

جامعة عبد الحميد بن باديس - مستغانم -



كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم العلوم الاجتماعية

شعبة علم النفس

تخصص: علم النفس العيادي

مستوى السنة الأولى ماستر عيادي

محاضرات في مادة علم النفس المرضي للراشد والمسن

إعداد: د. صافا أمينة

السنة الجامعية: 2025/2024



UNIVERSITE
Abdelhamid Ibn Badis
MOSTAGANEM



UNIVERSITE
Abdelhamid Ibn Badis
MOSTAGANEM

جامعة عبد الحميد بن باديس - مستغانم

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم العلوم الاجتماعية

شعبة علم النفس

تخصص: علم النفس العيادي

مستوى السنة الأولى ماستر عيادي

محاضرات في مادة علم النفس المرضي للراشد والمسن

إعداد: د. صافا أمينة

السنة الجامعية: 2025/2024

قائمة المحتويات:



المحاضرة الاولى: الفرق بين المرض النفسي والمرض العقلي:

الهدف من المحاضرة: أن يتعرف الطالب على:

- 2..... - تعريف المرض النفسي والاضطراب النفسي
- 3..... - المعايير التي تحكم السلوك السوي والسلوك المرضي
- 4..... - الأعراض والأمراض
- 6..... - الفرق بين المرض النفسي العصاب والمرض العقلي الذهان والمرض العصبي

المحاضرة الثانية: مدخل إلى تشخيص الاضطرابات النفسية والعقلية:

الهدف من المحاضرة: أن يتعرف الطالب على:

- 10..... - الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية
- 10..... - أهم صفات الدليل التشخيصي
- 10..... - استخدامات المحكات التشخيصية
- 10..... - الوصف المنهجي
- 10..... - تحديد شدة الاضطراب
- 10..... - تحديد المحاور
- 10..... - وصف الدليل

المحاضرة الثالثة: الذهان:

هدفها تعريف الطالب بمفهوم الذهان وأهم العوامل المؤدية إلى حدوثه والتعرف على تصنيفاته.

- 16..... - تعريف الذهان
- 16..... - تصنيف الذهان

16.....الذهان العضوي -

19.....الذهان الوظيفي -



المحاضرة الرابعة: الهوس الذهاني:

هدفها التعرف على اضطراب الهوس، أعراضه أنواعه وأشكال تطوره وماله.

22.....الهوس الذهاني تعريفه -

23.....أنواع الهوس -

23.....أعراضه حسب الدليل التشخيصي الرابع -

25.....الأشكال العيادية للنوبة الهوسية -

المحاضرة الخامسة: الاكتئاب الذهاني:

الهدف منها: التعرف على هذا الاكتئاب أعراضه، أنواعه، أشكاله المتعددة.

28.....تعريف الذهان الاكتئابي -

29.....أعراض الاكتئاب الذهاني -

30.....مدى انتشاره -

32.....أشكال الاكتئاب حسب الأسباب -

35.....أشكال الاكتئاب حسب الأعراض -

المحاضرة السادسة الذهان الدوري أو ذهان الهوس والاكتئاب

هدفها التعرف على هذا الاضطراب، أعراضه، أشكاله تشخيصه الفارقي مع باقي الاضطرابات.

39.....تعريف ذهان الهوس والاكتئاب -

39.....تصنيف الانماط الاكلينيكية -

39.....درجاته -

- 41.....أسبابه -
- 43.....أعراضه -
- 44.....تشخيصه والتشخيص الفارقي -
- 48.....علاج ذهان الهوس والاكتئاب -



المحاضرة السابعة: تحليل الهذيان:

هدفها التعرف على معنى الهذيان وكيفية تحليله بطريقة علمية صحيحة.

- 52.....تعريف الهذيان -
- 52.....ميكانيزمات الهذيان -
- 53.....موضوعات الهذيان -
- 55.....تحليل الهذيان والتشخيص الفارقي -

المحاضرة الثامنة: الهجمة الهذيانية أو النوبة الهذيانية الحادة:

الهدف هو التعرف على هذا النوع من الاضطرابات الذهانية الحادة والتعرف على أعراضها

واسبابها ومآلها.

- 59.....تقديم الاضطراب -
- 59.....الأعراض -
- 61.....تبيان التوصيف الاكلينيكي -

المحاضرة التاسعة: الفصام:

هدف المحاضرة تعريف الطالب بمفهوم الفصام وانواعه المتعددة، وتشخيصه، أعراضه والتشخيص الفارقي

مع باقي الاضطرابات الأخرى.

- 64.....تعريف الفصام -

- 68.....الانتشار والمجرى النوسولوجي أي التصنيف المرضي -
- 71.....أنواع الفصام -
- 74.....أعراض الفصام -
- 78.....تشخيص الفصام -
- 80.....علاج الفصام -



المحاضرة العاشرة: التناذرات الهذيانية المزمنة أو الهذيان الزوراني المزمن:

الهدف: تعريف الطالب بهذا النوع من الذهانات المزمنة وتفسير هذيانات الاضطهاد.

- 84.....تعريف الهذيان الزوراني المزمن -
- 84.....مميزات الشخصية الزورانية -
- 85.....أشكال الهذيانات الزورانية -
- 89.....التطور العام للهذيانات المزمنة -
- 89.....التشخيص الفارقي -

المحاضرة الحادية عشر: مشكلات المسنين: هدفها تعريف الطالب بمرحلة الشيخوخة وتوضيح

أهم المشكلات التي يعاني منها المسنين من الناحية النمائية وتأثيرها على الجانب النفسي مع تحديد أهم مسببات ذلك.

- 91.....نشأة وتاريخ الاهتمام ببيكولوجية الكبار -
- 94.....الخصائص المميزة لمرحلة الشيخوخة -
- 96.....العلاقات الاجتماعية في الشيخوخة -
- 97.....أمراض الشيخوخة -
- 103.....المشكلات الاجتماعية والانفعالية والجنسية لدى المسن -

105..... النظريات المفسرة للشيخوخة..... -



المحاضرة الثانية عشر: الاضطرابات العصبية عند المسن:

هدفها تعرف الطالب بأهم الاضطرابات العصبية في مرحلة الشيخوخة والمتمثلة في الزهايمر وخرف الشيخوخة

- 108..... مرض الزهايمر، مفهومه..... -
- 109..... انتشاره..... -
- 110..... تشخيص مرض الزهايمر..... -
- 110..... أهم أعراضه..... -
- 114..... أسباب الزهايمر..... -
- 116..... خرف الشيخوخة، تعريفه..... -
- 116..... انواع خرف الشيخوخة..... -
- 117..... اعراض خرف الشيخوخة..... -
- 118..... الصورة الاكلينيكية للشخصية الخرفة..... -
- 119..... مراحل تطور المرض..... -
- 122..... تشخيص الخرف..... -

المحاضرة الثالثة عشر: الاضطرابات الجنسية:

الهدف هو التعرف على هذه الانواع من الاضطرابات التي تدخل في مجموعة الاضطرابات النفسية للراشد.

- 126..... اسباب الانحرافات الجنسية..... -
- 127..... أنواع الانحرافات الجنسية..... -



- 128..... تصنيف الانحرافات الجنسية. -
- 129..... اشكال الانحرافات الجنسية. -

المحاضرة الرابعة عشر: اضطراب المثلية الجنسية:

الهدف هو تعرف الطالب على هذا النوع من الاضطرابات الجنسية وتفسيره من قبل المدارس النفسية والتعرف على أسبابه وآثاره.

- 139..... الجنسية المثلية والسلوك اللاإجتماعي. -
- تفسير الجنسية المثلية من وجهة نظر المدرسة التحليلية والمدرسة السلوكية والنظرية البيولوجية والنظرية الاجتماعية..... 141
- 143..... أسباب الجنسية المثلية. -
- 145..... آثار الجنسية المثلية. -
- 150..... المراجع

مراجع محاضرات علم النفس المرضي للراشد والمسن



- 1- محمد حسن غانم (2009) مقدمة في علم النفس الاكلينيكي، التقييم، التشخيص، العلاج، المكتبة المصرية للطباعة والنشر والتوزيع، ط1، 2007/13073، مصر، الاسكندرية.
- 2- عبد الرحمن العيسوي (2007) التبرفرينيا، زهان فصام الشخصية وعلاجهن دراسة في الصحة النفسية، الناشر، 2006، الاسكندرية، مصر.
- 3- عبد الرحمن العيسوي (2011)، البرانويا والصحة النفسية، منشورات الحلبي الحقوقية (2011)، بيروت، لبنان.
- 4- كمال الدسوقي (د س)، الطب العقلي والنفسي: علم الأمراض النفسية التصنيفات والأمراض، دار النهضة العربية للطباعة والنشر، بيروت، ط1.
- 5- أسعد شريف الأمانة وعلي حسين الحلو (2022)، مدخل الصحة النفسية، الدار .المنهجية . للنشر والتوزيع، ط1، 2020-1443هـ، عمان، الأردن.
- 6- بيرتر شكوتكة، فرنس كاسبار، بيرندروكر، ترجمة سامر جميل رضوان، التشخيص النفسي الاكلينيكي (1) (2016)، دار الكتاب الجامعي، دولة الامارات العربية المتحدة، لبنان.
- 7- بيرتر شكوتكة، فرنس كاسبار، بيرندروكر، ترجمة سامر جميل رضوان، التشخيص النفسي الاكلينيكي (2)، ط1، (2016)، دار الكتاب الجامعي، دولة الامارات العربية المتحدة، لبنان..
- 8- أحمد رشيد زيادة (2014)، علم النفس العيادي، الوراق للنشر والتوزيع، ط1، 2013، عمان، الأردن.
- 9- معلوف لويس (1930). المنجد في اللغة. بيروت: المطبعة الكاثوليكية.

10- عمرو سامي أبو عقل (2016). المساندة الأسرية وعلاقتها بالاستشفاء لدى عينة من مرضى الفصام المترددين على عيادات الصحة النفسية في قطاع غزة. أطروحة دكتوراه، كلية التربية الجامعية الإسلامية.



11- الخازن منير وهيبية (د.س). معجم مصطلحات علم النفس الأول من نوعه في اللغة العربية.

12- غراب أسماء عبد القادر (2015). فاعلية العلاج المعرفي السلوكي بأسلوب حل المشكلات في التخفيف من الضغوط النفسية لدى زوجات مرضى الفصام. رسالة ماجستير، كلية التربية الجامعية الإسلامية.

13- قيود الطاهر (2022). أثر سوء المعاملة الأبوية في المراهقة على الإصابة بالفصام. مجلة الروائز، 6(2)، 49-58.

14- كوروغلي محمد لمين (2017). مقارنة وبائية للفصام. مجلة أبحاث نفسية وتربوية، ج(10)، 423-419.

15- بغالية هاجر (2019). تمثلات ومعاش مرض الصرع والفصام بمنطقتي "تيسمسيلت" و "مستغانم". أطروحة دكتوراه، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية جامعة أبي بكر بلقايد.

16- بغالية هاجر (2017). العلاج التقليدي لمرض الصرع والفصام انطلاقا من المخيال الشعبي: مقارنة بين منطقة تيسمسيلت ومنطقة مستغانم. مجلة انترولوجيا، 3(6).

17- مليوح خليدة (2014). مدى فعالية تقنيات الفحص العيادية الإسقاطية والموضوعية في تشخيص الفصام في المجتمع الجزائري. أطروحة دكتوراه، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية جامعة محمد خيضر بسكرة.

18- مليوح خليدة (2014). مدى فعالية تقنيات الفحص العيادية الإسقاطية والموضوعية في تشخيص الفصام في المجتمع الجزائري. أطروحة دكتوراه، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية جامعة محمد خيضر بسكرة.



- 19- كيلاني علاء فوزي (2021). ممارسة النموذج العقلاني الانفعالي في خدمة الجامعة لتعديل الأفكار اللاعقلانية وخفض مخاطر احتمالات الانتكاسة لدى مرضى الفصام. مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية، 1(53).
- 20- دريس سهام، وتواتي نورة (2021). اضطراب الذاكرة العاملة لدى الفصاميين. مجلة الجامع في الدراسات النفسية والتربوية، 6(2)، 167-183.
- 21- جودة محمد محمد نبيل (2008). الاتجاهات الوالدية لدى مرضى الفصام العقلي في قطاع غزة في ضوء بعض المتغيرات. رسالة ماجستير، كلية التربية الجامعة الإسلامية.
- 22- محمد ولاء محمد أبو المجد (2022). التشوهات المعرفية وعلاقتها باضطراب الفصام لدى عينة من مرضى الفصام. مجلة كلية الآداب، 56(56)، 704-723.
- 23- الحمادي أنور (2022). معايير DSM-5-TR
- 24- أبو فايد ريهام (2016). المناخ الأسري وعلاقته بتوكيد الذات لدى زوجات مرضى الفصام العقلي. رسالة ماجستير، كلية التربية الجامعة الإسلامية.
- 25- عكاشة احمد (2010). الطب النفسي المعاصر. القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.
- 26- اعتدال عبده فقير سيد احمد (2010). الصحة النفسية لدى مرافقي مرضى الفصام بمستشفيات الطب النفسي بولاية الخرطوم في ضوء بعض المتغيرات. رسالة ماجستير، كلية الآداب جامعة الخرطوم.
- 27- إبراهيم، عبد الستار (1998)، الاكتئاب اضطراب العصر الحديث، عالم المعرفة الكويتية، الكويت.
- 28- زيور مصطفى (1986)، في علم النفس، دار النهضة العربية، بيروت.
- 29- طه، فرح عبد القادر وكامل، مصطفى وآخرون (1993)، موسوعة علم النفس والتحليل النفسي، دار السعاد الصباح، الكويت.

- 30- عكاشة، أحمد (1998) الطب النفسي المعاصر، مكتبة الأنجلو المصرية، لقاهرة.
- 31- إبراهيم سالم الصيحان (2010) الاضطرابات النفسية والفعلية (الأسباب والعلاج)، دار الصفاء للنشر والتوزيع، عمان، ط1: 2009-1430.
- 32- أديب محمد الخالدي (2015)، علم النفس الاكلينيكي، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان، ط1.
- 33- محمد أحمد شلبي، محمد إبراهيم الدسوقي، زيزي السيد إبراهيم (2021)، تشخيص الأمراض النفسية للراشدين، مكتبة الأنجلو المصرية، مصر.
- 34- السيد، فهمي علي (2010)، علم النفس المرضي _ نماذج لحالات اضطرابات نفسية وعلاجها، دار الجامعة الجديدة، الاسكندرية، مصر.
- 35- محمد النوبي محمد علي (2012)، الخرف لدى المسنين، الاتجاهات الحديثة في التشخيص والعلاج وكيفية التعامل، دار صفاء للطباعة والنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
- 36- محمد النوبي محمد علي (2012)، الزهايمر لدى المسنين، الاتجاهات الحديثة في التشخيص والعلاج وكيفية التعامل، دار صفاء للطباعة والنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
- 37- سامي محسن الختاتة (2012)، مقدمة في الصحة النفسية، دار الحامد للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
- 38- محمد جاسم العبيدي (2013) علم النفس الاكلينيكي، دار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
- 39- بشر صالح الرشيد، منصور طلعت، محمد أحمد النابلسي، إبراهيم الخلفي، فهد عبد الرحمن الناصر، مود القشعان، بدر بورسلي (2000)، سلسلة تشخيص الاضطرابات النفسية (تعريف الدليل التشخيصي للأمراض النفسية)، المجلد الثالث، الكويت، مكتب الإنماء الاجتماعي.



UNIVERSITE
Abdelhamid Ibn Badis
MOSTAGANEM



UNIVERSITE
Abdelhamid Ibn Badis
MOSTAGANEM

جامعة عبد الحميد بن باديس - مستغانم -

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم العلوم الاجتماعية

شعبة علم النفس

تخصص: علم النفس العيادي

مستوى السنة الأولى ماستر عيادي

محاضرات في مادة علم النفس المرضي للراشد والمسن

إعداد: د. صافا امينه

السنة الجامعية: 2025/2024



UNIVERSITE
Abdelhamid Ibn Badis
MOSTAGANEM



UNIVERSITE
Abdelhamid Ibn Badis
MOSTAGANEM

جامعة عبد الحميد بن باديس - مستغانم -

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم العلوم الاجتماعية
شعبة علم النفس
تخصص: علم النفس العيادي
مستوى السنة الأولى ماستر عيادي

محاضرات في مادة علم النفس المرضي للراشد والمسن

إعداد: د. صباح الميمني

السنة الجامعية: 2025/2024

قائمة المحتويات:

المحاضرة الاولى: الفرق بين المرض النفسي والمرض العقلي:

الهدف من المحاضرة: أن يتعرف الطالب على:

- تعريف المرض النفسي والاضطراب النفسي.....2
- المعايير التي تحكم السلوك السوي والسلوك المرضي.....3
- الأعراض والأمراض.....4
- الفرق بين المرض النفسي العصاب والمرض العقلي الذهان والمرض العصبي.....6

المحاضرة الثانية: مدخل إلى تشخيص الاضطرابات النفسية والعقلية:

الهدف من المحاضرة: أن يتعرف الطالب على:

- الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية.....10
- أهم صفات الدليل التشخيصي.....10
- استخدامات المحكات التشخيصية.....10
- الوصف المنهجي.....10
- تحديد شدة الاضطراب.....10
- تحديد المحاور.....10
- وصف الدليل.....10

المحاضرة الثالثة: الذهانات:

هدفها تعريف الطالب بمفهوم الذهان وأهم العوامل المؤدية إلى حدوثه والتعرف على تصنيفاته.

- تعريف الذهان.....16
- تصنيف الذهانات.....16
- الذهان العضوي.....16
- الذهان الوظيفي.....19

المحاضرة الرابعة: الهوس الذهاني:

هدفها التعرف على اضطراب الهوس، أعراضه أنواعه وأشكال تطوره وماله.

- الهوس الذهاني تعريفه.....22
- أنواع الهوس.....23
- أعراضه حسب الدليل التشخيصي الرابع.....23
- الأشكال العيادية للنوبة الهوسية.....25

المحاضرة الخامسة: الاكتئاب الذهاني:

الهدف منها: التعرف على هذا الاكئاب أعراضه، أنواعه، أشكاله المتعددة.

- تعريف الذهان الاكتئابي.....28
- أعراض الاكئاب الذهاني.....29
- مدى انتشاره.....30
- أشكال الاكئاب حسب الأسباب.....32
- أشكال الاكئاب حسب الأعراض.....35

المحاضرة السادسة الذهان الدوري أو ذهان الهوس والاكئاب

هدفها التعرف على هذا الاضطراب، أعراضه، أشكاله تشخيصه الفارقي مع باقي الاضطرابات.

- تعريف ذهان الهوس والاكئاب.....39
- تصنيف الانماط الاكلينيكية.....39
- درجاته.....39
- أسبابه.....41
- أعراضه.....43
- تشخيصه والتشخيص الفارقي.....44
- علاج ذهان الهوس والاكئاب.....48

المحاضرة السابعة: تحليل الهذيان:

هدفها التعرف على معنى الهذيان وكيفية تحليله بطريقة علمية صحيحة.

- تعريف الهذيان.....52
- ميكانيزمات الهذيان.....52
- موضوعات الهذيان.....53
- تحليل الهذيان والتشخيص الفارقي.....55

المحاضرة الثامنة: الهجمة الهذيانية أو النوبة الهذيانية الحادة:

الهدف هو التعرف على هذا النوع من الاضطرابات الذهانية الحادة والتعرف على أعراضها

واسبابها ومآلها.

- تقديم الاضطراب.....59
- الأعراض.....59
- تبيان التوصيف الاكلينيكي.....61

المحاضرة التاسعة: الفصام:

هدف المحاضرة تعريف الطالب بمفهوم الفصام وانواعه المتعددة، وتشخيصه، أعراضه والتشخيص الفارقي مع باقي الاضطرابات الاخرى.

- 64.....تعريف الفصام. -
- 68.....الانتشار والمجرى النوسولوجي أي التصنيف المرضي. -
- 71.....أنواع الفصام. -
- 74.....أعراض الفصام. -
- 78.....تشخيص الفصام. -
- 80.....علاج الفصام. -

المحاضرة العاشرة: التناذرات الهذيانية المزمنة أو الهذيان الزوراني المزمن:

الهدف: تعريف الطالب بهذا النوع من الذهانات المزمنة وتفسير هذيانات الاضطهاد.

- 84.....تعريف الهذيان الزوراني المزمن. -
- 84.....مميزات الشخصية الزورانية. -
- 85.....أشكال الهذيانات الزورانية. -
- 89.....التطور العام للهذيانات المزمنة. -
- 89.....التشخيص الفارقي. -

المحاضرة الحادية عشر: مشكلات المسنين: هدفها تعريف الطالب بمرحلة الشيخوخة وتوضيح

أهم المشكلات التي يعاني منها المسنين من الناحية النمائية وتأثيرها على الجانب النفسي مع تحديد أهم مسببات ذلك.

- 91.....نشأة وتاريخ الاهتمام ببيكولوجية الكبار. -
- 94.....الخصائص المميزة لمرحلة الشيخوخة. -
- 96.....العلاقات الاجتماعية في الشيخوخة. -
- 97.....أمراض الشيخوخة. -
- 103.....المشكلات الاجتماعية والانفعالية والجنسية لدى المسن. -
- 105.....النظريات المفسرة للشيخوخة. -

المحاضرة الثانية عشر: الاضطرابات العصبية عند المسن:

هدفها تعرف الطالب بأهم الاضطرابات العصبية في مرحلة الشيخوخة والمتمثلة في الزهايمر وخرف الشيخوخة

- 108.....مرض الزهايمر، مفهومه. -

109.....	انتشاره.....	-
110.....	تشخيص مرض الزهايمر.....	-
110.....	أهم أعراضه.....	-
114.....	أسباب الزهايمر.....	-
116.....	خرف الشيخوخة، تعريفه.....	-
116.....	انواع خرف الشيخوخة.....	-
117.....	اعراض خرف الشيخوخة.....	-
118.....	الصورة الاكلينيكية للشخصية الخرفة.....	-
119.....	مراحل تطور المرض.....	-
122.....	تشخيص الخرف.....	-

المحاضرة الثالثة عشر: الاضطرابات الجنسية:

الهدف هو التعرف على هذه الانواع من الاضطرابات التي تدخل في مجموعة الاضطرابات النفسية للراشد.

126.....	اسباب الانحرافات الجنسية.....	-
127.....	أنواع الانحرافات الجنسية.....	-
128.....	تصنيف الانحرافات الجنسية.....	-
129.....	اشكال الانحرافات الجنسية.....	-

المحاضرة الرابعة عشر: اضطراب المثلية الجنسية:

الهدف هو تعرف الطالب على هذا النوع من الاضطرابات الجنسية وتفسيره من قبل المدارس النفسية والتعرف على أسبابه وآثاره.

139.....	الجنسية المثلية والسلوك اللاإجتماعي.....	-
	تفسير الجنسية المثلية من وجهة نظر المدرسة التحليلية والمدرسة السلوكية والنظرية البيولوجية والنظرية الاجتماعية.....	-
141.....	أسباب الجنسية المثلية.....	-
143.....	آثار الجنسية المثلية.....	-

المراجع.....150.....

المحاضرة الاولى:

الفرق بين المرض النفسي والمرض العقلي

مقدمة:

يطلق على مصطلح المرض كل ما هو علة سببها فيروس معين أو بكتيريا أو سبب محدد اما المرض النفسي سببه مجموعة عوامل وليس عامل واحد فقط واصب حالان يطلق على مصطلح المرض بمصطلح اضطراب لان مسبباته عديدة وغير محددة ولهذا اصبح العلماء يفضلون مصطلح لفظ الاضطراب النفسي أو الاضطراب العقلي بدلا عن المرض النفسي أو المرض العقلي (الامارة، الحلو، 2022، 150).

الاضرابات النفسية تسمى أيضا الاضطرابات العصابية "الاعصبة " neurosis أما الاضطرابات العقلية فتسمى أيضا الاضطرابات الذهانية psychosis.

تعريف المرض النفسي أو الاضطراب النفسي neurosis disorder

هي مجموعة من الامراض تعكس سوء توافق الفرد (كامل، 1992، ص92) ويعرف الشرقاوي الاضطراب النفسي بأنه: حالة من الاضطراب الوظيفي في الشخصية ذو أصل نفسي أو عصبي. ويعرف (الامارة والخلو) الاضطراب العصبي أيضا بأنه: الابتعاد عن متوسط السلوك العام في المجتمع مع وجود الشكوى من بعض الحالات غير الطبيعية في السلوك، مثل: الشكاوي الكثيرة والإعلان وطلب المساعدة من الآخرين سواء أهل الاختصاص أو غيرهم، إذن الشخص العصبي أو المريض النفسي يستطيع أداء وظائفه العامة بشكل طبيعي كما جاء في تعريف فرويد للعصاب على أنه اضطراب يتمركز حول القلق (منشأه عقدة أوديب) حيث يظهر القلق في بعض الحالات واضحا ومباشرا وفي بعضها الآخر لا يكون واضحا، أما الاضطراب أو المرض العقلي (الذهاني) فيعرف بأنه اضطراب في النشاط السلوكي العقلي وأعراضه التي تمس الحياة النفسية للمريض.

