



منشورات جامعة دمشق

كلية الطب البشري

الطب النفسي

الدكتور

يوسف لطيفة

أستاذ مساعد في قسم الأمراض الباطنة

جامعة دمشق



الفصل الأول

- مقدمة عن تاريخ الطب النفسي ١١
- الأعراض و العلامات في الأمراض النفسية ١٣
- الفحص الطبي النفسي ٣٢
- نظريات علم النفس ٤٥
- دراسة الشخصية و اختبارات الذكاء ٥١
- مهارات التواصل و التعلم ٥٩
- الصحة النفسية و الإيمان ٧٠
- مبادئ في الفيزيولوجية العصبية النفسية ٧٢

الفصل الثاني

- الاضطرابات العصبية و اضطرابات القلق و الشدة:

- اضطرابات القلق ٧٧
- اضطراب الهلع ٨٩
- اضطراب القلق الرهابي ٩١
- اضطراب الوسواس القهري ٩٤
- الاضطراب التحويلي و الاضطراب التفارقي ٩٩
- اضطراب الكرب الشديد و اضطراب التلاؤم ١٠٧
- الاضطرابات الجسدية الشكل ١١٣

- الأمراض الجسدية النفسية..... ١١٩
- الأدوية الحالة للقلق (مضادات القلق) ١٢٢
- المعالجات النفسية..... ١٢٨

الفصل الثالث

الاضطرابات الذهانية و الفصام

- الفصام و أنواعه..... ١٣٣
- النفاسات المزمنة غير الفصامية ١٥١
- الاضطرابات التوهمية المستمرة:الزورية-البارانويا..... ١٥٢
- الاضطرابات النفاسية الحادة و العابرة..... ١٥٤
- الاضطراب الفصامي الوجداني..... ١٥٥
- المهدئات الكبرى (مضادات النفاس أو الذهان)..... ١٦٤

الفصل الرابع

- الاضطرابات المزاجية أو الوجدانية..... ١٦٩
- الاضطراب الاكتئابي..... ١٧٤
- الاضطرابات المزاجية المستمرة..... ١٨١
- الاضطراب الهوسي..... ١٨٥
- الاضطراب الوجداني ثنائي القطب..... ١٨٨
- الأدوية المضادة للاكتئاب- منظمات المزاج..... ١٩٥

الفصل الخامس

- طب نفس الأطفال والمراهقين..... ٢٠١
- التوحد الطفلي و متلازمة ريت و أسبرجر..... ٢٠٣
- اضطرابات النمو النوعية..... ٢٠٨
- اضطراب الحركة : فرط النشاط و قلة الانتباه..... ٢٠٩

- اضطرابات السلوك أو التصرف..... ٢١٢
- الاضطرابات الانفعالية في الطفولة..... ٢١٥
- قلق الانفصال..... ٢١٥
- اضطراب تنافس الاخوة أو الغير..... ٢١٦
- اضطراب الأداء الاجتماعي..... ٢١٧
- اضطراب العرات..... ٢١٩
- سلس البول اللاإرادي اللاعضوي..... ٢٢٠
- سلس البراز غير العضوي..... ٢٢٢
- اضطراب الأكل في الرضع والطفولة..... ٢٢٢
- متلازمة الطفل الحساس..... ٢٢٤
- سوء معاملة الطفل و الإهمال (لطفل المضطهد)..... ٢٢٤
- الآثار النفسية الناجمة عن الحروب..... ٢٢٨
- الاضطرابات النفسية عند المراهقين..... ٢٢٩

الفصل السادس

- الاضطرابات الناجمة عن مواد فاعلة نفسياً (الإدمان)..... ٢٣٣
- الاضطرابات الناجمة عن تعاطي القنب (الحشيش)..... ٢٤٠
- الاضطرابات الناجمة عن الإدمان على الأفيون..... ٢٤١
- الاضطرابات الناجمة عن الإدمان على الكوكائين..... ٢٤٣
- الاضطرابات الناجمة عن المهدئات أو المنومات..... ٢٤٤
- الاضطرابات الناجمة عن المهلوسات و المذيبيات الطيارة... ٢٤٥
- الاضطرابات الناجمة عن تعاطي التبغ و الكافئين..... ٢٤٦
- الاضطرابات الناجمة عن استخدام الكحول..... ٢٤٩

الفصل السابع

اضطرابات الشخصية و اضطرابات الدوافع

- اضطرابات الشخصية..... ٢٥٧
- تبدلات الشخصية بعد مرض نفسي أو عضوي..... ٢٦٦
- اضطرابات السيطرة على الدوافع و العادات..... ٢٦٨
- الاختلاق و التظاهر المفتعل..... ٢٧١
- التمارض..... ٢٧١

الفصل الثامن

- اضطرابات النوم..... ٢٧٣
- اضطرابات الأكل أو السلوك الغذائي..... ٢٨٣
- القمه أو القهم العصبي..... ٢٨٣
- النهام أو الشره العصبي..... ٢٨٦

الفصل التاسع

- الاضطرابات الجنسية..... ٢٨٩
- اضطرابات الهوية الجنسية..... ٢٩١
- اضطراب السلوك الجنسي..... ٢٩٢
- شذوذات التقضيل أو الإيثار الجنسي..... ٢٩٣
- اضطراب الوظيفة و الرغبة الجنسية..... ٢٩٩
- القذف المبكر و تشنج المهبل..... ٣٠١
- المتلازمة السابقة للطمث..... ٣٠٣
- اضطرابات الوظيفة الجنسية الدوائي..... ٣٠٤

الفصل العاشر

- الاضطرابات النفسية العضوية

- طب نفس المسنين و العتاهة..... ٣٠٥
- داء الزهايمر..... ٣٠٩
- التهذيان العضوي الحاد أو التخليط الذهني الحاد..... ٣١٥
- التخلف العقلي..... ٣١٧

الفصل الحادي عشر

- الاضطرابات النفسية خلال الحمل و الولادة..... ٣٢٥

الفصل الثاني عشر

- الإسعاف في الطب النفسي..... ٣٣٣
- الانتحار والحالات النفسية الحادة..... ٣٣٤
- العنف الأسري: العنف ضد المرأة..... ٣٣٧
- المصطلحات العلمية..... ٣٤١



مُقَدِّمَةٌ

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

﴿ونفس وما سواها * فأنهها فجورها و تقواها﴾

يعدُّ الطب النفسي من أقدم الفنون لأن الأمراض النفسية كانت ساحة نزاع بين الفلاسفة و الحكماء والسحرة و المشعوذين ولم يأخذ إطاره الطبي و مكانته العلمية إلا منذ عقود من الزمن فهو من أحدث العلوم الطبية .

كان ينظر للمرضى النفسيين على أنهم متلبسون بأرواح شريرة أو بالجن والشياطين و أنهم من المغضوب عليهم ولا يستحقون إلا المسجن والعقاب والنفي والإبعاد، ولم تتحسن هذه النظرة إلا منذ عهد قريب.

لكن مع ذلك برز خلال التاريخ عدد من الفلاسفة الذين قالوا بوجود المرض العقلي أمثال أفلاطون و أبوقراط و بعض الفرائضة، ثم في عهد الدولة الإسلامية تم إنشاء أول مستشفى للأمراض العقلية ببغداد عام ٧٠٥ م.

يعد الطبيب ابن سينا من أوائل من عالج المرضى النفسيين بطرق إنسانية وعلمية.

أما في أوروبا فيعد الطبيب الفرنسي بانيل أول من دعا لإطلاق حرية المرضى النفسيين من قيودهم في المشافي و إلى معاملتهم معاملة إنسانية، ثم تلاه توك في بريطانيا و كوني في الولايات المتحدة.

في العصر الحديث تعد الاكتشافات الطبية في الفيزيولوجية العصبية نقطة الانطلاق التي قادت إلى معرفة آليات الأمراض النفسية و أسبابها ثم ما تلاه من مكتشفات علم الوراثة الجزيئية، هذه التطورات هي من أعظم المكتشفات في الطب النفسي، والذي انعكس إيجابيا في تطور معلوماتنا حول الآلية الفيزيولوجية للأمراض ، وبالتالي علاجها الدوائي و النفسي .

في هذا الكتاب تمت تغطية غالبية الاضطرابات النفسية التي تهتم الطبيب الممارس و التي تساعده على حسن التعامل مع الحالات النفسية، وقد عمدت إلى الاختصار و التبسيط قدر الإمكان وزودت بعض المواضيع بالقصص السريرية لتقريب مفهوم المرض النفسي لأذهان الطلاب.

في الختام أرجو من الزملاء الأطباء و الأعضاء الطلاب أن يزودوني بكل ملاحظاتهم واستفساراتهم حول هذا الكتاب سعيا لاستدراك الهفوات في المستقبل إن شاء الله.

دمشق في ٢٠٠٦/٦/١

الأستاذ المساعد

الدكتور يوسف لطيفة

الفصل الأول

الأعراض والعلامات في الاضطرابات النفسية

Symptoms and signs

مقدمة: إن أعراض Symptoms الاضطراب النفسي هي التغيرات التي يشعر بها المريض ويعبر عنها بكلامه العادي خلال المقابلة النفسية. أما العلامات signs فهي ما يسأل عنه الطبيب ثم تحويل كلام المريض إلى مصطلحات طبية.

وكلمة اضطراب Disorder التي تعني وجود عدد من الأعراض و العلامات و التصرفات التي يمكن تمييزها سريريا و تكون مترافقة مع خلل نفسي و تشوش في الوظائف الشخصية و بهذا نستنتج الانحرافات و النزاعات الاجتماعية التي لا يرافقها خلل في أداء الشخصية. وكلمة اضطراب هي المستخدمة حالياً في التصنيفات العالمية للأمراض النفسية.

الاضطرابات النفسية: هي مجموعة من المتلازمات المرضية التي تتكون من اجتماع عدد من الأعراض و العلامات المتجانسة.

إن العرض أو العلامة لا يشخصان مرضاً بذاته، لأنهما قد يشاهدان في العديد من الاضطرابات النفسية لكن اجتماع أعراض وعلامات مرضية ووجودها الإيجابي (وليس فقط غياب الإصابات العضوية) يقودنا إلى بناء تشخيص المرض.

تساعد الأعراض والعلامات في الأمراض النفسية على تشخيص الحالة المرضية الحالية وتوجه نحو التدبير المناسب.

نحصل على هذه المعطيات من خلال سؤال المريض عن شكايته، ومن الأقوال التي يعطيها الأهل أو المرافقون للمريض.

سوف نتناول تحليلاً للأعراض والعلامات المشاهدة في الأمراض النفسية ودلالاتها المرضية الموجهة نحو التشخيص.

الوعي واضطراب الوعي

Consciousness and disorder of conciseness

الوعي: conciseness: هو إدراك الإنسان لذاته ولما حوله والتجاوب معهما، أو هو مجموع الخبرات الشخصية في لحظة ما.

١- اضطرابات الوعي disorder of conciseness: تتدرج حالة الوعي من اليقظة التامة حتى السبات التام (فقد الوعي التام) ويمكن تمييز الدرجات التالية:

- الوسن somnolence: ميل غير طبيعي للنوم مع احتمال إيقاظ المريض إذا نبه.
- التخليط الذهني: confusion: تراجع في الوعي يرافقه اضطراب في التوجه للزمان والمكان مع بقاء المريض قادراً على التواصل والكلام.
- تخيم الوعي: lauding of conciseness: درجة أشد من التخليط الذهني حيث يضطرب الكلام ويحدث تشوش في صفاء الذهن مع اضطراب في الإدراك والانتباه.
- الذهول: stupor: يتميز بكون المريض يأخذ شكلاً متيبساً مع أعراض تخيم الوعي وجمود السحنة وصعوبة الكلام والحركات ...
- الهذيان: delirium: اضطراب التفاعل مع المحيط يرافقه اضطراب في التوجه، وأرتباك شديد، خوف وإثارة وأهلاسات مختلفة.

— السبات: coma: هو اللاوعي أو درجة عميقة من انعدام الوعي.
يمكن استخدام مقياس غلاسكو لتقييم اضطراب الوعي الناجم عن آفة عضوية.

الانتباه والتركيز Attention Concentration

— الانتباه: Attention: القدرة على بدء توجيه الوظائف العقلية على شيء محدد أو مسألة معينة.

— التركيز: Concentration: القدرة على استمرار أو متابعة نشاط ما أو فكرة محددة.

— الانتباه الفاعل: active attention: عندما يركز الشخص انتباهه إرادياً على حدث داخلي أو خارجي.

— الانتباه المنفعلي: Passive: عندما يشد حدث، ما سواء أكان داخلياً أم خارجياً، انتباه الشخص دون جهد واع منه.

تتم مشاهدة الانتباه في: وجه المريض، متابعة بصره للأحداث، إنبات الشخص للحديث، ومتابعة الكلام دون تشتت.

— فرط الانتباه: زيادة الانتباه ويلاحظ بكثرة الاستفسارات والأسئلة يشاهد عند الأشخاص القلقين و مرضى داء المراق والذين لديهم توهمات.

— الشرود أو تشتت الانتباه: distractibility: عدم قدرة المريض على حصر انتباهه في متبه واحد، حيث يوزع المريض انتباهه نحو مشتتات جديدة.

قد تكون المشتتات داخلية كالخوف أو الألم أو انشغال البال، مع المبالغة الزائدة بالأعراض أو خارجية كالضوضاء أو أصوات المشاة أو إنارة الغرفة أو كلام المرافقين، وبالنتيجة لا يستطيع المرء الوصول إلى الموضوع المراد التركيز عليه.

يشاهد الشرود في كثير من الحالات كالتعب والقلق والاكتئاب الشديد والهوس، والحالات العضوية العصبية.

— الشرود الانتقائي selective: وهو شرود عن الأمور التي تبعث القلق.

كثير من الناس الذين يشكون من صعوبة في التذكر، و يكون الاضطراب الأساسي لديهم في الانتباه والتركيز وليس في الذاكرة. (كالمصاب بالقلق الذي يخاف الامتحان لا يستطيع تركيز ما قرأ من معلومات).

الاهتداء للزمان والمكان والأشخاص: orientation:

الاهتداء أو التوجه: هو معرفة الشخص وإدراكه تسلسل الزماني والمكاني، وإدراك الذات والأشخاص.

عند تقسيم الاهتداء لا بد من كون الشخص عارفاً بالزمان ومهتماً به ويعرف دلالة الحوادث المسؤول عنها، ويعني معنى مرور الزمن.

اضطراب التوجه أو الاهتداء: disorientation:

يتميز الاضطرابات العصبية العضوية الحادة أو التخليط الذهني الحاد. يبدأ الاضطراب عسادة باختلال تسلسل الحوادث الزمنية فلا يعرف الساعة أو اليوم أو الشهر أو العام أو الفصل الذي هو فيه.

يتلو ذلك اضطراب في التوجه المكاني، فلا يعرف المريض اسم المستشفى أو اسم بلده أو جاريته.. وأخيراً يضطرب الاهتداء للأشخاص أو/والذات.

في اللاهتداء النفاسي (إذا حدث) يصاب التوجه للزمان والمكان والأشخاص بالوقت نفسه دون تدرج ويصاحبه أعراض نفسية واضحة.

يشاهد اللاهتداء أيضاً في الحالات العصبية العضوية المزمنة كالعتاهة.

خلل الذاكرة Disturbance of:memory

الذاكرة memory : هي وظيفة ذهنية تتضمن عدة وظائف تحدث على مراحل يبدأ الشخص بتسجيل المعلومات في الدماغ registration ثم الاحتفاظ بها إلى حين الضرورة لاسترجاعها retrieval إلى الوعي بعملية الاستدعاء أو التذكر Recall ثم عملية التعرف Recognition.

إن مراكز الذاكرة عديدة منها في الحصين و الفص الصدغي...

نقسم الذاكرة إلى :

١- الذاكرة المباشرة: short term: تختبر بقدرة الشخص على إعادة ذكر

خمسة أرقام بعد سردها أمامه مباشرة (٢-٥-٩-٧-٣).

٢- الذاكرة الحديثة: recent: هي فترة الشخص على تذكر اسم ما أو عنوان أو رقم

هاتف بعد عدة دقائق من ذكره أمامه. أو أن تسمد له قصة أو موضوعاً له خمسة عناوين ثم يطلب منه تذكرها بعد عدة دقائق.

تضطرب هذه الذاكرة في الآفات العضوية الحادة (الذهانات العضوية، ارتفاع الحرارة الشديد، الأذيات الدماغية...) أو المزمنة: كالعته أو الخرف.

٣- الذاكرة البعيدة أو القديمة distant: هي المعلومات المسجلة في القديم منذ الطفولة حتى وقت قريب.

من أهم اضطراباتها هو النسيان أو النساوة : إذ ينسى الشخص المعارف والتجارب التي عاشها في السابق، و تستقصى بمسؤال المريض عن ذكرياته القديمة والحديثة وذلك بحضور أحد الأقارب للتحقق من صحتها و كذلك يسأل عن معلوماته العامة.

من اضطرابات الذاكرة تذكر:

- النساوة amnesia أو النسيان :عدم القدرة كلياً أو جزئياً على تذكر الخبرات السابقة بسبب عضوي أو نفسي.

- اضطراب الذاكرة الفجوية selective amnesia : نساوة منتقاة لأحداث بذاتها تشمل الفجوة لأحداث قبل الحادث الراضح أو سواء أكان نفسياً أم عضوياً ولمدة تختلف بحسب شدة فقدان الوعي ومدته. لا يرافق الفجوة المنسية ذات المنشأ النفسي اضطرابات أخرى في الانتباه ولا الاهتمام ولا الوظائف النفسية الأخرى عكس الإصابات العضوية.

- اضطرابات الذاكرة المستمرة كما في (الخرف) العته: وهو نسيان دائم ومستمر لأحداث بأكملها ولا يمكن مساعدة المريض على تذكر ما نسيه.

ظواهر خاصة أو خلل الذاكرة: Par amnesia

- ظاهرة سبقت رؤيته: déjà vu: انخداع في التعرف البصري يعتقد المريض أن شيئاً ما هو تكرار لذاكرة سابقة على الرغم من خطأ ذلك(شاهد المنظر سابقاً).

- ظاهرة الاستغراب jamais vu: بطلان إدراك المريض لما عاناه من تجارب سابقة(نكران معرفته أو مشاهدته لمشهد سابق أو مدينته).

١٠- ظاهرة سبق التفكير به: déjà pensé: انخداع فكري يظن المريض أنه سبق وعاش فكرة ما أو حدثاً ما.

الإدراك: perception

الإدراك perception: هو عملية ذهنية تنقل المثيرات أو المنبهات الحسية إلى معانٍ ومعلومات واعية، أو هو إعطاء معنى لما يثير حواسنا.

يتم الإدراك عن طريق الحواس الخمس (السمع والبصر والشم والذوق واللمس) بأنواعه السطحي للكلم والحرارة، و العميق للكوتار والوضعة والحش القشري).

الإحساس sensation: هو المرحلة الأولى من عملية تلقي المعلومات من خارج الذات أي تلقي المنبهات الحسية بأعضاء الحس المختلفة دون إعطاء مدلول لها أو شرح معناها.

اضطرابات الإدراك: قد تكون في درجة الإدراك، أو في نوعية الإدراك، أو في وجود إدراكات إضافية.

أولاً: اضطراب درجة الإدراك:

تختلف درجة الإدراك من شخص إلى آخر وذلك حسب نمط الشخصية و تجارب الفرد السابقة، إضافة إلى عوامل ذاتية، يملك بعض الأشخاص درجة عالية من الإدراك، فسماع صوت عالٍ جداً قد يؤدي عندهم إلى فقد الوعي العابر، بينما يخرج آخر ليرى ما حدث، في حين تكون درجة الإدراك منخفضة عند آخرين حيث لا يثير هذا الصوت لديهم إلا ارتكاساً خفيفاً.

تخفّض درجة الإدراك في بعض حالات الاكتئاب، و تزداد كما في حالات القلق و إدمان المهلوسات و الحشيش.

ثانياً: اضطراب نوعية الإدراك: أو ما يسمى انخداع الحس:

١- الانخداع illusion: تأويل خاطئ للإحساسات الحقيقية الواردة من أعضاء الحس (السمع أو البصر...) أو هو إعطاء معنى خاطئ للمنبهات الحسية التي تتلقاها الحواس، بسبب عدم وضوح تلك المنبهات أو بسبب الاستعداد النفسي للشخص لإدراك الأشياء بشكل خاطئ.

قد تكون الانخداعات طبيعية كما يحدث عندما نرى شخصاً من بعيد فنظن أنه شخص آخر بسبب عدم وضوح الرؤية (أو كما في الظلمة الشديدة أو الكروب) ومثله ظاهرة السراب في المناطق الحارة. وكذلك الانخداعات في مجالات الحواس الأخرى كالسمع والذوق واللمس والشم.

يوجد عاملان يساعدان على الانخداع هما: الاستعداد النفسي، وعدم وضوح المنبه.

ما يميز الانخداعات الطبيعية من المرضية هو قبول الشخص للخطأ والرضا بتصحيحه أما الانخداعات المرضية فتحدث في بعض الحالات العضوية حيث يعطي المريض دلالات ومعاني خاطئة للمنبهات التي يتلقاها كحالات الهذيان الحاد (أو الامتناع عن الإنسنان الكحولي) حيث يؤول المريض مثلاً: مرور حشرة طائرة بأنه صاروخ مدمر، وأن حركة الستائر هي انفجار شديد....

ثالثاً الإدراكات الإضافية وهي من أهم الاضطرابات الإدراكية، ومن العلامات المهمة جداً في الاضطرابات النفسية وأهمها هي : الأهلالات: Hallucination .

تعريف الأهلالات: Hallucination (الهالوس أو الهلس) هي إدراك خاطئ من دون وجود شيء أو من دون منبه خارجي (إدراك حسي لشيء غير حقيقي و غير موجود) قد يرافق الأهلالات تفسير توهمي.

من الأهلالات ما يحدث عند الأسوياء:

— كالأهلالات عند الرقاد: hypnagogie: إدراك حسي خاطئ يحدث عند الخلود إلى النوم (رؤية شبح عند النوم).

— وأهلالات الاستيقاظ تحدث عند الاستيقاظ المفاجئ من النوم (رؤية أشكال ذباب عند الاستيقاظ).

بينما الأهلالات المرضية تحدث في الاضطرابات النفسية الذهانية العضوية والوظيفية ويرافقها دوماً اضطراب في الخبرات والعيش في الواقع.

أنواع الأهلالات المرضية:

١- الأهلالات السمعية: auditory Hallucination: إدراك صوتي خاطئ دون وجود متكلم (سماع صوت) قد يكون بشكل صوت منفرد أو ضجيج أو موسيقى أو كلام..

هذه الأصوات قد تكون بصفة المخاطب و تسمى أهلاس الصوت الثاني (صوت يقول للمريض لا تفعل كذا أو أنت كذا) أو بصفة الغائب أي أهلاسات الصوت الثالث (هو ملك أو ..) قد تكون الأهلاسات أمره أو معلقة على سلوك المريض و مزعجة (نكي المريض) أو محبة تثير الضحك (بضحك وخذة). هناك بعض العلامات غير المباشرة لأهلاسات السمعية (وضع قطن في الأذنين أو رفع صوت المذياع) و قد ينكر المريض وجود الأهلاسات.

٢- الأهلاسات البصرية: visual Hallucination: إدراك (رؤية) كاذب للمشاهد والمرئيات، ومشاهدة أشياء غير موجودة (رؤية الملائكة...), تكثر في الإصابات العصبية.

٣- الأهلاسات الشمية: olfactory Hallucination: إدراك شمّي خاطئ غير موجود (شم رائحة الجثث المتعفنة في الشوارع..)

٤- الأهلاسات الذوقية: gustatory Hallucination: إدراك ذوقي خاطئ كالشعور بمذاق طعم الزرنيخ وهو ليس له طعم.

٥- الأهلاسات اللمسية: tactile Hallucination: إدراك لمس خاطئ كالشعور بالنتار الكهربائي تحت الجلد أو مشي النمل.

٦- الأهلاسات الجسدية أو الحسية المشتركة: cenesethetic: الشعور بحركة غريبة لأحشاء البطن أو الصدر أو الشعور بالممارسة الجنسية مع شخص آخر.

- اضطرابات أخرى:

- ظاهرة الرؤية المبكرة: macropsia: إدراك بصري يرى فيه المريض الأشياء أكبر من حجمها وتشاهد في الآفات العصبية العضوية.

- ظاهرة الرؤية الصغيرة: micropsia: إدراك بصري يرى فيه المريض الأشياء أصغر من حجمها الحقيقي وكذلك تشاهد في الآفات العصبية العضوية.

- تشوه المرئيات: metomorphopsia: إدراك الأشياء بشكل مختلف ومشوه .

- تبدد الشخصية أو اضطراب وعي الذات: depersonalization: إدراك الشخص أن جسمه أو أحد أعضائه قد تغير الإحساس به فأصبح فارغاً أو تغير لونه أو حجمه أو أصبح عديم المشاعر أو أنه في حلم.

تشاهد عند :

- بعض الأسوياء عند التعب الشديد أو الحرمان الحسي لفترة محدودة وقصيرة وغير ثابتة

- عند مرضى الاكتئاب أو الوسواس القهري والرهوبات...

- النفاسات: كالقصام (شعور بتمزق الأحشاء) وتتميز ببقائها لفترة طويلة وبشكل مستمر.

(رجل يبلغ من العمر ٤٠ عاماً يقول إنه يشعر وكأنه «خارج نفسه» يشاهد حياته وكأنها فيلم. وهو يعرف أن إدراكه هذا هو مجرد شعور وأنه فعلاً يعيش حياته (أي أن اختبار الواقع [reality testing] لدى المريض طبيعي).

- تبدد المحيط: derealization: إدراك المريض أن الأشياء المحيطة به والعالم من حوله قد تغير فالسما صغراء باهتة، والكون مسرح يتبادل الناس عليه الأدوار.

التفكير Thought

التفكير: هو الربط الحادث بين الأشياء، وفق منطق وتسلسل معين للوصول إلى نتيجة، أو هو حركة هادفة للأفكار تنتج نحو نتيجة منطقية عقلانية. والربط بين الأسباب والنتائج يسمى التفكير الناضج أو السوي، وهذا التفكير لا يولد مع الإنسان بل يتلقاه خلال تطوره الروحي والنفسي والحركي.

يمر التفكير بمراحل مختلفة: فيولد الطفل في حالة اعتماد على الآخرين خاضعاً لأوامرهم من دون تفكير منه فلا يعرف سوى نفسه ويعتقد أنه الوحيد في هذا العالم.

نسم فسي عمر ٢-٣ سنوات يفصل نفسه عن المحيط ويحدد علاقاته. في عمر ٦-٧ سنوات يتطور إلى التفكير الخيالي أو السحري؛ حيث يظن ضرورة حدوث كل الأشياء التي فكر فيها فإذا كانت الأفكار التي يفكر بها دوماً جيدة ومبشيرة (وهذا ما يحدث إذا عاش الطفل

ففي جسد من الاستقرار العائلي من وجهة نظره يرافقه علاقة الحب والحنان) فإن الحوادث المرافقة لحياته هي جيدة ومحبة له، أما إذا تولدت لدى الطفل مشاعر العداء والكراهية تجاه الأهل بسبب القسوة عليه والتوبيخ في عملية التربية القاسية والتعليم لسلوك الحياة اليومية نتج لدى الطفل شعور عدواني تدميري تجاه الأهل ومنه ظهور عقدة تأنيب الضمير وبالتالي السلوك العدوانى العنيف.

نُسم بعد ذلك بمر الطفل نحو التفكير العياني حيث يربط الأشياء بصورها ورسماً ويمتطيع تحديد الأشياء التي يراها. وأخيراً مرحلة التفكير التجريدي وهو التفكير الناضج.

اضطرابات التفكير : Disorder of Thought

من العلامات المهمة على وجود اضطراب نفسي شديد لدى المريض؟ لأن اضطراب التفكير يؤدي إلى خلل وصعوبة في تواصل المريض الفكري سواء مع ذاته أو مع المحيط.

- المريض النفساني Psychotic: هو الشخص الذي أبدى مظاهر من اضطراب في التفكير كالتوهمات والإدراك كالأهلاسات واضطرابات أخرى في السلوك و البصيرة...

تصنف اضطرابات التفكير إلى:

١- اضطراب مجرى التفكير وشكله: Disorder of Thinking process and form

عندما يتكلم الشخص السوي نراه يبدأ من نقطة معينة وينتهي بالنتيجة أو بالهدف الذي يريد التحدث عنه ، أما في اضطرابات شكل التفكير فنجد خللاً في ترابط الجمل أو الكلمات أو في شكل التعبير عن الأفكار ، وقد نجد صعوبة أو غموضاً في الإفصاح عما يجول في خاطر المريض من أفكار .

- تطاير الأفكار : flight of ideas : تتابع لفظي سريع للكلام يرافقه الانتقال من فكرة إلى أخرى ، لكن الأفكار تميل لأن تكون متصلة في الحالات الخفيفة، ويمكن للمستمع أن يتابع المريض، أما في الحالات الشديدة فالانتقال بين الأفكار يكون سريعاً ويصبح الكلام سريعاً incoherence غير مفهوم (كالهوس).

ب- تباطؤ التفكير: retardation: تتباطأ سرعة سيلان الأفكار، فتزداد الفترة اللازمة للتعبير عن الفكرة أو الإجابة عن السؤال. كذلك يكون الحديث مختصراً، قليل التفاصيل (عدة دقائق للرد على سؤال).

- توقف التفكير أو حصار التفكير blocking or deprivation: انقطاع مفاجئ في عملية التفكير (في مجرى الكلام) قبل إنهاء الفكرة وبعد توقف وجيز لا يستطيع المريض تذكر ما كان يتكلم عنه وهي تشاهد في الفصام.

- ضغط الأفكار: pressure ازدحام شديد في ذهن المريض بالأفكار المتعددة مع صعوبة التعبير عنها، وعدم قدرته على صياغة هذه الأفكار بكلام معبر، فيسقط المريض ذلك على الآخرين بأنهم لا يفهمونه ولا يقدرون معاناته وآلامه. يشاهد في الفصام و التخليط الذهني

هـ- تخلخل الترابط: loosening of association: سيلان الأفكار بشكل جمل أو مقاطع من أحاديث تخرج من موضوع إلى آخر بشكل غير مترابط.

وفي الحالات الشديدة يصبح الكلام غير مفهوم أو عدم الترابط: incoherence: كلام غير مفهوم كلمات أو أفكار متتابعة دون رابط منطقي بين الكلام.

- المثابرة أو المواظبة: perseveration: الاستمرار في الحديث على الرغم من قدوم منسبه جديد يقتضي الانتباه إليه، فعند سؤال المريض عن اسمه يجيب س. وعند سؤاله عن عمره يستمر بالإجابة س. تشاهد في الفصام والعمه.

- الإسهاب: circumstantialities: صعوبة إيجاد المعنى بسهولة وبشكل مباشر (يلف المريض ويدور بكثرة التفاصيل والاستطراد للوصول إلى الهدف المراد التحدث عنه). يشاهد في الخرف، الفصام.

- تداعي الرنين Lang association: نوارد كلمات متشابهة في الإيقاع لا في المعنى من دون اتصال منطقي فيها كالنثرية أو المسجع: سباب- محراب/ ولد- بلد.

- اضطراب التفكير التجريدي: abstract: استعمال الكلمات بمعناها الحرفي من دون إدراك الفوارق المعنوية المجازية للكلام، أي أن الكلام هو فكرة أحادية البعد: ألفاظ دون

معسان) مثلاً لا يستطيع المريض إعطاء الدلالة من الأمثال: عصفور في اليد خير من عشرة على الشجرة) يلاحظ هذا الاضطراب في التخلف العقلي- الفصام- الخرف.

- السلطة الكلامية salad : مزيج غير مترابط من الكلمات أو العبارات.

ثانياً : توهم أو اضطراب التحكم في الأفكار (أو ملكيتها) Delusion of control: وهي من العلامات المميزة و الموجهة لمرض ذهاني شديد و لدينا الاضطرابات التالية:

١- سحب الأفكار أو سرقة الأفكار withdrawal: توهم المريض أن أفكاره قد سحبت من رأسه بواسطة قوى خارجية أو أمواج غير مرئية.

٢- زرع الأفكار أو إقحام الأفكار: insertion: اعتقاد المريض أن قوى خارقة أو أشخاصاً مجهولين قاموا بإدخال أفكاره أو أفكار دخيلة في رأسه.

٣- إذاعة الأفكار Thought broadcasting : توهم المريض أن أفكاره تذايع على الأثير وأنها مقروءة من قبل الآخرين أو في وسائل الإعلام.

ثالثاً- اضطراب محتوى التفكير: من أشيع اضطرابات التفكير و لدينا:

أ- التوهم: delusion (الأوهام أو الضلالات أو الهذات) اعتقاد خاطئ وراسخ يؤمن به المريض عسير قابل للإقناع أو المناقشة ولا يتفق مع ثقافة المريض ولا مع مستواه الاجتماعي الحضاري ولا مع الأعراف السائدة.

لدينا - التوهم البدئي: ينشأ فجأة دون أسباب سابقة واضحة (يتوهم بأنه مراقب من قبل المافيا..).

- التوهم الثانوي: ظهور التوهم على أرضية مرض نفسي آخر أو حالة مرضية سابقة و هذه الأعراض تفسر الاضطرابات الموجودة سابقاً وتحللها (شخص مكتئب تتشكل لديه توهمات العدم بسبب مزاجه الحزين...).

منشأ التوهمات:

- مدرسة التحليل النفسي: فرويد : تحدث التوهمات نتيجة لأسباب نفسية تحكم سلوك الإنسان بالآليات الدفاع النفسي المختلفة. فالأوهام هي من وسائل الدفاع النفسي: كالإسقاط....

- فسر آخرون التوهيمات بأن: عدم الترابط بين الأفكار يؤدي إلى نشوء أفكار مرضية بسبب تداخل النفسية وهي محلول لتفسير اللامعقول بأمور تتقبلها الذات.
- وأخيراً حالياً تفسر: الأوهام باضطرابات عضوية كيميائية على مستوى الدماغ.

أنواع التوهيمات أو الأوهام:

- ١- التوهيمات الاضطهادية: persecution: اعتقاد الشخص أن الآخرين يريدون إيذاؤه (يضعون السم في الطعام) وإيقاع الضرر به، أو أنه هدف للاحتيال أو المؤامرة أو الملاحقة من قبل الآخر.
- ٢- توهيمات الإشارة أو الإسناد: reference: يعتقد المريض أن سلوك الآخرين أو كلامهم يشير إليه، أو يتكلمون عنه، أو أنه المقصود في كلامهم أو في وسائل الإعلام.
- ٣- توهيمات العظمة: اعتقاد الشخص أنه رجل عظيم مهم أو أن لديه مواهب أو قدرات أو صفات خاصة (رسول، نبي، ملك)...
- ٤- توهيم الغيرة أو الخيانة: jealousy infidelity: اعتقاد أن الشريك قد خان شريكه الآخر
- ٥- التوهيم الغريب: bizarre: اعتقاد خاطئ غريب أو سخيف يستحيل تصديقه: (اعتقاد المريض أن غزاة من الفضاء غرسوا أجهزة تنصت في دماغه).
- ٦- التوهيم المتميز وجيد البناء: systematizing: إيمان خاطئ زائف حول موضوع وجيد مفرد واضح للعالم (اعتقاد أنه مطارذ من المافيا أو المدير).
- ٧- توهيم العدم nihilistic: اعتقاد المريض أن ذاته أو الآخرين أو المحيط الخارجي قد صار إلى التفاء والزوال والعدم.
- ٨- توهيم الفقر أو العوز: Poverty: اعتقاد المريض بالحرمان من كل الأملات المادية و المعنوية والأموال .
- ٩- التوهيمات الجسدية: somatic: اعتقاد خاطئ يدعي فيه المريض أن وظيفة أحد أعضاء الجسم مضطربة أو متوقفة (شريان مسدود) ..

١٠- توهم أو هوس العشق: erotomania: اعتقاد توهمي محصور بالنساء ، به تتوهم المرأة أن رجلاً يهيم بها حباً:

١١- توهم الأمراض العضوية أو المراق: hypochondriacs: يتكبرج من توهم بسيط حيث يشغل المريض تفكيره بالحرص على صحته و أعضائه، حتى التوهم بوجود مرض خبيث لا شفاء منه.

١٢- توهمات النفوذ أو التأثير: influence: اعتقاد المريض أنه تحت تأثير قوى خارجية أو داخلية(كالتليرز أو العقول الإلكترونية).

١٣- توهمات المعرفة الخارقة أو الأهمية: significance: اعتقاد المريض بمعرفة له أمور خارقة أو غيبية أو أن له صلات مع كواكب أخرى أو دراسة بواطن النفس.

١٤- التخاطر عن بعد telepathy: اعتقاد المريض أنه يتكلم مع آخرين سواء من الأشخاص أو مع الكواكب الأخرى عن طريق أمواج خاصة.

١٥- اضطرابات أخرى في الأفكار:

أ- ظاهرة الإجبار: compulsion:

تتصف ظاهرة الإجبار بأنها رغبة ملحة مرضية للاستجابة لدافع ما، تسبب مقاومتها قلقاً، وتؤدي إلى سلوك متكرر لأداء أفعال معينة.

ب- الوسواس: obsession: فكرة أو شعور غالباً سخيـف يتسلط على المريض، يصعب إزالتـه من التفكير وبالمحاكمة العقلية يرافقه نوع من القلق والتوتر (وسواس النظافة).

اضطرابات الكلام Disorders of Speech

— ثر الكلام logorrhea: سيلان جارف لكلمات سريعة لكنها مترابطة ومنطقية.

— نضوب أو فقر الكلام: poverty: كلام بطيء المقدار رتيب النغمة، مقتضب.

— نضوب أو فقر محتوى الكلام: كلام قليل مع استخدام الألفاظ وفقير بالمعلومات.

— الخرس أو الصمات: mutism: فقد التصويت بسبب غير عضوي.

— الهمس: التكلم بصوت منخفض جداً.

— اضطرابات اللغة: Disorder of language

— الاستداع اللغوي Neologism : التكلم بلغة غير موجودة أو غير مفهومة (لغة الغرائز القديمة).

— اللجلجة: استخدام كلمة مكان أخرى تشبها من حيث اللفظ (طيارة ... ميارة).

— استخدام مخصوص لكلمات بذاتها: كما في الفصام.

الانفعالات، الوجدان، المزاج: emotion, affect, mood:

— الإحساس: sensation: هو المرحلة الأولى من عملية تلقي المعلومات من خارج الذات أي هو تلقي المنبهات الحسية بأعضاء الحس دون إعطاء مدلول أو شرح لمعناها. الإحساس بذاته لا يشكل محتوى تجربة بل هو أثر في حقل الوعي.

— العاطفة: sentiment: ميل انفعالي غريزي إلى شيء أو شخص أو فكرة مجردة لكن ينقص هذا الميل الصفات المميزة للانفعال الحقيقي. (درجة مشاعرية أقل شدة ومدة من الانفعال).

— الانفعال: emotion: حالة الإثارة أو الهياج التي تؤدي إلى حدوث تبدلات فيزيولوجية كجواب لبعض الحوادث أو المواقف، أي هي المشاعر المؤقتة الناجمة عن موقف ما (مشاعر مؤقتة + مؤقتة). قد يستخدم لوصف المرافقات الفيزيولوجية و النفسية المتواجدة مع المزاج.

— الشعور والمشاعر sentiment: feeling: خبرة أو ارتكاس انفعالي يصفها الشخص بأنها إيجابية أو سلبية (أي السرور أو غيابه، الهدوء أو الهياج، الحزن أو السعادة) تستخدم لوصف ارتكاس الشخص الإيجابي أو السلبي تجاه تجربة موجودة لكنها عابرة..

— الوجدان: Affect كل ما يوجد في النفس من مشاعر سواء أكانت مرغوبة كالسرور والمودة والرحمة أو مزعجة كالحزن والغضب والخوف. يستخدم لوصف المشاعر النوعية الموجهة نحو الأشياء.

— المزاج: mood: المشاعر طويلة البقاء. أو هو الانفعال المستمر والمستقر الذي يعاني منه الشخص ، وينعكس ذلك على السلوك فإذا كان المزاج كئيماً فكل شيء حزين وإذا كان فرحاً فكل شيء جميل . والذي يعبر عنه (السلوك) المريض ويراه الآخرون بتظاهراته الخارجية.

(الإحساس+العاطفة يولد الانفعال الذي يترجم بالمشاعر، ومجموعها يشكل الوجدان الذي يتظاهر بالمزاج).

— الاضطرابات الانفعالية: تعد اضطرابات المزاج الاضطرابات الانفعالية مرضية إذا أدت إلى معاناة لدى الشخص أو أحدثت تبدلات غير ملائمة في المزاج و السلوك الخارجي. و تصنف إلى :

١- التعبير الانفعالي المبالغ به عن الحالة السوية.

٢- الانفعالات المرضية نتيجة لأمراض نفسية أو عصبية.

١-التعبير الانفعالي المبالغ به أو المفرط :

— الخوف: fear: هو شعور بالقلق ناجم عن خطر حقيقي يدركه المريض و يدعو إلى الهروب والتجنب، فهو رد فعل سوي (سلوك طبيعي) تجاه تهديد لاستقرار الإنسان (الخوف من الأفعى، من الامتحان).

— القلق: anxiety: خوف دون سبب أو غير متناسب مع السبب، أو هو مشاعر أو حالة انفعالية غير سارة مع توقع الخطر، يرافقها توجس وترقب لحدوث شيء ما من دون سبب واضح.

— التوتر: tension: التعبير السلوكي الخارجي للقلق يترافق مع شعور بالانقباض وعدم الاسترخاء.

— الهياج: agitation: حالة من القلق يرافقها زيادة النشاط النفسي الحركي.

— الخمول: apathy: ضعف في الحالة الانفعالية مع لامبالاة وضعف في التواصل الاجتماعي.

— الرهاب: phobia: خوف محدد بشيء وحيد، قد يكون موقفاً أو فكرة (رهاب الحيوانات).

٢- الاضطرابات المرضية الانفعالية: اضطرابات المزاج:

أ- انخفاض المزاج: ويتظاهر بالدرجات التالية:

— المزاج البرم: dysphoric: أخف حالات الحزن وعدم السعادة (Il at ease).

— فقد المتعة: anhedonia: حالة من عدم الانشراح وفقد اللذة يرافقتها انسحاب اجتماعي وقلة النشاطات والابتعاد عن الممرات.

— المزاج المكتئب: Depression: شعور بالحزن والنهم وعدم القدرة على الاستمتاع، واليأس مع الخمول والعزلة الاجتماعية والشعور بالعجز والدونية.

ب- ارتفاع المزاج: تشاهد الدرجات المتسلسلة التالية:

— المزاج المنشرح: Euthymic: شعور سوي بالسعادة والفرح.

— المزاج المرتفع: Elevated: شعور بالثقة الذاتية الزائدة والمتعة والابتهاج فوق الحدود السوية ولكنه ليس مرضياً دوماً.

— المزاج الممتد أو المضحك: Expansive: حالة من الانطلاق المشاعري من دون تقييد، الفرح والابتهاج الموصوف برفقه فرط تقدير الذات والمواهب بشكل معقول.

— الزهو أو الابتهاج: elation: زيادة السرور والبهجة على الحد السوي مع ثر كلام ومشاعر من التعظيم، وإذا رافقه أفكار عظيمة أو توهمات عظيمة وصل لمرحلة الشفق (Euphoria) (الإفوريا) كما في الهوس ملك و عالم زمانه).

— الإفوريا: حالة من الابتهاج المفرط غير العقلاني قد يكون متوافقاً مع المزاج المرتفع (الهوس) أو بشكل غريب غير مترابط (صعب المعاشرة، نكات غير مضحكة) كما في الآفات العضوية (الفص الجبهي، التصلب العديدي).

ج- أشكال أخرى:

— المزاج الهائج: irritable: المزاج لذي يتصف بسرعة الإثارة نحو الغضب.

١- المزاج المذبذب: Labile: تقلقل الحالة الانفعالية بين الفرح العارم (الشمق) والحزن والتعاسة (الاكتئاب).

٣- اضطراب التعبير عن مكونات الوجدان:

أ- الوجدان اللائق Inappropriated affect: غياب التناسق بين المشاعر الانفعالية وبين التعبير الفكري والكلامي والسلوكي (الضحك دون سبب أو عند الحديث عن كارثة)....

ب- تحديد الوجدان: restricted: نقص في التعبير الانفعالي المرافق للأفكار والكلام.

ج- تبلد الوجدان: blunted: شح واضح و كبير في المشاعر الوجدانية وفي التعبير عنها المرافق للمواقف التي تتطلب السرور و الفرح أو الغضب والحزن.

د- تسطح الوجدان flattening Affect: غياب كامل أو شبه كامل للتعبير الوجداني مع أعراض مثل رتابة الصوت، البطء.

و- فقدان الوجدان: المريض غير مبالي انفعالياً لما يدور حوله.

هـ- تذبذب الوجدان (صعوبة سيطرة المريض على انفعالاته): labile: تبدلات سريعة في الوجدان تتظاهر بالإفراط في شدة وحدة الحالة الانفعالية: فالمسألة التي تؤدي للإسفاق تثير البكاء الشديد والمواقف التي تثير الابتسامة تؤدي لضحك شديد متواصل، تشاهد في الفصام-الهوس.

ز- التناقض الوجداني: Ambivalence: وجود مشاعر وجدانية متساوية لكنها متضادة في الاتجاه مثلاً: فالمريض يحب أباه ويكرهه بنفس القوة وببنفس الدرجة أو المريض يأخذ ويعطي بنفس اللحظة.

اضطرابات النشاط الحركي والسلوكي:

١- الاستئمل: restlessness: تكرار حركة أحد أجزاء الجسم أو كله من دون هدف للتعبير عن القلق والتوتر (فرك اليدين).

٢- الهياج: agitation: حالسة من القلق و فرط النشاط النفسي الحركي الذي قد يرافقه إيذاء المريض أو من يحيط به سواء كلامياً أو فيزيائياً.

— تباطؤ الحركة: retardation: فقر في الحركات الإرادية والتعبيرية في الشخص، يرافقه غالباً بطءاً نفسية.

— الذهول: stupor: توقف النشاط النفسي والحركي بشكل شبه تام مع منظر المشدود كما في الفصام، الاكتئاب.

— الصداء الحركي: Echopraxia: تقليد الآخرين في حركاتهم.

— الرعاش أو الرجفان: tremor: حركات لاإرادية رجفانية باليدين، كتعبير عن التوتر النفسي سببها تغيرات متلاحقة في توتر العضلات الإرادية، تشاهد في المواقف الانفعالية، وتختفي في الهدوء والنوم. ومثلها تهدج الصوت وحركات في الشفتين عند الغضب.

الإرادة: volitional:

١- الطموح: ambition: التطلع إلى تحقيق هدف ما.

٢- الدافع: initiative: القدرة على بدء النشاط الهادف.

٣- الحافز: drive: القدرة على مواصلة نشاط هادف موجه بعد بدئه.

٤- المتعة: الشعور بالرضا عند ممارسة نشاط أو فعالية محددة.

من اضطرابات الإرادة: الكسل و الخمول و فقدان الدافع و انعدام المتعة....

الذكاء: intelligence:

تعريف الذكاء: هو مفهوم مجرد يعبر عن القدرة العقلية الفطرية العامة التي تساعد على التعلم والاستيعاب والفهم والتذكر والاستدلال والاستنتاج واكتساب الخبرات الجديدة، ثم دمج محطيات هذه العمليات للتصرف عند مواجهة الأحداث.

— التخلف العقلي: نقص بدئي في القدرات الذكائية العقلية لدرجة معيقة عن الأداء الاجتماعي والمهني.

— العتامة Dementia : تدهور عضوي شامل ثانوي في الملكات العقلية والإدراكية والاستعرافية.

البصيرة insight:

تستقصى بقدرة المريض على إدراك أنه مريض أم لا ، إدراكه بأن أعراضه هي مرض . هل يحتاج للعلاج أم لا ، رأيته في حالته الراهنة.

تعرف البصيرة : القدرة على تفهم الأسباب الحقيقية للحوادث وإدراك معانيها وفهم العلاقة بين الوسيلة والغاية . تضطرب البصيرة في النفاسات والعتاهات.

المحاكمة: Judgment

تعرف على أنها فعل عقلي يربط شيئاً بشيء آخر ، أو معنى مع معنى آخر ، مع الاعتقاد أو التوكيد بوجود علاقة بين الاثنين.

تستقصى بقدرة المريض على التصرف بشكل صحيح ولائق تجاه مواقف الحياة اليومية . الربط بين المواقف والتصرفات بشكل صحيح أو خاطئ.

مثلاً: التصرف تجاه وجود رائحة دخان في المنزل ماذا يفعل (التصرف تجاه مشكلة).

تضطرب المحاكمة في النفاسات والعتاهات واضطرابات الشخصية

الفحص الطبي النفسي - المقابلة في الفحص النفسي

الفحص الطبي النفسي لا يسير وفق برنامج محدد وصارم وحيد الشكل لأن كل ممارس يطبق موضوعيته الخاصة خلال الفحص.

إن العلاقة: طبيب-مريض ، هي علاقة شخصية تختلف قليلاً أو كثيراً عن الممارسات الطبية المعتادة. المنحى الأساسي في الفحص هو الكلام لهذا يجب تأمين شروط مناسبة للمقابلة بشكل حر ، غير موجه ، يسمح للمريض أن يعبر بشكل عفوي عما يفكر به ، عما يحس به ، عما يشتهي..

المقابلة Interview : يجب أن يتم التحضير لها جيداً لأنه على أساسها تبني العلاقة العلاجية بين الطبيب والمريض.

— إطار المقابلة: cadre:

هل هي استشارة في عيادة ،أو مشفى ،أو مستشفى، هل كانت الاستشارة مسبقة بتعقيدات إدارية، انتظار طويل يزيد القلق والتوتر أم يثير العدوانية.

أم فسي العيادة حيث الجو مناسب أكثر دون انتظار وبناءً على موعد مسبق، أم هي زيارة للمريض في منزله وهو جداً استثنائي وفي الحالات الإيماعية ويجب إخبار المريض بقدوم الطبيب وعندها نبدأ بفحص فيزيائي للمريض كالضغط والنبض... لكسب ثقة المريض.

— الطلب: la demande:

١- قد يطلب المريض نفسه المساعدة والعلاج وهنا درجة التوجس من المقابلة خفيفة مقارنة مع الحالات الأخرى.

٢-الطلب من الآخرين حيث المريض غير واع لحالته المرضية ويظن أن الاستشارة هي عار وانتقاص ويجب على الطبيب أخذ موقف الحياد هنا لتجنب الصراع في المستقبل.

٣- من قبل المجتمع حيث يهدد المريض الأمن العام بوساطة أفعال يحاسب عليها القانون أو أن المريض خطير تجاه ذاته أو الآخرين فالثقة في هذه الحالة بين الطبيب والمريض معدومة وقد تصبح عدوانية.

— الهدف: le but: إن الهدف من المقابلة إقامة علاقة جيدة مع المريض، إضافة لجمع أكبر قدر من المعلومات .

— مدة المقابلة: في العيادة ٤٥-٦٠ دقيقة، مريض مقبول في المشفى: المدة قصيرة ومتكررة.

— أنماط المقابلة:

أ-طبيب-مريض فقط (tete en tete)

ب-طبيب-مرافقين أو شهود

ج- طبيب-مريض-مرافقين.

شرح مفصل لطريقة المقابلة:

يسبداً القسام من تحديد الهدف من المقابلة، ثم يترك المريض يتكلم بشكل حر. من المفيد إجراء المقابلة بنام على موعد مسبق حيث يدخل المريض عيادة الطبيب التي يجب أن تكون متواضعة للحيلولة دون جذب انتباه المريض لخرقتها وأن يكون المكتب عادياً.

عند دخول المريض العيادة يقوم الطبيب باستقبال مريضه وفقاً لمرحباً به مسرفاً عن نفسه (الدكتور...) ثم يشير للمريض إلى المكان المخصص لجلوسه، يجلس الطبيب إلى جوار المريض متخذاً وضعية الإصغاء والاهتمام بادناً الحديث بالغرض من المقابلة، مع ذكر الوقت المحدد للمقابلة موضحاً للمريض ضرورة تدوين وكتابة بعض الملاحظات حوله للمساعدة على تذكر حالته في المستقبل، مؤكداً له على سرية هذه المعلومات التامة وجب عدم الانشغال بأية أمور ثانوية خلال المقابلة وكذلك عدم الرد على المكالمات الهاتفية.

يسبداً المقابلة بطرح أسئلة عامة: حدثني عن المشكلة، تكلم عن بداية القصة، مع ترك المريض يتكلم بحرية، ويرد الطبيب خلال الحديث بـ: نعم، استمر، حسناً، هه الرأس، خلال ذلك قد يفسر الطبيب عن بعض الكلمات الخاصة أو المصطلحات التي يستخدمها المريض ومدلولات ذلك.

إذا انصرف المريض عن موضوعه الأساسي يذكره الطبيب بلطف ويعيده إلى موضوع الحالة المرضية.

يجب أن يدون الطبيب بعض العبارات من كلام المريض الخاص. إذا لم يكن لدى المريض فكرة واضحة عن مشكلاته نطلب منه أن يحدثنا عن تفاصيل يوم عادي كامل.

يجب ملاحظة التبدلات التي ترافق الحديث من حيث نغمة الصوت ونبرته، بكاء المريض، وضعية المريض.....

خلال المقابلة يجب الانتباه إلى النقاط التالية:

- الإلمام الكافي بالقصة المرضية الحالية بالتفصيل.
- فحص الأسئلة المتعلقة بالحالة وعدم الخوض في موضوعات هامشية.
- عدم التردد في السؤال عن الزواج - الناحية الجنسية ومشكلاتها.

- إبداء التعاطف مع مريض المريض ومشاركة الأهل شعورهم تجاه مريضهم.
- الاستفسار من المريض عن مدلولات كلماته أو مصطلحاته.
- التركيز في الاستجواب على النواحي النفسية دون إهمال الأمراض الجسدية.
- طرح الأسئلة بأسلوب بسيط وسهل الفهم من قول المريض.
- مراعاة خصوصية المريض إذا كان متردداً في البوح فيها في المقابلة الأولى.
- في الجزء الثاني من المقابلة يطرح الفاحص أسئلة محددة للمريض ويطلب منه جواباً محدداً واضحاً عنها.
- وقد يعيد الطبيب كلمات المريض للتأكد من أن ما يعنيه المريض هو ذلك المعنى تماماً.
- في النهاية يسأل الطبيب المريض: هل هناك أمور أخرى تريد ذكرها، هل أنت متأكد مما قلته...؟.

بعد الانتهاء من جمع المعلومات اللازمة من المريض لا بد من القيام بالفحص النفسي والجسدي يجب أن يشرح الطبيب للمريض التشخيص المحتمل لحالته والخطوات التالية المقترحة وذلك بشكل مبسط ومفهوم.

في حال وصف أدوية لا بد من شرح طبيعة الأدوية وتأثيراتها الجانبية وجرعتها ومواعيد تناولها ومدة العلاج، ثم بعد ذلك ننهي المقابلة بالقول:

جيد: إذا لم يكن لديك استفسارات أخرى أو أسئلة يمكننا إنهاء المقابلة.

مع تحديد موعد للمراجعة القادمة، ثم يودع الطبيب مريضه.

HISTORY TAKING فحص الحالة النفسية

القصّة المرضية وفحص الحالة العقلية في الطب النفسي

أولاً : القصّة المرضية السريرية

الهوية: الاسم----- العمر----- الحالة العائلية----- المهنة-----

مصدر المعلومات: الاسم----- علاقته بالمريض-----

درجة القرابة-----

انطباع الطبيب حول مصداقية المعلومات-----

سبب الإحالة أو الاستشارة-----

الشكاية الرئيسية-----

أ- القصة المرضية الحالية : عند أخذ القصة يجب التركيز على :

- الأعراض : نمط البدء:حاد، مترق، تفاقم لأعراض موجودة سابقا.

- تاريخ بدء المرض - المثبرات و المخففات- المسير:حاد، مزمن، فويي...

- العلاقة الزمنية: بين الأعراض والاضطرابات الفيزيائية والنفسية والمشكلات

الاجتماعية و الكروب

- تأثير المرض على العمل والفعاليات الاجتماعية والعائلية.

- الاضطرابات المرافقة: النوم- الشهية- الرغبة الجنسية- الأدوية المستعملة

- مدلولات الأعراض بالنسبة إلى المريض وسبب مرضه من وجهة نظره-----

ب- القصة العائلية:

مهنة الأب والأم، عمره، مستوى تعليمه، العلاقة بين الوالدين، هل يعيش معهما

عدد الأخوة: ذكور، إناث، ترتيب المريض، مستوى تعليمهم.

هل أصيب أحد أفراد الأسرة بحادث أو مرض نفسي

ج- التاريخ الشخصي:

حالة الأم الصحية خلال فترة الحمل، الرعاية الحملية، الولادة

- التطور الروحي و الحركي و المدرسي و الجامعي حتى الإصابة بالمرض.

د - الشخصية ما قبل المرض:

سمات الشخصية: انطوائية/انساطية/اندفاعية/انفعالية. وصف المريض وتقييمه لذاته

هـ- التدخين - الكحول - تعاطي الأدوية - المخدرات - أخرى

و- الفحص الطبي الجسدي: Physical examination

ز- الفحص العصبي: Neurological examination

ثانياً : فحص الحالة العقلية: MENTAL STATE EXAM

أولاً: المظهر العام والسلوك العام

١-المظهر الخارجي واللباس:

أ- البنية الجسدية أو النمط الحيوي: - البنية الرياضية ،البدنية ، الواهنة، الفارعة...

ب- النظافة و الاعتناء بالهندام

ج- أسلوب اللباس: زي غير مناسب - الزي الغريب (شمسية في يوم مشمس)

د- نقص الوزن الحديث(قمه عصبي- مرض جسدي- اكتئاب- قلق مزمن)

٢-الإيماء و السحنة:هل هي :

-اكتئابية -قلقة -جامدة - مزاج مسطح-متهيجة-زهو

- فرط الإيماء و التعبير الحركي أو البطء الحركية.

٣-الوضعية والحركة:

- هل هي اكتئابية (انحناء إلى الأمام- هبوط كتفي- نظره للأسفل)

- أم قلقة (جلوس مستقيم على حافة الكرسي- انصباب الرأس- أيدي تمسك بإحكام-

رجفان- تملل ، هوسية (فرط نشاط مع تملل)

- الموقف من الفاحص: هل المريض قابل للمناقشة ؟

أ- (متعاون- متجاوب) (مقاوم - رافض) (متفاعل- غير متفاعل)،

ب- سلوك الحياة اليومية: العناية بالمصبرات.

ج- سلوك الغضائي: سوي - شاذ - الشهية

د- السلوك الجنسي و الرغبة الجنسية: سوي -شاذ -اضطراب الرغبة الجنسية.

هـ- السلوك الاجتماعي: يجب وصفه بدقة خاصة، ما هو غير طبيعي :

مثلا- الهوس (لا يحترم القواعد الاجتماعية- يبني علاقات حميمة غير مناسبة)

- وفي الخرف (تجاوب غير مناسب مع القواعد)

- وفي التصلب (تصرف غريب- قد لا ينضبط مع فرط نشاط -انسحاب ...

- وفي الشخصية المضادة للمجتمع (عدوانية)

هـ- الحركات غير الطبيعية:

- هل هناك جمود (ذهول) إثارة، نمطية

- آثار جانبية دوائية (أعراض خارج هرمية) أو أية أعراض جانبية أخرى.

٥- الكلام: ١- السرعة والكمية ، ٢- فقرا لكلام العفوي (الإجابات)

٣- القوابل والانقطاع (انقطاع الكلام- حصر الأفكار) Thought Blocking

٤- شكل الكلام :- مسحة الجملة معنويا وقواعديا- ارتباط الجمل ببعضها

تطابق الأفكار مع ترابط لفظي مع (تورية، سجع ، كنايةات)

٥- المواظبة: تشتت الأفكار وتوسع المفهوم (غياب ترابط الجمل)

- ألفاظ المريض Neologism هل هناك لغة خاصة للمريض؟ أي هل هناك كلمات

مشقة يحملها المريض المعنى الذي يريد؟

المزاج: Mood:

- طبيعة المزاج: أسئلة مباشرة (كيف تشعر بنفسك)

أسئلة لتحري الكتاب:

-- هل تشعر أنك تكاد تبكي؟ -- أفكار متشائمة حول الحاضر؟ شعور بالذنب

-- هل لديك أفكار بأس من المستقبل؟ هل تلوم نفسك على أي شيء؟

-- الانتحار : هل تطن أن الحياة لم تعد تستحق أن نحيا فيها ؟ -- هل تسبب الموت؟

هل فكرت بطريقة تؤذي بها حياتك ؟

-- القلق : -- هل لاحظت أي تبدل في جسدك عندما تشعر بالقلق

أسئلة خاصة حول: الخفقان - جفاف الفم - التعرق - الرجفان - النشاط الودي - التوتر العصبي

ماذا يخطر ببالك عندما تشعر بالقلق (شعور بإغماء -- فقدان السيطرة -- شعور بالجنون)

-- الهوس أو الزهو : -- هل تشعر أنك مبتهج بشكل غير عادي

-- هل هناك أفكار عظيمة (فرط ذكاء - فرط تقدير للمهارات الشخصية، مخططات غريبة).

تقلبات المزاج وتناوبه: (أي هل يكون حزيناً عندما يتحدث عن موضوعات مؤلمة ...

-- مزاج مقلقل -- مزاج مسطح -- المزاج الملانم -- المزاج غير الملانم -- الخمول

-- الأعراض الجسدية المرافقة لتبدلات المزاج:

اضطرابات التفكير (راجع الأعراض والعلاجات):

التوهمات : لا نسأل بشكل مباشر

-- يفضل وجود مصدر معلومات آخر (قريب أو صديق)

بعد إثبات وجود الفكرة الوهمية يجب :

آ-- تحديث شدة اقتناع المريض بها (نسأل بشكل استفساري ولا نوافق المريض على أفكاره).

ب-- تحديد علاقة الفكرة ببيئة المريض وثقافته.

ج-- التمييز بين الأفكار المضخمة والتوهمات.

أنواع خاصة من التوهيمات:- إذاعة الأفكار: هل تعتقد أن الناس تعلم ما تفكر به على الرغم من أنك لم تتطرق بأفكارك بصوت عال وكيف يعرفون ذلك؟

زرع الأفكار: هل شعرت أحيانا أن بعضا من أفكارك ليس من خاصتك بل وضعت من الخارج .

- سحب الأفكار: هل شعرت مرة أن الأفكار تسحب من رأسك .

- توهيمات السيطرة: هل شعرت مرة: أن قوى خارجية تحاول السيطرة عليك .

- أن أفعالك مسيطر عليها من قبل شخص أو جهة خارجة عنك. (قد يجيب المريض نعم قاصدا - سيطرة دينية أو فلسفية) - هل تشعر أنك تحمل مسؤولية خطأ ما؟ هل تشعر أنك مختار لمهمة معينة أو أنه لديك قدرات خاصة ؟

تحديد أنواع التوهيمات:

اضطهادية (زورقة) - الإسناد- العدم- العظمة- الغيرة- السيطرة (أفعالك تحت سيطرة الآخرين) - العشق (لشخصيات معروفة)

المظاهر الوسواسية: أ- الأفكار الوسواسية:

هل هناك أفكار تأتي إلى عقلك على الرغم من أنك تحاول طردها؟ (يطلب مثال) المريض قد يخجل من ذكرها يجب التأكد أن الأفكار هي ذاتية

ب- أفعال قسرية:

هل هناك نشاطات تدفع لفعلها على الرغم من أنك تعلم أنك أنهيتها بشكل حقيقي.

هل تقوم بأفعال مرة تلو المرة مع العلم أن معظم الناس بنجزونها في مرة واحدة.

هل تضطر لإعادة أفعال عدة مرات بنفس الطريقة (يطلب مثال)

اضطرابات الإدراك:

التجارب غير الطبيعية (اضطراب الحس): الاهلاسات، الانتخاعات :

تحتاج إلى السؤال بعناية حتى لا يتهم المريض بالجنون

س- بعض الناس عندما تضطرب أعصابهم يعانون من تجارب غير طبيعية... هل تسمع؟ هل ترى...؟ هل لاحظت أي تغيير في نفسك أو في الأشياء التي تحيط بك لا تستطيع تفسيره...؟

أهلا سسمية : إذا اكتشفناها يجب تحديد:- صوت واحد أو أكثر المهم هو تفاعل المريض معها

-تتكلّم مع المريض أو عنه أهلا الشخص الثاني (ماذا يقول، هل هي أوامر وهل يجب عليه تنفيذها).

تبدد الشخصية والواقعية:

هل تشعر أن الأشياء من حولك غير حقيقية (يصف الأشياء حوله مصطنعة
هل تشعر أن نفسك غير حقيقية أو أن جزءاً منك غير حقيقي) يصف نفسه كأنه منقطع
عن المحيط وغير قادر على أن يستشعر العاطفة أو كأنه مجزأ أو أنه إنسان آلي).

يطلب من المريض العرض والتفسير حتى نميزها من التوهّمات

الحالة الاستعرافية:

١- التوجه: الزمان : تاريخ اليوم والشهر والسنة والفصل وفي أي يوم من الأسبوع -
المكان : نسأل عن نوعية المكان (مشفى، سوق، مدرسة... إلخ).

- الأشخاص: من هو وما علاقته بالمريض (عدم القدرة نسأل المريض عن هويته).

٢- التركيز والانتباه: - الانتباه : توجيه القدرة العقلية إلى شيء محدد.

- التركيز: الاستمرار بهذا التوجيه

ونفحص التركيز نقوم بفحوصات إضافية (السبعان المتتالية ١٠٠-٧=٩٣، ٩٣-٧=٨٦

٨٦.. إلخ الزمن اللازم، وعد الأخطاء (أيام الأسبوع و إعادة سبعة أرقام)

٣- الذاكرة: ما الصعوبات التي تواجهها في التذكر في أثناء عمالك اليومي

..... الذاكرة قصيرة الأمد: إعادة سلسلة من المفردات تزداد بالعدد بالتدريج ٤ مفردات ثم خمس مفردات ثم ٦ ثم ٧... (الشخص متوسط الذكاء يعيد ٧) وهذا يفحص أيضاً التركيز

«بربرياً: نعطى اسماً وعنواناً بسيطين ونطلب إعادة مباشرة وبعد بضع دقائق

..... ذاكرة الأحداث القريبة : نسال عن أحداث وقعت خلال آخر ٣ أيام

ب الذاكرة البعيدة: حوادث شخصية مهمة (ميلاد أطفاله...)، حوادث عامة معروفة (استم زعيم سياسي...)، معرفة الترتيب الزمني للحوادث مهم مثل تذكر الحوادث، معلومات مهمة داخل المستشفى، سرعة تعلمه الروتين اليومي، أو أسماء الطاقم الطبي، تذكره أين يضع الأشياء ومكان السرير والغرفة.

كبار السن: نستخدم أسئلة معيارية مثل MMSE لتمييز الاضطرابات العضوي ...

المقصود:

تكتشف خلال المقابلة مدى معرفة المريض لطبيعة مرضه، فائدة المريض بالأعراض (هل هو مقبول أم لا) - هل هو مريض - هل مرضه جسدي أم نفسي - هل يحتاج إلى علاج ويفيد ذلك التقدير مدى الالتزام بالدواء.

المحاكمة: التصرف أمام مشكلة ما، أو إعطاء قصة متناقضة ثم يطلب فك التناقض، أو يطلب من المريض أن يروي قصة.

MMSE The mini-mental state Examination الفحص المصغر للحالة العقلية

١- التوجيه :

ما هو التاريخ : - السنة ----- (١ علامة)

الافصل ----- (١ علامة)

التاريخ ----- (١ علامة)

الشهر ----- (١ علامة)

اليوم ----- (١ علامة)

أين نحن: القطر ----- (١ علامة)

المنطقة ----- (١ علامة)

المدينة ----- (١ علامة)

المشفى ----- (١ علامة)

الطابق ----- (١ علامة)

٢- الانتباه والحساب:

٣- السبعات المتتالية : علامة لكل إجابة صحيحة تتوقف بعد ٥ أعداد

البدل: تهجئة كلمة مؤلفة من ٥ أحرف وبالعكس ----- (٥ علامة)
التسجيل:

إعطاء ٣ أشياء بفاصل ثانية ثم نطلب الإعادة المباشرة ----- (٣ علامة)
الانتباه والحساب :

الاسترجاع: إعادة الأسماء الثلاثة السابقة ----- (٣ علامة)

٦- اللغة إشارة إلى شيئين ونطلب من المريض التعرف عليهما ----- (٢ علامة)
تنفيذ أمر من ثلاث مراحل:

امسك ورقة بيدك اليمنى ----- (١ علامة)

اطوي الورقة نصفين ----- (١ علامة)

ضع الورقة على الطاولة ----- (١ علامة)

تنفيذ أمر مكتوب: أغلق عينيك ----- (١ علامة)

كتابة جملة ذات معنى (فاعل + مفعول به - -) ----- (١ علامة)

نقل رسمة معينة ----- (١ علامة)

المجموع ٣٠ علامة

تشخيص المرض النفسي Diagnostic :

بعد الانتهاء من الفحص والاستجواب النفسي لا بد من إقامة تشخيص خاص لكل حالة. وهذا التشخيص يبنى على وجود أعراض وعلامات إيجابية وليس على غياب علامات المرض العضوي أو سلبية النتائج الاستقصائية. فالتشخيص يركز على الاضطراب الأكثر أهمية وبروزاً وأكثر عفوية وثقائية في التعبير عن الصورة السريرية.

إن إجراء الفحوص الاستقصائية بقصد طمأنة المريض وإقناعه بعدم وجود مرض عضوي ليس له ما يبرره لأن ذلك قد يوحي للمريض بعجز الطبيب عن تشخيص حالته ، ولكن ذلك يجب أن لا يدفع الطبيب إلى القول للمريض إنه سليم وليس لديه مرض بل أن يقنعه بوجود اضطراب نفسي هو مصدر معاناته وآلامه. وهذا يقودنا إلى تعريف المرض النفسي.

ما المرض النفسي: نبدأ بتعريف السواء النفسي أو الصحة النفسية: ليس من السهولة إعطاء تعريف مختصر للصحة النفسية، ولذلك نجد تعريفات كثيرة للسواء النفسي وهنا سوف نختار التعريف العام الشامل المختصر ذا المجاور المتعددة.

الصحة النفسية: يمتلك الفرد صحة نفسية موية إذا استطاع ممارسة الحياة اليومية ونشاطاتها العملية المنتجة والفاعلة، وامتلاك القدرة على تحقيق التلاؤم والتكيف الاجتماعي مع ذاته و مع الآخرين محققاً التوازن الذاتي الشخصي الذي تغيب معه المعاناة والآلام المعيقة للفرد.

لذا المرض النفسي هو: درجة عالية فوق حد السواء من الإعاقة أو المعاناة أو الصدام مع الذات أو المحيطين أو إظهار شذوذات سلبية كل ذلك بشكل مُجْتَمِع أو مُتَفَصِّل.

نظرات في علم النفس و مهارات التواصل

communication skills - Introduction in psychology

مقدمة: يعرف علم النفس بأنه الدراسة العملية لسلوك الإنسان و الحيوان.

و السلوك هو الفعل الذي يقوم به الكائن الحي و الذي يمكن ملاحظته و تقييمه كالحركة و المشي و الضحك و الكلام و الأكل و امرار التوجه و المهارات الحركية و التفاعلات الاجتماعية و الانفعالات و نتائج السلوكية.

- المعالج النفسي : هو الذي يهتم بالعلاج النفسي و السلوكي و لا يشترط كونه طبيباً.

نظريات علم النفس :

النظرية البيولوجية: إن الدماغ البشري من أعقد المخلوقات الإلهية في هذا الكون بما يحسويه من عدد هائل من العصبونات و التوصيلات بينها و الارتباطات الكيميائية فيها (أكثر من عشرة بلايين عصبون). إن الارتباط بين النشاط النفسي و فعالية الدماغ أمر مؤكد فالمقر البيولوجي للنشاط النفسي لا بد أن يكون في جزئه الأكبر في الدماغ. لذا فالنظرية البيولوجية تعزو مظاهر السلوك المختلفة إلى حدثيات كيميائية و كهربائية.

فالسلوك بمظاهره النفسية و العقلية ما هو إلا نتاج لهذه التبدلات البيولوجية العصبية، فقد وجد أن مناطق معينة من الدماغ تسيطر على الانفعال و أخرى على التعلم و الذاكرة وهكذا...

٢- النظرية الاستعرافية: هذه النظرية تقول إن المعرفة هي التي تحكم السلوك وتنظمه لذا تهتم هذه النظرية بدراسة الوظائف العقلية كالإدراك و الاسترجاع و اتخاذ القرارات و التخطيط و حل المشكلات و اللغة.. إن دراسة النشاطات العقلية و النفسية تمكن من فهم سلوكيات البشر و يمكن دراسة هذه السلوكيات بالمراقبة و إخضاعها للتجربة.

٣- النظرية السلوكية: أول من قال بأن السلوك يمكن قياسه هو العالم الأمريكي جون واتسن حيث أكد أن السلوك هو نتيجة تنبيهات بيئية تثير لدى الشخص استجابات ذات نتائج ايجابية أو سلبية و قال بمبدأ في علم النفس : إن التنبيه يؤدي الى استجابة.

٤ - النظرية الديناميكية. أو نظرية التحليل النفسي المشتقة من آراء فرويد .

أقسام علم النفس: يقسم علم النفس إلى أقسام عديدة منها :

١ - علم النفس السريري ٢ - البيولوجي ٣ - التطوري

٤ - الاجتماعي ٥ - التعليمي ٦ - الشرعي

٧ - التجريبي ٨ - النفس الصناعي ٩ - علم نفس دراسة الشخصية.

نظريات التعلم و آليات التكيف والسلوك

Learning and Conditioning

إن التعلم من الخواص المهمة في الجنس البشري، وهو القدرة على اكتساب الأنماط المختلفة من السلوك، وبالتالي القدرة على التكيف والاستفادة من التجارب والخبرات السابقة. إن دراسة أساليب التعلم أنتجت العديد من الطرق والوسائل العلاجية في الطب النفسي وعلم السلوك التطبيقي . إن ما ينتج عن التعلم هو التكيف وهو الشكل الأبسط للتعلم . يقصد بالمنبه كل ما يحدث إثارة سواء أكان خارجياً أم داخلياً ، أما الاستجابة فهي السلوك الذي يحدث بفعل المنبه .

هناك شكلان من التكيف :

أ - التكيف الكلاسيكي أو المدرسي : ويضم الاستجابات السلوكية الآلية غير الإرادية مثل الاستجابات العاطفية و الاستجابات الانعكاسية للمنبهات الفيزيائية المحيطة .

١ - الاستجابات غير الشرطية أو غير التكيفية :

هي الاستجابات الجسدية الانعكاسية الفعوية (غير المتعلمة سابقاً) : مثل ميلان لعاب الكلب عندما يوضع في فمه طعام كما في تجربة بافلوف الانعكاسية الشرطية ، يطلق على الاستجابة الجسدية (ميلان اللعاب) استجابة غير شرطية وعلى المنبه المثير (الطعام) منه غير شرطي ، وكل من التنبيه والاستجابة بسميان المنعكس غير الشرطي أو غير التكيفي وهو استجابة لا تتطلب التعلم .

يوجد عدد كبير من المنبهات الخارجية الحيادية لا تثير أي منعكس خاص (صوت الجرس لا يثير لعاب الكلب) لكن إذا اقترن المنبه الحي مع منبه غير تكيفي يحدث تكيف كلاسيكي (اقتران سماع الكلب لصوت الجرس مع تقديم الطعام له) وعند تكرار هذا الفعل لعدد من المرات يحدث تكيف مع هذا المنبه؛ فسماع الكلب صوت الجرس (منبه حيادي) يشير الآناب دون تقديم الطعام وهذا أصبح المنبه الحيادي مذهباً شرطياً ويسمى المنعكس الشرطي أو التكيفي .

إن التكيف المدرسي عند الحيوانات يحدث من دون أن يميز الحيوان بين المنبه التكيفي وغير التكيفي لكن عند الإنسان فإن عام المتعلم يساعد على سرعة تعلم المنعكس وقد تم الاستفادة من هذه المنعكسات في علاج بعض حالات القلق و الرهابات .

مراحل الاستجابة الشرطية :

مرحلة الانعكاس : تعلم الاستجابة الشرطية

مرحلة التراجع : تناقص الاستجابة عندما لا يتبع المنبه الشرطي بالمنبه اللاشرطي (التعزيزي)

مرحلة التحمسين العفوي : عودة الاستجابة التي شابت في مرحلة التراجع إلى الظهور مع استمرار غياب المنبه اللاشرطي (إقراض اللعب استجابة لصوت الجرس على الرغم من عدم تقديم الطعام .

تعمم المنبه: حدوث استجابة شرطية استجابة لأي منبه مثير وليس فقط المنبه الأصلي .
المنعكس الشرطي التثفيري : استخدام المنعكس الشرطي المدرسي في التثفير من سلوك غير مرغوب (علاج الاضطرابات الجنسية) .

ب - التكيف الفاعل أو الفعل :

وصف العالم الأمريكي سكاينز الذي درس أشكال السلوك الإرادي التي يفعلها الشخص للتأثير على البيئة . تتم تنمية هذا السلوك وتعزيزه عن طريق الحصول على نتيجة مرغوبة (مكافأة) بعد القيام بهذا السلوك مما يزيد من احتمال زيادة تكرار هذا السلوك في المستقبل ، أما إذا ترافق هذا السلوك مع نتائج سلبية (عقاب) فإن احتمالية تكرار هذا السلوك في

المستقبل تتضاءل. يمكن تعليم البشر وتدريبهم على هذا النموذج من السلوك عن طريق تقديم مكافأة لزيادة السلوك المرغوب فيه فيزيد الشخص من هذا السلوك ويتعلم تكراره أو عن تجنب عواقب سيئة أو ضارة أو مؤلمة (إعطاء صدمة كهربائية لفأر في إحدى زوايا صندوق يؤدي إلى أن يتعلم الفأر الابتعاد عن هذه الزاوية لتجنب الأذى). إن نتائج السلوك تعزز من احتمالية تكراره، وبهذا قد يكون التعزيز إيجابيا (مكافأة) أو سلبيا (حذف أو تجنب أذى) .

إن طريقة إعطاء المنبه المعزز له أثر على تماسك السلوك المتعلم وثباته، فالتعزيز المنقطع لبعض السلوكات وليس لكل أنماط السلوك ينتج سلوكا متعلما أقوى وأكثر مقاومة من السلوك الناتج عن التعزيز المستمر .

