



محاضرات في علم النفس الطبي

الفرقة الرابعة علم النفس

إعداد

د/ حسين أبوالمجد

العام الجامعي ٢٠٢٢/٢٠٢٣ م

(٢) محاضرات في الطب النفسي ----- د/ حسين أبو المجد

فهرس الموضوعات

الصفحات	الموضوع
٣٣-٧	الفصل الأول (تاريخ في الطب النفسي)
٥١-٣٤	الفصل الثاني (تصنيف الاضطرابات النفسية والسلوكية)
٨٧-٥٢	الفصل الثالث (الاضطرابات الوجدانية)
١٢٩-٨٨	الفصل الرابع (الاضطرابات العصابية)
١٥٩-١٣٠	الفصل الخامس (الاضطرابات الذهانية)
١٧٠-١٦٠	الفصل السادس (الاضطرابات السيكوسوماتية)
١٧٤ -١٧١	المراجع

(٤) محاضرات في الطب النفسي ----- د/ حسين أبو المجد

الفصل الأول

(تاريخ في الطب النفسي)

History of Psychaitry

الفصل الأول (تاريخ في الطب النفسي) History of Psychaitry

مقدمة

منذ آلاف السنين كان ينظر إلى الأمراض العقلية وكأنها من صنع قوى خارقة أوجدتها، وبعد أن كان المرضى يحرقون أحياء في الشوارع، نظرًا لتلوثهم بهذه الأرواح الشريرة، فأولئك المرضى كان ينظر إليهم أحياناً أنهم أناس مغضوب عليهم من تلك القوى الخارقة، أو كان ينظر إليهم بوصفهم أناساً منبوذين، ولهذا فكثيراً ما كانوا يقتلون تخلصاً منهم ومن الشياطين التي تلبسهم، أما المحظوظون منهم ممن كانوا يكابدون حالات جنون أخف وطأة، فكانوا يحاطون بالرعاية، ومن مظاهر تلك الرعاية أنهم كانت تخلع عليهم الأردية المزركشة، وتزين هاماتهم بأكاليل الغار. فبعد أن كانت الأمراض النفسية والعقلية شرّاً مستطيّراً، وسيطرة من أرواح خبيثة، وعمل من أعمال الشيطان، وكأنها من صنع قوى خارقة أوجدتها، فكانها حدثت نتيجة لسخط الآلهة، أو إذا تم الشفاء منها وزالت، فإنما يكون البرء منها نتيجة لرضا تلك الآلهة.

فالمحاولات الأولى لعلاج الأمراض العقلية على أسس علمية رصينة، قد

تمت عندما بدأت العلوم الطبية تتقدم بشكل سريع في بلاد الشرق وفي بلاد

(٧) محاضرات في الطب النفسي ----- د/ حسين أبو المجد

الإغريق حيث وجد الطب الإغريقي القديم سنداً له إتكا عليه في الفلسفة الطبيعية المنبثقة عن المدرسة الأيونية وبالأخص منها مدرسة طاليس، وإنكسيمندر، وإلكسيمانس في مالطية. ويتلخص موقف هذه المدرسة وقتذاك في أن أصل جميع الأشياء يقوم على أساس من مادة أولية هي قوام ما كان في الطبيعة. وفكرة أصحاب هذه المدرسة تأثر بها كل من جاء بعدهم من المهتمين بالطب.

بعد كل ذلك تطور هذا الفرع من الطب تدريجياً، عندما جاء أبو قراط في القرن الخامس قبل الميلاد وقال: ليكن معلوماً أن المخ يحتوي على مناطق محددة هي مواطن اللذة والانشراح والمرح والميل إلى اللهو، من جهة ومن جهة أخرى فإنه يحتوي على ما هناك من حزن، وأسى، وامتعاض، وأسف، وأنه بسبب ما يتعرض له الدماغ أحيانا من إعطاب، يقع بعض الناس فرائس في شرك الجنون، والهذيان، وما يتعرض له الإنسان من مؤثرات ومخاوف تؤرقه ليل نهار، ومصدر كل ذلك هو ما يصيب الدماغ من خلل.

ثم جاء أبقرط فالتقط فكرة الكيمائيون تلك، وطورها في القرن الخامس قبل الميلاد. والأساس الفلسفي الذي اتكأت عليه آراء أبقرط في الطب النفسي، يرجع إلى تعليمات استمدها أبقرط من ديمقريطس في فلسفته المادية التي انعكست مباشرة في تسمية أنماط الجسم وأمزجته الأربعة: المزاج الدموي- المزاج البلغمي- المزاج الصفراوي- المزاج السوداوي.

(٨) محاضرات في الطب النفسي ----- د/ حسين أبو المجد

فلعلاج حالات الإدمان على الكحول مثلاً أوصى باستخدام أسلوب العلاج بالتنفير: أي بإحداث حالة من التفرز عند المريض لئبتعد عن الكحول وينفر منها، وذلك بإعطاء المدمن جرعات من مادة مرّة مقززة، أو عن طريق إسالة دمه وهو في حالة سكره، ليرى دمه يسيل فيرتبط في ذهنه منظر دمه بما يتعاطاه من شراب مسكر وبذلك يكره المادة التي أدمنها. وكان يقترح علاجاً لبعض المرضى عقلياً ونفسياً بأن يغيروا أماكنهم. فتغيير المكان كما اقترح من شأنه أن يغير من الذكريات المؤلمة، فينسى المريض آلامه وهمومه.

وفي الشرق فقط كان الطب حينذاك يخطو نحو مزيد من الإرتقاء، وذلك إبان الحقبة الممتدة من القرن الثالث حتى القرن الرابع عشر. وإن كثيراً من العلماء الأوروبيين قد نجوا مما كان يهدد حياتهم في بلدانهم فلجأوا إلى بلدان أخرى في حوض البحر المتوسط وبلاد فارس، وفي بعض المحميات العربية الأخرى. وهنا يجدر أن نذكر ابن سينا الذي عاش في القرن الحادي عشر الميلادي. كان هذا الطبيب الألمعي يشاطر أبقراط الرأي بشأن الأمراض العقلية، وقام بمحاولات منتظمة وناجحة في علاج الذين كانوا يعانون من أمراض عقلية وأولى المستشفيات التي أنشئت لهذا الغرض قد فتحت في القرن التاسع الميلادي، في كل من بغداد والقدس ودمشق.

(٩) محاضرات في الطب النفسي ----- د/ حسين أبو المجد

رافقت الإنطلاق الفكري في فرنسا خاصة، وفي أوروبا عامة في القرن التاسع عشر انطلاقة منصفة تخص النظرة إلى الذين يكابدون أمراضاً عقلية، نظرة إتسمت بالنزعة الإنسانية. ففي فرنسا مثلاً تطورت الاتجاهات نحو المرض ونحو من يعانون منه، تطوراً كبيراً وذلك بفضل حملة جديدة حمل لواءها يومذاك الطبيب الفرنسي فيليب بينيل ثم من بعده تلميذه أسكويرول.

وفي الثلاثينات من القرن التاسع عشر، طور الطبيب الإنجليزي كونلي فكرة (لا قيود ولا احتجاز بعد اليوم)، وهو التقييد والاحتجاز الذي كان يخضع له المرضى العقليون. كانت حملة كونلي هذه مكتملة لما كان قد قام به كل من بينيل واسكويرول. من قبل، فوصلت أصداء عمل كونلي هذه إلى روسيا حيث تم تلقفها هناك بسرعة، وطبقها على نطاق واسع طبيب الأمراض العقلية آنذاك كورسكوف ثم سرعان ما بلغت آراء كونلي تلك الولايات المتحدة، فأخذت بتطبيق علاج الأمراض النفسية . العصبية على أسس من الإتجاهات الإنسانية اللازمة، وأهم دور في ذلك يرجع هناك إلى بي.روش (b.rush 1813-1745) وهو أول طبيب نفسي في الولايات المتحدة.

ولعل أكبر إسهام في ميدان الطب النفسي هو ما قام به الطبيب النفسي الألماني المرموق بونهايوفر (boheffer, 1868-1948) الذي أكد على العوامل الخارجية التي تبدو أعراضها على المريض في مستشفى منها ومما يكمن وراءها من

(١٠) محاضرات في الطب النفسي ----- د/ حسين أبو المجد

عوامل داخلية. وإذا أهملت هذه الأعراض فإنها تتفاعل فيما بينها فتقضي إلى ما يضر بالصحة النفسية والجسمية.

ويذكر تاريخ الطب النفسي بعدد هائل من أعلام الطب النفسي، فالعلماء الذين نذروا أنفسهم للبحث فيه والعلاج في ميدانه لا حصر لهم. فقد أسهموا أيما إسهام في هذا المجال وعلى مختلف الصعد في شتى الميادين العلمية. تضافرت جهودهم في التشخيص الخاص بالأمراض العقلية وعلاجها، وفي أسباب الأمراض النفسية وطبيعتها، وفي دراسة الصيدلة النفسية، ومشكلات الأوهام، والهوسات، والخرف المبكر، والخرف المتأخر وفي السبل الوقائية لدرء مخاطر الأمراض العقلية منها والجسمية. كل هذا الكم الهائل من العلم قد أرسى أسسه علماء أوقفوا حياتهم على خدمة العلم من أجل إسعاد الإنسان.

تعريف الطب النفسي: Psychiatry

يعتبر الطب النفسي Psychiatry من فروع الطب الأساسية التي بدأ الاهتمام بها قديماً حيث توجد في تاريخ الطب إشارة إلى أمراض النفس والعقل وعلاقتها بأمراض الجسد، وقد تزايد الاهتمام بتخصص الطب النفسي حديثاً مع زيادة انتشار الاضطرابات النفسية، ووضع الصحة النفسية ضمن الأولويات، ومن ملامح التطور في الطب النفسي ظهور وسائل جديدة متنوعة للعلاج

(١١) محاضرات في الطب النفسي ----- د/ حسين أبو المجد

بأساليب إنسانية ملائمة، وتطور التعليم الطبي النفسي، والتصنيفات الحديثة للاضطرابات النفسية مثل التصنيف الدولي للأمراض والاضطرابات النفسية والسلوكية ICD، والدليل التشخيصي DSM، وظهور تخصصات دقيقة Subspecialties بجانب الطب النفسي العام

الفرق بين الطب النفسي وعلم النفس

أولاً الطب النفسي

الطب النفسي هو فرع من فروع الطب التي تهتم بفهم وتقييم وتشخيص وعلاج الاضطرابات العقلية، ويمكن لهذه الاضطرابات أن تشمل المشاعر والسلوك والتصورات والإدراك وطريقة التفكير، وهو أحد التخصصات الأكثر تنوعاً، والمثيرة للاهتمام في مجال الطب.

الذين يعملون بهذا المجال يسمون الأطباء النفسيين «Psychiatrists»، وهم أطباء بشريون «Medical Doctors-MDs»، يتخرجون من كلية الطب، إضافة إلى عام كامل من التدريب الطبي، ويقضون ثلاث إلى أربع سنوات كأطباء مقيمين في المستشفيات لتقييم وعلاج اضطرابات الصحة العقلية، وبعد ذلك يعمل الأطباء النفسيون في عدد من الأماكن المختلفة بما في ذلك

(١٢) محاضرات في الطب النفسي ----- د/ حسين أبو المجد

المستشفيات والمراكز المتخصصة أو الخاصة والمراكز السكنية ودور المسنين وحتى في السجون.

الطبيب النفسي Psychiatrist

هذا التعبير يعني الطبيب النفسي، ويعرف أيضًا بالدكتور النفساني في اللغة الدارجة، كما أن هناك بعض التعبيرات في اللهجات الدارجة الأجنبية مثل Shrink، وكذلك Alienist، وتعني أيضا الطبيب العقلي أو النفسي.

ولأن الأطباء النفسيين يتم تدريبهم كأطباء أولاً قبل أن يتخصصوا في هذا المجال، فإنهم هم الوحيدين الذين لديهم الرخصة لكتابة علاج طبي لعلاج الاضطرابات النفسية مثل الفصام، الاكتئاب، والقلق، واضطراب ثنائي القطب، واضطرابات فرط الحركة وغيرها، والعديد منها يمكن علاجه بفعالية بأدوية محددة. لذلك إذا كنت تتعامل مع طبيب نفسي، فإن الكثير من العلاج يركز في الأساس على الأدوية الموصوفة.

ثانياً علم النفس Psychology

علم النفس هو الدراسة العلمية لسلوك الكائنات الحية بهدف الفهم والتفسير والتنبؤ والتحكم. مثل: كيف نفكر، ونشعر، ونتصرف ونتفاعل كأفراد وجماعات. يهتم علم النفس بجميع جوانب السلوك والأفكار والمشاعر والدوافع الكامنة وراء

(١٣) محاضرات في الطب النفسي ----- د/ حسين أبو المجد

هذا السلوك. والذين يعملون بهذا المجال يسمّون «علماء النفس أو الأخصائيون النفسيون-Psychologist» وهم من المفترض أن لديهم مؤهل عال في مجال علم النفس ودراسة العقل والسلوك البشري، ويمكن أن يكونوا حاصلين أيضًا على درجة الدكتوراه في علم النفس عمومًا أو في علم النفس الإكلينيكي أو المشورة أو الإرشاد، لكنهم ليسوا أطباءً.

الأخصائي النفسي، المتخصص في علم النفس Psychologist

هذا التخصص نسبة إلى علم النفس، ويختلف الأخصائي النفسي عن الطبيب النفسي psychiatrist، وله دور هام في الفريق العلاجي therapeutic team مع الطبيب النفسي والأخصائي الاجتماعي والتمريض النفسي، ويتضمن عمله التقييم والاختبارات النفسية والعلاج النفسي، وتوجد مجالات أخرى غير إكلينيكية لعمل الأخصائي النفسي.

علماء النفس مؤهلون للقيام بالإرشاد والعلاج النفسي، أداء الاختبارات النفسية، وتوفير العلاج للاضطرابات العقلية، على الرغم من ذلك ليسوا أطباءً، وهذا يعني أنه باستثناء عدد قليل من الحالات فإن الأخصائيين النفسيين غير مُصرح لهم بكتابة الوصفات الطبية أو تنفيذ الإجراءات الطبية. في كثير من الأحيان يعمل الأخصائي النفسي بالتعاون مع الطبيب النفسي أو الطبيب الآخر

(١٤) محاضرات في الطب النفسي ----- د/ حسين أبو المجد

الذي يقدم العلاج الطبي للأمراض العقلية، في حين يوفر الأخصائي النفسي العلاج النفسي.

يستخدم الأخصائي النفسي طرق عديدة للعلاج منها العلاج المعرفي والسلوكي والتحليلي والظاهراتي والجدلي وغيرها، ويختلف علماء النفس على حسب أماكن عملهم، فهناك أخصائي نفسي مدرسي ومكانه في المدارس، وأخصائي نفسي إكلينيكي ووظيفته تأهيل المرضى العقليين ومساعدتهم على التكيف مع مرضهم وعلاجهم. عادة ما يتم تدريب كلاً من الأطباء النفسيين وعلماء النفس لممارسة العلاج النفسي عن طريق الحديث مع مرضاهم عن مشاكلهم، ولكن الاختلافات في الأسلوب المتبع في حل مشاكلك النفسية.

والمريض قد يتابع بانتظام مع الطبيب النفسي الذي يقوم بتشخيص المرض النفسي ووصف ومراقبة الأدوية، بالإضافة إلى أنه من الممكن للمريض أن يتابع على التوازي مع الأخصائي النفسي لمعالجة أنماط سلوكية معينة، وهكذا على التوازي يعمل الطب النفسي وعلم النفس جنباً إلى جنب لعلاج أعراض المريض سواء من الناحية السلوكية والإكلينيكية ويشتركان في هدفٍ واحد وهو مساعدة الناس في أن يعيشوا بشكل أفضل.

(١٥) محاضرات في الطب النفسي ----- د/ حسين أبو المجد

لكن بالطبع الأنواع الخطيرة من مشاكل الصحة العقلية، مثل الاكتئاب الشديد، واضطراب ثنائي القطب، أو انفصام الشخصية، حيث قد تكون أعراض جسدية شديدة، وقد يكون من الصعب أن تهتم بأمورك بنفسك، فإنه يجب اللجوء للأطباء النفسيين عموماً؛ حيث أنه لديهم المزيد من خيارات التدريب والعلاجات الرسمية المتاحة.

علماء النفس ينظرون عن كثب في سلوكك، فإذا كنت تعاني من الاكتئاب، ولا يمكنك الخروج من السرير، إذن فإنه يوجد تفعيل سلوكي أو معرفي، ودور الأخصائي النفسي هو أن يقوم بتتبع أنماط النوم، وأنماط الأكل، والأفكار السلبية والسلوكيات غير المرغوبة التي يمكن أن تسبب أو تساهم في هذه المشكلة.

أما الأطباء النفسيون فلهيهم اهتمام أقوى ببيولوجيا الجسم والكيمياء العصبية، فإن تشخيصهم سيكون مبني أولاً على استثناء الأمراض العضوية الأخرى، فعلى سبيل المثال، قبل أن يتم تشخيص مريض ما بأنه مصاب بالاكتئاب، لابد أن نتأكد من أنها ليست نتيجة لنقص.

الفرق بين الطبيب النفسي وطبيب الأمراض العصبية

هناك خلط شائع بين الطبيب النفسي (Psychiatrist) وطبيب الأمراض العصبية (Neurologist) في مجتمعاتنا وذلك من ناحية الحالات التي يعالجها هذا الطبيب أو ذاك. ويبدو أن هذا الخلط والاختلاط له أسبابه المتعددة:

١- تاريخياً حيث لم يكن هناك تمايز واضح بين هذين الاختصاصين وبين الاضطرابات التي يعالجها كل اختصاص وانتهى هذا الخلط منذ مدة طويلة في الدول المتقدمة. وتتضمن برامج تدريب التخصص الحديثة في الطب النفسي حوالي ٣-٦ أشهر في ميدان الطب العصبي وأمراضه، وكذلك تدريب طبيب العصبية يتضمن ٣-٦ أشهر في ميدان الاضطرابات النفسية، ولكن هذا التدريب القصير يهدف إلى زيادة المهارات وتفهم المشكلات الشائعة في الاختصاصين ولا يعتبر إجازة علمية لعلاج وتشخيص كافة الاضطرابات المتعلقة بالميدان الآخر.

٢- هناك عدد من الأعراض الطبية المشتركة بين الاختصاصين مثل العرات العضلية الحركية (تشنجات متكررة في عضلات الوجه وغيره) (Tics)، التأتأة (Stuttering) وغيرها وهي لا تزال ضمن تشخيص الاضطرابات النفسية الحالية على الرغم من أساسها العصبي الفيزيولوجي. وأيضاً هناك الخرف

(١٧) محاضرات في الطب النفسي ----- د/ حسين أبو المجد

والتوحد وغيرها، وتتم دراستها وعلاجها في اختصاص العصبية والنفسية معاً. وهذا يعني أن هناك منطقة مشتركة "لا بد منها" ربما تساهم في الخلط بين الاختصاصين ولكن المطلوب تحديد هذه المنطقة المشتركة بشكل أفضل.

٣- هناك عدة أعراض ترتبط بأمراض عصبية يمكن أن تتشابه مع اضطرابان نفسية أو تتشارك معها، وأكثرها شيوعاً الصداع وصداع الشقيقة (Migraine) مثلاً هو اضطراب عصبي شائع يمكن أن يترافق مع الصداع التوترى (Tension headache) (وهو من أعراض القلق والتوتر والضغط النفسي) أو يختلط به في التشخيص مما يتطلب التشخيص الصحيح.

وأيضاً الصرع (Epilepsy) وهو مرض عصبي شائع في جميع المجتمعات (نسبة انتشاره ٠.٤ - ١ %) وله عدة أشكال الصرع الكبير والصرع الصغير والصرع الجزئي (الصدغي). وهو ناتج عن شحنات كهربائية غير طبيعية في الدماغ. وهو يحتاج إلى تقييم طبيب العصبية (مخ وأعصاب) وفحصه للمريض وإجراء تخطيط دماغ له وغيره من الاستقصاءات.

٤- وربما يكون السبب الأكثر شيوعاً في بلادنا هو الجهل المرتبط بالأمور النفسية والوصمة السلبية الاجتماعية المرتبطة بكل ما هو نفساني ولذلك يفضل كثير من المرضى زيارة طبيب العصبية لأن المشكلة في "أعصابه

(١٨) محاضرات في الطب النفسي ----- د/ حسين أبو المجد

التعبانة والتموترة" وليس في نفسيته ولا يمانع المريض أبداً في الحديث على أنه راجع طبيياً للأعصاب، ولكنه يتحفظ كثيراً ويصمت عن كل ما هو نفسي.

وبعض الأطباء النفسيين يستخدم مصطلح عصبية لصالحه حيث يدمج في تخصصه عصبية - نفسية تخفيفاً لتأثير كلمة نفسي المجردة وطبعاً هذا يزيد في مشكلة الخلط ولا يساعد على تخفيفها. والمشكلة الأكبر هي طبيب العصبية الذي يعالج جميع الاضطرابات النفسية ويفتي فيها بما لا يعرفه عن هذا الميدان النفسي الذي تطور بشكل واضح في العقود الماضية في تشخيصه وعلاجاته المتنوعة. ويمكن أن يكون قلة عدد الأطباء النفسيين في بلادنا له دور في استمرار هذا الخلط بين ميدان العصبية والنفسية، والحاجات العملية لأوضاع الدول النامية ربما لا تشجع كثيراً على وضوح وتطور هذين الفرعين من التخصص الطبي بشكل مناسب لكن لا بد من السير في الطريق الصحيح.

لا بد من التأكيد على أن أعراض القلق والتوتر والعصبية (النرفزة) والأرق هي ضمن اختصاص الطب النفسي وهو يعالجها وليس الطب العصبي. وكذلك الاكتئاب والوسواس القهري والمخاوف الاجتماعية والمرضية المتنوعة ونوبات الهلع والخوف واضطرابات بعد الصدمة النفسية. وكذلك مايسمى "الانهيار العصبي" وهو مصطلح قديم لا يزال شائعاً وربما يدل على نوبة ذهانية أو

(١٩) محاضرات في الطب النفسي ----- د/ حسين أبو المجد

اكتئابية شديدة أو حالة هوسية أو فصام أو غيرها. وأيضاً الآلام الجسدية نفسية المنشأ والتي ترتبط بالاكتئاب أو القلق.

بينما يهتم الطب العصبي بمرض الصرع والجلطة الدماغية وماينتج عنها من شلل وكذلك أورام الدماغ وشلل العصب الوجهي ومرض التصلب اللويحي المتعدد وغيره من الأمراض العصبية. أما أطباء الجراحة العصبية فهم اختصاصيون في العمليات الجراحية المتعلقة بالجهاز العصبي مثل أورام الدماغ وإصابات الحبل الشوكي (في فقرات العمود الفقري) والأعصاب المحيطة (النفق الرسغي) وغيرها.

تاريخ الطب النفسي

منذ فجر التاريخ عرف الإنسان المرض النفسي وبذل محاولات عدة لمعرفة أسبابه، وابتدع عدة طرق لعلاج ما يصيبه نفسياً . قديماً كان يعتقد أن الأمراض النفسية تنتج من تلبس الآلهة أو الأرواح الشريرة للإنسان كعقاب لارتكابهم الذنوب والمعاصي؛ لإخراج تلك الأرواح استعملت طرق بدائية وعنيفة مثل الجلد المبرح - التجويع - الكي بالنار - ثقب الجمجمة وذكر أحياناً ربطهم في الأحراش لتأكلهم السباع.

(٢٠) محاضرات في الطب النفسي ----- د/ حسين أبو المجد

وأول ما سجله التاريخ المكتوب عن "أمحتب" والذي لقب فيما بعد بأبو الطب قد أسس في مدينة منف القديمة معبدًا تحول إلى مدرسة للطب ومصحة لعلاج الأمراض البدنية والنفسية، وأن في كتابات الإغريق هناك بعض الإشارات عن طريق الأساطير وعن طريق الشعر والأدب حالات تشبه الاكتئاب النفسي بمفهومه الحالي، فقد ورد في جمهورية أفلاطون بعض التفاصيل عن حقوق المرضى النفسيين وكيفية علاجهم والعناية بهم وكان "أبو قراط" الذي أطلق عليه أبو الطب من أوائل الذين وصفوا حالة الاكتئاب النفسي ونقيضه مرض الهوس وصفًا لا يختلف عن الوصف الحالي، وقد ربط بين الجسد والروح أو بين الجسم والعقل وأكد على وجود تأثير متبادل بينهما.

المس عند البدائيين

ليس هناك كبير شك في أن الإنسان البدائي قد خبر العناء والقلق والألم النفسي. لكن صفة البداية التي صبغت تطوره العقلي قد تكون السبب في أن قدرته على التمييز بين الحقيقي وغير الحقيقي، وبين الجسمي والنفسي وبين الشعور والتفكير كانت منعدمة أو على الأقل ضعيفة. والدراسات التي انصبت على القبائل البدائية في عصرنا الحديث وكذلك النتائج الأثنروبولوجية توحى بأن المرض العقلي كان قائمًا موجوداً بالفعل عند الإنسان في عصر ما قبل التاريخ. ولعل المرض العقلي قد اتخذ عندئذ صورة تتوقف على المرتبة التي توصل إليها

(٢١) محاضرات في الطب النفسي ----- د/ حسين أبو المجد

ذلك الإنسان من حيث تطوره العقلي، وعلى أنواع العناء والضغط المرتبطة بصراعه من أجل البقاء، وعلى ما سمحت بوجوده الأنظمة الاجتماعية أو الحضارية البداية من موارد آنذاك.

كذلك تشير الجماجم المتبقية إلى احتمال وجود صور بدائية من الجراحة كانت تقوم على العلاج بالطقوس. وفي هذه الجراحات كانت الجماجم تثقب ثقوباً دائرية باستخدام ما تيسر من أدوات القطع الغليظة. وأغلب الظن أن القصد من وراء ذلك كان إخراج ما قد يكون هنالك من (أرواح شريرة) داخل المريض من خلال تلك الفجوة في الجمجمة.

ثم تقدم التطور المادي للإنسان، فأخذت تفسيراته للمرض تتجه بشكل واضح نحو الوجهة الشيطانية أو وجهة الجن والأرواح الشريرة ، أي الاعتقاد بأن هناك أسباباً من خارج الجسم هي المسؤولة عن الظواهر. وكما أن القدامى من أهل الصين والمصريين والعبرانيين قد اتجهوا إلى الإيمان بالأرواح أو الآلهة ليفسروا عالمهم المادي من حولهم، نراهم قد لجأوا إلى الأرواح الشريرة والشياطين والمس من الجن لتفسير المرض.

فما دام المرض يعود في أساسه إلى روح ما وإن كانت شريرة، فلا بد منطقياً من أن يتأتى العلاج من قبل شخص له اتصال خاص بالأرواح أو

(٢٢) محاضرات في الطب النفسي ----- د/ حسين أبو المجد

الآلهة، وذلك هو الكاهن. وكثيراً ما كانت المحاولات الفجة لطرد الروح الشريرة تزيد من شقاء المريض لا من شقاء ذلك الشيطان أو المارد الذي سكن جسمه.

انشغلت اليونان فيما قبل أبوقراط بفكرة المرض العقلي والأساطير: كان الجنون ينسب إلى قوة الآلهة وتأثيرها. وفضل أبوقراط (٤٦٠-٣٥٧ ق.م) تقريباً حدث تغير ملحوظ في التفكير الطبي. كان رجالاً يؤمن بقيمة الملاحظة الحادة المنهجية، ولذلك فلا عجب أن قام بتسجيل الوصف الانطباعي الأول للمالنخوليا باللاتينية: (melancholia) أضف إلى ذلك أنه زودنا بأوصاف مكتوبة للجنون الذي يطرأ بعد الوضع، وللمخاوف المرضية أو الغريبة، ولحالات الهذيان المرتبطة ببعض أنواع السموم أو التلوث، ولبعض الحالات النفسية المرتبطة بأصل عضوي، وقد تمكن خلال عمله الإكلينيكي من التعرف على الهستيريا والهوس والصرع والتدهور العقلي؛ بل إن أبوقراط نفسه آمن بأن الإنسان يعكس العناصر الأربعة الأساسية في الكون (التراب والماء والنار والهواء) كان يقال إن السوائل في جسم الإنسان كمثل هذه العناصر: فالمرارة الصفراء مشتقة من التراب، والمرارة السوداء من الماء، والدم من النار، والبلغم من الهواء. والمرض العقلي نتيجة لاختلال التوازن بين سوائل الجسم.

أما علم النفس عند أفلاطون فقد عاد إلى أهمية القدسية، فالنفس العاقلة قدسية والنفس غير العاقلة حيوانية فانية وهي مصدر كل النزاعات والمشاعر

(٢٣) محاضرات في الطب النفسي ----- د/ حسين أبو المجد

وسبب الجنون أو عدم المعقولية. أما أرسطو فقد رأى في سلوك الإنسان وتصرفاته مرتبة محددة في سلم يربط بينه وبين غيره من الكائنات الحية. وإذا كان أبوقراط يمثل قمة الطب الإغريقي فإن جالينوس كان ذروة العلم الروماني. وقد فصلت سبعة قرون بين هذين الرجلين الذين تشابهت أمزجتهم: فقد كان كل منهما شديداً في هجماته وقوي التعبير عن معتقداته وكان جالينوس توفيقياً أي شخصاً لا يدعو إلى نظرية واحدة ولا يرفض نظرية مفردة، وإنما يتخير ويجمع وينسق بين أحسن ما تراكم من المعرفة.

