

الإمتناع الأخلاقي في علاج اضطراب ما بعد الصدمة

Moral resistance in treatment of post-traumatic stress disorder

Mahmud Said

محمود سعيد

دكتورة بعلم النفس الاجتماعي والعيادي، متخصص بعلم النفس التربوي والعيادي، مشرف بعلم النفس التربوي، معالج ومدرب لعلاج الصدمة النفسية بتقنية التخفيف من تأثير الحدث الصادم -TIR. البريد الإلكتروني: E-mail: mahmudsskk@gmail.com

نبذة مختصرة

توضح دراسة الحالة هذه بتقرير مفصل علاج الشخص المصاب باضطراب ما بعد الصدمة (PTSD). وأشار المعالج إلى أن المريض لم يتحسن على الرغم من جميع التدخلات النفسية اللازمة التي تم اتخاذها، وطلب المريض للعلاج، والتزامه بالعلاج. وكشف التحقيق أن المريض فضل دون وعي استمرار المعاناة والشعور بالذنب تجاه ابنه المتوفى. كان المريض يعاني حفاظا على ولائه لابنه المتوفى، وهي ظاهرة نسميها المقاومة الأخلاقية. تم تطبيق مقابلة مقياس أعراض اضطراب ما بعد الصدمة (PSSI) قبل وبعد العلاج وفي المتابعة. كان الحد من الحوادث المؤلمة (TIR) هو الاستراتيجية العلاجية الرئيسية، بالإضافة إلى العلاج السلوكي الانفعالي العقلاني (REBT). وجدت الدراسة فاعلية كبيرة للحد من حوادث الصدمات والعلاج السلوكي الانفعالي العقلاني في علاج المقاومة الأخلاقية وفقاً لمقياس PSSI. انخفض مجموع النقاط من 43، مما يشير إلى مستوى شديد من الاضطراب، إلى 10 بعد أسبوع من بدء العلاج، وإلى 7 بعد شهر. تم الحفاظ على 4 درجات ثابتة في 3 و6 أشهر من المتابعة.

الكلمات المفتاحية: Moral Resistance، REBT، TIR، PTSD

اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD)

يعرف اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD) بأنه "اضطراب يمكن أن يتطور بعد التجارب الشخصية المباشرة أو مشاهدة حدث صادم، وغالبا ما يهدد الحياة ويتميز بإعادة التجربة أو التجنب أو التخليد وفرط الإثارة" (معهد الطب، 2006). يتطور اضطراب ما بعد الصدمة من خلال تعرض الشخص لحدث صادم غير متوقع مثل الحروب أو فقدان غير المتوقع لشخص عزيز في حدث صادم (Javidi & Yadollahie، 2006). نظراً للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM-5)، فإن أسباب اضطراب ما بعد الصدمة تشمل التعرض لحدث مؤلم وقع لأحد أفراد الأسرة المقربين أو صديق مقرب، ويجب أن يكون الحدث عرضياً (الرابطه الأمريكية للطب النفسي [APA]، 2013). يتراوح معدل انتشار اضطراب ما بعد الصدمة المقدر مدى الحياة في عينات المجتمع بين خمسة إلى عشرة بالمائة (ACPMH & Lgos، 2007).

تشمل علامات وأعراض الإصابة سريريا بضائقة نفسية كبيرة التجنب وفرط الإثارة وإعادة التجربة المتعلقة بالحدث (المركز الأسترالي للصحة العقلية لما بعد الصدمة، 2013). لا يحتاج كل الأشخاص الذين أصيبوا بصدمات نفسية إلى علاج طبي أو نفسي. تعتمد ضرورة العلاج على شدة ومدة واستمرارية التجربة، وأعراض التجنب واليقظة، والضعف في الأداء وكذلك المشاركة الاجتماعية، والتي يجب الإبلاغ عنها جميعاً لمدة ستة أشهر على الأقل بعد الحدث الصادم. يوصى بالعلاج المبكر بمجرد الإبلاغ عن علامات وأعراض اضطراب ما بعد الصدمة (بالنيجر 2004). تحدث علامات وأعراض أخرى تشمل الكوابيس، وذكريات الماضي، والأفكار المتطفلة،

والشعور بالذنب، ومستويات غير مناسبة من الخوف والعجز المرتبطة بضعف وظيفي (Bisson et al، 2013). قد يكون الحزن من المضاعفات الأخرى لفقدان أحد أفراد الأسرة إذا لم يتم علاجه (ماركويتز، 2017).