قد نستخدم العقاب (نتيجة منفرة عقب السلوك الشاذ) في إنقاص تكرار حدوث سلوك ما. إن الوعي ليس ضرورياً في التكيف الفاعل عند الحيوان ، لذلك يحدث التعلم من دون أن يكون المتعلم واعيا للترافق بين السلوك ونتائجه لكن الوعي الموجود عند الإنسان يجعل اكتساب السلوك أسرع .

إن نظرية التعلم الفاعل وتعديل السلوك استخدمت في العلاج النفسي السلوكي .

نظرية التعلم

هناك طرق لاكتساب أنماط جديدة من السلوكات تم تطويرها منها :

القولبة أو النمط : تعتمد على تعزيز سلوك عام سوي بشكل تدريجي للوصول إلى إتقانه، ثم تخصيص نمط أكثر نوعية من هذا السلوك لإتقانه، وهكذا للوصول إلى إتقان السلوك النوعي المرغوب (مثلا : عند تعليم طفل متخلف عقليا الكلام : يصدر الطفل في البداية أصواتا غير مفهومة فيشجع الطفل على ذلك ثم نختار الصوت الأقرب إلى لحروف فتعزز ثم نختار الأصوات الأقرب للكلمات فتعزز وهكذا نستمر في قولبة الأصوات للوصول إلى نطق الكلمات ..).

الاستعانة باستخدام الحث : نستخدم الحث والدعم اللفظي أو التطبيقي للمريض في سبيل تعليمه القيام بعمل أو سلوك أو تنفيذه أمامه ثم عند إتقان العمل منفردا لمتعلم ينسحب المعلم تدريجيا .

التعلم عن طريق التسلسل: تعتمد على البدء بتعليم الشخص أفعالاً بسيطة مجزأة حتى يتم إتقانها ثم إضافة سلوك أو عمل آخر، وهكذا يتم ضم السلوكات المتتابعة بالتسلسل إلى بعضها للحصول على أفعال و سلوكيات معقدة في الحياة (مثلاً تعليم الطفل الطعام نبدأ بتعليمه ممسك المعلقة ثم طريقة تحريكها والوصول بها فارغة إلى فمه ثم وضعها في الصحن وهكذا..).

التعلم بالمراقبة: قد تلجأ في بعض الحالات إلى التعليم والعلاج بالمراقبة وذلك عن طريق قيام الشخص بمشاهدة شخص يقوم بالعمل نفسه ثم الاقتداء به فيما بعد .

فقد يشاهد آخر بحالة انفعالية شديدة فنثار لديه حالة من القلق الحاد وبهذا يمكن تفسير طريقة اكتساب بعض المرضى لبعض ظواهر القلق، وكذلك فإن مشاهدة هذه السلوكات ينتج عنها ممارسة سلوكية ، فقد وجد أن بعض الأطفال يمارسون ما يشاهدونه في التلفاز (فمثلاً قد يصبحون أكثر عدوانية أو معارضة لأهلهم بعد مشاهدة فيلم حول العدوان أو السرقة خاصة عند عدم تعرض المعتدي للعقاب) . نستخدم هذا الأسلوب في العلاج عن طريق عرض أشخاص يبدون هدوءاً وثقة عالية حتى عند تعرضهم للشدات فهذا قد يخفف القلق عند الشخص المراقب للقلق ، استخدم هذا النموذج من الاقتداء في تدبير القلق و الرهاب و الترتب على المهارات الاجتماعية .

نظرية التحليل النفسي و تطور الشخصية Analytic theory

نشأت على يد سيغموند فرويد ثم تطورت مع الزمن وأدخل عليها كثير من المفاهيم الجديدة ، تركز على أن دوافع السلوك الإنساني تستمد من فعاليات دماغية لا واعية وأن الرغبات الجنسية والعدوانية هي محركات فعاليات الدماغ ، إضافة مفاهيم أخرى حول الصراع والكبت والرمزية والتحويل .

مكونات الشخصية عند فرويد :

١- **الـ ID**: هو الجزء الحائوي على الدوافع الأساسية أي الغرائز الجنسية والعدوانية، ويحكمها مبدأن هما البحث عن اللذة والابتعاد عن الألم، وتتطلب هذه الغرائز التحقيق و الإشباع الفوري من دون إرجاء .

يشكل الهو القسم الموروث من الشخصية ويوجد عند المولودين حديثاً. ثم ينمو مع تطور جزء جديد هو الأنا . من أهم دوافع الهو : العدوانية ، الطعام، الشراب، الجنس، ضبط المصبرات .

٢- الأنا Ego: وهو الجزء الذي يحاول الفرد به التلاؤم بين متطلبات الهو مع الواقع والظروف الخارجية المحيطة . تحتوي الأنا مكون الشخصية في التقويم والتقدير والمعادلة وحل المشكلات والدفاع الذاتي ويحكم بمبدأ الواقعية (تأجيل تحقيق الرغبات للوقت المناسب) . كلما كانت الأنا قوية ومتسامكة كانت الشخصية أقوى و أقدر على التوافق الاجتماعي وأقل عرضة للإصابة بالاضطرابات النفسية . أما إذا كانت الأنا ضعيفة وكان الشخص تحت سيطرة الهو فيكون أقل قدرة على تحمل الشدائد واستخدام وسائل الدفاع النفسية وعدم تحمل الكبت والمنع وبالتالي أكثر عرضة للاضطرابات النفسية .

٣- الأنا العليا Super ego: هو الذي يعبر الضمير والسعي نحو الكمال وينضبط بالقيم الأخلاقية والاجتماعية التي تكتسب من الوالدين أو المربي اللصيق .

يقوم هذا الجزء بتقويم ومراقبة اعوجاج الأنا

إن سيطرة الأنا العليا قد يؤدي إلى معاناة شديدة وتأليب ضمير وإذا أصبحت الأنا رهينة الهو وتحسنت سيطرة الأنا العليا تجعل الفرد صلباً وعنيداً ومنه القلق الذي يفود إلى الإحباط والهم والحزن أو التلاؤم معه بآليات الدفاع النفسية .

تطور الشخصية من الناحية النفسية الجنسية بحسب آراء فرويد :

السنة الأولى : هي المرحلة الفموية .

السنة الثانية : هي المرحلة الشرجية

السنة الثالثة حتى السنة الخامسة من العمر : المرحلة الإحليلية أو القضيبية

من السادسة حتى المراهقة : مرحلة الكمون لتبدأ بعدها المرحلة التناسلية .

أما من الناحية الفيزيولوجيا يعتقد أن :

الهو : يتوضع في المراكز الدماغية البدئية : تحت المهاد وما يتصل به من أفعال انعكاسية بدئية

الإنسا العلسيا: هي الأفعال الانعكاسية الشرطية المكتسبة من البيئة والمجتمع والدين والثقافة ومقرها القشرة الدماغية.

الإنسا هي تفاعل الأفعال الانعكاسية البدئية مع المنكسات المكتسبة الشرطية .

دراسة الشخصية

لا يوجد تعريف واحد للشخصية لكن من الضروري التأكيد هنا على ناحية وجود فوارق بين الأشخاص في الاستجابات السلوكية للمواقف المختلفة . كذلك نؤكد على المكون السلوكي للشخصية وإنها صفة بشرية متأصلة نسبياً.

تعريف : هي جملة من الخصائص التي تحدد سلوك الفرد و اهتماماته وأفكاره وانفعالاته التي تلعب من أشياء فطرية وآليات دفاعية، وتميز كل فرد من غيره، وتنعكس على معاملاته مع الناس، وهي صفة بشرية متأصلة يمكن التنبؤ بها . لقد حملت كلمة الشخصية الكثير من المعاني على مدى الأيام وتوسعت هذه المعاني مع زيادة الدراسات الحالية.

عندما نصف الشخصية فإننا نتحدث عن :

السمات والخلال النفسية أو الطبع : التي تتجلى على صاحبها وتميز غالبية سلوكه كالbashاشة والتجهم والسخاء والبخل والصدق وحب السيطرة والرياء وطيبة القلب. هذه السمات هي نتاج تطور الفرد ونمائه مع تأثره بعوامل الثقافة والمجتمع والتربية العائلية، وعندما يفقد هذا النموذج المستقر من الصفات إلى اضطراب في الاستجابة الاجتماعية والسلوكية للفرد يحدث اضطراب الشخصية .

العوامل المزاجية و الوجدانية :

تؤكد الدراسات الحديثة وجود عوامل وجدانية محددة وراثياً (تتأثر بالاستعداد الوراثي) تقود إلى استجابات سلوكية خاصة بكل فرد، وهذه العوامل تكسبه نموذجاً معيناً من الشخصية .

الذكاء: هو أحد مكونات الشخصية، وهو مجموع قدرات الشخص العقلية وينعكس على المكونات الأخرى للشخصية.

فالشخصية هي حصلة لتفاعل :

١- الذكاء. ٢- السمات والخلل الشخصية. ٣- العوامل المزاجية .

تمر الشخصية خلال تطورها بمراحل متعددة للوصول إلى النضج (التناسق السليم) السذي يختلف بين فرد وآخر، فقد نجد رجلاً في الثلاثين ولم تكتمل ملامح شخصيته، أو فتاة في الثامنة عشر ذات بلوغ ونضج مناسب.

أما دور الوراثة في الشخصية فنجدّه واضحاً في الحالة الانفعالية لمكونات الشخصية، كالانعزالية أو الانبساطية أو الثبات العاطفي . أما دورها في العلاقات الاجتماعية والتعامل كالصدقة والعداء فأقل وضوحاً.

أبعاد الشخصية :

الصورة الذاتية : هي ما يعتقده المرء عن نفسه عندما يخلو لذاته ويسبر بواطنه.

الصورة الاجتماعية : نظرة المجتمع والآخرين وتقييمهم لهذه الشخصية ، قد تكون مختلفة عن الصورة الذاتية .

الصورة المثالية : وهو ما يتمنى الشخص تحقيقه من آمانيات .

الشخصية المتوازنة السليمة هي التي توافق بالحكمة بين هذه الأبعاد الثلاثة . إن نجاح الفرد في حياته يعتمد على تفاعل معامل الذكاء IQ والسمات الشخصية .

لكن أضيف حالساً عامل ثالث هو : معامل الانفعال الذي يمنح الفرد القدرة على التعامل مع الآخرين بدفء وحنان ويكسبه القدرة على جنب الآخرين .

مراحل تطور الشخصية :

تمتد من الولادة حتى عمر الثلاث سنوات .

نوعية العلاقة الدافئة أو الباردة بين الأم والطفل مهمة جداً في التطور السليم للطفل ، فغياب الأم أو الأم غير الحنون يحدث ندبة دائمة في شخصية الطفل . إن سلوك الطفل في هذه

المرحلة (بحسب فرويد) هو لإرضاء الدافع الفموي ولهذا سميت هذه المرحلة من الولادة وحتى عمر سنة ونصف بالمرحلة الفموية ، فإذا لم يتطور الطفل ولم يتخطَ هذه المرحلة بقيت الشخصية في المرحلة الفموية ومنه الشخصية الفموية التي تتميز بفقدان الاستقلال الذاتي التام.

المرحلة الشرجية :من ١-٣ سنة ، يرضي الطفل برغباته في التحكم بالمصرة الشرجية والبولية . يعطي توقف التطور في هذه المرحلة الصفات الو سواسية القهرية ، الصلابة العناد، قسوة التكيف الاجتماعي .

مرحلة الطفولة : تبدأ من سن ٣-٦ سنوات وتسمى بالمرحلة القضيبية حيث تظهر عقدة أوديب وهي تعلق الطفل بوالدته وكرهه وغيرة من والده.

تسمى عند الفتاة عقدة الكترا (تحب البنت أباهها و تغار من أمها).

٣- المرحلة الاجتماعية تمتد من ٦-١٢ سنة يظهر تأثير المدرسة والأصدقاء والأقرباء : فيها يتعلم الطفل كثيراً من العادات والتقاليد الاجتماعية وتقليد الكبار ، واقتباس كثير من الأخلاق من مربيته، وتكمن هنا خطورة المرحلة و أهمية وجود الأم المربية ذات الشخصية المتزنة ولا يترك للتربية الفاسدة .

٤- مرحلة المراهقة ١٢-١٨ سنة يختار المراهق أصدقاءه من نفس الجنس ، يهتم بمظهره، يتطلع نحو استقلاله الذاتي، وهنا يبدأ الصراع بين الأهل والولد . تحتاج هذه المرحلة إلى أكثر من الدقة في التعامل مع المراهق .

٥- مرحلة النضج :

الشخصية هي التي تقيم علاقات اجتماعية سوية مستمرة مستقرة مع الآخرين مع تحمل المسؤولية الفردية والجماعية .

مرحلة الكهولة والشيخوخة :توذلك بعد عمر السنتين .

تصنيف الشخصية ونفسيهما : حسب إيزنك Eysenck

صنف إيزنك البشر ضمن ثلاثة محاور :

محور العصابيين : الذي يميز بين أشخاص هادئين ومستقرين وآخرين لديهم حساسية زائدة للكرب.

محور الانطواء - الانفتاح : الذي يميز بين أشخاص هادئين منطويين وآخرين اجتماعيين اندفاعيين يبحثون عن الإثارة .

محور الذهائين : الذي يميز بين الأشخاص العاديين والمرضى الذهائيين .

كذلك قسم إيزنك الناس إلى نمطين من الشخصيات :

أ- شخصيات الانبساطية انفتاحية extraversion :

إن اجتماع الأرضية الوراثية مع نمط الشخصية الانبساطية يساعد على ظهور الاضطراب التحويلي الهستريائي أو الشخصية المضادة للمجتمع، وهؤلاء الأشخاص يتصفون بصعوبة تكوين الأفعال الانعكاسية الشرطية وسهولة الكف الشرطي .

ب- شخصيات توحيدة أو انطوائية : اجتماع هذا النموذج من الشخصيات مع الاستعداد الوراثي يفجر اضطرابات القلق و الوسواس القهري و الاكتئاب .

ج- إن اكتساب الصفات الانبساطية أو الشخصية تسيطر عليه مراكز خاصة في التشكلات الشبكية قريبا من مراكز الوعي و اليقظة .

٢- العوامل الاجتماعية و الشخصية والثقافية : مما لا شك فيه أن الحالة الاجتماعية

والعادات والتقاليد والحضارة لها أثر مهم في تكوين شخصية الفرد ونضجها فالحرمان العائلي وعدم الاستقرار العائلي والفساد الأخلاقي والطلاق والإدمان وغير ذلك من المشكلات الاجتماعية و الأخلاقية كلها لها أثر واضح في التطور غير السوي للشخصية، وبالتالي الإصابة بالأمراض النفسية خاصة اضطرابات الشخصية المضادة للمجتمع والمذبذبة انفعاليا.

اختبارات تقييم الذكاء والشخصية:

تهدف الاختبارات النفسية إلى تقييم الذكاء وإلى دراسة الشخصية والمساعدة في تشخيص بعض الاضطرابات النفسية.

تقسم الاختبارات النفسية إلى الأنماط التالية :

١- الاختبارات الموضوعية أو ذات الهدف لتقييم الشخصية :

تعتمد على مجموعة من الأفكار أو الإجابات التي نحصل عليها ونستطيع تقييمها وتحليلها إحصائياً ومنها اختبار مينسوتا لتقييم الشخصية متعددة الأطوار.

٢- الاختبارات الإسقاطية لتقييم الشخصية :

تستند على أن يقدم الشخص إجابات للأسئلة بناء على استيعابه أو تفسيره للفكرة أو السؤال، ومنها اختبار روشاش ذو البطاقات العشر ، اختبار الإدراك ذو الفكرة الرئيسية (TAT: تكوين قصة من الصور) روتر ، اختبار الجملة الناقصة ، اختبار رسم شخص ...

٣- اختبارات الذكاء: من أهم الاختبارات المستخدمة هو :

- اختبار ويكسلر المسمى (wechsler) بـ (Wechsler Adult Intelligence Scale WAIS)

وهناك شكل خاص للأطفال وذلك بحسب الفئة العمرية

- اختبار ستانفورد - بينيه .

٤ - اختبارات النجاح والتفوق وتقييم القوى المعرفية: كاختبار كاليفورنيا و اختبار إيلوا

آليات أو وسائل الدفاع النفسية Defense Mechanisms

هي عمليات دماغية غير واعية هدفها مساعدة الشخص على التخفيف من القلق وحفظ الشعور بالأمان والتوازن .

صنفت بحسب جورج فليلانت Vaillant إلى آليات ناضجة وآليات أقل نضجاً :

آليات الدفاع الناضجة :

الغيرية **Altruism**: هي مساعدة الشخص للآخرين من دون أنانية .

المرح **Humor**: تساعد هذه الآلية في إنقاص التوتر والقلق .

التصعيد أو التسامي **Sublimation**: هو التعبير عن الرغبة الغريزية غير المقبولة بسلوك يمكن قبوله اجتماعياً (محاولة ليوناردو رسماً لسيدات كنوع من التسامي بالتعبير عن شوقه لأمه التي انفصلت عنه في عمر صغير)

التثبيط أو الكبح **Suppression**: هو تثبيط المشاعر غير السارة جانباً دون كبتها

بـ آليات الدفاع الأقل نضجاً:

١- الإنكار **Denial**: إنكار أو عدم تصديق الحقائق التي لا يمكن احتمالها في الواقع (ينكر المريض الخوف من المرض كونه غير مصاب به).

٢- الزلل **Acting out**: التعبير عن المشاعر غير المقبولة بالفعل .

٣- الإزاحة **Displacement**: تحويل المشاعر من فكرة غير مقبولة إلى فكرة مقبولة (إزاحة المشاعر) .

٤- الافتراق **Dissociation**: عدم الترابط في العمليات الفكرية بحيث يتعامل العقل مع بعض الأمور بشكل مخالف عن المواقف الأخرى (تعدد الشخصية أو الشراد) .

٥- التمثيل **Identification**: اقتباس الشخص سلوك شخص آخر .

٦- العقلنة: استخدام العقل فهم المشاعر السلبية والصراعات وإزالة تأثير المقلق .

٧- العزل **Isolation**: منع مشاعر أو ذاكرة وعزلها وفصلها إرادياً عن مكونات النفس بقصد نسيانها وإنكارها أو الأخذ بمحتوى الفكرة دون مشاركة وجدانية .

٨- الإسقاط **projection** (التبرير الإسقاطي): يحزو الشخص رغباته غير المقبولة إلى الآخرين (إسقاط على الآخر: مثلاً القول إنك تكرهني : إسقاط الكراهية على الآخر هي تغيير لعبارة إني أكرهك لأن هذا يخفف من معاناة الفرد وقلقه لأنه يوقع اللوم على الآخرين ، أو القيام باستفزاز الآخرين ثم يسقط مسبب غضبه على الآخرين) .

٩-التسويع أو التبرير **rationalization**: محاولات الشخص تفسير الحوادث وإيجاد مبررات لها بدلا من ذكر أسبابها (لجعل التصرفات غير المنطقية وكأنها معقولة).

١٠-الانفعال المنفعل أو التكوين العكسي **Reaction formation**: يتم إنكار المشاعر الواعية غير المقبولة وتبني مواقف وسلوك عكسي معاكس للمشاعر (الشخص الذي يظهر الود لشخص آخر هو من ألد أعدائه قد ينم عن تكوين عكسي لما يشعر به من عداوة لا يمكن تقبلها ، فتاة جذابة تبدي اهتماماً غير عادي بأبيها المريض في حين أنها تتمنى موته للتزوج بمن تحب).

١١- السكوص **regression** : تراجع السلوك نحو مرحلة تطورية أدنى (التصرف كالصبي عند الشدات).

١٢ - الكبت **Repression**: إبعاد المشاعر والأفكار غير المقبولة تماماً (خاصة المرتبطة بالدوافع الجنسية والعدوانية) والواردة من الوعي أو الشعور عن الوعي والإدراك ونقلها إلى حيز اللاشعور ، من أكثر الوسائل النفسية شيوعاً، وهو وسيلة لا شعورية تستخدمها الأنا ولا بد منها لاستخدام الوسائل الدفاعية الأخرى.

١٣-الانشطار **Splitting**: تقييم الأشخاص والأحداث بصورة مطلقة إما إيجابيين وإما سلبيين.

١٤-الإبطال **Undoing** : محاولة لا لتصحيح ما قد يترتب على التصرفات من أخطأه أو نتائج بل التصرف لتعطيل ما قد حدث مسبقاً و هو أمر مستحيل لا يوصف بأنه محاولة من المريض للتعويض عن إثم أو التكفير عنه بعمل آخر .

الفوارق الفردية **Individual Differences**

إن دراسة الفوارق الفردية بين الأشخاص مهمة لتحديد ما يميز شخصاً من آخر، و تساعدنا على معرفة أسباب هذه الفوارق و معرفة نسبها و توزيعها في المجتمعات ، و المهم سريرياً تشخيص بعض الحالات المرضية و المساعدة في عملية انتقاء بعض الأفراد لشغل وظائف خاصة. من أهم الفوارق بين البشر الذكاء و الشخصية.

الذكاء Intelligence

إن الاختلاف بين البشر في القدرات العقلية أو ما يسمى الاستعراف (cognition) موجود، و عليه يختلف البشر في هذه القدرات. يتكون الاستعراف أو المعرفة من العمليات الهادفة و الموجهة نحو حل المشكلات اليومية التي تختلف بين فرد و آخر، إذ يلاحظ فرق بين الناس في طريقة الوصول إلى الحل الصحيح و سرعة التوصل إليه و القدرة على ابتكار حلول جديدة. هناك العديد من الاختبارات التي تقيس الذكاء يستفاد منها في التشخيص و في انتقاء المهارات الاجتماعية.

يوجد كثير من التعريفات للذكاء، فمثلا بينيه Binet عرف الذكاء بأنه القدرة على الفهم و المحاكمة التي يظهر بأشكال مختلفة.

افترض ثوستون Thustone أن الذكاء هو محصلة لاجتماع الإمكانيات التالية:
الفهم اللفظي و فهم معاني الكلمات.

القدرة على التفكير بالكلمات المناسبة بالسرعة اللازمة (كلمات سجع ..)

القدرة على التعامل مع الأرقام و إجراء العمليات الحسابية.

القدرة على التفكير الفراغي (تميز شكل مرئي من زواياه) .

القدرة على تذكر و إعادة منبه لفظي (إعادة كلمات أو جمل) .

سرعة الإدراك و تمييز التفاصيل بسرعة.

المحاكمة، مسئلة القدرة على استنتاج قاعدة من معلومات أولية (القدرة على ترتيب أرقام وفق رابطة بينها) .

أما النظرة الاستعرافية فنرى أن الذكاء له دور في معالجة المعلومات و من ثم تمثيلها و استخدامها وذلك من خلال المظاهر التالية:

المحاكمة و التفكير التجريدي، التكيف و التأقلم مع المحيط الخارجي، واستخدام الحوافز في تحقيق المطالب .

مهارات التواصل مع الآخرين communication skills

ما هو التواصل : communication

يعرف التواصل بأنه " تلك العملية التي يتم بها نقل المعلومات من شخص إلى آخر " ، إنه " نقل فكرة أو معلومات (رسالة) من شخص (مرسل) إلى شخص آخر (مستقبل) عن طريق ما (قناة التواصل) .

لكل عملية تواصل أربع مكونات رئيسية هي :

١- مرسل ٢- رسالة ٣- مستقبل ٤ - وسيلة أو قناة اتصال

أنواع مهارات التواصل :

١- مهارات التواصل غير اللفظي .

٢- مهارات التواصل اللفظي .

أولاً-مهارات التواصل غير اللفظي :

هو كل وسائل الاتصال الإنساني التي لا تستخدم الكلمات المنطوقة أو المكتوبة

على الرغم من أننا نركز في اتصالنا على الكلمة المنطوقة ، فإن أكثر من ٥٦% من معنى الرسالة ينتقل عن طريق السلوك غير اللفظي .

- إن كثيراً من السلوكيات غير اللفظية تفسرها الرموز اللفظية فالعلاقة بين السلوك اللفظي وغير اللفظي متبادلة ، وإذا لم تطابق الأقوال حركات الجسد فإن الناس يصدقون حركات الجسد وليس الكلمات.

-أهمية السلوك غير اللفظي للمرسل والمستقبل على حد سواء تتجلى في أنه :

- يعبر عن الانفعالات والمشاعر : إن الشعور ولغة الجسد مرتبطة تماماً وبشكل لصيق وأن العلاقات بينهما هي علاقة في كلا الاتجاهين.

- وسيلة الفرد للتعبير عن نفسه : فما يشعر به يعتمد كثيراً على رؤيته لنفسه منعكساً في الآخرين وعلى كيف يرونه.

وسائل الاتصال غير اللفظي :

١ : حركات الجسم ، وتشمل :

أ - العينان ب - الفم ت - تعبيرات الوجه ث - الرأس
ص - الكتفان ط - الذراعين والأيدي ك - الساقان والأقدام م - الجسم كاملاً

٢ : مرافقات اللغة ، وتشمل :

أ - مستوى الصوت ونغمته ب - طلاقة الحديث

٣ : عوامل خارجية وتشمل :

أ - المسافة ب - مكان الجلوس ت - الملامسة

٤ : وقت إرسال الرسالة المناسب .

ثانياً : مهارات التواصل اللفظي والإصغاء الفعال :

إن التواصل عملية ذات اتجاهين : كلام وإصغاء ، و يعد الإصغاء النصف المكمل للكلام فلا تقل أهمية الإصغاء الجيد عن أهمية الكلام الجيد .
إن الإصغاء أكثر صعوبة من الكلام . لأنه غالباً ما تتركز الجهود على الكلام ، وإقناع الآخر بصحة الرأي .

يقول غاندي : " فن الصمت أصعب من علم الكلام "

يشتمل الإصغاء الفعال على استخدام ثلاث حواس هي :

١- البصر ٢- السمع ٣- اللمس

يشتمل الإصغاء الفعال على أربعة أنواع من الاستجابات هي :

١- الاستيضاح : وهو سؤال يوجهه المستقبل للمرسل عقب رسالة غامضة . إذ قد يحدث التشوش في رسالة المرسل (تعبيره) لذا يطلب المستقبل توضيحاً يكون على شكل سؤال يبدأ عادة بعبارات مثل :

هل تقول أن الالم

هل تحاول أن تصف لي.....

هل يمكن أن توضح ذلك

٢- إعادة الصياغة :

ويقصد بها إعادة صياغة الكلمات والأفكار الرئيسية للمرسل.

ينتبه المستقبل هنا لمحتوى الرسالة المعرفي ويعيد صياغة الكلمات بأسلوبه الخاص .

مثال : المريض يقول : " أنا أعرف أن حالة الاكتئاب التي أعانيها لن يفيدها البقاء في السرير أو المنزل طوال اليوم بسبب أنني لا أستطيع الحركة"

الطبيب يقول: " معنى ذلك أنك تعرف أنه لا بد أن تتجنب البقاء في السرير أو المنزل حتى تساعدك في التخلص من حالة الاكتئاب .

٣- عكس المشاعر :

هو شكل من إعادة الصياغة ولكن للمشاعر أو للجانب الانفعالي في الرسالة .

مسئال : يقول المريض : " كل شيء اختلف معي ، الحياة تضيق أمامي ، لقد انفض أصدقائي من حولي ، حتى المال لم يعد معي"

الطبيب: " أنت تشعر بالضجر بسبب الظروف التي نمر بها"

٤ - التلخيص :

وهو امتداد لإعادة الصياغة والعكس ، ويشتمل على الربط بين جانبين مختلفين أو

أكثر في الرسالة بحيث يظهر الربط على شكل الموضوع الرئيسي للرسالة .

مثلاً : يمكن القول أن الظروف الأسرية التي تعيش فيها غير مستقرة في الوقت

الحالي ، فوالداك مطلقان ، ووالدك متزوج من أخرى ، وبدأت تشعر بالتعاطف مع إخوتك

الصغار الذين تأثروا كثيراً بهذه الأحداث مما أثر على دراستك ."

ثالثاً : استجابات التصرف :

وهي جملة الاستجابات التي يقدمها المستقبل للمرسل من خلال المعلومات التي حصل عليها أثناء الإصغاء الفعال.

هناك أربعة أنواع من استجابات التصرف هي :

١- التساؤلات : وهي عبارة عن توجيه أسئلة للحصول على مزيد من المعلومات . وهي أشبه بالمقابلة .

مثال : " قل ماذا حدث ؟ كيف حدث ذلك ؟ كيف كانت ردة فعلك؟ متى حدث ذلك ؟"

٢ - المواجهة : وهي استجابة لفظية ، يصف المستقبل الفروق والاختلافات القائمة في حديث المرسل والفعالاته .

٣ - التفسير :

وهي مهارة تشمل على تفهم وتوصيل رسالة صادرة عن المرسل . حيث تفسر بعض عناصر رسالته . إنها إعطاء المرسل افتراضات حول المعاني والملوكات المتضمنة في رسالته.

٤ - تقديم معلومات :

في كثير من الأحيان يحتاج المرسل أن يحصل على معلومات من قبل المستقبل .

ومريض في العلاقة بين الطبيب و المريض

ان العلاقة بين الطبيب و المريض هي نقطة البداية لممارسة طبية صحيحة بكل اوجهها

فهذه العلاقة السليمة ضرورية من أجل:

١-الحصول على القصة

٢-التشخيص الصحيح

٣-العلاج المناسب

- ماذا يتوقع المريض من الطبيب قبل دخول العيادة (قد لا يصرح المريض بهذا علناً)؟

- يتوقع المريض أن الطبيب سيكون ذو فائدة و سيقدم المساعدة له.

- يتوقع المريض أن الطبيب يستطيع معرفة المرض ثم يشخصه و يجد حلاً للمشكلة.

- يسمح للمريض بالمشاركة في وضع التشخيص و العلاج.

- تتأثر توقعات المريض من الطبيب بعوامل متعددة منها:

- خلفية المريض الثقافية. - نمط تطور شخصية المريض

- الحالة الانفعالية للمريض - تجارب المريض مع الاطباء السابقين.

- بالمرض بحد ذاته.

ماذا يتوقع المريض من الطبيب خلال الفحص السريري :

يتوقع المريض أن يشرح الطبيب له ماذا يفعل، و ماذا يفحص ، و عن ماذا يبحث (عن الألم، عن الحرارة الموضعية، عن التورم...)

تكن يتذكر المرضى أيدي الطبيب الباردة ، خجلهم من الفحص؟؟؟ .

- أن اصدار التنهيدات أو الهمهمات أو التكثيرات من قبل الطبيب أثناء الفحص تثير الخوف لدى المريض و لا يجرأ غالبية المرضى على سؤال الطبيب عن سبب تكثيره و نترسخ لديهم فكرة المرض الخطير.

- ماذا يتوقع المريض من الطبيب اذا طلب الفحوص الدموية :

بعض المرضى يخافون من أخذ الدم و يظنون أن أخذ الدم قد يسبب لهم نقصاً في كتلة الدم (لقد أخذوا ثلاثة أنابيب من دمي ...) اذا لم نشرح لهم ان هذه الكمية قليلة و لا أثر لها.

- قد يؤول بعض المرضى أن فحص الدم يدل على مرض خطير و شديد لديهم (لا بد من شرح ذلك، و لا يتطلب فحص دم الا لضرورة)

- طلب المشورة من الزملاء : ليس به أي شعور بالنقص بل بالتواضع و يعطي المريض الطمأنينة و الثقة بالطبيب.

ارتكاس المريض أو رد فعله اتجاه الطبيب:

١- رد الفعل الإيجابي:

- لدى بعض المرضى مشاعر فرط التقدير المثالي لطبيبهم حتى قبل رؤيته أحيانا.
- شعور المريض بالثقة تجاه طبيبه ويقدراته العالية و المعرفة الكلية
- بعض المرضى يصفون أطباءهم بأنهم اعظم الاطباء في العالم
- كل ما سبق هذا قد يعكس ايجابا على شفاء المرضى.
- لكن قد يقع المرضى في حب أطباءهم من هنا يجب الحذر من اقامة علاقة شخصية حميمة مع المرضى لأنها قد تعرض لديه مشاعر غير واقعية تنقلب الى مشاعر سلبية.

٢- رد الفعل السلبي:

- شعور المريض بخيبة الأمل اذا لم يحقق الطبيب ما يريد المريض.
- أو إذا فشل الطبيب في علاج المريض.
- أو كان المرض ليس به شفاء .

- إن عدااء المريض تجاه الطبيب قد يقود الى علاجات غير مناسبة.

٣- ارتكاس التحويل المضاد عند الطبيب:

- تحويل مشاعر الطبيب السلبية تجاه مريضه عندما لا يستطيع الطبيب مساعدة للمريض.

- أو ان مرض المريض يذكر الطبيب بمرض أحد اقربائه .

- الخلفية الثقافية للطبيب و جنسه و عمره يؤثر في تفاعل المريض مع طبيبه

- قد يبدو الاطباء صغار السن كأنهم اطفال لكن قوة سلطة الطبيب و قوة شخصيته هي المهمة في كسب ثقة المريض و ليس عمره.

- أهم المهارات الطبية التي يجب على الطبيب تعلمها هي :

اسلوب التواصل بين الطبيب و المريض

- تجاوب المريض و تقبله لنصائح الطبيب و مصارحته عن مشاكله النفسية و الجسدية تتبع حسن التواصل بين المريض و الطبيب.

- تفرس و تتبأ بأن لكل مريض اسلوب خاص في التعامل معه.

- في المقابلة الأولى يجب على الطبيب أن يزرع الثقة و الإطمئنان في مريضه و هذا يعطيه المجال لجمع كل المعلومات النفسية و الاجتماعية و الجسدية حول المريض.

- تذكر عند اخذ القصة يجب الانتباه للأمور التالية :

- الأعراض :- نمط البدء: حاد ، متروكي ، متفاقم لأعراض موجودة سابقا

- المدة: تاريخ البدء.

- مشيرات و مخففات الأعراض .

- تفصيل الأعراض واحدا واحدا.

- سير المرض: حاد، مزمن.

- العلاقة الزمنية بين الأعراض والاضطرابات الفيزيائية والنفسية والمشاكل الاجتماعية و الكروب.

ما هي رسالة المريض للطبيب؟

كل المرضى يريدون ابصال رسالة للطبيب مفادها :

انهم خائفون من المرض (سواء صرحوا بذلك أم لا)

و من حق المريض (و من واجب الطبيب) أن يجد التطمين الكافي و الجواب الشافي على مخاوفه

- يجب الانسى ان المريض هو كائن انساني جاء العيادة يطلب المساعدة

- على الطبيب أن يساعد مريضه على تعديل حياته كي تتلائم مع المرض [أسلوب تعاوني بناء و ليس سلطوي أو شعور الطبيب بالفوقية]

تقنيات التواصل خلال الاستجواب

هناك عدد من التقنيات خلال الإمتجواب لطرح الأسئلة منها:

أ- طريقة السؤال المفتوح: أعطي المريض المجال للتعبير عن مشكلته و معاناته بحرية وابتعد عن الإيحاء:

- مثلا - طريقة السؤال المفتوح : اخبرني عن الالم في بطنك؟

- سؤال موجه: اخبرني عن انتشار الالم؟

ب- الصمت: لتزيد تجاوب المريض معنا (يصعب التحكم بها).

ج- التسهيل : لتشجيع المريض على التحدث (و ماذا حدث بعدها).

د-السؤال الموجه و المباشر حول المشكلة بالتحديد (حدد لي مكان الالم تماما).

ق- التصحيح: اعادة المريض للموضع الاساسي بعد ان خرج عنه.

ف- المواجهة: نثير انتباه المريض لنواحي التناقض في حديثه واسباب ذلك.

و- الدعم : لنعبر عن اهتمامنا بالمريض و قلقنا على مرضه.

ح- التعاطف: للتعبير عن تفهمنا لمشكلة المريض (أنا أفهم انك تمر في ازمة عاطفية..).

- خلال الاستجواب يجب أن يكون لدينا فرصة ذهنية لفهم المريض و مرض

المريض و ليس ليصبح المريض رقما أو مرضا مجردا من الانسانية.

- على الطبيب أن يساعد مريضه على تعديل حياته كي تتلائم مع المرض [أسلوب

تعاوني بناء و ليس سلطوي أو شعور الطبيب بالفوقية

- أن تشرح للمريض مرضه بحيث يصبح طبيبا لمرضه

-المطauوعة في اتباع التعليمات في تناول الدواء:

-ان مدى اتباع المريض لتعليمات الطبيب ونصائحه مهم جدا في علاج المريض هذه المطauوعة تدور حول اخذ الدواء، الالتزام بالمواعيد و الجرعات و المدة وتطبيق السلوكات التي يطلبها الطبيب من المريض كالحمية و التمارين

- حوالي ثلث المرضى هم مطauوعون مع العلاج بعد وصف الدواء لأول مرة.

- الثلث الثاني يلتزمون بالعلاج بشكل جزئي و لبعض الوقت.

- الثلث الثالث لايتبعون تعليمات الطبيب.

- مع الوقت يصبح اكثر من النصف هم مطauوعون للعلاج (مثلا مرضى الضغط حوالي النصف يلتزمون بالعلاج المناسب) .

- العلاقة بين مطauوعة المريض و الجنس و الثقافة و الناحية الاجتماعية و الدينية و العائلية و المادية غير واضحة.

عوامل تترافق مع زيادة المطauوعة :

١-العلاقة الجيدة بين الطبيب و المريض.

٢- معرفة المريض للنتيجة الايجابية للعلاج.

٣-وعي الطبيب و تفهمه لمشاعر و معتقدات و المريض.

٤- الوقت المناسب و الكافي للتكلم مع المريض.

٥- تجربة الطبيب و كبر عمره و خبرته.

٦-الوقت القصير للإنتظار ودخول المريض على مواعده.

٧-الشعور الذاتي للمريض بمعاناته و الانزعاج من مرضه.

٨-معرفة المريض لأسماء الانوية وتأثيراتها و أثارها الجانبية .

٩- التعليمات المكتوبة لتناول الدواء.

عوامل تترافق مع نقص المطاوعة الدوائية:

- ١- الشعور بالرفض و عدم تقبل الطبيب.
- ٢- فشل الطبيب في الرد على تساؤلات و توقعات المريض .
- ٣- فشل الطبيب في اقناع مريضه بالتشخيص و اسباب المرض.
- ٤- تعقيد نظام تناول الدواء (اكثر من ثلاث ادوية لأكثر من اربع مرات/يوم).
- ٥- التعليمات الشفوي لتناول الدواء .
- ٦- صعوبة في قراءة الوصفة و التعليمات.
- ٧- الطلب من المريض نصائح لايسطيع القيام بها (حمية غير ممكنة..).

الارتكاسات النفسية للفريق الصحي

قد يحدث لدى الفرع الصحي الذي يعالج مريضاً خطيراً ارتكاسات نفسية غير مرغوبة .

من هنا أهمية أن يراقب أعضاء الفريق الطبي ارتكاساتهم النفسية غير المرغوبة وعدم إظهارها أمام المريض و لابد من وجود درجة من الاتصال العاطفي بين الطبيب و المريض ، وهذا ما ينطبق على الجراحين ليسمحوا لأنفسهم أن يتصرفوا بموضوعية و لكن ليس ببرودة و لا تبلد في الوجدان.

الاحتضار والموت

رغم أن الطبيب هو الشخص المتواجد لحظة الوفاة و هو المسؤول عن تحديد سبب الوفاة و كتابة التقرير الخاص فإن واجبه هو تقديم الدعم المتواصل للمريض المحتضر و لعائلته.

- قد يسيطر على الطبيب مشاعر من الفشل لعدم امكانية انقاذ المريض و تقديم الرعاية الطبية اللازمة.

- ان المشاعر الانسانية ترافق الطبيب حين الوفاة و هذا يحمل الطبيب عبئاً عاطفياً

- لذا يجب على الطبيب ان ينحي جزء من المشاعر العاطفية جانبا من اجل حسن التعامل مع موضوع موت المريض.

توجيهات للتعامل مع المرضى المحتضرين:

يجب أن يكون الطبيب كفؤا للتعامل مع المحتضر

- أن يبدي الاهتمام و الرعاية.

- تأمين الراحة من المعاناة النفسية و الألمية و المشاكل العضوية.

- التواصل الجيد معه ، حدث المحتضر عن اي شيء، مهما كان ، حدثه عن ذكرياته ، عن ميأهجه..

- أظهر الاحترام له ككائن انساني له قيمة.

- لمسة الحنان (عند يشعر المحتضر بالآلم و الاسى) أقوى مورفين في العالم.

- شجع على الزيارات المبرمجة و التي تدعم المريض و تشعره بالاحاطة و الاهتمام (عكس ما يفعله الناس) لأن هذا الوقت أشد ما يكون المحتضر بحاجة للدعم.

- اعط المريض الأمل ، فالأمل يخفف الألم.

مراحل الاحتضار:

١- الانكار: عندما يخبر بان لديه مرضا قاتلا.

٢- الغضب و الرفض.

٣- المساومة و طلب الحياة من القادر المحي (الله) (لو اني فعلت كذا لما أماتني الله)

٤- الاكتئاب: و الانعزال عن العالم. ٥- القبول.

الحداد أو الأسى الطبيعي :

الطبيب و الحداد: - إن سماح الطاقم الطبي لآهل المتوفي برؤية متوفاهم يساعدهم على تقبل الوفاة فعدم رؤية جسد الميت تسهم في جعل تصديق الوفاة أمرا صعبا.

- من المهم أن نتعلم الاستماع للأشخاص المصابين بالأسى و التكلم معهم ، فمعظم الناس و منهم الأطباء يشعرون بعدم الارتياح عند التحدث عن الحداد و يحاولون تجنبه ، لكن للطبيب دور مهم في تسهيل الحداد بالاستماع و الاعتراف بالألم الفقدان ، قبول غضب الأهل و شعورهم بالذنب و حتى مشاركتهم الحداد.

- إن واجب الطبيب تجاه أهل مريضه المتوفي أن يعرفهم مراحل الحداد الطبيعي و أن يشجع الأهل على تقبله و أن يشرح للأهل الارتكاسات الطبيعية للحداد و أن يطمئنهم عليها ، أن يشرح لهم سبب الوفاة و أنهم لم يقصروا اتجاه فقيدهم و عدم شعورهم بالذنب .

مع ذلك فالأسى ضروري ، مؤلم ، و لا يمكن تجنبه وإذا قدرنا هذا فان الطبيب وكل المؤسسات الصحية و الاجتماعية تقدم الدعم خلال هذه المرحلة الحتمية من حياة البشر .

- من الممكن وصف بعض المهدئات الخفيفة لمدة زمنية قصيرة لأهل الميت للمساعدة على تخفيف القلق و النوم.

الإيمان و الصحة النفسية

إن النجاحات العلمية الحديثة و سيطرة اللادينية أعطت انطباعاً أن وجود الإله هو شيء موضوعي فإذا لم تثبت النتائج العلمية وجوده حق لنا أن نفقد الإيمان به و هذا قاد إلى إهمال ناحية مهمة من تركيبنا الإنساني و هو الشعور بطمأنينة الإيمان .

كذلك فإن اختزال العلم للحياة على المحسوس و المدرك لا يستطيع تفسير الكثير من الظواهر النفسية و الحيوية في كياننا الإنساني.

إن الصحة النفسية بما تحتويه من جزء إيماني لا يمكن أن تعيش بمنأى عن الصحة الجسدية، و لا نجد صحة جسدية دون صحة نفسية ، فالطب الذي يعتمد على العلم فقط دون أساس روحي عبارة عن طب ميكانيكي و ليس طباً إنسانياً.

ترمز الروحية إلى دافع غير مادي لا تتركه الأحاسيس البشرية، و إن الالتصاق بين الثقافة الروحية و العلمية يبدو واضحاً.

و نظراً للعلاقة الوثيقة بين الإيمان و الصحة النفسية زاد الاهتمام حديثاً بالبحوث الدينية و الروحية كأحد متممات العلاج النفسي ، و علاقة الإيمان مع بعض الاضطرابات

النفسية كالإدمان و الانتحار ، فقد وجد أن التردد على المساجد و الكنائس يعد من عوامل الوقاية و الحماية من الإدمان و الانتحار و الاكتئاب.

إن فشل الطب النفسي حتى الآن في احتواء الإيمان في تفكيره سيؤدي إلى ابتعاد هذا التخصص عن سلوك الفرد اليومي و عن حياته الخاصة التي تشكل جزءا مهما في إطلاق المرض و ركنا مهما في سير و تطور و تدبير المرض على فرض أن الأديان كلها تدعو إلى العمل و الخير و تسهم في التسيج الاجتماعي و في بناء الشخصية ذات الصحة النفسية.

إن الإيمان و التدين له دور إيجابي في قبول الإنسان لذاته ضعفا و قوة، كذلك فإن التوكل على الله (لا الاتكال و الضعف) ، و الإيمان بالغيبات و التأمل في هذا الكون يسهم في منح الطمأنينة للبشر. إن المؤمنين على يقين بأن المرض و الشفاء هو بإرادة الله (سبحانه) ، لكن هذا يجب أن لا يدفع الإنسان إلى التواكل الذي لا يبيحه الإيمان.

إن استعارة بعض الأعراض النفسية أو اقتباسها من الأفكار أو المفاهيم الدينية يرجع إلى وجود التدين في مجتمعنا و لكنه لا يرمز إلى أية خصوصية مرضية و لا يدل على أية علاقة بينهما، فمثلا نجد غالبية الأعراض الوسواسية عند المسلمين تتركز حول النظافة و الوضوء و الصلاة و الطهارة ... ، كذلك الإهلامات و محتوى التوهيمات تتبع الثقافة الدينية (توهيمات حول المهدي أو الملائكة أو السيد المسيح...) من هنا نرى أهمية الثقافة الدينية في فهم الأعراض و حتى في العلاج النفسي المرافق.

كذلك يجب عدم الخلط في مجال التوهيمات بين حقائق الدين و أعراض الأمراض النفسية مما جعل بعض العامة يخطئ و يعتبر الطب النفسي كبنا للدين.

هناك بعض الأشخاص الذين يعزرون سبب المرض و خاصة النفسي منه لقلة الإيمان و ضعف الشخصية و هذا غير صحيح و لا تؤكده الدراسات الحالية التي كشفت وجود خلل في مواد كيميائية أو كهربائية في الدماغ هي أسباب الاضطرابات النفسية .

مقدمة في أساسيات الفيزيولوجية العصبية

Essential in neuropsychophysiology

إن أساس معظم حدثيات التفكير هو حدثيات كهربائية و كيميائية تحدث في العصبون neuron عن طريق نقل السيالة العصبية في الدارات العصبية.

وظائف العصبون

يتألف العصبون تشريحياً من جسم خلية تبرز منه تغصنات dendrites و محور axon أما وظيفياً فإن العصبون يستجيب للتنبيه الكهربائي أو الكيماوي أو الفيزيائي فيولد سيالة أو دفعة impulse تسيل على طول المحور إلى نهايته حتى تتحول إلى إشارة كيماوية ، و إن استثارة excitability العصبون هذه هي أساس عمل الدماغ.

يحتوي الغشاء الخلوي على أئقنية للشوارد (الصواعد للصوديوم و البوتاسيوم و الكالسيوم ، الكلور) يتم تنظيم عملها عن طريق كمون الغشاء و النواقل العصبية و الأدوية .

و لهذه الأئقنية دور أساسي في الترميز الكهربائي للأشياء و في نقل المعلومات من المستقبلات receptors إلى مناطق الدماغ المسؤولة عن استقبال هذه المعلومات وإدارتها. لذلك فإن خلل عمل هذه الأئقنية هو سبب العديد من اضطرابات وظيفة الجملة العصبية المركزية.

يتشعب المحور العصبي إلى أغصان ينتهي كل منها بانتفاخ يسمى النهاية قبل المشبكية

Pre-synaptic-terminal نسم بوجود فاصلة تسمى المشبك synapse و تتألف من

فجوة مشبكية synaptic-cleft محصورة بين غشاء النهاية قبل المشبكية و بين الغشاء الخلوي

للعصبون التالي للمشبك neuron-post-synaptic تحسوي النهاية قبل المشبكية على

حويصلات مليئة بالنواقل العصبية، و تحرض التنبيه عند وصوله إلى النهاية قبل المشبكية

إفراز هذه النواقل إلى الفجوة المشبكية فتعبرها لتنبه العصبون التالي للمشبك عن طريق

ارتباطها بمستقبلات نوعية.

يؤدي تفعيل المستقبلات بعد المشبكية إلى تنبيه (أو تثبيط) العصبون التالي للمشبك عن طريق إحدى آليتين:

الأولى: هي التأثير على (فتح أو إغلاق) أغشية شاردية عابرة للغشاء التالي للمشبك تسمح بمرور الشوارد.

الثانية: هي تفعيل أجهزة تبليغ الإشارة ، مما يؤدي إلى تشكيل رمل ثانية ضمن العصبون التالي للمشبك.

و النتيجة في الحالتين توليد كمون في العصبون التالي للمشبك. و على أي حال، فإن فتح أغشية الصواعد يسمح بدخول شوارد الصوديوم فيتولد كمون بعد مشبكي تحريضي excitatory post-synaptic potential (epsp) ، بينما تسمح أغشية الهوابط لشوارد الكلور بعبور الغشاء الخلوي منتجة كموناً بعد مشبكي تثبيطياً inhibitory post-synaptic potential (ipsi) يزيد من استقطاب العصبون و يخفف استثارته.

يتلقى العصبون عادة التنبيه عبر آلاف المشابك، و لا يكفي عادة كمون بعد مشبكي تحريضي وحيد لبلوغ عتبة توليد كمون العمل، بل إن العصبون قد يتلقى في نفس الوقت العديد من الكمونات بعد المشبكية التثبيطية، لذلك فإن توازن هذه الكمونات هو الذي يحدد ما إذا كان العصبون سيستجيب للتنبيه بتوليد كمون العمل أم لا .

النقل العصبي neurotransmission

ينتشر الناقل العصبي عبر المحور العصبي نتيجة زوال استقطاب النهاية قبل المشبكية عبر الفجوة المشبكية ليرتبط بمستقبلات على الغشاء قبل المشبك و مستقبلات أخرى على الغشاء بعد المشبك.

يؤدي تنبيه المستقبلات قبل المشبك إلى تثبيط تحرير المزيد الناقل العصبي، و يهدف هذا التقييم السراجع السلبي إلى تجنب فرط التفعيل، أو ما يسمى التثبيط الذاتي auto-inhibition و يطلق على المستقبلات قبل المشبك اسم المستقبلات الذاتية auto-receptors أما على الغشاء بعد المشبك فقد توجد للناقل العصبي نفسه عدة مستقبلات تتدخل نتائج تفعيلها سلباً أو إيجاباً.

فالدوبامين المحرر في بعض مناطق الدماغ مثلا يفعل في الوقت نفسه نوعين من المستقبلات هما D_1-D_2 و يتسبب تفعيل المستقبلات D_1 في تخفيف عواقب المستقبلات D_2 . وبالعكس فإن النور أندريالين المحرر في الصنوبرية يحث تأثير عبر تنبيه مستقبلات من النوع B كما ينبه في الوقت نفسه المستقبلات التي تعمل على تضخيم آثار تفعيل المستقبلات . B

لا بد بعد أداء الناقل العصبي لمهمته من إبطال مفعوله inactivation ، و يتم إما عن طريق إزالته من الفجوة المشبكية أو عن طريق تلاؤم مستقبلاته. هناك طريقتان لإزالة الناقل العصبي من الفجوة المشبكية هما التخريب الأنظمي وإعادة الأخذ re-uptake إلى النهاية المشبكية بفعل بروتينات ناقلة نوعية لكل ناقل عصبي. أما تلاؤم المستقبلات فيسبب تناقص استجابة المستقبلات عند تعرضها لتنبيه المديد ويتم إما عن طريق إنقاص ألفة المستقبلات للناقل العصبي (إزالة التحسس desensitization) أو عن طريق تخريب المستقبلات و تقليل عددها (التنظيم التنازلي down-regulation) ومن الظواهر المهمة فسي مجال تلاؤم المستقبلات الظاهرة العكسية، و هي زيادة عدد (تنظيم تصاعدي up-regulation) و حساسية المستقبلات عقب نضوب الناقل العصبي (فرط الحساسية بفقد التعصيب denervation super-sensitivity) .

فمثلا يؤدي العلاج بالأدوية المضادة للذهان إلى تنظيم تصاعدي لمستقبلات الدوبامين، و قد يرتبط ذلك بحدوث بعض الأعراض الجانبية مثل خلل التوتر dystonia و عسر الحركة الأجل tardive dyskinesia .

الناقلات العصبية neurotransmitters :

هناك عدد من المواد الكيميائية التي تتواجد في الدماغ من حيث التركيب و التخزين والتحرر للارتباط مع المستقبلات النوعية حيث تتخرب في المشبك العصبي أو يعاد التقاطها ولها دور مهم في وظائفه و التي تسمى الناقلات العصبية neurotransmitters .

إن الناقل العصبي يمثل رسوما يحمل معلومات أو إشارات يجب عليه تبليغها للعصبون التالي للمشبك فيقوم بتسليمها (لمحل طاقة أو مترجم أو ترجمان) transducer هذا الترجمان يترجم المعلومات أو الإشارات إلى لغة مفهومة في العصبون هي لغة لرسائل الثانية second messengers .

إن transducer هو أحد مجموعة الانظيمات المتوضعة في الغشاء العصبي التي تسمى : البروتين ج ، التي تعمل على تنظيم انظيمات أخرى.

إن مجموع هذه الحدثيات المتتالية يسمى:

آليات تبليغ الإشارة signal transduction systems or mechanisms .

في هذه الحدثية يؤدي ارتباط الناقل العصبي بمستقبلاته إلى تفعيل البروتين ج الذي بدوره يفعل أو يثبط :

الأنظيم المحلق للأدينيلات adenyate cyclase ، هذا الأنظيم المحلق يؤدي إلى انقلاب ATP إلى مشتقه الحلقي cAMP .

الأنظيم المحلق للغوانيلات guanylate caclase الذي يقلب الغوانوزين ثلاثي الفوسفات GTP إلى مشتقه الحلقي cGTP .

الأنظيم المحلق للفوسفات إينوزيتول phoshoinositol PI والذي ينظم مركبين هما Diacylglycerol DAG و inositol troshoshate IP₃ يتدخلان في وظيفة العصيون. إن cAMP و cGTP يؤديان إلى بدء عمليات داخل خلوية متعددة: فتتح بعض الأقفية الشاردية، تفعيل بعض الأنزيمات... وهذه هي مهمة الناقل العصبي. الأمينات الأحادية: وتضم النواقل التالية :

السيروتونين 5-HT : (5 هيدروكسي تريبتامين 5-hydroxytryptamine)
Serotonin : يصنع من الحمض الأميني تريبتوفان الميسر بتأثير أنظيم هيدروكسيلاز الذي يتحول إلى 5 هيدروكسي تريبتوفان ثم إلى 5 هيدروكسي تريبتامين أي السيروتونين (5-HT)
(5-HT) .تخرب خميرة MAO-A بعضاً من مخزونه منتجة 5-hydroxy indole-acetic acid
5-HIAA . يوجد على الأقل 14 مستقبلاً للسيروتونين.

الكاتيكولات أمينات: وتضم الدوبامين و النورادرينالين:

الدوبامين: يصنع من الحمض الأميني تيروسين الذي ينقلب إلى : دوبا بفعل التيروسين هيدروكسيلاز ثم إلى دوبامين بفعل الدوبا دي كاربوكسيلاز و ذلك في العصونات الدوبامينية الوسيط. يوجد على الأقل 5 من مستقبلات الدوبامين.

النورادرينالين: في العصونات النورأدرينالية يقوم أنزيم دوبامين بيتا هيدروكسيلاز بقلب الدوبامين إلى نورأدرينالين.



الفصل الثاني

اضطرابات القلق

الاضطرابات العصبية والاضطرابات المرتبطة بالشدة

Anxiety Disorder-Neurotic D. -Stress-related D.

مقدمة تاريخية:

إن اضطرابات القلق و الاضطرابات العصبية هي من أكثر الأمراض النفسية شيوعاً وانتشاراً لذلك كان لا بد من التركيز عليها ودراستها بشيء من التفصيل.

كانت كلمة العصابي Neurotic تحمل كثيراً من المعاني، فقد كانت تطلق على الشخص الذي أبدى صعوبات في التلاؤم الاجتماعي أو التكيف مع العادات والأعراف السائدة، وكان ينظر إلى هؤلاء الأشخاص نظرة سيئة ولا تُعبر تماماً عن تعريف للشخص العصابي الذي هو: الفرد الذي يعاني من أعراض وعلامات نفسية متعددة الشكل تنعكس على حياته اليومية والمهنية والعائلية ناشئة عن صراعات داخلية وصراعات مع المجتمع وسوء تلاؤم مع الآخرين، ثم هو يطلب العلاج والمساعدة للتغلب على معاناته وصراعاته دون اضطرابات في التفكير أو في الشخصية.

أما حالياً فقد ألغي مصطلح العصابي من التصنيفات الأمريكية منذ عام ١٩٧٨ ووضعت منظمة الصحة العالمية هذه الأمراض تحت اسم الاضطرابات العصبية أملاً في حذف هذه الكلمة في التصنيفات القادمة.

التصنيف: هناك عددٌ من التصنيفات العالمية للأمراض النفسية و العديد من المدارس العلاجية والسريرية في العالم و من أهم التصنيفات العالمية نذكر:

١-الوجيز التشخيصي و الإحصائي للاضطرابات النفسية: الطبعة الرابعة المعدلة (و هو المعتمد في الولايات المتحدة):

Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorder IV-TR (DSM-IV-TR)

٢- التصنيف العالمي للاضطرابات النفسية (الطبعة العاشرة)

-International Classification of mental and behavior Disorder (ICD١٠)

بالنسبة إلى التصنيفات في هذا الكتاب سوف نختار التصنيف العالمي (ICD١٠) مع مراعاة الاختصار و التبسيط في ذلك.

تصنيف اضطرابات القلق إلى الأشكال التالية مأخوذة من ICD ١٠:

١- الاضطرابات القلقية:

أ- اضطراب القلق غير النوعي، واضطراب القلق المعمم.

ب- اضطراب القلق والاكتئاب المختلط.

ج- اضطراب الهلع.

٢- اضطراب القلق الرهابي: أ- رهاب الساح مع أو من دونه.

ب- الرهاب الاجتماعي ج- الرهابات المنعزلة.

٣- اضطراب الوسواس القهري.

٤- ارتكاس الكرب الشديد واضطرابات التلاؤم:

أ- ارتكاس الكرب الحاد. ب- ارتكاس الكرب ما بعد الرض

ج- اضطراب التلاؤم أو التوافق.

٥- الاضطراب التفارقي التحويلي: (الهستيريا)

٦- الاضطرابات الجسدية الشكل:

أ- اضطراب التجسيد أو الجسدنة ب - داء المراق

ج- الاضطراب الجسدي في الجهاز اللاإرادي

د- اضطراب الألم الجسدي الشكل.

٧- اضطرابات عصابية أخرى: متلازمة تبدد الواقع وتبدد الشخصية.

الوبائيات:

تقدر نسبة انتشار الاضطرابات العصبية القلقية بين ١٠-٢٥% من مجمل السكان وتوضح بعض الدراسات أن ٢٥% من الأصحاء قد عالجوا من القلق في وقت ما من حياتهم، وتسبق هذه النسبة أقل مما هو في الحقيقة لأن معظم مرضى اضطرابات القلق لا تراجع الأطباء النفسيين بل يتجهون نحو الأطباء الممارسين أو الاختصاصيين بالأمراض العضوية بكل تخصصاتهم وقد قدرت بعض الاحصاءات أن ٤٠% من المرضى المراجعين للأطباء عامة يعانون من أحد أشكال اضطرابات القلق أو أكثر .

تكثر الأمراض العصبية لدى الإناث ونقل لدى الذكور وذلك لأن الرجال (أكثر من النساء) قد يكون لديهم وسائل في التفريغ عن كربهم وشرح انفعالاتهم والتلاؤم مع الصراعات الداخلية لديهم ، الأمر الثاني أن النساء أكثر طلباً للمساعدة النفسية من الرجال، لذا تزداد نسبة مراجعتهم للعيادات النفسية.

لا يوجد اختلافات واضحة في نسب الأمراض النفسية عامة بين المدن والريف ولكن قد تختلف المظاهر السريرية للتعبير عن الأمراض.

الأسباب:

لا يوجد حتى الآن نظرية واحدة تستطيع تفسير آلية ظهور الاضطرابات القلقية والمدارس التي تشرح هذه الاضطرابات كثيرة وحتى متنافرة أحياناً.

١- الأسباب الوراثية و البنوية Genetic and Constitutional :

أ- لا شك أن الاستعداد الوراثي للإصابة بالاضطرابات العصبية موجود، وهذا ما أثبتته الدراسات العديدة على التوائم الحقيقية (دراسة Slater : ٦٥% في التوائم الحقيقية و ٥% في الكاذبة) والدراسات الحديثة على الصبغيات والمورثات.

ب- اضطرابات الجملة العصبية: كثير من الدراسات الحالية وجد خلافاً في عدد من النواقل العصبية و مستقبلاتها وخاصة السيروتونين والنورأدرينالية في مرضى اضطرابات القلق.

ج- الدراسات الحديثة في الفيزيولوجيا العصبية والكيمياء البيولوجية أوضحت أن الاستعداد الوراثي و عدم الثبات الانفعالي يتمثلان في اضطرابات فيزيولوجية وكيميائية في الجهاز العصبي (الجهاز الخوفي limbic أو في السطح الأمامي للقحف الصدغي).

٢-العوامل البيئية المحيطة Environmental: إن العائلة والمجتمع لهما دور أساسي في نمو الفرد ونضج شخصيته وتحديد سلوكاته وأساليب تلاممه وتكيفه مع المحيط ، وهذا يقود إلى اختلافات شديدة في ارتكاس الأفراد نحو الآخرين. وهناك الكثير من المدارس النفسية التي شرحت أسباب الاضطرابات العصابية على أساس نفسي اجتماعي نذكر منها:

أ- مدرسة التحليل النفسي لفرويد: يرى فرويد أن الاضطراب العصبي ينشأ من صدمة نفسية في الطفولة تُوقف التطور الجنسي للطفل وتثبته في مرحلة دنيا، وبالتالي فعندما ينضج الطفل ويستعرض للشدائد يحصل نكوص للحياة الجنسية السابقة هذا النكوص يولد صراعات داخلية نفسية مؤدية إلى ملوك مرضي شاذ وهي تظاهرات العصبية.

ب-مدرسة علم النفس الفردي لـ Adler: رأى أن الأعراض العقلية العصبية هي تعبير من الشخص عن شعوره بالنقص، عندما كان طفلاً صغيراً كان الكبار المحيطون به أقدر منه، لذا يسعى بشكل حثيث من أجل التفوق والعظمة للتعويض عن إحساسه بالعجز فإذا لم يوفق في ذلك ظهرت الاضطرابات العصبية.

ج-المدرسة النفسية البيولوجية Psychobiology لأدولف ماير Meyer: ذهب ماير إلى أن ظهور الاضطرابات العصبية مرتبط بوجود عاملين أساسيين:

١- عدم تقبل الأشخاص لطبيعتهم الخاصة ولذاتهم ولقدراتهم وبالتالي العالم حولهم.

٢- ظموحاتهم غير الواقعية التي لا تتناسب مع طبيعتهم وقدراتهم فعند اجتماع هذين العاملين يكون الأشخاص غير قادرين على تحقيق آمالهم وطموحاتهم فيشعرون بالنقص والخوف والدونية وبالتالي ظهور الاضطرابات العصبية التي تتظاهر باستجابات تلاؤمية أو تكيفية غير سوية. ويسزد الاضطرابات وضوحاً وشدة اللجوء إلى وسائل الدفاع النفسية كالإسقاط أو النكثيف. أكد ماير أهمية اجتماع العوامل التكوينية والميول الوراثية وتجارب الحياة والكروب والشدائد الاجتماعية في ظهور الاضطرابات النفسية.

د- نظرية المنعكسات الشرطية لبافلوف: جاء بافلوف وشرح كيف يتكون المنعكس الشرطي عندما يحدث اتفاق في الوقت بين حدوث منبه أول تلاه منبه ثانٍ فتكرار التلازم بين المنبهين يؤدي إلى فعل منعكس شرطي وهذا يقود إلى سلوك هادف. وإذا لم يعزز الفعل المنعكس الشرطي من وقت إلى آخر فإنه ينطفئ تدريجياً ويتوقف أثره نهائياً (عملية الكف أو التثبيط).

هـ — المدرسة السلوكية الشرطية جاء إيزنك وطور نظرية بافلوف حيث فسّر الأمراض النفسية العصائية بأنها أفعال انعكاسية شرطية.

وبحسب رأي إيزنك يوجد اختلافات كثيرة في نمط تكوين الأفعال الشرطية وشدتها وأساس هذا الاختلاف هو الأرضية الوراثية لكل فرد، التي تنشأ بسبب تكوين أفعال وعادات شرطية خاطئة وبالتالي سلوكات خاصة خاطئة، هذه السلوكات تولد القلق والتوتر فيتعزز هذا السلوك الخاطئ دوماً بآلية الاجتناب. ثم قسم إيزنك الناس إلى نمطين:

١- شخصيات انبساطية انفتاحية Extraversion: فإذا اجتمعت الأرضية الوراثية المناسبة مع نمط الشخصية الانبساطية ساعد على ظهور الاضطراب التحويلي الهستيرائي، أو الشخصية المضادة للمجتمع وهؤلاء يتصفون بصعوبة تكوين الأفعال الانعكاسية الشرطية وسهولة الكف الشرطي.

٢- شخصيات موحدة أو انطوائية autism: اجتماع هذا النموذج من الشخصيات مع الاستعداد الوراثي يفجر اضطرابات القلق والوسواس القهري والاكتئاب.

إن اكتساب الصفات الانبساطية أو الانطوائية للشخصية تسيطر عليه مراكز خاصة في التشكلات الشبكية قريباً من مراكز الوعي والتيقظ.

٣- العوامل الاجتماعية والشخصية والثقافة: مما لا شك فيه أن الحالة الاجتماعية والعادات والتقاليد والحضارة لها أثر مهم في تكوين شخصية الفرد ونضجها. فالحرمان العاطفي وعدم الاستقرار العائلي والفساد الأخلاقي والطلاق والإدمان والتبني وغير ذلك من المشاكل الاجتماعية والأخلاقية كلها لها أثر واضح في التطور غير السوي للشخصية وبالتالي الإصابة بالأمراض النفسية خاصة اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع والمذبذبة انفعالياً.

٤-الشدائد والكروب Stress: إن الكروب أو الشدة قد تفجر الاستعداد الوراثي للاضطرابات النفسية بتأثر مع نمط الشخصية اللازمة لظهور هذه الاضطرابات.

(والكروب : هي العوائق المادية أو المعنوية غير السارة التي تزعزع ميزان التوازن النفسي والاجتماعي للفرد وتؤثر على تلاؤم الشخص وتكيفه مع ذاته ومع المجتمع.

قد تكون الكروب:

أ-حالة: فقدان أحد الوالدين، الطلاق، الخسارة المادية .

ب- مستمرة مع الزمن: عدم التوافق العائلي، عدم التلاؤم في العمل، الفشل المتكرر..

ج- أخيراً الأمراض الشديدة سواء أكانت حادة كالحوادث الدماغية الوعائية، الاحتشاءات أم مزمنة كالقصور الكبدى أو الكلوي.)

أولاً- اضطراب القلق و اضطراب القلق المعمم

Generalized Anxiety Disorder ,Anxiety Disorder

تعريف القلق: هو شعور عام غامض غير سار بالخوف غير المبرر والتوجس والتوتر، يرافقه أعراض فرط نشاط الجهاز العصبي المستقل ولا يتناسب مع المنبهات الخارجية (و اختصاراً هو:خوف شديد لا مبرر له).

يجب التمييز بين:

١-القلق كسمة أو طبع يهيئ أساسي في الشخصية.

٢-القلق كحالة عابرة .

٣-القلق كمرض يرافق كثيراً من الأمراض النفسية و العقلية.

٤-الاضطرابات القلقية:حيث القلق بشكل الأساس في اللوحة السريرية.

٥ -نوبة الهلع : نوبة قلق حادة أو القلق الحاد.

التبدلات الفيزيولوجية: إن الأعراض الفيزيائية للقلق تنشأ عن زيادة نشاط الجهاز الودي ونظير الودي، وبالتالي زيادة إفراز الأدرينالين والنورأدرينالين في الدم المحيطي ويقع هذا تحت سيطرة منطقة ما تحت المهاد. فمثلاً الجهاز الودي يرفع الضغط الشرياني ويسرع القلب، ويشحب الجلد، ويزداد التعرق مع جفاف البلعوم، وتسرع التنفس، ورجفان النهايات. أما من أعراض زيادة نشاط الجهاز نظير الودي: كثرة التبول والإسهال ووقوف الشعر واضطرابات النوم وآلام البطن...

إن النواقل العصبية المسؤولة عن اضطراب القلق تتضمن النورأدرينالين و السيروتونين و الغابا و أحياناً الهستامين وغيرها.

إن كل أشكال اضطرابات القلق عامة تشكل أعلى نسبة للأمراض النفسية في المجتمع حوالي ٢٠% ، نسبة انتشار القلق عامة بين ٨-٢٤% بين مجموع الشعب الأمريكي أما نسبة القلق المعمم فهي (٣-١%).

الأعراض السريرية: يمكن تقسيم الأعراض إلى ثلاث مجموعات:

أولاً- الأعراض الجسدية: وهي أكثر الأعراض شيوعاً وتتجلى بتظاهرات تصيب معظم أعضاء الجسم.

١- الجهاز القلبي الدوراني: وهي شكايات شائعة متعددة متبدلة من آلام عضلية فوق القلب، تمرع القلب، الإحساس بالنبض في الرأس ارتفاع الضغط الدموي الارتكاسي...

٢- جهاز الهضم: جفاف الفم و البلعوم ،صعوبة البلع، سوء الهضم والنفخة والغثيان أو الإقياء، الإسهال أو الإمساك، آلام شديدة غير وصفية، التجشؤ.

٣- الجهاز التنفسي: ضيق التنفس والتهدد المتكرر والإحساس بعدم وصول الهواء إلى مجاري التنفسية، الشعور بالاختناق، نوب فرط التهوية وبالتالي الخدر والذمل في الأطراف.

٤- الجهاز العصبي: فرط التنبه والتيقظ ، الصداع التوترى، الدوار والخوف من السقوط، رجفان النهايات، تشوش الرؤية غير العضوي.

٥- الجهاز البولي التناسلي: كثرة التبول، آلام مبهمة في الناحية الجنسية، ضعف القدرة الجنسية، ضعف الانتصاب، سرعة القذف، البرود الجنسي، آلام الجماع، اضطراب الطمث.

٦- الجهاز الهيكلي العضلي: آلام عضلية تشنجية في الساقين والذراعين والظنن بسبب التوتر العضلي.

٧- الجلد: كثير من اضطرابات الجلد تعبر عن صراعات ومعااناة داخلية كالشرى والأكرما وحب الشباب والبهق..

ثانياً - الأعراض النفسية:

أ- الخوف الحديث الظهور والمترقى بالشدة: يبدأ القلق بشكل هجمات عفوية خفيفة من الخوف ثم تترقى النوب نحو القلق الخفيف أو توب الهلع. ثم قد تظهر أعراض خوف من المرض (أعراض مراقبة) مع توجس وتوتر مستمر من دون مبرر. بعد ذلك يحدث تجنب لأماكن إثارة القلق أو الهلع يتناول الخوف من كل شيء والابتعاد عن كل شيء والعزلة عن كل شيء.

ب- الإثارة والتوتر: إن مريض القلق زائد الحساسية متحفز لأدنى تنبيه مع ارتكاس مبالغ فيه يثار بسرعة وبشئكي من أنفه الأسباب، يشعر بالاختناق، وقد يرافق زيادة التوتر هذه الشعور بتبدد الشخصية العابر.

ج- صعوبة التركيز: عرض مهم من أعراض القلق، سرعة النسيان، الشرود، صعوبة التذكر والاسترجاع.

د- قلة الشهية للطعام عادة ونادراً زيادتها وأحياناً نقص الوزن.

هـ - اضطراب النوم: صعوبة الخلود غ وتكيف إلى النوم، الأرق المتكرر، الكوابيس. وسرف الأدوية المهدئة أو المنومة أو شرب الكحول للتخلص من القلق والذي قد يجر إلى الإدمان الدوائي أو الكحولي.

ثالثاً- أعراض الأمراض النفسية الجسدية: قد يكون القلق محرضاً لكثير من الأمراض العضوية أو مفاقماً لها كارتفاع التوتر الشرياني، أمراض القلب الإكليلية، الربو، القرحة، السكري، متلازمة الأمعاء الهيجية، الشقيقة..

الجهاز المناعي: لقد أظهرت الدراسات الحديثة علاقة الحالة الانفعالية للشخص مع جهازه المناعي فاضطراب الحالة النفسية للفرد تنعكس باضطراب في المقاومة المناعية وتجعل

الشخص أكثر عرضة للأخماج والالتهابات واضطرابات المناعة وحتى سوء السيطرة على الطفرات الخلوية ومنه الأمراض الخبيثة.

الاشكال السريرية:

١-القلق الداخلي المنشأ: Endogenous: يحدث عفوياً دون كرب، يستمر على الأقل لمدة شهر أعراضه تبدأ من الخوف البسيط ثم تترقى نحو الخوف الشديد المعمم.

٢-القلق الخارجي Exogenous :

أ- يحدث القلق بعد كرب ب-من الممكن أن نجد عاملاً مقلقاً أو صراعاً داخلياً ج- الأعراض غير وصفية تماماً ولا تنطبق على القلق الداخلي.

٣-القلق المعمم: يصيب على الأقل مجموعتين أو ثلاثاً من مجموعات الأعراض السابقة مع (٦-٨) أعراض من هذه المجموعات، يستمر ستة أشهر كحد أدنى.

٤-القلق عند الأطفال: يتجلى بأعراض كالخوف من الظلام، الرهابات، قلق الانفصال، الأحلام، الفزع الليلي، أو شكايات جسدية.

٥-قلق المراهقين: من أعراضه الأساسية الشعور بعدم الاستقرار، الحرج الاجتماعي خصوصاً في المجالس، الخجل واحمرار الوجه، الاهتمام بالشكل الجسمي والحركات، شكاوى جسدية، امتناع، التلعثم، اضطراب التركيز.

السير والتطور السريري:

يختلف السير السريري حسب الاستعداد والعوامل المؤهبة.

يتأرجح سير القلق بين: نوبة وحيدة لا تتكرر، إلى شفاء مع هجمات متكررة، إلى حالة من القلق المزمن المعند على العلاج.

حالياً يمكن القول إن نحو ٦٠-٧٠% من المرضى يشفون أو يتحسنون بشكل جيد.

عوامل بحسب الإنذار:

١-الشخصية السوية السابقة للمرض.

٢- غياب الاضطرابات النفسية في التاريخ الشخصي للمريض.

٣- البدء الحاد للقلق. ٤- الحالة الذكائية الجيدة.

٥- غياب السوابق العائلية للاضطرابات العصبية.

مما يسمى للإشارة: وجود قصة عائلية غنية بالاضطرابات العصبية مع اضطرابات شخصية عائلية، البداية المخالطة للمرض، القصة المزمنة، الأعراض البدنية المرافقة أو الاضطرابات العصبية الأخرى المرافقة لاضطراب القلق كالاضطراب التحويلي أو الوسواسي أو داء المراق.

القلق الثانوي: من الممكن أن يكون القلق عرضاً لاضطراب نفسي أو عضوي آخر:

١ : الأمراض العضوية: الفيوكروموسيتوما، ورم القواتم - فرط نشاط الدرق - داء باركنسون - نقص سكر الدم - الضهي - انسداد الصمام التاجي في ١٥-٢٠% يوجد قلق مرافق أو هلع.

٢: الاضطرابات النفسية: قد يكون القلق عرضاً في الحالات التالية:

أ- الاضطراب الوسواسي القهري، توهم المرض، متلازمة ما بعد المرض..

ب- الفصام والاضطرابات النفسانية.

ج- الاضطرابات الوجدانية الانفعالية: الاكتئاب - الاضطراب ثنائي القطب.

تدبير اضطراب القلق والقلق المعجم:

لا بد من وضع خطة متكاملة لتدبير مريض القلق واستخدام أكثر من طريقة علاجية وإلا فالتحسن غير أكيد .

- التدبير : ١- العلاج الدوائي:

أ- يجب البدء به دوماً عند علاج القلق بإعطاء أدوية حالات القلق المهدئة (المهدئات الصغرى) مثل مشتقات البنزوديازيبين.

ب- مضادات الاكتئاب خاصة ذات الأثر المهدئ (أميتريبتلين، ميرترالين، ميرتازيبين...)

ج-المهدئات الكبرى بجرعات قليلة خاصة في الحالات المعقدة والشديدة.

د- من الممكن إعطاء حاصرات بيتا(بروبرانولول...) عند وجود الأعراض الفيزيائية(رجفان النهايات، تسرع القلب، التعرق...)

٢-العلاج النفسي الداعم وذلك بعد زوال الحالة الحادة:

أ-الدعم النفسي وطمأنة المريض و تشجيعه و الاهتمام المناسب من الأهل بالمريض ، لكن يجب الحذر من المبالغة في الاهتمام و إظهار الحنان الزائد الذي قد يساعد على تكريس الحالة وجعلها مزمنة، كمال أنه يخلق صعوبة في عودة اندماج المريض اجتماعيا.

ب - شرح أسباب و أعراض الحالة للمريض ولذويه.

٣-العلاج البيئي الاجتماعي: بإبعاد المريض عن مكان الكرب وتصحيح الأوضاع الاجتماعية المضطربة.

٤-العلاج السلوكي: التدريب على الاسترخاء.

٥-التنبيه الراجع الحيوي Biofeed back therapy: ويتم باستخدام أجهزة إلكترونية مضخمة للصوت والإشارة، يتم وضع الجهاز على العضو الذي يشنكي منه المريض. مثلاً: يوضع على القلب فيسمع المريض صوت نبضات قلبه ويرى تخطيط القلب أمامه وهذا يساعد المريض على الاسترخاء والتحكم الذاتي الشعوري بالأعراض وبالتالي السيطرة عليها.

قصة مرضية: السيدة خ م، ٣٠ سنة، بعد زيارتها لأمها المريضة في العناية المشددة بدأت تشنكي من عدة أسابيع من حس اختناق في العنق، ضيق نفس على الراحة، نخزات في الصدر، نزق و عصبية دون مبرر، أطراف باردة، جفاف فم، تهديد متكرر، خوف من دنو الأجل، دوار وخوف من السقوط على الأرض. صعوبة في التركيز، عدم تحمل الأصوات العالية ، تفكير دائم بالماضي والحاضر والمستقبل، انشغال بالها على أولادها. أجرت عدة استشارات طبية داخلية و أذنوية و كانت سوية.

