

الفروق في تحمل الكرب النفسي والتنظيم الانفعالي والهم المزمن لدى عينة من مرضى اضطراب كرب ما بعد الصدمة والأصحاء

إعداد

أ.د. / منى قطب محمد

قسم علم النفس - جامعة القاهرة

أ.د. / محمد نجيب الصبوة

قسم علم النفس - جامعة القاهرة

ملخص :

هدفت الدراسة الراهنة إلى فحص الفروق بين مرضى اضطراب كرب ما بعد الصدمة والأصحاء في تحمل الكرب النفسي والتنظيم الانفعالي والهم المزمن، تكونت عينة الدراسة من (٤١) مريضاً من مرضى اضطراب كرب ما بعد الصدمة، تراوحت أعمارهم بين (١٢-٤٣) سنة و(٤١) من الأصحاء، تراوحت أعمارهم بين (١٢-٤٣) سنة. وتم استخدام اختبار تحمل الكرب النفسي، واختبار الهم المزمن، واختبار التنظيم الانفعالي، واختبار اضطراب كرب ما بعد الصدمة. وأسفرت نتائج الدراسة عن وجود فروق جوهرية بين مرضى اضطراب كرب ما بعد الصدمة والأصحاء في تحمل الكرب النفسي والتنظيم الانفعالي والهم المزمن. وتم مناقشة النتائج في ضوء نتائج الدراسات السابقة والإطار النظري للدراسة.

الكلمات المفتاحية : اضطراب كرب ما بعد الصدمة - تحمل الكرب النفسي - التنظيم الانفعالي

- الهم المزمن.

مقدمة :

هدفت الدراسة الحالية إلى التحقق من الفروق بين مرضى اضطراب كرب ما بعد الصدمة والأصحاء في تحمل الكرب النفسي^(١) والتنظيم الانفعالي^(٢) والهم المزمن^(٣).

ويُعرف اضطراب كرب ما بعد الصدمة على أنه حالة تنشأ وتتطور بعد المرور بحدث أو موقف صدمي، يشكل تهديداً للحياة بشكل استثنائي أو ذات طبيعة كارثية، والذي يتسبب في حدوث كرب شامل في مختلف نواحي حياة الفرد، ولذلك فإن اضطراب كرب ما بعد الصدمة ربما لا يتم تشخيصه بعد التعرض لأحداث محبطة، والتي توصف على أنها صدمية في لغتنا الحياتية اليومية (الطلاق، أو فقد وظيفه، أو الفشل في الامتحان) في مثل تلك الحالات، يُعد تشخيص اضطراب التوافق أكثر ملاءمة (أحمد عكاشة وطارق عكاشة، ٢٠٢٠: ٢٢٤).

كما يعرف الدليل الإحصائي والتشخيصي الخامس اضطراب كرب ما بعد الصدمة أنه عادة ما ينشأ بعد التعرض لحدث ينتج عنه وجود تهديد للحياة (سواء أكان لحياة الفرد أو للآخرين) أو السلامة الجسمية، والخوف الشديد، واليأس أو الشعور بالرعب، وبعض الاستجابات الانفعالية الأخرى، كالشعور بالذنب، والخزي، والغضب الشديد أو الخدر الانفعالي (APA, 2013).

ويرتبط اضطراب كرب ما بعد الصدمة، بحكم طبيعته، بالمرور بتجارب انفعالية سلبية متكررة وشديدة. قد يكون تنظيم مثل هذه التجارب الانفعالية أكثر صعوبة، وتؤدي إلى الاعتماد المفرط على خطط التنظيم الانفعالي التي تعتبر بشكل عام غير قادرة على التكيف (على سبيل المثال، التجنب الانفعالي). ودعماً لهذه الفكرة، يرتبط اضطراب كرب ما بعد الصدمة بالتجنب الانفعالي والتحمل المنخفض للكرب النفسي، وانخفاض الوضوح الانفعالي، وصعوبات الانخراط في السلوكيات الموجهة نحو الهدف عند الشعور بالكرب النفسي، وصعوبات التحكم في السلوكيات الاندفاعية، وعدم الوصول إلى خطط التنظيم الانفعالي الفعالة، وعدم قبول الانفعالات (Cohen & Tull, Wheelless, Berghoff, Gratz, 2018).

مُدخل إلى مشكلة الدراسة :

يُعد اضطراب كرب ما بعد الصدمة حالة نفسية قد تنشأ بعد التعرض لحدث صدمي، والتي تُعرّف بأنها التعرض أو المشاهدة أو التعلم من الموت الفعلي أو المهدد أو الإصابة الخطيرة أو العنف الجنسي. وأشارت الدراسات الوبائية إلى أن ما يصل إلى ٧٥٪ من الأفراد يعانون من الصدمات في أوقات مختلفة من حياتهم. وبشكل ملحوظ، في أعقاب الصدمة الحادة، يظهر عديد

(1) Distress tolerance.

(2) Emotional regulation.

(3) Chronic worry.

من الأفراد أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة. ومع ذلك، فإن مجموعة فرعية صغيرة من الناجين من الصدمات بنسبة (٦,٤-٧,٨٪) ستصاب باضطراب كرب ما بعد الصدمة. ومن هنا سعت مجموعة كبيرة من الأبحاث إلى تحديد العمليات الانفعالية والمعرفية الأساسية التي تسهم في استمرار اضطراب كرب ما بعد الصدمة (Pugach, Campbell & Wisco, 2020).

حدد منظرو اضطراب كرب ما بعد الصدمة صعوبات التنظيم الانفعالي كتفسير محتمل لاستمرار أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة لدى بعض الأفراد، حيث يرتبط اضطراب كرب ما بعد الصدمة بشدة الأراجاع الانفعالية المتعلقة بالهاديات المرتبطة بالصدمة والتي ربما تتطلب جهوداً تنظيمية كبيرة. وصعوبة فهم الأراجاع الانفعالية الشديدة أو تمييزها، وكذلك فإن صعوبة تنظيم الاستثارة الانفعالية المتزايدة قد تسهم في تكوين تصورات حول الانفعالات على أنها غير متوقعة ولا يمكن السيطرة عليها، وهي التصورات التي ساهمت في اكتساب الخوف وكنتيجة لهذه التصورات، قد يبدأ الأفراد المعرضون للصدمة في تجنب الإشارات المرتبطة بالصدمة والمرتبطة بالاستثارة الانفعالية الشديدة، بحيث يمنع تجنب الهاديات المرتبطة بالصدمة إنطفاء الخوف، مما قد يساعد في استمرار أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة.

ويتضمن التنظيم الانفعالي التكيفي القدرة على مراقبة الأراجاع الانفعالية وتقييمها وتعديلها بشكل فعال، لاسيما في سياق السلوك الموجه نحو الهدف. ويؤكد جراتر وريومر (Gratz & Roemer (2004) على الطبيعة الوظيفية للتفاعلات الانفعالية، حيث حدد المؤلفون ستة مجالات تبين أنها مستقلة تجريبياً لكنها مترابطة وتشمل التنظيم الانفعالي بشكل عام: (أ) الوعي الانفعالي، أو القدرة على الاعتراف والتعامل مع التجارب الانفعالية للفرد؛ (ب) والقبول الانفعالي، أو القدرة على تجربة الانفعالات السلبية دون الاستجابة بطريقة تثير مشاعر سلبية ثانوية؛ (ج) والوضوح الانفعالي، أو القدرة على فهم التجارب الانفعالية للفرد؛ (د) والسيطرة على الانفعالات، أو مدى احتفاظ المرء بالسيطرة السلوكية تحت الضغط الانفعالي؛ (هـ) والأهداف، أو القدرة على الانخراط في سلوك موجه نحو الهدف عندما تكون تحت ضغط انفعالي؛ و(و) الخطط، أو القدرة على الوصول إلى خطط تنظيم الانفعالات التكيفية وتنفيذها. ويفترض المفهوم متعدد الأوجه للتنظيم الانفعالي الحاجة إلى تحديد وفهم أوجه الضعف المحددة الخاصة بالمجال المتضمنة في اضطراب كرب ما بعد الصدمة (Pugach, Campbell & Wisco, 2020).

ومع أن معظم البحوث أكدت وجود صعوبات التنظيم الانفعالي كعامل يسهم في استمرار اضطراب كرب ما بعد الصدمة، فإن معظم الدراسات لم تقسم صعوبات التنظيم الانفعالي إلى جوانبها المتميزة. كما وجدت الأبحاث التي أجريت على مجموعة من الأفراد المعرضين للصدمة باستمرار أن أولئك الذين يعانون من اضطراب كرب ما بعد الصدمة يبلغون عن صعوبات في التنظيم الانفعالي أكبر مقارنة بأولئك الذين لا يعانون من اضطراب كرب ما بعد الصدمة. وبالإضافة إلى

ذلك، أظهرت الأبحاث أن عجز التنظيم الانفعالي قبل الصدمة يتنبأ بأعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة في أعقاب الصدمة الحادة وأن صعوبات التنظيم الانفعالي التي تم تقييمها بعد فترة وجيزة من التعرض للصدمة تتنبأ بمستويات أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة لمدة ٨ أشهر. بينما تشير هذه النتائج إلى أن الصعوبات العامة في التنظيم الانفعالي قد تسهم في الحفاظ على اضطراب كرب ما بعد الصدمة، فقد بحث عدد أقل نسبياً من الدراسات في الجوانب الفريدة من التنظيم الانفعالي المتضمنة في اضطراب كرب ما بعد الصدمة. وتوصلت بعض الدراسات إلى وجود ارتباطات ايجابية بين شدة اضطراب كرب ما بعد الصدمة وجميع المجالات الستة لصعوبات التنظيم الانفعالي، على النحو المحدد أعلاه (Pugach, Campbell & Wisco, 2020).

وبالنسبة إلى التنظيم الانفعالي فهو يصف الطرق التي يدير بها الأفراد ويخبروا ويعبروا عن استجاباتهم الانفعالية للمحفزات الداخلية أو الخارجية. وتستخدم أساليب التنظيم الانفعالي للتحكم في حجم ونوعية الانفعالات لدى الأفراد، وكذلك في المواقف التي يمرون بها. كما يمكنهم أيضاً التحكم في كيفية المرور بخبرة انفعالية، وكيف يتم التعبير عنها للآخرين. والأهم من ذلك، أظهرت الدراسات الطولية أنه حتى الحدث الصدمي، وإن كان وحيداً، فإنه يكفي لتغيير أساليب وطرق التنظيم الانفعالي المختلفة التي يستخدمها الأفراد لإدارة انفعالاتهم، ومن الممكن أن يكون هذا التغيير سلبياً وغير ملائم، بحيث يعكس خللاً في التنظيم الانفعالي.

ولفهم ما يشكل ضعف التنظيم الانفعالي، فمن الضروري، أن نوضح أولاً أن التنظيم يحدث في شكل مجموعة متنوعة من النقاط على مدار عملية توليد الانفعال، وأن التنظيم في أي نقطة من هذه النقاط قد يكون تكيفياً أو غير تكيفي بشكل أساسي. ومن الناحية النظرية، ووفقاً لنموذج المعالجة الذي تم قبوله على نطاق واسع من جروس Gross لتنظيم الانفعال، ينص هذا النموذج على أن هناك خمس معالجات في عملية التنظيم الانفعالي، والتي تتميز بترتيبها الزمني في عملية توليد الانفعال. وتتمثل هذه المعالجات على التوالي في: اختيار الموقف، وتعديله، وتوزيع الانتباه، والتغيير المعرفي، وتعديل الاستجابة.

وعلى الرغم من وجود عدد من العوامل التي تسهم في تطور واستمرار الاضطراب، بما في ذلك الدعم الاجتماعي، وتاريخ الصدمات الأخرى، والتكيف النفسي، فإنه لا تزال هناك فجوات مهمة في هذا المجال، حيث دعمت النتائج دور عدم التنظيم الانفعالي، وتحمل الكرب النفسي، والقدرة على تحمل الحالات الداخلية السلبية، على وجه الخصوص كأهداف واعدة، كما أشارت النتائج إلى أنهما يؤديان دوراً جوهرياً في تطوير اضطراب كرب ما بعد الصدمة. ولا يعمل كل منهما بشكل مستقل فحسب، بل إنهما قد يتفاعلا بطرق توضح بشكل أفضل تطور أعراض الاضطراب (Brianna, 2015).

ويقصد بتحمل الكرب النفسي قدرة الفرد على تحمل مجموعة واسعة من الحالات الداخلية السلبية مثل المشاعر السلبية والغموض والإحباط والتوتر الذهني والبدني. ويشير عديد من الدراسات إلى أن عدم القدرة على تحمل الكرب النفسي يرتبط ببعض السلوكيات المختلفة والمعادية للمجتمع، والمقامرة التي تسبب الإدمان، وأذي الذات، والإفراط في الأكل، والانتحار، وتعاطي الكحول، والاضطرابات السلوكية. وتتكون أساليب المواجهة الإيجابية من المحاولات المعرفية والسلوكية للأفراد للتعامل مع المواقف الصعبة التي تؤدي إلى الحد من التوتر وحل المشكلات. كما أشارت دراسات مختلفة في علم النفس الصحي إلى أن أساليب المواجهة التكيفية في المواقف الضاغطة تؤدي إلى تحمل الأفراد للكرب النفسي والشعور بالعافية النفسية (Davoodi & Ghahari, 2018).

وعلى الرغم من أن متغير تحمل الكرب النفسي يُعد مؤشراً جوهرياً في الاضطرابات النفسية، لكنه لم يتم دراسته بشكل كافٍ، ودراسة دوره في تطور أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة؛ حيث يشير المفهوم إلى العجز المدرك والسلوكي عن تحمل الإحساسات الانفعالية والجسمية غير السارة. كما وجدت إحدى الدراسات أن الهم كان مرتبطاً بالمستويات المرتفعة من عدم تحمل الشك، وهي بنية قد تكون مرتبطة بصعوبة تحمل التغييرات الانفعالية.

كما قد يؤدي عدم تحمل الكرب النفسي أيضاً إلى التجنب، مما يحول دون خبرات التعلم التي تثبت أن الكرب النفسي مقبول؛ حيث يرى الباحثون أن المعتقدات حول عدم القدرة على تحمل المشاعر السلبية المرتبطة بهاديات التذكر الداخلي والخارجي للحدث الصدمي تؤدي إلى تجنبه. وقد يؤدي التجنب بعد ذلك إلى دعم استجابة خوف غير تكيفية ويمنع فرصاً تعليمية جديدة قد تسهل المعالجة الأكثر تكيفاً لذاكرة الصدمة، مما يسهم في تطور واستمرار أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة. ولم يتوقف الأمر عند ذلك فقد أشارت الأبحاث إلى أن عدم تحمل الكرب الشديد هو عامل استهداف لأشكال عديدة أخرى من الاضطرابات النفسية، مما يشير إلى أن هناك حاجة لمزيد من البحوث لفحص العلاقة بين عدم تحمل الكرب النفسي وأعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة (Joseph, Thomas & Kevin, 2013).

كما ثبت أن تحمل الكرب النفسي يمثل إضافة مهمة إلى قدرتنا على شرح التجنب المعرفي المرتبط بالهم المزمن؛ حيث إنه من الممكن أن يكون الأفراد الذين يقومون بالتقييم السلبي للاضطراب الانفعالي، يفتقرون إلى تحمل الكرب النفسي، كما أنهم يكونون أكثر تحفيزاً من الآخرين لتوظيف وظائف التجنب المعرفي لهم لتقليل تعرضهم للعناصر المؤلمة انفعالياً المخزنة في الذاكرة طويلة المدى. وبالتالي، فإن هؤلاء الأفراد سيكونون أكثر عرضة لتطوير ميل للهم المفرط والذي لا يمكن السيطرة عليه، كما تنبأت بذلك نظرية تجنب الهم (Huang, Szabo & Han, 2009). وفي الواقع،

يُظهر الأفراد الذين يستوفون معايير تشخيص اضطرابات القلق مستويات أعلى بكثير من التجنب المعرفي مقارنةً بالمجموعة الضابطة. ونتائج الأبحاث حتى الآن غير حاسمة بشأن ما إذا كان التجنب المعرفي هو عامل سببي أو مهيج لاضطرابات القلق، أو مجرد عامل يعمل على استمرار الهم المزمن (Aker, 2019).

وعلى الرغم من أن الهم عملية مشتركة في جميع اضطرابات القلق، إلا أن محتوى الهم يختلف باختلاف التشخيص، حيث إن موضوع الهم قد يختلف قليلاً بين الذين يعانون من اضطرابات مختلفة. على سبيل المثال، يشعر الأفراد الذين يعانون من اضطراب كرب ما بعد الصدمة بالهم من تهديد الذكريات والقلق بشأن الأحداث الصدمية المحتملة في المستقبل، بينما يشعر الأفراد المصابون باضطراب القلق العام بالهم من التهديدات المحتملة. ومن الجدير بالذكر أن الهم يُعد أحد الأعراض الشائعة بين أولئك الذين عانوا من الأحداث الصدمية المؤلمة. كما اقترح عديد من الباحثين أن الهم يؤدي دوراً جوهرياً في الاضطرابات النفسية.

ويُعد الهم سلاحاً ذا حدين، فهو استجابة فعّالة على المدى القصير؛ حيث يسهم في الشعور باليقظة والتأهب، كما يخفف من الاستثارة اللاإرادية، كذلك يغذي الاعتقاد بأنه يمكن السيطرة على الأحداث غير المؤكدة والمخاطر المحتملة، واحتمال عدم وقوع الأحداث التي يخشى وقوعها، والتي يمكن أن تعزز بقوة صدور استجابة الهم، وتشكيل المعتقدات حول أن الهم هو أسلوب تكيفي، ويستبعد بطريقة ما الأشياء السيئة من الحدوث، ولكنه مع ذلك ذو عواقب وخيمة على المدى البعيد؛ حيث أنه يُعد شكلاً من أشكال القمع الانفعالي والتجنب المعرفي، وهذه الجهود لقمع الأفكار المتطفلة عادة ما تكون غير فعالة وذات تأثير عكسي؛ حيث أنها قد تزيد من القلق والهم. ويدعم ذلك تاليس وأيزنك (Tallis & Eysenck)، حيث يريان أنه يجب اعتبار استجابة الهم الأولية مفيدة، حيث يخدم الهم وظيفة بقائية؛ حيث ينشط الهم ثلاث وظائف رئيسية، هي: وظيفة الإنذار، ووظيفة الحث والتهيؤ، ووظيفة الاستعداد، حيث تقوم وظيفة الإنذار بإبلاغ الكائن الحي بالتهديد. وإذا لم يستجب الكائن الحي، فإن وظيفة التيقظ تجلب التهديد إلى الوعي مرة أخرى. أما وظيفة الاستعداد تسمح للكائن الحي باتخاذ الإجراءات اللازمة. إن هذا ما يسمى بالتنشيط المبدئي للهم، والذي يتكون من ثلاث خطوات، والذي إذا تم تنفيذ جميع خطواته بنجاح، يمكن اعتباره مفيداً. وهكذا، من وجهة نظر تطويرية، استمد الهم أهميته من قيمته البقائية. ومع هذا لا يمكننا تجاهل وإنكار عواقبه الوخيمة على المدى البعيد (Todd, 2003; Shearer & Gordon, 2006).

كما يرى نيومان وليرا (Newman & Liera, 2011)، أن الهم المزمن يعمل على خلق واستمرار حالة مستقرة من التأثير السلبي، من أجل منع التحول من حالة انفعالية محايدة إلى حالة سلبية. وأشار تود (Todd, 2003) إلى أن أولئك الذين يشعرون بالهم لديهم تحيزات معرفية للتهديد،

وأن الأفراد الذين لديهم مستويات أعلى من أعراض الكرب اللاحق للصدمة يجدون صعوبة في الانفصال عن محفزات التهديد. لذلك يستخدمون الهم للسيطرة على الأفكار بعد تجربة مرهقة مما ينبئ بشكل ملحوظ باضطراب كرب ما بعد الصدمة؛ كما يتداخل مع المعالجة الانفعالية ودعم الفكرة الشائعة القائلة بأن الهم يساعد الفرد على تجنب الكرب النفسي.

