

الكتابُ الطبيُّ الجامعيُّ

المرشِدُ في

الطبِ النَّفْسِيِّ

إعداد

نخبة من أساتذة الجامعات

في العالم العربي



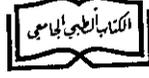
أكاديمية



منظمة الصحة العالمية
الكتاب العربي لشرق المتوسط

المشيدفي
الطب النفسى

الكتاب الطبي الجامعي



المشيد في

الطب النفسي

إعداد
نخبة من أساتذة الجامعات
في العالم العربي



بيانات الفهرسة أثناء النشر

منظمة الصحة العالمية - المكتب الإقليمي لشرق المتوسط

المرشد في الطب النفسي / منظمة الصحة العالمية ، المكتب الإقليمي لشرق المتوسط

ص. 250

1 . الطب النفسي - كتاب طبي جامعي

2 . الأمراض النفسية - تصنيف

3 . الأمراض النفسية - تشخيص أ . منظمة الصحة العالمية ، المكتب الإقليمي لشرق المتوسط

(تصنيف المكتبة الطبية القومية 15 WM) ISBN 92-9021-260-9

برحب منظمة الصحة العالمية بطلبات الحصول على الإذن باستنساخ أو ترجمة منشوراتها جزئياً أو كلياً . وتوسيع السجلات والاستفسارات في هذا الصدد إلى السيد مدير الإعلام الصحي والطبي ، المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط ، ص. ب. 1517 ، الإسكندرية ، جمهورية مصر العربية ، الذي يسره أن يقدم أحدث المعلومات عن أي تغييرات تطرأ على النصوص ، وعن المخطوط الخاصة بالطبعات الجديدة ، وعن الترجمات والطبعات المكررة المواترة .

© منظمة الصحة العالمية 1999

تمتع منشورات منظمة الصحة العالمية بالحماية المنصوص عليها في البروتوكول الثاني للاتفاقية العالمية لحقوق الملكية الأدبية . فكل هذه الحقوق محفوظة للمنظمة .

وإن التسميات المستخدمة في هذه المنشورة ، وطريقة عرض المادة التي تشتمل عليها ، لا يقصد بها مطلقاً التعبير عن أي رأي لأمانة منظمة الصحة العالمية ، بشأن الوضع القانوني لأي قطر ، أو مقاطعة ، أو مدينة ، أو منطقة ، أو لسلطات أي منها ، أو بشأن تعيين حدود أي منها أو تخومها .

ثم إن ذكر شركات بعينها ، أو منتجات جبهة صانعة معينة ، لا يقصد به أن منظمة الصحة العالمية تخصصها بالتركية أو التوصية ، تفضيلاً لها على ما لم يرد ذكره من الشركات أو المنتجات ذات الطبيعة المماثلة . وفي ماعدا الخطأ والسهو . تم تمييز أسماء الملكية المسجلة للمنتجات بحرف كبير في بداية الكلمة الإنكليزية .

المحتوى

1	تقديم
3	تمهيد حول أهداف الكتاب
5	تاريخ الطب النفسي
9	تعريف الصحة النفسية وماهية المرض النفسي
12	أخلاقيات المهنة
16	الربائيات والسببّات
23	الوقاية
27	أعراض وعلامات الاضطرابات النفسية
43	فن المقابلة (الزيارة الطبية)
49	التدرج في التشخيص التفريقي
55	مقدمة عن التصنيف الدولي للاضطرابات النفسية
58	الاضطرابات النفسية في سن الطفولة والمراهقة
86	الاضطرابات المتعلقة بالمخدرات والمسكرات
96	الاضطرابات النفسية العضوية
112	الاضطرابات الذهانية
112	الفُصام
133	متلازمات ذهانية أخرى
136	الاضطراب الوهُامي (الضلالي) المشترك
137	اضطرابات الوهُام (الضلال)
143	اضطرابات ذهانية عابرة
143	اضطراب فُصامي الطابع
145	اضطرابات المزاج والعاطفة
151	اضطرابات المزاج الكبرى
162	الاضطرابات العصبية
188	اضطرابات الشخصية
196	اضطرابات النوم
200	الاضطرابات الجنسية
204	اضطراب الأكل
208	المعالجة النفسية
219	الأدوية النفسانية التأثير
231	التأهيل النفسي
235	الطوارئ في الطب النفسي
	الفهرس

الأساتذة المساهمون في تأليف ومراجعة فصول الكتاب

الأستاذ الدكتور أحمد شوقي العقباوي أستاذ ورئيس قسم الطب النفسي - كلية الطب -
جامعة الأزهر - القاهرة - جمهورية مصر العربية

الأستاذ الدكتور أحمد عكاشة أستاذ ورئيس قسم الأمراض النفسية - كلية الطب -
جامعة عين شمس - القاهرة - جمهورية مصر العربية

الأستاذة الدكتورة أميرة جمال سيف الدين أستاذة الصحة النفسية - كلية الطب - الإسكندرية -
جمهورية مصر العربية

الأستاذ إدريس الموسوي أستاذ الطب النفسي - الجامع - الدار البيضاء - المغرب

الأستاذ الدكتور سالم نجم أستاذ بكلية الطب - جامعة الأزهر - القاهرة -
جمهورية مصر العربية

الأستاذ الدكتور سعيد عبد العظيم أستاذ الطب النفسي - كلية الطب - جامعة عين
شمس - القاهرة - جمهورية مصر العربية

الأستاذة الدكتورة سهام راشد رئيسة قسم الصحة النفسية - جامعة الإسكندرية -
الإسكندرية - جمهورية مصر العربية

الأستاذ الدكتور الصديق الجدي أستاذ الطب النفسي - قرطاج - الجمهورية التونسية

الأستاذ الدكتور شيخ إدريس عبد الرحيم أستاذ ورئيس قسم الطب النفسي - كلية للطب -
جامعة الملك فيصل - الخبر - المملكة العربية
السعودية

الأستاذ الدكتور طه بعشر أستاذ الامراض النفسية - رئيس جامعة الشرق
الخرطوم - السودان

الأستاذ الدكتور عبد اللطيف موسى عثمان أستاذ الأمراض النفسية - كلية الطب - جامعة الأزهر
- القاهرة - جمهورية مصر العربية

الأستاذ الدكتور عبد المجيد سعيد الخليدي استشاري الأمراض النفسية - صنعاء - اليمن

- الأستاذ الدكتور عبد المناف الجاذري
 الأستاذ ورئيس قسم الأمراض العصبية والنفسية - كلية
 الطب - جامعة بغداد - الجمهورية العراقية
- الأستاذ الدكتور علاء الدين الحسيني
 الأستاذ ورئيس قسم الأمراض العصبية والنفسية -
 جامعة العلوم والتكنولوجيا - إربد - المملكة الأردنية
 الهاشمية
- الأستاذ الدكتور فاروق طلعت
 الأستاذ أمراض المخ والأعصاب والطب النفسي - كلية
 الطب - جامعة الإسكندرية - جمهورية مصر العربية
- الأستاذ الدكتور محمد شعلان
 الأستاذ الأمراض النفسية - كلية الطب - جامعة الأزهر
 - القاهرة - جمهورية مصر العربية
- الأستاذ الدكتور محمد عماد القضيبي
 الأستاذ الأمراض النفسية والمصمبية - كلية الطب -
 جامعة عين شمس - القاهرة - جمهورية مصر العربية
- الأستاذ الدكتور محمد خليل الحداد
 استشاري ورئيس مستشفى الطب النفسي - المنامة -
 البحرين
- الأستاذ الدكتور محمد فخر الإسلام
 رئيس قسم الطب النفسي - مؤسسة حمد الطبية -
 الدوحة - قطر
- الأستاذ الدكتور يحيى الرخاوي
 الأستاذ الأمراض النفسية - كلية الطب - جامعة القاهرة
 - جمهورية مصر العربية

تقديم

الدكتور حسين عبد الرزاق الجزائري
المدير الإقليمي
لمنظمة الصحة العالمية لإقليم شرق المتوسط

لئن كان تعليم العلوم الطبية باللغات الوطنية من الضرورات الحتمية التي يؤمن المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية بواجب دعمها وتعزيزها ، تيسيراً لاستيعاب المتلقي ، وتوفيراً لوقت المعلم والمتعلم ، فإن إصدار كتاب « المرشد في الطب النفسي » باللغة العربية يجيء في مقدمة هذه الضرورات . فالطب النفسي يمثل الأساس العلمي الذي يقوم عليه تماسك المجتمع وسلامته من الأمراض النفسية والانحرافات السلوكية .

والطب النفسي هو أحد العلوم الصحية الأساسية التي تعتمد عليها منظمة الصحة العالمية في تحقيق هدفها المتمثل في ترفيع الصحة للجميع . ولا يمكن تجاهل دوره في بناء وتميز الوضع الصحي للأفراد وللمجتمعات على حد سواء . وموضوعاته تهتم المجتمع بأسره بقدر ما تخصص كل فرد فيه ، وأهمية هذه الموضوعات لا تقتصر على الأطباء أو على العاملين الصحيين بل تتعداهم لتشمل كل فرد من أفراد المجتمع في جميع مراحل حياته ، منذ ولادته إلى اللحظات الأخيرة من حياته . وهي تسم بالشمولية التي تربط بين الصحة وبين الجوانب السلوكية والاجتماعية والاقتصادية والبيئية ، وتيسر للمرء أن يتكيف مع ظروف الحياة في ساعات الشدة والكرب .

ويأتي هذا الكتاب في عداد سلسلة « الكتاب الطبي الجامعي » التي يعمل المكتب الإقليمي على إصدارها تبعاً لسد حاجة الطلبة والمدرسين من الكتب الجامعية ، في مبادرة منه لدعم استعمال اللغة العربية في التعليم الطبي الجامعي ، تمشياً مع التوصيات التي أقرها اتحاد الأطباء العرب وعمداء كليات الطب في الجامعات العربية . ولقد آلى المكتب الإقليمي على نفسه أن ينجز مهمته في هذا السبيل على مسارين متوازيين ، يتمثل أحدهما برعاية تأليف سلسلة كاملة من المكتب الجامعية التي يشارك في تصنيف كل منها نخبة من الأساتذة المتخصصين الذين ينتمون إلى أكبر عدد ممكن من كليات الطب العربية ؛ ويتمثل المسار الآخر بترجمة سلسلة من المراجع المتفق عليها عالمياً . وعلى طريق تحقيق هذه المهمة النبيلة أصدر المكتب الإقليمي كتاب « الطب الشرعي والسموميات » ، وكتاب « الغذاء والتغذية » وكتاب « أساسيات علم الوبائيات » ، وكتاب « المرجع في الفيزيولوجيا الطبية » ، وكتاب « طب المجتمع » وها هو اليوم يضيف إليها كتاب « المرشد في الطب النفسي » .

ولقد ساهم في إعداد هذا الكتاب نخبة كريمة من المتخصصين في الطب النفسي الذين سعوا جهدهم من خلال التأليف والمراجعة ، إلى إظهار ما تتسم به المنطقة العربية من خصوصيات ، فلم يقتصروا على الترجمة من المراجع الأجنبية المعتمدة عالمياً ، بل اعتمدوا في المقام الأول على معلومات مستقاة من خبرة ومراجع ودراسات محلية وإقليمية مستلهمين ما ينفرد به المجتمع العربي من تراث خالد ، وآخذين في الحسبان تأثيرات البيئة والعادات والتقاليد السائدة في المنطقة .

والمكتب الإقليمي إذ يسعده أن يتقدم بهذا الكتاب إلى الناطقين بالعربية من العاملين في حقول العلوم الطبية والصحية يعرب عن صادق الأمل أن يجدوا فيه عوناً لهم على قيامهم بواجباتهم في خدمة المجتمع وتوصيل الرسالة الصحية إلى الذين تمس حاجتهم إليها من طلاب كليات الطب والعلوم الصحية والتنمية .

« ولكل درجات مما عملوا وليوفيهم أعمالهم وهم لا يظلمون » .

والله من وراء القصد .

تهيد

الأستاذ الدكتور طه بعشر
الأستاذ الدكتور محمد عماد فضلي

منذ أواخر الستينات وأوائل السبعينات خطا اتحاد الأطباء العرب خطوات موفقة في سبيل توحيد المصطلح الطبي العربي ، فأصدر الطبعة الأولى للمعجم الطبي الموحد . ولأهمية هذا العمل وتطويره ساند مجلس وزراء الصحة العرب مشكوراً جهد اتحاد الأطباء العرب ، ثم عهد إلى المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية بشرق المتوسط بأن يتولى هذه المهمة ومن ثم أنشئت لجنة العمل الخاصة بالمصطلحات الطبية والتي عملت جاهدة على توحيد المصطلحات الطبية .

وكان من ثمار هذا العمل المتواصل صدور الطبعة الثالثة للمعجم الطبي الموحد عام 1983 بالتعاون مع مجلس وزراء الصحة العرب واتحاد الأطباء العرب والمنظمة العربية للتربية والثقافة والعلوم ، ثم بذلت جهوداً متواصلة للعمل على إصدار الطبعة الرابعة الموسعة والمحوسبة من هذا المعجم وتوزيعها على أقراص مكتنزة (CD-ROM) على المهتمين بالتعليم الطبي في البلدان العربية للاستفادة من آرائهم في المصطلحات ومدى تقبلها ، وفي البرنامج ومدى ملاءمته للمعجم الطبي الموحد الذي يستخدم الآن مرجعاً أساسياً لكل من يعمل في التعليم الطبي والتشخيص الصحي ، وفي الوقت نفسه لم يأل المكتب جهداً في إصدار عدد من المعجمات المتخصصة التي تشتمل على شرح واف ومختصر لكل مصطلح مع الأشكال والصور التوضيحية المناسبة ، فأصدر معجم العين وأمراضها ومعجم الوراثة ومعجم الأعصاب ، وما معجم الوبائيات عن الصدور ببعيد .

كما سعت منظمة الصحة العالمية من أجل تأليف الكتب الدراسية لكليات الطب والعلوم الصحية باللغة العربية ، وبذلك تتحقق خطوة هامة ، وينتقل الأمر من مرحلة النقل من مصطلحات أجنبية إلى مرحلة التأصيل والتطوير والإبداع .

وبناء على ما تقدم وبعد الاجتماع مع عدد كبير من عمداء كليات الطب ، فقد رؤي أنه من المناسب أن تبدأ مرحلة تأليف الكتب الجامعية في بعض العلوم الطبية ، ووقع الاختيار في هذه المرحلة الأولية على الطب الشرعي وطب المجتمع والطب النفسي وبعد صدور كل من « الطب الشرعي » و« طب المجتمع » فإننا اليوم بصدد إصدار « الطب النفسي » .

و ضمناً لحسن إعداد الكتاب وتقبله على نطاق واسع دعا الدكتور حسين عبد الرزاق الجزائري ، المدير الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية ، إلى عقد اجتماع تحضيرى لتأليف كتاب جامعي في الطب النفسي وبمشاركة عدد من الجامعات العربية .

وقد تم في هذا الاجتماع مناقشة الكثير من المواضيع الهامة بما في ذلك دور اللغة في النهضة العلمية وفي تثبيت الهوية والاستفادة من التراث وتأسيس المعرفة ومراجعة المصطلحات واختيار التصنيفات المناسبة .

وفي ضوء المناقشات التي تمت والآراء التي طرحت تم الإجماع على الأهداف من تأليف هذا الكتاب والتي يمكن تلخيصها بما يلي :

- 1 - مساعدة الطالب على أن يدرس الطب النفسي على النحو الأمثل .
- 2 - تسهيل استيعاب الطب النفسي لطالب الطب العربي .
- 3 - تحديث الموضوعات العلمية في الطب النفسي .
- 4 - تأكيد أهمية تفاعل العناصر البيولوجية والاجتماعية والنفسية والروحية في الصحة والمرض .
- 5 - إثراء المكتبة العربية بالمؤلفات الطبية النفسية .

وقد سمي الكتاب « المرشد في الطب النفسي » وهو موجهٌ إلى طلبة الطب حتى يكون الممارس العام مزوداً بالمعرفة المطلوبة وبالمهارات الضرورية التي تمكنه من أداء دوره العملي في مجال الطب النفسي وفي المساهمة العملية على مستوى الرعاية الصحية الأولية ، وفي توفير الصحة للجميع . ولقد قام بتأليف هذا المرشد عدد من الأساتذة والاختصاصيين في الطب النفسي والعصبي ، وذلك تأكيداً لروح المشاركة والاستفادة من خبراتهم الثرية .

وقد اشتمل الكتاب على النواحي النظرية والتطبيقية في علوم الطب النفسي ، كما تضمن في بعض فصوله وصفاً موجزاً وأسلوباً يستحث التفاعل والتحاور بهدف تعويد الطالب على معرفة وفهم طبيعة المرض النفسي والوصول إلى التشخيص الصحيح وتقديم العلاج الضروري .

وشملت فصوله المواضيع الأساسية وذات السمة الضرورية والعملية . ومما يجدر ذكره تخصيص جزء لأهمية النواحي الروحية والإيمانية ، وإفراد فصول خاصة بزيارة الطبيب وآداب المهنة وعلاقة الطبيب بالمرضى وتاريخ الطب النفسي ، وهذا مما سوف يساعد على التأسيس والتمسك بالقيم الدينية والخلقية السوية والعلاقات الإنسانية الفاضلة . إلى جانب موضوع التصنيف الدولي الحديث للأمراض النفسية والذي سوف يساعد على تحديد نوعية هذه الامراض وتسجيلها ومتابعة واتخاذ الإجراءات العملية المناسبة ، علاجاً وتأهلياً ، وفي رسم السياسة الصحية والنفسية المناسبة . واشتمل الكتاب أيضاً على أنواع العلاج المطلوب ، وقائياً ونفسياً واجتماعياً وعضوياً وتأهلياً . واختتم الكتاب بفصل خاص بالطوارئ (الحالات الإسعافية والمستعجلة) النفسية وعلاجها . وكل ما نرجوه أن ينجح الكتاب في إرشاد طالب الطب العربي إلى فهم الطب النفسي بسهولة ويسر ويحقق الأهداف التي من أجلها تم تأليفه .

وبالله التوفيق .

تاريخ الطب النفسي

الأستاذ الدكتور طه بعشر
الأستاذ الدكتور محمد عماد فضلي

إن المرض النفسي قديم قدم الإنسان ، وعليه فإن الإنسان ان منذ فجر التاريخ بذل محاولات عديدة للعلاج مما يصيبه نفسياً وذلك وفقاً للمعالجات البدائية .

ومما يجدر ذكره أن المصريين والبابليين والأشوريين في حضاراتهم التاريخية القديمة قد تمكنوا من تسجيل بعض ملاحظاتهم الطبية وممارساتهم العلاجية في أوراق البردي والفخار والحجارة . وقد احتوت بردية كارن - مثلاً - على ثلاثين وصفاً لأمراض مختلفة مرتبطة بتغيرات في الرحم . ومن هنا يرى البعض أن قدماء المصريين قد سبقوا بنحو عشرة قرون تعاليم بقراط عن مرض الهستيريا . علماً بأن بقراط قد زار مصر في القرن الخامس قبل الميلاد عندما كانت الإسكندرية مركزاً هاماً للعلوم والمعرفة ، وليس من السهل معرفة إلى أي مدى تأثر بقراط بالفكر المصري القديم في تكوينه النظري عن مفهوم الهستيريا ، وقد ظل هذا المصطلح مستعملاً في الكتب الطبية حتى الآن ، ولم يغير إلا مؤخراً في المراجعة المباشرة للتصنيف الدولي للأمراض (منظمة الصحة العالمية 1992) حيث سل مكانه مصطلحات أخرى .

ومن الطرق العلاجية النفسية الجديرة بالذكر هنا هي العلاج والنوم في المعابد . وهذه الطريقة قد ارتبطت باسم امحوتب ، الطبيب الوزير للفرعون زوسر (2980 - 2900 ق.م) والذي بني له معبد في جزيرة فيلة . والمعالجات النفسية التي كانت تقدم مثلاً التعاويذ والموسيقى والأعشاب تعكس الارتباط في ذلك الزمن بين الطب الكهنوتي priesthood medicine والطب التجريبي experimental medicine .

كما أن البابليين والأشوريين استعملوا بعض الأرقام المبنية على مفهوم القوى الخفية في المعالجات والتي مازالت مستعملة في الطب الشعبي التقليدي .

وقد ظلت أوربا في ظلام الجهل ونسبت أسباب الاضطرابات النفسية إلى الأرواح الشريرة وإلى الآثار الشيطانية حتى جاء عصر بقراط (460 - 380 ق.م) والذي نادى بالبعد عن هذه الآراء ، وعامل الاضطرابات النفسية بنفس أسلوب معاملة الأمراض الجسدية ، وأدخل نظرية الأخلات humours التي تركز على أن أسباب الأمراض تعود إلى اضطراب في أخلات الجسم الأربعة وهي

الدم blood ، والبلغم phlegm ، والصفراء yellow bile ، والسوداء black bile . ولا زالت آثار مثل هذه المصطلحات مستعملة حتى اليوم ، فتجد استعمال كلمة المرض السوداوي -mclancho lia لحالات الاكتئاب النفسي .

وبالرغم من أفكار بقراط وأثارها البعيدة في المفاهيم الطبية ، فقد استمرت المفاهيم القديمة خلال العصور الوسطى في أوروبا ، ولم تتغير أساليب العلاج المختلفة في طرد الأرواح الشريرة والتي عانى منها كثيراً مرضى الاضطرابات النفسية .

وقبل أربعة عشر قرناً بزخ فجر الإسلام في الجزيرة العربية ، وأنزل الله القرآن الكريم على النبي صلوات الله عليه وسلامه ، وبالرغم من أن القرآن الكريم ليس بكتاب في الطب إلا أنه جاء معجزة خالدة لأنه يخاطب عقل الإنسان ووجدانه ، ومنه يتعلم المسلم عقيدة التوحيد ، وبه يسترشد إلى الطريق الأمثل في حياته ، وفي معاملاته ، ووجد المسلمون في القرآن كل الأسس الهادية والمرشدة في نمو الإنسان ، وفي تحقيق المثل العليا في حياته الفردية والاجتماعية ، وقد جاءت الآيات القرآنية غنية بالعظات وداعية للشفاء النفسي ﴿ ونزلنا عليك الكتاب تبياناً لكل شيء وهدى ورحمة وبشرى للمسلمين ﴾ (1) .

﴿ يا أيها الناس قد جاءكم موعظة من ربكم وشفاء لما في الصدور وهدى ورحمة للمؤمنين ﴾ (2) .

كما دعا القرآن الكريم الإنسان إلى التفكير في نفسه ومعرفته سماتها وأسرارها ، إذ أن معرفة النفس تقود إلى معرفة الله سبحانه وتعالى : ﴿ وفي الأرض آيات للموقنين وفي أنفسكم أفلا تبصرون ﴾ (3) .

كما ذكر في القرآن آيات بينات عن أحوال النفس المختلفة والتي أشارت إلى النفس المطمئنة ... والنفس اللوامة ... والنفس الأمارة بالسوء ... ، كما وردت في القرآن الكريم آيات مرشدة عن الروح والعقل . كل ذلك أضاع طريق المعرفة لعلماء المسلمين ، وفتح مجالات ثرة في علوم الطب النفسي .

وكان لانتشار الرسالة الإسلامية وتداخلها مع الحضارات الأخرى مثل حضارة الإغريق أثرها في المزيد من تطور الطب النفسي والذي اشتهر بعض من الأطباء فيه مثل الرازي (860 - 932 م) وابن سينا (980 - 1036 م) .

(1) سورة النحل 89 .

(2) سورة يونس ، الآية 57 .

(3) سورة الذاريات ، الآية 20 ، 21 . .

وقد كانت لتعاليم الرازي أثارها البعيدة في النهوض بالطب بين الشعوب العربية ، والأوربية ، وقد عاش الرازي في زمان بعد جالينوس (131 - 201 م) وأرسطاطاليس عندما ظل الطب في أوروبا في مستوى غير متطور لعدة قرون ، وكان من أهم مؤلفات الرازي كتابيه المنصوري والحاوي . وقد ترجم الكتابان إلى اللغة اللاتينية . وكان اهتمامه بالأثر النفسي في حالات المرض واضحاً من كتاباته ، حيث يدعو الطبيب أن يدخل الطمأنينة في نفس مريضة ويشره بالشفاء ، حتى وإن لم يكن متأكداً من ذلك لأن مزاج الجسم خاضع للسلوك النفسي ...

وهناك أيضاً كتاب ابن سينا المسمى القانون في الطب والذي يتضمن الكثير من تعاليمه وتجاربه ويؤكد فيه علاقة الأعراض الجسمانية بالأحوال النفسية .

ومن ناحية أخرى اهتم بعض علماء المسلمين بتفسير الأحلام ، وفي القرن الثاني بعد الهجرة كانت هناك إسهامات ثرة ممن تخصصوا في تفسير الأحلام مثل العالم الشهير ابن سيرين ، وأبدوا اهتماماً كبيراً بالجانب اللاشعوري في الحلم والذي أشاروا إليه بالمكنون ، واهتموا كذلك بالخلفية الثقافية والاجتماعية وبالرموز التي ترى في الحلم .

وقد أبدى أئمة المسلمين اهتماماً كبيراً بعلاج المرضى النفسيين ، وقام بعض الخلفاء العباسيين بإنشاء المستشفيات أو البيمارستانات ، حيث أنشأ الخليفة المكتفي بالله العباسي مستشفى لهؤلاء المرضى ، وأوكل إدارة شؤونه للطبيب العالم أبي بكر الرازي - كما شيدت مستشفيات نفسية في القرن الثامن والقرن التاسع الميلادي في كل من بغداد ودمشق والقاهرة .

وكان أول مستشفى للطب النفسي في العالم في بغداد 705 م ، ولم تعرف أوروبا المستشفيات النفسية إلا من خلال إسبانيا وذلك بتأثير الفتح الإسلامي وإنشاء المستشفيات في إسبانيا .

وفي مجال العلاج بالأدوية فقد كان لعلماء العرب فضل السبق ، وقد اشتهر منهم جابر بن حيان (702 - 765 م) ، وقد أشار العالم الشهير ابن البيطار في كتابه المسمى بالجامع إلى أكثر من 1400 دواء نفساني التأثير وذلك مؤشراً هاماً لما حققه هؤلاء العلماء من تقدم .

أما بالنسبة لأوروبا فقد كان عام 1795 بداية التحول في العلاج بالمستشفيات النفسية ، عندما قام بانيل في فرنسا بإعطاء حرية التصرف والمعاملة الإنسانية لمرضى الاضطرابات النفسية ، وقد تبعه على نفس النهج الإسباني كونولي . وفي نهاية القرن التاسع عشر وبداية هذا القرن طرأت بعض تطورات التقدم في الطب النفسي في بعض البلاد الأوربية فقد قام اختصاصي الأمراض العصبية النمساوي ، سيجموند فرويد بدراسة بعض الحالات المرضية والتي عزا أسبابها لأحداث لم يتذكرها المريض إلا بعد إخضاعه للتنويم النفسي ، وخلص من تجاربه إلى منهج التحليل النفسي psychoanalysis . وفي نفس الوقت بدأ أدولف ماير في الولايات المتحدة دراسة الحالات النفسية والتي عزا أسبابها إلى ردود انفعالات ، وطور أسلوباً جديداً سماه بالنهج البيولوجي النفسي psychobiology ...

وهكذا أصبح الطب النفسي يتطور وفق مناهج مختلفة .

وفي القرن الرابع عشر الهجري كان مستشفى قلاوون بالقاهرة يضم أربعة أقسام ؛ للجراحة ، والباطنة ، والرمد (طب العيون) والأمراض النفسية ، سابقاً أوروبا بستة مئة عام في تواجد الأمراض النفسية في مستشفى عام .

ومن الأشياء الأساسية التي يجدر ذكرها في تطوير العلاج النفسي العلاقة الأساسية بين المريض والمعالج ، ومنذ منتصف هذا القرن بدأ الانفتاح على علاج المريض في بيئة يرتاح فيها المريض نفسياً واجتماعياً . وعليه أنشئت الوحدات العلاجية النفسية في المستشفيات العامة ، وتطور علم النفس الاجتماعي psychosocial ، وتقدمت الخدمات الاجتماعية ، ولقي التأهيل العملي والمفيد أهمية خاصة ... كما أن مشاركة الأسرة والمجتمع والمؤسسات المختلفة في العناية بالمريض النفسي وجدت كل التأييد والسند .

ومنذ عام 1975 بذلت مساعي كثيرة لإدخال خدمات الصحة النفسية في مستوى الرعاية الصحية الأولية . وفي عام 1984 أصبح التعريف العالمي للصحة يشمل الجانب الروحي ، وكل ذلك علامات مبشرة في مستقبل الصحة عامة والصحة النفسية mental health خاصة .

إن التطور العلمي الذي حققه الطب النفسي والتقدم الواعد الذي تميز به العلاج النفسي الحديث كلها علامات تبشر بمستقبل عظيم في مجال الطب النفسي .

تعريف الصحة النفسية وماهية المرض النفسي

الأستاذ الدكتور أحمد العقباوي

الأستاذ الدكتور يحيى الرخاوي

من السهل تعريف الأمراض البدنية حيث توجد مقاييس معروفة ومحددة متى حاد عنها القياس اعتبرت الحالة مرضاً . فمثلاً درجة الحرارة العادية هي 37 مئوية (أو حول ذلك بقليل) فإذا وصلت درجة الحرارة إلى 38 فأكثر اعتبر الإنسان مصاباً بالحمى ... وهكذا . أما في المرض النفسي mental disease فالأمر يختلف اختلافاً بيناً ، حيث لا توجد مقاييس محددة كميّاً quantitatively ونوعياً qualitatively للسلوك يمكن بواسطتها أن نقيس السلوك البشري في كل الأوقات عند كل الناس ، فهناك العوامل الشخصية حيث يختلف الأمر من فرد إلى فرد ، وهناك العوامل البيئية والثقافية ، والعوامل التربوية ، وهكذا .

فإذا كان من الصعب أن نحدد ماهية المرض في الطب النفسي بشكل بسيط ومباشر مثلما هو الحال في الطب الجسماني ، فإنه يصعب كذلك تحديد ماهية الصحة النفسية mental health بشكل عام وشامل أيضاً .

وسنعرض أهم ما توصل إليه الاتفاق حول هذين المفهومين « الصحة health » و « المرض disease » فيما يتعلق بالأمراض النفسية .

الصحة النفسية mental health

توجد عدّة مفاهيم للصحة النفسية يجدر في البدء مناقشتها

1 - مفهوم غياب الأعراض absence of symptoms : وهو المفهوم الذي يقول : إن الصحيح نفسياً هو من لا يشكي من أعراض نفسية . لكنّ هذا المفهوم يهمل الاضطرابات العامة للشخصية ، مثل الاضطرابات التي لا تظهر في شكل أعراض محددة ، ولكن في شكل تصرفات وسمات عامة ، كما يهمل نوعية الصحة وتكاملها ، فهو مفهوم سلبي يعرف الصحة باختفاء ما يتصور أنه عكسها (الأعراض) .

2 - المفهوم الإحصائي : يقول هذا المفهوم إن الصحيح نفسياً هو الذي يشبه في سلوكه وتصرفه وتنوع حياته ما عليه أغلب الناس من حوله وفي بيئته .

وهذا المفهوم جيّد إذ يحترم ما اتفق عليه أغلب الناس على أنه « صحّة » ، لكنّه قد يستبعد فئة قد تختلف عن سائر المجموع لا لأنها مريضة ، ولكن لأن لها رؤية سابقة لأوانها ، أو نظرة نقدية ، أو إبداعاً خاصاً ، مثل بعض من يوصفون بأنهم العباقرة والأفذاذ والقادة والمفكرين .

3 - المفهوم المبني على طلب المعونة الطبية : وهو الذي يقول إنه مادام هناك بعض الناس عندهم الأعراض ولا يتوقفون عن ممارسة الحياة ، ولا يشكون بشكل خاص ، فإنه يستحسن أن نضيف إلى مفهوم الصحة أن من لا يذهب لاستشارة طبيب ، أو يأخذ أهله إلى طبيب أو معالج ، هو شخص سليم .

وهذا مفهوم خطر ، لأنه يهمل طلب المعونة الطبية دون أن يكون الإنسان سليماً ، ومثال ذلك عند من يقاسي من الصعوبة الاقتصادية ، وعدم توافر الإمكانيات المناسبة ، وفقد البصيرة ، وإهمال الرعاية وغير ذلك .

4 - المفهوم المرتبط بالتعوق : وهو الذي يقول إن الصحة النفسية إنما تقاس بدرجة التعوق في المجالات الأساسية التي تجعل الحياة طبيعية ، وهي مجالات العمل والتكيف الاجتماعي أساساً .

وهذا المفهوم من أهم المفاهيم وأكثرها عملية ، حيث يرتبط مباشرة بفاعلية الإنسان وعلاقاته ، إلا أنه يتغاضى عن احتمال أن يكون التكيف والعمل هو على حساب الذات وتناسقها الداخلي وقدراتها الخاصة والخلاقة ، وكل هذا ينبغي أن يؤخذ في الاعتبار حين نقرر ما هي الصحة النفسية .

5 - المفهوم الإيجابي للصحة النفسية : وهو جزء من المفهوم الإيجابي للصحة عامة ، وهو المفهوم الذي تبنته منظمة الصحة العالمية .

وهذا المفهوم الإيجابي للصحة يؤكد أنها ليست مجرد انتفاء المرض ، وإنما هي نوع من التوازن الفعّال الذي يجعل الإنسان متناسقاً مع نفسه ومع من حوله ، بما يحقق التكيف والتوازن مع الذات ومع المجتمع بدءاً بالأسرة فالمجتمع الأصغر فما يليه ، وكذلك بما يحقق التوازن الإيجابي مع مجمل المجتمع الإنساني .

على أن بعض المفاهيم الهامة والمتعلقة بمجتمعاتنا العربية تضيف بُعداً هاماً : وهو التوازن مع الكون الأعظم بما يمنحه الإيمان الإيجابي من فرس أكبر لمثل ذلك .

وكذلك تضيف بعض المفاهيم الطموحة أن الصحة النفسية لا تكتمل إلا إذا أطلقت كافة قدرات الإنسان إلى المستوى المناسب لها ، بما في ذلك قدراته الإبداعية الخلاقة .

الخلاصة

لما كان تعريف الصحة بهذه الصعوبة فلا بد أن نلتزم بتعريف عملي ، يمكن قياسه ، وإن كان نسبياً ، فنعرّف الصحة النفسية على الوجه التالي :

الصحة النفسية هي القدرة على ممارسة الحياة العملية والنشاط اليومي بطريقة تحقق **الفاعلية** العادية ، والاستقلال المناسب ، وكذلك تحقق **التكيف** مع المجتمع الأوسع ، وتعطي الفرص لممارسة القدرات ، وكل ذلك مع درجة من **التوازن** الذاتي تتفي معها الدرجات الجسيمة من المعاناة .

أي إن الصحة النفسية هي الفاعلية والتوازن والتكيف مع الآخرين .

المرض النفسي mental disease

وعلى ذلك ففي مجال المرض النفسي يمكن القول إن كل ما خالف هذا التعريف الأخير يمكن أن يعتبر مرضاً نفسياً ، ولكن ذلك ليس سهلاً أيضاً ، واللغة العربية شديدة الثراء بما يصف المرض . فالمرض لغةً هو « كل ما يخرج الكائن الحي عن حد الصحة والاعتدال من علة أو نفاق أو تقصير في أمر » ، والمرض هو « النقص وهو الانحراف ، وهو الفتور ، وهو الإضرار » ، وغير ذلك كثير . وهذا التعدد اللغوي ينبه أيضاً إلى ضرورة التحديد ، وعلى ذلك نقول :

إن المرض النفسي هو حالة من التعوق أو المعاناة الجسيمة أو كلاهما ، تؤثر على فاعلية الإنسان ، وعلى تكيفه الاجتماعي ، وعلى تصالحه النفسي مع نفسه ، وهذه الحالة يصاب بها الشخص نفسه لدرجة تعتبر سلبية إذا قيست بما كان عليه قبل ذلك (في حالة الناضجين) ، أو بما كان يُتوقع منه أو يُتوقع له (في حالة الأطفال في سن النضج) .

وبإيجاز أكثر :

المرض النفسي هو درجة جسيمة من التعوق أو المعاناة أو التصادم مع الذات أو مع المحيطين أو الشذوذ السلبي عنهم ، أو من أي من هذه المظاهر معاً .

أخلاقيات المهنة

الأستاذ الدكتور أحمد العقباوي
الأستاذ الدكتور الصديق الحدي
الأستاذ الدكتور محمد خليل الحداد
الأستاذ الدكتور يحيى الرخاوي

يتعلق موضوع أخلاقيات *ethics* المهنة في الطب النفسي بقضايا الصواب والخطأ ، بالنسبة للتصرفات والدوافع من جانب الطبيب النفسي وفريقه المعالج تجاه المريض ، وأهمية هذه المسألة تتجلى في قضيتين .

1 - السلطة المخولة للطبيب النفسي على المريض

إن الطبيب النفسي ، وبحكم وظيفته ، يقوم بتقييم الحالة النفسية لإنسان آخر ، لذا فإنه في موقع يتميز بقوة وسلطة على المريض ، ويجب أن يكون تبعاً لذلك حريماً على ألا يسيء استخدام هذه السلطة التي أوتمن عليها ، والتي قد تصل إلى حد سلب المريض أهم حقوقه كحرمانه من حريته في بعض الأحيان بإدخاله المستشفى ضد رغبته .

2 - الثقة التي يوليها المريض للطبيب

إن العلاقة بين المريض والطبيب تتميز بخصوصية كبيرة ، وتبنى على الثقة التي يوليها المريض للطبيب المعالج ، وفي مجال الطب النفسي بالذات يقوم الكثير من المرضى بالكلام عن أمور شخصية جداً ، ويكشفون عن أمور خاصة جداً قد لا يذكرونها لغيره . هذا ولا يخفى ما تحمله هذه الثقة من تبعات ومسؤوليات أدبية على عاتق الطبيب .

ومن الموضوعات التي تحتاج إلى شيء من التفصيل بهذا الخصوص ما يلي :

1 - سر المهنة

يجب على الطبيب أن يوضح للمريض أن كل المعلومات التي يدلي بها ستخضع لسرية *confidentiality* تامة ، كما وأنه يجب أن يشرح له أنه يحتاج إلى تدوين بعض هذه المعلومات كي يتذكر ما تتم مناقشته . ويجب على الطبيب أن يحصل على موافقة *consent* المريض إذا أراد أن يتحدث عن مشكلته مع أي شخص آخر سواء كان من أقاربه أو من أصدقائه أو من الموظفين الذين يريد

الطبيب أن يشاركهم معه في رعاية المريض . ومما هو جدير بالذكر أنه يصعب أحياناً التوفيق بين سر المهنة وبين الصالح العام ، كأن يشعر الطبيب مثلاً أن المريض على وشك أن يرتكب جريمة خطيرة في حق أحد الناس ، فله هنا أن يقدم حق المجتمع في الحماية على الضروريات الأخرى للمصلحة الواضحة .

2 - حقوق المريض

يجب أن يشارك المريض قدر المستطاع في اتخاذ القرارات المتعلقة به ويعالجه ، وأن يبلغ أولاً بأول بالقرارات التي تتخذ بشأنه وأسبابها ، خاصة في مجال العلاج كالأدوية الموصوفة له أو المعالجة الزميمة لإيقاع الدماغ brain synchronizing therapy وهو ما يعرف بالصدمات الكهربائية أو المعالجة بالتخليج الكهربائي ECT ، electro convulsive therapy ، ويجب ألا يعطى له أي سلاح إلا بعد شرح تفاصيله وآثاره الجانبية ، وموافقته على تلقيه . وإذا كان المريض غير مؤهل لإعطاء مثل هذه الموافقة لأسباب مرضية فيجب اتباع الخطوات المنصوص عليها في سياسة الجهة العلاجية للحصول على الموافقة من جهة الاختصاص في مثل هذه الحالات (الأهل والأقارب) .

ويجب التأكيد على حق المريض في احترام خصوصيته privacy وأدميته ، وإذا استدعت حالته المرضية سلبه بعض حقوقه أو التضييق على حريته فيجب أن يكون ذلك في أضيق الحدود الممكنة ، وطبقاً لسياسات واضحة تخضع للإشراف والمتابعة وللقانون الموجود في البلد .

3 - طبيعة العلاقة مع المريض

يجب أن يكون هناك فرق بين احترام المريض والاهتمام به من جهة ، والتورط معه بعلاقات حميمة قد تصل أحياناً إلى ممارسات جنسية من جهة أخرى . إن تداخل عواطف الطبيب مع المريض يعيق الموضوعية objectivity اللازمة للعملية العلاجية ، لذا يجب المحافظة على الحدود التي تليها عليه وظيفته في العلاقة مع المريض ، وإذا شعر الطبيب أن علاقته مع أحد المرضى قد خرجت عن الحدود المناسبة ، فيستحسن أن يحيله إلى طبيب آخر ، وأن يراجع الأخطاء التي أدت إلى ذلك الخلل في تلك العلاقة حتى لا تتكرر هذه المشكلة في المستقبل ، وبالرغم من ذلك لا بد من التأكيد على أن حب الطبيب لمرضاه وإخلاصه لقضاياهم ينعكس إيجابياً على علاقته المهنية معهم وعلى عملية العلاج .

علاقة الطبيب بالمريض

بالرغم من أن العلاقة بين الطبيب والمريض من الأمور المحورية في كافة فروع الطب ، إلا أن لهذه العلاقة وضعاً خاصاً جداً في الطب النفسي . فالمقابلة (الزيارة الطبية) التي تتم بين المريض والطبيب النفسي هي أكبر من مجرد المحادثة اللغوية التي تتم بينهما . فمن بداية هذه المقابلة تفصح تصرفات المريض بطبيعته عن كثير من المعلومات التي تساعد الطبيب على استكشاف جوانب هامة تتعلق بشخصية المريض واتجاهاته . . كما أن علاقة المريض تجاه طبيبه تؤثر سلباً أو إيجاباً على رغبته في الإفصاح عن حقيقة مشكلته وأسبابها .

فإذا شعر المريض أن طبيبه مقبل عليه ولديه رغبة صادقة في تفهم مشكلته ومساعدته ، فإن ذلك يشجعه على أن يثق به ، مما يدفعه إلى أن يتحدث بصراحة وعمق حتى عن أدق مشكلاته الشخصية . أما إذا شعر المريض أن طبيبه غير مهتم بمشكلاته ، أو في عجلة من أمره أو ذو اتجاه انتقادي أو عدائي تجاهه، فإن ذلك قد يجعله يحجم عن الإفصاح عن دخيلة نفسه . هذا ويحجم بعض المرضى عن الإفصاح عن بعض أمورهم الخاصة في المقابلة الأولى مع الطبيب ، وكثيراً ما تأتي هذه المعلومات في الجلسات التالية .

كما يجب على الطبيب أن ينظر إلى المريض من خلال منظار شامل ذي مستويات ثلاثة . في المستوى الأول، يرى الجانب المرضي ، وفي المستوى الثاني يركز على التكوين النفسي للمريض من شخصية ودوافع ، وفي المستوى الثالث ينظر إلى الخلفية الاجتماعية والثقافية كأثر البيئة والأسرة والعادات والتقاليد . وهذه الطريقة تسمى بالنموذج البيولوجي - النفسي - الاجتماعي socio-psychobiological .

وقد كان جورج إنجل أبرز من تبنى هذا النموذج كمدخل لتصور متكامل للمريض ، حيث أن كل عامل من العوامل الثلاثة يؤثر في العاملين الآخرين . ولإثبات نظريته أجرى إنجل في عام 1971 م دراسة على مئة وسبعين حالة من حالات الوفاة المفاجئة sudden death على مدى ست سنوات ، وقد لاحظ أثناء دراسته أن الأمراض الخطيرة وحتى الرفاة قد تكون مرتبطة بالأزمات والصدمات النفسية ، ومن أمثلة هذه الأزمات التي سجلها : وفاة شخص عزيز ، الحداد والذكريات السنوية للمآسي ، انخفاض الروح المعنوية ، الشعور بالخطر أو التهديد ، وحتى بعض حالات النشوة والسعادة الشديدة المفاجئة .

وتعتبر علاقة الطبيب بالمريض في النموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي هامة جداً . فكما يجب على الطبيب، الإلمام بحالة المريض الطبية ، يجب عليه أيضاً أن يكون متفهماً لتكوينه النفسي وبيئته

الاجتماعية والثقافية ، وكيفية تأثير هذه العوامل على حالته المرضية واستجاباته الانفعالية لها ، وطبيعة ارتباطه مع طبيبه تبعاً لذلك . ومن المفاهيم الهامة في العلاقة بين الطبيب والمريض مفهوم الإسقاط (الطرح) projection والإسقاط (الطرح) المقابل antiprojection ، وهو العملية التي يسقط بها المريض مشاعره التي تنتمي إلى شخصيات سابقة في حياته على المعالج النفسي ، وبالتالي يتمثل المعالج النفسي من الناحية العاطفية ، كما لو كان شخصاً سبق أن التقى به في حياته الماضية ، ويتم ذلك من خلال عملية الإسقاط التي يقوم بها المريض بإضفاء صور اختزنها في نفسه من الاستدمجات القديمة ، والتي تجعل للمعالج مكانة ومعنى عاطفي كانا لشخص سابق في حياته . لذا يجب على الطبيب ملاحظة اتجاه عواطف المريض نحوه بعناية خلال فترة العلاج ، والمحافظة على اتجاه موضوعي ومحايد ، مع شرح تفسيرات الإسقاط للمريض إذا ارتأى أن ذلك ضرورياً ، أو مفيداً للعملية العلاجية . وهناك أيضاً الإسقاط (الطرح) المقابل من المعالج إلى المريض ، وفي هذه الحالة تحدث عملية إسقاط عاطفي من الطبيب على المريض ، ولكي يحترز الطبيب منه ينبغي أن يتفحص مشاعره نحو المريض سلباً أو إيجاباً بطريقة مستمرة ، فإذا شعر أنه عمل إلى المريض أكثر من اللازم ولديه نزعة غير عادية للاستغراق في مشاكله ، أو في الجانب الآخر ، إذا شعر بنفور منه أو عداوة تجاهه ، فقد يكون سبب ذلك إسقاط مقابل حيث يحل المريض مكان شخص هام في حياة الطبيب الماضية .

وبصفة عامة يجب أن يكون الطبيب النفسي في علاقته مع مريضة كالمرأة التي يرى فيها المريض نفسه ، ويكون دور الطبيب هو مساعدته على فهمها وتقويمها ، كما يجب أن يكون دائماً مستعداً للتدخل لتقديم المساندة والإرشاد في الأوقات والظروف المناسبة .

الوبائيات epidemiology والسببيات etiology

الأستاذ الدكتور إدريس الموسوي

الأستاذ الدكتور علاء الدين الحسيني

وبائيات الأمراض النفسية

تعتبر دراسة الوبائيات epidemiology أمراً أساسياً في الطب . ذلك أنها تُعين - في الطب النفسي ، كما هو الحال في التخصصات الطبية الأخرى - على تحقيق أهداف متعددة منها :

- 1 - تحديد مدى الانتشار الحقيقي للاضطرابات النفسية بين مختلف المجموعات (مجمل السكان ، مرضى الأطباء العامين مثلاً) .
- 2 - البحث عن العوامل المسببة ، والتي تساعد معرفتها في وضع استراتيجيات للرعاية من الاضطرابات النفسية .
- 3 - تمكين المسؤولين في مجال الصحة العمومية من وضع برامج تكيف المصالح الصحية مع الرغبات الحقيقية للسكان .
- 4 - تحقيق التلاؤم بين تدريب العاملين في مجال الصحة وبين الحاجات الواقعية للسكان ، مع ترتيب الأولويات .

ولقد نشرت منذ القرن التاسع عشر إحصائيات متعددة في كتب ومقالات مختلفة ، لكنها لا تتعلق إلا بجوانب متناثرة من الطب النفسي . وكان لا بد من انتظار سبعينات هذا القرن لتظهر دراسات علمية ، ملتزمة بمنهجية دقيقة في مجال وبائيات الأمراض النفسية . ولقد لعبت كل من منظمة الصحة العالمية والمؤسسة الوطنية للصحة النفسية بالولايات المتحدة الأمريكية دوراً رائداً في هذا المجال . كما أُنجزت دراسات جيدة في دول شمال أوروبا وفي إنكلترا وسويسرا .

ولقد لعب عاملان مهمان دوراً أساسياً في هذا الازدهار وهما تطوير أدوات المقابلة النفسية المعيارية standardized interviews من جهة ، والجهد الضخم المبذول في الطب النفسي لتوضيح المفاهيم ، ووضع تصنيف للأمراض يستند على مبادئ أكثر علمية من جهة أخرى . ويمكن أن يكون الطب النفسي التخصص الطبي الأكثر إنتاجاً في مجال توضيح العديد من المفاهيم المستعملة (مثل الأعراض والمتلازمات والاضطرابات) على مدى العقدين الأخيرين .

ثم جاء تصنيف الاضطرابات النفسية الذي وضعته الجمعية الأمريكية للطب النفسي (DSM III) في سنة 1980 ، و DSM II R في سنة 1987) ثم المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض الذي وضعته منظمة الصحة العالمية (ICD 10 في سنة 1992) ليشكلا منعطفاً حاسماً في تطور الوبائيات النفسية . إذ أن ما يميز هذين التصنيفين هو خلقيتهما المنهجية التي تسهل الطريقة العلمية لتناول الأعراض والتشخيص والتي تتمثل باستعمال محاور متعددة للتشخيص (واحد للأعراض ، وآخر للشخصية ، وثالث للاضطرابات العضوية التي يشكو منها المريض إلخ) إلى جانب استعمال منهجي ومطرد لمعايير تشخيصية ، مما مكن من إجراء أبحاث علمية على كل واحد من تلك المعايير بهدف إثبات صلاحيته أو عدم صلاحيته .

انتشار الاضطرابات النفسية

إن أشمل دراسة تم القيام بها في مجال وبائيات الطب النفسي هي تلك التي أُجرت بالولايات المتحدة الأمريكية تحت اسم منطقة استجماع الخدمات الإبيديميولوجية - "Epidemiological Catchment Area" ما بين سنتي 1980 و 1985 . وهي دراسة قامت بها خمسة مراكز جامعية أميركية مختلفة على عينة ممثلة لمجموع السكان تضم أكثر من 20000 شخص تزيد أعمارهم على 18 سنة . وأثبتت الدراسة هذه أن انتشار prevalence الاضطرابات النفسية (أي عدد الحالات الموجودة داخل المجموعة السكانية في وقت معين) ، بما في ذلك إدمان الكحول والمخدرات ، يزيد على 15 في المئة

مدى انتشار الاضطرابات النفسية بين الأفراد الذين يزيد أعمارهم عن 18 سنة (عن Regier et al.-Arch. Gen. Psychiatry- 1993; 50-85-94)

على مدى سنة	على مدى شهر	الاضطراب
0.5±28.1	0.4±15.7	جميع أنواع الاضطرابات بما فيها إدمان الكحول والمخدرات
0.4±22.1	0.4±13.0	جميع أنواع الاضطرابات ماعدا إدمان الكحول والمخدرات
0.1±1.1	0.1±0.7	الفصام / الاضطراب الفصامي الشكل
0.3±9.5	0.2±5.2	الاضطراب العاطفي (الوجداني)
0.1±1.2	0.1±1.2	- الثنائي القطب
0.2±5.0	0.1±1.8	- الاكتئاب الأحادي القطب
0.2±5.4	0.2±3.3	- اضطراب المزاج
0.3±12.6	0.3±7.3	اضطرابات القلق
0.3±10.9	0.2±6.3	- الرهاب
0.1±1.3	0.1±0.5	- اضطراب الهلع
0.1±2.1	0.1±1.3	- الاضطراب الوسواسي القهري
0.0±0.2	0.0±0.1	الاضطرابات الجسدية الشكل
0.1±1.5	0.1±0.5	اضطرابات الشخصية المستهينة بالمجتمع
0.1±2.7	0.1±1.7	الاضطرابات الذهانية الشديدة

في الشهر الواحد ، و28 في المئة في السنة . وهذا يعني أنه على مدى سنة واحدة ، يعاني أكثر من شخص واحد من بين أربعة أشخاص من مجموع السكان من اضطراب نفسي أو يدمن الكحول أو المخدرات بالولايات المتحدة (انظر الجدول 1) .

أما أهم النتائج المرتبطة بالاضطرابات النفسية في هذه الدراسة فهي كالتالي :

- تشكل اضطرابات القلق (اضطراب القلق العام ، واضطراب الهلع ، واضطرابات الرهاب ، والاضطراب الوسواسي القهري ، والاضطراب التالي للرضح) أكثر أنواع الاضطرابات النفسية انتشاراً (أكثر من 12 في المئة من مجموع السكان على مدى سنة واحدة) . وفي هذا الاتجاه فقد اكتشف أن الاضطراب الوسواسي القهري منتشر ستين مرة أكثر مما كان مقدراً من قبل (2 في المئة من مجموع السكان على مدى سنة واحدة) . وقد كان ذلك التقدير مبنياً على اعتقاد الأطباء النفسيين على أنه اضطراب نادر بسبب قلة المصابين به الذين يطلبون المشورة من الطبيب النفسي . إن هذا المثال يبين الأهمية القصوى للأبحاث في مجال الوبائيات النفسية والتي تنجز انطلاقاً من عينات ممثلة لمجموع السكان ، إذا أردنا معرفة الخريطة الدقيقة لتوزيع الأمراض بينهم ، وتصدر الإشارة إلى أن أغلب اضطرابات القلق قد سجلت لدى الإناث (اثنتين مقابل ذكر واحد) .

- أما النوع الثاني من الاضطرابات الأكثر انتشاراً فهي الاضطرابات العاطفية (الوجدانية) (أكثر من 9 في المئة من السكان على مدى سنة) . أما باقي الاضطرابات فهي أقل انتشاراً .

لكن السؤال الذي يطرح نفسه هو ما إذا كانت هذه الأرقام الكبيرة (والتي ليست على كل حال أكبر من أرقام انتشار فرط ضغط الدم مثلاً بين مجموع السكان) هي نفسها على اختلاف الدول والثقافات ، كما أثبتت ذلك دراسة واسعة النطاق أجبرتها منظمة الصحة العالمية ، فهي تتراوح بين 0.5 و1 في المئة دون تمييز بين الدول المصنّعة والدول النامية . الشيء الوحيد الذي يختلف في هذه الدراسة هو شكل تطور المرض ، والذي يبدو أفضل لدى مرضى الدول النامية منه لدى مرضى الدول الصناعية ، والتفسير المفترض لهذه الظاهرة هو بقاء الأسرة الموسعة *expanded family* وانتشارها المهم في البلدان النامية .

وكمثال ، فإن عدداً من الأبحاث في مجال الوبائيات التي أنجزت في بلد عربي (الدار البيضاء ، المغرب) أعطت النتائج العامة التالية :

- بالنسبة لمجموع السكان :

- نسبة انتشار الأرق تتعدى 11 في المئة في عينة ممثلة لمجموع السكان البالغين الذين تتراوح أعمارهم ما بين 18 و45 سنة في هذه المدينة .
- نسبة استهلاك الأدوية النفسية تبلغ حوالي 6 في المئة في عينة ممثلة لمجموع السكان .

- بالنسبة لمرضى الأطباء العامين : أكثر من 15 في المئة من مراجعيهم مصابون بالاكتئاب وحوالي 1 في المئة بالفصام ، وأكثر من 40 في المئة من الأطفال الذين يزيد عمرهم على خمس سنوات يعانون من سلس البول .
- بالنسبة لمرضى أقسام المصححات النفسية 8 في المئة منهم يعانون من اضطراب عضوي ، يرتبط في أكثر الحالات ارتباطاً مباشراً بالاضطراب النفسي .
- بالنسبة للمجموعات المختلفة :

- الجامعيون : حوالي 15 في المئة من طلبة إحدى الكليات يتناولون المخدرات (الحشيش) بصورة متقطعة ، و4 في المئة منهم يتناولونها بصورة مستمرة .

- المرضى الذهانيون psychotic الذين يتناولون مضادات الذهان : نسبة انتشار عسر الحركة المتأخر يتراوح بين 10 في المئة و64 في المئة ، حسب عمر المريض ومدته المرض .

إن هذه الأرقام تشبه إلى حد كبير تلك التي تشير إليها نتائج الدراسات الغربية (ما عدا ما يخص الاضطرابات العضوية عند مرضى أقسام المصححات النفسية) . كما أن كثيراً من الأبحاث المنجزة في الدول النامية . ومنها خصوصاً بعض الدول العربية ، انتهت إلى نتائج مطابقة تماماً للنتائج المسجلة في الدول الصناعية . وهذه الأرقام لها تطبيقات عملية مباشرة مرتبطة بالتخطيط في مجال الصحة النفسية لأن المسؤولين في بلداننا النامية ينظرون عادة إلى الطب النفسي وإلى الصحة النفسية علمي، أنهما تخصصان قليلا الأهمية في الميدان الطبي . وهم يستندون في ذلك إلى أن هناك أولويات أخرى في مجال الصحة العمومية مثل الأمراض المعدية والسارية وسوء التغذية ، ووفيات الأطفال .

ولم يدرك أولئك المسؤولون أن الفرد يمكن أن يصاب في آن واحد بمرض نفسي وآخر عضوي (سل ، وفصام ، أو كيسة مانية واكتئاب مثلاً) . وهذا يعني ضرورة إعطاء هذا التخصص الطبي كل وسائل العمل اللازمة له . وهو أمر تتضح أهميته أكثر إذا علمنا أن ثلث المرضى الذين يراجعون الأطباء العامين لا يعانون من أي مرض عضوي ، مما يستلزم الاعتناء لديهم بالجوانب النفسية والاجتماعية . ويؤدي خطأ تشخيص الاضطرابات النفسية بوصفها اضطرابات عضوية ليس فقط إلى طول معاناة المريض ، ولكن أيضاً إلى خسارة مادية يمكن أن تكون كبيرة (فحوص تكميلية غير مفيدة ، إفراط في تناول الأدوية ، الريح الضائع بسبب المرض) . وبهذا فإن عدم توفير الإمكانيات الضرورية لتخفيف معاناة المرضى النفسانيين يتجاوز حدود مخالفة أخلاقيات الطب والصحة إلى إحداث خسارة اقتصادية .

ومن الجدير بالذكر أن الآراء المسبقة والسيئة عن الطب النفسي موجودة في كل دول العالم ، بما فيها الدول الصناعية . وهو ما يفسر أن الدراسة الأميركية أوضحت أن ربع المرضى الذين يعانون

من اضطراب نفسي فقط يستشيرون أطباء غير مختصين بالطب النفسي . إن الوبائيات النفسية هي أساس الطب النفسي . ولا يحتل كل تخصص طبي إلا المكانة التي تعطيها له الدراسات في مجال الوبائيات . والطب النفسي في العالم العربي بحاجة ماسة إلى أبحاث في ميدان الوبائيات ، فالوبائيات هي الطريقة المثلى لتطوير البحث النفسي في ميادين أخرى .

سببَات etiology الاضطرابات النفسية

إن الحديث عن أسباب الاضطرابات النفسية قديم جداً ، وقد كانت التفسيرات الأولى التي صاغها الإنسان للاضطراب النفسي مرتبطة بظواهر تنسب إلى ما وراء الطبيعة (مس من الجن أو سحر مثلاً) . ويستمر وجود هذه التفسيرات بصورة كبيرة في كل البلدان النامية ، وخصوصاً منها البلدان العربية . أما أول تفسير يحاول أن يربط الاضطرابات النفسية بالبنية العصبية فيعود إلى بفراط من خلال نظريته حول الأخلاط .

وليس هناك سبب وحيد للاضطرابات النفسية ، بل إن تضافر عوامل متعددة هو الذي يؤدي إلى اختلال توازن الفرد والدفع به إلى الاضطراب النفسي . والأنواع الثلاثة الرئيسية من العوامل المسببة للاضطرابات النفسية هي العامل الوراثي والعامل التربوي والعامل البيئي .

العوامل الوراثية hereditary factors

كانت الفكرة المسيطرة إلى حدود سنة 1980 ، هي أن الذهانات psychoses ذات منشأ وراثي ولها أساس بيولوجي ، أما العُصَابَات neurosis فتجد جذورها في النمو غير الطبيعي لشخصية الفرد ، وعلاجها الأمثل نفسي وليس غيره . إن وجهة النظر هذه قد روجعت من أساسها منذ أن أثبتت دراسات عدة أهمية العالم الوراثي في كثير من العُصَابَات ، وأن لها ذات الأهمية في الفُصَام أو في الاضطراب الوجداني ثنائي القطب مثلاً . وقد برهنت على ذلك الدراسات بالنسبة لعُصَابَات متعددة كاضطراب الهَلَع panic disorder ، واضطراب الرُّهَاب phobia disorder (وخصوصاً الرُّهَاب الاجتماعي ورُّهَاب الدم والجروح) ، والاضطراب الوسواسي القهري ، بينما لا يظهر لحد الآن أن هناك عاملاً وراثياً وراء اضطراب القلق العام ، والاضطراب التحويلي conversional ، والاضطراب التالي للرضح .

إن هذا المفهوم الجديد للاضطرابات المعروفة قديماً بالعُصَابَات neuroses قد شجع كثيراً البحث البيولوجي في هذا المجال ، إلى أن الاضطراب الوسواسي القهري يعتبر الآن لدى كثير من الباحثين

مرضاً عصبياً نفسياً مصاحباً لآفة في نوى قاعدة الدماغ . لكن هناك نتيجة أخرى مهمة هي الاستعمال المتزايد للأدوية النفسية (وبالخصوص المثبطات النوعية لاسترداد السيروتونين specific serotonine reuptake inhibitors في علاج بعض الاضطرابات العصبية) .

كما أن العلاجات السلوكية أوضحت العلاج النفسي المفضل لمثل تلك الاضطرابات .

وتعتمد الأبحاث في المجال الوراثي على دراسة لعائلات يعاني أحد أفرادها أو أكثر من الاضطراب المراد دراسته . لكن المفيد أكثر هو دراسة التوائم وحيدة الزيجوت monozygote لمعرفة درجة توافق ذلك مع اضطراب معين بالمقارنة مع التوائم ثنائية الزيجوت أو مع الإخوة والأخوات . وقد ثبت أن التوافق في الإصابة باضطراب معين لدى التوائم وحيدة الزيجوت وفي حالة وجود عامل وراثي ، أعلى إحصائياً منه لدى التوائم ثنائية الزيجوت أو لدى باقي الإخوة والأخوات . لكن يمكن أيضاً القيام بدراسات لدى الأطفال بالتبني لقياس درجة التوافق في الإصابة بينهم وبين الآباء البيولوجيين من جهة ، وبينهم وبين آبائهم بالتبني من جهة أخرى .

لكن يجب الإشارة إلى أن وجود عامل وراثي لا يعني حتمية الإصابة بالاضطراب النفسي ، كما أن إصابة أحد الأبوين أو كليهما بمرض نفسي لا يؤدي بالضرورة إلى إصابة الأبناء أو الأسفاد به . لذلك يجب طمأنة عائلات المرضى النفسيين على أن العامل الوراثي ليس سبباً للمرض ، إنما هو عامل من بين عوامل متعددة ومتشابهة .

العوامل التربوية educational factors

من الواضح أن شخصية الإنسان تتأثر إلى حد كبير بالتربية التي يتلقاها داخل الأسرة . وتساعد هذه التربية في تنمية الذات لدى الفرد ، عن طريق الحب ، واحترام شخصية الطفل ، والمنهج السليم . لكن إذا تعرض الطفل ، لسبب أو لآخر ، لصعوبات كبيرة ، فإن ذلك يمكن أن تكون له تأثيرات سلبية على نمو شخصيته ، مما يجعلها هشّة وسريعة التأثر بمشاكل الحياة . ويعتبر غياب الأم واحداً من أكبر تلك العوامل السلبية ، فإذا وقع مبكراً (في الشهر السادس من عمر الطفل مثلاً) واستمر لفترة طويلة ، فإن الطفل يكون معرضاً للإصابة باضطرابات نفسية مثل الاكتئاب (وقد وصفه Spitz وصفاً جيداً) أو حتى الذهان . كما ثبت أن الأطفال الذين يفقدون أحد أبويهم قبل سن الخامسة معرضون أكثر للمرور بفترات اكتئابية فيما بعد .

إن واحداً من التحديات الكبرى التي تواجهها اليوم الصحة النفسية ببلداننا العربية هو شيوع التربية التقليدية المبنية على غياب المبادرة وعدم احترام شخصية الطفل ، مع أن العالم الصناعي الذي نحتك به يفرض علينا مزيداً من المبادرة ومن استقلالية الشخصية . وهذا يخلق المشاكل على المستويين الثقافي والاجتماعي .

عوامل البيئة المحيطة environmental factors

وهي لا تضم فقط الأحداث التي تقع للفرد ، ولكن أيضاً كل ما يمكن أن يؤثر تأثيراً مهماً على حياته وتفاعله مع وسطه .

ورغم أن الأحداث الطارئة في حياة الفرد مهمة جداً ، إلا أن دورها في ظهور المرض النفسي مبالغ فيه جداً من قبل أهل المرضى . إننا نسمع كثيراً أن فلاناً مرض مريضاً نفسياً بسبب صدمة ناتجة عن حدث طارئ في حياته مثل فراق شخص عزيز ، أو موته ، أو فشل في امتحان ، أو حادثة خطيرة . لكن يجب الانتباه إلى أن جميع الذين يفشلون أو يتعرضون لموت أحد أقربائهم لا يصابون بمرض نفسي . وأكبر مثال على ذلك أن أفراد أسرة واحدة (من إخوة وأخوات) ، إذا تعرضوا لنفس الصدمة في حياتهم (حرب ، أو أب مدمن عنيف مثلاً) ، يمكن لأحدهم أن يصبح مريضاً نفسياً ، لكن الباقين يتجاوزون الصدمة دون تأثيرات سلبية خطيرة على حياتهم النفسية . وهذا الأمر يوضح بجلاء تعدد عوامل الأمراض النفسية وتشابكها . أما العوامل البيئية الأخرى فهي متعددة وترتبط بطريقة العيش (كون المجتمع يدفع بالشخص إلى الإدمان مثلاً) ، أو المناخ (يبدو أن المرضى الفصامين يولدون أكثر في الشتاء) ، أو الثقافة (التخلف العقلي يمكن أن ينتج عن علاج تقليدي غير مناسب لمرض معد) .

إن المرض النفسي ، إذن ، ينتج عن عدة عوامل . بيولوجية ونفسية واجتماعية . وهذا يفسر ضرورة تعدد أساليب المعالجة النفسية والمعالجة الاجتماعية .

الوقاية

الأستاذ الدكتور أحمد عكاشة

الأستاذ الدكتور طه بعشر

سبق أن ذكرنا أن هناك عدة أسباب للاضطرابات النفسية ، فمنها الوراثية والعضوية والاجتماعية والنفسية . وفي بعض منها قد لا تكون الأسباب واضحة تماماً .

وعندما نبحث عن طرق الوقاية ، من المهم أن نذكر أنه في كثير من الحالات ربما يكون هناك أكثر من سبب واحد ، وهذا ما يجب أخذه في الاعتبار عند معالجة هذه الأسباب .

وإلى جانب التقدم المستمر الذي حدث في معرفة طبيعة وأسباب الاضطرابات النفسية ، فإن هناك اهتماماً متزايداً في اتخاذ الإجراءات المناسبة للارتقاء بمستوى الصحة النفسية والوقاية من الاضطرابات النفسية المختلفة التي تصيب الإنسان .

ولتبسيط مفهوم الوقاية ، ووفقاً للعرف الطبي ، من المناسب بحث هذا الموضوع في مستويات ثلاثة وهي الوقاية الأولية والوقاية الثانوية والوقاية الثالثية . وتشمل الوقاية الأولية - primary prevention الإجراءات التي يمكن اتخاذها للسيطرة أو لخفض نسبة حدوث incidence حالات مرضية معينة بين السكان الذين لا يعانون منها . وهناك أمثلة كثيرة مثل التمنيع immunization ضد الأمراض المعدية التي تصيب خلايا الدماغ وبالتالي تؤثر على العقل مثل التهاب السحايا ، أو العناية الوقائية أثناء الحمل حتى لا يصاب الجنين بأمراض مثل الحصبة الألمانية (rubella) التي قد تؤدي إلى تخلف عقلي .

أما الوقاية الثانوية secondary prevention فتم بتشخيص الأمراض والاضطرابات النفسية في الوقت المناسب ثم العمل على علاجها حتى يمكن السيطرة عليها وتخفيف أثرها إلى أدنى مستوى بين المتأثرين بها . مثال ذلك اكتشاف بعض الأعراض الجسدية والنفسية بسبب اضطراب الغدة الدرقية لنقص في مادة اليود وبالتالي تتخذ الإجراءات المناسبة علاجياً ووقائياً .

أما الوقاية الثالثية tertiary prevention فهي تتكون من الإجراءات التي يجب اتخاذها عند الإصابة بالمرض ، وتهدف إلى السيطرة على الاضطرابات النفسية الناجمة عنه ، والوقاية من تدهور حالة المريض نفسياً وجسدياً واجتماعياً ، وبمساعدة المريض وأسرته يتم التأهيل المناسب له لكي يعود إلى حالته الطبيعية .

وعند بحث التدبيرات الوقائية في المستويات الثلاثة المشار إليها آنفاً ، فمن المناسب أن نشير إلى مراحل الحياة المختلفة بدءاً بطور الرضاعة ثم الطفولة والصبا ثم الشباب فالشيخوخة .

الوقاية الأولية primary prevention

ومما يجدر ذكره هنا أن عامل الوراثة قد يكون سبباً من الأسباب الرئيسية في بعض الاضطرابات النفسية . فإذا أخذنا مرض الفصام كمثال ، نجد أن عامل الوراثة يشكل نحو 10% إذا كان أحد الوالدين مصاباً به ، ثم تزيد هذه النسبة إلى 40% إذا كان الوالدان مصابين ، وقد لا تظهر أعراض هذه الاضطرابات النفسية إلا إذا تعرض الشخص إلى مسببات أخرى يمكن أن تكون اجتماعية أو نفسية ، وكل ذلك يستوجب الوقاية منها والعمل على تفاديها . ومن الأشياء الأساسية في طور الرضاعة والطفولة الاهتمام بالجوانب العاطفية والحسرية التي تكفل للطفل النمو الصحيح جسدياً ونفسياً ، ولا بد من التأكيد هنا على أن صحة الطفل النفسية تنمو عن طريق الرباط العاطفي والحنان الأبوي ، وهناك الحاجة إلى العناية والرعاية والتوجيه في أطوار الطفولة المختلفة ، ويمكن للطبيب المشرف على صحة الأم أثناء الحمل والرضاعة والطفولة مساعدة الأبوين على الارتقاء بصحة المولود وتبصيرهما فيما يمكن عمله وقاية وعلاجاً .

وكما هو معروف ، فإن الطفل أثناء نضجه يمر بمراحل متعددة ، فهو يستطيع رفع رأسه من الوسادة في سن أربعة شهور ، ويجلس في سن ستة شهور ثم يقف عندما يبلغ عمره عاماً ، ويمشي دون سند في ثمانية عشر شهراً ، ثم يبدأ التحكم في عملية التبرز والتبول ، كما يكتسب القدرة على الكلام عند سن الستين ، ويطعم نفسه في سن الثالثة ، وهكذا يستمر في النمو والنضوج . ويمكن للطبيب متابعة حالته وتشخيص الأسباب والعمل على الوقاية والمعالجة . كما يمكن للطبيب أن يخفف الضغوط النفسية على الطفل نتيجة عدم فهم الوالدين لمراحل النمو الطبيعي للطفل .

أما في مراحل الدراسة فإن تنظيم برامج للصحة النفسية يساعد على تفهم المشاكل الاجتماعية والنفسية ، وعلى تحسين البيئة المدرسية ، وعلى تطوير الدور الذي يمكن أن يقوم به المدرس في الوقاية من الضغوط النفسية والعاطفية ، والارتقاء بالعلاقات الاجتماعية ، ونمو الشخصية .

وكذلك يمكن للطبيب أن يساعد في تحقيق الجو المناسب في بيئة العمل وفي ميادين الصناعة ، الأمر الذي يخفف الضغوط النفسية والاجتماعية وبالتالي يساعد في الوقاية من الاضطرابات النفسية .

كما أن هناك دوراً هاماً للوقاية من الاضطرابات النفسية في مرحلة الشيخوخة نظراً لحدوث التغيرات الجسدية والنفسية والاجتماعية ، وهنا يجب مواجهة العوامل التي ربما تؤدي إلى زيادة هذه التغيرات مما يمرض المسن للإصابة باضطرابات الشيخوخة ، ومن هذه العوامل مشكلة الإحالة إلى

التقاعد والمزلة الاجتماعية ، أو بُد أفراد الأسرة أو وفاتهم . والمشكلة هنا تتجاوز حدود الوحدة الصحية لتشمل محيط الأسرة خاصة والمجتمع عامة ، وعليه لابد من مساعدة المسن في حدود ما تبقى له من قدرات جسدية ونفسية في تقبل التغيير وسواجهة الحياة الجديدة .

الوقاية الثانوية secondary prevention

كما سبق ذكره فمن المناسب بحث موضوع الوقاية الثانوية ابتداء من مرحلة الطفولة ، حيث أن الاكتشاف المبكر لحالات الأطفال المصابين ببعض الأمراض المُعدية مثل التهابات الدماغ أو نقص الغذاء (مثل الكواشيوركور) والعمل على علاجهم سوف يجنبهم الكثير من المضاعفات التي تؤثر على حالتهم العقلية والنفسية .

ومن المجالات الهامة التي يمكن أن يتم فيها اكتشاف حالات الاضطرابات العقلية والنفسية مبكراً إجراء الكشف الطبي على تلاميذ المدارس ، فقد يصاب بعضهم باضطرابات نفسية نتيجة الفشل الدراسي أو لأسباب أسرية واجتماعية ، وقد يعاني بعضهم من أسباب عضوية مثل ضعف النظر أو السمع . وقد يصاب بعض الأطفال باضطرابات الكلام ، مثل حالات اللجلجة والتي تحتاج إلى التعرف على أسبابها والتأكد من أن الطفل المريض بها لا يعاني من أسباب عضوية في الجهاز العصبي وأجهزة الكلام والسمع ثم معالجته نفسياً وتدريبه عملياً على النطق بالطريقة الصحيحة وإشراك الوالدين في علاج الطفل وتدريبه بطريقة صحيحة .

ثم هناك خطر استعمال الأدوية المنبهة والمخدرة بين الشباب ، واكتشاف الحالات مبكراً سوف يساعد كثيراً في علاجها والوقاية من الإدمان عليها . وفي سياق التحدث عن تلاميذ المدارس والشباب فإن التعاون بين الطبيب ومرافق الصحة المدرسية ومجموعة المدرسين وخاصة المشرفين على الطلاب سوف يسهم كثيراً في التعرف على مشاكلهم واضطراباتهم النفسية وإيجاد العلاج المناسب لها قبل أن يستفحل أمرها .

وتدل الأبحاث التي أجريت على حالات المرضى الذين يترددون على العيادات الخارجية أن هناك نسبة هامة تصل إلى عشرين في المئة تعاني من اضطرابات نفسية ، وفي استطاعة الممارس العام من ذوي التوجه الصحيح والمعرفة والمهارة القيام بفحص سالة المريض المصاب بالمرض لكي يتعرف على طبيعة هذه الأمراض منذ بداية ظهورها ثم يسادر في علاجها . وبما يجدر ذكره هنا أن بعض أعراض الاضطرابات النفسية ربما تبدو في صورة أعراض جسمانية ، ومن جهة أخرى فإن بعض الاضطرابات العقلية والنفسية مثل حالات الاكتئاب قد تكون مضاعفات لمرض عضوي ، ومن هنا كان لابد من تشخيص المرض أولاً ومبكراً ثم التصرف في أمر علاجها . ومن الخطأ صرف الأدوية المسكنة والمنومة مثل مركبات البنزوديازيبين دون التركيز على التعرف على طبيعة المرض مبكراً أو الاستعانة بذوي الخبرة

المهنية ، حيث أن الاستمرار في صرف مثل هذه الأدوية سوف يؤدي إلى الإدمان عليها وهذا ما يجب تجنبه والوقاية منه .