تتأثر الصحة النفسية بالوصمة والتمييز لفترة طويلة. هذه المشكلة تسبب المعاناة والعبء على العملاء وأسرههم وتؤدي إلى تأخير العلاج (منظمة الصحة العالمية، 2003). تؤثر معرفة الضحية وإدراكه للحدث الصادم والأعراض المتتالية على طريقة التعامل معه، بما في ذلك التقدم للعلاج. الإدراك المعرفي له فعالية عالية في تبني السلوك المناسب والتفكير الإيجابي فيما يتعلق بالحدث الصادم (Benight & Bandura، 2004). يجب على المعالج أن يساعد المريض على إدراك المشاعر المرتبطة بالحدث، سواء كان ذلك الخوف أو القلق أو الخجل أو الذنب أو الغضب أو الحزن (شابيرو، 2018). يلعب قبول المريض لهذه المشاعر الدور الرئيسي في تجنب التجارب الداخلية السلبية مثل الأفكار والعواطف والذكريات والأحاسيس (Walser & Westrup، 2007).

يعتمد التعافي من الصدمة على طبيعة الحدث الصادم والدعم الاجتماعي وشخصية المريض (رجاء، 2012). الأشخاص الذين يتسمون بالمواقف الإيجابية هم أفضل في القضاء على آثار التوتر، ولديهم قدرة أفضل على التحكم في أفكارهم وسلوكهم، مما يؤدي إلى التخفيف من آثار الصدمة (Cervone & Pervien، 2013). يعتبر العلاج السلوكي المعرفي وعلاج التعرض فعالين في علاج الصدمات، ويعتبر العلاج بالتعرض هو الخط الأول في علاج الصدمات (ماكليين وفوا، 2011).

التخفيف من تأثير الحدث الصادم – (TIR) Traumatic Incident Reduction

تم تقديم تقنية التخفيف من تأثير الحدث الصادم (TIR) بواسطة الدكتور فرانك جيربود (Gerbode، 1988). تُستخدم هذه الطريقة في علاج اضطراب ما بعد الصدمة من خلال استدعاء المعلومات المهمة حول طبيعة وعواقب الأحداث الصادمة (Carbonell & Figley، 1999). الحد من الحوادث الصادمة هو موجز، واضح، قائم على الذاكرة، يشبه إلى حد كبير تدخلات الفيضانات التخيلية، ويركز على الذاكرة بدلاً من إدارة الأعراض (فالنتين، 1997). كانت أهداف التخفيف من تأثير الحدث الصادم كما تم إجراؤها بواسطة Gerbode (1988)، هي زيادة إعادة تجربة المشاعر السلبية المتعلقة بالصدمة، وزيادة المعالجة المعرفية المتمعدة للصدمة، وإنشاء ذاكرة سردية للصدمة (Descilo et al، 2019).

عند التخفيف من تأثير الحدث الصادم، يجب على المعالج اتباع الخطوات التالية الآتية:

- أ- إعطاء الموافقة المستنيرة.
- ب- إجراءات الاختبار المسبق الكاملة.
- ت- إجراء مقابلة توجيهية فردية لمعرفة طبيعة الصدمة والأدوار التي سيلعبون هم وممارس الصحة العقلية.
- ث- يتلقون جلسة للحد من الحوادث الصادمة.
- ج- يكملون جلسة استخلاص المعلومات.
- ح- إجراءات الاختبار اللاحق والمتابعة الكاملة (فالنتين وسميث، 2001).

يتم توجيه العميل لتخيل الحدث الصادم دون استخدام التعبير اللفظي، متبوعًا بإخبار الحدث بشكل متكرر. تعتمد فعالية استخدام هذه الطريقة على قدرة العميل على التخيل (Cukor et al، 2009). في الجلسات، يصف العميل شعورًا أو موقفًا أو تفكيرًا سلبيًا معيّنًا، والذي يعمل على تحديد حوادث معينة لحلها. يراجع المعالج مشاعر العميل. ثم يكون العميل قادرًا على التحدث بهدوء عن الحدث الصادم دون ظهور الأعراض (NREPP، 2013).

العلاج السلوكي الانفعالي العقلاني (REBT)

يعتمد التفسير المعرفي للتجربة المؤلمة على تسلسل الأحداث. يتبع التفسير السلبي للحدث الصادم سلوك غير عقلاني. يتم التعبير عن المعتقدات والسلوكيات غير العقلانية بأشكال عديدة مثل الشعور بعدم الواقعية حول التصور السلبي للذات والحياة والمستقبل، والتفسير الخاطئ الكارثي لردود فعل الحزن، وسلوك التجنب المصحوب

بالقلق (Boelen et al، 2014). نشأ العلاج السلوكي الانفعالي العقلاني من العلاج العقلاني الذي تطور إلى العلاج الانفعالي العقلاني وفي عام 1990 أصبح العلاج السلوكي الانفعالي العقلاني. هناك العديد من أوجه التشابه بين العلاج السلوكي المعرفي وعلاج السلوك الانفعالي العقلاني، لكن العلاج ابتعد مؤخرًا عن جذوره المعرفية (Froggatt، 2005). يتعامل العلاج السلوكي الانفعالي العقلاني مع المعتقدات غير العقلانية بمعنى أوسع من العلاج السلوكي المعرفي في علاج استجابات ما بعد الصدمة (Hyland et al، 2014). التقنيات السلوكية والمعرفية والعاطفية المتضمنة في ممارسة هذا العلاج من أجل تعزيز تغيير الأفكار والعواطف والسلوكيات السلبية بطريقة إيجابية (Ellis & Dryden، 2007).