ومن هنا يتضح أن هناك نوعاً من الهم ذي طبيعة غير تكيفية في حين أن هناك نوعاً آخر ذو طبيعة بناءة، ويُعرف "الهم الحسن" وظيفياً بأنه ذلك النوع من الهم الذي يسهل ويُفضي إلي نتائج إيجابية، بينما يُعرف "الهم السيئ" وظيفياً على أنه ذلك الهم الذي يؤدي إلى عواقب سلبية، وعلى الرغم من ارتباطهما ببعضهما بعضاً إلا أنهما يمثلان عنصران متميزان (Todd, 2003).

كما أوضح الباحثون أن الفروق الفردية في الخبرات الانفعالية والتنظيم الانفعالي قد أمكنها التنبؤ بالميل إلى البحث عن التجنب الانفعالي، والذي قد يأخذ شكل الهم. ويُعد الهم المكون الرئيسي لاضطرابات القلق، وهو عملية معرفية متكررة موجهة نحو المستقبل؛ ومع ذلك، فإن الهم يُعد خبرة شائعة لدى عديد من الأفراد في عديد من الاضطرابات، بما في ذلك اضطرابات الهلع والقلق الاجتماعي واضطرابات كرب ما بعد الصدمة. ومن ناحية تقاوم المرض، تم اقتراح أن الهم يتطور كوسيلة لتوقع المستقبل ولزيادة احتمالية الحصول على نتيجة إيجابية، وبالتالي البقاء على قيد الحياة. وتعتمد عملية الهم هذه على معالجات الذاكرة التي تتضمن استدعاء الأحداث الماضية والقدرة على إدراك إمكانية حدوث أحداث مستقبلية استناداً إلى الخبرة السابقة، ووفقاً لهذه النظرية، فإن الأفراد الذين يعانون من اضطرابات القلق بشكل عام، واضطراب كرب ما بعد الصدمة بشكل خاص، يستمرون في الشعور بالهم؛ حيث إنه لا يساعدهم فقط على توقع الأحداث السلبية المحتملة وتجنبها، بل يساعدهم أيضاً على الاستعداد لأسوأ المشكلات التي سيواجهونها. كما يمكن الهم الفرد من تجنب خبرة الخوف من الانفعالات المؤلمة. كما يُعتقد أن هذا التجنب المعرفي يدعم خفض أعراض الاستثارة اللاإرادية المؤلمة للهم الناجم عن الصور والذكريات المؤلمة. وربما الأهم من ذلك، لم يتم استكشاف مسألة لماذا يعد بعض الأفراد أكثر عرضة من الآخرين للانخراط في الهم المزمن، حيث أوضح الباحثون أنه من المحتمل أن يكون لديهم الحافز للتجنب المعرفي؛ وذلك لأن المواد المخزنة في ذاكرتهم طويلة المدى تنشط هذا الحافز، وربما تتطوي على تجارب الماضي المؤلمة. ومن الممكن أيضاً أن يختلف هؤلاء الأفراد عن غيرهم في قدرتهم على تحمل الكرب النفسي، فهم يعتقدون أنهم لم ولن يستطيعوا تحمل هذا الكرب النفسي الناجم عن الأحداث الصدمية، كما أنهم يفتقرون إلي أساليب وطرق التنظيم الانفعالي التكيفية للتعامل مع الحالات الانفعالية السلبية الناجمة عن أعراض الاضطراب، وما يشمله من أعراض اقتحامية. ويتفق هذا الافتراض مع التطورات الأخيرة في صياغة الهم والقلق المعمم وفقاً للمناحي القائمة على التنظيم الانفعالي والتقبل (Hinton, Nickerson & Bryant, 2011).

وفي ضوء ما سبق يمكن صياغة سؤال الدراسة على النحو التالي :

هل توجد فروق جوهرية بين مرضى اضطراب كرب ما بعد الصدمة والأصحاء في تحمل الكرب النفسي والتنظيم الانفعالي والهم المزمن ؟

الأهمية النظرية والتطبيقية للدراسة:

أولاً : الأهمية النظرية:

١ - الإسهام في التأسيس النظري لمفاهيم الدراسة، وتوضيح التعريفات الخاصة بها، والأطر النظرية المفسرة لها.

٢ - التحقق من الفروض النظرية، والتعرف على الفروق بين مرضى اضطراب كرب ما بعد الصدمة والأصحاء في تحمل الكرب النفسي والتنظيم الانفعالي والهم المزمن.

ثانياً : الأهمية التطبيقية:

١ - المساهمة في تصميم برامج وقائية وعلاجية وإرشادية وتأهيلية لمنع الوقوع بالفعل فريسة للاضطراب.

٢ - الاستفادة من نتائج هذه الدراسة في الاكتشاف المبكر لمن يفتقرون إلى مهارات التنظيم الانفعالي والكرب النفسي بشكل عام، ومن لديهم استهداف لاضطراب كرب ما بعد الصدمة بشكل خاص، لدعمهم بالمهارات اللازمة، ولرفع مهاراتهم الحياتية لكيفية التعامل مع الضغوط.

المفاهيم والأطر النظرية المفسرة :

أولاً : أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة:

[١] معاودة خبرة الحدث الصدمي

يُنظر إلى أعراض معاودة خبرة الحدث الصدمي أو الأعراض الاقتحامية على أنها الأعراض الواسمة لاضطرابات كرب ما بعد الصدمة، وتتضمن أعراض معاودة خبرة الحدث الصدمي أفكاراً وصوراً مقتحمة وغير مرغوبة حول الحدث الصدمي وأحلام وكوابيس مفزعة، كذلك قد تتضمن أعراض معاودة خبرة الحدث الزمني الاسترجاعات الزمنية^(٤)، حيث ربما تتخفف درجة وعي الأفراد بالأشياء المحيطة بهم ويصبحون منغمسين في الذكريات المتعلقة بالحدث. تلك الاسترجاعات الزمنية ربما تكون ناشطة وحية حيث يشعر الأفراد، وكأنهم يمرّون بالحدث الصدمي مرة أخرى فيشعرون بالضيق أو الكرب عندما يتذكرون ما حدث، كذلك يشعرون بأرجاع فيسيولوجية شديدة كزيادة معدل ضربات القلب، وزيادة كمية العرق، وسرعة التنفس.

(4) Flashback.

[٢] أعراض التجنب والخدر الانفعالي

يتسم التجنب بالمحاولات المتعمدة التي يقوم بها الفرد ليبقي الذكريات حول الحدث الصدمي بعيداً عن ذهنه من خلال التجنب النشط لأي هاديات أو منبهات تثير الحدث الصدمي. على سبيل المثال قد يظهر التجنب في ذهاب الفرد لمسافات بعيدة جداً لتجنب وجود الآخرين، والأماكن والأنشطة التي تثير الكرب النفسي والمتعلقة بالذكريات حول الحدث الصدمي، بالإضافة إلي المثيرات الداخلية كالأفكار والمشاعر.

بينما تتضمن أعراض التجنب النشطة القيام بالسلوكيات والمحاولات الدعوية، فإن أعراض الخدر الانفعالي تُعد أكثر سلبية وربما يمكن إخضاعها للتحكم الإرادي بدرجة أقل. حيث تنعكس أعراض التجنب من خلال فقد الاهتمام بالأنشطة والتي كانت تبعث المتعة والاستمتاع فيما مضى، والعزلة والنفور من الآخرين، وعدم القدرة على المرور بالخبرات الانفعالية (مثل عدم القدرة على المرور بخبرة البهجة والحب) والشعور بأن المستقبل قصير.

[٣] أعراض سرعة الاستثارة

يرتبط اضطراب كرب ما بعد الصدمة بالزيادة في نشاط الجهاز العصبي الذاتي التعاطفي؛ والذي ينشط أثناء التعرض للأحداث التي تمثل خطورة على حياة الفرد، وتعمل كوظيفة تكيفية. ولكن هنا تستمر الزيادة في مستوى الاستثارة والتي تظهر بشكل واضح في عدد من الأعراض (ضعف التركيز والذاكرة والتقلبات المزاجية والغضب، وصعوبة في النوم، والبقاء في حالة حذر وتيقظ دائم لإشارات الخطر "قرط الحذر واليقظة" (Australian centre for posttraumatic mental health, 2013).

[٤] القلق والخوف

يُعد القلق إستجابة شائعة وطبيعية في المواقف الخطيرة، والتي تدوم بعد انتهاء الصدمة لدى كثير من الأفراد، وهذا ربما يحدث عندما تتغير رؤية الشخص للعالم والشعور بالأمان لتصبح نظرة سلبية كنتيجة للخبرة الصدمية، حيث يشعر الفرد بالقلق والتوتر الشديد عندما يتذكر الصدمة، وكذلك المثيرات والهاديات التي تذكره بالحدث (الأماكن والوقت والروائح والأصوات).

[٥] الغضب

حيث يشعر كثير من الأفراد بالغضب، وسرعة الشعور بالضيق والإنزعاج، وربما يحدث بشكل استثنائي أن يشعر الفرد بالغضب من هؤلاء الأفراد القريبين منهم، وفي بعض الأحيان قد يشعر الأفراد بالغضب نتيجة الشعور بالهياج والتقلبات المزاجية على الأغلب. وقد يزداد القلق نتيجة الشعور بأن العالم غير عادل وأحياناً أيضاً قد يحاول الفرد توجيه الغضب إزاء الآخرين.

[٦] الشعور بالذنب

تؤدي الصدمة غالباً إلى الشعور بالذنب والخزي، حيث أن عديداً من الأفراد يلومون أنفسهم على الأشياء التي فعلوها أو لم يفعلوها ليطلوا أحياء بعد زوال الحادث. على سبيل المثال بعض الناجين من حوادث الاعتداء، يعتقدون أنهم كان لابد أن يقاومون المعتدي، ويلومون أنفسهم بالخطأ على وقوع الحادث، وبعضهم الآخر يرى أنه إذا لم يكن قد قاوم المعتدي ما كان لحق به الأذى، كذلك يشعر الفرد بالخزي نتيجة التعرض للحادث الصدمي.

[٧] صورة الذات

تصبح صورة الذات ورؤية الفرد للعالم غالباً أكثر سلبية بعد الحادث الصدمي، فقد يخبر الفرد المصدوم نفسه أنه "إذا لم أكن ضعيفاً جداً أو غيباً ما كان سيحدث هذا لي"، وكثير من الأفراد يوجهون النقد لذاتهم، ويصبحون أكثر تشاؤماً بعد الحادث "أنا شخص أستحق ذلك" ومن الشائع أيضاً رؤية الآخر بشكل سلبي لأنه لا يستطيع الوثوق بأحد.

[٨] الشعور بالإكتئاب

يُعد الشعور بالإكتئاب من الأراجاع الشائعة للصدمة، وقد يتضمن ذلك الشعور باليأس، والحزن وكثرة البكاء والشعور بفقد الاهتمام بالآخرين والأنشطة التي اعتاد الفرد الاستمتاع بها، كذلك قد يشعرون بأن خططهم للمستقبل قد انتهت، وأن الحياة ليس لها قيمة، وتؤدي هذه المشاعر إلى أفكار نحو إيذاء الذات أو محاولات فعلية للتخلص من الحياة.

[٩] خلل في العلاقات الاجتماعية

وفي هذه المشكلة قد يسود التوتر في العلاقات الاجتماعية مع الآخرين، والصعوبة في الشعور بالحميمية نتيجة لانخفاض الثقة بالآخرين. كذلك توجد صعوبات في العلاقات الجنسية بعد التعرض للحادث الصدمي، فكثيراً من الناس يجدون صعوبة في ممارسة العلاقات الجنسية. وهذا ينطبق بشكل كبير على الأفراد الذين تعرضوا لاعتداءات جنسية.

[١٠] الاعتماد على الكحوليات أو العقاقير الطبية النفسية

حيث يشيع استخدام الكحوليات والعقاقير بشكل مفرط كخطة من خطط المواجهة للتعامل مع الحادث الصدمي، ويؤدي هذا الإسراف إلى إعاقة الشفاء والتحسن من أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة، كما يؤدي إلى خلق مزيد من المشكلات الإضافية (Lynch & Mack, 2013:10-12).

ثانياً : مفهوم تحمل الكرب النفسي

يمثل تحمل الكرب النفسي بنية معرفية وانفعالية تؤثر على الاستقبال، والتفسير، والاستجابة لمستويات الكرب النفسي، حيث يرتبط تحمل الكرب النفسي بالقدرة على الوعي بالانفعالات،

والأفكار، والبيئة، بدون إجراء محاولات للتغيير أو التحكم في هذه العوامل، أو قدرة الفرد على تجربة الحالات الانفعالية السلبية وتحملها (Sangani, Jangi, Ramak & Ahmadi, 2019).

كذلك يُنظر إلى تحمل الكرب النفسي على أنه القدرة المدركة أو الفعلية على تحمل التجارب الانفعالية والجسمية المنفرة (على سبيل المثال، الحالات الانفعالية السلبية، والشعور بعدم الراحة الجسمية).

وفي تصور بديل لتحمل الكرب النفسي حددت لايرو (Leyro 2010) خمسة أبعاد أساسية لتحمل الكرب النفسي. وتشير هذه الأبعاد الخمسة إلى عدم تحمل أنواع بارزة من التجارب الانفعالية أو الجسمية، بما في ذلك (أ) عدم اليقين، (ب) والغموض، (ج) والإحباط، (د) والتغنيص الجسيمي، (هـ) والانفعال السلبي.

النماذج النظرية المفسرة لتحمل الكرب النفسي

نموذج العوامل الثلاثة للينش وميزون Lynch&Mizon

اقترح لينش وميزون (Lynch & Mizon 2011) أيضاً مفهوم تحمل الكرب النفسي من منظور سلوكي ضمن الموجة الثالثة على هذا النحو، فقد نظروا إلى سلوك تحمل الكرب النفسي على أنه استجابة فعالة تعززها المكاسب قصيرة المدى والتي تتمثل في تخفيف حالة التوتر المنفرة، وذلك على الرغم من العواقب السلبية طويلة المدى المحتملة، بالإضافة إلى أن انخفاض تحمل الكرب النفسي يؤدي إلى حدوث الاضطرابات النفسية، فقد اقترحوا أن ارتفاع تحمل الكرب النفسي (والذي يسمونه تحمل الكرب المفرط) قد يؤدي أيضاً إلى حدوث الاضطرابات النفسية. ولذلك اقترحوا نموذجاً من ثلاثة عوامل من العوامل التي تؤثر على تطور عدم تحمل الكرب النفسي والتحمل المفرط، وتتمثل في: (أ) الاستعدادات الحيوية (ب) الأراجاع الحيوية الاجتماعية، و(ج) العوامل الموقفية.

أولاً اقترح المؤلفون أن الاستهداف الحيوي قد يؤثر على سلوك عدم تحمل الكرب النفسي أو التحمل المفرط. وعلى غرار لينهان (٢٠١٥)، اقترحوا أن سلوك عدم تحمل الكرب النفسي قد يتأثر بالاستهداف الوراثي والذي يتمثل في زيادة حساسية الألم الانفعالي، وزيادة الأراجاع الانفعالية، وزيادة الاندفاعية. وزيادة تجنب الألم. ثانياً اقترح المؤلفون أن الأراجاع الاجتماعية قد تؤثر على سلوك عدم تحمل الكرب النفسي أو التحمل المفرط. وعلى غرار لينهان (٢٠١٥)، اقترحوا أن سلوك عدم تحمل الكرب النفسي قد يتأثر ببيئة الطفولة غير الصادقة التي يتم فيها إبطال دور الخبرات الانفعالية عادةً من خلال التناقض أو الإهمال أو العقوبة، ولكن الأراجاع الانفعالية الشديدة يتم تعزيزها أحياناً من خلال الدعم. وعلى هذا النحو، لن يتعلم الطفل الاستجابة للكرب النفسي بالوعي والحكم المناسبين. كما تدعم الدراسات الارتباط بين البيئات الأسرية غير الصادقة انفعالياً

وشدة الانفعالات السلبية. أخيراً، اقترح المؤلفون عدداً من العوامل الموقفية التي قد تؤثر على سلوك عدم تحمل الكرب النفسي أو التحمل المفرط.

وهكذا، أوضح لينش وميزون (2011) Lynch and Mizon أن مستوى تحمل الكرب النفسي ينتج عن التفاعل بين تأثيرات العوامل الوراثية (الاستهداف الحيوي) والتنشئة (الأرجاع الاجتماعية والعوامل الموقفية). وعلى الرغم من أن المؤلفين ينظرون إلى سلوك عدم تحمل الكرب النفسي أو التحمل المفرط على أنه تلقائي ويحدث دون تحكم، إلا أنهم يرون أن المستوى الصحي من تحمل الكرب النفسي يتطلب "الوعي بالحالات الداخلية"، بالإضافة إلى "القدرة على عدم الاستجابة تلقائياً وبدون وعي للحالات المنفرة بخطة تغيير" (كما هي الحال في حالة عدم تحمل الكرب) والقدرة على عدم "تجاهل الإشارات التحذيرية للكرب النفسي" (كما هي الحال في التحمل المفرط للكرب النفسي) (Kay, 2017).

نموذج كاي Kay لتحمل الكرب النفسي

كما اقترح كل من لينش وميزون (2011) Lynch & Mizon نموذجاً محدداً، يرى هذا النموذج أيضاً أن الأرجاع الانفعالية تمثل عامل فروق فردية في تحمل الكرب النفسي، أي أن المستويات المرتفعة من الأرجاع الانفعالية قد ترتبط بانخفاض تحمل الكرب النفسي. في حين تحدث لينش وميزون عن العجز المكتسب باعتباره عامل مكتسب، لقد تصور كاي العجز المكتسب باعتباره يمثل فروقاً فردية. أي أن الفرد الذي يعاني من عجز مكتسب مرتفع سوف يبذل جهداً منخفضاً أو لا يبذل أي جهد تجاه تنظيم الانفعالات أو حل المشكلات، في حين أن الفرد الذي يعاني من انخفاض العجز المكتسب سوف يبذل جهداً كبيراً نحو تنظيم الانفعالات أو حل المشكلات. على هذا النحو، افترض هذا النموذج أن الأرجاع الانفعالية الشديدة والعجز المكتسب المرتفع سيسهمان في انخفاض تحمل الكرب النفسي. وعلى الرغم من أن تحمل الكرب النفسي المرتفع يكون بشكل عام أكثر فائدة من تحمل الكرب النفسي المنخفض، فقد تم اقتراح أن المستويات المعتدلة من تحمل الكرب النفسي ليكون الأكثر مثالية حيث توجد مخاوف لا تُعد ولا تحصى تتعلق بعدم تحمل الكرب النفسي والتحمل المفرط (Kay, 2017).

ثالثاً: مفهوم التنظيم الانفعالي

يُعرّف التنظيم الانفعالي على أنه عملية يقوم الأفراد من خلالها بمراقبة وتقييم وتعديل انفعالاتهم للاستجابة بشكل ملائم للمطالب البيئية وتحقيق أهدافهم، حيث يستخدم الأفراد أساليب تنظيمية لتعديل شدة أو نوع خبراتهم الانفعالية أو الأحداث المثيرة للانفعال.

كما يشير التنظيم الانفعالي إلى "التنظيم والضبط النشط للمعالجات الانفعالية وذلك لخدمة الأداء التكيفي. ووفقاً لذلك، يشير عدم التنظيم الانفعالي إلى المعالجات التنظيمية التي تتداخل في

النهاية مع الأداء التكيفي. وعلى الرغم من أن عديداً من الباحثين يميلون إلى مساواة عدم التنظيم الانفعالي مع عدم التحكم في الاستثارة الانفعالية، فإن عدم التنظيم الانفعالي يمكن أن يشير أيضاً إلى حالات العجز في القدرة على المرور بخبرة انفعالية، والتعبير عنها والاستفادة منها عندما تخدم وظيفة تكيفية. لذلك ينطوي عدم التنظيم الانفعالي على حد سواء على العجز عن تغيير وتعديل الاستثارة الانفعالية، والعجز عن الاستفادة من الانفعالات. وعادةً ما يتم استخدام مصطلح "عدم التنظيم الانفعالي" للإشارة إلى حالات العجز في القدرة على احتواء الاستثارة الانفعالية. عندما يكون الأفراد غير قادرين على التنظيم الانفعالي، فإنهم في كثير من الأحيان يبلغون عن شعورهم بأنهم لا يستطيعون الضبط والسيطرة وأنهم معرضون لفعل وقول أشياء لا يفعلونها عادة. كما قد يكون هناك شعور بالانغماس في الانفعالات، وأن الانفعالات أقوى مما هي عليه، وأن الانفعالات تُملّي عليهم سلوكهم دون موافقتهم، وعلى الرغم من أن هذه الأوصاف تسلط الضوء على حالة عدم التنظيم الانفعالي، فإننا نعتبر أيضاً عدم تنظيم الانفعالات سمة، حيث إنها حالة بقدر ارتباطها بفترة معينة، لكنها سمة من حيث أن ميلها إلى الحدوث يظهر لدى فرد معين بشكل متسق عبر الزمن وهذا الاتجاه يختلف باختلاف الأفراد (Abbott, 2005).

