



اضطرابات سلوكية وانفعالية

الدرجة الثانية (برنامج الفئات الخاصة)

أ.م.د/ حسين أبو المجد

أستاذ علم النفس الإكلينيكي (م)

رئيس قسم علم النفس

مدير وحدة الارشاد والعلاج النفسي بكلية الآداب

مدير مركز ذوي الاحتياجات الخاصة

جامعة جنوب الوادي

إلى من وهبنا الحب والحنان .. وسَهرا ليقدم لنا لحظة سعادة ..
إلى من شقيا ليصنعوا لنا هذه الحياة .. إلى من كانا سبباً في
وجودنا -والذي العزيز (رحمه الله) ووالدتي الغالية أمد الله في
عمرها ورزقها الصحة والعافية

د/ حسين أبوالمجد

فهرس الموضوعات

| الصفحات | الموضوع |
|-----------|---|
| ٤٨ - ٧ | الفصل الأول (الاضطرابات الانفعالية والسلوكية) |
| ٧١ - ٤٩ | الفصل الثاني (تصنيف الاضطرابات النفسية والسلوكية) |
| ١٠٧ - ٧٢ | الفصل الثالث (الاضطرابات الوجدانية) |
| ١٥٧ - ١٠٨ | الفصل الرابع (الاضطرابات العصابية) |
| ١٦٠ - ١٥٨ | المراجع |



الفصل الأول

الاضطرابات الانفعالية والسلوكية

Emotional & Behavioral Disorders

الفصل الأول

الاضطرابات الانفعالية والسلوكية

Emotional & Behavioral Disorders

تمهيد:

بات من المعروف ان الانسان اثناء نموه يمر في عدد من المراحل المتسلسلة والمتداخلة والتي تؤثر في بعضها البعض، وتمتد من المرحلة الجنينية (ما قبل الميلاد) وحتى مرحلة الشيخوخة؛ ومثل هذه المراحل عالمية وعامة لجميع افراد الجنس البشري، اذ ان الافراد من مختلف الثقافات والشعوب يمرون أثناء نموهم بالتسلسل ذاته. فالانسان اثناء مروره في هذه المراحل يفترض به تطوير بعض الخصائص: المعرفية والاجتماعية والانفعالية والحركية واللغوية، وتحقيق مطالب تتناسب وطبيعة كل مرحلة من مراحل النمو وذلك على نحو تنسجم فيه افعاله وانماطه السلوكية مع خصائص المرحلة النمائية التي يمر بها.

تعد مرحلة الطفولة من ابرز المراحل النمائية، وهي أكثرها حساسية في حياة الافراد. وتتبع اهميتها من ان بدايتها وهي (فترة الرضاعة) تعد بداية تفاعل الفرد الحقيقية مع البيئة الخارجية، حيث يفترض بالفرد التوجه التدريجي نحو تحقيق الاستقلالية والاعتماد على الذات بعد أن كان في مرحلة ما قبل الولادة معتمداً اعتماداً كلياً على والدته في تلبية جميع احتياجاته. ففي مرحلة الطفولة بالرغم من نمو بعض القدرات والخصائص وتطورها لدى الفرد، الا انه مع ذلك، يبقى معتمداً على الاخرين في تلبية مطالبه وحاجاته؛ فهو بحاجة الى الرعاية والحب والحنان وتعلم المهارات الاجتماعية والادوار المرتبطة بالجنس بالاضافة الى تعلم قواعد السلوك وبعض القيم والعادات والتي تسهم في نموه الانفعالي والاجتماعي لاحقاً. كما أنه في هذه المرحلة، بحاجة الى الغذاء المناسب والحماية لمساعدته على النمو الجسمي وتجنبه الاصابة بالامراض والتعرض الى المخاطر، بالاضافة الى انه بحاجة الى تعلم بعض المهارات الحركية لمساعدته على التعامل مع

المثيرات والسيطرة عليها وتعلم كذلك الكلام وبعض الخبرات اللغوية من أجل التواصل والتفاعل مع الآخرين. وفي هذه المرحلة ايضا يحتاج الطفل الى تعلم انواعاً مختلفة من الخبرات المرتبطة به كذات إنسانية ومعارف أخرى تتعلق بالآخرين والأشياء والمثيرات المادية والاجتماعية المحيطة به، بحيث تشكل مثل هذه المعارف والخبرات النواة الأولية لتطوير مهارات التفكير وتسهم في تطور العمليات العقلية بالاضافة لما سبق.

تكمّن أهمية مرحلة الطفولة من حيث ان الأفراد فيها بحاجة الى مطالب نمائية معينة يجب تحقيقها لديهم، وفيها كذلك تتوفر لدى الأفراد استعدادات لتعلم خبرات من نوع معين يفترض بالمحيطين بالطفل استغلالها الاستغلال الأمثل في توفير الفرص البيئية المناسبة لتمكين الطفل من التعلم واكتساب انماط السلوك السليم وتنمية المهارات والقدرات المناسبة .

ان عدم تلبية مطالب هذه المرحلة واستغلال الاستعدادات المتاحة فيها ينعكس سلباً في نمو الافراد وتطور خصائصهم والذي بالتالي يؤثر في تكوين شخصياتهم المستقبلية ويعيقهم من عملية التكيف النفسي والاجتماعي. وبالرغم من ان هناك تقسيمات عديدة لمراحل النمو، بعضها اكثر تفصيلاً من بعضها الآخر، حيث يرى فريق من العلماء ان مراحل النمو تشمل:- مرحلة ما قبل الولادة، مرحلة الرضاعة، مرحلة الطفولة المبكرة، مرحلة الطفولة المتوسطة، مرحلة الطفولة المتأخرة، مرحلة المراهقة، مرحلة البلوغ والنضج، ومرحلة الشيخوخة، الا ان هناك العديد من التقسيمات ترى ان مرحلة الطفولة تمتد من الولادة وحتى مرحلة المراهقة؛ اي من السنة الأولى بعد الولادة وحتى سن الثامنة عشرة

ومهما يكن من أمر، فإن الأفراد عموماً يعانون من الكثير من الاضطرابات النفسية: الانفعالية والسلوكية في مرحلة الطفولة، ومثل هذه الاضطرابات تعيقهم في عمليات التكيف وتمنعهم من التعلم

والاكتساب، وتكون في الغالب مزعجة وذات اثار ونتائج سلبية لا تنعكس اثارها على الافراد الذين يعانون منها فقط، لا بل تمتد لتتأثر الاخرين المحيطين بالفرد، وقد تمتد لتؤثر في المجتمع ككل.

هذا وتتباين الاضطرابات الانفعالية والسلوكية في اسبابها، فقد تكون ذات منشأ بيولوجي تكويني، أو وراثي او بيئي أو مزيجاً من هذه العوامل، وهي تتفاوت في طبيعتها واعراضها وخصائصها واثارها ومدى شدتها واستمراريتها، فمنها البسيطة ومنها المتوسطة والشديدة. كما ان بعض هذه الاضطرابات قد تسود في فترة عمرية معينة وتكون اثارها محدودة وتزول مع عمليات النضج، لكن البعض منها قد يستمر لفترات عمرية طويلة وتشتد اعراضها وتتفاقم نتائجها على نحو يؤدي الفرد والآخرين وقد تتحول لتظهر في شكل اضطرابات ونوبات شخصية وبعض انواع الانحرافات الضارة التي تؤذي الافراد والمجتمع، ولا سيما اذا لم يتم اكتشافها والتعرف عليها ومعالجتها مبكراً.

إن الاضطرابات الانفعالية والسلوكية ليست قاصرة على فئة أو ثقافة دون غيرها، فهي تسود وتنتشر في كافة الثقافات والمجتمعات، إلا أنها تتفاوت من حيث مدى انتشارها وفي مستوى شدتها وفي أنواعها من مجتمع لآخر تبعاً لاختلاف الموقع الجغرافي وطبيعة المناخ ونوعية الغذاء ونامطه بالإضافة الى فلسفة التربية السائدة واساليب التنشئة والرعاية الاجتماعية.

