

الدعم الاجتماعي كعامل حماية و عوامل خطر الإصابة باضطراب ضغط ما بعد الصدمة

سليمة طاجين
أستاذة مساعدة
جامعة الجزائر2
SARP

الملخص

يعتبر الدعم الاجتماعي موردا خارجيا أثبت دوره الواقى وخاصة في حالة الصدمات الفردية مثل المرض الخطير، فقدان أعزاء، الإجهاض، حوادث المرور... الخ، ولكن ما الذي يتبقى من هذا الدعم الاجتماعي في حالة التعرض لعنف جماعي شديد وممتد في الزمن؟ مثل الذي حدث في الجزائر. هذا العنف الذي لم يكتف بتهديد السلامة الجسمية و النفسية للأفراد وإنما حطم الروابط والبنى الاجتماعية. يصعب إيجاد مصدر المساعدة والدعم في مثل هذه الحالات، و يصعب إدراكها على أنها متوفرة وفعالة. يعمل تحطيم النسيج الاجتماعي بسبب العنف على تقييد الدور المعدل الذي يلعبه الدعم الاجتماعي بعد التعرض للأحداث الصادمة. يتناول هذا المقال عوامل خطر التعرض للصدمات وعوامل خطر الإصابة باضطراب ضغط ما بعد الصدمة، على ضوء الدور المعدل والواقى للدعم الاجتماعي المدرك من طرف ضحايا الصدمات.

الكلمات الأساسية: أحداث صادمة، اضطراب ضغط ما بعد الصدمة، الدعم الاجتماعي، عوامل الخطر، عوامل الحماية.

Le Résumé

Le support social est une ressource environnementale dont le rôle protecteur a été démontré particulièrement dans les cas du traumatisme individuels, tels que la maladie physique, la perte d'un proche, l'avortement ; les accidents de circulation... mais que reste-t-il de ce support social dans le cas de population ayant vécu une violence extrême collective et durables ? Qui a non seulement menacé l'intégrité physique et mentale des individus mais qui a aussi détruit les liens et les structures sociaux. Dans de telles populations, il sera difficile de détecter les sources d'aide et de soutien et les percevoir comme étant disponibles et efficaces.

La destruction du tissu social à cause de la violence neutralise l'effet modérateur que joue le support social après l'exposition aux événements traumatiques. Cet article traite des facteurs de risque liés à l'exposition aux événements traumatiques, les facteurs de risque liés au développement du PTSD ainsi que du rôle modérateur qu'assure la perception du support social par les victimes de trauma.

Mots clés : événement traumatique, post traumatic, stress disorder PTSD, support social, facteurs de risque, facteurs de protection.

أصبح المختص النفسي في الجزائر يستدعى للتدخل ليس فقط كمستجيب لطلب استشارة نفسية، بل كباحث يعمل على شرح المشاكل المرتبطة بالصحة العقلية للسكان، خاصة وأن المجتمع الجزائري أصبح اليوم يصنف كواحد من أكثر المجتمعات التي تعاني من انخفاض المستوى المعيشي وأشكال عديدة من العنف أهمها العنف الإرهابي، بما فيه الاعتداء على الأرواح والممتلكات حيث "لن يتردد أي مختص في الصحة النفسية أو العقلية في القول أن وضعية الجزائر بطبيعية ما حدث فيها ستترك آثار خطيرة على المعاش النفسي اليومي للفرد الجزائري، وعلى التنظيم الاجتماعي، وقد تمتد هذه الآثار على عدة أجيال خاصة إذا نظرنا إلى حجم الخسائر المادية والبشرية المسجلة مقابل غياب المساعدات الجدية والمناسبة" (M.M.AITSIDHOUM (00), In psychologie, 2000)؛ سواء العدم توفرها أصلاً أو بسبب تخطيط هياكل الدعم الاجتماعي الرسمي (المراكز الصحية، المدارس، المساجد، المؤسسات والمصانع...). عواقب وضعية كهذه على ضحاياها ستكون وخيمة في الوقت الحاضر وعلى المدى البعيد.

يعطي تنوع أحداث العنف، وتكرارها وتفاعل عواقبها الوخيمة على فئات المجتمع معنى أوسع لمفهوم الضحية، حيث يتعلق الأمر «بكل شخص تعرض لخطر وتهديد وإضعاف واختلال أو إصابة جسمية، بسبب الوضعية التي عرفتتها الجزائر منذ 1990، سواء تعلق الأمر بجرح أو فقدان عزيز أو اختطاف أو تهديد أو إضعاف شخص عزيز أو فقدان عمل وممتلكات، أو انحصار النشاطات الضرورية للتوازن الشخصي، أو نقص الإعلام وتراكم المعلومات التي تزيد من حجم الضغط والاستثارة» (IBID, p 29) وبهذا الوصف فمعظم سكان الجزائر يمكن تصنيفهم كضحايا للعنف. لكن، هل القول أنهم ضحايا عنف يعني أنهم مصدومين ويشكلون حالات مرضية بالضرورة؟

المنظور السايكاتري في بداية البحث حول الصدمة النفسية كان سيجيب أن كل مصدوم سيكون حالة مرضية وغالباً حالة ضغط بعد صدمي، و«لازال معظم العاملين في مجال الصحة العقلية يجمعون على أن التعرض لظروف عنيفة وصادمة يمكن أن يسبب أضراراً نفسية، غير أن هذا الإجماع ينطوي على نقاش كبير حول بعض التساؤلات أهمها: أولاً؛ مركزية دور الأحداث الصدمية في الإصابة بالاضطرابات بعد الصدمة، وبالتالي مركزيتها في تحديد معايير تشخيص الاضطرابات وتفسيرها» (R.YEHUDA, 1999, pp XIII-X)، ثانياً؛ مشكل تعريف ماهية الصدمة وما هو الضغط الصدمي؟، ثالثاً؛ دور عوامل الهشاشة كمنبئات والتساؤل هل الضغط بعد الصدمي اضطراب مميز يظهر بعد التعرض للصدمة فقط أم أن هناك عوامل يمكن أن تتدخل في ظهوره؟ هذه التساؤلات هي أهم ما ميز الدراسات حول اضطراب ضغط ما بعد الصدمة كشكل من أشكال الاضطرابات التي تنسب للصدمة وكتشخيص تبنته الجمعية الأمريكية للطب العقلي في الدليل التشخيصي الإحصائي DSM.

ويتعلق الأمر حسب APA من خلال الـDSMIV «بمجموعة أعراض يمكن أن تظهر عند شخص ما بعد معاشته، مشاهدته، مواجهته لحدث تسبب في الموت أو إصابة خطيرة، أو تضمن التهديد بالموت أو التهديد بإصابة خطيرة، ووضع السلامة الجسمية والنفسية للذات أو

لأشخاص آخرين في خطر، وتسبب له في خوف شديد وشعور بالعجز والرعب وفقدان التحكم». ويشخص ال PTSD من خلال ثلاث مجموعات أعراض تشمل: أعراض إعادة معايشة الحدث الصدمي بصفة مستمرة وملحة، أعراض تجنب كل ما يذكر أو يرمز للحدث الصدمي وأعراض الاستشارة الفيزيولوجية. (DSMIV, 1996; H.Lebel, R.Paquette, 2000)

وهي أعراض لم تكن موجودة قبل الحدث الصادم. فكان هذا الربط بالحدث الصادم هو الذي يميز هذا الاضطراب عن غيره من أشكال المعاناة عند ضحايا. غير أن العديد من الباحثين رأوا أن خصائص الحدث ليست العوامل الوحيدة المؤثرة على التكيف والتوازن النفسي، «فأعراض اضطراب ضغط ما بعد الصدمة يمكن أن تظهر بعد مجموعة من الضغوط وأي تعريف قبلي لخصائص مميزة للضغوط أو الصدمات التي من الممكن أن تخلق اضطراب ضغط يبدو غير صادق». (B.S. Gershuny & J.F. Thayer, 1999) معنى هذا أن الصدمة لا تتمثل في مجرد حادث صدمي معزول عن سياق حدوثه بل تتعلق بكيفية استجابة ضحايا الصدمات والتي تختلف طبيعيا باختلاف العديد من العوامل والتي كان لابد من تحديدها والبحث في كيفية تأثيرها.

الدراسات العيادية التي اهتمت أكثر بدراسة حالات أو عينات منتقاة من ضحايا صدمات معينة؛ لم تقل سوى القليل عن انتشار ال PTSD بالمقارنة مع انتشار الصدمات، وما هي عوامل الخطر وعوامل الحماية بالنسبة لهذا الاضطراب. في حين جاءت في السنوات الأخيرة دراسات إبيديميولوجية حول اضطراب ضغط ما بعد الصدمة (PTSD) وعلى عينات عامة لتظهر أن نسبة قليلة فقط من أولئك الذين تعرضوا لأحداث عنيفة، استجابوا بتطوير اضطراب ضغط ما بعد الصدمة، فكانت هذه النتائج تحد للمفهوم الأول لل PTSD كاستجابة عادية لضغوط غير عادي. (Yehuda & McFarlane 1995, In N. Breslau, 1998 McFarlane (1990)) (Breslau & Davis 1987) فإذا كان ال PTSD لا يظهر عند جميع الذين تعرضوا لحوادث صادمة، فهل هذا يقلل من أهمية الحدث الصادم كعامل سببي أساسي أم أنه فقط يفتح المجال أمام توسيع مفهوم التعرض الصدمي والأخذ بعين الاعتبار تفاعله مع عوامل أخرى قد تعمل إما على انخفاض أو ارتفاع خطر الإصابة باضطراب ضغط ما بعد الصدمة؟

حسب Yehuda & Shalev هذا لا يقلل من دور عامل التعرض الصدمي كعامل سببي أساسي، حسب فالسيكوباتولوجيا بعد الصدمة قد لا تظهر فقط على شكل اضطراب ضغط ما بعد الصدمة، بل يمكن أن تظهر على شكل اضطرابات حصر وقلق، اضطرابات مزاج، اضطرابات سايكاترية أخرى. (Shalev & Yehuda In N. Breslau, 1998). لكن تبقى عموما نسبة الأفراد الذين يطورون أي نوع من الاضطرابات بعد التعرض للصدمات، أقل من أولئك الذين لا يظهرون اضطرابات أو يظهرون إمكانيات تعامل و مرونة عالية. (Jhon.p. Wilson, 1999).