أما وفقاً لجرانزورومر (Gratz & Roemer, 2004)، يتم تصور التنظيم الانفعالي على أنه مكون من أربعة مكونات، تتمثل في الوعي بالانفعالات وفهمها، وتقبل الانفعالات، والقدرة على التحكم في السلوكيات الاندفاعية والتصرف وفقاً للأهداف المرغوبة عند تجربة الانفعالات السلبية، والقدرة على استخدام أساليب التنظيم الانفعالي المناسبة الموقفية بمرونة، لتعديل الاستجابات الانفعالية، من أجل تلبية الأهداف والمطالب الموقفية. والاستعداد لتجربة الانفعالات السلبية في السعي وراء أنشطة ذات مغزى في الحياة. هذا التصور للتنظيم الانفعالي يركز على فكرة أن الانفعالات وظيفية؛ وبالتالي، فإن آليات التنظيم الانفعالي التكيفية هي تلك التي تسهل استخدام الانفعالات كمعلومات عن الذات أو الآخرين أو البيئة أو التقدم نحو الهدف المنشود (Tull, Berghoff, Wheelless, Cohen & Gratz, 2018).

كما يتضمن التنظيم الانفعالي المناسب تعديل شدة الخبرة الانفعالية السلبية أو الإيجابية ومدتها. وبدلاً من ذلك، فإن محاولة إصلاح أو تغيير أو القضاء على الخبرات الانفعالية ليست سمة من سمات التنظيم الانفعالي الصحي.

خلاصة القول يتكون التنظيم الانفعالي من المعالجات الخارجية والجوهرية المسئولة عن رصد وتقييم وتعديل الأراجاع الانفعالية، وخاصة ملامحها الحادة المؤقتة، وذلك لتحقيق أهداف الفرد. وعلى الرغم من أن الأفراد قد يحاولون في بعض الأحيان تنظيم انفعالاتهم من خلال محاولة التأثير على الانفعالات التي يتعرضون لها (على سبيل المثال، الغضب بدلاً من الأذى)، فإن التنظيم في كثير من الأحيان ينطوي على تغيير الملامح أو المظاهر الحادة والمؤقتة لانفعالات معينة. كما قد

ينطوي تعديل "ديناميات" أي انفعال معين على تقليل أو زيادة الشدة، وتقييد أو توسيع النطاق أو القابلية للتأجيل، وإبطاء أو زيادة وقت وصول الانفعال إلي ذروته أو أعنف حالاته، وإطالة أو قصر استمرارية ودوام تلك الانفعالات (Insab, Reza, Khoshk, Azarmi & Rakhi, 2014).

أساليب التنظيم الانفعالي

وفيما يلي عرض ومراجعة ستة من أكثر أساليب تنظيم الانفعالات المدروسة جيداً وألخص تأثيرها على الأداء، حيث يتم تصنيفها في فئتين: أساليب تكيفية وأساليب غير تكيفية وذلك لارتباطها بتفانم التأثير السلبي والكرب النفسي وزيادة حدوث السلوكيات غير التكيفية، وذلك بناءً على نتائج البحوث التي تربط كل أسلوب بالنتائج الإيجابية أو العواقب الوخيمة الناجمة عنه.

أساليب التنظيم الانفعالي التكيفية

التقبل⁽⁵⁾

التقبل النفسي هو أسلوب يتوقف فيه الأفراد عن القيام بمحاولات لتغيير الانفعالات فيما يتعلق بالتجارب السابقة. وبدلاً من ذلك، فهم على وعي بالانفعالات، دون تقييمها أو إجراء محاولات غير مجدية لمنعها، حيث يعد انخفاض مستوى التقبل عاملاً رئيساً في ظهور عديد من المشكلات النفسية والاجتماعية مثل اضطرابات القلق العام. كما يبدو أسلوب التقبل مفيداً للأفراد الذين تعرضوا للصدمة النفسية، وذلك لأن هناك جانبين من السمات الواسمة لتشخيص اضطرابات كرب ما بعد الصدمة واستمرارها، وهما تجنب المحفزات المرتبطة بالصدمة النفسية والشعور بالخدر الانفعالي. لذلك، فإن العلاج يقوم على مواجهة هذه الأعراض من خلال زيادة استخدام الأساليب القائمة على التقبل. أظهرت النتائج وجود علاقة ارتباطية موجبة بين انخفاض التقبل وزيادة شدة أعراض كرب ما بعد الصدمة. هذا إلي جانب أن التدريب على التقبل قد يغير التنظيم المعرفي والانفعالي لدى الناجين من الصدمات.

حل المشكلات

يتطلب التنظيم من خلال حل المشكلات، التركيز بوعي على تغيير الموقف الضاغط أو تقليل عواقبه السلبية، مع القدرة على التخطيط والتفكير في الخطوات التي يجب اتخاذها، أو السلوكيات اللازمة (على سبيل المثال، البحث عن المعلومات) أو تجربة الحلول الممكنة المتعددة لمشكلة ما.

ويركز هذا الأسلوب على التعامل مع الموقف بشكل فعال، مما يقلل من الكرب النفسي في معظم المواقف الضاغطة. وتشير نظريات الضغوط والتنظيم الانفعالي إلى أن هذا الأسلوب يجب أن

(5) Acceptance.

يكون قابلاً للتطبيق في عديد من الظروف، وذلك يرجع إلي أن حل المشكلات يشجع ويدعم التأثيرات الانفعالية الإيجابية عن طريق الحد من الضغوط، والزيادة الجوهرية في المشاعر الإيجابية، وبالتالي يؤدي إلى مزيد من استخدام أسلوب حل المشكلات.

ووفقاً لذلك، يتضمن العلاج المعرفي السلوكي تدريبات حل المشكلات لاضطرابات مثل الاكتئاب والقلق، واضطراب كرب ما بعد الصدمة، حيث ترتبط عدم القدرة على حل المشكلات بزيادة شدة الأعراض. كما أن صعوبات حل المشكلات ترتبط بالكرب النفسي وزيادة شدة أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة. وهناك نتائج تدعم النظرية القائلة بأن التنظيم الذي يركز على حل المشكلات أفضل من التنظيم الذي يركز على الانفعال عند التعافي من اضطراب كرب ما بعد الصدمة.

إعادة التقييم المعرفي

إعادة التقييم المعرفي هو أسلوب يعمل على تغيير المعنى المرتبط بالمدرجات الحسية لتغيير تأثيرها الانفعالي، ويحدث هذا الأسلوب التنظيمي في مرحلة مبكرة من نموذج التنظيم الانفعالي، وبالتالي لا تتطلب مراقبة ذاتية مستمرة أثناء الحدث الانفعالي، وقد أوضحت الدراسات التي تبحث في العلاقة بين إعادة التقييم والصحة النفسية أن الأفراد الذين يستخدمون عادةً إعادة التقييم المعرفي قليلاً ما يُظهروا أعراض الاكتئاب، بل هم أكثر تفاؤلاً وتقديراً للذات. كما يرتبط إعادة التقييم أيضاً بزيادة التأثير الإيجابي وانخفاض التأثير السلبي. ومع ذلك، فإن أولئك الذين يعانون من اضطراب كرب ما بعد الصدمة المزمن مختلفون بشكل جوهري عن أولئك الذين لا يعانون من الاضطراب في مجموعة متنوعة من متغيرات التقييم :

- ١ - التقييمات السلبية أكثر شدة للحدث للصدمة وأعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة.
- ٢ - عدم القدرة أو عدم الرغبة في إعادة تقييم الصدمة وأعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة.
- ٣ - التقييم السلبي لشخصية الفرد وتطلعاته للحياة. بالإضافة إلى ذلك، هناك بعض الأدلة على أن المستويات المرتفعة من إعادة التقييم ترتبط بمستويات أقل من أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة أثناء الحدث الانفعالي (Samantha, 2015; Meghan, 2010).

أساليب التنظيم الانفعالي غير التكيفية

التجنب

يشمل التجنب الجهود المعرفية والسلوكية التي تركز على خفض حالات إثارة الانفعالات والسماح للفرد بالامتناع عن التعامل المباشر مع الضغوط. كما يركز على تجنب الضغوط النفسية مثل الأفكار أو الانفعالات أو الذكريات. كما يتبع التجنب السلوكي التجنب المعرفي لأن الفرد سيتهرب جسدياً من الموقف خشية من مواجهة الضغوط. وتشمل العواقب المرضية للتجنب الزيادات

في الأفكار السلبية حول الصدمة أو الضغوط. وزيادة أعراض الاكتئاب وزيادة خطر الانتكاسة، وبالنظر إلي الأساليب التنظيمية المختلفة، فإن الأسلوب التنظيمي الذي يركز على التجنب هو مؤشر لانتشار اضطراب كرب ما بعد الصدمة، ونمو أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة وشدها، وبالإضافة إلي ذلك فإن تجنب الخبرات (والذي يُعرف بأنه عدم الرغبة في المرور بخبرة الأفكار والذكريات والانفعالات والاحساسات الفسيولوجية) تتوسط جزئياً العلاقة بين الصدمات التي يتعرض لها الأفراد واضطراب كرب ما بعد الصدمة.

الاجترار

في أعقاب أحداث الحياة الضاغطة، غالباً ما يعاني الأفراد من اجترار الأفكار وتكرار استرجاع التفاصيل التي تركز على الإخفاقات والصعوبات الماضية، كما تركز أيضاً على الحالات الانفعالية السلبية، بالإضافة إلي أسباب وعواقب تلك الانفعالات السلبية. ويُعد الاجترار أحد محكات تشخيص اضطراب كرب ما بعد الصدمة. كما يمكن للاجترار أن يتوسط بشكل فعال العلاقة بين المرور بخبرة حدث ضاغط وأعراض كل من الاكتئاب والقلق. بالإضافة إلي ذلك أظهرت الدراسات حول الصدمات النفسية أن الاجترار هو أحد أقوى المنبئات باستمرار أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة. لذلك، فإنه على الرغم من استخدام الأفراد للاجترار لمحاولة التعامل مع أعراضهم، إلا أن خصائص الاجترار (أي الأفكار الثابتة المتكررة غيرالمنتجة، ومواصلة الاجترار، ومواصلة طرح نمط أسئلة من قبيل "لماذا" و"ماذا لو") له تأثير سلبي، حيث يرتبط بشكل إيجابي مع أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة المزمّنة وطويلة المدى.

الكبت التعبيري

الكبت التعبيري يحدث في مرحلة متأخرة من نموذج عملية تنظيم الانفعالات (على سبيل المثال، أثناء الخطوة الأخيرة من تعديل الاستجابة)، ويعرف بأنه ممارسة تعديل الاستجابات السلوكية بوعي لأحد المواقف الانفعالية عن طريق تثبيط السلوكيات الانفعالية التعبيرية اللاحقة. وقد ثبت وجود ارتباط بين الكبح التعبيري والمستويات المتزايدة من الاكتئاب والقلق واضطرابات القلق الأخرى (مثل الرهاب والوسواس القهري). كما ارتبط الكبت التعبيري أيضاً بوجود علاقة مباشرة مع تكرار أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة، مثل الذكريات الإقحامية. ويعتبر الخبراء أن آليات التنظيم المتعلقة بالكبت، بما في ذلك التفكك والخدرالانفعالي، تُعد من أفضل المنبئات بتطور أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة. وبالإضافة إلي ذلك فإن الأفراد الذين لا يكتبون ذكريات الحدث الصدمي السابق، بل يقومون بمواجهته والتعبير عنه، يظهرون تحسناً في الأعراض الجسمية والنفسية والكرب النفسي، على الرغم من وجود بعض الجدل المحيط بهذه النتيجة (Samantha, 2015; Meghan, 2010).

النماذج النظرية المفسرة للتنظيم الانفعالي

النموذج الحيوي الاجتماعي لينهان

تم انتشار مفهوم التنظيم الانفعالي من خلال العلاج الجدلي السلوكي، كما تم تطويره بواسطة لينهان. وقد طورت النظرية الحيوية الاجتماعية عن خلل التنظيم الانفعالي والسلوكي.

واعتمد نموذج لينهان (2015) Linehan الذي تم تطويره إلى حد كبير على الأفراد المصابين باضطراب الشخصية البينية، ولكن تم تمديده منذ ذلك الحين ليشمل اضطرابات أخرى. ترى لينهان التنظيم الانفعالي باعتباره قدرة الفرد على تعديل التجارب والاستجابات الانفعالية. على سبيل المثال، القدرة على الاهتمام بأهداف تتعارض مع الحالة المزاجية حتى أثناء تجربة الانفعالات الشديدة. ورأت أن التنظيم الانفعالي يمكن أن يكون آلياً كما يمكن التحكم فيه بوعي، وأن الهدف من العلاج الجدلي السلوكي هو تعليم المشاركين مهارات تنظيم استجاباتهم الانفعالية بوعي بحيث يمكن بعد ذلك التمرن على هذه المهارات إلى درجة التلقائية.

واقترح النصف الأول من نظريتها أن ضعف التنظيم الانفعالي ينتج عن الاستهداف الحيوي للانفعالات السلبية، والحساسية المرتفعة لهاديات الانفعال، والاندفاعية. ويتم تعريف الاستهداف للانفعال على أنه " (١) أرجاع انفعالية شديدة كخط أساس، (٢) وحساسية مرتفعة للمنبهات الانفعالية، (٣) وأرجاع شديدة للمنبهات الانفعالية، (٤) وعودة بطيئة إلى خط الأساس". لذلك، فإن الأفراد الذين يعانون من الاستهداف للانفعال يمرون بتجارب انفعالية بشكل متكرر أكثر وبكثافة ولفترات زمنية أطول من الأفراد غير المعرضين لخطر الاستهداف للانفعال. كما يواجه الأفراد الذين يعانون من الاندفاعية الشديدة صعوبة أكبر في تثبيط السلوكيات غير المرغوب فيها وتنظيم السلوكيات الموجهة نحو الهدف أكثر من الأفراد غير المندفعين.

بينما اقترح النصف الثاني من النموذج الذي طورته لينهان (٢٠١٥) أن خلل التنظيم الانفعالي والسلوكي ناتج عن عدم مصداقية أو عدم فعالية بيئة تقديم الرعاية في مرحلة الطفولة. وهكذا اقترحت لينهان أن البيئة الاجتماعية والاستهداف الحيوي تتفاعل لتؤدي إلى خلل في التنظيم الانفعالي والسلوكي (Kay, 2017).

ومن المنظور الاجتماعي الحيوي، يُعتقد أن التنظيم الانفعالي يتطور كنتيجة للتفاعل بين الاستعدادات الحيوية للأفراد والبيئات الاجتماعية وفقاً لهذا النموذج، بعض الأفراد بطبيعتهم أكثر عرضة للمرور بخبرات انفعالية شديدة وأرجاع انفعالية شديدة، وبالتالي قد يكونون أكثر عرضة للخوف من هذه الاستجابات الانفعالية. بشكل عام، يرتبط التنظيم الانفعالي نظرياً بخيارات السلوك وأنماط التنظيم، (على سبيل المثال، التجنب أو الخدر أو المواجهة الصحية (Kay, 2017)).

نموذج جروس Gross للتنظيم الانفعالي

لا تعتمد نتيجة التنظيم الانفعالي على وضع أهداف واضحة فحسب، بل تعتمد أيضاً على التنفيذ الفعال لخطط التنظيم الانفعالي. ويوضح نموذج جروس التنظيم الانفعالي من خلال خمس خطط تنظيمية للانفعال تتمثل في: (١) اختيار الموقف، (٢) وتعديل الموقف، (٣) وتوزيع الانتباه، (٤) والتغيير المعرفي، (٥) وتعديل الاستجابة. ويشير اختيار الموقف إلى الطريقة المتعمدة للتحرك نحو أو تجنب المنبهات بقصد التنظيم الانفعالي. ويتطلب اختيار الموقف مستوى مناسباً من الوعي الذاتي ويتضمن تخطيط الفرد لنتائج الموقف بحيث يمكن للفرد اتخاذ قرارات سليمة حول اختيار الموقف التي يجب متابعتها والمواقف التي يجب تجنبها. كما ينطوي تعديل الموقف على تغيير الموقف لتعديل تأثيره الانفعالي. ويتضمن توزيع الانتباه عملية تغيير تركيز الفرد من منبه واحد إلى منبهات مختلفة. أما التغيير المعرفي فهو عملية تحديد المعنى المعرفي أو تقييم أو تفسير موقف ما، على سبيل المثال، إدراك الفشل كتجربة تعليمية. أخيراً، يشير تعديل الاستجابة إلى التغيير المباشر للاستجابة الفسيولوجية أو التجريبية أو السلوكية لموقف ما. ويتم تنفيذ كل هذه الخطط التنظيمية للانفعال بهدف تغيير الانفعالات المؤلمة أو المكروهة أو غير المرغوب فيها والخبرة الانفعالية (Im, 2020).

نموذج جراتز وريومر Gratz & Roemer للتنظيم الانفعالي

يعرّف جراتز وريومر (2004) Gratz & Roemer التنظيم الانفعالي بأنه العملية التي من خلالها يراقب الفرد ويقيم ويعدل ارجاعه الانفعالية مع وضع هدف معين في الاعتبار. ويتكون التنظيم الانفعالي من عدة مكونات: (١) الوعي وفهم الانفعالات، (٢) وضوح الاستجابات الانفعالية، (٣) وقبول الانفعالات، (٤) والوصول إلى خطط التنظيم الانفعالي الملائمة، (٥) والقدرة على ضبط الاندفاعية عند ظهور الانفعالات السلبية، (٦) والقدرة على الانخراط في السلوكيات الموجهة نحو الهدف في ظل وجود انفعالات سلبية.

إن الوعي الانفعالي، هو أن يدرك الفرد، ويعرف بوجود انفعال ما، بحيث يتمكن من اتخاذ قرار واعٍ بشأن خطة التنظيم الانفعالي التي يجب تنفيذها لتحقيق الأهداف. وبالمثل، فإن الوضوح الانفعالي يمكن الفرد من تحديد الانفعالات ووصفها وكذلك التمييز بين مختلف أنواع الانفعالات.

كما يشير قبول الانفعالات إلى التعامل مع الانفعالات كما هي دون محاولة التغيير أو إصدار أحكام على نفسه بسبب تجربتها. ويعتبر قبول الانفعالات الجيدة كمشاعر جيدة والانفعالات السيئة كانفعالات سيئة عملية تكيفية تسمح بحدوث معالجة المعلومات بطريقة ملائمة. كما يستلزم التنظيم الانفعالي القدرة على الامتناع عن الانخراط في السلوكيات أو الاستجابة للمنبهات دون تدبر (المعروف أيضاً باسم الاندفاعية). كما يشمل التنظيم الانفعالي أيضاً القدرة على الانخراط في

سلوك موجه نحو الهدف، أو التصرف وفقاً للمهام أو الأهداف أو الرغبات التي يرغب المرء في تحقيقها في ظل وجود انفعالات مؤلمة.

قد يواجه الأفراد الذين يعانون من خلل في التنظيم الانفعالي صعوبة في التركيز وإنجاز عملهم، وقد يركزون على التجربة الانفعالية البغيضة بسبب عدم قدرتهم على تعديل شدة الانفعال. كما يعد الاستخدام الفعال لخطط المواجهة لإدارة الاستجابات الانفعالية وتحقيق الأهداف جزءاً من عملية التنظيم الانفعالي (Im, 2020).