العصور المظلمة (عودة الاتجاه الروحي)

ولما مات جالينوس في سنة ٢٠٠ ق.م توقفت مسيرة التقدم في الطب، وعاد عصر الظلمة أو الجهالة الطبية والتفكير الخرافي القائم على التطير ليسود العالم المتمدن. فقد حرمت التعاليم اليونانية الرومانية بوصفها نوعاً من الوثنية وعاد المرض العقلي ينظر إليه على أنه نوع من المس ووضعت القوانين التي تنص على ضرورة إدانة ومحاكمة كل من تعرض للمس وكل من يحاول علاجه. وفي القرن الثالث عشر أدى الصراع بين التفسيرات الدينية والدينيوية للإنسان والمرض إلى تناقضات درامية. وانعكست هذه التناقضات بصفة خاصة في سلوك فريديريك الثاني الذي وضع تعاليم التعليم الطبي التي لا تزال قائمة اليوم.

(٢٤) محاضرات في الطب النفسي ----- د/ حسين أبو المجد

فلما كان القرن الخامس عشر الميلادي، بلغت سيطرة الانفعالات الدينية على تفكير الأطباء والمشرعين حد الذروة. وأصبحت (الحقائق) لا تقوم على الملاحظة الدقيقة والتحليل الموضوعي، ولكن على الوثائق الدينية من قبيل مطرقة الساحرات (باللاتينية) (Malleus Maleficarum) وهو كتاب تمخضت عنه حماسة الباحثين عن شياطين الجن ويمثل نهاية المكاسب السابقة التي تم إحرارها في مجال الطب السيكايري (النفسي). كانت العبارة البسطة (هذا مناف للإيمان الصحيح) تقضي بصفة نهائية على كل شك في وجود الشياطين أو الجن وفي أنها المسؤولة عن الأعراض غير الإنسانية التي تظهر على المريض.

ولم تتوقف سيطرة الانفعالات الدينية المشوبة بالاعتقادات الماورائية، خلال تلك الحقبة، على تفكير الأطباء والمشرعين فحسب، ولم تتوقف كذلك عند حدود حماسة الباحثين عن الشياطين أو مطاردي الساحرات، بل تجاوزتها لتشمل كل مصادر إلهام أساسية للأدباء والفنانين، الذين اشتهر من بينهم الفنان الألماني البارز آلبرخت دورر، الذي أبدع رائعته الأشهر ميلينكوليا (١) (باللاتينية: Melecolia I) التي استلهم فيها هواجس الكآبة السوداوية، مازجاً إياها برموز المعرفة الباطنية والعلوم. وهو عمل استلهمه حديثاً الفنان المصري ياسر منجي في معرضه الذي أقيم بالقاهرة عام (٢٠٠٩) تحت عنوان مناخوليا.

(٢٥) محاضرات في الطب النفسي ----- د/ حسين أبو المجد

إذا بحثنا في توجه الإسلام للتعامل مع المرض العقلي، لوصلنا إلى مصدرين أساسيين يشكلان هذا التوجه هما: لم تستخدم كلمة مجنون في القرآن للإشارة إلى الشخص الذي فقد عقله أو الشخص الذهاني بل جاء ذكرها أحد عشر مرة في القرآن تفسيراً لكيفية إدراك الناس للرسل والأنبياء. ذكرت كلمة الجنون في القرآن في وصف ما يلاحظه الناس على كل الأنبياء من شذوذ عن المعتاد وبعد عن المألوف حين يبدأون دعوتهم التنويرية وقد اقترنت الكلمة أحياناً بالسحرة أو الشعراء أو العلميين، وبشكل ما نجد أن هناك مضموناً إيجابياً للجنون، يزعم النظرية لمضادة للطب النفسي في تفسيرها للجنون، والتي ازدهرت في منتصف الستينيات.

يرجع أصل كلمة مجنون إلى كلمة جن وكلمة جن في العربية لها مصدر واحد مع عدد من الكلمات الأخرى ذات المعاني المختلفة، ويمكن استخدامها للإشارة إلى الشيء المستتر أو الخفي كالستار، والدرع فالجن أحد مخلوقات الله الخفية المستترة، والجنين مستتر داخل الرحم والجنة لايمكن إدراكها، والمجنون ستار على عقله. ولا يجوز أن نخلط بين الاعتقاد الخاطئ الحالي بأن المجنون هو من مسه الجن، ومفهوم العصور الوسطى عن الجنون، فالجن في الإسلام ليس بالضرورة شيطانياً، أي ليس بالضرورة مرادفاً للروح الشريرة، دائماً بل هو روح خارج دائرة قوانين الطبيعة المحسوسة أقل منزلة من الملائكة، فبعض الجن

(٢٦) محاضرات في الطب النفسي ----- د/ حسين أبو المجد

مؤمن ويستمتع إلى القرآن ويساعد في اتجاه العدالة الإنسانية. وحيث إن الإسلام ليس موجهاً للبشر فقط ولكن إلى العالم الروحاني بأكمله. مما أثر على مفهوم المرضى العقليين والتعامل معهم فحتى إن تملكهم الجن مجازاً فإن هذا الامتلاك قد يكون من قبل الأرواح الخيرة أو الشريرة، ومن ثم فلا مجال هنا لتعميم العقاب أو صب اللعنات أو تعذيب المرضى.

والى جانب النظرة إلى الجنون باعتباره مساً من الجن، نجد نظرة أخرى إيجابية حيث ينظر الناس إلى فاقد العقل باعتباره شخصاً مبدعاً خلاقاً جريئاً في محاولته لإيجاد بدائل لنمط الحياة الساكن. وبهذا المعنى فقط وجهت تهمة الجنون إلى النبي محمد والأنبياء الآخرين. ونجد الفكرة ذاتها في المواقف المختلفة من عدد من الغيبيات المعينة مثل الصوفية، حيث دفعت خبرات التمدد في الذات والوعي إلى نعتهم بالجنون، كذلك فإن مذكرات بعض الصوفية تعكس حدوث بعض الأعراض الذهانية والمعاناة العقلية في طريقهم إلى خلاص النفس.

أما المفهوم الثالث للمرض العقلي، فهو نتيجة لعدم الانسجام أو ضيق الوعي الذي يتعرض له المؤمنون، ويرتبط بتزييف طبيعية تكويننا الأساسي (الفطرة) وكسر انسجام وجودنا بواسطة الأنانية أو الاغتراب، الممثل جزئياً في افتقاد الاستبصار المتكامل ويمكننا أن نفهم هذا المستوى أكثر إذا كان على دراية

(٢٧) محاضرات في الطب النفسي ----- د/ حسين أبو المجد

بروح الإسلام كأسلوب وجودي للحياة والتصرف والارتباط بالطبيعة والاعتقاد الدفين فيما وراء الحياة، والذي لا يجب بالضرورة أن يكون ما فوق الطبيعة.

ويعتمد المفهوم السائد عن المرض العقلي في مرحلة معينة على ما إذا كان الفكر الإسلامي المهيمن في تلك المرحلة يتميز بالتطور أو التأخر؛ فعلى سبيل المثال نجد أن المفهوم السائد في مراحل التأخر هو ذلك المفهوم السلبي الذي يعتبر المريض العقلي ممسوساً بأرواح شريرة، في حين أن مراحل التنوير والإبداع ترتبط بهيمنة مفهوم اختلال الانسجام مع المجتمع.

ولكي نفهم هذه الأبعاد الثلاثة لمفهوم المرض العقلي في الإسلام وهى:

- المس.
- التجديد والتمدد في الذات.
- اختلال الانسجام أو ضيق الوعي.

وقد كان لتعاليم المعالج الكبير الرازي أعرق الأثر على الطب العربي والأوروبي، ومن أهم كتاباته (المنصوري) وكتاب (الحاوي)^١. ويتكون الكتاب الأول من عشرة فصول. تتضمن وصفاً لأنواع الأمزجة المختلفة، ويعتبر دليلاً متكاملًا في مجال الخلقة تدل على الخلق، أما كتاب «الحاوي» فيعتبر أكبر

^(١) المجلد متوفر بأعداده الكاملة بمكتبة الكلية

(٢٨) محاضرات في الطب النفسي ----- د/ حسين أبو المجد

موسوعة طبية أصدرها طبيب عربي، وقد تُرجمت إلى اللاتينية عام ١٢٧٩م، ونشرت في عام ١٤٨٦م وتعتبر أول كتاب إكلينيكي يعرض الشكاوى والعلامات والتشخيص المفارق والعلاج المؤثر للمريض.

وبعدها بنحو مائة عام، ظهر كتاب (القانون) لابن سينا والذي يعتبر كتاباً تعليمياً يتميز بالتصنيف الأفضل والترتيب الذهني والتوجه المنطقي ، وقد قدر له أن يمثل أساس التعليم الطبي في أوروبا لعدة قرون. وقد جاء بعد (القانون) عمل آخر لا يقل روعة ، ألا وهو كتاب (الملكي) لعلي عباس الذي يعتبر مثل الحاوي للرازي عملاً خالداً في مجال التنظير والممارسة في الطب.

الثورة السيكياترية : غلبة التفكير العقلي على البحث عن الشياطين

بدأت أفلام عدد من العلماء غير الأطباء تظهر أول الاهتمام بالدراسة العلمية الحقة للسلوك. وقد ظهرت كلمة (علم النفس) للمرة الأولى في مخطوطات الألماني رودوف غوكل (Rudolph Göckel) سنة ١٥٩٠ في كتابه (Psychologia) ومخطوطات الألماني أوتو كاسمان: (Otto Casma) في كتابه (Psychologia Athropologica) تدعو إلى العودة إلى وجهات النظر الإنسانية إلى البشرية. كذلك ساعد فرانسيس بيكون (١٦٢٦-١٥٦١) في وضع اتجاه جديد يقوم على الفصل بين العقل والروح. وذهب إلى أن للعقل

(٢٩) محاضرات في الطب النفسي ----- د/ حسين أبو المجد

خصائص ووظائف مرتبطة بالجسم لا بالروح، وأن عقل الإنسان يمكن دراسته من خلال المناهج الامبيريقية لا الميتافيزيقية، وأصبح العقل الآن حرًا له كيانه المستقل بحيث يدرس لذاته، لا لنبيين الطبيعة المقدسة للإنسان.

القرن السابع عشر - عوده الفرض العضوي

بقي كثير من الأوروبيين يؤمنون بحقيقة المس من الجن وبوجود التحالف الخفي بين الإنسان والشيطان. ففي مدينة لودن الفرنسية (Loudu) حاولت راهبة ضئيلة الحجم في (دير أرسولين) تدعى الأخت جين (Jae des Ages) أن تكسب عطف قسيس جديد جذاب يدعى الأب أوربي جرانديه (Urbai Gradier) كانت قد سبقته إليها شهرته في العشق فاستولت عليها وتملكتها. فلما صدها القس عنه أخذت الأخت جين تحدث غيرها من الراهبات بأنها ترى في منامها الأب جرانديه يراودها عن نفسها. الأمر الذي ترتب عليه أن أخذت الراهبات الأخريات يرين لمنامهن نفس الرؤيا. ثم سرعان ما تفشت حالة من التشنج والتقلصات بين الراهبات، وكانت الأخت جين نفسها تتقلب على الأرض تصرخ وتصك أسنانها بينما الشيطان يفحش في القول من فمها. واتهم الأب جرانديه على أنه المسئول عن هذا المس الذي أصاب الراهبات، وأحرق حيا ثم استدعي عدد كبير من الرجال المقدسين للتخلص من الشياطين ولكن في غير طائل.



الطبيب النفسي فيليب بينيل يسلم مجنوناً إلى مستشفى بستر لو كريملان في عام ١٧٩٣ عرض اللوحة «تشارلز لوي موبيه» في بهو الأكاديمية الوطنية للطب في باريس

القرن الثامن عشر: التصنيفات وحركات الإصلاح تتزايد

سادت في القرن الثامن عشر الرغبة في التنظيم والتصنيف إلى مقولات منظمة تصنيفات الأمراض. وقد كان جورج سنال (١٧٧٣-١٦٦٠) ذلك الرجل الذي اتصف بشدة التشبث بأرائه وبالعناد - أول من قسم المرض العقلي إلى نوع له أصل عضوي، وأنواع لها أصول وظيفية أو نفسية. ثم قدم غيره من الناس تصنيفاتهم حتى كثرت التصنيفات التشخيصية بما يتضمنه ذلك من التمييزات الدقيقة. كذلك نجد من بين الأطباء المتحمسين من يكتب مؤلفاً من ثلاثة أجزاء يتضمن ثلاثمائة وست وعشرين صفحة مخصصة لتحديد الصور المختلفة للمرض العقلي. أضف إلى ذلك أن فورة الحماس هذه تمثل مع ذلك نشأة الطب

(٣١) محاضرات في الطب النفسي ----- د/ حسين أبو المجد

العقلي بوصفه فرعاً متخصصاً من دراسة الطب. وبعد الثورة الأمريكية بسنتين، ظهر نوع فريد جديد من العلاج كان السبب في شفاء بعض الحالات بصورة درامية في كل من فيينا وباريس.

ذلك أن أنتون ميسمر (Fraz Ato Mesmer 1734-1815)، كان يجلب الشفاء بأن يدفع بالناس إلى أزمت تتمثل في التقلصات المفاجئة، ونوبات البكاء وشفافية الرؤية. مع أنه في ذلك الوقت كلفة لجنة لتقصي حقيقة الطريقة الميسمرية التي كانت تسمى التنويم المغناطيسي، وقد أظهرت اللجنة كذب إدعاءات ميسمر فقد كان رجلاً جشعاً يبحث عن الثراء، مع ذلك ظلت الميسمرية تسحر أوروبا أربعين سنة بسبب جاذبيتها الدرامية، وما يبدو من قدرتها على الشفاء المعجز وبسبب ميسمر نفسه فقد كان ميسمر شخصية جماهيرية لها خطرها حيث ابتكر طريقة التنويم المغناطيسي.

القرن التاسع

مدرسة نانسي: وهي أحد الأطباء الفرنسيين اسمه ليبو، الذي يُرجع كثير من الناس الفضل له مع بريد في إنشاء العلاج النفسي وقد ساعدا على الكشف عن معظم أسرار الهستيريا.

(٣٢) محاضرات في الطب النفسي ----- د/ حسين أبو المجد

مدرسة سالبترير: كان شاركوه (١٨٢٥ - ١٨٩٣) مديرًا لمدرسة سالبترير التي عرف عنها تأكيدها للتفسيرات العضوية للهستيريا والتتويم المغناطيسي. وتعد هذه المدرسة أول مركز للدراسات الجامعية العليا في تعليم الطب العقلي بصفة رسمية كما تمكن شاركوه من القضاء التام آخر الأمر على التفكير الخرافي القائم على التطير الذي تميز به الاتجاه الشيطاني وذلك حين قدم تفسيرًا سيكولوجيًا لظاهرة المس.

القرن العشرون : كشوف ثورية

من الصعب تحديد أو تصنيف ما أسهم به القرن العشرون بدقة، أما من حيث التشخيص فيمكن ذكر التطورات التي ساهم بها رواد التحليل النفسي وعر رأسهم سيجموند فرويد ورواد المدرسة السلوكية أمثال سكينر وبافلوف.

الفصل الثاني

تصنيف الاضطرابات النفسية

Classification of Mental Disorder

الفصل الثاني تصنيف الاضطرابات النفسية Classification of Mental Disorder

مفهوم المرض والسواء

يرد في كل نظرية ضمناً افتراض مؤداه أنه من الممكن بل ومن المفيد التمييز بين السوى وغير السوى، ويرى البعض أن على الباحث العلمي إذا رغب في تشخيص الاضطراب النفسي ومعالجة ووقاية الناس منه بطريقة موثوق بها البدء بتعاريف محددة وواضحة لمفهومي السواء والمرض .

ويبدو أن السلوك السوى (الصحة النفسية) Normal Behavior مطلب أساسي ومهم قبل تحديد وفحص السلوك غير السوى Abnormal Behavior، غير أن مفاهيم السواء واللاسواء وتعريفاتهما قد أحاط بها جدل ونقاش واسع من قبل العلماء المتخصصين منذ فترة طويلة. فالتمييز بين السوى وغير السوى أمراً سهلاً حتى في ظل المجموعة الثقافية الواحدة، وذلك لأن أحد الفروق التي تستخدم في التمييز بين السلوك السوى وغير السوى تعتمد في جانب كبير منها على كمية القلق والمشقة التي يعيشها البشر، وهي بلا شك تختلف من مكان إلى مكان، ومن زمن إلى آخر.

(٣٥) محاضرات في الطب النفسي ----- د/ حسين أبو المجد

إن السواء ليس مجرد انعدام المرض أو الخلو من أعراضه، إنه القدرة على الإحتفاظ بحالة مزاجية معتدلة، ويرى البعض أن الصحة النفسية هي التوافق والتآلف مع المجتمع والقيام بالمسؤولية والإنتاج، بينما يراها البعض أيضاً بأنها القدرة على العطاء والحب والتضحية دون إنتظار المكافأة، ويراهم آخرون على أنها القدرة على التآرجح بين الشك واليقين لأن هذا التآرجح يمنح الإنسان المرونة فلا يتطرف إلى حد الخطأ، ولا يتذبذب إلى حد الإحجام عن إتخاذ أى قرار.

إذن فالسواء هو قدرة الفرد على التوافق مع نفسه ومع بيئته والشعور بالسعادة، وتحديد أهداف وحاجات سليمة للحياة يسعى لتحقيقها، والسلوك السوي هو السلوك العادي، أى المألوف والغالب على حياة غالبية الناس، والشخص السوي هو الشخص الذى يتطابق سلوكه مع سلوك الشخص العادي فى تفكيره ومشاعره ونشاطه، ويكون سعيداً أو متوافقاً شخصياً وانفعالياً واجتماعياً.

إن أحد التحديات الرئيسية التى تواجه الذين يعملون فى مجال الأمراض النفسية هو تعريف السلوك غير السوي، ولما كان تعريف اللاسواء (أو المرض النفسي) يعد أمراً حاسماً بالنسبة لعلم النفس المرضى والطب النفسى، فقد تمت بالفعل محاولات كثيرة لتعريف السلوك غير العادي، ولكن لم يكن أى منها مرضياً بشكل تام، لم يستطيع أى منها أن يصمد كتعريف متسق يفسر بسهولة كل المواقف أو المظاهر التى يبرز فيها هذا المفهوم.

(٣٦) محاضرات في الطب النفسي ----- د/ حسين أبو المجد

ومن ثم أصبحت مسألة العثور على تعريف عام ومقبول للسلوك غير السوى مسألة صعبة، لأن بعض المنظرين يعرفونه من وجهة نظر الفرد ذي السلوك الشاذ، بينما يعرفه آخرون من وجهة نظر الثقافة التي يعيش فيها الفرد وليست تلك هي الصعوبة الوحيدة، فهناك صعوبة أخرى تتمثل في أن تعريف اللاسواء يختلف من مكان لآخر ومن ثقافة لآخرى. نتيجة لوجود تعريف محدد ومتفق عليه من قبل العلماء على ماهية السلوك الشاذ (اللاسوي)، جعل العلماء يتجهون نحو تحديد محكاته.

محكات مفهوم المرض والسواء

على الرغم من أن بعض العلماء عرفوا السلوك اللاسوي بأنه سلوك مثير للألم والتعاسة والعجز الشخصي والانحراف، وغير ملائم وغير توافقي، فإن البعض الآخر وجد أنه من الأفضل وضع عدة مؤشرات دالة على الاضطراب النفسي منها: الكرب، وعدم التحكم، وعدم المشاركة، والأذى، والعجز، وعدم المرونة، وعدم المنطقية، ونشأة المرض، بدلاً من تعريفه، ولكن وجد أن هذه المؤشرات ليست كافية لتحديد ولتعريف مفهوم المرض النفسي، البديل لحل هذه المشكلة هو البحث عن المحكات التي يحدث في ضوئها المرض النفسي، لذا وضع الباحثون عدداً من المحكات في علم النفس المرضي كحل بديل لمشكلة تعريف السلوك اللاسوي، ومن هذه المحكات نجد:

أولاً المعيار الإحصائي :

يعتبر السلوك اللاسوي من وجهة نظر إحصائية إنحرافاً كمياً عن المتوسط (المعتاد)، ويحدث السلوك اللاسوي عادة بشكل غير متكرر، بينما يحدث السلوك السوي بشكل متكرر، ويعتمد المعيار الإحصائي على فكرة تصنيف السلوك بدلاً من تصنيف الأمراض، كما يفترض تنوع سلوك مختلف الأفراد طبقاً لدرجات تختلف عن بعضها البعض إختلافات طفيفة بحيث يمكن ترتيبها عبر متصل يتراوح بين قطبين، فإذا افترضنا وجود مجموعة كبيرة من الأفراد، وتم اختيارهم عشوائياً، فإن سلوك هؤلاء الأفراد سيتوزع على طول هذا المتصل بحيث يأخذ المنحنى الاعتدالي، ومن هذا يعرف اللاسوي بأنه الأقل والإستثناء .

وفى ضوء هذا المعيار فإن الأفراد الذين يعانون من درجات مرتفعة من القلق والإكتئاب يعتبرون شاذ، لأن خبرتهم تتحرف عن المعيار الشائع. ويعتبر المعيار الإحصائي من أكثر المعايير تحديداً ووضوحاً، ولكنه فى الوقت ذاته يعانى من هنات واضحة عند استخدامه فى تحديد اللاسواء، وذلك على النحو التالى :

- أن هذا المعيار لا يساعد فى التمييز بين السلوك المرغوب فيه أو المقبول والسلوك غير المرغوب فيه أو غير المقبول، فهو يسوى بينما بشكل لا

(٣٨) محاضرات في الطب النفسي ----- د/ حسين أبو المجد

يمكن قبوله، فالمرتفعون في الذكاء والمنخفضون فيه، والمبدعون في مجالات الفن والأدب، والذين ليس لديهم أنة موهبة هم جميعاً شاذ بالمعنى الإحصائي .

- أن هناك أنواع من السلوك والخبرة تبدو شائعة، ويمكن إعتبارها سوية بالمعنى الإحصائي، مثل تدخين السجائر وشرب الخمر في بعض المجتمعات الغربية، ولكنها من منظور وظيفي يمكن إعتبارها غير سوية لأنها ضارة وتسبب الإعتماد.

- وفي المقابل هناك أنماط من السلوك النادرة وغير المتكررة، ولكن لا يمكن إعتبارها شاذة أو غير سوية، فالحفاظ على ممارسة الرياضة صباح كل يوم، والذهاب إلى العمل سيراً على الأقدام في بعض الدول من السلوكيات التي تتسم بالندرة، وعدم التكرار في بعض المجتمعات، فهل يمكن إعتبارها جانباً من السلوك غير السوي أو الشاذ.

- إن المعيار الإحصائي بمفرده لا يعطينا تحديداً دقيقاً للسلوكيات غير المتكررة، والتي تمثل الإهتمام الحقيقي لعلم النفس المرضى والطب النفسي، وبالتالي لا يمكن الاستفادة من المعيار الإحصائي في علم النفس المرضى إلا إذا ساندته معايير أخرى.

ثانياً المعيار الاجتماعي الثقافي:

لقد أظهرت الدراسات الميدانية في الأمراض النفسية أن ما يعتبره بعض المجتمعات مرضاً يستحق العلاج ينظر إليه في مكان آخر على أنه نوع من الانحراف يجب استئصاله من المجتمع أو عزل صاحبه في أحد السجون، وسنجد في مجتمع ثالث أنهم يتقبلون هذا السلوك كظاهرة عادية لا تحتاج إلى تدخل. ويعتبر تجاهل المعايير الاجتماعية والثقافية من أهم المكونات في تعريف السلوك اللاسوي، ومن ثم فالشذوذ من وجهة نظر ثقافية يركز على الانحراف، بمعنى الدرجة التي ينحرف بها الفرد عن المعايير الثقافية .

ومن الدراسات الحديثة التي تلقى الضوء على المفهوم الثقافي للسلوك اللاسوي تلك الدراسات التي أجريت حول سلوكيات الخجل، فرغم وجودها في ثقافات مختلفة، فإن البعض يرى أن الأحكام والتقييمات لهذه السلوكيات المرتبطة بالخجل تتعدل وتتغير بواسطة عوامل ثقافية، وتشير الدراسات التي أجريت على الأطفال الصينيين أن الذين يتسمون منهم بالخجل والحساسية الإنفعالية لا يعتبرون منحرفين أو غير ناضجين اجتماعياً أو غير متوافقين، وهو على عكس ما يحدث في الحضارة الغربية حيث ينظر إلى الخجل على أنه سلوك غير توافقي يعكس إنخفاض القدرة على توكيد الذات .

(٤٠) محاضرات في الطب النفسي ----- د/ حسين أبو المجد

وبالرغم من أهمية هذا المحك الإجماعي الثقافي في تحديد السلوك اللاسوى، إلا أنه لا يسلم من النقد، ومن هذه الإنتقادات نجد:

- أن التباينات الثقافية والإختلاف الشديد فى المعايير يجعل مفهوم اللاسواء مفهوماً نسبياً، وما يصلح لثقافة قد لا يصلح لآخري، فهناك عدة أنواع من السلوك غير المعتادة، ومع ذلك يمكن تحملها فى بعض الثقافات إعتياداً على المعايير السائدة فى تلك الثقافات .

- أنه من الصعب التمييز بين المرض النفسي والعقلى من ناحية وبين الإنحراف الإجماعى والإجرام من ناحية أخرى، فبعض المجرمين يرتكبون الجرائم وينتهكون القانون وينحرفون عن المعايير الإجماعية ولا يمكن إعتبارهم مرضى عقليين، ولا يدخلون ضمن اهتمامات علم النفس المرضى .

- أن كثيراً من المرضى النفسيين أو حتى العقليين، وباستثناء اندفاعات بعض مرضى الهوس أو الفصام أو بعض الحالات العصابية لا ينتهكون المعايير ولا يرتكبون المخالفات القانونية .

- أن تركيز هذا المعيار على ضرورة التوافق الإجماعى وانطلاقة من مبدأ المجارة الإجماعية، يحمل فى طياته وصمة بالمرض لأولئك المفكرين والمبدعين والمصلحين الذين يرفضون بعض معايير المجتمع ويثرون عليها.

(٤١) محاضرات في الطب النفسي ----- د/ حسين أبو المجد

وفى ضوء ماتقدم فإن هذا المعيار لا يصلح بمفرده لأن يكون أساساً لتعريف وتحديد السلوك غير السوى (أو المرض النفسي) .

ثالثاً محك المشقة الشخصية :

أحد المداخل لتعريف السلوك اللاسوى يركز على خبرة الشخص بالألم أو الكرب أو المشقة الشخصية، حيث يمكن القول أن السلوك اللاسوي يمكن أن يعرف فى ضوء عدم الراحة الذاتية التى تقود الشخص للبحث عن المساعدة من قبل المتخصصين فى الصحة النفسية. بمعنى آخر فإن سلوك الأفراد قد يكون لاسوياً إذا كان يولد مشقة ويكون مصدر عذاب للفرد، فالأفراد الذين يعرفون بأنهم مرضى من وجهة نظر هؤلاء الأفراد أنفسهم يتصفون بالقلق والإكتئاب وعدم الرضا والعجز عن الأداء الشخصى والإجتماعى والفسىولوجى والمهنى.

ويرى بعض المنظرين أن هذا المعيار مستخدم بشكل واسع فى حالة الاضطرابات النفسية الأقل شدة، فالكثير من المرضى الذين يتلقون العلاج النفسى لم يطلبوه تحت ضغط أو إكراه من أى أحد، ولكن لأنهم شعروا بعدم السعادة فى بعض جوانب حياتهم، ومثل هذا المحك مثل المحكات السابقة يعانى من مشكلات وصعوبات منها :

(٤٢) محاضرات في الطب النفسي ----- د/ حسين أبو المجد

- أن هذا المعيار يعتمد كثيراً على الإستبصار، ولكن نحن نعلم أن بعض المرضى وخاصة مرضى الذهان يفقدون إستبصارهم، ومن ثم لا يطلبون الرعاية بل يقاومونها.

- أن هذا المعيار يهمل إلى حد كبير وجهة نظر الآخرين، وما يروونه حيال الفرد الذى يعانى من التعاسة، أى أنه مناقض للمعيار الإجتماعى، ومن الوُكد أنه لا يمكن تجاهل القيمة الإجتماعية فى الحكم على السلوك .

- إذا كان الإعتماد فى هذا المعيار يتركز على المعاناة والإحساس بالتعاسة، فالسيكوباتى -على سبيل المثال- يعادي الآخرين ويعاملهم ببرود شديد، وينتهك القانون بشكل مستمر، ولا يشعر بالتعاسة أو الألم، وربما كان على العكس هو الصحيح تماماً، أى أنه يتلذذ من جراء معاناة الآخرين التى كان هو السبب الرئيسى فيها.

- نحن نعلم أن هناك بعض الإضطرابات المختلفة (كالتمارض)، وتلك التى تتطوى على قدر كبير من المبالغة (كالتوهم المرضى) ومن ثم فإن ترك أمر تحديدها لخبرة المريض الذاتية قد يكون مضللاً .