ومن الحالات الطارئة التي تمر على طبيب الوحدة الصحية والتي تستوجب التشخيص المبكر والعلاج الفوري حالات الانتحار ، والتي ترجع أسبابها إلى اضطرابات نفسية مثل الاكتئاب النفسي ، وحالات الاضطرابات النفسية العضوية الحادة وما يصاحبها من هذيان وأمراض فصام الشخصية ، ولوثة الهوس ، والضغط الاجتماعي والأمراض العضوية المستعصية ، وفي هذه الحالات ، وبعد الوقوف على حالة المريض لا بد من إسعافه بدياً ونفسياً ، ورعايته اجتماعياً ، وعمل الاحتياطات اللازمة ، ثم تحويله إلى الطبيب النفسي للإشراف على علاجه .

الوقاية الثالثة tertiary prevention

وهناك بعض الاضطرابات النفسية التي يمكن للممارس العام أن يساهم في السيطرة عليها ويحول دون تدهورها . . . ففي حالات التخلف العقلي مثلاً يمكنه متابعة خطة المعالجة التي يقررها الطبيب النفسي ، ويساعد في تطبيقها وذلك بعد الاكتشاف المبكر لها ، ويكون ذلك بالتغذية المناسبة أو بإعطاء الأدوية الضرورية في حالة وجود مرض مصاحب للتخلف العقلي مثل الاختلاجات الصرعية أو الاضطرابات السلوكية أو العقلية . وفي الأساس فإن علاج التخلف العقلي هو عملية تأهيلية وتربوية تهدف إلى الارتقاء بالمستوى المعرفي والسلوكي والخلقي ، وذلك يحتاج إلى تعاون كامل مع الأسرة والمؤسسات التربوية والتأهيلية .

وهناك حالات الاضطرابات النفسية مثل فصام الشخصية التي تحتاج إلى مواصلة علاجها والحيلولة دون تدهور حالتها وتأهيلها التأهيل المناسب . وهنا لا بد من التأكد من أن المريض يتعاطى الدواء الضروري لحالته مع التنسيق الكامل مع الاختصاصي بالطب النفسي ، ومساعدة هؤلاء المرضى في إطار الأسرة والمجتمع ومساندتهم في إيجاد العمل المناسب لهم وفق حالتهم الصحية ، والفرص المتاحة لهم .

ومشاكل الإدمان من الحالات التي يجب التصدي لها بغية حصرها والتغلب عليها وتأهيل المصابين بها ، وهي مشكلة اجتماعية ، ونفسية ، وصحية ، واقتصادية ، وذلك يقتضي تضافر الجهود للسيطرة عليها والتحكم في الأدوية التي تؤدي إلى الإدمان ، وعلاج المرضى وتأهيلهم . ويمكن للطبيب في إطار الفريق المعالج بالتعاون مع الأسرة والمتابعة المستمرة المساهمة في العلاج النفسي الفردي والجماعي وتعميق الواعز الديني والاجتماعي .

أعراض وعلامات الاضطرابات النفسية

الأستاذ الدكتور أحمد عكاشة
الأستاذ الدكتور محمد فخر الإسلام

تشمل أعراض symptoms الاضطراب النفسي كل التغيرات التي يشعر بها المريض وبيئتها للطبيب ، بينما يقوم الطبيب من خلال الزيارة الطبية (المقابلة) interview النفسية باستخراج علامات signs الاضطراب النفسي عندما يفحص الحالة النفسية للمريض . ويتم التشخيص بضم الأعراض إلى العلامات في وحدة يطابقها الطبيب مع ما هو معروف من المتلازمات syndromes التي تشكل الاضطرابات disorders النفسية . وسوف نورد في هذا الفصل الأعراض والعلامات النفسية معاً كما نجدها في الوظائف النفسية الرئيسية عندما تضطرب لدى المرضى النفسيين . ولا يعتبر كل واحدة من تغيرات الوظائف النفسية التي نصفها هنا في حد ذاتها تشخيصاً ، لأن كلاً منها يحدث في العديد من الاضطرابات . وعلى سبيل المثال فإن ضعف التركيز إذا شكى منه المريض يعتبر عَرَضاً ، وإذا لاحظته الطبيب أثناء الفحص النفسي يعتبر علامة ، وهو في كلتا الحالتين ليس تشخيصاً وإنما هو تغير مرضي يحدث في كثير من الاضطرابات النفسية مع مجموعة أخرى من التغيرات تميز الاضطرابات المختلفة بعضها عن بعض .

وهناك بعض الأعراض والعلامات التي تحمل نفس الاسم الذي يطلق على اضطرابات بأكملها والتي تشمل تلك الأعراض والعلامات بين مكوناتها الرئيسية ، مثال ذلك « القلق » و « الاكتئاب » ، لذا يجب تمييز استخدام هذه الكلمات عند الدلالة على أعراض وعلامات التغيرات الوجدانية التي نجدها في كثير من الاضطرابات النفسية عن استخدامها للإشارة إلى الاضطرابات المسماة بنفس الاسم ، إذ يكون القلق أو الاكتئاب أعراضاً وعلامات رئيسية في متلازمة تشتمل على مكونات أخرى ضرورية لتشخيص « اضطراب القلق anxiety disorder » أو « اضطراب الاكتئاب depression disorder » .

وبترة ، تشخيص الاضطراب النفسي على وجود أعراض وعلامات المرض النفسي أكثر مما يتوقف على غياب علامات المرض الجسدي أو على سلبية نتائج الفحوص المخبرية . لذلك فإن معرفة الطبيب لهذه الأعراض والعلامات تكفي للوصول إلى التشخيص النفسي في أغلب حالات المرضى النفسيين الذين يتعامل معهم الطبيب الممارس في عيادات الرعاية الأولية ، وتقل الحاجة إلى إجراء الفحوص

المخبرية ، وتحد منها إذا كان من الضروري إجراؤها . ويظن البعض أن تعدد الفحوص المخبرية وسيلة ضرورية لإقناع المريض بعدم وجود مرض جسدي لديه . ولكننا نجد عكس ذلك في غالبية الاحوال . فكلما تعددت النتائج السلبية للفحوص المخبرية ظن المريض أن الطبيب يبحث عن شيء لا يستطيع أن يجده ، فيبحث من جديد بطريقة أخرى أو يكرر ما سبق بحثه ، ويعطي ذلك رسالة مستترة للمريض عن حيرة الطبيب وعجزه في أمر مرضه ، فيعتقد أن مرضه نادر الحدوث أو خطير العواقب ، بدلاً من الاقتناع أن الفحوص المخبرية السلبية تؤكد عدم وجود المرض الجسدي . ومادام المريض يشكو من أعراض فلا يجوز للطبيب أن يقوله له « ليس بك مرض لأن الفحوص الجسمية سلبية النتائج » ، ولكن ينبغي أن يقول الطبيب للمريض « إن الفحوصات لم تظهر اضطراباً في العضو أو الجهاز الذي تم فحصه مخبرياً ولكننا نعلم أن أداء ذلك العضو أو الجهاز يختلف تبعاً للحالة النفسية للفرد فيؤدي إلى أعراض كالتى تشكو منها » ، وبذلك يعلم المريض أن شكواه لها ما يبررها في الطب النفسي كما يعرفه الطبيب ، عندها لا يقول المريض كما يقول بعضهم « إن الطبيب أخبرني بما ليس بي ولم يخبرني عن ما بي » . وإذا قام الطبيب بالفحص النفسي مع الفحص الجسدي السريري (الإكلينيكي) أصبح تشخيصه للاضطراب النفسي قائماً على أدلة إيجابية من خلال وجود الأعراض والعلامات النفسية ، وربط منشئها ومحتواها ومسارها بالمتغيرات البيئية ، كما يظهر في المقابلة السريرية (الإكلينيكية) ، بدلاً من الاتجاه إلى التشخيص النفسي فقط عقب استبعاد المرض الجسدي بالنتائج السلبية للفحوص المخبرية .

ونلاحظ أن لكثير من أعراض الاضطراب النفسي نظيراً في الأسوياء ، ولكنه يدل على الاضطراب النفسي إذا أدى إلى معاناة الفرد أو من حوله ، أو أدى إلى الإخلال بالممارسة العادية لحياة الفرد وتكيفه أو تلاؤمه في بيئته ، وذلك بسبب شدته أو طول بقائه أو فرط تكراره . كذلك فإن العرض النفسي المرضي خارج عما هو مألوف ومعروف للفرد وخارج عما هو سائد ومعروف في المجتمع والجماعة التي ينتمي إليها الفرد . ومن المجموعات الرئيسية لأعراض وعلامات الاضطراب النفسي الجسدنة somatization واختلالات الانتباه والإدراك والوجدان والتفكير والذاكرة والوعي بالزمان والمكان والأشخاص والنشاط الحركي والحكم على الأمور والأحداث .

الجسدنة somatization

الجسدنة هو التعبير عن الاضطراب النفسي بأعراض جسدية أي بدنية . وهذه أكثر الأعراض انتشاراً بين المرضى النفسيين وخاصة في المنطقة العربية . ويعزو كثير من المرضى هذه الأعراض إلى الأمراض الجسمية بأعضاء الجسم المختلفة ، وعلى الطبيب الذي يعالج هؤلاء المرضى أن يوضح لهم العلاقة بين النفس والجسم حتى يساعدهم على فهم الأصل النفسي لأعراضهم الجسمية بأسلوب سهل وأمثلة بسيطة يمكن للمرضى استيعابها . وإذا لم يشمل تعليم الطبيب على تدريب كاف في الطب

النفسي فإنه هو أيضاً يعزو هذه الأعراض الجسمية لمرضاه إلى الأمراض الجسمية ويسعى في بحث دؤوب عن تلك الأمراض بالإفراط في الفحوص المخبرية دون ثمرة ، كما أسلفنا . وقد يتساءل الدارس والممارس : لماذا تظهر الاضطرابات النفسية بأعراض جسدية بدلاً من ظهورها مباشرة في صورة أعراض اضطراب بالوظائف النفسية فقط كاضطراب الوجدان أو اضطراب السلوك ؟ نجد الإجابة عن ذلك في نظرة أفراد المجتمع نحو هذين النوعين من الأعراض . ينظر الناس إلى الأعراض الجسدية على أنها خارجة عن إرادة الفرد فلا يلومه أحد على الشكوى منها . أما الأعراض النفسية المباشرة فإنه كثيراً من الناس يمترونها دالة على ضعف الشخصية أو قلة الإيمان ، ويتوقعون من يشكو منها أن يتحكم فيها ، وأن يساعد نفسه بنفسه في التغلب عليها . كذلك يعزو البعض الأعراض السريرية أو الرعديّة للمرضى إلى تأثير القوى التي لا ندرکها بحواسنا كالخسد والسحر ، فيستشيرون من يتعامل مع هذه القوى بدلاً من استشارة الطبيب الذي ينحصر دوره في نظر العامة في البدن فقط ، ويعتبر الجسدنة أقصر طريق إلى الطبيب .

من أعراض الجسدنة الشائعة الآلام والإحساس بالتوتر والضيقة والرجفة ، وأعراض اضطراب الجهاز العصبي المستقل ، وأعراض توهم المرض البدني والأعراض التحولية .

الآلام aches والإحساس بالتوتر والضيقة tightness والرعاش tremor

يزداد التوتر في عضلات الجسم الإرادية في كثير من الاضطرابات النفسية ، معبراً عن التوتر النفسي ، مما يؤدي إلى الآلام بأجزاء مختلفة من الجسم ، تختلف من فرد إلى آخر . فيشكو المريض من آلام بالرأس (صداع) أو بالظهر أو بالصدر أو بالأطراف ، كما أنه يشكو من الشعور بالتعب أو الإنهاك ، لأن الارتفاع في التوتر العضلي نوع من انقباض العضلات المستمر ، يعقبه شعور بالتعب مثل الذي يحدث بعد المجهود العضلي رغم عدم قيام المريض بأي مجهود عضلي إرادي . ويعود الشعور بالتوتر والضيقة الذي يغلب أن يشعر به المريض في صدره إلى زيادة توتر عضلات الصدر فيشعر المريض أن صدره أضيق من المعتاد فلا يكاد يتسع للهواء اللازم للتنفس المعتاد ، لذلك يدبأ بعض المرضى إلى التنهد مراراً حتى يطمئنوا أن صدورهم يمكن أن تتسع لكل ما يستنشقون من هواء . وكلنا نعلم أن تكرار التنهد من علامات التوتر والضيقة .

ويرجع تحديد الجزء من الجسم الذي يظهر به التوتر إلى ما يعتقد الناس عن ذلك الجزء أو العضو . فالصدر يمثل الحلم في سعته ويحوي القلب الذي يعتبر مركزاً للعواطف ، والظهر يرمز إلى القوة والكفاءة (وخاصة القدرة الجنسية) . كذلك فإن لكل فرد « نقطة ضعف » في جسمه بسبب العوامل الخلقية أو بسبب الأمراض العضوية السابقة . فمثلاً يؤدي اضطراب مفاصل وغضاريف العمود الفقري وما يصاحبه من آلام بالظهر إلى عودة آلام الظهر فيما بعد تعبيراً عن التوترات النفسية ، دون عودة المرض الجسمي بالعمود الفقري لأن ظهر المريض أصبح البؤرة التي

تجذب تفكيره وتحط عليها همومه . كما أن شكوى فرد في الأسرة من الآلام بأحد أعضاء الجسم عندما يكون متوتراً نفسياً يلفت انتباه أعضاء الأسرة الآخرين إلى هذا العضو كمنخرج للتوتر .

وقد يؤدي الاضطراب النفسي إلى ظهور التوتر بشكل رُعاش tremor اليدين بسبب التغييرات المتلاحقة في توتر العضلات الإرادية . ويظهر ذلك بوضوح إذا شعر المريض أن الآخرين يلاحظونه وهو ممسك بكوب ماء أو عندما يصب الشاي للضيوف على سبيل المثال . ولكن هذه الرجفة تختفي أثناء النوم وعند الاسترخاء وتلاحظ أثناء حركة اليدين أو سكونهما . وقد يظهر الرعاش في الرأس أو في الصوت المتهدج أو في الشفتين مع الغضب أو الانفعال ويزول عندما يعود الفرد للهدوء .

أعراض وعلامات اضطراب المجموع العصبي المستقل (الأوتونومي)

autonomic nervous system

يؤدي التوتر النفسي إلى اضطراب وظائف المجموع العصبي المستقل -autonomic nervous sys- ويظهر ذلك في اضطراب وظائف الأعضاء التي يغذيها هذا الجهاز مثل العضلات اللاإرادية وبعض الغدد . ففي الجهاز الدوراني يحدث الخفقان ويرتفع الضغط الانقباضي ، وفي الجهاز الهضمي يجف الحلق ويشعر المريض بعسر الهضم أو باضطراب التغوط كالإمساك أو الإسهال ، وفي الجهاز التنفسي يزيد معدل التنفس ، وفي الجلد يزداد العرق أو تضطرب الدورة الدموية الجلدية فيشعر المريض بالبرودة أو الحرارة بدرجة لا تناسب درجة حرارة الجو ، وفي الجهاز البولي تكثر مرات التبول ، وفي الجهاز التناسلي يضعف الانتصاب أو يسرع القذف أو يعسر الجماع أو يتشنج المهبل . ولما كان المهاد thalamus مركزاً يسيطر على الجهاز العصبي إلى جانب سيطرته على جهاز الغدد الصماء فإن اضطراب وظيفة المهاد قد يؤدي إلى اضطراب وظائف الغدة الكظرية والغدة النخامية في حالات التوتر أو الاكتئاب النفسي وينشأ عن ذلك علامات مختبرية (معملية) خاصة باضطراب هرمونات تلك الغدد .

أعراض وعلامات مَرَأِيَّة (تَوَهُم المرض البدني)

hypochondriasts

يشكو المريض من الألم أو اضطراب الأحاسيس التي يعزوها إلى مرض عضو أو جهاز معين بالجسم ، وينشغل بها إلى حد سيطرتها على فكره ومشاعره ، وأحياناً تسيطر على حديثه أيضاً . ويعاني المريض من فرط الانشغال بصحته الجسمية ، وأحياناً يعاني الآخرون من فرط شكواه عما يظن أنه يحمل من الأمراض الجسمية ، وقد يؤدي هذا الانشغال إلى اختلاف تكيف المريض في بيئته .

وكثيراً ما تحدث هذه الأعراض بعد اطلاع الفرد على معلومات طبية من وسائل الاعلام المختلفة أو من مريض أصيب بمرض جسمي ، وتكون الأعراض عادة مشابهة للأعراض التي علم بها الفرد من تلك المصادر . كذلك فإن هناك نوعاً من توهم المرض منشؤه إفراط الطبيب في الفحوص المخبرية بعد الشكاوى البدنية البسيطة للمريض ، واستزادته منها أو اللجوء إلى فحوص أدق كلما جاءت النتيجة سلبية فيتوهم المريض أن به مرضاً خفياً أو خطيراً لا يعرفه الأطباء . ويحدث أحياناً بعد وفاة أحد الأقارب أو الأصدقاء أن يتوهم الفرد أن لديه نفس المرض الذي أدى إلى موت المتوفى ويشكو من أعراض مشابهة لما كان يشكو منه المتوفى . ومن أكثر الأمراض البدنية التي يتوهمها المريض انتشاراً أمراض القلب والأمراض الخبيثة (السرطان) ومرض العوز المناعي المكتسب أو « الإيدز » ورهاب التشوهات البدنية . ويسيء المريض تأويل الأحاسيس العادية التي يشعر بها من أعضاء معينة في جسمه ليغذي انشغاله على صحة وسلامة هذه الأعضاء التي يركز عليها انتباهه وتفكيره ، وكثيراً ما تفشل محاولة الآخرين في إقناعه بعدم وجود المرض الذي يتوهمه ، ويتردد المريض عادة على كثير من أطباء الطب الجسمي رافضاً أي إشارة إلى المرض النفسي ، لأنه يحمل في ذهنه صورة مريضة لجسمه لا لنفسه .

الأعراض البدنية التحويلية conversion symptoms

سميت الأعراض البدنية التحويلية conversion symptoms كذلك بناء على فرض يقول إن التوتر النفسي يتحول إلى عرض جسمي يمتص ما به من شحنة ، فتقل شدة التوتر التي يشعر بها المريض أو يعبر عنها فيظهر المريض كما لو كان غير مبالي بالعرض الجسمي الذي أصابه . تظهر الأعراض الجسمية التحويلية عادة في المجال الحسي أو المجال الحركي الخاضع لإرادة المريض ، كأن يفقد الإحساس في جزء من جسمه ، أو يفقد القدرة على الإبصار أو السمع أو القدرة على إخراج صوته ، أو تحريك طرف أو أكثر من أطراف الجسم ، أو تهتز أجزاء من جسمه ويصاب بما يشبه الإغماء . وفي جميع الأحوال يكون نمط الأعراض البدنية متفقاً مع مفهوم المريض عن مرض العضو الذي يصيبه العرض ، ولا يتفق مع ما هو معروف طبيياً عن ذلك المرض . فالمريض الذي يفقد صوته في عرض تحويلي لا يحرك لسانه لأنه يعتقد أن اللسان هو أداة الكلام ، بينما نعرف طبيياً أن الحنجرة هي عضو التصويت . لذلك فإن التشابه بين الأعراض التحويلية والأمراض العضوية التي يظن المريض أنه أصيب بها تشابه سطحي ويستطيع الطبيب الذي يدقق في استخراج السيرة المرضية الحالية للمرض والذي يقوم بالفحص السريري (الإكلينيكي) المعتاد أن يصل إلى التشخيص الصحيح دون الحاجة إلى إجراء فحوص مخبرية في غالبية المرضى الذين يشكون من أعراض بدنية تحويلية .

أعراض وعلامات تشتت الانتباه

الانتباه attention هو توجيه النشاط العقلي إلى أمر معين . تظهر علامات الانتباه في وجه المريض وفي توجيه بصره إلى الأمر المقصود بالانتباه ، وفي إنصات الفرد إلى حديث الآخرين ، وفي متابعة الحديث دون تشتت . قد يشكو المريض من تشتت انتباهه عندما يحاول التركيز على ما يقوم به من أعمال بالمنزل أو العمل أو عند القراءة أو أثناء محادثة الآخرين حيث يصعب عليه متابعة ما بدأ حتى إكماله .

وقد يرجع تشتت الانتباه إلى مشتتات داخلية مثل الألم أو الخوف أو انشغال البال بأمر معين ، فيبدو المريض شارد الذهن أو « مشغول البال » . وقد يرجع تشتت الانتباه إلى مشتتات خارجية تسترعي انتباه الفرد واحدة تلو الأخرى مثل أثاث الغرفة أو مظهر الآخرين أو صوت التليفون أو صوت أقدام من يمشي خارج الغرفة أو أوزان ورنين الكلمات دون معناها أثناء المقابلة . وتصعب إداسة انتباه الفرد أي تركيزه على موضوع الحديث ويصعب أن يخلص الفرد إلى المعاني التي يشملها الموضوع المراد الانتباه إليه بسبب تشتت الانتباه . ونجد أن كثيراً من الناس الذين يعانون من ضعف تذكورهم للأشياء والأحداث ليس لديهم اضطراب أساسي في الذاكرة ولكن انتباههم مشتت وتركيزهم لا يدوم ، فيؤدي إلى عدم إجابة تسجيل الأمور المقصودة بالانتباه والاستيعاب ، فيصعب الاحتفاظ بها في الذاكرة ، ويصعب استدعاؤها فيما بعد . ومن أمثلة ذلك الطالب القلق الذي يخاف الامتحان فينسى ما قرأ من دروس ، وربة البيت المجهدة التي تنسى أين وضعت المفاتيح والأشياء الأخرى بالمنزل .

أعراض وعلامات اختلال الإدراك

الإدراك perception هو إعطاء معنى لما يقع تحت حواسنا . وبذلك يختلف الإدراك عن الإحساس الذي يقتصر على تلقي المنبهات الحسية بأعضاء الحس المختلفة دون الوصول إلى مدلولها أو معناها . فمن يسمع لغة أجنبية لا يعرفها لديه إحساس سمعي فقط دون إدراك لمعنى ما يسمع . ومن الاختلالات الشائعة للإدراك نشرح هنا الانخداع والهلاوس hallucinations ونكتفي بذكر الاختلالات الأخرى الأقل انتشاراً في الاضطرابات النفسية .

الانخداع

الانخداع illusion هو إعطاء معنى خاطيء للمؤثرات الحسية التي تقع في مجال الحواس بسبب عدم وضوح تلك المؤثرات أو بسبب الاستعداد النفسي للفرد لإدراك أشياء غير التي تقع تحت حواسه وإن كانت شبيهة بها . ومن الانخداعات التي نلاحظها لدى الأسوياء أن نرى شخصاً على مسافة بعيدة فنظن أنه شخص آخر لعدم وضوح الرؤية . ويعتبر السراب من الأمثلة الشائعة للانخداع لدى الأسوياء في البلاد الحارة ، فيحسبه الظمآن ماء ، لأن الظمآن يجعله مستعداً نفسياً لإدراك وجود الماء . وهناك أيضاً انخداعات إدراكية في مجال الحواس الأخرى كالسمع واللمس والشم والتذوق ترجع إلى نفس الأسس من استعداد الفرد وعدم وضوح المؤثر الحسي . في الانخداع الإدراكي لدى الأسوياء يعلم الأفراد خطأهم ويقبلون تصحيحه ، ولكن ذلك لا يحدث في الانخداع الإدراكي المرضي .

تحدث الانخداعات الإدراكية المرضية كلما زاد التوتر النفسي ، حيث يعطي المريض دلالات ومعانٍ مخيفة لما يسمع أو يرى من مؤثرات عادية . كما تحدث الانخداعات الإدراكية (وخاصة البصرية) في الأمراض والإصابات التي تضطرب فيها درجة إفاقة المريض في حالات الهديان من التسمم أو نقص الأكسجين الوارد إلى المخ . ويظن المريض أن حركة الستائر مثلاً تخفي وراءها حيواناً أو شخصاً سيهاجمه ، وأن أي صوت مفاجئ هو انفجار وأن الغللال هي أشباح ... وهكذا

الهلاوس

الهلاوس hallucinations إدراكات خاطئة دون وجود المؤثر الخاص بمحتوى تلك الإدراكات . وتعتبر الأحلام نوعاً طبيعياً من الهلاوس ، لأنها إدراكات خاطئة ومحتواها غير حقيقي ، ويعلم صاحب الحلم أن محتواه غير حقيقي . كذلك فهناك أشخاص أسوياء يدركون أشياء لا وجود لها قبيل بدء النوم وقبيل الإفاقة من النوم ويعلمون عدم حقيقة ما يدركون .

تحدث الهلاوس المرضية أثناء اليقظة وأكثرها انتشاراً الهلاوس السمعية والبصرية ، ولكن هناك أيضاً هلاوس في المجالات الحسية الأخرى .

تحدث الهلاوس في الاضطرابات العقلية الذهانية العضوية (كالهديان) وغير العضوية (كالفصام) وتغلب الهلاوس البصرية في الأولى ، والهلاوس السمعية في الثانية . وقد تكون الهلاوس بسيطة المحتوى مكونة من أصوات أو أضواء غير واضحة ، أو تكون الهلاوس مفصلة ذات حيوية تشتمل على حقيقتها فينمغل بها ويتفاعل معها بالانتباه والمناقشة والتطلع ويعمل فكره في تأويل هذه الظواهر التي يخبر من حوله بأمرها ولا يستطيع الآخرون إدراكها .

أعراض وعلامات أخرى لاختلال الإدراك

هناك أعراض وعلامات أخرى لاختلال الإدراك سوف يأتي تفصيلها في الفصول الخاصة بالاضطرابات النفسية التي تشيع فيها . ونذكر منها هنا إدراك الأشياء بحجم أكبر (رؤية ضخامية) macropsia أو أصغر (رؤية مستصغرة) micropsia من حجمها الحقيقي أو إدراكها بشكل مختلف (تشوّهُ المرئيات metamorphopsia) عن الشكل الحقيقي ، أو إدراك الفرد أن جسمه أو أجزاء منه قد تغير لونها أو مكانها أو حجمها أو هيئتها فأصبحت على غير حقيقتها المألوفة ، أو أنه أصبح عديم المشاعر (تبدُّد الشخصية depersonalization) . كما قد يدرك المريض أن الأشياء المحيطة به قد تبدلت هيئتها أو طبيعتها فأصبحت مخالفة لما كان يألف في سابق الأمر (تبدل إدراك الواقع أو الغربة عن الواقع derealization) .

أعراض وعلامات اختلال الوجدان

الوجدان affect هو كل ما يوجد في النفس من مشاعر سواء كانت مرغوبة كالمودة والرحمة والسرور أو غير مرغوبة كالخوف والغضب والحزن .

تتغير المشاعر الوجدانية وتختلف في نوعها وشدتها ومدتها حسب ظروف الحياة والمواقف التي تعرض للأسوياء . وتعرف المشاعر طويلة البقاء بالمزاج mood والمشاعر الموقفة المؤقتة بالانفعال emotion . يعبر الإنسان عن وجدانه بوجهه وحديثه وسلوكه كما تتأثر به أعضاؤه الداخلية .

ومن أكثر أعراض وعلامات اختلال الوجدان انتشاراً المزاج المكتئب ومزاج الشُّمّاق ومزاج القلق والرُّمَّاب والهلَّع والهيجونية وضحالة الوجدان وتقلقل الانفعال والتناقض الوجداني .

المزاج المكتئب

المزاج المكتئب depressed mood هو الشعور بالهم أو عدم القدرة على الاستمتاع . وقليل من المرضى العرب يشكو بهذه الصورة المباشرة التي تشيع بين المرضى الغربيين ، ويغلب على مرضانا التعبير غير المباشر عن المزاج المكتئب مثل فقد الاهتمام بما كان يهتم به المريض من طعم وعمل وهوايات وأصدقاء ، أو تواتر الأحلام عن الموت والموتى ، أو البكاء عند تلقي كلمات المودة والعطف من الآخرين ، أو تخفيف الهم بالبكاء ، أو تمسني البكاء الذي أصبح صعب المنال ، أو الإفراط في تذكر الأخطاء والمساوئ الشخصية من الماضي ، أو الشعور بالعجز حيال الحاضر ، أو اليأس من المستقبل . فيجب على الطبيب أن يسأل المريض عن كل هذه الأمور ليستخرج علامات المزاج

المكتئب . نلاحظ هذا المزاج ليس فقط في اضطراب الاكتئاب ولكن أيضاً في الأمراض البدنية والاضطرابات النفسية الأخرى حين يشعر المريض بآثارها السلبية على كفاءته وحياته .

مزاج الشَّمَاق elation

ويتسم بالتهيج العاطفي مع النشاط الجسمي ، فإذا جاوز الابتهاج ما يقضي به الواقع يدعى بالشَّمَاق elation . حيث ينساق تفكير المريض عادة في اتجاه مزاجه ، فيستخرج من حياته وسماته كل مميز ويتحدث عن عظيم قدراته ومعرفته ، ويفرط في تقديم المودة أو النصيح للآخرين ظناً منه أن ذلك يسعدهم ، ولكنهم يشعرون أنه يتدخل في شؤونهم . كما تكثر النكتة والسجع والشعر والكناية والمداعبة في حديث المريض دون التزام بالقيود الاجتماعية للحديث وخاصة مع أفراد الجنس الآخر . ويتميز مرضى الهوس بهذا النوع من المزاج .

مزاج القلق anxiety والرُّهَاب phobia والهلع panic

يتميز مزاج القلق بما يتضمن من خوف يزيد على ما يخاف الأسوياء منه تحت نفس الظروف . قد يكون القلق عاماً منتشرأ بين جميع أحداث البيئة ، فيجعل المريض يتوقع سوءاً أو شرأ في كل وقت ، وخاصة إذا حدث ما لم يتوقع أو لم يحدث ما توقع . وقد يكون الخوف محدودأ ومقصوراً على أشياء أو مواقف معينة فيسمى الرُّهَاب ، مثل ذلك الرهبة المفرطة من الأمور التي لا تثير في الأسوياء أكثر من الحرص ، كرُّهَاب الإصابة بالمرض ، أو رُّهَاب البعد عن منزل الأسرة ، أو رُّهَاب الساحة أو التواجد في شرفة مرتفعة أو في مكان مغلق (كالمصعد أو الطائرة) ، أو رُّهَاب التحدث مع الرؤساء أو في وجود جماعة من الناس ، أو رُّهَاب حساب القبر أو رُّهَاب الحيوانات . في معظم هذه الأمور يخشى المريض سوء المصير كأن يفقد وعيه أو لا يجد من ينقذه أو يموت أو يعذب . والهلع نوبة تلقائية حادة من الخوف يظن فيها المريض أنه على وشك الموت أو فقدان السيطرة على نفسه .

يظهر مزاج القلق والرُّهَاب والهلع في الاضطرابات المعروفة بهذه الأسماء ، كما يظهر في الاكتئاب والوسواس القهري وكثير من الاضطرابات النفسية الحادة .

وهناك نوع آخر من الرُّهَاب ينشأ من شدة خوف المريض من فقد التحكم في اندفاعاته الشخصية مثل النزعة إلى العدوان أو إلى التصرف غير المقبول اجتماعياً ، فيتجنب الآلات الحادة حتى لا يؤذي بها نفسه أو غيره ، أو يتجنب ، الاتراب ، من الزرافة حتى لا ياقى بنفسه أو بطفله منها ، أو يتجنب مجالسة الآخرين حتى لا يأتي بعمل فاضح . وهذا النوع من الرُّهَاب خاص باضطراب الوسواس القهري .

التَهيج irritability

هو سهولة الإثارة ، حيث يصبح الغضب سريعاً شديداً كثير الحدوث لأتفه الأسباب . ورغم أن هذا عرض رئيسي لاضطراب القلق النفسي ، إلا أنه شائع أيضاً في اضطرابات الاكتئاب والهوس والوسواس والاضطرابات النفسية الحادة .

ضحالة الوجدان shallow (blunted)

في حالة ضحالة الوجدان تقل شدة المشاعر الوجدانية والتعبير عنها في المواقف التي تثير الحماس أو السرور أو الغضب أو الضيق أو المودة أو الهم أو الخوف . وفي الأحوال الشديدة تتفاقم ضحالة الوجدان إلى التبلد والخمول ، وأكثر ما نلاحظ ضحالة الوجدان في الفُصام .

تقلقل الانفعال emotional lability

يعتبر تقلقل الانفعال اختلالاً في المواقف يؤدي إلى الإفراط في شدة ومدة الانفعال بالضحك أو الكآبة . فالموقف الذي يثير الابتسامة يؤدي إلى قهقهة لا تتوقف ، والموقف الذي يثير الإشفاق يؤدي إلى بكاء متواصل ، كما لو كان المريض غير قادر على وقف سيل انفعاله . نلاحظ هذه العلامة في المرضى المصابين باضطرابات عضوية بالمنخ كما نلاحظها في المرضى بالهوس .

عدم تطابق الانفعال incongruous emotion

قد يكون الانفعال غير مطابق لمحتوى تفكير أو سلوك المريض في بعض حالات الفُصام ، فيضحك المريض دون أن يمر ببأله ما يضحك ، ودون حدوث ما يضحك فيما حوله ، أو يضحك عند الحديث عما يحزن . وكثيراً ما يلاحظ أهل المريض أنه يضحك دون سبب ، ولكن يجب التحقق من أنه لم يتذكر شيئاً مضحكاً وأنه لم يقصد بضحكه السخرية من الآخرين أو التسمير عن الحرج مثلاً .

التناقض الوجداني ambivalence

ينشأ التناقض الوجداني عندما يوجد لدى المريض قوتان وجدانيتان متساويتان في القوة ومتضادتان في الاتجاه . وينعكس ذلك في سلوك المريض حيث تزيل كل من القوتين الأخرى ، فإذا كان هناك حب بقدر البنض أو رغبة بقدر الرهبة فلن يتقدم المريض أو يتأخر ويظل جامداً . كذلك قد يؤدي التناقض الوجداني إلى اتباع المريض مسلكين متضادين الواحد تلو الآخر ، فيمد يده ثم يسحبها ، أو يعطي ثم يأخذ ، أو يفتح ثم يغلق . ونلاحظ هذه العلامة في مرضى الفصام .

أعراض وعلامات اختلال التفكير

التفكير هو النشاط العقلي الذي يحاول حل مشكلة . والمقصود بالمشكلة problem هنا أي أمر يسعى الفرد لفهمه حتى يختار استجابته له . قد يختل مجرى التفكير thought stream في سرعته أو تماسكه أو بالدوران أو بالوطوب (المدوامة) perseveration . وقد تختل هيئة التفكير thought form لضعف تجريده . وقد يختل محتوى التفكير thought contents بما يحمل من خيال أو وهام أو وساوس . وفي جميع الأحوال نجد أن حديث المريض هو أفضل مرآة لتفكيره ، ولذلك فإن جميع العلامات المرضية للتفكير يمكن استخراجها من المقابلة السريرية (الزيارة الإكلينيكية للطبيب) .

التعجيل بسرعة التفكير thought acceleration

يدل التعجيل بسرعة الحديث على التعجيل بسرعة التفكير ، حيث تتلاحق العبارات وقد تتزاحم في صورة ضغط الحديث pressure of talk فيصعب إيقاف المريض عن الكلام لمراجعة بعض ما يقول ، أو لتغيير موضوع الحديث . وفي بعض المرضى تتطاير الأفكار flight of ideas واحدة تلو الأخرى ، يربطها ببعضها رباط سطحي ولكنه غير منطقي يتوقف على منطوق الكلمات ووزنها ، وليس على التسلسل المنطقي لمعانيها . ويسهل على المستمع التعرف على هذا الرباط السطحي الذي يكون عادة مضحكاً أو مسلياً . نلاحظ هذه العلامة في الاضطراب الهوسي .

تباطؤ التفكير thought retardation

يتباطأ مجرى التفكير في بعض حالات الاكتئاب أو الحَرْف . نلاحظ تطاول الفترة التي يحتاجها المريض للرد على الأسئلة ، حتى البسيطة منها . كما أن حديثه مقتضب ، قليل التفاصيل ، يندر أن يكون تلقائياً . وفي بعض مرضى الفُصَام يتوقف مجرى التفكير تماماً (إحصار التفكير) thought block ولا يستطيع المريض مواصلة ما بدأ لزوال كل شيء من تفكيره . وتختلف هذه العلامة عن ضعف التركيز حيث يتشتت انتباه المريض من فكرة إلى أخرى تحل محلها ، ولكن المريض الذي يتوقف تفكيره يشعر بفرغ الذهن التام في فترة التوقف ولا يستطيع الاستدراك .

عدم تناسق التفكير incoherence

في هذه العلامة لا تتماسك أجزاء الحديث بأربطة منطقية أو بأربطة سطحية ، (كما يحدث في تَشْتُّت الأفكار) فيبدو حديث المريض مفككاً ، ولا يمكن متابعته ، لأن المريض ينتقل من موضوع إلى آخر في تفرعات لا يفهمها من حوله ، تحيد بحديثه بعيداً عن الموضوع الذي بدأ به الحديث والذي يزداد بعده عنه كلما اطرد حديثه . تظهر هذه العلامة في الفُصَام وفي الهوس الشديد .

دوران التفكير circumstantiality

في دوران التفكير حول الموضوع يجول المريض كثيراً في المقدمات والمداخل الطويلة قبل أن يصل إلى « صلب الموضوع » ، فيكون حديثه طويلاً ولكنه يصل بعد طول المسيرة إلى غاية الحديث . هناك بعض الأسوياء من كبار السن وأهل الريف الذين يفكرون ويتحدثون بهذه الطريقة لأنهم لم يتعودوا الاقتضاب أو الحديث المباشر . ويزيد دوران التفكير في حالات الحَرْف والفُصَام والصرع .

وظوب (مداومة) perseveration التفكير

في بعض حالات الحَرْف لا يستطيع المريض نقل حديثه من موضوع إلى آخر ، فيستمر في موضوعه الأول رغم محاولة الآخرين مناقشته في موضوعات أخرى ، وهذا ما يعرف بوظوب التفكير حيث يواظب المريض على ترديد نفس الألفاظ أو الاسترسال في نفس الموضوع .

ضعف التجريد poor abstraction

يظهر ضعف التجريد في التفكير عندما تصبح العبارات التي يسمعها أو يقرأها المريض مجرد ألفاظ لا يستنبط منها معانٍ أو أفكار ، فتعرف الأشياء مثلاً بصفاتهما المادية لا بوظائفها أو بما تدل عليه من معانٍ . فلا يستطيع المريض استنباط ما تدل عليه الأمثال مثل « عصفور في اليد خير من حشرة على الشجرة » ، فقد يقول إن هذا المثل يحبذ أن تمسك العصفور بيدك . وإذا سئل المريض عن أوجه الشبه بين الموز والبرنقال مثلاً قد لا يتعدى ذلك قوله إن كليهما أصفر دون استنباط الصفة المشتركة وهي أن كليهما فاكهة .

كذلك يصعب على المريض تجريد المعنى مما يدرس أو من القصص التي يقرأها أو النكتة التي يسمعها أو الكاريكاتير الذي يشاهده . . نلاحظ ضعف التجريد في حالات التخلف العقلي والنُصَام والحَرْف .

الخيال fantasy

الخيال نوع من التفكير يخرج عن الواقع الذي نعيش فيه . ورغم أن الخيال تفكير طبيعي إلا أن الإسراف فيه يضيع الجهد والوقت اللازم للتفكير الواقعي في أمور الحياة . وكلما كثر الإحباط في حياة الإنسان عوض ذلك بالإكثار من أحلام اليقظة day-dreams التي تعتبر تفكيراً خيالياً يتخيل فيه ما لم يتحقق في الواقع . يزيد هذا النوع من الخيال لدى المراهقين والأفراد الذاتويين autostics . أما في الذُهَان psychosis فإن التفكير الخيالي يأخذ مكان التفكير الواقعي ، فيفقد المريض ارتباطه بالواقع ويعيش في عالم خاص من أفكاره الخيالية التي لا علاقة لها بالواقع .

الوُهَام (الضلال) delusion

الوُهَام اعتقاد خاطئ لا يمكن تصحيحه بالمناقشة ، ولا يتفق وخلفية المريض الثقافية والاجتماعية . ويجب أن نفرق الوُهَام كعلامة مرضية تدل على الذُهَان عن المعتقدات السائدة في المجتمع والتي يعتبرها أفراد المجتمعات الأخرى خاطئة . فلا يمكن أن نصف بالوُهَام من يعتقد أن هناك من يسعى إلى قتله إذا كان يعيش في مجتمع ينتشر فيه الثأر وتحققنا من أهله أن ذلك أمر وارد بالنسبة له .

ومن أكثر الوُهَامات انتشاراً وُهَام الاضطهاد persecution ، حيث يعتقد المريض أن آخرين يسعون لإيذائه كما يحدث في النُصَام ، ووُهَام العظمة delusion of grandeur ، حيث يعتقد

المريض أنه كبير المقام أو عظيم القوى شامل المعارف كما يحدث في الهوس ، ووهام السرقة والخرف حيث يعتقد المريض أن أشياء قد سرقت من منزله بينما هو الذي نسي أين وضعها .

الاجترارات الوسواسية obsessional ruminations

تتميز الاجترارات الوسواسية obsessional ruminations بتوارد أفكار لا يقبلها المريض الوسواسي ولكنها ترد في تفكيره رغماً عنه فيعطيها ذلك صفة القسر ، وتتكور بإلحاح حتى ولو قاوم المريض اجترارها .

وكثيراً ما يستسلم المريض ويكف عن مقاومة هذه الأفكار رغم عدم رضاه عنها ، فينفذ محتواها حتى يحصل على بعض الراحة . مثال ذلك وسواس التفكير في النجاسة الذي يؤدي إلى كثرة الاغتسال ، ووسواس الشك folie de doute في قفل الأبواب أو الصنابير الذي يؤدي إلى فحصها عدة مرات للتحقق من قفلها .

أعراض وعلامات اختلال الذاكرة

تعتمد الذاكرة على تسجيل المعلومات ثم الاحتفاظ بها إلى حين الضرورة لتذكرها بالاستدعاء (الاستذكار) recall أو التعرف recognition . وتضطرب الذاكرة إذا كان التسجيل رديئاً كما يحدث في اختلال الانتباه ، أو بسبب ضعف القدرة على الإدراك أو التجريد . قد يكون اختلال الذاكرة مستمراً أو على شكل فجوة في الذاكرة .

ويختلف اختلال الذاكرة المرضي ، كما يحدث في الخرف ، عن النسيان لدى الأسوياء من المسنين في أنه نسيان لأحداث بأكملها وليس للتفاصيل فقط . وهو منتشر في جميع الظروف ، ومستمر في كل الأوقات ، ولا يمكن مساعدة المريض على تذكر ما نسي ، بينما يستجيب الأسوياء للمؤثرات التي تساعدهم على التذكر . كذلك فإن المريض قد يعرض ما نسي بالتزييف falsification أو التخريفات confabulation وهذا ما لا يفعله الأسوياء . ويتناول النسيان المرضي الأحداث القريبة في بادئ الأمر ، إلا أنه يصبح شاملاً بمرور الوقت الذي يحيل الأحداث القريبة إلى أحداث بعيدة ، ومع تقدم المرض الذي يزيل المزيد من تسجيلات الذاكرة .

وقد تحدث فجوات الذاكرة memory gaps بمؤثرات عضوية كإصابات المخ ، حيث تمتد الفجوة إلى ما قبل وما بعد حادث الإصابة لفترات تختلف حسب شدة الإصابة وفترة فقدان الكامل المرعي . في فترة النجسة العضوية بالذاكرة تتمطلل أو تضطرب جميع الوظائف النفسية ، كالانتباه

والإدراك والتفكير ، ويفقد الفرد ارتباطه بالواقع فلا يستطيع حماية نفسه ، ولا يطلب الطعام ولا يهتدي إلى الزمان والمكان والأشخاص من حوله ، وقد يبول أو يتغوط في غير الأماكن المخصصة لذلك . أما فجوات الذاكرة ذات المنشأ النفسي فإنها تعقب الإجهاد النفسي ذي التأثير الصادم الذي يهز كيان الفرد أو كرامته أو مكانته بين الآخرين ، ويتظاهر بالانشقاق (التفارق) في الذاكرة dissociated memory الذي يصل إلى زواله ، بينه ا تظل وظائفه النفسية الأخرى في حالة طبيعية ، فهو ينتبه إلى ما حوله ويدرك بيئته على حقيقتها ويتحدث إلى الآخرين فيما يحدثونه ويحافظ على سلامته ومأكله ونظافته أثناء الفترة التي يشعر أنه لا يتذكر شيئاً عنها . ولذلك تساعد ملاحظة الآخرين للمريض وتفصيل السوابق المرضية على تمييز هذا النوع من فجوة الذاكرة عن فجوات الذاكرة العضوية المنشأ .

اختلال الاهتمام إلى الزمان والمكان والأشخاص disorientation for time, place and persons

كلنا نعلم الوقت والتاريخ واليوم الذي نعيش فيه وأين نكون ومع من نتعامل . ويختل هذا الاهتمام إلى الزمان والمكان والأشخاص disorientation for time, place and persons في الاضطرابات العضوية للمخ (وخاصة الاضطرابات الحادة) حيث لا يستطيع المريض أن يعرف الوقت ، فقد يظن أنه في المساء وهو في الصباح ، ولا يعي أنه في مستشفى ، ولا يعرف الأشخاص الذين يجب أن يعرفهم ، فلا يعرف الممرضة من زيارتها وقد لا يعرف أهله . يبدأ هذا الاختلال عادة في مجال الاهتمام إلى الزمان ، ثم يعقبه اختلال الاهتمام إلى المكان والأشخاص مع اشتداد المرض .

اختلال النشاط الحركي motor activity disturbance

قد يختل النشاط الحركي بالزيادة على هيئة تملل أو هياج ، أو بالتقص في صورة التباطؤ أو الذهول ، أو تحدث نشاطات حركية غريبة في قسمة الوجه أو بالتصنع mannerism ، أو النمطية stereotypy ، أو المعاندة negativism ، أو بطء الحركة .

التململ restlessness والهياج excitement

يظهر التملل restlessness في تكرار حركة أجزاء الجسم كله دون هدف كمخرج للتوتر والضيق . ونلاحظ هذه العلامة في القلق والاكتئاب وكثير من الاضطرابات النفسية الحادة . وقد

يصل ذلك إلى حد الهياج excitement حيث يؤدي النشاط الحركي المفرط إلى إيذاء المريض لغيره من الأشخاص والأشياء أو إيذائه لنفسه .

تباطؤ الحركة motor retardation والذهول stupor

نلاحظ تباطؤ الحركة motor retardation في الاضطرابات التي يحدث بها تباطؤ التفكير وفي الحالات الشديدة يتأقلم التباطؤ إلى حالة من الذهول stupor أو الدهشة حيث يتوقف النشاط التفكيرى والحركى تقريباً ، رغم أن عيني المريض متبهران وأن إفاقته كاملة . يحدث هذا الذهول النفسى في بعض الحالات الشديدة للفصام والاكئاب والانشقاق (التفارق) dissociation .

النشاط الحركى غير الطبيعى abnormal motor activity

يأخذ النشاط الحركى غير الطبيعى صورة حركات غريبة . قد يؤدي ذلك إلى حركة انقلاب قسماات الوجه (التكشير) grimaces أو اتباع أسلوب التصنع mannerism في أداء النشاط الحركى الهادف المعتاد ، كأن يتبع المريض أسلوباً غريباً في مشيته أو في تناول الأشياء . كما قد يظهر النشاط الحركى الشاذ في نمطية stereotypy الحركات التي تتكرر بنفس الطريقة أو نفس القلب دون أن تؤدي هدفاً . وقد يرفض المريض القيام بما يطلب منه القيام به أو يقوم بخلافه أو نقيضه فيما يعرف بالمعاندة negativism . كذلك قد يحاكي المريض حركة الآخرين أمامه فيما يعرف بالأداء الصدوي echopraxia . ويعتبر الفصام أهم مرض نلاحظ فيه جميع هذه الأنواع من النشاط الحركى غير الطبيعى .

أعراض وعلامات اختلال الحكم على الأمور

يختل حكم المرضى على ما يحيط بهم من أحداث وأشياء في الاضطرابات الذهانية والتخلف العقلي بسبب عدم ارتباطهم بالواقع الذي يعيشون فيه . يخطئ المريض في تقديره لما يحدث في بيئته ، فلا يستطيع الحكم على خطورة موقف أو احتياط ضروري . وتختل قدرته على ربط الأسباب بالتأثير ، فلا يستطيع توقع النتائج كما يتوقعها الأسوياء في أي موقف يعرضون له ، ولذلك فإن هؤلاء المرضى غير قادرين على تدبير وتصريف شؤونهم بأنفسهم ، وكثيراً ما يخطئون في حكمهم على أنفسهم وعلى حالتهم الصحية ، حيث تغيب بصيرتهم insight بسبب وجود المرض لديهم ، ولا يقبلون حكم الآخرين عليهم بأن لديهم مرض نفسي ، فيرفضون العلاج لقللة بصيرتهم في أمورهم الصحية .

فن المقابلة (الزيارة الطبية)

الأستاذ الدكتور أحمد العقبابوي
الأستاذ الدكتور الصديق الجدي
الأستاذ الدكتور محمد خليل حداد

تعريف المقابلة

المقابلة Interview في الزيارة الطبية هي نوع من التواصل اللفظي يتعلق بشخصين يقوم كل منهما بالتكلم والاستماع من حين لآخر .

الفرق بين المقابلة والمحادثة العادية

- 1 - هناك دائماً هدف معين للمقابلة وهو الوصول إلى التشخيص المرضي أو معالجة المريض ، بينما تتم كثير من المحادثات لأسباب اجتماعية متفاوتة ودونما هدف معين .
- 2 - للمقابلة تركيب خاص يتكون من أجزاء محددة ، بينما المحادثة تفتقر إلى ذلك العنصر ، وعادة ما تكون غير محددة .
- 3 - التحكم ، تسير المقابلة وتوجهه إلى غرض محدد بينما لا يُطلب ذلك في المحادثة .

المقابلة الطبية (الزيارة الطبية)

المقابلة الطبية هي المقابلة التي تتم بين الطبيب والمريض وتتلخص كما يلي :

عند مقابلة المريض ، فإن مهمة الطبيب هي التصرف بالطريقة التي تجعل المريض يثق به وتجعله يفصح عن شكواه ، كما أن عليه الحصول على التاريخ المرضي (السيرة والسوابق المرضية) لمشكلة المريض بدقة وعناية ، وفي الطب النفسي يقوم الطبيب بفحص الحالة النفسية للمريض ، وغالباً ما يتبع ذلك فحص طبي عام على أجهزته المختلفة . وقبل إنهاء المقابلة يجب على الطبيب أن يشرح للمريض تصوره عن مشكلته المرضية ، والتشخيص المحتمل لحالته ، وأن يناقشه في الخطوات التالية التي يزمع أن يقوم بها من فحوصات طبية وعلاج ومتابعة .

مشاكل المقابلة الطبية

أفادت دراسة الأداء الطبي لطلبة كليات الطب في سنوات تدريبهم السريرية ، بل وكذلك لبعض الأطباء الممارسين أثناء مقابلاتهم لمرضاهم ، أن هناك بعض الصعوبات وكثيراً من نقاط الضعف في هذه المقابلات ، أهمها :

- 1 - عدم الحصول على التاريخ (السيرة والسوابق المرضية) للحالة الحاضرة بالتفصيل .
- 2 - عدم استكشاف الجوانب الاجتماعية والنفسية لمرضاهم .
- 3 - إساءة استخدام الوقت المتاح ، وتبديده في تكرار لا داعٍ له لبعض الأسئلة التي تغطي معلومات سبق الحصول عليها .
- 4 - تجنب بعض جوانب حياة المريض الخاصة مثل أمور الزواج والجنس ، وحتى عندما يتطوع المريض بالإدلاء ببعض المعلومات المتعلقة بهذه الجوانب ، فإنه غالباً ما يقوم الطبيب بتحويل مجرى الحديث إلى موضوع آخر محايد .
- 5 - إهمال نظرة المريض تجاه مرضه ، والأثر الذي يخلفه المرض على حياة المريض وذويه .
- 6 - توجيه المريض منذ بداية المقابلة تجاه موضوع محدد ، وتحديد إجاباته بحيث تكون رداً على أسئلة الطبيب بنعم أو بلا ، بدون ترك الحرية له لكي يقدم شكواه كاملة .
- 7 - ترك الحرية المطلقة للمريض في تقديم الشكوى بحيث يتطرق إلى مواضيع غير هامة وغير مفيدة بالنسبة للمشكلة المرضية .
- 8 - النظر إلى الساعة لمتابعة الوقت ، مما يتسبب في إيذاء شعور المريض وشعوره بالإحراج .
- 9 - عدم دقة المعلومات التي يحصل عليها طالب الطب أو الطبيب من المريض .
- 10 - عدم استبيان ما يقصده المريض ببعض التعبيرات التي قد يكون لها معنى مغاير لدى المريض عما يفهمه الطبيب .
- 11 - التركيز على الأعراض المتعلقة بالمشاكل الجسمية ، وتجاهل الأعراض النفسية .
- 12 - إهمال أو تجاهل إيماءات التواصل غير اللفظي (تعبيرات الوجه ، نظرات العين ، إشارات اليد ، وضع الجلوس ، النشاط الحركي ... إلخ) على الرغم من أنها قد تفصح عن الكثير عما يدور أو يعتلج في صدر المريض وذهنه .
- 13 - صياغة الأسئلة الموجهة إلى المريض بطريقة معقدة ، أو أطول من اللازم ، بحيث يصعب على المريض فهم المقصود من السؤال .

- 14 - عدم تعريف الطيب بنفسه (بذكر اسمه ووضع الوظيفي) والغرض من الزيارة .
- 15 - عدم التوفيق بين تدوين الملاحظات والاهتمام بالمريض من خلال التواصل البصري مع المريض أثناء المقابلة .
- 16 - الشعور بالملل أو اتخاذ موقف عدائي . وتوجيه أسئلة استفزازية للمريض مما يترك أثره على العلاقة بينهما .

أصول المقابلة (الزيارة الطبية)

1 - إطار المقابلة (الزيارة الطبية)

إن التحدث إلى المريض عبر المكتب أو من على كرسي مرتفع يولد شعوراً بفارق اجتماعي ، مما يجعل المريض متحفظاً في علاقته مع الطبيب وغير مقبل عليه ، كما يجب المحافظة على مسافة مناسبة ، حيث أن كلاً من اختراق المسافة الشخصية للمريض أو البعد عنه بمسافة كبيرة يؤثر سلباً على سير المقابلة .

ويجب على الطبيب أيضاً أن يراعي احترام خصوصية المريض أثناء المقابلة ، وكذلك عدم الانشغال بمكالمات هاتفية أو التشويش بأصوات أجهزة النداء .

2 - بداية المقابلة (الزيارة الطبية)

عند دخول المريض يجب أن ينهض الطبيب واقفاً وأن يتحرك نحوه مصافحاً محيياً إياه ، ذاكراً اسمه ولقبه .

- ثم يشير بوضوح بالكلمة وبإشارة اليد إلى المكان الذي يرغب أن يجلس فيه المريض .
- ثم يجلس الطبيب متخذاً وضعاً يوحى بالاهتمام والود ، ويذكر الغرض من المقابلة .
- كما يجب أن يذكر بوضوح الوقت المتاح لهذه المقابلة .

ويجب أن يوضح أيضاً أنه يرغب في أن يدون بعض الملاحظات كي تساعد على تذكر ما يتم في هذه المقابلة ، مع التأكيد بأن أية مواد مدونة ستخضع للسرية التامة .

3- استخلاص المعلومات

يجب البدء باستخدام الأسئلة المفتوحة والعامّة مثل :

- حدثني عن المشكلة .
- أخبرني عن بداية القصة .
- وإذا استخدم المريض اصطلاحات معينة ، أو كلمات ذات مدلولات متعددة فيجب استيضاح المعنى الذي يقصده بدقة ووضوح .
- ولتشجيع المريض على الاستمرار في مجرى الحديث هناك طرق التسهيل اللفظي كأن يقول له الطبيب .
- استمر ، حسناً .. إلخ .

وطرق التسهيل غير اللفظي أيضاً مفيدة ، كأن يهز الطبيب رأسه أو يشير بيده للاستمرار . وقد يجد الطبيب صعوبة في الجمع بين هذه الأمور ، وآراء الملاحظات في وقت واحد ، ولكن يتم التغلب على تلك الصعوبة إذا حرص الطبيب على أن ينظر إلى المريض عند نهاية كل مقطع من كلماته .

وإذا ما انتقل المريض إلى موضوعات فرعية وغير متعلقة بالموضوع الأساسي فيجب على الطبيب أن يقاطعه برفق وكياسة ويعيده مرة أخرى إلى الموضوع الرئيسي .

ويجب تشجيع المريض على أن تكون معلوماته محددة ودقيقة ، بأن يعطي تواريخاً للحوادث التي يذكرها ، أو يعطي أمثلة حقيقية لما يقول ، أو يصف يوماً عادياً تقليدياً في حياته اليومية ، وهكذا .

ومن الأمور التي يجب على الطبيب أن يلاحظها ولا يغفلها الإشارات غير اللفظية ، كالتغير في نبرات الصوت عند الحديث عن موضوع معين ، أو التغير في تعبيرات الوجه أو اتخاذ وضع معين في جلسته ، عند ذلك يجب على الطبيب أن يعلق قائلاً مثلاً :

- إنك تبدو غاضباً ، أو إنني أرى الدموع في عينيك ... إلخ .

4- المراجعة

عندما يشعر الطبيب أنه انتهى من الحصول على التاريخ المرضي يجب عليه أن يستعرض تلخيصاً سريعاً لمشكلة المريض ، معقّباً على ذلك بسؤال استقصائي .

« هل هناك شيء آخر تريد أن تضيفه ؟ هل أنت متأكد ؟ » .

وذلك لتدارك أي أمر هام يكون المريض قد نسي ذكره أو لم تواتيه الشجاعة للتحدث عنه في مرحلة سابقة .

5 - الشرح والبيان

بعد انتهاء الطبيب من الحصول على السوابق والسيرة المرضية (التاريخ المرضي) ، وفحص الحالة النفسية والفحص الجسمي العام ، يجب أن يشرح للمريض التشخيص المحتمل لحالته ، والخطوات التالية التي ينوي القيام بها ، ويجب أن يتم ذلك باستخدام لغة بسيطة واضحة يستطيع المريض أن يفهمها ، وفي حالة وصف أدوية يجب ذكر سبب ذلك ، وشرح الآثار الجانبية المحتملة ، والتأكد من أن المريض قد استوعب تماماً تفاصيل تعاطيها من حيث الجرعة ووقت تناول الدواء ومدة تعاطيه ، وذلك من خلال الطلب من المريض إعادة تعليمات استعمال الدواء مرة أخرى .

6 - إنهاء المقابلة

يتم ذلك بجملة ختامية من الطبيب يذكر فيها تاريخ ووقت المقابلة (الزيارة) التالية .
« - حسناً ، إذا لم يكن لديك أسئلة أخرى ، أعتقد أننا يمكننا أن نتهي المقابلة الآن ، وأمل أن أراك مرة أخرى في خلال أسبوعين ، (ويذكر اليوم ... ، الساعة) بإذن الله .

التدريب على فن المقابلة (الزيارة الطبية) في مجال الطب النفسي

يرى الدكتور ماجوير ، وهو من أبرز من أجروا دراسات على فن المقابلة الطبية (الزيارة الطبية) ، أن المقابلة الطبية (الزيارة الطبية) عامة ، وفي مجال الطب النفسي خاصة ، تحتاج إلى تدريب منهجي ، ويجب أن تشمل على العناصر التالية :

1 - المخطط التفصيلي

يجب أن يحصل المتدرب على مخطط تفصيلي موضح فيه المجالات التي يجب تغطيتها ، والأسئلة التي تستخدم للحصول على المعلومات المطلوبة ، وكذلك الأسلوب الذي يجب استخدامه عند توجيه هذه الأسئلة ، وقد يستفيد المتدرب من التعامل مع المرضى كي يلاحظ نوعية الأسئلة والمهارات المطلوبة لإنجاح المقابلة ، ومن الممكن أن يتم ذلك إما بالمتابعة المباشرة عن طريق دائرة تلفزيونية مغلقة ، بعد استئذان المريض ، أو عن طريق مشاهدة أفلام فيديو تعليمية معدة خصيصاً لهذا الغرض .

2 - التدريب المتدرج

بعد أن تتضح للمتدرب الأمور النظرية المطلوبة ، يجب أن يبدأ التطبيق بالتدريب على جوانب معينة ومحددة في المقابلة النفسية ، كأن يبدأ بالتدريب على الحصول على السوابق والسيرة والسوابق المرضية (التاريخ المرضي) للحالة الحاضرة ، وفي مناسبة أخرى على (التاريخ) الشخصي للمريض . أو فحص الحالة النفسية وهكذا . ولغرض التدريب يفضل اختيار المرضى المتعاونين والابتعاد عن الحالات الصعبة ، ويجب على المتدرب أيضاً أن يحدد وقتاً معيناً للمقابلة أثناء التدريب ، حتى ينضح له كيفية استغلاله لاقتصاديات الوقت مع المحافظة على الألفة مع المريض في نفس الوقت .

وينصح أيضاً بتسجيل هذه المقابلات التدريبية على أشرطة فيديو ، أو أشرطة كاسيت سمعية ، وذلك لمراجعة الأداء مع المشرف أو الأستاذ الذي يقوم بتدريبه ، وعادة ما يتجاوب المرضى مع المتدربين إذا ما شرحت لهم الأسباب بطريقة لبقة .

3 - التقييم بالمراجعة

هو التقييم عن طريق مراجعة تسجيل المقابلة على شريط الفيديو أو شريط الكاسيت لملاحظة سير المقابلة ، ولشريط الفيديو ميزة إضافية حيث أنه يوضح جوانب التواصل communication غير اللفظي بين الطبيب والمريض أثناء المقابلة .

4 - الإشراف

لاشك أن المتدرب يستفيد كثيراً من تطبيق الخطوات السابقة ، وفي أثناء ذلك يتلقى توجيهات ممن يشرف على تدريبه ، وذلك بمتابعته أثناء التدريبات ، وتنبهه على نقاط ضعفه ونقاط قوته ، وتوجيهه إلى الخطوات والوسائل التي تجعل مقابلاته في المستوى الأفضل .

الخلاصة

قد يعاني معظم الأطباء النفسيين ، مثلهم مثل باقي الأطباء ، من قصور في مهاراتهم السريرية . وبعض هذه المهارات ، كفن الزيارة الطبية (المقابلة) ضرورية جداً بالنسبة للطبيب النفسي ، ومن الممكن التدريب على هذه المهارات . والطبيب النفسي المتدرب على هذه المهارات هو أقدر على تشخيص المرض النفسي من غيره ، لذا يجب الاهتمام بإدخال علم الزيارة الطبية (المقابلة) ضمن البرنامج التدريبي للأطباء النفسيين أثناء سنوات تدريبهم وبالطريقة التي تكفل الأداء الأمثل لهؤلاء الأطباء .

التدرج في التشخيص التفريقي

الأستاذ الدكتور أحمد عكاشة

الأستاذ الدكتور محمد فخر الإسلام

تتداخل معظم الأعراض النفسية ضمن الأمراض العضوية وأمراض الطب النفسي . فقد تظهر كل أعراض الاكتئاب أو الهوس مع قصور الدرقية أو فرط نشاط الكظر ، وقد تغطي أعراض القلق على أعراض نقص سكر الدم أو ورم القواتم pheochromocytoma أو تدلي الصمام الميترالي mitral valve prolapse ، أو يصاحب الأمراض الروماتزمية أو الصرع أعراض دُهانية أو وهامية ، بل إن كثيراً من اضطرابات الاستقلاب (الأيض) metabolism ، مثل فشل الكلية أو الكبد أو القلب أو الرئة تبدأ بالأعراض النفسية وتصل أحياناً إلى مرحلة الهذيان من هياج وهلاوس واضطراب الذاكرة . ولذا كان على الطبيب أو الممارس العام أن يلم بنظام يتبعه حتى لا يفوته التشخيص الصحيح ، وقد وجد أن هذا النظام يتدرج بدءاً بالأمراض العضوية وينتهي باضطرابات الشخصية .

1 - الأمراض العضوية

organic diseases

يجب أخذ السيرة والسوابق المرضية (التاريخ) بالشكل الوافي من المريض ، وفحصه جسدياً بحثاً عن مرض عضوي organic disease وسؤاله عن أي أمراض عضوية سابقة ، حتى إذا كانت شكواه أساساً من أعراض نفسية ، فحالة الهذيان مثلاً قد تكون ثانوية لنقص الأكسجين سواء من مرض في الرئة أو القلب ، أو ثانوية لاستعمال الأدوية المختلفة التي تستعمل في الرعاية المركزة أو في علاج الأمراض الخبيثة ، أو بعد استعمال المواد الكحولية أو المخدرة . وقد يأتي المريض في حالة هياج أو هوس أو توتر أو هلاوس سمعية وبصرية ، أو ضلالات وخيالات ، ويتخلل ذلك تشوش في الوعي وفي معرفة الزمان والمكان ، وهذه الأعراض الأخيرة تتميز بين الأمراض العضوية والأمراض النفسية التي عادة ما يكون الوعي فيها في حالة سوية ، وبالطبع سيتجه العلاج إلى السبب الأولي .

2- الفُصَام schizophrenia والعُصَاب الوُهَامِي (الضَّلالي)

delusional neurosis

قد تبدأ هذه الأمراض بأعراض القلق ، والتوتر ، والاكتئاب ، والهوس ، والوسواس ، والانعزال وتوهم المرض . ولذا يجب البحث عن الاضطرابات في الإدراك من هلاوس ووهام (ضلال) ، أو اضطرابات التفكير ، والتدهور في الدراسة أو العمل ، وتغير الشخصية ، حتى لا تشخص هذه الحالة وكأنها من الاضطرابات التي تليها .

3- اضطرابات المزاج (الوجدان)

mood (affective) disorders

يصاحب هذه الاضطرابات أعراض عصبية مثل القلق ، التوتر ، النزق ، الهبوط الحركي ، النشاط الزائد ، الوسواس القهري ، الإعياء النفسي ، ولكلٍ منها علاج مختلف ، ولذا يجب التأكد من استبعاد هذا الاضطراب أولاً ، خاصة أن اضطرابات المزاج قد تكون مستترة أو مقنعة تحت غطاء الأعراض النفسية .

4- الاضطرابات العصبية والانفعالية التالية للكرب

post-stress neurotic and emotional disorders

وكما ذكرنا سابقاً يحتمل أن تظهر هذه الأعراض مع الأمراض العضوية ، أو اضطرابات الفُصَام أو اضطرابات المزاج ، فإن لم تكن ثانوية للمتلازمات السابقة ، فهنا تستطيع التشخيص أنها اضطراب عصابي أولي ، فمثلاً العصاب المراقبي (توهم المرض) hypochondrial neurosis (أي الشكوى من أعراض بدنية دون وجود علامات أو مرض عضوي) ، يحتمل أن تكون مصاحبة لمرض عضوي مثل تصلب شرايين المخ أو الصرع . وقد تكون ثانوية لمرض الفُصَام أو الاكتئاب أو الهوس ، إلى جانب احتمال أن تكون اضطراباً عصبياً أولياً .

5- اضطرابات الشخصية

disorders of personality

إذا كان الشخص يعاني من أعراض مختلفة ، واستبعدنا المجموعات الأربعة السابقة ، وكان الاضطراب منذ الطفولة أو المراهقة مع الصعوبة في التكيف مع المجتمع والعسل والأسرة ، وسلوك

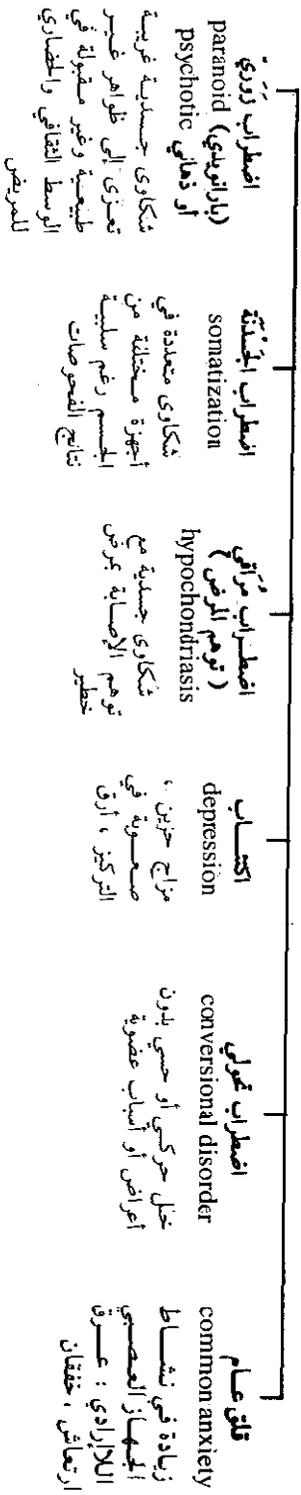
مخالف لتقاليد المجتمع ، فإن التشخيص يكون متواكباً مع اضطرابات الشخصية ، مثل الشخصية الذاتية autistic ، أو الاكتئابية ، أو القهرية ، أو الهستيرية ... إلخ .

ونلاحظ في هذا التدرج قيمة التشخيص التفريقي حيث تشترك الأعراض العصبية والذهانية في كل هذه المتلازمات ، ويجب أن يكون التشخيص والعلاج نابعاً من هذا التدرج .

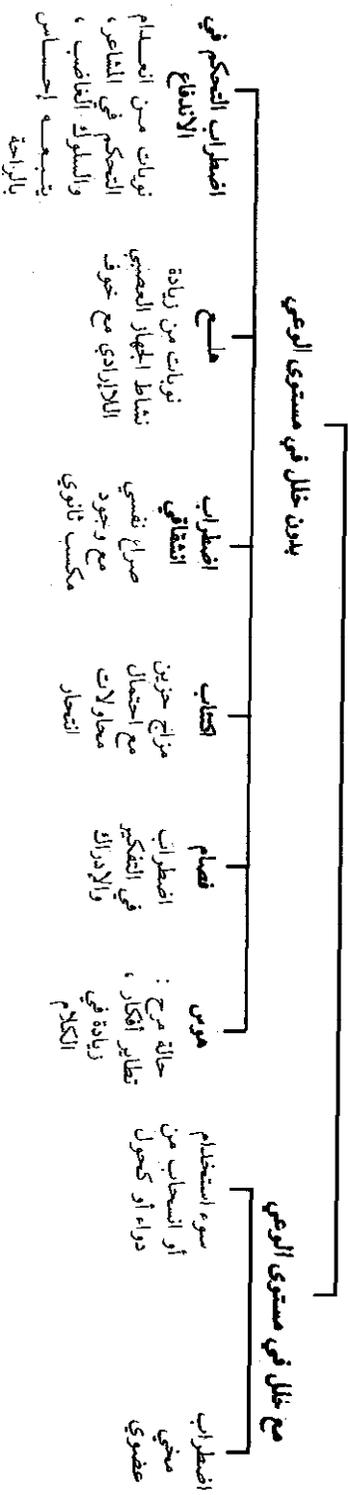
وفي الحالات المختلطة الأعراض يكون التشخيص هو الاضطراب الأسبق في هذا التدرج ، رغم ما يشوبه من أعراض اضطرابات تالية في التدرج . فإذا كان لدى المريض أعراض فصامية وأعراض مزاجية يكون التشخيص اضطراباً فصامياً تشوبه أعراض مزاجية ، ولا يجوز أن يكون التشخيص في هذه الحالة اضطراباً وجدانياً تشوبه أعراض فصامية ، لأن اضطرابات الفصام تسبق اضطرابات المزاج في التدرج التشخيصي .

تدرج مجريات التشخيص التفريقي (1)

1 - اعراض جسدية بدون اسباب عضوية



2 - حالات الهياج excitement



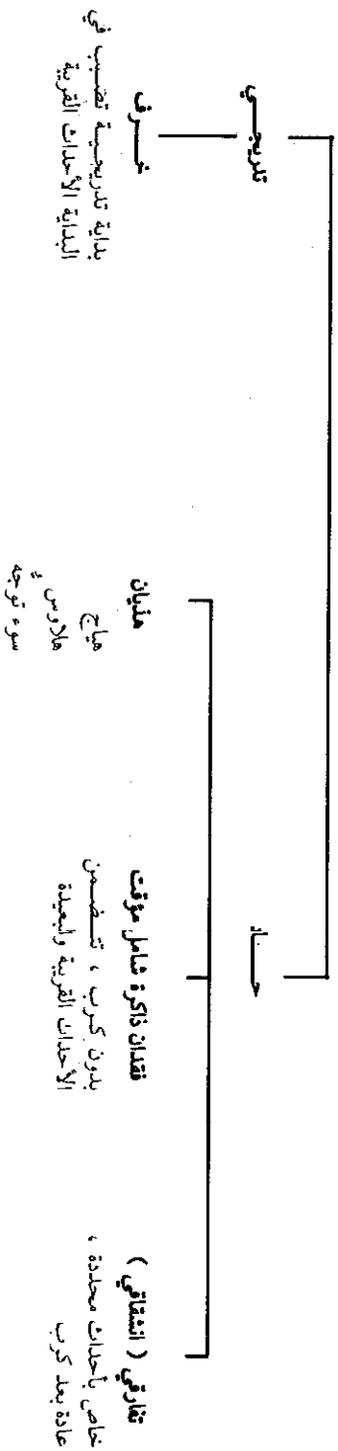
تدريج مستويات التشخيص التفريقي (2) تابع

3 - الجُندة: catalonia

- مع وجود تشوش في الوعي
- متلازمة مخية عضوية
 - سوء استخدام الأدوية النفسانية التأثير

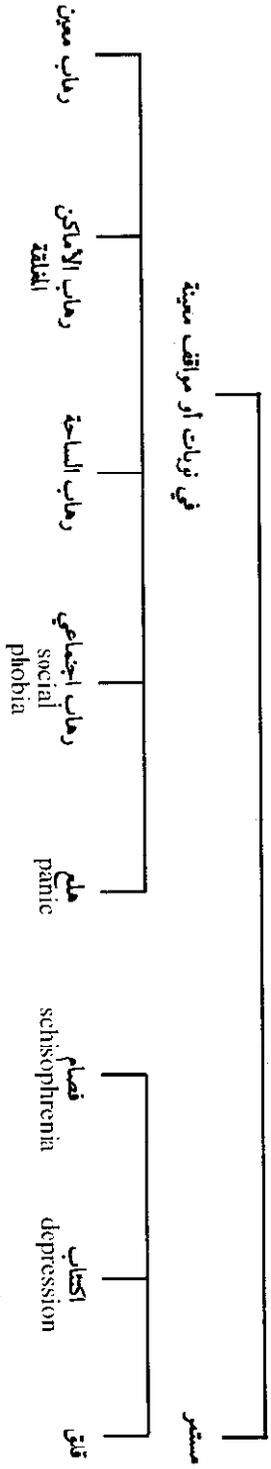
- مع عدم وجود تشوش في الوعي
- اكتئاب
 - اضطراب تفريقي (انتقائي)
 - قسام
 - محادثة بدواء نفسي التأثير
 - متلازمة مخية عضوية
 - الأدوية النفسية التأثير

4 - فقد الذاكرة

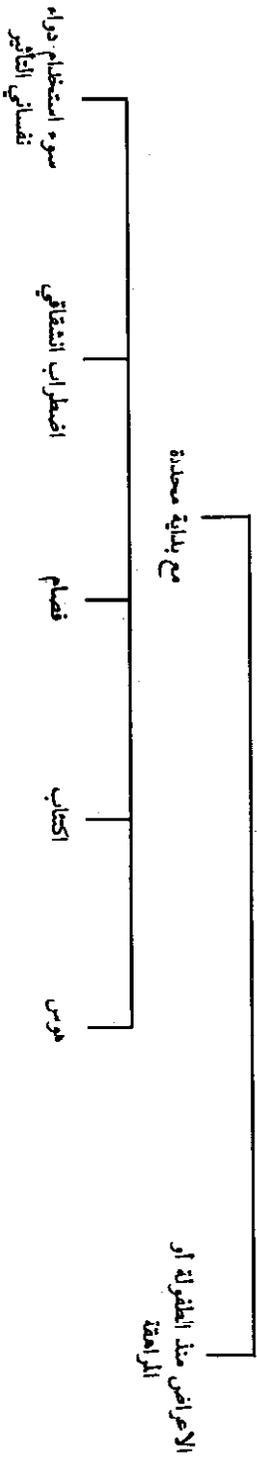


تدرج مجربات التشخيص التفرقي (3) تابع

5 - رهاب phobia



6 - سلوك غدا زئبدل في التخصفة بدون سبب هضمي



مقدمة عن التصنيف وتجربة التصنيف الدولي للاضطرابات النفسية

الأستاذ الدكتور أحمد عكاشة
الأستاذ الدكتور يحيى الرخاوي

مقدمة

يعتبر تصنيف Classification الأمراض النفسية من المهام الخطيرة التي شغلت الأطباء النفسيين وقتاً طويلاً وحتى الآن ، ويرجع ذلك للأسباب التالية :

- 1 - إن الحد الفاصل بين الصحة والمرض النفسي هو حدّ غامض في غالب الأحيان ، بحيث لا توجد مقاييس محددة نقيس بها درجات وأنواع البعد عن الحالة السوية ، وبالتالي لن يكون من السهل وضع التصنيف ، (وذلك واضح في فصل مفهوم الصحة والمرض) .
- 2 - إن ممارسة الطب النفسي وبالتالي تصنيف الأمراض النفسية تختلف من بيئة لبيئة ومن ثقافة لثقافة .
- 3 - إن هناك تداخلاً بين ما يتعلق بالمرض النفسي وما يتعلق بالأخلاق وما يتعلق باختراق للقانون (الإجرام) بحيث توجد مناطق غامضة بين كل فئة من هذه الفئات والأخرى .
- 4 - إن وصف الأعراض ووصف كل مرض لم يتفق عليه بشكل يسمح بالتعميم العملي .
- 5 - إن هناك مناطق تداخلات كثيرة وواسعة بين كل فئة والفئة الأخرى .
- 6 - إن اللغة العلمية المستعملة في التشخيص والتصنيف هي لغة فضفاضة لم تتحدد بشكل نهائي متفق عليه بمد .