رابعاً : مفهوم الهم المزمن

قدم بوركوفيتش (١٩٨٣) تعريفاً مبدئياً للهم أصبح مقبولاً على نطاق واسع من البحوث. ويتمثل التعريف في الآتي:

"الهم عبارة عن سلسلة من الأفكار والصور، والتي تؤثر سلباً ولا يمكن التحكم فيها نسبياً". وتمثل عملية الهم محاولة للانخراط في حل المشكلات العقلية حول مسألة تكون نتائجها غير مؤكدة، ولكنها تحتوي على إمكانية حدوث واحد أو أكثر من النتائج السلبية. وبالتالي، يرتبط الهم ارتباطاً وثيقاً بمعالجات الخوف. وفي عام ١٩٩٤، قام بوركوفيتش بتعديل هذا التعريف ليصبح "الهم عبارة عن محاولة لغوية لفظية يقوم بها الأفراد في الغالب لتجنب الأحداث الكارثية في المستقبل" وذلك بدلاً من التركيز على الصور (Robert, Thomas & Richard, 2006).

كما يُعرّف الهم على أنه ظرف أو حالة يختبرها معظم الناس بشكل منتظم. لكن بالنسبة لبعض الأشخاص، يمكن أن يصبح هذا الظرف مرضياً، لا يمكن السيطرة عليه ومعقداً، ويؤدي إلى نوبات منتظمة من الهم، وذلك لأنه يبدو وكأنه لا يمكن السيطرة عليه ويؤثر سلباً على الأداء الاجتماعي والمهني والعائلي، حيث يُعد السمة الواسمة لاضطرابات القلق، كما يسهم الهم المرضي في عدد من الاضطرابات النفسية الأخرى، وتشمل هذه الاضطرابات الرهاب الاجتماعي، اضطراب الوسواس القهري، واضطراب كرب ما بعد الصدمة. وعادةً ما يتسم الهم المرضي بأنه مفرط، ولا يمكن السيطرة عليه، ومؤلم بشكل كبير، وعادة ما يؤدي إلى إعاقات كبيرة داخل مجالات متعددة من الحياة.

في حين يعرّف بارلو (٢٠٠٢) الهم المرضي بأنه الخشية المفرطة من القلق فيما يتعلق بالأحداث السلبية أو المهددة في المستقبل، وهذا النوع من الهم يُعتبر سالباً، حيث يشير مصطلح "الهم المرضي" إلى القلق المفرط، والذي لا يمكن التحكم فيه نسبياً والذي يؤدي إلى شعور الفرد بالكرب النفسي. حيث ينظر العاملون في الاضطرابات النفسية إلى مخاوفهم على أنها أمر لا يمكن السيطرة عليه في حين أن المخاوف المتكررة لا تفعل ذلك، والطريقة التي تظهر بها المخاوف التي لا يمكن السيطرة عليها هي عملية كارثية، حيث يبدو أن الأفراد يطبقون أسلوب استجاب "ماذا لو؟ فيما

يتعلق بالمشكلات المتصورة. كما وُجد أن المرتفعين على الهم ستستمر نوبة الهم لديهم لفترة أطول بشكل كبير وسيختبرون انفعالات أكبر من غير القلقين (La Tanya, 2005).

النماذج النظرية المفسرة للهم المزمّن

▪ نموذج التجنب المعرفي

وضع بوركوفيتش وآخرون (Borkovec, et al. (2004) نظرية تجنب الهم استناداً إلى النتائج التي توصل إليها حول سمات وطبيعة الهم وتداعياته على الجهاز العصبي التعاطفي، حيث ذكر بوركوفيتش وزملائه أنه عندما يُنظر إلى تهديد محتمل، يمكن للهم أن يحول الصورة الذهنية المنفرة القادرة على تنشيط الجهاز التعاطفي إلى سلسلة من الأفكار السلبية في شكل لغوي. وذلك نظراً لأن نوعية الأفكار اللغوية / اللفظية ترتبط بانخفاض التنشيط الجسدي وتحد من التغيرات اللاإرادية، وعلى هذا النحو فإن الانخراط في معالجة الهم يسمح للفرد بالهروب من الإحساسات الفسيولوجية المزعجة أو المكون الجسدي في استجابة الخوف. كما تخفف الاستجابة الجسمية المكبوتة بسرعة من الإحساسات البغيضة، بحيث تصبح عملية الشعور بالهم معززة سلباً.

ويُعد نموذج التجنب المعرفي الذي قدمه بوركوفيتش (Borkovec، واحداً من أهم النماذج التي طُرحت للهم، وفقاً لهذا النموذج يمثل الهم وظيفة وقائية ذات طبيعة تجنبية، حيث يؤدي إلى خفض الكرب النفسي على المدى القصير، وإمكانية التحكم الزائف في المواقف غير المؤكدة. بحيث يوظف الهم المزمّن كاستجابة لتجنب التهديد المستقبلي المتصور، وذلك من خلال طريقتين مهمتين.

أولاً: يستخدم الهم كمحاولة للتغلب على الأحداث السلبية المحتملة في المستقبل وتجنبها من خلال الاستعداد الذهني لحدوثها، أو عن طريق محاولة إيجاد حلول محتملة لمنع حدوثها. وبالتالي عندما لا يقع الحدث أو النتيجة السلبية المخيفة، يمكن أن يعزى ذلك كنتيجة إيجابية للهم، مما يؤدي إلى مزيداً من دعم عملية الهم واستمراره. ونتيجة لذلك، فإن الحد من الكرب النفسي والسيطرة المتصورة المصاحبة للهم تعمل على تأجيل دورة الهم. وفي دراسة للتحقق من الوظيفة المتصورة للهم، وُجد أن الهم لدى الأفراد الذين يعانون من اضطرابات القلق، جعل الأمر يبدو من وجهة نظرهم وكأنه أدى إلى خفض احتمالات وقوع الأحداث المخيفة. وأنه ساعد في حل المشكلات بشكل فعال، كما أن انخراط الفرد وانشغاله بالمخاوف الموجهة نحو المستقبل، يذهب الفرد بعيداً عن الكرب النفسي في اللحظة الحالية ولدعم هذه الفكرة، وُجد أن الأفراد الذين يعانون من اضطرابات القلق يؤيدون استخدام الهم لصرف انتباههم عن المزيد من المحن والمخاوف، وقد ثبت أنه يُعد بمثابة سمة فارقة بين الأفراد ممن يعانون من اضطرابات القلق والأصحاء.

ثانياً: أظهرت نتائج الدراسات المعملية التجريبية انخفاض استجابات القلب والأوعية الدموية أثناء التعرض التخيلي لمثيرات القلق التي تأتي بعد الشعور بالهم. وهذا يشير إلى أن الهم يعمل

على تقليل خبرة الإحساسات الجسمية للقلق أثناء التعرض لمحفزات التوتر والخوف والقلق، وهي نتيجة أصبحت مثيرة للجدل إلى حد ما في ضوء الدراسات الحديثة حول الاستثارة الفسيولوجية واضطرابات القلق. كما أوضح بوركوفيتش (٢٠٠٤) أن الهم المرتبط بانخفاض الاستثارة، قد يسهم في تعزيز دورة الهم. كما يرى أنه في حين أن الهم قد يعمل على تقليل الإحساسات الجسمية المرتبطة بالقلق، فقد حدث ذلك على حساب انطفاء التعلم أو خموده.

وعلى الرغم من أن استخدام الهم للحد من تنشيط الجهاز التعاطفي يبدو أنه يخدم وظيفة إيجابية على المدى القصير، إلا أن تجنب العناصر المثيرة للقلق يمنع فعلياً المعالجة الانفعالية، ويؤدي إلى استمرار الهم المرضي. ولأنه وفقاً لما ذكرته فوا وكوزاك (1986) Foa & Kozak فإن التعرض المتكرر فقط لبنية الخوف بأكمله، بما في ذلك الصورة المهددة والأرجاع الفسيولوجية والانفعالية، ستمكننا من المعالجة الانفعالية الكاملة، والتي تعد ضرورية لإطفاء الخوف الشرطي. لذلك، فإن عدم القدرة على الحفاظ على الصورة في الإدراك وقمع أرجاع الجهاز التعاطفي الطبيعية للخوف يمنع المعالجة الانفعالية الكاملة للتهديد الذي يمنع في النهاية الانطفاء أو الخمود من خلال هذه العملية، بحيث لا يتم إطفاء المعاني القلقة أبداً وتصبح المنبهات الغامضة محفزات شرطية للقلق. والنتيجة هي حلقة مفرغة تتسم بصور مقتحمة تثير القلق والهم المستمر (Bethany, 2013).

كما يشير نيومان وليرا (2011) Newman & Liera إلى أن الأدلة تشير إلى حدوث اضطرابات في المعالجة الانفعالية الكاملة بدلاً من تجنب التجارب الانفعالية في حد ذاتها، كما أن الهم قد يطيل الخبرات الانفعالية السلبية. على وجه التحديد، استناداً إلى الأدلة المذكورة أعلاه، يشير الباحثان إلى أن الهم قد يحول دون حدوث زيادات إضافية في التفاعل اللاإرادي للمنبهات المحفزة للخوف والحزن بدلاً من تقليل الاستجابة اللاإرادية، مما يحد من التنشيط الكامل لبنية الخوف، وهو شرط ضروري لانطفاء التعلم. وبالتالي فإنه بغض النظر عن ما إذا كان الهم يؤدي دوراً في تجنب أو تخفيف الاستثارة الفسيولوجية، فإنه قد يمنع حدوث المعالجة الانفعالية الكاملة.

وقد دمج مينين (2005) Mennin نظرية التجنب للهم مع نتائج أبحاثه، حيث اقترح أن الأفراد الذين يعانون من اضطرابات القلق المعمم، والذين لديهم حساسية انفعالية شديدة ويظهرون صعوبة ملحوظة في فهم الانفعالات والتمييز بينها، قد يستجيبون للخبرات الانفعالية بالنفور والقلق. كذلك اقترح مينين (٢٠٠٥) أن الاستجابة للانفعالات التي تثير القلق الشديد، والدرجات المرتفعة من الشدة، والحاجة المتصورة لاستعادة السيطرة على الانفعالات، قد تهيئ الأفراد لاستخدام أساليب غير تكيفية لإدارة انفعالاتهم، مثل الهم لتثبيط الخبرة الانفعالية. وقد تم دعم هذا الفرض من خلال البحث المترابط الذي أجراه بيدنولت وريومر وتول وروكرومينين وسالتر (Pedneault, Roemer, Tull, Rucker, Mennin & Salters, 2006)، حيث أكد وجود الارتباطات بين صعوبات التنظيم الانفعالي والهم المزمن، وعلى وجه التحديد، قد يؤثر عجز مهارات التنظيم الانفعالي سلباً على

الأفراد، حيث يلجأون لتعديل خبراتهم الانفعالية باستخدام أساليب غير تكيفية، مثل الهم المزمن (Bethany, 2013).

الدراسات السابقة:

- سيتم عرض وتصنيف الدراسات السابقة وفقاً لثلاثة محاور :
- المحور الأول : الدراسات التي اهتمت بفحص التنظيم الانفعالي لدى مرضى اضطراب كرب ما بعد الصدمة.
 - المحور الثاني : الدراسات التي اهتمت بفحص تحمل الكرب النفسي لدى مرضى اضطراب كرب ما بعد الصدمة.
 - المحور الثالث: الدراسات التي اهتمت بفحص الهم المزمن لدى مرضى اضطراب كرب ما بعد الصدمة.

أولاً : الدراسات التي اهتمت بفحص التنظيم الانفعالي لدى مرضى اضطراب كرب ما بعد الصدمة:

هدفت الدراسة إلى التحقيق في دور نوع الصدمة وشدة أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة في صعوبات التنظيم الانفعالي في عينة كبيرة من الناجين من الصدمات، تكونت العينة من ٦١٦ مشاركاً. توصلت النتائج إلى ارتباط شدة أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة بشكل كبير مع جميع المتغيرات التي تقيم صعوبات التنظيم الانفعالي. وبالإضافة إلى ذلك، أظهر الناجون من الصدمات الشخصية المزمنة المبكرة في وقت مبكر درجات أعلى من صعوبات التنظيم الانفعالي من الناجين من حدث واحد أو الصدمات المتأخرة (Ehring & Quack, 2010).

في حين أجريت دراسة أخرى لفحص كيف يمكن أن يساعد عدم التنظيم الانفعالي في تفسير العلاقة بين اضطراب كرب ما بعد الصدمة وأعراض الاعتماد على الكحول لدى الإناث. تكونت العينة من ٢٦٠ امرأة ممن أبلغوا عن تعرضهم لحدث صدمي واحد على الأقل. بمتوسط عمر (٣٩,٧٦±١١,٧٣) سنة، تم استخدام مقياس الأحداث الصدمية، ومقياس صعوبات التنظيم الانفعالي وقائمة اضطراب كرب ما بعد الصدمة للمدنيين. أسفرت النتائج عن أن أعراض التجنب والخدر الانفعالي من اضطراب كرب ما بعد الصدمة، وخلل التنظيم الانفعالي تعد منبئات جوهرية بالاعتماد على الكحول، كما أظهرت عدم قدرة المرء على الانخراط في سلوك موجه نحو الهدف تحت تأثيرات انفعالية قوية تأثيراً كلياً غير مباشر على العلاقة بين أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة وأعراض الخدر وأعراض الاعتماد على الكحول (Goldstein, Bradley, Ressler & Powers, 2017).

في حين هدفت دراسة أخرى إلى فحص الارتباطات بين صعوبات التنظيم الانفعالي وشدة أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة، وما إذا كان الاجترار يفسر العلاقة بين الجوانب المتعددة لصعوبات التنظيم الانفعالي وشدة اضطراب كرب ما بعد الصدمة. وذلك على عينة تكونت من ٩٠ مشاركاً (٤٣٪) تم تشخيصهم باضطراب كرب ما بعد الصدمة؛ بمتوسط عمر ٢٦,٧ سنة،

٨٦٪ إناث) تم استخدام اختبار اضطراب كرب ما بعد الصدمة، ومقياس التنظيم الانفعالي ومقياس الاجترار. توصلت النتائج إلى أن مرضى اضطراب كرب ما بعد الصدمة يعانون من صعوبات شديدة في التنظيم الانفعالي، وأن الاجترار يفسر العلاقة بين صعوبات التنظيم الانفعالي المتمثلة في (عدم قبول الانفعالات السلبية، وصعوبات التحكم في الانفعالات تحت الضغط الانفعالي، والقدرة على الحفاظ على السلوك الموجه نحو الهدف وشدة اضطراب كرب ما بعد الصدمة). وأن الاجترار عملية معرفية مهمة تربط جوانب معينة من صعوبات التنظيم الانفعالي باضطراب كرب ما بعد الصدمة. وأن التدخلات التي تركز على تحسين مهارات التنظيم الانفعالي بين أولئك الذين يعانون من اضطراب كرب ما بعد الصدمة قد تستفيد من استهداف الاجترار (Pugach, Campbe & Wisco, 2020).

إن التعرض لحدث صادم يمكن أن يؤدي إلى اضطراب كرب ما بعد الصدم، ولكن ليس كل شخص مصاب بصدمة نفسية يصاب باضطراب كرب ما بعد الصدمة. وتم تحديد عديد من عوامل الوقاية والخطورة لدى المدنيين والمحاربين القدامى لشرح سبب إصابة بعض الأفراد باضطراب كرب ما بعد الصدمة والبعض الآخر لا. حددت الدراسات السابقة بعض عوامل الحماية، مثل الدعم الاجتماعي، والاعتراف الاجتماعي، والقيم الشخصية المحددة، ونمو ما بعد الصدمة، بالإضافة إلى عوامل الخطر، مثل التنظيم الانفعالي. وبالتالي، فإن الهدف من هذه الدراسة هو تأكيد العلاقة بين التنظيم الانفعالي واضطراب كرب ما بعد الصدمة واختبار العوامل المرتبطة بحدة أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة. وذلك على عينة تكونت من ٧٢ مشاركاً من الذكور النشطين والسابقين في الخدمة العسكرية، وتم تجنيدهم من القوات المسلحة الألمانية، بمتوسط عمر (٨,٧٥ ± ٣٨,٢٤) سنة. تم استخدام المقابلة التشخيصية لاضطراب كرب ما بعد الصدمة ومقياس صعوبات التنظيم الانفعالي ومقياس نمو ما بعد الصدمة ومقياس المساندة الاجتماعية. كشفت النتائج عن أن الصعوبات في التنظيم الانفعالي ارتبطت بشكل كبير مع شدة أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة، والذي توسطه الاعتراف الاجتماعي والتجنب التجريبي. كما أظهرت التحليلات أن شدة أعراض اضطراب ما بعد الصدمة ارتبطت بانخفاض الدعم الاجتماعي، وأن هناك علاقة عكسية بين التقبل وشدة أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة. وأن هناك علاقة إيجابية بين المساندة الاجتماعية ونمو ما بعد الصدمة (Spies, Cwik, Willmund, Knaevelsrud, Schumacher, Niemeyer, Engel, Küster, Muschalla, Köhler, Weiss & Rau, 2020).

وهناك جدل مستمر حول ما إذا كان ينبغي تحسين مشكلات التنظيم الانفعالي أولاً من أجل الاستفادة من العلاج الذي يركز على الصدمة، أو أنها ستتضاءل بعد المعالجة الناجحة للصدمة. هدفت الدراسة إلى فحص ما إذا كان عدم التنظيم الانفعالي يبنى بتطور أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة المزمنا بعد التعرض لحدث صادم. في حين أن عدم التنظيم الانفعالي يرتبط بالعديد

من الاضطرابات النفسية، بما في ذلك اضطراب كرب ما بعد الصدمة، إلا أنه لا يزال من غير المؤكد ما إذا كان عدم التنظيم الانفعالي الموجود مسبقاً يزيد من المخاطر الفردية للإصابة باضطراب كرب ما بعد الصدمة في المستقبل في أعقاب التعرض للصدمة. وهكذا، كان الهدف من الدراسة الحالية هو تحديد ما إذا كان عدم التنظيم الانفعالي يمكن أن يتنبأ مستقبلياً بتطور أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة المزمّنة بعد حدث صادم. وذلك على عينة تكونت من ١٣٥ مشاركاً من قسم الطوارئ في مستشفى جرادي ميموريال في أتلانتا بمتوسط عمر (٣٦,٢٣±٠,٨، ١٣) سنة، وأجريت تقييمات المتابعة بعد شهر وثلاثة أشهر وستة أشهر وسنة بعد التعرض للصدمة. توصلت الدراسة إلى أن عدم التنظيم الانفعالي كان مرتبطاً بشكل كبير باحتمال ظهور أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة المزمّنة وشكل ٧٪ من التباين. كما تشير النتائج التي توصلنا إليها إلى أنه يمكن استخدام عدم التنظيم الانفعالي كمنبئ بشدة أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة المزمّن وكهدف علاجي. وبالتالي، فإن تحديد الأفراد الذين يعانون من مستويات عالية من عدم التنظيم الانفعالي في وقت الصدمة وتنفيذ العلاجات المصممة لتحسين التنظيم الانفعالي يمكن أن يساعد في تقليل تطور اضطراب كرب ما بعد الصدمة المزمّن بين هؤلاء الأفراد المعرضين للخطر (Erwin, Mitchell, Contractor, Dranger, Charak & Elhaia, 2018).

في حين هدفت دراسة أخرى إلى استكشاف العلاقة بين جوانب عدم التنظيم الانفعالي، ومشاعر الخزي، وأعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة بين ٤٣ من قدامى المحاربين كمشاركين في برنامج لعلاج اضطراب كرب ما بعد الصدمة. أشارت النتائج إلى أن هناك ارتباطاً بين انخفاض عدم التنظيم الانفعالي والشعور بالخزي وانخفاض في أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة. ومع ذلك، فإن الارتباط بين انخفاض عدم التنظيم الانفعالي واضطراب كرب ما بعد الصدمة كان من خلال تقليل الشعور بالخزي. بشكل عام، تشير هذه النتائج إلى أن المستويات الأعلى من التنظيم الانفعالي قد تؤثر جزئياً على أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة من خلال تقليل الشعور بالخزي (Puhalla, Flynn & Vaught, 2022).