المعايير التي تحكم السلوك المرضي والسلوك المرضي:

إن المرض والسواء من المفاهيم الصعبة التحديد فهما مفهومان نسبيان في المراحل العمر المختلفة وفي الازمنة المختلفة وحتى الثقافة تؤثر في هاذان المفهومين فما هو سوي وصحيح في مجتمع ربما يكون غير سوي في مجتمع آخر حيث أن (ليندا دافيدوف) تقول: إن السواء واللاسواء يشخصان من حيث درجة الاضطراب فقط فيقال حينئذ أن الأفراد غير الأسوياء نفسيا تعترتهم مشكلات عقلية أكثر ويتصرفون بطريقة غير ملاءمة اجتماعيا كما يبدو أنهم أقل قدرة على التحكم بانفعالاتهم مقارنة بالأفراد الأسوياء ومن أهم المعايير التي اتفق عليها المختصين لتحديد السواء والمرض هي:

المعيار الاجتماعي: كل ما تتفق عليه الجماعة وتقبله يعتبر السواء على عكس كل ما لا تتفق عليه وما لا يتوقعه المجتمع من أنواع السلوك فهو مرض فهناك في كل مجتمع مجموعة من التقاليد والاعراف الاجتماعية التي تنظم السلوك وتحدد انحرافه عن ما يتفق عليه المجتمع وهكذا يعتبر سلوكا غير سوي أي مرضي وكل ما توافق مع القواعد الاجتماعية والثقافية في أي مجتمع.

المعيار الطبي: المعيار الطبي يعتمد على الادوات الاكلينيكية التي تعطي حقائق علمية طبية فاستحالة الانسان على ضبط سلوكه والتحكم فيه يعد في المفهوم الطبي مرضا كذلك يعتبر كثرة الاسى والشكوى وعدم الارتياح والحزن بدون سبب والغضب دون سبب كلها تعتبر انفعالات طبيعية لكن التعبير عنها بطرق غير مناسبة يعد مرضا وكذلك زمن رد الفعل يلعب دورا مهما في الحكم على الانفعال إن كان سويا أم مرضيا فالحزن على موقف ما مثير للحزن يعد طبيعيا لكن استمراره لفترة أطول وأوقات متباينة يعد مرضا في المعيار الطبي.

كخلاصة الشخص السوي المتوافق والمتمتع بالصحة النفسية والعقلية هو الشخص الذي يجد ويعمل ويتفاعل مع المجتمع أما المريض غير المتوافق فهو الذي يعاني من الاضطرابات الانفعالية التي تنعكس على السوك وتشكل أعراضاً مرضية.

الأعراض والأمراض:

العرض ليس هو المرض ولا هو سبب المرض وإنما هو مظهره الخارجي وعلامته الدالة عليه سطحياً يعتبر العرض ظاهر المرض لا باطنه وإشارة وجوده لا نوعه أو حقيقته (الدسوقي، ص) مثلاً: ارتفاع درجة الحرارة أو ارتفاع ضغط الدم وغيرها من التغيرات الفيزيولوجية هي أعراض وفي الجانب العقلي أيضاً القلق المبهم والخوف غير المبرر واضطرابات الذاكرة وغيرها هي أيضاً أعراض إذن العرض هو إشارة المرض أو علامته الدالة عليه sign أنه دليل عدم الصحة أو سوء التوافق ينظر له الطب الحديث على أنه مجرد ناقوس الخطر أو الإشارة الحمراء المؤذنة بالمرض.

العرض إشارة واحدة أو علامة مفردة (single sign) هي إحدى ظواهر شكوى المريض أو أحد دلائل عدم التوافق في سلوكه، فهذا العرض قلما يوجد بمفرده أو بمعزل عن ظواهر عرضية أخرى فهي ترتبط به كلها في مجموع أعراض متكامل ومنظم ووجود بعض هذه الأعراض وعدم وجود البعض الآخر هو أساس علم التشخيص الفارقي بين الحالات.

وتعرف مركبات الأعراض المرتبطة ببعضها البعض في كيان مرضي واحد بالداء syndrome فالداء مجموع أو جملة الأعراض المتصاحبة concurrent كدليل على المرض أو الكيان المرضي morbid entity الذي تظهر أعراضه فلا يكون العرض الواحد دلالة على المرض إلا في نطاقه وإنما الداء كمجموعة أعراض هو الذي يميز بين مرض وآخر.

ولما كانت الأعراض وحدات إشارية تقوم دليلاً على المرض بمجموعها الذي هو الداء وكان من الأعراض ما هو جسدي كالجوع أو الغثيان أو القيء أو الامساك ... الخ، مما يوحي بأن الداء من أصل عضوي فقد ارتبط معنى العرض في البدا بالناحية الفيزيولوجية في الطب إلى أن تقدم الجانب في تتبع الأعراض النفسية إلى أصولها في خلايا الجسم فأصبح العرض دليلاً على الظواهر الجسمية أو العقلية أيضاً.

الأعراض النفسية كان يشار إليها بأنها الرمز symbol لكن الكثير من الأطباء العقلين يفضلون إطلاق اسم "العرض" خاصة إن كان الشك حول أصل العرض أهو جسدي أم نفسي ويقصرون تسمية الرمز على الأعراض التي تكون نفسية في كليهما وعلى كل حال معنى المرض pathology إما صراحة أو ضمناً.

ونتيجة لكل هذا كانت سيكولوجيا القرن التاسع عشر وبداية العشرين تهتم بعلم الأعراض وتصنيفها ووصفها ووضع فوائم بأعراض كل مرض (الدسوقي، ص 20) وكذلك الأعراض تصنف باعتبار أصلها إلى عضوية الأصل وسيكولوجية الأصل، فهناك الأعراض المرتبطة بتغيير نسيج المخ

organogenic (عامل تسمم أو اصابة أو صدمة أو...) أما الأعراض النفسية الاصل psychogenic فهي عموما تعبيرات عن اللاشعور فلما يكون المريض على وعي بها أو بأسبابها أو دلالتها كما يتميز هذا النوع من الأعراض بأن لديها أصل هادف purposive إذ منها يستمد المريض اشباعين أو مكسبين الاول هو التحكم في القلق وتخفيف التوتر، أما الثاني فهو أن يكسب المريض التعاطف اللازم ويعفى من المهام غير المرغوب فيها. إلا أن هذا التقسيم للأعراض بحسب أصلها إلى عضوي ونفسي فائدة كبيرة في التحديد الاكلينيكي لطبيعة اضطراب المريض خصوصا، فعرض معين قد يظهر على احد المرضى بسبب عضوي وفي الاخير سيكولوجي.

الفرق بين المرض النفسي (العصاب) neurosis والمرض العقلي (الذهان) psychosis والمرض العصبي neurology:

يعرف المرض بكل أنواعه على انه حالة خلل يعيق أجزاء من الجسم وتسبب لها تعطلا في وظائفها المخصصة للعمل وهذا التعريف هو ما يحدث فعلا على الحالة النفسية والعقلية لدى الإنسان فالخلل في هذا النوع من الأمراض يستهدف العقل الإنساني ومسار عمله فلا يوجد خلل أو تعطل كامل لدماع الإنسان وإنما يحدث خلل في جزء من أجزائه فإذا حدث هذا الخلل في جزء منه فان وظائفه الأخرى تبقى على سوية من العمل إلا في حالات التخلف العقلي.

أما عن الاضطراب أو المرض النفسي العصبي يتميز بحدود واسعة وأعراض كثيرة تتفاوت شدتها ودرجة قوتها وتنوعها وفي حين آخر تبتعد كثيرا عن خط السواء أو بالأحرى تقترب من خط اللاسواء لاسيما أن الخط يقع على متصل واحد احد طرفيه السواء والطرف الآخر المرض ولكن تبقى المشكلة الأساسية هي نقطة الالتقاء بين طرفي الخط المتصل والتي تسمى علميا بالحالة البيئية فالأشخاص القريبون من هذه النقطة يعدون أسوياء طالما أنهم على طرف السواء ويعدون من المرض طالما هم ضمن الطرف الآخر أي المرض قريبا من نقطة الالتقاء.

كما كانت دائما حالات المرض النفسي المطلق أو حالات السواء النفسي المطلق من اكبر المشكلات التي تواجه المختصين في دراسات علم النفس ومن مميزات المصابين بهذا الاضطراب النفسي ان نشاطهم العقلي يصاب بشكل كبير وتضعف قدرتهم على مواجهة متطلبات الحياة العادية اما المريض العقلي يرفض انه مريض ولا يناقش هذا الموضوع من أساسه ولا يقر بحالته الصحية المتدهورة وفضلا عن ذلك يبدو الاضطراب واضحا في بعض العمليات العقلية مثل ضعف الإدراك الاختلال في التفكير الزيادة في الانفعالات وتدهور الذاكرة الواضح.

كما يعرف المرض العصبي neurology على انه مجموعة الاضطرابات التي تصيب الفرد نتيجة الإصابات في جهازه العصبي في القسم المركزي أو المستقل وتندرج الأمراض العصبية تحت لائحة الخلل في بعض الأعصاب مثل التهاب الأعصاب المختلفة في الجسم وضمور أجزاء من المخ تنتج عنه الأم مع أعراض كالنسيان وتدهور في الذاكرة أو بعض حالات الشلل المؤدية إلى عجز في بعض الحركات.

المرض النفسي يمكن تداركه وعلاجه في بدايته خاصة اذا استشعر الفرد ما قد بدا يغزو افكاره فيطلب العلاج من تلقاء نفسه ولكن الإهمال يزيد الحالة سوءا وهذا ما ينعكس سلبا على الشخص وعلى علاقته بالآخرين ويتدهور انتاجه وقد يهمل مظهره الخارجي ولاشك ان تأثير الانسان يوافقه واكتسابه للعديد من العادات والتقاليد والافكار التي تحكم هذا المجتمع يكون لها ابلغ الاثر في نفسية هؤلاء.

من الأمراض النفسية (العصابات) neurosis: القلق، الفوبيا، الاكتئاب النفسي العصبي، المخاوف المرضية، الوسواس القهري.

أما الأمراض العقلية (الذهانات) psychosis فتشمل: الذهانات العضوية مثل عته الشيخوخة، تصلب شرايين المخ.

الذهانات الوظيفية: ذهانات حادة مثل الهوس، السوداوية، الخلط الذهني، ذهان الهذيان الحاد.

الذهانات المزمنة: الفصام، البرانويا، ذهان الهوس المزمن.

وفيما يلي جدول يوضح الفرق بين العصاب والذهان لـ (العبيدي، 2013، ص428).

الاضطرابات العصبية	الاضطرابات الذهانية
اضطراب اقل شدة في الشخصية	اضطراب شديد في الشخصية
توتر الخبرات الداخلية للفرد على مظاهر السلوك الخارجي ولكن بدرجة اقل شدة	توتر الخبرات الداخلية للفرد على مظاهر السلوك الخارجي مما يؤدي إلى عدم السداد
لا يعاني المريض من الهذيان والهلاوس	يشعر المريض بالهذيان والهلاوس
يكون تفكير المريض مرتبطا بالواقع	يكون تفكير المريض غير واقعي
يكون المريض مدركا لما يشعر كما انه يرغب شعوريا في تغيير حالته	لا يدرك المريض سوءه ولا يرغب في التفكير
لا يحتاج إلى الايواء بالمستشفى	يحتاج في كثير من الحالات إلى الايواء بالمستشفى
لا تعود إلى اسباب عضوية	تعود بعض الاسباب الاضطراب إلى عوامل عضوية أو حدوث اضطراب في وظائف الجهاز العصبي
لا يؤثر العصاب على مجمل الشخصية	يؤثر الذهان على جوانب مختلفة في الشخصية

يفقد المريض صلته بالعالم الواقعي	يستطيع مواصلة عمله وارتباطه بالآخرين
يكون سلوكه غير ارادي لا يعتبر مسؤولاً عن نتائج سلوكه اثناء مرضه	يعتبر مسؤولاً عن نتائج سلوكه وتصرفاته
يحتمل وجود دور للعوامل الوراثية في الاضطراب	ليس للعوامل الوراثية دور في الاضطراب

المحاضرة الثانية:

مدخل إلى تشخيص الاضطرابات النفسية والعقلية

الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية **Diagnostic and statistical**
manual of mental disorders DSM I V 1994

أهم صفاته:

استخدام المنهج الوصفي يحتوي الدليل التشخيصي للأمراض النفسية على وصف الأمراض والتلازمات الاكلينيكية بصورة شاملة ومفصلة دون التعرض لأسباب أو النظريات الخاصة بتفسير هذه الأمراض.

استخدام المحكات التشخيصية: لقد أوجد مصدر هذا الدليل مجموعة من المحكات الخاصة لتشخيص كل مرض ثم جمعها بواسطة الملاحظة الاكلينيكية ويشترط لتشخيص المرض توفر عدد معين من محكات التابعة لكل مجموعة.

الوصف المنهجي: يعتمد الدليل في وصف الأعراض على الاسلوب المنظم والواضح للأعراض بصورة اساسية وان مان يعتمد احيانا على المتغيرات الشخصية والزمنية مثل السن بداية المرض أو مدة استمرار الأعراض.

تحديد شدة الاضطراب: لا يكتفي معدو الدليل بتحديد الفئات التشخيصية بل أنهم ذهبوا إلى صياغة التعريفات الخاصة بشدة الاضطراب مثل طفيف متوسط وشديد ومتحسن جزئيا أو متحسن كليا.

تحديد المحاور: من اهم نقاط اختلاف الدليل عن كل النظم التشخيصية الاخرى في انه لا يكتفي بتحديد التشخيص الاكلينيكي بل يشمل بالإضافة إلى الحالة الاكلينيكية تحديدا لاضطراب الشخصية والمرض العضوي والضغوط النفسية والاداء العام وذلك من خلال خمسة محاور:

المحور الاول: الاضطراب الاكلينيكي فصام أو اكتئاب... الخ.

المحور الثاني: اضطرابات الشخصية أو الاضطرابات الخاصة بنمو الاطفال والمراهقين مثل اعتلال الشخصية من النوع البارانويدي أو اضطراب السلوك عند الطفل كمثال.

المحور الثالث: الامراض العضوية.

المحور الرابع: المشكلات النفسية والاجتماعية.

المحور الخامس: تقييم الاداء العام (غانم، 2009، ص 246-250).

التعامل مع التشخيصات غير الواضحة: من أهم مزايا الدليل طريقة تعامله مع الحالة التي يصحب البحث في شأنه تشخيصها ووضع ضوابط متحكمة لتصنيفها.

وصف الدليل:

المحور الاول: يشمل هذا المحور التشخيصات الإكلينيكية وعددها 16 فئة تشخيصية:

_ الاضطرابات التي تظهر لأول مرة من مرحلة المهد أو الطفولة أو المراهقة.

_ الهذيان والعتة.

_ اضطرابات النسيان والمعرفية الاخرى.

_ الاضطرابات المرتبطة بتعاطي المواد النفسية.

_ الفصام.

_ الاضطرابات الذهانية الاخرى.

_ اضطرابات القلق.

_ اضطرابات جسدية الشكل.

_ الاضطرابات الجنسية واضطرابات الهوية الجنسية.

_ اضطرابات الطعام.

_ اضطرابات النوم.

_ اضطرابات التحكم في الاندفاعات.

_ اضطرابات التوافق.

_ اضطرابات الشخصية.

_ اضطرابات اخرى قد تكون موضع الاهتمام الاكلينيكي.

_ حالات اضافية قد تكون موضع الاهتمام الاكلينيكي.

المحور الثاني: يشمل هذا المحور اضطرابات الطفولة والمراهقة اضطراب النمو والتأخر العقل.

المحور الثالث: ويشمل أمراض عضوية وإصابات مثل ارتفاع ضغط الدم، السكر، الصرع، كسر

في الفخذ... الخ.

المحور الرابع: المشكلات النفسية والاجتماعية والبيئية and psychosocial problems

environmental.

المحور الخامس: تقييم الاداء الوظيفي العام Global assessment of functioning.

شدة المرض: طفيف، متوسط، شديد. تحسن جزئي أو حالة متبقية أو تحسن كامل Residual.

سلم تقويم الاداء الوظيفي العام: Global assessment of functionin.

يحسب عن أفضل أداء المريض في السنة السابقة على تاريخ التقويم.

يشمل ثلاث مجالات: العلاقات الاجتماعية، الاداء المهني، الاداء النفسي.

يتم تحديد الاداء الحالي والاداء السابق.

يبدأ السلم من 1 وينتهي عند 90.

من 80-90: أعراض طفيفة: أداء جيد في كل المجالات التي تهتم الشخص بأنشطة عديدة ويشارك

فيها: كفو من الناحية الاجتماعية راضي عن حياته بشكل عام لا يعاني إلا من مشاغل ومشاكل الحياة

اليومية العادية (خلاف طارئ مع أفراد الأسرة كمثل).

من 71-80: إن وجدت أعراض: يمكن اعتبارها ردود أفعال مؤقتة ومتوقعة الضغوط النفسية

الاجتماعية مثلاً صعوبة في التركيز بعد مشاجرة مع الأسرة مجرد عجز طفيف في الاداءات الاجتماعية

والمهنية والدراسية (تخلف مؤقت في أداء الوظائف المدرسية).

من 61-70: بعض الأعراض الخفيفة (اكتئاب وأرق خفيف) أو بعض الصعوبات في الأداء

الاجتماعي المهني أو الدراسي الأداء بصفة عامة مرضي ويحتفظ ببعض العلاقات التي لها وزنها مع

الاخرين.

حالات توضيحية:

محور (1): اضطراب ضلالي _متوسط (2).

محور (2): شخصية ضلالية أو برانويدية _متوسط.

محور (3): ارتفاع في ضغط الدم.

محور (4): ضغط نفسي اجتماعي _بالغ (6) وفاة الزوجة.

محور (5): عجز جسيم في العمل (40) يتجنب العلاقات الوثيقة يشك في زملاء العمل يتغيب بكثرة لتكرر نوبات الصداع (غانم 2009 ص 247_256).

الفرق بين Dsm5 Dsm4:

التغيرات في التصنيفات:

دمج الفئات: في الدليل التشخيصي الرابع كانت هناك فئات مستقلة مثل اضطراب الهلع والقلق الاجتماعي أما في الدليل التشخيصي الخامس تم دمج العديد من هذه الاضطرابات تحت اسم اضطرابات القلق مما يسهل الفهم ويقلل من التعقيد في عملية التشخيص.

تعديل التسميات: تم تغيير بعض التسميات لتحسين الدقة مثل تغيير اسم اضطراب الشخصية المعادي للمجتمع إلى اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع.

المعايير التشخيصية:

تحديث المعايير: تم تعديل المعايير لتكون أكثر توافقاً مع الأبحاث الحالية على سبيل المثال ثم إضافة معايير جديدة لاضطراب الاكتئاب الشديد مما يعكس فهماً أعمق للظاهرة. إدراج الأعراض الجديدة: تم تضمين أعراض جديدة مثل تغيرات النوم والشهية لتعكس التنوع في التجارب الفردية للاضطرابات النفسية.

المقاربة العلاجية:

أدلة علمية: يستند الدليل التشخيصي الخامس بشكل أكبر على الأبحاث العلمية والبيانات السرية الحديثة مما يساعد في توجيه العلاجات بطريقة أكثر فعالية هذا يشمل استخدام أساليب علاجية متعددة مثل العلاج السلوكي المعرفي والعلاج الدوائي.

فهم الأبعاد البيولوجية: يتضمن الدليل الإحصائي التشخيصي الخامس معلومات عن الأساس البيولوجي للاضطرابات مما يسهل الربط بين العوامل البيئية والوراثية.

نمط الكتابة:

سهولة القراءة: تم تحسين بنية الدليل الخامس ليكون أكثر سهولة في القراءة مما يساعد الأطباء والمهنيين النفسيين في استخدامه بكفاءة أكبر.

تفاصيل إضافية: تم توفير معلومات إضافية حول كيفية تقييم الاضطرابات بما في ذلك استخدام أدوات قياس موحدة.

وعليه فإن هذا الدليل التشخيصي الخامس يمثل خطوة كبيرة نحو تحسين التشخيص والعلاج في مجال الطب النفسي من خلال تحديث التصنيفات والمعايير وتقديم معلومات قائمة على الأبحاث يعتبر الدليل هذا أداة أساسية للمهنيين في فهم الاضطرابات النفسية والتحويلات من الدليل الرابع إلى الدليل الخامس تعكس تطور المعرفة في هذا المجال مما يسهم في تقديم رعاية نفسية أفضل وأكثر دقة بفضل هذه التحديثات يتمكن الأطباء من تقديم علاج ملائم يتماشى مع احتياجات المرضى مما يؤدي في النهاية إلى نتائج أفضل في مجال الصحة النفسية.

المحاضرة الثالثة:

الذهانات

تعريف الذهان:

من بين أكثر الاضطرابات العقلية خطورة لوجود الخلل الدائم في الشخصية حيث انه يعوقها عن اداء عملها اضافة إلى ان الشخص المصاب بالذهان يتميز بما يلي:

_ اضطرابات في السلوك الانطواء اهمال الذات والعمل اهتمامه بأشياء دقيقة مثل الاهتمام مثلا بالجهاز التشريحي للنمل.

_ اضطرابات على مستوى التفكير في المحتوى والاسلوب والتعبير وجود هذيانات.

_ اضطرابات على مستوى الوجدان انفعالات المريض تتميز بالخلط وعدم الموازنة.

_ افتقار المريض إلى الاستبصار لطبيعة وخطورة المرض.

وبالتالي الذهاني لا يشكو ولا يسعى إلى العلاج بل يشكو من المحيطين هم الذين يجبرونه على العلاج.

بالإضافة إلى حدوث تغيرات جوهرية في بنية شخصية المريض واكتسابه عادات وتقاليد وسلوكيات تختلف عما كانت قبلها.

_ اضطرابات على مستوى الإدراك أي ودود هلاوس.

_ البعد عن الواقع بل وقع الصلة به.

وعموماً فإن الاضطرابات الذهانية تصيب ما يقارب (10/5) من مجموع السكان.

تصنيف الذهان:

_ **الذهانات العضوية: organic psychosis:**

ينشأ هذا النوع من الذهانات نتيجة أسباب عضوية مصدرها إما تلف في المخ أو في الأعضاء الأخرى من الجهاز العصبي ولذا فهناك أنواع مختلفة من الذهان عضوي وهي:

ذهان الشيخوخة:

الذهان الناجم عن أورام في المخ أو الذهان الناتج عن التلوث المخي والعدوى الزهري مثلاً وهناك أيضاً الذهان الناتج عن إصابات المخ والحوادث والإدمان للمخدرات والكحوليات.

- الذهانات العضوية الناتجة عن تلف في مراكز المخ من أكثر الذهانات العضوية انتشاراً (غانم، 2009، ص 429).

أعراض تميز الذهانات العضوية عن الذهانات الوظيفية: وهي:

اضراب الذاكرة: خاصة الذاكرة القريبة مع خلط الذكريات ببعضها البعض بالرغم من تباين المسافات الزمنية بينها.

التغيرات الوجدانية: مثل فقدان الاهتمام بالبيئة المحيطة بالشخص وعدم الاكتراث كما يحدث في ذهان الشيخوخة ويميزه.

التدهور العقلي العام: كالعجز عن التجريد وفهم الأفكار الجديدة والعجز عن الحكم الجيد على الأمور الإصاب بالخمول وخاصة في حالات الذهان العضوي الناتج عن تحليل المراكز العصبية نتيجة الشيخوخة.

النوبات الصرعية: حيث تؤدي إصابات المخ أحياناً إلى اضطرابات في النشاط الكهربائي وإيقاعات المخ مما يسبب النوبات الصرعية.

اضطرابات الانتباه: كالتشتت السريع للانتباه والذهيان مع وجود صعوبة في التركيز في موضوع محدد.

عدم الوعي بالزمان والمكان: خاصة في حالات الذهان العضوي الناتج من اصابات المخ أو الحوادث الخطيرة التي تنتهي إلى اصابات في المراكز العصبية (عبد الستار ابراهيم، 1988، ص 58). (57)

الذهان التسممي: TOXIC PSYCHOSIS:

وهي مجموعة من الامراض العقلية العضوية أي التي تكون مسبباتها عدد من المواد السامة التي تدخل مراكز المخ عن طريق الدورة الدموية أو عن طريق الجهاز التنفسي.
ذهان الادمان الكحولي: أعراضه: صغر الرجفة الهذيانية، هلوسات إدمانية أخرى، حالة الهذاء الكحولي (البرانويا الكحولية) التسمم الكحولي الحاد، التدهور الكحولي، التسمم الباتولوجي، ذهانات كحولية أخرى غير محددة النوع.

الذهان المرتبط بإصابة داخل الجمجمة: INTRACRANIAL INFECT:

صغر ذهان الشلل العام.

الذهان من زهري آخر بالجهاز العصبي المركزي.

ذهان التهاب المخ أو الدماغ البائي.

ذهان إصابات داخل الجمجمة الأخرى (غير محددة النوع).

ذهان الالتهابات الدماغية الأخرى (غير محددة النوع).