وبالرجوع إلى دراستين أمريكيتين مشهورتين :

N.Breslau) و Epidemiological catchment area study و National comorbidity study نجد أن (98) قد صنف تلك العوامل المرتبطة بخطر تطوير اضطراب ضغط ما بعد الصدمة إلى نوعين: خصائص مرتبطة بالفرد المصدوم وخصائص المحيط وما يتضمنه من دعم اجتماعي وطرق الوقاية والتكفل بالضحايا. (N. Breslau, 1998) وبين من خلال الدراستين، أن خطر احتمال تطوير ال PTSD

مختلف باختلاف 4 فئات من الصدمات، حيث تضمنت الاعتداءات الإجرامية ومنها الاعتداءات الجنسية والجسمية والتهديدات المسلحة، فئة فقدان المفاجئ لأحد الأقارب والأصدقاء، وتليها التجارب والحوادث والإصابات الصدمية، ثم فئة معيشة صدمة عند الآخرين وخاصة المقربون الذين تعرضوا لاغتصاب أو اعتداء جسمي (N. Breslau, 1998).

وأشار (98) N. Breslau وآخرون إلى عوامل أخرى غير طبيعة وشدة الصدمة فحسب ما أظهرته دراسات كل من :

(92) Norris; (95) Z. Keassler & al; (97),(91) Breslau & al; الجنس عامل خطر حيث أن الإناث أظهرن معدل خطر تطوير اضطراب ضغط ما بعد الصدمة أعلى من الذكور، و أشارا إلى وجود النتيجة نفسها في معظم الدراسات الإييديولوجية، رغم أن معدل تعرض الذكور للصدمة أكثر منه لدى الإناث؛ الذكور معرضون خاصة للعنف الجسدي والتجارب الصدمية المباشرة، مرتين أكثر من الإناث، في حين لا يختلفون في أنواع أخرى من الأحداث. (Breslau & al, 1991,1997; Z. Keassler & al, 1995; Norris, 1992, In N. BRESLAU)

كما وجد أيضا أن خصائص الشخصية ترتبط بتطوير اضطراب ضغط ما بعد الصدمة وتتضمن سمات الشخصية، تاريخ الأمراض السيكاترية لدى الفرد وعائلته وخاصة الخصائص العصبية، النوبات الاكتئابية الكبرى واضطرابات الحصر الموجودة من قبل. (Davidson et al) In N. Breslau (1991,1991; McFarlane,1989; Breslau et al, 1985, 1991) ويبدو أيضا أن التاريخ الصدمي في الطفولة (Zaidi Ly & Foy DW, 1994; Bremer J.D, & al, 1993) وخاصة الانفصال المبكر عن الوالدين، وسوء المعاملة والاعتداء الجنسي، كلها مرتبطة بتزايد تشخيص PTSD بعد التعرض للصدمة في الرشد. (Davidson et al, 1991; Breslau et al, 1991 In N. Breslau, 1998) وهناك من أشار إلى عوامل جينية (MC Farlane.A.C,1989; True W.R & al) في حين يشير آخرون إلى عوامل بعد صدمية كغياب الدعم الاجتماعي (Solomon.S & Smith E, 1994 In Yehuda) (R & al 1995).

كثيرة هي الدراسات التي تناولت الدعم الاجتماعي كمصدر خارجي، وعامل حماية ضد العواقب السلبية للصدمة على الصحة النفسية والجسمية للفرد، من خلال نموذجين نظريين مختلفين: نموذج الأثر الأساسي للدعم الاجتماعي Social support main effect model ويرى أن الدعم الاجتماعي له أثر إيجابي بصفة مطلقة على الصحة الجسمية والنفسية للفرد، ونموذج الأثر الوافي للدعم الاجتماعي social support buffer effect model ويرى أنه عامل يحمي الأفراد من الآثار الهدامة للصدمة والضغوط، ولكنه ليس مفيد في غيابها، على اعتبار أنه سياق لا ينشط إلا في حالة الحاجة إليه. غير أن تصور الدعم الاجتماعي مصدر متوفر في محيط الفرد سواء بصفة مطلقة أو مشروطة بوجود ظروف ضاغطة؛ ليس بذلك الوضوح الذي يسمح بفهم ميكانيزمات عمل الدعم الاجتماعي في تأثيره على الصحة النفسية والجسمية للفرد. (I.H.Komproe,1995).

حاولت بعض الدراسات فهم ذلك من خلال مقارنة نوعية ارتباط الأبعاد الوظيفية للدعم الاجتماعي بالصحة العقلية والجسمية، حيث أظهرت بعضها ارتباط الصحة الجسمية

والعقلية بإدراك توفر الدعم في المحيط وإمكانية الحصول عليه عند الحاجة، أكثر من ارتباطها بتلقي الفرد للدعم فعليا. (F.H.Norris & K.Kaniasty, 1996)

بينما ركزت دراسات أخرى على علاقة الدعم الاجتماعي بطرق التعامل مع الضغط، حيث نجد أن (86) Lazarus و Folkman قد وصفاه على أنه من المصادر التي تسبق وتؤثر على التعامل، بينما رأى (89) Stewart أن الدعم الاجتماعي يؤثر في جميع مراحل التعامل مع الضغوط، وخاصة في مرحلة تقييم المصادر المتوفرة، حيث أن تلقي دعم معلوماتي أو عاطفي أو مادي يمكن أن يزيد رصيد السلوكيات المتكيفة لدى الفرد، كما أنه يمكن أن يصحح الاستجابات غير المتكيفة. أما (84) Thoits فصاغت مفهوم الدعم الاجتماعي كمساعد في التعامل، وعرفته على أنه «تلك المشاركة النشيطة الآتية من طرف أشخاص مهمين بالنسبة للفرد، في جهوده لتيسير حالة الضغط»، ورأت أنه يرفع أكثر إمكانيات الفرد في البحث عن المعلومات والتحليل المنطقي والحل النشط للمشكل.

(Folkman & Lazarus 1984; Stewart 1989; Thoits 1984, In I.H.Komproe, 1995)

ولكن أثبت من جهة أخرى أن الدعم الاجتماعي من المصادر التي تتأثر بعد التعرض الصدمي وخاصة عندما تكون الصدمات جماعية كالكوارث الطبيعية والإنسانية. فحسب (93) Norris et Kaniasty في دراستهما حول ضحايا الكوارث؛ الأفراد يعيشون أثر الكارثة بصفة مباشرة من خلال فقدان والتعرض للموت والإصابة وبصفة غير مباشرة من خلال تسببها في تحطيم محيطهم المادي والاجتماعي والاقتصادي وبالتالي تدهور إدراكهم للدعم الاجتماعي وشعورهم بالأمان. (Norris et Kaniasty 1993, In F.H. Norris & K.Kaniasty, 1996) وأثبتنا أن إدراك الدعم ينخفض في أعلى مستويات التعرض الصدمي وأنه كلما كان الدعم المدرك أعلى كانت المعاناة النفسية أخفض، وارتباط التعرض الصدمي بتلقي الدعم الفعلي وارتباط تلقي الدعم الفعلي بإدراك الدعم (F.H. Norris & K.Kaniasty, 1996)

الدعم الاجتماعي من بين تلك المصادر التي تتأثر سلبيا بالضغوط والصدمات وخاصة إذا كانت جماعية تستهدف الشبكة الاجتماعية أفرادا ومؤسسات؛ فإلى أي مدى يمكن لهذا المصدر تأدية وظيفة الوقاية في حالة كارثة إنسانية كالتي حدثت في الجزائر؟ خاصة وأن الكوارث الإنسانية حسب (76) Erikson لا تعرض حياة الناجين إلى درجات عالية من الخطر والموت والتحطيم فقط، بل وتلغي العديد من الأنظمة الاجتماعية والثقافية الضرورية للوقاية والعودة إلى حالة الصحة والسلامة (Erikson, 76; In John P.Wilson, 1999) خاصة إذا كانت وضعية ذات بنية معقدة تتعدد فيها الضغوط والاختيارات الصراعية، وتكون بدائل التعامل معها محدودة وغامضة.

وما مدى انتشار الـ PTSD كواحد من أشكال المعاناة بعد الصدمة عند عينة سكانية جزائرية عامة؟ وكيف تتفاعل الخصائص الديموغرافية، درجة تعرض الأفراد للأحداث الصدمية، ومستوى إدراكهم الدعم الاجتماعي؟ وهل يمكن إرجاع اضطراب ضغط ما بعد الصدمة فقط إلى اختلاف مستويات التعرض للصدمة أم أنه يمكن إرجاعه أيضا إلى اختلاف الخصائص الديموغرافية واختلاف مستويات تقييم الدعم الاجتماعي؟ وأيها عامل خطر وأيها عامل حماية؟

نفترض أن اضطراب ضغط ما بعد الصدمة يكون أكثر انتشارا إذا كان التعرض الصدمي في المستوى الشديد و/ أو كان إدراك الدعم الاجتماعي متوسط أو منخفض. بينما يكون اضطراب ضغط ما بعد الصدمة أقل انتشارا إذا كان التعرض الصدمي في المستوى الضعيف و/ أو كان إدراك الدعم الاجتماعي مرتفعا.

المنهجية

اعتمدنا على معطيات دراسة ميدانية مسحية إبيديميولوجية تم إنجازها في إطار بحث ميداني حول الصحة النفسية للسكان، من طرف فريق بحث الجمعية الجزائرية للبحث في علم النفس SARP تحت إشراف خالد نور الدين وبالتعاون مع TPO (Transcultural psychosocial organization) بين أبريل 1999 وديسمبر 1999 واعتمد تصميم الدراسة على النموذج النظري المقدم من طرف (Kleber et Brom (1992) والذي عدّله فريق البحث في المنظمة النفسية الاجتماعية والجمعية الجزائرية للبحث في علم النفس SARP، ليوافق المعطيات الخاصة بالمجتمع الجزائري. يحدد هذا النموذج المتغيرات المستقلة وهي: الخلفية الديموغرافية لعينة البحث (الجنس، السن، الحالة الاجتماعية، المنطقة السكنية... ألخ) والتعرض للأحداث الصدمية من ناحية أخرى، بينما المتغيرات التابعة هي الاضطرابات الناتجة عن التعرض للأحداث الصادمة ويعتبر الـ PTSD من بينها، كما يتضمن هذا التصميم مجموعة من المتغيرات الوسيطة التي تعدّل العلاقة بين المتغيرات المستقلة والتابعة وهي نمط التعامل والدعم الاجتماعي. (Elmasri, et al, 2002)

وكان الهدف هو البحث حول انتشار اضطراب ضغط ما بعد الصدمة والعوامل الواقية وعوامل الخطر المرتبطة به والمحددة لانتشاره لدى عينة سكانية جزائرية مكونة من 652 فرد، تم اختيارها بالطريقة العشوائية المنتظمة من محافظة الجزائر الكبرى وبالضبط في بلديتي دالي إبراهيم وسيدي موسى، ولكون هذا المنهج يعتمد على التحليل الإحصائي في معالجة المعطيات، تم الاعتماد على البرنامج المعلوماتي SPSS.9.

