

جامعة محمد خيضر بسكرة

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم العلوم الاجتماعية

شعبة علم النفس



مذكرة ماستر

تخصص علم النفس العملي

الصدمة النفسية عند ضحايا الصدمة الدماغية

دراسة ميدانية بمدينة القنطرة - بسكرة -

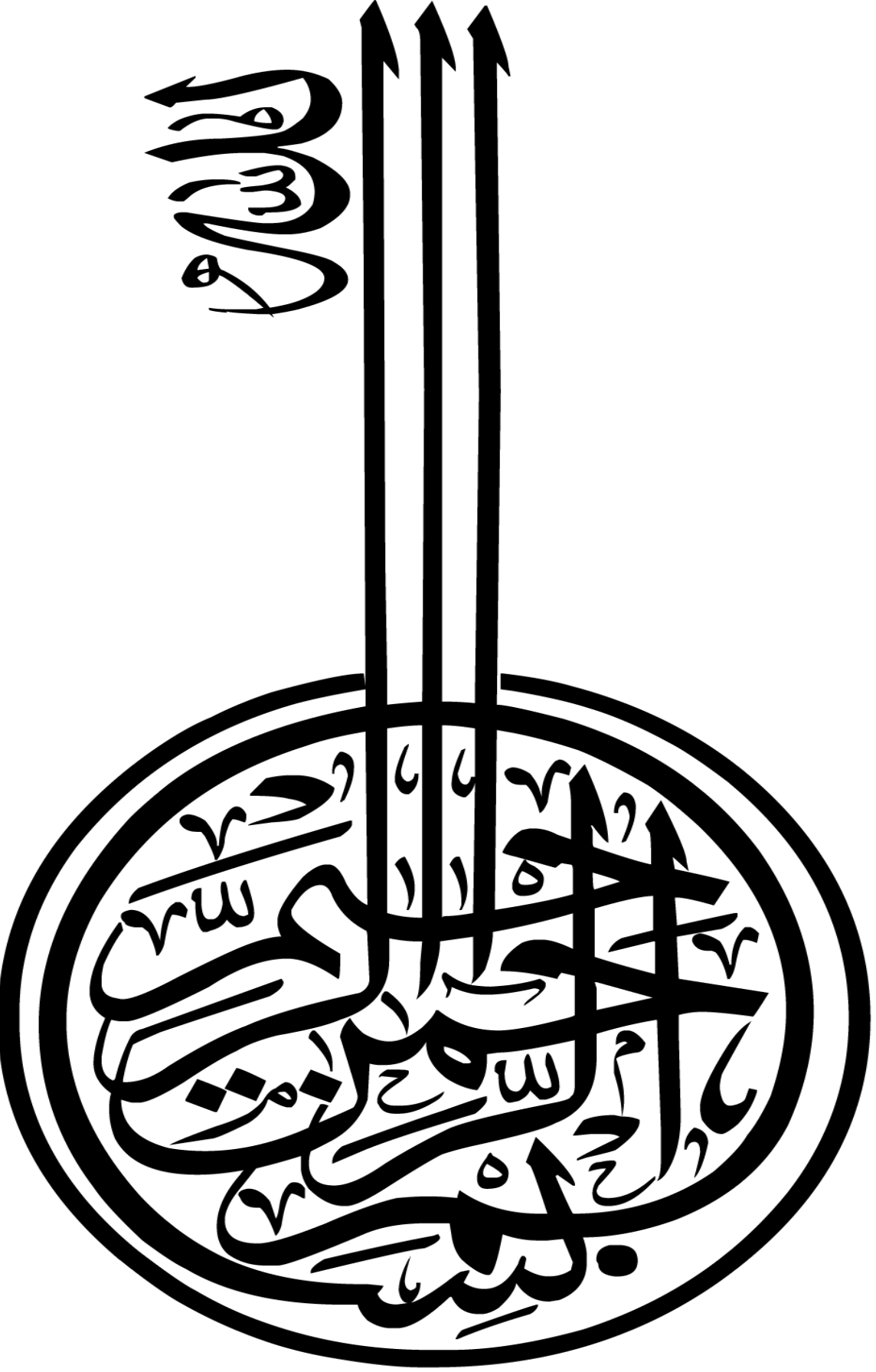
تحت إشراف:

أ.د/ محمد بلوم

من إعداد الطالبة :

* سناء تبيري

السنة الجامعية: 2019-2020



شكر وعرّفان

أرفع قبعة التخرج مودعة سنين الدراسة، وأهدي عملي لروح أمي الغالية رحمها الله وقرّة عيني أبي حفظه

الله ، وإخوتي وأخواتي

شكرا لكل من أضاء قناديل العلم والمعرفة في قلبي، كل أساتذتي الكرام

وكل من كان لي عوناً وسنداً خاصة البروفيسور محمد بن مالك ومحافظ الشرطة محمد حشاني وشكر

خاص لمداني وليد.

شكرا لكل طلبة الدفعة خاصة بلعيد كمال. لطيفة بلقاسمي. وسلطاني سلمى.

شكرا لحبيبة قلبي زاوي أشواق

والذي أخرج مذكرتي للنور فاتح بوحفص.

الطالبة: سناء تبيري

ملخص الدراسة

تعتبر "الصدمة الدماغية من بين أهم أشكال الصدمات الجسدية الأخطر على مجتمعنا، لما تخلفه من معاناة نفسية و إعاقة حركية تعكس مدى صعوبة تقبل الإصابة والوضع "ما بعد الصدمة الدماغية". أين يشهد ضحاياها أطوار حساسة في تطور حالتهم النفسية و تآزمات واضحة في حالتهم الجسدية مع صعوبات اجتماعية وعلائقية كآثار بعيدة ناجمة عن خسارتهم الجسدية وبتلقون صدمة جسدية أخرى "الإعاقة ما بعد الصدمة الخطيرة" أين يفقدون تكاملهم الجسدي ومظهرهم الجمالي و تكيفهم الطبيعي السابق. ولإبراز خصوصية الصدمة النفسية عند ضحايا الصدمة الدماغية الخطيرة و انعكاساتها النفسية و الجسدية.اعتمدنا في دراستنا الميدانية على تحليل المحتوى "المضمون" منها وأداة للمقابلات نصف الموجهة كتقنية لتحليل البيانات المتحصل عليها خدمة لأهداف البحث وقد أظهرت نتائج هذه الدراسة أن حدث الصدمة الدماغية يؤدي إلى ظهور اضطرابات نفسوصدمية بداية باضطراب الضغوط التالية للصدمة " PTSDالذي يعكس إعادة المعيشة الصدمية على شكل "تناذر التكرار"، حيث تظهر الأحلام و الكوابيس الليلية المزعجة، تناذر التجنب ويضم مختلف السلوكيات التجنبية المرتبطة بالحدث، التناذر العصبي الإعاشي تمثله أعراض الاستثارة وسرعة التنبه ، كما تظهر لديهم أعراض نفسية مصاحبة كالجرح النرجسي وتغير في صورة الذات مع الشعور بالذنب ومستقبل مسدود بسبب الإعاقة ما بعد الصدمة الدماغية. ومهما اختلفت الآثار المترتبة عن الصدمة الدماغية (الخطيرة) بأنواعها النفسية والجسدية نجد أن الضحية تحتاج إلى المساندة النفسية وعدم إقصائها لإعادة إدماجها في منظومة الحياة الاجتماعية السابقة وضمن استقلاليتها الجسدية لتحقيق مكانة اجتماعية متكيفة. حيث تعاش الصدمة الدماغية الخطيرة من طرف الضحية كخبرة نفسوصدمية مؤلمة. بالإضافة إلى مخلفاتها و آثارها المؤجلة المتمثلة في الإعاقة الجسدية الناجمة عن الصدمة الدماغية الخطيرة أين تفرض على ضحاياها معاشا نفسيا سيئا و عجزا جسديا حركيا، حيث تصبح الضحية تعاني من تبعات نفسية و معاشتها كصدمة

نفسية بالغة الأثر مع صعوبة التكيف و التعايش مع الوضع الجديد، أين تنتقل من جسم سليم إلى جسد عاجز ومعاق مما يقوى لديها الشعور بالعجز والنقص.

الصفحة	العنوان	الرقم
	شكر وعرهان	
	ملخص الدراسة	
1	مقدمة	
	الفصل الأول: الاطار العام لاشكالية الدراسة	
4	الاشكالية	1
7	فرضيات الدراسة	2
8	دوافع اختيار الموضوع	3
9	أهداف الدراسة	4
10	الدراسات السابقة	5
	الجانف النظري	
	الفصل الثاني: مدخل مفاهيمي للصدمة الدماغية	
14	المقاربة الطبية للصدمة الدماغية.	1
17	تعاريف الصدمة الدماغية .	2
18	تصنيفات الصدمة الدماغية.	3
31	الصدمة الدماغية الخطيرة -تظاهراتها وفحصها.	4
35	العجز العصبي عند ضحايا الصدمة الدماغية الخطيرة وتطوره.	5
39	تطور الاضطرابات النفسية لدى ضحايا الصدمة الدماغية الخطيرة .	6
41	المراقبة العيادية للصدمة الدماغية الخطيرة .	7

42	انتشار المرض.	8
43	طرق الدراسة العيادية الخاصة بالصدمة الدماغية و تأثيراتها الاكلينيكية.	9
58	نتائج الصدمة الدماغية بصفة عامة.	10
60	الآثار السيكولوجية الناجمة عن الصدمة الدماغية.	11
70	التكفل بضحايا الصدمة دماغية وتقييمها.	12
73	الاستمارة العلاجية الخاصة بالصدمة الدماغية.	13
76	جداول ملخصة لنتائج الصدمة الدماغية.	14
81	التناذر ما بعد الصدمة عند ضحايا الصدمة الدماغية.	15
87	الصعوبات المتكررة لدى ضحايا الصدمة الدماغية واقتراح وسائل العمل.	16
98	الإسترجاع الدماغى عند ضحايا الصدمة الدماغية	17
الفصل الثالث: مدخل مفاهيمي للصدمة النفسية		
103	تعريف الصدمة النفسية	1
106	نظريات الصدمة النفسية	2
113	مميزات الصدمة النفسية وآثارها على الفرد المتعرض لها.	3
114	أعراض الصدمة النفسية	4
117	أنواع الصدمات	5
122	اضطراب ضغط ما بعد الصدمة PTSD	6
123	الخصائص التشخيصية لاضطراب ضغط ما بعد الصدمة	7
125	العصاب الصدمي	8
128	الشخصية العصابية الصدمية	9

129	علاج الصدمة النفسية	10
	الجانب الميداني	
	الفصل الرابع: الاجراءات المنهجية للدراسة	
136	الدراسة الاستطلاعية	1
136	الدراسة الأساسية	2
136	عينة الدراسة	-1-2
136	منهج الدراسة	-2-2
137	أدوات الدراسة	-3-2
138	حدود الدراسة	3
	الفصل الخامس: عرض وتحليل ومناقشة نتائج الدراسة	
140	عرض الحالة	1
142	تحليل مضمون المقابلة	2
159	مناقشة نتائج الدراسة	3
161	مناقشة نتائج هذه الدراسة على ضوء الفرضيات	4
165	الخاتمة	
169	قائمة المراجع	
	الملاحق	

كل منا معرض خلال حياته اليومية أن يمر بتجربة مخيفة وقريبة للموت وخارجة عن السيطرة وتبقى في الذاكرة كجرح خفي وانكسار نفسي وأغلب الناس يتغلبون على هذه التجارب بمرور الوقت وبدون مساعدة نفسية ولكن يصعب على البعض الآخر تخطي هذه التجربة المؤلمة

سواء بفعل الطبيعة مثل الفيضانات والزلازل أو بفعل الإنسان مثل القتل الإرهاب أو الإعتداء الجنسي والجسدي والحوادث....إلخ

خلاصة أولئك الذين يتعرضون لحوادث المرور والسقوط إذ ينجم عنها صدمة دماغية خطيرة يخضعون على إثرها للتدخلات الجراحية والعلاج العصبي في مصالحي العناية المركزة وأقسام الرضوض والصددمات حيث يعيشون خطراً حقيقياً يهدد حياتهم وأمنهم ويتعرضون لصدمة نفسية قوية بسبب الحادث ويدركون أنه أكثر من قدرتهم على تحمله والتعامل معه وأغلبهم في البداية يمرون بمجموعة من التغييرات من لحظة الحادث تظهر من خلال صعوبة التكيف مع الوضع الجديد وهو الإعاقة مابعد الصدمة الدماغية وحالات العجز الجسدي والعصبي والحركي كذلك وفقدان هذه الوظائف يجعل الصدمة جزء من نسيج الماضي والذكريات عبر مراحل وأعراض وإضطرابات حادة تخلق إضطراب مابعد الصدمة وتأثيراته النفسية على الضحية المصاب وعليه إرتأينا أن يكون هدف الدراسة العام هو تشخيص اضطراب الضغط مابعد الصدمة PTSD إحتكاماً للمعايير التشخيصية ل DSM4 والوقوف على مخلفات الصدمة الدماغية الخطيرة مابعد الإعاقة والتي تتمثل في مجموعة الآثار النفسية التي نلمسها في صعوبة التأقلم والتكيف.

وعليه قسمنا الدراسة إلى قسمين ، قسم نظري تضمن فصلين:

الفصل الثاني : مدخل مفاهيمي للصدمة الدماغية.

الفصل الثالث: مدخل مفاهيمي للصدمة النفسية.

أما القسم الميداني فتضمن فصلين:

الفصل الرابع: الاجراءات المنهجية للدراسة.

الفصل الخامس: عرض ومناقشة نتائج الدراسة.

الفصل الأول: الاطار العام لاشكالية الدراسة.

1- الاشكالية

2- الفرضيات

3- دوافع اختيار الموضوع

4- أهداف الدراسة

5- الدراسات السابقة

1- الإشكالية:

لقد نال علم النفس الصدمي في السنوات الأخيرة اهتماما كبيرا في حقل الممارسة العيادية من قبل الباحثين والتطبيقات العملية لنتائج الدراسات والنظريات الكبرى لهذا المجال. ويبرز جليا من خلال المؤتمرات والمناقشات العلمية المسطرة من طرف الهيئات واللجان العلمية التي تدور مواضيعها حول الصدمة النفسية (التناذر النفسوصدمي)، لكن قلما يتم تناوله والإهتمام به خاصة في المجتمع الجزائري رغم التزايد المستمر للأحداث المؤلمة والهزات العنيفة التي تعتبر المصدر الأول لظهور أشكال عيادية من الاضطرابات الصدمية كتجربة تخرج عن نطاق الخبرة الإنسانية المألوفة.

فالمجتمع الجزائري عانى ولا يزال يعاني من هذه الحوادث الصدمية ومخلفاتها وآثارها النفسية. فما خلفه الاستعمار من آثار الحرب والدمار زادته الكوارث الطبيعية، فلا تغيب عن ذاكرتنا الجماعية أيام العشرية السوداء، فيضانات باب الواد ولا حتى زلزال بومرداس كما لا ننسى الظواهر الأخرى التي لها نفس التأثير طبعاً كالإغتصاب ومظاهر عديدة من الاعتداءات والأزمات التي يفرضها مجرى الحياة ككل، وفي فترة وجودية من الحياة يعيش الفرد كابوسا من نوع آخر والتي تشهده الجزائر حاليا وهو حوادث المرور التي لا تخلو منها الطرقات وكما يطلق عليها إرهاب الطرقات، فكل هذه التجارب غير متوقعة مع الموت تعتبر سببا في حدوث تظاهرات نفسو صدمية حسب وقع وأثر تلك الخبرات الذي يظل مختلفا من فرد إلى آخر، ولكل إنسان طريقة في التعايش مع هذه الوضعيات وقد ينجر عنها تطوير أعراض مرضية أي الدخول في إمرضية مميزة لاضطراب الضغط ما بعد الصدمة، فالصدمة تتكون من جملة الأعراض تسمى بالتناذر النفسو صدمي ظهرت في السجلات التشخيصية (D S M) والتي تندرج ضمنها العديد من (CIM) التي تقسم التناذر ما بعد الصدمة إلى عدة محاور.

التظاهرات العيادية، كما أكد المحللون النفسيون في وصفهم للصدمة النفسية أنها ترتبط بمتغيرات هامة تساعد على فهم دينامياتها هي : عنف الصدمة، قوة التدمير والتحطيم، والجهاز النفسي

إزاء مواجهة الصدمة يكون في وضعية خطر وتهديد بسبب عدم وجود إنذار مسبق لوقوع الحدث الصدمي وبالتالي لا يستطيع أن يهيئ دفاعه في مقاومة تلك الوضعية، ونتيجة لهذه الخطورة الواقعة على التنظيم النفسي للفرد تطلق فيض من الإثارات تتجاوز قدرة القوى النفسية على تقليص وامتصاص الإثارات الخارجية، ومن جراء هذا يحدث الاضطراب النفسو صدمي الذي يختلف في أصله عن باقي الأمراض النفسية في قدرته التخطيمية والتدميرية وتعطيل وظائف الأنا وميكانيزمات الدفاع لدى (Mezhoud Noureddine, Chorfi Mohamed Séghir, p.10-6).

ومن المظاهر العيادية الناجمة عن الوضعيات الصدمية: اضطراب الضغط ما بعد الصدمة TSPT الذي ورد في التصنيف الأمريكي في طبعته الثانية DSM (الدليل التشخيصي الإحصائي للأمراض النفسية) ليحل محل مصطلح العصاب الصدمي الذي ورد في التصنيف الأوربي (CIM) بسبب دلالاته الفرويدية التحليلية. (L. Crocq, 2007, p12) ومما سبق فإن اضطراب الضغط ما بعد الصدمة PTSD يختلف ظهوره من فرد إلى آخر ومن سبب إلى آخر وقد يكون مرافق لآثار جسدية ناتجة عن إصابات فيزيائية. وليس بعيدا عن ذلك هناك العديد من الوقائع والدلائل عن حالات مسجلة على مستوى المراكز الطبية والمستشفيات لمصابين يعتبرون ضحايا لحوادث خطيرة ، ومن بين الانعكاسات المعقدة والتي لا تخلو منها القطاعات الصحية في جراحة الأعصاب وهي إصابة الجهاز الحساس والمعقد في التركيبية العضوية لجسم الإنسان، وهذا ما تثبته الدراسات التشريحية وهو الدماغ، ويكون من جراء عوامل خارجية وهذا ما يعرف بالصدمة الدماغية (ارتجاج المخ) Traumatisme crânien. ومن هذا الطرح هناك العديد من الدراسات التي قامت بوضع إحصاءات وتسجيلها على مستوى كل مصالح الاستعجالات بالنسبة لكل حالات الصدمة الدماغية الخطيرة . حيث تصل من (250 إلى 310 حالة) في مجتمع يتكون من (100.000 شخص) و (7% 5%) من هذه الحالات تدخل ضمن تصنيف الصدمة الدماغية الخطيرة الذي يدخل بسببها المصاب في غيبوبة، أما

بالنسبة المتبقية من الحالات وهي (95 - 93%) فتدخل ضمن الصدمة الدماغية الخفيفة من 85% حميدة و 15 % متوسطة حسب الجمعية النفسية البريطانية.

وبما أن الصدمة الدماغية تخضع لمراقبات طبية ومعايير تشريحية لمعرفة فيزيولوجيتها المتمثلة بجملة من التظاهرات الجسدية والنفسية. وهذه الإصابة الدماغية كانت موضع دراسات كبرى في هذا الميدان: دراسات علم الأعصاب الفيزيولوجي، علم الأعصاب المرضي، علم الأعصاب النفسي وذلك لأن المصاب بالصدمة الدماغية يبدي اضطرابات عصبية نفسية، كاضطرابات الوعي والذاكرة والسلوكية، وذلك حسب وقع وثر الصدمة على الجانب واضطرابات في المستويات العاطفية المعرفية (MC. Millon Chichsman, 2005, P58) .

فمن جراء الصدمة الدماغية يعيش الفرد تجربة صدمية مع المرض وتطوير اضطرابات ما بعد الصدمة (آثار ما بعد الصدمة) . والتي تستدل بوجودها من خلال الأعراض النفسية التي تظهر على المصاب، وبناء على هذه الوضعية قد يظهر هذا الأخير تأزمات خطيرة تدخل المريض في إمرضية نفسية تتجاوز الإصابة الدماغية أين نعتبر الصدمة الدماغية هي الحدث الصدمي الذي يمكن أن يطور PTSD بأشكاله العيادية الحادة والمزمنة، لذلك يستلزم على الأخصائي العيادي في حقل الممارسة الإكلينيكية وفي ميدان التكفل النفسي من تبنى سيرورات الفحص والقياس النفسي وشتى أساليب التشخيص: المقابلات، دراسة الحالة، المقاييس والاختبارات النفسية بما فيها الفحوصات الطبية المشخصة للصدمة الدماغية حسب نوع الحالة كأدوات التقييم الشامل لشخصية العميل من أجل تحديد الأعراض المرضية والسببية المرضية من خلال تقديم نسق أو نمط له دلالة إكلينيكية مما يفسح المجال بالتنبؤ لمآل الحالة وعلاجها، لذلك لابد من تطبيق أدوات تشخيصية لتقييم الأعراض المرضية وما هو الجدول الإكلينيكي الذي يعكس حالة المريض؟

وموازاة مع الجوانب التي نريد الوقوف عليها في الدراسة هو تطبيق أداة تقيس أعراض الضغط ما بعد

الصدمة عند ضحايا الصدمة الدماغية باعتبار هذه الإصابة الدماغية التي تتجاوز تعقيداتها التشريحية حتى تطرح على ضحاياها معاناة نفسية من كونها هي الحدث الصدمي والذي يمكن أن يطور اضطرابات وآثار ما بعد الصدمة وإمكانية الدخول في إمرضية نفسية معقدة هو التناثر النفسوصدمي. ومن بين التصنيفات المرجعية للاضطرابات النفسية وتحديد علائقها الإكلينيكية هو الدليل الإحصائي التشخيصي في طبعته الرابعة (DSM4) الموضوع من طرف (A P A) جمعية الطب النفسي الأمريكي الذي تصنف أعراض الضغط ما بعد الصدمة في مجموعة من المعايير التشخيصية لهذا الاضطراب والآن DSM4TR او مؤخرًا DSM5.

وبناء على كل ما سبق نريد تسليط الضوء على الآثار النفسية التي تخلفها الصدمة الدماغية على المصاب وما مدى خطورتها على حياته المستقبلية. كما نريد تطبيق تقنية تحليل المحتوى بوجود معايير ومقاييس كأداة تشخيصية لتقييم أعراض الضغط ما بعد الصدمة الناتجة عن الصدمة الدماغية، أين نعتبر هذه الأخيرة هي الحدث الصدمي بتوظيف المعايير التشخيصية لـ DSM4 فلذلك يتمحور سؤال الدراسة: هل الصدمة الدماغية تؤدي بالضرورة إلى اضطراب الضغط ما بعد الصدمة

PTSD

2- فرضية الدراسة :

تؤدي الصدمة الدماغية إلى معاناة الضحية باضطراب الضغط ما بعد الصدمة أو ما يعرف بالـ PTSD .

1-2- الفرضيات الإجرائية:

الفرضية الإجرائية الأولى:

يعاني ضحايا الصدمة الدماغية من إعادة معايشتهم للحدث الصدمي (الصدمة الدماغية) في شكل أحلام وكوابيس تكرارية (تتأزر التكرار).

الفرضية الإجرائية الثانية:

يعاني ضحايا الصدمة الدماغية من أعراض وسلوكات تجنبية لكل ما يذكر بالحدث الصدمي (تتأزر التجنب).

الفرضية الإجرائية الثالثة:

يعاني ضحايا الصدمة الدماغية من أعراض فرط الاستشارة وسرعة التنبه (التتأزر الإعاشي العصبي).

3- دوافع اختيار موضوع الدراسة:

تتأزر موضوع الدراسة " خصوصية الصدمة النفسية عند الضحايا الصدمة الدماغية" كون هذا الحدث يعد إحدى التجارب المدمرة للمصاب وعائلته الذي تعيشه الضحية ككسر حقيقي لكينونتها الجسدية والنفسية كونها تخلق وضعا جديدا ما بعد الصدمة ومعايشا نفسيا صدميا وجسدا مريضا وضعيفا فقد أهليته وتكيفه السابق. فالضحية تكابد عموما الآثار ما بعد الصدمة الدماغية "الإعاقة الحركية ما بعد الصدمة" كإقتحام نفسي لمعالم حياتها السابقة مما هدد سلامها الداخلي وشعورها بالثقة وأمنها العام وتوازنها النفسو جسدي .

مما ينجم عن هذه التجربة المؤلمة مجموعة من التغيرات النفسية المقفلة وانعكاساتها جسديا وسلوكيا واجتماعيا وعلائقيا. وتبعا لطبيعة الموضوع نريد الاهتمام بضحايا الصدمة الدماغية الخطيرة الذين

يمرون بأطوار حساسة في تطور الإصابات ما بعد الصدمة، ويشهدون حالات من العجز الدائم بعد معاشتهم تجربة الصدمة الدماغية "الإعاقة ما بعد الصدمة" وهؤلاء الضحايا يجدون صعوبة في تقبل والتكيف مع الوضع ما بعد الصدمة. وينفجر لديهم شعور بالعجز والنقص وحتى الإقصاء من منظومة حياتهم الاجتماعية والعائلية والعلائقية وحتى المهنية السابقة بسبب خسارتهم الجسدية من جراء الصدمة الدماغية .

لذلك حاولنا حصر أهم الدوافع الكامنة وراء اختيار موضوع الدراسة :

ضرورة الاهتمام بالجانب النفسي لدى ضحايا الصدمة الدماغية الخطيرة خاصة بعد خسارتهم الجسدية .
اعتبار الوضع ما بعد الصدمة من أصعب المراحل التي تكابدها الضحية وتعيشه كوضعية أزمة.
الكشف عن المعاناة النفسية التي يعيشها ضحايا الصدمة الدماغية خاصة بعد استقرار حالة العجز لديهم.
آثر هذه الإصابة الدماغية ومخلفاتها على الضحية ومستقبلها وعائلتها

4- أهداف الدراسة:

تسعى دراستنا والموسومة بـ"الصدمة النفسية عند ضحايا الصدمة الدماغية" إلى تحقيق جملة من الأهداف ومن بينها:

إبراز خصوصية الصدمة النفسية.

الصدمة الدماغية وتعدد آثارها النفسية والجسدية والاجتماعية وحتى العلائقية .

تبيان حقيقة الوضع ما بعد الصدمة الدماغية الذي يتميز بمجموعة من الصعوبات الاجتماعية والعلائقية والمهنية.

والمعوقات التي تحوي في مضامينها مجموعة من التغيرات النفسية والكشف عن مدى تأثير هذه

الإصابة الدماغية ومخلفاتها على الضحية من ناحية ردود أفعالها الانفعالية والوجدانية والسلوكية، كاستجابة لحدث الصدمة الدماغية والآثار ما بعد الصدمة ومعايشته كحدث صدمي.

5 - مصطلحات الدراسة:

الصدمة الدماغية: هي إصابة دماغية ناتجة عن ارتجاج وتصادم الرأس بسبب عوامل خارجية، حادث مرور، سقوط، أي ليست إصابة دماغية تشريحية ناتجة عن عوامل داخلية، مما يسبب جروح في الأنسجة ومكونات الدماغ، وقد تؤدي بالمصاب إلى خطر الموت، وقد تتطلب تدخل جراحي مع تكفل نفسي.

الصدمة النفسية: اعتمدنا في تعريف الصدمة النفسية إلى تعريف Lebigot الذي يرى أن الصدمة النفسية إلى حوادث داخلية أو خارجية شديدة أو عنيفة، فجائية وغير متوقعة، مخالفة للمألوف تتجاوز بكثير التجارب اليومية الروتينية، تنسم بالحدة و تعد قوية ومؤذية تفجر الكيان الإنساني وتهدد حياته، تهاجم الإنسان وتخرق الجهاز الدفاعي لديه وتفوق في قوتها قوة الجهاز النفسي الذي يؤخذ على حين غرة ولا يتوفر له الوقت الكافي لتوظيف آلياته الدفاعية للتصدي لها أو ارضانها. (Lebigot.F, 2005).

اضطراب الضغوط التالية للصدمة أو Ptsd: ظهر في التصنيف التشخيصي (DSM3) سنة 1987 من طرف APA كوحدة إكلينيكية تعوض المصطلح الفرويدي (العصاب الصدمي)، حيث يعرفه N.Sillamy على أنه حالة من الضغط متولدة عن حدث انفعالي قد يكون عدوان نفسي، حالات خطيرة، أو كارثة طبيعية كالزلازل مثلاً، أين يعيد الفرد المصدوم من خلاله معايشة الحدث على شكل : أحلام متكررة وصور، ويكون في حالة إنذار، كما تظهر أحيانا مشاعر الذنب، والإحساس بالإقتراب الموت. (N.Sillamy, 2006, p205)

لكن موازاة مع الدراسة نريد تطبيق المعايير التشخيصية لاضطراب الضغط ما بعد الصدمة DSM4.

حسب PTSD

وجود حدث صدمي.

التناذر التكرار من 1 إلى 5 أعراض ممكنة.

تناذر التجنب من 3 إلى 7 أعراض ممكنة.

النشاط العصبي الإعاشي من 2 إلى 5 أعراض ممكنة.

مدة شهر (أدنى مدة عرضية شهر).

ضيق نفس (Pascale Brillon, 2004, p35) .

الفصل الثاني: مدخل مفاهيمي للصدمة الدماغية

1. المقاربة الطبية للصدمة الدماغية.
2. تعريف الصدمة الدماغية .
3. تصنيفات الصدمة الدماغية.
4. الصدمة الدماغية الخطيرة -تظاهراتها وفحصها.
5. العجز العصبي عند ضحايا الصدمة الدماغية الخطيرة وتطوره.
6. تطور الاضطرابات النفسية لدى ضحايا الصدمة الدماغية الخطيرة .
7. المراقبة العيادية للصدمة الدماغية الخطيرة .
8. انتشار المرض.
9. طرق الدراسة العيادية الخاصة بالصدمة الدماغية و تأثيراتها الاكلينكية.
10. نتائج الصدمة الدماغية بصفة عامة.
11. الآثار السيكولوجية الناجمة عن الصدمة الدماغية.
12. التكفل بضحايا الصدمة دماغية وتقييمها.
13. الاستمارة العلاجية الخاصة بالصدمة الدماغية.
14. جداول ملخصة لنتائج الصدمة الدماغية.
15. التناذر ما بعد الصدمة عند ضحايا الصدمة الدماغية.
16. الصعوبات المتكررة لدى ضحايا الصدمة الدماغية واقتراح وسائل العمل.
17. الإسترجاع الدماغي عند ضحايا الصدمة الدماغية.

مدخل:

إن الإنسان عبارة عن تركيبة معقدة ، وكل عضو فيها يؤثر على الآخر. فإن أي خطر يتعرض له الفرد في الوسط الذي نعيش فيه من جراء حوادث المرور أو سقوط أو ما شابه ذلك، فهذا قد ينجم عنه إصابة الدماغ أو ما يطلق عليه بالصدمة الدماغية التي تؤدي إلى فقدان العديد من الوظائف الأساسية كالحركة والتركيز والذاكرة، وغيرها من إصابات يعجز المصاب عن تقبلها مما يؤدي إلى تغيرات في سلوكياته بسبب الإنعكاسات النفسية للصدمة الدماغية على الضحية خاصة في حالة وجود عجز جسدي واضح .

وإن الصدمات الدماغية عموماً ذات علاقة وطيدة بحوادث السير والعمل ، وقد تكون خطيرة تؤدي بالشخص إلى الموت أو تستدعي التدخل الجراحي والتكفل الطبي والنفسي.

1- المقاربة الطبية للصدمة الدماغية:**1-1- مكونات الدماغ:***** الخلية العصبية : (العصبون Neurone)**

هي الوحدة البنائية للجهاز العصبي وكذلك للنسيج المخي. والتي يطلق عليها العصبون أين هناك تغيرات كيميائية تحدث على مستوى الخلية العصبية أثناء عملية النقل العصبي للنواقل العصبية (les neurotransmetteurs) التي تتعرف عليها المستقبلات. وعلى مستوى النسيج المخي تتشابك الخلايا العصبية وكذلك الألياف العصبية les fibres Nerveuses مكونة المشابك العصبية les

Synapses بهدف نقل السيالة العصبية أو كمون النشاط، potentiel d'action، حيث كل خلية عصبية من الناحية البنائية لها استطالات مختلفة جدا prolongements وهناك استطالة أساسية تسمى بالمحور الأسطواني الذي ينقل السيالة العصبية. أما الإستطالات القصيرة تسمى بـ ، Dentures حيث يمثل كل مشبك نقطة اتصال بين كل خليتين عصبيتين منفصلتين عن طريق مضيق ضيق Fente étroite أين تحرر المادة الناقلة Substance transmetteuse التي تثار عن طريق أستيل كولين Acétyle وتتبط عن طريق حمض الأمينو Coline (Petter Duss, 2002, p8 -9).

*الأغشية الدماغية السحايا (les Méninges): هي التي تغلف الدماغ من الخارج إلى الداخل وتقوم بتوفير الغذاء عن طريق الأوعية الدموية المنتشرة فيها وهي الأم الجافية la dure mere والغشاء العنكبوتي l'arachnoïde، الأم الحنون mere lapie إضافة إلى وجود فراغ بين الغشاء العنكبوتي والأم الحنون ويسمى بـ ما تحت العنكبوتية مليّ بسائل النخاع الشوكي. فوجود هذه الأغشية مجتمعة إضافة إلى

تموضع الدماغ داخل الجمجمة والحبل الشوكي داخل فقرات العمود الفقري le rachis cervical كلها توفر الحماية من الصدمات الخارجية، بينما يقوم الحاجز الدموي الدماغي بحماية داخلية وذلك بمنع المواد السامة من الدخول إلى الدماغ.

1-2- أقسام الدماغ:

-المخ: هو أكبر أجزاء الدماغ ويشكل 85% من الدماغ يعد الأكثر تعقيداً ووزنه من 1 كغ إلى 1.5 كيلوغرام.

-القشرة المخية : تشكل القشرة المخية حوالي 3/4 من خلايا الدماغ بما يقابل 14 ألف مليون خلية عصبية تختلف فيما بينها من حيث الحجم والطول، ونظراً لأهميتها وقلة المساحات المخصصة لها في

الجمجمة، فإنها تكون ملتفة في تلافيف على شكل طيات مقسمة إلى ما يسمى بالأخاديد، تستعمل كعلامات لتقسيم القشرة cortex إلى فصوص lobes، وكل فص منها مختص بسلوكات معينة.

- **فصوص المخ:** يتكون المخ من نصفي الكرة المخية، ينقسم طولياً وهما متماثلان عامة من الناحية الشكلية ويضبط الجزء الأيمن منها الجانب الأيسر من الجسم، والجزء الأيسر يضبط الجزء الأيمن من الجسم (تعاكس في النشاط الوظيفي للمخ)، وهذين النصفين يقسمان القشرة المخية إلى 4 فصوص وهي كالتالي:

- الفص الجبهي Lobe Frontale :

يقوم هذا الفص بوظائف كثيرة ويشغل ثلث المخ، توجد به 4 تلافيف (f1,f2,f3,f4) وينسق بين مراكز الفهم والكلام والمناطق اللغوية للذكاء والتفكير والذاكرة والنوم والإحساس والعواطف، ومنطقة اللغة التي توجد به هي منطقة بروكا Broka وتقع في التلافيف الجبهي الثالث f3 المسؤولة عن الكلام والجبهي الصاعد Frontale Ascendant توجد به مناطق حركية للقشرة الحركية le cortex motrice للمناطق الحركية الأولية، وهناك مناطق حركية ثانوية وممثلة هذه الباحات على خريطة بوردمان بالأرقام (8,6,4) والقشرة الحركية على مستوى الجبهي تستقبل الحزم الحركية الواردة إليها من النخاع الشوكي وتسمى بالحزم الهرمية voies pyramidales المسؤولة عن الحركات الإرادية تسمى بالحزم الشوكية voies spinaux.

- الفص الجداري Lobe Pariétale :

يقع تحت الفص الجبهي الصاعد، ويقسم إلى 4 تلافيف، (p1,p2,p3,p4) وهو خلف شق رونالد Ronaldo ومسؤول عن حس الجسم (المناطق الحسية) أو القشرة الحسية وتسمى la Sonesthésie du Corp وعلى خريطة بوردمان ممثلة بالأرقام (1.2.3.4.5.7) والفص الجداري يتلقى جميع الحزم

الحسية الواردة من النخاع الشوكي la moelle épinière وتتمثل في الحزم الرئيسية و هي حزمة،
gool burdock، والحزم الثانية تسمى les voies thermo algésie مسؤولة عن الإحساس بالألم
والحرارة.

- الفص الصدغي Lobe Temporal :

وتوجد فيه مراكز فهم اللغة الشفوية به ثلاث تلافيف (T1.T2.T3) وهي المنطقة الموجودة في التلافيف
الصدغي الثاني، T2 وكذلك على خريطة برودمان 42 تسمى منطقة فارنيكي wernicke في الفص
الصدغي توجد المناطق السمعية الأولية والثانوية، المراكز الذوقية والشمية.

- الفص القفوي Lobe Occipital :

يقع في مؤخرة نصف الكرة المخية وتوجد فيه المناطق البصرية :

* **المخيخ:** هو القسم الثاني من الدماغ يقع وراء النخاع المستطيل وتحت المخ Cerveau مباشرة، ويزن
حوالي 140 غ والذي يتكون من نصفي الكرة المخيخية ووظيفته هي السيطرة على التوازن العضلي
Tonus كما أنه يحافظ على انتصاب الإنسان وتوازنه.