ثانياً: الدراسات التي اهتمت بفحص تحمل الكرب النفسي لدى مرضى اضطراب كرب ما بعد الصدمة :

فحص فوجانوفيتش وزملاؤه (Vujanovic 2011) العلاقة بين تحمل الكرب النفسي وأعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة في المجتمع المعرض للصدمة. حددت نتائج هذه الدراسة وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين شدة أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة وتحمل الكرب النفسي، بالإضافة إلى ذلك، تم الإبلاغ أيضاً عن ارتباطات مهمة بين تحمل الكرب النفسي والشدة المبلغ عنها لكل مجموعة من أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة (إعادة معايشة الحدث الصدمي والتجنب وأعراض فرط الاستثارة). وهدفت الدراسة إلى فحص الارتباطات بين تحمل

الكرب النفسي، أو القدرة المتصورة على تحمل الكرب الانفعالي، وشدة أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة. وتكونت العينة من ١٤٠ مشاركاً مشخصين باضطراب كرب ما بعد الصدمة، بمتوسط عمر ١١,١±٢٥,٩ سنة. توصلت النتائج إلى أن تحمل الكرب النفسي ارتبط عكسياً مع شدة أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة مثل إعادة معايشة الحدث الصدمي والتجنب وسرعة الاستئارة (Vujanovic, Bonn, Miller, Potter Marshall & Zvolensky, 2011).

كما هدفت دراسة أخرى إلى فحص التأثيرات الرئيسية والتفاعلية لتحمل الكرب النفسي وشدة المزاج السلبي فيما يتعلق بشدة أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة. وذلك على عينة تكونت من ١٩٠ مشاركاً ممن تعرضوا لأحداث صدمية، بمتوسط عمر (١١,٤±٢٥,٣) سنة، ظهر تحمل الكرب (أي القدرة المتصورة على تحمل الحالات الانفعالية المؤلمة) ارتباطات متزايدة بشكل كبير مع شدة أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة بشكل عام وبالتحديد أعراض معاودة خبرة الحدث الصدمي والخدر الانفعالي وأعراض فرط الاستئارة. ارتبطت شدة المزاج السلبي (أي الشدة المتصورة للاستجابات الانفعالية السلبية) ارتباطات مرتفعة مع أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة. بالإضافة إلى ذلك، ارتبط التأثير التفاعلي المتزايد لتحمل الكرب النفسي وشدة المزاج السلبي بشكل كبير مع شدة أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة. كما دعمت النتائج الدور المعدل لشدة المزاج السلبي في الارتباط بين تحمل الكرب النفسي وشدة أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة، بحيث ارتبطت المستويات المنخفضة من تحمل الكرب، في سياق المستويات المرتفعة من شدة المزاج السلبي، بأعلى مستويات أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة (Hart, Vujanovic, 2013).

وعلى الرغم من أن الأفراد الذين يعانون من اضطراب كرب ما بعد الصدمة يقرون بعدم تحملهم للكرب النفسي، إلا أن الآليات التي يقوم عليها هذا الأمر غير معروفة. وتفترض النماذج المعرفية لاضطراب كرب ما بعد الصدمة أن تقييمات نقص أو فقد السيطرة تضعف من القدرة على التكيف مع الصدمات. ومن هنا أجريت دراسة لمحاولة فهم ما إذا كان تجنب الكرب الانفعالي قد تأثر بفقد السيطرة والتحكم، وذلك على عينة تكونت من ١٠٤ مشاركاً ممن يعانون من اضطراب كرب ما بعد الصدمة، و١٠٢ مشاركاً كمجموعة ضابطة. وتوصلت النتائج إلى أنه يميل أولئك الذين تعرضوا لانتهاك أكبر لتصوراتهم الأولية للسيطرة إلى أن يكونوا أكثر تجنباً للضغوط الانفعالية، كما كان هناك تفاعلاً كبيراً بين متغيرات الدراسة حيث ارتبط فقد السيطرة وتجنب الكرب النفسي والانفعالات السلبية باستمرار أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة، كذلك وجدت فروق جوهرية بين المجموعتين في شدة تجنب الكرب النفسي والشعور بفقد السيطرة وذلك في اتجاه المجموعة المرضية، حيث تشير هذه البيانات الأولية إلى أن اضطراب كرب ما بعد الصدمة يؤدي إلى تقادم الحساسية لفقد السيطرة، ويبدو أن هذا يؤثر بشكل مباشر على القدرة على الاقتراب من المحفزات المؤلمة (Hancock, 2018).

كما تشير بعض الدراسات إلى وجود علاقة بين الحساسية المرتفعة للقلق، وتحمل الكرب النفسي المنخفض، والقدرة على تحمل الحالات السلبية الداخلية الشخصية، وأعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة. وللتحقق من ذلك، أجريت دراسة على عينة تكونت من ٢٥٠ من قدامى المحاربين، بمتوسط عمر (٤,١٩±٣٠,١٦) سنة. وتم استخدام مقياس تحمل الكرب النفسي، والحساسية للقلق، واختبار بيك للاكتئاب، وقائمة أحداث الحياة، وأشارت النتائج إلى وجود ثلاث مجموعات من المشكلات :

- المجموعة الأولى: الحساسية للقلق مرتفعة مع انخفاض تحمل الكرب النفسي.
- المجموعة الثانية: الحساسية للقلق متوسطة وتحمل الكرب النفسي متوسط.
- المجموعة الثالثة: الحساسية للقلق منخفضة مع ارتفاع تحمل الكرب النفسي.

ارتبطت المجموعة (١) بشدة أعراض اضطرابات كرب ما بعد الصدمة (مثل فرط التيقظ والتجنب)، وذلك مقارنة بالمجموعتين الأخرين. كما دعمت نتائج الدراسة ضرورة وأهمية تضمين التنظيم الانفعالي في علاج حالات اضطراب كرب ما بعد الصدمة (Overstreet, Brown, Berenz, Hawn, Pickett, Danielson & Amstadter, 2018).

ويؤثر كل من تحمل الكرب النفسي والاجترار على تطور اضطراب كرب ما بعد الصدمة واستمراره. ومع ذلك فقد حققت دراسات قليلة في هذه الأبنية في وقت واحد. لذلك هدفت الدراسة الحالية إلى فحص العلاقة بين تحمل الكرب النفسي ومجموعة أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة (الأعراض الاقتحامية، والتجنب، والتغيرات السلبية في الإدراك والمزاج، والتغيرات في مستوى الاستثارة)، وما إذا كان الاجترار يتوسط هذه العلاقة. وذلك على عينة تكونت من ١٠٧ مشاركاً ممن تعرضوا لأحداث صدمية ويبحثون عن خدمات الصحة النفسية في مركز للصحة النفسية المجتمعية. تم استخدام مقياس تحمل الكرب النفسي، ومقياس الاجترار، ومقياس اضطراب كرب ما بعد الصدمة. توصلت نتائج الدراسة إلى ارتباط انخفاض تحمل الكرب النفسي بارتفاع شدة أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة، كذلك توسط الاجترار العلاقة بين تحمل الكرب النفسي وأعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة (Mitchell, Erwin, Contractor, Dranger, Charak & Elhaia, 2018).

إن العلاقة بين تحمل الكرب النفسي واضطراب كرب ما بعد الصدمة علاقة راسخة. ومن ثم فقد هدفت هذه الدراسة إلى تقديم حساب لحجم هذا التأثير عبر الدراسات المتاحة. تضمن البحث مراجعة ٥٦ دراسة ضمت ١٢٦٧٢ مشاركاً بمتوسط عمر (١٢,٠٩±٢٩,٩٦) سنة؛ ٤٤,٩٤٪ إناث) أظهرت النتائج وجود ارتباطات سلبية متسقة بين أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة وتحمل الكرب النفسي، حيث أن انخفاض تحمل الكرب النفسي كان مرتبطاً بارتفاع شدة أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة والعكس صحيح؛ وكان حجم التأثير صغيراً نسبياً من حيث الحجم، بالإضافة إلى ذلك، كانت العلاقة بين تحمل الكرب النفسي وأعراض اضطراب كرب ما بعد

الصدمة أكبر بشكل ملحوظ للدراسات التي فحصت تحمل الكرب المبلغ عنها ذاتياً مقارنة بتلك التي فحصت تحمل الكرب السلوكي. وكان عدد أنواع الأحداث الصدمية التي تم اختبارها (عبء الصدمة) هو الوسيط الأكثر اتساقاً في العلاقة بين تحمل الكرب النفسي وأعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة (Akbari, Hosseini, Seydavi, Zegel, Zvolensky & Vujanovic, 2022).

ثالثاً: الدراسات التي اهتمت بفحص الهم المزمن لدى مرضى اضطراب كرب ما بعد الصدمة:

أجريت دراسة بهدف دراسة التأثير التفاعلي للهم وعدم تحمل الكرب النفسي على أعراض كرب ما بعد الصدمة، وذلك على عينة تكونت من ٨٩ مشاركاً ممن يعانون من اضطراب كرب ما بعد الصدمة، بمتوسط عمر (١٩,١±٢,١) سنة، وقد تم استخدام مقياس عدم تحمل الشك، وقائمة الأحداث الصدمية، ومقياس اضطراب كرب ما بعد الصدمة، ومقياس الهم المزمن. توصلت الدراسة إلى أن هناك ارتباطاً جوهرياً بين الهم وعدم تحمل الشك وأعراض كرب ما بعد الصدمة، كما أشارت النتائج إلى أن التأثير التفاعلي بين الهم وعدم تحمل عدم اليقين يُعد جوهرياً لفهم أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة. كذلك كشف نمط هذا التأثير التفاعلي عن وجود علاقة إيجابية جوهرية بين الهم وأعراض كرب ما بعد الصدمة عند المستويات المرتفعة من عدم تحمل الشك، وأخيراً قد يكون الهم عاملاً جوهرياً للفروق الفردية في تطوير واستمرار أعراض كرب ما بعد الصدمة، خاصة لأولئك الذين لا يتحملون عدم اليقين (Thomas & Kevin, 2013).

كما أجريت دراسة أخرى لمراجعة دور بعض العوامل المعرفية والانفعالية والانتباهية التي تسهم في استمرار نوبة الهم، وفهم مثيرات نوبة الهم، توصلت نتائج الدراسة إلى أن التحيزات في الطريقة الانفعالية "الانفعالات السلبية" التي يخبر بها الفرد هذه النوبة يمكن أن تؤثر على طبيعة المعالجة التي أجريت خلال نوبة الهم. وأن التحيزات المعرفية كذلك تسهم في استمرار الشعور بالهم مثل نمط التفكير "ماذا لو؟"، والمعتقدات الخاطئة حول طبيعة الهم وفوائده "مثل أن الهم يفيد في تشتيت الانتباه عن الكوارث، وأنه يجعل الفرد مستعداً للتعامل مع المشكلات، أو أن استمرار الهم يمكنني من تغطية كل المشكلات المتوقع حدوثها"، كذلك كشفت النتائج عن أن التحيزات الانتباهية تسهم في الهم المفرط والمرضي، حيث تبين أن الأفراد الذين يعانون من الهم المفرط ولا يمكن السيطرة عليه ويركزون على المعلومات ذات الصلة بالتهديد على حساب المعلومات الإيجابية، وقد ارتبط ذلك ببداية الهم واستمراره (Davey & Meeten, 2016).

تعقيب عام على الدراسات:

- لا يوجد دراسة تناولت جميع متغيرات الدراسة في تصميم واحد.
- هناك عدد من الدراسات اهتمت بدراسة كل متغير على حدة، ولكن لا يتضمن عينة الدراسة وجود مجموعة مقارنة للمقارنة بينها وبين مجموعة مرضى اضطراب كرب ما بعد الصدمة.

- هناك ندرة في الدراسات التي قامت بفحص متغير الهم المزمن سواء في فحص الأصحاء أو المرضى.
 - اتفقت الدراسات حول شيوع مشكلات التنظيم الانفعالي وإنخفاض تحمل الكرب النفسي وارتفاع الهم المزمن لدى عينة مرضى اضطراب كرب ما بعد الصدمة.
 - هناك قلة شديدة في الدراسات التي اهتمت بفحص متغيرات الدراسة لدى عينة الأصحاء.
 - هناك ندرة في الدراسات التي اهتمت بالمقارنة بين الأصحاء والمرضى في متغيرات الدراسة.
 - تناولت الدراسات التنظيم الانفعالي بشكل عام، دون الاهتمام بتوضيح جوانبه ومكوناته.
- وفي ضوء ما تم عرضه من الدراسات السابقة، يمكن صياغة فروض الدراسة الحالية على النحو التالي:

توجد فروق جوهرية بين مرضى اضطرابات كرب ما بعد الصدمة والأصحاء في تحمل الكرب النفسي والتنظيم الانفعالي والهم المزمن.

منهج الدراسة :

اتبعت هذه الدراسة المنهج الوصفي الفارقي، وذلك للكشف عن الفروق بين مرضى اضطراب كرب ما بعد الصدمة والأصحاء في تحمل الكرب النفسي والتنظيم الانفعالي والهم المزمن. حيث اقتصر دور الباحثة هنا على وصف المتغيرات، وتفسير العلاقات بينها، ولا تتدخل الباحثة في تقديم المتغيرات وتعديلها، لأنها تتعلق بخصائص الأفراد كالنوع، وغيرها من السمات الشخصية التي يتعذر التدخل فيها، وبالتالي لا تقبل التحكم فيها، كذلك سيتم رصد العلاقات الارتباطية بين متغيرات الدراسة في الوقت الراهن (عبدالفتاح القرشي، ٢٠٠١، ٢٥٦). ويندرج تحت هذا المنهج مجموعة من المكونات نعرض لها على النحو الآتي:

أولاً : التصميم البحثي:

تم استخدام التصميم المستعرض لمجموعة الحالة (مرضى اضطراب كرب ما بعد الصدمة)، في مقابل مجموعة الأصحاء، ويعتمد هذا التصميم على قياسات للخصائص في الوقت الحاضر، باختيار مجموعة تتوافر فيها صفة معينة، وتعتبر مجموعة الحالة (مجموعة مرضى اضطرابات كرب ما بعد الصدمة)، واختيار مجموعة أخرى لا تتوافر فيها الصفة وتعتبر مجموعة المقارنة (مجموعة الأصحاء) ثم المقارنة بين المجموعتين في المتغيرات موضع الدراسة (القرشي، ٢٠٠١، ٢٥٣).

وصف عينات الدراسة :

مجموعة مرضى اضطرابات كرب ما بعد الصدمة:

تم اختيار عينة مقصودة ملائمة من مرضى اضطراب كرب ما بعد الصدمة، من المترددين على مستشفى العباسية عيادة واحة لعلاج الصدمات، وتم تشخيصهم بواسطة الأطباء، وكانت

الحالات ذات طبيعة مزمنة، حيث أن الحدث الصدمي قد مر عليه فترة زمنية تراوحت بين سنتين لأربع سنوات، وتم اختيارهم من حالات قوائم الانتظار، وتعددت الأحداث الصدمية ما بين حالات اغتصاب وحوادث سير والاعتداءات الجنسية والبدنية المتكررة ووفاة أحد المقربين ومشاهدة الحدث الصدمي كمشاهدة انتحار أحد الأخوة ومشاهدة جريمة قتل الوالدين ومشاهدة جثة أحد الأقارب، وخضعت عملية اختيار أفراد العينة لمجموعة من المحكات التشخيصية التي تحدد قبول أو استبعاد أي منهم على النحو التالي:

محكات الاستبعاد :

- وجود اضطرابات عقلية أو عضوية مصاحبة.
- وجود إصابات عضوية في الدماغ بسبب التعرض للحوادث.
- وجود اضطرابات عصبية أخرى مصاحبة كالجذبات، والسكتات الدماغية، والتصلب المتناثر، والخُبسة، وخلوها من تعاطي المخدرات والمواد المخدرة كافة.

مجموعة الأصحاء :

تم اختيار مجموعة من الأصحاء المناظرين لمجموعة المرضى في مجموعة من الخصائص الديموغرافية (كالنوع، والعمر، والمستوى التعليمي، والمستوى الاقتصادي الاجتماعي). وتم اختيارهم بطريقة المضاهاة الثنائية في تلك المتغيرات.

وتكونت عينة المرضى من (٤١) مفردة من مرضى اضطراب كرب ما بعد الصدمة بواقع (٩) من الذكور بمتوسط عمر ٢٦,٧٧ سنة وانحراف معياري ٦,٨٨ سنة، و(٣٢) من الإناث بمتوسط عمر ٢٩,٧١ سنة وانحراف معياري ٨,٣٠ سنة ويقابلها (٤١) مفردة من الأصحاء، بواقع ٩ من الذكور بمتوسط عمر ٢٤,١١ سنة وانحراف معياري ٨,٣٠ سنة، و(٣٢) من الإناث بمتوسط عمر ٢٧,١٥ سنة وانحراف معياري ٨,٦٧ سنة.

جدول (١) التكافؤ بين مجموعتي الدراسة الأساسية في بعض المتغيرات الدخيلة (ن=٨٢)

الفروق	الأصحاء ن = (٤١)		مرضى اضطراب كرب ما بعد الصدمة ن = (٤١)		المجموعات المتغيرات
	الانحراف المعياري	المتوسط	الانحراف المعياري	المتوسط	
العمر	٦,١٩	٣٠,١٤	٨,٧٨	٢٧,٣٣	
عدد سنوات التعليم	١,٤٩٢	١١,٨٨	١,١٦٦	١٢,٧٨	
الذكاء	١,٥٩٤	١٤,٨٢	١,٦٩٨	١٣,٨٦	الفهم اللفظي
المستوى الاجتماعي الاقتصادي	٧,١٥٦	٤٨,٤١	٧,٤٢١	٥٠,٤	
قيم ت	٠,٢٥٥				
مستوي الدلالة	٠,٧٣٦				
	٠,٩٥				
	٠,٧٨٥				

يتضح من الجدول السابق أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين مجموعة مرضى اضطراب كرب ما بعد الصدمة ومجموعة الأصحاء في كل من العمر، وعدد سنوات التعليم والذكاء

(ب) مقياس تجنب المواقف والخبرة الصدمية وعدد بنوده ١٥ بنداً.

(ج) مقياس حدة الاستثارة والتيقظ وعدد بنوده ١٤ بنداً.

(د) مقياس الاضطرابات المرتبطة بالحدث الصدمي وعدد بنوده ٢٣ بنداً.

طريقة التصحيح :

تتدرج الدرجة على بنود الاستخبار من (٥:١) حيث يعطي البديل أبداً (١) ونادراً (٢) وأحياناً (٣) وغالباً (٤) ودائماً (٥). بحيث يكون الحد الأدنى للدرجات = ٦٤، والحد الأقصى = ٣٢٠ درجة.

تقدير الكفاءة السيكومترية لأدوات الدراسة:

يعتبر مفهومي الصدق والثبات أهم الأسس التي يتعين توافرها في أدوات القياس حتى تكون صالحة للاستخدام، والثبات خاصية تتوفر في كل اختبار صادق، بينما الصدق لا يتوافر بالضرورة لكل اختبار ثابت؛ بما يعني أن كل اختبار صادق ثابت، ولكن ليس كل اختبار ثابت صادق بالضرورة (صفوت فرج، ٢٠١٧: ٢٩٥).

ولتقدير الكفاءة القياسية للأدوات، سحبت عينة قوامها ٣٠ فرداً (١٥ حالة مشخصين باضطراب كرب ما بعد الصدمة و١٥ حالة من الأصحاء)، وهي عينة مستقلة عن العينة الأساسية، وتم التطبيق بشكل فردي.

وسنعرض فيما يلي عرضاً تفصيلياً لكيفية حساب معاملات الصدق والثبات لأدوات الدراسة الراهنة :

أولاً : حساب معاملات الصدق لأدوات الدراسة:

يقصد بصدق الاختبار أن الاختبار يقيس ما أعد لقياسه، أي أنه يقيس الظاهرة التي تم تطويره من أجلها، وعلى الرغم من أن كل اختبار يحمل مسمى يشير إلى ما يقيسه، إلا أن هذا المسمى غالباً ما يكون عاماً وغير محدد، كما أنه لا يعد في حد ذاته دليلاً على ما يقيسه الاختبار، إنما يُقبل فقط كأداة تعريفية له؛ نتيجة لهذا يصبح من الضروري التحقق من صدق الاختبار بأساليب منهجية محددة قبل الشروع في الاعتماد على النتائج المستخلصة منه (صفوت فرج، ٢٠١٧: ٢٣٧).