ذهان مرتبط بحالة مخية أخرى:

صغر ذهان تصلب الشرايين بالمخ.

ذهان اضطراب او عية مخ اخر.

ذهان الصرع.

ذهان داخل الجمجمة INTRA NEOPLASM.

ذهان مرضي تشويهي للجهاز العصبي المركزي.

ذهان (رضوض) صدمة المخ.

ذهان حالة مخية أخرى (غير محدد النوع).

ذهان مرتبط بحالة جسمية أخرى:

صغر ذهان اضطراب افراز الغدد الصماء.

ذهان اضطراب الايض في التغذية.

ذهان اصابة جهاز داخلي System infect.

ذهان تسمم المخدر أو السم غير الكحولي.

ذهان مع الولادة.

ذهان حالة حسية أخرى وغير مشخص.

ذهان حالة جسمية غير محددة النوع (الدسوقي، دس، ص254).

2-الذهانات الوظيفية:

يعتبر الذهان الوظيفي حالة مرضية وظيفية عقلية فيه يعجز الفرد السيطرة على الدوافع اللاشعورية فتصدم مع الواقع وفيه يستعمل المريض آلية الخاصة نكوص كميمايزم دفاعي من مرحلة العلاقة بالمريض إلى مرحلة العلاقة بالذات ويتم عن طريق هذا النكوص انكار الواقع انكارا متفاوت المدى ويكون مصحوب بانطلاق الدوافع اللاشعورية بلا ضوابط ومن أهم أعراض الامراض العقلية.

_ اضطرابات ادراكية واضطرابات التفكير ووجود هذيانات وهلاوس.

_ اضطراب واضح في السلوك بعيدا عن طبيعة الفرد.

_ عزلة وانطواء واهمال في الذات والعمل والاهتمام بأشياء بعيدة عن طبيعته الاصلية.

_ تغيير في الشخصية الاصلية واكتساب عادات وتقاليد وسلوك عن الشخصية الاولى.

_ تشوش في محتوى ومجرى التفكير وأسلوب التعبير.

_ تغيير الوجدان وفقدان الاستبصار عند المريض بمرضه فلا يشعر بمرضه يرفض العلاج اعتقادا

انه لا يعاني من أي مرض.

_ عدم الوعي بادراك الزمان والمكان وادراك حدود الهوية الشخصية (الامارة، الحلو، 2022، ص

298).

ماهي وظائف الاضطرابات العقلية الذهانات:

يفسر (سيجموند فرويد) مؤسس مدرسة التحليل النفسي أن عمل الجهاز النفسي في انسجام وتوازن أي كل من الهو والانا، والانا الأعلى يجعل من الفرد حالة سوية وغي مرضية وأن الصراع هو الذي يؤدي إلى اختلال توازن الإنسان وفشل الأنا بالقيام بهذا التوازن ولا يلعب دوره في الكبت تعتبر من بين أهم أسباب المرض ومن بينها المرض العقلي ويضيف فرويد انه أثناء نكوص المرض العقلي يمر بمرحلتين: مرحلة أولى يتم فيها الكبت المميز للذهان عن طريق انكماش (الليبيدو الطاقة النفسية الهائجة) من العالم الخارجي وانقطاع روابط المريض بالغير.

تليها مرحلة استرجاعية يعود فيها الليبيدو إلى الموضوعات التي تخلى عنها ويرجع ما انقطع من روابطه بالغير ويكون ذلك عن طريق الإسقاط وبهذا تكوين الظواهر المرضية الملفتة كالهذيان بمختلف محتوياته والهلاوس بأنواعها.

المحاضرة الرابعة: أنواع الذهانات الوظيفية

الهوس الذهاني: المانيا Access maniaques

" اضطراب سلوكي ذهاني يتسم بالغرابة والنشاط النفسي الحركي الزائد والهيياج والمرح الذي يسيطر عليه الفرد" (الامارة والحلو، 2022، ص150).

أعراضه:

1_تزايد شديد في مستويات النشاط المختلفة مثل:

النشاط الحركي: والذي يتمثل في التوتر وعدم المثابرة على عمل واحد.

النشاط الجسمي: الزائد بطريقة قد تؤدي لإعياء المريض والارهاق.

النشاط الاجتماعي: بكل المظاهر غير الملائمة كالاتصال بالآخرين في أوقات غير مناسبة والرغبة في تجديد علاقات قديمة، الإسراف، الكرم المفرط مع وجود ميل للتحكم في الآخرين وعدم مراعاة مشاعرهم

النشاط الجنسي: حيث المبالغة في الممارسة مع ميول استعراضية التبرج والتزيين المفرط واحيانا التعري، استخدام احياءات جنسية سواء بالحديث أو الإشارة مع الآخرين.

2_ طريقة التحدث مع الآخرين: تتميز بارتفاع الصوت والسرعة ومن الصعب مقاطعتهم وكثيرا ما تمتلئ لغته بكثير من افكار العظمة مع وجود طريقة مسرحية في عرض الافكار والانتقال من موضوع إلى آخر بصورة سريعة يصعب متابعته (سرعة الكلام)

3_ سرعة انتشار التهور أو قد يتخذ شكل الاغراق في نشاطات تكون احيانا وخيمة العواقب مثل الادمان والنزوات الجنسية واستثمار النقود في مشاريع خاسرة.

4_ تشتت الانتباه بسبب السرعة للتداعي والدخول في تفاصيل خارجية غير ملائمة.

5_ تناقص وانعدام الحاجة إلى النوم.

6_ هروب الافكار وطيرانها مع سطحية التفكير وضعف القدرة على التركيز

(عبد الستار ابراهيم، 1988، ص55)

أعراض الهوس حسب DSM5

المزاج: طور محدد واضح من المزاج المرتفع بوضوح الممتد أو المستثار.

مدة الأعراض اللازمة: أسبوع واحد على الأقل.

عدد الأعراض اللازمة: على الاقل ثلاثة أعراض اخرى قابلة للاستشارة.

الأعراض:

الأعراض: نشاط مرتفع أو فقدان هدوء حركي.

ارتفاع في الميل للحديث المسامرة.

حاجة منخفضة للنوم.

ارتفاع في قابلية صرف الانتباه قابلية كبيرة للتشتت.

مبالغة في تقدير الذات أو افكار عظيمة.

انشغال مفرط بنشاطات محبوبة والتي تقود بدرجة عالية من الاحتمالية إلى عواقب غير محمودة.

هروب الافكار أو الشعور الشخصي بتسارع الافكار.

نوع الاضرار النفسية الاجتماعية: تغيرات ادارة الحياة مع تضررات شديدة.

معايير الاستبعاد: غير مستثار بسبب المواد أو ليس بسبب عامل مرضي طبي عام أو غير ناجم

عن سبب جسدي (رضوان، 2016، ص123).

انواع الهوس:

ينقسم الهوس إلى انواع وهي:

الهوس الخفيف: هو من اخف انواع الهوس أعراضه معتدلة مع نشاط واضح ومعتدل أيضا ويتسم بالتسامح والتسرع

كما يتميز المصاب بهذا النوع بخفة الروح واللطافة والرضى عن الذات والثقة بالنفس والطاقة التي لا حدود لها كما يكون عدوانيا وشرسا ويحب الجد و ينفق نقوده بإسراف كما يبدي تشتت انتباهه غالبا ويشيع تدبب الانفعال الفجائي، يكون فضوليا (الخلو والامارة، 2022، ص 151).

الهوس الحاد: تتزايد في هذا النوع مؤشرات الحماس والمرح الشديد فيأكد المريض في الغناء والرقص والصفير والابتهاج إلى حد الازعاج ، يثير المريض افكار العظمة ربما هذيانا عابرة عن الثورة والقوة وقد يختل المرح هذا نوبات من الغضب خاصة اذا احبطت رغباته فيتحول إلى شخص عصبي اندفاعي ينتقم من الآخرين أو يسخر منهم في صورة مبالغة فيها.

الهوس الهذيانى: حيث يتميز باضطراب شديد عادة يمكن ان يتعرف على الشخص الغريب وكأنه معروف ويفشل في التعرف على الآخرين يتميز بتشتت الانتباه فلا يتعرف على مفردات البيئة التي يعيش فيها وإذا أصبح الهوس حاد وخطير إلى الحد فيفضل الاستشفاء لانه يشكل خطرا على نفسه وعلى الآخرين (غانم، 2009، ص 445).

تصنيف آخر للهوس:

الهوس العضوي: وينتج عن اضطرابات عضوية تسبق ظهور الأعراض مثل نشاط الغدة الدرقية تعاطي الكوكايين أو المنشطات انسامم الزئبق بعض اورام المخ وبعض الادوية مضادات الاكتئاب.
هوس المراهقة: تختفي اغراض الهوس خلف اضطرابات سلوكية مثل تعاطي المخدرات أو الخمر أو السلوك المناهض للمجتمع.

اضطراب ازدواج القطبية السريع الدورات: Rapid cycling تظهر نوبات الهوس والاكتئاب بالتبادل بفواصل زمني لا يتجاوز 48_72 ساعة ومسار هذا النوع اكثر ازمانا من الانواع الاخرى.

اضطراب ازدواج قطبية / اكتئاب:

_ نوبة أو اكثر من الهوس في الماضي.

_ نوبة اكتئاب جسيم حاليا أو منذ فترة وجيزة.

اضطراب ازدواج قطبية / مختلط:

_ تشمل أعراض النوبة الحالية أو احداث نوبة كل أعراض الهوس والاكتئاب في الوقت أو بالتبادل السريع كل بضعة أيام.

_ أعراض اكتئابية واضحة تستمر لمدة يوم كامل على الاقل حدد الموسمية ان وجدت.

الاشكال العيادية للنوبة الهوسية:

1-النوبة الشبه هوسية: **Accès hypomaniaque(hypomanie)**: يمكن لهذا الشكل أن نجده عند الشخص العادي حيث يكون الشخص في حالة انشراح وانبساط .

تنسم هذه الحالة بحالة هوسية بسيطة وأعراض خفيفة، انتشاء مزاجي، ذاكرة سليمة، ذكاء عادي، يكون الشخص كثير الحركة متهور في سلوكه كثير التدبير والمغامرة إضافة إلى اضطرابات متعلقة الطبع فهو لا يتحمل الضغوط، الشكليات، الرسميات، لا يحترم آراء الآخرين لا يتقبل نصائحهم، متسلط، محتكر، عدائي، كثير الشكوى والمطالب الاندفاعية يصعب عليه الاقتناع بأنه مريض وبالتالي رفض تناول الأدوية خاصة عن طريق الفم.

2-النوبة الهوسية الهذيانية الهلسية: **Manie délirante hallucinatoire**: في حالة تصدع الوعي العميق نلاحظ أعراض هذيانات واضحة (مواضيعها العظمة والاضطهاد النسب الشريف الهذيانات الدينية). تتخذ مواضيع العظمة ونادرا ما نشاهد مواضيع الاضطهاد تطبع هذه الهذيانات الطابع الأسطوري الخرافي كما تشاهد لديه حالات هلاوس (سمعية وبصرية) نفسية وحركية ذات الآلية الذهنية (يوجد في الذهان الهلس المزمن وهو خلط ما هو هذيان بما هو هلسي حيث يرى المريض أن ذهنه يعمل بدون إرادته تابع لشخص آخر) تتخذ مشاعر التأثير من العالم الآخر تناذر التفكير الآلي.

3-الجنون أهوسي: **la fureur maniaque**: الدرجة القصوى لحالة الغضب تتميز هذه الحالة باهتياج حركي (حالة اليقظة والنوم) في هذه الحالة نلاحظ الرفض التام للغذاء واضطرابات جسمية هامة التجفف وارتفاع درجة الحرارة.

4-الحالات المشتركة: هي اضطرابات دورية سريعة أي أنها أكثر من 4 تبدلات مزاجية في السنة، إنها حالات نادرة يصعب تشخيصها تشترك فيها أعراض النوبة السوداوية تشاهد خصوصا عند النساء.

-العلاج: تتطلب النوبة الهوسية الصريحة استشفاء المريض والدخول إلى المستشفى ويمكن تقديم الأدوية التالية: **Largactil ,Halopéridol (aldol)** تقدم بجرعات خفيفة عن طريق الفم أو عن طريق الحقن أو الاثنين معا وعندما يتحسن المزاج يبدأ استعمال **L'yttrium** .

المحاضرة الخامسة: الاكتئاب الذهاني

الاكتئاب الذهاني أو العقلي أو السوداوي ويطلق عليه أيضا الميلانخوليا:

يعرف الاكتئاب على انه استجابة تثيرها حادثة مؤلمة كالفشل في علاقة أو خيبة امل أو فقدان شيء مهم كالعمل أو وفاة انسان غالي (ابراهيم، 1998، ص 17).

وهو أيضا حالة من الالم النفسي يصل إلى الميلانخوليا إلى نوع من العذاب الشديد مصحوب بالإحساس بالذنب شعوريا وانخفاض ملحوظ في تقدير الذات ونقصان في النشاط العقلي والحركي والحشوي (زيور، 1986، ص 175).

الاكتئاب الذهاني:

الاكتئاب العقلي هو ذهان من الذهانات الوظيفية من وجهة نظر موسوعة علم النفس والتحليل النفسي وهو عبارة عن حالة من الاضطراب النفسي تبدو اكثر ما تكون وضوحا في الجانب الانفعالي لشخصية المريض حيث يميزه الحزن الشديد والياس من الحياة وتأنيب الضمير وما يميز هذا الاكتئاب عن الانواع الاخرى من الذهانات هو انه مصحوب بأعراض ذهانية اخرى كاهذيانا والهلاوس وعدم الاستبصار والهباج (طه، 1993، ص 110).

وما يميز الأعراض الاكتئابية في هذا النوع من الذهان هو شدة الأعراض الاكتئابية وزيادتها في فترة الصباح الباكر ثم يحدث تحسن تدريجي اثناء النهار حتى تقل حدوثها ليلا مع ما يرافق ذلك من فقد القدرة على التمتع بالمباهج والاشياء التي كانت تسعده من قبل وانخفاض الروح المعنوية والانقباض الياس الدخول في نوبات بكائية والحزن الشديد وفقدان الامل بالنفس والحياة (محمد غانم، 2009، ص 44).

أعراض ذهان الاكتئاب:

الأعراض النفسية

الوظائف الفعلية: تتأثر بالاكتئاب ويتجلى ذلك في بطء أو قلة الانتباه كثرة السرحان انعدام التركيز وتشتت الانتباه صعوبة التركيز.

الاجهاد الشديد: عند التفكير مرافقة ذلك بالمخاوف فالمريض يظل مكتئبا ويظل يفكر في كوارث ستحدث ولاشك ان ذلك يرهق المريض ويشل علاقاته الاجتماعية.

توهم العلل البدنية: هي من الأعراض الاكثر شيوعا ولذا هؤلاء المرضى يبدأون جولات لا تنتهي على عيادات الاطباء الباطنية والصدر وكافة التخصصات.

الشعور بعدم الاهمية وانخفاض الذات.

الهاذيات: ويعني بها اعتقاد المريض بصحة اشياء معينة وتنتشر هنا الهذيات العدمية وتعني الاحساس بفقدان أو غياب احد اعضاء الجسم أو توقفه عن العمل من بين هذه الافكار ان راسه فارغ وان قلبه غير موجود في صدره وهكذا يدخل في دائرة المؤامرة وان هناك جهة أو جهات معينة قد قامت بالسطو وخطف قلبه أو عقله مثلا ويدخل في حالات الاضطهاد.

اختلال الانية والعالم الخارجي: يعتقد انه قد تغير وان العالم أيضا قد تغير وان الامور لم تعد كما كانت من قبل.

الهلاوس: تظهر الهلاوس السمعية والبصرية التي يتوقف محتواها مع طبيعة إلى التفكير الاكتئابي الوسواسي فجنده يسمع اصواتا تصرخ فيه انا لا استحق الحياة وان الموت ينتظره وهكذا) وأصواتا تتهمه بارتكاب جريمة أو تناديه بأسماء مهياة dergotatory (الدسوقي، دس، ص 74).

الأعراض الفزيولوجية: تأخذ عدة اشكال مثل اضطراب دورة النوم فقدان الشهية والامسك والضعف الجنسي واضطراب الطمث أو الدورة الشهرية عند السيدات.

الانقاص الكبير في افراز اللعاب: نقص فاعلية المعدة والامعاء مما يؤدي للامسك الحاد وفقد الشهية، وبهذا ينقص وزن المريض كما قد يؤدي الامسك للتسمم تغيرات ضغط الدم بين الارتفاع والانخفاض عدم النوم.

الأعراض السلوكية: الرفض للذهاب إلى العمل والمشاركات الاجتماعية وقلة النشاط الحركي بل قد يقدم على الانتحار ولا شك ان ذلك من احطر الأعراض شيوعا (احمد عكاشة، 1998).

سلوك المريض: سيأتي وسواء وقف أو جلس في هيئة مطأطأة وهو يجرجر قدميه واذا مشي حركة العضلات منتقصة والعينان بلا بريق و التعبير الوجهي حزين.

مدى انتشاره:

الاكتئاباضطرابات نفسية شائعة الانتشار وازداد انتشارها في العقود الاخيرة ومن دون ايجاد توضيح جيد لها تعاني منها بشكل خاص المجموعات العمرية الشابة 20_30 سنة وتظهر الدراسات 17 مليون اوروبي يعانون في الوقت الراهن من الاكتئاب ويبلغ احتمال ان يمرض الانسان بالاكتئاب في مجرى حياته اي خطر مدى الحياة 12 بالمئة بالنسبة للرجال و 26 بالمئة بالنسبة للنساء وهذا يعني بان حوالي كل رابع امرأة وكل سادس رجل سيعاني في يوم من الايام في حياته من الكآبة (سامر رضوان، 2016، ص179).

الشكل _ النموذج الاستعراضي للاكتئاب

فرضيات اساسية معطوبة

Dysfunctionel Basic assm,ption

تصويبات جامدة مطالب اساليب استعراضية سلبية

احداث مثيرات داخلية وخارجية.

افكار الية مطلقة تعميمية.

اكتئاب أعراض انفعالية جسدية حركية دافعية

مشوهة غير من مثيرات داخلية وجدول الطور الاكتئابي (سامر رضوان)

الطور	اكتئاب
المزاج	اثنان على الاقل كل يوم تقريبا

مزاج اكتئابي فقدان الاهتمام أو فقدان المتعة دافع منخفض وتعب متزايد	
اسبوعين على الأقل	المدة
عرضان اخران على الأقل	عدد الأعراض اللازمة
فقدان الثقة بالنفس أو مشاعر القيمة الذاتية اتهامات غير مبررة للذات أو مشاعر ذنب غي ملاءمة افكار متكررة بالموت افكار انتحار وصولا إلى السلوك الانتحاري تناقص القدرة على التفكير انخفاض القدرة على التفكير أو التركيز أو على اتخاذ القرار عدم هدوء نفسي حركي أو تباطؤ نفسي حركي ذاتي أو موضوعي اضطرابات نوم فقدان الشهية أو ارتفاع فيها مع تغيرات مطابقة في الوزن	قائمة
تغيرات في ادارة الحياة مع تضررات ذات اهمية إكلينيكية	نوع الضرر الاجتماعي النفسي
في حال وجود أعراض ذهانية ولكنها ليست مميزة للفصام نحو اضطرابات الانا أو هلاوس بصرية على سبيل المثال ليس منشارا بالمواد أو لا ترتبط بعامل مرضي طبي عام أو ليست بسبب عضوي	محكات الاستبعاد

اشكال الاكتئاب حسب الاسباب Etiologiaues formes

تصنف اشكال الاكتئاب حسب الاسباب والمنشأ إلى شكلين اساسين هما

الاكتئاب داخلي المنشأ Deoression endogenes

لوفي سوسان 2002 levy soussan يشير ان لفظة داخلي المنشأ تدل على الطابع التلقائي غي المفسر وغير مدفوع والاستقلالي بحدوث الاكتئاب فنادرا ما توحد العوامل المفجرة لكن من الممكن حصولها 30 بالمئة في من الحالات ومع ذلك يبقى الاكتئاب في مثل هذه الحالات داخلي المنشأ. ويشكل اكتئاب داخلي المنشأ اخطر اشكال الاكتئاب بسبب تحول صاحبه إلى استخدام العنف في الكثير من الحالات وتعد اشكال الاكتئاب التالية داخلية المنشأ وهي:

D melancolique	الاكتئاب المالنخولي
D stuporeuse	الاكتئاب الذهولي
D anxieuse	الاكتئاب الحصري
D Delirante	الاكتئاب الهذياني
D confuse	الاكتئاب الخبلي
D d'involution	الاكتئاب الاولي
D Mixte	الاكتئاب المختلط

اكتئاب خارجي المنشأ Depression non exogenes

ينقسم هذا الاكتئاب إلى قسمين

اكتئاب ذو اسباب نفسية Depression psychologiaue

نرجع اسباب هذا الشكل من الاكتئاب إلى اسباب نفسية مختلفة وهو بدوره يأخذ اشكالا متعددة

وهي:

الاكتئاب العصبي Depression Nevrotiaue: ينتج هذا الاكتئاب نتيجة صراعات داخلية

نفسية مزمنة غير منحلة لاشعورية مستمرة في ازعاجها فالصراع العصبي الذي يعود مصدره إلى ماضي المكتئب يعاد تنشيطه في الوضعية الحالية ويفضي إلى تحلل الشخصية نحو طابع اكتئاب وهذا بفعل عامل صدمي مفجر ثانوي.

فريد كاشا 1996 يرى ان الاكتئاب العصبي يتميز بوجود سمات عصابية أو شخصية عصابية لدى المكتئب حيث يظهر القلق عموما في المقام الاول مع وجود تمظهرات فوبية أو استحواذية في الغالب (kacha 1996 p 66).

لهذا فان هذا الاكتئاب ما هو الا الية عطبية تشكلت علاجاً للحصر اي القلق وأعراض الاكتئاب إن هي إلا بمثابة الاثر الاستجابي لعامل القلق (دويدار محمد عبد الفتاح، 1996، ص 40)

الاكتئاب الارتكاسي Depression Reactionnel: هو رد فعل غير عادي لحادث صدمي

عايشه الشخص بوعي اذ تنتج هذه الصدمة العاطفية (حداد فراق فشل عاطفي أو مهني صراع عائلي) لتترك المجال للاكتئاب بعد ايام قلائل عن الحادث اما مدته فهي اقصر مما هي عليه اشكال الاكتئاب داخلية المنشأ والمصابون بهذا النوع من الاكتئاب يكون لديهم استعداد لذلك نقص النضج العاطفي وعدم تحمل الاحباط (kacha 1996 p 66)

اكتئاب الانهك Depreddion depuisement: يحدث هذا الشكل من الاكتئاب نتيجة تواتر

وتكرار وقوع حوادث صدامية للشخص ان التكرار الصدمي لمدة شهر بل سنوات تحت شحنة عاطفية مفرطة تفضي إلى انهك انفعالي تأخذ شكل اكتئاب الانهك ونجد مثل هذا النوع من الاكتئاب لدى

المغتربين المدربين والازواج المتصارعين مثلما نجده لدى بعض الشخصيات الاكثر انجراحية لهذا النوع من الاكتئاب منها الشخصيات النرجسية غير الناجحة والحساسة Levy 2002 p67

الاكتئاب الثانوي: يحدث هذا النوع من الاكتئاب مرافقا لأعراض عضوية أو اضطرابات نفسية.

الاضطرابات النفسية منها الحالة العصابية كالعصاب الاستحواذي والعصاب الفوبي الهستيرى الحالات البيئية السيكوباتية الفصام حالة هذيان مزمن.

الامراض العضوية تتمثل هذه الامراض العضوية في بعض من الاصابات التالية.

الاصابات العصبية: ورم بؤكينسون الخبل وغيرها.

الاضطرابات الغددية: السكري قصور أو فرط التدرق.

الاضطرابات العامة: السرطان امراض الدم الكولاجين وغيرها.

الامراض المعدية: السيدا السل.

الاصابات القلبية الشريانية ارتفاع الضغط الدموي.

مضاعفات الادوية: رزين نوروليتيك.

القطام من الكحول أو مفيتامين وبنزوديايين.

اكتئاب ناتج عن تناول الادوية يظهر هذا نتيجة متابعة علاج كيماوي واذا توقف المريض عن

تناول الادوية يفرض غالبا إلى هذا النوع من الاكتئاب Levy 2002 p 19

جدول رقم 03 يبين الفروق بين الاكتئاب داخلي المنشأ وخارجي المنشأ

اكتئاب داخلي المنشأ	اكتئاب خارجي المنشأ
العوامل المنفجرة نادرة 30%	تواتر العوامل المنفجرة استمرار الضغط الصدمة نفسية فقدان
الحزن الشديد الم نفسي التأثيم التخر العاطفي الاحساس بعدم الشفاء وعدم الحساسية للمثيرات	ليس هناك احساس بعدم الشفاء تأثير البيئة حزن معتدل متذبذب اتهام الاخر اكثر من الذات البحث عن المساعدة البحث عن العاطفة
اثباط أو تهيج سيكولوجي شديد جدا	معتدل او نادر
تطور مساءى غروبي استيقاظ مبكر	ليس هناك تطور مساءى غروبي ارق النوم والنعاس
اشكاله الذهولي الهذيانى الخبلي والحصري	لا توجد هذه الاشكال
الانتحار الفعلي قلة المحاولات	سلوكيات الانتحار متواترة
شدة الأعراض الجسدية	فقدان الوزن المعتدل

اشكال الاكتئاب حسب تطوره EVOLUTIVES FORMES

في حالة تطور الاكتئاب فإنه يتخذ الاشكال الثلاثة التالية

ذهان الهوس والاكتئاب: يتحدد ذهان الهوس والاكتئاب اكلينيكيًا بتداول الهجمة الاكتئابية بخصوصيات ذات منشأ داخلي أو بهجمة هوسية، اما تطوريا فنلاحظ وجود فترات متقاطعة بين الهجمات خالية من أي عرض اكلينيكي انفعالي.

