزمات الأسرية الموجه نحو التقييم الذاتي"، و "سلم أنماط التعلق". في حين اكتفينا بدراسة الخصائص السيكومترية لكلا من "سلم الصدمة النفسية المعدل" و "مقياس بيك للاكتئاب-II" لأنهما سلمين قد سبقت ترجمتهما إلى العربية و دراسة خصائصهما السيكومترية في البيئة العربية و الجزائرية.

أما فيما يخص السلام التي خصصنا بها دراسة التوظيف الأسري النسقي فقد قمنا في شهر جانفي من سنة 2014 بترجمتها إلى اللغة العربية انطلاقا من لغتها الأصلية و هي الإنجليزية و بعرض النسختين (العربية و الإنجليزية) على أساتذة من معهد الترجمة تخصص عربية/إنجليزية في جامعة الجزائر 2، و ذلك من أجل تقييم (valider) الترجمة و تقييم مدى تطابق المصطلحات و المعاني مع النسخة الأصلية، حيث تم عرض السلام على الأساتذة التالية أسماءهم و الذين قاموا جميعا بالمصادقة على الترجمة:

1. الدكتورة لكال باية و هي مديرة معهد الترجمة بجامعة الجزائر 2.

2. الأستاذ الدكتور مختار محمصاجي.

3.الدكتورة **علجة مجابي** و هي المديرة المساعدة المكلفة بما بعد التدرج و البحث العلمي والعلاقات الخارجية.

4.الدكتور **عيسى العياني** و هو أستاذ محاضر صنف "أ".

و قد اشترك جميعهم في أن النسخ المترجمة جاءت مطابقة للأصلية، و لم يتم اقتراح إلاّ عددا ضئيلا من التعديلات نشير إليها من خلال تقديم الأدوات.

قمنا في مرحلة ثانية بعرض السلام الثلاثة على عدد من أساتذة معهد علم النفس من جامعة الجزائر 2، و على الأخصائيين النفسيين الذين لديهم خبرة ميدانية مع مجتمع البحث (أي المبتورين جرّاء حادث خطير)، و تحصلنا بعد مدّة على إجابة الأستاذين والمختصتين النفسيين:

1.أستاذ التعليم العالي **بن خليفة محمود**.

2.الدكتورة **أيت حمودة حكيمة** و هي أستاذة محاضرة صنف "أ".

3.السيدة **صويلح فريدة**.

4.المختصة النفسية **لوني شفيقة**.

علما أننا طلبنا من الأساتذة الكرام بعد الإشارة إلى أهداف البحث، تقييم السلام انطلاقا من معايير محددة و هي الدقة و السلامة اللغوية، و بساطة و وضوح العبارات، ومدى تناسق البنود مع أهداف البحث. و ذلك على سلم يتدرج من 1 إلى 10. كما طلبنا منهم أيضا الإشارة إلى البنود التي يتوجب تصحيحها أو إعادة صياغتها و نعرض النتائج من خلال تقديم الأدوات. أما نموذج استمارة تحكيم أدوات البحث فقد تم ادراجه ضمن الملاحق.

1.7. سلم تقييم التكيف و التماسك الأسريين - III:

تقديم الأداة:

هو من أشهر المقاييس التي تنتمي إلى النموذج التداخلي (Circumplex)، لقد ظهر كاستجابة لحاجات التطبيق العيادي و البحث، وضع هذا المقياس كل من (Olson, Portner & Lavee, 1985) وهو عبارة عن سلم للتقييم الذاتي، يسمح بالتعرف على تصورات الأشخاص حول نوع العلاقات الأسرية انطلاقا من بعدي سُلَمِيَّه التَحْتِيْن اللذان يسمحان

بقياس تكيف و تماسك النسق الأسري، و يتضمن السلمين التحتيين اللذان يشكلان المقياس (20) بندا، يتدرج كل بند على (5) مستويات على سلم Likert، كما يمكن تطبيقه على جميع أفراد الأسرة ابتداءً من (12) سنة.

يقوم السلم التحتي الخاص بتماسك الأسرة بتقييم درجة الانفصال أو الاتصال بين أفراد الأسرة، و هناك أربعة مستويات للتماسك الأسري تتراوح من التماسك الشديد الانخفاض إلى التماسك الشديد الارتفاع و هي المنفك (Désengagé)، المنفصل (Séparé)، المتصل (Lié) و أخيرا المتشابك (Entremélé).

كما هناك أربعة مستويات للقدرة الأسرية على التكيف (التكيفية) و هي: الصلب (Rigide)، المنظم (Structuré)، المرن (Flexible) و الفوضوي (Olson & Chaotique, 1985)

يمكننا الحصول انطلاقاً من هذا المقياس على (16) نموذجاً للبنية الأسرية و التي تتوزع حسب بعدها عن المركز إلى ثلاثة مساحات و هي: التوظيف البنيوي المعتدل و هو يضم قيم متوسطة بالنسبة للبعدين، و التوظيف البنيوي المتوسط الذي يضم قيم متوسطة بالنسبة لبعد واحد و أخيراً التوظيف البنيوي المفرط الذي يشير إليه القيم الأكثر ارتفاعاً بالنسبة لكلا البعدين (Benoit et al, 1988).

لقد وقع اختيارنا على النسخة الثالثة من السلم لأنها أكثر تطابقاً مع النموذج النسقي البنيوي، ذلك أن من عيوب سلم التماسك و التكيف الأسريين في نسخته الثانية (FACES-II) أنه لا يسمح بإيجاد المجموعات (الأسر) المتطرفة، فهو لا يعتبر إلاّ التوظيف البنيوي المنفك من بعد التماسك و التوظيف البنيوي الصلب من بعد التكيفية على أنهما غير وظيفيان، في حين أن التوظيف البنيوي المتشابك من بعد التماسك و التوظيف البنيوي الفوضوي من بعد التكيفية يعتبران من خلال طريقة التقطيع على أنهما يدخلان حيز التوظيف البنيوي السوي Miller et al (1985) عكس النسخة الثالثة من المقياس أي (FACES-III) (نقلاً عن Grotevant & Carlson, 1989, P. 342)

و للتقطيع يجب أن نعلم أن البنود الفردية تشير إلى بعد التماسك، و تشير البنود الزوجية إلى بعد التكيف. و يقترح Olson et al (1985) النموذج التالي:

بعد التكيف:

بعد التماسك:

من 10 إلى 19: توظيف صلب	من 10 إلى 34: توظيف منفك
من 20 إلى 24: توظيف منظم	من 35 إلى 40: توظيف منفصل
من 25 إلى 28: توظيف مرن	من 41 إلى 45: توظيف مترابط
من 29 إلى 50: توظيف فوضوي	من 46 إلى 50: توظيف متشابك

(نقلا عن Benoit et al, 1988, p. 190)

ثم نقوم في مرحلة ثانية بتصنيف نوع التوظيف البنيوي الأسري العام ضمن مستوياته الثلاثة و هي التوظيف المعتدل و المتوسط و المفرط (الشكل 1).

الخصائص السيكمترية للأداة:

- الخصائص السيكمترية في الدراسات الأصلية:

يعتبر سلم تقييم التكيف و التماسك الأسريين في نسخته الثالثة على أنه صادق، إذ أثبتت الدراسات قدرته على التمييز بين مختلف نماذج البنية الأسرية أي بين التوظيف البنيوي المفرط و المتوسط و المعتدل مع مختلف المتغيرات المدروسة من خلال البحث التطبيقي و العمل العيادي (Fischer & Corcoran, 1994 ; Olson, 2013).

يتمتع هذا المقياس بدرجة ثبات مرتفعة باستعمال طريقة الاختبار و إعادة الاختبار فهو يقدر ب (0,80)، و بدرجة معتبرة من التماسق الداخلي إذ يقدر بالنسبة لسلم التماسك الأسري ب (0,77) و سلم التكيف الأسري ب (0,62) أما القيمة الكلية للسلم فهي (0,68) (Olson, 1986).

الخصائص السيكومترية في الدراسة الحالية:

صدق المقياس:

تحصل "سلم تقييم التكيف و التماسك الأسريين" في نسخته الثالثة على العلامات التالية:

المعدل	المعايير
10/7,5	1. الدقة و السلامة اللغوية
10/8,5	2. بساطة و وضوح العبارات
10/9,5	3. تناسق البنود مع أهداف البحث

الجدول رقم 10: نتائج صدق المحكمين لـ (FACES-III).

و هي علامات مقبولة تدل على وجود نسبة معتبرة من الصدق، كما تمت الإشارة إلى التعديلات التالية:

- إعادة صياغة البند رقم (7)، الذي أصبح "يشعر أفراد الأسرة أنهم أقرب من بعضهم البعض، أكثر من قريبهم من الأشخاص خارج نطاق الأسرة".
 - البند رقم (11) حيث تم استبدال كلمة "قريبين" بكلمة "مقربين".
 - بالنسبة للبند رقم (17) تمت إعادة صياغته من "يقوم أفراد الأسرة باستشارة أفراد الأسرة الآخرين حول قراراتهم" إلى "يستشير أفراد الأسرة الآخرين حول قراراتهم".
- ثبات المقياس:**

للتأكد من ثبات المقياس في البيئة الجزائرية تم استخدام معاملات الثبات التالية:

• معامل الإستقرار:

تم تطبيق المقياس في دراسة استطلاعية على مجموعة قوامها (32) فردا لاستخراج خصائصه السيكومترية، حيث تم حساب الثبات بطريقة التجزئة النصفية فتوصلنا إلى قيمة Pearson بين النصفين تعادل (0.408) و بما أن طريقة التجزئة النصفية تميل إلى خفض النتيجة الحقيقية للثبات عمدنا لتصحيح النتيجة بمعامل Spearman-Brown فأصبحت قيمة الثبات تساوي (0.68) و هي دالة عند مستوى (0.05)، يتبين مما سبق أن قيمة الثبات للمقياس مقبولة و هو ما يسمح بالثقة بنتائجه.

• معامل التناسق الداخلي:

بعد حسابنا لمعامل Alpha de Cronbach لنتائج (32) مبدور طبق عليهم " سلم تقييم التكيف و التماسك الأسريين - III"، توصلنا إلى قيمة معامل ألفا لكرونباخ تعادل (0.673) و هي قيمة معتدلة تمكّن المقياس من درجة معتبرة من الثبات.

2.7. سلم الأزمات الأسرية الموجه نحو التقييم الذاتي:

تقديم الأداة:

قام ببناء هذا السلم كل من (McCubbin, Olson & Larsen, 1991)، و هو سلم للتقييم الذاتي يعمل على تقييم المواجهة الأسرية من خلال تحديد مشكلة معينة تعرضت لها الأسرة و الاستراتيجيات السلوكية التي استعملتها هذه الأخيرة لدى مواجهتها للمشكلة أو الأزمة، كما يمكن استخدامه كقياس قبلي و بعدي لقياس التغير الأسري.

يتكون هذا السلم من 30 بندا يصف كل واحد منها نوع من المواجهة التي يمكن للأسرة أن تستخدمها في أوقات الضغوط و الأزمات، و تتدرج الأجوبة بالنسبة لكل بند من 1 إلى 5. يوافق 1 مستوى: أعارض بشدة و يوافق المستوى 5: أوافق بشدة.

يتم الحصول على النتيجة الكلية بجمع النتائج الجزئية لكل من السلالم التحتية الخمسة المكونة للمقياس، علما أن السلم التحتي الذي يشير إلى استراتيجية "التقييم السلبي" يتم تنقيطه بصفة عكسية.

- الحصول على الدعم الاجتماعي، يتكون من 9 بنود و هي: 1، 2، 5، 8، 10، 16، 20، 25، 29.

- إعادة الصياغة، يتكون من 8 بنود: 3، 7، 11، 13، 15، 19، 22، 24.

- البحث عن الدعم الروحي، 4 بنود: 14، 23، 27، 30.

- تعبئة الأسرة للحصول على المساعدة و قبولها، 4 بنود: 4، 6، 9، 21.

- التقييم السلبي، 4 بنود: 12، 17، 26، 28.

تم بناء سلم الأزمات الأسرية الموجه نحو التقييم الذاتي لتحديد فعالية حل المشكلات و الاستراتيجيات السلوكية التي تستخدمها الأسر في الأوضاع الصعبة، فهو يقوم على النموذج المزدوج للضغط الأسري و للاعتبارات الخاصة بالموارد الأسرية، فهو يقيس 30 استراتيجية للمواجهة و ذلك على مستويين من التفاعل: يخص المستوى الأول الفرد و النسق الأسري أي الطرق التي تعالج بها الأسرة داخليا الصعوبات و المشاكل بين أفرادها، و يخص المستوى الثاني الأسرة و البيئة الاجتماعية أي الطرائق التي تعالج و تواجه بها الأسرة المشاكل أو المطالب الصادرة عن خارج حدودها.

يهدف هذا السلم إلى دمج كلا من البحوث المتعلقة باستراتيجيات المواجهة على أنها سيرورات ضمن أسرية و البحوث الخاصة بأهمية البيئة الاجتماعية في التعامل وتسيير الضغوط الأسرية (Grotevant & Carlson, 1989, P 336)، فهو يسمح بالتعرف على مستويات الارجاعية، و هو ما يعكس قدرة الأسرة على التكيف مع الوضعيات الضاغطة (McCubbin & Thompson, 1991).

الخصائص السيكومترية للأداة:

- الخصائص السيكومترية في الدراسات الأصلية:

قدر ثبات المقياس عن طريق الاختبار و إعادة الاختبار بما يعادل (0,71). أما التناسق الداخلي باستخدام ألفا لكرونباخ فهو (0,77) بالنسبة للسلم ككل، و فيما يخص السلم الفرعية بألفا كرونباخ فهو يتراوح ما بين (0,61) و (0,81) (McCubbin & al, 1996). عموما هي درجات مرتفعة ترمي إلى خصائص سيكومترية جيدة.

- الخصائص السيكومترية في الدراسة الحالية:

صدق المقياس:

جاء تقييم "سلم الأزمات الأسرية الموجه نحو التقييم الذاتي" من طرف الأساتذة والأخصائيين الميدانيين مرتفعا مثلما يشير إليه الجدول التالي:

المعيار	المعدل
1. الدقة و السلامة اللغوية	10/9
2. بساطة و وضوح العبارات	10/9,5
3. تناسق البنود مع أهداف البحث	10/9,5

الجدول رقم 11: نتائج صدق المحكمين لـ (F-COPES).

و من بين الملاحظات التي تمت الإشارة إليها هو اقتراح إلغاء مصطلح "إمام" في البند رقم (27) و استبداله بمصطلح "رجل دين"، غير أننا ارتأينا إبقاء كلمة "إمام" لأننا نرى أنها أكثر دلالة بالنسبة لعامة الناس كما لديها مرجع ديني إسلامي واضح، إذ تشير النسخة الأصلية إلى "رجل الكنيسة"، بمعنى أن الخلفية الدينية يشار إليها بوضوح بدون بدائل لاثنية و بما أن المجتمع الجزائري أكثر ما يشيع فيه هو الإسلام دينا و ثقافة فقد قررنا إبقاء مصطلح "إمام"

كما تم اقتراح تغيير درجة التنقيط (3) من "لا أوافق و لا أعارض" إلى "محايد" وهي تعتبر أكثر بساطة للفهم.

ثبات المقياس:

• معامل الاستقرار:

من أجل اختبار ثبات المقياس قمنا بحساب معامل الاستقرار بطريقة التجزئة النصفية فتحصلنا على قيمة تعادل (0,476) و بعد تصحيحها بمعامل Spearman Brown توصلنا إلى (0,64)، هي قيمة معتدلة و مقبولة إحصائيا تضيفي على المقياس طابع الثبات.

• معامل التناسق الداخلي:

بعد حسابنا لمعامل Alpha de Cronbach لنتائج (32) ممتور طبق عليهم " سلم الأزمات الأسرية الموجه نحو التقييم الذاتي"، توصلنا إلى قيمة معامل ألفا لكرونباخ تعادل

(0.696) و هي قيمة مرتفعة إلى حد ما تدل على أن المقياس يتمتع بدرجة معتبرة من الثبات و يمكن الوثوق بنتائجه.

3.7. سلم أنماط التعلق:

تقديم الأداة:

قام Batholomew بتجسيد المفاهيم التي جاء بها Bowlby (1973) حول النماذج الداخلية العاملة، فقد وضع تصنيفا يتكون من أربعة نماذج وهي النموذج الإيجابي للذات، والنموذج الإيجابي للآخرين، و النموذج السلبي للذات، و النموذج السلبي للآخرين و هو ما يسمى بنموذج الذات و الآخرين (Bartholomew & Shaver, 1998)، و هي نماذج في تقاطع مع الأنماط التعلقية الأربعة التي يقيسها السلم أي "سلم أنماط التعلق" وفقا إلى 4 سلاسل تحتية تتطابق مع الأنماط التالية: الآمن و الخائف و المنفصل و منشغل البال (Griffin & Bartholomew, 1994) و هو ما يسمح بتحديد النمط التعلقى عند الراشد، يتكون هذا المقياس من 30 بندا (لا يؤخذ بعين الاعتبار إلا 18 بندا منها) تنقط على سلم ليكرت المتدرج على 5 نقاط.

يتم تنقيط المقياس من أجل تحديد النمط التعلقى كالتالي:

- التعلق الآمن: 3، 9 (تنقيط عكسي)، 10، 15، 28 (تنقيط عكسي).
- التعلق الخائف: 1، 5، 12، 24.
- التعلق المنشغل: 6 (تنقيط عكسي)، 8، 16، 25.
- التعلق المنفصل: 2، 6، 19، 22، 26.

الخصائص السيكمترية للأداة:

- الخصائص السيكمترية في الدراسات الأصلية:

يصل معامل التناسق الداخلي ألفا لهذا السلم حسب (Griffin & Bartholomew, 1994) إلى درجة تعادل (0,70)، و في دراسة لاحقة لـ (Downey & Feldman, 1996) قدّر بـ (0,81)، و تشير نفس الدراسة إلى أن نتيجة درجة الثبات بطريقة اختبار- إعادة الإختبار قد قدّرت بـ (0,83).

- الخصائص السيكمترية في الدراسة الحالية:

صدق المقياس:

و قُيِّمَ "سلم أنماط التعلق" على النحو التالي:

المعدّل	المعايير
10/9	1. الدقة و السلامة اللغوية
10/9,5	2. بساطة و وضوح العبارات
10/9,5	3. تناسق البنود مع أهداف البحث

الجدول رقم 12: نتائج صدق المحكمين لـ (RSQ).

ثبات المقياس:

• معامل الإستقرار:

من أجل اختبار ثبات المقياس قمنا بحساب معامل الإستقرار بطريقة التجزئة النصفية فتحصلنا على قيمة تعادل (0,579) و بعد تصحيحها بمعامل Spearman Brown تحصلنا على ثبات اختبار كلي قدره (0,73)، هي قيمة مرتفعة تدلّ على ثبات المقياس و موثوقيته.

• معامل التناسق الداخلي:

من أجل حساب قيمة معامل التناسق الداخلي استعملنا طريقة معامل Alpha de Cronbach لنتائج (32) مبنون طبق عليهم " سلم أنماط التعلق "، و توصلنا إلى قيمة معامل ألفا لكرونباخ تعادل (0.646)، تدل هذه القيمة على ثبات المقياس.

4.7. سلم الصدمة النفسية المعدل:

تقديم الأداة:

لقد تم بناء هذا السلم بهدف قياس أعراض الضغط ما بعد الصدمة، تتضمن صورته الأولى لصاحبه Horowitz في (1979) (15) بندا، و هو يقيس "الدرجة الحالية من الأثر الذاتي للخبرة نتيجة التعرض لحدث معين" (Horowitz, Wilner & Alvarez, 1979, P 209) غير أن هذه الصورة لم تتضمن أي بند حول النشاط العصبي الاعاشي المفرط، الذي أصبح يعتبر اليوم على أنه تناذر أساسي لفهم و تشخيص الضغط ما بعد الصدمة. و في محاولة لجعل السلم أكثر تعبيراً عن معايير الأعراض الثلاثية الأبعاد حسبما حددها "الدليل التشخيصي و الإحصائي للاضطرابات العقلية الرابع" (DSM-IV)، وضعت الصورة المنقحة له من طرف (Weiss & Marmar, 1997) في شكلها النهائي. فقد أضافا (7) بنود للسلم الأصلي، فأصبح على شكله الحالي تحت تسمية "سلم الصدمة النفسية المعدل" (IES-R) « Impact of Event Scale – Revised »، و هو يحتوي على (22) بندا و التي تتدرج على سلم Likert من 0 (أبداً)، 1 (قليلاً)، 2 (متوسط)، 3 (فوق المتوسط) إلى 4 (كثيراً). تقيس (8) بنود منها أعراض التجنب و (8) بنود أعراض الاجتياح أما النشاط العصبي الاعاشي فتقيسه (6) بنود، و ذلك خلال (15) يوم الأخيرة. وتقدر شدة الإصابة انطلاقاً من نتيجة تساوي أو تفوق (33) درجة.

تم الإعتماد في الدراسة الحالية على النسخة العربية للأداة و التي تم التأكد من ترجمتها في الجزائر من طرف جبار الله شرفي في 2012، حيث شاع استعمالها في البحوث الأكاديمية في مختلف الجامعات.

الخصائص السيكومترية للأداة:**- الخصائص السيكومترية في الدراسات الأصلية:**

ثبات السلم باستعمال طريقة الاختبار و إعادة الاختبار الذي تم حسابه من خلال فاصل زمني قدره 6 أشهر قدر بـ (0,89) و (0,94) لأصحابه (Weiss & Marmar, 1997) و هو ما يشير إلى وجود درجة ثبات مرتفعة. كما يتميز بدرجات مرتفعة جدا للتناسق الداخلي بخصوص السلالمة التحتية باستعمال معامل ألفا، إذ يقدر هذا الأخير في سلم الأعراض الإجتياحية من 0,87 إلى 0,92، و سلم الأعراض التجنبية من 0,84 إلى 0,86، و سلم الأعراض الإعاشية دائما بمعامل ألفا من 0,79 إلى 0,90 (Briere, 1997).

- الخصائص السيكومترية في الدراسة الحالية:ثبات المقياس:**. معامل الاستقرار:**

استعملنا طريقة التجزئة النصفية على مجموعة عددها (32) فردا، حيث قمنا بحساب معامل الارتباط Pearson بين النتائج فتحصلنا على قيمة تقدر بـ (0,86)، و بعد تصحيحها بمعامل Spearman-Brown توصلنا إلى درجة تعادل (0,92) و هو ما يشير إلى درجة مرتفعة من الثبات في قياس أعراض الضغط ما بعد الصدمة.

. معامل التناسق الداخلي:

بعد حسابنا لمعامل Alpha de Cronbach لنتائج (32) ممتور طبق عليهم مقياس "سلم الصدمة النفسية المعدل"، توصلنا إلى قيمة معامل ألفا لكرونباخ تساوي (0.930) و هي قيمة مرتفعة جدا تدل على أن المقياس يتميز بدرجة عالية من الثبات.

5.7. مقياس الإكتئاب لبيك II:تقديم الأداة:

وضع المقياس من طرف بيك A. T, Beck من مركز العلاج المعرفي لفيلا دلفيا، إذ يعتبر هذا المقياس الأكثر استعمالا في حالة الاكتئاب، فيستعمل للتشخيص و التقييم في

نفس الوقت. نشر لأول مرة في سنة 1961، تتكون صورته الأصلية من (21) بندا و لقد استوحت هذه العبارات من الملاحظة المكثفة لأعراض الاكتئاب، و تم اختصار هذه البنود من طرف Beck نفسه إلى (13) بندا. وضعت الصورة الثانية منه أي (BDI-IA) في 1979 من طرف Beck & Steer (1993) بهدف توضيح العبارات و رفع الالتباس حول بعض البنود (نقلا عن Smarr & Keefer, 2011).

أما الصورة الأخيرة منه التي وضعت تحت تسمية "مقياس الاكتئاب لبيك II Beck « Beck, Steer & Brown (1996) من طرف كل من Depression Inventory-II في (1996) فكان الهدف منها أن يتماشى المقياس مع أعراض الاكتئاب الرئيسي مثلما جاء في "الدليل التشخيصي و الإحصائي للاضطرابات العقلية الرابع" (DSM-IV)، و عليه تم تغيير أربعة بنود متعلقة بـ (الهیجان و الإثارة، فقدان تقدير الذات، فقدان الطاقة، صعوبة التركيز) (نقلا عن Osman, Barrios, Williams & Bailey, 2008).

و عليه فقد أصبح المقياس يتوافق مع البنود التي تقيس المظاهر المعرفية والانفعالية والسوماتية بالإضافة إلى الأعراض الاعاشية للاكتئاب، فهو يسمح بقياس درجة خطورة الاكتئاب و منه التجاوب مع العلاج.

