

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

جامعة سطيف -02-

قسم علم النفس

# الصدمة النفسية عند ضحايا

## الصدمة الدماغية

مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس العيادي

تخصص: علم النفس الضغط

إشراف الأستاذ:

إعداد الطالبة:

شرفي محمد الصغير

لكحل وذنو هدى

بتاريخ 2014/06/05 أمام اللجنة المكونة من:

رئيسا	02	جامعة سطيف	أستاذ محاضر أ	د. تاغليت صلاح الدين
مشرفا	02	جامعة سطيف	أستاذ التعليم العالي	أ.د شرفي محمد الصغير
عضوا مناقشا	02	جامعة سطيف	أستاذ التعليم العالي	د. لونيس علي
عضوا مناقشا	02	جامعة سطيف	أستاذ محاضر أ	د. عمارجية نصر الدين

السنة الجامعية 2014/2013

## فهرس المحتويات

01	مقدمة
03	1- الإشكالية
08	2- دوافع اختيار موضوع الدراسة
09	3- أهداف الدراسة
10	4- مصطلحات الدراسة
12	5- الدراسات السابقة

### المقاربة النظرية

#### الفصل الثاني: الصدمة الدماغية

14	مدخل
15	1- المقاربة الطبية للصدمة الدماغية
15	1-1- مكونات الدماغ
16	1-2- أقسام الدماغ
18	2- تعريف الصدمة الدماغية
20	3- تصنيفات الصدمة الدماغية
20	3-1- تصنيفات الصدمة الدماغية حسب جسامتها
22	3-2- تصنيفات الصدمة الدماغية حسب المنظور التشريحي العيادي
32	4- الصدمة الدماغية الخطيرة-تظاهراتها وفحصها
32	4-1- تعريف الصدمة الدماغية الخطيرة
33	4-2- تظاهرات الصدمة الدماغية الخطيرة
36	4-3- فحص الصدمة الدماغية الخطيرة
36	5- العجز العصبي عند ضحايا الصدمة الدماغية الخطيرة وتطوره
38	5-1- تطور العجز النفسو عصبي عند ضحايا الصدمة الدماغية الخطيرة
39	6- تطور الاضطرابات النفسية لدى ضحايا الصدمة الدماغية الخطيرة
40	7- المراقبة العيادية للصدمة الدماغية الخطيرة
41	8- انتشار المرض
42	9- طرق الدراسة العيادية للصدمة الدماغية وتأثيراتها الإكلينيكية

## فهرس المحتويات

- 9-1- طرق الدراسة العيادية للصدمة الدماغية.....42
- 9-2- التأثيرات الإكلينيكية للصدمة الدماغية.....55
- 9-2-1- إصابات أولية .....55
- 9-2-2- إصابات ثانوية.....55
- 9-3- العلامات العيادية المرافقة للصدمة الدماغية.....56
- 10- نتائج الصدمة الدماغية بصفة عامة.....58
- 11- الآثار السيكولوجية للصدمة الدماغية.....59
- 11-1- الاضطرابات المعرفية.....59
- 11-2- الاضطرابات السلوكية.....63
- 11-3- الاضطرابات الانفعالية.....65
- 11-4- التغيرات المهنية و الاجتماعية و العائلية.....67
- 12- التكفل بضحايا الصدمة الدماغية وتقييمها.....69
- 12-1- التكفل بضحايا الصدمة الدماغية في المرحلة الحادة.....69
- 12-1-1- في المرحلة الأولية.....69
- 12-1-2- مرحلة الاستجواب.....69
- 12-1-3- مرحلة الفحوصات العيادية.....69
- 12-2- التقييم الأولي لصدمة دماغية.....71
- 13- الاستمارة العلاجية الخاصة بالصدمة الدماغية.....72
- 13-1- الفحص العصبي و صور الأشعة .....72
- 13-2- العلاج .....73
- 14- جداول ملخصة لنتائج الصدمة الدماغية.....75
- 14-1- على المستوى الفيزيائي.....75
- 14-2- على المستوى المعرفي.....76
- 14-3- على المستوى النفسوعاطفي.....77
- 14-4- على المستوى السلوكي.....78
- 15- التناذر ما بعد الصدمة عند ضحايا الصدمة الدماغية.....80
- 15-1- مفهوم التناذر ما بعد الصدمة .....80
- 15-2- الجدول العيادي للتناذر ما بعد الصدمة .....81

## فهرس المحتويات

15-3-	الميكانيزمات المسؤولة عن المنشأ المرضي لاضطراب التناذر	
82	ما بعد الصدمة .....	
83	15-4- التشخيص .....	
84	15-5- تطور التناذر عند ضحايا الصدمة الدماغية .....	
86	16- الصعوبات المتكررة لدى ضحايا الصدمة الدماغية واقتراح وسائل العمل .....	
97	17- الاسترجاع الدماغي عند ضحايا الصدمة الدماغية .....	
98	17-1- الاسترجاع التلقائي .....	
98	17-2- تغير الإستراتيجية .....	
98	17-3- تعلم مهارات جديدة .....	
99	خلاصة .....	

## الفصل الثالث: الصدمة النفسية و اضطراب الضغط ما بعد الصدمة

100	مدخل .....	
101	1- مفهوم الصدمة النفسية والمنظور التاريخي لها .....	
101	1-1- مفهوم الصدمة .....	
101	1-2- تطور مفهوم الصدمة .....	
102	2- تعاريف الصدمة النفسية .....	
107	3- أعراض الصدمة النفسية والعوامل المسببة لها .....	
107	3-1- أعراض الصدمة النفسية .....	
107	3-1-1- الأعراض الحسية .....	
108	3-1-2- الأعراض السلوكية .....	
109	3-1-3- الأعراض الذهنية .....	
109	3-1-4- الأعراض الجسمية .....	
110	3-1-5- مظاهر التكرار .....	
110	3-2- العوامل المسببة للصدمة النفسية .....	
111	4- تشخيص الصدمة النفسية حسب DSM4 .....	
114	5- أنواع الصدمات النفسية .....	

## فهرس المحتويات

- 114..... 1-5-الصددمات الأساسية
- 116..... 2-5- صدمات الحياة.
- 117..... 6- النظريات المفسرة للصدمة النفسية.
- 117..... 6-1- تفسير الصدمة النفسية من طرف Otto Rank
- 118..... 6-2- تفسير الصدمة النفسية من طرف Freud
- 6-3- تفسير الصدمة من طرف o.Fenichel سنة 1945
- 123 ..... في التحليل النفسي
- 123..... 6-4- تفسير الصدمة النفسية من طرف Lacan
- 124..... 6-5- تفسير الصدمة النفسية من طرف Winnicott سنة 1965
- 124..... 6-6- تفسير الصدمة النفسية من طرف Diatkine
- 124..... 6-7- نظرية Pierre Janet في الصدمة النفسية
- 125..... 6-8- نظرية Kardiner و Ferenczi
- 129..... 6-9- النظرية الظاهرية للصدمة.
- 6-10- تفسير الصدمة النفسية من وجهة نظر
- 130..... السيكوسوماتية Pierre Marty
- 131..... 6-11- التحليل النفسي وصدمة الأنا.
- 132..... 7- آثار وتبعات الصدمة النفسية.
- 132..... 7-1- الحالات الناقصة
- 133..... 7-2- الحالات الغيرالنمطية
- 133..... 7-3- التبعات الذهانية
- 133..... 7-4- التبعات المؤقتة.
- 134..... 7-5- الحالات دون تبعات.
- 134..... 8- التناذرات الأساسية المميزة للصدمة النفسية.
- 134..... 8-1- تناذر التكرار
- 135..... 8-2- تناذر التجنب
- 136..... 8-3- التناذر العصبي الإعاشي

## فهرس المحتويات

- 9- تعريف الحدث الصدمي وأنواعه ..... 139
- 9-1- ردود الفعل البسيطة للحدث الصدمي ..... 140
- 9-2- ردود الأفعال الخطيرة ..... 140
- 9-3- ردود الفعل المرضية ..... 141
- 10- مراحل تطور الصدمة النفسية ..... 143
- 10-1- أثناء الصدمة ..... 143
- 10-2- عند توازن الصدمة ..... 143
- 10-3- ما بعد الصدمة ..... 143
- 10-4- الإطار المفاهيمي للصدمة النفسية ..... 143
- 11- لمحة تاريخية عن تطور اضطراب الضغط ما بعد الصدمة PTSD ..... 146
- 12- تعريف اضطراب الضغوط التالية للصدمة PTSD ..... 150
- 13- الأعراض المميزة لاضطراب الضغوط التالية للصدمة PTSD ..... 152
- 13-1- التطفل أو الصور الدخيلة ..... 152
- 13-2- التجنب ..... 152
- 13-3- فرط التأثر ..... 152
- 13-4- التجنب و الانسحاب ..... 153
- 14- النماذج النظرية المفسرة لاضطراب الضغوط التالية للصدمة ..... 155
- 14-1- نموذج معالجة المعلومات لـ Horowitz سنة 1986 ..... 155
- 14-2- النموذج الإشرطي لـ Morwer سنة 1960 ..... 158
- 14-3- نموذج المعالجة الإنفعالية لـ Foa و آخرون سنة 1989 ..... 160
- 14-4- نموذج Joseph و آخرون ..... 162
- 14-5- نموذج Janoff-bolman سنة 1992 ..... 164
- 14-6- نموذج Freud و Anna Freud ..... 165
- 14-7- نموذج Van der Kolk لاضطراب الضغوط التالية للصدمة ..... 167

## فهرس المحتويات

169	.....2007- 2004 سنة J.Roques نموذج 8-14
170	..... 15 - المعايير التشخيصية لاضطراب الضغوط ما بعد الصدمة حسب DSM4TR
172	.....16- الأشكال الخاصة بال-PTSD
172	.....1-16- أشكاله
172	.....2-16- مراحلہ
173	.....3-16- مصيره
175	.....17- التمييز بين الصدمة النفسية واضطراب الضغوط التالية للصدمة و العصاب الصدمي
177	.....18- تحديد العوامل المرافقة للأعراض ما بعد الصدمة.
178	.....1-18-العوامل المفجرة
180	.....2-18-عوامل ما قبل الصدمة
184	.....3-18-عوامل الثبات
	..... خلاصة 188

### المقاربة المنهجية و الميدانية

#### الفصل الرابع:الإجراءات المنهجية

189	..... مدخل
189	.....1- التذكير بفرضيات البحث.
190	.....2- مجتمع الدراسة الميدانية
190	.....3- الدراسة الاستطلاعية
191	.....1-3- أهداف الدراسة الاستطلاعية.
191	.....2-3- المجال الزماني و المكاني للدراسة الاستطلاعية
192	.....3-3- مجتمع الدراسة الاستطلاعية.
193	.....4- الدراسة الأساسية
193	.....1-4- مجتمع الدراسة الأساسية و معايير اختياره
193	.....2-4- وصف ميدان الدراسة الأساسية

## فهرس المحتويات

- 193..... 4-3- وصف مجتمع الدراسة الأساسية  
194..... 4-4- المنهج المتبع في الدراسة  
195..... 4-5- أدوات الدراسة

### الفصل الخامس: منهجية العمل

- 199..... 1-1- عرض الحالات و تحليل مضمون المقابلات  
199..... 1-1- عرض الحالة الأولى  
199..... أ-تقديم الحالة الأولى  
202..... ب-تحليل مضمون المقابلات  
234..... 1-2- عرض الحالة الثانية  
234..... أ-تقديم الحالة  
238..... ب-تحليل مضمون المقابلات  
271..... 2- مناقشة نتائج الدراسة  
281..... الخاتمة العامة

المصادر و المراجع

الملاحق

الملخص باللغة العربية

الملخص باللغة الفرنسية

الملخص باللغة الإنجليزية



فهرس الجداول ..... الصدمة النفسية عند ضحايا الصدمة الدماغية

الصفحة	عنوان الجدول	الحالة
214 .....	التناذر التكراري	الحالة الأولى
214.....	التناذر التجنبي	
215 .....	التناذر العصبي الإعاشي	
215 .....	أهم الآثار النفسية المترتبة عن الصدمة الدماغية	
251 .....	التناذر التكراري	الحالة الثانية
251.....	التناذر التجنبي	
252 .....	التناذر العصبي الإعاشي	
252 .....	أهم الآثار النفسية المترتبة عن الصدمة الدماغية	

# الفصل الأول

## الفصل الأول : الصدمة النفسية عند ضحايا الصدمة الدماغية

مقدمة :

- 1- الإشكالية.
- 2- دوافع اختيار موضوع الدراسة.
- 3- أهداف الدراسة.
- 4- تحديد المصطلحات.
- 5- الدراسات السابقة.

مقدمة:

كلنا نأمل أن نعيش ضمن شروط الحياة الآمنة بعيدا عن الضغوطات والصدمات. ولكن في فترة وجودية من هذه الحياة يتهدد شعورنا بالأمان ونختبر من خلالها مشاعر الهلع والرعب والفرع عندما نواجه كثيرا من الأحداث الصادمة ونعيش من خلالها صدمة نفسية بآثارها السيكولوجية وانعكاساتها اللاحقة، وأكثر ما نعاني منه في مجتمعنا الجزائري هو حوادث المرور أو ما يطلق عليها بإرهاب الطرقات الذي يخلف العديد من الضحايا خاصة ضحايا الصدمة الدماغية الذين تستقبلهم مصلحة الصدمات والجراحة العصبية بمعدلات هائلة.

وحدث الصدمة الدماغية قد يخلف معاشا نفسيا صدميا عند ضحاياه بسبب هذه الخبرة الصدمية المؤلمة وآثارها النفسية والجسدية مع تغيرات اجتماعية وعلائقية وأسرية ومهنية. فضلا عن ذلك تفرض على الضحية واقعا جديدا يتمثل في الوضع ما بعد الصدمة وصعوبة التكيف معه الذي يفقدها تكيفها الاجتماعي و العائلي، بما فيها التوظيف الجسدي بسبب حالات العجز العصبي والجسدي والحركي.

وقد ينجم عن الصدمة الدماغية الخطيرة فقدان الوظائف الجسدية والفيزيائية السابقة بما فيها التفاعل الاجتماعي والوظيفة و صعوبة تقبل الإصابة والتكيف مع الوضع ما بعد الصدمة الدماغية. مما تضطر العائلة والمحيط إلى احتضان معاق الصدمة الدماغية وبيدآن معا كل من الضحية والعائلة رحلة الانتظار في أمل الشفاء ومكابدة عناء الوضع النفسي الذي تصبح عليه الضحية فيما بعد مع طول مدة الاستشفاء، أين ينخرط المصاب بالصدمة الدماغية الخطيرة في مراكز إعادة التأهيل الوظيفي بهدف ضمان الاستقلالية الجسدية وتحقيق مكانة اجتماعية متكيفة. لذلك تعايش الصدمة الدماغية الخطيرة وآثارها كصدمة نفسية تفرض على الضحية معاناة نفسية مع صعوبات متكررة من بينها صعوبة التكيف مع الوضع الجديد " الإعاقة ما بعد الصدمة الدماغية".

لذلك يتمحور الهدف العام من دراستنا حول تشخيص اضطراب الضغط ما بعد الصدمة PTSD بالاعتماد على المحكات التشخيصية حسب DSM4. مع تحديد مجموعة الصعوبات التي يعانها ضحايا الصدمة الدماغية الخطيرة ما بعد الإعاقة التي تكمن في مجموعة الآثار النفسية التي تعكس مدى صعوبة التكيف مع الوضع الجديد وقسمت الدراسة إلى جانبين رئيسيين هما:

**جانب نظري:** تضمن مقارنة نظرية احتوت كل ما يتعلق بالمقاربة الطبية للصدمة الدماغية واضطراب الضغط ما بعد الصدمة أو ما يعرف بالـ **PTSD**، حيث تم تقسيم الجانب النظري إلى فصلين كانا كما يلي:

**الفصل الأول:** تضمن المقاربة الطبية للصدمة الدماغية التي تعرض الجانب التشريحي للدماغ، تعاريفها وتصنيفاتها من المنظور التشريحي العيادي ومن منظور درجة الخطورة، بالإضافة إلى إبراز الوسائل التشخيصية في الجراحة العصبية وكيفية التكفل الطبي بضحايا الصدمة الدماغية، بالإضافة إلى التأثيرات العيادية الناجمة عن هذه الصدمات في جميع المجالات الاجتماعية والنفسية، التطرق إلى أهم النتائج النفسية الناجمة عن معايشة الصدمة الدماغية ومجموعة الصعوبات المتكررة لدى ضحايا الصدمة الدماغية الخطيرة مع اقتراح وسائل العمل.

**الفصل الثاني:** وتضمن الصدمة النفسية بصفة عامة ثم اضطراب الضغط ما بعد الصدمة أو ما يعرف بالـ **PTSD**، ثم بعض القراءات التي تطرقت لاضطرابات الشدة التالية للصدمة جراء التعرض للصدمة النفسية.

**جانب ميداني:** تضمن ما يلي:

**الفصل الثالث:** ويتم فيه التطرق للإجراءات المنهجية ويتعلق بتعريف منهج الدراسة المتبع، وكذا أدوات ووسائل جمع البيانات والمعلومات المستخدمة كالمقابلة إضافة إلى التعريف بمكان الدراسة الميدانية ( مستشفى إعادة التأهيل الوظيفي - رأس الماء - سطيف).

**الفصل الرابع:** تضمن عرض حالات الدراسة التي مثلت مجتمع البحث مع إعطاء تحليل لكل حالة على حدة (تحليل المقابلات) ومناقشة النتائج في ضوء الدراسات السابقة والتراث النظري وفرضيات الدراسة المتعلقة بموضوع الدراسة.

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 والاهتمام 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 طبعا كالاغتصاب ومظاهر عديدة من الاعتداءات والأزمات التي يفرضها مجرى الحياة ككل، وفي فترة وجودية من الحياة يعيش الفرد كابوسا من نوع آخر والتي تشهد 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 إمراضية مميزة لاضطراب الضغط ما بعد الصدمة، فالصدمة تتكون من جملة الأعراض تسمى بالتناذر النفسو صدمي ظهرت في السجلات التشخيصية (D S M) و (CIM) التي تقسم التناذر ما بعد الصدمة إلى عدة محاور. والتي تدرج ضمنها العديد من التظاهرات العيادية، كما أكد المحللون النفسانيون 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 التحطيمية والتدميرية وتعطيل وظائف الأنا وميكانيزمات الدفاع لدى الفرد. (Mezhoud Noureddine, Chorfi Mohamed Séghir, p.p6-10).

ومن المظاهر العيادية الناجمة عن الوضعيات الصدمية: اضطراب الضغط ما بعد الصدمة **TSPT** الذي ورد في التصنيف الأمريكي في طبعته الثانية **DSM<sub>3</sub>** (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 التركيبة 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 (5% 7%) من هذه الحالات تدخل ضمن تصنيف الصدمة الدماغية الخطيرة الذي يدخل بسببها المصاب في غيبوبة، أما بالنسبة المتبقية من الحالات وهي (93%- 95%) 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 الإصابات 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

واضطرابات في المستويات العاطفية المعرفية والسلوكية، وذلك حسب وقع وأثر الصدمة على الجانب النفسي لكل حالة. (MC. Millon Chichsman, 2005, P58)

فمن جراء الصدمة الدماغية يعيش الفرد تجربة صدمية مع المرض وتطور 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 لا بد 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 التناذر النفسو صدمي. ومن بين التصنيفات المرجعية للاضطرابات النفسية وتحديد علائها 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 ومؤخرا 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**؟

أو بطرح آخر.

▪ هل يمكن لضحايا الصدمة الدماغية أن يطوروا اضطراب الضغط ما بعد الصدمة **PTSD**؟



▪ الفرضية العامة:

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

▪ الفرضيات الإجرائية:

▪ الفرضية الإجرائية الأولى:

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

▪ الفرضية الإجرائية الثانية:

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

▪ الفرضية الإجرائية الثالثة:

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

## 2-دوافع اختيار موضوع الدراسة:

تتاول موضوع الدراسة " خصوصية الصدمة النفسية عند الضحايا الصدمة الدماغية" كون هذا الحدث يعد إحدى التجارب المدمرة للمصاب وعائلته الذي تعيشه الضحية ككسر حقيقي لكيونيتها الجسدية والنفسية كونها تخلق وضعاً جديداً ما بعد الصدمة ومعاشاً نفسياً صدمياً وجسدياً مريضاً وضعيفاً فقد أهليته وتكيفه السابق. فالضحية تكابد عموماً الآثار ما بعد الصدمة الدماغية "الإعاقة الحركية ما بعد الصدمة" كإقحام 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 المقلقة وانعكاساتها جسدياً وسلوكياً واجتماعياً وعلائقياً. وتبعاً 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 .
- أثر هذه الإصابة الدماغية ومخلفاتها على الضحية ومستقبلها وعائلتها .

### 3-أهداف الدراسة:

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

- إبراز خصوصية الصدمة النفسية الدماغية وتعدد آثارها النفسية والجسدية والاجتماعية وحتى العلائقية .
- تبيان حقيقة الوضع ما بعد الصدمة الدماغية الذي يتميز بمجموعة من الصعوبات والمعوقات التي تحوي في مضامينها مجموعة من التغيرات النفسية و الاجتماعية والعلائقية والمهنية.
- الكشف عن مدى تأثير هذه الإصابات الدماغية ومخلفاتها على الضحية من ناحية ردود أفعالها الانفعالية والوجدانية والسلوكية، كاستجابة لحدث الصدمة الدماغية والآثار ما بعد الصدمة ومعايشته كحدث صدمي.

#### 4- 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، تتسم 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، بحيث تكون مفاجئة وعنيفة يستقبلها الشخص برعب وكأنها تجربة أو لقاء مع واقع الموت. (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 **PTSD حسب DSM4 .**

- 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 نفسي مع آثار ذات معنى. (Pascale Brillon, 2004, p35)

5-الدراسات السابقة:

يعتبر ضحايا الصدمة الدماغية من الحالات التي يصعب التعامل معهم عياديا كون أن الدماغ يحتل مكانة أساسية لدى الضحية ويحمل قيمة رمزية في الذات،لأنه حتما يشكل اضطراب في صورة الذات نتيجة لاضطراب في صورة الجسم بعد معايشة صدمة دماغية. ( Osson .D, 2004, p303)

وهناك اعتبارات أخرى تتدرج ضمن الصعوبات التي تعيق التعامل مع ضحايا الصدمة الدماغية كون أن مريض الصدمة الدماغية في المرحلة الأولية من وقوع الإصابة الدماغية تعيش الضحية اضطرابات في الوعي. في اللغة وفي الذاكرة التي تعد عناصر أساسية للاتصال والتواصل والتفاعل أثناء المقابلة العيادية مع المريض وخاصة أن مختلف ضحايا الصدمة الدماغية الخطيرة يدخلون في مرحلة الغيبوبة وهذا ما يمنع الاهتمام بضحايا الصدمة الدماغية .

وبالرجوع إلى طبيعة موضوع الدراسة حول الوقوف على اضطراب الضغط ما بعد الصدمة عند ضحايا الصدمة الدماغية وكذا تبعياتها النفسية ومن بين الدراسات التي تتدرج ضمن ذلك:

حاولنا على حد علمنا و مجهوداتنا الحصول على هذه الدراسات:

- دراسة **Pierre Marie سنة 1916م:** أين أفرد التناذر ما بعد الصدمة عند ضحايا الصدمة الدماغية أين ظهرت أهمية العرضية المرضية الذاتية لهذا الاضطراب من خلال نقاط أساسية:

**النقطة الأولى:** على المستوى التطبيقي تطرح صعوبة عند الطبيب أو المعالج النفسي أو الأخصائي العيادي في التعامل مع هؤلاء الضحايا كون أن التناذر ما بعد الصدمة والاضطرابات النفسية الناجمة عن الصدمة الدماغية يغلب عليها الطابع الذاتي مما يطرح صعوبة في التشخيص.

**النقطة الثانية:** أظهرت الدراسة مدى خطورة الصدمة والإصابة الدماغية وانعكاساتها النفسية لدى الضحية. أين أثبتت الدراسة أن الصدمة الدماغية تمثل جرح نرجسي (صدمة نفسية) كون أن الضحية تعرضت إلى إصابة في الرأس أين تحمل قيمة رمزية في الأنا وهو يوازي الروح والنفس، هو مكان الفكر أين الفرد أو الضحية عاشت حقا تهديد في حياتها.

▪ **الدراسة الثانية سنة 1987-1988م:** قام بها الأخصائي في علم الأعصاب **Ali Bellalem** وكانت هذه الدراسة بالتنسيق مع جامعة **Rêne Descartes** والتي أجريت على 45 حالة يعانون من التناذر ما بعد الصدمة واضطرابات نفسية بعد معايشة صدمة دماغية الناتجة عن حوادث العمل بالتعاون مع صندوق الضمان الاجتماعي لولاية سطيف. وأثبتت الدراسة على أهمية الشكاوي التي ظهرت عند هذه الحالات (45 حالة) حتى لو كانت الصدمة الدماغية خفيفة.

ومن بين هذه الحالات هم العاملين الجزائريين المغتربين في فرنسا والعاملين في البناء والأشغال العمومية بهدف تحديد الأعراض المرضية المميزة للتناذر 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 أن:

- 20 حالة يعانون من تناذر ما بعد الصدمة قوي.
- 14 حالة يعانون من تناذر ما بعد الصدمة متوسط.
- 11 حالة يعانون من تناذر ما بعد الصدمة خفيف. (Ali Bellalem, 1987-1988)

# المقاربة النظرية



# الفصل الثاني

## الفصل الثاني :الصدمة الدماغية

مدخل.

- 1- المقاربة الطبية للصدمة الدماغية.
  - 2- تعاريف 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.
- خلاصة.

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 الانعكاسات النفسية للصدمة الدماغية على الضحية خاصة في حالة وجود عجز جسدي واضح .

وإن الصدمات الدماغية عموما 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 استقطالات مختلفة جدا **prolongements** وهناك استقطالة أساسية تسمى بالمحور الأسطواناني الذي ينقل السيالة العصبية.

أما الإستقطالات 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** **Coline** وتثبط عن طريق حمض الأمينو. (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 mère** والغشاء العنكبوتي **l'arachnoïde**، الأم الحنون **lapie** **mère** 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 4/3 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 ملتقة 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 الإحساس 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 burdack**، 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 140غ والذي يتكون من نصفي الكرة المخية 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, James. T, 2008, p 192-193)

## 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، ص 322).

▪ تمثل حقل مرضي أساسي معقد ونوعي لأن بيوميكانيكية الصدمات **biomécanique des 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, p 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 Patrel Trillat سنة 1971:

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 دورانية 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 تتدرج 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 (**Annésie post traumatique**)، 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، وصدّات دماغية خطيرة يكون **APT** أكثر من 24 ساعة والمتوسطة يكون بينهما، ويمكن اعتبار الصدمات الحميدة والمتوسطة أنها صدمات خفيفة. (Cambier. J et autres, 2003, p 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 سكانيير **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, p 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

جمعي 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 **Œdème** أين تكون الغيبوبة ممتدة، فخطورة المعاناة الدماغية المنتشرة والتي تشرح وتفسر الارتجاج الدماغى تبعا 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 مخى 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 الزمنى للمادة الشبيكية الصاعدة (**la substance réticulée 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** فتوجد أحيانا اضطرابات مؤقتة في الذاكرة الحديثة الخاصة بالثبيبت **Fixation** فالمراقبة 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 المخى **œdème cérébrale** وفي الغالب نجد فقدان الوعي أو الارتجاج المعزول يبقى بدون آثار لكن هناك إمكانية التسبب في التناذر ما بعد الارتجاجى **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 سكانير **Scanner** كنقطة على الفص الجانبي **Lobe latéral** إذا كانت الصدمة جانبية، أو على الأقطاب القفوية (**Les pôles occipitales**) إذا كانت الصدمة قفوية.

هذه الإصابات الجلطية تكون أحيانا مكتومة (لا تظهر) أي صامته 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)

### ▪ الإمهامة 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 **Ostéotendineux**.

هذه الاضطرابات بإمكانها أن تتراجع تحت تأثير العلاج الطبي. فتستعمل بعض الأدوية المدرة للبول التي تسمح بالإفراز والترشيح البولي بهدف التقليل من الإمهامة 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 **Pression Intra crânienne** وأهمية **P'œdème** عموما مرتبط مباشرة بخطورة الإصابة الأولية. ( Micheal. M Henry, Jemy. N ) (Thompson, 2004, p 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 **Hémiplégie**، تناذر على مستوى الفص الجبهي، الحبسة الكلامية (الأفازيا)، تناذر كورساكوف **Syndrome Korsakef**، 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 المسؤولة 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 استطالة 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 (**réanimation**) 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 % الى 16% مريض 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 السكانير (**tomodensitométrie**).

### ▪ النزيف خارج الأم الجافية : Hématome Extra durale

يتكون النزيف في المجال خارج الأم الجافية بين الجمجمة وغشاء الأم الجافية. والنزيف في المنطقة المصابة يكون أصله شرياني والتشخيص المبكر هو شرط أساسي للتنبؤ 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، النقيؤ).

- **التطور والتنبؤ:** 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**).

✓ **Mydriase** أحادية الجانب ثم ثنائية الجانب.

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.

### ✓ نزيف خارج الأم الجافية القفوي Hématome Extra durale occipitale : حدوث

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 48 سا.

### ▪ 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 cérébrale.

❖ **التنبؤ Pronostique:** إن التنبؤ لا ينفصل عن الإصابات التحتية، وفي حالة وجود التأزم الثانوي عند مريض مصاب بارتجاج المخ فمآل الإصابة من الممكن أن يكون إيجابي 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.

### ✓ **النزيف الدموي تحت الأم الجافية المزمن المتأخر Hématome sous dural chronique 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).



### ▪ النزيف الدموي داخل الدماغ :Hématome Intracérébrale

النزيف الدموي الداخل المخي يكون أكثر حدوثا 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 سريعا للإمهاة المخية **œdème cérébrale**، وهذه الإصابة الدماغية تحدث في حالات الصدمة الدماغية الخطيرة نتيجة ظاهرة الصدمة المضادة **phénomène de contrecoup** التي تعرضت لها الكتلة العصبية مما أدى إلى إزاحتها نحو الداخل مما يؤدي إصابة الدماغ في النهايات العظمية، خاصة في حالة الرضة الجبهية- الصدغية. (B.Chiche, P.Mouille, 1980, 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 كسرا 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 عظمية 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 لتقادي الالتهابات (**Inflamations**).

• **التعقيدات التعفنفة 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 الدماغى (**ponction lombaire**) الذي يتطلب توجيه المريض للعلاج في وسط خاص، أو علاج ثانوي خاص مكيف لتعاطي المضادات الحيوية.

• التقيح الدماغي **Abcès 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](http://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 100-000 شخص 2000 حالة يتم قبولها في قسم الصدمات **Service de traumatologie**.

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 الأولى:

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 يظهرون 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 فوريا أو متأخرة لبعض ساعات (يتكون تدريجيا 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 (التنبؤ جيد) وما بين 2 إلى 3 أشهر بالنسبة لحالات خطيرة.

– **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 **la Rééducation neuro orthopédique** إما في حالة استمرارية العجز نتيجة 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 والإعتنائية 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 **diploégie facial** (أي إصابة ثنائية للعصب الوجهي **Atteinte Bilatéral du nerf facial**) 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

تعليلة 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).

الشدوذ في الإدراك، عدم تنظيم وتناسق الأفكار وارتفاع النشاط النفسو حركي.

### ✓ فقدان الذاكرة ما بعد الصدمة **Amnésie post traumatique** :

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 **Tc. Toracique.**، الصدمة البطنية **TC. Obdominal** 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 (**sensoriels**): السمع، النظر، الشم، حركة العينين، الفم، البلعوم.



✓ **Anosmie (perte de l'odorât)** : يعني فقدان حاسة الشم عندما تكون الصدمة للقسم الأمامي مع الإصابات الجبهية.

- **Troubles neuro ophthalmologiques** الاضطرابات الخاصة بالعين

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**).

✓ **la surdité**: الصمم

❖ نجد إصابة الحزم السمعية **Les voies auditives**.

❖ نجد اضطرابات التوازن والدوخة **syndrome vestibulaire** في حالة إصابة الحزم الحركية الهرمية الثنائية الجانب **voies motrices pyramidales bilatéraux**.

✓ اضطرابات في تلفظ اللغة :

✓ **Hémiplégie** النشل النصفي: 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 التنازلات المرتبطة بالمخيخ).

- **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 **physionomie** 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 (**I'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 temporale** 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 وشذوذ في السلوك الجنسي .

✓ **اضطرابات اللغة:** تكون في عدة مستويات:

✓ **Manifestations paroxystiques:** التظاهرات التناوبية (اشتداد الحاد، الإحساس

بالغضب بسبب الإفراط في العدوانية وآلية الحركة **Automatisme 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 بالثبوت **la mémoire de fixation** كافية 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 légal** 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 الدماغي الشوكي **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 والتمثلة 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** ومؤثراتها 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 تعتمدها 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** من خلال أعمال **Jouvet** أداة قياس تحليلية لاضطرابات الوعي ما بعد الصدمة **trouble de conscience post traumatique**. هذه المقاييس هو سلم الغيبوبة **Glasgow** و **Echelle de Glasgow** (GCS) du Coma سنة 1974 ومن مؤسسيه **Jennett** و **Teasdale** فمقياس 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** **Conscient**. (Nouailhat. F, 2004, p 56)

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 بالمعاناة الدماغية عامة **la souffrance encéphalique** (التسجيلات **enregistrements Electro physiologiques**)، والقياسات الأيضية



(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, 1991, p 256)

### • مقاربات عيادية أخرى للمعاناة الدماغية :Souffrance Encéphalique

كل من **Posner** و **Plum** اقترحا نموذجا تدريجيا للمعاناة 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.

حيث أن العضو العيادي للغيبوبة **Approfondissement clinique du coma** يوافق 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.

حيث أن كل من مدرسة **Grenoble** و **Liège** و **Motpellier** و **Toulous** من 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 الداخلى 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 يتعلق بالاستجابات الانعكاسية للجذع الدماغى، حيث قام بإضافة تقدير كمي من 1 إلى 5 - 7 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 – liège**، 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, p 28)

مقياس Glasgow Liège للصدمة الدماغية

<p>مقياس Glasgow</p> <p>GCS</p> <p>Ouverture des yeux</p>	<p>G C S فتح العينين</p> <p>- تلقائية</p> <p>- تحت تأثير الضجيج</p> <p>- تحت تأثير الألم</p> <p>- لا شيء</p>	<p>مقياس Glasgow و Liège</p>
<p>Réponses Motrices</p>	<p>أفضل استجابة حركية</p> <p>- إرادية</p> <p>- متكيفة - موضعية</p> <p>- تراجع - تجنب</p> <p>- إنشاء</p> <p>- امتداد</p> <p>- لا شيء</p>	
<p>Réponses verbales</p>	<p>الاستجابات الشفوية</p> <p>- واضحة، موجهة</p> <p>- غامضة أو متشتتة</p> <p>- غير متناسقة</p>	

	- غير مفهومة - لاشيء	
<b>Reflexes du tronc Cérébrale</b>	انعكاسات الجذع الدماغي - الانعكاسات الجبهية - المدار البصري - البصرية - الدماغية العمودية - التصويرية المحركة - البصرية الدماغية الأفقية - البصرية - القلبية	

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

### • الفحص التصويري للإصابات الدماغية :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 يمكن تحديد مدى كثافة الإصابة **les critères tomodensitométriques** ويغطي 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.

- الجدول الأول: تصنيف اقترحه Labato وآخرون سنة 1983:

**Typologie des Images tomodynamiques**

نزيف خارج الدماغ خالص	نموذج (1)
<b>Hématome Extra durale pure</b>	Pattern 1
نزيف خارج الدماغ مع انتفاخ نصفي	نموذج (2)
<b>Hématome Extra durale Avec un gonflement Hémisphérique</b>	Pattern 2
رضة دماغية مع نزيف خارج الدماغ	نموذج (3)
<b>Contusion cérébrale ou/ avec Hématome Extra cérébrale</b>	Pattern 3
رضة دماغية مضاعفة أحادية الجانب	نموذج (4)
<b>Hématome Sous unilatérale مع أو دون نزيف تحت الأم الجافية durale</b>	Pattern 4
رضة دماغية ثنائية الجانب مضاعفة	نموذج (5)
<b>Contusion cérébrale bilatérale multiple</b>	Pattern 5
انتفاخ دماغي مع أو دون نزيف خارج الدماغ ضعيف	نموذج (6)
	Pattern 6
إصابات محورية منتشرة	نموذج (7)
<b>lésions Axonales diffusées</b>	Pattern 7
الفحص عادي	نموذج (8)
	Pattern 8

- أما عن التصنيف الثاني اقترحه Marshall وآخرون سنة 1991.

إصابات منتشرة من النمط الأول	عدم وجود إصابة داخل الدماغ وفحص سكانير عادي
إصابات منتشرة من النمط 2	مضخات مرئية وإزاحة من 0 إلى 5 ملليمتر أو صورة ذات كثافة كبيرة <b>Hyper dense</b> أو كثافة مختلطة أقل من 25 ميلي لتر
إصابات منتشرة من النمط 3 (تضخم)	المضخات قليلة أو غائبة. - إزاحة أكبر من (0 إلى 5 ملليمتر) ولا وجود لإصابات أكبر من 25 ملليمتر (25 ملم)
إصابات منتشرة من النمط 4 (إزاحة)	إزاحة أكبر من 5 ملليمتر (5ملم) ولا وجود لإصابات أكبر من 25 مل
موت الدماغ	لا وجود لمعيار مورفولوجي ظاهر

فالتصنيفات المقترحة من طرف **Labato** سنة 1983 هي عبارة عن صور للإصابات عن طريق الفحص بسكانير 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.

كل من مقياس **Abbreviated Injury Scale (A I S)** ومقياس **Injury (I S S) severity 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 AIS

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 وسائل 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** **tension**، 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 basse** الذي هو خلاصة لجملة من الملاحظات التشريحية والقوانين الطبية **Médico légales** للصدمة الدماغية القاتلة، ومؤخراً اشتهر بنك آخر هو **European Brain InJury Consortium EBIC** كمرجع للدراسات الإكلينيكية الأوروبية مادتها الصدمة الدماغية.

وهناك بنوك الأكثر استعمالاً في الدراسات العيادية حول الصدمة الدماغية **International Data-Bank (IDB)** أسس سنة 1977 من طرف كل من **Glasgow، Rotterdam و Los Angeles**، والبنك الثاني **(Traumatic Coma-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 جداً 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 والصددمات المغلقة، الصدمات الرضية والصددمات المختزقة، 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 (Apt). (Amnésie post 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 نعلم في هذا التصنيف على مستوى اضطرابات الوعي الذي يوضحها مقياس (GCS) Glasgow.

- 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 ب 18.2% أما نسبة الوفيات عند ضحايا الصدمة الدماغية دون إصابة دماغية داخلية ب(6.1)%.

وفي نفس السياق ثبتت أن الوفيات تنخفض 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 :

في سنة 1975 اقترح كل من **Bond** و **Jennett** مقياس تنبؤي هو **Glasgo Outcome score (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.

- **Hypotension** انخفاض الضغط:

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

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

- **Hypoxie** نقص الأوكسجين:

✓ الضحية غير واعية **Inconsciente**.

✓ اشتداد القصبات 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.

- **Infection** التهاب:

✓ كسر في الدماغ مفتوح.

✓ خروج السائل الدماغى الشوكى LCS، نتيجة القرحة الموجودة في بشرة الشعر أو غير

الأنف أو الأذن.

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

- **Hématome Intracrânien** نزيف داخل الدماغ:

✓ 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، فالتعلاج 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. Combiér, 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 مرير 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، فإعادة 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 واضحا 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 المهيا، 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 نادرا 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 أيضا، 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 إلتزاماته 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) وممكن 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 فضائية 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 البنيوية 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 يقدرين 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 مقدرة 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:

• **السلوكات اللاإرادية وتعددتها:** 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 بسلوكات 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.

• **التهيج:** 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 التهيج 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 تتسبب 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:

• **الحذافة 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 والانكسار 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. (liliane 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 والانكسار، 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 كاطفل 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 العاطفي 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:

12-1-1 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 لابد 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 نزف أو إدماء **Saignement** عبر البلعوم، الأنف، الأذن.
  - البحث عن مؤشرات عن خروج السائل الدماغي الشوكي. **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.
  - فحص الأعضاء **Examen des membres**.
  - فحص العمود الفقري **Examen du rachis cervical**.
  - فحص البطن **Examen abdominal**.
  - فحص الصدر **Examen du thorax**.
  - 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)

## Evaluation initiale d'un traumatisme دماغية لصدمة الأولي التقييم 2-12 :crânien

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:

### 13-1- الفحص العصبي وصور الأشعة Examen neurologique et radiologie :du crâne

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

### • في غياب القرحة الجمجمية الدماغية - cranio- plaie- En l'absence du :cérébrale

- 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.

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

- 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 وجهية.

- 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 الجمجمي.

- 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 السكانير 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 48سا.

- 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 الجمجمي.

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

✓ الجروح الجمجمية الدماغية:

- تنظيف موضعي.

- ترميم الأم الجافية.

العلاج بالمضادات الحيوية المطول.

✓ **Abcès cérébrale**: الدملة الدماغية:

- 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:

التحديد والحصر.	النقص الجسدي.
- صعوبات في التنقل، في صعود الدرج. - صعوبة في استعمال العضو المصاب في النشاطات اليومية.	- شلل كامل (وحيد الطرف). - شلل نصفي. - شلل جزئي.
خطر الوقوع، مشي متعب وصعب، الخوف من الخروج بمفرده.	اضطرابات في التوازن.
نقص في الدقة وبطء في الحركات وفي النشاطات.	عدم التناسق والبطء.
نقص في البراعة مع غياب وتعب.	انخفاض الدقة والقوة.

• فقدان الأحاسيس:

التحديد والحصر.	النقص الجسدي.
اضطرابات في الرؤية (Diplopie)، انخفاض السمع، طنين، انخفاض في حاسة الشم، هذيانات حسية مثل: الإحساس برائحة أو سماع أصوات غير موجودة.	البصر، السمع، الشم.
خطر الاحتراق أو الإصابة، إذا كان هناك فقدان الإحساس اللمسي أو للحرارة أو للبرودة وفقدان الإحساس بالألم.	فقدان الإحساس.

• أعراض أخرى:

التحديد والحصر.	النقص الجسدي.
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.	الرأس، الدوار ودوخة صرع، اضطرابات نفسية. جروح مشتركة.

14-2- على المستوى المعرفي:

التحديد والحصر.	النقص الجسدي.
صعوبة في الإدراك، في اكتمال المعلومات في المقارنة مثل: الأفازيا، عدم فهم معنى الكلمات لذا لا ينطقها، عدم التعرف على الملامح الوجهية.	اضطرابات في الوظائف القابلة للتأثر أو صعوبات في استقبال المعلومات (Agnosie).
صعوبة في ترسيخ المعلومات، عدم استعمال المثبرات تأثر الذاكرة بسرعة لمدة قصيرة أو طويلة، ينسى الكلمات والذكريات والمعارف التي يعرفها والتي تعلمها مؤخرًا.	اضطرابات في الذاكرة وفي التعلم.
صعوبة في التجريد، صعوبة في ترتيب المعلومات، بمعنى آخر القيام بكل العمليات العضلية التفكير الرياضي، تخطيط النشاطات الابتكار والخلق.	اضطرابات في الفهم أو صعوبات في معالجة المعلومات المدخلة.
صعوبة التواصل، صعوبة تجسيد الأفكار الباطنية حينما يريد أن يتكلم (Aphasie)، أو حين القراءة أو الكتابة أو الرسم مع القيام بإيماءات.	اضطرابات خطيرة في الوظائف وصعوبة في التواصل مع المعلومات الجديدة والمعالجة (Aparaxie).
بطء التحصيل، توتر وصلابة، قصور، المثابرة (مشكل في تكملة عمل قد بدأه) صعوبة بدأ بقعة، انخفاض الابتكار تصرفات التخريب والخطأ.	اضطرابات في التنظيم المعرفي ودرجة النشاط أو المراقبة الإدراكية للنشاطات المخية.

(A Itani. Ekhayat, 2009, p 367)



14-3- على المستوى النفسو عاطفي:

التحديد والحصر.	النقص الجسدي.
الميل إلى البكاء أو إلى الضحك بدون سبب، فرط الحساسية، تغير سريع في الحالة الانفعالية بدون دافع واضح، الحزن أو الشعور بالرضا.	الحذاقة أو التنوع في الطبع.
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.	انخفاض في المراقبة.
سلوكيات ذات مظهر طفولي متمركز حول ذاته، غير اجتماعي انخفاض في المساحة والكبت (الرضا المتلاحق للحاجات).	أولوية الحاجات الابتدائية.
إدراك مختلف للذات تضيع الشخصية، التخفيض من قيمته، تأنيب الضمير عدم الكفاءة للقيام بأدواره الأسرية والأخرى.	تغير في صورة الذات.
<b>Apathie</b> ، عدم الإحساس، فقدان الإحساس، فقدان الذوق، جمود وقصور، غياب الاهتمام، أفكار انتحارية، تبعية، الضيق.	الاكتئاب <b>Dépression</b>
زيادة اضطرابات في الطبع أو في الشخصية التي كانت قبل الحادث.	حدة الطبع.

14-4- على المستوى السلوكي:

التحديد والحصص.	النقص الجسدي.
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 الاستقلالية الذاتية.
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.	
صعوبة التعرف على الآخرين، صعوبة المعرفة (أخذ المعلومة) صعوبة المراقبة، الصعوبة في تلبية الحاجات العادية (الطعام، الجنس، النقود، تربية الأطفال، التكرار الدراسي، سيطرة السيارة... الخ.	تغير في الشخصية واضطرابات سلوكية.
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).	

- تدهور أو توقف التطور الاجتماعي مقاومة الوسط موجهة غالباً 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 غالباً سيء في الوسط مثل تعدد الحركات الجنسية، يكون المصاب منفصل عن العائلة من المنظور الاجتماعي.

صعوبة في صيانة العلاقات الودية عند الشباب الراشدين،

صعوبة أيضاً 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.

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.

الانقطاع أو التوقف عن النشاطات المهنية أو المدرسية.

- 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.

(A. Itani Ekhayat, 2009, p 368)

## 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 **Anxiété** ونكوص نفسي **Régression Psychique**.

عند ضحايا الصدمة الدماغية تعد تجربة الصدمة الدماغية **Le traumatisme psychique choc** 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)

و التناذر 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)

و التناذر ما بعد الصدمة يغطي مجموعة من الأبعاد الهامة: العضوية، والبيئة ( الأسرة والمجتمع) وكذلك البعد السيكولوجي 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 plaintes التي يعيشها ضحايا الصدمة الدماغية، والتي تتنوع بين الاضطرابات الوظيفية والشكاوي الجسدية واضطرابات السلوك.

• **آلام الرأس Céphalée:** وهو عرض أساسي عند ضحايا الصدمة الدماغية ويصفة مستمرة، قد تكون على شكل صداع نصفي Céphalée de type migraineux أو آلام التوترية Les céphalées de tensions أو آلام عصبية Les céphalées 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:** تمس 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 عموما على سلوك المريض.

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

### 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 للتناذر 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 من صعوبة التركيز والذاكرة والانتباه. (Cohadon.F, 2001, p 278)

• **عوامل نفسية المنشأ:** أكدت دراسات متعددة أن سببية التناذر 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, 1995, p 263)

وإن تجربة استرجاع الضحية الاتصال مع العالم من الخروج من فقدان الوعي الأولي هو تجربة الموت التي يكون فيها قلق الموت، فضحايا الصدمة الدماغية يعيشون 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، والتثبيط 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 نفسو عصبية واضحة.

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

لذلك دراسات أخرى اقترحت معايير أخرى بهدف التشخيص انطلاقا 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 تنقصها النوعية **spécificité**.

وفي نفس السياق أثبتت العديد من الدراسات عن ظهور هذه الأعراض المميزة لهذا التناذر عند الضحايا المشاركين في الحوادث **les victimes Impliqués** والتي لا تختلف عند ضحايا الدماغية وفي الممارسة العيادية، هناك مقاييس على شكل استبيانات **questionnaires** أو بروتوكولات لمقابلة مبنية **(Ad choc)**.

**(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 والنفوس عاطفية والسلوكية يكون تطورها بصفة تدريجية والتي تظهر ثانويا في الشهر الأول ثم سرعان ما تتخفف وعلى مستوى النفوس 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 **l'histoire de blessé**، وكذلك الظروف المرتبطة بالحدث، والمعاش أثناء الحدث **le vécu 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 للتعرف 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 لابد 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 تدريجيا 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 جدا 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 ترتيبا.

- 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 (كالذاكرة، 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 أرطوفوني.

• 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 التحاور، 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 لحمايته الشخصية.

• اقتراحات العمل:

- تنبيه المصاب بدءا 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 بتبنيه 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 جيدا.  
- السماح للمصاب بأن ينجح في بعض الأمور العائلية من أجل الوصول إلى الثقة والحركية 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 والفضل، فالفضل 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 تساعد 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 يتكون 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 بالتنااسب 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 المعتنى 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 الإعاقة 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 مستقبلا. 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 أبدا 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 وعلاقاتهم لا تستطيع أحيانا تجنبها، وفي العديد من العائلات يتكيفون مع هذه التغييرات، فالمعالجة العائلية تسمح لمساعدة العائلات الضحايا في فهم 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** وتتخلص 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 التنشيط **Processus d'Inhibition** التي حدثت على مستوى الدماغ يتم امتصاصها لكن بعض الآثار تبقى حسب أقسام الدماغ والإصابات الموجودة.

**17-1- 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 **rééquilibré** بهدف استعادة بعض الوظائف وهذا الميكانيزم يظهر في الأشهر الأولى للصدمة(الحادثة).

**17-2- تغيير الإستراتيجية:** كما ذكرنا سابقا أن النسيج الدماغى **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)، مثلا 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: الصدمة النفسية واضطراب الضغط ما بعد الصدمة

مدخل

- 1- مفهوم الصدمة والمنظور التاريخي لها.
- 2- تعاريف الصدمة النفسية.
- 3- أعراض الصدمة النفسية والعوامل المسببة لها.
- 4- تشخيص الصدمة النفسية حسب DSM4.
- 5- أنواع الصدمات النفسية.
- 6- النظريات المفسرة للصدمة النفسية.
- 7- آثار و تبعات الصدمة النفسية.
- 8- التناذرات الأساسية المميزة للصدمة النفسية.
- 9- تعريف الحدث الصدمي و أنواعه.
- 10- مراحل تطور الصدمة النفسية.
- 11- لمحة تاريخية عن تطور اضطراب الضغوط التالية للصدمة PTSD .
- 12- تعاريف اضطراب الضغوط التالية للصدمة PTSD .
- 13- الأعراض المميزة لاضطراب الضغط ما بعد الصدمة PTSD .
- 14- النماذج النظرية المفسرة ل PTSD .
- 15- المعايير التشخيصية لاضطراب الضغوط التالية للصدمة حسب DSM4 TR .
- 16- الأشكال الخاصة باضطراب الضغط ما بعد الصدمة PTSD ومراحله.
- 17- التمييز بين الصدمة النفسية واضطراب الضغوط التالية للصدمة و العصاب الصدمي.
- 18- تحديد العوامل المرافقة للأعراض ما بعد الصدمة.

خلاصة



## الصدمة النفسية و اضطراب ما بعد الصدمة

## الفصل الثالث

### مدخل:

تتفاقم صعوبات الحياة مع ما يتبعها من احباطات ومعاناة يتعرض لها الفرد بشكل مستمر في حياته اليومية. فهو في مواجهة دائمة لتهديدات المحيط المتواجد فيه، فالأحداث النفسية الضاغطة تعيش كأحداث صدمية عند شخص دون غيره، فتعرض إنسان لخطر مفاجئ أو رؤيته لمشهد مفرع أو سماعه لخبر مفرع هي أحداث خارجية فجائية وغير متوقعة تتسم بالحدة والقوة والعنف وعادة ما تتسبب في صدمة للمتلقي، فهي قوى تخترق نظام الإنسانية وتتجاوز قدرته على التحمل والعودة إلى حالة التوازن السابقة فتجعل الفرد في مواجهة دائمة مع الموت، إضافة إلى الآثار السلبية التي تخلفها على المستوى العقلي النفسي الجسمي والعلائقي للفرد، وقد تدخل حيز الإزمان أين تتحول الاستجابات الصدمية المباشرة إلى اضطراب الضغوط التالية للصدمة أو ما يعرف بـ **PTSD**، فالصدمة رغم انقضائها في الزمن المادي تبقى مستمرة في الزمن الانفعالي.

وعليه سنحاول في هذا الفصل المقسم إلى ثلاث محاور بهدف التطرق إلى أهم العناصر المتعلقة بمفاهيم الضغط النفسي والصدمة النفسية واضطراب الضغط ما بعد الصدمة أو الـ **PTSD** من حيث التعريف، النظريات المفسرة للتطور، والمعايير التشخيصية الخاصة بالـ **PTSD**.

## 1- مفهوم الصدمة والمنظور التاريخي لها:

### 1-1- مفهوم الصدمة (الأصول الاشتقاقية المستعارة من علم الجراحة) :

كلمة صدمة جاءت من الكلمة الإغريقية القديمة « **Traumatismos** ». و تعني القيام بفعل الإصابة "وتدل على الفعل الذي يحدث الإصابة". أما **trauma** فتعني الإصابة مستخدمة في ميدان الجراحة و تعني نقل الصدمة choc الميكانيكية الناتجة عن أثر عامل فيزيائي خارجي على جزء من الجسم و التي يؤدي إلى حدوث إصابة أو رضه "كدمة"، نقل هذا المصطلح بعدها إلى علم النفس المرضي ليصبح المصطلح **Traumatisme psychologique** أو **Trauma**.

ويعرف على أنه انتقال الصدمة النفسية الناتجة عن عامل نفسي خارجي و تأثيرها على نفسية الفرد. وتؤدي إلى حدوث اضطرابات نفسية مرضية عابرة أو نهائية، و العيادة الجراحية تميز بين الصدمات المفتوحة حيث يكون اختراق لطبقة الجلد و بين الصدمة المغلقة التي تتميز بغياب أي اختراق، أما في علم النفس المرضي فتقبل فكرة الإثارة الآتية للدفاعات النفسية و بذلك يمكن أن تعرف الصدمة النفسية أو الصدمة على أنها: "ظاهرة" اختراق للجهاز النفسي و فيضان في الدفاعات ( يمكن فقدانها لدورها ووظيفتها) نتيجة الإثارة العنيفة التي تعود إلى الوقوع المفاجئ لحادث معتدى أو مهدد للحياة أو لكلية (الجسمية والنفسية) الفرد المعرض لهذا الحدث سواء كضحية، كشاهد، كفرد فاعل. (Marie Odile- Godard, 2003, p 25-26)

### 1-2- تطور مفهوم الصدمة النفسية :

ظهرت البدايات الأولى لإصطلاح الصدمة النفسية نهاية القرن 18 ميلادي. حيث لعب الطب العقلي دورا كبيرا في الإهتمام بالاضطرابات النفسية التي تعقب التعرض للصدمة النفسية في وضعيات الحروب، وقد أرجع رواد هذا الإتجاه ومن بينهم **Pinel** سنة 1809 و **Erichsen** سنة 1889 سبب الاضطرابات النفسية هذه إلى التهابات صغيرة في النخاع الشوكي أي إلى إيتيولوجية عضوية بحتة، ومع نهاية القرن الثامن عشر برز اصطلاح آخر عرف بـ "العصاب الصدمي" على يد **Oppenheim** سنة 1884 الذي وصف بأنه يخلف آثار نفسية ناتجة حالة الرعب المصاحبة لحادثة من حوادث القطار. ثم جاءت بعد هذه الحقبة الزمنية أعمال كل من "فرويد" و"شاركو" اللذان

اعتبرا أن هذا "العصاب الصدمي" يتكون من أشكال عيادية هستيرية ونورا ستينية والتي تتميز بأعراض رئيسية: الكوابيس، اضطرابات النوم، وقت كمون لظهور الاضطرابات، حيث لم يتم وضع تصنيف نوزوغرافي وإيتولوجي نهائي للاضطرابات النفسية ما بعد الصدمة.

ومع بداية الحرب العالمية بدأت تتضح معالم أخرى "العصاب الصدمي" حيث وصفه kraepelin بالصعوبات العلائقية وانحصر في مجال الاهتمامات بالعالم الخارجي. ومن بين عوارضه: تعب، نوم مضطرب، وأحلام مزعجة، قلق، كما اعتبره وحدة مرضية لها أشكال متأخرة لا يمكن إقصاؤها إلا بعد شهور وسنوات.