استعملنا من أجل تشخيص اضطراب ضغط ما بعد الصدمة جزء من المركبة الدولية للمقابلة التشخيصية CIDI –Section K PTSD المبنية أساسا من طرف المنظمة العالمية للصحة OMS، ولحصر مجموع الأحداث الحياتية العنيفة التي يمكن أن يكون أفراد العينة قد تعرضوا لها، استعملنا استبيان الأحداث الحياتية والصدمات، والذي تم إعداده من طرف (Transcultural psychosocial organisation TPO) بالاعتماد على تجارب العديد من الممارسين العياديين في مختلف المجتمعات والثقافات، بالإضافة إلى استبيان لحصر الخصائص الديموغرافية للعينة وجزء من سلم قياس الجانب الوظيفي للدعم الاجتماعي (Russell & Cutrona (84).

عرض و مناقشة النتائج:

أصبح العديد من السايكاتريين والباحثين في ميدان الصدمة ومنهم Jhon A.Fairbank و B.Kathleen Jordan & William Schlenger يلحون على ضرورة وصول البحوث الإبيديميولوجية في ميدان الصدمة النفسية على عينات عامة، معرفة في مكان ووقت محددين مدى انتشار التعرض للأحداث الصدمية، والبحث في مدى انتشار السيكيوباتولوجية بعد الصدمية

وخاصة الـ PTSD والتعرف على عوامل الهشاشة التي يمكن أن تزيد خطر التعرض للصدمات والضغوط، وتلك التي يمكن أن تزيد من خطر تطوير الإضطرابات بعد الصدمية والإختلالات الوظيفية.

ومقارنة انتشار السايكوباتولوجيا بعد الصدمية وخاصة الـ PTSD بانتشار التعرض الصدمي ومقارنة اختلاف التعرض الصدمي واختلاف مظاهر الاضطرابات النفسية حسب اختلاف العوامل النفسية الاجتماعية التي تعمل كوسائط ومنها نمط التعامل وخصائص الدعم الاجتماعي المتوفر في محيط الأفراد، وأيضا الخصائص الديموغرافية للعينة: مثل الجنس، السن، المستوى التعليمي... الخ.

وفي هذه الدراسة حاولنا التعرف على مدى اختلاف نسبة انتشار اضطراب ضغط ما بعد الصدمة باختلاف مستويات التعرض الصدمي، واختلاف الخصائص الديموغرافية: مثل الجنس، السن، المنطقة السكنية، واختلاف مستويات الدعم الاجتماعي المدرك من طرف أفراد عينة عامة من سكان بلديتين في العاصمة؛ باعتباره مصدر خارجي يعمل كوسيط ومعدل لشدة الصدمات وبالتالي يكبح السياق الباتولوجي في الاستجابة للصدمات، وبالتالي تحديد بعض العوامل التي قد يتجمع حولها عدد من الأفراد لتشكيل مجموعات في خطر أو في حالة هشاشة.

عوامل الخطر وعوامل الحماية في التعرض للصدمة

لم تختلف النتائج التي توصلنا إليها عن ما وجدنا في أدبيات البحث حول انتشار الصدمات حيث أننا في هذه الدراسة تعاملنا مع التعرض للصدمة من منظور كمي ومرحلي بحيث اكتفين بالتعامل مع مجموع الأحداث الحياتية العنيفة التي قد تعرض لها الأفراد بعد سن 12 سنة وكان هذا لعدة أسباب ومنها: صعوبة الجمع بين بعدين كطبيعة الأحداث وكم الأحداث معا في دراسة واحدة، حيث تتنوع طبيعة الأحداث بدرجة كبيرة (سياسية وأمنية، اجتماعية، فقدان، ...). وبالتالي تتنوع شدتها الصدمية.

فوجدنا أن 94.8 بالمائة من العينة المدروسة قد تعرضوا على الأقل لحدث حياتي عنيف واحد وعلى الأكثر لـ 15 حدث حياتي عنيف، 96.6 بالمائة منهم ذكور مقابل 92.2 بالمائة إناث وهي نسب مرتفعة جدا إذا ما قورنت بنتائج دراسات الانتشار في مناطق عديدة من العالم عرفت بانتشار العنف فيها أو بتعرضها للكوارث الطبيعية، بحيث تبين لنا دراسات الانتشار أن معدل انتشار الصدمات عند عينات عامة يختلف من دراسة إلى أخرى ولكنه عموما يتراوح بين 40 إلى 72 %، بينما نجد أعلى نسب انتشار تذكرها دراسات انتشار التعرض للصدمات هي ما جاء في دراسة (92) Breslau et all على عينة 2181 راشد تتراوح أعمارهم بين 18 و 54 سنة حيث أن نسبة التعرض الصدمي خلال حياة أفراد العينة هي 89.6 بالمائة، 92.2 بالمائة منهم ذكور مقابل 87.1 بالمائة إناث .

العديد من الباحثين ومنهم (98) N.Breslau يرون أن التعرض للأحداث الصدمية ليست ظاهرة عشوائية بل لها عوامل تؤثر فيها وتفسرها وتنبأ بها، وهذا فعلا ما توصلنا إليه؛ فنتائج توزيع مستويات التعرض للأحداث الحياتية العنيفة تبين لنا العوامل التي تجعل

شخص ما أكثر تعرضاً للصدمات من غيره، وتسمى في البحوث الإيبسديمولوجية؛ عوامل الخطر في التعرض للصدمة. حيث وجدنا أن الذكور أكثر تعرضاً للأحداث الحياتية العنيفة من الإناث، وهي نتيجة تتفق مع نتائج معظم دراسات الانتشار ويرجع (98) N.Breslau ذلك إلى العوامل الاجتماعية والديموغرافية المميزة لأدوار الذكور، بما أنه سجل اختلاف الذكور والإناث في التعرض لبعض أنواع الأحداث الصدمية مثل: الاعتداءات الإجرامية، الأحداث الصادمة المباشرة؛ أين يتعرض الذكور بحوالي مرتين أكثر من الإناث في حين لم يسجل أي اختلاف بينهما في التعرض لنمط آخر من الأحداث الصدمية مثل: فقدان شخص عزيز ومعايشة تعرض شخص عزيز لصدمة ما.

وقد ينطبق هذا على هذه العينة السكانية المدروسة فالأحداث العنيفة التي يتعرض لها الأفراد وخاصة بعد سن 12 سنة معظمها أحداث خارج البيت وهذا ما يجعلها أكثر حدوثاً للذكور باعتبار أن أدوارهم خارجية وأدوار الإناث داخل البيت.

يرتفع تراكم الأحداث الحياتية العنيفة مع التقدم في السن بحيث: 98.2 بالمائة من المسنين ما بين 50 و70 سنة قد تعرضوا لحدث عنيف على الأقل وهو ارتباط منطقي، وتلي فئة المسنين فئة الشباب ما بين 17 و27 سنة بحيث نجد أن 94.5 بالمائة منهم قد تعرضوا لحدث عنيف على الأقل وهو ما يعكس النتيجة الأولى ويكشف أن التعرض الصدمي في فئة الشباب كان شديداً ومكثفاً وهي نتيجة تتفق مع إحدى نتائج دراسة (98) N.Breslau بحيث وجد أن أعلى مراحل الخطر في التعرض للصدمة هي المراهقة المتأخرة وبداية الرشد.

سكان منطقة سيدي موسى أكثر تعرضاً للأحداث الحياتية العنيفة من سكان منطقة دالي إبراهيم، فالمنطقة السكنية على اختلاف ظروفها الأمنية وخصائصها الاجتماعية والاقتصادية كانت عامل دال في اختلاف انتشار الصدمات بين الأفراد. ويمكننا تفسير هذا الاختلاف بكون سيدي موسى منطقة شبه ريفية استهدفت بعنف من طرف الجماعات الإرهابية طوال أكثر من عشرية وارتكبت في حق سكانها مجزرتين، بالإضافة إلى كونها شهدت كل أنواع الاعتداءات: من ضرب، ذبح، اختطاف، تهديد وتخطيط ممتلكات، حرق مصانع ومدارس ومصحات... الخ وهذا ما يفسر إلى حد كبير تميز سيدي موسى بتواجد نسبة أكبر من ذوي المستويات التعليمية المنخفضة، ونسبة أكبر من الأراذل، ونسبة أكبر من ذوي الدخل المنخفض والبطالين بالإضافة إلى انتشار أكبر للمعاناة الجسمية بتلك المنطقة مقارنة بمنطقة دالي إبراهيم؛ التي لم تخلو من الأحداث العنيفة ولكن لم تتجمع فيها مجموعات في خطر كما تجتمعت في سيدي موسى، بل ويمكننا القول أن تفاعل هذه العواقب السلبية المباشرة لأحداث العنف والتخطيط سيسشكل عامل أساسي في ظهور المعاناة والاضطراب. يتفق القول بأن المنطقة السكنية على اختلاف ميزاتها الأمنية، الاجتماعية، وحتى الجغرافية عامل خطر في التعرض للصدمة مع نتائج بعض دراسات الانتشار وخاصة تلك التي قارنت المناطق الريفية بالمناطق الحضرية، وتلك التي قارنت أحياء السود في الجنوب الأمريكي وأحياء البيض في الشمال كدراسة (92) Norris. نفس المعطيات بينتها دراسات كل من (1981) Ghfredson و (1999) Cohen & Felson

Breslau & al 1991 حول دور الطبقة الاجتماعية والجنس والسن في احتمال أن يكون الشخص ضحية لاعتداء إجرامي أو لا.

انتشار الأحداث الحياتية العنيفة أكبر في حالاتي الطلاق والتمزل؛ وقد يكون ذلك مرتبط بكونهما وضعيتا فقدان فعلي وحلقة ضمن سلسلة فقدان وأحداث حياتية أخرى قد تكون أعنف، التمرل والطلاق يشكلان فقدان فعلي لأشخاص مهمين ولكن أيضا هما عبارة عن تفكك وإضعاف لشبكة الدعم النفسي والاجتماعي ببعديه العاطفي والمادي، خاصة إذا تعلق الأمر بالتمزل الذي نجده مرتفع أكثر في منطقة سيدي موسى وهذا ما يشير إلى كونه مرتبط بأحداث العنف التي عرفت المنطقة.