هو يتكون من (21) بندا، يتدرج كل بند من (0) إلى (3) لتقييم أعراض الاكتئاب الحالية، (علما أن أعلى الدرجات هي التي تشير إلى شدة الأعراض)، يتم الحصول على النتيجة بجمع النقاط التي يحصل عليها العميل في المقياس، حيث تصل أعلى علامة ممكنة إلى (63).

و لتفسير النتائج على هذا المقياس تم اقتراح المعايير التالية:

من 0 إلى 13 : حد أدنى من الاكتئاب

من 14 إلى 19 : اكتئاب خفيف

من 20 إلى 28 : اكتئاب معتدل

من 29 إلى 63 : اكتئاب شديد (Beck, Steer & Brown, 1996).

أصبحت توجيهات تطبيق المقياس في الصورة الثانية لمقياس الاكتئاب الحالي (BDI-II) هي أن يُطلب من المفحوص أن يختار العبارات الأكثر تعبيراً عن حالته خلال الأسبوعين الأخيرين بما في ذلك يوم التطبيق. وبذلك فإن نطاق الوقت قد اتسع في مقياس (BDI-II) ليصبح أسبوعين ، حتى تكون الأجوبة على المقياس متسقة مع (DSM-IV) فيما يخص الاكتئاب (Beck & al, 1996) مثلما سبقت الإشارة إليه.

تمت ترجمة الأداة إلى اللغة العربية من طرف (غريب عبد الفتاح غريب، 2000)، وهي النسخة التي استعملت في الدراسة الحالية. كما سبق تكييفها على البيئة الجزائرية من طرف العديد من الباحثين، نذكر دراسة (معمرية بشير، 2010) الذي طبق المقياس على عينة بلغ عددها (998) من طلبة و موظفي و أساتذة جامعة الحاج لخضر بباتنة.

الخصائص السيكومترية للأداة:

- الخصائص السيكومترية في الدراسات الأصلية:

لقد تجلى ثبات الاختبار بطريقة إختبار - إعادة الإختبار لتصل إلى (0,93) (Beck & al, 1996). كما يبدو أن الثبات جيد أيضا مع معامل ألفا فهو يعادل (0,93) مع عينات من الطلبة و (0,92) مع عينات من المرضى العقليين (Steer & Clark, 1997).

- الخصائص السيكومترية في الدراسة الحالية:

ثبات المقياس:

للتأكد من ثبات المقياس في البيئة الجزائرية تم استخدام معاملات الثبات التالية:

. معامل الاستقرار:

بعد قيامنا بحساب معامل الارتباط Pearson تحصلنا على قيمة ثبات تقدر بـ (0,86)، و قد جاء الارتباط دالا عند (0,01)، و بتصحيحه بمعامل Spearman-Brown توصلنا إلى درجة ثبات تعادل (0,92) و هي درجة مرتفعة من الثبات في قياس أعراض الاكتئاب.

. معامل التناسق الداخلي:

بعد حسابنا لمعامل Alpha de Cronbach لنتائج (32) ممتور طبق عليهم "مقياس بيك للاكتئاب -II"، توصلنا إلى قيمة معامل ألفا لكرونباخ تساوي (0.934) و هي قيمة مرتفعة جدا تدل على أن المقياس يتميز بدرجة عالية من الثبات و يمكن الوثوق بنتائجه.

8. طريقة تحليل البيانات:

اعتمدنا في تحليل البيانات على الاختبارات الإحصائية التالية:

- معامل الارتباط بيرسون (Pearson)
- معامل سبيرمن براون (Spearman-Brown)
- معامل ألفا لكرونباخ (Alpha de Cronbach)
- اختبار (t-test)
- اختبار كروسكل واليس (Kruskal-Wallis)
- اختبار ANOVA

9. حدود الدراسة:

للداسة حدود تمس الجوانب التالية:

الجانب النظري:

- لقد عملنا جاهدين على الإلمام بأكبر قدر من المعلومات النظرية حول موضوع الدراسة، غير أننا ندرك استحالة شمولية العرض، فالباحث مقيد بالإمكانيات المتاحة والمتوفرة و التي لا تسمح له دائما بالحصول على الوثائق الضرورية من جهة، كما أنه وبالرغم من توفر هذه الأخيرة فإن الباحث ملزم بتركيز اهتمامه على مفاهيم محدودة و غرض النظر عن عناصر مهمة من الظاهرة المدروسة أي عزل الظاهرة من جهة أخرى.

الجانب الإجرائي:

- نظرا لحساسية موضوع الدراسة لم نتمكن من الحصول على الرخص اللازمة من أجل القيام بالدراسة التطبيقية على عدد كبير من المبحوثين، دفعتنا هذه الاعتبارات إلى الاكتفاء بإجراء الدراسة على المبحوثين الذين كانوا يتوافدون على المستشفى من أجل إعادة التأهيل

أو المبحوثين حديثي الإصابة المتواجدين في مصلحة جراحة العظام. و بالرغم من المدّة الزمنية المعتبرة التي خصصناها للتطبيق إلّا أننا لم نجني إلّا عددا محدودا من الحالات.

- كما هناك نقطة أخرى تخص الجانب الإجرائي في علاقة مع العدد المحدود لمجموعة البحث، و هي طريقة تحليل النتائج، ذلك أنه لم يسمح عدد المبحوثين بتطبيق أدوات إحصائية أكثر تعقيدا لأنها تتطلب عينة معتبرة حتى تكون لنتائجها معنى من الناحية الإحصائية، و بناءً على ذلك فإننا قمنا بدراسة العلاقات الارتباطية و دراسة الفروق لاختبار فرضيات البحث.

خلاصة الفصل:

بعد عرض الإجراءات المنهجية للبحث من المنهج المستعمل و خصائص مجموعة البحث و مكان إجراء البحث التطبيقي، وبعد تقديم الأدوات التي تمثلت في خمسة مقاييس وذكر خصائصها السيكمترية من خلال الدراسات السابقة والدراسة الحالية، نمر في الفصل التالي إلى عرض النتائج.

الفصل السابع:

عرض النتائج

تمهيد :

خصصنا الفصل السادس لعرض النتائج، حيث اخترنا أننقدم في جزئه الأول دراسة حالة "علي" كدراسة وصفية تمهيدية، أردنا من خلالها أن نحلل حالة فردية على ضوء فرضيات البحث، محاولة منا أن نتطرق إلى العلاقة بين المتغيرات في نوع من العمق الذي تتيحه الدراسة العيادية في غياب الدراسات السابقة التي تناولت الموضوع، ثم قمنا في الجزء الثاني بعرض نتائج الدراسة الوصفية الإحصائية المتبينة في البحث.

1. الدراسة الأولية "دراسة حالة":

هي دراسة سبق نشرها في مقال لـ (Boumazouza et Ahcène-Djaballah, 2015)، و هي عبارة عن دراسة مبدئية حاولنا من خلالها أن نمهد الطريق للتناول الوصفي الإحصائي، تتعلق دراسة الحالة هذه بالمبحث "علي" و هو أحد المبتورين الذي التقيناه حينما تقدم للمستشفى من أجل الاستفادة من تعديلات في ساقه الاصطناعية. تقرنا من المبحث و الذي لم يبدي أية معارضة للمشاركة في البحث، استغرقت اللقاءات مع الحالة ثلاثة حصص دامت كل واحدة منها ساعة من الزمن.

"علي" شاب في الثلاثين من العمر، متقاعد بعد حادث مهني أدى به إلى فقدان ثلاثة أرباع ساقه اليمنى، مطلق و أب لولد يبلغ سنة و نصف، و لعلحق الرعاية (الكفالة). بعد البتر الذي تعرض له "علي" في جوان 2005، أصبح غالبا ما يقيم بالمستشفى من أجل إعادة ضبط ساقه الاصطناعية، يعرف "علي" من طرف موظفي المستشفى بسلوكه العنيف إزاءهم، لذا فقد تم نصحناف في إطار البحث بعدم التقرب منه. غير أننا قمنا بعكس ذلك تماما مع افتراضنا أن هذا العنف ربما هو إشارة لضيق عميق و تعبير لاحتمال وجود صدمة نفسية قد ترسخت في الإزمان.

و قد كشفت النتائج المحصل عليها من خلال مقياس الصدمة النفسية المعدل (IES-R) عن مستوى مرتفع من الضغط ما بعد الصدمة يوافق لدرجة (53) إذ أنها صدمة راسخة في الزمن، بحيث لم يتم إرصانها (élaboration)، كما لديها تعقيدات عديدة.

لاحظنا منذ البداية أن "علي" يتكلم عن الحادث الذي أدى إلى بتر ساقه و كأنه حديث الوقوع و هو يقرّ بذلك في حديثه من خلال إعادته للجملة التالية "كَلِّي صُرّا لُبَارَح"،

فهو يروي تسلسل أحداث الحدث الصدمي بأدق التفاصيل (نذكر أنه لدى إجراء المقابلة كانت تفصلنا 9 سنوات عن الحدث). نعلم أن "الذكرى العادية لا تستطيع أن تجند هذا الكم الهائل من قدرات التذكر، غير أن الأمر يختلف فيما يتعلق بصورة الموت، التي عندما تقتحم الجهاز النفسي لا تجد تصورات (representations) لتستقبلها، ذلك أنه لا توجد تصورات للموت في اللاشعور، و عليه فإن صورة العدم تبقى راسخة، (إذا كنا نعلم جميعا بأننا سنموت، فإننا لا نؤمن بذلك وننكره بعناد و نعيش كأنا خالدين)، إذن بدون وجود تصورات، فإن صورة الموت سوف تعطي ظاهرة تذكر بحثة تختلف تماما عن الذكرى، حيث يترسخ الحدث مثلما هو و كما تم إدراكه مع أدق التفاصيل، في حين أن الذكرى و من خلال عمل التحول الذي تتعرض له، فهي تتضمن بُعد الزمن الذي مضى والذي يفصل زمن وقوع الحدث و زمن استحضاره، إذ أن عودة الصورة الصدمية تحدث في الوقت الحاضر و كأن الحدث يتكرر مرة أخرى" (Lebigot, 2005, p 15).

و لقد وجدنا ما يثبت هذه الملاحظة عبر البنود المتعلقة بإعادة معايشة الحدث الصدمي خلال النهار على وجه الخصوص، أين سجلنا نتائج مرتفعة، مثل البندين (1) و(9)، "كل ذكر للحدث يحيي مشاعري المرتبطة به" و "هناك صورة من الحدث مسجلة في ذاكرتي".

التكرار هو عنصر أساسي من الصدمة النفسية، حيث نجده أيضا لدى الحالة محل الدراسة تحت غطاء العدوانية، فهي عدوانية للمطالبة، وهو يطالب هنا باسترجاع حقوقه حتى و لو أرغمه ذلك على استعمال القوة "لازم نجيب حقي... حتى و لو كان بالذراع..." مما يدل على الحاجة الملحة بالاعتراف و ذلك بالرغم من المكتسبات العديدة التي تحصل عليها في إطار التعويض المادي عن الإصابة. كما أنها عدوانية مدمرة، أولا مدمرة للروابط الأسرية "... متفاهمتش مع خويا... زعفت و ما فقتش لروحي... ضربتو بموس"، و أيضا مدمرة للعلاقة الزوجية "... كنت عنيف بزّاف مع مرتي... راحت و خلّاتني"، و هي عدوانية مدمرة للذات، و هذا يرجع إلى شغفه إلى الدم و إلى تقطيع وتمزيق الأجساد من خلال القتل ورغبته في القيام بذلك و لكن أيضا من خلال عدوانية وعنف جسديين موجّهين نحو ذاته، فهو يُظهر مع نقطة من الافتخار ذلك الذراع الذي قام بتقطيعه باستخدام شفرة و يقول بأسف " je préfère " ندير في روعي هكدا خير ما نقتل واحد".

بالإضافة إلى هذه العدوانية سواءً الموجهة نحو الذات أو الآخرين فإن "علي" يعاني من نوم مضطرب جدًا، إذ نجد نتائج مرتفعة في البند (2) "كنت أستيقظ في الليل" وفي البند رقم (15) "وجدت صعوبات في النوم".

نعتقد أن هذا الاعتلال (morbidité) هو الأصل في الإدمانات العديدة التي يعاني منها "علي"، إذ أنه مدمن منتظم لحشيش القنب، و مستهلك كبير للأدوية مثل: مضادات الاكتئاب و المنومات و مضادات القلق و مضادات الذهان و أخيرا المسكنات القوية -التي يتناولها دون استشارة الطبيب و هذا ضد الآلام المنجرة عن ما تبقى من ساقه المبتورة (moignon)- إذ لا يمكنه الاستغناء عن هذه المواد، و يعترف بإدمانه عليها و يبرر هذا بأنه دواءه الوحيد ضد الألم الذي يعيشه. إدمان "علي" إنما يدل على محاولة التطبيب الذاتي و أيضا الرغبة للاستجابة لمتطلبات نزوة الموت، فهي طريقة للتموضع على هامش عالم الأحياء، و على وضع الآخرين في دور المُضطهدين" (Lebigot, 2005, p 70).

إن فكرة الموت هي دائمة الحضور في خطاب "علي" توجه أحيانا ضد "الآخرين" وأحيانا أخرى ضد نفسه، و هي تعبر غالبا على رغبته في الموت بطريقة دموية وبطولية، إذ أنه يريد أن يستشهد بعد قتال دون مخرج. لاحظنا أن هذه الفكرة الأخيرة لا ترمي إلى عنف موجه نحو الذات أو نحو الآخرين و الذي يرتبط بتناذر التكرار في محاولة التحكم في الصدمة بالرغم من البقاء تحت سيطرتها، و إنما هي فكرة ترمي إلى محاولة الخلاص النهائي، فقمنا بطرح السؤال التالي: "أليس نوعا من أنواع الانتحار؟"، حدّق "علي" بالباحثة مليّا ثم أطلق "إيه"، لقد قام بالربط ما بين فكرة تضحيته بنفسه من أجل قضية عظيمة و"مجرد" الخلاص. و هناك من الباحثين من يعطي معنى مختلف عمّا قدمناه في الفكرة الأخيرة مثل (Le Breton, 2002) الذي يرى أن هذا العنف الموجه نحو الذات من خلال السلوكات الخطيرة هي طريقة متضاربة لطلب المساعدة من المقربين، وهي تختلف تماما عن إرادة الموت، فهي ليست صور خرقاء للانتحار، و إنما طرق ملتوية رمزية للتأكد من قيمة وجوده، فهي طقوس شخصية لصنع المعنى.

و من جهة أخرى فإن نموذج هذا الاضطراب في الطبع قد أطلق عليه "تناذر رومبو" « syndrome de Rambo »، فقد تم وصفه لدى بعض المحاربين السابقين في الفيتنام، إذ

يعرف هذا التناذر بالميل إلى الاندفاعية و التهيجية و الانفجارية و الميل إلى سلوكيات الإدمان (Cadiet, 1997, p 243).

معاناة الحالة من الاكتئاب تؤكدتها النتيجة المرتفعة على مقياس الاكتئاب لبنيك الثاني (BDI-II)، حيث تحصل على مجموع (44) نقطة، و هي نتيجة تسمح بإثبات (إضافة إلى معطيات المقابلة) أن الحالة تعاني من اكتئاب شديد. و هو ما تثبته الأفكار الانتحارية واضطرابات النوم (التي يشترك فيها كلا من الضغط ما بعد الصدمة والاكتئاب)، كما يثبته ذلك المزاج التعيس و التشاؤم اللذان نجدهما في قيمتهما القصوى في البندين (1) الحزن و (2) التشاؤم من استبيان بنيك للاكتئاب II.

حيث يتوافق ذلك مع نتائج العديد من الدراسات التي تبين ارتفاع معدل العرضية الاكتئابية بعد التعرض للبتر (Atherton & Robertson, 2006).

و من ناحية أخرى فإن هناك علاقة وطيدة بين "...الصدمة و احتمال ظهور الاكتئاب، و هو ما يتعلق خصوصا مع الفقدانات المنجرة عن الحدث...، لجزء من الجسم...، أو لفقدان على مستوى المثل و الشعور بالعجز المأساوي، فقدان الشرف...". فمواجهة واقع الموت إنما يعطي وزن إضافي للطابع الحتمي (irrémédiable) لما حدث، يمكن لهذه الحالة الاكتئابية أن تظهر على شكل إثارة مزاجية مع نشوة (euphorie) مما يدفع بالشخص إلى أفعال تدل على البعد الانتحاري (Lebigot, 2005, p 47).

مع تجنب الوقوع في الإطناب، سنكتفي بذكر حادثة تكلم عنها "علي" و هي تأتي لتعزيز فكرة هذه الإثارة المزاجية (و هو الوجه الآخر للاضطراب المزاجي)، حيث تقوم برفع التثبيط (le désinhiber) و تدفعه إلى تدبر وضعيات ذات خطر انتحاري. فهو يروي أنه في أحد الأيام و خلال مرحلة طلاقه، في لحظة تشاؤم كبير قام باتخاذ قرار (علما أنه كان يقود سيارته) بأن يتنازل عن جميع حقوقه لمصلحة زوجته و هو يعني بذلك الممتلكات المادية و الطفل، بعد اتخاذه لهذا القرار يقول أنه شعر بالحرية، و هو ما نمى عنده الشعور بالتهيج ثم بالعظمة مما دفعه بالسياقة بسرعة فائقة و ذلك في طريق جبلي شديد التعرج أين ذهب لاستعادة أمه التي ذهبت هناك لتحلب الماعز كعادتها، قبل آذان المغرب بقليل (خلال شهر رمضان) انتهى به الأمر بفقدان السيطرة على السيارة التي انقلبت جانبا مما سمح له برؤية قاع الجرف الذي أوشك أن يسقط فيه، و للحظة من الزمن رأى موته للمرة الثانية،

فتذكر ابنه... توقفت السيارة على حافة الجرف و هو يرى أن ذلك إنما يرجع إلى تدخل قوة إلهية من أجل إنقاذه و السماح له بالعناية بابنه، ذلك الطفل الذي قرر أن يتخلى عنه، دخل على إثر ذلك في صراع قضائي مع زوجته، انتهى بحصوله على حضانة الطفل الذي ستركه بدوره لأمه لكي يسكن بعيدا عنه بمئات الكيلومترات، وحيدا في شقة مأجورة.

الشعور بالذنب هو جزء لا يتجزأ من التجربة الصدمية، مثلما هو الحال بالنسبة للاكتئاب الذي ينتج عن حضور الشعور بالذنب و أيضا عن نهاية الوهم بالخلود و عن الشعور بالتخلي عن الفرد (abandon) على حد سواء. سوف نهتم بمفهوم التخلي لدى الحالة محل الدراسة، إذ أن "علي" اختار أن يعيش في عزلة عن أسرته و بعيدا عن طفله الوحيد بعد طلاق صعب (مفجع). الطلاق الذي جعله يشعر أن زوجته قد تخلت عنه، تلك المرأة التي كان عليه أن يواجه أباه المتسلط (على حد قوله) من أجلها. ذلك أن والده كان يرى أن من مهامه كوالد أن يختار الزوجة المناسبة لابنه تماما مثلما فعل مع أولاده الآخرين، و بعد أن قام "علي" برفض على التوالي لأربعة فتيات أراد والده أن يزوجه بهن، حيث تتشابهن جميعهن في كونهن غير متعلقات و متربيات حسب النموذج الريفي، يقول "علي" أنه من خلال هذا الرفض المتتابع قد قام بإهانة رب الأسرة، و قد كان رد هذا الأخير قاسيا لما قال "علي" أنه مع ساق "مقطوعة" ليس لديه الحق في أن يكون متطلبا أو صعب الإرضاء (exigeant) "...واش حبيت؟ وقيلا حبيت مرا تقرا الجرنان؟..."، تنازل حينها الأب عن إعطاء بركته (موافقته) في زواج ابنه و أصبح "علي" الحق في الزواج ممن شاء.

يرى "علي" أنه شخص اجتماعي و في مقدوره تكوين علاقات أين تعم الثقة والتعاون، كما أنه قريب من أمه و هو ما يمنح له فائدة كبيرة (bénéfices) ذلك أنها علاقة ذات ثبات عاطفي. و هي ملاحظة تعززها نتيجة مقياس أنماط التعلق (RSQ)، فالبفعل "علي" نمط تعلقي "آمن" مع نموذج إيجابي للذات و للآخرين، و يؤدي هذا النموذج حسب العديد من الدراسات دور عامل حماية ضد الاكتئاب (Bifulco & al, 2002)، وأيضا ضد الضغط ما بعد الصدمة (Declercq & Willemssen, 2006)

نستطيع القول أنه كانت "علي" الوسيلة فيما يتعلق بنمط التعلق و ثبات النماذج الداخلية العاملة، لتجاوز الضغط و الاكتئاب ما بعد الصدمة. و كان بإمكان هذه الوسائط أن تسمح بالحفاظ على ثبات العلاقة الزوجية، إذ من الممكن أن نفسر فشل زواجه بتطفل

العرضية الثقيلة التي يعاني منها "علي" على علاقته الزوجية، فالشخص الذي عاش ما يسمى بالفزع "الصدمة" - الذي ماهو في الحقيقة إلا شعور عميق بأنه تمّ التخلي عنه- والذي ظهرت لديه "اضطرابات في الطبع التي لا يدركها دائما، و خصوصا لما يتحول ذلك الشعور السلبي (passif) في البداية إلى شعور نشيط: يتم التخلي عنه. فإن الشخص ينطوي على ذاته، و يصبح قليل الكلام و عدواني، كما يشعر أحيانا بالاضطهاد. إذ أن عدد انفصال الأزواج بعد صدمة هو مرتفع جداً" (Lebigot, 2005, P23).

سوف نهتم الآن بتحليل بنية أسرة "علي"، و بعبارة أخرى تحليل طبيعة النسق من أجل محاولة شرح و قع هذا الأخير على الاضطرابات التي تعاني منها الحالة. إن النتائج التي حصلنا عليها من خلال سلم تقييم التكيف و التماسك الأسريين الثالث (FACES-III)، تكشف لنا أن لأسرة "علي" توظيف بنيوي "صلب" فيما يتعلق بالتكيف و "منفصل" بخصوص التماسك و هو ما يسمح باستنتاج بتصنيفه في حدود النموذج البنوي المفرط الذي يعتبر على أنه غير وظيفي.

إذ يتحدث "علي" عن أب يمتلك السلطة العظمى التي يطبقها جميع أفراد الأسرة، فهو يقسم المهام، يتخذ جميع القرارات حتى الأكثر خصوصية. إن مشكلة الحدود يظهر جلياً من خلال سلوك هذا الأب المتسلط الذي يعتبر أن وضعيته كـرب الأسرة تسمح له بتسيير جميع مظاهر حياة أفرادها، إن موقف الأب و سلبية (passivité) الأم التي تكتفي بدور ثانوي، لم ترضي أبداً "علي"، فطالما أراد الخروج من هذا النموذج الذي يسير وفق مزاج الأب، و أين على جميع الأطفال أن يتصرفوا وفق النموذج الذي فرض عليهم، بدون إمكانية التفاوض ولا أية بدائل.

لقد أثرت هذه الصلابة كثيرا على العلاقة أب-ولد، فهي علاقة صراعية تعكس طموح "علي" على الاختلاف (التمايز) و الجهد الذي يبذله الأب من أجل الحفاظ على ما يبدو له على أنه مثل أسري، "إن هذه الحركات عبارة عن محاولات للتغيير و الضد حركات للتغيير تهدف عادة إلى حماية النسق و الحفاظ على توازنه حتى يتم إيجاد حل وسط، نعتقد أنه في حالة أسرة "علي" فإن الصلابة و السلطة الأبويتين طلقا الزناد (déclencheur) لصلابة النسق، إذ يجب التذكير أن النسق الأسري يصبح صلبا لما يصبح تراكم الوظائف أو عدم

قدرة تغيير الوظائف في الزمن ثقيل على حاجات التفاضل (differentiation) لأفراده" (Andolfi, Menghi, Nicolo, Saccu, 1979, P 2).

هذا يعني أن الصلابة هي مستوى تكيفي ضعيف جداً، يتميز بتفاعلات واقعة تحت السيطرة، و يتميز أيضاً بأدوار شديدة الوضوح، كما أن القواعد لا تتغير لتتكيف مع حاجات الأفراد. فالنسق الأسري غير قادر على التكيف مع التغييرات الناجمة عن متطلبات المحيط و بتطور بناءه الخاص و بنضج حاجات الأفراد.

إن الأنساق الأسرية التي لها مستوى تكيفي صلب، تتبنى نظام قيادة تسلطية، فيكون الوالدان شديداً التحكم، و شخص واحد فقط يمثل صورة السلطة، يكون العقاب صارم، عديم التساهل و التسامح، و تكون قواعد الانضباط الوالدية المفروضة صارمة حيث يفرض الأبوين قراراتهما. الأدوار محددة و ثابتة و القواعد غير قابلة للتغيير و تطبق بصرامة. تؤدي هذه الصلابة إلى نقص المرونة أمام التغييرات و الضغوط المنجزة عن مختلف مراحل الحياة الأسرية و لا تسمح إلا بحلول قليلة أمام ذلك (Laître, 1997, P 36).