ثانياً :اضطراب القلق الاكتسابي

Mixed Anxiety and Depression Disorder

يطلق هذا التشخيص على كل حالة تتواجد فيها أعراض قلق واكتئاب من دون سيطرة لأحدهما على الآخر، والصورة المبريرة ليست من الشدة الكافية لتشخيص اضطراب قلق أو اكتئاب مستقل، لا بد من وجود أعراض زيادة نشاط الجملية المستقلة كالرجفان أو الخفقان أو جفاف الفم أو أعراض هضمية، حتى ولو بشكل متكرر، وهذه الأعراض ليس لها علاقة مع حادث رضي حديث، تعالج هذه الحالة حسب الصورة المسيطرة للقلق [حالات القلق] أو للاكتئاب [مضاعفات الاكتئاب المهدئة]

اضطراب الهلع (القلق النوبي النتيابي)

Panic Disorder

إن الهلع أو الذعر حالة مرضية شائعة، لكن معظم المرضى يرجعون الأطباء العاميين أو الباطنيين لأن الأعراض تختلط مع الحالات الطبية المختلفة.

١- نوبة الهلع أو هجمة القلق الحادة: Panic Attack

حالة من القلق الشديد أو التوجس Apprehension تبدأ بشكل مفاجئ من دون سبب واضح، وغير متوقع، تستمر لمدة دقائق / ٢-٢٠ / و نادراً ساعات .

تترافق مع الأعراض التالية:

أ - أعراض نفسية: - الشعور بالانهيار الشديد - خوف من الإغماء - خوف من أزمة قلبية - خوف من الموت - إحساس بالخطر المحدق أو الاختناق - خوف من اقتراف عمل لا يمكن السيطرة عليه أو الجنون - مشاعر تبدد الشخصية أو المحيط ، كل هذا يدفع المريض إلى الخروج من مكانه و اللجوء لمكان يحس فيه بالأمان.

ب - أعراض فيزيائية : - الخفقان و تسرع القلب - ألم صدري - انزعاج تنفسي، - تعرق - هجمة حماوة أو الإحساس بالحرارة - رعشة أو رجفان - صعوبة في التركيز و التذكر، - غثيان، إسهال، تعدد بيلات.

قد يتلو نوبة الهلع في المستقبل خوف من تكرار النوب أو سلوك تجنب للموقف المثير (تجنب ركوب حافلة إذا حدثت النوبة فيها).

٢- اضطراب الهلع Panic Disorder: هو تكرار لنوب الهلع، يكثر عند النساء ، نسبة انتشاره ٢-٥ % من السكان، يبدأ بسن العشرينات، تعد العوامل الوراثية والاضطرابات العصبية الفيزيولوجية من الأسباب المؤدية إلى لمرض. من العوامل المؤازرة أيضاً الحرمان و العوز العاطفي في الطفولة و الانفصال الأسري . يكثر ترافقه مع الاكتئاب أو الإدمان الكحولي أو الدوائي أو محاولات الانتحار (نحو ٢٠% من مرضى اضطراب الهلع لديهم محاولات انتحارية) . نجد انسداد الصمام التاجي في ١٥-٢٠% من مرضى الهلع.

معايير تشخيص اضطراب الهلع ١- حدوث ثلاث نوبات من الهلع على الأقل خلال شهر .

٢- في ظروف غير متوقعة وخائفة من الخوف أو الخطر ومن دون عامل مطلق

٣ -القلق من تكرار نوبة جديدة مع غياب الأعراض نسبياً بين النوب.

٤-استبعاد و حذف اضطراب الرهاب أو أي اضطراب آخر .

الآلية التشريحية الفيزيولوجية:

١-زيادة نشاط الجملة العصبية المستقلة في جذع الدماغ يؤدي إلى تسرع القلب والتعرق والدوار وأعراض تبدد الواقع .

٢- تحريض السطح الإنسي للفص الصدغي يولد أعراض الخوف الشديد والقلق، والخوف من الموت ومن تكرار حدوث النوبة.

٣-يسيطر الفص الجبهي على الأعراض الرهابية وتجنب الأماكن المونددة للهلع.

المعالجة: أ- في حالة نوبة الهلع الحادة يمكن إعطاء مشتقات البنزوديازيبين (البرازولام، ديازيبام، لورازيبام) وردياً أو فمويّاً إذا طالّت مدة النوبة.

ب- اضطراب الهلع: -مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقة ذات القدرة العالية المضادة لقبط السيروتونين :كلوميبرامين، إيميبرامين،

- مضادات الاكتئاب المضادة لقبط السيروتونين : فلوكسيتين، باروكسيتين، سيرترالين...

- حاصرات بيتا في الأعراض الفيزيائية لاضطراب الهلع.

- مشتقات البنزوديازيبين مفيدة و فعالة جداً لكن هناك خطر إحداث الاعتياد والإدمان.

-العلاج النفسي السلوكي .

قصة سريرية : دخلت إلى غرفة الإسعاف السيدة م. ي ٢٥ سنة؛ تقول
أسعفوني، سوف أموت ، إحساس بالاختناق ، تضع يدها على عنقها، بعد نحو عشر
دقائق استراحت المريضة و روت قصتها : قالت : بدأت الشكاية من حوالي ربع ساعة،
فجأة، تسرع قلبي وضاق نفسي مع خوف من الموت رجفان في الأطراف .الفحص: سوي
عدا النبض ١٠٤ - تخطيط القلب سوي.

اضطراب القلق الرهابي - اضطراب القلق الاجتماعي

Phobias-social - Anxiety Disorders

هي مجموعة من الاضطرابات يثار القلق (الخوف) فيها فقط بوساطة مواقف أو أشياء معينة ومحددة، خارجة عن نطاق الشخص (لا يدخل الخوف من المرض هنا لأنه خوف ينبع من داخل المريض، بينما الخوف من الجراثيم أو أدوات أطباء الأسنان فتدخل ضمن الرهابات) وهذه المخاوف لا تحمل خطراً في ذاتها.

تعريف الرهاب: هو خوف يتميز بما يلي:

أ- فيه مبالغة وعدم تناسب بين الموقف و العامل المخيف

ب- خوف غير منطقي وغير مقنع

ج- لا يستطيع الشخص التحكم بالخوف إرادياً إلا إرادياً

د- يؤدي توماً إلى الهروب وتجنب الموقف المخيف.

(باختصار: هو خوف يتظاهر بنوب قلق حاد من مواقف لا تسبب خوفاً عادة)

يعد من الأمراض النفسية الشائعة حيث تصيب ٨% من السكان ، يغلب عند النساء (عدا الرهاب الاجتماعي).

الأشكال السريرية:

أولاً: رهاب الساح أو الساحة أو رهاب الخلاء و الفضاء: Agoraphobia

يكثر عند النساء ١/٢ يبدأ في سن الشباب ١٨-٣٥ سنة، ونادراً بعد الأربعين، قد يكون منعزلاً، أو مرافقاً للقلق أو الاكتئاب، أو رهابات أخرى متعددة. قد يؤدي إلى الإعاقة التامة ببقاء المريض حبيساً في المنزل.

سريرياً: هي مخاوف (تتظاهر بنوب قلق حاد: الخوف من الانهيار أو الإغماء في الأماكن العامة عند تركهم وحدهم) من مواقف متعددة: للخوف من الذهاب إلى الأماكن الواسعة المفتوحة، السيقاء وحيداً، الخوف من الابتعاد عن المنزل أو مغادرته، الدخول إلى المحلات العامة وأماكن الازدحام، استخدام وسائل الركوب العامة كالحافلات أو القطارات أو

الطائسرات أو الجمسور أو الإنفاق، إن عدم وجود مخرج أو نافذة في الأماكن من الصفات الأساسية لأماكن الرهاب.

معايير التشخيص:

- ١- سريريا: ظهور أعراض قوية للقلق الحد النفسية والفيزيائية (المثبطة للذكر) بسبب الرهاب فقط.
- ٢- في موقعين ممايلي: - الازدحام أو الأماكن العامة - السفر مع مغادرة المنزل - السفر وحيدا - الساحات المسمورة - البقاء وحيدا.
- ٣- تجنب أماكن الرهاب صفة بارزة.

ثانياً : اضطراب القلق الاجتماعي (الرهاب الاجتماعي أو المجتمع)

Social(phobia)Anxiety Disorder

خوف لامنتظم مستمر يتظاهر بارتباك في أماكن التجمعات العامة ((خوفاً من تعرض الشخص للإحراج أو للنقد أو الملاحظة أو سوء التقدير و التقييم من الآخرين أو الشعور بالدونية اتجاههم))، أو عند إلقاء الخطب أو حضور المؤتمرات أو لقاء المسؤولين أو التجمعات أو تناول الطعام أمام الآخرين. يتظاهر بأعراض فيزيائية كاحتقان الوجه و احمراره، رجفان الأطراف، غثيان، رغبة في التبول. تحدث هذه الأعراض عند المواقف السابقة و ليس بشكل دائم مما يميزها من القلق. هناك شكل معمم وآخر محدد بموقف واحد.

هو أكثر أنواع الرهاب شيوعاً، ينتشر بنسبة ٨-١٠%، يبدأ بسن ١٥-٣٠ سنة، تدريجياً، يكثر قليلاً عند الذكور وفي العائلات التي لديها أمراض نفسية أخرى، أو اضطراب في تربية الطفل كالخجل الزائد أو القلق المستمر أو الشعور بالنونية، أو في الشخصيات الانطوائية، أو عند الأفراد مفرطي الحساسية. يميل الرهاب إلى الاستمرار، لذلك يكثر ترافقه مع اضطراب القلق في ٢٥% ومع الاكتئاب في ٥٠% أو مع رهاب آخر في ٢٥%.

ثالثاً : الرهابات النوعية أو المنعزلة: Specific-Isolated: phobia

أ-رهاب الحيوانات: ارتكاس قلبي شديد وتوتر و هروب من الحيوان عند مواجهة أحد الحيوانات المولدة للرهاب: الكلاب، الحشرات، القطط، الطيور، الثعابين، الریش...

يغلب أن يكون رهاب الحيوانات سليماً، عند شخصيات سوية، قد يرافقه في ٣٠-٤٠% برود جنسي، يكثر عند الشابات الصغيرات (٨-١٠ سنوات) وكثيراً ما يتم التخلص من الحالة بعد البلوغ.

ب- رهاب الظواهر الطبيعية: الرعد، البرق، الرياح، العواصف.

ج- رهاب الأطباء و الممرضات وأطباء الأسنان.

د- رهاسات متفرقة: رهاب الإمتحانات، رهاب الظلام، رهاب المرتفعات، رهاب الأدوات الحادة، رهاب المرض، رهاب الجراثيم، رهاب الطيران، رهاب التبول في الأماكن العتمة، رهاب الدم و الجروح (يؤدي إلى بطء النبض والإغماء بدلاً من تسرع القلب)، رهاب بعض الأطعمة.

الرهابات الأخيرة عادة سليمة لا تترافق مع اضطرابات نفسية أخرى، تصيب الجنسين بالتساوي، تبدأ بأي عمر، سيرها ثابت دون تدهور نحو الأسوأ.

علاج الرهابات :- دوائي: قبل البدء بالعلاج السلوكي:

- حالات القلق مثل مشتقات الديازيبام: للسيطرة على القلق المرافق، خاصة البرازولام ٠,٥-٢ ملغ/يوم.

- مضادات الاكتئاب: كلوميبرمين ٧٥-١٥٠ ملغ/يوم - فلوكسيتين ٢٠-٤٠ ملغ/يوم - أو IMAO و هي الأكثر فعالية لكنها أقل سهولة بالاستخدام.

- حاصرات بيتا في الأعراض الفيزيائية.

- العلاج النفسي: - المعالجة السلوكية:

- إزالة الحساسية: عن طريق إطفاء المنعكس الشرطي المرضي الموجود بين العامل المولد للرهاب و الأعراض الرهابية (١-٢ جلسة/أسبوع لعدة أسابيع).

- المعالجة بالأعراق أو الطوفان Flooding - المعالجة بالاسترخاء

قصة مرضية: السيد خ ج، ٢١ سنة، جارس، يقول إن شخصيته ضعيفة منذ المدرسة، يخاف من الأساتذة و يرتبك إذا وجه الأستاذ له سؤالاً، يحمّر وجهه، و ترتجف أطرافه، علاماته بالكتابة عالية و بالشفهي متدنية، عزلة و قلة أصدقاء، يحس بأنه أقل مستوى من الآخرين.

اضطراب الوسواس القهري

Obsessive Compulsive Disorder (OCD)

إن الوسواس Obsession يمكن أن يكون عرضاً لأمراض نفسية أو عصبية متعددة، أو ضمن اضطراب الوسواس القهري كحالة مستقلة .

والوسواس أو الوسواس هي فكرة تتسلط على المريض ، تتكرر بشكل نمطي، تفرض عليه قسراً، و يعرف أنها من ذاته و أنها سخيصة وغير معقولة ولا تستحق هذا الاهتمام، و يحاول مقاومتها من دون جدوى.

أما القسر أو الإجبار Compulsion فهو سلوك (أو طقوس) متكرر (تنفيذ عمل أو فعل: غسل اليدين، الترتيب، العدد، التكرار...) استجابة لرغبة مرضية ملحة أو لدافع ما و تهدف إلى منع أو تقليل توتر نفسي أو توقي من شيء (شر) خطير (الوسواس للأفكار و القسر للأفعال).

ينتشر هذا المرض بنسبة ٢,٥% من السكان ويمثل ٤% من اضطرابات القلق.

التعريف: اضطراب الوسواس القهري هو: خلل في المحتوى الفكري يتصف بأربع صفات تشخيصية:

- ١- وجود إما أفكار أو اندفاعات أو مخاوف فكرية أو أفعال قسرية قهرية على شكل طقوس حركية مستمرة أو دورية مسببة قلقاً ومعاناة شديدين وإزعاجاً دائماً.
- ٢- اعتقاد المريض بتفاهة هذه الأفكار أو الأفعال وأنها لا تستحق كل هذا الاهتمام المبالغ به (وهذا ما يفرقها عن التوهمات).
- ٣- محاولة المريض المستمرة مقاومة هذه الأفكار أو الأفعال وعدم الاستسلام لها .
- ٤- إحساس المريض إن هذه الأفكار أو الوسواس تفرض عليه فرضاً ويجبر عليها قهراً من داخله وليس من الخارج (هي أفكاره وليست أفكاراً خارجية مما يميزها عن التوهمات).

الأسباب:

١- الأساس البيولوجي: وجد اضطراب في العصبونات السيروتونينية في الفص الجبهي والنوى القاعدية.

كذلك وجد عند كثير من المرضى اضطراب في تخطيط الدماغ الكهربائي، صغر في حجم النوى القاعدية خاصة النواة المذنبة.

٢- الاستعداد الوراثي: خاصة إذا وجد متأزراً مع العوامل البيولوجية والنفسية.

٣ - الشخصية الوسواسية: التي تتميز بالصلابة و صعوبة التلاؤم و الضيق الحى و التمسك بالروتين والعادات والتقاليد و الاهتمام بالقوانين، يظهر اضطراب الوسواس القهري على أرضية من الشخصية الوسواسية في ٢٠-٢٥% من الحالات.

٤- مدرسة التحليل النفسي: ترى أن السبب هو زيادة سيطرة الأنا العليا واستخدام القسوة عند تعليم الطفل ضبط المصبرات في المرحلة الشرجية.

الأعراض السريرية: تقسم إلى ثلاث مجموعات:

أولاً: الأفكار الوسواسية: فكرة أو صورة وسواسية

ب- الوسواس الاندفاعي Impulses

ج- الاجترار الوسواسي Rumination

ثانياً: الأفعال الوسواسية أو الطقوس الحركية Rituals

ثالثاً: اشتراك الأفعال و الأفكار الوسواسية.

أولاً: الأفكار الوسواسية:

أ- الأفكار أو الصور الوسواسية- أو الوسواس الفكرى : في هذه الحالة يسيطر على التفكير كلمات أو عبارات ذات معنى شيق (كالحب) أو قبيح أو عبارات دينية كالكفر أو الشنائم للذات الإلهية أو المقدسات أو ما لا يليق بها. أو صورة لمشهد جميل أو قبيح (صورة جنة ...). تتطور حالة المريض لتسيطر هذه الأفكار على كل تفكيره مسببة قلقاً وتوتراً شديدين.

ب- الوسواس الاندفاعي: شعور جامح مسيطر على المريض يدفعه و يقهره على فعل أو عمل ما لا يرضى عنه الشخص: كالرغبة القهرية عند المريض في الانتحار أو قذف نفسه أمام السيارات أو من شائق، أو الصراخ أو الغناء، الرغبة الاندفاعية في ضرب المارة بيده أو بـرجله، تكرار إلى ما لا نهاية لعمليات حسابية، تكرار لكلمة، هوس الأرقام (تكرار لأرقام زوجية أو فردية لعدة ساعات)...

قد تجبر بعض هذه الحالات المريض بسبب الخوف (من رمي نفسه أمام السيارات) أن يبقى حبيسا في البيت.

ج- اجترار الأفكار: تكرار فكرة أو مشكلة أو سؤال و طرحها بشكل دائم، لماذا نعيش و لماذا نموت، لماذا خلقنا الله، و عينا نحاول إقناع المريض فلا يلبث أن يطرح ذات السؤال..

ثانياً: الأفعال القهرية:

أ- الطقوس الوسواسية القهرية: رغبة شديدة مسيطرة للقيام بأعمال أو حركات معينة: غاليبتها تدور حول النظافة و النجاسة: غسل الأيدي مئات المرات بعد القبول، الاغتسال لساعات بعد الطمث، القيام بطقوس معينة: لمس الأشياء مئة مرة قبل حملها.

ب- الشكوك الوسواسية: الشك في إغلاق الباب، إطفاء الكهرباء، أو المياه، الوقوف ساعات على مفترق طرق قبل اختيار الطريق المناسب.

التشخيص التفريقي :

١- عن بقية الاضطرابات العصابية: الرهاب، المراق.

٢- قد تكون الأعراض الوسواسية عرضا لبعض الأمراض العضوية: إصابات الفص الصدغي، أورام الفص الجبهي، النوى القاعدية، داء العرات، متلازمة جيل دو لا توريت Gilles de la tourette

٣- الأمراض النفسية : الاكتئاب، قد يكون الوسواس عرضا مبكرا في سياق الفصام.

السير السريري: لقد حسنت الأدوية الحديثة إنذار المرض، فحوالي ثلث الحالات تأتي بشكل نوبة وحيدة لا تتكرر، وأكثر من الثلث يمر بفترات من التحسن و النكس، ٢٠-٣٠ % من الحالات قد يتطور نحو مرض مقعد.

يعتبر الاكتئاب هو الاختلاط الأكثر شيوعاً للمرض إذ نحو ٢/٣ من المرضى لديهم مزاج حزين.

العلاج:

يجب دوماً البدء بالعلاج الدوائي وذلك لمساعدة المريض في التخلص من القلق المرافق أو الاكتئاب الارتكاسي ، ولأن الدواء يساعد المريض على مقاومة الأعراض الوسواسية ويسهل له عملية الاندماج الاجتماعي و المهني ، لابد من التأكيد على ضرورة استمرار المريض في عمله إن أمكن.

كما أن تغيير مكان العمل أو المنزل بشكل مؤقت إذا كانا مصدراً للوسواس قد يساعد في التدبير في بداية العلاج:

مبادئ عامة:

يجب البدء بالعلاج الدوائي و ذلك لمساعدة المريض على التخلص من القلق أو الاكتئاب المرافق، و غالبية المرضى يشفون أو يتحسنون في أكثر من ٦٠-٨٠%.

لابد من التأكيد على ضرورة استمرار المريض في عمله ، كما أن تغيير العمل أو المنزل بشكل مؤقت إذا كانا مصدراً للوسواس يساعد في التدبير الأولي.

يستلزم إدخال المريض المشفى إذا كان هناك خطر شديد للانتحار ، وعند انكسار المعاوضة الاكتئابية، أو في الوهن الشديد.

ثبتت فعالية الأدوية المضادة للاكتئاب منذ سنوات، و خاصة التي تزيد السيروتونين في المشبك العصبي، كمضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقة خاصة عند سيطرة الأعراض الوسواسية الفكرية (إيمبرامين ، كلوميبرامين ...) بجرعات عالية (١٥٠-٢٥٠ ملغ/يوم) ، أو مضادات مستقبلات السيروتونين النوعية خاصة عند سيطرة الأعراض القهرية الطقوسية مثل فلوكسيتين (٤٠-٦٠ ملغ/يوم) سيرترالين (١٠٠-١٥٠ ملغ/يوم).

نستمر بالعلاج / ٦-١٢ / شهراً مع التخفيف التدريجي وأحياناً لعدة سنوات.

-العلاج النفسي: تفسير الأعراض وشرح طبيعتها ، الدعم و التشجيع و الطمأنينة.

-العلاج السلوكي:يفيد في الأعمال القهرية:

أ-طريقة الإغراق - إزالة الحساسية

قصص مرضية:

١- السيدة مؤمنة ، ٣٠ سنة، تشكو من توارد أفكار مزعجة لا تستطيع التخلص منها تستعلق بوجود الله و شكوك حول البعث الخلق و ماذا بعد الموت، تتكرر هذه الأفكار بأعداد فردية حتى رقم تسع و تسعين، منذ أشهر أصبحت المريضة تشعر أنها حزينة و غير سعيدة و انعكس ذلك على نشاطها المنزلي.

٢- السيدة النظيفة بدأت تهتم بشكل مبالغ به بالنظافة منذ نحو سنة ثم زادت المشكلة فبدلاً من أن تغسل يديها مرة أو اثنتين بعد الخروج من الحمام أصبحت تقضي أكثر من ساعة حالياً، و تحتاج لكي تنوضاً لأكثر من ساعتين بسبب شكها بعدم زوال النجاسة ، لا تلمس شيئاً إلا و تغسل يدها بعده مرات و مرات حتى أصيبت بجفاف الجلد من كثرة استخدام المعقمات و انعكس ذلك على حياتها فقد أهملت كثيراً من واجباتها اليومية.

الاضطراب التحويلي Conversion Disorder

الاضطراب التفارقي Dissociative Disorder

(الهرع أو الهستيريا Hysteria)

مقدمة :

الاضطراب التحويلي Conversion Disorder والاضطراب التفارقي Dissociative Disorder

هما مرضان يتميزان بظهور أعراض و علامات مرضية بدافع لاشعوري بشكل جزئي، بقصد جذب الاهتمام أو الحصول على منفعة أو الهروب من حالة كرب شديد أو التخلص من معاناة نفسية شديدة .

تتصف هذه الحالات بسن لها أساساً مشتركاً هو الفقد الجزئي أو التام للتكامل السوي بين ذكريات الماضي و إدراك الهوية و المشاعر الحالية وبين التحكم في الحركات الجسمية .

هناك عادة درجة من التحكم الواعي في اختيار أي من الذكريات أو الأحاسيس نتكون محل الانتباه المباشر أو الحركات التي يجب القيام بها ، كذلك يفترض أن القدرة على التحكم الواعي و الانتقائي تختلف بين يوم و آخر و ساعة و أخرى ، ومن الصعب التنبؤ بدرجة التحكم الواعي على سوء الوظيفة في عضو ما .

من المفترض حالياً أن الاضطرابات التفارقية هي من منشأ نفسي أي أن لها ارتباطاً زمنياً واضحاً مع كرب أو مشكلات تفوق التحمل و غير قابلة للحل أو نتيجة لعلاقات اجتماعية مضطربة .

غالباً ما ينكر المرضى المشكلات أو الصعوبات التي أدت إلى الحالة (أو يقللون من قيمتها) و يرجعون (أو يعيدون) أعراضهم للاضطراب التفارقي و ليس للكرب. عند وجود أعراض لاضطرابات فسي الجهاز العصبي المستقل يجب التفكير باضطراب آخر غير الاضطراب التفارقي.

التصنيف : نختار لتصنيف حالات الاضطرابات التحويلية التفارقية تصنيف منظمة الصحة العالمية ICD ١٠ حيث نجد الأشكال التالية :

- أ- فقدان الذاكرة أو النساوة التفارقية
 - ب- الشرود التفارقي
 - ج- الذهول التفارقي
 - د- اضطراب الحركة التفارقي
 - هـ- نوب التشنج التفارقية
 - و- الخدر وفقد الحس التفارقي
 - ق- متلازمة غانسر
 - ع- تعدد الشخصية.
- العمر: تشاهد في مختلف مراحل الحياة من الطفولة حتى الشيخوخة وفي مرحلة الشباب أو الكهولة تظهر عقب الشدات النفسية.

السببيات:

١- وجدت بعض الاضطرابات الفيزيولوجية: كسوء تنظيم عمل الفص الجبهي الأيمن.

٢ - قد يكون هناك استعداد وراثي.

٣- اضطرابات استعرافية: سوء تعلم التلاؤم.

٤- الرضوض الجسدية و الجنسية في الطفولة.

٥- نظرية التحليل النفسي التي تعتمد على الكسب الأولي (إبقاء الصراع الداخلي بعيدا عن الوعي) و الكسب الثانوي (الأعراض تعطي المريض مبررا لعدم القيام بواجباته المولدة للكرب).

الأعراض و العلامات:

الاضطراب التحويلي Conversion Disorders: تحويل القلق و الصراع الداخلي (الناجم عن المشكلات و الرضوض النفسية التي لا يستطيع المريض حلها) أو العاطفة غير السارة unpleasant affect إلى أعراض جسدية بشكل غير إرادي جزئيا .

الاضطراب التفرقي: Dissociative Disorders: زيادة القلق يؤدي إلى انفصال بعض وظائف شخصية المريض عن الأصل فيتصرف تصرفات غريبة أو يفصل جزء من ذاكرته فتحصل النمساوة الانتقائية.

أولاً: الاضطراب التحويلي Conversion Disorder :

يشكو المريض من وجود فقد أو تبدل في وظائف الحركة أو الإحساس (الجلدي) لديه، بحيث يبدو المريض وكأن لديه إصابة عضوية مع عدم وجود هذا الاضطراب كثيراً ما تتوافق الأعراض مع مفهوم أو ثقافة المريض للأمراض الجسدية التي تختلف عن الأسس الفيزيولوجية أو التشريحية .

تشير دراسة الحالة النفسية للمريض إلى أن العجز الناجم عن فقدان الوظيفة يساعد المريض على الهروب من صراع شديد أو يعبر عن حاجة المريض لاعتماده على شيء آخر أو رفض شيء ما.

على الرغم من أن المشاكل أو الصراعات تكون واضحة للآخرين إلا أن المريض قد ينكرها و يبرر حالته الصحية بأنها بسبب المرض.

تختلف درجة العجز من وقت إلى آخر تبعاً لنوع وعدد الأشخاص الموجودين و تبعاً للحالة الانفعالية للمريض .

في كل الحالات نجد درجة من محاولة لفت الانتباه مع أعراض متركزة من اضطراب الحركة أو الإحساس غير الخاضع للإرادة.

من المشاهدات اللافتة للمنظر هو القبول الهادئ للأعراض في نسبة من الحالات (اللامبالاة السلبية).

لمنتهي من الاضطراب التفارقي كل الأعراض المترافقة مع أعراض زيادة فعالية الجهاز المستقل أو التي يرافقتها شعور بالألم حيث تصنف مع الاضطرابات الجسدية الشكل.

الأعراض السريرية :

أولاً- أعراض حركية:

- ١- الشلل Paralytic: من أشهر الأعراض التحويلية قد يكون كاملاً أو جزئياً:
- شلل في طرف في طرفين: علوي و سفلي - شلل رباعي - نيبس أو رخاوة.
 - ٢- فقدان الصوت النفسي المنشأ : همس ، إيماء ، صمات (Mutism).
- يشاهد عندما يكون سبب الصراع النفسي يتطلب قولاً أو كلاماً يرفضه المريض.
- قد تلجأ إلى التفريق بين السبب العضوي و النفسي بالطلب من المريض المعال لتجري وظيفة الحبال الصوتية.
 - ٣- حركات رجفانية بالأطراف أو الجسم كله: بشكل عشوائي ولا تتناسب مع أي مرض آخر.
 - ٤- العرات: تزداد بالشدة، تشاهد في الألفان، الرقبه ، اليد .
 - ٥- اضطراب المشية: ترنحيه مع اهتزازات شديدة.
 - ٦- اعوجاج الرقبه التحويلي.
 - ٧- النوب الهرعية والاختلاجات الصرعية التفارقية: تكثر عند الشخصيات الهستيرية.
- تسجم عن صراعات نفسية أو مشكلات عائلية وبعد صدمة انفعالية أو رفض لموقف معين تكتوئح بين إغماء عابر إلى هياج شديد و عنف و تحطيم الأشياء .
- قد تتطور نحو نوبة صرعية كاذبة أو الاختلاجات التحويلية (الهستيرية) التي تتميز بـ:

- ١- تحدث أمام الناس
- ٢- تترافق مع أزمة انفعالية
- ٣- لا يؤذي المريض ذاته
- ٤- لا يحدث انقلاط مصرات (تبول)

٥- لا تأخذ شكلاً نموذجياً للاختلاج (لازقة) لمس المريض يثيره ويخبط ما حوله، لا صداع بعد النوبة، عودة الوعي بعد شم الروائح، مقاومة الفاحص عند فتح الأجفان، عند رفع الطرف العلوي وتركه ينزله المريض ببطء و ليس سقوطاً حراً).

٨- السبات التفارقي: لا استجابة لأي منبه، من دون طعام، ولا شراب ولا كلام.

ثانياً : اضطرابات حسية : يغلب أن يكون للمناطق فاقدة الحس حدود واضحة بعيدة عن التوزيع العصبي التشريحي و ذلك بحسب مفهوم المريض للمرض. قد نجد غياباً لحس دون آخر، الذي لا يشاهد في الحالات العضوية.

١- فقدان الحس : عدم الشعور بالألم مطلقاً إما في أجزاء من الجسم أو في كامل الجسم (حتى الحرق بالنار).

٢- فقدان البصر أو العمى التفارقي: بعد صدمة انفعالية لنسيان الحادث و عدم رؤيته، نادراً ما يكون الفقد تاماً بل نجد تشوشاً في الرؤية أو النظر الانبوبي. وعلى الرغم من شكوى المريض من فقدان البصر فإن حركة المريض العامة و أدائه الحركي يظلان سويان (يتجنب المريض الأشياء المؤذية في مشيّه).

٣- الصمم التفارقي أو النفسي.

٤- فقدان الشم، والذوق التفارقي. ٥- الخدر و التميل التفارقي.

ثالثاً - أعراض حشوية:

- الغثيان و الإقياء: تعبير عن الاشمئزاز من موقف غير مقبول.

- الحمل الهرعي الكاذب: نجد كافة أعراض الحمل يكثر في الأرياف.

- السعال الهرعي: بعد صدمة وجدانية.

- البرود الجنسي و آلام الجماع خاصة بعد الزواج.

- الفواق و الجشاء و اللقمة الهرعية و الإمساك و الإسهال.

ثانياً :الاضطرابات التفارقيه :تفسر بأن زيادة القلق يؤدي إلى انفصال بعض وظائف شخصية المريض عن الأصل فيتصرف تصرفات غريبة أو يفصل جزء من ذاكرته فتحصل النسوة الانقائية.

١-فقد الذاكرة أو النسيان أو النسوة Dissociative amnesia :تبدأ فجأة ،و تستمر لمدة محددة مع تغير الأعراض من يوم لآخر ، ينلو بعض الرضوض وبعض الحوادث ،يتوافق مع سلامة الذاكرة لباقي الحوادث. تتباين الحالة الانفعالية المرافقة لفقد الذاكرة فقد نجد درجة من الارتباك أو الإحساس بالضيق أو سلوك جذب الانتباه وكثيراً ما نجد درجة من القبول الهادئ للأعراض يثير الاستغراب.

يكثر عند الشباب أو الرجال تحت وطأة الصراعات البيئية وتندر عند المسنين.

٢-الشرود أو الشراد التفارقي Dissociative fugue :شعور المريض أنه مدفوع للتجوال أو الارتحال،لفترة غير محددة ،مع فقدان الذاكرة.

يبدأ بمفر المريض بشكل غير متوقع (فجائي ودون تخطيط مسبق) وغير هادف إلى أمكنة ذات مدلول عاطفي لدى المريض ،مع أنه يترافق مع فقدان الذاكرة التفارقي لكن يحافظ المريض خلال سفره فقط على الفعاليات اليومية الضرورية لحياته (الأكل والشرب والتعاملات الاجتماعية الضرورية،ركوب الحافلة...)، يستمر الشرود أياماً قليلة.

٣-اضطراب الهوية التفارقي أو تعدد الشخصية Dissociative Identity (multiple personality) :حالة يسبدل المريض شخصيته بين وقت وآخر ، حيث ينقص المريض كل فترة شخصية منفصلة عن الأخرى ، يحدث التبدل بين شخصية وأخرى فجأة، وقد يبدل الشخص جنسه من جلس لآخر ،عمره من عمر لآخر،اسمه ... بعد الانتقال لشخصية الجديدة يحدث نسيان للشخصيات الأخرى السابقة.

٤-متلازمة غانسر أو الحكة الكاذب :يظهر هذا المرض بين المسجونين أو المنتظرين للمحاكمات أو تحت ظروف من القهر و التعذيب .تتظاهر بوجود تصرفات صيانية، أجوبه قريبه من الحقيقة (٢+٣=٤ أو ٦)، تصرفات طائشة، هياج .

د- حالات خاصة:

١- الهرع المنفعي ما بعد الرض: ظهور أعراض كالصداع ، الدوار، النسيان بعد حادث رضوي والتحسن بعد التعويض المادي.

٢- الهرع الجماعي: وباء خاصه في التجمعات ،مدارس البنات ،جيوش (ظهور أعراض مثل الإقياء أو التقيؤ...بين عدد كبير من الأشخاص)

معايير التشخيص :

١- وجود الكرب . ٢- وجود الأعراض اللازمة للتشخيص.

٣- تقليد الآخرين: يقلد المريض شخصا آخر لديه عرض ما.

٤- المكسب الثانوي المادي أو المعنوي.

٥- المعنى الرمزي للأعراض.

المتطور و الاختلاطات: كثيراً ما تكون بداية الحالات التفارقية و نهايتها مفاجئة و عفوية أو بعد التدخلات العلاجية المناسبة، غالبية الحالات تتحسن خلال أسابيع أو شهور قليلة.

-الحالات التي تستمر أكثر من سنتين دون علاج فإنها تكون معندة على التدبير.

-الشفاء : يحدث في أقل من ٥٠% من الحالات.

- الشلل أو اضطرابات الحس أو الأعراض الحركية المزمنة تكون صعبة الشفاء.

- تبقى الأعراض عند ٢٥% من المرضى.

- قد تختلط الحالة باكتئاب شديد.

- قد تترافق أحيانا مع إدمان كحولي أو مخدرات.

-اضطرابات سلوكية: تصرفات عدوانية ، محاولات انتحار.

الإنذار : جيد إذا كانت الأعراض :

١-بدء حاد ٢ - بعد شدة أو كرب

٣- مترافقة مع ذكاء جيد ٤- معالجه مبكرة.

التدبير :

١ - الاستشفاء :غير منصوح به إلا في الحالات الشديدة .

٢ -المعالجة الدوائية :

١-حالات القلق : تستطب في حالات الإسهاف، للسيطرة على أعراض القلق.

٢ -مضادات الاكتئاب .

٣ -الصدمة الكهربائية :غير مستطبه إلا نادراً(كالهذيان ...)

٣-المعالجة النفسية :مبادئ عامة :

تقديم سبب الكرب و التصرف المناسب لحله بالعلاج النفسي أو العائلي أو الاجتماعي.

- اكتشاف المعنى الرمزي للأعراض لعلاجها.

- لاداعي للقول للمريض إن مرضه نفسي .

-إذا كان هناك فقد الصوت أو الذاكرة يمكن اللجوء إلى التنويم بالبنثونال أو التخدير السطحي.

- العلاج بالإحياء بالتحسن والشفاء .

- المرضى قد لايقولون الحقيقة أو يبالغون في الأعراض أوفي العلاجات السابقة.

- الفحص السريري يجب أن يكون عادياً وغير مبالغ به.

-يشجع المريض على الاستمرار في العمل.

-المعالجة الداعمة الاجتماعية. -العلاج السلوكي والاستعرافي و التحليلي.

قصة مرضية: بعد مشادة بين السيدة أحلام وحماتها استيقظت السيدة أحلام وهي لا تستطيع الكلام(صمات تام) بالفحص وجد أن الحبال الصوتية تتحرك، بعد طلب الطبيب منها شرح السبب قالت المريضة أنها لا تستطيع الكلام إنما يمكنها الكتابة بدل الكلام،كتبت أنها مشلولة و لديها غصة في الحلق، بعد محاولات همست بعض الأحرف.

اضطراب أو الارتكاس (أو التفاعل) للكرب الشديد Disorder Reaction to severe stress

اضطراب التلاؤم أو التوافق Adjustment D

هي اضطرابات تتميز بوجود حدث حياتي استثنائي مثير للكرب يؤدي إلى رد فعل حاد أو تبدل في التعامل مع مواقف الحياة ينتج عنها اضطراب في التلاؤم. هذه الاضطرابات هي نتيجة مباشرة وأكيدة للكرب الحاد و الشديد المستمر، ولولا هذا الكرب لما ظهرت هذه الأعراض المرضية. أي هي استجابات سوء تأقلم مع الكرب مؤدية إلى خلل في الأداء الاجتماعي، وهي تشاهد في كل الأعمار (من الطفولة حتى الشيخوخة).

الشدات أو الكروب: هي العوائق المادية أو المعنوية غير العسرة التي تزعزع ميزان التوازن النفسي والاجتماعي للفرد وتؤثر على تلاؤم الشخص وتكيفه مع ذاته ومع المجتمع.

قد تكون الكروب: -حادّة: فقدان أحد الوالدين، الطلاق، الخسارة المادية.

ب- متكررة مع الزمن: عدم التوافق العائلي، عدم التلاؤم في

العمل، الفشل المتكرر..

ج- إحصيراً الأمراض الشديدة سواء أكانت حادة كالحوادث الدماغية الوعائية، الاحتشاءات أم مزمنة كالفصور الكبدية أو الكلوية.

إما الكروب الصغيرة أو الأحداث الأقل شدة و التي قد تكون متهمّة أو نقطة الانطلاق لكثير من اضطرابات القلق الأخرى أو الأمراض النفسية الأخرى فإنها لا تدخل في حالات هذا الفصل لأن الأكثر الناجم عن الكرب الخفيف يختلف بين فرد و آخر حسب استعداده و بنية شخصيته و العلاقة بين الكرب الخفيف والاضطرابات القلقية الأخرى غير مؤكدة.)

حجم الشدة المترافقة مع بعض أحداث الحياة

جدول قياس التلاؤم الاجتماعي باختصار لـ Holmes, Rahe

الحدث	النقاط	الصورة السريرية
وفاة الزوج أو الزوجة	١٠٠	رجل عمره ٦٥ سنة، أدخل إلى المشفى
الطلاق	٧٣	بعد سكتة دماغية، خلال السنة الماضية
وفاة فرد عائلة قريب	٦٣	توفي كل من زوجته (١٠٠ نقطة)
أمية أو مرض شديد	٥٣	وأخوه الأكبر (٦٣ نقطة)، بعد وفاة
الزواج	٥٠	زوجته تساعد من عمله (٤٥ نقطة)
التقاعد أو فقدان وظيفة	٤٥	والسنة إلى شقة فحمة
ولادة الطفل	٣٩	(٢٠ نقطة)، مما اضطره إلى أخذ
أخذ قرض كبير أو رهن عقار كبير	٣١	قرض جديد (٣١ نقطة).
تغيير مكان الإقامة	٢٠	خلال الانتقال، وقع وكسر حوضه
		ودخل المشفى لسنة أسابيع (٥٣ نقطة)
		الكل: ٣١٢ نقطة

كذلك فإن حالات إيذاء النفس أو محاولات الانتحار التالية للكرب قد تدخل في هذه المجموعة أو تصنف في مجموعة حالات إيذاء النفس .

الأشكال السريرية:

أولاً: اضطراب أو ارتكاس أو تفاعل الكرب الحاد- Acute stress reaction

Disorder

(حالة الرعب الحاد: Terror state؛ الصدمة النفسية)

هو اضطراب عابر يمثل استجابة الشخص لكرب جسدي أو نفسي على درجة كبيرة من الشدة ، هذا الكرب stress قد يحمل تهديداً للأمان أو خطراً حقيقياً للشخص أو أحد أقربائه

: موت ، حادث سير ، اغتصاب ، اعتداء ، جريمة ، زلزال ، الكوارث والحروب . أو تغير مفاجئ في الوضع الاجتماعي أو المهني للفرد ، وفيات متعددة بسبب حريق أو غيره . يزداد حدوث هذه الحالة إذا تراكمت مع إجهاد جسمي أو ذهني

الاستعداد الشخصي للتأثر و القدرة على الصمود يلعبان دوراً مهماً في ظهور الحالة و في شدة الأعراض المبررية و هذه تختلف من شخص إلى آخر .

الأعراض السريرية :

تتميز بحالة من التبلد daze والسكون التام والجمود (ذهول) ، وتقلص العضلات والرجفان والتعرق البارد الغزير ، ارتباك فكري شديد أحياناً لا توجه عابر ، عدم القدرة على فهم المنبهات ، تبدد الذات أو المحيط ، يتلو ذلك أما حالة انسحابية متفرقة من المحيط قد يصل إلى مرحلة الذهول التفارقي (dissociative Stuper) أو أن ينفجر المريض بحالة من الذعر والاندفاعية الشديدة أو العدوانية أحياناً أو الهروب (تفاعل هروب أو شروذ) . قد يرافق ذلك أعراض فرط الجهاز المستقل (تسرع قلب ، تعرق...) . قد يرافق الحالة فقدان ذاكرة جزئي أو كلي (نسيان الحادث أو الكرب) .

من أجل تأكيد التشخيص يجب أن تظهر الأعراض خلال دقائق من الكرب وأن تختفي خلال ساعات أو أيام قليلة .

- التطور : التحسن السريع خلال ساعات و نادراً خلال أيام .

- التدبير : إبعاد الشخص عن مكان الكرب لأن ذلك يساعد على تفريغ الحالة بسرعة .

ثانياً : اضطرابات الكرب (أو الشدة) ما بعد الرض Post-Traumatic Stress Disorder

هو ارتكاس يظهر كاستجابة متأخرة للإجهادات أو الحوادث الرضحية Traumatism الشديدة التي تحمل صفة التهديد و الإرهاب كالحروب ، أو بعد كارثة طبيعية كالزلازل أو البراكين أو الحرائق ، أو فقد عزيز أو الحوادث....

-- إن هذه الحوادث تسبب ضيقاً و توتراً لدى كل الناس لكن إذا اجتمعت هذه الكروب مع عوامل توازر ظهور هذا الاضطراب كوجود اضطراب قلق سابق أو اضطراب شخصية [كالشخصية الوسواسية أو الواهنة] مسبب الحالة المرضية.

تبدأ الأعراض بعد مدة من المرض (فترة من الكمون) تتراوح بين عدة أسابيع أو عدة أشهر [نادراً بعد ستة أشهر].

تتضمن الحالة ذكريات متكررة للحدث (flashbacks) (اجترار) مع أحلام و كوابيس تتعلق بالحالة (كوابيس حول الحادث أو مرعبة) ، مشاعر من الخوف الشديد و القلق، لاثبات انفعالي أو تبدل عاطفي، قلة تحمل الآخرين، سرعة استثارة، سلوك تجنب وابتعاد للأماكن أو العوازل أو الرموز المتعلقة بالحدث، انسحاب و عزلة اجتماعية، أعراض فرط نشاط الجهاز الودي، أعراض جسدية كالصداع و الدوخة والخفقان والتعرق والتميل والخر والعمالة...

أحياناً نسب انفجارية شديدة من القلق أو الهياج عند تذكر الحادث الراض (إعادة تمثله).

قد تقود هذه الحالة إلى الإدمان الدوائي أو الكحولي، المحاولات الانتحارية، القلق، الاكتئاب.

معايير التشخيص :

١-وجود قصة المرض.

٢-المدة الزمنية بين المرض وظهور الأعراض تتراوح من أسابيع حتى الستة أشهر .

٣-استعادة الحادث أو تذكره أو تجنب أماكن تتعلق بالحادث أو رؤيته في أحلام اليقظة أو الأحلام.

٤-عدم الثبات الانفعالي .

التطور :أ-المسير المذبذب بين التحسن و التدهور .

ب-المسير نحو الشفاء بالعلاج بعد مدة طويلة في أغلب الحالات.

ج- حدوث تغير دائم في الشخصية ما بعد المرض .

يتعلق الإنذار بالحالة الاكتئابية التي تستقر بشكل مزمن .

العلاج: -دوائي :حالات القلق ، مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقة، وغيرها.

-نفسى يجب أن يكون مبكرا بإعادة فعالية الشخص و اندماجه الاجتماعي.

اضطراب التلاؤم أو التوافق أو التأقلم Adjustment D.

هي اضطرابات تظهر في أثناء مرحلة التأقلم مع تغيرات مهمة في نمط الحياة أو بعد حادث حياتي مسبب للكرب أو تبديلا في العلاقات الاجتماعية للفرد :عقب حادث أو شدة ،موت صديق ،طلاق، خسارة مالية ، أو بعد كارثة كالتجوء السياسي، أو عند منعطف مهم في الحياة كالزواج أو التقاعد.

يلعب الاستعداد الشخصي الوراثي و القابلية للتأثر دوراً مهما في احتمالية ظهور هذه الحالات لكن لولا هذا الكرب لما ظهر اضطراب التلاؤم (الشرارة المطلقة) .

تبدأ الأعراض بالظهور خلال شهر من الحادث ولا تتجاوز الستة أشهر في استمراريتها أما إذا تجاوزت هذه المدة فيجب تغيير التشخيص بحسب الصورة السريرية.

تتظاهر بمشاعر من التوتر والانقباض الداخلي و عدم الارتياح ، الضيق الشخصي أو الذاتي، تبدلات عاطفية مؤرقة تنعكس سلبيا على الوظيفة الاجتماعية و المهنية للفرد .

انخفاض مزاجي خفيف ، حزن ،نزق، عدم الشعور بالسعادة ، صعوبة في التعامل مع الأفراد والمحيط و مع متطلبات الحياة اليومية،صعوبة في التفكير أو التخطيط للمستقبل .

قد يقود هذا إلى سلوك عدواني أو سلوك مضاد للمجتمع و خاصة عند المراهقين أو إلى عزلة و انسحاب من النشاطات العامة.

عند الأطفال: قد تحدث الحالة بعد دخول الأطفال إلى المشافي، حيث نجد ترجعا في السلوك (مص أصابع ،عودة السلس البولي ، التحدث بصورة صيانية...) أو اضطرابات سلوكية..

ما يميز هذه الحالة قصة المرض و وجود الأعراض الانفعالية، التي ليست من الشدة الكافية لتشخيص اضطراب آخر كالإكتئاب.

الأنشكال السريرية:

- أعراض خفيفة لا تتجاوز السنة أشهر :

- ارتكاس الأسى: الذي يستمر لأي فترة لكن أعراضه غير طبيعية من حيث المضمون أو الشكل، تدرج هنا في اضطراب التلاؤم.

- اضطراب تلاؤم يغلب عليه أعراض اكتئابية خفيفة عابرة لا تتجاوز الشهر.

- اضطراب تلاؤم يغلب عليه أعراض اكتئابية مديدة لا تتجاوز السنتين بسبب كرب مديد.

- اضطراب تلاؤم يغلب عليه أعراض قلق اكتئابية .

- اضطراب تلاؤم يغلب عليه نكوص في الأطفال.

- اضطراب تلاؤم يغلب عليه اضطرابات سلوكية (فقد الأب عند مراهق: عدوانية و عناد..)

العلاج: - دوائي : بحسب الأعراض المسيطرة: حالات القلق، مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقة أو مضادات قبط السيروتونين.

- نفسي داعم و سلوكي.

الاضطرابات الجسدية الشكل

Somatoform disorders

تتميز هذه المجموعة من الأمراض بوجود:

- ١- الشكوى من أعراض جسدية متكررة.
- ٢- الالاحاح في إجراء الاستقصاءات على الرغم من سلبيتها.
- ٣ - رفض المريض للأساس النفسي للأعراض.
- ٤- رغم طمأنة الأطباء له.
- ٥- وجود درجة من المبالغة في الأعراض أو السلوك الجاذب للانتباه.

أولاً اضطراب التجسيد أو الجسدية. **Somatisation Disorder**

(متلازمة الشكايات المتعددة)

يبدأ هذا المرض خلسة بأعراض قليلة ثم تنتوع لتشمل معظم الأجهزة، يكثر عند النساء، قبل عمر الثلاثين. الأعراض : يركز المريض على الأعراض نفسها وعلى تأثير هذه الأعراض على صحته ،قد يغير المريض شكايته من طبيب إلى آخر . تشمل الأعراض شكايات تطال أجهزة الجسم كافة:

- أعراض تحويلية: شلل، ضعف عضلي، اختلاجات، احتباس بولي، صعوبة تبول، عسرة بلع، رؤية ضبابية، شفع، عمى، غشي، فقد وعي، صمات، تقيس .
- شكايات هضمية: إقياء، غثيان، ألم بطني، إسهال، انتفاخ بطن، عدم تحمل الطعام.
- الألم: في مفصل، عدة مفاصل، في الظهر، البطن، الأطراف، عند التبول.
- شكايات جنسية: نقص الرغبة الجنسية، نقص المتعة، الألم عند الجماع، ألم الطمث، عدم الانتظام، نزف طمثي.

-أعراض قلبية: زلة، مخفقان، ألم صدري، دوام.

إن ايجابية الأعراض يعتمد على وجود ثلاثة عشر عرضاً من الأعراض السابقة.

معايير التشخيص: تشخيص الحالة لابد من توافر:

١-وجود عدد من الأعراض السابقة المتعددة و المنغبرة من دون إمكان عزوها إلى حالة طبية بدئية و ذلك لمدة سنتين على الأقل [إذا كانت الأعراض خفيفة ولمدة أقل من سنتين فالتشخيص: تجسيد غير مميز]

٢-رفض المصاب التفسير النفسي للأعراض ، وعدم اقتناعه بالطمأنينة من قبل عدة أطباء مختلفين.

٣-انعكاس هذه الأعراض سلباً بدرجات متفاوتة على الوظيفة الاجتماعية و المهنية والعائلية للمريض.

السير السريري مزمّن وفي سوابق المريض نجد استقصاءات كاملة أو عمليات جراحية لا مبرر لها.

-كثيراً ما يوجد اكتئاب أو قلق يوجبان العلاج المناسب أو يترافق مع سوء استخدام الأدوية النفسية.

العلاج: -من الممكن إعطاء مضادات الاكتئاب ولمدة طويلة ، حالات القلق عند الازمات و لكن العلاج مخيب للأمل في عدد من الحالات.

- العلاجات النفسية الدائمة:الطمأنينة و التشجيع و الاشتراك في النشاطات الثقافية و الاجتماعية و الروحية...

- التركيز على الاندماج الاجتماعي للمريض أكثر من التركيز على الأعراض .

- العلاج السلوكي و الاستعراقي ...

داء المراق و توهم المرضHypochondriasis :

هو انشغال بال مستمر مع خوف من احتمال الإصابة بمرض عضوي خطير و متفاقم ، يعبر عنه المرضى بشكايات جسدية دائمة أساسها أحاسيس سوية أو ظواهر فيزيولوجية

طبيعية، (أو انشغال مستمر بمنظر الجسم) على الرغم من تأكيد الأطباء على سلامتهم الجسدية، إضافة إلى الميلغة في الأمراض الخفيفة الشائعة مثل الرشح.

تكثر مراجعتهم للأطباء العامين أو الاختصاصيين.

يشاهد بالتساوي عند الجنسين و غالبا ما يراجع المرضى بمضاعفات المرض كالاكتئاب أو القلق الشديدين بعد معاناة طويلة.

تتجلى الأعراض بالخوف من الإصابة بمرض خطير [سرطان، مجلطة...]. في القلب أو الدماغ أو الصدر أو الهضم وغالبا ما يركز المريض شكايته في جهاز أو اثنين.

يجب توفر شرطين للتشخيص:

١- اعتقاد دائم بوجود مرض عضوي خطير على الرغم من سلامة الاستقصاءات اللازمة لنفي ذلك.

٢- رفض المريض الدائم للطمأنينة ولألماس النفسي للأعراض .

التمييز بين داء المراق عن داء التجسيد:

في داء التجسيد يركز المريض شكايته على الأعراض عامة وعلى تأثير كل عرض بمفرده، أما في داء المراق فيشكو المريض من خوفه من وجود مرض خطير [وليس عرضاً] ومن ثمة عقابيله السيئة، لذلك يطالب بالمزيد من الإجراءات التشخيصية لكشف مرضه الخطير.

ينشد مريض داء التجسيد العلاج للتخفيف من أعراضه ومعاناته وعادة ما يكون هناك إفراط فلي تناول الأدوية و عدم الالتزام بتعليمات الطبيب حول طريقة الاستخدام ومدتها (الاستخدام لمدة قصيرة مع الإلحاح الدائم في تبديل الدواء).

بينما يخاف مريض داء المراق الأدوية وتأثيراتها الجانبية و يطلب الاطمئنان ويسأل أطباء مختلفين.

العلاج:

يحتاج المرضى لخطة علاجية طويلة الأمد تعتمد على الدعم وحسن الرعاية .

- قد نعطي المهدئات الصغرى لمدة قصيرة أو مضادات الاكتئاب بكل أنواعها.

- المساعدة وتحقيق بعض المتطلبات المادية أو المعنوية للمريض.

- أخبره أن الأدوية تفرج الأعراض (ولا تشفي) وتساعد على حسن التلاؤم مع المرض.

اضطراب الجهاز المستقل الجسدي الشكل : somatoform autonomic dysfunction

مجموعة من الأمراض تتظاهر بأعراض و علامات دالة على تلبه الجهاز العصبي المستقل كالحرقان أو الرجفة و التعرق و الاحتقان مع أعراض خاصة شخصية ذاتية و غير نوعية كالإحساس بالأوجاع المتقطعة أو الآلام العابرة، حس الثقل أو الانتفاخ أو الانقباض ، و يرجع المريض هذه الأعراض إلى جهاز أو عضو بعينه.

قد يجمع المريض شكاياته في:

- الجهاز القلبي الدوراني (العصاب القلبي).

الجهاز الهضمي: بلع الهواء النفسي، انقواق النفسي، عسر الهضم ، تشنج البواب، انتفاخ البطن بالغازات النفسي ، متلازمة الأمعاء الهيجية والإسهال.

الجهاز التنفسي: السعال النفسي ، فرط التهوية عسر التنفس النفسي.

- الجهاز البولي التناسلي: تعدد البيلات النفسي، عسر التبول.

- عسرة البلع التحويلي: اللقمة الهستيرائية: إحساس المريض بوجود كتلة في الحلق تسبب عسرة بلع.

صرير الأسنان - الحكة النفسية

الألم المستمر الجسدي الشكل النفسي. Persistent Somatoform Pain Disorder

متلازمة تتضمن شكاية المريض من الألم المستمر الشديد غير العضوي الذي ينعكس بإعاقة عائلية و اجتماعية و مهنية، و لمدة ستة أشهر على الأقل .

نلاحظ في بعض الأحوال وجود عوامل نفسية أو اجتماعية، ككسب التعويض المادي أو جذب الانتباه أو ترك العمل أو إثارة الشفقة، فتكثر مراجعة الأطباء والفحوص اللابرو لها. إنذار هذه الحالة يسوء كلما طالت مدة المرض (أكثر من ٥ سنوات)، ومع تقدم العمر، وعدم إرضاء المكاسب المادية الثانوية، ووجود اضطراب في الشخصية.

العلاج: يفضل إشراك ما يلي:

- مضادات الاكتئاب مفيدة في ٥٠-٦٠%.

- المعالجة النفسية الداعمة - الاسترخاء - المهارات اليدوية -

- السلوكية: برفع عتبة تحمل المريض للألم

- اكتساب مهارات جديدة لحل محل المنعكسات الشرطية السابقة الخاطئة.

اضطرابات جسدية أخرى:

١- اضطرابات وظيفية قد يكون لها علاقة مع الكرب.

- عسرة البلع التحويلي: اللقمة الهستيرية: إحساس المريض بوجود كتلة في الحلق تسبب عسرة بلع.

متلازمة الوهن العصبي أو متلازمة التعب المزمن Neurosthenia

حالة مرضية وصفت منذ القديم وتبدلت معايير التشخيص .

الصفة الأساسية هي تركيز المريض على التعب و الضعف و انشغال باله بنقص قدراته النفسية و الحركية أكثر من تركيزه على الشكايات الجسدية. تترافق مع:

أ- الشكاية من التعب المتزايد بعد الجهد أو العمل الذهني حتى الخفيف أو ضعف و إجهاد جسدي بعد أقل عمل فيزيائي مع إحساس جسدي مزعج.

ب- وجود عرضين ممايلي :

- الإحساس بالألم عضلية أو تقلصات عضلية، - صداع ثوري - دوار - عسر هضم - نزق - اضطراب نوم - عدم القدرة على الاسترخاء.

ج- غياب أي اضطراب نفسي كالقلق أو الاكتئاب أو النفاسات أو الاضطرابات العضوية.

قصة مرضية:

مريض، ٣٥ سنة، يشتكي من عدة سنوات من صداع متكرر، دوار وعدم توازن، طنين و حكة بالأنف، زوغان بالعينين، جفاف بالفم، وألم بالأسنان، صعوبة بلع و غصة مترددة، جشاعات و نفخة وغازات بالبطن، ثقل بالبطن، إمساك أو إسهال، صعوبة بالتبول وتعدد بيلات، آلام باليدين والمفاصل والقطن ، تعب ونعاس ...

- حتى الآن راجع المريض ٥٣ طبيباً من كل الاختصاصات

- الفحص سوي

٢- مريض عمره ٣٠ سنة راجع طبيب النفسية محولاً من طبيب آخر حاملاً معه عدداً كبيراً من التحاليل المخبرية و الشعاعية السوية بعد أن ضجر من كثرة الأطباء و لم يعد يثق بأي طبيب مع قناعته التامة أن لا لزوم لمراجعة طبيب نفسية

مشكلته الأساسية أنه يخاف أن لديه (إيدز)، بعد أن حلق ثقفه عند حلاق و لم يشاهد الحلاق يغير شفرة الحلاقة (المريض غير متأكد) يشتكي من ألم في البطن، إسهال أو إمساك، ضيق نفس، دوار ، قلة نوم ، نقص وزن ١٠ كغ - الفحص سوي

الأمراض الجسدية النفسية

Psychosomatic D

أو الاضطرابات الانفعالية السلوكية الثانوية لاضطرابات فيزيولوجية

الطب النفسي --- الجسدي Psychosomatic Medicine

هي اضطرابات يعد العامل النفسي من أهم الأسباب المؤدية إلى حدوث هذه الأمراض أو تفاقمها، يلعب الجهاز العصبي المستقل دوراً مهماً في ذلك. إن عدم القدرة على التعبير عن الانفعال بالكلمة يؤدي إلى ظهور الانفعال في هيئة أمراض جسدية.

الآلية المرضية: هناك الكثير من الفرضيات التي شرحت آلية أو سبب هذه الأمراض ولكن سوف نشرح النظرية الأشهر وهي :

١- تقوم على أساس أن الحدث الراض سواء أكان نفسياً أو جسدياً له القدرة على أن يبدل الاستجابة النفسية السوية ويزرع التلاؤم النفسي وهذا يقود إلى ظهور أعراض مرضية مختلفة. وقد أظهرت الدراسات أن الشدائد تؤدي إلى إفراز وسطاء أو هرمونات داخلية كالكورتيزول أو الأدرينالين أو النورأدرينالين كرد فعل على تأثير الشدائد على الأعضاء الجسمية، و رد الفعل هذا يكون على مستويين:

أ- تفاعلات فيزيولوجية عادية: انساراة الجملة الودية وزيادة إفراز الأدرينالين و النورأدرينالين يؤدي إلى تسمرع النبض و ارتفاع الضغط و زيادة التوتر العضلي. فإذا فشل هذا الشخص المكروب في الدفاع ضد الكرب أو الفرار منه فإن الاستجابة الودية تسير نحو خلل وظيفي عضوي.

ب- النكوص و الاستمرار Withdrawal and conservation

أن تهديد المرء بفقد شيء (فقد العمل أو خسارة أو وفاة) سواء أكان هذا التهديد حقيقياً أم خيالياً يقود إلى تباطؤ الاستقلاب الأساسي في الجسم الذي يؤدي إلى تراجع النشاطات النفسية و الحركية ومنه يتباطأ النبض وتقل المقاومة المناعية وبالتالي كثرة التعرض للأمراض العضوية و الاخماج.

٢- التفاعلات الفيزيولوجية العصبية: يجرى الكرب بعض الإفرازات الفيزيولوجية من المحور الخامس الكظري وخاصة الكورتيزول الذي يساعد على التكيف العام Generale . Adaptation

التفريق بين الأمراض الجسدية النفسية و الاضطراب التحويلي:

السيد من يعاني من ارتفاع توتر شرياني من منشأ نفسي: استجواب هذا المريض أظهر أن لديه معاناة شديدة يرافقها مشاعر من الكبت و الغضب و العدوان : إن عدم التعبير اللفظي عنها ، بسبب صراعات داخلية يؤدي إلى إجهاد الجهاز العصبي و زيادة إفراز الأدرينالين و النورأدرينالين و بالتالي ارتفاع ضغط الدم والأعراض الفيزيائية الأخرى.

-الآنسة ط اشتكت من شلل في يدها اليمنى: أظهر الاستجواب أنها لا تريد العمل على الآلة الكاتبة في مكتب أحد الأشخاص الذين تكرههم و لكن بسبب ضغط الأسرة اضطرت للموافقة،وبعدها أصيبت بالشلل : أي أن الصراع الداخلي و القلق الشديد تحول إلى شلل في السيد اليمنى : تحول القلق إلى عرض جسدي و بالتالي فالمريضة الآن لا تعاني ولا تتألم (لم يتظاهر القلق الشديد بأعراض فيزيائية حقيقية بل رمزية).

ـ الاضطرابات الهضمية:

القرحة الهضمية: إن العلاقة بين القرحة الهضمية و الاضطرابات الانفعالية النفسية مطروحة منذ سنوات عديدة، وهناك دراسات عديدة حول العلاقة بينهما.

ـ الاضطرابات التناسلية و الطمثية :

عسر الطمث الوظيفي — انقطاع الطمث — قلة أو غزارة دم الطمث — كلها حالات تتأثر بالحالة الانفعالية والعاطفية و النفسية للمرأة.

ـ الحمل الكاذب:

وسببه الرغبة الشديدة في الحمل ،يتصف بانقطاع الطمث،مع ظهور الأعراض الودية الخاصة بالحمل ،غثيان، إقياء، ثم انتفاخ البطن وقد تظهر أعراض المخاض بعد ٩ أشهر .
ـ الداء السكري.

— الأمراض الصدرية: — الربو القصبي والتحسسات الصدرية: إن نوبة القلق الشديدة قد تحرض حالة ربوية كاملة أو يصعب السيطرة عليها، ويؤثر الربو بالشدات النفسية سواء الكروب أو السرور كالضحك، ويتعب العامل النفسي دوراً مشابهاً للعوامل المحسنة المطلقة للنوبة الربوية كذلك فإن الإيحاء له دور مساعد جداً في العلاج وحتى الشفاء.

— الأمراض الجلدية: بعد الجلد مرآة الحالة النفسية للفرد وهناك تفاعل بينهما: من الأمراض الجلدية التي يلعب فيها العامل النفسي دوراً مهماً: الشرى، الثعلبية، الحزاز المنبسط

وهناك أمراض جلدية تصاحب بعض الأمراض العضوية كالحمى في الداء السكري.
— الاضطرابات المناعية: تأثير الحالة النفسية على الجهاز المناعي مثبت منذ مدة، والدراسات الحالية كشفت عن شذوذاً مناعية عديدة سببها الاضطرابات النفسية المرافقة.
العلاج:

— العلاج المبيبي للحالة العضوية بالأدوية النوعية.
— العلاج للدوائي: مضادات القلق أو الاكتئاب .
— العلاج النفسي الداعم: العلاج الاستعرافي، التلقيم الحيوي الراجع، الاسترخاء.

حالات القلق

Anxiolytic

من الأدوية الواسعة الانتشار، أهم خطر هو الاعتماد الفيزيائي النفسي و متلازمة السحب.

التصنيف: ١- مشتقات البنزوديازيبين:

أ - ذات نصف العمر الطويل ب - ذات نصف العمر المتوسط

٢- الكاربامات: أهمها ميبرامات Meprobamat

٣- مضادات الهستامين: أهمها هيدروكسيزين Hydroxyzin

٤ - بيسبيرون

٥- المهدئات الكبرى بجرعات خفيفة كحالة للتلقمشتقات الفينوتيازين المهدئة

نعرض في الجدول التالي لمركبات البنزوديازيبام: نصف العمر و الجرعة اليومية:

الدواء	الذروة المصلية	نصف العمر سا	الجرعة ملغ/يوم
Bromazepam	سا٢	سا٢٠	١.٥-١.٨
Diazepam	١.٥-١.٥	٣٢-٥٠	٥-٦
Prazepam	٤-٦ سا	٦٥ سا	١٠-٤٠
Oxazepam	سا٢	٨-١٠	١٠-١٥٠
Lorazepam	سا١	١٢-١٥	١-٧.٥
Clorazepat	سا١	٤٠-٧٠	٥-١٥٠
Alprazolam	٢-٣ سا	١٢	١.٥-٦
Chlordiazopoxide		٢٥	٥-٢-٣٠
Medazepam		٢٠	١٠-٣٠
Nitrazepam	٢	٢٥	١٠-١٥

الحرائك الدموية وآلية التأثير :

تملك البنزوديازيبينات خمس مميزات:

- ١-أثر حال للقلق
- ٢-أثر مهدئ
- ٣-مرخي عضلي
- ٤-مضاد للاختلاج
- ٥-فعل موانع للنسابة

هذه الآثار تختلف بين مركب وآخر بحسب الجرعة ونصف العمر والاستجابة الفردية.

آلية التأثير: البنزوديازيبينات: يوجد في الدماغ مستقبلات خاصة للـ BZD تتواجد في القشرة الدماغية و الجهاز اللمبي. هذه المستقبلات ترتبط بشدة مع جهاز الغابا GABA، تفعيلها يفتح أفضية الكلور وبالتالي زيادة استقطاب العصيون. تحتوي هذه المستقبلات على أماكن خاصة للارتباط مع مستقبلات أخرى منها لمستقبلات البنزوديازيبين.

الأثر الحال للقلق يرتبط بانقاص مستمر للنشاط السيروتيني و/أو الأدرينالي في الجملة العصبية المركزية.

احتياطات الاستخدام: Precaution :

١-تعطى عند الاطفال و المسنين: لمدة قصيرة و بجرعة صغيرة مناسبة.

٢-المشاركة بين مركبات البنزوديازيبينات غير مفيد.

تحذيرات الاستخدام :

١-حدوث التحمل Tolerance: قد يحدث تحمل Tolerance (زوال الأثر الفعال) خلال (٣-١٤) يوماً وخاصة الأثر المهدئ وعلى الوظائف الاستعرافية، ولكن لا يزوال للفعل الحال للقلق. يتعلق التحمل والاعتیاد و الاضطراب المعرفي بنصف العمر القصير.

٢-الاعتماد Dependence: استخدم البنزوديازيبينات قد تؤدي إلى حالة من الاعتماد الدوائي الفيزيائي و النفسي .

يسوازر هذا الأثر العوامل التالية : نصف العمر القصير، الاستخدام لمدة طويلة (أكثر من ستة أشهر) ، المشاركة مع الكحول أو الباربيتورات ، عند المدمنين أو وجود سوابق إدمان، الجرعة العالية، اضطراب الشخصية .

٣-متلازمة الامتناع أو السحب: تتظاهر بعد الإيقاف الفجائي ، في حال وجود اعتماد ، بالأعراض التالية : أرق ، صداع ، قلق شديد، توتر الأم عضلية، رجفان ، اختلاجات ، أحيانا ارتباك وإثارة ، هياج ، تخطيط ذهني و ظواهر اهلاسية.

٤-ارتداد القلق Rebound: ظهور عابر لأعراض قلق حاد أو أرق لعدة أيام بعد الإيقاف الفجائي.

٥-النسوة Amnesia Anterograde: خاصة عند استخدام الدواء مساء ثم الاستيقاظ المبكر المفاجئ. قد تحدث نسوة ثابتة عند المسنين أو الكحوليين.

التأثيرات الجانبية Side Effet:

-التهذنة والاضطرابات الاستعرافية : تتعلق بالجرعة و الحساسية الفردية، و تتجلى: باضطراب الملكات النفسية الحركية ، نقص التيقظ ، النعاس ، الوهن بنقص المقوية العضلية ، قد تزول هذه الآثار خلال عدة أيام ، يسمح بقيادة السيارات إذا كانت الجرعة المسائية أقل من ١٠ ملغ ديازيبام.

-النسيان ، اضطراب الذاكرة ، تزول إذا أعطي الدواء لمدة قصيرة و بجرعة قليلة.

-الارتكاس التناقضي Paradoxale: خاصة عند الأطفال و المسنين ، يتجلى بالهياج والقلق و زيادة العدوانية و الارتباك و الإثارة أحيانا اهلاسات أو حالة تخطيطية واضطراب في الوعي.

-تشبیط التنفس و التهاب الوريد الخثري بالحقن الوريدي السريع.

-التخطيط الذهني أو الهياج خاصة عند المسنين بالجرعات العالية.

مضادات الاستطباب:

١-مضادات الاستطباب المطلقة:

-الحساسية للدواء -القصور التنفسي غير المعاوض.

-الوهن العضلي الوخيم بسبب الخواص المرخية.

٢- مضاعفات الاستطباب النسبية: القصور الكبدي، التنفسي، قيادة السيارات أو الآلات الخطيرة، الأثر التناقضي المعروف سابقاً، التأهب للإدمان، توقف التنفس النومي.

٣- الحمل و الإرضاع: الخطر المشوه غير أكيد (وإذا وجد فهو قليل جداً)، لكن يجب الحذر في ١/٣ الأول للحمل، إذا أعطيت يجب إنقاص الجرعة خاصة قبل الولادة خشية التثبط التنفسي أو متلازمة الطفل الرخو، يفضل الأدوية ذات نصف العمر القصير.

٤- المسنين: إن نقص الاستقلاب وقلّة الارتباط البروتيني يزيد الأثر الحر، لذا ننقص الجرعة حتى ١/٣ - ١/٢ مع الانتباه للسقوط و خطر كسور عنق الفخذ.

الاستطبايات:

١- اضطراب القلق بكل أشكاله:

أ- القلق المعمم مع تظاهراته النفسية أو الفيزيائية ب- القلق الارتكاسي و الحاد.

ج- اضطراب التلازم مع المزاج القلق. د- القلق ما بعد الرض.

خ- القلق في الأمراض الجسدية النفسية و في الحالات العضوية.

٢- الامتناع الكحولي، ٣- التشنج العضلي.

٤- الوقاية من الاختلاج الحاروري عند الأطفال و كمساعد في علاج الصرع.

طريق الإعطاء:

- الطريق الفموي: هو المفضل إذا أمكن وهو أسرع من الطريق العضلي.

- العضلي: امتصاص غير منتظم، غير كامل، بطيء، لذا يتأخر الاستجابة الدوائية، يستخدم عند الهلحاحين، لأن له ميزة الأثر النفسي للإبرة فقط.

- التسريب الوريدي لمشتقات الديازيبام: ممكن لعدة أيام في الحالات الحادة.

- مدة العلاج: يفضل أن تكون قصيرة قدر الإمكان:

١- نوبة القلق الحادة: عدة أيام.

٢- الوقاية من الهذيان الرعاش الكحولي لعدة أيام.

٣- الفطام الكحولي :عدة أسابيع.

٤- اضطراب القلق: ٤-١٢ أسبوعاً مع تخفيض تدريجي خلال شهر أو شهرين.

٥- حالات القلق المعمم: علاج طويل الأمد بإشراف اختصاصي.

كيف نصف حالاً للقلق:

١- البدء بجرعات قليلة ثم تزداد الجرعة بالتدريج إذا لزم.

٢- يجب إخبار المريض عن احتمالية الاعتياد و النعاس وعدم تناول الكحول والانتباه

لحوادث العمل.

٤- في حالات القلق الحاد: تعطي بنزوديازيبينات متوسطة نصف العمر ومهدئة، و في

حالات الهياج حقناً.

٥- نختار البنزوديازيبينات المديدة للحصول على أثر علاجي طويل وجرعة وحيدة في

الحالات المزمنة.

٦- إعطاء دواء واحد حال قلق .

٧- الإيقاف تدريجي مع إخبار المريض باحتمال ظهور بعض أعراض القلق العابرة

٨- تجنب وصف البنزوديازيبينات عند المسنين أو المهينين للإدمان.

طرق الإيقاف في حالات الإعطاء المزمن (لعدة أشهر):

- الإيقاف خلال ٣ أشهر .

- تخفيض ٢٥% كل أسبوع أي الإيقاف كاملاً خلال شهر في المعالجة الحبيثة والا ٤/

١-٢/١ حبة كل ١-٢ أسبوع حتى الانتهاء من الدواء

أدوية أخرى:

١- بوسبيرون Buspiron:

استخدم سابقاً كمضاد نعاس منذ عام (١٩٦٠)، يؤثر بآلية مضادة للدوبامين، ثم اكتشف دوره الحال للقلق، يؤثر بأنه شاد Agonist جزئي لمستقبلات السيروتونين ال HT-5 ١A وهو أول مهدئ له أثر سيروتونيني.

له فعالية ضد القلق، دون أثر مهدئ أو مرخي عضلي أو مضاد اختلاج ، لا يسبب إدمان ولا نسوة ، يحتاج لأسبوعين لظهور أثره العلاجي. لا يعطى في الصرع ولا القصور الكبدى أو الكلوي الشديد. لا يعطى للأطفال ولا في الحمل ولا الإرضاع.

٢- كاربامات: مايبامات

آلية تأثيره تشبه البنزوديازيبين. من تأثيراته الجانبية: النعاس النهاري شائع في بداية العلاج من تأثيراته الجانبية: الغثيان، الإقياء، الإسهال، الصداع، الدوار، الرنح، اضطراب المطابقة، تسممات جلدية ، له سمية كبدية وقلبية ودموية.

٣- هيدروكسيدين: مضاد هستامين : له فعل مهدئ شديد وأثر متوسط مضاد للسيروتونين و الكولين ،الفعل المضاد للقلق لا يمر عبر مستقبلات GABA إنما بتبادل مع BZD تأثيراته الجانبية: نعاس، جفاف فم، إمساك، احتباس بولي.

٤- حاصرات بيتا وخاصة بروبراتولول :

لها فعالية حالة للقلق خاصة الأعراض الجسدية العصبية النباتية : الرجفان، الخفقان، التعرق ، القلق المسبب لمرعة العبور المعوي.

مثال عن علاج نوبة قلق حادة: - ديازيبام حب: ٥ ملغ/حبة مساء لمدة أسبوع ثم

يوقف.

المعالجات النفسية

Psychotherapy

تهدف المعالجات النفسية إلى مناقشة أفكار المريض و انفعالاته واكتشاف مصادر الصراع و مساعدة المريض على التلاؤم مع المجتمع. قد تكون المعالجة النفسية فردية (أي معالج و مريض فقط) أو جماعية (عدة مرضى) .

سوف نستعرض أهم المعالجات النفسية الحالية باختصار.

١- التحليل النفسي: Psychanalite:

- التحليل النفسي النموذجي لفرويد (العلاج النفسي العميق) :

يتميز بأنه يحتاج الوقت الطويل (٤-٥) جلسات أسبوعياً ولعدة سنوات وأن يكون المريض ذا قدرة ذكائية جيدة، وأن يكون عمره أقل من ٤٠ سنة، ثم الإيمان التام بالمعالج.

المعالج النفسي ليس شرطاً أن يكون طبيباً نفسياً لكنه يحتاج إلى تدريب طويل.

- يتم التحليل النفسي بأن يضطجع المريض على سرير خاص ويترك يتكلم بالتداعي الحر (عدم منع أي شيء يأتي على ذهنه من البوح به).

تعتمد على اللاوعي، تفسير الأحلام، الجنسية الطفلية، الصدمات في الطفولة، النقد و التناقض و Transfert النقل أو التحويل. هذه الآليات تساعد المريض على تكرار المواقف الطفولية المكبوتة المسببة للصراع ثم تفسيرها بشكل مناسب.

من المدارس الأخرى في العلاج التحليلي النفسي: Adler، Bion...

٢- العلاج النفسي الداعم أو السطحي أو الهادف Supportive :

هي من أكثر الأشكال شيوعاً بسبب سهولتها وضرورتها استخدامها في الحالات الحادة، ويمكن أن تمارسها فئة كبيرة من الأطباء تهدف إلى التأثير على الأعراض و حل المشكلات الحالية و عدم التعمق في الصراعات الطفلية وتحليل الأعراض بشكل مبسط.

تتم على عدة جلسات و يمكن مشاركتها مع أشكال العلاجات الأخرى والأدوية.

المبادئ:

- ١- تفسير طبيعة الأعراض و شرحها و مناقشتها مع المريض والاهتمام بشكاية المريض و الإصغاء له جيدا .
- ٢- إيداء التجاوب الانفعالي مع المريض ومساعدته على تفريغ إنفعالاته واتخاذ موقف حيادي تجاه مشكلات المريض.
- ٣- تشجيع المريض على التلاؤم و التكيف و مساندته، و طمأنئته وتخفيف الخوف و التوتر، و دعمه على الارتباط بالواقع و البعد عن الخيال.
- ٤- للنصح و الإرشاد في حالات لجوء المرضى إلى السلوك الشاذ أو الانتحار كرد فعل للقلق،
- ٥- الإيحاء: بوضع المريض بحالة تقبل الإيحاء باستخدام سلطة الطبيب ثم السعي إلى تغيير نمط الارتكاس الانفعالي الشاذ للمريض.
- ٦- كذلك يمكن اللجوء إلى استخدام العلاقات الشخصية للمريض: الأهل، الأصدقاء...

٣- العلاج المعرفي Cognitive therapy

- الهدف هو إزالة الأعراض دون الغوص في الصراعات النفسية، والصدمات الطفلية.
- يهتم بالمشاعر وتجارب الفرد الذاتية، بالأعراض الواعية ويتوجه نحو تعديل هذه الأعراض وتصحيح التشوّه في النظم المعرفية (تصحيح الأفكار) ،تغيير نمط التفكير نحو الإيجابية بالمناقشة والمنطق عن طريق عدد من الجلسات العلاجية(١٢-١٦).
- مثال: كيف يكون التفكير في الاكتئاب مرضيا وطريقة تصحيحه :
- يستخدم المريض التسمية الخاطئة: توجيه الاستاذ النصح لطالبه المكتئب بسبب تأخره في دراسته قد يفهمها الطالب إهانة أو شتيمة.
- يلجأ إلى تعميم الزائد: فشل الطالب المكتئب المجد في أخذ الضغط لأول مرة تدعوه إلى وصف نفسه بالفشل وقلة الخبرة.