ولقد اعتمدنا في الدراسة الراهنة لحساب صدق الأدوات على طريقة صدق التعلق بمحك خارجي، والذي يطلق عليه الصدق العملي أو الواقعي، وتتم هذه الطريقة من خلال تقييم معامل الارتباط بين الاختبار المعني وبين اختبار آخر ثبت صدقه وكفاءته، وكلما كانت المكونات الفرعية لكلا الاختبارين متجانسة، كان معامل الارتباط مرتفعاً، وكلما كان معامل الارتباط مرتفعاً، كان الصدق مقبولاً (راندا جمال، ٢٠٢٢). ولتقدير معاملات الصدق لأدوات الدراسة الراهنة تمت الاستعانة بالمقاييس التالية كمقاييس محكية :

- قائمة فحص مستوى الضغوط : قام بإعداد هذه القائمة د. جمعه سيد يوسف، وتتكون من (٣٢) بنداً، ويصحح المقياس على متصل رباعي، يبدأ من (١) أبداً و(٢) أحياناً و(٣) غالباً و(٤) دائماً. وقد تم استخدامه كمحك لاستخبار تحمل الكرب النفسي.
- مقياس صعوبات التنظيم الانفعالي : قام بإعداد هذا المقياس عبدالناصر عبدالحليم ونبيل صالح سفيان وعادل سيد عبادي (٢٠١٩)، ويتكون من (١٦) بنداً، ويصحح المقياس على متصل خماسي، يبدأ من (١) أبداً و(٢) نادراً و(٣) أحياناً و(٤) معظم الوقت و(٥) دائماً.
- مقياس اليأس : قام بإعداد هذا المقياس أشرف محمد عبدالحليم (٢٠١٨)، ويتكون من (٢٤) بنداً موزعين على أربعة أبعاد هي: النظرة السلبية للمستقبل والنظرة السلبية للذات والشعور بالدافعية والشعور بالانهزامية، بواقع ٦ بنود لكل بعد، ويصحح المقياس على متصل ثلاثي، يبدأ من (١) نادراً و(٢) أحياناً و(٣) دائماً.

ويعرض جدول (٣) معاملات صدق التعلق بمحك خارجي لأدوات الدراسة لدى ذوي اضطراب كرب ما بعد الصدمة والأصحاء

أصحاء ن = ١٥	مرضي اضطراب كرب ما بعد الصدمة ن = ١٥	معاملات الصدق
		الأدوات
		الدرجة الكلية لمقياس تحمل الكرب النفسي ^(٦)
٠,٨٧١	٠,٩١٣	١- القدرة المتصورة على تحمل الكرب النفسي
٠,٧١	٠,٨٢١	٢- التقييم الشخصي للكرب النفسي.
٠,٧٣	٠,٧٨٣	٣- الجهود المبذولة لتنظيم الانفعال والكرب النفسي.
٠,٧٠	٠,٧٦١	٤- تشتيت الانتباه بسبب الانفعالات السلبية.
٠,٧٠	٠,٨٣٢	٥- تقييم العواقب الناجمة عن الكرب النفسي.
٠,٧٥	٠,٨٤١	٦- مصادر الكرب النفسي.
٠,٦٢٣	٠,٦٣٢	الدرجة الكلية لمقياس التنظيم الانفعالي ^(٧)
٠,٨٥	٠,٩١٢	١- صعوبات الاندماج في السلوكيات الموجهة.
٠,٧٢٠	٠,٧٢١	٢- تقبل الانفعالات.
٠,٦٢٢	٠,٦٤٣	٣- ضبط الاندفاعية.
٠,٧٣٠	٠,٨١٥	٤- الوعي بالانفعالات.
٠,٦٥٠	٠,٧٨٣	٥- التعبير عن الانفعالات.
٠,٦٩٢	٠,٧١٣	٦- أساليب التنظيم الانفعالي.
٠,٧٥٥	٠,٨٣٢	الدرجة الكلية لمقياس الهم المزمن ^(٨)
٠,٧٥٢	٠,٨٧٣	١- شدة الشعور بالهم.
٠,٧٥٠	٠,٨٤٣	٢- موضوعات الهم.
٠,٦٠١	٠,٦٤٢	٣- القدرة على التحكم.
٠,٦٢٢	٠,٦٤١	٤- التقييم الإيجابي للهم.
٠,٧٢١	٠,٧٣٢	٥- التقييم السلبي للهم.
٠,٧٥٠	٠,٧٦١	

- (٦) المحك الخارجي قائمة مستوى الضغوط إعداد د. جمعه سيد يوسف.
- (٧) المحك الخارجي مقياس صعوبات التنظيم الانفعالي إعداد عبدالناصر عبدالحليم ونبيل صالح سفيان وعادل سيد.
- (٨) المحك الخارجي مقياس الشعور باليأس إعداد د. أشرف محمد عبدالحليم.

يتبين لنا من الجدول السابق أن معاملات الصدق للدرجات الكلية والمقاييس الفرعية لكل من اختبار التنظيم الانفعالي واختبار تحمل الكرب النفسي واختبار الهم المزمن، جاءت مرتفعة، وذلك لدى عيني الدراسة من ذوى اضطراب كرب ما بعد الصدمة والأصحاء، مما يشير إلى تمتع أدوات الدراسة بالصدق والموثوقية، ويتيح لنا إمكانية الاعتماد عليها في جمع بيانات الدراسة الأساسية.

ثانياً : حساب معاملات الثبات لأدوات الدراسة:

يقصد بمفهوم ثبات درجات الاختبار؛ مدى خلوها من الأخطاء غير المنتظمة التي تشوب عملية القياس، أي مدى قياس الاختبار للمقدار الحقيقي للسمة التي يهدف لقياسها، والثبات أيضاً يعني التعرف على العلاقة بين الاستجابة الحقيقية للفرد التي ينبغي الوصول إليها وبين استجابة الفرد على المقياس، كما يعني أيضاً الاتساق في النتائج والاستقرار بمعنى حصول الفرد على الدرجة نفسها في كل مرة يتم فيها إجراء الاختبار. وتم استخدام أسلوبين من الأساليب الإحصائية لتقدير ثبات اختبارات الدراسة كالاتي :

- ثبات ألفا كرونباخ: وتعتبر هذه الطريقة من أكثر الطرق شيوعاً لتقدير الثبات في البحوث النفسية، ويعكس معامل ألفا دالة متوسط التباين داخل بنود المقياس، وتباين الدرجة الكلية عليه، وعدد البنود المدرجة فيه، وتستخدم هذه الطريقة لبيان مدى اتساق الاستجابات لجميع البنود (أي الاتساق عبر البنود).

- ثبات القسمة النصفية: في هذه الطريقة يتم تقسيم الاختبار إلى نصفين، ثم حساب معامل الارتباط بينهما، والذي يعبر عن مدى تجانس البنود عبر الاختبار. وعلى الرغم من شيوع تقسيم الاختبار إلى جزئين سواء من المنتصف أو بطريقة تقسيم البنود فردية وزوجية، إلا أنه لا يوجد نظام منهجي يمكننا من خلاله أن نتحيز للطريقة التي يتم بها تقسيم نصفي الاختبار، فالأهم أن نتبع طريقة التجزئة التي تحقق بالفعل انتشاراً عشوائياً فيما يتعلق بالمحتوى الفعلي للبنود (راندا جمال، ٢٠٢٢). وقد تم حساب معاملات الثبات في الدراسة الراهنة بطريقة القسمة النصفية بعد تصحيح الطول باستخدام معادلة جوتمان: وفي هذه المعادلة يؤخذ في الاعتبار احتمال اختلاف تباين النصف الأول للاختبار عن تباين درجات النصف الثاني. وفيما يلي نعرض نتائج حساب معاملات الثبات لاختبارات الدراسة وفقاً لطرق الإحصائية السابقة.

جدول (٤) معاملات الثبات لاستخبارات الدراسة لدى عينة الدراسة الاستطلاعية

أصحاء ن=١٥		مرضى اضطراب كرب ما بعد الصدمة ن=١٥		معاملات الثبات الاستخبارات
القسم الانصفية	ألفا كرونباخ	القسم الانصفية	ألفا كرونباخ	
٠,٧٠٠	٠,٩٠٧	٠,٧٥٨	٠,٨٤١	الدرجة الكلية لاستخبارات تحمل الكرب النفسي
٠,٦٠٠	٠,٦٥٦	٠,٧٢٠	٠,٧٧١	١- القدرة المتصورة.
٠,٦٠٠	٠,٦٠٨	٠,٦٠٠	٠,٨٣٩	٢- التقييم الشخصي.
٠,٦١٥	٠,٦٢٦	٠,٧٢٥	٠,٧٥٧	٣- الجهود المبذولة.
٠,٦٢٨	٠,٦٠٩	٠,٦٠١	٠,٦٢١	٤- تشتيت الانتباه.
٠,٨٩٢	٠,٨٤٢	٠,٧٢٠	٠,٧٨٦	٥- تقييم العواقب.
٠,٨١٣	٠,٨٠٥	٠,٧١٩	٠,٧٦٧	٦- مصادر الكرب.
٠,٨٢٧	٠,٩١٣	٠,٧٨٠	٠,٩٠٢	الدرجة الكلية لاستخبارات التنظيم الانفعالي
٠,٧١٢	٠,٧٩١	٠,٦١٧	٠,٧٠٨	١- صعوبات الاندماج.
٠,٧٣٥	٠,٧٧٠	٠,٧٠٢	٠,٧٠٠	٢- تقبل الانفعالات.
٠,٧٥٩	٠,٧٩١	٠,٧٠٠	٠,٧١٦	٣- ضبط الاندفاعية.
٠,٧٠٠	٠,٦٨٠	٠,٧٧٢	٠,٧٠٠	٤- الوعي بالانفعالات.
٠,٦٠٠	٠,٦٣٩	٠,٦٢١	٠,٦٨٨	٥- التعبير عن الانفعالات.
٠,٦٧٦	٠,٦٠٠	٠,٧٠٥	٠,٧٩٧	٦- أساليب التنظيم الانفعالي.
٠,٨٧٦	٠,٩٤٢	٠,٦٠٠	٠,٧١٥	الدرجة الكلية لاستخبارات الهم المزمّن
٠,٨٧٢	٠,٩١٦	٠,٩١٩	٠,٩٢٦	١- شدة الشعور بالهم.
٠,٨٤٤	٠,٩٠٨	٠,٨٣٦	٠,٨٧٧	٢- موضوعات الهم.
٠,٧١٠	٠,٧٥٤	٠,٧١١	٠,٧٧٥	٣- القدرة على التحكم.
٠,٩٠٣	٠,٩٢٩	٠,٦٣٣	٠,٨٠٠	٤- التقييم الإيجابي للهم.
٠,٧١٦	٠,٨٣٣	٠,٧٦١	٠,٧٤٥	٥- التقييم السلبي للهم.

يتضح من نتائج الجدول السابق (٤) أن معاملات الثبات الخاصة باستخبارات الدراسة ومقاييسها الفرعية تراوحت ما بين الجيد والمرتفع، وذلك لدى مجموعتي الدراسة من ذوى اضطراب كرب ما بعد الصدمة والأصحاء، الأمر الذي يعكس دقة الاستخبارات في قياس النتائج الفعلية التي تعكس الأداء الحقيقي لأفراد العينة، بما يؤكد مع معاملات الصدق أن الاختبارات ذات كفاءة قياسية، ومن ثم يتيح لنا إمكانية الاعتماد عليها في جمع بيانات الدراسة الأساسية.

رابعاً : موقف التطبيق وإجراءاته:

تضمنت إجراءات تطبيق البطارية الخاصة بالدراسة الحالية مجموعة من الخطوات :

أولاً: تم الحصول على الموافقات والتصاريح اللازمة من الأمانة العامة للتطبيق بعيادة واحة للصدّات النفسية بمستشفى العباسية للصحة النفسية وذلك بتاريخ سبتمبر ٢٠٢٠، وتراوحت فترة

التطبيق على العينة الاستطلاعية ما بين يناير ٢٠٢٠ ويونيه ٢٠٢٠ (لمدة ٦ شهور)، أما التطبيق على العينة الأساسية بدأ في يناير ٢٠٢١ وحتى ديسمبر ٢٠٢١.

ثانياً: تم التطبيق في عيادة واحدة للصدّات يوم الخميس من كل أسبوع من الساعة التاسعة حتى الساعة الواحدة ظهراً، وتمثلت ظروف التطبيق في قيام الباحثة بالجلوس مع المريض وذلك بعد موافقة أطباء العيادة وتشخيصه، في البداية نقدم للمريض نموذج مكتوب للموافقة على التطبيق ضمن متطلبات رسالة الدكتوراه، ثم بعد ذلك يتم تطبيق اختبار الفهم من مقياس وكسلر لذكاء الراشدين، وذلك لقياس مدى فهم المريض للتعليمات والبنود، ومن كان يحصل على ٧ درجات موزونة فأكثر يتم تضمينه في أفراد العينة، وتبدأ معه الباحثة إجراءات التطبيق والتي تمثلت في الآتي:

- ١ - تم تهيئة السياق المناسب للتطبيق وذلك في إحدى الغرف الخاصة بالأطباء بالعيادة، وتم التطبيق بشكل فردي.
- ٢ - تم توضيح التعليمات الخاصة بكل اختبار والتأكد من فهم المشاركين لها وأنهم يستطيعون قراءة البنود.

٣ - تم توضيح كيفية الإجابة على الاستخبارات وتوضيح بدائل الاستجابة.

٤ - استغرقت الإجابة على بنود بطارية الأدوات من ٤٥ دقيقة إلى ساعة كاملة.

- ٥ - كانت هناك بعض الصعوبات التي واجهت الباحثة أثناء التطبيق منها عدم حضور الحالات نظراً لأنهم ما زالوا على قوائم الانتظار ولم يتم تضمينهم بعد في العلاج داخل العيادة. وعدم مطابقة بعض الحالات لمحكات اختيار العينة الخاصة بالدراسة الراهنة ولذلك يتم استبعادهم.

خامساً : أساليب التحليل الإحصائي:

تم استخدام عدد من الأساليب الإحصائية الملائمة للتحقق من أسئلة الدراسة وفروضها، ومن بينها ما يلي:

١ - الإحصاءات الوصفية (المتوسطات والانحرافات المعيارية).

٢ - اختبار (ت) للفروق بين متوسطات المجموعات المستقلة.

نتائج الدراسة ومناقشتها:

توجد فروق جوهرية بين مرضي اضطرابات كرب ما بعد الصدمة والأصحاء في متغيرات الدراسة الراهنة.

جدول (٥) المتوسطات والانحرافات المعيارية لمتغيرات الدراسة لدى كل مرضي اضطرابات كرب ما بعد الصدمة والأصحاء (ن=٨٢)

الدالة	قيمة ت	أصحاء (ن=٤١)		مرضى اضطراب كرب ما بعد الصدمة (ن=٤١)		المتغيرات
		الانحرافات المعيارية	المتوسطات	الانحرافات المعيارية	المتوسطات	
استخبار التنظيم الانفعالي						
	١٥,٢١٦	٣,٣٥	٢٢,٦٨	٣,٧٨	١٠,٦٥	صعوبات الاندماج
	١٤,٩٢٨	٤,٦٠	٣٧,٠٢	٤,٨٨	٢١,٣٦	تقبل الانفعالات
	٢٦,٧٣٢	٨,٠٢	٨٣,١٢	٦,٧١	٣٩,٤١	ضبط الاندفاعية
	٩,٢٣٣	٤,٨٨	٣٧,٨٥	٥,٤٣	٢٧,٣١	الوعي بالانفعالات
	١٥,٦٨١	٣,٦٥	٢٧,٨٢	٣,٤٩	١٥,٤٣	التعبير عن الانفعالات
	١٣,٦١٨	٥,٠٠	٤٨,٥٨	٧,٥٧	٢٩,٢٦	أساليب التنظيم
	٢١,٦٤٢	٢٣,٧٥	٢٦٠,٩٥	٢٥,٥٠	١٤٤,١٢	الدرجة الكلية للتنظيم الانفعالي
استخبار تحمّل الكرب النفسي						
	٢٣,٧٤٧	٣,٨٥	٤٥,٣٦	٥,٣٥	٢٠,٨٧	القدرة المتصورة لتحمل الكرب
	٢٢,٥٥٢	٧,٠٦	٨٧,١٢	١١,١٥	٤٠,٦٠	التقييم الشخصي للكرب
	١٦,٤٧٩	٣,٥٠	٢٩,٦٣	٤,٩٨	١٣,٩٥	الجهود المبذولة
	١٢,٩١٩	٢,٩٤	٢٥,٦٨	٨,٦٦	٧,٢١	تشبّت الانتباه للانفعال السلبي
	٢٧,٠٧٤	٦,٤٠	٥١,٦٨	٥,١٦	١٦,٩٠	العواقب الوخيمة للكرب النفسي.
	٢٨,٤٧٢	٥,٠٢	٣٦,٤٦	٣,١٦	١٠,٠٧	مصادر الكرب النفسي
	٢٧,٩٥٥	٢٣,٤٨	٢٧٥,٩٥	٢٩,٩٩	١٠٩,٦٣	الدرجة الكلية لتحمل الكرب النفسي
استخبار الهم المزمن						
	٢٥,٣٢٨	٦,٠٤	١٧,٠٠	٦,٨٢	٥٣,٠٧	شدة الشعور بالهم
	٢٠,٢٠٢	٨,٠١	٢٣,٩٥	٦,٣٢	٥٦,١٧	موضوعات الهم
	١٩,٢٣٧	٣,١٤	٨,٦٨	٢,٩٠	٢١,٥٦	التحكم بالهم
	٥,٣٥٤	٨,٠١	٢٠,٠٢	١١,٤٨	٣١,٧٣	التقييم الإيجابي للهم
	١٥,١٦٣	٤,٢٣	٢٤,١٩	٣,٧٢	١٠,٨٢	التقييم السلبي للهم
	١٧,٩٨٦	٢١,٦٨	٩٣,٨٥	١٨,٤١	١٧٣,٣٦	الدرجة الكلية للشعور بالهم

ومما سبق تبين وجود فروق دالة إحصائية بين مجموعتي الدراسة كما تبين ما يلي:

- توجد فروق دالة إحصائية بين كل من عينة المرضى وعينة الأصحاء في كل من صعوبات الاندماج، وتقبل الانفعالات، وضبط الاندفاعية، والوعي بالانفعالات، والتعبير عن الانفعالات، وأساليب التنظيم، والدرجة الكلية للتنظيم الانفعالي في اتجاه عينة الأصحاء.
- توجد فروق دالة إحصائية بين كل من عينة المرضى وعينة الأصحاء في كل من القدرة المتصورة لتحمل الكرب، والتقييم الشخصي للكرب، والجهود المبذولة لتحمل الكرب، وتشبّت الانتباه للانفعال السلبي، والعواقب الوخيمة للكرب النفسي، ومصادر الكرب النفسي، والدرجة الكلية لتحمل الكرب النفسي في اتجاه عينة الأصحاء.

- توجد فروق دالة إحصائيًا بين كل من عينة المرضى وعينة الأصحاء في كل من شدة الشعور بالهم، وموضوعات الهم، والتحكم بالهم، والتقييم الإيجابي للهم، والتقييم السلبي للهم، والدرجة الكلية للشعور بالهم في اتجاه عينة المرضى، بينما كان التقييم السلبي للهم في اتجاه عينة الأصحاء.
- توجد فروق دالة إحصائيًا بين كل من عينة الأصحاء، والمرضى في التجنب المعرفي في اتجاه عينة المرضى.
- أي أن مرضى اضطراب كرب ما بعد الصدمة يعانون من ضعف جوهري في مهارات التنظيم الانفعالي وذلك مقارنة بالأصحاء، حيث أنهم يجدون صعوبة في تقبل الانفعالات وضبط الاندفاعية بسبب تلك الانفعالات، كما أنهم يعانون من ضعف الوعي بالانفعالات ووضوحها، كذلك يعانون من ضعف القدرة على التعبير عن الانفعالات ويلجأون لاستخدام أساليب غير تكيفية للتنظيم الانفعالي.
- كما أن مرضى اضطراب كرب ما بعد الصدمة يعانون درجة شديدة من الهم المزمن، حيث أنهم يعانون من شدة الشعور بالهم، كذلك تتعدد مصادر الهم المزمن لديهم، ويمتلكون مجموعة من التقييمات الإيجابية حول الهم، كما أنهم يعانون من عدم القدرة على التحكم فيه.
- ويعاني مرضى اضطراب كرب ما بعد الصدمة من ضعف مهارات تحمل الكرب النفسي وذلك مقارنة بالأصحاء، حيث أنهم يمتلكون مجموعة من الأفكار السلبية حول قدرتهم على تحمل الكرب النفسي، وتتعدد لديهم مصادر الكرب النفسي، كما أنهم يعانون من عديد من العواقب الوخيمة للكرب النفسي كالأرق والقلق المزمن وتشتيت الانتباه، ولكنهم لا يبذلون جهوداً كثيرة لمحاولة تنظيم الانفعال والكرب النفسي، وذلك لأنهم يمتلكون مجموعة من التقييمات الشخصية حول الكرب النفسي على سبيل المثال، فهم يرون أن ما مروا به هو أسوأ ما يمكن أن يحدث لشخص، كما أنهم يروا أنهم لم ولن يستطيعوا تحمل هذا الكرب النفسي.