* **النخاع المستطيل (البصلة السيسائية) :** la Bulbe هو أصغر أجزاء المخ (الدماغ) وهو امتداد الحبل
الشوكي نحو الأعلى يشكل مع القنطرة (جسر فارول pont de varol المؤخرة الخلفية، ويحتوي النخاع
المستطيل على ألياف حيوية les fibres vitaux يترتب عليها بقاء الكائن الحي على قيد الحياة،
وأعصاب متصلة بالقلب، بالجهاز التنفسي والضغط الدموي المضغ، البلع... الخ.)، Barbara. TC,

(p 192-193، 2008 James. T

2- تعاريف الصدمة الدماغية:

* حسب القاموس الطبي: Larousse

،Les traumatismes: "Ensembles des lésions d'un tissu d'un organisme provoquées accidentellement par un agent extérieure et des troubles qui en résultent" (P. Donar, DJ. Bourneuf, 1991, p 995)

هي مجموع إصابات أو جروح على مستوى النسيج أو على مستوى عضو ما سببها الرئيسي هو حادث أو عامل خارجي ينتج عنه اضطرابات.

هي تصادم أو ارتطام الرأس بسبب عوامل خارجية (حادث مرور، حوادث العمل، السقوط من الأعلى، الحوادث الرياضية، والحوادث المنزلية والمألوفة).

وتكون الإصابة على مستوى الدماغ مما تسبب جروح على مستوى الأنسجة والأعضاء المكونة للدماغ من الهيكل الجمجمي إلى البصلة السيسائية وهي حالة مرضية قد تؤدي بالضحية إلى الموت. (قاموس الأطلس الموسوعي (الإنجليزي- العربي) 2002: 322)

تمثل حقل مرضي أساسي معقد ونوعي لأن بيوميكانيكية الصدمات des biomécanique chocs المسؤولة والهندسة الدماغية الشوكية والتنظيم الفيزيولوجي للنسيج المخي يكون خاص، وهي اعتداء خارجي يمس كل الزوايا الأساسية لدى الإنسان، جسمه، شخصه، وعلاقاته (Cohadon. F,) (Jean Pierre. C et autres ,2008, 3).

- تعريف آخر للصدمة الدماغية

Définition: Tout blessé présente des fractures du crâne et/ou des

troubles de la conscience avec des signes cliniques traduisant une souffrance encéphalique diffusée ou localisée à la suite d'une menace externe directe ou indirecte.

هي كل ضحية تظهر كسور في الجمجمة أو/و اضطراب في الوعي مع علامات عيادية ناجمة عن معاناة دماغية منتشرة أو موضعية بسبب تهديد خارجي مباشر أو غير مباشر. (Antoine. M,) (Denis.H, 2009, p 97)

تعريف Patel و Trillat 1971 سنة:

هي كل إصابة تكون على مستوى الجهاز العصبي المركزي (الدماغ) ناتجة عن عامل ميكانيكي خارجي، تخلف آثار محيطية Périphérique أو حشوية أو عظمية Orthopédiques إعاقة ما بعد الصدمة وانعكاسات دورا نية وتنفسية، واضطرابات في الوظائف العليا (الذاكرة، الانتباه، الإدراك، اللغة...). ونميزها عن الصدمة الدماغية الوجهية، TC Faciale، والصدمة الدماغية الصدرية، TC Thoracique،

وصدمة العمود الفقري، TC Rachis، وصدمة الأعضاء TC des membres cervical

(Y. Gérard, J. Barré, 1985)

3- تصنيفات الصدمة الدماغية:

3-1- تصنيف الصدمة الدماغية حسب جسامتها:

هناك تصنيفين شائعين للصدمة الدماغية وهما الصدمة الدماغية الخفيفة والتي تندرج ضمنها الصدمة الدماغية الحميدة والمتوسطة، وأما التصنيف الثاني يدخل ضمن الصدمة الدماغية الخطيرة، حيث اقترح Russel سنة 1961 ترتيبا من ناحية خطورة الصدمة الدماغية la gravité ويرتكز على مدة النسيان

ما بعد الصدمة (Amnésie post traumatique)، APT فهذه الأخيرة (APT) لها تأثير عميق وتعتبر من شروط التشخيص والمراقبة العيادية للمصابين بالصدمة الدماغية. إن الصدمة الدماغية الخطيرة تمثل 5% إلى 4% في مجتمع يتكون من 100.000 شخص والتي تصل فيه الإصابة الدماغية من 250 إلى 310 شخص وأعراضها خطيرة جدا كالصرع ما بعد الصدمة ، L'épilepsie post traumatique فقدان الذاكرة، الشلل التام، أو الجزئي وأعراض تختلف حسب موقع الصدمة الدماغية. على المستوى العيادي توجد 3 أصناف أساسية من الصدمة الدماغية:

أ- الخفيفة: بدون فقدان الوعي ودون كسور على مستوى الدماغ.

ب- المتوسطة: فقدان وعي أولي تستمر لبعض الدقائق أو كسور على مستوى الدماغ.

ج- الخطيرة: غيبوبة على الفور Coma d'emblée مع أو كسور على مستوى الدماغ تكون مرافقة.

فالتطور الممكن الذي تم تحقيقه في ميدان التكفل الطبي بضحايا الصدمات الدماغية وفي ميدان التشخيص السريع وتحديد الإصابات (Lésions) التي من شأنها أن تساعد في ميدان العلاج الجراح. ورغم هذا التطور إلا أن أكثر من 50% من الحالات الخطيرة تستدعي الموت أو إعاقة مدى الحياة، وكذلك التنبؤ Pronostic مرتبط بأهمية المؤشرات والإصابات الأولية (التي تحدث فجأة أثناء الصدمة).

ففي الصدمات البسيطة والحميدة يكون A P T أقل من ساعة، وصددمات دماغية خطيرة يكون APT أكثر من 24 ساعة والمتوسطة يكون بينهما، ويمكن اعتبار الصدمات الحميدة والمتوسطة أنها صدمات خفيفة. (Cambier. J et autres, 2003: 413).

وبالتالي تطرح التصنيف التالي:

***الصدمة الدماغية الخفيفة:** وهي الصدمات التي تكون الغيبوبة فيها تدوم من 13 إلى 15 دقيقة نظرا لفقدان الإحساس بالأطراف العليا، وبالإضافة إلى النسيان لمدة أقل من 24 ساعة، وقد وضعت الجمعية النفسية البريطانية إحصائيات تصل ما بين 233 إلى 295 بالنسبة 100.000 شخص في مجتمع ما الصدمة الدماغية (الخفيفة) أي ما يعادل 95% (85% حميدة، 10% متوسطة)، والفحص العصبي L'examen neurologique يمكن أن يظهر عادي ولا تستوجب الحالة البقاء في المستشفى، إلا في الحالات المتوسطة فيمكن أن تبقى تحت المراقبة 48 ساعة. الصدمة الدماغية الخطيرة: في هذه الحالة يجب توجيه المريض إلى المراكز الصحية المزودة بجهاز سكانير Scanner وخدمة جراحة الأعصاب، وفي هذا النوع من الصدمة يدخل المصاب في غيبوبة تدوم 24 ساعة إلى عدة أيام أو عدة أسابيع أو عدة شهور نظرا لحدوث ضرر كبير على مستوى الدماغ الذي يظهره مقياس كثافة السوائل

Tomodensitométrie فيعطي حقيقة بيانية للأضرار التشريحية. (Jean Lamy, 1979:67)

3-2- تصنيف الصدمة الدماغية حسب المنظور التشريحي العيادي:

إن تقدير الصدمة الدماغية يتوقف على حدتها ومدى خطورتها، بالإضافة إلى تأثيرها الفوري على الدماغ والظهور المفاجئ للتعقيدات العصبية مما يؤدي إلى الاستشارة أو التدخل الجراحي العصبي.

*ارتجاج المخ أو الارتجاج الدماغى: Commotion cérébrale

هذا النوع من الإصابات ينتج عن ارتجاج Altération كتلة دماغية (وخاصة المخ) مسؤولة عن غياب الوعي الأولي حسب خطورة الحدث ونوعيته، ففي حالة وجود كسر جمجمي ويخضع المريض إلى المراقبة الطبية العصبية بهدف تفادي التعقيدات الثانوية الناجمة عن ارتجاج المخ.

وفي الحالات الخطيرة التي تصحبها جروح وإصابات منتشرة على المحور العصبي في المادة البيضاء . La substance blanche تكون مرافقة بالاستسقاء الموضعي OEdème أين تكون الغيبوبة ممتدة، فخطورة المعاناة الدماغية المنتشرة والتي تشرح وتفسر الارتجاج الدماغى تبعاً للعوامل الأولية (مدة الصدمة، مجالها، وخاصة السن، وكذا العوامل الثانوية والتي تتمثل في ارتفاع الضغط الشرياني، نوبات صرعية).

كذلك هذا النوع من الصدمات الدماغية هو ارتجاج مخي ناجم عن سقوط أو ضربة Coup

على الدماغ تترافق بفقدان أو عدم فقدان الوعي المؤقت (Perte de connaissance) أولي، ويقصد به كذلك تعسر في التوظيف الزمني للمادة الشبكية الصاعدة (la substance reticule ascendante) تتموقع في عمق الدماغ والمسؤولة على حالة اليقظة. ففي هذه الحالة الصدمة الدماغية تسببت في غياب الوعي مباشرة وفوريا. فالمريض يستعيد الوعي بصورة نهائية بعد بضع ثواني أو دقائق أو ساعات بعد الصدمة حسب حدة وأهمية الارتجاج La commotion أحيانا اضطرابات مؤقتة في الذاكرة الحديثة الخاصة بالثبوت، Fixation، فالمرقبة الطبية العصبية الجراحية من المفروض أن تكون متتالية من أجل الكشف عن التعقيدات الثانوية الممكنة: نزيف دموي خارج الأم الجافية ونزيف تحت

الأم الجافية، الانتفاخ المخي œdème cérébrale وفي الغالب نجد فقدان الوعي أو الارتجاج المعزول يبقى بدون آثار لكن هناك إمكانية التسبب في التناذر ما بعد الارتجاجي، Syndrome post commotionnel فالارتجاجات المتكررة بإمكانها أن تساعد على ظهور أمراض عصبية خطيرة: مرض الباركينسون، مرض الزهايمر حتى لو بعد 10 سنوات.

* الرضة الدماغية Contusion cérébrale :

هي إصابة دقيقة تحدث شق Fissure في الجمجمة مع وجود انتفاخ في نقطة التصادم ، (Le point d'impact) ولكن في بعض الحالات يكون الهيكل الجمجمي سليم إلا أنه يسجل خط سطري صغير، فالكدمة الدماغية تظهر أثناء الفحص العصبي بجهاز سكاير Scanner كنقطة على الفص الجانبي Lobe lateral إذا كانت الصدمة جانبية، أو على الأقطاب القفوية (Les pôles occipitales) إذا كانت الصدمة قفوية. هذه الإصابات الجلطية تكون أحيانا مكتومة (لا تظهر) أي صامتة لكن تكون أكثر خطورة في امتدادها أو إمكانية وجودها في أي فص مخي، كذلك الكدمة الدماغية يقصد بها وجود إصابات تشريحية Lésions Anatomiques في المخ:نخر نزيفي مع انتفاخ La nécrose hémorragique avec œdème بمعنى موت الخلايا أو الأنسجة في المناطق المنتفخة. (T.P.Chevrel, J.) (Richarme, 1972, p10-11)

الإمهاة المخية L'œdème cérébrale :

هو تعقيد ناتج عن خلل في نفاذية الأوعية الدموية وانتشار الماء بصورة زائدة بين أنسجة المخ، مما قد ينجم عنها علامات موضعية للعجز العصبي (ضعف القوة العضلية، حساسية العضو، أفازيا ، Aphasie) التهاب العظمي الوتري. هذه الاضطرابات بإمكانها أن تتراجع تحت تأثير العلاج الطبي. فتستعمل بعض الأدوية المدرة للبول التي تسمح بالإفراز والترشيح البولي بهدف التقليل من الإمهاة المخية،بالإضافة إلى دواء الـ (Mannitol) الذي يسمح بتجفيف النسيج المخي، كذلك هناك اضطرابات قد تترافق مع الكدمة الدماغية هو النزيف الدموي السحائي (hémorragie méningée) والذي يستدل عليه من خلال آلام الرأس، تصلب في الرقبة، واضطرابات في الوعي.

وعموما قد تكون إصابة أولية أو ثانوية للصدمة الدماغية نتيجة لعملية الاحتقان الموضعي (Hyperémie) بسبب عامل فيزيائي ناتج عن ميكانيكية الصدمة أو تجمع السائل الخلوي الخارجي

Extracellulaire. ونظرا للتكوين البنائي للدماغ فإن المخ ينحصر داخل الجمجمة، والزيادة في الحجم المخي يرفع من الضغط الداخلي الدماغى Pressure Intra crânienne وأهمية l'œdème عموما مرتبط مباشرة بخطر الإصابة الأولية. (Micheal. M Henry, Jemy. N Thompson, 2004:487)

فالجداول العيادي لمثل هذه الحالات Tableau clinique يمكن أن يدخل المريض في غيبوبة عميقة Coma profond أو عدم وجود استجابة للمؤثرات المؤلمة، فتكون التناذرات العصبية جد متنوعة ويمكن ملاحظتها: كالشلل النصفي، Hémiplégié، تناذر على مستوى الفص الجبهي، الحبسة الكلامية (الأفازيا)، تناذر كورساكوف Korsakef، Syndrome النزيف السحائي فهو اعتيادي إذا وجدت الرضة الدماغية La contusion وقد ينتج عن طريقها استسقاء الرأس (Hydrocéphalie)، تصلب في البصلة السيسائية. فالرضة الدماغية تظهر في التصوير بـ tomodensitométrie كمناطق صغيرة و كثيفة، وبعد أيام يكون مظهرها سطحي موحد التركيب ومكثف، وإذا كانت الأضرار الدماغية غير خطيرة، فإن الحالات المصابة تتحسن تدريجيا مع تراجع العجز العصبي يكون في غالب الأحيان مسجل وملاحظ، ويجب أن نولي أهمية لكل ما نلاحظه في الحوادث العظيمة الدماغية.

الغيبوبة العميقة الفورية : Le coma profond d emblée

هي رضة ذات خطورة قصوى أين المريض يدخل في غيبوبة عميقة بعد الصدمة بسبب تعسر وخلل في النشاط الوظيفي للمادة الشبكية الصاعدة التي تصبح أكثر عمق المسؤولية على اليقظة والوعي، وهناك علامات ومؤشرات تؤكد على وجود إصابات في منطقة المخ (المخ البيني)، فهي منطقة في الدماغ تربط الحزم البصرية والسمعية وإصابات في استئالة الخلية العصبية (Axone المحور الأسطواني للخلية

العصبية) الذي ينقل السيالة العصبية منتشرة وتمركز موجات الصدمة اتجاه الدماغ. (Marcel.G,)

Vlery.J et autres, 1992, p58

لذلك علينا أن نطبق فحص سكانير بصفة استعجاليه بهدف البحث عن الإصابات التي تستدعي التدخل الجراحي الفوري، وفي الحالة العكسية لابد من العلاج الطبي عن طريق الإنعاش (reanimation) يخضع إليه المريض ويطبق في وسط خاص (الإنعاش التنفسي...) والشروع في المراقبة العيادية والتشخيص بالصور الأشعة، لمراقبة مدى تطور الحالة.

وفي حالة التدهور والتأزم الثانوي Aggravation secondaire تجرى فحوصات جديدة عن طريق صور الأشعة من أجل الكشف وتحديد موقع الإصابات ،والذي يسهل التدخل الجراحي (النزيف تحت الأم الجافية، نزيف خارج الأم الجافية، استسقاء الرأس)، والتنبؤ يتعلق بأهمية الإصابات الأولية والسن والحالة العامة للمريض قبل الحادث. (Christian La Terre. E, Christian J.M, Xavier. S, 2008,) (p33)

النزيف الدموي الداخل الجمجمي: Hématome Intracrânien:

هو نزيف دموي يحدث داخل المخ وبصورة تدريجية والذي يتمظهر بعلامات الانضغاط ويستلزم تدخل جراحي. فوجود منطقة نزيفية هو تعقيد نادر) % 1 إلى % 16مريض في حالة استشفائية)، لكن خطورتها كبيرة لأنها تعرض تقريبا ثلثي الوفيات، وهذا الاحتمال قد يظهر في الفحص الأولي. وفي الحالات الأخرى التي تكون صعبة يحدث ازدياد في الشدة ويجب أن يؤخذ هذا الأمر بعين الاعتبار وهذا النزيف يمكن أن نلاحظه في الأيام الأولى أو في الأسبوعين الأولين.

أما على المخطط العيادي تظهر مجموعة من الأنزفة تضغط كثيرا على المخ. وتظهر من خلال الأعراض المرضية مشتركة على شكل متغير تحدث ضرا كبيرا على مستوى التيقظ، أين يتم التشخيص عن طريق فحص السكانيير. (tomodensitométrie)

النزيف خارج الأم الجافية : Hématome Extra dure

يتكون النزيف في المجال خارج الأم الجافية بين الجمجمة وغشاء الأم الجافية. والنزيف في المنطقة المصابة يكون أصله شرياني والتشخيص المبكر هو شرط أساسي للنتبؤ وهي حالة إستعجالية علاجية.

- التشخيص: يهدف إلى وضع التقرير العيادي بشكل كامل. أين يثبت أن أي صدمة دماغية تستطيع أن تحدث فقدان وعي أولي وجرح على مستوى الجمجمة، ويحول المريض إلى المراقبة الإستشفائية وغياب هذه الأخيرة يمكن أن يؤدي إلى الموت بعد عدة ساعات،

وقد يؤدي إلى ظهور الأعراض التالية:

- اضطرابات الوعي تدريجيا.

- عجز حركي موضعي.

- إثارة الحزم الهرمية أحادية الجانب.

ويمكن لنزيف الخارج الأم الجافية أن يرافق الكدمة الدماغية contusion cérébrale وإشارات التدهور تكون خفيفة جدا (استسقاء الرأس، التقيؤ).

- التطور والنتبؤ: يحدث التنبؤ عندما يكون التشخيص مبكرا وإن تأخر التشخيص يعد كارثة في حق المريض والجدول العيادي يتجه مباشرة نحو:

معاناة الجذع الدماغية. (Mécanisme l'engagement Cérébrale).

أحادية الجانب ثم ثنائية الجانب. Mydriase.

فالتشخيص المتأخر يرفع من المعاناة الدماغية ومن الممكن أن يحدث تدهور ثانوي خطير لا يمكن التحكم فيه.

- الأشكال العيادية:

نزيف خارج الأم الجافية الجبهي Hématome Extra durale Frontale :

ومن مميزاته المدة الفاصلة الحرة Intervalle libre تكون طويلة، وإمكانية التحكم في اضطرابات الوعي.

نزيف خارج الأم الجافية: vertex

تطور هذا النزيف في بعض الأحيان يكون خطير جدا، في حالة التصدع والتشقق.

حدوث نزيف خارج الأم الجافية القفوي Hématome Extra durale occipitale :

كسور في مستوى هذه المنطقة يحدث هذا النوع من النزيف واضطرابات المخيخ . troubles de

cervelet

- العلاج:

العلاج يكون بالتدخل الجراحي بصفة إستعجالية، ويستلزم جناح يسمح بإزالة النزيف وتوقيفه في المنطقة المصابة، ومجال الأم الجافية يتطلب وضع جهاز تصريف الماء خلال 48سا.

النزيف تحت الأم الجافية: Hématome Sous Durale:

ينتج عن تمزق أوردة صغيرة تعبر المجال الأم الجافية، فهذا النزيف ذو أصل وريدي يحدث ضغط مرتفع. وإن التساهل والتهاون في هذه الحالة يزيد من الخطورة (نزيف تحت الأم الجافية المتأخر).

(Hématome sous durale tardive

وفي حالات الصدمة الدماغية عند الشيوخ مدمني الكحول، الأمراض المزمنة، العلاج ضد تخثر الدم، في هذه الحالات يكون النزيف خطير ولا يمكن التحكم فيه.

- الأشكال العيادية:

النزيف تحت الأم الجافية الحاد المبكر - Hématome sous durale Aigu précoce

هو في الأصل وريدي وهذا النزيف نادرا ما يكون معزول، فيكون مصحوب مع ارتجاج الدماغ Commotion cérébrale.

التشخيص: إن الجدول العيادي في هذه الحالة يستدعي وجود كدمة دماغية وفكرة التأزم الثانوي هي التي تحدد التشخيص، حيث يتم تأكيد ذلك عن طريق الفحص بالسكانير، حيث يتم تحديد مقره ودرجة تأثيره على الكتلة الدماغية . la masse

التنبؤ: Pronostique إن التنبؤ لا ينفصل عن الإصابات تحتية، وفي حالة وجود التأزم الثانوي عند مريض مصاب بارتجاج المخ فمآل الإصابة من الممكن أن يكون إيجابيًا ومقبول ضمن شروط معينة:

- يشترط تفريغ وتصريف هذا النزيف بصفة دورية.

- يشترط أن الجدول التشخيصي العصبي **tableau neurologique** ما قبل الجراحة

(العملية) لا يحمل أي مؤشر عن وجود ألم على مستوى جذع الدماغ.

- أما في حالة النزيف المعزول: فالتنبؤ هو خاصة مرتبطة بالحالة العصبية ما قبل الجراحة.

العلاج: علاج النزيف ما تحت الأم الجافية الحاد يكون جراحي من خلال:

- إجراء جناح جمجمي يسمح بفتح الأم الجافية

- تصريف النزيف

- وقف النزيف

- غلق وتلدية الأم الجافية.

Hématome sous dural chronique النزيف الدموي تحت الأم الجافية المزمن المتأخر

tardive

الأعراض المرضية الناجمة عن هذا النزيف لا يتم تحديدها خلال الأسابيع الأولى أو حتى الأشهر الأولى التي تلي الصدمة الدماغية. ومن أجل ذلك يجب إرسال هذه الحالات إلى فرق متخصصة في النزيف الدموي الأولي بهدف متابعة زيادة تقدم وارتفاع شدة النزيف، أما من خلال رجوع النزيف الدموي عن طريق شعيرات دموية دقيقة أو بسبب الضغط العظمي الزائد على تجويف تحت الأم الجافية الذي يعمل على تدرج بروتيني، فعادة الجدول العيادي يتحكم فيه الرأس والتغيرات النفسية، فالإشارات المركزية العصبية تكون متأخرة في حالة ما إذا لم تكن هناك بداية سابقة صدمية هناك شك في وجود ورم مخي، فمقياس

tomodensitométrie هو الذي يحدد التشخيص

(Alexandre. S, Frédérik.B, 2008 p93-94)

Hématome Intracérébrale: النزيف الدموي داخل الدماغ

النزيف الدموي الداخل المخي يكون أكثر حدوثاً على المستوى الفص الجبهي أو الجداري، وهو عبارة عن رضة نزيفية contusion Hémorragique أو منطقة إرتضاض مخية أين تمتزج بقايا الأنسجة المتلفة والصفائح الدموية الناتجة عن تخثر الدم والمرافقة سريعاً للإماهة المخية، œdème cérébrale، وهذه الإصابة الدماغية تحدث في حالات الصدمة الدماغية الخطيرة نتيجة ظاهرة الصدمة المضادة الإصابات الدماغية التي تعرضت لها الكتلة العصبية مما أدى إلى إزاحتها نحو الداخل مما يؤدي إصابة الدماغ في النهايات العظمية، خاصة في حالة الرضة الجبهية- الصدغية. (1980، B.Chiche, P.Mouille p183)

الإصابات العظمية : lésions osseuses

الكسور في الجمجمة - Fractures du crâne :

على المستوى العيادي لا تعد خطيرة إلا بانعكاسها الداخل الجمجمي (إصابة شريانية أو وريدية في مستوى الأم الجافية)، وهذا التعقيد العرضي المتوقع يستدعي مراقبة كل مريض الصدمة الدماغية يحمل كسراً في الجمجمة.

كسر خطي - Fracture linéaire :

أي حدوث شقوق على مستوى الدماغ، وهذه التشققات العظمية تكون على مستوى فصوص الدماغ (الفص الجبهي، الصدغي، الجداري).

كسر مع إنغراز - Fracture avec enfoncement (Embarrure) :

في هذه الحالة تحدث كسور على مستوى فصوص المخ، وهذه الكسور تحدث على مستواها إنغراز قد يسبب جروح أو انضغاط compression في المخ.

- كسر في قاعدة المخ : Fracture de la base du crâne وفي هذه الحالة يحدث تشقق على مستوى العظم Sphénoïde وهذا العظم يشكل القاعدة المركزية للجمجمة. (www.neurologie.net)

اصابات في الجمجمة و الدماغ : la plaie-cranio-cérébrale

تتطلب تدخل جراحي عصبي ويتم تشخيصها كالتالي:

- وجود قرحة خاصة لجلد الشعر مع خروج المادة العصبية الاستعجالات.

- الفحص السريع في (الاستعجالات) يبين خلا عظميا واسعا.

- التحويل نحو جراحة الأعصاب يفترض أن يكون بسرعة و بصفة إستعجالية.

- وجود تمزق في مستوى الأم الجافية يستوجب التدخل الجراحي، ويجب أن تكون صور الأشعة الخاصة بالجمجمة وفحص السكاكير للدماغ بشكل نظامي.

- العلاج:

يجب إحداث كسر في الجمجمة ثم ترميم الأم الجافية المتضررة بعد تنظيف الموضع، ويجب حقن المصاب بمضادات حيوية لتفادي الالتهابات. (Inflammations)

التعقيدات التعفنية : les complications Infectieuses

هي التي تحدث القرحة الجمجمية الدماغية مع بعض الكسور، كسر يتصل بالمجال الداخلي للجمجمة عن طريق ميل وانحراف إصابة الأم الجافية مع التجويف المتعفن.

- التهابات السحايا: ترتبط بتناذر أو اضطراب معدي تعفني أو اضطراب السحايا (اقتطاع الفقرات القطنية) وذلك بأخذ عينة من السائل الدماغي ponction lombaire الذي يتطلب توجيه المريض للعلاج في وسط خاص، أو علاج ثانوي خاص مكيف لتعاطي المضادات الحيوية.

: التقيح الدماغي Abscès cérébrale

هو عبارة عن كرة بيضاء متجمعة في قاعدة الأم الجافية، وهو سائل مرضي مكثف مصفر ينتج عنه تعفن والتي تؤدي إلى انعكاس عصبي متعدد واضطرابات الوعي مع مؤشرات عن الموقع:

التناذر المعدي المتقلب.

- يجب الفحص بـ scanner لأنه الوحيد الذي يساعد على تشخيصها وتوضيح الصورة (نقص الكثافة المكورة Hypodensité) وكذلك نقص الكثافة خارج الدماغ في الجانب الموازي أكثر أو أقل اتساع.

- العلاج: التقيح الدماغي يستلزم تدخل الجراحي لاستئصاله ويكون ذلك بإجراء شق بسيط للتفريغ مع العلاج بالمضادات الحيوية التكميلية ولمدة طويلة. (www.trauma.cranien.org)

4- الصدمة الدماغية الخطيرة-تظاهراتها و فحصها :

4-1- تعريف الصدمة الدماغية الخطيرة:

Dr. Paul. Cras (Chef de service) Les séquelles de traumatismes crâniens graves font suite à des accidents ayant entraînés un choc sévère au niveau de la tête et du crâne caractérisé notamment par la survenue d'un coma, Les traumatismes touchent surtout des Sujet Jeunes , Le plus souvent suit à un Accident de la voie publique, les séquelles neuropsychologiques sont souvent

au premier plan et font toute la particularité de ces Atteintes dont le nombre est en Augmentation et dont la prise en charge est particulièrement spécifique.

مخلفات ونتائج الصدمات الدماغية الخطيرة سببها حوادث يتمخض عنها صدمة حادة على مستوى الرأس والدماغ وتتميز بدخول المريض بصورة مفاجئة في حالة غيبوبة، وفي غالب الأحيان بعد التعرض لحوادث الطريق العام خاصة عند الشباب، فالآثار النفسوعصبية تكون هي أول الإصابات والنتائج وهذه المخلفات في تصاعد مستمر وتستدعي تكفل خاص ونوعي.

فحسب J.S Bryden: أن الصدمة الدماغية الخطيرة هي كل إصابة دماغية حادة تتطلب علاجاً طبياً، فحسب دراسة أقيمت في بريطانيا أظهرت أن إشكالية الصدمة الدماغية في هذا البلد جد متطورة، حيث من خلال بيانات إحصائية تبين أن 1 مليون حالة في العام يتم استشفائها وبالنسبة لكل سنة نجد أن من بين 100-300 شخص 2000 حالة يتم قبولها في Service de traumatologie. قسم الصدمات بينما 300 حالة المتبقية يخضعون للمراقبة على الأقل ليلة واحدة و 20 حالة يتم تحويلها للفحص نحو جراحة الأعصاب، وبالتالي العلاقة بين الموت من جراء حوادث الطريق العام والوفاة نتيجة الصدمة الدماغية الخطيرة مرتبط جداً، وقد يصل إلى 3000 عاجز في العام.

4-2- تظاهرات الصدمة الدماغية الخطيرة

• المرحلة الأولية:

في حالات الصدمة الدماغية الخطيرة تتطلب التدخل في مكان الحادث من طرف فرق الاستعجال الطبي، ثم الاستشفاء الفوري نحو الإنعاش réanimation مع التحويل نحو جراحة الأعصاب أي قسم الصدمات العصبية. neurotraumatologie. فمختلف المساعدات الإستعجالية هدفها في هذه المرحلة ضمان

احتواء عدد المصابين، وكذلك إنقاذ الضحايا في حالة الأزمة أين هؤلاء المرضى يظهر تظاهرات خطيرة في حالة تطور بهدف الحفاظ على الحالة التنفسية و الدورة الدموية.

•مرحلة الغيبوبة:

ومن مميزات هذه المرحلة هو استمرارية الاضطرابات في الوعي وفي اليقظة ووظائف الانتباه، وتترافق باضطرابات في الميكانيزمات المعدلة و المنظمة للوظائف الإعاشية les fonctions Végétatives ويدخل مريض الصدمة الدماغية الخطيرة في غيبوبة فوراً أو متأخرة لبعض ساعات (يتكون تدريجياً نزيف خارج الأم الجافية) ويتم تقييمها بمقياس الغيبوبة لـ Glasgow.

التكفل أثناء مرحلة الغيبوبة – Prise en charge au moment du Coma :

مريض الصدمة الدماغية الخطيرة يكون في حالة الإنعاش (ضرورة التشخيص الحيوي) فالإصابات يمكن أن تهدد حياة الضحية ومستقبلها الوظيفي (الكسور) لذلك من الضروري تطبيق علاج نوعي والتكفل يكون مركز نحو الوقاية من التعقيدات، كذلك لابد من تطبيق العلاج عن طريق التأهيل الوظيفي، وكذلك مساعدة المريض على بذل جهده بهدف الحفاظ على الحالة العظمية orthopédique من أجل ضمان المستقبل الوظيفي، والحركي والعظمي للمريض.

•مرحلة اليقظة: Etat d'éveil:

تمثل فترة الخروج من مرحلة الغيبوبة وهي مرحلة متقدمة بالنسبة للضحية أين يتم مراقبة المريض في مصالح إعادة التأهيل في مدة ما بعد الصدمة، لمدة أيام بالنسبة للحالات الخفيفة (النتبؤ جيد) وما بين 2 إلى 3 أشهر بالنسبة لحالات الخطيرة.

التكفل بالضحية في مرحلة اليقظة – La prise en charge en état d'éveil :

العناية في هذه الفترة تركز على متابعة العلاج عن طريق إعادة التأهيل العصبي العضلي إما في حالة استمرارية العجز نتيجة la Rééducation neuro orthopédique الإصابات الغير قابلة للانعكاس أو عن طريق الاسترجاع من خلال إعادة التأهيل وتنشيط فعالية المناطق المصابة، ولا بد أن تقود المريض نحو الاستقلالية الجسدية العصبية ولا بد أن تتدخل في حالة الوعي الممتازة مع احترام فترات الراحة لدى المريض، لأنه لا يزال في حالة هشاشة وضعف ويكون التكفل عن طريق المراقبة المنظمة والإعتائية للنشاط العفوي والتلقائي للمريض أكثر من نشاطاته الموجهة والتي تكون غير متكيفة ومعقدة.

(<http://www.crlc.cumudd.org/E/pressqui.html>)

التناذرات الأساسية لحالة اليقظة – Syndrome de déafférentation :

في هذه الحالة المريض يعاني من الشلل الرباعي tétraplégie والشلل الثنائي الوجهي Atteinte Bilatéral du nerf (أي إصابة ثنائية للعصب الوجهي facial diplégiefacial) بدون جانبية النظر أما الوعي، يمكن أن يكون تقريبا كاملا مع إنشاء نظام اتصال مع الضحية.

نوبة البكم: mutisme Akinétique

نلاحظ في هذه الحالة تحريك الجفون في حالة الخوف clignement des paupières أو التهديد و التواصل عن طريق حركات العينين الفحص العصبي يكون عادي، لكن أي تعليمة لا يتم تنفيذها وإجراؤها ففي الشكل الكامل المريض يكون جامد وعاجز عن الاتصال وحتى تغذية نفسه.

التشتت ما بعد الصدمة: Confusion post traumatique

تتمظهر بالتشتت في الوعي وتكون ممثلة على مقياس Glasgow ما بين (8-15). الشنوذ في الإدراك، عدم تنظيم وتناسق الأفكار وارتفاع النشاط النفسو حركي.

Amnésie post traumatique : فقدان الذاكرة ما بعد الصدمة :

في هذه الحالة تتميز بفقدان التوجه المكاني والزمني، عدم التعرف على الأقارب مع أن الفحص يظهر عادي.

•مرحلة العواقب(المضاعفات): la Phase des Séquelles

تتميز هذه المرحلة تعرف باستمرار العجز ونواحي القصور التي تظهر في الفحوصات بصورة متتابعة، لذلك يمكننا أن نعتبر أن العجز العصبي يستمر لمدة عامين.

فبالنسبة للأشخاص الذين يكون لديهم استرجاع جيد لا يخضعون إلى برنامج تكفل خاص ومستمر، أما الضحايا الذين يمثلون حالات العجز المتوسط أو العجز الحاد لا يكون لديهم استرجاع وتطور تلقائي في هذه المرحلة لكن يخضعون إلى برامج إعادة التكيف.

بالنسبة للحالات ذات العجز المتوسط إن تأثير نتائج الصدمة الدماغية على الضحايا له علاقة بالجانب الاجتماعي المهني، Socioprofessionnel، فبالنسبة لإعاقة جسدية محدودة بإمكانها أن تكون عائق كبير في ضمان اندماج اجتماعي جديد بالنسبة للضحية.

بالنسبة للحالات ذات العجز الحاد تجتمع الاضطرابات العصبية خاصة منها ثنائية الجانب مع العجز في الوظائف، العليا تصبح أكثر خطورة في حالة وجود إعاقة حركية عند ضحايا الصدمة الدماغية الخطيرة

(<http://www.traumacranien.org/headway.-consequence.php>)

4-3- فحص الصدمة الدماغية الخطيرة:

إن فحص الصدمات الدماغية الخطيرة يرجع إلى عنصرين:

تعدد في الصدمات (polytraumatismes بسبب الحادث) المرافقة، بإمكانه أن يجعل التشخيص حيوي أو وظيفي لاحقا (صدمة الفك الوجهي ، TC. Maxillo-facial، الصدمة الصدرية . Toracique Tc ، الصدمة البطنية TC. Abdominal خاصة صدمة الأعضاء والعمود الفقري).

التأكيد على الصدمة الدماغية الخطيرة يكون عن طريق الفحص سكانير ومتابعة الإصابات الدماغية المخية ووضع المؤشرات الجراحية.

- الإصابات الناتجة عن فحص الصدمة الدماغية الخطيرة:

يكشف التشخيص عن طريق السكانير وجود إصابات نزيفية (النزيف الدموي خارج الأم الجافية ونزيف تحت الأم الجافية)، وهذه الأنزفة بإمكانها أن تحدث تأثير كتلي (انضغاط) ومعاناة دماغية ثانوية Engagement والذي يقصد به أن الجذع الدماغي أو المخيخ يحدث على مستواهما دفع خارج الدماغ (المخ) نحو النخاع الشوكي ، la moelle épinière، مما يؤدي إلى تحطيم خطير لهذه البنيات (مكونات الدماغ) وهي الإصابات البؤرية. Atteintes localisés.

- الإصابات المخية المنتشرة œdème diffusé فنجد انتفاخ منتشر، وإصابات الجذع الدماغي Atteintes du tronc cérébrale وهذه الإصابات يصعب بلوغها عن طريق فحص سكانير لكن لا تحمل عادة مؤشرات جراحية.

5- العجز العصبي عند ضحايا الصدمات الدماغية الخطيرة وتطوره:

إن ضحايا الصدمة الدماغية الخطيرة يتطور لديهم العجز العصبي وتختلف انعكاساته بسبب الإصابات الناجمة عن الصدمة الحادة:

إصابة الأعصاب الجمجمية : les paires crâniens التي تتوزع في الأعضاء الحواسية: (السمع، النظر، الشم، حركة العينين، الفم، البلعوم).

Anosmie perte de l'odorât يعني فقدان حاسة الشم عندما تكون الصدمة للقسم الأمامي مع

الإصابات الجبهية

- الاضطرابات الخاصة بالعين: Troubles neuro ophthalmologiques

فخارج الصدمات المباشرة للعين، نجد إصابة مركزية للأعصاب المحركة للعين، oculomoteurs، وكذلك الحزم البصرية تكون متكررة وقد تتسبب في انخفاض حدة النظر، عجز في الحقل البصري، ازدواجية النظر (diplopie).

الصمم : la surdité

نجد إصابة الحزم السمعية . Les voies auditives

نجد اضطرابات التوازن والدوخة syndrome vestibulaire في حالة إصابة الحزم

الحركية الهرمية الثنائية الجانب. voies motrices pyramidales bilatérales.

اضطرابات في تلفظ اللغة والبلع :

الشلل النصفي Hémiplégie: بكل أشكاله العيادية الممكنة حسب مستوى الإصابات في الحزم الحركية

، إما تكون أحادية الجانب unilatérale أو ثنائية الجانب. bilatérales.

حركات غير عادية : mouvement Anormaux تكون على الأقل حادة وتتميز باضطرابات في

الحركات الإدارية) Syndrome cérébelleux أي التناذرات المرتبطة

بالمخيف).