- مثال عن الاستنتاج الخاطئ أو التضخيم: عدم ابتسام رب العمل للموظف المكتئب تدفعه إلى تفسير خاطئ بأنه يريد فصله من العمل.

٤- المعالجة السلوكية Behavior therapy

يرتكز على نظرية المنعكس الشرطي لأن الأمراض النفسية هي عادات خاطئة تعلمها المريض للتخفيف من القلق والتوتر ومنه حدوث ارتباطات شرطية مرضية. يتوجه العلاج نحو إلغاء المنعكس المرضي وإقامة منعكس بديل سوي.

تفيد في تكبير اضطرابات القلق عامة.

الطرق العلاجية :

١- إزالة الحساسية التدريجي (Desensitization) أو التثبيط المتبادل: Reciprocal Inhibition العمل على إضعاف الصلة بين المنبه المولد للقلق و أعراض القلق وبالتالي إلغاء المنعكس المرضي بشرط أن يكون المريض بحالة من الاسترخاء التام.

إن إعطاء التنبيه بالتدريج، حتى الوصول إلى المنبه الأساسي و المريض بحالة من الاسترخاء لتجنب حدوث القلق: أي إزالة الحساسية البطيئة. يحتاج الاسترخاء إلى تدريب وتعليم وتمارين خاصة يتعلمها المريض وهو مضطجع ثم هو جالس ثم و هو واقف مع بعض حركات التنفس والأوضاع العضلية المناسبة، أو بمساعدة الأدوية المهدئة الموازنة على الاسترخاء.

تفيد في الرهابات المرضية: مثال عملي عن رهاب السباح:

تكرار الخروج حتى باب الشقة بمرافقة أحد الأشخاص حتى يستطيع الشخص عمل ذلك لوحده دون قلق أو أدوية أو استرخاء .

٢- الخروج حتى باب الشقة وحده من دون مرافق.

٣- الخروج من باب الشقة ونزول بعض درجات السلم مع مرافق ثم النزول وحده.

٤- الخروج من الشقة و السير حوالي ٤٠-٥٠ متراً في الشارع مع شخص وتكرره حتى شعور الشخص بغياب أعراض القلق ثم القيام بذلك منفرداً مع غياب أعراض القلق:

عندها يكون المنعكس المرضي قد تلاشى وحل محله منعكس سوي وهو أن الخروج من المنزل يبعث على الاسترخاء وليس على الخوف ،قد تحتاج العملية ٣-٦ أشهر .

مثال عن علاج رهاب الحيوانات: ١- رؤية صورة لعضو منه مع الاسترخاء ٢- صورة كاملة مع الاسترخاء بمراقبة شخص ثم نزيد المنبه للوصول إلى رؤية الحيوان كاملاً من دون قلق أو خوف.

يجب عدم التسرع في الانتقال من مرحلة إلى أخرى قبل زوال أي شعور بالقلق والاسترخاء الكامل خلال العلاج.

٢- الممارسة السلبية أو الكف الشرطي: Negative Practice : المبدأ إن تكرار الاستجابة شعوريا وإراديا لعادة أو فعل مرضي ما مع غياب المنبه الأساسي، يؤدي إلى أن يضعف الفعل عند وجود المنبه المرضي و يقلل من تأثيره اللاشعوري، يجعل هذه العادات أو الأفعال تحت التأثير الإرادي و ذلك بتعاون المريض وفهمه لآلية العلاج.

جربت هذه الطريقة في: العادة السرية، مص الإبهام، التلعثم، قضم الأظفار، العرات.

٣- العلاج بالنفور أو الكراهية: Aversion :

المبدأ: هو إعطاء منبه منفرد أو مؤلم [دواء،صدمة كهربائية] عند إحساس المريض باللذة الناتجة عند ممارسة الفعل الشاذ. يحتاج العلاج لعدة أشهر .

مثال عن تعاطي الخمر: نعطي حقنة من مادة مقبئة مثل أبومورفين قبل تناول الخمر ب ٢/١ أسبوعا . هذا الدواء يؤدي إلى الغثيان ضيق الصدر،مغص. يكرر هذا العمل لعدة أسابيع بعدها ينشأ منعكس شرطي منفرد.

الأدوية المستخدمة: أبومورفين،اميتين، الصدمة الكهربائية الخفيفة ، ديسيلفيرام.

تفيد هذه الطريقة في: الكحولية، شذوذ السلوك الجنسي، الاستجناس، الانقلاب الجنسي.

٤- تكوين المنعكس الشرطي الإيجابي: Positive Conditioning:

أهم استطباب لهذه الطريقة هو السلس البولي: نستخدم جهازاً له جرس مع بطارية، عند بدء تبول الطفل يحصل اتصال الدارة الكهربائية فيصدر الجهاز إنذاراً يوقف الطفل.

الفصام SCHIZOPHRENIA

يعتبر الفصام من أهم الاضطرابات النفسية خطورة لأنها تؤدي إلى عجز شديد وتدهور عميق في معالم الشخصية .

التعريف: اضطراب نفسي (عقلي) شديد يتميز بتفكك في وظائف الشخصية و الانسحاب من الواقع وعدم تناسق الوظائف النفسية مع اضطراب في التفكير و الإدراك و المشاعر و الإرادة...

وليس الفصام انقساماً في الشخصية، أو أن المريض له شخصيتان بل هو مريض يتظاهر بالتوهيمات أو الهلاسات ..

تاريخ الفصام : أول من وصف أعراض الفصام هو موريل عند مريض شاب ثم تلاه: كريبلن ١٨٩٩ E.Kraepelin : الذي لاحظ حدوث أعراض العتامة عند الشباب لذا سماه:

الخرف المبكر: الذي يتميز بالجمود Catatonia، الفند hebefrenia الخرف الزوراني dementia Paranoïdes و اضطراب الإرادة و المحاكمة.

بلولر E.Bleuler: ١٩١١ سماه الفصام ومعناه: Schiso الانقسام أو الانفصام و Phrenia العقل (إنفصام العقل) حيث حدد وجود :

- اضطراب الترابط Association

- اضطراب الوجدان Affect.

- الانطواء على الذات Autisme. - التناقض الوجداني. mbivalence

وسماها ال A.A.A.A المميزة للفصام.

- شنايدر (١٩٥٧-١٨٩١) Kurt Schneider: وضع الأعراض التالية للفصام (أعراض الخط الأول) :

١- الأهلاس السمعية التي تعلق على المريض.

٢- زرع الأفكار وسحب الأفكار.

٣- توهم التحكم أي أن المريض مسئول الإرادة.

٤- الإسهاب في الأفكار ٥- الإدراك التوهمي ٦- الأفكار المرجعية .

الانتشار والوبائيات:

-الوقوع Incidence: يظهر سنوياً ٢-٤ حالات فصام لكل عشرة آلاف شخص.

-الانتشار Prevalence: ينتشر الفصام تقريباً بنسبة ١% من السكان في كل الأعمار.

- الجنس: تتساوى الإصابة بين الرجال و النساء تقريباً.

- سن الظهور: يبدأ في سن المراهقة وحتى منتصف العمر، تحدث أكثر من ٧٠% من الحالات في الأعمار ١٥-٤٠ سنة. كما أنه قد يتأخر قليلاً عند النساء.

- المستوى الاجتماعي: يكثر في التجمعات وفي الطبقات ذات المستوى المتدني، لكن يعتقد أن المرضى ليسوا من الطبقات المتدنية أو الفقيرة لكن ينحدرون نحو المستوى الاجتماعي المتدني اقتصادياً واجتماعياً بسبب المرض وهذا ما يدعى بنظرية الانحدار «downward drift hypothesis».

-الفصل : - يظهر في أوائل الربيع والصيف.

- يكثر عند مواليد فصل الشتاء في نصف الكرة الشمالي ومواليد فصل الصيف في نصف الكرة الجنوبي [مما قد يوجه لسبب خمجي].

الأسباب: -هل الفصام مرض أم عدة أمراض؟؟.

-هل له سبب واحد أم عدة أسباب؟؟.

أولاً:العوامل الوراثية : أظهرت الدراسات أن التاريخ العائلي الفصامي يكون إيجابياً عند مرضى الفصام.

فيظهر عند التوائم الحقيقية : بنسبة ٤٠-٦٠%، وعند التوائم الكاذبة في ١٤% ، في الأخوة غير الأشقاء ٧%، وإذا كان الوالدان مصابين معاً فيصاب الأولاد بنسبة ٤٠-٤٥% أما إذا كان أحد الوالدين مصاباً فالنسبة هي ١٥-٢٠%.

يورث الاستعداد للمرض [ولا تورث حتمية ظهور المرض] الذي يحتاج إلى عوامل أخرى لظهوره ، فقد تكون الوراثة بمورثات متعددة النفوذية على الصبغيات ١٠-١١.....
لوحظ وجود بعض الأشخاص العابرة أو المتخلفين عقلياً بشدة في بعض عائلات مرضى الفصام.

ثانياً : الشخصية:

- يظهر الفصام على أرضية الشخصية الفصامانية Schizoid في ٣٠%.
- اضطرابات الشخصية الأخرى: يظهر الفصام عند ١٥% من الشخصيات الانطوائية.
- نجد اضطراب شخصية عند أقرباء الفصامين.
- التكوين الجسمي : يشاهد النمط النحيف و العضلي للمرضى أكثر من النمط المستدير الممتلئ.

ثالثاً: البيئة :

هناك عدد من الدراسات التي تعزو الفصام لاضطرابات في البيئة لكنها غير مثبتة.
وأيضاً سنجر : قال بأن الفصام هو امتداد لتفاعل: الوراثة مع اضطراب التفكير المكتسب من العائلة و الجو البيئي المناسب، لذا فإن ولد الفصامين سيء الحظ لأسباب التالية:
الوراثة، العائلة المضطربة المريضة ، والبيئة المساعدة المرسية للمرض.

رابعاً- الجهاز العصبي:

- نقص حجم الدماغ ووزنه بنسبة ٥% عن الأسوياء.

- نقص حجم الفص القلبي.

- توسع البطينات الجانبية والبطين الثالث خاصة في الحالات المزمنة مع ضمور
فسي القشرة الدماغية في ٤٠% من الفصامين. - توسع البطينات الجانبية والبطين الثالث،
شدوذ في تناظر المخ وتغيرات في كثافة الدماغ.*

٣ - صغر حجم كل من: الحصين، اللوزة amygdala والتلفيف جانب الحصين.

٤ - هناك اعتقاد بوجود أدية في العقد القاعدية (لأن هناك مشكلات حركية عند بعض
المرضى- أديات الفص الجبهي تفاقم من تطور الفصام.

خامساً- إلتشريح المرضي:

-غياب الدبق -نقص كثافة العصبونات وسوء توزيع الخلايا الهرمية في الحصين.

سادساً- الكيمياء الحيوية:

خلل في مستقبلات الدوبامين (D١-D٢-D٣-D٤-D٥):

خاصة مستقبلات الـ D٢ المتوضعة في الجهاز اللمبي الأوسط والجسم المخطط ،
زيادة فعالية الدوبامين (إما بسبب زيادة الإنتاج أو التراكم بسبب نقص الأتزيم المؤكسد) . أو
اضطراب في المستقبلات، يعكس هذا زيادة نشاط الدوبامين الذي قد يكون له دور في
سيطرة الأعراض الإيجابية في الفصام.

نظرية الرسائل الثانوية Second messagers: قد يكون السبب في الفصام خلل في
فهم الرسالة الثانية المنقولة بواسطة النواقل العصبية للعصبونات ما بعد المشبك.

- شدوذات في الفصوص الجبهية، تم إثباتها بوجود نقص استعمال الغلوكوز في
الفصوص الجبهية على (PET) Scans التصوير الطبقي بانبعاث البوزترون

سابعاً -مشكلات الحمل و الولادة: دللت بعض الدراسات على ارتفاع نسبة ظهور
الفصام عند المواليد الذين تعرضوا لرضوض أو نقص أكسجة ولادية.

ثامناً - أخرى :

١- العوامل الفيروسية: إن ظهور الفصام في أوائل الربيع وعند مواليد الشتاء يطرح
وجود سبب خمجي فيروسي للفصام.

ب- العوامل المناعية: وجد ارتفاع ال-IgG-IgM-IgA في المصل عند عدد من الفصامين.

بالإجمال لا يمكن القول بوجود سبب واحد بل اجتماع عدة أسباب و كل حالة قد يكون لها عدة مؤهيات فقد نجد شخصاً لديه الاستعداد الوراثي عالياً مع عوامل بيئية و اجتماعية جسيمة و قد نجد شخص تعرض لرضوض ولادية مع عوامل بيئية تساعد على ظهور الفصام دون القصة العائلية.

العوامل المطلقة :

من الصعب إيجاد علاقة ثابتة بين ظهور الفصام وأحداث الحياة المؤلمة ، فمن الشائع ازدهار الأعراض النفسانية الحادة بعد حادث راض ، لكن العلاقة السببية بينهما ليست أكيدة، قد يكون هذا المرض هو الشرارة إلى فجرت الاستعداد للمرض (القصة التي قصمت ظهر البعير).

بؤابر الفصام Prodromal :

قبل الحدوث النفسانية الأولى قد نجد فقدان الاهتمام بالعمل و النشاطات الاجتماعية و الشخصية ، أعراض قلق عام ، أعراض عزلة و أعراض اكتئابية ، الاستغراق الطويل في أحلام اليقظة، الاهتمامات الفلسفية الشاذة أو المتطرفة ، سلوك غريب (جمع النفايات) غالباً ما يتجنب المريض النشاطات الاجتماعية، يصنع القليل من الصداقات، المريض عادة هادئ، سلبي، أو سريع الغضب.

قد يبدأ بشكايات عضوية، وقد يظهر اهتماماً جديداً بالدين، الغيبيات أو بالفلسفة.

-طور البدء: غالباً ما يشعر المريض و بشكل حاد أنه غير سوي أو يتوقع حدوث شيء كبير (حرب عالمية...) أو أن يصاب بالارتباك (لايعرف ماذا يريد و لا ما يفعل، يسأل ماذا يحدث؟ هناك شيء غريب، الأشياء تتغير و لا أحد يجيب، لأن الآخرين لا يفهمون قصده، يتلوه حدوث الإدراك التوهمي (يشاهد جاره ينزل الدرج بسرعة فيدرك بشكل توهمي أنه مسرع لإخبار الشرطة عن المريض أو...)

هذه الأعراض قد تسبق الطور الحاد للفصام بفترة قد تكون طويلة.

الصورة السريرية والأعراض و العلامات:

أولاً: اضطراب التفكير: و هو الاضطراب الأساسي في الفصام و يصنف ضمن المجموعات التالية:

١- اضطراب التعبير عن الأفكار:

يعاني المرضى من صعوبة في الإفصاح عما يجول في ذهن من أفكار حيث يبدأ الخلل من تفكك بسيط في الأفكار وينتهي في اللاتربط أو انعدام الترابط التام بين الأفكار، صعوبة إيجاد المعنى بسهولة أو الإسهاب، امتزاج الواقع بالخيال أو بالتوهمات في نشاطات الحياة اليومية، استخدام التفكير التجريدي الحرفي للكلمات وفقدان المجاز (ما الذي أتى بك لرؤية الطبيب؟ تجيب المريضة «سيارة» أو صعوبة شرح القول: الذي بيته من زجاج لا يضرب الناس بالحجارة)، غموض التفكير حيث يكون الكلام متداخلاً له بداية وقد لا يؤدي إلى نهاية، اللعب بالألفاظ (إذا سئل عن صحة أولاده فقد يجيب: ماذا تقصد بالصحة)، فقر الأفكار الشديد، قد يضع المريض الأسباب محل النتائج أو بالعكس، أو التكلم بالأكغاز أو الإجابة عن السؤال بمؤال آخر. قد نجد في بداية الحالة تطايراً في الأفكار.

٢- اضطراب في مجرى التفكير: الذي قد يأخذ الأشكال التالية:

أ- توقف التفكير أو حصار التفكير.

ب- تباطؤ التفكير.

ج- ضغط الأفكار وصعوبة التعبير عن مكونات الفكر.

د- المواربة Tangentialit البدء بالرد بشكل منطقي، والابتعاد فيما بعد أكثر فأكثر عن نقطة البداية تقول المريضة: «سأخبرك عن الصداع في رأسي، لكن دعني أخبرك عن أشياء في رأسي، كأفكار عن الدين».

هـ- المواظبة Perseveration ترديد فكرة مراراً وتكراراً تقول المريضة: «إنني عاقلة.. إنني عاقلة.. إنني عاقلة.. فإني عاقلة».

٣- توهم التحكم بالأفكار أو ملكية الأفكار:

أ-سحب الأفكار أو سرقة الأفكار: يتوهم المريض أن أفكاره قد نزعت و سحبت من رأسه فيشعر المريض بالخواء الفكري وهذا يؤدي إلى شعور المريض بفراغ ذهنه من الأفكار.

ب-إذاعة الأفكار: يتوهم المريض أن أفكاره تذاغ على الملأ، و أن الآخرين يعرفون أفكاره، مما يؤدي إلى الشعور بالذعر و الخوف الشديد.

ج-غرز أو زرع الأفكار: يتوهم المريض أن أفكاره ليست له بل زرعت في عقله ، حيث يدعي المريض أنه لا حول له و لا قوة و أن الأفكار المزروعة هي التي تتحكم به.

٤-اضطراب محتوى التفكير:

أ-التوهمات: و هي الأشيع و قد نجد جميع أنواع التوهمات نذكر منها :

١-التوهمات الإضطهادية D.Persecution: توهمات المطاردة والتجسس والمراقبة.

٢-توهمات العظمة D.grandiose: الاعتقاد بأنه إله أو إنسان خارق.

٣-توهم المرض الجسدي: الاعتقاد بوجود مرض كالسرطان.

٤-التوهمات المرجعية أو الإشارة D. references: يعتقد المريض أن ما يحدث حوله يخصه بشيء و له علاقة بالحوادث الجارية تعتقد المريضة بأنه يتم مناقشة مواضيعها في برامج التلفزيون.

٥-توهمات النفوذ: اعتقاد المريض أنه تحت تأثير قوى خارقة أو سيطرة خارجية.

٦-توهمات العدم D.Nihilism: حيث يعتقد المريض أن جزءاً منه أو عضواً من جسمه مفقود .

٧-العشق التوهمي.

٨-توهمات الخيانة الزوجية أو الغيرة .

٩- التوهمات الدينية: تكثر التوهمات الدينية بين مرضى الفصام فقد يدعي أحدهم أنه نبي أو أنه المهدي المنتظر أو أنه يحمل رسالة تبشيرية لإصلاح المجتمع ثم يتصرف استناداً لهذه الأوهام.

١٠ - توهم المراقبة: اعتقاد المريض أنه مراقب من أشخاص أو جماعات أو أشياء غريبة.

١١ - توهم النسب أو البتوة: توهم في نسب المريض بأن أباه إنسان آخر أو أمه أو أولاده.

ب- الكلام و اللغة: قد نجد الاضطرابات التالية :

١- لغة شاذة أو جديدة غير مفهومة neologism.

٢- صدى لفظي: تكرار لكلام المتحدث من دون هدف.

٣- الخرس أو الصمات mutism : فقد التصويت بسبب نفسي.

٤- عشوائية الكلمات أو السلطة الكلامية (صف كلمات متناثرة).

ثانياً : اضطراب الإدراك:

أ- الأهلالات: Hallucination: هي إدراك حسي خاطئ من دون وجود منبه خارجي ومن دون شيء موجود (إدراك حسي لشيء غير حقيقي وغير موجود).

١- الأهلالات السمعية: أشيعها، تظهر و المريض بكامل وعيه، قد تكون خارجية بشكل أصوات صادرة عن غير ذات المريض (من المحيط ، من الباب...)، أو داخلية صادرة من أعماقه أو من أحد أعضائه (القدم، البطن...).

قد تكون مستمرة أو متقطعة، أصوات واضحة أو مبهمه، أصوات رجال أو نساء أو حيوانات، قد تكون هذه الأصوات بذاتة تعلق على سلوك المريض، أو تأمره، تشتمه، تلغنه، تنهيه، تأمره بالعمل الجنسي، و أحياناً محببة، تمدحه وتشجعه. يستجيب المريض لها بالكلام مع هذه الأصوات، أو بسد الأذن، وتسبب له توتراً أو هياجاً و عدوانية.

قد تكون الأصوات بصفة المخاطب (أهلالات الصوت الثاني: يسمع المريض صوتاً يقول له أنت حيوان، أنت نبي...) أو بصفة الغائب (أهلالات الصوت الثالث: هو نبي، هو مجنون...).

قد يسمع المريض صوت أفكاره (صدى الأفكار Thought Echo) وهذا مميز للفصام.

٢- الأهلالات البصرية: من الممكن أن تكون نقاطاً مضبوطة أو مبيضاً أو مشاهد وصوراً كاملة. حيث يشاهد المريض أجساماً أو أشكالاً مشوهة أو خيالات غريبة أو أشباحاً أو مسناطر للجن و الشياطين أو الملائكة... في مرض الفصام تكتسب الأصوات و الألوان شكلاً مميزاً أكثر حيوية أو شكلاً خاصاً بالمريض.

تكثر الأهلالات البصرية في الآفات العضوية العصبية.

لا بد من سؤال المريض عن إرتكاسه تجاه هذه الأهلالات وطريقة تعامله معها.

٣- الأهلالات الشمية: يشم المريض روائح متعفنة أو رائحة غاز أو رائحة عطرية

٤- الأهلالات الذوقية: يشعر المريض بطعم غريب، أو طعم غير موجود.

٥- الأهلالات اللمسية: الشعور بحركة النمل فوق الجلد أو مرور تيار كهربائي

تحت الجلد.

٦- الأهلالات الحركية: الإحساس بحركة الأمعاء أو المعدة...

ثالثاً: اضطراب الوجدان و المزاج:

١- تأخر الاستجابة الانفعالية: (يضحك للكمة في اليوم التالي).

٢- تبلد الوجدان: نقص الاستجابة الانفعالية و عدم الاهتمام بالمشاعر والأحداث سواء كانت حزينة أو سارة، عدم الشعور بالألفة مع الآخرين .

٣- التناقض الوجداني: يظهر بعض المرضى ارتكاساً انفعالياً شاذاً فقد يضحكون عند التحدث عن حوادث حزنة و بالعكس الحزن و الغضب عند ذكر بعض الأحداث السعيدة.

٤- تبدل المزاج السريع: بين المرح و الضحك أو الغضب و التوتر المفاجئ أو الحزن و البكاء .

٥- عدم التجاوب الانفعالي مع الآخرين .

٦- قد نجد بعض الأعراض الاكتئابية.

٧- الخوف الشديد و الرعب و القلق ترافق الاهلاسات أو التوهمات.

رابعاً: اضطراب الإرادة:

١- فقدان قوة الإرادة واتخاذ القرارات والسلبية مع أعذار واهية.

٢- الصلابة و العناد في الرأي . ٣- التردد: في العمل و المدرسة الزواج ...

٤- التغيير المتكرر للعمل للمدرسة... ٥- فقد المتعة و الدافع و الحافز و الطموح..

خامساً: الاضطرابات الحركية:

الأعراض الجامودية Catatonic:

- الذهول و السبات الجامودي Catatonic Stupor: تتراوح من قلة الحركة إلى الامتناع التام عن كل استجابة نفسية حركية.

- الهياج الجامودي C.Agitation : نوب من الإثارة و العنف مع العدوانية تجاه الذات أو الغير.

- النمطية: stereotypy: تكرار القيام بنشاط حركي بشكل شاذ دون هدف (حركات دون هدف).

- المعاندة أو السلبية: Negativisme رفض المريض القيام بنشاط حركي هادف، أو القيام بعكس ما يطلب منه. أحياناً رفض أي إستجابة للمنبهات الخارجية أو رفض الطعام و الشراب و الكلام.

- الصداء الحركي Echopraxia: تقليد الآخرين في حركاتهم.

- التكشير grimace : نشاط حركي شاذ في عضلات الوجه.

- التصنع: mannerism: المبالغة في أداء نشاط حركي هادف (مشيه خاصة).

- الجامود أو التخشب: catatonia: صلابة حركية شاذة (منظر الشخص المتجمد).

- المسرونة الشمعية Waxy Flexibility : والتوضع: اتخاذ وضعية ثابتة لمدة طويلة دون تعب.

--أعراض جسدية: اصفرار الوجه-سيلان اللعاب والمفرزات الدهنية والتعرق الغزير.

ساساً: اضطراب السلوك الاجتماعي:

هو نتيجة الاضطرابات السابقة و في المراحل المتقدمة نجد:

١-العزلة و الانسحاب الاجتماعي و الانطواء على الذات.

٢-فقدان العناية الشخصية:إهمال النظافة و الاهتمام الذاتي،لامبالاة بالأحداث اليومية من حزن أو فرح، سلوك غريب .

٣-نوبات من الهياج و العدوانية دون سبب واضح.

٤-فقدان المتعة و السطحية في النشاطات ...

٥-ترك العمل و الهامشية الاجتماعية، الاهتمامات الفكرية الغريبة والشاذة:(فلسفية، دينية، اجتماعية ،التطرف الفكري).

٦-سلوك جنسي شاذ مخالف :اغتنصاب ،انحراف ، استمراء...

٧-فقدان المهارات السابقة الاجتماعية و السلوكية.

سابعا: البصيرة

تضطرب البصيرة بشكل عميق وشديد.فينكر المريض مرضه و يرفض تناول الدواء و يدعي أنه غير مريض .

المحاكمة: قد تضطرب في بعض الحالات، و لكن غالبا ما تبقى سليمة.

تصنيفات الفصام:

هناك الكثير من التصنيفات القديمة مثلا:

١-الفصام الأساسي:التدهور التام و عدم الاستجابة للعلاج.

٢-الفصام الإرتكاسي: بعد رضح نفسي.

حسب الأعراض:

١-الفصام ذو الأعراض الإيجابيةPositives:كل ما أضيف على الصورة السريرية من أعراض: اهلاسات ... توهمات ... هياج...

٢-الفصام ذو الأعراض السلبية أو أعراض العجز Negatives:

كل ما حُذف من الصورة السريرية من أعراض : فقر كلام، نقص الدوافع و الإرادة، الانطواء، السلبية، الخمول، تسطح المزاج.

٣-الفصام غير المترابطDisorganise: يكثر فيه اضطراب التفكير والسلوك تصنيف منظمة الصحة العالمية:١٠.I.C.D.:(باختصار)

١-الفصام الزوراني: paranoid Schizophrenia.

٢-الفصام الشبائيHebephrenic Schizophrenia .

٣-الفصام الجاموديCatatonic Schizophrenia .:

٤-الفصام غير المميز: undifferentiated Schizophrenia.

٥-الاكتئاب ما بعد الفصام. Post-schizophrenic Depression

٦-الفصام المتبقي: Residuel Schizophrenia.

٧-الفصام البسيطSimple Schizophrenia .:

٨-أنواع أخرى .

تصنيف الوجدان الإحصائي التشخيصي الأمريكي DSM IV:

أ-الفصام الزوراني paranoid Schizophrenia

ب-الفصام الحدي أو غير المميز undifferentiated Schizophrenia

ج-الفصام الجامودي Catatonic Schizophrenia :

د-الفصام الفج غير المنظم Disorganized Schizophrenia

هـ - الفصام المتبقي Residuel Schizophrenia

و- أنماط أخرى

الأعراض النوعية في التشخيص:

١- غرر الأفكار، سحب الأفكار، إذاعة الأفكار، صدى الأفكار.

٢- توهمات النفوذ أو التحكم و المراقبة التي تتعلق بشكل واضح بحركات الجسم أو الأطراف أو الأفكار.

٣- أهلاسات سمعية فيها صوت أو عدة أصوات تعلق على سلوك المريض بشكل مستمر أو تتكلم عنه، أو أنماط أخرى من الأهلاسات السمعية صادرة عن أحد أجزاء الجسم.

٤- توهمات أخرى مستمرة غريبة و مستحيلة الحدوث : حول الهوية الدينية أو التوهمات الدينية أو السياسية..أو امتلاك قدرات خارقة(القدرة على التحكم بالمناخ أو التخاطر عن بعد).

٥- أهلاسات من أي نمط(غير سمعية) تترافق إما مع أفكار توهمية سريعة الزوال ، أو أفكار مستمرة مبالغ فيها كثيرًا..

٦- انقطاع أو تشوش في جريان الحديث[التفكير] أوفي تسلسل الأفكار مؤدية لكلام غير مفهوم ولا معنى له ،أو لغة جديدة.

٧- الأعراض الجامودية السلوكية:هياج ،مرونة شمعية أو توضع جامودي، سلبية أو ذهول جامودي .

٨- أعراض سلبية:خمول ،فقر الكلام و الحديث ، تبدلات وجدانية غير ملائمة.

٩- الفصام البسيط :تبدلات شاملة مستمرة ونوعية في السلوك: فقدان الدافع و المبادرة، سلوك دون هدف، انطواء على الذات و الاستغراق في التخيالات الداخلية، انسحاب اجتماعي: تستمر لمدة سنة في حالات الفصام البسيط .

معايير التشخيص:

١-وجود عرض واحد على الأقل شديد الوضوح [عادة اثنين أو أكثر إذا كانا أقل

وضوحا] في أي من المجموعات المذكورة أعلاه(الأعراض النوعية) من ١- ٤ .

٢- وجود أعراض من مجموعتين على الأقل من المجموعات ٥-٨.

٣- أن تكون هذه الأعراض موجودة بوضوح في أغلب الوقت خلال مدة شهر أو أكثر . ووجود الأعراض لمدة أقل من شهر سواء عولجت أو لم تعالج يعطى تشخيص أولي هو (هجمة ذهانية حادة) أو اضطراب ذهاني حاد فصامي الشكل Acute schizo-like psychotic disorder.

ثم إذا استمرت الأعراض لمدة أكثر من شهر يعاد تشخيصها كفصام.

الأشكال السريرية و أنواع الفصام:

أولاً: الفصام الزوراني أو البارانويدي: يعتبر من أفضل الأشكال إنذاراً لقلة تفكك الشخصية المرافق وقلّة نسبة التدهور الاجتماعي، تلعب الوراثة دوراً مهماً في الاستعداد المرضي، يبدأ حوالي سن الثلاثين عادة، يتميز تشخيصياً بعد تحقيق الشروط العامة لتشخيص الفصام [بالتهومات الزورانية بالدرجة الأولى و بالأهلاسات ثانياً و قلة ترافقه مع اضطراب الوجدان و الإرادة و اللغة:

١- اضطراب التفكير قد يكون شديداً في الحالات الحادة: التهومات الإضطهادية أو المرجمية أو العظيمة أو الغيرة.

٢ - الأهلاسات السمعية التي: تهدد، تأمر، أصوات صفير، ضحك، همس...

٣- أهلاسات شمعية أو ذوقية أو جسدية أو جنسية و نادراً بصرية.

السير السريري: يمر الفصام بنوبات من اشتداد الحالة (هجمات حادة) تتلوها فترات من الشفاء الجزئي أو الكامل، أو التطور المستمر المزمن مع تدهور الحالة العامة بشكل بطيء.

ثانياً: الفصام الشبابي أو الفندي Hebephrenic Schizophreni: أو فصام البلوغ أو المراهقة (عتاهة مبكرة)، يشيع عند الشخصيات الخجولة و الإنعزالية، يبدأ بين مبكرة (١٥-٢٥)، و يترقى ببطء، و ينتهي إذا لم يعالج بتدهور تام و تفكك بالشخصية.

يتميز بمايلي:

١- اضطراب التفكير بأشكاله السلبية: عدم الترابط، فقر الأفكار، فشل و تراجع دراسي..

٢- قلة أو انعدام الإرادة و السلبية والعزلة و الخمول.

٣- اضطراب الوجدان :تسطح أو تبدل الوجدان ،عدم التناسب الانفعالي.

٤- الاتهامات والإهانات إن وجدت فهي فقيرة المحتوى وعابرة.

٥- اضطراب السلوك، كالسلوك الاندفاعي، السلوكات الشاذة.

٦- قد يبدأ بأعراض جسدية كتوهم الأمراض العضوية .

- غالباً ما تحتاج لعدة أشهر حتى يتم التشخيص (٢-٣ أشهر) من استمرارية الأعراض.

ثالثاً: القسام الجامودي: أو التخشبي أو الكلتاتونيك:

يبدأ بسن متأخرة بعمر ٢٠-٤٠ سنة، يتميز بوجود عرض واحد على الأقل مما يلي:

١- الذهول أو السبات الجامودي: التي تبدأ من قلة الحركة إلى الامتناع التام عن الحركة.

٢- الهياج الجامودي : نوب من الإثارة والعنف مع العدوانية الشديدة.

٣- السلبية المطلقة: رفض أي استجابة للمنبهات الخارجية أو فعل عكس ما يطلب منه

٤- المرونة الشمعية: حيث يحتفظ المريض بوضعية خاصة يضعها شخص آخر وسهولة تغيير هذه الوضعية مثل عمود الشمع.

٥ -النمطية: تكرار القيام بحركات و أعمال بشكل رتيب.

٦- التوضع Posturing: اتخاذ وضعية ثابتة لمدة طويلة دون تعب.

رابعاً: القسام غير المميز: اضطراب ذهاني أو نفساني يتميز بأنه :

١- يستوفي الشروط العامة للقسام

٢- لكنها لا تنطبق على أي نوع مما سبق: كالزوري أو الشبائي أو البسيط ...

٣- بعد استبعاد القسام المتبقي و اكتئاب ما بعد القسام.

خامساً: الاكتئاب ما بعد القسام:

نوبة اكتئابية تطول مدتها بعد إصابة الشخص بالفصام المؤكد.

معايير التشخيص :

١- إصابة المريض بالفصام المشخص خلال الإثني عشر شهراً الأخيرة.

٢- لا تزال بعض الأعراض الفصامية موجودة.

٣- وكذلك بعض الأعراض الاكتئابية الوصفية و البارزة التي مضى على وجودها أسبوعين على الأقل.

سادساً: الفصام المتبقي: تدعى الأعراض والعلامات التي تحدث بين نوبات النفاس الحادة، تدعى بـ «المتبقية»، وتتضمن:

مرحلة متروكة ومزمنة من الإصابة بالفصام تتميز بسيطرة الأعراض السلبية للفصام: بطء نفسي حركي، قلة نشاط، تبدل الوجدان، انعدام المبادرة، فقر الكلام و التواصل الإيماني، فقدان العناية الشخصية والأداء الاجتماعي قصة سابقة للإصابة بالفصام المشخص .

- مضى مدة سنة على الأقل من تراجع للأعراض الإيجابية.

سابعاً: الفصام البسيط: من أصعب أنواع الفصام تشخيصاً بسبب غياب الأعراض الشديدة .

١- يبدأ بعمر مبكر بتصرفات غريبة ، عدم القدرة على مواجهة متطلبات الحياة، الإهمال الشديد، ويزحف ببطء حتى ينتهي بتدهور تام بالشخصية.

٢- وجود اضطرابات شديدة في الوجدان والإرادة دون أعراض جامودية أو توهمات أو أهلامات، قد نجد بعض الاضطرابات في التفكير، صعوبة التفكير التجريدي و صعوبة التركيز، يتميز بالعزلة وقلة الاختلاط، والخجل شديد، ندرة الأعراض النفسانية الإيجابية أو غيابها. يكثر عند أقرباء الفصامين، والمدمنين، والمجرمين والمنحرفين.

ثانياً : الاضطراب الفصامي الشكل:

Schizotypal-Schizophreniforme – Disorder

(الفصام الحدي، الفصام السابق للذهان أو اليادري، العصامي الكاذب، اضطراب الشخصية الفصامي)

حالة تتميز بسلوك غريب مألوف و شذوذ في التفكير و اضطراب في العواطف و الوجدان تشبه إلى حد ما الفصام دون أعراض فصامية نوعية . لا نلجأ لهذا التشخيص إلا بعد استبعاد وصعوبة وضع التشخيصات النوعية للفصام غالباً ما نجد الأعراض التالية :

- ١- وجدان بارد و متحفظ، انعدام المتعة.
 - ٢- مظهر خارجي أو سلوك يبدو غريباً أو شاذاً أو خاصاً.
 - ٣- فقر في التعامل مع الآخرين وميل للعزلة الاجتماعية.
 - ٤- أفكار زورانية أو إعتقدات غريبة لا ترقى للتوهمات: كالسحر أو القدرة الخارقة في السيطرة على الأشياء.
 - ٥- تكرار لأفكار وسواسية دون مقاومة داخلية لهذه الأفكار، مضمون الأفكار عدواني أو جنسي ، أو حول تشوه البنية و الشكل.
 - ٦- إغذاعات حسية و جسدية مع تجارب تهدد المحيط و الذات.
- يتميز التفكير و الكلام بالغموض أو التفصيل أو التعقيد أو المجازية و التكرار، لكن مع وجود الترابط و إمكانية الوصول للمعنى المراد .
- السير مزمن مع نكسات ، يكثر عند اقتراب الفصام من الدرجة الأولى، يجب أن تستمر الأعراض لمدة سنتين مع توفر (٣-٤) من الأعراض السابقة. لا ينصح بهذا التشخيص الأبعد في الاضطرابات السابقة وقد يكون جزء من الطيف الوراثي للفصام.

ثالثاً: النفاسات المزمنة غير الفصامية

الاضطرابات التوهمية المستمرة: الزوروية- البارانويا:

Persistent Delusional Disorders- paranoi

تتضمن مجموعة من الحالات الصفة الأساسية هي التوهمات دون إمكانية تشخيصها كاضطراب آخر، تستمر على الأقل ثلاثة شهور مع غياب أو ندرة الأهلانات أو أي اضطراب في الوجدان أو العاطفة أو الكلام أو السلوك، تبدأ في متوسط العمر وأحياناً مبكراً.

هذه التوهمات جيدة التركيب و الواضوح، من أهم أنواعها الاضطهادية، المراقبة، العظمة، النسب، تشوه الجسم، إصدار روائح خاصة، توهم أنه شاذ جنسياً، توهم الخيرة، قد نجد بعض الأعراض الاكتئابية، وقد نجد قصة شدة نفسية في السوابق.

هناك نوعين من التوهمات :

الاضطرابات التوهمية الحادة : حيث يتطور التوهم (الانتقال من الحالة السوية إلى النفاس الواضح) خلال مدة قصيرة ٢-١٢ أسبوع.

الاضطرابات التوهمية المزمنة المستمرة: التي تتطور خلال أكثر من ثلاثة أشهر .

أولاً: التوهمات الزوروية أو البارانويا

١- البارانويا Paranoia :: توهم متميز Differentiated يستقر غالباً على شخصية زوروية أو حساسة .هي توهم ينطور بدءاً من مقولات أو قواعد أساسية خاطئة (مسيطرة العنصر الآري على غيره) ، لا نجد غالباً أهلامات أو تدهور في الشخصية، التوهمات تكون جيدة التميز والترتيب Systematisé غالباً وحيدة الموضوع: توهم العظمة أو العنصرية : (عنصرية العسرق الآري عند هتلر) . تتميز شخصية المريض بأنها قوية، مسيطرة، طاغية، أنانية، الشك وعدم الثقة بالآخرين، ثم بعد فترة قد يصبح للمريض اتباع و ذو مذهب سياسي أو ديني خاص.

٢- التوهم التفسيري Interpretation D. : أو الجنون العقلاني : هو توهم جيد التمييز. قد يكون التوهم من مصدر داخلي أي أن المريض يفسر بعض الإحساسات الداخلية الجسمية تفسيراً يحمل معنى سيئاً (دس السم في الشراب).

أو تفسيراً اضطهادياً لظواهر من مصدر خارجي عن المريض (مثلاً ضجة في الشارع قد يفسرها بأنها إنذار بخطر) . يرتكس الشخص تجاه هذه التأويلات بالعدوانية أو العنف تجاه الشخص المتهم بالاضطهاد. مواضع التوهمات هي اضطهادية أو عظمة أو تبشير ديني..

٣- توهم العشق أو هوس الهوى Erotomania : هي توهمات يعتقد فيها الشخص (غالباً امرأة) بأنه محبوب من قبل أشخاص مرموقين اجتماعياً (رؤساء، أمراء، أثرياء، فنانيين..)، يكون هذا الحب شديداً و رومانسياً، فيما بعد قد تحاول المريضة الاتصال بعشيقها المزعوم عن طريق الرسائل أو المكالمات الهاتفية أو السفر لرؤية الحبيب...يصوغ المريض قصصاً وهمية حول عشقه عن طريق تفسيره للحوادث بشكل توهمي .

تمر الأعراض بثلاث مراحل:

أ- الأمل بقاء المحبوب و الاعتقاد بتحقيق السعادة الكبرى.

ب- الاستياء Depit من عدم تجاوب المحبوب.

ج- الحقد و الضغينة Rancune على الحبيب الذي ينتهي بالتهديد أو بقتل المحبوب.

٤- توهم الغيرة Delire de Jalousie : فيه يعتقد الشخص أن شريكه الآخر قد خانه في شرفه وأنه غير مخلص له، لذا يلجأ المريض للترصد والتجسس على شريكه و إجراء التحقيقات معه ، ويتخذ من مواقف عادية تافهة مصدراً لتوهمات و تفسيراته ، قد يلجأ لمراقبة الهاتف أو حبس الشريك في المنزل. يتطور إما نحو الادمان الكحولي أو العنف و الجريمة.

٥- توهم العظمة Delire de Grandeur : يعتقد فيه الشخص أنه يمتلك قوى خارقة أو مواهب متميزة أو أنه توصل لاكتشاف عظيم ، أو التخاطر عن بعد مع العوالم الأخرى.

٦- التوهم الجسدي Somatic D. : يعتقد المريض أن: روائح خاصة أو كريهة تنبعث من جسمه أو من جلده، أو من وجود حشرات تحت جلده ، أو من تشوه في جسمه ، أو تعطل في أحد الأعضاء كالدماع.

٧- التوهيمات الأخرى:

أ- توهيم المطالبة D Revendication : توهيم يعتقد فيه الشخص بأنه مهان و يطالب بشكل دائم بإرضاء رغباته ،لذا يقيم الدعاوى أمام المحاكم ضد أشخاص لم يسببوا له إساءة ويرفض أي قرار ضده

ب- توهيم أو عشق المثالية Idcaliste D : هو الشخص الذي يريد فرض قناعاته أو أفكاره المثالية (السياسية أو الدينية أو الاجتماعية) على الآخرين معتقداً أنه حامل لرسالة تبشيرية مثالية.

ج- توهيم النبوة أو النسب العنصري: توهيم بأنه حفيد ملك أو أرمقراطي..

د- توهيم الاختراع المجهول Inventeur : الاعتقاد باكتشاف شيء خارق (فيروس السرطان) و المطالبة بتسجيل الاكتشاف باسمه.

ثانياً - النفاس الاهلاسي المزمن Psychose Hallucinatoire Chronique

يظهر بشكل مزمن و أحيانا بشكل حاد ،عند النساء بعد سن الضهي والذكور البالغين (٣٠-٤٠ سنة). يتميز بوجود أهلاسات سمعية و حسية ذات محتوى حول الملكية أو النفوذ أو الاضطهاد ، دون أن ينتقد المريض هذه الاهلاسات ،ولكنه يرتكس تجاهها بالعدوانية. يتطور المرض نحو التكيس مع بقاء بعض الأصوات التي يتلامم معها المريض.

ثالثاً- النفاس التخيلي أو البارافرينيا Paraphrenia : (فصام الشخوخة)

تبدأ بسن متأخرة، بعد الأربعين بشكل مفاجئ أو مترق خلال سنوات، تكثر بين النساء. تتميز بالأهلاسات الجسدية و الحسية والتوهيمات الاضهادية والعدائية والشكوكية و العنصرية، التوهيمات الخيالية Fantasmatic حول دمار العالم أو النبوة أو القوى الخارقة و الخلق و الإبداع. الآلية الأساسية هي تخيلية (إمخينير) مع تخريف مهم ، أهلاسات نفسية حسية، آلية عقلية، يندمج المريض تماما مع تخيلاته

رابعاً: الاضطرابات النفسانية الحادة و العابرة

النوبة أو الهجمة التوهمية النفسانية الحادة

Bouffée Delirante Aigüe

Acute and transient Psychotic disorders

هو كسيان قائم بذاته في المدرسة الفرنسية، أما في الـ DSM IV فهو ملحق في الفصام حيث يعتبر اضطراب فصامي الشكل إذا استمر من شهر حتى شهرين أو اضطراب نفسي قصير الأمد إذا استمر بين ١-٣٠ يوم.

يتميز بظهور مجموعة من الأعراض الذهانية ذات البداية الحادة المفاجئة خلال ٢-٤ أيوما (قصبة رعد في سماء صافية): توهمات متعددة الأشكال والمحتوي و متبدلة من وقت لآخر و بين يوم وآخر، مع أهلاسات غزيرة ، اضطرابات سلوكية شديدة ، مع حالة انفعالية متبدلة ، عدم ثبات الأعراض وعدم تماسكها ، دون أي سبب عضوي أو دوائي أو إمكانية تشخيص أي مرض نفسي آخر.

يشيع التخلسيط الذهني و فقد التوجه المؤقت و غالبا ما يسبق النوبة كرب حاد (وفاة، انفصال من أسابيع ..) ، ويحصل الشفاء غالبا خلال أيام أو أسابيع.

هناك شكلان سريريان:

أ- اضطراب ذهاني أو نفسي حاد متعدد الأشكال دون أعراض وصفية للفصام.

ب- اضطراب ذهاني أو نفسي حاد متعدد الأشكال مع أعراض نوعية للفصام:

وهذا الشكل سوف يتطور نحو الفصام.

خامساً: الاضطراب التوهمي المحدث أو مشاطرة الذهان

Induced Delusional Disorder – Shared psycho.

حالة نادرة تتظاهر بان أحد الأشخاص الذين لديهم اضطراب ذهاني توهمي أصيل (توهمات حقيقية فصام أو غيره) يفرض توهمات ذاتها على شخص أو طرف آخر (أو أكثر) تسربط بينهما علاقة عاطفية قوية وتزول هذه التوهمات عند فصل الطرفين عن بعضهما، قد

تصيب أكثر من شخصين في الأسرة: شخص مهيم (هو مريض نفسي) و آخر متأثر معتمد سلبى. يساعد على ظهور الحالة العزلة الشديدة عن المحيط الخارجى.

سادسا: الاضطراب الفصامى الوجداني: Schizo-affective

اختلف في تصنيفه هل يقع ضمن الاضطرابات الفصامية أم الوجدانية، ولم يتفق حتى الآن هل الأصل هو الفصام أم الاضطراب الوجداني أو هو حالة انتلافية غير متجانسة لاضطرابين منفصلين. لكن التصنيف العالمى للأمراض ICD ١٠ افرد له فصلا بهذا الاسم.

ينتشر هذا الاضطراب بنسبة ٧% ويتميز بحدوث اضطرابات دورية تظهر فيها أعراض وجدانية و فصامية في نفس الوقت متساوية بالوضوح ومتزامنة بالتواجد بحيث لا تسمح النوبة الحالية بتشخيص فصام أو نوبة اكتئابية أو هوسية.

وحسب الصورة السريرية المسيطرة لدينا الأشكال التالية :

١- اضطراب الفصام الوجداني: نوع هوس: اضطراب تبرز فيه كل الأعراض الفصامية النوعية [واحد على الأقل: التوهيمات النوعية أو اضطرابات التفكير الأخرى] و أعراض الهوس في نفس الوقت: ارتفاع المزاج، أفكار عظيمة، فرط تقدير الذات، وزيادة النشاط. سيره السريري على المدى الطويل يشبه الاضطراب ثنائي القطب.

٢- اضطراب الفصام الوجداني: نوع اكتئاب:

وجود على الأقل لعرضين من أعراض نوبة اكتئابية وصفية وخاصة المزاج الكئيب، مع عرض واحد على الأقل من الأعراض الفصامية النموذجية. يشبه الفصام في سيره على المدى البعيد.

٣- اضطراب الفصام الوجداني: نوع مختلط .

التطور و السير السريري في الاضطرابات النفسانية:

إن تطور الاضطرابات النفسانية مختلف بين حالة وأخرى، ومن الصعب عند بدء الحالة معرفة سيرها السريري. يقصد بالشفاء هو تراجع الأعراض على المستوى السريري و الاجتماعي لمدة أربع سنوات.

— يحدث الشفاء التام و دون نكس في ٢٥% من الحالات تقريبا.

— يشاهد الشفاء الاجتماعي (أي مع وجود بعض الأعراض التي يمكن التلاؤم معها) في ٥٠% من الحالات تقريبا ، مع وجود بعض النكسات.

— ينكس الفصام دون علاج في ٧٥% من الحالات خلال سنة وفي ٨٠-٩٠% خلال سنتين، بينما مع العلاج يخفض النكس إلى ١٥-٤٠% خلال السنة الأولى.

— يستجيب حوالي ٧٥% من المرضى للعلاج بشكل جيد و ٢٥% من المرضى يستجيبون بشكل غير مقبول، مع تدهور مترقى في الحالة بعد كل نوبة.

— هناك بعض حالات الفصام المعتمد على الدواء بشكل دائم وبعض حالات من الفصام المعتمد التي لا تستجيب للأدوية في أقل من ٥-١٠%.

العوامل التي تحدد الإنذار و سير المرض:

١-العمر عند بدء المرض: كلما ظهر المرض بسن مبكر (بداية المراهقة) قلت نسبة الشفاء بسبب عدم نضج الشخصية. و على العكس في الأعمار الأكبر حيث تكون الشخصية قد تكاملت و نضجت فهذا يحسن الإنذار.

٢-الأعراض السريرية: يحسن الإنذار وجود:

- أعراض وجدانية واضحة وقوية . - الأعراض الإيجابية المسيطرة.

- نوع الفصام كالفصام الزورري و الجامودي. - تخطيط ذهني منذ البدء.

سبب للإنذار: - قلة الأعراض الوجدانية كتبدل الوجدان

- أعراض تبدد الذات والمحيط. - الفصام البسيط و الشبابي.

٣-شكل بدء المرض: ترتفع نسبة الشفاء إلى أكثر من ٥١% في البدء الحاد (أقل من ٦ أشهر) وتنخفض إلى ٢١% في البدء المزحف بشكل المزمن.

٤-العوامل المطلقة أو المؤهبة: وجود شدة أو عوامل مطلقة للمرض تحسن نسبة الشفاء بسبب أهمية العامل البيئي وزواله يؤزر في الشفاء.

ويمسئء للإنذار غسياب عوامل خارجية مؤهبة بسبب سيطرة العوامل الوراثية والبيولوجية في هذه الحالات.

٥- القصة العائلية : وجود سوابق عائلية للاضطرابات الوجدانية يحسن الإنذار، أما وجود تاريخ فصامي عديد فيقل نسبة الشفاء.

٦- الذكاء: كلما كان ذكاء المريض جيدا زادت نسبة الشفاء بعكس المتخلفين عقليا حيث يسوء الإنذار كثيرا.

٧- الشخصية: يتحسن إنذار المرضى ذوي الشخصية الميوية السابقة للمرض عكس مرضى الشخصيات الشبه الفصامية أو الانطوائية الهشة والحساسة.

٨- الاستجابة للعلاج و البدء المبكر به تحسن الإنذار عكس المقاومة للعلاج أو التأخر الطويل في بدء المعالجة.

٩- الحالة الاجتماعية العائلية: العائلات ذات التعبير الانفعالي الشديد تسيء للإنذار .

١٠- المسار الناكس للثوب ذو انذار افضل من السير المستمر المترقي.

١١- إمكانية وضع خطة علاجية شاملة: دوائية و نفسية و اجتماعية تحسن فرص الشفاء. أما غياب الإمكانيات المادية أو الإقتصار فقط على العلاج الدوائي غير الكافي فينعكس سلبا على المريض.

التشخيص التفريقي في الاضطرابات النفسية

١- أمراض الدماغ العضوية: أورام الفص الجبهي أو الصدغي، الصرع، أخماج الجهاز العصبي المركزي كالإيدز الدماغي.

٢- الهذيان الحاد Acute Delirium: يتميز باضطراب الوعي و القصة السريرية

٣- ذهان النفاس أو الولادة: يوجد قصة ولادة حديثة.

٤- الأدوية: يجب نفي تعاطيها قبل التفكير باضطراب نفاسي حاد وخاصة المهلوسات ل.م.د، كوكائين، الهيروئين، الأمفيتامين.

يتميز الذهان في هذه الحالات بـ :

أ-سرعة ظهور المرض ب-تشوش الوعي ج-الأهلاس البصرية د-القلق.

هـ-الاضطرابات الوجدانية: يميزها عن الفصام :

أ-سيطرة تبدل المزاج والوجدان على الصورة السريرية.

ب-النوبات الدورية للمرض. ج-البدء المتأخر للمرض.

٦-اضطرابات الشخصية:تبدأ منذ الطفولة و يرافقها أعراض خاصة بكل حالة.

الإجراءات التشخيصية في الاضطرابات النفاسية:

لا يوجد إجراءات تشخيصية خاصة تؤكد المرض حتى الآن و التشخيص يبني اعتماداً على وجود أعراض سريرية تحقق المعايير التشخيصية . و بقصد نفي الإصابات العضوية يمكن إجراء :

١-تصوير طبقي محوري أو الرنين المغناطيسي للدماغ.

٢- تخطيط الدماغ الكهربائي...

٣- عند التوجه نحو أي إصابة عضوية يجب إجراء الاستقصاءات اللازمة لذلك.

الوقاية:

١-هل يمكن الوقاية من الفصام؟ وإذا منعنا زواج المهيئين وراثيا هل ستخفض نسبة الفصامين في المجتمع؟ الجواب غير واضح. (فقد قتل هنكل كل الفصامين و منع تزاوجهم و إنجابهم لكن هذا لم يقلل من نسبة الفصام في المجتمع الألماني).

٢-الموقف المتخذ اتجاه استشارة الزواج من الفصامين:

أ-المحافظة على السر الطبي.

ب -النصيحة بعدم زواج الأقارب عند وجود سوابق عائلية للفصام.

ج-رعاية الأطفال عند زواج شخص من آخر في سوابقه نوبة نفاسية أو فصام.

٣-في حال الشخصيات المرضية المؤهلة أو اضطراب الشخصية :

- يجب إجراء التأهيل المهني المناسب لهذه الشخصيات بالبعد عن الشدائد.

- التشجيع الدائم على الاختلاط بالواقع و المشاركة في النشاطات العامة.

- الابتعاد عن التخييلات و العزلة و النشاطات الشاذة.

٤-العناية الاجتماعية و العائلية المناسبة:

- تأمين جو من التماسك العائلي المملوء بالدفاء و العاطفة و البعيد عن الخلافات و المشاكل و التنافر العائلي و الطلاق .

-الاهتمام التربوي و النفسي بالأطفال منذ الصغر .

تدبير ومعالجة الفصام:

إن تدبير و معالجة الفصام تحتاج للخبرة و الصبر من قبل كل من : الطبيب و المريض و العائلة و المجتمع. لذلك لابد من وضع خطة علاج تطلّ الجوانب الطبية النفسية و الاجتماعية للمريض و النواحي الإنسانية والاقتصادية...

- التدابير العلاجية :

١-الاستشفاء ٢-العلاج الدوائي ٣ -العلاج النفسي الاجتماعي التأهيلي

٤ - المعالجة بالتخليج الكهربائي (Electro-Convulsive-Therapy ECT) أو

المعالجة المنظمة لكهربائية الدماغ Brain-Synchronizing-Therapy B.S.T

الاستشفاء: يستطب إدخال المريض المشفى سواء بشكل طوعي بناء على موافقة المريض أو بشكل إلزامي إذا رفض المريض و كانت حالته تشكل خطراً على حياته أو على الآخرين وتستدعي الاستشفاء.

١-الهجمة التنفسية الأولى:

- من أجل منح المريض الأمان و الطمأنينة و حمايته في المرحلة الحادة.

- إراحة الأهل وتخفيف ارتكاسهم.

- عزل المريض عن المجتمع في المرحلة الحادة تجنباً من وصمة العار (مجنون).

٢-الفصام الحاد الجامودي. ٣-محاولات الانتحار المتعددة.

٤-فقد البصيرة. ٥-العوانية الشديدة ، الهياج الشديد.

٦-السلوك الشاذ اجتماعيا. ٧- تدهور الحالة العامة واستحالة العلاج المنزلي.

العلاج الدوائي: يقبل غالبية المرضى الدواء إلا إذا فقدت البصيرة.

نعطي المهدئات الكبرى أو مضادات النفاس أو الذهان Antipsychotic-

مبادئ عامة: (راجع بحث المهدئات الكبرى):

- يمكن أن تعطى هذه الأدوية حقنا و لعدة أيام وذلك في المرحلة الحادة أو عند رفض المريض تناول الدواء فمويا ، و أحيانا بجرعات عالية من أجل تهدئة المريض و تخفيف الهياج والقلق ، و لأكثرها المضاد للذهان ، ثم تنتقل للطريق الفموي بالجرعات العلاجية .

- يفضل دوماً إعطاء دواء واحد مضاد للنفاس، لكن يمكن مشاركة أكثر من دواء.

-الانتباه للتأثيرات الجانبية العصبية و الودية ونظير الودية.

-عدم إعطاء مضادات باركنسون بشكل روتيني للوقاية من التأثيرات الجانبية العصبية وخاصة التأثيرات العصبية خارج الهرمية.

-نختار الدواء حسب :

١- الصورة السريرية: هياج ، سيطرة الأهلـاس ، أو التوهـمات، أو الأعراض السلبية

٣-الخبرة الشخصية للطبيب بكل دواء.

٣-سوابق المريض الدوائية و المرضية.

-مدة المعالجة: -هجمة ذهانية أو نفاسية حادة: من ٦-١٢ شهر.

- نوبة الفصام: من ١٢-١٨ شهر بجرعات علاجية.

-قد نعطي جرعة الصيانة لمدة ٣- ٥ سنوات.

-تعتبر المعالجة بالحقن المديدة هي المفضلة عند عدم مطاوعة و التزام المريض

بالعلاج (حقنة عضلية كل ٢-٤ أسابيع).

- بعض المرضى يحتاجون لجرعات عالية دائمة.

- تقوّل عن المقاومة للعلاج: بعد مرور ٢-٣ أسابيع من بدء العلاج دون تحسن بجرعات مناسبة (عندها نبدل الدواء لمجموعة دوائية أخرى).

- للمطالعة: مثال عن وصفة لمعالجة نوبة ذهانية حادة مع املاسات وتوهّمات و هياج:

١- مضاد نفاس: هالوبيريدول حقن عضلي ٥-١٠ ملغ/٨سا لمدة ٣-٦ أيام ثم عن طريق الفم ٢٠-٤٠ ملغ /يوم.

٢- مضاد نفاس مهدئ: كلوربرومازين حقن أو عن طريق الفم ٢٠٠-٦٠٠ ملغ/يوم.

٣- مهدئ بنزوديازبين: ديازيبام ١٠-٦٠ ملغ/يوم.

٤- إذ أحدثت تأثيرات خارج هرمية: مضادات باركنسون التركيبية بنز هكسول ٥-١٥

نستمر بالعلاج مع المتابعة الدورية تسعة أشهر وللصيام سنة و نصف.

المعالجة النفسية والاجتماعية والداعمة والتأهيلية:

١- العلاج بالتحليل النفسي: غير مفيد في المرحلة الحادة.

٢- العلاج النفسي الفردي : إقامة علاقة إيجابية جيدة مع المريض.

- عدم موافقة المريض على توهّماته وعدم معارضة كذلك.

- منح المريض الثقة بنفسه بعد شفائه و إبعاد الوصمة عنه.

- تشجيع المريض وتجنبيه الاتجاه نحو العزلة.

- الإصغاء الجيد للمريض و لأهله و دعمهما نفسياً.

٣- العلاج النفسي الجماعي: في المستشفيات أو في مراكز العلاج الخاصة مع مرضى آخرين.

٤- العلاج النفسي الأسري: ويدور حول:

- شرح طبيعة المرض المزمنة للأهل وضرورة تقبلهم للمرض.

- ضرورة تحمل الأهل بعض التصرفات الغريبة من المريض وعدم الطلب منه أكثر من طاقاته.

- قيام الأهل بتشجيع المريض على العمل المناسب لقدراته وإمكانياته الحالية.

- التأكيد على الالتزام بالدواء.

- استخدام مبدأ المكافأة والعقاب عند الضرورة.

٥- العلاج المهني والتأهيلي: تعليمه المهارات اليدوية والسلوكية والآداب العامة، مهن يدوية، طباعة، موسيقا... وذلك ضمن خطة علاجية (هو علاج وليس ملئ وقت المريض).

٦- العلاج المجتمعي Society : يقوم به مرشدون نفسيون لمتابعة المرضى، تأمين مراكز مكنية خاصة للمرضى المزمنين.

المعالجة بالتخليج الكهربائي (Electro-Convulsive-Therapy ECT) أو المعالجة المنظمة لكهربائية الدماغ (Brain-Synchronizing-Therapy B.S.T)

لقد تطور علاج الفصام بجلسات التخليج الكهربائي (الصدمة الكهربائية) حيث أصبح يجرى بأجهزة دقيقة وتحت التخدير العام القصير الأمد مع إعطاء المرخيات العضلية.

الإستطبايات: ١- الفصام الحاد أو للتوب النفسانية الحادة مع سيطرة للتوهمات أو الهلاسات.

٢- الأعراض الوجدانية الشديدة ٣- الفصام الجامودي.

٤- وجود أعراض شديدة مثل الانتحار.

٥- عدم استجابة الأهلانات والتوهمات للعلاج الدوائي.

٦- سوء الحالة العامة مع تهديد للحياة .

قصص سريرية للمطالعة:- يقول السيد/خيرقان/ ٢٥ سنة ، انه التقى مع زعيم الجن /الزيسرقان/ في صحراء سيناء، منذ أكثر من شهرين، وتداولاً الحديث حيث أعطى هذا الجان للمريض قدرة على معرفة الغيب ، ثم قام الجان بغسيل دماغ المريض و أعطاه كلاماً جديداً و أفكاراً جديدة وحمله مسؤولية التبشير بثقافة جديدة في العالم (العولمة) ووضعه تحت سيطرته

ونلقي التعليمات من الجنى، خلال حديث المريض تكلم بلغة الفراعنة (حسب قوله)، لاحظ
الأهل أن لديه نوب من البكاء والضحك دون سبب.

٢- امرأة ٢٨ سنة تشتكي منذ أشهر من سماع أصوات تهددها بالموت قادمة من
السقف ترسل لها أمواج ضارة تشاهد المريضة انعكاس هذه الأمواج في أشباح ليلاً هذه
الأشباح تعرف أفكارها و توزعها على وسائل الإعلام: قدمت شكوى للبوليس حول هذه
المشكلة، الفحص السريري سوي.

المهدئات الكبرى - مضادات النفس أو الذهان

Neuroleptiques- Tranquillisors Major - Antipsychotique

تاريخياً: أول دواء تم تركيبه هو - كلوربرومازين (لارغاكثيل ١٩٥٠ فرنسا)
- هالوبيريدول ١٩٥٨ - ثيوكزانتين ١٩٥٩ - كلوزابين ١٩٦٦ - بنزاميد ١٩٦٨
التركيب الكيميائي:

أولاً: - الفينوتيازينات: - كلوربرومازين (لارجاكتيل) ٥٠ - ٦٠٠ ملغ /يوم
- فلوپينازين (موديكيت) - تيوريدازين

ثانياً: - البيتيروفينون: هالوبيريدول: ١٠ - ٦٠ ملغ /يوم.

ثالثاً: - ثيوكزانتين: - فلوپنتيكزول (فلونكسول) - زيكلوبنتيكزول (كلوبيكسول)
رابعاً: - بيموزيد ٤ - ١٢ ملغ.

خامساً: - مولبيريد (دوغماتيل)، أمسولبيريد.

سادساً: - أولانزابين (زيبريكسا) ٥ - ٢٠ ملغ /يوم.

سابعاً: - كلوزابين (ليبونكس) ٢٠ - ٦٠٠ ملغ /يوم.

ثامناً: - ريسيردون (ريسبردال) ٢ - ١٢ ملغ /يوم.

تاسعاً: زيبرازيدون عاشر: اريبيرزول

الأشكال الدوائية: مضغوطات - نقط فموية - حقن عضلية عادية.

- حقن ذات تأثير مديد (هالوبيريدول - موديكيت - فلونكسول - كلوبيكسول)

آلية التأثير: تؤثر هذه الأدوية على المستقبلات التالية:

أولاً: - المستقبلات الدوبامينية: يوجد حالياً خمسة أنماط تصنف ضمن مجموعتين:

١- مستقبلات: D١ - D٥: تأثير إيجابي مقترن مع الأدينيل سيكلاز

٢- مستقبلات D٢-D٣-D٤: ارتباط سلبي مع الأدينيل سيكلاز، وهذه المجموعة أكثر دراسة، وجد علاقة بين الألفة والجرعة الفعالة.

D٣- يتواجد في الجهاز اللمبي له دور في مراقبة الانفعالات و العمليات الاستعرافية.

D٢-D١ الأكثر انتشاراً - D٤-D٥ قليلة الانتشار جداً.

- هذه المستقبلات قد تكون:

- قبل مشبكية Presynaptique تتوضع على المحور العصبوني.

- أو بعد مشبكية Postsynaptic تتوضع على جسم العصبون.

- أو مستقبلات ذاتية Auto-receptor: من نوع D٢-D٣ فقط. تتوضع على العصبونات الدوبامينية ووظيفتها تثبيط تركيب و تحرير الدوبامين.

ثانياً : جهاز الاستيل كولين: ١- تأثير غير مباشر: إحداث عدم توازن بين الاستيل كولين و الدوبامين في الجسم الشاحب والمادة السوداء لصالح الاستيل كولين؛ باركنسونية

٢- تأثير مباشر: حصار المستقبلات الكولينرجية الموسكارينية المركزية و المحيطية.

ثالثاً: التأثير المضاد لمستقبلات الأدرينالين ألفا: مختلف بين مركب وآخر

رابعاً: تأثيرات أخرى: - فعل مضاد للهيستامين H١ .

- السيروتونين: HT٥ حديثاً كما في Risperdone- Clozapin

الآثار السريرية والسلم الزمني للتأثيرات:

١- الأثر المهدئ:

- انخفاض في الفعالية النفسية الحركية أي الهياج: بعد ساعات

- بدء الأثر المضاد للقلق: ٢-٣ أيام

- تراجع المزاج المرتفع: ٢-٨ أسابيع بحسب الشخص والجرعة.

٢- الأثر المضاد للذهان أو للأعراض الإيجابية : -النفاسات الحادة: يظهر خلال الأسبوع الأول ،الفعل المضاد للأهلاس هو الأول بالظهور والأوضح والأكثر شفاءً،بينما الأثر المضاد للستوهم قد يحتاج إلى (٢-٣)أسابيع. يعزى هذا الأثر للحصار في مستقبلات الدوبامين ما بعد المشبك في ال-Meso-limbo-corticaux

-في الفصام يحتاج الأثر الحال للهلاس و المتوهجات لأسابيع

٣-الأثر الحاث:المضاد للأعراض السلبية:الانعزال الاجتماعي الشديد.يحتاج إلى ١-٤ أشهر مع معالجة داعمة نفسية واجتماعية.

يعزى إلى الحصار في المستقبلات الدوبامينية قبل المشبك في ال-Meso-limbo-corticaux بسبب نقص فعالية هذه الطرق.

استطبابات المهدئات الكبرى

يمكن وصف المهدئات الكبرى:

- كجرعة وحيدة في الحالات الإسعافية.

- فترة قصيرة ٤-٨ أسابيع للحالات النفاسية العابرة.

-أكثر من ثلاثة أشهر : النفاسات وهو الاستطباب الأساسي.

الاستطبابات وفق الأمراض :

-الفصام و الاضطرابات النفاسية بكل أشكالها.

-الهياج الحاد بكل أسبابه : كلور برومازين.

-القلق المزمن -الأرق المعد: جرعات قليلة -التخلف العقلي

-الهذيان الحاد أو التخليط الذهني العضوي المنشأ.

-الإدمان:قدمت المهدئات الكبرى حلاً بديلاً لـ BDZ بعدم إحداثها للإدمان، تعطي

لمدة قصيرة

-اضطرابات الشخصية: خاصة في حالات الشدة المترافقة مع القلق أو كعلاج على المدى البعيد.

مضادات الاستطباب :

١-مضاد الاستطباب المطلق الوحيد هو الحساسية للدواء.

ب-محاذير الاستخدام: مضادات الاستطباب النسبية:

١-الإصابات العصبية:باركنسون.

٢-الصرع ٣-الوهن العضلي الوخيم ٤-الزرق مغلق الزاوية.

٥-الورم الغدي البروستاتي ٧-التجفاف، الحميات، سوء التغذية.

٨-الحمل ، المسنين توصف بحذر .

التأثيرات الجانبية:

أولاً: نفسية: ١-متلازمة السلبية، لامبالاة عاطفية.

٢ -أعراض اكتئابية على المدى الطويل.

ثانياً: عصبية:

١-أعراض خارج هرمية : أهم التأثيرات الجانبية: عسر حركة حاد باكراً: حركات لا إرادية في اللسان و الوجه و الرقبة ،نقوس ظهري قطني، صعوبة بلع، نوب حركات عينية شاذة

٢-فرط الحركية: الزلزال(الحوصان)، عدم الثبات.

٣- أعراض خارج هرمية متأخرة أو عسر حركة متأخر: حركات شاذة لا إرادية في الوجه و الفم و اللسان. وقد تظهر متلازمة باركنسونية دوائية على المدى الطويل.

ثالثاً: غدية واستقلابية:-فرط البرولاكتين: ،انقطاع الطمث، سيلان الحليب ، التثدي.

-زيادة الوزن، فرط الشهية، إمساك. نقص ألعاب و جفاف الفم.

- تراجع الوظيفة الجنسية:عنانة ،اضطراب نفق و القذف.

رابعاً: عامة: -متلازمة فرط الحرارة الخبيثة بسبب مضادات الذهان.

-هبوط ضغط انتصابي ، زيادة ضغط العين أو زرق، احتباس بولي

،حماسية ضيائية.



الفصل الرابع

الإضطرابات المزاجية (الوجدانية)

Mood(affectives) disorders

مقدمة:

— الوجدان: Affect كل ما يوجد في النفس من مشاعر سواء أكانت مرغوبة كالسرور والمودة والرحمة أو منبوذة كالحزن والغضب والخوف. يستخدم لوصف مختلف المشاعر النوعية الموجهة نحو الأشياء .

— المزاج: mood: المشاعر طويلة البقاء. أو هو الانفعال المستمر والمستقر الذي يعاني منه المريض ، وينعكس ذلك على السلوك و التعامل مع المحيط. فإذا كان المزاج كئيماً فكل شيء حزين وإذا كان فرحاً فكل شيء جميل، والذي يعبر عنه (الميلوك) المريض ويراه الآخرون بتظاهراته الخارجية.

التصنيف: تعددت تصنيفات الاضطرابات الوجدانية الانفعالية وهذا يدل على سطحية معرفتنا بها، نذكر منها:

أولاً: ١- اضطراب انفعالي أحادي القطب

٢- اضطراب انفعالي ثنائي القطب.

ثانياً : ١- اضطراب انفعالي أولي .

٢- اضطراب انفعالي ثانوي.

ثالثاً: ١- اضطراب انفعالي ارتكاسي.

٢- اضطراب انفعالي داخلي.

رابعاً: -التصنيف الحيوي:

أ- بحسب التبدلات البيولوجية في المشبك العصبي.

ب- بحسب الاستجابة للدواء

خامساً: D.S.M : IV الأمريكي the Diagnosis and Statistical Manul of Mental Disorders ويضم :

١-اضطرابات المزيج أو ثنائي القطب :

أ- الاضطراب المزيج ب- ثورية المزاج ج -الاضطراب غير المحدد.

٢-الاضطرابات الاكتئابية :

أ-الاضطراب الاكتئابي الكبير ب -تعدد المزاج.

ج-الاضطراب الاكتئابي غير المحدد.

سادساً: تصنيف منظمة الصحة العالمية العاشر ICD:

International Classification Disorder

- تصنيف اضطرابات الوجدان أو المزاج: (باختصار)

١-نوبة هوس: -خفيفة - متوسطة - شديدة

- هوس من دون أعراض نفسية - هوس مع أعراض نفسية

٢-الاضطراب الوجداني ثنائي القطب: يسمى بحسب النوبة الحالية: هوس أو اكتئاب

٣-النوبة الاكتئابية : - خفيفة - متوسطة - شديدة

- من دون أعراض جسدية

أو- مع أعراض جسدية(أو الأعراض الجسدية أو السوداوية)

- دون أعراض نفسية أو - مع أعراض نفسية

٣-الاضطراب الاكتئابي المتكرر أو المعاود.

٤- الاضطرابات الوجدانية المستمرة.

أ- دورية المزاج ب- عسر أو تعكره المزاج.

٥- أشكال أخرى.

الانتشار :

تعد اضطرابات المزاج من أكثر الأمراض النفسية شيوعاً حيث قدرت منظمة الصحة العالمية نسبة انتشار الاكتئاب في العالم بنحو ٤-٥% الاضطرابات الوجدانية المزاجية بنحو ٥-٧%

إن العوامل البيئية تساعد على زيادة الانتشار ، حيث يتوقع العلماء زيادة الاضطرابات الوجدانية نظراً لزيادة عمر الإنسان، وكثرة الأمراض الجسدية، قلة التكافل الاجتماعي، قلة السوازع الديني و التدني الأخلاقي، وسيطرة الأنانية والفردية على المجتمع وبالتالي تأثير هذه العوامل على التكبير و الدعم النفسي والاجتماعي العلاجي .

تشكل الأمراض المزاجية [الاكتئاب -عسر المزاج ودورية المزاج والهوس....] نسبة عالية من المراجعين في العيادات النفسية بين ٦-٢٠ %.

لوحظ أن الاضطرابات الوجدانية يزيد انتشارها بين الطبقات المتفككة عكس الفصام ، تسدل الأبحاث الحالية أن نسبة الانتشار متقاربة عند الجنسين، وتحدث بعمر الشباب ٢٠-٣٥ سنة .غالباً ما نجد عاملاً مطلقاً.

الأسباب:

١- العامل الوراثي: يلعب العامل الوراثي دوراً مهماً في نشأة الاضطرابات الوجدانية خاصة ثنائية القطب (تعطي الاستعداد للإصابة)، في دراسة التوائم الحقيقية تظهر الإصابة في ٦٨ %، وفي التوائم الكاذبة بنسبة ٣٠%، وإذا كان أحد الوالدين مصاباً بالاكتئاب فالنسبة بين الأبناء نحو ١٢% . إن الإصابة تتعلق بمورثات سائدة ذات نفوذ غير كامل تعطي الاستعداد للإصابة .

الأبحاث الحديثة أظهرت وجود علاقة غير واضحة بين الفصام والاضطرابات الوجدانية وأن الزواج بين الفصامين ومرضى الاضطرابات الوجدانية يخلف أولاداً لديهم إما فصام أو اضطراب أو وجداني أو الاثنين معاً.

كذلك وجد ارتباط بين الاضطرابات الوجدانية و بعض الأمراض الجسدية: ارتفاع الضغط الدموي، أمراض الشرايين والقلب، الداء الرئوي ، السكري ، مما يوحي بوجود اضطراب مورثي مشترك بينها .

٢- نمط الشخصية : لوحظ منذ مدة طويلة ترافق الاضطرابات الوجدانية مع اضطراب الشخصية الدوري (المسماة حالياً دورية المزاج) الذي يتميز بتقلب المزاج بين المرح والحزن. كما لوحظ علاقة بين النفاخ الوجداني و الشخصية الدورية مع الشخصية المعتمنة البديئة، الوجه المدور، قصر الرقبة، كبر البطن، أطراف واهنة . وهذه الصفات نجدها عند بعض مرضى السكري، القلب، ارتفاع الضغط، الداء الرئوي.

٣- العوامل النفسية :

أ- نظرية التحليل النفسي:

يرى فرويد أن سبب الاكتئاب هو ركوص للمرحلة النميه الساديه في التطور الجنسي للشخصية وأن المكتئب لديه إحساس متناقض تجاه موضوع الحبيب الأول [الأم] و نتيجة للإحباط و عدم الإشباع الغرائزي في مراحل النمو الأولى يؤدي إلى الإحساس بالحب والكراهية ، بأن واحد، وعند كبره وتعرضه لشدة كفقدان عزيز أو خيبة أمل أو فشل اجتماعي يحدث الركوص والتناقض العاطفي تجاه الحب المفقود ، فيسقط المكتئب صراعاته نحو ذاته فيبدأ بالانغلاق والعزلة والعنوان الذاتي و اتهام الأنا و احتقارها ثم الأفكار الانتحارية، أما الهوس فهو تعبير عن الحرية الطفلية التي تطلق العنان لكل الغرائز.

ب- فرضية التهوي (براون - هاوس) :

يظهر الاكتئاب بسبب التعرض لشدات حياتية مؤلمة حديثة يهيئ لهذا العامل المطلق الأسباب التالية :

- فقدان الأم قبل عمر الحادية عشرة.

- وجود ثلاث (أو أكثر) لأطفال بعمر أقل من ١٤ عاماً في العائلة الواحدة.

- غياب الوسيط العاطفي العائلي الدافئ.

- البطالة أو عدم الاستقرار المهني.

ج- البيئة : إن تراكم شدات الحياة يوهب للإصابة.

د-فرضية تعلم العجز (سيلغمان) : إن تكرار تعرض الشخص للكروب و الشدات المؤلمة يولد لدى المريض (يتعلم) الإنساح و اللامبالاة ثم اليأس والعجز و أعراض الاكتئاب.

٤- تبدلات العوامل الكيميائية و الحيوية:

إن الارتباط بين الأمراض الجسدية والوجدانية قائم من خلال الملاحظات التالية :
أولاً الغدد الصم:

١-ظهور أعراض اكتئابية عند المصابين بالقصور الدرقي في ٤٠% من الحالات حتى قبل ظهور أعراض القصور الدرقي.

٢-زيادة الأعراض الاكتئابية في فترة ما قبل الطمث وفي أثناء الطمث، مع أعراض الستوتر الداخلي والصداع وسهولة التهيج العصبي، فرط الانفعال وكثرة البكاء ، وخلال هذه المرحلة تحدث تبدلات هرمونية واضحة .

٣- يتوقف الطمث أو يضطرب خلال النوبات الحادة من المرض.

٤- تشتد الأعراض الاكتئابية أو تزداد ما بعد سن الضمهي.

٥-قد يرافق داء كوشينغ أطوار من الاضطراب ثنائي القطب.

٦-قلة الاضطرابات الوجدانية قبل البلوغ و زيادتها في مرحلة النضج.