تتميز الهجمة الهوسية ببداية متدرجة من خلال الارق فرط الحركة الارهاق لكن في بعض الحالات تحدث هذه الهجمة بصفة سريعة في ليلة واحدة يكون الهوسي مرح فرح ضاحك يحكي بصفة غير محتسمة حميمية نكت وحكايات غريبة يتكلم كثيرا يغني عيناه تلمعان وجهه متحرك ذو تعبير ايماءات مفرطة يتصل بسهولة يدرك بحيوية ادق ردود افعال الوسط وعموما ما يتميز بالأعراض التالية غبطة هروب الافكار فرط الحركة.

اما الهجمة الاكتئابية أو المالنخولية فان الأعراض الاولى التي تظهر فهي التعب والارق وفي بضع اسابيع أو اشهر تتدهور حالة العميل اذ يصاب بفقدان الشهية ويصبح يشكو من كوابيس متكررة شاقة واضطرابات بدنية متنوعة وغير محددة وغير محددة وعند ما تترشح هذه الهجمة يبدو وجه المريض قد شاخ ومشتت الملامح مرهقة النظرة ثابتة الحواجب مقطية ويتخذون وضعية المرهق ويصبح ساكنا ومنها تدريجيا يظهر الالم النفسي والاثباط السيكولوجي حيث يفقد المريض الرغبة في الحياة كما يشعر بالحزن العميق المستديم إلى غير ذلك من أعراض الاكتئابية كالنظرة السلبية للذات والعالم كما يشكل الانتحار الخطر الاساسي في الهجمة الاكتئابية.

ويتطور ذهان الهوس والاكتئاب بطريقتين:

ذهان الهوس والاكتئاب وحيد القطب بهجمات اكتئابية فقط .

ذهان الهوس والاكتئاب ثنائي القطب بتداول الهجمة الاكتئابية مع الهجمة الهوسية أو بظهور الهجمة الهوسية فقط

الاكتئاب المزمن Depression chronique : يتحدد الاكتئاب المزمن بمعيارين هما

معيار المدة الزمنية: حيث تزيد مدة الاكتئاب المزمن عن سنتين

معيار الأعراض: استمرار ظهور الأعراض الاكتئابية في الجدول العيادي وتشخيص وملاحظة ذلك عدة مرات أو تأثير هذه الأعراض وتشخيص وملاحظة ذلك عدة مرات أو تأثير هذه الأعراض على النشاط المهني والاجتماعي بشكل كبير وبناء على الإحصائيات فإن 15 % إلى 20 % من حالات الاكتئاب تتطور نحو الازمان.

حاليا استبدل الأخصائيون مصطلح الاكتئاب المزمن بمصطلح الاكتئاب الاغتمامي Dysthymie

الاكتئاب العصبي الارتكاسي Depression nevrotico reactionnelle: تطور الاكتئاب ذو المنشأ النفسي متغير ومتباين وهذا حسب ظروف وحوادث الحياة التي يعيشها المريض فكل حادث له علاقة خاصة بالحدث الصدمي الاول يمكن ان ينشط صعوبات في التعامل مع الصراع النفسي الداخلي ويؤدي إلى تحلل العمليات الذهنية الدفاعية إلى طابع اكتئابي لهذا فان الاكتئاب العصبي الارتكاسي لا يتفاعل مع العلاج الكيماوي مضادات الاكتئاب فالتكفل النفسي بعيد المدى هو الافضل والمطلوب.

جدول يوضح الاقنعة العضوية الشائعة التي يختفي وراءها الاكتئاب

الأعراض	الاقنعة العضوية الشائعة
شدة الاوجاع لا تزول بالمسكنات مرتبطة بالقلق الام بطنية صداع	الاوجاع
فقدان الشهية غثيان الاسهال القيء	اضطرابات هضمية
الام قلبية من القلب عسر التنفس خفقان القلب	اضطرابات قلبية
ارق استيقاظ ليلي أو مبكر	اضطرابات النوم
قد يكون معزولا أو شديدا	الوهن العصبي

المحاضرة السادسة:

ذهان الهوس والاكتئاب Manic-depression

Psychosis

هذه المجموعة من الأمراض تمثل اضطرابا أساسيا في العاطفة، يتبعه اضطراب في التفكير والسلوك الحركي: سرعة (هوس) أو إبطاء (اكتئاب)، وهي تشمل طورين إكلينيكيين، يتناوبان بانتظام أو بغير انتظام، وأحيانا لا يظهر طوال حياة المريض إلى طور واحد

تعريف ذهان الهوس والاكتئاب:

هو مرض ذهاني، يشاهد فيه الاضطراب الانفعالي المتطرف، وتتوالى فيه دورات متكررة من الهوس والاكتئاب، أو يكون خليطاً من أدوار الهوس والاكتئاب (وقد يتخللها فترات انتقالية يكون فيها الفرد عادياً نسبياً). هذا، وكثيراً ما تتعاقب حالات الاكتئاب والهوس على المريض الواحد، على هيئة نوبات أو دورات، قد تفصل بينها فترات شفاء، وعندئذ يصدق على هذه الحالة تسميتها بالجنون الدوري. هذا وتبلغ نسبة انتشاره بين الشعب حوالي 0.5 – 1 %، ولكنه يكثر بين المثقفين والطبقات العليا ... كذلك فإن نسبته تزيد في النساء أكثر من الرجال، ولا يحدث هذا المرض إلا نادراً قبل البلوغ .. ويزيد انتشاره كلما تقدم سن الفرد .

تصنيف ذهان الهوس والاكتئاب:

هناك أنماط اكلينيكية ثلاثة لذهان الهوس والاكتئاب:

1 – الهوس (حوالي 30 %) .

2 – الاكتئاب (حوالي 45 %) .

3 – الذهان الدوري أو المختلط (حوالي 25 %) .

درجات طور الهوس:

1 – الهوس الخفيف Hypomania:

ويتميز بأنه يحوي صفات المرض العامة، أما علاماتها الإكلينيكية فهي:

أ – وجود ثالث الهوس بدرجة طفيفة لا تصل إلى شدة ذهانية.

ب – يستطيع المريض أن يتحقق من وضعه وعلاقته مع البيئة.

ج – قلما يظهر المريض سلوكاً شاذاً لدرجة تتعارض مع المجتمع.

د – يبدو المريض مملوء بالحيوية والنشاط، لا يكاد يستقر في مكان.

هـ- يميل إلى التعدي، فتكثر مشاجراته بعض الشيء ويجب السيطرة من حوله ولا يطبق النقد.

و – يرسم المريض كثيراً من الخطط والأفكار، ويؤكد أنها سبيلها إلى حيز التنفيذ، ولكنه عادة لا

ينفذها بشكل جاد، وهو يبدأ أغلب المشاريع دفعة واحدة، ولكنه لا يصل بأياً إلى غايته.

ي – لا يتقيد المريض – أحياناً – بالقواعد الخلقية، مما يوقعه تحت طائلة القانون.

ز – تظل ذاكرة المريض سليمة، وقد تزداد حدة.

2 – الهوس الحاد Acute Mania: لا يوجد حد فاصل بين الهوس الخفيف والهوس الحاد، فهما

متداخلان ... إلا أن الهوس الحاد يتميز بشدة الثالث الهوسي بوجه خاص، كما يظهر في الصورة

الإكلينيكية على الوجه التالي:

أ – إما أن يشتد بشكل يجعله أقرب إلى السخرية الهجومية، ويفقد الجانب المشع منه، وإما أن ينقلب إلى عدوان وغضب مع فرط في الحساسية، يتناوب مع هذا المرح القاسي.

ب – يشتد انتباه المريض للمؤثرات الداخلية والخارجية على حد سواء، ولا يستمر في اتجاه معين، بل ينتقل من مؤثر لآخر.

ج – تضطرب علاقته بالبيئة، فنراه لا يراعي الآداب العامة، ويتصرف بشكل فاضح، ويقول ويفعل ما ينافي الأخلاق والتقاليد المرعية.

د – أن الهلوس أكثر حدوثا هنا على الهوس الخفيف ... ولكنها مؤقتة ومتغيرة عادة، وتتفق مع الاضطراب الانفعالي الأساسي.

هـ – أن الضلالات – إذا حدثت – تكون متجهة إلى الشعور بالعظمة.

و – أن الأفكار تتطاير (طيران الأفكار)، حتى تبلغ من سرعتها عدم ترابط ظاهري، في حين أنها درجة شديدة من الطيران.

ي – أن إدراك المريض للبيئة من حيث معرفة الزمان والمكان والأشخاص – أحدها أو جميعها – قد يختل.

ز – أن بصيرته تضطرب، بل إن كثيرا من هؤلاء المرضى يقول: حين سؤاله عما إذا كان مريضا من عدمه، يقول أنه الآن (بعد ظهور الأعراض) قد شفي، وأنه كان مريضا قبل ذلك (يشير إلى أنه لما كان طبيعيا عاديا كان هذا من وجهة نظره الحالية هو المرض بذاته).

أسباب ذهان الهوس والاكتئاب:

1 – الأسباب الوراثية:

تلعب دورا مهينا للانهيال في اتجاه ذهان الهوس والاكتئاب (تاريخ إيجابي في أكثر من 70 % من الحالات). ويؤكد العلماء دور الوراثة في هذا المرض... وقد وجد أنه إذا أصيب أحد التوائم المشابهة لهذا المرض، فيصاب التوأم الآخر في حوالي (33 %)، وكذلك تتفاوت النسبة، بين أبناء المصابين، بهذا المرض بين (10 – 13 %) ... ويقال أن طريقة انتقال المرض تنتشر على هيئة مورثات سائدة... ويكثر هذا المرض بين الشخصيات ذوي المزاج الدوري، أي الذين يتفاوتون في مزاجهم بين المرح والاكتئاب مباشرة ...

2 – الأسباب البيئية أو التركيب الجسمي:

فيبدو أن النمط المكتنز أو البدين أكثر عرضه من غيرهم لردود الأفعال العاطفية. ويربط البعض بين ذهان الهوس والاكتئاب وبين اضطرابات الغدد (وخاصة الكظرية والجنسية). ويربط البعض كذلك بين ذهان الهوس والاكتئاب وبين اضطرابات الجهاز العصبي (مثل زهري الجهاز العصبي وأورام الفص الجبهي). ويرى البعض أن هناك علاقة بين ذهان الهوس والاكتئاب وبين اضطراب نسبة المعادن في الجسم.

3 – الأسباب النفسية:

اضطراب العلاقات بين الطفل والوالدين، واضطراب العلاقات الاجتماعية بصفة عامة والضغط البيئية والانفعالية والعوامل الضاغطة في الحياة بصفة عامة، وصعوبة التوافق معها؛ والاضطراب الانفعالي للوالدين أثناء طفولة المريض. وفقدان موضوع الحب وفشل العلاقات الشخصية الهامة بين الأزواج. وحدث اضطرابات انفعالية كثيرة في تاريخ المريض. والسلطة والمعايير الجامدة والعقاب الصارم. ونقص المكانة الاجتماعية.

وتؤمن نظرية التحليل النفسي أن من أهم أسباب هذا المرض هو فقدان موضوع الحب مع النكوص للمرحلة الفمية .

4 – الغدد الصماء:

قد تلعب دورا هاما إذ قد يظهر المرض عند التحولات البيولوجية (سن) اليأس. وقد أجريت حديثا الكثير من الأبحاث عن علاقة هذا المرض بنسبة المعادن في الجسم. وعمليات التمثيل الغذائي المختلفة... فقد وجد مثلا أن جسم الفرد المكتئب يحتفظ بكمية من الصوديوم داخل الخلايا يزيد (50%) على المستوى العادي... أما الشخص المصاب بنوبة الانبساط فتزيد هذه النسبة إلى (200 %)، وبشفاء هؤلاء المرضى تعود هذه النسبة إلى طبيعتها ... ولإثبات هذه التجربة أعطي بعض مرضى الذهان الدوري كمية من هرمون النخامية، والذي من طبيعته الاحتفاظ بالماء والصوديوم في الجسم، فلو حظ أن حالة المرضى ساءت وتدهورت سواء في نوبات الاكتئاب أو الانبساط، وهذا الاضطراب هو أساس العلاج الوقائي الحديث بالليثيم .

ومما يؤيد نظريات الهرمونات العصبية في نشأة مرض الاكتئاب الانبساطي وجود هذه الهرمونات بنسبة أعلى من أي جزء آخر في الدماغ في المناطق الخاصة بالانفعال وخاصة الهيبيوثلاموس والجهاز الطرفي في السطح الأنسي للمخ ... كذلك وجد أن نسبة هذه الهرمونات في المرضى المنتحرين من مرضى الاكتئاب تقل في هذه المراكز الدماغية بشكل واضح، وذلك بعد تحليلات دقيقة في المخ بعد وفاتهم ... كذلك بتشريح ودراسة كيميائية مخ بعض مرضى الاكتئاب الذين لاقوا حتفهم لأسباب عديدة أثناء علاجهم بالعقاقير المضادة للاكتئاب، وجد أن نسبة هذه الهرمونات العصبية تزيد تدريجيا خلال العلاج، وتصل إلى أقصاها في خلال ثلاثة أو أربعة أسابيع، مما يؤيد العلاقة الوثيقة بين مرضى الاكتئاب ونسبة هذه الهرمونات العصبية في المخ، وتأثير العقاقير المضادة للاكتئاب على هذه الهرمونات ووصول أقصى فاعليتها بعد ثلاثة أو أربعة أسابيع .

أعراض ذهان الهوس والاكتئاب:

1 – هناك دوران متميزان في ذهان الهوس والاكتئاب هما: دور الهوس ودور الاكتئاب. ويأتي المرض في أدوار قد يتخللها فترات من السواء النسبي أو الصحة النفسية.

ويختلف وقت دوام كل دور، فقد يقتصر على بضعة أيام، وقد يستغرق عاما كاملا. وعلى العموم فدور الهوس غير المعالج، لا يدوم أكثر من (6 أشهر عادة)، ودور الاكتئاب لا يدوم أكثر من (9 أشهر) . ويلاحظ أن أدوار الهوس اقل كثيرا من أدوار الاكتئاب.

2 – والاضطراب الأساسي يصيب الانفعال والتفكير والنشاط الحركي، فيسرع في دور الهوس، فنشاهد المرح وطيران الأفكار، وزيادة النشاط الحركي، ويبطئ في دور الاكتئاب، فنلاحظ الحزن وبطء التفكير، ونقص النشاط الحركي، ومن ثم يطلق البعض على أهم أعراض زهان الهوس والاكتئاب " ثلوث الهوس أو ثلوث الاكتئاب " .

ثالوث الهوس:

أ – مزاج ومرح، وقد يتبادل مع الغضب أو الخوف.

ب – زيادة في النشاط الحركي.

ج _ طيران الأفكار .

ثالوث الاكتئاب:

أ – مزاج مكتئب، وقد يتبادل مع القلق أو الخوف.

ب – بطء في الحركة.

ج – صعوبة وبطء في التفكير.

3 – وقد يبدأ المرض بحالة هوس بأعراضها المختلفة، ثم يبدأ في حالة تحسن، ثم يدخل في دور الاكتئاب ثم يبدأ في حالة تحسن ليعود بعدها إلى دور نسبي كما ذكرنا . وقد يظل المريض في دور الهوس أو في دور الاكتئاب أو يزوج بينهما بصورة دورية منتظمة فينتقل من دور الهوس إلى دور الاكتئاب ثم يعود إلى دور الهوس بدون فترات سواء نسبي . وقد تكون الدورات غير منتظمة فتتوالى دورتان أو ثلاث من الاكتئاب ثم تتبعها دورتان من الهوس ..

4 – ويتصف زهان الهوس والاكتئاب بالإفراط في ردود الفعل الانفعالية مختلطة ببعض أعراض دور الهوس . فمثلا نجد ما يسمى " الاكتئاب الباسم " و " الذهول الهوسي " .

وبالرغم من حدة الأعراض فإن التدهور العقلي والانفعالي لا يحدث، ويظل المريض متصلا

بالواقع .

تشخيص زهان الهوس والاكتئاب:

من الملاحظات المساعدة في التشخيص ما يلي:

1 – بداية المرض عادة فجائيا وقليل ما نجده يحدث متدرجا، وتنتهي الدورة في حدود (6 أشهر)،

إما تلقائيا أو نتيجة العلاج، والعودة للمرض مرة أخرى متوقعة، ولا يحدث تدهور عقلي أو انفعالي عند المريض.

2 – ويجب التفريق بين ذهان الهوس والاكتئاب وبين أعراض المرح أو الاكتئاب التي تصاحب بعض أشكال ذهان العضوي . ففي ذهان الهوس والاكتئاب لا تتأثر الذاكرة والذكاء والوعي بينما تتأثر وتتدهور في الذهان العضوي.

3 – ويجب التفريق بين ذهان الهوس والاكتئاب وبين الفصام. ففي ذهان الهوس والاكتئاب يكون اضطراب الشخصية مسألة " كم " أي يكون مسألة " أكثر " أو " أقل " من الحالة السوية، ويكون هناك انسجام بين المزاج ومحتوى التفكير والسلوك، ويكون اضطراب التفكير وعدم الترابط أقل وضوحاً، بينما يكون في الفصام مسألة تفكك الشخصية، ويبدو ذلك واضحاً في السلوك، ويكون التفكير واضح الاضطراب وغير مترابط وتحدده الهلوسات والهذيان والأفكار الشديدة الغرابة.

_ يتم استخدام تسمية ثنائي القطب أيضاً حتى عندما تظهر في المجرى أطواراً هوسية فقط أو مختلطة فقط مع العلم ان هذا الأخير حسب مارنروز نادرا جدا حيث تبلغ نسبته وهذا يعني ان الظهور الإضافي للأطوار الاكتئابية ليس شرطاً ضرورياً لتشخيص ثنائي القطب والتفريق الذي تم عمله في فقط بشكل صريح والمهم تشخيصاً وعلاجياً وفق أيضاً هو التفريق فيما اذا كان المجرى حتى الان في الاضطراب الوجداني ثنائي القطب معتدل الهوس فقط أو طور من الهوس المعتدل وفق اصلاحات أو تظهر أطواراً هوسية أيضاً وفي الأخير يتعلق الأمر بشكل تقليدي من الاضطراب الاكتئابي الهوسي الذي تطلق عليه تسمية الاضطراب ثنائي القطب إلا انه حين يتم تبادل الأطوار الاكتئابية مع مراحل هوسية معتدلة فان يتحدث عن الاضطراب ثنائي القطب وغالبا ما يتعلق الأمر بإشكالية مزمنة تكون فيها الفواصل الخالية من الأمراض ما يسمى بالمزاج الطبيعي اقصر مما هو الأمر عليه في الاضطراب الاكتئابي _ الهوسي التقليدي (سامر جميل رضوان).

وتمثل فئة التبدل السريع في الدليل التشخيصي الرابع نمطاً فرعياً خاصاً من الاضطرابات الوجدانية فيما يتعلق بالمجرى وهذه المتغيرة وردت في اضطرابات وجدانية ثنائية القطب اخرى يتم ترميزها مع اضافة تبدل سريع للمراحل وتحدث عن التبدل السريع عندما يعيش المريض خلال سنة واحدة اربعة اطوار وجدانية على الأقل والتي يمكن تحديدها عن بعضها اما من خلال تحسن شامل عدم وجود الأعراض أو انها تتصف بالانقلاب إلى طور من القطب المعاكس هوسي إلى اكتئابي.

وعلى الرغم من انه في البحث حتى الان حدث تفريق على سبيل المثال استناداً إلى التنبؤ متوسط الأمد أو للاستجابة إلى ادوية معينة بالمقارنة مع الاضطراب الهوسي الاكتئابي فانه من غير الواضح فيما اذا كان ينبغي علينا الحديث عن مجموعة فرعية نوعية لدى المرضى ثنائي القطب الا انه قد لوحظ لدى الغالبية من المرضى التبدل السريع على المدى البعيد تبدل إلى مجرى غير سريع في الاضطراب الدوري يتعلق الأمر باضطراب وجداني ثنائي القطب مضعف يتصف بعدم استقرار وجداني مستمر حيث تتبدل اطوار من المزاج الاكتئابي القلق أو غير المريح المزاج العكر مع مراحل من المزاج المرتفع قليلاً الغبطي أو المستثار والتي تحقق وفق الدليل التشخيصي الرابع محكات الطور الهوسي المعتدل وعلى

الرغم من ان الاضطراب الدوري مزمنا الا انه يمكن للمزاج في بعض الاحيان ان يكون طبيعيا ويستمر لأسابيع عدة ثابتا شهران على الاكثر الا انه في السنوات الاولى لا يفترض ان يتحقق على الاطلاق محكات الهوس ولا محكات الاكتئاب الاساسي أو محكات الطور الاكتئابي الشديد والا سيكون في هذه الحالة تشخيص ثنائي القطب الاول والثاني مبررا.

وقد ظهر ان التشخيص الفارقي لثنائي القطب مع أعراض ذهاني والوجدان الفصامي يعد تحديا صعبا جدا وهناك مظهر يزيد من هذا الامر تعقيدا هو التفريق الذي يكاد لا يكون ممكنا في الحالة الذهانية الهوسية الحادة وهنا غالبا ما لا يمكن التأكيد ببعض اليقين الا في المجرى فيما اذا كانت الأعراض الذهانية تظهر فقط في اطار طور هوسي ثنائي القطب ام انها أيضا تستمر من دون أعراض وجدانية مسيطرة ظهرت أعراض ذهانية يتم التفكير في تشخيص بفصام كفصام المراهقة على سبيل المثال أو اضطراب وجداني فصامي اكثر من التفكير بتشخيص الهوس الاكتئابي.

_ على المختص ان يولي اهتماما خاصا لمدة الأعراض، فالأطوار من الشكل الهوسي تستمر لعدة ايام وهذا ما ينطبق أيضا على الأعراض المختلطة ولها بداية واضحة ونهاية محددة في حين ان المزاج في اضطرابات الشخصية الحدودية تآرجح من يوم لآخر أو حتى من ساعة لأخرى بالإضافة إلى ذلك يبدو المزاج في اضطرابات الشخصية الحدودية اكثر تفاعلية ارتكاسة بشكل واضح واكثر ارتباطا بالموقف ولا يتأرجح بشكل اساسي في الاكتئاب والغبطة.

_ ينبغي اعطاء التشخيص لاضطراب الحدودية بالإضافة إلى اضطراب وجداني ثنائي القطب أو اضطراب دوري فقط عندما تكون الأعراض موجودة بشكل حاسم منذ سن الرشد المبكر وليس بشكل حصري في اطار الطور الهوسي المعتدل أو الهوسي الاكتئابي.

وتوضح هذه المظاهر بأنه ينبغي اتخاذ الأحكام التشخيصية المطابقة من دون فحص تشخيصي تفريقي واضح وهذا يحتاج إلى أداة ملائمة ويصبح تشخيص اضطراب من الشكل الهوسي وفي النهاية اضطراب وجداني ثنائي القطب أو اضطراب وجداني فصامي اصدق عندما يتم بالإضافة إلى استخدام النتيجة الراهنة للمعلومات لتاريخ الحياة.

شكل يوضح نموذج تكاملي لنشوء الأعراض والاطوار الوجدانية ثنائية القطب بالاستناد إلى ما

يروها و2004

الموارد الفردية	الاحداث الحياتية	مجالات المشكلات
الفردية		
الاتجاهات المعطوبة سواء استهلاك المواد		
نمط عزر وعام وثابت على سبيل المثال		

الحرجة الضغوط كالصراعات

خبرات النجاح التغيرات المهنية

الرحلات البعيدة

الوقاية الدوائية من الاطوار على سبيل المثال

العوامل الوراثية البيولوجية عدم استقرار خلل تنظيم الايقاعات السلوك اطوار اكتئابية

هوسية معتدلة هوسية مختلطة

الأعراض الانذارية

الافكار المشاعر

سامر جميل

علاج ذهان الهوس والاكتئاب:

يتوقف العلاج على نوع المرض ودرجته، والعلاج ضروري في المستشفى، وخاصة في الحالات الحادة، وفي حالة الخوف على حياة المريض أو الآخرين . وفيما يلي أهم معالم علاج ذهان الهوس والاكتئاب:

1 – العلاج الطبي:

ويعتمد على الدور الذي يعالج المريض أثناءه، وباستخدام ثيوريدازين .
ففي دور الهوس يجب السيطرة على النشاط النفسي الحركي الزائد وعلى السلوك، وباستخدام كلوربرومازين، والعلاج بالرجفة الكهربائية والعلاج المائي كمسكن .
وفي دور الاكتئاب يجب السيطرة على الاكتئاب ورفع الحالة المزاجية باستخدام توفرانيل وامبيرامين والعلاج بالرجفة الكهربائية، وعلاج الأعراض المصاحبة، مثل فقد الشهية والأرق والقلق، وحماية المريض من الإنهاك الشديد أو الموت جوعاً، والرعاية الخاصة للمرضى الذين يؤذون أنفسهم أو يحاولون الانتحار.