مفهوم الاضطرابات الانفعالية والسلوكية:

ينشغل الاطفال في مرحلة الطفولة بعض الاحيان في ممارسة انماطاً سلوكية تبدو غريبة وتتصف بالنشاط الزائد وسرعة الاستئثار وعدم الانتباه، وكثرة الحركة والعدوانية وتقلب المزاج وسرعة الانفعال، ومثل هذه الانماط تعد طبيعية تتسجم مع خصائص المرحلة طالما انها تحدث بصورة مؤقتة وفي أوقات متباعدة. ولكن مثل هذه الانماط وغيرها تصبح خطيرة ومؤشراً على الاضطرابات عندما لا تكون منسجمة مع المرحلة النمائية أو عندما تصبح سمة تلازم الاطفال

بحيث يتكرر ظهورها في اغلب الاوقات في المواقف الحياتية المتعددة وتزداد في مستوى شدتها، الامر الذي يستدعي من المربين الانتباه اليها والعمل على تشخيصها وعلاجها. ليس من السهل ايجاد تعريف واضح ومحدد للاضطرابات الانفعالية والسلوكية التي تسود في مرحلة الطفولة، وذلك لانها تشتمل على شريحة واسعة من الأعراض.

والمشكلات التي تتباين في اسبابها ومستوى شدتها وفي اثارها ومدى استمرارها. فالاضطرابات الانفعالية والسلوكية كثيرة ومتعددة وتكاد تشترك فيما بينها من حيث انها تعيق الطفل من الاستفادة من طاقاته وقدراته واستخدامها على نحو فعال في عمليات التعلم والاكتساب وفي التفاعلات الاجتماعية مما ينعكس ذلك في تدني مفهوم الذات لديه، الامر الذي ينتج عنه سوء تكيفه النفسي والاجتماعي. ويرى هاليهان وكوفمان (Hallahan & Kauffman, 1979) ان صعوبة الاتفاق على تعريف واضح ومحدد للاضطرابات الانفعالية والسلوكية يرجع الى عدد من الاسباب والعوامل، يمكن اجمالها على النحو التالي:

١. الافتقار الى وجود تعريف واضح ومحدد لمفهوم الصحة العقلية.
٢. الاختلاف في وجهات النظر بين الاتجاهات والنماذج النظرية والمفاهيمية ذات الاهتمام بالاضطرابات الانفعالية،
٣. صعوبة قياس الاضطرابات الانفعالية والسلوكية.
٤. التباين بين الانماط الانفعالية والسلوكية لدى كل من الاطفال العاديين والاطفال المضطربين.
٥. التداخل بين اعراض الاضطرابات الانفعالية وحالات الاعاقة الاخرى.
٦. الاختلاف بين اركان التنشئة الاجتماعية من حيث وظائفها ونوعية الخدمات التي تقدمها والاسس التي تتبعها في تصنيف الاضطرابات السلوكية والانفعالية.
٧. الاختلاف في التوقعات الاجتماعية والثقافية حول السلوك السوي وغير السوي. واعتماداً على ذلك، نجد ان غالبية التعريفات للاضطرابات الانفعالية والسلوكية ركزت على بعدين هما التفاعل الاجتماعي والتعلم.

ففي هذا الصدد، نجد ان ودوي (Woody 1969) عرّف الاضطرابات الانفعالية والسلوكية على انها عدم القدرة على التكيف مع معايير السلوك الاجتماعي المقبول والذي ينعكس سلبا في قدرة الفرد على تكوين العلاقات الاجتماعية والاستمرار فيها وفي قدرة الفرد على النجاح في المهارات الاكاديمية. اما بور (Bower, 1978) فيعتبر الفرد مضطرباً انفعاليا وسلوكيا عندما يتصف بوحدة أو أكثر من الصفات التالية والتي تستمر لديه فترة طويلة تتجاوز الثلاثة اشهر بحيث تؤثر سلبياً في قدرات التحصيل لديه، وهذه الصفات هي:

أولاً: عدم القدرة في الاستغراق في العلاقات الاجتماعية وتكوين الصداقات مع الاقربان والآخرين والاستمرار في مثل هذه العلاقات.

ثانياً: التصرف غير اللائق في المواقف الحياتية والاجتماعية والانشغال في ممارسة انماط سلوكية غير ناضجة ومؤذية لا تتناسب والمرحلة النمائية.

ثالثاً: عدم القدرة على التعلم والاكساب بالرغم من عدم وجود عوائق

جسمية أو حسية أو عقلية تحول دون ذلك.

رابعاً: تقلب المزاج والشعور بعدم الاستقرار والراحة والسعادة .

خامساً: الميل الى اظهار بعض المشكلات الجسمية مثل اضطرابات

الكلام والشكوى من الآلام ومشكلات انفعالية مثل الخوف والقلق

بالإضافة الى المشكلات الاكاديمية.

مما سبق، نلاحظ ان الافراد المضطربين انفعاليا وسلوكيا غالبا

ما يمارسون انماطا سلوكية شاذة غير لائقة اتجاه الاخرين، ومثل هذه

السلوكات لا تكون منسجمة ومتوافقة مع المعايير الاجتماعية للسلوك

المقبول ولا تتفق مع توقعات الاخرين، وهي في الغالب غير ناضجة

ومزعجة تؤثر في تفاعلات الفرد مع محيطه وفي قدرته على توظيف

القدرات العقلية المتوفرة واستغلالها على النحو الامثل في عمليات

التعلم وحل المشكلات.

تصنيف الاضطرابات الانفعالية والسلوكية

Emotional & Behavioral Disorders Classification

تعاني عملية تصنيف الاضطرابات الانفعالية والسلوكية من مشكلة عدم وجود معيار او اسلوب ثابت ومحدد يمكن على اساسه توزيع الافراد المضطربين الى مجموعات متجانسة وقد يرجع السبب في ذلك الى وجود عدد من الاعتبارات والاشكالات التي قد تجعل بالفعل من عملية التصنيف مشكلة حقيقية، وهذه الاعتبارات تتمثل بما يلي:

١. كثرة وتعدد الاضطرابات الانفعالية والسلوكية التي يعاني منها الاطفال في مرحلة الطفولة والتي تتباين في مسبباتها واعراضها ونتائجها ومستوى استمراريتها.

٢. نمطية السلوكيات المرتبطة بالاضطرابات الانفعالية والسلوكية، حيث يتبدى للبعض منها في اشكال السلوك الخارجي الموجه

نحو الاخرين مثل الازعاج والعدوان والاعتداء على الاخرين
والاندفاعية والتهجم والسرقة وعدم الامتثال للاوامر، في حين
بعضها الاخر يتمثل في انماط السلوك الداخلي الموجه نحو
الذات مثل الخجل والانسحاب والخوف والقلق وتدني مفهوم
الذات وفقدان الشهية.

٣. تباين اسس ومعايير التصنيف تبعا لتعدد الجهات المهتمة
بالاضطرابات الانفعالية والسلوكية، واختلاف اهتماماتهم واهدافهم
ووجهات نظرهم حول هذه الاضطرابات. فنجد من بين المهتمين
القانونيين والاطباء والتربويين واهصائي التربية الخاصة والعاملين
في مجال الارشاد والتوجيه النفسي واهصائي الرعاية الاجتماعية،
ولكل من هؤلاء اسس خاصة في التصنيف، وهذا الامر بالتالي
يترتب عليه فقدان عناصر الثقة والمصداقية باسس التصنيف
المتبعة لدى كل فئة من هذه الفئات وعدم قبولها من قبل
الاطراف الاخرى.

٤. عدم وجود حدود فاصلة بين العديد من الاضطرابات الانفعالية والسلوكية، اذ ان البعض منها يشترك في الخصائص والاعراض التي تتسم بها الاضطرابات الاخرى؛ اي تداخلها معا من حيث الخصائص والاعراض السلوكية . وانطلاقاً من ذلك، تواجه عملية تصنيف الاضطرابات الانفعالية والسلوكية العديد من الصعوبات التي وتتمثل هذه الصعوبات بما يلي: يجب اخذها بعين الاعتبار

١. افتقار الانظمة المتبعة في التصنيف لعوامل الصدق والثبات.

