

الدليل العملي لرعاية ضحايا الصدمة

عدد 13

طبيب نفس الرضعة

كتاب في النوجات الحادة في الطب النفسي
المبني على الوقاية والعلاج المتعامل مع الرضخ أو الصدمة.

د. وليد خالد الحميد

طبيب استشاري وأستاذ مشارك في الطب النفسي في جامعة لندن

عدد 13 - 2012

الفصل الأول:

الوقاية من الاضطرابات النفسية بعد الرضخ أو الصدمة:

المقدمة:

الوقاية في الطبّ النفسي نوقشت أول مرة من قبل الطبيب النفساني الأمريكي جيرالد كابلان في كتابه الشهير "مبادئ الطبّ النفسي الوقائي". لقد صنّف كابلان الوقاية من الاضطرابات النفسية إلى؛ الوقاية الأولية والثانوية والثلاثية. يتضمّن الوقاية الأولية تخفيض حدوث الإضطراب العقلي في المجتمع بالتعامل مع أسباب الإضرابات ومنعها في تسبب هذه الاضطرابات. تستهدف الوقاية الثانوية تقليص مدّة وشدة الاضطرابات النفسية عندما تحدث بالاكشاف المبكر. يهدف المنع الثلاثي تخفيض الضعف والعطل الذي قد ينتج من هذه الاضطرابات (Caplan, 1964, P16).

صنّف كابلان الوقاية من الاضطرابات النفسية إلى (Caplan, 1964)؛

1. الوقاية الأولية.
2. الوقاية الثانوية.
3. الوقاية الثلاثية.

الدراسات المتابعة التي عملت بشكل رئيسية في الولايات المتحدة الأمريكية أظهرت بأنّه بالرغم من أن نسبة عالية من السكان تعرّضوا إلى الصدمة (89.6%) فإن أقلية منهم إصيبوا بالاضطراب الكربي التالي للرضخ (PTSD) (5-6% في الرجال و10-14% في النساء)

((New, et al 2007:P78)). تقترح هذه النتائج بأنّ لدى الغالبية العظمى من الناس المرونة والمقاومة للصدمة ذلك السبب فهم يتحمّلونها بدون الإصابة بالأمراض النفسية.

العلاج النفسي المبكر:

لقد كان طبيب الأعصاب الفرنسي بيير جانيت واحد من أوّل العلماء في إستكشاف التأثير النفسي للصدمة. في دراسة لأكثر من 5000 مريض إقترح بأنّ الذكريات المؤلمة للصدمة لها تأثير "كلّ شيء أو لا شيء". إستنتج أيضا بأنّه في أغلب الأحيان يحدث التذكر للصدمة خارج context والخطأ في وضع الصدمة في سياقها التاريخي (van der Hart et al, 1989).

إن عدد من المتغيّرات النفسية-الإجتماعية قد لوحظت أهميتها في تقرير المرونة والمناعة للأحداث والصدمة المؤلمة والمرهقة. مثال ذلك التكيف والتفاؤل الإيجابي تجاه المصائب (Andresson، 1996)، وجود بوصلة أخلاقية أو معتقدات دينية يساعدان في إعادة النظر في المصيبة وفق نظرة إيجابية (Pragament، 1997) وحتى وجود قابلية الفكاهة والضحك يساعد أيضا (Davidson et al, 2005).

من هنا كانت نقطة البدا للنداءات التي تدعوا الى التدخّل المبكر في المساعدة على إعادة تشكيل تقييم الأفراد الإدراكي للصدمة في الكوارث الرئيسية والكوارث الطبيعية أو الصناعية. لفترة طويلة كان إستخلاص المعلومات (Debriefing) التدخّل الوقائي الرئيسي في الكوارث و الأحداث الأخرى المؤلمة. لكن الدراسات المتكررة شوّف أثبتت قلة تأثير هذا التداخل مرارا وتكرارا (Pitman & Delahanty، 2007 : P 372).