الأفراد الأقل حظا من حيث المستوى التعليمي أكثرهم تعرضا للأحداث الصادمة مقارنة مع ذوي المستويات التعليمية المرتفعة، وهذا ما يتناسب مع فكرة أن المستوى التعليمي المرتفع يمكن أن يكون مصدر إيجابي في مواجهة متطلبات الحياة اليومية وأحداثها بينما انخفاضه يمكن أن يكون عامل خطر حتى في التعرض للصدمة (S.Hobffol). كما لاحظنا اختلاف انتشار الصدمات على حسب معاناة الأفراد من أمراض مزمنة وحسب تقييمهم الذاتي لحالتهم الصحية، بحيث وجدنا أن أعلى نسب انتشار للأحداث العنيفة تتواجد عند أولئك المصابون بمرض أو عدة أمراض مزمنة ومشخصة عند الطبيب وكان تقديرهم الذاتي لحالتهم الصحية سلبيا، هذا العامل يمكن أن يكون عامل خطر يزيد من احتمال تعرض الأفراد للصدمة باعتباره نقصان في القدرات والمصادر الفردية، أو عجز عن أداء بعض الوظائف التي تسهل تسيير الضغوط الحياتية. ولكن يمكن أن يكون سوء الصحة الجسمية للأفراد نتيجة لشدة التعرض للصدمة والأحداث العنيفة، وإن يكن التأثير في الاتجاه الأول أو الثاني فالصحة الجسمية مؤشر دال في اختلاف انتشار الأحداث الحياتية العنيفة.

تشير النتائج إلى أن الأحداث العنيفة منتشرة أكثر لدى ذوي الوضعيات المهنية الهشة أو تلك التي ينعدم فيها العائد المادي (التقاعد، البطالة...)، وهذا ما يتناسب مع فكرة نقصان المصادر المادية على غرار نقصان المصادر النفسية والاجتماعية، وهو في حد ذاته عامل ضغط.

هذه النتائج تكشف عن الدور الدال لبعض الخصائص الديموغرافية في اختلاف انتشار التعرض للأحداث العنيفة لدى العينة المدروسة وهي تتفق مع نتائج إحدى أشهر دراسات الانتشار في ميدان البحث حول الصدمة وهما دراستين أمريكيتين مشهورتين: Epidemiological catchment area study و National comorbidity study والتي كشفت تحليل معطياتها أن العرق، الجنس، المنطقة الجغرافية (ريفية مقابل حضرية) المستوى التعليمي، السن، كلها يمكن أن تكون عوامل خطر في التعرض للصدمة، وأن العلاقة بين التعرض وتلك العوامل، تتنوع وتختلف حسب فئات الصدمات. (أنظر الجدول (1))

الجدول رقم 1: انتشار وعوامل خطر التعرض للصددمات

التعرض الضعيف				تعرض شديد				لا تعرض			التعرض الصدمي	
Chi	%	F	%	f	%	F	N					
الخصائص الديموغرافية												
	71.8	256	24.8	87	3.4	12	355	ذكور	الجنس			
	52.5	156	39.7	118	7.7	23	297	إناث				
	**26.72	63	411	31.6	205	5.4	35	652		المجموع		
	54.6	100	39.9	73	5.5	10	183	من 17 إلى 27 سنة	الفئات العمرية			
	61.7	88	30.3	44	9	13	145	من 28 إلى 34 سنة				
	60.6	95	33.8	53	5.7	9	157	من 35 إلى 47 سنة				
	76.6	128	21.6	36	1.8	3	167	من 48 إلى 70 سنة				
	**24.3	63	412	31.6	206	5.4	35	652		الجموع		
	82.2	268	16	52	1.8	6	326	سيدي موسى	المنطقة السكنية			
	43.9	143	47.2	154	8.9	29	326	دالي إبراهيم				
	63	411	31.6	206	5.4	35	652	المجموع				
		68	213	27.6	87	4.8	15	315	متزوج	الحالة المدنية		
		75	21	25	7	0	0	28	أرمل			
84.6		11	15.4	2	0	0	13	مطلق				
56.1		166	37.2	110	6.8	20	296	عازب				
		63	411	31.6	206	5.4	35	652	المجموع			
	62.9	341	30.8	168	6.1	33	542	لا يوجد سوابق مرضية	السوابق عند عائلة المستجيب			
	66.7	12	33.3	6	0	0	18	الأم/ الأب أظهر اضطرابا عقليا				
	60.3	41	36.8	25	2.9	2	68	أحد الوالدين مدمن / يستهلك الكحول				
	71	17	29.2	7	0	0	24	أخ/ أخت أظهر اضطرابا عقليا				
	4,57	63	411	31.4	206	5.4	35	652		المجموع		
	81,8	18	18.2	4	0	0	22	المستجيب سوابق سايكاترية	سوابق سايكاترية عند المستجيب			
	62,4	393	32.1	201	5.6	35	630	ليس المستجيب سوابق سايكاترية				
	3.79	63	411	31.6	205	5.4	35	652		المجموع		
	53,8	133	36.8	91	9.3	23	247	لا مرض ولا معاناة أو شكوى	الحالة الصحية الجسمية			
	62	132	34.3	73	3.8	8	213	مرض أو أكثر + تقييم ذاتي إيجابي				
	76	146	21.9	42	2.1	4	192	مرض أو أكثر زائد تقييم ذاتي إيجابي				
	**28.92	63	411	31.6	206	5.4	35	652		المجموع		
	50	44	38.6	34	11.4	10	88	جامعي	المستوى الدراسي			
	63,3	105	31.3	52	5.4	9	166	ثانوي				
	55,7	83	39.6	59	4.7	7	149	متوسط				
	64,2	88	30.7	42	5.1	7	137	ابتدائي				
	89,7	26	10.3	3	0	0	29	قرآني				
	78,3	65	19.3	16	2.4	2	83	دون تعليم				
	**31,52	63	411	31.6	206	5.4	35	652		المجموع		
	60	78	34.6	45	5.4	7	130	بطل	الوضعية المهنية			
	67,6	98	29	42	3.4	5	145	عامل يدوي مؤهل أو غير مؤهل				
	55,6	65	39.3	46	5.1	6	117	ربة بيت				
	46,3	19	43.9	18	9.8	4	41	طالب				
	65,4	17	19.2	5	15.4	4	26	معلم				
	67,1	49	27.4	20	5.5	4	73	موظف				
	64,9	24	32.4	12	2.7	1	37	تاجر				
	54,2	13	33.3	8	12.5	3	24	إطار				
	83	39	14.9	7	2.1	1	47	متقاعد				
	75	9	25	3	0	0	12	مهنة أخرى				
	*29.83	63	411	31.6	206	5.4	35	652		المجموع		

P**≤.01, P*≤.05

الدعم الاجتماعي عامل حماية يتأثر بالخصائص الديموغرافية ومستويات التعرض للصدمة

تفسر الخصائص الديموغرافية الاختلاف في إدراك الأفراد للدعم الاجتماعي، حيث أظهرت النتائج أن الذكور أكثر استفادة من الدعم الاجتماعي مقارنة بالإناث ويظهر ذلك في إدراكهم المرتفع للدعم الاجتماعي، يمكن إرجاع هذه النتيجة إلى عدة أسباب؛ منها ما يؤيده النظريات ومنها ما نستمدّه من الخصائص الاجتماعية المميزة للمجتمع الجزائري؛ نظريا نجد أن نموذج الأثر الوافي للدعم الاجتماعي يرتكز على فكرة أن التعرض للأحداث العنيفة والضغط هو الذي يفعل دور الدعم الاجتماعي الذي تقدمه الشبكة الاجتماعية أو توفره، وبما أن الذكور أكثر تعرضا للأحداث العنيفة؛ فمن المنطقي أن نجد أنه بقدر ما يتعرضون لأحداث عنيفة بقدر ما سينشط سياق الدعم الاجتماعي في اتجاههم، وقد يعزز هذا السياق حرص المجتمع على حماية الذكر نظرا لدوره الحيوي بالنسبة للأسرة الجزائرية، فهو غالبا المعيل والحامي.

كما تبين أن عينة دالي إبراهيم أكثر حظا من حيث استفادتها من الدعم الاجتماعي، حيث أن الغالبية في عينة دالي إبراهيم كان تقييمهم للدعم الاجتماعي مرتفعا مقارنة بعينة سيدي موسى أين سجلنا إدراك منخفض للدعم الاجتماعي، ويمكن تفسير ذلك بالرجوع إلى نقطتين: الأولى تخص منطقة سيدي موسى وهي أن التعرض الصدمي كان مرتفعا جدا وكان غالبا جماعي بما أنها كانت منطقة مستهدفة بالعنف، فلا يمكن الإشارة فقط إلى أحداث عنيفة منفردة، بل لا بد من الإشارة إلى عنف شديد مقصود وموجه لكل الأفراد والمؤسسات، أي النسيج الاجتماعي ككل، هذا يعني إمكانية تحطيم الشبكة الاجتماعية والإخلال بوظيفتها المتمثلة في توفير الدعم والاحتواء لأفرادها، وبالتالي غياب الدعم أو على الأقل انخفاضه مقارنة بمقدار حاجة الأفراد له. علما أن منطقة دالي إبراهيم لم تتعرض لنفس طبيعة ومستوى العنف الذي تعرضت له منطقة سيدي موسى، هذا من جهة ومن جهة أخرى هي منطقة يرتفع فيها المستوى الاجتماعي الاقتصادي والمستوى التعليمي للأفراد وتقل فيها المعاناة من الأمراض الجسمية، وبالتالي لم يكن مستوى التعرض الصدمي عنيفا إلى الدرجة التي تفقد الأفراد مصادره وتختطم وظيفة الشبكة الاجتماعية؛ بما أن النتائج تشير إلى كون الأفراد قد تمكنوا من الاحتفاظ ببعض مصادره بما فيها التقييم الإيجابي للدعم الاجتماعي.