رابعاً معيار سوء التوافق: Maladjustment

أحد معايير الحكم على السلوك هو ما إذا كان سئ التوافق أم لا، بمعنى آخر هل السلوك الذى يصدر عن الشخص يستطيع تلبية مطالبه أو تسيير

(٤٣) محاضرات في الطب النفسي ----- د/ حسين أبو المجد

حياته، كالحصول على وظيفة، والتعامل مع الأصدقاء والأسرة، والوفاء بالالتزامات في موعدها، وغير ذلك، فإن كان السلوك لا ينهض بهذه الوظائف فإنه يعد مضطرباً، لأن كثيراً من المعايير ما هي إلا مبادئ وقواعد نستخدمها حتى نكيف سلوكنا لاحتياجاتنا الشخصية، ولمتطلبات مجتمعنا، ولعل هذا المعيار يتفرد بكونه يركز على الحالة العملية من حيث المضي في الحياة بمقاييس معينة للنجاح، ويجعل هذا المنحنى العملي من عدم التوافق معياراً مفيداً، ومفضلاً عند الكثيرين، ولأنه يركز على السلوكيات المناسبة لظروف الحياة، ومن ثم فإنه يلائم العيد من أساليب الحياة المختلفة.

غير أن من عيوب هذا المعيار أنه لا ينظر إلى المواقف التي لا يلائمها السلوك والتي يفشل الإنسان في التكيف معها، لأن هذه المواقف والتكيف معها قد يكون مرتبطاً بعوامل معينة كالجنس والعمر، المستوى الثقافي والتعليمي، بمعنى آخر أن السلوكيات غير التوافقية قد تكون مسؤولية الفرد، أو مسؤولية البيئة، أو مسؤولية مشتركة بينهما، وهو ما يحتم ضرورة فحص هذه الجوانب جميعاً قبل الحكم على مدى توافقية سلوك معين .

خامساً المعيار الإكلينيكي:

يأخذ هذا المعيار المفاهيم الطبية والبيولوجية كمحدد اللاسواء، فاللاسواء هو نتيجة حالة مرضية نستدل عليها من وجود أعراض مرضية، وأن الشخص

(٤٤) محاضرات في الطب النفسي ----- د/ حسين أبو المجد

اللاسوى هو الذى حصل على بطاقة تشخيصية كالذهان والعصاب. غير أن هذا المعيار لم يسلم من النقد، حيث تعانى بعض الفئات التشخيصية المستخدمه فى مجال الأمراض النفسية أو بعضها على الأقل من إنخفاض الثبات وعدم التجانس، ومن ثم فهى قابلة للتغير حتى عند المريض الواحد.

تصنيف الاضطرابات النفسية والسلوكية

تعريف التصنيف Classification

فالتصنيف هو عملية التقليل من تعدد الظواهر بترتيبها فى فئات طبقاً لبعض المعايير الموضوعة لهدف واحد أو أكثر، فالأشياء المختلفة المصنفة والقابلة للتمييز حين تجعل متساوية فإنها تجمع فى فئات، كما يستجاب لها من حيث إنتماؤها إلى الفئات على الأصح لا من حيث تفردا بذاتها، وبناء على ذلك فإن التصنيف شكل من أشكال تكوين المفهوم. لذا يعرف التصنيف بأنه تخفيض عدد الظواهر وتحديدها على أساس خواص مشتركة بين مفردات الصنف الواحد، بحيث يسهل إخضاع الظواهر المنفردة لقوانين عامة تسهل فهمها والتعامل معها.

ويعد تاريخ التصنيف الطبى النفسى سلسلة من التقليل أو الإيجاز المتعاقب، واستخدام النماذج البسيطة لتسهيل الفهم، كما يعد إمتداداً واستخداماً للنماذج المعقدة بهدف التغلب على الإستثناءات ولمضاعفة الدقة والمحدودية.

(٤٥) محاضرات في الطب النفسي ----- د/ حسين أبو المجد

وقد تم كل ذلك دون أن يحل أى من هذين النوعين من النماذج محل الآخر تماماً، وكانت النتيجة هى أن الأسماء والبطاقات التشخيصية الطبية النفسية المستخدمة حالياً أصبحت مأخوذة من تنوع واسع من النماذج المفاهيمية التى ترجع إلى أعراض معينة أو زملاات، وأنواع من اللاسواء البدنى، وإلى أحداث بينية بالإضافة إلى عمر المريض.

ومن بين التصنيفات المدونة فى القدم تصنيف "هيپوقراط" (٤٦٠ - ٣٧٧ ق.م) والذي يرى أن العالم مركب من أربعة عناصر أساسية: الدم، والسوداء، والصفراء، والبلغم. وقد إعتقد هيپوقراط بأن هذه العناصر كانت أساس أربع شخصيات أو أمزجة أساسية:

-الدم يكون شخصية دموية تتميز بالأمل ومبتهج بشكل طبيعى.

-السوداء يكون شخصية سوداوية تتميز بالكأبة.

-الصفراء يكون شخصية صفراوية تتميز بالغضب بسهولة وسرعة الإستثارة.

-البلغم يكون شخصية بلغمية تتميز بالكسل، وعدم المبالاة، والبرود والهدوء.

وتلى هذا التصنيف عديد من التصنيفات، والذي كان من أهمها تصنيف

"فيليب بينيل" (١٧٤٥-١٨٢٦)، فقد قام بتبسيط الأنظمة التشخيصية المعقدة

التى سبقته، وقام بتجميع كل الأمراض العقلية ووضعها فى فئة الأمراض البدنية

(٤٦) محاضرات في الطب النفسي ----- د/ حسين أبو المجد

وسماها "العصائيات" Neurosws، والتي عرفت بأنها "أمراض الجهاز العصبي الوظيفية" أى الأمراض التي لم تكن مصحوبة بحمى أو التهاب أو نزيف أو خلل تشريحي، وقد حدد "بينيل" أربعة أنواع إكلينيكية أساسية:

١- الهوس Mania ويتميز باهتياج حاد أو غضب شديد.

٢- الخبل Dementia ويتميز بافتقار الأفكار إلى التماسك.

٣- السواد Melancholi وتتكون من إضطرابات اكتئابية وتوهامات متصلة بموضوعات محدودة.

٤- الحماقة Idiotism ويتضمن كلاً من التخلف العقلي والخبل العضوى والتدهور الناتج عن الشيخوخة.

ثم جاء تصنيف "أميل كريبلين" (١٨٥٦-١٩٢٦)، والذي وضع من خلاله تركيبة رئيسية للأنظمة التشخيصية فى ضوء معرفة أسبابها وسيرها ونتيجتها، حيث قسم وضع الإضطرابات النفسية فى ثمانى عشر مجموعة، بحيث وضع إضطرابات الهوس والإكتئاب معاً فى مرض واحد، وهو الذهان الهوسى الاكتئابى، كما ميز الزملات المخية العضوية الحادة عن الزملات المخية المزمنة، ولأول مرة فى نظام تصنيفى للأمراض العقلية يتضمن بعض الإضطرابات ذات المنشأ النفسى والشخصيات السيكوباتية (كالإجرام الفطرى، وغير المتزن، والمرضى بالكذب والغش، والمجنونون بالاضطهاد المشاكسون)

(٤٧) محاضرات في الطب النفسي ----- د/ حسين أبو المجد

وتلى ذلك العيد من التصنيفات التي يمكن مشاهدة هذه التقسيمات السابقة لها، مع وجود إضافات جديدة.

التصنيف الدولي للأمراض

International Classification Of Diseases (ICD)

لقد عقد أول مؤتمر لوضع أول قائمة بأسباب الوفاة للإنسان عام ١٩٠٠ في باريس بفرنسا، وام تتضمن هذه القائمة الأمراض العقلية، واستمر تجاهلها إلى عام ١٩٣٩، حيث كانت القائمة الخامسة IC (D.5) فوضعت الأمراض ضمن الفصل الخاص بأمراض الجهاز العصبي أعضاء الحس المتخصصة، وكان المذكور منها حينئذ أربعة مجموعات فقط هي:

-النقص العقلي Mental Deficiency.

-الفصام Schizophrenia.

-ذهان الهوس والإكتئاب Manic Depressive Psychosis.

- الأمراض العقلية الأخرى.

ثم تغيرت فكرة هذه القائمة فأصبحت لاتشمل فقط أسباب الوفاة، ولكن أضيف إليها الأمراض التي قد لاتؤدي إلى الوفاة، وصدرت القائمة السادسة (ICD6) عام ١٩٤٨، واشتملت لأول مرة على فصل خاص بالأمراض العقلية شاملاً أسباب المرض والوفاة، ثم كانت القائمة السابعة (ICD7) عام ١٩٥٥،

(٤٨) محاضرات في الطب النفسي ----- د/ حسين أبو المجد

والتي لم تضاف جديداً فيما يتعلق بالأمراض العقلية. وحينئذ نشط أطباء النفس على مستوى العالم بمساعدة منظمة الصحة العالمية (World Health Organization – WHO) فصدرت القائمة الثامنة (ICD8) عام ١٩٦٥ متضمنة الوصف الإكلينيكي والتشخيص الفارقي والعلاج للإضطرابات العقلية، ومن هنا بدأت اللغة المشتركة للطب النفسي تصل بين أجزاء العالم، وشجع ذلك الأطباء النفسيين على بذل إضافات وتحسينات كثيرة منها إضافة إضطرابات الأطفال النفسية واضطرابات النمو، وأصدرت منظمة الصحة العالمية القائمة العاشرة (ICD10) عام ١٩٨٨، وفي عام ٢٠١٣ صدرت القائمة الحادية عشر (ICD11) وما زالت تتوالى الإصدارات حتى الآن.

تصنيف رابطة الطب النفسي الأمريكية:

يعد الدليل الإحصائي والتشخيصي للاضطرابات العقلية والخاص برابطة الطب النفسي الأمريكية (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder- DSM) أساساً للأدلة التشخيصية المستخدمة في كندا وهولندا وعديد من بلدان أمريكا اللاتينية إضافة إلى الولايات المتحدة الأمريكية، وقد خضع هذا الدليل لتغييرين أساسيين عام ١٩٥٢.

(٤٩) محاضرات في الطب النفسي ----- د/ حسين أبو المجد

فقد قدم الدليل الأول (DSM-1) عام ١٩٥٢، ولكنه كان متعارضاً مع النسخة السادسة من التصنيف الدولي للأمراض، ونظراً لأن الانسجام والإتساق كان يعد أمراً مفيداً في تسهيل التواصل الدولي، ظهر الدليل التشخيصي الإحصائي الثاني (DSM-2)، بحيث أصبحت مجموعة المصطلحات الرسمية الخاصة بأطباء النفس الأمريكيين متسقة مع التصنيف الدولي للأمراض.

وقد نظم الدليل التشخيصي الإحصائي الثاني (DSM-2) الإضطرابات العقلية في عشر فئات رئيسية، لكنه شأنه في ذلك شأن التصنيف الدولي الثامن للأمراض الذي استخدم مدى واسع ومتنوع من المتغيرات، وفي سبتمبر من عام ١٩٧٣ تم تشكيل لجنة لتطوير طبعة ثالثة من الدليل التشخيصي الإحصائي لرابطة الطب النفسي الأمريكية (DSM-3)، وكان هدف هذه اللجنة هو تطوير نظام تصنيفي يمكنه إظهار الإضطرابات العقلية الحالية، بالإضافة إلى تحقيق الإنسجام والتناسق مع التصنيف الدولي للأمراض، وظهر هذا الدليل لأول مرة عام ١٩٨٠.

ثم توالى التعديلات في الدليل التشخيصي والإحصائي لرابطة الطب النفسي الأمريكية حتى الآن، وظهر الدليل الرابع والخامس، وهكذا وقد لوحظ أن التصنيف الأمريكي التشخيصي الإحصائي يتميزان عن غيرهم من التصنيفات فيما يلي :

(٥٠) محاضرات في الطب النفسي ----- د/ حسين أبو المجد

١- وجود فصل مستقل مستقل عن الإضطرابات النفسية التي تظهر لأول مرة في

الطفولة والمراهقة.

٢- مزود بدلالات تشخيصية محددة لكل من الإضطرابات العقلية المدرجة به.

٣- إتباعه للمحاور التشخيصية المتعددة.

ولمعرفة الدلائل التشخيصية للاضطرابات يمكن الاطلاع على الدليل

التشخيصي والإحصائي الخامس، وفي الفصول القادمة ثم نركز على بعض

الاضطرابات النفسية من حيث المعايير التشخيصية.

الفصل الثالث

الاضطرابات الوجدانية

Mood Disorders

الفصل الثالث الاضطرابات الوجدانية Mood Disorders

مقدمة

لقد شعر أغلب الناس بالاكتئاب في مرحلة ما من حياتهم. حيث تعد مشاعر الإحباط، والسأم، بل حتى الإحساس باليأس ردود أفعال طبيعية لفقدان شيء ما أو خيبة أمل وربما تستمر لعدة أيام قبل أن تختفي تدريجياً. لكنه بالنسبة للعديد من الناس فإن اختبار حالة من المزاج المكتئب إنما يكون لفترة وجيزة وتختفي مع مرور الوقت. عندما تستمر حالة الشعور بالكآبة لعدة أسابيع وتبدأ في التأثير على العمل، وعلى الأسرة وعلى أبعاد أخرى للحياة، فإن المزاج المنخفض يكون عادة علامة على أن هناك حالة من الاكتئاب الإكلينيكي.

ما هو الوجدان Affect ؟

هو كل ما يوجد في النفس من مشاعر؛ سواء أكانت مرغوبة؛ كالمودة والرحمة والسرور، أم غير مرغوبة؛ كالخوف والغضب والحزن، ويمكن أن يلاحظ الآخرون علامات خارجية تدل على وجدان الآخر؛ لأن الإنسان يعبر عن وجدانه بوجهه وسلوكه، كما تتأثر به أعضاؤه الداخلية.

ما هو المزاج Mood ؟

هي المشاعر طويلة البقاء، يشعر بها ويعيشها الفرد داخليًا.

ما هي الاضطرابات الوجدانية؟

هي مجموعة من الاضطرابات تتضمن اضطرابات حادة مستمرة في المشاعر تتفاوت بين التهيج العاطفي مع النشاط الجسمي والاكتئاب الحاد.

أهم سمات اضطرابات المزاج:

أساس الاضطراب هو اضطراب المزاج، وتتبع كل الأعراض الأخرى من هذا المزاج، الذي إما أن يكون حزنًا وأسى (اكتئاب)، أو هوسًا ومرحًا؛ تتبعه سعادة وقتيه وتفخيم وعظمة. يحدث عادة في دورات نوبية يتخللها مراحل من المزاج السوي. إمكانية الشفاء في معظم الحالات.

انتشار الاضطرابات الوجدانية :

اضطرابات المزاج تعد من أكثر الاضطرابات النفسية شيوعًا، وتتراوح نسبتها بين ٤-٧% من مجموع السكان، والأعراض الاكتئابية شائعة بين الناس فيجب التفريق بين الأعراض الاكتئابية ومرض الاكتئاب .

واضطرابات الاكتئاب هو أحد أسباب الانتحار الهامة، وبينت الإحصاءات

أن ٥٠ - ٧٠% من المنتحرين في العالم يعانون من اضطراب اكتئابي. يكثر

(٥٤) محاضرات في الطب النفسي ----- د/ حسين أبو المجد

الاكتئاب بين النساء، والنسبة بين الرجال والنساء ١:٢. كما أن هناك ١٢١ مليون شخص حول العالم يعانون من الاكتئاب، كما أن الاضطرابات الاكتئابية هي رابع سبب وراء فقدان سنوات عديدة من الحياة بسبب الإعاقة وذلك بعد الأمراض المعدية، وأمراض القلب وأمراض الجهاز التنفسي، وقبل مرض الإيدز، ومن المتوقع أن تحتل الاضطرابات الاكتئابية المركز الثاني بين الأمراض حول العالم بحلول عام ٢٠٣٠ (بعد أمراض القلب).

أسباب الاضطرابات الوجدانية :

البيئة:

تراكم كروب الحياة والأحداث المختلفة تؤدي لاضطراب المزاج لمن لديهم الاستعداد لذلك. ينتشر اضطراب المزاج بين كبار السن وغير المتزوجين ، ولدى العاطلين عن العمل ، وعدم وجود الترابط والمساندة الاجتماعية في البيئة .

الوراثة:

تلعب الوراثة دورًا كبيرًا في اضطراب المزاج؛ حيث يظهر بين التوائم بنسبة، ٦٨% وفي الإخوة ٣٠% وإذا كان أحد الوالدين مصابًا فالنسبة بين الأبناء ١٢%.

عوامل عضوية: ينتشر اضطراب المزاج في الحالات التالية :

(٥٥) محاضرات في الطب النفسي ----- د/ حسين أبو المجد

- قبل الدورة الشهرية وبعد انقطاع الطمث وبعد الولادة
- مع أمراض الغدد الصماء مثل هبوط وظيفة الغدة الدرقية ، واضطراب وظيفة الغدة الفوق كلوية.
- أورام المخ، استعمال بعض أدوية ارتفاع ضغط الدم .
- حبوب منع الحمل

اضطرابات ثنائي القطب: Disorder Bipolar

سمى بثنائي القطب لأن أعراضه تجمع بين أعراض الاكتئاب وأعراض الهوس وتحدث بطريقة دورية، ويكون التغير من خلال التقلب الحاد في الانفعالات والوجدان ويكون متدرجاً في بعض الحالات وأحياناً تكون الأعراض واضحة، وفي بعض الأحوال غير واضحة حيث تتأرجح الحالة بين الهوس والاكتئاب.

الاضطراب الوجداني ثنائي القطب هو مرض دماغي يؤثر على مزاج المريض حيث يسبب تقلباً غير طبيعي في مزاج المريض وطاقته ووظائفه وجميع جوانب حياته. وعلى الرغم من أننا جميعاً قد نعاني من تقلب في المزاج فنشعر لفترة بالنشاط وارتفاع الهمة وانبساط المزاج أو الفرح والطرب لأمر ما.

(٥٦) محاضرات في الطب النفسي ----- د/ حسين أبو المجد

وفي المقابل تمر علينا لحظات نشعر فيها بالضيق والطفش وتعكر المزاج
وانشغال البال خاصة عندما نواجه ضغوط الحياة ومآسيها. لكن المصاب
بالاضطراب الوجداني ثنائي القطب (أوثق) أمره مختلف.. فالأعراض التي يعاني
منها أكثر شدة وقد تؤدي إلى فقدان وظيفته وتحطم علاقاته الاجتماعية.. مريض
ثنائي القطب يعاني من هجمات متكررة (في معظم الأحيان) من حالتين
مختلفتين من المزاج.

الحالة الأولى: حالة الهوس

أي حالة من ارتفاع المزاج وانبساطه حيث الفرح الزائد عن الشكل الطبيعي
والنشاط المبالغ فيه وقلة الحاجة إلى النوم وعدم التعب. يرافق ذلك نشاط ذهني
حيث تكثر الخطط والمشاريع التي يريد القيام بها.. بل قد يبدأ بتنفيذها.. وهي
للأسف أعمال منهورة وغير مخطط لها بشكل جيد ولا تقوم على أساس منطقي.
وفي بعض الحالات لا يظهر على المريض الفرح الزائد بل عصبية ونرفزة غير
طبيعية لأنفه الأسباب وقد يصبح عدوانياً.

مرحلة الهوس:

- الإحساس بالفرحة العارمة.
- فرط الثقة بالنفس.
- فرط التفاؤل.
- خلل في تحكيم العقل.

(٥٧) محاضرات في الطب النفسي ----- د/ حسين أبو المجد

- الكلام السريع.
- الرغبة شديدة في العمل وتحقيق الأهداف.
- تواتر الأفكار.
- التصرف العدوانى.
- الرغبة جنسية شديدة.
- الانفعالات العاصفة.
- قلة الحاجة إلى النوم.
- ازدياد النشاط الجسماني.
- ميل إلى الانتهاء بسهولة.
- تصرفات خطيرة الطابع.
- عدم القدرة على التركيز.
- الإسراف في صرف الأموال.
- استهلاك مواد تسبب الإدمان.

الحالة الثانية: حالة الاكتئاب

أي حالة من الحزن وتعكر المزاج والشعور بضيق الصدر والتعب وقلة النشاط وصعوبة في النوم وضعف الشهية وفقدان الرغبة الجنسية وعدم الاستمتاع بمباهج الحياة ومسراتها. والمريض يعود في ما بين هذه الهجمات إلى حالته الطبيعية والتي يصعب أن تكتشف أنه مريض الأخبار السعيدة كثيرة.

مرحلة الاكتئاب

- الحزن.
- الشعور بالذنب.
- اليأس وانعدام الأمل.
- اضطرابات النوم.
- الأفكار الانتحارية.
- اضطراب الشهية.

- الإرهاق.
- قلق وعصبية.
- عدم الاهتمام بالفعاليات اليومية.
- آلام مزمنة دون مسبب ظاهر للعيان.
- مشاكل في التركيز.

تشخيص اضطرابات ثنائي القطب Bipolar :

اضطراب ثنائي القطب I Bipolar I Disorder

معايير التشخيص

لتشخيص اضطراب ثنائي القطب ا، فمن الضروري استيفاء المعايير التالية لنوبة هوس. نوبة الهوس قد تُسبق أو تُتبع بنوبة تحت هوسية أو نوبة اكتئاب جسيم.

نوبة هوس Manic Episode

أ) فترة متميزة يكون فيها المزاج وبصورة غير معهودة ومتواصلة مرتفعاً أو ممتدداً أو مستثاراً، وزيادة غير معهودة مستمرة في النشاط الهادف أو الطاقة، تستمر لأسبوع على الأقل وتظهر معظم اليوم، وكل يوم تقريباً (أو أي فترة عند الحاجة للاستشفاء).

(٥٩) محاضرات في الطب النفسي ----- د/ حسين أبو المجد

(ب) استمرت أثناء فترة اضطراب المزاج، وزيادة النشاط أو الطاقة، ثلاثة أعراض (أو أكثر) من الأعراض التالية (أربعة أعراض إذا كان المزاج مستثاراً فقط) وكانت هذه الأعراض موجودة إلى درجة مهمة، وتمثل تغييراً لافتاً عن السلوك العادي:

(١) تضخم تقدير الذات أو عظمه.

(٢) انخفاض الحاجة إلى النوم (مثلاً، الشعور بالراحة بعد نوم ٣ ساعات فقط).

(٣) ثرثرة أكثر من المعتاد أو ضغط للاستمرار في الكلام.

(٤) تطاير الأفكار أو خبرة شخصية بتسابق الأفكار.

(٥) التثنت (أي تحويل الانتباه بسهولة إلى مثيرات خارجية غير هامة أو ليست

ذات صلة). كما ذكرت أو لوحظت.

(٦) ازدياد النشاط الهادف (إما اجتماعياً في العمل أو في المدرسة أو جنسياً) أو

هياج نفسي حركي (أي نشاط غير هادف غير موجه).

(٧) الانغماس المفرط في نشاطات تحمل إمكانية كبيرة لعواقب مؤلمة (مثل، إسراف

في عمليات شراء للملذات، أو طيش جنسي أو استثمارات حمقاء في مجال

الأعمال).

(ت) تكون النوبة شديدة بما يكفي لتسبب انخفاضاً واضحاً في الأداء الاجتماعي أو

المهني أو تلزم بالاستشفاء، لمنع الأذى للنفس أو للغير، أو هناك مظاهر

ذهانية.

(٦٠) محاضرات في الطب النفسي ----- د/ حسين أبو المجد

ث) لا تُعزى النوبة لتأثيرات فيزيولوجية لمادة (مثل سوء استخدام عقار، أو تناول دواء أو معالجة أخرى) أو عن حالة طبية عامة (مثل فرط نشاط الدرق).

ملاحظة: عندما تظهر نوبة هوس كاملة خلال المعالجة المضادة للاكتئاب (أدوية مثلاً، أو علاج بالاختلاج الكهربائي) ولكنها تستمر بمستوى كامل للمتلازمة، متجاوزة التأثيرات الفيزيولوجية لتلك المعالجة فهي دليل كاف لتشخيص نوبة هوس. أي اضطراب ثنائي القطب ا .

ملاحظة: المعايير أ - ث تشكل نوبة هوس. نوبة هوس واحدة على الأقل خلال الحياة مطلوبة لوضع تشخيص اضطراب ثنائي القطب ا .

النوبة تحت الهوسية Hypomanic Episode

معايير التشخيص

أ) فترة متميزة يكون فيها المزاج وبصورة غير معهودة ومتواصلة مرتفعاً أو ممتدداً أو مستثاراً، وزيادة غير معهودة مستمرة في النشاط الهادف أو الطاقة، حيث يستمر لمدة أربعة أيام متتالية على الأقل ويظهر معظم اليوم، وكل يوم تقريباً.

ب) استمرت، أثناء فترة اضطراب المزاج، وزيادة النشاط أو الطاقة، ثلاثة أعراض (أو أكثر) من الأعراض التالية (أربعة أعراض إذا كان المزاج مستثاراً فقط) وكانت هذه الأعراض موجودة إلى درجة مهمة، وتمثل تغييراً لافتاً عن السلوك العادي:

(١) تضخم تقدير الذات أو عظمه.

(٦١) محاضرات في الطب النفسي ----- د/ حسين أبو المجد

- (٢) انخفاض الحاجة إلى النوم (مثلاً، الشعور بالراحة بعد نوم ٣ ساعات فقط).
- (٣) ثرثرة أكثر من المعتاد أو ضغط للاستمرار في الكلام.
- (٤) تطاير الأفكار أو خبرة شخصية بتسابق الأفكار.
- (٥) التشتت (أي تحويل الانتباه بسهولة إلى مثيرات خارجية غير هامة أو ليست ذات صلة). كما ذكرت أو لوحظت.
- (٦) ازدياد النشاط الهادف (إما اجتماعياً، في العمل أو في المدرسة، أو جنسياً) أو هياج نفسي حركي (أي نشاط غير هادف غير موجه).
- (٧) الانغماس المفرط في نشاطات تحمل إمكانية كبيرة لعواقب مؤلمة (مثل، إسراف في شراء للملذات، أو طيش جنسي أو استثمارات حمقاء في مجال الأعمال).
- ت) يصاحب النوبة تبدل لا لبس في الأداء الوظيفي، لا يكون معهوداً عند الشخص في غياب الأعراض.
- ث) يلاحظ اضطراب المزاج والتغير في الأداء الوظيفي من قبل الآخرين.
- ج) لا تكون النوبة شديدة بما يكفي لتسبب انخفاضاً واضحاً في الأداء الاجتماعي أو المهني أو تلزم بالاستشفاء، إذا كان هناك مظاهر ذهانية، فالحالة بالتعريف هوس.
- ح) لا تُعزى النوبة لتأثيرات فيزيولوجية لمادة (مثل سوء استخدام عقار، أو تناول دواء أو معالجة أخرى) أو عن حالة طبية عامة (مثل فرط نشاط الدرق).

(٦٢) محاضرات في الطب النفسي ----- د/ حسين أبو المجد

ملاحظة: عندما تظهر نوبة تحت هوسية كاملة خلال المعالجة المضادة للاكتئاب (أدوية مثلاً، أو علاج بالاختلاج الكهربائي) ولكنها تستمر بمستوى كامل للمتلازمة، متجاوزة التأثيرات الفيزيولوجية لتلك المعالجة فهي دليل كاف لتشخيص نوبة تحت هوسية. على كل حال فالحيطة ضرورية بحيث أن عرضاً أو اثنين (وخصوصاً زيادة الاستثارة، الحدة، أو الهياج التالي لاستعمال مضادات الاكتئاب) لا تعتبر كافية لتشخيص نوبة تحت هوسية، وليست بالضرورة مؤشراً على اعتلال ثنائي القطب.

ملاحظة: المعايير أ-ح تشكل نوبة تحت هوس. نوبة تحت الهوس شائعة في اضطراب ثنائي القطب ا، ولكنها غير مطلوبة لتشخيص اضطراب ثنائي القطب ا .

النوبة الاكتئابية الجسيمة Major Depressive Episode

معايير التشخيص

أ) تواجد خمسة (أو أكثر) من الأعراض التالية خلال نفس الاسبوعين، والتي تمثل تغييراً عن الأداء الوظيفي السابق، على الأقل أحد الأعراض يجب أن يكون إما
١ مزاج منخفض أو ٢ فقد الاهتمام أو المتعة.

ملاحظة: لا تضمن الأعراض التي تُعزى بصورة جلية لحالة طبية أخرى.

(٦٣) محاضرات في الطب النفسي ----- د/ حسين أبو المجد

(١) مزاج منخفض معظم اليوم، كل يوم تقريباً، ويُعبر عنه إما ذاتياً (مثل الشعور بالحزن أو بالفراغ أو اليأس) أو يلاحظ من قبل الآخرين (مثل أن يبدو دامعاً).

ملاحظة: يمكن أن يكون عند الأطفال أو المراهقين مزاج مستثار.

(٢) انخفاض واضح في الاهتمام أو الاستمتاع في كل الأنشطة أو معظمها وذلك معظم اليوم في كل يوم تقريباً، (ويستدل على ذلك بالتعبير الشخصي أو بملاحظة الآخرين).