إن التوازن المعتدل في تماسك أسرة "علي" يلاحظ عبر وصفه للعلاقة الأخوية المستقرة، نذكر أنه الابن الأكبر لأسرة مكونة من 6 أطفال، 4 ذكور و بنتان، يتكلم أيضاً عن الروابط التي توحد أسرته دون التضييق من حرية أفرادها، كما أنه لا يبدو أنه يرتبط بأحد أفراد أسرته أكثر من الآخر، إذ لم يكشف عن وجود تحت-أنساق، أو عن وجود تحالف (coalition) من أجل تحمل و مقاومة السلطة، لكنه يتكلم بالحاح عن الروابط القوية ما بينه و بين أمه و بالرغم من ذلك فإنهما لا يمثلان قوة فعلية ضد الأب.

لما تحدّى "علي" أباه قام بمحاولة تغيير داخل بنية أسرية سارية و غير وظيفية، فقد غادر البيت الأسري ليعمل بعيداً في سن مبكرة، و دخل عالم الشغل ضمن مؤسسة تسلطية كذلك، و لدى وقوع الحادث و بما أنه لا يستطيع أن يعتمد على سند نسق لا يقبل الاختلاف و التمايز، و له صعوبة في التكيف مع التغيير و يفقد للتلاحم لدرجة تسمح له بتوفير تلك القاعدة الثابتة التي كان بإمكان "علي" أن يركز عليها، و قع "علي" في المرض و بقي واقفاً في فخ هذا الدور الجديد الخاص بالضحية المريضة، و عليه فقد أصبح المريض المعين (le patient désigné) الحامل للعرض الأسري، فهو الذي يحمل ألم عدم وظيفية النسق.

تكشف لنا نتائج سلم الأزمات الأسرية الموجه نحو التقييم الذاتي (F-COPES) على نتائج ليست لصالح مهارة أسرية في تجاوز التغير، و هو عامل ضغط كبير جاء ليهز النسق، إذ أن الأجوبة التكيفية (المواجهة) تميل إلى الانحصر في السجل الداخلي للمواجهة مثل إعادة صياغة المشكل أين سجلنا أعلى نتيجة (33 نقطة)، و هو ما يشرحه التوظيف الصلب الذي هو الأصل في "الضغط" (pression) المتزايد لمستويات التوظيف مما يؤدي بنقص التعبيرات المتزايدة (progressive) للطاقت المتوفرة و فقر في الاتصالات مع الخارج" (Andolfi & al, 1979, p 02)، تقوم هذه الأسرة بإعادة صياغة المشاكل من أجل استدخالها (integrer) بطريقة أحسن، و لكنها لا تقوم بحلّها فعليا بواسطة المساعدة الاجتماعية، إذ يؤكد "علي" أن أسرته تفضل إخفاء مشاكلها أمام الأقارب والجيران حتى لا تشوّ سمعتهم. إن الارجاعية الأسرية ترمي خصوصا إلى المهارات وإلى نمط التوظيف الذي تستعمله الأسر من أجل الاستمرار، للتكيف ولتعزيز (renforcer) أمام المحن (McCubbin, & al, 1999)

لا يظهر أن أسرة "علي" قد تمكنت من التعزز بعد التجربة التي مرّت بها، عدم قدرتها على الانفتاح نحو الخارج و تجديد (mobiliser) موارد المحيط الاجتماعي لم تسمح لها بالنمو و التغير للوصول إلى التوازن الذي يؤدي إلى الازدهار (épanouissement) الجماعي، و هو ما يشرح لحد ما العرضية الثقيلة التي يحملها المبحوث.

2. الدراسة الأساسية "دراسة وصفية إحصائية"

1.7. عرض نتائج الفرضية الإجرائية الأولى:

تنص الفرضية الإجرائية الأولى أنه: توجد علاقة بين اضطراب الضغط ما بعد الصدمة كما يقيسه "سلم الصدمة النفسية المعدّل" و الاكتئاب كما يقيسه "مقياس بيك للاكتئاب - II" لدى مبتوري الساق عقب حادث خطير. و من أجل اختبار صحة الفرضية تم استخدام اختبار Pearson لبحث العلاقة بين المتغيرين و النتائج مدونة في الجدول التالي:

الدالة الإحصائية	Pearson	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	حجم المجموعة	
دال عند 0,01	0,693	20,52	44,07	40	الضغط ما بعد الصدمة
		13,25	16,87	40	الاكتئاب

الجدول رقم 13: نتائج الفرضية الإجرائية الأولى باستخدام اختبار Pearson.

يتضح من الجدول رقم (13) أن أفراد مجموعة البحث قد تحصلوا على متوسط حسابي يعادل (44,07) بانحراف معياري قدر بـ (20,52) على مقياس "الصدمة النفسية المعدّل"، و تحصلوا على متوسط حسابي قيمته (16,87) بانحراف معياري قدر بـ (13,25) على "مقياس بيك للاكتئاب II"، حيث وجد أن القيمة المحصّل عليها من خلال اختبار Pearson بلغت (0,693) ممّا يدل على أن العلاقة قوية موجبة بين الضغط ما بعد الصدمة و الاكتئاب لدى أفراد مجموعة البحث، و هي دالة عند (0,01) أي أنه كلما ارتفعت درجة الضغط ما بعد الصدمة ارتفعت درجة الاكتئاب و العكس.

2.2. عرض نتائج الفرضية الإجرائية الثانية:

تنص الفرضية الإجرائية الثانية أنه: توجد فروق بين نموذج التوظيف البنيوي الأسري (مفرط، متوسط، متوازن) مثلما يقيمه "سلم تقييم التكيفية و التماسك الأسريين - III" ودرجة الضغط ما بعد الصدمة كما يقيسه "سلم الصدمة النفسية المعدل" لدى مبتوري الساق جزاء حادث خطير لصالح التوظيف المفرط. و من أجل اختبار صحة الفرضية استعملنا اختبار Kruskal-Wallis، حيث يرجع اختيارنا لهذا الاختبار لعدم تجانس حجم المجموعات، نقوم بعرض النتائج في الجدول التالي:

الدلالة الإحصائية	Chi-square	متوسط الرتب	حجم المجموعة	نموذج البنية الأسرية	
غير دالة	1,59	20,95	11	مفرط	الضغط ما بعد الصدمة
		22,15	20	متوسط	
		16,28	9	متوازن	
			ن = 40		

الجدول رقم 14: نتائج الفرضية الإجرائية الثانية باستخدام اختبار Kruskal-Wallis.

نلاحظ من خلال الجدول رقم (14) أن قيمة متوسط الرتب للتوظيف البنيوي المفرط تعادل (20,95)، و أن متوسط الرتب للتوظيف البنيوي المتوسط تعادل (22,15)، أما التوظيف البنيوي المتوازن فقيمة متوسط رتبه تساوي (16,28)، و لبحث الدلالة الإحصائية بين متوسطات الرتب باستخدام اختبار Kruskal-Wallis، تحصلنا على قيمة تعادل (1,59)، هذا يعني عدم وجود دلالة إحصائية، أي لا توجد فروق بين نماذج التوظيف البنيوي الأسري فيما يخص درجة الضغط ما بعد الصدمة لدى مجموعة البحث.

3.2. عرض نتائج الفرضية الإجرائية الثالثة:

تنص الفرضية الإجرائية الثالثة أنه: توجد فروق بين نموذج التوظيف البنيوي الأسري (مفرط، متوسط، متوازن) مثلما يقيمه "سلم تقييم التكيفية و التماسك الأسريين - III" ودرجة الاكتئاب كما يقيسه "مقياس بيك للاكتئاب - II" لدى مبتوري الساق جزاء حادث خطير لصالح التوظيف المفرط. و لاختبار صحة الفرضية استعملنا اختبار-Kruskal-Wallis، حيث نقوم بعرض النتائج في الجدول التالي:

الدلالة الإحصائية	Chi-square	متوسط الرتب	حجم المجموعة	نموذج البنية الأسرية	
غير دالة	1,74	21,91	11	مفرط	الاكتئاب
		21,62	21	متوسط	
		15,63	8	متوازن	
			ن = 40		

الجدول رقم 15: نتائج الفرضية الإجرائية الثالثة باستخدام اختبار Kruskal-Wallis.

تشير النتائج المدونة على الجدول رقم (15) أن قيمة متوسط الرتب للتوظيف البنيوي المفرط تعادل (21,91)، و أن متوسط الرتب للتوظيف البنيوي المتوسط تعادل (21,62)، أما التوظيف البنيوي المتوازن فقيمة متوسط رتبه تساوي (15,63)، و لبحث الدلالة الإحصائية بين متوسطات الرتب باستخدام اختبار Kruskal-Wallis، تحصلنا على قيمة تعادل (1,74)، مما يدل على عدم وجود دلالة إحصائية، أي لا توجد فروق بين نماذج التوظيف البنيوي الأسري فيما يخص درجة الاكتئاب لدى مجموعة البحث.

4.2. عرض نتائج الفرضية الإجرائية الرابعة:

تنص الفرضية الإجرائية الرابعة أنه: هناك علاقة بين درجة الإصابة بالضغط ما بعد الصدمة كما يقيسه "سلم الصدمة النفسية المعدّل" و درجة استخدام استراتيجيات المواجهة الأسرية مثلما يقيّمها "سلم الأزمات الأسرية" لدى مبتوري الساق جرّاء حادث خطير. و من أجل اختبار صحة الفرضية تم استخدام اختبار Pearson لبحث العلاقة بين المتغيرين و النتائج مدونة في الجدول التالي:

الدالة الإحصائية	Pearson	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	حجم المجموعة	
دال عند 0,05	-0,37	20,52	44,07	40	الضغط ما بعد الصدمة
		12,11	96,57	40	استراتيجيات المواجهة الأسرية

الجدول رقم 16: نتائج الفرضية الإجرائية الرابعة باستخدام اختبار Pearson.

يتضح من الجدول رقم (16) أن المتوسط الحسابي لنتائج المبحوثين على مقياس "الصدمة النفسية المعدّل" هو (44,07) بانحراف معياري قدره (20,52)، و تحصلنا على متوسط حسابي قيمته (96,57) بانحراف معياري قدر ب (12,11) على مقياس "الأزمات الأسرية الموجه نحو التقييم الذاتي"، كما وجدنا أن القيمة المحصّل عليها من خلال اختبار Pearson تعادل (-0,37) ممّا يدل على أن العلاقة عكسية بين درجة الضغط ما بعد الصدمة و درجة استعمال استراتيجيات المواجهة الأسرية لدى أفراد مجموعة البحث، و هي دالة عند (0,05)، معنى هذا أنه كلما ارتفعت درجة المواجهة الأسرية نقصت درجة الضغط ما بعد الصدمة.

5.2. عرض نتائج الفرضية الإجرائية الخامسة:

تنص الفرضية الإجرائية الخامسة أنه: هناك علاقة بين درجة الإصابة بالاكْتئاب كما يقيسه "مقياس بيك للاكتئاب - II" و درجة استخدام استراتيجيات المواجهة الأسرية مثلما يقيّمها "سلم الأزمات الأسرية" لدى مبتوري الساق جرّاء حادث خطير. و من أجل اختبار صحة الفرضية تم استخدام اختبار Pearson لبحث العلاقة بين المتغيرين و النتائج مدونة في الجدول التالي:

الدالة الإحصائية	Pearson	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	حجم المجموعة	
غير دالة	-0,19	13,25	16,87	40	الاكتئاب
		12,11	96,57	40	استراتيجيات المواجهة الأسرية

الجدول رقم 17: نتائج الفرضية الإجرائية الخامسة باستخدام اختبار Pearson.

يتبيّن من خلال الجدول رقم (17) أن المتوسط الحسابي لنتائج المبحوثين على مقياس "بيك للاكتئاب II" هو (16,87) بانحراف معياري قدره (13,25)، في حين وجدنا متوسط حسابي قيمته (96,57) بانحراف معياري قدر بـ (12,11) على مقياس "الأزمات الأسرية الموجه نحو التقويم الذاتي"، و توصلنا من خلال اختبار Pearson إلى قيمة تعادل (-0,19) ممّا يدل على عدم وجود دلالة، أي أنه لا توجد علاقة بين درجة الاكتئاب ودرجة استعمال استراتيجيات المواجهة الأسرية لدى أفراد مجموعة البحث.

6.2. عرض نتائج الفرضية الإجرائية السادسة:

تنص الفرضية الإجرائية السادسة أنه: توجد فروق بين نمط التعلق الأسري (آمن، غير آمن) مثلما يقيّمه "سلم أنماط التعلق" ودرجة الضغط ما بعد الصدمة كما يقيسه "سلم الصدمة النفسية المعدّل" لدى مبتوري الساق جرّاء حادث خطير لصالح التعلق غير الآمن. و للتحقق من صحة هذه الفرضية تم استخدام اختبار - t و ذلك لبحث الفروق بين متوسطات أنماط التعلق تبعا لدرجات الضغط ما بعد الصدمة، حيث نعرض النتائج في الجدول التالي:

الدلالة الإحصائية	t-test	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	حجم المجموعة	
دالة عند 0,05	2,51	13,97	53,43	16	التعلق الآمن
		22,02	37,83	24	التعلق غير الآمن
				40 = ن	

الجدول رقم 18: نتائج الفرضية الإجرائية السادسة باستخدام t-test.

يتضح من الجدول رقم (18) أن ذوي النمط التعلق الآمن من المبحوثين قد حصلوا على متوسط حسابي يعادل (53,43) على مقياس "الصدمة النفسية المعدّل" بانحراف معياري يساوي (13,97)، و تحصل ذوي النمط التعلق غير الآمن على متوسط حسابي قدره (37,83) و انحراف معياري يساوي (22,02) على نفس المقياس، و لبحث الدالة الإحصائية باستخدام t-test وجدت قيمة t مساوية لـ (2,51) و هي قيمة دالة عند (0,05)، مما يشير إلى وجود علاقة بين درجة الإصابة بالضغط ما بعد الصدمة والنمط التعلق للمبحوثين.

7.2. عرض نتائج الفرضية الإجرائية السابعة:

تنص الفرضية الإجرائية السابعة أنه: توجد فروق بين نمط التعلق الأسري (آمن، غير آمن) مثلما يقيمه "سلم أنماط التعلق" ودرجة الاكتئاب كما يقيسه "مقياس بيك للاكتئاب - II" لدى مبتوري الساق جرّاء حادث خطير لصالح التعلق غير الآمن. و بغية التحقق من صحة هذه الفرضية تم استخدام اختبار - t و ذلك لبحث الفروق بين متوسطات أنماط التعلق تبعا لدرجات الضغط، و النتائج مدونة في الجدول التالي:

الدلالة الإحصائية	t-test	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	حجم المجموعة	
غير دالة	0,87	12,30	19,12	16	التعلق الآمن
		13,90	15,37	24	التعلق غير الآمن
				40 = ن	

الجدول رقم 19: نتائج الفرضية الإجرائية السابعة باستخدام t-test.

يتضح من الجدول رقم (19) أن ذوي النمط التعلق الآمن من المبحوثين قد حصلوا على متوسط حسابي يعادل (19,12) على مقياس "الصدمة النفسية المعدّل" بانحراف معياري يساوي (12,30)، و حصل ذوي النمط التعلق غير الآمن على متوسط حسابي قدره (15,37) و انحراف معياري يساوي (13,90) على نفس المقياس، و لبحث الدلالة الإحصائية باستخدام t-test وجدت قيمة t مساوية لـ (0,87) و هي قيمة غير دالة، يشير ذلك إلى عدم وجود علاقة بين درجة الإصابة بالاكتئاب و النمط التعلق للمبحوثين.

خلاصة الفصل:

بعد عرض نتائج الدراسة الإحصائية بطريقة مفصلة، بتقديم كل فرضية جزئية على حدى، و ذكر الاختبار الإحصائي المتبنى، فإننا سنحاول شرح و تحليل هذه النتائج من خلال مناقشتها على ضوء ما جاء في الأدبيات و الدراسات السابقة في الفصل الموالي.

الفصل الثامن:

مناقشة

تمهيد:

نستهل هذا الفصل لمناقشة فرضيات البحث انطلاقاً من النتائج التي تحصلنا عليها في الدراسة التطبيقية و ذلك على ضوء الدراسات السابقة التي تطرقت إلى نفس الموضوع، حيث سنقوم بمناقشة الفرضيات الإجرائية كل على حدى و نختم الفصل بمناقشة عامة.

مناقشة الفرضية الإجرائية الأولى:

تنص الفرضية الإجرائية الأولى أن (هناك علاقة بين اضطراب الضغط ما بعد الصدمة كما يقيسه "سلم الصدمة النفسية المعدّل" و الاكتئاب كما يقيسه "مقياس بيك للاكتئاب - II" لدى مبتوري الساق عقب حادث خطير)، و لقد توصلنا عن طريق اختبار الفرضية إلى وجود علاقة موجبة و دالة بين المتغيرين، أي أنه كلما زادت شدة الإصابة بالضغط ما بعد الصدمة كلما زادت شدة الإصابة بالاكتئاب و العكس صحيح.

تبرهن هذه النتيجة على وجود ميل كبير للاعتلال المشترك ما بين الاضطرابين وهو ما تذهب إليه العديد من الدراسات، فمن خلال المقارنة بين عدة عينات سواء تكونت من أشخاص تعرضوا إلى خبرات صدمية ذات صلة مع الحرب Sierles et al (1983) ; Davidson et al (1995) أو الحالة الصحية للمقاتلين السابقين في الفيتنام Mellman et al (1992) أو الصدمات الناتجة عن أسباب أخرى Green et al (1992) & McFarlane ; Pappy (1992) فإننا نجد أن جميع هؤلاء الباحثين قد توصلوا إلى أن الاضطراب المشترك بين مختلف هذه العينات هو الضغط ما بعد الصدمة، غير أنه غالباً ما يرتبط بالاعتلال المشترك مع الاضطرابات الاكتئابية، و قد تصل هذه الأخيرة في بعض الأحيان إلى نفس مستويات الضغط ما بعد الصدمة (نقلاً عن Brillion, 2004).

ذلك أنه نادراً ما يظهر اضطراب الضغط ما بعد الصدمة كاضطراب وحيد، تشير الدراسات (Helzer et al, 1987 ; Breslau et al, 1991) أن 80 % من ضحايا الأحداث الصدمية يعانون من اضطراب نفسي آخر بصفة اعتلال مشترك إضافة للعرضية الصدمية، حيث يعاني قرابة 50 % من بينهم من الاكتئاب الرئيسي بصفة اعتلال مشترك.

فقد وجد كل من (Helzer et al, 1987) و (Breslau et al, 1991) أن التجارب الصدمية و/أو تشخيص الضغط ما بعد الصدمة غالبا ما تصاحب بالاعتلال، و الذي يتعلق أساسا بالاضطرابات الاكتئابية، و هو ما ينطبق إلى حد كبير مع ما توصلنا إليه في الدراسة، فقد وجدنا أن ما لا يقل عن 65 % من المبحوثين يعانون من اضطراب الضغط ما بعد الصدمة في صورته الشديدة، مع اعتلال مشترك مع الاكتئاب سواء الشديد أو المعتدل و هذا عند 32 % من المبحوثين.

و لتفسير هذه العلاقة الارتباطية القوية يمكننا أن نستشهد بالدراسات العديدة: Andrews (1995) ; Brillon (2001) ; Glover (1984) ; Henning et Fruell (1997) ; Joseph et al (1995) ; Kubany et Manke (1995)، التي خلصت إلى أن إسناد سبب الصدمة يمكن أن يتسبب في زيادة شدة الأعراض، إذ يؤثر هذا الإسناد على وجود الشعور بالخزي و الشعور بالذنب، و هي مشاعر شديدة الارتباط بتعزيز و تثبيت العرضية التالية للصدمة، كما تبيّن هذه الدراسات أن وجود الخزي و الشعور بالذنب الشديدين بعد التعرض لحدث صدمي غالبا ما تشترك مع أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة و الاعتلال المشترك مع الاكتئاب (نقلا عن Brillon, 2004)، وفي محاولتنا لاستغلال هذه الفكرة، فإننا نشير إلى اعتراف أفراد مجموعة البحث بمسؤوليتهم الكاملة أمام ما أصابهم، حيث كانوا على دراية بالأخطار التي تمثلها المهام الموكلة إليهم في مواجهة الإرهاب لدى اختياريهم للانضمام لصفوف الجيش الوطني، كما نشير إلى تعبيرهم عن ندمهم الشديد أمام هذا الاختيار و شعورهم بالذنب (الذي نلتمسه أيضا من خلال البنود المتعلقة بالشعور بالذنب)، فمن المحتمل أن يكون هذا الشعور بالذنب هو سبب الشدة المرتفعة لاضطراب الضغط ما بعد الصدمة التي غالبا ما نجدها عند المحاربين الذين يعانون من العرضية الصدمية، إضافة إلى الاعتلال المشترك مع الاكتئاب.

يفسر لنا ما سبق سبب الشدة المرتفعة للعرضية الصدمية، و وجود الاعتلال الاكتئابي، لكنه لا يفسر إمكانية الحدوث المتزامن، أو التشخيص الأولي أو الثانوي للاضطرابين، يرى (Bleich, Koslowsky, Dolev,& Lerer, 1997) أنه يمكن اعتبار اضطراب الضغط ما بعد الصدمة أنه النتيجة المرضية الأساسية للتعرض للصدمة، وذلك مع حدوث مشترك مع الاكتئاب كخاصية ثانوية، كما يمكن لاضطراب الضغط ما بعد

الصدمة أن يمثل وحدة-تحتية أو أحد أشكال الاكتئاب ما بعد الصدمة. ذلك أن الاكتئاب يظهر حسب (Ahcène-Djaballah, 2001) استجابة لفقدان موضوع (شخص أو وضعية أو شيء...) أو لصدمة، كما يرتبط بتاريخ الفرد (حيث يتم الاحتفاظ بآثار معرفية اكتئابية في الدماغ بعد التعرض لخبرات تؤهل للاكتئاب).

لقد اعتمدنا في محاولتنا للتعرف على إمكانية التشخيص الأولي أو الثانوي للاضطرابين، على النتائج الخام على مقياس "الصدمة النفسية المعدل" و "مقياس الاكتئاب لبيك - II" و علاقتهما مع المدة التي انقضت عن الإصابة بالبتير الصدمي، فتبين لنا غياب الاكتئاب لدى المبحوثين حديثي البتر، و تزايد شدته تدريجيا مع مرور الوقت إلى أن يصل إلى درجات تسمح بتشخيص الاكتئاب في صورته الشديدة، في حين نلاحظ إمكانية تشخيص اضطراب الضغط ما بعد الصدمة منذ الأسابيع الأولى بعد البتر لدى الضحايا حديثي الإصابة - علما أنه يمكن للأعراض أن تظهر منذ الأسابيع الأولى، غير أنه لا يمكن وضع التشخيص إلا بعد مرور شهر بالنسبة لاضطراب الضغط ما بعد الصدمة الحاد، و إذا دام هذا الوضع بعد ثلاثة أشهر فإنه يعتبر اضطراب ضغط ما بعد الصدمة مزمن، وهذا حسب كل من (DSM-IV) و (DSM-IV-TR) و (DSM-5) الذي يعد أحدث تصنيف-، و استمرارية هذه النزعة مهما زادت المدة التي تفصل بين تاريخ الإصابة و بين تاريخ تطبيق المقاييس، و هو الذي يدفعنا إلى اعتبار الاكتئاب كاضطراب ثانوي لاضطراب الضغط ما بعد الصدمة، و أن هذا الأخير هو ما يسمى بالتشخيص الأولي لدى مجموعة البحث.

كما أن ما يعلل هذه النتيجة هو ما توصل إليه العلماء على الساحة العلمية الدولية عبر التصنيف الأخير للجمعية الأمريكية للطب العقلي (APA)، من خلال التصنيف الأخير (DSM-5) الصادر في 2013، و الذي نجد فيه المجموعة D التي تحتوي على عناصر مشابهة للعناصر المميزة للاكتئاب، حيث يظهر جليا من خلالها أن هناك أعراض اكتئابية ثانوية للصدمة، كذلك بالنسبة للمجموعة E. أما الاكتئاب كتشخيص مصاحب فهو يحتاج إلى كافة المعايير التشخيصية.

مناقشة الفرضية الإجرائية الثانية:

تنص الفرضية الإجرائية الثانية أن (هناك فروق بين نموذج التوظيف البنيوي الأسري (مفرط، متوسط، متوازن) مثلما يقيّمه "سلم تقييم التكيفية و التماسك الأسريين - III" ودرجة الضغط ما بعد الصدمة كما يقيسها "سلم الصدمة النفسية المعدّل" لدى مبتوري الساق جرّاء حادث خطير، لصالح التوظيف المفرط).