أظهر المسنون استفادة أكبر من الدعم الاجتماعي مقارنة بالفئات الأصغر سنا؛ يمكن تفسير كما يلي: التقدم في السن يعني عادة أن الأفراد قد كونوا عائلة قد تمتد إلى الأحفاد، وهذا يعني شبكة اجتماعية أوسع وعلاقات حميمة أكثر عددا وثراء، وهي أبعاد تؤثر مباشرة في مستوى تقييم الدعم الاجتماعي، وهذا ما بينته دراسة (97) Daniel W. Russell et al التي ركز فيها على إبراز دور خصائص الشبكة الاجتماعية في تقييم الدعم الاجتماعي، وبين أن الدعم الاجتماعي المدرك مرتبط بمعظم خصائص الشبكة الاجتماعية والمتمثلة في: حجم الشبكة، معدل وتكرارات الاتصالات الاجتماعية، درجة الحميمية والثقة في العلاقات بين أعضاء الشبكة الاجتماعية، عدد العلاقات المتداخلة وتخص عدد الذين يوفرهم أكثر من شكل من أشكال الدعم الاجتماعي للفرد. (D. W. Russell et al 1997). أضف إلى ذلك أن المسنين مجموعة

في خطر بالنظر إلى حجم التراكم الصدمي في حياتهم، بما فيه التغيرات الاجتماعية والصحية التي يفرضها التقدم في السن، مقابل انحصار في حجم المصادر المادية والصحية والنفسية التي من المفروض أن تكون رصيدهم في مواجهة تلك الضغوط، هذا ما يجعلها مجموعة هشة أكثر حاجة لتفعيل الدعم الاجتماعي، وهذا وفق نموذج الأثر الواقعي للدعم الاجتماعي، وقد يعزز هذا السياق أعراف اجتماعية تميز مجتمعات كالمجتمع الجزائري والتي توفر المسنين وتعطيهم الأفضلية في الحصول على المساعدة المعنوية والمادية.

وينطبق هذا التفسير إلى حد كبير على ذوي المستويات التعليمية المنخفضة (ابتدائي، قرآني، دون تعليم) بحيث وجدنا أنهم أكثر حظا من حيث الاستفادة من الدعم الاجتماعي، في حين وجدنا أن ذوي المستويات التعليمية المتوسطة والعليا أقل حظا من حيث الاستفادة من الدعم الاجتماعي. ويمكن أن نشير إلى وجود نوع من الميل إلى جعل ذوي المستوى التعليمي المرتفع عادة مصدر للدعم وليس المستفيد من الدعم باعتبار أن المتعلم يملك أدوات التعامل مع متطلبات الحياة اليومية وضغوطها، وهي ميزة المجتمعات التي لم يعمّم فيها التعليم إلا منذ سنوات قليلة فأصبح المتعلمين مرشحين لتحمل مسؤوليات أكبر وبالتالي توفير السند لغيرهم.

وفي نفس السياق يمكن إدراج تفسير اختلاف تقييم الأفراد لمستوى الدعم الاجتماعي حسب حالتهم الصحية وحسب تقييمهم الذاتي لصحتهم، حيث يبدو أن الذين يعانون من مرض أو أكثر، هم أكثر استفادة من الذين لا يعانون من أي مرض، وبصفة أدق نجد الذين يعانون من مرض أو أكثر وكان تقييمهم الذاتي لصحتهم إيجابيا هم الأكثر الاستفادة من الدعم الاجتماعي، ولكن إذا اعتبرنا أن المعاناة الصحية هي نتيجة التعرض للضغوط والأحداث الحياتية العنيفة فيمكن إرجاع التقييم الذاتي الإيجابي للحالة الصحية من طرف بعض الأفراد إلى ارتفاع الدعم الاجتماعي المدرك لديهم.

تلعب الحالة المدنية دورا في مستوى تقييم الأفراد للدعم الاجتماعي حيث تبين أن الفئة الأكثر استفادة هي فئة المتزوجين، بينما تتمركز فئة العزاب في المستوى المتوسط في إدراك للدعم الاجتماعي، في حين نجد أن الأرامل والمطلقين هم الأقل حظا من حيث الاستفادة من الدعم الاجتماعي، مع العلم أن أغلب فئتي الأرامل والمطلقين هن إناث؛ ويمكن تفسير هذه النتائج بالرجوع إلى دور الشبكة الاجتماعية وكم العلاقات الحميمة في اختلاف مستوى الدعم الاجتماعي المدرك؛ كما تشير إليه نتائج دراسة (DW. Russell & al 97) ولهذا نجد أن المتزوجين أكثر استفادة الدعم الاجتماعي باعتبار أن الزواج بشكل عام هو توسيع في حجم الشبكة الاجتماعية، زيادة في عدد وتنوع العلاقات الحميمة، هو مصدر للأطفال، يمنح مكانة اجتماعية، يقوم على تقاسم الأعباء والمسؤوليات، وهي ميزات تعزز التقييم الإيجابي للدعم الاجتماعي. ونجده متوسط عند العازبين باعتبار أنهم لم يستفيدوا من بعض المزايا التي يستفيد منها المتزوجين، في حين نجد الأرامل والمطلقين قد فقدوا تلك المزايا أو المصادر يفقدانهم للزوج أو الشريك وبالتالي فقدان ما كانت توفره من سند واحتواء، كما تتفق مع نموذج الاحتفاظ بالمصادر ل (S.Hobfool) والذي يصنف الزواج كواحد من أنواع المصادر التي تلعب دور هام في مواجهة الضغوط.

تتدخل الوضعية المهنية في اختلاف مستويات إدراك الدعم الاجتماعي ؛ بحيث نجد أن الأقل استفادة هما فئتي البطالين والمعلمين، في حين أكثر الفئات استفادة من الدعم الاجتماعي نجد ربّات البيوت، المتقاعدين ونسبة معتبرة من الإطارات ، وذوي المهن والحرف اليدوية، ويتمركز الباقي (طلبة، موظفين، تجار) في المستوى المتوسط في إدراك الدعم الاجتماعي و الاستفادة منه. يبدو أن الدعم إدراك الدعم الاجتماعي ضعيف لدى الفئة غير المستفيدة ماديا، الفاقدة للدور والمكانة، وبالتالي فاقدة للمصادر التي تعزز الاستفادة من الدعم الاجتماعي. ونجد مستوى مرتفع في إدراك الدعم الاجتماعي لدى الفئة ذات المستوى الاقتصادي المرتفع وذات المهن المستقرة، من جهة ومن جهة أخرى لدى فئة المتقاعدين التي ينطبق عليها تفسير ارتفاع مستوى الدعم الاجتماعي المدرك لدى المسنين، بالإضافة إلى فئة ربّات البيوت وهن غالبا النساء المتزوجات وبالتالي ينطبق عليهن تفسير ارتفاع مستوى الدعم الاجتماعي المدرك لدى المتزوجين.

إدراك الدعم الاجتماعي يتأثر بمستويات التعرض للصدمات

كلما زاد عدد الأحداث العنيفة التي يتعرض لها الأفراد كلما انخفض إدراكهم للدعم الاجتماعي، بحيث تتزايد نسب الأفراد الذين كان تقييمهم للدعم الاجتماعي منخفضا كلما زاد حجم التعرض للصدمة، ويدعم ذلك وجود ارتباط سلبي ودال إحصائيا بين عدد الأحداث العنيفة التي يتعرض لها الأفراد ومستوي إدراكهم للدعم الاجتماعي. تتفق هذه النتائج إلى حد كبير مع نتائج الدراسات التي أثبت أن الدعم الاجتماعي من المصادر التي تتأثر بعد التعرض للصدمات كما تتأثر باقي مصادر وإمكانيات التعامل لدى الفرد، وخاصة عندما تكون الضغوط والصدمات جماعية كالكوارث الطبيعية والإنسانية كالعنف الذي يعايشه أفراد المجتمع الجزائري. ومنها نتائج دراسة (93) Norris et Kaniasty. (أنظر الجدول 2)

الجدول 2: مستويات إدراك الدعم الاجتماعي موزعة حسب الخصائص الديموغرافية والتعرض للصدمة

Chi	مرتفع		متوسط		منخفض		مستويات إدراك الدعم الاجتماعي موزعة حسب الخصائص الديموغرافية والتعرض للصدمة		
	%	F	%	f	%	f	N		
**15.32	36	128	43.1	153	20.8	74	355	الجنس	
	26	76	41.1	122	33.3	99	297		
	31	204	42.2	275	26.5	173	652		
**159.4	3.8	7	56.8	104	39.3	72	183	الفئات العمرية	
	17	25	49	71	33.8	49	145		
	47	74	38.9	61	14	22	157		
	59	98	23.4	39	18	30	167		
	31	204	42.2	275	26.5	173	652		
	28	90	36.5	119	35.9	117	326		
**29.31	35	114	47.9	156	17.2	56	326	المنطقة السكنية	
	31	204	42.2	275	26.5	173	652		
	58	183	29.8	94	12.1	38	315		
**217.8	21	6	32.1	9	46.4	13	28	الحالة المدنية	
	15	2	38.5	5	46.2	6	13		
	4.4	13	56.4	167	39.2	116	296		
	31	204	42.2	275	26.5	173	652		
	23	20	58	51	19.3	17	88		المستوى الدراسي
	19	32	47.6	79	33.1	55	166		
23	34	49	73	28.2	42	149			
46	63	32.1	44	12.9	30	137			
59	17	17.2	5	24.1	7	29			
46	38	27.7	23	26.5	22	83			
**60.53	31	204	42.2	275	26.5	173	652	المجموع	
5.92	32	171	41.7	226	26.8	145	542	السوابق عند عائلة المستجيب	
	17	3	55.6	10	27.8	5	18		
	28	19	42.6	29	29.4	20	68		
	46	11	41.7	10	12.5	3	24		
	31	204	42.2	275	26.5	173	652		
0.83	32	199	42.1	265	26.3	166	630	سوابق سايكاتريّة عند المستجيب	
	23	5	45.5	10	31.8	7	22		
	31	204	42.2	275	26.5	173	652		
**14.24	26	63	49	121	25.5	63	247	الحالة الصحية الجسمية	
	33	71	43.2	92	23.5	50	213		
	37	70	32.3	62	37.3	60	192		
	31	204	42.2	275	26.5	173	652		
	15	19	37.7	49	47.7	62	130		الوضعية المهنية
37	54	41.4	60	21.4	31	145			
48	56	32.5	38	19.7	23	117			
7.3	3	68.3	28	24.4	10	41			
23	6	46.2	12	30.8	8	26			
22	16	54.8	40	23.3	17	73			
22	8	56.8	21	21.6	8	37			
46	11	41.7	10	12.5	3	24			
57	27	25.5	12	17	8	47			
33	4	41.7	5	25	3	12			
**94.05	31	204	42.2	275	26.5	173	652		
**12.7	34	35	51.4	18	14.3	5	35	مستوى التعرض للصدمة	
	31	64	48.8	100	20	41	205		
	31	128	38.1	157	30.8	127	412		
	31	204	42.2	275	26.5	173	652		