(٣) فقد وزن بارز بغياب الحمية عن الطعام، أو كسب وزن (مثل، التغير في الوزن لأكثر من ٥ % في الشهر) أو انخفاض الشهية أو زيادتها، كل يوم تقريباً.

ملاحظة: ضع في الحسبان، الإخفاق في كسب الوزن المتوقع، عند الأطفال.

(٤) أرق أو فرط نوم كل يوم تقريباً.

(٥) هياج نفسي حركي أو خمول، كل يوم تقريباً (ملاحظ من قبل الآخرين، وليس مجرد أحاسيس شخصية بالتململ أو البطء).

(٦) تعب أو فقد الطاقة كل يوم تقريباً.

(٧) أحاسيس بانعدام القيمة أو شعور مفرط أو غير مناسب بالذنب (والذي قد يكون توهمياً) كل يوم تقريباً، وليس مجرد لوم الذات أو شعور بالذنب لكونه مريضاً.

(٦٤) محاضرات في الطب النفسي ----- د/ حسين أبو المجد

(٨) انخفاض القدرة على التفكير أو التركيز، أو عدم الحسم، كل يوم تقريباً (إما بالتعبير الشخصي أو بملاحظة الآخرين).

(٩) أفكار متكررة عن الموت (وليس الخوف من الموت فقط)، أو تفكير انتحاري متكرر دون خطة محددة، أو محاولة انتحار أو خطة محددة للانتحار.

ب) تسبب الأعراض انخفاضاً واضحاً في الأداء الاجتماعي أو المهني أو مجالات الأداء الهامة الأخرى.

ت) لا تُعزى الأعراض لتأثيرات فيزيولوجية لمادة (مثل سوء استخدام عقار، تناول دواء) أو عن حالة طبية أخرى .

ملاحظة: المعايير أ- ت تشكل نوبة اكتئابية جسيمة. نوبة الاكتئاب

الجسيم شائعة في اضطراب ثنائي القطب ا، ولكنها غير مطلوبة لتشخيص اضطراب ثنائي القطب ا .

ملاحظة: الاستجابة لخسارة كبيرة (فقد عزيز، الانهيار المالي، الخسائر

الناجمة عن الكوارث الطبيعية، مرض طبي خطير أو إعاقة) قد تتضمن مشاعر

الحزن الشديد، واجترار الخسارة، وأرق، وفقدان الشهية، وفقدان الوزن حيث تتواجد

هذه الأعراض في المعيار أ، والتي قد تشبه نوبة اكتئاب. على الرغم من أن مثل

هذه الأعراض قد تكون مفهومة أو تعتبر مناسبة للخسارة، فإن وجود نوبة اكتئاب

(٦٥) محاضرات في الطب النفسي ----- د/ حسين أبو المجد

بالإضافة إلى الاستجابة الطبيعية للخسارة الكبيرة يجب أن يؤخذ بعين الاعتبار. هذا القرار يتطلب حتماً الخبرة السريرية للمحاكمة المبنية على تاريخ الفرد والمعايير الثقافية للتعبير عن الكرب في سياق الخسارة.

اضطراب ثنائي القطب I Bipolar I Disorder I

أ) تم استيفاء المعايير لنوبة هوس واحدة على الأقل (معايير أ- ث) لنوبة الهوس المذكورة أعلاه.

ب) لا يُفسر وقوع نوبة الاكتئاب الجسيم أو النوبة الهوسية بشكلٍ أفضل بحصول اضطراب فصامي وجداني، والفصام، والاضطراب الفصامي الشكل، اضطراب توهمي، أو غيرها من اضطرابات طيف الفصام والاضطرابات الذهانية الأخرى المحددة أو غير المحددة **حدد:**

- مع انزعاج قلقي
 - مع مظاهر مختلطة
 - مع دوران سريع
 - مع مظاهر سوداوية
 - مع مظاهر ذهانية منسجمة مع - مع النمط الفصلي
 - مع مظاهر ذهانية غير منسجمة مع
 - مع كاتاتونيا.
 - مع بدء حول الولادة
 - مع مظاهر ذهانية غير منسجمة مع
 - مع مظاهر ذهانية غير منسجمة مع
- المزاج

الاضطراب ثنائي القطب II Bipolar II Disorder

معايير التشخيص

لتشخيص الاضطراب ثنائي القطب II ، فمن الضروري استيفاء المعايير التالية لنوبة حالية أو سابقة من تحت الهوس، واستيفاء المعايير التالية لنوبة حالية أو سابقة من نوب الاكتئاب الجسيم:

النوبة تحت الهوسية hypomanic Episode

معايير التشخيص

(أ) فترة متميزة يكون فيها المزاج وبصورة غير معهودة ومتواصلة مرتفعاً أو ممتدداً أو مستثاراً، وزيادة لا نموذجية مستمرة في النشاط الهادف أو الطاقة، حيث تستمر لمدة أربعة أيام متتالية على الأقل وتظهر معظم اليوم، وكل يوم تقريباً.

(ب) استمرت، أثناء فترة اضطراب المزاج، وزيادة النشاط أو الطاقة، ثلاثة أعراض (أو أكثر) من الأعراض التالية (أربعة أعراض إذا كان المزاج مستثاراً فقط) وكانت هذه الأعراض موجودة إلى درجة مهمة، وتمثل تغييراً لافتاً عن السلوك العادي:

(١) تضخم تقدير الذات أو عظمه.

(٢) انخفاض الحاجة إلى النوم (مثلاً، الشعور بالراحة بعد نوم ٣ ساعات فقط).

(٣) ثرثرة أكثر من المعتاد أو ضغط للاستمرار في الكلام.

(٦٧) محاضرات في الطب النفسي ----- د/ حسين أبو المجد

- (٤) تطاير الأفكار أو خبرة شخصية بتسابق الأفكار.
- (٥) التثنت (أي تحويل الانتباه بسهولة إلى مثيرات خارجية غير هامة أو ليست ذات صلة). كما ذكرت أو لوحظت.
- (٦) ازدياد النشاط الهادف (إما اجتماعياً، في العمل أو في المدرسة، أو جنسياً) أو هياج نفسي حركي (أي نشاط غير هادف غير موجه).
- (٧) الانغماس المفرط في نشاطات تحمل إمكانية كبيرة لعواقب مؤلمة (مثل إسراف في عمليات شراء للملذات أو طيش جنسي أو استثمارات حمقاء في مجال الأعمال).
- ت) يصاحب النوبة تبدل لا لبس في الأداء الوظيفي، لا يكون معهوداً عند الشخص في غياب الأعراض.
- ث) يلاحظ اضطراب المزاج والتغير في الأداء الوظيفي من قبل الآخرين.
- ج) لا تكون النوبة شديدة بما يكفي لتسبب انخفاضاً واضحاً في الأداء الاجتماعي أو المهني أو تلزم بالاستشفاء، إذا كان هناك مظاهر ذهانية، فالحالة بالتعريف هوس.
- ح) لا تُعزى النوبة لتأثيرات فيزيولوجية لمادة (مثل سوء استخدام عقار، أو تناول دواء أو معالجة أخرى) أو عن حالة طبية عامة (مثل فرط نشاط الدرق).

النوبة الاكتئابية الجسيمة Major Depressive Episode

معايير التشخيص

أ) تواجد خمسة (أو أكثر) من الأعراض التالية لنفس الاسبوعين، والتي تمثل تغيراً

عن الأداء الوظيفي السابق، على الأقل أحد الأعراض يجب أن يكون إما ١

مزاج منخفض أو ٢ فقد الاهتمام أو المتعة.

ملاحظة: لا تتضمن الأعراض التي تُعزى بصورة جلية لحالة طبية أخرى.

(١) مزاج منخفض معظم اليوم، كل يوم تقريباً، ويُعبّر عنه إما ذاتياً (مثل الشعور

بالحزن أو بالفراغ أو اليأس) أو يلاحظ من قبل الآخرين (مثل أن يبدو دامعاً).

ملاحظة: يمكن أن يكون عند الأطفال أو المراهقين مزاج مستثار .

(٢) انخفاض واضح في الاهتمام أو الاستمتاع في كل الأنشطة أو معظمها وذلك

معظم اليوم في كل يوم تقريباً (ويستدل على ذلك بالتعبير الشخصي أو بملاحظة

الآخرين).

(٣) فقد وزن بارز بغياب الحمية عن الطعام، أو كسب وزن (مثل، التغير في الوزن

لأكثر من ٥ % في الشهر) أو انخفاض الشهية أو زيادتها، كل يوم تقريباً.

ملاحظة: ضع في الحسبان، الإخفاق في كسب الوزن المتوقع، عند الأطفال.

(٤) أرق أو فرط نوم كل يوم تقريباً.

(٦٩) محاضرات في الطب النفسي ----- د/ حسين أبو المجد

(٥) هياج نفسي حركي أو خمول، كل يوم تقريباً (ملاحظ من قبل الآخرين، وليس مجرد أحاسيس شخصية بالتململ أو البطء).

(٦) تعب أو فقد الطاقة كل يوم تقريباً.

(٧) أحاسيس بانعدام القيمة أو شعور مفرط أو غير مناسب بالذنب (والذي قد يكون توهمياً) كل يوم تقريباً، وليس مجرد لوم الذات أو شعور بالذنب لكونه مريضاً.

(٨) انخفاض القدرة على التفكير أو التركيز، أو عدم الحسم، كل يوم تقريباً (إما بالتعبير الشخصي أو بملاحظة الآخرين).

(٩) أفكار متكررة عن الموت (وليس الخوف من الموت فقط)، أو تفكير انتحاري متكرر دون خطة محددة، أو محاولة انتحار أو خطة محددة للانتحار.

ب) تسبب الأعراض انخفاضاً واضحاً في الأداء الاجتماعي أو المهني أو مجالات الأداء الهامة الأخرى.

ت) لا تُعزى الأعراض لتأثيرات فيزيولوجية لمادة (مثل سوء استخدام عقار، تناول دواء) أو عن حالة طبية أخرى.

ملاحظة: المعايير أ- ت تشكل نوبة اكتئابية جسيمة.

الاضطراب ثنائي القطب II

معايير التشخيص

أ) تم استيفاء المعايير لنوبة تحت هوس واحدة على الأقل (معايير أ- ح) لنوبة تحت الهوس المذكورة أعلاه، ونوبة اكتئاب جسيم واحدة على الأقل (معايير أ- ت) لنوبة الاكتئاب الجسيم المذكورة أعلاه.

ب) لم تحصل نوبة هوس أبداً.

ت) لا يُفسر وقوع نوبة الاكتئاب الجسيم أو النوبة تحت الهوسية بشكلٍ أفضل بحصول اضطراب فصامي جداني، والفصام، والاضطراب الفصامي الشكل، اضطراب توهمي، أو غيرها من اضطرابات طيف الفصام والاضطرابات الذهانية الأخرى المحددة أو غير المحددة.

ث) إن أعراض الاكتئاب أو عدم القدرة على التوقع الناجم عن التباين المتكرر بين فترات الاكتئاب وما تحت الهوس، يسبب إحباطاً أو انخفاضاً واضحاً في الأداء الاجتماعي أو المهني أو مجالات الأداء الهامة الأخرى.

حدد النوبة الحالية أو الأقرب (تحت هوس - اكتئاب)

حدد إذا كان:

- مع انزعاج قلقي
- مع مظاهر ذهانية منسجمة
- مع مظاهر مختلطة
- وغير منسجمة مع المزاج
- مع دوران سريع
- مع كاتاتونيا.
- مع بدء حول الولادة

حدد الشدة إذا استوفيت المعايير الكاملة لنوبة المزاج الحالية:

(خفيفة - متوسطة - شديدة)

اضطراب المزاج الدوري Cyclothymic Disorder

معايير التشخيص

- أ) لمدة سنتين على الأقل (الأطفال والمراهقين سنة على الأقل) توجد فترات عديدة لأعراض تحت هوسية لا تفي بمعايير النوبة تحت الهوس، وفترات عديدة لأعراض اكتئابية لا تحقق معايير نوبة اكتئابية جسيمة.
- ب) أثناء فترة السنتين (سنة واحدة عند الأطفال والمراهقين) فالفترات تحت الهوس والاكتئابية كانت حاضرة لنصف الزمن على الأقل، ولم يخلُ الفرد من الأعراض لمدة تزيد عن شهرين متتاليين.

(٧٢) محاضرات في الطب النفسي ----- د/ حسين أبو المجد

ت) معايير النوبة الاكتئابية الجسيمة أو النوبة الهوسية أو النوبة تحت الهوس لم تستوف أبداً.

ث) لا تُفسر الأعراض في المعيار أ بشكل أفضل من خلال اضطراب الفصام الوجداني، الفصام، الاضطراب الفصامي الشكل، أو الاضطراب التوهمي أو اضطراب طيف الفصام والاضطرابات الذهانية الأخرى.

ج) لا تتجم الأعراض عن تأثيرات فيزيولوجية لمادة (مثل، سوء استخدام عقار، تناول دواء) أو عن حالة طبية أخرى.

ح) تسبب الأعراض إحباطاً سريرياً مهماً أو انخفاضاً في الأداء الاجتماعي أو المهني أو في مجالات أخرى هامة من الأداء.

اضطراب الاكتئاب

تاريخ الاكتئاب

يُذكر أن الاكتئاب مؤرخ له منذ القدم وذلك ما أشارت إليه كتابات قدماء المصريين، ففي عام ٤٥٠ قبل الميلاد استخدم هيروقرط مصطلحات الهوس والسواد الارتدادي (الميلانخوليا) لوصف الاضطرابات العقلية، وفي العصور الوسطى قسم "ابن سينا" (٩٨٠-١٠٣٧م) الميلانخوليا إلى أربع أنواع طبقاً لمزاج الشخص المضطرب.

(٧٣) محاضرات في الطب النفسي ----- د/ حسين أبو المجد

وهناك ما يدل على أن الأقدمين عرفوا الاكتئاب واختبروه كما عرفناه؛ فعلى سبيل المثال نشر بيرتون سنة (١٦٣١) كتابه (تحليل الميلانخوليا)، وما يلفت الأنظار فيما كتبه بيرتون عن هذا الموضوع منذ أكثر من ثلاثة قرون أنه وصف كثيرًا من أعراض هذا المرض كما تصفه كتب الطب النفسي المعاصرة، بل إنه وضع أسبابًا نرى فيها كثيرًا من الإرهاصات العلمية المعاصرة في دراسة هذا الموضوع، فمن بين الأسباب التي اقترحها بالنسبة لهذا الاضطراب يذكر الإصابة بمرض جسمي سابق، الإسراف في الدراسة والعمل الذهني، والاضطرابات العاطفية، وخيبات الأمل.... إلخ، وهي عوامل لا يتردد علماء النفس المعاصرون في التعامل معها ووضعها أسبابًا مرجحة للاكتئاب، وما يجعل كتابات هذا العالم عن هذا الموضوع ذات أهمية خاصة أنه يتحدث عن أسباب ومسببات موضوعية، مخالفًا بذلك كثيرًا من الخرافات والشعوذات التي كانت تسود في عصره لتفسير الاضطرابات النفسية بأنها نتاج للعفاريت والتلبس.

ويُعرف بيك (Beck, 1967) الاكتئاب بأنه "استجابة لا تكيفية مبالغ

فيها، وتتم بوصفها نتيجة منطقية لمجموعة التصورات أو الإدراك السلبي للذات، أو للموقف، أو للمستقبل، أو للعناصر الثلاثة السابقة مجتمعة" أما (حسين أبو المجد، ٢٠١٥) فيعرف الاكتئاب بأنه "حالة انفعالية سلبية يشعر الفرد إبانها

(٧٤) محاضرات في الطب النفسي ----- د/ حسين أبو المجد

بالحزن واليأس والقنوط المبالغ فيه، نتيجة التصورات السلبية عن الذات والعالم والمستقبل، كما يتميز الشخص أثنائها بالخمول وضعف الهمة وتناقص النشاط ويضطرب نومه ويفقد شهيته، ويشكو فقدان وزنه، إضافة إلى الشعور بالتعب والفتور، والملل والسأم من أئفه الأشياء، مما يؤدي ذلك كله إلى خلل في الوظائف الأسرية والمهنية والاجتماعية وفي التوظيف النفسي.

أسباب الاكتئاب

هناك عوامل بيولوجية وعوامل نفسية وعوامل اجتماعية وعوامل روحانية (إلهية)، وهذا ما تؤكدُه أيضًا النظرية الطبية لأحد علماء الطب ترجع إلى ٤٥٠ عامًا مضت، وتقول بأن هناك خمسة أسباب للمرض هي: البيئة الخارجية، وأسباب كونية، والتسمم، وأسباب روحانية، وتحدي الآلهة، ويقول أيضًا أنه إذا كانت النظريات قد تعددت، والآراء قد اختلفت حول السبب المباشر لحالة الاكتئاب التي تنتشر اليوم فإن هناك حقيقة تظل شبه مؤكدة وهي تداخل الأسباب وتعددتها وأكثر من ذلك تفاعلها مع بعضها البعض حيث يكون من العسير تحديد سبب محدد لكل حالة أو الفصل بين أسباب متعددة.

إن الاكتئاب من بين الأسباب الـ ١٠ الرئيسية لسنوات العمر المفقودة، المعدلة بحسب العجز عالميًا وإقليميًا ومن المتوقع أن يكون من بين الأسباب

(٧٥) محاضرات في الطب النفسي ----- د/ حسين أبو المجد

الثلاثة الأولى لسنوات العمر المفقودة بحلول عام ٢٠٣٠، والاكتئاب أحد عوامل الأخطار الهامة للانتحار، والتي تصيب بشكل خاص المراهقين والنساء خلال سن الإنجاب، وأن الأشخاص الذين يعانون من حالات مزمنة، هم أكثر عرضة للإصابة بالاكتئاب مقارنة بعامة السكان.

فالالاكتئاب مرض نفسي شائع في المجتمع ونسبة الإصابة به تصل إلى (١: ٢٠) من كل شخص سنويًا، ونسبة الإصابة به في النساء إلى الرجال (٢: ١)، والاكتئاب من الأمراض التي لا يزال انتشارها يتسع يوما بعد يوم، الأمر الذي يجعل من الضروري فهم هذا المرض على حقيقته منعًا للإلتباس بينه وبين أمراض جسدية يشتركا معًا في الأعراض الجسدية، وقد تتبأ البعض قبل عقدين ماضيين بازدياد عدد المصابين بالاكتئاب خلال العقود القادمة وذلك لعدة أسباب يعتقد أنها تؤدي إلى زيادة انتشار الإصابة به ومنها:

- ارتفاع معدل الأعمار.
- ازدياد الإصابة بالأمراض المزمنة التي يرافقها الاكتئاب كعارض مرضى من أعراضها.
- استهلاك العقاقير الطبية بكثرة، والتي من شأنها أن تؤدي إلى ظهور الاكتئاب كأحد تأثيراتها الجانبية السلبية.

- التغيرات النفسية والاجتماعية السريعة جداً.

الأعراض السريرية: تشتد تلك الأعراض صباحاً، وتحسن مساءً

أعراض نفسية:

- الآم جسمية مختلفة
- الإحساس بفقدان الأهمية
- صداع
- الفشل
- الآم في الظهر
- الشعور بالذنب
- شعور بضغط على الصدر
- التنقيب في الماضي لإيجاد سبب يفسر به إحساسه بالذنب لخطيئة
- وقد يصاب المريض بأعراض ذهانية مثل ضلالات الاضطهاد، أو العدمية ، وأحيانا هلاوس سمعية ؛ يغلب عليها الإهانة والسب
- الشعور بالذنب ، وتنمashi مع المزاج الاكتئابي.
- الشعور بالإرهاق والتعب وعدم القدرة على مواصلة العمل. وسلبية باتجاه الماضي والحاضر والمستقبل.

أعراض سلوكية:

- قد يعاني المريض من هبوط حركي قد يصل إلى درجة الجمود أو التخشب، وقد يحدث العكس: هياج، وتوتر شديد، وكثرة حركة.

(٧٧) محاضرات في الطب النفسي ----- د/ حسين أبو المجد

- محاولات انتحار، ويصل معدل الانتحار بين مرضى الاكتئاب من ١٥-٢٠%.
- الانعزال الاجتماعي، والبعد عن العمل، وإهمال النظافة وعدم الاهتمام بالمظهر.

أعراض فيسيولوجية (جسمية):

- الأرق وخاصة اليقظة قبل الفجر .
- فقد الشهية والوزن .
- فقد القدرة الجنسية واضطراب الطمث .
- الإمساك .

أنواع الاكتئاب

أولاً: من حيث الأسباب

• الاكتئاب الأولي Primary Depression

ليست له أسباب محددة ولا يمكن إرجاعه لعوامل أو ظروف صحية.

• الاكتئاب الثانوي Secondary Depression

يحدث نتيجة لأحداث محددة وعوامل وظروف واضحة ومعروفة، وينتج

هذا النوع عن الإصابة بأمراض عضوية مزمنة، مثل أمراض القلب والسكر

والسرطان والكبد ... إلخ.

ثانياً: من حيث المنشأ

• الاكتئاب الذهاني Psychotic Depression

هو داخلي المنشأ وراثي الجذور وله أعراض تميزه عن أنواع الاكتئاب الأخرى من أهمها الجمود الانفعالي والبطء الحركي والكآبة الدائمة.

• الاكتئاب العصبي Depression Neurotic

ويرجع لعوامل خارجية مثل ظروف البيئة المحيطة بالفرد وإلى عوامل نفسية وانفعالية خاصة بالفرد ذاته.

ثالثاً: من حيث درجاته

• الاكتئاب البسيط Simple Depression

هو أخف صور الاكتئاب وأعراضه متوسطة ومحتملة وتأثيراته البدنية قليلة، وأسبابه أغلبها خارجية من البيئة المحيطة بالفرد، وبعضها نفسي وانفعالي ذاتي، ويمكن التعرف عليها بسهولة.

• الاكتئاب الشديد Severe Depression

هو حالة حادة تمتد لفترة طويلة، وتؤدي إلى خلل في أداء الوظائف الطبيعية للإنسان، وقد يصل الأمر إلى ظهور بعض الهلوسات الذهانية.

• الاكتئاب الحسيم Major Depression

أعراضه نفس أعراض الاكتئاب الشديد ويضاف عليها أعراض ذهانية وتكثر فيه محاولات الانتحار، ويتداخل تشخيص هذا النوع مع بعض الأمراض العقلية مثل: الذهان والهوس.

رابعًا: من حيث أعراضه

• الاكتئاب النعاب Nagging Depression

ليست له أسباب محددة ويسمى بالنعاب لكثرة شكوى المريض وتدمره الدائم والميل إلى الإزعاج وجلب النكد لمن حوله وهذا هو التفسير اللغوي لكلمة نعاب، ويشكو المريض بهذا النوع من نفس الأعراض المعروفة للاكتئاب بصفة عامة، ويزيد عليها القلق الزائد والخوف من المجهول والتعلق المرضى بمن حوله بطريقة مزعجة بحيث يريدون حوله طول الوقت.

• الاكتئاب المزمن Depression Chronic

وسمى بالاكتئاب المزمن لأن أعراضه تستمر لفترة طويلة، فقد يمكث في المريض لسنوات طويلة، وليست له مناسبة معينة ولا وقت معلوم ولا مرحلة عمرية معينة، وأعراضه داخلية وخارجية، أما الداخلية: فمنها الوراثة ومنها العوامل الذاتية النفسية والانفعالية للفرد، أما الأسباب الخارجية: فقد تكون

الأزمات التي يمر بها الإنسان، أو الكوارث أو الطبيعية كالزلازل والأعاصير أو الحروب وفقد الثروة أو فقد عزيز.

المعايير التشخيصية لاضطرابات الاكتئاب

اضطراب اختلال المزاج غير المنتظم

Disruptive Mood Dyregulation Disorder

معايير التشخيص

- ١- انفجارات مزاجية شديدة متكررة تظهر بصورة لفظية أو سلوكية أو كلاهما وتكون بشدة كبيرة لا تتناسب مع شدة الموقف المثير أو مدته.
- ٢- لا تتسق مع الانفجارات المزاجية مع المرحلة الارتقائية للفرد.
- ٣- أن تحدث تلك الانفجارات المزاجية ثلاث مرات أو أكثر خلال الأسبوع.
- ٤- تكون الحالة المزاجية للفرد بين هذه النوبات المزاجية الانفجارية في حالة الاستثارة أو الغضب طوال اليوم وتكرر كل يوم، ويلاحظها المحيطون (كالوالدين أو المعلمين أو الأقران).
- ٥- أن تكون المحكات السابقة جميعاً موجودة لفترة ١٢ شهراً أو أكثر، بحيث لا يكون الفرد من خلال هذه السنة بعدد ثلاثة شهور متتالية خالياً من كل الأعراض المذكورة أعلاه.

(٨١) محاضرات في الطب النفسي ----- د/ حسين أبو المجد

٦- أن يكون المحك (١) والمحك (٤) تحدث في موقعين على الأقل من ثلاثة مثل (المنزل والمدرسة والأقران) وأن تكون شديدة في واحدة منهم على الأقل.

٧- أن لا يتم تشخيص قبل السادسة من العمر أو بعد سن الثامنة عشر.

٨- أن يكون تاريخ الملاحظة يشير إلى أن المحكات من (١-٥) ظهرت لأول مرة قبل سن العاشرة.

٩- أن يكون هناك فترة محددة تستمر لأكثر من يوم واحد توجد خلالها الأعراض كاملة لنوبة هوس أو هوس خفيف.

١٠- أن لا تحدث السلوكيات حصرياً أثناء نوبة اكتئابية أساسية وان لا يمكن تفسيرها باضطراب نفسي آخر (مثل اضطراب التوحد، واضطراب ما بعد الصدمة، واضطراب ضعف الانتباه وفرط الحركة).

١١- أن لا يعزى الاضطراب إلى تأثير فسيولوجي لمادة نفسية أو حالة طبية أو عصبية.

اضطراب الاكتئاب الجسيم Major Depressive Disorder

معايير التشخيص

- أ- وجود خمسة أعراض (أو أكثر) من الأعراض التالية لمدة أسبوعين والتي تمثل تغييراً عن الأداء الوظيفي السابق على أن يكون واحداً من الأعراض على الأقل إما أ- مزاج مكتئب أو ب- فقدان الاهتمام أو السرور .
- ١- فقدان وزن كبير بدون إتباع نظام غذائي أو زيادة وزن أو انخفاض الشهية أو زيادتها كل يوم تقريباً، ملاحظة (زيادة الوزن عند الأطفال مؤشر كافٍ لها العرض)
- ٢- مزاج منخفض معظم اليوم ؛ كل اليوم تقريباً ويعبر عنه إما ذاتياً (مثل الشعور بالحزن) أو يلاحظ من قبل الآخرين (مثل أن يبدو حزينا)، ملاحظة (يمكن أن يكون لدى الأطفال أو المراهقين مزاجاً مستنار)
- ٣- أرق أو فرط نوم تقريباً.
- ٤- هياج أو بطء نفسحركى كل يوم تقريباً ويلاحظ من قبل الآخرين.
- ٥- تعب أو فقدان الطاقة كل يوم تقريباً.
- ٦- أحاسيس بانعدام القيمة أو شعور مفرط أو غير متناسب بالذنب كل يوم تقريباً وليس مجرد لوم الذات أو الشعور بالذنب لأنه مريضاً.

(٨٣) محاضرات في الطب النفسي ----- د/ حسين أبو المجد

٧- انخفاض القدرة على التفكير أو التركيز أو عدم الحسم كل يوم تقريباً ويعبر عنه إما ذاتياً أو يلاحظ من قبل الآخرين.

٨- أفكار متكررة عن الموت أو تفكير انتحاري متكرر بدون خطة للانتحار أو محاولة للانتحار أو خطة للانتحار.

ب-تسبب الأعراض ضيقاً مرضياً واضحاً أو اختلالاً في الأداء الاجتماعي أو المهني أو في مجالات هامة أخرى من التوظيف النفسي.

ت- لا تتجم الأعراض عن تأثيرات فسيولوجية مباشرة لمادة أو لحالة طبية أخرى.

ث- ألا يمكن تفسير النوبة الاكتئابية الأساسية بإرجاعها إلى اضطراب الفصام الوجداني أو الفصام أو الاضطراب شبه الفصامي أو الاضطراب التوهمي أو الفصام المميز أو غير المميز أو أي اضطراب ذهاني آخر.

ج- أن لا يكون قد أصيب الفرد بأي نوبة هوس أو حتى نوبة هوس خفيف.

لابد من تحديد إذا ما كانت هناك:

نوبة وحيدة أو متكررة. مع أو بدون أعراض ذهانية.

نوبة خفيفة أو متوسطة أو شديدة. مع شفاء جزئي أو كامل للأعراض.

كما يتم تحديد إذا ما كان الاضطراب يصاحبه:

قلق وضيق. -ملاح مختلطة.

- ملاحح ملانحوليا.
- ملاحح كتاتونية.
- ملاحح غير نمطية.
- مع ظهور بعد الولادة.
- ملاحح مزاجية ملانمة أو غير ملانمة.
- ذات نمط موسمي.