- تطورها: بعد دراسات أجريت على 62 حالة يمثلون ضحايا الصدمة الدماغية الخطيرة لرصد العجز العصبي لديهم، فأثبتت هذه الأخيرة في مدة شهر نجد 47 مريض يعانون من شلل نصفي أغلبهم (26 حالة) يعيشون بعجز حاد وخطير، و (14 حالة) يعانون من الشلل ثنائي الجانب) وهذه الحالات لا يتم التكفل بها إلا بعد 6 أشهر من التطور).

كذلك نجد أن ضحايا الصدمة الدماغية الخطيرة يظهرون حركات غير عادية بصورة تدريجية لمدة 3 أشهر من الحادثة)، les mouvements Anormaux، لأن هذه الاضطرابات تتمظهر إذا كان هناك عجز حركي منذ البداية وفي مدة ستة نجد من هؤلاء الضحايا (14 حالة) يحتفظون بحركات مرضية مع نتائج خطيرة تهدد الحركات وردود الأفعال الإدارية وتكون ثنائية الجانب).

5-1- تطور العجز النفسو عصبي Neuropsychologique :

إن النتائج العصبية لا يمكن تحديدها مباشرة إلا بصورة تدريجية مع التحسن في الوعي عند الضحية ومشاركته الفعالة، كذلك العجز النفسو عصبي لا يتم الكشف عنه منذ البداية إلا من خلال ملاحظة السلوك لدى الضحية أو من خلال الاختبارات التي تجرى للمريض.

- اضطرابات اللغة: وتكون في عدة مستويات والمتعلقة بالإدراك والفهم والتعبير.

- اضطرابات الانتباه: والتي بإمكانها أن تمس مختلف أنماط الانتباه.

- اضطرابات الذاكرة: إما الذاكرة قصيرة المدى والتي تخص الوقائع الحديثة أوفي الذاكرة طويلة المدى والتي تخص الوقائع القديمة .

- الاضطرابات الإدراكية: Troubles perceptifs ومن بينها الاضطرابات الإدراكية البصرية، ونقصد بها عدم القدرة الضحية على التعرف على الأشياء أو الصور أو الكتابة التي يراها ومن بينها physiognomie وتعني عدم القدرة على معرفة ملامح الوجه.

- Troubles praxiques: اضطرابات في تأخر الحركات حيث نجد أن مختلف ضحايا الصدمة الدماغية لديهم صعوبات تسلسل أو تعاقب في الحركات، والإشارات أو في إنتاج أشكال هندسية رغم أنهم لا يعانون من عجز حركي.

- اضطرابات في الوظائف الإجرائية: Troubles des fonctions Exécutives

في هذه الحالة يعني أن التخطيط وتجسيد السلوكات إما مستحيلا أو مضطربا، وهذه الصعوبات والاضطرابات النفسو عصبية بإمكانها أن تكون معزولة أو مرافقة لاضطرابات أخرى، والتكفل بالجانب النفسو عصبي يكون بوضع إستراتيجيات بديلة مناسبة: مثلا نوظف اللغة الشفوية مع ضحايا الصدمة الدماغية الذي يعانون اضطرابات إدراكية بصرية والذين يعرفون الكتابة.

-6- تطور الاضطرابات النفسية لدى ضحايا الصدمة الدماغية الخطيرة:

*من ناحية الإصابة : D'ordre lésionnelle فالإصابات الدماغية المخية بإمكانها أن تحدث علامات انفعالية وسلوكية متنوعة و هي:

الإصابات الجبهية: تكون على مستوى الفص الجبهي أين يمكن لضحايا الصدمة الدماغية الخطيرة أن يصبحوا غير عمليين (apragmatisme'أي غير قادرين على تحقيق الأنشطة الملموسة وتجسيدها على أرض الواقع، إما فقدان الرقابة الاندفاعية ارتفاع الاتجاهات النفسو مرضية الكامنة السابقة اتجاه الحادث.

الإصابات الصدغية: على مستوى الفص الصدغي قد نسجل الصرع الصدغي L'épilepsie temporal وهذا يؤثر على الجانب النفسي للمريض، مما قد يؤدي إلى اضطرابات المزاج troubles de l'Humeur تحدث بالدرجة الأولى اهتزاز وتشوه في الوعي بالذات مع الإحساس بفقدان الشخصية وشدوذ في السلوك الجنسي .

اضطرابات اللغة: تكون في عدة مستويات:

التظاهرات التناوبية(اشتداد الحاد، الإحساس: Manifestations paroxystiques بالغضب بسبب الإفراط في العدوانية وآلية الحركة ، Automatismes moteurs هروب) وهذه الاضطرابات المتكررة والمذهلة تظهر بصفة مكثفة في المرحلة الأولية عند المريض الغير مشلول، هذا يتطلب تنظيم وتهيئة مساعدات وعناية متكيفة خاصة فيما يخص العلاجات الطبية.

وإذا كانت حالة العجز عابرة فإن الاضطرابات السلوكية قد تنقص أو تختفي تدريجيا، وقد تستمر هذه الاضطرابات إذا وجدت سابقا حالة نفسو مرضية أو عوامل محيطية لعدم الاستقرار النفسي، وتستمر لدى المريض حالة اللاتنظيم النفسي حتى أن الفحص النفسو عصبي يؤكد على هذه الاضطرابات ونستدل عليها من خلال اضطرابات اللغة والانتباه واضطرابات الذاكرة والتي بإمكانها أن تغير الجدول النفسو مرضي للضحية.

• من ناحية ردود الأفعال: D'ordre réactionnel ويتعلق هذا الجانب بتأثر الوعي لدى المريض وردود أفعال محيطه، فالمرحلة الاكتئابية هي فترة مستقرة عند الأشخاص الذين يستعيدون الذاكرة الخاصة بالثبيت la mémoire de fixation لكافية والتي بإمكانها أن تكون مخيفة، لكنها ضرورية من أجل الشروع في عمل حداد Un travail du deuil والتي تحمل في الغالب فترة الأولى من الحداد الإصابة الجسدية وتتبعها الفترة الثانية خاصة بالطاقة العضلية المفقودة.

فأهمية التقييم النفسي وعصبي ومعرفة النماذج التطورية هذا يسمح بالإعلام المبكر للضحية وأقربائها (خاصة العائلة) بهدف الشروع بشكل سريع مرحلة التكيف وإعادة البناء في الحالات الملائمة، فمهمة إعلام الضحية وعائلتها والمرافقة المبكرة يكون في غالب الأحيان مختلف أو في تقصير وإهمال للضحية، لذلك هناك ضرورة قصوى للبحث عن آليات وحلول تكيفية خاصة بالمعاق ومتابعة الإطار القانوني- الطبي *contexte médico legal* من أجل الإعداد والتحضير في فترة قياسية إلى تحقيق مكانه اجتماعية متكيفة.

7- المراقبة العيادية للصدمة الدماغية الخطيرة:

مراقبة ودراسة ضحايا الصدمة الدماغية الخطيرة يتطلب جملة من الفحوصات العيادية ووسائل تشخيصية عصبية تصويرية والتخطيط الكهربائي الدماغى EEG، *ElectrocéphaloGramme* بالإضافة إلى الجراحة العصبية والمراقبة العيادية تتضمن 3 مجالات:

• مراقبة الاضطرابات في الوظائف الإعاشية *les troubles de fonctions végétatives* هذه الاضطرابات هي ترجمة أساسية للمعاناة في جذع الدماغ *tronc cérébrale* من تغيرات في الوعي، التنفس، نبضات القلب، والتوتر الشرياني (الاضطرابات القلبية الوعائية)، الحرارة والحالة العامة لحركة العين لذلك المراقبة الطبية تكون متكررة في حالة الصدمة الدماغية الخطيرة.

• اضطرابات في الوظائف المخية وفي الأعصاب الجمجمية: الفحص العصبي يسمح بتأكيد الإصابات العصبية ومراحلها التطورية لذلك من الأهمية البحث عن:

اضطرابات في الحركة: الشلل النصفي أو الشلل الأطراف السفلي.

إصابة الأعصاب الجمجمية: قد نسجل عند ضحايا الصدمة الدماغية الخطيرة

اضطرابات على مستوى الأعصاب المحركة للعين، شلل وجهي محيطي، صمم، وقد نسجل إصابة

الأعصاب المختلطة. les Nerfs mixtes.

اضطرابات في الإحساسات السطحية والعميقة: بهدف البحث عن إمكانية وجود إصابات في البصلة
السيائية.

إصابة الوظائف العليا: من بينها اضطرابات الذاكرة واللغة والتركيز.

• فحص العين Examen Ophtalmologique: هذا الفحص مهم في حالات الصدمة الدماغية
الخطيرة.

• البحث عن مؤشرات عن خروج السائل الدماغى الشوكى LCS عبر الأنف أو عبر الأذن الخارجية
(Gabriel Mazars, 1976, P104).

8- انتشار المرض: Epidémiologie:

تتمثل في دراسة العوامل التي تتسبب في ظهور وتطور الأمراض والظواهر المرضية، لكن فيما يخص
الصدمة الدماغية هي السبب الرئيسي في حدوث الموت والإعاقة الحادة قبل 45 سنة، والأسباب الأساسية
هي حوادث الطريق العام)، (50% الحوادث الرياضية، حوادث العمل، يوجد أيضا ميكانيزمات أو عوامل
غير مباشرة دون أن نتحدث عن وجود صدمة دماغية لكن تختلف نفس الإصابات التي تسببها الصدمة
الدماغية ففي هذا السياق نجد إصابات مخية والمتمثلة في نقص الأوكسجين Anoxiques الموزع نحو
الأنسجة عبر الدم أو انخفاض نسبة السكر في الدم مثلا في إطار نسبة الأنسولين عندما ترتفع عند
مرضى السكر. (willcam F.walker, 1976, p437)

9- طرق الدراسة العيادية للصدمة الدماغية وتأثيراتها الإكلينيكية:

9-1- طرق الدراسة العيادية :

منذ 1960 طورت البحوث الإكلينيكية مجموعة من الوسائل التشخيصية العيادية في ميدان الصدمة الدماغية traumatologie crânien ومؤشراتها التشريحية والفيزيولوجية المرضية، والبيوميكانيكية كون أن الهندسة الدماغية العصبية معقدة من حيث البناء التكويني.

وهذه الأدوات الإكلينيكية تعمل على تكوين بنوك من المعطيات المرجعية للمختصين في مجال الصدمة الدماغية، مما يسمح في تصنيفها وتحديد المعايير التشريحية المميزة لها وكذلك وصف الوضعيات الصدمية وتسلسلها حسب درجة الخطورة وتحديد المفاتيح التنبؤية.

• المقاييس الوصفية العيادية: les échelles descriptifs cliniques

تسمح هذه الوسائل من المقاييس في تقييم الخطورة العامة للوضعيات الصدمية وتطورها والتنبؤ بها، ومن جهة أخرى موقعية الإصابات التي يتم إظهارها على الصور الأشعة Hypologie radiologiques التي تسمح بوضع ضحايا الصدمة الدماغية تحت المراقبة الطبية العصبية للحصول على مؤشرات مبكرة Indices Précoces كمفاتيح تنبؤية لحالة الضحية الصدمية.

اضطرابات الوعي: Les troubles de la conscience: تعتبر اضطرابات الوعي من المؤشرات التي تعتمد عليها العيادة العصبية للتنبؤ بالخلل الوظيفي للدماغ الناجم عن أثر الصدمة الدماغية. وعمق اضطراب الوعي هو مؤشر مهم Indicateur Important دال على خطورة وحدة الإصابة النسيجية وما آلتها، لذلك العديد من البروتوكولات Protocoles والفحص العيادي تكونت بهدف التنظيم الموضوعي لاضطرابات الوعي في حالة الصدمة الدماغية ضمن أداة قياس. وفي سنة 1960 أسست مدرسة فرنسية L'école

lyonnaise خلال أعمال Jouvét أداة قياس تحليلية لاضطرابات الوعي ما بعد الصدمة trouble
 Echelle de Glasgow de conscience post و Glasgow . هذه المقاييس هو سلم
 الغيبوبة traumatique ، فمقياس Teasdale و Jennett ومن مؤسسيه 1974 (سنة) (GCS) du
 Coma الغيبوبة Glasgow يفحص 3 أنواع من الاستجابات العيادية إزاء مؤشرات متوافقة، فتح العينين،
 الاستجابة الشفوية والاستجابات الحركية ضمن المقياس تحوي عدة مستويات:

- بالنسبة لفتح العينين 4 مستويات.

- بالنسبة للاستجابة الشفوية 5 مستويات.

- بالنسبة للاستجابة الحركية 6 مستويات يمثل مجموع الخاص لـ Score de Glasgow

لذلك فمقياس (GCS) يتسلسل من 3 إلى 15 والمجموع الكلي هو 15.

* فالنتيجة 3 توافق غياب أي استجابة أثناء تفسير نتائج Glasgow.

* والنتيجة 15 توافق استجابة متكيفة وتوافق أن الضحية الصدمية في حالة وعي Sujet

(Nouailhat. F, 2004, p 56). Conscient)

فمصطلح الغيبوبة يعرف من طرف هيئة الصدمات الاتحادية العالمية للجراحة العصبية كوضعية مستمرة
 "لا يقظة، لا استجابة عينين مقفلتين".

Le coma défini par le comité de traumatologie de la fédération

:mondiale des sociétés de neurochirurgie comme situation durable

"non éveil, non réponse, yeux clos"

- الغيبوبة توافق أو أقل (8) (Score ≤ 8)

- وكذلك 7 أي Score 7 يوافق حالة غيبوبة ضمن مقياس GCS.

فمقياس GCS يمثل أداة مهمة في مصلحة الصدمات Service de traumatologie عيادية أخرى خاصة بالمعانة الدماغية عامة (la souffrance encéphalique)، والقياسات الأيضية (enregistrements Electro physiologiques) (التسجيلات) (Mesures métaboliques) كاستهلاك الأوكسجين، التغيرات البيوكيميائية المبينة للاضطرابات في الأنسجة المخية ، Altération tissulaire cérébrale كذلك من خلال نتائجه يساهم في التنبؤ العام

(Tapiero.B, Pelissier.T, Barat.M, Magaux J.M) .

(p 256 ، 1991)

• مقاربات عيادية أخرى للمعانة الدماغية la Autres Approches de

Souffrance Encéphalique:

كل من Posner و Plum اقترحا نموذجا تدريجيا للمعانة الدماغية أثناء فترة الغيبوبة عموما، حيث أن البنيات المخية تكون متموضعة حسب خريطة جاكسون Jackson الذي يوضح تتابع المستويات الوظيفية حسب البنيات المخية وصولا إلى قمة القشرة المخية le cortex cérébrale من الجهة الأمامية، وإلى المستوى الأدنى من الجذع الدماغى Tronc cérébrale من الجهة الخلفية.

يوافق Approfondissement clinique du coma حيث أن العضو العيادي للغيبوبة تخريب منطقة Rastro caudale في التوظيف الدماغى. حيث نزل تدريجيا من مستوى إلى آخر يمكن أن يحدد من خلال تأكيد نشاط ردود أفعال انعكاسية نوعية reflexes Spécifiques تميز هذا المستوى.

من Toulous و Motpelier و Liège و Grenoble حيث أن كل من مدرسة خلال سلسلة من الأعمال حاولوا تطبيق هذا النموذج بهدف دراسة المعاناة الدماغية المحورية Souffrance encéphalique Axiale الناجمة عن الصدمة الدماغية المخية، TCC خاصة في وضعيات ارتفاع الضغط الداخلي الدماغى (Hypertension Intra crânienne H I C).

لكن يعتبر Born سنة 1982 المؤسس الحقيقي لهذه المقاربة. حيث يأخذ بعين الاعتبار الاستجابة الانعكاسية الجيدة مما أدى إلى إنشاء مقياس جديد يتعلّق بالاستجابات الانعكاسية للجذع الدماغى، حيث قام بإضافة تقدير كمي من 1 إلى 7 - 5 مقياس Glasgow الخاص بقياس اضطراب الوعي أثناء الغيبوبة (G C S) أين يصبح Score الجديد لهذا المقياس من (0 إلى 20) ويسمى بمقياس، Echelle de Glasgow – liege وأهمية هذه الإضافة لهذه المستويات التي توجد في أسفل المقياس تحت (5) تدل أن على مقياس Glasgow يعدل تسجيل الاستجابات الحركية في حالة الإصابة الدماغية الأكثر خطورة واكتشاف المعاناة الدماغية يكون كذلك محدود.

(Born. J, HANS.P, Dexters .G, 1982, p28)

مقياس Glasgow و Liège للصدمة الدماغية

مقياس

Glasgow و

Liège

G C S فتح العينين

- تلقائية

- تحت تأثير الضجيج 3

- تحت تأثير الألم 2

- لاشيء 1

Glasgow مقياس

GCS

Ouverture des

yeux

أفضل استجابة حركية

- إرادية 6

- متكيفة - موضعية 5

- تراجع - تجنب 4

- إنشاء 3

- امتداد 2

- لاشيء 1

Réponses

Motrices

الاستجابات الشفوية

- واضحة، موجهة 5

- غامضة أو متشتتة 4

- غير متناسقة 3

Réponses

verbales الفصل الثاني الصدمة الدماغية

47

- غير مفهومة 2

- لاشيء 1

انعكاسات الجذع الدماغي

- الانعكاسات الجبهية - المدار البصري 5

- البصرية - الدماغية العمودية 4

- التصويرية المحركة 3

- البصرية الدماغية الأفقية 2

- البصرية - القلبية 1

Reflexes du tronc

Cérébrale

(M. Masson, D.Henin, 1979, p 12)

•الفحص التصويري للإصابات الدماغية Imagerie des Altérations cérébrales:

يعتبر الفحص بجهاز السكانيير Scanner منذ سنوات 1998 الوسائلية المتطورة في ميدان تشخيص وتحديد موقعية الإصابات مما يتيح كيفية التكفل بضحية الصدمة الدماغية. حيث ويغطي les critères tomodynamiques يمكن تحديد مدى كثافة الإصابة الفحص بسكانيير كل جوانب الإصابة والدينامية الكامنة، أين نعتبر الفحص بسكانيير أداة براغماتية إلى جانب تفسير صور الأشعة من طرف المختصين في الجراحة العصبية، وهناك تصنيفين يحددان موقعية الإصابة وطبيعتها.

- أما عن التصنيف الثاني اقترحه Marshall وآخرون سنة 1991. إصابات منتشرة من النمط الأول عدم وجود إصابة داخل الدماغ وفحص سكانيير عادي إصابات منتشرة من النمط 2 مضخات مرئية وإزاحة من 0 إلى 5 ملليمتر أو صورة ذات كثافة كبيرة Hyper dense أو كثافة مختلطة أقل من 25 ميلي لتر إصابات منتشرة من النمط (3تضخم) المضخات قليلة أو غائبة.

- إزاحة أكبر من (0 إلى 5مليمتر) ولا وجود لإصابات أكبر من 25مليمتر (25ملم) إصابات منتشرة من النمط (4إزاحة) Déplacement

إزاحة أكبر من 5مليمتر (5ملم) ولا وجود لإصابات أكبر من 25مل موت الدماغ لا وجود لمعيار مورفولوجي ظاهر فالتصنيفات المقترحة من طرف Labato سنة 1983 هي عبارة عن صور للإصابات عن طريق الفحص بسكانيير مباشرة.

والتصنيفات المقترحة من طرف Marshall يعتمد على الإصابات المقترحة أو الموضعية ويوظف المعطيات المورفولوجية ذات الصلة بالظواهر الدينامية الخاصة بارتفاع الضغط الداخلي الدماغية.

• المقاييس التشريحية les échelles anatomiques:

مقياس (A I S) و مقياس (I S S):

هناك دراسات في مجال الصدمات وضحت أن 30% يمثلون ضحايا الصدمة الدماغية، وأن 50% هي

نسبة ممثلة لضحايا حوادث المرور يعانون من صدمات متعددة. Polytraumatismes.

حيث أن التصنيفات ونتائج التقييم تأخذ بعين الاعتبار كل المكونات الوظيفية والتشريحية المميزة للإصابات داخل الدماغ وخارج الدماغ الناتجة عن الوضعيات الصدمية.

severity (Injury I S S) ومقياس (Abreviated Injury Scale A I S) كل من مقياس

Score هي من المقاييس التشريحية الأكثر توظيفا وتطورا في الولايات المتحدة الأمريكية بهدف تصنيف

الإصابات الجسدية الناجمة عن حوادث المرور، حيث يمثل سلم AIS أداة نظامية في المجال التشخيصي

منذ 1971 وتم مراجعته 1990 وهذا الأخير يقترح قاموس لـ 1200 إصابة صدمية منظمة حسب كل

منطقة تشريحية، وكل إصابة ممكنة تأخذ درجة معينة من الخطورة من 1 إلى 6 درجات.

- نتائج الخطورة العامة لمقياس A I S

الدرجة (1) ضعيفة

الدرجة (2) متوسطة

الدرجة (3) خطورة محدودة

الدرجة (4) خطيرة

الدرجة (5) حرجة

الدرجة (6) وفاة

• المقاييس الفيزيولوجية عامة Echelles Physiologiques générales :

إلى جانب المقاييس التشريحية هناك وسائلية أخرى لتشخيص العرضية المرضية الفيزيولوجية المميزة للصدمة الدماغية هو مقياس (Revised score trauma) RTS الذي يأخذ بعين الاعتبار مختلف الثوابت، Paramètres النتائج الخاصة بمقياس اضطراب الوعي (الغيبوبة)، Glasgow التوتر الشرياني التشنجي Artérielle Systolique ، التوتر التنفسي.

فأثبتت المعالجة الإحصائية التحليلية أن هذه الثوابت الخاصة بهذا المقياس مضبوطة، وتتميز بقيمة تنبؤية حيث يتم حساب معامل Coefficient de pondération انطلاقاً من نتائج الثوابت الثلاثة السابقة (Cohadon.F, Jean-Pierre. C, 2008, P59-62).

• بنوك المعطيات Banque de données :

اكتشاف وتأسيس بنك المعطيات يعتبر مؤسسة هامة من الموارد البشرية والتقنية. وهذا البنك من المعطيات يخضع إلى منهجية معقدة: تفسير الأهداف المستقبلية، تحديد عينات الدراسة بهدف التحليل والمعايير الضمنية والعناصر الوصفية المستقبلية، الوسائل الإحصائية الملائمة هي مرحلة أساسية في سيرورة هذا البنك، ومن بين البنوك الخاصة بالمعطيات المرتبطة بالصدمة الدماغية Glasgow Data base الذي هو خلاصة لجملة من الملاحظات التشريحية والقوانين الطبية Médico légales للصدمة

الدماغية القاتلة، European Brain Injury Consortium EBIC ومؤخرا اشتهر بنك آخر هو كمرجع للدراسات الإكلينيكية الأوروبية مادتها الصدمة الدماغية.

وهناك بنوك الأكثر استعمالا في الدراسات العيادية حول الصدمة من طرف كل 1977 أسس سنة (International Data-Bank (IDB) الدماغية (- Traumatic Coma)، والبنك الثاني Los Angeles و Rotterdam، Glasgow من Data Bank (TCDB) أسسته المؤسسة الوطنية للصحة الأمريكية، يتعلق بـ 1030 حالة من الصدمات الدماغية الخطيرة (GCS8) ما بين سنوات 1984 إلى 1987 حول أربع مراكز طبية في الولايات المتحدة الأمريكية أين هذا البنك يعتبر مورد كبير للدراسات والأعمال الوصفية.

• تصنيفات الصدمة الدماغية:

إن التصنيف العيادي للصدمة الدماغية مهم جدا في سيرورة التشخيص والنوعية المرجعية لهذا التصنيف، فكانت العديد من المحاولات التصنيفية الأولى من طرف الجراحين الفرنسيين أين يستعملون مصطلح ارتجاج المخ. Commotion Cérébrale.

والذي يشير للاضطرابات الوظيفية التي تنتج عن الصدمة الدماغية الذي يسند إلى، Ambroisse. Paré أين يوظف المعايير التشريحية والفيزيولوجية المرضية وتميز بين ارتجاج المخ والصدمة الدماغية وانضغاط الدماغ، وكانت التصنيفات الأولى للصدمة الدماغية في سنوات 1935 من طرف Dupuytren فهو يميز ما بين الصدمات المفتوحة والصدمات المغلقة، الصدمات الرضية والصدمات المخترقة، والإصابات الموضوعية والإصابات المنتشرة، أما التصنيفات الأكثر استعمالا في تصنيف الصدمة الدماغية يكون حسب درجة الخطورة، وهذا التصنيف يعتمد على عمق أو مدة اضطرابات الوعي مع عناصر وصفية أخرى مرتبطة بالصدمة الدماغية.

الصدمة الدماغية الخطيرة.

الصدمة الدماغية متوسطة الخطورة.

الصدمة الدماغية الخفيفة.

كما ذكرنا سابقا هناك معايير يعتمدها الأخصائيين في تصنيف الصدمة الدماغية خاصة مدة اضطراب

الوعي المستغرقة ما بين وقوع الحدث والتذكر الأول، ويسمى النسيان ما بعد الصدمة (Amnésie post

(Apt). (Traumatique)

- الصدمة الدماغية الخطيرة: $APT > 24$ سا.

- الصدمة الدماغية المتوسطة Apt ما بين 30 دقيقة إلى 1 سا أو 24 سا.

- الصدمة الدماغية الخفيفة Apt أقل من 20 إلى 30 دقيقة.

- وكذلك نعتمد في هذا التصنيف على مستوى اضطرابات الوعي الذي يوضحها مقياس . (Glasgow

GCS)

- الصدمة الدماغية الخطيرة تكون النتائج على مقياس GCS ما بين 13 إلى 8.

- الصدمة الدماغية المتوسطة تكون النتائج على مقياس GCS ما بين 9 إلى 12.

- وتكون نتائج الصدمة الدماغية على مقياس Glasgow GCS ما بين 13 إلى 15.

•التنبؤ pronostique:

الدراسات التنبؤية في ميدان الصدمة الدماغية تعد مشكل أساسي خاصة في الصدمات الدماغية الخطيرة.

وعملية التنبؤ هي مرحلة هامة في الممارسة العيادية الطبية إزاء ضحايا الصدمة الدماغية أين يعتمد

الأخصائيين على الدراسات الإحصائية المخزنة في بنوك المعطيات Banques des données والدراسات الوصفية التي تصف مختلف التغيرات الممكنة التي تشاهدها الضحية مستقبلا (مآل الحالة) ، والتي تكون في الأخير النتائج التنبؤية Issues pronostiques وكذلك المنهجية الحالية المستعملة في الدراسات التنبؤية في ميدان الصدمة الدماغية تركز على البحث عن المؤشرات والمعطيات العيادية أو الشبه العيادية التي نستخلصها في المرحلة البدائية والتي تحمل معنى تنبؤي لاحقا.

نسبة الوفيات : taux de mortalité :

تعد الإحصاءات حول معدل الوفيات بسبب الصدمة الدماغية معلم أساسي لتحليل العوامل التنبؤية. وهذا المؤشر يستعمل لتحليل العوامل التنبؤية وهذا المؤشر يستعمل عموما على عينات كبيرة متجانسة، فبينت الدراسات المستخلصة من 100 مركز خاص بالصدمة في الولايات المتحدة الأمريكية، لمدة 4 سنوات أن معدل الوفيات الخاصة بضحايا الصدمة الدماغية يقدر بـ 18.2% أما نسبة الوفيات عند ضحايا الصدمة الدماغية دون إصابة دماغية داخلية بـ (6.1 %). وفي نفس السياق ثبتت أن الوفيات تتخفض عند الأطفال التي تتراوح أعمارهم ما بين (0 إلى 14 سنة)، وترتفع عند فئة الشباب التي تتراوح أعمارهم ما بين 15 إلى 70 سنة أين يظهر أن السن هو عامل تنبؤي.

•مقاييس النتائج التنبؤية: Echelles d'issues pronostique:

Glazgo Outcome مقياس تنبؤي هو Jennett و Bond اقترح كل من 1975 في سنة (score) Glasgow (GOS) المستخلص من مقياس اضطراب الوعي لـ Glasgow (GOS) أين يأخذ بعين الاعتبار مختلف النتائج التنبؤية للصدمة الدماغية من الوفيات والمخلفات الوظيفية وكذا انعكاسات الوضعية والإصابة الدماغية على الواقع الاجتماعي لدى الضحية، حيث يقترح هذا المقياس خمسة أنواع من الحالات التي يمكن أن تتطور لدى الضحية التي تعيش الصدمة الدماغية.

GOS1 : استرجاع جيد لدى الضحايا، أين يمكن أن يمارسوا حياة اجتماعية عادية وأنشطة مهنية.

GOS2: إعاقة متوسطة لدى المصاب أين يمكن أن يعيش حياته بصورة مستقلة (الإعاقة لا تمثل عائق كبير) مع وجود عجز وظيفي جزئي (أفازيا، شلل نصفي) أو عام(اضطرابات في الشخصية وفي الوظائف المعرفية).

GOS3 : هذه الفئة من الضحايا يعانون من إعاقة خطيرة أين تصبح الضحية تعيش حالة من التبعية والإتكالية على الوسط الاجتماعي، ولا تمارس حياتها بصفة مستقلة مع وجود عجز وظيفي كبير عصبي و/أو نفسو عصبي أين يكون التكفل بالضحية من طرف الوسط العائلي أو بعض المؤسسات الخاصة.

GOS4 : تعيش الضحية اضطرابات خطيرة إعاشية بشكل مستمرين،تفقد من خلالها كل مظاهر الحياة العقلية والعاطفية والعلائقية.

GOS5 الموت: وهذا المقياس تم تطبيقه على العديد من الاضطرابات العصبية والهدف من هذه الدراسات التنبؤية هو إعادة تكييف المريض لمرضه مع بيئته وإعداده لتعايشه مع الإعاقة الناجمة عن الصدمة، كذلك هناك مؤشرات تنبؤية أخرى تدخل حيز الاهتمام: الجنس،السن،وكذا العوامل الوراثية،إلى جانب ذلك ضرورة الفحص العصبي الذي يعتمد على صور الأشعة والأشعة ما فوق البنفسجية IRM.و TDM.

9-2- التآثيرات الإكلينيكية للصدمة الدماغية:

9-2-1- إصابات أولية lésions primaires :

•الصدمة الدماغية الخفيفة:

ارتجاج مخي Commotion أو ارتجاج مع النسيان ما بعد الصدمة . Amnésie post traumatique

•الصدمة الدماغية المتوسطة:

غيوبية دائمة بعد الحادث مع نتائج جيدة على مقياس Glasgow دون وجود مؤشر عن معاناته جذعه الدماغية.

•الصدمة الدماغية الخطيرة :

غيوبية مستمرة بعد الحادث والنتائج Score ضعيفة على مقياس Glasgow مع مؤشرات عن وجود معاناة في جذع الدماغ.

9-2-2- إصابات ثانوية:

هناك 4 تطورات للخطورة على المستوى العيادي للصدمة الدماغية:

نقص الفعالية على مقياس Glasgow.

نوبات الصرع.

اضطراب في وظائف جذع الدماغ.

- انخفاض الضغط Hypotension:

جروح خطيرة على مستوى الصدر والبطن والأعضاء (قرحة) (نزيف داخلي أو خارجي).

قروح على مستوى بشرة الشعر (نزيف خارجي). plaie cuir chevelu.

- نقص الأوكسجين Hypoxie:

الضحية غير واعية. Inconsciente.

اشتداد القصابات الهوائية العليا.

وجود إصابات وهمية حادة مرافقة للصدمة.

امتصاص الدم عن طريق المجاري التنفسية.

نوبة صرع ممتدة.

إصابة مرافقة للجدار الصدري أو الرئتين.

اضطراب شديد في التنفس نتيجة الكحول أو المخدرات.

- التهاب Infection:

كسر في الدماغ مفتوح.

خروج السائل الدماغي الشوكي، LCS، نتيجة القرحة الموجودة في بشرة الشعر أو غير الأنف أو الأذن.

فحص الدماغ عن طريق صور الأشعة يثبت الالتهاب على مستوى الرئتين.

- نزيف داخل الدماغ Hématome Intracrânien :

إصابات متكررة ترافق الأنزفة داخل الدماغ نزيف، خارج الأم الجافية، تحت الأم الجافية، أو داخل الدماغ).

كسر على مستوى الدماغ.

اضطراب في مستوى الوعي.

9-3- العلامات العيادية المرافقة للصدمة الدماغية:

ظهور حالة من الصدمة.

ضغط شرياني قاعدي.

نبض سريع.

عرق.

انسداد في التنفس.

حركات صدرية غير طبيعية.

التواتر التنفسي غير طبيعي.

يظهر الفحص التصويري بالأشعة على مستوى الصدر غير طبيعي.

اضطرابات غازية.

جروح متقيحة.

التهاب السحايا.

الفحص عن طريق مقياس كثافة السوائل Tomodensitométrie سكانير.

(Wilkinson IMS, 2007, p 62)

10- نتائج الصدمة الدماغية بصفة عامة:

• العجز العصبي : Déficit neurologique

الشلل النصفي يتطلب إعادة التأهيل الوظيفي، الحبسة Aphasie تتطلب علاج أرتوفوني، شلل العصب الثالث المحرك للعين Oculomoteur الشلل الوجهي، اضطرابات التوازن والدوخة، صمم إدراكي، ضعف عقلي.

•الضعف الفردي: يجب التفكير في ظاهرة استسقاء الرأس Hydrocéphalie بضغط عادي بعد الصدمة.

•الصرع ما بعد الصدمة: يبدأ متأخر من 6 أشهر إلى سنتين، فالعلاج الوقائي (Prévention) ضروري ولا بد منه وعلاماته كبيرة:

- فقدان الوعي خاصة إذا كان يفوق ساعة.

- إصابة عظمية مصحوبة بإصابة لحمية.

- نوبة في وقت حدوث الصدمة الدماغية.

- يجب استعمال السكاكير لكي لا نغفل عن النزيف تحت الأم الجافية.

• قرحة الشرياني الكهفي Fistule Cardio Caverneuse: هو تعقيد نادر ناتج عن نزيف الشريان الداخلي الذي يتكون من تجاويف كثيرة الكهوف.

•التناذر الذاتي للصدمة الدماغية : Syndrome subjectif. وهو عبارة عن اضطرابات وظيفية متنوعة تكون ملاحظة عند 35% إلى 40% من الحالات: آلام الرأس،الدوخة، التغيرات النفسية، اضطرابات النوم

(J. Combier, M. Masson et autres, 1982, P447).

11- الآثار السيكولوجية الناجمة عن الصدمة الدماغية :

الصدمة الدماغية يمكن أن تدخل ضمن مجموعة التغيرات النفسية المقلقة، هذه التغيرات يمكن أن تكون عجز مؤقت للاستعدادات و السلوكات العامة بتجبير عميق ودوام القدرات الأساسية كما قد تؤدي إلى فقدان الرقابة على العواطف والسلوكات. فالصدمة الدماغية الخطيرة يمكن أن تولد تجربة مرة ومدمرة للشخص المصاب وعائلته، أيضا الصدمة الدماغية تجعل حياة المصاب بها مهددة مباشرة، فهو في حالة كفاح مريب غير منتهي من أجل تعويض القدرات الفيزيائية والنفسية والاجتماعية وسيرورات الحياة العادية، فالصدمة تؤثر مباشرة على قدراته الفيزيائية والمعنوية والمعرفية والعاطفية، السلوكية والاجتماعية وسيرورات العلاج والتحديد يمكن أن تطول مدتها إلى العديد من السنوات، إعادة التكفل العصبي أمر ضروري بالنسبة المصابين بالصدمة الدماغية الخطيرة ويكون ذلك خلال مدة طويلة، فمع العلاج المكثف يمكن ضمان أن هذه الإجراءات تعيد لهم قدراتهم وطريقة حياتهم الداخلية، فهذه المخططات تعطي تغييرا نفسيا الذي من الممكن أن يحدث تأثيرا على الاستعدادات المعرفية وعلى الشخصية وأيضا تأثير الصدمة على العائلة.

11-1- الاضطرابات المعرفية:

الاستعدادات المعرفية تستند إلى السيرورات التي تسمح بالتعارف والتي تترجم بالإدراك والإحساس والفكرة، هذه المفردات تستعمل عند رجوعها إلى مجموعة الوظائف العقلية لجميع الأشخاص الذين يعانون من الصدمة الدماغية سواء أكانت متوسطة أو خطيرة، هم معرضون للإصابة بمختلف التغيرات المعرفية على الأقل في أولى مجالاته للتجديد، إذا مست هذه التغيرات أطوار حساسة بالنسبة لسلك التجديد، فإن الإعاقة أو الاضطراب يدوم أكثر وهي موجودة في الحالات الأكثر خطورة فالاضطرابات الأكثر تسجيلا تكون على التركيز، الذاكرة أو بصورة عامة سرعة التفكير، عدد كبير من القدرات المعرفية ممكن أن تتأثر مثل

القدرات الإدراكية، اللغة، التفكير، وكذلك الوعي. فالعضو المسؤول عن الاهتزازات المعرفية ممكن أن يكون واضحاً في المستشفى وعلى مشهد الإطار العائلي ومن الممكن بعد الصدمة أن تبقى طلبات المصاب محدودة بمقدار أكثر أو يساوي من الذاكرة القديمة، وهذا الربط في المعارف المرسخة من أجل تخفيف تأثيرها، ويمكن الإجماع أن المصاب ليس لديه عجز معرفي جزئي في ساحة الحديث وخاصة على المواضيع العائلية، ممكن أن توجد مشاكل يكشف عنها الاختبار النفسوعصبي أو الاسترجاع الواضح أثناء مدة إعادة التأهيل النشط، أو في إعادة مشهد في الوسط المهياً، أما العجز المعرفي فيعرض فيما بعد.