يُظهر نموذج ABC التفاعل العاطفي الذي يشير فيه الحرف "A" إلى تنشيط الحدث، ويشير الحرف "B" إلى الاعتقاد أو تفسير الحدث النشط، ويشير الحرف "C" إلى الاستجابات العاطفية و / أو الفسيولوجية و / أو السلوكية (Sorocco & Lauderdale، 2011). يعتبر نموذج A-B-C حجر الزاوية في نظرية وممارسة العلاج السلوكي الانفعالي العقلاني، وترتبط عواقب الاضطرابات (C) في الأفكار والعواطف بمعتقدات الناس غير العقلانية (B) وليس بالحدث المسبب (Kwee & Ellis، 1998).
تقنيات العلاج السلوكي العقلي مفيدة للمعالجين الذين يعملون مع الآباء والأسر من خلال التركيز على أفكارهم السلبية ومحاولة تغييرها، وتعزيز الأداء العاطفي، وزيادة قدرتهم على اتخاذ قرارات فعالة لإدارة السلوك (Terjesen & Kurasaki، 2009).

في عمليات الحزن، وفقًا لتفسير العلاج السلوكي الانفعالي العقلاني، يحدث سوء التكيف عندما يتسبب الموت الصادم في حدوث أفكار سلبية تسمى المعتقدات غير العقلانية. هناك تباين مع الشخص المصاب بصدمة بين الاعتقاد العقلاني التكيفي والاعتقاد غير العقلاني غير القادر على التكيف، والذي يعتمد على الأفكار والعواطف (Malkinson، 2010). يركز علماء النفس على ثلاثة مستويات من استجابة العميل أثناء الجلسات: السلوكيات (أي ردود أفعال العميل التي يمكن ملاحظتها والقابلة للقياس)، والإدراك (على سبيل المثال، معالجة المعلومات) والخبرة الشخصية (أي المشاعر والعواطف) (David & Cramer، 2010). يجب أن يستخدم المعالج أسئلة مفتوحة في الجلسات لتقييم الأفكار والعواطف وعملية التدخل والأداء المستقبلي (Turner et al، 2014).

الإمتناع الأخلاقي – Moral Resistance

لم نجد دراسات أو مراجع سابقة حول المقاومة الأخلاقية مما دفعنا لكتابة هذه الورقة من أجل تسليط الضوء على هذه المشكلة المهمة وتقديم الحلول والتوصيات.

من المهم التمييز بين المقاومة الأخلاقية ومشاركة العميل. قد يكون من الصعب تمييز هذه المفاهيم على أساس الملاحظة السريرية دون تقييم منهجي طويل الأجل، خاصة في حالة مريضنا الذي بحث عن العلاج والتزم به، لكنه لم يتبع التعليمات دون وعي. وجد في النهاية أنه يعتقد أن تخفيف معاناته سيعني أنه غير مخلص لابنه الراحل، وبالتالي يخشى الشعور بالذنب إذا انتهت معاناته.

تعد مشاركة العميل في العلاج أحد أهم جوانب العملية العلاجية. إنه يعكس مستوى الارتباط الصحي الذي يخلقه العميل مع المعالج ويؤثر بشكل مباشر على التشخيص. في هذه المقالة، سوف نلقي نظرة متعمقة على الجوانب الأساسية للمقاومة الأخلاقية ونناقش طرق حلها. لوحظ أثناء العمل كمعالج للصدمة، أن العميل حضر عن طيب خاطر لطلب العلاج من تجربته المؤلمة والشديدة، وبذل المعالج قصارى جهده لتقديم جميع التدخلات اللازمة، إلا أن العلاج لم يصل إلى أهدافه بشكل مرض.

يبدو كما لو أن العميل لا يرغب دون وعي في التعاون مع المعالج. فمن ناحية يطلب المساعدة للتخفيف من آلامه ومعاناته من الصدمات والخسارة والرغبات التي تحدث التغيير المنشود ويلتزم بحضور الجلسات. من ناحية أخرى، يرفض دون وعي اتباع التعليمات. وبينما أعلن بوعي رغبته في الشعور بتحسن والتكيف مع الحياة، امتنع عن غير وعي من إنهاء معاناته، بسبب لائه لابنه الضائع.