٢. الاعتبارات القانونية والاخلاقية عند تناول هذه الاضطرابات.

٣. اختلاف انظمة التصنيف المتبعة في تصنيف الاضطرابات لدى

الاطفال عنها لدى المراهقين.

٤. اسباب المنشأ المرضي لهذه الاضطرابات.

وعموماً يوجد هناك عدداً من التصنيفات للاضطرابات الانفعالية

والسلوكية نورد بعضاً منها:

اولا: التصنيف التربوي Educational Classification

يُعنى هذا التصنيف بالاضطرابات الانفعالية والسلوكية التي تحدث في البيئة المدرسية وتتعكس اثارها في عمليات التعلم والتفاعل الاجتماعي؛ فهو يهتم بالمسائل الاكاديمية وبنوعية الخدمات والبرامج التربوية التي على اساسها يتم تصنيف مثل هذه الاضطرابات، حيث يصنفها في أربعة فئات هي:

١. اضطرابات الاتصال والتواصل.

٢. الاضطرابات الانفعالية الشديدة.

٣ الاضطرابات السلوكية.

٤. الاضطرابات المرتبطة بالتعلم.

ثانيا: التصنيف الطبي: Medical Classification

يركز هذا التصنيف على الاسباب العضوية التي تقف وراء

الاضطرابات والاعراض المرتبطة بها، ويصنفها

في اربعة مجموعات على النحو التالي:

١. اضطرابات تطور اللغة النمائية.

٢. الاضطرابات الفصامية.

٣. الاضطرابات الاكتئابية الناتجة عن التعرض لعملية جراحية

او صدمة أو حوادث مؤلمة.

٤. اضطرابات تطور القراءة.

ثالثاً: تصنيف جمعية علم النفس الامريكية U.S. Association of Psychology

تورد جمعية علم النفس الامريكية في دليلها التشخيصي للامراض

العقلية المعروف باسم الدليل التشخيصي والاحصائي الرابع للامراض

النفسية Diagnostic & Satatistical Manual of Mental

Disorders– Forth Edition – DSM– IV"

تصنيفاً للاضطرابات الانفعالية والسلوكية التي تظهر لدى

الاطفال والمراهقين اعتماداً على طبيعة الاعراض المرتبطة بها ونوعية

الخدمات وال برامج العلاجية المناسبة لكل منها. يشتمل هذا التصنيف على، شريحة واسعة من الاضطرابات الانفعالية والسلوكية فيما يلي وصفا لبعضها

اولا: اضطرابات التكيف Adjustment Disorders

تتمثل في اشكال من السلوك مثل عدم الاستجابة على نحو مناسب للمواقف والاحداث الضاغطة أو التغيرات التي يصادفها الافراد اثناء حياتهم، وتمتاز هذه الاضطرابات بانها تلازم الاطفال لمدة تتراوح ما بين (٣) الى (٦) اشهر بحيث تعيقهم من عملية التكيف الاجتماعي وتحقيق النجاح الاكاديمي، وهي تشمل شريحة واسعة من الاعراض كالخوف والقلق والتهرب من المدرسة والتخريب المتعمد والمشاجرة.

ثانيا: اضطرابات القلق Anxiety Disorders

وهي مجموعة من الاعراض التي تمتاز بمستوى عالي من التوتر وتشمل الخوف المرضي من المدرسة والسلوك التجنبي والذعر الشديد

واضطراب ما بعد التعرض الى حادث معين. وفي الغالب تكون مثل هذه الاضطرابات مصحوبة باعراض جسمية مثل الصداع والام المعدة أو أنها تتبدى في اشكال سلوكية مثل سوء التصرف والرفض والعناد، او تظهر على شكل استجابات انفعالية غير ناضجة كالصراخ والبكاء والرفس.

ثالثاً: اضطرابات السلوك القهري - الاستحوادي

Obsessive- Compulsive Disorders

وتتمثل انماط السلوك الاستحوادي في سيطرة أفكار واوهام وتخيلات ودوافع غير واقعية على تفكير الطفل وعلى نحو متكرر. اما انماط السلوك القهري فتتمثل في تكرار افعال وانشطة أو ترديد افكار مثل تكرار كلمات معينة بصوت منخفض، أو غسل اليدين المتكرر، أو المبالغة في التحقق كفحص الاشياء وتكرار عمليات العد وغيرها وذلك بقصد تقليل التوتر او القلق الذي يعاني منه الفرد، وفي الواقع فان الاطفال الذين يعانون من هذه الاضطرابات يعرفون تماماً ان

سلوكاتهم غير عادية وهي ليست ضرورية ولكنهم يصرون على ادائها، من اجل الاستمرار في الروتين الذي تعودوا عليه ولا يستطيعون التخلص منه.

رابعاً: اضطرابات ما بعد التعرض لحادثة اوصدمة

Post- Traumatic Stress Disorders

يطور الاطفال عادة بعض انماط السلوك غير العادي نتيجة لتعرضهم لصدمة معينة أو مرورهم في عملية جراحية او بسبب تعرضهم لاحداث وازمات خطيرة أو نتيجة لمشاهدتهم حادثة موت لقريب لهم. ومثل هذه الاعراض عادة تحدث بعد مرور شهر واحد من تعرضهم للخبرات المؤلمة أو المقلقة، وتتبدى في الخوف الشديد والعجز وصعوبة النوم والاحلام والكوابيس المزعجة، بحيث تسيطر على انشطتهم الحياتية اليومية وتعيقهم من السيطرة على المهارات المتعلمة حديثا مثل العناية بالذات واستخدام الحمام او السيطرة على المهارات اللغوية.

خامسا: الصمت الاختياري Elective or Selective Mutism

يتمثل هذا الاضطراب في حالة فشل الفرد في التحدث في مواقف اجتماعية او اكايدمية محددة عندما يتوقع او يفترض منه الحديث. تشير نتائج الابحاث الى أن هذا الاضطراب قد يبدأ عند الطفل قبل سن الخامسة من العمر ولا يكتشف الا بعد دخوله المدرسة، ومثل هذا الاضطراب يؤثر في التحصيل الاكاديمي والتواصل الاجتماعي للفرد. عموماً تُعد هذا الاضطرابات من الاضطرابات نادرة الحدوث، وقد يستمر لعدة اشهر لدى الفرد ثم يتلاشى على الرغم من ان القليل من الافراد يبقون صامتين ولا يتكلمون طوال فترة دراستهم الاكاديمية.

سادسا: اضطرابات عجز الانتباه / النشاط الزائد Attention Deficit / Hyperactivity

شير بعض الدراسات الى ان هذا الاضطراب يسود لدى ٣% إلى ٥% من الأطفال ويظهر هذا الاضطراب في عدة اعراض وانماط سلوكية غير ناضجة لا تتناسب مع مستوى التطور النمائي للطفل، مثل عدم القدرة على التركيز والانتباه وكثرة التنقل والحركة والاندفاعية.

يرى بعض الاطباء انه بالامكان التعرف على هذا الاضطراب وتشخيصه في مرحلة الرضاعة، ولكن الاغلبية من الاطباء يفضل الانتظار ريثما يتم التأكد من ان مثل هذه الاضطرابات تعيق فعلا الاداء السلوكي والاكاديمي حتى يتم تصنيف الطفل على انه فعلا يعاني من هذا الاضطراب.

سابعاً: الاضطرابات السلوكية Oppositional Defiant Disorders

من مجموع الاضطرابات الانفعالية والسلوكية السائدة لدى % - تشكل هذه الاضطرابات ما نسبته % ٦ الاطفال والتي تستمر لمدة ستة اشهر او أكثر، وتتمثل في انماطاً سلوكية غير مقبولة اجتماعياً مثل السلبية والتحدي والعناد وعدم الطاعة ومعاداة رموز السلطة. وبالرغم من ممارسة الاطفال لهذه الانماط السلوكية الا انهم لا يظهرون سلوكيات عدوانية تجاه الاخرين او الحيوانات او نحو الممتلكات وذلك لانهم ينزعون نحو المجادلة ورفض الأوامر والتعليمات والازعاج المتعمد للاخرين وتوجيه اللوم لهم.