• عمل الذاكرة: مشاكل الذاكرة التي تظهر بعد الصدمة الدماغية تفهم على أنها مدة نسيان (فقدان الذاكرة) تمس الأحداث التي تسبق أو تتبع الحادث:

نسيان ما قبل الصدمة: *Amnésie pré traumatique* المصابين بالصدمة الدماغية يسترجعون نادراً سيرورة الحادث، فقدان الذكريات التي تسبق الحادث ويسمى بالنسيان الرجعي ، *Rétrograde* أو النسيان ما قبل الصدمة. هذا النسيان يبقى لثوان، لدقائق، لساعات، لأيام أو أسابيع ويمكن أن تكون المدة أطول أيضاً، وأثناء هذه المدة يشكو المصاب من استرجاع تغير كامل للذكريات أو وميض الأيام ، الأسابيع أو الشهور التي تسبق الحادث، أحيانا المصابين يسترجعون بعض الذكريات خلال استدعاءهم لمختلف المعلومات في حالة الصدمة الدماغية الخطيرة، أين تكون مدة النسيان الرجعي طويلة، وقد تمتد إلى العديد من السنوات، فقدان الذكريات هو الذي يسبب المعاناة للمصاب بالصدمة وتكون مؤلمة بالنسبة لعائلته.

نسيان ما بعد الصدمة: *Amnésie post traumatique* بمعنى فقدان الذكريات التي تتبع الحادث، حيث يقوم بالرجوع إلى الفترة النشيطة للحادث وإلى الوقت الذي يبدأ فيه الفرد بالاحتفاظ بها في ذكرياته

في هذه الفترة، يمكن الذهاب إلى بعض الدقائق بعد الحادث بالنسبة للصدمة الدماغية الخفيفة وإلى العديد من الأسابيع والأشهر والسنوات بالنسبة للصدمة الدماغية الخطيرة، في هذه الحالة من الممكن أن نحافظ على أسلوب محادثة صائب في مواضيع عائلية، مثل الوقت الذي حدثت فيه الصدمة، الأحداث التي تقود مباشرة عند استدعائه للذكريات، إلا أن الشخص لا يستطيع تذكر أي شيء بعده، في الحالات الخطيرة، المصابين غير حاسمين أبدا في هذا النسيان بعد الصدمة ويتأخر في تنفيذ التزاماته بالغوص في حالة الخلط الذهني.

•المعارف الجديدة: المصابون بالصدمة الدماغية يجدون صعوبة في اكتساب معلومات جديدة، فالاضطرابات النسيانية منظمة في عدد من الحالات والتي تشكل مشكل كبير، هذا الاضطراب ممكن أيضا أن يفسر أحسن عن طريق الفرص المنسية، لعدم القدرة على تذكر المعلومات الأساسية، إضافة إلى تفاصيل الحياة الشخصية والعائلية، مظاهر الحياة المستمرة أو الروتين.

عدد المصابين بالصدمة الدماغية لديهم صعوبة في تذكر الأسماء، المهام، المواعيد، المسافات وغيرها، هذا ما يجعل الذكريات الأكثر أهمية تنسى في الوقت من الضروري أو في صدد تذكرها، فهي إذن مقيدة بتقاربه مع مهامه اليومية، ومن جهة أخرى الذاكرة تهتم بالماضي الطويل المدى (الدراسي، العائلي) ويمكن أن تكون وظيفية ومشاكل الاحتفاظ بالذكريات تعكس التصرفات الحسنة.

•الحذر والتركيز: هذا الاضطراب يرجع إلى اضطراب الذاكرة المتعلقة بصعوبة أخذ الانتباه، لبعض النشاطات أو البقاء في حالة التركيز، المشكل يكون أكثر ظهورا عندما يكون المصاب متعب أو مهتم بالموضوع المعالج.

• سرعة معالجة المعلومات: ضحايا الصدمة الدماغية يرون غالبا سرعة أفكارهم وردود أفعالهم تنقص، ونفس الشيء بالنسبة للصدمة الخفيفة وهم يلاحظون نوعا ما بأنهم غير قادرين على استيعاب المعلومات الجديدة بسرعة كما من قبل.

• اضطرابات اللغة: إذا كانت الاضطرابات الحادة للغة هي أقل دراما تتبع الصدمة الدماغية، فبعض المصابين يقدمون صعوبة في الفهم أو التعبير، فيمكن أن يكون لديهم سوء رنة الحوار التي تعرف بعض الكلمات المعزولة، أو تحليل بنية الجملة لاستخراج المعنى، وبالمقابل يستطيعون رؤية الصعوبة في التعيين ونطق بعض الكلمات كذلك تركيب الجمل، الشكاوى الأكثر ترددا متعلقة بصعوبة اتجاه الكلمات الصحيحة والتعبير بصفة ذاتية، صعوبات القراءة والكتابة.

• الاستعدادات الإدراكية: ضحايا الصدمة الدماغية الخطيرة من الممكن أن يتعرضوا إلى مشاكل تؤثر على عضو أو أعضاء حسية، لكن تمس أيضا إدراكاتهم الحسية (يعني قدرة ترجمة المعلومات تتم عن طريق الأعضاء الحسية)، المشاكل المتكررة تستدعي النظام البصري مثل القدرة على معرفة المواضيع، الوجوه...الخ.

هذا النوع من المشاكل أو الاضطرابات يمكن أن يصبح أكثر تعقيدا عن طريق نظرة مزدوجة، فقدان تنسيق العضلات التي تراقب حركة العينين أو عن طريق تصغير الحقل المغناطيسي، لكن الاضطرابات الإدراكية لا تستبدل فقد التخصص البصري، بل أيضا تنظيمة سمعية أو لمسية، فالشخص لديه سوء التعريف وإعادة معرفة الأحاسيس والأصوات.

• القدرات القضائية البنيوية: بعض المصابين يمكنهم إدراك التنشيط الصحيح للتصرفات، لكن يجدون صعوبات قضائية تعطي تقييما سيئا للعلاقة في الفضاء ما بين اثنين أو عدة مواضيع وحتى المتعلقة بالأشخاص أنفسهم، من الممكن أيضا إدراك الأشخاص في المعنى السيئ محاولة قراءة الجريدة، فمثلا

يأخذها بالمقلوب، الخلط بين اليمنى و اليسرى، بعض الأشخاص ممكن أن يعانون أيضا مشاكل في التنظيم البنويية أين يجب عليهم خلق بعض الأشياء عن طريق التجميع(النقل أو الرسم).

•الاستدلالات وزوال الأشكال: ضحايا الصدمة الدماغية يعرفون سوء الاستدلال بطريقة منطقية في المحادثة بصفة عامة ويفقدون تسلسل أفكارهم ما يحدث خروج عن الموضوع، من جهة أخرى لديهم طريقة تفكير متصلبة، مع وجهات نظر مرسخة معادة دائما، لا تعطي(آراء) اعتبارا لآراء الآخرين، هذا ما يعني أن المحادثة ممكن أن تكون متكافئة وحرمان حق الآخرين تطبيقيا، هؤلاء المصابين لديهم سوء تعريف وتحليل المشاكل من أجل إيجاد حلول مناسبة ومنهم من يجد كذلك صعوبات في تخطيط ومراقبة أفعالهم الذاتية وأيضا تنظيم حياتهم بصفة فعالة.

•الوعي والوضوح: الوعي بالذات وبالآخرين هو واحد من المظاهر الأساسية للوظائف المعرفية المتأثرة عن طريق الصدمة الدماغية، الضحايا ومن جراء الصدمة لا يكونون واعين ولا يقدرن بوضوح صعوباتهم في فترة النقاهة بعض الوعي بالذات يكون معوضا، والمشاكل أكثر جسامة المتعلقة بالحركة واللغة والذاكرة) فهي تقدر بوضوح، لكن الأشخاص المصدومين لا يمكنهم أبدا إدراك التغيرات الأكثر دقة، المتدخلة في إمكاناتهم ولا يستطيعون إعادة إيجاد وعيهم بأنفسهم أو بالآخرين وبالنتيجة لا يمكنهم إمساك الإثارات أو الدلالات الكثيفة وسوء تقدير الوضعية على المخطط الاجتماعي هذا سيؤدي إلى سوء التوجه الاجتماعي سلوكيا غير مقدر ذاتيا.

•التغيرات في الشخصية: تغيرات الشخصية بعد الصدمة الدماغية تؤثر في عدد من المظاهر المنظمة انفعاليا وسلوكيا، هذه التغيرات تؤدي إلى التركيب بين عاملين، فهي مباشرة مرتبطة بالآفات الدماغية المفاجئة وغير مباشرة في ردود الأفعال التنظيمية النفسية التي تتمرن عن طريق الحادث ونتائجه، التغيرات الأساسية مثل التهيج و الاندفاعية مع ردود أفعال ثانوية مثل فقدان الثقة أو حالة اكتئابية. ردود الأفعال

الثانوية هذه تظهر لدى الأشخاص المصابين أو الذين يعانون من الضغط أو القلق، لكن بالسواء المرتبطون بتغيرات معرفية وشخصية مهددة مباشرة بالصدمة، هذه التغيرات في الشخصية هي متكررة بعد الصدمة الدماغية الخطيرة لكن حتى في حالة الصدمة المتوسطة (التناذر ما بعد الصدمة) ممكن أن تظهر وهي تشمل على مجموعة من الاضطرابات(الغثيان، آلام الرأس، التعب، الاندفاعية أو فقدان في الذاكرة، والتركيز) هذه الاضطرابات عادة قصيرة المدى، لكن ممكن أن تدوم بعض التغيرات المعرفية والشخصية الدقيقة عند الشخص المعني فقط، وبما أن هذه التغيرات ليست مختبرة ولا توجد أي نصيحة معطاة في هذه المادة ممكن الجزم بحالة الحصر النفسي *Anxiété* لجميع الأجزاء المتعلقة بهذه الصعوبات الانفعالية ذات المدى الطويل.

11-2- الاضطرابات السلوكية:

تظهر في الطور المبكر لتعاقب أعراض المرض وتذهب أحيانا إلى تشكيل خطوط موجودة سابقا في الشخصية أو تغيير كلي لهذه الأخيرة والاضطرابات الأساسية كالتالي:

• السلوكيات اللاإرادية وتعددها: تظهر في الفترة الأولى من المرض، وتعني فقدان رقابة السلوك وتترجم الاستعدادات غير الذاتية في المجتمع، هذا ممكن أن يذهب إلى اتجاه مباح للمعلومات الشخصية أكثر تحرر، وإلى انفجارات غضب غير مراقبة أيضا، مجال خطير غير متبصر بالخصوص عند الأشخاص من جنس الذكور في سير الخطوات الأولى للشفاء تحتوي السلوك الجنسي، يمكن توضيحها بملاحظات طبع جنسي مناسب قليلا، أكثرية

المصابين ينهون تقدمهم عن طريق إعادة إيجاد الرقابة لسلوكياتهم، لكن المصابين أكثر خطورة ممكن أن يحتفظوا بسلوكيات اندفاعية أو بتصرفات غير ذاتية والأكثر من ذلك ليس لديهم تغطية مقبولة لرقابة سلوكياتهم، تأخر غير متوقع وعنيف ومتكلمين على الآخرين من أجل تطبيق أقل رقابة على مكانهم.

• التهييج: هو من الاضطرابات الأكثر شيوعا بعد الصدمة الدماغية، الأشخاص المصدومين يظهرون غير صبورين عندما تجعلهم ينتظرون متعصبين بشأن أخطاء الآخرين، والفوضى الصادرة عن الأطفال أو الآلات الذين يعيقون تركيزهم ما يجعلهم بسهولة في حالة غضب، مثلا في حالة تخالف الآراء مع عائلاتهم (في حالة غضب) أو زملائهم في العمل، هذا يؤدي إلى رقابة سلوكية غير كافية، انفجارات كلامية، عنف جسدي.

• فقدان المبادرة: على عكس سوء الرقابة للسلوك أو المعاناة من التهييج بعد الصدمة الدماغية، البعض يصبحون غير فعالين، غير مسؤولين، فاقدين للمبادرة هذا ما يمكن أن يحدث لنا إذا كنا منهارين نفسيا، لكن في الحالات التي تشغلها هذه الاضطرابات تنساب مباشرة إلى إصابة الدماغ، بعض المصابين يقومون بالاهتمام ولكنهم غير قادرين على تنظيم أفعالهم بأنفسهم.

• مذهب الأنا: بعض الأشخاص يصبحون ذاتيين التمرکز حول (الأنا) بعد معايشة صدمة دماغية ويجعلهم أنانيين، فلا يأخذون بعين الاعتبار مشاعر واحتياجات عائلاتهم وأصدقائهم في الشدة، حيث يصبحون أكثر اهتماما بحاجاتهم الشخصية بصورة مفرطة عند ضحايا الصدمة الدماغية، حيث يصبحون كذلك يعانون من اضطرابات معرفية وإدراكية، ينسون كثيرا أو غير قادرين على الأخذ بعين الاعتبار وجهة نظر الآخرين، احتياجات الآخر ممكن بكل بساطة أن لا تدرك.

11-3- الاضطرابات الانفعالية:

الاصطدام الانفعالي للصدمة الدماغية يرتبط بالشخصية الداخلية للشخص المصدوم بتقديره للصعوبات المواجهة أيضا بالسند العائلي، ردود الأفعال الانفعالية الأكثر تظاهرا هي كالتالي:

• **الحذاقة : L'habilité** : عند العديد من ضحايا الصدمة الدماغية، يتمثل فقدان الرقابة الانفعالية مع فقدان الرقابة على السلوك، فهم يرتكسون بشدة أو بطريقة غير متبصرة مقابل الأحداث التي تحدث لم تكن مضطربة في السابق، وهم أيضا معرضون إلى تغيرات أو تقلب سريع في الطبع.

• **الحصر : L'anxiété** : يتوقع المصابون بالصدمة الدماغية ظهور عدم الاهتمام عندهم، بالخصوص في البداية لأنهم ينقصهم الوضوح مقابل مشاكلهم. وانتظار تكامل الشفاء غير أن البعض يعانون حصرا معتبرا، وأحيانا لديهم أفكار وردود أفعال وسواسية Obsessionnels عند المصابين بصدمة أقل خطورة ممكن أن تظهر أقل حصرية، مضطربة معرفيا، وتغيرات شخصية أحيانا هذه الظاهرة ممكن أن تذهب إلى التغلب على كل ما تبقى وتعرقل إعادة التأهيل.

• **الحرمان من الحق والغضب** : العديد من الأشخاص يسلكون الحرمان من الحق لإخفاقهم وبطء شفائهم، البعض يتألمون عند تفكيرهم في الحادث. والبعض يعانون غضب شديد، فيصبحون ضد أنفسهم لأنهم لا يتقدمون بسرعة أو ضد مسؤولياتهم اتجاه حالتهم، هذا الإحساس بالغضب يمكن أن يكون مصدر لعدم إكمال قوي للتقدم والشفاء.

• الاكتئاب : Dépression

لا يوجد تقريبا أي شك بأن رد الفعل أكثر ترددا بعد الصدمة الدماغية هو ليس فقط للاكتئاب، أحيانا هو واحد من ردود الأفعال للصدمة نتيجة الأثر النفسي للحادث وللعجز الذي يحدثه، إذن في حالات أخرى يمكنها أن لا تظهر في الوقت أين يكون المصاب في صراع مع الألم وظاهريا غير مفيد لتعويض قدراته الضائعة في العديد من الحالات أثناء طور العلاج عندما يدرك المصاب أنه لن يصبح أبدا مثل السابق ولن يستطيع إعادة إيجاد أوقات الفراغ التي يطبق فيها النشاطات الاجتماعية التي يحبها، والأكثر من ذلك لا يمكنه إدراك طموحاته الاحترافية السابقة.

•تغيرات صورة الذات: L'image de soi:

يعاني المصابون بالصدمة الدماغية من التغيير في صورة ذاتهم كثيرا، فالأقل خطورة منهم ممكن رؤية شعور متصلب لديهم لأنه يحس بأنه ليس الشخص نفسه الذي كان قبل الحادث. أما الأكثر حدة فيواجهون مجموعة من الاضطرابات العصبية المعقدة، وهي غريبة تماما عن ما هو مجرب عادة، لديهم شعور بالحرمان والألم وكذلك الوحدة.

يعانون من مشاكل إدراكية واضطرابات فهم الفضاء مما يجعلهم يحسون بأنهم في عالم غريب، ويجدون صعوبة في الاكتساب ومشاكل النسيان، والتي قد تخلق لديهم الشعور بالانهيار والانتكاس وعدم التنظيم في الحياة الفردية، كما يفقدون الرقابة على الأحاسيس بالتفكير أو على الأفعال التي من الممكن أن تكون مقلقة، يصمم المصابون بالصدمة الدماغية أمام وضعيتهم بالتأمل في هذه التغيرات على أنها مؤقتة، أو وجود أمل في التعويض، وعندما ينتهي العلاج ويعودون إلى منازلهم وإلى وسطهم العائلي، وهنا لب المشكلة، إذن الأشخاص المصابين إثر مواجهتهم الواقع وحدودهم الخاصة يقومون بإصلاح نفسي سريع غير كامل وغير منتظم يؤدي بهم إلى الشعور بالعجز والفراغ وعدم قدرتهم على توجيه حياتهم من جديد، وضعف في مواجهة الوضعيات المقلقة كما يتسمون بحساسية مفرطة موجهة إلى وسطهم (lilliane Manning, 2007, p13-18).

11-4- التغيرات المهنية والاجتماعية والعائلية:

الكثير من المصابين بالصدمة الدماغية تحدث لهم تغيرات مهنية وعلى مستوى أوقات فراغهم ونشاطاتهم الاجتماعية وكذا التغيرات في العلاقات العائلية.

•التغيرات المهنية:

الأثر المشترك بين الاضطرابات المعرفية والشخصية يقتضي أن أكبر عدد من الأشخاص لا يستطيعون العودة لممارسة نشاطاتهم المهنية بعد صدمة دماغية خطيرة.

إلا أنه من الممكن في إطار العمل في أوقات جزئية أو خلال توفر شروط ملائمة وخاصة بالنسبة للأكثر خطورة، ومن المهم أن لا يستعجلوا في عملهم كثيرا والأخذ بعين الاعتبار آثار التعب والاضطرابات المعرفية الدقيقة، ومن أجل ذلك يمكنهم أن يعيدوا جدولة نشاطاتهم المهنية والعمل في أوقات جزئية، العمل بدون أجر أو في مكان محمي. ومن أجل الأشخاص المعاقين يمكنهم العمل في ورشات احتياطية.

•التغيرات الاجتماعية:

وذلك فيما يخص أوقات الفراغ والنشاطات الاجتماعية (رياضة ومطالعة...الخ) فلا يمكن لضحايا الصدمة الدماغية أن يمارسوا هذه النشاطات والحراك الاجتماعي والجانب الاجتماعي بصورة عادية كما كانوا في السابق وخاصة المعاقين جسديا مما يدفعهم إلى الإحساس بالعجز عن إنجاز نفس النتائج التي كانوا يسجلونها سابقا. فيشعرون بالألم النفسي والانتكاس، كما أنهم غير متفاهمين مع أصدقائهم، لديهم ردود أفعال بطيئة واضطرابات في التركيز ونقص في الأداء الاجتماعي والممارسة العادية الاجتماعية تختلف عن ما كان في السابق، فبعض الأصدقاء المخلصين يبقون بجانب المصاب بالصدمة الدماغية لمساندته معنويا والبعض الآخر ينسحبون شيئا فشيئا، مما يدفع بالضحية لتصبح عنيفة وتفقد استعداداتها الاجتماعية وعلاقاتها الحميمة ، لذلك المرافقة الاجتماعية لضحايا الصدمة الدماغية أمر إنساني لا بد منه، أما الصداقات الجديدة فتطرح مشكلا خاصة في إطار العلاقات الشاعرية التي من الممكن أن تؤدي به إلى حرمان جنسي(اضطرابات في السلوك الجنسي ما بعد الصدمة) فيصبحون معزولين اجتماعيا، ويعانون من التبعية للعائلة في الوقت الذي هم فيه غير قادرين على ابتكار حياة اجتماعية جديدة.

•تغيرات في العلاقات العائلية:

تشكل الصدمة الدماغية مصدر لقلق العائلة فهي تجمع بين الحادث والانتظار الكثير لإشارات الشفاء. وإن علاقات المصاب بالصدمة الدماغية والعائلية تتغير فيصبح كالطفل الصغير الذي يحتاج للرعاية والحماية والحنان من والديه، والسند العائلي مهم في كل أطوار الصدمة الدماغية وعلى العائلة بمكوناتها وعناصرها النفسية من الأب والأم والإخوة والأخوات أن يراعوا مشاعره وأن يساعده على التكيف اجتماعيا مع الوضعية الحالية. أما فيما يخص العلاقات الزوجية، فهو التكيف الأكثر صعوبة خاصة وأن التغيرات المسجلة لدى المصاب تؤثر كذلك في شخصية الشريك أو الزوج لأنه يعيش معه ولا يستطيع التقاسم معه أوقات فراغه وحياته الاجتماعية والجنسية كما في السابق وقد يؤدي إلى الانفصال أو الطلاق لذلك فأكثر التغيرات تكون في العلاقات العائلية وهذا لا يعني أن جميع العائلات سيواجهون نفس المشاكل، فمن واجب عائلة المصاب أن توفر السند العائلي وتفهم الجانب النفسي للمعاق نتيجة الصدمة الدماغية.

(Lilianne Manning, 2007, p13-18)

12- التكفل بضحايا الصدمة الدماغية وتقييمها :

12-1- التكفل بضحايا الصدمة الدماغية في المرحلة الحادة:

في المرحلة الأولية من الصدمة الدماغية (مكان الحادث): lieu de l'accident

- ضمان حرية المجاري التنفسية وفعالية التهوية.
- ضمان دينامية الدورة الدموية Hémodynamique من الضغط، السرعة... الخ.
- نقل المريض بشكل صحيح وفق طبيعة الإصابة لتفادي تعقد الحالة.
- تبني أسلوب مراقبة في حالة وجود نزيف خارجي.

12-1-2- مرحلة الاستجواب: Interrogation:

هي مرحلة هامة في التشخيص العيادي، لتحديد من أن الضحية تعاني من صدمة دماغية لذلك لا بد أن نركز على:

- ظروف الحادث وطبيعة وميكانيزم الصدمة.
- سوابق طبية- جراحية.
- مفهوم فقدان الوعي الأولي.
- تحديد الحالة العامة للضحية إن كانت تعاني من التقيؤ، أو نوبة صرع مبكرة.

12-1-3- مرحلة الفحوصات العيادية: Les Examens cliniques

إن معطيات الفحص المبدئي والمراقبة الطبية العيادية مهمة في تحديد المراحل التطورية للإصابات:

- مستوى الوعي ويتم تحديده وفق مقياس Glasgow.
- الحالة الدينامية للدورة الدموية.
- الحالة التنفسية.
- فحص الإصابات الواضحة: القرحة الجمجمية الدماغية Plaie cranio cérébrale أو إنغراز (Embarrure).
- البحث عن نرف أو إدماء Saignement عبر البلعوم، الأنف، الأذن.
- البحث عن مؤشرات عن خروج السائل الدماغى الشوكى. LCS

- الفحص العصبي بهدف الكشف عن العجز العصبي ومظاهره، فحص حدقة العين والفحص عن الأعصاب الجمجمية.

- البحث عن إصابات مرافقة للصدمة الدماغية، إصابات عظمية، إصابات حشوية.

Examen des membres - فحص الأعضاء

Examen du rachis cervical - فحص العمود الفقري

Examen abdominal - فحص البطن

Examen du thorax - فحص الصدر

- الفحوصات البيولوجية للمجموعة الدموية: نسبة السكر في الدم، الغازات في الدم، النظام المناعي.

- الفحص بجهاز Scanner cérébrale سكانير على مستوى الدماغ Cérébrale والاستشفاء يكون في الحالات التالية:

- وجود الاضطرابات في الوعي واليقظة أو الخلط الذهني.

- وجود علامات عصبية موضعية.

- وجود كسور في قاعدة الدماغ أو كسر خطي ووجود إصابات عظمية أو حشوية مرافقة.

(Nicolas. D, Sonia Alamo. w, 2003, p 280)

12-2- التقييم الأولي لصدمة دماغية

هذا التقييم يسمح بالفصل بين الصدمات التي تظهر على أنها حميدة bénins وبين الصدمات الدماغية التي تستدعي التكفل في وسط خاص.

استجواب الضحية أو الشاهد بهدف معرفة طبيعة ونوع الحادث والإصابة.

تحديد اضطرابات الوعي وكميتها وفق مقياس Glasgow .

قد تترافق الصدمة الدماغية بصدمة على مستوى العمود الفقري أين يكون خطر الإصابة بالإعاقة الحركية العضوية. (على مستوى الأعضاء).

تطبيق جهاز سكانير على مستوى الدماغ بصفة إستعجالية في حالة نقص أو عجز في الوعي أي في حالة العجز العصبي (انخفاض تعبئة وتحفيز الأعضاء، اضطرابات في النطق والكلام، فقدان الذاكرة) وحتى في حالة وجود شك في وجود كسر على مستوى الدماغ.

(Pierce. A, Neil. R B, 2002, p151)

13- الاستمارة العلاجية الخاصة بالصدمة الدماغية:

هي أداة طبية مهمة في يد الأطباء المختصين في جراحة الأعصاب أو الأطباء العاملين في مصلحة الصدمات الخاصة بالتكفل الطبي بضحايا الصدمة الدماغية.

قبل الشروع في العلاج:

1-13- الفحص العصبي وصور الأشعة:

إن الفحص العصبي يستعمل في كل الحالات كما أن صور الأشعة لها أهمية كبيرة في التشخيص.

• في غياب القرحة الجمجمية الدماغية

- عندما يكون الفحص العصبي وصور الأشعة عاديين يمكن أن تكون المراقبة في بيت المصاب.
- الفحص العصبي غير عادي يتطلب الفحص سكانير الدماغى مستعجل دون التأخير والفحص بصور الأشعة الجمجمية.

- صور الأشعة غير عادية دليل على وجود كسور جمجمية مثلا: استشفاء وفحص سكانير.

جمجمية أولية مع قرحة دماغية--cérébral initiale Avec plaie cranio .

- الفحص العصبي وصور الأشعة عاديين تكون مراقبة لمدة 48 إلى 72 سا في الإطار الإستشفائي.
- الفحص العصبي عادي ودليل على وجود كسر في جمجمته في صور الأشعة تكون مراقبة عصبية وفحص سكانير.

- الفحص العصبي غير عادي سكانير دماغى مستعجل دون التأخر في استعمال صور

الأشعة.

- القرحة الجمجمية الدماغية غالبا تدخل ضمن الصدمة الدماغية الخطيرة تتطلب إجراءات خاصة للدخول في الإنعاش.

13-2- العلاج

•علاج الأعراض:

الغيبوبة: إجراءات الإنعاش المكيفة تحافظ على الوظائف الحيوية.

- تلحيم الجرح (خياطته) أو قرحة بجلد الرأس أو الوجه أو التطهير الموضعي.

- العلاج المكثف لصدمة مصاحبة بجروح وجبهة.
- حزمة وريدية في حالة الفحص العصبي غير عادي ودليل على وجود كسر في صور الأشعة من أجل مصلحة العلاج المضاد لاستسقاء الموضعي الدماغية في حالة الاضطراب على المستوى الداخلي الجمعي.
- علاج بالمضاد الحيوي للغشاء في حالة خروج السائل المخي الشوكي.
- علاج بالمضاد الحيوي في المرحلة الحادة إذا كانت نوبة أو في إطار الصرع ما بعد الصدمة متأخر.
- النزيف الدموي خارج الأم الجافية: التحويل نحو جراحة الأعصاب من خلال الشوك العادية للتشخيص، إذا كان السكاير لم يصل إلى نتيجة ومع الإثبات ب TDM في كل الحالات في إطار النقل الطبي السريع يسمح بالتكفل بالتدهور المتوقع طول المسافة.
- في جراحة الأعصاب: توقيف النزيف إفراغه، تخييط الأم الجافية، تصريف النزيف خلال 48 سا.
- في حالة تدهور عيادي سريع يجب التنبؤ بإفراغ عصبي للنزيف قبل التحويل للجراحة.
- نزيف دموي تحت الأم الجافية الحادة بدون كدمة دماغية مشتركة حالة أقل تكرار:
- التحويل نحو جراحة الأعصاب (مع كل الإجراءات التي تسمح بالمحافظة على الوظائف الحيوية).
- في الجراحة: جناح لفتح الأم الجافية، إفراغ النزيف تصريفه ووقفه، غلق الأم الجافية.
- الكدمة الدماغية مع النزيف الدموي تحت الأم الجافية الحاد:**
- مضاد استسقاء موضعي الدماغية.
- مراقبة الضغط الداخلي الجمعي.

- استئصال المنطقة المصابة غير وظيفية في حالة التأثير على كتلة مهمة.

الجروح الجمجمية الدماغية:

- تنظيف موضعي.

- ترميم الأم الجافية.

العلاج بالمضادات الحيوية المطول.

الدمة الدماغية: Abcès cérébrale

- استئصال الكرة البيضاء المتجمعة.

- التطهير المستمر. - العلاج بالمضاد الحيوي المستمر

(Jean François, D'Ivennois ,2009,p72)

14- جداول ملخصة لنتائج الصدمة الدماغية:

14-1 - على المستوى الفيزيائي:

النقص الجسدي والتحديد وفقا للمخطط الفيزيائي يظهران من خلال إصابات حركية، فقدان الأحاسيس وأعراض أخرى.

•الإصابات الحركية:

النقص الجسدي. التحديد والحصر.

- شلل كامل (وحييد الطرف).

- شلل نصفي.

- شلل جزئي.

- صعوبات في التنقل، في صعود الدرج.

- صعوبة في استعمال العضو المصاب في النشاطات اليومية.

اضطرابات في التوازن. خطر الوقوع، مشي متعب وصعب، الخوف من الخروج بمفرده.

عدم التناسق والبطء. نقص في الدقة وبطء في الحركات وفي النشاطات.

انخفاض الدقة والقوة. نقص في البراعة مع غياب وتعب.

•فقدان الأحاسيس:

النقص الجسدي. التحديد والحصر.

البصر، السمع، الشم. اضطرابات في الرؤية (Diplopie) انخفاض السمع، طنين، انخفاض في حاسة

الشم، هذيانات حسية مثل: الإحساس برائحة أو سماع أصوات غير موجودة.

فقدان الإحساس. خطر الاحتراق أو الإصابة، إذا كان هناك فقدان الإحساس للمس أو للحرارة أو للبرودة

وفقدان الإحساس بالألم.

•أعراض أخرى:

النقص الجسدي. التحديد والحصر.

الرأس، الدوار ودوخة وصرع، اضطرابات نفسية.

جروح مشتركة.

تعب، حرمان، فقدان الاستقلالية، انخفاض قدرات الانسجام.

إصابات أخرى أو جروح أخرى لا تتعلق مباشرة بخسارة في المخ، لكن تعرقل الجدول العيادي من الجروح المتعددة، تمزقات في الوجه.

14-2- على المستوى المعرفي:

النقص الجسدي. التحديد والحصر.

اضطرابات في الوظائف القابلة للتأثر أو صعوبات في استقبال المعلومات (Agnosie).

صعوبة في الإدراك، في اكتمال الملومات في المقارنة مثل:

الأفازيا، عدم فهم معنى الكلمات لذا لا ينطقها، عدم التعرف على الملامح الوجهية.

اضطرابات في الذاكرة وفي التعلم.

صعوبة في ترسيخ المعلومات، عدم استعمال المثيرات تأثر الذاكرة بسرعة لمدة قصيرة أو طويلة، ينسى

الكلمات والذكريات والمعارف التي يعرفها والتي تعلمها مؤخرًا.

اضطرابات في الفهم أو صعوبات في معالجة المعلومات المدخلة.

صعوبة في التجريد، صعوبة في ترتيب المعلومات، بمعنى آخر القيام بكل العمليات العضلية التفكير

الرياضي، تخطيط النشاطات الابتكار والخلق.

اضطرابات خطيرة في الوظائف وصعوبة في التواصل مع المعلومات الجديدة والمعالجة (Aparaxie).

صعوبة التواصل، صعوبة تجسيد الأفكار الباطنية حينما يريد أن يتكلم (Aphasie) ، أو حين القراءة أو الكتابة أو الرسم مع القيام بإيماءات.

اضطرابات في التنظيم المعرفي ودرجة النشاط أو المراقبة الإدراكية للنشاطات المخية.

بطء التحصيل، توتر وصلابة، قصور، المثابرة)مشكل في تكملة عمل قد بدأه(صعوبة بدأ بقعة، انخفاض الابتكار تصرفات التخريب والخطأ.

(A Itani. Ekhayat, 2009, p 367)

14-3- على المستوى النفسي عاطفي:

النقص الجسدي. التحديد والحصر.

الحداقة أو التنوع في الطبع.

الميل إلى البكاء أو إلى الضحك بدون سبب، فرط الحساسية، تغير سريع في الحالة الانفعالية بدون دافع واضح، الحزن أو الشعور بالرضا.

انخفاض في المراقبة. استجابات أو ردود أفعال مبالغ فيها، من حيث الإثارة أو من حيث التنشيط، عدوانية أو عنف جسدي(جسدي أو لفظي)، نقص مراقبة المخطط الجنسي، المرور إلى القيام بسرعة (دون معرفة النتائج) عدم التبصر في الأعمال الدافعية الشديدة.

أولوية الحاجات الابتدائية. سلوكيات ذات مظهر طفولي متمركز حول ذاته، غير اجتماعي

انخفاض في المساحة والكبت(الرضا المتلاحق للحاجات).

تغير في صورة الذات. إدراك مختلف للذات تضيع الشخصية، التخفيض من قيمته، تأنيب الضمير عدم الكفاءة للقيام بأدواره الأسرية والأخرى.

الاكتئاب، Apathie Dépression، عدم الإحساس، فقدان الإحساس، فقدان الذوق، جمود وقصور، غياب الاهتمام، أفكار انتحارية، تبعية، الضيق.

حدة الطبع. زيادة اضطرابات في الطبع أو في الشخصية التي كانت قبل الحادث.

14-4- على المستوى السلوكي:

النقص الجسدي.

التحديد والحصص. انخفاض الاستقلالية الذاتية.

الحاجة إلى الرقابة المتعلقة بالقرارات، تغيرات حينية أو طويلة المدى، تغيرات في الأدوار في تقسيم الفروض أو في المسؤوليات بين الطرفين، أهمية الإعادة المستمرة من أجل خفض اضطرابات الذاكرة. انخفاض القابلية لدى المصاب الذي أخذ على عاتقه هذه المسؤوليات. التوقف على الدراسة، عن العمل، الفراغ، تخفيض القيمة، انسحاب اجتماعي.

- انخفاض التواصل مع المحيط(خاصة إذا ما كان صعوبات في الاتصال)، إدراك سلبية عند الضحية فيما يخص العائلة، يجب أن يعامل كالأطفال ويحتاج إلى الأمان والحماية، وهناك بعض الحالات التي تعزل نفسها عن المجتمع.

- انخفاض في الإنتاج، في قابلية التعلم(في الوسط الدراسي والتكويني)، صعوبة التكيف، إنكار أهمية أخذ عام دراسي جديد(إعادة السنة)إنكار أو عدم تقبل البدء في البدء، عمل أقل كفاءة، انخفاض في درجة المسؤولية، وفي فرص النجاح على الصعيد المهني.

تغير في الشخصية واضطرابات سلوكية.

صعوبة التعرف على الآخرين، صعوبة المعرفة (أخذ المعلومة) (صعوبة المراقبة، الصعوبة في تلبية الحاجات العادية) (الطعام، الجنس، النقود، تربية الأطفال، التكرار الدراسي، سياقة السيارة... الخ).

التعطش للعلاقات الشخصية مثل بين الأطفال والأب، بين الزوجة والزوج بين الإخوة والأخوات أو بين الأصدقاء.

- انعزال الزوج المصاب، زيادة في المشاكل العلائقية بين الطرفين (انفصال أو طلاق).

(A. Itani Ekhyat, 2009, p 368)

- تدهور أو توقف التطور الاجتماعي مقاومة الوسط موجهة غالبا نحو المشاكل السلوكية أكثر من المشاكل الفيزيائية أو المعرفية، الميل إلى المحيط الذي يقاوم الفعل بشكل تأديبي، صعوبة في حفظ صداقاته وصيانة بعض العلاقات القريبة لدى المصاب، إمكانية نكوص المصاب في الجانب السلوكي الاجتماعي الذي يكون غالبا سيء في الوسط مثل تعدد الحركات الجنسية، يكون المصاب منفصل عن العائلة من المنظور الاجتماعي.

صعوبة في صيانة العلاقات الودية عند الشباب الراشدين، صعوبة أيضا كبيرة عند النساء.

العواقب أو النتائج من كل الجهات هي تهدد مستقبل المصاب بالصدمة الدماغية، اتصال صعب مع المحيط سلوكيات غير مفهومة أو سيئة مرفوضة من طرف الوسط المعيشي.

الانقطاع أو التوقف عن النشاطات المهنية أو المدرسية.

الانسحاب من المحيط الذي يتميز بالنشاطات الاعتيادية التي تطرح التطور الاجتماعي، فقدان الاتصال مع الأقران، إجبارية إعادة تنظيم وقته بشكل مختلف، المصاب يكون منفصل عن الآخرين، صعوبة إثبات الشخصية في مجموعة تجرب الإحساس بالتبعية.

- تناسق صعب مباشرة بعد غياب طويل أو قصير عن الوسط المدرسي أو المهني.

- تغير الثبات، صعوبة وبطء في عملية التعلم الذي يقوم بها غير الصواب والخطأ مع احتمال الفشل

15- التناذر ما بعد الصدمة عند ضحايا الصدمة الدماغية: Le syndrome post-

commotionnel

يعد التناذر الذاتي للصدمة الدماغية من أهم النتائج النفسية التي يعايشها ضحايا الصدمة الدماغية. ومع صعوبة تحديد الجدول العيادي لهذا التناذر نتيجة لتداخله مع اضطرابات نفسية أخرى يحددها الفحص النفسي: الصدمة النفسية أو الضغط ما بعد الصدمة. PTSD.