في علوم الطب، يُستخدم مصطلح "مقاومة العلاج" عادةً لتعريف المرضى الذين يفشلون في الاستجابة لشكل معياري من العلاج. وبالمثل، فإن اضطراب ما بعد الصدمة المقاوم للعلاج ينطبق على هؤلاء المرضى الذين لا يتغلبون على الأعراض على الرغم من أنهم قد عولجوا بشكل كافٍ باستخدام طرق العلاج الدوائية أو غير الدوائية أو المركبة. قد يختلف التعريف على نطاق واسع ولا يوجد تعريف مقبول عالميًا للمدة التي يجب أن يعالج فيها المريض دون أي تقدم يمكن قبوله كمقاوم للعلاج. ومع ذلك، بالنظر إلى بداية اضطراب ما بعد الصدمة وأعراضه، قد يكون من المقبول أن اثني عشر شهرًا من فشل العلاج قد يكون تعريفًا مقبولًا. هذا، بالطبع، يعتمد على تجربة العلاج المناسبة والتوقعات المحددة لنتائج العلاج. من الناحية النظرية، قد يتم تطبيق اضطراب ما بعد الصدمة المقاوم للعلاج لوصف المرضى الذين لديهم استجابة أولية للنهج العلاجي ولكن دون تحقيق تحسن كبير فيما يتعلق بحل الأعراض وتحسين الشعور باحترام الذات والعمل (Zepinic، 2015).

العلاج

موضوع هذا التقرير رجل يبلغ من العمر 56 عامًا. في المقابلة الأولية وجدنا أنه يتوافق مع DSM-5 (APA, 2013) معايير اضطراب ما بعد الصدمة النشط بينما كانت شكواه الرئيسية هي الأرق والضيق النفسي الشديد الذي استمر لأكثر من عام واحد. وذكر أنه بدأ يعاني من هذه الأعراض منذ أن فقد ابنه الأكبر. كانت الأسرة من الفلسطينيين حاملي الجنسية الإسرائيلية. هؤلاء السكان ليسوا مجبرين على الخدمة في القوات المسلحة بحسب القانون الإسرائيلي، لكن نجله أصر على التجنيد رغمًا عن والده. وقد قتل الابن أثناء خدمته في الأراضي المحتلة في منطقة قطاع غزة برصاص قناص فلسطيني. أصيب الأب بصدمة شديدة عندما سمع بمقتل ابنه.

تم تحديد تشخيص اضطراب ما بعد الصدمة عن طريق مقابلة نفسية. وقع العميل على نموذج موافقة للمشاركة في العلاج النفسي. شرح المعالج إجراءات الجلسات بالتفصيل وتم تحديد موعد جلسة العلاج الأولية.

وبعد تقديم جميع التدخلات النفسية اللازمة، لاحظ المعالج أن المريض لم يتحسن رغم التزامه بالجلسات وطلبه للعلاج. من خلال التقييم النفسي اكتشف المعالج أن المريض لم يكن متعاونًا واعتقد أنه إذا تخلص من معاناته فسيكون غير مخلصًا لابنه المتوفى.

في هذه الدراسة، استخدمنا طريقتين لعلاج اضطراب ما بعد الصدمة: التخفيف من تأثير الحدث الصادم (TIR)، وعلاج السلوك الانفعالي العقلاني (REBT).

تم استخدام مقابلة مقياس أعراض اضطراب ما بعد الصدمة (PSSI) (Hembree et al، 2002)، لتقييم الأعراض المتعلقة بالحدث الصادم الذي يمكن تحديده والأعراض الحالية لاضطراب ما بعد الصدمة لأهداف التشخيص وكذلك متابعة تقدم العلاج. يتكون مقياس PSSI من 17 عنصرًا يمثلون ثلاثة مجالات: إعادة التجربة والتجنب وزيادة الإثارة (Foa et al، 1993). تمت ترجمة المقياس إلى اللغة العربية من قبل أحد اللغويين ثم أرسل إلى ثلاثة متحدثين أصليين للعرب يتمتعون بمستوى عالٍ من المعرفة باللغة الإنجليزية. تم تطبيق مقياس PSSI قبل العلاج وبعد التدخل على فترات مختلفة: بعد أسبوع واحد وشهر واحد وثلاثة أشهر وستة أشهر. عندما شعر المعالج بعدم التقدم في العلاج، أضاف محادثة مفتوحة وغير منظمة من أجل الكشف عن الأسباب المحتملة.

عندما تم تشخيص إصابة العميل باضطراب ما بعد الصدمة، تلقى معلومات تتعلق بمتلازمة اضطراب ما بعد الصدمة والإجراءات العلاجية التي يجب اتخاذها. في بداية العلاج، استثمرنا في خلق رابطة علاجية وبناء الثقة. طُلب من العميل اختيار حدث صادم واحد، واختار موقفه عند إبلاغه بوفاة ابنه. طلب المعالج من العميل تخيل الحدث وما حدث دون التحدث ثم سرد ما حدث بصوت عالٍ، وإعادة تجربة الحدث مرارًا وتكرارًا. في ذلك الوقت من بدء العلاج، حصل المعالج على انطباع بأن العميل كان متعاونًا وأن الخطة العلاجية تسير في الاتجاه المطلوب.