، الحالات الأكثر شيوعاً في التسبب في الرضخ أو الصدمة هي كالتالي: (NICE, 2005, P5):

_ الأشخاص الذين كانوا هدف الجريمة العنيفة مثل الإعتداءات الجسمية والجنسية، إلتحرش جنسي، الفوضى العامّة الخ.

_ الأشخاص الذين يعرضون إلى عنف الحرب، التعذيب، العنف أو إرهاب الدولة وكذلك الاجئين الهاربين من مثل هذه الحالات.

_ الأشخاص المتعرضين إلى العنف من خلال وظائفهم مثل الجنود وشرطة والصحفيين وحراس السجون ، ضباط خدمة إطفاء الحرائق وطاقم سيارة إسعاف وموظفي الطوارئ (هذا يتضمن كذلك الأشخاص الذين تركوا الخدمة).

_ الأشخاص الذين ينجون من الحوادث والكوارث.

_ النساء بعد الولادة المؤلمة و أفراد الذين شخّصوا بمرض خطير.

لقد أجريت دراسة عن طريق مسح متصل بالإنترنت ل 2,138 فرد الذين طلب منهم إبداء ردود أفعالهم تجاه الهجمات الإرهابية من سبتمبر/أيلول 11، 2001. إستطلاعات المتابعة التي تقيّم نتائج الصحة العقلية والطبيعية على السنتان التالية للحدث الإرهابي أظهرت بأن المشاركين الذين اختاروا أن لا يبدوا أي رد فعل أولي أبلغوا عن نتائج أفضل بمرور الوقت من عمل أولئك الذين أبدوا رد فعل أولي. أولئك الذين اختاروا إبداء ردود أفعالهم الفورية، وكانت لديهم ردود مفصلة أكثر أصيبوا بنتائج أسوأ بمرور الوقت (Seery, et al. 2008).

الدراسات أظهرت بأن إستخلاص المعلومات ذا الجلسة الواحدة لم يظهر أي تأثيرات سريرية إيجابية تذكر خلال التدخّل الذي إختبر بل بالعكس فإنه من خلال 15 دراسة عشوائية مسيطر عليها أظهرت إن هذا التدخّل قد يكون مضراً. إن النتائج أدت الى الاقتراح من بعض هذه الدراسات بأن إستخلاص المعلومات ذي الجلسة الواحدة قد يسبّب أذى للأفراد أكثر من الفائدة. كما أنه لا يوجد كذلك دليل على فعالية إستخلاص المعلومات الجماعي (Bisson et al, 2002) (& Adler et al, 2008).

كانت هناك دراسات على فعالية التعليم والتثقيف النفسي من خلال كتيب يصف ردود الأفعال للصدمة ويعطي المعلومات والنصيحة عن كيفية التصرف وكيفية إستعمال الدعم

المتوفرة بعد الصدمة أو الكوارث. لقد وجدت هذه الدراسة بأن ذلك الكتيب ذي معلومات المساعدة الذاتية ليس بأكثر فعالية من قائمة الإنتظار للأفراد في منع حدوث الاضطراب الكربي التالي للرضخ PTSD. ولقد أظهرت الدراسة نتائج عكسية من خلال إنخفاض حالات الاضطراب الكربي التالي للرضخ PTSD في المجموعة المقارنة (Turpin, 2005 & Scholes, et al 2007). من جهة أخرى الدراسة أظهرت وجود طلب عالي جدا للمعلومات بعد مثل هذه الصدمات وأنه من غير الواقعي ولا الأخلاقي أن يقترح الباحثون بأنّ على الأطباء السريريين أن يحجبوا هذه المعلومات عن الناس المتعرضين للصدمة. لكن الباحثين إقترحوا بأن تكون هناك أشكال أخرى من المعلومات التي تركز على المرونة قد تفيد المتعرضين للصدمة.