2 – العلاج بالصدمات الكهربائية:

وهي من أنجح العلاجات حتى الآن في حالات الاكتئاب خاصة. وهي تستعمل الآن بطريقة سليمة على ناحية من المخ فلا تحدث نسياناً... وهي نافعة في كل حالات الاكتئاب الدوري تقريباً، حتى البسيط منها إذا عجزت العقاقير، ولكنها لا تصلح في حالات الاكتئاب العصبي والاكتئاب المزمن المتراكم القلق .. كما أن توقيتها مهم للغاية، فهي تصلح في أول ظهور المرض وقرب نهايته بدرجة أكبر منها في " قمة حدة المرض " .

هذا وقد تصلح الصدمات قرب نهاية دور الهوس بعد ضبطه بالعقاقير، وقبل دخوله مرحلة الاكتئاب قبل الشفاء.

3 – علاج الأنسولين المعدل:

قد يصلح في حالات الاكتئاب البسيط، وخاصة إذا صاحب هذا أو ذلك الهزال وفقد الشهية .

4 – العلاج النفسي:

(بعد الإجراءات الطبية التي تجعل المريض أكثر استعدادا للعلاج النفسي) ويهدف العلاج النفسي في هذه الحالة إلى المساندة والدعم والحماية أثناء الدور، وفهم وحل مشكلات المريض وصراعاته وإحباطاته وإعطاء الأمل في الشفاء . وقد يصلح العلاج النفسي التديمي والتفريغي في حالات الاكتئاب البسيط وقد يغير العلاج النفسي المكثف والعلاج الجمعي بين النوبات، لإحداث تغيير جذري في الشخصية، يسمح بالتعبير عن هذه الطاقة الداخلية بطريقة منتظمة ومستمرة وبناءه، بدلا من ظهورها في نوبات مرضية .

5 – العلاج الاجتماعي والعلاج البيئي:

لتخفيف الضغوط البيئية وتدعيم توافق المريض اجتماعيا على المدى الطويل . والعلاج بالعمل لإثارة اهتمام المريض وانتزاعه من أفكاره السوداء ومن التمرکز حول ذاته في دور الاكتئاب، ولتنظيم وضبط وتصرف نشاط وطاقة المريض في دور الهوس . حتى يتم تعليمه لنوع أفضل من التفاعل يجابه به مشاكل حياته .

6 – العلاج الوقائي ضد النكسة:

(لأن ذهان الهوس والاكتئاب يميل إلى المعاودة)، ولذلك يجب إبقاء المريض تحت الملاحظة الدقيقة لمدة طويلة، وتحت العلاج والتوجيه وتعليمه كيف يعبر عن انفعالاته وكيف يتجنب أخرى . وإذا حدثت النكسة فإنها تحدث بعد فترة تتراوح بين بضعة شهور إلى بضع سنوات .

7 – هذا ويجب دائما الاحتراس من خطر انتحار المريض أو قتل الغير.

مآل ذهان الهوس والاكتئاب:

مآل ذهان الهوس والاكتئاب حسن عموما . ويعتبر المآل حسنا: كلما كان المريض متوافقا في الفترة قبل الذهان، وكلما كان البدء مفاجئا وحادا، وكلما كانت هناك عوامل مرسبة خارجية واضحة، وكلما قل تكرار النوبات، وكلما بدأ العلاج مبكرا .

المحاضرة السابعة: تحليل الهذيان وعناصره:

تعريف الهذيان: أو الأفكار الهذيانية:

هي الاعتقاد بفكرة خاطئة، مناقضة للواقع أو للحقيقة يتصف الهذيان بميزة أن صاحبه لديه اقتناع تام لا يتزعزع به و لا يقبل البرهنة عليه أو الاتيان بالدليل يفرضه صاحبه كحقيقة وكدليل قاطع نلاحظ الهذيان كعرض في عدة اضطرابات أو امراض عصبية كالخبل كما يمكن ان نجد ذهانات بلا هذيان لذلك ليس هو دليل على تشخيص الذهان كما يمكن ان يكون الهذيان العرض الوحيد الظاهر للباثولوجيا يظهر الهذيان في العديد من الاضطرابات الذهانية منها النوبة الهذيانية الحادة الهذيان الحادة الهذيان الهذائية المزمنة الذهان الهلوسي المزمّن وغيرها وغالبا ما يكون الهذيان هو العرض الاساسي البارز في هذه الاضطرابات.

الميكانيزمات المستعملة في الهذيان:

يستعمل المريض ميكانيزمات عديدة في هذياناته وهي على النحو التالي:

ا_ **التأويل:** تشويه الحكم انطلاقاً من واقعة أو ادراك حقيقي لواقعة واعطاءها معنى خاطئ للواقع (تأويل خاطئ لواقعة حقيقية) وينكر المريض اي صدقة للحقائق الموجودة يؤول المريض كل ما يحدث في حياته وادراكه (ما يراه ويسمعه ويحسه في جسمه) ويعتبر ذلك دليلاً على افكاره الهذيانية (غالباً ما تكون ذات موضوع اضطهادي).

يعتبر الهذيان التأويلي اسناد معنى مخالف للواقع اي وجود واقعية كان تأويلها خاطئاً. مثال وجود شخص امام الباب واقعة موجودة تأويلها خاطئ هذا شخص ينتظرنى لإلحاق الضرر أو يتجسس علي.

ب_ **ميكانيزم الحدس:** في هذا الميكانيزم الهذيان يفرض نفسه على المريض من الداخل دون علاقة بالوسط أو البيئة الخارجية.

يعتبر الهذيان الحدسي فكرة دون سنج واقعي تفرض نفسها على الشخص.

مثال هناك منظمة تتامر علي يعتقد الشخص اي حادثة سلبية أو مصيبة ستحدث.

ج_ **التخيل:** ميكانيزم يستعمله المريض في الهذيان حيث يصبح المريض مقنعا بواقع منتوجات تحته مرتبطة بأحداث ماضية أو حاضرة من انتاج خياله يرى نفسه في احداث يطغى عليها موضوعات الهذيان الخيالي.

مثال تقمص شخصية اسطورية.

يعتبر الهذيان التخيلي زاوية وهمية خارقة للعادة اسطورية.

مثال يرى نفسه قائد مركبة فضائية ويقود معركة ضد مخلوقات فضائية.

د_ **الهلوسي:** يركز على اضطراب الادراك اي وجود هلاوس هذه الادراكات لا موضوع خارجي حقيقي لها غير موجودة في الواقع.

يعتبر الهذيان الهلوسي ادراك دون موضوع يرى اشياء ويسمع اصوات لا وجود حقيقي لها في الواقع .

مثال يرى مخلوقات تكلمه جن.

يعتقد ان شخصا خلف الباب يتربص به.

ه_ **الوهمي** تحريف ادراكي انطلاقاً من موضوع واقعي يعتبر الهذيان الوهمي ادراك مشوه انطلاقاً من موضوع واقعي.

مثال يرى شخص خلف الباب ويعتقد انه حامل سكين ويريد إلحاق الضرر به.

موضوعات الهذيان

كثيرة هي الموضوعات التي تميز محتوى هذا الهديان من أهمها:

الصوفية أو الميتافيزيقيا: تدور الافكار الهديانية حول الدين أو قوى ما وراء الطبيعة كالسحر التملك حيث يزعم المريض انه من سلالة الانبياء مكلف بمهمة ورسالة ربانية أو تحت تأثير قوى ما وراء الطبيعة مس من الشيطان.

العظمة: يزعم المريض انه شخصية مهمة ومشهورة وغنية وتتمتع بقدرات عالية وقوى خيالية نكاه خارق بحل كل المعادلات الرياضية الاكثر تعقيدا حتى ولو انه لا يعرف العمليات الحسابية.

المطالبة: يركز على قناعة بانه تعرض إلى ضرر معنوي أو مالي أو عاطفي لذلك يريد ان يحقق العدالة أو الحقيقة للحصول على الاعتراف بهذا الضرر والتعويض يعدد بذلك الشكاوي والاجراءات القضائية والاحتجاج العلني يمكن ان تتحول هذه الافكار إلى الاقدام على الفعل تهديد شفوي عنف اجرام. **التأثير:** يكون الحالة على قناعة تامة انه تحت تأثير قوى خارجية إلى توجه وتدبر افكاره وتصرفاته حيث سرق منه فكره وذهنه من قبل قوى خارجية.

توهم المرض: يعتقد الحالة بقناعته ان جسده قد تحول أو أن كائنات اجنبية داخل جسمه أو انه أصيب بمرض عضال لا شفاء له وان رائحة كريهة تنبعث من الجسد وان ميكروبات تأكل ذاته داخليا **الاضطهاد:** يعتقد المريض بقناعة أن الآخرين يريدون الحاق الضرر به جسديا نفسيا ومهنيا وأسريرا وماليا، يريدون له الشر والاساءة له يمكن أن يكون (هؤلاء) قريب، زوج، أم، مدير أو مسؤول في العمل أو منظمات (مخابرات).

يأخذ هذا الموضوع شكل التهديدات اللفظية، الشتم، المؤامرة، المتابعة، يمكن أن يتخذ العميل عنه إجراءات احترازية لمواجهة وتجاوز هذا الاضطهاد المؤامرة المتابعة، التحايل، التجسس، التسميم، التخدير، الاساءة، الدعاية.

الغرام: يكون المريض مقنعا بأن امرأة جميلة ذات شهرة و نسب تحبه مثلا، وتمر هذه الأفكار الهديانية بثلاث مراحل، مرحلة أمل ثم مرحلة امتعاض ثم مرحلة كراهية، لما هذه المرأة لا تستجيب لإشاراته يمكن أن تتحول الكراهية إلى الاقدام على الفعل (الاجرام). **الغيرة:** يعتقد المريض أن شريكته تخونه، تتلاعب به يمكن أن يحول حياتها للجحيم بشكوكه ومراقبته ومتابعته.

الانكار: تتسم بفقدان وعدم وجود عضو أو عدة اعضاء المعدة مثلا.

التحويل: التحويل من انسان إلى طائر.

المختلط: يتضمن خليط من الهديانات السابقة.

تحليل الهديان والتشخيص الفارقي:

حتى يتمكن التفريق بين هذه الاضطرابات التي تحتوي على الهديان يلجا إلى التشخيص الفارقي الاولي من خلال الهديان عبر العديد من عناصر شبكة التحليل.

عناصر تحليل الهذيان

عمر الحالة حين ظهور الهذيان age السن
البداية:

ا_ متدرجة ام فجائية حادة عنيفة)

ب_ تدشينية اول ملرة تحدث ام انتكاسية معاود
الميكانيزم:

- ا_ تأويل اسناد معنى مخالف للواقع مع وجود الواقعة وانكار الصدفة
ب_ حدسي وعي وفكرة مفاجئة لا تستند إلى استنتاج أو سند موضوعي
ج_ تخيلي رواية وهمية خارقة للعادة اسطورية تقمص شخصية
د_ هلوسي ادراك دون موضوع
هـ_ وهمي تحريف ادراكي انطلاقا من موضوع واقعي

التنظيم

ا_ منظم مؤسس) يبدو منطقي غالبا ما يقوم على التأويل استمرار ذات المحتوى الطاغي
الاستجابة الانفعالية متناسقة.

ب_ غير منظم عشوائي) غير واضح متعدد المحتوى خيالي يتضح ان صاحبه يهذي غير مقبول
لا يمكن تصديق هذيانه.

الامتداد:

- ا_ قطاعي هذيان في موضوع واحد اضطهاد مثلا غي متعدد محدود.
ب_ شبكي هناك شبكة من عديد الموضوعات عدة هذيانات في ان واحد جد ممتد.

المحتوى

Persecution الاضطهاد

megalomanie العظمة

influence التأثير

Hypocondriaque توهم المرض

passionnels الموضوعات الولعية

autoaccusation الاتهام الذاتي

الانخراط مدى اقتناع الحالة بهذياناته وافكاره

الاقتناع التام

الاقتناع الجزئي

المزاج انواع الانفعالات التي تصدرها الحالة

مدى انسجام الانفعالات مع الهديان

السير أو التطور

ا_ الازمان

ب_ المؤقت

ج_ الانتكاسي

التكيف أو التوافق

ا_ التوافق الاسري

ب_ التوافق المهني

ج_ التوافق الاجتماعي

المحاضرة الثامنة: الهجمة الهذيانية

في البدء يظهر الاضطراب بطريقة مفاجئة إلا أنه يظهر تدريجيا عند الاشخاص الذين يعانون من تخلف عقلي خلقي أو مكتسب والسيكوباتين.

المظهر العام للحالة: تظهر الهجمة بطريقة مفاجئة وحادة لهذيانات متعددة الاشكال تنجم عنه

اضطراب الوعي الحس والادراك الحكم والعلاقة مع العالم الخارجي.

تدوم الهجمة لمدة لا تتجاوز بضع اسابيع ثم يعود المريض إلى حالته البدائية يرى هنري أي أنها

حالة من تفكك الوعي ويسميتها الحالة الخلطية الحلمية.

في مؤتمر منظمة الصحة العقلية نوقشت تصنيفات الهجمة الهذيانية.

شروط ظهورها: تحدث الهجمة عادة لدى شخص مراقب أو شاب واحيانا في سن الثلاثين وكثيرا ما توجد سوابق عائلية تكون الشخصية هشة محدودية النضج الانفعالي ذات طابع حساس قلق صعوبة في اللتماهي النوم المنطوي الذي يحمل سمات هستيرية تظهر النوبة نتيجة لصدمة انفعالية قوية كحالات الموت الزواج الولادة وكل ما يمس الجانب الانفعالي.

تسبق الهجمة الهذيانية حالات قلق اضطرابات نوم وضغط وتوتر

الأعراض

يعيش المريض هذياناته بشكل قوي ولا يبالي بالواقع المحيط به بل يندمج فوراً ومباشرة في هذياناته المتغيرة.

1_ اضطراب نفسي حركي يستجيب المريض لهذياناته بتهيج نفسي حركي وردود افعال عدوانية خطيرة.

2_ اضطرابات المزاج يتبدل المزاج عند المريض من حالة القلق والغضب إلى حالة الانتشاء والبهجة، اي من الاستثارة الشديدة إلى الحالة الانهيارية.

3_ اضطرابات عقلية معرفية يشاهد على المريض تفكك على مستوى الوعي فيصبح شبه حلمي. وبالتالي ادراك مشوش حيث يشعر المريض بان ذهنه يعمل بشكل الي ومستقل عن ارادته وان افكاره واعماله لا تنتمي اليه مما ينشأ حالة من اضطراب الوعي والشعور بفقدان السيطرة على الذات. وكذلك الانتباه الانتقائي حسب المثير موضوع الهذيان كما لا يلاحظ فقدان حقيقي للتوجه المكاني والزمني

4_ الهذيانات وتكون كثيرة ومتنوعة منها:

* هذيانات العظمة: تتضمن افكار العظمة والاستعلاء اضافة إلى القوة الجسمية والعقلية والمادية.
* هذيانات الطموح: يقتنع المريض بانه مختار ليلتقي مناصب سامية كالترجع على عرش الملك أو الرئاسة.

* هذيانات النسب الشريف: تتضمن افكار الانحدار من سلالة الانبياء والرسل والانتساب إلى العائلات الملكية.

* هذيانات الرهينة: يدعي المريض بان له رسالة ربانية يبلغها للناس ولديه اتصال مع الله والرسول.
* هذيانات اضطهادية: تتضمن افكار التعقب والحاق الاذى بالذات ويقتنعون ان فكرة القيام بهذه السلوكات تفرض عليهم من طرف قوى خارجية خفية كما تشاهد افكار فقدان الكرامة الافلاس والشعور بفقدان السيطرة على الذات

5_ الهلوس: تتمثل في الاصوات الداخلية وصدى التفكير وتشوه على مستوى الادراك وهي انواع (هلوس بصرية وهلاوس سمعية وحسية وشمية وذوقية).

6_ الاستبصار الخاطئ

_ الاضطرابات الجسمية ومنها:

اضطرابات النوم والارق الليلي

ارتفاع درجة حرارة الجسم

جفاف

اضطرابات هضمية

بياض اللسان

امسالك

ارتفاع ضربات القلب ارتفاع الضغط الدموي

الاشكال العيادية

_ **الذهان الهذيانى الحاد ما بعد الصدمة والاضطرابات العضوية:**

يظهر هذا الشكل نتيجة لإصابات دماغية وصدمة جمجمية وعائية تسمية أو دوائية كحولية أو مضادات الذهان أو غيرها من العوامل التي لها اصابة مباشرة على الدماغ وتخفي الهجمة مباشرة بعد شفاء الفرد من الاصابة العضوية.

_ **الهجمة الهذيانية المرتبطة بالحمل والنفاس:**

تظهر هذه الهجمة نتيجة لصدمة انفعالية ويلاحظ لديهم الأعراض التالية:

اضطراب الوعي الاندهاش وتبلد الذهن.

اضطرابات عاطفية وانفعالية عميقة.

هيجان وقلق.

أعراض انهيارية إلى درجة الانتحار أو قتل الرضيع.

هذيانات تتمحور حول الولادة وعلاقة الطفل بالأُم كإنكار الحمل الشعور بالذنب وافكار تتعلق

بالوليد.

تتجه هذه الحالات نحو الشفاء.

_ **الهجمة الهذيانية ذات منشأ نفسي:**

تحدث نتيجة لصدمة نفسية انفعالية شديدة يظهر لدى افراد يتسمون باستعداد هذيانى وضعف شديد

في المقاومة

تطور الهجمات الهذيانية:

يأخذ التطور نموذجين:

انتكاس الحالة اي الاصابة بهجمة هذيانية حادة اخرى ونسبة سبعة بالمئة تتحول الى ذهان الهوس
والانهيار.
أما نسبة ثلاثون بالمئة تتحول إلى فصام.

المحاضرة التاسعة:

الفصام

تتميز الاضطرابات العقلية بكونها الاخطر والتي تمس العديد من الشرائح داخل المجتمع، فتسبب عجزا و اختلالا في مختلف المجالات الجسمية، النفسية و الشخصية إضافة إلى العلاقات الاجتماعية حيث أن المصاب يفقد القدرة على التواصل مع المحيط الخارجي و يصبح غير مدرك لحالته ومن بين أهم هذه

الاضطرابات وأكثرها خطورة نجد "الفصام" وهو مرض عقلي يتميز باختلال على مستوى التفكير والوجدان:

1- مفهوم الفصام:

تختلف تعاريف الفصام حسب الباحثين ونوع الدراسات والاتجاهات التي يتبعها كل باحث ومن بينها نجد المفاهيم التالية ونذكرها كالتالي:

لغة:

تأتي كلمة الفصام من "فصم: يفصم، فصما: كسره من غير أن تنفرق كسره، انكسر من غير بينونة/تصدع" (معلوف لويس، 1930، ص 586)

اصطلاحا:

يعرف الفصام على أنه اضطراب ذهاني يسبب عدم انتظام في الشخصية وتدهورها بشكل تدريجيا ومن مميزاته يعيش المريض في عالم خاص به بعيد عن الواقع و انفصام الوصلات النفسية (أبو عقل عمرو، 2016، ص 54)

يعرف في قاموس علم النفس بأنه "ذهان من أهم أعراضه انطواء المريض على نفسه والنكوص والتجول الذهني في عالم الخيال و الوهم. عدم الاتساق بين المزاج والفكر، البلادة الوجدانية وفساد الحياة الانفعالية، اعتقادات باطلة وهلوسة وافكار الاضطهاد والعظمة والخلود والقدرة الخارقة" (الخانز منير، د.س، ص 131)

وحسب ما جاء في موسوعة علم النفس للتحليل النفسي تعريف الفصام بأنه اضطراب عقلي يصنف ضمن فئة الذهان و اكثرها انتشارا يمزق فيه العقل وتتصدع الشخصية، لتفقد التناسق بين الجوانب الفكرية... كأن كل جانب منها منفصل عن البقية (غراب أسماء، 2015، ص 82).

وأیضا نجد أنه مرض عقلي ينتج خلل في التفكير فتكون لديه أفكار غير واقعية تتميز بالهذيانات والهلاوس، إضافة إلى خلل في الأداء الوظيفي الاجتماعي، اضطراب في السلوك مع أعراض سلبية كندرة الكلام وفقدان الإرادة (قيروود الطاهر، 2022، ص 51).

ويعرف كذلك أنه اضطراب عقلي ضمن فئة الذهان يظهر اساسا بين المراهقين ويتميز بفقد الصلة بالواقع، الإنكار ورفض العلاج ومن الأعراض المنتشرة الهلاوس، الهذيان، الهياج والتفكك يعد من العناصر الأساسية في التشخيص (لمين كوروغلي، 2017، ص 420).

وفي تعريف آخر يعرف على "أساس اضطراب عقلي وظيفي حاد يسبب انشطار وتفكك الشخصية ويعمل على تدهورها تدريجيا حتى يؤدي إلى التناثر، وهو مجموعة أمراض عقلية تشترك بأعراض اساسية متشابهة كالتفكير المفكك غير الواقعي والانفصام العاطفي والابتعاد عن الحقيقة والواقع والتدهور في الشخصية والسلوك" (هاجر بغالية، 2017، ص 96).

وحسب الرابطة الاكلينيكية أنه أفكار وهمية وسلوك مفكك أعراض سلبية متمثلة في انخفاض
الإمكانات الوظيفية، تدوم لمدة ستة أشهر على الأقل (خليدة مليوح، 2014، ص ص 56-57).
ونرى أيضا تعريف عبد الله للفصام على أنه اضطراب ذهاني وهو مجموعة من الأمراض النفسية
و العقلية تتحول لتدهور واضح في الشخصية و السلوك في حالة إن لم يعالج.
وتعرف الجمعية الامريكية للطب النفسي الفصام على أنه المصاب الذي تتوفر فيه الأعراض
المصنفة حسب الدليل التشخيصي الخامس للاضطرابات النفسية و العقلية وتتحدد بواحد أو أكثر مما يلي:

1- ضلالات.

2 - هلاوس.

3- اضطراب التفكير.

4- الأعراض السلبية.

5- نشاط حركي غير منتظم أو غير طبيعي بشكل اجمالي (أبو عقل عمرو، 2016، ص ص 55-

56)

حسب بلولر هو اضطراب انفصام وتفكك الفكر والفعل والعاطفة، ويشار إلى التفكك ببعض
المصطلحات كالتناثر وفقدان الترابط، التخلف واللامبالاة اتجاه الواقع (خليدة مليوح، 2022، ص 112).
ويعرف أيضا أنه حالة عقلية غير سوية تسبب تغيير عميق للإنسان في انماط التفكير والشعور
والسلوك اتجاه الآخرين، فتختلط لديه الحقيقة بالوهم وتؤدي لتبني اساليب لا تتفق مع الواقع.
وأیضا اضطراب ذهاني يحدث فقدان وحدة الشخصية، بمعنى أن التفكير لا يرتبط بالانفعال مع
الانسحاب من الحياة للعزلة ويغلق على نفسه في عالم الخيال (كيلاني علاء، 2021، ص 307).
تعريف منظمة الصحة العالمية الفصام مرض نفسي مصحوب باضطراب في الشخصية، التفكير،
شعوره سيطرة قوى خارجية، خلل في الإدراك و الوجدان والانفعالات لا تتناسب مع ما يحدث في
المحيط.

في حين نجد تعريف كربلاين انطلاقا من أعراضه وهي الهلاوس باختلاف أنواعها، نقص الانتباه
للعالم الخارجي، اضطراب في الفكر، تغيير الكلام حيث يصبح غير مفهوم، اوهام، عاطفة مثلومة، سلوك
نمطي.

وحسب سنفورد مرض عقلي يتميز الفرد بالابتعاد عن العالم الحقيقي، ويتضمن أعراض الهلوسة،
أفكار خاطئة الهذيانات و خلل حاد في الحياة الانفعالية للفرد (غراب أسماء، 2015، ص ص 83-84).
في حين يعرف أيضا بأنه مرض ذهاني مزمن، يمس مختلف الوظائف العقلية و المعرفية كالتفكير،
الادراك، الانتباه، الذاكرة، العواطف، اللغة، الكلام، الإرادة، السلوك و التصرفات (دريس، تواتي،
2021، ص 173).

2- التطور التاريخي لمفهوم الفصام:

يعود تاريخ أول حالة للفصام سنة (1400) قبل الميلاد، حيث وجدت عدة نصوص قديمة خاصة الهندسة التي وجد فيها وصف لما نسميه اليوم بالفصام (بغالية هاجر، 2019).