التشخيص والتصنيف وصياغة الحالة

على أنه ينبغي الفصل ابتداءً بين كلٍّ من التصنيف والتشخيص وصياغة الحالة .
فالتصنيف هو علم تقسيم الأمراض إلى فئات نوعية متميزة .
والتشخيص هو محاولة وضع لافتة محددة ، باسم معين (بالإضافة إلى أبعاد أخرى) لحالة بذاتها في وقت الفحص أو التقرير ، وهذه اللافتة تؤخذ عادة من نظام تصنيفي محدد .
أما صياغة الحالة فهي عملية متكاملة أكبر من التشخيص ، لكنّها تشمل وتبدأ منه ، يقوم بها فاحص بذاته ، لتمييز وترتيب المعلومات الخاصة لكل حالة على حدة بما يفيد الإجراء الواجب اتخاذه بشأنها في الممارسة العملية .

نبذة عن تجربة التصنيف الدولي للاضطرابات النفسية

لما كان الأمر بهذه الصعوبة والتداخل ، فقد أدركت منظمة الصحة العالمية من قديم ، وهي تُعدّ التصنيف الدولي للأمراض وأسباب الوفيات ، أدركت هذه الصعوبة بالنسبة للأمراض النفسية بوجه خاص . وحتى المراجعة التاسعة للتصنيف كانت تذكر الأمراض النفسية بأسمائها دون دليل مشروح خاص ، باستثناء المراجعة الثامنة للتصنيف الدولي التي اشتملت على دليل مفصل بالشروح ، مناسب للأمراض النفسية والعقلية ، أسوة بالتصنيف الأمريكي الأول والثاني ، ثم تطور هذا الدليل حتى ظهرت معالمه المميزة في المراجعة التاسعة للتصنيف .

غير أنه في المراجعة التاسعة للتصنيف كان التصنيف يشمل وصفاً عاماً دون تحديد رموز codes منظمة ومرتببة بشكل تراتبي تحدد وتصنف معالم وماهية كل مرض . بدأت المحاولة العظيمة الأخيرة للمراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض الذي تميّز بما يلي :

أولاً : استغرق مدة طويلة لإنجازه وشارك فيه معظم المهتمين من كل أنحاء العالم .

ثانياً : أجريت تجارب متعددة في حقل الممارسة السريرية للتحقق من ملاءمة المسودات الواحدة تلو الأخرى .

ثالثاً : ظهر في شكل ثلاث صور عملية ، أهمها بالنسبة لهذا الكتاب الصورة المبسطة التي سوف تستعمل في الرعاية الصحية الأولية ، ثم صورة متعددة المحاور اهتمت بالفروق الثقافية والبيئية ودرجة الإعاقة جنباً إلى جنب مع الرموز الوصفية التشخيصية ، ثم صورة للرموز التشخيصية الصالحة للبحث العلمي .

رابعاً : إن الاتفاق كاد يتم على عدم تغيير هذا التقسيم لمدة قد تزيد على عشر سنوات بما سيسمح له بالاختبار الجيد على مستوى العالم .

إشارة إلى صورة التقسيم الخاصة بمستوى الرعاية الصحية الأولية

قسمت الأمراض النفسية في هذه النسخة إلى ثماني فئات categories بالإضافة إلى فئة أخرى هي فئة « أمراض أخرى others » ، وتشمل :

- (1) الاضطرابات الخاصة بالأطفال والمراهقين ،
- (2) التخلف العقلي ،
- (3) المشاكل المتعلقة بالكحول والعقاقير ،
- (4) الاضطرابات النفسية العضوية ،
- (5) الاضطرابات الذهانية وتشمل الفصام والهوس والاكتئاب الشديد ،

- (6) اضطرابات القلق والاضطرابات المتعلقة بالكرب والشكاوى الجسدية ،
- (7) اضطرابات الشخصية واضطرابات السلوك ،
- (8) قائمة بالمشاكل (مثل مشاكل النمو ومشاكل الجنس)
- (9) تشخيص غير نهائي (لم يتضح بعد) .

الاضطرابات النفسية في سن الطفولة والمراهقة

الأستاذة الدكتورة أميرة جمال سيف الدين

الأستاذة الدكتورة سهام راشد

الأستاذ الدكتور عبد المجيد الخليدي

يشكل الأطفال ، الذين لم تتجاوز أعمارهم 15 عاماً ، في معظم دول المنطقة العربية حوالي 40% من السكان .

والاهتمام بالمشاكل النفسية للطفل (وبالذات الطفل العربي) ، غير متوافر ، ويرجع السبب غالباً إلى الاهتمام بالجزء العضوي فقط من جهة ومن جهة أخرى إلى عدم اللجوء للطب النفسي لأنه يعتبر وصمة .

تعتبر المشاكل النفسية في سن الطفولة والمراهقة كثيرة ، وبعض منها يميز لهذه المرحلة العمرية مثل التخلف العقلي وبعض المشاكل السلوكية ، والبعض الآخر تكون العوامل الاجتماعية فيه ذات أثر على الحالة النفسية للطفل ، مثل صعوبات التعلم في المدارس ، حيث أن الطفل في حالة نمو جسدي ونفسي . وطرق التعامل السليمة مع الطفل من أهم المؤثرات، التي تساعد في التغلب، على الأزمات النفسية خلال هذه المرحلة العمرية .

يمكن تقسيم الاضطرابات النفسية التي تواجه الطفل والمراهق كالتالي :

- 1 - اضطرابات معرفية cognitive : التخلف العقلي .
- 2 - اضطرابات سلوكية behavioral : التبول اللاإرادي ، النشاط الزائد ، تشتت الانتباه ، الجنوح .
- 3 - اضطرابات انفعالية emotional : القلق والاكتئاب والرهاب .
- 4 - اضطرابات النماء development : صعوبات التعلم .

أولاً : الاضطرابات المعرفية cognitive disorders

التخلف العقلي mental retardation

تعريف

التخلف العقلي mental retardation أداء ذهني أقل من المتوسط بكثير بالإضافة إلى خلل ملحوظ في قدرة الشخص على التركيز مع المتطلبات اليومية للبيئة الاجتماعية .

صفات المتخلف عقلياً

- بطء في الاستجابة .
- عدم القدرة على الفهم السريع .
- عدم القدرة على اتخاذ قرار .
- صعوبة في التركيز .
- يبدو سريع الملل .
- صعوبة في التأزر الحركي .
- صعوبة في التذكر .
- تسهل إثارته في بعض الأحيان .
- تأخر في النمو .
- في أثناء الدراسة يبدو مستواه الدراسي أقل من مستوى سنه بثلاث سنوات على الأقل .

كيفية قياس التخلف العقلي

يقاس التخلف العقلي بعمل اختبارات ذكاء وقياس حاصل الذكاء (I.Q.) كالتالي :

$$\text{حاصل الذكاء} = 100 \times \frac{\text{العمر العقلي}}{\text{العمر الزمني}}$$

ويساوي حاصل الذكاء للطفل العادي من 90 إلى 110 ، ولبطيئي الفهم من 70 إلى 90 . والأطفال بطيئو الفهم يستمرون في المدارس العادية ، ولا يحولون إلى مدارس خاصة للتخلف العقلي (المدارس الخاصة بالمعوقين) . إلا أنهم يحتاجون إلى رعاية خاصة في المدارس العادية ، حيث أن إمكانيتهم في التحصيل والتعلم تكون محدودة ، ودائماً يحتاجون إلى مساعدة للفهم حتى لا يصابوا بالإحباط frustration نتيجة لعدم قدرتهم على مجاراة باقي تلاميذ الصف في الدراسة وحتى لا يصابوا بأمراض نفسية نتيجة لهذا الإحباط .

ما هي درجات التخلف العقلي

يصنف التخلف العقلي حسب التصنيف الدولي لمنظمة الصحة العالمية إلى أربع مجموعات ، حسب نتيجة اختبار الذكاء :

- تخلف عميق profound : حاصل الذكاء (0-19)

- تخلف شديد severe : حاصل الذكاء (20-34)

- تخلف متوسط moderate : حاصل الذكاء (35-49)

- تخلف بسيط mild : حاصل الذكاء (50-70)

وهناك فروق بين فئات التخلف العقلي المختلفة وهي موضحة في الجدول التوضيحي المرفق :

ما هي أسباب التخلف العقلي

أسباب التخلف العقلي عديده ، ونسبة كبيرة منها قابلة للوقاية والعلاج المبكر ، ويمكن تجميعها إلى :

أ - أسباب أثناء الحمل :

- إصابة الأم الحامل خلال الشهر الأول من الحمل بأي من الأمراض المعدية والتي تؤثر على

درجات التخلف العقلي

تخلف عميق	تخلف شديد	تخلف متوسط	تخلف بسيط	درجة التخلف
1%	7%	12%	80%	النسبة الكلية من المصابين بالتخلف العقلي
أقل من 20 غير قابل للتعلم في المدارس	20-34 غير قابل للتعلم في المدارس	35-49 يمكن أن يتعلم في مدارس متخصصة (التأهيل الفكري)	50-70 قابل للتعلم في مدارس متخصصة (التأهيل الفكري)	حاصل الذكاء
النمو بطيء جداً في الجهاز الحركي والحسي	توجد دلائل واضحة على تأخر النمو الحركي وبعض التأخر في الكلام	يستطيع الكلام والاتصال بمن حوله لكن بدرجة أقل من أقرانه في نفس السن	يستطيع اكتساب مهارات اجتماعية في سن ما قبل المدرسة	في مرحلة ما قبل المدرسة
النمو الحركي يستمر ويمكن أن يستجيب لبعض التعليمات من النظافة الشخصية	يمكن تعليمه الكلام ويستطيع تعلم مبادئ النظافة والصحة	يستطيع الاستفادة من التدريب في المدرسة ويستطيع اكتساب بعض المهارات في العمل	لا يفترق كثيراً عن الأطفال الآخرين في نفس السن ماعدا قدرته على التحصيل فهي لا تزيد على نهاية المرحلة الابتدائية	في مرحلة السن المدرسي
العناية بالنظافة الشخصية يمكن أن يكتسبها لكن في حدود بسيطة	يستطيع أداء بعض الأعمال البسيطة لكن تحت إشراف مباشر	تحصيله الدراسي لا يتعدى الصف الثاني الابتدائي . يستطيع الاعتماد على النفس مع القدرة على أداء بعض الأعمال التي لا تحتاج إلى مهارات في العمل	يستطيع اكتساب مهارات اجتماعية بسهولة وبعض الأعمال الحرفية	في الكبر
تمت رعاية خاصة	مراقبة دائمة	أحياناً في حاجة إلى إرشاد وتوجيه	يمكن أن يحتاج إلى إرشاد وتوجيه	عند التعرض للضغوط

الجنين، مثل الحصية الألمانية والزهري syphilis ، وفي بعض الأحوال، النادرة قد ينتج التخلف العقلي أيضاً عن داء المقوسات toxoplasmosis .

- تعاطي الأم الحامل بعض الأدوية مثل المضادات الحيوية والمهدئات الصغرى خاصة في الأشهر الأولى للحمل .

- التعرض للأشعة السينية X-rays .

- الهزال الشديد للأم الحامل نتيجة النقص الغذائي الشديد وسوء التغذية . وقد وجد أن ثلاثة أرباع المواليد القليلي الوزن والذين لديهم تأخر أثناء النمو لهم علاقة وثيقة بسوء التغذية للأم أثناء الحمل .

- نقص اليود في الأم الحامل .

- تعاطي الأم للكحول (المُسْكِرَات) .

- إصابة الأم وحدث نزيف .

ب - أسباب أثناء الولادة

- إصابة في الرأس أثناء الولادة (مثل استخدام الملقط forceps عند الولادة) .

- الولادة المتعسرة الطويلة .

- اختناق للطفل أثناء الولادة نتيجة التنفاس الحبل السري حول الرقبة ، أو تأخر في التنفس مع ازرقاق بعد الولادة مباشرة .

ج - أسباب تصيب الطفل بعد الولادة

- الحرارة المرتفعة لمدة طويلة والمصاحبة بنوبات اختلاجات convulsions عصبية .

- الإصابة بمرض الأمراض المعدية مثل التهاب السحايا meningitis والسعال الديكي (الشامرق) pertussis والكزاز tetanus . وتعد مضاعفات هذه الأمراض من أسباب التخلف العقلي .

- حالات سوء التغذية الشديدة التي تؤدي إلى ضياع السوائل والأيونات (التجفاف) dehydration نتيجة الإسهال المتكرر ، وينتج عنها اختلال شديد في توازن الكهارل electrolytes .

- الإصابة بالرأس نتيجة الحوادث .

د - الأسباب الوراثية

- شذوذ الصبغيات وذلك أكثر حدوثاً في حالة إنجاب أطفال من أم عمرها يقل عن 18 عاماً أو يزيد عن 35 عاماً .

- اضطرابات الجين الواحد : إن كثيراً من أمراض الجين الواحد معروفة عند الإنسان وينجم عن عدد كبير منها التخلف العقلي . وكثير من هذه الحالات متنحية recessive بالرغم من أن كل حالة على حدة تمت نادرة الحدوث . وعلى سبيل المثال إن بيلة الفينيل كيتون phenylketonuria تعتبر مثلاً جيداً لحالة يمكن أن يؤدي العلاج الغذائي السليم فيها إلى منع حدوث الآثار الضارة ، بالرغم من أن مثل هذا العلاج مرتفع التكلفة ويحتاج إلى مستوى عالٍ من الرعاية الصحية . كذلك يعد قصور الدرقية الوراثي سبباً هاماً من أسباب التخلف العقلي في البلدان المتقدمة . ويحتمل أن يكون ذلك صحيحاً أيضاً في البلدان النامية ، غير أن هذه الحالة يمكن علاجها بتكلفة بسيطة نسبياً إذا شخصت عند الولادة أو في شهور العمر الأولى .
- عدم توافق النمط الجيني genotype للأُم والطفل : إن الاضطراب الوحيد في هذا النوع الذي يتسم بأهمية عملية هو التمنيع الإسوي بعامل الراهاء Rh iso-immunization . وتحدث هذه الحالة عندما تحمل أم ذات عامل راهاء Rh سالب جنيناً ذا عامل راهاء Rh موجب ، وقد يحدث التخلف العقلي نتيجة تلف بنسج الدماغ .

هـ - الهرمان الاجتماعي المفرط

يصحب غياب التنبيه الاجتماعي social stimulation درجات خفيفة من التخلف العقلي (حاصل ذكاء 50-70) . وقد يؤدي الهرمان الاجتماعي المفرط ، ولاسيما إذا اشتتل على انزعال اجتماعي طويل الأمد ، إلى حدوث التخلف العقلي الذي غالباً ما يكون قابلاً للتحسن .

أمراض نفسية عند الطفل يصاحبها التخلف العقلي

هناك أمراض نفسية للطفل تصاحبها حالات التخلف العقلي مثل :

- 1 - الذاتوية autism وهو مرض ينتج عن انحراف في تطور ونمو الطفل .
 - 2 - تشتت الانتباه .
 - 3 - بعض حالات الصرع .
- وبما أن التخلف العقلي ليس سرعياً نفسياً ، لذلك توجد طرق كثيرة للوقاية منه والتعامل معه .

الوقاية من التخلف العقلي

تفترض الوقاية من التخلف العقلي رعاية الأم الحامل أثناء الحمل عن طريق التغذية الجيدة المتكاملة ، وحمايتها من الأمراض المعدية أو الرضوح ، وكذلك عدم تعرضها لأخذ أدوية إلا تحت

إشراف الطبيب ، وطلب المشورة الوراثية ، والإشراف الدوري قبل الولادة لمعالجة فقر الدم أو ارتفاع ضغط الدم ، واكتشاف الولادات المحفوفة بالخطر ، والتشخيص السريع والمبكر لبعض الحالات التي يمكن علاجها مثل الفدامة cretinism وقصور الدرقية الوراثي وحالات عدم توافق المستضد راهاء Rh للأم والطفل Rh incompatibility ومنع حالات الحرمان الانفعالي المفرط .

أما إذا لم توجد طريقة لمنع التخلف العقلي فيجب التعامل مع الطفل وأسرته . وفي مقدمة ذلك يجب مساعدة الأسرة على تقبل الطفل والعمل على مساعدته ، حيث أن الأطفال ذوي التخلف البسيط والمتوسط هم من الفئات التي تحتاج إلى رعاية خاصة في التعلم ، وذلك لتنمية الذكاء المكتسب للطفل عن طريق الإرشادات التالية لأسرة الطفل والمتعاملين معه :

- 1 - تعليم الطفل بدون يأس أو ملل مع الحب والحنان .
- 2 - تكرار المعلومة المطلوب تعليمها للطفل مع التشجيع المستمر .
- 3 - مكافأة الطفل على كل عمل جديد يُطلب منه وذلك لحثه على الاستمرار .
- 4 - تحويل العمل المطلوب أو المكلف به إلى لعب حتى يكون أكثر جاذبية للطفل .
- 5 - مشاركة الطفل في كثير من الأعمال المكافء بها لتشجيعه .
- 6 - تقسيم العمل المطلوب من الطفل إلى مراحل ، وذلك لتبسيط المهمة بالنسبة له ، على أن ينتقل من مرحلة إلى أخرى بعد إتقانه المرحلة السابقة .
- 7 - اتخاذ طريقة مدروسة وثابتة للتعامل مع الطفل في حالة الثواب أو في حالة العقاب .
- 8 - تعليم ما هو مستطاع ويمكن تطبيقه حسب قدرات الطفل .

في حالات التخلف الشديد

- يمكن لهؤلاء الأطفال أن يتعلموا مبادئ النظافة الشخصية ، وهم دائماً محتاجون إلى رعاية مباشرة لضمان تغذية جيدة ونظافة مستمرة .
- تعلم الأبوين كيفية تلبية طلبات الطفل حسب احتياجاته .
- علاج أي تعوق جسماني مصاحب للتعوق العقلي .
- تعليم الطفل كيف يؤدي الأعمال الأساسية له للاعتناء بنفسه مثل كيفية الأكل والنظافة الشخصية .
- معالجة بعض الأمراض التي تكون دائماً مصاحبة لهذه الدرجة من التخلف العقلي مثل الصرع .

التأخر الدراسي والتخلف العقلي

توجد أسباب كثيرة للتأخر الدراسي ويمكن تقسيمها إلى :

أ - أسباب عضوية مثل :

- قصر النظر الشديد
- ضعف السمع
- بعض نوبات الصرع مثل الصرع الصغير petit mal .

ب - أسباب اجتماعية مثل :

- الفقر الشديد
- الحرمان الاجتماعي
- الجو المدرسي وطريقة معاملة المدرسين للتلميذ .

ج - أسباب نفسية مثل :

- مشاكل انفعالية : القلق النفسي الشديد والاكئاب ورهاب المدرسة .
- مشاكل سلوكية : تشتت الانتباه والجنوح .
- التأخر العقلي .

ثانياً : الاضطرابات السلوكية

behavioral disorders

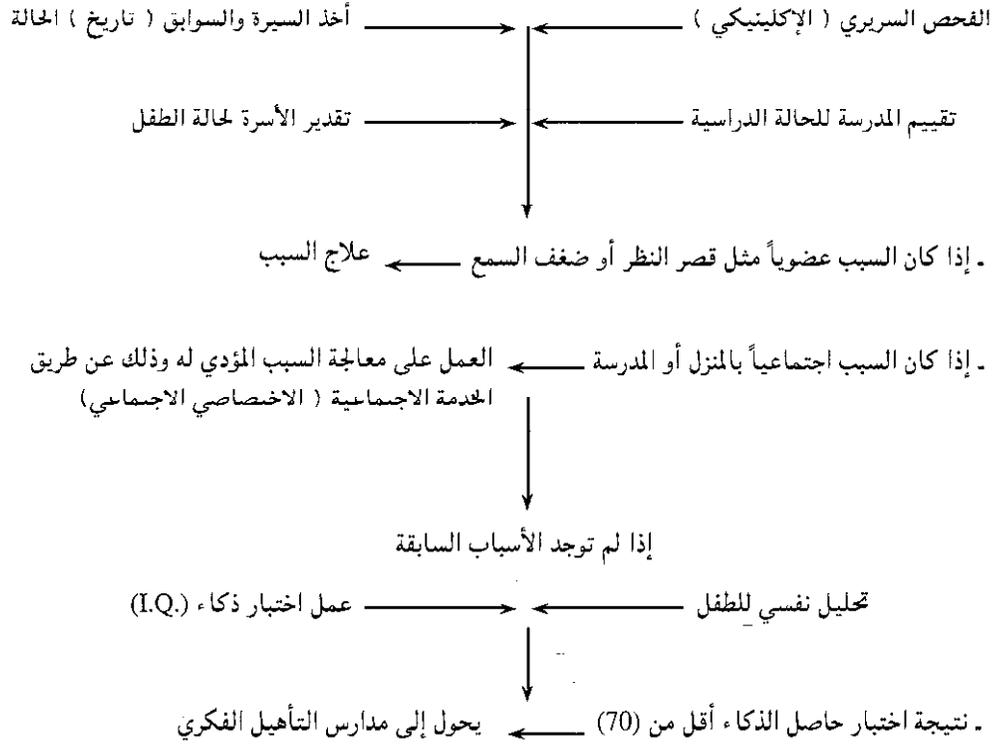
في الطفولة والمراهقة

1 - سلس البول (التبول اللاإرادي) الليلي

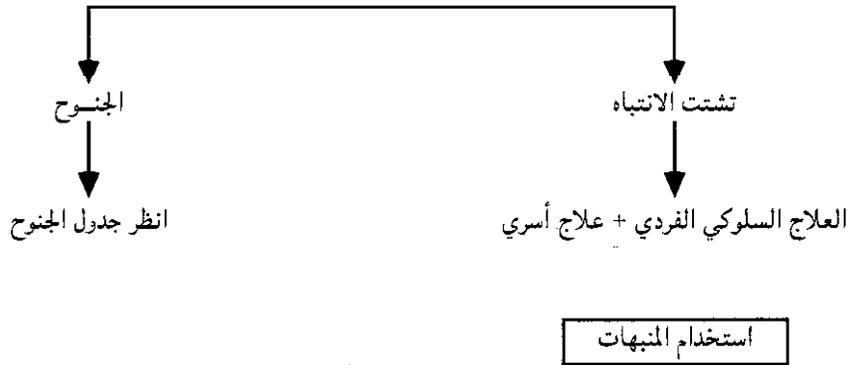
nocturnal enuresis

سلس البول (التبول اللاإرادي) ليلاً هو حالة شائعة بين الأطفال وحتى سن المراهقة ، أما إذا حدث لا إرادياً بالليل والنهار ، أي بشكل غير مُتحكَّم به مطلقاً ، فإنه يدل على وجود خلل عضوي بالجهاز العصبي والجهاز البولي ويكثر انتشاره في المستوى الاجتماعي الفقير . ويتشتر التبول اللاإرادي الليلي بين الأولاد أكثر منه بين البنات . ويكون المرضى عادة من ذوي الذكاء المتوسط أو أقل من المتوسط .

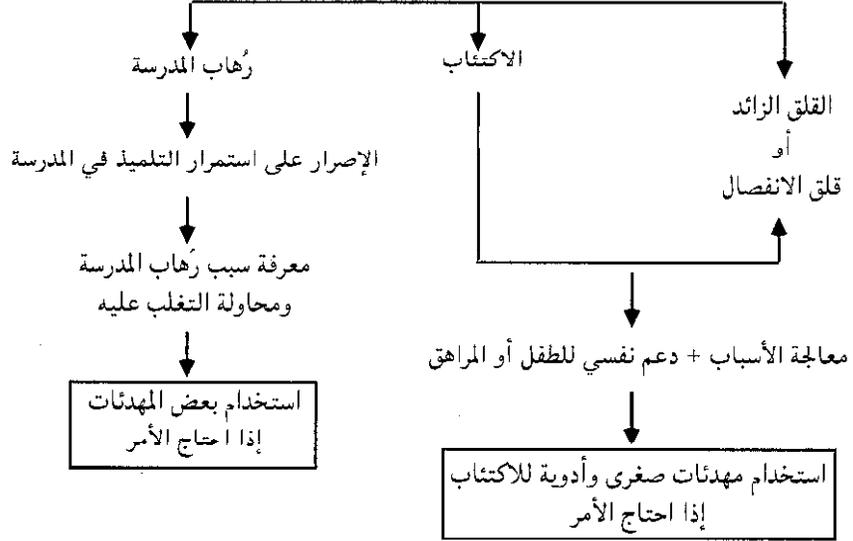
كيفية التعرف على التأخر الدراسي والتعامل معه



إذا وجدت مشاكل سلوكية



إذا وجدت مشاكل انفعالية



متى يتمكن الطفل من التحكم في عملية التبول ؟

يولد الطفل وهو غير قادر على التحكم في المثانة ، ولكنه يبدأ في خلال السنة الأولى من حياته بالسيطرة الجزئية بشكل تدريجي أثناء النهار (أي أثناء الاستيقاظ) ، ويحدث هذا بتشجيع الأم على استخدام مكان مخصص للتبول ، ومكافأته بالابتسامة إذا استطاع التحكم في نفسه حتى الوصول إلى ذلك المكان ، وتكتمل هذه السيطرة خلال العام الثاني . أما القدرة على عدم التبول أثناء النوم فتعتمد على تغيرات تحدث في مراكز النوم بالجهاز العصبي حيث يخف عمق النوم ويستيقظ الطفل عند شعوره بامتلاء المثانة مع زيادة قوة العضلة القابضة عند عنق المثانة وزيادة سيطرة مراكز معينة بالمخ على هذه العضلة ، هنا يستطيع الطفل القيام والذهاب إلى المكان المخصص للتبول . وهذه العملية تتم خلال العام الثالث ، ولكن اكتمال السيطرة ما بين العام الثالث وخلال العام الرابع يكون بشكل تدريجي . وقد يستمر التبول لا إرادياً بشكل متقطع لمدة شهور قبل إتمام السيطرة .

ويقسم استمرار التبول اللاإرادي (سلس البول) منذ الولادة إلى نوعين :

أ - النوع الأولي : وينتج من

- 1 - أن النوم يكون عميقاً بنفس درجته في الطفولة .
- 2 - تشوهات خلقية بالعمود الفقري (الشوك المشقوق spina bifida) وهذه تكون مصحوبة بأعراض أخرى للجهاز العصبي .
- 3 - تهيج بغشاء المثانة والجهاز التناسلي مثل وجود بعض الديدان (كالدودة الدبوسية pinworm) .
- 4 - صغر حجم المثانة .
- 5 - بعض نوبات الصرع .
- 6 - تضخم اللوزتين والزوائد الأنفية يؤدي إلى صعوبة في التنفس وارتفاع نسبة ثاني أكسيد الكربون في الدم فيكون النوم عميقاً للغاية بحيث لا يشعر الطفل بحاجته للقيام من أجل التبول .

ب - النوع الثانوي : وهذا ما يحدث إذا مرت على الطفل فترة يكون متحكماً في تبوله ثم

ظهر عليه التبول اللاإرادي مرة أخرى . وتعود أسبابه في 90% منها إلى عوامل نفسية تكون غالباً نابعة من المحيط العائلي أو المدرسي للطفل مثل :

- الخلافات العائلية الشديدة .
- مَوْلِد طفل جديد يستولي على اهتمام الوالدين ، ونتيجة لذلك يحاول الطفل الارتجاج لمراحل الطفولة الأولى (التقهقر regression) حتى يستطيع اجتذاب اهتمام الأم .

- القسوة الزائدة في العقاب ومعاملة الطفل .
- استخدام التخويف بشدة مثل بعض القصص المفزعة أو التهديد ببعض الحيوانات كنوع من السيطرة على الطفل .
- بعض حالات دخول الطفل إلى المستشفى لفترة .
- الحرمان العاطفي كمحالات مرض الأم وترك رعاية الطفل لأشخاص آخرين غرباء عنه ، ولم يتعود على رعايتهم له .
- أما في المحيط المدرسي فقد يؤدي الفشل الدراسي أو المواقف الدراسية التي تصيب الطفل باهتزاز وضعه في المدرسة أو التي تحط من كرامته إلى التبول اللاإرادي .

معالجة التبول اللاإرادي (سلس البول) الليلي

- أ - إذا كان التبول اللاإرادي الليلي أولاً فيجب معرفة السبب العضوي ومعالجته .
- ب - إذا كان التبول اللاإرادي (سلس البول) الليلي ثانوياً فإن شخصية الأم لها دور رئيسي وهام . فالعقاب الذي يتعرض له الطفل ، سواء كان جسدياً كالضرب ، أو نفسياً كالاستهزاء به أمام إخوته الآخرين أو الاستخفاف به ، يؤدي إلى ازدياد هذه الحالة وكثرة حدوثها ، حيث أن الطفل يجد هذا السلوك رد فعل لا شعوري تجاه الموقف العائلي العدائي . وكذلك يجب معرفة السبب النفسي ومعالجته اجتماعياً إذا أمكن في الأسرة أو المدرسة بالإضافة إلى الإرشادات التالية للأم والطفل :
 - التقليل من كمية السوائل التي يشربها الطفل خلال النصف الثاني من اليوم .
 - التقليل من نوع السوائل المدرة للبول مثل الشاي أو أي مشروبات أخرى .
 - تشجيع الطفل على التبول قبل النوم مباشرة ومساعدته على الاستيقاظ خلال الليل مرة أخرى لتيسير عملية التحكم بشكل أفضل بالثانة .
 - منح الطفل مكافأة كلما استيقظ في الصباح وفرشه جاف .
 - تدريب المثانة أثناء النهار على تحمل الامتلاء بدون اللجوء للتفريغ التلقائي ، وذلك بزيادة شرب السوائل في الصباح وخلال النهار مع إعطاء الطفل تعليمات بعدم الذهاب لدورة المياه إلا عند الشعور بأنه فعلاً لم يعد يستطيع احتجاز البول لمدة طويلة .
 - إعطاء الطفل صبغة البيلادونا tincture of belladonna جرعة واحدة قبل النوم للمساعدة على ارتخاء المثانة وجعل النوم خفيفاً .
- إذا لم يستجب الطفل لطريقة العلاج السابقة لمدة شهرين على الأقل يلجأ إلى استخدام بعض الأدوية المضادة للاكتئاب antidepressant مثل الإيميبرامين (10 - 25 ملغم) قبل النوم لنفس الأسباب السابقة .

- العلاج السلوكي الإشرافي وذلك بتوصيل جرس بدائرة كهربائية ضعيفة توصل بفراش الطفل بحيث توصل الدائرة الكهربائية عند أول قطرة بول تلامس الفراش ويدق الجرس فيستيقظ الطفل وبالتالي يتعود الطفل على الاستيقاظ وحده عند امتلاء المثانة .

2- مص الأصابع finger - sucking

يبدأ الطفل بمصّ أصابعه منذ الأيام الأولى من عمره ، وقد تستمر هذه العادة حتى الخامسة أو السادسة من العمر . وليس هناك شك في أن الطفل يستمتع بهذه العادة ويوجد فيها نوعاً من التسلية الذاتية ، وتلك مسألة طبيعية في الشهور الأولى من العمر ، أما إذا استمرت تلك العادة فإن ذلك يعني أن هناك أسباباً أدت إلى استمرارها .

ويعود استمرار هذه العادة إلى أسباب كثيرة تتعلق بعدم إشباع حاجات الطفل النفسية ، وإلى افتقاره إلى الحنان والعطف ، أو عدم حصوله على قدر كاف من الرضاعة الطبيعية من الأم ، بما يمثله هذا الموقف من أهمية على المستويين الفيزيولوجي والنفسي .

المعالجة

إن سلوك الوالدين حيال ظهور هذه العادة لدى الطفل هام جداً في استمرار هذه العادة أو اختفائها . فكتير من الآباء والأمهات يواجهون ظهور هذه العادة لدى الطفل بقلق شديد عليه ، فيلجأون إلى وسائل بدائية كطلاء أصابعه بمادة تحمل طعماً مرّاً ، كما يلجأ البعض إلى التعنيف والضرب أحياناً أملاً أن يكف عن هذه العادة . وهم في حقيقة الأمر يزيدون من تشبته بتلك العادة التي تعطيه إشباعاً نفسياً مؤقتاً ، لذا يجب على الأبوين :

- إشباع احتياجات الطفل العاطفية .
- عدم لفت نظره إلى هذه العادة بل على العكس المحاولة على إشغاله في عمل أي شيء يشغاه عن تكرار هذه العادة .
- عدم الإشارة إلى هذه العادة أمام المحيطين به حتى لا يشعر الطفل بالخرج . وإذا استمرت هذه الحالة فيما بعد يمكن اللجوء إلى العلاج السلوكي .

3 - قضم الأظافر nail biting

إذا جاز القول بأن مص الأصابع هو سلوك سلبي استسلامي فإن قضم الأظافر يعتبر سلوكاً عدوانياً تدميراً . وإذا كانت السمة السائدة لدى الأطفال الذين يمضون أصابعهم هي الهدوء والتبؤد ، فإن ما يخلب على الأطفال الذين يقضون أظافرهم ويمضون أصابعهم هو النشاط الزائد والثرة . ومن هنا فإن توجيه طاقة الطفل ونشاطه إلى مجالات إيجابية كانشغال في أعمال مناسبة أو الرياضة أو ما إلى ذلك غالباً ما ينتج عنه اختفاء هذه العادة . وعلى العكس فإن اهتمام الآباء بمثل هذه العادات وتركيزهم عليها وإلحاحهم على الطفل بضرورة التخلص منها لا يأتي في العادة سوى بنتائج عكسية .

4 - الغضب والعدوان aggression - tantrum

يواجه الطفل المواقف التي يرى أنها مشكلة بانفعال الغضب tantrum . وغالبية انفعالات الغضب عند الأطفال يتم التعبير عنها حركياً (خاصة صغار السن) في صورة صراخ أو رفس . ويبدو أن الطفل يكتشف أن هذه الحركات هي أكثر الأساليب فاعلية لإجبار الآباء على تنفيذ رغباته . وقد وجد من الأسباب التي تؤدي إلى الغضب والعدوانية aggressiveness عند الأطفال خاصة صغار السن :

- الملابس الضيقة التي تعوق حركة الطفل .
- الرتابة التي تتبعها الأم لتنظيم عمليات التغوط وأوقات النوم لدى طفلها .
- وجود زائرين بالمنزل .
- حياة الطفل في بيت به عدة أشخاص أكبر منه في السن .

كيفية التعامل مع هذا الطفل

على الآباء عدم استخدام العقاب البدني كوسيلة لإيقاف السلوك العدواني من جانب الطفل ، لأنهم بذلك يقومون بكف كل قدراته التعبيرية . فالعصب الذي يتم كفه يوماً بعد يوم خوفاً من العقاب لا بد وأن يتراكم ويشتد حتى يصل إلى الانفجار في صورة عدوانية تدميرية . ولكن يجب عدم تلبية مطالب الطفل في هذه الحالات وعدم إبداء أي اهتمام بتصرفاته . وبالتدريج ، وبعد فترة

تهداً حدة هذه النوبات حيث لا يجد الطفل فائدة من هذا الغضب الذي لم يحقق مطالبه وبالتالي تهداً مدة النوبات .

5- اضطراب الانتباه disorders of attention

وهو اضطراب يتميز بانتباه قصير المدى سهل التشتت . وقد يصاحب ذلك زيادة في النشاط الحركي . وهناك درجات بسيطة أو شديدة من هذا الاضطراب ونحتاج لتشخيصه أن نسمع عن سلوك الطفل من الوالدين والمدرسة .

الاسباب

- تأخر أو اضطراب نمو الفصين الأماميين في المخ .
- اضطراب وراثي في وظيفة المرسلات العصبية في المخ .
- فبعض أقارب الطفل المثلث الانتباه يوجد فيهم نفس النوع من التشتت في الانتباه .

الصورة السريرية

وتتميز الصورة السريرية لهذا الاضطراب بالخصائص التالية :

أ- اضطراب الانتباه

يكون مدى الانتباه قصيراً بحيث لا يستطيع الطفل أن يستمر في نشاط معين أكثر من عشر دقائق لينتقل إلى نشاط آخر (وعلى هذا يكون هناك صعوبة في عملية التعلم) ، وأحياناً قد يستمر لمدة أطول . ومع نمو الطفل يقل التشتت في الانتباه .

ب- النشاط الحركي

يتميز الطفل في هذه الحالة بنشاط حركي مستمر ، ويوصف عادة أنه لا يستطيع أن يجلس أو يستقر في مكان إلا لدقائق قليلة يغير بعدها مقعده ، كما يفحص معظم الأشياء المحيطة به . ويكون التآزر الحركي مضطرباً بدرجة بسيطة في ثلاثة أرباع الحالات مما يظهر الطفل في صورة عدم انتظام وفقد رشاقة في حركته أو طريقة مشيه .

ج - اضطراب الانفعال disorder of emotion

يتميز الانفعال بعدم الثبات وسرعة التقلب ، فالطفل ينتقل من انفعال إلى آخر بسرعة ، ويكون سريع الغضب والعدوان مع أي إحباط ، كما يصيبه كذلك « نوبات غضب » في بعض المواقف المحيطة .

د - الاندفاع وصعوبة التحكم في التصرف

يتصرف الطفل المضطرب الانتباه قبل أن يفكر في عواقب الأمور وخاصة مع مواقف الإحباط ، فهو مندفع ، واندفاعه يوقعه في أخطاء عديدة تؤدي إلى عقابه .

هـ - علاقات الطفل بالآخرين

يعتبر الطفل المشتت الانتباه اجتماعياً ، ويتكلم كثيراً مع أنه قد يكون مصاباً بدرجة من درجات صعوبة الكلام . وهو عنيد يحب السيطرة على من حوله مما يثير الآخرين ضده ويؤدي إلى اضطرابه .

و - الصعوبات المعرفية وصعوبة التعلم

إن صعوبة الإدراك والتمييز بين حروف بعض الكلمات التي يسمعها أو يقرأها الطفل ، أو عكس ترتيب بعض حروف الكلمات ، تؤدي إلى اضطراب واضح يعوق التعلم مع توافر ذكاء متوسط أو فوق العادي أحياناً ، وقد يؤدي ذلك إلى ترك الدراسة . كما أن التعلم في مجموعة يشكل مشكلة للطفل في الفصل وكذلك في الامتحان وعلى هذا يفصل وضعه في فصل قليل العدد ، وأن يمتحن في لجنة خاصة بمفرده .

ز - العلامات العصبية والجسمية

إن فحص الجهاز العصبي للطفل المشتت الانتباه قد يظهر بعض « العلامات العصبية » في حوالي نصف الحالات ، مثل اضطراب نطق الكلام أو اضطراب التأزر الحركي بدرجة بسيطة أو اضطراب التوازن بين الرويا والحركة . كما أن سخطيط كهربية الدماغ EEG تظهر فيه اضطرابات (في حوالي نصف الحالات أيضاً) . كما قد يوجد بالفحص السريري كذلك عمق في سقف الحلق ، أو حَوَلٍ طفيف أو ثنية واحدة بالكف ، أو قد يكون حجم الجمجمة صغيراً .

العلاج

العلاج الدوائي : يحتاج الطفل إلى الأدوية المنبهة مثل البنزودرين أو الريتالين . كما يستخدم مضاد الاكتئاب مثل الإيمبرامين ، حيث يقوم بتثبيبه قشرة المخ فيتحكم الطفل في انتباهه وسلوكه .

العلاج السلوكي : وذلك بالاتفاق مع الطفل على تقويم السلوك مقابل مكافأة أو العقاب خلاف ذلك . ويجب تحاشي الضرب لأن الضرب لن يفيد بل بالعكس قد يؤدي إلى ثورة وعدوان يتفاقم معهما الموقف .

6 - السرقة

- لا تعتبر السرقة التي يقوم بها الطفل قبل سن السادسة مطابقة لمفهوم السرقة المعروفة لدينا . فالطفل يأخذ أي شيء يجده للأسباب التالية :
- لأنه لا يعرف معنى كلمة الملكية وتعود أن يأخذ أي شيء يعجبه .
- لأن الطفل لديه إحساس بالحرمان كان يأخذ طعاماً يأكله مثلاً ، ولذا يجب على الوالدين دائماً تعليم الطفل حدود ممتلكاته الشخصية وحدود ممتلكات الآخرين واحترامها .
- لكن هناك أطفالاً أكبر سناً أو مراهقين يسرقون لأسباب مختلفة :
- حتى يشعروا بالمساواة مع إخوتهم إذا كان الآباء يفضلون طفلاً على الآخر .
- حتى يظهروا أمام إخوانهم أنهم شجعان .
- حتى يعطوا ما يسرقونه كهدايا لزملائهم في المدرسة فيكونون أكثر شهرة من غيرهم .
- للفت نظر والديهم لإعطائهم الحب والحنان .

ما هي طريقة التعامل مع هذا الطفل

- تعريف الطفل أن السرقة عمل سيء وشرح السبب .
- مساعدة الطفل لإعادة ما سرقه .
- البعد عن شرح المستقبل السيء للطفل السارق والوصف الملازم له بأنه سارق .
- شرح أن هذا السلوك غير مقبول في الأسرة والمجتمع المحيط به .
- وإذا اتبع الأبوان هذه التعليمات يكف الطفل عن السرقة ، لكن إذا استمر الطفل في السرقة فإنها قد تكون من علامات الجنوح خاصة لدى المراهقين .

7- الكذب

من الخطأ الظن بأن الطفل الصغير لا يفرق بين الكذب والصدق . فالطفل في مقدوره تماماً أن يفرق بين ما هو صادق وما هو كاذب لاسيما الأمور المتعلقة بالرغبات الخاصة به .
والطفل الذي يعيش في وسط لا يساعد على تكوين اتجاه الصدق والتدريب عليه يسهل عليه الكذب ، خصوصاً إذا كان يتمتع بالقدرة الكلامية ولباقة اللسان وكان أيضاً خصب الخيال .
ويسرد معظم الأطفال في سن الثالثة حكايات خيالية لم تحدث في الواقع ، ويغرق بعضهم في خياله ، لكن الكبار يصفون الطفل بالكذب في حين أن الطفل في هذه السن يخلط بين الواقع والخيال ، فهو لا يكذب ليخفي ذنباً أو ليحصل على مكسب من وراء كذبه .
وأحياناً يرى الطفل حليماً ويستيقظ ليقص الحلم على أنه حادثة واقعية ، ويؤكد ذلك إذا شعر أن الكبار لا يصدقونه .

ويتنوع الكذب بعد سن السادسة تبعاً للأسباب التالية :

- 1 - الخوف من العقاب الشديد إذا صدق وقال الحقيقة .
- 2 - لتغطية شعور بالنقص عن طريق المبالغة فيما يملكه أو في صفاته ، وذلك لاستدراك العطف وللشعور بالقبول في البيئة ، ولكي يصبح مركز اهتمام الغير .
- 3 - كما قد يكذب الطفل تقليداً للآباء والأمهات الذين يكذبون على أطفالهم في كثير من الأمور .
وإذا استبعدت هذه الأسباب واستمر الطفل في الكذب فهذا قد يكون من بعض أعراض الجنوح .

8- الجنوح delinquency

هو مجموعة تصرفات دائمة ومتكررة ينتهك فيها الطفل حقوق الآخرين ، ويتعدى القوانين التي تحكم من هم في سنه لمدة مستمرة لا تقل عن ستة أشهر . وهذا الاتجاه العدواني تجاه ممتلكات الغير أو ضد المجتمع يحصل دائماً في سن البدايه التي هي قرب سن البلوغ (12 إلى 15 عاماً) .

أعراض الجنوح

أهم ما يميز أعراض الجنوح استمرارية هذا السلوك لمدة مستمرة لا تقل عن ستة أشهر . وهي تكون مجموعة من الأعراض التالية :

- السرقة أكثر من مرة بدون مواجهة الشخص .
- السرقة أكثر من مرة بمواجهة الشخص .
- الهروب من المدرسة على الأقل مرة أو مرتين دون العودة بنفسه .
- الكذب المتواصل .
- إشعال الحرائق .
- تكرار الهروب من المدرسة أو من العمل .
- تكرار التخريب لممتلكات الآخرين .
- شدة القسوة في إيذاء الحيوانات .
- استخدام أدوات في العراك في أحيان كثيرة (مثل العصا أو أدوات حادة) .
- شدة القسوة تجاه الآخرين .

أسباب الجنوح

- تقع الغالبية العظمى من الجانحين في خانة الحرمان والإحباط العنيف المتكرر وفقد الشعور بالأمن نتيجة لانتهيار الأسرة أكثر منها في خانة التدليل والعناية المسرفة .
- وتلعب العوامل الاقتصادية والاجتماعية دورها في تحويل الطفل العدواني إلى جانح :
- وفاة أحد الوالدين وعدم وجود بديل لصورة الأب أو الأم يؤدي إلى العدوانية والجنوح .
 - دور رفاق السوء في المساعدة على الجنوح .
 - رفض الأبوين للطفل .
 - القسوة الزائدة في تعليم الأبناء .
 - الوجود في ملاجئ في سن مبكرة .
 - الأسرة الكبيرة العدد .
 - الأسرة التي بها أب مدمن .
- ويتنشر الجنوح والعدوانية أكثر بين البنين عنهما في البنات بنسبة 1:12 .

كيفية التعامل مع الطفل الجانح في المدرسة

- الهدف :** هو تخلص الطفل من التصرفات العدوانية والجانحة ، وتشجيع السلوك الاجتماعي عن طريق التشجيع على التصرف السليم واستخدام أساليب العقاب في بعض الأحيان وذلك عن طريق :
- مراقبة تصرفات الطفل في الفصل أولاً لمعرفة درجة عدوانيته .
 - إهمال المدرس للسلوك العدواني للطفل والاهتمام وتشجيع السلوك الجيد لنفس الطفل وربما مكافأته عليه . وهذا يؤدي إلى إقلال السلوك العدواني للطفل واكتساب سلوك مقبول من الآخرين .
 - إعطاء بعض الحوافز الفورية على سلوكه الجيد مثل رسم نجمة في كتابه أو إعطائه قطعة حلوى صغيرة وذلك لتشجيعه على استمرار السلوك الجيد .
 - كذلك يجب أن يكون هناك اتفاق بين الأسرة ، إذا كانت متعاونة ، والمدرسة على إعطاء هذا الطفل هدية إذا استمر سلوكه المقبول لمدة طويلة (مثلاً لمدة شهر) ، وطبعاً لا يفضل عمل ذلك في الفصل أمام باقي التلاميذ ، لأن ذلك سوف يشجع الآخرين على انتهاج نفس السلوك غير المقبول حتى يكافأوا على تغييره .

التدريب على الأسلوب الاجتماعي الجيد للطفل . وذلك عن طريق إعطاء نماذج للقصص أو عمل بعض الألعاب مثل : مسرح العرائس ، يبدأ في إعطاء الأطفال ومن بينهم هذا الطفل العدواني نموذج العروسة السيئة ويبدأ الحوار حول التصرف مع هذا النموذج وكيف يمكن إرشاده لأن يصلح هذا السلوك غير المرغوب فيه . وكذلك يمكن عمل تمثيلات يشارك فيها الأطفال كأن يأخذ الكل أدواراً مختلفة ، وفيها مثال لطفل اعتدى على زميل له في الفصل مثلاً ، ثم يتدخل المدرس ويشرح التصرف الجيد والسيء في هذه التمثيلية .

استخدام أسلوب العقاب . وهذا يكون في البداية لفظياً أي عندما يضرب هذا الطفل طفلاً آخر يقال له مثلاً « أنت أخطأت التصرف يا فلان » أمام باقي التلاميذ ، وإذا استمر هذا التصرف يمكن إقصاؤه عن الفصل لمدة 10 دقائق تحت إشراف المدرسة ثم إعادته إلى الفصل مرة أخرى بعد وعده أنه سوف يتصرف بطريقة أفضل . وفي نفس الوقت إذا تصرف هذا الطفل تصرفاً مقبولاً اجتماعياً لفترة يجب مكافأته عليه .

كذلك يجب استخدام أسلوب العقاب للتصرف غير المقبول على الإطلاق وليس لكل تصرف لا يعجب المدرسة وإلا فقد أسلوب العقاب النتائج المرجوة منه . ويجب أن يكون أسلوب العقاب بطريقة لا تؤثر على العملية التعليمية للطفل في الفصل .

الوقاية

- 1 - تبدأ الوقاية في الأسرة من خلال الاعتدال في التعامل مع الطفل ، مثل عدم التدليل بكثرة أو القسوة الزائدة ، مما يقلل عدوانية الطفل .
- 2 - يؤدي توافر وسط اجتماعي مناسب وظروف اقتصادية ملائمة إلى شعور الطفل بالأمان ، خاصة في حالة فقد أحد الوالدين . ويجب إحلال البديل للأب أو الأم حتى يستمر شعور الطفل بوجود صورة للوالدين .
- 3 - تعتبر المدرسة البيئة التي تستقبل الطفل من الأسرة لذلك يجب أن لا يستمر السلوك في المدرسة بالقسوة والعنف ، حيث أن دور المدرسة التربوي أهم من الدور التعليمي خاصة في المراحل الأولى من التعليم .

ثالثاً - الاضطرابات الانفعالية في الطفولة والمراهقة

1- القلق

anxiety

يظهر القلق في صورة خوف واضطراب في سلوك الطفل ، قد يكون أحياناً نتيجة لفراق الأم ، كما هو الحال في رهَاب المدرسة « خوف الذهاب للمدرسة » .

وهناك بعض المخاوف التي يعاني منها معظم الأطفال لوقت قصير في مراحل معينة من العمر ، مثل الخوف من فراق الأم في سن 8 أشهر ، أو الخوف من الحيوانات في سن من 2-3 سنوات ، أو الخوف من الموت في سن 8 سنوات ، ولكن الخوف المرَضِي هو ما يستمر لفترة طويلة ويعوق الطفل .

الأسباب

الوراثة : يوجد القلق بصورة واضحة في شخصية الأم أو في شخصية الوالدين ، ويرث الطفل جهازاً حصبياً لا إرادياً سهل الإثارة ، حيث ثبت أن هناك عائلات تتميز بجهاز عصبي لا إرادي سريع الإثارة .

التربية : يظهر قلق الوالدين في تصرفاتهما مع الطفل فينتقل القلق إليه ، وهنا يصعب أن نفصل الوراثة عن البيئة كعاملين مؤثرين في الطفل .

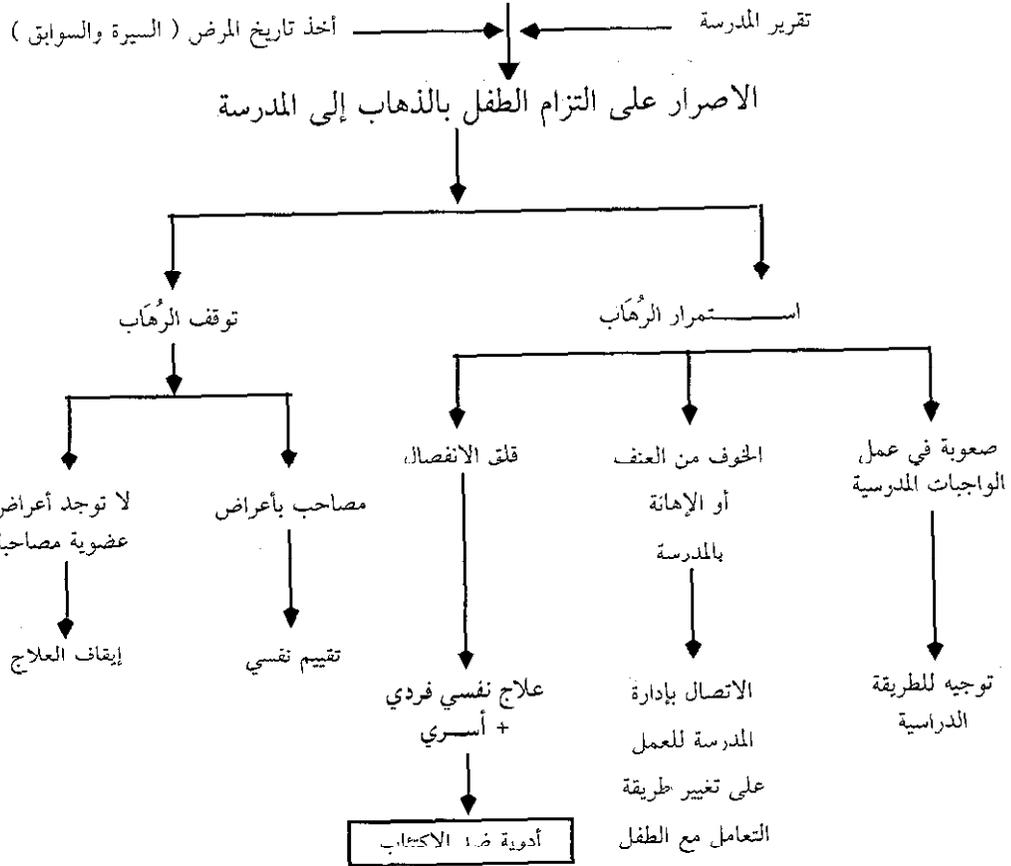
الصورة السريرية (الإكليتينية) : شعور داخلي بخوف غامض وتوتر مع اضطراب في النوم وحدوث كوابيس . وقد يُعَبَّر الأطفال عن قلقهم بأعراض جسمية مثل الصداع أو الألم في البطن أو الميل للقيء أو القيء فعلاً .

رُهَابُ المدرسة

رُهَابُ المدرسة (خوف الذهاب إلى المدرسة) هو ذلك الخوف الذي يصاحب يومياً موقف الذهاب للمدرسة ويعوق الطفل عن الذهاب فعلاً . ففي صباح كل يوم يصاب الطفل بمغص أو قيء ، أو يظهر عليه الرعب ، ويقاوم الذهاب للمدرسة بكل قوته مما يضطر الأهل للرضوخ ، ثم بعد ساعة أو ساعتين يلعب بمنتهى النشاط وكان شيئاً لم يحدث ويتكرر الموقف يومياً ، ودائماً نجد

رهاب المدرسة School phobia

رفض التلميذ الذهاب إلى المدرسة



أن التحصيل الدراسي لا يشكل مشكلة للطفل ، فهو طفل ذكي ودرجاته فوق المتوسط عادة ، كما لا توجد مشكلات مع المدرسات أو الزملاء .

علاج القلق

العلاج النفسي : نجعل الطفل يعبر عن خوفه وذلك بمساعدته بالتخيل واللعب لكي نتبين الصراعات التي يعاني منها وبذلك نساعد على التكيف السليم .

والعلاج السلوكي : ويشتمل على التحصين المتدرج والتدريب على الارتخاء ، والمكافأة للسلوك السليم . وفي حالة خوف الذهاب إلى المدرسة يجب الإسراع في عودة الطفل للمدرسة ، مع ضرورة تعاون الأم في العلاج حيث أن قلقها لبعدها عن الطفل عنها ينتقل لا شعورياً له .

العلاج بالأدوية : قد يعطى الديازيبام بكمية صغيرة ولفترة قصيرة في حالات القلق . أما بالنسبة لخوف الذهاب للمدرسة أو لأية مخاوف محددة أخرى فيكون العلاج بواسطة إيميبرامين .

2- الاكتئاب

depression

وهو شعور الضيق والحزن مع اليأس ، وقد يصاحب ذلك كسل أو على العكس نشاط متزايد مع بعض السلوك العدواني تجاه الآخرين ، كما أن أحلام الطفل وتخيلاته تعبر عن الاكتئاب .

وتختلف أعراض الاكتئاب تبعاً للسن التي يصاب فيها الطفل ، ففي السنة الأولى من العمر تظهر عليه الأعراض في النواحي البيولوجية ، مثل مشاكل الشهية كرفض الطعام وعدم نمواً للجسم نتيجة لذلك أو اضطرابات النوم ، أو الكسل الشديد وأحياناً أخرى كثرة البكاء وسهولة الإثارة مع رفض التجاوب للمداعبة .

في سن 3-5 سنوات يظهر الاكتئاب في صورة زيادة النشاط الحركي عن المعتاد مع كثرة العدوان أو مشاغبة الآخرين ، أو في صورة سلوك متكس مثل سلس البول مع بعض اضطرابات النوم والشهية للطعام .

في سن 6-8 سنوات يظهر الاكتئاب في تعبير الطفل عن الملل أو الشكوى الجسمية كألم في البطن أو شكاوى جسمية غير واضحة المعالم أو أزمات ربو أو اضطراب في النوم . ولكن من المعتاد أن تكون الشهية للطعام طبيعية . وبعض الأطفال تكثر إصاباتهم الجسمية ويمكن أن يطلق عليهم أنهم « عرضة للحوادث accident prone » فمثلاً يقع الطفل كثيراً ويجرح أو يكسر له ساعد أو ساق .

وقد يظهر السلوك المعادي للمجتمع antisocial في صورة تكرار الكذب أو السرقة مما يؤدي للعقاب من الأهل .

في سن 9-12 سنة يظهر الاكتئاب في إحساس الطفل بالذنب ولوم النفس ، ويستطيع أن يعبر عن حزنه مع انخفاض الروح المعنوية لديه وعدم تقدير الذات مع الشعور بالنقص . وقد تظهر لديه مشاكل الفشل في الدراسة أو السلوك العدواني بالإضافة لبعض الأعراض الجسمية . وقد تظهر لديه بعض الأفكار الانتحارية التي قد تكون عميقة ، وقد يعقبها محاولات فيجب على الأهل مراعاة ذلك .

في سن 12-19 سنة يشكو المراهق من ملل شامل مع البحث المستمر عن أنشطة جديدة ، كما قد يشعر بالغيرة والعزلة ولا يقدر على البقاء وحيداً ، ويخالجه الشعور بالإرهاق الشديد أو التعب صباحاً ، وتوهم المرض والانشغال بالجسم وشكله ووظائفه .

الأسباب

الوراثة : تلعب الوراثة دوراً هاماً ، فنجد أحد الوالدين مصاباً بالاكتئاب ويتضاعف احتمال إصابة الابن إذا كان الوالدان قد أصيبا بالاكتئاب . حيث يحدث نقص في النواقل العصبية مثل النورأدرنالين noradrenaline أو السيروتونين serotonin في الجهاز الطرفي وفي المخ .
البيئة : للعلاقة الأسرية قيمة كبيرة حيث أن الفراق بين الوالدين له أهمية ، كما أن مشاكل الطلاق أو التفكك الأسري أو اضطراب أسلوب رعاية الوالدين للطفل تشكل عوامل في حدوث الاكتئاب للطفل .

العلاج

العلاج بالأدوية : مضادات الاكتئاب مثل الإيميرامين تفيد كثيراً ولكن لا بد أن تؤخذ لعدة شهور لكي يتم الشفاء .

العلاج النفسي : ويشمل علاج الأسرة وعلاج الطفل لمساعدته في التغلب على شعور الاكتئاب من حيث الدعم النفسي ورفع الروح المعنوية وتقليل الشعور بالذنب .

رابعاً - اضطرابات النّماء في الأطفال

تشمل اضطرابات النّماء الخاصة عدداً من الاضطرابات المعوقة للتعلم ، والتي لا يكون سببها نقصاً في الذكاء أو الذاتوية الطفلية infantile autism أو سبباً عضوياً واضحاً في الجهاز العصبي المركزي ، أو في وظائف السمع أو الرؤيا ، كما لا تعزى لنقص في أسلوب التعلم ، كما أنها عادة لا تتناسب مع سن الطفل .

الأسباب

تلعب الوراثة دوراً هاماً ، حيث توجد اضطرابات النّماء الخاصة في عدد من أفراد العائلات المصابة بذلك . والسبب تأخر في نمو قشرة المخ أو اضطراب نضجها أو حدوث إصابة بها .

أنواع اضطرابات النّماء في الأطفال

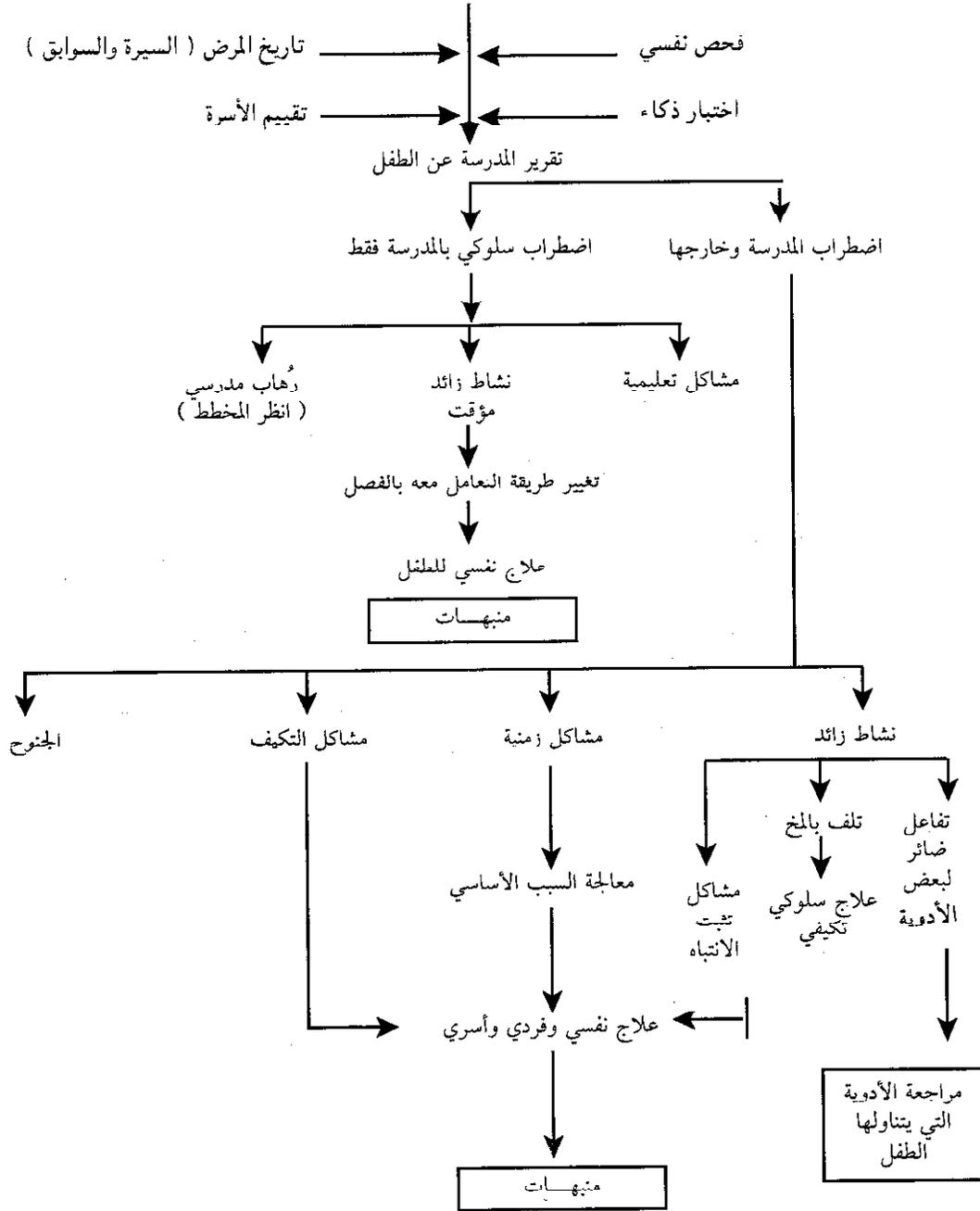
وجميع هذه الأنواع لا تتناسب مع درجة ذكاء الطفل أو سنه أو مجهوده الدراسي .

- 1 - اضطراب القدرة الحسابية : نجد المهارات الحسابية أقل من المعتاد بدرجة واضحة ولا تتناسب مع الذكاء والمجهود الدراسي للطفل .
- 2 - اضطراب المهارات اللغوية : وقد يكون اضطراب في إدراك اللغة أو التعبير اللغوي مما يعوق التواصل .
- 3 - اضطراب القدرة على القراءة أو القدرة على الكتابة : وهذان الاضطرابان يعوقان القراءة أو الكتابة أو الاثنتين معاً . فقد يحذف حرف أو يعكس حرف أو لا توضع نقط على بعض الحروف مما يغير المعنى كله . فتكتب الكلمة أو تقرأ مختلفة عن حقيقتها (مثل قراءة طالبات بدلاً من طالبة) .
- 4 - اضطراب النطق أو اضطراب التآزر الحركي : لا يستطيع الطفل نطق بعض الأحرف جيداً ، وقد يتسم أداؤه لبعض الأعمال بالبطء وعدم التناسق بدرجة بسيطة ، فمثلاً طفل عمره 9 سنوات يجد صعوبة كبيرة في أن يقفل أزرار قميصه أو يربط حذاءه .

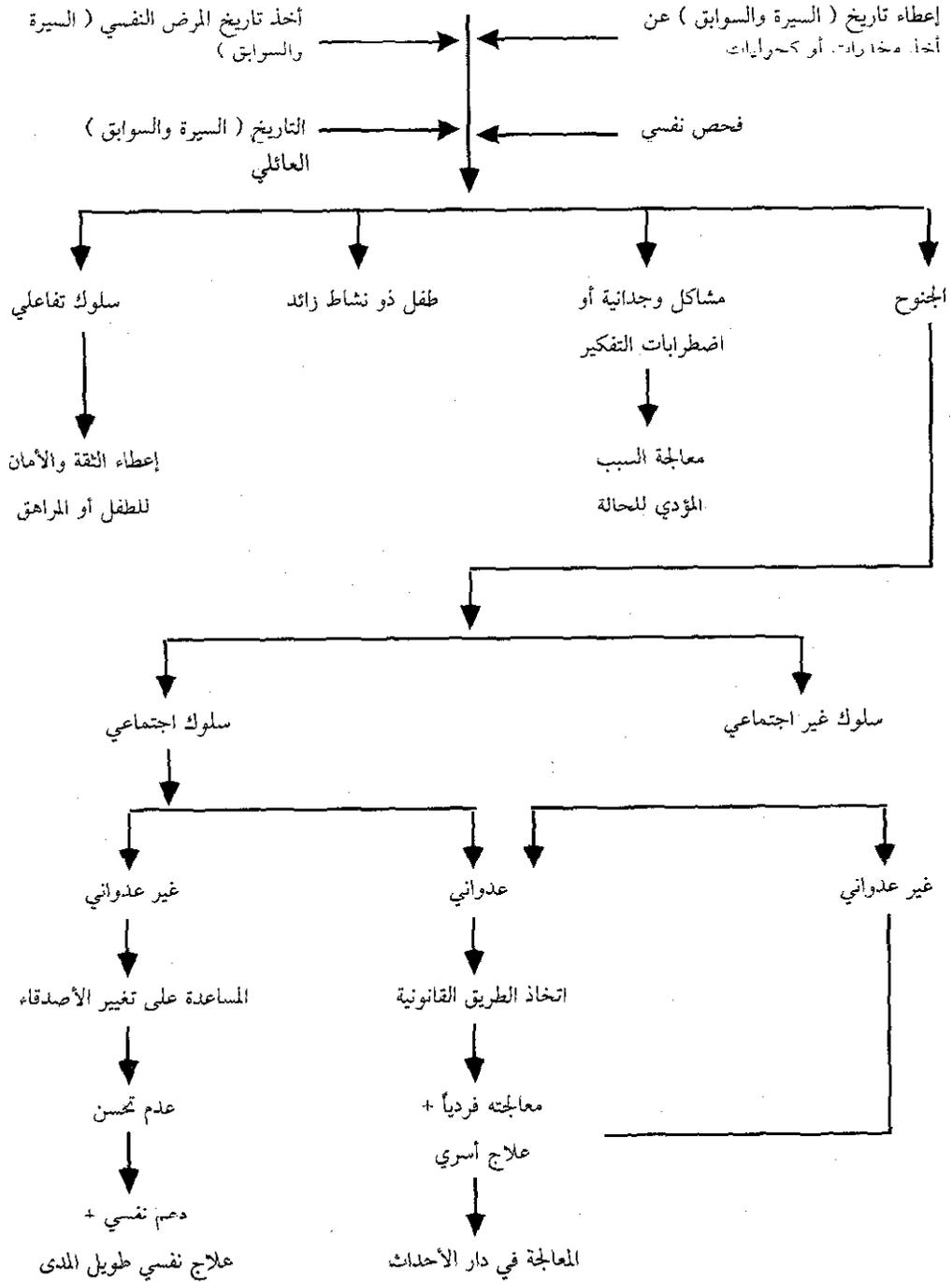
المعالجة

تحتاج هذه الاضطرابات للمتابعة من قبل اختصاصي لكل نوع منها ، ويمكن اتباع المخططات التالية .

السلوك المضطرب بالمدرسة



السلوك غير الاجتماعي



الاضطرابات المتعلقة بالمخدرات والمسكرات

الأستاذ الدكتور أحمد العقباوي
الأستاذ الدكتور الصديق الجدي

يعتبر تعاطي المخدرات narcotics and drugs والمسكرات من المشكلات الهامة التي تواجه المجتمع ، ليس فقط من الناحية الطبية ولكن من نواحي متعددة ومتشعبة منها التربية والاجتماعية والأمنية والإنتاجية .

الاعتماد dependence على الأدوية أو المخدرات

وهو حالة نفسية ، وأحياناً بدنية أيضاً ، ناشئة عن تعاطي دواء يتميز باستجابات سلوكية ، تتضمن دائماً إجباراً على تعاطي الدواء بصفة دائمة أو على فترات متقطعة من أجل الشعور بتأثيره النفسي ، وأحياناً لتجنب الضيق الناشئ عن غيابه ، وقد يكون التحمل tolerance موجوداً أو غير موجود . كما قد يكون الشخص معتمداً على أكثر من دواء .

معاورة الأدوية غير المسببة للإدمان

وهو تناول الشخص الدواء على الأقل لمدة شهر من تلقاء نفسه إلى حد الإضرار بصحته وسلوكه الاجتماعي ، مع حدوث التعود أو الاستخدام المرضي .
ويبدأ معظم الناس في تعاطي المسكرات مثل الخمر أو البيرة والتبغ ، ثم يتبع ذلك الحشيش ، ثم أدوية أقوى مثل أدوية الهلوسة أو المنبهات ، ثم الأدوية المثبطة أو المنومة فالهيروين heroin .
ولابد أن ننظر إلى الاعتماد على أساس شخصية المتعاطي مع توافر وجود الدواء .

أسباب الاعتماد على الأدوية

لا يوجد سبب واحد للاعتماد ، ولكن هناك تداخل بين عوامل متشعبة :

1 - الوراثة

ثبت أن الوراثة لها دور من خلال تأثيرها على درجة حساسية الفرد لبعض الأدوية ، وكذلك اضطراب عملية الاستقلاب (الأيض) metabolisme هذه الأدوية (الكحول ، الأفيونات) مع اختلاف فيزيولوجيا كهربية المخ ، وكذلك خصائص جدار الخلايا . وقد وجد أن حدوث تعاطي المسكرات بين أبناء مدمني المسكرات هو أربعة أضعاف أبناء المجموعة الشاهدة .

2 - العوامل العائلية - الاجتماعية

- تفكك الروابط العائلية وعدم وجود الدعم المتبادل بين أفراد الأسرة يؤدي إلى انخفاض الروح المعنوية للأفراد مع سهولة تأثرهم بأية ضغوط أخرى مما يجعلهم عرضة للبحث عن مخرج في تعاطي الأدوية .
- الفقر قد يلعب أيضاً دوراً في التفكك العائلي وكذلك في الإدمان والانحراف .
- الانتقال السريع في المجتمع من العادات والقيم المتوارثة إلى قيم جديدة ومفاهيم جديدة يؤثر على الأسرة وعلى الفرد .
- عدم وجود وسائل للترويح والنشاط الاجتماعي الصحي السليم .
- تأثير الأصدقاء والجماعات في تسهيل التعاطي .

3 - الشخصية

ليس كل من يتعرض لمواد الإدمان يعتبر مدمناً أو متعوداً . ولكن يمكن القول أن خطر الاعتماد أو الإدمان يكمن في الشخص وليس في المخدر . وقد تبين أن المتعة التي تسببها المستحضرات الأفيونية متناسبة تناسباً مباشراً مع درجة الاعتلال النفسي للشخص الذي يصبح مدمناً . وتتميز شخصية المدمن بدرجة من السلبية والانتكالية على الآخرين ، كما أنه لا يتحمل التوتر والإحباط المعتاد حدوثه في الحياة ، فيلجأ إلى الحل السريع للراحة بتعاطي الأدوية التي تؤدي بدورها إلى مزيد من المشاكل والإحباط والتوتر .

4 - المهنة

إن الممرضات والأطباء من أصحاب المهن المتعرضة للإدمان لسهولة وصول الأدوية إليهم . كذلك فإن من يقدم المسكرات أو من يعمل في مصنع الخمر أو من يعمل في مصانع المواد المذيبة هو عرضة لسوء استخدام ما يوجد في متناول يده وبالتالي الاعتماد .

5 - وجود القدوة

إن إدمان أحد الوالدين أو كليهما يؤدي إلى أن يقلد الابن والده في مجال التعاطي لنفس الدواء ، وإلى تعزيز تعاطي الدواء بتوفيره الراحة المرجوة للفرد وبذلك يستمر في التعاطي ، وكثيراً ما يضاف إلى وجود الصبغة السيئة مما يعزز التعاطي .

6 - توافر الدواء المخدر

لا بد من توافر دواء معين كي يحدث اعتماد عليه . وكلما صعب الحصول على الدواء أو قل توافره في مكان ما كلما قل التداول . وعلى هذا يقع على النظام الحكومي عبء مسؤولية المكافحة .

7 - الدافع

هناك دوافع عديدة للتعاطي أهمها :

- حب الاستطلاع .
- التطلع إلى تجربة جديدة .
- زيادة القدرات الخيالية والخلقة .
- التقبل الاجتماعي ضمن المجموعة
- إزالة التوتر .
- زيادة الانتباه واليقظة .
- إزالة الاكتئاب أو شعور الغربة .

أما الاضطرابات النفسية والسلوكية الناجمة عن تعاطي المواد النفسانية التأثير فهي :

- 1 - الاضطرابات النفسية والسلوكية الناجمة عن تعاطي المسكرات .
- 2 - الاضطرابات النفسية والسلوكية الناجمة عن تعاطي الأفيونات .
- 3 - الاضطرابات النفسية والسلوكية الناجمة عن تعاطي الحشيش ومشتقاته .
- 4 - الاضطرابات النفسية والسلوكية الناجمة عن تعاطي المهدئات أو المنومات .
- 5 - الاضطرابات النفسية والسلوكية الناجمة عن تعاطي الكوكايين .

- 6 - الاضطرابات النفسية والسلوكية الناجمة عن تعاطي المنبهات الأخرى متضمنة الكافيين .
 - 7 - الاضطرابات النفسية والسلوكية الناجمة عن تعاطي المهلوسات .
 - 8 - الاضطرابات النفسية والسلوكية الناجمة عن تعاطي التبغ .
 - 9 - الاضطرابات النفسية والسلوكية الناجمة عن تعاطي المذيبيات .
 - 10 - الاضطرابات النفسية والسلوكية الناجمة عن تعاطي عديد من الأدوية النفسية التأثير .
- وتمثل الاضطرابات النفسية والسلوكية الناجمة عن تعاطي المُسكرات ثالث أكبر مشاكل الصحة بعد أمراض القلب والسوطان في انكلترا .