يشير الاختبار الإحصائي للفرضية إلى عدم وجود دلالة إحصائية، أي عدم وجود علاقة بين درجة الإصابة بالضغط ما بعد الصدمة و نموذج التوظيف البنيوي الأسري لأسر المبتورين عقب حادث عنيف، فلم يؤثر انتماء الأسر إلى التوظيف البنيوي المفرط أو المتوسط (باعتبارهما الأقل وظيفية) على الزيادة في شدة الإصابة، كما لم يعمل التوظيف المعتدل (الذي يتيح سياقات التوازن النفسي) كعامل حماية أمام شدة الضغط ما بعد الصدمة مثلما افترضناه.

لقد جاءت النتيجة مخالفة لما توصلت إليه الدراسات المختلفة و لما يذهب إليه مبدئياً النموذج التداخلي للأسرة، فبالرغم من عدم توجه النموذج التداخلي للأسرة لدراسة أسر العساكر السابقين للحرب على وجه التحديد، إلّا أنه ساهم في فهم توظيف هذه الأسر، إذ تشير النتائج حسب (Rhoades et al, 1995) أن توظيف أسر المحاربين السابقين المصابين بالضغط ما بعد الصدمة يتميّز بضعف مستوى الأداء سواء من حيث التكيفية أو التماسك، و هو الذي يدّل على وجود توظيف مفرط و غير وظيفي.

اهتمت دراسة (Jordan et al, 1992) بتقييم وظيفية البنية الأسرية لقدامى حرب الفيتنام الأمريكيين، و علاقتها مع اصابتهم باضطراب الضغط ما بعد الصدمة، توصلت هذه الدراسة إلى أن ما لا يقل عن 78% من الأسر تنتمي إلى التوظيف المفرط، و 21% إلى التوظيف البنيوي المتوسط، و لم توجد أي أسرة تنتمي إلى التوظيف البنيوي المتوازن، أمّا في أسر المحاربين السابقين دون تشخيص اضطراب الضغط ما بعد الصدمة، فإن وجود البنية المفرطة لا يتعدّى 31%.

كما وجدت دراسات أخرى: (Hendrix, ; (1986) Rosenheck & Thomson, Erdmann, and Briggs (1998)، أن أسر المحاربين السابقين تقدّم مستويات منخفضة من

التماسك و القدرة على التكيف بالإضافة إلى مشاكل في التواصل، إذ تعاني هذه الأسر من مستويات دنيا من التوظيف الأسري (Ford et al, 1993).

و بينت النتائج من جهة أخرى أن عرض الاجتياحية و التجنب هي الأعراض الأكثر حضورا في الأسر ذات التوظيف البنيوي المفرط مثل ما توصلت إليه دراسة (Evans et al, 2003).

لقد توصلنا في دراستنا إلى أن ما يعادل 30% من أسر المبحوثين هي أسر غير وظيفية بمعنى أسر ذات توظيف بنيوي مفرط، و 50 % منها ذات توظيف بنيوي متوسط، أما المعتدل فلا يفوق نسبة 20%، و هو ما يدل على أن أغلب الأسر تميل إلى سوء الأداء البنيوي، لكننا لا نجد بالضرورة أن الأسر غير الوظيفية هي التي تكون درجة الاضطراب فيها هي الأعلى، و يظهر مبدئيا عدم توافق كامل بين هذه النتائج و ما يذهب إليه النموذج التداخلي في دراسة الأسرة، و من خلال نتائج الدراسات السابقة التي توصلت إلى وجود علاقة واضحة بين النموذج البنيوي المفرط للأسر مع العرضية الصدمية للمحاربين السابقين.

إن عدم كشف دراستنا عن هذه العلاقة الارتباطية لا يشير إلى غياب المعنى، فلقد وجدنا عرضية صدمية شديدة، و هو ما نعتمد عليه لكي نفسّر هذه النتيجة، وذلك انطلاقا مما يذهب إليه (Minuchin, 1979) الذي يرى أن وجود الأعراض هو التعبير الصريح عن وجود مشكلة ضمن سياق الوسط الأسري، حيث يصبح العرض هو الصورة و البقية هي خلفيتها، كما يرى أن الاضطراب يمكن أن يظهر لدى شخص معين من الأسرة، نتيجة بعض الظروف الخاصة في حياته، و يستعمل بعد ذلك و يعزز من طرف النسق الأسري كميكانزم للحفاظ على النسق.

نرى أنه يقرّ بالمستوى الفردي للإصابة بالاضطراب، لكنه لا يكتفي به و يدمج المستوى النسقي في تعزيز العرضية وبقائها. وفي هذا السياق يمكن أن نذكر (De Clercq, 1995) الذي يرى أنه يمكن للأسرة أن تعمل على تخفيف أو العكس على الزيادة من خطورة أعراض الضغط ما بعد الصدمة، عن طريق نمطين سلوكيين مسؤولين على المدى المتوسط عن اختلال وظيفي دائم لكل الأسرة، و ذلك بالتركيز على الضحية

على حساب اهتمامات أخرى أو على العكس أي بنبذ ورفض الضحية لتبقى وحيدة أمام ألمها (نقلا عن Delage, 2002).

يعني ذلك أن عدم قدرة الأسرة كضحية غير مباشرة على تجاوز الصدمة، يمكنه أن يدفعها إلى نفي هذه الأخيرة و بالتالي نبذ المبتور الذي يصبح على هامش التوظيف الأسري، في نوع من التجنب الأسري الجماعي.

يمكن أن نفسر هذه الفكرة على ضوء ما يذهب إليه (Andolfi et al, 1979)، الذي يرى أن كل تغير سيكون له وقع على التوظيف الأسري و يفرض سياقات تكيفية، وتحولات القواعد حتى يتولى من جهة تماسك الأسرة و من جهة أخرى يسمح بالنمو النفسي لأفرادها. غير أنه أمام خطر التحول الذي يدرك أنه صدمي، فإن إحدى ردود الأفعال الممكنة تتمثل في قيام أحد الأفراد من خلال سلوكه العرضي، باحتواء الضغط. حيث يستعمل التعيين (désignation) كاستجابة لتهديد الثبات، يميل تعيين المريض إلى الدوام لأنه يبدو ضروريا، ليس فقط لتجنب خطر مؤقت لغياب الاستقرار والثبات و إنما من أجل التوازن المستقبلي للأسرة، فيصبح هذا التعيين ضرورة دائمة.

إن سياق التعيين حسب (Andolfi et al, 1979) دائما، يستعمل طاقات النسق من أجل إبقاء وظائف صلبة التي تحد التبادلات (échanges) في مخططات تفاعلية متكررة، وعليه فإن للوظيفة المرضية غير القابلة للتغيير لأحد أفراد الأسرة ستوافق وظيفة - سواء غير قابلة للتغيير لدى الأفراد الآخرين. و ستطبع هذه الصلابة أيضا العلاقات مع الخارج التي سيتم تصفية تأثيرها حيث يستغل حصريا على إبقاء التوازنات.

نستخلص مما سبق أن العرض هو سبيل مواجهة الأسرة لخطر غياب الثبات، مثل الفراغ الوظيفي الذي ينتج عن بعض الأحداث، فهو عبارة عن إشارة للمعاناة، التي يمكنها أن تؤدي إلى تكييس و تصلب الوظائف و بالتالي تجمّد الوظيفية البنيوية، فنفي النسق

للصدمة و للضحية إنما يرمي إلى تعطّل الوظائف. الذي يمكن أن تتسبب فيه الشدة الاستثنائية للصدمة.

تدفعنا هذه الاعتبارات إلى الاهتمام بأوجه الاختلاف بين الدراسة الحالية و بين الدراسات السابقة من حيث شدة الصدمة، حيث نجد غياب الإشارة إلى الإصابة الجسدية الخطيرة في الدراسات السابقة، وهي خاصية يتميز بها أفراد مجموعة دراستنا، لقد سبقنا إشارتنا أن البتر الصدمي هو من العوامل التي تزيد من خطورة الحدث الصدمي، وبالتالي من وقع أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة، على المستوى الفردي والأسري أيضا. النقطة الثانية، وهي اهتمام الدراسات السابقة بمخلفات حرب قامت بين دولتين مختلفتين في إطار حرب معلنة، في حين اهتمت الدراسة الحالية بعناصر جيش يعملون في إطار شبه سري ضد عدو غامض ومألوف في نفس الوقت (الإرهاب)، رأينا أيضا أن من عوامل خطورة الحدث الصدمي هو الغموض حول المعتدي و ظروف الحدث.

لقد ساهمت الشدة الاستثنائية للصدمة التي تعرّض لها أفراد مجموعة البحث في تجميد الوظائف و في ذهول أسري أمام الصدمة، و أحسن دليل على وجود هذا الاختلال المستديم هو العرضية الصدمية الثقيلة التي يحملها المبتور.

مناقشة الفرضية الإجرائية الثالثة:

تنص الفرضية الإجرائية الثالثة أن (هناك فروق بين نموذج التوظيف البنيوي الأسري (مفرط، متوسط، متوازن) مثلما يقيّمه "سلم تقييم التكيفية و التماسك الأسريين - III" ودرجة الاكتئاب كما يقيسها "مقياس بيك للاكتئاب - II" لدى مبتوري الساق جزاء حادث خطير لصالح التوظيف المفرط)، و توصلنا من خلال اختبار الفرضية إلى عدم وجود دلالة إحصائية.

و هي نتيجة لا تتوافق مع ما يذهب إليه الباحثون، فهم يؤيدون فكرة أن الأسرة تؤدي دورا هاما في ظهور و تطوّر الاكتئاب و في نسبة الانتكاس، و السلوكيات الانتحارية، إذ تتأثر جميعها بالتوظيف البنيوي الأسري، و يستكشف الباحثون الأسئلة غير المحولة بخصوص فهمنا للعوامل الوسائطية للتفاعل بين الاكتئاب الرئيسي والتوظيف الأسري (Keitner & Miller, 1999).

فلقد اهتمت دراسات عديدة بالعلاقة بين الاكتئاب و نموذج التوظيف البنيوي الأسري، و هذا لدى مختلف الفئات العمرية، إذ نجد دراسات حول الطفل و المراهق مثل دراسة (Kashani, Allan, Dahlmeier, Rezvani, & Reid, 1995) ، التي قارنت بين 11 طفل يعاني من الاكتئاب و 11 طفل آخر بدون اكتئاب، وتمّت المقارنة بين المجموعتين من حيث النتائج على سلم التكيفية و سلم التماسك لسلم تقييم التكيف و التماسك الأسريين، بيّنت النتائج أن الأطفال الذين يعانون من الاكتئاب ينتمون لأسر يقل فيها التماسك و يرتفع مستوى التفكك من مجموعة الأطفال دون اكتئاب. و لم تبدو التكيفية كعامل هام في العلاقة بين الأداء و التوظيف الأسري في الاكتئاب في مرحلة الطفولة، و خلصت الدراسة إلى أهمية مساعدة أسر المكتئبين من الأطفال على رفع مستوى التماسك.

و في دراسة أخرى هدفت إلى تقييم فائدة النموذج التداخلي (Circumplex) في التنبؤ بالاكتئاب عند 108 من شباب الريف، وجد أن وحده التماسك يرتبط مع الاكتئاب (Rudd, Stewart, & McKenry, 1993).

و في دراسة (Manne, Lesanics, Meyers, Wollner, Steinherz, & Redd, 1995) التي هدفت إلى التنبؤ بالأعراض الاكتئابية عند 59 من أولياء أطفال، شُخص لديهم

مرض السرطان، تمّ التوصل إلى النتيجة التي مفادها أن لمستوى التماسك المنخفض داخل الأسرة دور في تثبيت العرضية الاكتئابية لدى الوالد المعني بالدراسة.

كما توصلت دراسة (Warner, Weissman & Mufson, 1995) أن خطر الإصابة بالاكتئاب يزيد عند الأسر ذات التوظيف البنيوي الفوضوي.

يمكن تفسير غياب علاقة التوظيف البنيوي الأسري مع درجة الإصابة بالاكتئاب لدى أسر المبحوثين، بالرجوع إلى مميزات الاكتئاب، إذ يمكن أن يعبر عن إشكالية فردية تتعلق بالفقدان، فمن بين مظاهر البتر هو فقدان جزء من الجسم و أيضا فقدان لصورة نفسية ترمي لجسد شاب و رياضي و خالي من العاهات، مع الاستثمارات الموضوعية التي تدور حول هذا الجسم الكامل، و الاسقاطات المستقبلية، عمل البتر عند فئة من الشباب إلى قطع هذه الاستثمارات و طرح إشكالية الحداد على الصعيد الضمن نفسي.

كما يمكن أن يشير غياب الفروق في النماذج البنيوية من جهة أخرى، إلى ما ذهبنا إليه في مناقشة الفرضية الإجرائية الأولى، التي خلصنا من خلالها إلى اعتبار الاكتئاب في هذه الحالة اكتئابا ثانويا، يرتبط بشدة أعراض الضغط ما بعد الصدمة ومدتها أكثر من ارتباطه بعوامل مرتبطة بالأسرة.

مناقشة الفرضية الإجرائية الرابعة:

تنص الفرضية أن (هناك علاقة بين درجة الإصابة بالضغط ما بعد الصدمة كما يقيسها "سلم الصدمة النفسية المعدّل" و درجة استخدام استراتيجيات المواجهة الأسرية مثلما يقيّمها "سلم الأزمات الأسرية" لدى مبتوري الساق جزاء حادث خطير)، وتشير نتيجة الاختبار الإحصائي للفرضية إلى وجود دلالة إحصائية ظهرت على شكل علاقة إرتباطية عكسية بين المتغيرين، أي أنه كلما زاد استخدام الأسرة لاستراتيجيات المواجهة كلما قلّت شدة اضطراب الضغط ما بعد الصدمة و العكس.

يرى (Horowitz, 1982) أن من شأن التجارب الصدمية تجنيد موارد داخلية وخارجية قصد مواجهة الضغط، معرضة الأشخاص بذلك لمشاكل - سواء قصيرة أو طويلة المدى - تتعلق بالصحة النفسية والمواجهة. إذ تمر الأسرة بعد التعرض إلى الضغط بمرحلة من اختلال التنظيم، فتستعمل استراتيجيات المواجهة من أجل استعادة التوازن و الوصول إلى درجة جديدة من مستوى التوظيف (Pritzlaff, 2001)، حيث يمكن حسب (Weimann, 2012) استعادة التوازن بعد مدة قصيرة من انتهاء الحدث الصدمي، غير أنه وفي حالات أخرى فإن هناك آثارا خطيرة ومستمرة على الصحة النفسية بما في ذلك اضطراب الضغط ما بعد الصدمة. يعني ذلك أن الفشل في توظيف استراتيجيات مواجهة فعالة يمكن أن يؤدي إلى عواقب مرضية داخل النسق.

وهو ما تؤيده دراسة (Doombos, 1996)، فقد قام بدراسة الضواغط واستراتيجيات المواجهة الأسرية لدى أسر يعاني أحد أفرادها من اضطراب نفسي، قام بقياس شدة الضغوط الأسرية بواسطة "استبيان الأحداث الحياتية الأسرية" (FILE) لكل من (McCubbin, Patterson, & Wilson, 1987) وقيم استراتيجيات المواجهة الأسرية باستخدام "سلم الأزمات الأسرية الموجه نحو التقييم الذاتي" (F-COPES)، ثم قام بمقارنة نتائج هذه الأسر مع المجتمع العام، فوجد أن لهذه الأسر ضغوط أكثر من المجتمع العام بالإضافة إلى عدم نجاعة استراتيجيات المواجهة الأسرية التي تستخدمها.

لقد توصلنا إلى نتيجة مماثلة مفادها أن شدة الإصابة باضطراب الضغط ما بعد الصدمة هي في علاقة مع مدى توظيف الأسرة لاستراتيجيات المواجهة، فقد وجدنا أن قدرة الأسرة على تجنيد واستعمال عدد كبير من الاستراتيجيات قد ساهم بصفة مباشرة في

الخفض من درجة الإصابة، و العكس صحيح، أي أننا توصلنا إلى أن الأسر التي يقل عندها استعمال استراتيجيات المواجهة يعاني فيها المبتورون من درجات قصوى من اضطراب الضغط ما بعد الصدمة، و هو ما يجعلنا نؤكد بأن استراتيجيات المواجهة الأسرية تعمل على خفض الوقع الصدمي على توازن النسق، و هو ما يوافق خفض آثار الاختلال على المريض المعين، من خلال التخفيف من العرضية الصدمية.

يرى الباحثون من جهة أخرى أن الأسرة تعمل جاهدة للحفاظ على الصحة الأسرية، وتستعمل لبلوغ هدفها مجموعة متنوعة من استراتيجيات المواجهة (McCubbin et al, 1991)، ويؤكدون على عدم وجود استراتيجيات وظيفية أو غير وظيفية بصفة مطلقة، بل ترجع وظيفية استراتيجيات المواجهة إلى طبيعة المشكلة من جهة و إلى الطريقة التي تنتظر بها الأسر إلى المشاكل التي تواجهها (Pritzlaff, 2001).

تظهر كفاءة الأسرة على ضوء ما سبق من خلال تجنيدها و استعمالها للموارد الداخلية و الخارجية، بهدف توظيف فعال لاستراتيجيات المواجهة أمام الضغط الناتج عن الأحداث الصدمية، والذي يعمل على تهديد توازنها، يمكن لهذه الكفاءة أن تؤدي دور عامل حماية أمام الاضطرابات النفسية، شرط توافق الاستراتيجيات المستخدمة و الشدة التي توظف بها هذه الاستراتيجيات مع طبيعة المشكلة المواجهة.

ففي دراسة لـ (Desmond & MacLachlam, 2006 b) هدفت إلى البحث عن العلاقة بين البتر واستراتيجيات المواجهة في التنبؤ بالتكيف النفسي الاجتماعي للمحاربين السابقين، حيث شملت 796 مبتور من بريطانيا تتراوح أعمارهم ما بين 26 و 92 سنة، بيّنت النتائج أن أنماط استراتيجيات المواجهة تعتبر كمؤشر مهم عن التكيف النفسي الاجتماعي، فكان عرض التجنب في علاقة مع الضغط النفسي و ضعف المواجهة، وارتبط التكيف الاجتماعي إيجابيا مع طلب السند الاجتماعي، تؤكد هذه النتائج على أهمية تعزيز استراتيجيات المواجهة لتحسين المعاش النفسي الاجتماعي للمصابين بالبتر. كما يرى (Boudarène, 2005) أن من العوامل التي يمكنها أن تؤدي دور حماية أمام الأحداث الصدمية هي وجود نسيج علائقي مع روابط اجتماعية متينة و مستقرة.

تؤكد الدراسات إذن على أهمية استعمال الأسرة لموارد الشبكة الاجتماعية في مواجهتها للضغط، غير أننا لم نلتصق ذلك في نتائج دراستنا، حقيقة هناك استعمال كبير لجميع استراتيجيات المواجهة الأسرية، على غرار السند الاجتماعي، فتماماً مثلما يذهب إليه (Cyrulnik, 1999) حينما يرى أنه لا يمكننا أن نتكلم عن الارجاعية (الفردية) دون وجود علاقات سند، ومحيط مورد (ressource)، فالارجاعية الأسرية لا يمكنها أن تتطور إلا بفضل العلاقات مع المحيط وربط العلاقات أسرة-محيط، واستغلالها لهذه العلاقات في خفض وقع الضغط على النسق ككل.

غير أننا وجدنا أن أسر مجموعة البحث تميل أكثر إلى استعمال استراتيجية "إعادة صياغة المشكلة"، كما تميل إلى الاستعمال الأقصى لاستراتيجية "البحث عن الدعم الروحي" الذي يرمي إلى استراتيجية مواجهة دينية، وبالرغم من انتماء الأولى إلى الاستراتيجيات الداخلية والثانية إلى الاستراتيجيات الخارجية، إلا أننا نجد نوع من الترابط بينهما، إذ ساهم تنشيط نظام المعتقدات الدينية لأقصى حدوده (حسب تنقيط المقياس) من خلال الإكثار من العبادة و الصلاة مثلاً في العمل على تقبل الاختبار (الصدمة)، مما أدى إلى تعديل على مستوى إدراك المشكلة، وإعادة صياغتها إيجابياً، و الذي انجر عنه خفض وقع الإصابة.

يرى (Delage, 2002) أن بعد التدّين (spiritualité) هو الذي يدفع الإنسان، سواءً تعلق الأمر بالآراء الفلسفية، أو المعتقدات الدينية، أو الأفكار حول معنى الحياة و العدالة، إلى إعطاء معنى للتحديات، و على استثمار المثل، وتطوير فكرة تضحية ذات فائدة للآخرين، و الإهتمام بنقل الأمل، هي عناصر يمكنها أن تكون نوع من التنظيمات السلوكية و العلائقية ذات نجاعة، إذا كانت صادرة عن شخص في الأسرة قادر على تجنيد الآخرين عن طريق الوضعية المركزية التي يشغلها. كما يتكلم عن أعمال H. Aponte (2001) حول التدّين (spiritualité) كبعد للتفكير وللحديث و للعمل في اللقاءات مع الأسر، و خصوصاً تلك التي عانت من خسائر كبيرة.

مناقشة الفرضية الإجرائية الخامسة:

تنص الفرضية الإجرائية الخامسة أن (هناك علاقة بين درجة الإصابة بالاكنتاب كما يقيسها "مقياس بيك للاكنتاب - II" و درجة استخدام استراتيجيات المواجهة الأسرية مثلما يقيّمها "سلم الأزمات الأسرية" لدى مبتوري الساق جرّاء حادث خطير)، و توصلنا من خلال تطبيق اختبار Pearson لبحث الارتباط بين المتغيرين إلى عدم وجود دلالة إحصائية، ممّا يشير إلى غياب العلاقة بين شدّة الاكنتاب و درجة استخدام استراتيجيات المواجهة الأسرية لدى مجموعة البحث.

تتعارض هذه النتيجة مبدئياً مع ما افترضناه في دراستنا، من حيث اعتبار وظيفة استراتيجيات المواجهة الأسرية كعامل حماية أمام ظهور الاكنتاب ما بعد الصدمة، إلّا إذا اعتبرنا الاكنتاب في هذه الحالة أنه اكنتاب ثانوي، لا يرتبط مباشرة مع الحدث الصدمي وإشكالية فقدان، بل يرتبط بشدّة و إزمان اضطراب الضغط ما بعد الصدمة.

نرى من جهة أخرى أن اعتمادنا على النتيجة الاجمالية للمقياس في الدراسة الاحصائية لم يسمح لنا بتناول أكثر عمق، لكنه لا يمنعنا من الاهتمام بنتائج السلام التحتية، و التي تسمح لنا أن نفسّر سبب وجود العرضية الاكنتابية بنفس السبب الذي ساهم في التخفيف من شدّة اضطراب الضغط ما بعد الصدمة، نقصد الاستخدام المفرط للاستراتيجيات الدينية و استراتيجيات إعادة صياغة المشكلة، حيث لعبتا دوراً في تقبّل الإصابة على المستوى الأسري في حالة اضطراب الضغط ما بعد الصدمة، لكنها نشطت في نفس الوقت الشعور بالضعف أمام الواقع، و الشعور بالعجز الذي نعلم أن من نتائجه هو اللاتعويض الاكنتابي.

مناقشة الفرضية الإجرائية السادسة:

تنص الفرضية الإجرائية السادسة أن (هناك فروق بين نمط التعلق الأسري (آمن، غير آمن) مثلما يقيّمه "سلم أنماط التعلق" ودرجة الضغط ما بعد الصدمة كما يقيسها "سلم الصدمة النفسية المعدّل" لدى مبتوري الساق جرّاء حادث خطير لصالح التعلق غير الآمن)، وسمح لنا اختبار الفرضية بالكشف عن دلالة إحصائية بين المتغيرين، ممّا يشير إلى ارتباط النمط التعلقي غير الآمن بأعراض أكثر شدة لاضطراب الضغط ما بعد الصدمة، مقارنة مع التعلق الآمن.

تتوافق هذه النتيجة مع دراسة Dekel et al (2004) التي تم الكشف من خلالها أنه من شأن التعلق غير الآمن أن يزيد من شدة أعراض الضغط ما بعد الصدمة، لدى المحاربين السابقين ضمن الجيش الإسرائيلي الذين عانوا من ضغط القتال على إثر حرب 1973، وأيضاً بين أسرى الحرب السابقين في الولايات المتحدة الأمريكية Dieperink et al (2001) ; Solomon & Neria (2003).

ومع دراسة طولية حول الناجين من الهجوم الإرهابي للـ World Trade Center، التي لاحظ Fraley et al (2006) من خلالها أن كلا من التعلق القلق والتجنبني ينبئان باضطراب الضغط ما بعد الصدمة أكثر شدة (نقلاً عن Weimann, 2012).