ثانياً : الجهاز العصبي :

١-بعض أمراض الجهاز العصبي كداء باركنسون ،التصلب العنيد ،أورام الدماغ ،الصرع وصرع الفص الصدغي ...،كلها قد تتظاهر بأعراض اكتئابية أو هوسية.

٢- تحسن الأعراض الوجدانية بالمعالجة الكهربائية المخلجة يشير إلى وجود اضطراب في الجهاز العصبي.

ثالثاً: الفيزيولوجية المرضية :

توجهت الدراسات الحديثة و الأكثر قبولاً حالياً نحو دراسة النواقل العصبية الدماغية و المستقبلات الكيميائية في المشبك العصبي وقد سجلت الملاحظات التالية:

أ-وجد اضطراب أو نقص في مستويات السيروتونين والنورإبينفرين والدوبامين في مرضى الاكتئاب.

ب-تتخفض مستويات الأدرينالين و الدوبامين في الاكتئاب وترتفعان في الهوس.

ج- الفرضية الأكثر قبولا هي سوء التنظيم في مستويات السيروتونين - النورإبينفرين-الدوبامين أو في التفاعل الكيميائي أو الكهربائي بين هذه النواقل العصبية أو في مستقبلاتها في مستوى المشبك العصبي.

د- أظهر تشريح الدماغ:

- نقصاً في السبل العصبية الميروتونية في الدماغ.

-اضطرابات في التشريح المرضي في النوى القاعدية و جهاز اللمبي وتحت المهاد .

بالنتيجة و من أجل إظهار التوافق بين ما ذكر أعلاه يمكن القول إن : الاكتئاب يظهر عند تضافر أكثر من عامل من الأسباب السابقة أو تفاعلها مع بعضها بعضاً.

الاضطراب الاكتابي

Depression Disorder

تعريف الاكتئاب: انخفاض مرضي في المزاج يرافقه أعراض بطء نفسية و جسدية و حركية.

قد يكون الاكتئاب: -عرضاً في بعض الأمراض النفسية.

- مرضاً كالاضطراب الاكتابي .

-الانتشار: ينتشر الاكتئاب بنسبة ٤-٥% من السكان. يكثر بين النساء ١/٣، والأرامل وغير المتزوجين من الرجال وعند المطلقين و عند المتزوجين من النساء، و في الأمراض العضوية كالضغط و الربو...

- الأعراض السريرية المفصلة :

أولاً: الطور الاكتئاب : Depression Episode :

تختلف الأعراض السريرية بشكل واضح بين مريض وآخر وقد لا نجد إلا أعراضاً قليلة.

قد تبدأ بشكل حاد عقب شدة أو رضخ نفسي Trauma ، أو ترحف ببطء بأعراض عامة غير وصفية أكثرها شيوعاً التعب و الإعياء ، صعوبة التركيز ، آلام جسدية ، أرق ، اختلاف المزاج الحديث الظهور .

- تصنيف الأعراض ضمن المجموعات التالية:

١-المظهر العام :

أ- الشكل الخارجي : يبدو على المريض سحنة الحزن و الكآبة واليأس، يكون المريض عابس الوجه، العيون متعبة ، والأجفان مجعدة متورمة، علامات الامتعاض و اليأس على الشفاه، صوت خافت متهدج، قلة الاهتمام بالهذام والعناية الشخصية و مظاهر الزينة، سرعة البكاء و سخاء الدموع ، وفي حالات قليلة نجد حيلة نكران (أو رفض) الاكتئاب (المريض مبتسم و كأنه يرتدي قناعاً من السعادة).

ب- السلوك الخارجي: نقص الإيماء، مشية مقومة الظهر، قلة القدرة على العمل ، العزلة الاجتماعية ، وإهمال الأعمال البيتية اليومية.

٢- المزاج المكتئب والأعراض الاكتئابية: قلة أو فقدان معنى اللذة و المتعة والسرور:

- يبدأ الاكتئاب بأعراض بسيطة تكتدرج في الشدة :

- من الحزن و فقدان القدرة على التمتع بالسرور و المباح، إلى شعور المريض بتغيير لون الحياة و قيمتها نحو التشاؤم و السوداوية ، الشعور بالجزع والانقباض، نوبات من البكاء الحزين.

- ثم تشتد وطأة الاكتئاب فيصاب المريض بفقدان الأمل واليأس ويتحسر على ماضيه السيئ و مستقبله المرعب والمخيف ، و يتمنى الموت وأنه لا يستحق البقاء وهذا يفاقم خطر الانتحار.

- تتميز هذه الأعراض بصفة التغير اليومي ، حيث تكون على أشدها في الصباح فيصحو المريض وهو يعاني من الحزن والضيق والانقباض الشديد ثم يكون تحسن تدريجي في وسط النهار.

٢- الأعراض النفسية:

أ- تتميز بالبطء النفسية الحركية:

- قلة الانتباه والشروع وضعف القدرة على التركيز و زوال سرعة البديهة.
- تردد في اتخاذ القرارات ، تبدل في الطباع وعدم تحمل الآخرين.
- القلق : عرض مهم و شائع جدا في الاكتئاب ، يرافق معظم حالات الاكتئاب نوب من القلق ومن النزق والهيّاج قد يكون القلق مفتعاً بالثبيط والبطء النفسية.

ب- الاضطرابات الاستعرافية نجد منها :

- سهولة التعب النفسي والإجهاد الشديد عند التفكير بأبسط الأمور.
- تضخيم الأشياء البسيطة والأعمال اليومية .
- توقع العواقب السيئة للأشياء كالحوادث والموت.
- الإحساس بالذنب و تأنيب الضمير واتهام النفس بالخطيئة والشر بشكل غير منطقي و مبالغ فيه، لهذا يبحث المرضى في ماضيهم عن حادثة أو موقف ما يعززون له سبب مرضهم ومعاناتهم وشعورهم بالذنب واتهام الذات وتحقيرها (مثلا شتيمة لأخ منذ ٣٠ سنة)، وهذا التحسر على الماضي أحد أعراض الاكتئاب وليست سببه ، لأنه يختفي بعد الشفاء.
- الشعور بالدونية و عدم الأهمية، وكراهية كل شيء، حتى إن المريض يكره ذاته في الحالات الشديدة .

٣-الأعراض الفيزيولوجية و الجسدية :

أ-اضطراب النوم :شائع جداً ،حيث نجد صعوبة في بدء النوم ،الانقلاب في الفراش، أرق شديد ، أحلام و كوابيس ،الاستيقاظ المبكر المميز للاكتئاب[ساعات قبل الموعد المعتاد]، الاستيقاظات الليلية المتكررة، وشدة الأرق قد تدل على درجة الاكتئاب وهي الباعث الأشيع للاستشارة الطبية، قد نجد في نحو ١٠% فرط النوم .

ب-تبدلات الشهية: القمه أو قلة الشهية من العلامات المميزة للاكتئاب (عدم القدرة على رؤية الطعام أو شمه)، فقد الوزن، رفض الطعام كـ رغبة في الانتحار .

ج-قد يعبر بعض المرضى عن مزاجهم الحزين بالدمع أو الشراة.

د-الإمساك :خاصة المزمن.

هـ-الضعف الجنسي:ضعف الرغبة الجنسية، سرعة القذف،ضعف الانتصاب، العنافة، النفور و البرود الجنسي عند النساء، اضطراب الدورة الشهرية بأشكالها المختلفة .

- توهـم الأمراض الجسدية: من الأعراض الشائعة، وقد تكون الشكاية الأولى لذلك قد نجد عند المرضى استقصاءات عديدة وعلاجات متكررة من دون شفاء و ذلك قبل تشخيصهم الصحيح ، من هذه الشكايات نذكر الصداع المستمر القمي، الطنين، الدوام، ضيق النفس ، عسر الهضم وانتفاخ البطن، آلام الساقين والذراعين.

ج-النشاط الحركي :

- التعب الصباحي خاصة ،الخمول الحركي والنفسي والذهني والكسل.

-في الحالات الشديدة الامتناع عن الأكل و الشرب و الكلام .

-لكن أحياناً نجد العكس كالهياج النفسي الحركي بكل درجاته(التنور الاكتابي) .

د-الانتحار: أكثر الأعراض خطورة ٥٠-٧٠% من حوادث الانتحار سببها الاكتئاب و هو الهم الشاغل للأطباء.

-كثر الانتحار بين المسنين - وفي الحالات الشديدة من اليأس و تأنيب الضمير.

و- الأعراض النفسانية أو الذهانية في الاكتئاب Psychotics symptoms:

-التوهمات : تشهد في الاكتئاب النفاسي الشديد ،حيث نجد توهم الخطيئة و الإثم (المريض مسؤول عن أخطاء الآخرين أو عن الكوارث في العالم...) توهم العدم (غياب عضو أو توقفه :غياب الأمعاء أو الدماغ أو طسرف أو الشلل العام) أو يعتقد المريض أنه ميت (متلازمة كوتار) ، توهمات الإفلاس والفقر والتوهمات الإضطهادية .

ز-الأهلاسات والانخداعات:قد تظهر في الاكتئاب الشديد بعض الأهلاسات السمعية(أصوات تتهم المريض بالخطيئة و الذنب) أو البصرية أو الشمية(روائح قنرة أو متعفنة) أو الذوقية ،من الممكن مشاهدة بعض الإنخداعات كسوء التأويل .

حسباً : في أكثر الحالات نجد أعراضاً متعددة من معظم هذه المجموعات، وفي حالات أخرى لا نجد إلا أعراضاً قليلة مبعثرة .

الأعراض النوعية في الاكتئاب :

أ-الأعراض الأساسية :

١ -انخفاض المزاج أو المزاج المكتئب.

٢- فقدان المتعة و التلذذ و تناقص الاهتمام بالأشياء .

٣- انخفاض الطاقة وسهولة التعب.

ب-الأعراض المهمة الأخرى و الأعراض الجسدية أو البيولوجية(أعراض الـ melancholia):

١-انخفاض التركيز والانتباه.

٢-انخفاض احترام الذات و الثقة بالنفس .

٣- أفكار عن الشعور بالذنب أو فقدان القيمة.

٤- موقف مقطب كئيب اتجاه المستقبل مع نظرة تشاؤمية.

٥- رغبة في إيذاء النفس أو الانتحار.

٦-اضطراب النوم.

٧-اضطراب الشهية للطعام.

٨-أفكار عدوانية تجاه الذات و الغير أو انتحارية .

٩-فقدان وزن أكثر من ٥% في الشهر السابق.

١٠-فقدان الرغبة الجنسية بشكل واضح.

١١-بطء نفسية حركية واضحة وملاحظة من الآخرين .

١٢-استيقاظ صباحي بمساعتين قبل الموعد المعتاد.

١٣-الأعراض أشد في الصباح.

معايير تشخيص النوبة الاكتئابية أو الاكتئاب الكبير Episode Depression -
: Major Depression

أولاً:-وجود عدد من الأعراض المذكورة أعلاه على الشكل التالي:

أ- في الاكتئاب الخفيف Mild Depression Episode: تواجد عرضين على الأقل من الأعراض الثلاثة الأساسية مع عرضين على الأقل من الأعراض الأخرى (١-٨) على أن تكون الأعراض خفيفة الشدة ولم تؤد إلى الانقطاع التام عن العمل (هناك صعوبة في العمل).

ب- في الاكتئاب المتوسط Moderate D: تواجد عرضين على الأقل من أعراض الثلاثة الأساسية مع ثلاثة (و يفضل أربعة) على الأقل من الأعراض الأخرى (١-٨) على أن تكون الأعراض متوسطة الشدة ،وقد تؤدي للانقطاع التام عن العمل أو النشاطات الاجتماعية الأخرى.

ج-الاكتئاب الشديد Severe D: تواجد الأعراض الأساسية الثلاثة مع تواجد أربعة على الأقل من الأعراض الأخرى (١-٨) على أن تكون الأعراض شديدة و هنا الخطر الانتحاري يكون مرتفعاً ، هذه الحالة تؤدي للانقطاع التام عن العمل أو النشاطات الاجتماعية الأخرى مع أعراض جسدية شديدة ومتعددة وغالباً أعراض نفسية.

ثانياً : - وجسود الأعراض بشدة كافية لمدة أسبوعين على الأقل أو لمدة أقصر إذا كانت الأعراض شديدة و تكاملت بشكل سريع.

ثالثاً :- صعوبة في متابعة النشاطات الاجتماعية و المهنية و المنزلية أو انعدامها.

عند تشخيص اضطراب اكتئابي يجب تحديد :

١-شدة الاكتئاب : خفيف - متوسط - شديد.

٢-وجود الأعراض الجسدية أو غيابها .

٣-وجود الأعراض النفسانية أو غيابها.

٤-السلوك الظاهر: اكتئاب مع: أعراض هياج و قلق مسيطر، أو بطء و تثبيط نفسي

حركي.

الأشكال السريرية :

١-الاضطراب الاكتئابي الناكس Recurrent depressive disorder : :

يتميز بتكرار لأكثر من هجمة أو طور اكتئابي واحد مشخص، مع حالة سواء مزاجي بين النوب .

شريطة عدم حدوث أي نوبة هوس.

٢-اضطراب المزاج الفصلي :الاكتئابي الفصلي :seasonal mood disorder

شكل من أشكال الاكتئاب الدوري أو الفاكس، يظهر بنوب في نهاية الشتاء و أخرى في بداية الخريف.

يستظاهر بأعراض اكتئابية وصفية، وقد عزي إلى بدلات التعرض لأشعة الشمس المترافق باضطراب الميلاتونين. يتميز بفرط أو نقص الشهية خاصة للسكريات ، وفرط نوم، المعالجة النوعية هي العلاج الضوئي المشترك مع مضادات الاكتئاب.

٣-اكتئاب الممنين: ما يميزه شيوع الاضطرابات الاستعرافية:كاضطراب الذاكرة ، والانتباه، والمحاكمة، والتفكير(عتاهة كاذبة مبكرة قابلة للتراجع بعد العلاج)، الأعراض المراقبة أو الجسدية الغامضة، اضطراب النوم، أعراض قلق شديد، ارتفاع نسبة الانتحار.

- غالباً مما تكون الأعراض غير واضحة لأن المسنين يصعب عليهم، أو يرفضون، التعبير عن أنهم مكتئبون بل يقولون أنهم غير سعداء.

- يُعدّ العلاج بالتخليج الكهربائي مع مضادات الاكتئاب خياراً مفضلاً.

٤- الاكتئاب المقنع أو الاكتئاب الضاحك: يتجلى بسيطرة الأعراض الجسدية و الشكايات المراقبة و الفرق و تقاوم أمراض نفسية مشابهة، أو سلوك إدمان، أو كحولية.

٥- الاكتئاب الارتدادي الشديد (Involucional) (أو السوداوية سابقاً (melancholia) : بدء بطيء، في منتصف العمر، تكثر عند النساء ذات أعراض شديدة كالنوم و الأهلانات، أعراض قلق شديد و هياج .

٦- الاكتئاب الناجم عن الأدوية: -الستيروئيدات -الزرزيين -الكحول -الباربيتورات- خافضات الضغط. الشرياني محبوب منع الحمل.

- الاضطرابات المزاجية -الوجدانية- المستمرة

: Persistent mood-affective-disorders

اضطرابات في المزاج مستمرة وغالباً مبهمه و متذبذبة، يعاني المصاب لسنوات من أعراض لا تنصل إلى شدة كافية لتشخيص هوس أو تحت هوس أو اكتئاب خفيف. تستمر لعدة سنوات أو غالبية الحياة وتصنف إلى:

١- دورية المزاج cyclothymia

٢ - تعكر المزاج أو عصر المزاج Dysthymia

أولاً- دورية المزاج : cyclothymic

حالة مستمرة من عدم الثبات المزاجي تتضمن أطواراً متعددة من الأعراض الاكتئابية الخفيفة ثم أعراضاً من الزهو elation الخفيف. يبدأ منذ الشباب وله نوعان: ذو بدء مبكر منذ المراهقة، وذو بدء متأخر بعمر الثلاثين

تقدر نسبة الانتشار بأقل من ١%. قد تبدأ في سن المراهقة (قبل سن ٢١ سنة) ، و لكن عادة تبدأ عند البالغين، و تتطور بشكل مزمن. يشعر الشخص بتبدل في المزاج فيبدو

مرحاً مبهجاً ناجحاً في فترات الزهو و الفرح، ثم يتغير إلى الحزن في أثناء فترات الاكتئاب لذا قد يوصف من قبل المحيطين بأنه غريب الأطوار .

الأعراض : التبدل المزاجي المزمن، لمدة تزيد عن سنتين من أطوار اكتئابية وهوسية خفيفة لاتصل إلى شدة كافية لتشخيص اضطراب وجداني هوسي أو اكتابي، نلخص بتبدلات دورية في النشاط و الثقة بالنفس و السلوك الاجتماعي والشهية للطعام.

أ-علامات فسترة الاكتئاب : نقص القدرة و التعب المزمن . مشاعر من عدم الكفاءة ،الأرق أو فرط النوم، نقص الانتباه والتركيز ،الانسحاب الاجتماعي، فقد المتعة بالممارسة الجنسية ، تحدد مباهج الحياة ، مشاعر من الدونية و النظرة التشاؤمية.

ب-علامات فسترة الزهو أو الهوس الخفيف:نقص الرغبة في النوم ، تزايد الطاقة، زيادة الثقة بالنفس، زيادة الإنتاج، الثثرة و الكلام، التملل الحركي، الضحك الكثير و التغاؤل.

ج-فترات سواء المزاج: حيث يعود الشخص إلى حالته السوية.

التطور : قد يدوم هذا الاضطراب مدى الحياة محدثاً تأدياً مهنياً أو اجتماعياً وعائلياً أو يمر بفترات من التحسن الجيد.

تشاهد هذه الحالة عند أقرباء الاضطراب ثنائي القطب وقد تتطور الحالة نحو هجمة هوسية حادة أو اضطراب اكتابي في أي وقت من الأوقات .

ثانياً : تعكر المزاج أو عسر المزاج **Dysthymia** :

وضع ضمن الاضطرابات الوجدانية منذ العام ١٩٨٠. ينتشر بنسبة ٣-٥% من السكان، و يغلب عند النساء يبدأ في سن الشباب.

يتضمن أعراض اكتئاب مزمن بشدة غير كافية لتشخيص طور اكتابي خفيف، و لمدة سنوات (أكثر من سنتين من دون أن يتخللها فترات من المزاج السوي لأكثر من شهر):

- يشعر المريض بتعب مزمن، انخفاض المزاج، قلة الثقة بالنفس، اضطراب النوم، مشاعر السآس و القنوط، وعدم التمتع بمباهج الحياة ،أعراض مقنعة كالكحولية أو الألام المراقية .

التشخيص التفريقي في الاضطراب الاكتابي :

١- قصور الدرق: قد يبدأ قصور الدرق بأعراض اكتئابية لكن نثلوها أعراض القصور.

٢- الحالات العصبية :- داء باركنسون - التصلب العنيد..

- العتاهة: يفرق بينهما بأن الاكتئاب يتطور بشكل أسرع ،مع وجود تعكر المزاج الصباحي (عكس الخرف).

عند وجود الاضطراب الاستعراضي يجيب المريض بنعم أو لا مع انزعاج المريض من معاناته من النسيان أو الشرود بينما في العتاهة لا يكثرث المريض لفسانه بل قد يحاول المريض إخفاء اضطراب الذاكرة.

٣- أمراض عامة: اكتئاب ما بعد الأخماج، الذئبة الحمامية، الإسترخاء القلبي، القصور الكلوي والكبد.

٤- أمراض نفسية:- الفصام - القلق - داء التجسيد - اضطراب الوسواس القهري.

٥- إرتكاس الأسى أو الحسرة أو الحداد وفقد الأحبة : - **grief mourning**،

Bereavement

- الحسرة **grief**: المشاعر الذاتية الشخصية الناجمة عن فقدان عزيز أو خسارة مادية أو معنوية.

- الحداد **mourning** : هي الطقوس أو المراسم الخاصة المتبعة للتعبير عن فقدان أو الخسارة.

الارتكاس الطبيعي لفقد عزيز يمر بثلاث مراحل :

أ- مرحلة الصدمة وعدم تصديق الخبر: وتستمر من دقائق وحتى ساعات أو أيام.

ب- مرحلة الحزن و الحسرة و الشعور بالوحدة: و تتظاهر بالبكاء و قلة النوم وقلة الطعام، ضعف التركيز، اجترار الحزن ، فيض الدموع ، أحياناً حالة عن الاهلاس الطبيعية حيث يرى الشخص فقيدته أو يسمع صوته لكن ما يميزها عن الاهلاس المرضية هو إدراك

الشخص أن هذه الصورة أو الأصوات غير حقيقية ولا تنفي موت المتوفى. تستمر الأعراض لعدة أسابيع ثم تتحسن تدريجياً مع الأيام (مما يميزها عن الاكتئاب) و غالباً لا تنعكس سلباً على الواجبات والمهام الشخصية.

لا نشخص اضطراباً اكتئابياً عقب الأسى إلا إذا استمرت الأعراض لأكثر من شهرين (و أحياناً ستة أشهر) و رافقها اضطراب في الأداء المهني أو الاجتماعي أو بقاءة نفسية حركية واضحة و تمنى الموت ...

ج- المرحلة الثالثة : مرحلة التأقلم و التألؤم و العودة للنشاطات المعتادة.

التمييز بين ارتكاس الأسى عن الاكتئاب :

المدة في ارتكاس الأسى لا تدوم أكثر من ١-٢ شهر.

-التفكير بالانتحار لا يوجد في ارتكاس الأسى.

-الأعراض النفسانية الوصفية لا تتوجد في ارتكاس الأسى.

-الحزن لا يدوم طوال الوقت في ارتكاس الأسى، و يستجيب الشخص للدعم المعنوي و التفريغ في ارتكاس الأسى.

- لا تتأثر الوظائف الاجتماعية و المهنية كثيراً في ارتكاس الأسى.

الفحوص المخبرية في الاكتئاب :

١- اختبار التثبيط بالديكساميثازون: بعد إعطاء ١ملغ دكساميثازون: ٥٠% من المكتئبين يحدث لديهم فشل في تثبيط الإنتاج الداخلي للكورتيزول.

٢- اختبار الـ T.R.H: في ٣٠-٤٠% من المكتئبين يحدث لديهم فشل في زيادة الـ TSH بعد إعطاء الـ TRH

٣- تخطيط النوم الكهربائي: في ٨٠% من المرضى نجد نقصاً في مرحلة الـ REM والمرحلة VI- III من مخطط النوم الكهربائي.

الاضطراب الهوسي

Manic Disorder

تعريف الهوس : ارتفاع مرضي في المزاج مبالغ فيه مع مشاركة من البهجة و السعادة و فرط الثقة والتقدير الوظائف النفسية و الحركية وتسارعها .

ظروف الصدوث:تظهر النوبة الأولى غالباً في سن ٢٠-٤٠ سنة، بشكل حاد أو تحت حاد .

تستهل النوبة بفظاظة غير معهودة ، أعمال غير مناسبة (فضيحة أو جنحة)، سلوك أو أفكار وقحة، رسائل غرامية ، هواتف ليلية متكررة ، زيارات غير متوقعة.
-القصة العائلية قد تكون إيجابية.

الأعراض السريرية:

أولاً: تحت الهوس أو الهوس الخفيف Hypomania

اضطراب في المزاج و السلوك بشدة و استمرارية متوسطة تتجاوز الحدود السوية ، من دون أهلاس أو توهمات ومن دون انقطاع كامل عن العمل، تشاهد بشكل منفصل وحدها أو في بداية نوبة الهوس أو في مرحلة الشفاء منه، وهي شكل مضعف ، تستمر لعدة أيام متواصلة إذ نلاحظ :

١ -ارتفاع المزاج الذي يبدو بملاحظه الأهل أن المريض أصبح أكثر سرورا وفرحاً.

٢- كثرة النشاط (الحوصان)،سرعة التفكير، الثقة الزائدة بالنفس والتباهي بأعماله المسبدة ، الزهو بذكائه وقواه الفيزيائية و العقلية، الغرور والعنجهية الحديثة الظهور(محل السروح الاجتماعية)، التدخل فسي أعمال الآخرين، لذلك يتعرض المريض للتعليقات من المحيطين.

٣- زيادة بالنشاط الجنسي دون الإخلال بالأعراف و الآداب العامة.

٤ - يبدأ بأعمال ومغامرات ومشاريع ليست في استطاعته، صرف النقود بسخاء زائد

٥-زيادة الكلام و الغناء.

٦-قلة الحاجة إلى النوم ،تخف حاجة المريض للراحة.

٧- يحدث تشوش في العمل أو النشاطات الاجتماعية من دون انقطاع عن العمل أو النشاطات الاجتماعية.

ثانياً :الطور الهوسي Manic Episode:

الأعراض السريرية للهوس :

١ -المظهر العام غير المناسب: لباس مزركش ذو ألوان زاهية أو فاضح، وأحياناً هياج شديد أو عدوانية و حب للخصام و التهجم ،التقلب من المرح إلى الغضب و العنف.

٢-استعداد المزاج و ارتفاعه: حالة فرح غامر وسعادة لا توصف و حبور معد للمجالسين، رغبة ملحة لإقامة علاقات اجتماعية سطحية، زوال التثبيط الاجتماعي وقلة الالتزام بالأعراف الاجتماعية.

٣-فرط الفعالية: صعوبة الجلوس و الاسترخاء ،نشاطات مفرطة ،هياج نفسي حركي ،سلوك إزعاج الآخرين ، زيارات و اتصالات آخر الليل.

٤- مصاريف كبيرة من دون رصيد مصيبة ديونا باهظة ونشاطات مالية متهورة.

٥- نشاط جنسي مفرط شديد أو شاذ .

٦-اضطراب الأكل: كالسهم أو الشرب الشديد أو التدخين أو العطش الشديد ، أو العكس الامتناع التام عن الطعام ، في الحالات الشديدة من النشاط البدني المفرط و المستمر قد يؤدي إلى إهمال الأكل و الشرب ثم التجفاف مع أعراض اضطراب الوعي.

٧- ثر الكلام :سرعة في الكلام،صوت عال، يصعب مقاطعة المريض، ضحك ، صغير، نكات ، تورية و سجع ، لعب بالكلمات ، غناء، كلام بذى من دون احترام وسخرية ، و قد يصبح الكلام غير مفهوم .

٨-الشروء و قلة الانتباه بسبب ضغط الأفكار و تطاير الأفكار (الانتقال من فكرة إلى أخرى دون إتمام الأولى)

٩- الاعتداد بالذات: أو الإحساس بالعظمة و الاقتدار الذاتي الكامل و حب السيادة و السيطرة و أحيانا سلوك لا أخلاقي، وقد يعتقد بعض أنهم خبراء في كل الأمور كالطب والسياسة و الفن ...

١٠- نقص الرغبة في النوم: ينام مريض الهوس متأخراً ويستيقظ باكراً و لا تزيد مدة النوم عن ساعتين أو ثلاث ساعات، مع ذلك فهو في قمة النشاط والحيوية وقد لا ينام لعدة أيام

١١- الأعراض النفسانية: أ- الأهلـاس: أهـلاس سمعية (أصوات الجن أو ...) بصرية عادة منسجمة مع المزاج .

ب- التوهـمات: توهـمات العظمة (التوهم بأنه نبي أو زعيم كبير أو ...)، التوهـمات الاضطهادية و الشكوكية في ٧٠-٧٥ % من الحالات.

١٢- البصيرة : لا يدرك المريض طبيعة سلوكه المرضي. فتضطرب البصيرة و قد تنعدم.

الأعراض الوصفية و التي غالبا ما تستمر أكثر من أسبوع:

- | | |
|-------------------------------|-----------------------|
| ١- الشعور بالعظمة | ٢- أعراض فرط الحركة |
| ٣- تطاير الأفكار | ٤- الشرود |
| ٥- ضغط أو ثر الكلام أو الثثرة | ٦- قلة الحاجة للنوم . |

- في كثير من الحالات لا نجد كل الأعراض السابقة بل عدداً منها.

الأشكال السريرية: ١- نوبة هوس: يجب أن نحدد صفاتها:

- خفيفة - متوسطة - شديدة

- هوس من دون أعراض نفسانية - هوس مع أعراض نفسانية

٢- شكل خاص: الهوس فوق الحاد: أو القثور الهوسي : هياج شديد جداً يفرض الطعام و الشراب ، توهم حاد ...

الاضطراب الوجداني ثنائي القطب (النفاس الهوسي الاكتئابي سابقاً):

Bipolar Affective Disorder

يتميز بوجود تكرار لنوبتين على الأقل إحداهما ارتفاع المزاج (أي لابد من وجود هجمة هوس أو تحت هوس) مع أو من دون نوب من انخفاضه (أي اكتئاب). يصيب الجنسين بالتساوي، هناك دليل قوي للاستعداد الوراثي أكثر من غيره. في أكثر من ٣/٢ من الحالات يبدأ بنوبة اكتئاب ثم تظهر نوبة هوسية أما نوب الهوس الصرفة من دون اكتئاب في سباق اضطراب ثنائي القطب فيظهر في ١٠-٢٠%.

يشخص بوجود أحد التشاركات التالية :

١-نوبة هوس (أو نوبة ما تحت هوس) مع نوبة اكتئاب.

٢-نوبتان هوسيتان.

٣-نوبة هوس مع نوبة ما تحت هوس.

التشخيص التفريقي في اضطراب الهوس :

١- الحالات النفسية:-الفصام -اضطرابات الشخصية.

٢- الأمراض العضوية:-فرط نشاط الدرق - داء كوشنج -بدء تصلب العديد.

٣-الاضطرابات النفسية الناتجة عن الأدوية:

-الستيرويدات -مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقة(انقلاب المزاج الدوائي) -الامفيتامين

-الكحول

التطور والإنذار في الاضطرابات المزاجية الهوسية و الاكتئابية :

يختلف سير الاضطراب المزاجي بحسب شدة الأعراض و نوعيتها:

- تستمر النوبة المزاجية حالياً بين ٤-٨ أسابيع بالعلاجات الحديثة.(كانت النوبة

تستمر ٦-١٢ شهراً قبل اكتشاف العلاجات الحديثة).

- نجد نوبة وحيدة لا تتكرر عند ١٠-١٥% من الحالات .

- عند ١٠-١٥ % من الحالات يتحول الاضطراب إلى شكل مزمن.
- عند ٧٠-٨٠ % من المرضى نجد هجوعاً مع نكس متكرر (من ١-٣ نوبة/السنة)
- ينجح في الانتحار ١٥ % من مرضى الاكتئاب .

عوامل حسن الإنذار في العلاج :

- ١- كلما صغر سن المريض زادت نسبة الشفاء.
- ٢- النوبة الأولى إنذارها أحسن من النوب التالية.
- ٣- التكامل السريع أحسن من البدء المزمن.
- ٤- الحدوث التلقائي للنوبة أحسن من وجود مسببات.
- ٥- غياب القصة العائلية.
- ٦- الشخصية السوية السابقة للمرض (غياب اضطراب الشخصية).
- ٧- في الهوس : غياب الأعراض الذهانية و قصر مدة النوبة.

عوامل سوء الإنذار :

- ١- تكرار النوبات و خاصة ثنائية القطب.
- ٢- عمر المريض أكثر من ٥٠ سنة عند بدء المرض .
- وجود الأعراض الجسدية أو المراقبة المزمنة ، أو الأعراض الذهانية النفاسية.
- معالجة اضطرابات المزاج: الهوس و الاكتئاب:

١- الاستشفاء:

- يستطب في عدد من الحالات وذلك لحفظ المريض أو المجتمع :
- أ : ترافق الهوس الحاد مع السلوك الشاذ كالعنوانية و العنف.
- ب: الاكتئاب الشديد أو الاكتئاب الذهولي أو السبات الاكتئابي.

ج: السلوك الانتحاري: المحاولات الانتحارية أو التهديد بها «سوابق محاولات انتحارية».

د: رفض الطعام التام ورفض تناول المريض للدواء أو سوء استخدامه.
و: سوء الحالة الصحية أو استحالة العناية بالمريض: في الهوس والاكتئاب.

هـ: فقد البصيرة و المحاكمة.

ثانياً :المعالجة الدوائية:

أولاً :علاج النوبة الهوسية :

١-المهدئات الكبرى : Neuroleptics : أو مضادات النفاس أو الذهان (راجع الأدوية مضادات النفاس):

أ-مشتقات الفينوثيازين :-كلوربرومازين ٣٠٠-٨٠٠ ملغ/يوم.

ب-مشتقات البينثيروفينون:-هالوبيريدول ١٠-٤٠ ملغ/يوم.

ج- لوكسابين ١٠٠-٦٠٠ ملغ/يوم.

د-الثيوبزانتين: زيكلوبنتيكسول ٢٥-١٥٠ ملغ/يوم.

و- اولانزابين : ١٠-٣٠ ملغ/يوم.

هـ-ريمبردون: ٢-٨ ملغ/يوم.

٢-المهدئات الصغرى:للمهدئة :

-البنزوديازيبين: ديازيبام ١٠-٣٠ ملغ/يوم -لورازيبام ١-٤ ملغ/يوم.

نبدأ العلاج بالطريق العضلي أو التمريض الوريدي لعدة أيام ثم عند تحسن الأعراض السريرية نتابع العلاج بالطريق القموي .

ثانياً : علاج النوبة الاكتئابية :

نعطى مضادات الاكتئاب الحالية التي تفيد في أكثر من ٧٠-٨٠ % من الحالات مع وجود عدد من الحالات المعندة على العلاج.

نختار الدواء بحسب المعايير السريرية التالية:

- اكتئاب مع سيطرة أعراض القلق: مضادات الاكتئاب المهدئة.
- اكتئاب مع سيطرة أعراض التنبيط والضمول: مضادات الاكتئاب الحادة.
- اكتئاب مع وجود أعراض نفاسية: مضادات النفاس مع مضادات الاكتئاب المهدئة.
- الأدوية مضادات الاكتئاب :

١- مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقة :

-إمبيرامين: ٧٥-١٥٠ ملغ/يوم

- كلوميبرامين: ٧٥-١٥٠ ملغ/يوم

-إميتريبتيلين: ٧٥-١٥٠ ملغ/يوم

٢- رباعية الحلقة : مابروتيلين: ٧٥-١٥٠ ملغ/يوم

٣- مثبطات النقاط السيروتونين النوعية S.S.R.I:

-فلوكسيتين (بروزاك): ٢٠-٦٠ ملغ/يوم

-باروكسيتين (ديروكسات): ٢٠-٦٠ ملغ/يوم

٤- مثبطات النقاط السيروتونين والنور أدرينالين:

-فانلافاكسين (الفيسور) : ٥٠-٣٧٥ ملغ/يوم.

-ميرتازابين (ريميرون) : ٣٠-٦٠ ملغ/يوم.

٥- مثبطات MAOI: -غير عكوسة: -فينيلزين

-عكوسة: موكلوبيميد

٦ - شادات السيروتونين HTA ٥: ترازودون - نيفازودون

ثالثاً: مدة العلاج و الوقاية من النكس:

- ١- في الاكتئاب: تستمر في المعالجة مدة المعالجة ٦ - ٩ أشهر .
- ٢- في الاكتئاب المتكرر: معالجة لعدة سنوات .
- ٣- الاضطراب ثنائي القطب و الهوس :
ـ منظمات المزاج: أ- الليثيوم (الأكثر نوعية) ب- الكاربامازيبين
ج- فالبروات الصوديوم د- لاموتريجين .

رابعاً: المعالجات النفسية:

- إقامة علاقة ثقة بين الطبيب -المريض .
- فهم مشكلات المريض وصراعاته الداخلية .
- شرح أسباب المرض وأعراضه للمريض .
- تأمين الدعم الاجتماعي و النفسي للمريض .
- العلاج السلوكي و المعرفي : بعد استقرار حالة المريض .

خامساً : المعالجة بالتخليج الكهربائي(Electro-Convulsive-Therapy ECT)

أو العلاج المنظم لكهربائية الدماغ (Brain-Synchronizig-Therapy B.S.T)

لقد تطور العلاج بجلسات التخليج الكهربائي (الصدمة الكهربائية) ، فبعد أن كان يجري بواسطة أجهزة قديمة ، أصبح حالياً يجري بأجهزة دقيقة وتحت التخدير العام القصير الأمد مع إعطاء المرخيات العضلية، لذلك لم يعد هناك صدمة و لا اختلاج من هنا اقترحت تسمية هذا العلاج بآليته وهي أحداث تنظيم كهربائية الدماغ أو تزامن لإيقاع كهرباء الدماغ .
هذه الطريقة تعد من المعالجات الفعالة جداً، تعطى بتواتر ٢-٣ جلسات أسبوعياً، نحو ٦-٨ جلسات .

ـ تتم بتمرير تيار كهربائي ٧٥-١٧٥ فولط، وحيدة أو ثنائية القطب (بتطبيق مسريين كهربائيين على الناحيتين الصدغيتين) وذلك تحت التخدير العام .

آلية التأثير :هناك فرضيات كثيرة :

- ١-إعادة التوازن إلى النواقل العصبية في المشبك العصبي في الدماغ.
 - ٢-تعديل وظيفة ما تحت المهاد.
 - ٣-إعادة التوازن للمستقبلات العصبية السيروتونية ما بعد المشبك زائدة الحساسية في الاكتئاب و ناقصة الحساسية في الهوس.
- الاستطبايات:

- ١-الاكتئاب الشديد : بطء نفسية حركية شديدة ، توهمات ، أفكار انتحارية شديدة، سوء حالة عامة و نقص الوزن .
- ٢-الهوس الشديد : توهمات ، أهلاس
- ٣-التعيز على الأدوية في الهوس أو الاكتئاب.
- ٤-استحالة إعطاء الدواء لأي سبب كان.
- ٥-الاكتئاب عند المسنين و أحياناً الحوامل.

الاختلاطات :

- ١- الكسور المرضية نادرة جداً بعد اللجوء إلى التخدير العام.
- ٢-انقلاب المزاج خاصة في اضطراب ثنائي القطب.
- ٣-اضطراب الذاكرة:النسيان أو المساواة العابرة.
- ٤-الوفاة نادرة جداًو تنجم عن اضطراب نظم القلب أو القصور التنفسي الحاد الناجم عن التخدير.

قصص سريرية:

- ١- قدم للإسعاف شاب ٢٩ سنة ،يقي يتكلم عدة ساعات بسرعة شديدة بكلمات و جمل غير منسجمة زاعماً أنه المهدي المنتظر و انه جاء لإصلاح البشرية قال: أنا جالس مع مجموعة من الملائكة ، أنا بحب اللغة العربية، مقرط عربي لأنه يتكلم لغة الطاء ، كل إنسان

فان فانا فنان، أرى الملائكة، أنا المهدي وأنا عيسى و موسى ...لدي مشروع تجاري بخمسمائة ألف ليرة، يذكر الأهل قلة نوم (٢-٤ ساعات يوميا) من دون تعب

٢-سيدة عمرها ٥١ سنة جاءت بقصة تعب صباحي منذ أشهر ؛ صعوبة في النوم، عسدم نحمل الآخرين، لم تعد تجد للحياة طعما أو لذة، شعور بتأنيب على أخطاء فعلتها في الماضي، تشاؤم وفقدان الأمل في الحياة..



الأدوية المضادة للاكتئاب Antidepressants

منظمات المزاج Mood Stabiliser

يعود استخدام الأدوية المضادة للاكتئاب إلى بداية العقد الخامس من القرن العشرين ،
إذ يعد الالميبيرمين أول مضاد اكتئاب، ثم تلاه اكتشاف عدد كبير من هذه الأدوية.

-التصنيف :هناك نماذج كثيرة للتصنيف:

أولاً- بحسب آلية التأثير و الصيغة الكيميائية:

١-مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقة (T.C) Tricyclic Antidepressants:

آلية التأثير الأساسية هي الحصار الجزئي لإعادة قبط النورادرينالين والسيروتونين
بنسب مختلفة

٢-مضادات الاكتئاب ثنائية أو رباعية الحلقة :مابرونيتلين .

٣-المنبّهات النوعية لقبط أو اخذ وحيدات الأمين :

أ-منبّهات إعادة اخذ أو قبط السيروتونين النوعية : Serotonine Selective
Reuptake Inhibitors SSRI :تتميز بأنها ذات تأثيرات جانبية قليلة على القلب وزيادة
السوزن وتأثيرات انتي كولينرجية قليلة، لكن تأثيرات هضمية شائعة(غثيان ،إقياء، إسهال) ،
صداع ،تململ وقلق.

ب-منبّهات إعادة اخذ أو قبط السيروتونين و النورادرينالين.

ج-منبّهات إعادة اخذ قبط الدوبامين:Bupropion

٤-منبّهات أكسدة الأمين الأحادي:MAOI Monoamine Oxidase Inhibitors

MAOI القديمة أو غير العكوسة والعكوسة أو النوعية: ذات تأثيرات جانبية أقل

إن MAOI هي أدوية فعالة في الاكتئاب لكن خطورة تداخلاتها الدوائية يحد من
شيوع استخدامها.

٥-الأدوية المؤثرة على مستقبلات السيروتونين : شادات المستقبلات ٥HT٢ مثل
ترازودون نيفازودون .

ثانياً - بحسب أحد التأثيرات السريرية: مهدئة -حادة -حيادية.

في الجدول التالي نعرض لأهم مضادات الاكتئاب مع جرعاتها :

Fluoxetine	SSRI	٢٠-٦٠ mg
Escitalopram	SSRI	٢٠-٦٠mg
Fluvoxamine	SSRI	٥٠- ٢٠٠ mg
Sertralin	SSRI	٥٠-٢٠٠ mg
Imipramin	T.C	٧٥-٢٥٠ mg
clopramin	T.C	٧٥-٢٥٠ mg
Venlafaxin.	NorAd+ser	٧٥-٣٠٠ mg
Mirtaxapine	NorAd+ser	٣٠-٦٠ mg
Amitriptilin	T.C	٧٥-٢٥٠ mg
Maprotilin	T.C	٧٥- ٢٥٠ mg
Paroxetin	SSRI	٢٠-٦٠ mg

التأثيرات العلاجية :

١-التأثير على المزاج :الفعل المضاد للاكتئاب .

٢-التأثير المضاد للقلق :سريع بآثره على المستقبلات ٥HT١ أو للحالة للأدريمالين ألفا.

٣-الأثر في النوم : بحسب الأثر الحاد أو المهدئ : قد يحدث أرق، أو تساعد على النوم.

٤-الأثر على الألم :الخواص المسكنة للألم لمضادات الاكتئاب منفصل عن الأثر
المضاد للاكتئاب لظهوره مبكراً.

الاستطابات :

أولاً: الحالات الاكتئابية :

-الحالات الاكتئابية بكل أشكالها: إن ٦٥-٧٥ % من المرضى المكتئبين يستجيبون

للعلاج الدوائي

ثانياً: الاضطرابات العصبية :

١-اضطراب الهلع واضطراب الساح :إيمبرامين SSRI, IMAO,

٢-القلق المعمم:-أميتريبتلين...

٣-اضطراب الوسواس القهري :كلوميبرامين ١٥٠-٢٥٠ملغ SSRI,

٤- الرهاب الاجتماعي : IMAO

٥-حالات الشدة ما بعد الرض:إيمبرامين...

٦-القمة العصبية: فلوكسيتين.

٧-الشخصيات المرضية :-الشخصية الجدية IMAO -الشخصية الاندفاعية, SSRI

٨-هضمية :عسر الهضم ، الاضطرابات الوظيفية الهضمية.

٩-متلازمة ما بعد الرض القحفية:

١٠- المتلازمات الأكلية :-الألم المهادي- ألم مثلث التوائم -- ما بعد داء المنطقة و

الحلأ - اعتلال الأعصاب المحيطية - الألام العضلية المزمنة

١١-الكحولية و الإدمان.

١٢-اضطراب النوم.

١٣-النفذ المبكر.

١٤-اضطراب مراقبة الدوافع و السلوك : اضطراب السلوك الاندفاعي،والانتحاري .

١٥-طب الأطفال:العنوانية ،الرهاب الليلي،السلس البولي اللاعضوي.

١٦-الأمراض العصبية :-الصداع المزمن والوقاية من الشقيقة .

التأثيرات الجانبية :تختلف بحسب الدواء ولكن من أشهر التأثيرات الجانبية :

١: التأثيرات الجانبية المضادة للتكولين : جفاف فم،اضطراب رؤية، إمساك، احتباس بولي خاصة عند المسنين، تسرع القلب.

٢-التأثيرات العصبية :حسب الفعل المهدى أو الحادث للجملة العصبية المركزية.

٣-القلب و الأوعية : اضطراب الوظيفة القلبية ،هبوط الضغط الإنتصابي.

مضادات الإستطباب :

-الإصابات القلبية والكبدية الشديدة : -الزرق مغلق الزاوية

-تعطى بحذر في: -اضطرابات نظم - اعتلال أوعية-سوابق زرق-قصور كبد أو قلب معاوض - المسنين-الصرع -الكحوليين

- المدة :-هجمة وحيدة :من ٦-١٢ شهراً.

- في النكس المتكرر نلجأ إلى الوقاية المديدة سنوياً.

-يوصى بدواء وحيد بالجرعة الكافية و المدة اللازمة.

المعالجة المديدة : يجب مراقبة :الضغط الشرياني ،الوظيفة القلبية ،النظم القلبي ،فرط النمو السليم البروستاتي،تدهور الوظائف العقلية .

-اختصار الدواء: بحسب : -حالة المريض -الصورة السريرية-شدة الأعراض - سوابق المريض -الخبرة السريرية - الأثر الحادث أو المهدى- درجة الإزمان - الاستجابة السابقة - التأثيرات الجانبية.

منظمات المزاج Mood Stabiliser

أولاً: املاح الليثيوم Sels Lithium

الاستجابات: ١- دور علاجي في الهوس في ٧٥% من الحالات.

٢- يقي من انقلاب المزاج في الاضطراب ثنائي القطب

٤- الفصام الوجداني. ٥- العدوانية، الاندفاعية.

مضادات الاستطباب:

١- الاعتلال الكلوي: كل الأقوات أو الحميات الطارحة للصوديوم ، المدرات

٢- الأمراض الدماغية العضوية. ٣- الأشهر الأولى من الحمل

التأثيرات الجانبية:

١- الرجفان ٢- زيادة الوزن ٣- متلازمة تعدد البيلات و هوس شرب الماء

٤- هضمية: غثيان ، إسهال ، إقياء ٥- درقية: سلعة ررقية قصور أو فرط نشاط درقي.

ثانياً : كاربامازيبين Carbamazepin:

يستطب في :-الصرع -ألم مثلث التوائم - ألم ما بعد داء المنطقة.

- الوقاية من النكس في الاضطرابات ثنائية القطب.

مضادات الاستطباب:

-أورام البروستات -الزرق مغلق الزاوية -نقص البيض

ثالثاً: حمض الفالبرويك و فالبروميد: Valpromide Depamide

- علاج الصرع و في الوقاية من الاضطرابات المزاجية (علاج الهوس و عسر المزاج.

رابعاً: مضادات الصرع الحديثة : لاموترجين و غابابنتين..

خامساً: مضادات النفاس بجرعات قليلة.



الفصل الخامس

طب نفس الأطفال والمراهقين

Childhood, Adolescent Disorders, Peadopsychiarty

مقدمة :

هو دراسة الاضطرابات السلوكية والنفسية واضطرابات النمو النفسية عند الأطفال وعلاجها . عند تقييم الطفل يجب الأخذ بالحسبان الاختلافات التطورية النفسية بين البالغين والأطفال. تكثر هذه الاضطرابات عند الذكور نسبة للإناث.

العوامل المؤثرة في ظهور الاضطرابات النفسية عند الأطفال:

قد تنشأ الاضطرابات النفسية عن التأثيرات التلاؤمية الشاذة المزمنة بين الطفل ومحيطه ، مع مشاركة الاستعداد البيولوجي.

إن النشأة السوية للطفل تحتاج لأن يعيش الطفل في ظل علاقة دائمة، دافئة، مستقرة مع الأم يتمتع خلالها الطفل بالرضا والسعادة والبهجة، مع وجود الأب الذي يعطي القدوة ورمز القوة و العفوان. إن غالبية الاضطرابات النفسية تشاهد عند من فقدوا أمهاتهم قبل عمر الخمس سنوات ،أو عند وجود مشاحنات عائلية أو انفصال وتفكك أسري (فالأم التعيسة تقترب كثيراً من ابنها لتعطيها الرعاية الزائدة تعويضاً عن بعد زوجها عنها فقد ينشأ الطفل ذا شخصية عاجزة، اعتمادية،سهلة الانقياد). كذلك أوضحت بعض الدراسات دور الرضاعة من الأم التي قد تعطي نوعاً من التناول والأمل للطفل عند نموه أما في الإرضاع الصناعي فيميل الطفل إلى التشاؤم وعدم الاستقرار .

تتدخل عملية تعليم الطفل على ضبط المصبرات في التطور النفسي للطفل: فالأم القاسية الشديدة على طفلها عند تعليمه ضبط المصبرات تؤهب الطفل ليكون ذا شخصية وسواسية ، متشائمة في كبره.... وبالعكس فالإهمال وعدم الرعاية و الاهتمام ينشئ فرداً مستهتراً، سطحيًا، متواكلاً...

كل هذا لا ينسبنا الدور الجوهري للاستعداد الوراثي لظهور المشكلات النفسية.

و بالإجمال فالاستعداد البيولوجي هو الأرضية التي تثبت عليها الأمراض النفسية ،
هذه الأمراض تسقى من صديد الأمراض الاجتماعية الآسنة و العلاقات الأسرية المتفسخة.

الفحص النفسي للطفل المريض:

في البداية يجب تذكر صعوبة فحص الطفل سريريا و نفسيا.

لابد من تطوير علاقة جيدة مع الأهل، وذلك برؤية الوالدين باستمرار و التحدث إليهم.
نبدأ بالتحدث والتواصل مع الطفل فإذا كان ذلك صعبا فبالاستعانة ببعض الألعاب أو
الدمى المتحركة و ملاحظة الطفل خلال اللعب.

لابد من استخدام اللياقة و الدماثة في الحديث مع المراهقين .

يتضمن الفحص القصة المرضية الحالية و السوابق الشخصية وذلك من الأهل وقد
نأخذ هذه المعلومات دون وجود الطفل.

يفحص الطفل في جو مصمم لفحص الأطفال ،يحتوي على ألعاب صغيرة و تماثيل
شخصية وأدوات رسم وألوان، نبدأ بالتحدث مع الطفل عن تجاربه الحياتية وعن أعماله اليومية
مع جعل الطفل يشعر بالطمأنينة و الأمان، ثم نتوسع بطرح النقاط المرضية التي يشتكي منها
الأهل وذلك بصورة غير مباشرة .

خلال الاستقصاء لا ننسى السؤال عن الطعام و الشراب و النوم والمصبرات و
السلوك الاجتماعي فسي الأسرة والمدرسة ومع الآخرين ،نسأل عن مزاج الطفل وسلوكه
الحركي و تركيزه وانتباهه. الحديث عن الأحلام والمخاوف والتاريخ المرضي واضطراب
التفكير .

خلال اخذ القصة نلاحظ المظهر العام للطفل، النمو الجسدي، السلوك
الحركي، حركات الإيماء، المهارات اليدوية والحركية، المشية و التوازن، اللعب، المزاج من
خلال تعابير الطفل، الكلام، وقد نستخدم بعض الوسائل المساعدة في ذلك كاللعب و الرسم ...
نستقصي القصة العائلية للوالدين، للاخوة ،العلاقات الأسرية ،رد فعل العائلة تجاه
اضطرابات الطفل ، التطور النفسي الحركي تبدأ من الولادة حتى الآن.

تصنيف الاضطرابات التنموية والسلوكية والانفعالية عند الأطفال بحسب ICD١٠ باختصار:

أولاً: اضطرابات التطور النفسي

Disordes of Psychological Development

- ١- اضطرابات التطور النوعية أو الخاصة في الكلام و اللغة:
- اضطراب نطق الكلام المحدد - اضطراب اللغة التعبيري
- ٢- اضطرابات التطور النوعية في المهارات المدرسية:
- اضطراب القراءة المحدد - اضطراب التهجئة Spelling
- اضطراب المهارات الحسابية النوعية و المختلطة.
- ٣- اضطراب التطور النوعي في الوظيفة الحركية.
- ٤- اضطراب التطور الشامل:
- التوحد الطفلي والتوحد غير النموذجي - متلازمة رت Rett - متلازمة اسبرجر

ثانياً: الاضطرابات السلوكية والانفعالية:

- ١- اضطراب فرط الحركة: - متلازمة فرط النشاط وقلة الانتباه
- ٢- اضطرابات السلوك: - اضطراب السلوك المحدد ضمن العائلة
- اضطراب السلوك الملانم اجتماعياً - اضطراب السلوك غير الملانم اجتماعياً.
- اضطراب المعارضة و التحدي
- ٣- اضطرابات مختلطة أو مشتركة في السلوك و الانفعالات:
- ٤ - اضطرابات انفعالية في الطفولة:
- قلق الانفصال - القلق الرهابي. - اضطراب الاكتئابي. - قلق الغيرة بين الاخوة.
- ٦- اضطراب العرات:

-اضطراب العرات العابر -اضطراب العرات الحركي أو الصوتي

- العرات المتعددة الحركية والصوتية:متلازمة توريت Tourette

٧-اضطرابات سلوكية أخرى:

١- سلس البول غير العضوي ٢-سلس البراز غير العضوي

٣-اضطراب الأكل في الرضع والطفولة

٤-شهوة الطعام غير الطبيعي البيكال Pica

٥-اضطراب الحركة النمطية Stereotype

سوف نبدأ بدراسة اضطرابات النمو أو التطور، و لدينا مجموعتان من الاضطرابات :

١- اضطرابات التطور أو النمو الشامل:

أ-التوحد ب- متلازمة رت ج- متلازمة أسبرجر

٢-اضطرابات التطور أو النمو النوعية أو المعزولة.

أولاً: التوحد الطفلي أو الذاتوية Childhood Autism

مرض وصف من قبل Kanner عام ١٩٤٣، يبدأ مبكراً قبل عمر الثلاث سنوات

يشيع لدى الصبيان ٤-٥ أضعاف، يصيب بين ٣-٥ أطفال من كل ١٠٠٠٠ طفل.

سريرياً: يبدأ المرض بشكل تدريجي منذ الولادة ويصبح واضحاً دوماً قبل عمر

الثلاثين شهراً (و غالباً لا يوجد مرحلة من التطور السوي) يتميز بما يلي :

١- فقدان التواصل الاجتماعي والانفعالي للطفل مع الآخرين :

- يلاحظ بتجنب الطفل للتحيق المباشر بالعين، وتفضيل العلاقة مع الأشياء بدلاً عن

الأشخاص لأن الطفل ينظر للآخرين على أنهم أجسام من دون حياة مما يدفعه إلى الانطوائية عن الأفراد.

-استخدام ضعيف أو خاطئ للأعراف الاجتماعية والتقاليد السائدة.

- فقدان التلقائية والمبادرة وشغل أوقات الفراغ.

٢- اضطراب اللغة : - قلة أو عدم استخدام المهارات اللغوية السابقة:، الصداء اللفظي Echolia (يكرر الطفل ما يسمع من دون تبديل صيغة الكلام: مثلاً هل تريد الطعام يجيب :هل تريد الطعام) سوء استخدام الضمائر (بين المخاطب أو المتكلم).

- فقدان نسبي للقدرة على الابتكار والخيال، وسوء استخدام المجاز من الكلام (حرفية الكلمات).

٣- النمطية stereotypy والرتابة في السلوك والاهتمامات والنشاطات: رفض تغيير الطريق المؤدي إلى المنزل، القيام بحركات هز أو تدحرج أو تصفيق من دون هدف وضع الأشياء في الفم.

سلوك غريب: ارتباط بالعباب وأشياء غريبة غير مألوفة، الاهتمام برائحة الأشياء أو ملمسها، التصلب والروتين ومقاومة التبدل في الحياة اليومية: رفض تحريك الأثاث عدم تغيير طقموس تناول الأكل أو شكل الصحن.

٤- الفزع ونوبات من العنف والعنوانية الذاتية: عض اللسان أو اليد. في عدد من الحالات نجد درجة من التخلف العقلي .

- معايير التشخيص:

١- وجود تطور غير سوي قبل عمر الثلاث سنوات.

٢- اضطراب الأداء في مجال التفاعل الاجتماعي المتبادل: الانسحاب...

٣- اضطراب الأداء في مجال التواصل: اللغة و الكلام...

٤- اضطراب الأداء في مجال السلوك النمطي المتكرر: النمطية...

التوحد النموذجي: عدم اكتمال المعايير التشخيصية السابقة (من حيث العمر، التفاعل الاجتماعي المتبادل - مجال التواصل - مجال السلوك النمطي المتكرر).

الأسباب: ١- العوامل الوراثية: يشاهد التوحد عند التوائم الحقيقية في ٩٦%.

ب-الأدنيات الدماغية خلال الحمل و الولادة (الثلث النماغي أو الحصبة الولادية والصرع..)

ج-اضطراب النواقل الكيميائية العصبية في الدماغ .

د-سوء التكامل الحسي: أي زيادة عتبة استجابة الطفل للمنبهات الحسية أو تأخر تفاعله معها مما يجعله بعيداً عن التلاؤم البيئي و الاجتماعي.

و المرجح هو اجتماع عدد من العوامل السابقة .

-الموجودات المرافقة: -شدوذ الكمونات المثارة السمعية في جذع الدماغ.

-الرأرأة المتناقضة في اختبار الدهليز.

الإنذار: سيئ عادة .

-يحدث تحسن جيد في عمر الأربعة عشر عاماً في ١٠-٢٠% من الحالات.

-تحسن خفيف: ١٠-٢٠% من الحالات.

- لا تحسن عند أكثر من ٦٠% من المصابين ويحتاج المصاب إلى الرعاية الدائمة.

يحسن الإنذار: وجود حاصل ذكاء جيد،التطور اللغوي المقبول وبقاء الكلام الجيد حتى عمر الخمس سنوات.

التدبير والعلاج:

- وضع الطفل في صفوف دراسية خاصة و إتباع طرق تعليمية خاصة بالتوحيدين.

- الحفاظ على وضعه في بيئة مستقرة عاطفياً.

- الاعتماد عن تغيير الأثاث أو الأشخاص القائمين على رعاية المريض.

- العلاج العائلي مفيد للوالدين والطفل.

-حالات الهياج أو الأرق: المهدئات الكبرى:نيوريدازين - هالوبيريدول.

للمطالعة: الطفل ج- د ٦ سنوات تشتكي والدته فنقول إنه يقوم بحركات متكررة نحو
الأمسام و الخلف ، يحب اللعب بالأشياء ، غير اجتماعي وانعزالي ، حتى الآن يتكلم بعض
الكلمات غير الصحيحة، عدواني إذا لم ينفذ ما يريد أو تغير نظامه اليومي، يحب الجلوس
لوحده مقابل الجدار، كأنه يشم رائحة الدهان نظراته في الفراغ، الفحص الجسدي لا يشير إلى
أي اضطراب مرضي.

التوحد اللانموذجي : يتميز بعدم تحقق المعايير السابقة :العمر أكبر من ثلاث سنوات،
عدم وجود أعراض من المجموعات الثلاث.

ثانياً: متلازمة رت Rett :

- يكثر عند الفتيات، بعمر ٧-٢٤ شهراً يتميز :
- بوجود تطور نفسي حركي سوي قبل ظهور الأعراض ثم حالة من الفقد الجزئي
أو التام للمهارات المكتسبة و اللغة.
- العرض المهم هو فقدان الحركات الهادفة في اليدين :حركات رقصية كنعية.
- حركات نمطية في اليدين،التفاف اليدين حول بعضهما،حركة الغسيل في اليدين.
- سيلان لعاب،عدم المضغ الجيد للطعام. - الوقوف على قاعدة عريضة.
- انخفاض معدل النمو ،سلس بول و براز ، فرط تنفس بسبب الجنف
- الأعراض العصبية:اختلاجات و عمى ،ضمور عضلات العمود الفقري،عجز حركي
شديد. تخلف عقلي شديد

ثالثاً: متلازمة أسبرجر Asperger Syndrome :

يشبه التوحد بوجود اضطراب التواصل و التفاعل الاجتماعي و النمطية.
لكن يتميز عن التوحد بعدم وجود التأخر في اللغة أو التطور الاستعرافي وأنه يصيب
الذكور بنسبة عالية (١/٨).

قصة سريرية: الطفل ج- د ٦ سنوات تتحدث والدته فنقول إنه يقوم بحركات متكررة
نحو الأمسام و الخلف(هز) ، يحب اللعب بالأشياء ، غير اجتماعي وانعزالي ، حتى الآن يتكلم

بعض الكلمات غير الصحيحة، عنواني إذا لم ينفذ ما يريد أو تغيير نظامه اليومي يحب الجلوس لوحده مقابل الجدار، كأنه يشم رائحة الدهان، نظراته في الفراغ، الفحص الجسدي لا يشير إلى أي اضطراب مرضي.

اضطرابات النمو أو التطور النوعية عند الأطفال:

تشمل : ١ - اضطرابات في الكلام واللغة.

٢ - اضطرابات المهارات المدرسية :

أ- القراءة ب- التهجئة ج- الحساب د-مختلطة.

١- تأخر (اضطراب) التطور النوعي (المعزول) في الكلام و اللغة

: Specific Development Disorder of Speech and Language

تأخر في قدرة الطفل على الكلام (صعوبة النطق) مع كونه طبيعياً في باقي نواحي النمو.

-شكل خفيف : شائع يتأخر فيه الكلام و النطق من دون اضطراب في فهم اللغة قد يرافقه في المستقبل تأخر في الكتابة و القراءة.

-شكل شديد: تأخر في الكلام وفي الفهم.

٢- تأخر (اضطراب) التطور في القراءة Reading Disorder :

من أهم أسباب التأخر الدراسي، يكثر عند الذكور، ينتشر بنسبة ٥-٨% من طلاب المدارس. الأسباب الوراثية أو التأهب غالباً موجود ويرتبط بالصبغي X.

الأعراض: تأخر في تطور اللغة منذ الصغر ثم تأخر مدرسي واضح، عدم تناسب لأكثر من ثلاثين شهراً مقارنة مع القراء.

تراجع التحصيل الدراسي: الطفل غالباً كسول، غير سعيد بالمدرسة، لا يحب الدراسة ، تميل الحالة للاستمرار مع الوقت. قد يتطور نحو اضطراب السلوك، أو الجنوح.

التدبير: التحسن مع الوقت غالباً هو القاعدة مع المشاركة بالعلاج التأهيلي التعليمي.

٣- اضطراب التهجئة Spelling: صعوبة لدى الطفل في تهجئة الكلمات.

٤- اضطراب المهارات الحسابية: صعوبة تعلم الطفل للعمليات الحسابية كالجمع والطرح والضرب مع سلامة القراءة...

الاضطرابات السلوكية و الانفعالية عند الأطفال و المراهقين

أولاً: اضطرابات فرط الحركة Hyperkinetic Disorders

تبدأ هذه الحالات بصورة مبكرة من العمر بسلوك مفرط النشاط ، قليل التهذيب ، عدم الاكتراث بأوامر الآخرين ومشاعرهم، عدم القدرة على الاستمرار في أداء عمل ما، كل ذلك عبر مواقف متعددة و مستديمة.

تكثر بين الذكور و غالباً ما يرافقها اضطراب في الانتباه. سوف ندرس من هذه الحالات متلازمة فرط النشاط و قلة الانتباه.

متلازمة فرط النشاط و قلة الانتباه

Attention Deficit -Hyperactivity Disorder ADHD

الأسباب :

- ١- إصابات دماغية عضوية تحدث خلال الحمل (رض، أخماج، نقص أكسجة...)
 - ٢- خلل على مستوى النواقل أو المستقبلات العصبية خاصة نقص مادة النوربينفرين.
- يبدأ فرط الحركة بعمر مبكر، عادة في السنوات الخمس الأولى.
- مقياس الأعراض هو: مقارنة العرض في ذلك الموقف بالقياس إلى آخرين في نفس العمر ونفس الذكاء.

يكثر عند الذكور (٣-١٠ إناث). يصيب ٣-١٠% من طلاب المدارس الابتدائية.

معايير التشخيص : يجب أن يكون:

أ- اضطراب الانتباه

ب- أو فرط الحركة

ج- أو الاندفاعية واضحين في:

١- أكثر من موقف؛ المنزل أو المدرسة. ٢- لمدة ستة أشهر على الأقل.

٣- بشكل مستمر. ٤- مع تداخلها في التلازم و الأداء الاجتماعي أو المدرسي.

أ- اضطراب أو عدم الانتباه: وجود ستة على الأقل مما يلي:

١- عدم الانتباه للتفاصيل، أو ارتكاب الأخطاء والإهمال الدراسي

٢- عدم تثبيت الانتباه أثناء اللعب أو النشاطات.

٣- يبدو الطفل كأنه لا يسمع ما يقال له.

٤- عدم تنفيذ الواجبات والانتقال إلى عمل آخر متى دون إكمال الأول.

٥- عدم القدرة على ترتيب الوظائف أو المهام.

٦- الابتعاد عن المهام التي تتطلب جهداً عقلياً: وظيفة المدرسة.

٧- إضاعة الحاجيات الأساسية: أدوات المدرسة، الألعاب.

٨- الشرود والفشتت بمنبهات خارجية.

٩- النسيان في أشياء الحياة اليومية.

ب- فرط الحركة: ثلاثة على الأقل لمدة ستة أشهر :

١- فرك اليدين أو القدمين أو عدم الثبات في الكرسي.

٢- ترك المقعد في الصف أو الكرسي في مواقف تتطلب الجلوس.

٣- كثرة الركض والتسلق في ظروف غير ملائمة.

٤- ضجيج غير مبرر أو لعب هائج.

٥- عدم الاستجابة للأوامر أو الأعراف الاجتماعية لتخفيف الفعالية الحركية المفرطة.

ج- الانفعية: واحد على الأقل مما يلي لمدة ستة أشهر :

١- التسرع بالإجابة قبل الانتهاء من السؤال.

٢- عدم الانتظار في الدور أو مراعاة التقاليد الاجتماعية في الصبر والانتظار.

٣-مقاطعة الآخرين و التدخل في شؤونهم.

٤-كثرة الكلام دون رادع أو عدم اكتراث .

تستمر الأعراض خلال المدرسة مع تحسن تدريجي في النشاط والانتباه.

- نجد لامبالاة،اندفاعية،كثرة التعرض للحوادث، مشكلات مع المعلمين، ومخالفة النظام بسبب عدم الانتباه وليس قصدا، علاقات مع البالغين من دون احترام، استهزاء بالعبادات، الفوضوية.

-مضاعفات المرض :سلوك لا اجتماعي مع المحيطين ومنه العزلة والنزب الاجتماعي.

- إعاقه التعلم وقصور دراسي شديد.

التشخيص التفريقي :

-الإصابات السمعية و البصرية -قصور الدرق -التوحد ...

العلاج:-الإنذار عادة جيد عند وجود درجة جيدة من الذكاء و العلاج الملائم.

- الأدوية المنبهة،كمشتقات الامفيتامين Methylphenidat (ميريتالين)

-المهدئات الكبرى:هالوبيريدول -ريمبردون

- يخف فرط الحركة مع الوقت، وقد يتطور المرض في الكبر نحو الجنوح.

- تخفيف العوامل المولدة للشدة مهمة في العلاج.

- قبول جزء من تصرفات الطفل، التعاون بين الأهل والمدرسة في شرح المرض وكيفية التعامل مع الطفل.

- الإقلال قدر الإمكان من المشتتات في صفوف الدراسة.

قصة سريرية: الطفل ز ن ب في السابعة من عمره يشكو منه مدرسه أنه لا ينصت للشرح ولا يستوعب جيذاً على الرغم من أنه يبدو ذكياً وهو في الوقت نفسه لا يكف عن الحركة أبداً فهو ينتقل من مكان إلى مكان في الصف ويقفز فوق الكراسي وأحياناً يقفز من

الشسباك إلى الصالة وكثيراً ما يكسر الأشياء داخل الفصل ويخطف الأدوات المدرسية من زملائه ويؤدي ذلك إلى كثرة الشجار معهم وإلى طرده من الصف وأحياناً من المدرسة.

- استدعى المدير ولي أمره فحضرت الأم وذكرت أنها تعاني من نفس المشكلات معه في المنزل فهو لا يكف عن الحركة إلا عند النوم " وكأن ممتوراً يحركه بلا توقف ولا يترك شيئاً في مكانه ولا يستطيع التركيز في عمل واحد لفترة طويلة بل ينتقل من شيء إلى آخر من دون أن يتم أي منهم وهو لذلك لا يستطيع أن يذكر دروسه أو يكتب واجباته إلا بصعوبة شديدة ويمتابة مستمرة ومضنية من الأم .

ثانياً - اضطرابات السلوك أو التصرف Conduct Disorders:

اضطرابات متكررة ومستمرة في التصرف و السلوك غير الاجتماعي (المستهين بالمجتمع) والعدواني (ليس مجرد إزعاج أو عبث أو شقاوة الطفولة العادية أو تمرد المراهقة، كذلك ليس التصرفات العابرة المستهينة بالأعراف الاجتماعية أو الأفعال الإجرامية لأنها لا تحمل صفة الاستمرار)

- أشهر عند الذكور، يصيب ٤% من الأطفال و المراهقين.

- قد تنتهي بعد البلوغ؛ بالتدهور المهني أو السلوك المضاد للمجتمع أو الكحولية أو الإدمان و بالجروح والإجرام .

تكثر في العائلات كثيرة العدد، غير المستقرة، المشحونة بالخلافات التي يعطي فيها أحد الوالدين أو كلاهما قدوة سيئة لأولادهم . قد تنل كرب حديث كمرض الطفل أو أحد الأقرباء أو وفاتهم أو بعض الاضطرابات العائلية.

معايير التشخيص: هي تصرفات وسلوك ثابت ومتكرر يتصف بالاعتداء على الحقوق الأساسية للآخرين، أو خرق القواعد الاجتماعية السائدة أو القوانين، لمدة ستة أشهر على الأقل.

من الأعراض العامة الموجودة نذكر:

- ١- نوب من الغضب المتكرر غير الملائم.
- ٢- كثرة المشاجرات مع البالغين وتكرار الاستهزاء بهم أو إيذائهم.

- ٣- عدم طاعة البالغين أو تحدي العادات بشكل واضح.
- ٤- سرعة الحقن على الآخرين ومن ثم تكرار تعمد القيام بأفعال تثير حنق الآخرين.
- ٥- تكرار لومه من قبل الآخرين بسبب أخطائه و سوء سلوكه.
- ٦- عادة غاضب و عنيد، حقود وسريع الانتقام.
- ٧- كثرة الكذب للحصول على مكسب أو تجنب واجب.
- ٨- المشاجرات الجسدية مع الآخرين و العراك.
- ٩- الوحشية في التعامل مع الآخرين: الجرح، الحرق، التقييد.
- ١٠- تكرار الهرب من المدرسة نون العودة إلى المنزل من نفسه لأكثر من مرة.
- الأعراض النوعية :

- ١- سوابق استعمال لأسلحة خطيرة: سكين، حجر، زجاج، أسلحة نارية.
- ٢- اقتحام بيوت الآخرين.
- ٣- التأخر بالعودة إلى المنزل رغم منعه من والديه.
- ٤- القسوة الشديدة في التعامل مع الحيوانات.
- ٥- إشعال الحرائق قصداً، مع إدراكه لخطر الأذى.
- ٦- سرقة أشياء بغياب أصحابها أو السرقة أكثر من مرة بوجود أشخاص.
- ٧ - إقرار جريمة بمواجهة الضحية: النشل، التسلخ.
- ٨- فرض علاقة جنسية على شخص آخر.

الأسكال السريرية:

- ١- اضطراب السلوك في إطار العائلة فقط: غالباً ما يرافقها خلل شديد في العلاقات العائلية (زوجة أب ، زواج جديد) يتظاهر بسلوك عدواني ليس مجرد معارضة أو إزعاج في

المنزل أو مع أفراد العائلة، سرقة من البيت، تكسير الأشياء الثمينة ، تمزيق ملابس الأم مع سلوك متوافق خارج البيت.

٢-اضطرابات السلوك غير الملائم اجتماعياً: اضطراب في التصرف يجمع بين السلوك العدواني:إهانة الآخرين، الإغاضة ، كثرة الشجار ، الابتزاز المالي ،الاعتداء العنيف على الأطفال الآخرين، العصيان و الوقاحة و عدم التعاون، نوبات من المزاج العصبي العنيف ،، التدمير و إشعال الحرائق مع اضطراب في علاقات الطفل مع الأطفال الآخرين، العزلة عن الأطفال،الرفض من قبلهم، عدوانية مع البالغين أو الانخراط في مجموعات شغب .

٣-اضطراب السلوك الملائم اجتماعياً: (socialized conduct disorder) الانحراف الجماعي، السرقة الجماعية...) يتميز بوجود صداقات قوية وحميمة عند الطفل من العمر نفسه تقريباً، وغالباً (وليس دائماً) ما يكون أصدقائه متورطين بالاضطراب السلوكي نفسه، أو أن لديه مجموعة غير منحرفة ويمارس انحرافه مع أشخاص آخرين أو مجموعة أخرى.

٤-اضطراب التحدي أو المعارضة:oppositional defiant disorder

يحدد العمر التشخيصي حتى سن العشر سنوات ،يتميز بوجود سلوك متحد أو استفزاز وعصيان شديد لكن مع غياب اضطرابات السلوك الأخرى، (غياب الأعمال المستهينة بالمجتمع أو العدوانية أو خرق القوانين ...).

المعالجة:

عندما تكون الأعراض بسبب كرب حديث كالمرض أو وفاة أو اضطرابات عائلية تكون المعالجة داعمة بتوجيه الطفل نحو طريقة التعامل مع الحادث المكرب ثم التأقلم مع الوضع الجديد بمشاركة الأسرة و المدرسة والمرشدين الاجتماعيات.

-المعالجة السلوكية -المعالجة العائلية و الاجتماعية اذا كانت العائلة متفككة.

-معالجة اضطرابات الوالدين النفسية.

-مضادات الاكتئاب عند الحاجة.

قصة سريرية للمطالعة: الطفل ش ر، ١١ سنة، ترك المدرسة، نتحدث والدته: لا يقعد أكثر من خمس دقائق، لا يجلس في مكان،عدواني في تصرفاته، لا يطيع الأوامر، غير

مرتّب في لباسه ولا في طعامه... في كلامه أحياناً قلة أدب ،مع أهل البيت و الجيران، سرق هاتفاً من رفيقه في المدرسة، يغيب ٢-٣ أيام عن البيت...آخر مرة أحضر إلى قسم الشرطة بتهمة ضربه لزميله بالمكين..

ثالثاً :الاضطرابات الانفعالية

القلق: يظهر القلق عند الطفل بصورة خوف أو اضطراب سلوكي. يكون هذا الخوف طبيعياً إذا حدث لمدة قصيرة ، حيث الخوف من فراق الأم في عمر الثمانية والعشرة أشهر ثم الخوف من الحيوانات بعمر ٢-٣ سنوات والخوف من الغرباء في هذا العمر أيضاً.

من العوامل المساعدة على حدوث القلق عند الأطفال: العامل الوراثي : يرث الطفل القلق غالباً من شخصية أبيه أو أمه حيث يكون الجهاز العصبي المستقل للطفل سريع الاستثارة كذلك لا ننسى دور البيئة في ذلك فمن الملاحظ أن قلق الأبوين ينتقل إلى طفليهما و من الصعب فصل العوامل البيئية و الوراثية والبيولوجية عن بعضها بعضاً.

أ - قلق الانفصال Separation Anxiety :

خوف لا مبرر له من ابتعاد الأم أو المربي.

يظن الطفل أن هذا الانفصال دائم.وان سببه قد يكون كارثة حلت بالأم كالقتل أو خوف من إصابتها بمكروه.

رفض الذهاب إلى المدرسة خوفاً من الانفصال، ورفض البقاء في المنزل أو النوم وحيداً. أعراض جسدية آلام، صداع، القيء، عند توقع الانفصال. الكوابيس الليلية حول الانفصال . الانزعاج الشديد عند الانفصال كالبكاء أو القلق،العناد.

ب -القلق الرهابي عند الأطفال.

ج -اضطراب القلق الاجتماعي عند الأطفال.

د-اكتئاب الطفولة

هو شعور بالحزن و الضيق والأسى و بعض الاضطرابات السلوكية .

الأعراض حسب العمر:

-السنة الأولى: نجد أعراضاً حيوية كاضطرابات الطعام (رفض الطعام، انتقاء نوع معين من الطعام)، قلة نمو الجسم، اضطراب النوم، رفض المداعبة، كسل شديد، بكاء شديد غير مفسر، إثارة ونزق.

-قبل من المدرسة: اضطرابات سلوكية، فرط الحركة، العدوانية، نكوص أو تراجع في التطور كسلس البول أو التراجع اللغوي.

-سن المدرسة والمراهقة: أعراض وعلامات الاكتئاب العادية أو المقنع كالشكايات الجسدية أو العضسوية، كثرة السقوط أو الحوادث أو الكسور ، أحياناً محاولات انتحارية ، إحساس بالذنب ، ملل و كسل دراسي مشاعر من الغربة أو العزلة ، تعب و إرهاق ، توهم المرض أو داء المراق .

-اضطرابات سلوكية، كذب، سرقة، التراجع الدراسي.

التدبير: -المعالجة الدوائية: مضادات الاكتئاب بحسب الحاجة.

-المعالجة النفسية الداعمة، مساعدة الأهل على حل المشكلات فهم الصراعات بين الأهل والطفل.

هـ - اضطراب تنافس الاخوة أو الغيرة Sibling Rivalry

هناك نسبة عالية من الأطفال الذين يبدون درجة من الأعراض الانفعالية أو السلوكية أو الغيرة عند ولادة أخ أو أخت أصغر منهم ، وغالباً ما يكون الخلل عابراً وخفيفاً أو تستمر بشكل اضطراب تنافس الاخوة.

تكثر عند البنات، بعد ولادة أخ، بعد ولادة المولود الجديد أو خلال أشهر من ذلك.

تتظاهر باضطرابات سلوكية تجاه المولود: كالعنوانية، اعتداء على المولود، حقد، فقدان الحنان تجاه المولود، التعصب، القلق، انعزال الطفل عن أسرته، سلوك تحد ومعارضة، زيادة الطلبات، قلق، اضطراب في النوم.

اضطرابات تراجعية في التطور: تراجع التطور السلوكي (تراجع في المهارات السابقة أو في اكتساب مهارات جديدة: سلس البول، تراجع النطق...) عادات صبيانية ، تقليد المولود الجديد.

اضطراب الأداء الاجتماعي في الطفولة Disorder of social functioning

تترافق هذه الاضطرابات مع مشكلات اجتماعية و عائلية شديدة كالتعسف الشديدة ضد الطفل و القسوة و الضرب و الحرمان العاطفي و المادي و الإهمال التام أو الإهانة الدائمة ، أو العدوانية تجاه الطفل .