الاضطرابات النفسية والسلوكية الناجمة عن تعاطي المسكرات

تحدث درجة انتشار تعاطي المسكرات أكثر بين الذكور منها بين الإناث بمقدار 5-6 مرات . ونظراً لأن بعض المجتمعات يباح فيها تعاطي المسكرات فإن ذلك يسهل التعاطي اليومي وعلى هذا يحدث إدمان المُسكرات مما ينتج عنه آثار ضارة على الصحة وعلى التكيف الوظيفي والاجتماعي .

تأثير المُسكرات

- 1 - يتوقع من يرغب في المُسكرات أن تعمل المُسكرات كمهدئ وأن تخفف من القلق والنوتر .
- 2 - وتزيد المُسكرات من العدوانية لدى الفرد وتمكّنه من أن يعبر عن انفعاله .
- 3 - وتحدث تغييراً في الانفعال ، فيشعر بعض الناس بالسعادة بينما يشعر البعض الآخر بالضيق .
- 4 - تقلل المُسكرات دور الأنا ego وكذلك يضعف دور إرادة الفرد مما يؤدي إلى التعبير عن بعض الرغبات مثل الرغبات الجنسية أو العدوانية . وقد يعزّز هذا السلوك من المحيطين بالفرد الذين يسمحون له بذلك تحت عنوان أنه « مخمور » أو ليس في كامل وعيه .
- 5 - ينتج من إدمان المُسكرات تحطيم النفس الذي يتمثل في اضطراب الصحة الجسمية وكذلك في فقدان الوضع الاجتماعي مع التغيب عن العمل وكان ذلك يحصل نتيجة رغبات لاشعورية لعقاب النفس .

أعراض الاعتماد على المُسكِرَات

يتعاطى المريض المُسكِرَات يومياً مع زيادة الكمية باستمرار لعدة سنوات ، كما يتعاطاه في الصباح أيضاً ، ويصبح التعاطي هو محور حياته اليومي ، وعلى هذا يفقد عمله في النهاية وتضطرب أحواله الأسرية والاجتماعية .

ومع حدوث التسمم الكحولي الحاد يشعر المريض بالتعاسة أو عدم الرضى ، ويكون سهل الإثارة كما يضطرب تقديره للأمر وتضطرب ذاكرته وكذلك إرادته مما يؤدي إلى سلوك عدواني أو إلى حوادث طريق إذا صمم على قيادة سيارته ، أو إلى سلوك جنسي شاذ .
إذا لم يأخذ المريض المُسكِرَات نجهه يشكو من أرق مع توتر وسهولة الإثارة ورعشة ، وهَلْوَسَة hallucination وضلالات وخوف وعدم استقرار حركي مع اضطراب الوعي .

الاعتماد المزمّن على المُسكِرَات

يؤدي الاعتماد المزمّن على الكحول إلى اكتئاب ، وانتحار ، وغيره مرضية ، وضلال العظمة وخَرَف المُسكِرَات كما يحدث تلف الجهاز العصبي مما يؤدي إلى ظهور أعراض الاضطراب العضوي الذي يسبب تلفاً ، خصوصاً في الجزء العلوى من ساق المخ ، والمهاد والأجسام الخلمية . وكذلك يسبب تليف الكبد والتهاب البنكرياس والمعدة ، والتهاب الأعصاب (خاصة نتيجة عَوَز الفيتامين B) مع أعراض العوز الغذائي المختلفة .

الوقاية من تعاطي المُسكِرَات

1 - تحسين الحالة الاجتماعية

- عن طريق :
- محاربة الفقر .
 - تقليل الضغوط .
 - إيجاد وسائل ترويح وتسليه ونشاط اجتماعي بدون تعاطي المُسكِرَات .
 - إيجاد وسائل مقبولة للتنفيس عن التوتر النفسي .

2 - التعليم :

- وذلك عن طريق تعليم كيفية تجنب تعاطي المُسكِرَات .

3 - التعرف :

- اكتشاف الحالات الحديثة من الاعتماد قبل أن ترمز ، مع علاج الاحتياجات الانفعالية والأزمات المختلفة .

علاج تعاطي المُسكِرَات

قد يكون العلاج في المستشفى أو في عيادة خارجية طبقاً لحالة المريض . ومن أهم النقاط وجود الدافع للعلاج ، والتعامل مع المريض باحترام وتقدير نظراً لانخفاض الروح المعنوية لديه وحاجته لدرجة كبيرة من المساندة .

وتحتاج أعراض الامتناع (الأعراض الانسحابية) إلى المهدئات ، كما يجب علاج الأعراض العضوية المختلفة أيضاً . أما العلاج السلوكي فيستخدم فيه العلاج الشرطي المنفّر أو المُبغض ، ويعد عقار الأنتايبوز في هذا الأسلوب من العلاج . ويهدف العلاج النفسي الفردي وكذلك العلاج الجماعي للوصول إلى تغيير بعض جوانب الشخصية . ويحصل العلاج الجماعي بواسطة مجموعة من المهتمين أولاً عن التعاطي .

الاضطرابات النفسية والسلوكية الناجمة عن تعاطي الأفيونات

تشمل مجموعة الأفيونات opium : المورفين ، والهيريون ، والميثادون ، والمبيردين ، والبتدين ، والريانون .

أسلوب التعاطي : بالفم ، بالتدخين ، بالحقن في العضل أو الوريد ، أو تحت الجلد . ونظراً لكثرة الحقن مع طول المدة وحدوث التجلط في الأوردة قد يحقن المريض نفسه في الوريد الفخذي .

التأثير :

يشعر الشخص بداية بنشاط وشعور بالسعادة مع احمرار العينين وبعض الحُكَاك prurigo (نتيجة الهستامين) ، ويعقب هذا تشييط الجهاز العصبي المركزي فيحدث استرخاء مع قلة يقظة وفقد شهية للأكل (القَهَم) anorexia مع نقص الشَبَق (الشهوة الجنسية) libido . ويؤدي التعاطي لمدة أسبوع إلى الإدمان . وينتج عن التعاطي المزمن ضيق صدقة العين ورعشة اليدين والإمساك وشعور بالضعف وقلة المزاج مع الضعف الجنسي .

أعراض الامتناع (الأعراض الانسحابية) :

وتتمثل بالرغبة الملحة في التعاطي ، والتوتر والحركة الزائدة ، والتعرق وكثرة الدموع وإفراز الأنف ، والإسهال ، وسرعة دقات القلب ، والتشاؤم ، واتساع حدقة العين ، مع حدوث آلام بالجسم . وتحدث هذه الأعراض خلال ساعات من تعاطي الجرعة الأخيرة وتبلغ أقصى حدوثها في 24-48 ساعة ثم تهبط خلال أسبوع أو 10 أيام . ونظراً لشدة الأعراض الانسحابية يسعى المريض للحصول على الدواء بأي وسيلة ، فقد يسرق أو يرتكب الجرائم لتحقيق غرضه وتتدهور حالته تدريجياً ويفقد عمله .

العلاج :

يتم علاج الأعراض الانسحابية بواسطة مركب الميثادون وقد يضاف إليه الكلوربيرمازين . ويأشر بالعلاج النفسي الجماعي أو الفردي مع التدعيم المستمر للمريض من قبل الأسرة والفريق العلاجي .

الاضطرابات النفسية والسلوكية الناجمة عن تعاطي الحشيش

المادة الفعالة في الحشيش cannabis أو الماريجوانا marijuana أو البنجو هي تتراهيدروكناينول .

أسلوب التعاطي : التدخين ، وفي الهند يمزج مع الأكل أو الشرب .

التأثير : يحدث بعد دقائق من التدخين و1/2 ساعة من الأكل ويستمر 6-12 ساعة ، ويبدأ بالشعور بالاسترخاء وبالسعادة مع إحساس بالقوة ، و يترافق مع هلوسة إحصارية-visual hallucinations وزيادة في الشهية للأكل وانخفاض درجة حرارة الجسم . ولكن يتبع ذلك ضعف الدافع وتبؤد الذهن bradyphrenia وفقدان الطموح ، وقد تحدث نوبات ذهانية psychotic لعدة أيام . لا يحدث الحشيش اعتماداً جسياً بل يحدث اعتماداً نفسياً .

الاضطرابات النفسية والسلوكية الناجمة عن تعاطي المهدئات أو المنومات

تشمل الأدوية التالية : كلورال هيدرات ، مبروبامات ، بنزوديانزين ، جلوتثيمد وميثاكلالون .
كل هذه الأدوية تحدث التعود إذا استخدمت لمدة أسبوعين أو شهر بكميات كبيرة وهي تعطي
هدوءاً نفسياً وكثرة نوم .

الامتناع (الانسحاب) : قد يحتاج إلى دخول مستشفى كحالة طوارئ ، ويشكو المريض
من الأرق والتوتر وكثرة الحركة مع القلق والصداع والرعدة واضطراب الشهية للأكل ، وقد تحدث
اختلاجات صرعية في بعض الحالات ، وعلى هذا يجب إيقاف الدواء بالتدريج عند العلاج .
كما قد يبدأ حدوث أعراض الامتناع (الأعراض الانسحابية) بعد أسبوعين من إيقاف آخر
جرعة ، قد يستبدل الدواء بإعطاء دواء فينوباريتوني كبديل مؤقت .

الاضطرابات النفسية والسلوكية الناجمة عن تعاطي الكوكايين

يعتبر الكوكايين منبهاً للجهاز العصبي المركزي فيؤدي إلى زيادة اليقظة مع زيادة النشاط العضلي
وارتفاع الروح المعنوية وكذلك المرح وكثرة الكلام ، ومن خلال تأثيره على الجهاز العصبي الذاتي
يحدث سرعة ضربات القلب مع ارتفاع ضغط الدم وضيق في الشرايين (قد يؤثر في الحاجز الأنفي
مما يؤدي إلى ثقب فيه) كما قد يؤثر مع استمرار استخدامه في حدوث دُهان وشكوك (زور) . إذا
تم تناول كمية كبيرة قد يحدث نوبات الصرع وغيبوبة وتوقف التنفس .

أعراض الامتناع (الأعراض الانسحابية) : انخفاض المزاج مع الاكتئاب والرغبة الملحة
في التعاطي .

العلاج : مضادات اكتئاب مثل الإيمبرامين وكذلك أملاح الليثيوم .

كما قد يفيد أمانتادين أو برموكربتين في إيقاف الرغبة الملحة في التعاطي .

العلاج النفسي الفردي والجماعي والسلوكي له فائدة في استمرار التوقف عن التعاطي .

الاضطرابات النفسية والسلوكية الناجمة عن تعاطي الكافيين

يكثر استخدام الكافيين والمواد المشابهة له (مثل ميثل زانثين ، ثيوفيلين ، وثيوبرومين) في القهوة والشاي والكولا والشيكولاته وفي مستحضرات علاج الزكام والجيوب الأنفية .

يتمثل تأثير الكافيين بزيادة الانتباه والتركيز مع عدم الرغبة في النوم . قد تحدث أعراض مثل أعراض القلق النفسي ، أو يزيد أعراض قلق سابقة . عند تعاطي كميات كبيرة من الكافيين في بعض الأفراد الحساسين قد يصابون برعشة وأرق وتوتر وعدم استقرار .

أعراض الامتناع (الأعراض الانسحابية) : عند التوقف فجأة عن التعاطي يحدث صداع شديد مع كسل وزيادة نوم مع سهولة الإثارة .

العلاج : تنظيم كميات التعاطي اليومية مع توعية الفرد عن كميات الكافيين في المشروبات المختلفة .

الاضطرابات النفسية والسلوكية الناجمة عن تعاطي المهلوسات

تتضمن المهلوسات حمض الليسرجيك L.S.D ومشتقاته ، السيلوسين ، المسكالين . يحدث التأثير خلال نصف ساعة من أخذ الدواء ، ويمتد إلى 12 ساعة ، فيحدث هلاوس متنوعة مع الاحتفاظ بالبصيرة ، وقد يعقب ذلك شعور اكتئاب أو خوف ، كما قد يحدث استرجاع للتجربة النفسية التي مرّ بها المتعاطي خلال سنة عقب التعاطي مع حدوث هلاوس بصرية . كما قد يحدث ذهان شبه فصامي مع اضطراب التفكير .

العلاج : بعض الأدوية مثل مركبات البنزوديازيبين مع طمأننة المريض .

الاضطرابات النفسية والسلوكية الناجمة عن التبغ

يعتبر النيكوتين أهم مادة فعالة في التبغ ، وهو يحدث زيادة إفراز اللعاب وزيادة حركة المعدة مع زيادة إفراز الحامض المعدي ، كما يؤدي إلى نشاط الحركي مع اليقظة

والانتباه والتركيز ويثبط الشهية مما يمنع زيادة الوزن . إن استمرار تعاطي التبغ يؤدي للاعتماد عليه .

أعراض الامتناع (الأعراض الانسحابية) : التهيج وسهولة الإثارة ، قلة الانتباه والتركيز ، مع زيادة الشهية للطعام وزيادة الوزن مع تواجد رغبة ملحة للتعاطي .
مضاعفات تعاطي التبغ لمدة طويلة : أمراض الرئة المزمنة ، سرطان الرئة ، سرطان البنكرياس ، سرطان المثانة ، أمراض الشريان التاجي . وهو لذلك يتسبب في زيادة معدلات الوفيات عن المعدل .
العلاج : العلاج السلوكي . العلاج بالأدوية .

الاضطرابات النفسية والسلوكية الناجمة عن تعاطي المذيبات الطيارة

تشمل المنظفات المذيبة والمواد اللاصقة والضمريات aerosols ، والأسيتون ، والطورلون . ونظراً لسهولة تواجد هذه المواد في الاستخدام المنزلي فقد يسهل تعاطيها خاصة من قِبَل المراهقين .
يشعر الفرد بعدم توازن ودوخة ويضطرب نطق الكلام وينعدم التآزر الحركي وتظهر بعض اضطرابات الإدراك . كما يحدث فقدان الوزن . ويحدث الاعتماد النفسي ولا يحدث الاعتماد الجسدي .

آثار التسمم : تلف الكبد والكلى ، اضطراب ضربات القلب الذي قد يؤدي للوفاة فجأة ، تلف الجهاز العصبي والأعصاب الطرفية ، حدوث فقر الدم .

الجريمة والاعتماد على الأدوية

يلعب الكحول و مواد الإدمان دوراً هاماً في حدوث الجريمة ، وذلك بناء على اضطراب الحكم على الأمور ، مع ضعف سيطرة قشرة المخ ووظيفة الأنا الأعلى (الضمير) . بما أن الاعتماد يؤدي إلى البطالة وقلة الدخل فإن المريض قد يلجأ إلى أعمال مخالفة للقانون (مثل السرقة والنصب) لكي يوفر لنفسه الدواء على حساب احتياجاته الأخرى وعلى هذا فإن الوقاية والعلاج من الاعتماد على الأدوية من أهم ما يشغل المجتمع .

الاضطرابات النفسية العضوية

organic mental diseases

وستتناول بالتفصيل كل من الخرف dementia والهلديان delirium :

أولاً : الخرف

Dementia

الأستاذ الدكتور عبد اللطيف موسى عثمان
الأستاذ الدكتور علاء الدين الحسيني
الأستاذ الدكتور فاروق طلعت
الأستاذ الدكتور محمد خليل الحداد
الأستاذ الدكتور محمد عماد فضلي
الأستاذ الدكتور محمد فخر الإسلام

الأسباب

- 1 - الخرف الكهلي presenile dementia
(أ) مرض آلزهايمر
(ب) مرض بك
(ج) مرض « جاكوب - كروتز فيلد »
(د) رقص هنتنجتون
(هـ) الاعتلال الدماغى الإسفنجى تحت الحاد subacute spongiform encephalopathy
- 2 - خرف تصلب الشرايين
- 3 - أسباب التهاية مثل :
(أ) الزهري (الإفرنجى) syphilis
(ب) التهاب الدماغ encephalitis
(ج) التهاب السحايا meningitis
(د) خراج الدماغ

- 4 - أسباب رضحية مثل إصابات الرأس .
- 5 - أسباب ورمية مثل أورام الدماغ وعلى الأخص أورام الفص الجبهي .
- 6 - أسباب سمية مثل التسمم بأحادي أكسيد الكربون والكحول وإدمان الأدوية .
- 7 - أمراض العوز (النقص الغذائي) مثل :
- (أ) الاعتلال الدماغى المنسوب لفيرنيكه Wernicke's encephalopathy وهو ينجم عن عوز الفيتامين B .
- (ب) البلاغرة pellagra
- (ج) فقر دم التنكس المشترك تحت الحاد للنخاع subacute combined degeneration of spinal cord anemia في حالات فقر الدم الوبيل pernicious anemia .
- 8 - اضطرابات الاستقلاب (الأيض) والغدد الصم مثل اليوريمية uremia وقصور الكبد والشحاح lipidosis وقصور الدرقية .
- 9 - أمراض نزع الميالين مثل التصلب المتشر (التصلب المتعدد) (disseminated (multiple) sclerosis .
- 10 - بعض أنواع الرنح (الرنح الوراثى hereditary ataxia) .
- 11 - نقص الأكسجين مثل حالات الصرع العنيد أو الصرع المستعصي المزمن .
- 12 - الذهان المزمن مثل الفصام .
- 13 - الاستسقاء الدماغى منخفض الضغط أو استسقاء الرأس المتصل .
- 14 - الباركنسونية (مرض باركنسون) .

الصورة السريرية (الإكلينيكية) للخرف

- 1 - ضعف ملكة التمييز وضعف التفكير والاستنتاج مع فشل في فهم المغزى وفي التفاعل كما ينبغي .
- 2 - ضعف الذاكرة للأحداث القريبة أكثر منه بالنسبة للأحداث البعيدة .
- 3 - إدراك معيب مع ضلال (وهام) زمانى مكانى .
- 4 - عدم ثبات (تقلب) الانفعال مع استشارية (تهيج) أو ثوران وجدل أو نشوة واكتئاب أو كآبة وقتل .

- 5 - توهمات العظمة المصحوبة بجذل أو توهمات مَرَّاقِيَّةً (توهم وجود مرض غير موجود) مصحوبة باكتئاب .
- 6 - إهمال النظافة الشخصية واللباس وسلس البول والبراز في المراحل المتأخرة .
- 7 - اضطراب وظيفة الكلام واللغة مثل الكلام الخالي من المعنى والحبسة الرطانية jargon aphasia والعمه agnosia وتعذر الأداء apraxia .
- 8 - أعراض وعلامات مخية نورية تتوقف على موضع الآفة المسببة .

الخرف الكهلي presenile dementia

مرض ألزهايمر

هو أكثر أنماط الخرف الكهلي شيوعاً ، وغالباً ما يحدث في العقد الخامس والسادس من العمر ، ولكنه قد يبدأ في العقد الرابع أو يظهر بعد العقد السادس وفي مرحلة الشيخوخة في بعض الحالات . وقد يرجع إلى عوامل وراثية عائلية حيث ينتقل عن طريق الوراثة السائدة .

الباثولوجيا في مرض ألزهايمر

- تنكس degeneration وضمور متزايد أوضح ما يكون في الفصين الجبهيين مع توسع التلافيف والبطينات .
- لويحات شيخوخية senile plaques تتكون من خلايا نجمية astrocytes وخلايا عصبية rod cells مكنظة بليفات عصبية وافرة على نحو شاذ .
- حبيباتٌ (كتل متشابكة الخيوط) من اللييفات العصبية neurofibrillary tangles .
- تنكسٌ حبيبيٌ فجويٌ granulovacuolar degeneration في عصبونات قرن (أمون) .
- وقد يبدو أن مرض ألزهايمر أياً كان سببه عبارته عن اضطراب في بروتين الألياف العصبية ، والعديد من السموم مثل الألومنيوم والفنكريستين قد تسبب في إحداث ذلك الاضطراب ، كما يمكن أن تحدث تغيرات باثولوجية مشابهة في متلازمة (داون) المنغولية وفي أدمغة المسنين .

الصورة السريرية (الإكلينيكية)

يبدأ الحَرْف تدريجياً ، وأول مظاهره فقدان الذاكرة القريبة أو ضعفها . وفي البداية يكون المريض مدركاً لعجزه ويبدو مكتئباً إزاء فشله في إنجاز مهام كانت بالنسبة له روتينية من قبل ، ثم تتفاقم الحالة بشكل متزايد بحيث تصبح واضحة لزملائه في العمل وأفراد أسرته ، وتتميز الحالات المتقدمة من المرض بفقدان الذاكرة ولا مبالاة في السلوك واللباس وضلال زمني مكاني واضطرابات الكلام مثل الحبسة واللكنة وعمه حسي وسلس البول والبراز وفرط المنعكسات العميقة exaggerated deep tendon reflexes ، واستجابة أحمصية باسطة extensor planter response ورعشة في الوجه واليدين وتشنجات في أقل من عشرة في المئة من الحالات ، ويصبح المريض عاجزاً تماماً في خلال خمس سنوات إلى عشر سنوات ، وتحدث الوفاة عادة نتيجة للمخمصة (الخواء) starvation أو العدوى الثانوية . ويكشف تخطيط الدماغ الكهربائي عن تغيرات منتشرة تتميز بفقدان النظم الأساسي الطبيعي وظهور نشاط كهربائي منتشر بطيء عالي السعة .

أما تصوير الدماغ بعد حقن الغاز pneumoencephalography والتصوير المقطعي المحوسب CT scan فيكشف عن توسع البطينات مع زيادة كميات الهواء على سطح الدماغ نتيجة لضموره .

التشخيص التفريقي

يجب أن يميز بين آلزهايمر وبين الأمراض التالية :

- 1 - الأورام السحائية الجبهية بطيئة النمو slowly growing frontal meningiomas .
- 2 - استسقاء الرأس الطبيعي الضغط أو المنخفض الضغط .
- 3 - التسمم الدوائي المزمن .
- 4 - الورم الدموي hematoma المزمن بالجانبين .
- 5 - التهاب الدماغ المزمن .
- 6 - قصور الدرقية .
- 7 - فرط كالسيوم الدم .
- 8 - عوز الفيتامين B12 .

مرض « بك »

هو مرض نادر يرجع إلى عوامل عائلية أحياناً ، ولا يمكن تمييزه عن مرض (آلزهايمر) على المستوى السريري (الإكلينيكي) ، أما التغيرات الباثولوجية المصاحبة له فتباين أكثر .

وضوحاً في الفصين الصدغيين ، على الرغم من أنها قد تكون منتشرة على نحو ما يحدث في مرض (آلزهايمر) ، وتتميز باختفاء الخلايا العصبية تماماً في التلافيف المصابة مع تكاثر وافر للخلايا النجمية ، وتظهر مشتملات أليفة الفضة (صبوغة بالفضة) argentophilic inclusions داخل العصبونات neurons ونعرف بجسيمات بك ، كما تظهر جسيمات ميرانو في قرن أمون . وهي عبارة عن بنى خيطية يمكن مشاهدتها بالمجهر الضوئي . وتُظهر دراسة التصوير المقطعي المحوسب CT scan توسع الأختايد والبطينات بما يشير إلى ضمور قشري -corrical atrophy وبخاصة في الفصين الصدغيين .

ويظهر مخطط كهربية الدماغ موجات بطيئة عالية السعة في نسبة كبيرة من الحالات ، وهذا الشذوذ في مخطط كهربية الدماغ يشبه التغيير المصاحب لمعظم حالات التهاب الدماغ الشامل المصلب تحت الحاد subacute sclerosing panencephalitis . وهناك حالات تحت عائلية من مرض جياكوب - كرويتزفيلد . ولو أن حالات الالتهاب تحدث فرادى بوجه عام ، وهو يصيب الجنسين دون ميل خاص لأحدهما ، وينتهي بالوفاة خلال عامين في تسعين في المئة من الحالات . ويبلغ متوسط العمر عند بدء الحالة حوالي اثنين وخمسين عاماً ، ولكنه قد يبدأ مبكراً في العقد الثاني من العمر ، وقد تتأخر البداية إلى العقد السادس أو السابع ، ولا يوجد علاج نوعي لهذا المرض حتى الآن .

استسقاء الرأس الطبيعي الضغط متلازمة حكيم وأدمز

وصفها حكيم وأدمز ومساء. لهما عام 1965 ، ويرجع الاهتمام المتزايد بهذه الحالة منذ ذلك التاريخ إلى كونها قابلة للعلاج . وقد يبدو التفكير في هذا التشخيص عند تناول كافة حالات الحَرَف المتزايد أمراً منطقياً ، وتتميز هذه المتلازمة بحَرَف هَيِّن تحت الحاد . يعزو معظم الباحثين هذه الأعراض إلى تعذر الأداء apraxia ، ويميل سلس البول إلى الظهور مبكراً . أما العلامات العصبية البؤرية فنادر ما تحدث . وكثيراً ما تكون الحالات مسبوقه بنزف تحت العنكبوتية أو التهاب السحايا أو أذى الرأس أو جراحة حديثة في الحفرة الخلفية للجمجمة . ويعتبر استسقاء الرأس الطبيعي الضغط أحد المضاعفات الآجلة لتلك الحالات نتيجة لإعاقة امتصاص السائل النخاعي بسبب التصاقات السحايا المترتبة عليها . ويكشف تصوير الدماغ بعد حقن الغاز عن توسع متناظر بالبطينين الجانبيين وخاصة في أجزائهما الأمامية مع ندرة الهواء فوق تحذب الدماغ ، كما أن حقن نظير مشع في الحيز تحت العنكبوتية القطني ومراقبة انتشاره وتسريب محلول ملحي طبيعي داخل القراب intrathecal وتوليد منحنيات ضغط متميزة قد يساعد في تشخيص استسقاء الرأس المنخفض الضغط ، وعلاج هذه المتلازمة يتم بنجاح بإجراء جراحة مجازة shunt operation للسائل النخاعي .

وتجدر الإشارة إلى أن التدهور العقلي قابل للعلاج في الحالات الناتجة عن أورام الدماغ ونقص فيتامين (B1 و B12) ونقص الدرقية وفوط كالسيوم الدم وإدمان المسكرات .

خَرَف الشيخوخة senile dementia

هناك نوعان من خَرَف الشيخوخة هما :

- 1 - خَرَف الشيخوخة المجهول السبب idiopathic senile dementia ويرجع إلى مرض (ألزهايمر) ذي البداية المتأخرة .
- 2 - خَرَف الشيخوخة الثانوي secondary dementia لمرض عضوي في الدماغ .

التشخيص التفريقي :

يجب أن نميز الخَرَف من الحالات الآتية :

- 1 - الورم الدموي تحت الجافية subdural haematoma .
- 2 - الاكتئاب .
- 3 - الحيسة الاستقبالية أو الحسية receptive (sensory) aphasia الناتجة عن آفة بؤرية بالدماغ .
- 4 - الخَرَف الكاذب الهستيرى hysterical pseudo-dementia .

ثانياً : الهذيان delerium

يعتبر الهذيان من أكثر الأمراض النفسية العضوية التي يصادفها الطبيب عند ممارسته للطب ، ويصيب على الأخص الأطفال والشيخوخ ، وذلك بسبب حساسية الدماغ في هذه الفترة الزمنية لأية تغييرات استقلابية (أيضية) أو كيميائية أو دورانية أو أي اضطراب آخر .

وقد يستعمل تعبير مرادف آخر للهذيان وهو التفاعل العضوي الحاد acute organic reaction ، وكلا التعبيرين يعبران عن حدة ومفاجأة في بدء الأعراض (وكون هذه الأعراض عضوية) ، ويدلان كذلك وبالأخص على قصر مدة الحالة إذ غالباً ما لا تتجاوز بضعة أيام .

إن تعريف الهذيان قد يشمل معان كثيرة ، متضمنة لكل أنواع الاضطرابات العضوية الحادة ، فيها كل درجات الاضطراب الواضحة للعيان ، وفي أحيان أخرى يحدد فقط معان محددة تشمل

حالة اليقظة والاستجابة كلامياً وزيادة الحركة واضطراب وجداني شديد ونقص في التعرف على الواقع وظهور أعراض إيجابية مثل الهلوسة والانخداع .

أسباب الهذيان

إن التوازن النفسي للإنسان ناتج عن التوازن في محيطيه الداخلي والخارجي ، فأي اضطراب فيزيائي أو عضوي داخلي أو خارجي قد يؤدي في الأشخاص المعرضين إلى هذيان ، ولقد سبق وأن ذكرنا أن الأطفال أكثر تعرضاً للإصابة بالهذيان ، وذلك لعدم اكتمال نمو الدماغ ، مما يجعلهم متحسسين لأي تغير في الجسم كارتفاع درجة الحرارة المفاجئ أو الالتهابات العدوائية الحادة أو فقدان السوائل والأملاح بسبب الإسهال .

وكذلك الأمر بالنسبة لكبار السن ، فإن تصلب شرايين الدماغ مع تدهور تدريجي في نشاط الدماغ وقلة الخلايا الدماغ القشرية النسبي يجعل الدماغ أكثر عرضة للتأثر بانخفاض مستوى السكر بالدم أو هبوط ضغط الدم ونقص الأوكسجين ، كما في فشل القلب وغيرها من الاضطرابات، الاستقلابية أو الدورانية ، كما أن تغير المحيط الخارجي كارتفاع درجة الحرارة وانخفاضها الشديد يؤثر وبالأخص على الأطفال وكبار السن مؤدياً إلى حالة الهذيان .

ومن الأسباب المؤدية للهذيان :

- 1- سبب تنكسي degenerative الخرف الشيخوخي أو الكهلي المصاحب بالالتهابات أو عوز الأكسجين .
- 2- الأورام آفات تحتل حيزاً space occupying lesions مثل ورم الدماغ ، خراج دماغي ، ورم دموي تحت الجافية .
- 3- الرضوح إصابة الرأس ، هذيان حاد ما بعد الإصابة .
- 4- الالتهابات التهاب الدماغ ، التهاب السحايا ، زهري المجموع العصبي ، التهاب الرئة ، ملاريا الدماغ ، داء المقوسات ، داء الرقص الروماتزمي ... إلخ .
- 5- سبب وعائي الحشرة الدساغية الحادة ، نوبات حادة بتصلب الشرايين الدماغية المزمن ، الإقفار الدماغية المؤقت ، نزف تحت العنكبوتية ، داء الذئبة الحمامية المنتشرة .
- 6- سبب صرعي النوبات الحركية النفسية ، الصرع الصغير ، حالات ما بعد النوبات .

- 7- سبب استقلابي (أيضي) يوريمية ، فشل الكبد ، اضطرابات الشوارد ، قلاء ، حمّاض ، تأثيرات بعيدة للسرطان ... إلخ .
- 8- سبب صمّاوي نوبة فرط الدرقية ، وذمة مخاطية ، نوبة أديسونية ، قصور الغدة النخامية ، المرحلة السابقة للغيبوبة السكرية ، نقص سكر الدم ... إلخ .
- 9- سبب تسممي الكحول ، اعتلال الدماغ ليفيرنيكه ، هذيان ارتعاشي ، جرعات زائدة من أدوية الباربيتون وغيرها من المنومات ، الحشيش ، مضادات مرض باركنسون ، مضادات المغص ، حامض الساليسيك ، مضادات الاكتئاب ... إلخ .
- 10- سبب دوراني التهاب الرئة والقصبات ، فشل القلب ، اضطراب نظم القلب ، جلطة قلبية صامتة ، نزف صامت ، التسمم بأحادي أكسيد الكربون .
- 11- سبب عوّزي عوز الثايمين (اعتلال الدماغ ليفيرنيكه) ، حمض النيكوتينك والفيتامين B12 .

وعلى الرغم من كثرة الأسباب التي تؤدي إلى الهذيان فإن الطريق النهائي المشترك لجميعها هو اضطرابات استقلابية (أيضية) في المناطق الدماغية المسؤولة عن الوعي ، وفي زمن ما سابق لظهور الإيدز كانت الأمراض المعدية (infections) أكثر الأسباب شيوعاً للهذيان . أما في الوقت الحاضر فإن التسمم بالأدوية هو أكثر الأسباب المؤدية للهذيان . وفي بريطانيا مثلاً فإن التوقف عن معاقرة المُسكرات عند المدمنين هو الأكثر شيوعاً . وفي أحيان كثيرة يصعب التعرف على سبب الهذيان في ما عدا حالات الرضح على الرأس عندما يكون السبب المرضي المؤكد لهذه الشدة أو حالات السكتة الدماغية .

الأعراض والعلامات symptoms and signs

تتكون الأعراض والعلامات نتيجة لاضطراب فعالية الدماغ الطبيعية بسبب اختلالات استقلابية (أيضية) ، كيميائية ، حيوية ، كهربائية أو ميكانيكية . تنوع الأعراض مخططاً ثابتاً على الرغم من اختلاف المسببات .

وقد تكون شخصية المصاب وخلفية الصورة المرضية واضحة ، وخاصة عندما تكون الإصابة خفيفة أو بسيطة ، وتؤثر بالأخص على الطبيعة الوجدانية أو محتوى الأفكار التوهمية .

غالباً ما تبدأ الحالة بصورة فجائية ، وقد لا تظهر الصورة بوضوح عندما تكون البداية تدريجية . ونسبة كبيرة من حالات الهذيان قابلة للشفاء عندما يمكن معالجة العوامل المسببة لها ، ولكنها في بعض الأحيان تتطور لتصبح حالة عضوية مزمنة ، كما يظهر بعد أن تتوضح صورة الذهان الحاد الذي يعقب الرضح على الرأس لتظهر حالة من الحرف أو اعتلال الدماغ لفيرنيكه .
إن من أهم الأعراض العامة لكل أنواع الهذيان ما يلي :

اختلال الوعي impairment of consciousness

يعتبر اختلال الوعي التغيير الأساسي في حالات الهذيان ، ويكون إلى حد ما عاماً وشاملاً . فلذلك أهمية خاصة في اكتشاف الهذيان وفي تقييم شدته . وعلى الرغم من أن الأعراض الأخرى كاضطراب الحركة ، واضطراب الانفعالات والعواطف والإحساسات أكثر حدة ووضوحاً ، ولكنها ليست ثابتة ولا نجدتها دائماً في كل المرضى .

تراوح شدة اختلال الوعي بين قصور بسيط في الوعي ، قد لا يمكن التعرف عليه إلى غياب عميقة . وتناجح شدة اختلال الوعي عندما تكون ضعيفة ، وغالباً ما تسوء ليلاً مع التعب ، والإعياء وتغيرات البيئة المحيطة بالمرضى .

إن هذا التغيير التموجي في الوعي وما يتخلله من صفاء في الوعي ، يعتبران من العلامات السريرية المهمة لتشخيص الهذيان وتفريقه عن الحالات الوظيفية والحالات العضوية المزمنة . فقد يرى الزائر أثناء النهار المريض في أحسن حالاته من صفاء الذهن وتساء هذه الحالة ليلاً .

وليس من الضروري أن لا يكون المريض مستجيباً للمنبهات الخارجية ، وخاصة في الحالات البسيطة من اضطراب الوعي ، فقد تكون استجابة المريض طبيعية ومستوى اليقظة عالياً . ويصعب التعرف على أنه مصاب بالهذيان ، إلا إذا فحص المريض بصورة دقيقة ، وخاصة إذا فحصت الذاكرة التي تفتقد أو تضعف بالنسبة للأحداث أثناء فترة الهذيان . وقد تظهر نوبة من عدم السيطرة على البول وتكون حينئذ من العلامات الأولى .

وغالباً ما تضطرب دورة النوم - اليقظة بدرجات متفاوتة من الشدة ، متضاعفة باضطراب النوم وأحلام اليقظة وبتفكير كالحلم . كذلك يضطرب النمط اليوماوي circadian الحركي مع ميل للنوم أثناء النهار وللإستيقاظ ليلاً .

وفي الحالات الشديدة لاعتلال الوعي يلاحظ أن المريض يبطل في الاستجابة ، ويتعثر في متابعة المحادثة والانتباه للحوادث الخارجية . وقد تكشف الاستجابة للأوامر ضعف في الفهم وغياب الإرادة

لتنفيذها . وبعد ذلك يغلب النعاس على المريض وينام بكثرة ، وعندما يوقظ يستجيب بصورة مشوشة وبطيئة .

السلوك النفسي الحركي psychomotor behavior

تقل حركة المريض بصورة مستمرة بزيادة اختلال الوعي ، وعندما يترك المريض حاله يظهر قليلاً من الحركة الذاتية ، أما الأفعال المعتادة كالأكل مثلاً فتنفذ بطريقة أوتوماتيكية ، وتضمحل قابليته للحركات الهادفة . وعند الضغط على المريض لأداء فعل ما يكون بطيئاً أو متردداً وغالباً ما يكون الأداء متكرراً ، فيصبح الكلام بطيئاً وقليلاً . والأجوبة نمطية وقد تكون غير مفهومة . وفي الحالات الشديدة يصبح الكلام عبارة عن أصوات غير مفهومة .

إن ما ذكر عن السلوك الحركي هو الأكثر شيوعاً في حالات الهذيان ، ولكن في بعض الحالات يحدث العكس ، وتصبح الحركة مفرطة مع سلوك مضطرب وضوضائي . وأفضل مثل على ذلك الهذيان الارتعاشي في بعض حالات التهابات العظام ، فتزداد الحركة النفسية الجسمية بصورة مفرطة ، مع ميل لرد الفعل الابتدائي ، فيجفل المريض وتكون فرط الحركة عنده على شكل حركات هادفة مثل مسك أطراف الأغطية ، أو مسك أشياء أو حشرات وهمية ، ونادراً ما يقوم بحركات نمطية معقدة كتتمثيل قيادة سيارة أو إعادة تمثيل عمله ، وفي حالات نادرة تكون الحركات هجومية ، أو يحاول الهرب من مكان تواجد .

التفكير thinking

تظهر على التفكير تغييرات خاصة عندما يضطرب الوعي ، ففي المراحل الأولى يظهر ببطء وصعوبة في تركيز الأفكار أو في تكوين أفكار معقدة . ويتبين للفاحص تعب فكري ، وبعد ذلك يبدو التفكير المنطقي أقل وضوحاً وتماسكاً ، ويقل النطق ، ويصبح التفكير أكثر إجهاداً ، ويضعف تنظيم الأفكار مع قلة الوصلات الفكرية بين الماضي والحاضر .

وقد تدخل أفكار غريبة إلى وعيه ويقبلها المريض بطريقة سلبية ، ويلصق أهمية كاذبة إلى الإشارات الخارجية ، وتمتزج معها هلاوس وهُمامات (ضلالات) ، وقد يستمر المريض بحالات الأحلام التي تؤدي به في النهارية إلى أحلام اليقظة .

وقد تظهر أفكار أو وهام تعتمد بالتأكيد على مواصفات الشخصية السابقة ، وبالأنخص الأوهام الاضطهادية التي تظهر أكثر شيوعاً ، وتكون غامضة غير منظمة ، مؤقتة ، سطحية ولا يعيدها المريض بنفس الصيغة مرة ثانية . وربما تبدر من الشخص المصاب بالهذيان حركات هجومية .

وتغيب البصيرة منذ البداية وقد تتغير بين فترة وأخرى اعتماداً على التغير في مستوى الوعي .

الذاكرة memory

تتأثر الذاكرة بمستوى الوعي ، فعند اضطرابه يختل تسجيل الذاكرة والحفاظ عليها واستدعاؤها . فتسجيل الحوادث الآنية يتعطل بنقص الانتباه والإحساس والفهم . وعليه تقل الذاكرة لحفظ الأرقام . وكذلك يتعطل الاحتفاظ بذاكرة الأشياء مؤدياً إلى صعوبة تعلم جديد ، وهو دليل سريري حساس على اضطراب الذاكرة ، وهكذا يتأكد اضطراب الذاكرة القريبة بالمقارنة إلى الذاكرة البعيدة المدى والتي يحافظ عليها . وقد تتكون ذكريات كاذبة ، وقد يظهر تخريف ويملاً المريض الذاكرة بذكريات كاذبة . وعند الشفاء لا يستطيع المريض تذكر الحوادث التي مر بها أثناء الهدْيَان ولو أن هناك تذكر لفترات الصحو .

وكذلك يؤدي اضطراب الذاكرة والتذكر إلى ضلال (وهَام) مكاني وفي مرحلة متقدمة ضلال (وهَام) شخصي عندما يصعب على المريض التعرف على الأشخاص الذين كان يعرفهم في السابق بسبب تدهور حالة الإدراك والمعرفة . وقد يتأرجح هذا الوهَام (الضلال) شدةً ونقصاً ، وتمر بالمريض فتره يصحو من الضلال (الوهَام) لبضعة دقائق أو ساعات ثم ينكس مرة أخرى إلى حالة الضلال (الوهَام) . وأول ما قد يصاب به المريض هو الضلال (الوهَام) الزماني إذ يعجز المريض عن معرفة الوقت التقريبي والتاريخ واليوم والأسبوع .

الإدراك perception

غالباً ما يجلب اضطراب الإدراك الانتباه إلى الهدْيَان ، ولكن يجب التأكيد على أن اضطراب الإدراك ليس من المظاهر الأساسية في كل حالات الهدْيَان ، بل يجب الاعتماد على اضطراب التفكير والذاكرة للاستدلال على اضطراب الوعي ، وهو الأساس القوي لتشخيص الهدْيَان .

في بداية الأمر يجد المريض صعوبة في الإدراك ، ويحتاج إلى تركيز عال لكي يستطيع التمييز وخاصة بصرياً ، وفي أحيان قليلة يظهر الإدراك بصورة حادة جداً . قد يؤدي اضطراب الإدراك البصري إلى رؤية الأجسام صغيرة (رؤية مستصغرة) micropsia أو كبيرة (رؤية ضخامية) macropsia واضطراب الإدراك السمعي قد يؤدي إلى صعوبة التواصل مع الآخرين . وقد يحدث اضطراب إدراكي لشكل الجسم ككل أو لأجزاء منه ، فقد يحس المريض بأن جسمه بدأ يصغر ، أو طرف من أطرافه تقلص أو قطع منه .

ومن الأعراض الشائعة تبدد الشخصية depersonalization ، الغربة عن الواقع أو تبدل إدراك الواقع derealization ولو أنه لا يعبر عنها كاملاً . وقد تتفكك حدود الإدراك بين الانفعالات النفسية الداخلية والمحيط ، وبين النفس والآخرين مؤدية إلى شعور مرعب من فقدان الكيان الشخصي والجسمي .

ومن التغييرات المهمة نسبياً ، فقدان التمييز بين العالم الداخلي والعالم الخارجي ، واضمحلال القابلية للتفريق بين الاثنين ، ونتيجة لذلك تبرز الأحاسيس والأفكار مع بعضها البعض ، فيضطرب إدراك الأحداث الخارجية مع عدم القابلية لاحتواء عناصر الخبرة ونسبتها بطريقة ذات معنى ، وقد لا يعي المريض ما يحيط به بشكل واضح ، هل هو واقف أو مستلقٍ أو داخل أو خارج المنزل .

وتؤدي اضطرابات الإدراك إلى خطأ في التعرف والمعرفة وإلى وهامات (ضلالات) delusions ، وتكون عادة سطحية ومتغيرة . ويشيع الاضطراب الإدراكي في المجال البصري أكثر من غيره من المجالات الحسية ، فمثلاً يخطئ المريض بالتعرف على الممرضة على أنها أفراد عائلته والمصح على أنه بيته وهكذا .

وتظهر الهلاوس وخاصة في المجال البصري ، ولو أن الهلاوس السمعية أو اللمسية تظهر كذلك ، تنتج هذه الهلاوس جزئياً من العجز في التفريق بين الصور الداخلية وبين الإدراكات الخارجية ، وكذلك من أحلام اليقظة التي يمر بها المريض أثناء تغير مستوى الوعي بين فترات الصحو واضطراب الوعي ، وعند ذلك يأخذ المريض معه هذه الأحلام . وتتألف الهلاوس البصرية من إشعاعات من الضوء ، وأشكال هندسية أو ألوان . وقد تكون الهلاوس أكثر تكويناً وانتظاماً فتظهر على شكل مناظر ، وأناس أو حيوانات متحركة أو ألوان .

وقد تكون الصورة مشوهة على شكل كانتات مصغره . ويكون المريض مدركاً لهذه الظاهرة ، وقد يشارك بها أو يتعامل معها بصورة مناسبة وعادة بخوف وحذر وفي بعض الأحيان بالاهتمام والانبساط .

ومن الهلاوس الخاصة في حالات الهذيان الارتعاشي ما يكون شديداً ومرعباً ، وتبدو البقع أو الخطوط على الجدار كحشرات أو ثعابين ، وتظهر الهلاوس البصرية ، على شكل متكرر ومتغير على شكل حيوانات بألوان زاهية ، وغالباً ما تكون بأحجام صغيرة . وتكون الهلاوس السمعية على شكل أصوات مهددة أو مطاردة .

الانفعال emotion

في المراحل الأولى للهذيان يظهر اكتئاب خفيف ، إضافة إلى قلق وهيجان ، ولو أن اضطراب الوجدان يكون سطحياً . وعند تقدم الحالة تظهر بوضوح حالة عدم اكتراث ، وقد تمر دورة المرض كلها بحالة من عدم الاهتمام مع تفرقع انفعالي .

وقد نرى انفعالاً وجدانياً حيويًا في حالات فرط الفعالية النفسية الجسمية عندما يصبح الاضطراب الوجداني شديدًا . يشيع القلق والخوف ويزداد إلى درجة الرعب والهلع مع ازدياد دقات القلب والارتعاش . ويظهر الاكتئاب أكثر من النشوة وأكثر من العُصاب .

يتحدد اختلال الوجدان جزئياً بسبب ما يؤدي إليه المرض الجسدي من كرب ، وكذلك بالإدراك الجزئي للاضطراب المعرفي ، وقد تضاف صفات شخصية المريض إلى رد الفعل الوجداني .

أعراض أخرى

قد تظهر أعراض أخرى مصاحبة ، وخاصة في الحالات الخفيفة مثل أعراض من القلق للكراب الخاص نتيجة المرض العضوي ، وقد تظهر الجوانب الشخصية الضعيفة للمريض أعراضاً مراقبة أو رهائية . وكذلك قد تبدو على المريض أعراضاً استقلالية وغالباً ما تكون مؤقتة ولكن عند استمرارها تؤدي إلى صعوبة في التشخيص .

وقد تظهر أعراض زورانية (paranoid) ، وقد تغلب هذه الأعراض في المراحل الأولى على السمات الشخصية للأشخاص المعرضين . وفي بعض الأحيان يكون الطابع الفصامي كل الصورة المرضية . ويتطور اختلال المعرفة فتظهر الحالة الخفيفة بصورة جلية للانفعال العضوي الحاد أو الهذيان . وقد يقع الطبيب في الخطأ فيشخص الحالات البسيطة للانفعال العضوي الحاد على أنها حالات نفسية عضوية .

التفريق بين الحالات العضوية والحالات الوظيفية

يصعب التفريق بين الحالات العضوية والحالات الوظيفية في الدرجات البسيطة أو الخفيفة ، وفي بعض الأحيان ، تشخص الحالات العضوية على أنها وظيفية عندما تغلب الاضطرابات في الشخصية في مرحلة ما قبل تجلّي المرض وتكون الصورة العضوية ، مؤدية إلى حالات من الشكوك والاكتئاب مضافة على الحالة .

وعلى عكس ذلك تشخص الحالة الوظيفية على أنها عضوية عندما يبدو للطبيب اختلال معرفي مثل شكوى المريض المكتئب من اضطراب في الذاكرة أو تشوش فكري . فبين الخطأ في التفريق بين الحالات العضوية أو الوظيفية يكون الخطأ في تشخيص الحالات العضوية أكثر خطورة ، ولربما يؤدي إلى عواقب أخطر مما لو أخطأنا في تشخيص الحالات الوظيفية . فلذلك يجب الاهتمام بالأعراض الجسدية وعدم إهمالها عندما يشكو منها المريض ، وإعطاء مجال كاف له ليحبر عنها ، والقيام بفحص سريري دقيق للتأكد من عدم وجود سبب عضوي . وعند محاولتنا التفريق بين الاعتلال العضوي والوظيفي هنالك مبادئ سريرية يؤخذ بها وهي :

- 1 - أعراض هستيرية (تحويلية تفارقية) . لا يمكن تشخيص الهستيريا إلا بعد التأكد من وجود تفسير نفسي كاف وبعد فحص كل عرض بدقة . فقد يبدأ المرض الدماغى بأعراض تشبه الهستيريا في آفات الفص الجداري ، وقد تظهر أعراض هستيرية أو قد تبدأ الأعراض الهستيرية بسبب مرض عضوي .
- 2 - الشخصية ما قبل المرضية . عندما يضطرب سلوك إنسان ذي شخصية مستقرة سابقاً فجأة ، فإن ذلك دليل على مرض عضوي ، ومن الأسباب لهذا الاضطراب الصرع أو هبوط سكر الدم أو الجلطة الدماغية .
- 3 - المزاج والوجدان . قد يكون الوجدان الاكتسابي من العلامات الأولى للاضطرابات العضوية الدماغية . وعلينا تحليل بعض الأعراض بدقة ، فمثلاً يجب التفريق بين « الضعف العضلي » والشعور بالتعب العضلي لكي نفرق بين الوهن العضلي الخيم *mysthenia gravis* والاكتئاب .
- 4 - ومن المفاهيم والمبادئ الأساسية التي يجب أن تثير الانتباه إلى المرض العضوي وجود الهلوسة البصرية أو شكاوى من تشوش فكري أو أي عرض آخر غير اعتيادي كالترنح أو السلس البولوي .

تشخيص السبب

كما هو واضح من الجدول في أول هذا الفصل (ص 102) والذي يبين الأسباب العديدة والمختلفة للهذيان ، فإن الوصول لتشخيص هذه الأسباب يتطلب الاستفسار عن السيرة والسوابق (التاريخ المرضي) للمريض من قبل أهله أو المقربين له ، وبالأخص السؤال عن أي مرض عضوي مثل السكري أو ارتفاع ضغط الدم أو الصرع ، والسؤال عن تعاطي الكحول والمخدرات أو أية أدوية . والتأكد من عدم وجد نقص في التغذية ، وبالأخص عند كبار السن والمتخلفين عقلياً ، والسؤال عن شجار سابق أو حادث سيارة أو السقوط من أماكن مرتفعة . فقد يدل ذلك على حدوث رض على الرأس . ومن الضروري أيضاً السؤال عن أعراض ارتفاع ضغط داخل القحف (كالصداع والقيء) .

ويركز في الفحص السريري على البحث عن العلامات التي تدل على اعتلال الجهاز العصبي والأجهزة الأخرى ، مع التأكيد على توثيق مستوى الوعي وفحص الجمجمة والعينين . ويجب عدم إغفال فحص المريض ككل والانتباه إلى أية علامات بسيطة كأثار الحقن في الجلد . وبعد تكوين فكرة أولية عن سبب الهذيان تؤخذ عينات من الدم لإرسالها إلى المختبر (المعمل) لفحص نسب السكر واليوريا والأملاح وغيرها من الفحوصات ، اعتماداً على ما يرد في التشخيص التفريقي . كذلك قد ترسل عينة من الدم لتحديد نسبة ضغط الأوكسجين وثنائي أكسيد الكربون .

وترسل عينة من البول إلى المعمل لتفحص ، لكشف مختلف الأدوية والمواد الطبية وغير الطبية . وكذلك الفحص العام للبول للدلالة على وجود مرض كلوي أو مرض مجموعي . وعند الاشتباه بوجود علة دماغية كجلطة أو ورم دماغي فيرسل المريض للتصوير المقطعي المحوسب ، وعند الضرورة يمكن الاستعانة بالرنين المغناطيسي للتأكد من وجود آفة دماغية .

المعالجة management

تتركز المعالجة على ثلاث وسائل :

1 - المعالجة العامة

وتشمل الخطوات اللازمة لتخفيف معاناة المريض ، ومنع أو الحد من السلوك الذي قد يؤدي إلى أذى أو إصابات للمريض أو لأشخاص آخرين . وتعتمد المعالجة على العناية التمريضية المركزة في غرفة مهيأة من حيث الإنارة الجيدة ، والابتعاد عن المحفزات الخارجية التي قد تثير المريض . يفضل بقاء المريض تحت عناية طاقم تمريضي واحد ، ويتعد عن تغيير المعالجين ، كما يمكن الاستفادة من أفراد عائلة المريض ليساعدوا بتمريضه ، لأن ذلك يقلل من الشعور بالغربة وما يصاحبها من خوف وقلق شديدين . يعطى للمريض غذاء جيد متوازن ، وإن لم يستطع المريض تناول الأغذية فيعطى السوائل المغذية عن طريق الوريد ، مع إضافة الفيتامينات وخاصة مجموعة (B) ويحسب ما يحتاجه يومياً .

وتزداد الحاجة للسوائل كلما كانت الإصابة نتيجة لأمراض عدوائية infectious أو مصاحبة بارتفاع الحرارة كالمالاريا مثلاً ، وينصح بإعطاء الغلوكوز في مثل هذه الحالة لاحتمال انخفاض نسبة السكر بالدم .

2 - المعالجة النوعية

وتشتمل على المعالجة الخاصة بالأمراض المسببة للهديان ، ففي حالات الالتهابات العدوائية يعطى المضاد الحيوي المناسب بعد التأكد من نوع الجرثومة المسببة ، كذلك إعطاء مادة الثيروكسين-thyroxine في حالات قصور الغدة الدرقية ، ومعالجة الورم الدموي في الرأس في حالات إصابة الرأس head injury ، وغيرها من الأسباب العضوية العديدة التي تؤدي إلى الهديان .

3 - معالجة الأعراض

وهنا يجب الالتزام بقدر كبير من الجذر لعدم إعطاء ما قد يؤثر على مستوى الوعي عند المريض .

ففي أثناء النهار قد نحتاج إعطاء مهدئات لا تؤدي إلى النوم ، فنستطيع إعطاء المريض هالوبيريديول haloperidol وهو ذو تأثير مُضاد للذهان antipsychotic بجرعات يومية تتراوح بين 10-60 ميلي غرام ويمكن إعطاء ما بين 2-10 ميلي غرام بالوريد أو حقناً بالعضل .

وكذلك نستطيع إعطاء المريض أي علاج من فصيلة الفينوثيازين phenothiazines كالكلوربرومازين chlorpromazine بجرعات من 300-600 ميلي غرام يومياً كما ويمكن إعطاؤه حقناً عضلياً أو بالوريد ، علماً بأن لهذه الأدوية تأثيرات جانبية كالنعاس وهبوط الضغط ، يفضل الابتعاد عن إعطاء الكلوربرومازين في أمراض الكبد وكذلك في الإدمان الكحولي .

ويمكن إعطاء البنزوديازيبين benzodiazepines كالديازيبام وخاصة ليلاً ليساعد على النوم . ويعطى كلورميثازول chlormethiazole في الإدمان الكحولي والهذيان الارتعاشي ، ويجب إعطاؤه في المستشفى فقط لأن أخذه مع الكحول قد يؤدي إلى تفاعل خطير ، كما وأنه دواء قد يسبب الإدمان عند تكرار تعاطيه .

أمثلة سريرية

1 - رجل مسن بعمر 75 عاماً ، بدأ فجأة بالهذيان ، وظهر عليه الخوف من أشخاص يحاولون إيذائه ، وفقد معرفة الوقت والأشخاص ، ولم يستطع معرفة المكان . عند فحصه كانت درجة حرارته 40,5 ، وكان جلده محمراً وساخنًا ، وكان الفصل في ذلك الوقت صيفاً . واتضح من السيرة (التاريخ المرضي) أنه سار مسافة 3-4 كم تحت الشمس الحارة .

اشتملت المعالجة على إعطائه السوائل بكثرة عن طريق الفم مع خافض للحرارة وكمادات ماء بارد من الخنفيه . رجع المريض إلى طبيعته خلال ساعتين . ونعتقد أن السبب كان ضربة شمس أدت إلى هذيان .

2 - اتصل جراح ليحصل على رأي زميل له حول مريض عمره 68 عاماً ، أجريت له عملية استئصال البروستاتا قبل يوم ، وهو مصاب بالسكري ، استيقظ صباح اليوم الأول بعد العملية مصاباً بالهباج وبدأ ينزع الأنابيب المغذية مع رجفان وهلوسة . أعطى محلولاً وريدياً يحوي غلوكوز مركز فرجع إلى طبيعته خلال دقائق ، وظهر أنه أصيب بهبوط في مستوى السكر بالدم لأنه أعطى حقنة الأنسولين بدون حساب مضبوط لكمية السكر والغذاء الذي تناوله .

الاضطرابات الذهانية

psychotic disorders

الأستاذ الدكتور أحمد العقباوي
الأستاذ الدكتور محمد خليل الحداد
الأستاذ الدكتور مصطفى كامل إسماعيل
الأستاذ الدكتور يحيى الرخاوي

وستتناول بالذكر كلاً من:

- 1- الفُصام
- 2- الاضطراب الوهامي (الضلالي) المشترك
- 3- اضطراب الوهام (الضلال)
- 4- اضطرابات ذهانية عابرة
- 5- الاضطراب الفصامي الطابع

1- الفُصام

schizophrenia

يعد مرض الفُصام من أهم المشاكل في الأمراض النفسية ، فهو من ناحية أخطر الأمراض وأكثرها تهديداً بالتفكك والتدهور ، ومن ناحية أخرى أكثرها غموضاً وتداخلاً مع سائر الأمراض ، ثم إنه يحوي أنواعاً متباينة حتى ليكاد بعضها يبدو وكأنه يعاكس البعض الآخر ، وأخيراً فإن استجابته للعلاج تختلف من نوع إلى نوع ومن مرحلة إلى مرحلة اختلافاً يكاد يعلن أنه ليس مرضاً واحداً بل عدة أمراض مجتمعة معاً .

واستعمال كلمة الفُصام باللغة العربية هو الأفضل ، إذ يستحسن عدم استعماله كلمة انفُصام الشخصية حتى لا تختلط بكلمة ازدواج الشخصية .

نبذة تاريخية

بدأ الانتباه إلى ما هو فُصام في أواخر القرن الماضي ، حيث وصف موريل أعراض نوع منه حين ظهرت على شاب في السادسة عشرة من عمره (كان واعداً ومتفوقاً) أعراض الانطفاء ، والانسحاب والتدهور الدراسي ، ثم أكد كريبلين مفهوم التدهور العقلي المصاحب للمرض حين أطلق على هذا المرض الاسم القديم وهو « الحَرَف المبكر » وأشار إلى أن أهم ما يميزه هو الانسحاب والجُمُود ،

وضمور الإرادة وخلل الحكم على الأمور تم التباين بين الوظائف وبعضها البعض وبين الأعراض وبعضها البعض .

ثم أشار بلويلر إلى أن أهم ما يميز هذا المرض ليس الميل إلى التدهور وإنما هي الأعراض الجوهرية التي تتميز باضطراب التفكير ، وتفكك الروابط واضطراب الوجدان والذاتوية autism يليها الأعراض المصاحبة مثل الهالوس hallucinations والوهامات (الضلالات) delusions .

تعريف الفُصَام

ورد في الدليل المصري (العربي) في وصف الفئة الرئيسية لمرض الفُصَام أن هذا المرض يشير إلى مجموعة من الأمراض ، وأنه يجمع بين التفكك والميل إلى التدهور ، كما ورد ما نصّه :

« تشمل هذه الفئة مجموعة اضطرابات تمثل (أ) تطور عملية ذُهانية مفكّكة decomposing لتكوين الشخصية ، (ب) نتاج هذه العملية في شكل عجز بالشخصية أو تدهور ، ويأتي عدم تجانس هذه المجموعة من أننا نقابل مظاهرها السريرية (الإكلينيكية) في أطوار مراحل مختلفة من تطور هذه العملية ، ويتوقف وجود أعراض معينة أو عدم وجودها على نوع الفُصَام البادي » .

وأخيراً اكتفت المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض ICD-10 لمنظمة الصحة العالمية (1991) بتعريف الفُصَام (كمجموعة أمراض) بوصف هذه المجموعة هكذا : « تتميز الاضطرابات الفُصامية بشكل عام باضطراب أساسي في الشخصية ، وتحريفات مميزة في التفكير والإدراك ، وكذلك في المشاعر التي تكون غير سوية ومتبلدة ، وعادة ما يبقى الوعي والقدرة الذهنية سليمين ، وإن كان يظهر بعض مظاهر القصور المعرفي مع مرور الوقت ... » .

ويمكن إيجاز تعريف هذا المرض كما يلي :

« هو مرض عقلي جسيم يتميز بأعراض متنوعة من أهمها الانسحاب من الواقع ، والميل إلى تفكك الشخصية : أي تباعد كل جزء عن الجزء الآخر ، وكذلك عدم اتساق الوظائف النفسية مع بعضها البعض ، وأخيراً الميل إلى ظهور أعراض سلبية تدل على اضمحلال القدرات العقلية تدريجياً إذا لم تعالج علاجاً صحيحاً . »

أسباب الفُصَام ومصاحباته

لا يوجد سبب محدد بذاته يمكن أن يكون مسؤولاً مسؤولية مباشرة عن حدوث الفُصَام ، لكن هناك عوامل كثيرة متأزرة ومتداخلة لوحظ أنها مرتبطة ارتباطاً وثيقاً بظهور المرض ، وسوف نورد هنا أهمها :

1 - الوراثة

(أ) لو سطر أن عائلات الفُصامين عندهم سوابق (تاريخ إيجابي) للمرض النفسي أكثر من غيرهم .

(ب) لوحظ أنه عند حدوث الإصابة في التوائم المتماثلة تكون متصاحبة فيهما بنسبة 40 إلى 60% بالفصام ، كما لوحظت نسبة أخرى بالنسبة لدرجات القرابة الأخرى ، وإن تفاوتت النتائج من بحث إلى آخر .

(ج) اختلف العلماء في نوعية الوراثة ما بين مورثٍ مُتَّحٍ recessive أو متعدد العوامل multifactorial .

الوراثة في الفصام

نسبة تكرار المرض	درجة الوراثة
40-60%	التوائم المتشابهة
40%	الوالدان مصابان معاً
17-20%	والد واحد مصاب
14%	الإخوة الأشقاء
7%	الإخوة غير الأشقاء

(د) في عدد أقل من الأبحاث لوحظ أنه قد توجد في نفس العائلة صفات إيجابية متميزة قد يكون لها علاقة ما بالفصام ، وإن كانت طبيعة هذه العلاقة لم تستقر بعد ، ومثال ذلك أنه قد يوجد في عائلة الفصامي عبقري أو متصوِّف أو قائد أو طفل عنده صعوبات فائقة في النمو .

2 - السن

يبدأ المرض عادة في سن المراهقة وما بعدها حتى منتصف العمر المبكر ، فقد لوحظ أن تُلثي الحالات تحدث ما بين سن 15-30 سنة ، لكن بعض أنواع الفصام يحدث في أي سن ويكون له مميزات خاصة ، فهناك فصام الطفولة وله علاقة شديدة بإعاقة النمو ، كما يتميز فصام العمر المتأخر بمصاحبه باضطرابات وجدانية بدرجة أكبر .

3 - التكوين الجسمي ، والشخصية

يحدث مرض الفصام في التكوين النحيف والعضلي أكثر مما يحدث في التكوين المستدير . كما يكثر هذا المرض في الشخصية الانعزائية ، والشخصية ذات السمات الحساسة ، والمتوجسة ، والهشة .

لكن المرض يمكن أن يصيب أي نوع من الشخصيات أو التكوين الجسدي .

4 - العوامل البيوكيميائية

في العقدين الأخيرين خاصة ظهرت عشرات الآلاف من الأبحاث التي تشير إلى وجود تغيرات كيميائية مصاحبة لمرض الفُصَام ، ورغم الانتباه الشديد إلى أن وجود مثل هذا التغير لا يعني بحال من الأحوال أنه مسبب للفُصَام ، إلا أن رصد الارتباط بهذه الصورة له أهمية قصوى ، لأنه بناء على وجود زيادة أو نقص في هذه المادة الكيميائية أو الموصل العصبي ، ظهرت نظريات علاجية جيدة استفاد منها بعض المرضى بشكل ملحوظ .

ومن أمثلة التغيرات البيوكيميائية :

(أ) زيادة نشاط الدوبامين ، إما لزيادة إنتاجه أو تراكمه بسبب نقص الإنزيم المؤكسد للأمينات الأحادية أو غير ذلك .

(ب) زيادة نشاط النورأدرينالين ، مما يسبب حساسية تجاه النواقل العصبية الداخلية في المخ فينتج عن ذلك أعراض ذهانية تشبه الفُصَام .

(ج) نقص السيروتينين : حيث لوحظ أن مضادات الذهان تتحد بمستقبلات السيروتينين ويقل مولد السيروتينين (التريبتوفان) في حالات الفُصَام .

(د) توجد ملاحظات أخرى بالنسبة لتغيرات في الإنزيمات المؤكسدة للأمينات الأحادية ، أو إنزيم الدوبامين بيتا هيدروكسلار وغيرها .

(هـ) ثبت أنه لمجموعة البيبتيدات التي تشبه الأفيون (الإندورفينات) دور هام في سببية الفُصَام .

(و) وجد أنه في بعض اضطرابات الغدد الصماء ، وبعض اضطرابات الاستقلاب (الأيض)

تظهر أعراض تشبه أعراض الفُصَام .

(ز) هناك أدوية تسمى أحياناً الأدوية المهلوسة تُحدث ما يشبه الفُصَام مثل عقار ال.ل.س.د.

LSD ، وهي تعمل مباشرة على المخ ، وتبطل عملها الأدوية المهدئة التي تفيد في علاج الفُصَام ، ومن هذا وذاك ذهب البعض إلى ترجيح أن الفُصَام يحدث نتيجة لإفراز أدوية أو تركيبات شبيهة بهذه المهلوسات .

5 - تغيرات في المجموع العصبي المركزي

زادت الأبحاث الحديثة مؤخراً في التأكيد على دور المجموع العصبي والتغيرات التي تحدث فيه ، جنباً إلى جنب مع التغيرات الكيميائية السالفة الذكر ، بحيث أصبحت المسألة شديدة الأهمية ، ومن هذه التغيرات :

(أ) توجد شذوذات في تخطيط كهربية الدماغ لدى مرضى الفُصَام أكثر منها عند العامة .

(ب) توجد علامات ضمور في الدماغ تؤدي إلى اتساع البطينات وخاصة البطين الثالث ، ويحدث هذا بوجه خاص في الحالات المزمنة ، والمتصاحبة بالتعوق وفي الحالات المهملة ذات الأعراض السلبية مثل فقد الإرادة والتبلد العاطفي .

(ج) توجد علامات قصور في المجموع العصبي غير محددة مثل القصور في التحكم الحركي ، والتعرف اللمسي والاهتزاز ، كما تظهر رعشات وخلل في المشية ، وفي الحالات المتأخرة جداً تعود المنعكسات البدائية للظهور مثل منعكس « القبضة grasp » ، ومنعكس « اليد إلى الفم » .

تغيرات ومصاحبات وأسباب نفسية

إن أغلب النظريات والمصاحبات النفسية تسرّ حدوث الفصام ، ولكنها لا تؤكد العلاقة السببية مع ظهوره ، وبالتالي فإنها اجتهادات فرعية وفرصيات مفيدة ، وليست أسباباً محددة .

1 - يرى البعض أن الفصام هو نتيجة لتجمع عادات سيئة أو نتيجة للتفاعل الخاطئ مع البيئة ، فإذا زاد الضغط الخارجي مع هشاشة التكوين الشخصي ، زاد العجز عن تقبل الواقع ، وانسحب الشخص إلى داخل ذاته ، ثم إلى عالم الخيال ، ومن ثم حدث الفصام .

2 - يرى آخرون أن أهم أسباب الفصام هو التشييت وتباطؤ النضج عند مرحلة باكورة من مراحل النمو ، وهي المرحلة التي تضعف فيها العلاقة بالموضوع وبالواقع ، ثم ينمو الإنسان بعد ذلك وفي داخله عوامل جذب شديدة إلى هذه المرحلة ، فإذا ما أصيب بإحباط أو زادت الضغوط الظاهرة أو الخفية ، فإن النتيجة هي النكوص إلى هذه المرحلة الباكورة من النضج ، والتي تظهر فيها علامات الفصام .

3 - رأى آخرون أن الخطأ الأساسي الذي يؤدي إلى ظهور الفصام هو عجز اللغة عن القيام بوظيفتها التواصلية بشكل له معنى وغاية .

4 - رأى فريق آخر أيضاً أن اختفاء المنطق العام وإحلال المنطق البدائي والانفعالي والذاتي محل المنطق العام هو سبب حدوث الفصام نتيجة لانعدام التواصل مع الآخرين ، ومن ثم الانغلاق على الذات ، ثم التفكك وضمور عدم الاستعمال .

5 - رأى البعض أن المشكلة هي في عجز الفصامي عن القيام بكفاءة بالعملية الانتقائية الهادفة للمثيرات المدخلة إلى المخ ، والانتقاء من بين فيض من مثيرات الإدراك ، ونتيجة لهذا العجز ينتشتت الفصامي ، فيغلق نوافذ إدراكه في مواجهة هذا الفيض كآلية دفاعية ، بما ينتج عنه نوع من التصلب ، وكذلك قد يكون تكوين الوهامات (الضلالات) هو محاولة لإعادة تنظيم هذه المثيرات الغامرة بلا تمييز .

6 - تعتبر العوامل البيئية أيضاً من المؤثرات التي تواترت مع ظهور الفُصَام مثل العوامل المؤدية للعزلة عن المجتمع ، أو عوامل التربية المُحدثة لنوع من خلل الحكم على الأمور والتشتت ، أو العوامل التي تؤثر على توازن الطفل واليافع مثل الخلاف العلن والمخفي بين الوالدين ، وتذبذب معاملة الوالدين . . أو تناقض معاملتهما مع الطفل تجاه نفس الشيء .

الأسباب المرسبة

precipitating factors

من الصعب الربط بين ظهور مرض الفُصَام وبين موقف أو حدث أو إصابة أو حمى مثلاً ، لكن العامة والأطباء قد يلاحظون أن بعض المواقف الصعبة التي يسمونها مجازاً مواقف « الحياة والموت » (حقيقة أو مبالغة) تكون مصاحبة لظهور مرض الفُصَام (في مصر مثلاً يتواتر ظهور هذا المرض مع امتحان الثانوية العامة) . . كذلك يُظهر المرض نوع من الحرمان المفاجئ الشديد ، أو الإحباط ، أو الحمى أو إصابات الرأس ، وكل هذا لا يعتبر سبباً مباشراً بقدر ما يعتبر سبباً مرسباً ، وهو على حد التعبير الشائع يكون هذا السبب بمثابة « القشة التي قصمت ظهر البعير » .

بعد ذكر الأسباب والمصاحبات لا بد أن نشير إلى أن كل ما ذكرنا هو ملاحظات متواترة أكثر منها أسباباً محدثة ، والأمر يحتاج إلى تراكمات وتفاعلات بين كثير من هذه الأسباب بعضها مع بعض ، بينها وبين أسباب أخرى لا نعرفها حتى يظهر الفُصَام .

أعراض الفُصَام

اضطراب التفكير

I - الاضطراب الجوهرى للفكر

- 1 - الغموض (التفكير العهني ، شبه الفلسفي)
- 2 - اللاترابط
- 3 - التفكك
- 4 - اللاتوافق
- 5 - عرقلة (توقف) التفكير
- 6 - انحراف التفكير
- 7 - فقر التفكير
- 8 - التفكير البدائي

II - اضطراب محتوى الفكر

- 1 - الوهُامات (الضلالات) غير الطبيعية
- 2 - وُهامات (ضلالات) الاضطهاد
- 3 - الوهُامات (الضلالات) غير المتسقة

III - اضطراب الإدراك

- 1 - الهَلُوسَة وخاصة السمعية
- 2 - اضطراب صورة الذات والجسد
- 3 - تغيير إدراك العالم

IV - اضطراب امتلاك الفكر مثل

- 1 - سرقة الأفكار
- 2 - إقحام الأفكار
- 3 - إذاعة الأفكار

V - اضطرابات الوجدان

- ضحالة الوجدان
- تبلد العواطف
- فقد الترابط
- اللامبالاة
- تذبذب العواطف
- التناقض (ثنائية الوجدان)
- فراغ الوجدان
- عدم توافق العواطف (مع الفعل أو الفكر)
- الابتسامة السهلة غير المناسبة

VI - اضطراب الإرادة والفعل والحركة

- الوضع المتجمد
- التَرَمَّانُ عن الزمان
- الغيوبية
- تقليد (صدى) الكلام والحركة

الطاعة العمياء
المعاندة
التذبذب
فقد الإرادة
التسيير بقوى خارجية خفية

VII - اضطرابات عامة وأخرى

تدهور الصفات الشخصية
إهمال المظهر الذاتي والنظافة الخاصة
الانسحاب والذاتوية
ضعف أو فقد حدود الذات
الأعراض العصبية الطفيفة
الأفعال النزوية المفاجئة

أعراض الفُصَام

الفُصَام مرض يصيب الشخصية ككل بالتفكك ، كما يهدد الوظائف النفسية والذهنية بالاضمحلال والتدهور ، وهو يظهر بشكل خاص في مجال التفكير ، وخاصة مجال ترابط التفكير ، كذلك يظهر في كل من مجالات الوجدان ، والفاعلية (بشمولها الإرادة واتخاذ القرار) ، وفيما يلي مرجز شديد لأهم أعراض الفُصَام :

اضطرابات التفكير

I - الاضطراب الجوهرى للفكر

وسوف نورد اضطراب التفكير بتفصيل وتحديد أكثر لأن هذا هو ما يميز الفُصَام أساساً :

1 - **غموض التفكير** : وهنا يبدو تفكير الفُصَامي متداخلاً ومكثفاً ، له بداية قد تكون واضحة لكنها لا تؤدي إلى شيء ، وهذا ما يقال له « الباب المغلق الذي ليس وراءه شيء » ، ويسمى هذا أيضاً بالتفكير العهني ، (مثل العهن المنفوش الذي لا تستطيع أن تمسكه رغم الرؤية الظاهرة لكتلته) .

2 - **اللاترابط** : وهنا يظهر الكلام (الدال على الفكر عادة) غير مترابط ، فتكون الجملة مثل مبتدأ بلا خبر ، أو عدة عبارات غير متماسكة ولا تصل إلى هدف له معنى مفيد .

- 3 - **التفكك** : يطلق هذا اللفظ بصفة عامة على عدم الترابط البسيط ، وعلى كثير من مظاهر الافتقار إلى الوحدة الضامة لأي مسار فكري .
- 4 - **اللاتوافق** : وهو يعني عدم ترابط الفكر مع العاطفة المصاحبة عادة مثل أن يضحك المريض وهو يحكي مأساة محزنة أو يسمع نبأ فاجع .
- 5 - **عرقلة (توقف) التفكير** : وهنا يتوقف التفكير تماماً ويشكو المريض من ذلك أو يستمر بعد التوقف في موضوع جديد غير الذي بدأ به ، ويحدث ذلك دون بعد عن وعي المريض عادة وإن كان المريض أحياناً يحاول أن يجد تفسيراً .
- 6 - **قد يحدث انحراف** في مسار التفكير دون عرقلة ويسمى : التخارج أو الخروج عن القضبان .
- 7 - **فقر التفكير** : وهنا يكون محتوى التفكير فقيراً ، فلا يخرج المريض عن موضوعات قليلة محدودة ، يدرر ويلف حولها دون انقطاع .
- 8 - **التفكير البدائي** : وهو التفكير الذي يشير إلى عجز المريض الفصامي عن التجريد وفهم المعنى الحرفي للكلمات دون سواها ، مثل عجزه عن معرفة مغزى مثل عامي ، وإصراره على معناه الحرفي ، كأن يتصور حين يسأل عن معنى أو استعمال المثل « ضربوا الأعور على عينه قال خسرانة خسرانة » أن هناك شخصاً فقد عيناً واحدة وهم يضربونه .