عوامل الخطر وعوامل الحماية في الإصابة باضطراب ضغط ما بعد الصدمة : انتشار اضطراب ضغط ما بعد الصدمة :

بتطبيق معايير الـ DSMV في تشخيص الـ PTSD وجدنا أن 37,4 % من العينة يعانون من اضطراب ضغط ما بعد الصدمة وهي نسبة مرتفعة جدا إذا ما قارناها بنتائج الكثير من الدراسات على مجموعات أفراد في خطورة كبرى والمعروفون على أنهم ضحايا حدث صدمي كالمحاربين القدامى وضحايا الاعتداءات الجنسية، بينت عموما أن ظهور الـ PTSD بعد حدث صدمي هو الاستثناء وليس القاعدة (30 % لدى قدامى حرب الفيتنام، أقل من 9 % عند محاربي عاصفة الصحراء ، من 19 إلى 75 % عند ضحايا الجرائم ومن 47 إلى 50 % PTSD مزمن عند مساجين الأسر والحرب ، 3,6 % عند ضحايا ثورة بركان Saint Helens عند المدنيين بصفة عامة) لكن يبدو واضحا أن المقارنة غير دقيقة بحيث أن العينة المدروسة في هذا البحث عينة سكانية عامة ولا بد من مقارنتها بنتائج دراسات أجريت على عينات عامة كدراسة (98) N. Breslau، التي تشير إلى أن نسبة انتشار اضطراب ضغط ما بعد الصدمة عند العينات العامة يتراوح ما بين 10 إلى 15. بالإضافة إلى النسب المذكورة في العديد من المراجع العالمية المعروفة كال دليل التشخيصي الإحصائي DSMIV بحيث يشير إلى كون نسبة انتشار الـ PTSD عند أولئك الذين تعرضوا للمعيار A تتراوح بين 3 % و 8 %.

إن اختلاف انتشار اضطراب ضغط ما بعد الصدمة سواء لدى عينة أفراد تعرضوا لنفس الصدمة أو لدى عينة أفراد تعرضوا لعدة أنواع من الضغوط والأحداث الحياتية العنيفة ووجود نسب معتبرة من ضحايا الصدمات لا يطورون اضطراب ضغط ما بعد الصدمة؛ يشير إلى أن هناك عوامل أخرى تساهم إما في زيادة احتمال الإصابة باضطراب ضغط ما بعد الصدمة أو تساهم في تخفيض احتمال الإصابة باضطراب ضغط ما بعد الصدمة، وهي ما يسمى عوامل الخطر وعوامل الحماية في الإصابة باضطراب ضغط ما بعد الصدمة.

الخصائص الديموغرافية عوامل خطر أم عوامل حماية؟

نسبة الإناث اللواتي شخص لديهن PTSD أكبر من نسبة الذكور وهذا ما يتفق مع نتائج دراسات عديدة حول عوامل الخطر في الإصابة باضطراب ضغط ما بعد الصدمة ومنها دراسات كل من (92) Norris؛ (95) Z. Keassler & al؛ (97)؛ (91) N. Breslau & al التي بينت نتائجها أن الجنس عامل خطر، حيث أن الإناث أظهرن معدل خطر تطوير اضطراب ضغط ما بعد الصدمة أعلى من الذكور وتبدو النتيجة نفسها في معظم الدراسات الإبيديميولوجية، رغم أن معدل تعرض الذكور للصدمات أكثر منه لدى الإناث. (95) Z. Keassler & al، 1995؛ (91) N. Breslau & al، 1991، 1997؛ (92) Norris، 1992، In N. Breslau الاجتماعي المدرك بين الجنسين، نجد أن الإناث أقل استفادة من الدعم الاجتماعي مقارنة بالذكور وبالنظر إلى الدور الواقعي الذي يفترض نظريا أن يلعبه الدعم الاجتماعي لا نجد أوضح من هذا المؤشر لإثباته، ولكن هذا لا يعني أن الاختلاف في مستوى الدعم الاجتماعي المدرك هو الاختلاف الوحيد الذي يفسر انتشار أكبر لاضطراب ضغط ما بعد الصدمة لدى الإناث

مع أنهم أقل تعرضاً للأحداث العنيفة مقارنة بالذكور الأكثر تعرضاً للأحداث العنيفة ولكن الأكثر استفادة من الدعم الاجتماعي.

كما وجدنا أن انتشار اضطراب ضغط ما بعد الصدمة في منطقة سيدي موسى أكثر بكثير من انتشاره في منطقة دالي إبراهيم هذه المنطقة الأقل تعرضاً للأحداث العنيفة وبالتالي تمكن سكانها من الحفاظ نوعاً ما على مصادرهم الواقية ومن بينها الدعم الاجتماعي، بينما تتميز منطقة سيدي موسى بالمستوى المرتفع للتعرض الصدمي وبالتالي تواجد نوع من التجمع لمجموعات في خطر في تلك المنطقة بالإضافة إلى انخفاض مستوى الدعم الاجتماعي المدرك لدى أفراد عينة سيدي موسى، هذه الاختلافات بين المنطقتين السكنيتين هي التي نفسر بها لماذا ينتشر اضطراب ضغط ما بعد الصدمة بنسبة أكبر في إحداها ويقبل في الأخرى. وهذا بالرجوع إلى نموذج (85) S. Hobfoll الذي يرى أن الاحتفاظ بالمصادر أو فقدانها عنصر مركزي وهام في فهم المعاناة من الضغط واختلاف استجابات الضغط بعد الصدمة عند الأفراد «فمعظم الضغوط النفسية المتضمنة للفقدان مثل فقدان الملكية، فقدان الاستقرار الاقتصادي والاجتماعي من خلال فقدان الموارد المالية، فقدان المأوى، فقدان نمط حياتي آمن، التعرض للإصابة وبالتالي فقدان الصحة، الترحال كلها على غرار فقدان أشخاص أعزاء — تحمل قدراً أكبر من الخطورة والتهديد حيث أنه يترتب عنها انحصار في رصيد الأفراد من حيث مصادر مواجهة الضغوط» ومن بينها الدعم الاجتماعي كمصدر خارجي يمكن أن يحمي إدراك توفره الصحة الجسمية والنفسية للأفراد. وأيضاً بالرجوع إلى فكرة (76) Erikson التي يرى فيها أن الكوارث الإنسانية لا تعرض حياة الناجون إلى درجات عالية من الخطر والموت والتحطيم فقط، بل وتلغي العديد من الأنظمة الاجتماعية والثقافية الضرورية للوقاية والعودة إلى حالة الصحة والسلامة (Erikson, 76; In John P. Wilson, 1999).

هذه التفسيرات تنطبق أيضاً على دور الحالة المدنية وبصفة أدق الترميل كعامل خطر في الإصابة باضطراب ضغط ما بعد الصدمة بحيث نسبة انتشاره عند هذه الفئة أعلى بكثير من نسب انتشاره عند المتزوجين والعازبين، وهي الفئة الأكثر تعرضاً للأحداث الحياتية العنيفة والأقل استفادة من الدعم الاجتماعي، وبالتالي يمكن ربط ذلك بنقطة أساسية هي أن الترميل وضعية ضاغطة تتضمن فقدان في الموارد وفقدان السند الاجتماعي بسبب تفكك في الشبكة الاجتماعية وزيادة الأعباء.

المعاناة من مرض أو أكثر مع تقييم ذاتي سلبي هي عامل خطر مرتبط بانتشار أكبر لاضطراب ضغط ما بعد الصدمة مقارنة بغيرهم. وجدنا في البداية أن المرضى ذوي التقييم الذاتي السلبي أكثر تعرضاً للأحداث العنيفة، كما وجدنا أنهم أقل استفادة من الدعم الاجتماعي ونجد الآن أنهم أكثر معاناة من اضطراب ضغط ما بعد الصدمة؛ هذا يدفعنا للقول أن المعاناة الصحية جزء متلازم مع المعاناة النفسية التي ظهرت من خلال اضطراب ضغط ما بعد الصدمة نتيجة لارتفاع التعرض الصدمي وقلة الاستفادة من الدعم الاجتماعي.

وجود سوابق سايكاترية عند المستجيب عامل مرتبط بانتشار أكبر لاضطراب ضغط ما بعد الصدمة مقارنة بالذين لم يكن لديهم سوابق سايكاترية. ولكن لم نجد أن السوابق الساكاترية لدى عائلة المستجيب لها دور دال في اختلاف انتشار اضطراب ضغط ما بعد

الصدمة، وهذا ما يتماشى جزئياً مع فكرة أن السوابق السايكاترية عامل خطر في تطوير اضطراب ضغط ما الصدمة بحيث أظهرت نتائج العديد من الدراسات أن تاريخ الأمراض السيكاترية لكل من الفرد وعائلته وخاصة الخصائص العصبية، النوبات الاكتئابية الكبرى واضطرابات الحصر الموجودة من قبل. (McFarlane, 1989; Davidson et al 1985, 1991; Breslau et al, 1991 In N. Breslau)

تبين لنا من خلال النتائج أن السن ليس عامل دال في اختلاف انتشار اضطراب ضغط ما بعد الصدمة؛ بحيث يتوزع انتشاره بصفة تقريباً متشابهة على الفئات العمرية الأربع و في الواقع لم نجد أية دراسة تشير إلى السن كعامل خطر في تطوير اضطراب ضغط ما بعد الصدمة. وأيضاً المستوى التعليمي والوضعية المهنية لم يكن لهما دور دال في اختلاف انتشار اضطراب ضغط ما بعد الصدمة.