وهو ما تذهب إليه أيضاً نتائج دراسة Mikulincer et al (1993) الذين حاولوا الكشف عن الاختلاف بين الأنماط التعلقية وخطورة الأعراض الصدمية، خلال حرب الخليج (1991)، ولدى مقارنة نتائج المشاركين ذوي التعلق الآمن مع المشاركين أصحاب التعلق القلق، وجدوا أن الفئة الثانية تعاني من أعراض اجتياحية وتجنبيه أكثر شدة، أما المشاركين ذوي التعلق التجنبني فلهيهم أعراض تجنبية أكثر شدة (نقلاً عن Mikulincer, Shaver & Solomon, 2015).

وفي دراسة أخرى قام Kanninen et al (2003) بدراسة العلاقة بين التعلق غير الآمن واضطراب الضغط ما بعد الصدمة، على 176 فلسطيني سجين حرب سابق والذين يعيشون في قطاع غزة، فوجد أن الأشخاص الذين تم تصنيفهم على أنهم ذوي تعلق قلق أو تجنبني على (AAI) يتميزون بإصابتهم بأعراض الضغط ما بعد الصدمة أكثر شدة من الأشخاص الذين تم تصنيفهم ضمن فئة التعلق الآمن (Weimann, 2012).

كما تتوافق أيضا النتيجة التي توصلنا إليها مع نتائج دراسة (Armour, Elklit, & Shevlin, 2011)، فقد درست علاقة أنماط التعلق مع الاضطرابات التالية للصدمة لدى ضحايا الحوادث الصدمية، و خلصت إلى أن الضحايا ذوي التعلق الآمن لديهم مستويات منخفضة من اضطراب الضغط ما بعد الصدمة.

يدل ما سبق أن التعلق الآمن هو من عناصر الحماية أمام الإصابة باضطراب الضغط ما بعد الصدمة، ذلك أن الأشخاص ذوي التعلق الآمن يتمتعون بإمكانيات تساهم في تصريف (أيض) الخبرة الصدمية (Perdereau, Lamas, et Duquesnoy, 2010). في حين يعمل التعلق القلق على إعادة معايشة المشهد الصدمي بالإضافة إلى الشعور بعدم الحصول على المساعدة من طرف الآخرين، ويهيئ التعلق التجنبي لنفي الصدمة وتضخيم أعراض الفتور والتجنب (Mikulincer & Shaver, 2007)، يعني أن الاختلاف في النمط التعلق غير الآمن يؤثر على نوع الضغط ما بعد الصدمة الذي سيصاب به الفرد، أو بالأحرى على العرض الذي سيغلب على الجدول العيادي.

يرى (Weimann, 2012) أن التعلق الآمن يمكنه أن يساعد الأشخاص بالعمل على الصدمة (Work Through Trauma)، مما يؤدي إلى خفض تردد وشدة كلا من استجابتي الاجتياح والتجنب، ويمكن للتعلق غير الآمن أن يترك الأشخاص مجردين أي غير مجهزين بشكل كاف للعمل على الصدمة، إذ يمكن للنمط التعلق غير الآمن أن يعرقل محاولات استعادة التوازن الانفعالي بعد الصدمة. إن فشل الفرد "المصدوم" في إيجاد تمثيلات داخلية للأمن، يمكنه أن يؤدي إلى سلسلة من الأحداث العقلية، بما فيها الشعور بالوحدة والرفض بالإضافة إلى نماذج عاملة سلبية عن الذات والآخرين. و هو ما يؤثر سلبا على التعديل الانفعالي و يمنع حل الصدمة أو الخروج منها ويزيد من احتمال الضغط ما بعد الصدمة.

رأينا أن لأنماط تعلق أفراد مجموعة البحث علاقة مع درجة إصابتهم بالضغط ما بعد الصدمة، حيث عمل التعلق الآمن على خفض شدة الاضطراب، و ذلك عن طريق التصورات الإيجابية عن الذات و الإيجابية عن الآخرين، فقد أدى استدخال النموذج الإيجابي للذات إلى إدراك القدرة الفردية للتحكم و الشعور بالثقة بالنفس، فعمل لدى تنشيطه على الحفاظ على المعالم الداخلية و على التوازن الانفعالي، كما عمل النموذج الإيجابي

للآخرين على إدراك قرب و سند أفراد الأسرة، ومشاركتهم عبء الحدث الصدمي و الإعاقة، فساهم في الحفاظ على المعالم الخارجية وعلى التوازن العلائقي.

يشير النسيقيون الأسريون حسب (Delage, 2002) إلى أن جودة الروابط تساعد على تمكين الجماعة الأسرية على احتواء الفيض الانفعالي، وعلى إضفاء معنى على الأحداث الصدمية التي يساندها نشاط التصورات و أفكار الجماعة. على عكس التعلقات غير الآمنة التي تطور ضمن المجموعة، العجز على مساندة التصورات و عليه على ضمد الجراح النفسية.

إن ما توصل إليه العلماء في الساحة الدولية باتفاقهم على تكوين مجموعة خاصة تضم اضطرابات الضغط ما بعد الصدمة و اضطرابات التعلق، إنما يدل على وجود صلة وطيدة بين الصدمة و التعلق، و هو ما يتوافق تماما مع ما توصلنا إليه من خلال الدراسة الحالية.

لقد سمح لنا خطاب الضحايا ذوي التعلق الآمن (المقدرين بنسبة 40 %) من التماس تصوراتهم حول توفر الصور التعلقية الأسرية، سواء تعلقت بجميع أفراد النسق أو بأنساقه التحتية (كوجود أم متفانية، أخ أو أخت ذو درجة كبيرة من التفهم)، إذ عبّروا عن ثقتهم بالوجود الدائم للسند المعنوي و الاهتمام المستمر و الحب اللامشروط، نرى أن الروابط الأسرية تبقى قيمة مؤكدة لدى الضحايا في أوقات الصعاب، حيث ترى (صحراوي، 2010، ص 15) في هذا الصدد أن "الراشد يجد التشجيع و الارتياح لمجرد معرفته أنه يمكنه الاتصال بوجوه التعلق عند الحاجة".

التمسنا من جهة أخرى، و بالرغم من النمط التعلقي الآمن، غياب هذا الشعور بالأمان إزاء الزوجة أو الخطيبة أو الشريكة بصفة عامة، فقد طغى على تصورات الضحايا الشك، و الارتياب، و هو ما تؤكد المشاكل الزوجية العديدة و الانفصالات المتكررة والطلاق، يمكن أن يرجع ذلك إلى الصورة المشوهة للذات نتيجة البتر، و إلى نقص الأداء في النشاطات الاعتيادية، مما يعكس صورة سلبية عن الذات بالنسبة للضحية و توقعات سلبية أمام العلاقة الزوجية، كما يجب أن لا ننسى تأثير العرضية الصدمية الثقيلة.

يرى (Stora, 1991) في هذا الصدد و على ضوء دراسة للبروفيسور Cooper، أن الخطر الجسدي الموجود في بعض المهن، كمهنة العساكر الذين يقومون بإزالة الألغام في

ايرلندا الشمالية، يجعل منهم شخصيات قليلة التأثير، و لديهم صعوبات في إنشاء علاقات شخصية دائمة، حيث تسمح لهم هذه السمات بادخال بعدية في العلاقات البينشخصية مما يسهل تجاوز التحديات التي يخشونها، أي الموت أو الإصابات البليغة لزملائهم خلال ممارستهم لنشاطاتهم المهنية الخطيرة.

مناقشة الفرضية الإجرائية السابعة:

تنص الفرضية الإجرائية السابعة أنه (توجد فروق بين نمط التعلق الأسري (آمن، غير آمن) مثلما يقيمه "سلم أنماط التعلق" ودرجة الاكتئاب كما يقيسها "مقياس بيك للاكتئاب - II" لدى مبتوري الساق جرّاء حادث خطير لصالح التعلق غير الآمن)، وتوصلنا من خلال اختبار الفرضية إلى غياب وجود دلالة إحصائية، و هو ما يشير إلى عدم وجود علاقة بين النمط التعلق لأفراد مجموعة البحث و شدة الإصابة بالاكتئاب.

هي نتيجة لا تتوافق مع أغلبية الدراسات، التي ترى أن التعلق الآمن يمثل عامل حماية أمام الاكتئاب، في حين يمثل التعلق غير الآمن سمة انجراحية للإصابة بالاكتئاب. لقد توصلت دراسة (Armour, Elklit, & Shevlin, 2011) التي درست (كما سبق ذكره) علاقة أنماط التعلق مع الاضطرابات التالية للصدمة لدى ضحايا الحوادث الصدمية، إلى أن الضحايا ذوي التعلق الآمن لديهم مستويات منخفضة من الاكتئاب.

و تؤكد دراسة (Bifulco & al, 2002) أن كل الأنماط التعلقية غير الآمنة في علاقة ذات دلالة مع الاكتئاب، و تحدد هذه الدراسة أن النمط غير الآمن الخائف هو الذي يمثل أعلى درجات الخطر للإصابة بالاكتئاب، و هو ما توصلت إليه أيضا دراسة (Reis, et al, 2004) ، كما تذهب دراسة Fraley et al (2006)، التي درست علاقة النمط التعلق مع الإصابة بالاكتئاب لدى الناجين من الهجوم الإرهابي للـ World Trade Center، إلى أن التعلق القلق (المنشغل) والتجنبى الخائف ينبئان بالاكتئاب (Weimann, 2012)، و وجدت دراسة (Rholes & Simpson. 2004) أن التعلق المنشغل هو الأكثر ارتباطا مع الاكتئاب.

بالرغم من اختلاف الدراسات في تحديد نوع نمط التعلق غير الآمن المرتبط بالاكتئاب، والذي يرجع حسب (Perdereau et al, 2010) إلى تعدد أشكال عرضية الاضطرابات الاكتئابية، إلا أنها تتفق جميعها على العلاقة بين حالة عدم الأمن والاكتئاب.

يعمل التعلق غير الآمن (بالرغم من عدم وقوعه في إطار سجل باثولوجي) على حصر مرونة الفرد من حيث استجاباته الانفعالية اتجاه أحداث الحياة، ممّا يشكل عائقا أمام قدرته على طلب واستغلال المساعدة المقدمة من الآخرين. فغالبا ما تكون استراتيجيات التفاعل مع الآخرين صلبة ويمكنها أن تصبح غير ملائمة، مؤدية بذلك إلى ظهور عدد من الأعراض (Perdereau et al, 2010).

لم نتوصل من خلال اختبار الفرضية الإجرائية السابعة إلى وجود أي نوع من الارتباط بين المتغيرين اللذين قمنا بدراستهما، كما أنه لم يتح لنا الحصول على دراسات تشير إلى نتائج مماثلة، و بناء على هذه الاعتبارات فإننا نعزز فكرتنا حول اعتبار الاكتئاب الذي نحن بصدد دراسته، أنه اكتئاب ثانوي لاضطراب الضغط ما بعد الصدمة، و شدتها المعتبرة لدى أغلبية المبحوثين، حيث نلتمس عدم الارتباط المباشر للاكتئاب مع الحدث الصدمي، من خلال عدم تنشيط الصور التعلقية باختلاف أنماطها للعمل على الحماية أمام الاكتئاب، أو بابرار الانجراحية أمامه. و هو ما يؤكد عدم بروز الفروق في أنماط التعلق وعلاقتها مع الاكتئاب.

مناقشة عامة:

لقد افترضنا في دراستنا وجود علاقة بين درجة الإصابة بالضغط ما بعد الصدمة ودرجة الإصابة بالاكتئاب مع بعض الخصائص غير الوظيفية للتوظيف الأسري النسقي، كوجود توظيف بنيوي أسري مفرط و استخدام منخفض لاستراتيجيات المواجهة الأسرية ووجود نمط تعلقي أسري غير آمن، لدى المصابين ببتنر الساق عقب حادث خطير".

و انبثقت عن هذه الفرضية النظرية العامة، فرضيتان نظريتان جزئيتان، جاء في الفرضية النظرية الجزئية الأولى، أن هناك علاقة بين اضطراب الضغط ما بعد الصدمة و الاكتئاب لدى مبتوري الساق عقب حادث خطير. و سمح الاختبار الإحصائي للفرضية بالكشف عن العلاقة الارتباطية بين المتغيرين، فقد ارتبط الاضطرابان في علاقة موجبة في صورة اعتلال مشترك، حيث ترتبط أعراض الضغط ما بعد الصدمة بالصورة الصدمية الشديدة في المواجهة العنيفة مع التهديد بالموت و ترتبط أعراض الاكتئاب بفقدان الموضوع، فهو فقدان فعلي لجزء من الجسم و فقدان رمزي لكمال و سلامة الصورة الجسدية، و هو ما تفسره شدة الصدمة من جهة، و الإعاقة المنجرة عنها من جهة أخرى، بالإضافة إلى غياب الكفالة النفسية، و خصوصا الكفالة النفسية في الأيام الأولى بعد الصدمة أين يمكنها أن تؤدي دورا في تصريف الصدمة، و تقليص نسبة الاعتلالات المشتركة مع اضطراب الضغط ما بعد الصدمة.

كما عبّر المبحوثون أيضا عن إحباطهم الكبير إزاء السلطات (بالرغم من التعويضات التي استفادوا منها)، إذ يعتبرون أنفسهم ضحايا قد تمّ تهْميشهم، و هنا يشير (Mehtoul, 2001) أنّ عدم الاعتراف من طرف السلطة هو ما يبعد الفرد عن النظام العام مع عدم الشعور بالمواطنة و الانتماء، و هو ما ينمي الشعور بالإحباط و الاضطراب العقلي بالإضافة إلى السلوك الإدماني و العنف.

فلقد تعرّض هؤلاء العساكر الشباب، الذين لا زالوا في مرحلة يبحثون فيها عن هويتهم، على حدّ قول (Boudarène, 2005) الذي اهتم في دراساته بهذه الفئة، إلى اكتشاف خطر الموت المفاجئ الذي يهددهم، ممّا وضعهم في مواجهة مباشرة مع موتهم، بالرغم من الاعتقاد العميق بالخلود الذي يميّز جميع البشر، يرى (Lopez et Casanova, 2001)، أننا

نعلم جميعاً أن الموت موجودة، غير أننا لاشعورياً لا نؤمن بذلك، فنحن لسنا مجهزين للموت و من هنا تأتي الصدمة. لا يعمل الحدث الصدمي على إحداث الضغط فقط، بل يعمل على انهيار جميع المعالم التي تقوم عليها قناعتنا بأننا نعيش في عالم آمن، و الذي توجد فيه مكانتنا و دورنا. فهو يهدم هويتنا الشخصية و الأسرية و الاجتماعية.

و لقد عملنا على دراسة العلاقة بين العرضية التالية للصدمة مع الخصائص الأسرية النفسية، باعتبار الهوية الأسرية معلم يمكنه أن يؤدي دور عامل حماية أو انجراحية، فكان مفاد الفرضية النظرية الجزئية الثانية هو وجود علاقة بين وظيفية النسق الأسري من جانب التوظيف البنوي و/أو المواجهة الأسرية و/أو أنماط التعلق اتجاه الأسرة من جهة والاضطرابات التالية للصدمة من جهة أخرى لدى مبتوري الساق عقب حادث خطير.

أشارت النتائج إلى عدم وجود فروق في توظيف البنية الأسرية مع كل من اضطراب الضغط ما بعد الصدمة و الاكتئاب. و ربما ما يفسر نتائجنا هي الشدة الاستثنائية للصدمة و ظروف و قوعها، مما عمل على شلّ الديناميكية البنوية الأسرية. يعني أن التوظيف البنوي ليس له علاقة بمخلفات الحادث الصدمي، و هو ما نجده حتى على الصعيد الفردي، حيث أن كل واحد منا معرض للإصابة باضطراب الضغط ما بعد الصدمة، و لو اعتبرنا الهشاشة النفسية كعامل انجراحية، إلا أن الطرف الذي يمرّ به الفرد في حياته وقت وقوع الحدث الصدمي و شدة هذا الأخير من شأنها أن تجرده من "المناعة"، كذلك فإن التوظيف البنوي الأسري لا يمكن اعتباره كعامل أساسي بالنسبة لخطر الإصابة بالاضطرابات الناتجة عن الصدمة.

يتكلم (Aït Sidhoum, 2000) في هذا الصدد عن آثار مترتبة عن عدة مستويات بالنسبة لجميع الأنساق المختزقة سواء كانت فردية، أسرية، مجتمعية (communautaire)، مما يؤدي بالأسر انطلاقاً من أهمية فقدان (الصدمة) لفقدان توازنها، و هو ما يمنعها أن تضمن ولو القليل من التفاعلات و التبادلات الأساسية الموجودة في كل البنيات الأسرية، كما لن يمكنها أن تؤدي وظيفتها كصائد الإثارات اتجاه أفرادها.

يؤدي الوقع الشديد للصدمة حسب (Friedman, 2015) إلى عدم قدرة أفراد الأسرة على الإحساس بالمشاعر الحنونة و المتبادلة فيتجنبون الاتصال ما بينهم، و هو ما ينتج

عنه عزلة عاطفية داخل الأسرة، مع ظهور الاضطرابات، كما يعمل سلوك الفرد المصاب بالضغط ما بعد الصدمة المصوبغ بالمراقبة و الحماية المفرطة الناتجة عن عرض الإفراط في النشاط العصبي الاعاشي، على تعزيز هذه الوضعية.

توصلنا من جهة أخرى إلى وجود علاقة دالة و عكسية بين توظيف استراتيجيات المواجهة الأسرية مع درجة الإصابة بالضغط ما بعد الصدمة، حيث أدى تجنيد الأسرة واستعمالها الكبير للموارد المتاحة، الداخلية منها و الخارجية إلى العمل على خفض من درجة الإصابة، في حين كلما نقص لجوء الأسر إلى استراتيجيات المواجهة كلما ارتفعت درجة الضغط ما بعد الصدمة، مما يسمح لنا أن نقول أن استعمال استراتيجيات المواجهة الأسرية يعد من عوامل الحماية أمام المخلفات النفسية الصدمية، وهو ما يذهب إليه (Delage, 2002) حينما يتكلم عن الارجاعية الأسرية، و المتمثلة في القدرة التي تظهر داخل الأسرة التي تكون في معاناة، لمساندة و مساعدة واحد أو عدة أفراد ضحايا لظروف صعبة، أو لبناء حياة غنية و مزدهرة لكل أفرادها بالرغم من المحيط الصعب الذي يقع الجميع تحت وطأته، فهو يرى أن للأسرة القدرة على تطوير موارد و قدرات أمام الصعوبات.

كما توصلنا إلى عدم وجود علاقة بين استخدام الأسر لاستراتيجيات المواجهة ودرجة الاكتئاب، و قد دفعتنا هذه الاعتبارات بالإضافة إلى الظهور المؤجل للاكتئاب إلى اعتباره اكتئاباً ثانوياً لاضطراب الضغط ما بعد الصدمة. فإذا كانت استراتيجيات المواجهة الأسرية فعالة بالنسبة لاضطراب الضغط ما بعد الصدمة، فهي لا علاقة لها بالاكتئاب التالي للصدمة و هو ما يمكن أن نفسره بكون الاستجابة الاكتئابية للصدمة ترتبط أصلاً بنظام تفكير الفرد المصدوم.

وسمحت لنا النتائج أيضاً بالكشف عن ارتباط النمط التلقي بدرجة الإصابة بالضغط ما بعد الصدمة، حيث ارتبط التعلق غير الآمن بالشدة المرتفعة للاضطراب، في حين ارتبط التعلق الآمن باضطراب ما بعد الصدمة أقل شدة، فقد عمل التعلق الآمن كعامل حماية أمام شدة الاضطراب، و هو ما يذهب إليه (Boudarène, 2005)، فهو يرى أن العوامل التي يمكنها أن تؤدي دور حماية أمام الأحداث الصدمية هي وجود نسيج علائقي مع روابط متينة و مستقرة، وعلى العكس فإن غياب هذه الروابط هي من العناصر التي تساهم في انجراحية متزايدة أمام الاعتداءات. و لقد فسرنا غياب الفروق في نمط التعلق مع درجة الاكتئاب

باعتباره اكتئاب ثانوي لم يظهر نتيجة الصدمة و إنما ساهمت في ظهوره عوامل الشدة و الإزمان لأعراض الضغط ما بعد الصدمة.

لقد رأينا أن شدة الحدث الصدمي و مخلفاته الجسدية على الضحية، قد تسبب في عرضية صدمية ثقيلة قد ترسخت عند الأغلبية في الإزمان، كما ظهرت على شكل اعتلال مشترك مع الاكتئاب. و رأينا من جهة أخرى دور بعض العوامل الأسرية في التخفيف من شدة الاضطراب، كالتوظيف الكبير لاستراتيجيات المواجهة الأسرية و دور النمط العلاقي الآمن، فقد ساهمت الكفاءة الأسرية النسقية من حيث المواجهة و التعلق في الحد من شدة الصدمة النفسية، وهو ما يشير إلى أن للتوظيف الأسري كما افترضناه قدرة كامنة في الحماية من الآثار الصدمية.

إن الإعراف بالقوى الكامنة للنسق الأسري هو ميل حديث نوعا من الناحية العيادية و لكنه ذو آفاق كبيرة، فنجد التحليلي Delage يرى الأسرة كمجموعة يمكنها أن تطور عند الطفل و على إبقاء عند الراشد الثقة الأساسية و تقدير الذات و الشعور بالهوية، فالأسرة هي ذلك الفضاء البيني بين الواقع الخارجي الخاص بالجميع و الواقع الداخلي الخاص بكل فرد، فضاء لقاء أين يعتمد الأفراد بعضهم على بعض، فضاء للأمن و للبناء و الإختراع و للعب، فضاء لحياة علائقية التي تسمح بتتمي الشعور بالوجود و خبرة شخصية ذاتية لا يمكن نقلها لمن لا ينتمي لهذا الفضاء، أي الغرباء عن الأسرة (Delage, 2002).

و عليه فإن نتائج هذه الدراسة تبين العلاقة الوطيدة بين اضطراب الضغط ما بعد الصدمة و الاكتئاب من جهة، و تبين دور العوامل الأسرية في خفض شدة الاضطرابات التالية للصدمة من جهة أخرى، و هو ما يدعم فكرة أهمية اللجوء إلى العلاجات الأسرية في إطار الكفالة النفسية للمصدومين.

الخاتمة

الخاتمة:

لقد تطرقنا من خلال البحث الحالي إلى مشكلة الاضطرابات النفسية التالية للصدمة لدى مجموعة من عناصر الجيش الوطني العاملين في مجال مكافحة الإرهاب، و ذلك بعد تعرضهم لحادث خطير أدّى إلى بتر صدمي للساق. حيث اتبّعنا المقاربة الأسرية النسقية في تناول موضوع الدراسة، علما أن من أهداف المقاربة الأسرية النسقية و العلاج الأسري النسقي حسب Steinglass (1995) هو استكشاف التفاعل الديناميكي للأسرة وعلاقته بالاضطرابات النفسية (Pirooz Sholevar & Schwoeri, 2003).

حيث هدف البحث دراسة علاقة شدّة العرضية التالية للصدمة مع خصائص التوظيف الأسري النسقي لدى مبتوري الساق عقب حادث خطير، و هو ما دفعنا إلى استكشاف العلاقة بين الإصابة باضطراب الضغط ما بعد الصدمة و الاكتئاب مع الكفاءة الأسرية من حيث وظيفيتها و قدرة النسق على إحتواء الصدمات و تزويد الضحية بوسائل علائقية تؤدّي دور عوامل حماية، و ذلك من خلال طرح السؤال النظري العام التالي:

ما هي أهمية المقاربة الأسرية النسقية في معالجة الضغط ما بعد الصدمة والاكتئاب التالين لبتر إحدى أو كلتي الساقين عقب حادث خطير؟

و السؤالين النظريين الجزئيين التاليين:

أولاً: هل هناك علاقة بين اضطراب الضغط ما بعد الصدمة و الاكتئاب لدى مبتوري الساق عقب حادث خطير؟

ثانياً: هل هناك علاقة بين وظيفية النسق الأسري من جانب التوظيف البنيوي و/أو المواجهة الأسرية و/أو أنماط التعلق اتجاه الأسرة من جهة و الاضطرابات التالية للصدمة من جهة أخرى لدى مبتوري الساق عقب حادث خطير؟

و للإجابة على أسئلة البحث قمنا بتقييم التوظيف الأسري النسقي، باعتبار وظيفية البنية الأسرية، بناءً على النموذج التداخلي للأسرة باستعمال "سلم تقييم التكيفية و التماسك الأسري -III". و بتقييم استراتيجيات المواجهة الأسرية، بناءً على نموذج الضغط الأسري واستعملنا لذلك "سلم الأزمات الأسرية الموجه نحو التقييم الذاتي". و أخيراً النمط التعلقي

اتجاه الأسرة، بتبني نموذج الذات و الآخرين للتعلق لدى الراشد. كما قمنا كذلك بتقييم شدة الإصابة باضطراب الضغط ما بعد الصدمة باستخدام "سلم الصدمة النفسية المعدل"، وتقييم شدة الإصابة بالاكئاب باستخدام "مقياس بيك للاكتئاب -II"، على مجموعة من العساكر المبتوري الساق عقب التعرض لانفجار ألغام.