الاضطراب الاكتئابي المستمر (الديسميا)

Persistent Depressive Disorder (Dysthymia)

معايير التشخيص

- ١- مزاج مكتئب تقريباً طوال اليوم أو في معظم الأيام ويبدو في الشعور الذاتي أو يلاحظه الآخرون لمدة عامين لمدة على الأقل، (بالنسبة للمراهقين والأطفال قد يكفي وجود المزاج الحاد وأن تستمر الأعراض لمدة عام واحد).
- ٢- توجد أثناء المزاج المكتئب اثنان أو أكثر من التالي:
 - (أ) فقدان شهية أو زيادة في الشهية للأكل.
 - (ب) أرق أو زيادة في النوم.
 - (ت) فقدان الطاقة أو الشعور بالتعب.
 - (ث) انخفاض تقدير الذات.
 - (ج) ضعف التركيز أو صعوبة اتخاذ قرارات.
 - (ح) شعور بفقدان الأمل.

(٨٥) محاضرات في الطب النفسي ----- د/ حسين أبو المجد

٣- في خلال فترة العامين (عام واحد بالنسبة للأطفال والمراهقين) من

الاضطراب لم يخلُ الفرد من وجود الأعراض بالمحكين (٢و١) لمدة

تزيد عن شهرين.

٤- قد توجد محكات الاضطراب الاكتئابي الأساسي لمدة عامين متواصلين.

٥- لم يحدث أبدًا نوبة هوس أو حتى نوبة هوس خفيف ولم يتوفر في أي

وقت محكات المزاج النوبى.

٦- أن لا ترجع الأعراض إلى تأثيرات فسيولوجية لمادة (مثل سوء استعمال

عقار أو دواء معين).

٧- ليس من الأفضل تفسير الاضطراب على أنه اضطراب فصام وجداني

مستمر أو فصام أو اضطراب توهمي أو اضطراب فصام مميز أو غير

مميز أو أي اضطراب ذهاني.

٨- أن تسبب الأعراض عجزًا إكلينيكيًا واضحًا أو خللاً في مجال التوظيف

النفسي أو الاجتماعي أو المهني.

لابد من تحديد ما إذا كان الاضطراب :

- نوبة خفيفة أو متوسطة أو شديدة.

- مع أو بدون أعراض ذهانية.

(٨٦) محاضرات في الطب النفسي ----- د/ حسين أبو المجد

- مع شفاء جزئي أو شفاء كامل للأعراض.

كما يتم تحديد إذا كان الاضطراب يصاحبه :

- قلق وضيق.

- ملامح مختلطة.

- ملامح ملانخوليا.

- ملامح غير نمطية.

- مع ظهور مبكر (قبل سن ٢١) أو ظهور متأخر (بعد سن ٢١).

- ملامح مزاجية ملائمة أو غير ملائمة.

- مع ظهور قبل الولادة.

- ذات نمط موسمي.

الفصل الرابع

الاضطرابات العصابية

Neurosis Disorders

Neurosis Disorders الفصل الرابع الاضطرابات العصابية

مقدمة

وُصِفَ العصر الحديث بأنه عصر القلق لأن فيه تغيرات سريعة وحادة ومفاجئة، وفيه أزمات وتغيرات اجتماعية واقتصادية وتقنية وفكرية متنوعة، والإنسان المعاصر عليه أن يتكيف مع جملة من المتغيرات وأن يلحق بها، وهو معرض للقلق والاعتراب والإحباط بشكل مستمر.

وفي جميع الاضطرابات العصابية نجد أن القلق هو العرض الرئيسي الذي يجمع بينها، وهذه الاضطرابات واسعة الانتشار ولا تسبب اضطراباً شديداً في التفكير مثل الاضطرابات الهذيانية كالفصام أو الشك، وهي تصنف عموماً ضمن الاضطرابات النفسية الصغرى تفرقاً لها عن الاضطرابات النفسية الشديدة أو العقلية.

الاضطرابات العصابية

هي أكثر الاضطرابات النفسية شيوعاً؛ هي اضطرابات فيسيولوجية متعلقة خاصة بالجهاز العصبي لكن الرأي الآن هو أنها مشكلات نفسية وانفعالية تعبر عن محاولات فاشلة في التكيف مع المحيط (الداخلي والخارجي) للفرد إذ إن

(٨٩) محاضرات في الطب النفسي ----- د/ حسين أبو المجد

انتشارها يفوق الاضطرابات الذهانية العضوية والوظيفية، وتتسم هذه الاضطرابات العصابية بالصفات التالية والتي تميزها من الاضطرابات الذهانية:

- وجود صراعات داخلية وتصدع في العلاقات الشخصية.
- تحدث الأعراض دون المساس بترابط وتكامل الشخصية.
- يتحمل المريض المسؤولية كاملة عن جميع تصرفاته.
- الإدراك سليم.
- المريض يكون مستبصراً بحالته وبمرضه.
- وحكمه على الأمور سليم.

اضطراب القلق العام

تعتبر اضطرابات القلق من أكثر الحالات النفسية انتشاراً حيث تقدر نسبة الإصابة بين ١٠ - ٣٠ %، وللقلق علامات نفسية مثل الخوف والترقب، وأعراض بدنية في صورة اضطراب في وظائف الجسم، ويقع تحت مظلة القلق في التصنيفات النفسية الحديثة مجموعة من الحالات المرضية الأخرى.

يعرف القلق النفسي بأنه شعور عام غامض وغير سار. ويتسم بالتوجس والخوف والتحفز. مصحوب عادة ببعض الإحساسات البدنية خاصة زيادة نشاط الجهاز العصبي غير الإرادي. ويتميز القلق فيزيولوجياً بدرجة عالية من الانتباه

(٩٠) محاضرات في الطب النفسي ----- د/ حسين أبو المجد

المرضي في وقت الراحة. ببطء التكيف للشدة، ويظهر القلق كعرض مصاحب للكثير من الاضطرابات النفسية الأخرى.

يعتبر القلق العام اضطراباً شائعاً ونسبة انتشاره حوالي ٥% من السكان وهو يصيب الذكور والإناث بنسب متشابهة. وهو يُشخص في حال وجود: الشعور الزائد بالترقب والخوف وانشغال الذهن حول أمور متعددة، مع صعوبة السيطرة على هذا الشعور، ولمدة ستة أشهر على الأقل في معظم الأوقات، إضافة لوجود ثلاثة أعراض على الأقل مما يلي :

- ١- الإحساس بالتوتر والتلملل وعدم الراحة والغليان (على أعصابي طوال الوقت).
- ٢- سرعة التعب والإرهاق .
- ٣- صعوبة التركيز أو الشعور بفراغ العقل .
- ٤- العصبية والتهيج والنرفزة.
- ٥- التوتر العضلي (آلام في العضلات، الشد على الأسنان، تأرجح الصوت).
- ٦- صعوبات في النوم (الأرق وصعوبة الدخول في النوم، تقطع النوم).

أعراض اضطرابات القلق:

أولا الأعراض الجسمية:

الجهاز الدوري:

- الأم عضلية فوق القلب والناحية اليسرى من الصدر .
- سرعة دقات القلب والإحساس بالنبضات في كل مكان بالجسم .
- ارتفاع ضغط الدم .

الجهاز الهضمي:

- صعوبة البلع والشعور بغصة في الحلق .
- سوء الهضم والانتفاخ وأحيانا الغثيان والقيء .
- الاسهال أو الإمساك .

الجهاز التنفسي:

- سرعة التنفس .
- ضيق التنفس والتهديدات المتكررة .
- سرعة التنفس تؤدي لطرده ثاني أكسيد الكربون مما يؤدي للتنميل في الأطراف وتقلص العضلات .

الجهاز العصبي:

- اتساع حدقة العين .
- ارتجاف الأطراف خصوصاً الأيدي .
- شعور بالدوار والدوخة .
- الصداع .

الجهاز البولي التناسلي:

- كثرة التبول والإحساس الدائم بضرورة إفراغ المثانة.
- فقدان القدرة الجنسية عند الرجل (ضعف الانتصاب وسرعة القذف). أما عند المرأة البرود الجنسي وعدم الاستجابة .
- اضطراب الطمث وأحيانا انقطاعه أو الألم الشديد .

الجهاز العضلي:

- آلام عضلية متعددة بالساقين والذراعين والظهر وفوق الصدر .

الجلد:

- يكون القلق النفسي عاملاً أساسياً في أسباب ونشأة الكثير من الأمراض الجلدية مثل حب الشباب والأكزيما والأرتيكاريا والصدفية والبهاق وسقوط الشعر .

ثانيا الأعراض النفسية:

الخوف أو الرهاب: يبدأ المريض بالخوف من أشياء كانت فيما سبق لا تسبب له أي استجابة مرضية، فأحيانا يخاف من الأماكن المرتفعة أو المغلقة، أو يخاف من مرض مثل أمراض القلب، أو السرطان أو الأيدز أو الخوف من الموت أو الجنون.

التوتر أو التهيج العصبي: يصبح المريض حساسا لأي ضوضاء أو صوت مرتفع، فنراه يقفز من مكانه عند سماعه رنين التليفون أو جرس الباب، ويفقد أعصابه بسهولة ولأتفه الأسباب.

اضطراب الانتباه والتركيز: اضطراب التركيز يؤدي إلى سرعة النسيان، فقدان الشهية للطعام مع فقدان الوزن، واضطراب النوم وخاصة صعوبة الدخول في النوم، شرب الخمر أو تناول الأدوية المنومة والمهدئة ؛ كمحاولة للتخفيف من أعراض القلق النفسي مما يؤدي أحيانا للإدمان.

اضطراب القلق العام Generalized Anxiety Disorder

معايير التشخيص

أ) قلق زائد وانشغال (توقع توجسي) يحدث أغلب الوقت لمدة ستة أشهر على الأقل، حول عدد من الأحداث أو الأنشطة (في العمل أو المدرسة).

(٩٤) محاضرات في الطب النفسي ----- د/ حسين أبو المجد

ب) يجد الشخص صعوبة في السيطرة على الانشغال.

ت) يصاحب القلق والانشغال ثلاثة (أو أكثر) من الأعراض الستة التالية

(مع تواجد بعض الأعراض على الأقل لأغلب الوقت لمدة الستة أشهر الأخيرة).

ملاحظة: يكفي عنصر واحد عند الأطفال.

(١) تمللم أو شعور بالتقييد أو بأنه على الحافة.

(٢) سهولة التعب.

(٣) صعوبة التركيز أو فراغ العقل.

(٤) استنارة.

(٥) توتر عضلي.

(٦) اضطراب النوم (صعوبة الدخول في النوم أو البقاء نائماً أو النوم المتمللم

واللامرضي).

ث) يسبب القلق أو الانشغال القلبي أو الأعراض الجسدية إحباطاً هاماً

سريرياً أو انخفاضاً في الأداء الاجتماعي أو المهني أو مجالات أخرى هامة من

الأداء.

ج) لا يُعزى الاضطراب للتأثيرات الفيزيولوجية لمادة (مثلاً إساءة استخدام

عقار، دواء) أو لحالة طبية أخرى مثلاً، فرط نشاط الدرق.

ح) لا يُفسر الاضطراب بشكلٍ أفضل بمرض عقلي آخر، كالقلق أو الانشغال حول حصول هجمات الهلع في اضطراب الهلع، التقييم السلبي، كما في اضطراب القلق الاجتماعي، العدوى والوساوس الأخرى، كما في الوسواس القهري، وما يذكر بالأحداث المؤلمة، كما في اضطراب الكرب ما بعد الصدمة، وليس الانفصال عن شخصٍ متعلقٍ به، كما اضطراب قلق الانفصال، اكتساب الوزن كما في القمه العصبي، الشكاوى الجسدية، في اضطراب العرض الجسدي، ظهور العيوب المتصورة في اضطراب تشوه شكل الجسم، وجود مرض خطير، في اضطراب قلق المرض، أو محتوى الأوهام في الفصام أو الاضطراب التوهمي.

اضطراب قلق الانفصال Separation Anxiety Disorder

معايير التشخيص

- أ) قلق أو خوف مفرط وغير مناسب تطورياً يتعلق بالانفصال عن البيت أو عن الأشخاص الذين يتعلق بهم، كما يتجلى بثلاثة (أو أكثر) مما يلي:
- (١) انزعاج مفرط متكرر عند توقع أو حدوث الانفصال عن البيت أو الأشخاص الذين يتعلق بهم بشدة.
- (٢) خوف مستمر ومفرط يتعلق بفقدان، أو بحدوث أذى محتمل للأشخاص الذين يتعلق بهم بشدة كالمرض، الإصابة، كارثة، أو الموت.

(٩٦) محاضرات في الطب النفسي ----- د/ حسين أبو المجد

(٣) خوف مستمر ومفرط من أن حادثاً مشؤوماً (مثل الضياع، التعرض للخطف،

حصول حادث، المرض) سيسبب الانفصال عن شخص يتعلق به بشدة.

(٤) ممانعة مستمرة أو رفض الذهاب إلى الخارج كالمدرسة أو العمل أو الأماكن

الأخرى بسبب الخوف من الانفصال.

(٥) الخوف المستمر المفرط أو الممانعة لأن يكون وحيداً أو دون وجود أشخاص

يتعلق بهم بشدة في المنزل أو الأماكن الأخرى.

(٦) ممانعة مستمرة أو رفض النوم بعيداً عن البيت أو النوم دون أن يكون على

مقربة من شخص يتعلق به بشدة.

(٧) كوابيس متكررة تتضمن موضوع الانفصال.

(٨) شكاوى متكررة من أعراض جسدية (مثل الصداع أو آلام المعدة أو الغثيان أو

الإقياء) حين يحدث الانفصال أو حين يتوقع الانفصال عن شخص شديد التعلق به.

ب) الخوف، القلق، التجنب، تستمر لمدة ٤ أسابيع على الأقل عند

الأطفال والمراهقين، وبشكلٍ نموذجي سنّة أشهر أو أكثر عند البالغين.

ت) يسبب الاضطراب إحباطاً سريرياً مهماً أو انخفاضاً في الأداء

الاجتماعي أو الأكاديمي أو المهني أو مجالات الأداء الهامة الأخرى.

ث) لا يُفسر الاختلال بشكلٍ أفضل بمرض عقلي آخر، كرفض مغادرة البيت بسبب المقاومة المفرطة للتغيير في اضطراب طيف التوحد، أو أوهام وهلاوس متعلقة بالانفصال في الاضطرابات الذهانية، أو رفض الخروج دون رفقة موثوقة في رهاب الساح، مخاوف حول اعتلال الصحة وغيرها من الأحداث المؤذية للآخرين في اضطراب القلق العام، أو مخاوف حول الإصابة بمرض في اضطراب قلق المرض.

اضطراب القلق الاجتماعي (الرهاب الاجتماعي)

Social Anxiety Disorder (Social Phobia)

هو الخوف من الوقوع محل ملاحظة الآخرين، مما يؤدي إلى تجنب المواقف الاجتماعية، ويصاحبها تقييم ذاتي منخفض، وخوف من النقد، وإذا وجد نفسه في أحد هذه المواقف تظهر عليه أعراض القلق وربما تصل درجة الهلع.

ما يميز الرهاب:

- غير متناسقة مع الموقف، لا يمكن تفسيرها منطقياً، لا يستطيع الفرد التحكم فيها إرادياً، تؤدي إلى الهروب وتجنب الموقف المسبب للرهاب .

وهناك فرق بين الخوف (العادي) وبين (الخوف المرضي) :

فالخوف العادي غريزة، وهو حالة يحسها كل إنسان في حياته العادية حين يخاف مما يخيف فعلاً، مثل حيوان مفترس حين يشعر باقترابه ينفعل ويخاف

(٩٨) محاضرات في الطب النفسي ----- د/ حسين أبو المجد

ويقلق ويسلك سلوكاً ضرورياً للمحافظة على الحياة هو الهرب. فالخوف العادي إذن هو خوف موضوعي أو حقيقي (من خطر حقيقي).

ولكل مريض بالفوبيا موقف معين أو موضوع معين أو أكثر هو الذي يخيفه ، ولا يظهر عليه الفزع والقلق والضيق إلا إذا ظهر موضوع خوفه أمامه، بحيث يظل المريض بالفوبيا عادياً لا تظهر عليه أعراض المرض إلا في حالة ظهور موضوع خوفه، هذا وتختلف درجة الخوف المرضي من مريض بالفوبيا لآخر، فالبعض يظهر عليه الخوف والفزع الشديدين إذا ظهر موضوع خوفه بينما البعض يكون أقل خوفاً وفزعاً إذا ظهر موضوع خوفه.

كل أنواع المخاوف المرضية مثل الخوف المرضي من: الخوف، الجنس، النساء، الأماكن الواسعة، الأماكن المغلقة، الأماكن المرتفعة، النور، الظلام، البرق، الرعد، الماء، النار، الدم، الجراثيم، الحشرات، الحيوانات، الثعابين، التلوث، التسمم، المرض، الألم، الموت، الزحام، اللغات الأجنبية، الغريباء.

معايير التشخيص

أ) خوف ملحوظ أو قلق حول واحد أو أكثر من المواقف الاجتماعية والتي يحتمل أن يتعرض الفرد فيها للتدقيق من قبل الآخرين. الأمثلة تتضمن التفاعلات الاجتماعية (كإجراء محادثة مثلاً، مقابلة أناس غير مألوفين) أو أن يكون مراقباً (مثلاً، الأكل أو الشرب) أو الأداء أمام الآخرين (كإلقاء كلمة مثلاً).

(٩٩) محاضرات في الطب النفسي ----- د/ حسين أبو المجد

ملاحظة: يجب أن يحدث القلق عند الأطفال في مواقع تجمع الطفل مع

أقرانه وليس فقط في علاقاته مع البالغين.

(ب) يخاف الفرد أنه أو أنها سوف يتصرف بطريقة محرجة أو سوف تظهر أعراض

القلق والتي سيتم تقييمها سلباً (أي سوف تكون مهينة أو محرجة وسوف تؤدي

إلى الرفض أو الإساءة من قبل الآخرين).

(ت) يثير التعرض للموقف الاجتماعي القلق أو الخوف بشكلٍ دائم تقريباً.

ملاحظة: قد يُعبر عن القلق لدى الأطفال بالبكاء أو سورات الغضب أو

التجمد أو الانكماش والانسحاب أو فشل التكلم في المواقف الاجتماعية.

(ث) يجري تجنب المواقف الاجتماعية وبخلاف ذلك قد يتحملها الشخص مع قلق أو

خوف شديد.

(ج) الخوف أو القلق لا يقارن بالخطر الفعلي الذي يمثله الشيء أو الموقف الرهابي.

وللسياق الثقافي والاجتماعي.

(ح) يكون الخوف، القلق، التجنب، مستمراً ويدوم بشكلٍ نموذجي لسنة أشهر أو أكثر.

(خ) يسبب الخوف، القلق، التجنب، إحباطاً سريرياً مهماً أو انخفاضاً في الأداء

الاجتماعي أو الأكاديمي أو المهني أو مجالات الأداء الهامة الأخرى.

(د) الخوف، القلق، التجنب لا تُعزى للتأثيرات الفيزيولوجية لمادة (مثلاً إساءة استخدام

عقار، دواء) أو لحالة طبية أخرى.

(١٠٠) محاضرات في الطب النفسي ----- د/ حسين أبو المجد

ذ) الخوف، القلق، التجنب لا تُفسر بشكلٍ أفضل بأعراض مرض عقلي آخر، كاضطراب الهلع، اضطراب تشوه شكل الجسم أو اضطراب طيف التوحد.

ر) إذا تواجدت حالة طبية أخرى (مثلاً، داء باركنسون، والسمنة، والتشوه من الحروق أو الإصابة) فمن الواضح أن الخوف، والقلق، أو التجنب لا علاقة له بالمرض أو يكون مفراطاً.

حدد ما إذا كان:

مع الأداء فقط: إذا اقتصر الخوف على الكلام أو الأداء علناً.

اضطراب رهاب السّاحة Agoraphobia

-يصيب النساء أكثر من الرجال ويحدث في مقتبل العمر.

-يشمل الخوف من مغادرة المنزل أو الدخول إلى المحلات، أو الزحام، أو

الأماكن العامة، أو السفر وحيداً بأيّة وسيلة. وهذا النوع أشد أنواع الرهاب إعاقة.

معايير التشخيص

أ) خوف ملحوظ أو قلق حول اثنين (أو أكثر) من الحالات الخمس التالية:

١) استخدام وسائل النقل العامة (مثلاً، السيارات والحافلات والقطارات والسفن

والطائرات).

٢) التواجد في مساحات مفتوحة (مثلاً، مواقف السيارات والأسواق والجسور).

(١٠١) محاضرات في الطب النفسي ----- د/ حسين أبو المجد

٣) التواجد في الأماكن المغلقة (مثل المحلات التجارية والمسارح ودور السينما).

٤) الوقوف في طابور والتواجد في حشد من الناس.

٥) التواجد خارج المنزل لوحده.

ب) حالات الساحة الرهابية تثير دائماً تقريباً الخوف أو القلق.

ت) يخاف الفرد أو يتجنب هذه الحالات بسبب الأفكار حول صعوبة الهرب، أو أن

المساعدة قد لا تكون متاحة في حالة ظهور أعراض تشبه أعراض الهلع، أو

غيرها من الأعراض المقعدة أو المحرجة (مثلاً، الخوف من الوقوع عند كبار

السن، والخوف من السلس).

ث) يتم تجنب حالات الساحة الرهابية بشكلٍ فعال، وتتطلب وجود الرفقة، أو تُحتمل مع

خوف شديد أو قلق.

ج) الخوف أو القلق لا يقارن بالخطر الفعلي الذي يمثله الشيء أو الموقف الرهابي.

وللسياق الثقافي والاجتماعي.

ح) يكون الخوف، القلق، التجنب، مستمراً ويدوم بشكلٍ نموذجي لسنة أشهر أو أكثر.

خ) يسبب الخوف، القلق، التجنب، إحباطاً سريرياً مهماً أو انخفاضاً في الأداء

الاجتماعي أو الأكاديمي أو المهني أو مجالات الأداء الهامة الأخرى.

د) إذا تواجدت حالة طبية أخرى (داء الأمعاء الالتهابي، داء باركنسون) فالخوف،

القلق، التجنب يكون مفرط الوضوح.

(١٠٢) محاضرات في الطب النفسي ----- د/ حسين أبو المجد

(ذ) الخوف، القلق، التجنب لا تُفسر بشكلٍ أفضل بأعراض مرض عقلي آخر، فمثلاً ، لا تقتصر الأعراض على رهاب نوعي للنمط الظرفي، لا تنطوي فقط على المواقف الاجتماعية فقط (كما هو الحال في اضطراب القلق الاجتماعي)، ولا ترتبط حصراً بالوساوس (كما في اضطراب الوسواس القهري)، ولا تُعنى فقط بالعيوب المتصورة أو بالتشوهات في المظهر الجسدي (كما هو الحال في اضطراب تشوه شكل الجسم)، أو بما يذكر بالأحداث المؤلمة (كما في اضطراب الكرب ما بعد الصدمة)، أو الخوف من الانفصال (كما هو الحال في اضطراب القلق الانفصالي).

ملاحظة: يتم تشخيص رهاب الساحة بصرف النظر عن وجود اضطراب الهلع. إذا كانت حالة الفرد تستوفي معايير اضطراب الهلع ورهاب الساحة، فينبغي وضع كلا التشخيصين.

اضطراب الرهاب النوعي Specific Phobia

رهاب يقتصر على مواقف محددة؛ مثل رهاب الاقتراب من حيوان ما، أو رهاب الأماكن المرتفعة، أو رهاب الطيران، أو رهاب منظر الدم والجروح، أو رهاب زيارة طبيب الأسنان. ويبدأ هذا النوع من الرهاب عادة في مرحلة الطفولة أو في مقتبل العمر .

معايير التشخيص

أ) خوف ملحوظ أو قلق حول شيء أو موقف محدد (مثلاً، الطيران، المرتفعات، الحيوانات، أخذ حقنة، رؤية الدم).

ملاحظة: عند الأطفال، الخوف أو القلق قد يعبر عنه بالبكاء، نوب الغضب، والتجمد، أو التثبيث.

ب) يحرص دائماً التعرض للشيء أو الموقف الرهابي خوفاً أو قلقاً مباشراً.

ت) يجري تجنب فعال للشيء أو الموقف الرهابي أو بخلاف ذلك قد يجري تحمّله مع قلق أو خوف شديد.

ث) الخوف أو القلق لا يقارن بالخطر الفعلي الذي يمثله الشيء أو الموقف الرهابي. وللسياق الثقافي والاجتماعي.

ج) يكون الخوف، القلق، التجنب، مستمراً ويدوم بشكلٍ نموذجي لسته أشهر أو أكثر.

ح) يسبب الخوف، القلق، التجنب، إحباطاً سريرياً مهماً أو انخفاضاً في الأداء الاجتماعي أو الأكاديمي أو المهني أو مجالات الأداء الهامة الأخرى.

خ) لا يُفسر الاختلال بشكلٍ أفضل بأعراض مرض عقلي آخر متضمناً الخوف،

القلق، التجنب لمواقف مترافقة مع أعراض شبيهة بالهلع أو الأعراض المقعدة الأخرى (كما في رهاب الساح)، أشياء أو مواقف متعلقة بالوساوس (كما في

اضطراب الوسواس القهري)، ما يذكر بالحوادث الصادمة (كما في اضطراب

(١٠٤) محاضرات في الطب النفسي ----- د/ حسين أبو المجد

الكرب ما بعد الصدمة)، الانفصال عن المنزل أو عن شخص متعلق به (كما اضطراب قلق الانفصال)، أو المواقف الاجتماعية (كما في اضطراب القلق الاجتماعي).

حدّد إذا كان:

يعتمد الرمز على المحفز الرهابي:

- الحيوان (مثل العناكب والحشرات والكلاب).
- البيئة الطبيعية (مثلاً، المرتفعات، والعواصف، والمياه).
- الدم، الحقن، الإصابة (مثلاً، الإبر، والإجراءات الطبية الغازية).

اضطراب الهلع Panic Disorder

هو نوبات من القلق والخوف الشديد لا تقتصر على موقف محدد أو مجموعة من المواقف، وبالتالي لا يمكن التنبؤ، وتبدأ الأعراض بالخفقان المفاجئ، ثم ألم بالصدر، وأحاسيس بالاختناق والدوار، وأحاسيس بتبدد الشخصية، أو الغربة عن الواقع، ويتبعه خوف من الموت أو التحكم في النفس، أو الجنون (زيادة في نشاط الجهاز العصبي اللاإرادي) وتستمر كل نوبة على حدة لدقائق معدودة، وإن كانت تطول أحياناً.

(١٠٥) محاضرات في الطب النفسي ----- د/ حسين أبو المجد

هذه الحالة أكثر شيوعاً بين النساء؛ فيسعى المريض إلى تجنب المواقف التي سبق أن حدثت النبوة فيها، أما الحالات التي لا يمكن تتبؤ حدوث الحالة فيها فتجعل المريض يخاف من البقاء وحده، أو الخروج إلى أماكن عامة. وكثيراً ما يلي نوبة الهلع قلق مستمر من الإصابة بنوبة أخرى؛ مما يؤدي في النهاية إلى حالة من الرهاب المستمر.

هو اضطراب شائع ونسبة انتشاره حوالي ٣-٤% ، وهو ينتشر أكثر عند المرأة وبنسبة ضعف انتشاره عند الرجل. ويترافق في ثلث الحالات أو نصفها مع الخوف المرضي المتعدد أو رهاب السوق والأماكن المفتوحة والحشود وعندها يزداد انتشاره عند المرأة بنسبة ثلاثة إلى واحد. ونوبات الهلع تعتبر حالة شديدة مرعبة تستمر لدقائق ثم تختفي وخلالها يصاب الإنسان برعب شديد وقلق حاد وانزعاج وتصل النبوة إلى ذروتها خلال ١٠ دقائق وهي تتضمن ٤ على الأقل من الأعراض التالية :

١- خفقان القلب أو ازدياد النبض .

٢- ازدياد التعرق .

٣- الرجفة أو الإحساس بالإرتعاش .

٤- صعوبة في التنفس ، الكتمة وضيق التنفس .

(١٠٦) محاضرات في الطب النفسي ----- د/ حسين أبو المجد

- ٥- الشعور بالاختناق وعدم القدرة على التقاط النفس .
- ٦- ألم في الصدر أو انزعاج في الصدر .
- ٧- الغثيان أو انزعاج في البطن .
- ٨- الشعور بالدوخة أو عدم التوازن أو الشعور بالإغماء .
- ٩- الخوف من فقدان السيطرة على الذات أو الخوف من فقدان العقل .
- ١٠- الإحساس بتغير الشخصية (كأنني لست أنا) أو بتغير البيئة المحيطة واختلافها .
- ١١- الخوف من اقتراب الموت ، الشعور باقتراب النهاية والموت .
- ١٢- الشعور بالتميل والخدر في الجسم والأطراف .
- ١٣- هبات في الجسم ساخنة أو باردة .

وفي حال ترافق ظهور نوبة الهلع مع موقف معين مثل وجود المريض في السوق أو في مكان عام مزدحم أو أثناء ركوب السيارة أو الطائرة أو غيرها من المواقف ، فإن المريض يمكن له أن يمتنع عن الذهاب إلى مثل تلك الأماكن .