في الجلسات التالية، كرر العميل الحدث عدة مرات. بدأ بكلمات وعواطف موجزة، وتحدث تدريجياً أكثر وأظهر المزيد من المشاعر، وإحياء الحدث. ومع ذلك، لم يلاحظ تحسن كبير في حالته، على عكس ما كان متوقعا عند مقارنته بما شوهد مع العملاء السابقين وكذلك ما هو متوقع من التقارير في الأدب (Descilo et al 2017). في الجلسات التالية، كرر العميل الحدث عدة مرات. بدأ بكلمات وعواطف موجزة، وتحدث تدريجياً أكثر وأظهر المزيد من المشاعر، وأعاد إحياء الحدث. ومع ذلك، لم يلاحظ تحسن كبير في حالته، على عكس ما كان متوقعا عند مقارنته بما شوهد مع العملاء السابقين وكذلك ما هو متوقع من التقارير في الأدبيات (Descilo et al 2017).

سأل المعالج العميل عما إذا كان يشعر بمشاعره للتحسن أو التفاقم وأجاب العميل أنه يشعر بتحسن، لكن هذه الاستجابة الإيجابية لم تتطابق مع انطباع المعالج عن سلوك العميل وإيماءاته. استمرت الجلسة بالإجراء الموضح أعلاه، حيث بذل المعالج جهوداً جادة لمتابعة بروتوكول التخفيف من تأثير الحدث الصادم (TIR) بأمانه، دون أي اختلاف واضح. سأل المعالج مرة أخرى عما إذا كان يشعر بتحسن أم أسوأ، وقال العميل إنه يشعر بتحسن. عند ملاحظة التناقض بين النتيجة المرصودة والنتيجة المبلغ عنها، أصبح المعالج مقتنعاً بأن العملية العلاجية لم تتم بشكل صحيح. شارك المعالج انطباعه مع العميل، الذي رد بالقول إنه كان متعاوناً تماماً مع ما طلب منه القيام به.

في تلك المرحلة، اتخذ المعالج قراراً بقطع استمرار بروتوكول TIR. وسأل العميل عما إذا كان يشعر أنه يرغب حقاً في العلاج. بحماس "نعم"، أجاب المريض. استمر المعالج في التساؤل عما إذا كان العميل صادقاً تماماً فيما يتعلق بمشاعره الداخلية. أجاب العميل مرة أخرى بـ "نعم"، ولكن في ذلك الوقت كانت هناك نبرة مترددة في صوته.

أصر المعالج مرة أخرى على ما إذا كان العميل محددًا بشأن ذلك. أجاب متردداً: نعم ولا. "لماذا؟" لا أعرف". "هل أنت متأكد من أنك تريد أن يساعدك هذا العلاج؟" قال: "بالطبع أريد". "قال المعالج "إذن كيف ذلك وانت لا تشارك بشكل كامل؟" لا أعرف" أجاب العميل. تساءل المعالج، هل يمكن أن تكون محنتك شديدة للغاية بحيث تمنعك من المشاركة الكاملة؟ "لا أعتقد ذلك" كان الجواب. سأل المعالج: "هل تشعر بأنه يمكننا تكرار الإجراء الذي اتخذناه في الجلسات الأخيرة، وإعادة تجربة الحدث الصادم مرة أخرى؟ قال العميل، "نعم أستطيع". "إذن ما الذي تعتقد أنه جعل من الصعب عليك المشاركة الكاملة في المهمة؟ مرة أخرى قال العميل "لا أعرف".

بعد تكديس هذا الحوار، قام المعالج بالتبديل وطلب من العميل وصف علاقته بابنه. أجاب العميل: "لقد كان حبيبي وصديقي وكبريائي وقلبي" وانفجر في البكاء، متلعثماً "لقد تسببت في وفاته ... لم أفعل ما يكفي لمنعه من التجنيد".

استمر المعالج في الاستفسار عن هذا الجانب من الحدث. "قلت إنك لم توافق على تجنيده؟" قال نعم". "قل لي، كيف بدأ ابنك التفكير في التجنيد وما الذي جعله يرغب في أن يصبح جندياً؟" قال: "فعلت كل شيء لمنعه لكنه أصر ولم أستطع منعه من ذلك". "إذن فعلت كل ذلك وما زلت لا تستطيع منع ابنك من تجنيد الجيش؟" قال نعم". "هل تشعر أنك فشلت؟" "كان على أن أبذل قصارى جهدي". "هل تشعر بالذنب؟" قال نعم". "هل تشعر أنك إذا توقفت عن المعاناة يعني أنك ستخون ابنك؟" قال: "تقريباً"، وسكت. ثم انفجر بالبكاء وتمتم: "نعم، إذا لم أعاني، فهذا يعني أنني أب غير مخلص". "عميق جداً بداخلك تشعر أنه لا يجب أن تشعر بالراحة مما كنا نفعله في العلاج لأنك تريد أن تكون مخلصاً لابنك؟" قال: "نعم". "لذلك قد نستنتج أنك تقاوم العلاج بسبب ما شعرت به في الداخل على أنه غير أخلاقي للتخفيف؟" قال: "نعم، أنا أتفق معك".