15-1- مفهوم التناذر ما بعد الصدمة:

هو تناذر ذاتي يحدث بعد أي صدمة دماغية أكانت خفيفة أو خطيرة وقد يظهر حتى دون وجود إصابات نسيجية على مستوى الدماغ. لكن أصل هذه المتلازمة غير معروف، ويظهر ثانويا أين يثبت الفحص الموضوعي عن عدم وجود اضطرابات عصبية، لكن بعض الأخصائيين يؤكدون على المنشأ النفسي للأعراض المرضية ويدرجونه ضمن خانة العصاب الصدمي، névrose traumatique وفي الواقع الفحص النفسي يكشف أن هؤلاء الضحايا يعانون من حصر نفسي Régression Psychique

Anxiété

. Le traumatisme psychique choc ونكوص نفسي عند ضحايا الصدمة الدماغية تعد تجربة الصدمة الدماغية تمثل في حد ذاتها صدمة بالنسبة للضحية والتي تمثل انكسار في التاريخ الشخصي للفرد، كذلك الصدمة تكشف عن تراكمات لمشكلات عصابية في الشخصية (صعوبات عائلية، اندماج سيء في المحيط النفسو مهني)، أين تصبح الضحية تعاني من هشاشة وغير قادر على التكيف مع الوضعية الجديدة التي سببتها الصدمة الدماغية

(Henri. P, Pierre.w et autres, 1987, p175,176).

والتناذر الذاتي ما هو إلى تعبير سيكوسوماتي عن عدم التكيف العام بسبب الصدمة الدماغية، والصدمة الدماغية TC هي صدمة انفعالية ودورها مثل دور الصدمة النفسية

(Cohadon . F, 1982, p 388) .

والتناذر ما بعد الصدمة يغطي مجموعة من الأبعاد الهامة: العضوية، والبيئة) الأسرة والمجتمع) وكذلك البعد السيكلولوجي الذي يتمثل في المعاش النفسي الصدمي بتوظيف الأبعاد الانفعالية للحادث، والطريقة التي يستجيب بها الضحية حسب شخصيتها الداخلية

(Ali Bellalem, 1988, p51).

15-2- الجدول العيادي للتناذر ما بعد الصدمة:

هناك العديد من التظاهرات والشكاوي Les plaints التي يعيشها ضحايا الصدمة الدماغية، والتي تتنوع بين الاضطرابات الوظيفية والشكاوي الجسدية واضطرابات السلوك.

• آلام الرأس Céphalée: وهو عرض أساسي عند ضحايا الصدمة الدماغية وبصفة مستمرة، قد تكون على شكل صداع نصفي Céphalée de type migraineux أو آلام Les céphalées أو آلام

عصبية Les céphalées de tensions التوتيرية. névralgiques.

• اضطرابات التوازن: troubles d'équilibre: الإحساس بالدوار في وضعيات مختلفة خاصة عند تغيير وضعية الرأس وعدم الاستقرار والتوازن في المشي.

• اضطرابات حواسية: troubles sensoriels: تتمس بشكل كبير الإحساسات السمعية والبصرية.

• الاضطرابات المعرفية: هي من العلامات العيادية التالية للصدمة، صعوبات في التركيز والانتباه الذي يمنع الضحية من ممارسة مختلف الأنشطة واضطرابات في التذكر، وهذا ما أثبتته مختلف المقاييس النفسية.

• اضطرابات الطبع: troubles de caractères: مختلف ضحايا الصدمة الدماغية يعانون من اضطرابات في الشخصية، قابلية الإثارة والتهيج، القلق الدائم، والذي يظهر عموماً على سلوك المريض.

• العياء أو الوهن: Asthénie: الذي يظهر بصورة كبيرة عند ضحايا الصدمة الدماغية ما بين العياء النفسي، الجسدي، والجنسي. (sexuel. Asthénie psychique, corporal).

15-3- الميكانيزمات المسؤولة عن المنشأ المرضي لاضطراب التناذر ما بعد الصدمة:

المنشأ المرضي للجدول العيادي المميز لهذا الاضطراب أدى إلى اختلاف حول نشوئته ما بين المنشأ العضوي: كترجمة الاهتزازات الوظيفية والميكانيكية الناجمة عن الحدث، والمنشأ النفسي أين يمثل استجابة الفرد وهو في حالة هشاشة Vulnérabilité إلى وضعية صدمية، لكن الفرد حقيقة هو جملة من النفس والجسد.

عوامل الإصابة والاضطرابات الوظيفية **Facteurs lésionnels et les Altérations** :fonctionnelles

بينت الدراسات العصبية الفيزيولوجية أن التظاهرات الفيزيولوجية الوظيفية للتأثر الذاتي ما بعد الصدمة ما هي إلا ترجمة مباشرة للإصابات التشريحية العضوية الناتجة عن الصدمة الدماغية. مع وجود أعراض نفسية واضطرابات كهرو فيزيولوجية، حيث أثبتت الأعمال التي قام بها Levin سنة 1987، أن الاضطرابات المورفولوجية الدالة عن وجود إصابات نسيجية تؤدي إلى اضطرابات السلوكية والصعوبات النفسية عصبية من صعوبة التركيز والذاكرة والانتباه. (Cohadon.F, 2001, p 278)

•عوامل نفسية المنشأ:

أكدت دراسات متعددة أن سببية التأثر والعرضية المرضية المميزة لهذا الاضطراب هو الصدمة النفسية الناتجة عن الصدمة الدماغية. واستمرار هذا الاضطراب عند الضحايا له علاقة بالعوامل النفسية والعوامل الاجتماعية وشخصية الضحية وبيئتها، فالصدمة الدماغية لو كانت خفيفة تحمل درجة معينة من الصدمة النفسية. (Ferry.G, p263, 1995)

وإن تجربة استرجاع الضحية الاتصال مع العالم من الخروج من فقدان الوعي الأولي هو تجربة الموت التي يكون فيها قلق الموت، فضحايا الصدمة الدماغية يعايشون فقدان وعي أولي ويستعيدون فيما بعد الاتصال مع عالم غريب، يبدو لهم غريب من الوهلة الأولى (سيارة الإسعاف، المستشفى، الإنعاش)، ثم تظهر الذكريات المرتبطة بالحدث وهذا المعاش يمثل حقيقة صدمة نفسية، كذلك الصدمة الدماغية لها أبعاد ذات عنف رمزي كبير لأن الرأس يحمل قيمة رمزية في الأنا.

كذلك الصدمة النفسية الناتجة عن الصدمة الدماغية لها أبعاد وتأثيرات خاصة. لأن الضحية تعيشها أثناء اهتزاز واضطراب في مجال الوعي (Champ de conscience) أين تكون قدرات الاستجابة والتحكم الخاصة بالضحية غير كافية أو غير فعالة. (Osson.D, 2004 p303)

15-4- التشخيص:

يتكون التناذر ما بعد الصدمة في الأسبوعين إلى 4 أسابيع التي تتبع بعد فترة متوسطة، وأهمية الجدول العيادي المميز لهذا الاضطراب متغيرة لكن يتميز بالاستمرارية وتنوع الأعراض. فالأعراض التي تظهر أولاً هي آلام الرأس céphalées منذ الأيام الأولى من الحدث. المرتبطة بالرأس مع اضطرابات معرفية خفيفة خاصة بالتركيز والذاكرة والتي من الممكن تقييم هذه الاضطرابات من خلال المقاييس الملائمة لذلك، ونلاحظ قلة الاضطرابات الانفعالية والسلوكية، ثم تتوالى الشكاوى الجسدية التي تترافق بالاضطرابات الانفعالية مع اضطرابات سلوكية تتمظهر في العلاقات العلائقية والاجتماعية، الانطواء، والتنشيط العام مع سلوك اكتئابي، عدم الاستقرار، ردود أفعال طبائعية، أو المطالبة لذلك الصدمة الدماغية وبدون شك تحمل درجة من الصدمة النفسية وبشكل هام. (Cohadon. F, J. Pierre Castel)

(et autres, 2009, p 265).

حيث ظهر التشخيص لتناذر ما بعد الصدمة في التصنيف الدولي للأمراض، الطبعة 10 (CIM10) والذي يتلخص في جملة من المعايير التالية:

- المدة بين الصدمة مع فقدان الوعي وتطور الأعراض أقل أو يساوي 4 أسابيع والأعراض تنتمي على الأقل إلى 3 مجموعات أو أصناف الأعراض التالية:

- آلام الرأس، الدوخة، العياء، وعدم تحمل الضجيج، سرعة الانفعال، اكتئاب، حصر النفسي، التناقل

الانفعالي . Labilité émotionnelle

- صعوبات في التركيز والانتباه والذاكرة وفي النشاط العقلي بدون اضطرابات نفسية عصبية واضحة.

- صعوبة النوم والانشغالات تدور حول هذه الأعراض، الخوف من إصابة دماغية، توهم المرض.

لذلك دراسات أخرى اقترحت معايير أخرى بهدف التشخيص انطلاقاً من جملة من الملاحظات.

هذه الأعراض: الإعياء، سرعة الانفعال، الآلام، اضطرابات النوم لوحظت في الأمراض ذات الآلام

المزمنة، الآلام القطنية les lombalgiques لذلك الأعراض المميزة لهذا التناذر تتقصها النوعية

spécificité. وفي نفس السياق أثبتت العديد من الدراسات عن ظهور هذه الأعراض المميزة لهذا

التناذر والتي لا تختلف عند الضحايا المشاركين في الحوادث. les victimes Impliqués ضحايا

الصدمة الدماغية وفي الممارسة العيادية، هناك مقاييس على شكل استبيانات أو بروتوكولات لمقابلة مبينة

(Ad choc questionnaires). (Le river Mead post concussion symptôme)

(questionnaire)(RPG)

15-5- تطور هذا التناذر عند ضحايا الصدمة الدماغية:

تطور هذا الاضطراب يكون على شكل تراجع تدريجي من الشهر الأول إلى 6 أشهر. فأثبتت الدراسة أن

ضحايا الصدمة الدماغية يبدعون بالشكاوى الجسدية، أما الاضطرابات المعرفية والنفسية عاطفية والسلوكية

يكون تطورها بصفة تدريجية والتي تظهر ثانويًا في الشهر الأول ثم سرعان ما تنخفض وعلى مستوى

النفسية عصبية: Levin وآخرون وظفوا مختلف وسائل تقييم التركيز والانتباه والذاكرة وسرعة معالجة

المعلومات عند مجموعة كبيرة من ضحايا الصدمة الدماغية الخفيفة في الأسبوع الأول إلى شهر واحد،

والشهر الثالث، في البداية سجل عند الضحايا وجود مختلف درجات العجز والاضطرابات وفي مجملها تبدأ في التراجع من الشهر الثالث، لذلك ينبغي من تحديد الجدول العيادي لهذا التناذر الذاتي SPC الناجم الصدمة الدماغية من خلال تحديد العوامل المرتبطة بالشكاوي التي يظهرها المريض عن طريق بناء مقابلة تغطي كل هذه الشكاوي أين عوامل المقابلة تكون مرتبطة بالشخصية، Personnalité وتاريخ المريض، le vécu، وكذلك الظروف المرتبطة بالحدث، والمعاش أثناء الحدث، de l'accident وكذلك الوسط الاجتماعي والمهني والعائلي، وكذلك مستوى القلق والمزاج الاكتئابي وكيفية الاستجابة الانفعالية المرتبطة بالصدمة ونتائجها، مباشرة يتم تقييمها وتحديدها عن طريق اختبارات خاصة.

16- الصعوبات المتكررة عند ضحايا الصدمة الدماغية واقتراح وسائل العمل:

إن الاتصال مع شخص مصاب بالصدمة الدماغية يكون أحياناً صعب جداً، يثير التعب الحرمان أو الغضب فنستنتج أن الخبرة هي أكثر ألماً عند المصاب.

• إدراك الذات:

المصاب بالصدمة الدماغية يعيش إحدى التجارب الإنسانية المحيرة غالباً هناك أكثر من فقدان الاستقامة الفيزيائية. الشخص يجب عليه أن يقوم بحداد من أجل استقامته الجسدية، هذا خلال مدة الارتباك العقلي مع مستوى متدني من الإحساس، ذاكرة وحلم ناقص. إذا كان المصاب لديه فجوات يكون المصاب قلق، ينسى، مكتئب، عنده كل شيء يعاد تكوينه من جديد، لا يعرف ماذا يفعل كما كان من قبل. الموت أحسن من أن يعيش هكذا، مراقبة صعبة لانفعالاته يكون في وضعيات صعبة لا يستطيع الخروج منها أحياناً يكون المصاب غاضباً، لا يعرف حتى نفسه ومحيطه وفي الحالات الخطيرة المصاب بالصدمة

يولد من جديد، يعيد حياته من الصفر، يعيد تعلم أبسط الأشياء الموجودة في حياته اليومية. فمن الصعب أن يتقبل المصاب بالصدمة الدماغية حالته بعد وقوع الحادث خاصة إذا كان مراهق أو شاب راشد.

•المعتقدات الخاطئة:

فالعيش مع المصاب بالصدمة الدماغية أمر صعب للغاية، لكن يجب أن نرى الحقيقة كما هي فقط، يجب على أقارب المصاب أن يتفهموا وضعية الضحية، ونحن ندرك أن الحقيقة صعبة على الضحية ومحيطها فيجب علينا أن نواجهها ومحاولة تغيير بعض الأشياء فيها،ومن المتغيرات هي فقدان الثقة بالنفس والشعور بالعجز الدائم، إزاء الوضعية التي سببتها الصدمة الدماغية مع معاش نفسي سيء.

•الانعزال الاجتماعي:

المحيط العائلي يكون أحيانا سبب في الانعزال والمواجهة المنفردة للمشاكل لدى المصاب بالصدمة الدماغية فيفقد الضحية الاتصال مع الفريق المعالج.وهذه الصعوبات تضغط على المصاب وعلى جانبه النفسي وذلك يتطور إلى عدم الخروج من المنزل بسبب انقطاع المراقبة من طرف الوسط المعالج، العائلة وغياب السند الاجتماعي) الأصدقاء... (مما يؤدي إلى تطور الاضطرابات السلوكية لدى الضحية.

•اقتراح وسائل العمل إزاء الانعزال الاجتماعي:

- المحافظة على الاتصال بالفرقة العلاجية مع التخطيط المنظم للتعارف مع الفرقة لضمان سيرورة البرامج لإعادة التكيف.

- تعيين الشخص الذي من الممكن أن يتواصل بدل المصاب الذي يكون في حالة صعبة.

- المحافظة على استمرارية نشاطاته السابقة في مكان إقامته (رحلات، عطل...) والاتصالات الاجتماعية مع المحيط.

- السند العائلي مهم في الأطوار الصعبة التي تعيشها الضحية ما بعد الصدمة بهدف تجنب الانطواء حول الذات والتأنيب النفسي.

-الدفع النهائي للعائلة: في نفس المحيط ونفس العائلة التي تحتضن الضحية المصابة بالصدمة الدماغية قد نجد صعوبة في التعامل عدليا وبصورة مماثلة اتجاه المصاب، فكل عنصر من هذا الوسط العائلي لديه النظرة حول الضحية وإصابتها وكيفية التعامل مع الوضع الجديد، لذلك لا بد من مساعدة المصاب على إشعاره بأنه مهم كما في السابق والمشاركة العاطفية كافية لترميم الجانب النفسي وتعويض خسارته الجسدية.

•الصعوبات المعرفية:

انخفاض درجة الوعي: إن من أهم الانعكاسات السلبية للصدمة الدماغية اضطراب في مجال الوعي، لكن في بداية عملية الاسترجاع الحيوي المصاب يكون شبه واعي، مدرك قليلا، درجة وعيه مضطربة وغير كامل من أجل أن يستطيع التركيز طويلا على نقطة ما. فالانتباه المنظم يسمح للشخص بكسب الاهتمام والتركيز على تنبيه الآخرين.

•اقتراح وسائل العمل:

- السماح للمصاب باستغلال مرحلة الاستراحة التامة بالتوازي مع مراحل النشاط.

- استعمال التوقيت المريح الذي يساعد المصاب على التوظيف وفي المراحل اليومية أين يكون المصاب أكثر حيوية ونشاط.

- ترك وقت للمصاب للإجابة على كل الأسئلة مع خفض الوقت تدريجياً للاستجابة، لذلك الأشخاص بعد معايشة الصدمة الدماغية يجدون صعوبة في التفاعل مع الآخرين والإجابة بشكل طبيعي كما كان في السابق.

- التنبؤ بنشاطات المصاب التي كان يحبها قبل الصدمة.

- إعادة تأهيل تدريجي لوظائفه الحيوية.

- تجنب التعب والإجهاد والإعياء على المريض.

•الارتباك:

في الأسابيع الأولى التالية للصدمة الدماغية المصاب يشعر بالارتباك، التوتر، والحيرة وتوجه سيء للزمن والقضاء، وفي الحالات الخطيرة يعيش اضطراب في تحديد هويته الأصلية أين ينهض كل صباح وكأنه في عالم جديد.

•اقتراحات العمل:

- إبداء التوازن، الأشخاص المحيطين بالمصاب مهم جداً في المرحلة التالية للصدمة لمساعدته لمعرفة معنى الحقيقة. وتأكيد وجوديته بهدف إعادته لعالمه وهويته الذاتية مع توفير عناصر الحماية السابقة دون التعاطف المفرط مع الضحية.

- شرح العمل أو العلاج المستعمل قبل الشروع به من أجل خلق إحساس التعرف وتجنب المفاجآت.

- التنبؤ باحتياجاته من خلال جداول معلقة على جدران غرفة المصاب، تلخيص بعض المعطيات القاعدية التي تسمح له بإيجاد عالمه بسهولة، في هذه الجداول في المستشفى.

•التخطيط:

هذه العملية معقدة لأن المصاب غير قادر على التنبؤ بنتائج العمل يجب أن يعيش الفشل أو التصادم مع المحيط لكي يدرك أخطاءه.

•اقتراحات العمل:

- اختيار نشاطات واقعية في مرحلة واحدة وتحديد درجة صعوبتها ترتيبيا.
- إعادة سرد النصائح لأنه من المهم جدا حيث أن الفهم يكون غير كامل بعد الصدمة.
- تذكير المصاب بالتنبؤ.
- تجنب تنبيه المصاب باستمرار على أخطائه وفشله.
- تجنب المفاجآت.

•اضطرابات الذاكرة:

مشاكل الذاكرة هي من الصعوبات الأكثر تكرارا عند المصابين بالصدمة الدماغية، والذاكرة تصاب بالاضطراب خلال الحياة اليومية وتؤثر على المصاب والمحيطين.

•اقتراحات العمل:

- تسهيل استرجاع المعلومات المنسية وترقيمها حسب سهولتها بمساعدة الوسط العائلي أو الفريق المعالج، لتجاوز اضطرابات الذاكرة وانعكاساتها على المريض.
- تزويد المصاب بذاكرة ورقية) كالمذكرة، الكراس (ويكتب هو عليها وهذه العملية تسهم في المراقبة على تنظيم الحياة لدى الضحية.

•اضطرابات الاتصال:

الصدمة الدماغية تعد تجربة مدمرة للضحية ومعاناة كبيرة للمقربين نتيجة لانعكاساتها الخطيرة على الصعيد العلائقي. مما يسبب اضطرابات في الاتصال والتفاعل الإيجابي مع العالم الخارجي لأن العجز الذي خلفته الإصابة الدماغية خلف أثرا على الجانب النفسي، وأساليب الخطاب، والمحاورة مع الآخرين، وهنا التواصل اللفظي بشكل مضطرب يؤثر على علاقات الضحية مما قد يحتاج إلى علاج أرتوفوني.

•اقتراحات العمل:

- التأكد من وجود الانتباه لدى المصاب، إذا ما لان يفهم بسهولة، يتكلم بفصاحة ويستعمل جمل قصيرة تحتوي على معلومة واحدة.

- تفقد الفهم العام لدى المصاب قبل أن نكمل العمل معه.

- تشجيع المصاب على التماور، التكلم، وإنما نتركه ينهي كلامه.

- الدفع بالضحية للتكلم بصورة تلقائية دون ضغط ممارس عليه وضرورة التأكد من فهمه لكل شيء.

•صعوبة التجريد:

هذه الصعوبات نلاحظها بصورة متكررة عند ضحايا الصدمة الدماغية مع الأخذ بعين الاعتبار أنهم يفهمون الجوانب الأخرى من الأشياء، فهم يميلون نحو الأشياء الملموسة في محيطهم وعالمهم أكثر من ميلهم إلى الأفكار فيجدون صعوبة في التعرف على الأشياء لأنها تفهم وتدرک معنويا من طرف الضحية، مما يثير عند الضحية صعوبة في الإدراك معاني الأشياء وأخطاء في الحكم وتضعهم في حالات مقلقة ومزعجة وأيضا خطرة بالنسبة لحماية الشخصية.

•اقتراحات العمل:

- تنبيه المصاب بدءاً من النشاطات البسيطة، واستخراج تعلمه الداخلي التي تقترح تنبؤ بالنشاط والأخذ بعين الاعتبار بعض الأشياء من أجل أخذ القرار، فبعض برامج الحاسوب يمكن أن تسمح بتنبيه أهمية الموضوع.

•صعوبة التعلم:

هي من أخطر الانعكاسات التي تخلفها هذه الإصابة الدماغية، لأنها تؤثر على مبادئ التعلم، وصعوبة في الاحتفاظ بالمعلومات الجديدة كون أن الذاكرة واضطراباتها تؤثر على التعلم.

•اقتراحات العمل:

- ربط التمرينات الجديدة مع القديمة وإدماجها جيداً.
- السماح للمصاب بأن ينجح في بعض الأمور العائلية من أجل الوصول إلى الثقة والحركة التامة.
- شرح سبب استعمال هذا التعلم الجديد.
- الاحتفاظ بما هو بسيط أكثر مما هو معقد.
- معرفة ما هي أفضل التمرينات لدى المصاب، ومحاولة إعادتها مرة أخرى في وسط مختلف ومناسبات متنوعة.
- بعض المصابين بالصدمة الدماغية يجب أن يعيدوا اكتساب المعلومات بسبب اضطراب عمل الذاكرة.

•الصعوبات العاطفية:

سرعة التهيج والاضطراب والغضب في السيرورات العادية للاسترجاع، مرحلة سرعة الغضب والتهيج تتكرر، فالضحية تصبح عديمة الصبر دون القدرة على التعرف على مصدر الاضطراب، وفي أوضاع

أخرى المحيط لا يستطيع تفسير هذا السلوك الذي يصدر من المصاب مثل: وميكانيزمات الدفاع ضعيفة، فإن ردود الأفعال تكون مراقبة.

• اقتراحات العمل:

- تجنب توزيع الطاقة الانفعالية مباشرة ضد المحيط، وذلك لمساعدته على إيجاد توازنه.
- تجنب تنبيه المصاب لأخطائه لأنه لا يتقبل انتقادات الآخرين.
- بالنسبة للمصاب الذي فقد الرقابة الذاتية يشعر بالخوف، فإن حضور المعلم ضروري لمساعدته.
- تعيين بعض الأشخاص في محيطه الأسري أو العملي لمساعدته بسرعة في حالة إذا ما احتاج إلى شيء.

- وضع التفريغ الجسدي، التعب الفيزيائي يعد وسيلة جيدة من أجل المصاب لكي يجد هدوءه.

• السلبية:

الجانب السلبي موجود عند العديد من ضحايا الصدمة الدماغية وهي مؤكدة بصورة متزايدة، فهم حساسون للنقد والفشل، فالفشل وفقدان الثقة بالنفس يفقد المريض توازنه النفسي والحركي والانفعالي.

• اقتراحات العمل:

- تقديم اقتراحات متنوعة للنشاطات التي يستطيع المصاب النجاح فيها، وتؤكد من أن يحترمها لأنها من اختياره، فهي تساعده على المرور إلى الفعل بسهولة.
- لا نجبره على الرفض النظامي، نأتيه بالرفق ونلبي حاجاته.
- تقييم النتائج بشكل جيد، لكن دون المبالغة في ذلك.

•الاكتئاب والانسحاب الاجتماعي:

فالمصابون بالصدمة الدماغية يكونون محبطين، يعيشون الألم النفسي نتيجة الإصابة الدماغية ومخلفاتها الجسدية يتركون كل نشاطاتهم المخصصة، لإعادة تأهيلهم الوظيفي، ومن الممكن أن تكون لديهم أفكار انتحارية، وأحيانا المحيط من الممكن أن يرفضهم بسبب صعوبة العيش معهم، نظرا لعدوانيتهم وغضبهم الزائد ويتركونهم لوحدهم لأنهم سلبيون.

•اقتراحات العمل:

- تجنب ترك المصاب لوحده في الأوقات التالية للصدمة، غالبا ما يظهر صعوبة في العيش، فهو يحتاج إلى الاهتمام والرعاية والدعم النفسي من الآخرين، الإعانة المهنية في بعض الحالات مهمة، وأحيانا المعالجة الخاصة يمكن أن تظهر نفعاً.

- وضعه في نادي جماعي.

- التردد على المركز يوميا أو المشاركة في نشاطات جماعية مع المصابين بنفس الإصابة بالصدمة الدماغية بإمكانها إخراج المصاب من دائرة الاكتئاب.

- الاستشارة النفسية تتطلب أخصائيين نفسانيين وعقليين لمعالجة الأفكار الانتحارية.

- دمج المصاب للخروج من ركوده وخموله إذا كان كثير النوم ولا يعقل الشيء، لأن هذه الوضعية تمنع سيرورة العلاج النفسي والحركي.

•إعادة التأهيل المعرفي:

اختيار الوظائف العقلية المعرفية يسمح بتوضيح واسع للإعاقة والعديد من استراتيجيات العلاج ممكن أن تكون فيما بعد مثبتتا في الوظيفة الطبيعية الخاصة لمشاكل المصاب في التعاقب، من الممكن البدء

بالتطبيقات التوجيهية وتدريب القدرات الضرورية (الانتباه، التركيز والإدراك) من أجل التناسق، وتقاسم الطرق التي تسمح بتعويض الاستعدادات الضائعة مع توقع استعمال الدعائم الخارجية بالتناسب والقياس بأنه يمكننا تقدير خطورة المصاعب التي تكون على الأرجح دائمة.

- التشديد يمكن أن يكون موضوع على طريقة تنظيم وإيقاف النشاطات المختلفة في المنزل أو في العمل، بعد تذلل الصعوبات الباقية. من المهم تقييم التعاقب والتطور بدقة، من أجل مراقبة التقدمات التكيف في وظيفة استراتيجيات وأهداف العلاج، وفيما بعد توجيه مشاريع إعادة الإدماج.

• تسيير السلوكات:

في الميدان الأولي لشفاء الأشخاص الذين يعانون من الصدمة الدماغية هم غالبا منزعجون، أو لديهم سلوكات عدوانية، الشخص المعنتى به ممكن أن يبحث عن نصيحة من طرف الأخصائيين النفسانيين بعد إدارته لهذه السلوكات، في مختلف الحالات الاستشارة النفسية والعقلية والطبية ضرورية من أجل التحكم ومراقبة وتعديل السلوكات المزعجة، الغير المنظمة والعدوانية، بما أن بعض الاضطرابات دائمة فجدول تغيير السلوكات الخاص يكون واجب وضروري في ساحات السلوكات الغير منظمة هي نظاميا محبطة، إذن السلوكات الإيجابية هي مشجعة ولا بد منها بالنسبة للضحية.

• المساعدة النفسية:

الأشخاص الذين يعتبرون ضحايا الصدمة الدماغية يحتاجون للدعم والمتابعة النفسية والطبية نظرا لطبيعة مشاكلهم النفسية بعد الصدمة والأكثر من ذلك لديهم تقدير تحتي لضخامة وتفاقم مشاكلهم وفوق تقدير إمكاناتهم في الشفاء. في البداية التطور يسمح لهم بتجنب الاكتئاب، وهذه الوضعية هي منبع قدرة التقرير، مع ذلك الحرص دائما على التوقعات الممكن تحقيقها ثم تقوم بإعاقه التقدم في إعادة التأهيل والتكيف مع المدى الطويل مع الإعاقه الجديدة وهؤلاء الأشخاص يحتاجون إلى المساعدة أين يمكنهم أن يستفيدوا من

شروحات مفصلة عن طبيعة إصابتهم ومشاكلهم النفسية والتوضيحات المتعلقة بإمكانيات الشفاء مما يسمح لهم بإعداد المخططات لمستقبلهم الذاتي، وهذا لا يعني أنهم سيصبحون فاقدي الأمل في الشفاء مستقبلاً. وهذا يعني ببساطة بأنه لا يمكنهم انتظار هذا الشفاء من أجل أن يستطيعوا القيام بمشاريع تتكيف مع احتياجاتهم الآتية. فالنصائح النفسية ممكن بالسواء أن تكون مجدية في التقدير عن طريق الاختبارات النفسية، الممكنة من جهة وإعادة تنظيم أوقات الفراغ من جهة أخرى، مع ذلك يجب التوضيح أن في مختلف الحالات الأشخاص المصدومين لا يدركون أهدافهم أبداً إلى غاية التنازل على الرؤيا الممكن تحقيقها في المستقبل والشروحات والنصائح تبقى عديمة الجدوى. والعائلة في معادلة المساعدة النفسية من أجل تقديم السند الاجتماعي للشريك مهم في برنامج الكفالة النفسية لضحايا الصدمة الدماغية، لذلك دور الأخصائي النفسي والطبيب المعالج دورهما إعلام الآباء وعائلة الضحية بالتقرير المفصل على نتائج الاختبارات النفسية المنجزة، ونتائج الإعاقة المكتسبة، إضافة إلى بعض الشروحات المفصلة على اختبارات وأهداف العلاج. فالمراقبة النفسية تدعم العائلة من أجل تدبير المشاكل المعرفية والسلوكية والنفسية التي تعاني منها الضحية، وهذا ما يسمح لعائلة الضحية بإمكانية متابعة المخطط العلاجي في المنزل.

•العلاج النفسي الفردي:

بعض الأشخاص الذين يشعرون بالإحباط والمعاش النفسي السيئ، فإنهم يدمرون من خلال نتائج الصدمة الدماغية، فهم يعانون الاكتئاب والحصر، فالعلاج النفسي والعقلي مهم في أطوار الاكتئاب ونوبات القلق والتذكر المؤلم للحدث نتيجة لعدم الاستقرار في المعاش النفسي للمصدوم، فمعظم الضحايا يظهرون الألم النفسي، وعدم التقبل للوضعية ما بعد الصدمة.

- فالعلاج النفسي يدعم الضحية من أجل العودة إلى الهوية الأصلية.

•العلاج العائلي:

العائلات تقوم من جهة بسيرورة التكيف المشابهة بالقياس.فإن حالة الشخص تتطور ما يربحهم الاستقلالية وإعادة الدور السابق، والعلاقات العائلية تستطيع طبيعيا الدخول في نفس المخطط الذي هو قبل الصدمة، غير أنه بالنسبة للأشخاص المعانين من إعاقة دائمة، بعض التغييرات في الأدوار العائلية وعلاقتهم لا تستطيع أحيانا تجنبها، وفي العديد من العائلات يتكيفون مع هذه التغييرات، فالمعالجة العائلية تسمح لمساعدة العائلات الضحايا فيفهم وحل بعض الصراعات الظاهرة خصوصا في العلاقات بين الأزواج والاتصالات الجنسية

(G.Ferry, PM.Gagey, 1987, p 3-6).

17- الاسترجاع الدماغى عند ضحايا الصدمة الدماغية: récupération cerebral

فمن جراء الصدمة الدماغية تنشأ سيرورة امتصاص الصدمة Processus de résorption du choc وتتلخص في 3 عمليات:

1- الاسترجاع التلقائي. récupération spontanée :

2- تغيير الإستراتيجية. changement de stratégie :

3- تعلم مهارات جديدة. nouveaux Apprentissages :

حتى نفهم السيرورات المتدخلة في امتصاص الصدمة لابد أن نجيب عن طرح مهم: هل للدماغ قدرة على الإصلاح وتعويض بعض الوظائف التي كانت موجودة قبل الصدمة؟ وحتى نفهم هذا الطرح نؤكد على وجود علاقة بين المخ والسلوك.وهذا يظهر في الوظائف الحواسية والحركية لنصف المخ الأيسر بإمكانه

أن يسبب الشلل في اليد اليمنى(تعاكس في النشاط الوظيفي للمخ). وفي نفس السياق الأمر بالنسبة للوظائف العقلية العليا (التجريد، الحكم، الذاكرة، الإبداع...)

وعلاقتها بالانفعالات.

وبالعكس بالنسبة لخلايا جسم الإنسان ،فإن خلايا النسيج المخي غير قابلة للتجديد إذا ما تعرضت للتخريب أو الموت من جراء الصدمة، فهذا ما يفسر فقدان بعض الوظائف المخية لكن هناك فرضية تؤكد على قدرة الاسترجاع والإصلاح لتعويض تلك الوظائف المصابة بعد معايشة صدمة دماغية، أين يكون المخ(الدماغ) (في حالة إنذار)الصدمة) والذي يضع مؤقتا بعض الوظائف خارج الدائرة. الدائرة تنقلت من الرقبة وبالتتابع تظهر عمليات الاسترجاع سريعا تبعا لطبيعة ومتطلبات الوضعية، وطبيعة الصدمة بهدف أن سيرورة التثبيط Processus d'Inhibition التي حدثت على مستوى الدماغ يتم امتصاصها لكن بعض الآثار تبقى حسب أقسام الدماغ والإصابات الموجودة.

1-17- الاسترجاع التلقائي:

العديد من الدراسات أثبتت قدرة الدماغ والجهاز العصبي المركزي(الدماغ وأجزائه) على توظيف بعض العمليات والآليات والوسائل الخاصة، به من أجل إعادة التوازن rééquilibrer بهدف استعادة بعض الوظائف وهذا الميكانيزم يظهر في الأشهر الأولى للصدمة(الحادثة).

2-17- تغيير الإستراتيجية:

كما ذكرنا سابقا أن النسيج الدماغي Tissu cérébrale غير قابل للتجديد إذا ما تعرضت الخلايا العصبية للصدمة الدماغية وبالتالي عدم إمكانية استرجاع الوظائف المفقودة، لكن من أجل تغطية العجز العصبي في المنطقة المصابة، فإن ضحايا صدمة الدماغية قد يصلون إلى تنفيذ والقيام باستدعاء

استراتيجيات وميكانيزمات مختلفة عن تلك العمليات والوظائف السابقة (قبل الصدمة)، مثلًا نعوض الذاكرة السمعية بتوظيف الذاكرة البصرية، عن طريق إعادة التأهيل، تصل إلى تحريض عودة بعض الوظائف أو إلى تحسينها بغرض مساعدة الضحية على تطوير الإستراتيجيات التعويضية.

17-3- تعلم مهارات جديدة:

فالتطور الذي تم تحقيقه في ميدان العلاج وسيرورات إعادة التأهيل، لم يساهم بصورة كبيرة في عودة المعارف والأفكار والوظائف الموجودة قبل الصدمة (أي المكتسبات القبلية) عند ضحايا الصدمة الدماغية. من المهم تدريب الضحية على تعلم مهارات هذا يسمح بالدرجة الأولى على تحسين درجة الاستقلالية الذاتية لدى الضحية ولسلوكه العام، وهذا التعلم ينفذ بصورة صعبة كون الدماغ فقد أهليته والآليات التي يوظفها محدودة بسبب الإصابة. (Micheal. S, 2010, p 120)

خلاصة:

مما سبق ذكره، نخلص إلى أن الصدمة الدماغية هي إصابة خطيرة، لها تأثيرات معقدة حسب موقع الإصابة التشريحية وشدتها وأثارها النفسية والاجتماعية والمهنية والأسرية، خاصة في حالة الصدمة الدماغية الخطيرة.

فالمصاب بها يعيشها كصدمة التي تستنزف كل طاقاته الحيوية أين تستدعي التكفل العصبي والوظيفي والنفسي لاجتياز الأطوار الحساسة التي تمر بها الضحية، كونها مرحلة صعبة من الحياة محاولة لاستعادة واسترجاع الاستعدادات الفيزيائية والاجتماعية التكيفية السابقة .

الفصل الثالث: مدخل مفاهيمي للصدمة النفسية

1- تعريف الصدمة النفسية

2- نظريات الصدمة النفسية

3- مميزات الصدمة النفسية وآثارها على الفرد المتعرض لها.

4- أعراض الصدمة النفسية

5- أنواع الصدمات

6- اضطراب ضغط ما بعد الصدمة PTSD

7- الخصائص التشخيصية لاضطراب ضغط ما بعد الصدمة

8- العصاب الصدمي

9- الشخصية العصابية الصدمية

10- علاج الصدمة النفسية

الفصل الثاني: الصدمة النفسية

تمهيد:

إن الحياة الإنسانية عرضة دائما لتهديدات المحيط الذي يتواجد فيه الإنسان، ومع الوقت

يدرك الإنسان موضوعية هذه التهديدات وحقيقتها كما يدرك أن آماله نجاحه أكبر كثيرا من

احتمالات موته.

وبهذا تترسخ لديه فكرة الموت المؤجل إلى أجل غير مسمى، فهو يعتقد بقدرته على تجاوز

الأخطار والتهديدات وإذا كنا في مجال الحديث عن الصدمة النفسية فإن أكبر صدمة يمكن أن يتلقاها

الإنسان هي تلك المواجهة فجأة مع الموت. فهذه المفاجأة تزيل عن ذهنه فكرة التأجيل وتدفعه للتفكير

باحتمال موته في أية لحظة أو ضمن فترة معينة من الزمن.

وسنحاول من خلال هذا الفصل المتعلق بالصدمة النفسية إلقاء الضوء عن مختلف المفاهيم

والسيرورات والميكانيزمات المستعملة والاضطرابات الواردة والتي تكون عادة مرتبطة بالصدمة النفسية،

كما سنحاول اقتراح بعض الاستراتيجيات المساعدة في التكفل بالأفراد المتعرضين لصدمة عنيفة مهما

كان نوعها وربط الصدمة النفسية بالمراهق ومحاولات انتحاره.