الإستعمال المبكرة للعلاج السلوك الإدراكي (CBT) في إضطرابات الصدمة المبكرة مثل التفاعل للكرب الحاد (acute stress disorder) كان قد إقترح من قبل بعض الباحثين للمساعدة في منع التطوير اللاحق للاضطراب الكربي التالي للرضخ PTSD. دراسة لهذا العلاج السلوكي الإدراكي CBT المركز على صدمة على مرضى التفاعل للكرب الحاد و الاضطراب الكربي التالي للرضخ الحاد. تضمنت هذه الدراسة إعطاء كل فرد 4-16 جلسات (4 - 17 ساعات) من التعليم، الإسترخاء التعرّض التخيلي، إعادة الهيكلة الإدراكية والتعرّض الحي (in vivo exposure).

لقد فحصت الأعراض المرضية بعد إسبوع واحد (وقت 1) و20 إسبوع (وقت 2) من بعد بداية التدخّل. لقد أظهرت النتائج بأنّ العلاج السلوكي الإدراكي CBT المركز على صدمة كان أكثر فعالية في المرضى الذين دخلوا الدراسة خلال الشهر الأول بعد الصدمة من المرضى الذين دخلوا الدراسة بعد شهر الى ثلاثة أشهر من الصدمة. أيضا العلاج كان أكثر فعالية في المرضى المصابين باضطراب الكأبة المشترك (Sijbrandij) (co-morbid depressive disorder). (et al., AJP 2006 & Olf, M. 2012).

بنفس الطريقة فإن هناك دراسات حديثة أجريت في أمستردام في هولندا أثبتت فاعلية استخدام إبطال التحسس وإعادة العلاج بحركات العين EMDR المبكر بعد الرضخ والصددمات يؤدي الى الوقاية من حدوث الإضطرابات النفسية التالية للرضخ (Olf, 2012).

المعالجة الدوائية المبكرة:

كما هو منصوص قبل ذلك، فإن تقييم الأفراد الإدراكي للصدمة مهم في تقرير إمكانية الإصابة بالإضطرابات النفسية لمابعد الصدمة. ويبدو إن درجة "أهمية" الحدث للفرد هو الذي قد يسبب التأثير لهذا الحدث والطريقة التي هو يتذكر بها. نميل إلى تذكر الأحداث الهامة بدلا من أحداث البسيطة، ويبدو أن لهذا وظيفة بقاء تطورية (التمساح والماء يحدّدان مصدر مثالا) (Pitman & Delahanty, 2007:P373).

إن أهمية الأحداث يحدّده ليست فقط بواسطة العوامل النفسية لكن أيضا بالعوامل الحيوية. الإثارة العاطفية التي ترتبط بالأحداث الهامة تبدو لكي تفعل خلال ممر هورمونية عصبي. هورمون الإجهاد 'adrenaline أو epinephrine' الذي يسبّب ردّ فعل الهروب أو التنازع ومستوياته في الدم يقوون أهمية الذاكرة أيضا والتكيف إليه (McGaugh, 1990). لقد ثبت إن إعطاء هورمون الإجهاد أو الهورمونات الأخرى التي تحقّز إطلاقه بعد فترة قليلة من التعلّم في التجارب على الحيوانات التجريبية تؤدّي إلى ردّ فعل شرطي أقوى. هذا قد أدى الى تبني النظرية بأن الدواء الذي يمنع هورمون الإجهاد أو تأثيراته سيساعدان على تقليل الردّ الشرطي (McGaugh, 123-125 P : 2003). الاضطراب الكربي التالي للرضخ (PTSD) كان منذ فترة طويلة يفهم على إنه شكل من أشكال ردّ الفعل الشرطي الذي يؤدّي إلى إطلاق المزيد من هورمون الإجهاد الذي يؤدي بدوره، في زيادة تأثير الذاكرة المؤلمة على شكل حلقة مفرغة (Pitman & Delahanty, 2007 : P 374).