لقد أسفرت نتائج البحث عن وجود علاقة بين الخصائص الأسرية النفسية و شدة عرضية اضطراب الضغط ما بعد الصدمة، نخص بالذكر مدى قدرة الأسرة على تجنيد واستغلال مواردها في مواجهة الأحداث الصدمية و الأزمات، بالإضافة إلى النمط التعلقي الآمن الذي شكل عامل حماية أمام شدة العرضية الصدمية.

يتبين إذن ارتباط الصحة الفردية بصحة وظيفية النسق الأسري ككل، وسلامة النماذج التي تبنت المستوى الأسري في معالجة الصحة النفسية، علما أن التطرق إلى موضوع الاضطرابات النفسية التالية للصدمة من منظور الديناميكية النفسية الأسرية، باعتبار وظيفيتها كعامل حماية، هو تناول لا يهدف إلى استبعاد الاجماع حول الفردانية النفسية، وإنما يميل إلى استكشاف المظاهر النفسية المرضية في علاقتها مع الانتماء الأسري في محاولة لقراءة نفسية-أنثروبولوجية للاضطرابات النفسية، و ذلك بإلقاء الضوء على أهمية التركيز على النسق الأسري و على نسق أكبر و هو النسق الاجتماعي الثقافي.

يرى (Kouneski, 2000) أن النموذج النسقي يؤيد التوجه البيولوجي النفسي الاجتماعي في دراسة الأسرة و العلاج، و يؤكد أن السياق الاجتماعي للأسرة هو مفيد لدراستها باعتبارها مورد هام للتعامل مع الاضطرابات النفسية. يشير Lévi-strauss إلى وجود الأسرة مهما كانت طبيعة المجتمعات، لكن ممّا لا مفر منه هو أنه تبعاً لبنيته الديمغرافية، و نظامه الإقتصادي و معتقداته الدينية فإن كل مجتمع يطبع على الأسرة ميزات خاصة (نقلا عن Burguière, Klapisch-Zuber, Segalen et Zonabend, 1986).

لابد من الاهتمام بالخلفية الثقافية التي لها بالغ الأثر على معنى الاضطراب و مآله، فالسلوك البشري هو نتاج لقوى ضمن نفسية و بين شخصية أسرية و اجتماعية-اقتصادية

وثقافية (Betancourt, و ترى (McGoldrick, Giordano, et Garcia-preto, 2005)، و ترى (2004) أن النماذج العلاجية تقدم عموماً على أنها تتفع للتطبيق العالمي، غير أنه و في الآونة الأخيرة بدأ النظر في الافتراضات الثقافية الكامنة وراء النماذج العلاجية، بالرغم من اختلاف الآراء حول "الكفاءة الثقافية".

و هو ما يدل على ضرورة تناول الظواهر الأسرية في إطار الواقع الاجتماعي والثقافي للأسرة، بحيث تؤخذ خصائص النسق الاجتماعي بعين الاعتبار من أجل التوصل إلى شرح أكثر تفهماً و تكيفاً مع وسط الدراسة، و خصوصاً إذا تعلق الأمر بالعلاج الذي لابد أن يرتبط بالمفاهيم الثقافية لأفراد الأسرة المعالجة.

و نفتح على ضوء ما سبق كآفاق مستقبلية العمل على استغلال العناصر الثقافية من جهة و ما توصلت إليه الدراسة من نتائج من جهة أخرى في بناء نماذج علاجية أسرية نسقية خاصة بفئة المصدومين.

حيث نشير إلى تعدد الأمثلة بخصوص التجارب حول العلاجات الأسرية النسقية التي أعطت نتائج مشجعة في علاج المصدومين وأسره، كتجربة يذكرها Gobeil (1973) حيث تم ربط الدين والإيمان في نوع من التشخيص والعلاج الروحاني في إسبانيا وذلك حول اضطراب يدعى (susto) الذي يصف نوع من الهلع والفرع جرّاء صدمة، إذ يعاني المريض من "فقدان الروح" نتيجة الخوف، تماماً كاضطراب الضغط ما بعد الصدمة، ويعتمد العلاج على تدخل معالج يستعمل أدوية وطقوس مع الأصدقاء والأقارب للعمل على طمأنة المريض في مقارنة نسقية تحويلية ذات توجه روحي وسند الأسرة و الأصدقاء والإيمان في قدرة المعالج (نقلا عن Pirooz Scholevar & Schwoeri, 2003, P. 727).

و في تجارب أكثر حداثة نجد أنه قد تم العمل على تطوير مقاربات واعدة حول العلاج الأسري للضغط ما بعد الصدمة بالرغم من عددها المحدود، كالبرنامج الإرشادي

الأسري لأسر المحاربين السابقين باختلاف الاضطرابات التي يعانون منها، و قد ضمت هذه التجربة 127 فردًا من الأسر، و أعطت نتائج مشجعة من حيث إدراك الأسرة لمواردها.

و أيضا تجربة العلاج الأسري السلوكي الذي يهدف إلى تحسين العلاقات مع المصاب بالضغط ما بعد الصدمة و ليس إلى إنقاص الأعراض، و هي تستعمل مع تقنية الإغراق في تقنية علاجية أسرية-استراتيجية تتضمن مشاركة نشيطة من أحد أفراد الأسرة، هدفها الأساسي هو خفض حدة الأعراض و قد أعطت نتائج جيدة لأعراض الضغط ما بعد الصدمة و الاكتئاب على عينة مكونة من 111 محارب سابق.

كما هناك تجربة أخرى حول العلاج الأسري المتمركز حول المعالجة الانفعالية المقترنة بالتجربة الصدمية و النمط التعلقي و التواصل العلائقي، فقد بينت النتائج مع 10 أزواج تحسن في أعراض الضغط ما بعد الصدمة و أيضا على مستوى العلاقة (Friedman, 2015).

كما تؤكد دراسة (Blow, Curtis, Wittenborn, & Gorman, 2015) على دور العلاج الأسري و الزوجي المركز على الانفعال من أجل العمل على مواجهة اضطراب الضغط ما بعد الصدمة و خفض درجته، لدى العساكر بعد عودتهم من مناطق الحروب. وهو ما يملئ أهمية العمل على الانفعالات أي الآثار الصدمية في إطار الروابط و العلاقات الزوجية و الأسرية. و بالرغم من كونها أبحاث محدودة من حيث حجم العينات، و غياب المجموعات الضابطة، و لكنها تبقى دراسات واعدة.

المراجع

قائمة المراجع باللغة العربية:

1. أبو أسعد أحمد عبد اللطيف،، الختاتة سامي محسن. (2014). سيكولوجية المشكلات الأسرية. عمان: دار المسيرة.
2. أحسن جاب الله حورية،، بومعزوزة نسيم. (2014). علاقة الصدمة النفسية و الاكتئاب مع الأنساق الأسرية و المواجهة الأسرية و أنماط التعلق عند المبتورين. فكر و مجتمع. العدد 22، ص 217 - 228.
3. أحسن جاب الله، حورية. (2010). النمو و الاضطرابات النفسية في الطفولة و المراهقة. الجزائر: BXC ، ISBN : 978 9947-0 3056.
4. أحسن جاب الله- بلقسام، حورية، ت إش: دوقة أحمد. (2001). العوامل المعرفية في تفسير الآلام المزمنة و علاقتها بالقلق و الاكتئاب و الفعالية الذاتية. أطروحة دكتوراه دولة في علم النفس العيادي، جامعة الجزائر.
5. الشريبي، لطفي. (2001). الاكتئاب، المرض والعلاج. الأسكندرية: منشأة المعارف.
6. جار الله، شرفي. (2012). العلاقة بين اضطرابات الضغوط التالية للصدمة و منظور الزمن. المجلة العربية للطب النفسي، 23 (1)، 80-86.
7. الصاوي محمد مبارك محمد. (1992). البحث العلمي، أسسه و طريقة كتابته. القاهرة: المكتبة الأكاديمية.
8. صحراوي، عقيلة، ت إش: سامعي- حدادي دليلة. (2010). أثر نوعية التعلق الأمومي على النمو النفسي الحركي و المعرفي للطفل المصاب ببتاندر داون - دراسة عيادية -. أطروحة دكتوراه في علم النفس العيادي، جامعة الجزائر 2.
9. عبد العظيم حسين طه،، عبد العظيم حسين سلامة (2006). استراتيجيات إدارة الضغوط التربوية والنفسية، عمان: دار الفكر.
10. غريب عبد الفتاح، غريب. (2008). الاضطرابات الاكتئابية، التشخيص، عوامل الخطر والقياس. المجلة المصرية للدراسات النفسية. 7(17)، 39-98.

11. غريب عبد الفتاح غريب. (2000). مقياس الاكتئاب (BDI-II): التعليمات و دراسات الثبات و الصدق و قوائم المعايير و الدرجات الفاصلة. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
12. غسان يعقوب. (1999). سيكولوجية الحروب و الكوارث و دور العلاج النفسي (اضطراب الضغوط ما بعد الصدمة). دار الفارابي.
13. كفافي علاء الدين. (1999). الإرشاد و العلاج النفسي الأسري. القاهرة: دار الفكر العربي.
14. لابلاتش، ج.، بونتاليس، ج.ب، ترجمة مصطفى حجازي. (1985). معجم مصطلحات التحليل النفسي. الطبعة الأولى: ديوان المطبوعات الجامعية.
15. مصطفى الخشاب سامية. (2008). النظرية الاجتماعية ودراسة الأسرة. القاهرة: الدار الدولية للاستثمارات الثقافية ش.م.م.
16. معمريه بشير. (2010). تقنين قائمة آرون ت. بيك الثانية للاكتئاب على عينات من الجنسين في البيئة الجزائرية. مجلة شبكة العلوم النفسية العربية. العدد 26/25. ص 92-105.
17. النابلسي محمد أحمد. (1991). الصدمة النفسية، علم النفس الحروب و الكوارث. دار النهضة العربية.

قائمة المراجع باللغات الأجنبية:

18. AHCÈNE-DJABALLAH, H. (2014, juin). *L'héritage de Freud : de la cure Psychanalytique aux psychothérapies intégratives*. Communication présentée au séminaire de l'ambassade d'Autriche et l'Université d'Alger 2 (LAPP), sur Sigmund Freud, Père de la psychanalyse. Alger, Algérie.
19. AHCÈNE-DJABALLAH, H., BOUMAZOUZA, N. (2012) « Le devenir du Psychotrauma de l'enfant et sa relation avec l'atteinte à l'intégrité familiale et la prise en charge psychologique ». *Pensée et Société*, 13, 07-24

20. Ainsworth, M.D.S., Blehar, M.C., Walters, E., and Walls, S. (1978). *Pattern of attachment: a psychological study of the strange situation*. Hillsdale N.J : Lawrence Erlbaum Associates.
21. Aït Sidhoum, M. (2000). L'Algérie : le poids du drame et ses implications en matière de santé mentale. *Psychologie*, 8. 17-35.
22. Albernhe, K., Albernhe, T. (2008). *Les thérapies familiales systémiques*. Paris: Elsevier Masson
23. Allilaire, J.-F. (2007). Troubles de l'humeur. In J.-D. Guelfi, F. Rouillon, (Eds.). *Manuel de psychiatrie*. Belgique : Elsevier Masson.
24. American Psychiatric Association. (1996). *DSM-IV, manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Paris: Masson.
25. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. Washington, D.C: American Psychiatric Association.
26. Amiguet, O., Julier, C. (2007). L'intervention systémique dans le travail social, repères épistémologiques, éthiques et méthodologiques. Genève : IES.
27. Anderson, S. A. and Gavazzi, S. M. (1990), A test of the Olson circumplex model: Examining its curvilinear assumption and the presence of extreme types. *family process*. 29, 309-324.
28. Andolfi, M. (1982). *La thérapie avec la famille*. Paris : ESF.
29. Andolfi, M., Angelo, C., Menghi, P., Nicolo, A. M., et Giacometti, K. (1993). *La forteresse familiale, un modèle de clinique relationnelle*. Paris : DUNOD.
30. Andolfi, M., Menghi, P., Nicolo, A-M., et Saccu, C. (1979). L'interaction dans les systèmes rigides. *Réseaux, Systèmes, Agencements*, 1, 25-41.
31. Armour, C., Elklit, A., & Shevlin, M. (2011). Attachment typologies and posttraumatic stress disorder (PTSD), depression and anxiety : a latent profile analysis approach. *European Journal of Psychotraumatology*, 2. Doi : 10.3402/ejpt.v2i0.6018.

32. Atherton, R., Robertson, N. (2006). Psychological adjustment to lower amputation amongst prosthesis users. *Disability & Rehabilitation*, 28 (19), 1201-1209.
33. Auxéméry, Y. (2014). *Formes cliniques des dépressions post-traumatiques*. Encéphale. <http://dx.doi.org/10.1016/j.encep.2014.07.005>
34. Bacqué, M-F. (1997). *Deuil et santé*. Paris: Odile Jacob.
35. Bartholomew, K., Horowitz, L. (1991). Attachment styles among young adults : A test of A four-category model. *Journal of personality and social psychology*, 61(2), 226-244.
36. Bartholomew, K., shaver, P. R. (1998). Methods of assessing adult attachment: Do they converge? In J. A. Simpson., W. S. Rhodes. *Attachment theory and close relationships*. New York: Guilford Press.
37. Bear, M. F., Connors, B. W., et Paradisco, A. (2002). *Neuroscience, à la découverte du cerveau*. (A. Nieoullons, Trad.). Paris : Pradel.
38. Beck, A. T., Steer, R. A., Brown, G. K. (1996). *Manual for Beck Depression Inventory II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
39. Becvar, D. S. and Becvar, R. J. (1993). *Family therapy: A systemic integration*. Boston: Allyn and Bacon.
40. Benoit, J. C., Malarewicz, J. A., Beaujean, J., Colas, Y. et Kannas, S. (1988). *Dictionnaire clinique des thérapies familiales systémiques*. Paris: Les éditions ESF.
41. Berge, A. (1968). *Les Psychothérapies*. Paris: PUF.
42. Betancourt, J. R. (2004). Becoming a physician: Cultural competence? Marginal or mainstream movement? *New England Journal of Medicine*, 351 (10), P 953-955.
43. Bifulco, A., Kwon, J., Jacobs, C., Moran, P.M., Bunn, A., and Beer, N. (2006). Adult attachment style as mediator between childhood neglect/abuse and

44. Bifulco, A., Moran, P. M., Ball, C., and Bernazzani, O. (2002). Adult attachment style. I: Its relationship to clinical depression. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37, 50-59.
45. Birenbaum, L. K. (1991). Measurement of family coping. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*. 8, 39-42.
46. Blanchet, A. (2004). *Introduction aux psychothérapies*. Paris : Edition Armand Colin.
47. Blanchette, L. (1999). *L'approche systémique en santé mentale*. La presse de l'Université de Montréal.
48. Bleich, A., Koslowsky, M., Dolev, A., and Lerer, B. (1997). Post traumatic stress disorder and depression. An analysis of comorbidity. *The British Journal of Psychiatry*. 170, 479-482
49. Bloch, D. A. (1994). *Techniques de base en thérapie familiale*. Paris : Erès.
50. Blow, A. J., Curtis, A. F., Wittenborn, A. K., & Gorman, L. (2015). Relationship problems and military related PTSD: The case for using emotionally focused therapy for couples. *Contemporary Family Therapy*. 37, 261-270. Doi: 10.1007/s10591-015-9345-7.
51. Bouatta, C. (2003). La pratique psychologique au temps du trauma. *NAQD : l'expérience traumatique*, 18, 81-104
52. Boudarène, M. (2005). *Le stress, entre bien-être et souffrance*. Alger : BERTI Edition.
53. Bougeul, F. (2000). *Familles en crise, approches systémique des relations humaines*. Paris : Médecine & Hygiène.
54. Boumazouza, N., Ahcène-Djaballah, H. (2015). L'impact des systèmes familiaux, de l'ajustement familial et du profil d'attachement sur le stress et la dépression post-traumatique, étude de cas d'un amputé d'un membre inférieur. *Psychisme et Anthropos*, Revue du LAPP, 1.
55. Bowen, M. (1978). *Family therapy in Clinical practice*. New York: Gardner.

-
56. Bowlby, J. (1978). *Attachement et perte : I. L'attachement*. Paris : Presses Universitaires de France.
57. Bowlby, J. (1984). *Attachement et perte : III. La perte, tristesse et dépression*. Paris : Presses Universitaires de France.
58. Boyer, P., Guelfi, J. D., Pull, C. B. (1983). *Nosologie et psychométrie des dépressions*. In : *La maladie dépressive*. Paris : CIBA.
59. Breslau, N., Davis, G., Andreski, P., & Peterson, E. (1991). Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Archives of General Psychiatry*, 48, 216–222.
60. Briere, J. (1997). *Psychological assessment of adult posttraumatic states*. Washington D.C: American Psychological Association.
61. Brillon, P. (2004). *Comment aider les victimes souffrant de stress post-traumatique ? : guide à l'intention des thérapeutes*. Québec : Quebecor.
62. Broderick, C. B. (1993). *Understanding Family Process: Basics of Family Systems Theory*. SAGE Publications.
63. Bruchon-Schweitzer, M. (2002). *Psychologie de la santé. Modèles. Concepts et méthodes*. Paris: Dunod.
64. Bruchon-Schweitzer, M., Dantzer, R. (1994). *Introduction à la psychologie de la santé*. Paris : Presses Universitaires Françaises.
65. Burguière, A., Klapisch-Zuber, C., Segalen, M., et Zonabend, F. (1986). *Histoire de la famille*. Paris : Armand Colin.
66. Cadet, L. (1997). *Urgences psychiatriques : Guide pratique, thérapeutique et juridique*. Paris : ESTEM.
67. Castellan, Y. (1980). *La famille du groupe à la cellule*. Paris : Bordas.
68. Chabert, C., Kaës, R., Lamouzière, J., Schniewind, A. (2005). *Figures de la dépression*. Paris : DUNOD.
69. Chahraoui, K., Bénony, H. (2003). *Méthodes, évaluation et recherches en psychologie clinique*. Paris : DUNOD.
70. Claude, J. (1996). *Figures et destins du traumatisme*. Paris: PUF.

-
- 71.Côté, L. (1996). Les facteurs de vulnérabilité et les enjeux psychodynamiques dans les réactions post-traumatiques. *Santé mentale au Québec*, 21(1), 209-227.
- 72.Cottraux, J. (1999). *Place des psychothérapies contemporaines dans le traitement de la dépression*. Paris : Doin.
- 73.Cottraux, J. (2001). *Les thérapies comportementales et cognitives*. Paris : Masson.
- 74.Cremniter, D., Laurent. A. (2005). Syndrome de stress post-traumatique : clinique et thérapie. *EMC-Toxicologie Pathologie* 2, 178–184
- 75.Crettenand, M-L., Cucchia, A-T. (2006). Indications et contre-indications à la thérapie d'orientation systémique. *Perspectives psy.* 3(45), 267-273.
- 76.Cristian, A. (2006). *Lower Limb Amputation, A guide to living a quality life*. New York : Demos Medical Publishing.
- 77.Crocq, L. (1992). Paniques collectives et peurs immémorales. *Psychologie Médicale*, Vol. 24, No4, 395-401.
- 78.Crocq, L. (2007). *Traumatismes psychiques, prise en charge psychologique des victimes*. Paris: Elsevier-Masson
- 79.Crocq, L., Sailhan, M., Barrois, C. (1983). *Névroses traumatiques (névrose d'effroi, névrose de guerre)*. Encyclopédie Médico-Chirurgicale, Psychiatrie.
- 80.Cyrulnik, B. (1999). *Un merveilleux malheur*. Paris: Odile Jacob.
- 81.Damiani, C. (1997). *Les victimes. Violences publiques et crimes privés*. Paris:Bayard.
- 82.De Clercq, M., (1995). Les répercussions des syndromes de stress post-traumatique sur les familles. *Thérapie familiale*. 16, 185-193.
- 83.De Clercq, M., et Lebigot, F. (2001). *Les traumatismes psychiques*. Paris : Masson.
- 84.De Silva, M., MacLachlan, M., Devane, D., Desmond, D., Gallagher, P., Schnyder, U., Brennan, M. & Patel, V. (2009). *Psychosocial interventions for*

- the prevention of disability following traumatic physical injury*. Cochrane Database Syst Revue. Vol 4. DOI : 10.1002/14651858.CD006422.
85. Debray, Q., Kindynis, S., et Leclerc, M. (2005). *Protocoles de traitement des personnalités pathologiques : Approche cognitivo-comportementale*, Elsevier Masson.
86. Declercq, F., Willemssen, J. (2006). Distress and post-traumatic stress disorders in high risk professionals: Adult attachment style and the dimensions of anxiety and avoidance. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. 13:256–263.
87. Delage, M. (2002). Aide à la résilience familiale dans les situations traumatiques. *Thérapie familiale*, 23 (3), 269-287. DOI : 10.3917/tf.023.0269
88. Delage, M. (2007). Attachement et système familiaux. Aspects conceptuels et conséquences thérapeutiques. *Thérapie familiale*, 28, 391-414. DOI : 10.3917/tf.074.0391.
89. Delmont, J., Lucht, F. (1995). *Guide pratique de psychiatrie*. Alger : BERTI Editions.
90. Deniker, P. (1996). *La dépression : fin du tunnel*. Paris : Doin.
- depression and anxiety. *Social psychiatry & psychiatric epidemiology*, 41, 796-805.
91. Desmond, D. M. MacLachlan, M. (2006 a). Affective distress and amputation-related pain among older men with long-term, Traumatic limb amputation. *Journal of Pain and Symptom Management*, 31(4), 362-368.
92. Desmond, D. M., MacLachlan, M. (2006b). Coping strategies as predictors of psychosocial adaptation in a sample of elderly veterans with acquired lower limb amputation. *Social Science & Medicine*, 62, 208-216.
93. Desmond, D. M., Coffey, L., Gallagher, P., MacLachlan, M., Wegener, S. and O’Keeffe, F. (2012). *Limb Amputation*. In: Kennedy, P. (Ed.). *The Oxford handbook of rehabilitation psychology*. Oxford: Oxford University Press.

94. Di Nicola, I. (2007). *Evaluation du module d'orthopédie, traumatologie, Rhumatologie*. Paris : Estem.
95. Doombos, M.M. (1996). The strengths of families coping with serious mental illness. *Archives of Psychiatric Nursing*. 10 (4), 214-220.
96. Doray, B., Louzon, C. (1997). *Les Traumatismes dans le psychisme et la culture*. Ramonville Saint-Agne : Erès.
97. Douki, S., Moussaoui, D., et Kacha, F. (1987). *Manuel de psychiatrie du praticien maghrébin*. Paris : Masson.
98. Doutreligne, Y., Cottencin, O., et Betbèze, J. (2013). *Thérapie brèves : Principes et outils pratiques*. ELSEVIER MASSON.
99. Downey, G., Feldman, S. I. (1996). Implications of Rejection Sensitivity for Intimate Relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 1327-1343.
100. Ducrocq, F., Vaiva, G., Cottencin, O., Molenda, S. et Bailly, D. (2001). Etat de stress post-traumatique, dépression post-traumatique et épisode dépressif major : la littérature. *L'Encéphale*, (27) 2, 159-168.
101. Duquesnoy, I., Guedeney, N. (2005). Psychopathologie de l'adulte et attachement. In : N. Guedeney., et A. Guedeney (Eds.). *L'attachement. Concepts et applications*. Liège : Masson. pp137-145.
102. Eaton, P. M., Davis, B. L., Hammond, P. V., Condon, E. H & McGee, Z. T. (2011). Coping strategies of family member of hospitalized psychiatric patients. *Nursing Research and Practice*. Article ID 392705, 12 pages. Doi:10.1155/2011/392705.
103. El Kaïm. M, (1995). *Panorama des thérapies Familiales*. Paris: DU SEUIL.
104. Evans, L., McHugh, T., Hopwood, M., & Watt, C. (2003). Chronic posttraumatic stress disorder and family functioning of Vietnam veterans and their partners. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. (37), 765–772.
105. Feeney, J., Noller, P. (1996). *Adult Attachment*. London: Sage Publication.