لقد توالى الأبحاث وصولاً إلى القرن الثامن عشر في فرنسا سنة (1860) وصف الطبيب النفسي موريلامر مرض باسم "العتة المبكر" أو "الخبل المبكر" بعد دراسته لحالة طفل في الرابعة عشر من عمره كان متفوقاً في دراسته ثم أصبح مهملاً لها ولنظافته أيضاً ولديه أفكار القتل ومشاعر الاضطهاد لأبيه.

قدم الطبيب هو كاهلبوم بين (1863-1868) مصطلح الخرف الزوري وصفها بأنها حالة تتميز بأوهام و اضطراب في السلوك ثم وصف لحالة أخرى سماها كاتاتونيا.

في عام 1998 وضع اميل كرييلين مصطلح الخرف المبكر فأشار لوجود مرضين من الذهان (الأمراض الإكتئابية الهوسية، الخرف المبكر) وقد كان يشمل: برانويا الخرف، الكاتاتونيا و الهيبوفرينيا. أشار المعالج بلولر سنة 1911 أن مصطلح (الخرف المبكر) الذي وضعه كرييلن لأنه اعتقد أنه يصيب الشباب وقد اخطأ لسببين: الأول، الكثير يصاب به بعد مرحلة الشباب. والثاني، اغلب المرضى لا يتطور لديهم المرض.

فاقتراح مصطلح "السكيزوفرينيا" بدلا عنه وهو المصطلح المستمر والمتعامل بيع إلى يومنا هذا (لكحل راضية، 2018، ص ص 36-37) بالنظر للانتشار الواسع و الحيز الذي يأخذه الفصام.

الانتشار والمجرى النسلوجيا (التصنيف المرضي):

يعد الفصام من اكثر الامراض الذهانية انتشارا حيث ان الصورة المرضية للفصام صورة متكررة وتتوزع بالمقدار نفسه في كل الثقافات وتبلغ نسبة الانتشار مدى الحياة حوالي 1/ ونسبة الحدوث كل سنة واحدة من كل 10000 ويصيب الرجال والنساء بالدرجة نفسها ولكن هناك فروق في سن الاصابة بالمرض حيث يظهر لدى الرجال لأول مرة في سن مبكرة قبل النساء 25-20 مقابل 25-30 سنة ويظهر الاقارب من الدرجة الاولى للأمراض الفصامية خطر مرض مرتفع اما مجرى الاضطراب فهو غير متجانس فبعد بداية اما عفوي أو متخفية (الطور الانذاري prodromal phase) (رضوان، 2016، ص).

يزدهر مرض الفصام بين مختلف الشرائح الاجتماعية وبالأخص في الاماكن المكتظة بالسكان حيث الفقر وانتشار الجريمة والبطالة و الانحرافات الاجتماعية الأخرى (الامارة والحلو، 2022، ص132).

كذلك ينتشر مرض الفصام بين العزاب غير المتزوجين عنه بين المتزوجين ويرجع السبب في ذلك إلى ان هؤلاء مهينين وراثيا لهذا المرض كثيرا ما يميلون إلى الانسحاب من المجتمع وتفضيل العزلة

والانطواء مما يجعل النسبة تبدو أكثر ظهوراً بينهم ويزدهر أيضاً الفصام في الربيع وأوائل الصيف وذلك لأنه كمعظم الأمراض الذهانية الخطيرة التي تنتشر في هذه الفصول (الإمارة والحلو، 2022، ص132). وكذلك لخطورته اهتمت التيارات النفسية والمدارس بمعرفة الأسباب التي أدت لحدوث المرض حسب التوجه ومن بين هذه الاتجاهات والمدارس نذكر ما يلي:

المدرسة التحليلية:

يعتبر رواد النظرة التحليلية الفصام عملية نكوص يختلف عن ذلك الذي نجده في الاضطرابات العصابية، كونه نكوص إلى المرحلة التي كانت فيها الأنا غير متميزة، فيبدأ بفقدان اتصاله مع الواقع وتتحطم أناه وهذا ما تشير إليه بعض أعراض الفصام حيث يحاول الانفصال عن العالم الذي ساعد على تكوينها و الرجوع إلى المستوى البدائي، عكس بعض الأعراض التي تشير إلى محاولة المصالحة و الترميم (جودة نبيل، 2008، ص 39).

ترجع النظرية إلى امهات المصابين الذين يتجهون اتجاهين إما الاهتمام الزائد والحماية أو الإهمال المفرط لأبنائهن، فنجد سلوك الفصامي المتواجد داخل مستشفى الأمراض العقلية كقضم الأظافر والتبرز في ملابسه هذا دليل على العودة إلى أولى مراحل النمو (خليدة مليوح، 2021، ص 478) تفسر النظرية التحليلية مرض الفصام على أساس الصراع القائم بين الواقع (الأنا) و الهو فيحدث النكوص إلى المراحل الأولى من النمو، التي يكون فيها الأنا غير متميز وتراجع إلى انماط التفكير الطفولية و ينسحب داخل نفسه لينتج الانفصال عن الواقع.

النظرية السلوكية:

يرجع بافلوف الأعراض الفصامية إلى نوع من الكف الوقائي في المخ، نتيجة ضعف خلايا المخ عند المصاب بالفصام فتصبح المنبهات حادة. في حين يرجعها الماديون إلى ضعف خلايا المخ الذي يعود إلى تسمم الفرد وسببه غير معروف الطفل يتعلم ردود فعل غير مناسبة و طرق تفكير مقلدا لوالديه الذي يعانون من مشاكل عاطفية كمثال لسوء التعلم في مرحلة الطفولة التي تؤدي مستقبلاً لإمكانية إصابته بالفصام (أبو فايد ريهام، 2016، ص 52) أي أن النظرية السلوكية تفسر الفصام على أنه متعلم في مرحلة الطفولة أو مكتسب اجتماعياً أو يرجع إلى حالة مرضية عضوية غير سوية.

النظرية المعرفية:

ترجع المدرسة المعرفية المصاب بالفصام يعاني حالة من الغمر أو الحمل الزائد للمثير و بالرغم من أن الكثير على وعي تام بالأصوات والأضواء التي يميزها الشخص العادي ولكن الفصام ونتيجة التغير في الحساسية الحسية يسبب تطور الأعراض التي تؤول إلى اضطراب نفسي بعيد المدى مثل الفصام.

ويفسر المعرفيون الهلاوس و الهذيان أنها حساسية مفرطة للمثيرات التي يختبرها الفرد على أساس وجود استثارة زائدة (محمد ولاء، 2022، ص711)

النظرية المضادة للطب النفسي:

من غير الممكن تفسير اضطراب الفصام بسبب طبي محض حسب لانج وساز انما يفسر في سياق اجتماعي انساني، فيعرف على أنه لقب يتم التعامل معه واسقاطه من طرف البعض على الآخرين في ظل ظروف اجتماعية معينة.

وأرجعوا السبب وراء الإصابة إلى الاغتراب المرتكب من طرف الفرد على اخيه بطريقة وحشية كالرفض الأسري ويعتبر أيضا استراتيجية يستخدمها الفرد للتعامل مع المواقف غير المحتملة (خليدة مليوح، 2014، ص73).

فترجع إذا هذه النظرية الفصام إلى كونه حقيقة اجتماعية معينة ناتجة عن الاغتراب الذي يمارس على الفرد من قبل أحد أفراد اسرته أو المجتمع بطرق وحشية و عنيفة.

أنواع الفصام:

يختلف العلماء والباحثين في تقسيم الفصام بل يشمل أكثر من ذلك فنجد أيضا اختلاف على مستوى الدول والبلدان فمن أهم أنواعه نذكر التالي:

1- الفصام البسيط:

يتميز هذا النوع بغياب الأعراض الشديدة وهذا ما يجعله من الأصعب في التشخيص وفي تمييزه عن الاضطرابات الأخرى المشابهة ومن أهم ما يتميز به:

أ- يبدأ في سن مبكرة ما بين 15-25 سنة، ويزحف ببطء تدريجيا، حتى ينتهي بتدهور مستمر في الشخصية.

ب- يشمل اضطراب الوجدان والإرادة، مع غياب تام لأعراض كاتونوية وانعدام الهلاوس والضلالات.

2- الفصام الهبرفيني:

يتميز هذا النوع بالبداية في عمر مبكر و يتطور ببطء، وينتهي بتدهور في الشخصية في حال لم يتلقى العلاج المناسب يتميز بـ:

أ- اضطراب في التفكير منها صعوبة التركيز وعدم ترابط الأفكار وخلل في التفكير المجرد.

ب- اضطراب الإرادة و السلبية.

ج- اضطراب الوجدان.

د-ضلالات وهلاوس سمعية.

ه-اضطراب في السلوك مع تصرفات اندفاعية غريبة.

- و- أعراض قهرية غامضة تتحول لهلوس.
- ز- اختلال الإنية والعالم الخارجي (الشعور بكل ما يجول من حوله غريب).
- ح- بدء المرض بغرابة قبل ظهور الأعراض السالفة الذكر (عكاشة أحمد، 2010، ص ص 333-335).

3-الفصام الزوراني: يتميز بما يلي:

- أ-الانشغال بواحد أو أكثر من الضلالات والهلاوس السمعية الواضحة.
- ب- عدم ظهور الاضطراب في الكلام أو السلوك المختل أو السلوك (الكتاتوني) أو التبدل أو عدم تناسب المزاج مع الضلالات" (غراب أسماء، 2015، ص 96).

4-النمط الوجداني: يشمل الأعراض التالية:

- وجود فترة متصلة من الاكتئاب أو الهوس.
- في فترة المرض وجود او هام أو هلاوس لمدة أسبوعين.
- توفر أعراض النوب المزاجية (اكتئاب أو هوس).
- لا يرجع المرض لتأثيرات أخرى كسوء استعمال دواء أو ناجم عن مرض آخر (الحمادي أنور، 2022، ص87).

5-الفصام الكتاتوني (التخشيبي):

- يتمثل هذا النوع في صعوبة الحركات، فقدان القدرة على القيام بالنشاط الحركي، يبدو المريض وكأنه عبارة عن تمثال لا يستطيع الحراك، كما يعد اقلها خطورة.

من أعراضه:

- يتجلى بعلامتين مما يلي: الثبات الحركي، نشاط زائد، السلبية الزائدة، حركات غريبة لا ارادية كالحركات النمطية، التردد المرضي (أبو فايد، 2016، ص 53).

6-النمط المختل:

- لقد كان يعرف في النسخة الثانية من الدليل التشخيصي للاضطرابات النفسية والعقلية بالنمط الهبفريني ولكنه بشخص بالمعايير التالية:

أ-"كل من الأعراض التالية لها صفة السيادة:

- حديث غير منظم.
- سلوك غير منظم.
- شعور سطحي وغير ملائم.
- المحكات لا تناظر النمط التخشيبي.

7-النمط الغير متميز:

يتوفر على أعراض الفصام العامة وكذلك الهلوس، الهذيان، وعدم الاتساق ولا يجب أن تتطابق مع كل من الشكل الهذائي، المختل و التخشبي.

8-النوع المتبقي:

يعد نوع من أنواع الفصام يحدد بـ:

غياب الهواجس، الهلوس، حديث غير منظم، سوء التنظيم و السلوك التخشبي.

توفر الأعراض السلبية أو عرضين أو أكثر من أعراض الفصام لكن بصورة مخففة و يتميزون كذلك بكلام قليل، عاطفة محدودة و فقدان الدافعية (هاجر بغالية، 2019).

9-الاضطراب الفصامي الشكل:

اضطراب عقلي من أنواع الفصام يتضمن الأعراض التالية:

أ-عرضين أو أكثر خلال شهر واحد إذا عولجت بنجاح و احدها يكون ضمن (1)، (2)، (3):

1-أوهام.

2-هلوس.

3-كلام غير منظم.

4-سلوك غير منظم أو كاتوني.

5-أعراض سلبية كتناقض التعبير العاطفي.

ب-استمرار النوبة شهرا على الأقل ولا تتجاوز 6 اشهر.

ج- استبعاد كل من نوب الاكتئاب الجسيم أو ثنائي القطب بسبب:

عدم حدوث نوب للاكتئاب الجسيم أو لثنائي القطب خلال الطور النشط للأعراض أو إذا حدثت

النوب فقد كانت لمدة قصيرة خلال نفس الفترة

د-لا تفسر بطريقة أفضل لتأثيرات فيزيولوجية كسوء استخدام عقار أو مرض آخر (الحمادي انور،

2022، ص83).

5-أعراض الفصام:

تختلف أعراض الفصام حسب المريض اعتماداً على شدة المرض فقد نجد مختلف الاضطرابات

عند مريض واحد أو قد تقتصر على عرض واحد لذلك سنقدم الآن أعراض الفصام كلها على الشكل

التالي:

1-الأعراض المبكرة للفصام:

الأعراض المذكورة في الأسفل نتيجة البحوث مع اسر مرضى الفصام حيث لاحظوها بالرغم من

أنها قد تعتبر طبيعية في موقف ما إلا أن هذه الأسر كانت تشعر بأنها غريبة و غير طبيعية وتتمثل في:

-تدهور" في النظافة.

-الاكتئاب.

- النوم المفرط أو عدم القدرة على النوم.
- الانسحاب الاجتماعي و العزلة.
- التغير الفجائي في طبيعة الشخصية.
- التدهور في العلاقات الاجتماعية.
- الافراط في الحركة أو عدم الحركة.
- عدم القدرة على التركيز أو التعامل مع المشاكل البسيطة.
- التدين الشديد أو الانشغال بالسحر والأشياء الوهمية.
- عداء غير متوقع.
- عدم اللامبالاة في المواقف الهامة.
- الانحدار في الاهتمامات العلمية والرياضية.
- إساءة استخدام العقاقير والكحوليات.
- النسيان وفقدان الممتلكات القيمة.
- الانفعال الحاد اتجاه النقد من الأسرة والاقارب.
- نقص واضح وسريع في الوزن.
- الضحك غير المناسب.
- التصرفات الشاذة.
- اتخاذ اوضاع غريبة.
- العناد وعدم المرونة" (صالح علي، 2014، ص ص 414-415).

اضطراب التفكير:

يعتبر من الأعراض التي تميز اضطراب الفصام، فيشعر المصاب بغموض و صعوبة في التعبير عن افكاره وتظهر في:

أ-اضطراب في التعبير عن الأفكار:

عدم الترابط بين الأفكار (لا يستمر في موضوع واحد لمدة طويلة، تطاير الأفكار وعدم القدرة على الانتهاء في ما بدأ، ربط الأفكار مع بعضها البعض).

يستصعب إيجاد المعنى، لذلك يستعمل الالفاظ الضخمة، الدخول في التفاصيل التافهة، والتركيز على المعنى المطلوب ولا يستطيع الدخول إلى لب الموضوع.

مزج الواقع بالخيال و خلط الأحداث اليومية الحقيقية باضطراب التفكير.

لا يقدر على تحديد المشكلة، عدم القدرة على التفكير المجرد.

ب-اضطراب مجرى التفكير:

توقف التفكير: توقف المريض عن التفكير أثناء الكلام، ثم ينتقل للحديث عن موضوع آخر.

ضغط الأفكار: شكوى المصاب من كثرة الأفكار في رأسه ولكنه يعجز عن التعبير عليها فيسقطها على غيره و يشعر انهم لا يقدرّون الامه و انفعالاته.

ج-اضطراب التحكم في الأفكار:

السحب أو الحرمان من الأفكار: شكوى المريض من سحب افكاره منه بجهاز خاص ليتم حرمانه منها وان من يحاول فعل هذا سيستعملها لإنقاذ أو لتعطيم البشرية وهذا يدل على خطورتها، كما يشكو من الفراغ الفكري فقد سلبوه معظم افكاره.

ادخال الأفكار: معاناة المريض من افكار دخيلة عليه من طرف قوى خارجية تريد تسخيرها للعمل معها.

د-اضطراب محتوى التفكير:

يصبح المصاب اسيرا لمعتقداته و افكاره المرضية و توهمه لأمراض جسدية، كما يقوم بتأويل السلوك المحاط به (عكاشة أحمد، 2010، ص ص 310-312).

الهلاوس:

الهلاوس "استجابات حسية واضحة دون وجود منبه" (عكاشة أحمد، 2022، ص 322). وتعرف أيضا أنها "إدراك الأشياء التي ليس لها وجود" (صالح علي، 2014، ص 416). وتعرف على أنها تجربة ادراكية دون حاجز خارجي، واضحة لا ارادية، يشعر المريض احساسا لا وجود لها وتؤثر على الحواس، حيث تعد الهلوسة السمعية الاكثر انتشارا وتأثيرا على حياة المريض المصاب بالفصام (مصلي، بن عصمان، 2023، ص 278) يعرفها سيجموند فرويد بانها ادراك حسي بدون موضوع خارجي وهوينتج عن تجسيم ظواهر ذاتية تجسيميا موضوعيا حينما يسمع المريض اصواتا تناديه أو تشتمه أو تلغنه دون وجود احد فهذه هي هلاوس وتسمى بالهلاوس السمعية "الهلاوس... اصوات يسمعها مريض الفصام لا يسمعها غيره" وهناك بالإضافة إلى الهلاوس السمعية التي هي الاكثر انتشارا لدى مرضى الفصام هناك الهلاوس الشمية حيث يشم المريض روائح غير مألوفة وتضايقه وهي في الحقيقة لا وجود لها وهناك هلاوس أخرى منها اللمسية تنتشر في الذهان العضوي والبعض منها في الفصام وتأخذ شكلا جنسا مع مرض الفصام وهناك يوجد نوع من الهلاوس التدوق حيث يشعر المريض بوجود طعم في فمه وهو في الواقع لا يوجد شيء (الامارة والحلو، 2022، ص 2).

الأعراض السلبية:

اضطراب الإرادة: يصبح المصاب غير قادر على المشاركة في الأنشطة والعمل، كما يبدو غير مهتم بالنشاطات اليومية، وقد يصلون لدرجة عدم الاهتمام بالنظافة الشخصية أو الأكل، مصاحبا بانخفاض مفاجئ أو الانعزال، التهيج، التصلب الحركي، أو غيبوبة دون سبب.

العزلة الاجتماعية: يستصعب تكوين صداقات ومعارف، علاقات حميمية قليلة أو منعدمة، تتسم علاقاتهم بالسطحية و القصر، قد يصل إلى تجنب كل التفاعلات الاجتماعية (غريب أسماء، 2015، ص 90).

اضطراب الانفعال: يتميز بالتذبذب، التناقض، التلبد، وعدم التجاوب الانفعالي، عدم القدرة على الاتصال مع الآخرين، سطحية الانفعال، الخمول والنمطية، انفعالات كاذبة غير مناسبة (فقير أحمد، 2010، ص 90).

6-تشخيص الفصام:

حسب "الدليل التشخيصي الخامس لتصنيف الاضطرابات النفسية والعقلية:

A -تواجد اثنين (أو أكثر) مما يلي على أن يوجد كل منهما لفترة معتبرة من الزمن خلال فترة معتبرة من الزمن خلال شهر واحد (أو أقل إذا عولجت بنجاح) و احدها على الأقل يجب أن يكون (1)، (2) أو (3): ان يتضمن عرضين على الأقل من خمس أعراض كلاسيكية ولمدة لا تقل عن ستة شهور وان يكون لها اثارها السلبية على العلاقات الاجتماعية وعلاقات العمل وهذه الأعراض هي:

الضلالات والاهام والهذات مشاعر الاضطهاد Delusion

الهالوس سمعية وبصرية وشمية ولمسية Hallusination

الحديث غير المنظم والامنطقي disorganized speech

السلوك الكاتاتوني التخشيبي Catatonic

الأعراض السلبية وهي تتضمن

تسطح المشاعر Flat Affect تبدل الوجدان

ب_ الخرس أو قلة الكلام عزوف عن الكلام Alogia

ج_ اضطرابات الارادة فاقد الرغبة باي نشاط a volition (أحمد الزيادة، 2014، ص34).

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

C- تدوم علامات الاضطراب المستمر ستة أشهر على الأقل ينبغي أن تتضمن فترة الستة أشهر هذه شهرا من الأعراض (أو أقل إذا عولجت بنجاح) والتي تحقق المعيار أ (أي أعراض الطور-النشط) وقد تتضمن فترات من الأعراض البادية أو المتبقية.

قد يتجلى الاضطراب أثناء الفترات البادية أو المتبقية بأعراض سلبية فحسب، أو اثنين أو أكثر من الأعراض المدرجة في المعيار أ التي تكون موجودة بشكل مخفف (مثال، اعتقادات مستغربة، تجارب ادراكية غير مألوفة)

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

- لم تحدث نوب للاكتئاب الجسيم أو لثنائي القطب بشكل متزامن خلال الطور-النشط (1) أو إذا حدثت نوب مزاجية خلال الطور -النشط لأعراض فقد كان حضورها لفترة قصيرة من الفترة الكلية للطور النشط (2) و المتبقي من المرض.

E- لا يعزى المرض لتأثيرات فيزيولوجية لمادة (مثل سوء استخدام عقار، دواء) أو عن حالة طبية عامة.

F- إذا كان هناك تاريخ لاضطراب في طيف التوحد أو اضطراب في طيف التوحد أو اضطراب التواصل ذو البدء الطفلي،

فالتشخيص الإضافي للفصام لا يوضع إلا إذا كانت الاوهام أو الهلوس بارزة، بالإضافة إلى كون الأعراض الأخرى المطلوبة للفصام، قد وجدت لشهر واحد على الأقل (أو أقل إذا عولجت بنجاح) " (الحمادي أنور، 2022، ص 87)

حدد ما إذا كان: "

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

• النوبة الأولى، حاليا في النوبة الحادة: المظاهر الأولى للاضطراب تقي بمعايير التشخيص من ناحية الأعراض و الزمن.

• النوبة الحادة هي الفترة الزمنية التي تتحقق خلالها معايير التشخيص.

• النوبة الأولى، حاليا في هدأة جزئية: الهدوء الجزئي هو الفترة من الزمن التي يحافظ فيها على التحسن و يتم خلالها الوفاء بالمعايير التشخيصية جزئيا.

• النوبة الاولى، حاليا في هدأة كاملة: الهدأة الكاملة هي فترة من الزمن بعد النوبة السابقة لا توجد خلالها أي أعراض محددة للاضطراب.

• نوب متعددة، حاليا في النوبة الحادة: يتم تحديد النوب المتعددة بعد نوبتين على الأقل (أي بعد النوبة الأولى هدوء للأعراض ونكس واحد).

• نوب متعددة، حاليا في هدأة جزئية.

• نوب متعددة، حاليا في هدأة كاملة.

• المستمر: الأعراض المستوفية لمعايير التشخيص للاضطراب موجودة خلال معظم مسار المرض، مع فترات من الأعراض دون العتبة التشخيصية تكون وجيزة جدا بالنسبة لمسار المرض الكلي غير محدد" (الحمادي أنور، 2022، ص ص 87-88).

7- علاج الفصام:

لكي يستطيع المصاب بالفصام العودة التدريجية لحياته و القدرة على التواصل مع الآخرين و مع محيطه يجب اتباع عدة اساليب علاجية مكملة لبعضها البعض وتعمل متزامنة و موازية ومن بينها نذكر:

العلاج الدوائي:

يعالج الفصام بالمهدئات للتغلب على الهلوسات والتحكم في التهيج، واهمها مجموعة فينوثيازين نذكر من بينها (ستيلازين، لارجاكتيل و ميليريل) وعلاج الأعراض المصاحبة و خاصة المزعجة أو الخطيرة على الفرد و الاخرين (زهران، 2005، ص541) ونجد كذلك: " المعروفة للتأثيرات المسكنة والكلية البتروفينون بما فيها هالبوريدول مضاد ذهان ضد الهلوس، وضد الهذات ومسكن قوي يعتبر رئيس العائلة الكيميائية والذي لا يزال حتى اليوم مرجعا للمقارنة في الدراسات" (مليوح خليفة، 2014، ص86).

العلاج بالصدمات الكهربائية:

لا يستعمل في أول مرة حل العلاج فحتى يعتبر قليل الاستخدام في الحالات الحاجة ولكنه ينجح في تلك الحالات التي تكون مصاحبة لاضطرابات في العاطفة والاكتئاب وكذلك في أنواع الفصام الكاتوني، الانسحابي والزوراني المصحوب بفيض عاطفي شديد مع الضلالات (صالح علي، 2014، ص436).

العلاج النفسي:

يعمل على مساعدة المريض على التكيف و الاندماج وقد انجز بعض المعالجين النجاح فيه ولكن كان طويل المدى قد يصل إلى خمس سنوات ويمكن تطبيق هذا النوع من العلاج إما: فرديا: من أجل تنمية الجزء السليم من الشخصية واعداد تنظيمها (لكحل مصطفى، 2021، ص49) أما جماعيا: فهو يعمل على الاهتمام بأسرة و اقارب المصاب وذلك من أجل مساعدته، وكذلك يتم توجيه وارشاد أفراد الأسرة.

العلاج الاجتماعي:

بما أن من بين أعراض الفصام العزلة الاجتماعية يعمل هذا النوع على التطبيع و اعادة التعلم الاجتماعي بهدف ربط المريض بالواقع والمستقبل.