أدت الافتراضات المذكورة أعلاه إلى نظرية تقترح إن إعطاء مواد وعقاقير مضادة لهرمون الإجهاد فورا بعد الصدمة أو الحدث المؤلم قد يساعد على منع تطوير الاضطراب النفسية التالية للرضخ. لقد أظهرت دراسة مقارنة تضمّنت معالجة 41 مريض من قسم الطوارئ فورا بعد الحادث. المرضى وزعوا عشوائيا بين المعالجة النشيطة لمدة 10 أيام بعقار البروبرانولول بشكل أقراص في جرعة 40مليغرام أربع مرات يوما تلتها a أيام جرى إستدقاق الدواء تدريجيا. المجموعة القياسية أعطت مناضد العلاج المموّه بالطريقة نفسها أعلاه. أن مقياس أعراض الاضطراب الكربي التالي للرضخ السريرية في أولئك الذين أكملوا المعالجة كانت أوطأ وكانت بشكل مهم أحصائيا وكذلك كانت نسبة حدوث الاضطراب الكربي التالي للرضخ بعد ثلاثة أشهر من الصدمة مقارنة مع مجموعة العلاج المموّه (Pitman, et al, 2002). A)

دراسة مماثلة أجريت في فرنسا أستعملت تصميمًا مماثلاً عدا بجرعة 30 مليغرام من البروبرانولول أظهرت كذلك بأن أعراض الاضطراب الكربي التالي للرضخ كان أقل بدرجة مهمة إحصائياً في المجموعة المعالجة (Vaiva, et al, 2003).

على نقيض من النظرية المذكورة أعلاه، فلقد وجد في بعض الدراسات أبان مستوى الكورتيزول في دم الذين يصابون بالاضطراب الكربي التالي للرضخ أوطاً عند حدوث الصدمة. هذا أدى الى دراسات تقوم بإعطاء حقن الكورتيزول وريديا الى المرضى الراقدون في المستشفى على أثر إصابتهم بالصدمة النتنة وقورنوا بمرضى أعطوا معالجة الصدمة النتنة العادية. أولئك الذين يستلمون معالجة الكورتيزول أصيبوا بدرجة أقل ومهمة إحصائياً بالاضطراب الكربي التالي للرضخ من مجموعة المقارنة. هذه المعالجة محدّدة بشكل واضح من قبل الحقيقة بإنها يجب أن تعطى بالحقن الوريدية وفي الراقدين في الردهات. هناك دراسات لعقاقير لآخري مثل serotonin إعادة منفذ مانعين ووكيل إنتقائي معاداة صرعيين مثل mifepristone كل أن يتحرّوا (Pitman & Delahanty, 2007:P380-381).؟؟؟ المعالجة الدوائية المبكرة:

كما هو منصوص قبل ذلك، فإن تقييم الأفراد الإدراكي للصدمة مهم في تقرير إمكانية الإصابة بالاضطرابات النفسية لمابعد الصدمة. ويبدو إن درجة "أهمية" الحدث للفرد هو الذي قد يسبب التأثير لهذا الحدث والطريقة التي هو يتذكّر بها. نميل إلى تذكر الأحداث الهامة بدلا من أحداث البسيطة، ويبدو أن لهذا وظيفة بقاء تطورية (التمساح والماء يحدّدان مصدر مثالا) (Pitman & Delahanty, 2007:P373).

إن أهمية الأحداث يحدّده ليست فقط بواسطة العوامل النفسية لكن أيضا بالعوامل الحيوية. الإثارة العاطفية التي ترتبط بالأحداث الهامة تبدو لكي تفعل خلال ممر هورمونية عصبي. هورمون الإجهاد 'adrenaline أو epinephrine' الذي يسبّب ردّ فعل الهروب أو التنازع ومستوياته في الدم يقوون أهمية الذاكرة أيضا والتكيف إليه (McGaugh, 1990). لقد ثبت بان إعطاء هورمون الإجهاد أو الهورمونات الأخرى التي تحفّز إطلاقه بعد فترة قليلة من التعلّم في التجارب على الحيوانات التجريبية تؤدي إلى ردّ فعل شرطي أقوى. هذا قد أدى الى تبني النظرية بأن الدواء الذي يمنع هورمون الإجهاد أو تأثيراته سيساعدان على تقليل الردّ الشرطي (McGaugh, 2003 : P 123-125). الاضطراب الكربي التالي للرضخ (PTSD) كان منذ فترة طويلة يفهم على إنه شكل من أشكال ردّ الفعل الشرطي الذي يؤدي إلى إطلاق المزيد من

هورمون الإجهاد الذي يؤدي بدوره، في زيادة تأثير الذاكرة المؤلمة على شكل حلقة مفرغة (Pitman & Delahanty, 2007: P 374).