ثامناً: اضطرابات سوء التصرف **Conduct Disorders**

تتراوح نسبة هذه الاضطرابات بين ٦% إلى ١٦% لدى الذكور وبين ٢% إلى ٩% لدى الاناث، وتمتاز الاضطرابات في الاصرار المتكرر والمتعمد لممارسة انماطاً سلوكية تعارض القواعد والمعايير الاجتماعية للسلوك المقبول بحيث تأخذ شكل معارضة الوالدين والهروب من البيت والهروب من المدرسة والاعتداء اللفظي والجسدي على الاخرين وكذلك تخريب الممتلكات والحاق الأذى بالحيوانات. هذا وقد تتطور لاحقاً لتأخذ شكل الانحراف الجنسي والادمان على الخمر والمخدرات والتدخين والاهمال والتهور والمغامرة.

تاسعاً: اضطرابات الشهية **Anorexia Nervosa Disorders**

تظهر مثل هذه الاضطرابات نتيجة الصورة السلبية والمشوهة التي يشكلها الافراد حول اجسامهم وذواتهم، وهي في الغالب اكثر انتشاراً لدى المراهقين ولا سيما لدى الاناث، حيث ينظرن الى اجسادهن على أنها بدينة وغير جذابة، مما يولد لديهن الشعور

بضرورة انقاص وزن الجسم وتجنب تناول الطعام او انواعاً معينة منه.
تمتاز اعراض هذا الاضطراب بالنقص الحاد في وزن الجسم، وجفاف
الجلد وفقدان الشعر وانخفاض ضغط الدم والاكتئاب والامساك
والانشغال في انماط سلوكية غريبة مثل اخفاء الطعام أو الامساك عن
تناوله.

عاشراً: اضطرابات الشره للمرضى **Bulimia Nervosa Disorders**

ان أهم ما يميز هذا الاضطراب هو انهماك الفرد في تناول
كميات كبيرة ومتنوعة من الطعام ثم اللجوء الى احدى الوسائل للتقليل
من اثار هذا الطعام، مثل اللجوء الى التخلص منه من خلال عملية
التقيئ المتعمد أو استخدام المسهلات او الصوم او اتباع نظام حمية
صارم لتقليل اثر الافراط في تناول الطعام في زيادة الوزن. أن مثل
هذه الاضطرابات ينتج عنها اثار سلبية مثل اضطراب الدورة الشهرية
لدى الاناث والتعب وضعف العضلات والمعاناة من مشكلات الهضم
وعدم القدرة على التكيف مع الطقس البارد.

حادي عشر: الاضطرابات ثنائية القطب/ اضطرابات الهوس الاكتئابي

Bipolar Disorder: Manic Depressive Disorder

وهي عبارة عن رداة فعل انفعالية واكتئابية تتذبذب في مستوى شدتها من موقف الى اخر، حيث تكون منخفضة في بعض المواقف وفي مواقف اخرى شديدة وحادة ، وغالبا ما تسود مثل هذه النوبات الانفعالية في مرحلة المراهقة وما بعدها.

ثاني عشر: اضطراب الاكتئاب الأساسي

Major Depressive Disorders

وهي عبارة عن نوبات انفعالية تظهر لدى الاطفال على فترات يفصل بينها شهرين وتتمثل في سرعة الاثارة والتهيج والغضب وعدم القدرة على الاستمرار في الاتصال مع الاخرين. وعموماً ان المظاهر الاكتئابية التي تظهر لدى الاطفال تكون اقل حدة واستمراراً من تلك التي يخبرها الافراد البالغين.

ثالث عشر: اضطرابات التوحد **Autistic Disorders** :

وهي من الاضطرابات الشائعة لدى الاطفال وتتطوي على خلل وتعطيل في قدرة الطفل على التفاعل الاجتماعي والتواصل مع الاخرين. فالتوحد هو بمثابة اعاقه نمائية تتبدى في فشل الطفل من تكوين العلاقات مع اقرانه من نفس العمر، أو حتى توليد الميل أو الرغبة لديه في تشكيل أو الانشغال في علاقات الصداقة. ومثل هذا الاضطراب لا يرتبط بانماط السلوك اللفظي وانما يتعدى ذلك ليشمل انماط السلوك غير اللفظية.

رابع عشر: اضطرابات الفصام **Schizophrenia**

وهي اضطرابات انفعالية شديدة تمتاز بمجموعة من التقلبات الشخصية وفقدان القدرة على الاتصال بالواقع والبيئة المحيطة، بحيث تتبدى اعراضها في الهلوسات والاوهام والحديث غير المنتظم والسلوك التخشبي.

خامس عشر: اضطراب تورت Tourtte s Disorders

وتوجد مثل هذه الاضطرابات لدى (٤ أو ٥) افراد من بين كل (١٠.٠٠٠) فرد وتشتمل على عدد من التقلصات الحركية اللاارادية او على استجابة او عدد من الاستجابات الصوتية غير ارادية والتي تتكرر يومياً عبر فترات وتستمر لمدة عام أو أكثر.

رابعاً: تصنيفات اخرى Other Classifications

هناك تصنيفات اخرى للاضطرابات الانفعالية والسلوكية تجمع بين عدد من الابعاد وتراعي الى حد ما الاهتمامات المختلفة الطبية والتربوية والاجتماعية والقانونية ومنها:

أ. تصنيف كوي (Quay, 1975)

يصنف كوي الاضطرابات الانفعالية والسلوكية الى اربعة ابعاد اعتماداً على ملاحظات وتقديرات الإباء والمعلمين والاطباء ودراسة الحالة وتوظيف قوائم التقدير وذلك بعد استخدام البرامج الإحصائية

المحوسبة على البيانات، حيث توصل الى تصنيف رباعي الابعاد

للاضطرابات تتمثل بالآتي

١. اضطرابات عدم النضج: وتتمثل في عجز الانتباه والنشاط الزائد،

والفوضوية والفشل في انجاز المهمات والاحلام والالتكالية

والانائية والتوحد.

٢. اضطرابات سوء التصرف: ومنها عدم الطاعة والتمرد والعصيان

وعدم الثقة بالآخرين والتحدي، والتهجم وعدم الاستجابة لمطالب

واوامر الكبار.

٣. اضطرابات الشخصية: ومنها الانسحاب والخجل والاكتئاب والقلق

وسرعة الاثارة والتهيج وتدني الثقة بالذات والتوتر.

٤. الانحرافات الاجتماعية: ومنها السرقة والتخريب والعدوان والتهرب

من المدرسة. والميل الى الأطفال المنحرفين والولاء لهم.

ب. تصنيف عبدالله (٢٠٠١)

يورد عبدالله تصنيفاً آخر يشتمل عدداً من الفئات على النحو التالي:

١. اضطرابات السلوك غير الناضج: ويشتمل عدداً من الاضطرابات

والمشكلات الانفعالية والسلوكية مثل عجز الانتباه والنشاط الزائد

والاندفاعية واحلام اليقظة والانانية والاعتماد على الاخرين والتوحد.

٢. اضطرابات القلق وعدم الشعور بالامن وتشمل القلق والخوف

والاكتئاب والخجل والسلوك القهري والاستحواذي والحساسية

المفرطة.

٣. اضطرابات العادات السلوكية: وتشمل مص الابهام وقضم الاظافر

والتبول اللاارادي واضطرابات النوم ومشكلات التغذية، واضطرابات

النطق كالتأتأة والتلعثم.

٤. مشكلات الصداقة والعلاقات مع الاخرين: وتشمل العدوانية، والتنافس

والغيرة، والانطواء .

٥. اضطرابات السلوك اللااجتماعي: ويضم العصيان والتمرد والسرقة

والكذب والغش والهروب من المدرسة، والمنزل والتخريب الخ..

٦. مشكلات سلوكية اخرى: وتشمل تعاطي العقاقير الطبية والادمان على

المسكرات والمخدرات والتدخين وممارسة السلوك الجنسي الخاطئ

وضعف الدافعية نحو الدراسة وممارسة العادات الدراسية الخاطئة.