ويستعمل العلاج البيئي لتعديل واصلح المناخ الأسري و تدعيم التحسن التدريجي للمريض

(زهران، 2005، ص542)

العلاج الأسري:

يهدف هذا العلاج إلى تحسين قدرات أفراد الأسرة من أجل التكيف مع حالة المريض وشرح المعاناة لهم و العبء الذي يقع عليهم، وكذلك العمل على تحسين الاتصال بين المصاب وعائلته والتدريب على حل المشكلات وذلك لتفادي انتكاسة المريض وعودته للحالة الأولية في بداية اضطرابه هناك دراسات بينت أن في حال توقف العلاج الأسري الذي يجب أن يكون مزامنا لعلاج المريض يدفع المصاب للانتكاس (بغالية هاجر، 2019).

المحاضرة العاشرة:

التناذرات الهذيانية المزمنة أو الهذيان الزوراني المزمن

Délire Paranoïaque Chronique

1- تعريف الهذيان الزوراني المزمن le délire Paranoïaque chronique

الهذيان الزوراني ذهان مزمن وتكويني، أي يرتبط بالطبع ومكونات الشخصية، تحافظ الشخصية نوعا ما على تماسكها وانتظامها بالرغم من وجود المرض، وتبقى على اتصال نسبي مع الواقع، ولا يرافقه تغير في السلوك العام إلا بقدر ما توحى به الأوهام والهذيان. وله عدة تسميات "كجنون العظمة، جنون الاضطهاد، الذهان الهذائي، الذهان الهذائي المنتظم، التناذرات الهذائية المزمنة، الهذيان الزوراني المزمن".

تعني كلمة برانويا التفكير المجانب للواقع، أي تفكير شبه منطقي، يتميز هذا المرض بالأوهام والهذيان الواضح المنتظم والثابت في الكثير من الأحيان حيث يصطنع المريض معاني مختلفة لتأكيد أفكاره الخاطئة. وقد يبدو تبرير المريض مقنعا واستدلاله سليما لولا استناده على مقدمات باطلة وفروض متوهمة ومعتقدات خاطئة.

2- مميزات الشخصية "الزورانية"

تتميز الشخصية الزورانية بما يلي:

- تضخيم الأنا: الإفراط في تقييم الذات والتكبر.
- الشك: شخصية تتسم بالحيطه والحذر وشكوك دائمة في مشاعر الآخرين وأحكامهم وتصرفاتهم.
- تصلب الشخصية: كالعناد والفتور العاطفي، رفض شديد للنقد، التسلط.
- أخطاء المحاكمة: بناء أحكام انطلاقا من أفكار ثابتة، ويستبعد كل ما يمكن أن يخالفها أو يأتي ضدها.

البدء: يحدث البدء غالبا بعد سن الثلاثين وحول الأربعين وتتجلى فيها الآليات التأويلية وتندر الأهلأس. يتشكل الهذيان انطلاقا من تفاعل السمات التي تميز الشخصية الزورانية بدء من شك ما ينشأ من حادث أسري أو مهني. البدء بطيء جدا في الغالب، وفي بعض الأحيان يكون البدء حادا إثر صدمة انفعالية أو حدث اجتماعي أو أسري خطير يعتبرها المريض حاسمة ومصيرية.

أشكال الهذيات الزورانية:

يتكون الهذيان الزوراني ضمن منظومة متكاملة ومتجانسة وواضحة يعيشها المريض في حالة وعي كامل. بالرغم من الهذيان المزمن الذي يعيشه المريض لا يؤثر كثيرا على جوانب حياة المريض الأخرى، بل يتمكن أحيانا أخرى من إقناع الآخرين، لأن المصاب لا يشك إطلاقا في سلامة أفكاره ويتصرف على أساس هذه القناعة. توجد ثلاثة أنماط من الهذيات الزورانية:

- الهذيات العاطفية والاحتجاج – les délires passionnels et de revendication

- هذيات العلاقة لدى الحساسين – les délires sensitif de relation

- هذيات التأويل المنتظم – le délire d'interprétation de sérieux et cap-gras

*** الهذيات العاطفية والاحتجاج:**

تنقسم الهذيان العاطفية إلى مجموعتين: المجموعة الأولى تظم (هذيان الغيرة وهذيان الهوس الشهواني) أما المجموعة الثانية تظم (هذيان المطالبة والاحتجاج)

الهذيان العاطفي *délire passionnels*: من بين الخصائص العيادية للحالات العاطفية ما يلي: تنشأ الحالة العاطفية على قاعدة الاختلال الطبيعي *Ces états passionnels se produisent sur un fond de déséquilibre caractériel*. وتترافق الحالة العاطفية بمجموعة من الاضطرابات (التقلب المزاجي، المعاش الهلسي، تجريد الشخصية، أطوار تشتت فيها الأهواء، الاندفاعية) *Ils accompagnent d'un cortège de troubles (troubles thymiques, expérience hallucinatoire, dépersonnalisation, phase d'exacerbation, impulsivité*. الحالات العاطفية تتميز ببنية نفسية مرضية وهذيان بالمرغم من انحصارها في موقف واقعي. *Les états passionnels sont pathologique et délirants*.

* هذيان الغيرة *délire de jalousie* *

يتمركز هذيان الغيرة حول محور أحادي، وينطلق من فرضية معينة إلى سياق ذاتي من التأويلات الخاطئة على أساس فكرة ثابتة. عندما تشتد الحالة الهذيانية إثر حرمان عاطفي أو خيبة أمل قد يندفع المريض إلى ارتكاب أعمال عنف أو اعتداءات قد تصل إلى القتل.

ينشأ هذيان الغيرة غالبا من حدث بسيط كحركة أو نظرة غير مقصودة من طرف الزوجة، التي سرعان ما تتحول إلى منظومة هذيانية متكاملة وقناعة ثابتة تعتمد على التأويل، مما يدفعه ذلك إلى التجسس على الزوجة والتحقيق معها بشكل دائم وقد تتطور الحالة إلى الاعتداء والضرب والقتل أحيانا. ترى مدرسة التحليل النفسي أن المصاب تستحوذ عليه فكرة الجنسية المثلية على المستوى اللاشعوري، وبالتالي يصبح سلوك الغيرة ما هو إلا عملية إسقاط لاشعورية لشخصية وهمية تعشقها الحالة المرضية. فيمتزج التماهي بهذه الشخصية الوهمية مع التناقض الوجداني (يحب زوجته لأنه يريد أن يمتلكها، وفي الوقت نفسه يكرهها لأنها تنافسه في حب الشخصية الوهمية المثالية والتي غالبا ما تأخذ صورة الأب). يتماهي المريض مع الشخصية المثالية، ويعتقد في استهاماته اللاشعورية أنه لو كان مثل هذا الشخص لأحبه زوجته، و نظرا لوجود التماهي يرغب لا شعوريا أن تحب زوجته هذا الشخص (وكأنه هو) وعبر سياق هذيان يتحول هذا الخيال إلى واقع وتترسخ القناعة الثابتة بحقيقته.

* هذيان الهوس الشهواني *délire érotomaniaque* *

هذا النوع من الهذيان يوجد لدى النساء أكثر من الرجال. في هذا الهذيان يكتسب المريض قناعة وهمية بأنه موضوع حب أحد الأشخاص. وينشأ ذلك بدء من حادثة غير مقصودة كنظرة أو نبرة صوت... من شخصية مشهورة أو ذات سمعة أو رتبة اجتماعية. يمر هذا الهذيان بثلاث مراحل:

- مرحلة الأمل d'espoir: تكون القناعة ثابتة لدى المريضة بما يكن لها الموضوع المحبوب من وله وحب جارف، بالرغم من أن سلوكيات الشخص المعني لا توحى بأدنى إشارة لوجود علاقة بينهما، إلا أن المريضة تلتمس مختلف الأعذار لتبرير عدم الإفصاح أو البعد كأن تقول أنه "خجول ومتحفظ: أو "لا يريد أن يكشف الآخرين حبنا" أو "زواجه اليوم مجرد خدعة لإخفاء حبه". لا يمكن إقناع المريضة بخطئها، وغالبا ما تكثر الملاحظات والهدايا للشخص المحب.

- مرحلة خيبة الأمل de depot: بالرغم من الشعور بخيبة الأمل وضعف نشاط المريضة، إلا أن قناعة المريضة بأنه يحبها لا تزول وتبقى ثابتة، ولكن يبدو على المريضة التشاؤم وتعتقد "أنه يخاف من حبه لي وتقتنع بأنه لن يجرؤ أبدا ليعلن عن حبه في يوم من الأيام"

- مرحلة الحقد de la rancune: حتى في هذه المرحلة لا تقتنع المريضة بخطأ تفكيرها بل أنها تريد أن تنتقم فقط منه لأنه لم يفصح لها عن حبه، مما يجعلها تتخذ عدة وسائل تلاحقه بها كالتهديد والمساومة...

* هذيان المطالبة والاحتجاج:

هذا النوع من الهذيان كثير المشاهدة، يعتمد خصوصا على التأويل، ويدفع المريض إلى الاحتجاج والشكاوى، والمطالبة بحقوق مفترضة، وقد يصل به الأمر إلى الاعتداء لفرض قناعاته ومن أنماطه:

- المشاكسون الإجراءيون les quérulents processifs: يعتقدون أن حقوقهم مهضومة أو أملاكهم سرقت، فيكثر من المشاكسات والشكاوي والاجراءات القضائية، ويتهمون القضاة بالخداع والتآمر وأخذ الرشوة...

- المثاليون المتحمسون les idealists passionnés: يتمحور هذيانهم حول عقيدة روحانية أو فلسفية، أو اجتماعية وسياسية، فينشئون الجمعيات والأنشطة العشوائية ويندفعون بشكل أعمى ومتعصب لفرض أفكارهم التي يعتقدون بأنها الوسيلة الوحيدة لإنقاذ العالم من الكارثة.

- أصحاب الاختراعات les inventeurs: يحاولون إقناع ذوي الشأن بأنهم توصلوا إلى اختراع عبقرى ويتهمون الآخرين بسرقة أو التآمر عليهم.

هذيان التبني: يعتقد المريض جازما أنه طفل بالتبني، وأن والداه الحقيقيان من أصحاب العروش والملوك والرؤساء...

* هذيانات العلاقة لدى الحساسين les délires sensitif de relation

الشخصية الواهنة هي الشخصية الحساسة وهي إحدى أشكال الشخصية الزورانية، هذه الشخصية غالبا ما تكون منطوية تشكي من العياء لأبسط مجهود تقوم به، ومترددة ومتوجسة وشكاكة، تتحمل العدوانية بسلبية وذات نزعة انهيارية.

les délires sensitif de relation s'installe sur un fond de personnalité psychasthénique

- البدء: يحدث الهذيان إثر حرمان أو فشل، أو ضغوط حياتية معينة.

- مرحلة الاستقرار: نشاهد في هذه المرحلة مجموعة من هذيانات الاضطهاد تغزو المريض، وتتخذ أفكار الإشارة والالتهام، فيعتقد أن من حوله يتحدثون عنه أو يشتمون رائحة كريهة منه، وقد يعتقد أن المخابرات تلاحقه. عموماً يعتقد الفرد أنه مضطهد وأن كل الناس تراقب سلوكاته وتكيد له. يظل الهذيان منحصراً حول موضوع محدد وتتخلله نوبات قلق وحصر، أو حالة انهيارية قد تؤدي به إلى الانتحار.

* هذيانات التأويل المنتظمة

- البدء: بطيء جداً le début est insidieux يرجع إلى أشهر عديدة أو سنوات

- مرحلة الاستقرار: في هذه المرحلة يظهر المريض تأويلات معقلنة لأحداث واقعية، فيقوم بتأويلات خاطئة تتعلق به شخصياً. المريض في هذه الحالة لا يؤمن بوجود أي حدث يخضع للصدفة بل كل شيء يحمل دلالة ومعنى يقصدانه هو بذات. يمكن تسجيل نوعين من التأويلات:

- تأويلات خارجية المنشأ les interpretations exogènes: تشمل كل ما يمكن أن يصادفه المريض من حركات يقوم بها الآخر. مثلاً عندما يضع شخص ما شيء على أنفه يعني ذلك أنه يشتم منه رائحة كريهة، وعندما يبتسم أحد المحيطين به يفسر ذلك على أنه يسخر منه، وعندما تمر من حوله سيارة للشرطة يعني ذلك أنها تلاحقه، وكل ما يقرأه في الصحف أو يشاهده في التلفاز كله تشير إليه أو تتهمه.

- تأويلات داخلية المنشأ les interpretations endogènes: في هذا النوع من التأويلات يلجأ المريض إلى تفسير أي إحساس أو شعور داخلي بوجود سموم أو مخدرات في الأكل أو الماء الذي شربه... الخ. تتخذ الهذيانات في هذه المرحلة طريقها نحو الاضطهاد أو نحو العظمة.

4- التطور العام للهذيانات المزمنة:

يبدأ الهذيان المزمن على شكل هجمة هذيانية أو على شكل تدريجي بتطور متصاعد يمتد لعدة سنوات. بالرغم من العلاج عن طريق المثبطات العصبية إلا أن النزعة الهذيانية لا تندثر بشكل كامل في معظم الحالات، في بعض الحالات يختفي الهذيان عن حياة المريض ويعوض بالنزعة نحو الحذر والشك نحو موضوع محدد، عندما يختفي هذا التعويض قد يتعرض المريض إلى حالات انهيارية ذات نزعة انتحارية أو عدوانية.

5- التشخيص التفريقي:

يجب التفريق بين الهذيانات المزمنة، والهذيانات المديدة نتيجة للإدمان الكحولي، أو الصدمات الجمجمية. في حالات الإدمان الكحولي يعتقد المريض أن تجربته الحلمية حقيقة وواقع وتبقى أفكاره ثابتة، وتستمر الهلوس السمعية لعدة أيام أو أسابيع. هذا المظهر الذهاني لا ينبع من العمق المزاجي الزوراني II .ne survien pas toujours sur un fond de temperament paranoique

أما فيما يخص عناصر التفريق بين الهذيان المزمن والفصام الزوراني تكمن فيما يلي:

يكون البدء غالبا متأخرا في الهذيانات المزمنة ومبكرا في الفصام. الهذيانات الزورانية الفصامية غير منتظمة بينما منتظمة في الذهان الزوراني المزمّن. غياب العلامات الفصامية في الهذيانات الزورانية.

المحاضرة 11:

مشكلات المسنين

إن أول من اهتم بالخواص السلوكية للكبار والأعمال المناسبة لهم هو: "سيشرون الخطيب" الروماني المشهور الذي عاش في القرن الأول قبل الميلاد.

وقد ترجمت رسالته عن الكبار إلى الإنجليزية سنة 1959، وقد فطن العرب إلى أهمية دراسة الكبار فكتب أوحاتم السجستاني رسالته عن المعمرين سنة 864 م، ومنها دراسة تينون سنة 1813، والبحث الذي أجراه ليحونكر سنة 1842م. كلها دراسات حول العوامل المؤدية لإطالة العمر. بالإضافة إلى نشر العالم فلورنس كتابه عن الشيخوخة البشرية وتوزيعها السكاني على سطح الكرة الأرضية وذلك منذ 1860م، من خلال دراسته عبر مرحلتين متميزتين الأولى من 70 سنة وتبدأ الثانية من 85 سنة.

ثم تطور الاهتمام بالكبار بعد ذلك إلى دراسة المشكلات الاجتماعية التي تصاحب حياة الكبار، وقد ظهرت نتائج هذه الدراسات في كتاب نشره "بوس" 1894، وقد أدت هذه الدراسات إلى سلسلة من الإصلاحات الاجتماعية الخاصة بكبار السن والشيخوخة، هذا ويعد كتاب هول الذي ظهر سنة 1922 البدء الحقيقي للدراسات النفسية الخاصة بالكبار (زيادة، 2014، 244).

ومع تطور الأبحاث في هذا الجانب إلى وجهته النفسية الصحيحة في السنين الأخيرة وذلك عندما عكفت جامعة كامبردج على دراسة مظاهر التغير في الأداء الإنساني من الرشد إلى أن يصل سن الفرد إلى 80 سنة.

ولقد اهتم كذلك علماء الانثروبولوجيا بالذات بدراسة موضوع الشيخوخة وتتبعها من خلال الأساطير والتراث القديم في المجتمعات القبلية (البدائية).

فالمجتمعات القبلية التي عادة ما توصف في الكتابات الانثروبولوجية بأنها مجتمعات بدائية أو متخلفة، تختلف في نظرتها إلى الشيخوخة والشيخوخة إختلافا كثيرا عن المجتمعات الصناعية، فعلى ذلك فإن الشيخوخة من حيث هي مشكلة تحتاج إلى حل ليست قائمة هناك بنفس المعنى الذي نجده في المجتمع الصناعي الذي تؤلف فيه الشيخوخة مشكلة ضخمة تحتاج إلى تكوين مؤسسات تتولى أمور الشيخوخة والعناية بهم (زيادة، 2015، 246).

تعريف المسن أو الشيخ:

اختلفت الآراء وتضاربت في تعريف المسن هل هو الذي بلغ من العمر سنا معينة (65 عاما مثلا) فأكثر أم هو الذي تبدو عليه آثار تميز بكبر السن، لكن التشيخ هو تحول بيولوجي غير قابل للارتداد يحدث في تطور مستمر وتتأثر تلك المراحل بالظروف والتغيرات التي تعتبر بها ولذا الأبعد العمر الزمني وحدة معيارا دقيقا لتقسيم حياة الكبار إلى مراحل، ولذا نجد البعض يقسم مرحلة الشيخوخة الى:

- المرحلة الاولى المبكرة: وتبدأ من سن (60-70) سنة وتسمى الشيخوخة المبكرة.
- المرحلة الثانية: وتبدأ من سن 70 وحتى نهاية العمر وتسمى مرحلة الهرم.

كما نجد اتجاها آخر يؤكد على ضرورة استخدام مفهوم العمر الزمني الوظيفي functional age والذي يعطي مؤشرا للعمر بالنسبة للقدرة الأدائية وأنه أكثر إفادة من العمر الزمني في معرفة مدى تمتع الفرد بالوظائف والقدرات العقلية اللازمة لأداء مهارة أو لمحل ما.

وهناك ما يسمى بالعمر البيولوجي biological age ويستخدم في تحديد بدأ الشيخوخة العضوية، وهو مقياس مصفى على أساس المعطيات البيولوجية لكل مرحلة مثل معدل الأهمية ومعدل نشاط الغدد الصماء وقوة دفع التام والتغيرات العصبية... الخ.

وهناك ما يسمى بالعمر الاجتماعي social age ويركز أهم الأدوار التي يقوم بها الفرد وعلاقته بالآخرين ومدى توافقه أو عدم توافقه مع الآخرين، ومقدار المشاكل واختلال الأدوار التي تترتب على ذلك.

وأخيرا نجد أن العمر السيكولوجي psychological age ويرتكز في جملة الخصائص النفسية والتغيرات في سلوك الفرد ومشاعره وأفكاره واتجاهاته ودينامياته ورغبته وغرائزه ومدى التحكم أو عدم التحكم بها.... الخ .

وعليه تحدث العديد من التغيرات في هذه المرحلة العمرية وأهمها:

بعض التغيرات السيكولوجية مثل: تغير عملية التعليم تبعا لزيادة العمر حيث يحدث تناقض في القدرة على التذكر وضعف القدرة على تسجيل المعلومات وكذلك اتخاذ عملية التعليم، إضافة إلى حدوث العديد من التغيرات في القدرات التعليمية، مثل الانخفاض في القدرات العديدة واليقظة الإدراكية وغالبا ما تتم فترة التقدم في العمر بالاتجاهات المعرفية cognitive deficits، إذ يجد المسنون صعوبة في حل المشكلات والاستدلال وتكوين المفهوم التصلب العقلي (وعدم المرونة) وانخفاض القدرة على التعلم لمهارات جديدة، كذلك إشارة أن يكون موجود العديد من التغيرات السيكولوجية المرافقة لهذه المرحلة العمرية المرحلة الثامنة والأخيرة من مراحل النمو، مرحلة التكامل في مقابل اليأس وهي أزمة الشيخوخة وأساس الفرد بأن هويته تحددت بالفعل وإعادة النظر والتفرعة في كل مرحلة وانحيازاته السابقة، وهذا يعود إلى ضرورة أما من السعادة أو اليأس وبالتالي التخطيط في العديد من الأزمات والإشكالات (تمائم، 2007، 560).

ومن أهم التغيرات التي تحدث في هذه المرحلة تغير الاهتمامات إلى جانب تغير متغير القيم لحل أخطر مشكلة يواجهها المسن مشكلة التقاعد وما يعود من أضرار تقييم قد تقصف بالسن، وبالرغم من أن العوامل الشخصية الثقافية تلعب دورا هاما في النظر إلى التقاعد إلا أن الشخص إن لم يكن مستعدا للدخول في هذه المرحلة فإن ذلك يعود إلى العديد من المشاكل النفسية وخاصة الميل إلى العزلة ووجود العديد من أساليب النشوء الرضى والتعميم الخاطي والتركيز على الجوانب السيئة وفقدان الثقة بالنفس وعدم التفاعل مع الآخرين وغيرها من أساليب التوافق اللازمة.

الخصائص المميزة لمرحلة الشيخوخة

بوصول الإنسان إلى مرحلة الشيخوخة تظهر لديه بعض التغيرات الفسيولوجية والنفسية والاجتماعية والعقلية التي تختلف من فرد لآخر، ويمكن إبراز أهم الخصائص فيما يلي:

1- الخصائص الفسيولوجية (الجسمية الصحية):

من أهم العوامل التي تؤثر على التغير العضوي للفرد في مرحلة الشيخوخة هي الوراثة والمهنة التي عمل فيها ونوع الغذاء الذي كان يتناوله والبيئة بنوعها الاجتماعي والطبيعي، جميع هذه العوامل تؤثر على التغيرات الفسيولوجية التي تحدث للإنسان في شيخوخته في عدد من التغيرات منها: التدهور في قوة العظام، تغير السعة الهوائية للرئتين، التغير في السمع وقوة الإبصار، تساقط الأسنان، كما أن هناك بعض المعالم الخارجية للشيخوخة تتمثل في سقوط الشعر واشتعال الرأس شيبا وشيخوخة بشرة الجلد (أبو غزالة، 1988).

وقد يتولد عن هذه الخصائص الفسيولوجية ما يلي:

- الضمور التدريجي في الأنسجة.
- التباطؤ التدريجي في انقسام الخلايا على النمو في بناء الأنسجة.
- ضمور الخلايا وتحللها وازدياد المادة الملونة فيها والتحلل النفسي.
- ضعف سرعة وقوة واستمرار التجاوب العضلي العصبي.
- نقص قوة العضلات الحركية.
- تحلل وضمور الجهاز العصبي المركزي (فهيم، 1984).

2- الخصائص النفسية:

يمكن استخلاص خصائص وجدانية وانفعالية عامة ينخرط الشيخ فيها بعد الستين في إطارها، أما الخاصة الأولى التي يشترك فيها الشيوخ بعضهم مع بعض فهي الحساسية الزائدة بالذات، فالمسن شخص يسحب الأثير من وجدانه من الموضوعات الخارجية ومن الاهتمامات الاجتماعية ويجهه إلى ذاته، ويساعد ذلك أنك تجد الكثير من الفلاسفة والأدباء والشعراء يبدؤون شيخوختهم بتأليف الكتب حول ذواتهم، وتعرف هذه الكتب باسم كتب السيرة الشخصية، فالالتفات الوجداني حول الذات عند الشيوخ لا يمكن أن يوصف بالأنانية التي تسيطر عليه، ولا يمكن أن توصف بأنه نوع من النرجسية أو إعجاب الشخص بنفسه وذلك لأن ذلك الاهتمام الذاتي ربما يكون اهتماما لنقص الذات أو محاسبتها حسابا عسيرا. أما الخاصة الثانية فهي موقف المعجب بما فيه، فقد يكون ذلك في عدة أشكال، فقد يعجب بما قد أنجبه من أبناء وبنات وقد ينصب إعجابه على تاريخه الحافل بالمآثر والبطولات، وبالمواقف الحاسمة فقد تأخذ المرأة العجوز بتذكير الناس بجمالها ورشاقتها وفتنتها في أيام الشباب. أما الخاصة الثالثة فهو موقف اللامبالاة من الذات فإنه غالبا ما يكون موقف المتهمك من كل شيء والساخر من كل الناس حتى من نفسه.

واللامبالاة كموقف هي التي تسمح للشخص بأن يتخذ الموقف التهكمي من نفسه وهذا الافتقار إلى تقدير الذات أو نقص تلك القيمة وتدهورها ينعكس على ملامح الشخص وعلى وقفته وجلسته وكلامه ولامح وجهه وعلى تعامله مع الناس.

كما يمكن أن تنتاب الشيوخ نوبات الحنين إلى بعض الحياء الذين سبقوهم إلى دار الآخرة، وقد ينخرط الشيخ في بكاء عميق وقد امتلأ قلبه بالحنين الشديد إلى عزيز مات منذ سنوات كثيرة وتصل إلى تورم عيناه من كثرة البكاء (أسعد، 1977).

3- الخصائص العقلية والمعرفية:

هناك ارتباط وثيق بين تطور حالة المخ وبين تطور التفكير واللغة لدى الإنسان والإنسان في الواقع يتعرض للتدهور العقلي إذا ما تعرض لعامل من عاملين أو للعاملين معا.