هذا وإلى جانب إسهامات فرويد الذي أرجع أصل "العصاب الصدمي" إلى أصل جنسي يعود إلى مرحلة الطفولة. ثم ربطه بعد هذا التحليل بكمية الطاقة النفسية التي تفجرها الحوادث الخارجية مع كيفية تعامل الجهاز النفسي معها، وكأخر مرحلة ظهر فيها الإصطلاح الجديد "العصاب الصدمي" من طرف أصحاب الجمعية الأمريكية للطب العقلي مع نهاية الحرب العالمية الثانية على يد Spitzer سنة 1980، حيث أطلق عليها اسم "اضطراب الضغط ما بعد الصدمة" في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية DSM. (آيت فني نعيمة، 2002، ص17)

## 2- تعريف الصدمة النفسية

**تعريف الصدمة النفسية:** خبرة تحدث ضررا في الشخصية كثيرا ما يكون ذا طبيعة باقية. ومثال ذلك الاغتصاب و اكتشاف أنه ممارس في ظل ظروف غير ملائمة، و إساءة معاملته كطفل واستغلاله والنبد الوالدي و الهجر و اللفظ عامة، يطلق على الخبرة السيكولوجية المؤلمة و يستخدم عادة مع مضمون أن أثر الخبرة باق و أنه يتدخل و يعوق أداء الوظائف على نحو سوي. ( معجم علم النفس، 1993، ص 3056 )

• **تعريف علماء التحليل النفسي:** هي حالة تتميز بالإفراط في الاستثارة و الانفعال إلى حد يمتع فيه تصريف الطاقة، فيجتهد الفرد في التوافق مع الموقف بأنه يبعد نفسه على أي استثارة إضافية مستعينا في ذلك بدفاعات لاسوية. (فرج عبد القادر، 1993، ص28)

• تعريف لابلاش بونتاليس

هي حدث في حياة الشخص يتحدد بشدته و بالعجز الذي يجد الشخص فيه نفسه عن الاستجابة الملائمة. وما يثيره في التنظيم النفسي من اضطرابات و آثار دائمة مولدة للمرض، تتصف الصدمة من الناحية الاقتصادية بفيض من الإثارات تكون مفرطة بالنسبة لطاقة الشخص على الاحتمال وبالنسبة لكفاءته في السيطرة على هذه الإثارة و إرسانها نفسيا. (لابلاش بونتاليس، 1997، ص 300)

• تعريف Freud:

تطلق تسمية الصدمة على تجربة معاشة تحمل معها للحياة النفسية .و خلال وقت قصير نسبيا زيادة كبيرة جدا في الإثارة لدرجة أن تصفيتها و إرسانها بالوسائل السوية و المألوفة تنتهي بالفشل، مما ينجر عنه لا محالة اضطرابات دائمة في قيام الطاقة الحيوية بوظيفتها. ( لابلاش بونتاليس، 1997، ص 300)

• تعريف N. Sillamy:

الصدمة هي أزمة أو حادث عنيف قابل لشن اضطرابات جسدية ونفسية. (N. Sillamy, 1998, p266)

• تعريف Pierre Marty:

هي الصدى النفسي و العاطفي الذي يظهر أثره على الفرد و يكون ناتجا عن وضعية قد تكون ممتدة في الزمن، أو عن حدث خارجي يأتي ليعرقل أما التنظيم و هو في مرحلة التطور و النمو أين يمس التنظيم الأكثر تطورا عند حدوث الصدمة. (Pierre Marty, 1980, p 102)

• تعريف Mélanie Klein:

كل صدمة مهما كانت فهي كسرا تهدم و تخرب كل ما يراه الطفل كذلك تنتشط كل هواماته البدائية كل جسم ينفجر تحت تأثير أي صدمة يستطيع تفجير الضحية. (G.Lopez, 1998, p55)

• تعريف عبد المنعم الحنفي:

الصدمة النفسية في الطب النفسي هي تجربة غير متوقعة التي لا يستطيع المرة تقبلها للوهلة الأولى، لا يفيق من أثارها إلا بعد مدة و قد تصيبه بالقلق الذي يولد العصاب المعروف بعصاب الصدمة. ( عبد المنعم حنفي، 1994، ص 124 )

• تعريف H. perron :

الصدمة انفعال عنيف متغير بطريقة مستمرة و شخصية الفرد المصدوم تصبح حساسة لانفعالات مماثلة للصدمة الأولى. (H. Perron, 1979, p 462)

• تعريف Roger Perron:

الصدمة هي مفهوم اقتصادي يعبر عن كميات من الطاقة. وفي هذا المعنى فالصدمة هي أحداث عنيفة تفوق شدتها صد الإثارة، كما أن هناك نتيجة كبيرة تفرض نفسها وهي أن الصدمة النفسية ليست لها علاقة فقط بطبيعة الحدث، لأنه قد يكون الحدث نفسه و لكن تأثيراته تختلف من شخص لآخر. ( Roger Perron, 1983, p97)

• تعريف الصدمة النفسية من طرف Claude Gallois:

ما هو صدمي كل ما يحدث في الداخل و هو جحيم الذكرى في الذات، في الداخل و الذي يستلزم التمييز بين الحادثة الصادمة و الوضعية الصدمية. (Claude Gallois, 2005)

• تعريف F. Lebigot :

الصدمة النفسية هي تلك المواجهة مع واقع الموت. فهي مواجهة العدم **le néant** الذي يجعل الفرد المصدوم مسؤول على تشكيل صورة صدمية **Une image traumatique** للحدث، ويضيف فرويد في هذا الإطار أن الموت غير متمثل على مستوى لاشعوريا و لكن لا نعتقد بالموت بل نعيش وكأننا سنحيا للأبد، إضافة إلى الصورة الصدمية الناتجة عن تصور الفرد المصدوم لمواجهة مع

الموت غير المجسدة في شكل تصورات على مستوى الجهاز النفسي، و هذا راجع إلى انكسار الذي أحدثه الحدث الصدمي المفاجئ فيصبح بهذا المجال التصورات غير مؤهل و غير قادر على تحويل الواقع إلى حقيقة. (F. Lebigot, 2005)

• تعريف آخر للصدمة النفسية:

هي مجموعة اضطرابات ناتجة عن عنف أو صدمة انفعالية، و يطلق اسم الصدمة النفسية على « كل تجربة أدت إلى أثر حاد نتيجة رعب أو قلق أو خجل أو ألم نفسي». (هوبروينفرد، 1995، ص167)

• المعنى العيادي للصدمة (إكلينيكية الصدمة):

انطلاقاً من هذا التمييز الأساسي، خصوصية الطب النفسي الفرנקفوني في ميدان الصدمات النفسية سوف تتطور في عدة اتجاهات عيادية و سببية مرضية علاجية، فعلى الصعيد العيادي سوف نميز بين 3 مراحل في المرض النفسوصدمي: المرحلة الفورية، المرحلة ما بعد الفورية، و المرحلة مؤجلة والتي أصبحت مزمنة، وحدها المرحلة الفورية أو "رد الفعل الانفعالي الفوري هي التي تدوم من عدة ساعات إلى يوم، والتي من الممكن تسميتها الضغط النفسي، وإذا أردنا إعداد مقارنة مع الوصف (التصنيف) الأنغلو ساكسوني للأمراض التي تمدد حالة الضغط النفسي الحاد إلى ما وراء اليوم الأول و إلى غاية 4 أسابيع.

على الصعيد الرمازي ( المتعلق بالرموز و الإشارات)، يمكن كذلك أن يتعلق الأمر بضغط نفسي متكيف متقل فقط بأعراضه الملازمة التي هي متعلقة، و يمكن كذلك أن يتعلق الأمر كذلك بالضغط النفسي المتجاوز في أشكاله الهائجة و المتميزة بحدود أفعال آلية، وهذا الضغط النفسي المتجاوز ينفذ لكن ليس دائماً (لأننا قد رأينا ضغوط نفسية متجاوزة تتطور بدون آثار) على تزامن أعراض النفسية الدائمة، لكن بعض الضغوط النفسية التكوينية تظهر بعد ذلك و بصفة سرية بأنها صدمية لأنها تغطي تجربة تحطيم معاشة و تؤدي فيما بعد إلى عصاب صدمي، إذن ليس هناك ارتباط دقيق بين الضغط النفسي المتكيف و الضغط النفسي المتجاوز و غياب الآثار.

فهذه الاعتبارات أظهرت بوضوح التمييز بين الضغط النفسي و الصدمة كمفهوم لا يرتبطان بنفس السجل، ولجوء الأنجلوساكسونيون بمصطلح الضغط النفسي الصدمي هو اعتراف ضمني بهذا التمييز، ومن هنا تظهر الأهمية الأساسية للمرحلة الثانية أو ما بعد الفورية" والتي هي مرحلة تطور ومراقبة، إما أن نرى ظهور مؤشرات لعصاب صدمي دائم في مرحلة كمون أو وساطة غير صامتة. Michel (De Clercq , 2001, P5-6 )

وفي نفس السياق فيما يخص إكلينيكية الصدمة نتحدث عن صدمة الموت أو حقيقة الموت :

#### أ- المواجهة مع حقيقة الموت:

الصدمة النفسية هي المواجهة مع حقيقة الموت، وإنه صورة واقع الموت لن تجد تصورات في الجهاز النفسي لاستقبالها وربطها بتصورات أخرى. (Ferragute. E et autres, 2006, p 7)

وهناك 3 وضعيات التي يمكن أن تكون أصل الصدمة و تضع الفرد المصدوم اتجاه العدم.

1- الموت الحقيقي: مواجهة الفرد الفعلية للموت: اعتداء، حادث مرور، حادث عمل.

2- موت الآخر: الذي له صلة قرابة أمام عينية بطريقة فجائية. (Lebigot. F, 2006, p7)

#### ب- الموت الشنيع أو البشع:

هذا الطابع الجماعي للشيء هو الذي يخلق الشعور الذي لا يمكن حمله بالنسبة للمشهد: الإبادة الجماعية، التقتيل الجماعي، وعديد الجثث من جراء حوادث المرور، الزلازل، المنقذين. (Vaiva. G et autres, 2005, p 5)

#### ج- الهلع أو الرعب L'effroi:

يميز Freud الهلع عن القلق و الخوف حيث أن القلق يحمي من الصدمة لأنه يقوي دفاع الجهاز النفسي.

أما الرعب هو التظاهر الحميمي للاختراق النفسي. (Lebigot. F, 2006, p 12)

د- فجائية و سرعة زمن الصدمة: عندما يكون صاد الإثارات ناقصا من حيث الطاقة الدفاعية في أغلب الحالات الحدث يكون مفاجئا، و غير منتظر وأثر الصدمة قصير حيث أبح Freud على هذا العنصر.

### 3- أعراض الصدمة النفسية والعوامل المسببة لها:

#### 3-1-1-3- أعراض الصدمة النفسية:

هناك قواسم مشتركة بين الأفراد المصدومين والتي تتمثل في الأعراض التي تظهر عندهم بعد تعرضهم للحوادث الصدمية، و من بين هذه الأعراض مايلي:

#### 3-1-1-3- الأعراض الحسية:

هي عبارة عن تدفق فائض من الاستجابات الانفعالية إزاء منبهات داخلية أو خارجية تحمل في طبيعتها أشكال الحادث وأهم هذه الاستجابات مايلي:

#### • الحصر أو الضغط النفسي:

يحس المصدوم بقلق شديد و ضعف و خوف من أن يصبح مختلا أو أن يموت بحسرتة. و يظهر القلق على شكل مخاوف مرضية (Phobies) استجابات غير عادية لمنبهات طبيعية، و بذلك فهو يحس بأنه إنسان غير عادي يعيش في رعب و فراغ.

#### • الغضب و التهور:

يتميز انفعال المصدوم بالعنف و الغضب الشديدين و التذمر من مصيره و هذا ما يجعله يحدب الابتعاد عن الآخرين من أجل تجنب الاصطدام بهم.



• الاكتئاب Dépression :

يعني اضطراب المزاج و الإحساس بالحزن الشديد و المستمر بالإضافة إلى الإحساس بالأسى.

• اللامبالاة:

لا يهتم المصدوم بعلاقاته السابقة، كما لا يصبو إلى تكوين علاقات جديدة، كما أنه لا يطمح إلى مستقبل مزهر و تكون نظرته للمستقبل متشائمة.

• الشرود و السرحان:

حالة يتميز في فقدان الوعي الإدراكي الشعوري .

• الانهيار:

يتعرض المصدوم لاضطراب ذهني و نفسي نتيجة للحادث الصدمي يتمثل في: تعطيل تفكيره و تكون نظرته للذات سيئة .

3-1-2- الأعراض السلوكية:

تتمثل عموما في ضغط النشاط الوظيفي و اختلاله و تتجلى هذه الأعراض فيما يلي:

• الهيجان:

عدم قدرة المصدوم على الإحساس بالراحة و إحساس دائم بالضغط.

• العياء:

ينقص نشاط الفرد المصدوم نتيجة تعرضه للحدث الصدمي و بالرغم من هذا هو يحس بالتعب الدائم.

• نوبات البكاء:

يبكي المصدوم تعبيراً عن حزنه و خسارته و معاشه الصدمي.

• اضطرابات النوم:

يتميز هذا العرض بالديمومة على اختلاف مظاهره، سواء كانت صعوبة الاستغراق في النوم أو الاستيقاظ بعد مدة من النوم.

3-1-3-3-الأعراض الذهنية: و تتمثل في:

• اضطرابات في الانتباه:

إن القلق الذي يعيشه المصدوم و الأفكار المصحوبة بالانفعالات الشديدة و المصاحبة لتخيلات و هواجس ووساوس وحالات الخوف الشديد و الرعب التي يعيشه من شأنه أن تؤثر على انتباهه.

• اضطرابات التركيز.

• اضطرابات الذاكرة:

أن الفرد المصدوم غير قادر على تذكر كل خبراته و ذكرياته خاصة تلك المتعلقة بالحدث الصدمي و يعمل على تجنبها على قدر المستطاع و هذا يؤثر على عمل ذاكرته.

3-1-4-3-الأعراض الجسمية:

• نقص الوزن:

يكون وزن المصدوم ناقص لفقدان الشهية .

• الإنهاك.

• مواقف الفرد اتجاه المحيط و اتجاه نفسه.

• التوبيخ الذاتي.

- سوء تقدير الذات: يحس المصدوم بعدم أهميته و عدم قدرته على القيام بأي شيء و احتقار النفس و هذا يؤدي إلى الانطواء.
- فقدان معنى الواقع.
- فقدان الأمل: يحس المصدوم بالتشاؤم و انعدام الرغبة في تحقيق أي هدف مع التفكير المستمر في الموت إلى درجة تصل إلى محاولة الانتحار إضافة إلى وجود الإحساس باليأس.
- فقدان الثقة: يفقد المصدوم الثقة بالآخرين ويشك في تصرفاتهم اتجاهه و في أسباب إصابتهم له كما يفقد الثقة بالحياة.

### 3-1-5- مظاهر التكرار Aspects de répétition:

#### • الذكريات المتكررة:

فالحدث الصدمي لا ينمحي من ذاكرة المصدوم، وإنما تعمل هذه الخبرة على احترام الأحداث والذكريات و إعادتها إلى شعور المصدوم مما يجعله يحس بالضيق و القلق.

#### • الكوابيس:

يتخلل نوم المصدوم كوابيس و أحلام مفزعة و مرعبة. (Bernard. D, Claude. L, 1997, p 162-168)

### 3-2- العوامل المسببة للصدمة النفسية:

من بين العوامل المسببة للصدمة النفسية نجد الكوارث الطبيعية: كالفيضانات و الأعاصير و البراكين والزلازل، حيث أجريت دراسة على الناجين في زلزال أغادير، و زلزال فرانسيسكو حيث بينت أن الكوارث الطبيعية تعتبر من بين مسببات الصدمة النفسية.

و هناك كوارث يتسبب فيها الإنسان: كالتعذيب سواء في المعتقلات أو السجون و حتى عمليات الاختطاف. حيث كانت هذه العوامل موضوع دراسات عديدة في فرنسا و إسرائيل ففي أول مؤتمر دولي لأمراض المساجين سنة 1954 أعد الباحث **R. Targuila** تقريرا جاء فيه عن تناذر

المساجين. **Syndrome des dépotés.**

يظهر أساسا في النيوراستينا و هو يتكون من أستينيا عصبية تظهر على أشكال ثلاثة مختلفة:

• وهن عضوي:

أي إعياء تام و تعب يمس الحواس إضافة إلى الأعضاء .

• وهن أو تعب نفسي :

يחס الفرد بالتعب دون القيام بأي مجهود مع وجود اضطرابات في الذاكرة و أوجاع في الرأس عند محاولة التركيز أو القيام بمجهود عقلي .

• نقص عاطفي:

تتمثل في أمراض الاكتئاب و الحصر و الحزن و التشاؤم و الشعور بالعجز و النقص. هناك أيضا عامل آخر له أهمية في تشكيل الصدمة: كحوادث المرور، و الحوادث الجوية كتحطيم الطائرات، كذا عامل الاغتصاب و الاعتداء الجسدي على الأطفال من شأنه أن يتسبب في ظهور صدمات. وضمن دراسات الحديثة التي أقيمت في هذا المجال ( في مجال العوامل المسببة للصدمة تم تحديد **Syndrome de stackhom** كنموذج استجابة للعمليات الإرهابية، و من خلال الملتقى الذي نظم في باريس في جانفي 1987 لأجل تقديم المساعدات لضحايا الاعتداءات الإرهابية، وقد طرح **Liliane deligand** ضمن هذا الملتقى إشكالية العصاب الصدمي كعصاب ناتج عن هذه الاعتداءات. (Claude Barrois, 1998, p120-122)

#### 4- تشخيص الصدمة النفسية حسب DSM4 :

يتم تشخيص الصدمة النفسية بالاعتماد على المعايير الموجودة في DSM4 و هي بمثابة المرجع الأساسي نعود إليه كل مرة و نجد هذه المعايير ضمن اضطرابات القلق تحت عنوان **Stress post Traumatique** ومعايير تشخيص الصدمة النفسية حسب DSM4 :

A-مواجهة الصدمة : أي تعرض الشخص لحادث صدمي فنجد توفر العنصرين التاليين:

1- الشخص عاش أو شاهد أو واجه حادث أو مجموعة من الأحداث كان بإمكانها أن تؤدي بأشخاص إلى الموت أو إلى جروح خطيرة أو كانوا مهددين بالموت أو بجروح خطيرة أو أين كانت وحدتهم الفيزيائية أو أجسامهم مهددة.

2- استجابة الشخص إزاء هذا الحادث كانت بالخوف الشديد إحساس بعدم القدرة أو الرعب.

ملاحظة: عند الأطفال أي سلوك غير منظم أو يتميز بالهيجان يمكن أن يتغير كأحد هذه الظواهر.

B-تناذر التكرار: أي تكرار معايشة الحدث الصدمي بصورة مستمرة بوحدة أو بعدة طرق من الطرق التالية:

1- ذكريات متكررة واجتياحية للحادث المثير للإحساس بالضيق تتضمن صور، أفكار، أو ادراكات.

ملاحظة: عند الأطفال يمكن أن يكون هناك لعب متكرر يعبر عن جوانب ومواضع خاصة بالصدمة أحلام متكررة خاصة المثيرة للإحساس بالضيق.

ملاحظة: عند الأطفال يمكن أن يكون هناك أحلام مخيفة بدون محتوى معين.

3- إحساس أو هيجان كأن الحدث الصدمي سيتكرر مع وجود إحساس إعادة معايشة الحادث: تخيلات، هلاوس ذكريات غير متسلسلة Flash Back تحدث عند الاستيقاظ أو خلال حالة تسمم.

ملاحظة: إعادة خاصة لبناء الصدمة يمكن أن تحدث.

4- إحساس شديد بالضيق النفسي عند التعرض لصدمة داخلية كانت أم خارجية بإمكانها أن تثير أو تشبه أحد جوانب الحدث الصدمي.

5- إعادة النشاط الفيزيولوجي عند التعرض لصدمة داخلية كانت أم خارجية تشير أو تشبه أحد جوانب الحدث الصدمي.

C- **تناذر التجنب:** تجنب دائم للمثيرات المتعلقة بالصدمة وضعف النشاط العام لم يكن موجود قبل الصدمة نسجل 3 مظاهر على الأقل من المظاهر التالية:

1- بذل جهد من أجل تجنب الأفكار، الإحساسات أو الحوارات المتعلقة بالصدمة

2- بذل جهد من أجل تجنب النشاطات الأماكن، والأشخاص الذين يذكرون الفرد بالصدمة

3- عدم القدرة على تذكر جانب مهم من الصدمة.

4- انخفاض واضح للاهتمام بالنشاطات المهمة أو انخفاض المشاركة في هذه النشاطات.

5- إحساس بالانفصال عن الآخرين أو إحساس الفرد بأنه غريب بالنسبة للآخرين.

6 - انخفاض و قلة العواطف مثلا:عدم القدرة على إعطاء مشاعر الحنان.

7- إحساس بأن المستقبل مسدود مثلا:الفرد يظن أنه ليس بإمكانه العمل الزواج إنجاب الأطفال أو أن يعيش حياة عادية .

D- **التناذر العصبي الإعاشي:** أي وجود أعراض دائمة تدل على نشاط عصبي إعاشي (لم تكن قبل الصدمة) كما نسجل وجود مظهرين على الأقل من المظاهر التالية:

1 - صعوبة النوم أو النوم المتقطع

2 - حدة الطبع أو الغضب السريع

3- صعوبات التركيز

4- يقظة مفرطة

5- استجابات بقفزات مبالغه

E- تدوم اضطرابات الأعراض D.C.B لمدة أكثر من شهر

F- هذه الاضطرابات تحدث معاناة حيادية معتبرة أو تراجع في التوظيف الاجتماعي أو المهني أو مجالات تكون مهمة:

- يجب تعيين ما إذا كان الاضطراب:

حاد: إذا كانت مدة الأعراض أقل من 3 أشهر.

مزمن: إذا كانت مدة الاعراض 3 أشهر فأكثر.

ب- يجب تعيين ما إذا كان الاضطراب عبارة عن استجابة مؤجلة .

تظهر الأعراض بعد مرور 6 أشهر على الأقل من وقوع عامل الضاغط أي الحادث الصدمي.

(Bouvard.M, J. Cottreaux, 2003, p156-159)

5- أنواع الصدمات النفسية:

هناك نوعين من الصدمات أساسيين هما الصدمات الأساسية أو صدمات الحياة:

5-1- الصدمات الأساسية:

هذا النوع من الصدمات يتصل بالخبرات المؤلمة التي يعيشها الفرد أو بتلك الخبرات التي تشذ عن

المألوف و يتعرض لها الفرد خلال نموه. (فيصل عباس، 1997، ص18)

• صدمة الميلاد: **Le traumatise de la naissance**

هو مصطلح مرتبط بـ Otto Rank الذي يعرفها "الميلاد هو أول حالة للخطر و أن ما يحدثه من تصدع اقتصادي يصبح النموذج الأصلي لاستجابة القلق. (سيجموند فرويد، 2006، ص 128)

كما عرفها أن صدمة الميلاد تلعب دورا أساسيا في تطور الشخصية فإن عملية الميلاد تشكل صدمة عميقة في النفس تكون أصل كل قلق يظهر في الحياة.

"**Le traumatise de la naissance** : on sait que C'est une notion à la quelle Otto Rank a attaché son nom, Celui-ci fait en effet jouer en traumatisme de la naissance un rôle central dans le développement de la personnalité, au point que la naissance Constitue un choc profond qui créé un recevoir d'angoisse dans las parties se déchargeront se libèreront à travers toute l'existence. (J .Bergeret, 1982, p7-8)"

تعتبر الولادة أول وضعية خطيرة يعيشها الإنسان و التي تصبح قاعدة لكل قلق فيما بعد. لهذا تعتبر الولادة صدمة و لعل أشهر من تحدث عن صدمة الولادة في كتابه **Traumatisme de la naissance** ، حيث يعتبر أن الميلاد حدث تهتز له نفس الطفل و يصيبه منه القلق الشديد الذي يكون أصل لقلق لاحق تطبع به الانفعالات .

فقد اعتبر **Otto Rank** صدمة الميلاد النموذج الأولي أو هي نواة كل عصاب. فخرج الطفل من جنته الأقيانوسية الأولى وانتزاعه من الحياة الرحمية الفردوسية لهو النمط الأولي لكل خبرة تالية ، وأصل كل عصاب وهو الأمر الذي عارضه فرويد هنا، فمع التسليم بصدمة الميلاد وآثارها النفسية وكونها نموذج أصلي لكل حيرة تالية، إلا أنها في الآن نفسه مجرد حالة وجدانية شأنها شأن غيرها من تلك الإثارات الداخلية التي تؤدي لزيادة التوتر عبر المراحل التطورية المختلفة. (عبد القادر فرج، 1993، ص 247-248)



• صدمة البلوغ:

البلوغ هو مجموعة التحولات النفسية و الفيزيولوجية المرتبطة بنضج جنسي ويمثل الانتقال من مرحلة الطفولة إلى مرحلة الرشد، والبلوغ مرحلة محتمة لكل فرد يمر بها خلال مراحل نموه ولهذا يعتبر صدمة وأزمة نفسية وبيولوجية. (N. Sillamy, 1998, p 211- 212)

يذهب بعض العلماء إلى القول أن صدمة البلوغ تضاهي صدمة الميلاد، والمعروف أن الطفل في البلوغ يشهد تغيرات في جسمه و يشعر بمشاعر لم تكن له من قبل و يأتي بتصرفات يحس على إثرها أنه مختلف تماما، و ربما تكون في هذه المرحلة من نموه استجابات تكون لها تأثيرات هائلة على حياته النفسية و تظل معه بقية عمره. ( عبد المنعم حنفي، 1994، ص 780)

5-2- صدمات الحياة:

هي تجارب التي يمر بها الشخص أو الأحداث التي يتعرض لها سواء بسيطة أو عنيفة تسبب له صدمة نفسية ومن هناك يمكن تحديد مايلي:

• صدمة الطفولة:

تحدث في مرحلة الطفولة و قد تطور عنده عصاب الصدمة أو العصاب النفسي. و صدمات الطفولة قد تكون أحداث مؤلمة أو موقف عاشه الشخص في طفولته و كانت له وطأة استشعر لها بقلق عارم من النوع الذي يستغرق حدوثها وقتا قصيرا، كالعلاقات الجراحية التي تجري للطفل بدون إعداده لها إعدادا نفسيا أو الاعتداءات الجنسية على الطفل أو موت أحد الوالدين موتا فجائيا أو اختفائه.

و قد تكون أحداثا طويلة الأمد استغرقت بعض الوقت كالانفصال بين الوالدين و شذوذ العلاقات الأسرية أو المعاملة التي يتلقاها الطفل من بيئته، و يرى فرويد **Freud** أن كل الأمراض النفسية منشؤها صدمات الطفولة. ( عبد المنعم حنفي، 1994، ص 924 ).

• صدمة ناتجة عن معايشة الحدث:

هذا النوع من الصدمات يكون ناتجا عن أحداث عنيفة طبيعية خارجة عن نطاق الفرد: كالزلازل الحرائق، الفيضانات، أي الكوارث الطبيعية كما قد تكون بفعل الإنسان: كالحروب، أعمال عنف، حوادث مرور.... الخ

• صدمة ناتجة عن سماع خبر مؤلم دون معايشة الحدث:

تنتج هذه الصدمة عن سماع الفرد بفقدان أحد المقربين إليه، مما يؤثر ذلك على نفسيته بالرغم من عدم حضوره في ظاهرة فقدان.

وعموما كل ما يعيشه الشخص من حادث يتخطى الإطار المألوف للتجربة الإنسانية. وأن يكون هذا الحدث مؤلما لدى أي شخص آخر مثل: التهديد الشديد أو الخطير على الحياة الشخصية أو الجسدية أو التهديد الشديد الذي يتناول أحد الأبناء أو الزوجة أو أفراد العائلة، التدمير المفاجئ للبيت، رؤية شخص ينزف دما، أو يقتل أمام الشخص كنتيجة للحادث أو الاعتداء الجسدي.

كما صنف البروفيسور **E. Mousseong** خلال المؤتمر الدولي الثامن للطب النفسي بأثينا سنة 1989 كما يلي الصدمة:

أ- التهديد من داخل الجسد:

وتضم هذه الفئة معايشة المريض شعور إصابته بمرض يهدد الحياة ( القلب، السرطان، الايدز) حتى ولم يكن مصابا بها فعلا. فقد يحدث مثل هذه المعايشة بمجرد طلب الفحوصات و هو طلب يترجمه المريض على أنه إصابة مؤكدة بالمرض، كما يتضمن هذه الفئة صدمات التعرض للعملية الجراحية أو غيرها من صدمات المريض الجسدي ، كما تضاف إلى هذه الفئة حالات الخوف من فقدان التكامل العقلي أو الجنون .

ب- التهديد من خارج الجسد: وتضم هذه الفئة مخاوف الأذى الاصطناعي ( الحرب، الخطف، التهديد، القتل) و مخاوف الأذى الطبيعي ( الزلازل، الفيضانات، البراكين....). كما تتضمن هذه الفئة

مخاوف خارجية تتداخل مع مخاوف الفئة الأولى، فتساعد على تفجيرها مثل فقدان عزيز أو أحيانا مجرد موت شخص معروف من قبل المريض بصورة غير منتظرة. (غسان يعقوب، 1999، ص40)

## 6- النظريات المفسرة للصدمة النفسية:

### 6-1- تفسير الصدمة النفسية من طرف Otto Rank:

قدم **Otto Rank** في كتابه صدمة الميلاد سنة 1923 محاولة لفهم الصدمة النفسية من منظور تحليلي. ويرى أن عملية الميلاد هي أول حالة للخطر و نجدها عند الفرد العادي و كذا عند أفراد عاديين وتتركز في ينبوع الخلقى للاشعور النفسي، توصل إلى أن هذا ينبوع يتركز في منطقة نفسو جسدية و من الممكن تعريفها بمصطلحات بيولوجية و هذا ما يطلق عليه تسمية صدمة الميلاد: ظاهرة اعتبرت بيولوجية خالصة غير أن الخبرة تسمح بأن تعتبر ينبوع الأحداث النفسية و لها أهمية بالغة في تطور الإنسانية و يرى في هذه الصدمة نواة للاشعور. (Otto Rank, 1976, p 9)

و يوضح تجسد هذه الصدمة أثناء الوضعية التحليلية من خلال ممارسته العلاجية، حيث كان الكثير من العلماء في أواخر مرحلة التحليل و الشفاء يعكسون لا شعوريا و بصورة متواترة هذه الصدمة في شكل رمزي. و يرى في هذه الظاهرة بروز هوام معروف جدا متعلق بالميلاد الثاني ويدركونه المحللون النفسانيون بصورة مشتركة حينما يعبر عن إرادة المريض في الشفاء عندما يسمع عبارات ولدت من جديد، في هذا العمل أقترح تفسير هذا الحدث كتسامي حقيقي، حيث أن المريض يبدأ في استرجاع عافيته نجده في حالة ولادة جديدة و ذلك بفضل التحليل و يعود الأمر للتنشيت الطفلي الذي يعبر عنه عموما بعقدة أوديب أو بشكل آخر إعادة ولادة الهوام الطفلي الذي يتركز على الرغبة في تلقي طفل من الأب يصبح العميل يعد نفسه كالطفل الروحاني المولود الجديد للمحلل النفساني. (Otto Rank, 1976, p13)

## 6-2- تفسير الصدمة النفسية من طرف Freud:

يحتل مفهوم الصدمة النفسية مكانه جوهرياً في نظرية التحليل النفسي في أعمال Freud في كتابة "دراسات حول الهستيريا" وقد ميز هذا الأخير بين الصدمة **trauma** التي تشير إلى الأثر الداخلي الناتج عند الشخص بسبب حدث ما، وبين الصدمة النفسية "**traumatismes**" التي تشير إلى الحادث الخارجي الذي يصيب الشخص. (Koffmann. P, 1993, p456).

بعد 4 سنوات من بعد **Pierre Janet** وبالضبط سنة 1893 و في محاضراته الأولى أخذ فرويد **Freud** فرضيات **Janet** بعين الاعتبار فيما يخص الصدمة الانفعالية اختراق **Effraction** الجهاز التنفسي الجسم الغريب، وظاهرة تفكك الشعور وأشار إلى فكرة الاستذكار للحدث الصدمي بالمصطلح الأفلاطوني. **الاستذكار المفاجئ "Réminiscence"**:

وهو مصطلح مماثل لما تحدث عنه **Janet** لكن هذا الأخير لم يتوصل إليه، صحيح أن "مصطلح الفكرة المثبتة" يستدعي وجود بناء معرفي لكن هذا ليس ما هو عليه الحال بالنسبة لمفهوم الاستذكار لصدمي، أما فرويد **Freud** فقد أوحى كما يعرف بالمنهج المفرج" و كلمة المفرج مأخوذة هذه المرة من عند أرسطو، هذا المنهج الذي يقوم على إعادة إحياء الحدث الصدمي عند الفرد تحت تأثير التنويم المغناطيسي وإخراج الشحنة الوجدانية "لتخليص الجهاز التنفسي من الوجدانات الصادمة والتي بقيت محصورة في الداخل"، كما تطلب من الفرد أن يقوم بتداعيات الأفكار المرتبطة بالحدث الصدمي لإعطائه معنى وإعادة إدراجه ضمن تسلسل أحداث الحياة بين ما سبق من أحداث و ما هو آت، كما تحدث فرويد على وجود مظهرين للصدمة: مظهرها الدينامي الذي يتضمن تحطيم الدفاعات النفسية **Effraction**، ومظهرها الذي يتضمن غياب الدال **Absence signifiant**. (L.Crocq, 2007, p7-8)

و الصدمة حسب فرويد **Freud** (**trauma**) قبل كل شيء اختراق الغلاف الجسدي **Enveloppe Corporel** مثل الاختراق النفسي **Effraction psychisme**. والتي مثلها فرويد **Freud** تحت صورة الحويصلة الحية **Vésicule vivante** في نهاية كتابه "الحداد والمخنوليا" سنة 1915 **Deuil et Mélancolie**، والذي كتب بدقة "الصراع في الأنا يتصرف

بالضرورة مثل الجرح المؤلم . Agit nécessairement comme ..... (le conflit dans le moi ... une blessure douloureuse) و كذلك استعمل نفس الاستعارة حول "الاختراق النفسي ... الحويصلة الحية" لتحديد مفهوم الصدمة النفسية في كتابه "Au- de là du Principe de Plaisir" في وصف العصاب الصدمي. (Jaques Marblè, 2008).

في سنة 1921، قام فرويد في كتابه "ما فوق مبدأ اللذة" بتوضيح وشرح المظهر الدينامي لنظريته حول الصدمة. فهذه المقارنة الاستعارية بين الجهاز النفسي و الحويصلة الحية التي هي عبارة عن كرة مكونة من مادة طبيعية حية، هذه المادة ثابتة و متجددة و محمية بطبقة سطحية سماها بالحاجز الصاد للإثارات الذي يعمل في نفس الوقت على احتواء و حماية الجهاز النفسي، كما له دور آخر وهو العمل على إرجاع و إبعاد الإثارات المؤذية أو تصفيتها و تخفيفها لتصبح مقبولة و سهلة الاستيعاب والفهم وسهلة الربط، وأن الفروق بين الأفراد في مدى الصلابة تؤدي إلى أن بعض الأفراد يكونون مجهزين بجهاز صاد للإثارات يتميز بالقوة، كما أن هناك أشخاص آخرين لا يتمتعون بهذه الميزة، كما نجد من جهة أخرى أن الفرد و بمجرد ملاحظته لاقتراب الخطر الخارجي يقوم بتقوية الحاجز الصاد للإثارات وذلك بتعبئة الطاقة الآتية من داخل الجهاز النفسي في حال ما كان لديه طاقة كافية، وهذا ما لا يتوفر دائما، (فمن الممكن أن يكون الفرد مجهد بسبب بذله لمجهود سابق)، فبعض الأفراد العصائبيين يقدمون كل ما لديهم من طاقة داخلية بدون الاحتفاظ باحتياطي لمواجهة مكبوتاتهم، ففي المستقبل لن يكون لديه طاقة كافية لتقوية الحاجز الصاد للإثارات، الشيء الذي يجعل أن نفس الحدث الذي يفترض أن يكون صادما ممكن أن يتسبب في الاختراق إذن التسبب في صدمة للجهاز النفسي لبعض الأفراد اليوم لكنه لا يكون صادما لهم غدا.

إن مفهوم الصدمة كما يقول Freud يبقى نسبي وعلى حسب توازن القوى ما بين قوة الإثارات الآتية من الخارج وقوة الصلابة المميزة لحاجز الدفاعات المستقبل لهذه القوة الخارجية (L. Crocq et. autres, 2007, p8)

لذلك من المنظور التحليل النفسي الفرويدي يتناول الصدمة النفسية من مظهرين متكاملين متداخلين هما:

• من وجهة النظر الدينامية:

افترض Freud في المحور الأول أن الصدمة النفسية تكون دائما جنسية، وينتج عن الإغواء، أي حادث إغواء طفل من طرف شخص راشد، وأشار إلى أن حدوث الصدمة يقتضي توفر أمرين:

**الأول:** هو حادث إغواء كائن غير ناضج ويكون في وضعية سلبية ومن دون تهيؤ.

**أما الثاني:** فهو العامل المفجر أو البعدي (**L'après – coup**) الذي تأخذ الصدمة معناها من خلاله فهو الذي ينشط الآثار الذكورية المتعلقة بحادث الإغواء المبكر الذي عمل الكبت على حجبها و نسيانها. تناول فرويد الصدمة النفسية في هذا الإطار من زاوية الظواهر النفسية التي تصاحبها، والصراعات التي تستثمرها القوى ذات المنشأ النزوي نتيجة الاندفاع الذي تشكله، ويرى في "دراسات حول الهستيريا" أن الصدمة هي جنسية أساسا وتجزأ عمل الصدمة إلى عناصر عدة ويفترض دائما وجود حدثين على الأقل حيث تعرض الطفل في :

**المشهد الأول:** الذي يسمى مشهد الغواية إلى إغراء جنسي من قبل الراشد بدون أن يولد هذا الإغراء عنده إثارة جنسية وبعد البلوغ.

يأتي **المشهد الثاني:** غالبا ما يكون عديم الأهمية ظاهريا يوقظ المشهد الأول من خلال السمات المترابطة بينهما. (لابلانش-بونتايس، 1985، ص 301-302)

لذلك فرويد **Freud** في دراسته للهستيريا أكد أن الصدمة النفسية تتميز بمظهرين أساسين: حيث أن الصدمة النفسية لا تمثل فقط الزيادة في الطاقة الجنسية المتراكمة لكن مظهر آخر للصدمة هو الصورة مفردة النشاط الناجمة عن الإثارة أو الطاقة الجنسية المتراكمة. وبالتالي إن الأثر النفسي للصدمة والذي نسميه حاليا "التصور أو التمثل الغير المحتمل" يتكون من عنصرين لاشعوريين مهمين هو

الإفراط الوجداني و الصورة مفردة النشاط. (J. D. Nasio, 1990, p33)

و الراشد العصابي خاصة الهستيري تلقى وبشكل سلبي و ليس بشكل صدمي صدمة جنسية في طفولته، وفي البلوغ بفعل حدث له علاقة بالحادثة السابق تنشط الصدمة الذكرى المكبوتة سابقا، وتحدث على إثرها زعزعة في المعالم الموضوعية لحد الآن وبالتالي يوجد شرطان لظهور الصدمة.

الأول: أن يعيش الفرد في حالة من السلبية و عدم النضج الجنسي ، ولا تظهر الصدمة إلا فيما بعد الحادث الثاني وبذلك يطلق فيض من الاستثارة الجنسية التي تبعث التحلل في آليات دفاع الأنا. (Damiani. C, 1997, p88-89)

حيث يؤكد Freud مع بروير في دراسته حول الهستيريا أن المادة النفسية تصبح باثولوجية من جراء الصراعات إلى أن تبقى مكبوتة، وبشكل تأذي الدائرة الجنسية والفراغ بين الحالات الوجدانية الصراع. محددات رئيسية في الصدمة النفسية و لا يمكن فهمها إلا بالعودة إلى مرحلة الطفولة لنبحث فيها عن تأثيرات أو خبرات يمكن أن يكون لها أثر مماثل للأثر الذي ينجم عن الصدمة. (فرويد، ترجمة طرابيشي، 1995، ص 33)

وهنا تظهر أهمية الارتباط بين الحادث الخارجي و المشهد الأول. فالأحداث الخارجية تستمد فعاليتها مما تحركه من هوامات وما تطلقه من فيض الإثارة النزوية، هذا الفيض المفرط من الإثارة يخرج مبدأ اللذة مباشرة من دائرة التأثير مجبرا بذلك الجهاز النفسي على القيام بهجمة أكثر إلحاحا هي ما فوق مبدأ اللذة، و تتلخص هذه المهمة في ربط الإثارات بشكل يسمح بتصريفها لاحقا برد تكرار الأحلام حيث يعيش الشخص الحادث بزخمه، و يجد نفسه من جديد في الوضعية الصدمية وكأنه يرمي للسيطرة عليها، إلى حالة اضطراب التكرار. (لابلانز بونتاليس، 1985، ص 303)

فالنظرة الدينامية للصدمة توضح أهمية التاريخ النفسي للفرد في حدوث الصدمة و كيفية التعامل معها، إذ لا يأتي الحادث الصدمي أبدا على قاعدة عذراء بل يوجد تنظيم نفسي و نرجسية وهوية جنسية مختلفة، في صلابتها مع تهيئة دفاعية و قدرته متفاوتة في مقاومة الصدمة التي يتلقاها الفرد مع الواقع و حينها يكون الأنا منتظما بشكل جيد و نرجسيته ذات صلابه معينة لا تضعف أمام العوامل الخارجية أو الظروف الصعبة. (عبد الرحمان سي موسى، رضوان زقار، 2002، ص 65-66 )

• وجهة النظر الاقتصادية:

دفع مشكل عصاب الحرب Freud إلى أن يوجه انتباهه للصدمة النفسية من منظور اقتصادي لذلك التعريف الأساسي للصدمة على أنه مفهوم اقتصادي: عنف الصدمة يتولد عن تجمع الإثارة أو الاستثارة مما يؤدي إلى تحطيم (الحاجز) أو اختراق الحاجز الواقي للأنا الذي تعمل على اختلال التوازن النفسي و من جهة أخرى، هذه المقاربة الاقتصادية طورت بشكل واسع أثناء الحرب العالمية الأولى مع عودة النظرية الصدمية. (Fadhéla. C, 2001, p33)

و التصور الاقتصادي للصدمة يعرفها على أنها انكسار واسع لصاد الإثارات كإشارة إلى عدم قدرة الجهاز النفسي على تصريف فيض الإثارات الكبير ذلك أن إجلاء هذه الكمية المعتبرة من الإثارات هي مهمة مبدأ اللذة ، والذي بسبب عنف و مفاجأة الوضعية الصدمية تجد نفسها مباشرة خارج دائرة التأثير و نتيجة المفاجأة لا يقوم الفلق كإشارة إنذار بمهمته و بالتالي لا تتم تعبئة العمليات الدفاعية الملائمة. (Brette. E, 1987, p11-12)

فالصدمة النفسية من منظور اقتصادي في محورها الثاني هو غياب النجدة في أجزاء الأنا الذي ينبغي أن تواجه تراكم الإثارة التي لا تطلق سواء كانت من مصدر داخلي أو خارجي. (Bergeret. Jet autres, 1982, p236)

لذلك في هذا الصد و حتى من وجهة نظر فرويد من المنظور الاقتصادي تتميز بتأكيدا على عنصر المفاجأة **Surprise** . فحدوث الصدمة يتحدد أساسا بشدة العنف المتعلق بها بالمقارنة مع حالة التهيئة أو عدمها للجهاز النفسي من تلقية لها، فإن صاد الإثارات باعتباره يحمي الجهاز النفسي ويمنع اقتحام كميات كبيرة من الإثارة إليه تختلف قدرته على الاحتمال والصد من فرد إلى آخر و لدى نفس الشخص من زمن إلى آخر، وعبر مراحل حياته المتعددة، وهو ما يدل على تعقد الحدث الصدمي، إذ لا يخص الوضعية الصدمية فقط بل الفرد في الوضعية الصدمية لذلك يختلف الأفراد في ردود أفعالهم اتجاه الحدث الواحد. (Doray. B et autres, 1997, p39)



### 6-3- تفسير الصدمة من طرف O. Fenichel سنة 1945 في التحليل النفسي:

يري O. Fenichel في مؤلفه **Théorie psychanalytique des névroses** يقدم نموذجا قريبا من نموذج Freud أين يميز بين 3 أنواع أو احتمالات للعصاب الصدمي:

1- أن يكون للفرد إمكانية صد هذه الإثارات، قادر على مواجهة التدفق الطاقوي المرتبط بالحدث.

2- يتعلق بالوضعية التي يمكن من خلالها أن يكون للفرد معاني و لكن يجد نفسه في حالة إرهاق لدرعه الطاقوي أي إمكانية حدوث عصاب صدمي حقيقي.

3- عندما يكون الفرد أصلا عصابي والحدث الصدمي يؤدي إلى عصاب صدمي ملونا بأعراض عصابية سابقة. (عدنان حب الله، 2006، ص176-177)

### 6-4- تفسير الصدمة النفسية من طرف Lacan:

يري أن الصدمة النفسية هي المواجهة العنيفة بين الواقع الصدمي و تتركز حسب تفسيره على:

الواقع: الحدث الصدمي.

الخيال: مصير الصدمة في الخيال.

الرمزية: تجمع بين البعدين السابقين من خلال اللغة و الإخفاق في الفعل (Eliane.F et autres, 2005, p78)

### 6-5- تفسير الصدمة النفسية من طرف Winnicott سنة 1965 :

تري أن الصدمة النفسية هي اقتحام مفاجئ و غير متوقع لحدث يؤدي بالطفل إلى الإحساس بكره استجابي والذي يحطم الموضوع الممثلن، فالصدمة لها علاقة بفشل التبعية و هي ما يعرقل سيرورة الممثلنة لأن الموضوع لم ينجح في توظيفه. (Bakanowski.T, 2002, p 751)

### 6-6- تفسير الصدمة النفسية من طرف Diatkine:

هي الأثر الناتج عن إثارة عنيفة تظهر في ظرف لا تكون فيه نفس **Psychisme** الشخص في مستوى القدرة على خفض التوتر الناتج و ذلك إما لرد فعل انفعالي مفاجئ أو لعدم القدرة النفسية على القيام بإرصاد عقلي كاف . فيجبره نشاط تلاقي رغبة لاشعورية مما يؤدي إلى الإخلال بتوازن القوى النزوية وتوازن الأنا، فينجز عنه بتر لنظام صاد الإثارات و كبت مكثف يتولد عنه ظهور الأعراض والكف، هكذا فكل حادث يتعرض له الشخص دون أن يكون هناك عمل نفسي يمهد له يضع مباشرة حياته النفسية و الواقعية في خطر. (Diatkine.G, 1982, p 91)

### 6-7- نظرية Pierre Janet في الصدمة النفسية:

يعد **Pierre Janet** أول من تحدث عن الصدمة النفسية و كان ذلك سنة 1889 في رسالة دكتوراه تحت عنوان "الاستقلالية النفسية". و يقول الصدمة النفسية هي "مجموع إستنارات مرتبطة بحدث عنيف يهاجم الحياة النفسية و يخترقها بعنف شديد و يستقي هذا الحدث داخل الحياة النفسية كجسم غريب". حيث أن هذا الأخير يتسبب في تحليل و تفكك النظام اللاشعوري استنكار هذا الحدث الشعور بإحساسات خالصة، الصور و التجارب الخالصة التي سماها (**Janet**) بالفكرة المثبتة **Idée fixée** و التي تتخذ مكان لها في زاوية من النظام ما قبل الشعور و تكون مجهولة من طرف النظام الشعوري، وتعمل هذه الفكرة في التسبب في تظاهرات نفسية أو نفسو حركية آلية غير متوقعة مع الواقع مثل (الهلاوس، الكوابيس، الرعشة، والأفعال الآلية)، بينما يعمل الجزء المتبقي من الشعور الذي لم يتفكك على المواصلة في تهيئة الأفكار والأفعال الظرفية أو المتكيفة وفيما يتعلق بالتدخل العلاجي أوصى Janet كما يلي:

- محاولة إعادة إظهار الحدث الصدمي المنسي ونقله إلى مستوى الشعور و يكون ذلك بفعل التنويم المغناطيسي كما تطلع المريض عليه عند استيقاظه من التنويم المغناطيسي.
- تحت تأثير التنويم المغناطيسي يحول الأحداث إلى منفذ مريح و مفرج لإخراج الحدث الصدمي ولمحو الآثار السيئة المرتبطة بالمنفذ الحقيقي الذي تم من خلاله فعل الاختراق.

- أن نحت الفرد على تحويل الاستذكار للحدث الخام إلى ذكرى مبنية عن طريق استخدام اللغة

(عن طريق التعبير اللغوي الشفوي). (L. Crocq, 2007, p7).

و في نفس السياق إن **Pierre Janet** يؤكد أن العصاب الصدمي يتميز أساسا بعدم القدرة على الانفصال عن ذكرى الحدث حينما يريد الإنسان نسيان ذكريات مؤلمة فإنه يحاول الهروب من بعيد لكن الحزن يسافر معه حسب **Pierre Janet** سنة 1891. (L.Crocq, 1989).

### 6-8- نظرية Kardiner و Ferenczi في الصدمة النفسية:

إن الأنا الوجداني الفرويدي و الميكانيزمات الدفاعية الكلاسيكية لا تستطيع أن تفيدنا في تقديم شرح وتوضيح لآلية ظهور أعراض العصاب الصدمي.

ففي سنة 1941-1947، قام **Kardiner** بالرجوع إلى ما يعرف بالأنا الوجداني فعند مواجهة تجربة صدمة سوف تقيض وضطرب وظائفه التكيفية مع المحيط، فالأنا الوجداني يبدأ في التطور منذ الولادة و هو مكلف بمواجهة المثيرات العنيفة الناتجة سواء عن ظروف تغيير المحيط ( و هنا تحاول الأنا أن تحد من مثيرات المحيط) أو ظروف انسحاب و هنا محاولة للهروب» أو تكون ناتجة عن ردود فعل لمراقبة المحيط الداخلي و ذلك لإنقاص من أثر المثيرات الضارة عندما لا نستطيع تجنبها» .

و الأنا الوجداني يستعمل خاصة الوظائف الحسية، القدرات المعرفية، القدرات النفسو حركية والتنظيم العصبي الإعاشي، لكن في الإثارات ذات الطابع العنيف، فإن الوظائف المعتادة مثل : التنظيم الإدراكي التوجه الزماني والمكاني، الحركة الإرادية و الرقابة العصبية الإعاشية سوف تصعق أو تميض ولا يبقى أي حل أمام الأنا الوجداني المعتدى عليه سوى الانطواء حول نفسه أو التفكك، حيث تظهر أعراض كف، ذهول، تقلبات حسية و حركية، الاضطرابات العصبية الإعاشية والشخصية والمحاولات اليائسة للاتصال مع العالم، تجزئة الشعور و هذه الأعراض سابقة الذكر تترجم التغيرات الأربعة للأنا الوجداني:

- تغيير فيما يخص إدراك العالم الخارجي.

- تغيير فيما يخص تقنيات التكيف.

- تغيير فيما يخص إدراك الأنا والذات.

- تغيير فيما يخص التنظيم العصبي الإعاشي.

كل هذه التغييرات هي شواهد على بناء شخصية جديدة حيث يقول **Kardiner** يعمل النظام الوجداني على تأسيس البناء الجديد فوق الهمم أو الدمار.

هذا المفهوم الذي تطرق إليه **Kardiner** قريب من المفهوم الذي تحدث عنه **Janet** وقريب كذلك من المفهوم الذي تحدث **Ferenczi** سنة 1930. حيث يقول أن رد الفعل الأول للصدمة هو حالة من تنظيم ذهاني عابر (التفكك) يتسبب في القطيعة مع الواقع ، فتحت تأثير الصدمة تنتج هلاوس سلبية، دوار أو فقدان بسيط للوعي، هذه المظاهر تتبع بهلاوس قهرية إيجابية تجعل الفرد يتوهم حالة من الراحة و اللذة فيما بعد يحدث للفرد فقدان ذاكرة عصابي يترجم و يوضح الانشطار الذهاني. لأن جزء من الشخصية يصبح يعيش لنفسه ( بمعنى أنه لا يتعامل مع الواقع) و يبحث عن منافذ أخرى تظهر على شكل أعراض عصابية و التي تتميز بالرمزية ،وبالموازات مع كل هذا فإن **Ferenczi** تناول فرضية الاضطراب الوجداني حيث يكون هناك تسلسل في معاشة تجارب الانهيار و ضعف الشعور النرجسي مع مشاعر العجز من جهة و معاشة تجربة تحطم الشعور بالذات من جهة أخرى، كلا هاتين التجريبتين تكون مولدة للقلق ووحده التحطيم الذاتي لتماسك الجهاز النفسي، والحل الوحيد الممكن يستطيع أن يحرر الفرد من هذا القلق فيتجنب الدمار الكلي ويسمح بإعادة بناء الذات انطلاقا من الأجزاء. (L. Crocq, 2007, p 9-10).

ويرى **Ferenczi**: أن الصدمة تتضمن انهيار الشعور بالذات والقدرة على المقاومة والسلوك و التفكير بهدف الدفاع عن النفس أو عن الأعضاء التي تضمن الحفاظ على الذات تضمحل أو تقلل من وظيفتها إلى أقصى حد ممكن. فهي بهذا المعنى إذن تتلاشي و فقدان الشكل الأصلي والتقبل السهل ومن غير مقاومة بشكل جديد، حيث تبرز الصدمة النفسية دائما من غير تهيب وتكون مسبقة بالشعور بالثقة في النفس، فيأتي الحادث الصدمي ليزرع هذه الثقة و يحطمها في الذات و في المحيط الخارجي إذ كان الشخص قبل الحادث يعتقد أن ذلك لن يحدث له، بل فقط للآخرين، يرى **Ferenczi**

أن الصدمة قد تكون فيزيائية خالصة، أو فيزيائية و نفسية معا و أن الصدمة الفيزيائية تكون دائما نفسية كذلك حيث يكون الفلق هو النتيجة المباشرة. (Nassikos. K, 2002)

يتضمن الشعور بعدم القدرة على التكيف مع وضعية الضيق الكبير **Déplaisir** الذي ينتج بسبب طابع الفجائية التي تتسم به الصدمة النفسية. فلا يتمكن بذلك الشخص من تنصيب دفاعات واقعية ضد الضرر أو إنتاج تصورات متعلقة بالتغيير المستقبلي للواقع في الاتجاه الملائم ذلك أن هذه التصورات تعمل كمضاد ضد الألم و الضيق. (Ferenczi.S, 1996, p139-140)

كذلك تعتبر الاقتراحات المتطورة في الجزء الأخير من مؤلفه (1933-1928) إنجازا مهما في تلك الفترة و كذلك في الوقت الراهن. حيث **S.Ferenczi** حمل فهم للمترابطات الصدمية التي تلقي نظرة مكملة للنظريات الأساسية للصدمة المثبتة منذ بداية بناء و تكوين التحليل النفسي من طرف **Freud**، و مثل كل المحللين كان في زمانه هو أول من أشار إلى الأثر الذي من المفروض أن تعتبره صدمة نتيجة لغياب استجابة الموضوع اتجاه وضعية ضيق أو محنة **détresse**. هذا الغياب بالنسبة ل فرويد **Freud** نتيجة للجرح المكبر في الأنا (إصابة مبكرة في الأنا) **Atteinte Précoce du moi** والذي يعاش من طرف الفرد كجرح نرجسي **Blessure narcissique** وهذا ما يسبب على مستوى التنظيم النفسي **Organisation psychique** للفرد ميكانيزمات من نوع الإنكار والانشطار **déni et clivage**، ويظهر أن من خلال **Ferenczi** أنه أتاح ل فرويد **Freud** خر إصداراته المتقدمة حول الصدمة بمعنى ترابط ما بين الإصابات المبكرة في الأنا و الجروح النرجسية).

و بالنسبة لـ **Ferenczi** يعود أصل الصدمة إلى تناسخ و تغيير و تحول نوعا ما في المصير اللبيدي المرتبط بالنشاط المفرط و العنيف للآثار الجنسية ما قبل النضج التي تتبع و تلي بعض الظروف. وتحمل إذن قيمة الاغتصاب النفسي **Viol psychique** و هذا الاختراق **Effraction** كنتيجة لصعق الأنا **Sidération du moi**، وبالنسبة لـ **Ferenczi** إن الصدمة تفترض أن تكون متوج لغياب استجابة الموضوع كما ذكرنا سابقا اتجاه وضعية ضيق أو شدة **détresse**.

وهذا الغياب لا يشوه الأنا لكن يحتفظ بالمعاناة التنفسية المرتبطة. فتبطن الموضوع الأولي أو البدائي "العاجز" والذي يسبب الإحساس بالضيق الأولي **Détresse primaire** و الذي يعاود تنشيطه

لأقل فرصة، كذلك بالنسبة لـ **Ferenczi** إن الصدمات لها أسس ما وراء علم النفس **métapsychologie** تختلف عن تلك التي وردت في نظرية **Freud** حول الصدمة النفسية في تلك التي وردت في نظرية **Freud** حول الصدمة النفسية في تلك الفترة و بالنسبة لـ **Ferenczi. S** لا يقصد الصدمة الثانوية للإغراء **Trauma secondaire à une séduction**.

عن طريق العناية الأمومية أو عن طريق غياب الموضوع مثل ما اقترحه **Freud** انطلاقا من الكف والعرض و القلق، لكن يقصد في حالات الاغتصاب النفسي و اغتصاب الفكرة و الوجدان عن طريق إقصاء و إبعاد و التجريد من الوجدان ومن خلال إنكار الاعتراف بهذا الوجدان **Affect** و الإحساس بها عن طريق الموضوع (الأم أو من يأخذ مكانها)، هذا ما يؤدي إلى خلق الصدمة **trauma** اختلاط اللغات **confusion de Langues** بين لغة الحنان الطفل اتجاه لغة العطف لدى الراشد.