1- تعريف الصدمة النفسية :

المعنى الأصلي لكلمة صدمة هو الكلمة اليونانية trauma والتي تعني جرح أو ضرر

يلحق بأنسجة الجسم، واليوم تستعمل عبارة صدمة نفسية لوصف وضع يواجه فيه الشخص حدثا

صعبا جرح نفسه.

الصدمة هي حدث أو تجربة معاشة في حياة الإنسان تؤدي خلال فترة وجيزة لزيادة كبيرة جدا من الإثارات، تتحدد تبعا لشدتها وبالعجز الذي يجد الشخص فيه نفسه، إذ أن مجابتهها أو محاولة خفض التوتر الناتج عنها بحلول سوية ومألوفة تؤول بالفشل. وهذا ما يضطر الأنا للقيام بدفاعاته لمواجهتها حيث تختلف الدفاعات تبعا لقوة الأنا وطبيعة التثبيتات وتوقفات مراحل النمو.

وقد عرفها معجم مصطلحات التحليل النفسي على أنها حدث في حياة الفرد يتحدد بشدته وبالعجز الذي يجد الشخص نفسه فيه والاستجابة الملائمة حياله، بما يثيره التنظيم النفسي من اضطراب وآثار دائمة مولدة للمرض. وتتصف الصدمة من الناحية الاقتصادية بفيض من الإثارات تكون مفرطة بالنسبة لطاقة الشخص على الاحتمال وبالنسبة لكفاءته في السيطرة على هذه الإثارات).

(Laplanche et Pantalís, 1997: 300)

يرى مايكنبوم أن الصدمة تشير إلى حوادث تعد قوية ومؤذية ومهددة للحياة، تحتاج هذه الحوادث إلى مجهود غير عادي لمواجهتها والتغلب عليها .

(Postel. J, 1998: 32)

تعرف الصدمة بأنها أي حادث يهاجم الإنسان ويخترق الجهاز الدفاعي لديه، مع إمكانية تمزيق حياة الفرد بشدة. وقد ينتج عن هذا الحادث تغيرات في الشخصية أو مرض عضوي إذا لم يتم التحكم فيه والتعامل معه بسرعة وفاعلية. وتؤدي الصدمة إلى نشأة الخوف العميق والعجز أو الرعب. (سي موسى.

زقار، 2002: 62)

أما Bergeret فيعرف الصدمة النفسية على أنها غياب النجدة في أجزاء الأنا التي ينبغي أن تواجه تراكم الإثارات التي لا تطاق سواء كانت من مصدر داخلي أو خارجي . (J.Bergeret, 1982: 236)

كما يعرفها Freud على تجربة معاشة تحمل معها للحياة النفسية وخلال وقت قصير نسبيا زيادة كبيرة جدا في الإثارة لدرجة أن تصفيتها أو إرسانها بالوسائل المألوفة ينتهي بالفشل، مما ينجر عنه اضطرابات دائمة في قيام الطاقة الحبوية بوظيفتها (Laplanche Et Pontalis,1997: 300)

أما ميلاني كلاين فتري أن كل صدمة مهما كانت تعتبر كسرا وتخرب كل ما بناه الطفل، كذلك توقظ وتنشط هواماته البدائية، وكل جسم ينفجر تحت تأثير أي صدمة يستطيع تفجير الضحية إلى عدة عناصر (G.Lopez, 1995: 55)

ويرى Pierron أنه في كل حالات الصدمة النفسية هناك مفهوم اقتصادي، فنحن نتحدث عن كميات من الطاقة سببها أحداث عنيفة تفوق شدتها صاد الإثارات كما أن هناك حقيقة تفرض نفسها وهي أن الصدمة النفسية لا تتعلق فقط بطبيعة الحدث حيث أن نفس الحدث قد يكون له تأثيرات مختلفة على أفراد مختلفين

(Roger Pierron, 1983: 87)

بالنسبة لـ Pierre Marty الصدمة النفسية هي الصدى النفسي والعاطفي الذي يظهر أثره على الفرد ويكون ناتج عن وضعية قد تكون ممتدة في الزمن أو عن حدث خارجي يأتي ليعرقل التنظيم وهو في مرحلة التطور والنمو أو يمس التنظيم الأكثر تطورا عند حدوث الصدمة (Pierre Marty, 1995: 55)

كما يعرف Bailly الحادث الصدمي بأنه يخضع الجهاز النفسي لضغط قد يتمكن كل فرد وفي وقت ما من إرضائه، فإذا لم يتم ذلك أو كان مستحيلا فإنه يؤدي إلى إنتاج صدمة في الجهاز النفسي (Bailly, 1985: 36)

ومن خلال التعريفات السابقة يتضح جليا أن الصدمة النفسية هي حدوث اهتزاز نسبي في نفسية الفرد ينتج عنه تأثير سلبي على الفرد المتعرض للصدمة. فهي كل حادث يهدد الفرد بصورة مفاجئة، حيث يفقد الفرد فيه معظم إمكانيات مواجهة هذا الحادث، فيستجيب بالعجز والإحساس بتهديد الذات مما يؤثر على التوازن النفسي العام للشخص، وتختلف هذه الاستجابات من شخص لآخر أمام نفس الموقف أو الحادث الصدمي . والصدمة النفسية يمكن تعريفها بعبارة بسيطة على أنها رؤية الفرد نفسه ميتا داخل الجهاز النفسي.

2- نظريات الصدمة:

1-2- الصدمة من وجهة نظر: FREUD

يحثل مفهوم الصدمة النفسية مكانة جوهرية في نظرية التحليل النفسي حيث ظهر هذا المصطلح منذ البداية في أعمال FREUD في كتاب "دراسات حول الهستيريا" وقد ميز هذا الأخير بين الصدمة التي تشير إلى الأثر الداخلي الناتج عند الشخص بسبب حادث ما، وبين الصدمة النفسية التي تشير إلى الحادث الخارجي الذي يصيب الفرد. ويعتبر فرويد صدمة الولادة (مع ما يصاحبها من إحساس الوليد بالاختناق المرادف لضيق الموت) بمثابة أول تجربة للقلق في حياة الإنسان، ثم عاد فرويد إلى تناول موضوع العصاب الصدمي في عدة مناسبات بعد الحرب العالمية الأولى في كتاب "ما وراء مبدأ اللذة" سنة 1920 وفرويد لا ينكر مبدأ العصاب الصدمي بل إنه يعترف قبل وفاته بهذه الأعصبة فيقول: "لقد شذت هذه الأعصبة دوما وتمردت على فرضية الصراع النفسي الطفولي". (النايلسي، 1991: 24)

وقد تناول FREUD الصدمة النفسية من زاويتين أساسيتين يصعب التمييز بينهما، سنتناولهما

فيما يلي:

أولاً: وجهة نظر دينامية:

افترض FREUD أن الصدمة النفسية تكون دائماً جنسية وتنتج عن الإغراء، وهذا بوجود حدثين على الأقل، إذ يتعرض الطفل في المشهد الأول الذي يسمى بمشهد الغواية إلى إغراء جنسي من قبل راشد بدون أن يولد عنده هذا الإغراء إثارة جنسية، وبعد البلوغ يأتي مشهد ثاني يكاد أن يكون عديم الأهمية ظاهرياً كي يوقظ المشهد الأول من خلال إحدى السمات الترابطية بينهما. وبالتالي، ذكرى المشهد الأول هي التي تطلق فيضاً من الإثارة الجنسية التي تظفي على دفاعات الأنا وقد سمى FREUD المشهد الأول بالمشهد الصدمي.

وعليه فوجهة النظر الدينامية للصدمة توضح أهمية التاريخ النفسي للفرد في حدوث الصدمة وكيفية التعامل معها، إذ لا يأتي الحادث الصدمي أبداً على قاعدة عذراء، بل يوجد تنظيم نفسي وندرجسية وهوية جنسية مختلفة في صلابتها، مع تهيئة دفاعية وقدرة متفاوتة في مقاومة الصدمة التي يتلقاها الفرد من الواقع. وحينما يكون الأنا منظماً بشكل جيد وندرجسية ذات صلابة معينة لا تضعف أمام العوامل الخارجية أو الظروف الصعبة، وحينما يكون الطفل محبوباً ومحترماً يكون له حظ أكبر في مقاومة الصدمات.

ثانياً: وجهة نظر اقتصادية:

لقد أشار إليها FREUD قائلاً: "نطلق تسمية صدمة على تجربة معاشة تحمل معها للحياة النفسية وخلال وقت قصير نسبياً زيادة كبيرة جداً من الإثارة لدرجة أن تصنيفها أو إرصانها بالوسائل السوية والمألوفة تنتهي بالفشل مما ينجر عنه اضطرابات دائمة في قيام الطاقة الحيوية بوظيفتها".

يصبح فيض الإثارة مفرطاً بالنسبة لطاقة الجهاز النفسي على الاحتمال، سواء نتج ذلك عن حدث فريد بالغ العنف كانفعالاً شديداً أو عن تراكم إثارات تظل متحملة إذا أخذت كل منها بمعزل عما عداها.

2-2- الصدمة من وجهة نظر FERENCZI:

يرى فيرونزي أن الصدمة تتضمن انهيار الشعور بالذات والقدرة على المقاومة والسلوك والتفكير بهدف الدفاع عن النفس أو أن الأعضاء التي تتضمن الحفاظ على الذات تضمحل أو تقلل من وظيفتها إلى أقصى حد ممكن. فهي بهذا المعنى إذن تلاشي وفقدان الشكل الأصلي والتقبل السهل ومن غير مقاومة للشكل الجديد، حيث تبرز الصدمة النفسية دائماً من غير تهيئ وتكون مسبقة بالشعور بالثقة بالنفس فيأتي الحادث الصادم ليزرع هذه الثقة ويحطمها في الذات وفي المحيط الخارجي، إذا كان الشخص قبل الحادث يعتقد أن ذلك لن يحدث له بل فقط للآخرين. ويرى فيرونزي أن الصدمة قد تكون فيزيائية خالصة أو نفسية خالصة أو فيزيائية ونفسية معاً، وأن الصدمة الفيزيائية تكون دائماً نفسية كذلك، حيث يكون القلق هو النتيجة المباشرة لها وتتضمن الشعور بعدم القدرة على التكيف مع وضعية الضيق الأكبر الذي ينتج بسبب طابع الفجائية الذي تتسم به الصدمة النفسية، فلا يتمكن بذلك الشخص من تنصيب دفاعات واقية ضد الضرر الناجم أو إنتاج تصورات متعلقة بالتغير المستقبلي للواقع في الاتجاه الملائم، ذلك أن هذه التصورات تعمل كمضاد للتسمم ضد الضيق والألم. (سي موسي، زقار، 2002: 63)

2-3- رؤية DIATKINE للصدمة

يعتبر الصدمة النفسية أنها الأثر الناتج عن إثارة عنيفة، تظهر في ظرف لا تكون فيه نفسية الفرد في مستوى القدرة على خفض التوتر الناتج وذلك إما لرد فعل انفعالي مفاجئ أو لعدم قدرة الفرد على القيام بإرصان عقلي كافي، فالخبرة الشاقة تلاقي رغبة لاشعورية مما يؤدي إلى الإخلال بتوازن القوى

النزوية وتوازن الأنا فينجر عنه بتر لنظام صاد الإثارات وكبت مكثف يتولد عنه ظهور الأعراض. ولذلك فكل حادث يتعرض له الشخص دون أن يكون هناك عمل نفسي يمهد له، يضع مباشرة حياته النفسية الواقعية في خطر. (سي موسي، زقار، 2002: 64)

2-4- البسيكوسوماتيك التحليلي:

أعاد المحللون المحدثون العاملون في ميدان البسيكوسوماتيك طرح موضوع الأعصبة الراهنة، وكان مدخلهم إلى ذلك إعادة قراءة لحالة دورا تلك المريضة الشهيرة التي عالجها فرويد وكتب عن حالتها كتابا لا يزال مستخدما في تعليم التحليل النفسي. بهذه المناسبة تعمق هؤلاء المحللون في دراستهم للحالة دورا فرأوا أنها تعاني من عصاب هستيري لكنها كانت تعاني من وضعيات عصابية أخرى تنتمي إلى ميدان الأعصبة اللا نمطية وهذه الأعصبة هي المسؤولة عن الاضطرابات البسيكوسوماتية لدى دورا. ومن هنا سميت هذه الأعصبة بالبسيكوسوماتية وهم يقسمون هذه الأعصبة إلى:

أ- العصاب السلوكي وينجم عن سوء تنظيم الجهاز النفسي.

ب- العصاب الطبيعي وينجم عن عدم كفاية التنظيم النفسي وعدم الكفاية هذه على

درجات ومن هنا يقسم العصاب الطبيعي إلى ثلاث درجات وهي:

· جيد العقلنة؛

· غير مؤكد العقلنة؛

· سيء العقلنة.

ونحن هنا نركز على هذه المنطلقات النظرية بهدف تغطية جانب فائق الأهمية في موضوع الصدمة وهو المتمثل بالتظاهر الجسدي لآثار الصدمة والذي يمكنه أن يصل إلى حدود الموت. كما يقول المحللون أن المصاب بهذه الأعصاب يكون أقل قدرة على تحمل الصدمات والرضوض النفسية وذلك بسبب خلل جهازه النفسي المسؤول أصلاً عن إصابته بالعصاب (الناقلي، 2002: 25)

2-5- التحليل النفسي وصدمة الأنا:

إنه من الضروري التطرق ومناقشة تأثير الصدمة النفسية على الأنا، هذا التأثير الذي تعمقت في دراسته ميلاني كلاين وتلامذتها فيما بعد، ويتلخص هذا التأثير بما يلي:

1- الجسد يهدد الأنا وهذا عندما يكون الجسد هو مصدر الصدمة التي تهدد الحياة كالإصابة بمرض السرطان مثلاً.

2- الجسد موضوع تهديد وهنا يكون الجسد سليماً ولكنه يتعرض لتهديد عوامل خارجية.

3- الجسد المشوه أو الخوف من تشوه الجسد.

4- الجسد المتخلف أو التفكك النفسي أو الجسدي.

وبالنسبة للتحليل النفسي فإن الشخص ينبني من الناحية النفسية استناداً على علاقته بجسمه وذلك بدءاً من اللحظة التي يدرك فيها تمايزه عن جسد أمه والمرضى الشاكين من اضطراب علاقتهم بأجسادهم لا يستطيعون تحقيق هذا التمايز إلا بصورة جزئية. وذلك بحيث تبقى تجاربهم الجسدية البدائية عندما كانوا لا يفرقون بين أجسادهم وأجساد أمهاتهم. ففي هذه التجارب البدائية يظن الطفل أن جسد أمه هو جسده الخاص به وتعود هذه التجارب إلى الظهور كلما تعرض الشخص إلى صدمة أو إلى تجربة سيئة. وبذلك تتحول علاقة الشخص بجسمه إلى تكرار للنمط البدائي وهنا يمكننا أن نتكلم عن حالة من

التثبيت والنكوص سببها الصدمة، هذه الحالة تقود بدورها إلى انفصال الأنا (cission du moi) بحيث يتعد الأنا عن الجسم الذي لا يعود معاشا من قبل الشخص، وهكذا ينشأ الفارق بين الجسد والأنا وينفصل الأنا عن الجسد فينظر الأنا للجسد أحيانا أنه مهدد وأحيانا مهدد وأحيانا أخرى مشوه أو متخلف. كما يجدر التنبيه إلى أن معايشة الجسد بطريقة نفسية مرضية لا تتعلق فقط بالبنية الذاتية للشخص (أي التنظيم الخاص لجهازه النفسي ومجموعة أعطال هذا التنظيم (ولكنها تتعلق أيضا بنوعية الصدمات التي يتعرض لها الشخص). (النايلسي، 2002: 28)

2-6- اضطرابات معايشة الجسد:

تصنف الاضطرابات النفسية المرضية المتعلقة بالصدمة النفسية على صعيد معايشة الجسد وفقا للعوامل التالية:

أ - نوعية الصدمة التي تعرض لها الشخص؛

ب - الانعكاسات النفسية الجسدية للصدمة؛

ج - الانعكاسات العقلية للصدمة؛

د - نوع الانشطار المتبدي على المريض.

والجدول التالي يحدد طريقة تلازم هذه العوامل مع الصدمات التي يتعرض لها الشخص:

نوعية الانشطار	الانعكاسات العقلية	الانعكاسات الجسدية	طبيعة الصدمة النفسية
الجسد يهدد الأنا	انعدام القابلية	خلل التوازن النفسي	صددمات عاطفية،
	الاجتماعية والانصراف	الجسدي، معاودة	صعوبات العلاقات

الشخصية مع الآخرين	ظهور الأمراض أو نوبات الأمراض الجسدية التي كانت كامنة.	عن الطعام وقد يتطور هذا الانصراف ليصل إلى الامتناع عن الأكل	
وضعية عظامية (أسر، اعتقال، خسائر أو فقدان شخص عزيز)	تجسيدات مختلفة	تفجر الوسواس المرضية	الجسد عرضة للتهديد
التعرض لصدمة تهدد الحياة بشكل خطير (حروب، أمراض خطيرة)	تجسيدات مختلفة من النوع الهستيرى	تفجر المخاوف والوسواس المتمحورة حول تعرض الجسد للتشويه	الجسد عرضة للنشوة
الشعور بالذنب أمام الضحايا من قبل الشخص الناجي من الكارثة أو التعرض لتهديد الحياة لمدة طويلة.	ظهور مظاهر التفكك على الصعيد الجسدي	مظاهر اختلال الآنية	الجسد عرضة للجنون

(النايلسي، 2002: 30)

3- مميزات الصدمة النفسية وآثارها على الفرد المتعرض لها:

- فجائية، غريبة، مؤلمة، حادة، شديدة ومتكررة.
 - لا نستطيع أن نتنبأ بزمن حدوثها.
 - تفقدنا السيطرة على الموقف.
 - تفقدنا الإحساس بالثقة بالنفس في مواجهة المواقف.
 - الشعور بالعجز.
 - تحدث تثبيطا حادا في مجريات حياتنا اليومية.
 - تسبب القلق والحزن الشديد.
- أما عن آثار الصدمة النفسية على الصحة النفسية وعلى الفرد عموما فنذكر منها ما يلي:
- الحزن، اليأس، الألم والحداد؛
 - الاكتئاب العصابي البسيط والحاد؛
 - انعدام الشعور بالقيمة والجدوى واحتقار الذات؛
 - العزلة والانسحاب الاجتماعي؛
 - التخيلات والأوهام والهذات؛
 - التفكير في الانتحار ووضع حد للمعاناة؛
 - هستيريا القلق؛

- فقدان السمع والبصر؛

- الشلل الهستيرى؛

- الحبسة الكلامية وعدم النطق؛

- الأعراض الحسية الحركية؛

- فقدان الذاكرة الهستيرى؛

- ظهور بعض الأمراض التي تصنف في فئة الاضطرابات السيكوسوماتية).

(Mini DSM-4 Ntr 2004,:215-218)

4- أعراض الصدمة النفسية:

4-1- تناذر التكرار المرضي:

يأخذ هذا التكرار طابعا مرضيا يبرز على أشكال مختلفة، كالأحلام، الكوابيس، والحاجة القهرية لذكر الحادث، مروراً بالذكريات المؤلمة التي تعيد انتاج الحدث الصدمي، فيمكن أن يجتاح الشخص بانتاج عقلي متكرر عن الخبرة غير مدمجة عقليا، والتي تعيد انتاج الانفعال الأصلي.

فالتكرار هو عبارة عن مجموع مظاهر الانبعاث التي يكرر المريض من خلالها وبقلق وشدة التجربة

الصدمية الأولية (سي موسي. زقار: 2002. 86)

ويتم تكرار الحدث الصدمي في عدة أشكال، منها كالتالي:

4-1-1- الذكريات المتكررة:

بحيث يجتاح الحادث الشخص على شكل صور وأفكار وإدراكات تسبب الشعور بالضييق وتفرض نفسها على وعيه رغم أنه يحاول التخلص منها، وأحيانا على شكل اجترارات عقلية شبيهة بالأفكار القهرية الهجاسية. (سي موسى. زقار: 2002. 86)

4-1-2- الكوابيس والأحلام المتكررة:

أولى "فرويد" بعد حرب 1914 اهتمامه حول الحلم فبعد أن كانت نظريته مرتكزة على مبدأ اللذة بمقدار ما يوفره من تحقيق رغبة وحارس النوم، إلا أن النوم المقطوع بأحلام تظهر بعد الحدث الصدمي يغرق الذات ويخلق حالة من القلق والرعب فيثير احساس بعدم الراحة وبهذا استنتج أن التكرار الملحوظ في عملية الصدمة يخضع لموجتين ضروريتين لاعادة تأهيل الذات من جهة فيتكرر التفكك النفسي الناتج عن الصدمة ضمن اطار اعادة البناء من أجل جعل ماكان عنيفا وخياليا يظهر في شكل هوام قديم، أن يستوعب البنية المتناسكة للذات عن طريق عملية الترميز.

ومن جهة أخرى تهدف عملية الترميز هذه بعد اعادة اقرار التصور والتمثيل الى استيعاب الفرق بين قبل وبعد الصدمة، وبالتالي في مثل هذه الحالة الصدمية المرفقة بأحلام صدمية ذات طبيعة صدمية، لا تهدف الى تحقيق رغبة كما قال "فرويد" سابقا وكأنها خاضعة لمبدأ اللذة، وإنما تعمل على استحضار الخوف و الهلع الذي عايشه الفرد، أثناء مفاجئته بالصدمة، من أجل تمكين نظام الدفاع من الاستنفار لاحتواء الحدث، وتمثيله ضمن شبكة رمزية تمثيلية، وبالتالي اعادة تشغيل ناجح لمبدأ اللذة.

كما يضيف "فرنكزي" أيضا أن الكوابيس مابعد الصدمية قد تكون بلا معنى واضح الا أنها تنزع الى التكرار بهدف الحصول على قناة تفريغية كبيرة Traumatolytique من خلال معالجة التوترات بشكل مستمر (عدنان: 2006. 227)

4-1-3- انطباعات فجائية أو الفعل الفجائي:

وهذا من خلال أن الحدث الصدمي الذي قد يعود مرة ثانية على شكل صور احيائية، أو هام، هلاوس أو مشاهد تفككية، بحيث تظهر الانطباعات بمناسبة مثيرات تستدعي ذكرى الصدمة النفسية، فيعاد معايشة الرعب المرتبط بالخبرة الصادمة الأصلية بأعراضها الاعاشية كنوبات الضعف والهلع أو البكاء، والغضب والعدوانية اللفظية أو الحركية مع الشعور بالتهديد الدائم من طرف خطر غير متوقع ومجهول (سي موسى. زقار: 2002. 87)

وهناك أشكال أخرى للتكرار تتمثل في:

* الاجترار العقلي لظروف الكارثة وحوادثها.

* التذكر المستمر والدائم والمزعج للحدث الصدمي.

،يضاف الى فقدان الفضاء النفسي، بحيث يصبح الشخص عاجز عن التفكير والسلوك بطريقة متزنة

*الرؤية الشبه هلوسية والخاطفة لبعض مشاهد الكارثة، والتعلق الذي يصعب مقاومته

*الشعور بالضيق النفسي الشديد عند التعرض للتنازرات، أو احداث داخلية، أو خارجية، تمثل جانب من

الموقف الصدمي (النابلسي: 1991، 44)

4-2- التناذر التجنبي:

ويظهر التجنب ذو الأصل الصادم مباشرة بعد الحدث ويدل على انتقاله الى وضعيات أخرى متصلة به بعلاقة ترابطية حيث ينعكس التهديد على موضوع أو وضعية تسمح بنشيت القلق، وحتى وان كانت طرق التجنب تهدف بصفة شعورية الى تجنب الأماكن والأشخاص أو المواضيع المتصلة مباشرة بالحدث

الصدمة والواقع أن التجنب ينتج عن جملة من الميكانيزمات الدفاعية التي تهدف الى تفادي تناذر التكرار، مما يؤدي الى:

4-2-1- تجمد وظائف الحضور:

يفقد الشخص مراكز اهتماماته المعتادة ويقلل من نشاطاته.

(سي موسي.زقار: 2002. 88)

4-2-2- التبدل العاطفي:

ويعتبر وسيلة للتجنب التي يلجأ اليها الفرد للسيطرة على عوارض الاضطراب بحيث يبدأ بعد فترة قصيرة من التعرض للصدمة. (غسان: 1999. 47)

4-2-3- تناذر القابلية للاثارة النفعالية:

تعاش الصدمة كبتز عنيف للمنبهات الحسية، فالانكسار الناتج عن الحدث يسبب اجتياحا حسيا مع الشعور بفقدان الحدود، ففي لحظة يتجمد الفضاء والزمن، هذا النطباع للتعبئة الزمنية والمكانية كيفية لحماية ذاته لضعف وظائف الأنا.

(سي موسي.زقار: 2002. 89)

5- أنواع الصدمات:

الصدمة نوعين أساسيين الصدمات الرئيسية وصددمات الحياة:

5-1- الصدمات الرئيسية:

هي الخبرات الجلية في حياة أي فرد تصادفه باكرا وتكون لها آثار نفسية حاسمة لا يمكن أن تستحدثها أي صدمة أخرى وهي أنواع:

5-1-1- صدمة الميلاد:

تعتبر الولادة أول وضعية خطيرة يعيشها الإنسان والتي تصبح قاعدة لكل قلق فيما بعد، لذا تعتبر صدمة الميلاد صدمة ولعل أشهر من تحدث عن صدمة الميلاد هو Otto Rank في كتابه Le traumatisme de la naissance سنة 1923 حيث اعتبر أن الميلاد حدث تهتز له نفس الطفل ويصيبها منه القلق الشديد الذي يكون أصل القلق لاحقا.

واعتبرها النموذج الأولي أو نواة لكل عصاب، فخرج الطفل من جنته الأولى بانتزاعه من الحياة الرحمية لهو النمط الأولي لكل قلق وأصل كل عصاب، وأن الصدمة النفسية تنشط مباشرة القلق البدائي وتسبب العصاب الصدمي حيث يعمل خطر الموت الخارجي على إثارة التحقيق العاطفي لذكرى الميلاد التي لم تتحقق لحد الآن لاشعوريا.

فمن خلال الأحلام المزعجة التي تظهر في العصاب الصدمي يتكرر إنتاج صدمة الميلاد

بطريقة نموذجية تحت قناع الحادث الصادم الزاهن مع بعض التفاصيل المتعلقة به. فعندما نفتقد شخصا عزيزا مهما كان جنسه فإن هذا الفراق يحيي ذكرى الفراق الأساسي مع الأم، فيباشر عمل نفسي مؤلم يهدف إلى فصل اللبيدو عن هذا الشخص المفقود وهو ما يتوافق مع التكرار النفسي لصدمة الميلاد.

وحسب لابونش وبونتاليس الرحم هو منبع اللذة والسعادة، والميلاد هو طرد من تلك الحياة الداخلية إلى حياة خارجية تتميز بالقسوة باعتبار الرحم بيئة مثالية للطفل لا يشكل بالنسبة له تهديدا ولا توجد فيه

الصراعات ومن ثم يصاب الطفل بالهلع لحظة الميلاد ويبكي بشدة ويضل لديه حنين دائم خلال النمو ليعود للرحم

(Otto Rank, 1976: 10)

5-1-2- صدمة الفطام:

يتعاقب الإشباع والإحباط عند الطفل منذ ولادته، فعلاقة الرضيع بالثدي كموضوع جيد تعقبها علاقته به كموضوع سيء وكرهه أثناء الفطام، وهكذا تتراوح مواقف الرضيع من المواضيع إذ يرسم صورة هوامية تجعل هذه المواضيع سيئة أو جيدة، وقد لا ترتبط هذه الصورة فعلا بحقيقتها ومن هنا ينبع القلق والعصاب. كما ترى ميلاني كلاين أن الأم هي ميدان زراعة الطفل، فهي تؤمن له التغذية والعلاقة مع العالم الخارجي، وهي في نفس الوقت منبع كل أنواع الهجر، فهي تسهم في صدمة الولادة وصدمة الفطام ومبدأ ميلاني كلاين هو الإنشطار بين الهوام والواقع وبين الموضوع الجيد والسيء والقلق والعدائية). (عبد القادر، النابلسي، 2002: 424)

5-1-3- صدمة البلوغ:

يعرف البلوغ على أنه مجموعة التغيرات النفسية والفيزيولوجية المرتبطة بنضج جنسي ويمثل البلوغ الانتقال من مرحلة الطفولة إلى مرحلة الرشد، والبلوغ مرحلة محتمة لكل فرد يمر بها خلال نموه ولهذا تعتبر مرحلة البلوغ صدمة وأزمة نفسية. ويذهب بعض العلماء إلى القول بأن صدمة البلوغ تضاهي صدمة الميلاد أثراً، فالمعروف أن الطفل في البلوغ يشهد تغيرات في جسمه ويحس بمشاعر لم تكن من قبل، ويقوم بتصرفات يحس إزاءها بأنه مختلف تماماً. وربما تكون له في هذه المرحلة من نموه استجابات تكون لها تأثيرات مهمة على حياته النفسية وتظل معه بقية عمره

(N.Sillamy, 1996: 211-212)

5-2- صدمات الحياة:

وهي التجارب التي يمر بها الفرد أو الأحداث التي يتعرض لها سواء كانت بسيطة أو عنيفة وإن كانت كذلك فتسبب له صدمة نفسية وهي أنواع):

5-2-1- صدمة الطفولة:

صدمة الطفولة قد تكون أحداث مؤلمة منفردة من النوع الذي يستغرق حدوثها وقتا قصيرا، كالعلاقات الجراحية التي تجرى للطفل دون إعداده نفسيا، أو الاعتداءات الجنسية على الطفل أو موت أحد الوالدين أو كليهما فجائيا أو اختفاؤه، وقد تكون أحداث طويلة الأمد استغرقت بعض الوقت ك انفصال الوالدين وشذوذ العلاقات الأسرية أو المعاملة القاسية التي يتلقاها الطفل من بيئته ويرى Freud أن كل الأمراض منشؤها صدمات طفلية.

5-2-2- صدمة ناتجة عن معايشة حدث صدمي:

وهي ناتجة عن أحداث عنيفة طبيعية خارجة عن نطاق الفرد كالفيضانات والزلازل ومختلف الكوارث الطبيعية، كما قد تكون بفعل الإنسان كالحروب وحوادث المرور وغيرها.

5-2-3- صدمة ناتجة عن سماع خبر مؤلم دون معايشة الحدث:

كسماع الفرد بموت أحد المقربين له مما يؤثر على نفسيته بالرغم من عدم حضوره أثناء الوفاة، وعموما كل ما يعيشه الشخص من حادث يتخطى الإطار المألوف لتجربة إنسانية وإن يكن هذا الحدث مؤملا لدى أي فرد مثل التهديد الخطير على الحياة الشخصية أو الجسد أو على الزوجة والأولاد، أو رؤية جريمة قتل أو اعتداء جنسي أو غيرها.

5-2-4- صدمة المستقبل أو الصدمة الحضارية:

تكون كنتيجة للإفراط في الإثارة كما يقول توفلر ويحدث ذلك عندما يضطر الفرد إلى التصرف بشكل يتجاوز مداه التكيفي ويقصد بمداه التكيفي قدرة الفرد على التكيف أو التأقلم ولا يمكن تحقيق التكيف الناجح إلا عندما يكون مستوى الإثارة معقولا وبدون إفراط في الزيادة أو النقصان ولهذا يحذر توفلر من الإفراط في إثارة الاحتياجات الأمر الذي يؤدي إلى انهيار الجسد، فالتقليل من الإثارة أساس لتحقيق التنمية السليمة. (الحنفي، 1996: 924)

5-3- تصنيف: E.Moussong

والذي عرض في المؤتمر الدولي الثامن للطب النفسي بأثينا سنة 1989 ويتمثل فيما يلي:

أولاً: التهديد من داخل الجسد: وتضم هذه الفئة معايشة المريض لشعور إصابته بمرض يهدد حياته (القلب، السرطان، السيدا وغيرها) حتى لو لم يكن مصابا بها فعلا، فقد تحدث مثل هذه المعايشة لمجرد طلب الفحوصات وهو طلب يترجمه الشخص على أنه إصابة مؤكدة بالمرض، كما تتضمن هذه الفئة صدمات التعرض للعمليات الجراحية وغيرها من صدمات المرض الجسدي، كما تضاف إليها حالات الخوف من فقدان التكامل العقلي أو المرض العقلي.

ثانياً: التهديد من خارج الجسد: ويضم هذا النوع مخاوف العدوى، مخاوف الأذى الاصطناعي كالحرب والخطف والتهديد، ومخاوف الأذى الطبيعي كالزلازل والفيضانات. كما تتضمن هذه الفئة مخاوف خارجية تتداخل مع مخاوف الفئة الأولى فتساعد على تفجيرها مثل فقدان شخص عزيز أو أحيانا بمجرد موت شخص معروف. (الناقلي، 2002: 91)

6- اضطراب ضغط ما بعد الصدمة: PTSD

6-1- تعريف: PTSD -

" وقد تم ترجمتها Post traumatic stress disorder هي اختصار لعبارة PTSD كلمة إلى العربية تحت اسم اضطراب ضغط ما بعد الصدمة. وقد صنفت ضمن اضطرابات القلق في DSMVI-R وهي عبارة عن مجموعة أعراض واضطرابات تظهر بعد الصدمة وهي كالتالي:

صعوبة في النوم، قلة التركيز، الغضب الزائد، المبالغة في الارتجاف، اليقظة المفرطة وتكون مرتبطة بأحداث تثير أو ترمز للصدمة (B.Dorayet, C-Louzoum, 1997: 134)

6-2- المسار والمآل:

من المعروف أن ضغط ما بعد الصدمة يأخذ بعض الوقت كي تظهر أعراضه وهذا الوقت يتفاوت فيقصر في بعض الحالات إلى أسبوع ويطول في حالات أخرى ليصل إلى ثلاثين سنة. وتتفاوت شدة الأعراض من وقت لآخر ولكنها تبلغ ذروتها في أوقات الانضغاط النفسي وقد تبين الدراسات التي أجريت على الحالات النمطية من ضغط ما بعد الصدمة ما يلي:

- 30% من الحالات يتم شفاؤها تماما.
- 40% يستمرون في المعاناة من بعض الأعراض البسيطة.
- 20% يعانون من أعراض متوسطة الشدة.
- في حين يبقى 10% كما هم أو يتدهورون أكثر.

وهناك علامات تشير إلى توقع المآل الجيد ومنها:

- ظهور الأعراض بعد وقت قصير من وقوع الحادث.

- قصر مدة الأعراض (أقل من ستة أشهر).

- كفاءة أداء الشخصية قبل الاضطراب.

- وجود تدعيم اجتماعي جيد.

- وأخيرا عدم وجود اضطرابات نفسية أخرى مصاحبة للحالة.

وقد وجد بشكل عام أن المآل قد يصبح أسوأ في حالات الأطفال وكبار السن مقارنة بمتوسط العمر

لافتقاد هاتين الفئتين لقدرات المواجهة ومهارات التكيف

(H.I Kaplan et B.j.Sadock, 1998: 81)

7- الخصائص التشخيصية لاضطراب ضغط ما بعد الصدمة:

إن الخاصية الأساسية في هذا الاضطراب هي الذاكرة الصدمية وهذا ينعكس في أعراض نفسية محددة

وردت في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للأمراض النفسية. (1994DSM-IV) كالتالي:

أ- تعرض الشخص لحدث صدمي وحدث كالتالي:

1- مر الشخص بخبرة أو شاهد أو واجه أحداث تضمنت موت حقيقي أو تهديد بالموت أو إصابة بالغة

أو تهديد شديد لسلامة الفرد والآخرين.

2- تضمنت استجابة الفرد الخوف و إحساس بالعجز والتعب وفي حالات الأطفال يظهر هذا في صورة

سلوك مضطرب.

ب- تتم إعادة معايشة الحدث الصدمي بطريقة أو بأخرى من الطرق التالية:

- 1- تذكر الحدث بشكل متكرر ومقنن وضغط وذلك يتضمن صوراً ذهنية أو أفكار أو مدركات.
 - 2- استعادة الحدث بشكل متكرر وضغط في الأحلام.
 - 3- التصرف أو الشعور وكأن الحدث الصادم عائد.
 - 4- انضغاط نفسي شديد عن التعرض للمثيرات سالفة الذكر داخلية كانت أم خارجية والتي ترمز أو تشبه بعض الجوانب من الحادث الصدمي.
 - 5- استجابات فيزيولوجية تحدث عند التعرض للمثيرات سابقة الذكر.
- ج - التفادي المستمر لأي مثيرات مرتبطة بالحادث الصدمي إضافة إلى هبوط عام في الاستجابات.
- د - أعراض زيادة الاستثارة بشكل دائم.
- هـ - الأعراض مستمرة لمدة شهر على الأقل.
- و - اضطراب ضغط ما بعد الصدمة يسبب انضغاطاً إكلينيكياً واضحاً أو يؤدي إلى تدهور في الأنشطة الاجتماعية أو الوظيفية أو جوانب أخرى هامة.
- وقد قسم DSM-IV حالة PTSD إلى:
- حادة: عندما تستمر الأعراض أقل من ثلاثة أشهر.
 - مزمنة: عندما تستمر الأعراض من ثلاثة أشهر فما فوق.
 - متأخرة: إذا ظهرت الأعراض بعد ستة أشهر من العامل المسبب للضغط.

وفي حالة الأطفال لا نجد عملية استعادة الحادث بالشكل المألوف لدى الكبار وإنما هي عملية تمثيل للحدث أثناء اللعب أو نجد أحلام مفزعة لا يستطيع الطفل ذكر محتواها).

(DSM-IV, 2003: 117)

8- العصاب الصدمي:

8-1- تعريف العصاب الصدمي:

هو نمط من العصاب تظهر فيه الأعراض إثر صدمة انفعالية ترتبط عموماً بوضعية أحس الفرد فيها أن حياته مهددة بالخطر، وهو يتخذ في لحظة الصدمة شكل نوبة قلق عارمة تجر إلى حالات من الهياج والذهول أو الخلط العقلي، ويتيح التطور اللاحق لنا والذي يأتي غالباً بعد فترة من السكينة أن نميز إجمالاً ما بين حالتين:

أولاً: تقوم الصدمة بدور العنصر المفجر الذي يكشف عن بنية عصابية سابقة.