أ - الخرس أو الصمات الانتقائي : عجز الطفل عن الكلام مع أشخاص أو في مواقف خاصة مع إمكان تكلمه في مواقف أو مع أفراد آخرين (مثلاً: يتكلم في البيت و يخرس في المدرسة).

ب- اضطراب التعلق الارتكاسي Reactive Attachment D.:

حيث يظهر الطفل شذوذاً في الارتكاس للتغيرات البيئية أو المداعبة: سوء في التعلق بالآخرين، تناقض في الاستجابة مع الآخرين بين الكراهية والحب، نعاسة واجتناب، رفض الطمأنينة تتلوها سلوكيات شاذة كالارتماء على الأرض أو إيذاء الذات أو الآخرين.

حالات خاصة :

٣- رهاب المدرسة أو رفض الذهاب إلى المدرسة

هو الخوف الذي يحدث عند مغادرة الطفل المنزل للذهاب إلى المدرسة فيؤدي إلى امتناع ورفض الطفل الذهاب إلى المدرسة والبقاء في البيت.

يبدو على الطفل أعراض القلق والخوف و الخجل مع بعض الأعراض الجسدية (كالمغص أو الأقياء) ثم بعد ساعة أو أقل يعود الطفل إلى حالته السوية من الضحك و اللعب بعد أن يكون وقت الذهاب للمدرسة قد تأخر .

يكون الطفل عادة ذكياً ذا تحصيل دراسي جيد، يرغب في الذهاب إلى المدرسة ولكنه لا يستطيع مقاومة هلع الانفصال.

يسبب المرض أما عن قلق الانفصال أو عن سوء معاملة الأصدقاء في المدرسة، أو التقصير الدراسي بسبب اضطرابات عضوية (عينية أو أذنية...) أو نفسية. تكثر عند العائلات ذوي السيطرة للام حيث لم يعود الطفل على ترك أمه.

٤-الهروب من المدرسة

هو شكل من أشكال اضطراب السلوك المتوافق اجتماعياً .

يغادر الطفل البيت لكنه لا يذهب للمدرسة وليس لأهله علم بذلك، يكثر عند الأطفال

المشاكسين

التدبير :-دعم الطفل في الذهاب للمدرسة -حذف الأسباب المؤهبة

معالجة نفسية - اشتراك المدرسة في العلاج.

التأخر الدراسي (للمطالعة):

من المشكلات الشائعة في المدارس وهي تحتاج إلى دراسة واستقصاء وذلك من أجل معرفة السبب

إن عدم علاجه مبكراً سينعكس سلباً على الطفل وعلى المجتمع.

عند شكاية الأهل أو المدرسة من التأخر الدراسي للطفل يجب القيام بما يلي:

١-فحص سريري كامل للطفل مع قصة مرضية شخصية وعائلية مفصلة .

٢-تقرير مفصل عن حالة الطفل من وجهة نظر الأهل والمدرسة .

٣-إذا وجد سبب عضوي يعالج حسب : اضطراب رؤية أو سمع....

٤-إذا كان السبب في المدرسة أو المنزل يعالج حسب الحالة.

٥-إذا لم نجد سبباً نجري اختبارات خاصة : نفسية ، اختبار الذكاء

٦-إذا وجدت اضطرابات سلوكية؛ اضطرابات التصرف أو الجنوح...

٧-لضطرابات نفسية : قلق ، اكتئاب ، رهاب ..بحسب السبب.

التدبير في رهاب المدرسة و التأخر الدراسي :

١-يجب الإصرار على عدم التقاطع الطفل عن المدرسة .

٢-التعاون بين الأهل والمدرسة لأبد منه لأن العلاج ناقص من دونه.

٣-رهاب المدرسة : إذا كان السبب هو قلق الانفصال فلا بد من العلاج النفسي الفردي للطفل:

مساعدة الطفل بالتعبير عن مخاوفه و ذلك بالتخيل أو الرسم و اللعب ، مساعدة الطفل على التكيف مع الأوضاع

الجديدة بشكل صحيح.

-إذا كان السبب في رهاب المدرسة و القلق هو سوء المعاملة في المدرسة أو مع الأصدقاء لابد من الاتصال مع إدارة المدرسة و العمل على تغيير أسلوب التأمل مع الطفل.

-العلاج السلوكي الذي يستند إلى إزالة الحساسية ضد القلق بهالتحسين التدريجي ،الاسترخاء ،المكافأة على السلوك السليم.

- العلاج العائلي :/ أب - طفل -أم/ - طبيب .

- العلاج الدوائي : مضادات القلق -مضادات الاكتئاب.

- إذا كان المسبب هو ضعف في التحصيل الدراسي وفي عمل الواجبات اليومية: الاهتمام الزائد بالطفل من الناحية التعليمية و اتباع الأسلوب التعليمي المناسب ل قدرات الطفل للذكائية.

اضطراب العرات Tics Disorders

العرات هي حركات تتصف بما يلي :

١-غير إرادية لكن من الممكن كبتها لمدة قليلة ٢- متكررة

٣- سريعة ٤- غير نمطية

٥- ذات بدء فجائي ٦- لا تخدم أي هدف ٧- تختفي ليلا

٨- تصيب مجموعة عضلية محددة ٩- مع غياب أي مرض آخر.

-تكثر عند الذكور، القصة العائلية تدل على توتر و قلق عند الطفل.

قد تكون : -موجودة بشكل طبيعي - أو مرضي.

قد تكون : بسيطة -مركبة.

قد تكون : - صوتية -حركية

-من العرات الحركية:طرف العين، هزة الرقبة أو الكتف، ضرب الرأس، القفز على

قدم واحدة، نكش الأنف، تلف الشعر، اللعب بالأعضاء التناسلية، تكشير الوجه.

- من العرات الصوتية: الذنحة، التثشق، النباح، الفحيح، تكرار كلمات، بذاءة.

التصنيف:

١- العرات العابرة: تستمر لمدة أقل من ٢ أشهر، في الأعمار ٤-٥ سنوات.

٢- مزمنة لمدة أكثر من سنة.

٣- متلازمة دولا توريت syndrome de la tourette:

عرات صوتية و حركية متعددة مشتركة: تشاهد بمن المراقبة، وقد تستمر للبلوغ.
تتكون من أ- عرات حركية متعددة.

ب- عرات صوتية انفجارية متعددة متكررة: نخر، بذاءة.

العلاج: أدوية: - مضادات النفاث: مثل بيموزيد، هالوبيريدول

- مضادات الاكتئاب: مضادات قبط السيروتونين.

- المعالجة السلوكية.

- قصة سريرية: اشتكت إدارة المدرسة من أن أحد الطلاب يقوم بين الفترة و الأخرى بحركات غريبة، يكثر في وجه أستاذه، يقع القلم من يده، يبصق في الأرض، يصدر صوتا غريبا، متكرر الأعراض بشكل غير منتظم و منذ أكثر من سنة.

سلس البول اللاإرادي اللاعضوي Enuresis

مقدمة: يولد الطفل وهو غير قادر على التحكم بالمصرات و خلال السنة الأولى يبدأ الطفل بالسيطرة الجزئية عليها خلال النهار خاصة إذا لاقى تشجيعا من أمه بابتسامة أو بتشجيع إذا وصل لمكان التبول قبل نزول البول، و خلال السنة الثانية يزداد نضج الجهاز العصبي فيبدأ الطفل بالسيطرة الجزئية على البول ليلا مع ترافقها بقله النوم العميق و تكتمل السيطرة عادة في نهاية السنة الثانية أو خلال السنة الثالثة .

سلس البول اللاعضوي اللاإرادي حالة شائعة تتجلى بإفراغ بول لا إرادي، بالليل أو النهار، بعد عمر ٤-٥ سنوات، يكثر عند الصبيان حيث يشاهد عند ٣-٨% من الأطفال وغالبا من ذوي الذكاء المتوسط أو أقل ، غالبا ما يكون العامل الوراثي أو القصة العائلية شائعة.

قد يكون سلس البول بنثياً وذلك إذا لم يستطع الطفل السيطرة على المصرة البولية عند بلوغه ٤-٥ سنوات أو مكتسباً عند فقد التحكم بالمصرة البولية بعد امتلاكها.

يجب نفي الأسباب العضوية للسلس التي تتميز بوجود السلس الليلي النهاري مع استحالة التحكم بالبول نهاراً :

- الأسباب النفسية: تعد من الأسباب الشائعة لسلس البول الثانوي: من هذه الحالات: للقلق، الغيرة بين الأخوة، الكبت النهاري، الخلافات العائلية العميقة أو الحرمان العاطفي، القسوة والعقاب والتهديد، الاستشفاء، الفشل الدراسي وصعوبات التأقلم المدرسي .

- أسباب عامة: التهاب المثانة، صغر حجم المثانة، النوم العميق، التشوهات الخلقية. ضخامة اللوزات الشديدة التي قد تؤدي إلى صعوبة التنفس وبالتالي إلى ارتفاع نسبة CO₂ الذي يؤدي إلى النوم العميق و قلة السيطرة على المثانة.

- الأسباب الفيزيولوجية: عصبية، الصرع الليلي، عدم نضج الجهاز العصبي وفشله في تكوين الفعل المنعكس الشرطي: عدم اليقظة عند امتلاء المثانة.

الإفذار و التطور : يشفي ٦٠% من الصبيان و ٧٥% من البنات عفواً قبل سن ١٤ .

العلاج: - تعليمات عامة:

- الامتناع عن ضرب الطفل أو تأنيبه أو الاستهزاء به.
- فهم صراعات الطفل ومساعدته على حلها وطمأنة الأهل حول الحالة.
- تقليل السوائل خاصة المدرّة كالشاي في المساء (محل خلاف حول فائدتها).
- التبول قبل النوم، إيقاف الطفل للتبول بعد النوم بمدة قصيرة.
- زيادة مدة حبس البول النهاري.
- التشجيع بالمكافأة كلما استطاع الطفل ضبط مصرفته ليلاً.
- العلاج السلوكي الشرطي: جرس رنان موصول بدارة كهربائية تتفعل عند بدء

التبول.

-الأدوية:مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقة:مضادة للكولين وتؤثر على عمق النوم.

- ايمبيرمين، كلوميبرمين، اميتريبتيلين: بجرعة واحدة مسائية. ١-٢٥ ملغ لعمر أقل من ١٠ سنوات و ٢٥-٥٠ ملغ للأعمار الأكبر، لمدة ستة أشهر .

سلس الغائط: Encopresis

يعرف بإخراج البراز في أماكن غير مناسبة سواء كان إرادياً لاإرادياً.

يشبه سلس البول ولكنه يكثر عند الذكور، يشاهد بعمر بين ٦-١٢ سنة قد يكون عرضاً ممنقلاً أو في سياق أمراض أخرى.

الأسباب: ١-التخلف العقلي و التوحد الطفلي.

٢- قد يصاحب بعض الأمراض النفسية المترافقة بإمساك.

٣- التبرز في الطريق في حالة عدم تلبية منعكس التغوط كما في المدرسة .

٤- الاضطرابات الانفعالية، القلق، الصراعات في العائلة والغضب.

التدبير: -علاج الإمساك و تدبيره.

- سلوكية:زيادة الاستمساك النهاري. معالجة نفسية منيعة.

اضطرابات الأكل

١-القمة ورفض الطعام: إذا كان فقد الشهية غير مترافق بمرض عضوي فالمسبب نفسي و غالباً ما يرافقه إقياء غير مفسر.

الأسباب: - وسيلة للفت الانتباه من قبل الطفل أو السيطرة على الأهل وإثبات الذات.

-السلبية خاصة بعمر ٢-٤ سنوات وهو شائع عند الأطفال (رفض كل شيء)

-القلق و الحزن -انشغال الطفل بأحلام اليقظة و التخيلات عن تناول الطعام.

-سلوك الأبوين الصارم حول الطعام أو التهديد المستمر خاصة أثناء تناول الطعام فيكون رد فعل الطفل رفض الطعام.

-التكدير : -حسن التعامل مع الطفل من دون تهديده: جعل وقت الطعام للمرح والحنان وليس للتوتر والقسوة.

-طمأنة الأهل أن صحة الطفل جيدة ولا داعي للخوف .

- تنظيم وقت الوجبة بحسب رغبة الطفل وأن تكون كمية الوجبة متناسبة مع حاجات الطفل و ليس أكثر .

٢- الوحشم أو شهوة الطعام غير الطبيعية: إما ضمن مرض آخر كالتوحد، أو حالة مستقلة عند الأطفال قبل دخول المدرسة.

-الببكا Pica:تناول لمواد غير غذائية: الطين،الدهان، نشارة الخشب، الإسفنج...تشيع هذه الظاهرة عند المتخلفين عقليا أو عند وجود صراعات بين الطفل و الأهل أو الحرمان العاطفي بسبب فقد الأب...و تعالج بحسب السبب.

اضطراب الحركات النمطية Stereotyped movement disorder

١-حركات نمطية متكررة لا تخدم أي هدف، منتظمة :

-ضرب الرأس بالجدار، صفع الوجه ،الضغط على العين ، أرجحة الرأس ، نقر الأصابع المتكرر، اقتلاع الشعر .. كلها قد تكون عابرة أو في سياق التخلف العقلي..

-مص الإبهام finger sucking (للمطالعة):

يبدأ الطفل بمص أصابعه بعد الولادة مائحا لياه نوعا من التسلية .يشاهد عند ٨٣ % من الأطفال، خاصة البنات،يرافق الجوع في بداية الحياة،إما استمرارها بعد عمر ٣-٥ سنوات يدل على توتر الطفل أي عدم إشباع حاجات الطفل النفسية أو الحرمان أو قلق الإرضاع و ليس لها أي دلالة تشخيصية.

التكدير : طمأنة الأهل وعدم ضرب الطفل وعدم توبيخه وخاصة أمام الآخرين - إشباع حاجات الطفل الطعامية و العاطفية - صرف انتباه الطفل عن هذه العادة بمحاولة شغل أيدي الطفل بالألعاب و أخيراً العلاج السلوكي.

تضم الأنفاسر: nail betting (للمطالعة): من الحالات الشائعة التي قد تنل على بعض الصفات العصبية في تلك الحالات.

يعبر عن سلوك عدواني وعلى التسلط الزائد و التهيج لدى الطفل (عكس مص الأصابع الذي هو سلوك الهدوء و البلادة و الاستسلام للواقع).

من هنا يفضل توجيه الطفل نحو الاهتمامات الحركية الإيجابية كالرياضة أو اللعب المنتظم. يفضل من الأهل عدم الإلحاح على الطفل في ترك هذه العادة بل توجيهه انتباهه لأعمال إيجابية و عدم التركيز على المشكلة

متلازمة الطفل الحساس Vulnerable Child S.

حالة تحدث عندما يستمر الأبوان في معاملة طفلهما الذي كان مريضاً وشفياً معاملة المريض، فيحاط بالرعاية الزائدة مما قد يؤدي لتعرض الطفل للحالات التالية:

- سلوك اعتمادي أو مرعة الغضب والهياج وفرط الفعالية.

- قلق الانفصال وما يرفقه من ارتكاس شديد مرضي عند ابتعاد الوالدين.

- ذاء المراق . - صعوبات دراسية .

التفسير: إقناع الأهل بأن ابنهما سليم ثم معاملة الطفل على أنه كذلك وغالباً لا يقتنع الأهل بذلك لذا نلجأ إلى معالجة نفسية للأهل و الطفل.

متلازمة سوء معاملة الطفل و الإهمال

متلازمة الطفل المضطهد

Child Abuse - Child neglect

متلازمة سوء معاملة الطفل تطلق على الطفل الذي يتعرض للأذى والإساءة و سوء المعاملة الصريحة.

تتضمن أشكال الإساءة: سوء المعاملة الجسدية أو العاطفية أو الجنسية أو الإهمال.

عوامل الخطورة والحدوث:

- في الولايات المتحدة هناك أكثر من مليون حالة جديدة مثبتة سنوياً من الإيذاء الجسدي للأطفال، وعلى الأقل هناك ٢٠٠٠ ... ٤٠٠٠ حالة وفاة بسوء المعاملة سنوياً.

- الأطفال الصغار هم الأكثر تعرضاً للأذى الجسدي: ٣٣% من الأطفال الذين تم إيذاؤهم جسدياً هم تحت سن ٥ سنوات، ٢٥% هم بين ٥ - ٩ سنوات.

- النساء (وخاصة الأم) أكثر إيذاء للأطفال من الرجال .

- يشاهد في كل الطبقات الاجتماعية و الاقتصادية و لكن يكثر في العائلات الفقيرة و المعزولة اجتماعيا أو في حالات ضعف الرابطة أو التعلق بين الطفل و والديه.
- إن الإساءة الذين عانوا من الاضطهاد في طفولتهم قد يوقعون الاذى باولادهم بنسبة أكثر من غيرهم، أو يسمحون بممارسة الاساءة على أطفالهم دون الدفاع عنهم.
- مما يدفعنا للاهتمام بالمشكلة أكثر أن كل واحد منا لا بد و سمع عن حالة عنف أو شاهد طفلا مهملًا.

صفات الأطفال المضطهدين :

- الأطفال مغرطي النشاط قد يتعرضون للإضطهاد أكثر من غيرهم.
- تنقص التطور الروحي الحركي عند الطفل أو الخداج يزيدان من إهمال الأهل لأطفالهم أو إساءة معاملتهم.
- غالبا ما يبدأ الاذى منذ السنوات الاولى للعمر و حتى المراهقة.
- الأذىات الجسدية: العقاب البدني، الحروق، الضرب، إساءة المعاملة
- الاساءة النفسية: كالإهانات وانعدام الحب والاهتمام التمييز بين الجنسين
- الأذىات الجنسية: تتراد الأذىات الجنسية بشكل أوسع في المجتمعات الغربية و خاصة الولايات المتحدة حيث تسجل أكثر من ١٥٠ ألف حالة سنويا وتمارس على الأطفال بدءا من ٧ سنوات و حتى المراهقة. أكثر من نصف هذه الحالات يرتكبها أفراد من العائلة خاصة من الذكور (الأب أو زوج الأم، أصدقاء العائلة و نادرا الغرباء).
- يكثر الاضطهاد الجنسي في حالة الأم المريضة أو السلبية أو اللامبالية، أو اذا كان الأب كحوليا أو مستهترا و في حالات الخلافات العائلية المستمرة.
- تتضمن الإساءة الجنسية: مفاح القربى، الاعتصاب، و كل أشكال التحرش و مشاهدة الأفلام الجنسية و الصور الاباحية..
- ظروف كشف الإيذاء الجنسي:

- قد يستم التصريح عن الاعتداء من قبل الطفل أو أحد أقربائه و خاصة إذا كان المعتدي غريباً. أو بشكل غير مباشر بشكاية الطفل من عدم ارتياح في ناحية الشرج أو المنطقة التناسلية أو الحمل أو الهروب من المنزل أو محاولات الانتحار (لاسيما عند الفتيات المراهقات).

الآثار النفسية لسوء معاملة الأطفال:

- اضطرابات سلوكية مبكرة أو متأخرة عند الطفل .
- التأهب لكثير من الأمراض النفسية كالقلق و الاكتئاب و اضطرابات الشخصية و اضطرابات النوم

- الشكايات الجسدية الوظيفية و تعتبر من أشيع الأعراض.

- اضطراب الشدة ما بعد الرض.

- الشعور بالخوف و عدم الثقة بالنفس لدى الطفل و العزلة الاجتماعية.

- يتكون لدى الطفل حقد و عنف يتفجر في أي لحظة عندما تسمح الظروف بذلك.

- قد يحدث تطور مبكر سابق لأوانه Precocose بسبب تحميل الطفل مهام الأب أو الطلب من الطفل مهام تفوق عمره و أيدائه إذا لم يقم بها مما يتركب عليه لجوء الطفل لوسائل الدفاع النفسية غير الناضجة لحماية نفسه من الأذى.

- التأخر الدراسي أو ترك الدراسة و صعوبات التلاؤم و التعلم .

- الأذيات الجنسية تعرض الطفل في المستقبل: الشعور بالذنب و احتقار الذات ،نقص التركيز ،الخوف والقلق و الاكتئاب و سوء التلاؤم و صعوبة تشكيل صداقات، الإنطواء والعزلة أو العدوانية الشديدة و في الأعمار الأكبر الجنوح، الإدمان واضطراب السلوك الجنسي غير الملائم.

ظروف كشف سوء المعاملة:

- يجب الشك بحدوث سوء معاملة عند كل طفل يبدي تظاهرات لاصابة غير وصفية و يتماشى مع عمل متعمد و خاصة إذا كانت قصة الإصابة غير متناسبة مع الإصابة أو حاول الأهل إخفاء الحقيقة أو المراوغة أو أعطاء معلومات غير صحيحة.

- كدمات أو جروح مفتعلة أو تأذي الدماغ والموت أحياناً
- علامات الخوف و الذعر على الطفل و تهديده من قبل الأهل.

إهمال الطفل Child neglect

أكثر شيوعاً من سوء المعاملة الجسدية له أشكال عديدة منها : الحرمان العاطفي ، عدم الاهتمام بسلامة الطفل الجسدية ، الإهمال الجسدي (تغذية ، ملابس ، مسكن) إهمال الرعاية الصحية الحرمان التعليمي ، الحرمان الأمومي.

علامات و تأثيرات الإهمال :

- نقص الوزن و تراجع التطور الروحي الحركي الاجتماعي و القدرات الذكائية و اللغوية. - التبول أو التبرز في أماكن غير ملائمة.
- إهمال النظافة و العناية الشخصية
- اضطرابات النوم أو شذوذ السلوك الغذائي أو اضطرابات سلوكية أخرى.
- السعي لجذب الانتباه وطلب الطفل البقاء في المشفى وطلب الأمن .
- الهروب من المنزل أو محاولات الانتحار المبكرة.

التدبير و المعالجة:

- في البداية لا بد من التأكد من سلامة الطفل من الناحية الجسدية.
- ثم يتم التحضير لمقابلة الطفل بصورة محبة لتشجيعه على الحديث عما حدث له، يمكن الاستعانة بالرسم و الألعاب عند الأطفال الأصغر سناً.
- عندما يشك الطبيب بحالة عنف أو إساءة أو إهمال نحو الطفل عليه أن يتدخل سريعاً و يرسل تقريراً و تطلباً للجهات المعنية للقيام بإجراءات حماية الطفل، مع أن كثير من العاملين في القطاع الصحي قد لا يقومون بالتبليغ لاعتبارات اجتماعية وأخلاقية. لكن التنقيف الصحي حول العنف و وجود قوانين تحمي و تلزم بالتبليغ حوله أمر ضروري لحماية الطفل.
- يقبل الطفل في المشفى في الحالات الشديدة للتقييم الجسدي و النفسي.

- علاج متلازمة اضطراب الشدة ما بعد الرض أو غيرها من الاضطرابات النفسية إن وجدت.

- العلاج النفسي اللازم للطفل لمساعدته على تجاوز المشكلة : العلاج السلوكي أو الاستعرافي الفردي أو الجماعي.

- العلاج النفسي للعائلة ومساعدتها في رد اعتبارها.

- البحث عن أساءات لأطفال الأسرة الآخرين.

الآثار النفسية على الأطفال الناجمة عن الحروب

Psychological affect in war in child

تعتبر الحروب من الشدات و الكروب الكبيرة التي يتعرض لها الأطفال وخاصة في مراحل العمر المبكرة.

أذيات الحروب على الأطفال :

- فقدان أحد الأبوين -الوقوع في معتقلات الأسر

- التعرض للتعذيب الجسدي و المعنوي و النفسي و الاهانة

- مشاعر اليأس عند مشاهدة مناظر الحرب و القتل و الدمار و التشرذ

- الاهمال و سوء التغذية و فقدان إمكانيات التعلم

- كثرة التعرض للأمراض و الأوبئة و قلة العناية الصحية

الآثار النفسية الناجمة عن الحروب:

الحالة الشائعة هي متلازمة ما بعد الرض أو الكرب بأشكالها و درجاتها المختلفة التي تتضمن الشعور بالخوف و العجز و الذعر و تكرار معايشة الحدث الراض ، أحلام و كوابيس متكررة حول الحرب و الدمار، هذه الأعراض قد تنتهي باضطراب قلق أو تكون نقطة البدء لحالة اكتئابية أو اضطرابات سلوكية متعددة كالعنوانية و التأخر الدراسي و صعوبات التلاؤم الإجتماعي و العائلي.

التعبير: - فصل الطفل عن مكان الحرب و تأمين جو من الأمان و الطمأنينة له.

- العلاج النفسي الداعم بالتعرف على الحالة و مساعدة الطفل على تفهم الواقع و تحسين نظريته لحالته .

- اللجوء للمنظمات الدولية لمراعاة واحترام حقوق الطفل زمن الحرب

- قد نلجأ لوصف بعض مضادات القلق أو الاكتئاب حسب الحالة.

الاضطرابات النفسية عند المراهقين

لقد زادت الاضطرابات النفسية عند المراهقين في السنوات الأخيرة بسبب الحضارة الحديثة وما رافقها من تبدلات اجتماعية و اقتصادية و زيادة الاهتمام بمشكلات المراهقة و الدراسات الحديثة للأمراض المراهقين.

يستمر التعامل مع الطفل الهائج بعدم الاكتراث بمطالبه و عدم إيداء الاهتمام لتصرفاته الهوجاء (عدم الارتكاس المبالغ به لبكاء الطفل أو صراخه) عندها يجد الطفل أن لا فائدة من ثورات الغضب في تحقيق مطالبه و بالتالي تهدأ نوبات الغضب بالتدريج.

أن استخدام أسلوب التعذيب الجسدي الشديد كوسيلة لمنع السلوك العدواني يؤدي إلى كبت قدرات الطفل التعبيرية ، فالغضب الذي يكبته الطفل يوماً بعد يوم لابد وأن ينفجر يوماً ما بعدوانية شديدة .

السرقه : (المطالعة):

لا تستخدم قبل عمر الثلاث إلى الخمس سنوات لأن الطفل لا يدرك معنى الملكية الشخصية فقد يأخذ الطفل كل ما يعجبه بقصد اكتشافه أو الشعور بالحرمان منه كالطعام لهذا يجب على الأهل تعليم الطفل حدود ممتلكاته الخاصة و احترام أملاك الآخرين.

و هي شكل من أشكال اضطراب السلوك المتوافق اجتماعياً قد تكون علامة باكراً لاضطراب الشخصية في المستقبل إذا كانت متكررة و مستمرة أو نقطة البدء في الجنوح. تشاهد عند ٥ % من طلاب المدارس الابتدائية. لها أسباب متعددة: -الفقر العاطفي وقلة الحنان أو لجذب الانتباه خاصة إذا وجد عدم مساواة بين الأولاد. -الفقر المادي المدفع -شدة الإحراء و شعور الطفل بالحاجة الملحة للشيء المسروق.

-التخلف العقلي للتعبير عن القلق الشديد أو الاكتئاب . -لظهور بمظهر القوة والشجاعة أمام الأصدقاء.

المعالجة: عرضية وبحسب السبب.

-إقحام الطفل أن السرقة عمل قبيح وغير مقبول في نطاق الأسرة والمجتمع وشرح السبب وعدم تكرار وصفه بأنه سارق ثم مساعدة الطفل على إعادة ما سرقه.

الكذب: (للمطالعة) :

لا يعي الطفل معنى الكذب قبل عمر الثلاث سنوات ثم يبدأ يفرق بين الصدق و الكذب . هو شكل من أشكال اضطراب الملوك المتوافق اجتماعيا.

١-الكذب التخيلسي الإبداعي: شائع بعد عمر الأربع سنوات،سببه أن الطفل يعيش في عالم خاص به ويسريد من الآخرين تصديقه في قصصه الخيالية و عند سؤال الطفل عن صدق قصته يعترف بأنها خيالية وأنها من فكره المبدع و غالباً ما يخلط فيها بين الواقع و الخيال (فقد يسرد الطفل فيكماً شاهده على انه قصة حقيقية و هذا ليس كذباً مرضياً) ٢-الكذب لا غراء الآخرين،٣-الكذب لتجنب العقاب أو مطلب المديح أو استدراج العطف و الحفان خاصة عند وجود الضرب والذي أو القسوة الشديدة في التربية ٤-الكذب لتقليد الآباء أو الأمهات الذين يكذبون على أولادهم وهو من علامات الجنوح.٥-الكذب المرضي:اضطراب الملوك، اضطراب الشخصية عند المراهقين.

التكبير : حسب الحالة:- يجب تعويد و تعليم الطفل على قول الحقيقة.

-عدم سؤال الطفل هل فعلت كذا إنما لماذا فعلت كذا.

الغضب و العدوانية Aggressive and Tantrum (للمطالعة)

يرتكس الطفل نحو المشكلات و الأزمات بالانفعال و الغضب الذي قد يتجلى بشكل حركي كالرفس أو الضرب أو الصراخ و مع الوقت يكتسب الطفل أن هذا يحقق له ما يريه .

مما يساعد على هذا السلوك وجود مشاكل عائلية، الروتين الصارم الذي تفرضه الأم على طفلها من حيث عمليات التربية و التعليم و أوقات اللهو ، وجود أشخاص غريباء في المنزل.

الجنوح(للمطالعة)يكثر الجنوح عند الأطفال المحرومين أو الذين تعرضوا للإحباط المتكرر و العنيف ، في حالة فقدان الشعور بالأمن و التفكك الأسري .

-وفاة أحد الوالدين مع غياب الشخص الذي يحقق الصورة الرمزية للأب أو الأم.-رفقاء سوء تساعد على حدوث الجنوح.-رفض الأبوين للطفل لأن عدم الاهتمام به.-القسوة الزائدة في تعليم الأبناء .-التبلي مع القسوة فسي التعامل مع المبنى في بلاد الحضارة أو ملاجئ المتنردين.- الأسرة الكثيرة العدد.-عند وجود أب مدمن .ينتشر الجنوح عند الذكور ١٢/١ من الإناث.

طريقة التعامل مع الطفل الجانح في المدرسة :

١-الهدف هو تخليص الطفل من السلوكيات العدوانية الشاذة و تشجيع السلوكيات الاجتماعية السليمة بالتشجيع و المكافأة و العقاب .نبداً بمراقبة تصرفات الطفل في المدرسة لتقدير درجة العدوانية .

- غسي الهداية لا تكثر بالتصرفات العدوانية و الاهتمام بالسلوك الجيد و تشجيعه سواء بالمديح الاكثي لو المكافأة فيما بعد وبشكل منفرد و ليس أمام الآخرين من اجل عدم تشجيع الآخرين لاستخدام العنف لنيل المكافأة).
- نستمر بهذه الطريقة لمدة أسابيع حيث نجد تراجعاً في كثير من السلوكيات الشاذة واستبدلت بسلوكيات سليمة .
- يقوم الأهل في البيت باستخدام الأسلوب نفسه في التعامل (تعاون أسري - مدرسي).

٢- التأهيل الاجتماعي السليم : - تشجيع الطفل على قراءة القصص القصيرة التي تشجع السلوك السليم و تنفر من السلوك الشاذ.

- العلاج الدراسي: استخدام مسرحيات في المدرسة لو التمثيليات التي يشترك بها الطفل الجانح وإعطائه أدواراً مختلفة بقصد إظهار السلوك السليم وآثره الإيجابي و ليزيل السلوك الشاذ و العنيف وآثره السلبي على الفرد والمجتمع. - العقاب : يبدأ بتوجيه الملاحظة الشفوية إذا تصرف الطفل بشكل سيئ أو مؤذ و غير مقبول و ليس إساءة عابرة (مثلاً: إذا شرب الطفل زبيباً فنبهه أن هذا عمل خاطئ)، إذا تكرر نفس السلوك العقاب فلجأ إلى العقوبة الأشد كالطوبخ أو الحرمان من المكافآت أو غيرها.

- يمكن توجيه المديح عقب كل سلوك جيد لو إذا امتنع عن سلوك سيئ . - إبعاده عن رفقاء السوء .
- الوفاقية مع الجنوح : - التعامل السليم مع الطفل من دون إفراط أو تفريط (عدم التكديش الزائد أو القسوة الزائدة و الحرمان). - تأمين جو عائلي سليم لتطور الطفل و خاصة عند غياب أحد الوالدين.
- تأمين مناخ يملؤه الحب و الذنب و ظروف اجتماعية و مادية مناسبة تشجع الطفل بالأمان.
- الاهتمام بالنور التربوي للمدرسة بالابتعاد عن العنف و القسوة في التحليل و الاهتمام بالجانب النفسي و التربوي و الأخلاقي للطفل.

*** المساعدة على اختيار أصدقاء مخلصين للطفل.



الفصل السادس

الإدمان Addiction

الاضطرابات النفسية و السلوكية الناجمة عن استخدام مواد فاعلة نفسياً

Mental and behavior disorders due to psycho actives substance use

يضم هذا الفصل عدداً من الاضطرابات السلبية النفسية و السلوكية الناتجة عن استخدام مادة حالة نفسياً، وغالباً ما يشارك المرضى في تعاطي أكثر من مادة واحدة.

- يكثر عند الذكور بنسبة ثلاثة إلى واحد من الإناث.

- البدء غالباً في سن المراهقة ١٦-٢٣ سنة.

التصنيف :

- ١- الاضطرابات الناجمة عن استخدام الكحول.
- ٢- الاضطرابات الناجمة عن الإدمان على مشتقات الأفيون.
- ٣- الاضطرابات الناجمة عن تعاطي الحشيش و مشتقاته.
- ٤- الاضطرابات الناجمة عن تعاطي المهدئات أو المنومات.
- ٥- الاضطرابات الناجمة عن الإدمان على الكوكائين.
- ٦- الاضطرابات الناجمة عن تناول منبهات أخرى بما فيها الكافيين.
- ٧- الاضطرابات الناجمة عن تعاطي المهلوسات.
- ٥- الاضطرابات الناجمة عن الإدمان على الكوكائين.
- ٦- الاضطرابات الناجمة عن تناول منبهات أخرى بما فيها الكافيين.
- ٧- الاضطرابات الناجمة عن تعاطي المهلوسات.

٨- الاضطرابات الناجمة عن تدخين التبغ.

٩- الاضطرابات الناجمة عن سوء استخدام المذيبات الطيارة.

١٠- الاضطرابات الناجمة عن تعاطي عدة مواد معا أو مواد أخرى .

تعريفات عامة:

الإدمان:

هو التعاطي المتكرر لمادة أو مواد نفسية لمرحلة أن الشخص لا يستطيع الانقطاع عنها وتسبب له شغلاً شاعلاً للتعاطي مع ظهور أعراض سحب عند إيقافها، مع الميل لزيادة الكمية ووجود ظواهر بيولوجية. وهو سلوك يحدث بسبب معززات قوية تزيد من إمكانية حدوث تكرار هذا السلوك.

أولاً- متلازمة الاعتماد Dependence Syndrome :: (الإدمان):

هي مجموعة من المظاهر الفيزيولوجية والسلوكية والمعرفية (حالة نفسية أو بدنية أو كلاهما) الناتجة عن استخدام متكرر لمادة فاعلة نفسياً لمدة معينة ويعتمد تشخيصها على وجود ثلاثة أو أكثر من المظاهر التالية خلال الأثني عشر شهراً الأخيرة:

١- وجود التحمل وهو:

أ- الحاجة لزيادة الجرعة .

ب- تناقص الأثر المرغوب للمخدر .

٢- وجود أعراض سحب فيزيولوجية أو استخدام المادة أو مادة شبيهة بهدف التخفيف من أعراض السحب .

٣- تؤخذ المادة بمقادير أكبر أو لمدة أطول مما كان متوقفاً من المريض.

٤- رغبة مع محاولات فاشلة للتخفيف مع إدراك المريض بأن قدرته على التحكم في الاستخدام الضار أصبحت مضطربة .

٥- قضاء وقت طويل (جزء كبير من اليوم) في البحث عن المخدر .

٦- الإهمال في النواحي الاجتماعية و الاهتمامات الترفيهية .

٧-المثابرة على استخدام المادة على رغم من وجود دليل واضح على التأثيرات السلبية الجسدية و الاجتماعية و المهنية و العائلية.

يترافق الاعتماد برغبة أو إحساس قوي بضرورة تناول المادة

أشكال الاعتماد :

أ-الاعتماد النفسي Psychologic D. :

حالة نفسية تتميز بمشاعر من الفرض و الاندفاع النفسي لتناول دواء بقصد الحصول على لذة أو لحذف معاناة أو توتر و لا يرافقها أعراض السحب أو التحمل.

ب-الاعتماد الفيزيائي Physical D.:

الذي يستوجب وجود أعراض تحمل بسبب تبدلات بيولوجية في الجملة العصبية المركزية مع ظهور أعراض السحب عند التوقف و حدوث الاشتياق أو التوق Craving الشديد للتعاطي .

ج-التوق Craving: رغبة شديدة ملحة لتكرار تعاطي مادة محدثة للإدمان.

د-التحمل Tolerance:

قلة الأثر الناتج عن تعاطي مادة ما التي تؤدي إلى زيادة الكمية المتعاطاة بالتدريج، مع قصر مدة التأثير التي تدفع لتكرار التعاطي بفاصلة أقل ثم الوصول إلى التحمل التام(زوال كل تأثيرات المادة) مما قد يدفع لتعاطي مادة أخرى .

ثانياً - التسمم الحاد بمادة فاعلة نفسياً Acute intoxication:

هو ظاهرة عابرة تتلو تناول واحد أو أكثر من المواد الفاعلة نفسياً(بما فيها الكحول) محدثة اضطراباً في درجة الوعي أو الإدراك أو تشوشاً في الوظيفة الاستعرافية أو الوجدان .
تتراجع هذه التأثيرات مع الوقت حتى الشفاء التام إذا لم يحدث تكرار للحالة .

إن أضر هذه المواد مختلف حسب الجرعة (صغيرة أو كبيرة) لأنها قد تعطي آثاراً تناقضية (مادة مهدئة قد تؤدي إلى الهياج و التوتر).

ثالثاً- سوء الاستخدام أو الاستخدام الضار : Harmful Use - Abuse : يعرف بأنه شكل شاذ من سوء الاستخدام لمادة (و لا تنطبق عليه معايير الاعتماد) مع وجود واحد أو أكثر مما يلي خلال الاثني عشر شهراً الأخيرة:

أ- الاستمرار في التعاطي على رغم من وجود خطر حقيقي على الصحة الجسدية.
ب - وجود تبعات سلبية اجتماعية أو عائلية أو مهنية (سوء في قيادة السيارات، طرد من المدرسة، خلافات عائلية...) - مشكلات قانونية (توقيف...) .

رابعاً- حالة السحب أو الامتناع Withdrawal : ظهور أعراض بدنية أو نفسية بعد انقطاع أو مضي الوقت المعتاد للتعاطي ، وهذه الأعراض تختلف حسب المادة أو الدواء المحدث للإدمان ، قد يرافق السحب أعراض هذيانية كما في هذيان الرعاش الكحولي . Delirium .

أسباب الإدمان : لا يوجد سبب وحيد و لكنه تأزر عدد من العوامل :

١- شخصية المدمن : تتضمن شخصية المدمن ملامح اكتئابية ، ضعف الإحساس بالذات وإدراك الهوية الذاتية ، هشاشة عاطفية و في العلاقات مع الآخرين ، عدم تحمل الحرمان ، اندفاعية وطلب تحقيق الحاجات الآتية، عدوانية، لا تلاؤم .

٢- الاستعداد الوراثي : من الثابت أن للوراثة دوراً مهماً في التأثير على الآليات الفيزيولوجية للجسم و بالتالي تؤثر على شكل ارتكاس الفرد عند دخول مادة خارجية الى جسمه وهذا الارتكاس ناجم عن مستقبلات خاصة في الدماغ تهبط الأرضية اللازمة للإدمان . فيكثر الإدمان بين التوائم الحقيقية، (مثلاً يزيد الإدمان عند أطفال الكحوليين المزمن أربعة إضعاف عن غيره) .

٣ - الموجودات البيولوجية : يترافق استخدام المخدرات بتغير أنظمة النواقل العصبية:

١ - زيادة الدوبامين تترافق مع المخدرات المنبهة والأفيونات.

- I — يزيد الأمفيتامين من تحرر الدوبامين. ينقص الكوكايين من عودة قَبْط الدوبامين.
- II — إن كلاً من زيادة تحرير الدوبامين وتثبيط عود التقاطه يؤدي إلى زيادة هذا الناقل على مستوى المشبك العصبي.
- ٢ — تزداد فعالية الناقل العصبي المثبط (GABA) باستخدام المخدرات المنومة.
- ٣ — تزيد المهلوسات من السيروتونين داخل الجهاز العصبي المركزي.
- ٤ — اضطراب في المستقبلات الأفيونية أو مستقبلات الغابا.
- ٥ — اضطراب في الناقل العصبي : AGMATINE الذي يتحد مع مستقبلات الأيميدازول وجد هذا الناقل العصبي مضطرباً في عدد من المدمنين.
- ٤ — توفر المادة وسهولة الحصول عليها (مثال إدمان الجنود الأمريكان على الهيروئين في فيتنام لتسهيل الحصول عليه).
- ٥ — العوامل النفسية والاجتماعية :
- أ — الإدمان على أرضية اضطراب نفسي آخر : كالقلق و الرهابات والاكنتاب أو الفصام أو اضطراب الشخصية (الشخصية الانسحابية أو الاندفاعية، المخدرات تثبط الروادع الأخلاقية لذلك إذا أراد التحرش بفتاة يتناول كاساً أو يدخن سيكارا...).
- ب — المشاكل الاجتماعية المنتشرة: الإحباط وغياب الأهداف المستقبلية وخاصة عند المراهقين، عدم وجود تصور واضح للحياة، كل هذا يساعد على ظهور عدد من المشاكل الاجتماعية من بينها الاندفاع في مهووي الإدمان .
- ج — العوامل البيئية: كالتأثير للإدمان ضمن محيطين من رفاق السوء خاصة في مرحلة المراهقة.
- د — ضعف وسائل الدفاع الشخصية أو زيادة الاعتماد على العوامل الخارجية لتقوية هذه الوسائل ومنها المخدرات.
- هـ — أشخاص لديهم سلوك عناد مضاد لتقاليد المجتمع يبحث عن اللذة والمتعة أو الرغبة الجامحة في العدوانية.

ع-المشكلات الأسرية و الضغوط الاجتماعية :الزواج ،مشكلات الأولاد ، العمل ،الطلاق ، الانفصال ، تفكك الروابط الأسرية ،نقص دور الأم في حياة أطفالها بسبب العمل ، قلة الحوار بين أفراد العائلة بسبب انشغال كل فرد بهوياته الخاصة أو الاهتمام بوسائل الإعلام (كالسلفاز أو الحاسوب...) وهذا يقلل من تعرف كل فرد على مشاكل الآخرين وبالتالي غياب دور الأب القدوة في العائلة .

غ-سوء العملية التربوية التعليمية التي تربي الطالب و الشاب على الاعتمادية و التلقي الجاهز للمعلومات و هذا ينشئ شخصيات اعتمادية هشة قليلة المقاومة ضد مغريات الإدمان و المروجين له.

٤-النظرية الشرطية في الإدمان: يحدث الإدمان بسبب تكرار معززات لمنعكس شرطي سابق . هذه المعززات قد تكون سلبية : تخفيف أعراض غير طبيعية مزعجة(تقوم بسدور يشابه الدواء الحال للقلق أو المسكنات...مثلا) أو معززات إيجابية: إحداث حالة جديدة مرغوبة: كالنشوة و السعادة العابرة .

يمكن لأي مادة أن تقوم بالدورين التعزيزيين.

(اخذ المورفين :١- يزيل أعراض السحب ٢- يحدث النشوة)

ينجم الأثر المعزز الإيجابي عن تحرير الدوبامين أو إطالة فعاليته أو حصر إعادة قبضه

-الآثار الاجتماعية الناجمة عن الإدمان :

-زيادة معدلات الجريمة. -زيادة حوادث الطرق.

-الإنفاق الاقتصادي على :

-برامج التوعية والمكافحة،المجون، تكاليف صناعة المخدرات وتجهيزها.

-التأذي المهني للأفراد المدمنين و المهريين.

الآثار المرضية الناجمة عن تعاطي الحقن المخدرة :

١- الخراجات و التهاب النسيج الخلوي تحت الجلد. ٢- التهاب الشغاف الخمجي

٣-تجرثم الدم وتسممه. ٤-الإيدز . ٥-التهابات الكبد الفيروسية.

مبادئ أخذ القصة المرضية من المدمن :

-مصدر المعلومات : الأهل ، المريض ...

- طريقة وصول المريض لمركز العلاج: من ذاته، من الأهل، من الشرطة ...

-قصة المادة المتناولة :

-التعاطي الأول : - سن البدء ،المادة المتناولة ،طريقة التعاطي.

- ظروف التعاطي ،المكان ،المرافق.

-مصدر المخدر و طريقة الحصول عليه.

-آثار التعاطي لأول مرة ثم فيما بعد.

-الاستمرار على التعاطي : كم مرة يومياً ،أسبوعياً ،فترات زيادة الجرعة و إنقاصها
ولماذا — أكبر كمية تعاطاها و لماذا ؟

-أسباب الاستمرار في التعاطي

-فترات الانقطاع و لماذا ؟

-جرعة البدء ثم الجرعة الحالية و التكرار الحالي .

- وطريقة الحصول على النفود لشراء المخدر.

-الآثار السلبية التي ظهرت من التعاطي ولماذا لم تمنعه من التعاطي.

-وجود أعراض سحب سابقاً أو حالياً .

- وجود مشكلات اجتماعية ومالية في العمل أو المنزل، جرائم أو سرقة للحصول

على المال، جرائم بسبب الحصول على المخدر، سجن لأسباب أخلاقية.

-التعاطي بالحقن: سن بدء المدة ،تكرار الحقن ،طريق الحقن عضلي ،وريدي تحت

الجلد ، مواقع الحقن ، اشتراكه في أبر الحقن مع أشخاص آخرين بنفس الإبرة ، ظروف
التعقيم عند الحقن .

المظاهر الموجهة نحو الإدمان :

- ١- القصة المرضية
- ٢- تغيرات في السلوك عند مراهق أو شاب .
- ٣- التغيب المتكرر عن المدرسة
- ٤- تدهور و انخفاض المستوى الدراسي .
- ٥- إهمال الذات والعين المحمرة ، شحوب .
- ٦- تغير الأصدقاء نحو مجموعة المدمنين .
- ٧- جرائم كالسرقة والدعارة .
- ٨- علامات التهاب أوردة أو نديبات أو التهاب نسيج خلوي .

الظروف الكاشفة :

- ١- آلام شديدة مع هياج و طلب للمسكنات .
- ٢- اختلاطات المادة المخدرة : التهاب قصبات ، التهاب وريد ...
- ٣- حوادث سير و سقوط .
- ٤- أعراض السحب بسبب عدم توفر الدواء .
- ٥- الاعتراف بالإدمان .

الاضطرابات النفسية و السلوكية الناجمة عن تعاطي القنب و مشتقاته

القنب Cannabis:

من المواد المعروفة المحدث للإدمان ، يستخلص من إزهاره:

- الحشيش الذي يحوي ٤٠% من المادة الفعالة المحدث للإدمان (Tetra-Hydro-
Canabinol .THC)

- مادة المارجوانا (Marijuana) التي تحتوي على ٦-١٥ % من المادة الفعالة (THC) .

-البانجو: يستخلص من أوراق القنب و فيه اقل من ١% من المادة الفعالة (THC).

تستخدم هذه المواد تدخيناً ممزوجة مع التبغ أو مضغاً أو ممزوجة مع السوائل .

هناك خلاف حول أحداث الحشيش للتعود أو الاعتماد (الإدمان) لأن قطع المادة قد لا يحدث عند بعضهم أعراض سحب ، لكن المتفق عليه انه يحدث اعتماداً نفسياً .

الأعراض : أ-الإدخال الحاد: إحساس بالسعادة و النشوة، خفة في الرأس، كثرة الكلام، زيادة القدرة الحركية، أحياناً مشاعر من العيش فوق الزمن، وخارج المكان (اضطراب في تقدير الأطوال والمدد الزمنية)، فرط انتباه، احتقان ملتحمة وجفاف فم و شهوة زائدة.

ب-الجرعة الزائدة قد تؤدي إلى تخليط ذهني و أهلاس بصرية أو هذيان تحت حاد . يفضل متعاطو الحشيش المواد السكرية، غالباً ما يبدأ التعاطي بسن الشباب للبحث عن النشوة أو زيادة النشاط الجنسي، يبدأ أثره بعد نصف ساعة من التعاطي و يتناقص خلال ثلاث ساعات.

ج-التسمم المزمن : لا يوجد مثلزمة سحب أو انقطاع عن الحشيش ، لكن يرافقه إدمان على مواد أخرى . التسمم المزمن قد يؤدي إلى نوب من الهلع، اضطراب التوازن، الصداع، الغثيل، الإقياء، العدوانية، التنكدي بسبب نقص التستوسترون، تأثير مشوه للجنين .

إدمان مشتقات الأفيون : Opium :

الأنشكال المستخدمة :

١-الأفيون و مشتقاته : المورفين ، كودئين ، هيرورئين .

٢- ممثلات المورفين التركيبية : دولوزال، بالفيوم، الممكثات المركزية.

طرق الاستخدام :

١-الأفيون :خلاصة نباتية من محفظة Pivot يستنشق تدخيناً أو مضغاً أو وريدياً .

٢-الهيروين :مشتق نصف تركيبى ، يستخدم حقناً بالوريد أو تحت الجلد أو أرباذ أنفى ،قد يكون الهيروين الأبيض ممزوجاً مع اللاكتوز أو الديكربونات أو المانيتول أو الأمبرين أو الستركنين، أو بنياً ممزوجاً مع الكافئين .

٣-المورفين : يعطى عضلياً أو وريدياً أو تحت الجلد.

٤- المسكنات المركزية التركيبية : ديكسترو بروبوكسيفين، كودئين: يعطى وريدي أو عضلياً أو فموياً (إدمان المسكنات المركزية، إدمان شراب السعال الحاوي على الكودئين).

التأثيرات النفسية و الفيزيولوجية : ١-الإدخال الحاد :

أ- الشعور بالفلاش (Flash) شعور عنيف مفاجئ بعد الحقن الوريدي للهيروئين (المريض سلطان زمانه ،منفصل عن الواقع : زهزة) إحساس بالسعادة ، بالشموق (إيفوريا أو ارتفاع المزاج)،ميل نحو الناس والامتزاج، اضطراب في الذاكرة والتركيز، إحساس بالحرارة والحكة، بطء النبض وهبوط الضغط، تقبض الحدقة، غثيان وإقياء، غياب الرغبة الجنسية وقلة الرغبة في الطعام.

ب- بعد الفلاش :بقاء الشموق ٣-٤ ساعات مع الشعور بالسعادة و العيش في عالم خاص قد يرافق الحالة شعور بالقلق .قد يحدث الإدمان بعد ٣-٤ جرعات .

٢- الإدخال المزمن: أ- اختلاطات خمجية، خرجات مكان الحقن، تسمم دم ،التهاب شغاف جرثومي ، التهاب كبـد فيرومي، الإيدز.

ب-رئوية : وذمة رئة حادة ، اعتلال رئوي.

ج- دماغية : وذمة دماغية كورساكوف ،اعتلال دماغ ما بعد الحقن .

د -سفسية : فقد العمل و الغياب المتكرر ، السرقة ، الدعارة ، سلوك انتحاري متلازمة فقد الدافع و الخمول .

د- اختلاطات عامة: اعتلال كلية، إمساك مزمن، آفات جلدية، نحول، نخرات سنية. ولادية : مخاض مبكر، وفيات أجنة عالية، علامات السحب عند الوليد، اضطراب طمث.

متلازمة الامتناع :

تحدث بعد ٨-١٠ ساعات من آخر جرعة وتبلغ الذروة خلال ٤٨ ساعة.

- سيلان أنفي ودماع، تعرق، عرواءات، هياج، حرارة، توسع حدقة، آلام بطنية وقطنية، التثاؤب والعطاس، ارتفاع الضغط و تسرع النبض، غثيان و إقياء، إسهال، ارق، رجفان، أعراض قلق، تخليط ذهني أحياناً، الرغبة الملحة في التعاطي .

تخف هذه الأعراض خلال ٧-١٠ أيام .

السنكس وارد وقد يحدث بكميات كبيرة مما قد يؤدي إلى الوفاة المفاجئة باضطراب النظم القلبي الناتج عن فقد التحمل .

من الممكن إعطاء النالكسون المضاد للأفيون لكشف إنكار المريض للتعاطي لأنه يؤدي إلى ظهور أعراض السحب.

إدمان الكوكائين Use of Cocaine

الكوكائين هو خلاصة الكالونيد من ورق نبات الكوكا.

يستخدم بشكل بادرة بيضاء للإنشاق الأنفي أو محلول للإعطاء الوريدي أو تحت الجلد أو مشاركاً مع الهيروئين وريدياً. وهو غال جداً .

- التعاطي الحاد: إحساس بالسعادة، والشمق و النشوة Euphoria، توفد حسي وحركي، زيادة النشاطات الفيزيائية والنفسية، أحياناً نوبة هلع أو قلق، زيادة الشبق الجنسي، شحوب الوجه، تقبض حدقة، ثم الإحساس بالوهن والخمول عند انتهاء الأثر الحاد .

ب- على المدى الطويل: هشاشة واحمرار الأغشية المخاطية للأنف، بسبب الاستنشاق المتكرر و قد يؤدي إلى إنتقاب جدار الأنف ،اضطرابات تنفسية وقلبية، شديدة.

-ذهان أو نفاس الكوكائين: هذيان تحت حاد، انخداعات ليلية، تقلب المزاج، اهلاس سمعية و بصرية، الاهلاسات الحسية تميز ذهان الكوكائين (الشعور بنمل أو حشرات أو حيوانات تحت الجلد أو أجسام غريبة أو ديدان تحت الجلد) ، توهمات أو نفاس زوري (توهم اضطهادي) هذا النفاس أقل شيوعاً من إدمان الامفيتامين .

إدمان الحاثات النفسية Psycho stimulants

٢- المقهيات (مضادات الشهية) الأمفيتامينية Anorexigene Amphetamines

: تستخدم فمويًا أو وريديًا.

يؤدي التعاطي الحاد إلى فرط التيقظ وتسارع العمليات النفسية الحركية، شعور بالسعادة والعظمة، نقص الشهية وغياب الشعور بالتعب، تسرع قلب وارتفاع توتر شرياني، تقبض حدقة .

التعاطي على المدى الطويل قد يحدث النفاس الأمفيتاميني Amph.Psychosis :
توهم زورري مع أهلاسات هياج نفسي حركي عدوانية، اختلاجات قلة الدافع و الإرادة :
- مكان التأثير هو المشبك العصبي على مستقبلات الدوبامين لذا يفيد في العلاج مضادات الدمان

- متلازمة الفطام تحدث بعد ٧٢ ساعة من آخر جرعة التي تتجلى بأعراض أرق ووهن أفكار انتحارية و مزاج حزين .

إدمان الباربيتورات و المهدئات و المنومات

تستخدم هذه الأدوية إما فمويًا أو وريديًا والاعتماد الفيزيائي والنفسي مهم جداً. غالباً ما يكون المريض مدمناً على أكثر من دواء، هذه الأدوية تحدث التعود و الاعتماد خلال ٢-٤ أسابيع .

هناك مشكلتان عند وصف هذه الأدوية هما الاعتماد و الإدمان ثم محاولات الانتحار بهذه الأدوية لذا يجب الحرص عند وصفها.

تستخدم هذه الأدوية كعلاج للقلق أو للأرق ثم يبدأ الشخص بالتعود على هذه المركبات، و يزيد الكمية اللازمة للتخلص من القلق و التوتر حتى الوصول لجرعات عالية .

تظهر أعراض السحب خلال ٢ ساعة وحتى أسبوعين من آخر جرعة .

متلازمة السحب أو الامتناع غالباً ما تعالج في المشفى للمراقبة و لإبعاد خطر النوب الاختلاجية ،و لمعالجة الأرق و القلق و التوتر و الهياج و اضطراب الشهية للطعام .

لا تقطع الدواء فجأة بل بالتدريج و قد نشارك في العلاج أدوية أخرى مثل الكاربامازيبين أو مضادات الاكتئاب المهدئة .

إدمان الأدوية المهلوسة use of hallucinogens

تتضمن الأدوية المهلوسة عدة مشتقات أهمها حمض الليسرجيك (LSD Lysergic Diethylamide Acid و) والمسكالين (Mescaline) والميلوسيين (Psilocybin) .

يحدث تأثير هذه المركبات خلال نصف ساعة من تناولها و يستمر ١٢ ساعة . حيث تؤثر على الحالة الإدراكية للشخص ، اضطراب في إدراك الزمان و المكان، اختلاط الأحاسيس فيظن المريض أنه يسمع الصور ويرى الموسيقى، اهلاسات متعددة، سلوك غير متوقع ، قلق و خوف شديدان ، أحياناً الموت بسبب سوء محاكمة الواقع فيظن المريض أنه قادر على الطيران فيقفز في الهواء إلى الهاوية .
-التعاطي المزمن قد يتطور إلى اضطراب نفسي فصامي الشكل يغلب عليه اضطراب التفكير .

يعالج الإدمان في المشفى بإيقاف المادة و إعطاء مركبات البنزوديازيبين .

إدمان مضادات الفعل الكولينرجي اوالمركبات الإثروپينية.

-منها ما هو طبيعي يدخل في تركيب بعض العقاقير العشبية: بيلادونا..
- مضادات باركنسون التركيبية : بنزوهكسول ، ميكلديدن ، ارتان ...
-الأتربين و السكوبولامين .

الانسمام بهذه المواد قد يؤدي إلى التخليط الذهني والهذيان .

سوء استخدام المذيبات انطيارة (Solvent Abuse)

تتضمن عدة مواد كالايتز والميتون والتولين والبنزين والصبغات والشمع والصمغ والبتروول وثرى كلور إيتيلين .

نظراً لسهولة تواجده هذه المواد في البيوت فمن السهولة التعود عليها خاصة من المراهقين أو ربات البيوت.

يشعر الفرد بعد تناولها بدوخة واضطراب في التوازن، صعوبة في النطق، اضطراب التوافق الحركي (صعوبة أداء الأعمال)، اضطراب في الإدراك للزمان والمكان، قد تتطور نحو إصابة كلوية أو كبدية أو قلبية، اعتلال أعصاب أودماغ، فقر دم .
هذه المواد تؤدي للاعتماد النفسي دون الجسدي .

Use of tobacco الاضطرابات النفسية والسلوكية الناجمة عن التبغ

-المادة الأساسية في التبغ هي النيكوتين، بعد مدة من تعاطي التبغ تحدث زيادة إفراز اللعاب، وزيادة في الحركات الجوفية المعدية وإفرازاتها ، زيادة في النشاط النفسي والحركي، زيادة في التيقظ والانتباه، نقص الشهية ، الاستمرار لمدة طويلة يولد الاعتماد .
- أعراض السحب: التهيج والإثارة، القلق وانخفاض المزاج، الأرق، قلة الانتباه والتركيز، زيادة الشهية والوزن، الرغبة الشديدة في التدخين .

العلاج الميعض : مادة النيكوتين : Nicorette : مضغوطات تحت اللسان: ٢ ملغ ٨
-١٢ حبة باليوم... - علقة للمضغ - لصاقات جلدية

Use of Caffeine تعاطي الكافئين

تتواجد مادة الكافئين في عدد من المشروبات كالقهوة والشاي و الكولا وتدخل في تركيب عدد من الأطعمة كالشوكولا وفي بعض الأدوية المسكنة ومضادات الرشح.
يؤدي الكافئين إلى زيادة الانتباه وقلة الرغبة في النوم وفرط التيقظ .

الانسحاب الحاد أو الكمية الكبيرة (التي تزيد عن ٢٥٠ ملغ أي ٢-٣ أكواب قهوة) قد تؤدي إلى الأرق والقلق والتوتر أو تحرض نوب قلق سابقة، بول، رجفان عضلي، ثر كلام، تسرع قلب... هناك بعض الأفراد الحساسين للكافئين حيث أن الكمية القليلة قد تؤدي إلى رعشة ورجفان وأرق شديد وقلق وهيجان .

عند الامتناع عن الكافئين قد تحدث بعض الأعراض كالصداع و التوتر و الكسل و
النزق و الإثارة .

الموجودات المخبرية في الإدمان و طرق الكشف:

المادة	الموجودات المخبرية
الكحول	ارتفاع مستوى كحول الدم (يعرف التسمم على أساس أنه كحول الدم) أكثر من (٠,٠٨% - ٠,١٥%). إذا كان مستوى الكحول < ٠,١٠% أو غاما-GT < ٣٠ وحدة دون أعراض تسمم فهذا يرفع الشك بوجود تحمل.
الباربيستورات، البنزوديازيبات	يمكننا أن نجسد بعض المنومات أو مستقبلاتها في الدم. تبقى اختبارات البول إيجابية لمدة أسبوع.
الأفيونات	معظم الأفيونات تبقى في البول والدم ١٢ - ٣٦ ساعة بعد الاستخدام.
الأمفيتامينات	تبقى في البول ليومين.
الكوكايين	تبقى مستقبلاته في البول نحو ١-٣ أيام عند من يستخدمونه أحياناً، نحو ٧-١٢ يوماً عند من يدمنون عليه بشدة.
النيكوتين	ارتفاع مستويات الكوتينيل (مستقلب) في الدم والبول والعرق.
LSD	يمكن كشفه في البول.
PCP	يبقى في البول < من أسبوع، ارتفاع (SGOT)، ارتفاع CPK.
مارجوانا	تبقى المستقبلات في البول ٧-١٠ أيام (وحتى ٢٨ يوماً عند من يدمنون عليه بشدة).

- المتلازمات النفسية الناجمة عن تعاطي المخدرات عامة:

- الهذيان - العتاة المستمرة - اضطراب النسيان المستمر - الاضطرابات النفسانية التوهمية والاهلامية - اضطرابات المزاج و القلق - اضطراب الوظيفة الجنسية - اضطرابات النوم.

السير السريري لإدمان المخدرات :

١- ريع إلى ثلث المدمنين ينقطعون خلال سبع سنوات.

٢- تحدث الوفاة في ١٠-٢٠ % بسبب الجرعات الزائدة أو الحوادث أو المقووط.

٣- نحو ٥ % يدخلون السجون .

٤- الباقي يستمرون بين علاج و انقطاع ثم نكس .

الإدمان التالي لأمراض جسدية أو نفسية (الاكتئاب ، الفصام ...) مع شخصية سوية سابقة للإدمان يغلب عليها الشفاء التام .

يسمى إلى الإنذار اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع أو الحديثة .

العلاج : - الاستشفاء في غالبية الحالات أو كلها .

- هناك طريقتان :

١- القلع التام مباشرة : و العلاج العرضي حين ظهور الأعراض:

- بالمهدئات الكبرى أو الصغرى مع مضادات الاكتئاب ومضادات الصرع.

- مسكنات و مضادات الإقياء أو الإسهال بحسب الحاجة.

- الاماهة الجيدة بالسوائل ، الفيتامينات ...

- عزل المريض عن كل من يشك أنه سوف يحضر له المادة المخدرة.

- ٢- العلاج المعبوض في الأفيونات : ضمن خطة مشتركة و عقد علاجي بين الطبيب و المريض يلتزم الطبيب بتقديم العلاج و الدعم النفسي اللازم ويلتزم المريض باتباع تعليمات الطبيب و يوقف صرف الدواء للمريض إذا لم يلتزم بذلك.

- الميثادون Methadone : ٦٠-١٢٠ ملغ /يوم

- بيبينورفين (subutex) Buprenorphine

للقاوية : -النالتريكسون Naltrexone - Revia.

العلاج النفسي الفردي و الجماعي .

الوقاية : دوائية : الأكلوية التي تنقص التوق و الاشتياق نحو التعاطي.

-تعليم المدمن طريقة الابتعاد عن مثيرات التوق و الانتهاء.

تعليم المدمن طريقة التعامل مع التوق عند حدوثه.

- إنقاص أو إزالة التوق عن طريق تصحيح المفاهيم والوظائف الاستعرافية: إزالة الربط والمنعكس الشرطي بين تناول العقار والشعور بالسعادة.

قد يفيد النالتريكسون في إدمان المورفين و بروموكربتين في الكوكايين.

أو مواد منفرة: ديسلفرام في الكحول.

-مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقة: Buprobione Disipramine

الإدمان الكحولي أو الكحولية Alcoholism

تصيب الكحولية نحو ٥% من الشعوب الغربية ويتوطد الإدمان خلال عدة سنوات من التعاطي المتكرر.

مراحل الإدمان الكحولي بحسب تصنيف جلنزيك ١٩٥٠:

١-مرحلة ما قبل الإدمان: زيادة تناول الكحول عن الحد الذي يتناوله الأشخاص غير المدمنين .

٢- مرحلة الإنذار بالإدمان :

-النسيان التام لما حدث في أثناء الشرب صباح اليوم التالي .

- الشرب على انفراد .

- الشرب قبل المواعيد المهمة والحوادث.

-الشرب صباحاً للتعويض من التوتر.

-نوبات من الإغراق في الشرب على رغم من المقاومة لذلك.

٣- مرحلة الإدمان :

أ-عدم القدرة على وقف الشرب أكثر من ٢٤ ساعة.

ب-عدم القدرة على التحكم في كمية الكحول.

٤-الإدمان المزمن : التعرض لمضاعفات جسمية ونفسية واجتماعية .

الأعراض السريرية:

الانسمام الحاد: حديث غير مفهوم، مشية غير ثابتة، رأى، اضطراب الانتباه والتركيز، خبل وسبات.

أعراض السحب: زيادة نشاط الجملة المستقلة، رجفان النهايات، أرق، غثيان وإقياء، أهلاسات أو انخداعات ، قلق، نوب اختلاجية، علامات خاصة بكل اضطراب نوعي كما سيأتي.

الاختلالات الجسدية :

-هضمية : تشحم كبد، والأخطر هو تشحم كبد ، قصور الخلية الكبدية، يرقان، اعتلال كبدي دماغي، فرط توتر وريد الباب ، قرحة هضمية ، التهاب معدة ، التهاب بنكرياس.

-أمراض عامة: أرضية تساعد على الإخماج، نثدي، قصور إقناد، فقر دم، متلازمة نزفية، نقص سكر الدم، اعتلال عضلة قلبية كحولي.

- متلازمة الطفل الكحولي: تخلف عقلي، صغر الرأس، بطء النمو، شذوذات الوجه .

- نفسية: تشاهد الاضطرابات النفسية عند ٧٥% من الكحوليين :

- متلازمة الامتناع. - الاكتئاب .

- محاولات الانتحار و. الانتحار، التوهم الكحولي تحت الحاد ، الرجفان والرعاش ، اعتلال دماغ كورساكوف ، اعتلال فيرنكية .

- عصبية : اعتلال أعصاب محيطية حسي حركي ، التهاب العصب البصري خلف المقلة ، اختلاجات ، نزوف دماغية، عتامة كحولية.

- اعتلال الأعصاب العوزي : اعتلال أعصاب عديد (تنكس المحور العصبي) (ناجم عن عوز الثيامين ب١ بسبب سوء التغذية .

(أسباب سوء التغذية عند الكحوليين: عدم التوازن الغذائي، عوامل اقتصادية، التهاب المعدة) يبدأ اعتلال الأعصاب خلسة: بصعوبة المشي، معص عضلي، آلام ليلية، وهو قابل للتراجع بعد العلاج.

- التهاب الأعصاب الحسي والحركي: عجز حركي غالباً بالطرفين السفليين، بالعضل القاصي، ثنائسي الجانب، متناظر، يتوضع في المسكن الأمامي الوحشي للساق، مسؤول عن توقف المشي المنقطع أو صعوبة تسلق الدرج.

ضمور عضلي، ضعف المنعكسات الوترية ، مخص عضلي وآلام ليلية ، فرط حساسية جلدية بالستماس مع الأعطية، بالفحص اضطراب حسي، ألم بضغط العصب و العضلات، تساقط أشعار، أنظافر مكسرة، بشخص بإجراء عيار البيرفات الدموية بعد فرط تحمل السكريات، يعالج بالامتناع عن الكحول والفيتامينات ب١.

اعتلال دماغ فيرنكية Wernicke

اعتلال دماغ تحت حاد كحولي المصدر ، سببها عوزي ناجم عن تعاطي الكحول. تتوضع الإصابة في سقف البطين الرابع و المنطقة حول النواة المذنبة ، المناطق حول المهاد و تحت المهاد و خاصة الحديبات الحليمية

سريرياً: اضطرابات نفسية: تدهور حالة الوعي : ذهول ، تخطيط ، هياج .

- عينية: شلل عيني ثنائي الجانب ، حرج بصر كاذب ، شلل وظيفي.
- التهاب العصب خلف المقلة ، التهاب حلزمة العصب البصري.
- عصبية : فرط مقوية معمم اشتدادي خاصة بالأطراف العلوية.
- عسر مقوية أو رمع عضلي، رتة.
- اضطراب توازن : لا توافق عضلي حركي.
- التهاب أعصاب حسية و حركية.
- فرط إحساس بالألم.
- إيجابية علامة بابنسكي ، شلل وجهي ، مثلث التوائم ، اللباني البلعومي.
- أعراض عامة : تسرع قلب ، هبوط ضغط ، حرارة ، تعرق .
- العلامات الحيوية : فرط الليبروفات ، نقص البروتين في الدم.
- التطور: التراجع عند العلاج أو عقايل عصبية، العتاهة ، كورساكوف.

عتاهة كورساكوف Korsakoff

كيان سريري من تشارك اضطرابات نفسية مع إصابة نوعية في الذاكرة و علامات عصبية خاصة (التهاب أعصاب حسية وحركية ضموري) .

تشريحياً: إصابة فسي مستوي الحديبات الحليمية ثنائي الجانب و الحلقة المهادية الحليمية الحصينية.

- السبب : - عوز في فيتامين ب^١ - ورم قاعدة الدماغ - رضوض الدماغ
- حادث وعائي دماغي - ورم دموي - تلين دماغي
- شكل البدء : أ- قد يكون مفاجئاً بعد خمج أو انان أو بعد تسمم كحولي حاد أو خلال الهذيان الرعاش أو كاختلاط لعلاج الإدمان الكحولي .
- ب- مترقي : التطور نحو اعتلال دماغي فيرنكية.

الاعراض :

- اضطراب في الذاكرة : النسيان، نسيان المقادير والتواريخ، لا يوجد ذكريات واضحة مع احترام الذاكرة المباشرة وبقاء الذكريات القديمة، التخریف، تكرار حرفي للكلمات، معارف كاذبة، ذكريات مزورة، لا توجه يعتقد المريض انه يعيش في عصر أقدم .

- اضطراب في السلوك و المزاج :تبدل في الطباع ، هبوة، لاثبات ، خمول أعراض قلق

- اضطرابات عصبية: التهاب أعصاب حسية و حركية ضموري .

التطور : نحو عتاة أو ضمور دماغي أو استرارك بعض الذاكرة مع بعض الفجوات (نسيان فجوية) بالعلاج المناسب.

العلاج :- الامتناع عن الكحول نهائيا - فيتامين ب ١ - معالجة عرضية .

الهلوسات الرعاش Delirium Tremens:

حالة من التخليط الذهلي والتظاهرات التوهمية من مصدر سمي تتضمن العديد من الاضطرابات العضوية ذات مدة قصيرة وقد تقود إلى اضطرابات خطيرة.

- الظروف المطلقة :

- الامتناع الكحولي التام أو الناقص -خلال تطور الكحولية الشديدة.

-قد تتلو شدة أو رض أو خمج عند كحولي مزمن.

اللوحة السريرية : قد يبدأ بشكل حاد أو خلال ٢-٤ أيام بحالة ما قبل الهلوسات أو بأعراض وصفية منذ البداية:

- أعراض امتناع كحولي: رجفان، أرق، كوابيس، حالة حلمية، هياج، قلق، لاثبات، قهقهة، عطش شديد

-اهلاسات بصرية أو انخداعات (مناظر قطط، ثعابين، حيوانات) أحلام مقلقة أو كوابيس (كوارث، رعب)، اهلاسات سمعية و حسية (إحساس بالتمل تحت الجلد أو حيوانات تسري على الجلد) يرتكس المريض تجاهها بالعيش في جو من الهياج و الكوابيس ، صراخ، سلوك عدواني تجاه ذاته أو الآخرين .

العلامات العصبية: رجفان معمّم شديد خاصة في النهايات والشفاه واللسان.

رّة ، اضطراب توازن ، سقوط متكرر لاتوافق حركي ، في الأشكال الشديدة اضطراب في البلع . فرط مقوية .

تخليط ذهني متخريف ، نساوة التننيت ، لاتوجه زمني و مكاني .

حرارة ، تعرق ، تجفاف ، شح بول ، تسرع قلب ، إسهال أو إقياء .

تنصف هذه الأعراض بالتبدلات النهارية ، حيث تزداد في الظلام والمساء .

الفحوص الدموية للكحولية :

- غاما غلوتاميل ترانسفيراز : مرتفعة و ترتقب للمتابعة .

- حجم الكرية الوسطي : يكون مرتفعاً . - اضطراب وظائف الكبد

- ارتفاع الكريات البيضاء وسرعة التثفل واضطراب الشوارد

التطور: أ- نحو التحسن والشفاء بعد العلاج .

ب- حدوث السبات الكبدي الدماغي . ج- النكس بالعودة للإدمان وهو دوماً وارد .

علاج الإدمان الكحولي

مبادئ عامة :- يجب وضع مخطط علاجي للوضع الحالي وللوقاية في المستقبل .

- يجب تقييم وعي المريض لحالته ولإدمانه و لمخاطر المرض ، تقدير درجة قبول العلاج ، تقييم وعي المريض لضرورة العلاج ودوافعه ، هذه الخطوات مهمة حتى يجب التنبيه لها قبل بدء العلاج .

- تقييم الحالة المرضية : نمط الكحولية ، الوسط الاجتماعي و المهني للمريض .

- مرضى الإدمان لديهم الأرضية السهلة للإدمان النواتي لذا يؤخذ هذا بالاعتبار و

لا بد من إشراك العائلة في العلاج دوماً .

التدبير والمعالجة:

١- الاستشفاء و القطام :

أ- يجب مناقشة ضرورة الاستشفاء في قسم خاص بالأمراض الداخلية أو الإدمان الكحولي ، ضمن غرفة مفردة و مضاعة.

ب - فحص سريري و فحوص دموية بحسب الحاجة مع مراقبة العلامات الحيوية.

ج- القطام أو سحب الكحول: الامتناع التام عن الكحول وكل المشتقات أو الأغذية الحاوية على الكحول. د- الإمامة : وريدية ، فموية ، تعويض الشوارد.

هـ- التهذنة بالأدوية: ديازيبام حقناً أو بالفم، مهدئات كبرى (كلوربرومازين، سولبريد).

و- فيتامينات : ب١+ب٦+ب١٢ بالطريق الخلالي أو الفموي .

ز- قد نعطي مضادات الاختلاج كالكاربامازيبين في المرحلة الأولى للعلاج.

ق- مدة الاستشفاء لا تقل عن عشرة أيام . ك - معالجة الاكتئاب أو القلق المرافق

٢- الحفاظ على القطام : أ-العلاج المنفرد (ابومورفين) الذي يحرض على الإقياء، أو

بالديستغرام. ب- الأدوية: Aotal ، acomprosat ج- النظاهة في أماكن خاصة لعدة أسابيع.

د- العلاج النفسي و السلوكي و العائلي اللازم. هـ- الانضمام للجمعيات التي تشجع على

النشاطات الاجتماعية: نوادي رياضية، جمعية الكحوليين القدماء، أو جمعية الشاربين المغفلة

Alcohol anonyms و - تأمين تأهيل مهني مناسب . ع - زيادة أسعار المسكرات

والمخدرات وتخفيف الإعلان عنها .



الفصل السابع

اضطرابات الشخصية و اضطرابات الدوافع

اضطرابات الشخصية Personality disorders

مقدمة

مجموعة من الاضطرابات تشمل للأزمان والاستمرار ولا تقتصر على نوبات كالأمراض النفسية، تعبر عن نمط حياة الفرد و أسلوب تعامله و تأقلمه مع الآخرين ومع نفسه. تظهر في وقت مبكر منذ الطفولة أو المراهقة، تعبر عن استجابات صلبة وغير مرنة في السلوك والتعامل مع المواقف الاجتماعية مع خلل يطل معظم الوظائف الشخصية كطرق التفكير والإدراك و النواحي الوجدانية و الدوافع. غالباً ما تتشارك مع معاناة ذاتية شخصية أو مصاعب اجتماعية و عائلية .هذه الحالات غير ثانوية لمرض نفسي آخر، ونحتاج إلى التشخيص لتوافر ثلاث سلوكيات شاذة على الأقل.

DSM :

عرف اضطرابات الشخصية بأنها مجموعة من السمات الفردية المتزمّة المتصلبة التي يتمخض عنها خلل جلي في: الأداء الاجتماعي و المهني، أو كرب ،أو توتر شخصي.

تصنيف اضطرابات الشخصية:

أولاً: اضطراب الشخصية الزوراني: Paranoid-Paranoïaque P

ثانياً: اضطراب الشخصية الفصامية أو شبه الفصامية: Schizoïde

ثالثاً: اضطراب الشخصية اللااجتماعي أو المستهينة بالمجتمع (المضادة للمجتمع)

رابعاً: اضطراب الشخصية غير المستقرة انفعالياً.

ثالثاً: اضطراب الشخصية اللااجتماعي أو المستهينة بالمجتمع (المضادة للمجتمع)

رابعاً: اضطراب الشخصية غير المستقرة انفعالياً.

خامساً: اضطراب الشخصية التصنعى أو الهستريائي Histeronique

سادساً: اضطراب الشخصية الوسواسي القهري: Anankastique

سابعاً: اضطراب الشخصية الإجتماعي أو الشخصية القلقة:

ثامناً: اضطراب الشخصية الإعتمادية أو الاتكالية (العاجزة أو المتخاذلة)

تاسعاً: اضطراب الشخصية السادي: Sadique

عاشرأ: اضطراب الشخصية العدوانية السلبية: Passif-Aggressif

أولاً: اضطراب الشخصية الزوري: Paranoid Personality D.

١- الشكوك في كل المواقف و في الآخرين وتفسير مبيئ للحوادث حتى مع الأصدقاء ووصفها بأنها عدوانية ضده أو تحمل طابع الازدراء والتحقير، وهذا يقود الى كثرة المشاكسة والتهميم.

٢- شكوك متكررة وغير معلقة، أو الغيرة المرضية نحو الزوجة أو الشريك.

٣- التفسيرات التأميرية لغالبية المواقف الفردية أو العالمية غير المدعومة بالبيانات

٤- حساسية زائدة نحو الفشل و الهزيمة.

٥- رفض الاعتذار للشكائم أو التجريح أو الإهانات وميل نحو حمل للضعف.

٦- ميل نحو فرط تقدير الذات والغرور وأنهم دوما على حق.