106. Ferreri, F., Peretti, C.-S., Ferreri, M. (2007). Pathologie psychotraumatique, pathologies secondaires à des traumatismes majeurs, stress aigu et état de stress post traumatique. In J.-D. Guelfi, et F. Rouillon, (Eds.). *Manuel de psychiatrie*. Belgique : Elsevier Masson.
107. Fischer, J., Corcoran, K. J. (1994). *Measures for clinical practice, couples, families, and children*. NY : The free press.
108. Ford, J. D., Shaw, D., Sennhauser, S., Greaves, D., Thacker, B., Chandler, P., Schwartz, L., & McClain, V. (1993). Psychosocial Debriefing After Operation Desert Storm: Marital and Family Assessment and Intervention. *A Journal of the society for the psychological study of social issues*. 49(4), 73–102. DOI: 10.1111/j.1540-4560.1993.tb01182.x.
109. Friedman, M. J. (2015). *Posttraumatic and acute stress disorders*. (6th Ed). USA : Springer. DOI : 10.1007/978-3-319-15066-6.
110. Gadsden, J. (2015). *Anesthésie locorégionale en traumatologie. Une approche thématique basée sur des cas cliniques*. (E. Gaertner trad). Paris : John Libbey Eurotext.
111. Garnier, M., Delamare, V. (2004). *Garnier Delamare, Dictionnaire illustré des termes de médecine*. (28^e Ed). Paris : MALOINE.
112. Gill, J. M., Page, G. G., Sharps, P. and Campbell, J. C.(2008). Experiences of traumatic events and associations with PTSD and depression development in urban health care-seeking women. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 85(5). Doi:10.1007/s11524-008-9290-y
113. Golby, B. J., Bretherton, I. (1999). Resilience in post divorce mother-child relationships. In H. I. McCubbin, E. A. Thompson, A. I. Thompson, and J. A. Futrell (Eds), *The dynamics of resilient families* (pp. 237-270). ThousandOaks : Sage Publications.
114. Grappe M. (1997). Troubles psychiques post-traumatiques chez les enfants victimes de guerre : séquelles simples et formes cliniques graves. *Revue Française de Psychiatrie et Psychologie Médicale*, 10, 38-43.

115. Graziani, P., Swendsen, J. (2004). *Stress, Emotions et Stratégies d'adaptation*. Paris : Nathan.
116. Griffin, D.W., Bartholomew, K. (1994). Models of the self and other : Fundamental dimensions underlying measures of attachment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67 (3), 430-445.
117. Grotevant, H. D., Carlson, C. I. (1989). *Family assessment: A guide to methods and measures*. New York: Guilford Press.
118. Guay, S., Marchand, A. (2006). *Les troubles liés aux événements traumatiques. Dépistage, évaluation et traitements*. Canada : Les Presses de L'université De Montréal.
119. Guedeney, A. (2005). La théorie de l'attachement : l'histoire et les personnages, 7-13. In : N. Guedeney., A.Guedeney. *L'attachement, concepts et applications*. Liège : Masson.
120. Guedeney, N. (2005). Concepts-clefs de la théorie de l'attachement, 15-25. In: N. Guedeney., A.Guedeney. *L'attachement, concepts et applications*. Liège : Masson.
121. Guillaumin, J. (1982). *Quinze études psychanalytiques sur le temps, traumatisme et après-coup*. Toulouse : Privat.
122. Ham, R., Cotton, L. (1991). *Limb Amputation, From aetiology to rehabilitation*. Springer Science.
123. Helzer, J. E., Robins, L. N., & McEvoy, L. (1987). Posttraumatic stress disorder in the general population. *New England Journal of Medicine*, 317, 1630–1634.
124. Héril, A. (1995). *Les thérapies familiales*. Paris : Morisset.
125. Hooper, L.M. (2007). The application of attachment theory and family systems theory to the phenomena of parentification. *The family journal, counseling and therapy for couples and families*, 15 (3), 217-223.DOI: 10.1177/1066480707301290

126. Horowitz, M. J., Wilner, N., and Alvarez, W. (1979). The impact of event scale: A measure of subjective stress. *Psychometric Medicine*, 41, 209-218.
127. Ionescu, S. , Jaquet, M – M. , Lhote, C. (1997). *Les mécanismes de défense théorie et clinique*. Paris: Nathan.
128. Jordan, B. K., Marmar, C. R., Fairbanks, J. A., Schlenger, W. E., Kulka, R. A., Hough, R. L., & Meiss, D. S. (1992). Problems in families of male vietnam veterans with post-traumatic stress disorder. *Journal of consulting and clinical psychiatry*, 60 (6), 916-926.
129. Kacha, F. (2002). *Psychiatrie et psychologie médicale*. Alger: PubliCom
130. Kashani, J. H., Allan, W. D., Dahlmeier, J.M., Rezvani, M, and Reid, J. C. (1995). An examination of family functioning utilizing the circumplex model in psychiatrically hospitalized children with depression. *Journal of Affective Disorders*, 35(1-2), 65-73.
131. Keitner, G. I., Miller, I.W. (1999). Family functioning and major depression: an overview. *The American journal of psychiatry*. 147 (9), 1128-1137.
132. Kouneski, E. F. (2000). *Family assessment and the circumplex model : New research developments and applications*. University of Minnesota, Twin Cities.
133. Laître, M. (1997). *L'adaptabilité et la cohésion des familles avec adolescents manifestant des troubles du comportement en milieu scolaire*. Université du Québec.
134. Lavigueur, S., Coutu, S, et Dubeau, D. (2001). L'intervention auprès des familles à risque. Une approche multimodale qui mise sur la résilience. In, L. Leblanc, et M. Séguin. *La relation d'aide. Concepts de base et interventions spécifiques*. Chap. 7. pp 171-220. Montréal : Les Editions Logiques.
135. Lazarus, R. ,Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer publishing.

136. Le Breton, D. (2002). Anthropologie des conduites à risques, les jeunes générations. *ATALA*, 5, 191-204.
137. Lebigot, F. (2005). *Traiter les traumatismes psychiques, Clinique et prise en charge*. Paris : Dunod.
138. Lebigot, F. (2006). *Le traumatisme psychique*. Bruxelles : Temps d'arrêt.
139. Leblanc, J. (Dir.) (1996). *Démystifier les maladies mentales, les dépressions et les troubles affectifs cycliques*. Montréal : Gaëtan Morin.
140. Lemperrière, Th., Féline, A., Gutmann, A., Ades, J., et Pilate, C. (2000) *Psychiatrie de l'adulte*/ Paris : Masson.
141. Lôi, H., Lôi, P. (1991). *La dépression*. Paris : Press Universitaires de France.
142. Lopez G. (1997). *Victimologie*. Paris: Dalloz.
143. Lopez,G., et Casanova, A. (2001). *Cesser d'être une victime*. Paris : Lamartinière.
144. Manne, S. L., Lekanics, D., Meyers, P., Wollner, N., Steinherz, P, and Redd, W. (1995). Predictors of depressive symptomatology among parents of newly diagnosed children with cancer. *Journal of Pediatric Psychology*, 20(4), 491-510
145. Marty, P. (1976). *Les mouvements individuels de vie et de mort*. Essai d'économie psychosomatique. Paris: payot.
146. McCubbin, H. I., McCubbin. M. A. (1993). Families coping with illness: The resiliencymodel of family stress, adjustment, and adaptation. In, C.B. Danielson., B. Harnel-Bissell, and P.Winstead-Fry. *Families,health, &illness* (pp. 21-63).St-Louis : Mosby.
147. McCubbin, H. I., Olson, D.H. & Larsen, A. S. (1991a). F-COPES: family crisis oriented personal evaluation scales. In: McCubbin, H.I, and Thompson, A. I. (Eds.), *Family Assessment Inventories for Research and Practice*. Wisconsin, Madison, USA: University of Wisconsin-Madison. pp. 203–218.

148. McCubbin, H. I., Thompson, A. (1991b). *Family assessment inventories for research and practice*. Madison : University of Wisconsin-Madison.
149. McCubbin, H. I., Thompson, E. A., Thompson, A. I., and Futrell, J. A. (1999). *The dynamics of resilient families*. Thousand Oaks, CA: Sage publications.
150. McCubbin, H. I., Thompson, E. A., and McCubbin, M. A. (1996). *Family assessment : Resiliency, coping and adaptation. Inventories for research and practice*. Madison, Wis : University of Wisconsin Publishers.
151. McCubbin, H.I., McCubbin, M.A., Thompson, A.I., & Thompson, E.A. (1995). Resiliency in ethnic families : A conceptual model for predicting family adjustment and adaptation. In, H.I. McCubbin., E.A. Thompson., A. Thompson., & J.E. Fromer (Eds). *Resiliency in ethnic minority families, native and immigrant american families*, 1 (pp.3-48). Wisconsin, Center for excellence in family studies.
152. McGoldrick, M., Giordano, J., and Garcia-Preto, N. (2005). *Ethnicity & family therapy*. New York: The Guilford Press.
153. Mebtoul, M. (2001). *Etat et société, connivences et absence de reconnaissance des « autres »*. *Journal des anthropologues*, 85-86, 223-232.
154. Medhar, S. (1996). Refus de transformation : Source de violence. In : *Actes de la journée scientifique 15 juin 1996. Violence, quelles réparations possibles ?* (88-90). Alger : Fondation Mahfoud Boucebci, Recherche & culture.
155. Mikulincer, M., and Shaver, P. R. (2007). *Attachment in adulthood. Structure, Dynamics, and change*. New York : The Guilford Press.
156. Mikulincer, M., Shaver, P. R., & Solomon, Z. (2015). An attachment perspective on traumatic and post-traumatic reactions. In M. P. Safir, H. S. Wallach, & S. Rizzo (Eds.), *Future directions in post-traumatic stress disorder : Prevention, diagnosis, and treatment* (pp. 79-96). New York : Springer.

-
157. Miljkovitch, R. (2005). L'attachement au niveau des représentations. In : N. Guedeney., et A. Guedeney (Eds.). *L'attachement. Concepts et applications*. Liège: Masson. pp 29-35.
158. Miljkovitch, R., Dugravier, R., et Mintz, A.S. (2010). Attachement et psychopathologie durant l'enfance. In : N. Guedeney et A. Guedeney (Eds.), *L'attachement, approche clinique, du bébé à la personne âgée*. Liège : Masson, pp. 97-106.
159. Minuchin, S. (1979). Familles en thérapie. Paris : Ed Delarge.
160. Mirabel - Sarron, C. (2005). Soigner les dépressions avec les thérapies cognitives. Paris : DUNOD.
161. Mirabel - Sarron, C. (2008). *La dépression, comment en sortir ?* Paris : ODILE JACOB.
162. Mirabel - Sarron, C., Leygnac – Solignac, I. (2009). *Les troubles bipolaires, De la Cyclothymie au syndrome maniaco-dépressif*. Paris : DUNOD.
163. Montagner, H. (1988). *L'attachement le début de la tendresse*. Paris : Odile Jacob.
164. Morval, V.G.M. (1985). *Psychologie de la famille*. Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal.
165. Moss, R-H. , Halahan, G-J. (1985). Life stress and death personality coping and family support in stress resistance. *Journal of Personality and Social Psychology*, 49 (3), 739-747.
166. Mphuthi, D. D. (2010). *Coping bahaviours of haemodialysed patients' families in a private clinic in Gauteng*. A dissertation in partial fulfilment of the requirements for the degree Magister Curationis.
167. Murphy, B, Bates, G.W. (1997). Adult attachment style and vulnerability to depression. *Personality and individual differences*, 22 (6), 835-844.
168. Murray, G. (2010). Amputation, prosthesis use, and phantom limb pain. Springer.

169. Nelson, J., Pepper, R. (1995). Adult attachment styles parental bonding, and personality characteristics associated with depression. *Dissertation abstracts international, section B: sciences and Engineering*, 55 (11), 50-81.
170. Nichols, M., and Schwartz, R. (1995). *Family therapy concepts and methods*. Boston: Allyn and Bacon.
171. Norbet Sillamy. (2006). *Dictionnaire de psychologie*. Larousse.
172. Olson, D. H. (1988). Family assessment and intervention: The Circumplex Model of family systems. *Journal of Psychotherapy and the Family*, 4, 9-48.
173. Olson, D. H. (1999). Circumplex model of marital & family systems. In a special edition of *Journal of family therapy*, entitled « Empirical approaches to family assessment ».
174. Olson, D. H. (2013). *Family perspectives in child and youth services*. NY : Routledge.
175. Olson, D. H., Portner, J. and Lavee, Y. (1985). *FACES III. Family social science*. St Paul MN : University of Minnesota.
176. Osman, A., Barrios, F. X., Williams, J. E. and Bailey, J. (2008). Psychometric properties of the Beck Inventory-II in nonclinical adolescents samples. *Journal of Clinical Psychology*, 64(1), 83-102. DOI : 10.1002/jclp.20433.
177. Parot, F., Doran, R. (1998). *Dictionnaire de psychologie*. Paris : Presses Universitaires de France.
178. Paulhan, I., Bourgeois, M. (1995). *Stress et coping. Les stratégies d'ajustement à l'adversité*. Paris : Presses Universitaires de France.
179. Pedinielli, J-L. , Fernandez, L. (2005). *L'observation clinique et l'étude de cas*. Paris : Armand Colin.
180. Perdereau, F., Atger, F. (2005). Evaluation de l'attachement chez l'adolescent et l'adulte. In : N. Guedeney., et A. Guedeney (Eds.). *L'attachement. Concepts et application*. Liège : Masson. pp.93-102.

181. Perdereau, F., Godart, N. (2003). Attachement chez l'adulte et thérapie de famille. *Perspectives Psy*, 42(2), 102-107.
182. Perdereau, F., Lamas, C., Duquesnoy, I. (2010). Psychopathologie de l'adulte et attachement. In : N. Guedeney., et A. Guedeney. *L'attachement : approche clinique, Du bébé à la personne âgée*. Paris : Elsevier Masson.
183. Pereira, M. G., Pedras, S., Lopes, C. (2012). Posttraumatic Stress, Psychological Morbidity, Psychopathology, Family Functioning, and Quality of Life in Portuguese War Veterans. *Traumatology*. 18(3) 49–58. DOI: 10.1177/1534765611426794
184. Pewzner, E. (1995). *Introduction à la psychopathologie de l'adulte*. Paris : Armand Colin.
185. Pichot, P. (Dir.) (1983). *La maladie dépressive*. Paris : CIBA.
186. Pignarre, P. (2001). *Comment la dépression est devenue une épidémie ?* Paris. Editions la Découverte.
187. Pignol, P. (2011). Le travail psychique de victime : essai de psychovictimologie. *Psychology*. Université Rennes 2.
188. Pirooz Sholevar, G., Schwoeri, L. D. (2003). *Textbook of family and couples therapy, Clinical applications*. American psychiatric publishing, Inc.
189. Pritzlaff, A. (2001). *Examining the coping strategies of parents who have children with disabilities*. The Graduate College. University of Wisconsin-Stout.
190. Reig, D. (1983). *Dictionnaire AS-SABIL, Arabe-Français/Français-Arabe*. Canada : Larousse.
191. Reis, S., Grenyer, BFS. (2004). Fear of intimacy in women: Relationship between attachment styles and depressive symptoms. *Psychopathology*, 37 (6), 299-303.
192. Rey, A. (1998). *Examen clinique en psychologie et techniques psychométriques*. EAP.

193. Rhoades, D. K., Leaveck, M. R., & Hudson, J. C. (1995). *The legacy of vietnam veterans and their families, survivors of war : Catalysts for change*. Washington, DC : Agent Orange Class Assistance Program.
194. Rholes, W.S., Simpson, J.A., (2004). Ambivalent attachment and depressive symptoms: the role of romantic and parent – child relationships. *Journal of cognitive psychotherapy*, 18 (1), 67-78.
195. Rudd, N. M., Stewart, E. R, and McKenry, P. C. (1993). Depressive symptomatology among rural youth, a test of the circumplex model. *Psychological Reports*, 72(1):56-8.
196. Schnyder, U. (2015). *Evidence Based treatments for trauma-related psychological disorder*. Springer.
197. Servant, D. (2005). *Gestion du stress et de l'anxiété*. Paris : Masson.
198. Smarr, K. L., Keefer, A. (2011). Measures of depression and depressive symptoms. *Arthritis Care & Research*, 63 (11), 454-466. DOI :10.1002/acr.20556.
199. Smith, S. G. (1996). *Clinical utility of the Family Adaptation and Cohesion Evaluation Scales III (FACES-III)*. PhD in philosophy, Texas Tech University.
200. Sperling, M. B., Berman, W. H. (1994). *Attachment in adults: clinical and developmental perspectives*. New York : Guilford Press.
201. Steer, R. A., Clark, D. A. (1997). Psychometric Characteristics of the Beck Depression Inventory – II with college students. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*. 30, 128-136.
202. Stora, J. B. (1991). *Le stress*. Paris : Presses Universitaires de France.
203. Tereno, S., Perdereau, F. (2010). *Théorie de l'attachement et approches systémiques*. In : N. Guedeney., et A. Guedeney. *L'attachement : approche clinique, Du bébé à la personne âgée*. Paris : Elsevier Masson.
204. Van Heck, G.L. (1997). Personality and Physical Health : towards an Ecological Approach to Health-Related Personality Research. *European Journal of Personality*, 11, 415-443.

-
205. Villeneuve, G., et Toharia, A. (1997). La thérapie familiale apprivoisée. Les Presses de l'Université de Montreal.
206. Warner, V., Mufson, L, and Weissman, M. M. (1995). Offspring at high and low risk for depression and anxiety: mechanisms of psychiatric disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34(6), 786-97. DOI: 10.1097/00004583-199506000-00020
207. Watzlawick, P., Helmick Beavin, J. & Jackson, D.D. (1972). *Une logique de la communication*. Paris: Seuil.
208. Weimann, G. (2012). The Theater of Terror : The Psychology of Terrorism and the Mass Media. In : Y. Danieli., D. Brom., J. Sills (Eds). *The Trauma of Terrorism, Sharing Knowledge and Shared Care. An International Handbook*. (pp, 379-390). New York : Routledge.
209. Weiss, D. S., Marmar, C. R. (1997). The impact of event scale –revised. In: J. P. Wilson., T. M. Keane (Eds.). *Assessing psychological trauma and PTSD*. New york: Guilford Press. (pp 399-411)
210. Werner, E. E. (1990). Protective factors and individual resilience. In S. G. Meisels., J.P. Shonkoff (Eds), *Handbook of early intervention : Theory, practice and analysis*. (pp. 97-116). Cambridge, England : Cambridge University Press.
211. Western, D. (2000). *Psychologie, pensée, cerveau et culture*. Paris : De Boeck Université.
212. Widlöcher, D. (1985). *Les logiques de la dépression*. Paris : FAYARD.
213. Zazzo, R. (1979). *Le colloque sur : l'attachement*. Paris : Delachaux et Niestlé.

الملاحق

الملحق رقم 1: الترخيص من أجل الدراسة التطبيقية

Pr Ahcène Djaballah – Belkessam

Alger, le 13 avril 2014

Université d'Alger -2-



Monsieur le Directeur du Centre hospitalo-universitaire
militaire spécialisé « Aït Messaoudane »

Objet : Demande d'autorisation pour étude pratique

J'ai l'honneur de venir par la présente, vous demander de bien vouloir autoriser l'étudiante Mme Lounes Nassima née Boumazouza à effectuer un stage pratique au sein de votre organisme et plus précisément au service d'orthopédie.

Je porte à votre connaissance que Mme Lounes, travaillant sous ma propre direction, doit en effet, réaliser ce stage pratique en vue de la préparation d'un doctorat en psychologie clinique.

Comptant sur votre approbation et votre étroite collaboration, je vous prie d'accepter l'expression de ma plus grande considération.



الملحق رقم 2: بطارية الاختبارات

دليل الأسئلة حول المعلومات الديمغرافية الاجتماعية

التاريخ:

1. الجنس: ☐ ذكر ☐ أنثى
2. السن: سنة
3. المستوى التعليمي: ☐ ابتدائي ☐ متوسط ☐ ثانوي ☐ جامعي
4. الحالة المدنية: ☐ أعزب ☐ متزوج ☐ مطلق ☐ أرمل
5. الوضعية الاقتصادية: متحصل على منحة تقاعد ☐ غير متحصل على منحة تقاعد ☐
6. تاريخ الإصابة:
7. مستوى البتر: ☐ جزئي ساق واحدة ☐ جزئي للساقين ☐ كلي ساق واحدة ☐ كلي للساقين
8. الاستفادة من الكفالة النفسية: نعم ☐ لا ☐
9. العلاج بالأدوية العقلية: نعم ☐ لا ☐

المقياس رقم 01: سلم تقييم التكيف و التماسك الأسريين -III

التعليمة: يرجى منك وصف أسرتك كما هي عليه حالياً.

استخدم المقياس المؤلف من الخمس درجات التالية:

5	4	3	2	1
تقريباً دائماً	غالباً	أحياناً	نادراً	تقريباً أبداً

تقريباً دائماً	غالباً	أحياناً	نادراً	تقريباً أبداً	البند	
5	4	3	2	1	يطلب أفراد الأسرة المساعدة من بعضهم البعض	1
5	4	3	2	1	في حل المشاكل يتم اتباع اقتراحات الأطفال	2
5	4	3	2	1	نحن نقبل بأصدقاء بعضنا البعض	3
5	4	3	2	1	للأطفال الكلمة فيما يتعلق بميدان تخصصهم	4
5	4	3	2	1	نحب أن نقوم بالأشياء برفقة أفراد الأسرة المقربة فقط	5
5	4	3	2	1	يتصرف مختلف أفراد الأسرة على أنهم قادة	6
5	4	3	2	1	يشعر أفراد الأسرة أنهم أقرب من بعضهم البعض أكثر من قريبهم من الأشخاص خارج نطاق الأسرة	7
5	4	3	2	1	تغير أسرتنا طريقتها في القيام بالمهام	8
5	4	3	2	1	يحب أفراد الأسرة قضاء أوقات الفراغ مع بعضهم البعض	9
5	4	3	2	1	يناقش الوالد (الوالدين) و الأطفال العقوبة معاً	10
5	4	3	2	1	يشعر أفراد الأسرة بأنهم مقربين جداً بعضهم البعض	11
5	4	3	2	1	يتم اتخاذ القرارات في أسرتنا من طرف الأطفال	12
5	4	3	2	1	عندما تجتمع الأسرة من أجل الأنشطة يكون جميع الأفراد موجودين	13
5	4	3	2	1	تتغير القواعد داخل أسرتنا	14
5	4	3	2	1	يمكننا بسهولة التفكير في أشياء نقوم بها معاً كأ أسرة واحدة	15
5	4	3	2	1	ننقل المسؤوليات المنزلية من شخص إلى آخر	16
5	4	3	2	1	يستشير أفراد الأسرة بعضهم البعض حول قراراتهم	17
5	4	3	2	1	من الصعب تحديد القائد (القادة) في أسرتنا	18
5	4	3	2	1	تماسك الأسرة مهم للغاية	19
5	4	3	2	1	من الصعب معرفة من يقوم بالأعمال المنزلية	20

المقياس رقم 02: سلم الأزمات الأسرية الموجه نحو التقييم الذاتي

التعليمة: عندما نواجه مشاكل أو أزمات في أسرتنا فإننا نجيب بـ :

استخدم المقياس المؤلف من الخمس درجات التالية:

5	4	3	2	1
أوافق بشدة	أوافق إلى حد ما	محايد	أعارض إلى حد ما	أعارض بشدة

	أوافق بشدة	أوافق إلى حد ما	محايد	أعارض إلى حد ما	أعارض بشدة	البند	
1	5	4	3	2	1	مشاركة الأقارب الصعوبات التي نواجهها	
2	5	4	3	2	1	البحث عن تشجيع و دعم الأصدقاء	
3	5	4	3	2	1	نعلم أن لدينا القدرة على حل المشاكل الكبيرة	
4	5	4	3	2	1	البحث عن المعلومات و النصيحة من الأشخاص في الأسر التي واجهت مشاكل مماثلة أو مشابهة	
5	5	4	3	2	1	طلب النصيحة من الأقارب (الأجداد، إلخ)	
6	5	4	3	2	1	طلب المساعدة من الهيئات الاجتماعية و البرامج التي تهدف إلى مساعدة الأسر التي هي في وضعيتنا	
7	5	4	3	2	1	نعلم أن لأسرتنا القدرة على حل مشاكلنا	
8	5	4	3	2	1	تلقي الهدايا و الخدمات من طرف الجيران (مثل الطعام، إلخ)	
9	5	4	3	2	1	البحث عن الإرشادات و النصائح من طبيب العائلة	
10	5	4	3	2	1	طلب الاستحسان و المساعدة من الجيران	
11	5	4	3	2	1	مواجهة المشاكل "وجها لوجه" مع محاولة الحصول على الحل فوراً	
12	5	4	3	2	1	مشاهدة التلفاز	
13	5	4	3	2	1	إظهار أننا أقوى	
14	5	4	3	2	1	آداء الصلاة في المسجد	

5	4	3	2	1	تقبّل الأحداث الضاغطة باعتبارها حقيقة من حقائق الحياة	15
5	4	3	2	1	مشاركة الأصدقاء المقربين إنشغالنا	16
5	4	3	2	1	معرفة أن الحظ يلعب دورا كبيرا في مدى قدرتنا على حل المشاكل الأسرية	17
5	4	3	2	1	ممارسة الرياضة مع الأصدقاء من أجل البقاء بصحة جيدة و تخفيف حدّة التوتر	18
5	4	3	2	1	تقبل بأن الصعوبات تحدث بشكل غير متوقع	19
5	4	3	2	1	القيام بأشياء (أمور) مع الأقارب (لقاء، عشاء، إلخ)	20
5	4	3	2	1	البحث عن إرشاد و مساعدة المختصين فيما يتعلق بالصعوبات الأسرية	21
5	4	3	2	1	الاعتقاد بأنه بإمكاننا التعامل مع مشاكلنا بمفردنا	22
5	4	3	2	1	المشاركة في أنشطة المسجد	23
5	4	3	2	1	صياغة مشكلة الأسرة بطريقة أكثر إيجابية حتى لا نفشل أو نشعر بالخيبة	24
5	4	3	2	1	سؤال الأقارب عن احساسهم اتجاه المشاكل التي نواجهها	25
5	4	3	2	1	الشعور أنه بغض النظر عما نقوم به للإستعداد، فإنه ستكون لدينا صعوبة في التعامل مع المشاكل	26
5	4	3	2	1	طلب النصيحة من الإمام	27
5	4	3	2	1	الاعتقاد أنه إذا انتظرنا فترة طويلة بما فيه الكفاية، فإن المشاكل تزول	28
5	4	3	2	1	مشاركة الجيران في المشاكل	29
5	4	3	2	1	وجود الإيمان بالله	30

المقياس رقم 03: سلم أنماط التعلق

التعليمية: يرجى منك قراءة كل عبارة من العبارات التالية و تقدير إلى أي مدى يصف كل بند بصفة أفضل شعورك بخصوص علاقتك بأسرتك.