مناقشة النتائج :

ينص فرض الدراسة على أنه توجد فروق جوهرية بين مرضى اضطرابات كرب ما بعد الصدمة والأصحاء في متغيرات الدراسة الراهنة. وهي تحمل الكرب النفسي والتنظيم الانفعالي والهم المزمن.

تبين من نتائج البحث تحقق صحة هذا الفرض، حيث توصلت نتائج الدراسة إلى وجود فروق جوهرية بين المرضى والأصحاء في متغير تحمل الكرب النفسي والتنظيم الانفعالي والتجنب المعرفي والهم المزمن.

أكدت الأبحاث أن الأحداث الصدمية تتسبب في إحداث أقدار من الكرب النفسي والضيق والهم والغم، والتي تختلف من فرد لآخر، حيث إن أحد محكات التشخيص تتمثل في أن يؤدي

الاضطراب إلى كرب جوهري. كما تتفق هذه النتيجة مع المنظور الذي يرى أن اضطراب كرب ما بعد الصدمة هو فشل في التنظيم الانفعالي ويتضمن أشكالاً من التفكير السلبي كالاكتئاب والهم، وأن المرضى يستخدمون الهم كآلية للسيطرة على التهديد المتصور وتخفيف القلق فهو شكل من أشكال التجنب، والذي يمنع بدوره حدوث المعالجة وبالتالي فشل التنظيم الانفعالي.

وتتفق هذه النتيجة مع ما أكدته الأبحاث، حيث توصلت النتائج إلى أن اضطراب كرب ما بعد الصدمة يحدث خلافاً في تنظيم الأفراد لانفعالاتهم، وبالتالي يجدون صعوبة في تحمل الانفعالات السلبية ومنها الكرب النفسي، وأن هذه العوامل كخلل التنظيم الانفعالي وضعف تحمل الكرب النفسي وزيادة الشعور بالهم، واستخدام آليات معرفية مختلفة كالتجنب سواء للهاديات الداخلية أو الخارجية تسهم في شدة أعراض الاضطراب واستمرارها.

كما أثبتت الدراسات أن حدثاً صدمياً واحداً يكفي لتغيير أساليب وطرق التنظيم الانفعالي المختلفة التي يستخدمها الأفراد لإدارة انفعالاتهم، ومن الممكن أن يكون هذا التغيير سلبياً وغير ملائم، بحيث يعكس خلافاً في التنظيم الانفعالي، وأن هناك عاملاً آخر يسهم في استمرار شدة أعراض كرب ما بعد الصدمة، وهو عدم القدرة على تحمل الكرب النفسي الناجم عن اضطراب كرب ما بعد الصدمة.

وبالنسبة لمتغير التنظيم الانفعالي، يمكن الحكم على الانفعال في ضوء عدة خصائص، حيث أن مرضى اضطراب كرب ما بعد الصدمة تتسم فيه الأراجاع الانفعالية لديهم بأنها قصيرة ولكنهم يستغرقون وقتاً طويلاً للعودة إلى حالتهم الأولى، كذلك يتسمون بالتقلبات المزاجية، كما يتسمون بسرعة الاستثارة، إلا أن نوع الانفعال لديهم يتفق مع السياق الذي يحدث فيه.

ونتيجة لغياب الآليات الفعالة التكيفية للتنظيم الانفعالي، فإن الفرد يلجأ لاستخدام أساليب غير تكيفية في شكل الاجترار والتجنب والشعور بالهم، ويستمر مرضى اضطراب كرب ما بعد الصدمة في الشعور بالهم، حيث أنه لا يساعدهم فقط على توقع الأحداث السلبية المحتملة وتجنبها، بل يساعدهم أيضاً في الاستعداد لأسوأ المشكلات التي سيواجهونها كما يمكن الفرد من تجنب خبرة الخوف من الانفعالات المؤلمة. ويتسم مرضى اضطراب كرب ما بعد الصدمة بالتجنب الذي يتمثل في المحاولات المتعمدة التي يقوم بها الفرد ليبقي الذكريات حول الحدث الصدمي بعيداً عن ذهنه من خلال التجنب النشط لأي هاديات أو منبهات تثير الحدث الصدمي، والذي يظهر في واحد أو أكثر من الأشكال الآتية:

- التجنب أو بذل الجهود الكبيرة لمحاولة تجنب الذكريات والأفكار أو المشاعر المرتبطة بالحدث الصدمي بإحكام.

- التجنب أو بذل الجهود الكبيرة لمحاولة تجنب المنبهات الخارجية والتي تذكر الفرد بالحدث الصدمي "الأفراد، والأماكن، والمواقف، والأشياء"، والتي تثير ذكريات الكرب النفسي.

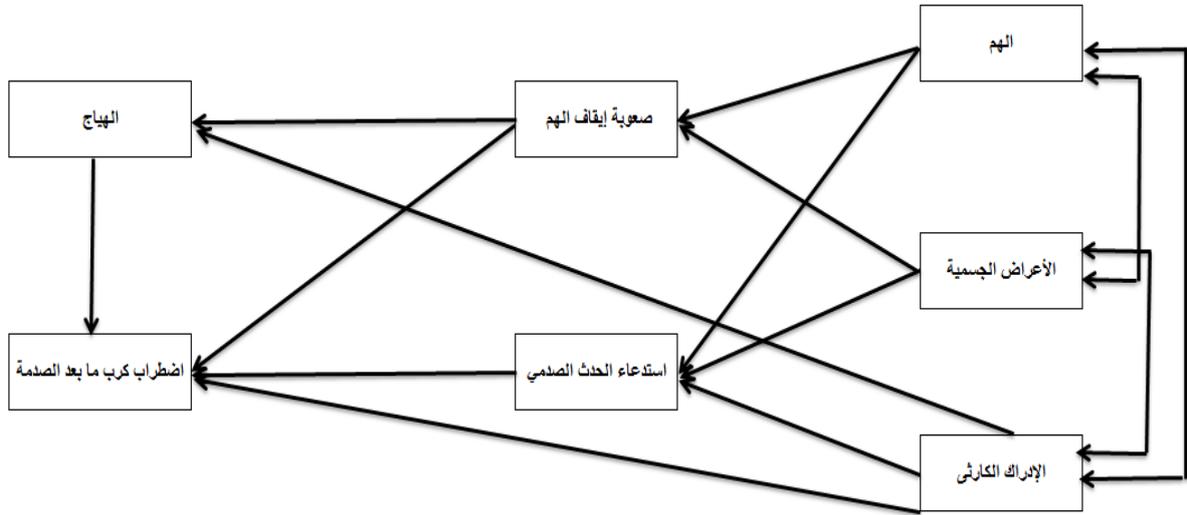
ويرتبط اضطراب كرب ما بعد الصدمة، بحكم طبيعته، بالمرور بتجارب انفعالية سلبية متكررة ومكثفة وتفاعلية. قد يكون تنظيم مثل هذه التجارب الانفعالية أكثر صعوبة، وتؤدي إلى الاعتماد المفرط على خطط التنظيم الانفعالي التي تعتبر بشكل عام غير قادرة على التكيف (على سبيل المثال، التجنب الانفعالي). دعماً لهذه الفكرة، يرتبط اضطراب كرب ما بعد الصدمة بالتجنب الانفعالي وتحمل منخفض للكرب النفسي، وانخفاض الوضوح الانفعالي، وصعوبات الانخراط في السلوكيات الموجهة نحو الهدف عند الشعور بالكرب النفسي، وصعوبات التحكم في السلوكيات الاندفاعية، وعدم الوصول إلى خطط التنظيم الانفعالي الفعالة، وعدم قبول الانفعالات (Tull, Berghoff, Wheelless, Cohen & Gratz, 2018).

وترى الباحثة أنه في كثير من الأحيان، يقر الأفراد المصابون باضطراب كرب ما بعد الصدمة وجود أنواع مختلفة من المشكلات الانفعالية، أولاً: عند تذكر الحدث الصدمي حيث يظهرون أرجاعاً انفعالية سلبية مثل الحزن أو الخزي أو الذنب أو الغضب. ثانياً: يظهرون عديداً من المشكلات الآتية مثل الكبت (تثبيط التعبير عن الاستجابات الانفعالية، والتجنب التجريبي أي محاولة قمع التجارب الداخلية غير المرغوب فيها مثل الانفعالات والأفكار والذكريات والاحساسات الجسمية وعمه المشاعر، ثالثاً: يعاني مرضى اضطراب كرب ما بعد الصدمة من الخدر الانفعالي (Munoz-Rivas, Bellot, Montorio, Ronzon-Tirado & Redondo, 2021).

ويتعلق التنظيم الانفعالي بالقدرة على التعديل والتحكم المرن في التجربة الذاتية والتعبير عن الانفعالات، والحد من الاستثارة الانفعالية، ويكون لدى مرضى اضطراب كرب ما بعد الصدمة ضعف في المراقبة والتحكم الذاتي، بالإضافة إلى القدرة على التمييز وإنخفاض الوعي والتعبير عن الانفعالات، والتي يتم الكشف عنها من خلال الأعراض المختلفة لخلل التنظيم الانفعالي (Stubberud, Lovstad, Marianne, Solbakk, Schanke & Tornas, 2020).

ويرى الباحثون أن صعوبات التنظيم الانفعالي يعد أحد التفسيرات المحتملة وراء استمرار أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة، ومع ذلك فإن معظم الدراسات لم تقسم صعوبات التنظيم الانفعالي إلى جوانبها المتميزة. كما حاول عديد من الدراسات تفسير الارتباط بين اضطراب كرب ما بعد الصدمة وصعوبات التنظيم الانفعالي، وأوضح الباحثون أن الاجترار هو الذي يكمن وراء هذا الارتباط، ويصور الاجترار على أنه عملية تفكير مثابر حول انفعالات الفرد ومشكلاته من أجل فهم ظروف المرء وحلها وإيجاد معنى لها بشكل أفضل، ويرى الباحثون أن الاجترار يشل حركة الفرد ويؤدي إلى تقادم الأعراض من خلال تعزيز التفكير السلبي. ويقترح بعض الباحثين أن الاجترار قد يكون بمثابة عملية غير تكيفية يحاول من خلالها الأفراد المعرضون للصدمة التوفيق بين الضغوط المرتبطة بصعوبات التنظيم الانفعالي، والتي بدورها تعمل على استمرار اضطراب كرب ما بعد الصدمة، كما ارتبط الاجترار بانخفاض الذكاء الوجداني (Pugach, Campbell & Wisco, 2020).

وفيما يتعلق بالفروق بين مرضى اضطراب كرب ما بعد الصدمة والأصحاء فنجد أن الهم لدى الأصحاء مازال من النوع الحسن كشكل من أشكال التفكير في كيفية التعامل مع التحديات والأحداث المستقبلية. إلا أنه لدى مرضى اضطراب كرب ما بعد الصدمة أصبح نشاطاً مرضياً مزمناً يومياً واسع النطاق ويمثل مصدراً للتعطيل ولا يمكن السيطرة عليه، ولا يوجه فقط لقضايا الحياة الرئيسية، ولكن أيضاً للعديد من المنغصات اليومية التي لا تمثل تهديداً، كما أن مرضى اضطراب كرب ما بعد الصدمة لا يستطيعون إيقاف الهم. باختصار، يبدو أن الهم في هذا الوقت هو سمة للعديد من الاضطرابات، لاسيما اضطرابات المزاج والقلق. ويُعد الهم سمة من سمات اضطرابات كرب ما بعد الصدمة، وقد تم تصويره كعامل يسهم في تطوير واستمرار أعراض الاضطراب. وقد اقترح إيلرز وستيل (Ehlers and Steil, 1995) أن التفسيرات السلبية لمعنى الذكريات المستمرة حول الصدمة الماضية (على سبيل المثال، كدليل على أن الفرد قد يكون قد تضرر بشكل لا يمكن إصلاحه من الصدمة) ينتج عنه "توقع الأحداث السلبية المستقبلية"، وكذلك الاجترار حول الحدث الصدمي الماضي. وفي دراسة طولية مستقبلية للأطفال الذين تعرضوا لصدمات، وجد إيلرز ومايو وبرينت (Ehlers, Mayou & Bryant, 2003) أن الاجترار والهم حول الحدث كان، من بين عوامل أخرى، مؤشراً لشدة الأعراض اللاحقة. كما ارتبط انخفاض استخدام الهم كاستجابة للذكريات المؤلمة بانخفاض أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة (Purdon & Harrington, 2006: 44) والشكل الآتي يوضح الهم لدى مرضى اضطراب كرب ما بعد الصدمة.



شكل يوضح طبيعة الهم لدى مرضى اضطراب كرب ما بعد الصدمة.

أما فيما يتعلق بموضوع الهم لدى مرضى اضطراب كرب ما بعد الصدمة، فهو تهديد الذكريات والقلق بشأن الأحداث الصدمية المحتملة في المستقبل. كما أن دائرة الهم لديهم يغذيها معتقدات التقييم الإيجابي للهم، حيث أنهم يرون أن الهم يحميهم من وقوع الأحداث الكارثية ويخفف

من معاناتهم، ويجعلهم يفكرون بطريقة لن يصلوا إليها بدونها، وأنه يمكنهم من الاستعداد لمواجهة المشكلات، ويخفف من وطأة الإحساسات الجسمية والانفعالية المؤلمة، كما أنه يساعدهم في تجنب الكرب النفسي.

ومن خلال جلسات الفحص تبين معاناة مرضى اضطراب كرب ما بعد الصدمة من الهم المزمّن بدرجة شديدة، حيث تبين أنهم يميلون للشعور بالهم بشأن الأشياء، بل ويشعرون بالتورط في همومهم، ويصفون أنفسهم على أنهم مرضى بالهم المزمّن، فهمومهم أكثر من الطبيعي، وتزايد ولا تتوقف، وملازمة لهم معظم الوقت حتى كادت أن تصبح جزءًا منهم لا يستطيعون التخلص منه، كما أنهم يرون أن الحياة سلسلة من الأحداث والمواقف المزعجة المثيرة للهموم مما يجعلهم يشعرون أنهم سيصابوا بالجنون. وهناك فروق جوهريّة في المعاناة من الهم المزمّن بين الأصحاء والمرضى، حيث يتسم المرضى بأن همومهم ذات طبيعة مزمنة وذات درجة عالية من الشدة، وتؤدي إلى تعطيل حياتهم وما فيها من أدوار.

وقد تعددت الموضوعات التي تثير الشعور بالهم لدى مجموعة اضطراب كرب ما بعد الصدمة ومنها مواجهة الضغوط، كما أنهم يشعرون بالهم في حالات عديدة منها عندما يفكرون أنهم لا يمكنهم أن يتحكموا في أفكارهم، أو بمجرد إنهاء مهمة محددة والتفكير في البدء في مهمة جديدة، أو عندما تراودهم أفكار تدور حول "ماذا لو تعرضت لشيء كارثي في المستقبل، لم أتعافى من صدماتي السابقة، لم تتوقف الصور والأفكار المزعجة عن مطاردتي". وفي المقابل نجد أن الموضوعات التي تثير الهم لدى الأصحاء قليلة، وتختلف في طبيعتها عن تلك التي يعاني منها المرضى.

وفيما يتعلق بالقدرة على التحكم في الهم المزمّن، فعلى الرغم من أن أفراد عينة المرضى كانوا يقرّون بأنفسهم بأنه في بعض الأوقات لا داعي للشعور بالهم إلا أنهم يعجزون عن وقف ذلك، وأنهم بمجرد أن يبدأوا في الشعور بالهم لا يستطيعون التوقف، ويقف خلف ذلك مجموعة من الأفكار الآلية المتمثلة في أنه لن يستطيع الفرد مواصلة يومه دون الانشغال بالغد، لا بد من التخطيط الكامل والمتمر لكل تفاصيل المستقبل حتى أشعر بالأمان. وفي المقابل نجد أن الأصحاء يقرّون بأنهم يستطيعون التحكم في الهم، كما أنهم يقضون وقتاً أقل في الانشغال بالهم.

كما وجدت الباحثة فيما يتعلق بتقييم الأفراد للهم المزمّن، أن كلا من مرضى اضطراب كرب ما بعد والأصحاء اختلفوا في تقييمهم للهم المزمّن، بالنسبة للمرضى فقد امتلكوا مجموعة من التقييمات الإيجابية للهم المزمّن، والتي تدعم وتغذي الهم المزمّن، حيث أنهم يعتبرونها كمجموعة من المكاسب إلى يحققونها عند تمسكهم بالهم المزمّن مثل أنه يحميهم من المرور بانفعالات أكثر حدة، ويجعلهم أقل انزعاجاً عند وقوع المشكلات الفعلية، كما يمكنهم من الاستعداد للمشكلات وحلها، ويحسن أداءهم وأن الشعور بالهم سمة شخصية إيجابية، وأن الفرد الذي ينشغل بالهم هو

شخص حكيم، وإذا لم ينشغل الفرد بالهموم سيصبح أكثر عرضه للكوارث. أما مجموعة الأصحاء فيمتلكون مجموعة من التقييمات السلبية للهم المزمن، تُعد بمثابة الخسائر أو العواقب الناجمة عن الهم المزمن، وتمثلت في أن الشعور بالهم يجعلهم يعانون من صعوبات في النوم والأرق، ويجعلهم مشوشين التفكير وأقل تركيزاً، كما يجعلهم يفقدون كثيراً من الفرص، ويمنعهم من التفكير بشكل صحيح ويشوه المشكلات التي يواجهونها وبالتالي لا يمكن حلها.

وبالنسبة لتحمل الكرب النفسي فإن العلاقة بينه وبين اضطراب كرب ما بعد الصدمة أصبحت راسخة. لذلك هدفت هذه الدراسة إلى تقديم حساب لحجم هذا التأثير عبر الدراسات المتاحة. قامت الدراسة بمراجعة ٥٦ دراسة تضمنت ١٢٦٧٢ مشاركاً بمتوسط عمري (١٢±٢٩,٩٦) سنة، أظهرت النتائج ارتباطات سلبية متسقة بين أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة وتحمل الكرب النفسي، أي أن انخفاض تحمل الكرب النفسي كان مرتبطاً بارتفاع شدة أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة والعكس صحيح؛ كما كان حجم التأثير صغيراً نسبياً من حيث الحجم، وكان عدد أنواع الأحداث الصدمية التي تم اختبارها (عبء الصدمة) هو الوسيط الأكثر اتساقاً في العلاقة بين تحمل الكرب النفسي واضطراب كرب ما بعد الصدمة (Akbari, Hosseini, Seydavi, Zegel, Zvolensky, 2022).