اسباب الاضطرابات الانفعالية والسلوكية

Causes of Emotional & Behavioral Disorders

لا يمكن الجزم بالاسباب الحقيقية التي تقف وراء الاضطرابات

الانفعالية والسلوكية وذلك لان مثل هذه الاضطرابات لم تعطى

الاهتمام الكافي في محاولة لتحديد اسبابها.

وهي كذلك تشتمل على العديد من الحالات التي تتراوح في شدتها

بين الشديدة والمتوسطة والمتدنية الشدة والتي لا تعرف أسبابها.

وبالرغم من ان البعض يرجع اسباب الاضطرابات الى مجموعة من

العوامل التكوينية - الوراثية والبيئة، لا يمكن القول ان مثل هذه العوامل

تقف وراء جميع الاضطرابات نظراً لكثرتها وتعددتها. فبعض الاضطرابات ربما ترجع في اسبابها الى عوامل تكوينية أو وراثية، في حين بعضها الآخر قد تسبب بفعل العوامل البيئية، وهناك البعض الآخر قد تكون نتاج لتفاعل مزيج من العوامل الوراثية والبيئة عموماً يمكن تصنيف العوامل المحتملة التي تقف وراء مثل هذه الاضطرابات في المجموعات التالية:

أولاً: العوامل التكوينية – الوراثة Biological/ Gentic Factors

تشير الدلائل العلمية الى أن بعض الامراض النفسية والاضطرابات الانفعالية والسلوكية لها أصولها البيولوجية – الجينية، حيث بفعل العوامل الوراثية تتحدد الاستعدادات لدى البعض من الافراد للإصابة ببعض الامراض النفسية او تطوير الاضطرابات الانفعالية والسلوكية، ومثل هذه الاستعدادات تبقى كامنة ما لم يتم توفر الظروف البيئية المناسبة مثل الازمات الاجتماعية والعاطفية والاحداث المزعجة والصدمات والخبرات المؤلمة والقسوة والتهديد والح رمان وغيرها، بحيث تعمل مثل هذه العوامل على تنشيط الاستعدادات لديهم. فعلى سبيل المثال، تظهر الدلائل ان

للاكتئاب والقلق وبعض الاضطرابات الانفعالية والسلوكية استعدادات جينية موروثية، في حين ان بعضها الاخر لها اصولها العصبية ممثلاً ذلك في الخلل في الجوانب الفيزيولوجية الوظيفية للجهاز العصبي نتيجة تلف او تدمير بسيط في الخلايا العصبية، أو نتيجة للنشاط فوق العادي للخلايا العصبية، وذلك كما هو الحال كما يلعب الاضطراب، في اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد.

كما يؤدي الاضطراب في افراز الغدد دوراً بارزاً في نشوء الاضطرابات الانفعالية والسلوكية وتطورها، فالزيادة في افراز هرمون الثيروكسين الذي تفرزه الغدة الدرقية يتسبب في زيادة النشاط والحركة وسرعة التهيج لدى الاطفال، كما ان الافراط في افراز هرمون الباراثرمون الذي تفرزه جارات الدرقية يؤدي الى ضعف التناسق الجسمي والميل الى النوم والخمول وزيادة الحساسية والميل إلى المشاجرة، في حين تتسبب الزيادة في افراز الهرمون الجنس التستوستيرون الى زيادة التهيج والمشكلات الاستحواذية والعدوانية. عموماً نلاحظ ان الاضطرابات في

افراز الهرمونات التي تفرزها الغدد الصماء المختلفة تؤثر في التوازن الكيميائي للجسم بحيث يتأثر بها النشاط العصبي، وينتج عن ذلك تغييراً في الانماط السلوكية للفرد.

ثانياً: مجموعة العوامل البيئية Environmental/ Ecological

:Factors

تكاد تكون العوامل البيئية من أكثر العوامل التي تسبب الاضطرابات الانفعالية والسلوكية في مرحلة الطفولة. فالبيئة تمثل مجموع المثبرات المادية والاجتماعية التي يتفاعل معها الفرد منذ لحظة التكوين وحتى الممات، ومثل هذه المثبرات تلعب دوراً بارزاً في بناء شخصيته وتطوير خبراته واتجاهاته وميوله وتنمية قدراته والتي بلا شك تفصح عن نفسها في المظاهر السلوكية المتعددة. ان تعرض الام الحامل الى الخبرات المؤلمة والمشكلات العاطفية والاجتماعية، والحوادث والمعاناة من الضغوط والامراض، بالاضافة الى تعاطيها المخدرات والمسكرات والادمان على التدخين وتناول العقاقير وسوء التغذية وعوامل التكوين

وغيرها من العوامل الأخرى التي تتعرض (X) الطبية والتعرض الى اشعة لها الام الحامل تؤدي الى اضطرابات في افراز الغدد لديها وتغير التركيب الكيميائي في دمها، مما ينعكس

لقد اظهرت نتائج العديد من الدراسات بهذا الشأن، ان العديد من المشكلات الانفعالية والسلوكية التي يمارسها الاطفال هي نتائج للخبرات المؤلمة وغير السارة التي تعاني منها الام الحامل. فالعصبية وتقلب المزاج وكثرة الحركة وضعف الانتباه وسرعة التهيج والخمول والعدوانية ونوبات القلق والاكتئاب وضعف التأزر الحركي وغيرها من الاضطرابات الاخرى ترتبط الى درجة كبيرة في اسبابها الى مثل تلك الخبرات التي تمر بها الام الحامل سلبا في نمو جنينها وفي خصائصه وانماطه السلوكية.

كما تلعب العوامل البيئية دوراً بارزاً في الاضطرابات الانفعالية والسلوكية لدى الاطفال في مراحل بعد الولادة. فالبيئة الخارجية تمثل الوسط الحقيقي الذي يتفاعل معه الفرد، ومن خلاله تتبلور الاستعدادات

الوراثية لديه وتنمو قدراته ووظائفه ويكتسب خبراته ومعارفه ويطور اتجاهاته وميوله وانفعالاته، ويتعلم العادات والتقاليد واللغة.

تمثل الاسرة الوسط الاجتماعي الاول الذي ينشأ فيه الطفل ويتفاعل معه ويعتمد الى درجة كبيرة عليه في تلبية احتياجاته وتنمية قدراته ومعارفه ومهاراته. فعلاقة الطفل بامه هي اول العلاقات التي يشكلها وهي من أكثرها اهمية في نموه وتطور شخصيته. فالام هي المصدر الاول الذي يشبع حاجاته البيولوجية ويقدم له الدعم والحماية والحب والحنان وغيرها من الحاجات النفسية الأخرى، فاتجاهات الام نحو طفلها ونوعية الخدمات التي تقدمها له تؤثر في نموه السليم وفي تطور خصائصه وانماطه السلوكية. فالحماية الزائدة والخوف الشديد على الطفل والدلال قد يسهم في توليد مظاهر انفعالية وسلوكية غير مقبولة لدى الطفل مثل الاتكالية، وقلق الانفصال والغيرة والتمرد.

اما الاهمال والتجاهل وعدم اشباع حاجات الطفل وتقديم الحب والحنان له واستعمال اساليب التهديد والعقاب والقسوة في تدريبه

ورعايته وغيرها من اساليب الرعاية السلبية، فقد تتسبب في نشوء الاضطرابات الانفعالية والسلوكية لديه من مثل العدوانية وفقدان الثقة بالآخرين، وتدني مستوى مفهوم الذات، واضطرابات النطق والقلق والانطوائية والتمرد والعصيان والى غير ذلك من الاضطرابات الانفعالية والسلوكية الأخرى.