و الصدمات المبكرة تكونت قبل اكتساب اللغة و التي تصيب بشكل خطير النرجسية بسبب عدم التوافق بين استجاباته الموضوع و البيئة (الأم أو من يأخذ مكانها)، حيث وصف **Ferenczi.S** الصدمات ليس لها أي نشاط غير منظم في مستوى السيرورات الثانوية، **Processus secondaires** مثل الصدمات المرتبطة بهوام الإغراء لكن بسبب الضعف النفسي التي تسببه وأهمية اللجوء إلى ميكانيزمات دفاعية: الانشطار، الإسقاط و التقمص الإسقاطي و هذه يؤدي إلى اضطراب خطير في التنظيم و كذلك الطاقة النزوية و الرمزية و الحكم الذاتي للأنا. و التطورات التي حققها **Ferenczi** في ميدان الصدمة أكدت أهمية البيئة والصدمات النفسية الأمومية **empreintes psychique maternelle**، الانشطار بين الفكرة و الجسد أو انشطار الأنا والانشطار النرجسي كنتيجة للصدمة المبكرة و بشكل أوضح الصدمات قبل اكتساب اللغة، حيث أن **Ferenczi** هو أول من أعطى مكانة لأهمية وجود الموضوع و دوره في التنظيم النفسي. (Bokanowski .T,2001)

#### 6-9- النظرية الظاهرية للصدمة :

إن المواجهة مع حقيقة الموت تفرض اعتبارات معينة. هذه الأخيرة أدت إلى المقاربة الظاهرية للصدمة ففي النظرية الظاهرية إمرضية حالة الذعر التي يعيشها الفرد مأخوذة من الحالة الإمرضية للقلق

الذي يحدث في القصة الداخلية للحياة ،حدوث الذعر يستدعى وجود موضوع خارجي يعود إلى كائن ينتمي إلى عالم جد واسع ويعود دائما إلى المشهد الصدمي و الذي يقع في الحدود مع الخارج ومع الداخل كما يحدث خارج الإطار المستمر للزمن و لا تنتظر منه سوى العدم.

أما بالنسبة لـ **Barrois** : نستطيع القول أن الحدث الصدمي هو وقت ضيق في مفهومه الزمني ومفاجئ في ظهوره أو رؤيته نحو تجلى العدم. إعلان صريح تنبؤنا الموت كحقيقة نهائية أما على مستوى المعاش العيادي فالتجربة الصدمية هي عبارة عن تحطيم للكائن.حيث يترك هذا التحطيم لدى الفرد مشاعر التغيير الجذري لشخصية وخل عميق في منظور الزمن (لأن الزمن يتوقف في وقت مجمد و مثبت حول الذعر و الفرع دون إمكانية عيش الوقت الحاضر و لا مواجهة مستقبل مختلف لا حتى إعادة اعتبار أن الماضي مخالف للأوقات الأخرى)، أي أنه فقدان إمكانية إعطاء معنى للأشياء إضافة إلى فقدان المعنى، فالصدمة ستكون كتجربة العدم و عند المرور إلى هذا العدم الذي يجعلنا نتخلى عن عالم الأشياء أين تجعلنا ندخل في عالم العدم هذا العدم الذي ننحدر منه و الذي نحن متأكدين منه دون أن نعرفه،والذي حاولنا دون جدوى إبعاده في كل كلماتنا حيث يقول "Merleau photy" في محاضراته في فرنسا نحن نحاول أن نؤكد حقيقة كل يائس، كوجودنا بشيء يائس و ليس لا شيء. (L. Crocq,1999)

لذلك من الملاحظ أن كل الأشخاص الذين يظهرن أعراض صدمية يتحدثون عن إحساس فظيع بتغيير في شخصياتهم،وأصبحوا لا يعرفون أنفسهم و قد أصبح لديهم طريقة أخرى في الإدراك و التفكير، الإحساس و القيام بعمل معين. (L. Crocq, 1974)

#### 6-10- تفسير الصدمة النفسية من وجهة نظر السيكوسوماتية Pierre Marty :

يرى بأن الصدمة تكمن في الأثر العاطفي على الفرد لوضعية خارجية ممتدة نسيا أو الحدث الخارجي. تمس التنظيم العقلي في نقطة تطويرية أثناء مرحلة النمو أو في التنظيم الأكثر تطور عند لحظة الصدمة، ففي البداية تمس الصدمة الجهاز العقلي الذي تحاول اتجاه حلول لكي لا تصل حركة فساد والتنظيم في المجال السوماتي ،إلا أنه إذا تم ذلك فستعمل على تدمير المجهودات الوظيفية بصفة تدريجية خاصة إذ لم تجد نقطة تثبت قوية نضع لها حدا.



فالحوادث التي تحيط بنا و الممثلة في الإحباطات المختلفة تجلب لنا منبهات داخلية و تكون أحيانا بكثافة و باستمرار حالات الضغط غير مختلفة عن الأجهزة الوظيفية التي تصاب مما يؤدي إلى عرقلة المسار الطبيعي للتطور فهذه التجاوزات لإمكانيات التكيف هو الذي نسميه صدمة. ( Pierre Marty,1980)

كما تأكد في هذا الصدد بأن الصدمة "حدثا يسبب ضغطا" نفسيا و الذي لا يمكن أن يعتبر صدمة إلا إذا تسبب في اضطرابات للفرد المتعرض لها. كما أنه لا يمكن تحديد هذه الصدمة بنوعية الحدث والوضعيات التي تتسبب في حدوثها، وإنما تحدد بمراحل حياة الفرد و جهازه البيوي الذي توصل إليه عند لحظة الصدمة، و ذكر **C. Damiani** أن الصدمة هي مجموعة الاستجابات العابرة أو كضغط شديد بدون مرض سابق أو ملازمة.

لذلك الصدمة تولد كميات من التوتر و قد يأخذ شكل أعراض مرضية أهمها تعطل وظائف الأنا المختلفة أو ضعفها وذلك نتيجة موقف يهدد الفرد بصورة مفاجئة. حيث يفقد الفرد فيه معظم الإمكانيات لمواجهة الموقف، فيستحب بالعجز و الإحساس بتهديد الذات مما يؤثر على كفاءة وظائف الأنا بمعنى الصدمة قد تخل بالتوازن النفسي إلا أنه يختلف الأفراد في استجاباتهم لنفس الموقف، وعليه يقوم المختص بفهم كل حالة بصورة منفردة قصد تجنب تفكك الحالة وسوء التنظيم للبناء النفسي والجسدي. (Pierre Marty, 1980)

و يرى **Pierre Marty** أن الأصل الخارجي للصدمة لا يأخذ في حد ذاته قيمة موضوعية. فقدان شخص عزيز مثلا لا يمكن أن يكون صدميا بالنسبة للفرد الراشد كالإحساس الذي تسببه عند شخص آخر، وبضيف أن ما يتبع الصدمة عند الفرد البشري هو حركة خلل في التنظيم الذي يأخذ دائما اتجاها ضد تطوري. (Debray. R, 1983)

و في نفس السياق في النظرية السيكوسوماتية للصدمة النفسية يرى أن نوعية الاستثمار النرجسي هو ما يحدد وجود الصدمة من عدمها، وحدث الصدمة يقترن بعدم القدرة على التفريق بين الداخل و الخارج أو عدم التميز بين الأنا واللأنا. (Panaccio.M, 2002)



## 6-11- التحليل النفسي و صدمة الأنا:

قامت المحللة النفسية **Mélanie Klein** وتلاميذها من بعدها بدراسة مطولة حول تأثير الصدمة النفسية على صعيد الأنا و يتلخص فيما يلي:

1- **الجسد يهدد الأنا:** يكون الجسد هو مصدر الصدمة التي تهدد الحياة السرطان مثلا.

2- **الجسد موضوع التهديد:** يكون الجسد سليما لكنه يتعرض لعوامل خارجية.

3- **الجسد المشوه:** الخوف من تشوه الجسد.

4- **الجسد المتخلف:** التفكك النفسي أو الجسدي.

حسب التحليل النفسي فإن الشخص يبني من الناحية النفسية استنادا إلى علاقته بجسمه الخاص و ذلك بدءا من اللحظة التي يدرك فيها تمايزه عن جسد أمه.

والمرضى الشاكين من اضطراب علاقتهم بأجسادهم لا يستطيعون تحقيق هذا التمايز إلا بصورة جزئية. حيث تبقى تجاربهم الجسدية البدائية عندما كانوا لا يميزون بين أجسامهم وأجساد أمهاتهم، ففي هذه التجارب البدائية يظن الطفل أن جسد أمه هو جسده نفسه محفوظة و حاضره في أجسادهم.

وتعود هذه التجارب البدائية إلى الظهور كلما تعرض الشخص إلى صدمة أو إلى تجربة سيئة، بحيث تتحول علاقة الشخص بجسمه إلى تكرار للنمط البدائي و بهذا يمكننا أن نتكلم عن حالة من التثبيت - النكوص تسببها الصدمة. و هذه الحالة تقود إلى انفصال الأنا و بذلك يبتعد الأنا عن الجسم الذي لا يعود معاشا من قبل الشخص ككل كائن و هكذا ينشأ الفارق بين الكائن الجسد و الأنا، و بهذا ينفصل الأنا عن الجسد و ينظر له على أنه أحيانا متخلف و هنا نذكر بأن معايشة الجسد بطريقة نفسومرضية لا تتعلق فقط بالبنية الذاتية للشخص و لكنها تتعلق أيضا بنوعية الصدمات التي يتعرض لها الشخص، ويمكن أن تضاف هذه الاضطرابات النفسية المرضية على صعيد معايشة الجسد وفقا للعوامل التالية:

• نوع الصدمة التي يتعرض لها الشخص.

- الانعكاسات الجسدية و النفسية للصدمة.
- نوع الانفصال الأنا-المبتدى على المريض. (م.أ.النايلسي، 1991، ص27-28-29)

### 7-آثار وتبعات الصدمة النفسية :

إن تعرض الفرد إلى حدث صدمي مهما كانت طبيعته وشدته يخلف وراءه آثار نفسية وجسدية وعلائقية بالغة الأهمية،ولكون هذا الحادث يتميز بالفجائية والشدة فقد نميز الكثير من الأعراض والاضطرابات الناتجة عنه والتي نذكر منها :

### 7-1- الحالات الناقصة Les cas incomplets :

هي الحالات تبدو ظاهريا أنها تعكس تبعات وآثار للصدمة النفسية، أين المرضى يقدمون جدولاً إكلينيكياً لعرض التكرار دون المساس بشخصية الفرد المصدوم،حيث لا يظهر السلوك التجنبي ولا يتراجع النشاط في شكله العام للجهاز العصبي الإعاشي كأهم مجموعات عرضية في الدليل التشخيصي الإحصائي DSM4 .

### 7-2- الحالات الغير النمطية Les cas atypiques :

هي الحالات الصدمية التي لا يظهر على مستواها"تناذر الكرار"،فقد تظهر أعراض أخرى كالأعراض نفسو عصابية مستعارة من الجدول الإكلينيكي الخاص بالهستيريا سيما الحروب،إضافة إلى بعض الأعراض النفسو جسدية التي تأخذ مكان التعبير اللغوي والشفوي للمصابين الذين يفقدون القدرة على التعبير عن المعاش الصدمي لعجزهم عن التعبير الانفعالي،فتنفجر الأعراض النفسو جسدية كتفريغ أو كمنخرج تعويضي وهذا ما يعرف بالعصابات الجسدية.

### 7-3-التبعات الذهانية Les séquelles psychotiques :

تظهر التبعات الذهانية بعد التعرض لحدث صدمي يتميز بالفجائية في غالب الأحيان كاستجابات ما بعد صدمية : كالهذيانات والنفحات الهذيانية قد تفجرها صدمة انفعالية، فهي حالات قصيرة المدة على عكس حالات الذهان الاستجابية المزمنة والتي تتعلق بذهان ذاتي المنشأ،حيث لا يجد نفسه مهياً

لفجائية الصدمة النفسية، كواقع مفروض عليه فلا يستطيع توظيف الدفاعات المناسبة في الوقت المناسب فيلجأ إلى دفاعات إستعجالية من نمط ذهاني : كالهذيانات والهلاوس بأنواعها : البصرية، السمعية و السمعية البصرية، كسيرورات للتكيف المؤقت لحالات الهلع والذهول التي يتعرض له الفرد .  
(عبد المنعم مدبولي، 1995، ص628)

#### 7-4- التبعات المؤقتة Les séquelles éphémères :

تضم هذه الحالات معظم الاضطرابات الانتقالية والتي تتمثل في أعراض التكرار، حالات الهروب، اليقظة المفرطة، وكذا صعوبات النوم والاضطرابات الخوفية والتي لاحظها L.Crocq بعد عشرات الأيام لدى ضحايا الإرهاب في سنة 1986، إلا أنها لا تدخل ضمن الجدول العيادي للعصاب الزمني ولا في اضطراب الضغوط التالية للصدمة لزوالها لمدة قصيرة.

#### 7-5- الحالات دون تبعات Les cas sans séquelles :

يتعلق الأمر بحالات مرضية ما بعد صدمية قابلة للتحسن والشفاء، تتميز غالبا باستجابات نمطية تسيطر فيها أعراض نفسو فيزيولوجية: كسرعة نبضات القلب، شحوب ونوبات بكاء وغيرها، والتي يمكن تصنيفها كحالات ضغط ما بعد الصدمة في شكلها العيادي. (L.Crocq, 2000, p62, 63)

في الأخير يمكن أن نقول أن هناك حالات أو أشخاص يتعرضون إلى صدمات نفسية شديدة. إلا أنهم لا يظهرون أي من الاضطرابات النفسية سابقة الذكر، فهم بهذا أشخاص أقوياء يملكون مقاومة ضد عنف الصدمات يعرفون بخاصية الجلد **résilience** .

#### 8-التناذرات الأساسية للصدمة النفسية :

##### 8-1- تناذر التكرار Syndrome de répétition :

يكتسي التكرار طابعا إمراضي ساطعا للصدمة النفسية ويأخذ أشكال مختلفة كالأحلام المتكررة والكوابيس، والحاجة القهرية لذكر الحادث مرورا بالذكريات المؤلمة التي تعيد إنتاج الحادث الصدمي، إذ يمكن أن يجتاح الشخص بإنتاج عقلي (تصور) متكرر عن الخبرة الغير مدمجة عقليا. والتي تعيد

إنتاج الانفعال الأصلي، فالتكرار هو ميكانيزم منظم يستجيب لحاجة داخلية ترمي إلى التخفيف من حدة التوترات عن طريق تفريغها بكميات صغيرة قصد إحياء حالة ما قبل الصدمة (Pré-traumatique) فله إذن وظيفة تفريجية. (Damiani.C, 1997, p 122)

و قد يعاش الحدث الصدمي في عدة أشكال نذكر منها المظاهر التالية:

#### أ - الذكريات المتكررة:

يجتاح الحدث الصدمي على شكل صورة أو أفكار و ادراكات تسبب الشعور بالضيق، و تفرض نفسها على وعيه رغم أنه يحاول التخلص منها، و أحيانا على شكل إجترارات عقلية شبيهة بالأفكار القهرية المحاسبة تترك الفرد واهنا و مغلوبا على أمره.

#### ب- الأحلام المتكررة

تشكل الكوابيس عرضا خاصا بحالة الضغط ما بعد الصدمة ويكون التظاهر الأكثر توترا فيه. والتكرار في الواقع يكتسي وظيفة مفيدة على اعتبار أنه هو الذي يقود الصدمة النفسية لأن تحل نهائيا إن أمكن، إذ أن ذلك كان أمرا مستحيلا إبان الحادث الصدمي الأصلي و بهذا فليس من التبصر اعتبار معاودة البقايا اليومية و الحياتية أثناء الحلم على أنها عمل ميكانيكي بحت ناتج عن مبدأ التكرار، إنما له قيمة نفسية تفريجية كبيرة من خلال معالجة التوترات باستمرار. (Ferenczi. S, 1996, p 142)

#### ج- انطباعات فجائية:

كأن الحادث الصدمي سيحدث مرة ثانية على شكل صورة إحيائية (Réviviscences) أو أوهام أو هلاوس أو مشاهد تفككية تطبع النبأ المرجع (Flash back)، وتظهر هذه الانطباعات بمناسبة مثيرات تستدعي ذكرى الصدمة حيث تعاد معايشة الرعب المرتبط بالخبرة الصادمة الأصلية مصحوبة بأعراضها الإعاشية كنوبات الصعق (Sidération) والهلع و نوبات من القلق أو البكاء أو الغضب والعوانية اللفظية أو الحركية مع الشعور الدائم بالتهديد من طرف خطر متوقع و مجهول.

## 8-2- تناذر التجنب:

يظهر التناذر ذو الأصل الصادم مباشرة بعد الحادث و يدل على انتقاله إلى صيغات أخرى متصلة به بعلاقة ترابطية، حيث ينعكس التهديد على موضوع أو وضعية تسمح بتثبيت القلق والتجنب يهدف بصفة شعورية إلى تجنب الأماكن و الأشخاص أو المواضيع المتصلة مباشرة بالحادث الصادم فإنها يمكن أن تنتشر فيها بعد إلى عناصر بعيدة كالأماكن العمومية و الأشخاص ذوي المرفولوجية المتشابهة.

و يشكل التجنب أحد الأعراض الأكثر ديمومة و المستعصية جدا على التدخلات العلاجية .حيث تتكرر الإجراءات التحفظية إلى درجة أنها تفقد نجاعتها فتصبح لا تمنح حماية كافية ضد الصدمة ولا تنجح في إبعاد القلق، فالخوف مثلا يحمي من عودة المكبوت الذي يحاول باستمرار الطفو على سطح الشعور، و الواقع أن التجنب ينتج عن جملة من الميكانيزمات الدفاعية التي يتم تنصيبها بهدف تحاشي تناذر التكرار، فيؤدي ذلك إلى تجمد وظائف الفرز ليصبح الشخص المصدوم عاجزا عن فرز المثيرات الخطيرة من الغير خطيرة في المحيط الذي يعيش فيه، إذ يبدو له أن شيء مصدر خطر وعدوان ينتج عنها حالة استنفار دائمة تظهر من خلال اتخاذ مواقف الحيطنة و الحذر اتجاه المثيرات المبتذلة و صعوبة في النوم تكون مصحوبة باستيقاظات متكررة .

## ب- حالة تجمد وظائف الحضور:

يفقد الشخص مراكز اهتماماته المعتادة و يقلل من نشاطاته، ويخيم عليه الانطباع بمستقبل مشدود قد يفرض عليه أعراض اكتئابية حيث يصبح لا يهتم بواجباته كما كان سابقا وقد يقلل من قيمتها فلا يرى أنها تستدعي الاهتمام.

## ج - تجمد وظائف الحب:

يصبح الشخص سهل الاستثارة و العدوانية و التذمر، ينتابه انطباع غير مفهوم أو مهجور من طرف الآخرين، وذلك نتيجة النكوص النرجسي الذي تنهار ضمنه أسطورة الخلود الذي تضمن على أنقاضها الشعور بالأمن و الذي بدونه نبقى في حالة مستمرة من الضغط و التوجس.

غالبا ما تنمو في إطار هذه الشخصية جملة أخرى من السير التجنبية ذات العلاقة بالوضعيات التي تستدعي الحادث الصادم و تؤدي إلى إعاقة مسار الحياة الطبيعي للفرد، الذي يطور مخاوف مرضية حقيقية، كما يمس التجنب فقدان الذاكرة الجزئي أو التعرف الجزئي للواقع.

### 8-3- التناذر العصبي الإعاشي:

في خضم الحادث المدمر تعاش الصدمة كبتير قاس و عنيف للمنبهات الحسية. فالانكسار الناتج عن الانفجار يسبب اجتياحا حسيا مع الشعور بفقدان الحدود، ففي لحظة يتجمد الفضاء و الزمن هذا الانطباع للتعبئة الزمنية و المكانية يضاف إلى فقدان الفضاء النفسي، إذ يصبح الشخص عاجزا عن التفكير و السلوك بطريقة متكيفة لحماية ذاته بسبب صعق (**Sidération**) وظائف الأنا المذكورة سابقا ومحروم من وظائفه المعتادة فقد يصبح فريسة تهيج و ذعر يتجليان من خلال هروب مرعب ونشاط عصبي إعاشي **Neurovégétative** مفرط، إضافة إلى الروائح و الصخب يبقيان مثبتان في الذاكرة على شكل أثار حسية (**Traces sensorielles**)، هذه الصور الانطباعات هي عادة ما تجتاح نوم الضحية عندما يأتي عنصر واقعي لتنتشيطها أثناء اليقظة، كما يمكن أن يسبب الحدث الصدمي اللاشخصانية لدى الفرد. حيث يصاب الأنا في تكامله و ينشطر و تعزز اللاشخصانية "**Dépersonnalisation**" بفقدان حدود الأنا، فالانشطار و اللاشخصانية هي وسائل دفاعية لاشعورية تسمح لضمان الاعتصاب والتعذيب بالخروج من العنف القاسي الملحق بهم، ذلك أن كلاهما يرميان إلى التحطيم الهوية والمعالم النرجسية، وهذه الاضطرابات التفككية **Dissociative** عابرة وتختفي تدريجيا، غير أنها يمكن أن تترك بصمات **Séquelles** خطيرة فهي إذن إشارة إلى إصابة نرجسية عميقة، وفي مواجهتهم للصدمة النفسية الشديدة لا يتوفر الأفراد على نفس الموارد كما أنهم لا يستجيبون لها بنفس الطريقة، فمنهم من تضطرب ذاكرته ومنهم من تبقي ذاكرته أمينة بمناسبة الصدمة فتثبت الذاكرة الذكرى بكل تفاصيلها و بقوة كبيرة، يعتبر النسيان من الوسائل التي يستعملها الشخص لينجو من الصدمة فيدافع بذاكرته و بصورة لاشعورية بهدف نسيان الحدث الصدمي كما تشكل "النساوة" **Amnésie** وهي نتيجة لكبت الحادث الصدمي المتعلق بتصور لا يطاق، إحدى طرق إبعاد الانفعالات و التصورات المدمرة، فالكبت لا يسمح بتذكر الحادث المحفوظ في اللاشعور غير أنه يكمن أن يعاود الظهور مقنعا على شكل عودة المكبوت: الأعراض، الأحلام، الزلات، و هكذا

فإن تذكر الحادث الصادم وعدم إنكاره يشكلان المخرج الوحيد للقيام بعمل الحداد بالنسبة للضحايا. بالإضافة إلى صعوبات في التركيز واضطرابات في التفكير كما يتضمن هذا التناذر اضطرابات النوم و اضطرابات الذاكرة ونوبات حادة من القلق الفيزيولوجي تنتاب الشخص المصدوم من حين إلى آخر. (Damiani. C, 1997, p132-128).

جدول يوضح طريقة تلازم هذه العوامل:

طبيعة الصدمة النفسية	الانعكاسات الجسدية	الانعكاسات العقلية	نوعية الانشطار
صدمة عاطفية صدمة العلاقات الشخصية مع الآخرين.	خلل التوازن النفسي معاودة ظهور الأمراض أو نوبات الأمراض الحسية التي كأنت كأمنة لحينه.	انعدام القابلية الاجتماعية فالأنصراف عنها و عن الطعام و قد يتطور هذا الأنصراف ليصل إلى الحلقة العقلية.	الجسد يهدد الأنا
وضعية عظامية أو اعتقال أو حوادث أو فقدان عزيز.	تجسيدات مختلفة.	تفجير الوسواس المرضية.	الجسد عرضة للتهديد
التعرض لصدمة تهدد الحياة بشكل صاعق إنفجارات عمليات جراحية.	تجسيدات مختلفة من النوع الهستيرى.	تفجير المخاوف و الوسواس المتمحورة حول تعرض الجسد لتشويه.	الجسد عرضة للتشوه
الشعور بالذنب أمام الضحايا من الشخص الناجي من الكوارث أو التعرض لتهديد الحياة لمدة طويلة.	ظهور مظاهر التبدد أو التفكك على الصعيد الجسدي.	مظاهر تبدد أو تفكك الشخصية dépersonnalisation	الجسد عرضة للجنون

(م.أ. النابلسي، 1991، ص 30)



9- تعريف الحدث الصدمي و أنواعه :

• تعريف Baily :

إن الحادث الصدمي يخضع الجهاز النفسي لضغط قد يتمكن كل شخص و في زمن ما من إرضائه. فإن لم يتم ذلك أو كان مستحيلا فإنه يؤدي إلى إنتاج صدمة (**choc**) في الجهاز النفسي، والصدمة بهذه المعنى ليست استجابة النفس **Psychisme** لوضعية خاصة إنما هي عدم استجاباتها وتجمدها **Blocage**، ففي حالة الصدمة النفسية لا يعرف الأثر الحسي للحادث الصادم مصيرا معتادا، أي تقييمه و معالجته ثم تخزينه على شكل أثار ذكورية **trace mnésique** أو نسيانه بل لا يتم معالجته، وبالتالي يبقى مخزنا على شكل مادة حسية "خامة" تؤدي إلى معايشة التناذر الإحيائي **syndrome de reviviscence**، فالذكريات المتعلقة بالصدمة تكون مصحوبة بكل الخصائص الحسية المسجلة في زمن الحادث وبهذا تكون قريبة من الهلوسة أكثر منها إلى الذكرى **souvenir**. (Baily .L, 1996, p15)

إن الحدث لصدمي هو الأكثر تداول في البحوث و الدراسات المعروفة و يعرف على أنه موقف غير عادي عنيف و ظرف شاذ لم يتعود عليه الإنسان يتسم بالقوة و الشدة و إمكانية تهديد حياة الإنسان أو ذويه و ممتلكاته و يعمل هذا الحدث الصدمي عمل المنبه الضاغط و يترتب عليه تأثيرات سلبية وأعراض مرضية أي حادث يخرج عن نطاق الخبرة الإنسانية العادية. ويسبب الخوف أو العجز أو الرعب العميق للناس جميعا يعد حادثا صدميا و الأمثلة على ذلك كثير منها ما يلي: الحروب، التعرض للقصف بالقنابل، الاغتصاب، الحروق، الكوارث الطبيعية، الكوارث السيكلوجية، و حوادث وسائل النقل والمواصلات، الحوادث الإجرامية السجن، الاعتقال، حوادث المرور، حوادث ذات طابع سياسي أو إرهابي، الإصابة البليغة و غير ذلك من الأحداث.

و يعرف الحدث الصدمي على أنه وضعية أو حدث ضاغط لمدة قصيرة أو طويلة استثنائيا مهددا وأكارتيا والذي يثير عرض لضيق ظاهر عند أغلبية الناس. (Lemperier. T et autres, 2006, p178)

وإن الأحداث الصدمية قادرة على إحداث تقلبات (عاطفية) في الحياة العاطفية واضطرابات سيكولوجية وسوماتية، وفي هذه الحالة يمكن أن يكون مشهدا أو حدثا محدد والحدث الواقعي يحتفظ به الفرد في ذاكرته و يأخذ معنى حسب الطريقة التي سيستثمرها. (Fédida.P, 1974, p124)

### 9-1- ردود الفعل البسيطة للحدث الصدمي:

هذا النوع من الآثار تظهر زمن حدوث الصدمة أي أن ردود الفعل هذه تظهر أثناء معايشة الفرد للصدمة و هي ذات أهمية لأنها ستساعد على التنبؤ بالأفكار النفسية التي سيخلفها الحدث الصدمي و من بينها نجد:

- **التخدير الحسي و العاطفي:** و هي حالة من مواقف الجمود النفسي و الحسي و التي يعبر بها الضحية أثناء معايشة للحدث حيث يبدو جامدا و كأنه تحت تأثير مخدر.
- **عدم الاستيعاب:** حيث لا تستوعب الضحية ما تحدث أمامها خاصة أثناء الصدمة.
- **الذهول و الدهشة:** تندش الضحية و تدخل في مرحلة اللاتصديق لما يجري.
- **مظاهر الصراخ و النواح:** و هي تعتبر حيلة دفاعية تخرج الضحية من حالة عدم الاستيعاب و الدهول.

### 9-2- ردود الأفعال الخطيرة : تظهر هذه الردود أثناء و بعد التجربة الصدمية و نذكر منها.

- **ردة الفعل الإنهيارية:** حيث يحس الفرد أن المصيبة قد أصابته لا محالة منها و سيشعر بنوع من الانهيار و الجمود النفسي و الحركي.
- **ردة فعل من القلق :** حيث تظهر نوبة القلق بعد التجربة الصدمية ومن مظاهرها : مشاعر الخوف الشديد ،غياب النشاط الانفعالي، انخفاض الوعي المحيطي، الشعور بالغرابة نحو الجسم في حد ذاته، كأن يشعر الفرد بأنه في حلم فقدان الذاكرة، الإحباط، عدم الارتياح والهياج النفسي حركي.

أما من الناحية الفيزيولوجية فتكون ردة الفعل القلقية ظاهرة على الوجه و تتمثل في شحوب الوجه،

التعرق الزائد، تسارع التنفس، تسارع نبضات القلب، جفاف الفم و الحلق. (مجلة الجيش، 2002 ص،  
(35

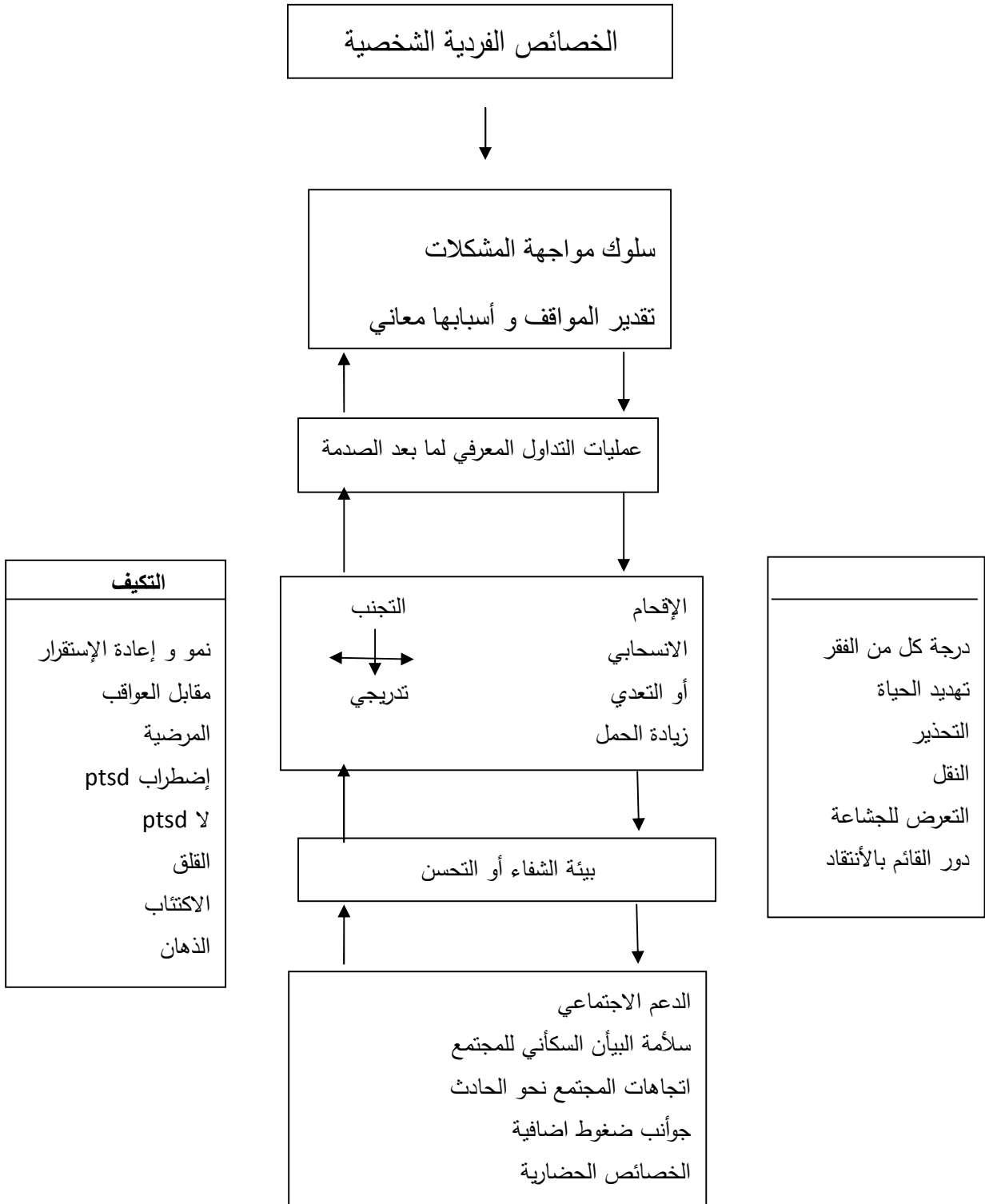
9-3- ردود الفعل المرضية: تظهر بعد مرور فترة من الزمن على التجربة الصدمية و قد تكون على  
المستوى الجسدي و النفسي.

فمن الناحية الجسدية قد تظهر الاضطرابات مثل : الذبحة الدماغية و نوبات الربو و الشلل و فقدان  
القدرة على التكلم.

أما من الناحية النفسية نلاحظ عدة أعراض منها : نوبات القلق و النسيان والوسواس و فقدان الذاكرة  
وحالات الخوف و الذعر و الهلوسة و الاكتئاب الأرق و فقدان المبادرة والانسحاب النفسي والاجتماعي  
و الانطواء على الذات. (DSM4, 1998, p66)

الفصل الثالث  
الصدمة النفسية واضطراب الضغط ما بعد الصدمة

نموذج عمل الحدث الصدمي



(أحمد عبد الخالق.1993، ص 97)

10- مراحل تطور الصدمة النفسية: يمكن تحديد مراحل الصدمة النفسية كما يلي

### 10-1- أثناء الصدمة:

من الناحية النفسية فإن الانهيار هو سبب خمول الفكر، السلوك و الاستجابة الفيزيولوجية، الإحساس بالتفكك، وهذا ما نجده في دراسة الأطباء النفسانيين على الجنود بعد عودتهم من حرب الفيتنام. وتركزت الدراسة على معرفة أشكال التفكك للصدمة، حيث قاموا بوضع استبيان لمعرفة الاضطرابات التي يحس بها الجنود في نفس لحظة الصدمة وما ينجم عنها على المدى الطويل، والتي تقيس بالتسلسل : فقدان الشخصية-النسيان- عدم ضبط الوقت-و كذا الإحساس باضمحلال الجسم .

### 10-2- عند توازن الصدمة :

إن القلق الذي ينتاب الضحية بصفة مفاجئة و قوية يحدث نوع من الخمول لدى الضحية. الذي تحس بالخوف و اضطراب شديد فالشخص يشعر و كأنه فقد شيء ما بداخله و الذي لا يمكن العثور عليه.

### 10-3- ما بعد الصدمة:

ذلك الإحساس بالقلق الغريب عند التفكك لا يزول بسرعة ويمكن أن يصبح مرضا عقليا نسميه بـ **schizophrénie** و لكن في أغلب الأحيان الضحية تخرج من انهيارها البدائي إلى حالة إرهاق الشديد لا يمكن له النوم بصفة جيدة، كما أن الذكريات و الأحلام المزعجة تظهر بصفة متكررة وكل هذا يؤثر لا محال سلبا على حياة الشخص إلى حد تجعل منه شخص عاجز عن القيام بأي نشاط مهما كان. (L.Crocq, 1999, p112)

### 10-4- الإطار المفاهيمي لسيرورة الصدمة النفسية :

تتمثل عقدة الإشكالية في الصدمة النفسية هو المواجهة الغير المتوقعة مع حقيقة الموت. التي تخلف أثر نفسي مع الهلع و الذعر و الرعب، و الفرد الذي يواجهه أو يعيش الوضعية الصدمية يسمى بالضحية **Victime** وخلف الضحية توجد العائلة و الأقارب و الزملاء و المداخلين النفسو اجتماعيين في وضعية الأزمة و الأخصائيين المعالجين. و تبدأ السيرورة الصدمية **processus de**

**Traumatisassion** من الضحية الذي عايش الوضعية ذات الطابع الصدمي أين تجعل حياته مضطربة و هنا يسمى بالضحية الأولى **Victime primaire** و الذي خضع إلى سيرورة صدمية مباشرة **Traumatisassion directe** والذي يظهر أعراض نوعية حالة الضغط الحاد، و حالة الضغط ما بعد الصدمة، ثم تنتقل السيرورة الصدمية إلى المحيط المباشرة للضحية الأولى وكل المختصين (المنقذين، المساعدين، المتدخلين نفسو اجتماعيين) والذين يكونون في اتصال مع الضحية في وضعية الأزمة (المرحلة الحادة و المتدخلين في الصنف الأول) هؤلاء الأشخاص يعتبرون كضحية ثانوية **Victime Secondaire** و الذين يكونون قد عايشوا صدمة غير مباشرة **indirecte Traumatisassion** و التي تؤدي إلى اضطرابات نوعية و هي الضغط الصدمي الثانوي **stress Traumatique secondaire**، وبالنسبة للمحيط إن الموت المحتمل للضحية (أي بمعنى في ظروف صدمية) هذا قد يؤدي إلى سيرورة حداد و صدمة غير مباشرة مما قد يعقد عمل الحداد الكلاسيكي وعلى المدى المتوسط و الطويل، المختصين في التكفل العلاجي من الدرجة الثالثة الأخصائيين النفسانيين الأطباء النفسانيين و المعالجين النفسانيين والذين يتكفلون بالضحايا يعتبرون ضحية ثالثة **victime tertiaire**، وهؤلاء المعالجين الذين قد يخضعون إلى سيرورة الصدمة بالإنابة **traumatisme vicariante** نتيجة الإصغاء بعطف وبالمشاركة الوجدانية للقصة الصدمية التي عاشتها الضحية الأولى، والاضطرابات التي يمكن أن تسببها السيرورة الصدمية بالإنابة هو **Compassion fatigue**. ( Serniclaes. O, 2003 )

### 11- لمحة تاريخية عن تطور اضطراب الضغط ما بعد الصدمة:

أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة هي اكتشاف القرن 20، هذه الأعراض تم الاعتراف بها رسميا من طرف جمعية الطب النفسي الأمريكي في **DSM 4** في 1980. ومن زمن قريبا من طرف المنظمة العالمية للصحة **OMS** في **CIM10**، و مع العلاقات الرهيبة التي ميزت التاريخ البشري لا تجعلنا إلا أن نعتقد بأن مثل هذه الأعراض قد تمت معاشتها في كل زمان من طرف الطبيعة البشرية، فحالات الرعب الذي عاشه المحاربون في **troi** والصدمة التي تسبب فيها البركان في روما القديمة، و كذلك التعذيب و المجازر التي حدثت في الحروب الصليبية في العصور الوسطى، و رعب عبودية السود في أمريكا و المحكوم عليهم بالإعدام في الثورة الفرنسية، و قائمة المأساة الإنسانية السابقة يمكن أن تطول بدون حدود : الحرب و المجاعة، العنف بين البشر أو الكوارث الطبيعية قد وجدت مع الأسف منذ أن كان العالم القديم.

و رغم الحوادث الممتدة و الصدمية و المأساة الماضية ،فمنذ نهاية القرن 19 أصبحت هناك إمكانية الحصول على معلومات أكثر دقة حول ردود الأفعال الممكنة للإنسان السوية أو المرضية على الصدمات. ( Pascale Brillon , 2004 , p 36 )

وفي سنة 1889 **Oppenheim Herman** هو عالم الأعصاب الألماني وأول من استعمل مصطلح العصاب الصدمي **névrose traumatique** لوصف الأعراض المرضية التي ظهرت عند ضحايا السكك الحديدية. والحالات التي قام بمعالجتها تمثلت في اضطرابات النوم مع كوابيس وذكريات مرعبة حول الحادث، لقد أعتبر في ذلك الزمن أن الأعراض ترتبط أساسا بإصابات دماغية تسببت فيها شظايا الحديد، فبعد ذلك أسند مصطلح اضطراب الضغط ما بعد الصدمة أو **PTSD** **post Traumatic stress disorder** إلى جملة الأعراض أو الاضطرابات **désordres** التي لوحظت عند ضحايا الحوادث الصناعية و التكنولوجية ، فالمصطلح الفرنكفوني لم يثبت عليه بعد، ومع الحربين العالميتين الأولى والثانية كان دور الطب العقلي العسكري في دراسة هذا الاضطراب، ثم من طرف المسالمن في قوات (60-70) قاموا بتوسيع هذا المصطلح الذي يتضمن المشكلات الناتجة عن العنف الأسري و الاجتماعي.

لذلك بداية اقترح **Oppenheim** مصطلح العصاب الصدمي للدلالة على المشكلات الوظيفية الناجمة عن التغيرات الدقيقة للجزيئات في الجهاز العصبي المركزي. فالظهور المتكرر للأعراض القلبية الوريدية **cardiovasculaires** عند ضحايا حوادث العمل ثم الجنود و هذا أدى إلى فترة طويلة إلى ارتباط اضطراب الضغط ما بعد الصدمة العصاب القلبي **névrose cardiaque** ، وقائمة التسميات يمكن قراءتها كالتالي قلب تائر **cœur irritable** و قلب جندي **cœur du soldat** سنة 1870 عند **Myers** حسب قدم التمثيل أو التصور الرمزي للانفعالات و المشاعر من قبل القلب، أين يمتزج القلب كرمز **Cœur – symbole** والقلب كعضو **Cœur – organe**، وتتابع التسميات و من بينها النشاط الغير المنظم للقلب كرمز **Cœur – symbole**، والقلب كعضو **Cœur – organe**، وتتابع التسميات و من بينها النشاط الغير المنظم للقلب **Action désordonné du Cœur**، والوهن العصبي الدوراني **Asthénie neurocirculaire**.

وفي فترة بناء **Charcot** للسكك الحديدية وجد تشابه في الأعراض عند مرضاه في مستشفى **salpêtrière** في فرنسا وقد تم تكريس حياته في دراسة ذلك، كذلك **Pierre Janet** و **Sigmund Freud** في دراستهما للعصاب الهستيرى **La Névrose traumatique**، فإن **Charcot** كان أول من وصف مشكلات قابلية الإيحاء **Suggestibilité** و نوبات التفكك **Crises de dissociation** تنتج عنها تجارب صعبة يتكدها هؤلاء المرضى، في غضون ذلك قام **Charcot** بدفع **Janet** لدراسة طبيعة التفكك و ذكريات الصدمة . في حين قام كل من **Joseph Babinski**، **Grilles de tourette** بالتركيز حول القابلية الإيحائية الهستيرية اتجه كذلك **Babinski** إلى مستشفى فرنسا لمتابعة أعمال **Charcot**، لكن تغير طراً مع رفض الأطروحة الذي يدافع عنها **Charcot** حول الأصل العضوي للهستيريا ، لكن **Babinski** تمسك بدور التأثير وقابلية الإيحاء في السببية المرضية للهستيريا، فالأهمية القصوى لمفهوم الصدمة **notion du trauma** بدأت تتنامى مع الحرب العالمية الأولى حيث تقام ضحايا المدنيين والعسكريين، و حسب **Vander wolk 1996** فالطب العقلي العسكري بدأ أولاً يهتم بـ: **Choc des tranchées** أو **Shell shock** حسب **Shoutard** سنة 1919، **Myers** سنة 1940، وعصاب الحرب من طرف الأطباء النفسانيين العسكريين **Mott** و **Grinker** و **Spiegel** سنوات 1943، 1945، 1919 وهذا بسبب الرعب الناجم عن القصف المدني وفضاعة المجازر للجثث المقطعة أو ما يطلق عليه "عصاب الحرب" أو عصاب



الفوبيا، وتتابع دراسة العصابات الصدمية تحت العديد من التسميات الأكثر واقعية و **Usure de combat** بمعنى "الاستنزاف في المعركة" والتي تثير إلى ردود الأفعال الضغط النفسي **stress** المدروسة من طرف **HanS seley**. فالآثار النفسية الخطيرة التي ظهرت عند المحاربين القدامى في الولايات المتحدة الأمريكية في حرب الفيتنام سنة 1973 وهذا تجديد الأهمية بالجانب المرضي للصدمة و أصبحت معروفة تحت مصطلح اضطراب الضغط ما بعد الصدمة أو الأعراض التي ظهرت بعد مواجهة الحدث الصدمي، و **Burgess** و **Holst Rom** مع تناذر صدمة الاغتصاب **Rape syndrome trauma** سنة 1974، أكد على الآثار النفسية الجسدية لنوع آخر من الصدمات هي الصدمة الناجمة عن الاغتصاب أو الاعتداء الجنسي، ومع الطب العقلي العسكري ركزت الدراسات حول الصدمة النفسية عند الرجال، فقام كل من **Burgess** و **Holstrom** في مستشفى **Boston city view** لوصف تناذر صدمة الاغتصاب ، حيث لاحظ تشابه في الأعراض من الكوابيس والظهور المفاجئ لصور مرعبة عند النساء ضحايا الاغتصاب و المحاربين القدامى الذين يعانون من عصاب الحرب الصدمي. وفي نفس الفترة باشر **kempes** سنة 1978 أعماله حول العنف ضد الأطفال **Enfants battus** وأبحاثه المنهجية حول العنف الأسري،

وفي الولايات المتحدة الأمريكية اقترح **Horowitz** سنة 1987 نموذج حول تناذر الاستجابة للضغط **Syndrome de la réponse au stress** مؤسس حول تجارب العلاج النفسي للضحايا من جراء حوادث وضعت حياتهم في خطر.

في حين **Horowitz** استوحى الصدمة في فترتين **En deux temps** من فرويد **Freud** في نظرية الإغواء **Théorie de seduction** التي اقترحها و تولى عنها بنفسه **Freud** من أجل تحديد الاستجابات في مرحلتين، أما **Terr** سنة (1983 \_ 1979) أشار إلى تطور تأثيرات الصدمة في النشاط النفسي عند الأطفال المختطفين في حافلة مدرسية في كاليفورنيا.

وقام **Kristal** سنة 1978 بتأكيد تأثير الصدمة في القدرة على التعبير عن التجارب الخاصة (الداخلية) وفي الجسدية و في الوظيفية الرمزية. كذلك تأثير المسالمين و النسائيين **Pacifists et feminists** في الولايات المتحدة الأمريكية دفع إلى الاعتراف بالصددمات الناتجة عن العنف الأسري و المدني والجنسي و كذلك الإسهام في تقدم البحوث في الميدان من أجل الوصف الصارم و الدقيق لـ "اضطراب

الضغط ما بعد الصدمة"، وكذلك في وصفه في **DSM** سنة 1980 (الدليل الإحصائي التشخيصي للاضطرابات العقلية في طبعته الثانية من طرف جمعية الطب العقلي الأمريكي، وفي سنة 1992 في التصنيف الدولي للأمراض **CIM10** في طبعته العاشرة للمنظمة الدولية للصحة **OMS**.

لذلك اضطراب الضغط ما بعد الصدمة يكون في فترتين:

- **الفترة الأولى:** هي الإصابة الجسدية **trauma** لفعل فيزيائي غير متوقع يسبب رعب كبير ووضعية عجز عند الضحية.
- **الفترة الثانية:** هو عودة هذه المعاناة الماضية في بعض الوضعيات.

والفائدة الاجتماعية و التجريبية من هذه الأعراض قد دعمت الاعتراف بتشخيصها و إدخالها ضمن **DMS<sub>3</sub>** سنة 1980 و 1987 و **DMS<sub>3</sub> - R** لذلك **APA** سنة 1987 اقترحت أربع معايير لتشخيص اضطراب لتشخيص اضطراب الضغط ما بعد الصدمة **PTSD**:

- **A:** معيشة حادثة غير عادية.
- **B:** معيشة الحدث مرة أخرى بالصور (الذكريات) و الكوابيس.
- **C:** التجنب بقوة العناصر التي لها صلة بالحدث أو الإحساس بالإنهاك.

وفي (1994) في **DSM<sub>IV</sub>** عرف اضطراب الضغط ما بعد الصدمة بالمعايير **BCA** في شكلها السابق، لكن عرف تعديلين هامين حيث عدل المعايير **A** و **B** الأمر لا يتعلق بمعايشة حادثة غير عادية لكن حادثة وضعت حياة أو سلامة جسد الشخص في خطر و أدت عند هذا الشخص إلى رد فعل متميز بالخوف و القلق الشديد والعجز والرعب، هذا التعديل ترك مكان أكثر للتقييم الذاتي للقرارات الكامنة للحدث الصدمي وهذا من طرف الضحية نفسها، ولقد خلق تشخيص جديد وهو حالة الضغط الحاد **Etat de stress aigu** والذي يعني مجموعة أعراض تظهر في الشهر الأول بعد الحادث.

وهذا التشخيص يتميز عن **PTSD** بمكوناته التفكيرية القوية لذلك اضطراب الضغط ما بعد الصدمة لا يمكن أن يشخص قبل شهر من مدة الأعراض المرضية، وهذا الإثبات يسمح للبحث في اضطراب الضغط ما بعد الصدمة و بأن يأخذ انطلاقة الحقيقية. (Pascale Brillon , 2004 , p 36 – 39)

## 12-تعريف اضطراب الضغوط التالية للصدمة PTSD:

يعرف **Sillamy. N** "اضطراب الضغوط التالية للصدمة" على أنه "حالة ضغط متولدة عن حدث انفعالي" عنيف مثل: عدوان نفسي، حادث خطير أو كارثة طبيعية مثل: الزلزال، و الفرد المصدوم يعيد معايشة الحدث على شكل أحلام متكررة آثار وصور، ويكون باستمرار في حالة إنذار أحيانا نجد مشاعر الذنب و الإحساس باقتراب الموت. (N.Sillamy, 1998, p205-206)

وقد أفردت التصنيفات المرضية الحديثة فئة مرضية خاصة وتشخيصا مفصلا لمثل هذه الحالات وغيرها من الحالات التي تحدث استجابة لصدمة بالغة الشدة تتخطى الخبرات المألوفة في حياة الإنسان مثل: الحوادث المفجعة، الحروب، الكوارث، الاغتصاب، الاختطاف، والأسر والتعذيب، ويطلق عليها اسم الضغوط التالية للصدمة وهي أقرب إلى المتلازمة منها إلى الاضطراب إذ تضم حشدا من الأعراض تتجلى في:

- أعراض إعادة معايشة الخبرات الصدمية في اليقظة أو الأحلام مما يؤكد أن ذكريات الحدث الصدمي مازالت حاضرة في الإدراك الحسي.
- أعراض التبدد للاستجابة للعالم الخارجي والتجنب لكل المثيرات المتعلقة بالصدمة خوفا من تكرار الحدث و انعدام الإحساس بالسرور.
- أعراض زيادة الاستثارة مثل الغضب، الأرق، ضعف التركيز، والتوحد، وهو حالة التوقع أي عتبة الإنذار بالجهاز العصبي قريبة كما يؤدي إلى أن يصل الفرد منفعا في لحظات الحياة العادية كما لو أنها لحظات طوارئ. ( دانيل جولمان، 2000 ، ص 281 )

• تعريف خر لاضطراب الضغوط التالية للصدمة PTSD :

هو مرض نفسي قد تم تصنيفه و توصيفه من طرف جمعية الطب النفسي الأمريكي **Association** **psychiatrique américaine (APA)** سنوات 1987-1980 وكما يقابلها بالإنجليزية **post traumatic stress disorder**.

و يصنف ضمن اضطرابات القلق الحادة و التي تتمظهر بعد تجربة صدمية معاشة **Traumatisme psychique** هي تسمية لها علاقة بالمقاربة السلوكية و النفسو مرضية التحليلية تحت مصطلح العصاب الصدمي و هي تسمية سابقة تأخذ بعين الاعتبار الديناميكية النفسية الداخلية "اللاشعور" **dynamique intrapsychique**. كذلك نصطلح عليه بتناذر الضغط ما بعد الصدمة **(SSPT) Syndrome de stress post traumatique** ، أو حالة الضغط ما بعد الصدمة **(ESPT)Etat de stress traumatique** فهي استجابة نفسية ناتجة عن وضعية أين تكون الوحدة الفيزيائية الجسدية أو المحيط مهددة، و/ أو إصابة فعلية ( حادث خطير، موت عنيف، اغتصاب، اعتداء، مرض خطير، الحرب، محاولة اغتيال)، فتثير ردود أفعال قوية تتمثل في مشاعر الخوف الحاد و العجز و الهلع و تناذر الضغط ما بعد الصدمة يأتي بعد استجابة حادة للضغط **stress** ناتج عن وضعية منشأة للقلق لكن يمكن أن يظهر بصفة متأخر بعد عدة أسابيع أو عدة شهور.

و إذا كان الجانب النفسي أو العقلي ضعيف ( اكتئاب ....)، فإن هناك خطر في التطور نحو اضطراب الضغوط التالية الصدمة و بالتالي يمكن لتجربة صدمية لوحدها كافية لظهور PTSD وعند أشخاص ليس لديهم سوابق مرضية أو صدمية خاصة عند الأطفال و المسنين الذين يعانون من هشاشة. (غسان يعقوب، 1999، ص 37-39 )

### 13- الأعراض المميزة لاضطراب الضغوط التالية للصدمة PTSD:

إن الضحايا الذين يعانون من اضطراب الضغط ما بعد الصدمة يعيشون الإحساس بخيبة الأمل والرعب و يتميز هذا الاضطراب بثلاثية الأعراض :

#### 1-13- التطفل أو الصور الداخلية **Intrusion** :

بمعنى أن الشخص يعيد معايشة الحدث الصدمي و هذا لا يقصد به فقط موجات التذكر المبهم **réminiscences** لكي هناك فشل و العجز عن الهروب من هذه الذكريات التي تصبح ملازمة عند الضحية وتعاود الظهور كذلك هناك زيادة حقيقية في الومضات الإجتياحية **flashback** والشعور بالقلق عندما يعاود مجدد الإحساس بالتجربة الصدمية أثناء فترة التذكر وكذلك الكوابيس هي نوع من هذا النمط من الأعراض.

#### 2-13- التجنب **L'évitement** :

الفرد يحاول تجنب الوضعيات و العوامل المفجرة و التي بإمكانها أن تؤدي بالضحية إلى تذكر الحدث الصدمي. كذلك ضحايا **ptsd** لديهم ميل نحو تجنب التكلم بهدف تجنب المواجهة المباشرة للوضعية الصدمية ، هذا بإمكانه أن يقود نحو نسيان جزئي أو كلي للحدث كذلك هناك مظهر آخر من التجنب هو إنهاك الانفعالات **l'émoussements des émotions** الذي قد يؤدي إلى فقدان الإحساس الانفعالي ، وكذلك فقدان الاهتمام بالنشاطات و الانطواء على نفسه و تجنب المقربين.

#### 3-13- فرط التأثر **hyper stimulation** :

إن ضحايا اضطراب الضغط ما بعد الصدمة يعانون من عدة أعراض من فرط اليقظة **hyper vigilance** وهذا يؤدي إلى صعوبات في التركيز و صعوبات في النوم. لديهم انطباع دائم بالخطر أو نكبة تداهمهم في أي وقت، كذلك قابلية الإثارة و نلاحظ سلوك غير منظم و عنيف و التهيج وشعور حاد بالضيق النفسي عندما تواجه الضحية العناصر التي تذكر بالحدث أو القصة الصدمية ، وهذه الاضطرابات قد ترافق أحيانا الاكتئاب و سلوكات مرضية (الإدمان على الكحول ومحاولات الانتحار) و هذا قد يسبب العجز الاجتماعي **invalidation sociale** (فقدان العمل وصراعات

أسرية و خطأ في التكفل واستمرار حالة القلق الحصر النفسي)، وهذا ما يجعل التكفل ضروري بضحايا الـ **ptsd** و لكن يكون حرج في حالة التفكك العميق في الشخصية.

#### 13-4- التجنب و الانسحاب **Evitement et retrait** :

بعد التجنب من الاستجابات الرئيسية للصدمة النفسية حسب **Newman** سنة 1996 و آخرون، ففي **DSM4** وضعت قائمة لمختلف أنماط التجنب مثل النشاطات و الأشخاص و الأماكن و الذكريات التي لها علاقة بالحدث الصدمي و هذه الأنواع من سلوكيات التجنب يسمح بحماية الفرد من الاتصال بكل ما يذكره بالمأساة (**Carlson , 1997** ) أين تصبح الضحية حساسة جدا لكل ما قد يذكرها بالتجربة المأساوية و مؤشرات هذه التجربة المأساوية يمكن أن تؤدي إلى ازدواجية المعنى. و بالنسبة لـ **carlson** التجنب ما بعد الصدمة يتمظهر على المستوى العاطفي و المعرفي و السلوكي و حتى الفيزيولوجي.

#### أ \_ التجنب العاطفي:

بعد معايشة صدمة نفسية فإن الضحية تعيش حالة لامبالاة انفعالية **indifférence** **émotionnelle** والتي تتمظهر على شكل انفصال **détachement** عن الآخرين و محاولات لتفريغ الانفعالات والأحاسيس (**Carlson , 1997** )، تجنب الانفعالات القوية يحمي الضحية من الضغط الانفعالي المرافق للدراما الناجمة عن الصدمة، كذلك الفرد قد يتجنب الوضعية التي بإمكانها أن تثير فيه انفعالات قوية مثل النزاعات، أفلام الرعب، والتجنب العاطفي قد يؤدي إلى عزلة عاطفية و العزلة الاجتماعية.

#### ب \_ التجنب السلوكي:

كالأشكال الأخرى من التجنب و التجنب السلوكي يركز على عزل كل ما يذكر الضحية بالوضعية الصدمية مثل: السلوكيات أو الأشخاص والأماكن و الوضعيات المرافقة للحدث الصدمي و هذا التجنب قد تكون الضحية واعية به و تدركه و في معظم الأحيان يكون لإرادتي.