كما أجرى بون ميللر وزملاؤه (Bonn-Miller, Potter, Marshall & Zvolensky, 2011) دراسة هدفت إلى فحص العلاقة بين تحمل الكرب النفسي وأعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة، وذلك على عينة تكونت من ١٤٠ مشاركاً، بمتوسط عمر (١١±٢٥,٩) سنة، تم استخدام المقابلة التشخيصية الإكلينيكية، ومقياس تحمل الكرب النفسي، ومقياس اضطراب كرب ما بعد الصدمة، وكانت الأحداث الصدمية تتمثل في التعرض لحادث سير أو حريق أو كارثة طبيعية أو حروب أو اعتداء جنسي من قبل أحد أفراد الأسرة. توصلت نتائج الدراسة إلى أن هناك ارتباطاً جوهرياً بين تحمل الكرب النفسي وأعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة، حيث توصلت الدراسة إلى أن انخفاض تحمل الكرب النفسي ارتبط بشدة أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة "إعادة معايشة الحدث، وأعراض اليقظة المفرطة، والتجنب"، وأن مرضى اضطراب كرب ما بعد الصدمة يعانون من ضعف في قدرتهم على تحمل الحالات الانفعالية السلبية. كما أوضحت الدراسة أن هناك عديد من الاحتمالات أو الآليات الكامنة وراء ارتباط تحمل الكرب النفسي باضطراب كرب ما بعد الصدمة.

أولاً: من المرجح أن تتغير مستويات تحمل الكرب "تزيد أو تنقص" كدالة للتعرض للأحداث الصدمية.

ثانياً: قد تؤدي شدة أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة إلى انخفاض تحمل الكرب النفسي بمرور الوقت.

ثالثاً: قد تؤدي المستويات المنخفضة من تحمل الكرب النفسي قبل التعرض للحدث الصدمي إلى جعل الفرد مهياً أو أكثر استهدافاً وعرضة للخطر بعد الحدث الصدمي.

رابعاً: قد يرتبط تحمل الكرب ومستوى أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة بعمليات الاستهداف الانفعالي.

خامساً: أحد الاحتمالات هو أن الأفراد الذين لديهم مستويات أقل من تحمل الكرب النفسي لديهم معتقدات حول أنفسهم بأنهم غير مؤهلين للتعامل مع الكرب الانفعالي، وهذه المعتقدات تعوق قدرتهم على تنظيم أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة، مما يؤدي إلى شدة أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة.

وأخيراً: من الممكن أن العوامل أو الآليات الوسيطة (على سبيل المثال أسلوب المواجهة) قد تكون مسؤولة عن الارتباط بين تحمل الكرب النفسي وأعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة.

إن الأفراد الذين يصنفون أنفسهم على أنهم يعانون من انخفاض أو عدم تحمل الكرب النفسي الشديد يعتبرون عموماً أن تجربة الكرب لا تطاق ويرون أنفسهم على أنهم غير قادرين على التعامل معها. ويشعرون بأن الانفعالات السلبية تجعلهم يشعرون بالإرهاك.

ونظراً لأن إحدى خصائص تحمل الكرب النفسي المنخفض هي الرغبة في تخفيف الكرب، فمن المرجح أن ينخرط الأفراد الذين يعانون من انخفاض تحمل الكرب النفسي في سلوكيات الهروب أو التجنب، والتي تتم غالباً بشكل اندفاعي، كمحاولة لكبت أو تخفيف الانفعالات غير المرغوب فيها (على سبيل المثال، ارتبط انخفاض تحمل الكرب النفسي بسلوكيات الأكل المفرط وسلوكيات الوسواس القهري وتدخين السجائر) (Berman, 2020).

وترى الباحثة فيما يتعلق بالفروق بين مرضى اضطراب كرب ما بعد الصدمة والأصحاء في متغير تحمل الكرب النفسي، فإن تعريف اضطراب كرب ما بعد الصدمة يتضمن أن الأفراد الذين يعانون من هذا الاضطراب يواجهون صعوبات في تحمل الكرب النفسي الناجم عن هاديات الصدمة، وهي سمة يمكن أن تكون مرتبطة بأعراض سلبية أخرى بما في ذلك فرط التيقظ والغضب، كما أنهم يتسمون بضعف القدرة على إدارة التجارب المشحونة انفعالياً.

ويُنظر إلى تحمل الكرب النفسي باعتباره القدرة المتصورة والفعلية على تحمل التعرض للخبرات المنفرة مثل الانفعالات السلبية. وأحد العوامل المؤثرة في ذلك القدرة المتصورة على التحكم في الأحداث غير المرغوبة، حيث أن التحكم المدرك يحسن تحمل الكرب النفسي، ومفهوم القدرة على التحكم يستوعب كل من التحكم المتصور والفعلي في كل من الضغوط الخارجية أو الحالات الداخلية. وتدعم نماذج اضطراب كرب ما بعد الصدمة دور القدرة المتصورة على التحكم في

الأحداث الخارجية المنفردة والحالات الداخلية. وعلى وجه الخصوص تقترح النماذج المعرفية أن التقييمات المعممة والكوارثية مثل اعتقاد الفرد بعدم القدرة على التحكم، ربما يؤدي إلى استمرار الاضطراب (Hancock & Bryant, 2018).

وترى الباحثة أنه يمكن تفسير الفروق بين مرضى اضطراب كرب ما بعد الصدمة والأصحاء في متغيرات الدراسة من خلال عدة عوامل بعضها عوامل بيئية وبعضها شخصية والأخرى عوامل حيوية والتي تتمثل في:

- الإساءة المستمرة، ورفض الوالدين، وعدم الاتساق بين الوالدين، والتفاعل السلبي بين الوالدين والطفل، حيث وجد الباحثون أن أرجاع الوالدين الداعمة لمشاعر الأطفال يمكن أن توفر معلومات قيمة عن المرور بخبرة الانفعالات والتعبير عنها وهو عنصر حاسم في ارتقاء التنظيم الانفعالي وتحمل الانفعالات السلبية.
- أسلوب التعلق، حيث يعتبر التعلق نظاماً لتنظيم المشاعر العلائقية، حيث وجد الباحثون أن التعلق غير الآمن وخلل تنظيم الانفعالات وضعف تحمل الكرب النفسي يسيران جنباً إلى جنب كعوامل خطر لتطوير عديد من المشكلات والاضطرابات النفسية. كما ارتبط التعلق التجنبي والمتناقض بشدة الهم المزمن. وتماشياً مع نموذج تجنب التباين قد يؤدي عدم اليقين لدى الأطفال فيما يتعلق بما إذا كانت احتياجاتهم سيتم تلبيةها، والكرب النفسي الناتج عن التقلبات الانفعالية، كما أنهم سيشعرون بالسلبية الشخصية باستمرار كوسيلة للاستعداد للسلوكيات غير المتوقعة من الوالدين.
- العصابية والمزاجية حيث يتسم الأفراد بعنبة منخفضة للحدثة، كما أنهم يتسمون باستثارة مرتفعة للمنبهات الجديدة وعدم القدرة على تحمل التباينات الانفعالية، بينما وُجد أن الأفراد الذين يتسمون بالمرونة الانفعالية يستطيعون التكيف مع المواقف المشحونة انفعالياً كالقدرة على قمع أو التعبير عن الانفعالات وفقاً لمتطلبات الموقف (Newman, Liera, Erickson, 2016).
- مركز الضبط، فقد وجد الباحثون أن الأفراد ذوي مركز الضبط الداخلي، عندما يتعرضون لأحداث صدمية فإنها تؤثر على معتقداتهم حول أنفسهم والعالم الخارجي وتبدل ليجدوا أن الحدث الصدمي وما يترتب عليه من أعراض لا يمكن التحكم فيها، يظهرون خللاً في تنظيم انفعالاتهم، ومن ثم يصبحون أكثر عرضة للشعور بالهم المزمن (Abbott, Shirall, Haws & Lack, 2017).
- التغييرات الحيوية الناجمة عن اضطراب كرب ما بعد الصدمة، حيث توصل الباحثون إلى أن اضطراب كرب ما بعد الصدمة يرتبط بانخفاض حجم اللوزة، ولكن فرط الاستجابة (أي زيادة النشاط) في اللوزة. ويمكن أن يفسر هذا الأعراض المرتبطة بزيادة الاستثارة والقلق،

وذلك لأن اللوزة هي المسؤولة عن إثارة الاستجابة للضغوط، وعندما تستجيب اللوزة للمثيرات الانفعالية فإنها تنشط محاور الغدة الكظرية، ويتم إطلاق هرمونات التوتر (الكورتيزول والادريالين)، وهذا يزيد من مشاعر الاستثارة والقلق وهي اضطراب كرب ما بعد الصدمة. والمعروف أن اللوزة بنية لها دورها في المعالجة الانفعالية، كما أن لها دوراً وظيفياً في التوسط في كل من الاستجابة للضغوط والتعلم الانفعالي، مما يشير إلى دورها في اضطراب كرب ما بعد الصدمة. كما ارتبط اضطراب كرب ما بعد الصدمة بانخفاض حجم ووظيفة قرن آمون، وهذا يمكن أن يفسر أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة المرتبطة بفقدان ذاكرة الحدث الصدمي، حيث أن قرن آمون هو جزء أساسي من الدماغ ويشارك في تعزيز الذاكرة (Jonathan & Charles, 2011)

قائمة المراجع

أولاً : مراجع باللغة العربية:

- صفوت فرج (٢٠١٧). القياس النفسي (٧ط). القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية.
- طارق عكاشة، أحمد عكاشة (٢٠١٨). الطب النفسي المعاصر (١٧)، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- عبد الفتاح القرشي (٢٠٠١). تصميم البحوث في العلوم السلوكية. الكويت: دار القلم.
- راندا الدمرداش (٢٠٢٢). الدور الوسيط لضعف مهارات التأثير بين الشخصي بين أساليب التفكير الجدلي وخلل التنظيم الانفعالي لدى مريضات اضطراب الشخصية البينية والسويات، (رسالة ماجستير غير منشورة)، جامعة القاهرة، كلية الآداب، قسم علم النفس.
- محمد نجيب الصبوة (٢٠١٨). دورة تدريبية بعنوان: برنامج علاجي نفسي تكاملي لاضطرابات كرب ما بعد الصدمة (علاج معرفي سلوكي، وعلاج جدلي سلوكي، وعلاج معرفي بالتقبل والالتزام)، الجيزة: الجمعية المصرية للمعالجين النفسيين.

ثانياً : المراجع باللغة الانجليزية :

- Abbott, B.V. (2005). *Emotion Dysregulation and Re-Regulation: Predictors of Relationship Intimacy and Distress*, (Doctoral Dissertation), University of Connecticut.
- Abbott, D.; Shirall, Y.; Haws, J.K. & Lack, C.W. (2017). Locus of control predict ptsd and Worry, *Journal of personality Assessment*, 43(6), 716-726, DOI:10.1207/s15327752.
- Akbari, M.; Hosseini, Z.S.; Seydavi, M.; Zegel, M. & Zvolensky, M.J. (2022). Distress tolerance and posttraumatic stress disorder: a systematic review and meta-analysis, *Cognitive Behaviour Therapy*, 51(1) ,47-71. [https:// doi.org /10.1080/16506073.2021.1942541](https://doi.org/10.1080/16506073.2021.1942541)
- Alker, L.L. (2019). *Distress tolerance as a mediator of the relation between stress mindset and anxiety*, (Master Dissereation), University of Twente.
- American Psychiatric Association (2013). American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders (Fifth Edition)*, Washington, dc.
- Bethany, A.S. (2013). *Can Distress Tolerance Predict Chronic Worry? Investigating the Relationships among Worry, Distress Tolerance, Cognitive Avoidance, Psychological Flexibility, Difficulties in Emotion Regulation, and Anxiety Sensitivity*, (Master Dissertation), Ypsilanti, Michigan.

- Boffa, J.W.; Short, N.A.; Gibby, B.A.; Stentz, L.A. & Schmidt, N.B. (2018). Distress tolerance as a mechanism of PTSD symptom change: Evidence for mediation in a treatment-seeking sample, *Psychiatry Research*, (267): 400–408. doi: 10.1016/j.psychres.2018.03.085.
- Brianna, M.L. (2015). *The Relationship Between the Latent Factors of Posttraumatic Stress Disorder and Distress Tolerance*, (Master Dissertation), The University of Toledo.
- Davey, A.; Graham, C.L. & Meeten, F. (2016). The perseverative worry bout: a review of cognitive, affective and motivational factors that contribute to worry perseveration. *Biological Psychology*, (121), 233-243. ISSN 0301-0511.
- Davoodi, R. & Ghahari, S.H. (2018). Effectiveness of Emotion Regulation and Distress Tolerance Skills Training on Coping Strategies, Emotion Regulation, and perceived stress in prisoners, *Social Determinants of Health*, 4(3):145-153. DOI: <https://doi.org/10.22037/sdh.v4i3.228>
- Ehring, T. & Quack, D. (2010). Emotion Regulation Difficulties in Trauma Survivors: The Role of Trauma Type and PTSD Symptom Severity, *Behavior Therapy*, (41), 587-598.
- Erwin, M.C.; Mitchell, M.A.; Contractor, A.A.; Dranger, P.; Charak, R. & Elhaia, G.D. (2018). The relationship between distress tolerance regulation, counterfactual rumination, and PTSD symptom clusters, *Comprehensive Psychiatry*, (82), 133-140 <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2018.01.012>.
- Goldstein, B.; Bradley, B.; Ressler, K.J. & Powers, A. (2017). Associations Between Posttraumatic Stress Disorder, Emotion Dysregulation, and Alcohol Dependence Symptoms Among Inner-City Female, *Journal of Clinical Psychology*, 73(3), 319–330 .
- Hancock, L. & Richard, A.B. (2018). Posttraumatic stress, uncontrollability, and Emotional Distress tolerance, *Depression & Anxiety*. (35) DOI:1040–1047. DOI:10.1002/da.22783.
- Hinton, D.E.; Nickerson, A. & Bryant, R.A. (2011). Worry, worry attacks, and PTSD among Cambodian refugees: A path analysis investigation, *Social Science & Medicine*, (72), 1817-1825.
- Hofman, N.L. (2014). *Emotion Regulation Deficits as Mediators of the Relationship between Trauma, Emotional Intelligence, Antisocial Behaviors, Posttraumatic stress Symptoms and alcohol use problem*, (Doctoral Dissertation), The University of South Dakota.

- Im, J. (2020). *The Relationship between Distress Tolerance, Parenting, and Substance Use Among Adolescent Mothers*, (Doctoral Dissertation), Columbia University.
- Inasab, M.E.; Reza, A.; Khoshk, A.; Azarmi, H. & Rakhi, A.S. (2014). The Predicting Role of Difficulties in Emotion Regulation and Distress Tolerance in Students' Addiction Potential, *Research on Addiction Quarterly Journal of Drug Abuse*, 8(29), 42-51.
- Joseph, R.B.; Thomas A.F. & Holly, K.O. (2013). Testing a Hierarchical Model of Distress Tolerance, *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, (35): 495-505. DOI: 10.1007 /s108 62-013-9359-0
- Kay, B. (2017). *A Model of Distress Tolerance in self damaging behaviors : Examining the role of Distress tolerance in Self Damaging Behaviors : Examining the role of Emotional reactivity and Learned Helplessness*, (Doctoral Dissertation), Andrews University.
- Kristen, K.E. (2013). *An Examination of the Neural Correlates of Emotion Acceptance Versus Worry in Generalized Anxiety Disorders*, (Doctoral Dissertation), University of Massachusetts Boston.
- LaTanya, S.R. (2005). *Correlates of Worry and GAD in Black/ African Americans*. (Doctoral Dissertation), University of Massachusetts Boston.
- Meghan, J.M.M.S. (2010). *The Relationship between Posttraumatic Stress Disorder, Anxiety Sensitivity, Depression, and Pain in Treatment Seeking Trauma Survivors*. (Doctoral Dissertation), Palo Alto University.
- Pugach, C.P.; Campbell, A.A. & Wisco, B.E. (2020). Emotion regulation in posttraumatic stress disorder (PTSD): Rumination accounts for the association between emotion regulation difficulties and PTSD severity, *Journal of Clinical Psychology* (76), 508-525 DOI: 10. 10 02 /jclp.22879
- Puhalla, A.; Flynn, A. & Vaught, A. (2022). Shame as a Mediator in the Association Between Emotion Dysregulation and Posttraumatic Stress Disorder Symptom Reductions Among Combat Veterans in a Residential Treatment Program, *Journal of Traumatic Stress*, (35), 302-309.
- Robert, M.H.; Thomas, L.R. & Richard, G.H. (2006). *The Epidemiology of Worry and Generalized Anxiety Disorder: (3-20)*, In: Graham, C.L.D. & Wells, A. (Eds) *Worry and its Psychological Disorders: Theory, Assessment and Treatment*, John Wiley & Sons Ltd.
- Rodrigues, A. (2016). *Exploring the Relationship Among Attachment, Emotion Regulation, Differentiation of Self, Negative Problem Orientation, Self esteem, Worry and Generalized Anxiety*. (Doctoral Dissertation). University of Toronto.

- Samantha, A.C.B.S. (2015). *Mechanism of Regulation: Profiling the Impact of Emotion Regulation on Posttraumatic Stress Symptoms*, (Master Disseretation), Marquette University, Milwaukee, Wisconsin.
- Sangani, A.; Jangi, P.; Ramak, N. & Ahmadi, A. (2019). The Mediating Role of Emotional distress tolerance in relationship between self discrepancy with anxiety in people suffering from special phobias, *Journal of Nursing and Midwifery Sciences*, 6(2): 84-90.doi:10.4103/JNMS.JNMS._7_1
- Shearer, S. & Gordon, L. (2006). The Patient with Excessive Worry, *American Family Physician*, 73(6), 1049-1056.
- Spies, J.P.; Cwik, J.C.; Willmund, G.D.; Knaevelsrud, C.; Schumacher, S.; Niemeyer, H.; Engel, S.; Küster, A.; Muschalla, B.; Köhler, K.; Weiss, D. & Rau, H. (2020). Associations Between Difficulties in Emotion Regulation and Post-Traumatic Stress Disorder in Deployed Service Members of the German Armed Forces, *Front Psychiatry*, (11) 1-1 5, doi :10.3389/fpsy.2020.576553
- Thomas, A.F. & Kevin, D.W. (2013). The Interactive Effect of Worry and Intolerance of Uncertainty on Posttraumatic Stress Symptoms, *Cognitive Therapy Research* (37): 742–751. doi :10.1007/s10608-012-9512-1
- Tull, M.T.; Berghoff, C.R.; Wheelless, L.E.; Cohen, R.T. & Gratz, K.L. (2018). PTSD Symptom Severity and Emotion Regulation Strategy Use during Trauma Cue Exposure among Patients with Substance Use Disorders: Associations with Negative Affect, Craving, and Cortisol Reactivity, *Behavior Therapy* . 49(1), 57–70. doi: 10.1016/j.beth.2017.05.005
- Vujanovic, A.A.; Hart, A.S.; Potter, C.M.; Berenz, E.C.; Niles, B. & Bernstein, A. (2013). Main and Interactive Effects of Distress Tolerance and Negative Affect Intensity in Relation to PTSD Symptoms among Trauma-Exposed Adults, *Journal of Psychopathology Behavior Assessment*, 35(2): 235–243. doi: 10.1007/s10862-012-9325-2
- Vujanovic, A.A.; Bonn Miller, M.O.; Potter, C.M.; Marshall, E.C. & Zvolensky, M.J. (2011). An Evaluation of the Relation Between Distress Tolerance and Posttraumatic Stress within a Trauma-Exposed Sample, *Journal of Psychopathology Behavior Assessment*, 33(1): 129-135. doi: 10.1007/s10862-010-9209-2.
- Young, L. (2019). *The lived experience of Adults with generalised anxiety disorder*. (Unpublished Doctoral thesis), University of London.

Differences in Distress Tolerance, Emotional Regulation & Chronic Worry between Patients of Posttraumatic Stress Disorder and Normals

By

Mohamed N. Elsabwa

Department of Psychology
Cairo University

Mona Q. Mohamed

Department of Psychology
Cairo University

Abstract:

The Study aimed to investigate the Differences between Patients of Posttraumatic stress disorder and normals in distress tolerance, emotional regulation, and chronic worry. The Sample Consisted of (41) Patients diagnosed of Posttraumatic stress disorder and (41) normals, Their ages ranged between (12-43) years. Scales were used to assess Study Variables: Distress tolerance Questionnaire, Emotional regulation Questionnaire and Chronic worry Questionnaire. Results Indicate that There is Significant Differences between Patients of Posttraumatic stress disorder and normals in Distress tolerance, Emotional regulation and Chronic worry. Results had discussed in the lights of previous studies and theoretical literature.

Key Words: Distress tolerance – Emotional regulation – Chronic worry – Posttraumatic stress disorder.