أدت الافتراضات المذكورة أعلاه إلى نظرية تقترح بأن إعطاء مواد وعقاقير مضادة لهرمون الإجهاد فوراً بعد الصدمة أو الحدث المؤلم قد يساعد على منع تطوير الاضطراب النفسية التالية للرضخ. لقد أظهرت دراسة مقارنة تضمّنت معالجة 41 مريض من قسم الطوارئ فوراً بعد الحادث. المرضى وزعوا عشوائياً بين المعالجة النشيطة لمدة 10 أيام بعقار البروبرانولول بشكل أقراص في جرعة 40مليغرام أربع مرات يوماً تلتها a أيام جرى إستدقاق الدواء تدريجياً. المجموعة القياسية أعطت مناضد العلاج المموّه بالطريقة نفسها أعلاه. أن مقياس أعراض الاضطراب الكربي التالي للرضخ السريرية في أولئك الذين أكملوا المعالجة كانت أوطأ وكانت بشكل مهم إحصائياً وكذلك كانت نسبة حدوث الاضطراب الكربي التالي للرضخ بعد ثلاثة أشهر من الصدمة مقارنة مع مجموعة العلاج المموّه (Pitman, et al, 2002). A).

دراسة مماثلة أجريت في فرنسا أستعملت تصميمًا مماثلاً عدا بجرعة 30 مليغرام من البروبرانولول أظهرت كذلك بأن أعراض الاضطراب الكربي التالي للرضخ كان أقل بدرجة مهمة إحصائياً في المجموعة المعالجة (Vaiva, et al, 2003).

على نقيض من النظرية المذكورة أعلاه، فلقد وجد في بعض الدراسات بأن مستوى الكورتيزول في دم الذين يصابون بالاضطراب الكربي التالي للرضخ أوطأ عند حدوث الصدمة. هذا أدى إلى دراسات تقوم بإعطاء حقن الكورتيزول وريدياً إلى المرضى الراقدون في المستشفى على أثر إصابتهم بالصدمة النتنة وقورنوا بمرضى أعطوا معالجة الصدمة النتنة العادية. أولئك الذين يستلمون معالجة الكورتيزول أصيبوا بدرجة أقل ومهمة إحصائياً بالاضطراب الكربي التالي للرضخ من مجموعة المقارنة. هذه المعالجة محدّدة بشكل واضح من قبل الحقيقة بأنّها يجب أن تعطى بالحقن الوريدية وفي الراقدين في الردهات. هناك دراسات لعقاقير لآخرى مثل serotonin إعادة منفذ مانعين ووكيل إنتقائي معاداة صرعيين مثل mifepristone كل أن يتحرّوا (Pitman & Delahanty, 2007:P380-381).

رد فعل الخدمات الصحية والإجتماعية
في الكوارث والصدمات:

. الردّ الفوري

. الفحص والتشخيص

. التدخّلات الوقائية

. التدخّلات النفسية والدوائية

الخلاصة:

أنه بعد حدوث حدث مؤلم للمجتمع في أية حال، يجب عدم إستخدام استخلاص المعلومات بصورة روتينية ويجب الإنتظار اليقظ لظهور أعراض أمراض الصدمة ويمكن إستخدام العلاج لسلوك الإدراكي المركز على الصدمة أو إبطال التحسس وإعادة العلاج بحركات العين. في حالة ظهور أعراض التفاعل للكرب الحاد أو الاضطراب الكربي التالي للرضخ الحاد يجب إستعمال و إستعمال لعلاج لسلوك الإدراكي المركز على الصدمة أو إبطال التحسس وإعادة العلاج بحركات العين وهذه العلاج يجب أن يكونوا صدمة ركزت. لا تستعمل المعالجة الإستشارية (counseling)، الإسترخاء الخ وهناك دليل محدود عن فعالية الأدوية مثل البروبرانولول (propranolol).