### ج \_ التجنب الفيزيولوجي:

هو نوع من التخدير الحسي أو اللامبالاة الحواسية **sensorielle** و المصدومين يشهدون نقص في الأحاسيس بالرغبة و الألم، كذلك هذا التجنب يلاحظ أيضا في إلغاء أو نقص في الإحساسات التي لها علاقة بتجربة الصدمة النفسية المزمنة ( **Herman, 1992** ).

فالأحداث العيادية التي أجريت إزاء الضحايا أثبتت ارتفاع في أعراض إعادة المعاشة **réviviscence** و التجنب المميز لاضطراب **ptsd** بعد التعرض للأحداث الصدمية المتميزة. وقد لاحظوا تعقد في الاستجابات ما بعد الصدمة ، كذلك نشدد على ضرورة مقارنة تطورية من أجل فهم الاستجابات ما بعد الصدمة و بينما الضغط ما بعد الصدمة يلاحظ عند الأشخاص بعد التعرض لأي نوع من الأحداث الصدمية.

### د . الخوف:

و قد يؤدي بالضحية إلى تجنب أكبر عدد ممكن من النشاطات بهدف تجنب الانفعالات والإحساسات والذكريات. والضحية تبقى في وضعية جامدة في مكانها فتتجنب الوضعيات ذات الخطورة العادية ( **pynoos,1996** ) بهدف تجنب تنامي الخوف و توظف كل مجهوداتها من أجل توفير الحماية و هذا الخوف الذي يتم معاشته من طرف الضحية يعيقها عن العمل أو أي شيء مهم في الحياة و الضحايا يفضلون أن ينسوا كل ما يتعلق بالحدث الصدمي و قد يأخذ التجنب أشكال أخرى: عدوانية أو جاذبية نحو النشاطات الخطيرة أو انسحاب كلي. (Pascale Brillon , 2004 , p40- 43)

#### 14- النماذج النظرية المفسرة لاضطراب الضغوط التالية للصدمة PTSD :

إن تعدد التظاهرات العيادية و الأعراض المرضية المميزة لاضطراب الضغط ما بعد الصدمة أدى إلى تعدد النماذج التفسيرية لفهم السببية المرضية **L'étiologie** حتى نحاول فهم الأعراض المرضية وإيجاد النماذج العلاجية و المقاربة النسقية البيئية.ومن بين هذه النماذج التفسيرية: المقاربة التحليلية و النموذج الكلاسيكي الإجرائي و الاستيعاب عند **Jean Piaget** وكذلك النموذج النفوسعصبي لـ: **Jaques Roques**، كذلك من الصعب أن نجد نموذج تفسيري مثالي بإمكانه أن يعطي تغطية شاملة لظهور أعراض **TSPT**.

و الأعراض المرضية الأكثر تفسيراً من قبل هذه النماذج هي أعراض فرط النشاط العصبي الإعاشي ثم أعراض إعادة المعيشة والصور الدخيلة **Symptômes intrusifs**.أو نموذج المعلومات الذي يبرز من الوعي **notion d'information** ، و **Foa** و آخرون مع شبكة البنات الخاصة بالخوف **réseaux des structures de peur** و كذلك **Jones et Barlow** الذي يعرف حالة الاستعداد السابق للأعراض الدخيلة دون أن ننسى النموذج النفوسعصبي لـ **Jaques Roques** الذي وضع فرضية معالجة المعلومات لتفسير أعراض التجنب.

#### 14-1- نموذج معالجة المعلومات لـ Horowitz سنة 1986:

هذا النموذج يتصور أن الأعراض التالية للصدمة **Symptômes post traumatiques** كرد فعل لعدد مفرط من المعطيات تكون التجربة الصدمة. واضطراب الضغط ما بعد الصدمة ينتج عن عجز الضحية عن إدماج المعلومات في مخططاته المعرفية السابقة وتلاشي الأعراض يتوقف على إدماج التجربة الصدمية، هذا الإدماج الذي يشبه سيرورة الحداد **Processus du deuil** فالمرحلة الأولى المعروفة من طرف هذا النموذج **protestation** (هي مرحلة المعارضة)، فالضغط النفسي **stress** مهم بالنسبة للصدمة **trauma** يؤدي إلى ردود أفعال حادة عادية : "الخوف"، الغضب، الغموض **confusion** أو الميل نحو المقربين و الآخرين أو بالعكس نلاحظ الانسحاب الاجتماعي، غير أن الصدمة تتكون من العديد من المعطيات لا يمكن للفرد استيعابها فوراً مما يؤدي إلى فرط



معرفي **surcharge cognitive** لأن الفرد يعيش إحساسات، أفكار، وصور التي لا يمكن تداخلها و إدماجها مما يشكل فائض لا يمكن استيعابه من طرف الضحية مما يخلق حالة من الضيق النفسي. ثم تأتي المرحلة الثانية وهي مرحلة التجنب والتي تتمثل في الإنكار وانفصال العواطف الموظفة كميكانيزمات دفاعية بهدف حماية الوحدة ( نفس - جسد) والتوازن السيكولوجي لدى الضحية، فردود الأفعال التجنبية سواء مرضية أو مفرطة التي تستعمل من قبل الضحية في هذه المرحلة هي الإفراط في الكحول، وسلوكات الهروب أو الفوبيا، الإحساس بعدم الواقعية والتفكك.

فحسب هذه المقاربة الفرد يملك اتجاه جوهري وأصلي لمعالجة المعلومة ما دام أن إدماجه غير مكتمل بمعنى الاستيعاب **assimilation** أي تغيير معنى الحدث الصدمي حتى يستطيع الفرد دمج مع المفاهيم الموجودة سابقا. أو الملائمة **accommodation** و تفسير المفاهيم الموجودة سابقا بهدف تقبل التجربة الصدمية الجديدة، والمعطيات المتعلقة بالحدث الصدمي تبقى على شكل خام في اللاشعور ثم تعود إلى الشعور بهدف أن هذه الأخيرة العناصر المتعلقة بالحدث الصدمي يتم تحليلها وتفسيرها وتسمى بالمرحلة الدخيلة **Phase d'intrusion**.

فإعادة المعاشية و التذكر العادي في الشعور تكون على شكل ذكريات اجترارية أو كوابيس. هذه المادة المعرفية الدخيلة تستمر في التظاهر في الشعور إلى غاية إدماجها واستقبالها من طرف الضحية، والعناصر الأكثر مرضية في هذه المرحلة هي الكوابيس المرعبة والانفعالات المفرطة... الخ والهلاوس غير المراقبة، فالضحية تتأثر بهذه الذكريات الموترة والمضطربة أو بالأحرى بإعادة المعاشية **reviviscences** من خلال اللجوء إلى مرحلة التجنب: الانفصال الانفعالي أو التجنب السلوكي كأنها وظيفة معدلة للمعالجة المعرفية المعلومة. هذا التجنب يسمح بتسهيل معالجة المعلومة الصدمية و الحفاظ على التوازن السيكولوجي للفرد لأن هذا التجنب يحدد كمية الإفراط المعرفي والانفعالي فيخفض من القلق المرافق للمعلومات الصدمية، هذا الانتقال بين المراحل التجنبية والمراحل الدخيلة يسمح بإدماج تدريجي للمعلومة، فالأفكار الدخيلة تنخفض من حيث التواتر و الشدة والفرد يشرع في البداية بتقبل أن يكون ضحية " **victimisation** " وإعادة ترميم توازنه السيكولوجي. ويظهر تقدم

في طريقة تفكيره و قدراته في الإحساس والانفعالات و الاتصال والتفاعل مع الآخرين وفي الأخير يصف **Horowitz** المرحلة الرابعة كأنها مرور نحو "الاندماج " الإدماج والإدخال الكامل والتام للتجربة الصدمية.

ففي مرحلة الحل **resolution** الضحية تشعر بأن سيرورة معالجة المعلومات قد اكتملت وهناك إعادة لتناسقه الداخلي، وبالتالي إن تجربة التضحية يتم إدماجها أين يصبح الفرد مستعدا لمباشرة نشاطات و علاقات جديدة و معايشة انفعالات ايجابية .هذا النموذج يؤكد على مبدأ معالجة المعلومات ويفسر بصورة كافية أعراض التجنب المعرفي "معيار **D**" وإعادة المعايشة الخاصة باضطراب الضغط ما بعد الصدمة (**B<sub>2</sub> , B<sub>1</sub> , B<sub>3</sub>**) ، كذلك هذه المقاربة تسمح بتحضير جيد للاتجاهات التجنبية لدى الضحية و كيفية تراجع الأعراض إعادة المعايشة **Reviviscence**، ومن جهة أخرى على مستوى هذا النموذج تتعدد المراحل الباثولوجية أو المرضية وهذا يؤدي بنا إلى فهم لماذا أن الضحية لا تتجح في متابعة سيرورة الإدماج **processus integration** مرحلة الحل هي المرحلة الأخيرة.

في حين أن هذه المقاربة لا تفسر بصورة كافية إعادة النشاط البيولوجي والفيزيولوجي لدى الضحية في ظل وجود مثيرات متشابهة للتجربة الصدمية المعيارين (**B<sub>4</sub> B<sub>5</sub>**) .وبالتالي لا نفهم جيدا تطور أعراض فرط النشاط العصبي الإعاشي معيار **D** هذا النموذج مصمم عياديا لأنه يستوفي سيرورة الحداد و هذا بعكس النماذج الأخرى لكن هذه المقاربة لا تستوفي سيرورة تطور الأعراض الخاصة باضطراب **TSPT** لكن تحدد كيفية الخروج وتلاشي الأعراض ما بعد الصدمة وتحدد الأعراض الأكثر مرضية وهذه الأعراض بإمكانها أن تتطور من طرف الفرد إذ لم يستطع متابعة سيرورته في الحل و الخروج الطبيعي، كذلك **HOROWITZ** يرى أن أعراض الخوف والإنهاك تظهر عند الضحية التي لا يمكنها أن تمارس ميكانزمات الحماية: الإنكار والتجنب للذكريات الصدمية. وهذا النموذج يفسر الأعراض السيكوسوماتية والموجودة عند بعض الضحايا من خلال صعوبة الوصول إلى الإدماج الانفعالي كذلك لا بد من الإشارة أن الأعراض المفسرة من قبل هذا النموذج مقاسة بالأداة المطورة من طرف **Horowitz** : " **Impact of event scale** " هذه الأداة تسمح بقياس أعراض إعادة المعايشة "التكرار" والتجنب المعرفي، وبالعكس لا تقيس هذه الأداة بصورة

موضحة فرط النشاط العصبي الإعاشي و التجنب السلوكي لهذا تم مراجعة هذا المقياس  
لذلك نموذج **Impact of event scale revised** (Weiss et Marmar, 1997)،  
**Horowitz** هو جملة من المفاهيم التحليلية و عناصر إدارة الضغط عند **lazarus**  
والمفاهيم الخاصة عند **Jean Piaget**. (Pacsale Brillon, 2004, p67)

#### 14-2- النموذج الاشرطي لـ Morwer سنة 1960:

هذا النموذج مستوحى من أعمال **Pavlove** و **Skinner** حول ميكانيزمات التعلم عن طريق الاشرط الكلاسيكي و الإجرائي والذي تم تكيفه من طرف **(Bender, Keane)** (Farbank 1985, Tummeung, Caddell) حول إشكالية **PTSD** بعد معايشة الصدمة العسكرية **Traumatisme militaire**. كذلك من طرف **veronen** و **Kilpatrick** و **Best** حول اضطراب الضغط ما بعد الصدمة بعد الاعتداء الجنسي، وحسب هذا النموذج هناك مبدئين في التعلم إما الاشرط الكلاسيكي (تعلم استجابات الخوف) و الاشرط الإجرائي تعلم سلوكيات التجنب يفسران تطور اضطراب الضغط ما بعد الصدمة، وأعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة تفسر أولاً عن طريق الاشرط التنتفيري **AVERSIF** فالمؤشرات الحيادية "الضجيج الروائح الأفكار الإحساسات الجسدية" التي تكون في نفس الوقت ماعدا المثير الاشرطي "الحدث الصدمي" التي تكتسب الخصائص التنتفيرية لهذا المثير. وبالتالي وجود هذه المثيرات بمفردها يمكن أن يثير استجابة شرطية بمعنى استجابة قلق مماثلة للاستجابة الناتجة عن مواجهة الحدث الصدمي الأصلي، أما ردود الأفعال الانفعالية أو الفيزيولوجية للضييق النفسي والخوف وعدم الارتياح أي المثيرات الحيادية تصبح مثيرات إشرطية و هذه الأخيرة تكتسب كذلك القدرة على إشرط مثيرات موجودة في نفس الوقت أو مثيرات أخرى تماثلها عن طريق ميكانيزم الاشرط النظام الثانوي **Second order** أو تعميم المثيرات **Généralisation des stimuli**. كذلك عدد كبير من المثيرات الحيادية ليست فقط تلك المباشرة التي ترتفق الحدث الصدمي تكتسب الخصائص التنتفيرية للحدث الأصلي بمعنى القدرة على إحداث القلق **Anxiété** الضيق النفسي والخوف.

موازاة مع هذا التعلم يتعلم الفرد عن طريق الإشراف الإجرائي توظيف سلوكيات التجنب بهدف عدم مواجهة المثيرات الإشرافية المدركة على أنها تنفيرية هو ميكانيزم التعزيز السلبي، فكل سلوك تجنب يمتلك طاقة كامنة للتقليل أو إلغاء ردود الأفعال التنفيرية سوف تعزز بقدرتها على التقليل من القلق الناجم عن المواجهة أو توقع المواجهة مع المثيرات الإشرافية (الهروب من الوضعية)، بالإضافة إلى ذلك سلوكيات الانفصال الانفعالي والعدوانية، الاستهلاك المفرط للمخدرات و الكحول بصفة متكررة لأنها متعارضة مع القلق.

إن النموذج الإشرافي الكلاسيكي لتفسير ردود الأفعال القلق عند الضحية للمثيرات السابقة والحالية غير المؤذية لكنها مولدة للقلق في حين هذه المثيرات ترافق مباشرة الحدث الصدمي  $(B_5, B_4)$ ، فهذا النموذج يسمح كذلك بفهم أفضل لسيورورات وعمليات التعميم للمثيرات الإشرافية ذات النظام الثانوي، وكيف يمكن للضحية أن تطور استجابات القلق للمثيرات رغم أنها غائبة أثناء الصدمة **Trauma** هذه المبادئ تفسر تطور و خطورة الأعراض كون هذه المثيرات بصورة متطورة تحرض الاستجابات الإشرافية التنفيرية.

كذلك هذا النموذج يتضمن مفهوم التعزيز السلبي **Renforcement Negatif** الذي يفسر تطور سلوكيات التجنب و الانسحاب الاجتماعي **Retrait Sociale**. وتبني سلوكيات غير عادية لدى الضحية كالإفراط في المخدرات و الكحول العدوانية والمتعارضة مع القلق والخوف  $(C_1, C_2)$  هذه السلوكيات التجنبية تهدف للتخفيف من القلق و المقاومة للانطفاء **Extinction**، وهذا ما يفسر استمرار هذه الأعراض لوقت طويل في حين هذه المقاربة لا تعطي تفسيرات وافية عن بعض أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة مثل الأعراض الداخلية **Intrusifs**  $(B_1, B_2, B_3)$  و أعراض الإفراط في النشاط العصبي الإعاشي معيار **D** والإنهاك في النشاط العام " المعايير من  $(C_4$  إلى  $C_7)$  ).

فهذا النموذج مستوحى من النظرية السلوكية الذي يمكن أن يرافق التربية النفسية **Psychoéducation** حول استراتيجيات المواجهة **Stratégies d'exposition**. لكن هذا النموذج يهمل التجربة الظاهرية **Expérience phénoménologie** للضحايا والذي يركز فقط حول الجوانب و المظاهر الآلية **Automatique** و السلوكية للتجربة ما بعد

الصدمة، حيث يمكن توظيف هذا النموذج عياديا مع نماذج أخرى تغطي الجوانب الأخرى حيث يأخذ بعين الاعتبار كل أنواع ردود الأفعال الانفعالية و المعرفية ما بعد الصدمة النوعية للضحية. ( Pascale Brillon , 2004 , p 58 – 59 )

### 14-3- نموذج المعالجة الانفعالية لـ Foa و آخرون سنة 1989 :

يقصد به إسناد معنى للخطر في إطار العلاقة بين المثير والاستجابة وفي بعض الأحيان تعتبر آمنة **Sécuritaire** أو حيادية في بنية الخوف الذي سيكون قاعدة لتطور اضطراب الضغط ما بعد الصدمة. وبنية الخوف تتكون من شبكة معقدة ذات ترابط داخلي **Inter Connexion** تهدف أولا إلى إعداد الفرد إلى رد فعل دفاعي أو الهروب أمام الخطر والتي تتداخل في النظام العصبي **Systeme neuronal** و تكون شبكة مستقرة تربط بينهما عناصر مرافقة للحدث الصدمي، وتفسير الخطر الصادر من هذه العناصر يكون في الاستجابات الفيزيولوجية والسلوكية، حسب هذا النموذج إن البنية المعرفية عند ضحايا اضطراب الضغط ما بعد الصدمة تختلف عن البنيات المعرفية الممثلة لحالات الفوبيا. فالاستجابات تكون أكثر حدة و البنية تكون معقدة و سهلة التأثر و مواجهة المثيرات المماثلة لتلك المثيرات المسجلة في البنية تنتشط كل شبكة الترابط الداخلي مما يفجر كل أعراض إعادة المعيشة أو التكرار **Reviviscences** و ردود الأفعال العاطفية و الفيزيولوجية والسلوكية المرافقة، أين الضحية تعيش **Flash back** مرتبطة بالحدث لأن كل عنصر (الضحيج ) صورة (محادثة) و التي ترافق الحدث الصدمي تثير و تعيد تنشيط بنية الخوف و بالتالي كل العناصر المرافقة.

موازاة مع ذلك الضحية تحاول إدماج الحدث الصدمي عن طريق محاولة إيجاد معنى لما حدث " إعطاء معنى للحدث الصدمي " من خلال تغيير التفسيرات و تأويلات الخطر لبنية الخوف بهدف إعادة إدراك الحدث أو إعادة التفكير فيما حدث يعيد تنشيط بنية الخوف وتعرض ردود الأفعال و أعراض إعادة المعيشة المضطربة. وبالتالي الضحية توظف التجنب السلوكي أو الانفعالي بهدف حماية نفسها ومع ذلك تمنع سيرورات وعمليات التداخل والاندماج الانفعالي، فالضحية تجمع أو بمعنى آخر تمزج بين فترات إعادة التذكر والمعيشة

و فترات التجنب مما يخلق أعراض فرط النشاط و التي تمثل حالة إنذار مستمرة و وحالة فرط اليقظة منهكة.

وهذا النموذج يدمج مفهوم (تأويل أو تفسير الخطر) الذي يسند إلى العلاقة بين(مثير- استجابة) يسمح بتفسير تعميم الخوف لدى الضحية بالنسبة لكل الوضعيات و المثيرات غير المرتبطة بالحدث الصدمي.بالإضافة إلى تلك الخصائص المميزة لبنية الخوف عند هؤلاء ضحايا PTSD تجعلهم يتجنبون بصورة متزايدة الوضعيات التي تختلف عن اضطرابات الفلق الأخرى خاصة الفوبيا النوعية،وهذه المقاربة تفسر بصورة جيدة أعراض إعادة المعاشة **Symptômes de reviviscences** عند الضحايا لأن البنية يعاد تنشيطها عندما الفرد يكون في اتصال مع المعلومة المرتبطة بأحد العناصر المسجلة في بنية الخوف.في حين هذا النموذج التفسيري يوضح بكيفية جيدة أعراض وميكانيزمات التجنب بهدف التخفيف من الضيق النفسي المرتبط بإعادة التذكر **Reviviscences** وكذلك أعراض فرط النشاط، بالإضافة إلى ذلك هذه المقاربة النظرية توفر بنية الخوف الموجودة عند كل ضحية و التي تسمح بتصور مضمون هذه البنية لدى الضحية و نتائج الترابطات **Associations** التي تم تنفيذها.

وهذه الطريقة تصور عمليات و سيرورات ظهور و استمرار الأعراض ما بعد الصدمة. وموازاة مع هذا النموذج يحتوي على مفاهيم معرفية التي تستمد في مفاهيم أخرى غير سلوكية و الذي يساهم في تنمية هذا النموذج ، كذلك الضحية تضع باستمرار تساؤلات حول المعاني المعطاة لردود أفعالها أو العناصر الخاصة ببنية الخوف تظهر مستوحاة من مفهوم **Horowitz** أن كل معلومة غير مهضومة أو مفهومة ترجع إلى الشعور حتى تكون مستوعبة هذه الإضافة تسمح بتفسير أعراض التكرار وإعادة المعاشة. (Pascale Brillon , 2004 , p 61 – 63)

- نموذج **joseph** و آخرون :

يعتبر هذا النموذج تفسيري **reappraisal** وتأويلي لأسباب و الرهانات و نتائج التجربة الصدمية من طرف الضحية والتي تمثل العامل المسؤول عن الأعراض التالية للصدمة.



وهذا النموذج المفاهيمي يتمحور حول التأويل و التفسير الإسنادي **Interpretation Attributionnelle** للعناصر المرافقة للصدمة ثم تبنيه من قبل العديد من النماذج المعرفية الجد حديثة (كل من **Clarck, ehlers**، 2000)، فطبيعة هذا التأويل يتأثر داخليا فيما بعد بالحالة الانفعالية و العوامل المعرفية و كفاءات إدارة الضغط لدى الضحية هذه المتغيرات معروفة في هذا النموذج والتي تعرب و تفسر الأعراض ما بعد الصدمة.

و حسب هؤلاء المنظرين لهذا النموذج، الحدث الصدمي يتكون من جملة من المثيرات التي تؤدي إلى تنشيط و إثارة انفعالية عالية لكن لا يتم تحليلها مباشرة و فوراً من طرف الفرد. فالتمثيلات والتصورات الرمزية للحدث تكون معبئة في الذاكرة المباشرة **mémoire Immediate** والتي تكون قاعدة لإعادة التذكر و المعاشة **Reviviscence** و الذكريات الدخيلة **Intrusifs** هذه التمثيلات الرمزية للحدث الصدمي و معانيها التي يتم تفسيرها فيما بعد من طرف الضحية عن طريق فك رموزها، فالمنظرين يعرفون هذا النوع من التفسير والمهم في هذه المرحلة هو الإسناد السببي للحدث **L'attribution causale de L'événement** في هذه المرحلة ومن خلال العديد من المعطيات أثبتت أن الأفراد يتساءلون عن أسباب هذه الأحداث خاصة بعد مواجهة حدث مفاجئ أو سلبي، وخصائص هذا التفسير تؤثر على إدراك الرقابة **Perception de controle** واتجاه الأحداث خاصة تطور و استمرار أعراض العجز **L'impuissance** المكتسب والاكْتئاب.

وحسب هذه النظرية الفرد يسند سبب الحادث إلى عوامل داخلية أكثر منها خارجية. وهذا الإسناد مستمر في الزمن وليس وقتي و الفرد يسند سبب الحادث لعامل يؤثر على جزء كبير من حياة الفرد، بمعنى أن الفرد يعمم على كل الوضعيات و ليس هناك نوعية وتعيش الضحية نوعاً من الاكتئاب يتميز بانخفاض في تقدير الذات و فقدان الأمل، وبالتالي الضحايا يقومون بإسنادات داخلية ومستقرة ومعقدة لديهم قابلية كبيرة في تطوير أعراض اكتئابية بعد مواجهة حدث صدمي على خلاف الأفراد الذين يقومون بإسنادات خارجية مؤقتة نوعية.

فالعوامل ذات الصلة بالشخصية **la Personnalité** تؤثر في هذا التفسير و التأويل (الإسناد). فـنموذج **Joseph** و آخرون سنة 1995 يشير إلى نوع الإسناد و مكان الرقابة

**lieu de Controle**، المخططات المعرفية **Schemas cognitive** و المعتقدات الأساسية الإنسانية، هذه العوامل تكون أشكالاً مستقرة من الإدراك و تأويل العالم والمتطورة منذ الطفولة التي تؤثر بالطريقة التي تفسر بها الضحية الحدث الصدمي.

وجود هذه الأعراض الدخيلة **Intrusifs** و هذه التفسيرات للحدث الصدمي تؤدي إلى انفعالات قوية : الخوف، الحداد، الإحساس بالذنب، الغضب، الخجل، هذه الانفعالات تتجم عن مميزات الإسناد السببي و كذلك نتيجة لإعادة التفسير **Reinterpretation** من طرف الفرد، فالأفكار الدخيلة و ميكانيزمات التأويل والتفسير والحالات كلها تسبب الضيق النفسي، وكذلك محاولات لإدارة هذه الأعراض أما طرق وآليات إدارة الضغط تتطلب استراتيجيات نشطة ( البحث عن السند الاجتماعي، استراتيجيات الاسترخاء... )، استراتيجيات التجنب "التجنب المعرفي، التجنب العاطفي، و التجنب السلوكي"، تثبيط معالجة المعلومات أو البحث عن معنى الحدث وكذا السياق و السند الاجتماعي يؤكد على هذا الإدراك والتفسير للحدث الصدمي كذلك طرق إدارة الضغط المختارة من طرف الفرد.

إن نموذج **Joseph** سنة 1995 يفسر كل أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة **Stress post traumatic disorder** و كذلك يفسر تطور الأعراض ذات المضمون الاكتتابي لاضطراب الضغط ما بعد الصدمة **PTSD** و المتمثلة في المعايير (C<sub>6</sub>، C<sub>7</sub>، C<sub>4</sub>، C<sub>5</sub>) و قابلية الإثارة (D<sub>2</sub>) من خلال نظرية **Weiner** 1985 أين توحى بوجود علاقة بين بعض أنواع الإسناد السببي و الحالات الانفعالية: الخجل، الذنب.... إلخ، مع ذلك حتى لو أنهم أشاروا إلى ظهور أعراض أخرى الخاصة باضطراب الضغط ما بعد الصدمة ( سلوكيات التجنب، و فرط النشاط العصبي الإعاشي)، لكن هذا النموذج يفسر ولو بشكل بسيط الميكانيزمات المسؤولة على تطور أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة.

كذلك هذا النموذج وسيلة هامة في التربية النفسية **Psychoéducation** لإعادة البناء المعرفي و يولي أهمية القصوى للتأويلات (إدراك) في تطور الأعراض ما بعد الصدمة عند الضحايا، حيث هذا النموذج يتضمن عناصر هامة يمكن إثباتها من قبل بعض المنظرين و يبرز دور السند الاجتماعي **le soutien social** في تطور أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة (TSPT)، كذلك يتوفر النموذج على العوامل التطورية لـ **TSPT** المدمجة في



هذا النموذج يهدف فهم أفضل لأشكال المعتقدات الإنساني المثبتة من طرف الضحية ونوع الإسناد الذي تم توظيفه، هذه العناصر تساهم بقدر كبير في تفقد هذا النموذج .

و بالعكس من ذلك لا بد من التذكير بصعوبة هذا النموذج في تفسير بعض ردود الأفعال التالية للصدمة النمطية نذكر كل من إعادة تنشيط العناصر المرافقة للصدمة و فرط النشاط

**Hyperactivation**. (Pascale Brillon , 2004 , p 64 )

#### 14-5- نموذج Janoff-bulman سنة 1992 :

إن نموذج **Janoff-bulman** يدمج العناصر النفسودينامية مع العناصر المعرفية ويقصد به إدراك العالم و الذات بالنسبة للعالم المبني منذ الطفولة المبكرة و المؤسس على التفاعلات الودية مع الوالدين والمحيط المباشر، وقام **Janoff-bulman** بالاستعانة بمفهوم الثقة عند (**Erik-Erikson**) ونظرية التعلق **L'attachement** عند **Bowlby john** والعلاقة بالموضوع عند **Heinz kohut**. فهذا الإدراك للعالم والذات تحدث على مستواه وعجز بسبب الحدوث المفاجئ والعنيف للحدث الصدمي، فدرجة الصدمة تتحدد بالفرق الموجودة بين ادراكات الفرد الذاتية والمعاني و القيم التي يسندها للحدث الصدمي العنيف وهذا الحدث الصدمي يشوه ادراكاته و يؤدي إلى شعور خيانة الثقة (**Trahison de la confiance**) ويضاف إليه الإحساس بالظلم (**L'injustice**) و الذي يعبر عنه "لماذا حدث لي هذا ؟".

وهذا ما ينتج عنه الإحساس بالذنب و أحيانا يعزز و يقوى اجتماعيا عندما يوبخ المحيط الخارجي الفرد، فالشخص العادي يملك شعور عميق بالأمن و الثقة لكن الحدث الصدمي قد يقوم بتدمير هذا اليقين و العالم يصبح مولدا لقلق فالفرد مجبر على إعداد و بناء عالم جديد و ذات جديدة في هذا العالم. ( Pascale Brillon , 2004 , p 66 )

#### 14-6- نموذج Freud و Anna Freud :

هذا النموذج هو ترجمة ظرفية لنظرية كبرى هي نظرية الإغواء عامة **Théorie de la seduction** مع مفهوم الصدمة في زمنين "**Trauma au deux temps**" و الذي يعد نموذج أولي في التحليل النفسي، فنظرية الإغواء المعقدة تتعلق بالانعكاسات البعيدة

لهذه الحقيقة العاطفية عن « **L'effet de l'après coup** » الأثر ما بعد الصدمة أو حدث صدمي من الماضي البعيد و الذي يترجم في ضوء الحاضر والذي يؤدي إلى معاناة تكبت في اللاوعي و تظهر في الماضي وهي "نظرية الإغواء"، ومعمة عن طريق مدلول الفكرة **l'idée Extension de** من الإغواء و الشذوذ.

والتطبيق بعد ذلك في الميدان النفسو مرضي للراشد عن طريق الإغواء **Seduction** ، نفهم وجود تجربة و خبرة جنسية مبكرة تعرض إليها الطفل من قبل الراشد بطريقة مفاجئة وعنيفة ( وهذا الطفل في مرحلة ما قبل النضج )، أو بمعنى آخر الطفل يتواجد في وضعية غير ناضجة وعدم التحضير و الاستعداد و عدم الكفاية أو العجز مقارنة بالخبرة التي تعرض إليها مع الراشد، فعدم النضج و عدم التحضير و عدم الكفاية ووضعية العجز مرتبطة بالنمو البيوفزيولوجي أو النمو النفسو جنسي وهذا يعني أن الصدمة هي حالة عدم التحضير و الاستعداد.

فحسب Freud عدم النضج النفسي والسيكولوجي والفيزيائي "الجسدي" عند الطفل لا يسمح له بالاندماج بطريقة ملائمة في هذه التجربة الجنسية مع الراشد. و بوجه آخر من المؤكد أن الحالة الطفولية **Etat d'infantile** هي ضرورية بهدف أن التجربة أو الخبرة الجنسية المفاجئة و التعسفية والتي لا مفر منها تتطور فيما بعد عن طريق تأثير ما بعد الصدمة **Effet de l'après coup** كذكرى و سلوك عرضي عندما تخترق بتأثير الحدث الصدمي، فيظهر النكوص « **Regression** » الذي يؤدي إلى توظيف دفاعات بدائية بصورة متكررة.

وكانت نظرية "**L'après-coup**" الصدمة البعدية تسمى بالصدمة في زمنين أي تتضمن حدثين و كان ذلك في بداية القرن الأخير، أما في النصف الثاني من القرن الأخير سميت باضطراب الضغط ما بعد الصدمة، وهذه النظرية تسلم وتفترض بكل ما هو مسجل في اللاشعور و بالتحديد بكل ما له علاقة بين الحدثين منفصلين في الزمن بالتطور الذي يسمح للفرد برد الفعل بطريقة مختلفة عن الحدث الأول.

- **في الزمن الأول:** هو الهلع و الرعب الذي يواجهه الفرد غير المستعد **Non préparé** إلى الفعل الجنسي و يكون ذو معنى أو عديم المعنى و المدلول. لأن الضحية توجد في وضعية وحالة عدم الاستعداد أو التحضير أو عدم النضج بمعنى أن العقل الجنسي غير مفكك الرموز و عديم المدلول لأن الضحية غير مستوعبة وغير مدركة ما حدث لها، والذكرى في هذه الحالة ليست مرضية أو صدمية إلا بعد استذكارها **Remémoration** و إعادة معايشتها عندما الحدث الثاني أو "المشهد الثاني" يظهر بخاصية مشتركة مع الحدث السابق .
- **في الزمن الثاني:** هو المشهد "**scène**" الذي يذكر بالمشهد الأول لكن بسبب إمكانيات جديدة رد الفعل هو الذكرى نفسها و لكن ليس المشهد الثاني التي تعتبر كمصدر جديد للطاقة الليبيدية الداخلية أو صدمة الذات **Auto traumatisme** أو بمعنى آخر ذكرى الاعتداء الجنسي هي أصل الصدمة و ليس الاعتداء الجنسي في حد ذاته، في الزمن الثاني أي المشهد الثاني تمثل صدمة الذات ، فالمرجح ليس في تصفيتها أو نسيانها أو في التحضير السوي الذي يعده الفرد في مواجهة الاعتداء لكن في الدفاع المرضي أو الكبت.

ففي التحضير السوي **Elaboration normale** يتعرف الفرد على عجزه وعلى فضاة الاعتداء و المعتدي الذي يتمثل في الراشد، فالفرد يوظف ميكانيزم دفاعي مرضي أو إلي "الكبت" للخروج من "صدمة الذات" ففي الاعتداء الأول **Premiere aggression** لا يستطيع الفرد الدفاع بسبب نقص في الآليات الملائمة، لكن في الاعتداء الثاني « **Deuxième aggression** » يملك الفرد دفاعات و آليات جيدة لمواجهة القوة الخارجية للاعتداء. في كل الأحوال هناك حواجز حماية نحترمها الفعل المفاجئ و العنيف والتعسفي أين لا يستطيع الفرد معالجته بطريقة ملائمة و فورية، أي بمعنى وجود فرط في الإشارات على مستوى الجهاز النفسي مقارنة بقدرته على الاستجابة و بمعنى أدق أن الفعل المفاجئ والعنيف يطلق فيض من الإثارات تتجاوز قدرة الفرد على الاستجابة. والضغط ما بعد الصدمة ما هو إلا أسلوب آخر يشير إلى الصدمة في زمنين، الزمن الأول هو الدراما أو الحدث والزمن الثاني هو الزمن ما بعد الصدمة. في التزامن الذي تحدث بعد

المأساة الأولى و في سيرورة صدمة الذات، حيث أن سيرورة الصدمة الذاتية هي المعاناة التي يعيشها الفرد عن طريق التذكر المبهم **Réminiscence** بجرح **Blessure** لم تحل بعد.

في حين **Anna Freud** أضافت المجهود عند الأطفال في استيعاب الحقيقة " **Réalité** " أين الحدث الصدمي يضيف ترجمة سلبية **Version négative** و خطيرة بمعنى ترجمة موازية أو انحراف **Perversion**. (Pascale Brillon, 2004, p67-68).

#### 14-7- نموذج **Vander kolk** لاضطراب الضغوط التالية للصدمة :

إن نموذج **Vander kolk** مؤسس من مجموعة من المبادئ وفي قاعدته موجه لعلاج اضطراب الضغط ما بعد الصدمة **PTSD**، ففي الإطار التفسيري من المنظور النفسو الدينامي هو الماضي الذي ما إن يتحول يصبح في الحاضر أو بمعنى آخر الذكرى التي تصبح تطارد الفرد. أي هذه الذكرى تصبح توسوس و تقلق الفرد في الحاضر، والتدخل يركز على وضع الدراما "المأساة" في الإطار أو السياق الذي يعطيها معنى و مدلولاً جديداً وقيمة جديدة ، والتدخل يسمح بتغيير و تحويل الفرد المتأثر بالماضي إلى فرد يرد على هذا الماضي أين تصبح الضحية مدمجة في الحياة النشطة بصورة متكيفة ووظيفية. لذلك **Vander kolk** يقترح خمس أنماط من العوامل المؤثرة في الاستجابات للمعاشات المأساوية **Vécus dramatiques** المفاجئة والغير مراقبة:

- العوامل البيولوجية.
- فترة التطور أثناء المأساة.
- خطورة العامل الضاغط.
- السياق الاجتماعي.
- تاريخ حوادث الحياة.

ويستلزم في العلاج عدم اشراط الاستجابات القلق أو الحصرية و إعادة إثبات الشعور بتقدير الذات في الشعور بالدونية و الثقة بالذات وهي سيرورة تتم في خمس مراحل. حيث حاول **Vander kolk** سنة 1984 ربط اضطراب الضغط ما بعد الصدمة بعمل الدماغ وما يطرأ

عليه من تبدلات كيميائية و فيزيولوجية و وظائفية، فالصدمة تؤدي إلى اضطراب في وظيفة الدماغ و بعض أنحاء الجسم وهذا الاضطراب يظهر على الشكل التالي:

- ارتفاع نسبة الكاتيكولامين في الدم.
- ارتفاع نسبة الأستيل كولين.
- انخفاض في نسبة النورايبيبينفرين.
- انخفاض في نسبة السيروكونين في الدماغ.
- انخفاض في نسبة الدوبامين في الدماغ.

إن استنزاف مادة النورايبيبينفرين يرتبط بعدم قدرة الشخص على الهروب أو التخلص من الصدمة التي يتعرض لها، وهذا ما يؤدي بدوره إلى استنزاف مادة الدوبامين لأن الاستجابة الفعالة إزاء الصدمة غير ممكنة. فالتعرض المتكرر للصدمة أو تدمرها يؤدي فيما بعد إلى حالة من التبدل أو التحذير العاطفي كحل حتمي للصدمة و هنا يفرز الدماغ مواد مخدرة شبيهة من حيث مفعولها بالأفيونات، ومصير اضطراب الضغط ما بعد الصدمة يتوقف إذن على نشاط الإفرازات المذكورة "الدوبامين و النورايبيبينفرين" و كذلك على المواد المخدرة التي يفرزها الدماغ، ويبدو أن الدماغ يقوم بهذه الوظيفة عندما يتعرض الشخص للصدمة، و بعد أن تمر الصدمة تحدث حالة شبيهة بالانسحاب و الذي نلاحظه في عوارض الانقطاع الفجائي عن تعاطي المخدرات، ومن المعلوم أن الانسحاب يترافق بعوارض نفسية فيزيولوجية شديدة الألم. أما "De lapina" سنة 1984 فقد حاول أن يربط PTSD بطبيعة الجهاز العصبي وهو يرى بأن الأشخاص الذين يعانون أكثر من سواهم هم الذين يسيطر لديهم الجهاز البراسمبثاوي، لذا فهم لا يتوصلون إلى تحقيق ترميز كاف للانباءات المؤلمة والمفاجئة بشكل صحيح، كما أنهم يستجيبون فيزيولوجيا و بشكل اعتيادي لتلك المنبهات من هنا شدة العوارض الفيزيولوجية مثل: اضطراب النوم و الكوابيس و الاحتراز الشديد وهبات الغضب و العدوانية و هنا يشير إلى أن الانباءات تتم بشكل خاطئ و ناقص لأنها تعتمد على المنبهات الحسية بالدرجة الأولى.

إن النموذج التفسيري لـ Vander kolk هو مناسب جدا للتدخل مع كل الحالات و الفئات بدون شروط لأنه يتمحور من خلال تدخله على الخيال واللعب Ludothérapie أو العلاج باللعب.(غسان يعقوب 1999، ص 78- 79 )

14-8- نموذج J.Roques سنة 2004-2007:

هذا النموذج النفسوعصبي قد تطور على يد **Jacques Roques** بهدف تفسير كلي لـ PTSD و التأثيرات الخاصة بالـ **Eye movement désensization EMDR** and **reprossing** الذي تم توظيفه للعلاج. وهذا النموذج مؤسس وفق أعمال **Francine Shapiro**، وكذلك **J,Ledou** حول دوائر الخوف و **Endel Tulving** حول الذاكرة وكذلك **R . Stickgold** حول العلاقات الموجدة بين النظام اللمبي و القشرة الجبهية، حسب هذه الفرضية فإن الدماغ يخضع في الأولوية إلى مبدأ الإبقاء على الحياة لمراكز الدماغ الخاصة بالخوف خاصة اللوزة المخية أين الدماغ يكون تحت حماية النظام (Orthosympatique) الباراسمبثاوي ويوقف معالجة المعلومة، فضحايا الصدمة يجدون أنفسهم في مأزق ذو طبيعة ميكانيكية عصبية، فإن دماغ الضحية مبرمج لمعالجة المعلومات وليس بإمكانه تكملة مهنته لأن هذه المعالجة يستلزم توقفها لأن الدماغ وضع في حالة خطر و إعادة تنشيط الدماغ ووضعه في حالة إنذار وصدمة.

هذا النموذج يفسر بصورة جيدة التظاهرات وأعراض فرط النشاط العصبي الإعاشي و تطوير الأعراض الدخيلة . (Pascale Brillon, 2004, p69)

15- المعايير التشخيصية لاضطراب الضغط التالية للصدمة حسب DSM4 TR:

يتم تشخيص اضطراب PTSD حسب المعايير التشخيصية في DSM4 TR (Masson 2003)

المعيار A: الفرد تعرض للحادثة الصدمية و التي يتضمن حضور عنصرين.
A1 : الفرد عاش أو كان شاهدا على أو واجه عدة حوادث أثناءها مات أفراد أو تعرضوا لجروح خطيرة أو هددوا بالقتل و أثناءها هددت سلامة جسده أو سلامة أجساد الآخرين.
A2 : رد فعل الفرد على الحادثة تجسد في خوف شديد و إحساس بالعجز أو الرعب (وعند الطفل تتضمن سلوك الهيجان و غير منظم).
معيار B: معايشة الحادثة الصدمية باستمرار بإحدى الطرق التالية :
B1 : ذكريات متكررة تغزو الحدث و تؤدي إلى شعور بالضيق و تتضمن صور و إدراكات الأفكار

<p>عند الأطفال الصغار التعبير باللعب عن مواضيع أو أشكال مرتبطة بالحدث الصدمي.</p>
<p>B2 : أفلام متكررة للحدث تؤدي إلى الإحساس بالضيق عند الأطفال نجد أفلام مخيفة دون إدراك محتواها أو معانيها.</p>
<p>B3: انطباعات مفاجئة كما لو أن الحادثة الصدمية سوف تحدث مرة أخرى و يتضمن ذلك دلالات إعادة معايشة الخبرة أو هام هلاوس عودة مقاطع صور غير مترابطة عن الحادثة بما فيه ذلك التي تحدث أثناء اليقظة أو في حالة التحذير عند (الأطفال تحدث إعادة تمثيل للصدمة).</p>
<p>B4: الإحساس شديد بالضيق النفسي أثناء التعرض لمؤشرات داخلية أو خارجية تتشابه مع مظاهر الحادثة الصدمة.</p>
<p>B5 : إعادة تنشيط فيزيولوجي أثناء التعرض لمؤشرات داخلية أو خارجية يمكن أن تتشابه مع مظاهر الحادثة الصدمية أو تذكر بها.</p>
<p>معيار C: التجنب المستمرة للمثيرات المرتبطة مع الصدمة و إضعاف رد الفعل العام (لا توجد قبل الصدمة) يشير إليها وجود 3 مظاهر على الأقل من المظاهر التالية :</p>
<p>C1: مجهودات لتجنب الأفكار و الأحاسيس أو الحوار المرتبط بالصدمة.</p>
<p>C2: مجهودات لتجنب النشاطات و الأماكن و الناس الذين من شأنهم أن يوقضوا ذكريات الصدمة.</p>
<p>C3: عدم القدرة على تذكر الجانب المهم من الصدمة.</p>
<p>C4: تقليل واضح لأهمية وفائدة بعض النشاطات الهامة أو التقليل من المشاركة في هذه النشاطات.</p>
<p>C5 : الشعور بالانفصال عن الآخر أو يشعر الفرد المصدوم بأنه غريب عن الآخرين.</p>
<p>C6 : برودة العواطف (مثلا عدم القدرة على الإحساس بمشاعر الحب).</p>
<p>C7: الإحساس بمستقبل مسدود مثل لا يتوقع الفرد أن يكون له مهنة أو يتزوج أو لا ينجب الأولاد أو حتى سير الحياة العادي.</p>
<p>D : أعراض النشاط العصبي الإعاشية (لا توجد قبل الصدمة) يشير إلى وجود مظهرين من المظاهر التالية:</p>
<p>D1 : صعوبة في الخلود إلى النوم أو نوم متقطع.</p>
<p>D2 : سرعة التهيج أو الإفراط في الغضب.</p>
<p>D3 : صعوبة في التركيز.</p>



D4 : فرط الانتباه و اليقظة.
D5: رد فعل ارتجاف مبالغ فيه (الإجفال).
E : استمرار الاضطراب (معييار BCD) لمدة أكثر من شهر.
F:سبب الاضطراب معاناة ذات معنى عيادي و نقص واضح في الأنشطة الاجتماعية أو المهنية أو مجالات أخرى هامة يجب أن تحدث إذا كان:
- حاد: إذا كانت مدة الأعراض أقل من 3 أشهر.
- مزمن: إذا كانت مدة الأعراض 3 أشهر أو أكثر.
- مع تأجيل: إذا حدثت بداية الأعراض بعد 6 أشهر بعد التعرض لعامل ضاغط.

(DSM4, 2003)

## 16-الأشكال الخاصة باضطراب الضغط ما بعد الصدمة (PTSD):

### 16-1-أشكاله:

- اضطراب الضغط ما بعد الصدمة الحاد:حسب جمعية الطب النفسي الأمريكية تبدأ مباشرة بعد حدوث الصدمة و يجب أن تستمر الأعراض لمدة قد تصل إلى 6 أشهر.
- اضطراب الضغط ما بعد الصدمة المزمن:تستمر هنا الأعراض بعد انقضاء مدة 6 أشهر من بداية الصدمة.
- اضطراب الضغط ما بعد الصدمة المتأخر:تظهر فيه الأعراض بعد فترة طويلة من الكمون قد تصل إلى مدة شهر أو عدة سنوات.



16-2 - مراحلها :

إن تحديد مراحل الاضطراب PTSD و ردادات فعل الضحية تساعد على التقويم و رسم المخطط العلاجي و حسب Horowitz حدد 5 مراحل لتطور هذا الاضطراب:

- **مرحلة الانفصال الشديد:** و يدخل فيه الصراخ والاحتجاج والنقمة والرفض والخوف الشديد وفترات من التفكك والذهان .
- **النكران و التبلد و عمليات التجنب** لكل ما يذكر بالحدث بالإضافة إلى الانسحاب وتعاطي الكحول و المخدرات كوسيلة للسيطرة على الخوف و القلق.
- **التأرجح بين النكران و التبلد و الأفكار الدخيلة:** التي تترافق مع الحالة من اليأس والاضطرابات الانفعالية.
- **العمل من خلال الصدمة:** حيث تصبح الأفكار والصور الدخيلة أخف وطأة ويصبح التعامل معها ممكنا بينما يشتد النكران التبلد وتبرير استجابات القلق والاكنتاب والاضطرابات الفيزيولوجية.
- **في المرحلة الأخيرة:** يحدث التحسن النسبي في الاستجابة و لكن المريض لا يصل إلى هذا التحسن بشكل كامل إذ تستمر لديه بعض الاضطرابات المزعجة. (غسان يعقوب، 1999، ص 68)

16-3 - مصيره:

إن اضطراب الـ PTSD قد يستمر عدة أشهر أو إلى عدة سنوات و يبدو أن هذه المدة تتوقف على طبيعة الصدمة من جهة و شخصية المصاب من جهة أخرى. وقد وجد Helzer آخرون من خلال دراساتهم على الجنود المقاتلين في لفيتنام و على الأشخاص الذين تعرضوا إلى اعتداء جسدي شديد أن أعراض PTSD قد تستمر إلى أكثر من ثلاث سنوات و تتخذ شكل المرض المزمن، وقد وجد Davidson أن الشكل المزمن لاضطراب الـ PTSD يظهر عند ضحايا الحروب و المعارك والذين يشاهدون أعمال العنف والقتل وأيضا إن التجنب والشعور بالذنب يستمران لمدة طويلة بالإضافة إلى الشكوى السيكوسوماتية و الرهاب الاجتماعي.

وإذا كانت بعض الحالات من اضطراب الضغط ما بعد الصدمة تستمر طويلا. فالأمر يختلف بالنسبة لحالات أخرى ، حيث يتلاشى فيها الاضطراب مع الزمن وقد وجد أن 28 من الحالات يختفي فيها اضطراب PTSD و يذهب بعض العلماء إلى الاعتقاد بأن استمرار الاضطراب لمدة طويلة (الشكل المزمن ) يرتبط بشخصية سريعة الغضب وذي تاريخ مريض،وقد يترافق في بعض الأحيان بعوارض إضافية ملازمة: الاكتئاب،القلق، الاضطرابات السيكوسوماتية والوسواس القهري وتعاطي الكحول والمخدرات.

و يعتقد **MC Farlane** سنة 1989 بأن وجود عامل مرضي سابق في الشخصية هو من العوامل الأساسية لظهور اضطراب الضغط ما بعد الصدمة و الاتجاه نحو الشكل المزمن، لذلك لابد من تحديد و دراسة عوامل الخطورة الكامنة عند الشخص قبل حدوث الصدمة لتحديد على ضوء ذلك مصير الاضطرابات ومسارته المرضية،حيث وجد الباحثون أن هذه العوامل تتلخص فيما يلي:

- وجود أمراض نفسية سابقة في العائلة.
- تدني المستوى الاقتصادي عند الأهل.
- سوء المعاملة منذ الطفولة و تعرضه للاعتداء الجسدي و الجنسي قبل الخامسة . عشر .
- انفصال الأبوين أو الطلاق قبل سن العاشرة و بالأخص عند الفتيات.
- اضطراب السلوك عند الشخص منذ الطفولة.
- فقدان الثقة بالنفس في مرحلة المراهقة.
- وجود أمراض جسدية تبعث على القلق.
- عوامل الخطورة عند النساء في سن الخمسين.
- انخفاض المستوى التعليمي و المعرفي عند الأهل و الشخص المصاب.
- تعاطي الكحول و المخدرات قبل حدوث الصدمة .
- بالإضافة إلى هذه العوامل هناك عوامل الصدمة حسب **Helzer** . (غسان يعقوب، 1999، ص 55- 58)

**17- التمييز بين الصدمة النفسية واضطراب الضغوط التالية للصدمة والعصاب الصدمي:**  
الصدمة النفسية هي الكلمة المعبرة للمفهوم الفرانكفوني و هي ظاهرة تتم في النفس **psychisme** تحت تأثير حادثة صدمية كامنة و المعاش في خوف، الرعب والإحساس بالعجز في ظل غياب النجدة ولا يتقلص فقط إلى مكونة طاقوية لتحطيم الدفاعات النفسية، بل كذلك يستلزم تجربة مواجهة مفاجئة مع حقيقة أو واقع الموت (موتنا نحن أو موت الآخر) دون وساطة النظام الدال الذي أثناء حياتنا الجارية يحفظ الفرد من هذا الاتصال العنيف. و الجانب الأكثر عمقا في هذه التجربة هو الإدراك المتميز و المفاجئ للعدم المخيف و الذي يتم إنكاره يوميا، لأن إثبات كل وجود والإيمان بالحياة مبنيا على إنكار العدم، هذا العدم الذي هو يقين بالنسبة لكل واحد بدون أن يعرفه، و بنفس المناسبة التجربة الصدمية تأخذنا إلى الأصل و تترك وراءها بقاء لإغراء مرتبك بعودة الجحيم، الذي تميز الفرد المصدوم، السبب المرضي للصدمة هو ليس فقط السبب المرضي لجسم غريب أو طفيلي حطم النفسية و أدى إلى مجهودات إخراج عديمة الجدوى بل كذلك السبب المرضي لدارة قصيرة في المدلول مع اقتحام تجربة الموت و العدم واللامعنى في وجود ذو معنى إلى غاية هنا. ( Michel De Clercq , François Lebigot , 2001, p 4 )

والمعايير التشخيصية التي وضعتها الجمعية الأمريكية للطب النفسي صنفت مفهوم الصدمة النفسية ضمن جدول حالة الضغط ما بعد الصدمة تحت رقم (81- 309) F43.1 في **DSM<sub>4</sub>**. حيث ميزت بين حالة الضغط الحاد وهي مجموع الاضطرابات التي تدوم من يومين على الأقل إلى الشهر الأول من وقوع الحادثة و تتلخص أعراضها في الشعور بالخمول و الفتور و قلة الوعي و ضعفه والشعور بتغير في حالة الأشياء و الجسم ، وبين حالة الضغط ما بعد الصدمة وهي جملة الاضطرابات التي تستمر من الشهر إلى ثلاثة أشهر من وقوع الحدث الصدمي (حسب **DSM<sub>4</sub>** سنة 1996)، وعندما يستمر الاضطراب أكثر من 6 أشهر يشير إلى طابع الأزمان للاضطراب وفي هذه المرحلة يطلق عليه الممارسون اسم العصاب الصدمي الذي أطلقه **Oppenheim** الذي يعتبر أول من أطلق هذه التسمية عند دراسته للصدمة النفسية الناتجة عن حوادث (الطرقات) القطارات، حيث يطلق اسم العصاب الصدمي حسب تسمية المحللين النفسانيين أو الكارثة حسب الأطباء النفسانيين أو الصدمة النفسية حسب علماء النفس العياديين. (عبد الرحمن سي موسى، رضوان زقار، 2002، 76-77)

ففي سنة 1980 قام التصنيف الأمريكي في طبعته الثالثة بنشر مصطلح **PTSD** للإشارة إلى ما عرفه التصنيف الأوروبي بالعصاب الصدمي وهذا المصطلح ترجم إلى الفرنسية بصورة سيئة بالكلمات التالية "حالة ضغط صدمي، بينما تعتبر كلمة اضطراب هي أكثر مصداقية ترجمة كلمة **Désorder** و تمحص الصدفة و نظرا للسيطرة اللغة الانجليزية تم تبني مصطلح **PTSD** من طرف التصنيف الدولي للاضطرابات النفسية في طبعته العاشرة سنة 1992 (**CIM<sub>10</sub>**).

فلاحظ أن دخول الكلمة الانجليزية ضغط في الإمراضية النفسية لم تكن دون جدوى بل إن طبيعتها البيولوجية أثرت على كلمة عصاب التي رفضت من طرف كتاب **DSM** بسبب دلالتها التحليلية. إذن مفهوم العصاب الصدمي في التصنيف الأوروبي الكلاسيكي يشير إلى تجربة صدمة نفسية ذو طبيعة عصابية يأتي بعد معايشة أو صدمة، أما في التصنيف **DSM** و تصنيف **CIM<sub>10</sub>** فمفهوم "حالة الضغط ما بعد الصدمة" يشير إلى اضطراب نفسي مفترض أنه ذو طبيعة بيولوجية "أي الضغط" ناتج عن صدمة نفسية. (L.Crocq et autres, 2007, p13)

حيث يعرف **claude Barrois** العصاب الصدمي على أنه يشير مصطلح العصاب الصدمي يشير منذ نهاية القرن 19 إلى مجموعة من الاضطرابات النفسية التي تظهر بعد معايشة صدمة عاطفية حادة جدا. (Claude Barrois , 1998 , p 29)

كذلك العصاب الصدمي: هو منتج الاختراق النفسي **Effraction** لدى الفرد ناجم عن حدث. (J. Garrabé, 2005)

## 18- تحديد العوامل المرافقة للأعراض ما بعد الصدمة الخاصة بالـPTSD:

إن معايشة حدث صدمي من طرف الضحايا بعد تجربة مؤلمة تكون ردود أفعالهم تختلف من فرد إلى آخر، فبعضهم قد يطور أعراض متنوعة مع ضيق نفسي حاد والبعض الآخر لا يطور أي استجابة عرضية، لذلك لابد من طرح السؤال التالي: لماذا بعض الأشخاص يعانون من اضطراب الضغط ما بعد الصدمة والبعض الآخر لا تتطور لديهم أعراض تالية للصدمة رغم م واجهة نفس الحدث الصدمي؟

فالباحثين و الممارسين العياديين يحاولون فهم أسباب لهذه المتغيرة من حيث عدد و تواتر وشدة الأعراض ما بعد الصدمة و مستوى عنف الحدث الصدمي الذي يعتبر أولا العتبة المسؤولة عن اضطراب الضغط ما بعد الصدمة **PTSD**. في حين الدراسات أثبتت أن خصائص وحدة الصدمة لا تفسر إلا جزئيا أعراض الضغط ما بعد الصدمة، كذلك ندرك أن الحدث الصدمي يتميز بطاقة كامنة تحدث اهتزاز قوي في التوازن السيكولوجي للفرد في حين أن ردود الأفعال ما بعد الصدمة ناتجة عن تضافر في أنماط من العوامل تؤثر على عدد وخطورة وهذه الأعراض التالية للصدمة.

والعنصر الأول الذي يؤثر في الاستجابات ما بعد الصدمة عند الضحية هو الحدث الصدمي في حد ذاته (عنف الصدمة) بمعنى العوامل المفجرة والتي تكون موجودة أثناء الصدمة. ونشير هنا إلى الخصائص النوعية للحدث و ردود أفعال الضحية أثناء هذا الحدث و العناصر الموجودة قبل الحدث الصدمي تساهم في خطورة العوامل المفجرة وهي عوامل ما قبل الصدمة **Facteurs prétraumatiques** والعناصر المتدخلة في تطوير وتثبيت أعراض ما بعد الصدمة هي عوامل الثبات **Facteurs de maintien** بمعنى العوامل الموجودة ما بعد الصدمة.