دور التعرض للأحداث الحياتية العنيفة كعامل خطر رئيسي

إن تراكم عدد أكبر من الأحداث الحياتية العنيفة التي يمكن أن يتعرض لها الأفراد بعد سن 12 إلى الوقت الراهن عامل مرتبط بانتشار أكبر لاضطراب ضغط ما بعد الصدمة حيث ينتشر بنسبة 25,9% عند الذين تعرضوا لعدد محدود من الأحداث الحياتية العنيفة (من 1 إلى 3 أحداث)، ويصل انتشاره إلى 45,6% عند أولئك الذين تعرضوا لعدد كبير من الأحداث العنيفة (من 4 فما فوق). هذا يعني أن تراكم التعرض للعديد من الأحداث العنيفة عامل خطر في الإصابة باضطراب ضغط ما بعد الصدمة وهو ما يتفق مع ما بينه J.P.Wilson (99) في وصفه للأبعاد الصدمية التي يمكن أن تزيد احتمال الإصابة بالاضطرابات بعد الصدمة بحيث ذكر أن تعقد الحادث الصدمي وكونه فريد أو متعدد هو بُعد يساهم في اختلاف شدة الاستجابة بعد الصدمة. وحتى لو أننا لم نركز على دور طبيعة الأحداث الصدمية فهذا لا يعني عدم مساهمتها في زيادة خطر الإصابة باضطراب ضغط ما بعد الصدمة عند العينة المدروسة، خاصة وأن معظم الدراسات حول عوامل الخطر تركز على دور طبيعة الصدمات كعامل خطر ومنها دراسة (N.Breslau 98) التي تبين أن خطر احتمال الإصابة باضطراب ضغط ما بعد الصدمة يختلف باختلاف 4 فئات من الصدمات، حيث تضمنت الاعتداءات الإجرامية والتي شملت: الاعتداءات الجنسية والجسمية والتهديدات المسلحة أعلى معدل خطر في تطوير اضطراب ضغط ما بعد الصدمة. (N. Breslau, 1998).

دور الدعم الاجتماعي المدرك كعامل حماية

أظهرت النتائج أن أكبر انتشار لاضطراب ضغط ما بعد الصدمة مرتبط بالإدراك المنخفض للدعم الاجتماعي إذ وصلت نسبة انتشاره لدى هذه الفئة بـ 48,6% لتنخفض هذه النسبة إلى 29,4% عند أولئك الذين كان تقييمهم للدعم الاجتماعي مرتفعاً، بالإضافة إلى وجود ارتباط سلبي ودال بين مستويات تقييم الأفراد للدعم الاجتماعي والإصابة باضطراب ضغط ما بعد الصدمة وهذا عند مستوى دلالة $\alpha = 0.01$. هكذا فانخفاض إدراك الدعم الاجتماعي عامل خطر في تطوير اضطراب ضغط ما بعد الصدمة، مقابل كون ارتفاع إدراك

الدعم الاجتماعي عامل حماية من الإصابة باضطراب ضغط ما بعد الصدمة. تتفق النتائج إلى حد بعيد مع بعض نتائج الدراسات حول عوامل خطر الإصابة باضطراب ضغط ما بعد الصدمة والتي تشير إلى عوامل بعد صدمية مثل غياب الدعم الاجتماعي (Solomon.S & Smith.E, 1994 In Yehuda.R & al 1995). كعامل خطر، وأيضا تلك التي أبرزت أن الحاجة للدعم الاجتماعي هي واحدة من مميزات طرق التعامل مع الصدمة وأن غياب الدعم الاجتماعي مرتبط بمعاناة بعد صدمية أكبر. (C. M. Adwwin, 1994) كما تتفق نظريا مع الأهمية البالغة التي ينسبها J. P. Wilson (99) لأبعاد الوسط ما بعد الصدمة وبين أنها يمكن أن تحدد اتجاه تطور عواقب الضغوط أو الصدمات، كما أنها يمكن أن تلعب دور العضوية الواقية من المعاناة بعد الصدمة، وهي في الواقع الأبعاد المشكلة لمصادر الدعم الاجتماعي؛ كالمستوى الاقتصادي الاجتماعي وحجم الدعم العائلي، مدى توفر واحتواء الثقافة على عادات، طقوس وإمكانيات لمساعدة الأشخاص الذين يعانون من مشاكل انفعالية بسبب صدمات (Van der Kant, 1983 In J. P. Wilson)، الموقف الاجتماعي والسياسي اتجاه الضحايا المصدومين كعامل بيئي هام وحتمي في الشفاء وتخطي التجربة الصدمية، مدى توفر مصادر وهياكل توفر العلاج وتسهل إدماج الضحايا داخل المجتمع والثقافة. (أنظر الجدول 3)

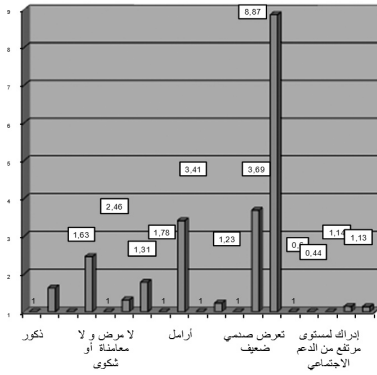
بإلقاء نظرة على معاملات الخطورة النسبية التي أبرزها تحليل النكوص اللوجيستي الأحادي والمتعدد نجد أن بعض الخصائص الديموغرافية بالإضافة إلى كونها عوامل خطر فهي منبئات قوية باحتمال الإصابة باضطراب ضغط ما بعد الصدمة. الجنس من خلال الإناث، المنطقة السكنية حيث تمثل منطقة سيدي موسى عامل الخطر. وهذا يعني أن ارتفاع التعرض الصدمي في منطقة سيدي موسى وانخفاض الدعم الاجتماعي المدرك هي المميزات القوية والمؤثرة في انتشار اضطراب ضغط ما بعد الصدمة وإمكانية التنبؤ به. وكذلك الحال بالنسبة لمعامل الخطورة النسبية للحالة الصحية وأيضا الترمل فهو مرتفع ودال. وهذا يعني أن ارتفاع التعرض الصدمي وانخفاض الدعم الاجتماعي المدرك هي المميزات القوية التي تجعل الترمل مؤشر هام في التنبؤ اضطراب ضغط ما بعد الصدمة. بالنسبة لمعامل الخطورة النسبية لمستوى التعرض للأحداث الحياتية العنيفة نجد أنه أعلى معامل خطورة بالنسبة لباقي المتغيرات وهو دال في كل من التحليل الأحادي والتحليل المتعدد. مما يؤكد الدور الهام الذي تلعبه هذه العوامل في تفسير انتشار اضطراب ضغط ما بعد الصدمة.

الجدول رقم 3: عوامل خطر انتشار اضطراب ضغط ما بعد الصدمة وعوامل الحماية

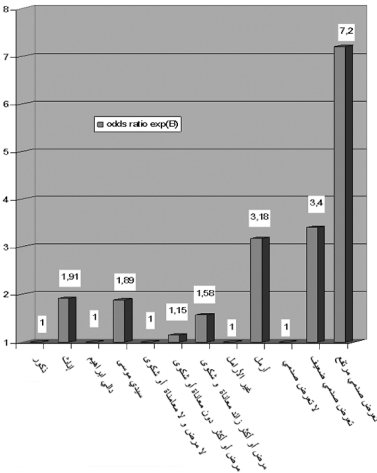
انتشار اضطراب ضغط ما بعد الصدمة حسب الخصائص الديموغرافية ، التعرض الصدمي و الدعم الاجتماعي المدرك				
Chi sq	%	F	N	
	32.1	114	355	ذكور
	43.8	130	297	إناث
	37.4	244	652	المجموع
	**0.4			
	32.8	60	183	من 71 إلى 72 سنة
	42.8	62	145	من 82 إلى 43 سنة
	39.5	62	157	من 53 إلى 74 سنة
	53.9	60	167	من 84 إلى 07 سنة
	37.4	244	652	المجموع
	48.2	157	326	سبذي موسى
	26.7	87	326	دالي إبراهيم
	37.4		652	المجموع
	34	107	315	متزوج
	75	21	28	أرمل
	46.2	6	13	مطلق
	37.2	110	296	عازب
	37.4	244	652	المجموع
	27.3	24	88	جامعي
	34.9	58	166	ثانوي
	38.9	58	149	متوسط
	42.3	58	137	ابتدائي
	34.5	10	29	قرائي
	43.4	36	83	دون تعليم
	37.4	244	652	المجموع
	7.22			
	36.3	197	542	لا يوجد سوابق مرضية
	55.6	10	18	الأم/ الأب أظهر اضطرابا عقليا
	38.2	26	68	أحد الوالدين مدمن /يسئهلك
	45.8	11	24	أخ/ أخت أظهر اضطرابا عقليا
	37.4	244	652	المجموع
	36.5	230	630	المستجيب لم يسبق و أن أظهر اضطرابا عقليا
	63.6	14	22	المستجيب سبق و أن أظهر اضطرابا عقليا
	37.4	244	652	المجموع
	**6.68			
	30	74	247	لا مرض و لا معاناة أو شكوى
	33.8	72	213	مرض أو أكثر دون معاناة أو شكوى
	51	98	192	مرض أو أكثر زائد معاناة وشكوى
	37.4	244	652	المجموع
	**22.17			
	42.3	55	130	بطل
	32.4	47	145	عامل بدوي مؤهل / غير مؤهل
	45.3	53	117	ربة بيت
	26.8	11	41	طالب
	42.3	11	26	معلم
	38.4	28	73	موظف
	29.7	11	37	تاجر
	33.3	8	24	إطار
	27.7	13	47	متقاعد
	58.3	7	12	مهنة أخرى
	37.4	244	652	المجموع
	13.5			
	8.6	3	35	لا تعرض صدمي
	25.9	53	205	تعرض صدمي ضعيف
	45.6	188	412	تعرض صدمي شديد
	37.4	244	652	المجموع
	48.6	84	173	ضعيف
	36.4	100	275	متوسط
	29.4	60	204	مرتفع
	37.4	244	652	المجموع
	**14.87			

P**< .01, P*<.05

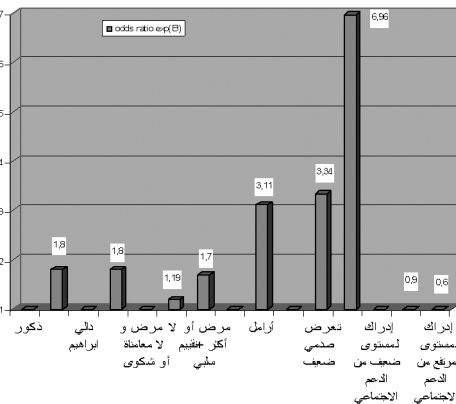
المخطط رقم 1: تحليل النكوص اللوجستي الأحادي لتأثير المتغيرات المستقلة في اضطراب ضغط ما بعد الصدمة



المخطط رقم 2: تحليل النكوص اللوجستي لتأثير الخصائص الديموغرافية (1) والتعرض الصدمي (2) معا في اضطراب ضغط ما بعد الصدم