ثانياً: تلعب الصدمة هنا دوراً حاسماً في محتوى العرض نفسه وهذا على شكل معاودة الحادث الصدمي وكوابيس تكرارية واضطرابات النوم... الخ والذي يبدو وكأنه محاولة متكررة لاستيعاب الصدمة وتصريفها . يخصص فرويد والمحللون النفسيون تسمية العصاب الصدمي عادة لهذه اللائحة الإكلينيكية الأخيرة .

(لابلونش وبونتاليس، 1997: 335)

8-2- الفرق بين PTSD والعصاب الصدمي:

في سنة 1987 أصدرت الجمعية الأمريكية للطب العقلي DSMIII والذي ورد فيه ما يسمى بال PTSD الذي جاء كبديل لمصطلح العصاب الصدمي وفي سنة 1995 حددت هذه الجمعية المعايير التشخيصية لحالة PTSD والأعراض المرافقة له.

فإذا تجاوزت هذه الأعراض ستة أشهر يطلق عليها اسم العصاب الصدمي. (سي موسي. زقار، 2002:

(78

8-3- مميزات العصاب الصدمي:

أولاً: فترة الكمون:

وهو الزمن الفاصل بين الصدمة وظهور الأعراض، فالمؤكد أن العصاب الصدمي هو حالة ذات آثار وعواقب مرضية وذات ديمومة قد تطول أو تقصر. وعليه فإنه لا يجب الخلط بينه وبين ردود الأفعال الفورية الناجمة عن شدة الصدمة والإرهاق النفسي الذي تسببه، فمظاهر العصاب الصدمي تستقر مع الوقت وتحديداً بعد فترة الكمون. وتختلف هذه الفترة باختلاف الأشخاص والوضعيات (من أيام إلى سنوات).

وتمثل هذه الفترة العمل الدينامي الذي تقوم به دفاعات الأنا في محاولة منها لإصلاح الخلل الناجم عن الصدمة وهذا العمل الدينامي يستدعي دفاعات جديدة لمساعدته في مواجهة التخريب الذي نجم عن حدث لم يكن بالإمكان التحكم به وبأثره لدى وقوعه. إن الكشف عن العصاب الصدمي في هذه المرحلة (أي قبل تظاهره العيادي الواضح) يعتبر خطوة رئيسية على الصعيد الوقائي، إذا ما لجأ المعالج خلال هذه المرحلة إلى كسر وحدة المريض وجموده وإلى تنفيس صدمته من خلال حوار ثنائي فإنه يمكن عرقلة العمل العصابي والحوار دون تحول صدمة المريض إلى بناء هيكل عصابي.

ثانيا: تناذر التكرار المرضي:

يتميز العصاب الصدمي بمجموعة من الأعراض التي أصبحت محددة بشكل واضح وقد تم الإجماع على تسميتها بتناذر التكرار والذي يرمز خاصة إلى كابوس تكراري (إعادة معايشة الحادث الصدمي) ويكون هذا الكابوس معاشا أكثر من تأمليا، وفيه يعيش المريض مجددا الحدث الصدمي سواء بشكله الأصلي أو بشكل آخر تبعا لميكانيزمات الإزاحة والتكثيف والترميز في الحلم

. ويكون هذا الكابوس معاشا بصورة حادة بحيث يدفع المريض إلى الصراخ والتقلب وأحيانا الوقوع من السرير، ثم يستيقظ المريض مذعورا ومتعرقا.

كما أن هناك أشكال أخرى للتكرار مثل اقتحام الوعي من قبل أفكار ذات علاقة بالحادث الصدمي والاجترار العقلي لظروفه وأحداثه والرؤية شبه الهلوسية والخاطفة لبعض مشاهدته والتعلق وتأملها الذي تصعب مقاومته (بمشاهدة مظاهر العنف في الواقع أو في الصور أو الأفلام) وتكرار سلوك حركي مصاحب بحركات دفاعية أو عدائية (وكأنه يتعرض للصدمة من جديد) وأخيرا تظاهرات جسدية قد تتسبب بها مثيرات بسيطة.

ثالثا: بعض الأعراض العصابية المستعارة من أعصبة أخرى:

إلى جانب تناذر التكرار المرضي، وصف الباحثون في جداولهم العيادية المقترحة للعصاب الصدمي عددا من الأعراض العامة كالقلق والتعب (الإعياء) والعجز الجنسي وبعض الأعراض مثل الخوف وتحول هسستيري والعلامات الوسواسية. وهذا ما يؤكد عليه فرويد إذ يبرز أساسا في كتابه "ما فوق مبدأ اللذة" 1920 ويقول: "يقترن الجدول العيادي للعصاب الصدمي من ذلك المتعلق بالهستيريا من حيث الغنى بالأعراض الحركية المماثلة ولكنها تتجاوزه كقاعدة عامة على صعيد إشارات الألم الذاتي الصارخة جدا والخاصة بها، كما تتجاوزها على صعيد دلائل الوهن والاضطراب الأكثر شمولاً في الوظائف النفسية."

ويصر فرويد أثناء الحديث عن العصاب الصدمي على الطابع الجسدي والنفسي للصدمة أي الهزة العنيفة التي تصيب الفرد محدثة فيضا من الإثارة وما يرافقها من رعب في آن واحد. ويرى فرويد في هذا الرعب وهو تلك الحالة التي تحدث حين نقع في وضعية خطيرة دون أن نكون مستعدين لها (العامل الحاسم في تحديد العصاب الصدمي). (النابلسي، 2002: 43-44)

9- الشخصية العصابية الصدمية:

إن العصاب لا يعرف فقط من خلال أعراضه المميزة وإنما يعرف أيضا من خلال الشخصية الكامنة وراءه (المرشحة للإصابة بذلك)، فالشخصية القلقة تكمن وراء عصاب القلق، والرهابية وراء الفوبيا والهستيرية وراء الهستيريا، والشرجية وراء عصاب الوسواس القهري، لكن العصاب الصدمي يختلف عن كل هذه الأعصاب من حيث كونه عصابا راهنا وهو بالتالي لا يستند إلى شخصية كامنة، بل إنه يحدث تغييرا مميزا في الشخصية بعد حدوثه. ولذلك يمكننا الحديث عن الشخصية العصابية الصدمية ولكن بعد حدوث العصاب الصدمي. وتتميز هذه الشخصية بعلامات الخوف والكف والنكوص والتبعية، كما يعرف Fenichel هذه الشخصية والتي تتسم بتنشيط الوظائف الثلاثة للأنا وهي:

- 1- وظيفة تنقية المثيرات؛
- 2- وظيفة الحضور والنشاط في العالم؛
- 3- الوظيفة اللبديية وفيها كل إمكانيات الحب الموجه للمواضيع وللآخر، وذلك بسبب توجه هذه الوظيفة نحو ترميم محبة الذات التي فقدت الدعم في لحظات الحدث الصدمي

(النابلسي، 2002: 46)

10- علاج الصدمة النفسية:

ينبغي التأكيد على أهمية العلاج في حالات الصدمة النفسية باعتباره السبيل الوحيد لإعادة التوازن للفرد المتعرض للصدمة، لكن من المهم أيضا الأخذ بعين الاعتبار لبعض متطلبات أي تدخل علاجي أو تكفل بالحالات المتعرضة لصدمة نفسية ونذكر منها ما يلي:

- استعادة الأمان: وذلك بنقل الفرد إلى مكان يشعر فيه بالأمان والطمأنينة بعيدا عن مكان الحادث؛
 - استعادة القدرة على التعامل مع عواقب الحدث الصدمي: من خلال مساعدته على معرفة ما حدث له ولمحيطه بشكل يحتمله وعيه؛
 - استعادة شبكة الدعم والمساندة: وذلك من خلال إحاطته بمن تبقى من أفراد أسرته أو أقاربه في حالة كارثة طبيعية مثلا أو بجمعيات الدعم والسند في المجتمع؛
 - إمكانية استيعاب الخبرة الصادمة: وهذا من خلال البناء المعرفي البسيط من خلال إعطاء تفسيرات عقلية ومنطقية لما حدث.
- وقبل التطرق إلى مختلف الإستراتيجيات المستعملة في حالات الصدمة النفسية، نقوم بإلقاء الضوء على مفهوم التكفل وبعض الإستراتيجيات:

10-1- مفهوم التكفل:

التكفل هو تعبير يشمل كل المقاربات الفردية والجماعية في مختلف الحقول العلاجية التربوية والبيداغوجية والاجتماعية، يمكن إذن لهذا المفهوم أن يكون علاج نفسي أو إعادة تأهيل أرطوفوني أو علاج نفسي حركي أو علاج بالعمل أو حتى تكفل مؤسساتي باعتبار المؤسسة مكان للتكفل بالفرد الذي يواجه صعوبات وهذا لما سيتعرض له الفرد من فعل تربوي أو تعليمي أو تجهيزي أو علاجي... إلخ.

وفيما يلي عرض لبعض استراتيجيات التكفل بالأفراد المتعرضين للصدمة:

10-2- تدخل الأزمة:

يرجع الفضل بالتعريف بهذا المفهوم إلى Lindman الذي أعطاه قيمة جوهرية وهذا بمناسبة دراسته لرد فعل الحداد العادي والمرضي وعلاجه. وبعدها نشرت عدة كتب ومقالات للعلاج قصير المدى وللتعريف أكثر بتدخل الأزمة يفرق Sifnos بين نوعين من التدخل، الأول وهو العلاج قصير المدى بكل ما تحمله الكلمة من معنى والذي يمتد من شهرين إلى سنة وتدخل الأزمة الذي يمثل علاجاً محدداً بعدد قليل من الحصص أي من ستة إلى عشر حصص فقط. والجدير بالذكر أن تدخل الأزمة يشمل في معناه عدة إيجابيات ملموسة ومنها إمكانية مساعدة أكبر عدد من المرضى باستعمال عقلائي واقتصادي للموارد العلاجية المتاحة، كذلك الوقاية من التزامن الناتج عن غياب التخطيط أو غياب الأهداف العلاجية. في العلاج قصير المدى، يقوم المعالج باستخدام مجموعة متنوعة من التدخلات التشخيصية والعلاجية في آن واحد كالعلاج السلوكي، التنفيس، العلاج الصيدلاني أو تدخل على مستوى المحيط العائلي والاجتماعي للعمل. كل هذه الوسائل تسمح للمعالج بالتعرف على المفحوص والتقييم السريع لحدة مشاكله والتدخل الملائم لحالته. كل هذا يحدد تبعاً لطبيعة الأزمة وشخصية المفحوص وبصورة عامة فإنه من الممكن وصف نوعين رئيسيين من العلاج قصير المدى حسب طبيعة التدخلات:

أولاً: العلاج النفسي التفسيري والذي قد يسبب القلق لأنه يهدف إلى إيصال المفحوص إلى الوعي بالصراع على أمل حدوث تغيير حالي في رد الفعل العصبي لمواجهة المشكلة.

ثانياً: العلاج بالسند والذي يهدف إلى التخفيض من صراعات المفحوص بمساعدة الإيحاء، تطبيب خاص أو أحيانا تدخل على مستوى محيط المفحوص.

10-3- التطهير النفسي:

التطهير النفسي أو العلاج بعد الآتي موجه للأفراد الذين عايشوا حوادث خاصة أو صدمات كالكوارث الطبيعية والحوادث أو وضعيات ناتجة عن عنف بشري. هؤلاء الأفراد يمكن أن يكونوا مدنيين، عمال يمارسون المهن ذات مخاطر. كما أن رجال الإنقاذ الذين شهدوا هذه الحوادث صعوبة التخيل معنيين بالتطهير النفسي وفي بعض الحالات يعجزون عن إنقاذ روح بشرية. كل هؤلاء الأفراد واجهوا فجأة الموت، إدراك الموت والذات أو الآخرين، وهم يتواجدون في وضعية إجهاد مع تزعزع توازنهم الداخلي مما يسبب خلل التنظيم لذاتهم. مهما كانت طبيعة الإصابات والتي في بعض الحالات تكون صعوبة التعرف عليها والأعراض العيادية محددة، الاستمرارية النفسية للفرد تعرضت للخطر. وبالموازاة مع انقطاع الوظيفة الزمانية ففعليا الوقت الصدمي يكون جامدا وينتج عنه تمزيق في إدراك الاستمرارية. كما تختلف طرق العلاج حسب الظروف وعلى علاقة بوقت ومكان تواجدهم.

أولاً: العلاج الإستعجالي:

التطهير المبكر والذي يسمى Le Diffusing يمارس في مكان الحادث الصدمي ويؤمن عموماً من طرف الأطباء العقليين والمختصين النفسيين والمرضى وخلايا الاستجالات الطبية النفسية تكون مهياً والعلاج موجه للضحايا المدنيين لمساعدتهم على استيعاب معاشهم الآتي وقلقهم.

ثانياً: العلاج بعد الإستعجالي:

يمارس التطهير النفسي من يومين إلى عدة أيام بعد الحادث (بين 24 ساعة إلى 72 ساعة)، في مكان محايد ومستقر، قد يكون فردي أو جماعي ومدته تتراوح بين ساعة ونصف إلى ثلاث ساعات حسب عدد المشاركين والذين لا يجب أن يتجاوز عددهم 12 شخص. هذه الطريقة موجهة للأفراد المدنيين والممارسين الذين واجهوا اعتداءات أو أحداث خطيرة أثناء ممارسة وظيفتهم وكذلك رجال الإنقاذ بعد

ممارسة مهمتهم ويكون مؤمنا من طرف أخصائيي الصحة العقلية المكونين في الإجهاد ودينامية الجماعات.

ثالثا: المتابعة النفسية:

ييدي بعض الأشخاص الحاجة إلى متابعة حصص علاج نفسي لمساعدتهم على الخروج من تناذر بعد صدمي. هذا العلاج يؤمن من طرف مختصين نفسيين أو أطباء عقليين مكونين خصيصا في هذا النوع من العلاج النفسي (العلاج بالسند).

يمارس العلاج في معاینات خاصة بعلم النفس الصدمي، كما أن التطهير النفسي هو اجتماع لمجموعات منظمة لمراجعة الأحداث بالتفاصيل والأفكار والأحاسيس وردود الأفعال التي تلت الحادث الصدمي كما يهدف التطهير النفسي إلى التنبؤ بآثار غير مرغوب فيها وتسريع الاسترجاع الطبيعي والمحافظة على الدافعية.

وعموما الفكرة الأساسية في العلاج النفسي تتلخص في إزالة الإجهاد النفسي الواقع على الفرد وذلك بإبعاده عن مصدر الخطر والتهديد، ثم مساعدته على التنفيس عما تراكم بداخله من مشاعر وذكريات أثناء وقوع الحادث، وهذا يتم بشكل تدريجي في جو آمن ومدعم حتى يستطيع في النهاية استيعاب آثار الصدمة وتجاوزها. ويلي ذلك تعليم الفرد المتعرض للصدمة مهارات مواجهة

الأحداث حتى تزداد مناعته في مواجهة أحداث مماثلة). (شابي، 2009: 41)

10-4- العلاج الدوائي:

هناك بعض الأدوية التي ثبتت فعاليتها في علاج هذا الاضطراب ومنها مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات مثل الأمبيرامين (نفرانيل) والأميتريبتيلين (تريبتيزول) ويبدأ العلاج بجرعات صغيرة وتزيد هذه

الجرعات بالتدريج حتى تتحسن الحالة مع مراعاة الآثار غير المرغوب فيها خاصة على القلب وهذا بواسطة الفحص العيادي وعمل رسم القلب خاصة إذا كانت الجرعات الموصوفة كبيرة نوعا ما.

وهناك مجموعة أخرى من الأدوية وهي حديثة نوعا ما وتسمى مانعات استيراد السيروتونين الانتقائية مثل الفلوكتين والسيثالوبرام والباروكستين والفلوفوكسامين وغيرها.

وهذه المجموعة تتميز بأن أعراضها الجانبية أقل وتقبلها أفضل. أما الأدوية المساعدة فنذكر منها مضادات القلق مثل البرازولام (زاناكس) ومضادات الصرع مثل كاربامازيبين (تيجريتول) وفالبروات الصوديوم (ديباكين)، ويمكن استخدام البوربرانول (أندرال) بجرعات بسيطة في حالة زيادة ضربات القلب أو وجود المظاهر الجسمية للقلق كالتعرق والرعدة وعدم الإستقرار.

(H.I Kaplan et B.j.Sadock, 1998: 88)

خلاصة

تناولنا في هذا الفصل المفاهيم الأساسية التي هي على علاقة مباشرة بالحدث الصدمي وهي الصدمة النفسية واضطراب ضغط ما بعد الصدمة والعصاب الصدمي. كما تطرقنا إلى مسار ومآل هذه الاضطرابات، فهناك حالات يتم شفاؤها وحالات أخرى تستمر في المعاناة مع بعض الأعراض البسيطة أو المتوسطة في الشدة أما البعض الآخر فيتدهور إلى درجة كبيرة وهذا ما يستدعي التدخل لإسعافهم والتكفل اللازم بهم. وقد ذكرنا مختلف أشكال التكفل والوسائل المتاحة للمختص في مجال الصدمة النفسية خاصة المختص النفسي للقيام بمهمته على أحسن وجه والوصول بالفرد المتعرض للصدمة إلى القدرة على استرجاع توازنه النفسي وقدراته ورغبته في الحياة ومباشرة أعماله اليومية دون أن يكون للآثار التي خلفتها هذه الصدمة دور مثبت لنشاطاته وآماله. ونرجو أن نكون قد ألممنا ولو بالشيء القليل والمتاح

على كامل العناصر التي تخص موضوع الصدمة النفسية لما لهذه الأخيرة من أهمية كبيرة في الصحة النفسية العمومية.

الفصل الرابع: الاجراءات المنهجية للدراسة

1- الدراسة الاستطلاعية

2- الدراسة الأساسية

2-1- عينة الدراسة

2-2- منهج الدراسة

2-3- أدوات الدراسة

3- حدود الدراسة

1- الدراسة الاستطلاعية:

نظرا لاهمية الدراسة الاستطلاعية في البحوث الميدانية، كونها تساهم في تحديد عينة الدراسة وضبط خصائص الموضوع، نزل الباحث للميدان من أجل الحصول على عينة قصدية تتوافق والخصائص التي تهدف لها الدراسة وموضوعها، وتم تحديد عينة الدراسة من خلال الاستدلال عليه من سجلات الحالات المرضية بمؤسسة الصحة الجوارية الوطنية، ثم الشروع بالبحث مع الحالة بمنزله الخاص، للظروف الصحية التي يعاني منها.

2- الدراسة الأساسية:**2-1- عينة الدراسة:**

تم اختيار عينة الدراسة وفق الشروط التالية:

- راشد مشخص على انه مصاب بصدمة دماغية.

واشتملت الدراسة على حالة واحدة (عبد الوهاب) 61 سنة مصاب بصدمة دماغية اثر حادث مروري مع قطار.

2-2 المنهج المتبع في الدراسة :

تختلف المناهج باختلاف المواضيع المتناولة قصد الدراسة. ولكل منها وظيفته وخصائصه التي ينسب إليها كل باحث في ميدان تخصصه، والمنهج مهما كان نوعه والطريقة التي يتبعها الباحث للوصول إلى نتيجة معينة، كما يعتبر الطريقة التي يتبعها بهدف دراسة مشكلة ما والإجابة عن التساؤلات التي يثيرها موضوع البحث. فنظرا إلى أن طبيعة مشكلة موضوع الدراسة هي التي تحدد نوع المنهج المستعمل. ونظرا لطبيعة موضوعنا وكذا المشكلة التي نحن بصدد معالجتها نحاول أن نحدد فيما أن الضحية التي تعايش الصدمة

الدماغية (ارتجاج المخ) تعايشها كحدث صدمي على شكل اضطراب الضغوط التالية للصدمة (إجهاد ما بعد الصدمة) وكذا صعوبات التكيف النفسي التي تظهر لدى الضحية في عدم تقبل الوضع الجديد بعد معايشة الصدمة الدماغية لجملة الاعتبارات المذكورة سابقا. تم اختيار المنهج الإكلينيكي المناسب لدراسة الحالة، مع الاعتماد على تقنية تحليل المحتوى (تحليل المضمون) للمقابلات النصف الموجهة، التي أجريناها مع الحالات بشكل يخدم موضوع الدراسة حيث يمكن للحالة المدروسة أن تعكس حقيقة المعاش النفسي الصدمي للضحية التي تعرضت للصدمة الدماغية والصعوبات التي تعايشها.

2-3- أدوات الدراسة :

قد تراوحت أدوات جمع البيانات والمعلومات الخاصة ببحثنا بين: المقابلة وكذا تقنية تحليل المحتوى (المضمون) للمقابلات النصف الموجهة التي قمنا بإجرائها. وقد تم اختيارنا للمقابلة النصف الموجهة (أو ما يعرف بالمقابلة المقننة) والتي تهدف إلى إعطاء الفرصة الكافية لجمع أكبر قدر ممكن من المعلومات التي تخدم أهداف بحثنا، مع ضبط بعض الأسئلة في محاور خاصة والمحافظة على حرية التعبير في أحيان أخرى من طرف الحالة كما وجه الحوار دائما نحو ما يخدم أهداف موضوع الدراسة. وقد تم وضع "دليل المقابلة" وهو الأداة التي ارتكزت عليها المقابلة في بحثنا حيث تضمنت كل الأسئلة التي احتمال طرحها تماشيا ما تخدم موضوع البحث، وكانت وثيقة لعنوان البحث والإشكالية والفرضيات، حيث تراوحت أسئلة الدليل ما بين العامة التي ترتبط بالإبعاد، والأسئلة الفرعية التي ترتبط بمؤشر كل بعد، كما لم يفتنا إعطاء بعض الضمانات اللازمة للمبحوثين في توفير جو مطمئن مع سرية المعلومات التي تسرد أثناء المقابلة. وأهم الأبعاد الرئيسية المخصصة لخدمة موضوع الدراسة فكانت كما يلي:

محاور المقابلة:

يتم تحديد المحاور الكبرى كأبعاد أو محكات تشخيصية لاضطراب الضغط ما بعد الصدمة الدماغية حسب ما ورد في DSM4 بأشكالها الثلاث:

البعد الأول (تناذر التكرار)

البعد الثاني تناذر التحبب (السلوكات التجنبية)

البعد الثالث التناذر العصبي الإعاشي

البعد الرابع أهم الآثار النفسية المترتبة عن الصدمة الدماغية

وقد اعتمدنا على تقنية تحليل المحتوى (المضمون): في التعامل مع المعطيات التي تم

الحصول عليها من خلال المقابلات التي أجريت مع المفحوصين وذلك لاعتبار أن

المقابلات المقننة أو شبه المقننة في جميع البحوث والممارسات تعتبر مجالا من مجالات

تحليل المحتوى. حيث يؤدي التحليل إلى تفسير يقترب من التحليل الكمي أكثر من الكيفي.

3- حدود الدراسة:

3-1 الحدود المكانية:

تمت الدراسة بمدينة القنطرة بمنزل الحالة.

3-2 الحدود الزمانية:

امتدت الدراسة من جانفي 2020 الى 22 سبتمبر 2020.

الفصل الخامس: عرض وتحليل ومناقشة نتائج الدراسة

1- عرض الحالة

2- تحليل مضمون المقابلة:

3- مناقشة نتائج الدراسة:

4- مناقشة نتائج هذه الدراسة على ضوء الفرضيات:

1- عرض الحالة

تقديم الحالة :

عبد الوهاب أب لثلاثة 03 أولاد و بنت 01 يبلغ من العمر 61 عاما ولد بعين التوتة ولاية باتنة يقطن بمدينة القنطرة ولاية بسكرة مستواه الدراسي التاسعة أساسي درس بمعهد الفلاحي (تقني) كان البكر في عائلته له أخوين مستواه الإقتصادي متوسط متقاعد في عمله.

تعرض لحادث قطار خطير في سيارته أصيب بارتجاج وصدمة في الدماغ دخل الإستعجالات الجراحية وخضع لبرنامج عمليات مكثف وبقى في غيبوبة مدة 03 أشهر في العناية المركزة بإستشفائية بشير بن ناصر تعرض في 24 ساعة الأولى إلى كسور في كامل جسمه فقد عينه وأذنه وسقوط عند نقله لمصلحة الرضوض والصددمات Service TRAUMATOIOLOGIE فقد على إثرها النطق والحركة وشلل الأطراف في يومه الرابع. فخضع لعملية جديدة .

يتناول أدوية عصبية مثبطة ومضادات الإكتئاب والإنهيار العصبي ، ثم تناول مضادات الصرع إثر الإرتجاج الدماغى والرضوض . كما أصبح لديه ضغط الدم وداء السكري

ثم نقل إلى مستشفى راس الماء للتأهيل الوظيفي والحركي مدة شهر ونصف وخضع لبرنامج

إعادة التكيف والتأهيل بهدف إسترجاع وظائفه المفقودة ومحاولة تحسين الحالة الصحية والعظمية ،يعاني من تشنج وعدم القدرة على الإسترخاء،يعاني من نوبات هلع zolaft . atakan et glucophage /

avc hydrocephalie / ,tranxene

Examen neurologique والفحص العصبي والفحص العظمي

orthopedique الذي أثبت مع التشخيص الطبي أنه تعرض لصدمة دماغية سبب له كسور خطيرة

على مستوى الجمجمة وكامل الجسم، بعد أن كان يتمتع بجسم سليم صرح الضحية بكل ألم وأسى مستحضرا المعاش الصدمي المؤلم والحادث المروع وكذلك ظروف إستشفائه

2- تحليل مضمون المقابلة:

- تجميع الحوار في وحدات المضمون.

- (1) راحت حياتي
- (2) خسرت صحتي
- (3) مانيش مصدق
- (4) عيني راحت
- (5) وذني راحت
- (6) تعوقت
- (7) معادش نسوق سيارة
- (8) نسيت حوايج
- (9) كسفاش صرا الحادث ما نعرف
- (10) نبكي وما نتفكر والو
- (11) راني نعاني
- (12) متت ورجعت
- (13) تشوف عايلتي منعرفهمش
- (14) نشرب ادوية بزاف
- (15) كنت ما نعرفش روجي
- (16) مقلق بزاف
- (17) سيارتي راحت
- (18) ديما نوض مخلوع

- (19) نرقد بزاف
- (20) عندي سطر بزاف
- (21) واحد ما حطني نعيش
- (22) دمرت حياتي
- (23) حاب نتفكر حوايج
- (24) ساعات نبكي ونرجف
- (25) في سبيطار ما عرفتش وين راني
- (26) حاب ننسى بصح واش خسرت يفكرني
- (27) راني نخم على روحي
- (28) تعبت من الطببة
- (29) حاب نتفكر واش صرالي
- (30) المشينة تقتل كيفاه راني حي
- (31) تشوف منامات يخلعو
- (32) نتخيل روحي راح نطيح
- (33) نخاف نبقي وحدي
- (34) قلبي يخبط
- (35) نعرق بزاف
- (36) ندوخ
- (37) ما فهمتش كيفاش رحلتها
- (38) عييت نتفكر

- (39) بصح بعدها وقبلها نتفكر
- (40) نسيت اهلي ما نعرف والو
- (41) كرهت سبيطار
- (42) تعبت من روجي
- (43) كسور
- (44) راسي
- (45) وجهي
- (46) منعت من الموت
- (47) نبكي وحدي
- (48) نخاف نخرج برا
- (49) نحس بالضيق في صدري
- (50) تجيني الفجعة
- (51) نرقد نتخطف
- (52) لازم الدواء
- (53) معادش نقدر نسوق
- (54) حتى ولادي ما بغاونيش
- (55) نحب نسوق
- (56) بصح راحت صحتي
- (57) ما نحبش يسقسوني على الحادث
- (58) كلمة المشينة تخلعني

- (59) نخاف نسمع حسها
- (60) نخاف نشوفها
- (61) ما تهدروليش عليها
- (62) اخطوني خلوني نرتاح
- (63) مانيش فاهم واش صرا
- (64) كيفاش نكمل حياتي
- (65) واش ندير من بعد
- (66) راح كلشي
- (67) موتي خير من حياتي
- (68) علاش راني حي
- (69) واش بقالتي
- (70) مكان والو
- (71) معادش نقدر نركز
- (72) ننسى
- (73) يقلقوني الدار يعسوني بزاف
- (74) كل دقيقة اشرب واكل
- (75) نرقد بالدوا ونوض مخطوف
- (76) ما نحبش يقربو ليا
- (77) تخط الليل مع النهار
- (78) راحت قيمتي

- (79) صحابي معادوش كي بكري
- (80) عايلتي ديما يخزرو فيا ساكتين
- (81) نحب نبقي وحدي
- (82) ندير في الرياضة تاع سونتر مليحة
- (83) نفعتني - نتحرك
- (84) بلاك نرجع نخرج
- (85) بصح نخاف تصرالي حاجة نطيح
- (86) ما نقدرش نمشي وحدي كيف بكري
- (87) في سونتر المرضى بزاف
- (88) ما عدتش نحب ندير حتى حاجة
- (89) نحب نرقد وخلص
- (90) ما نحبش نتفكر
- (91) رجعت ضعيف
- (92) يعاملوني كي الصغار
- (93) كرهت كلشي
- (94) نخلع من خبطة ولا عياط
- (95) ما نحملش الحس
- (96) تيليفونني يخلعني كي يصوني
- (97) وانا قاعد نحس راح نطيح
- (98) يجوني خيالات

- (99) يخلعونني لازم نهرب
- (100) نشوف المشينة في منامي
- (101) ساعات نرتاح ننسى كل شيء
- (102) ما نفيقش نرجع نتفكر
- (103) من اللي نقلق نتفكر الحادث
- (104) بصح لحظة الموت مكانش
- (105) مانيش نخرج ما نحيش
- (106) حاب نتفكر التفاصيل كل
- (107) نبقى طول عمري نداوي
- (108) عايلتي ثقلت عليهم
- (109) الحوايج اللي راحو ما يولوش
- (110) تبالي كرهو مني
- (111) مانقدرش نشوف في المرآة
- (112) راح كلشي
- (113) مازال عمليات جراحية
- (114) ما ضنيش ينجحوا
- (115) غاضني الحال مازلت صغير
- (116) علاش انا برك صرالي هكا
- (117) الطببة حارو فيا كي عشت
- (118) ما عنديش شهية الأكل

(119) حاب نوض وحدي

(120) يشنفو عليا بزاف

تقطيع الخطاب الى وحدات المعنى

المحور الاول: تناذر التكرار من خلال:

أ- كوابيس واحلام متكررة لها علاقة بالحدث:

100

ب- ذكريات وافكار اقتحامية مزعجة لها علاقة بالحدث:

106 .103 .102 .98 .46 .23 .17 .12

ج- الشعور وكان الحدث سيعاود الوقوع مع ذكره على شكل صور وخبالات:

97 .60 .59 .55 .50 .36 .35 .34 .32

د- انزعاج انفعالي شديد لأي تنبيه يستحضر الحدث:

96 .95 .94 .58 .49 .48

المحور الثاني: السلوكيات التجنبية المرتبطة:

أ- تجنب الأماكن أو الأشخاص أو المواقف التي تذكر بالحدث:

105 .104 .57 .29 .03

ب- طرد الأفكار والانفعالات التي تذكر بالحدث وتجنب الحديث عنه:

113 .90 .70 .61 .38 .26 .10 .09

ج- انخفاض النشاطات والممارسات التي كانت تمارس من قبل وقوع الحدث

111 .88

د- فتور عاطفي:--

هـ- الابتعاد على الآخرين والشعور بالعزلة :

87 .74 .62 .54 .99 .76

المحور الثالث: أعراض فرط أعراض فرط الاستثارة وسرعة التنبيه أو*التناذر العصبي الإعاشي*

ظهرت هذه الأعراض لدى الحالة حسب خطابها على شكل:

أ- صعوبات تتعلق بالنوم:

89 .77 .75 .51 .19

ب- نوبات غضب أو هيجان مصحوبة بسلوكات عدوانية:

108 .101 .73 .47 .24 .16

ج- حذر ويقظة:

.107 .86 .85 .83 .82 .65 .45 .44 .43 .39 .37 .20 .18 .14

د- صعوبة التركيز والانتباه:

.25 .72 .71 .66 .63 .40 .15 .13 .08 .07 .06 .05 .04

المحور الرابع: أهم الآثار النفسية المترتبة عن الصدمة الدماغية:

أ- الجرح النرجسي وتغيير في صورة الذات:

.120 .117 .116 .115 .109 .92 .91 .80 .78 .68 .67 .42 .33 .28 .27 .21

ب- الشعور بالذنب:

119 .110 .93 .81 .79

ج- الشعور بالمستقبل:

118 .114 .112 .84 .69 .64 .56 .53 .52 .41 .22 .11 .02 .01

تجميع وحدات المضمون في فئات وجدولتها مع حساب النسب المئوية لها

إعادة المعيشة الصدمية لحدث الصدمة الدماغية عن طريق

النسبة	التكرار	أشكالها	الفئة التصنيفية الأولى
04.17	01	أ- كوابيس وأحلام تكرارية متعلقة بالحدث الصدمي.	تتأزر التكرار من خلال
33.33	08	ب- ذكريات وأفكار اقتحامية لها علاقة بالحدث.	
37.50	09	ج- الشعور وكأن الحدث سيعاود الوقوع مع تذكرة على شكل صور وخيالات.	
25.00	06	د- انزعاج انفعالي شديد لأي شيء يستحضر الحدث الصدمي	
100	24		

جدول تتأزر التكرار

النسبة	التكرار	أشكالها	الفئة التصنيفية الثانية
23.90	05	أ- تجنب الأماكن والأشخاص أو المواقف التي تذكر بالحدث	تتأذر التجنب
38.09	08	ب- طرد الأفكار والانفعالات التي تذكر وتجنب الحديث عنه	
09.53	02	ج- انخفاض النشاطات والممارسات التي كانت قبل وقوع الحدث.	
--	--	د- فتور عاطفي ملحوظ مع ضعف القدرة على الحب .	
28.57	06	هـ- الابتعاد عن الآخرين والشعور بالعزلة عنهم	
100	21		

جدول تتأذر التجنب

النسبة	التكرار	أشكالها	الفئة التصنيفية الثالثة
13.15	05	أ- صعوبات النوم	أعراض فرط
15.78	06	ب- نوبات غضب أو هيجان مصحوبة بسلوكات عدوانية	الاستثارة وسرعة التنبية

36.85	14	ج- حذر و تيقظ شديد	
34.22	13	د- صعوبات في التركيز والانتباه	
100	38		

جدول أعراض فرط الاستثارة وسرعة التنبه

النسبة	التكرار	أشكالها	الفئة التصنيفية الرابعة
45.72	16	أ- جرح نرجسي واضطراب صورة الذات	أهم الآثار النفسية
14.28	05	ب- الشعور بالذنب	المرتبة عن صدمة
40	14	ج- الشعور بمستقبل مسدود	الداغية
100	35		

جدول أهم الآثار النفسية المترتبة عن صدمة الدماغية

التعليق على نتائج الجداول:

الجدول الأول:

إعادة معايشة الحدث الصدمي "تتأزر التكرار" تضمن محور إعادة معايشة الحدث الصدمي لدى الحالة مجموعة من التناذرات العرضية التي تشكل اضطراب الضغط ما بعد الصدمة (PTSD) بحيث وجدنا تتأزر التكرار والذي تمثل في مجموع الاحلام والكوابيس المزعجة التكرارية التي لها علاقة بالحدث الصدمي بنسبة 4.17% كما نجد الذكريات والافكار الاقتحامية التي لها علاقة بالحدث كمؤشر ثاني لاعادة هذه الخبرة بنسبة 33.33% ثم تأتي الى مؤشر الشعور وكأن الحدث سيعاود الوقوع وتذكره على

شكل صور وخيالات بنسبة 37.50% مشكلة اكبر نسبة في التناذر ثم نجد الانزعاج الانفعالي الشديد لأي تنبيه يستحضر الحدث الصدمي بنسبة 25%.

الجدول الثاني:

السلوكيات التجنبية المرتبطة بالحدث الصدمي.

ترتبط السلوكيات التجنبية مع تناذر التجنب لاضطراب الضغط ما بعد الصدمة، حيث تحاول لا شعوريا تجنب المواقف التي تؤدي الى معاشتها للحدث بنسبة 23.90%.

تليها نسبة طرد الأفكار والانفعالات التي تذكره بالحدث وتجنب الحديث عنه بنسبة 38.09% ليليتها مؤشر انخفاض النشاطات والممارسات التي كانت قبل وقوع الحدث بنسبة 9.53 كنتيجة لمخلفات الصدمة الدماغية اما بالنسبة لمؤشر الفتور العاطفي الملحوظ مع ضعف القدرة على الحب ما بعد الصدمة الدماغية لم نجده لدى الحالة ثم نصل الى مؤشر الابتعاد عن الآخرين والعزلة يظهر باكبر نسبة 28.57% يعكس لنا العرض التجنبي البارز المعبر عن الانعزال الارتكاسي او الاستجابي.

الجدول الثالث

اعراض فرط الاستثارة وسرعة التنبيه "التنذر العصبي الاعاشي"

من ابرز الاعراض التي تميز الصدمة الدماغية نجد التناذر العصبي الاعاشي بحيث يعبر عن اضطراب ما بعد الصدمة PTSD حيث ان عرض صعوبات النوم يقدر ب 13.15% بينما مؤشر نوبات الغضب والهيجان المصحوبة بسلوكيات عدوانية بنسبة 15.78% حيث يظهر مؤشر الحذر واليقظة الشديدة باكبر نسبة تمثلت في 36.85% ويقاربهها مؤشر صعوبات التركيز والانتباه بنسبة 34.22% مندرجان كعرضين رئيسيين.

الجدول الرابع:

اهم الآثار النفسية المترتبة عن الصدمة الدماغية.

من أكثر ما يؤثر على المصاب باضطراب ضغط ما بعد الصدمة هو الآثار النفسية الناتجة جراء هذا الحدث الصدمي بحيث نجد في الصدارة العرض الرئيسي المتمثل في الجرح النرجسي واضطراب صورة الذات بنسبة 45.72%.