لذلك من المفيد على الممارس العيادي أن يعرف بالعوامل التي تلعب دور في تطور واستمرار أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة عند الضحايا بهدف فهم و تقييم الأعراض بتوظيف أدوات تشخيصية و تحديد الأهداف العلاجية، في حين أن هذا التعريف يسمح بوضع إجراءات التربية النفسية **Psychoéducation** لاضطراب الضغط ما بعد الصدمة إزاء الضحايا.

### 1-18- العوامل المفجرة: **Facteurs Déclencheurs:**

اضطراب الضغط ما بعد الصدمة ينتج عن تجربة حدث صدمي و الذي يفجر و يثير الأعراض التالية للصدمة .

ولذلك خصائص الحدث من الانفعالات وردود الأفعال التفكيكية أثناء الحدث والمشابهات مع الصدمات السابقة بإمكانها أن تؤثر على خطورة و مدة الأعراض ما بعد الصدمة. وكذلك تؤكد أن عنف الصدمة (الحدث الصدمي) وإدراك التهديد في الحياة والجوانب و المظاهر البيئشخصية الدخيلة و عدم توقع الحدث الصدمي كلها عوامل تساهم في ظهور الأعراض المرضية الممثلة لاضطراب الضغط ما بعد الصدمة. في حين بعض المنظرين يسلمون أن عنف الحدث الصدمي بمفرده يفسر هذه المتغيرة الملاحظة في الأعراضية بين مختلف الضحايا، لكن الدراسات الحديثة أثبتت أن هذا المتغير (عنف الحدث الصدمي) قد يساهم مع متغيرات و عوامل أخرى (عوامل ما قبل الصدمة) عوامل مفجرة عوامل ما بعد الصدمة في تطور واستمرار الأعراض التالية للصدمة الخاصة بالPTSD .

الشعور بالتهديد في حياة الضحية يمكن أن يؤثر على أعراض ما بعد الصدمة وهذا الشعور يتطور إلى الإحساس بخطر الموت بمعنى أن تقييم الخطر و إدراك الخطر المعاش (التقييم الذاتي) له علاقة بسيرورة تطور الأعراض المميزة لاضطراب الضغط ما بعد الصدمة. وموازاة مع ذلك فإن المعطيات تشير أن الصدمات البيئشخصية بمعنى الأفعال القصدية سببها يد الإنسان (الاعتداء، الاحتجاز، التعذيب) هي من بين المتغيرات التي تساهم في اضطراب الصحة النفسية للضحية أكثر من الكوارث الطبيعية أو عندما تكون الصدمة بين شخصية، فالضحية تشعر بأن المعتدي **L'aggraisseur** يختلف تماما عنها لأنه تجاوز واخترق المبادئ و النظم الاجتماعية و المحرمات الاجتماعية اتجاه العنف و بالتالي الضحية تشعر أن القيم العادية التي تحكم التفاعل والاتصال بين الأفراد لا يتم استعمالها أو تطبيقها. فهذا الاعتداء غير متوقع على الضحية أين الفرد لا يستطيع التحكم في حياته وفي حدوده ومجاله الحيوي بمعنى هذه الصدمة تولد لدى الفرد الشعور بالهشاشة **Vulnérabilité** وتحدث اهتزاز عميق لدى الضحية.

كذلك الأحداث التي تعتبر دخيلة **Intrusif** يتم تصنيفها ضمن العوامل المفجرة مثلا في حالة الاعتداء الجسدي أين الحدود الشخصية تم تدنيسها من طرف المعتدي يكون في

اتصال مع جسد الضحية خاصة في حالة الاعتداء الجنسي، أين الضحية تم مهاجمتها مما يسبب لها جرح نرجسي و بالتالي هذه الأحداث التي تعتبر دخيلة تولد انطباع لدى الضحية بالتدنيس لأنه هناك تجاوز للمقدسات الشخصية.

المظهر اللانساني **Aspect déshumanisant** يساهم بصورة قوية في تطور الأعراض ما بعد الصدمة الخطيرة الخاصة بالPTSD. وهذا المظهر ملاحظ عند ضحايا الاحتجاز، التعذيب ، والاعتداء الجنسي، وهذا المظهر يرتكز على النفي الكلي من طرف المعتدي للبعد الإنساني لدى الضحية (مثلا ضحايا التعذيب في أمريكا و ضحايا الاغتصاب الجماعي)، كل هذه المظاهر اللانسانية للحوادث الصدمية تعمل على الإبادة النفسية للضحية و هذا يتسبب في اهتزاز عميق للشخصية والهوية النفسية وفي تكاملية الفرد.

و أثبتت العديد من المعطيات أن الأحداث الصدمية غير المتوقعة و التي لا يمكن التحكم فيها و مراقبتها تتسبب في آثار ما بعد الصدمة، فهذه الخصائص المميزة للتجارب الصدمية تشوه الإدراك لدى الضحية و خاصة إدراك الشعور بالأمان **Perception de sécurité**، بالإضافة إلى ذلك تتولد لدى الضحية شكوك في قدراتها على تمييز الأماكن أو الأشخاص أو الوضعيات الآمنة من الوضعيات الخطيرة، كذلك الأحداث الصدمية التي تتضمن العنف تعمل على اضطراب الذاكرة الجماعية لأنها تمس الشهود على هذه الأحداث العنيفة مما قد تولد أعراض الضغط ما بعد الصدمة. موازاة مع ذلك انفعالات الضحية أثناء الصدمة تؤثر فيما بعد على حدة ردود الأفعال ما بعد الصدمة لذلك ظهرت العديد من الدراسات التي أثبتت أن الضحية تشعر بالخوف و العجز و الرعب أثناء الحدث و يدفع نحو سيرورة تطور الضغط ما بعد الصدمة ( **Tucker et al,1997** ) و مستوى حاد من الشعور بالذنب أثناء الحدث هو مؤشر كذلك لآثار ما بعد الصدمة.

وفي نفس السياق، فإن ردود الأفعال التفكيرية أثناء الحدث متلازمة مع أعراض الضغط ما بعد الصدمة أو تصبح حادة فيما بعد، لذلك ردود الأفعال التفكيرية الموظفة بطريق آلية من طرف الضحية تهدف لحمايته انفعاليا و هذه الاستجابة تساعد الفرد على الانفصال انفعاليا عن الحدث، لذلك نذكر أن تماثل الخصائص المميزة للحدث الصدمي و الصدمات السابقة بإمكانها أن تؤثر بصورة كبيرة في تطور أعراض الضغط ما بعد الصدمة.



وفي نفس المضمار التشابه بين بعض خصائص حدث الصدمي والمظاهر الشخصية للحياة الحالية لدى الضحية تمثل كذلك عوامل مفجرة لاضطراب الضغط ما بعد الصدمة. لذلك بعض المنظرين يميزون بين نوعين من الأحداث الصدمية - أحداث من النمط الأول هي الأحداث المعزولة و غير المتوقعة والمفاجئة و قصيرة المدى هي الكوارث الطبيعية، حوادث السيارات أو الاعتداءات الجسدية في هذه الأحداث تسبب أعراض الضغط ما بعد الصدمة **Typiques**، أما أعراض إعادة المعاشة **Reviviscence** أو أعراض التجنب أو أعراض فرط العصبي الإعاشي.

أما الأحداث من النمط الثاني تكون مزمنة و متكررة و المتسببة فيها بطريقة قصدية يد الإنسان: العنف الزوجي المزمن، ارتكاب المحارم المتكرر، الخدمة العسكرية الممتدة تجربة المعسكرات المتمركزة، تجربة التعاونية الدولية في الحرب.

وهذه الصدمات تختلف عن الحوادث الصدمية من النمط الأول **type1** وهذه التجارب يتم معاشتها من طرف الضحايا بصفة متكررة ولفترات طويلة. وبعض هذه الوضعيات يتسبب فيها الإنسان حيث أن هذه التجارب كثيرا ما تكون فيها ذكريات لأن الضحية توظف ميكانيزمات التفكك بهدف حماية نفسه انفعاليا من المعاناة أثناء هذه الأحداث، وكذلك هذه الوضعيات الصدمية تحدث مشاعر قوية لدى الضحية خاصة الإحساسات بالذنب وكذلك انخفاض في تقدير الذات و صعوبات علائقية. (Pascale Brillon, 2004, p 80- 87)

## 18-2-العوامل ما قبل الصدمة **Facteurs prétraumatiques**

العوامل الاستعدادية تشير إلى العناصر الموجودة قبل الحادث الصدمي و التي يمكن أن تثير اضطراب الضغط ما بعد الصدمة وكذلك تتكون من عوامل الخطورة **Facteurs de risque** أو الهشاشة لاضطراب الضغط ما بعد الصدمة. كذلك الحدث الصدمي لا يأتي على قاعدة عذراء فالضحية تحاول إدراك الوضعية الصدمية و تستجيب حسب خصائص الشخصية وتجارب الماضي و سميات شخصية و قدراته التكيفية النوعية، حيث أن عوامل الضغط النفسي تتدرج ضمن العوامل ما قبل الصدمة فهي تمثل النوع الأول من العوامل بإمكانها أن تضعف الضحية، انقطاع أو ضغوطات في العلاقات الزوجية ضغط مالي أو ضعف جسدي، فقدان العمل أو حداد، إنهاك وتعب مهني، وسط عمل يتضمن العديد من



الضغوطات و التوترات و تمثل كلها مؤثرات هامة تؤدي إلى اهتزاز نفسي وعوامل الضغط تضعف المقاومة وميكانيزمات التكيف لدى الضحية، فالضحية التي تعيش العديد من الوضعيات الضاغطة قبل الحدث الصدمي فهي تعاني مسبقا من ضعف و هشاشة.

في نفس السياق الأعراض الاكتئابية أو القلق، تعاطي المخدرات أو الكحول والموجودة قبل الصدمة تمثل كذلك عوامل استعداديه (معايشة الحدث الصدمي يمثل كذلك تجربة صدمية) وتأثيره سيكون هام إذا كان الوضع السيكولوجي للضحية حدث فيه اهتزاز سابقا (قبل الحدث الصدمي). فالفرد الذي يعاني قبلا من إنهاك، اكتئاب أو من اضطرابات القلق (أي يعاني مسبقا من هشاشة و يضاف إليه الحدث الصدمي) لكنها عناصر تساهم بشكل كبير في تطور أعراض الضغط ما بعد الصدمة، فالصدمة السابقة تمثل سوابق صدمية في تاريخ الضحية: العنف الأسري، الاعتداء، الحبس، ارتكاب المحارم و حوادث السيارات، تجارب المعارك العسكرية).... الخ بإمكانها أن تعتبر عوامل استعداديه للأعراض المميزة لـ PTSD خاصة إذا كانت هذه الأخيرة خطيرة.

في هذه الحالة الحدث الصدمي الأخير يعمل على إعادة إثبات الأعراض (ذكريات متقطعة، الأحلام، سلوكات التجنب، والحصر) والانفعالات (الضييق النفسي، الإحساس بالهشاشة والرعب) و التي لها علاقة بالصدمة السابقة و غير متداخلة و المدمجة نفسيا سابقا أو هذا الالتحام بين الصدمات القبلية والحدث الصدمي الذي تعرضت إليه الضحية تزيد من خطورة و تأزم ردود الأفعال ما بعد الصدمة. والمفاهيم السابقة للضحية حول الحياة والعالم بإمكانها أن تؤثر أيضا على خطورة ردود الأفعال اتجاه الحدث الصدمي، فالأفراد الذين لديهم اتجاهات لإقامة علاقة ثقة بسهولة و الذين يعتبرون أن الطبيعة الإنسانية أساسا جيدة قبل الحدث الصدمي يعانون أكثر من أعراض الضغط ما بعد الصدمة. فيما بعد حسب **Janoff** **Bulman** الحدث الصدمي يجابه بجملة من المعتقدات الأساسية نحو العالم والحياة لدى الضحية خاصة الذين يتمتعون بنظرة ايجابية للعالم أين يدركون أن العالم هو مكان آمن، نظرتهم للحياة على أنها عادية (عندما يعيشون وضعية صدمية تتغير نظرتهم إلى الحياة والعالم بسبب المظهر و الجانب اللامعنى في الصدمة.

وبالتالي الفرق بين المفاهيم السابقة قبل الحدث الصدمي و معنى الحدث هو الذي يؤثر بصورة كبيرة في خطورة الأعراض ما بعد الصدمة. وبالعكس فالضحايا الذين يحملون نظرة سلبية ومتشائمة اتجاه العالم والحياة قبل معايشة حدث صدمي، فتلك المعتقدات والمفاهيم حول العالم التي تعتبر في مضمونها و عمقها سلبية و أن الحياة و الآخرين يعتبرون سيئين واستغلاليين بإمكانها أن تمثل عوامل خطورة ،كذلك الأسلوب الإنساني يمكن أن يؤثر على ردود أفعال الضحية اتجاه الحدث الصدمي . (Abramson et al, 1978)

أين تحاول الضحية من خلال أسلوب الإسناد إعطاء معنى و تفسير للوضعية الصدمية وهناك نوعين من أساليب الإسناد:

- **أسلوب الإسناد الخارجي** : أين تميل الضحية بشكل عام إلى اعتبار أن العوامل الخارجية ( الآخرين، الأشياء، القدر، الصدفة، المجتمع) هي المسؤولة عما يحدث في حياة الفرد.
- **أسلوب الإسناد الداخلي**: أين تسند الضحية أسباب الأحداث إلى عوامل داخلية تتمثل في سلوكيات أو سمات الشخصية لدى الفرد، فالأبحاث أثبتت أن الأشخاص الذين يعتبرون الأسباب إلى أحداث سلبية وهم الذين يقومون بإسناد داخلي.

أما الأشخاص الذين يرجعون الأسباب إلى أحداث ايجابية هم الذين يقومون بإسناد خارجي، يمثلون أكثر أعراض الضغط ما بعد الصدمة رغم أن أشخاص آخرين قد عاشوا نفس الحدث الصدمي لكن بإسناد مختلفة. ( Mikulincer et Solormon, 1988 -1999)

وبالتالي هؤلاء الضحايا يقومون بالتوبيخ الذاتي يؤزم الأعراض الضغط ما بعد الصدمة ويدعم تطور الأعراض الاكتئابية و كذلك لابد أن تحدد تأثير نوع الإسناد السببي في وصف عوامل الثبات. (Pascale Brillon, 2004, p 87-93)

كذلك معايشة حدث صدمي يكون بصورة صعبة من طرف بعض الضحايا، فسمات الشخصية من المحتمل أن تلعب دورا مهما في ردود الأفعال ما بعد الصدمة في حين أن الأبحاث تجتهد لقياس تأثير من بين هذه السمات الشخصية كعامل هشاشة وضعف

الاضطراب الضغط ما بعد الصدمة، وكثيرا ما نلاحظ عياديا أن الصعوبات ما بعد الصدمة تكون عند الضحايا الذين يقدمون مسبقا صلابة في الشخصية و تكون لديهم رؤية مزدوجة نحو العالم و لديهم ميل نحو الرقابة و التحكم و سمات نرجسية هامة أو ضعف في القدرات التكيفية للتغيرات. والصدمة في الغالب لها نفس التأثير بالنسبة لهذا النوع من الضحايا أين تكون نظرتهم للعالم أو قدراتهم التكيفية إزاء التغيرات مطالعة و لديهم شعور عميق بالانكسار والعجز عن التكيف مع الحدث الصدمي، ومن المؤكد أن الحدث الصدمي عندما يكون خطير وحاد بإمكان أن صفات الشخصية أن تخفف من الأعراض ما بعد الصدمة، وفي الواقع أن بعض الصدمات تتسبب في أعراض ما بعد الصدمة خطيرة عند مئات الضحايا خاصة الاغتصاب، التجارب العسكرية، الاحتجاز والتعذيب في حين أن أنواع أخرى من الحوادث و المتغيرات الشخصية تؤثر بشكل كبير في تطور الضيق النفسي ما بعد الصدمة و تمتد في مدة و خطورة و تزامنية **Chronicité** اضطراب الضغط ما بعد الصدمة.

كذلك عوامل السن و الجنس للضحية تمثل عوامل ما قبل الصدمة بإمكانها أن تؤثر على خطورة الأعراض الضغط ما بعد الصدمة. في حين أن النساء بإمكانهن تطوير اضطراب الضغط ما بعد الصدمة مرتين من الرجال بعد التعرض للحدث الصدمي، فبعض السمات الوراثية و الفيزيولوجية الخاصة بالنساء بإمكانها أن تفسر كذلك الاختلاف الموجود بالنسبة للاكتئاب و اضطرابات القلق الأخرى، فالسمات الاجتماعية بإمكانها أن تفسر هذا الاختلاف لأن النساء لديهم ميل أكثر نحو استشارة المختصين بهدف التخفيف من الأعراض، في حين أن الرجال يوظفون استراتيجيات التجنب (تعاطي الكحول، الانسحاب الاجتماعي) و كذلك أثبتت العديد من الدراسات أن فئة الشباب أكثر تعرض لتطوير الضغط ما بعد الصدمة من الفئة المتقدمة في السن.

### 18-3- عوامل الثبات :Facteurs de maintien

بعض العناصر الموجودة بعد الحدث الصدمي بإمكانها أن تآزم أو تثبت الآثار ما بعد الصدمة.

دعم المحيط **Le soutien de l'entourage** تمثل تجربة حاسمة في الشفاء من الأعراض الضغط ما بعد الصدمة والضحية عندما تعيش تجربة صدمة تشعر بنقص السند الاجتماعي أو فقدانه، و قد يكون السند الاجتماعي أو دعم المحيط انفعاليا (الإصغاء، محاولة فهم الضحية، منح العواطف و الحنان) أو قد يكون تقنيا (إعطاء النصائح، منحه بعض المال، وإسدائه بعض الخدمات)، في حين أن نقص السند من المحيط و السلوكات السلبية "التوبيخ والنقد و اللوم، نقص الفهم من طرف الآخر" و السلوكات العدائية أو التحكمية و التطفلية أو السلوكات الضاغطة تآزم و تزيد من خطورة الأعراض، وأثبتت الدراسات أن الأعراض الملاحظة عند الضحايا لأنهم لا يتلقون الدعم والسند الايجابي بل يخضعون إلى السند السلبي و هذا ما يؤدي إلى ارتفاع و استمرار الأعراض ما بعد الصدمة أكثر من الضحايا الذين يعيشون نفس الحدث الصدمي و ما وراء التحليل يثبت أن نقص الدعم و السند الاجتماعي هو من بين العوامل المنبئة لأعراض الضغط ما بعد الصدمة **TSPT الأكثر خطورة (Brewin و Andrews و Valentine).**

وفي نفس السياق ظهرت دراسات تثبت أن الضحايا الذين يسكنون في مجتمعات صغيرة يتميزون بخصائص نوعية (ارتفاع المشكلات، اضطرابات الصحة الجسدية و النفسية وضعف في تهيئة الخدمات الاجتماعية، التحفظ في طلب المساعدة من المختصين العزلة....الخ ) بإمكانها أن تساعد في خطورة و حدة الأعراض ما بعد الصدمة عند هؤلاء الضحايا (Farberone, 1985).

الأسلوب الذي يحكم به المجتمع على الصدمة تؤثر على تماثل الضحايا للشفاء، فلذلك العديد من الضحايا يعانون من الشعور بالأحكام المسبقة نظرا لموضعهم ذلك من المهم أن نسجل هناك نوعين من الضحايا التي تم دراستها في أدبية الضغط ما بعد الصدمة :

ضحايا الاغتصاب و جنود القدامى الفيتناميين هاتين العينتين من الضحايا وجهت إليهم أحكام مسبقة بسبب هذا النوع من الاعتداء، وهذا الحكم الاجتماعي بحق الضحايا تولد لديهم الشعور بالذنب و الخجل وهذا ما يزيد من أزمة الأعراضية المرضية وثبات اضطراب الضغط ما بعد الصدمة، كذلك جنود الفيتنام القدامى عند رجوعهم من الولايات المتحدة الأمريكية تعرضوا إلى العديد من الأحكام و الانتقادات من قبل السياق الاجتماعي حيث أثبتت العديد من الدراسات ارتفاع الضغط ما بعد الصدمة عند (ضحايا الاغتصاب و جنود الفيتنام)، وبالعكس عندما تكون بعض الصدمات المعاشة بطريقة جماعية تؤدي إلى زيادة التماسك و التعاون الاجتماعي حيث يتولد لدى الضحايا إحساس بالمساندة و الدعم وهذا الشعور الجماعي يخفف من الآثار ما بعد الصدمة.

المتابعة القانونية أو الجنائية تمثل أحيانا تجربة مؤلمة إضافية بالنسبة للضحية بسبب الامتثال أمام القاضي و الإجابة على الأسئلة التي قد تكون دخيلة و غير متحفظة والتي قد تكون فيها مواجهة أين يطالب القاضي من الفرد وصف الحدث بكل تفاصيله وهذا ما يصعد من الذكريات المتعبة و الذي يثير أحيانا الأعراض و مجموعة التعليمات بإمكانها أن ترهق الضحية و تولد الشعور بالإحباط. لذلك على الضحية أن تجمع الدلائل حول هذه الآثار: الخضوع إلى الفحوصات النفسية و النفسية و الفيزيولوجية، تبرير غيابه عن العمل، لذلك تأمل الضحية عندما تتعرض للمتابعة القضائية أن تظهر العدالة و أن يعاقب المعتدي، لكن للأسف جهاز العدالة الحالي و القرارات الصادرة من طرف المسؤولين تدرك في بعض الحالات على أنها غير عادلة و الإحساس بالظلم و غياب العدالة تأزم الأعراض ما بعد الصدمة، لكل هذه الأسباب العديد من الضحايا لا يلجئون إلى المتابعة القانونية و النسبة جد منخفضة بالنسبة لضحايا الاغتصاب حيث نجد من 01 إلى 10 ضحايا يصرح بالاعتداء الجنسي و يقدم شكوى حسب **Briere 1984** و **Brillman**.

غير أن هذا الموقف من قبل الضحايا مفهوم لعدد من النتائج الاجتماعية السلبية وهذا ما يمنع المجتمع و الباحثين و الأخصائيين العياديين لمعرفة دقيقة للنسب الحقيقية لسلوكات و أفعال العنف و سوء تقدير الاحتياجات بهدف الوقاية و المساعدة و البحث، كذلك قانون الصمت **Loi de silence** له نتيجة مباشرة على الضحية أن بعض أشكال العنف محظورة

من طرف المجتمع الذي يصدر أحكام مسبقة على الضحية (مثل الاغتصاب) تؤدي إلى استمرار و ثبات أعراض الضغط ما بعد الصدمة.

كذلك الآثار الجسدية تمثل عنصر آخر يساهم في خطورة و ثبات الأعراض الضغط ما بعد الصدمة. وبالتالي الحدث الصدمي ونتائجه السلبية على الضحية: فقدان وظيفة عضو، المعاناة من الحروق أو إعاقة أو معاناة من آثار صدمة دماغية أو من آلام الظهر مزمنة تمثل تحدي تكيفي إضافي يجعل نفسية المصاب متعبة و مرهقة.

فالتحديد الجسدي يسبب ثبات أعراض إعادة المعيشة أو التكرار **Reviviscence** و التهيج بسبب الحدث الصدمي. فالمخلفات الجسدية تزيد من أعراض الضغط ما بعد الصدمة لدى الضحية بسبب العيب الجسدي و التنديد الاجتماعي خاصة في حالة فقدان أحد الأعضاء أو الآثار الظاهرة، وهذه النتائج تمثل حدادا لقدرة جسدية و قد تجد الضحية صعوبة في عمل هذا الحداد، فأعراض الضغط ما بعد الصدمة لها تأثير على الضحية وعلى علاقتها مع المحيط، فالصعوبات العلائقية الناجمة عن تأثير السلبي للصدمة سواء كانت علاقات عائلية أو زوجية أو اجتماعية (طلاق، صراعات عائلية أو فقدان علاقات الصداقة) تمثل عوامل ضغط **Facteurs de stress** تضاف إلى الضغط السابق الموجود بعد الحدث الصدمي.

وفي نفس السياق النتائج المهنية السلبية لأعراض الضغط ما بعد الصدمة مثلا: فقدان العمل بسبب الصعوبات في التركيز و الفشل في التسوية بسبب القابلية للإثارة ما بعد الصدمة، فقدان الدخل أو انخفاض الإنتاجية تمثل عوامل ضغط بإمكانها أن تزيد من خطورة واستمرارية الأعراض ما بعد الصدمة.

العنصر الأخير من عوامل الثبات أعراض الضغط ما بعد الصدمة هو الإسناد الذي تقوم به الضحية حول سببية الصدمة، كذلك هذا الإسناد سيؤثر على الشعور بالذنب و الأحاسيس التي لها علاقة باستمرارية و ثبات الأعراض الضغط ما بعد الصدمة و أكدت الدراسات أن الشعور بالذنب الحاد بعد معيشة حدث صدمي يكون مرافق لأعراض الضغط ما بعد

**(Joseph, Brillon 2001, Fruech 1997, Henning, Andere 1995, Glower 1984).**

كذلك نوع الإسناد السببي التي تم استخدامه من طرف الضحية يؤثر على تواصله مع الآخرين، انطواء على الذات، التجنب الاجتماعي، في حين أن السند و الدعم الاجتماعي الذي يتلقاه الضحية يمثل عامل آخر يزيد من أعراض الضغط ما بعد الصدمة و كذلك الإسناد السببي يؤثر على تقييم الخطر الناجم عن الصدمة من طرف الضحية مما يولد لديها انطباع أن الخطر يتزايد ولا يمكن تجنبه و أن الحدث قد يصدر في أي لحظة مما يزيد من حدة الأعراض ما بعد الصدمة. (Pascale Brillon, 2004, p93)

خلاصة:

وفي الأخير يمكن أن نصل إلى نتيجة مفادها أن الصدمة النفسية ما هي إلا تعبير عن حالة انفعالية تنسم بالرعب والفرع والهلع يعايشها الفرد نتيجة تعرضه لتجربة عنيفة، مؤلمة، مفاجئة تترك في طياتها "خبرات صدمية" سلبية متعلقة بالحدث الصدمي ومهددة بالموت. كما تعكس اختلال التوازن على جميع المستويات الانفعالي، السلوكي، الجسدي، العلائقي والمعرفي. كما يمكن أن تكون هذه الحالة مؤقتة إذا استطاع الفرد إعطاء تفسير واضح وسوي للوضعية التي عايشها خلال تعرضه للحدث، كما قد تتطور إلى اضطراب نفسي مزمن PTSD إذا فشل فتكون لديه انعكاسات سلبية في مجالات عدة الاجتماعية الدراسية والمهنية .



# المقاربة المنهجية الميدانية

# الفصل الرابع

## الفصل الرابع: الإجراءات المنهجية

مدخل

- 1- التذكير بفرضيات البحث.
- 2- مجتمع الدراسة الميدانية.
- 3- الدراسة الاستطلاعية.
  - 1-3 أهداف الدراسة الاستطلاعية.
  - 2-3 المجال الزمني و المكاني للدراسة الاستطلاعية.
  - 3-3 مجتمع الدراسة الاستطلاعية.
- 4- الدراسة الأساسية.
  - 1-4 مجتمع الدراسة الأساسية ومعايير اختياره .
  - 2-4 وصف ميدان الدراسة الأساسية .
  - 3-4 وصف مجتمع الدراسة الأساسية .
  - 4-4 المنهج المتبع في الدراسة.
  - 5-4 أدوات الدراسة.

## مدخل

يعكس الجانب الميداني للدراسة خطة العمل المنهجي للبحث التي سار وفقها الباحث مع تحديد الأدوات والوسائل المستخدمة والتي تعتبر في مجملها عن واقع موضوع البحث ميدانيا من خلال التأكد من فرضياتها إما بإثباتها أو نفيها.

وعلى اعتبار أن موضوع دراستنا يتمحور بشكل رئيسي حول إبراز خصوصية الصدمة النفسية عند ضحايا الصدمة الدماغية بهدف تشخيص اضطراب الضغوط التالية للصدمة لدى الضحايا الصدمة الدماغية الخطيرة لذلك جاءت فرضيات البحث كالتالي :

### 1- التذكير بفرضيات البحث :

#### ■ الفرضية العامة:

✓ يعاني ضحايا الصدمة الدماغية من اضطراب الضغط ما بعد الصدمة أو ما يعرف بال PTSD.

#### ■ الفرضية الإجرائية الأولى :

✓ يعاني ضحايا الصدمة الدماغية من إعادة معاشاتهم للحدث الصدمي (الصدمة الدماغية) في شكل كوابيس وأحلام متكررة (تناذر تكرار).

#### ■ الفرضية الإجرائية الثانية:

✓ يعاني ضحايا الصدمة الدماغية من أعراض وسلوكات تجنبية لكل ما يذكرهم بالحدث الصدمي (تناذر التجنب) .

#### ■ الفرضية الإجرائية الثالثة:

✓ يعاني ضحايا الصدمة الدماغية من أعراض فرط الاستثارة وسرعة التنبيه (التناذر العصبي الإعاشي) .

## 2- مجتمع الدراسة الميدانية :

تم تحديد مجتمع الدراسة تبعاً لطبيعة موضوع الدراسة والمتمثل: في تطبيق تحليل المحتوى في تشخيص اضطراب الضغط إما بعد الصدمة عند ضحايا الصدمة الدماغية الخطيرة، والذي تتضمن الضحايا الذين تعرضوا لحدث الصدمة الدماغية ولم يتسنى لنا سوى الحصول على 8 أفراد مثلوا مجتمع الدراسة متواجدين على مستوى مستشفى الجامعي سعادة عبد النور مصلحة جراحة الأعصاب - ومستشفى إعادة التأهيل الوظيفي "برأس الماء"، وقد تم إجراء مقابلات معهم ركزنا فيها على تحديد مدة ما بعد التعرض للصدمة الدماغية بهدف تشخيص اضطراب الضغط ما بعد الصدمة لدى مجتمع الدراسة على أن تكون هذه المدة بداية من 6 أشهر فما فوق.

## 3- الدراسة الاستطلاعية:

للدراسة الاستطلاعية دور هام في تحديد و ضبط عينة البحث وأيضاً منهج الدراسة وأدوات البحث، وعليه فالدراسة الاستطلاعية توجه الباحث وتوضح له الميدان الذي سيجري فيه البحث وكذا كيفية التعامل مع المعطيات.

كما ستسمح بجمع أكبر قدر ممكن من المعلومات والبيانات التي تساعد في اختيار مجتمع البحث، كما قد يتوصل الباحث بموجبها إلى أن مشكلة الدراسة يمكن دراستها دراسة وصفية أو تجريبية. كما قد يتوصل إلى أنها لا تستحق الدراسة بصعوبة تناولها أو لعدم توفر بيانات كافية عنها. أو لغير ذلك من الأسباب. (بشير صالح الرشيدى، 2000، ص55)

وكانت لنا أسبقية في التعامل مع ضحايا الصدمة الدماغية أين كشفت الدراسة الاستطلاعية والميدانية التي أجريت مع هذه الحالات أن هؤلاء الضحايا يعانون صعوبات خطيرة على الصعيد المعرفي - السلوكي - النفسو عاطفي والانفعالي، بالإضافة إلى صعوبات التكيف الاجتماعي والمهني بسبب مخلفات والآثار الناجمة عن الصدمة الدماغية (خاصة الإعاقة الحركية)، مما تخلق معاشاً نفسياً سيئاً لدى الضحية حيث كانت لنا فرصة في التعامل مع هذه الحالات في فترة تحضير مذكرة التخرج لنيل شهادة الليسانس تحت عنوان: الكفالة

النفسية بضحايا الصدمة النفسية الناتجة عن الصدمة الدماغية. أين أجريت الدراسة على 3 حالات عايشوا صدمة دماغية وظهرت لديهم صدمة نفسية، لذلك الدراسة الاستطلاعية في الفترة الحالية هي بمثابة دراسة مكملّة لما توصل إليه من نتائج سابقة. وفيما يتعلق بدراستنا الاستطلاعية فقد تم إجراؤها على مستوى مستشفى إعادة التأهيل الوظيفي في رأس الماء. وتم إقصاء مستشفى الجامعي سعادنة عبد النور بعد إثبات أن الحالات المتواجدة على مستوى المستشفى الجامعي سعادنة عبد النور في مصلحة الجراحة الأعصاب خضعوا إلى الجراحة العصبية ومختلف الحالات دخلوا إلى مرحلة الغيبوبة ولم يتجاوزوها إلا بصعوبة، مما يعانون من صعوبات معرفية وإدراكية ولغوية وهذا ما يخلق صعوبة في تشخيص اضطراب الضغط ما بعد الصدمة عند ضحايا الصدمة الدماغية.

### 3-1- أهداف الدراسة الاستطلاعية :

تجسدت أهداف الدراسة الاستطلاعية النقاط التالية :

- 1- التعرف على الحالات المترددة على مستوى كل مركز. لتبيان توافر الحالات التي تخدم فعلا موضوع الدراسة .
- 2- تحديد مجتمع الدراسة وذلك استنادا على المعطيات والبيانات التي تم الحصول عليها خلال هذه الدراسة بعد إجرائنا لعدة مقابلات مع الحالات (ضحايا الصدمة الدماغية).
- 3- التأكد من أن الضحية لا تعاني من مرض آخر خطير وأنها تعرضت إلى صدمة دماغية خطيرة .

### 3-2- المجال الزمني والمكاني للدراسة الاستطلاعية :

بعد إجراء العديد من المقابلات مع الحالات الذين تعرضوا للصدمة الدماغية والمتواجدين في مستشفى إعادة التأهيل الوظيفي -رأس الماء - ابتداء من شهر مارس 2010 تم اختيار هذا المستشفى كمكان للدراسة الميدانية وقد انطلقت بصفة رسمية في شهر مارس 2011 .

### 3-3- مجتمع الدراسة الاستطلاعية :

نظرا لطبيعة موضوع الدراسة، وكذا صعوبة التعامل مع ضحايا الصدمة الدماغية بسبب خطورة الإصابة الدماغية وما تطرحها من مخلفات وآثار تعيق العمل العيادي مع هذه الحالات لذلك لم يكن مجتمع الدراسة الاستطلاعية كثيرا نظرا للصعوبات سابقة الذكر وبعد ما تم التحدث مع 05 حالات إلا أن حالتين أبديا تعاونا كبيرا معنا والحالات المتبقية تعرضن لظروف طارئة، الحالة الأولى تعرضت إلى الوفاة بسبب تدهور الحالة الصحية والحالة الأخرى أظهرت اضطرابات سلوكية أين أصبحت أكثر تهيجا مما تم تحويلها إلى الطبيب النفسي، الحالة الثالثة انسحبت بعد ذلك والمباشرة الرسمية لإجراء الدراسة ذلك لتوفر مجتمع الدراسة الذي يخدم بالضرورة أهداف الدراسة .

#### 4-الدراسة الأساسية:

#### 4-1- مجتمع الدراسة الأساسية ومعايير اختياره:

تمت الدراسة النهائية والميدانية بمستشفى إعادة التأهيل الوظيفي - رأس الماء - ولاية سطيف، ذلك لتوفره على مجتمع الدراسة الذي اختير تبعاً للفروض الموضوعية للدراسة بهدف الإجابة على تساؤلاتها إما بإثباتها أو نفيها وقد بدأ بشكل رسمي في شهر مارس 2011 .

#### 4-2- وصف ميدان الدراسة الأساسية:

المؤسسة الإستشفائية المختصة في إعادة التأهيل الوظيفي، أنشأت بمرسوم تنفيذي رقم 97/425، تم تدشينها يوم 09 أبريل 2002 من قبل رئيس الجمهورية، للتكفل بالمرضى لكل الشرق الجزائري، و تأتي في المرتبة الرابعة وطنياً بعد كل من مستشفى الشاطئ الأزرق بسيدي فرج، و تيقصرين بالعاصمة، و سرايدي بعنابة، و تعتبر الأولى من حيث التجهيزات المتوفرة و كذا تنظيم المصالح لأنه يحتوي على أجنحة أرضية " pavillonnaire système"، بدون طوابق التي تستوفي شروط مثل هذا النوع من العلاج المتخصص.

#### 4-3- وصف مجتمع الدراسة الأساسية:

وإن اختيار مجتمع الدراسة لابد أن يكون اختياراً منطقياً يتماشى وموضوع الدراسة وكذا الأهداف المنشودة. (رشيد زرواتي، 2007، ص534 )

وقد تم اختيار مجتمع الدراسة بطريقة مقصودة وعمديه لاعتقادنا أنه يمثل المجتمع الأصلي تمثيلاً صحيحاً (ضحايا الصدمة الدماغية )، وذلك لارتباط موضوع دراستنا بكشف وتشخيص اضطراب الضغط ما بعد الصدمة عند ضحايا الصدمة الدماغية وكذا صعوبات التكيف التي يعاني منها الضحايا، وبالرجوع إلى مجتمع الدراسة الاستطلاعية الذي ضم عدد قليلاً من حالات الصدمة الدماغية، وكذا المعايير والمحكات التي اعتمدنا عليها للاختيار بشكل يتوافق ويخدم موضوع الدراسة وكذا أهداف البحث التي من بينها:

- التأكد من أن أفراد مجتمع البحث تعرضوا فعلا للصدمة الدماغية، وذلك بالاعتماد على المعلومات المحصل عليها من خلال الاطلاع على التقارير الطبية الخاصة لكل حالة، وكذلك المعطيات التي جمعت من خلال إجراء مقابلات مع الأخصائيين في جراحة الأعصاب المشرفين على هذه الحالات.
  - دراسة الضحايا الذين يعانون من صدمة دماغية خطيرة في مرحلتها الأخيرة (la phase des séquelles) أي بمعنى مرحلة الآثار ما بعد الصدمة الدماغية و الذين يعانون من عجز حركي جسدي (الإعاقة) بعد تعرضهم لحدث الصدمة الدماغية.
  - أن تكون مدة ما بعد التعرض للحالة للصدمة الدماغية من الأفضل أن لا تقل عن ستة أشهر ولا تتعدى السنة أو السنتين، ليسهل علينا تشخيص اضطراب الضغوط التالية للصدمة الدماغية حسب المعايير الشخصية الموضوعة في DSM<sub>4</sub>.
- وفي الأخير تم تحديد حالتين اختيرت بشكل يخدم بالضرورة موضوع الدراسة حيث يضم مجتمع الدراسة الأساسية حالتين تم اختيارهما والتعامل معهما والتقرب أكثر إليهما وإلى معاناتهما بعد خلق جو من الثقة.

#### 4-4- 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 تعاشي الصدمة الدماغية (ارتجاج المخ) تعاشيها كحدث صدمي على شكل اضطراب الضغوط التالية للصدمة (إجهاد ما بعد الصدمة) وكذا صعوبات التكيف النفسي التي تظهر لدى الضحايا 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 تعاشها .

#### 4-5- 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 احتمل طرحها تماشيا ما تخدم موضوع البحث، وكانت وثيقة لعنوان البحث والإشكالية والفرضيات، حيث تراوحت أسئلة الدليل مابين 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 DSM<sub>4</sub> بأشكالها الثلاث :

#### ■ البعد الأول(تناذر التكرار): ويتضمن مجموعة مؤشرات تمحورت أسئلتها كما يلي:

س1: هل تتذكر الحدث الذي سبب لك الصدمة الدماغية في شكل أحلام أو كوابيس ليلية ؟

س2: هل تسيطر (تقنحك) أفكار أو ذكريات متعلقة بالحدث دون رغبة منك؟

س3: هل تتذكر الحدث في شكل صور أو خيالات وتحس وكأنه يعاود الوقوع؟

س4: هل تتفعل لأي تنبيه يستحضر لك الحدث سواء كان شخص ،رائحة...الخ؟

■ **البعد الثاني تناذر التحبب (السلوكات التجنبية):** وقد تضمن مجموعة من المؤشرات كانت أسئلتها كالتالي :

س1: هل أصبحت تتجنب أماكن أو أشخاص أو مواقف تذكرك بالحدث؟

س2: هل تحاول تجنب الأفكار والمشاعر التي لها علاقة بالحدث؟

س3: هل حدث تغيير على مستوى نشاطاتك المعتادة بعد تعرضك للصدمة الدماغية؟

س4: هل أصبحت تشعر بالإحباط والتشاؤم بعد أن تعرضت للحدث؟

س5: هل تشعر بالعزلة والاعتراب عن الآخرين بعد تعرضك للصدمة الدماغية؟

■ **البعد الثالث التناذر العصبي الإعاشي :** أعراض فرط الاستشارة وسرعة التنبيه:

وقد تضمن مجموعة مؤشرات اندرجت في الأسئلة التالية:

س1: هل تعاني من صعوبات في النوم؟

س2: هل أصبحت عدوانيا بعد تعرضك للصدمة الدماغية؟

س3: هل أصبحت شديدة الحذر واليقظة بعد تعرضك للصدمة الدماغية؟

س4: هل تعاني من صعوبات في التركيز والانتباه؟

■ **البعد الرابع أهم الآثار النفسية المترتبة عن الصدمة الدماغية:** وحمل بعض

المؤشرات وقد تم استخلاصها من خطاب الحالة.

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، أما عن طريقة تحليل المحتوى التي اعتمدناها أثناء تحليلنا للمعطيات التي حصل عليها من المقابلات فقد تضمنت المراحل التالية :

### 1/ تقطيع وتشكيل وحدات المعنى / Découpage et reformulation des unités de sens :

يعتبر **Muccheilli** وحدة المعنى أنها الكمية المعبرة لعناصر المحتوى المختبرة بهدف إعطاء الوحدة معنى، أي أنه لا بد من الاهتمام بالمعنى ليس بالشكل كما يجب تشخيص المفاهيم المهمة أيضا وتقطيع الخطاب (النص) إلى قطع تحمل في مجملها معنى موحد ويسمح لنا النص بتقرير تشفير العناصر ذات المعنى .

وقد تكون وحدة المعنى متضمنة لكلمة أو وضعية أو حتى جملة، وهي التي تحمل تجسيد دورها للوحدات التصنيفية، لأن وحدة المعنى قد يتم البحث عنها في المعنى ككل. (Muccheilli, 1974)

### 2/ توزيع وتجميع وحدات المعنى في شكل فئات / Distribution et regroupement de ces unités de sens sous des catégories :

حسب **Muccheilli**: الفئة هي مفهوم عام تظهر مجموعة أو مرتبة (فئة تصنيفية) من المفترض أن تجمع وحدات المعنى المحددة سابقا في شكل فئات موزعة حسب الجنس أو المواضيع .

3/ ترتيب الفئات وحساب تكرارها / inventaire et décompte fréquentiel des catégories يري **Muceheilli**: أنه لا بد من حساب التكرارات الفئات وترتيبها مع حساب توافقها عدديا. عندما يتعلق الأمر بالتحليل المقارن أو تحليل التغيير، مع الأخذ بعين

الاعتبارات المتغيرات المستقلة مثل الخصائص الموضوعية كـ معرفة :الوقت ، عدد الأشخاص المعنيين .

▪ **4/ تصنيف الكلمات (المحتويات qualification des mots):** يتعلق الأمر بترتيب المحتويات النفسية إلى مجموعات، والتي ترتبط بظهور فئة دون أخرى وإطغاء واحدة دون الأخرى مع حسابها في تكرار يتعين بأهمية ظهورها بالنسبة للهيكل، وبالنسبة لدراستنا تم تعيين الفئات التصنيفية تبعا للفروض التي تتعين بالمحكات التشخيصية لـ PTSD إلا الفئة التصنيفية الرابعة: أهم الآثار النفسية المترتبة عن الصدمة الدماغية(هذه الفئة ظهرت في خطاب الحالة وليس تبعا لفروض البحث) .

وكذا بأخذ بعين الاعتبار أهم الأعراض النفسية المترتبة عن هذا الحدث (الصدمة الدماغية) كما ظهرت في محتوى المقابلات النصف الموجهة وهي كما يلي :

- **الفئة التصنيفية الأولى:** إعادة المعيشة الصدمية على شكل تناذر التكرار.
- **الفئة التصنيفية الثانية:** إعادة المعيشة الصدمة على شكل تناذر التجنب (السلوكات التجنبية).
- **الفئة التصنيفية الثالثة:** إعادة المعيشة الصدمية على شكل تناذر العصبي الإعاشي (أعراض فرط الاستشارة وسرعة التنبيه).
- **الفئة التصنيفية الرابعة:** أهم الآثار النفسية المترتبة عن الصدمة الدماغية.(هذه الفئة ظهرت في خطاب الحالة وليس تبعا لفروض البحث)

## هـ ية ال :

1- عرض الحالات و تحليل مضمون المقابلات.

1-1- عرض الحالة الأولى.

أ. تقديم الحالة.

ب. تحليل مضمون المقابلات.

2-2- عرض الحالة الثانية.

أ. تقديم الحالة.

ب. تحليل مضمون المقابلات.

2- مناقشة نتائج الدراسة.

الخاتمة العامة.

## 1- عرض الحالات وتحليل المقابلات:

### 1-1- عرض الحالة الأولى :

#### أ. تقديم الحالة الأولى:

ل. عادل رجل شاب، أب لثلاثة أطفال ولدين وبنت ،يبلغ من العمر 44 سنة ،ولد بإحدى المناطق النائية ببلدية بوقاعة لولاية سطيف ،توقف عن الدراسة في السنة السادسة ابتدائي ،يعمل بناء وهي المهنة الوحيدة التي يزاولها وينتمي إلى العائلة الكبرى المكونة من الولدين 3ذكور و8بنات ، يحتل المرتبة الوسطى بين أفراد عائلته ومستواه الاقتصادي متوسط.

صرح عادل أنه عايش ظروف صعبة نوعا ما بسبب الظروف الصحية التي عاشها شقيقه الأكبر بسبب إصابته بالصدمة الدماغية **TRAUMATISME CRANIEN** نتيجة عمله كبناء اثر سقوطه على رأسه ،ففرض عليه مسؤولية الاهتمام بكل العائلة خاصة عائلة أخاه المصاب الذي أصبح معاقا يعاني من شلل تام وأصبح طريح الفراش.

وفيما يتعلق بالمعاش النفسي للحالة اثر التجربة المدمرة للعائلة ككل التي عاشها شقيقها. صرحت بمدى تأثرها الكبير الذي خلفته الإصابة الدماغية أين تحول من شخص سليم صحيا وعقليا إلى مريض صحيا وعقليا ،وصرحت كذلك أنها مرت بظروف ضاغطة بسبب تدهور الأوضاع المادية بعد معايشة صدمة شقيقه وأثر بشكل عام على العائلة مما زاد من قسوة الحياة ومشاكل أسرية أخرى لم يفصح العميل عنها بشكل صريح .

أما عن تجربته اثر معايشة الصدمة الدماغية صرحت "الحالة" أو عادل أنه عمل كبناء لأنها المهنة الوحيدة التي احترفها فزاولها واضطر إلى هذا العمل لأنه لا يملك شهادة ومستوى دراسي يؤهله إلى العمل في وظيفة حكومية تؤمن له وضع معيشي محترم وحياة كريمة .

أما عن قصة سقوطه تحدث العميل ببكاء وأسى كبير عما عايشه، حيث صرح العميل أنه أثناء تأدية عمله في إحدى المناطق العمرانية ببلدية بوقاعة أثناء قيامه بترميم منزل هو وصديقه، حيث صرحت الضحية أن من مفارقات الحياة أن تعيش نفس الألم والقصة الذي

حدثت في الماضي القريب لشقيقها وهي الآن تروي نفس القصة ونفس المعاش الذي حدث لها بكل تفاصيله. والمؤلم في التجربة أين صرحت الحالة أنها تعاني من ألم كبير اثر وفاة صديقه نتيجة سقوطه من الطابق الثاني على رجليه مع إصابة رأسه بحجر، أما الضحية كانت في أسفل المنزل حيث تعرضت إلى ضربة على الرأس نتيجة سقوط رافعة حديدية (و مادرية) من الطابق الثاني على رأسه، ثم نقل إلى المستشفى وصرحت الضحية أنها دخلت في غيبوبة دامت 20 يوماً، واتفق من التشخيص الطبي أنها تعاني من الصدمة الدماغية الخطيرة حيث خلفت إعاقة جسدية كبيرة (شلل الأطراف السفلى) وهذا ما أظهره التقرير الطبي الأخير. مما تم تحويل الضحية إلى مستشفى رأس الماء لإعادة التأهيل الوظيفي (منذ 7 أشهر من وقوع الصدمة الدماغية)، وبعد هذه المدة صرحت الضحية بعد خروجها من فترة الغيبوبة كانت تعاني من صعوبة في تذكر تفاصيل الحدث وتذكر الأسماء، وتعاني من صعوبات الفهم وإدراك الزمن والفضاء والعالم الخارجي، وعدم القدرة على التحكم في حركات أسنانه وشعور بالألم الشديد نتيجة الكسور الموجودة في رجليه، وبعدها صرحت الضحية رغم شعورها بالتعب الشديد وصعوبات في النطق والكلام حاولت أن تستجمع كل ذاكرتها لتروي سلسلة الألم الذي عاشته بعد سماع خبر وفاة صديقها، وصدمة بقائها مقعدة طول حياتها على كرسي نقال .

فأثر هذا على حالته ببالغ التأثير بغض النظر عن الصدمة الدماغية التي تمثل في حد ذاتها صدمة. إذ فرضت على الضحية معاشاً صدمياً آخر بعد معاشتها الصدمة الدماغية أنها أصبحت عاجزة مما يولد عندها الشعور بالنقص .

تحدث العميل أثناء مرافقة زوجته في المقابلة عن صعوبة كبيرة في تقبل وضعيته بعد معاشة الصدمة الدماغية مع صعوبات في التكيف مع الوضع الجديد، وظهر على العميل نوبات بكاء مع صراخ أثناء فترات التذكر .

وهذه الحالة جعلته في حالة نفسية سيئة مع ألم نفسي كبير عن عمله كبناء "تفضل نبيع الدبشة على خدمة ماصو".

كذلك الضحية صرحت بشعورها بالحيرة و الأسف على أهلها ووضعية شقيقها مما جعلها لها مضطربة وشعورها بمصير غامض وسيرورة حياتها ما بعد الصدمة الدماغية تبقى نحو المجهول.



ب. تحليل مضمون المقابلات:

1- تجميع الخطاب في وحدات (فئات) المضمون:

(01) إني نموت بالقطرة.

(02) ما صدقتش.

(03) جاتني صدمة.

(04) خطرakash شت خوي يموت قدامي.

(05) وأنا ماني قادر ندير والو.

(06) نبكي ونعيط.

(07) مفقتش نجري كي المهبول.

(08) من ثم لي بدات **La souffrance**.

(09) حطيناه يموت.

(10) ولي خوي **paralysé, handicapé** كامل.

(11) ما عادش ينوض خلاص.

(12) تقسنا من الداخل.

(13) دمرنا .

(14) لي عاشوا خوي الموت.

(15) ولي إنسان أواخر.

- (16) ديما ساكت ،يبكي ويتقلق .
- (17) بعد ماراحت صحتو راح عقلو .
- (18) حياتي هكل دمار .
- (19) كنت في **monde** أواخر .
- (20) لا فايق ،راقد كي الميت .
- (21) شت مع خوي واش صرالو .
- (22) ماعلاباليش وين راني .
- (23) تايه برك .
- (24) خفت وتقلقت بزاف .
- (25) بقيت خلعان و نرجف و متبكم .
- (26) ما عرفتش روجي .
- (27) إنسان بلامخ .
- (28) صاحبي مات .
- (29) وليت مشلول .
- (30) نبقى طول حياتي مقعد .
- (31) بقيت مشوكي .
- (32) نكذب في الشيء اللي سمعتو .

(33) ما نحبش نولي خلاص لهذيك اللحظة.

(34) ما نحبش نتفكر خلاص.

(35) ومباعد بقيت نخم غير على الحالة اللي وصلتلها.

(36) اللي مريت به ما يتصدقش.

(37) بقيت ما نرقد.

(38) نبكي برك'ما توكل ليل و نهار قاعد.

(39) وليت نفكر في صحتي لأنني وليت معوق.

(40) نقول ما بقاش حياة حياة بعد ما صرالي.

(41) ما نحبش نوتر اللاوار بصح فوق يدي.

(42) نحاول نسي روحي واش صرالي.

(43) بقيت ديما نتفكر حتى و أنا نحكي معاك.

(44) كل شيء يجيني ما بين عيني.

(45) نتفكر كيفاه حتان وصلت هذا الشيء.

(46) بقيت ما نرقدش.

(47) نبات نخم كيفاه تبدلت حياتي.

(48) جاني الشيء اللي صرالي كي المنامة.

(49) نخايل ديما رايح نطيح.

- (50) و أنا مغمض عيني نحس في الشيء يتعاودلي.
- (51) حتان نوض مرغوب.
- (52) خلعان.
- (53) و العرق يسبح مني.
- (54) ما نفيقش نلقى روجي جاتني هبزة في قلبي.
- (55) ما قدرتش ننسى واش صرالي.
- (56) **Jamais** ننسى هذيك اللحظات و الضربة.
- (57) نحب نوض من فراشي بضح ما قدرتش.
- (58) خطراك وليت مشلول.
- (59) راحت حياتي.
- (60) فقدت الأمل.
- (61) لا رقدت 5 دقائق نوض كي المهبول.
- (62) كنت كي نطقن ,نتخلع ونعرق.
- (63) نقول هذه الغلطة نتاعي .
- (64) كون قريت راني توظفت في الحكومة وعندي **L'assurance** .
- (65) ظلمت روجي بزاف .
- (66) السبة من عندي.

- (67) بقيت نشوف واش صرالي.
- (68) يعقب علي كي الفيلم كل دقيقة.
- (69) كي نبقى وحدي بييجيوني خيالات.
- (70) نشوف كل شيء عقب علي.
- (71) كلي راهو يصرالي من جديد.
- (72) و نعاود نعيش فيه .
- (73) سبيطار غربة وليت نرجف كي نتفكر.
- (74) ما خطانيش واش صرالي.
- (75) وبين روح نتفكر.
- (76) نبقى نشوف الشيء اللي صرالي بين عيني .
- (77) ساعات نقول كوغير مت نتفكر في هذا الشيء.
- (78) بقيت خايف من الدنيا.
- (79) الدنيا دوارة بزاف.
- (80) بقيت نتفكر في هذا الشيء.
- (81) اللي قاسني موت صاحبي.
- (82) أثرت في بزاف.
- (83) بكيت و عيظت.

- (84) بقيت مشوكي حتان ذرك.
- (85) وليت كي نشوف مريض على **La chaise Roulante** نتفكر اللي صرالي.
- (86) وليت ننزل **isolé**.
- (87) ديما طيح الدمعة من عيني.
- (88) وليت ما نحبش نشوف أولادي باه ما نقلقهمش معاي.
- (89) وليت مانامن في الدنيا.
- (90) كي نتفكر نقول علاه خدمت هذه الخدمة.
- (91) نفضل نبيع الدبشة على خدمة ماصو لي وصلتني هذا الشيء .
- (92) ما ننساش واش صرالي حتى يطبطب راسي في القبر.
- (93) قادرربي حتان نولي كيما بكري وما ننساش .
- (94) وليت نحس بالقلقة والفرجة من هذه الوضعية .
- (95) نحس بالضيقة في قلبي.
- (96) مانرقدش خلاص في سبيطار.
- (97) كي نبغي نرقد نتخطف.
- (98) أجيبي الخلعة.
- (99) نقول علاه صرالي هكذا .
- (100) نقول واش درت لقمة العيش المرة والدنيا تلعب بيا.

- (101) وليت مانحبش اللي يحدولي الهدرة على l'accident .
- (102) وليت نتهرب.
- (103) ندير روي راقد.
- (104) وكي نحب n'éviter هم ندير روي تعبان من le massage .
- (105) أنا مانحبش نتفكر.
- (106) وكي نتفكر سيف علي.
- (107) كرهت روي بعد ما شفت صحتي راحت .
- (108) لاراحت الصحة ما توليش .
- (109) وليت مانعرف علاه بقيت نتخطف ونتخلع.
- (110) نخاف لاكان خرجت من السبيطار يصرالي نفس الشيء.
- (111) كون نخرج من السبيطار إن شاء الله يقدرني ربي باه مايخرجش ماصو نقري ابني  
مليح باه ما يصرالوش نفس الشيء .
- (112) واهنا في السبيطار نقعد غير نشوف مع العباد .اللي كيفي يزيد علي الحال.
- (113) مانحبش نسمع كلمة ماصو .
- (114) بقيت منين نتفكر نوض.
- (115) ما نحبش نتفكر خلاص.
- (116) كنت نموت على خدمتي وليت كرهت كل شيء.

- (117) عادت ما عندي حاجة في حوايج كنت نشتيهم بكري.
- (118) وليت نقاسي من الإعاقة حتان كرهت روحي.
- (119) نقول في قلبي كون مت خير باه نتنهني من هذه الوضعية.
- (120) لازم تحسي بالغرابة السبيطار يفكرني بالمرض والموت.
- (121) كون نصيب نبعد على الناس باه مايستشغلوش بحالتي.
- (122) وهنا في هذا **centre** مانجمعش خلاص.
- (123) نحس روحي غريب عليهم **malgré** الجرح واحد.
- (124) كي نخلص من **rééducation** نجي في سريري ونقعد وحدي  
كلي ماعلابالي بوالو .
- (125) وليت كي نخمم في واش صرالي ننسى حوايج لخرين .
- (126) كون نصيب مانهدر مع حتى واحد .
- (127) حد الآن ما بقينتش نرقد مليح .
- (128) نحاول نقص كلامي مع اللي معاي
- (129) وليت بزاف نخذ حذري .
- (130) كون نصيب نتوله كل شيء .
- (131) كون نصيب نتوله كل شيء .
- (132) وليت غير تايه برك .