ولا يقتصر دور الاسرة في التأثير في خصائص الطفل بدور الام فحسب، لا بل . ويسهم الاب في ذلك من خلال اساليب ال رعاية والتربية التي يتبعها مع اطفاله وفي علاقته مع الزوجة. فالشك والاهمال والحاق الاذى بهم وضربهم وعقابهم وعدم مراقبتهم، بالاضافة الى خلافاته وشجاره المتكرر مع الزوجة والابناء تسهم الى درجة كبيرة في تطور الاضطرابات الانفعالية والسلوكية لدى الأطفال، ومن أبرزها سلوك التجنب والقلق وفقدان الثقة بالآخرين والهروب من البيت والاكنتاب. وثمة عامل اخر يرتبط بالاسرة قد يتسبب في حدوث الاضطرابات الانفعالية والسلوكية يتمثل في المواقف الضاغطة الناتجة بفعل الازمات الاقتصادية

والمشكلات الاجتماعية التي تعاني منها الاسرة، بالاضافة الى وجود

النماذج السيئة، ممثلا ذلك في الاب أو الام أو الاخوة والاخوات.

ويضاف الى ذلك الاساليب الغذائية المتبعة بالاسرة ونوعية

الطعام وانماطه، فهي بلا شك تسهم الى درجة ما في تطور بعض

الاضطرابات الانفعالية والسلوكية لدى الاطفال.

اما البيئة الثانية التي يتفاعل الفرد مع مثيرتها فتتمثل في رياض

الاطفال والمدارس الرسمية. فهي تشكل مؤسسات اجتماعية - تربية

تعنى بعملية التربية ونقل التراث الثقافي للأجيال ومساعدتهم على

النمو المتكامل في كافة جوانب شخصيتهم من خلال اكسابهم المعارف

والمعلومات وتطوير قدراتهم العقلية وتنمية الجوانب الانفعالية

والاجتماعية والاخلاقية والمهارات اللغوية والحركية لديهم.

ان لنوعية الخبرات التي يتعرض الاطفال لها في المدرسة اثرا

بارزاً في ظهور الاضطرابات الانفعالية والسلوكية لديهم. فوجود اقران

السوء والصحة السيئة والاحتفاظ بعلاقات مضطربة مع الاخرين من

اطفال ومعلمين، بالاضافة الى تذبذب اساليب المعاملة من قبل المعلمين والاسراف في استخدام النقد والتهكم والسخرية والعقاب من قبلهم واتباع الاساليب التي تقوم على القمع والتلقين، وعدم التسامح وعدم اتاحة الف رصة للاطفال في المشاركة وابداء ارائهم، وعدم مراعاة الفروق الفردية كلها جميعا قد تكون من الاسباب المحتملة لظهور الاضطرابات الانفعالية والسلوكية لدى الاطفال. فعلى سبيل المثال، العدوانية، والتهرب من المدرسة، وادعاء المرض والخوف المرضى والتمرد والعصيان والقلق والانطواء والانسحاب والخجل وتشتت الانتباه وعدم التركيز هي استجابات انفعالية قد يطورها الطفل كنتاج لمثل تلك الخبرات غير السارة التي يواجهها في البيئة المدرسية ويمتد اثر البيئة ليشمل طبيعة النظام الثقافي السائد في المجتمع، حيث تسهم البيئات المنغلقة والتي تسود فيها الاساليب التربوية المتشددة في تطور الاضطرابات الانفعالية والسلوكية مقارنة بالمجتمعات المعتدلة والاقل تشدد أو الاكثر تسامحاً.

خصائص المضطربين انفعاليا وسلوكيا

:Characteristics of Emotionally Disturbed

ليس من السهل حصر جميع خصائص الافراد المضطربين انفعاليا وسلوكيا، وقد يرجع السبب الرئيسي في ذلك الى كثرة مثل هذه الاضطرابات وتعددتها وتداخلها معا من جهة والتفاوت في شدتها بين المتوسطة والشديدة من جهة اخرى.

ولكن بالرغم من ذلك، هناك ثلاث خصائص رئيسية تشترك بها جميع الاضطرابات إلى أن هناك اكثر من (١٠٠) خاصية يمتاز بها الافراد ذوي الاضطرابات الانفعالية والسلوكية. وتتمثل في الخصائص التالية:

اولا: ضعف التحصيل الاكاديمي Academic Achievement Poor

يعاني الاطفال المضطربين انفعاليا وسلوكيا عادة من تدني مستوى التحصيل الاكاديمي مقارنة باقرانهم الاطفال العاديين، ولا

ينحصر هذا الضعف في مادة دراسية واحدة وانما يمتد ليشمل كافة المواد والانشطة الاكاديمية.

ثانيا: سوء التكيف الاجتماعي Poor Interpersonal Relations

ان اهم ما يمتاز به الافراد الذين يعانون من الاضطرابات الانفعالية والسلوكية هو افتقارهم للمهارات الاجتماعية والسمات الشخصية المحببة (الجاذبية)، مما يعيقهم بالتالي من تكوين علاقات اجتماعية مع الاباء والمعلمين والاقربان. فنظراً لما يمتازون به من انماط سلوكية غير مرغوبة، فهم في الغالب مرفوضين وغير مرحب بهم من قبل الاخرين.

ثالثا: تدني احترام الذات Poor Self-Esteem

يسيطر لدى المضطربين انفعاليا وسلوكيا الاحساس بتدنى مفهوم الذات لديهم، فهم ينظرون الى ذواتهم نظرة سلبية وانها غير ذات قيمة، وهذا بالتالي ينعكس في مستوى احترامهم لذواتهم.

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 العلمى إذا رغب فى تشخيص الاضطراب النفسى ومعالجة ووقاية الناس منه بطريقة موثوق بها البدء بتعاريف محددة وواضحة لمفهومي السواء والمرض .

ويبدو أن السلوك السوى (الصحة النفسية) Normal Behavior مطلب أساسى 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 فى ظل المجموعة الثقافية الواحدة، وذلك لأن أحد الفروق التى تستخدم فى التمييز بين السلوك السوى وغير السوى تعتمد فى جانب كبير منها على كمية القلق والمشقة التى يعيشها البشر، وهى بلا شك تختلف من مكان إلى مكان، ومن زمن إلى آخر.

إن السواء ليس مجرد انعدام المرض أو الخلو من أعراضه، إنه القدرة على الإحتفاظ بحالة مزاجية معتدلة، ويرى البعض أن الصحة النفسية هى 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 التأرجح بين الشك واليقين لأن هذا التأرجح 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 السوى 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 السوى، ولما كان تعريف اللاسواء (أو المرض النفسى) يعد أمراً حاسماً بالنسبة لعلم النفس المرضى والطب النفسى، فقد تمت بالفعل محاولات كثيرة لتعريف السلوك غير العادي، ولكن لم يكن أي منها مرضياً بشكل تام، لم يستطيع أي منها أن يصمد كتعريف متسق يفسر بسهولة كل المواقف أو المظاهر التى يبرز فيها هذا المفهوم.

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 التى يعيش فيها الفرد وليست تلك هى 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 ضوءها المرض النفسي، لذا وضع الباحثون عدداً من المحكات في علم النفس

المرضى كحل بديل لمشكلة تعريف السلوك اللاسوى، ومن هذه المحكات نجد:

أولاً المعيار الإحصائى :

يعتبر السلوك اللاسوي من وجهة نظر إحصائية إنحرافاً كمياً عن المتوسط (المعتاد)، ويحدث السلوك اللاسوى عادة بشكل غير متكرر، بينما يحدث السلوك السوى بشكل متكرر، ويعتمد المعيار الإحصائى 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 الاعتنالى، ومن هذا يعرف اللاسوى 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 في الوقت ذاته يعانى من هنات واضحة عند استخدامه في تحديد اللاسواء، وذلك على النحو التالي :

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

- وفى 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 فى بعض الدول من السلوكيات التى تتسم بالندرة، وعدم التكرار فى بعض المجتمعات، فهل يمكن إعتبارها جانباً من السلوك غير السوى أو الشاذ.

- إن المعيار الإحصائى بمفرده لا يعطينا تحديداً دقيقاً للسلوكيات غير المتكررة، والتى تمثل الإهتمام الحقيقى لعلم النفس المرضى والطب النفسى، وبالتالي لا يمكن الاستفادة من المعيار الإحصائى فى علم النفس المرضى إلا إذا ساندته معايير أخرى.