II - اضطراب محتوى الفكر

- أهم ما يميز اضطراب محتوى الفكر عند الفصامي هو وجود الوهامات (الضلالات) ، وأهم الوهامات (الضلالات) في حالات الفصام هي وهامات (ضلالات) الاضطهاد ، والمطاردة ، والمؤتمرات ، والتجسس ، وكذلك وهامات (ضلالات) الشك والغيرة والخيانة الزوجية ، وعادة ما تكون الوهامات (الضلالات) شاذة وغير متسقة ، وقد تكون منتظمة انتظاماً بسيطاً إذ تصنع منظومة وهامية (ضلالية) .
- لكن توجد حالات فصام دون وجود وهامات (ضلالات) أصلاً .
- كذلك إذا كانت الوهامات (الضلالات) المتسقة تماماً صانعة لمنظومة وهامية (ضلالية) محكمة ، مع عدم وجود علامات تفكك وتدهور أخرى في الشخصية ، فإن وجود هذه الوهامات (الضلالات) ليس دليلاً على الفصام بل على حالات الزور (البارانويا) .

III - اضطرابات الإدراك

يُعتبر الإدراك مدخلاً للفكر ، وللاتصال بالعالم الخارجي ، ولتنظيم المعلومات ، واضطراب الإدراك في الفصام يظهر في شكل هلاوس سمعية أساساً ، وإن وجدت هلاوس من أي نوع آخر في مختلف الحالات ، وتكون الهلاوس خارجية ، أو داخلية (صوت الداخل مسموع) ، وقد تكون أمرّة (اقبل كذا) ، أو منقبّة (ما هو يعمل كذا ، ما هو يضحك ، ما هو يقوم ، ما هو يجلس) ، وقد تكون الهلاوس غامضة ، أو مركبة ، أو عابرة .

IV - اضطرابات امتلاك الأفكار

قد يشكو الفصامي من أن أفكاره ليست ملكاً خاصاً به ، وأنها أفكار غيره ، تُزرع في منته وتُنتج عليه ، وقد يشكو أن أفكاره الخاصة لم يعد يسيطر عليها ، وأصبحت مشاعاً لغيره من خلال إذاعتها ، أو سماعها بين الناس دون إذنه .

V - اضطرابات الوجدان (العاطفة)

يختل الوجدان في الفصام في أشكال متعددة وأهم مظهر لهذا الخلل هو ضحالة التفاعل الظاهر ، وتبؤد العاطفة ، مما يترتب عليه ما يسمى باللامبالاة وانعدام التفاعل العاطفي ، وكذلك قد يكون هذا سبباً في ما يشعر به الطبيب والفاحص عامة من أنه لا توجد علاقة دافئة أو حميمة بينه وبين المريض الفصامي .

كذلك يعاني الفصامي (وخاصة في البداية) من تناقض وثائية الوجدان (العاطفة) ، فيشكو من أنه يحب ويكره نفس الشخص في نفس الوقت ، وأنه غير قادر على تحديد موقفه الوجداني (العاطفي) منه .

وقد تشاهد على الفصامي درجة واضحة من تحولات النقيض وفراغ الوجدان ، وإنما هو من نوع اندفاعه الانفعالي بشكل بدائي وفتح ، ثم تحولاته بلا مبرر ظاهر ، استجابة لنزوة داخلية غير مرئية .

أما لا توافق العواطف ، فهو من أذل المظاهر على التفكك ويبدو في شكل تلك الابتسامة المشهورة المسماة الابتسامة السرية حيث يبدو المريض وكأنه يضحك لشيء ما في عالمه الداخلي . ومثال اللاتوافق حين يضحك المريض في موقف عزاء ، أو يحزن حزناً واضحاً وخطيراً في موقف فكاهي دون تفسير .

VI - اضطرابات الإرادة والفعل والحركة

تتصل الإرادة اتصالاً مباشراً بالفعل والحركة ، والإرادة تبدأ باتخاذ القرار ، وتتأكد بتنفيذه ، وتُحسم بتحقيق الهدف منه ، وكل ذلك لا يتم إلا إذا كان للذات حدوداً ومعالم واضحة تسمح بذلك .

والفصامي يفتقد عادة إلى مثل هذا التحديد للذات ، بما يستتبع أنه لا يستطيع أن يقرر ، فيظهر عليه (أو يشكو) من التذبذب وعدم القدرة على اتخاذ القرار ، وقد يبدو عليه أنه اتخذ قراراً ، لكنه في واقع الأمر لا ينفذه إطلاقاً ، (مثل طالب الثانوية العامة الذي أمضى خمس سنوات وهو لا يعمل شيئاً إلا اتخاذ قرارات متتالية بتنظيم ساعات استذكاره بجدول محكم ، ولكن هذا الجدول لم ينفذ أبداً ، وفي كل مرة بهم بتنفيذه يقوم بتعديل ما في الجدول وهكذا لعدة سنوات حتى تبين أنه فُصامي فقد إرادته) .

وقد يظهر هذا الاضطراب في الإرادة في شكل سلوك حركي مثل الطاعة العمياء ، حيث يطيع المريض كل ما يؤمر به ولو كان غريباً أو بلا مبرر ، أو يفعل العكس فيما يسمى بالمعاندة -negativism ، أو يترك جسده يتصلب لدرجة أن الفاحص يمكن أن يشكله مثلما يشكّل تمثالاً من الشمع (الطواعية الشمعية waxy flexibility) .

وقد يظهر فقد الإرادة حين يبدو المريض مقلداً مكرراً مثل الصدى لما يقال أو يُعمل أمامه ، ويقال لتكرار الكلام كما هو دون فهم أو ترديد المريض صدى الكلمات echolalia ، وحين يقاد الحركة يقال إنه صدى للحركة echomatism or echokinesis .

وقد يصل الجمود الحركي إلى درجة التجمد التي يقال لها الغيبوبة coma ، وكل هذه العلامات والأعراض الحركية تحدث خاصة في النوع الجامودي (الجمدة أو الكاتاتونيا catatonia) .

VII - الاضطرابات والأعراض العامة (والأخرى)

حيث أن الفصام هو اضطراب عام في الشخصية أساساً فإن النظر في اضطراب الشخصية ككل هو من أهم الأعراض والمظاهر السريرية (الإكلينيكية) التي ينبغي الالتفات إليها في الفصام ، ومن ذلك :

تدهور العادات ، وتدهور الصفات الشخصية ، وانتقال السمات من النقيض إلى النقيض سلباً ، (أي إلى نقيض أسوأ) مثل ظهور علامات الوقاحة والصفافة على شخص عرف طول عمره بالدمائة والحياء ، وكذلك إهمال العناية الذاتية بالملبس والمظهر ، وأيضاً ضربة ، أو فقه حياض الذات ، وفقد الشعور بوحدة الذات بمعنى أن المريض يشعر أنه لا شيء وأنه لم يعد له حدود ، أو أنه أصبح مثل مكنته خرقاء أو إنسان آلي ، كذلك فإنه في النفس قد يظهر على المريض علامات اضطرابات في المجموع العصبي (انظر قبلاً) من النوع الطفيف غير المحدد تماماً .

ويظهر المريض أحياناً اندفاعات نزوية قد تكون سبباً في ارتكابه بعض الجرائم .

أنواع الفُصَام

ينقسم الفُصَام إلى عدة أنواع ، وقد قسّمها الدليل المصري / العربي على أساس التدرج مع مراحل العملية الفُصَامية ، ولكن هذا التدرج لا يمكن التيقن منه من الناحية العملية ، وسوف نكتفي بذكر الأنواع الشائعة ثم نلحقها بإشارة محدودة إلى بعض الأنواع الأخرى النادرة أو غير النموذجية .

أولاً - الأنواع الأربعة النموذجية

1 - الفُصَام الفَنَدِيّ (الهيفريني)

hebephrenic schizophrenia

يتصف هذا النوع بالتفكك أساساً ، وإلى درجة أقل بالتدمور ، وفيه تظهر كل الأعراض الدالة على تباعد أجزاء الشخصية عن بعضها ، وكذلك الدالة على تباعد وحدات الوظيفة الواحدة عن بعضها ، فمثلاً نجد عدم الترابط في التفكير بكل جوانبه مما يؤدي إلى أعراض اضطراب شكل الفكر بوجه خاص ، كما تكون الوهُامات (الضلالات) غير متسقة وغير منتظمة في منظومة وهامية (ضلالية) واحدة ، ثم إن الفكر لا يتفق مع العاطفة بما ينتج عنه عدم توافق العاطفة ، وكذلك لا يتوآكب التنفيذ مع التفكير مما يترتب عليه مظاهر فقد الإرادة وبعض مظاهر فقد أبعاد الذات .

كما يتصف هذا النوع بوجود وهامات (ضلالات) حشوية ، والاحتفاظ ببعض العواطف السطحية والفجة والمتقبلة ، لكن كثيراً ما تظهر هذه الابتسامة الصفراء التي لا معنى لها ، ويتأكد ذلك اللاتوافق حين نجد المصاب نشطاً إلا أنه نشاط غير هادف ، وكأنه نشاط « يدور في حلقة مفرغة » . ويحدث هذا النوع في سن مبكرة نسبياً ، ويتخذ مساراً مزمنياً ، وقد ينتقل من نوع إلى آخر .

2 - الفُصَام الزُّورِيّ (البارانويدي)

paranoid schizophrenia

هذا النوع هو أكثر الأنواع تماسكاً ، رغم أنه لابد أن تكون فيه درجة من اللاترابط سواء في الفكر أو في عدم اتساق الوهُامات (الضلالات) ، وإلا عدّ هذا النوع من حالات الزُّور (البارانويا) .

والوهُامات (الضلالات) الغالبة في هذا النوع هي وهامات (ضلالات) الاضطهاد ، فالمرضى يشكو عادة من رجال الأمن الذين يتبعونه ، ومن النظام العالمي الجديد الذي يضطهده هو بوجه خاص ، ومن الزبال الذي يضع له أجهزة تنصت في برميل القمامة القريب من منزله ، إلى آخر

ذلك ، لكن هذه الشكوى لا تمثل منظومة محكمة ، وإن كان الفاحص المتعجل قد يتصور أنها منظومة .

ويحدث هذا النوع من الفُصَام في سن متأخرة نسبياً ، (منتصف العمر عادة) كما أنه قد يكون مصاحباً بتفاعل عاطفي يناسب محتوى الوجدان أو مصاحباً بدرجة ما من الاكتئاب ، وفي حالة وهامات (ضلالات) العظمة المصاحبة قد يكون هناك درجة طفيفة من لوثة الزهو غير المناسب . هذا ولا تندهور شخصية الفُصَامي الزَّورِي (البارانويدي) ، كثيراً ، فيظل محتفظاً بتماسكه وحدود ذاته لفترة طويلة ، كما أن أغلب تصرفاته تكون متفقة مع محتويات وهاماته (ضلالاته) بدرجة متوسطة .

3 - الفُصَام الجَامُودِي (الكاتاتوني)

catatonic schizophrenia

يتصف هذا النوع بأنه يظهر في صورة ذات وجهين ، فالمرضى إما أن يحضر في حالة هياج شديد جداً ، يظهر في شكل تحطيم أعمى ، وانقراض حطر على من حوله وما حوله ، أو أنه يظهر في شكل غيبوبة يصل إلى ما يشبه الموت ، وهذا النوع آخذ في الانحسار عن ذي قبل ، فمنذ ثلاثة عقود كان هذا النوع متواتراً بشكل أكثر من هذه الأيام ، ولا يعرف لماذا اختفى هذا النوع ، فيقال إن ذلك بسبب استعمال الأدوية لمدة طويلة وبشكل مبكر ، ويقال إن سبب ذلك هو اختلاف ظروف البيئة ونوع الحياة ، مما يحتاج إلى أبحاث خاصة ، لتحقيقه .

وأثناء نوبة الفُصَام الجامودي التهيجي يصعب اكتشاف الأعراض التخشبية مثل التشكل الشمعي ، أو الطاعة العمياء ، أو محاكاة الحركة أو غير ذلك ، كذلك فإنه أثناء الغيبوبة يصعب كذلك فحص المريض بالطريقة التي تظهر اضطراب الحركة واضطراب الإرادة ، وهما ما يتميز به هذا النوع من الفُصَام بشكل خاص . لكن يمكن اكتشاف هذه الأعراض الجامودية (الكاتاتونية) في الحالات المتوسطة قبيل الغوص في الغيبوبة أو بُعْدَ التهذئة من الهياج .

على أن وجود الأعراض الجامودية (الكاتاتونية) في أي نوع آخر من الفُصَام (مثل الفُصَام الفندي أو الفُصَام الزَّورِي) لا يعني أن هذا النوع قد انقلب هكذا إلى النوع الجامودي ، فهذه الأعراض يمكن أن توجد بدرجة أو بأخرى في أي نوع آخر .

4 - الفصام البسيط

simple schizophrenia

وهذا النوع ذو الاسم الخادع هو من أخطر الأنواع كافة ، وكلمة بسيط هذه كلمة تاريخية لا تعني أية درجة من البساطة ، لكنّها أطلقت على هذا النوع لقلة الأعراض الإيجابية الظاهرة واللافتة

للنظر والداعية للإسراع بالعلاج ، وذلك مثل الهلاوس والهوامات (الضلالات) والهيلاج ووفرة الكلام غير المترابط . ونظراً لاختفاء هذه الأعراض الظاهرة فقد اختفى هذا النوع من فئة الفُصام في فترة من فترات التقسيم واعتُبر نوعاً من اضطراب الشخصية لكنّه عاد فظهر ثانية .

ويتصف هذا النوع من الفُصام بأن له بداية مخادعة أو مخاتلة insidious ، ومساراً تدريجياً متفاعماً في بطن ، الأعراض أغلبها أعراض سلبية أي أنه توجد درجة متقدمة من التبدل الوجداني واللامبالاة وتسطيح الانفعال . كذلك تظهر أعراض فقد الإرادة بشكل مباشر ، إذ يعجز المريض عن اتخاذ أي قرار ، أو يتخذ القرار وضده دون تنفيذ إلى ما لا نهاية ، وأيضاً يعزل المريض تدريجياً حتى تقل دائرة نشاطه الاجتماعي بشكل شديد ، ويتجه المريض إلى الرضا بأقل من قدراته بشكل يتعجب له من حوله ويتساءلون عن « أين ذهب طموحه الذي كان يعد به قبلاً ؟ » (قارن حالة موريل : أول حالة وصفت فيما سمي الحرف المبكر) .

وكذلك يتصف هذا النوع بأن المريض يبالي في شرح وجهة نظره بالستيرير المرضي الجسيم الذي يكاد يفسر كل الأعراض بما يتفق مع تخيلاته الخفية ويؤكد ضرورة انسحابه وتبلده .

ثم إنه لا توجد في هذا النوع أية وهامات (ضلالات) أو هلاوس إلا إذا وضع تحت ضغوط خاصة ولفترة كافية ، وعندها فإن الوهامات (الضلالات) تتكشف ، إلا أنها سرعان ما تختفي إذا ما ذهب الضغوط ولا يبقى إلا التبدل وفقد الإرادة .

ثانياً - الأنواع الأخرى

1 - الفُصام البادري

prodromal schizophrenia

يختلف الباحثون في أحقية هذا النوع في التشخيص باعتباره فُصاماً فعلاً ، والدليل المصري هو من الأنظمة التشخيصية النادرة التي تعترف بهذا التشخيص ، وهذا النوع يتصف بما يشير إلى احتمال بدايات النُصام دون وجود أعراض صريحة تدل على التَّفكُّك أو تهديد بالتدهور ، ومن أهم أعراضه التوقف الفجائي عن الإنجاز السابق لقرء ما دون وجود اكتئاب أو أسباب في المحيط من حوله تبرر هذا التوقف ، وكذلك ظهور إحساس بتغير مناجي في الذات ، ونوع الملاحظات ، وتظهر أعراض الغربة عن الواقع أو تبدل إدراك الواقع وتبدد الذات ، كما يصحب ذلك درجة من التحريف وسوء التأويل الذي لا يصل إلى درجة الوهامات (الضلالات) .

وهذا النوع قد يسمّى أحياناً الفُصام العُصابي على أساس أن الأعراض أشبه بالأعراض العُصابية دون الذّهانية ، لكن الفُصام العُصابي هو نوع من الحل الوسط الذي يظهر في شكل أعراض عُصابية

غير نموذجية يمكن أن نلمح وراءها علامات التفكك الكامن والذي نجحت الأعراض العصبية في إخفائه .

2 - الفصام الحاد غير المتميز

acute undifferentiated schizophrenia

يحدث أحياناً أن تبدأ أعراض الفصام بشكل حاد وشديد دون أن تكون هذه الحدة جزءاً من نوبة هياج جامودي أو بشكل هياج فوق مسار نوع آخر من أنواع الفصام المزمن . وبما أن الفصام بطبيعته مرض مزمن ، فقد تحفظ كثير من العلماء ضد هذا التشخيص ، ونستشني من ذلك الدليل المصري العربي ، لذلك نوجز علاماته فيما يلي :

هو نوبة حادة تعلن بظهور الأعراض التفككية والانسحابية للفصام ، وما يصحبها من تخليط confusion ، وهياج وهامات (ضلالات) أولية في العادة ، ولا يكون الوعي فيها مختلاً أو غائماً ، وقد تستمر هذه النوبة لمدة أسبوعين أو أكثر ، إلى أن تختفي تماماً فيما ندر ، أو أن تتحول إلى نوع آخر من الأنواع المزمنة التي سبق وصفها ، أو إلى غيرها ، وفي هذه الحالة لا بد أن تسمى باسم النوع الذي صارت إليه .

3 - الفصام المزمن غير المتميز

chronic undifferentiated schizophrenia

كثيراً ما نتبين نوعاً من الفصام يقع بين النوع المتفكك والنوع الزوري (البارانوي) ، فلا هو شديد التفكك حتى يسمى فصاماً فندياً ، ولا هو رجم التماسك حتى نعتبره فصاماً زورياً (بارانويدياً) ، فيطلق على هذا النوع الحدي « بين بين » الفصام المزمن غير المتميز .

على أن بعض الباحثين يجعل هذا الصنف يشمل الأنواع الأخرى التي لا يمكن تحديدها تماماً ، وكأنه السلة التي يجمع فيها « ما ليس كذلك » ، وهذا ليس موقفاً مفيداً عادة .

وفي هذا النوع يمكن أن نستنتج كيف سنجد درجة من أعراض التفكك مثل عدم الاضطراب الجوهرى للفكر ، وعدم توافق الوجدان ، ولكن درجة أقل مما شرحناه مع الفصام الفندي ، كذلك نجد الوهامات (الضلالات) أقل من أن تكون بشكل منظومة كما هو الحال في الفصام الزوري (البارانويدي) وأكثر تماسكاً من الفصام الجامودي .

4 - الفصام الوجداني (العاطفي)

schizo-affective schizophrenia

أحياناً نقابل حالات من الفصام مختلطة ومتداخلة تماماً مع اضطرابات وجدانية أكيدة مثل الاكتئاب أو الهوس بوجه خاص ، وهذه الحالات قد تأخذ طابع الدورية ، وقد تختفي النوبة دون أن تترك أثراً

سليماً في الشخصية بشكل أو بآخر ، ويسمى هذا النوع الفُصَام الوجداني ، وقد يسمّى باسم الوجدان الغالب ، فنجد فئة فرعية تحت اسم الفُصَام الوجداني الاكتسابي ، أو الفُصَام الوجداني المختلط بين الهوس والاكتئاب حيث لمجد في هذه الحالة كلا من أعراض الهوس والاكتئاب وقد اجتمعا أو تناوبا في سرعة فائقة .

5 - الفُصَام المتبقي

residual schizophrenia

حين تنتهي نوبات الحدة ، أو بعد علاج متوسط النجاح ، قد يصل مسار المريض الفُصَامي إلى حالة لا هي بالشفاء ، ولا هي بالفُصَام الصريح الذي كان ، فتهمد الأعراض نسبياً ، وتتجمع الشخصية بدرجة ما ، وتعود العلاقة بالواقع بشكل هادئ وعادة على مستوى أدنى من التكيف .

وفي هذا النوع يظل التفاعل الوجداني (العاطفي) هامداً وإن كان ليس متبلداً تماماً ، وتظل الوهُامات (الضلالات) موجودة لكنّها بعيدة وغير متداخلة في الحياة العادية ، وأحياناً يقال عنها أنها متحوّلة ، لكن الحوصلة قابلة للكسر في أي لحظة ، كما تبهت الهلاوس أو تختفي ، مع قيام المريض ببعض التكيف الاجتماعي والعمل المتواضع .

تشخيص الفُصَام والفحوص المناسبة

لا توجد وسائل تشخيصية محددة يمكن أن تحسم الأمر في مسألة تشخيص الفُصَام ، ذلك أن كل التغيرات الكيميائية والبيولوجية التي أشرنا إليها سابقاً ليست خاصة بمرض الفُصَام دون غيره ، كذلك فإن الاختبارات النفسية باختلاف أنواعها هي عوامل مساعدة وليست أدوات تشخيصية بديلة عن الفحص السريري (الإكلينيكي) .

وأحياناً قد يتم تشخيص الفُصَام بالطريق الراجع ، بمعنى أن الحالة التي لا تتحسن تحسناً ملحوظاً من نوبة الذهان الحادة ، أو الحالة التي تتدهور بانتظام رغم العلاج المبادر ، يقول عنها الطبيب بعد أن كان متجهاً إلى تشخيص آخر ، إنه قد ثبت أنها كانت فُصَاماً منذ البداية ، وهذا ما نعنيه بالتشخيص بالطريق الراجع retrograde diagnosis .

مآل الفُصَام

prognosis

رغم أن الفُصَام مرض خطير وسيء السمعة إلا أن هذا ليس قاعدة مطردة ، وهناك علامات تشير إلى مآل حسن في بعض الحالات كما أن هناك علامات أخرى، تدل على العكس . وبصفة عامة فإنه كلما بَعُدَ الفُصَام عن النموذج المطابق لما سبق أن أوردنا من أعراض تقليدية محددة تحسّن الموقف بالنسبة للمآل ، وعلى التقيض من ذلك كلما تطابقت أعراض الفُصَام وتاريخ الفُصَامي الشخصي والعائلي مع الأعراض النموذجية لما هو فُصَام فإن المآل يكون أسوأ فأسوأ .
والجدول التالي يبين أهم العوامل الدالة على المآل الحسن والسيئ للفُصَام .

مآل الفُصَام

مآل حسن	مآل سيئ
البداية في سن متأخرة	البداية في سن مبكرة (أوائل المراهقة)
البداية الحادة	البداية المتدرجة
المسار الدوري	المسار المتقتر والمستمر
الشخصية قبل المرض ناجحة ودافئة عاطفياً واجتماعياً	الشخصية قبل المرض هشة ومنغلقة وحساسة ومنعزلة
ارتفاع نسبة الذكاء الذي استعمل في إنجازات واقعية	انخفاض نسبة الذكاء أو توجيهه إلى التحوصل على الذات بمكاسب ذاتوية مطلقة ، تساعد على إلغاء الآخر
وجود سوابق (تاريخ عائلي) سليم أو فيه اضطرابات عاطفية (دورية)	وجود سوابق (تاريخ عائلي) حافل وخاصة بحالات فُصَام ، تدهورات أو اضطرابات شخصية لها مضاعفات جسدية
وجود عامل مُرَسَّب واضح هو الذي أظهر المرض	عدم وجود عامل مُرَسَّب precipitating (المرض ظهر هكذا فقط)
وجود علامات وأعراض إيجابية مثل الوَهَامات (الفُصَلات) الزوربية	وجود علامات وأعراض سلبية مثل ضحالة الوجدان وفقد الإرادة
عدم نموذجية أعراض الفُصَام تماماً	نموذجية الأعراض
الاحتفاظ بدرجة مناسبة من التفاعل الوجداني (العاطفي)	فقد المشاعر واختفاء التعاطف الوجداني
وجود دعم أسري محصّن وموفر للحنان في نفس الوقت	الافتقار إلى جوّ أسري (واجتماعي) حازم ومسامح ومحتمل معاً
العلاج المبكر	التأخر في بداية العلاج
العلاج التأهيلي المتكامل والمركّز على استعادة الملائمة بالواقع وليس مجرد اختفاء الأعراض	العلاج أحادي الشكل مثل الاقتصار على العلاج بالحقن طويلة المدى دون تأهيل ، أو مثل الاكتفاء بالعلاج النفسي العميق دون الأدوية المناسبة .

مُعالِجَةُ الفُصَام

أولاً - المعالجة الوقائية

ويشمل العمل على تجنب زواج الأقارب في العائلات التي فيها سوابق عائلية (تاريخ إصابة) إيجابية شديدة ، كذلك النصح بالإقلال من فرص الإنجاب عند الفُصَاميين ، هذا إذا أنجبوا أصلاً ، وأيضاً العناية بدرجة مناسبة من التماسك الأسري ، ووضوح المعاملة ، وسلامة الرعاية ، ودفء العواطف ، ومرونة الحوار .

ثانياً - التخطيط العلاجي

لا يوجد في الطب النفسي عامة ، وللُفُصَام بدرجة خاصة أية أدوية سحرية يمكن أن تصحِّح الاضطراب الكيميائي المحدد الذي يمكن أن يعتبر مسؤولاً عن ظهور المرض . لذلك فإن معالجة أي مريض فُصَامي هو تخطيط شامل وعلاجات متداخلة متكاملة في حدود فرص الواقع المتاحة .

وفيما يلي بعض معالم الخطة العلاجية :

- 1 - الهدف من المعالجة هو ضبط النوبة الحادة بأسرع ما يمكن .
 - 2 - الحد من التعود على المرض وظهور المضاعفات .
 - 3 - التغلب على الإعاقة ، وإزالة الأعراض وخاصة تلك التي تمثل خطراً على المريض أو المجتمع ، وإعادة تأهيل المريض الفُصَامي .
 - 4 - الحد من النكسات سواء بتقليل فرص حدوثها أم بتحويل نوعها أم بتقليل مدتها .
 - 5 - التأهيل لتعليم طريقة أخرى، للتواجد في الحياة كما هي ، مع الآخرين كما هم .
- وتشمل الخطة العلاجية استعمال مختلف الوسائل العلاجية من فهم وتعاطف وتمريض وأدوية وجلسات تنظيم إيقاع المح ، كل ذلك بجرعات مناسبة ووقيت دقيق .

ثالثاً - المعالجة الكيميائية

- 1 - وتشمل مضادات الذهان مثل أدوية الفينوثيازين مثل اللارجاكتيل وتبلغ جرعته من ألف إلى ثلاثة آلاف ميلي غرام يومياً أو عقار البيتيروفينون من عشرة إلى أربعين ميلي غرام يومياً . (وهذه مجرد أمثلة ، لا تغني عن التفصيل في المعالجة) .

- 2 - يمكن إعطاء هذه الأدوية ومكافئاتها في شكل حقن ذات مفعول طويل المدى ، وذلك بالنسبة للحالات التي ترفض أو تنسى أو تقاوم العلاج بالفم ، وكذا بالنسبة لبعض الحالات المزمنة التي تحمل بعض المخاطر والتي لا توجد لديها فرص للتأهيل والعلاج المتكامل .
- 3 - لا بد من ملاحظة آثار هذه الأدوية وأعراضها الجانبية والحذر من الحماس في ضبط الأعراض الإيجابية الظاهرة خشية أن يحل محلها أعراض سلبية فضلاً عن المضاعفات الممكنة للجهاز العصبي والحركي والعاطفي معاً .
- 4 - من الممكن اتباع طريقة الحرجلة (نعطي ونوقف ، ثم نعطي ونوقف بضوابط حسب الاستجابة) في إعطاء هذه الأدوية لتجنب كثير من المضاعفات .
- 5 - في الحالات الحادة والتي تعاني من اضطرابات النوم خاصة يمكن في البداية إضافة جرعات محدودة من المهدئات الخفيفة أو المنومات .
- 6 - في الحالات الدورية والمصاحبة بنوبات نزوية يمكن إضافة بعض مضادات الصرع ، لا باعتبارها حالات صرعية ، وإنما لثبات مفعول بعض هذه المضادات كعامل مساعد نحو الرجوع إلى التوازن البيوكيميائي والسلوكي .

رابعاً - المعالجة بالكهرباء

- ما زال هذا العلاج يمثل إنجازاً من أعظم الإنجازات التي حققها الطب النفسي في تاريخه ، والمريض الفصامي يمكن أن يستفيد من هذا العلاج إذا أحسن توقيته ، وضبط استعماله مع سائر المعالجات الأخرى . ومن الخطوط العامة والملاحظات التي يحسن تذكرها في شأن هذا العلاج ما يلي :
- 1 - إن هذه المعالجة تطبق في الحالات المصاحبة بدرجة واضحة من الاضطرابات الوجدانية وخاصة الاكتئاب .
 - 2 - قد تفيد هذه المعالجة في حالة الجامود catatonia جنباً إلى جنب مع المهدئات الكبرى .
 - 3 - تطبق هذه المعالجة بفاعلية أكبر في الحالات ذات الطابع الدوري .
 - 4 - تطبق هذه المعالجة في الحالات غير المتدهورة ، ومع الأعراض الإيجابية النشطة مثل الوهامات (الضلالات) والهوسات النشطة .
 - 5 - نلاحظ أفضل النتائج إذا طبقت هذه المعالجة بجرعات محدودة (أربع إلى ستة) لدفع وقتنة تعترض مسير الخطة العلاجية ، وبعد تحضير مناسب بالأدوية المهدئة الكبرى وبعد إرساء علاقة علاجية هادئة على أرض الواقع بالتوجه إلى بدايات العودة إلى فاعلية العمل اليومي المنتظم .

6 - لم تعد تصلح تسمية هذه المعالجة بمعالجة الصدمة الكهربائية electro-shock ولا بالمعالجة بالتخليج الكهربائي (E.C.T) electro convulsive therapy حيث أنه لا يحدث صدمة ، كما أن الاختلاجات لم تعد كما يتصورها العامة بعد استعمال المخدر العام ومرخي العضلات مع هذا العلاج ، وقد اقترح لهذا العلاج اسم مناسب لغرض طبيعة عمله لاستعادة التوازن المناسب لإيقاع المخ ، وهذا الاسم هو معالجة مُزامنة لإيقاع الدماغ brain synchronizing therapy (B.S.T) .

خامساً - المعالجة النفسية

- من حيث أن كل علاقة علاجية حقيقية تشمل المعالجة النفسية ، فإن ذلك يعني أن مريض الفُصام لا يحرم ضمناً مما هو بالنسبة للمفهوم التقليدي معالجة نفسية ، وينبغي أن نراعي في ذلك :
- 1 - إن المعالجة النفسية بالمعنى الذي يشيع عن التحليل النفسي بما فيه ما يسمى التداعي الحر لا يفيد ، بل قد يضر .
 - 2 - إن المعالجة النفسية تركيبية تريبطية ، لا تفكيكية تحليلية ، أي أنها تُهدف إلى إعادة تركيب أجزاء النفس المتناثرة وتربطها في وحدة إنسانية فاعلة ، ولا نرمي إلى تفكيكها أكثر لفحص عمقها وجوهرها .
 - 3 - إن الدعم النفسي يصاحب التأهيل والعلاج الكيميائي والكهربي معظم الوقت .
 - 4 - إن المعالجة النفسية الدؤوب قد تصل إلى نتائج مناسبة مع المعالجة الدوائية والتأهيل .
 - 5 - يقال إن بعض أنواع المعالجة النفسية العميقة والمكثفة تأتي بنتائج مفيدة جداً في بعض الحالات المنتقاة ، إلا أنه ينبغي تذكر أنه لا يصلح لمثل ذلك إلا حالات نادرة خاصة ، وأن هذه المعالجة تستغرق وقتاً طويلاً وتكاليفها باهظة ولا يمكن تعميمها .

سادساً - المجتمع العلاجي

يعتبر المجتمع العلاجي من أنسب أنواع العلاج للفُصامي ، حيث يتيح جواً من التفاهم العملي المناسب ، والمشاركة ، كما يشمل المريض في جو عام منضبط مسامح في آن ، بما يحقق إجازة بديلة من المجتمع الأوسع ثم عودة تدريجية ، بدلاً من الانسحاب تماماً من المجتمع الخارجي الضاغط أو التسليم للانسحاق تحت شروطه . وفي المجتمع العلاجي تعطى معظم العلاجات ولكن بطريقة مناسبة للتكامل العلاجي .

سابعاً - المعالجة بالعمل work therapy والمعالجة بالنشاطات العلاجية

تساعد هذه المجموعة من المعالجات المريض النفسي في تجاوز وقفته والتغلب على انسحابه ، وفي استعادة تدريب قدراته ، والمشاركة مع آخرين في هدف مشترك ، والمقصود بالمعالجة بالعمل هو تنظيم جزء هام من وقت المريض لأداء عمل معين (يستحسن أن يكون في جماعة) له عائد واضح يضمن الاستمرار ، وينبغي أن ينظر إلى هذا العلاج على اعتبار أنه ليس مجرد ملء فراغ .

أما المعالجة بالنشاطات فيقصد بها الاهتمام بتنشيط كل القدرات الأخرى بشكل منتظم متناوب مع التهذبة الكيميائية وغيرها ، بحيث يستعيد الجسد نشاط إيقاعه ، وكذا يستعيد الوعي يقظة تواصله ، وهذا النشاط والتنشيط ليس مجرد رياضة بدنية أو تدعيم لياقة خاصة .

أما مفهوم العمل العلاجي ، فهو أن يكون العمل علاجاً تماماً مثل الأدوية أو المعالجة المزمنة لإيقاع الدماغ ، وهو يضبط بتوقيت وجرعات متزايدة ومتناقصة حسب الخطة العلاجية المتكاملة ، وهو يهدف أيضاً إلى إبلاغ المريض بقية الرسالة العلاجية التي تؤهله للفاعلية والتكيف في المجتمع .

ثامناً - المعالجة السلوكية والمعرفية

تفيد المعالجة السلوكية البسيطة في بعض الحالات المزمنة خاصة ، ولاسيما في تدعيم بعض أنواع السلوك العادية واللازمة للعودة إلى العناية بالذات والتكيف مع المجتمع .

أما المعالجة المعرفية فهي تساعد تماماً في إعادة تنظيم اللغة من جهة استعادتها لأداء نشاطها التواصلية ، كما تساعد في تريبط تشتت التفكير وتجاوز اضطرابه الجوهري .

تاسعاً - التأهيل

يعتبر التأهيل هو العلاج الأول لحالات الفُصام التي أزممت وانسحبت وكادت قدراتها تضمر لعدم الاستعمال ، ويشمل التأهيل عادة المبادئ الأساسية لكل العلاجات السابقة ، وكذلك يواكب استعمال بعض هذه العلاجات المناسبة بالجرعة المناسبة وللفترة اللازمة أثناء التأهيل .

عاشراً - المعالجة مع الأسرة والمعالجة مع المجتمع

يعتبر كل من المجتمع والأسرة من المتغيرات الهامة في استمرار بقاء مرض الفُصام ، وما لم تنتبه إلى قلب دورهم - إن كان سلبياً - ومشاركتهم في تدعيم كل الأهداف السابقة لما هو معالجة الفُصامي قد يعاق التقدم نحو الشفاء ، ويتأكد هذا بشكل خاص في العالم العربي خاصة حيث تمثل الأسرة (والمجتمع) عاملاً شديداً للتدخل في الصحة والمرضى .

متلازمات سريرية (إكلينيكية) ذهانية أخرى

1- اضطرابات الفُصام الوجداني (العاطفي)

schizo-affective disorders

بعض الحالات قد تجمع بين أعراض الاضطرابات الوجدانية (العاطفية) وبعض أعراض الفُصام بدرجة يصعب تصنيفها إلى أي منهما ، لذلك فقد صُنفت في فئة مستقلة تسمى اضطرابات الفُصام الوجداني (العاطفي) .

بالرغم من أن معظم التصنيفات العالمية قد اختلفت في تصنيف الفُصام الوجداني (العاطفي) . فالبعض قد صنف تحت فئة اضطرابات الفُصام والبعض قد صنف تحت فئة اضطرابات الوجدان (العاطفة) . ولكن المراجعة الم اشارة التصنيف، الذي الأمراض ICD-10 - للاضطرابات النفسية قد صنفته تحت فئة الاضطرابات الذهانية وليس تحت الفُصام ، كما كان يتبع في المراجعة التاسعة للتصنيف الدولي للأمراض ICD 9 - للاضطرابات النفسية .

وبائيات المرض

لم تحدد وبائيات الفُصام الوجداني (العاطفي) في صورته الحالية بدرجة كافية ، ولكن بعض النتائج تحدد وقوع المرض 5% إلى 8% أي بمتوسط 7% .

أسباب مرض الفُصام الوجداني (العاطفي)

حتى الآن لا نستطيع الجزم بالسبب الرئيسي لحدوث الفُصام الوجداني (العاطفي) وهناك أربعة تفسيرات لحدوث المرض تتلخص في :

- 1 - إما أن يكون نوعاً من أنواع الفُصام أو الاضطراب الوجداني (العاطفي) .
- 2 - أو أن يكون ممثلاً لكل من الفُصام والاضطراب الوجداني (العاطفي) .
- 3 - أن يكون فئة منفصلة تماماً ومختلفة عن كل من الفُصام واضطرابات الوجدان (العاطفة) .
- 4 - قد يمثل مجموعة ائتلافية أو غير متجانسة تجمع الاحتمالات السابقة .

وهذا هو الرأي المرجح في الفترة الحالية ، فبعض الحالات تضاف فيها الأعراض الوجدانية (العاطفية) إلى مرض فُصامي بصورة واضحة ، البعض الآخر تضاف فيها الأعراض الفُصامية إلى اضطراب وجداني (عاطفي) سابق - ولكن لا يجب استخدام تشخيص الفُصام الوجداني

(العاطفي) إلا عندما يكون كل من الأعراض الوجدانية (العاطفية) والأعراض الفُصامية متساويين في الوضوح في نفس النوبة .

الأعراض السريرية (الإكلينيكية)

حسب المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض ICD 10 - الاضطرابات النفسية والسلوكية ، تتبع الصورة السريرية (الإكلينيكية) للمرض إحدى الصور التالية :

- 1 - اضطراب فُصاميّ وجداني هوسيّ .
- 2 - اضطراب فُصاميّ وجداني اكتثابي .
- 3 - اضطراب فُصاميّ وجداني مختلط (هوسيّ - اكتثابي) .
- 4 - اضطراب فُصاميّ وجداني آخر غير محدد .
- 5 - اضطراب فُصاميّ وجداني آخر غير مصنف .

1 - اضطراب فُصاميّ وجداني هوسيّ

وهذه تجمع الصورة السريرية (الإكلينيكية) بين كل من أعراض الفُصام مثل الوهُامات (الضلالات) واضطهاد العظمة وبالإضافة إلى بعض أعراض الفُصام الأساسية (النموذجية) كاضطراب التفكير وخاصة إذاعة الأفكار أو التدخل في التفكير أو التحكم الخارجي في التفكير وقد توجد بعض الأصوات التي يسمعها المريض من مختلف أنواعها ، ويجب أن يوجد بشكل واضح في نفس الوقت زيادة في المزاج وزيادة في الابتهاج وارتفاع في تقدير الذات مع زيادة واضحة في النشاط .

2 - اضطراب فُصاميّ وجداني اكتثابي

وهنا تجمع الصورة السريرية (الإكلينيكية) كل من أعراض الفُصام (السابقة) وأعراض الاكتئاب الواضحة مثل فقدان الشهية واضطرابات النوم وهبوط في الطاقة الحركية وبطء في التفكير والشعور بالذنب مع بعض الأفكار الانتحارية) .

3 - الاضطراب الفُصاميّ الوجداني (العاطفي) المختلط

وهنا يوجد كل من الأعراض الفُصامية متواكبة في نفس الوقت مع أعراض اضطراب وجداني (عاطفي) ثنائي القطب مختلط .

5/4 - اضطراب الفصام الوجداني الآخر وغير المُصنَّف

حيث توجد الأعراض الفصامية ولكن لا تستوفي معايير تشخيص الفصام أو الهوس أو الاكتئاب .

مآل ومعايير اضطراب الفصام الوجداني (العاطفي)

تختلف درجة التحسن حسب الصورة السريرية (الإكلينيكية) للمرض ، والنتائج المتاحة قد أوضحت ما يلي :

1 - مآل مرض الفصام الوجداني الهوسي يشابه إلى حد كبير مآل الاضطراب الوجداني الثنائي القطب .

2 - مآل مرض الفصام الوجداني الاكتئابي - يشابه إلى حد كبير مآل مرض الفصام .

توجد بعض العوامل التي تضيء الطريق لتحديد مآل المرض .

(أ) الشخصية : يتحسن المريض ذو الشخصية السوية قبل بدء المرض ، وتقل نسبة التحسن كلما كان المريض يعاني من بعض الاضطرابات في الشخصية .

(ب) بدء المرض : ترتفع نسبة الشفاء في المرضى الذين يبدأ عندهم المرض فجأة ، وتقل في المرضى الذين يبدأ عندهم المرض تدريجياً .

(ج) العوامل الحافزة على المرض : نسبة الشفاء تزيد عندما توجد هذه العوامل الحافزة على المرض في البيئة المحيطة ، أما هؤلاء الذين يظهر عليهم دون مسببات بيئية فتكون نسبة الشفاء أقل ، لأن ذلك يرجح العامل الوراثي أو البيولوجي بدرجة كبيرة .

(د) الأعراض السريرية (الإكلينيكية) : يسوء مآل المرض حسب نوع الأعراض الفصامية وخاصة السوابق العائلية (الأعراض السلبية) .

(هـ) التاريخ العائلي (السوابق العائلية) : وجود تاريخ عائلي للفصام يعتبر مؤشراً لسوء المآل ، وعلى العكس إن وجود سوابق عائلية (تاريخ عائلي) للفصام الوجداني (العاطفي) أو اضطرابات الوجدان (العاطفة) تعتبر مؤشراً على ارتفاع نسبة التحسن .

ملحوظة : وجود أعراض فصامية أساسية أو نموذجية من المرتبة الأولى من أعراض شنايدر لا يؤثر على مسار المرض .

الشخص التفريقي

- 1 - الأمراض العضوية : مثل أمراض الجهاز العصبي وتصلب شرايين المخ أو التهاب السحايا أو بعض أنواع الصرع مثل صرع الأذن الصدغي .
قد تظهر في هذه الأمراض إلى جانب الصورة السريرية (الإكلينيكية) ، الميزة لها بعض أعراض الفصام الوجداني (العاطفي) ، وهنا تجب التفرقة حيث نجد بعض العلامات المصاحبة للأمراض العضوية مع زيادة في تشوش الوعي وضعف في القدرات العقلية والذاكرة والانتباه . وذلك بالإضافة إلى استعمال بعض الاستقصاءات المساعدة مثل تخطيط كهربية الدماغ أو التصوير المقطعي المحوسب .
- 2 - الفصام الوجداني (العاطفي) العضوي : قد ينتج عن تعاطي بعض الأدوية - مثل الكورتيزون والأمفيتامين - أو الأدوية التي تؤدي إلى الهلوسة مثل عقار الهلوسة (L.S.D.) . وهنا فالتفرقة تتضح من تاريخ المرض ، وكذلك سرعة دخول المرض وبعض الشوش في الوسي .
- 3 - كذلك يجب التفرقة بين كل الأسباب المؤدية إلى الفصام أو الاضطرابات الوجدانية (العاطفية) (كما سبق ذكرها) .

المعالجة

- 1 - الإدخال إلى المستشفى .
- 2 - المعالجة الدوائية - وتستعمل مضادات الذهان مثل معالجة الفصام .
- 3 - يعطى مرضى اضطراب الفصام الوجداني (العاطفي) الهوسى الليثيوم أو الكاربازيبام للوقاية من النكسات .
- 4 - قد يعطى مرضى اضطراب الفصام الوجداني (العاطفي) الاكتئابى مضادات الاكتئاب بالإضافة إلى الجلسات الكهربائية .

2- الاضطراب الوهامي (الضلالي) المشترك

هذا النوع من الاضطراب الوهامي (الضلالي) يعتبر نادراً إلى حد ما . وفيه يشترك شخصان تربطهما علاقة عاطفية وثيقة ، وفي هذ الحالة يكون الشخص المهيمن مسيطراً على الشخص الآخر الذي يتقل إليه الوهامات (الضلالات) وهو عادة ما يكون معتمداً على الشخص الأول (المريض الأصلي) .

وتنتقل الاعتقادات الوُهامية (الضلالية) حينما تكون العلاقة بين الشخصين وثيقة بشكل مبالغ ، وخاصة إذا كانوا في عزلة عن الآخرين إما بسبب اختلاف اللغة أو الثقافة .

السمات السريرية (الإكلينيكية)

- 1 - تقاسم شخصين (أو أكثر) نفس الوُهَامات (الضلالات) بحيث يؤيد أحدهما الآخر .
- 2 - وجود علاقة وروابط وثيقة بينهما .
- 3 - وجود دليل زمني بأن هذه الوُهَامات (الضلالات) قد انتقلت من الشخص المصاب إلى الشخص أو الأشخاص السابقين من خلال تعاملهم مع الشخص المريض .
- 4 - يجب استبعاد هذا التشخيص إذا كان الشخصان المقيمان معاً يعانيان من نوعين مختلفين من الوُهَامات (الضلالات) .

3- اضطرابات الوُهَام (الضلال)

delusion

هي اضطرابات دُهانية يكون العرض الرئيسي وربما الأُوحد هو وجود وُهَام (ضلال) مع عدم وجود أي دليل على إصابة المخ إصابة عضوية ، ويخلو صاحبها من أية أعراض وجدانية (عاطفية) كالتي تميز اضطرابات المزاج الكبرى ، ويتمشى مزاجه عادة مع محتوى الوُهَام (الضلال) ، أما عن محتوى الوُهَام (الضلال) فلا يكون شاذاً وغريباً مثل الفُصَام ، وتبقى شخصية المريض وتفكيره خارج موضوع الوُهَام (الضلال) متماسكة .

نبذة تاريخية

كان كريستان هينروث 1810 أول من أطلق كلمة بارانويا على حالات من المرض النفسي ، تبعه أيسكيروول عام 1838 بالاسم مونومانيا أو الجنون الأحادي ليعين أن هذه الحالات الوُهامية (الضلالية) تخلو من أي اضطراب في التفكير والسلوك وأنه غير شائع ، ثم كربلين 1921 والذي وصف حالات بأنها تبدأ بالتدرج وتتخذ مساراً مزمناً ، وميزها أيضاً عن الفُصَام بخلوها من الهلاوس والأعراض النفسية الأخرى وعدم تدهور الشخصية .

وفي التقسيمات الحديثة « المراجعة الثالثة للتصنيف الأمريكي المعدل والمراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض ICD-10 » فقد ضم اضطراب الوُهَام (الضلال) غير الزوري إلى هذه المجموعة مثل وُهَام (ضلال) العظمة والعشق والغيرة والجسَدنة وغيرها .

الوبائيات

تقدر نسبة انتشار هذا النوع في الولايات المتحدة بـ 0,03% ، وهي أقل كثيراً من نسبة الفصام (1%) واضطرابات المزاج (5%) وقد تكون النسبة أكبر من ذلك بكثير نظراً لأن غالبية المرضى لا يلجؤون للطب النفسي إلا إذا اضطرتهم الأهل والمحيطون إلى ذلك . ومتوسط عمر الإصابة بهذه الاضطرابات هو 40 سنة ولكن يتراوح ما بين 25-90 . وتصاب النساء أكثر قليلاً من الرجال ، كما تزيد النسبة نوعاً ما بين الفقراء والمهاجرين . ويبقى الكثير من المرضى مواظبين على عملهم رغم الإصابة بالوهام (الضلال) .

أسباب المرض

ما زالت الأسباب الحقيقية مجهولة ، وهناك اعتقاد عند البعض أنه نوع من أنواع الفصام أو اضطرابات المزاج ولكن الدراسات الوراثية لعائلات المرضى أثبتت أن اضطرابات الوهام (الضلال) مستقلة عن غيرها .

كما أنه يتبع الوهام (الضلال) ، على المدى البعيد نجد أنها لا تتحول إلى أي من النوعين الآخرين ، وهذا ينفي الافتراض بأنه نوع مبكر من اضطرابات المزاج أو من الفصام . ويوجه للبحث وراء العوامل البيولوجية التي تركزت حول إصابة الجهاز الحوفي limbic والعقد القاعدية ، نظراً لأن الإصابة العضوية في هذين الجزئين من المخ تعطي أعراضاً شبيهة في مرضى المجموع العصبي ، ولكن لم توجد حتى الآن أية إصابة واضحة في مرضى اضطراب الوهام (الضلال) .

ومن الأسباب النفسية والاجتماعية يرجح بعض العلماء أن العزلة الاجتماعية وعدم تحقيق الذات وفرط الحساسية واللجوء إلى الخيل الدفاعية الزائدة مثل الإسقاط والإنكار والمغالاة يساعد في تكوين الوهام (الضلال) . وقد افترض فرويد أن الشذوذ الجنسي الكامن في العقل الباطن لهؤلاء المرضى يكون سبباً وراء هذا الاضطراب ، وعموماً ، فإن هؤلاء المرضى يتميزون في سوء الظن في العلاقات بين الناس ، وربما يكون هذا استمراراً لما أحسوا به في فترة النمو داخل أسرهم ، والتي تتميز أحياناً بأبٍ بعيد وقاسٍ وأم مفرطة في التحكم .

الأعراض السريرية (الإكلينيكية)

يتميز هؤلاء المرضى بحسن المظهر والأداء الطبيعي لواجباتهم اليومية ، وقد يبدو منهم ما يوحي بشكهم وتصرفهم ، فعند فحصهم قد يتعمد المريض المشاكسة لإنهاء الحوار مع الطبيب ، أو قد يلجأ إلى إحراج الطبيب لأخذ موافقته الضمنية على الوهام (الضلال) ، ويجب الاحتراس من ذلك لأن هذا يضر بمسار العلاج فيما بعد .

ويتمشى مزاج المريض مع نوع الوهام (الضلال) ، ففي معتقدات المعظمة يكون مبهجاً ، وفي معتقدات الاضطهاد يكون مكتئباً أو حذراً ، ولا توجد في هؤلاء المرضى هلاوس واضحة أو مستمرة ، ونادراً ما تحدث بعض الهلاوس السمعية والمتماشية مع موضوع الوهام (الضلال) ، ولا توجد أي اضطرابات في التفكير ، غير أن المريض عند مناقشته في موضوع الوهام (الضلال) يكون مسهباً ويعنى بالتفاصيل ، ويمتلى كلامه عندئذ بتفسيرات شخصية ، ويتميز الوهام (الضلال) عن غيره من الأمراض الذهانية بأنه أقرب إلى احتمالات الواقع .

ومن الضروري في تقييم حالات الوهام (الضلال) أن نقيم مدى قدرة المريض على التحكم في اندفاعاته ، وذلك بمعرفة تصرفه السابق إزاء وهاماته (ضلالاته) من ميل للعنف أو الانتحار أو ربما القتل ، وإذا كان تحكمه في السابق ضعيفاً فهذا يساعد الطبيب على فتح الحوار مع المريض بالعلاج ، وذلك لمساعدته في التحكم في اندفاعاته .

سير المرض ومآله

يبدأ المرض ببعض الأحداث الاجتماعية التي تخلق جواً من الشك ، ومعظم الحالات تبدأ بالتدرج ، وتزداد الشكوك المبدئية تعقيداً وإحكاماً ، وعلى المدى البعيد تخفي الوهامات (الضلالات) في 50% من الحالات ، وتخف حدتها في 20% من الحالات ، وتستمر كما هي في 30% من الحالات الباقية .

والتنبأ بالمآل الجيد يعتمد على وجود قدرة جيدة على ممارسة العمل والعلاقات الاجتماعية الجيدة ، والتأقلم مع ظروف الحياة ، والبداية الحادة وقصر مدة الاضطراب مع وجود عوامل مُرسِّبة-precipi- tating ، وفي المرضى من الإناث وقبل سن الثلاثين فإن وهامات (ضلالات) الاضطهاد والعشق والجسدنة يكون مآلها أحسن من الغيرة والعظمة .

التشخيص

لاضطراب الوهام (الضلال) نوعان رئيسيان :

- 1 - اضطرابات الوهام (الضلال) الحادة : وتحدث في فترة تمتد أسبوعين ما بين انتقال المريض من الحالة الطبيعية إلى حالة الذهان الواضحة وحتى ثلاثة أشهر .
- 2 - اضطرابات الوهام (الضلال) المستمر : وهنا تستمر الوهامات (الضلالات) فترة لا تقل عن 3 أشهر .

وله أنواع أخرى وفق المضمون ، وهي مرتبة حسب شيوعها إلى خمسة أنواع هي :

(أ) الوُهَامَات (الضلالات) الاصطناعية

ويكون المضمون بسيطاً أو معقداً في موضوع واحد أو موضوعات متشابهة ، مثل مؤامرات الغش والخداع والتجسس والمراقبة أو الإضرار بالسلم أو الأدوية أو محاولة إعاقة الأهداف ، ويتخذ المريض من أحداث تافهة نواة يبني عليها قصة الوُهَام (الضلال) ، ويكون في العادة حانقاً غاضباً ، وقد يلجأ للعنف ضد من يتصورهم أعداءه .

(ب) وُهَامَات (ضلالات) الغيرة

وفيها يتصور المريض من الجنسين أن الطرف الآخر غير مخلص له ، ويتخذ من أحداث تافهة مصدراً لشكوكه ، وقد يلجأ إلى تصرفات غير عادية ، كأن يصبر على حبس زوجته بالمنزل أو تتبُّعها سراً أو يدير استجواباً مستمراً أو قد يلجأ للعنف .

(ج) وُهَامَات (ضلالات) العظمة

وفيها يعتقد المريض أنه يمتلك موهبة فائقة أو بصيرة نافذة ، أو أنه قد وصل إلى اكتشاف هام ، أو أن له علاقة غير مرئية بشخصية هامة حية أو ميتة ، وقد تكون محتويات الوُهَام (الضلال) دينية ، وبعض هؤلاء ينجحون في أن يقودوا بعض الطوائف الدينية المتطرفة .

(د) وُهَامَات (ضلالات) العشق

وهنا يعتقد الشخص أنه محبوب من أحد المشاهير أو الرؤساء من طبقة اجتماعية متميزة ، ويكون هذا الحب رومانسياً ملانكياً ، وقد يصاحب هذا الوُهَام (الضلال) محاولات للاتصال بالمحبوب عن طريق الخطابات أو الهاتف أو الهدايا أو الملازمة المستمرة ، ونادراً ما يبقي المريض هذا الوُهَام (الضلال) سراً ، وغالبية الحالات السريرية (الإكلينيكية) تكون من النساء ، ولكن الغالبية التي تعرض على الطب النفسي الشرعي (الجنائي) تكون من الرجال الذين يلجأون إلى العنف أحياناً لحماية وإنقاذ من يتصورون أنه يحبهم من مخاطر .

(هـ) الوُهَامَات (الضلالات) الجسدية

وهنا قد يعتقد المريض أن الروائح الكريهة تنبعث من جسده (من جلده أو فمه أو شرجه أو مهبلها) ، أو أنه يعاني من حشرات ترح على جلده أو داخله ، أو أنه يعاني من طفيليات غريبة ، أو أن أجزاء من جسمه مشوهة أو قبيحة ، أو أن هناك ما يشير في جسمه أو مشيته أنه ساذ ، أو أن أجزاء من جسده لا تعمل مثل القولون .

التشخيص التفريقي

يجب استبعاد الاضطرابات التالية :

- 1 - أمراض المجموع العصبي العنصرية وخاصة التي تصيب منطقتي الجهاز الحرفي limbic والمقد القاعدية ، وهنا قد تظهر بعض الوهُامات (الضلالات) . ولكن الفحص الباطني والعصبي مع إجراء الفحوص المختبرية (المعملية) والقياس النفسي مثل اختبار بندرجشتت واختبار وكسلر للذاكرة وتخطيط كهربية الدماغ أو التصوير المقطعي المحوسب تكون ذات أهمية في التفرقة .
- 2 - تفرق حالات الهذيان بوجود تشوش في درجة الوعي يتموج مع وجود اضطراب في القدرات المعرفية .
- 3 - حالات الحَرْف المبكرة مثل مرض آلزهايمر قد تعطي صورة شبيهة ولكن القياسات النفسية للقدرات المعرفية تساعد في التشخيص .
- 4 - هلاوس الكحول والمنبهات مثل الأمفيتامين أو معاقرة الحشيش أو دواء إل - الدوبا L-dopa وكلها تحتاج إلى تحاليل خاصة .
- 5 - حالات الادعاء والتَّصنُّع .
- 6 - أما حالات اضطراب الفُصام واضطرابات المزاج الكبرى فتفرقها بأن اضطراب الوهُام (الضلال) يخلو من عوارض الفُصام ، وأن الوهُام (الضلال) فيه يكون غير شاذ . وأحياناً تتشابه ضلالات العظمة والعشق والبهجة التي تصحبها مع حالات المرح . وتتشابه حالات الاضطرابات الجسدية مع حالات الاكتئاب ، ولكن خلو المرض من أعراض الاضطراب المزاجي ومنار المرض يفرق هذه الحالات .
- 7 - أما اضطراب الشخصية البارانوي (الزوري) فيتميز بفرط الشكوك في كل شيء دون وجود وُهام (ضلال) محدد .

المعالجة

يكون دخول المستشفى ضرورياً في الحالات التي يحتمل فيها الانتحار أو تظهر فيها الميول العدوانية ، أو تعرض العمل والعلاقات الأسرية للخطر والتمزق ، وأحياناً لعمل اختبارات تشخيصية ، وعلى الطبيب محاولة إقناع المريض بالدخول ، وقد يقبل المريض بالدخول للمستشفى رغم عدم اقتناعه بجدوى ذلك خوفاً من التعرض لمشاكل قانونية .

المعالجة الدوائية

قد تحتاج بعض الحالات الحادة إلى أحد المهدئات الكبرى عن طريق الحقن العضلي ، ولكن يفضل في الحالات المزمنة أن تعطى الأدوية بالفم ، وغالباً ما يرفض المرضى أخذ الدواء لأنهم يخشون حدوث أعراض جانبية ، وقد يدخلون هذه الآثار في نسيج وهاماتهم (ضلالاتهم) .

ولذا يستحسن إيضاح العوارض الجانبية للمريض حتى لا تثار شكوكه ، ويستحب عدم البدء في وصف العلاج قبل أن تبنى مع المريض علاقة الألفة .

وإذا كان المريض قد عولج من قبل بالأدوية فإن أحسن مؤشر لاختيار الدواء الصحيح هو تاريخ سابق باستجابة حسنة لصنف معين ، ويستحسن البدء بجرعة بسيطة مثل دواء الهالوبريدول Haloperidol (1.5 ميلي غرام يومياً مثلاً) تزداد تدريجياً إلى جرعة معتدلة ، وإذا لم يستجب المريض في خلال ستة أسابيع تستعمل فصيلة أخرى من المهدئات الكبرى . والشائع في عدم الاستجابة للأدوية هو عدم مداومة المريض على العلاج ، وإذا لم يستجب المريض للمهدئات الكبرى فجب إيقافها ، أما من يستجيبون فإن جرعة المداومة عادة تكون قليلة ، ولا يوجد دليل على أن مضادات الاكتئاب أو دواء الليثيوم Lithium أو الكربامازين Carbamazepine لها فائدة في علاج اضطراب الوهام (الضلال) .

المعالجة النفسية

المحور الرئيسي للمعالجة النفسية الناجحة هو بناء علاقة ثقة جيدة مع المريض ، والعلاج الفردي أجدى من العلاج الجماعي ، ويجب الحذر من موافقة المريض على وهاماته (ضلالاته) ، كما يجب عدم تحديه ، وقد يستجيب المريض ويتعاون في العلاج عند استعداد المعالج لتقديم المساعدة في زيادة السيطرة على القلق والملل الذي يعاني منه المريض دون مواجهته بملاج الوهام (الضلال) مباشرة .

ومن الضروري ألا يكون المعالج متردداً في طريقه ، ويجب أن تكون مواعيد المريض منتظمة قدر الاستطاعة بعيداً عن التدليل ، كما يجب أن لا يسخر الطبيب من وهام (ضلال) المريض بأي تلميح أو إثارة ، ولكن قد يبين له أن انشغاله بهذا الفكر يجهده وينغص عليه حياته ، وحينما يبدأ المريض في التذبذب في وهاماته (ضلالاته) يحاول المعالج تقوية اتصاله بالواقع وذلك باستنهاض همته نحو الشؤون الواقعية .

كما يجب إشراك أهل المريض في لحظة المعالجة دون أن يبدو على الطبيب أنه قد انحاز إلى جانب (الأعداء) ، وعلى أقارب المريض أن يعلموا أن سرية المريض محفوظة ، وأن ما يخص المريض سيناقش معهم في وجوده في وقت ما ، وبهذا فقد يساند الأهل الطبيب والمعالجة .

مآل المعالجة النفسية

المعالجة النفسية تفترض أن علاقة المعالج مع المريض تقوى دفاعاته وتقوي الأنا وتثبط دوافع المريض ، وبذلك يتمكن المريض من التكيف رغم معتقداته التي تبقى لمدة طويلة ، ويتعلم المريض بهذا أن يميز المواقف التي تثير الوهُام (الضلال) . والنتيجة الجيدة تعتمد على كفاءة المعالج ، ويظهر ذلك في تحسن التكيف الاجتماعي أكثر منه في اختفاء الوهُام (الضلال) .

4 - اضطرابات ذُهانية حادة عابرة

- وهي تأخذ عدة صور سريرية (إكلينيكية) مختلفة - مثل :
- 1 - اضطراب ذُهاني حاد متعدد الأشكال غير مترافق بأعراض فُصام .
 - 2 - اضطراب ذُهاني حاد متعدد الصور مع أعراض فُصام .
 - 3 - اضطراب ذُهاني حاد شبه فُصامي .
 - 4 - اضطرابات ذُهانية حادة أخرى وهامية (ضلالية) في الأغلب .
 - 5 - اضطرابات ذُهانية حادة وعابرة أخرى .
 - 6 - اضطراب ذُهاني حاد ومؤقت أو عابر - لم يتم تصنيفه في مكانٍ آخر .

5 - الاضطراب الفُصامي الطابع schizophreniform disorder

وهذا النوع من الاضطراب يتميز بوجود تصرفات غير مألوفة للمريض مع اضطراب واضح في التفكير والحواس . قد تماثل إلى حد ما صورة الفُصام ، ولكن لا توجد أعراض فُصامية مميزة ومتعددة في أي مرحلة ولكن عادة تأخذ الصورة بعض المواصفات التالية :

- 1 - وجود وجدان متجمد أو متحفظ .
- 2 - وجود بعض التغيرات في التصرفات أو المظهر بحيث يبدو غريباً أو شاذاً .
- 3 - فقر في المعاملات العاطفية مع الآخرين مع ميل للعزلة والانطواء الاجتماعي .
- 4 - معتقدات شاذة وغريبة مثل السحر والشعور بالقدرة على الهيمنة والتحكم في الأشياء المحيطة لا تتماشى مع المعتقدات السائدة في البيئة المحيطة .
- 5 - أفكار زورِيَّة .

- 6 - اجترارات وسواسية بدون مقاومة داخلية ، غالباً ما يكون محتواها إما جنسي أو عدواني ،
أوشعور بتشوه في الشكل العام للمريض .
- 7 - مشاعر إدراكية غير عادية مثل - اختلال الأدوات أو اختلال البيئة أو بعض الخداعات الحسية .
- 8 - غالباً ما يتصف التفكير بوجود غموض أو تفصيلات غير مطلوبة ، أو تعقيد أو تكرار ، ولكن
دون فقدان للمعنى .
- 9 - نوبات عابرة من الاضطراب الذّهاني قد تصاحبها هلاوس سمعية . وخداعات بصرية ، وأفكار
شبه وهامية (ضلالية) تحدث عادة بدون استثارة خارجية . ولا ينصح باستخدام هذا التشخيص
على نطاق واسع ، حيث أنه غير مميز وغير واضح وضوحاً تاماً عن الفُصَام البسيط أو الفُصَام
الزورري ، وكذلك غير مميز عن اضطراب الشخصية شبه الفُصَامي أو الزورراني ، لذلك يجب أن
نوضح أنه يجب توافر أكثر من ثلاث أو أربع سمات من السمات المميزة المذكورة سابقاً بشكل
مستمر أو نوبات لفترة لا تقل عن عامين ، ويجب ألا يكون المريض مستوفياً لشروط اضطراب
الفُصَام ، كما أن وجود تاريخ إصابة بالفُصَام في أحد أقارب الدرجة الأولى للمريض يعطي
وزناً إضافياً للتشخيص ولكنه ليس شرطاً مؤكداً .
- 10 - اضطرابات دُهانية غير عضوية .
- 11 - اضطراب دُهاني غير عضوي لم يتم تصنيفه في مكانٍ آخر .

اضطرابات المزاج mood والعاطفة (الوجدان affecti)

الأستاذ الدكتور أحمد عكاشة
الأستاذ الدكتور إدريس الموسوي
الأستاذ الدكتور سالم نجم
الأستاذ الدكتور الصديق الجدي

وتشمل :

- 1 - نوبات الاكتئاب depression ،
- 2 - نوبات الهوس mania ،
- 3 - الاضطراب المزاجي الثنائي القطب bipolar mood disturbances (نوبات من الاكتئاب والهوس) ،
- 4 - اضطراب عسر المزاج dysthymia ،
- 5 - اضطراب المزاج النوبي episodic .

أهم سمات اضطرابات المزاج

- 1 - اضطراب أولي في المزاج وتنبع كل الأعراض الأخرى من هذا المزاج الذي إما أن يكون حزناً وأسى أو بشكل اكتئاب أو سعادة وتيه وتفخيم وهوس أو مرح .
- 2 - دورات نوبية من الاكتئاب إلى المرح يتخللها مراحل من المزاج السوي .
- 3 - إمكانية الشفاء في معظم الحالات

واضطرابات المزاج من أكثر الاضطرابات النفسية شيوعاً ، إذ تتراوح نسبتها بين 4-7% بين مجموع السكان ، أي يوجد حوالي عشرة مليون مكتئب في العالم العربي ، ويجب أن نفرق بين الأعراض الاكتئابية وهي شائعة ، وقد بينت بعض دراسات المسح الوبائي أن هذه الأعراض منتشرة بنسبة 30-35% من السكان ، وبين الاكتئاب . والاكتئاب أحد أسباب الانتحار الهامة ، إذ أن

الإحصائيات تؤكد أن 50-70% من المنتحرين في العالم يعانون من اضطراب اكتئابي ، وتنتشر حالات الاكتئاب بين الطبقات العليا في المجتمع ، والمهنيين ، والإناث ، وتكثر في الربيع وأوائل الصيف .

الأسباب

1 - **البيئة** : إن تراكم كروب الحياة ، والأحداث المختلفة تؤدي إلى ترسيب precipitate الاستعداد ، وينتشر اضطراب المزاج بين كبار السن ، وغير المتزوجين ولاسيما عند من يعاني من البطالة ، وعدم وجود الترابط وفقدان المساندة الاجتماعية في البيئة .

2 - **الوراثة** : تلعب الوراثة دوراً هاماً في اضطراب المزاج حيث يظهر في التوائم المتشابهة بنسبة 68% ، وفي الإخوة بنسبة 30% ، وإذا كان أحد الوالدين يعاني من الاكتئاب فالنسبة بين الأبناء حوالي 12% .

3 - **عوامل عضوية** : ينتشر هذا الاضطراب قبل الدورة الشهرية ، وفترات توقف الطمث وبعد الولادة ومع الوذمة المخاطية myxedema ، ومرض كوشينغ Cushing disease ، والمعالجة بالكورتيزون ، كذلك مع أمراض المرارة ، والالتهاب الرئوي ، وأورام المخ ومع استعمال أدوية خفض الضغط مثل السيربازيل والميثيل دوبا وحبوب منع الحمل .

4 - **عوامل كيميائية** : وجد ترابط بين زيادة حساسية المستقبلات العصبية التالية للتشابك العصبي postsynaptic خاصة مستقبلات السيروتونين والدوبامين والنورأدرينالين وبين هذا الاضطراب ، وأن كمية هذه النواقل العصبية neurotransmitters تقل في التشابك العصبي synapsis ، وأن عمل الأدوية المضادة للاكتئاب هي زيادة كمية النواقل العصبية neurotransmitters في التشابك وخفض الحساسية في المستقبلات التالية للتشابك .

كذلك لوحظ زيادة في كمية الكورتيزون في الدم ، مما يتضح منه حدوث اضطراب في محور الوطاء hypothalamus - النخامية pituitary - الكظر adrenal .

الأعراض السريرية (الإكلينيكية) :

(أ) نوبة الاكتئاب depression

1 - **المزاج السوداوي** ويتميز بشدته صباحاً والتحسن مساءً ، وأهم الأعراض الإرهاق والإعياء والتعب ، وعدم القدرة على مواصلة العمل ، وفقد الاهتمام بمباهج الحياة ، ويصبح المريض عندما يشتد الاضطراب عاجزاً ، يائساً مع خوف وسلبية ناحية الماضي والحاضر والمستقبل .

2 - أعراض نفسية : وأهمها الشكوى من أعراض بدنية مختلفة ، وآلام جسمية من الصداع إلى آلام الظهر ، إلى الاختناق ، والشعور بضغط على الصدر ، وآلام روماتزمية . وتشهد أيضاً هذه الأعراض صباً واحاً مع الاحساس بفقدان أهمية ما يعمل وما بنجزه ، والفشل والفقر والشعور بالذنب والتنقيب في الماضي لإيجاد سبب يفسر به إحساسه بالذنب والخطيئة .

وقد يعاني المريض من وهامات (ضلالات) الاضطهاد أو العدمية (أعضاء الجسم لا تعمل بكفاءة مثل الجهاز الهضمي توقف عن العمل ، الرئة متوقفة عن النفس ، القلب لا يدق ، المخ فارغ ...) ، وأحياناً هلاوس سمعية يغلب عليها الإهانة والسب والشعور بالذنب وتتماشى مع المزاج الاكتئابي ، وأحياناً يعاني المريض من أعراض تبدد الشخصية والغربة عن الواقع (تبدل إدراك الواقع) .

3 - أعراض سلوكية :

- (أ) يعاني المريض من هبوط حركي شديد قد يصل إلى حد الغيبوبة الجامودية catatonic coma ، أو هياج وكثرة حركة وتوتر شديد .
- (ب) محاولات الانتحار وقد يصل معدل الانتحار في مرضى الاكتئاب إلى 15% .
- (ج) الانعزال الاجتماعي ، وإهمال النظافة والبعد عن المجتمعات والعمل .

4 - أعراض فزيولوجية :

- (أ) الأرق وخاصة اليقظة قبل الفجر بعكس القلق الذي يسبب صعوبة في بدء النوم .
- (ب) فقد الشهية وفقد الوزن .
- (ج) فقد القدرة الجنسية واضطراب الطمث .
- (د) الإمساك .

ولا يظهر الاكتئاب بكل المتلازمات السابقة ، ولكنه يقتصر على بعضها ، فمن المعروف الآن أن هناك الاكتئاب المقنع أو الباسم ، الذي يغيب فيه المزاج الاكتئابي وتكثر فيه الشكاوى البدنية والفسولوجية والإعياء ... وهكذا .

وكان المصطلح الذي يستعمل سابقاً هو الاضطراب السوداوي (melancholia) ، وهو اكتئاب شديد يظهر في السن المتأخرة ، وكذلك الاكتئاب الداخلي المنشأ والخارجي المنشأ (النفسي والاجتماعي) ، وقد دلت الأبحاث الحديثة من عدم جدوى هذه الأسماء .

ولا يُشخص الاكتئاب إلا إذا مرت فترة لا تقل عن أسبوعين في هذا المزاج السوداوي ، ويقسم الآن إلى خفيف ومتوسط ووخيم ، وذلك حسب شدة الأعراض ووجود الأعراض الدُهانية .

(ب) نوبة الهوس mania

وهو مزاج يعاكس الاكتئاب ويتميز بالآتي :

- 1 - النشاط الزائد غير المثمر والذي لا يؤدي إلى هدف معين .
- 2 - ارتفاع المزاج ، والإحساس بالقوة والسيطرة والعظمة ، مع الاستهانة بالمجتمع ، ونقد وتحقير الآخرين ، وغياب اللياقة الاجتماعية ، والثقة المفرطة في الذات .
- 3 - كثرة الكلام والمجادلة والمشاجرة مع اختيار ألوان زاهية غير مناسبة في الملابس أو التبرج .
- 4 - تطاير الأفكار والقفز من موضوع إلى آخر مع تشتت الانتباه .
- 5 - وهامات (ضلالات) القوة والعظمة والذكاء والقدرة .
- 6 - الأرق والإفراط في الأكل ، مع زيادة الرغبة الجنسية .

(ج) الاضطراب العاطفي (الوجداني) الثنائي القطب

Bipolar affective disorder نوبات الاكتئاب والهوس **mania-depressive crisis**

عندما تتناوب دورات الاكتئاب والهوس تسمى بثنائية القطب ، وهذا الاضطراب هو أكثر أنواع اضطراب المزاج شيوعاً ، ويحتاج هؤلاء المرضى لعلاج وقائي حتى تمنع نوبات الاكتئاب والهوس والتي تؤثر تأثيراً بالغا على المريض والأسرة والممل .

(د) اضطراب خلل (عسر) المزاج

dysthymia disorder

وكان يطلق عليه سابقاً الاكتئاب التفاعلي reactive depression ، ويتميز بمزاج اكتابي مستمر لا تقل مدته عن سنتين ، ولا يتخللها مزاج سوي إلا لمدة لا تزيد عن شهر ، وتتميز أعراضه بإحساس دائم بالقنوط واليأس والأسى والزهدة ، وعدم التمتع ببهاج الحياة مع أعراض خفيفة من الأعراض السابق ذكرها في نوبة الاكتئاب .

(هـ) اضطراب المزاج النبوي

episodic mood disorder

اعتبر هذا الكيان السريري (الإكلينيكي) اضطراباً بعد أن كان يصنف تحت اضطرابات الشخصية ، ويتميز بنوبات دورية من المزاج السوداوي الاكتابي مع نوبات من السعادة والمرح ، ولا تصل شدة هذا الاضطراب للاضطراب الثنائي القطب ، ولكنه يستجيب للعلاج الوقائي الكيميائي .

مآل prognosis اضطرابات المزاج

تصير اضطرابات المزاج إلى مآل مختلف حسب شخصية المريض ، والعامل الوراثي ، والعوامل النفسية والاجتماعية المفجرة للنوبة ويمكن تلخيصها كالآتي :

- 1 - 10-15% من المرضى يعانون من نوبة واحدة أثناء حياتهم .
- 2 - 10-15% من المرضى يعانون من أعراض مستديمة طويلة الحياة بعد أول نوبة .
- 3 - 60-70% قابلون للنكسات التي تختلف من نوبتين أو ثلاث إلى متكررة (أكثر من ثلاث مرات) كل سنة .
- 4 - 15% ينجحون في الانتحار ، ولذلك يعتبر الاكتئاب من الأمراض القاتلة ، ويجب تشخيصه وعلاجه مكرراً لإنقاذ الحياة .

التشخيص التفريقي

يظهر في كثير من الأمراض العضوية أعراض الاكتئاب والهوس ، ولذا يجب الحرص في استبعاد هذه الاضطرابات قبل تشخيص نوبة الهوس أو الاكتئاب :

- 1 - الذمآن العضوي : خاصة زهري المجموع المعصي ، متلازمة الموز المناحي المكتسب (الإيدز) ، تصلب الشرايين ، أورام المخ الأولية أو الثانوية ، سرطان البنكرياس والقولون .
- 2 - الفصام : ولكن يتضح هنا اضطراب التفكير وأنواع الوهّامات (والضلالات) والهلاوس وعدم تناسب الوجدان .
- 3 - اضطرابات عصائية : يجب تفرقة الاكتئاب من اضطرابات القلق والاضطرابات التحولية والاضطرابات التفارقية (الانشاقية) .
- 4 - أمراض أخرى ، الكحولية ، وإدمان المخدرات ، الودمة المخاطية ، البلاغرا ... إلخ .

المعالجة

الإدخال في المستشفى : ودواعيه هي نفسها الدواعي اللازمة للبدء بالجلسات الكهربائية المزمنة لإيقاع الدماغ :

- 1 - الرغبة الملحة للانتحار .
- 2 - الهبوط الحركي أو التوتر الشديد .

3 - رفض العلاج أو الطعام والشراب .

4 - الوهَّامات (الضلالات) القوية والشعور الشديد بالذنب .

5 - الأرق الحاد المستمر .

المعالجة النفسانية : خاصة المعالجة المعرفية العقلانية أو المعالجة النفسية عبر الشخصية والتي تناقش المشاكل الخاصة بالفرد .

المعالجة الكيميائية : (تناقش بالتفصيل في فصل العلاج)

الاكتئاب : مضادات الاكتئاب . تثمر مضادات الاكتئاب بشفاء الحالة في حوالي 60-70% من الحالات .