- (133) ماعلاباليش بالشيء اللي راني فيه وما ني فاهم والو.
- (134) فقدت التحكم اللي كان عندي بكري قبل **l'accident**.
- (135) وليت نحس **le vide** على خاطر نتوسوس ونقعد نخم ونتفكر واش صرالي .
- (136) بكري زي وذرك زي.
- (137) رحنت فيها خلاص خسرت صحتي ،هذاك هو راس مالي.
- (138) كي راحت صحتي وليت واحد أواخر عايش واللا مانيش عايش.
- (139) هذه الضربة الواعرة بدلت حياتي خلاص .
- (140) نحس روحي قعدت نطايش .
- (141) مصيري عند ربي .
- (142) ماعلاباليش واش حاندير من بعد.
- (143) كل شيء غامض بالنسبة لي.
- (144) عدت نشوف حاجة ماتسوى في الدنيا هذي.
- (145) ما عندي شكون يحن علي وليت وينسيني المصاب.
- (146) لي مايقدرش يوقف على رجليه باه يوكل أولادوا هذه حاجة وحدها تقيس بزاف.
- (147) اللي راحتلو صحتو يحفر قبرو بيدو.

2- تقطيع الخطاب إلى وحدات المعنى: ظهرت إعادة معايشة الخبرة الصدمية لدى الحالة عن طريق.

المحور الأول: "تناذر التكرار" من خلال:

(أ) أحلام وكوابيس متكررة لها علاقة بالحدث:

. 62-61-54-52-51-50-49

(ب) ذكريات وأفكار اقتحامية ومزعجة لها علاقة بالحدث:

133-93-92-80-76-75-74-73-70-68-67-56-55-47-45-43-42

(ج) الشعور وكأن الحدث سيعاود الوقوع مع ذكره على شكل صور وخيالات:

. 111-110-76-72-71-70-69-68-67-50-44

(د) انزعاج انفعالي لأي سبب يستحضر الحدث :

.109-98-97-95-94-73

المحور الثاني: "السلوكات التجنبية" المرتبطة بالحدث الصدمي أو تناذر التجنب من خلال:

(أ) تجنب الأماكن أو الأشخاص أو المواقف التي تذكر بالحدث:

.88-135-113-121-104-103-102-101

(ب) طرد الأفكار والانفعالات التي تذكر بالحدث وتجنب الحديث عنه:

.115-114-105 42—34-33

ج) انخفاض النشاطات والممارسات التي كانت تمارس من قبل وقوع الحدث:

.136-118-117-116

د) فتور عاطفي ملحوظ خاصة ضعف القدرة على الشعور بالحب:

. 118-120-100

هـ) الابتعاد على الآخرين والشعور بالعزلة:

.86-128-126-124-123-122-121

المحور الثالث: أعراض فرط الاستثارة وسرعة التنبيه أو\*التناذر العصبي الإعاشي\*  
ظهرت هذه الأعراض لدى الحالة حسب خطابها على شكل :

أ) صعوبات تتعلق بالنوم:

.97 61-127-96-46 39-37

ب) نوبات غضب أو هيجان مصحوبة بسلوكات عدوانية:

لا يوجد

ج) حذر ويقظة شديدة مع صعوبة في الاسترخاء:

. 130-129-125-112-109

د) صعوبة التركيز والانتباه:

.134-132 - 133- 23 - 22

المحور الرابع: أهم الآثار النفسية المترتبة عن الصدمة الدماغية.

(أ) جرح نرجسي واضطراب صورة الذات :

- 138-18-137-136-29-27-26-47-108-107-59-41-17-39-15-10  
147-146-145-140-139.

(ب) الشعور بالذنب:

- . 100-99-119-111-91-77-66-65-64

(ج) الشعور بمستقبل مسدود:

- 144-143-142-141

3- تجميع وحدات المضمون في فئات وجدولتها مع حساب النسب المئوية لها

-إعادة المعيشة الصدمية لحدث الصدمة الدماغية عن طريق:

-الجدول الأول: تناذر التكرار

النسبة بـ%	التكرار	أشكالها	الفئة التصنيفية الأولى
17,07 %	7	أ) كوابيس وأحلام تكرارية متعلقة بالحدث الصدمي.	تناذر التكرار
41,46 %	17	ب) ذكريات وأفكار اقتحامية لها علاقة بالحدث.	
26,82 %	11	ج) الشعور وكأن الحدث سيعاود الوقوع مع تذكرة على شكل صور وخيالات.	
14,63 %	6	د) انزعاج انفعالي شديد لأي شيء يستحضر الحدث الصدمي.	
100 %	41		المجموع:

الجدول الثاني: تناذر التجنب: السلوكيات التجنبية المرتبطة بالحدث الصدمي

النسبة بـ%	التكرار	أشكالها	الفئة التصنيفية الثانية
28,57 %	8	أ) تجنب الأماكن والأشخاص أو المواقف التي تذكر بالحدث	تناذر التجنب
21,42 %	6	ب) طرد الأفكار والانفعالات التي تذكر وتجنب الحديث عنه	
14,28 %	4	ج-انخفاض النشاطات والممارسات التي كانت قبل وقوع الحدث.	
10,71 %	3	د) فتور عاطفي ملحوظ مع ضعف القدرة على الحب .	
25 %	7	هـ-الابتعاد عن الآخرين والشعور بالعزلة عنهم.	
100 %	28		المجموع

الجدول الثالث: تناذر فرط العصبي الإعاشي - أعراض فرط الاستشارة وسرعة التنبيه

النسبة ب %	التكرار	أشكالها	الفئة التصنيفية الثالثة
% 41,17	7	(أ) صعوبات النوم	أعراض فرط الاستثارة و سرعة التنبه
—	—	(ب) نوبات غضب أو هيجان مصحوبة بسلوكات عدوانية	
% 29,41	5	(ج) حذر و تيقظ شديد	
%29.41	5	(د) صعوبات في التركيز والانتباه	
% 100	17		المجموع

الجدول الرابع: أهم الآثار النفسية المترتبة عن الصدمة الدماغية

النسبة ب %	التكرار	أشكالها	الفئة التصنيفية الرابعة
% 61,76	21	(أ) جرح نرجسي واضطراب صورة الذات	أهم الآثار النفسية المترتبة عن صدمة الدماغية
%24.74	9	(ب) الشعور بالذنب	
%11.76	4	(ج) الشعور بمستقبل مسدود	
%100	34		المجموع

## التعليق على نتائج الجداول:

### الجدول الأول: إعادة معايشة للحدث الصدمي "تناذر التكرار"

تتضمن إعادة معايشة الخبرة الصدمية السلبية لدى الحالة مجموعة من التناذرات العرضية التي تشكل اضطراب الضغط ما بعد الصدمة أو ما يعرف بالـPTSD. والتي نجد في بدايتها: "تناذر التكرار" الذي يعبر عن مجموع الأحلام والكوابيس المزعجة التكرارية التي لها علاقة بالحدث الصدمي وقد ظهرت بنسبة 17,07%، وكذلك نجد الذكريات والأفكار الاقتحامية التي لها علاقة بالحدث كمؤشر ثاني لإعادة هذه الخبرة الصدمية والتي قدرت بنسبة 41,46% كأكبر نسبة في إعادة معايشة التجربة الصدمية، ثم يليه مؤشر الشعور وكأن الحدث سيعاود الوقوع وتذكره على شكل صور وخيالات بنسبة قدرت بـ 26,82%، وأضعف نسبة في إعادة المعايشة الصدمية في جدول "تناذر التكرار" نجد الانزعاج الانفعالي لأي تنبيه يستحضر الحدث الصدمي وقدرت نسبته كالتالي 14,63%.

### الجدول الثاني: السلوكيات التجنبية المرتبطة بالحدث الصدمي

تتدرج السلوكيات التجنبية ضمن الفئة التصنيفية الثانية (تناذر التجنب) لاضطراب الضغط ما بعد الصدمة. وهذه السلوكيات التي تسلكها الحالة لا شعوريا لتجنب إعادة المعايشة الصدمية لحدث الصدمة الدماغية، وقد قدرت نسبة تجنب الأماكن والأشخاص أو المواقف التي تذكر بالحدث بـ 28,57%، وتمثل نسبة طرد الأفكار والانفعالات التي تذكر وتجنب الحديث عنه بنسبة 21,42%، أما فيما يخص النسبة الممثلة لانخفاض النشاطات والممارسات التي كانت قبل وقوع الحدث فقد ظهرت بـ 14,28% كنتيجة للوضعية الصدمية التي تمثلت في الصدمة الدماغية.

ومثل مؤشر الفطور العاطفي مع ضعف القدرة على الحب ما بعد الصدمة الدماغية بنسبة 10,71 %، وفي الأخير نجد أن مؤشر الابتعاد عن الآخرين والشعور بالعزلة تظهر كعرض تجنبى يعبر عن الانعزال الاستجابي أو الارتكاسي قدر بـ 25% ضمن السلوكات التجنبية.

### الجدول الثالث : أعراض فرط الاستشارة وسرعة التنبه "التناذر العصبي الإعاشي "

يعتبر التناذر العصبي الإعاشي من أهم الأعراض المميزة للصدمة الدماغية ويندرج كذلك في الفئة التصنيفية المميزة لاضطراب الضغط ما بعد الصدمة PTSD. حيث أن أكبر مؤشر لهذا الاضطراب في خانة التناذر العصبي الإعاشي هو صعوبات النوم بنسبة كبيرة قدرت بـ 41,17 %، بينما مؤشر نوبات الغضب والهيجان المصحوبة بسلوكات عدوانية لم تعبر عنه الحالة وظهر بنسبة 0%، بينما تعادلت نسبة مؤشر الحذر واليقظة الشديدة مع مؤشر صعوبات التركيز والانتباه بنسبة 29,41 % اللذان يندرجان ضمن الأعراض الرئيسية لهذا التناذر.

### الجدول الرابع: أهم الآثار النفسية المترتبة عن الصدمة الدماغية

تعبر الآثار النفسية عن الصعوبات التي تعاني منها الحالة بعد معايشة الصدمة الدماغية وكنتائج ما بعد صدمية ظهرت في خطاب الحالة. حيث نجد في الصدارة العرض الرئيسي الذي يظهر بعد معايشة الصدمة الدماغية هي الجرح النرجسي واضطراب صورة الذات بنسبة 61,76 %، ثم تتدرج ما بعد المؤشر الأول في هذه الفئة التصنيفية هو الشعور بالذنب كنتيجة ما بعد صدمية وظهرت بنسبة 24,74 %، أما آخر مؤشر في هذه الفئة التصنيفية هو الشعور بمستقبل مسدود بنسبة ضعيفة قدرت بـ 11,76 % .



تجميع مختلف الفئات التصنيفية التي ظهرت في خطاب الحالة:

النسبة %	التكرار	الفئات التصنيفية
34,16 %	41	إعادة معايشة الحدث الصدمي "تناذر التكرار" *
23,33 %	28	السلوكات التجنبية "تناذر التجنب"
14,16 %	17	أعراض فرط الاستشارة وسرعة التنبيه "التناذر العصبي الإعاشي"
71,65 %		اضطراب الضغط ما بعد الصدمة
28,33 %	34	أهم الآثار النفسية المترتبة عن الصدمة الدماغية
100 %	120	المجموع

بعد القراءة لقيم الجدول العام لمختلف الفئات التصنيفية التي ظهرت في خطاب الحالة، نجد نسبة "تناذر التكرار" الذي يظهر إعادة المعايشة الخبرة الصدمية قدرت بـ 33,88 %، ثم تلي هذه القيم نسبة السلوكات التجنبية التي تتدرج ضمن التناذر التجنب بنسبة 23,96 %، وأقل نسبة توازي خانة التناذر العصبي الإعاشي حيث ظهرت بنسبة 14,04 %، وعليه يمكن أن نخلص إلى أن المحكات التشخيصية لاضطراب PTSD أو ما يعرف باضطراب الضغط ما بعد الصدمة تتدرج 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 معايشة الصدمة الدماغية بنسبة 71,65 %، وبالنسبة للفئة التصنيفية المتعلقة بأهم الآثار النفسية المترتبة عن الصدمة الدماغية والتي ظهرت في خطاب الحالة حيث قدرت نسبتها بـ 28,33 % مقارنة بالفئات التصنيفية الأخرى.

#### 4- تصنيف المحتويات:

أ) إعادة المعيشة الصدمية على شكل اضطراب الضغط ما بعد الصدمة أو PTSD :

يعيش ضحايا الصدمة الدماغية إحدى التجارب المدمرة والقاسية كون أن هذه الإصابة الدماغية تتجاوز تعقيداتها التشريحية لتخلف آثار ما بعد الصدمة.

أين مريض الصدمة الدماغية تعرض إلى تهديد فعلي لوحدته الجسدية "إصابة في الدماغ" مما سببت له جروح خطيرة وهذا ما نجم عنه تهديدا لحياته ولكينونته النفسية والجسدية وهذا ما يقودنا إلى أن الضحية عايشة حقيقة صدمة نفسية. وهذا ما يتوافق مع المعيار (A) في تشخيص PTSD وفق DSM4 ومن خلال تجربة الصدمة الدماغية يكون المريض في حالة كفاح مرير من أجل تعويض القدرات الفيزيائية والنفسية والاجتماعية وسيرورات الحياة العادية التي كانت ما قبل الصدمة. "والصدمة الدماغية هي صدمة انفعالية دورها مثل دور الصدمة النفسية". (COHADON.F, 1982, P388)

ويندرج ضمن الصدمة الدماغية مجموعة من التغيرات النفسية المقلقة. وإن أخطر ردة فعل تنجم عن هذه الخبرة الصدمية هو الدخول في إمرضية مميزة لاضطراب الضغط ما بعد الصدمة، والتي قد تقود إلى حد معاشتها المزمنا لدى العديد من الضحايا خاصة في حالات اكتساب إعاقة جسدية مرتبطة بهذه الخبرة الصدمية.

وقد تكون أطوار تطور اضطراب PTSD لدى الضحية على فترات تبدأ بالاستجابات ما بعد الصدمة الحادة لتصل إلى استقرار وثبات حالة الضغط ما بعد الصدمة ETAT DE STRESS POST TRAUMATIQUE أو PTSD.

وقد تأخذ طابع الإزمان من خلال المعيشة المزمنا للخبرة الصدمية المؤلمة المرتبطة بحدث الصدمة الدماغية، وموازاة مع خطاب عادل يظهر أن الحالة عاشت ردود أفعال مباشرة

## كاستجابات أولية يتم تشخيصها على أنها "حالة ضغط حاد" ETAT DE STRESS " . AIGUE

واتسمت بفقدان معالم التوجه الزماني والمكاني فور التعرض للحدث وكذلك إنكارها لوقائع الحدث وبعض التفاصيل. وهذا ما عبرت عنه الضحية في خطابها:

✓ "كي طاح خوي توالي والدم يسيح من راسو ماصدقتش".

✓ "جاتني صدمة".

✓ "خطراکش شت خوي يموت قدامي وأنا ماني قادرنديرو والو".

وظهر عند الحالة ردود أفعال متمثلة في الهلع والرعب والذهول مصحوبة بأعراض نفسية فيزيولوجية تؤكد أن الضحية لم تكن مهياًة نفسياً لمعايشة الوضعية:

✓ "تبكي ونعيط".

✓ "هزيت مابين يدي الدم يسيح ويجري".

✓ "أنا ما فقتش نجري كي المهبول".

وهذا يرجع إلى عنصر المفاجأة التي اتسم به حدث الصدمة الدماغية، مما جعل الضحية تدخل في وضعية ألغت فيها كل عناصر الواقع، فأصبحت غير مدركة لا لمكان تواجدها ولا لزمانه (L. Crocq , 2007)

وهذه الوضعية عايشتها الضحية في إصابة شقيقها "بالصدمة الدماغية" حيث سببت هذه الوضعية لدى الضحية معاشاً نفسياً سيئاً، وشكلت لديها صدمة نفسية عبرت عنها الضحية بكل صراحة وبكل تفاصيلها لأنها كانت شاهداً فعلياً في الحدث وسببت فيما بعد إعاقة جسدية كبيرة "شلل تام لشقيقها" وهذا ما ظهر في خطابها :

✓ "اللي عايشوا اليوم إني نموت بالقطرة".

- ✓ "شفت خوي يموت قدامي".
  - ✓ "من ثم بدأت la souffrance".
  - ✓ "حطيناه يموت".
  - ✓ "ولى handicapé ,paralysé كامل".
  - ✓ "احنا هكل تقسنا من داخل".
  - ✓ "دمرنا خاصة زوجته".
- وهذه الخبرة الصدمية الأولى التي عاشتها الحالة تدخل ضمن العوامل ما قبل الصدمة **FACTEURS PRETRAUMATIQUES** وهذه الوضعية فيما بعد قادت إلى معايشة الضحية سلسلة من الضغوط داخل العائلة والتي أعلنتها الحالة في تصريحاتها:
- ✓ "خلى موراه أولاد وامرأة ومسؤولية كبيرة".
  - ✓ "زادت المسؤولية علي خطراکش أنا وليت هاز الدار كامل".
  - ✓ "وبعد الوضعية اللي عاشها خوي تحتمت علي نهز المسؤولية".
- وتتكرر نفس المعاش ونفس التجربة الصدمية بالنسبة للضحية التي تعرضت لحادث الصدمة الدماغية، أين استجابات الضحية بردود أفعال مباشرة تدخل ضمن حالة الضغط الحاد **ETAT DE STRSS AIGU** بعد تجاوز مرحلة الغيبوبة:
- ✓ "مانذكر والو".
  - ✓ "الطبيب يهدر معاي وأنا مااعلاباليش وين راني".
  - ✓ "تايه برك".
- بسبب اضطراب في مجال الوعي وصعوبة في الإدراك، أين تميز بفقدان التوجه الزماني والمكاني بعد هذه المعايشة وأدت إلى ردود أفعال متمثلة في "الهلع والرعب الذهول" عبرت عنها الضحية في كلامها:

✓ "خفت وتقلقت بزاف".

✓ "بقيت خلعان".

✓ "ترجف ومتبكم".

وهذه الحالة والأعراضية تم معاشتها من خلال تجربة استرجاع الضحية الاتصال مع العالم الخارجي. من الخروج من فقدان الوعي الأولي فهو يمثل تجربة موت 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 إسعاف، المستشفى ، الإنعاش"، ثم تظهر الذكريات المرتبطة بالحادث وهذا المعاش يمثل حقيقة صدمة نفسية.

(OSSON.D, 2004, P303)

وبعد تجاوز المرحلة الأسوأ صرحت الضحية أنها تلقت خبر وفاة صديقها بعد معايشة الصدمة الدماغية وأخاها أصبح يعاني من إعاقة جسدية بعد هذا الحدث الصدمي. وهذا ما يؤكد أن الضحية عايشت حلقات صدمية متتالية وتكرار المعاش النفسو الصدمي وتراكمه. وعبرت عنه الضحية:

✓ " بعد ما صرالي هذا بقيت مشوكي".

✓ " نكذب في الشيء اللي سمعتو".

✓ "الشيء اللي ضرني بزاف إني بعدما استرجعت Mémoire سمعت بلي صحبي مات". "وأنا وليت مشلول".

✓ " الشيء اللي مررت به مايتصدقش".

✓ "جات مورا بعضها"

ونظرا للمعطيات السابقة استقرت لدى الضحية حالة الضغط ما بعد الصدمة أو اضطراب الضغوط التالية للصدمة الدماغية " وفقا للتنازلات العرضية المميزة لهذا الاضطراب التي انحصرت في ثلاث محكات تشخيصية رئيسية حسب DSM4 .

وأول تناذر عرضي لاضطراب PTSD هو "تناذر التكرار" والذي عبرت عنه الضحية بشكل معلن وصريح يعكس مدى تأثيرها وقسوة التجربة الصدمية المرتبطة بالصدمة الدماغية. والتي تم معاشتها بإحدى الصور التالية على شكل كوابيس وأحلام تكرارية تعيد على مستواها تفاصيل الحدث بذكرياته وصوره وحتى انفعالاته، وهذا تبعا لميكانيزم التكرار الذي يهدف إلى خفض التوتر الزائد وكذا محاولة لإدماج الخبرة الصدمية التي يتكرر على مستواها المشهد في المعيشي الحسي للضحية على شكل **Flash back** أفكار، أحلام صدمية متكررة. (Lopez.G, 1998, p27)

وهذا التكرار المرضي الذي يرمز إلى كابوس معاش بصورة حادة حيث يدفع بالمصاب إلى الصراخ والتقلب والاستيقاظ مذعورا ومتعرقا. (محمد أحمد النابلسي، 1991)

وفي حالة عادل عايش هذه الكوابيس بصورة متكررة من خلال العبارات التالية :

✓ "تخايل ديما رايح نطيح".

✓ "كنت كي نطن نتخلع وتعرق".

✓ "لارقدت 5 دقائق نوض كي المهبول".

وعايشت الضحية ذكريات وأفكار اقتحامية ومزعجة لها علاقة بكابوس أو بالخبرة الصدمية على شكل مشاهد ترمز للصدمة المعاشة وهذا ما ظهر في خطاب الحالة :

✓ " نحاول نسي روجي واش صرالي".

✓ "بقيت ديما نتفكر حتى وأنا نحكي معاك".

✓ " نتفكر حتان وصلت لهذا الشيء".

✓ " بقيت نشوف واش صرالي".

والارتجاجات **flash back** هي أهم مجموعة عرضية ما بعد صدمية عبرت عنها الحالة في خطابها بعد إعادة تنشيط للخبرة الصدمية المؤلمة:

✓ " يعقب علي كي الفيلم كل دقيقة " .

✓ " نشوف كل عقب عليا " .

✓ "يعقب علي كل دقيقة " .

والصيغة التكرارية التي تكتسح نوم الحالة:هي بمثابة تصور عقلي للخبرة الصدمية الغير المستوعبة والغير مدمجة عقليا،والذي يعيد إنتاج الانفعال الأصلي المرتبط بالصدمة وهذا الميكانيزم منظم للاستجابة لمطلب داخلي بهدف التفريغ الانفعالي الناجم عن الخبرة الصدمية المعاشة بهدف خفض التوتر الزائد. (Damiani. C, 1997, p122)

حيث يعد التناذر الإحيائي **le syndrome de reviviscence** هو أول لائحة عرضية ظهر في خطاب الحالة وأهم مجموعة عرضية لإعادة معايشة الحدث الصدمي "للصدمة الدماغية " في شكل أحلام أو كوابيس تكرارية أو المرمزة. بالإضافة إلى بعض الأعراض الأخرى التي ظهرت في شكل اجتياح هذا الحدث (على شكل صور وأفكار ومدركات) تسبب الشعور بالضيق والتوتر وتفرض نفسها على وعي عادل،إلا أنه يحاول في كثير منها تجاهلها أو التخلص منها،بالإضافة أننا لا يمكن أن نتجاهل المعاناة النفسية التي تعاني منها الضحية أثناء فترات التذكر للخبرة الصدمية التي سببت لها معاشا نفسيا سيئا. وهذا ما ظهر في خطابها:

✓ "سبيطار غربة وليت نرجف كي نتفكر" .

✓ "وليت نحس بالقلقة والفجعة من هذه الوضعية " .

✓ "كي نبغي نرقد نتخطف " .

وإضافة إلى انطباعات فجائية تتضمن الإحساس بأن الحادث وكأنه سيعاود الوقوع على شكل صور إحيائية **reviviscence** أو أوهام أو هلاوس وهذا تبعا لبعض المثيرات التي

تستحضر الحدث. حيث تمت إعادة معايشة الرعب المرتبط بالخبرة الصدمية الأصلية من طرف "عادل". وظهر هذا في خطابه من خلال الفقرات التالية :

- ✓ "تخاف لاكان خرجت من السبيطار يصرالي نفس الشيء".
- ✓ "كلي راهو يصرالي من جديد"، و"نعاول نعيش فيه".

وإن هذه الانطباعات التي تظهر بسبب مثيرات تستدعي ذكرى الصدمة تصحب معها الخبرة الصدمية الأصلية بأعراضها الإعاشية كنبوات صقع **sidération** وهلع ونوبات قلق أو بكاء مع عدوانية لفظية أو حركية والشعور الدائم بالتهديد من طرف خطر متوقع ومجهول. (L.Crooq, 1992, p60)

وتبعا لسيرورة خطاب الحالة والمحكات التشخيصية لاضطراب **PTSD** لجأت الضحية إلى سلوكات تجنبية بهدف تجنب إعادة معايشة الخبرة الصدمية المؤلمة وكذا الانفعالات التي تم معايشتها أثناء الخبرة الصدمية الأصلية، لذلك التناذر التجنبي يعد ثاني مجموعة عرضية لتشخيص اضطراب **PTSD** وفق المعايير التشخيصية لاضطراب **PTSD** حسب **DSM4** (معيار B) عقب معايشة الضحية تجربة الصدمة الدماغية.

وهذا التجنب احتوى بالدرجة الأولى تجنب الأماكن أو الأشخاص أو الموافق التي لها علاقة بالحدث وقد ظهر في خطاب عادل من خلال:

- ✓ "وليت مانحبش اللي يحدولي الهدرة على **L'accident**".
- ✓ "وليت نتهرب".
- ✓ "كي نحب **n'eviter** ندير روجي تعبان من **le massage**".
- ✓ "كون نصيب نبعد على الناس باه ما يستشغلوش بحالتي".

ويدل هذا على محاولة تجنب الضحية لأي مثير له علاقة بالحدث الذي تعرضت له والذي يوظف كآلية دفاعية نفسية، كما يساعد على الابتعاد عن الخبرة المؤلمة وقد انتقلت هذه



المخاوف المرضية لديها بعد تعرضها للحدث إلى تجنب بعض المواقف وهذا ما ظهر في خطاب الحالة:

✓ "مانحبش نسمع كلمة ماصو".

✓ "وليت مانحبش نشوف أولادي باه ما نقلقهمش معاي". (Damiani.C, 1997, p134)

وفي الواقع ينتج التجنب عن جملة من الميكانيزمات الدفاعية التي يتم تنصيبها لغرض تقادي إعادة معايشة الخبرة الصدمية الأصلية "تتأزر التكرار".

ويندرج ضمن المعيار التجنبي أو التتأزر التجنبي مؤشر طرد الأفكار والانفعالات التي تذكر بالحدث أو الخبرة الصدمية الأصلية والتي يعاد معايشتها بهدف تجنبها وهذا ما ظهر في خطاب عادل:

✓ "مانحبش نولي خلاص لهذيك اللحظة".

✓ " نحاول نسي روجي في واش صرالي".

✓ "أنا ما نحبش نتفكر".

وفي نفس السياق ظهر لدى الضحية انخفاض ملحوظ في النشاطات والممارسات التي كانت قبل وقوع حدث الصدمة الدماغية، أين الحالة فقدت مراكز اهتماماتها المعتادة ويخيم عليها مستقبل مسدود خاصة بعد اكتساب الإعاقة الحركية **hémiplégie** وهذا ما ظهر في خطاب عادل من خلال :

✓ "كنت نموت على خدمتي وليت كرهت كل شيء".

✓ " وليت نقاسي من الإعاقة حتان كرهت روجي".

وكذلك في إطار آلية التجنب التي تبنتها الضحية بهدف إلغاء الشعور الأصلي أثناء الخبرة الصدمية الأصلية أدى ذلك إلى فتور عاطفي وتجمد وظائف الحب لديها وهذا ما ظهر في خطابها:

✓ "لازم تحس بالغربة، السببطار يفكرني بالمرض والموت".

✓ "وليت نقاسي من الإعاقة حتان كرهت روحي"

وفي نفس اللائحة العرضية المتمثلة في تناذر التجنب **syndrome d'évitement** لجأت الضحية إلى الابتعاد عن الآخرين، وهذا أدى إلى شعورها بالعزلة والوحدة، فضحايا الصدمة الدماغية لا يمكن أن يمارسوا النشاطات والحراك الاجتماعي والجانب الاجتماعي بصورة عادية كما كان في السابق وخاصة المعاقين جسدياً. مما يدفعهم إلى الإحساس بالعجز عن الانجاز أو يشعرون بالألم النفسي والانكسار، وهذا ما حدث للضحية عادل أثناء معاشته لتجربة الصدمة الدماغية واكتسابه الإعاقة الجسدية وهذا ما أدى به إلى عدم القدرة على ربط العلاقات مع الآخرين والتثبيط العاطفي مما يعكس إصابة وظيفته النفسية والعلائقية والاجتماعية لديه. ( De Clercq, Lebigot. F, 2001, p109 )

وهذا ما ظهر في خطاب عادل حيث صرح بـ:

✓ "كون نصيب نبعد على الناس باه ماسيتشغلوش بحالتي"

✓ "وهنا في centre ما نجمعش خلاص".

✓ "تحس روحي غريب عليهم **malgré** الجرح واحد"

وآخر زملة عرضية مميزة لاضطراب **PTSD** والذي عاشته الضحية "هو التناذر العصبي الإعاشي" والذي يضم مجموعة من أعراض فرط الاستثارة وسرعة التنبيه كأعراض عصبية إعاشية تظهر نتيجة الرعب والهلع والذعر التي أصبحت عليها الحالة بعد تعرضها للصدمة

الدماغية. ومعاشتها لصدمة جسدية تتمثل في الإعاقة الحركية المكتسبة ما بعد الصدمة الدماغية **hémiplégie post traumatique** ومعاشتها له كصدمة نفسية بالغة الأثر.

فإعادة المعاشة الصدمية المرتبطة بهذه الأعراض تكون نتيجة للتنبهات المرتبطة بالحدث والتي تبقى على شكل آثار ذكراوية مثبتة في الذاكرة كأثار حسية، تهدد نوم الضحية عندما يأتي عنصر واقعي ينشطها في اليقظة. (Damiani. C, 1997, p119)

وبعد هذه التجربة الصدمية والوضعية التي آلت إليها الحالة ظهرت على الحالة أهم عرضية تتدرج ضمن هذا التناذر الإعاشي وهي الصعوبات المتعلقة بالنوم. وهذا ما صرحت به الضحية كقولها :

✓ "مانرقدش خلاص" "بقيت ما نرقد".

✓ "حد الآن ما بقيتش نرقد مليح".

ولم تظهر لدى الحالة نوبات غضب أو هيجان مصحوبة بسلوكات عدوانية، كما أصبحت الضحية تعاني من حذر ويقظة شديدة مع صعوبة الاسترخاء وهذا ما ظهر في خطابها من خلال:

✓ "وليت مانعرف علاه بقيت نتخطف ونتخلع".

✓ "وليت كي نخم في واش صرالي ،ننسى لحوايج لخرين".

كما ظهر عند الحالة صعوبات في التركيز والانتباه خاصة عند ضحايا الصدمة الدماغية. حيث يعانون من مشاكل إدراكية واضطرابات في فهم الفضاء مما يجعلهم يحسون بأنهم في عالم غريب، ويجدون صعوبة في الاكتساب والتركيز ومشاكل نسيانية وهذا قد يخلق لديهم شعور بالانهيار والانكسار وعدم التنظيم في الحياة فردية، كما يفقدون الرقابة على الأحاسيس والتفكير والأفعال وهذه التغيرات المقلقة تلاحظ خاصة بعد معاشة صدمة دماغية وهذا ما ظهر في قول الحالة من خلال:

✓ "ماعلاباليش وين راني".

✓ "تايه برك".

✓ "ماني فاهم والو".

✓ "فقدت التحكم اللي كان عندي بكري قبل l'accident".

وهذا ما يدل أن الحالة تناست أو تنسى بعض التفاصيل المتعلقة بالحدث كشكل من أشكال الكبت لبعض الوقائع التي فاقت جهازها النفسي في قدرته على ارضانها.

وفي الأخير يمكن أن نستخلص وفقا لما ورد في خطاب الحالة من مؤشرات تدخل ضمن المحكات التشخيصية لاضطراب الضغط ما بعد الصدمة PTSD وحسب النسب المئوية المتعلقة بإعادة المعيشة الصدمية لحدث "الصدمة الدماغية" في شكله الحاد.

رابعا :أهم الآثار النفسية المترتبة عن الصدمة الدماغية:

يعايش ضحايا الصدمة الدماغية إحدى التجارب المدمرة سواء للمصاب أو لعائلته، إذ تعاني الضحية من مجموعة من المتغيرات النفسية المقلقة كون هذه الصدمة الجسدية تخلف عند ضحاياها عجزا حركيا(إعاقة ما بعد الصدمة )وشللا اجتماعيا ومهنيا وصعوبات علائقية وفيزيائية ونفسوعاطفية وسلوكية.وكذلك تخلف هذه الصدمة المخية مجموعة من التناذرات النفسوصدمية خاصة في مرحلة ما بعد الصدمة وبعد معايشة عجز حركي واضح،ومن أهم هذه الآثار النفسية التي يعايشها الضحية ما بعد الصدمة الدماغية هو إحداث تغيير كبير في الهوية الجسدية والنرجسية بسبب فقدانها لتكامل جسدها.(الشلل النصفي حسب حالة عادل)، أين أصبح جسده يعايشه بطريقة مضطربة لأنه فقد وظيفته وتكيفه الطبيعي (أصبح عادل معاق بعد تعرضه للصدمة الدماغية الخطيرة ) وهذا ما أدى إلى إصابة في الأنا وفي زعزعة كيانه النرجسي،أين أصبحت الضحية تعاني من صعوبة في تقبل الوضع الجديد والتكيف معه لأنها شعرت في لحظة أنها لم تصبح الشخص الذي كان في السابق.

فضحايا الصدمة الدماغية ينتقلون من جسم سليم إلى جسم ضعيف وعاجز، وهذا ما أدى إلى تغيير في صورة الذات لدى عادل، والعديد من المصابين من جراء الصدمة المخية يعانون من تشوه كبير في إدراك ذواتهم التي تمثل بتر وانكسار حقيقي للفرد وتؤدي فيما بعد إلى اندماج سيئ في المحيط العلائقي الاجتماعي وحتى المهني، كما قال **Ferenczi** "أن الصدمة تكون جسدية خالصة أو نفسية خالصة، وأن الصدمة الجسدية تكون دائما نفسية وتتضمن انهيار الشعور بالذات". (Ferenczi. S, 1982, p139- 140).

وهذا ما ظهر في حالة عادل خاصة عند اكتساب الإعاقة الجسدية بعد الصدمة الدماغية (**hémiplégie-post-traumatique**) تولد لدى الضحية الشعور بالعجز والنقص. وهذا ما عبرت عنه في خطابها:

- ✓ "نبات نخم كيفاه تبدلت حياتي".
- ✓ "ماعرفتش روعي".
- ✓ "إنسان بلا مخ".
- ✓ "خسرت صحتي هذاك هوراس مالي".
- ✓ "حياتي هكل دمار".
- ✓ "وليت مشلول".

"والصدمة الدماغية لها أبعاد ذات عنف رمزي لأن الرأس يحمل قيمة رمزية في الأنا".  
(Osson.D ,2004)

وفي حالة عادل بعد معايشة هذه الخبرة المؤلمة، انتابته حالة نفسية صعبة تبعا للوضعية الذي يمر بها وكذا الأثر النفسي الذي تركته على نفسية المصاب وحياته العامة خاصة بعد أن أصبح معطلا عن أداء تكيفه الطبيعي ووظائفه الاعتيادية السابقة (قبل الحادث) مما خلقت لديه جرحا نرجسيا واضطراب كبير في صورة ذاته. حيث أصبحت الضحية ترفض الوضعية التي سببت لها الإعاقة، فأصبحت تشعر أن جسدها فقد مظهره الجمالي والقيمة

التي تنحصر في فقدانه "تكييفه الطبيعي" والذي أفقده التعزيز النرجسي لذاته، فعندما تضطرب صورة الجسم تضطرب معها صورة الذات لدى الضحية مما يعكس إصابة نرجسية عميقة بعد فقدانه لصحته وسلامته الجسدية، فتصاب صورة ذاته في عمقه، كما تفقد الضحية حبها لنفسها وكذا إمكانية الحب نحو مواضيع أخرى. (Damiani.C, 1997)

وهذا ما عبرت عنه الضحية "عادل":

✓ "كرهت روحي بعد ما شفت صحي راحتي".

وقد ينجم عن معايشة الصدمة الدماغية الشعور بالذنب الذي يلزم الضحية أين تعزو الوضعية التي تمر بها وخسارتها الجسدية إلى نفسها وأنها هي الملامة الوحيدة على ذلك، فيقوى الألم النفسي والتحسر على مآل إليه الوضع كذلك أعزى عادل مسؤولية ما حدث له إلى نفسه. وهذا ما ظهر في خطابه:

✓ "السبة من عندي".

✓ "ظلمت روحي بزاف".

✓ "كون نخرج من السبيطار إن شاء الله يقدرني ربي نقري ابني مليح، باه ما يخرجش ماصو ويصرالو نفس الشيء".

وتفجر لدى الضحية شعور بأنها السبب في المأساة النفسية التي تعيشها العائلة، وهذا في قولها:

✓ "تقول واش درت لقمة العيش مره، والدنيا تلعب بيا".

✓ "كيفاه نصرف على المرأة والأولاد العائلة كبيرة".

مما عكس اشتداد المعاناة النفسية لديها بسبب الوضعية المزرية التي تمر بها العائلة.

كذلك في حالة عادل مر بوضعية اكتبائية ناتجة عن فقدان شخص عزيز اثر وفاة صديقه أثناء حادث الصدمة الدماغية ،مما تولد لديه الشعور بالفقدان وهذا ما عبرت عنه الضحية في خطابها كالتالي :

✓ " مازلت نكذب في الشيء اللي سمعتو".

✓ "الشيء اللي مررت به ما يتصدقش".

وقد لمسنا في خطاب عادل بعض المؤشرات الاكتبائية الأخرى ناتجة عن معايشة الصدمة الدماغية نتيجة الأثر النفسي للحدث والألم النفسي الذي يحدثه. تمثلت في رغبته في موته لوضع حد لمعاناته وألمه النفسي "لكن عادل لم يفكر في الانتحار"، لكن يشعر بالأسى والحزن لما وصلت إليه حالته ووضع عائلته ما بعد الصدمة الدماغية وأنه يبقى طول حياته مقعدا. وهذا ما صرح به عادل:

✓ "ساعات نقول كوغير مت في l'accident".

✓ "تقول في قلبي كوغير مت باه نتهنى من هذه الوضعية".

✓ "اللي رحتلو صحتو يحفر قبرو بيدو".

ومن أهم النتائج النفسية المترتبة عن تجربة الصدمة الدماغية هو الشعور بمستقبل مسدود، ومصير مجهول خاصة في حالة اكتساب إعاقة حركية تعيق تكيف الفرد مع الوضعية الجديدة وتراجع الأداء الاجتماعي والمهني وصعوبات عائلية ما بعد الصدمة الدماغية المخية. وهذا ما ظهر في وضع عادل أين شعر بحياة مستقبلية مبهمة وغير واضحة المعالم فهو في حالة كفاح مرير مع الوضع الجديد:

✓ "مصيري عند ربي".

✓ "ما علاباليش واش حاندير ما بعد".

✓ "كل شيء غامض بالنسبة لي".

وعليه يمكن أن نخلص أن الحالة عايشت بعد تجربة الصدمة الدماغية صدمة نفسية مؤلمة بالغة الأثر على نفسياتها اتسمت بإعادة معايشتها للخبرة الصدمية السلبية والمؤلمة المترتبة عن حدث الصدمة الدماغية على شكل اضطراب PTSD أو اضطراب الضغط ما بعد الصدمة. إضافة إلى معاناة أخرى تمثلت في صدمة أخرى نسميها صدمة جسدية تجسدت أولاً في الإعاقة الحركية المكتسبة "الشلل النصفي" ما بعد الصدمة الدماغية أين أصبحت الضحية تعاني من آثار نفسية ما بعد الصدمة المخية بسبب فقدانه "التكيف الطبيعي"، مما أصبح يعاني من صعوبة التكيف والتعايش وتقبل الوضع ما بعد الصدمة الدماغية مما قد تنامي لدى الحالة الشعور بالعجز والشعور بالنقص مما شكل لديها صعوبة في إعادة الانخراط من منظومة الحياة من جديد. وأصبح من معاق حركياً إلى معاق اجتماعياً ومهنياً بسبب الظروف الاجتماعية والمهنية التي أصبح يعايشها ما بعد وضعية الإعاقة الناجمة عن الصدمة الدماغية، وأصبح يرسم لنفسه صورة المذنب معتبراً أنه السبب في الظروف التي آلت إليه وضعية عائلته مما زاد من معاناته النفسية وقسوة الوضع ما بعد الصدمة الدماغية.



## 1-2- عرض الحالة الثانية:

### أ. تقديم الحالة الثانية:

هاني شاب مراهق يبلغ من العمر 19 سنة من ولاية بجاية ينتمي إلى عائلة مكونة من الأب و الأم و 5 إخوة، أختين متزوجتين في كندا و 3 ذكور، أين يحتل المرتبة الرابعة في ترتيب أسرته.

إن هاني ينتمي إلى عائلة متكاملة الأركان أين كان يعيش ضمن ظروف اقتصادية ومعيشية ممتازة بالدرجة الأولى. ويقطن وسط مدينة بجاية في منطقة سكنية جد حضارية، وأثناء سيره المقابلة صرح هاني أنه كان يعيش ضمن محيط أسري وظروف علائقية واجتماعية آمنة، وقبل تعرض الضحية إلى إصابة في الدماغ تتمثل في حدث الصدمة الدماغية صرحت أنها كانت تعيش مراهقتها ضمن مناخ طبيعي.

وهذا المراهق الشاب كانت أحلامه بسيطة لكن طموحاته كبيرة أين كان يطمح إلى تحقيق مشروعه الدراسي المتمثل في إنهاء مرحلة الثانوية بالنجاح في شهادة البكالوريا والانتقال إلى الحياة الجامعية، والذي كان متفوقا في كل أطواره التعليمية و حاصل على تقديرات وامتيازات في مساره التعليمي أين صرحت الضحية أنها كانت منخرطة ضمن منظومة الحياة العادية و المطمئنة، وفي نفس السياق كان يأمل في تحقيق مشواره الرياضي إذ كان هاني لاعب كرة قدم في إحدى الفرق المهمة لكرة القدم في بجاية هو فريق **JSMB** حيث كان متفوقا في أدائه الكروي، أين كان يتمتع بجسم سليم و مستوى تعليمي و ثقافي جيد و هذا ما لمسناه أثناء سير الخطاب و توظيفه لمصطلحات لغوية تعكس مدى نمط تربيته و اجتهاده في تحقيق مكانة اجتماعية محترمة فيما بعد . وصرح هاني أنه كان يأمل أن لا تتلاشى هذه الأسطورة من الحياة المستقرة و الهادئة إلى أن بدأ يروي قصة معاناته النفسية التي آل إليها الوضع بعد المعاشية المؤلمة لحدث الصدمة الدماغية، حيث صرحت الحالة أنها كانت

منهمكة في التحضير لشهادة البكالوريا آملة في النجاح التوفيق إلا أن الفترة الأخيرة من قبل اجتياز امتحان شهادة البكالوريا، اتصل به المدرب لمباشرة التدريبات الرياضية للقاء مرتقب مع إحدى الفرق الرياضية حيث ألح عليه المدرب للالتحاق بفريقه الرياضي، حيث صرح هاني بكل أسى و إحباط و هو يستحضر تفاصيل المعاش الصدمي المؤلم والمروع والذي انحرفت و ترسخت في ذاكرته كل مشاهدته، وصدماته، ونكباته، والذي شكل لعائلته فيما بعد صدمة حقيقية لا تنتهي دوامتها أبدا.

ومن مفارقات الحياة وأزماتها حدث أن هاني تعرض أثناء لعبه مع فريقه إلى حادث الصدمة الدماغية من جراء رميه للكرة عن طريق ضربة المقص « **Coup ciseaux** ».

وهذه الضربة هي كانت القاضية والسبب الرئيسي في فقدانه الحركة لفترة طويلة، حيث صرح هاني وهو يعيش تلك اللحظات القاسية أنه تأسف لما آلت إليه حياته ووضع أسرته خاصة والديه اللذين كانا يأملان بنجاحه في شهادة البكالوريا، أين تبخرت أحلامهم المشروعة في ابنهما و قصتها ضربة المقص وهو يحكي كل هذا ببكاء و ندم شديدين.

وعن ظروف استشفائه تحدثت الضحية أنها عايشت معاناة نفسية وانفعالية شديدة لا يمكن محوها من رفوف ألامه و ذكرياته التي ظلت كابوسا خانقا على نفسه، حيث شكل حدث الصدمة الدماغية لدى هاني انكسارا و تدميرا لمساره الشخصي والأسري ونقطة سوداء في حياته لا يداويها بياض الأمل.

حيث تحدث هاني عن لحظة إسعافه إلى المستشفى وحتى من قبل في مكان الحدث عن شعوره بالذهول و الهلع وحالة الجمود التي اكتسحت جسده ووظائف الوعي والإدراك للعالم الخارجي. بالإضافة إلى إحساسه باقتراب النهاية وأنه لن يعود مثل السابق، ثم نقل إلى مستشفى بجاية أين تم تحويله لاحقا إلى مستشفى تيزي وزو، أين خضع هاني إلى المراقبة العصبية والفحص العصبي الذي أثبت مع التشخيص الطبي أنه تعرض لصدمة دماغية

سببت له في كسور خطيرة على مستوى الجمجمة، ومن خلال الاطلاع على الملف الطبي والمقابلة مع الطبيب المعالج، حيث تبين أن هاني خضع إلى سلسلة من الفحوصات التشخيصية بدءا بفحص حالة النشاط العام **Examen de l'état générale** حيث أثبت التشخيص أن الضحية كانت تعاني من فقدان الحركة مع حالة وعي مستقرة، و كذلك الفحص العصبي **Examen neurologique** أظهر أن هاني تعرض لإصابة مركزية في الدماغ **atteinte centrale** مع أن الحالة العصبية مضطربة تتميز بحالة إنذار وتوتر شديدين.

مع استكمال المراقبة الطبية في مصلحة الصدمات **service de traumatologie** أثبت الفحص العظمي **examen orthopédique** عن وجود كسور على مستوى الرقبة أين دخل المريض في مرحلة حرجة من الوضع ما بعد الصدمة الدماغية، واستكمل مسار المراقبة الطبية لوضع هاني للوظائف الإعاشية **les fonctions végétatives** أين ثبت من التقرير الطبي الأخير ضرورة خضوع هاني إلى العملية الجراحية على مستوى الرأس والرقبة وهي أصعب العمليات الجراحية والتي استمرت لساعات طويلة أين أجريت له عمليتين جراحيتين في آن واحد.

وفي نفس الوقت في ظل انتظار التقرير النهائي ما بعد الجراحة دخل هاني إلى مرحلة الغيبوبة لمدة شهر كامل. وبعد هذه الفترة الحرجة من المعاناة النفسية و الجسدية والدماغية عايش هاني وضعاً آخر ما بعد الصدمة الدماغية هو صدمة الإعاقة الجسدية خلقت لديه عجزا دراسيا و شللا اجتماعيا فيما بعد، حيث صرحت الضحية أنها انصدمت في عمقها وانهار شعورها بذاتها و فقدت في لحظة كل معالم الحياة السابقة و تهدد شعورها بالأمان أين تزعزعت لديها من جراء الصدمة الدماغية كينونتها الجسدية والنفسية و تولد لديها شعور بالعجز والنقص و صعوبة تقبل و التكيف مع الوضع ما بعد الصدمة الدماغية. حيث صرح هاني عن فقدانه معنى وجوديته مع هذا الجسد المعاق والعاجز والذي خلفته الصدمة

الدماغية "ضربة المقص" من وضعية العجز و القصور الحركي عما كان عليه سابقا، أين انتقل من جسم سليم إلى جسد مريض و معاق فاقد الأهلية السابقة و تكيفه الطبيعي.

حيث صرح هاني أنه بدأ رحلة الكفاح مع مرضه الجديد فهو أصبح يعاني من إعاقة ما بعد

**. tétraplégie post traumatique** الصدمة الدماغية

وفي نفس السياق صرح هاني أنه خضع لإعادة التكيف و التأهيل الوظيفي بهدف استرجاع وظائفه المفقودة و محاولة تحسين الحالة الصحية و العظمية لفترة طويلة في مستشفى "راس الماء"، أين أصبح هاني يتعايش مع الوضع ما بعد الصدمة الدماغية بصعوبة شديدة وانهارت لديه كل الأهداف المستقبلية حيث أصبح في مرحلة كفاح ومضاربة مع المرض والإعاقة.

ب. تحليل مضمون المقابلة:

1- تقطيع الخطاب إلى وحدات المعنى:

- 1) مالي صرا تلي **l'accident** حبست القرابة و حبست كل شيء.
- 2) كي رحت شوفي واش صرالي.
- 3) شوفي وين وصلني **le ballon**.
- 4) خلعت وتقلقت.
- 5) قلت خلاص.
- 6) ما بقالي والو.
- 7) حتى الهدرة ما نهدرش.
- 8) ما تزغد **ni** يدي **ni** رجلي **ni** والو.
- 9) حاجة ما تتحرك في.
- 10) الشيء لي تفكرتو **l'entraîneur** قاعد يعيط عليا و شبع بكى عليا مسكين.
- 11) هو خاطي السبة و ما عندو ما يدير.
- 12) جاني **choc**.
- 13) ما كنتش حاط في بالي يصرالي هذا الشيء كامل.
- 14) في هذيك الدقيقة خمت غير في والدي كانوا حابيني نجيب **le bac**.
- 15) كنت علاجالهم حاب نجيب **le bac**.

- (16) كانوا يقولولي أقرا **au moins** تجيب **le bac** باه تفرحنا.
- (17) كي طحت قلت خلاص رحتم فيها **jamais** نولي كي بكري.
- (18) وليت ما عادش نوض.
- (19) في بلاصتي حاجة ما تتحرك فيا.
- (20) حتى الهدرة ما نهدرش.
- (21) كي طلعونني في **l'ambulance** قلت خلاص.
- (22) عرفت روعي بلي راني **grave**.
- (23) كنت **conscient**.
- (24) كنت نعقل بلي دايرين بيا و نعقل صحابي.
- (25) ما فقدتتش الذاكرة.
- (26) ما قدرتش **verbaliser**.
- (27) شغل ما حلقت عيني وليت غير نبكي داخلي.
- (28) لقيت والدي يما و بابا و قاع **la famille** توالي و خوتي قاع بيكو.
- (29) حسيت روعي مش مليح وليت نبكي.
- (30) الأيام الأولين كنت ما نهدر مع حتى واحد.
- (31) قلت خلاص ما عادش نرجع كيما بكري.
- (32) سوفريت **après l'opération**.

- (33) والله غير سوفريت حبس قلبي 4 خطرات.
- (34) كنت ما نهدر مع حتى واحد.
- (35) **à part** يما و بابا ما نهدر مع حتى واحد.
- (36) وليت ما نحبش نشوف حتى واحد.
- (37) قلت خلاص ما بقالي والو.
- (38) كنت ما نحب نشوف حتى واحد من **les joueurs** صحابي.
- (39) وليت **déprimé**.
- (40) شغل مانيش في الحياة.
- (41) حياة بلا معنى.
- (42) شغل ما بقالي والو.
- (43) في السبيطار كنت نحس بلي راني وحدي.
- (44) غريب حتى على روجي.
- (45) ما عرفتش حتى روجي.
- (46) قاعد نخم في واش صرالي.
- (47) ديما نتفكر **la scène** لي صراتلي.
- (48) نتفكر كيفاش كنت و كيفاه وليت.
- (49) كل شيء نعاود نشوفوا.

- (50) كلي راني نعيش فيه درك.
- (51) ما يخطينيش خلاص واش عشت.
- (52) ديما يجيوني **les cauchemars** وكوابيس الصدمة لي عشتها.
- (53) يجيوني بزاف **les cauchemars**.
- (54) **surtout cauchemar** كي طحت.
- (55) ما يخطينيش خلاص.
- (56) كي نبغي ننعس يجيني هذاك الكابوس.
- (57) **surtout** كي طحت.
- (58) نولي نتخلع و نقعد فاطن.
- (59) ما نرقدش مرة.
- (60) ما نرقدش خلاص.
- (61) نقعد الليل كامل ما ترقدش.
- (62) كنت نتفكر واش صرالي.
- (63) **surtout la scène** كي طحت ما خطانيش.
- (64) كنت كي ننعس في الليل نتخلع.
- (65) ما نرقدش حتى الصباح.
- (66) كل شيء يتعاودلي.



- (67) نشوف غير **l'action** كي طحت في **les cauchemars**.
- (68) كي نشوف **l'action** تاع الطيحة نولي نطقن و نتخلع.
- (69) كي نتفكر هذيك **l'action** نولي نوض.
- (70) كل ما نشوف خيالات الصدمة تاع الطيحة اللي صراتلي نطقن و نتخلع.
- (71) ما نوليش نرقد.
- (72) هذا كل شي يصرالي بعد ما نتفكر و انشوف هذيك **l'action** كي طحت.
- (73) **surtout** هذيك **l'action** كي نشوفها نوض.
- (74) يجيوني خيالات الصدمة بزاف في النهار و كثر في الليل.
- (75) هذا الشعور نعاود نعيشو شحال من مرة.
- (76) كلي راهو يصرالي من جديد.
- (77) **scène** كي طحت كلي صراتلي درك.
- (78) **à chaque fois** نتقلق وما نكونش مليح نقعد غير نبكي باش نريح.
- (79) يجي في بالي كل شيء صرالي.
- (80) و نعاود نحس به.
- (81) كلي راني درك طحت.
- (82) وليت نتقلق كل ما نتفكر هذيك الطيحة **surtout** في الليل.
- (83) **c'est difficile** كيفاه كنت نجري **d'un seul coup** وليت في الفراش.

- (84) كنت نتقلق ما نرقدش خلاص.
- (85) ما نحبش نهدر مع الناس قاع و نجنبهم خلاص خطراه يفكروني بـ **l'accident**.
- (86) كيفاش واحد يكون و كيفاش يولي.
- (87) وليت نتقلق من الناس كي يقولي واحد مسكين ويهدرولي على **l'accident** عليها **n'eviter** هم .
- (88) عليها مانحبش نكون مع الناس.
- (89) مانحبش نهدر مع حتى واحد.
- (90) ما نحبش واحد يقولي عاجز.
- (91) ما نحبش نسمع كلمة **handicapé** خلاص.
- (92) كي تلقيت الخبر بلي وليت **paralysé** كي الصاعقة.
- (93) جاني **choc** كبير ما قدرتش نخرج منو.
- (94) وليت ما نهدر مع حتى واحد.
- (95) نحب نقعد وحدي.
- (96) **après l'accident** وليت **agité**.
- (97) نعيط على **les infirmières** وما نحبش ندير **traitement** تاعي.
- (98) وليت بسبة الوضع لي راني فيه .
- (99) ما قدرتش نتقبل لخبر والصدمة بلي وليت **paralysé**.

- (100) وليت وحدي برك **surtout** كي قالي الطبيب ما عاوش تتوض.
- (101) كي وليت مانقدرش نوض و **paralysé** وليت نقصت الرغبة عندي في حوايج كنت نشتيهم قبل **l'accident**.
- (102) ما نحبش نركب **le moto**.
- (103) ما نحبش **sport** خلاص كيما بكري.
- (104) **surtout** ما عدتش نحب **le ballon**.
- (105) ما نحبش نولي نروح **les stades** كيما بكري.
- (106) وما نحبش نشوف **les matchs**.
- (107) **n'éviter** بزاف **l'image** لي تفكرني بـ **l'accident** وبلي ما نقدر ندير والو.
- (108) **n'éviter** الناس لي كيبي أنا باه ما يفكرونيش في هذيك الطيحة.
- (109) كي نشوف **la chaise roulante** واللا **handicapé** نعاود نعيش واش صرالي بتفاصيلو.
- (110) هذيك **la scène** ما قدرتش ننساها ديما نتفكرها.
- (111) أنا ما نقدرش نقعد على **la chaise roulante** ونخرج برى تفكرني بالمرض.
- (112) كي راحت صحتي ما بقالي والو.
- (113) ولات ما عندي رغبة **ni** في القرابة و **ni** في حتى حاجة.
- (114) ما بقالي حتى نعيش في الحياة بعد ما صرالتلي الإعاقة و **l'accident**.
- (115) ما نحبش نهدر مرة على **L'accident**.

- (116) وليت نحب نقعد وحدي.
- (117) ما نهدر مع حتى واحد.
- (118) وليت نتقلق وتثور في لينار كي واحد يجبدلي على **l'accident**.
- (119) وليت مانحبش نولي لهذيك اللحظة.
- (120) الناس لخرين **n'éviter** هم خلاص.
- (1\_120) ما نحبش نرجع لهذيك الدقيقة لي عشتها.
- (121) نروح لبلايص لي ما نشوف فيهم حتى واحد.
- (122) نحب نقعد غير وحدي.
- (123) **n'éviter** لغاشي.
- (124) الرقاد ما نرقدش خلاص.
- (125) ما بقتيش نرقد خلاص كيما بكري.
- (126) ما يجينيش النعاس خلاص.
- (127) ما نرقدش خلاص **surtout** في الليل.
- (128) وليت كل دقيقة نتقلق ما نعرف علاه.
- (129) تلقايني نتهاوش هنا في السبيطار مع لي يديرولي **le massage**.
- (130) ما نعرفش علاش وحدي نعيط عليهم.
- (131) وليت ننفل بسرعة.