ثانياً المعيار الاجتماعى الثقافى:

لقد أظهرت الدراسات الميدانية فى الأمراض النفسية أن ما يعتبره بعض المجتمعات مرضاً يستحق العلاج ينظر إليه فى مكان آخر على أنه نوع من الإنحراف يجب استئصاله من المجتمع أو عزل

صاحبه فى أحد السجون، وسنجد فى مجتمع ثالث أنهم يتقبلون هذا السلوك كظاهرة عادية لا تحتاج إلى تدخل. ويعتبر تجاهل المعايير الإجتماعية والثقافية من أهم المكونات فى تعريف السلوك اللاسوى، ومن ثم فالشذوذ من وجهة نظر ثقافية يركز على الانحراف، بمعنى الدرجة التى ينحرف بها الفرد عن المعايير الثقافية .

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

وبالرغم من أهمية هذا المحك الإجتماعى الثقافى فى 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 لآخرى،

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 النفسى والعقلى من ناحية وبين

الإحرف الإجتماعى والإجرام من ناحية أخرى، فبعض المجرمين

يرتكبون الجرائم وينتهكون القانون وينحرفون عن المعايير

الإجتماعية 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 الإجتماعى وانطلاقاً من مبدأ المجازاة الإجتماعية، يحمل فى طياته وصمة بالمرض لأولئك المفكرين والمبدعين والمصلحين الذين يرفضون بعض معايير المجتمع ويثورون عليها.

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

ثالثاً محك المشقة الشخصية :

أحد المداخل لتعريف السلوك اللاسوى يركز على خبرة الشخص بالألم أو الكرب أو المشقة الشخصية، حيث يمكن القول أن السلوك اللاسوى 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 :

- 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 التوكد 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 حياته، كالحصول على وظيفة، والتعامل مع الأصدقاء والأسرة، والوفاء بالالتزامات فى 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 مجتمعا، ولعل هذا المعيار يتفرد بكونه يركز على الحالة العملية من حيث المضى فى الحياة بمقاييس معينة للنجاح، ويجعل هذا المنحنى العملى 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 التى لا يلائمها السلوك والتى يفشل الإنسان فى التكيف معها، لأن هذه المواقف والتكيف معها قد يكون مرتبطاً بعوامل معينة كالجنس والعمر، المستوى الثقافى والتعليمى، 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 الإكلينيكى:

يأخذ هذا المعيار المفاهيم الطبية والبيولوجية كمحدد للاسواء، فاللاسواء هو نتيجة حالة مرضية نستدل عليها من وجود أعراض مرضية، وأن الشخص اللاسوى هو الذى حصل على بطاقة تشخيصية كالذهان والعصاب.

غير أن هذا المعيار لم يسلم من النقد، حيث تعاني 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 تعقد الظواهر بترتيبها فى فئات طبقاً لبعض المعايير الموضوعية لهدف واحد أو أكثر، فالأشياء المختلفة المصنفة والقابلة للتمييز حين تجعل متساوية فإنها تجمع فى فئات، كما يستجاب لها من حيث إنتمائها إلى الفئات على الأصح لا

من حيث تفردھا 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. 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 زميلات، وأنواع من اللاسواء البدنى، وإلى أحداث بيئية بالإضافة إلى عمر المريض.

- ومن بين التصنيفات المدونة فى القدم تصنيف "هيبيوقراط" (٤٦٠ - ٣٧٧ ق.م) والذي يرى أن العالم مركب من أربعة عناصر أساسية: الدم، والسوداء، والصفراء، والبلغم. وقد إعتقد هيبيوقراط 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 سبقتة، وقام بتجميع كل الأمراض العقلية ووضعها فى فئة الأمراض البدنية وسماها "العصابيات" 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-الخبيل 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 والخبيل

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

التصنيف الدولى للأمراض

International Classification Of Diseases (ICD)

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

-النقص العقلى 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 التى قد لاتؤدى 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، والتي لم تضيف 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 الفارقى والعلاج للإضطرابات العقلية، ومن هنا بدأت اللغة المشتركة للطب النفسى تصل بين أجزاء العالم،

وشجع ذلك الأطباء النفسيون على بذل إضافات وتحسينات كثيرة منها إضافة اضطرابات الأطفال النفسية واضطرابات النمو، وأصدرت منظمة الصحة العالمية القائمة العاشرة (ICD10) عام ١٩٨٨، وفي عام ٢٠١٣ صدرت القائمة الحادية عشر (ICD11) وما زالت تتوالى الاصدارات 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.

فقد قدم الدليل الأول (DSM-1) عام ١٩٥٢، ولكنه كان

متعارضاً مع النسخة السادسة من التصنيف الدولي للأمراض، ونظراً لأن الانسجام والاتساق 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 والاتساق مع التصنيف الدولي للأمراض، وظهر هذا الدليل لأول مرة عام ١٩٨٠.

ثم توالى التعديلات فى الدليل التشخيصى والإحصائى لرابطة
الطب النفسى الأمريكية حتى الآن، وظهر الدليل الرابع والخامس،
وهكذا وقد لوحظ أن التصنيف الأمريكى التشخيصى الإحصائى
يتميزان عن غيرهم من التصنيفات فيما يلى :

١- وجود فصل مستقل مستقل عن الإضطرابات النفسية التى تظهر
لأول مرة فى الطفولة والمراهقة.

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

٣- إتباعه للمحاور التشخيصية المتعددة.

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 داخلياً.

ما هي الاضطرابات الوجدانية؟

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

أهم سمات اضطرابات المزاج:

أساس الاضطراب هو اضطراب المزاج، وتتبع كل الأعراض الأخرى من هذا المزاج، الذي إما أن يكون حزناً وأسى (اكنتاب)، أو هوساً ومرحاً؛ تتبعه سعادة وقتيه وتفخيم وعظمة. يحدث عادة في

دورات نوابية يتخللها مراحل من المزاج السوي. إمكانية الشفاء في معظم الحالات.

انتشار الاضطرابات الوجدانية :

اضطرابات المزاج تعد من أكثر الاضطرابات النفسية شيوعاً، 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 الاكتئاب بين النساء، والنسبة بين الرجال والنساء ٢:١. 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 ٢٠٢٠ (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 كبير 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 :

- 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.

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 متهورة 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.
- ازدياد النشاط الجسماني.
- فرط التفاؤل.
- فرط الثقة بالنفس.
- الإسراف في صرف الأموال.
- رغبة شديدة في العمل وتحقيق الأهداف.
- خلل في تحكيم العقل.
- الكلام السريع.
- تواتر الأفكار.
- الرغبة جنسية شديدة.
- التصرف العدواني.
- قلة الحاجة إلى النوم.
- الميل إلى الالتهاة بسهولة.
- الانفعالات العاصفة.

- عدم القدرة على التركيز.
- 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.
- الإرهاق.
- اليأس وانعدام الأمل.
- عدم الاهتمام بالفعاليات اليومية.
- الأفكار الانتحارية.
- مشاكل في التركيز.
- الشعور بالذنب.
- قلق وعصبية.
- اضطرابات النوم.
- آلام مزمنة دون مسبب ظاهر.
- اضطراب الشهية.
- للعيان.

تشخيص اضطرابات ثنائي القطب Bipolar :

Bipolar I Disorder I اضطراب ثنائي القطب I

معايير التشخيص

لتشخيص اضطراب ثنائي القطب I، 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 متمدداً 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).

(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) 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، إشراف 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.

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

لهي 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

متمدداً 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.
- (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 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).

ملاحظة: عندما تظهر نوبة تحت هوسية كاملة خلال المعالجة المضادة للاكتئاب (أدوية ، أو علاج بالاختلاج الكهربائي) ولكنها تستمر بمستوى كامل للمتلازمة، متجاوزةً التأثيرات الفيزيولوجية لتلك المعالجة لهي 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 تغيراً 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.

(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.

(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 توهيمياً) 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. 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 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 المزاج
- مع مظاهر ذهانية غير منسجمة مع المزاج
- مع كاتاتونيا.
- مع بدء حول الولادة
- مع النمط الفصلي

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

متمدداً 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.

(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 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 تضمن 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، التغيير 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 بالتلمل أو البطء).

(٦) تعب أو فقد الطاقة كل يوم تقريباً.