المخطط رقم 3 : تحليل النكوص اللوجستي المتعدد لتأثير المتغيرات المستقلة معا



الخلاصة

أبرزت معظم الدراسات التي أجريت على عينات عامة أن انتشار اضطراب ضغط ما بعد الصدمة لا يتعدى 10 إلى 15 بالمائة في حين يصل انتشاره في العينة المدروسة إلى 34.7 بالمائة، يمكننا القول أن ارتفاع انتشار اضطراب ضغط ما بعد الصدمة هو نتيجة منطقية لارتفاع عوامل التعرض الصدمي، باعتباره العامل السببي الأساسي المفسر للاضطراب. غير أن نتائج هذه الدراسة حول عوامل خطر الإصابة باضطراب ضغط ما بعد الصدمة متجانسة إلى حد بعيد سواء ما يتعلق بمدى انتشار اضطراب ضغط ما بعد الصدمة مقابل مدى انتشار التعرض للصدمة ومدى اختلاف مستويات تقييم الدعم الاجتماعي أو ما يتعلق بالدور الهام الذي تلعبه الخصائص الديموغرافية في إبراز تأثير كل منهما بحيث:

لما كان التعرض الصدمي مرتفعاً وكان مستوى تقييم الدعم الاجتماعي مرتفعاً كانت نسب انتشار اضطراب ضغط ما بعد الصدمة أقل (فئة الذكور)، ولما كان التعرض الصدمي مرتفعاً إلى الحد الذي أثر فيه حتى على مستوى تقييم بعض الفئات للدعم الاجتماعي (فئة الأرمال، سكان سيدي موسى) لم يلعب دور الحماية من المعاناة من الضغط بعد الصدمي، فكانت نسب انتشار اضطراب ضغط ما بعد الصدمة أكبر. ولما كان انتشار التعرض الصدمي أقل عند بعض الفئات (الإناث) وكان مستوى تقييم الدعم الاجتماعي منخفضاً أو أقل ارتفاعاً مقارنة بفئات أخرى؛ كانت نسب انتشار اضطراب ضغط ما بعد الصدمة أكبر. ولما كان انتشار التعرض الصدمي أقل عند بعض الفئات (دالي إبراهيم) وكان مستوى تقييم الدعم الاجتماعي أكثر ارتفاعاً مقارنة بفئات أخرى؛ كانت نسب انتشار اضطراب ضغط ما بعد الصدمة أقل. كما أن تلازم المعاناة الجسمية مع المعاناة النفسية ارتبط بارتفاع التعرض الصدمي، وقلة الاستفادة من الدعم الاجتماعي.

ورغم كون التعرض الصدمي مرتفعاً لدى كل من فئة المسنين ولدى ذوي المستويات التعليمية المنخفضة وذوي الدخل الضعيف، مقابل استفادة هذه الفئات من دعم اجتماعي أكثر، فإن اختلاف توزيع نسب انتشار اضطراب ضغط ما بعد الصدمة حسب هذه العوامل غير دال.

الإناث معرضات للإصابة باضطراب ضغط ما بعد الصدمة تقريباً مرتين أكثر من الذكور، سكان منطقة سيدي موسى معرضون للإصابة باضطراب ضغط ما بعد الصدمة مرتين أكثر من سكان منطقة دالي إبراهيم، الأرمال والمطلقين معرضون للإصابة باضطراب ضغط ما بعد الصدمة ثلاث مرات أكثر من المتزوجين والعازبين، المرضى ذوي التقييم الذاتي السلبي لحالتهم الضحية معرضون للإصابة باضطراب ضغط ما بعد الصدمة أكثر من غير المرضى وذوي التقييم الذاتي الإيجابي لحالتهم الصحية. وذوي التقييم المرتفع للدعم الاجتماعي أقل تعرضاً للإصابة باضطراب ضغط ما بعد الصدمة بالمقارنة مع الذين لا يدركون توفر الدعم في محيطهم.

تجعل حقائق مثل هذه المختص العيادي أكثر تواضعاً، وتدفعه إلى التفتح أكثر على زملائه محترفي الصحة بصفة عامة، وتجعله حريص على أخذ المصادر الاجتماعية ومحتويات الثقافة والعادات والشبكة الاجتماعية بعين الاعتبار، سواء في تحديد المشكل وتشخيصه أو في بناء خطة علاجية.

المراجع

1. AITSIDHOUM. M.M: **Le poids du drame et ses implications en matière de santé mentale**, In *Revue de Psychologie, SARP*, 1999-2000 Smail Ed, pp 19 –34.
2. APA: **DSMIV: Manuel de diagnostique des troubles mentaux** (4 ed) Tr française par J.D.GUELF I et al, Paris Masson, 1996, pp 498-509.
3. BRESLAU. N: **Epidemiology of Posttraumatic stress disorder**, In *Psychological Trauma review*, 1998, A P Press, p1-21.
4. CRAMER. D, HENDERRON. S & SCOTT0. R: **Mental health and adequacy of social support a four wave panel study** In *British journal of social psychology*, 1996, vol. 35, pp 285-295.
5. CUTRONA. C.E, COLE. V, COLANGELO. N, ASSOULINE. S.G & RUSSELL. D.W: **Perceived parental social support and academic achievement; an attachment theory perspective**. In *Journal of Personality and social Psychology*, 1994, vol 66, N °2, pp 369-378.
6. FAIRBANK. J.A, JORDAN. B.K & SCHLENGER. W.E: **designing and implementing epidemiological studies** In CARLSON. EVE.B: **Trauma research methodology**, the sidran press, 1996, pp 107-121.
7. FARUKAWA. T, SARASON. I.G & SARASON. B.R: **social support and adjustment to a novel social environment**. In *International Journal of social Psychiatry*, 1998, vol 44, N° 1, pp 56 – 70.
8. FLAHERTY. J.A, GAVIRA. F.M, PATHAK. D, MITCHELL. T, WINTROB. R, RICHMAN. J.A & BIRZ. S: **Developing instruments for cross-cultural psychiatric research**. In *J Nerv Ment Dis* , 1988, N° 176, pp 257-263.
9. HAREL. Z, KAHANA. B. & KAHANA. E: **social resources and mental health of aging Nazi Holocaust survivors and immigrants** In *International Handbook of Traumatic stress syndromes*, Edited by WILSON. J.P & RAPHAEL. Beverly, Plenum Press N.Y. 1993.
10. HATCHETT. L, FRIEND.R, PSYMISTER & N.WADHWA: **Interpersonal expectations, social support and adjustment to chronic illness**. In *Journal of Personality and social Psychology*, 1997, vol 73, N °3, pp 560-573.
11. HOBFFOL. S.E: **Conservation of resources, a new attempt at conceptualizing stress** In *American psychologist*, 1989, vol 44, N° 3, pp 513-524.
12. HUMBERT. I, **Social support of elderly Women with cancer, helpful or harmful?**, trad par: Pleuntje Maaik Rijken. 1995.
13. KING. L.A, KING. D.W, FAIRBANK. J.A, KEANE. T.M, ADAMS. G.A: **Resilience factors in post traumatic stress disorder among female and male Vietnam veterans, hardiness, post-war social support and additional stressful life events** In *Journal of Personality and social Psychology*, 1998, vol 74, N °2, pp 420- 434.
14. LITZ. B.T, WEATHERSF.W: **The Diagnosis and assessment of post-traumatic stress disorder in adult**; In WILLIAMS. M, SOMMER. J.F: **Handbook Of Post-Traumatic Therapy**, Greenwood Press, 1994, pp 19-37.
15. MOLLICA. R.F, CASPI-YAVIN. Y.C, BOLLINI. P & AL: **the Harvard trauma questionnaire validating a cross cultural instrument for measuring torture, trauma and posttraumatic stress disorder in Indochinese refugees** In *J.Nerv Ment Dis*.1992 ; 180 :2 : pp 11-116.

16. NORRIS F.H, KANIASTY. K; **Received and Perceived support in times of stress, a test of social support deterioration deterrence model**, In *Journal of Personality and social Psychology*, 1996, vol 71, N °3, pp 498-511.
17. PETERS. L, ANDREWS. G, COTTLER. L.B, CHATTERJI. S, JANCA. A & SMEETS. R.M.W: **the composite international diagnostic interview post-traumatic stress disorder module; preliminary data**. In *international journal of methods in psychiatric research*. 1996, N° 6, pp 167-174.
18. ROOK.K.S: **Social support versus companionship effects of life stress loneliness and evaluation by others** In *Journal of personality and social psychology*, 1987, vol 52, N°6, pp 1132-1147.
19. ROOS. P, COHEN. L.H: **Sex roles and social support as moderators of life stress adjustment** In *Journal of Personality and Social Psychology*, 1987, vol 52, N °3, pp 576-585.
20. ROY. M.P, STEPTOE. A & KIRSCHBAUM. C: **life events and social support as moderators of individual differences in cardiovascular Cortisol reactivity**. In *Journal of Personality and social psychology*, 1998, vol 75, N °5, pp 1273-1281.
21. RUSSELL. D.W, BOOTH. B, REED. D & LAUGHLIN. PH.R: **personality, social networks, perceived social support among alcoholics; a structural equation analysis** In *journal of personality*, 65, September 1997, duke university press.
22. SHALEV. A.Y, YEHUDA. R: **Longitudinal Development of traumatic stress Disorders** In *review of psychiatry*, vol 17,1998, American Psychiatric Press, p: 31-61.
23. SOLOMON. Z, MIKULINCE. M & AVITZUR. E: **Coping, locus of control, social support, and combat related post traumatic stress disorder** In *Journal of Personality and social Psychology*, 1988, vol 55, N° 2, pp 279-285.
24. VALENTINER. D.P, HOLOHAN. C.J & MOOS. R.H: **Social support appraisals of event, controllability and coping, an integrative model**. In *Journal of Personality and social Psychology*, 1994, vol 66, N °6, pp 1049-1102.
25. WILSON. J.P: **the Need for an Integrative Theory of posttraumatic stress disorder**. In WILLIAMS. Mary, SOMMER. John F: **Handbook of Post-Traumatic Therapy**. 1999, Greenwood Press, pp 2_18.
26. World Health Organization: **Composite International Diagnostic Interview (CIDI)**, version 2.1. Geneva, WHO, 1997.
27. YEHUDA. R: **Psychological Trauma**, 1998, American Psychiatric Press, p XIII- XV.