٧- سطحية في المشاعر، تحدد القدرة الانفعالية، فقد حس الدعابة.

المعالجة:- العلاج النفسي: إقامة علاقة ثقة مع المريض، شرح الحساسية المفرطة للمريض.

-العلاج السلوكي: التدريب على خفض شدة الحساسية للنقد وتحسين المهارات الشخصية

-الأدوية: مضادات النفاس.

ثانياً: اضطراب الشخصية الفصامية أو شبه الفصامية: Schizoïde

يتميز الفرد المصاب في هذه الحالة بما يلي:

- ١-عدم القدرة على الشعور بالسعادة.
 - ٢-برودة وإنهاك عاطفي يتجلى بعدم القدرة على التعبير عن مشاعر الحنان والدفء تجاه الآخرين ولامبالاة تجاه المديح أو النقد.
 - ٣-اهتمام قليل اتجاه العلاقات الجنسية.
 - ٤-اختيار و تفضيل النشاطات التي فيها عزلة.
 - ٥-اهتمام بالغ بالتخيلات و الانطواء على الذات.
 - ٦-قلة اهتمام بالصدقة و غراب الأصدقاء الحميمين.
 - ٧-عدم الإحساس الواضح (لامبالاة سلبية) بالأعراف والعادات.
 - ٨-قد يبدعون في الأعمال الفردية كالبحث والفلسفة.
- العلاج:-النفسي:إقامة العلاقات الجيدة بين المريض والطبيب -التشجيع على النشاطات و التأهيل المهني و الاجتماعي المناسب.
- العلاج الدوائي :مضادات الذهان.

ثالثاً:اضطراب الشخصية اللااجتماعي أو المسنّهنة بالمجتمع (المضادة للمجتمع)

Psychopathe –Dissocial Personality disorder

تتميز هذه الشخصيات بالافتراق الشديد و الصريح بين سلوك الشخص والأعراف الاجتماعية السائدة.وهو يشكل مشكلة اجتماعية و عائلية حقيقية.

- ١-لامبالاة واستهتار اتجاه مشاعر الآخرين.
- عدم تحمل المسؤولية بشكل ظاهر مستمر.
- ٢- تجاهل أو احتقار للأخلاق و القواعد و الضوابط الاجتماعية.
- ٣-صعوبة القدرة على الاستمرار في العلاقات مع الآخرين .
- ٤-تحمل خفيف جداً للحرمان وسهولة الانتقال إلى العدوانية و العنف.

٥- عدم القدرة على معاناة مشاعر الذنب (Culpability)، حتى عند تورط الشخص في الأفعال العدوانية كالسرقة أو الاغتصاب، وعدم الاستفادة من التجارب السابقة أو من العقاب.

٦- ميل واضح إلى ذم الآخرين، إعطاء مبررات صورية غير منطقية لشرح سلوك المريض الشاذ و صداماته مع المجتمع.

٧- قد يشاركه نزق و ارتباك و إثارة ممتمرة.

٨- وجود اضطراب سلوكي منذ الطفولة والمراهقة يدعم التشخيص.

تنتشر هذه الشخصيات في المسجون بين المجرمين بسبب التهور والاندفاعية و العدوانية، عدم الاعتناء من الخبرات و التجارب السابقة.

قد تكون هذه الشخصيات على درجة من الذكاء و الإغراء حيث يوقع أصحاب هذه الشخصيات كثيراً من الرجال و النساء في حبالهم.

في طفولة المرضى نجد كثيراً من الانحرافات كالكذب و السرقة و الاغتصاب و التساجر و العنف مع الحيوانات، التهرب من المدرسة و البيت، الانحرافات الجنسية، الإدمان.

قد يغطي الشخص كل ذلك بالخدعة و الظهور بالمسالم الصدوق.

الأسباب : لم يعرف سبب هذا الاضطراب لكن هناك إجماع على وجود عوامل وراثية وأخرى فيزيولوجية عصبية، خاصة وأنه وجد توافق كبير بين هذه الشخصيات والصرع أو التهابات الدماغ في الطفولة، القامة الواهنة الفارعة، اضطراب الصبغيات XYY .

العلاج: النفسي السلوكي: العلاج الجماعي في المراكز الخاصة.

أو ضمن جمعيات خاصة، بالمريض، الاهتمام وبناء علاقة الثقة مع المريض.

العلاج الدوائي: المهدئات الكبرى - معالجة عرضية.

رابعاً: اضطراب الشخصية غير المستقرة العاطفياً: Emotionally
Unstable Person. D.

تتظاهر بميل شديد نحو الارتكاس والتصرف الاندفاعي Impulsivity دون اهتمام للنتائج المتوقعة، مع عدم استقرار المزاج، ثورات شديدة من الغضب تصل للعنف وسلوك اندفاعي Explosive نتحرض عفوياً أو نلؤ نقد أو اعتراض من الآخرين. نميز نوعين كلاهما يتميزان بالاندفاع وعدم السيطرة على الذات:

١- النموذج الاندفاعي أو النزقي Impulsive: الخصائص المهمة تتجلى بعدم الثبات العاطفي، قلة السيطرة على الدوافع، نوبات أو ثورات من العنف والتهديد، خاصة عند تعرض الشخص للنقد واللوم.

٢- النموذج الحدي: Borderline :

١- العدوانية و السلوك الاندفاع الانفجاري ، نوبات من الغضب والاستثارة غير المبررة وغير المسيطر عليها.

٢- ثورات من محاولات تحطيم الذات: الانتحار، التشويه، كثرة الحوادث، الإدمان.

٣- اضطراب الهوية الذاتية: الجنسية، الهدف من الحياة، غياب الأهداف المستقبلية، عدم وضوح و تذبذب صورة الذات. التذبذب في الميول الفكرية والشخصية.

٤- عدم التوازن العاطفي: تأرجح العاطفة من القلق للاكتئاب و الغضب خلال فترة قصيرة. قد تحدث نوبات نفاسية لمدة قصيرة جداً عقب التعرض للشدات وتزول سريعاً.

٥- الاندماج في علاقات قوية غير مستقرة قد تنتهي و تنقطع لأسباب نافهة ، تناقض في تقييم الآخرين إما التقدير المفرط أو الإهانة و التفريع الشديد (لا يوجد حل وسط) .

٦- عدم تحمل الوحدة.

العلاج: -النفسي: إظهار التعاطف مع المريض، التركيز على فهم و شرح اضطراب الهوية الذاتية.

- السلوكي: التدريب على التحكم بالذوافع، التأهيل المهني، حل المشكلات، خلق واقع جديد مفيد.

الدواء: مضادات النفس، مضادات الاكتئاب، ليثيوم، كاربامازيبين.

خامساً- اضطراب الشخصية الهستريائي أو التصنعى **Histrionic P**.

هي شخصيات تحب العلاقات الاجتماعية ، من الشخصيات غير الناضجة و لديها استعداد عال للإيحاء:

١- أداء مسرحي وتمثيلي **Theatralisme and Dramatisation**

٢- قابلية شديدة للإيحاء **Suggestivity** و التأثر بالآخرين وبالظروف الخارجية.

٣- عاطفة سطحية متبدلة **Labile** متقلبة لأتفه الأسباب.

٤- سرعة التأثر بالأحداث اليومية و الأخبار المثيرة.

٥- حب الأثنية ورغبة في الظهور و المديح و الثناء.

٦- رغبة في عمل أي شيء (وحتى التخريب) لجذب الانتباه و القيام بلشاطات تجعل الشخص مركز اهتمام الآخرين.

٧- الإغراء غير المناسب و اللافت للنظر في السلوك مع حيوية وجاذبية جنسية ظاهرية (لكن الكثير لديهم برود جنسي) ، انشغال بال دائم بالمظهر الجسدي والمظهر (من حيث اختيار اللون أو كشف أجزاء من الجسم لجذب الانتباه).

٩- هذه الشخصيات ناجحة في مجال الفن و التمثيل وليس مراكز القيادة.

العلاج:

-المعالجة النفسية: الفردية أو الجماعية، شرح المرض.

-المعالجة السلوكية: التدريب على تعديل التعبير الانفعالي الذاتي.

العلاج الدوائي: مضادات الاكتئاب.

سادساً: اضطراب الشخصية القسري أو القهري: Anankastic

تعد الشخصية الوسواسية من أنجح الشخصيات السوية، و لكن إذا زادت عن السواء أصبحت مرضية.

- ١- تردد وشكوك وحذر مفرط (التأكد المتكرر)، عدم الاستقرار على رأي.
 - ٢- انشغال بال مبالغ فيه بالتفاصيل والقوانين والبرامج والأوامر ومخططات العمل.
 - ٣- انشغال مفرط بالعمل المهني الشخصي لدرجة الحرمان من أوقات الراحة والمتعة والعلاقات الاجتماعية.
 - ٤- إصرار وتصلب لخضوع الآخرين لأوامره وموافقته على أفكاره.
 - ٥- الكمالية في النظام و الدقة المتناهية في الأمور، المطالبة بالمثل العليا، احترام التقاليد و الروتين، وتطبيق ذلك عليهم فيلومون أنفسهم والآخرين لأقل تقصير.
 - ٦- المحافظة على نظام حياة يومي ثابت من دون السماح بتبديله.
 - ٧- الاهتمام الشديد باللباس التقليدي والصحة الجسدية و النظام الغذائي.
- كل هذا يفود إلى شجار كثير مع الشريك الآخر والزملاء في العمل.

العلاج:

- النفسي: الفردي أو الجماعي، المرضى يدركون مرضهم لذلك لابد من شرح المرض وتفسير الأعراض.

- السلوكية: تعتمد على التدريب الاجتماعي في التعامل.

الدواء: مضادات الاكتئاب.

سابعاً: اضطراب الشخصية القلقة أو الاجتنابي : Anxious-Avoidant P.

- ١- مشاعر مجتاحة مستمرة من التوتر والتوجس والخطر المحقق.
- ٢- اعتقاد المريض بعدم الكفاءة الاجتماعية أو انه غير مقبول شخصياً والشعور بالنقص وعدم الثقة بالنفس والدونية المفرطة.

٣- انشغال التفكير المفرط خوفاً من كون الشخص موضع نقد الآخرين أو رفض في المواقف الاجتماعية.

٤- رفض العلاقات الاجتماعية عند الخوف من النقد.

٥- تقييد الحياة اليومية وقوليتها بحسب حاجات الأمن والبحث عن الصحة التي تحقق له الطمأنينة.

٦- تجنب العلاقات الاجتماعية أو المهنية التي تتطلب تماساً مباشراً مع الناس خوفاً من التعرض للنقد أو الارتباك أو الخجل.

- يتميز هؤلاء المرضى بعدم ثبات الجهاز المستقل لذلك يشكون من برودة الأطراف أو التعرق في اليدين.

العلاج: - النفسي: -العلاج ضمن مجموعة تحقق له إقامة علاقة الألفة مع الآخرين وتزيد الثقة بالنفس وزيادة الإحساس بالذات.

- الأدوية: مضادات الاكتئاب : مضادات قبط السيرونين-IMAO -حاصرات بيتا

ثامناً: اضطراب الشخصية الاعتمادية أو الاكتالية أو السلبية: Dependant

١- تتميز بحاجة الشخص للآخرين والاعتماد عليهم لتشجيعه ومنحه الطمأنينة والاعتماد عليهم في اتخاذ قراراته في جوانب مهمة من الحياة.

٢- تمخير المصاب لممتلكاته الشخصية من أجل الآخرين ورضوخه غير المبرر لهم

٣- عدم الاستعداد للمطالبة بحقه من الذين يعتمد عليهم، الشعور بأنه لا حول له ولا قوة تجاههم.

٣- مشاعر من الانهيار و العجز واللاقدرة عندما يكون الشخص وحده.

٤- انشغال بالخوف من التارك وحده والهجران من الشخص المعتمد عليه و الإحساس بالكارثة.

٥- الافتقار للثقة بالنفس، مشاعر من العجز الشامل.

٦- عدم القدرة على اتخاذ أي قرار، ويعتبر المريض نفسه غير مسؤول عن شؤونه ويلقي تبعية فشله أو كروبه على الآخرين مثل: الزوجة، الأهل، الأصدقاء.

العلاج : -العلاج النفسي: التركيز على تحسين السلوك الحالي والتدريب على الاستقلالية و الاعتماد على الذات.

-العلاج الدوائي: مضادات الاكتئاب -حالات القلق بحسب الحالة.

تاسعاً: اضطراب الشخصية السادي Sadic

يكثر عند الرجال أكثر من النساء ويتميز بما يلي :

١-قطع العلاقات بعنف ووحشية.

٢-إذلال الآخرين و الحط من قدرهم على مسمع من الناس.

٣-معاملة الأشخاص الذين تحت السيطرة بقسوة[السجناء].

٤-الاستمتاع بتعذيب الآخرين ومعاناتهم و الحيوانات أيضاً.

٥-العمل على تعذيب الآخرين وإيلاهم.

٦-إكراه الآخرين على طاعة المريض.

٧-تقييد حرية الآخرين كالزوجة.

٨-الاستمتاع بالسلاح والعنف والتعذيب.

العلاج: مثل الشخصية اللااجتماعية.

عاشراً: اضطراب الشخصية العدوانية السلبية Passif-Aggressif

هو الشخص الذي يمارس عدوانيته بشكل سلبي(غير مباشر عن طريق استخدام وسائل غير مباشرة لإيذاء الآخرين فهو لا يتشاجر ولا يغضب بل يستخدم شخصا آخر كمخالب يخطئ به من حوله يتكلم بوجود خمسا مما يلي:

١-يتناسى المريض الواجبات اليومية والالتزامات والعهود.

٢-يحتج بشكل غير مقنع بأن الآخرين يطلبون منه مالا يعقل ولا يطبق.

٣-الخطأ والتواني في العمل عند عدم رغبة المريض للعمل، أو الادعاء بعدم المعرفة مع العلم انه ذو دراية تامة بالموضوع .

٤- العبوس أو المجادلة عندما يطلب منه عمل شيء ما.

٥- المماطلة و التسويف في المواعيد(كل مواعيده غدا).

٦- إضاعة جهود الآخرين بالنقد و التحايل لتنفيذ رغباته.

٧- النفور وعدم الرضا من الناس الخبراء لأنهم يكتشفون زيفه.

٨- تقدير و اعتزاز بالكفاية و الاقتدار الذاتي.

٩- رفض النصيح والإرشاد و اقتراحات لتحسين السلوك.

١٠-يحملون في ذاتهم كتلا ضخمة من العدوانية لكن بسبب عدم نضجهم الانفعالي لا يستطيعون إظهار هذا العنف فيتصرفون بسلبية ولا مبالاة من اجل إغاضة الآخرين(يبول في سرواله لإغاضة زوجته مثلا).

العلاج: نفسية جماعية.

حادي عشر: اضطراب الشخصية النرجسية: Narcissistic

هو الشخص الذي يحب نفسه ويرى ذاته فوق الآخرين مع التعالي والمبالغة في وصف إنجازاته و مواهبه (التي يراها هو فقط) يقلل من شأن الآخر ومن معلوماتهم و مراكزهم وقد يجرحهم و يوجه لهم اللوم و النقد. لا يحتمل النقد وقد يغضب إذا وجهت له ملاحظة عن تصرف خاطئ، يتهرب من الأعمال الجادة التي لا تخدم غروره، يعزو لنفسه (زورا) أعمالاً وإنجازات باهرة. من حيث التعامل نجده إنساناً لطيفاً و ظريفاً و ذا منصب اجتماعي مرموق و ثروة طائلة لكنه جاف العواطف و خاصة مع شريكه.

تبدلات الشخصية الدائمة بعد مرض نفسي أو عضوي Enduring Personality Changes

هي التبدلات والاضطرابات في الشخصية والسلوك التي تحدث عند أشخاص أسوياء بعد فاجعة مديدة أو بعد مرض نفسي أو جسدي شديد. يجب أن يتوفر دليل على وجود هذه التغير المؤكد و المستقر في نمط الشخصية وفي السلوك والتعامل وطريقة التفكير، هذا التغير يكون مقرونا بالصلافة وسوء التكيف مع الذات ومع الآخرين. هذه الأعراض ليست لمرض آخر وغير موجودة سابقاً لدينا حالتان :

١- تغير الشخصية بعد كارثة:

تبدل دائم يلي كرباً مفاجئاً و شديداً لدرجة لا يمكن تفسير التبدل إلا بالحادث. أمثلة للكوارث: معسكرات الاعتقال، التعذيب، الرهائن، الأسر، تعرض مديد لمواقف مهددة للحياة. أما التعرض لفترة قصيرة لتجربة مهددة للحياة كحادث سيارة و المؤدي لتبدل في الشخصية فلا يدخل هنا.

معايير التشخيص: يجب أن يكون تبدل الشخصية مستمرا ولمدة سنتين ويعبر عن نفسه من خلال سمات و ملامح في الشخصية: كفقد المرونة و سوء التلاؤم و خلل في الأداء المهني الاجتماعي:

١- موقف عدائي وحذر وشك تجاه العالم.

٢- انسحاب اجتماعي.

٣- الإحساس بالخواء أو اليأس.

٤- الانطباع الدائم بأنه على شفا هائلة أو تحت التهديد.

٢- تبدل الشخصية بعد مرض نفسي:

يجب ألا يكون التبدل ثمالة لمرض نفسي و لا يمكن تفسير التبدلات بالمرض النفسي. يظهر بعد الشفاء السريري لاضطراب نفسي شديد عانى خلاله المريض من توتر عاطفي شديد شوه صورة الذات يجب أن تستمر الأعراض لمدة سنتين يتظاهر بما يلي:

١- اعتماد متزايد على الآخرين ووضعهم في موقف المطالبة.

٢- اقتناع المريض بالتغيير أو بالوصمة بالمرض النفسي، ومنه العزلة و قلة العلاقات الاجتماعية الحميمة.

٣- سلبية مع قلة الرغبات و الاهتمامات وتناقص الرغبة في الرفاهية.

٤- شكاوى صحية مستمرة ، مزاجية، مثلك مريض، توهم المرض.

٥- اعتلال مزاج أو مزاج هش حديث.

٦- خلل واضح في الأداء الاجتماعي و المهني.

تشخيص سابق للفصام لا ينفي المرض.

اضطرابات السيطرة على العادات و الدوافع Habit and Impulse D

تضم اضطرابات سلوكية لا يمكن تصنيفها ضمن مجموعات أخرى، تتظاهر بأفعال متكررة دون حوافز واضحة عقلانية تحرض على فعلها تصل إلى حد تعارضها مع مصالح الشخص أو محيطه، يقول المريض أنه واقع تحت تأثير دوافع لا يمكن التحكم بها. أسباب هذه الحالات غير معروفة وضعت معاً لتشابهها سريرياً.

أولاً: لعب القمار (المقامرة) المرضي: Pathological Gambling

نوب متكررة من لعب القمار (المقامرة) تسيطر على حياة المريض على حساب القيم والالتزامات الاجتماعية و العائلية و المهنية و المادية. هؤلاء المرضى يعرضون عملهم لمخاطر و ديون كثيرة و يكذبون أو يتجاوزون القانون للحصول على المال ، ويجادلون للتهرب من دفع الديون. يصف الشخص حالة ملحة للعب و المقامرة يصعب السيطرة عليها تترافق مع أفكار عن عملية المقامرة و الظروف المحيطة، وتزداد هذه الرغبات و الانشغالات الملحة في أوقات الشدات. قد تترافق باضطرابات سلوكية أخرى كالعذوانية و اللامبالاة بالآخرين.

التشخيص:

١- مقامرة متكررة بشكل مستمر.

٢- استمرار الحالة على الرغم من النتائج السلبية على نواحي الحياة كافة.

تتميز عن المقامرة العادية بإمكانية الشخص كبح جماح اللعب عند الخسارة.

وكذلك يجب تمييزها عن المقامرة المتهورة في الهوس.

ثانياً: هوس الحريق أو الميل المرضي نحو إشعال الحرائق: Pyromanic

محاولات أو أعمال متكررة نحو إشعال النار في الأشياء أو الأملاك من دون دوافع قاهرة، متشارك مع انشغال التفكير المستمر بالنار و الحرائق، هؤلاء المرضى يبدون اهتماماً خاصاً بسيارات ورجال الإطفاء وكل من يعمل بالنار أو صفارات الحريق.

تعليمات التشخيص:

-حرائق إرادية متكررة من دون دافع مالي أو انتقام أو دوافع أخرى.

-اهتمام المريض الشديد بمشاهد الحرائق و النار.

-يصف المريض مشاعر من التوتر الشديد قبل الحريق ثم شعور بالتهيج والإثارة بعد تنفيذ العمل.

التشخيص التفريقي:

-الحرائق المحدثّة عمداً حيث نجد دافعاً واضحاً.

- الحرائق المحدثّة من صغار السن حيث نجد لديهم اضطرابات سلوكية أخرى.

-الحرائق عند الشخصيات المضادة للمجتمع.

-الحرائق عند القصاصيين استجابة لتوهم إن أهلاسات.

-الحرائق عند مرضى الأمراض العضوية العقلية: العتاهة، التخليط الذهني، اضطراب الذاكرة، الكحولية، الإدمان...

ثالثاً: الميل المرضي لارتكاب السرقة (هوس السرقة) Kleptomania

عجز الشخص عن مقاومة دافع داخلي نحو سرقة أشياء لا يحتاجها وليس بحاجة لقيمتها المادية، وبعد سرقة الأشياء قد يرميها الشخص أو يوزعها أو يخزنها.

يشخص عندما يصف الفرد شعوراً ملحاً متزايداً بالسرقة مع التوتر الشديد، ثم إحساساً بالرضا والهدوء خلال وبعد تنفيذ عملية السرقة، قد يتخذ الشخص بعض وسائل التكتم والسرية وليس كلها.

يشعر المريض بالذنب وتأتبب الضمير بين نويات السرقة ولكن ذلك لا يحول دون تكرار السرقة.

يجب استبعاد السرقة لكسب مادي أو بسبب التخليط الذهني أو ضعف الذاكرة أو الاكتئاب.

رابعاً: هوس لنف الأشعار Trichotillomania

يتميز بفقدان واضح في كمية الأشعار بسبب ميل واندفاع شديد لا يمكن مقاومته نحو اقتلاع الأشعار. يسبق هذا الاندفاع إحساس بالتوتر والانفعال ثم شعور بالرضا والراحة بعد تنفيذ العمل.

تعالج بمضادات الاكتئاب و غالباً بجرعات عالية و أحياناً تضيف مضادات الذهان .
اضطرابات أخرى:

١-المبالغة في الأعراض الجسدية لأسباب نفسية

Elaboration of physical symptoms for psychological reasons

بعض المرضى و لأسباب نفسية و سلوكية قد يبالغون في الأعراض الجسدية الموجودة حقيقة أو يطيلون مدتها أو تظهر لديهم شكايات إضافية ليس لها أصل، وذلك بقصد جذب الانتباه أو عدم قناعة المريض ورضاه عن الاستقصاءات ونتائج العلاج غير النوعية أو خيبة أمل من قلة الاهتمام في المشافي أو من الأهل و الأقارب. قد يكون الدافع هو الضائقة النفسية التي يمر بها المريض. أحياناً يكون الدافع هو احتمال زيادة التعويض المالي بعد الحوادث وإصابات العمل. قد تظهر أعراض أخرى ليس لها أصل جسدي و هنا تبرز انشغالات فكرية حول مدة الشفاء و نسبة العجز و الألم المتبقي. مع ذلك فليس بالضرورة أن تشفى الحالة حتى لو تم تحقيق مطالب المريض أو تعويضه ما يريد.

٢- الاختلاق و التظاهر المقتعل أو الاضطراب التصنعى Factitious disorder

يستطيع مريضى الاضطراب التصنعى السيطرة الإرادية على أعراضهم لكن بدافع لا شعوري يحاولون إثارة الألم أو اختلاق أعراض بشكل متكرر ومستمر قد تصل لدرجة إيذاء النفس بالضرب أو الجرح أو النزف أو حقن مواد سامة، كل هذا قد يكون مقنعا و يدفع الأطباء ويجسرهم لإجراء استقصاءات تامة سلبية دوما مع غياب أي مرض عضوي. تتبدل الأعراض عند اكتشاف سلبية الإجراءات الطبية أو يذهبون إلى مركز طبي آخر لا يعرفهم.

غالباً ما لا نجد سبباً واضحاً لحالة. قد يكون الدافع نحو هذا السلوك غامضاً أو دافعاً داخلياً، قد يكون بسبب صراع داخلي بهدف تقمص دور المريض . يرافق الحالة عدد من الاضطرابات في الشخصية والسلوك.

من هذه الحالات: -متلازمة إيمان المشافي. - المريض الجوال.

-متلازمة ماونشهاوزن Munchhausen Synd..

٣- التمارض Malinger

لا يعد التمارض مرضاً نفسياً، وهو تصنع إرادي (عن سبق قصد و بهدف واضح للعيان) لأعراض أو حالات عجز نفسية أو جسمية تدفعه كروب أو بواعث خارجية ودوافع التمارض عادة واضحة للفاحص، يغلب عليهم خداع الآخرين بأعراضهم .

يسهل التمارض للهروب من الفحص و الاستجواب ولا يتعاون مع الفاحص. تشيع هذه الحالات في الدوائر القانونية أو العسكرية .

أكثر الأسباب شيوعاً هو الهروب من خطر شخصي كتجنب الأحكام القضائية، الحصول على الأموال الطائلة ، الحصول على أدوية ممنوعة ، الهروب من التجنيد ، الحصول على تسهيلات معيشية أفضل و غيرها كثير .

المعالجة : لا يوجد لأنه ليس مرضاً.



الفصل الثامن

اضطرابات النوم Sleep Disturbances

يعد النوم من الوظائف الفيزيولوجية المهمة عند الإنسان، حيث يقضي الشخص نحو ثلث عمره في النوم، وهو ضروري لإعادة النشاط الجسمي والفكري و النفسي للفرد.

مراحل النوم:

١-النعاس: يسيطر على مخطط الدماغ الكهربائي EEG موجات ألفا غير منتظمة و سريعة ٨-١٢ دورة/ثا.

٢-النوم البطيء: يشكل ٧٠-٨٠% من مدة النوم الكاملة، يحافظ فيها الشخص على بعض مقوياته العضلية، و له أربع مراحل:

-المرحلة I: مرحلة بدء النوم، نجد في EEG بطءة، تناقص السعة، واختفاء موجات ألفا وظهور موجات بيتا (٣-٧).

- المرحلة II: النوم السطحي: بطءة أكثر (٤-٦ هرتز) EEG، تشكل مغزل النوم ذا الموجات السريعة والعالية، مركب K الموجات البطيئة ثنائية الطور.

-المرحلة III: النوم المتوسط، موجات دلتا (١/٢-٢ هرتز)، واسعة ومتناظرة ومتزامنة.

-المرحلة IV: النوم العميق: موجات بطيئة دلتا، و بيتا، وحيدة الشكل، متناظرة و متزامنة.

٣-النوم التناقضي Paradoxale: نوم حركات العين السريعة REM: موجات بشكل المقص، يشبه الدخول في النوم. يتميز النوم التناقضي بوجود حركات العين السريعة، تثبط المقوية العضلية، وقد يلاحظ رمع عضلي مع ذلك، تسارع تنفسي و قلبي غير منتظم، ارتفاع طفيف في التوتر الشرياني، انتصاب القضيب، وهو طور الأحلام، قد نجد برودة الدم النسبية، مدة لطور بين ١٠-١٥٪.

يمر الشخص خلال الليلة الواحدة بـ ٣-٥ أدوار متلاحقة من مراحل النوم كافة، وكل دورة تستمر بين ٩٠-١٢٠ دقيقة، أول نوم تناقضي يحدث بعد ٦٠-٩٠ دقيقة من النوم البطيء.

إن شخصاً عادياً عمره ٢٥/ سنة يقضي نومه كما يلي:

- المرحلة I: ١٠% - المرحلة II: ٥٠%

- المرحلة III+IV: ٢٠% - النوم التناقضي ٢٠-٢٥%

التشريح العصبي لمكان النوم:

هناك مركز في الدماغ يسمى مركز اليقظة و هو يتحكم في حالة اليقظة وينتزع في التشكلات الشبكية فإذا انتهى عمل هذا المركز دخلنا في النوم: وبحسب نظرية المنكم الشرطي لبافلوف فإن تنبيط هذا المركز يؤدي إلى النوم، ومما يساعد على كفه: البعد عن الضجة والهدوء والسرابة في العمل ثم يحدث الاستيقاظ إذا جاء منبه ينتقل عبر المسارات العصبية إلى التشكلات الشبكية فتحدث اليقظة .

المناطق التشريحية المسؤولة عن النوم :

- التشكلات الشبكية :التي تمتد من جذع الدماغ حتى المهاد. إن التشكلات الشبكية هي المسؤولة عن اليقظة فأى تخرب فيها يؤدي إلى النوم الدائم و تنبيهها الكهربائي يؤدي إلى اليقظة أو فرط اليقظة.

-الحافة راف Raphe:: مجموعة من النويات تمتد من البصلة حتى الدماغ المتوسط : تخريبها يؤدي إلى الأرق وهي ميروتونينية الوسيط وقد يكون لها دور في تنبيط نشاط التشكلات الشبكية ومنه الأدوية التي تعيق تشكل السيروتونين تؤدي إلى الأرق.

-الجسم الأثرق: الذي تخرج منه الحزمة النورأدرينالية الخلفية.يساعد هذا الجسم على اليقظة(تخريبه يؤدي لزيادة النوم) وهو نورأدرينالي الوسيط وله دور في التحول من الطور الأول للنوم إلى الطور التناقضي .

-الخلايا العرطلة في الجسر : وهي تتدخل في الانتقال من النوم ذي الموجات البطيئة إلى النوم التناقضي حيث تخريبه يزيل النوم التناقضي.

- النوم ذو الموجات البطيئة: يتم تنظيمه من قبل الجهاز العصبي المركزي في المادة الشبكية البصليّة الجسرية (نويات الخط المتوسط)، والعصبونات المسؤولة المحرّضة على النوم هي سيروتونينية الوسيط.

- النوم ذو الموجات السريعة: تتوضع عصبوناته في نويات الخط الجانبي والمتوسط من غطاء الجسر، وهي كاتيكولامينية الوسيط.

- الحاجة الفيزيولوجية للنوم: تختلف من شخص إلى آخر لذلك يصنف الناس إلى:

١- النائمون طويل: ينامون على الأقل تسع ساعات ونصف للإحساس بكفاية النوم. يتميزون بالخمول والانتوائية والاكتئاب..)

٢- النائمون قسيلي: ينامون وسطياً خمس ساعات ونصف. (يتميزون بالطموح والمبادرة وقلة القلق..)

٣- النائمون المتبدلون: يتبدلون بين هذين القطبين.

عند تقييم النوم يجب الاستفسار عما يلي:

- ساعة الخلود إلى النوم والمدة اللازمة للدخول في النوم و سهولة النوم والاستيقاظ.

- عدد ومدد و مواعيد الاستيقاظات الليلية وساعة الاستيقاظ الصباحي.

- وجود ظواهر مقلقة عند النوم، غزارة الأحلام وانعكاساتها على اليوم التالي.

- التمارين الفيزيائية وتناول المنبهات أو المنومات أو وجود الكروب والشدات

- الفائدة المرجوة من النوم (نوعية النوم).

- المدة الكلية للنوم حالياً مع الأخذ بالحسبان المدة للمعتاد عليها الشخص ذاته.

التوم والشيخوخة:

يبدى المسنون عادة عدم ارتياح في النوم حيث يزداد زمن مكوئهم في السرير، تكثر لديهم الاستيقاظات الليلية، يزداد الزمن اللازم للدخول في النوم، تقل المدة الإجمالية للنوم، يكثر النعاس النهاري.

نجد تناقص النوم التناقضي الكلي، تنقص مدة المرحلتين الثالثة و الرابعة من النوم. يكثر عند المسنين المغص العضلي الليلي، متلازمة توقف التنفس الليلي، متلازمة الساق غير المريحة، النعاس المسائي المبكر.

اضطرابات النوم

تصنيف اضطرابات النوم الى:

أولاً-عسر النوم : **dyssomnia**

١-اضطراب التوم داخلي المنشأ :

١-الأرق:

أ-الأرق البدني ب-متلازمة الطرف المؤلمة ج-الرمع العضلي

٢- اضطرابات النوم خارجية المنشأ أو الأرق الثانوي أو من البيئة : أرق المرتفعات ، صعوبة التلاؤم ، دوائي، اضطراب النوم بسبب فروق التوقيت أو تغيير مواعيد العمل.

٣- فرط النوم:

أ-فرط النوم البدني ب-النوم الانتياحي -متلازمة توقف التنفس الليلي .

ثانياً-اضطراب نظير النوم **Parasomnia**:

١-الاضطرابات المتعلقة باليقظة:

- الاستيقاظ المشوش -المشي النومي -الفرع الليلي

٢-اضطرابات الانتقال من اليقظة للنوم و بالعكس :

-اضطراب الحركية في أثناء النوم: - الكلام الليلي- اضطراب الحركة الدوري

- المعص العضلي الليلي في الساق nocturnal leg cramps .

٣- الاضطرابات في مرحلة النوم التناقضي :

- الكوابيس - الانتصاب الليلي المؤلم - الشلل الليلي sleep paralysis

٤-اضطرابات أخرى : صرير الأسنان

ثالثاً- اضطرابات النوم المرافقة للاضطرابات النفسية و الجسدية الأخرى.

متلازمة توقف التنفس النومي:

توقف تنفس متعدد ليلي يستمر من أربع ثوان حتى الثلاث دقائق.

آلية توقف التنفس قد تكون مركزية أو بانسداد الطرق الهوائية أو بكليهما معاً، السبب مجهول وتشخص بتخطيط الدماغ النومي.

تستظاهر بالشخير الشديد، تعدد بيلات، تعب عند الاستيقاظ، نعاس نهاري، اضطراب في الطباخ والذاكرة والمزاج، والهباج.

النوم الاتيابي أو السبخ: ناركوليسي Narcolepsy

تتجلى بسنعاس نهاري يتطور نحو نوب من النوم النهاري الشديد غير المقاوم لنحو ربع ساعة و لعدة مرات أحياناً، نوب من الجمدة (الكاتالبيسيCatalepsy ارتخاء عضلي مفاجئ في ظروف عاطفية)، أهلاس بدء النوم، شلل نوم ، اضطراب النوم الليلي، حدوث نمط نوم الريم بعد عشر دقائق من بدء النوم. هذه الأعراض تستمر يومياً لمدة ثلاثة أشهر على الأقل. يعد من الأمراض المعقدة بسبب النوم النهاري، وقد يكون سببا في حوادث الطرق.

فرط النوم النفسي غير العضوي أو السبخ الليلي البدني النفسي Hypersomnia

نوم ليلي طويل غير طبيعي يرافقه صعوبة شديدة في الإيقاظ الصباحي، أحيانا لا توجه عند اليقظة، نعاس متبدل نهاري عكس باقي اضطرابات النوم المريض هنا يستطيع مقاومة النعاس لكن القيلولة و النوم غير مريحين يشاهد عند الشباب و المراهقين .

الأسهيات: - قد يكسبون لجوءاً إلى النوم للهروب من الكروب أو الشدائد، وقد يكون عرضاً في الهجمة الاكتئابية، فرط النوم في الاضطراب التحويلي، في الصرعات النفسية.

معايير التشخيص:

١- نداس نوبي نهاري ليلى ليس سببه نقص كمية النوم أو أي مرض آخر.

٢- يدوم أكثر من شهر ٣ - يحتاج إلى فترة طويلة للاستيقاظ

٤- انعكاس الحالة على الوظيفة المهنية.

متلازمة كلاين ليفين: Klein Levin

يتظاهر بسعاس شديد دوري، شره للطعام (يستيقظ المريض ليأكل)، رغبة جنسية شديدة (استمناء)، عدوانية، مزاج كئيب، ينلو النوبة نسيان لمعظم الحوادث، يشاهد في الطفولة أو الرجال و يختفي خلال سنوات.

الأرق غير العضوي Nonorganic Insomnia

هو عرض و ليس مرضاً يعبر عنه غالباً بالنعاس النهاري و بإحساس ذاتي بعدم الراحة و عدم الرضا عن نوعية النوم الليلي و كميته و الشعور بالحاجة إلى النوم أكثر. تتظاهر الأعراض بالشعور بالتوتر و القلق و التعب النفسي و الجسدي و التهيج وقد تؤدي إلى سوء استخدام الأدوية أو الكحول.

غالبية المرضى المصابين بالأرق يشكون من صعوبة الاستغراق في النوم وبشكل أقل من صعوبة الاستمرار في النوم و أخيراً الاستيقاظ المبكر.

التصنيف:

- حسب المدة: الأرق التام، الأرق جزئي، الأرق الاستثنائي.

- حسب الموعد: - أرق بدء النوم - أرق الاستيقاظ المتكررة.

- أرق الاستيقاظ المبكر ٢-٣ ساعات قبل الموعد المحدد.

- الأرق الكاذب كما عند مرضى داء المراق أو الهستيريا.

- الأرق بسبب عضوي: ربو، روماتيزم أو ألم.
- الأرق النفسي الفيزيولوجي و هو الأكثر شيوعاً.
- الأرق البدني مجهول السبب. - الأرق العائلي القاتل
- الأرق بسبب المنبهات: قهوة شاي، فيتامينات C، كحول، كورتيزون، اضطرابا بات، الدرق .
- أرق الحالات النفسية:
- اضطرابا بات المزاج: اكتئاب أو هوس (تناقص مدة النوم) .
- النفاسات الحادة و المزمنة.
- اضطرابا بات القلق: نشاهد صعوبة الدخول في النوم وأرق منتصف النوم كما في القلق المعمم و الرهابات و الوسواس القهري وبعد الشدات.
- الكحولية و الانسحاب الكحولي الحاد و حالات القطام منه.
- معايير التشخيص: وجود عند من الأعراض مما يلي:
- الشكاية من تأخر الدخول في النوم أكثر من ثلاثين دقيقة عن المعتاد.
- تناقص كمية النوم أكثر من ٢٥%.
- الاستيقاظ مرتين في الليل مع صعوبة العودة إلى النوم.
- التأثير السلبي لقلة النوم أو سوء نوعيته على النشاط الاجتماعي أو المهني اليومي.
- انشغال بال مستمر بالنوم وبالخوف من الأرق ثم الدخول في حلقة معيبة حول مشكلة النوم
- استمرار الاضطراب عشرة أيام على الأقل أو تكراره ثلاث مرات أسبوعياً خلال شهر
- التدبير: - تدابير ونصائح عامة:
- تحديد و تثبيت مواعيد النوم والأهم هو تثبيت ساعة الاستيقاظ .
- التمارين الفيزيائية: خاصة بعد الظهرو تجنب التمارين قبل النوم (أقل من ساعتين).

- استخدام السرير للنوم فقط وليس لمشاهدة التلفاز أو العمل أو حل المشكلات.
- حذف المنبهات قبل ٢-٣ ساعات قبل النوم.

- وجبة العشاء الخفيفة. - الحرارة و الجو المناسب في الغرفة.

- إبعاد الهموم عن السرير. - الابتعاد عن الضجيج صوت الساعة والإضاءة.

- لا تتم في النهار أو تجنب القيلولة الطويلة. - الطمأنينة و الابتعاد عن المشاكل.

- ترك السرير في حالة الاستيقاظ الليلي. - أخذ حمام فاتر قبل النوم.

- لا تقعد وقتاً طويلاً في السرير - لا تجبر نفسك على النوم.

- تمارين الاسترخاء.

تدابير دوائية:

١ - حالات الأرق العابرة:

- المنومات: تنقص فترة البدء بالنوم، تنقص الاستيقاظات الليلية، تنقص النوم التناقضي، تنقص النوم العميق المرحلة ٣-٤، قد تؤدي إلى ظاهرة الارتداد والكوابيس عند إيقاف الدواء.

١- البنزوديازيبينات : أ- متوسطة العمر: نترازيبام

ب- قصيرة العمر: لوبرازولام، ميدازولام .

٢- المنومات الحديثة:

- زولبيديم Zolpidem، زالبلون zalcplon - زوبيكلون Zopiclon.

- مدة العلاج: فسي الأرق العابر: جرعة وحيدة عند الحاجة و في حالات الأرق المزمن لعدة أسابيع.

٢- الأرق المزمن: معالجة سببية.

- في حالات القلق أو الاكتئاب: مضادات القلق أو الاكتئاب المهدئة: اميتريبتيلين

- المعالجة بالاسترخاء، المعالجة السلوكية.

متلازمة الأطراف المؤلمة من دون راحة Restless Leg Syndrome .

إحساس غير مريح في الأطراف و رغبة في تحريكها مما قد يسبب الأرق -الإحساس بعدم الارتياح في الساقين(تيبب أو وخز أو حرق أو حكة بالقدمين) -إحساس بعدم ارتياح عند الاسترخاء-أرق و صعوبة في بدء النوم .

الآلية الفيزيولوجية: وجد خلل في مستقبلات الدوبامين ٢ في الجهاز اللمبي المتوسط. التشخيص التفريقي: فقر الدم يعوز الحديد-تناول مضادات الاكتئاب: سيروتونين أو ثلاثية الحلقة-الداء الرثائي - اعتلال الأعصاب المحيطية -قصور الكلية .

-التدبير - سببي - الأدوية الدوبامينية: دوبا كاربير دوبا سريمبيكسول

- مضادات الصرع : غابابنتين - مسكنات :- بربوكسيفين - حديد

السير النومي أو المرنمة: Somnambulism

حالة تتميز بقيام الشخص من سريره و السير متجولا في المنزل أو يتناول طعاما... يرافق ذلك درجة من انخفاض الإدراك و التفاعل المحيطي، قد يخرج من البيت ولكن غالبا ما يعود سريعا إلى فراشه ولا يتذكر ما حدث له. قد يرافقها كلام نومي.

يحدث غالبا في أثناء الثلث الأول من الليل خلال المرحلة الثالثة والرابعة للنوم.

القصة العائلية غالبا إيجابية، تكثر الحالة في الطفولة (٤-٨ سنوات).

الانتشار: ٢٠% و عند الكهول ٣-٤% و تترافق غالبا مع الرعب أو الفزع الليلي و إذا استمر لما بعد البلوغ دل على صراعات نفسية شديدة

معايير التشخيص:

١-نوبات من النهوض من السرير خلال النوم.

٢- لا يستجيب الشخص للكلام خلال النوبة. ٣-لا يتذكر ما حدث.

٤-قد يكون فترة من اللاهتداء أو التخليط عند الاستيقاظ.

٥- غياب أي مرض آخر يفسر الأعراض: الاضطراب التفارقي التحويلي (الشروع التفارقي)، أو صرع الفص الصدغي، النوب النفسية الحركية.

- التدبير - الابتعاد عن الاشدات النهارية - الطمأنة - بنزوديازيبين

الرعب النومي أو الفرع الليلي: Sleep Terrors

نوبات متكررة من الاستيقاظ من النوم تبدأ بصرخة حادة من الهلع أو من شيء مخيف (نوبات من الهلع الليلي الشديد) يرافقها قلق شديد وفرط نشاط حركي غير هادف في الأطراف و تعابير الوجه (البلع أو فرك اليدين) صراخ وصياح، مع أعراض نظيرة ودية (خفقان، تسرع تنفس، تعرق بارد، توسع حدقتين). الرعب الليلي قد يكون طبيعياً أو يعبر عن الكروب والشدات.

- يكون الشخص بوضع اتصال غير كامل مع المحيط و لا اهتمام عابر،
- تستمر النوبة بين ١-١٠ دقائق و تحدث خلال الثلث الأول من الليل.
- لا يهدأ المريض ولا يطمئن بكلام المحيطين، قد يعبر عن صراعات شديدة لدى الطفل.

- لا يتذكر الشخص الحدث و إن تذكره فيشكل صور متتابعة وليس مشهداً كاملاً.

- التدبير - الابتعاد عن الاشدات النهارية - الطمأنة - بنزوديازيبين

الكوابيس الليلية Nightmares

الكابوس هو تجربة حلمية يعيشها الشخص، يرافقها قلق شديد و خوف من مشاهد حية تهدد بقاء الشخص أو حول الموت و الحياة. يرافق الكابوس فرط نشاط لا ودي من دون حركات أو أصوات، عند الاستيقاظ لا يحدث تخطيط أو لا توجه، ويتذكر الشخص الحلم بشكل واضح.

تكثر الكوابيس عند المرضى النفسيين كمرضى الاكتئاب أو الذهان أو اضطرابات الشخصية أو عند تناول بعض الأدوية كمضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقة أو مضادات النفاث أو البنزوديازيبين. تحدث في أي سن (الأطفال بعد مشاهدة فلم أو قراءة قصة مخيفة أو التهابات السبلعوم و الحنجرة أو امتلاء المعدة أو التخويف النهاري من الأم و في المرحلة التنافسية قد تسبب الكوابيس اضطراباً في النوم أو شعوراً بالتوتر النهاري.

الحركات الدورية في الأطراف الليلية- الرمع العضلي الليلي Nocturnal

:myoclonus

هي تقلصات نمطية انفجارية لعضلات محددة في الساقين في أثناء النوم من دون شعور المريض بهذه التقلصات، يرافقها انبساط الإبهام وعطف الكاحل و الركبة و الورك، تتكرر كل ١٠-٦٠ ثانية، تتجلى باستيقاظات ليلية متكررة أو بأرق ليلي أو نعاس نهاري، تخف بالحركة، قد تجعل النوم صعباً، قد تترافق مع متلازمة الأطراف المؤلمة.

يشاهد عند الشباب و المسنين وترافق كثيراً من الحالات السوية (الحمل، موانع الحمل، باركنسون....)

يفيد في علاجها: عند القباب كلونازيبام، وعند المسنين دوبا.

اضطرابات أخرى: الكلام في أثناء النوم- صرير الأسنان النومي - ضرب الرأس خلال النوم....

اضطرابات الأكل أو السلوك الغذائي Eating Disorders

القمة أو القهم العصبي Anorexia Nervosa:

يكثر عند الفتيات المراهقات وبشكل أقل عند الذكور ١/١٠ إناث، ولكنه قد يصيب البالغين بنسبة ٣٧ لكل مئة ألف نسمة، وقد يؤدي إلى لموت. كلا المرضين أكثر شيوعاً بعشرة أضعاف عند النساء منه عند الرجال.

- الآلية الإيمراضية والأسباب: لا يوجد حتى الآن سبب واضح للحالة إلا أن العوامل الاجتماعية و الثقافية تساهم في ظهوره إضافة إلى وجود خلل في الآليات النفسية واستعداد شخصي مرتبط باضطراب إدراك حجم الجسم .غالباً ما نجد فرط شحنات قلقياً، إحساس بالذنب مرتبط بالطعام، عدم تبصر بالحالة المرضية للجسم وحتى عند الوصول إلى درجات الشديدة من النحول ،حيث تنفي المريضة دوما وجود مشكلة بسبب اضطراب في إدراك صورة الجسم.

الأعراض السريرية و معايير التشخيص:

- ١- القمه أو نقص الشهية: وهو العرض الأولي و المؤدي إلى النحافة.
- ٢- النحافة ونقص الوزن الذي يتجاوز ١٥ - ٢٥% من الوزن البدني، يرافقه غياب النسيج الشحمي، غياب أو تراجع علامات الأثنية.
- يحدث نقص الوزن بسبب: -الإسهال المفتل أو الممرض بالمسهلات -الإقياءات المفتعلة -تجنب الأطعمة التي تؤدي للسمنة -الرياضة والنشاط الزائد -استخدام المدرات أو المسهلات أو مفقدات الشهية .
- ٣- اضطراب الطمث لمدة سنة أشهر أو انقطاع الطمث لمدة ثلاثة أشهر ناجم عن اضطراب المحور تحت المهادي -النخامي-الاقنار.
- ومن العلامات المرافقة: نقص الرغبة الجنسية لدى الذكور، ارتفاع مستوى هرمون النمو والكورتيزول الدموي واضطراب في الهرمون الدرقي والأنسولين.
- ٤- اضطراب في إدراك صورة الجسم: حيث الخوف الدائم من البدانة و/أو من ترهل الجسم أو تشوه الشكل، فتستجيب المريضة لفكرة أن جسمها بدين بفرض نظام غذائي صارم.
- ٥- إذا حدث المرض قبل البلوغ: فنجد تأخراً في التطور الروحي الحركي والنضج الجنسي.

التبدلات الدموية في القمه العصبي:

- ١- انخفاض معدل الاستقلاب الأساسي. ٢- قصور درق و كظير وظيفي .
- ٣- قصور نخامي وظيفي. ٤- منحنى تحمل السكر مسطح.
- ٥- فقر دم متوسط . ٦- انخفاض البروتين و السكر.
- ٧- ارتفاع كوليستيرول. ٨- نقص بوتاسيوم بسبب المسهلات
- ٩- نقص الصوديوم بسبب الإقياء.

الإنذار: -إن نحو ثلث المرضى يشفون بشكل تام .

- الثالث الثاني يتحسنون مع هشاشة في الشفاء ، و ميل للنكس بأشكال أخرى كداء المراق أو التثقل بين القمه و النهام.

- والثالث الأخير قد يكون مهددا للحياة أو الشكل المزمن.

الأشكال السريرية:

١-تداخل نوب من القمه العصبي مع النهام.

٢-القمه العصبي عند الذكور: نادر، ذو إنذار سيئ، يرافقه ملامح شخصية ومواسية، نكس متكرر، إدمان، فشل دراسي مسوابق عائلية إيجابية.

٣-أشكال لا نموذجية من القمه العصبي.

عوامل حسن الإنذار:

-البدا في بداية المراهقة عقب شدة. - حدوث كسب وزن بدئي خفيف.

-وجود بعض الأعراض الاكتئابية. - حالة جنسية سابقة سوية.

-وجود بعض النشاطات قبل بدء العلاج. - وجود الإحساس بالجوع.

-غياب السوابق العائلية في عائلة صغيرة.

- تعاون جيد بين الأهل والمريضة.

- وجود اندماج اجتماعي جيد و ملائم. - قلة عدد مرات الاستشفاء.

- يسيء للإنذار علاوة على غياب عوامل حسن الإنذار: جحود و نفي دائم للمرض،

داء المراق أو سوء تصور الشكل، عائلة كبيرة من الصبيان، تناوب القمه والنهام.

التدبير:

-يجب شرح المشكلة و إعطاؤها حجمها وعدم المبالغة في الأعراض.

-علاج الاضطرابات البيولوجية العضوية والتي قد تتطلب الإسعاف والاستشفاء من

أجل إجراء فحص جسدي كامل و الفحص الدموي اللازم.

-افصل التام عن الأهل دوماً و الاستشفاء إجباري .

-إجراء عقد علاجي موقع بين الطبيب و المريضة يلتزم الطبيب بتقديم العون والعلاج وتلتزم المريضة باتباع توصيات الطبيب و مساعدتها على حل إزماعها و إشراكها في وضع المخطط العلاجي المقترح وفي تنفيذه و مراقبته

- معالجة نفسية داعمة ،استعرافية ،عائلية ،سلوكية.

-تمارين الاسترخاء الجسدي.

-الأدوية:-المهدئات الكبرى أو الصغرى - مضادات الاكتئاب بحسب الصورة السريرية.

-**التهام أو الشره العصبي Bulimia Nervosa :**

يعرف بأنسه إدخال اندفاعي غير مسيطر عليه لكميات من الأغذية مفرطة الحرور تترافق عادة مع شعور بالذنب و أحياناً يتلوها إقياء محرضة.

معايير التشخيص:

١-انشغال بال دائم بالأكل يرافقه نوب من النهم لا يمكن مقاومته يلتهم المريض فيها كميات كبيرة من الأكل في مدة قصيرة .

٢-يحاول المريض مقاومة زيادة الوزن بالإقياء المحرض، أو بالمليئات، أو التجويع الدوري، واستخدام المدرات.

٣- الخوف، المرضي من البدانة والاهتمام الشديد بالوزن وشكل الجسم.

غالباً لا يوجد اضطرابات جنسية،(انقطاع الطمث نادر) ولا نقص وزن واضح.

يشاهد عند الفتيات ذات المستوى الاجتماعي فوق المتوسط، قد يتلو نظاماً غذائياً صارماً أو رضاً نفسياً ، أو سلوكاً إيمان آخر. يحدث عند شخص سوي الوزن والاستقلاب و أحياناً عند البدنيين.

قد نجد تقاوب بين القمه والنهام لأن كليهما علاقة مع الخوف من السمنة والشعور بالذنب من عدم السيطرة على الاندفاع الغذائي.

التشخيص التفريقي لحالات النهام:

أ- فرط الطعام أو البلع غير الاندفاعي عند بعض البدينين الذي تترافق مع عادات غذائية أو ثقافية خاصة.

ب- الطعام بين الوجبات: كما في الحالات الاكتئابية أو القلق.

ج- فرط التغذية الدوائي المنشأ: عند تناول المهدئات الكبرى، مضادات الاكتئاب...

د- أمراض عضوية: متلازمة كلاين ليفين، أورام البطين الثالث.

٣- حالات أخرى:

- سلوك غذائي شاذ عند النفاسيين (لا يرافقه قلق و شعور بالذنب وليست اندفاعية). - اضطرابات الأكل في الخرف.

- هوس شرب السوائل ومنها هوس شرب الماء.

- العلاج : مضادات الاكتئاب . - العلاج النفسي و السلوكي.

قصة سريرية: الأيسة لا لا عمرها ١٩ سنة نقول أنها بحاجة إلى فقدان وزن ٨ كغ لتتمكن من الاستمرار في مهنتها الرياضية، طولها ١٦٥ سم وزنها : ٣٨ كغ. سرياً المريضة طبيعية باستثناء زيادة نمو شعر زغبي. قالت المريضة أن الدارة الطمثية منقطعة منذ أكثر من عام.



الفصل التاسع

الاضطرابات الجنسية sexuality disorders

الاستجابة الجنسية السوية

يشكل النشاط الجنسي sexuality جزءاً مهماً من حياة الإنسان بما يحقق له من تلبية لدافع الغريزة الجنسية و سبيلاً لبناء الأسرة والحفاظ على النسل. ولا بد للطبيب من فهم الوظيفة الجنسية السوية بكل مراحلها ليستطيع مساعدة مريضه و شرح أسباب اضطراباتهم الجنسية .

أمام كل شكايات غير وصفية أو تتكرر في الأعراض لابد من السؤال عن الناحية الجنسية.

تمر الاستجابة الجنسية Stades of Sexual Response بالمرحل التالية:

١- الرغبة : Desir هي الشعور أو الرغبة العاطفية الجنسية الداخلية من الشخص اتجاه الشريك الآخر.

٢- مرحلة الاستثارة Stage Excitement: وهي تتلو الرغبة و تنجم عن مثيرات خارجية فيزيائية موضعية أو مثيرات عاطفية أو عن تنبيه فكري خيالي، هذه المثيرات تنبه الدماغ الذي يرسل سيالته العصبية إلى الأعضاء التناسلية لزيادة جريان الدم فيها. و تتجلى:

- عند الرجال بحدوث انتصاب القضيب بعد ٢٠-٣٠ ثانية من الإثارة نتيجة زيادة جريان الدم الشرياني في النسيج الكهفي للقضيب ، يتوسع صماخ البول و ترتفع الخصيتان ، قد يرتفع الضغط الدموي (٢٠-٣٠ ملمز) و يتمدد القلب.

- عند النساء يحتقن الشفران الصغيران و الكبيران ، يتناول البظر و يحتقن وتظهر بعض المفرزات التناسلية، يحتقن الثديان و تتبارز الحلمتان ، يتمدد القلب و يرتفع الضغط الدموي.

٣- الطور الهضابي Plateau Stage:

- يزداد احتقان الأعضاء التناسلية عند الذكور فينخن الصفن وتزول تجاعيدته وتظهر المفرزات المزلقة، يحدث توتر عضلي معمم و يتسرع القلب والتنفس .

- ينقلب البظر عند النساء للخلف و ينتصب و يصبح مفرط الحساسية ، يكمد لون الأشفاق ويتضيق الثث الخارجي للمهبل بسبب الاحتقان و التوتر العضلي و يتناول الثثن الداخليان ، تزداد المفرزات المهبلية للمساعدة على سهولة انزلاق القضيب ، تزداد المقوية في كل الجسم مع تسرع تنفس وفرط تهوية وعندها تبدأ بعض الخلجات و الرعشات الجنسية والبدء بالإيغاف.

٤- طور الإيغاف أو النشوة Orgasm Stage:

- يبدأ الرجل بالإحساس بقرب القذف، في أثناء القذف أو الإنزال تنقلص عضلات العجان على نمط متناغم ثم يحدث الإيغاف.

إن قمة النشوة عند الرجل (الشعور بالنشوة) هي لحظة تقلص المثة والحوصلين المنويين والإحليل وقذف المنى خارج الأعضاء التناسلية يرافقه انطلاق سيالات عصبية موجهة نحو الأعضاء التناسلية (وليس كل الجسم) تسهم بالشعور باللذة لا تستمر أكثر من ثانية أو اثنتين .

أن القذف هو ظاهرة انعكاسية عصبية فكرية وعاطفية لا إرادية وليس مجرد نتيجة إثارة موضعية للأعضاء التناسلية.

إما عند النساء فتتعلق المصرة الشرجية و الإحليلية ثم تنقلص عضلات العجان بشكل هزات نظمية خلال مرحلة الإيغاف. بالنسبة للمرأة قمة النشوة تنتج عن تراكم التنبهات الموضعية الناتجة عن احتكاك الأعضاء التناسلية مما يخلق لديها تصاعداً في الإحساس ينتقل بدوره إلى الدماغ حيث يتركز هناك حتى يصل إلى لحظة من التركيز الشديد يقوم الدماغ بإصدار التنبهات الإحساسية المتلاحقة الخاصة بالشعور باللذة وقمة النشوة إلى كل أعضاء الجسم وتستغرق هذه التنبهات عند المرأة عدة ثوان مما يفسر شدة انفعال المرأة أكثر من الرجل عند بلوغ النشوة (أي أن مصدر الشعور باللذة عند المرأة هو عصبي مركزي ومن هنا

لا نجد فترة من العصيان كما عند الرجل لأن العودة إلى الشعور بالنشوة لا يتطلب (كما عند الرجل) رغبة جديدة ومثيرات موضوعية جديدة وانطلاق سائل منوي جديد. عند الشعور بالنشوة تتطلق المفرزات الجنسية من غدد بارثولين وعنق الرحم مما يعطي انطباعاً بأن المرأة تحدث فذفاً كما عند الرجل وتختلف كمية هذه المفرزات من امرأة إلى أخرى حسب السن ودرجة الإثارة.

يصل الرجال إلى ذروة النشوة خلال مدة زمنية أقصر من المرأة ، كما أن نسبة من النساء لاتصل عادة إلى النشوة في كل المناسبات الجنسية.

٥- طُور التحلل و الانصراف : Resolution يتراجع النعوظ لدى الذكور و يحدث استرخاء عضلي في كامل الجسم ، يتراجع الاحتقان ويزداد التفريغ الوريدي فتعود الأعضاء التناسلية إلى وضعها ، ثم يكون فترة عصيان لا يحدث خلالها انتصاب تستمر عند الشباب عدة دقائق وعند المسنين لعدة ساعات .

أما عند النساء فيتراجع الاحتقان الوعائي و تعود الأشفاق إلى حجمها السابق و يحدث استرخاء عام، لكن دون فترة عصيان إذ يمكن للنساء أن يعاودن الشعور بالنشوة بشكل متتابع. لا يوجد علاقة بين حجم الأعضاء التناسلية وبين درجة الإحساس الجنسي ومقدار اللذة الجنسية.

تصنيف الاضطرابات الجنسية

I- اضطرابات السلوك الجنسي

أولاً - اضطرابات الهوية الجنسية:

١- التحول الجنسي ٢- تحول اللباس نحو اللباس الآخر.

ثانياً - اضطراب الإثارة أو التفضيل الجنسي:

١- الفيتيشية . ٢- تحول اللباس الفيتيشي . ٣- الاستعراض .

٤ - البصيصة . ٥- الغلظة . ٦- السادية . ٧- المازوخية .

٨- حالات نادرة : أ- البهيمية ب- الزلزلة ج- وطد الموتى

ثالثاً- اضطراب التعبير عن الجنس :

١- الاستمعاء. ٢- الفمية ٣- الشرجية

٤- حصول اللذة من وضع أداة في مجرى البول .

٥- اللذة عند شم أو ملامسة مفرزات الأنف.

رابعاً- الجنوسة المثلية.

II- اضطراب الوظيفة الجنسية والرغبة الجنسية

١- نقص أو فقدان الرغبة الجنسية.

٢- النفور أو كراهية العمل الجنسي.

٣- فقدان اللذة الجنسية.

٤- فشل استجابة الأعضاء التناسلية.

٥- اضطراب الوصول إلى النشوة (هزة الجماع).

٦ - القذف المبكر.

٧- تقلص المهبل غير العضوي.

٨- ألم الجماع غير العضوي.

٩- زيادة الدافع الجنسي.

I - اضطرابات السلوك الجنسي

أولاً: اضطراب الهوية الجنسية GENDER IDENTITY

الهوية الجنسية هي الشعور الخاص عند الرجل بذكورته وعند المرأة بأنوثتها.

ويستدل على ذلك من خلال الأعضاء التناسلية الظاهرة. ويبدو أن الهوية الجنسية الأنثوية أكثر تماسكاً ورسوخاً من الهوية الذكورية.

إن السلوك الجنسي سواء أكان ذكورياً أو أنثوياً يبدو أنه يتأثر بشدة بالتعليم و الأخلاق والثقافة أكثر منه بالبنية التشريحية. يبدأ شعور الطفل بجنسه بعمر ٢,٥-٣ سنوات. وهذه المرحلة مهمة جداً في تحديد السلوك الجنسي في المستقبل، فإذا تعامل الطفل بشكل سوي مع جنسه و مع الجنس الآخر نما الطفل وترعرع بشكل طبيعي و رضي بجنسه سواء كان ذكراً أم أنثى ، أما إذا حدث خلل أو سوء في تربية الطفل أو تعرض لرضوض نفسية فقد يصبح مفرط الحساسية سواء تجاه جنسه أو الجنس الآخر ، فإذا تراكمت هذه العوامل مع عوامل تكوينية وأرضية وراثية مناسبة نبت هذا الخلل في الهوية الجنسية .

سوف ندرس حالة :

تبدل الجنس أو تحول الجنس أو الشعور الجنسي المغاير:

TRANSSEXUALISM

هو اضطراب في الهوية الجنسية يتجلى بالاعتقاد الراسخ للشخص أنه من الجنس الآخر ويرغب في قلب جنسه و تغييره تشريحياً سواء بالعمل الجراحي أو بالعلاج الهرموني، يجب أن تستمر هذه الرغبة في تغيير الجنس سنتين على الأقل .إن هذا الشعور يسبب للمصاب أعراضاً نفسية شديدة كالقلق والاكتئاب...

يبدأ هذا الشعور في بداية المراهقة و يصيب كلا الجنسين و كل الطبقات الاجتماعية، والسبب غير معروف حتى الآن .

هناك شكل أولي يحدث من دون موانع سلوك جنسي سوي، و آخر ثانوي يحدث بعد أن كان الشخص ذا سلوك جنسي سوي.

التدبير :

-الجراحة التصحيحية التصحيحية : تغير الأعضاء التناسلية الخارجية، غير متفق على فائدتها و شرعيتها.

- العلاج السلوكي و النفسي الداعم.

ثانياً: شذوذات التفضيل أو الإيثار الجنسي:- Sexual Preference Disorder

Paraphilias

١- الفيتيشية أو عشق التمام: **Fetishism** : هي أحد أشكال الشذوذ الجنسي النادر ، تشاهد عند الرجال تقريباً ، و تتمثل في الاعتماد على أشياء جامدة كقطع الملابس ، الأحذية ، الألبسة المطاطية أو البلاستيكية (و خاصة إذا كانت تخص المرأة) في حدوث الإثارة و الإشباع الجنسي فهذا الاحتكاك هنا يحقق اللذة و هو المصدر الأساسي للذة الجنسية. يستمر ستة أشهر على الأقل.

٢- انحراف المثليس الفيتيشي: **Fetishistic Transvestism**: يخلب عند الرجال الذين تحدث لتهيئها الإثارة الجنسية و اللذة فقط عند ارتداء لباس الجنس الآخر بقصد خلق شخص من الجنس الآخر، لذلك يستخدم الشخص أدوات الزينة و الشعر المستعار و الألبسة النسائية للحصول على الرضا الجنسي ثم يرمي الشخص هذه الملابس مجرد وصوله إلى الرعدة الجنسية. يستمر ستة أشهر على الأقل.

٣- الاستعراء أو الاستعراض الجنسي **Exhibitionism** : من الشذوذات الجنسية الشائعة، تظهر عند البلوغ غالباً أو فيما بعد ، يصيب الرجال فقط ، وذلك بقيام الشخص بالكشف عن الأعضاء الجنسية و تمسيدها أمام الجنس الآخر (غالباً فتيات مرافقات) ومن على بعد وفي مكان عام و بشكل متكرر (على زوايا الطرق ، أمام المدارس ، أو النوافذ) ينلوا ذلك ممارسة الاستمتاع (الحصول على اللذة الذاتية auto-erotic). قد يكون الاستعراء حالة منعزلة أو تعبيراً عن رغبة جامحة يصعب التحكم بها و ذلك في سياق مرض نفسي آخر، أو في حال الأزمات العاطفية. يستمر ستة أشهر على الأقل.

٤- البصيصية أو التلصص **Voyeurism** : هي الحصول على الرضا الجنسي عند مشاهدة أناس آخرين يمارسون العمل الجنسي أو النساء وهن في حالة التعري والذي ينتهي بالامتناء. المرضى مغايرة الجنس من نوي الطبع المثلي ويلجؤون في البداية للاختفاء عن أعين الذين يتلصصون عليهم لكي يفاجئوهم وهم في سياق العمل الجنسي، إن اكتشاف البصاص للآخرين وهم يمارسون العمل الجنسي يولد شعوراً جنسياً باللذة لأنه باعتقاده قد فضحهم وكشف خصوصيتهم. يستمر ستة أشهر على الأقل.

٥- الغلظة أو حب الغلمان أو الأطفال: **Pedophilia** : انجذاب جنسي وميل دائم نحو الأطفال ما دون سن المراهقة. يشاهد عند الذكور متوسطي العمر لكن بداية الأعراض تبدأ

منذ بدء النشاط الجنسي . (غالباً ما يشاركها جنوسة أو بصبصة أو سادية) . تكون الضحية غالباً من الأطفال الذكور و أحياناً من الإناث، ويتعاون مع المعتدي بسبب الخوف و ليس رغبة في الممارسة. هؤلاء الرجال قد يكون لديهم ممارسات جنسية سوية يرافقها حب أو عشق الأطفال.

٦- السادية : Sadism :

-السادية الجنسية :هي البحث و المطالبة بإيقاع الألم والتعذيب بالشريك للحصول على الرضا الجنسي أي الحصول على المتعة واللذة الجنسية بتعذيب الآخرين جسدياً أو نفسياً. يتدرج التعذيب من الخبز للعض أو الضرب أو الاغتصاب و أحياناً القتل، أو عن طريق الألفاظ كالشتائم و السباب و الإذلال.

هناك نوع من السادية الرمزية: السادية الأخلاقية S.Morai أو العنف: وهو ما نراه في سلوك بعض الأشخاص أو المتقنين أو الاجتماعيين من قيامهم بتعذيب الآخرين أو الاعتداء عليهم (سوء استخدام الغضب) وقد قال ستيكل أن المجرم لديه قوة خارقة سادية.

من الصفات السادية السوية ما نجده عند الرجال من حب للسيطرة والنفوذ وذلك لإثبات رجولتهم ، أما النساء فيتصفن بالمازوخية السوية حيث تحب المرأة أن تكون في كنف الرجل و رعايته.

٧- المازوخية أو المزوشية :Masochism :هي طلب المصاب بإحداث الألم و التعذيب لذاته للحصول على المتعة الجنسية وهي تحمل معنى الإذلال أكثر من الشعور بالألم ، ويكفي للتشخيص إقرار الشخص بأنه عذب نفسه و لو لمرة واحدة بقصد المتعة. قد ينتهي تعذيب الذات بالوفاة و يكون السبب الحصول على اللذة و ليس رغبة في الانتحار. أن المازوخية أقل أضراراً اجتماعياً على الآخرين من السادية لان الإيذاء يتجه نحو الذات. إن نحو ٣٠ % من المازوخين لديهم ملامح سادية جنسية.

أما المازوخية الأخلاقية : فهي حين يعذب الشخص ذاته استجابة لمعاناة نفسية أو فشل في علاقة غرامية فهي اضطراب آخر لأن الهدف منه ليس الحصول على اللذة الجنسية .

٨- الأشكال الأخرى :

أ- **البيهيمية : Beastiality** : ممارسة الجنس مع الحيوانات بشكل متكرر مع الشعور بالذلة.

ب- **اللزلة : Frotteurism** : الحصول على الإثارة و المتعة الجنسية عند ضغط القضيب و احتكاكه مع شخص آخر في الأماكن العامة المزدحمة ووسائل النقل .

ج- **وطئ الموتى : Narcophilia** : ممارسة الجنس مع جثث الموتى وحصول المتعة .

٩- **الاضطرابات المتعددة** : قد يكون لدى الشخص أكثر من اضطراب جنسي واحد، فتكثر مشاركة السادية والمازوخية والفيتشية وانحراف الملابس .

ثالثا : اضطراب التعبير عن الجنس :

١- **الاستمناة أو العادة السرية : Masturbation** الحصول على المتعة الجنسية وبكامل مراحلها عن طريق إثارة الأعضاء التناسلية من قبل الشخص ذاته (تمسيد الأعضاء التناسلية للحصول على اللذة)، وقد تعد بديلاً للجماع الطبيعي .تعد حالة مرضية إذا كانت هي الطريق المفضل للمتعة الجنسية أكثر من الممارسة الطبيعية مع الجنس الآخر أو تم الإكثار منها. تعد حالة شائعة بين الشباب و الشابات و هناك الكثير من المفاهيم المغلوطة عنها فهي من الناحية الفيزيولوجية تشابه تماما العمل الجنسي الكامل وهي لا تؤدي إلى أي أعراض أو اضطرابات نفسية أو جسدية إذا لم يكن هناك إفراط في ممارستها. قد تمارس بكثرة في سياق حالات مرضية كثيرة (الهوس، القلق، الفصام...)

٢- **القسمية** : هي الحصول على المتعة الجنسية من ملامسة الفم للأعضاء التناسلية للجنس الآخر. يشاهد هذا الاضطراب عند الجنسين سواء المراهقين أو المتماثلين جنسيا، لكن يغلب عند الذكور.

٣- **الشرجية** : هي الحصول على المتعة الجنسية عن طريق الممارسة عن طريق الشرج ، تشاهد عند الجنوميين أو بين الرجل و المرأة.

٤- **حالات نادرة** :

أ- الحصول على المتعة عند إدخال أحد الأدوات في مجرى البول وقد تنزلق هذه الأدوات الى المثانة مشكلة جسماً أجنبياً .

ب- شهوة المفرزات : يحصل بعض المنحرفين على اللذة من خلال شم أو ملامسة مفرزات الأنف أو الفم أو بين الأصابع.

رابعاً : الجنوسة المثلية أو الاستجناس المثلي: **Homosexual – Lesbianism** :

تعريف : هي انجذاب مع وجود علاقة جنسية مثبتة بين شخصين من نفس الجنس ويقابلها بين الأسوياء Heterosexuality (الغيرية). تنتشر بين الرجال أكثر من النساء .

يغلب أن يكون للرجل أكثر من شريك بينما المرأة لا تختار إلا امرأة واحدة فقط، يكثر في الأماكن المغلقة و المدارس و المسجون و المعسكرات وعند المرضى النفسيين أو المتخلفين عقلياً .

الأسباب :

١- العوامل البيولوجية : هناك افتراض أن تعرض الدماغ لمستويات شاذة من الاندروجينات يؤدي الى اضطراب في الميول الجنسية السوية للشخص .

٢- الاستعداد الوراثي : أظهرت بعض الدراسات ارتفاع نسبة الجنوسة بين التوائم الحقيقية والأقارب الذكور من الدرجة الأولى للجنوسيين .

٣- العوامل النفسية : أظهرت بعض الدراسات أن خلل العلاقة بين الوالدين و أبنائهم قد يؤدي لانحراف في السلوك الجنسي بسبب التربية الجنسية الخاطئة.

- العلاقة الشديدة بين الأم وطفلها تؤدي إلى تعلقه الشاذ بها وعند كبره يعد الشاب أن إقامة علاقة جنسية مع الأنثى محرمة لأنها تمثل أمه، أما عند المرأة فتتمثل الجنوسة رغبة في الميادة والسيطرة .

- قد يكون الحرمان من الأب له دور بسبب غياب القدوة .

- قد تشاهد في سياق مرض آخر: اضطراب الشخصية، التخلف العقلي ، الفصام.

الأشكال السريرية :

يمكن تقسيم النشاط الجنسي بحسب اختيار الشريك لأنماط التالية :

١- مغاير (أي يمارس مع الجنس المغاير) بشكل مطلق من دون أي ميول جنسية.

٢- مغاير في غالبية الأحيان مع ممارسات شاذة نادرة.

٣- مغاير في غالبية الأحيان مع ممارسات شاذة شائعة .

٤- متمساك في الممارسة.

٥- شاذ في معظم الأوقات لكن قد يكون مغايراً أحياناً.

٦- شاذ في معظم الأوقات لكن قد يكون مغايراً بشكل نادر.

٧- شاذ بشكل مطلق .

الآثار السلبية للاستجناس :

- آثار سلبية أخلاقية واجتماعية وعائلية وسلوكية ومعاناة شخصية.

- الإصابة بالإيدز و التهاب الكبد الفيروسي و الأمراض الزهرية.

موجبات العلاج :

١- الشعور الدائم بالإثم و الإحساس بالذنب و الدونية.

٢- الخوف من الفضيحة .

٣- تحت ضغط العائلة أو المجتمع .

- العلاج: العلاج السلوكي المنفر أو بالكراهية (تعريض الشخص لصدمة كهربائية أو

مادة مقيئة عند عرض صور أو أفلام لذكور عراة).

-العلاج النفسي و السلوكي.

إن DSM VI و ICD ١٠ عد الجنوسة سلوكا في الحياة و ليس شذوذا ولا يتطلب

العلاج إلا إذا عانى الشخص من آثاره كالقلق و الاكتئاب.

II- اضطراب الوظيفة الجنسية و اضطراب الرغبة الجنسية :

أولاً : نقص أو فقد الرغبة الجنسية Lack or less of sexual desir (عنة الرغبة الجنسية)

تتجلى بغياب أو نقص الانجذاب والمبادرة والرغبة في النشاط الجنسي بشكل مستمر، فليسدى المريض رغبة جنسية قليلة أو معدومة مع شكاية المريض وانزعاجه من هذا الخلل في حق الشريك الآخر. وجد في بعض الدراسات أن الممارسات الجنسية تقل عن مرة في الشهر في أكثر من ٨% من العائلات .

من أسباب هذه الحالة :

- عوز التستوسترون، فرط البرولاكتين، الأمراض المزمنة، كقصور الكبد والكلية .
- الاضطراب الاكتئابي، الأدوية، الكحول والمخدرات وحاصرات بيتا.
- العوامل النفسية كالخلافات الزوجية المستمرة الكروب الشديدة .تدبر هذه الحالات بحسب السبب .

ثانياً: كراهية العمل الجنسي أو النفور الجنسي : Sexual aversion Disorder

الشعور بالتفرز الشديد المستمر أو المتقطع من الاتصال الجنسي مع الشريك الآخر، قد يكون محصوراً مع شريك واحد أو شامل لكل الشركاء ، يرافق هذا الشعور إحساس بالقلق والخوف يؤدي لتجنب النشاط الجنسي يجب نفي الأسباب العضوية والجسدية والنفسية (الاكتئاب) قبل القول إن السبب هو وظيفي وغالباً بسبب الخلافات الزوجية التي تتطلب علاجاً طويلاً.

ثالثاً- اضطراب الاستثارة الجنسية أو فشل استجابة الأعضاء التناسلية Failure of

genita response

العنة النفسية المنسأ ، البرود الجنسي .

أولاً- عند الرجال :

١- عتانة الانتصاب Impotence : هي الفشل التام أو الجزئي ، الدائم أو المتكرر في القيام بالانتصاب أو المحافظة عليه خلال العمل الجنسي و يرافق ذلك غالباً نقص في المتعة واللذة.

أ- اضطراب الانتصاب الأولي: الغياب البدني التام للانتصاب القضيبى الكافى لإتمام العمل الجنسي بعد الإثارة المناسبة وهو نادر أقل من ١% من الرجال .

ب- اضطراب الانتصاب الثانوي : صعوبة في حدوث الانتصاب أو الاحتفاظ به بالشكل المناسب لإتمام جماع موزى بعد أن كان سوباً سابقاً، يجب أن يكون الفشل في أكثر من ٢٥-٣٠% من المناسبات الجنسية. يغلب أن يكون السبب نفسياً ناجماً عن القلق أو المشكلات العائلية (لأن القلق ينهب الجملة الودية التي تقود إلى تثبيط الجملة اللاودية الضرورية للانتصاب) مما يوجهنا نحو السبب النفسي هو وجود الانتصاب صباحاً عند امتلاء المثانة أو خلال النوم أو في أثناء العادة السرية أو في مناسبات أخرى، أما العتانة العضوية فتتميز بغياب الانتصاب الصباحي الدائم المستمر ولا علاقة لها بالشدات، من أهم أسبابها: الداء السكري، قصور أو تشمع الكبد، باركنسون، التصلب اللويحي، الأدوية، الكحول ...

٢- اضطراب الشعور بالنشوة أو القذف أو الوصول نهزة الجماع : Orgasm

حالة تأخر أو عدم القدرة على القذف بعد مرحلة من الإثارة الكافية قد يكون بدنياً أو ثانوياً. من أكثر الأسباب شيوعاً الأسباب: المعالجة بمضادات النفاس أو حاصرات ألفا الأدرينالية، من الأسباب النفسية: الخوف من حدوث الحمل بعد القذف.

ثانياً- عند النساء :

أ- قلة الاستثارة الجنسية :

تتجلى بقلة استجابة الأعضاء التناسلية للإثارة الجنسية وعدم زيادة المفرزات المهبلية المخاطية وعدم حدوث الاحتقان الوعائى العجائى أو عدم استمرار هذه الاستجابة، يرافق ذلك غالباً نقص في المتعة و اللذة . قد تكون نفسية المنشأ بسبب الخلافات العائلية أو تالية لآفة موضعية كالتهاب الطرق التناسلية، أو نقص هرمون الإستروجين عقب سن الضهى أو الاضطرابات النخامية.

ب- البرود الجنسي (تُثبط الإيغاف الانثوي): عدم حدوث النشوة بعدة مدة موية من الاستئارة اللازمة من حيث المدة والشدة.