(٧) أحاسيس بانعدام القيمة أو شعور مفرط أو غير مناسب بالذنب (والذي قد يكون توهيمياً) 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 بحلول 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 مختلطة
- مع دوران سريع

- مع مظاهر ذهانية منسجمة وغير منسجمة مع المزاج
- 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.

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

ث) لا تُفسر الأعراض في المعيار أ بشكلٍ 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. 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 كثيراً من أعراض هذا المرض كما تصفه كتب الطب النفسي المعاصرة، بل إنه وضع أسباباً نرى فيها كثيراً 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 أسباباً مرجحة للاكتئاب، وما يجعل كتابات هذا العالم عن هذا الموضوع ذات أهمية

خاصة أنه يتحدث عن أسباب ومسببات موضوعية، مخالفاً بذلك كثيراً 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 بالحزن واليأس والقنوط المبالغ فيه، نتيجة التصورات السلبية عن الذات والعالم والمستقبل، كما يتميز الشخص أثناءها بالخمول وضعف الهمة وتناقص النشاط ويضطرب نومه ويفقد شهيته، ويشكو فقدان وزنه، إضافة إلى الشعور بالتعب والفتور، والملل والسأم من أتفه 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 وتعددها 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 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 بالاكْتئاب مقارنة بعامة السكان.

فالاكْتئاب 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)، والاكْتئاب 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 تنبأ البعض قبل عقدين ماضيين بازدياد عدد المصابين بالاكْتئاب خلال العقود القادمة وذلك لعدة أسباب يعتقد أنها تؤدي إلى زيادة انتشار الإصابة به ومنها:

- ارتفاع معدل الأعمار.
- ازدياد الإصابة بالأمراض المزمنة التي يرافقها الاكْتئاب كعوارض 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: تشدد تلك الأعراض صباحاً، وتحسن مساءً

أعراض نفسية:

• الآم جسمية مختلفة

• صداع

• الآم في الظهر

• شعور بضغط على الصدر

• الإحساس بفقدان الأهمية

• الفشل

• الشعور بالذنب

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

أعراض فسيولوجية (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 الجسيم 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 Dyeregulation 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 جميعًا موجودة لفترة ١٢ شهرًا أو أكثر، بحيث لا يكون الفرد من خلال هذه السنة بعدد ثلاثة شهور متتالية خاليًا من كل الأعراض المذكورة أعلاه.
- 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 حصرًا 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 تغيرًا عن الأداء الوظيفي السابق على أن يكون واحدًا 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 تقريبًا، 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 مستثار)
- 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.
- 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 ضيقًا مرضيًا واضحًا أو اختلالًا 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.

- نوبة خفيفة أو متوسطة أو شديدة.

- مع أو بدون أعراض ذهانية.

- مع شفاء جزئي أو كامل للأعراض.

كما يتم تحديد إذا ما كان الاضطراب يصاحبه:

- قلق وضيق.

- ملامح مختلطة.

- ملامح ملانخوليا.

- ملامح غير نمطية.

- ملامح مزاجية ملائمة أو غير ملائمة.

- ملامح كتاتونية.

- مع ظهور بعد الولادة.

- 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.

٣- في خلال فترة العامين (عام واحد بالنسبة للأطفال

والمراهقين) من الاضطراب لم يخلُ الفرد من وجود الأعراض

بالمحكين (٢ او ١) 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.
- 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 الثالث

الاضطرابات العصبية

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 كالفسام 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 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 فيزيولوجيا بدرجة عالية من الانتباه المرضي في وقت الراحة. بطء 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 والتمللم 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:

- آلام 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 وأحياناً الغثيان والقيء .
- الاسهال أو الإمساك .

الجهاز التنفسي:

- سرعة التنفس .
- ضيق التنفس والتهديدات المتكررة .
- سرعة التنفس تؤدي لطرْد ثاني أكسيد الكربون مما يؤدي للتميل 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 عاملا أساسيا 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

النوم والمهدئة ؛ كمحاولة للتخفيف من أعراض القلق النفسي مما يؤدي أحيانا للإدمان.

اضطراب القلق العام Generalized Anxiety Disorder

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).

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) تململ أو شعور بالتقييد أو بأنه على الحافة.

(٢) سهولة التعب.

(٣) صعوبة التركيز أو فراغ العقل.

(٤) استثارة.

(٥) توتر عضلي.

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

النوم المتململ 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.

(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 ستة 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 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، الغباء.

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).

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 يُعبّر 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 لسته

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.

(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 مفرطاً.

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 بأية وسيلة. وهذا النوع

أشد أنواع الرهاب إعاقه.

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).

(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 الساح 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 لستة

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 مفرد الوضوح.

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 التشبث.

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

ت) يجري تجنب فعّال 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 لستة

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 المعقدة الأخرى (كما في رهاب الساح)، أشياء أو مواقف متعلقة بالوساوس (كما في اضطراب الوسواس القهري)، ما يذكر بالحوادث الصادمة (كما في اضطراب 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.

هذه الحالة أكثر شيوعاً بين النساء؛ فيسعى المريض إلى تجنب

المواقف التي سبق أن حدثت النوبة فيها، أما الحالات التي لا يمكن تتبّر 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. وبترافق 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 النوبة 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 .
- 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 يتمتع عن الذهاب إلى مثل تلك الأماكن .

وفي بعض الحالات الشديدة يبقى المريض حبيس المنزل ولا يخرج 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، 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 يرجعون 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 يتنقلون بين مختلف العيادات التخصصية بما فيها أطباء الأذنية والهضمية وغيرها دون تشخيص واضح ودون جدوى. وقليل منهم من يرجع الطبيب النفسي أو يتم تحويله إلى الطبيب النفسي وذلك بسبب الجهل العام والمخاوف التي لا مبرر 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 .

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.

(١) خفقان، أو تزايد سرعة القلب.

(٢) تعرّق.

(٣) ارتعاش أو ارتجاف.

(٤) أحاسيس بقصر النفس أو الاختناق.

(٥) شعور بالعَصَص.

(٦) ألم أو انزعاج صدري.

(٧) غثيان أو تلبك في البطن.

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

(٩) قشعريرة أو أحاسيس بالحرارة.

(١٠) مذل أو تشوش الحس (إحساسات بالتميل 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.

(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) تغيير 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 وفاء أحد الأقارب. وأحياناً تكون الفكرة مرتبطة

بحدث يهم 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 عيّنًا .

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 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 معًا. فالوسواس والقهر أو الحواز عادة متلازمان كأنهما وجهان لعملة واحدة.

ما يميز الوسواس القهري

- وجود وساوس 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.
- 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

كثيره، أو جمل معينة، تتردد على مخه أو نغمة 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) وأحياناً

اندفاعات مضحكة؛ كالغناء في الأماكن المقدسة.

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 كفرية.

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).

تُعَرَّف 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 مُساقَ لأدائها استجابةً لوسواس، أو وفقاً لقواعد ينبغي

تطبيقها بصرامة.

(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 لتحييده 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 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 مؤكدٍ أو بشكلٍ محتملٍ 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 مؤكد أو بشكلٍ محتمل 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.

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

الإعلام الإلكترونية والتلفزيون والأفلام والصور إلا إذا كان هذا

التعرض ذا صلةٍ بالعمل

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: 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 بشكل 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.

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 والأماكن والأحداث

والأنشطة 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").

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 مبالغَ بها.

٥- مشاكل في التركيز.

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

الكر ب 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).

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 النساعة

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.

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 نتمكن 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.

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

٥- سلوك الانسحاب الاجتماعي.

٦- الانخفاض المستمر في التعبير عن المشاعر الإيجابية. -

ث) 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- التيقظ المبالغ فيه (Hyper vigilance)

٣- استجابة عند الجفل مبالغَ 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، الأصدقاء، 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).

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 بالاكنتاب 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 علاجى 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.
- لطفى الشربيني (٢٠٠٣). *معجم مصطلحات الطب النفسي*. الكويت: مركز تعريب العلوم الصحية.
- محمد أحمد ؛ ومحمد إبراهيم؛ وزيدي 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*. ج ٢، الجهاز المركزي للمكتب 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