الهوس : مضادات الهوس (مثل هالوبريدول Holoferidol) .

تنائي القطب : عقار الليثيوم Lithium ليصل في الدم بين 0.6 ميلي غرام - 1.2 ميلي غرام في اللتر .

عسر المزاج : علاج نفسي - مضادات الاكتئاب .

المزاج الثربي : علاج نفسي - مضادات الاكتئاب .

العلاج الكهربائي لمزامنة إيقاع الدماغ : يناقش بالتفصيل في فصل العلاج .

وجدوى الجلسات الكهربائية يتراوح من 80-90% شفاء من الاضطراب ، ويحتاج المريض من 8-4 جلسات بواقع مرتين أسبوعياً ، وتعطي حالياً تحت التخدير والأدوية المرخية للعصلات والأكسجين ، ولذلك لا يوجد لها مضاعفات إذا استعملت في يد خبيرة مع الاحتياطات اللازمة ، وعدم إعطائها في الحالات التي لا يحتاجها .

المعالجة الجراحية :

من النادر استعمال هذه المعالجة حالياً إلا في الحالات المزمنة الشديدة الانتحارية التي لم تستجب للمعالجة الكيميائية والكهربائية لمدة طويلة في شخصية سوية ، وهنا تقع الألياف الموصلة من الفص الجبهي إلى المهاد ، وتستعمل الآن طريقة جراحية تعتمد على التوجيه الفراغي (الجسم) خاصة في التليف الحزامي .

اضطرابات المزاج الكبرى

major mood disturbances

الأستاذ الدكتور مصطفى كامل اسماعيل

نبذة تاريخية

يعود تاريخ وصف اضطرابات المزاج سواء بصورة الاكتئاب depression أو الهوس mania إلى عهود قديمة ترجع إلى سنوات قديمة قبل الميلاد ، فعلى سبيل المثال لا الحصر وصف بقراط سنة 400 ق.م. الهوس والسوداوية كاضطراب عقلي ومزاجي ، وتلاه كورنيلوس سنة 30 ق.م. الذي اعتقد أن نوبة الاكتئاب سببها يرجع إلى تراكم العصارة السوداء ، وجاء الفرنسيون مثل جوليه فالريه وجوليه باليرجير سنة 1854 ليصفا حالات اكتئاب وضيق شديدين ولكنها كانت تتماثل للشفاء ، وجاءت سنة 1882 ليصف الألماني كارل كالبوم اضطراب المزاج الدوروي ومراحله التي تتمثل فيها اضطرابات المزاج الاكتئابي والمرح الزائد .

وأخيراً وليس آخراً بلور الألماني إميل كرايلن سنة 1899 المفاهيم المختلفة لاضطرابات المزاج ليصف الاضطراب الهوسي الاكتئابي والذي اشتمل وصفه على الكثير من العلامات والأعراض المميزة لذهان الاكتئاب والهوس .

وبائيات المرض

تختلف وبائيات المرض ومعدلات حدوث الاضطرابات المزاجية تبعاً للأمناط المختلفة التي تتمثل بها اضطرابات المزاج ، فمثلاً إن معدلات الحدوث طوال الحياة للاكتئاب الأحادي القطب تصل إلى حوالي 6% ، بينما تمثل معدلات حدوث الاضطراب الوجداني الثنائي القطب حوالي 1% . ويؤثر على معدلات الحدوث عوامل مختلفة منها :

العمر : فمتوسط عمر الأفراد المعرضين للإصابة بالاكتئاب الأحادي القطب سن الأربعين ، بينما ينخفض هذا المتوسط إلى سن الثلاثين في حالات الاضطراب الوجداني الثنائي القطب .

الجنس : والملاحظة العامة بغض النظر عن اعتبارات البيئة والثقافة هو حدوث الاكتئاب الأحادي القطب بمعدلات مضاعفة في الإناث ، وتساوى معدلات الحدوث بين الجنسين في حالات الاضطراب الوجداني الثنائي القطب ، ولا يوجد اختلاف في نسبة الحدوث بين الصور المختلفة .

وتزداد معدلات حالات الاكتئاب بنوعيه في الأشخاص المحرومين من الروابط الاجتماعية الوثيقة ، وكذلك بين المطلقين والمنفصلين عنهم في المتزوجين ، وربما يكون الانفصال نتيجة وليست سبباً لظهور المرض ، وخاصة مرضى الاضطراب الثنائي القطب في سن مبكرة ، مما يسبب هدم الحياة الأسرية في تلك الحالات .

ويجدر الإشارة هنا إلى أن المستوى الاقتصادي والاجتماعي لا يشكل عاملاً مميزاً لحالات الاكتئاب الأحادي القطب .

الأسباب

لا نستطيع أن نعزو اضطرابات المزاج إلى أسباب مؤكدة وثابتة برغم التقدم البحثي الواسع ، ولكن مثل بقية الاضطرابات النفسية ، هناك عوامل ومسببات تميز هذا النوع من الاضطرابات مثل :

1 - العوامل البيولوجية

(أ) الأمينات البيولوجية : يعتبر النورابينفرين والسيروتونين من أهم الناقلات العصبية neurotransmitters التي يؤدي الاضطراب في معدل تكوينها وتواجدها أو الموازنة بين وجودها وحساسية مستقبلاتها إلى الاضطرابات في المزاج ، وقد ثبتت هذه الحقائق من خلال كثير من الدراسات وبأساليب تقنية متقدمة جداً أجري فيها حساب نواتج وآثار عمليات الاستقلاب (الأيض) في السائل النخاعي مما يعكس مقدار وآثار نشاط هذه الناقلات .

(ب) الأحماض الأمينية (كناقلات عصبية) مثل الغابا GABA والبيبتيدات النشطة المفعول مثل الفازوبرسين والأفيونات الداخلية والتي لا يمكن إهمال دورها كعامل مسبب سواء بالزيادة أو النقصان .

(ج) الاتزان في إفراز الغدد الصماء ذات العلاقة الوثيقة بالجهاز العصبي ، مثل إفرازات الغدة الدرقية والغدة الكظرية واتصالهما مع الغدة النخامية ومنطقة الوطاء hypothalamus والذي يتأثر ويؤثر في الحالة المزاجية بصورة واضحة ، حيث أثبتت الدراسات أن السبيل العصبي البيولوجي الذي يبدأ بالغدد النخامية ومنطقة الوطاء hypothalamus وينتهي بالغدة الكظرية من أهم الممرات البيولوجية التي يؤدي اختلال التوازن بين مكوناتها إلى الاضطرابات البيولوجية المساهمة في حدوث الاكتئاب والاضطراب الوجداني الثنائي القطب .

2 - العوامل الوراثية

يلعب العامل الوراثي في اضطرابات المزاج الكبرى دوراً رئيسياً وخاصة في الاضطراب الوجداني الثنائي القطب ، ويتضح من الدراسات أن نسبة الإصابة بالمرض قد تصل إلى حد أن حوالي 50%

من المرضى المصابين باضطراب وجداني ثنائي القطب يعاني فيها أحد الوالدين من اضطراب وجداني . أما إذا كان أحد الأباء يعاني من حالة اضطراب وجداني ثنائي القطب فإن حوالي 27% من أبنائه تكون لديهم الفرصة لحدوث اضطراب وجداني وإذا أصيب كلا الوالدين باضطراب وجداني ثنائي القطب فإن النسبة بين أطفالهما قد تتراوح بين 50 إلى 75% . أما عن نوع الجينات أو المورثات أو طريقتهما فقد اختلفت الأبحاث ، ولكن تتفق معظمها على أن الجينات أو المورثات تكون سائدة سيادة غير كاملة التعبير مع وجود تداخل بين العوامل الوراثية والعوامل البيئية ، وتلعب العوامل البيئية دوراً رئيسياً في إظهار الاستعداد الوراثي .

وقد أظهرت بعض الدراسات الارتباط بين الاضطراب الوجداني الثنائي القطب والصبغي X . وقد أظهرت دراسات أخرى في بعض العائلات ارتباط الاضطراب الوجداني الثنائي القطب مع الصبغي 11 .

3 - العوامل النفسية

1 - أحداث الحياة وكرب البيئة

تعرضت أحداث الحياة وكرب البيئة لدراسات كثيرة ، وأهم ما وجد في هذا المجال فقد أحد الوالدين قبل سن الحادية عشر وفقد الزوج فيما بعد ، ولكن لم توجد علاقة لهذه العوامل مع الهوس .

2 - تركيب الشخصية في الفترة السابقة للمرض

لا توجد شخصية مميزة يصيها الاكتئاب الأحادي القطب ، ولكن الشخصية تكون مهينة للاضطراب الثنائي القطب فيما بعد .

3 - النظريات التحليلية

فسر كارا، أبراهام الاكتئاب بأنه نتيجة عدم إشباع للمرحلة الفموية مع فقد الشبق libido ، والذي ينتج عنه نكوص الأنا عن وظيفته الناضجة إلى بعض المراحل الأولية مثل المرحلة الفموية . أما فرويد فقد أشار بأنه عندما يصاب الأنا بمقدان عزيز أو خيبة أمل فإنه ينكص إلى حاجته الأولية مستعملاً حياً دفاعية لا شعورية مثل الإسقاط والإدماج والنكوص لانقاص عواطفه تجاه موضوع الحب المفقود ، ويؤدي ذلك إلى أن يمتص المريض طاقته ويوجهها إلى ذاته ، وبهذا يتجه العنف والعدوان ناحية الأنا . أما بالنسبة لنوبات الهوس فقد كان يرى أن هذا الارتداد يؤدي إلى تعبير عن الحرية الطفولية وإطلاق العنان لكل الغرائز .

4 - نظريات التعلم وهي ترى أن إحساس العجز قد ينتج من خبرات سابقة ، ودليل هذه النظرية مبني على دراسة أثر التعلم في الحيوانات التي تتعرض لصدمات كهربائية مؤثرة لا يستطيع الحيوان تجنبها ، وبذلك فإن هذه النظرية تفتح مجال العلاج السلوكي لمرضى الاكتئاب .

5 - النظرية المعرفية وحسب هذه النظرية يعتبر الاكتئاب ناتجاً عن وجود سوء تفسير معرفي لدى المريض ، يؤدي إلى تكوين نظم فكرية سلبية من ناحية نظراته لذاته أو لخبراته المعاصرة أو نظراته للمستقبل .

من هنا يتركز العلاج السلوكي والمعرفي نحو تحديد وتصحيح استراتيجيات التفكير وتعديل الأفكار السلبية مع إعادة تقييمها في الاتجاه الصحيح .

تصنيف اضطرابات المزاج

تبعاً للمراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض (منظمة الصحة العالمية) :

1 - نوبة هوس

episode of mania

(أ) هوس خفيف hypomania

(ب) هوس بدون أعراض ذهانية without psychotic symptoms

(ج) هوس مع أعراض ذهانية with psychotic symptoms

2 - اضطراب وجداني (عاطفي) ثنائي القطب

bipolar affective disorder

(أ) هوس خفيف الشدة (النوبة الحالية)

(ب) هوس بدون أعراض ذهانية (النوبة الحالية)

(ج) هوس مع أعراض ذهانية (النوبة الحالية)

(د) اكتئاب متوسط أو خفيف الشدة (النوبة الحالية)

1 - بدون أعراض جسدية

2 - مع أعراض جسدية

(هـ) اكتئاب شديد (النوبة الحالية)

1 - بدون أعراض ذهانية

2 - مع أعراض ذهانية

3 - نوبة اكتئابية

episode of depression

- 1 - نوبة خفيفة بدون أعراض جسدية أو مع أعراض جسدية
- 2 - نوبة متوسطة الشدة بدون أعراض جسدية أو مع أعراض جسدية
- 3 - نوبة شديدة بدون أعراض ذهانية أو مع أعراض ذهانية
- 4 - اضطراب اكتئابي متكرر
- 5 - اضطراب وجداني مستمر
- 1 - عسر المزاج
- 2 - المزاج النبوي
- 6 - اضطرابات مزاجية أو وجدانية أخرى
- 7 - اضطرابات وجدانية غير محددة

الأعراض السريرية (الإكلينيكية)

توجد صورتان أساسيتان لاضطراب المزاج أو الاضطراب الوجداني (العاطفي) وهي الاكتئاب والهوس . وصورة الاكتئاب في مرض الاضطراب الوجداني (العاطفي) الثنائي القطب تكون متشابهة إلى حد كبير لما تكون عليه صورة الاكتئاب في مرض الاضطراب الوجداني (العاطفي) الأحادي القطب .

والأعراض عادة تزحف نحو المريض ببطء ، ولكنها في بعض الأحيان قد تظهر فجأة بعد عوامل مثيرة في البيئة .

نوبة الاكتئاب

1 - الوصف العام أو المظهر الخارجي : يتميز مرض الاكتئاب بالهيبوط الحركي ، والشعور بالخمول الجسدي والذهني والذي قد يصل أحياناً إلى التخشب الحركي ، وفيه يتوقف المريض عن الحركة والطعام والكلام وقد يحدث العكس ويصبح المريض في حالة شديدة من الإثارة والتهيج والاضطراب .

2 - المزاج : الاكتئاب هو أهم عرض وأوضح ظاهرة ، ورغم ذلك فإن حوالي 50% من المرضى قد يخفون إحساسهم بالاكتئاب فلا يظهر في تعبيراتهم ، ولكن غالباً ما يظهر في صورة اختلال في العمل أو في الحياة الاجتماعية .

3 - بعض الأعراض الفيزيولوجية مثل :

- (أ) اضطراب النوم والصعوبة في بداية النوم أو الاستيقاظ المبكر مع الشعور بالإرهاق والتعب .
- (ب) فقدان الشهية مع فقدان واضح للوزن ، وبعثبر تحسن الشهية وزيادة الوزن من علامات التحسن وبداية الشفاء .
- (ج) الإمساك .
- (د) الضعف الجنسي واضطراب الطمث .

4 - الوظائف النفسية في مريض الاكتئاب

قد تتأثر إلى حد شديد وتأخذ عدة مظاهر كالآتي :

- (أ) الوهُامات (الضلالات) - من أكثرها شيوعاً في مرض الاكتئاب الوهُامات (الضلالات) العدمية ، وتعني الإحساس بغياب أو فقدان وظائف أحد أعضاء الجسم ، وأحياناً تظهر وهامات (ضلالات) اضطهادية توأكب محتوى التفكير ، فيها يشعر المريض بأنه يستحق ذلك .
- (ب) الهلاوس - تظهر أحياناً مع مرض الاكتئاب بعض الهلاوس السمعية ونادراً البصرية ، وعادة يتوافق محتواها مع محتوى التفكير الكئيب ، وفي هذه الحالة تسمى (هلاوس مطابقة للمزاج) أو تكون غير مطابقة لمحتوى التفكير السوداوي وهي ما تسمى (بهلاوس غير مطابقة للمزاج) .
- (ج) التفكير - عادة ما يجد مريض الاكتئاب صعوبة في التفكير والتركيز وتغلب عليه النظرة السوداوية للأمور ، مع تضخيم للأمور البسيطة التي تتوافق مع مزاجه السوداوي .

ويتميز محتوى التفكير في الاكتئاب بالآتي :

- الإحساس المستمر بالذنب وبتأنيب الضمير .
- توهم العلل الجسمية والمرضية .
- الشعور بعدم الأهمية .
- الشعور بالدونية مع فقدان مباحج الحياة ، وتكونُ اجترارات الأفكار المستمرة في الموت والانتحار أو الإحساس بالذنب .
- الوهُامات (الضلالات) المطابقة للمزاج الاكتئابي مثل العدمية وغير المطابقة له مثل العظمة أو إدعاء الأهمية .

يظهر في بعض الأحيان عند مرضى الاكتئاب (حوالي 10%) اختلال شديد في التفكير مثل التوقف المفاجئ أو فقدان المحتوى والإطالة الغير موضوعية .

(د) اختلال الانتباه .

(هـ) كما يتأثر كل من التركيز والذاكرة ، وهنا يتميز مريض الاكتئاب بالبطء وعدم الانتباه وفقدان القدرة على التركيز - مع ضعف الاستجابات الانفعالية ، وقد تتأثر الذاكرة مع النسيان الشديد وربما العتة الكاذب ويصاحب ذلك تدهور واضح في التفكير والسلوك .

(و) الانتحار والاندفاعية ، ويعتبر الانتحار من أكثر الأعراض خطورة على حياة المريض كما أن معدل حدوثه ذو أهمية يجب أن لا تهمل ، حيث أن حوالي 10%-15% من مرضى الاكتئاب قد ينجحون في محاولة الانتحار وإنهاء حياتهم رغم أن ثلث المرضى ينشغلون بفكرة الانتحار . وفي الحالات الاكتئابية الشديدة يمنع المريض من تنفيذ فكرة الانتحار فقدانه للطاقة وضعف العزيمة ، ويُخشى في هذه الحالات عند تحسن حالته من ناحية الطاقة والإرادة أن ينفذ فكرة الانتحار في توقيت لا يتوقعه الطبيب ، ولذا ينصح دائماً بعدم صرف كمية كبيرة من الدواء لهؤلاء المرضى مهما تحسنت حالتهم خوفاً من احتمال حدوث مثل هذا الانتحار النقيضي . أما عن قتل الغير فقد يحدث في مرضى الاكتئاب نتيجة وهامات (ضلالات) متطابقة مع اكتسابه ، فيقتل فيما يتوهم أنه رثاء ورحمة ، أو نتيجة وهامات (ضلالات) غير متطابقة تتعلق بأشخاص داخل تنظيم معتقداته الخاطئة .

(ب) نوبة الهوس

وهي إما : 1- الهوس تحت الحاد subacute mania

2- الهوس الحاد acute mania

3- الهوس المزمن chronic mania

1- المظهر الخارجي

ويتميز المريض بحالة من المرح والنشوة والبهجة المستمرة ، مع كثرة الكلام وزيادة النشاط الحركي دون هدف ثابت ، مع انعدام الشعور بالإجهاد وسهولة الاستثارة .

2- المزاج

غالباً ما يبدو على المريض المرح الزائد والنشوة وأحياناً التوتر الزائد وربما الثورة والعنف .

3- التفكير

يشغل المريض بأفكار تعبر عن ثقته الزائدة وشعوره بالعظمة والأهمية ، ويفرض نفسه في المناقشات ، وتزداد الأفكار إلى حد تطايرها ، وفي الحالات الشديدة قد يفقد المريض ترابط فكره .

4- الاندفاعية

وأقصى حالاتها الانتحار والقتل ، وكثير من مرضى الهوس يهددون بالانتحار أو العدوان ، ولكن نسبة حدوث هذه الجرائم في هؤلاء المرضى غير معروفة ، وقد وجد أن أغلب من يهددون بقتل الزعماء هم مرضى الاكتئاب الثنائي القطب وليسوا من الضماميين .

5 - الوظائف العقلية

يزداد نشاط الوظائف المعرفية والعقلية بازدياد الانتباه ، ولكنه يكون سطحياً بحيث يعطي صورة زائفة عن المريض فيسا يتعلق بالذكاء والسرعة في اتخاذ القرارات ، وعلى وجه العموم تتأثر الذاكرة أو التعرف بالزمان والمكان ولكن بعض المرضى يجيبون بسرعة فائقة ، ولذلك قد يعطون إجابات خاطئة ، مما دعا كريبلين إلى تسمية هذه الحالات بالتشوش الهوسي رغم عدم نشوش وعيهم .

أما عن المحاكمة والبصيرة فيتأثران تأثراً كبيراً ، فنتيجة لتأثر هذه القدرات فإن هؤلاء المرضى قد يقودون عائلاتهم إلى الفقر المادي أو يخرقون القانون أو يعتدون على الآخرين دون بصيرة لما يعانون منه من ضعف في الحكم ، كما يتميزون بالكذب في الإدلاء بالمعلومات .

مآل ومصير اضطرابات المزاج الكبرى

1 - مريض الاكتئاب الشديد

غالباً ما يأخذ الاكتئاب صورة دورية متكررة قد تتراوح بين مرة أو مرتين في السنة أو أكثر ، وقد تستمر مع المريض طوال حياته ، ولكن يصعب التكهّن باحتمال حدوث التكرسات وعددها في حياة كل مريض ، رغم وجود عوامل قد تساعد على التكهّن بالمآل الحسن من حيث التكرسات في المستقبل مثل :

- 1 - عدد النوبات السابقة ، فكلما قل عدد النوبات كلما كان المآل أحسن .
- 2 - ظهور النوبة المرضية فجأة .
- 3 - كلما زاد سن المريض عند حدوث أول نوبة .
- 4 - عدم وجود سوابق عائلية (تاريخ عائلي) للمرض .
- 5 - عدم وجود اضطرابات في شخصية المريض .

2 - الهوس

مآل الاضطراب الوجداني الثنائي القطب يعتبر أسوأ في حالة الهوس، الاكتئاب، منه في حالة الهوس المتكرر دون حدوث نوبات اكتئابية .

ومن العوامل التي تزيد احتمال شفاء المريض بسرعة :

- 1 - عدم وجود أعراض ذُهانية شديدة .
- 2 - تقدم سن المريض .
- 3 - قلة عدد النوبات .
- 4 - قصر مدة النوبة .

التشخيص التفريقي

التشخيص التفريقي لحالات الاكتئاب :

- 1 - **الأمراض العضوية** مثل حالات تصلب الشرايين (تصلب شرايين الدماغ) وبعض أمراض الجهاز العصبي مثل الشلل الرَّعْشِيّ paralysis agitans (داء باركنسون) ، وكذلك استعمال أدوية معينة مثل الأدوية المستعملة في علاج فرط ضغط الدم وبعض أنواع أدوية منع الحمل وكذلك سرطان البنكرياس والقولون .
- 2 - **اضطرابات الغدد الصماء** مثل الغدة الكظرية والغدة الدرقية ، ففي حالات الاضطراب الوجداني غير العضوي نجد أن الوظائف العقلية لا يصاحبها تشوش شديد ، أما في حالات الاضطراب العضوي نجد أنها تتأثر بشدة ملحوظة .
- 3 - **الخَرَف dementia** وهنا يجب التفرقة بين حالات الخَرَف الكاذب التي قد تصاحب الاكتئاب وبين الخَرَف في مرض ألزهايمر على سبيل المثال ، وتنضح أوجه الفرق من حيث :
 - سرعة زحف المرض في حالات الاكتئاب عنها في حالات الخَرَف .
 - وجود التغير اليَوْمَاوي circadian في الوظائف النفسية في حالات الاكتئاب بصورة أوضح وأعم عنها في حالات الخَرَف .
 - استجابة المريض للأسئلة في حالة الاكتئاب تكون سببية وتكون الإجابات في صورة (لا أعرف) ، بعكس مريض الخَرَف فهو دائماً يحاول إخفاء عجزه عن الإجابة ويحاول إخفاء عدم قدرته على التركيز والتذكر .
- 4 - **الفَصَام** وذلك بالأعراض المميزة له
- 5 - **العُصاب** وخاصة عندما يصاحب حالات الاكتئاب بعض الأعراض العُصابية مثل القلق والوسواس ، وهنا يجب أن نتذكر أن شخصية القلق الاكتئابي قد ذكرت في المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض ICD-10 - الاضطرابات النفسية والسلوكية وهو ما لم يكن موجوداً في المراجعات السابقة للتصنيف .

التشخيص التفريقي في حالات الهوس :

وقد سبق ذكرها ، مع التأكيد على الأسباب العضوية والناجمة عن تعاطي المواد النفسانية التأثير .

معالجة اضطرابات المزاج (الاكتئاب والهوس)

(أ) إدخال المريض إلى المستشفى . ويكون لذلك أهمية خاصة في :

- 1 - الحالات الحادة .
- 2 - فقدان الشهية التام أو اضطراب النوم الشديد .
- 3 - حالات الغيبوبة الاكتئابية .
- 4 - حالات الهوس الحاد .
- 5 - محاولة الانتحار . أو سوابق محاولة انتحار رافقت النوبة السابقة ، أو التهديد بالانتحار .
- 6 - هبوط الحركة الشديد أو كثرة الحركة .
- 7 - فقد البصيرة والمحاكمة .
- 8 - عدم الانتظام على العلاج .

(ب) الأدوية وتشمل

1 - الأدوية المضادة للهوس

ومن أهمها استعمال مركبات كربونات الليثيوم أو سترات الليثيوم 400 ميلي غرام يومياً حتى 1800 ميلي غرام يومياً ، مع ملاحظة بدء العلاج بأحد الأدوية المستعملة في الفصام مثل الهالوبريدول أقراص من 30 إلى 45 ميلي غرام في اليوم حتى تتحسن الأعراض الذهانية ، وكذلك حتى يتم بدء التأثير السريري (الإكلينيكي) لليثيوم والذي قد يستغرق فترة تتراوح من 10 إلى 15 يوماً .

2 - الأدوية المضادة للاكتئاب

(أ) منبهات الجهاز العصبي - مثل الأمفيتامين ومشتقاته ، ولكن لا يستحسن استعمالها لكثرة الأعراض الجانبية .

(ب) الأدوية الخفيفة المضادة للاكتئاب المثبطة لإنزيم أكسيداز الأمينات الأحادية monoamine oxidase inhibitors ، وتشمل نوعين :

- مجموعة الهيدرازيد .
- مجموعة غير الهيدرازيد .

- (ج) الادوية المتوسطة المضادة للاكتئاب .
- (د) الأدوية الكبرى المضادة للاكتئاب ، مثال ذلك : المركبات الحلقية الثلاثية مثل :
- إيميبرامين 150-75 imipramine ميلي غرام .
 - أميتريبتيلين 150-75 amytryptiline ميلي غرام .
- (هـ) المركبات الحلقية الرباعية
- (و) المركبات الأخرى الجديدة ، مثل S.S.R.I .
- (ز) العلاج بالجلسات الكهربائية المزمنة لإيقاع الدماغ وهي من أفضل أنواع العلاج لمرض الاكتئاب ولكنها لا تحظى بالأولوية في حالات الهوس .
- (ح) العلاج النفسي سواء الفردي أو الجماعي . ويشمل وسائل العلاج السلوكي والمعرفي .
- (ط) العلاج بالجراحة ، وهو لا يستعمل إلا نادراً في بعض الحالات المستعصية للعلاج السابق .

الاضطرابات العصبية neurotic disorders والمرتبطة بالكرب stress والاضطرابات الجسدية الشكل

الأستاذ الدكتور أحمد عكاشة
الأستاذ الدكتور إدريس المساري
الأستاذ الدكتور سالم نجم
الأستاذ الدكتور الصديق الجدي

أصبحت الاضطرابات العصبية تواجهنا كمشكلة صحية عامة ، إذ أن مدى انتشارها يفوق ما نعرفه عن الأمراض النفسية والعضوية ، فهي في الحقيقة أكثر اضطرابات الطب النفسي شيوعاً ، ويتسم العُصاب بصفة عامة بوجود صراعات داخلية ، وبتصدع في العلاقات الشخصية ، وظهور أعراض مختلفة أهمها : القلق والخوف ، والاكتئاب ، والوسواس ، والأفعال القهرية ، وسهرة الاستشارة والحساسية الزائدة ، واضطرابات النوم والطعام ، وكذلك الأعراض التحويلية -conver-sional والانشقاقية أو التفارقية (الهستيرية سابقاً) . ويحدث ذلك دون المساس بتراطبات وتكامل الشخصية ، ويتحمل المريض المسؤولية كاملة ، والقيام بالواجبات كمواطن صالح ، والحياة والتجاوب مع الآخرين دون احتكاك واضح ، مع سلامة الإدراك واستبصار المرضى بالأمهم والتحكم في الذات ، مما يميز هذه الاستجابات العصبية عن الذهان الذي تضطرب فيه هذه الصفات .

وقد اختلف الكثير في تحديد معنى العصبي neurotic ، ويتم التخلص تدريجياً من هذا الوصف في معظم التصنيفات العالمية ، حيث أن هذا اللفظ يطلق على كل من لم يستطع التكيف مع المجتمع ، أو التأقلم مع العادات المألوفة ، أو أصيب بإثارة عصبية لحد المبالغة ، ومن ثم كان المبدعون أو الخلاقون والفنانون وكل من ثار على نظم أو أسس المجتمع أو الأسرة عصبياً ، وبالطبع ليس هذا هو المفهوم الذي نعنيه ، فالعُصابي هو الشخص الذي أصبح من خلال صراعاته الداخلية وصراعاته مع المجتمع يعاني من أعراض نفسية متعددة تجعله غير قادر على الاستمرار أو الإنتاج كما ينبغي ، وهو من خلال هذه المعاناة يطلب المساعدة للوصول إلى درجة من الرضى والمرونة والاستمرار .

- وقد أصبح من المتفق عليه الآن أن الاضطرابات العُصَبِيَّة تحدث نتيجة لترابط عدة عوامل هي :
- 1 - الاستعداد التكويني « الوراثي » .
 - 2 - مراحل النمو في الطفولة .
 - 3 - العوامل النفسية والاجتماعية الحالية ، والتي تساعد على ظهور المرض .
 - 4 - العوامل الحضارية .
 - 5 - الاستعداد الفيزيولوجي للمجموع العصبي .
- وسنحاول تصنيف الاضطرابات العُصَبِيَّة فيما يلي :
- 1 - اضطراب القلق العام .
 - 2 - اضطراب القلق والاكتئاب المختلط .
 - 3 - اضطراب الهكع .
 - 4 - الاضطرابات الرُهَابِيَّة .
 - رُهَاب الساحة « الأماكن المتسعة » مع أو بدون هكع .
 - الرُهَاب الاجتماعي .
 - الرُهَاب المُحدَّد (المُنفرد) .
 - 5 - اضطراب الوسواس القهري .
 - 6 - استجابة الكرب الشديد واضطرابات التوافق .
 - (أ) استجابة الكرب الحاد .
 - (ب) استجابة الكرب التالي للحاد .
 - (ج) اضطراب التوافق .
 - 7 - اضطرابات انشقاقية (تفارقية) وتحويلية (هستيريا) :

فقد الذاكرة amnesia ، الشرود fugue ، الغيبوبة coma ، الذهول stupour ، التَمَلُّك -pos session الحركة movement ، نوب التشنجات fits ، الحدار (فقد الإحساس) sensory loss ، متلازمة غانسر Ganser syndrome ، تعدد الشخصية multiple personality .
 - 8 - اضطرابات جسدية الشكل .
 - اضطراب الجَسَدَنَّة .
 - المُرَاق (التوهم المرضي) .
 - اضطراب جسدي الشكل في الجهاز العصبي اللاإرادي .
 - اضطراب الألم الجسدي الشكل .

9 - اضطرابات عصبية أخرى .

- متلازمة تبدد الشخصية depersonalization والغربة عن الواقع (تَعَدُّ إدراك الواقع)

. derealization

الوبائيات

إن الحصول على أرقام دقيقة في هذا الشأن أمر عسير إن لم يكن مستحيلًا ، لأن معظم هؤلاء المرضى لا يدخلون المصحّات النفسية ، بل إن نسبتهم في هذه المصحّات لا تتعدى من 3-5% من المقبولين لأول مرة في المصحّات . والحقيقة أن الجزء الأكبر من هؤلاء المرضى يترددون على كافة التخصصات الطبية ، ويعانون من أعراض وآلام جسمية ، ويتقلون من طبيب لآخر ، دون تيقن من التشخيص الحقيقي ، وتوضح لنا بعض التقارير أن حوالي 40% من المرضى الذين يترددون على عموم الأطباء يعانون من العُصاب neurosis .

ونستطيع أن نوجز بالقول إن كل فرد مهياً للأعراض النفسية حسب تعرضه للكرب stress ، وأن نسبة العُصاب بين مجمل السكان تتراوح بين 10-25% .

الأسباب

ما زالت التفاصيل غير واضحة بالنسبة لأسباب الاضطرابات العُصبية ، ومازلنا نفسّر الأسباب بنظريات مختلفة ، ومدارس متنافرة ، ولكن البرهان العلمي لأي من هذه النظريات لم يثبت بعد ، وإن تعددت الأسباب ونستطيع أن نلخصها في نظريتين :

1 - النظرية البنيوية constitutional والتي تعتمد على العوامل البيولوجية الوراثية والفيزيولوجية .

2 - النظرية البيئية environmental .

وأسباب أمراض العُصاب هي تفاعل بين العوامل البنيوية والبيئية ونفصل ذلك فيما يلي :

1 - النظرية البنيوية الوراثية

يلعب العامل الوراثي دوراً في نشأة الأمراض النفسية ، وقد قامت عدة دراسات على التوائم المتشابهة ، ووجد أنه إذا أصيب أحد التوائم بالعُصاب ، فعادة ما يصاب الآخر بنفس المرض ، كذلك دلت دراسة العائلات على أن استجابات أفراد العائلة الواحدة تشابه في نوعية العُصاب الناتج من الكرب أو من الإجهاد ، مثل القلق أو الوسواس القهري ، أو الاضطرابات « التحويلية » وهكذا . ولكن يمكن مناقشة ذلك بأن التوائم المتشابهة وأفراد العائلة الواحدة ، يتعرضون عادة لنفس العوامل البيئية ، مما يجعل استجاباتهم العُصبية متشابهة ، ولذا فمن الصعب فصل عوامل البيئة عن الوراثة .

2 - النظرية البيئية

تؤثر العوامل البيئية على نمو وتطور الفرد خلال كل مرحلة ، ويبنى المجتمع الحضاري على أساس التغيير والتكيف ، والتأثير على السلوك والشخصية من خلال التعليم والثقافة ، مما يجعل استجابات الأفراد تختلف حسب مجتمعاتهم .

وأهم النظريات البيئية هي :

(أ) نظرية التحليل النفسي ومشتقاتها .

(ب) النظريات غير التحليلية ، وأهمها النظرية البيولوجية والنفسية psychobiological .

(ج) النظرية الشرطية السلوكية « التعلم الاجتماعي » .

(د) العوامل الاجتماعية والجسمية .

(هـ) العوامل المساعدة .

(أ) نظرية التحليل النفسي

افترض فرويد أن العوامل الرئيسية التي تحدد ملامية الشخصية ، هي الشَّبَق libido الغريزي الجنسي ، والاستجابة العصابية تأتي من مؤثرات بيئية تظهر في السنوات الخمس الأولى من حياة الفرد ، وأن أي صدمة نفسية خلال هذه الفترة ، تؤثر على النمو الجنسي للطفل ، وتجعله في حالة « تثبيت fixation » ولا يستطيع العبور بعدها للمرحلة التالية ، مما يؤثر فيما بعد على حالته النفسية ، وبالتالي تظهر الأمراض النفسية عند تعرضه لأي إجهاد أو شدة .

ولقد اختلف أدلر Adler ، أحد أتباع فرويد ، مع كثير من نظريات أستاذه ، فقد اعتبر القوة الدافعة في الإنسان هي « الرغبة في القوة والتفوق » بدلاً من الشَّبَق الغريزي ، كما وضع الرغبة في العدوانية aggressiveness محل الرغبة في الجنس . وقد هجر أدلر النظرية الجنسية في العُصَاب ، واعتبر العُصَاب محاولة لكي يحرر الفرد نفسه من الشعور بالنقص ولكي يحصل على الشعور بالتفوق .

وتركز إضافات يونج Jung وهو أيضاً أحد أتباع فرويد ، في أنه لم يقتنع بمفهوم الشَّبَق أساساً ، وافترض أن هناك مستودعاً كبيراً لطاقة عامة غير متميزة تنبثق منها القوة الدافعة للإنسان في حياته ، ثم أدخل يونج مفهوم الانطواء - الانبساط ، فالشَّبَق عند الانبساطيين يتجه إلى الخارج ، وهم يستجيبون موضوعياً للعالم الواقعي ، أما الانطوائيون فيرتد عنهم الشَّبَق إلى الداخل نحو حقائق ذاتية ويميلون إلى الحياة في عالم الخيال .

(ب) النظريات غير التحليلية

1 - نظرية ماير Meyer

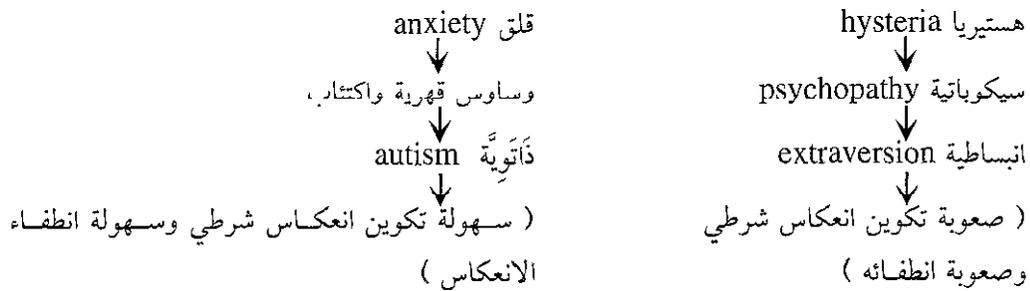
يقول ماير أننا نستطيع فهم السلوك فهماً حقيقياً إذا درسنا الشخصية الكلية والتاريخ الكلي لحياة الفرد ، ولتلخيص نظريته في العُصَاب ، نقول إن ماير يعتبر أن مستويات الطموح غير الواقعية ، وعدم يقبل الذات عاملاً أساسياً في الشخصية الساذة ، وهو يعتقد أن الناس يصابون بالاضطرابات لأنهم غير قادرين على تقبل طبيعتهم الخاصة ، وبالتالي غير قادرين على تشكيل آمالهم وفقاً لحالتهم ، ومن ثم فهم يشعرون بالنقص والخوف والاتجاهات العُصَابية الأخرى ، وأن جميع الأمراض النفسية والعقلية ما هي إلا استجابات توافقية أو تكيفية بيئية للفرد مستخدماً الإجراءات الدفاعية العُصَابية .

2 - المنهج الوجودي existential

ومن النظريات الحديثة غير التحليلية المنهج الوجودي ، فقد شعر عدد من المعالجين النفسيين بسخف تلك الطرق التي تحاول وضع الشخص المريض ضمن مجموعة محددة ، أو تحاول فهمه ضمن إطار نظري محدد سابقاً أو مدرسة خاصة ، وأدركوا أن المعرفة بالنظرية وحدها لا تخفف من قلق المريض ولا تؤدي إلى شفاؤه ، وتحاول الوجودية كمنهج علاجي للمريض العقلي ، فهم الخبرات الذاتية للمريض في علاقتها به ، وبالتالي من حوله .

(ج) النظرية السلوكية الشرطية conditional behavioral

تطورت حديثاً نظريات بافلوف في الفعل المنعكس بواسطة الكثير من العلماء مثل فولبي وأخيراً أيزنك الذي ابتدع نظريته في نشأة الأمراض النفسية والعقلية واتخذ أساسه فيزيولوجيا الجهاز العصبي ، كما ذكرها بافلوف ، وأهم أساسيات نظريته ما هو مبين في ما يلي :



وفي رأي أيزنك أنه يوجد اختلاف واضح بين الأفراد في تكوين الأفعال الشرطية ، وأن جوهر هذا الاختلاف هو أساساً وراثي ، وحسب نظريته فإن الاضطرابات النفسية تنشأ من تكوين عادات

شرطية خاطئة بتأثير تفاعل عاملين هما البيئة والوراثة . وأن هذه الأمراض ما هي إلا أنماط من السلوك تعلمناها لنخفف من آلام القلق في ظروف خاصة ، ويعزز دائماً هذا السلوك الخاطئ بإحجام المريض عن القيام بأي عمل يؤدي إلى إثارة مخاوفه ، مما يعزز المرض ، فالذي يخاف من الأماكن الضيقة يبتعد عن هذه الأماكن ، ولا يرتادها حتى لا يشعر بالقلق . وهذه العملية في حد ذاتها تعزز خوفه من هذه الأماكن ومن ثم تنشأ دائرة مفرغة . وتنشأ الأمراض النفسية بالتالي من تفاعل أبعاد الشخصية ما بين ذاتي وانساطي مع الاستعداد الوراثي للعُصاب . وتؤكد الأبحاث الفيزيولوجية الحديثة أن الاستعداد الوراثي للعُصاب ، أو ما يسمى أحياناً بعدم الثبات الانفعالي يكمن في الفيزيولوجيا وكيمياء الجهاز الحوفي limbic أو السطح الإنسي من الفص الصدغي ، أما أبعاد الذاتية والانساطية فمركزها في التكوين الشبكي ، والذي له علاقة مباشرة مع درجة الانتباه والوعي ، وتنقية المداخل الحسية للمخ ، والتكوين الشبكي يمتد من جذع المخ حتى المهاد thalamus ومنه إلى قشرة المخ .

(د) العوامل الاجتماعية والجسمية المساعدة

أثبت علماء الأنثروبولوجيا أن للحضارة والثقافة والحالة الاجتماعية أثرها البالغ في تكوين الشخصية ، وبالتالي استعداد الفرد للأمراض النفسية ، كذلك أوضح علماء الاجتماع أثر عدم الاستقرار والحرمان العاطفي ، والتعطل والولادة غير الشرعية ، وفقدان أو الانفصال عن أحد الوالدين ، والطلاق ، والإدمان والتبني ، أو النشأة في ملجأ ، أو بيت للحضانة ، وعدم التوافق الأبوي ، أوضحوا أثر كل ذلك في ظهور الشخصية المرضية أو متبلدة الانفعال .

(هـ) العوامل المساعدة

إن تعريف المشقة ، أو الإجهاد strain أو الكرب stress ضروري قبل معرفة تفاعل الكرب مع الفرد لظهور الأمراض النفسية ، فالكرب هو تحدي عوامل غير سارة لطاقة التأقلم والتكيف للفرد ، وتعتمد كمية الشدة أو الإجهاد اللازمة لنشأة الأمراض النفسية على تكوين واستعداد الفرد الوراثي .

أنواع الكرب متعددة منها :

- 1 - حادة : وذلك مثل الصدمات الجنسية في الطفولة ، أو فقد أحد الوالدين أو فقدان شخص عزيز ، أو فقد العمل أو المال المفاجئ ، أو اتهام بوليسي أو سياسي . . الخ .
- 2 - طويلة المدى : عندما تتجمع الكروب وتتراكم على مدى الأيام ، مثل الشخصية الطموحة التي تنقصها القدرة على تحقيق رغباتها ، أو لم تعط الفرصة لإرضاء قدراتها ، أو عدم التوافق بين الزوجين في الزواج سواء من الناحية العاطفية أو المزاجية أو الجنسية . . الخ .

- 3 - ذاتية : وهنا تكون الشدة مؤثرة على فرد معين نظراً لحاجاته الخاصة ، مثل النزاع المستمر ، والصراع الدائم بين الفرد ورؤسائه أو زملائه في العمل ، أو ما يعتبره إهانة لذاته أو لكرامته .
- 4 - جسمية : مثل الأمراض الشديدة ، كالحميات ، والسموم ، وارتجاج المخ ، وكذلك بعد الولادة ، أو في نقاهة من انفلونزا شديدة . الخ .

اضطرابات تعدد الأعراض الجسمية ذات المنشأ النفسي

يواجه الطبيب مشكلة عندما يفحص المريض الذي يشكو من أعراض بدنية مختلفة ، ولا يوجد لديه أي علامات عضوية ، ويقوم بعمل الأبحاث اللازمة والتي تأتي في نتائجها سلبية ، فيصرح الطبيب للمريض بأنه لا يوجد مرض عنده ، وهذا اتهام للمريض بأنه يتصنع الأعراض وليس له الحق في الشكوى .

إن الغرض من هذا الفصل هو معرفة التشخيص التفريقي للأعراض البدنية النفسية المنشأ وغير العضوية . وسندرج هنا أهم الاضطرابات النفسية التي تتميز بالشكوى البدنية ، خاصة أن المريض العربي وغير العربي دائماً يشكو من أعراضه النفسية في هيئة معاناة جسدية ، ويحتمل أن يعاني هذا المريض من أحد الاضطرابات الآتية :

- 1 - القلق النفسي العام .
- 2 - الهلع panic .
- 3 - اضطراب الرهاب .
- 4 - اضطرابات الوسواس .
- 5 - تفاعل الكرب الحاد .
- 6 - اضطراب الكرب التالي للإجهاد .
- 7 - اضطرابات التوافق .
- 8 - اضطرابات انشاقاقية (تفارقية) dissociated وتحويلية conversional .
- 9 - اضطرابات الجسدنة somatization (أعراض بدنية دون سبب عضوي) .
- 10 - الأعراض المراقية أو توهم المرض hypochondria .

11 - اضطراب الألم المستمر .

12 - الوهن العصبي .

13 - متلازمة تبدد الشخصية - تبدل إدراك الواقع .

وسنشرح ذلك ببعض التفصيلات من خلال هذا الفصل الذي يوضح الاضطرابات العُصَائية « النفسية » والمرتبطة بالكرب والجسدية الشكل .

1- اضطراب القلق العام

generalized anxiety disorder

يقال إن هذا العصر هو « عصر القلق » ، ولا نستطيع الجزم بصحة هذا القول ، لأنه مما لاشك فيه أنه في الأزمنة السابقة عانى الناس من الجوع والمرض والعبودية والحروب وكوارث عامة مختلفة جعلتهم معرضين للقلق تعرضنا نحن له الآن ، ولكن تعقيد الحضارة وسرعة التغير الاجتماعي وصعوبة التكيف مع التشكل الحضاري السريع والتفكك العائلي ، وصعوبة تحقيق الرغبات الذاتية بالرغم من إغراءات الحياة وضعف القيم الدينية والخلقية ، مع التطلمات الأيديولوجية المختلفة ، تخلق الصراع والقلق عند الكثير من الأفراد ، مما يجعل القلق النفسي هو محور الحديث الطبي في الأمراض النفسية والسلوكية والأمراض النفسية الجسدية psychosomatic .

ويختلف الكثير حول تعريف القلق النفسي كمرض مستقل ، ونستطيع تعريفه بأنه « شعور عام غامض غير سار بالتوجس والخوف والتحفز والتوتر مصحوب عادة ببعض الإحساسات البدنية خاصة بزيادة نشاط الجهاز العصبي اللاإرادي » .

الأساس الفيزيولوجي للقلق

تنشأ أعراض القلق النفسي من زيادة في نشاط الجهاز العصبي اللاإرادي بنوعيه الودي (السمبثاوي) واللاوذي (الباراسمبثاوي) . ومن ثم تزيد نسبة الأدرينالين والنوراديينالين في الدم . ومن علامات تنبيه الجهاز السمبثاوي أن يرتفع ضغط الدم ، وتزيد ضربات القلب ، وتتحفظ العينان ، ويتحرك السكر من الكبد وتزيد نسبته في الدم ، مع شحوب في الجلد ، وزيادة العرق ، وجفاف الحلق ، وأحياناً ترتجف الأطراف ، ويعمق التنفس .

أما ظواهر نشاط الجهاز اللاوذي (الباراسمبثاوي) فأهمها كثرة التبول والإسهال ، ووقوف الشعر ، وزيادة الحركات المعوية مع اضطراب الهضم والشهية والنوم .

ويتميز القلق فيزيولوجياً بدرجة عالية من الانتباه المرضي في وقت الراحة ، مع بطء التكيف للشدة ، أي أن الأعراض لا تقل مع استمرار التعرض للإجهاد ، نظراً لصعوبة التكيف في مرضى القلق .

ونركز كلامنا هنا على القلق النفسي كاضطراب أولي ، ولكن قد يظهر القلق كعرض في معظم الأمراض النفسية والعقلية والجسمية ، ويكون علاجه بالنالي علاج المرض المسبب له ، ومن أهم الاضطرابات والأمراض التي تصاحب القلق:

1 - اضطرابات عصبية : مثل الاضطرابات الهستيرية بنوعيتها التحويلية والانشاقية وكذلك الاكتئاب، والأرقن النفسي الأزمن وعُصَاب الحوادث والترهم المرضي بأنواعه المختلفة .

2 - اضطرابات دُهانية :

(أ) اضطراب الاكتئاب الجسيم : وعادة يبدأ المرض بأعراض قلق وتوتر ومخاوف وكثرة الحركة مما يجعل الطبيب يتجه في تشخيصه إلى القلق ، ولذا يجب أشد ذلك في الاعتبار عند ظهور أعراض القلق فجأة خاصة في عمر متأخر .

(ب) اضطراب مزاجي ثنائي القطب (سابقاً دُهَان الهَسَوَس الاكتسابي) سواء في نوبات المرح أو الاكتئاب ويكون مصحوباً بأعراض قلق واضحة وأحياناً تطغى على معظم الأعراض الأخرى .

(ج) الفُصَام : خصوصاً فُصَام المراهقة ، والفُصَام الشبيه بالعُصَاب ، فهذه الأنواع تبدأ بأعراض قلق وأعراض عَصَابية في هيئة غامضة مما يجعل التشخيص صعباً إلى حد ما . وكثير من هؤلاء المرضى يعالجون لمدة طويلة على أنهم مصابون بقلق نفسي ، حتى تبدأ أعراض الفُصَام في الظهور ، وهنا نتبين أن أعراض القلق السابقة كانت البداية لمرض الفُصَام .

3 - أمراض عضوية :

(أ) أورام الغدة الكُظْرِيَّة (وَرَمُ القَسَوَاتِم pheochromocytoma) ، ويكون المريض مريضاً لنوبات عارضة من قلق حاد شديد ، مع ارتفاع في ضغط الدم ، وشحوب في اللون ، وزيادة السكر في الدم ، ونستطيع التأكد من التشخيص بإجراء دراسة خاصة الهرمونات، واثباتها .

(ب) زيادة إفراز الغدة الدرقية ، وهنا يظهر التوتر العصبي ، والقلق النفسي ، وسرعة التأثر والتسهيج مع ارتجاف في الأطراف ، وارتفاع في ضغط الدم والتعرق الساخن في الأطراف ، مع جحوظ في العينين ، دراسة الهرمونات الدرقية هنا لازمة للفرقة بين هذا المرض والقلق النفسي .

(ج) تصلب شرايين المخ ، ويظهر ذلك في المسنين عندما يشعرون لاتفه الأسباب ، ويغضبون من أقل المنبهات ، ويكونون عرضة للقلق وكثرة الحركة والتوتر ، وتضطرب الذاكرة خصوصاً للأحداث القريبة ، مما يجعل التشخيص واضحاً إلى حد ما .

(د) الشلل الرعاش (داء باركنسون) ونقص السكر في الدم والكثير من الحميات وارتجاج المخ ، وسن اليأس والفترة السابقة للطمث تكون مصحوبة بأعراض قلق ظاهر ، وكثيراً ما يصاحب اضطراب القلق والهلع في حوالي 15-20% من الحالات تدلي الصمام الميترالي mitral valve prolapse في القلب .

الأعراض السريرية (الإكلينيكية) للقلق النفسي

(أ) أعراض جسدية

- 1- **الجهاز القلبي الدوراني** : هنا يشعر المريض بآلام عضلية فوق القلب والناحية اليسرى من الصدر ، مع سرعة دقات القلب ، بل والإحساس بالنبضات في كل مكان ، ويبدأ في عد سرعة النبض ، وتكون الطامة الكبرى عندما يقيس ضغط الدم ويجده مرتفعاً بعض الشيء من جراء الانفعال ، ويبدأ المريض المسكين في سلسلة من الفحوصات المختبرية ، والدراسات الشعاعية ، وتخطيط كهربية القلب ، وهكذا يدخل في حلقة مفرغة ، وبالطبع يتردد هؤلاء المرضى على أطباء القلب يومياً ، ويحاول الطبيب تهدئتهم دون جدوى .
- 2- **الجهاز الهضمي** : وهو من أهم الأجهزة التي يظهر بها القلق النفسي . ويكون في هيئة صعوبة في البلع ، أو الشعور بغصة في الحلق ، أو سوء الهضم والانتفاخ وأحياناً الغثيان والقيء ، أو الإسهال أو الإمساك ، بل ويتعرض المريض أحياناً إلى آلام مخص شديد. يختار الأطباء في تشخيصها ، كذلك نوبات من التجشؤ تتكرر كلما تعرض الفرد لانفعالات معينة ، وكثيراً ما يكون القيء - علامة رمزية للاستجياج على سوقف سحين أو الشعور بالتقزز أو الاشمزاز من شخص ما .
- 3- **الجهاز التنفسي** : وهنا يشكو المريض من سرعة التنفس ، وضيق النفس والتنهيدات المتكررة مع الشعور بضيق الصدر وعدم القدرة على استنشاق الهواء . وأحياناً تؤدي سرعة التنفس إلى طرد ثنائي أكسيد الكربون ، وتغير درجة حموضة الدم ، مع قلة الكالسيوم النشط في الجسم ، مما يجعل الفرد عرضة للشعور بالتنميل في الأطراف ، وتقلص العضلات ودوار وتشنجات عصبية ، ويلاحظ ذلك في الأماكن المغلقة أو المزدحمة أو عند التعرض لانفعال شديد من فقدان عزيز ، أو وفاة . . الخ .
- 4- **الجهاز العصبي** : ويظهر القلق هنا بشكل شدة الانعكاسات العميقة عند فحص الجهاز العصبي للمريض ، مع اتساع حدقة العين ، وارتجاج الأطراف خصوصاً الأيدي ، مع شمور بالدوار والدوخة والصداع .

5 - **الجهاز البولي والتناسلي** : يتعرض معظم الأفراد لكثرة التبول والإحساس الدائم بضرورة إفراغ المثانة ، وذلك عند الانفعال الشديد مثلما يحدث قبل الامتحانات ، وعند التعرض لمواقف حساسة . الخ . وأحياناً يظهر عكس ذلك من احتباس للبول ، كذلك فقدان القدرة الجنسية عند الرجل (العنة) أو ضعف الانتصاب أو سرعة القذف ، وكثيراً ما تحدث العنة في أوائل شهر العسل عندما يكون الرجل في حالة من التوتر أو القلق نظراً لقلّة أو انعدام خبرته . أما في المرأة فالبرود الجنسي ، وعدم الاستجابة عادة ما يكون سببها في معظم الأحوال القلق النفسي ، بل أحياناً ما يسبب اضطرابات في الطمث ، من انقطاعه تماماً ، إلى كثرة تردده ، إلى آلام شديدة قبله . الخ . وعادة لا يفيد العلاج بالهرمونات في مثل هذه الأحوال .

6 - **الجهاز العضلي** : يتردد معظم المرضى على الأطباء للشكوى من آلام مختلفة في الجسم ، ومن أكثر أنواع الألم شيوعاً ، الآلام المضطربة ، وهنا يعاني المريض من آلام في الساقين أو الذراعين ، والظهر وفوق الصدر وكثيراً ما تشخص هذه الآلام على أنها روماتزم .

7 - **الجلد** : يكون القلق النفسي عاملاً أساسياً في أسباب ونشأة الكثير من الأمراض الجلدية مثل العدّة (حب الشباب) والإكزيمة والشرى (الأرتكاريا) ، والصدفية والبهاق وسقوط الشعر . . . وغيرها ، مما جعل أطباء الجلد يهتمون بعلاج الناحية النفسية لمرضاهم أو إحالتهم إلى الطبيب النفسي عند فشلهم في معرفة سبب الصراع .

(ب) أعراض نفسية

1 - **الخوف أو الرُّهاب** : يبدأ المريض بعد حياة سوية بالشكوى من الخوف من أشياء كانت فيما سبق لا تسبب له أي استجابة مرضية ، فأحياناً يخاف من الأماكن المغلقة claustrophobia أو رُهاب الميادين أو رُهاب الأماكن المتسعة agoraphobia أو رُهاب الأمراض nosophobia ، ويُعدُّ رُهاب الأمراض من أكثر المخاوف شيوعاً ، فهناك الخوف من أمراض القلب ، والسل ، والسرطان ، والزهري ، أو الخوف من الموت ، أو الجنون ، والخوف من مرض الإيدز ، وأحياناً يأخذ الخوف مظاهر غريبة ، كخوف المرء من ابتلاع لسانه ، أو توقف الطعام في حلقه ، أو انفجار واحد من شرايين المخ عنده .

- 2- **التوتر أو التهيج العصبي** : وهنا يصبح المريض حساساً لأي ضوضاء ، فنراه يقفز من مكانه عند سماعه لرنين التليفون أو الجرس ، ويفقد أعصابه بسهولة ولأنفسه الأسباب ، وتبدأ الأم بضرب وعقاب أولادها على أقل سبب ثم تندم وتبكي بعدما .
- 3- **عدم القدرة على التركيز** : وسرعة النسيان ، وانعدام التركيز ، مع الشعور بالاختناق ، والصداع والإحساس بطوق يضغط على الرأس ، ويكون ذلك مصحوباً أحياناً باختلال وضع الجسم ، أي يشعر الفرد أنه قد تغير عن سابق عهده وأن العالم قد تغير من حوله .
- 4- **فقدان الشهية للطعام** : مع فقدان الوزن ، والأرق الذي يتميز بالصعوبة في الخلود إلى النوم .
- 5- **شرب الخمر أو تناول الأدوية المتومة أو المهدئة** : كمحاولة من المريض للتخفيف من أعراض القلق النفسي ، مما يؤدي أحياناً إلى حالات إدمان ، ولذا وجب البحث عن القلق المختفي وراء هذه العادة في حالة أي مريض يعاني من الإدمان على الخمر أو دواء خاص .

(ج) الأمراض النفسية الجسدية

ونعني بذلك الأمراض العضوية التي يسببها أو يلعب القلق النفسي دوراً هاماً في نشأتها ، أو الأمراض العضوية التي تزيد أعراضها عند التعرض لانفعالات القلق النفسي . ومن أهم هذه الأمراض : ارتفاع ضغط الدم ، الذبحة الصدرية ، جلطة الشرايين التاجية للقلب (احتشاء عضل القلب) ، الربو القصبي ، روماتزم المفاصل ، السكري ، فرط نشاط الغدة الدرقية ، قرحة المعدة والاثنا عشرى ، التهاب القولون القرخي ، القولون العصبي (المتهيج) ، الصداع النصفي ، السمته ، فقدان الشهية العصبي ، كذلك الأمراض الجلدية السابق ذكرها .

فالعلاقة وطيدة بين مزاج وانفعال الفرد وبين أحشاء الجسم التي تتلقى أعصابها من الجهاز العصبي اللاإرادي، فكما يتغير لون الوجه شحوباً أو أحمراراً عند القلق ، نجد أن كل الأغشية المخاطية في المعدة أو القولون تتأثر وتزيد أو تقل إفرازاتها ، وكذلك الأوعية التي تغذي العضلات والجلد ، وعندما يشتد ويستمر الانفعال يحدث تغيرات عضوية في هذه الأعضاء مما يسبب هذه الأمراض السابق ذكرها ، وتدل الأبحاث الحديثة أن جهاز المناعة في الجسم له علاقة خاصة بالمخ والمزاج وأنه يفرز المواد المعززة للمناعة ، فإذا اعتل مزاج الفرد تقل مناعته ويصبح عرضة للإصابة بالالتهابات واضطرابات المناعة والروماتزم بل وأحياناً الأمراض الخبيثة .

مآل القلق النفسي

يختلف سير مرض القلق تبعاً للفرد ، فمن نوبة واحدة لمدة قصيرة تختفي دون عودة خصوصاً في الشخصية السوية ، إلى مرض مزمن لا يستجيب لكل أنواع العلاج في الشخصية العُصَائية ، وبين هذين النوعين يوجد الكثير من المرضى الذين يتعرضون لنوبات من القلق النفسي بين آونة وأخرى يتخللها فترة من الصحة النفسية السليمة .

المعالجة

ستناقش تفصيلاً في فصل المعالجة وتشمل :

- 1 - المعالجة النفسية .
- 2 - المعالجة الكيميائية .
- 3 - المعالجة السلوكية .
- 4 - المعالجة الجراحية .
- 5 - التأهيل النفسي .

2 - اضطراب الهلّع panic disorder

السمة الأساسية تتمثل بنوبات متكررة من القلق الشديد (الهلّع panic) لا تقتصر على موقف محدد أو مجموعة من المواقف وبالتالي لا يمكن التنبؤ بها . وتباين الأعراض البارزة من شخص إلى آخر كما هو الحال بالنسبة لاضطرابات القلق الأخرى . ولكن تشيع البداية المفاجئة للخفقان ، وألم الصدر ، وأحاسيس الاختناق ، والدوار وأحاسيس تبدد الشخصية أو الغربة عن الواقع أو تعذر إدراك الواقع ، ويترتب على ذلك دائماً وبشكل ثابت وجود خوف ثانوي من الموت أو فقدان التحكم في النفس أو الجنون . وتستمر كل نوبة على حدة لمدة دقائق فقط ، وإن كانت تطول عن ذلك أحياناً ، وهي أكثر شيوعاً بين النساء . ويعيش المرضى أثناء نوبة الهلّع حالة متصاعدة الشدة من الخوف ، وأعراض نشاط زائد بالجهاز العصبي اللاإرادي تؤدي بهم إلى الخروج العاجل من المكان . وإذا حدثت هذه النوبة في موقف معين ، كأتوبيس أو وسط زحام ، فقد يسعى المريض إلى تجنب هذا الموقف فيما بعد . كذلك فإن نوبات الهلّع المتكرر وغير القابلة للتنبؤ بها قد تؤدي إلى خوف المريض من البقاء وحده أو الخروج إلى أماكن عامة ، وكثيراً ما يلي نوبة الهلّع قلق مستمر من الإصابة بنوبة أخرى ، مما يؤدي في النهاية إلى حالة من الرهَاب .

3 - اضطراب الرهاب phobia disorder

ويظهر فيه الخوف مصاحباً لعدة أمراض مختلفة ، ولذا يجب عدم التسرع بتشخيص حالات الرهاب ، لأنها أحياناً قد تخفي ورائها أمراضاً أخرى ، فكما سبق أنفاً إن تفاعل الخوف أحد الأعراض الهامة لأحد أنواع القلق النفسي يسمى عادة القلق الرهابي phobic anxiety وقد تكون استجابة الخوف أحد أعراض الاضطرابات التفارقية (الانشقاقية) خصوصاً في التشخيصات الهستيرية ، وهنا يخدم الخوف المريض في الهروب من مواقف معينة ، أو يدفعه لتجنب مواجهة الشدائد أو جلب الاهتمام لذاته ، أما إذا بدأ الخوف فجأة بعد سن الأربعين فيجب الشك في حالة اضطراب مزاجي ، كذلك لا نستطيع أن نغفل احتمال وجود مرض عضوي في الجهاز العصبي مثل تصلب شرايين المخ ، كما قد يظهر الرهاب تلو التهاب السحايا أو بعد اضطرابات الفص الصدغي في المخ والذي أحياناً قد يفجر الخوف على شكل نوبات متكررة شبيهة بالنوبات الصرعية ، وأحياناً يبدأ الرهاب مع مرض الفصام ، خصوصاً النوع المعروف بفصام المراهقة باستجابات خوف غامضة وغريبة ، ومعها بعض الشك والأعراض الزورانية (البارانويدية) مما يحتم علينا وضع ذلك في الاعتبار .

وأخيراً يظهر الرهاب كأحد الأعراض القهرية في مرض الوسواس القهري كما سيتضح في مناقشته . وتعتمد معالجة تفاعل الرهاب على السبب الأولي للمرض الذي نشأ عنه الخوف أو تفاعل الرهاب سواء أكان مرضاً نفسياً أو عضوياً .

ولذا نستطيع تعريف تفاعلات الرهاب كالاتي :

- 1 - أنها غير متناسبة مع الموقف .
 - 2 - لا يمكن تفسيرها منطقياً ،
 - 3 - لا يستطيع الفرد التحكم فيها إرادياً ،
 - 4 - تؤدي إلى الهروب وتجنب الموقف المسبب للرهاب .
- وتقسم تفاعلات الرهاب كالاتي :

(أ) رهاب الميادين أو رهاب الساحات والأماكن المتسعة agoraphobia

ويشمل الخوف من مغادرة المنزل أو الدخول إلى المحلات أو الزحام أو الأماكن العامة ، أو السفر وحيداً في القطارات أو الأتوبيسات أو الطائرات ، ويكون اضطراب الهلع سمة متكررة الحدوث في النوبات الحالية والماضية . وهو من أشد ضروب الرهاب إعاقه حيث أن بعض الأشخاص يظلون

حبسي المنزل تماماً . وكثيراً من المرضى يرتعدون من فكرة انهيارهم في مكان عام وتركهم دون مساعدة . ويعد غياب منفذ للخروج هو أحد السمات الجوهرية في كثير من المواقف التي تثير رُهاب الميادين أو رُهاب الساحات . وأغلب مرضى رُهاب الميادين أو رُهاب الساحات من النساء ، وهو يبدأ عادة في مقتبل العمر . كما قد تكون هناك أيضاً أعراض اكتئابية ووسواسية وأعراض رُهاب اجتماعي كسمات إضافية .

(ب) رُهاب اجتماعي social phobia

هو الخوف من الوقوع محل ملاحظة من الآخرين مما يؤدي إلى تجنب المواقف الاجتماعية . ويصاحب المخاوف الاجتماعية العامة تقييم ذاتي منخفض وخوف من النقد . وقد يظهر على شكل شكوى من احتقان الوجه أو رعشة باليد ، أو غثيان أو رغبة شديدة في التبول ، ويكون المريض مقتنعاً أن أحد المظاهر الثانوية يمثل مشكلته الأساسية ، وقد تتطور الأعراض إلى نوبات هلع .

(ج) رُهاب مُحدّد (مُفرد)

هو رُهاب يقتصر على مواقف شديدة التحديد مثل رُهاب الاقتراب من حيوان ما ، أو رُهاب الأماكن المرتفعة ، أو رُهاب البرق ، أو رُهاب الرعد ، أو رُهاب الظلام ، أو رُهاب الطيران ، أو رُهاب الأماكن المغلقة ، أو رُهاب التبول أو التبرز في مراحيض عامة ، أو رُهاب تناول مأكولات معينة ، أو رُهاب زيارة طبيب الأسنان ، أو رُهاب منظر الدم أو الجروح ، أو رُهاب التعرض لأمراض معينة . وبالرغم من أن الموقف المثير محدّد بدقة ، إلا أن التعرض له قد يثير الرعب كما هو في حالات رُهاب الميادين أو رُهاب الساحات أو الرُهاب الاجتماعي . وتبدأ أنواع الرُهاب المحدد عادة في الطفولة أو في مقتبل العمر وقد تستمر لعقود من الزمن إذا لم يتم علاجها ، وتتوقف شدة الإعاقه على السهولة التي يستطيع بها الشخص تجنب الموقف الرُهابي ، ومن أهم الموضوعات الشائعة في مرضى الرُهاب المحدد هو رُهاب التلوث البيئي أو الإشعاعي أو رُهاب العدوى بالأمراض المنقولة جنسياً وحديثاً رُهاب متلازمة العوز المناعي المكتسب (الإيدز) .

المعالجة

تشمل المعالجة النفسية والسلوكية ، والكيميائية ويتم شرحها بالتفصيل في الفصل الخاص بالمعالجة .

4 - اضطراب الوسواس obsessive disorder

إن هذا العُصَاب من أقل الاضطرابات النفسية شيوعاً ، وتدلل الأبحاث الحديثة على أن شيوعه بين مجموع السكان يتجه ؛ توقعاتنا السابقة إذ يصل إلى 2,5% تقريبا .

الوسواس القهري

مرض صُصَّابي يتميز بالمظاهر التالية :

- 1 - وجود وساوس تتمثل بشكل أفكار أو اندفاعات أو مخاوف ، إلى جانب أعراض قهرية في هيئة طقوس أو أفعال حركية مستمرة أو دورية .
 - 2 - يقين المريض بتفاهة هذه الوسواس ، وابتعادها عن المعقول ، وعلمه الأكيد أنها لا تستحق منه هذا الاهتمام « وهنا أهمية تفرقتها عن الوهُام أو الضلال حيث يؤمن المريض بصحته » .
 - 3 - محاولة المريض المستمرة لمقاومة هذه الوسواس وعدم الاستسلام لها ، ولكن مع طول مدة المرض قد تضعف درجة المقاومة .
 - 4 - إحساس المريض بسيطرة هذه الوسواس ، وقوتها القهرية عليه ، مما يترتب عليه شلل اجتماعي وآلام نفسية ومعاناة شديدة .
- وقد زاد الاهتمام بالوسواس القهري بعد اكتشاف عدة علامات فيزيولوجية وكيميائية وتشريحية يمكن تمييزها بالأجهزة المخبرية الحديثة .
- ويظهر اضطراب الوسواس القهري عادة في الشخصية الوسواسية ، والتي تتميز بالصلابة وعدم المرونة والتردد وصعوبة التكيف والتأقلم للظواهر المختلفة مع حب النظام والروتين ، وضبط المواعيد ، والاهتمام بالتفصيلات ، وأحياناً البطء الشديد .

الأعراض

1 - الأفكار والصور

وهنا تسيطر على المريض فكرة خاصة ، أو صورة لمنظر مُسْتَلْطَف أو كرهه ، أو جمل معينة تتردد على مخه ، أو نغمة موسيقية مستمرة في تفكيره .

2 - الاندفاعات

ويشعر المريض هنا بالخاص مسيطر ، أو برغبة جامحة ، أو بانديفاع لأن يقوم بأعمال لا يرضى عنها ويحاول مقاومتها ، ولكن تسيطر عليه هذه الرغبة باستمرار وبقدرة ، تكون هذه الاندفاعات في هيئة عدوانية أو انتحارية ، فيشعر المريض بالرغبة في إيذاء المارة بالشوارع أو دفع أخوته من الشرفة ، أو إلقاء نفسه في الأدوار العليا أو من القطار أو الأتوبيس ، وأحياناً اندفاعات مضحكة ، كالغناء في الأماكن المقدسة أو الضحك في الجنائز ، أو ضرب من يقف أمامه على قفاه ، أو الرغبة الجامحة في عد وضرب الأعداد الأحادية أو الثنائية إلى ما لا نهاية .

3 - اجترار الأفكار

وهنا تتاب المريض أفكار وأسئلة لا يمكن الإجابة عنها ، ويحاول التخلص من هذه الأسئلة دون جدوى كالسؤال التقليدي لماذا نعيش ، ولماذا نموت ... ؟ ولا يحتل تفكيره سوى هذا السؤال ، أو لماذا لا تحل مشكلة الفقر في العالم ؟ أو هل التاريخ صحيح أو كله أكاذيب وقصص تختلق على مدى العصور ؟ أو هل أنا أعيش أم أنا في حلم دائم ؟ وأحياناً قد تأخذ هذه الأفكار صورة أسئلة لا نهائية لا يمكن الإجابة عنها .

4 - الأفكار الحركية

وهي من أكثر الأعراض القهرية شيوعاً ، وتأخذ هيئة الرغبة الجامحة المسيطرة للقيام بحركات معتدة معينة للتخلص من إلهام الفكرة الخاصة بذلك ، ومن أشهر الأمثلة غسل الأيدي مئات المرات أو غسل الجسم المتكرر والمبالغ فيه بعد عمليات التبول أو التبرز أو أثناء فترة الطمث ، ومحاولة التطهير المستمر من النجاسة .

المعالجة

1 - المعالجة النفسية : يحتاج مريض الوسواس القهري للمعالجة النفسية وليس للتحليل النفسي ، وذلك لتفسير طبيعة الأعراض ، وتشجيعه وطمأنته بأن حالته بعيدة عن الجنون ، والتقليل من خوفه على ملكاته العقلية ، مع محاولة الكشف عن العوامل الدفينة التي أدت هذه الأعراض ، والمعنى الرمزي لأعراضه .

2 - المعالجة البيئية والاجتماعية .

3 - المعالجة الكيميائية :

وقد ظهرت حديثاً الأدوية المضادة للاكتئاب والتي لها خاصية مؤثرة على الناقل العصبي neurotransmitter السيروتونين (انفرانيل - بروزاك - فافرين) وأثبتت فاعليتها في علاج الوسواس القهري مقارنة بالأدوية الأخرى المضادة للاكتئاب والتي تتلخص فاعليتها في تخفيف القلق والاكتئاب دون التأثير على الوسواس .

4 - المعالجة السلوكية .

5 - المعالجة الجراحية .

5 - تفاعل الكرب الحاد

acute stress reaction

هو اضطراب عابر ، على درجة هامة من الشدة كتفاعل لكرب جسمي أو عقلي جسيم ، والذي يخدم عادة خلال ساعات أو أيام . وقد يكون مسبب الكرب المعاناة من حادث شديد يحمل تهديداً خطيراً لأمان أو سلامة الشخص أو أحد أحبائه « على سبيل المثال كارثة طبيعية أو حادث أو اعتداء إجرامي أو اغتصاب » ، أو تغير مفاجئ في الوضع الاجتماعي للشخص « على سبيل المثال موت عدد من الأفراد ، حريق بالمنزل ... إلخ » ، وتظهر الأعراض متباينة تبايناً شديداً ، ولكن الأعراض النموذجية تتضمن حالة ابتدائية من الذهول مع بعض الضيق في مجال الوعي والانتباه ، وعدم القدرة على فهم المنبهات ، وتشوش الإدراك ، وقد يلي هذه الحالة إما انسحاب withdrawal متزايد من الموقف المحيط « يصل إلى حد فقد الوعي التفارقي أو الانشقاقي » أو تهيج وزيادة نشاط « استجابة هروب أو سرود » ، وتشيع أعراض زيادة نشاط الجهاز العصبي المستقل المميزة لقلق الهلع « سرعة ضربات القلب ، التعرق ، التورد » ، وتظهر الأعراض عادة خلال دقائق من حدوث المنبه أو الحدث المسبب للكرب ، وتختفي خلال يومين أو ثلاثة أيام « وكثيراً في خلال ساعات » وقد يحدث فقدان ذاكرة جزئي أو كلي بالنسبة للنبوة .

6 - اضطراب الكرب التالي للإجهاد

يظهر هذا الاضطراب كرد فعل متأخر ممتد زمنياً لحدث أو إجهاد ذي طابع يحمل صفة التهديد أو الكارثة الاستثنائية ، وينتظر منه أن يحدث ضيقاً عاماً لأي شخص « على سبيل المثال كارثة طبيعية أو حرب ، حادثة شديدة ، مشاهدة موت آخرين موتاً عنيفاً ، التعذيب ، الاعتقال » .

الأعراض النموذجية تتضمن نوبات من اجترار الحادث من خلال ذكريات رجوعية « ارتجاعات زمنية » مع أحلام أو كوابيس ، والتي تحدث على خلفية مستمرة من الإحساس بالخدر والتبدل الانفعالي ، والانسحاب عن الآخرين ، وعدم الاستجابة للعالم المحيط ، وعدم التمتع ، مع تجنب النشاطات والمواقف التي قد تذكر بالحادث .

7 - اضطرابات التوافق

هي حالات من الضيق الذاتي والاضطراب الانفعالي ، غالباً ما تتداخل مع الوظيفة والأداء الاجتماعيين ، وتظهر أثناء فترة التوافق مع تغير ذي دلالة في الحياة ، أو مع تبعات حادث حياتي شديد الإجهاد . وقد يترك الحادث أثراً في تكامل النسيج الاجتماعي للشخص « موت عزيز ، انفصال ، وهجرة ، وضع اللاجئين » أو يعكس أزمة أو نقطة تحول عظيمة في مسار نماء الفرد « دخول المدرسة ، تجربة الأبوة أو الأمومة ، الإخفاق في الوصول إلى هدف شخصي ذي قيمة عالية ، الإحالة إلى المعاش » .

8 - الاضطرابات التفارقية

(الانشقاقية) dissociational

والتحويلية conversional « الهستيريا »

وتعرف الهستيريا hysteria على أنها مرض عصابي أولي يتميز بظهور علامات وأعراض مرضية بطريقة لا شعورية ، ويكون الدافع في هذه الحالة الحصول على منفعة خاصة أو جلب الاهتمام ، أو الهرب من موقف خطير أو تركيز الاهتمام على الفرد من الإجهاد الشديد ، وعادة يظهر هذا المرض في الشخصية الهستيرية التي تتميز بعدم النضوج الانفعالي مع القابلية للتأثر بالإيحاء ، ولا يعني ذلك أن هذا المرض يظهر في الشخصيات الأخرى بل وجد من خلال التجارب السريرية (الإكلينيكية) ، أن كل فرد مهياً للأعراض الهستيرية تحت الإجهاد strain والكرب stress . ولكن تختلف عتبة الفرد حسب استعدادها الخاص ، وحسب شدة الموقف .

وتتميز الشخصية الهستيرية بالآتي :

- 1 - عدم النضج الانفعالي .
- 2 - الانبساطية في المزاج .
- 3 - القابلية للتأثر بالإيحاء .
- 4 - الأناثية مع حب الظهور .
- 5 - عدم التحكم في الانفعال .
- 6 - فقد الاستقرار الجنسي .
- 7 - القدرة على الانفصال في الشخصية .