وفي بعض الحالات الشديدة يبقى المريض حبس المنزل ولايخرج منه إلا برفقة أحد من أقربائه أو معارفه وبعد جهد كبير. ونوبات الهلع يمكن لها أن تتكرر في اليوم الواحد وأن تطول لمدة ساعة أو أكثر في بعض الأحيان،

(١٠٧) محاضرات في الطب النفسي ----- د/ حسين أبو المجد

ويتطلب التشخيص ظهور ٤ نوبات خلال شهر أو نوبة واحدة خلال شهر يظل المريض خائفاً ومتربحاً خلاله من ظهور نوبة ثانية . ونوبات الهلع يمكن أن تظهر مرة واحدة وتختفي لسنوات طويلة وعندها تسمى نوبة هلع منفردة وليس اضطراب نوبات الهلع المتكرر . وتظهر نوبة الهلع أثناء القيام بعمل اعتيادي أو أنها تظهر بعد موقف يدعو للخوف أو الألم أو بعد الابتعاد عن الأسرة بسبب العمل أو الدراسة. ويمكن أن تظهر النوبة الأولى بعد الولادة أو قبل الدورة الشهرية أو أثناء ممارسة الرياضة أو بعد تناول المخدرات كالحشيش أو الكوكائين أو الأمفيتامين .

وكثيرون من مرضى الهلع يراجعون أطباء القلب والصدرية وأقسام الطوارئ في المشفيات العامة، وهم يقومون بفحوصات عديدة ومكلفة ولا يظهر تخطيط القلب أو غيره من الفحوصات أية علامات على مرض عضوي، وهم ينتقلون بين مختلف العيادات التخصصية بما فيها أطباء الأذنية والهضمية وغيرها دون تشخيص واضح ودون جدوى. وقليل منهم من يراجع الطبيب النفسي أو يتم تحويله إلى الطبيب النفسي وذلك بسبب الجهل العام والمخاوف التي لامبرر لها حول الطب النفسي والعلاج النفسي . واضطرابات القلق عموماً هي اضطرابات مزمنة والقلق العام أشد إزماناً من اضطراب الهلع الذي يمر بفترات من الإشتداد والسبات، كما أن بعض الحالات تشفى تلقائياً .

(١٠٨) محاضرات في الطب النفسي ----- د/ حسين أبو المجد

وتأكيد تشخيص اضطراب نوبات الهلع يحتاج إلى الانتباه إلى بعض الأمراض العضوية التي يمكن أن تتظاهر بأعراض مشابهة لنوبات الهلع ويتطلب ذلك خبرة وتدريباً إضافة لبعض الفحوصات الطبية لنفيها أو تأكيد وجودها. وأهم هذه الأمراض نقص السكر في الدم وفرط نشاط الغدة الدرقية أو قصورها إضافة إلى فقر الدم وورم الغدة الكظرية، وكل ذلك يحتاج إلى تحاليل دموية اعتيادية. ويمكن لبعض الاضطرابات القلبية أن تختلط بنوبة الهلع مثل نقص التروية القلبية وتدلي الصمام التاجي واضطرابات نظم القلب، وهي تحتاج إلى تخطيط القلب وتصويره بالصدى و الفحص الطبي السريري .

ويضاف إلى ما سبق ذكره من الأمراض العضوية الربو الصدري وصرع الفص الصدغي وهي تحتاج إلى فحص الصدر واختبار الوظائف التنفسية وتخطيط الدماغ .

معايير التشخيص اضطراب الهلع

أ) نوبات هلع متكررة غير متوقعة. هجمة الهلع هي اندفاع مفاجئ للخوف الشديد أو الانزعاج الشديد والتي تصل إلى الذروة في غضون دقائق، وخلال هذا الوقت تحدث أربعة (أو أكثر) من الأعراض التالية:

ملاحظة: يمكن أن يحدث الاندفاع المفاجئ من حالة هدوء أو حالة قلق.

(١٠٩) محاضرات في الطب النفسي ----- د/ حسين أبو المجد

(١) خفقان، أو تزايد سرعة القلب.

(٢) تعرّق.

(٣) ارتعاش أو ارتجاف.

(٤) أحاسيس بقصر النفس أو الاختناق.

(٥) شعور بالغصص.

(٦) ألم أو انزعاج صدري.

(٧) غثيان أو تلبك في البطن.

(٨) الإحساس بالدوار أو عدم الثبات أو خفة الرأس أو الاغماء.

(٩) قشعريرة أو أحاسيس بالحرارة.

(١٠) مذل أو تشوش الحس (إحساسات بالتنميل أو بالوخز).

(١١) تبدد الواقع (إحساسات باللاواقعية) أو تبدد الشخصية (أن يكون

الشخص منفصلاً عن ذاته).

(١٢) خوف من فقدان السيطرة أو الجنون.

(١٣) خوف من الموت.

ملاحظة: قد تشاهد أعراض ثقافية محددة (مثلاً، طنين، آلام الرقبة

والصداع والصراخ أو البكاء الخارجة عن السيطرة). لا ينبغي أن نعتبر مثل هذه

الأعراض أحد الأعراض الأربعة المطلوبة.

(١١٠) محاضرات في الطب النفسي ----- د/ حسين أبو المجد

ب) واحدة على الأقل من الهجمات تلاها شهر (أو أكثر) لأحد أو لكلاً ما يلي:

(١) قلق مستمر أو خوف حول هجمات إضافية من الهلع أو حول عواقبها (مثلاً،

فقدان السيطرة، الإصابة بنوبة قلبية، "يصبح مجنوناً").

(٢) تغير كبير لسوء سلوك التكيف على صلة بهجمات الهلع (مثلاً، السلوكيات تهدف

إلى تجنب حصول نوبات الهلع، مثل تجنب الحالات غير المألوفة).

ت) لا يُعزى الاضطراب للتأثيرات الفيزيولوجية لمادة (مثلاً، إساءة استخدام عقار،

دواء) أو لحالة طبية أخرى (مثلاً، فرط نشاط الدرق، واضطرابات قلبية رئوية).

ث) لا يُفسر الاضطراب بشكلٍ أفضل بمرض عقلي آخر، (مثلاً هجمات الهلع لا

تحدث فقط كاستجابة للمواقف الاجتماعية المرهوبة، كما في اضطراب القلق

الاجتماعي، وليس كاستجابة للأشياء أو الحالات المرهوبة المحددة، كما في

الرهاب النوعي، وليس استجابةً للوساوس، كما في الوسواس القهري، وليس

كاستجابة لما يذكر بالأحداث المؤلمة، كما في اضطراب الكرب ما بعد الصدمة،

وليس كاستجابة للانفصال عن شخصٍ متعلقٍ به، كما اضطراب قلق الانفصال).

اضطراب الوسواس القهري: Obsessive-Compulsive Disorder

ما يميز الوسواس القهري:

مرض نفسي يتميز بوجود تصور أو طقوس حركية أو دورية أو فكرة تراود المريض وتعاوده أو تلازمه دون أن يستطيع طردها أو التخلص منها بالرغم من شعوره وإدراكه لغرابتها وعدم واقعيتها أو جدواها. بل إن المريض يبذل من طاقته الكثير لمحاولة درء مثل هذه الأفكار عن ذهنه، حتى يصبح شاغله الشاغل هو القضاء عليها واستبعادها. أنا باستخدام منطقة في إقناع نفسه بعدم واقعية أو جدوى الفكرة، وأنا آخر باللجوء إلى الآخرين لإقناعه بذلك. فقد تكون هذه الفكرة فكرة عامة، غير ذات أهمية إطلاقاً للمريض، مثل التفكير فيما إذا كانت البيضة، وجدت قبل الدجاجة، أم العكس. وقد تكون لها أهمية عاطفية، مثل التفكير في وفاه أحد الأقارب. وأحياناً تكون الفكرة مرتبطة بحادث يهيم المريض ولكنها لا تتفق مع واقعه وحقائق الأشياء مثل تفكير طالب ما فيما إذا كانت نتيجة امتحان العام السابق نتيجة صحيحة أم لا، وذلك رغم انتقاله إلى السنة الدراسية التالية، ورغم أنه يحاول إبعاد هذه الفكرة عبثاً .

أما الفكرة الوسواسية التي تشغل بال المريض فقد تظل هي نفسها دون تغيير، أو قد تختفي لتحل محلها فكرة أخرى لتختفي حتى تعود الفكرة الأولى أو

(١١٢) محاضرات في الطب النفسي ----- د/ حسين أبو المجد

تحل ثالثة محلها، كما قد تجتمع أكثر من فكرة وسواسية في نفس الوقت. والأفكار الوسواسية كثيرة يصعب حصرها، فهذا مريض تلح عليه فكرة أن كل أفراد الجنس الآخر ينظرون إليه نظرات جنسية، وآخر تلح عليه فكرة أن الآخرين من الجنس الآخر يفسرون نظراته على أنها جنسية صرفة، ويبدو لذلك مرتبكا في حضرتهم وخجولاً، وثالث عليه فكرة أنه شخص فاشل لا يصلح لشيء، وعندما تحدثنا في هذا الفصل عن مظاهر الأمراض النفسية ذكرنا كمثل على اضطراب التفكير وسواس أم عند خروج ابنها. وبطبيعة الحال ، فإن الإقناع المنطقي يفشل في علاج المريض الوسواسي، طالما أن هذه الأفكار لم تأت نتيجة منطقيتها، بل إنها تعتق بالرغم من مخالفتها للمنطق وللواقع معاً. فالوسواس والقهر أو الحواز عادة متلازمان كأنهما وجهان لعملة واحدة.

ما يميز الوسواس القهري

- وجود وسواس في شكل أفكار أو اندفاعات أو مخاوف، إلى جانب أفعال قهرية في هيئة طقوس أو أفعال حركية مستمرة أو دورية .
- يقين المريض بتفاهة الوسواس وابتعادها عن المعقول، وعلمه الأكيد أنها لا تستحق منه هذا الاهتمام، وهذا يمكن التفريق بينها وبين الأوهام والضلالات.

(١١٣) محاضرات في الطب النفسي ----- د/ حسين أبو المجد

- محاولة المريض المستمرة لمقاومة هذه الوسواس، وعدم الاستسلام لها، ولكن مع طول مدة المرض
- تضعف هذه المقاومة.
- إحساس المريض بسيطرة هذه الوسواس وقوتها القهرية عليه؛ مما يترتب عليه آلام نفسية، ومعاناة شديدة.
- ويظهر الوسواس القهري عادة في الشخصية الوسواسية؛ التي تتميز بالصلابة وعدم المرونة والتردد، وصعوبة التكيف، وحب النظام والروتين وضبط المواعيد، والاهتمام بالتفاصيل، وأحيانا البطء الشديد.

أعراض الوسواس القهري:

الأفكار والصور الذهنية: تسيطر فكرة أو منظر مستلطف أو كره، أو جمل معينة، تتردد على مخه أو نعمة موسيقية مستمرة مع تفكيره.

الاندفاعات: يشعر المريض بإلحاح مسيطر، أو برغبة جامحة، أو

باندفاع؛ ليقوم بأعمال لا يراها، ويحاول مقاومتها، ولكن تسيطر عليه هذه الرغبة

بقوة، وقد تكون في شكل عدوانية أو انتحارية (مثل إيذاء المارة في الشارع، أو

إلقاء نفسه من الأدوار العليا) وأحيانا اندفاعات مضحكة؛ كالغناء في الأماكن

المقدسة.

(١١٤) محاضرات في الطب النفسي ----- د/ حسين أبو المجد

اجترار الأفكار: هنا تنتاب المريض أفكار أو أسئلة لا يمكن الإجابة عنها، ويحاول التخلص من تلك الأفكار، ولكن دون جدوى، ولا يحتل تفكيره سوي هذه الفكرة ، أو السؤال (لماذا نعيش؟ لماذا نموت؟) وقد تكون الأفكار كفيرية.

الأفكار الحركية: مثل تكرار غسل الأيدي المتكرر، أو غسل الجسم المتكرر، والمبالغ فيه بعد عمليات التبرز أو التبول، أو تكرار الوضوء والصلاة.

معايير التشخيص اضطراب الوسواس

أ) وجود إما وساوس أو أفعال قهرية أو كلاهما:

(١) أفكار أو اندفاعات أو صور متكررة وثابتة، تُختبر في وقت ما أثناء الاضطراب باعتبارها مقتحمة متطفلة وغير مرغوبة، وتسبب عند معظم الأفراد قلقاً أو إحباطاً ملحوظاً.

(٢) يحاول المصاب تجاهل أو قمع مثل هذه الأفكار أو الاندفاعات أو الصور أو تحييدها بأفكار أو أفعال أخرى (أي بأداء فعل قهري).

تُعرّف الأفعال القهرية ب (١) و (٢) :

(١) سلوكيات متكررة (مثل، غسل اليدين، الترتيب، التحقق) أو أفعال عقلية (مثل، الصلاة، العد، تكرار الكلمات بصمت) والتي يشعر المريض أنه مُساق لأدائها استجابةً لوسواس، أو وفقاً لقواعد ينبغي تطبيقها بصرامة.

(١١٥) محاضرات في الطب النفسي ----- د/ حسين أبو المجد

(٢) تهدف السلوكيات أو الأفعال العقلية إلى منع أو تقليل الإحباط أو القلق، أو

منع حادث أو موقف فظيع، بيد أن هذه السلوكيات أو الأفعال العقلية إما أنها

ليست مرتبطة بطريقة واقعية بما هي مُصمَّمة لتحبيده أو منعه أو أنها مُفرطة.

ملاحظة: الأطفال الصغار قد لا يكونون قادرين على التعبير عن أهداف هذه

السلوكيات أو الأفعال العقلية.

(ب) تكون الوسواس والأفعال القهرية مستهلكة للوقت (تستغرق أكثر من ساعة يومياً

مثلاً)، أو تسبب إحباطاً سريرياً هاماً أو ضعف الأداء في المجالات الاجتماعية

والمهنية أو غيرها من مجالات الأداء الهامة الأخرى.

(ت) أعراض الوسواس القهري لا تُعزى للتأثيرات الفيزيولوجية لمادة (مثلاً

إساءة استخدام عقار/دواء) أو لحالة طبية أخرى.

(ث) لا يُفسر الاضطراب بشكلٍ أفضل بأعراض اضطراب عقلي آخر)

على سبيل المثال، المخاوف المفرطة، كما في اضطراب القلق المعمم، الانشغال

بالمظهر، كما في اضطراب تشوه شكل الجسم، وصعوبة التخلص أو فراق

المقتنيات، كما هو الحال في اضطراب الاكتناز، نتف الشعر، كما في هوس

نتف الأشعار اضطراب نتف الشعر، نزع الجلد، كما هو الحال في اضطراب نزع

الجلد، النمطية، كما هو الحال في اضطراب الحركة النمطية، طقوس سلوك

(١١٦) محاضرات في الطب النفسي ----- د/ حسين أبو المجد

الأكل، كما هو الحال في اضطرابات الأكل، الانشغال بالمواد أو بالمقامرة، كما هو الحال في الاضطرابات الإدمانية وذات الصلة بالمواد، الانشغال بوجود المرض، كما هو الحال في اضطراب قلق المرض، الاندفاعات أو التخيلات الجنسية، كما هو الحال في اضطرابات الولوج الجنسي، الاندفاعات، كما هو الحال في اضطراب السلوك والسيطرة على الانفعالات، واجترار الذنب، كما هو الحال في الاضطراب الاكتئابي الجسيم، زرع الأفكار أو الانشغالات التوهمية، كما في طيف الفصام والاضطرابات الذهانية الأخرى، أو الأنماط متكررة من السلوك، كما في اضطراب طيف التوحد).

تحديد ما إذا كان:

مع بصيرة جيدة أو مناسبة: يدرك الفرد بشكلٍ مؤكد أو بشكلٍ محتمل أن معتقدات الوسواس القهري ليست صحيحة أو أنها قد تكون أو لا تكون صحيحة.

مع فقر البصيرة: يظن الفرد أن معتقدات الوسواس القهري صحيحة على الأرجح.

مع غياب البصيرة/معتقدات توهمية: يكون الفرد مقتنعاً تماماً بأن معتقدات الوسواس القهري صحيحة.

اضطراب تشوه شكل الجسم Body Dysmorphic Disorder

معايير التشخيص

أ) الانشغال بواحد أو أكثر من العيوب المتصورة أو بتشوهات في المظهر الجسدي التي لا يمكن ملاحظتها أو تظهر بشكلٍ طفيف للآخرين.

ب) في مرحلة ما أثناء الاضطراب، فقد أدى الفرد سلوكيات متكررة (على سبيل المثال، تفحص النفس في المرآة، التبرج المفرط، ونزع الجلد، البحث عن التطمين) أو الأفعال العقلية (على سبيل المثال، مقارنة مظهره مع الآخرين) رداً على مخاوف المظهر.

ت) تسبب الانشغالات إحباطاً سريرياً هاماً أو ضعفاً في الأداء في المجالات الاجتماعية والمهنية أو غيرها من مجالات الأداء الهامة الأخرى.

ث) لا يُفسر الاضطراب بشكلٍ أفضل من خلال المخاوف المتعلقة بتراكم الدهون في الجسم أو بالوزن لدى الفرد والذي يستوفي المعايير التشخيصية لاضطراب الأكل.

تحديد ما إذا كان:

مع شذوذ البنية العضلية: انشغال الفرد بفكرة أن له أو لها كتلة جسدية صغيرة جداً أو أن الكتلة العضلية غير كافية. ويستخدم هذا المحدد حتى لو كان الفرد مشغولاً بمناطق أخرى من الجسم كما هو الحال في كثير من الأحيان.

تحديد ما إذا كان:

الإشارة لدرجة البصيرة بشأن معتقدات اضطراب تشوه شكل الجسم (على سبيل المثال، "أنا أبدو قبيحاً" أو "أنا أبدو مشوهاً").

مع بصيرة جيدة أو مناسبة: يدرك الفرد بشكلٍ مؤكدٍ أو بشكلٍ محتملٍ أن معتقدات اضطراب تشوه شكل الجسم ليست صحيحة أو أنها قد تكون أو لا تكون صحيحة.

مع فقر البصيرة: يظن الفرد أن معتقدات اضطراب تشوه شكل الجسم صحيحة على الأرجح.

مع غياب البصيرة/معتقدات توهمية: يكون الفرد مقتنعاً تماماً بأن معتقدات اضطراب تشوه شكل الجسم صحيحة.

اضطراب الكرب ما بعد الصدمة Posttraumatic Stress Disorder

يظهر هذا الاضطراب كرد فعل متأخر ممتد زمنياً؛ لحدث أو إجهاد ذي طابع يحمل صفة التهديد، أو الكارثة الاستثنائية، وينتظر منه أن يحدث ضيقاً عاماً لأي شخص، على سبيل المثال كارثة طبيعية، أو حرب، أو حادثة شديدة، أو مشاهدة موت آخرين موتاً عنيفاً، أو التعذيب والاعتقال.

الأعراض النموذجية: تتضمن نوبات من اجترار الحادث، من خلال ذكريات رجوعية، مع أحلام وكوابيس، على خلفية مستمرة من الإحساس بالخدر والتبدل الانفعالي، والانسحاب مع تجنب النشاطات والمواقف التي قد تذكره بالحادث.

معايير التشخيص

ملاحظة: تطبق المعايير التالية للبالغين والمراهقين، والأطفال الأكبر من

٦ سنوات. بالنسبة للأطفال ٦ سنوات والأصغر، انظر المعايير أدناه.

أ) التعرض لاحتمال الموت الفعلي أو التهديد بالموت، أو لإصابة خطيرة، أو العنف

الجنسي عبر واحد (أو أكثر) من الطرق التالية:

(١) التعرض مباشرة للحدث الصادم.

(٢) المشاهدة الشخصية، للحدث عند حدوثه للآخرين.

(٣) المعرفة بوقوع الحدث الصادم لأحد أفراد الأسرة أو أحد الأصدقاء المقربين. في

حالات الموت الفعلي أو التهديد بالموت لأحد أفراد الأسرة أو أحد الأصدقاء

المقربين، فالحدث يجب أن يكون عنيفاً أو عرضياً.

(٤) التعرض المتكرر أو التعرض الشديد للتفاصيل المكروهة للحدث الصادم. (على

سبيل المثال، أول المستجيبين لجمع البقايا البشرية، ضباط الشرطة الذين

يتعرضون بشكلٍ متكرر لتفاصيل الاعتداء على الأطفال.

(١٢٠) محاضرات في الطب النفسي ----- د/ حسين أبو المجد

ملاحظة: لا يتم تطبيق المعيار أ ٤ إذا كان التعرض من خلال وسائل الإعلام

الإلكترونية والتلفزيون والأفلام والصور إلا إذا كان هذا التعرض ذا صلةً بالعمل

ب) وجود واحد (أو أكثر) من الأعراض المقترحة التالية المرتبطة بالحدث الصادم،

والتي بدأت بعد الحدث الصادم:

(١) الذكريات المؤلمة المتطفلة المتكررة وغير الطوعية، عن الحدث الصادم.

ملاحظة: في الأطفال الأكبر سناً من ٦ سنوات، قد يتم التعبير عن طريق

اللعب المتكرر حول مواضيع أو جوانب الحدث الصادم.

(٢) أحلام مؤلمة متكررة حيث يرتبط محتوى الحلم و/أو الوجدان في الحلم بالحدث

الصادم.

ملاحظة: عند الأطفال، قد يكون هناك أحلام مخيفة دون محتوى يمكن

التعرف عليه.

(٣) ردود فعل تفارقية (على سبيل المثال flashbacks ومضات الذاكرة) حيث يشعر

الفرد أو يتصرف كما لو كان الحدث الصادم يتكرر. (قد تحدث ردود الفعل هذه

بشكلٍ متواصل، حيث التعبير الأكثر تطرفاً هو فقدان كامل للوعي بالمحيط).

ملاحظة: في الأطفال، قد يحدث إعادة تمثيل محدد للصدمة خلال اللعب.

(٤) الإحباط النفسي الشديد أو لفترات طويلة عند التعرض لمنبهات داخلية أو خارجية

والتي ترمز أو تشبه جانباً من الحدث الصادم.

(١٢١) محاضرات في الطب النفسي ----- د/ حسين أبو المجد

٥) ردود الفعل الفيزيولوجية عند التعرض لمنبهات داخلية أو خارجية والتي ترمز أو تشبه جانباً من الحدث الصادم.

ت) تجنب ثابت للمحفزات المرتبطة بالحدث الصادم، وتبدأ بعد وقوع الحدث الصادم، كما يتضح من واحد مما يلي أو كليهما:

١- تجنب أو جهود لتجنب الذكريات المؤلمة، والأفكار، أو المشاعر أو ما يرتبط بشكلٍ وثيق مع الحدث الصادم.

٢- تجنب أو جهود لتجنب عوامل التذكير الخارجية (الناس، الأماكن، والأحداث، الأنشطة، والأشياء، والمواقف) والتي تثير الذكريات المؤلمة، والأفكار، أو المشاعر عن الحدث أو المرتبطة بشكلٍ وثيق مع الحدث الصادم.

ث) التعديلات السلبية في المدركات والمزاج المرتبطين بالحدث الصادم، والتي بدأت أو تفاقمت بعد وقوع الحدث الصادم، كما يتضح من اثنين (أو أكثر) مما يلي:

١- عدم القدرة على تذكر جانب هام من جوانب الحدث الصادم (عادة بسبب النساوة التفارقية ولا يعود لعوامل أخرى مثل إصابات الرأس، والكحول، أو المخدرات).

٢- المعتقدات سلبية ثابتة ومبالغ بها أو توقعات سلبية ثابتة ومبالغ بها حول الذات، والآخر، أو العالم (على سبيل المثال، "أنا سيئ"، "لا يمكن الوثوق بأحد"، "العالم خطير بشكلٍ كامل"، "الجهاز العصبي لدي دمر كله بشكلٍ دائم").

(١٢٢) محاضرات في الطب النفسي ----- د/ حسين أبو المجد

- ٣- المدركات الثابتة، والمشوهة عن سبب أو عواقب الحدث الصادم والذي يؤدي بالفرد إلى إلقاء اللوم على نفسه/نفسها أو غيرها.
 - ٤- الحالة العاطفية السلبية المستمرة (على سبيل المثال، الخوف والرعب والغضب، والشعور بالذنب، أو العار).
 - ٥- تضاعل بشكل ملحوظ للاهتمام أو للمشاركة في الأنشطة الهامة.
 - ٦- مشاعر بالنفور والانفصال عن الآخرين.
 - ٧- عدم القدرة المستمرة على اختبار المشاعر الإيجابية (على سبيل المثال، عدم القدرة على تجربة السعادة والرضا، أو مشاعر المحبة).
- ج) تغييرات ملحوظة في الاستثارة ورد الفعل المرتبط بالحدث الصادم، والتي تبدأ أو تتفاقم بعد وقوع الحدث الصادم، كما يتضح من اثنين (أو أكثر) مما يلي:
- ١- سلوك متوتر ونوبات الغضب (دون ما يستفز أو يستفز بشكل خفيف) والتي عادةً ما يُعرب عنها بالاعتداء اللفظي أو الجسدي تجاه الناس أو الأشياء.
 - ٢- التهور أو سلوك تدميري للذات.
 - ٣- التيقظ المبالغ فيه Hyper vigilance .
 - ٤- استجابة عند الجفل مبالغ بها.
 - ٥- مشاكل في التركيز.

(١٢٣) محاضرات في الطب النفسي ----- د/ حسين أبو المجد

٦- اضطراب النوم (على سبيل المثال، صعوبة في الدخول للنوم أو البقاء نائماً أو النوم المتوتر).

(ح) مدة الاضطراب (معايير ب، ت، ث، ج) أكثر من شهر واحد.

(خ) يسبب الاضطراب إحباطاً سريرياً هاماً أو ضعفاً في الأداء في المجالات الاجتماعية والمهنية أو غيرها من مجالات الأداء الهامة الأخرى.

(د) لا يُعزى الاضطراب إلى التأثيرات الفيزيولوجية لمادة (مثل، الأدوية، والكحول) أو حالة طبية أخرى.

حدد في ما إذا كان:

مع أعراض تفارقية: أعراض الفرد تفي بمعايير اضطراب الكرب ما بعد الصدمة، وبالإضافة إلى ذلك، فرداً على الشدائد، يختبر الفرد أعراضاً مستمرة أو متكررة من أي مما يلي:

١- تبدد الشخصية: تجارب ثابتة أو متكررة بالشعور بالانفصال عن الذات، وكما لو كان الواحد مراقباً خارجياً، للجسم أو العمليات العقلية (على سبيل المثال، الشعور كما لو كان الواحد في حلم، الشعور بإحساس غير واقعي عن النفس أو الجسم أو تحرك الوقت ببطء).

(١٢٤) محاضرات في الطب النفسي ----- د/ حسين أبو المجد

٢- تبدد الواقع: تجارب ثابتة أو متكررة بلا واقعية البيئة المحيطة (على سبيل المثال، يختبر العالم المحيط بالفرد على أنه غير واقعي، شبيه بالحلم، بعيد، أو مشوه).
ملاحظة: لاستخدام هذا النمط الفرعي، يجب ألا تُعزى الأعراض التفارقية إلى التأثيرات الفيزيولوجية لمادة (مثل النساوة بسبب مادة، وسلوك أثناء التسمم بالكحول) أو حالة طبية أخرى (على سبيل المثال، نوبات الصرع الجزئية المعقدة).

حدد إذا كان:

مع تعبير متأخر: إذا لم يتم استيفاء معايير التشخيص الكامل حتى ٦ أشهر على الأقل بعد وقوع الحدث (على الرغم من أن البدء والتعبير عن بعض الأعراض قد يكون فورياً).

اضطراب الكرب ما بعد الصدمة للأطفال بعمر ست سنوات والأصغر سناً.

أ) التعرض لاحتمال الموت الفعلي أو التهديد بالموت، إصابة خطيرة، أو العنف الجنسي عبر واحد (أو أكثر) من الطرق التالية:

- ١- التعرض مباشرة للحدث الصادم. -
- ٢- المشاهدة الشخصية، للحدث عند حدوثه للآخرين وخصوصاً مقدمي الرعاية الأساسيين.

(١٢٥) محاضرات في الطب النفسي ----- د/ حسين أبو المجد

ملاحظة: المشاهدة لا تتضمن الأحداث المشاهدة فقط عبر الوسائط

الالكترونية، التلفاز، الأفلام، الصور.

٣- المعرفة بوقوع الحدث الصادم للوالدين أو للشخصيات المقدمة للرعاية.

(ب) وجود واحد (أو أكثر) من الأعراض المقتحمة التالية المرتبطة بالحدث الصادم،

والتي بدأت بعد الحدث الصادم:

١- الذكريات المؤلمة المتطفلة المتكررة، وغير الطوعية، عن الحدث الصادم.

ملاحظة: الذكريات العفوية والافتحامية قد لا تبدو مؤلمة وقد يُعبر عنها بإعادة

التمثيل عند اللعب.

٢- أحلام مؤلمة متكررة حيث يرتبط محتوى الحلم و/أو الوجدان في الحلم بالحدث

الصادم.

ملاحظة: قد لا يتمكن من التأكد أن المحتوى المخيف له علاقة بالحدث الصادم.

٣- ردود فعل تفارقية (على سبيل المثال، ومضات الذاكرة) حيث يشعر الطفل أو

يتصرف كما لو كان الحدث الصادم يتكرر. (قد تحدث ردود الفعل هذه بشكلٍ

متواصل، حيث التعبير الأكثر تطرفاً هو فقدان كامل للوعي بالمحيط) قد تحدث

إعادة تمثيل محدد للصدمة خلال اللعب.