١- البرود الجنسي البدئي :

- المسبب غالباً هو عدم معرفة المرأة لمعنى النشوة وعدم الشعور بها، وجهل المرأة لمراحل الاستجابة الجنسية. وعلاج هذه الحالة هنا التنقيف والعلاج السلوكي .
- قد يكون السبب عضوياً كالاضطرابات الغدية أو التشريحية.

٢- البرود الجنسي الثانوي (اضطراب الإيغاف الثانوي) : Secondary Orgasmic Dysfunction

فقد الشعور بالنشوة بعد أن كان موجوداً، ويتعلق بالظروف المحيطة والحالة النفسية المرافقة.

حالة شائعة ولا يتعلق بأمراض نفسية خاصة، ولكن بالمشكلات الاجتماعية والمادية والكحول والخلافات الزوجية التي تقلل الحب و الدفاء العاطفي اللازم للشعور باللذة أوعدم شعور الرجل بحاجة شريكته في ذلك .

قد لا نجد أية شكاية في الحالات البدئية أما في الحالة الثانوية فوجد شكايات غير وصفية : تعب ، وهن عام خاصة صباحاً ، ألم حوضي ، سيلان مهبل .

العلاج السلوكي مفيد في أكثر من ٩٠% عن طريق تعليم المرأة اكتشاف إحساسها الجنسي الذاتي .

٣- القذف المبكر : Premature Ejaculation

حدوث قذف للسائل المنوي بعد استثارة جنسية بسيطة وقبل رغبة الرجل في القذف أو حدوث القذف بمجرد ملامسة القضيب للأعضاء التناسلية الانثوية أو بعد الإيلاج بقليل ، وهو أكثر الشكايات الجنسية لدى الشباب .

الأسباب :

- القلق: القلق ينهه الجملة الودية ويقلل من الانتصاب وبالتالي القذف المبكر.
- قلة الرغبة بالعمل الجنسي أو كراهية الطرف الآخر - الممارسة الجنسية المبكرة

العلاج: نفسياً عن طريق تخفيف القلق و التركيز الحسي الجنسي وسلوكية بالية التعليم
بالبدء والتوقف عن القذف بعصر القضيب ثم إرخائه، بعض مضادات الاكتئاب.

٥- تشنج المهبل **vaginism** :

تقلص لا إرادي في العضلات الحوضية المحيطة بالمهبل مسببة انغلاق فتحة المهبل
مما يجعل الإيلاج غير ممكن أو مؤلماً بشدة.

الأسباب : ١- التجارب الجنسية المبكرة الراضة أو المؤلمة أو حالات الاغتصاب في
الطفولة، كلها قد تولد قلقاً وتوتراً و بالتالي التقلص المهبل .

٢- التربية الجنسية الصارمة الخاطئة التي ترى أن العمل الجنسي خطيئة و إثم و مشقة
و ألم .

٣- الأسباب العضوية: نالي لالتهاب المهبل أو العمليات الجراحية والتصاقاتها .

العلاج: نفسي سلوكي، إزالة الحساسية باكتشاف أعضاء التماسك و إدخال قناطر
متدرجة بالحجم في المهبل للحصول على اتساعه دون تشنج.

بعض العلاجات الدوائية بحسب الحاجة.

٦- عسر الجماع الوظيفي: **Functional Dysparenia**

الشكوى من ألم متكرر أو مستمر قبل الجماع أو بعده مع غياب أي سبب آخر .

الأسباب :

١- الأمراض العضوية : ٤٠% من النساء اللواتي يشتكين من عسر الجماع لديهن

إصابات موضعية: كالأخماج، التوسعات الوريدية أو الرضوض .

٢- الثقافة الجنسية الخاطئة عن ممارسات جنسية بوضعيات وأشكال شاذة.

٣- الاضطرابات النفسية : الخوف من الجماع ، النفور الجنسي .

٧- زيادة الدافع الجنسي **Excessive sexual drive**

الشبق **satyriasis, erotism** عند الرجال و **nymphomania** عند النساء:

قد يشككي كل من الرجال أو النساء من زيادة الرغبة الجنسية خاصة في نهاية سن المراهقة و بداية البلوغ .قد تحدث زيادة في الرغبة الجنسية في الاضطرابات الوجدانية كالهوس ، أو في المراحل المبكرة للعتامة و الخرف .

علاج الاضطرابات الجنسية :

هناك خطوط عامة تستخدم في علاج معظم الاضطرابات الجنسية بالإضافة إلى العلاجات الخاصة بكل حالة .

١- يمكن استخدام: أ- مضادات الاكتئاب أو حالات القلق بجرعات قليلة عند بدء أي علاج لتخفيف القلق أو التوتر المرافق للحالة.

ب- المقويات الجنسية (سيلدينافيل: فياغرا)

٢- البدء بالعلاج النفسي الداعم القائم على شرح الوظيفة الجنسية السوية و مراحلها و تعليم الشخص الطرق الصحيحة للعمل الجنسي.

٣- إزالة الحساسية باستخدام طريقة ماسترز وجونسون Johnson Masters التي تعتمد أن يقيم الزوجان في سكن خاص لمدة أسبوعين يتعلمان خلالها طريقة اكتشاف الأحاسيس الجنسية وذلك على مراحل متعددة قبل مباشرة العمل الجنسي .

المتلازمة السابقة للطمث : Pre Menstrual Syndrom PMS

من الممكن إدراج هذه المتلازمة ضمن الاضطرابات الوجدانية أو الأمراض الجنسية ، وهي مجموعة من الأعراض النفسية والجسدية تبدأ قبل الطمث بأسبوع وتخف وتزول بعد بدء الطمث، غالباً ما يرافقها تأذي مهني بسبب هذه الأعراض. قيل بوجود اضطرابات هرمونية هي المسؤولة عن المتلازمة.

الأعراض اللازمة للتشخيص :

١- الإحساس بالنزق والهيجية. ٢- التوتر و الشدة.

٣- أعراض القلق. ٤- أعراض اكتئابية. ٥- عدم الثبات الانفعالي.

٦- اضطراب الشهية للطعام

الأعراض الجسدية : حمس التظبل في البطن ، التعب ، زيادة الوزن، إيلام الثديين

من المعالجات المقترحة :

مضادات الاكتئاب: مضادات قبط السيروتونين، المدرات، حالات القلق.

اضطرابات الوظيفة الجنسية الدوائية

كثير من الأدوية قد تتدخل في الوظيفة الجنسية و تنقصها :

١-مضادات الاكتئاب :

أ-ثلاثية الحلقة : معظمها يؤدي إلى عتانة الانتصاب و إلى تأخر القذف.

ب-مثبطات قبط السيروتونين: عتانة الانتصاب بدرجة أقل من ثلاثية الحلقة.

٢-مضادات النفاس: معظمها يؤدي إلى عتانة الانتصاب وإلى تأخر القذف.

٣-المدرات التيازيدية والسيبروتولاكتون: خلل في الانتصاب .

٤-حاصرات بيتا الأدرينالية : نقص الرغبة الجنسية و ضعف الانتصاب .

٥- ألفا ميتيل دوبا و الكلونيدين: نقص الرغبة الجنسية و ضعف الانتصاب.

الفصل العاشر

طب نفس المسنين Psychogeriatry

النفاسات العضوية Organic Psychoses

تقد أدى تقدم الطب في السنوات الأخيرة الى زيادة عدد المسنين في العالم وبالتالي ظهور أمراض خاصة بالمسنين بكل أشكالها من الاضطرابات العصبية إلى الذهانات .

تعد اليونان من أكثر الدول في العالم بعدد المسنين فوق ٦٥ سنة إذ من المتوقع وصولها مع نهاية ٢٠٢٠ إلى أكثر من ٣٠% من الشعب وحالياً فإن النسب تتراوح في البلاد المتقدمة (أمريكا ، اليابان...) بين ١٥-٢٠% .

من أهم المشكلات التي يواجهها المسنين و ستزيد مع الزمن :

العزلة الاجتماعية: بسبب تفكك الأسرة في البلاد المتقدمة وهذا عائد لأساليب الحياة الفردية وقلة الشعور بالتكافل الاجتماعي بين أفراد الأسرة.

من المشكلات الأخرى وفاة أحد الشريكين ، هجرة الأبناء.

الاستبعاد : وما يترتب على هذا من قلة المورد المادي والفراغ وقلة النشاطات و الشعور بانتظار الموت، ينعكس هذا سلباً على حياة المسن ونفسيته.

العجز : وذلك بسبب الأمراض الكثيرة التي يتعرض لها المسن ومنها اضطرابات الرؤية والسمع وصعوبات الحركة والأمراض العضوية الأخرى.

سوف ندرس من الاضطرابات النفسية والعقلية عند المسنين الأمراض التالية:

- الاكتئاب أكثر الأمراض النفسية شيوعاً عند المسنين : يتميز بارتفاع نسبة الانتحار لديهم و شيوع الاضطرابات الاستعرافية (راجع الاكتئاب).

- اضطرابات القلق غالباً ما تشكل جزءاً من الصورة السريرية للمعاهة.

المعاهة أو الخرف Dementia

العتاهة أو الخرف البشري Dementia : هو متلازمة تتجم عن مرض في الدماغ ذي سير مزمن أو متروك يسبب ضعفا تدريجيا في الوظائف القشرية العليا أو العقلية والتي تشمل التفكير والذاكرة والتوجه والفهم واللغة والتعلم والانتباه والقدرة على المحاكمة واستخلاص النتائج (وظائف القشر) من دون تغييم في الوعي. يرافقه تدهور في الوظائف المعرفية و أحيانا صعوبة في السيطرة على الانفعالات والسلوك والنوافع.

قد تؤدي آفات تحت قشرية الى العته إذا أصابت المادة الرمادية أو المهاد ولكن يجب أن تكون الإصابة ثنائية الجانب.

العتة الثانوي يكون نائلا لمرض آخر.

- الشيخوخة : تستخدم للدلالة على التقدم الطبيعي في السن، تتجلى بانخفاض تدريجي للملكات العقلية والجسدية وقلة القدرة على التألوم مع الحياة وصعوبات في الذاكرة الحديثة ويختلف من ظهور هذه الاضطرابات بشكل كبير بين الأفراد إذا تطورت هذه الأعراض لدرجة أثرت على تكيف المريض سميت الحالة بالعتة الشخي.

معايير تشخيص العته أو الخرف الشخي:

وجود دليل على تدهور كل من الذاكرة و التفكير بدرجة تكفي لإضعاف نشاطات الشخص في حياته اليومية ،في الحالات النموذجية تصاب وظائف الذاكرة الحديثة كالسجل والتخزين والاسترجاع. كذلك نجد قصورا في التفكير والمحاكمة وفي توارد الأفكار واستيعاب معلومات جديدة، صعوبة في التركيز والمشاركة في نقاش مع أكثر من شخص واحد قد تحدث بعض الأوهام بسبب صعوبة إدراك واستيعاب ما يدور حولهم كالتوهم بأن الناس تسرق أشياءهم أو بعض التوهمات الاضطهادية تجاه المحيطين و الشك في كل جديد.

الأعراض الرئيسية للعتة :

-التدهور العقلي: يكون خفيا ويصعب تحديد تاريخ البدء، اضطراب الذاكرة وخاصة القريبة، اضطراب المبادرة والفعالية الوظيفية والمهنية (صعوبة مواصلة العمل أو قيادة السيارة أو عدم التكيف مع المنزل الجديد أو ظروف الحياة الجديدة وغالبا ما يشكو المريض من التعب أكثر من الأعراض النوعية. تتميز هذه الأعراض بالتفاقم الليلي.

- اضطراب التوجه و الاهتداء إلى الزمان و المكان والأشخاص .

- الذاكرة : تضطرب الذاكرة الحديثة أو القريبة، إما الذاكرة القديمة والمتعلمة فتبقى محتفظاً بها لفترة أطول.

يبدأ المريض بنسيان فعالياته اليومية أو أعمال اليوم السابق (حيث ينسى المريض أين وضع حاجاته و يكرر نفس السؤال ماذا فعل و ما اسم الكتاب الذي قرأه حتى قد ينسى انه أكل لذا يتناول عدداً من الوجبات ومنه زيادة الوزن).

- اضطراب الاستدلال reasoning و البرهنة : مثال :حسن اكبر من محمد فمن الأصغر؟ أو عملية حسابية.

يبقى الحساب البسيط موجوداً لكن يضطرب الحساب المركب (حل مشكلة).

- المحاكاة : عدم قدرة المريض على تشكيل رأي ذاتي و يقوم المريض باختلاق قصص غير واقعية لتغطية الأمر.

- اضطراب اللغة المقروءة و المكتوبة :تكثر الأخطاء الإملائية واللغوية ويزداد تفكك اللغة و الحديث وعدم مجازاة الحديث، يبدأ بنسيان أسماء الأشخاص ثم الأشياء ثم معظم الكلمات..

- اضطراب الفهم :صعوبة تنفيذ عمل معقد، مثلاً تلخيص قصة أو وضع اليد اليسرى على الأذن اليمنى..

- اضطراب الفعالية الحركية :قد يحدث عمه حركي إنشائي: نطلب من المريض رسم مكعب فينسى رسم جزء منه ، عمه لبس الثياب و إدخال الأزرار بشكل صحيح.

-نستخدم مقياس أنشائين لتقدير الحالة العقلية المصغر..

-التشخيص التفريقي :

التراجع النوعي لبعض وظائف القشر الدماغي :يميز التراجع الشامل الذي يحدث في النهاية (الحبسة ،العامة الحركي أو الحسي..) آفات الفص الجبهي .

٢- التخليط الذهني أو الهذيان : هي اضطراب في الوظائف العقلية و النفسية بسبب اضطراب الوعي .

٣-الاكتئاب : قد يختلط بتشخيصه مع العناية خاصة عند المسنين.

العتة العرضي أو الثانوي :

١ -الأورام الدماغية وخاصة الفص الجبهي و الصدغي .

٢-الرضوض الدماغية و النزوف تحت الجافية.

٣- أسباب خمجية: التهاب الدماغ المصلب تحت الحاد، كروتزفلت جاكوب.

٤- الانسمامات : الكحول ، الزئبق ، الليثيوم ، الرصاص اول اوكسيد الكربون.

٥- اضطرابات استقلابية: اعتلال الدماغ الكبدي، الكلوي، قصور الدرق اضطراب الشوارد، نقص الفيتامينات .

٦- آفات تنكسية: داء باركنسون ، رقص هنكتون...

٧- العناية بسبب تصلب الشرايين الدماغية أو الحوادث الوعائية الدماغية الواسعة.

٨- اعتلال الدماغ التالي لارتفاع التوتر الشرياني بأذي اعتلال المادة البيضاء الناجم عن نقص التروية.

٩- استسقاء الدماغ ذي الضغط الطبيعي(متلازمة حكيم أدامز): هذه الحالة تسبب اتساع البطينات الدماغية الأربعة. يتظاهر ببطءة نفسية حركية و عدم اهتمام واضطراب في الذاكرة و اضطراب فسي السلوك مثل التبول في أماكن غير مناسبة، اضطراب التوازن واضطراب بالمشية و يتسملل الحركة بالفحص نجد علامات إصابة الفص الجبهي.

التصوير الطبقي المحوري يظهر توسع البطينات مع غياب الضمور الدماغى .

العلاج : بزل السائل الدماغى الشوكي يؤدي إلى تحسن مؤقت في الوعي وفي المشية والنشاطات الدماغية الأخرى. والعلاج الجراحي بتركيب شنت مع البريتوان.

داء الزهايمر

Alzheimer Disease

هو الشكل الأساسي من العته البدني حيث يحدث فيه تسارع غير طبيعي نحو الشيخوخة السبكرة بسبب تنكس Degenerative و موت العصبونات التدريجي و هو يشكل السبب الأكثر تواتراً للعته نحو ٦٠ % من الحالات. وجد ان ٢ - ٥ من المسنين فوق عمر ٦٥ سنة لديهم أعراض الزهايمر وتزداد حتى ١٥-٢٠ % فوق الثمانين.

الآفات المميزة لداء الزهايمر:

التنكس العصبي الليفي: إن TAU بروتين ثنائي موجود في الخلايا العصبية والمحاور بشكل غزير وهو ضروري لتطاول التغصنات، إن فسفرة هذا البروتين الشاذة تؤدي إلى التنكس العصبي الليفي، هذا التنكس يتوضع داخل العصبونات وشدة العتاهة لها علاقة مع شدة التنكس.

ب- اللويحات الشيخية : هي بناء غير طبيعي يتوضع في المسافات خارج الخلوية و تتألف من β (A β) (proteine beta amyloid PBA) وجوارها غلوبينات مناعية α و المتمة C1-C2 والألمنيوم ومركب α antichemotrypsine الذي يكون مترافقاً مع الزهايمر وتتلث الصبغي ٢١ والشيخوخة.

ج- اعتلال الأوعية النشوانية. هذه الآفات موجودة في دماغ المسنين لكن بكثافة أكبر في الزهايمر.

تتوضع الإصابة خاصة في :

أ- الجهاز اللمبي ، اللوزة amygdale hippocampus ,substantia innmonata , locus ceruleus , parahipocamp frontal and tempo-parietal cortex .

ب- القشر الجديد : وخاصة مناطق الربط مما يؤدي لعسر اتصال بين مناطق القشر الجديد (الجداري الصدغي، الجداري القفوي، الجداري الجبهي).

ج- بعض النورونات تحت القشرية: عصبونات كولينرجية، نويات المهاد وتحت المهاد

عوامل الخطورة :

- ١- العمر الكبير .
- ٢- عمر الأم أثناء الحمل بالمريض .
- ٣- السوابق العائلية .
- ٤- تثليث الصبغي ٢١ .
- ٥- سوابق رض دماغي .
- ٦- اضطراب مناعي أو فيروسي .
- ٧- إصابة الإناث أكثر من الذكور .
- ٨- الأعراض والعلامات .
- ٩ -انخفاض الفعاليات اليومية واضطراب السلوك .
- ١٠ - سوابق عائلية لاضطراب مشابه .

- نتائج الفحوص المتممة : بزل السائل الدماغي الشوكي سوي، تخطيط الدماغ طبيعي أو تبدلات لانهجية، الطبقي المحوري يبدى ضمور دماغ متفرق،
-الأعراض السريرية المرافقة : بالإضافة لأعراض العتاهة العامة نجد انخفاض مزاج، ارق، سلس بولي، اهلاسات، توهمات، اضطرابات جنسية، زيادة المقوية أو خلجان ، اضطراب المشية ،عدم وجود علامات توضع .
- يشخص بخرعة الدماغ قبل الوفاة أو بعدها .

التطور :

- التطور قد يكون قصيرا خلال ٢-٣ أعوام أو بشكل بطيء ، ويزداد مع العمر .
- هناك شكل مفاجئ مع أعراض تدهور وعلامات خارج هرمية واضحة .
- هناك شكل يترافق مع خلجان عضلي و هو ذو إنذار سيئ .
- كلما كان تدهور الكلام أسرع كان الإنذار أسوأ .
- كلما كان سن البدء أصغر كان التدهور أشد و أسوأ .
- هناك شكلان سريريان :
- ١-الزهايمر ذو البدء الباكر: يبدأ قبل عمر ٦٥ سنة .

ب-الزهايمر ذو البدء المتأخر: يبدأ بعد سن ٦٥ سنة.

أسباب داء الزهايمر: الأسباب الوراثية :

أ-تستند الى أن الآفات التشريحية المرضية المشاهدة عند المنغوليين (تثلث الصبغي ٢١) بعمر ٣٥-٤٠ سنة تشاهد في داء الزهايمر، وأن المورثة المسؤولة عنه تتوضع على الصبغي ٢١.

ب- كشفت دراسة الصبغيات وجود مورثتين على الصبغي ٢١ هما FAD التي تميز الأشكال العائلية وذات انتقال قاهر ومورثة APP التي تسيطر على طلائع البروتين بيتا اميلويد PBA.

٢-الدراسات المناعية: وجود أضداد ضد البروتين الذي يرتبط بالإنشاء amylase هو أساس النظرية المناعية و الدراسات الحالية تبحث عن دور للـ HLA

٣-النظرية الكيميائية العصبية والنواقل العصبية :

- لوحظ انخفاض في أنزيم ناقلة الأسيتيل كولين و في تركيز الأسيتيل كولين، كذلك وجد خلل في السيروتونين.

- اكتشف عامل جديد هو Apolipoproteine E وهو البروتين الذي يلعب دورا في نمو العصبون، حيث ينقل الشحوم المصلية داخل الخلايا، إن تناقص E٣ E٢ يحرض على نمو الخلايا العصبية وبالعكس فإن تناقص E٤ يقلل من هذا النمو و يحرض على ترسب البروتين النشواني A٤ فيزداد خطر داء الزهايمر ٣-٦ مرات.

٤ - أسباب أخرى: الانسمام بالألومنيوم ، فيروسات بطيئة أو بريون ، وعائية..

العلاج :

-مضادات الكولين استراز.

الخرف الوعائي المنشأ Vascular dementia

وهو خرف الاحتشاءات الفجوية المتعددة يتميز عن الزهايمر بشكل البدء و صورته السريرية ومماره التطوري.

يتظاهر بحدوث نوبات إقفارية أو خزل متقل أو فقد بصر عابر. تكون بدايته حادة بعد سكتة دماغية عابرة. قد يكون بسبب فرط الضغط الدموي المزمن. ما يميزه كذلك وجود علامات توضع عصبي، مقصة ارتفاع توتر شرياني، إضافة إلى الملامح العامة للمعاناة. غالباً ما نجد إصابات وعائية واضحة في التصوير الطبقي المحوري أو الرنين المغناطيسي.

الأشكال السريرية :

- أ- الخرف الوعائي ذو البدء الحاد.
- ب- خرف الاحتشاءات المتعددة.
- ج- الخرف المختلط القشري و تحت القشري.
- د- أشكال أخرى .

داء بيك أو العته الجبهي الصدغي Dementia in Pick Disease

هو خرف ذو مسار متروك يحدث بعمر ٥٠-٦٠ سنة .
تشريحياً: إصابة عصبية مع ارتكاس دقي من دون لوحات شبيخية أو تنكس عصبي ليفي.

تتوضع الإصابة على الفصين الجبهيين والصدغيين. إصابة القشر الجبهي شاملة و لكن تحترم الناحية المركزية وما قبل المركزية.

الآفات الصدمية تفضل القطب الصدغي وتتلغ التليف الصدغي الثاني والثالث والرابع ولكن تحترم الثلثين الخلفيين من الفص الصدغي الأول (منطقة الكلام).

قد يلاحظ بعض الضمور في الفص الجداري ولكن لا يصاب الفص القفوي أبداً.

- الآفات النسيجية :

تتألف من ترقق و نقص في العصبونات وخاصة الطبقة السطحية من القشر مع ارتكاس دقي واستحالة إسفنجية في ٧٥% من الحالات.

- تتنفخ بلازما بعض الخلايا في قرن أمون و تدخل بأجسام محبة للفضة متجانسة بشكل كرات تسمى أجسام بيك Pick .

الوراثية : تواتر الحالات العائلية في داء بيك أكثر من داء الزهايمر وقد تكون المورثة متوضعة على الصبغي ١٧ أو ٣.

سريرياً: العته أقل شمولاً من الزهايمر و تسيطر عليه أعراض إصابة الفص الجبهي و الصدغي:

- تغيرات بطيئة في الشخصية وتدهور اجتماعي، فالمرضى يدخل العيادة ويحدث ضجة و يستكشف المحيط ، يقرأ بصوت عال ، يتحرك باتجاه النافذة لينظر عبرها ثم يعود للجلوس ، يلعب بالأشياء الموجودة على المكتب، قد يلقي بعض النكات، قد يستجوب الطبيب عن شؤونه الخاصة، حركات استعراضية، إذا كانت امرأة فقد ترتدي ثياباً فاقعة، هندياً لا يتناسب مع العمر .

- شسوع الأعراض الجسدية مثل الصداع أو الألام الهضمية، عدم الاهتمام بأمور الحياة اليومية، لامبالاة، عنف من دون سبب، سلوك صبياني، عناد وتمسك بالرأي.

- تبدل في العادات الطعمية أو التدخين أو الكحول.

- اضطراب في السلوك: التبول في أماكن غير مناسبة، اضطراب جنسي (شموق).

- اضطراب المحاكمة.

- اضطراب الكلام : تكرار نفس الكلمات ، اضطراب الكتابة والإملاء.

- الذاكرة تبقى سليمة لمدة طويلة حتى إصابة حصان البحر، إما معرفة الأشياء والأشخاص فتبقى سليمة بسبب سلامة الفص القفوي.

- القحوص المتممة :

تخطيط الدماغ يسبق سوباً، الطبقي المحوري :تتوسع متناظراً في القرنين الجبهيين للبطينات سالرنيين المغناطيسي يظهر تبدلات شكلية ذات سيطرة في الفص الجبهي والصدغي أو في كليهما.

التطور: النحول و الوفاة خلال ٣-٥ سنوات وقد يستمر ٨-١٠ سنوات).

الخرف في سياق الإصابة بالإيدز

يسبداً المرض الذي يكون مترافقا مع الإصابة بالإيدز بكثرة النسيان وصعوبة التركيز وصعوبة في التعامل مع متطلبات الحياة اليومية كاتخاذ القرارات و فقدان التلقائية و العزلة .
قد يسبدي بعض المرضى اضطرابات نفسية كاضطرابات المزاج أو بعض الحالات الذهانية أو الهلوسة المتفرعية وكثير من الاضطرابات المماثلة لاعتلالات الدماغ الفيروسية الأخرى.

غالباً ما يتطور الخرف سريعاً نحو العناية الشاملة و الوفاة السريعة

أدواء البريون Prion

-داء كروتزفيلد جاكوب Creutzfeld-jakob: يتميز:

أ-خرف مترق بسرعة.

ب-أعراض هرمية وخارج هرمية ورمع عضلي.

ج-تخطيط دماغ وصفي (موجات ثلاثية الأطوار).

- داء كورو . - اعتلال الدماغ الاسفنجي.

متلازمات أخرى :

-العته الجبهي :يشكل ٢٠% من العتهاتة وتسيطر عليه أعراض المتلازمة الجبهية(اضطراب السلوك، اللامبالاة، الهياج)، نجد ضمور الفص الجبهي في ٨٠% من الحالات.

-الحبسة التدريجية البدنية: يظهر بالرنين ضمور منطقة اللغة لنصف الكرة المخية اليسرى.

-العمه الحركي البدني : يكون العرض الوحيد لمدة طويلة هو العمه الفكري والحركي المسيطر على الطرف العلوي الأيسر حيث تتوضع الإصابة في الفص الجداري الأيمن.

- الخرف في مرض رقص هنتغتون: وصف جورج هنتغتون في أمريكا عام ١٨٧٢.
- الخرف في داء باركنسون.
- الخرف في سياق الإيدز.
- الخرف في سياق الأمراض الاستقلابية.

الهذيان الحاد Delirium

التخليط الذهني الحاد acute confusional

المتلازمة النفسية العضوية الحادة acute psycho-organic

هي متلازمة لها أسباب عديدة ومتنوعة، تحدث في أي من وتكثر عند المسنين. تتميز بأنها عابرة ومتحركة وتتحسن خلال أسابيع و نادراً خلال سنة أشهر.

الأعراض السريرية والمعايير التشخيصية:

اضطراب الوعي بدرجات متفاوتة من نعيم الوعي إلى السبات التام، ضعف القدرة على الانتباه وصعوبة التركيز.

٢- اضطراب معرفي شامل:

- اضطرابات في الإدراك، انخدعات، اهلاسات بصرية.

- اضطراب في التفكير المجرد والفهم مع أو دون توهمات، درجة من قلة الترابط في الأفكار.

- صعوبة في التذكر الفوري والذاكرة القريبة.

- خلل التوجه واللاهتاء للزمان والمكان والأشخاص.

٣- اضطرابات نفسية حركية: خمول و قلة نشاط أو/و هياج ، سرعة أو بطء في سيلان الكلام، زيادة في زمن رد الفعل.

٤- اضطراب فسي دورة النوم : أرق أو غياب النوم نهائياً، أو انعكاس دورة النوم واليقظة، تفاقم وسوء الأعراض تلياً، الأحلام والكوابيس.

٥- اضطرابات انفعالية: القلق والخوف أو التهيج و مرعة الاستثارة، قلة الاهتمام أو الارتباك ومنظر الدهشة والاستغراب.

الأسباب: عديدة جداً، نذكر منها :

١- تسمم دوائي: باربيتورات، مضادات القلق، مخدرات، مضادات الكولين...

٢- متلازمة السحب: مخدرات، كحول ، مهدئات.

٣- اضطراب شوارد.

٤- غدد: نقص السكر أو ارتفاعه، قصور الدرق الشديد، أنيسون، نخامة .

٥- إنتانات جهازية: إيدز، تجرثم دم، خراجات دماغية، التهاب الشغاف، التدرن.

٦- عصبية اخماج رضوض تنكس أورام حالة صرعية.

٧- استقلابية: يوريمية، قصور كبدي ، قلبي شديد، رئوي.

٨- نقص فيتامينات ب١٢ ب١ فوليك .

٩- نقص الأكسجة.

التطور: التحسن والشفاء خلال شهر وقد تستمر عدة أشهر إذا كان السبب العضوي مزمناً.

العلاج:- بحسب الحالة المسببة.

- عرضية: مضادات النفاث أو الذهان: هالوبيريدول، ريسبريدون...

قصة سريرية: مريض ٦٥ سنة أجري له تبديل مفصل الركبة منذ يومين، حالياً ظهرت لديه: قلة نوم، لا يعرف أولاده ولا الطاقم الطبي، يقول إنه في البيت ويتحدث الى أشخاص غير موجودين، مرتبك، خائف، اهلاسات بصرية و سمعية و انخدعات متعددة أدى الى هياج شديد.

التخلف العقلي Mental Retardation

مقدمة:

إن إدراج التخلف العقلي في الطب النفسي مهم لأن الاضطرابات العصبية العضوية غالباً ما يرافقتها اضطرابات نفسية أو سلوكية ولهذا فالطبيب النفسي أكثر مشاهدة لمرضى التخلف العقلي من غيره.

تعريفات:

يجب عدم الخلط بين التخلف العقلي و الاضطرابات النفسانية أو الذهانية فالتخلف العقلي ليس مرضاً قائماً بذاته و لكنه يعبر عن كل حالة نقص في درجة الذكاء بسبب توقف نمو الذكاء.

-الذكاء: هو مفهوم مجرد يعبر عن القدرة العقلية الفطرية الشاملة التي تساعد على التعلم و اكتساب الخبرات الجديدة ثم تطبيقها بشكل منطقي واستخدامها في إدراك العلاقة بين الأشياء وحل المشكلات المستجدة.

الاستعداد الوراثي يلعب الدور الأهم في الذكاء، أما البيئة فلها دور ثانوي لكنه مهم في الذكاء.

- العقل (Mind): هو الربط الموي بين مجموعة الوظائف النفسية للفرد (كالتفكير والإدراك و المزاج و الانفعال...).

- التخلف العقلي Mental Retardation: هو حالة من توقف النمو العقلي (أو قلة فسي النضج أو التطور) يؤدي إلى تدني في الأداء الذكائي أي اضطراب في القدرات المعرفية واللغوية والحركية والاجتماعية.

قد يحدث التخلف العقلي مع أو من دون اضطراب نفسي أو عضوي آخر.
يكثر ترافق التخلف العقلي مع الاضطرابات النفسية وسوء التلاؤم الاجتماعي و أخطار الاستغلال المادي أو الاعتداء الجنسي.

تصنيفات التخلف العقلي:

أول من صنف أشكال التخلف العقلي هو Seguin ١٨٤٦، ثم تلاه تصنيفات عديدة استندت إلى مقاييس الذكاء.

إن عملية تقييم الذكاء تستند إلى ملامح و مقاييس عديدة أهمها معامل الذكاء ((Stern : Intelligence Quotient IQ وذلك بنسبة العمر العقلي إلى العمر الحقيقي (العمر العقلي/العمر الزمني X ١٠٠) في هذا السلم تبلغ نسبة حاصل الذكاء بين ١٠-١٦٠، يتوضع الأشخاص الأسوياء ضمن مجال IQ: ٩٠-١١٠، أما بطيء الفهم أو الغبي الخفيف فيقع بين ٧٠-٩٠. مما لا شك فيه أن تحديد الحد الأعلى للتخلف العقلي يتعلق كثيراً بالعوامل الاجتماعية والثقافية للمجتمع، وإن تصنيف درجات التخلف العقلي له أهمية في توجيه الرعاية والتأهيل المناسب للمصاب و بحسب قدراته وإمكاناته بعيداً عن الأسباب.

وجدت معدلات أخرى لتقييم الذكاء: مثل معدل التطور الذي بني على اختبارات التطور النفسي الحركي والتنظيم الزماني و المكاني، اختبار امتلاك المهارات، اختبار التعامل الاجتماعي (القدرة على التلاؤم الاجتماعي Q.S Quotient Social).

أولاً: التخلف العقلي الخفيف: Mild mental retardation

تبلغ نسبة معامل الذكاء IQ بين ٥٠-٦٩ وعمره العقلي بين ٩-١٢ سنة، وهم أشخاص قابلون للتأهيل، نجد في قلة من المرضى سبباً عضوياً واضحاً وتصاب عدداً من حالات التوحد أو الصرع واضطرابا بات السلوك.

نجد تأخراً في اكتساب اللغة ولكن مع الوقت يستخدم الشخص المفردات اللغوية اللازمة في شؤون الحياة اليومية وفي تبادل الأحاديث.

-- غالباً لديهم استقلال في العناية الشخصية و رعاية أنفسهم (تناول الطعام والاستحمام وضبط المصبرات..) وفي المهارات المنزلية .

-- صعوبات واضحة في مجال التحصيل الدراسي: صعوبة في القراءة و الكتابة لذا يجب تقديم المساعدة التعليمية بأساليب خاصة لهم.

- كذلك إذا ترافق ذلك مع قلة نضج عاطفي أو اجتماعي قد نجد صعوبات في الحياة العائلية والاهتمام بالأولاد و بعض السلوكيات الشاذة.

- هؤلاء الأفراد يمتلكون قدرات على أداء الأعمال التطبيقية اليدوية أكثر من النظرية.

ثانياً: التخلف العقلي المتوسط أو الأبله: Moderate mental retardation

- يتراوح معدل الذكاء بين ٣٥-٤٩ وعمره العقلي بين ٦-٩ سنوات.

- بطء في فهم اللغة واستخدامها بشكل متباين بحسب شدة التخلف العقلي: فبعضهم يستطيع إدارة الأحاديث بشكل مفهوم، أما في الحالات الشديدة فقد لا يتكلمون إلا بعض الأحرف أو الكلمات.

- تأخر في تعلم بعض المهارات أو أمور الحياة اليومية.

- قد يحتاج بعضهم إلى الرعاية و المساعدة مدى الحياة و الغالبية منهم لا يحققون استقلالاً ذاتياً تاماً (جزئي أحياناً) حتى بعد البلوغ. قد يتعلم قليل منهم القراءة والحساب أو لديهم مهارات في بعض المجالات التطبيقية أو البصرية و الغالبية منهم أميون.

- قد يتعلمون مهارات بسيطة أو أعمالاً غير معقدة.

- غالباً لا يشكون من العجز الجسمي، فهم يتحركون بحرية وبنشاط جسمي جيد

يكثر ترافقها مع الصرع أو الاضطرابات العصبية الأخرى أو التوحد الطفلي

- من الممكن التعرف على سبب عضوي في غالبية الحالات.

ثالثاً: التخلف العقلي الشديد: Severe mental retardation

- تبلغ نسبة الذكاء بين ٢٠-٣٤ وعمره العقلي ٣-٦ سنوات.

- المرضى في هذه المجموعة يعانون من عجز حركي شديد مع صعوبة في التنقل والحركة، اضطراب اللغة أو التواصل غالباً شديد.

غالباً أو دائماً ما يمكننا التعرف على سبب عضوي أو خلل بتبوي واضح.

رابعاً: التخلف العقلي العميق: Profound Mental Retardation

- يقلل حاصل الذكاء عن ٢٠% حيث يعاني المصاب من تحدد شديد في فهم الأوامر والتعليقات وليس لديهم أي تطور في اللغة عدا بعض الأحرف، خلل شديد في الحركة و في ضبط المصبرات وهم بحاجة للرعاية الكاملة مدى الحياة.

- **الوبائيات: - prevalence:** يكثر التخلف العقلي عند الذكور. إن ٢,٨ شخص لكل ألف في المجتمعات المدنية لديهم معامل الذكاء أقل من ٥٠% و ٠,٩ بالألف لديهم IQ أقل من ٣٠ ترتفع هذه النسبة في المجتمعات الريفية.

- **ظروف الكشف:** - ظهور علامات مميزة منذ الولادة أو بعدها: منغولية، صغر الرأس، استسقاء الدماغ، تشوهات الرأس، الفدامة....

- مظاهر تأخر التطور الروحي الحركي و الدراسي.

الأسباب المرضية: أسباب التخلف العقلي كثيرة جداً، سوف نذكر الأسباب الشائعة التي يمكن معالجتها أو الوقاية منها، في غالبية الحالات يبقى السبب غير أكيد وفي ١٠-٢٠% فقط نجد سبباً للتأخر العقلي. ومعرفة السبب يفقد أهميته مع تقدم العمر و مع تداخل العوامل المسببة للمرض سواء العائلية أو الاجتماعية و تحدد الإمكانيات العلاجية.

تصنف الأسباب إلى:

١- أسباب وراثية: ناتجة عن تخلف عقلي عند الأبوين.

٢- **بيئة الفينيل كيتون Phenylketonurca:** من الحالات النادرة (١/١٥ ألف مولود) تنكمس أهمية الحالة في أن العلاج المبكر يحد من التخلف العقلي، يتم تشخيص الحالة باختبار غوثري Guthrie على الدم أو fluorometric.

- **الأعراض:** يولد الطفل سوياً، يكون غالباً أشقر ذا عيني زرقاوين، اضطرابات هضمية منذ الأشهر الأولى، إقياء، اندفاعات جلدية أكر مائية الشكل، اختلاجات، فرط مقوية، صلابة و رمع، هياج و عنوانية، صغر حجم الرأس. قد يتطور نحو التأخر العقلي الشديد.

- **الشكل النموذجي** هو العوز التام لأنزيم فينيل الأنين هيدروكسيلاز الذي يحول الفينيل الأنين إلى تيروزين مما يؤدي إلى ارتفاع الفينيل الأنين الدموي أكثر من ٢٠ ملغ% (و أحياناً أقل إذا كانت التغذية بوارد بروتيني قليل).

الشكل اللانموذجي و الخفيف:تكشف في حالات المسح الوبائي للمولودين حيث نسبة الفينيل الأكين في الدم مرتفعة قليلا (٣-٥ملغ%) والتطور خفيف عادة.

-الشكل الخبيث: يشكل ٣% من الحالات ولا يفيد فيه إلا تعويض الأنزيم الناقص.

يسورث المرض بصفة صاغرة recessive على الصبغي الجسيمي وتنتظر عند الأشخاص متوافقي الأمشاج.

الوقاية و العلاج:

١-المسح المبكر: هو القاعدة للكشف الدموي.

٢-حمية قليلة البروتين ١,٥-٢ملغ /كغ في الحالات الخفيفة.

٣-مراقبة دورية لمستوى الفينيل في الدم بين (١٠-٣ملغ%)

٤- الحمية لمدة ٥-٧ سنوات أو مدى الحياة بحسب الحالة.

٣-اضطراب استقلاب الحموض الأمينية الأخرى: الغالاكتوزيميا، أدواء خزن الغليكوجين...

٤-اضطراب خزن الشحوم: داء ليمان بك، داء تاي ساكس، غوشيركراب..

٥-التسكنس الشبكي المشيمي: و منها داء لورانس مون بيلد يتكس شبكي مع بدانة و تعدد أصابع وقصور افتاد و تخلف عقلي .

٦- ألفدامة أو الودمة المخاطية الولادية:

تنتج عن عدم تصنيع جزئي أو تام في الغدة الدرقية مع اضطراب غدي مرافق أو سلة درقية. يجب أن يشخص المرض قبل الشهر الثاني أو الثالث لمنع حدوث العقابيل الدماغية لأن حليب الأم يزود بالهرمون الدرقي حتى الشهر الثالث.

٧-الإصابات العصبية الجدية Facomatosi: إصابات ولادية صبغية، تتضمن الأعراض التالية : أ- تصبغات منتشرة على الجلد و الأغشية المخاطية.

ب- تشكلات ورمية كاذبة. ج- أورام خبيثة (نوروبلاستوما)

د- تشوهات هيكلية أخرى غالباً مترافقة مع الصرع مع تخلف عقلي خفيف.

من الحالات الشائعة: - داء ريكانغهاوزن - ستيرج ويبر

-التصلب الحدبي (بورنوفيل:تخلف عقلي شديد،عد شبابي،صرع...).

٨- المنغولية أو متلازمة داون أو ثلث الصبغي ٢١: إن ولادة طفل منغولي لأم بعمر ٢١- ٣٥ سنة هي واحد لكل سبع مائة ترتفع إلى واحد لكل خمسين بعمر فوق الأربعين من الأمهات أو الآباء. يتميز الطفل بسحنة خاصة، قلة التفاعل الاجتماعي و تأخر التطور الروحي الحركي، يتراوح معامل الذكاء بين ٢٠-٥٠.

الفسخوذ الأساسي هو ثلث الصبغي ٢١ (يوجد ٤٧ صبغياً) لكن قد يوجد أشكال أخرى كتبادل المكان (انتقال Translocation جزء من الصبغي ١٥ إلى الصبغي ٢١) أو شكل موزايكي mosaicism (بعض الخلايا ٤٦ صبغياً والأخرى ٤٧).

٩-متلازمة الصبغي XYY: المرضى لديهم ميل نحو الإجرام مع درجة من التخلف العقلي الخفيف و طول القامة.

١٠-الأمراض الخمجية: الحصبة الألمانية، التهاب الدماغ و السحايا، التوكسوبلازموز سواء بالحمل أو بعد الولادة.

١١- الرضوض الولادية ونقص الأكسجة الدماغية الولادي أو ما بعد الولادة.

١٢-عدم توافق الزمر الدموية بين الأم و الجنين.

١٣-التعرض للأشعة السينية أو النظائر المشعة أو الأدوية أو الكحول.

١٤-الحرمان:- الحرمان العاطفي الشديدة الحرمان الاجتماعي والعزلة التامة: هذا يؤدي إلى حجب الطفل عن حقوقه الاجتماعية والنفسية اللازمة للتطور السوي ولاكتساب المهارات؛ هذه الحالات قد تؤدي لدرجة من التخلف العقلي الخفيف الذي يكون قابلاً للتراجع التام أو الجزئي بالتأهيل المناسب.

-الحرمان الغذائي: قد يؤدي إلى التخلف العقلي الخفيف البسيط.

١٥ - أسباب أخرى كثيرة و أسباب مجهولة أو لا يمكن كشفها في غالبية الحالات.

- الاضطرابات النفسية و السلوكية المرافقة للتخلف العقلي:

١- الاضطرابات السلوكية: العدوانية و الهياج و الحركات النمطية (الحركات الصبغانية)، الانحراف و الجنوح.

٢- قلة احترام العادات و الأعراف الاجتماعية: قلة الشعور بالحرع عند القيام بعمل منافي للأخلاق أو قلة في تقدير عواقب الأفعال.

٣- السلوك الاندفاعي وقلة تحمل الحرمان أو عدم تفهم الأوامر والنواهي.

٤- اضطرابات أخرى: الصرع...

٥- اضطرابات القلق و الفصام من الحالات المشاهدة في التخلف العقلي.

٦- التراجع الدراسي وانتشار الأمية.

-العلاج:

-إجراء الدراسات اللازمة للتشخيص: فحص جسدي كامل - إجراءات تشخيصية دموية أو شعاعية..

-علاج سببي لحالات قصور الدرق و بيلة الفينيل وكل الحالات.

-شرح طبيعة المرض للأهل وطرق التعامل مع المريض وضرورة تقبل الأهل للحالة وليس رفض الطفل أو إسقاط مشاعر العداء نحو الأطباء أو الطاقم التمريضي.

-تأهيل الطفل في مراكز أو معاهد خاصة وذلك بقصد مساعدته على الاستقلال الذاتي و تعلم المهارات الممكنة.

-علاج عرضي لحالات الهياج أو اضطرابات السلوك المرافقة.

- الرعاية الصحية و التمريضية في الحالات الشديدة.



الفصل الحادي عشر

الاضطرابات النفسية خلال الحمل و الولادة

إن الحمل و الولادة من الظواهر الفيزيولوجية التي تتعامل معها النساء بشكل طبيعي و تتلاءم معها الحوامل من دون أية مشاكل ذات قيمة.

لكن هناك نسبة من الفتيات عندما تراودهن فكرة الحمل قد تظهر لديهن بعض الاضطرابات بسبب مخاوف الفتاة من :

١- أن تصبح أمّاً ٢- أن تكون حاملاً ٣- أن تنتظر قدوم مولود.

إن هذا يستلزم بلضج المرأة و بالتبدلات البيولوجية . إن الحمل يشكل حالة نفسية حقيقية تطال الكيان الداخلي للفتاة خاصة إذا لم تكن الأخيرة مهيأة من قبل أمها .

لا يؤثر الحمل في حد ذاته بشكل مرضي على الحالة النفسية و العقلية للمرأة السوية و لا يشكل أي سبب للأمراض النفسية ، لكن قد تحدث بعض التبدلات الانفعالية الفيزيولوجية السوية في بداية الحمل كالوجام ، قد تظهر بعض الأمراض النفسية كالاكتئاب إذا كان الحمل غير مرغوب به أو كان من الزنى أو صاحبه طلاق أو غياب الزوج أو وفاته .

إن الأمراض النفسية خلال الحمل و الولادة قديمة فجنون المخاض معروف منذ أبقراط .

هناك العديد من الاضطرابات تمر من دون ملاحظة، إن الاستعداد والتحضير النفسي الملائم للحامل وشرح ظروف الولادة يخفف كثيراً من هذه الاضطرابات.

إن ١-٢% من الولادات تتطلب استشفاء في مشفى للأمراض النفسية ، هذه الحالات تزداد ثلاثة أضعاف في الثلث الأول والأخير للحمل.

الأسباب المرضية :

أ- عوامل اجتماعية و اقتصادية ولادية :

١- الحمل الأول ٢- الأم المعزولة دون زوج (مطلقة ..)

٣- القيسرية

٤- وجود أمراض نفسية قبل الحمل أو خلاله.

ب- عوامل مؤهبة شخصية: قد يكون الحمل هو العامل المطلق للاضطراب الهوسي الاكتئابي مع خطورة النكس في المستقبل.

ج- التبدلات البيولوجية و الهرمونية: علاقتها غير أكيدة .

د- التغيرات الأمومية على الصعيد النفسي:

- التحول نحو الأمومة Maternity

- تبدلات صورة الجسم خلال الحمل

- تساؤلات حول وجود الطفل، طريقة إقامة العلاقة معه، كيف تطور في الرحم ثم كيف سيولد وكيف سيتربى محصول أو فاكهة الحمل.

هـ - عوامل من البيئة :- مواقف حياتية صعبة -العزوبية

- طفل مريض أو ميت -حادث خطير - وفاة أحد الأقرباء .

الاضطرابات النفسية خلال الحمل :

١- المظاهر العادية: يترافق الحمل مع بعض المظاهر السوية التي ترافق

التبدلات الهرمونية الفيزيولوجية :

- غثين و إقياء عند ٥٠% من الحوامل في الثلث الأول، شراهة أو قلة شهية.

-خوف من أن الطفل مشوه أو مريض.

-الإنجاب عاطفي، قلق في بداية الحمل ثم يخف ليتفاهم قبيل الولادة.

-ارتفاع التوتر الشرياني .

٢- المظاهر الاكتئابية: تصيب ١٠% من الحوامل أغلبها بشكل ارتكاسي خفيف أو

كاستمرار لاضطراب عصابي من الأمور التي تفاهم الأعراض:

-العمر الصغير والمحيط الاجتماعي غير المشجع على الحمل.

-التناقض الوجداني تجاه الحمل أي تناقض حول قبول الحمل أو رفضه.

-الاكتئاب الشديد نادر و يحدث قبيل الولادة .

-حالات الهوس :استثنائية .

-الاضطراب العصابي الارتكاسي عقب الرض :يرافق موت محصول الحمل.

-الحمل عند مريضة نفسية :قد يكون للحمل دور و اق من بعض الأمراض النفسية حيث لوحظ قلة ظهور الفصام، وتحسن استجابة المريضات لجرعات أقل من الأدوية، قد تتحسن الأمراض النفسية بعد الولادة أو تتطور نحو نفاس مزمن .

التدابير العلاجية : -الحالات الاكتئابية والقلقية :

أ-في الحالات الخفيفة نلجأ:

-العلاج النفسي الداعم :-الإصغاء -أخذ المعلومات الكافية -تهوين موضوع الحمل -التحدث عن الصراعات المرتبطة بالحمل وحلها.

-تقنيات خاصة جماعية أو فردية : تمارين الاسترخاء -تمارين تجريبية للمخاض -أفلام حول المخاض و دور المخاض في الولادة .

ب-في الاكتئاب الشديد :

-لايسد من العلاج الدوائي، لكن كل مضادات الاكتئاب نجتاز المشيمة لذلك نختار: دواء مضاد اكتئاب وحيد ذو نصف عمر قصير -دواء معروف ولنا خبرة به ونحاول إنقاص الجرعة عند المخاض مع أخبار طبيب الأطفال بالولادة.

-المعالجة بالتخليج الكهربائي تبقى أسلم من الأدوية .

الاضطرابات النفسية خلال الولادة :

لأولاً-اكتئاب اليوم الثالث Post-Partum Blues :

حالة نفسية فيزيولوجية ترافق ظهور الحليب ، غالباً عابرة أو نقطة البداية لاضطرابات مهمة ،تصيب ٣٠-٨٠ % من الولادات و تمر من دون أن تلاحظ.

-أعراضه: تذبذب انفعالي من الفرح إلى الحزن، فشل في بعض الوظائف الجديدة اللازمة، عدم تحمل الطفل أو عدم قبوله، نوب من الدموع أو البكاء دون مبرر، تخطيط ذهني خفيف عابر، هذه التبدلات تفسر بالتغيرات الهرمونية وبالحالة النفسية المرافقة. تتطور نحو الاختفاء خلال ساعات أو أيام، يساعد على ذلك الدعم النفسي والتشجيع من الأهل والمحيطين ، في ١٠% تستمر الأعراض لأكثر من ١٠ أيام، وقد تكون هذه الأعراض البداية لاكتئاب ما بعد الوضع .

ثانياً- اكتئاب ما بعد الولادة أو الوضع: Depression Post-Partum :

حالة قليلة الدراسة بسبب قلة الأعراض وقلة طلب المريضات للعلاج، يصيب ١٠-١٥ % من النساء بعد الولادة.

يتظاهر بالوهن، الهيجية، البكاء والدموع، مشاعر عدم القدرة، عدم تحمل الطفل، عدم الاهتمام به، انشغال بال شديد بطعام الطفل وتربيته النفسية وهذا قد ينعكس سلباً على تطور الطفل (إقياء معند، قمه)، الخطر المهم هو الإهمال التام للطفل .

العوامل المؤهبة :

- ١-أم صغير السن (أقل من ٢٠ عاماً) أو مسنة.
- ٢- تعرض الأم للحرمان العاطفي أو الأذى خلال الطفولة.
- ٣-سوابق اضطرابات نفسية قبل الحمل .
- ٤-انفصال عائلي؛ حيث لا يلعب الأب دور المساند للأم، صعوبات اقتصادية .

التوقاية و العلاج :

- ١- التهيئة الجيدة للحمل و شرح ظروفه و مشاكله والدعم النفسي.
- ٢- معالجة نفسية شرح العلاقة القائمة بين الطفل وأمه و بين الأم وطفلها.
- ٣- مضادات الاكتئاب: تعطى في غالبية الحالات.

ثالثاً- نفاسات النفاس Psychosis Post-Partum :

هي تظاهرات حسادة تحدث بنسبة ١-٢ لكل ١٠٠ ولادة إمكنية النكس في الحمل القادمة مرتفع .

عوامل الخطورة :هي المواقف المرضية للأمراض النفسية .

لدينا ثلاثة أنماط : ١- النفاسات الولادية بالخاصة

٢-اضطرابات المزاج ٣-الحالات الفصامية

أولاً : النفاسات الولادية (النفاسية) بالخاصة Psychoses Post-Partum

تعتبر كيانات مرضية مستقلة و نوعية تشابه الهجمة التوهمية الحادة ، تحدث خلال الشهر الأول من الوضع ، يبدأ بأعراض كالبكاء ، أعراض قلق شديدة ، هياج ، كوابيس ، حالة ذهول ، اضطراب في التيقظ مع عدم توجه للزمان و المكان ، سلوك عدواني أو أعراض حمول وبأس ، عدم استبصار للحقائق والواقع .

- توهم متركز حول الطفل و حول ولادته: إنكار المخاض، إنكار حياة الطفل، إنكار دور الأب في الحمل (مريم العذراء)، أفكار حول استبدال الطفل، حول دس السم، خوف تناقضي حول موت الطفل.

- توهم أن المريضة مهددة بالموت بواسطة الأدوية أو بالتتويم أو بالاحتفال . قد تتغير التوهيمات من وقت لآخر وبمحتويات متعددة جداً. الاختلاط الخطير هو الانتحار أو قتل الطفل.

الإنذار: حميد بالعلاج لكن النكس وارد في الولادات التالية .

التدبير : - الاستشفاء . - مضادات الذهان

- العلاج المنظم لكهربائية الدماغ (التخليج الكهربائي).

ثانياً: الاضطرابات الوجدانية :

الاضطراب الهوسي النفاسي: يبدأ بشكل حاد بعد الأسبوع الثالث للولادة بأعراض هياج، لا توجه، أفكار توهمية حول القدرة المطلقة والنفوذ، الرسائل السماوية، هوس العشق، أو

الستوهومات الاضطهادية، يصعب تميزه عن النفاس النفاسي. يتطور في ٥٠% نحو الاكتئاب الكبير .

الاكتئاب الكبير: يشكل ٤٠% من حالات الاستشفاء خلال الأشهر الثلاثة الأولى للولادة. يبدأ بشكل حاد خلال الأسابيع الثلاث الأولى وحتى ثلاثة أشهر، حتى من الممكن أن يبدأ قبل الولادة . الشيء المميز هو التخليط الذهني المرافق في ٢٠% نقص التيقظ ولا توجه، ارتباك، قلق، تقلقل مزاج، بعض التوهومات المتركة على الطفل مثل عدم القدرة على تربيته ، مشاعر النسب ، تهديد الطفل وأنه شؤوم، الخطر المهم هو الانتحار أو إيذاء الطفل، أعراض مراقبة، ومن شديد، أرق، هزال، شكايات عضوية، أفكار وسواسية .

ثالثاً -الحالات الفصامية أو الفصامية الشكل: تشبه الفصام بأفكار تتركز حول الحمل و الولادة والطفل ،تبدأ بطور من التخليط الذهني وتترقى نحو توهومات زوربة .

العلاج : ١-الاستشفاء.

٢-العلاج الدوائي مضادات الاكتئاب مضادات النفاس.

٣-العلاج بالتخليط الكهربائي.

الاضطرابات النفسية ما بعد الإجهاض Post-Abortum :

يرتبط الإجهاض بالقيم و الأخلاق والتعاليم الدينية و الاجتماعية وبالنواحي القانونية حيث تحرم كل الشرائع السماوية الإجهاض كما تمنعه معظم القوانين السائدة إلا بحالات استثنائية عندما يهدد الحمل حياة الأم بأسباب طبية مثبتة .ومع ذلك فإن نسبة عالية من النساء يعانين من القلق و أعراض الاكتئاب والشعور بالذنب تأليب الضمير بعد عملية الإجهاض .

لذلك عند تقرير إجهاض حامل مصابة بمرض نفسي يجب الموازنة بين إضرار بقاء الحمل و تقاوم المرض النفسي أو صعوبة العناية بالوليد و بين مساوئ الإجهاض . وحتى الآن لم يتفق على أن الأمراض النفسية هي أسباب طبية موجبة للإجهاض .

قد نشاهد عقب الإجهاض معظم الاضطرابات النفسية خاصة القلق أو الاكتئاب. هذه الاضطرابات الارنكاسية قد تتفاقم بالعيد السنوي لإجراء الإجهاض.

قصة سريرية: امرأة بعمر ٢٥ سنة أنجبت طفلها الأول منذ ثلاثة أسابيع، كانت الولادة والحمل طبيعيتين. بعد يوم واحد من الولادة كانت تشعر بالفتور، أخبرتها الممرضة "أنه من الشائع أن تشعر الأم بهذا الشعور بعد الولادة أنا متأكدة بأنك ستكونين أفضل حالاً ، لديك طفل جميل الفرحسي به" وبعد يومين تخرجت المريضة، جاءت أمها لتزورها وتساعد في أمور المولود الجديد، انتظرت المريضة التحسن وبذل ذلك أصبحت تشعر أكثر فأكثر بالكآبة وبدأت تفقد انبساطها بولدها وتشعر بالذنب لأنها ليست أمّاً جيدة .

خلال الأسبوعين التاليين شعرت المريضة بالمزيد من التعب ، اضطراب في النوم وانخفاض في الشهية. أمها وزوجها لاحظا أن المريضة بدت منسحبة. كانت تشعر بانخفاض قدرتها يوماً بعد يوم ووجب عليها أن تجر نفسها من السرير كل صباح.



الفصل الثاني عشر

الإسعاف في الطب النفسي

Emergency in psychiatry

تعريف : نسمي المريض الإسعافي أو الذي يحتاج لتدخل إسعافي : ذلك الشخص الذي وجد نفسه في لحظة ما أمام موقف يتجاوز قدراته الفردية اللاؤمية و انعكس ذلك على سلوكه أو عائلته مما يوجب التدخل الفوري تجاه المريض أو عائلته أن ما يدل على الإسعاف ليس الحالة السريرية التي تعتمد على شخصية المريض فقط إنما الوضع الاجتماعي والبيئة المحيطة. يجب استبعاد أي سبب عضوي للحالة .

أولاً: الانتحار ومحاولة الانتحار :

الانتحار هو الموت قصداً ، أما المحاولة فهي القيام بعمل مؤذٍ دون الوفاة.

من أكثر الحالات الإسعافية خطورة وشيوعاً ويجب عدم تجاهلها.

- يكثر الانتحار عند الذكور ٢-٤/١ بينما تكثر محاولات الانتحار عند النساء ١/٢.

- يزداد الانتحار مع تقدم العمر ، أعلى نسبة في البلاد الغربية هي بعد سن الـ ٦٥.

- يكثر عند العازبين أكثر من المتزوجين.

- الطبقات الفقيرة جداً أو الراقية جداً .

- عند بعض المهن: الأطباء أو المحامون أو ضباط الشرطة والموسيقيين.

- المدن أكثر من الريف.

- عوامل دينية: الانتحار أكثر عند البروتستانت والملاحدين منه عند الكاثوليك .

- له علاقة مع عوامل ثقافية: ٢٤/١٠٠٠٠٠٠ في ألمانيا - ١٤ إنكلترا

- ٢٩ النمسا - ١٠ كندا والسويج - ٦-٧ إيطاليا - ١٢ في أمريكا - ٢-٣ مصر والدول العربية.

من العوامل الدالة على أهمية المحاولة :

- ١- وجود رسالة مكتوبة عن النية في الانتحار.
- ٢- التستر على محاولة الانتحار وعدم الكشف عنها.
- ٣- شكل المحاولة : هل تناول كل الأدوية أم عددا من الحبوب ،
- ٤- المرض المستبطن: اكتئاب مع توهمات اضطهادية أو العدم أو الشعور بالذنب وفقد الأمل، فصام .

٥- العمر : مسنين . ٦- العزلة.

أشكال الانتحار أو رمزية الانتحار :

- الانتحار كموقف انتقام و تأر عقب هجران أو ترك الحبيب.
- الانتحار كجرمة انعكاسية عند شخص عنيف كتعبير عن الصراع الداخلي.
- الانتحار من أجل الانتحاق بشخص مفقود أو غائب.
- الانتحار بناء على فكرة أن الموت من أجل إعادة الحياة الأفضل .
- الانتحار كعقاب ضد الإثم والذنب في الاكتئاب .
- الانتحار في متلازمة كوتار حيث يعتقد المريض المكتئب بشدة أنه ميت .

أسباب محاولات الانتحار :

- الاكتئاب وخاصة النفاسي هو أكثر شيوعاً.
- النفاسات : الفصام وخاصة التوهمات و الهلاسات ، والنوب النفاسية الحادة. بينما النفاسات الزورية المزمنة أقل الحالات شيوعاً.
- الانتحار في الاضطرابات العصابية خاصة إذا لم يحقق المجتمع رغباتهم أو تأخرت النجدة المطلوبة ، اضطراب الوسواس القهري

-الشخصيات المرضية: خاصة اضطراب الشخصية الحدي، اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع ، بشكل نادر .

-الكحوليون: ١٠% من المنتحرين هم كحوليون. و ٢٠% حاولوا الانتحار.

-العنافة والخرف و التخلف العقلي .

-الأطفال و المراهقون :نادر عند الأطفال دون العشر سنوات و يكثر عند المراهقين بسبب الصدمات العاطفية و رفض قبول صورة الجسم (رفض القامة القصيرة أو اللون القاتم....) .

تدبير مريض الانتحار : - الاستشفاء - علاج السبب الدافع للانتحار.

ثانياً-العنف و الهياج في الطب النفسي :

إن غالبية المرضى النفسيين مسالمين وغير خطيرين ولا عدوانيين ما عدا حالات قليلة نذكر منها :

-الفصام ، غالبية الفصامين لا يلجؤون للعنف إلا في حالات نادرة كرد فعل للتوهمات الاضطهادية(اللجوء إلى العنف دفاعاً عن أنفسهم ضد الأشخاص الذين يتوهمون أنهم سيؤذونهم)، أو استجابة لأهلاسات أمرة بالعنف أو الهياج.

- الهوس : لا يلجأ مريض الهوس إلى العنف إلا إذا عورض أو تمت مشاكسته أو رفضت مطالبه.

-العنافة : الهياج من السلوكات الشائعة في العنافة بسبب قلة المحاكمة وصعوبة التحكم في الانفعالات و الغضب .

-الصرع : قد يتلو نوبة الصرع حالة من الهياج النفسي الحركي.

-المخدرات و الكحول: قد يصبح مدمنو المنبهات النفسية كالامفيتامين هائجين بسبب زيادة النشاط النفسي.

- مدمنو الأفيونات غير عدوانيين إلا في حالات السحب أو عدم توفر المادة.

- الكحوليين : قد تحدث نوبة هياج أو عدوانية عند تناول كمية قليلة أو كثيرة من الكحول و ذلك بحسب الاستعداد الشخصي و التعود بسبب فقد السيطرة على الإرادة و السلوك.

- الشخصية المضادة للمجتمع: نوب من الهياج إن العدوانية أو التدمير قد تحدث عفويا أو بعد معارضة .

التدبير: التعامل اللطيف مع المريض ومراقبه ومحاولة تفهم الحالة وبث الطمأنينة عند المريض ومراقبه.

- إعطاء المهدئات الكبرى : مركبات الفينوثيازين، هالوبيريدول.

المهدئات الصغرى: الديازيبام أو المنومات حقنا وريديا.

ثالثاً- هجمات القلق الحاد أو الهلع

- يشكو مريض القلق الحاد أو الهلع من آلام صدرية قد تكون قلبية الشكل أو الإحساس بالاختناق أو الزلّة أو الخفقان.

- أو الشكاية من أعراض نفسية : الخوف من مرض خطير ، الخوف من الموت أو من الجنون... كلها شكايات تدفع المريض لطلب الاطمئنان على صحته.

هذه الأعراض تستقر العائلة وتقود المريض الى غرف الإسعاف.

التدبير : - الفحص الطبي المتقن و نفي أي سبب عضوي.

- طمأنة المريض و تشجيعه و تهدئته.

- مشتقات البنزوديازيبام وريدي و ببطء.

رابعاً- الاكتئاب الشديد :

في حالات ترافقها مع أعراض بيولوجية : فقد شهية ، و رفض الطعام و الدواء ، و تهديد الصحة العامة ، إضافة للتهديد بالانتحار .

التدبير : الاستشفاء و العلاج المناسب ، التخليج الكهربائي

خامساً - حالات التخنيط الذهني الحاد :

عقب الجراحات و سحب المخدرات أو التسممات .

التدبير : - حسب الحالة - مضادات النفاس .

سادساً: العنف الأسري Familial violence

العنف ضد المرأة

يعد العنف الأسري أحد المشكلات الموجودة في كل المجتمعات و غالبيتها ما تبقى قيد الكتمان و هو تطال كلا الطرفين العنف ضد المرأة و أحياناً ضد الرجل.

تعريف: يعرف العنف ضد المرأة بأنه كل فعل عنيف (بسبب كونها امرأة) ويترتب عليه، أوقد يترتب عليه، أذى أو معاناة للمرأة، سواء من الناحية الجسدية أو النفسية أو الجنسية، أو التهديد بأفعال من هذا القبيل أو الإكراه أو الحرمان التعسفي من الحرية، كما أن الإهمال أو الحرمان يمكن أن يمثل شكلاً من العنف ضد المرأة

أماكن العنف ضد المرأة:

العنف في محيط الأسرة :

- القسوة الجسدية أو التعرض للضرب على يدي الزوج، أو الوالدين أو الأخوة

-التعدي الجنسي على أطفال الأسرة الإناث، أو الفتيات الصغيرات.

- العنف المتصل بالعادات و التقاليد كالمهر أو عدم التوافق بين أسرتي الزوجين.

العنف في إطار المجتمع:

- الاغتصاب، والتعدي الجنسي، والمضايقة في أماكن العمل .

- الاتجار في النساء و إرغام النساء على ممارسة البغاء

- العمل القسري

-أعمال العنف الذي ترتكبه أفراد الشرطة وحراس السجون والجنود

- الاعتصاب على أيدي القوات الحكومية خلال الصراعات المسلحة

- التعذيب أثناء الاحتجاز أو ضد اللاجئين

وقد تُستهدف المرأة بسبب أصلها، أو طبقها الاجتماعي، أو هويتها الثقافية، أو بسبب الهوية الجنسية، أو لأنها تنتمي إلى مجتمعات فقيرة أو مهمشة.

الوبائيات:

إن ظاهرة العنف ضد المرأة ترصد نسبة ٧% فقط من جميع النساء اللاتي يتوفين ما بين من الخامسة عشرة والرابعة والأربعين في جميع أنحاء العالم

إن ٣٠% من النساء الأمريكيات يتعرضن للعنف الجسدي من قبل أزواجهن و ٩٥% من ضحايا العنف في فرنسا من النساء. ثمانية نساء من عشر ضحايا العنف في الهند.

نرى مما سبق أن العنف ضد المرأة لا يختص فئة معينة أو ثقافة خاصة أو جنس محدد، وإنما يشمل كافة الثقافات والدول .

أشكال العنف ضد المرأة

١- الأذى الجسدية بكافة أشكالها و درجاتها؛ من الرضوض إلى الكدمات و الكسور و النقوشات الجسدية و الإعاقات و حتى الوفاة

٢- اضطراب القعدة ما بعد الرض وما يتلوها من اضطراب القلق والاكتئاب

٣- قد نجد بعض الشكايات الجسدية غير الوصفية (ألم مبهمة، جروح غير مفسرة، خوف غير مبرر، قصة رضوض غير منطقية حول الإصابة...) دلالة على اعتداء أو عنف تخاف المريضة التصريح عنه.

٤- الأذى النفسية كالسب والشتم و الإهانة..

٥- لا بد من التفكير بوجود عنف ضد المرأة عند كل تردد أو محاولة إخفاء الحقيقة من مرافقي المصابة .

٦- الاضطهاد الجنسي والاغتصاب و سفاح المحارم :و كلها من جرائم العنف و أكثرها إغفالاً و إهمالاً لأنها غالباً ما تتم من قبل أناس متسلطين يلجؤون الى تهديد الضحية علوة على خوف الضحية من الفضيحة .

أسباب العنف ضد المرأة:

١- تعد المرأة نفسها من عوامل بعض أنواع العنف والاضطهاد، وذلك لتقبلها له والخضوع أو السكوت ، مما يجعل الآخر يأخذ في التماذي والتجراً أكثر فأكثر. خاصة عندما تغتد المرأة من التجأ إليه، ومن يحصنها.

٢- الجهل وعدم معرفة كل من الزوجين لحقوق الطرف الآخر وكيفية التعامل معه وعدم احترامه، وما يتمتع به من حقوق وواجبات .

٣- انخفاض المستوى الثقافي للأسرة والتباين التعليمي أو الثقافي الكبير بين الزوجين خاصة إذا كانت الزوجة هي الأعلى ثقافياً مما يولد الشعور بالنقص لدى الزوج فيحاول تعويض هذا النقص بانقراض زوجته واستصغارها و شتمها أو الإهانة أو الضرب.

٤- الأسباب التربوية؛ قد تكون أسس التربية العنيفة التي نشأ عليها الفرد سبباً لممارسة العنف في المستقبل ، بحيث يستقوي الفرد على الأضعف منه وهي المرأة، وكما هو المعروف أن العنف يولد العنف. ويشكل هذا القسم من العنف نحو ٨٣ بالمئة من الحالات.

ومشاهدة الأطفال ضرب أمهاتهم من قبل الآباء يولد عند الأطفال عدم احترام المرأة وتقديرها واستصغارها، فتجعله يتعامل بشكل عنيف معها.

٥- الفقر والأسباب الاقتصادية: فالفقر والمشكلات الاقتصادية تجعل بعض الأفراد عنيفين ويصبون جام غضبهم على المرأة. ويأخذ العامل الاقتصادي نسبة ٤٥% من حالات العنف ضد المرأة.

٤- وجود اضطراب نفسي عند الشريك الآخر: كاضطراب الشخصية، أو الإدمان..

التبوير والعلاج:

بما أن العنف ضد المرأة ظاهرة منتشرة و قديمة فكانت المرأة تباع وتشتري في العصر الجاهلي ، وتؤاد في التراب وهي حية، فلا نتوقع أن يكون حل هذه الظاهرة أو علاجها أنيا وبفترة قصيرة.

- غالباً ما نجد إخفاء السبب الحقيقي للعنف، لذا فمعرفة السبب الباعث للمشكلة يعد من أولويات العلاج.

- على الطبيب أن يترك الضحية تعبر عن معاناتها ومشكلتها ويقدم المساندة والاهتمام بالمشكلة وأن لا يمر عليها مروراً عابراً.

- تقيم المرأة جسدياً و نفسياً و التوجه نحو التدابير العلاجية المناسبة حسب الحالة.

- تقديم الطبية المناسبة و المعالجة النفسية بكافة أشكالها و خاصة العلاج العائلي أو الأمري في حالات الاستطباب.

- لابد من اتخاذ الإجراءات المناسبة لحماية المرأة من الأذى .

- إذا كانت الحالة ناجمة عن اضطراب في أحد أفراد الأسرة لابد من علاجه نوعياً.

- معاقبة من يقوم بالعنف ضدها، كي تحس المرأة بالأمن والأمان في حياتها

-التوعية الاجتماعية لتعريف المرأة لحقوقها، وكيفية الدفاع عنها و أن ينظر إليها

كإنسانية لها ما للسرجل وعليها ما عليه و خاصة في وسائل الإعلام المرئية والمقروءة

والمسموعة ولابد من تذكير وسائل الإعلام لحذف المشاهد والمقاطع التي توحى من قريب أو

بعيد إلى تدعيم ظاهرة العنف ضد المرأة

المصطلحات العلمية باللغة الإنكليزية

A

Attention	الانتباه
Addiction	الادمان
Antipsychotic	مضادات النفس أو الذهان
Aversion:.....	العلاج بالنفور أو الكراهية
Anxiolytic	حالات القلق
Acute stress reaction –Disorder	اضطراب تفاعل الكرب الحاد
Agoraphobia	رهاب الساح
Ambition	الطموح
Apathy	الخمول
Agitation	الهيياج
Anxiety	القلق
Affect.....	الوجدان
Amnesia	النساوة

B

blocking or deprivation	توقف التفكير أو حصار التفكير
bizarre	التوهم الغريب
Behavior therapy.....	المعالجة السلوكية
Bipolar Affective Disorder	الاضطراب الوجداني ثنائي القطب
Bulimia Nervosa.....	النهام أو الشره العصبي

C

conciseness	الوعي
confusion	التخليط الذهني
coma	السبات
Concentration	التركيز
circumstantialities	الاسهاب
compulsion	ظاهرة الإجبار

communication skills	مهارات التواصل
Conversion Disorders.....	الاضطراب التحويلي..
Cognitive therapy	العلاج المعرفي.....
Catatonia.....	الجامود.....
cyclothymia	دورية المزاج.....
Childhood Autism	التوحد الطفلي.....
Conduct Disorders	اضطرابات السلوك أو التصرف
Child Abuse	متلازمة الطفل المضطهد

D

Disorder	اضطراب.....
delirium	الهذيان
distractibility	الشروذ أو تشتت الانتباه
déjà vu	ظاهرة سبقت رؤيته
déjà pensé	ظاهرة سبق التفكير به.....
depersonalization	تبدد الشخصية
derealization	تبدد المحيط
delusion	التوهم
Dementia.....	العتاهة.....
Defense Mechanisms	وسائل الدفاع النفسية.....
Dissociative Disorders	الاضطراب التفارقي
Dissociative fugue.....	الشروذ أو الشراذ التفارقي.....
Depression Disorder.....	الإضطراب الاكتئابي.....
Dysthymia.....	تعكر المزاج أو عسر المزاج
Dependence Syndrome.....	متلازمة الاعتماد
dyssomnia	عسر النوم
Depression Post-Partum	اكتئاب ما بعد الولادة أو الوضع

E

Erotomania	توهم أو هوس العشق ..
Emotion	الانفعال
Elation	الزهو أو الابتهاج ..
Echopraxia	الصداء الحركي ..
Ego	الأنا ..
Electro-Convulsive-Therapy ECT	المعالجة بالتخليج الكهربائي ..
Encurosis	سلس البول اللاارادي اللاعضوي ..
Encopresis	سلس الغائط ..

F

flight of ideas	تطاير الأفكار ..
feeling	الشعور والمشاعر ..
fear	الخوف ..
Flooding	الاغراق أو الطوفان ..
Familiotherapy	العلاج العائلي ..
Factitious disorder	الاختلاق أو الاضطراب التصنعى ..

J

jamais vu	ظاهرة الاستغراب ..
jalousie infidelity	توهم الغيرة أو الخيانة ..

H

Hallucination	الاهلاسات ..
auditory Hallucination	الاهلاس السمعية ..
visual Hallucination	الاهلاس البصرية ..
olfactory Hallucination	الاهلاس الشمية ..
gustatory Hallucination	الاهلاس النوقية ..
tactile Hallucination	الاهلاس اللمسية ..
censethetic	الاهلاس الجسدية ..
Hypochondriasis	داء المراق و توهم المرض ..
Homosexual	الجنوسة المثلية ..

I

insertion	زرع الأفكار
influence	توهمات التأثير
initiative	الدافع
intelligence	الذكاء
Interview	المقابلة

G

Gilles de la tourette.....	متلازمة جيل دو لا توريت
----------------------------	-------------------------

L

lauding of conciseness	تغيم الوعي
------------------------------	------------

M

memory	الذاكرة
short term memory	الذاكرة المباشرة
recent memory	الذاكرة الحديثة
memory distant ..	الذاكرة البعيدة أو القديمة
mutism	الخرس أو الصمات
mood	المزاج
multiple personality	تعدد الشخصية
Manic Disorder...	الإضطراب الهوسي
Malingering.....	التمارض
Masochism	المازوخية أو المزوشية
Masturbation	الاستمنا أو العادة السرية
Mental Retardation	التخلف العقلي

N

nihilistic	نوم عدم
Neologism	الابتداع اللغوي
neurotransmission.....	النقل العصبي

Neurosthenia.....أومتلازمة التعب المزمن
Night maresالكوابيس الليلية

O

Orientationالاهتداء
Obsessionالوسواس
Obsessive Compulsive Disorderاضطراب الوسواس القهري

P

perceptionالإدراك
perseverationالمثابرة أو الوطوب
persecutionالتوهمات الاضطهادية
phobiaالرهاب
Panic Attaqueنوبة الهلع
Paralysis.....الشلل
Post-Traumat Stress Discorderاضطرابات الكرب ما بعد الرض
Psychosomatic D.....الامراض الجسدية النفسي
Psychotherapyالمعالجات النفسية
Psychanaliteالتحليل النفسي
Psychodrameالتمثيل النفسي
paranoid Schizophreniaالفصام الزوراني
Paranoia.....البارانويا
Personality disorders.....اضطرابات الشخصية
Pedophiliaالغلمة او حب الغلمان
Psychosis Post-Partum.نفاسات النفاس
Premature Ejaculationالقذف المبكر
Psychogeriatryطب نفس المسنين
Psychosis Post-Partum.نفاسات النفاس

S

Symptomsالأعراض

signs	العلامات
somnolence	الوسن
stupor	الذهول
sensation	الإحساس
sentiment	العاطفة
Somatoform disorders.....	الاضطرابات الجسدية الشكل
Somatisation Disorder.....	اضطراب التجسيد أو الجسدية
Psychosomatic D.....	الأمراض الجسدية النفسية
Supportive	العلاج النفسي الداعم الهادف
Schizophrenia.....	الفصام
paranoid Schizophrenia	الفصام الزوراني
Hebephrenic Schizophrenia	الفصام الشبابي
Catatonic Schizophrenia	الفصام الجامودي
undifferentiated Schizophrenia	الفصام غير المميز
Residual Schizophrenia :.....	الفصام المتبقي
Simple Schizophrenia.....	الفصام البسيط
Schizo-affective	الاضطراب الفصامي الوجداني
seasonal mood disorder	اضطراب المزاج الفصلي
Separation Anxiety.....	قلق الانفصال
Sibling Rivalry.....	الغيرة
Somnambulism	السير النومي أو المرنمة
Sleep Terrors	الفرع الليلي
Sexual Response	الاستجابة الجنسية
Sadism	السادية

T

Thought broadcasting.....	إذاعة الأفكار
tremor	الرعاش أو الرجفان

Tics Disorders.....اضطراب العرات	
Toleranceالتحمل	
Transsexualismتبدل الجنس أو تحول الجنس	

V W

Vaginismتشنج المهبل	
Waxy Flexibility.....المرونة الشمعية	
Withdrawalسحب الأفكار أو سرقة الأفكار	



اللجنة العلمية:

- الأستاذ الدكتور أنس سبيح
- الأستاذ المساعد الدكتور نزار الزاهر
- الأستاذ المساعد الدكتور غسان حمزة

المدقق اللغوي:

الآنسة : سماح أورنه

حقوق الطبع و الترجمة و النشر محفوظة لمديرية الكتب و المطبوعات