- (132) وليت نحب نقعد وحدي.
- (133) وليت نحمق بزاف.
- (134) نولي نعيط ومنتلق في النهار.
- (135) ولي يجيني **le stress** بزاف بعد **l'accident**.
- (136) نقعد غير جابد روجي **surtout** كي ندير **la rééducation**.
- (137) وليت نوخذ حذري لا نطيح.
- (138) نخاف ندير **un faut geste** لنعاولد نتكسر عليها نقعد متقطن مع حالتني.
- (139) كي نقعد وحدي نقعد غير نخم و نتفكر مرض نتاعي وفي واش صرالي.
- (140) عندي تلاق عليها مركزش.
- (141) كيما القراية وليت ما نقدرش نقرى.
- (142) كيما صحابي يجبولي **les livres** القرآن ما نقدرش نقرى خلاص.
- (143) وليت كي نقعد مع **la famille** غير تايه.
- (144) مانتوله لوالو كلي في **monde** أواخر.
- (145) بعد ما راحت صحتي وليت ما نتوله لوالو.
- (146) **Surtout la chaise roulante** ما نحبش نقعد فيها غير هنا في السبيطار.
- (147) تبدلت بزاف **la preuve** وليت معوق.
- (148) **des fois** نشوف روجي **la faute** من عندي.

- (149) نقول في بالي كون غير ما رحتش نلعب البالو.
- (150) كون رحت لبحر ما درتش براي **l'entraîneur**.
- (151) نقول أنا السبة ما فرحتش والدي حابيني نجيب **le bac**.
- (152) ندمت على رأيي صح.
- (153) نقول كو غير تبعت قرأيتي و خلاص.
- (154) كنت قادر نجيب **le bac** وندخل لـ **l'université**.
- (155) **des fois** نلوم على روعي صح.
- (156) راحت حياتي و صحتي و كل شيء مليح كان بيانلي.
- (157) راحت **ma jeunesse**.
- (158) وليت **handicapé**.
- (159) حتى **le corp** نتاعي وليت ما نحسش به.
- (160) ما كانش قد واحد كان يجري و دقيقة يخسر كل شيء.
- (161) ماني نخم **ni** على المستقبل **ni** على والو.
- (162) وما علاباليش كيفاه يكون المستقبل من بعد.
- (163) بعد ما صراتلي **l'accident** ولات ما عندي حتى **avenir**.
- (164) وليت نخم غير على صحتي اللي راحت الصحة هي الصح.
- (165) **J'ai essayé le maximum** باه نحي فكرة المرض من راسي.

166) هنا في السببطار ما نخممش في الحوايج لي ما نقدرش نديرهم باش ننسى شويًا.

167) مانيش متقبل بلي وليت **handicapé**.

2- تجميع الخطاب في وحدات (فئات) المضمون:

ظهرت إعادة معايشة الحدث الصدمي و المتمثل في إعادة معايشة الصدمة الدماغية بالطرق التالية :

المحور الأول: "تأذير التكرار" من خلال:

(أ) كوابيس و أحلام متكررة لها علاقة بالحدث:

.67\_57\_56\_53\_52\_48

(ب) ذكريات و أفكار اقتحامية مزعجة لها علاقة بالحدث:

.139\_110\_63\_62\_57\_56\_55\_53\_52\_51\_47\_46

(ج) الشعور و كأن الحدث سيعاود الوقوع مع ذكره على شكل صور و خيالات:

.109\_81\_80\_79\_77\_76\_75\_74\_66\_50\_49

(د) انزعاج انفعالي شديد لأي تنبيه يستحضر الحدث:

.118\_87\_82\_73\_72\_70\_69\_68\_64\_58

المحور الثاني: السلوكات التجنبية المرتبطة بالحدث الصدمي أو "تأذير التجنب" وقد

ظهرت عند المريض على الشكل التالي:

(أ) تجنب الأماكن أو الأشخاص أو المواقف التي تذكر بالحدث :

.146\_115\_111\_108\_106\_105\_91\_90\_85

ب) طرد الأفكار والانفعالات التي تذكر بالحدث و تجنب الحديث عنه:

.166\_165\_(1- 120)\_119\_107

ج) انخفاض النشاطات و الممارسات التي كانت تمارس من قبل وقوع الحدث:

.113\_106\_105\_104\_103\_102\_101\_1

د) فتور عاطفي ملحوظ خاصة ضعف القدرة على الشعور بالحب:

هـ) الابتعاد عن الآخرين والشعور بالعزلة الاجتماعية:

\_120\_117\_116\_108\_100\_95\_94\_89\_88\_87\_85\_43\_38\_36\_35\_34\_30

.136\_132\_1236\_122\_121

المحور الثالث: أعراض فرط الاستشارة و سرعة التنبيه أو "التناذر العصبي الإعاشي "

أ) صعوبات تتعلق بالنوم:

.127\_126\_125\_124\_84\_71\_65\_61\_60\_59

ب) نوبات غضب أو هيجان مصحوبة بسلوكات عدوانية:

.134\_133\_131\_130\_129\_128\_98\_97\_96

ج) حذر و يقظة شديدين مع صعوبة الاسترخاء:

.138\_137\_135



د) صعوبة التركيز و الانتباه:

.145\_144\_143\_142\_141\_140

المحور الرابع: أهم الآثار النفسية المترتبة عن الصدمة الدماغية

أ) الجرح النرجسي و تغيير في صورة الذات:

\_158\_157\_156\_147\_114\_112\_99\_86\_83\_48\_45\_44\_37\_31\_18\_17

.167\_160\_159

ب) الشعور بالذنب:

.155\_154\_153\_152\_151\_150\_149\_148\_15\_3\_2

ج) الشعور بمستقبل مسدود:

.163\_162\_161

3- تجميع وحدات المضمون في فئات تصنيفية و جدولتها مع حساب النسب المئوية

إعادة المعاشة الصدمية لحدث الصدمة الدماغية عن طريق:

الجدول الأول: تناذر التكرار

النسبة بـ %	التكرار	أشكالها	الفئة التصنيفية الأولى
%15.38	6	أ) كوابيس و أحلام متكررة مزعجة لها علاقة بالحدث الصدمي	تناذر التكرار
%30.76	12	ب) ذكريات و أفكار اقتحامية لها علاقة بالحدث	
%28.20	11	ج) الشعور وكأن الحدث سيعاود الوقوع مع تذكره على شكل صور و خيالات	
%25.64	10	د) انزعاج انفعالي شديد لأي تنبيه يستحضر الحدث الصدمي	
%100	39		المجموع

الجدول الثاني: تناذر التجنب\_ السلوكيات التجنبية المرتبطة بالحدث الصدمي

النسبة بـ %	التكرار	أشكالها	الفئة التصنيفية الثانية
%20.45	9	أ) تجنب الأماكن و الأشخاص أو المواقف التي تذكر بالحدث.	تناذر التجنب
%11.36	5	ب) طرد الأفكار والانفعالات التي تذكر بالحدث و تجنب الحديث عنه.	
%18.18	8	ج) انخفاض النشاطات و الممارسات التي كانت قبل الحدث.	
%0	/	د) فتور عاطفي ملحوظ خاصة ضعف القدرة على الحب.	
%50	22	هـ) الابتعاد عن الآخرين و الشعور بالعزلة عنهم .	
%100	44		المجموع

الجدول الثالث: التناذر العصبي الإعاشي أعراض فرط الاستثارة

النسبة بـ %	التكرار	أشكالها	الفئة التصنيفية الثالثة
%35.71	10	أ) صعوبات النوم.	التناذر العصبي الإعاشي
%32.14	9	ب) نوبات غضب و هيجان مصحوبة بسلوكات عدوانية.	
%10.71	3	ج) حذر و يقظة شديدين.	
%21.42	6	د) صعوبة التركيز و الانتباه.	
100%	28		المجموع

الجدول الرابع: أهم الآثار النفسية المترتبة عن الصدمة الدماغية

النسبة بـ %	التكرار	أشكالها	الفئة التصنيفية الرابعة
%57.57	19	أ) جرح نرجسي و اضطراب صورة الذات.	أهم الآثار النفسية المترتبة عن الصدمة الدماغية
%33.33	11	ب) الشعور بالذنب.	
%9.09	3	ج) الشعور بمستقبل مسدود.	
100%	33		المجموع

### التعليق على نتائج الجداول:

**الجدول الأول: إعادة معايشة الحدث الصدمي المتمثل في حدث الصدمة الدماغية**

بعد القراءة للقيم الظاهرة في الجدول للفئة التصنيفية الأولى لاضطراب الضغط ما بعد الصدمة الدماغية أو ما يعرف بال-PTSD والمتمثل في إعادة معايشة الخبرة الصدمية المؤلمة لحدث الصدمة الدماغية. كأهم وأول عرض للائحة العرضية المميزة لاضطراب ال-PTSD أو ما يسمى "بتناذر التكرار" فظهر أولا لدى الحالة إعادة معايشتها للحدث الصدمي المؤلم "الصدمة الدماغية" على شكل أحلام و كوابيس تكرارية مزعجة بنسبة أقل قدرت بـ 15.38%، مقارنة بالنسبة المئوية الأخرى لنفس الفئة التصنيفية الأولى المميزة لاضطراب الضغط ما بعد الصدمة تحت لائحة عرضية تسمى بتناذر التكرار، ثم تتدرج في نفس هذه الفئة التصنيفية بنسبة 30.76% للشكل الثاني من إعادة معايشة الخبرة الصدمية هو الذكريات و الأفكار الاقتحامية التي لها علاقة مع حدث الصدمة الدماغية كأكبر نسبة مئوية في الفئة التصنيفية الأولى المميزة لتناذر التكرار، و ظهر لدى الحالة وهذا ما يبدو في خطابها إعادة معايشة حدث الصدمة الدماغية على شكل انطباعات فجائية التي تتمظهر على شكل شعور بأن الحدث سيعاود الوقوع مع تذكره على شكل صور و خيالات بنسبة تمثلت بـ 28.20%، متقاربة مع النسبة المئوية التي ظهرت في خطاب الحالة لمؤشر الانزعاج الانفعالي الشديد لأي تنبيه يستحضر الحدث الصدمي المتمثل في الصدمة الدماغية لنفس الفئة التصنيفية الأولى "تناذر التكرار" المميزة لاضطراب الضغط ما بعد الصدمة PTSD بنسبة قدرت بـ 25.64%.

### الجدول الثاني: السلوكات التجنبية المرتبطة بحدث الصدمة الدماغية

بعد معايشة الضحية للصدمة الدماغية تبنت سلوكات تجنبية بعد معايشة هذه الخبرة المؤلمة حيث تتدرج ضمن اللائحة العرضية المميزة لاضطراب الضغط ما بعد الصدمة أو PTSD كثاني أهم مجموعة عرضية رئيسية المتمثلة على شكل فئة تصنيفية ثانية "تناذر التجنب". حيث ظهرت بعض المؤشرات لهذه الفئة التصنيفية في خطاب الحالة على شكل نسب

مختلفة، فظهر عند المفحوص المؤشر التجنبي للأماكن والأشخاص أو المواقف التي تذكر بالحدث بنسبة تراوحت بـ 20.45 % كثاني نسبة مرتفعة بالنسبة للمجموعة العرضية الثانية لتتأخر التجنب، ثم ظهر في خطاب المفحوص كثاني مؤشر ضمن السلوكيات التجنبية المرتبطة بحدث الصدمة الدماغية يتمثل في انخفاض النشاطات والممارسات التي كانت من قبل حدث الصدمة الدماغية بنسبة متمثلة بـ 11.36% كأضعف نسبة في المجموعة العرضية المميزة "لتأخر التجنب"، ثم ظهر مؤشر ثالث لنفس الفئة التصنيفية لهذا التأخر المميز لاضطراب الضغط ما بعد الصدمة الدماغية الذي ظهر على شكل انخفاض في النشاطات و الممارسات التي كان قبل وقوع حدث الصدمة الدماغية و ظهر عند الفحوص كأكبر مؤشر ضمن السلوكيات التجنبية التي سلكها بعد معاشته لتجربة الصدمة الدماغية هو الابتعاد عن الآخرين و الشعور بالعزلة الاجتماعية و الانسحاب الاجتماعي بنسبة 50%.

#### الجدول الثالث: التأخر العصبي الإعاشي

يتضمن هذا الجدول مجموعة من أعراض فرط الاستثارة والتنبيه الناجمة عن حدث الصدمة الدماغية. وهذه الأعراض الإعاشية التي يتم معاشتها من طرف الحالة ناجمة عن حالة الضغط ما بعد الصدمة، حيث يمثل التأخر العصبي الإعاشي كالثالث مجموعة أو لائحة عرضية يكتمل بها الجدول العيادي المميز لاضطراب PTSD حسب المعايير التشخيصية لهذا الاضطراب في DSM4. حيث استثار لدى الحالة أشكال متعددة في هذه الاضطرابات الإعاشية و كأولها صعوبات تتعلق بالنوم حيث ظهرت كأكبر نسبة ضمن هذه الفئة التصنيفية الثالثة تمثلت بـ 35.71 %، ثم يليها الشكل والوجه الثاني للاضطراب الإعاشي الذي يتمثل في نوبات الغضب و الهيجان المترافقة بسلوكيات عدوانية كثاني مؤشر مرتفع مقارنة بالأشكال الأخرى لنفس الاضطراب تمثلت بـ 32.14 %، وفي نفس السياق ظهر في خطاب الحالة مؤشر ثالث المتمثل في الحذر واليقظة الشديدة مع صعوبة الاسترخاء بنسبة ضعيفة مقارنة بالأشكال الأخرى من الاضطراب الإعاشي بنسبة قدرت بـ 10.71 %، وفي

نفس اللائحة العرضية ظهرت لدى الحالة صعوبات في التركيز والانتباه بنسبة قدرت بـ 21.42% .

#### الجدول الرابع: أهم الآثار النفسية المترتبة عن حدث الصدمة الدماغية

حسب حالة هاني ظهرت لديه مجموعة من الآثار النفسية الناجمة الخبرة الصدمية المؤلمة. والتي عايشها على شكل صدمة نفسية ناتجة عن الصدمة الدماغية تمثلت في لائحة من التظاهرات النفسية تعبر عن المعاناة النفسية المؤلمة و القاسية عن خبرة الحدث الصدمي وتأثيره على نفسية الضحية "هاني".

و حسب القيم الظاهرة في الجدول لهذه الفئة التصنيفية الرابعة ظهر لديه أهم عرض نفسي على شكل جرح نرجسي و اضطراب في صورة ذاته بنسبة قدرت بـ 57.57% كأكبر مؤشر في هذه المجموعة العرضية النفسية لتتأزر الضغط ما بعد الصدمة أو ما يعرف بالـ **PTSD**.

وفي نفس السياق عبرت الضحية عن ألمها النفسي الناجم عن خبرة حدث الصدمة الدماغية كثاني أهم مؤشر نفسي لهذه المجموعة العرضية النفسية حيث ظهر بنسبة مرتفعة قدرت بـ 33.33% على شكل شعور بالذنب، ونجم عن المعاشة المؤلمة لحدث الصدمة الدماغية أهم نتيجة نفسية صدمية تمثلت بشعور الضحية بمستقبل مسدود، وهذا ما ظهر في خطابها بنسبة قدرت بـ 9.09% كأضعف مؤشر مئوي للعرضية النفسية لاضطراب **PTSD**.

تجميع مختلف الفئات التصنيفية التي ظهرت في خطاب الحالة:

النسبة ب %	التكرار	الفئات التصنيفية
27.08%	39	إعادة معايشة الحدث الصدمي تناذر التكرار
30.55%	44	السلوكات التجنبية المرتبطة بالحدث الصدمي
19.44%	28	أعراض فرط الاستثارة
77.07%		اضطراب الضغوط التالية للصدمة
22.91%	33	الآثار النفسية للصدمة الدماغية
%100	144	المجموع

انطلاقاً من قراءة الجدول العام الذي يضم مختلف الفئات التصنيفية لمضمون خطاب هاني نجد أن إعادة معايشة الحدث الصدمي "الصدمة الدماغية" عن طريق تناذر التكرار بنسبة 27.08%، وظهر تناذر "التجنب" الذي يندرج ضمنه مجموعة من الأعراض التجنبية بأكبر نسبة مقارنة بالفئات التصنيفية الأخرى بنسبة قدرت بـ 30.55%، وظهر بنسبة أقل التناذر الإعاشي بنسبة قدرت بـ 19.44% .

وعليه يمكن أن نخلص إلى أن هاني يعاني من اضطراب الضغوط التالية للصدمة بعد تعرضه لحدث الصدمة الدماغية بنسبة تعادل 77.07% مقارنة بالفئات التصنيفية الأخرى أما فيما يخص عن الأعراض النفسية الصدمية بعد تعرض هاني لحدث الصدمة الدماغية قدر بـ 22.91% و هذا ما ظهر في خطابه.

#### 4- تصنيف المحتويات:

إن ضحايا الصدمة الدماغية الخطيرة ينصدمون بواقع جديد و جسد مختلف عما كان عليه سابقا، فحدث الصدمة الدماغية يمثل في حد ذاته حدثا صدميا عنيفا أين تشهد الضحية تهديدا حقيقيا لوحدتها الجسدية وعاشت خطر التهديد لحياتها وخطر الموت المحتم وهذا الحدث المؤلم خلف جروح خطيرة، وهذا ما حدث في حالة هاني الذي أصبح يعاني من كسور خطيرة على مستوى الجمجمة أين دخل طور الغيبوبة من جراء حدث الصدمة الدماغية أين انصدم فيما بعد بواقع الإعاقة الحركية ما بعد تجربة الصدمة الدماغية ( **tétraplégie –post-traumatique** ). والتي تمثل في حد ذاتها صدمة نفسية كما قال **G.Ferrey 1995**: "إن الصدمة الدماغية حتى ولو كانت خفيفة تحمل درجة من الصدمة النفسية". ( G. Ferrey ,1995, p 263 )

و ضحايا الصدمة الدماغية الخطيرة مثل حالة هاني يشهدون أطوار حساسة في تطور حالتهم النفسية و الجسدية.حيث تتجم عن المعاشة المؤلمة لخبرة الصدمة الدماغية وأثارها حالات متعددة من العجز الجسدي و الانسحاب الاجتماعي و مجموعة من التغيرات المقلقة على الصعيد العلائقي و الانفعالي والسلوكي، فيشهد المصاب بالصدمة الدماغية اهتزاز كبير في حياته الداخلية وحياته الاجتماعية حيث تنشط لديه الاستعدادات الاجتماعية و اضطراب في الاتصال الاجتماعي وهذا يحدث بعد الانصدام الانفعالي والنفسي بالواقع ما بعد الصدمة الدماغية و هذا ما حدث في حالة هاني عموما.

وقد ينجم عن تجربة الصدمة الدماغية معاشا نفسيا سيئا تخلقه المجابهة المستمرة للآثار الدائمة ما بعد الصدمة الدماغية المخية خاصة الشلل الحركي.

و تبعا لحالة هاني نجم عن هذه الخبرة المؤلمة(حدث الصدمة الدماغية الخطيرة) مجموعة من التناذرات النفسوصدمية مميزة لحالة اضطراب الضغط ما بعد الصدمة أو ما يعرف بال



**PTSD** أين تطور لديه اضطراب الضغط ما بعد الصدمة في شكله الحاد أي معاشته المزمنة له.

وخلف حدث الصدمة الدماغية عند هاني استجابات أولية و ردود أفعال مباشرة تندرج ضمن لائحة حالة الضغط الحاد **Etat de stress aigu** مع ردود أفعال الهلع و الرعب والذهول ناتجة عن فجائية الحدث و عنف الصدمة و المواجهة غير المتوقعة مع حقيقة الموت وهذا ما عبر عنه هاني في خطابه من خلال:

- ✓ "خفت و تفلقت" .
- ✓ "حتى الهدرة ما نهدرش" .
- ✓ "جاني choc" .
- ✓ "حاجة ما تتحرك فيا" .
- ✓ "ما كنتش حاط في بالي يصرالي هاذ الشيء" .
- ✓ "كي طلعتوني في l'ambulance قلت خلاص" .
- ✓ " ما قدرتش نـ verbaliser" .

وظهرت فيما بعد هذه الحالة لدى هاني بعد الخروج من مرحلة الغيبوبة و تلقى خبر إعاقته فأصبح يعاني من حدث الصدمة الدماغية الخطيرة "إعاقة حركية" شلل رباعي الأطراف ما بعد الصدمة « **tétraplégie post traumatique** »، وما بعد هذا الحدث المؤلم (تجربة الصدمة الدماغية) تلقى صدمة جسدية أخرى التي أعادت تنشيط المعاش النفسي الأول من حالة الذهول و الهلع والرعب و هذا ما عبر عنه هاني من خلال :

- ✓ "كي تلقيت خبر بلي وليت paralyse جاني كي الصاعقة" .
- ✓ "جاني choc كبير ما قدرتش نخرج منو" .

وأهم ما يميز اللائحة العرضية لاضطراب الضغط ما بعد الصدمة أو الـ **PTSD** بعد معايشة حدث الصدمة الدماغية هو "تناذر التكرار" كعرض رئيسي ظهر في حالة هاني بأشكال متعددة من خلال إعادة معايشته للخبرة الصدمية "الصدمة الدماغية" على شكل كوابيس وأحلام تكرارية تخضع إلى مبدأ التكرار، والذي يكتسي طابعا امراضيا للحاجة القهرية لذكر الحادث مروراً بالذكريات المؤلمة التي تعيد إنتاج الحدث الصدمي. (Damiani. C, 1997) وهذه الأحلام الصدمية ظهرت في خطاب الحالة هاني من خلال :

- ✓ "تتفكر كيفاش كنت و كيفاش وليت".
- ✓ "ديما يجيوني les cauchemars وكوابيس الصدمة لي عشتها".
- ✓ "يجيوني بزاف les cauchemars".
- ✓ "كي نبغي ننعس يجيني هذ الكابوس".

أين اجتاحت نوم الحالة والتي تعمل على تمكين نظام الدفاع النفسي لها من احتواء الحدث و تمثيله ضمن شبكة تمثيل رمزية. وكما تعبر أيضا عن ارتباك الضحية كونها قد فوتت فرصة اللقاء مع الواقع الذي فرض نفسه فجأة و الذي نجم عن ذلك كسرا على مستوى الأنا، فيأتي التكرار كمحاولة لاستعادة فرصة اللقاء مع الواقع المفروض بكيفية أخرى كما يهدف إلى إنكار تام لهذا اللقاء بخلق أوضاع تمويهية و بناءات خيالية من أجل إلغائه و إسقاطه. (عدنان حب الله، 2006)

وهذا ما أصبح يعاني منه هاني بشكل مكثف من خلال عودة الكوابيس و إعادة معايشتها في أحلامهم بشكل مكثف كما قال "Bailly": "لا يعرف الأثر الحسي للحدث الصادم مصيرا معتادا و هذا ما حدث مع هاني بسبب الأثر الحسي لحدث الصدمة الدماغية والذي لم يتم معالجته البتة مما تم تخزينه على شكل آثار ذكورية **traces mnésique** .

وبالتالي تبقى مخزنة على شكل مادة حسية "خالصة" تؤدي العودة إليه إلى معايشة التناذر الإحيائي Syndrome de reviviscence، فالذكريات المتعلقة بالصدمة تكون مصحوبة بكل الخصائص الحسية المسجلة في زمن الحادث وبهذا تكون قريبة من الهلوسة أكثر من الذكرى souvenir". (عبد الرحمن سي موسى، رضوان زقار، 2002، ص 75)

وهذا التكرار العارضي الذي لجأ إليه هاني في معايشته للخبرة الصدمية المؤلمة والذي ظهر عنده في أحلامه و ذكرياته وكوابيسه وهو آلية و ميكانيزم نشط عند هاني بهدف خفض التوتر كمحاولة لتحويل الخبرة الصدمية ودمجها في مخزون الذكريات كما قال Ferenczi سنة 1992 : "هذه الكوابيس و الأحلام التكرارية تكتسي وظيفة مفيدة كونها تحمل قيمة نفسية تفرجية كبيرة من خلال معالجة التوترات باستمرار".

وفي نفس السياق اجتاحت نوم هاني بعض الذكريات والأفكار الاقترامية على شكل صور وادراكات سببت له الشعور بالضيق النفسي أين حاول مقاومتها لكنها سيطرت تماما على تفكيره و إدراكه و هذا ما عبر عنه هاني في خطابه من خلال :

- ✓ "قاعد نخم في واش صرالي".
- ✓ "ديما نتفكر la scène لي صراتلي".
- ✓ "ما يخطينيش خلاص واش عشت".
- ✓ "كنت نتفكر واش صرالي".
- ✓ "surtout la scène كي طحت ما خطانيش".

مما يعبر عن اجتياح الذكريات المؤلمة والمرتبطة بمشهد الحدث مما سبب لدى هاني وضعاً نفسياً مضطرباً و جعلته في حالة من الكرب الانفعالي الشديد.

وقال النابلسي أحمد 1991 في هذا الصدد "الفرد المصدوم يعيش في نومه بطريقة واضحة صورة الصدمة في شكل كوابيس مخيفة و مفزعة يفقد من خلالها القدرة على الحركة و إصدار الصوت مع ضيق في التنفس ."

وهذا ما حدث لدى هاني أين أصبحت هذه الذكريات المؤلمة و الاقتحامية على شكل اجترارات عقلية شبيهة بالأفكار القهرية التي جعلت هاني واهنا ومغلوبا على أمره.(L.Crocq ,1992)

وفي نفس السياق انتاب هاني انطباعات فجائية و شعور بإعادة معاشته للربح المرتبط بالخبرة الصادمة الأصلية في الوقت الراهن،وقد ظهرت هذه الانطباعات لدى هاني بعد أن أصبحت تلك الذكريات المؤلمة التي تعيد إحياء الحدث الصدمي له في كل لحظة كإشارات لخطر متوقع أو قريب. وهذا ما عبر عنه هاني في خطابه من خلال :

- ✓ "كل شيء نعاود نشوفو ."
- ✓ "كلي راني ذرك نعيش فيه ."
- ✓ "كل شيء يتعاودلي ."
- ✓ "يجيوني خيالات الصدمة بزاف في النهار و أكثر في الليل ."
- ✓ " هذا الشعور نعاود نعيشو أكثر من مرة ."

وتظهر هذه الانطباعات بمناسبة مثيرات تستدعي ذكرى الصدمة. (L,Crocq, 1992 ,p60) وظهر كذلك لدى هاني حالة انفعالية شديدة اجتاحتها أثناء فترات التذكر نتيجة استدعاء المشاهد المرتبطة بالصدمة (حدث الصدمة الدماغية) التي عايشها وأصبحت كابوسا خانقا يعاود تنشيطها (المشاهد المرتبطة بالصدمة) أثناء الاستذكار،وهذا الانزعاج الانفعالي الشديد لأي تنبيه يستحضر الحدث باستثارة المشهد الصدمي من خلال أي عنصر حسي في الواقع له علاقة بالحدث و هذا ما ظهر في خطاب هاني من خلال :

- ✓ "كي نتفكر هذيك l'action نولي نوض "
- ✓ "كي نشوف l'action نولي نوض ونتخلع "
- ✓ " وليت نتقلق و تثور فيا لينار كي يجبدلي واحد على l'accident ."

مما يدل على المعيش الحسي المؤلم للضحية بسبب الخبرة الصدمية السلبية لحدث الصدمة الدماغية، وفي نفس السياق وفقا للمعايير التشخيصية لاضطراب الضغط ما بعد الصدمة أو ما يعرف بـ PTSD حسب DSM<sub>4</sub> ظهرت لدى هاني ثاني أهم مجموعة عرضية تتدرج ضمن "تناذر التجنب " أين تبنت الحالة هاني التجنب كوسيلة دفاعية تحمي الفرد المصدوم من الانصدام بكل ما يذكر بالصدمة وتفاصيلها ومشاهدها وكذلك لحماية نفسه من الانصدام الانفعالي، كمحاولة لطرد الذكريات والأفكار والانفعالات التي تذكر بالخبرة الصدمية المؤلمة لحدث الصدمة الدماغية كمحاولة للهروب من واقع الصدمة والإعاقة.

وقد تشمل السلوكات التجنبية ذات الأصل الصادم أوضاعا متعددة ظهرت في حالة هاني من تجنب الأشخاص والوضعيات والمواقف التي تذكر بالحدث الصدمي و تفاصيله كحماية ضد الصدمة وهذا ما عبرت عليها الحالة في تصريحاتها من خلال :

- ✓ "ما نهدرش مع الناس قاع و نجنبهم خلاص خطراه يفكرون بـ L'accident ."
- ✓ "ما نحبش واحد يقلي عاجز "
- ✓ "ما نحبش نسمع كلمة handicapé ."

وقد تطور التجنب لدى هاني أن يمتد إلى العناصر البعيدة كونها تذكر بالمعاش المؤلم (حدث الصدمة الدماغية) الذي سبب له الإعاقة ليشمل بعض الأماكن العمومية. (Damiani C, 1997, p134)

و هذا ما عبر عنه هاني في تصريحه كالتالي :

- ✓ "ما نحبش نولي نروح Les stades كيما بكري "

✓ "وما نحبش نشوف les matches".

و لمسنا في حالة هاني شكلا آخر من أشكال التجنب يتمثل في التجنب الانفعالي لكل ما يذكر بالخبرة الصدمية المؤلمة وهذا ما ظهر في خطابه :

✓ "n' éviter بزاف l'image اللي تفكرني بـ accident'اولي ما نقدر ندير والو".

✓ " j'ai essaye le maximum باه نحي فكرة المرض من راسي".

✓ "هنا في السبيطار ما نخمش في الحوايج لي ما نقدرش نديرهم باش ننسى شوي"

لكن لم يتبنى هاني التجنب العاطفي ولم تتجمد عنده وظائف الحب لكن فقد الرغبة والاهتمام بالنشاطات والممارسات التي كانت من قبل الحدث الصدمي وهذا نتيجة الوضع ما بعد الصدمة الدماغية وحالة العجز الجسدي الذي عطل لديه كل وظائفه وميكانيزماته التكيفية الاعتيادية السابقة. وبسبب الواقع ما بعد الصدمة الدماغية التي تمثل انعراج كبير في حياته وانكسار في مساره الشخصي، حيث فرض على هاني الانقطاع عن الدراسة في طور مهم من الأطوار التعليمية ومشواره وحلمه الرياضي و هذا ما عبر عنه خطابه من خلال :

✓ "ملي صراتلي l'accident حبست لقراية وكل شي".

✓ "كي وليت ما نقدرش انوض و paralysé وليت نقصت الرغبة عندي في حوايج

كنت نشتيهم قبل l'accident".

✓ "ما نحبش نركب le moto".

✓ " ما نحبش le sport خلاص كيما بكري".

✓ " surtout le ballon ما عدتش نحبو".

ومن جراء الصدمة الدماغية أصبح هاني من المعاقين جسديا الذين يعانون من صعوبات متكررة تعكس مدى الأثر النفسي و الجسدي الذي خلفته الإعاقة و الصدمة.

فقد لجأ هاني إلى "الانعزال الاستجابي" كوضعية تجنبية لجأ إليها لتفادي الخبرة الصدمية.

وقد فقد هاني التفاعل الاجتماعي السابق للصدمة ولم يستطع التكيف اجتماعيا مع الوضع ما بعد الصدمة الدماغية مما عكس عجز عن إعادة الاندماج في منظومة الحياة الاجتماعية السابقة. مما فضل الابتعاد عن الناس والانسحاب الاجتماعي **retrait sociale** وهو من أهم الأشكال التجنبية التي تبنتها الضحية. أين فضلت الانغلاق على ذاتها والانطواء بهدف تجنب العالم الخارجي وعدم الانصدام به خاصة نظرة المجتمع للمعاق، واثرت هذه الوضعية تنتمى لدى الضحية الشعور بعجز و النبذ و غياب السند و الإقصاء من المحيط الاجتماعي بسبب فقدانه الأهلية التكيفية السابقة، فهذه الآلية الدفاعية التجنبية تهدف لتجنب الشعور بالعجز والمعاناة النفسية الناجمة عن الأثر والوضع ما بعد الصدمة الدماغية وهذا ما عبر عنه هاني في خطابه من خلال :

- ✓ " ما نحبش نهدر مع الناس قاع و نجنبهم خلاص خاطر يفكرون بـ **l'accident**."
- ✓ "وليت نتقلق من الناس كي يقولي واحد مسكين و يهدرولي على **l'accident** عليها **n'éviter** هم ."
- ✓ " عليها ما نحبش نكون مع الناس ."
- ✓ "وليت وحدي برك **surtout** كي قالي الطبيب ما عا دش تنوض ."
- ✓ " **N'éviter** لغاشي ."

كما أكد لوفاتي 2005 "أن هذه الوضعية من التجنب و الابتعاد على الناس و العزلة الاجتماعية تقود إلى الموت المؤقت للعاطفة و الشعور كوسيلة دفاعية يرجع إليها الفرد المصدوم لاستعادة السلام الداخلي ولكنها وسيلة سلبية ومدمرة لأنها تقتل معنى الحياة والأمل".

وفي نفس السياق واستكمالا للجدول العيادي المميز لاضطراب الضغط ما بعد الصدمة ظهرت لدى هاني مجموعة عرضية ثالثة تتمثل في مجموعة من التظاهرات المميزة للتناذر الإعاشي.والذي يضم مجموعة من المؤشرات العرضية التي لمسناها في خطاب الضحية

يتراوح بين صعوبة النوم وحالة من الأرق التي أصبح يعايشها ما بعد الصدمة الدماغية ومعايشة أثارها. وهذا ما عبر عنه هاني في خطابه من خلال :

✓ "ما نرقدش خلاص".

✓ "في الليل ما يجينيش الرقاد خلاص".

وهذا راجع إلى المعيش الحلمي المميز بالأحلام الصدمية التكرارية المرتبطة بالحدث والتي تظهر دون تحوير و ارضان (Damiani. C ,1999)

و ظهرت لدى هاني ردود انفعالية تتراوح بين هبات الغضب و الهيجان وسلوكات عدوانية اتجاه المحيط، وعبر عنه هاني بشكل صريح في تصريحاته نتيجة لاستيائه من وضعه ما بعد الصدمة الدماغية وعدم تقبله للوضعية الجديدة (الإعاقة الجسدية ) وهذا من خلال :

✓ " agité وليت après l'accident".

✓ " نعيط على les fermières ووما نحبش ندير le traitement نتاعي".

✓ "وليت agressif بسبة الوضع لي راني فيه".

✓ "ولي نحقق بزاف".

✓ " وليت نعيط و نتقلق في النهار".

" و انتابت هاني حالة من اليقظة والاحتراز والحذر مع صعوبة الاسترخاء وهذا كان واضحا في خطاب هاني من خلال :

✓ "وليت نوخذ حذري لا نطيح".

✓ " ولي يجيني le stress بزاف بعد l'accident".

✓ " وليت نخاف ندير un faut geste لنعاود نتكسر عليها نبقي نتفطن مع حالتي".



و أصبح هاني يعاني من صعوبة في التركيز و الانتباه و إدراكه للعالم الخارجي وهذا من خلال :

- ✓ "عندي التقلق بزاف عليها ما نركزش "
- ✓ " كيما القرابة وليت ما نقدرش نقري "
- ✓ " كيما صحابي يجيبولي les livres والقرآن ما نقدرش نقري خلاص "
- ✓ "بعد ماراحت صحتي وليت ما نتوله لوالو."

وهذا تعبيراً على حالة الاستنفار التي تنشطها الصدمة على شكل استجابات عصبية اعاشية كاستجابات للخطر أو الشعور بالتهديد الذي يرتبط بانفعال الخوف الحاد وغير المحتمل من طرف الضحية حيث تبحث عن الحماية لتجنب هذه الأحاسيس.

وإن حالة الاستنفار، هذه المثابرة بواسطة الشعور بالخطر الداهم أو بخطر وشيك الوقوع يمنع زوال استجابات الإجهال أو الانتفاضة. (Marianne et al, 2008, p24)

و كذلك مجموعة الصعوبات التي أصبح يعاني منها هاني ناجمة عن المعاناة النفسية التي خلفها واقع الصدمة الدماغية.

و بناءاً على ذلك يعاني هاني من اضطراب الضغط ما بعد الصدمة أو PTSD وذلك وفقاً للمعايير التشخيصية لهذا الاضطراب حسب DSM<sub>4</sub>. الحالة استوفت كل التناذرات الأساسية التي تدرج ضمنها مجموعة من الأعراض إعادة معايشة الخبرة الصدمية التي تتمثل في حدث الصدمة الدماغية على شكل "تناذر التكرار" و "تناذر التجنب" و "التناذر الإعاشي".

أهم الآثار النفسية المترتبة عن الصدمة الدماغية:

تعاش الصدمة الدماغية الخطيرة تبعاتها من طرف الضحية كانهكسار قاس في كينونته الجسدية والنفسية. حيث تتجاوز تعقيدات التشرحية لتطرح على ضحاياها معاناة من نوع

آخر هو معايشتها (الصدمة الدماغية ) كصدمة نفسية بالغة الأثر تفرض على الضحية على الصعيد النفسي العلائقي وحتى الاجتماعي، وأساءة ردة فعل ستتجر عن مخلفات الصدمة الدماغية هو أن تصبح الضحية تعيش جسدها بطريقة مضطربة أو مرضية. كون أن حدث الصدمة الدماغية خلق وضعاً جديداً وواقعاً غريباً و جسداً مختلفاً عما كان عليه سابقاً فرضته الإعاقة الجسدية ما بعد الصدمة الدماغية، وهذا ما حدث في وضع هاني الذي أصبح يعاني من الإعاقة **Tétraplégie –post- traumatique** مما أدى إلى اهتزاز كبير في معالم حياته السابقة، وخلف حدث الصدمة الدماغية لدى هاني معاشاً نفسياً صدمياً مع مجموعة من الآثار النفسية و الجسدية وحتى الاجتماعية، وأخطر رد فعل مرضي أصبح يعايشه هاني هو الجرح النرجسي واضطراب في صورة ذاته وهذا الوضع النفسي خلفته الإعاقة الجسدية ما بعد الصدمة الدماغية.

أين أصبح جسد هاني عاجز ومعاك فاقد التكيف الطبيعي مما أدى إلى إصابة نرجسية عميقة، كذلك هاني أصبح يعاني من فقدان الإحساس بجسده وهذا ما عبر عنه هاني من خلال تصريحه :

✓ "حتى **le corp** تاعي وليت ما نحسش بيه "

أين يبرز عند هاني على أنه مظهر من المظاهر التفككية الذي يرمي إلى تحطيم الهوية والمعالم النرجسية ويخلق أثر على الضحية و يمثل إشارة إلى إصابة نرجسية عميقة. (Damiani.C, 1997, p121)

و رجوعاً إلى التحليل و **Mélanie Klein** أكدت أن الشخص يبني من الناحية النفسية استناداً إلى علاقته بجسمه الخاص. (محمد النابلسي، 1991، ص 28)

لذلك في وضع هاني تغيرت صورة جسمه (إعاقة) التي كانت قبل الصدمة و تبعاً لهذه الحالة النفسية تغيرت صورة ذاته. وهذا ما عبر عنه هاني في قوله من خلال :

- ✓ "ما عرفتش روجي".
- ✓ " غريب حتى على روجي".
- ✓ " jore قلت خلاص Jamais نرجع كيما بكري".
- ✓ "تبدلت بزاف la preuve اوليت معوق".
- ✓ "راحت ma jeunesse".
- ✓ "راحت صحتي و كل شيء كان يبانلي مليح".

وهذا يدل على أن هاني أصبح يعاني من اضطراب كبير في صورة ذاته كونه فقد التعزيز النرجسي وقيمه التي تنحصر في فقدانه "تكيفه الطبيعي السابق"، أين انتقل من جسم سليم يتميز بالمظهر الجمالي والتكيف إلى جسم مريض و عاجز و ناقص لذلك قال L.Crocq 1974 في هذا الصدد :

" كل الأشخاص الذين يتعرضون أو يظهرون أعراض صدمية يتحدثون عن إحساس فضيع بتغير في شخصياتهم و أصبحوا لا يعرفون أنفسهم وقد أصبح لديهم طريقة أخرى في الإدراك و التفكير و الإحساس. (L.Crocq ,1974)

وهذا ما عبر عنه هاني:

- ✓ " ما عرفتش روجي".
- ✓ "غريب حتى على روجي".

حيث أصبح هاني يتميز بادراك جديد لذاته و لجسمه من جراء الصدمة الدماغية بسبب خسارته الجسدية .

ومن أهم الأعراض النفسية التي لمسناها عند هاني بعد معايشة التجربة الصدمية الدماغية هو شعور بالذنب الذي اقتحمه وأصبح يعايشه بشكل حاد بعد خسارته الجسدية وهذا من خلال:

✓ " **défois** نشوف روجي **la faute** من عندي "

✓ **défois** نلوم روجي صح ."

حيث انتابه شعور أنه السبب فيما آل إليه الوضع و أنه المسؤول على خسارته الدراسية وهذا من خلال:

✓ "كنت قادر نجيب **le bac** و ندخل **l'université** ."

و هذا الإحساس بالذنب تفجر لدى هاني بصورة قوية ما بعد اكتسابه الإعاقة وهذا أدى إلى إحساس فضيع بالألم النفسي أين تصور لنفسه أنه سبب المأساة النفسية التي يعيشها والديه.

✓ "تقول أنا السببة ما فرحتش والدي كانوا حابين نجيب **le bac** ."

و ظهرت لدى هاني أهم أثر نفسي نجم عن معايشة حدث الصدمة الدماغية كصدمة نفسية هو الشعور بمستقبل مسدود فرضته الإعاقة و الوضع ما بعد الصدمة الدماغية .أين أصبح هاني يعاني من نظرة تشاؤمية وسلبية للمستقبل كونه أنه لم يصبح قادرا على مواجهة هذا المستقبل بجسم عاجز و ضعيف و أنه غير مؤهل لرسم أهدافه المستقبلية من جراء الصدمة الدماغية الخطيرة و أثارها وهذا من خلال:

✓ "ماني نخم **ni** على المستقبل **ni** على والو ."

أين هذه الوضعية أدت بهاني إلى إلغاء المستقبل أو حتى رسم صورة له:

✓ "ما علاباليش كيفاه راح يكون المستقبل ."

وفي نفس السياق لمسنا عند هاني بعض المؤشرات الاكتئابية التي تعبر عن حالة الأسى والحزن واشتداد المعاناة النفسية بسبب الوضع ما بعد الصدمة الدماغية، وصعوبة في تعويض هذه الخسارة الجسدية و تقبلها و معايشتها. وهذا ما ظهر في خطابه من خلال :

✓ " وليت **déprimé** ."

✓ "شغل مانيش في الحياة".

✓ " حياة بلا معنى " .

✓ "شغل ما بقالي والو".

وبعد معايشة هاني للصدمة الدماغية و اكتسابه العجز الجسدي أدى به إلى معاناة نفسية. ففي لحظة فقد معنى الوجود والحياة لذلك يمكن القول أن هاني عايش تجربة الصدمة الدماغية كصدمة نفسية من خلال إعادة معايشته للخبرة الصدمية المؤلمة على شكل اضطراب الضغط ما بعد الصدمة الدماغية أو ما يعرف بالـ **PTSD** وقد عايش هاني وضعاً آخر يندرج ضمن الصدمة الجسدية ما بعد الصدمة الدماغية هو شلل الأطراف السفلى **tétraplégie post traumatique**.

أين خلقت عند هاني شعور بالعجز والنقص وصعوبة في التعايش و التكيف مع الوضع ما بعد الصدمة. وهذا ما عبر عنه هاني في خطابه "مانيش منقبل بلي وليت **handicapé** "أين أصبح يعايش حدث الصدمة كإقتحام نفسي لكيونته الجسدية.

## 2- مناقشة نتائج الدراسة:

تعد الصدمة الدماغية الخطيرة شكلا من أشكال الصدمات الجسدية الأخطر على الضحية لما يخلف لديها من معاناة نفسية وإعاقة حركية تعكس مدى صعوبة تقبل الإصابة والوضع ما بعد الصدمة الدماغية.

إذ تعايش هذه الوضعية "الصدمة الدماغية وأثارها النفسية والجسدية" كصدمة نفسية بالغة الأثر حيث أثبتت دراستنا أن الصدمة الدماغية حتى لو كانت خفيفة تحمل درجة معينة من الصدمة النفسية. (Ferrey.G, 1995, P263).

أين تصبح الضحية تعاني من أزمة نفسية حادة خاصة في مرحلة الوضع ما بعد الصدمة، مما ينجر عن حدث الصدمة الدماغية وآثارها تبعات نفسية كاستجابات نفسوصدمية تعكس مدى صعوبة التكيف مع الوضع الجديد "الإعاقة ما بعد الصدمة الدماغية الخطيرة".

وبالرجوع إلى أهم ما يميز الجدول الإكلينيكي لمعايشة الصدمة الدماغية لدى مجتمع الدراسة فقد اختلفت الاستجابات ما بعد الصدمية لديهم من حادة لتصل إلى حالة استقرار اضطراب الضغوط التالية للصدمة لديهما، ثم قد تنتهي بمعايشتهم لهذه الخبرة الصدمية السلبية بشكل مزمّن.

وعليه قد اتسمت حالة الإجهاد لدى حالتي الدراسة كاستجابات مباشرة وأولية للصدمة حيث عايشها كل من "هاني" و"عادل" أثناء الحدث وبعد الخروج من طور الغيبوبة تمثلت بفقدان التوجه الزمني والمكاني وإنكار لبعض وقائع الحدث وتفاصيله ويرجع هذا إلى فجائية الحدث. مضافا إليه التهيج الانفعالي ونوبات البكاء خاصة أثناء مرحلة الوضع ما بعد الصدمة، "الإعاقة ما بعد الصدمة الدماغية"، كما اختبرا أثناء معايشة حدث "الصدمة الدماغية" حالة الرعب والهلع والذهول وهذه التظاهرات العرضية المختلفة التي ظهرت لدى حالتي الدراسة نتيجة لفجائية الحدث الصدمي "حدث الصدمة الدماغية" ومواجهتهما للموت الغير متوقع مما سبب لها جروح خطيرة أدخلتهما (هاني وعادل) طور الغيبوبة وخلفت لديهما إعاقة جسدية.

فضحايا الصدمة الدماغية يعيشون هذه الأعراضية "حالة الضغط الحاد مع ردود الهلع والرعب" أثناء الخروج من طور الغيبوبة من خلال تجربة استرجاع الضحية الاتصال مع العالم الخارجي من الخروج من فقدان الوعي الأولي. فهو يمثل تجربة موت الذي يكون فيه قلق الموت، فضحايا الصدمة الدماغية يعيشون فقدان وعي أولي ويستعيدون فيما بعد الاتصال مع عالم غريب يبدو لهم غريب من الوهلة الأولى "سيارة إسعاف، مستشفى،

إنعاش" ثم تظهر الذكريات المرتبطة بالحادث وهذا المعاش يمثل حقيقة صدمة نفسية .  
(Osson.D, 2004, P 33)

وفيما يتعلق بإعادة معاشتهما للحدث الصدمي كتجربة نفسية صدمية سلبية فقد تمثل في مجموع التناذرات الثلاث الخاصة باضطراب الضغوط التالية للصدمة حسب المعايير التشخيصية الموضوعة في **DSM4** بدءا بـ " تناذر التكرار" الذي اتخذ أشكال عديدة في خطابهما، كالأحلام والكوابيس التكرارية التي حملت معها تفاصيل الحدث الذي تعرضا إليه في ذكرياته وصوره ومشاهده وانفعالاته وهذا تبعا لميكانيزم التكرار الذي يحمل قيمة تفريجية.  
(Ferenczi .S, 1992)

إضافة إلى أن هذا التكرار الناتج عن تصور عقلي لخبرة غير مدمجة عقليا والتي تعيد إنتاج الانفعال الأصلي، فبقدر ما يخفض التوتر الناتج عن شدة الصدمة بقدر ما عكس المعاناة النفسية لحالتي الدراسة عند تحدثهما عن تجربتهما الصدمية.(Damiani.C, 1997, P 122)

أما بالنسبة لـ " تناذر التجنب" أو السلوكيات التجنبية المرتبطة بالحدث فقد كان له الجانب الأوفر في معاناة حالاتي الدراسة. وقد ظهر لديهما على شكل سلوكيات تجنبية بسبب الخوف من إعادة معاشة أو تكرار التفاصيل المرتبطة بالحدث فيلجآن إلى تجنب كل مثير مهما كانت طبيعته يستحضر الحدث. (Damiani. C, 1997, P 134) .

إن هذا التجنب ظهر لديهما كآلية موظفة كميكانيزمات دفاعية، الغرض منها تفادي "تناذر التكرار كما يساعد على إبعاد وإقصاء الخبرة المؤلمة من مجال الوعي.

وعن " تناذر العصبي الإعاشي" كآخر معيار تشخيصي لاضطراب الـ **PTSD**، فقد تضمن مجموعة من الأعراض العصبية الإعاشية التي ظهرت لديهما نتيجة حالة الرعب والهلع والذعر بعد معاشتهما لحدث الصدمة الدماغية، فأعادة معاشتهما الصدمية المرتبطة بهذه الأعراض كانت نتيجة للتبيلات المرتبطة بالحدث، والتي تبقى على شكل آثار ذكراوية مثبتة

في الذاكرة آثار حسية تهدد نومهم في وجود عنصر واقعي لتثبيتها في اليقظة.  
(Damiani.C, 1997, P 119).

وفي الأخير يمكن القول أن مجتمع الدراسة يعانون من اضطراب الضغوط التالية بعد تعرضهما لحدث الصدمة الدماغية في شكله الحاد.

وبالنسبة لأهم الآثار النفسية المترتبة عن حدث الصدمة الدماغية والتي ظهرت لدى حالي الدراسة وقد أصبح "هاني وعادل" يعانون من عوارض نفسية مصاحبة لمعايشتهما لاضطراب الضغط ما بعد الصدمة من جراء الصدمة الدماغية الخطيرة ناجما عن ذلك صعوبة التكيف مع الوضع والإعاقة ما بعد الصدمة. حيث أصبح كل من "عادل وهاني" يعانون من جرح نرجسي واضطراب في صورة ذاتهما كأهم نتيجة ما بعد الصدمة الدماغية حيث أصبغا يعانون من العجز الجسدي الحركي الذي ولدا لدهما الشعور بالعجز والنقص، حيث عبرت كل حالة عن رفضها لجسدها المعاق والمريض والعاجز الذي فقد تكيفه الطبيعي ومظهره الجمالي وتبعاً لتغير صورة الجسم تغيرت صورة الذات لدى الضحية مما يعكس " وجود إصابة نرجسية عميقة". (Damiani. C, 1997).

وفي نفس السياق ظهرت لدى حالي الدراسة الشعور بالذنب، حيث اعتبرا أنهما السبب في ما آل إليه الوضع ما بعد الصدمة الدماغية، فحسب المفهوم التحليلي نجد أن الشعور بالذنب يمثل توبيخ الذات بشكل غير معقول أو يشير إلى شعور عائم بفقدان الاعتبار الذاتي بدون أن يكون ذلك على صلة بفعل محدد يتهم الشخص به ذاته ، كما يعبر عن نظام من الدوافع اللاواعية التي ينزلها الشخص بذاته. (لابلانن بونتاليس، 1997، ص 293)

وظهر لدى كل من " هاني وعادل" بعض المؤشرات الاكتئابية التي عكست حالة من الأسى والحزن وفقدان معنى الوجود والحياة نتيجة الإعاقة والوضع ما بعد الصدمة الدماغية. وفي نفس السياق ظهرت لدهما أهم نتيجة نفسية صدمية ما بعد معايشة حدث الصدمة الدماغية



ومكافحة الإعاقة ما بعد الصدمة، حيث عبرت كل حالة عن شعورها بمستقبل مسدود ومبهم المعالم والمصير نحو المجهول مع التعبير عن صعوبة التعايش والتكيف وتقبل الإعاقة الناجمة عن الصدمة الدماغية الخطيرة.

وعليه يمكن القول أن أهم النتائج التي أسفرت عنها دراستنا هو معايشة حدث الصدمة الدماغية كصدمة نفسية لها مخلفاتها السلبية من نفسية وجسدية (الإعاقة ما بعد الصدمة الدماغية الخطيرة). فضلا عن معايشتهما لحدث الصدمة الدماغية على شكل خبرة صدمية مؤلمة تتجسد في اضطراب الضغوط التالية للصدمة التي قد تصل إلى حد الإزمان مع ظهور بعض الأعراض النفسية المترتبة التي من بينها: الجرح النرجسي وتغير في صورة الذات التي تعكس الشعور بالعجز والنقص بسبب الانتقال من جسم سليم ومتكيف إلى جسد معاق وعاجز فقد تكيفه الطبيعي مما قد يؤدي فيما بعد إلى اندماج سيئ في المحيط مع شعور بالذنب وشعور بمستقبل مسدود نتيجة لصعوبة التكيف مع الإعاقة التي سببتها الدماغية، لذلك اعتبرت الصدمة الدماغية صدمة نفسية وجسدية كونها خلفت معاشا نفسيا صدميا تمثل في معاناة الضحايا من الـ PTSD والإعاقة .

### مناقشة نتائج هذه الدراسة على ضوء فروضها:

أسفرت نتائج هذه الدراسة أن حدث الصدمة الدماغية يعايش كصدمة نفسية لدى الضحايا مخلفا لديهم خبرة صدمية سلبية وقد اختلفت آثاره من معاناتهما من اضطراب الضغوط التالية للصدمة وصولا إلى بعض التبعات النفسية والتي يمكن إدراجها حسب ما جاءت به فرضيات البحث كما يلي :

#### ▪ الفرضية العامة:

يعاني ضحايا الصدمة الدماغية من اضطراب الضغط ما بعد الصدمة أو ما يعرف بالـ PTSD.

### ▪ الفرضية الإجرائية الأولى:

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

حيث أثبتت نتائج الدراسة الميدانية أن كل حالة عانت من إعادة معايشتها لحدث الصدمة الدماغية على شكل أحلام تكرارية، ذكريات وأفكار اقتحامية لها علاقة بالحدث، الشعور وكأن الحدث سيعاود الوقوع مع ذكره على شكل صور وخيالات، وأخيرا الانزعاج الانفعالي الشديد لأي تنبيه يستحضر لهم الحدث، وعليه يمكن القول أن كل من " هاني وعادل" ظهرا عليهما أعراض المعايشة الصدمية على شكل "تناذر التكرار" لكن بنسب متفاوتة.

### ▪ الفرضية الإجرائية الثانية:

يعاني ضحايا الصدمة الدماغية من أعراض و سلوكات تجنبية لكل ما يذكر بالحدث الصدمي " تناذر التجنب".

حيث أثبتت نتائج الدراسة الميدانية ظهور بعض السلوكات التجنبية لدى حالي الدراسة والتي اتضحت على شكل مؤشرات مختلفة منها : تجنب الأماكن والأشخاص أو المواقف التي تذكر بحدث الصدمة الدماغية، طرد الأفكار والانفعالات التي تذكر بالحدث مع تجنب الحديث عنه، وانخفاض على مستوى النشاطات والممارسات التي كانت تمارس قبل تعرضهما لحدث الصدمة الدماغية كما هو الحال عند " هاني" و "عادل" اللذان فضلا الانعزال والانسحاب والابتعاد عن الآخرين مع فتور عاطفي (عند عادل)، وقد كان الهدف من وراء لجوءهما لسلوكات التجنب كمحاولة لتفادي تكرار الحدث والمشاهد المرتبطة بالصدمة لما تستحضره من معاناة نفسية وانفعالات سلبية.

### ■ الفرضية الإجرائية الثالثة:

يعاني ضحايا الصدمة الدماغية من أعراض فرط الاستثارة وسرعة التنبه "التناذر العصبي الإعاشي".

أثبتت نتائج الدراسة الميدانية ظهور أعراض فرط الاستثارة وسرعة التنبه كمعيار أخير لتشخيص اضطراب الضغط ما بعد الصدمة حيث ظهر لدى بعض حالي الدراسة أعراض فرط الاستثارة وسرعة التنبه ضمن ما يعرف بالتناذر العصبي الإعاشي كاستجابات فيزيولوجية لحالة الرعب والهلع التي أصبغا عليهما بعد تعرضهما لحدث الصدمة الدماغية. والتي من بين مؤشرات الصعوبات التي تتعلق بالنوم ، نوبات غضب وهيجان مصحوبة أحيانا بسلوكات عدوانية، حذر وتيقظ شديدين مع صعوبة الاسترخاء وأخيرا صعوبات التركيز والانتباه وعليه وجدنا أن كل حالة من مجتمع الدراسة ظهرت عليها الأعراض مما يدل على إعادة معاشتهما للصدمة الدماغية على شكل تناذر عصبي إعاشي.

وفي الأخير يمكن القول وبعد الاعتماد على المعايير التشخيصية لاضطراب الضغوط التالية للصدمة الموصوفة في DSM4. أن كل من الحالتين في الدراسة عانت من هذا الاضطراب بأشكاله الثلاث "تناذر التكرار، تناذر التجنب، تناذر العصبي الإعاشي" ولكن بنسب متفاوتة مما يدل على أن فرضيات البحث والمتعلقة بتحديد فيما إذا كانت حالات الدراسة تعاني من اضطراب الضغوط التالية للصدمة بعد تعرضهما للصدمة الدماغية محققة (مثبتة).

تم التوصل بعد إجرائنا للدراسة الميدانية إلى نتائج مفادها أن حالاتي الدراسة تأثرا بالوضع ما بعد الصدمة الدماغية التي تكمن في مجموعة من الصعوبات التي أصبغا يعايشانها، من بينها صعوبة التكيف مع الوضع الجديد مع الشعور بالعجز والنقص أين عبر الضحايا عن استيائهما من الوضعية الجديدة " الإعاقة الحركية ما بعد الصدمة الدماغية" مع ظهور بعض الآثار النفسية ترتبت عن معاشة حدث الصدمة الدماغية ومن بينها الجرح النرجسي مع

تغير في صورة الذات لدى معاق الصدمة الدماغية، مع الشعور بالذنب إزاء الوضعية الجديدة، إضافة إلى الشعور بمستقبل مسدود مع ذلك لمسنا عند الحالتين بعض المؤشرات الاكتئابية ظهرت بعد اكتساب الإعاقة من جراء الصدمة الدماغية.