(١٢٦) محاضرات في الطب النفسي ----- د/ حسين أبو المجد

٤- الإحباط النفسي الشديد أو لفترات طويلة عند التعرض لمنبهات داخلية أو خارجية والتي ترمز أو تشبه جانباً من الحدث الصادم.

٥- ردود الفعل الفيزيولوجية عند التعرض لمنبهات داخلية أو خارجية والتي ترمز أو تشبه جانباً من الحدث الصادم.

ت) واحد (أو أكثر) من الأعراض التالية والذي يمثل اما تجنباً ثابتاً للمحرضات المرتبطة بالحدث الصادم، أو التغيرات السلبية في المدركات والمزاج المرتبطة بالحدث الصادم، والتي بدأت بعد الحدث أو ساعت بعده يجب أن تتواجد:

*تجنب ثابت للمحرض

١- تجنب أو جهود لتجنب الأنشطة والأماكن أو عوامل التذكير الفيزيائية والتي تثير الذاكرة حول الحدث الصادم.

٢- تجنب أو جهود لتجنب الناس، والأحاديث، والمواقف الشخصية والتي تثير الذاكرة حول الحدث الصادم.

* التعديلات السلبية في المدركات

٣- التواتر المتزايد الكبير للحالة العاطفية السلبية (على سبيل المثال، الخوف والرعب والغضب، والشعور بالذنب، أو العار، التشوش الذهني).

٤- تضاعل بشكل ملحوظ للاهتمام أو للمشاركة في الأنشطة الهامة متضمناً تقيد اللعب

(١٢٧) محاضرات في الطب النفسي ----- د/ حسين أبو المجد

- ٥- سلوك الانسحاب الاجتماعي.
- ٦- الانخفاض المستمر في التعبير عن المشاعر الإيجابية. -
- ٣) تغييرات ملحوظة في الاستثارة ورد الفعل المرتبط بالحدث الصادم، والتي تبدأ أو تتفاقم بعد وقوع الحدث الصادم، كما يتضح من اثنين (أو أكثر) مما يلي:
- ١- سلوك متوتر ونوبات الغضب (دون ما يستفز أو يستفز بشكلٍ خفيف) والتي عادةً ما يُعرب عنها بالاعتداء اللفظي أو الجسدي تجاه الناس أو الأشياء.
- ٢- التيقظ المبالغ فيه (Hyper vigilance)
- ٣- استجابة عند الجفل مبالغ بها.
- ٤- مشاكل في التركيز.
- ٥- اضطراب النوم (على سبيل المثال، صعوبة في الدخول للنوم أو البقاء نائماً أو النوم المتوتر).
- ج) مدة الاضطراب أكثر من شهر واحد.
- ح) يسبب الاضطراب إحباطاً سريرياً هاماً أو ضعفاً في العلاقات مع الوالدين، الأشقاء، الأقران، أو مقدمي الرعاية الآخرين أو في السلوك المدرسي.
- خ) لا يُعزى الاضطراب إلى التأثيرات الفيزيولوجية لمادة (مثل، الأدوية، والكحول) أو حالة طبية أخرى.

حدد في ما إذا كان:

مع أعراض تفارقية: أعراض الفرد تفي بمعايير اضطراب الكرب ما بعد الصدمة، وبالإضافة إلى ذلك، فرداً على الشدائد، يختبر الفرد أعراضاً مستمرة أو متكررة من أي مما يلي:

١- تبدد الشخصية: تجارب ثابتة أو متكررة بالشعور بالانفصال عن الذات، وكما لو كان الواحد مراقباً خارجياً، للجسم أو العمليات العقلية (على سبيل المثال، الشعور كما لو كان الواحد في حلم، الشعور بحس غير واقعي عن النفس أو الجسم أو تحرك الوقت ببطء).

٢- تبدد الواقع: تجارب ثابتة أو متكررة بلا واقعية البيئة المحيطة (على سبيل المثال، يختبر العالم المحيط بالفرد على أنه غير واقعي، شبيه بالحلم، بعيد، أو مشوه).

ملاحظة: لاستخدام هذا النمط الفرعي، يجب ألا تُعزى الأعراض التفارقية إلى التأثيرات الفيزيولوجية لمادة (مثل النساوة بسبب مادة، وسلوك أثناء التسمم بالكحول) أو حالة طبية أخرى (على سبيل المثال نوبات الصرع الجزئية المعقدة).

حدد إذا كان:

مع تعبير متأخر: إذا لم يتم استيفاء معايير التشخيص الكامل حتى ٦ أشهر على الأقل بعد وقوع الحدث (على الرغم من أن البدء والتعبير عن بعض الأعراض قد يكون فورياً).

الفصل الخامس

الاضطرابات الذهانية

Psychosis Disorder

Psychosis Disorder الفصل الخامس الاضطرابات الذهانية

مقدمة

تضم هذه الأمراض مجموعة من الأمراض النفسية الشديدة، والتي تتميز بتأثيرها الخطير على الشخصية، بحيث تعجز الشخص عن التوافق مع من يعيشون معه، وعن العمل المنتج، بل غالبًا ما يصل الأمر بالمريض لأن يصبح خطرًا على نفسه وعلى الآخرين، بحيث يلزم حجزه في المستشفى حماية له ودرءًا لخطورته على المجتمع. والمريض هنا يكون إدراكه للواقع مضطربًا، بحيث لا يعود يدرك في الواقع ما هو موجود به فعلاً، بل ما يدور في ذهنه هو، حتى ليكاد يختفي الفارق بين الواقع والخيال، كالنائم الذي يحلم في نومه بأحداث وكأنها الواقع، بينما هي لا تعدو أن تكون تخييلات لا مقابل لها في الواقع الفعلي المحيط به. وهكذا قد يدرك الذهاني أخاه الحميم على أنه عدو لدود ينبغي أن يبادر بالقضاء عليه، قبل أن يسبقه أخوه هذا فيقضي عليه، أو قد يرى الذهاني نفسه على أنه مجرم آثم يستحق الإعدام على ما اقترفه من جرائم (وهمية بطبيعة الحال)، فيبادر إلى تنفيذ حكم الإعدام على نفسه فينتحر وذلك بسبب شيوع أعراض الهلوسة والهذاء في الأمراض الذهانية .

(١٣١) محاضرات في الطب النفسي ----- د/ حسين أبو المجد

ومن هنا قولنا أن الذهاني خطير على نفسه وعلى الآخرين، ويحتاج إلى احتياطات بالغة لحمايته من نفسه، وحماية الآخرين من أضراره، فإن الجرائم التي يرتكبها الذهاني لا يعد مسئولاً عنها جنائياً في غالبية الأحوال، بحيث لا يجرم طالما أثبت الفحص أنه مريض ذهاني ، بل إن المحاكم تحكم - في مثل هذه الحالات - بالإيداع بالمستشفى لعلاجهِ والخروج بعد إتمام العلاج .

تعريف الذهان :

هو اضطراب عقلي خطير، وخلل شامل في الشخصية، يجعل السلوك العام للمريض مضطرباً ويعوق نشاطه الاجتماعي .

والذهان يقابل الاصطلاح الدارج الشائع "الجنون" . والذهاني -عادة - لا يدرك أنه مريض أو شاذ، لذا قلما يجيء الذهاني إلى المعالج طالباً العلاج، بل أنه يقاوم العلاج عندما يجبره أهله على إلتماس العلاج والنكوص للمريض الذهاني يكون إلى مراحل الطفولة المبكرة جداً المرحلة الفمية والمرحلة الشرجية الأولى، وهذا هو السبب في أن مرض الذهان يكون أشد خطورة وأكثر تأثيراً على زعزة كيان الشخصية وإفقادها اتزانها وتكاملها.

الاضطرابات الذهانية

تنقسم الاضطرابات الذهانية لى ما يأتي:

• اضطرابات ذهانية عضوية

• اضطرابات ذهانية وظيفية

تصنف الأمراض الذهانية حسب السبب الذي نشأ عنه الذهان فإن كان السبب في نشأه الذهان إصابة عضوية يمكن كشفها بالوسائل العلمية المعروفة كان هذا ذهاناً عضوياً، أما إن استحال تحديد سبب عضوي للذهان، سمي ذهاناً وظيفياً. على أننا ينبغي أن نقرر أن الذهان لا ينشأ في الكثير من الحالات عن سبب وظيفي فقط، أو سبب عضوي فقط، إنما يتكامل السببان في تكوين الذهان مع غلبة السبب العضوي في الذهان العضوي، وغلبة السبب الوظيفي في الذهان الوظيفي ولهذا فليس من المستبعد وجود سبب عضوي وراء الذهان الوظيفي، ولا وجود سبب وظيفي وراء الذهان العضوي .

أولاً الاضطرابات النفسية العضوية

(١٣٣) محاضرات في الطب النفسي ----- د/ حسين أبو المجد

هذا النوع من الاضطرابات يحدث إما نتيجة خلل أولي بالمخ أي مرض ،
أو إصابة مباشرة للمخ، أو خلل ثانوي أي إصابة، أو مرض بالجسم يؤدي لخلل
في وظيفة المخ .

تتميز الاضطرابات النفسية العضوية سريرياً باضطراب القدرات المعرفية ،
وهي الانتباه ، والتركيز ، والاستدلال علي الزمان والمكان والأشخاص ، والذاكرة.

- أمثلة لأنواع الخلل الأولي للمخ :

- مرض الزهايمر يشكل من ٥٠ إلي ٦٠ % من الحالات.
- الخرف الوعائي (تصلب شرايين المخ) (٢٠ - ٢٥%) من الحالات.
- التهابات الدماغ مثل الخراج والزهري ونقص المناعة المكتسب .
- صابات مباشرة للمخ (الحوادث).
- أورام المخ .
- مرض باركنسون .
- التهاب السحايا .

أمثلة لأنواع الخلل المخي الثانوي:

- أسباب تسمميه؛ مثل تسمم أحادي أكسيد الكربون، والكحول، والأدوية،
والمعادن الثقيلة.

(١٣٤) محاضرات في الطب النفسي ----- د/ حسين أبو المجد

- نقص بعض الفيتامينات .
- اضطرابات الاستقلاب، والغدد الصماء؛ مثل ارتفاع البولينا في الفشل الكلوي وقصور الكبد وقصور الغدة الدرقية.
- نقص الأكسجين مثل حالات الصرع العنيد، أو الصرع المستعصي المزمن.

التقدم في السن والاضطرابات الذهانية :

- تزيد معدلات الاضطرابات النفسية بين كبار السن للأسباب التالية :-
- العزلة الاجتماعية: مثل اختفاء الأسرة الممتدة، هجرة الأبناء، وخلافه
 - المتغيرات الحضارية:

العجز :

كبر السن وما يصاحبه من ضعف وتدهور الحواس، فقدان الإبصار والسمع مما يفصل بين المسن والمجتمع الذي يعيش فيه، ومن ثم يبدأ الشك فيمن حوله ويتولد عنده بعض الضلالات الإضطهادية .

التقاعد :

الفراغ، نقص الدخل المادي، ضياع الأهداف، وفقد جزء من أهميته واحترامه ولذلك يجب الوقاية من التقاعد المفاجئ، وجعلها عملية تدريجية حتى يستفاد من خبرة المتقاعد الطويلة بطريقة استشارية، ولمنع ظهور أعراض المرض النفسي عليه.

اضطراب العته (الخرف) Dementia Disorder

العته: هو حالة مكتسبة تتميز بخلل عام في القوي المعرفية، وتدهور في

الشخصية من دون خلل في درجة الوعي ، ويمكن تقسيمه إلي نوعين :-

أ- **العته الكهلي**، ويحدث قبل سن الخامسة والستين .

ب- **عته الشيخوخة**، ويحدث بعد سن الخامسة والستين .

أعراض العته:

● ضعف ملكة التمييز، وضعف التفكير، والاستنتاج في فهم المغزى، وفي

التفاعل كما ينبغي.

● ضعف الذاكرة للأحداث القريبة أكثر من البعيدة .

● إدراك معيب زمني ومكاني .

● تقلب المزاج، والانفعال مع هيجان، أو ثوران، أو نشوة، أو قلق، أو كآبة.

● توهمات العظمة، أو توهمات المراقبة .

● إهمال النظافة الشخصية، واللباس، وسلس البول، والبراز في المراحل المتأخرة

● اضطراب وظيفة الكلام، واللغة .

اضطراب الهذيان : Delirium Disorder

(١٣٦) محاضرات في الطب النفسي ----- د/ حسين أبو المجد

الهذيان: هو حالة اضطراب عضوي حادة؛ في حين أن العته حالة اضطراب عضوي مزمنة، ويشمل الهذيان معان كثيرة متضمنة لكل أنواع الاضطرابات العضوية الحادة، وتقريبًا كل الحالات التي تسبب العته يمكن أن تؤدي إلى نوبة من الهذيان.

أعراض الهذيان:

• اختلال الوعي:

هو التغيير الأساسي في الهذيان على عكس حالات العته، فلا يحدث خلل في الوعي، وتتراوح درجة الخلل في الوعي من قصور بسيط في الوعي إلى الغيبوبة العميقة، وعادة ما يكون اختلال الوعي تموجي؛ نوبات من صفاء الوعي تعقبها نوبات من اختلال الوعي، وتساءل ليلاً .

• اضطراب السلوك النفسي الحركي:

عادة تقل الحركة بصورة مستمرة بازدياد اختلال الوعي تقل الحركات الهادفة، والحركات المعتادة كالأكل تتم بصورة أوتوماتيكية. وأحيانًا يحدث العكس، وتصبح الحركة مفرطة، ونادرًا ما تكون الحركة هجومية، أو يحاول تغيير مكان تواجدته.

• اضطراب التفكير:

(١٣٧) محاضرات في الطب النفسي ----- د/ حسين أبو المجد

يحدث صعوبة في تركيز الأفكار، أو تكوين أفكار معقدة، وقد تحدث
أوهام اضطهادية تمتزج مع هلاوس.

• الذاكرة:

تتأثر الذاكرة بمستوي الوعي فعند اضطراب الوعي يختل تسجيل الذاكرة
والحفاظ عليها واستدعاؤها.

• الإدراك:

قد يحدث اضطراب في الإدراك، ولكنه ليس من المظاهر الأساسية في
كل حالات الهذيان. اضطراب الإدراك قد يؤدي إلي هلاوس بصرية وسمعية،
ونوع من الخداع البصري .

• الانفعال:

في المراحل الأولى للهذيان يظهر اضطراب في الوجدان في شكل اكتئاب
خفيف، بالإضافة لقلق وهيجان، وعند تقدم الحالة يظهر عدم الاكتراث أحياناً،
وقد تزداد حالة القلق، والخوف ويزداد إلى درجة الرعب.

معايير تشخيص الهذيان

أ) اضطراب في الانتباه (أي انخفاض القدرة على توجيهه، وتركيزه، والحفاظ على،
وتحويل الانتباه) والوعي (انخفاض التوجه للبيئة).

(١٣٨) محاضرات في الطب النفسي ----- د/ حسين أبو المجد

ب) يتطور الاضطراب خلال فترة قصيرة من الزمن (من ساعات إلى بضعة أيام عادةً) ، ممثلاً تغيراً عن الخط الأساسي في الاهتمام والوعي، ويميل إلى التمجج خلال اليوم.

ت) اضطراب إضافي في المعرفة (على سبيل المثال، عجز الذاكرة، عدم التوجه، اللغة، القدرة الإبصارية في الحيز، أو الإدراك).

ث) الاضطرابات في المعايير أ و ت لا تُفسر بشكلٍ أفضل من خلال اضطراب عصبي معرفي معروف أو ناشئ ولا تحدث في سياق انخفاض حاد في مستوى الوعي، مثل الغيبوبة.

ج) هناك أدلة من التاريخ، والفحص الجسدي، أو النتائج المخبرية أن الاضطراب هو نتيجة مباشرة لحالة طبية أخرى أو الانسمام أو السحب من مادة ما (أي بسبب إساءة استعمال المواد أو الأدوية) أو التعرض لمادة سامة، أو هو نتيجة لمسببات متعددة.

حدد فيما إذا كان:

هذان الانسمام بمادة: هذا التشخيص ينبغي استخدامه بدلاً عن الانسمام بمادة عندما تكون المعايير أ و ت هي السائدة في الصورة السريرية وعندما تكون شديدة بما فيه الكفاية لتبرير الاهتمام السريري.

حدد ما إذا كان:

- حاد: استمر من ساعات لأيام.
- مستمر: مستمر لأسابيع أو أشهر.

حدد ما إذا كان:

- مفرط الحركة: لدى الفرد مستوى مرتفع من الفعالية الروحية الحركية قد تترافق بتبدلات المزاج، الهياج، أو رفض التعاون مع العناية الطبية.
- قليل الحركة: لدى الفرد مستوى منخفض من الفعالية الروحية الحركية قد يترافق بالتباطؤ والخمول ويقارب الذهول.
- مستوى مختلط من الفعالية: لدى الفرد مستوى عادي من الفعالية الروحية الحركية على الرغم من أن الانتباه والوعي مضطربان. ويتضمن أيضاً الأفراد الذين تتماوج مستويات فعاليتهم بسرعة

اضطراب الذاكرة العضوي:

هذا النوع من الاضطراب العضوي يؤثر على الذاكرة فقط، دون الوظائف المعرفية الأخرى بدرجات متفاوتة، وهو نادر الحدوث نتيجة خلل في أجزاء معينة بالمخ أشهر أنواعه الذي يحدث ضمن مضاعفات تعاطي الكحول المزمن، أو

(١٤٠) محاضرات في الطب النفسي ----- د/ حسين أبو المجد

الإصابات الرضية للدماغ ويؤثر على الذاكرة القريبة والبعيدة دون خلل في درجة الوعي.

ثانياً الاضطرابات الذهانية الوظيفية

الاضطرابات الذهانية هي نوع من الاضطرابات النفسية الكبرى لما لها من تأثير واضح في السلوك والتفكير (الأوهام) والإدراك (الهالوس)، والوجدان (هوس واكتئاب)، وتغير في الشخصية، وعدم الاستبصار والبعد عن الواقع .

وبائية اضطرابات الفصام:

معدل حدوث اضطراب الفصام منخفض جداً ولكن نسبة انتشار الحالات مرتفع، والنسبة بين النساء والرجال تقريبا متساوية، ويبدأ المرض عادة في سن المراهقة وما بعدها حتى منتصف العمر المبكر، كما أن ثلثا الحالات تحدث ما بين ١٥ إلى ٣٠ سنة. ويبدأ المرض في سن مبكرة بين الذكور مقارنة بالإناث.

أسباب الفصام:

لا يوجد سبب محدد يمكن أن يكون مسئولاً مسؤولة مباشرة عن حدوث الفصام لكن هناك عدة عوامل كثيرة متآزرة ومتداخلة ، لوحظ أنها مرتبطة ارتباطاً وثيقاً بظهور المرض وسوف نورد أدناه أهمها:

• الوراثة .

تلعب الوراثة دورًا هامًا في نشأة هذا المرض، أي أن الإنسان يولد وعنده الاستعداد الذاتي لتكوين هذا الاضطراب، وذلك معناه أن ينتقل على المورثات اضطرابات كيميائية فسيولوجية تجعله عرضة لأن يقع فريسة لهذا المرض، حيث لوحظ أن حوالي (٥٠ % إلى ٦٠ %) من عائلات الفصامين عندهم تاريخ إيجابي للمرض العقلي.

• العوامل الفسيولوجية :

مثل التغيرات المصاحبة للبلوغ الجنسي ، والنضج والحمل والولادة ، وسن القعود، وما يصاحب ذلك من هزات انفعالية واجتماعية، وتوتر وقلق واخفاق المريض ذي الشخصية الفصامية في مجابتهها . واضطراب الغدد الصماء.

• العوامل البايوكيميائية.

تغيرات في المجموع العصبي المركزي (شذوذ التخطيط الكهربائي - اتساع بطينات المخ - أعراض عصبية مثل رعشات وخلل في المشي وعودة المنعكسات البدائية)

• العوامل المرسبة للفصام:- الحرمان - الإحباط- إصابات الدماغ - الحمي.

• الأسباب النفسية :

(١٤٢) محاضرات في الطب النفسي ----- د/ حسين أبو المجد

ويرى بعض الباحثين أن الفصام ليس سوى تجمع عادات سيئة نتيجة التفاعل الخاطئ مع البيئة ، فتصبح هذه العادة من صفات الإنسان الثابتة . فإذا زاد الضغط الخارجي اشتدت عادات الهروب وظهر المرض ، ومن أمثلة هذه العادات الخاطئة: العجز عن تقبل الواقع والانطواء والاستغراق في أحلام اليقظة وقد أرجع الفصام إلى:

- الصراعات الحادة بين الدوافع المتعارضة وعدم التوافق السليم معها. والصراع النفسي من الطفولة الذي ينشط مرة أخرى في مرحلة المراهقة نتيجة لأسباب مرسبة.

- احباطات البيئة وطوارئ الحياة وعوامل الفشل التي تنهار أمامها الدفاعات النفسية للفرد مثل الفشل في العلاقات الغرامية والفشل في النمو النفسي الجنسي السوي والفشل في الزواج والخبرات الجنسية الصادمة، وما يصاحب ذلك من مشاعر الإحباط والشعور بالإثم، وكذلك الرسوب المفاجئ في الامتحانات والفشل في العمل والضغوط الاقتصادية والمشكلات المالية.

-الصددمات النفسية العنيفة والحرمان في الطفولة المبكرة مما يجعل الفرد حساسا لا يتحمل الضغط المتأخر عندما يكبر.

-حيل الدفاع المتطرفة مثل الانسحاب، والنكوص، والاسقاط، والتعويض، وهكذا نرى أن الفصام يمثل استراتيجية دفاعية كاملة ولكنها فاشلة.

(١٤٣) محاضرات في الطب النفسي ----- د/ حسين أبو المجد

-تأخر النمو وعدم نضج الشخصية، وعدم التوازن في نمو جوانب الشخصية المختلفة، فيضطرب النضج الاجتماعي والنضج الإنفعالي ويسوء توافق الشخصية ككل.

-العلاقات العائلية المضطربة: مثل اضطراب العلاقات الشخصية المبكرة بين الوالدين والطفل وخاصة مع الأم أو من يمثلها، أو الأم المسببة للفصام وكذلك الحال مع الأب القاسي أو السلبي. ويطلق على مثل هذه الأسرة عموماً اسم الأسرة المسببة للفصام، واضطراب المناخ الأسري والمحيط الطفلي المضطرب بمعنى وجود تنافر في شخصيات الوالدين والأولاد، والمشكلات العائلية والانهيار الأسري وسوء التوافق في الزواج، والبرود الإنفعالي، والطلاق العاطفي بين الأزواج مما ينعكس على الأولاد، ويجعلهم على حافة الهروب من الأسرة .

- التغيرات الثقافية والحضارية الشديدة، مثل التي تصاحب الهزات الاقتصادية، والكوارث الاجتماعية، والتصنيع، والهجرة دون الاستعداد النفسي لذلك مع وجود عوامل مرسبة للمرض، والوحدة والعزلة الاجتماعية .

أعراض اضطرابات الفصام:

الاضطراب الجوهري للفكر:

- الغموض.
- التفكك وفقر التفكير
- عدم ترابط الأفكار .
- اللاتوافق .

- توقف التفكير .
- انحراف التفكير .

اضطراب محتوى التفكير:

- الأوهام - الضلالات مثل ضلالات الاضطهاد .
- الضلالات غير المنسقة .

اضطراب امتلاك الفكر:

- سرقة الأفكار .
- إذاعة الأفكار .
- إقحام الأفكار .

اضطراب الإدراك:

- الهلوسة وخاصة السمعية .
- تغيير إدراك العالم .
- اضطراب صورة الذات أو الجسد .

اضطراب الوجدان:

- اللامبالاة .
- التناقض (ثنائية الوجدان).
- تذبذب العواطف .
- الابتسامة السهلة غير المناسبة .

اضطراب الإرادة والفعل والحركة:

- الوضع المتجمد .
- تقليد صدى الكلام والحركة .

(١٤٥) محاضرات في الطب النفسي ----- د/ حسين أبو المجد

- الطاعة العمياء .
- فقد الإرادة .
- المعاندة .
- التسيير بقوي خارجية .

أعراض عامة أخرى:

- تدهور الصفات الشخصية .
- إهمال المظهر الخارجي والنظافة الخاصة .
- الانسحاب والذاتوية .
- ضعف أو فقد حدود الذات .
- الأفعال النزوية المفاجئة .

الاضطراب التوهمي Delusional Disorder

(أ) وجود واحد (أو أكثر) من الأوهام لمدة شهر أو أكثر.

(ب) لم يُستوف المعيار أ من معايير الفصام.

ملاحظة: إذا تواجدت الهلاوس فهي ليست ذات شأن بارز وذات صلة بالموضوع

التوهمي. (مثلاً، الإحساس بغزو من الحشرات مرتبط بأوهام العدوى).

(ت) إذا ما استبعدنا تأثير الأوهام أو تظاهراتها، لا يختل الأداء الوظيفي

بصورة واضحة، كما أن السلوك لا يكون غريباً أو شاذاً بجلاء.

ث) إذا حدثت النوبات المزاجية بالتزامن مع الأوهام، فإن مدتها الكلية وجيزة بالقياس لمدة الفترات التوهمية.

ج) لا ينجم الاضطراب عن تأثيرات فيزيولوجية لمادة ما أو حالة طبية أخرى، ولا يُفسر بشكلٍ أفضل باضطراب عقلي آخر مثل اضطراب تشوه شكل الجسم أو اضطراب الوسواس القهري.

حدّد ما إذا كان (الأنماط التالية حددت بناء على سيطرة الموضوع التوهمي):

- **النمط العشقي:** يطبق هذا النمط عندما يكون الموضوع الأساسي للوهم هو وجود شخص آخر في حالة حب مع الفرد.
- **نمط العظمة:** يطبق هذا النمط عندما يكون الموضوع الأساسي للوهم هو القناعة بوجود بعض المواهب العظيمة (ولكن غير المعترف عليها) أو الأفكار العظيمة أو القيام ببعض الاكتشافات الهامة.
- **نمط الغيرة:** يطبق هذا النمط عندما يكون الموضوع الأساسي للوهم هو القناعة بأن زوج أو حبيب الشخص غير مخلص.
- **النمط الاضطهادي:** يطبق هذا النمط عندما يكون الموضوع الأساسي للوهم هو القناعة بأنه أو أنها ضحية المؤامرة، للغش، للتجسس، للمراقبة، للتسميم أو

(١٤٧) محاضرات في الطب النفسي ----- د/ حسين أبو المجد

للتخدير، مفترى عليه بخبث، يتعرض للتحرش، أو يواجه العرقلة في السعي لتحقيق أهداف طويلة الأجل.

- **النمط الجسدي:** يطبق هذا النمط عندما يكون الموضوع الأساسي للوهم يتضمن اضطراباً في وظائف الأعضاء أو الأحاسيس.

- **النمط المختلط:** يطبق هذا النمط عند عدم سيطرة أي موضوع واحد للأوهام.

- **النمط غير المحدد:** يطبق هذا النمط عندما يكون الموضوع التوهمي المسيطر غير قابل للتحديد أو غير مذكور في الأنماط المحددة (مثلاً أوهام الإشارة دون محتوى اضطهادي أو من العظمة).

حدد ما إذا كان:

- **مع محتوى غريب:** تعتبر الأوهام غريبة إذا كانت غير قابلة للتصديق بشكلٍ واضح، وليست مفهومة، وليست مستمدة من تجارب الحياة العادية (الاعتقاد بأن قوة خارجية قد أزلت الأحشاء الداخلية له أو لها واستبدلتها بأجهزة لشخص آخر دون ترك أي جروح أو ندبات).

Brief Psychotic Disorder الاضطراب الذهاني الوجيز

معايير التشخيص

أ) وجود واحد أو أكثر من الأعراض التالية أحدها على الأقل يجب أن

يكون ١، ٢، أو ٣

(١) أوهام.

(٢) هلاوس.

(٣) كلام غير منظم (مثل الانحراف المتكرر أو التفكك).

(٤) سلوك غير منظم أو كاتاتوني بشكلٍ صارخ.

ملاحظة: لا تُدرج عرضاً إذا كان هذا العرض يمثل نمط استجابة جائز ثقافياً

ب) مدة نوبة الاضطراب هي يوم على الأقل، ولكن أقل من شهر مع عودة

كاملة في النهاية إلى مستوى الأداء الوظيفي ما قبل المرض.

ت) لا يُفسر المرض بشكلٍ أفضل باضطراب اكتئابي أو باضطراب وجداني

مع مظاهر ذهانية، أو بفصام أو كاتاتونيا، وليس ناجماً عن تأثيرات فيزيولوجية

مباشرة لمادة (مثل سوء استخدام عقار، دواء) أو عن حالة طبية عامة.

حدّد فيما إذا كان:

- مع عامل شدة واضح (ذهان تفاعلي وجيز): إذا حدثت الأعراض كاستجابة

لأحداث، منفردة أو مجتمعة، لها تأثير واضح الشدة على أيّ كان تقريباً في

نفس الظروف ومن نفس ثقافة الفرد.

(١٤٩) محاضرات في الطب النفسي ----- د/ حسين أبو المجد

- دون عامل شدة واضح: إذا لم تحدث الأعراض كاستجابة لأحداث، منفردة أو مجتمعة، لها تأثير واضح الشدة على أيّ كان تقريباً في نفس الظروف ومن نفس ثقافة الفرد.