يمثل هذا الحوار العلاج السلوكي الانفعالي العقلاني علاج REBT الذي يركز على تقليل أعراض اضطراب ما بعد الصدمة من خلال تغيير الأفكار السلبية إلى الإيجابية فيما يتعلق بالحدث الصادم (Boelen et al, 2014؛ Hyland et al, 2014؛ Malkinson, 2010). حققت تقنيات TIR حدوداً نظراً لاعتقاد المريض الداخلي بأن التخلي عن معاناته يعني خيانة ابنه. فقط بعد الكشف عن هذا الفكر السلبي (غير القادر على التكيف)، يمكن أن يتم تقليل الحوادث المؤلمة بكفاءة.

يتم عرض درجات مقياس أعراض اضطراب ما بعد الصدمة PSSSI في الجدول 1. أشارت درجة ما قبل التدخل البالغة 43 إلى مستوى أعراض شديد لاضطراب ما بعد الصدمة (Freeman et al، 2013). انخفضت هذه الدرجة بشكل كبير إلى 10 نقاط على هذا المقياس بعد الجلسة الأولى وإلى 4 نقاط بعد شهر واحد. من ذلك بقي بثبات على مستوى 4 نقاط، والذي يمثل مستوى "عدم وجود أعراض". تتوافق هذه النتائج مع ما تم الإبلاغ عنه في الأدبيات ذات الصلة عند تطبيق طريقة TIR (Descilo et al، 2017؛ Cukor et al 2009؛ Valentine، 1997).

جدول (1): نتائج التقييمات

شدة أعراض اضطراب ما بعد الصدمة	قبل العلاج	بعد أسبوع	بعد شهر	بعد ثلاثة أشهر	بعد ستة أشهر	نطاق شدة اضطراب ما بعد الصدمة
لا توجد أعراض	10	7	4	4	4	10
أعراض طفيفة						15
أعراض معتدلة						20
أعراض عالية ومعتدلة						25
أعراض عالية						30
أعراض شديدة						35
أعراض شديدة بشدة	43					40-50

ملحوظة: هذا التقييم وفقاً لمقياس PSSSI يمثل درجات العلاج المسبق لاضطراب ما بعد الصدمة وما بعد التدخل عن طريق علاج TIR و REBT.

نقاش

توضح هذه الدراسة الاستخدام الناجح لمزيج من نهجين لعلاج الشخص المصاب بصدمة نفسية، وهما التخفيف من تأثير الحدث الصادم (TIR) وعلاج السلوك الانفعالي العقلاني (REBT). أثبت تطبيق هذين النهجين فعاليتهم العالية في تخفيف أعراض اضطراب ما بعد الصدمة بعد وقت قصير من بدء العلاج، ولأنه يتحمل بثبات في ستة أشهر من المتابعة، كما تم قياسه بمقياس PSSSI.

في بداية العملية العلاجية تم تطبيق طريقة TIR. ومع ذلك، لاحظ المعالج طوال الجلسات أنه على الرغم من التعاون الواضح من جانب المريض، إلا أن الأعراض كانت لا تزال موجودة أثناء محاولة العميل إخفاءها؛ هذا يتعارض مع نتائج المقياس التي أظهرت تحسناً واضحاً في الأعراض. هذا حدث المعالج على البحث عن أسباب عدم قدرة المريض على التحسن. تم تطبيق حوار REBT ووجد أن العميل لم يكن راغباً في التحسن لأنه مرتبط بابنه بعلاقة أخلاقية. شعر العميل أن الشعور بالتحسن والتعافي من أعراض اضطراب ما بعد الصدمة سيعني خيانة ابنه. كانت الصيغة الداخلية مثل "إذا تخليت عن معاناتي، فهذا يظهر أنني لا أهتم حقاً بابني؛ سأكون أبا سيئاً". وقد خفف هذا الاعتقاد الداخلي من بعض الشعور بالذنب تجاه ما اعتبره مسؤوليته عن وفاة ابنه، لأنه لم يفعل ما يكفي لمنعه من التجنيد في الخدمة العسكرية.

سمى المعالج هذه المقاومة الأخلاقية. بعبارة أخرى، كان العميل المصاب باضطراب ما بعد الصدمة غير راغب في التعافي بسبب التزام أخلاقي عبر عن ولاءه لابنه.

كان للمحادثة غير المنظمة تأثير كبير في الكشف عن رفض العميل للشفاء والتحسين من أعراض اضطراب ما بعد الصدمة. كانت المحادثة أكثر مصداقية في فك تشفير المشاعر الداخلية للعميل لأنها لم تعتمد فقط على الصياغة الواضحة للعميل، بل كانت أيضًا منسجمة مع العلامات الأخرى غير المقصودة مثل لغة الجسد وتعبيرات الوجه.

تشير المقاومة في التحليل النفسي إلى السلوك المعارض عندما تتعرض دفاعات الفرد اللاواعية للأنا للتهديد من قبل مصدر خارجي. طور سيغموند فرويد، مؤسس نظرية التحليل النفسي، مفهومه عن المقاومة أثناء عمله مع المرضى الذين طوروا بشكل غير متوقع سلوكيات غير متعاونة خلال جلسات العلاج بالكلام.