التصنيف السريري (الإكلينيكي) للأعراض الهستيرية

تستجيب الشخصية الهستيرية أو أحياناً الفرد السوي للكرب والإجهاد والقلق بالأعراض الهستيرية التي يمكننا تصنيفها إلى نوعين :

- 1 - الاضطرابات التحويلية conversion disorders أي يتحول القلق والصراع النفسي بعد كفته إلى عرض عضوي أو جسمي ، ويكون له معناه الرمزي ، ويكون ذلك بطريقة لا شـ. ردية ، ولا يفهم المريض المعنى الكامل لأعراضه العضوية وآلامه المختلفة ، ويفصل هنا السبب عن العرض . ولا يستطيع المريض أن يربط بين أعراضه وظروفه البيئية .
- 2 - الاضطرابات التفارقية (الانشقاقية) dissociative disorders وتفصل أثناءها شخصية المريض إلى شخصيات أخرى يقوم أثناءها بتصرفات غريبة عنه ، أو يفقد أثناءها ذاكرته ، وذلك للهروب من مواقف مؤلمة نفسياً أو لاجتلاب اهتمام أو رعاية خاصة .

(١) الاضطرابات التحويلية

conversion disorders

- 1 - الشلل paralysis : وهو من أكثر الأعراض الحركية الهستيرية شيوعاً ، ويأخذ عدة مظاهر ؛ فمن شلل في أحد الأطراف إلى شلل نصفي في الذراع والساق ، إلى شلل بالساقين وأحياناً شلل بجميع الأطراف . وتكون العضلات أحياناً في حالة تيبس كامل ، وأحياناً أخرى في حالة رخاوة شديدة ، وبصبح المريض غير قادر على الحركة ، وعلينا هنا أن نميز بين هذا الشلل ، والشلل العضوي ، إذ أن الشلل العضوي يتميز بتغير في المنعكسات العميقة deep reflexes مع تحول في الأطراف المصابة ، أما مريض الهستيريا فلا يستطيع تحريك الذراع بأكمله .

2 - الحُبْسَة (فقدان الصوت) aphonia : يأتي المريض هامساً ، لا يستطيع الكلام بل يفتح فمه دون أن يصدر منه أي ذبذبات صوتية . ويعبر عن نفسه بالإشارة ، وبالطبع يجب أن نميز هذه الحالة عن الحالات العضوية ، وذلك بأن نسأل المريض أن يسعل فإذا أصدر صوتاً ، فإن ذلك يعني أن الثنيات الصوتية في حالة جيدة وأنها تتحرك وبالتالي نستنتج أن الحالة هستيرية .

3 - الرُعاشات tremors : وأحياناً يصحب رعاش الأيدي رجفة أو هزة في الرأس أو كل الجسم ، وتختلف صفات الرعاش هنا عنها في القلق العُصَابِي والاكْتئاب وزيادة إفراز الغدة الدرقية والشلل الاهتزازي وغيرها من الأمراض العضوية .

4 - العَرَّة tic : ونعني بها هنا أي حركه عضلية فجائية منتظمة ، تزداد في المواقف الحرجة ، وتأخذ العَرَّة tic عدة مظاهر ، فمن رجفة في عضلات الوجه ، إلى ارتعاش في جفون العين إلى حركة الرقبة أو الرأس فجأة إلى الجانب أو إلى الأمام أو إلى الوراء ، وتتضمن كذلك المبالغة في حركة اليدين أو اللعب بالشارب .

5 - النوبات الهستيرية hysterical fits : وهي من أكثر الأعراض شيوعاً ، خاصة في الشخصيات الهستيرية ، وترواح شدة هذه النوبات من إغماء بسيطة إلى تهيج عصبي مع تحطيم المصاب كل ما أمامه ، وأحياناً تأخذ طابعاً مميّزاً ، ويصعب تفريقها من النوبات الصرعية ، والتميز بين النوبات الهستيرية والصرعية له أهميته البالغة نظراً لاختلاف العلاج والوقاية وطبيعة العمل في الحالتين ، وتميز النوبة الهستيرية بالآتي :

(أ) تحدث عادة في وجود الكثير من الأقرباء ، تلو أزمة انفعالية ، بعكس النوبة الصرعية التي تنتاب المريض في أي وقت بغض النظر عن المشاهدين وأحياناً أثناء النوم .

(ب) لا يؤذي المريض نفسه أثناء النوبة الهستيرية ، كما يحدث في الصرع من عض اللسان ، وقطع الشفة وكسر الأسنان أو العظام أو الرقوع على آلة حادة وإصابة المريض .

(ج) نادراً ما يتبول المريض على نفسه أثناء النوبة الهستيرية ولكن غالباً ما يحدث ذلك في الصرع .

(د) تأخذ النوبة الصرعية شكلاً مميّزاً ، فتبدأ بصرخة من المريض يعقبها وقوعه فجأة على الأرض مع تيبس وتخشب كامل في كل جسمه ، ثم تبدأ عضلاته في الاختلاج بشدة ، يعض أثناءها لسانه أو يتبول على نفسه ويزرق لونه ، ثم يبدأ بعد ذلك في التنفس بشدة مع ظهور الرُبد على الشفتين ، أحياناً يصحبها بعض الدم ، ويستمر المريض في غيبوبة بعد ذلك لمدة دقائق تمتد أحياناً إلى نصف ساعة ، يفيق بعدها في حالة صداع ونعاس وإرهاق جسيمي تام ، ولا نستطيع أن نوقف هذا

التتابع من الظواهر السريرية (الإكلينيكية) بأي تدخل منا ، أما في النوبة الهستيرية فيقع المريض على الأرض دون أي أذى . وأحياناً تزيد سرعة تنفسه وتمتدح أطرافه ولكن لا يتغير لونه ، وإن لمسه أحد فإنه يثور ويتهيج ويكسر ما حوله ويخبط برجليه في الأرض ، ثم يفيق بعد ذلك فجأة في حالة سليمة سوية بعكس الصرع . وما نراه لدى كثير من السيدات اللاتي يصيبهن إغماءات بعد انفعالات شديدة ، ثم يعدن لوعيهن بعد شم الروائح أو النشادر ، ما هو إلا نوبات هستيرية .

6 - الغيبوبة الهستيرية hysterical coma .

7 - التهاب الجلد المصطنع dermatitis artefacts .

8 - المشية الهستيرية hysterical gait .

9 - الصَّعْرَ (اعوجاج الرقبة) torticollis .

10 - اضطرابات حسية

(أ) الخدر (فقد الحس) anaesthesia .

(ب) العمى الهستيري hysterical blindness .

(ج) الصمم الهستيري hysterical deafness .

(د) فقدان التذوق أو فقدان الشم الهستيري .

(هـ) الآلام الهستيرية .

11 - اضطرابات حشوية visceral disorders

(أ) الصداع .

(ب) الغثيان والقيء الهستيري .

(ج) الحمل الكاذب pseudocycsis .

(د) فقد الشهية العصبي (القهَم) أو فقد الشهية العصبي anorexia nervosa ، يبدأ هذا المرض خاصة في المراهقات ، ونادراً ما يصاب به الرجال بعد محاولة لإنقاص الوزن ، ويظهر المرض بعد صراع نفسي بشأن الخطوبة أو الزواج ، أو خيبة أمل بالنسبة لعمل ما ، ومن الناحية التحليلية يبدو الكثير من تلك المريضات وكأنهن يربطن بين البدانة والحمل ، وبالتالي بالجنس الذي ينفرن منه ، ويحاولن كبته ، وتعاني مريضات فقدان الشهية العصبي عادة من البرود الجنسي .

وتدل الأبحاث الحديثة على وجود خوف مرضي من زيادة الوزن ، وكذلك اضطراب في إدراك المريضة لحدود جسمها ، إذ أنها ترى نفسها بالرغم من الهزال الشديد وكأنها طبيعية أو تميل إلى السمنة . وحتى الآن لا يوجد علامات واضحة في اضطراب إفراز الغدد الصماء إلا بعض هرمونات الوطاء hypothalamus ، وإن كان البعض يعتقد أنها ثانوية للهزال وليس لها الدور الأساسي .

ويتميز المرض بالآتي :

- (أ) رفض الطعام ومقاومته بكل الطرق على الرغم من جميع المغريات ، وأحياناً بأخذ المسهلات أو بوضع الإصبع في الفم لتحريض القيء .
- (ب) توقف الطمث .
- (ج) فقدان الوزن الواضح لدرجة الهزال .
- (د) السعال الهستيرى .
- (هـ) البرود الجنسي وعسر الجماع والتشنج المهبلى .
- (و) التجشوء ، الفواق ، انتفاخ البطن ، اللقمة الهستيرية في البلعوم .

(ب) الاضطرابات التفارقية (الانشاقية)

dissociative disorders

1 - **فقد الذاكرة amnesia** وهو من أهم الحيل الدفاعية اللاشعورية التي يلجأ إليها الإنسان عند مواجهة الشدائد ، وفقد الذاكرة عملية نشيطة لا يعني بها مجرد النسيان ، وعادة ما يفقد المريض ذاكرته فجأة . وأحياناً يستمر ذلك لمدة ساعات أو أيام أو شهور ، ولا مانع من أن يتصرف أثناء هذه الفترة كأى إنسان سوى إلا أنه فاقد الذاكرة بالنسبة لبعض الأحداث .

2 - **الشرود fugue الهستيرى** ويبدأ بتغير واضح في الرعي ، ويبدو المريض وكأنه مدفوع بقوى داخلية للإتيان بأعمال وحركات بعيدة عن طبيعته ، ويتجول المريض في الأماكن المختلفة ، ويقوم بمختلف أنواع النشاط مع فقدان الذاكرة لما أتى به من أعمال .

3 - **تشوش الوعي والهذيان الهستيرى** .

4 - **الغشية (التجلي) والتلبس (المس)** .

5 - **السير أثناء النوم** .

6 - **تعدد الشخصية multiple personalities** يخلط البعض بين مرض الفصام وبين ازدواج الشخصية الهستيرى المنشأ ، وذلك خطأ فادح ، إذ أن الفصام مختلف في أسبابه ونشأته ، أما ازدواج الشخصية فيظهر على شكل شخصية أو شخصيتين مرضيتين تقوم كل منهما بما لا تستطيع القيام به الشخصية الحقيقية ، ولا تتذكر الشخصية المرضية حقيقتها ، وعندما تعود إلى شخصيتها الأصلية فإنها تتعجب لما يحدث لها وتطلب العلاج النفسى .

7- الحَرَف الكاذب الهستيري (متلازمة جانسر hysterical pseu- Ganser Syndrome)
dodementia يظهر ذلك المرض بين المسجونين ، والمعتقلين ، والمتنظرين للمحاكمات أو تحت تأثير أي إجهاد بيئي ، ويعاني المريض من أعراض وأهمها تصرفات صيانية ، واستجابات خاطئة لأسئلة بسيطة وواضحة ، وتحمل الإجابة هنا فهم المريض لمعنى السؤال ، ولكنها تكون ملتوية ويعبده عن المطلوب .

المعالجة

تتلخص المعالجة في الآتي :

- 1- الكشف عن العوامل الدفينة اللاشعورية المسببة للأعراض ، ومعنى هذه الأعراض بالنسبة للمريض ، يمكن ذلك إما بالعلاج النفسي أو تحت تأثير التخدير من خلال حقنة في الوريد . (أميتال الصوديوم) . ذلك لتسهيل عملية التفريغ النفسي .
- 2- الإيحاء بالشفاء والحل العملي للصراعات النفسية بطريقة غير مباشرة ، دون أن يأخذ المعالج دور الواعظ أو المرشد ، أو حتى طريقة إيجابية بحتة ، بل يجب إعطاء المريض الفرصة لتكوين آرائه وحلوله الخاصة .
- 3- نلجأ أحياناً إلى الإيحاء بواسطة المنبهات الكهربائية على المخ ، أو على الطرف المشلول خاصة في حالة الحُبسة ، انعدام الإحساس ، الشلل .. الخ .

9- اضطرابات الجسدنة

somatization disorders

السمات الرئيسية هي أعراض بدنية متعددة ومتكررة وغالباً متغيرة ، تستمر لمدة عامين على الأقل ، ويكون لأغلب المرضى تاريخ طويل ومعقد من خلال الخدمات الصحية الأولية والمتخصصة ، يكون في أثنائه قد أجريت لهم استقصاءات سلبية أو عمليات جراحية كثيرة لا طائل من ورائها ، وقد تكون الأعراض خاصة بأي جزء أو جهاز من الجسم .

ومسار الاضطراب مزمن ومتذبذب ، وكثيراً ما يصاحبه اختلال طويل المدى في السلوك الاجتماعي والشخصي والعائلي .

10 - اضطراب توهم المرض (المراق) hypochondriasis

السمة الأساسية هي انشغال دائم باحتمال الإصابة بواحد أو أكثر من الاضطرابات البدنية الخطرة والمتفاقمة ، يعبر عنه بشكاوى جسدية مستمرة . وكثيراً ما يفسر الشخص الأحاسيس والمظاهر الطبيعية والعادية باعتبارها غير طبيعية ومزعجة ، كما يركز الانتباه عادة على واحدة أو اثنين من الأعضاء أو الأجهزة بالجسم . وقد يذكر المريض اسم المرض الجسدي الذي يخشاه ، ومع ذلك فإن درجة اقتناعه بوجود المرض والتركيز على اضطراب بعينه دون اضطراب آخر تتباين عادة ما بين الاستشارات الطبية ، وعادة ما يتبين المريض احتمال وجود اضطرابات بدنية أخرى بالإضافة إلى الاضطراب الأساسي . وغالباً ما يكون الاكتئاب والقلق مصاحبين للمراق .

11 - اضطراب الألم المستديم الجسدي الشكل persistent somatoform pain disorder

الشكوى الأساسية هي ألم مستمر شديد ومزعج لا يمكن تفسيره تماماً بواسطة عملية فيزيولوجية أو اضطراب بدني . ويحدث غالباً مرتبطاً بصراع عاطفي أو مشكلات نفسية اجتماعية تكفي شدتها لاستنتاج أنها المؤشرات المسببة الرئيسية . وينتج عن ذلك زيادة شديدة في المساندة والاهتمام الشخصي أو الطبي .

12 - الوهن العصبي neurasthenia

توجد تنوعات كبيرة في الشكل الذي يتخذه ظهور هذا الاضطراب ، ويوجد منه نوعان يتطابقان بدرجة لا بأس بها . إحداهما تتمثل سمته الأساسية في الشكوى من زيادة التعب بعد أي جهد عقلي ، وعادة ما يصاحبه انخفاض في الأداء الوظيفي أو الكفاءة في التعامل مع المهام اليومية . ويوصف الوهن نموذجياً بأنه تداخل مزعج من متلازمات أو استرجاعات ومشقة وصعوبة في التركيز وتفكير غير كفء بشكل عام ، أما في النوع الثاني فإن التركيز يكون فيه على أحاسيس بالضعف الجسدي أو البدني والإجهاد فقط بعد أقل مجهود ، وتصاحبه أحاسيس بالأوجاع والآلام العضلية وعدم القدرة على الاسترخاء . وفي كلتا الحالتين تشيع مشاعر جسدية أخرى مزعجة ومختلفة مثل الدوخة وصداع التوتر ، وإحساس عام بعدم الثبات ، كذلك يكثر الانزعاج بشأن انخفاض الكفاءة

العقلية والجسمية والنزق ، وانعدام اللذة ودرجات خفيفة الشدة ومتفاوتة من كل من الاكتئاب والقلق . وعادة يكون النوم مضطرباً في أطوار النهك العصبي الأولي والمتوسط ولكن فرط النوم قد يكون بارزاً أيضاً .

13 - متلازمة تبدد الشخصية - الغربية عن الواقع (تبدل إدراك الواقع) depersonalization-derealization syndrome

هو اضطراب يشكو فيه الشخص تارة ائياً من تغيير كيمي في نشاطه العقلي والجسدي وفي العالم المحيط به ، بحيث تبدو هذه الأشياء غير حقيقية ، بعيدة أو آلية . وقد يشير إلى أن حركاته وسلوكه لم تمتد تلك الخاصة به وأن جسده يبدو مستخدماً للحياة أو معزولاً أو غريباً بشكل أو بآخر ، وأن العالم من حوله يبدو مفتقد اللون والحياة ومفتعلاً ، وأن الحياة تبدو كمسرح يتبادل عليه الناس تمثيل الأدوار . وفي بعض الحالات ، قد يشعر الشخص وكأنه يشاهد نفسه من على بعد أو كأنه ميت . وتعتبر الشكوى من فقدان المشاعر هي أكثر الشكاوى معدلاً بين هذه الظواهر المتعددة ، وقليل من المرضى يعيشون هذا الاضطراب في شكله المنفرد ، أما الأكثر شيوعاً فهو أن يحدث تبدد الشخصية والغربة عن الواقع أو تبدل إدراك الواقع ، والعالم الخارجي في إطار أمراض اكتئابية واضطراب الرهَاب واضطراب الوسواس القهري . كذلك فقد تحدث بعض عناصر المتلازمة في أفراد أصحاء عقلياً أثناء حالات التعب أو الحرمان الحسي أو التسميم بأدوية الهلوسة ، أو كظاهرة سابقة على النوم مباشرة أو تالية للاستيقاظ مباشرة . كذلك فإن مظاهر متلازمة تبدد الشخصية والغربة عن الواقع أو تبدل إدراك الواقع تتشابه مع ما يعرف باسم « خبرات الاقتراب من الموت » المصاحبة للحظات الخطر الشديد على الحياة .

اضطرابات الشخصية

personality disorders

الأستاذ الدكتور أحمد عكاشة
الأستاذة الدكتورة سهام راشد
الأستاذ الدكتور عبد المجيد الخليدي
الأستاذ الدكتور محمد فخر الإسلام

تعريف الشخصية

الشخصية هي ذلك النمط السلوكي الذي يميز الفرد عن غيره ، ومن المتباد أن تبدو بعض سمات الشخصية منذ الطفولة المبكرة ، فالأهل قد يصفون أحد الأبناء أنه اجتماعي منذ نعومة أظفاره ، أو أنه مشاغب ومزعج منذ الطفولة الأولى .

وهناك العديد من السمات التي تتشابه وتتفاعل مع بعضها ليصبح لكل فرد نمط معين من الشخصية ، كما يوجد العديد من هذه الأنماط السلوكية .

إن الأشخاص الأسوياء قد يتسمون ببعض السمات أو التصرفات التي تصادف في حالات اضطرابات الشخصية ، ولكن هذه التصرفات أو السمات تكون بدرجة بسيطة ، كما أن عواقبها أو نتائجها ليست مدمرة أو معوقة لمسيرة الحياة الطبيعية مثل نظيرتها في اضطراب الشخصية .

تعريف اضطرابات الشخصية

هو ذلك الاضطراب السلوكي الذي يبدو كعدم تكيف في الحياة ، وخاصة مع ضغوط الحياة ، ويبدأ عادة في الطفولة والمراهقة ، ويعوق علاقات الفرد الاجتماعية كما يؤثر على إنتاجه في العمل ويتميز بعدم المرونة .

قد يتبين المحيطون بمرضى اضطراب الشخصية أن هناك شيئاً غير مريح في التعامل معه ، ويصعب عليهم تحديد ما هو ، بل قد يتشككون في أنهم السبب في ارتباك علاقتهم به ولكن قلما يقتنعون أنه مريض نفسي ، وعلى هذا قد لا يتجه تفكيرهم إلى طلبهم للمعالجة .

كذلك نجد أن الشخص المصاب باضطراب الشخصية كثيراً ما يصرح بعدم الارتياح وعدم الاستمتاع بمباهج الحياة منذ طفولته ، إلا أنه أيضاً لا يطرق باب العلاج إلا متأخراً تحت حدوث ضغط من ضغوط الحياة ، أو عند مواجهة أزمة من الأزمات (مثل أزمة اختيار زوجة أو أزمة طلاق أو فشل في العمل) ، وهنا نجد أنه قد يشكو من أعراض اكتئاب أو قلق أو أعراض نفسية جسدية ، ولكن عند البحث بعمق في تاريخه السابق يبدو الاضطراب الأعمق وهو اضطراب الشخصية .

الأسباب

1 - الوراثة

تلعب الوراثة دوراً هاماً ، إذ أن هناك بعض الأنواع من اضطراب الشخصية متوارثة في بعض العائلات ، مثل الشخصية القلقة ، وفيها وراثة اضطراب الجهاز العصبي اللاإرادي الذي يكون أساساً للاستجابات المضطربة في الأشخاص القلقين ، كذلك الشخصية الحدية (البين - بينية) ، ونجد أنه غالباً ما يكون أحد الوالدين مصاباً بها ، وفي هذا النوع يبدو ضبط النفس والتحكم الانفعالي في حالة عدم نضج ، ويشكل أكبر مشكلة في عدم تكيف الفرد .

2 - البيئة environment

يؤثر الوالدان في الطفل من حيث طريقة تربيتهما له ، فهما القدوة ، ومن المتوقع أن يتقمص بعض سمات شخصياتهما . كما أنهما من خلال الثواب والعقاب وإبداء وجهات النظر في أمور الحياة المختلفة تتكون وجهات نظر الطفل ، وتشكل سمات وسميات شخصيته وكأنه امتداد لهما ، فمثلاً المثابرة والاستمرارية للوصول إلى هدف تحتاج إلى توجيه وتعليم ، فإذا حرم الطفل من هذا التوجيه في الصغر نشأ قليل العزيمة والإرادة ، وأصبح من السهل إحباطه وفشله .

ولابد من التعلم التخصيصي عند التعامل مع الآخرين وتقدير رغباتهم واحتياجاتهم مع تقدير رغبات واحتياجات الطفل ، حيث أن جميع الأطفال في مراحل السن الأولى لا يهتمهم إلا أنفسهم وتحقيق رغباتهم بأي ثمن وبأي طريقة .

ويعد عدم اكتساب فن التعامل مع الناس والذي يتضمن « الأخذ والعطاء » ، أحد جذور اضطراب الشخصية ، والذي قد يؤدي إلى اضطراب العلاقات . فمثلاً قد لا يستطيع الفرد « العطاء » أو يخاف من « الأخذ » وينتج من ذلك أن علاقاته لا تستمر ، وتضطرب ، وتكون غير مرضية له قبل أن تكون غير مرضية للآخرين .

أنواع اضطرابات الشخصية

Kinds of disorders of personality

يوجد العديد من أنواع اضطرابات الشخصية وسوف نصف البعض منها :

1 - اضطرابات الشخصية الاجتنابية avoidant personality

أهم ميزاتهما : التوتر والقلق المستمر ، عدم الشعور بالأمان ، والشعور بالنقص مع وجود حساسية زائدة للنتقد من الآخرين ، وتكون الثقة بالنفس مزعزعة ، ومن السهل أن يفقد الفرد حماسه للعمل لو قابلته مشكلة أو معوق .

كما أنه يحتاج إلى الصحبة الدائمة لكي يشعر بالاطمئنان ، ونظراً لشعور القلق وتضخيم الأمور من حيث احتمال حدوث مخاطر في الحياة اليومية فقد يتجنب الفرد الكثير من الأنشطة . ومما يميز الشخص القلق أن له جهازاً عصبياً لإرادياً يتسم بدرجة عدم ثبات قد تظهر في صورة برودة الأطراف مع وجود عرق طفيف جداً بالكفين باستمرار .

2 - اضطراب الشخصية القهرية (الشخصية الوسواسية) compulsive (obsessive) personality

يعد كل من النظام والكمال والنظافة واحترام المواعيد أهم شواغل الشخص القهري إلى جانب أن التردد في اتخاذ القرار طلباً للوصول إلى القرار المثالي قد يؤدي إلى عدم اتخاذ القرار في الوقت المناسب . وعلى هذا نجد أن الشخص القهري يتردد عند اختيار نوع الدراسة أو الوظيفة ، أو يحاول التغيير بعد اتخاذ القرار ، كما أنه يتأخر في اتخاذ قرار الزواج حتى يتجاوز سن الأربعين . ينشغل الشخص القهري بوظائف جسمه خاصة الجهاز الهضمي مثل كمية الطعام وأنواع الطعام التي يتناولها أو عدد مرات التبرز وتوقيتها ، وقد ذكر شخص قهري أنه يأكل نفس أصناف الطعام بعينها في الإفطار والعشاء منذ 15 عاماً ، ينشغل بالتفاصيل الدقيقة في معظم المواضيع مما يضيع من وقته وطاقته ما يمكن أن يفيد فيه مما هو أهم . يتمتع هذا الشخص بضمير حي ويحاول أن يصل إلى الكمال .

هذا النمط من الشخصية يصعب عليه التعبير عن انفعاله لمن حوله مع أنه يهتم به ، كما يصعب عليه صرف المال حتى أنه يبدو بخيلاً لمن حوله ولكنه يفسر ذلك على أنه حرص « والحرص واجب » ، والعناد والحذر من الصفات التي تجعل التعامل معه صعباً في بعض الأوقات .

هذا النمط القهري هو المعتاد ، ولكن يوجد نمط قهري آخر يمكن أن تفسر خصائصه أنها « رد فعل » للسمات السابقة ، فيتميز الشخص بعدم النظام أو الترتيب ، كما يهتم بالنظافة الخارجية في الملابس مع إهمال النظافة الداخلية ، يكثر من صرف المال فيبدو كأنه مجبر على التخلص من المال فور وصوله إلى يديه ، أو التخطيط للصرف قبل وصول المال ليديه فعلاً . كما أنه يتأخر دائماً عن ميعاده ، أو يصل كآخر فرد في حضور اجتماع أو احتفال .

3 - اضطراب الشخصية الهستيرية hysterical personality

هي شخصية اجتماعية من السهل الإيحاء إليها أو استهواؤها ، وتتقلب بسهولة مع الظروف . وانفعالاتها غير ناضجة من حيث عدم ثبات الانفعال أو زيادة كميته بالنسبة للمواقف المختلفة ، مع ضحالة المشاعر تجاه الآخرين فالعطاء للأبناء أو الزوج محدود . كما أن تحملها للمسؤولية ضعيف فهي دائمة الاعتماد على الغير وعلى لفت النظر . ويعتبر التحايل سمة هامة تحقق للشخصية الهستيرية كثيراً من رغباتها على حساب الآخرين الذين يضطرون إلى التنفيذ .

تتميز الشخصية الهستيرية بالمبالغة في وصف متاعبها أو وصف المراقف أو الأحداث التي تمر بها . كما أنها استعراضية في الملابس من حيث اختيار الألوان أو كشف أجزاء من الجسم أكثر من اللازم تبعاً للموضة ورغبة منها في لفت النظر ، وعلى هذا نجد أن الأثني تجذب الرجال إليها ولكن عند الزواج يتبين أنها مصابة بالبرود الجنسي .

4 - اضطراب الشخصية الزورانية (البارانويدية) paranoid personality

إن ثقة صاحب هذه الشخصية بالناس محدودة ، وهو يميل للتشكك بدرجة أكثر من العادي في نواياهم . ثقته بنفسه تبدو عالية وتحمل طموحاً كبيراً مع أنه داخلياً لا يتقبل عيوبه .

وهو يرى أن النفس هي مركز العالم ، فالرؤيا لكل شيء من خلال ما يعود على النفس من فائدة أو ضرر ، وهو مفرط الحساسية في التعامل مع الآخرين ، فلا يتقبل أي نقد أو ملحوظة ، بل أنه أحياناً يترجم الكلام العادي أو الفعل البريء على أنه تحقير أو رفض أو مناصبة العدا له ، فهو يفهمه ويفسره بطريقة تميل إلى تشويه الواقع . وقد يصبح بعض هؤلاء المرضى عدوانيين ولجوجين ، وقد يشعر أحدهم بالغيرة عن حوله ، ويحسداهم على تفوقهم . ولكي نتعامل معه يجب أن نكون صادقين وواضحين في كل تصرفاتنا ، فيشعر بالأمان ولا يتشكك في تصرفاتنا .

5 - اضطراب الشخصية شبه الفصامية schizoid personality

يتميز الفرد بالهدوء مع الحساسية المفرطة ، فهو يفضل التأمل والقراءة لأن معظم وقته يكون منفرداً بنفسه ، فهو قليل الأصدقاء وإذا صادق شخصاً ما لم يفتح له قلبه أو يطلع على سره ، فهو لا يظهر مشاعره تجاه الآخرين فيظلمه البعض بأنه بارد المشاعر .

كما أنه خجول في تعامله مع الناس ويتعد عن المجتمعات أو الحفلات . يفضل أن يعمل منفرداً ولا يحتك بأحد ولا يهتم كثيراً بالمدح أو النقد الموجه إليه .

6 - اضطراب الشخصية المستهينة بالمجتمع dyssocial personality

تتصف هذه الشخصية بتجاهل التزامات وتقاليده المجتمع ، مع عدم الاستفادة من التجربة ، وعلى هذا يتكرر الخطأ المتعدد من المرات ، وكلما كبر الفرد في السن إرداء عنف وخطورة أخطائه ، مما يؤدي به إلى الوقوع تحت طائلة القانون .

وعلى هذا يشكل هذا النوع من اضطراب الشخصية مشكلة للمجتمع ككل ولأسر المرضى خاصة ، ومع أن الخطأ يتكرر ويتبعه العقاب إلا أن المريض لا يتعلم ولا يستفيد من خبراته السابقة بما في ذلك العقاب ، وهذا يشير إلى أن هذا الشخص يعاني من نقص في وظيفة « الأنا الأعلى » أو « القاضي » الذي بداخل كل فرد ، والذي يجعل الفرد يتحكم في اندفاعاته ورغباته ويحققها بطريقة سليمة وليس على حساب الغير .

نظراً لفقدان المشاعر نحو الآخرين ، والعنف المتهور ، وعدم الاكتراث المتصلب ، نجد أن المريض قد يتورط في سرقة أو في أفعال جنسية شاذة أو في تعاطي كحول أو أدوية ويتكرر ذلك مما يؤدي أحياناً إلى دخول السجن .

إن درجة القلق والشعور بالذنب ضعيفان إلى درجة أنهما يكونان منعدمين ، مع ضعف احتمال الفرد للإحباط ، وقد يلوم الآخرين مع تقديم مبررات خادعة لسلوكه .

7 - اضطراب الشخصية الاتكالية dependent personality

يتسم هذا الاضطراب بكثرة الاعتماد على الآخرين مما يجعلهم يتخذون مسؤولية القرارات الهامة في حياة المريض ، كما يتنازل المريض عن رغباته واحتياجاته فيرضخ لرغبات من يعتمد عليهم .

يشعر المريض بالخوف أن يتخلى عنه الآخرون ويحتاج للتطمين المستمر منهم . كما يشعر بالعجز وانخفاض الروح المعنوية وأنه يفقد القوة والقدرة على الاحتمال . ويلقي اللوم على الآخرين إذا حدثت محنة أو شدة .

8 - اضطراب الشخصية غير المتزنة انفعالياً

يتسم هذا النوع من الاضطراب بعدم استقرار المزاج ، والميل الشديد للتصرف المندفِع دون اعتبار للعواقب مع قابلية حدوث ثورات متطرفة من الغضب الذي قد يؤدي إلى العنف خاصة إذا انتقد أو احبط الفعل المندفِع .

وهناك نوعان من هذا الاضطراب :

(أ) النوع التَّوقِي (المندفِع) : يتميز بعدم استقرار المزاج وعدم القدرة على التحكم في السلوك ، مع حدوث نوبات عنف أو تصرفات تهدد المحيطين به خاصة إذا انتقدوه .

(ب) النوع الحُدِّي (البين بيني) **borderline personality** : الاندفاع من الخصائص الهامة للشخصية الحدية (البين بينية) ونتيجة لذلك نجد التورط في الإدمان أو الجنس أو محاولات الانتحار المتكررة عند حدوث أي إحباط أو معوق أو صراع في الحياة (طالب في الثانوية العامة حاول الانتحار 18 مرة في فترة أربعين يوماً) .

وهو يبدأ بالانفعال الغالب المتمثل بالغضب المستمر من كل شيء ، ويليه شعور الاكتئاب وعلى هذا تضطرب العلاقات بالآخرين .

الشخصية الحُدِّيَّة (البين بينية) اجتماعية بدرجة واضحة ، فهي لا تحتمل الوحدة ، ومع ذلك يمكن وصف العلاقات بالآخرين أنها سطحية ومذبذبة ، فقد تنتهي الصداقة لمجرد سبب تافه . مفهوم الفرد عن الآخرين يتأرجح بين التقييضين ؛ المبالغة في تقديرهم ، ويعقب ذلك الخط من قدرهم ، فالمريض لا يمكنه أن يتقبلهم كوحدة تحمل بعض الميزات وكذلك العيوب . مفهوم الذات لدى الشخصية الحدية (البين بينية) غير ثابت ومضطرب ما بين شعور بعدم الثقة والتفخيم للنفس . التحصيل الدراسي مضطرب ، والتغيب عن العمل كثير ومستمر رغم حدة الذكاء .

قد تحدث نوبات ذهَّان قصيرة المدة (لعدة أيام) أثناء ضغوط الحياة ، تكون أعراضها مشابهة إلى حد ما للفضَّام أو الهوس أو الاكتئاب أو « نوبات غضب » شديدة يحدث معها « تفكك » في الوعي وبعدها ينسى المريض معظم ما حدث أثناءها .

9 - اضطراب شخصية غير محدد

(أ) الشخصية العدوانية اللافاعلة **passive - aggressive personality** : يتسم الشخص

العدواني بممارسة عدوانية بطريقة سلبية ، فهو لا يتشاجر ولا يفقد سيطرته على نفسه بالغضب بل يستخدم شخصاً آخر كمخلب قط ليضايق به من حوله ، ويتحكم فيهم ، وهنا يشعر الآخرون بالإحباط الشديد تجاهه وكذلك بعدوانه .

سلبية العدوانية تبدو في عدم حضور اجتماع بدون اعتذار ، أو امتناعه عن إبداء رأيه ، أو ادعائه عدم المعرفة مع أنه على معرفة كاملة بالموضوع .

التسوية والتأجيل من أهم سماته ، مثل المرغف الذي يرد بهدوء دائماً على الحسيل « تعال غداً » . ويتحايل على من حوله لتنفيذ رغباته ، وبهدوء يجعلهم يفعلون ما يريد ، فدائماً مصلحته في المقام الأول ودائماً يضعهم في ظروف تجبرهم على تنفيذ ما يريد .

وصاحب هذه الشخصية يحمل داخله كمية كبيرة من العدوان ، ونظراً لعدم نضجه فإنه لا يستطيع التعبير عنه بشكل صريح ، فيتصرف بسلبية شديدة تؤدي إلى غيظ شديد لدى الآخرين . إذا كان الشخص السلبي في مركز رئاسي أو يتعامل مع من هم أقل منه تكون معاملته لهم جافة وغير لائقة .

(ب) اضطراب الشخصية النرجسية **narcissistic personality** : هذا النوع من اضطراب

الشخصية يتميز بالتعالي مع المبالغة في وصف الفرد للزمباب (التي يراها هو فقط) ، وعلى هذا يميل إلى التفاخر بما يمتلك من تحف أو ممتلكات أو معلومات ، وفي الوقت نفسه يقلل من شأن من حوله حتى يضع نفسه هو في القمة والجميع أقل منه ، لا يحتمل النقد وقد يتجههم سريعاً لو أبدت له ملحوظة صادقة عن تصرف خاطئ قد قام به ، وفي نفس الوقت قد يجرح بشدة من هم أقل منه مركزاً لو أخطأوا .

يعزو لنفسه أشياء كثيرة خاصة الإنجازات الهامة مع أن غيره هو الذي قام بها ، وذلك يوضح خلطه للواقع مع تخيله أنه مؤثر في كل شيء .

إذا كان في مجال العمل عدد من الأعمال التي يجب أداؤها يختار ما يظهره ويجعله محط أنظار من حوله ، ويتهرب من العمل الجاد الذي لن يغذي غروره . من المعتاد أن نجد أن الشخص النرجسي ناجح وظريف ، وعنده قدر كبير من المال ، ولدى الاقتراب منه نجد أنه يفتقد حمق المشاعر ودفاها ، وعلى هذا إذا كان متزوجاً فمعظم العناء يقع على الزوجة التي ترهق في علاقتها معه من كثرة عطائها له مع عدم الرد عليها بالمثيل من العواطف .

معالجة اضطراب الشخصية

1 - المعالجة النفسية الفردية

تهدف المعالجة إلى مساعدة المريض كي يتفهم تصرفاته مع الآخرين ونتائجها ، كما تهدف إلى التقليل من التكيف السيء في مواقف الحياة المختلفة .

2 - المعالجة النفسية الجماعية

يستفيد المريض في هذا الأسلوب العلاجي من المعالج بالإضافة إلى استنادته من المرضى الآخرين وردود فعلهم تجاهه أو توجيهاتهم له .

3 - المعالجة الدوائية

قد يحتاج المريض إلى المهدئات الكبرى أو مضادات الاكتئاب لفترات من الوقت تبعاً لحالته الانفعالية . كما أن دواء الكاربامازيبين Carbamazepine (وهو مضاد للصرع) قد ينفذ لكي يعطي درجة ثبات انفعالي في بعض الحالات من اضطراب الشخصية .

اضطرابات النوم

sleep disturbances

الأستاذ الدكتور إدريس الموسوي
الأستاذة الدكتورة أميرة سيف الدين

يقضي الإنسان ثلث عمره في النوم ، الذي هو عامل حيوي لقيام الفرد بنشاطه الجسمي والنفسي خير قيام ، واضطرابات النوم متعددة وتصنف إلى : الأرق (صعوبة الدخول في النوم والمحافظة عليه) ، وفرط النوم (وسن أثناء فترة اليقظة) ، واختلالات النوم (كوابيس ، التكلم أثناء النوم ، السير النومي) . ويعد الأرق أكثر هذه الاضطرابات شيوعاً ، ويشكو منه يوماً بعد يوم من المرضى الذين يستشيرون الأطباء العامين .

الأرق

الوبائيات

تتراوح نسبة انتشار الأرق عند مجسوع السكان في العالم بين 10 و20 في المئة في المدن الكبرى . وقد أوضحت دراسة إحصائية أجريت في الدار البيضاء ، المغرب على عينة ممثلة لسكان مدينة الدار البيضاء يتراوح عمرهم بين 18 و45 سنة ، أن أكثر من 11 في المئة منهم يعانون من أرق محدد بمعايير تشخيصية دقيقة .

التشخيص التفريقي

ليس الأرق مرضاً ، وإنما هو عرض من الأعراض ، ويمكن أن ينشأ عن أسباب مختلفة جسدية أو نفسية . كما أن حوالي ثلث المرضى الذين يعانون من الأرق يكون مخطط كهربية الدماغ لديهم أثناء النوم عادياً . ولذلك فإنه لا يكفي أن يشتكي إنسان من اضطراب في نومه لنبداً علاجه على التو ، بل يجب تحديد التشخيص انطلاقاً من معايير ثلاثة :

- وجود اثنين على الأقل من الأمور الثلاثة التالية :

تجاوز مدة تأخر الدخول في النوم بـ 30 دقيقة .

تقلص مجموع مدة النوم بنسبة 25 في المئة على الأقل .

- الاستيقاظ مرتين في الليل مع صعوبة العودة إلى النوم .
 - تأثير الأرق السلبي على النشاط خلال النهار .
 - استمرار الاضطراب لمدة 10 أيام على الأقل .
- ويجب تحديد موعد الأرق : في بداية الليل ، أو وسطه ، أو آخره . ويعتبر الأول أكثر تلك الأنواع انتشاراً ، بينما يعد الأخير عادة علامة على اكتئاب داخلي المنشأ .

المعالجة

(أ) في بعض الحالات

- يكفي الإنصات إلى شكاوى المريض وطمأنته وتوجيه نصائح صحية وغذائية له ليستعيد نومه الطبيعي .
- يكفي تغيير ظروف النوم (المكان ، نوعية السرير ، عشاء خفيف قبل النوم) لتحسين جودته .

(ب) في كل الحالات

- البحث عن نمط حياة المريض له أهمية خاصة (الحياة الأسرية والمهنية ، ظروف النوم ، طبيعة الحياة اليومية ، الأزمات) .
- الحث على التزام حياة أكثر استقراراً ، والقيام بتمارين رياضية ممتعة (المشي ، أو ركوب الدراجة مثلاً) ، وتجنب الأزمات ما أمكن . ومن المفيد التذكير بأنه لا يمكن الإرغام على النوم . فكما هو الشأن بالنسبة للممارسة الجنسية أو الضحك مثلاً ، يتطلب النوم الاسترخاء الجسدي والنفسي .
- تجنب المنبهات النفسية : الشاي الأسود أو الأخضر ، القهوة (بالحليب أو بدونه) ، المشروبات الغازية المحتوية على المنبهات ، والإقلاع عن التدخين .
- تجنب استعمال البريتوريات كمنومات .

3 - البحث عن سبب الأرق،

فهو الذي يحدد إمكانية المعالجة من قبل الطبيب العام أو ضرورة زيارة المتخصص .

- الحالات التي توجب استشارة الاختصاصي :

الأرق الذهاني : الذي يدخل في إطار هذيان أو في إطار ذهاني هوسي . وعلاجه يقع في نطاق عمل الطبيب النفسي ، وهو مبني على مضادات الذهان (neuroleptics) .

الأرق الناتج عن حالة اكتئابية خطيرة ، وعلاجها بمضادات الاكتئاب (antidepressants) أو المعالجة الكهربية .

- الحالات التي يمكن أن يعالجها الطبيب العام :

أرق ذو منشأ عضوي : كل الأمراض الطسية والجراحية يمكن أن تسبب الأرق ، وخصوصاً إذا صاحبها آلام أو كانت تشكل خطراً على حياة المريض . وبديهي أن العلاج ينصب أولاً على علاج المرض المسبب ، لكن يمكن أن تضاف إليه منومات من نوع البنزوديازيبينات أو السيكلوبيرون أو غيرها .

أرق ناتج عن الاكتئاب : وهنا تأتي الأعراض الاكتئابية في مقدمة الحالة المرضية : مزاج حزين ، بطء نفسي - حركي ، تصاحبها أحياناً أفكار أو سلوك انتحاري .

وعلاج حالة الاكتئاب يمكن أن يتولاه الطبيب العام إلا في حالة اكتئاب خطير (مصاحب بهدّيان أو باختلاط ، أو بخطر الانتحار) أو إذا لم يتحسن رغم العلاج .

وجدير بالذكر أن هذا النوع من الأرق يستلزم علاجاً بمضادات الاكتئاب ، لأن علاج حالة الاكتئاب هذه تؤدي تلقائياً إلى تحسن نوعية النوم . ومن المعلوم أن بعض مضادات الاكتئاب هي أيضاً مهدئة ومنومة ، بينما بعضها الآخر منبه يمكن أن يسبب أرقاً إذا تناوله المريض بالليل .

أما المقدار اليومي من الأدوية الثلاثية الحلقات (tricyclics) فيتراوح بين 100 إلى 150 ميلي غرام على الأقل ، وبداية التأثير العلاجي لا تظهر إلا بعد 3 إلى 4 أسابيع . ويجب التأكد من عدم وجود موانع لاستعمالها لدى المريض (وخصوصاً اضطراب النقل القلبي) كما يجب إعلامه بإمكانية ظهور بعض مضاعفات العلاج (مضادات المفعول الكولينيني) .

إن علاج الأرق الناتج عن الاكتئاب بالمهدئات وحدها عمل مضر وغير مفيد ، بل يمكن أن يشكل خطراً على المريض ، لأن ذلك لا ينقص من معاناته وتآله ، بل يمكن أن يدفع أحياناً بالمريض إلى الانتحار .

أرق غير اكتئابي ولا ذهاني : يعالج المريض هنا بالمنومات في حالة الأرق المرتبط بحالة عابرة ، وبالمهدئات في حالة القلق المزمن .

أما المنومات فتتنقسم إلى نوعين :

- منومات من فصيلة البنزوديازيبين Benzodiazepines ، ويمكن أن تكون ذات عسر النصف الطويل أو القصير ، أما ذات عسر النصف القصير فتتميز بكونها تساعد على الدخول في النوم ولا تؤثر على استيقاظ المريض في الصباح . وأما ذات عسر النصف الطويل ، فتكمن فائدتها في تأثيرها المزيل للقلق بالنهار زيادة على فعلها المنوم .

ويجب أن تبقى مضاعفات هذا النوع من الأدوية حاضرة باستمرار في ذهن الطبيب المعالج أثناء وصفها للمريض : اضطرابات في الذاكرة مرتبطة بالأحداث التي وقعت في فترة استعمال الدواء ، وخصوصاً المنومات ذات عمر النصف القصير ، وحالة وسن بالنهار ، والإدمان .

- منومات غير بنزوديازيبينية : يدخل فيها المنومات من فصيلة الباربيتوريات (barbiturates) التي يجب دائماً تجنبها .

كما تدخل فيها فصائل جديدة تحمل اسم السيكلوبيرونولون (cyclopyrrolone) والإيميدازوبيريدين (imidazopyridine) وتمتاز هذه الفصائل بكونها تؤدي إلى مضاعفات أقل ، وخصوصاً منها الإدمان .

إن مدة العلاج بالمنومات يجب أن تكون أقصر ما يمكن ، وأن لا تتجاوز الشهر الواحد . كما يجب ألا تجدد الوصفة المشتملة على منوم بصورة تلقائية . ومن المستحسن أن يرى المريض بعد يومين أو ثلاثة من وقف العلاج بالمنوم تحسباً لعودة الأرق كما كان أو أشد .

- أما المهدئات التي تُساول نهاراً ، فيمكن أن تساعد أيضاً على مكافحة الأرق . وتستعمل هنا أساساً المهدئات من فصيلة البنزوديازيبين ، فهي تهدئ قلق المريض في المساء ، وتمكن بالتالي من استقبال النوم بصورة أحسن .

وأخيراً فإن الأرق منتشر بين عموم الناس وبين المرضى الذين يستشيرون الأطباء العامين . فمن واجب أي طبيب أن يشخص حالة الأرق ويحدد أسبابها ويقوم بالتصرف المناسب : إما علاجها وإما إحالتها إلى الطبيب المتخصص إذا تعلق الأمر بمرض نفسي خطير أو مقاومة للدواء . ومهما يكن من أمر ، فمن الضروري على الطبيب أن يتجنب وصف المنومات لكل شخص يشكو من الأرق ، فهو تصرف غير مبرر وقد يكون ضاراً للمريض .

الاضطرابات الجنسية

sexual disorders

الأستاذ الدكتور سعيد عبد العظيم
الأستاذ الدكتور عبد المجيد الخليدي

- وهي اضطرابات وظيفية ليست نتيجة مرض عضوي تحدث اضطرابات الجنس الوظيفية (بدون سبب عضوي) بين الرجال والنساء ومن خصائصها ما يلي :
- 1 - لا يستطيع الفرد أن يشارك في العلاقة الجنسية كما يود أو يرغب .
 - 2 - قد يحدث الاضطراب ثم يختفي .
 - 3 - يستمر الاضطراب لمدة 6 أشهر على الأقل .
 - 4 - لا يعزى الاضطراب لأي من الاضطرابات النفسية أو السلوكية الأخرى ، أو الاضطرابات العضوية (مثل أمراض الغدد الصماء) ، أو المعالجة الدوائية .
- ومن الممكن قياس شدة الاضطراب وكذلك تكرار حدوثه . كما أنه من الممكن حدوث أكثر من نوع في وقت واحد . من البديهي أن نعلم أن الاضطرابات التي تؤدي إلى المعاناة الجنسية من المواضيع الحساسة التي يجب أن نبحث فيها بكل حرص وعناية حتى لا نزيد من شعور المريض بالإحباط .

1 - انعدام أو فقدان الرغبة الجنسية

يشكو الفرد عادة من انعدام الرغبة الجنسية التي تظهر عدم تفكيره في الجنس مع عدم الشعور بأي رغبة أو خيال جنسي ، وكذلك عدم بحثه عن أي محاولة جنسية . وقد تنعدم الرغبة في المبادرة في أي نشاط جنسي مع الزوج أو حتى مع النفس (العادة السرية) . وعلى هذا يتضح قلة الممارسة عن ذي قبل ، مع الأخذ في الحسبان لعامل السن والظروف والخبرات السابقة وصحة الفرد وهل الشكوى طارئة أم مزمنة ، وهل سبق ذلك سرايق جنسية سوية أم لا . قد تسبب الشكوى انشغال للسريش ، أو قد يواجهها بعدم اكتراث ، وهنا يكون الطرف المشـارك (الزوج) هو صاحب الشكوى . ومن المعتاد أن تكون الممارسة طبيعية بمساعدة الزوج .

2- النفور الجنسي وفقدان التلذذ الجنسي

النفور الجنسي : ينفر الفرد من ممارسة الجنس مع الزوج مع شعور بالخوف والقلق ويتحاشى الممارسة . وإذا حدث اتصال جنسي فإن المريض لا يشعر بالتلذذ مطلقاً ، بل قد يكون انفعاله سلبياً بشدة . وهنا لا يكون النفور والرفض بسبب فشل سابق أو قلق من الممارسة أو الأداء .

فقد التلذذ الجنسي : يتم الاتصال الجنسي ولكنه يكون غير مصحوب بشعور اللذة أو شعور الإثارة الممتعة . وهنا يجب التأكد من عتبة الإحساس قبل أن ينظر في وجود صراعات نفسية .

3- فشل الاستجابة الجنسية

في الرجال : يتسم بفشل في عملية الانتصاب ، وعلى هذا لا يتم الاتصال الجنسي ، وقد يحدث على أي من الصور الآتية :

- 1 - انتصاب كامل في المراحل الأولى من العملية الجنسية ولكنه سرعان ما يختفي ، وعلى هذا لا يتم الاتصال الجنسي .
- 2 - لا يحدث الانتصاب ، ولكن أحياناً يحدث عندما لا تتوافر الظروف للممارسة .
- 3 - انتصاب جزئي ، يتلوه انتصاب كامل ، كافٍ للممارسة الجنسية .
- 4 - عدم حدوث انتصاب أصلاً .

يجب البحث في العوامل النفسية وخاصة انفعال القلق ، مع مراعاة للظروف التي يمارس فيها الجنس ، وراحة المريض النفسية والجسمية ، وكذلك دور الطرف الآخر . وقد أدى اكتشاف الأدوية الحديثة الفموية إلى تطور في هذا المجال .

في النساء : يحدث فشل في الاستجابة الجنسية يتضح في فشل حدوث الإفرازات المهبلية مع قلة تورم الشفرين وقد يحدث على أي من الصور التالية :

- 1 - فشل الإفراز عامة في كل الظروف .
- 2 - قد يحدث الإفراز في البداية ولكنه لا يستمر بما يصعب معه استمرار العملية الجنسية .
- 3 - الإفراز يحدث تحت بعض الظروف ولا يحدث في ظروف أخرى مثلاً يحدث مع العادة السرية ولا يحدث في الاتصال الجنسي .

4- اضطراب الإرجاز (هزة الجماع) orgasm

قد يحدث اضطراب الإرجاز (هزة الجماع) على النحو التالي :

- أ - يحدث تحت أي ظرف ومع أي شخص .
 - ب - يحدث الاضطراب في بعض الظروف ولا يحدث في ظروف أخرى (مثل الاتصال الجنسي أو العادة السرية) كما قد يحدث للرجل في حضور الزوجة ولكن يختفي عند الممارسة . هناك تفاوت عند معالجة السيدات عنه في الرجال الذين قد يكون لديهم اضطرابات آخر في الشخصية بالإضافة لاضطراب الجنس .
- يجب أن نبحث في الضغوط والمشاكل التي قد تسبب الاضطراب ، مع التنبيه على : التركيز والانتباه للأحاسيس أثناء الجنس .

5- الدَّفَقُ المُبْتَسِرُ premature ejaculation

يحدث القذف المُبْتَسِرُ قبل التلذذ بالممارسة الجنسية ويظهر على النحو التالي :

- 1 - يحدث القذف قبل أو عند بداية الاتصال الجنسي (قبل أو خلال 15 ثانية) .
 - 2 - يحدث القذف رغم عدم وجود انتصاب وعلى هذا لا يكتمل الاتصال الجنسي .
 - 3 - قد يحدث القذف المبسر نتيجة للحرمان الطويل من النشاط الجنسي .
- من المعتاد أن تكون الشكوى من المرأة . ويجب أن يشارك الطرفان في المعالجة . وينبغي التغلب على انفعال الغضب الذي قد تعاني منه الزوجة .
- المعالجة السلوكية :** يشارك الطرفان فيها لضمان النجاح .

6- تشنج المهبل النفسي المنشأ psychogenic vaginal spasm

- قد يصعب الاتصال الجنسي وقد يحدث ألم يحول دون الاتصال الجنسي بسبب تشنج المهبل . من المعتاد أن يكون هذا الاضطراب ابتدائياً ، ونادراً ما يحدث كاضطراب ثانوي نتيجة حدوث اغتصاب أو حدوث مرض في المهبل .

ومن المعتاد أن يصاحب التشنج المهبلي خوفٌ من ممارسة الجنس ، ويتلو ذلك حدوث الألم عند أي محاولة اتصال .

وقد يحدث الاضطراب على النحو التالي :

- 1 - استحالة الاتصال الجنسي الطبيعي .
- 2 - حدوث التشنج المهبلي بعد فترة من الممارسة الجنسية الطبيعية ، وهنا نجد أن أي ممارسة جنسية ممكنة باستثناء الإيلاج ، وأي محاولة اتمام اتصال جنسي كامل يحدث معها خوف وتشنج مهبلي مع تقلص في عضلات الفخذين مما يحول دون الاستمرار . ومن المعتاد أن يتعاطف الزوج حين يشعر بالألم الزوجة ويحاول مساعدتها .

7- عسر الجماع النفسي المنشأ *psychogenic dyspareunia*

يظهر عند في النساء ألم أثناء الجماع يتعذر معه الممارسة (قد يقتصر الألم على البداية ، أو يستمر طوال مدة الجماع) دون أن يترافق بتشنج مهبلي . يجب على الطبيب معرفة توقيت الألم ومكانه بالضبط . من المعتاد أن تكون لدى المريضة سمات شخصية تميل إلى تحويل الصراع النفسي إلى الجسم فيبدو في صورة ألم .

اضطرابات الأكل

الأستاذ الدكتور سعيد عبد العظيم
الأستاذ الدكتور يحيى الرخاوي

تشتمل اضطرابات الأكل على عدة أنواع من الاضطرابات أهمها :

- 1 - القَهَم (فقد الشهية) العُصابي .
- 2 - النُهُام .
- 3 : الأَطَا (الرَّحَم) .

1 - القَهَم (فقد الشهية) العُصابي anorexia nervosa

يصيب هذا الاضطراب عادة الفتيات المراهقات ، ويتميز بما يلي :

- 1 - تحاشي المواد الغذائية المرتفعة الكالوري (مثل المواد الكربوهيدراتية والدهنية) بقصد إنقاص الوزن ، مع الخوف الشديد من زيادة الوزن .
- 2 - تشوه مفهوم صورة الجسم (أي الحجم) ، فبالرغم من قلة الوزن الواضحة للجميع فإن المريضة تنكر أنها نحيفة ، وتصر على الاستمرار في تقليل الطعام لأنها تشعر أنها بديئة . وكلما ازدادت درجة تشويه مفهوم صورة الجسم كلما أدى ذلك إلى صعوبة المعالجة وعدم تحسن الحالة .
- 3 - فقد 15%-25% من الوزن على الأقل ، وقد يكون أكثر من ذلك ، مما قد يستدعي الإدخال إلى المستشفى .
- 4 - درجة النشاط العقلية والجسمية طبيعية .
- 5 - غالباً ما يحدث انقطاع الطمث ، بالإضافة إلى حدوث بعض اضطرابات الغدد الصماء الأخرى نتيجة لاضطراب وظيفة الوطاء hypothalamus مع الغدة النخامية (مثل ارتفاع مستوى هرمون النمو وارتفاع مستوى الكورتيزول ، مع حدوث تغيرات في عملية استقلاب (أيض) هرمون الغدة الدرقية ، واضطراب إفراز الأنسولين) .
- 6 - ضمور العضلات مع قوتها .
- 7 - حدوث جفاف ، إمساك ، انخفاض درجة الحرارة مع بطء النبض .

8 - إذا حدث المرض قبل سن البلوغ فإنه يعطل حدوث البلوغ في الإناث والذكور .

يبدأ التاريخ المرضي المعتاد بأن الشابة في مرحلة المراهقة تميل ميلاً طفيفاً للسمنة ، وعلى هذا تبدأ في تنظيم الأكل لتقليل الوزن . ولكن بعد الوصول للوزن المثالي (الطبيعي) تستمر بإرادتها في تقليل الأكل بدرجة كبيرة (حيث ترفض أصنافاً كثيرة لعدة شهور) فيستمر نقص الوزن ، ونظراً لتحريف مفهوم صورة الجسم يستمر تقليل الأكل .

قد يصيب هذا الاضطراب الذكور أيضاً ولكن بنسبة أقل . نسبة إصابة الإناث إلى الذكور =

1:10

الوالدان : يتميزان بأنهم مسيطران ومفرطان في حماية أبنائهم ، ويتطلبان من أبنائهم الكثير ، ويتمتعان بطموح زائد .

عوامل المرض

هناك تداخل بين عدة عوامل لحدوث المرض .

- 1 - الوراثة ، ولم يثبت دورها بعد .
- 2 - الأسباب البيئية - الاجتماعية مهمة ، حيث يكثر الاضطراب في بعض البيئات عنها في بيئات أخرى .
- 3 - اضطراب جو الأسرة وعلاقات الأفراد فيها ، ويكثر الحديث عن الطعام كوسيلة اتصال بين أفراد الأسرة .
- 4 - الشخصية الوسواسية .
- 5 - رفض دور البلوغ والتطورات الجنسية المصاحبة لهذا الدور .
- 6 - تلاحظ الاضطرابات الوجدانية بنسبة عالية في الأقوياء .

التشخيص التفريقي

- 1 - الأمراض العضوية مثل : السكري ، فرط نشاط الدرقية ، السرطان ، سوء الامتصاص ، مرض كرون .
- 2 - الاكتئاب .
- 3 - الفصام .
- 4 - الوسواس القهري .

مآل المرض

مع المعالجة يحدث تحسن كامل في 35% من الحالات ، وتحسن إلى حد ما في 30% من الحالات . ويدون معالجة قد تصل نسبة الوفاة إلى 5%

المعالجة

قد تحتاج المريضة الإدخال إلى المستشفى (خاصة إذا كان الوزن أقل من المتوقع بنسبة 40%) مع الراحة التامة حتى يزداد الوزن ، إلى جانب المعالجة النفسية لمدة طويلة قد تصل إلى 3 سنوات ، والمعالجة الأسرية ، والمعالجة السلوكية بتقديم مكافأة مناسبة كلما تحسن الوزن مع نظام الأكل الجيد ، والمعالجة بالأدوية من مضادات الاكتئاب أو مضادات القلق .

2 - النهام bulimia

يتميز النهام بنوبات من كثرة الأكل في فترة قصيرة ، خاصة للمواد الكربوهيدراتية . ويتبع ذلك التقيؤ الإرادي للمحافظة على الوزن . كما قد يتبع هذا الاضطراب القهَم العُصَابي ، أو يتبادل معه في الحدوث .

ويحدث المرض عادة في الفتيات المراهقات ولكن في سن أكبر من القهَم العُصَابي .

أعراض النهام

- 1 - نوبات متكررة من الأكل بكميات كبيرة خاصة المواد العالية الكالوري في فترة قصيرة مع الإحساس بفقدان السيطرة على التوقف عن الأكل .
- 2 - تكرار التقيؤ الإرادي عقب نوبات الأكل بشراهة ، وذلك للحفاظ على الوزن وخوفاً من السمنة .
- 3 - كثرة الانشغال بالوزن ونظام الأكل ، مع الرغبة في تحاشي السمنة بأي وسيلة .
- 4 - تعاطي المسهلات أو مدرات البول أو الأدوية التي تقلل الشهية للطعام أو خلاصة الغدة الدرقية ، أو فترات امتناع كامل عن الطعام بغرض الحفاظ على الوزن .
- 5 - الوزن عادة طبيعي ، أو أقل أو أكثر من الوزن الطبيعي بدرجة طفيفة لا تستدعي كل هذا القلق . ولكن مع حدوث الأكل بشراهة أو التحديد الصارم في نظام الأكل قد يتبع ذلك زيادة أو نقصان في الوزن .

6 - نتيجة للقيء المستمر يحدث اضطراب في توازن سوائل الجسم ، كما قد تحدث مضاعفات جسمية (وهن ، نوبات صرع ، ضعف عضلات ، اضطرابات ضربات القلب) مع حدوث نقصان الوزن الشديد .

7 - المزاج مكتئب مع انخفاض تقدير الذات

8 - الخوف من عدم السيطرة على الأكل مع الاعتقاد بأن نمط الأكل غير طبيعي .

يحدث الاضطراب عادة في مرحلة المراهقة المتأخرة أو في أوائل مرحلة النضج بين الفتيات وكثيراً ما يسبق هذا الاضطراب حدوث القهيم أو فقد الشهية العصبي anorexia nervosa .

الأسباب : يعتبر النهام نابعاً من القهيم العُصَاصِي ، وقد تتناوب صور كل منهما مع الآخر ، وعلى هذا لا تتداخل الأسباب بينهما .

التشخيص التفريقي : أورام الوطاء hypothalamus ، متلازمة كلاين - ليفين .

تطور المرض : يأخذ المرض عادة صورة مزمنة مع بعض التقلبات على مدى سنوات ، وقد تسبب أزمات الحياة في حدوث النوبات :

المعالجة

نظراً لوجود الاكتئاب فإن المريض قد يحتاج دواءً مضاداً للاكتئاب . ومن المعتاد علاج المرضى خارج المستشفى باستخدام المعالجة المعرفية السلوكية ، بغرض أن يكتسب المريض السيطرة والإرادة على أكله ، مع حل مشاكله النفسية التي تؤدي إلى حدوث الاضطراب .

3 - القَطَا (الوَحَم أو اشتهاء الغرائب)

pica

القطا أو الوحم : وهو أكل مواد ليس لها قيمة غذائية أو عديمة الكالوري وغير مألوفة مثل الخشب أو السجاد أو الخيوط أو القماش ... بالإضافة إلى أكل الغذاء العادي في وجبات الطعام .

عادة ما يحدث هذا الاضطراب بين الأطفال في سن ما قبل دخول المدرسة ، كما قد يحدث في حالات الذاتوية autism الطفلية ، أو حالات الفُصَام .

ويتوقف العلاج على دراسة كل حالة على حدة لمعرفة ظروفها وسببها ، لإعطاء العلاج المناسب .

المعالجة النفسية

الأستاذ الدكتور أحمد عكاشة
الأستاذ الدكتور الصديق الجدي
الأستاذ الدكتور طه بعشر
الأستاذ الدكتور محمد شعلان
الأستاذ الدكتور يحيى الرخاوي

يمكن اعتبار المعالجة النفسية صداقة مقابل أجر . بل كان هذا هو عنوان للكاتب سكوفيلد لكتابه عن العلاج النفسي وصفات المعالج . فهو في المقام الأول مهارة تقوم على صفات شخصية يتصف بها المعالج أكثر مما هي معلومات تقوم على نظرية أو مدرسة . فقد أوضح أن الصفات التي يتحلى بها المعالج النفسي الفعال ذو الخبرة الثرية هي صفات مشتركة مع أقرانه من المعالجين أكثر مما هو الحال بين المعالجين المختلفين في الخبرة والعمر وإن انتموا إلى نفس المدرسة النظرية . لهذا فيمكن القول بأن كل علاقة بين أحد العاملين في الرعاية الصحية ومريضه فيها لمسة من المعالجة النفسية سواء كانت مُتعمَّدة أو تلقائية . بل إن كل علاقة بين صاحبين فيها من عناصر العلاج النفسي مما يجعلها تؤدي تلك الوظيفة . إذاً فإن كل شيخ (طريقة) أو واعظ أو معلم أو كبير عائلة أو صديق لابد وأن يمتلك بعض صفات المعالج النفسي وإن لم تكن متعمدة . وهو لذلك له تراث يمتد إلى قديم العصور قبل أن يتخذ شكل العلم القائم على إطار نظري أو تجريبي .

إلا أن هذا لا يعني أن المعالجة النفسية ليست بعلم ومهارة وتأهيل شخصي للمعالج ، وفق أصول ومعايير ونظريات وطرق للتدريب تمكّن من اكتسابه . وإذا كان علم النفس له الفضل في الجانب التجريبي في نشأة علم المعالجة النفسية الحديث ، فإن الطب لكونه المهنة المساعدة التي تتعامل مع الألم بشتى أشكاله ، له الفضل في نمو المعالجة النفسية كمهنة . ولذا فإن فرويد وما أسسه من نظريات ومهارات في التحليل النفسي هو الذي يتبادر إلى الذهن عندما تأتي الإشارة إلى العلاج النفسي . إلا أنه في ذات الوقت كان التجريبيون ، سواء من داخل العلوم الطبية مثل بافلوف ، أو من مختبرات علم النفس التجريبي ، يضعون الأسس والآليات لتغيير السلوك والمطلوبة في العلاج النفسي (علاوة على التطبيقات الأخرى لعلم النفس مثل التربية والتعليم والإدارة . وهي مجالات لم تتوان مدرسة التحليل النفسي بالادلاء بدلها فيها) .

أي أن المعالجة النفسية كعلم بدأت في نهاية القرن التاسع عشر بتيارين رئيسيين يمكن إيجازهما بأن أحدهما يسعى إلى تغيير النفس من الداخل والثاني يبدأ بتغييرها من الخارج . أو كما عبر عنها

الفيلسوف وعالم النفس وليام جيمز William James في صياغة تساؤل : هل نضحك فنسعد ، أم نسعد فنضحك ؟ فكانا تيارين يبدوان متعارضين أو متناقضين ، وكان المسألة مسألة مذهب أو عقيدة وليست مسألة علم . وليس في الأمر ما يدعو للعجب . فإن هذا الاختلاف قديم منذ أن نشأت الثقافة الإنسانية في توجهها إلى السعي لإصلاح النفس . ولاسيما هذا الجانب من الثقافة الذي كان يدعو ويشير بالإصلاح ، وتعول المعالجة النفسية أهمية كبيرة على الأديان بكافة أنواعها . لدرجة أن عالم النفس أبراهام ماسلو صنف الأديان ، لا حسب أسسها العقائدية وشرائعها وشعائرها ، ولكن على أساس ما تقدمه من التوجيه النفسي . فكل الأديان ، بدرجات متفاوتة ، فيها الجانب التربوي الذي يعتمد على تربية الحالة الداخلية مثل النية والوعي والإيمان ، والجانب العملي الذي يعتمد على إبراز الأعمال الصالحة واتباع الشرائع والشعائر . والإسلام بالتحديد تكثر فيه الإشارة إلى الذين آمنوا وعملوا الصالحات .

ويحكي أن لقاءً حدث مرة ولم يكرر بين اثنين من حكماء الصين القدامى وهما كونفوشيوس ولاوتسو . لم يتمكننا فيه من التواصل أو التعاون ؛ فقد كان الأول غزيراً في مواعظه ، ومحددأ في تعليماته ، بينما كان الثاني يتجنب الموعظة والدعوة إلى سلوكيات محددة ويكتفي بالتأمل والتعبد ؛ الأمر الذي جعله يهجر حياة المدينة ليتعبد وحده في الجبال . ولولا أن حارس المدينة منعه من الهجرة ما لم يكتب حكمته في (كتاب الطريق أو الداو دي تشينج Tao te ching) لما بقي لنا من تراثه شيء مكتوب .

وفي التراث الإسلامي نجد مثل هذا التنوع متجسداً لدى أصحاب علوم الدين (مثل الفقه والشريعة والتفسير وغير ذلك) وأصحاب الاتجاهات الصوفية والذين يمكن أن يتمثل موقفهم في وصف الرسول صلى الله عليه وسلم بأن الجهاد الأكبر هو الخطوة التالية والأصعب من الجهاد الأصغر . وكان يعني بالأصغر القتال ضد أعداء الرسالة والأكبر جهاد النفس أو في قول الإمام علي رضي الله عنه أن من عرف نفسه عرف ربه .

ولعل الاختلاف بين التيارين في علم النفس والمعالجة النفسية أقرب ما يكون إلى اختلاف التكوين النفسي سواء للمعالج أو لمن يلتمس المعالجة . إلا أنه في نفس الوقت الذي بدأ هذا الاختلاف يأخذ شكل التسابق على من منهما يملك الحقيقة العلمية الموضوعية بدأت تظهر بوادر للتوحيد بينهما ، خافته الصوت ولكن مثابرة ومتنامية في استمرارها . بدأها من جانب أحد أعوان فرويد المقربين وهو كارل جوستاف يونج ؛ وتيار آخر إنساني التوجه وله منابع في الفلسفة الوجودية بدأه صديق لفرويد أنقى على اختلافه دون أن يدخل في خلاف معه ، وهو لودفيج بينسفاخر ، كان يونج يرى أهمية أن يسعى الإنسان نحو التفرد (أو التوحيد بين الأضداد المتناقضة) . وأن الإنسان أعقد من أن يفسر بواسطة القوانين المادية الميكانيكية التي كانت تشكل الأساس النظري العملي التي قامت عليها كل من

المدرستين المتعارضتين - التحليلية والسلوكية . فالإنسان بعد أن يشبع غرائزه (الجنسية أساساً لدى الشباب والعدوانية أساساً لدى الكبار) يصل في رشده أزمة منتصف العمر حيث تكون قضيته الرئيسية هي البحث عن هدف ومعنى لحياته ؛ بعبارة أخرى يسعى إلى إشباع الجانب الروحي من خلال البحث عن دين . كما كانت له نقطة لقاء مع التيار الوجودي الذي بدأ ببيسفا نجر وهي أن التعامل مع الإنسان ، ولو في إطار علاقة أدوار (الطبيب والمريض) لا يمكن فهمها من خلال الأدوار فقط وممارسة آليات مهما بدت علمية . فالعبرة في العلاقة العلاجية هي بالقدرة التي تستغل فيها العلاقة من الدور إلى الحقيقة ؛ أي بالقدر الذي يصبح المعالج فيها إنساناً شفافاً صادقاً في تفاعله مع المريض ، يؤثر فيه ويتأثر به .

كانت هذه هي البوادر ، إلا أنها لم تتخذ شكل التيار الجارف إلا في بداية منتصف القرن العشرين ، حيث التقت في أساسياتها حول ما عرف بالتيار الإنساني الوجودي أو القوة الثالثة (باعتبار أن التيارين السابقين يشكلان القوه الأولى والثانية ، وهما التياران التحليلي والسلوكي) . ومثل أي تيار فكري أو علمي فإن هذا التيار الثالث لم يتوقف عن التطور ، والاستمرار لينشئ ما يعرف الآن بالتيار الرابع وهو الذي يكاد يعود ، ماراً بالعلوم الحديثة ، إلى التراث القديم الذي أتى به الأئبياء والحكماء . فهذا اللقاء بين العلم الحديث والتراث القديم يحدث في بوتقة تفاعل متبادل في الأوساط العلمية الغربية ، وينتج عنه توحيد في الفكر يزيل آخر فجوة في الثنائية الفكرية لدى الإنسان بعد أن أزال أينشتاين الفجوة التي فرقت بين المادة والطاقة ، ألا وهي الفجوة بين الذات والموضوع ، أو بين الوعي والواقع ، أو بين الروح والجسد . بدأها علماء الطبيعة من الجيل الذي خلف أينشتاين ورفاقه . وواكبها قلة مثابرة من علماء النفس حرصت على الأخذ بها وتطبيقها .

إن الملفت للنظر هو أن علماء النفس ، وخاصة أطباء النفس مازالوا وهم يلهثون للحاق بركب العلم ، ينظرون إلى مثل هذا التصور بعين من الريبة . إذ أن الاكتشافات الحديثة التي حدثت من خلال تطور العلوم الطبية العصبية جعلتهم يظنون ، كما ظن الذين سبقهم من قبل ، أنهم على شفا اختزال الإنسان إلى مجموعة من التفاعلات البيولوجية التي يمكن رصدها بدقة وبالتالي التحكم فيها . ونشأ في الطب النفسي ما يعرف بالموجة الكريستالينية الجديدة ؛ وهي التي تسعى إلى الوصف الدقيق للأعراض وتصنيفها إلى أمراض ، كل منهما له شفاء في دواء يصنعه الإنسان مستفيداً من التكنولوجيا الحديثة في تركيب المواد الكيميائية والفيزيولوجية المؤثرة على الوعي . ومن هنا بدأ إهمال تدريس العلاج النفسي في كليات الطب ، بل وفي مقررات الطب النفسي ذاته . ووجد علماء النفس والخدمة الاجتماعية وغيرهم من علماء السلوك الإنساني دوراً لهم في استعادة المبادرة في التخصص في العلاج النفسي . إلا أنه من حسن الطالع أن الأطباء بدأوا يفتنون إلى أهمية العوامل النفسية في تسبب وبالتالي علاج الأمراض العضوية . ولم يقف الأمر عند تلك الأمراض التي كانت تصنف تحت عنوان الأمراض النفسية الجسمية psychosomatic ، بل أخذت تنسج لشمل كافة الأمراض التي يكون

لجهاز المناعة دور في مقاومتها أو شفاؤها . فشملت أمراضاً معدية كان اليقين فيها أن السبب هو جرثومة أو فيروس ، وأمراضاً كان للجهاز المناعي دور رئيسي فيها (مثل أمراض الحساسية) ، وأمراضاً عضوية المظهر وإن لم تكن أحادية السبب مثل السرطان . وابتدعت طرق نفسية لعلاج السرطان بل وشفائه تماماً . ومن الطريف أن بعض الكتب التي ضربت الرقم القياسي في التوزيع كانت مواضيعها نفسية ولكن مؤلفيها من تخصصات غير نفسية ، مثل الجراحة وأمراض النساء .

لذلك استمر حجم المقررات في العلوم السلوكية والطب النفسي في كليات الطب بالولايات المتحدة بالازدياد حتى أصبح يأخذ حوالي خمس إلى ربع المقررات .

مدارس وآليات

المعالج النفسي الجيد يمارس المعالجة من واقع خبرته وعلمه . ولكنه في أغلب الأحوال يبدأ بإجادة مدرسة لها إطار نظري وآليات تنبع منه . والمدارس عديدة ومختلفة ويصعب عرضها . ولذا سوف نعرض التيارات العامة التي يمكن أن تندرج تحتها المدارس .

هناك تيار التحليل النفسي والتفرعات التي نجمت عنه . والخط العام الذي يجمعها يبنى على توجيه أساسي وهو النظر إلى الداخل والتبصر الذي يوسع دائرة الوعي ، فيتبعه التغيير في المواقف والسلوكيات .

وتقوم النظرية على أساس أن ما يحرك الوعي عبارة عن دوافع غريزية لا شعورية ؛ فتتأثر بالبيئة وخاصة في الطفولة المبكرة . فتتكون عقد نفسية تتحكم في وعي الفرد وسلوكه ؛ الأمر الذي يتطلب استعادة هذه الخبرات والاستبصار بتأثيرها بما يمكن الفرد من التحرر منها . إنها عملية فيها تفريغ لشحنات انفعالية مكبوتة ، ولكن التفاصيل أعقد وأعمق من مجرد ذلك .

الغرائز التي افترضها فرويد هي الجنس والعدوان . إلا أنه طورها بعد ذلك إلى غرائز الحياة في مواجهة الموت . فهي ظاهرة منذ الولادة ، تتواجد معاً في تناقض وحداني . أي أن الطفل الوليد يحب ويكره نفس الشخص في نفس الوقت . فأمه التي ترضعه وتحمله هي أيضاً أمه التي تحرمه من الرضاعة وتغيب عنه ولا تحمله .

ويعر الطفل في تعامله مع غرائزه بمراحل stages . ففي السنة الأولى يتركز تعامل الطفل مع العامل الخارجي ، ويبدأ تعامله مع أمه ، بواسطة فمه . ولذا أطلق على هذه المرحلة المرحلة الفموية oral stage ؛ وتستغرق العام الأول من عمره . فهو يستدمج الخبرات ويتعامل مع أمه (والعالم المحيط) بضمه أساساً ، كما يستخدم آليات نفسية مثل التفارق (الانشقاق) لعزل صورة الأم الجيدة عن الأم البغيضة والإسقاط لعزل نزعاته الجيدة عن الشريرة ، كما أنه يتعامل مع الموضوع (أمه) على أساس أنها مجرد امتداد له . فهو لا يعرف حدود ذاته ولا يميز بين الذات والموضوع .