- مع بدء بعد الولادة: إذا كانت النوبة خلال الحمل أو ضمن الأسابيع الأربعة التالية للولادة.

حدد فيما إذا كان:

- مع كاتاتونيا (راجع معايير الكاتاتونيا المرافقة لاضطراب عقلي آخر)

Schizophreniform Disorder الشكل الاضطراب الفصامي

معايير التشخيص

(أ) تواجد اثنين (أو أكثر) مما يلي على أن يوجد كل منهما لفترة معتبرة من الزمن خلال فترة شهر واحد (أو أقل إذا عولجت بنجاح) وأحدها على الأقل يجب أن يكون ١ ، ٢ ، أو ٣

(١) أوهام.

(٢) هلاوس.

(٣) كلام غير منظم (مثل الانحراف المتكرر أو التفكك).

(٤) سلوك غير منظم أو كاتاتوني بشكلٍ صارخ.

(١٥٠) محاضرات في الطب النفسي ----- د/ حسين أبو المجد

(٥) أعراض سلبية (أي تناقص التعبير العاطفي أو فقد الإرادة)

ب) تستمر نوبة الاضطراب شهراً على الأقل ولكن أقل من ٦ أشهر.

ت) الفصام الوجداني والاضطراب الاكتئابي أو ثنائي القطب مع المظاهر

الذهانية قد تم استبعادها وذلك بسبب:

(١) لم تحدث نوب للاكتئاب الجسيم أو لثنائي القطب بشكلٍ متزامن خلال الطور

النشط للأعراض .

(٢) إذا حدثت نوب مزاجية خلال الطور النشط للأعراض فقد كان حضورها لفترة

قصيرة من الفترة الكلية للطور النشط والمتبقي من المرض.

ث) لا يُعزى المرض لتأثيرات فيزيولوجية لمادة (مثل سوء استخدام عقار، دواء) أو

عن حالة طبية عامة.

حدّد فيما إذا كان:

- مع مظاهر إنذارية جيدة: يطبق هذا المحدد عند وجود اثنين (أو أكثر) من

المظاهر التالية:

- بدء الأعراض الذهانية البارزة يحدث خلال الأسابيع الأربعة من التغيير الأول

المُلاحَظ في السلوك أو الأداء الوظيفي المعتاد، التخليط أو الحيرة أو

(١٥١) محاضرات في الطب النفسي ----- د/ حسين أبو المجد

التشوش، الأداء الوظيفي المهني والاجتماعي الجيد قبل المرض وغياب الوجدان المتبدل أو المسطح.

- دون مظاهر إنذارية جيدة: يطبق هذا المحدد عند عدم وجود اثنين (أو أكثر) من المظاهر أعلاه.

حدد فيما إذا كان:

مع كاتاتونيا (راجع معايير الكاتاتونيا المرافقة لاضطراب عقلي آخر)

الفُصام Schizophrenia

هو مرض عقلي - ذهاني - يؤدي إلى عدم انتظام الشخصية، وإلى تدهورها التدريجي. ومن خصائصه الانفصام عن العالم الواقعي الخارجي، وانفصام الوصلات النفسية العادية في السلوك. والمريض يعيش في عالم خاص بعيدا عن الواقع ، وكأنه في حلم مستمر.

معايير التشخيص

(أ) تواجد اثنين (أو أكثر) مما يلي على أن يوجد كل منهما لفترة معتبرة من الزمن خلال فترة شهر واحد (أو - أقل إذا عولجت بنجاح) وأحدها على الأقل يجب أن يكون ١ ، ٢ أو ٣

(١) أوهام.

(٢) هلاوس.

(٣) كلام غير منظم (مثل الانحراف المتكرر أو التفكك).

(٤) سلوك غير منظم أو كاتاتوني بشكلٍ صارخ.

(٥) أعراض سلبية (أي تناقص التعبير العاطفي أو فقد الإرادة)

ب) خلال فترة معتبرة من الوقت، ومنذ بداية الاضطراب، فإن مجالاً أو أكثر من مجالات الأداء الوظيفي الأساسية كالعلاقات الشخصية أو الرعاية الذاتية هي بصورة جلية دون المستوى المتحقق قبل النوبة (أو الإخفاق في بلوغ المستوى المنتظر في العلاقات الشخصية أو الإنجاز الأكاديمي أو المهني عندما تكون البداية في الطفولة أو المراهقة).

ت) تدوم علامات الاضطراب المستمرة ستة أشهر على الأقل. ينبغي أن تتضمن فترة الستة أشهر هذه شهراً من الأعراض (أو أقل إذا عولجت بنجاح) والتي تحقق المعيار أ (أي أعراض الطور النشط) وقد تتضمن فترات من الأعراض البادية أو المتبقية. قد يتجلى الاضطراب أثناء هذه الفترات البادية أو المتبقية بأعراض سلبية فحسب، أو اثنين أو أكثر من الأعراض المدرجة في المعيار أ التي تكون موجودة بشكلٍ مخفَّف (مثال، اعتقادات مستغربة، تجارب إدراكية غير مألوفة).

(١٥٣) محاضرات في الطب النفسي ----- د/ حسين أبو المجد

ث) الفصام الوجداني والاضطراب الاكتئابي أو ثنائي القطب مع المظاهر الذهانية قد تم استبعادها وذلك بسبب:

(١) لم تحدث نوب للاكتئاب الجسيم أو لثنائي القطب بشكلٍ متزامن خلال الطور النشط للأعراض

(٢) إذا حدثت نوب مزاجية خلال الطور النشط للأعراض فقد كان حضورها لفترة قصيرة من الفترة الكلية للطور النشط والمتبقي من المرض.

ج) لا يُعزى المرض لتأثيرات فيزيولوجية لمادة (مثل سوء استخدام عقار، دواء) أو عن حالة طبية عامة.

ح) إذا كان هناك تاريخ لاضطراب طيف التوحد أو اضطراب التواصل ذو البدء الطفلي، فالتشخيص الإضافي للفصام لا يوضع إلا إذا كانت الأوهام أو الهالوس بارزة، بالإضافة إلى كون الأعراض الأخرى المطلوبة للفصام، قد وجدت لشهرٍ واحد على الأقل (أو أقل إذا عولجت بنجاح)

حدد ما إذا كان:

يمكن تطبيق هذه المحددات فقط بعد فترة سنة من الاضطراب وفي حال عدم تناقضها مع معايير سير المرض التشخيصية.

اضطراب الفصام الوجداني Schizoaffective Disorder

بعض الحالات الذهانية قد تجمع بين أعراض الفصام وأعراض الاضطرابات الوجدانية (اضطراب العاطفة) بدرجة يصعب تصنيفها إلى أي منهما ولذلك فقد صنفت حسب تصنيف منظمة الصحة العالمية المراجعة العاشرة كفئة مستقلة ضمن الاضطرابات الذهانية. وقد يظهر المرض في الصور السريرية الآتية: فصام وجداني هوسي - فصام وجداني اكتئابي - فصام وجداني مختلط. ويتميز بوجود مزيج من أعراض الفصام وأعراض الهوس أو الاكتئاب الصريحة والمستمرة إلى درجة ما، بمعنى أنه لا يعني مجرد تذبذب العواطف بين فترات الهوس والاكتئاب، وإنما وجود هذه الأعراض كجزء لا يتجزأ من زملة الأعراض

معايير التشخيص

أ) فترة غير منقطعة من المرض يوجد خلالها نوبة مزاجية رئيسية (إما نوبة اكتئابية جسيمة أو نوبة هوسية) تحدث في نفس الوقت مع الأعراض المستوفية للمعيار أ للفصام.

ملاحظة: يجب أن تتضمن النوبة الاكتئابية الجسيمة المعيار أ ١ : المزاج المنخفض.

(١٥٥) محاضرات في الطب النفسي ----- د/ حسين أبو المجد

ب) أوهام أو هلاوس لمدة أسبوعين على الأقل بغياب النوب المزاجية الأساسية (اكتئابية أو هوسية) وجدت أثناء فترة حياته من المرض.

ت) تتواجد الأعراض التي تلبي معايير النوبة المزاجية خلال جزء كبير من المدة الكلية للفترات الفعالة والمتبقية من المرض.

ث) لا يُعزى المرض لتأثيرات فيزيولوجية لمادة (مثل سوء استخدام عقار، دواء) أو عن حالة طبية عامة.

حدّد فيما إذا كان:

- النمط ثنائي القطب: إذا تضمن الاضطراب نوبة هوسية، وقد تحصل

نوبة اكتئاب جسيمة أيضاً.

- النمط الاكتابي: إذا تضمن الاضطراب نوبات اكتئابية جسيمة فقط.

اضطراب الكاتاتونيا المرافقة لاضطراب عقلي آخر محدد الكاتاتونيا

Catonia Associated With another Mental Disorder Catonia Specifier

يبدأ في سن متأخرة عن الفصام البسيط والمبكر بين (سن ٢٠ - ٤٥

سنة) وتوجد فيه أعراض حركية واضحة إما بالنقص أو بالزيادة .

والفصام الكاتاتوني شكلان :

التصلب :

وأهم أعراضه الوضع التصلبي التخشبي والتصلب الشخصي أو الوضع التمثالي أو وضع الصليب أو وضع الجنين (كما في الشكل) أو وضع الميت . وهذه الأوضاع تدوم طويلا وبدون تعب ، وعدم الحركة ، والخلفة ، وفقدان النشاط ، والاسلوبية ، والمشاركة والوجه المقنع (الذهول وكأن على وجهه قناعاً)، والذهول وتكرار الكلام وترديده، والنمطية، والانسحاب والسلبية والصمت والطاعة الآلية العمياء والسلوك الحركي القهري، مما تعوده المريض في مهنته مثلا ، ورفض الطعام، وعدم القدرة على ضبط النفس جنسياً أو من ناحية التبول أو التبرز.

الهباج :

وأهم أعراضه الهياج الحركي غير الهادف وعدم الاستقرار والأرق والإعياء وفقد الوزن، وعدم التوافق بين المزاج والتفكير، وسرعة الكلام، وردود الأفعال الغريبة والهلوسات، والاتجاهات الشاذة الغريبة ، والعدوان، والتصنع أو التكلف في الكلام، والمشى والحركات، ومحاولة الانتحار أو قتل الغير والإنهاك في النشاط الجنسي المكشوف.

(١٥٧) محاضرات في الطب النفسي ----- د/ حسين أبو المجد

يكون مصحوبًا باتخاذ المريض أوضاعا جسمية محددة، ثابتة، جامدة، وبأشكال مختلفة، منها مثلًا ما يسمى الذهول التام، وفيه يضع المريض مثلًا يديه على الوسادة بشكل متشنج، وكفاه منقبضتان، ويبقى على هذه الحالة المستنفرة لمدة ساعات ويطلق على حالات كهذه العرض النفسي الوسائدي The
. Psychic Pillow Symptom

وفي الوضع الذي يكون عليه المريض، في حالة الذهول التخشيبي، يكف عادة عن الكلام، ولا يجيب على الأسئلة التي توجه إليه وربما يتمتم بشفاهه ألفاظا لا يفهم لها معنى.

وفي حالة الذهول التخشيبي يمكن أن يتخذ المريض وضعًا جسميًا غريبًا، ويبقى على الشاكلة التي يعتادها ساعات بتمامها، وتسمى مثل وضعيته التي يتخذها حالة الوضع الغريب The Bizarre Posture الفصامي.

معايير التشخيص

(أ) تهيمن على الصورة السريرية ثلاثة (أو أكثر) من الأعراض التالية:

- ١- ذهول (لا يوجد أي نشاط حركي، ولا نشاط يتعلق بالبيئة).
- ٢- الجمدة (أي الحفاظ السلبي على وضعية ضد الجاذبية).
- ٣- مرونة شمعية (أي المقاومة حتى الطفيفة لتحديد الوضعية من قبل الفاحص)
- ٤- صُمات (أي انعدام أو قلة الاستجابة اللفظية) استبعد إذا كانت هناك حبسة معروفة)

(١٥٨) محاضرات في الطب النفسي ----- د/ حسين أبو المجد

- ٥- السلبية (أي المعارضة أو غياب الاستجابة للتعليمات أو للمؤثرات الخارجية)
- ٦ - التموضع (أي المحافظة العفوية والفعالة لوضعية ضد الجاذبية)
- ٧- التكلف (أي أفعال عادية مستغربة ظرفية مغالى فيها).
- ٨- نمطية (أي حركات متكررة، وكثيرة بشكل غير طبيعي، غير هادفة)
- ٩- الهياج، لا يتأثر بالمؤثرات الخارجية.
- ١٠- التقطيب.
- ١١- صدى الكلام (أي محاكاة لكلام آخر).
- ١٢- صدى الحركة (أي محاكاة لحركات شخص آخر).

الفصل السادس

(الاضطرابات السيكوسوماتية)

Psychosomatic Disorder

الفصل السادس (الاضطرابات السيكوسوماتية) Psychosomatic Disorder

الأعراض الجسدية Somatic Symptoms

مقدمة

أوضح لاشمان أن كلمة "نفسجسمي" تعني أن الجانب السيكولوجي والجانب الفسيولوجي متحدان معًا فهم وحدة واحدة، ويذكر لودوينج أن كلمة سيكوسوماتيك (Psychosomatic) ترجع في أصلها إلى اللغة اليونانية، وهي مكونة من مقطعين "Psycho" وتعني في الأزمنة القديمة النفس أو العقل و "Soma" و تشير إلى الجسم.

وقد ظهر مصطلح الأعراض الجسدية لأول مرة في التصنيف الدولي للأمراض النفسية والعقلية الطبعة الأولى (International Classification of Mental and Nervous Disorders) (ICD-1- 1952) تحت مسمى الاضطرابات النفسجسمية ثم استبدل في التصنيف الدولي للأمراض المراجعة الثانية (ICD-2) بمصطلح "الاضطرابات النفسفسيولوجية (Psychophysiology)". أما الطبعة الثانية لتصنيف الجمعية العالمية للطب النفسي الأمريكية "الدليل التشخيصي والإحصائي (DSM II) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder المنشورة في عام (١٩٦٨) نجدها تشير إلى تلك الحالات بالحالات النفسفسيولوجية

(١٦١) محاضرات في الطب النفسي ----- د/ حسين أبو المجد

أما الطبعة الثالثة (DSM III) الذي نُشرت عام (١٩٨٠) أُستُخدِمَ مصطلح العوامل النفسية المؤثرة على الحالة العضوية وصُنِفَت هذه الأعراض في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع (DSM IV 1994) بالعوامل النفسية المؤثرة على الحالة العضوية.

أما في التصنيف الدولي للأمراض المراجعة العاشرة الصادر عن منظمة الصحة العالمية فقد عُرِفَت بالاضطرابات جسدية الشكل (Somatoform Disorders). وحاليًا تصنف هذه الاضطرابات في الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس ضمن فئة اضطراب الأعراض الجسدية والاضطرابات ذات الصلة (Somatic Symptoms and Related Disorders) وفي التصنيف الدولي الحادي عشر لتصنيف الأمراض النفسية والسلوكية (ICD-11) عُرِفَت باضطراب الضغوط الجسدية (Somatic Distress Disorder).

وتُعرف الاضطرابات السيكوسوماتية "بأنها مجموعة من الاضطرابات أو الأعراض الجسدية التي تحدثها العوامل الانفعالية، وتتضمن أحد الأجهزة العضوية التي يتحكم فيها الجهاز العصبي المستقل، وبذلك تكون التغيرات الفسيولوجية المتضمنة هي تلك التي تكون في العادة مصحوبة بمجالات انفعالية معينة، وتكون هذه التغيرات أكثر إصرارًا وحدة، ويطول بقاؤها ويمكن أن يكون الفرد غير واعٍ شعوريًا بهذه الحالة الانفعالية". أما حسين أبو المجد (٢٠١٥)

(١٦٢) محاضرات في الطب النفسي ----- د/ حسين أبو المجد

فيعرف الأعراض الجسدية بأنها "تلك الأعراض الجسدية نفسية المنشأ، التي يشعر بها الفرد دون وجود أساس طبي لها، نتيجة الكبت والتوترات المترابطة والانفعالات الضاغطة والتي يعجز الفرد عن التنفيس عنها، والتي تظهر بمظاهر رمزية خادعة (مقنعة)، وتصيب أعضاء الجسم المختلفة، وتخضع لتحكم الجهاز العصبي اللاإرادي (الذاتي)"

خصائص الأعراض الجسدية

- الأعراض التي يشعر بها المريض هي أعراض عضوية لكن أساسها نفسي.
- تؤدي العوامل النفسية دورًا مهمًا وأساسيًا سواءً في ظهور الأعراض الجسمية أو زيادة التأثير فيها، وهذا ما يميزها عن الأمراض العضوية.
- وجود خلل فسيولوجي لهذه الاضطرابات.
- قد يصاب الفرد بأعراض جسدية مختلفة ومتعددة، وتختلف الحالة من شخص لآخر، فالبعض يصاب بعرض أو عدة أعراض.
- بعض الأعراض الجسدية تحدث نتيجة لصراعات لاشعورية.
- العلاج العضوي لا يؤدي إلى تحسن كامل إلا مع استمرار العلاج النفسي.
- أن أسباب الاضطرابات السيكوسوماتية تحدث نتيجة للضغوط الانفعالية المستمرة.
- أنها تصيب أعضاء الجسم التي تكون تابعة للجهاز العصبي اللاإرادي (الذاتي).

(١٦٣) محاضرات في الطب النفسي ----- د/ حسين أبو المجد

ويشير أحمد عكاشة أن المرأة أكثر عرضة للإصابة بالأمراض النفسية والنفسجسدية، وذلك نظرًا لأن المرأة أكثر حساسية من الناحية الانفعالية؛ حيث أكدت الكثير من الدراسات على انتشار الاضطرابات بين النساء أكثر من الرجال وقد يكون ذلك راجع إلى أن الرجال في مجتمعنا تتاح لهم فرصة التصرف في مشاكلهم والتنفيس عنها وتحقيق رغباتهم مما يقلل الصراع النفسي لديهم.

تاريخ الأعراض الجسدية

أشار أرسطو (٣٨٤ - ٣٢٢ ق.م) إلى أن الانفعالات مثل الغضب والخوف والرجاء والفرح والبغض والمجد لا يمكن أن تصدر عن النفس فقط ولكن تصدر عن الاشتراك بين النفس والجسم ويعلل ذلك بأنه في نفس الوقت الذي يحدث فيه انفعال يحدث تغير في الجسم. وللفلاسفة القدامى دور رائد في تفسير العلاقة بين النفس والجسم وتوضيح الترابط بينهم فكما ذكرت سابقاً عن رأى أعمال هيبوقراط وأرسطو في هذا الجانب، فما هو جالينوس صاحب نظرية الروح الحيوانى والتي فسرت العلاقة بين الظواهر في الجسم الانسانى وعلاقتها بالظواهر النفسية، وظهرت بعد ذلك نظرية أخرى عُرفت بنظرية الموازة بين النفس والجسم والتي تُعتبر الظواهر البدنية ظروفًا وشروطًا لظواهر نفسية، ووضحت العلاقة أكثر على يد المفكرين والفلاسفة القدامى أمثال (هينر، وجون تولاند، ووربرت هوك، وكونت، وفوجت، ومولشت، وبختر، وفخنر، وفوندت، ورينيه ديكارت،

(١٦٤) محاضرات في الطب النفسي ----- د/ حسين أبو المجد

ومالبرانش، واسبينوزا) والذين مثلوا المذهب المادي، ومذهب الوحدة، وأقروا جميعاً بالعلاقة بين الجسم والنفس والتأثير المتبادل بينهما بل التكامل فيما بينهم، ومع هذه الأعمال إلا أن الفلاسفة اختلفوا في الفصل بينها، وفتن العرب للعلاقة بين النفس والجسم فما هو ابن سينا قد عرض لنا في كتابه عام (٩٨٠م) بعض الحالات التي قد شفيت على يديه من أمراض جسمية استعصت على الشفاء بالعلاج الدوائي حينها وإنما قد عالجها عن طريق العلاقة بين العقل والجسم.

ويعتبر الرازي أول من تنبه إلى ما يسمى في العصر الحديث بالأمراض النفسجسمية، وهي موضوع أحدث فروع الطب، الذي يقرر أن العلاقة بين النفس والجسد أمر هام، فالكائن الإنساني يتكون من هذين الشقين اللذين يتكاملان معاً ويؤثر كل منهما في الآخر ويتأثر به، ويقول الرازي أن هناك لغة متبادلة بين النفس والجسد، وهذا ما يجعل الإنسان تبدو عليه مظاهر الاضطرابات النفسية؛ حيث تصل الانفعالات والصراعات النفسية لديه إلى ما يفوق احتمالته، ويقول إن كبت هذه الانفعالات والصراعات النفسية وعدم التعبير عنها يتسبب في النهاية إلى خلل داخلي في وظائف أجهزة الجسم فيحدث المرض وهنا يطلق على الحالة أنها نفسجسمية "Psychosomatic"، لأن الأصل في ظهور المرض والخلل الجسدي يرجع في البداية إلى عوامل نفسية.

(١٦٥) محاضرات في الطب النفسي ----- د/ حسين أبو المجد

قد تم الاعتراف باضطراب الجسدنة في مصر من العصور القديمة وكانت تسمى قديمًا بالهستيريا (Hysteria) وكان هناك حالات من الأفكار الخاطئة حول هذا الاضطراب بأنه لا يصيب إلا النساء فقط، واشتقت كلمة الهستيريا من الكلمة اليونانية (عن الرحم؛ Hysteria)، وفي القرن الـ (١٧) تعرف توماس سيدنهام (Thomas Sydeham) على العوامل النفسية (التي تسمى بالأحزان السابقة) شاركت في التسبب في الأعراض، وفي عام ١٨٥٩م قد لاحظ الفسيولوجي الفرنسي بول بركويت (Paul Priquit) أن هناك أعراضًا متعددة ناتجة عن أجهزة الجسم وعلق على ذلك بأنها حالة مزمنة من الاضطراب؛ وبسبب هذه الملاحظات سمي هذا الاضطراب بمتلازمة بركويت (s Syndrome'Priquit) وأصبح مصطلح الجسدنة معيارًا في الولايات المتحدة.

أشكال الأعراض الجسدية

يقدم حامد عبد السلام زهران أشكال الاضطرابات النفسية الجسدية كما يأتي:

أولاً اضطرابات الجهاز العصبي :

- الصداع النصفي.
- فقدان الذاكرة.
- إحساس الأطراف الكاذب.
- الدوخة

ثانيًا اضطرابات الجهاز الدوري:

- الذبحة الصدرية.
- ارتفاع ضغط الدم.
- عصاب القلب.
- انخفاض ضغط الدم.

ثالثًا اضطرابات الجهاز التنفسي:

- الربو الشعبي
- الحساسية الأنفية المزمنة.
- التهاب مخاطية الأنف.
- نزلات البرد.

رابعًا اضطرابات الجهاز الهضمي:

- قرحة المعدة.
- الشراهة.
- التهاب المعدة المزمن.
- التقيؤ العصبي.
- التهاب القولون.
- الإمساك.
- فقد الشهية العصبي.
- الإسهال.

خامسًا اضطرابات الجهاز الغدي:

- مرض السكر
- التسمم الدرقي.
- البدانة (السمنة المفرطة).

سادسًا اضطرابات الجهاز التناسلي:

- الولادة العسرة.
- القذف المبكر.

(١٦٧) محاضرات في الطب النفسي ----- د/ حسين أبو المجد

- القذف المعوق. - اضطراب الحيض.
- البرود الجنسي. - العنة.
- الإجهاض المتكرر. - العقم.
- تشنج المهبل. - الحمل الكاذب.

سابعاً اضطرابات الجهاز البولي:

- سلس البول.(البوال) - كثرة مرات البول.
- احتباس البول.

ثامناً اضطرابات الجهاز الهضمي الهيكلي:

- آلام الظهر (لومباجو). -اضطراب العضلات.
- التهاب المفاصل الروماتيزمي. -ضعف الهمة والنشاط.

تاسعاً اضطرابات الجلد:

- الارتكاريا. - سقوط الشعر.
- التهاب الجلد. - فرط العرق.
- حب الشباب. - الحساسية.
- الاكزيما العصبية. - الحك

تشخيص الأعراض الجسدية (الاضطرابات السيكوسوماتية)

الأعراض الجسدية والاضطرابات المرتبطة بها: (معايير التشخيص)

١- واحد أو أكثر من الأعراض الجسدية التي تسبب الكدر أو ينتج عنها خلل كبير في الحياة اليومية.

٢- أفكار ومشاعر وسلوكيات متزايدة ترتبط بالأعراض الجسدية وترتبط بالقلق على الصحة كما تبدو في واحد على الأقل من الأعراض الآتية:

أ- أفكار غير مناسبة ومستمرة حول خطورة الأعراض التي يعانيتها الفرد.

ب- مستوى مرتفع ومستمر من القلق حول صحة الشخص أو الأعراض التي يعانيتها.

ت- تكريس وقت و طاقة كبيرين لهذه الأعراض والقلق على الصحة.

٣- بالرغم من أن أي من هذه الأعراض الجسدية قد لا توجد بشكل مستمر فإن حالة الاهتمام والقلق تظل موجودة (لفترة تزيد عن ستة أشهر).

حدد ما إذا كان: - الاضطراب خفيف أو حاد أو شديد.

- حدد ما إذا كان هناك مسار متواصل يتميز بشدة الأعراض والعجز الملحوظ ولمدة طويلة (أكثر من ستة أشهر).

- حدد ما إذا كان يسبقه زمنياً اضطراب الألم النفسي.

(١٦٩) محاضرات في الطب النفسي ----- د/ حسين أبو المجد

- شدة المرض؛ ما إذا كان خفيفاً (عرضين فقط من المحك ٢) أو متوسط (أكثر من عرضين) أو شديد (أكثر من عرضين بالإضافة إلى شكاوى جسدية متعددة) أو (عرض واحد مصحوب بعرض جسدي شديد للغاية).

المراجع

- أحمد عكاشة؛ طارق عكاشة (٢٠١٥). *الطب النفسي المعاصر*، ط ١٧، القاهرة: مكتبة الأنجلوالمصرية.
- حسان المالح (١٩٩٧). *الطب النفسي والحياة*، ط ٢، دمشق: دار الإشراقات.
- حسين أبو المجد (٢٠١٥). *الأعراض الجسدية وعلاقتها بالامتناب دراسة مقارنة بين المكتئبين وغير المكتئبين*. رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الآداب، جامعة جنوب الوادي.
- حسين أبو المجد (٢٠١٨). *المخططات المعرفية كمنبئات بالأعراض الجسدية واضطراب الشخصية الحدية*. رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية الآداب، جامعة جنوب الوادي.
- ديفيد باولو (٢٠١٥). *مرجع إكلينيكي في الاضطرابات النفسية دليل علاجي تفصيلي*، ط ٢، ترجمة صفوت فرج، مراجعة: صفوت فرج، القاهرة: الأنجلو المصرية.
- ريتشارد سوين (١٩٧٩). *علم الأمراض النفسية والعقلية*. ترجمة عبد العزيز سلامة، الكويت: مكتبة الفلاح.
- عبد الرحمن العيسوي (١٩٩٤). *الأمراض السيكوسوماتية*. بيروت: دار النهضة العربية.

(١٧١) محاضرات في الطب النفسي ----- د/ حسين أبو المجد

- لطفى الشربيني (٢٠٠٣). *معجم مصطلحات الطب النفسي*. الكويت: مركز تعريب العلوم الصحية.
- محمد أحمد ؛ ومحمد إبراهيم؛ ويزي السيد (٢٠١٣). *تشخيص الأمراض النفسية للراشدين مستمدة من (DSM-4 / DSM-5)*. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية
- محمد حسن (٢٠١٥). *الاضطرابات النفسية والعقلية والسلوكية*. القاهرة: الأنجلو المصرية.
- محمد شعلان (١٩٧٩). *الاضطرابات النفسية في الأطفال*. ج٢، الجهاز المركزي للكتب الجامعية والمدرسية والوسائل التعليمية
- منظمة الصحة العالمية (١٩٩٩). *الأوصاف السريرية (الإكلينيكية) والدلائل الإرشادية التشخيصية. المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض تصنيف الأمراض النفسية والسلوكية: (ترجمة وحدة الطب النفسي بكلية الطب جامعة عين شمس تحت إشراف الدكتور أحمد عكاشة)، (المكتب الإقليمي لشرق المتوسط).*
- نخبة من أساتذة الجامعات في العالم العربي (١٩٩٩). *المرشد في الطب النفسي، منظمة الصحة العالمية، المكتب الإقليمي لشرق المتوسط.*

- American Psychiatric Association (APA) (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.)* (DSM-5). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Buckley P., Bird J., Harrison G. (1995). *Examination Notes in Psychiatry, 3rd edition*, Oxford, Reed Educational and Professional Publishing Ltd.
- Gelder M., Mayou R., Cowen P. (2001). *Shorter Oxford Textbook of Psychiatry*, 4th edition, Oxford University Press.
- Sadock B., Sadock V. (2003). *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 9th edition, Philadelphia, Lippincott Williams and Wilkins.
- Semple D., Smyth R., Burns J., Darjee R., McIntosh A. (2005). *Oxford Handbook of Psychiatry*, 1st edition, Oxford University Press.