لقد استنتج أن الفرد الذي يعاني من اضطراب نفسي، والذي اعتقد فرويد أنه مشتق من وجود أفكار مكبوتة غير مشروعة أو غير مرغوب فيها، قد يحاول عن غير قصد إعاقة أي محاولة لمواجهة تهديد متصور دون وعي. سيكون هذا لغرض منع الكشف عن المعلومات المكبوتة من داخل العقل اللاواعي (Larsen et al, 2008). ومع ذلك، وجدنا في هذه الدراسة أن سبب مقاومة التدخلات العلاجية كان مرتبطًا بالحاجة اللاواعية للعميل للحفاظ على حداده.

نعتقد أن المقاومة الأخلاقية لها علاقة بالخلفية الثقافية والاجتماعية في الدول العربية، حيث يعتقد كثير من الناس أن جزءًا من ولاءهم للمتوفى هو إظهار الحزن وارتداء الملابس السوداء "الن أفرح أبدا بعدما فقدت إبنى". وبسبب هذا التقليد السائد في الدول العربية، فإنهم يميلون إلى رفض التدخلات النفسية التي تساعدهم في تخفيف حزنهم، ويفضلون الانغماس في الحزن تعبيراً عن ولاءهم للمتوفى، بالإضافة إلى أن ثقافة الدول العربية تلعب دوراً في التعبير عن شكل الحزن، حيث وجد والتر (2010) أن التعبير عن المشاعر من خلال حزن المسلمين في مصر يختلف تمامًا عن تعبير حزن المسلمين في بالي.

نعتقد أن فهم أسباب مقاومة العلاج مهم في بناء علاقة علاجية ناجحة مع المريض، وهذا يتفق مع بيكر (1999) الذي ادعى أن فهم المقاومة كأحد جوانب المجال بين المعالج والمريض، الذي يحدده كلا المشاركين، يساعد بشكل كبير في علاج المرضى العنيدين. يتم تقديم تحليل المقاومة في حالة المريض باستخدام المراجع الدينية كمقاومة من منظور بين الذات في العلاج الديناميكي النفسي.

نحن نعتبر المقاومة الأخلاقية عقبة كبيرة في علاج أعراض اضطراب ما بعد الصدمة، وقد تكون تحديًا كبيرًا للعلماء والمعالجين عند علاج الأشخاص المصابين بصدمات نفسية.

المراجع

ACPMH, M. U., & LOGOS, N. (2007). Australian Guidelines for the Treatment of Adults with Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder.

American Psychiatric Association (APA) (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed. Arlington, VA: APA,

APA, (2017). Clinical Practice Guideline for the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) in Adults. American Psychological Association

Australian Center for Posttraumatic Mental health, (2013). Australian guidelines for the treatment of acute stress disorder & posttraumatic stress disorder. ISBN Print: 978-0-9752246-0-1

Ballenger, J. C., Davidson, J. R., Lecrubier, Y., Nutt, D. J., Marshall, R. D., Nemeroff, C. B., ... & Yehuda, R. (2004). Consensus statement update on posttraumatic stress disorder from the international consensus group on depression and anxiety. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65, 55-62.

Benight, C. C., & Bandura, A. (2004). Social cognitive theory of posttraumatic recovery: The role of perceived self-efficacy. *Behavior research and therapy*, 42(10), 1129-1148.

Bisson, J. I., Roberts, N. P., Andrew, M., Cooper, R., & Lewis, C. (2013). Psychological therapies for chronic post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (12).

Boelen, P. A., de Keijser, J., & Smid, G. (2014, December 22). Cognitive–Behavioral Variables Mediate the Impact of Violent Loss on Post-Loss Psychopathology. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. Advance online publication. <http://dx.doi.org/10.1037/tra0000018>.

Carbonell, J. L., & Figley, C. (1999). Running head: Promising PTSD Treatment Approaches a Systematic Clinical Demonstration of Promising PTSD Treatment approaches. *Traumatology*, 5(1), 32-48.

Cervone D & Pervien I, (2013): *Personality theory and research* twelfth edition. John Wiley & Sons, Inc. USA, ISBN-13: 978-1118-36005

Cukor, J., Spitalnick, J., Difede, J., Rizzo, A., & Rothbaum, B. O. (2009). Emerging treatments for PTSD. *Clinical psychology review*, 29(8), 715-726.

David, D., & Cramer, D. (2010). Rational and irrational beliefs in human feelings and psychophysiology. *Rational and Irrational Beliefs. Research, Theory, and Clinical Practice*, 96-112.

David, D., Lynn, S. J., & Ellis, A. (Eds.). (2010). *Rational and irrational beliefs: Research, theory, and clinical practice*. Oxford University Press.

Descilo, T., Fava, N. M., Burke, S. L., Acosta, I., Swanson, A., & Figley, C. (2019). Effects of Traumatic Incident Reduction on Posttraumatic Symptoms in a Community-Based Agency. *Research on Social Work Practice*, 29(4), 401-409.