ثم يليه مؤشر الشعور بالذنب كنتيجة ما بعد صدمية بنسبة 14.28% وصولاً إلى مؤشر الشعور بمستقبل مسدود مقدراً بنسبة 40% ما يدل على فقدان الأمل وزيادة الأفكار السلبية.

تجميع مختلف الفئات التصنيفية التي ظهرت في خطاب الحالة:

النسبة %	التكرار	الفئات التصنيفية
20.34%	24	إعادة معايشة الحدث الصدمي "تناذر التكرار"
17.79%	21	لسلوكات التجنبية "تناذر التجنب"
32.21%	38	أعراض فرط الاستشارة وسرعة التنبيه "التناذر العصبي الإعاشي"
70.34%		اضطراب الضغط ما بعد الصدمة
29.66%	35	أهم الآثار النفسية المترتبة عن الصدمة الدماغية
100 %		المجموع

بعد القراءة لقيم الجدول العام لمختلف الفئات التصنيفية التي ظهرت في خطاب الحالة، نجد نسبة التناذر العصبي الإعاشي قدرت بـ 32.21%، ثم تلي هذه القيم نسبة "تناذر التكرار" الذي يظهر إعادة المعاشة الخبرة الصدمية بنسبة 20.34%، وأقل نسبة توازي خانة السلوكيات التجنبية التي تندرج ضمن التناذر التجنب حيث ظهرت بنسبة 17.79%، وعليه يمكن أن نخلص إلى أن المحكات التشخيصية لاضطراب PTSD أو ما يعرف باضطراب الضغط ما بعد الصدمة تندرج ضمن الثلاثية العرضية لـ"تناذر التكرار"، "تناذر التجنب"، "التناذر العصبي الإعاشي". وحسب المعايير التشخيصية المعتمدة في DSM4 يمكن أن نقول أن الحالة تعاني من اضطراب الضغط ما بعد الصدمة أو ما يعرف بـ PTSD بعد معاشة الصدمة الدماغية بنسبة 70.34%، وبالنسبة للفئة التصنيفية المتعلقة بأهم الآثار النفسية المترتبة عن الصدمة الدماغية والتي ظهرت في خطاب الحالة حيث قدرت نسبتها بـ 29.66% مقارنة بالفئات التصنيفية الأخرى.

تصنيف المحتويات:

أ- إعادة المعاشة الصدمية على شكل اضطراب الضغط ما بعد الصدمة أو PTSD:

يعاني ضحايا الصدمة الدماغية معاشا نفسيا قاسيا ومؤلما تعدى المخلفات الجسمية المتمثلة في إصابة الدماغ والكسور والرضوض والجروح الخطيرة، ما هدد كينونته النفسجسدية وهذا ما يعكس تعرض الحالة لصدمة نفسية حقيقية وفق المعيار (A) في تشخيص PTSD وفق DSM4.

بـ حيث تحدث ردود افعال تابعة للصدمة الدماغية تمهد للدخول في اضطراب الضغط ما بعد الصدمة الدماغية تتمثل في استجابات مختلفة كحالة الضغط الحاد Etat de stress aigue، منها اختلال معالم التوجه الزمكاني لدى الحالة من خلال ما عبر عنه في قوله: "مانيش عارف وبين راني"، "نرقد ما نعرف الليل من النهار"

تبين عند الحالة افكار وذكريات اقتحامية جعلت منه يعاود معايشة الحدث الصدمي من خلال قوله: " يجوني خيالات"، " ما نفيقش نرجع نتفكر"، "من اللي نقلق نتفكر الحادث".

كما ان الحالة تصاحبها انفعالات شديدة في قوله: " كلمة المشينة تخلعني"، " نخلع من خبطة ولا عياط" وكذلك يراد الحالة الشعور كأن الحدث سيعاود في قوله: "وأنا قاعد نحس راح نطيح"، "نخاف نسمع حس المشينة"

كما ان الحالة تعاني كوابيس متكررة في قوله: "نشوف المشينة في منامي"، " ديما نوض مخلوع". وتبعاً لمعطيات المقابلة العيادية والمحكات التشخيصية لاضطراب PTSD لجأت الحالة الى سلوكيات تجنبية بحيث احتوى هذا التجنب أماكن الحادث والاشخاص والمواقف كقول الحالة: "مانيش نخرج"، "ما نحيش يسقسوني"

ومحاولة للتعايش مع هذه الصدمة لجأ الحالة الى طرد الأفكار والانفعالات كآلية دفاعية نفسية في قوله:

"حاب ننسى"، "ما تهدروليش على المشينة"

كما ظهر لدى الحالة انخفاض في نشاطاته المعتادة اليومية حيث اوضح رغبة في الانعزال عن الناس فضحايا الصدمة الدماغية يظهرون عجزاً في العودة الى الشبكة الاجتماعية كالسابق، نتيجة احساسهم بالعجز والالم النفسي والانكسار.

ومن خلال طريقة معايشة الحالة بعد تعرضها للحادث أصبح لديها تيقظ وحذر شديد في قوله: "نخاف تصرالي حاجة نطيح".

ونتيجة لهذا الاضطراب تخللته صعوبات ومشاكل في النوم اضافة الى نوبات الغضب والهيجان التي تحدث له كما في قوله: " يقلقوني الدار"

كما ظهرت لدى الحالة صعوبات التركيز والانتباه، خلقت له توتر وعدم تكيف مع الاحداث اليومية مثل قوله: "ما عايش نقدر نركز"، "ننسى".

اما عن اهم الآثار النفسية التي ترتبت عنها هذه الصدمة الدماغية نجدها قد شملت المصاب وعائلته على حد سواء تجلت في صعوبات علائقية وجسدية وسلوكية وادراكية وعاطفية من بينها الكسور والعجز الحركي .

كما حدث له اضطراب صورة الذات وتغير في هويته الجسدية والنرجسية هذا ما خلق صعوبة في تقبل وضعه الجديد والتكيف معه، في قوله: "راحت عيني واذني"، "ما نقدرش نشوف في المراية (المرأة)"

كما شكل هذا الاضطراب احساسا بالذنب نتيجة عجز الحالة عن الرجوع لحياته المعتادة، وأكثر ما اثر في الحالة النفسية الراهنة فقدان الحالة الثقة بنفسه والأمل في الحياة والنظرة التشاؤمية لمستقبل مجهول خاصة مع الاصابة الجسدية الكبيرة في قوله: "راحت حياتي موتي خير"، "الحوايج اللي راحو ما يوليوش"، "كيفاش نكمل حياتي".

3- مناقشة نتائج الدراسة:

تعد الصدمة الدماغية من أكثر الأخطار التي قد تصيب جسم الانسان، وذلك لما لها من آثار على المستوى النفسي والجسدي للفرد، فيظهر لدى الفرد بطبيعة الحال عدم تقبل أولى الى ما آل اليه وضعه بعد هذا الحادث وتغير حياته.

لنجد أن الحالة يجد صعوبة في بداية الأمر لتقبل هذه الآثار سواء على الصعيد الجسدي أو النفسي إذ أنه بالرغم من كون الإصابة الدماغية بسيطة إلا أنها حمل آثار ودرجة معينة الصدمة لديه.

اذ تكون لدى هذه الصدمة النفسية غالباً تبعات نفسوصدمية تعكس مع صعوبة التعايش وتقبل الوضع الجديد كالصعوبة في المشي والتذكر والحرص الشديد من قبل العائلة على حالته الى غير ذلك، كما وجدنا لدى هذه الحالة عند ملاحظة الجدول الاكلينيكي لها، وجدنا استجابات متقاربة لبعض التناذرات مما شكل في النتيجة صعوبة التعايش مع الوضع الجديد بحيث دائماً ما يتم التعامل مع هذه الخبرة بشكل سلبي.

وتبعاً للمقابلة العيادية النصف موجهة وتحليل المحتوى للحالة لاحظنا ارتفاعاً ملحوظاً في تناذر التكرار لوجود أفكار اقتحامية لدى الحالة لها علاقة بالحدث لم يستطع الضحية التغلب عليها، مع الإحساس بأن الحدث سيعاود الرجوع من خلال رداً فعله وخوفه الغبر مباشر من النهوض والوقوع من خلال بقاء آثار ذكورية مخزنة في الذاكرة، مع ارتفاع ملاحظ في الانفعالات، مما جعل الحالة في حالة هلع مستمر خوفاً من إعادة الحدث، وكل هذه عبارة عن تظاهرات صدمية مختلفة شكلت فيما بعد مختلف تناذرات اضطراب ما بعد الصدمة.

واعتماداً على DSM4 وجدنا تناذر التجنب كآلية دفاعية من خلال تجنب بعض الأماكن أو المواقف إضافة الى الأفكار وتجنب الأشخاص لتذكر الخبرة الصدمية، كل هذه الاستجابات للإبعاد الحدث خارج

مجال الوعي بطريقة لا مباشرة تفاديا لتذكر الخبرات المؤلمة من الحدث وتجنبنا للخوف والهلع الذي يصاحب الحالة

ومع مرور الحالة بفترة غيبوبة وجد صعوبة في بداية الأمر من التذكر مع صعوبات في التركيز والانتباه، واضطراب في الإدراك، مع وجود اضطراب في النوم، هذا ما شكل التناذر العصبي الإعاشي كميّار لتشخصي اضطراب ما بعد الصدمة، زيادة على أخذ الحيطة والحذر لمختلف السلوكيات التي يقوم بها.

وبما أن الصدمة الدماغية أصعب ما يحدث للفرد بعد أن ينجو هو الآثار المترتبة سواء النفسية أو الجسدية، إذ نجد بعض المؤشرات الاكتئابية لدى الحالة عكست مدى حزنه من فقدان أهم الأعضاء التي تشكل جزءا لا يتجزأ من كيانه والذي شكل له ضعفا في تقدير ذاته وجرح نرجسي شكل فجوة نفسية يصعب التعايش معها، أيضا فقدانه لمعنى الحياة و التفكير التشاؤمي نتيجة ما حل به من إعاقة وما سيحل به في المستقبل، زيادة على شعور الحالة بالذنب من احساسه كونه عبئا على عائلته و أولاده، والخجل من عذم مقدرته على القيام بأبسط النشاطات المعتادة، هذا ما جعله يفكر بمستقبله الذي أصبح بالنسبة له مصيرا مجهولا ولا يعرف نهايته، هذا ما شكل له حيرة قلق وتوتر و مشاعر سلبية وحزن كبير وفراغ داخلي جراء حالته الراهنة خلقت له معاشا نفسيا صدميا يصعب التأقلم والتكيف معه بسبب هذه المعاناة.

وعليه يمكن القول أن أهم النتائج التي أسفرت عليها دراستنا هو انعكاس الصدمة الدماغية على الضحية كصدمة نفسية لها آثارها ومخلفاتها السلبية النفسية خاصة و الجسدية، من صعوبة معايشة الواقع والتأقلم من جديد، إضافة الى الشعور بالعجز و النقص جراء الانتقال من جسم سليم ومعافى الى جسم مريض ونفسية منهكة، جرح نرجسي عميق و مساس بصورة الذات.

4- مناقشة نتائج هذه الدراسة على ضوء الفرضيات:

وجدنا من خلال الدراسة أن الصدمة الدماغية تشكل لدى الضحايا صدمة نفسية وخبرة سلبية وتختلف حسب التناذرات كما جاءت في فرضيات البحث:

الفرضية الجزئية الأولى:

يعاني ضحايا الصدمة الدماغية من تناذرات تكرارية

حيث أظهرت نتائج الدراسة الحالية أن أي حالة قد تعرضت لصدمة الدماغية نجدها تعاني من تناذرات تكرارية تدعلها تعاود معايشة الحدث بتفاصيله من خلال كوابيس وأحلام حول الحادث، وحدث انزعاج انفعالي كبير، عند تذكر الحدث الصدمي، وعليه يمكن القول أن الحالة تعاني من تناذرات تكرارية أثناء إعادة معايشة الحد الصدمي.

الفرضية الجزئية الثانية:

يعاني ضحايا الصدمة الدماغية من تناذرات تجنبية لكل ما يذكر بالحدث

حيث أثبتت نتائج الدراسة الحالية ظهور بعض السلوكات التجنبية لدى الحالة للابتعاد بطريقة لا واعية عن تذكر الحدث الصدمي وتذكر الخبرات الصدمية السلبية حول الحادث، فنجده يلجأ الى تجنب الحديث حول الحادث، انخفاض النشاطات المعتادة عن العادة وتجنب الأماكن التي تذكره بالحادث، عدم الرغبة في الحديث حول الحادث أو مجرد النهوض خوفا من السقوط وعادة معايشة الحدث.

الفرضية الجزئية الثالثة:

يعاني ضحايا الصدمة الدماغية من أعراض فرط الاستثارة وسرعة التنبيه "التناذر العصبي الاعاشي"

أثبتت نتائج هذه الدراسة ظهور أعراض فرط الاستثارة وسرعة التنبيه كمييار اخر لتشخيص اضطراب الضغط ما بعد الصدمة، بحيث كان هناك تغير واضح واضح في فيزيولوجية جسد الحالة من خوف وقلق الى موجات الغضب والاستثارة والعدوانية أحيانا، الى الصعوبات المتعلقة بالنوم، والذاكرة والادراك كالنسيان بعد الغيبوبة التي دامت عدة أشهر، صعوبة في الاسترخاء والحذر الدائم وقلة التركيز .

ومن هنا بعد الاعتماد على معايير تشخيص DSM4 للحالة لاحظنا وجود تناذر التكرار وتناذر التجنب والتناذر العصبي الاعاشي وهذه المعايير تدل على وجود صدمة نفسية نتيجة لصدمة الدماغية بتحقق الفرضيات الثلاث، زيادة على ذلك نجد لدى الحالة نتيجة هذه الصدمة الدماغية آثار نفسية عميقة لدى الضحية وهذا ما أكدته دراسة **Pierre Marie** سنة **1916** م أن هذه الصدمة الدماغية تظهر انعكاسات نفسية لدى الضحية، اين أثبتت الدراسة أن الصدمة الدماغية تمثل جرح نرجسي (صدمة نفسية) كون أن الضحية تعرضت الى إصابة في الرأس أين تحمل قيمة رمزية في الأنا وهو يوازي الروح و النفس، هو مكان الفكر أين الفرد أو الضحية عاشت حقا تهديدا في حياتها. إضافة الى ذلك شعور الضحية بالذنب وكأنه هو السبب في وضعه الحالي، وصعوبة في تقبل حالته، كما أن الصدمة الدماغية أثرت بشكل كبير على صورته لذاته ولجسمه ولشخصيته ولتقديره لذاته، كما ازداد شعوره بالعجز وتغير حياته الى الاسوء، والشعور بأن له مستقبل مجهول وحياته توقفت عند ذلك الحد.

تغير في مسار حياة الحالة بحيث توقف عن الاشغال اليومية المعتادة وهذا ما أكدته الدراسة التي قام بها أخصائي الاعصاب **Ali Bellalem** سنة **1987-1988** م بالتنسيق مع جامعة **Rene Descartes** بهدف تحديد الأعراض المرضية المميزة لتناذر ما بعد الصدمة من خلال استخلاص الفروقات الموجودة بين المعطيات النظرية والمعطيات الميدانية حيث تسببت الصدمة الدماغية في انقطاع الضحايا عن العمل مع انعكاسات نفسية خطيرة بسبب التناذر ما بعد الصدمة **syndrome post traumatique** الناجم عن الصدمة الدماغية حيث وجد

20 حالة يعانون من تناذر ما بعد الصدمة قوي

40 حالة يعانون من تناذر ما بعد الصدمة متوسط

11 حالة يعانون من تناذر ما بعد الصدمة خفيف.

وعليه يمكن القول أن أهم النتائج التي خلصت إليها دراستنا أن الصدمة الدماغية تؤدي غالبا الى صدمة نفسية لدى الفرد جراء معايشة حدث صدمي يصعب على جهازه النفسي تقبله وادراكه، مع بروز بعض الأعراض النفسية الناتجة عن الصدمة الدماغية منها اضطراب صورة الذات الجرح النرجسي و مع التناذرات المصحوبة لهذا الاضطراب التي تمثلت في تناذر التكرار، و تناذر التجنب والتناذر العصبي الاعاشي، لنجد أن أضرار الصدمة الدماغية تتجاوز الأضرار الجسمية الى الاضرار النفسية وتفكير في المستقبل وصعوبة الحالة الجديدة للجسد والارهاق النفسي والعجز الناتج.

خاتمة

خاتمة

حاولنا في دراستنا هذه والموسومة بـ "الصدمة النفسية لدى ضحايا الصدمة الدماغية الخطيرة" الصدمة النفسية عند ضحايا الصدمة الدماغية بهدف إبراز خصوصية الصدمة النفسية لدى ضحايا الصدمة الدماغية التي تعاش "الصدمة الدماغية الخطيرة" من طرف الضحية كخبرة نفسوصدمية مؤلمة بالإضافة إلى آثارها البعدية المتمثلة في الآثار الجسدية: الإعاقة ما بعد الصدمة الدماغية الخطيرة، أين تفرض على ضحاياها معاشا نفسيا سيئا وعجزا جسديا حركيا، أين تصبح الضحية تعاني من تبعات نفسية ومعايشتها كصدمة نفسية بالغة الأثر مع صعوبة التكيف وتقبل الوضع ما بعد الصدمة" الإعاقة ما بعد الصدمة الدماغية "أين ينتقلون من جسم سليم إلى جسد عاجز ومعاق مما يقوى لديهم الشعور بالعجز والنقص، ولإبراز مدى تأثر من تعرض للصدمة الدماغية بالوضع ما بعد الصدمة بعد خسارته الجسدية وتبيان تبعاتها على المستوى النفسي "الآثار النفسية المترتبة عن حدث الصدمة الدماغية الخطيرة".

أجرينا هذه الدراسة الميدانية لحالة ضحية الصدمة الدماغية الخطيرة الذي أصبح يعاني من عجز جسدي واضح " الإعاقة ما بعد الصدمة".

مثل مجتمع الدراسة نظرا لصعوبة التعامل والعمل العيادي مع هذه الحالات " كون ضحايا الصدمة الدماغية الخطيرة يشهدون أطوار حساسة في تطور حالتهم النفسية وتآزمات واضحة في حالتهم الجسدية مع صعوبات إدراكية (صعوبة الذاكرة والتركيز) وصعوبات لغوية تتمثل في اضطراب النطق والكلام التي تعتبر أداة اتصال مع المريض. وقد تم إجراء مقابلات نصف موجهة مع كل حالة بعد وضع " دليل المقابلة " الذي حددنا على مستواه الأبعاد التي نريد دراستها والمؤشرات التي تدل عليها بالاعتماد على المعايير التشخيصية " اضطراب الضغوط التالية للصدمة حسب DSM4 كما ظهرت لدينا مؤشرات أخرى تندرج ضمن أهم الأعراض أو الآثار النفسية المترتبة عن الصدمة الدماغية وهذا استنادا إلى تحليل محتوى " مضمون" كل مقابلة على حدا وصولا إلى نتائج مفادها أن الضحية التي تتعرض للصدمة الدماغية تعاني من اضطراب الضغوط التالية

للصدمة
أو
ما يعرف بـ PTSD والذي يتميز بإعادة معاشتها لحدث الصدمة الدماغية الذي خبرته كخبرة نفسو صدمية سلبية ممثلة على شكل تناذرات هي " تناثر التكرار " الذي يعبر عن إعادة المعيشة الصدمية على شكل أحلام وكوابيس ليلية مزعجة و تكرارية **Les flashes** ،back ثم تناذر التجنب بمظهر آخر لإعادة المعيشة الصدمية والذي يتجسد في السلوكات التجنبية كتجنب أي مثير يستحضر الحدث وأخيرا يأتي "التناذر العصبي الإعاشي" الذي يضم مجموعة أعراض فرط الاستثارة وسرعة التنبه كسرعة نبضات القلب، اليقظة المفرطة وهذا تبعا للفرضية الأولى.

أما فيما يتعلق بانعكاسات وتبعات هذا الحدث الصدمي على الضحية على المستوى النفسي كما جاء في خطابها.

يعاني ضحايا الصدمة الدماغية من "صعوبة التكيف مع الوضع الجديد الإعاقة ما بعد الصدمة الدماغية". حيث ظهرت بعض التداعيات النفسية كاستجابات نفسية صدمية تعود إلى اختلال التوازن النفسي للضحايا بسبب صعوبة التكيف والتعايش مع الوضع ما بعد الصدمة الدماغية، نتيجة لمعايشتهم لصدمة جسدية ما بعد الصدمة الدماغية من بينها الجرح النرجسي واضطراب في صورة الذات.

فمن جراء الصدمة الدماغية الخطيرة تتلقى الضحية صدمة جسدية أخرى " الإعاقة ما بعد الصدمة " أين تفقد الضحية تكاملها الجسدي ومظهرها الجمالي و تكيفها الطبيعي السابق وتعايشها كاقتران لنظامها النفسي مسببا بذلك تغير في صورة ذاتها تبعا لتغير في صورة جسمها، كما تصبح رافضة لجسمها المعاق مما يعكس صعوبة التكيف مع الوضع الجديد بالإضافة إلى الشعور بالذنب لإحساسها بالسلبية إزاء الوضع ما بعد الصدمة، مع ظهور بعض المشاكل الاكتئابية نتيجة للاستياء من الوضعية الجديدة.

وأخيرا يمكن القول أن حالي الدراسة يعتبران ضحايا لصدمة جسدية أخرى من جراء معاشتهما للصدمة الدماغية الخطيرة التي تترك بصمات أليمة لا يمحوها الزمن مدمرا حياتهما نفسيا وجسديا مما يؤدي فيما بعد إلى اندماج سيئ في المحيط الاجتماعي والمهني

والعلائقي عموماً مع صعوبة التكيف والتعايش مع الوضع الجديد الذي فرضته الصدمة الدماغية.

قائمة المراجع

المراجع والمصادر:

1. أحمد عبد الخالق، (1993) الاختبارات الإسقاطية، الطبعة الثانية، دار المعرفة الجامعية.
2. بشير صالح الرشيدي، (2000) مناهج البحث التربوي، دار الكتاب الحديث.
3. رشيد زرواتي، (2007) مناهج و أدوات البحث العلمي في العلوم الاجتماعية، الجزائر، دار الهدى للطباعة و النشر و التوزيع.
4. سيجموند فرويد، (2006) الكف العرض والقلق، ترجمة محمد عثمان نجاتي، ط 1، بيروت، دار الفرابي.
5. سيجموند فرويد، (1995) التحليل النفسي للهستيريا، ترجمة طرابيشي، بيروت، دار الطبعة.
6. عبد المنعم مدبولي، 1995 كتاب الجامع في الاضطرابات النفسية وطرق علاجها نفسيا، مطبعة الأطلس -
7. عبد الرحمان سي موسي، رضوان زقار، (2002) الصدمة والحداد عند الطفل والمراهق، الجزائر، جمعية علم النفس للجزائر العاصمة.
8. عدنان حب الله، (2006) الصدمة النفسية -أبعادها الوجدانية وأشكالها الوجدانية، بيروت، دار الفرابي.
9. غسان يعقوب، (1999) الحروب الكوارث ودور العلاج النفسي- اضطراب الضغط ما بعد الصدمة، ط 1، بيروت.
10. فيصل عباس، علم النفس الطفل، النمو النفسو انفعالي، دون طبعة، بيروت، دار الفكر العربي.
11. محمد أحمد النابلسي، (1991) الصدمة النفسية-علم نفس الحروب والكوارث، بيروت، دار النهضة العربية.
12. هوبر وينفرد، (1995) مدخل إلى سيكولوجية الشخص، ترجمة مصطفى عشوي، ط 4، الجزائر، ديوان المطبوعات الجامعية .

13. مجلة الجيش، (مارس، 2002) من مخلفات السبت الأسود، العدد 464.
14. نعيمة آيت فني ، تأثير الضغط ما بعد الصدمة على الانتباه والتذكر عند الأفراد الناجين من فيضانات 10 نوفمبر، 2001 مذكرة ماجستير غير منشورة -تخصص علم النفس المعرفي اللغوي-جامعة الجزائر.
15. جون لابلان-ج- بونتاليس، (1997) ترجمة مصطفى حجازي، ط 2، بيروت، المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع.
16. حنفي عبد المنعم، (1994) موسوعة علم النفس والطب النفسي، ط 4، القاهرة، مكتبة مدبولي.
17. طه فرج عبد القادر، (1993) موسوعة علم النفس والتحليل النفسي، ط 1، الكويت، دار سعاد الصباح.
18. قاموس الأطلس الموسوعي (إنجليزي-عربي)، (2002) الطبعة الأولى، دار الأطلس للنشر.
19. لابلان-ج- بونتاليس، (1985) معجم مصطلحات التحليل النفسي، ديوان المطبوعات الجامعية.
20. معجم علم النفس والطب النفسي (إنجليزي -عربي)، (1993) الجزء السادس الإعداد أفغاني- دار النهضة العربية.
21. غسان يعقوب ، 1999 سيكولوجية الحروب و الكوارث ودور العلاج النفسي، اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة ، دار الفرابي للنشر والتوزيع ، لبنان ، الطبعة الأولى.
22. سي موسي عبد الرحمان ورضوان زقار ، 2002 الصدمة النفسية و الحداد عند الطفل والمراهق، نظرة الاختبارات الاسقاطية ، جمعية علم النفس ، الجزائر.
23. حب الله عدنان، 2006 الصدمة النفسية و أشكالها العيادية و أبعادها الوجودية، دار الفرابي للنشر والتوزيع ، لبنان ، الطبعة الأولى.
24. النابلسي أحمد محمد ، 1991 الصدمة النفسية ، دار النهضة الأوربية للطباعة والنشر ، بيروت.

المراجع الأجنبية:

- 24A Itani Ekhayat, (2009), neurologie, 4eme édition, paris, Editions vernazobres, - Grego.
- 25Alexandre Somogy, Frederik Bourdain, (2008), neurologie, paris, ElSevier Masson.
- 26Ali Bellalem, (1987-1988), certificat d'études Médicales relatives a la réparation Juridique du dommage corporel-syndrome post commotionnel A propos l'expérience Algérienne, université en Descartes.
- 27American psychiatric Association DSMIV, (2003), Manuel, diagnostique et statistiques des troubles mentaux, Masson.texte révisé, paris
- 28Antoine Micheau, Denis Hoa, (2009), neurologie, Editions vernazobres,- grego, paris.
- 29Barbara Janson Cohen, Janson James Taylor, (2008), structure et fonction du corp humain, Anatomie et physiologie 10eme édition, paris, Maloine.
- 30Bon.J, Hans.P ,Dexters.G, (1982), neurochirurgie, paris, Arnette.
- 31Bovard.M, J.cottraux, (2003), les Echelles d évaluations en psychiatrie et en psychologie pratique et en psychothérapie, 3eme édition, paris.
- 32Brette.E, (1987), pour introduire la question au traumatisme narcissique in Revue sociale psychanalyse, paris, n° 2.
- 33Chourfi Mohamed séghir , Mézhoud noureddine, (2005-2006), types de réaction post- traumatique suite a une catastrophe naturelle chez des adolescents scolarisée, costantine ,Edition de l'université Mentouri.

-
- 34 Christian.J, M.Sindic et dexavier Seron, (2008), sémiologie des maladies nerveuses, paris, de Boeck.
- 35 Claude Barois , (1998), les névroses traumatique , 2em édition, paris Dunod.
- 36 Cohadon.F , la réadaptation des traumatisés crâniens, paris, Bordas.
- 37 Cohadon.F, (1982), syndrome post traumatique-pratique neurologique Christian Derouesne, paris, Masson.
- 38 Crocq.L, (1974), stress et névrose traumatologique psychologie médicale, G.P, 1493-1531.
- 39 Crocq.L, (1992), le syndrome de répétition dans les névroses traumatiques, ses variation clinique sa signification in perspective psychiatrique, N°32.
- 40 Crocq .L, (2000), Aspect national du trauma,n2-3, Volume1 ,Algerie, pas Edition.
- 41 Damiani.C, (1997), les victimes violences publiques et crimes privés, paris, Bayard.
- 42 Damiani.C, (1999), enfants victimes de violence sexuelles, Paris.
- 43 Debray (1983), l'équilibre psychosomatique, organisation mental des diabétiques, paris, dunod.
- 44 Diatkine.G, (1982), l'après-coup du traumatisme, paris, Privat.
- 45 Eliane.F et autres, (2005), émotions et traumatismes-le corps et la parole, paris, Masson.
- 46 Fediad.p, (1947), dictionnaire de la psychanalyse, Larousse ; kanada.
- 47 Ferragut.E, et autres, (2006), Emotions et traumatismes « le corps et la parole, paris, Masson.

- 48Ferry.G, (1995), Abord psychosomatique des traumatisés crâniens, paris, Masson.
- 49François Cohadon, Jean pierre castel, Edwige Richer, Jean MichelMazaux. Hugues loiseau, (2008), les traumatisés crâniens de l'accident a la réinsertion, 3eme, paris, Arnette.
- 50Ferenczi.S, (1992), Thalassa, Paris, Payot.
- 51Lopez. G, (1995), victimologie pathologique 8eme édition, paris, Masson.
- 52Ferry. G, Gargey. P. M, (1987), le syndrome Subjectif et les troubles psychiques des traumatisés du crane, E M C, 37520, A 10-12.
- 53Gabriel Mazars, (1976), chirurgie d'urgence, paris, Masson.
- 54Ghilione.B, (1980), Manuel d'analyse de contenu, paris, Armand colin.
- 55Glaude Gallois, (12 Avril 2005), les névroses traumatiques, PTSD, syndrome post traumatique, sous la direction Bernard Robinet, Bibliothèque psy, Article 0121.
- 56H.Piéron, (1979), vocabulaire de la psychologie, 6eme édition, France, ères.
- 57Henri Petit, Pierre Warot, Alain D'Estée, François lesoin, Didier leys (1987), neurologie ,2eme édition, paris, Maloine.
- 58IMS Wilkinson, En bref neurologie, traduction par Patrick chaynes, la3 eme édition Anglaise.
- 58Ivan Gasman, (2008), psychiatrie de l'adulte-de l'adolescent et de l'enfant, paris, éditions vernazobres grego.
- 59Nasio.J.D,(1990),l'hystérie ou l'enfant magnétique de la psychanalyse, paris, Payot
- 60J- Garrabé, (2005), dictionnaire de psychiatrie, paris, Masson.

-
- 61 Jaques Marblé, (19 Mars 2008), le traumatisme, violence passée, violence présente in revue psychanalyse, n° 2, l'université de valence.
- 62 Jean Bergeret, (1982), pathologie pathologique théorique et clinique 3^e édition, paris, Masson.
- 63 Jean cambier, Maurice Masson, Henri Dehen, (1982), neurologie, 6eme édition, paris, Masson.
- 64 Jean Cambier, Henri Dehen, (2003), neurologie, 11eme édition, France, Normadie roto impression.
- 65 Jean Combier, Maurice Masson, Henri Dehen neurologie, 6eme édition, paris, Masson.
- 66 Jean François, D'l vernoirs, (2009), chirurgie, 2eme édition, maloine.
- 67 Jean Lamy, (1979), problèmes chirurgicaux, paris, Doin Editeurs.
- 68 Chevrel J.P, J.Richarme, (1972), chirurgie, 2eme édition, paris, Masson.
- 69 Koffmann.P, (1993), l'apport freudien, paris, Bordas.
- 70 Lebigot.F, (2006), le traumatisme psychique, Ingberg.
- 71 L'ecuyer.R, (1990), Méthodologie de l'analyse développementale de contenu, presse universitaire de Québec.
- 72 Lemperier.T, et Felin , (2006), psychiatrie de l'adulte 2eme édition, paris, Masson.
- 73 Liliane Manning, (2007), la neuropsychologie clinique-Approche cognitive, 2eme édition, paris, Armand colin.

- 74Lopez.G, (1998), psychologie des victimes, le traitement psycho traumatisme, paris, dunod.
- 75L.crocq, et autre, (2007), traumatismes psychiques prise en charge psychologique des victimes, Elsevier, Masson.
- 76M.C.Millan TM, (2005), neuropsychologie des traumatismes crâniens, Marseille, solal.
- 77M.Masson, D.Henin, (1979), les comas, EMC neurologie, 17023, A-122, 10Paris.
- 78Marcel Garnier, Valey Delamare, (1992), dictionnaire des termes techniques de médecine, 21em édition, volume 1, Maloine S, A Editeur.
- 79Marianne kédia et autres, (2008), psycho traumatologie, paris, Dunod.
- 80Marie Odile Godard, (2003), rêves et traumatismes, France, ère.
- 81Michael soussan, (2009-2010), radiologie, paris, éditions vernazobres grégo.
- 82Michael Henry, Jeremy N, Thompson, (2004), chirurgie Clinique technique et pratique, traduction par Jean Millaire, 1er, Belgique, De Boeck.
- 83Michel de clerq, francois lebigot, (2001), les traumatismes psychiques, paris, Masson.
- 84Muchielli.R, (1979), l'analyse de contenu, les librairies techniques, entreprise moderne, Paris, ESF.
- 85N, sillamy, (1998), dictionnaire de la psychologie, paris, Bordas.
- 86Nassikos.k, (2002), le trauma et le langage des sens, l'évolution psychiatrique n° 2, paris, France.

- 87 Nicolas Danziger, Sonia Almowitch, (2003), neurologie, 3eme collection, Paris, med-line.
- 88 Nouhailhat.F, (2004), les indices de souffrance cérébrale et système d'évaluation, paris, Arnette Black- well.
- 89 O.Chatillon, F.Glavao, (2007), psychiatrie pedo psychiatrie, paris, vernazobres grego.
- 90 Osson.D, (2004), psychopathologie structural de la confusion traumatique, Marseille, Solal.
- 91 Otto Rank, (1976), le traumatisme de la naissance, paris, Payot.
- 92 P.Domart, DJ.Bourneuf, (1981), nouveau Larousse médical librairie Larousse, paris.
- 93 Panaccio.M, (2002), le concept de trauma chez Freud in revue québécoise de la psychologie, vol 23, n°3.
- 94 Pascale Brillon, (2004), comment aider les victimes souffrant de stress post – traumatique, Quebecor.
- 95 Peter Duss, (2002), Diagnostic neurologique-les Bases anatomiques, traduction de la 6em édition Allemande, par Jean Paul Braun, De Boeck université théine.
- 96 Pierce A Grace, Neil R.Borley, (2002), chirurgie, traduction de la 1ere édition Anglaise par Michel Rocour, paris, De Boeck université.
- 97 Pierre loo et autres, (2003), le stress permanant réaction adaptation de l'organisme, 3eme édition, paris, Masson.
- 98 Pierre Marty, (1980), l'ordre psychométrique les mouvements individuels de vie et de mort, 2, Payot, paris.

-
- 99 Roger Perron, D. Dejeux, (1983), l'agression et les autres, paris, Masson.
- 100 R. Paul, (1993), nouveau petit le Robert, dictionnaire le Robert, paris.
- 101 Serniclaes. O, (Janvier 2003), le soutien psychologique aux intervenants in journal international de victimologie, année 1, n° 2.
- 102 Tapiero. B, Péliissier. J, Barat. M, Mazaux. J. M, (1991), manifestations des traumatismes crâniens graves, paris, Masson.
- 103 Bokanowski. T, (Novembre 2001), la conception ferenczienne du traumatisme, et SES apport concernant le traumatisme, collection de la sepea, paris, éditions in presse.
- 104 Fadhéla choutri, (2001), violence, trauma et mémoire, Alger, casbah éditions.
- 105 Vaiva. G, lebigot. F et autres, (2005), psycho traumatisme, prise en charge et traitement, paris, Masson.
- 106 William F Walker, (1976), Atlas en couleurs de Diagnostics de chirurgie générale, paris, Maloine S, A, Editeur.
- 107 Y. Gérard, J, Barré, (1985), polytraumatismes, EMC 24 117 A10-7, paris.

الملاحق

IRM Cérébrale

TECHNIQUE :

Sagittale et axiale T1/Axiale Flair/Coronale et axiale T2/T2 EG / Diffusion, T1 GADO

RESULTATS:

Etage sus tentoriel :

- Mise en évidence d'une lésion au niveau du splénium du corps calleux, mesurant 26 x 06 mm, se traduisant en signal T1, hyper signal T2 et Flair, discrète hyper signal diffusion.
- Dilatation tétra-ventriculaire modérée, associée à une anomalie de signal péri ventriculaire, notamment en regard des cornes frontales, occipitales et sur la face externe des cornes temporales, des VL, en rapport à une résorption trans épendymaire, sans obstacle décelable.
- Collection millimétrique sous durale occipitale bilatérale, ne dépassant pas 02 mm d'épaisseur maximale, en hyper signal T1, T2 et diffusion, en hyper signal central, et une couronne hypo intense en EG.
- Collection liquidienne sous durale de la FCP, péri cérébelleuse droite, mesurant 08 mm d'épaisseur maximale, sans effet de masse notable.
- Comblement bilatérale des cellules mastoïdiennes.
- Liseré hypo intense en T2*, bilatéral, au niveau de la surface des sillons corticaux, temporo-pariétal.
- Absence d'anomalie de signal au niveau de la substance grise, la substance blanche et des noyaux gris centraux.
- Hippocampes normaux non atrophiques.

Etage sous tentoriel :

- Absence d'anomalie du signal au niveau du tronc cérébral et du cervelet.
- V4 en place de taille habituelle.

CONCLUSION :

- Lésion axonale oedémateuse du splénium du corps calleux.
- Hydrocéphalie modérée tétra ventriculaire, active, communicante, non obstructive : complication d'une éventuelle hémorragie intra ventriculaire ?
- Fine lame hématique sous durale occipitale bilatérale d'âge subaigu tardif (2-4 semaines).
- Collection liquidienne de la FCP, péri cérébelleuse droite, non compressive.
- Comblement bilatéral des cellules mastoïdiennes.
- Liseré cérébrale localisée des sillons corticaux des régions temporo-pariétales : séquelles d'une hémorragie sous arachnoïdienne.


Docteur A. Benhouar
Assistant
Médicale