وأخيرا وفيما يتعلق بفرضيات البحث يمكن القول أن الضحية التي تتعرض للصدمة الدماغية تعايش هذا الحدث كخبرة نفسية صدمية سلبية لها انعكاساتها. بدءا بمعاناتها من اضطراب الضغوط التالية للصدمة بعد معاشته حدث الصدمة الدماغية الخطيرة، والتي قد تصل إلى حد المعاناة النفسية المزمدة، إضافة إلى أنها تصبح أكثر عجزا وهشاشة خاصة في طور الإعاقة ما بعد الصدمة الدماغية الخطيرة بسبب صعوبة التكيف مع الوضع الجديد خاصة على المستوى النفسي حيث تعاني الضحية من آثار وتبعات نفسية ممثلة بإعادة معاشتها لهذا الحدث مع ظهور بعض الآثار النفسية كما سبق وذكرنا كنتائج نفسو صدمية لهذا الحدث والتي ظهرت لدى هذه الحالتين.

وفيما يتعلق بإعادة معاشتهما للحدث الصدمي كتجربة نفسية صدمية سلبية فقد تمثل في مجموع التناذرات الثلاث الخاصة باضطراب الضغوط التالية للصدمة حسب المعايير التشخيصية الموسوعة في **DSM4** بدءا بـ "تناذر التكرار" الذي اتخذ أشكال عديدة في خطابهما كالأحلام والكوابيس التكرارية التي حملت معها تفاصيل الحدث الذي تعرضا إليه في ذكرياته وصوره ومشاهده وانفعالاته وهذا تبعا لميكانيزم التكرار الذي يحمل قيمة تفرجية. (Ferenczi .S, 1992)

إضافة إلى أن هذا التكرار الناتج عن تصور عقلي لخبرة غير مدمجة عقليا والتي تعيد إنتاج الانفعال الأصلي، فبقدر ما يخفض التوتر الناتج عن شدة الصدمة بقدر ما عكس المعاناة النفسية لحالتي الدراسة عند تحدثهما عن تجربتهما الصدمية . (Damiani.C, 1997, P 122) أما بالنسبة لـ "تناذر التجنب" أو السلوكات التجنبية المرتبطة بالحدث فقد كان له الجانب الأوفر في معاناة حالتي الدراسة، وقد ظهر لديهما على شكل سلوكات تجنبيه بسبب الخوف

من إعادة معايشة أو تكرار التفاصيل المرتبطة بالحدث فيلجأ إلى تجنب كل مثير مهما كانت طبيعته يستحضر الحدث. (Damiani.C, 1997, P 134)

إن هذا التجنب ظهر لديهما كآلية موظفة كميكانيزمات دفاعية الغرض منها تفادي "تناذر التكرار كما يساعد على إبعاد وإقصاء الخبرة المؤلمة من مجال الوعي.

وعن " تناذر العصبي الإعاشي" كآخر معيار تشخيصي لاضطراب الـ PTSD فقد تضمن مجموعة من الأعراض العصبية الإعاشية التي ظهرت لديهما نتيجة حالة الرعب والهلع والذعر بعد معايشتهما لحدث الصدمة الدماغية. فإعادة معايشتهما الصدمية المرتبطة بهذه الأعراض كانت نتيجة للتنبيهات المرتبطة بالحدث والتي تبقى على شكل آثار ذكراوية مثبتة في الذاكرة كآثار حسية تهدد نومهما في وجود عنصر واقعي لتنشيطها في اليقظة. (Damiani.C, 1997, P 119)

وفي الأخير يمكن القول أن مجتمع الدراسة يعانون من اضطراب الضغوط التالية بعد تعرضهم لحدث الصدمة الدماغية في شكله الحاد.

وبالنسبة لأهم الآثار النفسية المترتبة عن حدث الصدمة الدماغية والتي ظهرت لدى حالاتي الدراسة وقد أصبح "هاني وعادل" يعانيان من عوارض نفسية مصاحبة لمعايشتهما لاضطراب الضغط ما بعد الصدمة من جراء الصدمة الدماغية الخطيرة ناجما عن ذلك صعوبة التكيف مع الوضع والإعاقة ما بعد الصدمة. حيث أصبح كل من "عادل وهاني" يعانيان من جرح نرجسي واضطراب في صورة ذاتهما كأهم نتيجة ما بعد الصدمة الدماغية حيث أصبحا يعانيان من العجز الجسدي الحركي الذي ولدا لديهما الشعور بالعجز والنقص، حيث عبرت كل حالة عن رفضها لجسدها المعاق والمريض والعاجز الذي فقد تكيفه الطبيعي ومظهره الجمالي وتبعاً لتغير صورة الجسم تغيرت صورة الذات لدى الضحية مما يعكس " وجود إصابة نرجسية عميقة". (Damiani. C, 1997)

وفي نفس السياق ظهرت لدى حالي الدراسة الشعور بالذنب، حيث اعتبرا أنهما السبب في ما آل إليه الوضع ما بعد الصدمة الدماغية، فحسب المفهوم التحليلي نجد أن الشعور بالذنب يمثل توبيخ الذات بشكل غير معقول أو يشير إلى شعور عائم بفقدان الاعتبار الذاتي بدون أن يكون ذلك على صلة بفعل محدد يتهم الشخص به ذاته ، كما يعبر عن نظام من الدوافع اللاواعية التي ينزلها الشخص بذاته. (لابلانث بونتاليس، 1997، ص 293).

وظهر لدى كل من " هاني وعادل" بعض المؤشرات الاكتئابية التي عكست حالة من الأسى والحزن وفقدان معنى الوجود والحياة نتيجة الإعاقة والوضع ما بعد الصدمة الدماغية. وفي نفس السياق ظهرت لديهم أهم نتيجة نفسية صدمية ما بعد معايشة حدث الصدمة الدماغية ومكابدة الإعاقة ما بعد الصدمة. حيث عبرت كل حالة عن شعورها بمستقبل مسدود ومبهم المعالم والمصير نحو المجهول، مع التعبير عن صعوبة التعايش والتكيف وتقبل الإعاقة الناجمة عن الصدمة الدماغية الخطيرة.

وعليه يمكن القول أن أهم النتائج التي أسفرت عنها دراستنا هو معايشة حدث الصدمة الدماغية كصدمة نفسية لها مخلفاتها السلبية من نفسية وجسدية (الإعاقة ما بعد الصدمة الدماغية الخطيرة). فضلا عن معايشته حدث الصدمة الدماغية على شكل خبرة صدمية مؤلمة تتجسد في اضطراب الضغوط التالية للصدمة التي قد تصل إلى حد الإزمان، مع ظهور بعض الأعراض النفسية المترتبة التي من بينها الجرح النرجسي وتغير في صورة الذات التي تعكس الشعور بالعجز والنقص بسبب الانتقال من جسم سليم ومتكيف إلى جسد معاق وعاجز فقد تكيفه الطبيعي، مما قد يؤدي فيما بعد إلى اندماج سيئ في المحيط مع شعور بالذنب وشعور بمستقبل مسدود نتيجة لصعوبة التكيف مع الإعاقة التي سببتها الدماغية، لذلك اعتبرت الصدمة الدماغية صدمة نفسية وجسدية كونها خلفت معاشا نفسيا صدميا تمثل في معاناة الضحايا من الـ PTSD والإعاقة .

### خاتمة البحث:

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 البعيدة 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 لحالتين هما ضحايا الصدمة الدماغية الخطيرة اللذين أصبحا يعانيان من عجز جسدي واضح " الإعاقة ما بعد الصدمة"

مثلا مجتمع الدراسة نظرا لصعوبة التعامل والعمل العيادي مع هذه الحالات " كون ضحايا الصدمة الدماغية الخطيرة يشهدون أطوار حساسة في تطور حالتهم النفسية وتأزمات 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 حدة 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 نفسية سلبية ممثلة على شكل تذاذرات 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 كاقترام 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 حالتي الدراسة يعتبران ضحايا لصدمة جسدية أخرى من جراء معاشتهما للصدمة الدماغية الخطيرة التي تترك بصمات أليمة لا يحوها الزمن مدمرا حياتهما نفسيا وجسديا مما يؤدي فيما بعد إلى اندماج سيئ في المحيط الاجتماعي والمهني



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

# المصادر و المراجع

## المصادر و المراجع

### المصادر و المراجع:

#### أ- باللغة العربية:

- 1- أحمد عبد الخالق، (1993)، الاختبارات الإسقاطية، الطبعة الثانية، دار المعرفة الجامعية.
- 2- بشير صالح الرشيد، (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، ط1، 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، ط1، 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، ط4، الجزائر، ديوان المطبوعات الجامعية.

## المصادر و المراجع

### ❖ المجالات والأطروحات:

- 12-مجلة الجيش، (مارس 2002)، من مخلفات السبت الأسود، العدد 464.  
13-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.

### ❖ القواميس و المعاجم:

- 14-جون لابانش-ج- بونتاليس،(1997)، ترجمة مصطفى حجازي، ط2، بيروت، المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع.  
15-حنفي عبد المنعم، (1994)، موسوعة علم النفس والطب النفسي، ط4، القاهرة، مكتبة مدبولي.  
16-طه فرج عبد القادر، (1993)، موسوعة علم النفس والتحليل النفسي، ط1، الكويت، دار سعاد الصباح.  
17-قاموس الأطلس الموسوعي (إنجليزي-عربي)، (2002)، الطبعة الأولى، دار الأطلس للنشر.  
18-لابانش-ج- بونتاليس، (1985)، معجم مصطلحات التحليل النفسي، ديوان المطبوعات الجامعية.  
19-معجم علم النفس والطب النفسي (إنجليزي -عربي)، (1993)، الجزء السادس الإعداد أفغاني- دار النهضة العربية.

## المصادر و المراجع

### ب- باللغة الأجنبية:

- 20-A Itani Ekhayat, (2009), neurologie, 4<sup>eme</sup> édition, paris, Editions vernazobres, - Grego.
- 21-Alexandre Somogy, Frederik Bourdain, (2008), neurologie, paris, ElSevier Masson.
- 22-Ali 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.
- 23-American psychiatric Association DSMIV, (2003), Manuel diagnostique et statistiques des troubles mentaux, texte révisé, paris, Masson.
- 24-Antoine Micheau, Denis Hoa, (2009), neurologie, Editions vernazobres,-grego, paris.
- 25- chiche.B, Moulle. P, (1980), urgences chirurgicales,3<sup>eme</sup>, paris, Masson.
- 26- Bailly.L, (1996), les catastrophes et leurs conséquences psychosomatiques chez l'enfant, paris, ESF.
- 27-Barbara Janson Cohen, Janson James Taylor, (2008), structure et fonction du corp humain, Anatomie et physiologie 10<sup>eme</sup> édition, paris, Maloine.
- 28-Bernard doray, Claude louzoun, (1997), les traumatismes dans la psychisme et la culture, France, édition Eres.
- 29-Bokanowski.T, (2002) , traumatisme, traumatique, trauma in la revue française de la psychanalyse , la séduction traumatique, presse universitaire de France.
- 30-Bon.J, Hans.P ,Dexters.G, (1982), neurochirurgie, paris, Arnette.
- 31-Bovard.M, J.cottraux, (2003), les Echelles d évaluations en psychiatrie et en psychologie pratique et en psychothérapie, 3<sup>eme</sup> édition, paris,.
- 32-Brette.E, (1987), pour introduire la question au traumatisme narcissique in Revue sociale psychanalyse, paris, n° 2.
- 33-Chourfi 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 , 2<sup>em</sup> 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.

## المصادر و المراجع

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

## المصادر و المراجع

58-Ivan Gasman, (2008), psychiatrie de l'adulte-de l'adolescent et de l'enfant, paris, éditions vernazobres grego.

59-Nasio.J.D,(1990),l'hystérie ou l'enfant magnétique de la psychanalyse, paris, Payot

60-J- 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<sup>ème</sup> édition, paris, Masson.

63-Jean cambier, Maurice Masson, Henri Dehen, (1982), neurologie, 6<sup>ème</sup> édition, paris, Masson.

64-Jean Cambier, Henri Dehen, (2003), neurologie, 11<sup>ème</sup> édition, France, Normadie roto impression.

65-Jean Combier, Maurice Masson, Henri Dehen neurologie, 6<sup>ème</sup> édition, paris, Masson.

66-Jean François, D'l vernoirs, (2009), chirurgie, 2<sup>ème</sup> édition, maloine .

67-Jean Lamy, (1979), problèmes chirurgicaux, paris, Doin Editeurs.

68- Chevrel J.P, J.Richarme, (1972), chirurgie, 2<sup>ème</sup> 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 2<sup>ème</sup> édition, paris, Masson.

73-Liliane Manning, (2007), la neuropsychologie clinique-Approche cognitive, 2<sup>ème</sup> édition, paris, Armand colin.

74-Lopez.G, (1998), psychologie des victimes, le traitement psycho traumatisme, paris, dunod.

75-L.crocq, et autre, (2007), traumatismes psychiques prise en charge psychologique des victimes, Elsevier, Masson.

76-M.C.Millan TM, (2005), neuropsychologie des traumatismes crâniens, Marseille, solal.

77-M.Masson, D.Henin, (1979), les comas, EMC neurologie, 17023, A-10, 122, Paris.

78-Marcel Garnier, Valey Delamare, (1992), dictionnaire des termes techniques de médecine, 21<sup>em</sup> édition, volume 1, Maloine S, A Editeur.

79-Marianne kédia et autres, (2008), psycho traumatologie, paris, Dunod.

## المصادر و المراجع

- 80-Marie Odile Godard, (2003), rêves et traumatismes, France, ère.
- 81-Michael soussan, (2009-2010), radiologie, paris, éditions vernazobres grégo.
- 82-Michael Henry, Jeremy N, Thompson, (2004), chirurgie Clinique technique et pratique, traduction par Jean Millaire, 1<sup>er</sup>, Belgique, De Boeck.
- 83-Michel de clerq, francois lebigot, (2001), les traumatismes psychiques, paris, Masson.
- 84-Muchielli.R, (1979), l'analyse de contenu, les librairies techniques, entreprise moderne, Paris, ESF.
- 85-N, sillamy, (1998), dictionnaire de la psychologie, paris, Bordas.
- 86-Nassikos.k, (2002), le trauma et le langage des sens, l'évolution psychiatrique n° 2, paris, France.
- 87-Nicolas Danziger, Sonia Almowitch, (2003), neurologie, 3<sup>eme</sup>, 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 6<sup>em</sup> édition Allemande, par Jean Paul Braun, De Boeck université théine.
- 96-Pierce A Grace, Neil R.Borley, (2002), chirurgie, traduction de la 1<sup>ere</sup> édition Anglaise par Michel Rocour, paris, De Boeck université.
- 97-Pierre loo et autres, (2003), le stress permanant réaction adaptation de l'organisme, 3<sup>eme</sup> édition, paris, Masson.
- 98-Pierre Marty, (1980), l'ordre psychométrique les mouvements individuels de vie et de mort, 2, Payot, paris.



## المصادر و المراجع

- 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, Pélissier.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.

## المصادر الإلكترونية:

- <http://www.traumacranien.org/headrayConsequence.php>
- <http://www.crl-cumudd.org/TC/pressqui.html>
- [www.traumacranien.org](http://www.traumacranien.org)
- [www.neurologie.net](http://www.neurologie.net)

الملاحق

## الملاحق

ملخص المقابلات:

الحالة الأولى: عادل

الأخصائية النفسانية: كيف حالك عادل إن شاء الله بخير؟، جيت اليوم باه نتعرف عليك وعلى صحابك في السبيطار كيفاه راكم عايشين في سبيطار؟

عادل: مرحبا بيك ماذا بينا نلقاوا اللي يسقسي على أحوالنا هنا (ببكاء).

أ: ماذا بيك تحكي لي عليك يا عادل حابة نتعرف عليك؟

عادل: أنا عادل عمري 44 سنة متزوج و عندي 03 أولاد (02 ذكور و طفلة ) ونسكن مع دارنا في عائلة كبيرة في بوقاعة، كنت عايش عادي **normal** حتان كتبلي ربي وجيت لهننا.

أ: أحكي لي كيفاه كنت عايش من قبل في الدار مع والديك و أهلك؟

عادل: أحنا في 03 ذكور و 08 بنات و أنا الوسطاني في الدار وكنت عايش في نعمة **malgré** كنا في بزاف والدي كبروا و صحتهم ماش مليحة ( فترة صمت).

أ: نشوف فيك سكت هل كاين أمور مازلت حاب تحكيها؟

عادل: ماذا بيا خطراكش استرحتلك و لي أني عايشو اليوم هو أني نموت بالقطرة (مع التعبير الجسدي ) ثم فترة صمت.

أ: كيفاه ماذا بيا تحكي لي أكثر؟

عادل: حبيت نحكيك على خويا الكبير اللي كان ساس الدار صراتلو **accident** طاح من الدالا **3<sup>eme</sup> étage** هو بيني خطراكش خدمتو ماصو، و أنا كنت معاه نخدم مونيفري ما فقناش حتى لقيناه طاح على راسو (صعوبة في النطق و الكلام مع فترات صمت).

## الملاحق

أ: إذا حسيت روحك ماش مليح نكملوا في الحصاة الجاية ؟

عادل: ماذايبا نكمل ذرك، كي طاح خويا توالي و الدم يسيح من راسو ما صدقتش , جاتي صدمة خطراکش شفت خويا يموت قدامي وأنا ماني قادر ندير والو.

أ: وذرك، في هذيك الأثناء كيفاه درت وأنت في هذاك الوضع ؟

عادل: نبكي و نعيط هزيت مابين يدي و الدم يسيح يجري و أنا ما فقتش نجري كي المهبول حتان جاو ناس الخير طلعاها لسبيطار (التعبير بوصف المشهد).

أ: واش صرى فيما بعد ؟

عادل: من ثم لي بدات **la souffrance** حطيناه يموت مابقاش عايش قعد في السبيطار 40 يوم وهو في **coma** خلا موراه أولاد وامرأة و مسؤولية كبيرة.

أ: ماذايبك توضحي أكثر في هذيك الفترة كيفاه عشتها من بعد ما دخل **coma** ؟

عادل: زادت المسؤولية عليا خطراکش أنا اللي وليت هاز الدار كامل ولي خويا **paralysé handicapé** , كامل قعد عام وهو في السبيطار حتان قالولنا الأطباء بلي الضربة اللي جاتو في راسو قاستلو العروق ما عادش ينوض خلاص.

أ: كي سمعتوا هذا الخبر كيفاه كان موقفكم ؟

عادل: أحنا هكل تقسنا من الداخل دمرنا خاصة زوجته بزاف خطراکش بنت عمنا.

أ: أحكي لي عادل على زوجة أخيك في ظل هذه الظروف القاسية هل تخلات عليه ؟

عادل: لالا بالعكس مرت خويا بنت **malgré famille** واش صرى سانداتو ووقفت معاه في كل مرحلة من حياتو حتان ذرك.

أ: كيفاه ولي خوك بعد ما عاش الصدمة و هذه الظروف ؟

عادل: اللي عاشو خويا الموت ولي انسان أواخر , ما تعرفيهش ديما ساكت يبكي يتقلق ما يعرفش الناس بعد ماراحت صحتو راح عقلو.

## الملاحق

أ: نبقاؤ في نفس التجربة اللي مريت بها و الحالة اللي عشتها من قبل ما جيت لسبيطار تاع

**la rééducation**، أحكي لي كيفاه حتان تعرض لصدمة دماغية بالتفصيل ؟

عادل: بعد 6 أشهر وأنا هنا في السبيطار تاع رأس الماء باه قدرت **recupérer** ونشفي.

أ: ماذا بيا تحكيلي أكثر على قصتك؟

عادل: كنت خدام ماصو هذي هي الخدمة اللي نوكل بها وأولادي ودارنا وكان خويا يخدم

فيها وبعد الوضعية اللي عاشها خويا تحتمت عليا نهز المسؤولية.

أ: نفهم من كلامك تقست من هذيك الوضعية بزاف؟

عادل: **C'est normale** الي صرا ماهوش قليل حياتي هكل دمار و نجري مورا الخبزة

المرّة واحد النهار جاني جاري حاب يعاود يبني دارو وأنا موالف نخدم أنا و صاحبي، بعدها

اتكلنا على ربي و مبعد شفيت بلي صاحبي كان في **2<sup>eme</sup> étage** كنا نطلعو في السیما و

الطوبة بالجرارة ومبعد ترخفلو الحبل قاعد يعيط ما فقتش به حتان لقيتو طاح توالي وأنا

طاحت علي الجرارة و المادرية على راسي و من بعد ما نشفي على والو.

أ: بعد ما حدث كل هذا كيفاه طور الوضع فيما بعد ؟

عادل: اللي عرفت أني دخلت في غيبوبة في **le coma** أكثر من عشرين يوم في السبيطار

الكبير كنت في **monde** أواخر لا فائق راقد كي الميت و دايرين لي **les appareilles**

بعدها عرفت بلي كانت عندي ضربة واعرة في الراس اللي دخلتني لـ **coma** .

أ: كيفاه عرفت بلي التشخيص الطبي أكد بلي عندك صدمة دماغية؟

عادل: قتلك من قبل أني عشت مع خويا واش صرالوا خطراکش نشفي بلي كان في

**service de traumatologie** ومن بعد حولوه لـ **service** تاع **neurochirurgie**

خضع للجراحة و قعد في **le coma** .

أ: نفهم من كلامك بلي فاهم الوضعية اللي صراتلك حبيت توضحي كيفاه كانت ردة فعلك

الأولى بعد ما تجاوزت مرحلت الغيبوبة و مرحلة الخطر ؟

عادل: نصت من الغيبوبة ما نذكر والو الطبيب يهدر معاي وأنا ما علاباليش وين راني تايه

برك خلعت و تقلقت بزاف بقيت خلعان و نرجف متبكم.

أ: وفي تلك الفترة ما هو الشيء الأصعب اللي عشتوا؟

## الملاحق

**عادل:** أنني ما عرفتش روحي أنني إنسان بلا مخ و الشيء اللي ضرني بزاف أنني بعد ما استرجعت **mémoire** حتان فترة قريب شهرين سمعت بلي صاحبي مات و أنا وليت مشلول نبقى طول حياتي مقعد في هذا الكرسي اللي تشوفي فيه.

**أ:** كي تلقيت الخبرين كيفاه كانت ردة فعلك في هذيك الدقيقة ؟

**عادل:** بعد ما صرالي هذا بقيت مشوكي نكذب في الشيء لي سمعتوا، ما نحبش خلاص نولي لهذيك اللحظة ما نحبش نتفكر خلاص ومن بعد بقيت نخم غير على الحالة اللي وصلتلها.

**أ:** في هذي المدة اللي مريت بيها كيفاه عشتها هل وليت تشوف واش صرالك في مناماتك وتتوض مخلوع؟

**عادل:** الشيء اللي مريت بيه ما يتصد قش جات مورا بعضها بقيت ما نرقد ما نوكل ليل ونهار قاعد نخم كيفاه ندير نبكي برك وليت نفكر في صحتي اللي راحت لأنني وليت معوق نقول ما بقاليش حياة بعدما صرالي و كيفاه نصرف على المرأة و الأولاد عائلة كبيرة.

**أ:** قتلي ليل ونهار تخم , هل بقيت تتفكر في الصدمة اللي صرانتلك و في وقت حاب ترمي كل شيء مورا ظهرك و تنسى ؟

**عادل:** ما نحبش نولي اللورا بصح فوق يدي بقيت ديما نتفكر حتى و أنا نحكي معاك كل شيء يجيني ما بين عيني نتفكر كيفاه حتان وصلت لهذا الشيء بقيت ما نرقدش نبات نخم كيفاه تبدلت حياتي جاني الشيء اللي صرالي كي المنامة نخايل ديما رايح نطيح وأنا مغمض عيني نحس في الشيء يتعاودلي حتان نوض مرعوب خلعان و العرق يسبح مني مانفيقش نلقى روحي جاتي هبزة في قلبي.

**أ:** هل بقيت تشوف في صور و خيالات و تحس بلي رايح يعاود يصرالك مرة أخرى؟

**عادل:** كيفاه نخبرك ما قدرتش ننسى واش اللي صرالي **jamais** ننسى هذيك اللحظات نحب نوض من فراشي كي ما نرقدش خطارك وليت مشلول راحت حياتي و فقدت الأمل لا رقدت 5 دقائق نوض كي المهبول كنت كي نطقن نتخلع و نعرق و نقول هذي الغلطة نتاعي كون قريب راني توظفت في الحكومة و عندي **L'assurance** ظلمت روحي بزاف، السبة من عندي بقيت نشوف واش صرالي يعقب عليا كي الفيلم كل دقيقة كي نبقى

## الملاحق

وحدى يجيوني خيالات نشوف كل شيء يعقب عليا كلي راهو يصرالي من جديد ونعاود نعيش فيه.

أ: نفهم من كلامك بلي مازالت تقاسي بعد هذي الضربة كيفاه كانت حالتك هنا في السبيطار ؟

عادل: السبيطار غربة وليت نرجف كي نتفكر ماخطانيش واش صرالي وين نروح نتفكر نلقى روعي نشوف في الشيء اللي صرالي بين عيني ساعات نقول كوغير مت في **l'accident** بقيت خايف من الدنيا خطراك الدنيا دوازة بزاف وبقيت نتفكر في هذا الشيء اللي قاسني موت صاحبي أثرت فيا بزاف وبكيت وعيطت حتى ولى يوجعني راسي بزاف وبقيت مشوكي حتان ذرك.

أ: حبيت نعرف إذا وليت تتقلق و تتفعل لأي سبب وأنت هنا في السبيطار؟

عادل: وليت نحس بالقلقة و الفجعة من هذه الوضعية نحس بالضيقة في قلبي ما نرقدش خلاص في السبيطار كي نبغي نرقد نتخطف و تجيني الخلعة نقول علاه صرالي هكذا نقول واش درت لقمة العيش مرة.

أ: هل تحاول تجنب الأشخاص اللي معاك في السبيطار ؟

عادل: وليت ما نحبش نشوف الناس اللي يجبدولي الهدرة على **l'accident**، وليت نتهرب ندير روعي راقد وكي نحب **n'eviter** ندير روعي تعبان من **le massage** وأنا ما نحبش نتفكر وكي نتفكر بالسيف علي كرهت روعي بعد ما شفت صحتي راحت لاراحت الصحة ما توليش

أ: كيفاه كان تعاملك مع الناس و المرضى بعد **l'accident** ؟

عادل: وليت كي نشوف مريض على **la chaise roulante** نتفكر اللي صرالي وننعزل **isolé** الدمعة ديما الطيح من عيني وليت ما نحبش نشوف أولادي باه ما نقلقهمش معايا.

أ: هل تحس في روحك تبدلت بعد ما صرالك هذا الحدث ؟

عادل: بعد ما صرالي هذا وليت ما نامن في الدنيا كي نتفكر نقول علاه خدمت هذي الخدمة نفضل نبيع الدبشة على خدمة الماصو لي وصلتني لهذا الشيء ما ننساش واش صرالي حتان يطبطب راسي في القبر قادر ربي حتان نولي كيما بكري وما ننساش.

## الملاحق

أ: نفهم من هدرتك ندمت على خدمة ماصو وهل بقيت تعيش هذي الحالة اللي مريت بها في السبيطار؟

**عادل:** **c'est-normal** وليت ما نعرف علاه بقيت نتخطف و نتخلع و نخاف لكان خرجت من السبيطار يصرالي نفس الشيء و كي نخرج من السبيطار إن شاء الله يقدرني ربي نقري ابني مليح باه ما يخرجش ماصو و هنا في السبيطار نقعد غير نشوف مع العباد اللي كيفي يزيد عليا الحال ما نحبش نولي نبني ما نحبش نسمع كلمة ماصو بقيت منين نتفكر نوض و ما نحبش نتفكر خلاص كنت نموت على خدمتي وليت كرهت كل شيء عادت ما عندي حاجة في حوايج كنت نشتيهم بكري وليت نقاسي من الإعاقة حتان كرهت روجي نقول في قبلي كون مت خير باه نتنهني من هذي الوضعية.

أ: هل حسيت بالغبرة وأنت هنا في السبيطار ؟

**عادل:** لازم نحس بالغبرة بعد ما عشت هذا الشيء في السبيطار يفكرني بالمرض والموت كون نصيب نبعد على الناس باه ما يستشغلوش بحالتي و هنا في هذا **centre** ما نجمعش خلاص نحس روجي غريب عليهم **malgré** الجرح واحد كي نخلص **rééducation** نجني في السرير و نقعد وحدي كلي ما علابالي بوالو قوليت كي نخم في واش صرالي ننسى الحوايج لخرين كون نصيب ما نهدر مع حتى واحد.

أ: هل بقيت تعاني من اضطرابات في النوم بعد **l'accident** حد الآن ؟

**عادل:** حد الآن ما بقيتش نرقد مليح وليت نقص من كلامي مع اللي معايا.

أ: هل صرت حذر و متيقظ بعد مدة 6 أشهر اللي فوتها في السبيطار ؟

**عادل:** وليت بزاف نوخذ حذري كون نصيب نتوله كل شيء.

أ: هل بقيت مسيطر على أمورك و مركز فيها كيما بكري ؟

**عادل:** بالعكس وليت غير تايه برك ما علاباليش بالشيء اللي راني فيه و ماني فاههم

والو، فقدت التحكم اللي كان عندي بكري قبل **l'accident** وليت ما نحبش **le vide**

على خاطر نتوسوس و نقعد نخم.

أ: واش عادل ولى بعد **l'accident** ؟



## الملاحق

**عادل:** بكري زي وذرك زي رحت فيها خلاص خسرت صحتي هذاك هو راس مالي كي راحت صحتي وليت واحد أواخر عايش وللا مانيش عايش هذي الضربة الواعرة بدلت حياتي خلاص نحس روجي قعدت نطايش.

**أ:** كيفاه عادل راك تشوف في المستقبل واش مقرر بعد ما تخرج من السبيطار ؟

**عادل:** مصيري عند ربي ما علاباليش واش حاندير مبعد كل شيء غامض بالنسبة لي عدت نشوف حاجة ما تسوى في الدنيا هذي ما عندي شكون يحن علي وينسيني المصاب الواحد اللي ما قدرش يوقف على رجليه باه يوكل هذي حاجة وحدها تقيس بزاف، اللي راحتو صحتو يحفر قبرو بيدو.

**أ:** بعد ما صراتلك هذي l'accident هل متقبل هذي الوضعية و متكيف معاها ؟

**عادل:** ما نيش متقبل خلاص هذي الوضعية و منا بدات حياة جديدة ...

## الملاحق

الحالة الثانية: هاني

أ: السلام عليكم.

هاني : و عليكم السلام.

أ:أنا الأخصائية النفسانية حبيت هنا نتعرف عليك إذا كان ممكن ؟

هاني : **bon** أنا هاني ب **19ans** كنت نقرى قبل ما ندير **l'accident** وملي صراتلي **l'accident** حبست القراية و حبست كل شيء أكي تشوفي حالتلي.

أ: حبيت نتعرف على هاني قبل **l'accident** كيفاه كنت عايش حياتك ؟

هاني : كنت عايش حياتي عادي **normale** كيما الناس نروح للمسيد نحب نقصر نحب نجري نحب **le moto**.

أ: **a part le moto** واش كنت تحب ؟

هاني : قتلك كنت نحب **le moto surtout le ballon** وفي **le ballon** طحت وصرا تلي **l'accident**.

أ: هاني , قلت لي طحت في **le ballon** حبيت نعرف على تفاصيل أكثر قبل ما صرات **l'accident** لو قبل ما عشت هذيك **la scène** نروحوها مرحلة ...بمرحلة؟

هاني : عندي 4 أيام قبل ما نجوز **le bac** ما جوز توش صرا تلي **l'accident** المكتوب ما كتبش ( فترة صمت ).

أ: نشوف فيك راح منك الكلام إذا كنت مش مليح نكملوا من بعد ؟

هاني : **non** ماكاش مشكل أني مرتاح نفسيا , قتلك طحت في **le ballon** وفي هذاك اليوم عيطلي **l'entraîneur** تاغي باه نلعبوا **un match** وأنا كنت مداير **un programme** أواخر باه نروح للبحر ... (فترة صمت ).

## الملاحق

أ: قتلي درت 4 l'accident أيام قبل ما تجوز le bac أحكي لي على هذيك الفترة كيفاه عشتها ؟

هاني : déjà عندي شهرين و أنا préparé في روجي نقرى وقلت la semaine الأخيرة مع صحابي نروح reposé شوي تعرفي باه reprenez شوية و مبعد قتلك عيطلي l'entraîneur قالي ما تروحش و منا باه نخرجوا نلعبوا un match وأنا ما كنتش داير في بالي رايج نلعب لبالو ومن بعد قلت نروح و خلاص , خطراه كي عيطاننا l'entraîneur لازم نلعبوا , كي رحنا شوفي واش صرالي مكتوب ربي .

أ: نفهم من كلامك انك كنت un joueur ؟

هاني : oui, كنت joueur في بجاية.

أ: واش من équipe كنت تلعب فيها ؟

هاني : كنت تلعب في équipe يسموها JSMB تاع بجاية.

أ: كنت قادر تولى un grand joueur و تولى حاجة ؟

هاني : كنت قادر بصح ما كتبش ربي شوفي وين وصلني le ballon بصح خلاص.

أ: درك نروحوا l'accident احكي لي كيفاه صراتلك و كيفاه حتان طحت ؟

هاني : في هذاك le match طحت على راسي وجاتني الضربة في رقبتني و geste لي

طحت به هو " coup de ciseaux " تعرفي coup de ciseaux ؟

أ : نعرف شوي على le ballon بصح ما نعرفش coup de ciseaux .

هاني : هي ضربة المقص، شغل ضربت البالو اللورا و joueur مورايا طحت على

ظهرو و أنا كي طحت جاتني الضربة على راسي وفي رقبتني.

أ: في هذيك اللحظة كيفاه كانت ردة الفعل نتاعك هاني ؟

## الملاحق

**هاني** : خلعت و ثققت نقولك الصبح قلت خلاص ما بقى والو ما نتحركش كامل حتى الهدرة ما نهدرش ما تزغد **ni** يدي **ni** رجلي **ni** والو حاجة ما تتحرك في راقد كي لميت وليت نبكي داخل.

أ: و **joueur** لي كان معاك و هو في هذيك الوضعية كيفاه صرائلو ؟

**هاني** : هو ما صرائلو والو خطراه طحت على ظهورو وللي نظر هو أنا.

أ: كيفاه حتان هزوك لسبيطار؟

**هاني** : عيطو **l'ambulance** بصح الشيء اللي تفكرتو **l'entraîneur** قاعد يعيط وشبع بكا عليا مسكين قالي أنا لي جبتك أنا لي **insistée** باه تلعب **le match** هو خاطي السبة ما عندو ما يدير.

أ: حبيت نعرف كيفاه عشت هذيك اللحظة واش حسيت في نفسك؟

**هاني** : جاني **choc** ما كنتش حاط في بالي يصرالي هذا الشيء كامل نفاك الصبح في هذيك الدقيقة كي طحت خممت غير على والدي كانوا حابيني نجيب **le bac** يقولولي أقرى أقرى **surtout** يما بصح مكتوب ربي كنت على جالهم حاب نجيب **le bac** كانوا يقولولي أقرى **au moins** جيب **le bac** باش تفرحنا.

أ: رغم كل شيء خممت في والديك , تحبهم بزاف ؟

**هاني** : والديا هما تاج راسي كي طحت قلت خلاص رحت فيها **jamais** نولي كي بكري وليت ما عادش نوض قتلك **déjà** بقالي غير 4 أيام خلاص ما نقدرش نجوزوا في بلاستي حاجة ما تتحرك فيا حتى الهدرة ما نهدرش حتى ما حبو يتوشيونني **ni** والو وكي طحت طلعونني في **l'ambulance** قلت خلاص عرفت روجي بلي أي **grave**

أ: في هذيك الدقيقة كنت واعى بالشيء لي صرائلك و واش من أعراض كنت تعاني منها؟

## الملاحق

هاني : كنت **conscient**، كنت نعقل بلي دايرين بيا نعقل صحابي و **les joueurs** مافقدتتش الذاكرة بصح ما نقدرش نـ **verbaliser**.

أ: هاني , حببت تحكيلي واش صرى في السبيطار كي هزوك من مكان الحادث بسيارة الإسعاف حتى دخلت السبيطار واش داروك في **les urgences**؟

هاني : كي دخلوني لـ **les urgences** لقينا 5 **cas** في **l'hôpital** تاغ بجاية قالولي نخليوك حتى غدوة الصباح زعم ماقدروليش ولاو في هذيك الدقيقة دارولي **transfert** **l'hôpital** تاغ تيزي وزو على 12 تاغ الليل درت **l'opération**.

أ: هاني ماذا بيا نعرف واش من **opération** درت ؟

هاني : درت **opération** وحدا على رقبتي كيما أكي تشوفي منا نحاولي عظم من **le bassin** و داروهولي في رقبتي و عندي **des fractures** في راسي.

أ: حببت نعرف كيفاه كانت ردة فعلك كي خرجت من **l'opération** و كيفاه عشت هذيك الفترة ؟

هاني : شغل ما حليت عيني وليت نبكي لقيت والدي يما و بابا وقاع **la famille** توالي وخوتي قاع بيكو و ثم حسيت روحي ماشي مليح وليت نبكي **c'est un peut difficile** و الأيام الأولين كنت ما نهدر مع حتى واحد **jore** قلت خلاص ما عاdash نولي كيما بكري (مع التعبير الجسدي) **déjà** سوفريت **après l'opération** و الله غير سوفريت حبس قلبي 4 خطرات.

أ: عندك ما فوت هاني ؟

هاني : 4 خطرات يحبس قلبي شهر في **le coma** بصح الحمد لله و من باعد داووني لـ **Alger** وحد **centre** تاغ **la rééducation** درت شويا **la rééducation** ثم في **Alger** ومباعد وليت نتحس بالشوي كاين شويا **amélioration** و الأيام اللولين كنت

## الملاحق

ما نهدر مع حتى واحد **apart** يما بابا ما نهدر مع حتى واحد وليت ما نحبش نشوف حتى واحد قلت خلاص ما بقالي والو.

أ: و صحابك **les joueurs** كنت تحب تشوفهم ؟

**هاني** : كنت ما نحب نشوف حتى واحد من **les joueurs** صحابي وليت **déprimé** شغل ما نيش في الحياة حياة بلا معنى شغل ما بقالي والو بصح الحمد لله هناك ما عطالي ربي

أ: ذرك نروحو لفترة لي ما بين خرجت من **le coma** حتى وليت دير **la rééducation** في **center** تاع **Alger** و قتلي بلي فوت مرحلة صعبة و **déjà** عندك قريب عامين مالي صراتك **l'accident** هذي الفترة كيفاه فوتها ؟

**هاني** : قعدت **6 mois** في **centre** تاع **Alger** ومن باعد خرجت قعدت قريب شهرين في دارنا باه شوبا **reposer** و نرتاح نفسيا مع العائلة خطراه بعد الشيء لي صرالي عرفت قيمة العائلة يما و بابا و خوتي وفي السبيطار كنت نحسب روحي بلي راني وحدي غريب حتى على روحي ما عرفنش حتى روحي و مباعد جاتني بعيدة ندير **la rééducation** في **Alger** و مباعد **le médecin traitant** قلبنى هنا في **l'hôpital** تاع رأس الماء.

أ: وهنا لقيت الحال مليح قايمين بيك شوبا ؟

**هاني** : أهنا خير شغل **normale** قايمين بيا .

أ: نشوفك تسكت بزاف في هذه اللحظة فا شراك تخمم ؟

**هاني** : قاعد نخمم في واش صرالي ديما نتفكر **la scène** لي صراتلي و أنت تهدي معايا نتفكر كيفاش كنت و كيفاه وليت كل شيء نعاود نشوفو كلي راني نعيش فيه ذرك وما يخطينيش خلاص واش عشت, ديما يجيوني **les cauchemars** و كوابيس الصدمة الي عشتها.

## الملاحق

أ: وهذه المدة كامل لحد الآن مازالوا يجيوك هذوك الكوابيس ؟

**هاني :** يجيوني بزاف **les cauchemars** ، **surtout cauchemar** كيما طحت ما يخطينيش خلاص و كي نبغى ننعس ايجيني هذاك الكابوس **surtout l'action** كي طحت نولي نتخلع و نقعد فاطن ما نرقدش مرة ما نرقدش خلاص و **défois** نقعد الليل كامل ما نرقدوش **surtout** في الأيام الأولين سوفريت بزاف كي كنت في **Alger** ، **déjà** في هذيك **la période** عندي **6 mois** ملي صراتلي **l'accident** كنت نتفكر واش صرالي **surtout la scène** كي طحت ما خطاتنيش خلاص و كنت كي ننعس في الليل نتخلع ما نرقدش حتى صباح كل شيء يتعاودلي نقول كوغير ما يجيش الليل.

أ:هاني حبيت نعرف واش تشوف في **les cauchemars** ؟

**هاني :** أنشوف غير **l'action** كي طحت في **les cauchemars** و كي نشوف **l'action** تاع الطيحة نولي نطقن و نتخلع وكي نتفكر هذيك **l'action** نولي نوض.

أ: واش من أعراض يجيوك بعد ما تشوف خيالات الصدمة ؟

**هاني :** كل ما نشوف الخيالات تاع الطيحة والصدمة لي صراتلي نطقن و نتخلع و **à chaque fois** نتقلق واللا ما نكونش مليح نقعد غير نبكي باش نريح وتهبطلي **la tension** و ما نوليش نرقد وكي نبكي شوية نـ **soulager** وهذا كل شيء يصرالي بعد ما نتفكر و نشوف هذيك **l'action** كي طحت **surtout** هذيك **l'action** كي نشوفها انوض، واش ندير.

أ: حبيت نعرف إذا كان يجيوك خيالات الصدمة في النهار و يجيك انطباع بلي حتعاود تعيشها ؟

**هاني :** يجيوني خيالات الصدمة بزاف في النهار و أكثر في الليل و هذا الشعور نعاود نعيشو شحال من مرة كلي راهو يصرالي من جديد و **La scène** كي طحت كلي صراتلي درك **surtout** كي نكون وحدي يجي في بالي كل شيء لي صرالي و نعاود نحس به

## الملاحق

وكلي أني درك طحت وليت نتقلق كل ما نتفكر هذيك الطيحة **surtout** في الليل  
**c'est difficile** كيفاه كنت نجري **d'un seul coup** وليت في الفراش **c'est un**  
**.peut difficile**

أ: كيفاه تكون ردة فعلك كي تشوف **un cas** صراتلو كيما أنت ؟

هاني : كي كنت في **l'hôpital** في **Alger** تاع **la rééducation** كنت نتقلق ما  
نرقدش خلاص الصح شفت **des cas** كيفاش و أكثر مني نقلك الصح كي كنت نمشي ما  
علاباليش قاع بـ **la rééducation** هذي **jamais** دخلت **l'hôpital** و نشوف كيما  
هذي ومع **la montalité** تاع برى كنت نشوف الناس قاع يمشوا قاع ملاح قاع **Sava**  
و بصح واحد كي يدخل **l'hôpital** و يلقي **des cas** كيما أنا وأكثر مني يولي في  
**monde** أواخر .

أ: بعد ما صراتلك هاني **l'accident** وليت تجنب الناس وللا ناس معينين ما تحبش  
تشوفهم أو بعض المواقف ما تحبش تتحط فيها و تحاول باه ماتذكرش بـ **l'accident** ؟

هاني : **bon** ما نحبش نهدر مع الناس قاع و نجنبهم خلاص خطراه يفكرون بـ  
**l'accident malgré** دخلت للدار **bon** ،علابالكي كيفاش واحد يكون يمشي وكيفاه  
يولي حاجة باينة وليت نتقلق من الناس كي يقولي واحد مسكين ويهدرولي على  
**l'accident** عليها **n'éviter** هم وعليها ما نحبش نكون مع الناس كيفاش كنت وكيفاه  
وليت ما نحبش نهدر مع حتى واحد وما نحبش يقولي واحد عاجز و ما نحبش نسمع كلمة  
**handicapé** خلاص .

أ: هاني حبيت نعرف كي تلقيت خبر بلي ما عايش تتوض كيفاه تعايشت مع هذيك  
الوضعية وكيفاه كانت ردة فعلك وأنت كنت تنتظر التشخيص الأخير؟

هاني : كي تلقيت هذا الخبر بلي وليت **paralysé** جاني كي الصاعقة جاني **choc** كبير  
ما قدرتش نخرج منو وليت ما نهدر مع حتى واحد نحب نقعد وحدي **après**  
**l'accident** وليت **agité** نعيط على **les infirmières** وما نحبش ندير



## الملاحق

**Le traitement** تاعي وليت **agressif** بسبة الوضع اللي كنت فيه ما قدرتش نتقبل الخبر و الصدمة بلي راني وليت **paralysé** وليت وحدي برك واش ندير **surtout** كي قالى الطبيب ما عادش تتوض.

أ: مالي صراتك **l'accident** وعشت هذيك الوضعية أنك ما عادش تتوض ومع المرض نتاعك، حبيت نعرف إذا نقص الاهتمام بحوايج كنت تحبهم بكري ؟

**هاني** : **voila** كي وليت ما نقدرش نوض و **paralysé** هنا وليت نقصت عندي الرغبة في حوايج كنت نشتيهم قبل **l'accident** وليت ما نحبش نركب **le moto** بصح تمنيت نولي نركبها , ما نحبش **le sport** كيما بكري خلاص و **surtout le ballon** ما عدتش نحبو، مانحبش نولي نروح لـ **les stades** وما نحبش نشوف **les matches** وبعد **l'accident** وليت نعرف حوايج ما كنتش نعرفهم من قبل مع مرضي عرفت شكون صحابي تاع الصح وهذا في وقت الشدة، نعرف الناس ونعرف شكون رايح يدعمك ويوقف معاك و نقولك الصح **le bute** تاعي أني نوض و كي نوض كل شئ يجي من بعد، الصحة ما تتشراش بالdraهم كي نحب نولي نقرى و اللا خدمة و الدراهم كل شيء يجي وحدو

أ:هاني حبيت نعرف **par exemple** تشوف واحد على **la chaise roulante** كيفاه تكون ردة فعلك هل تحاول تجنب هذا الموقف .

**هاني** : **voila** هذاك هو المشكل **n'éviter** بزاف هذيك **l'image** لي تفكرني بـ **l'accident** وبلي مال نقدر ندير والو **n'éviter** الناس اللي كيفي أنا باه ما يفكرونيش بهذيك الطيحة اللي وصلتني لهذي الوضعية وكي نشوف **la chaise roulante** وللا **handicapé** نعاود نعيش واش صرالي بتفاصيلو كيفاه كانوا **les joueurs** صحابي دايرين بي و **surtout l'entraîneur** كي قاعد يبكي هذيك **la scène** ما قدرتش ننساها ديما نتفكرها و أنا ما نقدرش نقعد في **la chaise roulante** تفكرني بالمرض نتاعي و **surtout** الناس كيفاه كانوا يشوفوني ومنا **jore** ما نقدرش خلاص كاين واحدين قالولي نعاونوك باه تولي تقرى **privé** بصح ما نقدرش كي راحت

## الملاحق

صحتي ما بقالي والو و كي تروح الصحة خلاص، ولات ما عندي حتى رغبة في القرابة  
**ni** حتى حاجة ما بقالي حتى نعيش في الحياة بعد ما صراتلي الإعاقة و **l'accident**.

أ: هاني مع الوضعية اللي راك عايشها درك يجي واحد هنا في السبيطار و يقعد يشوف  
معاك وللا واحد يجبدلك الهدرة على **l'accident** و كيفاه وليت هل تحاول تجنب الهدرة  
على هذا الموضوع ؟

هاني : ما نحبش نهدر مرة على **l'accident. C'est pour ça** وليت نحب نقعد وحدي  
قتلك ما نهدر مع حتى واحد ,وليت نتقلق و نثور في لنيار كي واحد يجبدلي الهدرة على  
**l'accident** وليت ما نحبش نولي لهذيك اللحظة بصح كي نقعد مع صحابي اللي  
علابالهم بوضعتي جيني **normal** خطراه هوما يجنبوا الهدرة على **l'accident** التوالي  
باه ما نتقلقش بصح مع الناس لخرين **n'éviter** هم خلاص خطراه يقولولي واش بيك  
وكيفاه صراتلك وانا ما نحبش نرجع لهذيك الدقيقة اللي عشتها وكي نروح مع صحابي في  
طونوبيل نروح لبلايص لي ما نشوف فيهم حتى واحد ونحب نقعد غير وحدي و **n'éviter**  
الغاشي.

أ:مالي صراتلك **l'accident** و الضربة في راسك وليت تعاني صعوبة في النوم وما  
ترقدش مليح ؟

هاني: **c'est sur** الماكلة ما نوكلش أكي تشوفي في مشيان خلاص، الرقاد ما نرقدش  
خلاص مابقيتش نرقد كيما بكري **surtout** هنا في السبيطار ما يجينيش النعاس خلاص  
**malgré** نكون تعبان من **sport** ومنا ما نرقدش خلاص **surtout** في الليل.

أ: مالي صراتلك **l'accident** وليت عدواني وتتقلق بزاف ؟

هاني : وليت كل دقيقة نتقلق ما نعرف علاه تلقايني نتهاوش هنا في السبيطار مع اللي  
يديرولي **le massage** ما نعرفش علاش وحدي نعيط عليهم وليت ننفعل بسرعة وليت  
نحب نقعد وحدي وليت نحمق بزاف **surtout** كي نكون في الدار و نشوف خويا ينوض

## الملاحق

ويلعب و يقصر معاي نولي نعيط ونتقلق في النهار **la** surtout في الليل تحكمني **fièvre**.

أ: مالي صراتك **l'accident** وليت حذر وتتفطن لكل شيء ؟

**هاني** : ولي يجيني **le stress** بزاف بعد **l'accident** نقعد غير جابد روجي **surtout** كي ندير **la rééducation** وليت نوخذ حذري لا نطيح و يزيد عليا الحال و نخاف ندير **un faut geste** لنعاود نتكسر، عليها نقعد متفطن مع حالتي وعندي **l'internet** في **le vide** شوية باه ما نتقلش وكي نقعد وحدي غير نخمم و نتفكر مرض نتاعي وفي واش صرالي.

أ: مالي صراتك **l'accident** وليت ما تركزش مليح ؟

**هاني** : عندي تقلال بزاف عليها ما تركزش نقولك الصح كيما القراية وليت ما نقدرش نقرى كيما صحابي يجيبولي **les livres** و القرآن ما نقدرش نقرى خلاص **déjà** واحد ما يمشيش ,ما ينوضش ما يجريش كي كنت بكري قبل ما نطيح كنت طائر بزاف وليت كي نقعد مع **la famille** نبقى غير تايه ما نتوله لوالو كلي في **monde** أواخر بعد ما راحت صحتي وليت ما نتوله لوالو.

أ: حبيت نعرف الحاجة اللي قاستك بعد ما كنت وكيفاه وليت ؟

**هاني** : **la chaise roulante surtout** ما نحبش نقعد فيها غير هنا في السبيطار **déjà** موالف مع الناس اللي كيما أنا جيني **normal** و الحاجة اللي قاستتي عندي زوج خواتاتي في الغربية **jusqu'à maintenant** ما علابالهمش كي طحت غير أختي اللي في كندا علابالها بلي تكسرت وحتى لأخرى **chaque fois à** تعيطلي تقولي مازلت في السبيطار ؟...فترة صمت

والله ما علابالي **surtout** هذيك أختي **attaché** ليا بزاف , علابالي كون تسمع تهبل

أ: هل تحس روحك تبدلت عما كنت عليه و **surtout** بعد ما صراتك **l'accident** ؟

## الملاحق

**هائي** : تبدلت بزاف **la preuve** وليت معوق و **des fois** نشوف في روحي **la faute** من عندي نقول في بالي كوغير ما فرحتش نلعب البالو كون رحمت للبحر وما درتش براي **l'entraîneur** , واش ندير علابالكي نقول أنا السبة ما فرحتش والديا خطراه حابيني نجيب **le bac** ندمت على رايي صح نقول كوغير تبعت قرابتي و خلاص وكنت قادر نجيب **le bac** و ندخل **l'université** و **des fois** نلوم على روحي صح.

أ: كيفاه ولي هائي بعد **l'accident** ؟

**هائي** : راحت حياتي و صحتي وكل شيء مليح كان بيانلي و راحت **ma jeunesse** وليت **handicapé** عاجز حتى **le corp** تاغي وليت ما نحسش به ما كانش قد واحد كان يجري و دقيقة يخسر كل شيء.

أ: كيفاه هائي يشوف الدنيا من بعد و كيفاه راك تشوف في المستقبل ؟

**هائي** : مني نخم **ni** على المستقبل **ni** على والوا درك نخم غير على المرض نتاعي نخم غير نوض وما علاباليش كيفاه يكون المستقبل من بعد، وبعد ما صراتلي **l'accident** ولات ما عندي حتى **avenir**.

أ: واش تعنيك الصحة من قبل ومن بعد ؟

**هائي** : من قبل ما كانش علابالى بقيمة الصحة ومن بعد ما صرالي هكذا عرفت قيمتها . تعرفي **les jeunes** تاغ بجاية يحبوا يعيشوا يحبوا يزهوا وبعد ما طحت وليت نخم على صحتي لي راحت الصحة هي الصح

أ: راك دير **effort** باه تولي كيما بكري؟

**هائي** : وعلاه راني هنا ندير في **la rééducation** أني مع **sport** والشفا من عند ربي.

## الملاحق

أ: خلاصة لكل شيء هل متكيف مع الوضعية وحسب ما نشوف أنك عشت هذه الفترة في ضغوطات و متقبلها ؟

هاني : **j'ai essayé le maximum** باه نحي فكرة المرض من راسي وهنا في السبب ما نخمش على الحوايج اللي مانقدرش نديرهم وكي نلقى ناس كيما أنا نحاول باش **mais au moins** ننسى شوية .مانيش متقبل بلي وليت **handicapé**.

تعريف "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 كأثار بعيدة ناجمة عن خسارتهم الجسدية ويتلقون 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" منهجا 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 "PTSD" الذي يعكس إعادة المعيشة الصدمية على شكل "تأثر التكرار"، حيث تظهر الأحلام و الكوابيس الليلية المزعجة، تتأثر التجنب ويضم مختلف السلوكيات التجنبية المرتبطة بالحدث ، التأثر 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 وضمان 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 تصيح 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.

#### الكلمات المفتاحية:

الصدمة الدماغية، الصدمة النفسية، اضطراب الضغوط التالية للصدمة، تحليل المحتوى.

#### Résumé :

*Le traumatisme crânien grave est parmi les formes de traumatismes corporels les plus dangereuses pour notre société, vu la souffrance psychologique et l'handicap physique qu'il engendre, rendant difficile l'acceptation de la lésion et de la situation post-traumatique.*

*Les victimes passent par des étapes sensibles dans le développement de leur état psychologique ainsi que des complications visibles dans leur état physique avec des difficultés sociales et relationnelles qui sont la répercussion de leur perte corporelle ; ils sont alors victime d'un autre choc « l'handicap post-traumatique » suite à un traumatisme crânien grave, où ils perdent leur complémentarité physique et esthétique ainsi que leur précédente adaptation naturelle..*

*Afin de montrer la spécificité du choc psychologique chez les victimes du traumatisme crânien grave et ses répercussions psychologiques et physiques, nous avons utilisé dans notre étude sur le terrain l'analyse du contenu comme méthode et outil des entretiens semi-dirigés et comme technique d'analyse des données obtenues pour atteindre les objectifs de la recherche, et les résultats de cette étude démontrent que la survenance du traumatisme crânien amène à des troubles psychologiques à commencer par le trouble (syndrome) du stress post-traumatique « ptsd », qui se caractérise par une triade de symptômes ; L'intrusion sous forme de syndrome répétitif, qui se manifeste à travers les réviviscences envahissantes et cauchemars ; le syndrome d'évitement qui comporte les différents comportements d'évitement concernant les activités et les stimuli associés à l'événement , le syndrome neurovégétatif représenté par les symptômes d'irritabilité et hyper-vigilance ; et aussi Apparaissent également chez eux des symptômes psychologiques accompagnateurs tels que la blessure narcissique, la modification de l'image de soi, le sentiment de culpabilité avec un avenir assombri par l'handicap post-traumatique, et quelque soient les effets divergences des conséquences engendrées par le traumatisme crânien sous formes psychiques , physiques, nous constatons que la victime a besoin d'un soutien psychologique, qu'elle ne doit pas être écartée mais plutôt réinsérée dans le système précédent de vie sociale, ainsi que son autonomie physique pour atteindre un statut social adapté.*

*Le traumatisme crânien grave est vécu par la victime comme une expérience psychologique douloureuse en plus de ses effets et conséquences ultérieures, consistant en l'handicap physique résultant du traumatisme crânien grave, qui impose aux victimes une mauvaise condition psychologique et une invalidité physico-motrice, de sorte que la victime souffre de conséquences psychologiques avec lesquelles elle devra coexister comme choc psychologique majeur avec difficulté d'adaptation et de coexistence avec la nouvelle situation, en passant d'un corps sain en un corps invalide et handicapé ce qui consolide chez elle la sensation d'impuissance et de diminution.*

#### Mots-clés :

*Traumatisme crânien, traumatisme psychique, Troubles de stress post-traumatique, analyse du contenu.*