أما المرحلة الثانية ، التي سميت **المرحلة الشرجية anal stage** ، فتستمر حتى منتصف العام الثالث من عمره . ويبدأ في التمييز الجزئي بين الذات والموضوع . فهو لم يستقل تماماً عن أمه ولكنه يسعى إلى ذلك . ويتم هذا عند إمكانه التحكم في عضلاته الإرادية ؛ أي باكتساب القدرة على المشي والكلام وأخيراً التحكم بالتبول والتبرز .

ثم تأتي المرحلة الثالثة التي تمتد إلى السنة السادسة والمسماة **بالمرحلة القضيبية phallic stage** ، حيث يحقق الاستقلال . وتسمى أيضاً المرحلة الأوديبيّة ؛ أي عندما يتعرف على الفروق الجنسية ويبدأ الطفل الذكر في التنافس مع أبيه حول الاستحواذ على أمه (عقدة أوديب) ، والطفلة تزيج مشاعرها تجاه أمها وترتبط بأبيها (عقدة إلكترا) .

بعد ذلك يكتشف الطفل خيالية رغباته فيكتبها ليدخل **مرحلة الكمون أو الخفاء latent stage** . ويبدأ الطفل في التسوحد مع أبيه والطفلة الأنثى بالتوحد مع أمها . وتستمر هذه المرحلة إلى سن البلوغ . وتعود التخييلات الأوديبيّة ولكن إدراكه للواقع يجعله يبحث عن فرد من الجنس الآخر من جيله . وتسمى هذه **بالمرحلة التناسلية genital stage** .

ويقف فرويد عند ذلك . ولكن إريكسون يطور النظرية لتغطي عمر الإنسان كله . كما يطور فيها بما يقلل من شأن العامل الجنسي البيولوجي . إذ يعطي إريكسون دوراً أكبر للعوامل النفسية الاجتماعية . ولذا يسمي المراحل بأسماء تصف التحدي الذي يواجهه الطفل إبان تعامله مع الموضوع الذي يأخذ في الحسبان الأسرة والمجتمع . فالمرحل عند ثمانية هي : (1) الأمان (2) الاستقلال (3) المبادرة (4) المثابرة (5) الهوية (6) الألفة (7) الإنجاب (8) التكامل . فيربط بين الغرائز والبيئة الاجتماعية والثقافة السائدة .

ويأتي تطوير إريكسون بالتواكب مع توجه التحليل النفسي عموماً إلى الذات في تعاملها مع البيئة . وهي مساهمات بدأت منذ نشأة التحليل النفسي ، وحتى انشقاق مجموعات عن التيار السائد في التحليل النفسي في اتجاه الاهتمام بالبيئة والثقافة : منهم كارن هورني وسوليفان وإريك فروم ؛ رغم أن جذور الانشقاقات بدأت منذ أيام فرويد بدءاً بأدلر ثم يونج ثم رانك ورايخ وغيرهم . ومن أهم الإضافات موازنة انحياز فرويد للذكورة ، (فقد نشأ في جو أبوي يعلي من شأن الذكور بما جعل من قضيب الطفل الذكر ميزة بيولوجية تؤدي إلى حسد القضيب والخوف من الخضاء) ، بأن الأصل في الحسد يبدأ قبل هذه المرحلة .

بناءً على هذه النظرية وأفروعاتها وتطوراتها ، تطرقت أيضاً آليات المعالجة إذ بعد ما كانت العملية العلاجية تستغرق وقتاً طويلاً ، وتغوص في الأعماق لاستعادة خبرات الماضي المؤلمة أي سيكولوجية الغرائز أو « الهور » أو « الهِي » ، صار الاهتمام بما عرف بسيكولوجية الذات ؛ أي الاهتمام بالأنا وكيفية تعامل الذات مع الواقع . وزادت إيجابية المعالج وتدخلاته بدلاً من الإنصات الطويل لما كان يعرف بالتداعي الطليق (الحر) وتفسير الأحلام . وازداد التطور بما جعل المعالج يتفاعل مع من

يعالجه بواسطة العلاقة الإنسانية التي تجعل من المعالج إنساناً يتأثر وبالتالي يؤثر في من يعالجه . وهي جذور التيار الوجودي الإنساني .

كما جرى التطوير في المعالجة النفسية التحليلية بتوسيع مجالات تطبيقه مع التعديلات اللازمة في الأسلوب . إذ بعد أن كان قاصراً على حالات العُصَاب في الراشدين وفي إطار فردي ، طبقه ووزن على الذُهَّانين . كما طبقتة أنا فرويد وكذلك سيلاني كلان على الأطفال واستخدمه بيون مع الجماعات .

وأدخلت تعديلات في الأهداف بما يمكن من استخدامه للعلاج المساند والعلاج المختصر والطوارئ .

ومن المنطلق العكسي ، أي البداية من السلوك الخارجي والأعراض الظاهرة نشأ التيار الآخر : المعالجة السلوكية . وكانت نشأتها في البداية في مُختَبَرات عام الـ ١٩٥٠ منذ أن بدأ بافلوف تجاربه العلمية على الحيوانات وكيفية تعديل الاستجابات في مجالات التفاعلات الانعكاسية . ثم طورت التجارب عند واطسون وسكينر وغيرهما لتكوين نظرية التعلم وإمكانية تطبيقها في مجال العلاج . إلا أنه حتى الآن لم يمكن تطبيقه في أغلب المجالات . ويمكن القول بأنه حقق نجاحاً لا بأس به مع الأطفال المعوقين (مثل حالات الذاتوية والتخلف العقلي واضطرابات الانتباه) وكذلك في إزالة بعض الأعراض العُصَابية مثل الرُهَاب والقلق وبعض الأعراض الوسواسية والإدمان وغيرها . كما أمكن استخدامه في تعديل سلوك الجماعات مثل المسجونين ونزلاء المستشفيات الذين يحتاجون إلى إعادة تعلم بعض السلوكيات الكيفية من أجل اتباع نظم وعادات جديدة تساعدهم على التكيف . والمفترض في كل الأحوال أن التأكيد على تغيير السلوك الخارجي سوف يتبعه تغيير في الفكر والانفعال .

ولذلك نشأت مدارس أخرى في العلاج تشبه المدخل السلوكي في البدء بالخارج وتعتمد التغيير في الوعي (الفكر أو الوجدان أو كلاهما) على أساس أن البقية سوف تتبع . ومن أهم هذه المدارس : **العلاج المعرفي ، والعلاج المعرفي الانفعالي ، والعلاج بالواقع** . أغلبها يشترك في الاهتمام بتغيير أفكار الفرد ومواقفه تجاه ذاته والعالم الخارجي بما يؤدي إلى تغيير في الوجدان والسلوك . فالذرد المكتئب مثلاً يتميز بأنه يعيش على افتراض منظومات فكرية تجعله يرى نفسه والواقع المحيط بشكل يدعم وينمي مزاجه المكتئب . والمعالج عليه في هذه الحالات أن يدرّب من يعالجه على اكتساب منظومات فكرية جديدة تؤدي إلى تغييرات في وجدانه وسلوكه .

يأتي هنا التساؤل عن كيفية الجمع بين هذه المدارس والتيارات التي تبدو متناقضة أو متصارعة ؟ هنا يأتي دور **التيار الإنساني الوجودي** أو القوة الثالثة . فيما يبدو أن ظهور هذا التيار في هذا الوقت لم يأت من فراغ ، ولكن غالباً كاستجابة لمناخ حضاري بدأ يشك في صحة القيم التي تبالغ في إعلاء قيمة التحكم بالعقل في المشاعر والتلقائية . فالتحليل النفسي يبدو وكأنه تشريح بارد لمشاعر إنسانية

متدفقة . والسلوكية تبدو وكأنها ميكنة للإنسان . ولكن كلاهما يلقي بعض الضوء على جانب من الحقيقة . ولذا لم يأت التيار الثالث رافضاً لما سبقه ، ولكن مكماً ومطوراً وجامعاً للمتناقضات . فليس هناك اعتراض على الضحك كخطوة نحو السعادة ، ولكن لا يجب أن يعني ذلك أن الإنسان الذي لا يسعد لا يضحك . كما يعني أن الضحك المتعمد كألية علاجية غير فعال ، ولكن هناك حاجة لأن يعي الفرد أن هناك في وعيه ما يستحق الضحك والسعادة . هكذا بدأ رد فعل **المدرسة الجشطالطية Gestaltic** في العلاج كما وضع أسسها فريدريك بيرلز : أن يبدأ بالضحك وأطلق العنان للمشاعر ، وسوف تأتي البصيرة والتفسير من داخلك دون حاجة إلى معالج . إلا أن أصحاب مدرسة **التحليل التفاعلي reactive analysis** الذين كانوا ضمن التيار الثالث ، أضافوا أن لا مانع من محاولة التمسك بالثمة سير بما يجعل استعادة الخبرة المؤدية إلى السعادة عن طريق استدعائها إلى العقل . وكذلك ساهم كارل روجرز بإبراز أهمية أن تكون المعالجة متمركزة حول من يعالج ، دون أن تكون متأثرة بمواقف أو آراء المعالج . بينما كان إيريك فروم يتوجه إلى قضايا ثقافية وسياسية واجتماعية وفلسفية عامة .

ومن هذا التوسيع لدائرة الوعي عن طريق ربط ما هو عقلائي بما هو انفعالي . وما هو تحليلي بما هو سلوكي ، وما هو فردي بما هو اجتماعي ، بدأت حواجز الثنائية التي كانت تبحث عن أسبقية الوعي أم السلوك ؟ الفكر أم العقل ؟ وبدأت النظرة إلى الإنسان تتسع دائرتها بل تسابق الطب العام في اتجاه التعامل مع الإنسان ككل ، لا كجمع حسابي لعدة وظائف متفرقة . وترتب على ذلك بحث في التراث الطبي القديم لمعرفة كيف كان الإنسان يتغلب على الأمراض قبل مرحلة التكنولوجيا الدوائية المعاصرة ، وازدهرت الدعوة إلى الطب البديل ، والعودة إلى استخدام هبات الطبيعة سواء كانت نباتات وأعشاب أو كانت تدريبات روحية (مثل التأمل والتعبد بأشكاله المختلفة والتي قد تأخذ شكل رياضة اليوجا أو حلقات الذكر الصوفية ، بل بعض الممارسات الشعبية التي لا علاقة لها بالتعبد) . واستمرت الدراسات الجادة لهذه الظواهر ، ووجدت مساندة علمية من جانب علماء الفيزياء الحديثة وما وصلوا إليه من رؤية توحيدية للكون ؛ وهي باختصار أنه لو لم يكن هناك إله ، فهناك ضرورة علمية لأن نفترض وجوده حتى يمكننا تفسير ظواهر الطبيعة .

هكذا ولد التيار الرابع ، والذي اتخذ لنفسه اسم **علم النفس عبر الشخصية** ؛ وما ترتب عليه من تطبيقات علاجية . وما هو إلا عودة (لا نكسة ، إذ هي قد عبرت من خلال العلم ولم تفز فوقه أو تزحف تحته) إلى التراث القديم الذي اجتمع حوله المتصوفون من كافة الأديان .

يتلخص موقف هذا التيار في التطبيق العلاجي في أن : المعالج الحكيم ليس من يعد بالشفاء ولكن من يستطيع أن يشارك ويعاون المريض على تحمل الألم وتحويله إلى حال مقبول ، والألم ضروري لمعرفة قيمة البهجة ، فلا سعادة بلا شقاء ولا حلوة بلا نار .

أشكال وإطارات

المعالجة كما اعتدناها من النمرذج الطبي بين معالج ومريض . ولكن النفس البشرية علّمتنا أن حدود الذات لا علاقة لها بحدود الجلد الذي يحوي جسد الإنسان . بل إن الطب العضوي ذاته بدأ يتخلى عن هذه النظرة بأن يأخذ في الاعتبار العوامل البيئية سواء المادية أو الاجتماعية .

ولعل أول ما يتبادر إلى الذهن كعلاقة بين الفرد (الراشد) والآخر هو العلاقة الزوجية . ولذا نشأت فكرة **المعالجة مع الزوج** (والزوج مذكّر ومؤنث) عندما صارت الصراعات الزوجية هي الأصل في المرض ، بينما الأعراض ليست إلا المظهر الخارجي . وأن ما من زوج يتألم إلا وكان لزوجيه دور ، سواء في تسبب الألم أو تخفيفه . فصار الشكل الأمثل للعلاج في مثل هذه الأحوال هو أن يشترك الزوجان في الجلسة الواحدة دائماً أو غالباً أو أحياناً . أو ربما يتم العلاج بواسطة اثنين من المعالجين كل على حدة أو بالتعاون بينهما . والعلاج مع الزوج يكاد يكون ضرورة في حالة الاضطرابات في العلاقة الجنسية .

في المقابل فإن العلاقة الحميمة التي تقترب من علاقة الزواج هي علاقة أفراد الأسرة الواحدة . ومن هنا نشأ **العلاج مع الأسرة** . وفي مجتمعاتنا الشرقية على الأخص تكتسب قيمة الانتماء إلى أسرة الأصل (بالمقارنة مع أسرة الإنجاب) مكانة عالية في التأثير على حياة الفرد . فالأبناء ، والبنات بوجه خاص ، يبقون على علاقة ولاء شديد مع أبويهما حتى بعد الزواج والإنجاب . وبالتالي نستطيع أن نقول إن العلاج مع الأسرة يكاد يفرض نفسه كواقع في مجتمعاتنا ، رغم غياب التدرج عليه كتخصص . كما أن العلاج مع الأسرة يكاد يكون المعالجة الوحيدة الممكنة لمعالجة الأطفال . بل كثيراً ما نجد الطفل الذي يقدم للعلاج هو المعاون الأول للمعالج في تشخيص وعلاج الأمراض التي تصيب الأسرة .

ويمكن في حالي المعالجة مع الزوج والمعالجة مع الأسرة أن تتم المعالجة في إطار جلسة جماعية تتكون من أكثر من زوج أو أكثر من أسرة ، فتكون معالجة جماعية .

وهنا نأتي إلى دور **المعالجة النفسية الجماعية** . فقد انتشرت المعالجة النفسية في الآونة الأخيرة وكادت ، في كثير من الحالات أن تحل محل المعالجة الفردية أو تتوأكب معها أو تكملها ، رغم بدايتها المتواضعة كنتائج لمحاولة من اختصاصي بالأمراض الصدرية (مرض السل بالتحديد) وهو يرات ، بأن كان يجمع المرضى ليناقد أمور علاجهم ، فلاحظ تحسناً في حالاتهم النفسية . إن الفضل في المناقشة التحليلية يرجع إلى بيون حيث كان يتعامل مع الأعداد الكبيرة من المرضى المتأثرين بالكرب الناتج عن اشتراكهم في الحرب (العالمية) . فكانت الضرورة تحتم عليه أن يلتقي بهم كجماعة . وكان ، كمحلل نفسي ، يميل إلى دور المستمع مع الحد الأدنى من التدخل . واكتشف أن الجماعات

لا بد لها وأن تمر بأطوار متتالية . فتبدأ عادة بعلاقة تكاليف حيث ينتظر الجميع من القائد أن يملي عليهم ما يجب أن يفعلوا . ثم تأتي مرحلة القتال والهرب (الكر والفر) حيث يتصارع أعضاء المجموعة على القيادة . وأخيراً تأتي مرحلة التزاوج حيث تنقسم الجماعة الكبيرة إلى ثنائيات أو جماعات صغيرة . وهي كلها مراحل لها جوانبها السلبية والإيجابية . كما أن المجموعة ككل تنصهر وتصبح مجموعة حيث يكون العمل هو الهدف المشترك الذي يلتف حوله الجميع . إلا أن هناك شداً (مرضياً) يجذب المجموعة إلى السعي لإشباع احتياجات (عاجلة) لا شعورية . وهي ما يصفها بيون بالافتراضات الأساسية .

وفي مواجهة هذا الاتجاه للتعامل مع المجموعة ككل ظهرت اتجاهات أخرى تدعو إلى التعامل مع الفرد في المجموعة ؛ فيتعمق التفاعل مع الفرد على حساب المساواة في توزيع الاهتمام . ولكن المشاركين بالمساهمة يشتركون ويتفاعلون بوجودهم فعم الفائدة رغم أن الاهتمام كان منصباً على فرد .

وبالتوازي ظهر **المسرح النفسي** الذي أبدع في وضع أسسه مورينو . فالمرضى يجد يسراً في التعبير عما يخجل منه إذا ما طلب منه أن يرتجل مسرحية وأدوار تعكس ، بإرادته أو بدونها ، مشاكله الخاصة ، ويستفيد المشاركون في الأدوار (وهم عادة من المرضى الذين اكتسبوا خبرة في هذا المجال فأصبحوا بمثابة المعالج المساعد) . وقد طبق مورينو هذا الأسلوب على مساحة واسعة تشمل أمراضاً مختلفة ، وتتنوع لأعداد كبيرة ، بل وفي مجالات خارج مفهوم المعالجة مثل التعليم والتطوير الإداري وحل الصراعات .

أما **العلاج البيئي** ، وهو يعتبر من امتدادات العلاج النفسي ، فقد قام على برمجة البيئة التي يعيش فيها المرضى لتشمل نشاطات مختلفة يشارك في وضعها وتنفيذها المرضى ، فيكتسبون المهارات الاجتماعية والنفسية إلى تؤولهم للشفاء .

وهنا يجب الإشارة إلى الوسائل المعاونة للمعالجة النفسية ، مثل استخدام **الرسم والنحت والموسيقى والغناء** وغير ذلك من الفنون بما يعاونون به المعالجة النفسية بل ربما يصبح بديلاً لها . وكذلك **المعالجة بالنشاط والعمل والتأهيل المهني** . فالنشاط البدني من حيث المبدأ له آثار نفسية وفيزيولوجية تؤدي إلى الاسترخاء بل إلى توسيع دائرة الوعي والوصول إلى مراتب من الوجدان الصوفي .

وقد ابتدعت وسائل معاونة للتعجيل بمثل هذا التطور النفسي وتحويل ما كان يبدو أنه خبرة ذهانية إلى خبرة صوفية . من هذه الوسائل استخدام أجهزة خاصة كالارتجاع البيولوجي biofeedback . ومن أهمها جهاز مرآة المخ الذي يعاون الفرد على الارتقاء بحالة وعيه إلى مراتب عليا . وقد يستخدم كتطوير أو تنمية للنفس فيما بعد المعالجة ، أو قد يدمج ضمن المعالجة بأن يسبقها أو يصاحبها . ولذا اخترنا تسمية تجمع مفهومي التصوف والاستعانة بالتكنولوجيا الإلكترونية الحديثة : **الصوفيترونيا** .

التدريب

تعتبر المعالجة النفسية مهارة تستخدم فيها كأداة أساسية شخصية المعالج . فهي أقرب إلى الفن منها للعلم . ولذا لا بد أن يكون الأساس في التدريب أن عليه أن يؤدي إلى إصلاح شخصية المعالج نفسه . ويقوم على معايشة المعالج لدور المريض ويكتسب بذلك خبرة ذاتية . وقد كان التحليل النفسي يتطلب مرور المعالج بخبرة المعالجة مع محلل نفسي مُدرَّب قد تستمر أعواماً طويلة وتكلف الكثير .

ويتلو ذلك في الأهمية ، وإن من الممكن أن يواكبه ، اكتساب المهارات العلاجية بأن يقوم المعالج بتحليل حالتين على الأقل تحت إشراف معالج مدرب . أي أن يكون التدريب عملياً بالممارسة .

ويتواكب مع هذا اشتراكه في حلقات دراسية يكتسب فيها الأساس النظري ، سواء كان توجهه عملياً بأن يتعلم آليات المعالجة أو نظرياً عاماً يبلور مفهوماً متكاملًا للنفس البشرية .

إلا أن هذا النهج في التدريب كان مكلفاً ويستغرق وقتاً طويلاً . وبالتجربة ، وبعد تنفيذ الكثير من الأسس النظرية للتحليل النفسي ، وجد أنه من الممكن أن يختصر التدريب بأن يكون الانتقاء في البداية لشخصية المعالج آخذين في الاعتبار الصفات المطلوبة أصلاً في المعالج الجيد ، كان يكون محباً ، دافئاً ، قادراً على الاستمرار ، يميل إلى تطوير نفسه والاستمرار بها ، مجيداً للإنتصاف ، وقادراً على التعاطف ومشاركة الغير الأهم ، مرن في شخصيته بما يجعله دائم التطوير لها وإصلاحها ، قادراً على التكوص ، يولد شخصيته ويعيد ميلادها بيسر ، وغير ذلك من صفات . كما وجد أن التدريب في إطار علاجي جماعي يحقق أكثر من هدف : فهو ليس مجرد أقل تكلفة ، ولكنه يعطي للمشارك فرصة تبادل الأدوار في عملية واحدة : فهو معالج مريض طالب مُتعلم معاً . وهو مشارك معايش ملاحظ مشاهد معاً . كما أن تأثير الجماعة يفوق الجمع الحسابي لمحتوى ما يحدث فيها . فالجماعة تيسر تصعيد التعبير اللفظي واللالفظي عن المشاعر وتعجل بظهورها . وهي في النهاية تكسبه المهارة على مستويات عدة : المعالجة الفردية ومع المجموعة ومع الأسرة وبالاستعانة بالمرشح النفسي وغير ذلك من آليات يصعب اكتسابها في الإطار الفردي .

وختاماً فإن أهمية العوامل الثقافية في تكوين الشخصية تتطلب أن يكون **التدريب باللغة الوطنية** ومع أفراد لهم جذور ثقافية مشتركة . وهو الأمر الذي يعجل بضرورة إيجاد معهد عربي للمعالجة النفسية (والعلاقات الإنسانية بصفة عامة) . ويفضل أن يكتسب المعالج النفسي خبرات في تطبيق قدراته على التأثير على وعي الإنسان وسلوكه في مجالات غير علاجية . فمن جانب هناك ما هو بمثابة معالجة الأسوياء ، أو ما بعد المعالجة ، والتي تهدف إلى الارتقاء بالنفس البشرية المتطورة . فالصحة ، كما اتفقت عليها منظمة الصحة العالمية ، ليست مجرد غياب المرض . ولكنها تتجاوز ذلك لتجعل الإنسان أقدر على تنمية قدراته والتعبير عنها بصورة تحقق ذاته . وهو ما صار يمارس

اليوم تحت مسميات أخرى غير العلاج بالمفهوم الطبي التقليدي ، كما يحدث في كثير من ورش العمل والمختبرات والدورات التدريبية وجماعات التنمية وجماعات اللقاء والمواجهة .

وهنا يأتي السؤال عمن هو الأصلح لممارسة المعالجة النفسية ؟ لاشك أن الطبيب لديه زاد من الخبرة في التعامل مع الآلام البشرية . ولكن كثيراً من المهارات والصفات المطلوبة في المعالج النفسي لا تتطلب كل هذه السنوات التي يقضيها الطبيب كي يكتسب الخبرة اللازمة لأن يكون معالجاً نفسياً . وقد يكون المعالج الأفضل هو الذي قضى سنوات تعليمه الأولى في اكتساب تلك الخبرات والمهارات . بل قد تكون ممارسته في الحياة في إطار مهنة أخرى (الأفضل أن تكون قريبة من العلوم الإنسانية والفنون) مؤهلة له ليكون معالجاً نفسياً جيداً ، إذا ما أكمل خبرته بدورة تدريبية في المعالجة النفسية .

الأدوية النفسية التأثير

psychoactive drugs

الأدوية النفسية التأثير هي مواد لها مفعول نفسي وتستعمل لعلاج الكثير من الاضطرابات النفسية . ونستطيع أن نقسمها حسب استعمالاتها إلى ما يلي :

1 - أدوية مضادة للدُهَان antipsychotic drugs : لعلاج الاضطرابات النفسية الشديدة ، مثل دُهَان الفُصَام - الدُهَان العضوي ، دُهَان الشِيخُوخَة . أمثلة : كلوربرومازين chlorpromazine ، تريفلوبرازين Trifluoperazine ، هلوبريدول Haloperidol .

2 - أدوية مضادة للهوس : مثل هلوبريدول Haloperidol ، الليثيوم Lithium .

3 - أدوية مضادة للاكتئاب antidepressants خاصة الاكتئاب الحميم ، أو حالات الهوس الاكتيبي (المرحلة الاكتيبي) مثل أميتربتيلين Amitryptiline ، إيميرامين Imipramine .

4 - أدوية مضادة للقلق antianxiety : لعلاج حالات القلق الحادة والمزمنة ، والأرق . وقد يؤدي استعمالها المستمر إلى التعود . أمثلة : كلورديازيبوكسيد Chlordiazepoxide ، الديازيبام-diazepam ، البرازولام .

5 - الأدوية المضادة لأعراض الامتناع (أو الانسحاب) عن تعاطي بعض المواد النفسية التأثير ، وتعالج هذه الأدوية متلازمة أعراض الامتناع عن تعاطي المسكرات والمخدرات أو الأفيون . فمثلاً :
- لعلاج أعراض الامتناع عن الخمر يعطى الديازيبام .

- لعلاج أعراض الامتناع عن الأفيون يوصف الكلونودين Clonidine أو الميثادون .

6 - الأدوية المساعدة على المعالجة ، وهذه تستخدم لمعالجة الأمراض الناشئة عن استعمال الأدوية المضادة للدُهَان خاصة أعراض السيل فوق الهرمية مثل مرض باركنسون الذي قد يسبب خلل في
لعلاجه بنزهكسول Benzhexol .

وتتم معالجة الاضطرابات النفسية من خلال طرق متعددة . ففي بعض الحالات يكون العلاج الأولي كيميائياً . وفي حالات ثانية علاجاً نفسياً ، وفي حالات ثالثة تكون المقاييس الاجتماعية هي أهم أنواع العلاج ، ولكن عادة ما يعالج معظم المرضى بالعلاج الكيميائي والنفسي والاجتماعي معاً .

وتلعب الأدوية النفسية التأثير دوراً كبيراً في علاج اضطرابات الهوس ، ولكن دورها في معالجة الدُهَان المرضي أقل أهمية . أما في الحالات العُصَابِيَة فتلعب هذه الأدوية دوراً متواضعاً ، إلا في حالات خاصة مثل الوسواس القهري والاكتئاب الخفيف واضطراب الهلع .

وعادة ما تكون المعالجة الكيميائية موجهة للأعراض ، ولكن هذا لا يختلف عن معالجة معظم الأمراض الطبية الأخرى ، مثل علاج أمراض الجهاز القلبي الدوراني ، أو أمراض الكلى أو السكري .

ويجب على الطبيب أن يأخذ في الاعتبار قبل اتخاذ قرار إعطاء الأدوية النفسانية التأثير النقاط الآتية :

- 1 - هل معاناة المريض من الشدة من حيث النوعية ومن حيث الكمية بحيث نعتبرها أعراضاً وعلامات مرضية ؟
- 2 - وإذا كانت كذلك هل من مصلحة المريض أن يتلقى الأدوية النفسانية التأثير أم علاجاً آخر ؟
- 3 - هل النسبة بين الأعراض المرغوبة وغير المرغوبة إيجابية وتسمح بإعطائها ؟

المعالجة أثناء الحمل والرضاعة

أم يلاحظ حتى الآن أعراض جانبية أو تشوهات خلقية من تأثير استعمال الأدوية المضادة للذهان أو المضادة للاكتئاب على الجنين سواء من الذهانين أو غير الذهانين . ولكن يحتمل أن يكون لليثيوم Lithium تأثيراً بسيطاً ، حيث لوحظ أنه توجد نسبة أكثر من تشوهات الجهاز القلبي الدوراني في الأطفال المولودين للأمهات اللاتي تعاطين الليثيوم في الثلاثة شهور الأولى من الحمل .

إنه لمن السهولة والبساطة أن ننصح كل امرأة حامل بالأخذ أي أدوية نفسانية التأثير أثناء الحمل ، خاصة أثناء الثلاثة شهور الأولى ، ولكن واقع الحياة معقد أكثر من ذلك ، فبعض المرضى يتحتم استمرارهم في العلاج لمنع نكسات الاكتئاب والفصام ، ومع ذلك فهن في حالة طبية لتحمل مسؤولية الأمومة ، ولكن إذا كانت خطورة الانتكاس الذهاني عالية فمن الأفضل الاستمرار في العلاج آخذين في الاعتبار أن التشوهات الخلقية والتأثيرات الجانبية لهذه الأدوية ضئيلة جداً ، وأن الحالة النفسية وحسن الحال للأم في طوال فترة الحمل على قدر كبير من الأهمية . ولكن هذه المشكلة تحتاج إلى اعتبارات خاصة من الطبيب ومن المريض .

وحيث أن معظم الأدوية النفسانية التأثير تُطرح في لبن الأم ، لذا تمد نصيحة الطبيب من حيث الرضاعة الطبيعية من الثدي أو التغذية بالزجاجة ضرورة حسب حالة المريضة .

الأدوية المضادة للذهان neuroleptics, antipsychotics

دواعي الاستعمال :

- دُهان الفُصام .
- بعض الدُهانات العضوية (خاصة دُهانات الشيوخوخة) .
- بعض المتلازمات العضوية الناجمة عن مرضٍ دماغي .
- حالات الهياج بأسبابها المختلفة .

أنواع المركبات

يوجد نوعان : نوع ذو جرعات كبيرة وآخر ذو جرعات صغيرة ، فالأدوية ذات الجرعات الكبيرة مثل الكلوربرومازين Chlorpromazine لها خواص الطمأنينة والتهدئة ويستحسن استعمالها في الحالات الحادة المصحوبة بالتوتر والقلق والتشوش ، وهي أقل تأثيراً في علاج الأعراض الدُهانية مثل الهلاوس والتفكير الزوراني (البارنويدي) ، أما الأدوية ذات الجرعات الصغيرة مثل ترايفلوبيرازين Trifluoperazine وفلوفينازين Fluphenazine والهالوبريدول Haloperidol فلها تأثير أقل في التهدئة ، ولكنها ذات تأثير نوعي متخصص ضد الهلاوس والتفكير الزوراني أو البارنويدي .

التأثيرات الجانبية

- 1 - التهدئة الزائدة .
- 2 - التأثيرات في الجهاز القلبي الدوراني : انخفاض ضغط الدم ، وسرعة ضربات القلب .
- 3 - الجهاز العصبي : الجهاز (المجموع) فوق الهرمي : تؤثر مضادات الدُهان على هذا الجهاز بدرجات متفاوتة وهذا الجهاز له أهميته الخاصة في الحركة السهلة السريعة للعضلات الإرادية ، وقد يؤدي تأثيره إلى :
 - 1 - مرض باركنسون Parkinson disease : والذي يصيب المسنين ، ويتميز بوجود رعاش باليدين متكرر ومنتظم وشديد مع تيبس في العضلات ، واختفاء التعبير الوجهي ، مع سير مميز بخطوات بطيئة بطرق مختلفة .
 - 2 - حالات حَلْكَ الحركة الحادة acute dyskinesia : أو (اضطرابات العضلات الحاد) وهنا تتقلص بصفة مستمرة مجموعات من عضلات الرقبة والفك والعين ، وتؤدي إلى اعوجاج خلفي أو أمامي في الرقبة ، وكذلك يصيب عسر الحركة الفك بالتقلص الحاد بحيث يصعب

على المريض فتحه ، وتوجه العين إلى أعلى مع عدم قدرة المريض على خفضها . ويتم علاجها بإعطاء عقار الديازيبام Diazepam بالوريد ، أو زيادة كمية الأدوية المضادة للشلل الرعاش أو تغيير العلاج .

3 - تعذر الجلوس acathisia : ويتميز ذلك بالحركة المستمرة . وعدم القدرة على التحكم فيها . ولذا يغير المريض مكانه بسرعة ويستمر بالحركة ذهاباً وإياباً في الحجرة ، وعادة تختفي هذه الأعراض الجانبية مع خفض كمية الدواء أو إعطاء مضادات الكولين ، أو مضادات مرض باركنسون مثل بنزهكسول Benzhexol .

4 - حَلَلَّ الحركة المتأخر delayed dyskinesia : وهنا يلاحظ المضغ المتكرر وحركة مستمرة للشفة واللسان والحدود، وعادة ترى هذه الأعراض في المرضى المسنين بعد استعمال مضادات الدُهَان لمدة طويلة . وقد تكون هذه الأعراض غير قابلة للشفاء ، وتزيد مضادات الباركنسونية من هذه الحركات اللاإرادية بعكس الأعراض السابق ذكرها . ولذا يجب خفض مضادات الدُهَان بطريقة بطيئة في هذه الحالة .

5 - الاختلاجات convulsions : تسبب مضادات الدُهَان خفض عتبة الصرع .

6 - الجهاز العصبي اللاإرادي : تتوش الرؤية ، جفاف الأغشية المخاطية ، صعوبة التبول ، اضطراب في القذف .

7 - اضطرابات الاستقلاب (الأيض) واضطراب عمل الهرمونات .

(أ) مضاد الدُهَان ذو الجرعات الكبيرة

الاسم الجنييس كلوربرومازين Chlorpromazine ويتوفر بشكل أقراص وكبسولات وحقن عضلية ووريدية وتحاميل شرجية وتتراوح الجرعة بين 25 ميلي غرام - 300 ميلي غرام ثلاث مرات يومياً . إذا أعطي بالحقن العضلي فتحتسب الجرعة 50% من العلاج بالأقراص ، ويحتاج المرضى المسنون والذين يعانون من سوء التغذية لجرعات أقل .

(ب) مضاد للدُهَان ذو الجرعات الصغيرة

الاسم الجنييس : ترايفلو برازين Trifluoperazine ويتوافر بشكل أقراص ، وتتراوح الجرعة بين 5 - 40 ميلي غرام يومياً ، وهناك المركبات الطويلة المفعول لعلاج المتابعة ، وتتوفر في هيئة حقن طويلة المفعول تعطى كل أسبوعين إلى ثلاث أسابيع بمقدار 25 ميلي غرام .

(ج) مضاد الذُهَان ومضاد الهَوَس

الاسم الجينيس generic name : هالوبريدول Haloperidol يحتتمل أن يكون أفضل علاج حالياً للهَوَس نظراً لسرعة تأثيره وتفاعله الواضح ، وإذا كان لا بد من منع نكس المرض فيفضل هنا الليثيوم Lithium . ويتوافر بشكل أقراص ، وتتراوح الجرعة بين 5 - 40 ميلي غرام ، أو حقنة في الحصل بمقدار 50 و 100 ميلي غرام تعطى كل 4 أسابيع مضاد للذُهَان طويل المفعول (بالفم) .

الاسم الجينيس بيموزايد Pimozide لعلاج مرضى الفُصَام لمدة طويلة ، خاصة إذا كان تعاونهم محدوداً مع عدم رغبتهم في تناول العلاج بانتظام ، وكان اتجاههم سلبياً مع رفض الحقن ، ولكن لا مانع عندهم من تناول أقراص بالفم تحت الإشراف الطبي . بمقدار 4 - 16 ميلي غرام يومياً وتعطى صباحاً في جرعة واحدة .

بعض الأدوية المضادة للذُهَان

ملاحظات	ذو الجرعات الصغيرة (ترايفلوپيرازين)	ذو الجرعات الكبيرة (لاراغاكيل)	ملخص التأثيرات المطلوبة
يفضل أدوية الجرعات الصغيرة	+++	++	مضاد للهلاوس
يفضل أدوية الجرعات الصغيرة	++	+	مضاد للبارانويا
تستعمل أدوية الجرعات الكبيرة عند اللزوم	++	+++	مضاد للذُهَان ذو تأثير مهدئ مميز
من النادر الحاجة إليه	+	+++	تأثير مهدئ غير مميز للذُهَان
			التأثيرات الجانبية
يغير العلاج إلى دواء صغير الجرعة	+	+++	تهديئة زائدة
يغير العلاج إلى دواء صغير الجرعة	+	++	انخفاض في ضغط الدم
يعطى مضاد الباركنسونية ويحاول خفضه بعد مدة حتى يتسنى معرفة ضرورة استمرار العلاج المساند	+++	+	أعراض فوق الهرمية
تعطى أدوية حاصرة للكولين مثل البروستيغمين أو يغير لدواء ذي جرعة صغيرة	+	++	صعوبة في التبول
نصائح لتوعية الطعام ولو أن تأثير ذلك متواضع مثل معظم برامج التغذية	+	++	زيادة في الوزن
يوقف العلاج ويغير لنوع آخر		+	يرقان
		+	
يغير إلى مضاد ذُهَاني آخر	+	+	حروق الشمس الشديدة
يجب مراعاة الأعراض السريرية حتى أن لم تتيسر الفحوصات المختبرية وأن لوحظ ذلك يجب وقف الدواء فوراً	+	++	نقص كريات الدم البيضاء
			التأثيرات الضارة
وضع الاستلقاء ، واعطاء نورابينفرين في الوريد في المراحل الشديدة	+	++	انخفاض ضغط الدم
التدابير اللازمة لإعادة درجة الحرارة إلى طبيعتها ديازينام في الوريد	+	++	عدم القدرة على التحكم في الحرارة

مضادات الاكتئاب antidepressants

دواعي الاستعمال : الاكتئاب الجسيم أو السوداوية melancholia ، ذهان الهوس الاكتئابي ، النوبة الاكتئابية .

أنواع المركبات

- 1 - مضادات الاكتئاب الثلاثية الحلقات Tricychlic: يتناول المريض عادة هذه الأدوية على هيئة أقراص . وهي الاختيار الأول في علاج الاكتئاب .
- 2 - مثبطات إنزيم أكسيداز الأمينات الأحادية (MAOI) Monoamine Oxidase Inhibitors : وهذه الأدوية ذات فائدة في علاج بعض مرضى الاكتئاب . ولكن يتحدد استعمالها بوجود المريض الذي يتعاون مع الطبيب ، نظراً لتفاعل هذا الدواء مع بعض الأدوية الأخرى وبعض أنواع الطعام . وفي هذا الفصل لن نعرض لنفاصيل عن هذه المركبات ولكن الجدير بالذكر أن استعمال هذه المركبات يحتاج إلى خبرة واهتمام خاص حتى يتسنى للمريض السلامة .
- 3 - اعتبارات خاصة : مازال العلاج بالجلسات الكهربائية (مزامنة إيقاع الدماغ) هو أكثر العلاجات قوة وفائدة في حالات الاكتئاب الشديدة ، خاصة المصحوبة بالميل الانتحارية . ولن نسهب في وصف الجلسات الكهربائية . ولكن يجب أن نعلم أنها البديل لمضادات الاكتئاب في حالة عدم استجابة المريض لها . ولكن يجب أن تعطى هذه الجلسات من قبل الأطباء المتدربين على ذلك .
- 4 - تبدأ فاعلية هذه الأدوية بعد 3-6 أسابيع ، ويجب أن تستمر لمدة لا تقل عن 3-6 شهور يقرر بعدها علاج المتابعة لسنوات طويلة أو عدم الحاجة إليه ، حسب حالة المريض وعدد النكسات .

مضادات الاكتئاب الثلاثية الحلقات tricyclic antidepressants

التأثيرات المطلوبة

- 1 - التأثير على المزاج المكتئب : بالرغم من أن هذه المركبات لها تأثيرها الفعال على أعراض الاكتئاب إلا أنها تتميز بتأثيرها الواضح والمتخصص في المزاج الاكتئابي المرضي ، مثل الاكتئاب الداخلي أو السوداوية melancholia .
- 2 - التأثير المهدئ : وهذا أقل وضوحاً وأهمية من التأثير الأول ، فبعض مضادات الاكتئاب مثل إيميبرامين Imipramine يقال عنها أنها تنشط الفرد وتقلل من المعاناة والسلبية . والبعض الآخر مثل اميتريبتيلين Amitryptaline يقال إنها مهدئة ، ويعتمد هذا الاختلاف عادة على التقدير

السريري (الإكلينيكي) وليس على أسس علمية . ولا يصح استعمال خواص التهذئة في حالات لا ينطبق عليها تشخيص هذه الاضطرابات .
التأثيرات غير المرغوبة : مثل مضادات الذهان تقريباً .

نقاط هامة في تأثير مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات tricyclic antidepressants وجلسات الكهرباء

تستمر النوبة الاكتئابية لمدة غير محدودة ، ولكنها تتراوح عادة بين 3 إلى 6 شهور ، ولكن في حالات استثنائية قد تستمر فترة تتراوح بين بضعة أيام إلى عدة سنوات . وتؤدي الأدوية المضادة للاكتئاب إلى شفاء الأعراض في فترة تتراوح بين 3 إلى 5 أسابيع في حوالي 60-75% من الحالات .

وإذا قارنا جلسات الكهرباء فنجد أن نسبة شفائها لهذه الحالات حوالي 80 إلى 85% . أما الشفاء التلقائي في الاكتئاب فيتراوح بين 20 و25% .

أما تأثير هذه الأدوية على الحالات العُصائية فهو أقل قوة ، ولا نستطيع التنبؤ بشفاء المريض ولكن تظهر الأعراض الجانبية في هذه الحالات العُصائية بطريقة واضحة خاصة كثرة النوم والإعياء والدوار .

وتؤثر مضادات الاكتئاب على أعراض الاكتئاب ولكنها لا توقف طبيعة المرض تماماً ، ولذا فقد ينكس المريض إذا أوقفنا العلاج قبل شفاؤه التلقائي ، لذا يستحسن أن تستمر المعالجة بمضادات الاكتئاب لمدة تتراوح بين 3-6 شهور ، وهي المدة الكافية لشفاء المريض . بحيث يكون أثناءها بدون أعراض سوداوية ، بحيث يصبح المعالج في حالة وضوح تام لاحتمال عودة الأعراض من عدمه . ولكن الملاحظة الهامة هنا أنه إذا حدثت النكسات أثناء تخفيض الجرعة فإن عودة الجرعة الأولى سيجعل المريض في حالة أفضل مع اختفاء الأعراض في خلال أيام بسيطة ، وهذا معاكس تماماً للمدة التي يحتاجها العلاج في البداية ليتضح تأثيره بين أسبوعين إلى 4 أسابيع . وهذه الملاحظة لا يمكن تفسيرها علمياً . ويحتاج بعض المرضى إلى الاستمرار في هذه الأدوية لمدة سنة أو أكثر . وهنا يستحسن أن نسمي هذا العلاج بالعلاج الوقائي للنكسات .

بعض مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات

الاسم الجينيس أميتريبتالين Amitryptaline

دواعي الاستعمال : الاكتئاب الجسيم ، السوداوية melancholia دُهان الهوس الاكتئابي ، النوبة الاكتئابية (تأثيرات مهدئة غير مضافة إلى المفعول المضاد للاكتئاب) .

يتعدر الاستعمال في : أمراض القلب والمخ الشديدة ، وحالات الغيبوبة coma الناجمة عن التسمم بالأدوية النفسانية التأثير ، وأورام المخ ، والأمراض المعدية والتي تؤثر على المراكز المخية لضغط الدم، وتضخم البروستات ، خاصة مع سوابق احتباس البول . والانتقال من المعالجة بمثبطات إنزيم لاكسيداز الأمينات الأحادية إلى المركبات الثلاثية الحلقات ولكن ليس العكس . ويتوفر بشكل أقراص أو كبسولات وتتراوح الجرعة بين 50 - 200 ميلي غرام يومياً .

الاسم الجينيس **إمبيرامين Imipramine**

دواعي الاستعمال : مثل الأمتريبتالين ولكنه أقل تهدئة .

تعذر الاستعمال : مثل الاميسيربتالين ، لا مانع من إضافة مثبطات إنزيم أكسيداز الأمينات الأحادية (MAOI) بعد الدواء ولكن ليس العكس . ويتوفر بشكل أقراص وكبسولات وحقن عضلية . وتتراوح الجرعة بين 50 - 200 ميلي غرام يومياً .

مضادات الهوس antimaniacs

أنواع المركبات

1 - **مضادات الذهان** : إن تأثير مضادات الذهان على حالات الهوس تأثير غير نوعي مما يجعل اختيار الدواء أمراً مجازياً ، ويفضل هنا إعطاء مضادات ذهان من ذوات الجرعة الصغيرة وأفضلها دواء الهالوبريدول Haloperidole ، الذي يبدأ تأثيره خلال الأيام الأولى من تناول العلاج .

2 - **أملاح الليثيوم Lithium** : إن استعماله في معالجة الهوس (وفي المعالجة الوقائية لنوبات الهوس والاكئاب وفي الاضطرابات الوجدانية لمنع النكسات) هو أكثر نوعية من أي علاج آخر في الطب النفسي الحديث ، والعيب الوحيد في هذا الدواء خاصة في الهوس الحاد هو أن تأثيره لا يبدأ إلا بعد 4 إلى 10 أيام (أي أبداً من الهالوبريدول) ، ولكن يخلب أن يتقبل المريض علاج الليثيوم ، حيث أنه لا يشعر أنه تحت تأثير دواء مهدئ ، أو كما يقولون أدوية أعصاب . ولا يجب استعمال أملاح الليثيوم إلا إذا توافرت التسهيلات الكافية لقياس نسبة الليثيوم في الدم .

الاسم الجينيس : **كربونات الليثيوم**

المراقبة السريرية (الإكلينيكية) والمختبرية

قبل العلاج : كرياتينين الدم ، يوريا الدم ، وفي بعض الحالات ضغط الدم ، تخطيط كهربية القلب ، صورة شعاعية للصدر ، فحص الغدة الدرقية .

أثناء العلاج : تحليل الليثيوم في البلازما (12 ساعة بعد الجرعة الأخيرة) .

تحسب الجرعات بالميلي غرام فقط في حالة كربونات الليثيوم ، أما في حالة الأملاح فتحسب الجرعة بالمول ويمكن أن يعطى جرعة واحدة يومية تؤخذ الساعة العاشرة مساءً (900 - 2400) ميلي غرام ، أو تعطى جرعتين يومياً ، تؤخذ في الثامنة صباحاً والعاشرة مساءً (300 - 900) ميلي غرام .

الأدوية المزيلة للقلق anxiolytics

دواعي الاستعمال

القلق الحاد والمزمن ، الأرق الحاد الشديد ، الأعراض الناتجة عن توقف الكحول أو الأدوية المهدئة ، الحالة الصرعية .

أنواع المركبات

1 - **بنزوديازيبين Benzodiazepines** : تستعمل هذه المركبات بكثرة نظراً لتأثيرها المضاد للقلق ولخواصها المنومة والمهدئة ، ولكن استعمالها المستمر قد يؤدي إلى زيادة الجرعة وأحياناً إلى الاعتماد ، ولكن بالمقارنة بالأدوية الأخرى تعتبر مركبات البنزوديازيبين علاجات آمنة ، حيث أن نسبة الوفيات بعد تناول كميات زائدة تكون منخفضة جداً ، وكذلك فالأعراض الجانبية الرئيسية قليلة إلى حد كبير .

2 - **مضادات الذهان** : مضادات الذهان ذات الجرعة الكبيرة لها من الخواص غير النوعية التأثير التخديري خاصة في المرضى غير الذهانيين ، ولكن نظراً لتأثيرها الفارماكولوجي المختلف والأعراض الجانبية الكثيرة يرفض المريض هذا النوع من العلاج ، ولكن إذا أعطيت هذه الأدوية بكميات صغيرة تكون بديلاً صالحاً للبنزوديازيبين ، خاصة إذا كانت استجابة المريض للأدوية الأخيرة غير سليمة ، أو كان تاريخه المرضي (سوابقه المرضية) يدل على زيادة استعماله لهذه الأدوية أو الكحول .

3 - **الباربيتوريات Barbiturates** : تؤثر هذه الأدوية لكونها منومة مضادة للقلق من النوع المتوسط ، ولكنها تسبب الاعتماد ، ويعتبر استعمال هذا الدواء في كثير من الأحوال من الممارسات القديمة ، نظراً لانتشار استعمالها في فترة سابقة ، كذلك الأعراض الجانبية الشديدة الناتجة عن توقف الدواء كانت تهدد الحياة أحياناً ، يزيد على ذلك أن استعماله بغرض الانتحار يكون عادةً ناجحاً وكثيراً ما يؤدي إلى الوفاة .

4 - أدوية لا ينصح باستعمالها : لا توجد ميزات دوائية للمبروبامات Meprobamate عن البنزوديازيبين ومضادات الذهان ذات الجرعة الكبيرة فهي تؤدي إلى تسمم خطير في محاولات الانتحار مع انخفاض شديد في ضغط الدم ، لذا لا يوصى باستعمال هذا الدواء في الوقت الحالي .

البنزوديازيبين

التأثيرات المطلوبة :

- 1 - تخفيف القلق .
 - 2 - التأثير التنويمى .
 - 3 - التأثير المضاد للأعراض الناتجة عن توقف الإدمان
 - 4 - التأثير المضاد للصرع : يعتبر الديازيبام هو الدواء المفضل إعطاؤه في الوريد في الحالات الصرعية ، وفي حالات الصرع أو الاختلاجات الناتجة من ارتفاع درجة الحرارة في الأطفال . ونظراً لقصر مدة نشاط هذا العقار في الجسم ، فلا يصلح لعلاج حالات الصرع العادية .
- الاسم الجينيس : **ديازيبام** Diazepam ، ويتوفر بشكل أقراص أو كبسولات وحقن عضلية ووريدية وتتراوح الجرعات بين 5 - 20 ميلي غرام يوميا كمضاد للقلق . وكمضاد لأعراض توقف الاعتماد على الدواء يعطى بمقدار 10 - 20 ميلي غرام يومياً .
- وكمضاد للصرع (الحالة الصرعية) يعطى وريدياً بمقدار 10 - 20 ميلي غرام على ألا يزيد عن 200 ميلي غرام في اليوم .

الأدوية المضادة للأعراض الناتجة عن توقف الإدمان والتعود

دواعي الاستعمال :

الامتناع عن الأفيون ، الامتناع عن الكحول ، الامتناع عن الأدوية المنومة ، الامتناع عن الأدوية المهدئة ، الامتناع عن الأدوية المضادة للقلق .

أنواع المركبات

- 1 - الميثادون ولو أنه في ذاته أفيوني إلا أن نصف الحياة في البلازما تمتد لمدة أطول عن باقي أنواع الأفيونات مثل المورفين والهيريون كذلك فهو أكثر نشاطاً ويعطى بالفم .
- 2 - البنزوديازيبين (ديازيبام) ويفيد ذلك في توقف تعاطي الكحول وباقي الأدوية ولكنه لا يفيد في حالات الأفيون .

المعالجة بالكهرباء (مزامنة إيقاع الدماغ)

مازالت جلسات المعالجة بالكهرباء أكثر العلاجات تأثيراً وقوة في حالات الاكتئاب التي تهدد حياة الفرد ، ولقد اختفت الآن معظم الأعراض الجانبية المعروفة سابقاً عن جلسات المعالجة بالكهرباء بعد إدخال نظام التخدير العام واسترخاء العضلات والأكسجين عند تطبيق المعالجة بالكهرباء . وما تبقى من الأعراض الجانبية هو بعض الاضطراب في الذاكرة ، للأحداث القريبة ، ولكن حتى ذلك قل كثيراً بعد المعالجة بالكهرباء على الفص غير السائد في المخ ، ولكن مشكلة النسيان لم تحل تماماً . قد يساء استعمال الكهرباء مثل أي علاج آخر ، ولكن نعتقد أنه قد بولغ في سرد سوء استعمال الكهرباء ، ونتمنى في المستقبل القريب أن نجد مضاداً للاكتئاب يتفوق على مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات وجلسات الكهرباء ، ولكن في الوقت الحالي نعتقد أنه من غير الممكن ألا نعطي هذه العلاجات للمرضى المكتئبين ، آخذين في الاعتبار احتياجات كل مريض حسب حالته ، ولا تختلف كثيراً المدة التي يحتاجها المريض للاستجابة للمعالجة بالكهرباء أو مضادات الاكتئاب . فيحتاج معظم المرضى من 6 إلى 12 جلسة كهربائية ، إذا أعطينا جلسات إلى ثلاث كل أسبوع فمعنى ذلك أن العلاج سيحتاج من ثلاثة إلى خمسة أسابيع ، وهذا المدة الكافية للأدوية المضادة للاكتئاب لتصل إلى الحد الأقصى في التأثير .

أما المرضى ذوو الاكتئاب الشديد والميول الانتحارية فتعتبر الجلسات الكهربائية عملية إنقاذ للحياة بالنسبة لهم .

وتعطي جلسات الكهرباء أحياناً لحالات الهوس والفصام الحاد ، حتى يتسنى إعطاؤهم العلاج الخاص بهم .

وقد تمددت نظريات كيفية عمل جلسات الكهرباء ، ويكفي القول إن لها تأثيراً معدلاً على التوازن العصبي neurotransmitters في المخ المسببة لاضطراب المزاج ، والسلوك ، والتفكير واضطرابات الحركة .

ويجب أن نتوقف عن استعمال كلمة صدمات الكهرباء حيث أن العلاج المعدل الآن لا يسبب أي صدمات ، ومن ثم ندعو إلى تسميتها بجلسات تنظيم أو مزامنة إيقاع الدماغ .

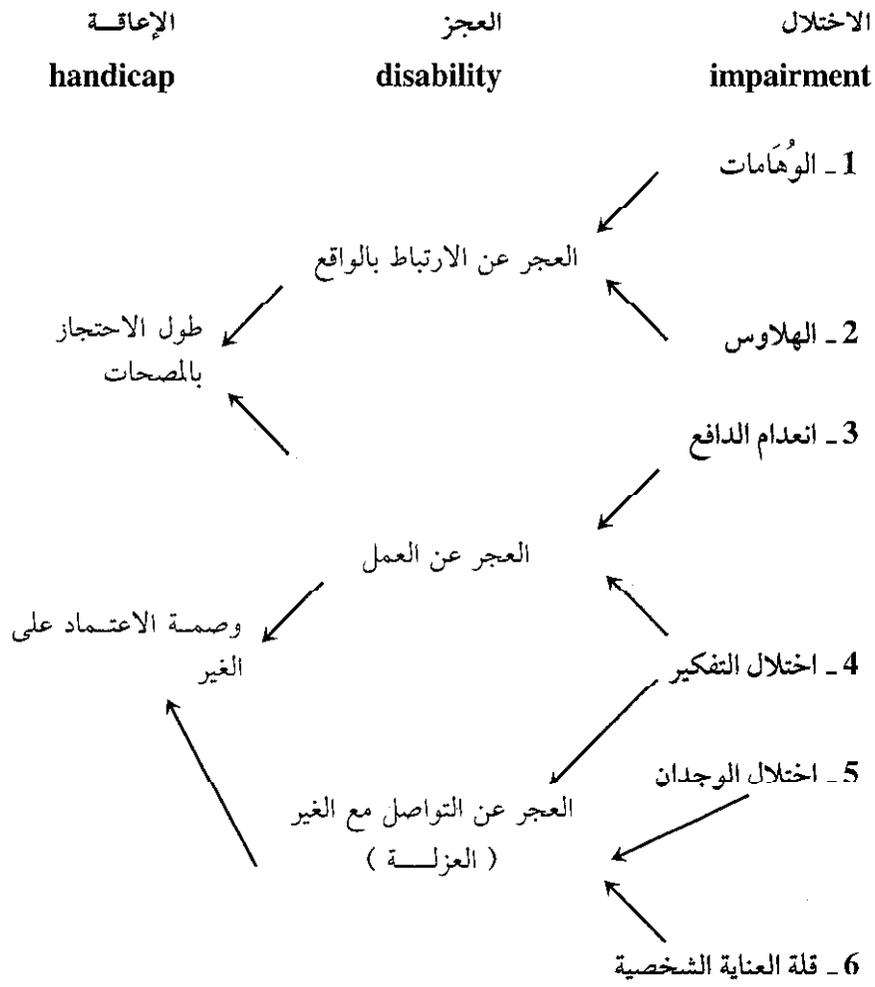
التأهيل النفسي

psychiatric rehabilitation

الأستاذ الدكتور محمد فخر الإسلام
الأستاذ الدكتور محمد خليل الحداد

التأهيل النفسي هو دعم واستعادة التوافق النفسي بين الفرد وبيئته . ينقص الاضطراب النفسي من كفاءة الوظائف النفسية للفرد بما يحدثه من اختلال ، ويساهم الاختلال في إحداث عجز نفسي في العديد من الوظائف ، وإذا تعددت نواحي العجز النفسي أدى ذلك إلى الإعاقة في المجتمع . يسعى علاج الاضطراب النفسي إلى دفع الأداء النفسي للمريض حتى يفي بما يطلب منه في بيئات العمل والأسرة والبيئة العامة ، وإذا ظل هذا الأداء قاصراً رغم العلاج لزم تخفيض ما يطلب من المريض في بيئته حتى يستعيد التوافق أو الملاءمة بين ما يستطيع المريض وما تطلب البيئة . والتأهيل النفسي يغير ويبدل في بيئة الفرد لتناسب قدرات المريض ، ويدرب قدرات الفرد حتى يعوض السوي منها ما ضاع أو نقص بسبب المرض . ولذلك فهو ضروري للمرضى الذين لا يصلح تحسينهم بالعلاج إلى الشفاء الكامل ، كما يحدث في حالات التخلف العقلي وبعض حالات الفصام .

وفي الفصام على سبيل المثال تؤدي الوهامات (الضلالات) والهلاوس إلى العجز عن الارتباط بالواقع ، كما تؤدي قلة الدافع واختلال التفكير إلى العجز عن العمل ، وتؤدي اختلالات التفكير والوجدان والعناية الشخصية إلى العجز عن التواصل مع الغير (العزلة) . وبالتالي يؤدي العجز عن الارتباط بالواقع والعجز عن العمل إلى الإعاقة بطول الاحتجاج بالمصحات ، كما يؤدي العجز عن العمل والعزلة إلى إعاقة ناجمة عن الوصمة الاجتماعية لدوام اعتماد الفصامي على غيره لإعاشته كما هو موضح في ما يلي :



التأهيل في الأسرة

يبدأ ذلك بتعريف أفراد الأسرة بقدرات المريض التي حدّ منها المرض حتى لا يصفوه بالكسل أو عدم السعي والاجتهاد كغيره . كما يلزم تبييهم في نفس الوقت إلى قدرات المريض المتبقية ومدى ما تسمح به من العناية بنفسه ورعاية أموره الشخصية . ويسعى التأهيل الأسري إلى تجنب النقد غير البناء الخالي من الحنان ، وتجنب فرط الحماية للمريض ، لأن ذلك يفقد المريض الشعور بكيانه إذا أعفى من كل المسؤوليات ، وضمور قدرته على الرعاية الشخصية لنفسه في النوم والاستيقاظ وتناول الطعام وارتداء الثياب والنظافة البدنية . وحتى إذا كان المريض مقيماً لفترة طويلة أو بصفة دائمة في مصحة ، وجب على هيئة التمريض والمعالج أن يلتزموا بنفس هذه الاتجاهات التي تلتزم بها الأسرة نحو المرضى الذي يعيشون خارج المصحات في أسرهم ، وأن يكلوا إلى المريض أقصى ما يمكنه تدبره من رعاية أموره الشخصية .

التأهيل في العمل

إذا انتقص المرض النفسي من قدرة المريض على أداء عمله الأصلي يمكن تأهيله بتنمية قدراته المتبقية في اتجاهات أخرى لأعمال مختلفة أو تخفيض متطلبات عمله ، كأن ينقل إلى عمل أخف من سابقه ، فإذا كان يقوم بأعمال مكتبية تستدعي كثيراً من الجهد العقلي ، يمكن أن يوصى له بعمل كاتب تسجيل لا يستدعي كثيراً من الجهد العقلي ، ويحتاج قدرأ أقل من تنوع الأداء ودوام التركيز . ونلاحظ أن كثرة الإجازات المرضية وطول البعد عن العمل له آثار سيئة على التأهيل النفسي للمرضى ولذلك ينبغي قصرها على ما هو ضروري ولازم حتى لا تضمحل قدرة المريض على العمل . ونجد في كثير من المصحات التي يقيم بها المرضى لمدد طويلة أماكن للعمل كالمزارع أو المصانع الحرفية الصغيرة التي يذهب إليها المرضى يوماً للعمل ، ويتقاضون أجوراً على عملهم ، كما توجد فصول دراسية للأطفال المعوقين حتى لا يفوتهم التعليم المناسب لقدراتهم .

التأهيل في البيئة العامة

يلزم لمساعدة المرضى على التأهيل للتعامل مع الآخرين خارج بيئتي الأسرة والعمل أن ننمي قدراتهم الاجتماعية على التواصل مع الغير ، إذا انتقص منها المرض النفسي . كما ندرّبهم على اختيار الأصدقاء والدفاع عن حقوقهم في المعاملات والمناقشات التي تتم بينهم وبين الآخرين ، مع رعاية تقاليد وأعراف المجتمع . نلاحظ أن توفير وسائل مقبولة لقضاء وقت الفراغ للمراهقين والشباب

يقلل من إغراء الانحراف إلى الطرق غير المقبولة ، ومنها الجنوح الإدمان . وعند تأهيل المرضى يلزم المساعدة على توفير دائرة جديدة من الرفاق غير المدمنين ، بالإضافة إلى توفير المجالات السوية للعمل الذي يشعروهم بكيانهم . كذلك يلزم خروج المرضى المزمنين من المصححات النفسية إلى المجتمع وتشجيع زيارة الآخرين لهم .

الصعوبات النفسية في تأهيل المعوقين بدنياً

نلاحظ في كثير من المرضى الذين تستمر إعاقتهم البدنية قلة الدافع إلى التعاون مع برنامج التأهيل البدني ، وكثيراً ما يشكو المريض من الآلام البدنية التي لا تتناسب مع شدة إصابتهم أو مرضهم الجسمي . ويلزم لتأهيل هؤلاء المرضى أن يكون هناك توجيه نفسي بالإضافة إلى توجيه البدني من فريق التأهيل لدراسة المشاكل النفسية لكل مريض ، كالخوف من العودة للعمل أو انتظار تعويض ضخم عن الإصابة (وخاصة إصابات العمل) أو تلقي معلومات متضاربة من أفراد فريق التأهيل ، أو الخوف من الاعتماد على النفس ، أو من عدم الحصول على عمل يناسب القدرات الحالية . ونلاحظ في بعض الأطفال المعاقين بدنياً أن الآخرين يستمرون في معاملتهم كأطفال صغار رغم اطراد نموهم ، وقد يعوق هذا نضجهم النفسي ويبقيهم معتمدين على الآخرين . كذلك فإن الإفراط في وصف الأطباء لمضادات الألم قد يؤدي إلى الاعتماد عليها فتضاف مشكلة نفسية كبيرة إلى المشكلة البدنية .

وفي جميع الأحوال يلزم إشراك أسرة المريض في السعي للتغلب على هذه المشاكل ، من خلال العلاقة المهنية السليمة بين فريق التأهيل والأسرة .

الطوارئ في الطب النفسي

emergency

الأستاذ الدكتور شيخ إدريس عبد الرحيم
الأستاذ الدكتور عبد المناف الجاذري
الأستاذ الدكتور محمد فخر الإسلام

الطوارئ النفسية حالات حادة من الاضطراب النفسي ، تلجئ المريض أو ذويه إلى البحث عن علاج عاجل لخطورة المريض على نفسه أو على الآخرين . ومن أكثر حالات الطوارئ انتشاراً حالات الهياج excitement ، ومحاولة الانتحار (attempted suicide (parasuicide) ، والأعراض التحويلية conversion symptoms ، والهلع panic ، والأعراض الجانبية الحادة لبعض الأدوية النفسانية التأثير ، وبعض حالات الاعتماد على الأدوية durg dependence .

الهيّاج

excitement

يكون المريض مفرطاً في نشاطه الحركي ، وقد يأتي بالشاذ من الأفعال الذي يعرض حياته أو حياة الآخرين للخطر كالسلوك العدواني ، ويقوم بسلوك فاضح ، كأن يخلع ملابس أمام الآخرين ، أو يدمر ما حوله من أشياء . يحدث ذلك في حالات الذهان أو في الهياج السيكوباتي . ومن أهم حالات الذهان الطارئة ما يحدث في الهديان والهوس والفصام .

الهدّيان

delirium

تتميز حالات الهدّيان باضطراب التوجّه orientation في الزمان والمكان والأشخاص ، وانخفاض درجة الوعي وضعف الذاكرة للأحداث القريبة . وكثيراً ما يكون المريض قلقاً خائفاً مما يعتري إدراكه من خداعات وهلاوس وخاصة في المجال البصري . وقد يبول في أماكن غير مخصصة لذلك ، أو يخلع ملابسه الداخلية في وجود الآخرين أو ينام على الأرض ، وتكون الأعراض على أشدها في المساء والليل . ويلزم تمييز هذه الحالات عن ذهان الهوس وذهان الفصام من خلال العلامات السابق بيانها ، لأنها ترجع إلى أسباب عضوية تخل بعملية الاستقلاب (الأيض) في المخ ، مثل حالات الحمى والالتهابات في الإصابات والتسمم (الداخلي أو الخارجي) أو نقص

الأكسجين في الدورة الدموية للمخ . ولا يضطرب التوجه في الزمان والمكان والأشخاص عادة في حالات الهوس أو الفصام .

الهباج في الاضطراب الهوسي

الهباج من العلامات الشائعة في الهوس mania ، وكثيراً ما يصاحبه علامات مزاج الشُّمَّاق elation من رقص أو غناء أو شعر أو فرط الحديث وما به من تسلية أو دعاية . وكثيراً ما يعاني مرضى الهوس من الهيجية بدلاً من الشُّمَّاق elation ، ولكن تشتت انتباههم وحدة تعليقاتهم على ما يحدث حولهم تساعد على تفرقتهم عن مرضى الفصام .

الهباج في الفصام

الهباج علامة معروفة في الحالات الحادة لاضطراب الفصام ، وكثيراً ما يصاحب ذلك الوهَّامات (الضلالات) الاضطهادية التي يعاني منها المريض ، أو الهلاوس التي يغلب أن تكون سمعية أكثر منها بصرية ، ويكون حديث المريض غير متماسك ، خالياً من أي تسلية أو دعاية .

الهباج السيكوباتي

قد يحدث الهياج في اضطرابات الشخصية التي لا يتقيد فيها الفرد بأصول وتقاليد السلوك كما يقرها المجتمع . وهو يوجه السلوك الغاضب عادة ضد أشخاص بعينهم دون غيرهم لتحريك شعورهم بالذنب تجاه الفرد الهائج أو لتعديل سلوكهم لصالحه ، ليقفوا إلى جانبه بعد ما حدث من خلاف معهم . وكثيراً ما يذكر الشخص السيكوباتي أنه لم يعي ما صدر منه من هياج وعدوان على الآخرين ، ولكننا نجد دليلاً موضوعياً على مسؤوليته عما صدر منه في تماسك خطوات سلوكه الهائج وتوجيهه إلى هدف محدد ، ولذلك فإن شعوره بعدم وعيه بما فعل ضرب من الانشقاق . ولا يعاني السيكوباتي من أي اضطراب في التوجه أو وهَّام (ضلال) أو هلاوس .

ويتكون العلاج الطارئ لحالات الهياج من المهدئات التي تعطى عادة بالحقن ، بعد الفحص البدني بقدر ما هو ممكن تحت هذه الظروف . ولا تجدي المهدئات الصغرى مثل مستحضرات البنزوديازيبين في هذه الحالات ، ويلزم أن تكون جرعة المهدئات العظمية في حالات الهياج مناسبة لوزن جسم المريض ودرجة هياجه ، فتكون جرعة الحقن من عقار كلوربرومازين للشخص البالغ مثلاً 100 ميلي غرام في العضل .

ويلزم إحالة جميع حالات الهذيان فيما عدا الهذيان الذي يتلو الإصابات إلى الجناح الباطني بالمستشفى . حيث يتم تشخيص وعلاج المرضى العضوي المسبب لكل حالة ، وحيث يكون العلاج بالأدوية النفسانية التأثير المهدئة علاجاً للأعراض فقط ، يمكن أن يصفه أي طبيب لتهدئة سلوك المريض إلى أن يتم علاج المرض الذي أدى إلى الهذيان .

طوارئ محاولات الانتحار

Attempted suicide

يقوم بعض المرضى بمحاولة إيذاء أنفسهم بعد مواجهة مشكلة في حياتهم ، ويحمل هذا الإيذاء درجات متفاوتة من احتمال قتل الفرد لنفسه ، ويزيد احتمالات الوفاة عند استخدام الطرق الفيزيائية (كالخرق والشنق والطعن والغرق والقفز من ارتفاع) عنها عند استخدام الطرق الكيميائية (كالجراحات الزائدة من الأدوية أو تناول المطهرات) . وقد ينكر المريض نية الانتحار خشية المساءلة القانونية ، أو لكي يعيد فيما بعد تلك المحاولة التي اكتشفها الآخرون بمحض الصدفة . ولذلك يلزم في جميع الأحوال أن يأخذ طبيب الطوارئ جانب الحذر وينصح المريض وأهله بضرورة مراقبة حالته الصحية في جناح عام بالمستشفى يمكن فيه تخليصه من الآثار البدنية لمحاولة الانتحار وإنعاشه إذا لزم الأمر . وبعد مرور فترة المراقبة (48-72 ساعة) ، يمكن للطبيب النفسي أن يقرر ما يلزم للمريض من علاج في جناح الأمراض النفسية ، أو بالعيادة الخارجية ويتناول المشكلة من نواحيها النفسية والاجتماعية من المريض ومن يهتم أمره .

طوارئ الأعراض التحويلية Conversion symptoms

والهلع Panic

قد تحدث الأعراض التحويلية بصورة حادة وتلجئ المريض وأهله إلى قسم الطوارئ لما يشعر من إغماء أو فقد القدرة على الحركة أو الإبصار أو الكلام على سبيل المثال . وأهم وسيلة تفرق تشخيص هذه الحالات عما يشابهها من الأمراض العضوية هي الحصول على السيرة والسوابق (تاريخ المرض) من المريض وأهله لمعرفة العوامل المُرسِّبة وبيان الأعراض السابقة والمصاحبة واللاحقة للعرض التحويلي ثم فحصه بديناً . نجد أن نمط العلامات النفسية والبدنية يتفق مع مفهوم المريض حول مرض العضو المصاب بالأعراض التحويلية . ولا يتفق مع ما هو معروف طبيياً عن ذلك العضو . فإذا أخذنا مثلاً الإغماء التحويلي نجد أن له سوابق ومصاحبات ولواحق تختلف تماماً عن الإغماء الصرعي الذي يلزم تفرقه في التشخيص . فالإغماء التحويلي تدريجي ، يشعر المريض بمقدمه ، فيتخذ من الاحتياط ما يمنع من سقوطه أو إصابته ، وفيه يغمض المريض عينيه ويسبق اهتزاز الأطراف ، فإذ إن الرعي ، وقا

يأتي المريض بمحاولات لشق ثيابه أو خنق رقبته أو الإمساك بالآخرين بقوة ، ويمكنه سماع الآخرين وإن لم يكن قادراً على الرد عليهم أثناء الإغماء التحويلي . وكل ذلك يناقض ما يحدث بالصرع . ومن الخطأ إيذاء المريض الذي يعاني من الأعراض التحويلية باستخدام الوسائل المؤلمة كاستنشاق الأمونيا . أما في حالات الهلع فيظن المريض أنه يموت أو يوشك أن يفقد صوابه وسيطرته على نفسه . يبدو ذلك في سلوكه وطلبه للعون العاجل من الآخرين أو إجراء فحوص معينة لكي يطمئن على قلبه أو صدره مثلاً ، وكثيراً ما يشاركه أهله في الاتجاه إلى الأمراض البدنية كتفسير لاضطرابه . وعلى طبيب الطوارئ تهدئة المريض المصاب بالهلع أو بالأعراض التحويلية بشرح بسيط عن دور الاضطراب النفسي في إحداث الأعراض البدنية وإعطاء المريض علاجاً مهدئاً بالحقن مثل الكلوربيرومازين أو مستحضرات البنزوديازيبين ، على أن يبدأ علاجه بواسطة طبيب نفسي في أقرب وقت . وإذا استخدم طبيب الطوارئ حقن البنزوديازيبين فعليه ألا يكررها بناء على طلب المريض أو أهله حتى لا يصبح المريض معتمداً عليها .

الأعراض الجانبية لبعض الأدوية النفسانية التأثير

قد تظهر الأعراض الجانبية بصورة حادة تلجئ المريض إلى طبيب الطوارئ بعد تناوله لبعض الأدوية النفسانية التأثير التي يصفها الأطباء (وخاصة مجموعة مضادات الذهان) . من ذلك حدوث تقلص في بعض عضلات الجسم وخاصة بالوجه أو اللسان أو الرقبة ، أو حدوث تصلب أو رجفة في الأطراف أو فقد الاستقرار الحركي ، حيث لا يمكن للمريض الجلوس في مكان واحد ، فيستمر في تحريك أرجله أو يديه ، أو يذهب ويجيء بصفة متواصلة دون أن يستطيع الجلوس في مكان واحد لمدة معقولة . تنشأ جميع هذه الأعراض الجانبية بعد تناول الأدوية المسببة لها بمدة تختلف من فرد إلى فرد من ساعات إلى أيام . ويلزم علاجها بواسطة طبيب الطوارئ بحقنة مضادة مثل حقنة بروسيكليدين بالعضل أو بالوريد أو حقنة بنزترويين بالعضل ، حيث تختفي الأعراض بعد فترة قصيرة ، ثم يعاد المريض إلى طبيبه النفسي الذي وصف العلاج لكي يراجع ما يأخذ من دواء ، فقد يخفض الجرعة أو يضيف علاجاً بالفم من نفس أنواع الحقن المشار إليها .

طوارئ الأفراد المعتمدين على الأدوية drug dependent

يتردد بعض الأفراد المعتمدين على الأدوية على قسم الطوارئ وخاصة في الساعات المتأخرة من الليل للحصول على المنومات أو المهدئات لما يشكون من اضطراب النوم أو الشعور بالآلام البدنية أو بالتهيج . ويجب أن يكون طبيب الطوارئ حذراً في التعامل معهم ، حتى لا يدعم اعتمادهم على الأدوية بوصفها علاجات متكررة يعرف عنها أنها قد تؤدي إلى الاعتماد مثل مستحضرات

البنزوديازيبين . كذلك ينبغي الحرص عند التوصية لهم بإجازات من العمل . وقد يتردد هؤلاء على عيادات الطوارئ مراراً دون أن يحصلوا على ما يرغبون بعد أن يحاولوا مع شتى الأطباء ، ولذلك يلزم توحيد سياسة التعامل معهم حتى لا يقع الأطباء بالحرج بسبب اختلاف طرائق تصرفهم ولا سيما إذا حصلوا منهم على توصيات متباينة .

كما سبق يتضح أنه بعد العلاج المؤقت في عيادة الطوارئ هناك ثلاثة مسارات لمرضى الطوارئ النفسية .

أولاً : الإدخال إلى جناح عام ، في حالات الهديان ومحاولة الانتحار .

ثانياً : الإدخال، إلى جناح الاضطرابات النفسية ، في حالات الفصام والهوس وبعض حالات الهلع .

ثالثاً : التحويل إلى العيادات الخارجية النفسية ، في حالات الأعراض التحويلية والهياج السيكوباتي والهلع والاعتماد على الأدوية للمزيد من التقييم وتقدير الخطة النهائية للمعالجة .

المشيدفي الطب النفسي

يقدم كتاب «المرشد في الطب النفسي» لطلبة الطب والدارسين في العلوم الصحية والتثقيفية المعلومات الأساسية التي تؤهلهم للتعامل مع الحالات النفسية والسلوكية التي قد يصادفونها في حياتهم الاجتماعية أو في ممارستهم الطبية.

والطب النفسي أحد العلوم الصحية الأساسية التي تهتم المجتمع بأسره بقدر ما تخصص كل فرد فيه، وفي جميع مراحل حياته منذ ولادته إلى اللحظات الأخيرة من حياته. وتكون الحاجة إليه أوضح ما تكون عندما يتعين على الأفراد وعلى المجموعات أن تتكيف مع ظروف الحياة المتقلبة وأن تحافظ على توازنها في ساعات الشدة والكرب، وأن تضمن تماسكها وسلامتها من الأمراض النفسية ومن الاضطرابات السلوكية.

ويأتي هذا الكتاب في عداد سلسلة «الكتاب الطبي الجامعي» التي يصدرها المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لإقليم شرق المتوسط تبعاً لسد حاجة الطلبة والمدرسين من الكتب الجامعية باللغة العربية. وقد صدر من هذه السلسلة كتاب «طب المجتمع» وكتاب «الغذاء والتغذية» وكتاب «الطب الشرعي والسموميات» وكتاب «المرجع في الفيزيولوجيا الطبية (غاييتون)»، وكتاب «أساسيات علم الوبائيات».

ISBN 9953-37-026-5



9 789953 370262