يمكنك استخدام المقياس المؤلف من الخمس درجات التالية:

5	4	3	2	1
ليس مثلي إطلاقا	ليس مثلي إلى حد كبير	مثلي إلى حد ما	مثلي غالبا	مثلي تماما

البنود	مثلي تماما	مثلي غالبا	مثلي إلى حد ما	ليس مثلي إلى حد كبير	ليس مثلي إطلاقا
1 أجد أنه من الصعب أن أعتمد على الآخرين	1	2	3	4	5
2 من المهم جدا بالنسبة لي أن أشعر بالاستقلالية	1	2	3	4	5
3 أجد أنه من السهل أن تكون قريبا عاطفيا من الآخرين	1	2	3	4	5
4 أريد أن أندمج تماما مع شخص آخر	1	2	3	4	5
5 أخشى أن أتألم (أتأذى) إذا ما سمحت لنفسي أن أصبح قريبا جدا من الآخرين	1	2	3	4	5
6 أنا مرتاح بدون علاقات عاطفية مقربة	1	2	3	4	5
7 لست متأكدا من أنه يمكنني أن أعتمد دائما على تواجد الآخرين عندما أحتاج إليهم	1	2	3	4	5
8 أريد أن أكون في تمام الحميمية عاطفيا مع الآخرين	1	2	3	4	5
9 أنا أقلق بخصوص بقائي منفردا	1	2	3	4	5
10 أشعر بارتياح عندما أعتمد على الأشخاص الآخرين	1	2	3	4	5
11 غالبا ما أتخوف من أن شريكتي (شريكي) في العلاقة الغرامية لا تحبني (يحبني) فعلا	1	2	3	4	5
12 أجد أنه من الصعب أن أثق تماما بالآخرين	1	2	3	4	5
13 أقلق لما يريد الآخرون أن يكونوا قريبين جدا مني	1	2	3	4	5
14 أريد علاقات وثيقة (قوية) عاطفيا	1	2	3	4	5

15	أنا مرتاح مع وجود أشخاص آخرين يعتمدون علي	1	2	3	4	5
16	أخشى (أقلق) أن لا يقدرني الآخرون بقدر ما أقدرهم	1	2	3	4	5
17	لا تجد أبدا الأشخاص لما تكون في حاجة إليهم	1	2	3	4	5
18	رغبتني في الاندماج التام تخيف الناس أحيانا و تبقيهم بعيدين عني	1	2	3	4	5
19	من المهم جدا بالنسبة لي أن أشعر بالإكتفاء الذاتي	1	2	3	4	5
20	أصبح عصبيا عندما يقترب مني أي شخص بصفة كبيرة	1	2	3	4	5
21	غالبا ما أتخوف من أن شريكتي (شريكي) في العلاقة الغرامية لا تريد (يريد) البقاء معي	1	2	3	4	5
22	أفضل أن لا يكون لدي المزيد من الأشخاص الذين يعتمدون علي	1	2	3	4	5
23	أخشى أن يتم التخلي عني	1	2	3	4	5
24	أنزعج قليلا لما أكون على مقربة من الآخرين	1	2	3	4	5
25	أجد أن الآخرين لا يرغبون في التقرب مني مثلما أريد	1	2	3	4	5
26	أفضل أن لا تكون لي التبعية للآخرين	1	2	3	4	5
27	أعلم أن الآخرين سيكونون بجانبني عندما أحتاج إليهم	1	2	3	4	5
28	أخشى عدم قبولي من طرف الآخرين	1	2	3	4	5
29	غالبا ما يريد الأشخاص أن أكون قريبا منهم أكثر من مستوى القرابة الذي يشعروني بالراحة	1	2	3	4	5
30	أجد أنه من السهل نسبيا الحصول على علاقات وثيقة مع الآخرين	1	2	3	4	5

المقياس رقم 04: سلم الصدمة النفسية المعدل

التعليمية: يهدف هذا المقياس إلى تبين الصعوبات التي تظهر أحيانا بعد تعرض الفرد لحدث ضاغط، أرجو منك قراءتها و الإشارة إلى الإجابة التي تنطبق عليك في الأيام السبعة الأخيرة و ذلك بوضع علامة أمام إحدى الإجابات الخمسة المقترحة.

	1	2	3	4	5
	أبدا	قليلا	متوسط	فوق المتوسط	كثيرا
البنود	أبدا	قليلا	متوسط	فوق المتوسط	كثيرا
1 كل ذكر للحدث يحيي مشاعري المرتبطة به.	0	1	2	3	4
2 كنت أستيقظ في الليل.	0	1	2	3	4
3 أشياء مختلفة تجعلني أفكر فيه.	0	1	2	3	4
4 شعرت بالتهيج و الغضب.	0	1	2	3	4
5 أتجنب التأثير بالحدث عندما يذكرني به.	0	1	2	3	4
6 بدون إرادتي أفكر مجددا به.	0	1	2	3	4
7 لدي إحساس بأن كل ما حصل ليس واقعا.	0	1	2	3	4
8 أبتعد عن كل ما يذكرني به.	0	1	2	3	4
9 هناك صورة من الحدث مسجلة في ذاكرتي.	0	1	2	3	4
10 كنت عصبي و أنتفض بسرعة.	0	1	2	3	4
11 حاولت عدم التفكير فيه.	0	1	2	3	4
12 كنت واعي بالانفعالات الكثيرة التي ثارت في نفسي بخصوص الحدث و لم أواجهها.	0	1	2	3	4
13 مشاعري الخاصة بالحدث كانت كأنها مجمدة.	0	1	2	3	4
14 كنت أشعر و أتصرف كأنني مازلت في الحدث.	0	1	2	3	4
15 وجدت صعوبات في النوم.	0	1	2	3	4
16 أحسست بمشاعر غامضة بخصوص الحدث.	0	1	2	3	4
17 حاولت محوه من ذاكرتي.	0	1	2	3	4
18 كانت لدي صعوبات في التركيز.	0	1	2	3	4
19 كل ما يذكرني بالحدث يسبب لي ردود أفعال جسمية: العرق، صعوبات في التنفس، غثيان، نبضات القلب.	0	1	2	3	4
20 حلمت بالحدث.	0	1	2	3	4
21 كنت أحترس و أحذر.	0	1	2	3	4
22 حاولت عدم التحدث عنه.	0	1	2	3	4

المقياس رقم 05: مقياس بيك للإكتئاب II-

التعليمية: تتضمن هذه القائمة 21 مجموعة من العبارات. نرجو منك أن تقرأ بعناية كل مجموعة على حدى، ثم تختار منك مجموعة العبارة التي تصف بطريقة أفضل مشاعرك في الأسبوعين الأخيرين بما في ذلك اليوم، قم بوضع دائرة حول الرقم الذي يشير إلى العبارة التي اخترتها. إذا تبين لك أن أكثر من عبارة في مجموعة واحدة تنطبق عليك بصورة متساوية، ضع دائرة حول العبارة ذات الرقم الأكبر في هذه المجموعة. تأكد أنك تختار دائما عبارة واحدة فقط من كل مجموعة، بما في ذلك المجموعة رقم 16 (تعديلات في نظام النوم) و المجموعة رقم 18 (تعديلات في الشهية).

1. الحزن 0- أنا لا أشعر بالحزن. 1- أنا أشعر في أغلب الأحيان بالحزن. 2- أنا دائما حزين. 3- أنا حزين أو غير سعيد لدرجة لا تحتمل. 2. التشاؤم 0- أنا لست متشائما بشأن مستقبلي. 1- أنا أشعر بالتشاؤم بشأن مستقبلي أكثر من المعتاد. 2- أنا لا أتوقع أن تتحسن الأشياء بالنسبة لي. 3- أنا أشعر أن مستقبلي لا أمل فيه و أنه سيزداد سوءا. 3. فشل في الماضي 0 - أنا لا أشعر في حياتي بالفشل. 1 - أنا فشلت أكثر مما كان علي ذلك. 2 - لما أفكر في الماضي أرى عددا كبيرا من الفشل. 3 - أشعر بأنني فشلت كثيرا في حياتي. 4. فقدان اللذة 0 - أنا أشعر دائما بنفس اللذة كما في الماضي اتجاه الأشياء التي تعجبني. 1 - أنا لا أشعر دائما بنفس اللذة كما في الماضي اتجاه الأشياء. 2 - أنا أشعر بقليل من اللذة اتجاه الأشياء التي كانت تعجبني عادة. 3 - أنا لا أشعر بأية لذة اتجاه الأشياء التي كانت تعجبني عادة. 5. الشعور بالذنب 0 - أنا لا أشعر بالذنب. 1 - أنا أشعر بأنني مذنب لعدة أشياء قمت بها أو كان علي أن أقوم بها. 2 - أنا أشعر بأنني مذنب في أغلب الأحيان. 3 - أنا أشعر دائما بالذنب.	6. الشعور بالعقاب 0 - أنا لا أشعر بأنني معاقب. 1 - أنا أشعر أنني يمكن أن أعاقب. 2 - أنا أنتظر أن أعاقب. 3 - أنا أشعر أنني معاقب. 7. الشعور السلبي اتجاه الذات 0 - مشاعري اتجاه نفسي لم تتغير. 1 - أنا فقدت الثقة في نفسي. 2 - أنا خائب الأمل في نفسي. 3 - أنا لا أحب نفسي إطلاقا. 8. اتجاه نقدي للنفس 0 - أنا لا ألوم نفسي أو لا أنتقد نفسي أكثر من المعتاد. 1 - أنا أكثر انتقادا لنفسي مما كنت عليه من قبل. 2 - أنا أعاتب نفسي على كل عيبي. 3 - أنا أعاتب نفسي على المصائب التي تحدث. 9. أفكار أو رغبات في الإنتحار 0 - أنا لا أفكر اطلاقا في الإنتحار. 1 - يحدث لي أن أفكر في الإنتحار لكنني لن أفعل ذلك. 2 - أنا أريد الإنتحار. 3 - أنا سأنتحر إذا سمحت لي الفرصة. 10. البكاء 0 - أنا لا أبكي أكثر من الماضي. 1 - أنا أبكي أكثر من الماضي. 2 - أنا أبكي لأبسط الأشياء. 3 - أنا أريد أن أبكي لكن لا أستطيع ذلك.
---	---

11. الاضطراب

- 0 - أنا لست أكثر اضطرابا أو أكثر توترا من العادة.
- 1 - أنا لا أظهر بأنني أكثر اضطرابا أو أكثر توترا من العادة.
- 2 - أنا أشد اضطرابا أو توترا لدرجة أنه يصعب علي أن أهدأ.
- 3 - أنا أشد اضطرابا أو توترا لدرجة أنه يجب علي أن أتحرك باستمرار أو أقوم بشيء ما.

12. فقدان الاهتمام

- 0 - أنا لم أفقد الاهتمام بالأشخاص أو النشاطات.
- 1 - أنا أهتم أقل من الماضي بالأشخاص والأشياء.
- 2 - أنا لا أهتم إطلاقا بالأشخاص والأشياء.
- 3 - أنا يصعب علي الاهتمام بأي شيء.

13. التردد

- 0 - أنا أتخذ القرارات جيدا كما في الماضي.
- 1 - يصعب علي أكثر من العادة اتخاذ القرارات.
- 2 - أنا لدي أكثر صعوبة من الماضي على اتخاذ القرارات.
- 3 - أنا يصعب علي اتخاذ أي قرار كان.

14. إنقاص القيمة

- 0 - أنا أشعر أنني شخص كفاء.
- 1 - أنا لا أشعر أن لي كثيرا من القيمة و لا أنا مفيد كما في الماضي.
- 2 - أنا أشعر أنني أقل كفاءة من الآخرين.
- 3 - أنا أشعر أن لا قيمة لي.

15. فقدان الطاقة

- 0 - أنا لدي دائما نفس الطاقة كما في الماضي.
- 1 - أنا لدي أقل طاقة من الماضي.
- 2 - أنا ليس لدي الطاقة الكافية للقيام بأي شيء.
- 3 - أنا لدي القليل من الطاقة للقيام بأي شيء كان.

16. التعديلات في عادة النوم

- 0 - عاداتي في النوم لم تتغير.
- 1 أ - أنا أنام أكثر قليلا من العادة.
- 1 ب - أنا أنام أقل قليلا من العادة.
- 2 أ - أنا أنام أكثر من العادة.
- 2 ب - أنا أنام أقل من العادة.
- 3 أ - أنا أنام تقريبا كل يوم.
- 3 ب - أنا أستيقظ ساعة أو ساعتين من قبل و لا أستطيع أن أعود للنوم.

17. سرعة الانفعال

- 0 - أنا لست أكثر انفعالا من العادة.
- 1 - أنا أكثر انفعالا من العادة.
- 2 - أنا منفعل أكثر من العادة.
- 3 - أنا منفعل باستمرار.

18. تعديلات في الشهية

- 0 - شهيتي لم تتغير.
- 1 أ - أنا لدي أقل شهية من العادة.
- 1 ب - أنا لدي أكثر شهية من العادة.
- 2 أ - أنا لدي شهية أقل بكثير من العادة.
- 2 ب - أنا لدي شهية أكثر بكثير من العادة.
- 3 أ - أنا ليس لدي شهية إطلاقا.
- 3 ب - أنا أريد أن أكل باستمرار.

19. الصعوبة في التركيز

- 0 - أنا أتمكن من التركيز دائما كما في الماضي.
- 1 - أنا لا أتمكن من التركيز كما في الماضي.
- 2 - أنا أجد صعوبة في التركيز طويلا في أي شيء.
- 3 - أنا أجد نفسي عاجزا على التركيز على أي شيء.

20. التعب

- 0 - أنا لست أكثر تعباً من الماضي.
- 1 - أنا أتعب نفسي بسهولة أكثر من العادة.
- 2 - أنا أكثر تعباً للقيام بالأشياء أكثر من التي كنت أقوم بها في الماضي.
- 3 - أنا أكثر تعباً للقيام بأغلب الأشياء من التي كنت أقوم بها في الماضي.

21. فقدان الاهتمام بالجنس

- 0 - أنا لم أسجل تغيرا في اهتمامي بالجنس.
- 1 - الجنس يهمني أقل من الماضي.
- 2 - الجنس يهمني أقل بكثير من الماضي.
- 3 - أنا فقدت كل اهتمام بالجنس.

الملحق رقم 3: استمارة تحكيم أدوات البحث

صدق المحكمين

نرجو من سيادتكم المحترمة المساهمة في تقييم استبيانات تمت ترجمتها إلى اللغة العربية انطلاقاً من الإنجليزية،
حتى يتم استغلالها كأدوات بحث لدكتوراه علوم في علم النفس العيادي.
نحيطكم علماً بأن البحث يهدف إلى دراسة بعض الخصائص الأسرية في علاقتها مع
الصحة النفسية.

التاريخ:.....

إسم و لقب الأستاذ (ة):

الدرجة العلمية:.....

المؤسسة الأصلية:.....

نتقدم إليكم بجزيل الشكر و العرفان على مساهمتكم القيمة.

الباحثة: بومعزوزة نسيمة

سلم التقييم: 1 = ضعيف جدا / 10 = ممتاز

1. سلم تقييم التكيفية و التماسك الأسريين (III):

سلم التقييم										المعايير
10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	الدقة و السلامة اللغوية
10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	بساطة و وضوح العبارات
10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	مدى تناسق البنود مع أهداف البحث

أرقام البنود التي يستوجب تصحيحها أو إعادة صياغتها:.....
ملاحظات:
.....

2. سلم الأزمات الأسرية الموجه نحو التقييم الذاتي:

سلم التقييم										المعايير
10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	الدقة و السلامة اللغوية
10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	بساطة و وضوح العبارات
10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	مدى تناسق البنود مع أهداف البحث

أرقام البنود التي يستوجب تصحيحها أو إعادة صياغتها:.....
ملاحظات:
.....

3. مقياس أنماط التعلق:

سلم التقييم										المعايير
10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	الدقة و السلامة اللغوية
10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	بساطة و وضوح العبارات
10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	مدى تناسق البنود مع أهداف البحث

أرقام البنود التي يستوجب تصحيحها أو إعادة صياغتها:.....
ملاحظات:
.....

الملحق رقم 4: نتائج الدراسة الإحصائية

الفرضية الإجرائية الأولى:

Correlations

		Notes
Output Created		24-déc.-2015 12:38:19
Comments		
Input	Active Dataset	DataSet2
	Filter	<none>
	Weight	<none>
	Split File	<none>
	N of Rows in Working Data File	40
Missing Value Handling	Definition of Missing Cases Used	User-defined missing values are treated as missing. Statistics for each pair of variables are based on all the cases with valid data for that pair.
Syntax		CORRELATIONS /VARIABLES=stress dépression /PRINT=TWOTAIL NOSIG /STATISTICS DESCRIPTIVES /MISSING=PAIRWISE.
Resources	Processor Time	00:00:00,000
	Elapsed Time	00:00:00,000

Descriptive Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
stress	44,0750	20,52314	40
dépression	16,8750	13,25333	40

Correlations

		stress	dépression
stress	Pearson Correlation	1	,693 ^{**}
	Sig. (2-tailed)		,000
	N	40	40
dépression	Pearson Correlation	,693 ^{**}	1
	Sig. (2-tailed)	,000	
	N	40	40

^{**}. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

الفرضية الإجرائية الثانية:

NPar Tests

		Notes	
Output Created			24-déc.-2015 13:09:13
Comments			
Input	Active Dataset	DataSet3	
	Filter	<none>	
	Weight	<none>	
	Split File	<none>	
	N of Rows in Working Data File		40
Missing Value Handling	Definition of Missing Cases Used	User-defined missing values are treated as missing. Statistics for each test are based on all cases with valid data for the variable(s) used in that test.	
Syntax		NPAR TESTS /K-W=ptsd BY groupe(1 3) /MISSING ANALYSIS.	
Resources	Processor Time		00:00:00,000
	Elapsed Time		00:00:00,000
	Number of Cases Allowed ^a		112347

a. Based on availability of workspace memory.

Kruskal-Wallis Test

		Ranks	
groupe		N	Mean Rank
ptsd	1,00	11	20,95
	2,00	20	22,15
	3,00	9	16,28
	Total	40	

Test Statistics^{a,b}

	ptsd
Chi-square	1,590
df	2
Asymp. Sig.	,452

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: groupe

الفرضية الإجرائية الثالثة:

NPar Tests

		Notes	
Output Created			24-déc.-2015 13:36:42
Comments			
Input	Active Dataset	DataSet7	
	Filter	<none>	
	Weight	<none>	
	Split File	<none>	
	N of Rows in Working Data File		40
Missing Value Handling	Definition of Missing Cases Used	User-defined missing values are treated as missing. Statistics for each test are based on all cases with valid data for the variable(s) used in that test.	
Syntax		NPART TESTS /K-W=dépression BY groupe(1 3) /STATISTICS DESCRIPTIVES /MISSING ANALYSIS.	
Resources	Processor Time		00:00:00,000
	Elapsed Time		00:00:00,031
	Number of Cases Allowed ^a		112347

a. Based on availability of workspace memory.

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
dépression	40	16,8750	13,25333	,00	55,00
groupe	40	1,9250	,69384	1,00	3,00

Kruskal-Wallis Test

Ranks

groupe	N	Mean Rank
dépression	11	21,91
dimension1	21	21,62
3,00	8	15,63
Total	40	

Test Statistics^{a,b}

	dépression
Chi-square	1,748
df	2
Asymp. Sig.	,417

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable:
groupe

Correlations

		Notes	
Output Created			24-déc.-2015 12:41:40
Comments			
Input	Active Dataset	DataSet2	
	Filter	<none>	
	Weight	<none>	
	Split File	<none>	
	N of Rows in Working Data File		40
Missing Value Handling	Definition of Missing Cases Used	User-defined missing values are treated as missing. Statistics for each pair of variables are based on all the cases with valid data for that pair.	
Syntax		CORRELATIONS /VARIABLES=stress fcopies /PRINT=TWOTAIL NOSIG /STATISTICS DESCRIPTIVES /MISSING=PAIRWISE.	
Resources	Processor Time		00:00:00,015
	Elapsed Time		00:00:00,078

Descriptive Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
stress	44,0750	20,52314	40
fcopes	96,5750	12,11883	40

Correlations

		stress	fcopes
stress	Pearson Correlation	1	-,370*
	Sig. (2-tailed)		,019
	N	40	40
fcopes	Pearson Correlation	-,370*	1
	Sig. (2-tailed)	,019	
	N	40	40

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Correlations

		Notes
Output Created		24-déc.-2015 12:42:45
Comments		
Input	Active Dataset	DataSet2
	Filter	<none>
	Weight	<none>
	Split File	<none>
	N of Rows in Working Data File	40
Missing Value Handling	Definition of Missing Cases Used	User-defined missing values are treated as missing. Statistics for each pair of variables are based on all the cases with valid data for that pair.
Syntax		CORRELATIONS /VARIABLES=fcopies dépression /PRINT=TWOTAIL NOSIG /STATISTICS DESCRIPTIVES /MISSING=PAIRWISE.
Resources	Processor Time	00:00:00,000
	Elapsed Time	00:00:00,125

Descriptive Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
fcopes	96,5750	12,11883	40
dépression	16,8750	13,25333	40

Correlations

		fcopes	dépression
fcopes	Pearson	1	-,190
	Correlation		
	Sig. (2-tailed)		,241
	N	40	40
dépression	Pearson	-,190	1
	Correlation		
	Sig. (2-tailed)	,241	
	N	40	40

الفرضية الإجرائية السادسة:

T-Test

Notes

Output Created	24-déc.-2015 12:21:51
Comments	
Input	DataSet0
Active Dataset	<none>
Filter	<none>
Weight	<none>
Split File	<none>
N of Rows in Working Data File	40
Missing Value Handling	User defined missing values are treated as missing.
Definition of Missing Cases Used	Statistics for each analysis are based on the cases with no missing or out-of-range data for any variable in the analysis.
Syntax	T-TEST GROUPS=groupe(1 2) /MISSING=ANALYSIS /VARIABLES=stress /CRITERIA=CI(.95).
Resources	
Processor Time	00:00:00,032
Elapsed Time	00:00:00,202

Group Statistics

groupe		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Stress attach	dimension1 1,00	16	53,4375	13,97602	3,49401
	2,00	24	37,8333	22,02699	4,49624

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
stress	Equal variances assumed	5,100	,030	2,511	38	,016	15,60417	6,21465	3,02326	28,18507
	Equal variances not assumed			2,740	37,947	,009	15,60417	5,69423	4,07627	27,13206

T-Test

Notes

Output Created		24-déc.-2015 12:25:26
Comments		
Input	Active Dataset	DataSet0
	Filter	<none>
	Weight	<none>
	Split File	<none>
	N of Rows in Working Data File	40
Missing Value Handling	Definition of Missing	User defined missing values are treated as missing.
	Cases Used	Statistics for each analysis are based on the cases with no missing or out-of-range data for any variable in the analysis.
Syntax		T-TEST GROUPS=groupe(1 2) /MISSING=ANALYSIS /VARIABLES=depression /CRITERIA=CI(.95).
Resources	Processor Time	00:00:00,000
	Elapsed Time	00:00:00,063

Group Statistics

groupe		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
depression	dimension1 1,00	16	19,1250	12,30108	3,07527
	2,00	24	15,3750	13,90281	2,83790

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means					
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference
									Lower Upper
depression	Equal variances assumed	,066	,799	,874	38	,388	3,75000	4,29050	-4,93566 12,43566
	Equal variances not assumed			,896	34,913	,376	3,75000	4,18461	-4,74597 12,24597