Descilo, T., Vedamurtachar, A., Gerbarg, P. L., Nagaraja, D., Gangadhar, B. N., Damodaran, B., ... & Brown, R. P. (2010). Effects of a yoga breath intervention alone and in combination with an exposure therapy for post-traumatic stress disorder and depression in survivors of the 2004 South-East Asia tsunami. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 121(4), 289-300.

Ellis, A., & Dryden, W. (2007). *The practice of rational emotive behavior therapy*. Springer publishing company.

Foa, E., Riggs, D., Dancu, C., & Rothbaum, B. (1993). Reliability and validity of a brief instrument for assessing post-traumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 6, 459-474. DOI: 10.1007/BF00974317

Freeman, D., Thompson, C., Vorontsova, N., Dunn, G., Carter, L. A., Garety, P., ... & Ehlers, A. (2013). Paranoia and post-traumatic stress disorder in the months after a physical assault: a longitudinal study examining shared and differential predictors. *Psychological medicine*, 43(12), 2673-2684.

Froggatt, W. (2005). A brief introduction to rational emotive behavior therapy. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive Behaviour Therapy*, 3(1), 115.

Hembree, E. A., Foa, E. B., & Feeny, N. C. (2002). Manual for the administration and scoring of the PTSD Symptom Scale-Interview (PSS-I). Unpublished manuscript available online at www.istss.org/resources/browse.com.

Hetrick, S. E., Purcell, R., Garner, B., & Parslow, R. (2010). Combined pharmacotherapy and psychological therapies for post-traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (7).

Hyland, P., Shevlin, M., Adamson, G., & Boduszek, D. (2015). Irrational beliefs in posttraumatic stress responses: A rational emotive behavior therapy approach. *Journal of Loss and Trauma*, 20(2), 171-188.

Institute of Medicine, (2006). *posttraumatic stress disorder, diagnosis, and treatment*. National academies press, 500 fifth street, N.W. Lockbox 285, Washington.

Javidi H, Yadollahie M. (2012). Post-traumatic stress disorder. *The International Journal of Occupational and Environmental Medicine* 3:2-9.

Kwee, M., & Ellis, A. (1998). The interface between rational emotive behavior therapy (REBT) and Zen. *Journal of rational-emotive and cognitive-behavior therapy*, 16(1), 5-43.

Malkinson, R. (2010). Cognitive-behavioral grief therapy: The ABC model of rational-emotion behavior therapy. *Psihologijske teme*, 19(2), 289-305.

Markowitz, (2017). *Interpersonal Psychotherapy for Posttraumatic Stress Disorder*. Oxford University Press. 198 Madison Avenue, New York, NY 10016, United States of America.

McLean, C. P., & Foa, E. B. (2011). Prolonged exposure therapy for post-traumatic stress disorder: A review of evidence and dissemination. *Expert review of neurotherapeutics*, 11(8), 1151-1163.

NREPP, (2013). *Traumatic Incident Reduction*. SAMHSA. National registry of evidence-based programs and practices. (734) 761-6268.

Raja, S. (2012). *Overcoming Trauma and PTSD, A Workbook Integrating Skills from ACT, DBT, and CBT*. Library of Congress Cataloging-in-Publication Data. New Harbinger Publications, Inc. 5674 Shattuck Avenue, Oakland, ISBN 978-1-60882-287-4.

Shapiro F, (2018). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Therapy. Basic Principles, Protocols, and Procedures*. Third edition. The Guilford Press, A Division of Guilford Publications, Inc. 370 Seventh Avenue, Suite 1200, New York, NY 10001

Sorocco, K. H., & Lauderdale, S. (2011). *Cognitive behavior therapy with older adults: Innovations across care settings*. Springer Publishing company. support@tir.org.

Terjesen, M. D., & Kurasaki, R. (2009). Rational emotive behavior therapy: Applications for working with parents and teachers. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 26(1), 3-14.

Turner, M. J., Slater, M. J., & Barker, J. B. (2014). Not the end of the world: The effects of rational-emotive behavior therapy (REBT) on irrational beliefs in elite soccer academy athletes. *Journal of Applied Sport Psychology*, 26(2), 144-156.

Valentine, P. V. (1998). *Traumatic incident reduction: Brief treatment of trauma-related symptoms in incarcerated females*. Social Work Program School of Social and Behavioral Sciences The University of Alabama at Birmingham.

Valentine, P. V., & Smith, T. E. (2001). Evaluating traumatic incident reduction therapy with female inmates: A randomized controlled clinical trial. *Research on Social Work Practice*, 11(1), 40–52.

WHO, (2003). *investing mental health*. Avenue Appia 20, 1211 Geneva 27, Switzerland Tel: +41 22 791 21 11, fax: +41 22 791 41 60.

Zepinic, V. (2015) Treatment Resistant Symptoms of Complex PTSD Caused by Torture During War, Canadian Social Science, Canadian Academy of Oriental and Occidental Culture, ISSN 1923-6697.