الأول: ما قد يتعرض له المخ من عطب أو قد يصاب به من حوادث.

الثاني: فهو النقص في تغذية المخ بالخبرات الجديدة أو عدم تفاعل الخبرات.

ويمكن ان نضيف عاملا ثالثا وهو العامل الوجداني الانتقالي فإذا ما أصيب الشخص بصدمة عاطفية مفاجئة أو إذا أصيب بحالة من الذعر أو بعقدة نفسية تعوق تفكيره أو تنسيه ما سبق أو حصله من معرفة فإنه في مثل تلك الحالات لا تقع إحساسات عضوية في المخ، بل إن الإصابات التي تحتوي العمليات العقلية تعد من قبيل الاحساسات الوظيفية.

وما يقع في الشيخوخة من ضعف أو خطأ في التفكير أو اللغة إنما يرتد إلى واحد من هذه الأسباب الثلاثة أو إلى اثنين منها أو إلى الأسباب الثلاثة جميعا.

وفي الشيخوخة يمكن أن يصل أحد مراكز الإدراك بالمخ بالضعف أو بالعطب فيصبح الشخص غي قادر على الإدراك الشديد.

من الشائع في الأذهان أن الشيوخ ضعاف الذاكرة إلا أنه هناك ذكارات متعددة لا ذاكرة واحدة فحسب وأن بعض الذكارات تضعف لدى الشيوخ دون بعض الذكارات، فذاكرة الانتماء قد تضعف لديهم باستثناء الأسماء التي لها دلالة في عاطفة الشخص المسن ولعل ذاكرة الوقت وذاكرة الأرقام تضعفان إلى حد ما في الشيخوخة ولكن الأحداث والأشخاص المرتبطين بنفس الشيخ في العقود السابقة الطفولة المراهقة والشباب تزداد قوة أما عن خيال الشيخ فهو قوي.

4- الخصائص الاجتماعية.

العلاقات الاجتماعية في الشيخوخة.

يزداد اهتمام الفرد بنفسه كلما تقدمت به السن نحو الشيخوخة وتضعف صلته شيئا فشيئا بالمجالات الاجتماعية البعيدة عن دائرته الضيقة وبذلك يصبح الشيخ أنانيا نرجسيا في حياته وكأنه بهذا السلوك يحافظ على حياته من مضايقات العلم الخارجي، ولهذا يزداد الانكماش في العلاقات الاجتماعية لدى المسن فتضعف العلاقات القائمة بينه وبين الأصدقاء والخلان، حتى تصبح دائرة نشاطه الاجتماعي

قاصرة على العلاقات الأسرة الضيقة المحدودة، ويزيد عزلة الشيخوخة زواج الأبناء وموت أحد الزوجين والضعف البدني الذي يحول بين الشيخ وبين زيارة أصدقاءه.

كما يؤدي استبعاد علاقات العمل من شبكة علاقاته الاجتماعية إلى ضعف صلاة الصداقة والمودة وتقلص الفرص لعقد صداقات جديدة.

والتحلل من الارتباط (Désengagement) أو فك الاشتباك مع الحياة ليست عملية سليمة تماما فهي تنطوي على الانسحاب من بعض الأنشطة الاجتماعية والمسؤوليات الوظيفية والمهنية من ناحية كما تنطوي أيضا على تجديد الكثير من العلاقات وبصفة خاصة في مجال الأسرة والأصدقاء والجيران من الناحية الأخرى.

أمراض الشيخوخة النفسية: Psychiatric illness of old age

1. اضطرابات الشخصية:

وهي عبارة عن تضخيم في سمات الشخصية الأصلية وقد يأخذ صورا مختلفة منها الشخصية المحبة للعزلة وتتميز بالانطواء والعزلة الاجتماعية وتوجه اهتمام نحو الذات والمزاج الاكتئابي مع توهم المرض والشعور بالتعب والضعف الجنسي، وهناك الشخصية الانبساطية الفعالة وتتميز بفرط الاختلاط الاجتماعي وتناول الخمر والمخدرات وسرعة التهيج العدواني وغلبا ما تضعف أو تخطئ الأساليب العدوانية المعادية للمجتمع والميول للأمراض في الشيخوخة ومن التغيرات الأخرى في الشخصية عند التقدم في السن، عدم السعادة وسرعة الانفعال والانفعال والسلوك الطفولي والاعتماد على الغير.

2. الأمراض العصابية في الشيخوخة:

الأمراض العصابية غير شائعة في الشيخوخة حيث تكون 5-10% من الأمراض النفسية عند المسنين، وأهم الأمراض النفسية في هذه المرحلة هي: القلق، الاكتئاب وعصاب توهم المرض والوسواس القهري والهستيريا ويكون الاكتئاب العصابي أكثر شيوعا في شخصية في هذه المرحلة وغالبا ما يكون مختلطا بالقلق والاكتئاب هنا تفاعل مع كرب الحياة مثل وفاة القريبين أو الوالد أو فقد أحد أعضاء الحواس أو أن أكثر الأعراض النفسية شيوعا في الشيخوخة خليط من الاكتئاب والقلق مع أعراض هستيريا قهرية.

وكان من الضروري البحث عن السبب الرئيسي الذي فجر الأعراض العصابية لأنه ممكن يكون مؤشرا لأحد الصور الاكلينيكية لذهان الشيخوخة أو الاضطرابات العصابية المزاجية أو علامة على وجود اختلال عضوي قادر إلى هذه التشكيلة من الاضطرابات.

3. الاضطرابات الوجدانية في الشيخوخة:

تعد من أكثر الاضطرابات شيوعا بين المسنين وتكون حوالي 50% من كل التي يراها الطبيب النفسي بعد عمر الخامسة والستين (65). الاضطرابات الوجدانية أكثر حدوثا في النساء من الرجال بنسبة 2/1 ولعل العوامل المرئية للاكتئاب في الشيخوخة هي النفسية القهرية والحوادث الاجتماعية مثل وفاة

شخص عزيز، وحدة، مرض، تقاعد، صعوبات مادية، فقد الاهتمام والحيوية، عدم السعادة، الانطواء، اهمال الذات، القلق، سرعة النهيغ، نوبات البكاء، خوف، اضطراب النوم، فقدان الشهية، أورام المخ، الشلل العام قد يظهر بصورة مختلفة حسب السبب الأصلي.

أما الهوس في الشيخوخة فهو أقل بكثير من معدل شيوعه من الاكتئاب ويبدأ هوس الشيخوخة بفرط الشيخوخة بفرط الحركة، أفكار العظمة عن الانجازات السابقة، الانفعالات الشائعة، في ذهان الهوس هي سرعة التهيغ والقلق والاكتئاب ثم الفرح.

ولعل ذهان الشيخوخة الوجداني من أكثر الأمراض شيوعا وتصل بنسبة من 20-50% في كل مرض المستشفيات الأمراض العقلية من المسنين وعادة ما يصاحب اكتئاب الشيخوخة بعض الأمراض الجسمية خاصة تصلب شرايين المخ.

4. الاكتئاب في الشيخوخة:

يرى عبد المنعم (2001) بأن الاكتئاب من أكثر الاضطرابات النفسية شيوعا لدى المسنين حيث يصيب الاكتئاب الشديد (3%) ممن هم فوق الستين، كما تصيب الأعراض الاكتئابية (27%) من المسنين في المجتمع، وتزيد هذه الأرقام كثيرا بالنسبة للمسنين المقيمين في مؤسسات أو المحجوزين في المستشفيات.

ويوصف اكتئاب الشيخوخة بأنه الاكتئاب الذي تظهر أعراضه لأول مرة بعد عمر الستين عاما فأكثر، ولا تختلف أعراضه في الجوهر عن أعراض الاكتئاب الذي يصيب غير المسنين ولكن الاختلاف يكمن في التغيرات المرتبطة بمرحلة الشيخوخة.

إن دراسة (Hybels C.F peiper C.F Blazer D.G, 2005, 1196) اهتمت بالتعرف على الأعراض الاكتئابية في المسنين والتي تمثلت في التوتر، الحزن، التشاؤم، المرض، قلة النوم، فقدان الشهية.

تشخيص الاكتئاب لدى المسنين Diagnosis of Depression In Elderly

معايير الدليل التشخيصي الاحصائي الرابع للاضطرابات النفسية الذي تصدره الجمعية الأمريكية للاضطرابات النفسية (DSM4).

يحدد تشخيص الاكتئاب وفقا لـ DSM4 بما يلي:

(1) واحد على الأقل من:

أ/ مزاج مكتئب.

ب/ فقدان الاهتمام والسرور.

(2) خمسة على الأقل مما يلي:

1. مزاج مكتئب طول اليوم (يستدل على ذلك من الشخص نفسه أو علاقات الآخرين).

2. تناقص المتعة والسرور في كل / معظم أنشطة اليوم.
 3. الأرق أو الوخم طول اليوم.
 4. نقص/زيادة في الشهية كل يوم (تختلف بسبب الأفراد وفقا لمتغيرات عدة).
 5. انخفاض واضح في الوزن (5%) في الشهر أو زيادة واضحة في الوزن.
 6. الشحب أو فقدان الطاقة تقريبا يوميا.
 7. الشعور بعدم القيمة أو بالذنب مع لوم النفس يوميا تقريبا.
 8. ضعف التركيز وعدم القدرة على اتخاذ القرارات مع تناقض التفكير.
 9. أفكار عن الموت أو الانتحار بشكل متكرر وربما محاولة الانتحار. (في المسنين تمنى الموت على الحياة مع الشعور بأنه لم يعد لازمة).
 10. تأخر حركي نفسي (فشل عام).
- (3) لا بد أن تستمر هذه الأعراض لمدة أسبوعين على الأقل.
(في الدول العربية ومصر يمكن أن تزداد لشهرين).
- ويشترط أن تمثل هذه الأعراض تغيرا طارئا على تاريخ الفرد (بمعنى أنه لم يكن هكذا من قبل . هذه الأعراض طارئة عليه) وأن تستمر تلك الأعراض أغلب ساعات اليوم وكل يوم لمدة أسبوعين على الأقل.
- ويشترط أن تكون هذه الأعراض ليس لها سبب عضوي كأمراض المخ مثلا وليست كرد فعل (طبيعي) لفقدان شخص عزيز (إلا إذا استمرت 6 شهور متواصلة).
- ويشترط ألا تكون تلك الأعراض عبارة عن أعراض لأمراض في نفسية أخرى كالفصام الوجداني مثلا.
- ومن الملاحظ أنه لا ينبغي اسقاط الأعراض على الفرد العادي حيث ينبغي ألا يتم ذلك إلا بمعرفة متخصصين فقد تكون لدى الفرد أعراض اكتئابية لكنه لا يعاني من مرض الاكتئاب . ومن ثم فلا يبنى الدور المرضي عند أول صدمة.
- كما يشمل في تشخيص الاكتئاب عند المسنين عدة مقاييس من بينها:
- مقياس اكتئاب الشيخوخة لدى المسنين الفلسطينيين.
 - مقياس اكتئاب لدى المسنين الأمريكيان ذوي الأصول الأفريقية.
 - مقياس اكتئاب المسنين الارلنديين.
 - مقياس اكتئاب المسنين المصريين.
 - مقياس اكتئاب لدى المسنين الكوريين.
 - مقياس اكتئاب الإيطاليين.
 - نسخة جديدة من مقياس الاكتئاب للمسنين في شمال غرب انجلترا.

- مقياس اكتئاب الشيخوخة لدى البرازيليين (محمد علي، 2012، 132).

ذهان الشيخوخة:

ذهان البرانويا وكذلك الفصام، حيث ينتشر الفصام بنسبة 8/1 وهو أكثر انتشارا عند النساء عن الرجال وعادة ما تكون نفسية انطوائية قبل المرض مع وجود عجز جسمي في معظم الحالات خاصة الصمم ويبدأ المريض بضلالات اضطهادية منسقة ضد الجيران والأقرباء، فيعتقد أنهم يريدون التخلص منها واغتصابها وسرقتها وعادة ما يصاحب هذه الهذيان بعض الاكتئاب أو الهلاوس السمعية أو البصرية ولكن تحتفظ المريضة بقدرتها العقلية وذاكرتها مع تكامل شخصيتها وتلعب العوامل البيئية هنا أهم من الوراثة في مثل هذه الحالات.

أمراض المخ العضوية في الشيخوخة:

- تصنف أمراض المخ إلى الهذيان الحاد وتحت الحاد.
- العته في الشيخوخة.
- الهذيان في الشيخوخة فينتشر مع الأمراض التالية:
هبوط القلب وجلطة الشرايين التاجية. بالقلب أمراض الجهاز التنفسي الحادة والمزمنة، اضطرابات السوائل والمعادن والأملاح في جسم، فقر الدم، بعض العمليات الجراحية خاصة جراحة العيون.
الأعراض الخبيثة: الإدمان، تناول العقاقير المنومة والمنشطة، نقص الفيتامينات والمواد الغذائية.

مطالب وحاجات كبار السن:

هناك مطالب وحاجات لكبار السن من جراء تغيرهم من سن الشيخوخة على نفسيتهم وعلاقاتهم الاجتماعية وهي:

- حاجاتهم إلى فهم أنفسهم ومعرفة كل ما يتصل بالتغيرات التي تطرأ على علاقاتهم الجسمية والنفسية حتى تمكنهم من تحقيق أكبر قدر من التكيف.

- حاجاتهم في الحصول على مهارات وخبرات جديدة يستطيعون توظيفها بعد تقاعدهم كشغل أنفسهم مثلا بالعمل الاجتماعي.

- الحاجة إلى الاحتفاظ بصحة جيدة عن طريق الرعاية الطبية الضرورية أهم.

- الحاجة إلى توفير علاقات اجتماعية مناسبة وحياة أسرية آمنة.

- الحاجة إلى تأمين مورود مالي يستطيعون العيش بواسطته بكرامة.

- الحاجة إلى ممارسة بعض أنواع من النشاطات والمهارات المناسبة لعمرهم (الزيادة،

(2007، 254).

حياة أسرية آمنة	الحاجة إلى الرعاية الصحية
علاقات اجتماعية مناسبة	مورد مالي

نشاطات ومهارات مناسبة	الحاجة إلى فهم أنفسهم
مسكن آمن	اشغال وقت الفراغ

أما عن مطالب هذه المرحلة العمرية فهي:

- التوافق مع التدهور في الحالة الصحية والقدرات الجسمية أي تحقق التجاوز عن البدن مقابل الانشغال به والاستغراق في كيفية أداءه لوظائفه والتركيز على نواحي وهنه وضعفه.
 - التوافق مع التقاعد وتقلص الدخل وتحقيق تمايز الأنا عن دور العمل أو الوظيفة.
 - التوافق مع وفاة الزوجة (الزوج) وفقد الأصدقاء.
 - تحقيق التآلف مع رفاق العمر.
 - تعديل الأدوار واتخاذ أدوار اجتماعية جديدة غير تلك التي تعودها الفرد.
 - إقامة ترتيبات معيشية مرضية.
- وعليه المطلب الرئيسي في الشيخوخة هو تحقيق التكامل والإحساس بوجود إنجاز داخلي ومعنى قبول الحياة كما كانت عليه.

وفي الشيخوخة يصبح التصالح جانباً هاماً من جوانب التوافق، وهذا التصالح مع الذات والحياة وذلك يكون بالإيمان والثقة بالله والاعداد وتقبل الموت وقبول التغيرات الجسمية (الزيادة، 2007، 253).

التصالح مع الذات وتقبل التغيرات الصحية	توافق مع التدهور في الحالة الصحية والجسمية
إقامة ترتيبات معيشية مرضية	توافق مع التقاعد وتقلص الدخل
التوافق مع أدوار اجتماعية جديدة	توافق مع وفاة الزوج أو الزوجة
توطيد متطلبات العيش المادية المرضية	تحقيق التآلف مع رفاق المرحلة العمرية

مشكلات الشيخوخة الاجتماعية والانفعالية والجنسية والصحية:

1. **المشكلات الصحية:** المرتبطة بالضعف الصحي العام والضعف الجسدي وضعف الحواس كالسمع والبصر وضعف القوة العضلية وانحناء الظهر وجفاف الجلد وترهله والامساك وتصلب الشرايين والتعرض للمرض أكثر وعدم مقاومة الجسم له، يظهر لدى الشيخ توهم المرض وتركيز الاهتمام على الصحة، وقد يبالغ في القلق بخصوصها، وعسر الهضم أو الصداع قد يظهر له على أنه مرض خطير (زهران، 1982).

2. مشكلات ناتجة عن اضطرابات نفسية اجتماعية:

- الشعور الدائم بالفقدان المحتوم.
- صعوبة تعويض النقص في القدرات أو المعارف.
- الاحساس بالاكتئاب: ويحدث الاكتئاب في الشيخوخة على اعتبار أنه حالة تدهورية نكوصة، بجانب اعتمادية المسنين على الآخرين.

وأظهرت دراسة. تماضر عبد الرحمن (2006، 8) أن ملازمة القلق للاكتئاب بلغت 34% لدى المسنين الذين يعيشون بمفرهم ويرتادون نوادي المسنين 57% لدى المسنين الذين يعيشون في دور المسنين وكانت نسبة الاكتئاب للمسنين الذين يعيشون بمفردهم 22% في حين بلغت النسبة للمسنين الآخرين 23%.

التقاعد و الفراغ القاتل.

مشكلات انفعالية وجدانية:

احتمال الوفاة ودنو الأجل: الاحساس يضرب نهاية الحياة، وذلك من جراء موت الكثير من أصدقاءه وأقارب من أقرانه وكذلك لكونه أكثر عرضة لأمراض الوفاة والحوادث.
ومن المشاكل الانفعالية الوجدانية فهي مشكلة الحب والكرهية.
علماء النفس يؤكدون أن الناس يبدأون أطفالا يحبون ويكرهون بغير تفكير أو عمل ثم ينتهون شيوفا يحبون ويكرهون أيضا من غير تفكير أو عمل.
مشكلات ترويحية في كيفية قضاء وقت الفراغ.
مشكلات تجنبية وهذه المشاكل يعاني منها كلا الجنسين وهي تتم في حالات بقاء الزوجين مرحلة الشيخوخة وتتمثل في فقدان القدرة الجنسية ونقص الاهتمام بها.

مشكلات صحية (حواس) مفاصل	مشكلات ترويحية (وقت الفراغ)
مشكلات عقلية / ضعف الذاكرة، ذهان	مشكلات جنسية / فقد القدرات الجنسية
مشكلات اجتماعية / عزلة تقلص دور	اضطرابات سلوكية / تشرد، سكر
انفصالية وجدانية / وفاة أحد الزوجين	مشكلات اقتصادية / تقلص الدخل بعد التقاعد

النظريات التي تفسر الشيخوخة:

Biological theories Gibson, 1983	Theories of Adjustment to Aging	Beck والتوافق النفسي ويؤكد على 3 قضايا
البلي والتمزق Wear and Tear	نظرية النشاط Activity Theory التناقض في التفاعل.	الأول: تتميز الأنا من خلال منظومة من النشاطات ذات قيمة لدى المسن تشعره بالرضى.
النظرية الهرمونية Hormone Theory	نظرية الانفصال Disengagement Theory الانعزال وقلة الاندماج في	الثانية: النمو عن المشكلات الجسمية السعادة لديه أن يكون بصحة جيدة يعاني من آلام جسمية لأنه يتمتع بشكل واضح بالحياة

	النظام الاجتماعي.	من خلال النشاطات الإبداعية ذات الطبيعة العقلية.
النظرية الكولاجينية مادة بروتينية Collagen Theory	نظرية الاتصال The Continuity Theory محاولة لعب أدوار خاصة أستاذ جامعي يشغل نفسه بتأليف كتب.	الثالثة: السمو بالذات مقابل الأشغال بها والتكيف مع احتمالات الموت قد يكون أكبر انجاز يحققه الفرد في حياته المتأخرة.
نظرية المناعة الذاتية في الشيخوخة Outoimunity Theory		

محاضرة رقم 12

الاضطرابات النفسية لدى المسن: "الزهايمر -

الخرف"

تعريف الزهايمر: Definition of Alzheimer's

يعتبر مرض الزهايمر Alzheimer's Disease (A D) هو الشكل الأكثر شيوعا في مرحلة الشيخوخة ووصف هذا المرض بواسطة الطبيب النفسي والعصبي الألماني الويس الزهايمر في عام 1906 والذي سمي باسمه بعد ذلك، وهو يصيب الأفراد الذين تزيد أعمارهم عن 60 عاما وكما جاء في دراسته (Bouras C.Holf P.R Gimakopoulos p. Michel J/P nourison J.H, 1994. 50 - 138). فإن هناك تكوينات على هيئة لويحات الأميلويد ونشاطات الألياف العصبية ثم ملاحظتها بواسطة الميكرو سكوب في مخ مرضى الزهايمر، وتكون هذه اللويحات سميكة، وفي الغالب هي راسب غير دائبة من السلسلة البيبتيدية للأميلويد بيتا وهي مادة خلوية خارج وحول الأعصاب وتتجمع التشابكات (تشابكات الألياف العصبية) microtubule لبروتين TQU المرتبط والذي يصبح عالي القسورة والتراكم داخل الخلايا نفسها، وعلى الرغم من أن بعض الأفراد ينمو لديهم بعض اللويحات والتشابكات نتيجة للشيخوخة إلا أن مخ مرضى الزهايمر لديهم عدد كبير جدا منها في مناطق محددة من المخ وخاصة في الفص الصدغي.

يعرف (Biesal Ski, 2010) أن الزهايمر هو مرض مدمر للأعصاب ويؤدي لزيادة الآثار الاجتماعية والاقتصادية ويشير إلى التدهور المعرفي على مر السنين مما يؤدي في نهاية المطاف إلى ضمور المخ تدريجيا وتدمير قدرة الشخص على التعلم وإحداث التواصل مع الآخرين ومعظم تلك الحالات فردية وتتطور لديهم العوامل المؤدية للتعرض للخطر (محمد علي، 2012، ص 66). ويعيش هؤلاء الذين يعانون من مرض الزهايمر في سن مبكرة من ضغوط نفسية شديدة نتيجة أنهم لا يعرفون ما يحدث لهم وهذا يجعلهم يعانون من مشاكل الزهايمر دون أن يشخصوا هذا المرض ولا يتعاطون علاجا له.

وفي إطار التعرف على مفهوم الزهايمر من الناحية العصبية، تصف جمعية الزهايمر الايرلندية (2008/200) مرض الزهايمر بكونه مرض عصبي تدريجي يحدث عندما تتراكم البروتينات في الدماغ وتنسى هذه البروتينات تضر الخلايا العصبية تدريجيا مما يؤدي إلى تدمير (Tragles) والمتشابكات (plaques). الأمر الذي يزيد صعوبة التذكر عند الإنسان واستخدام المنطق واللغة وبالتالي يصبح الإنسان مرتبكا وتائها ويعاني من صعوبة في القيام بالمهام اليومية البسيطة مثل استخدام الهاتف وتحضير الأكل وإدارة الاعمال، كما أن خطورة الإصابة بمرض الزهايمر تزداد مع تقدم العمر إلى أكثر من 25 % بالنسبة للمسنين الذين تصل أعمارهم إلى 80 عاما فأكثر، ورغم ندرة المرض إلا أنه أكثر شيوعا لدى كبار السن، لكنه من الممكن أن يحدث لمن هم في الأربعينيات والخمسينيات (محمد علي، 2012، ص 68).

انتشاره:

تزداد معدلات انتشاره بين النساء عنها بين الرجال ونسبة انتشاره بين السكان هي 1 – 5.2 وذا المرض يبدأ مستترا فيما بين سن 40 – 70 عاما وبصورة متدرجة أو تدريجية يتمكن من المريض ومتوسط عمر بداية الإصابة به هي 55 عاما وتبدأ الأعراض بفقدان الاهتمام وصعوبة في التركيز وزيادة في التوتر العضلي أو التقلص العضلي ووجود صعوبات في عملية المشي.

وبعد ذلك تبدأ الأعراض العقلية مثل الشك ثم سوء التوجه الزماني والمكاني وكذلك نحو الأشخاص وبجانب المريض كذلك من النكوص العقلي أي العودة الوراء، وكذلك بالنسبة للانفعالات يصيبها هي الأخرى حالة النكوص وتبدأ مشاكل الكلام بالثرثرة ثم الجمل المتقطعة والمنعزلة (اليعسوي، 2011، ص 204).

وعلى الرغم من أن دورة مرض الزهايمر مختلفة لدى كل فرد، إلا أنه هناك العديد من الأعراض المشتركة، وذلك كما يشير (Rinne U K, mortillo R J molsa PK 159, 64/1995) وتكون تلك الأعراض ملاحظة في بداية ظهور المرض، وتتمثل في التفكير الخاطئ والتي تكون متعلقة بالسن أو مظاهر الاجهاد، وفي المراحل الأولى من المرض، تكون أكثر الأعراض شيوعا التي يمكن التعرف عليها هي فقد الذاكرة ممثلة في صعوبة تذكر الحقائق التي تعلمها المريض حديثا ومع تطور المرض، تشتمل الأعراض على التشوش والهياج والعدوانية والتقلبات المزاجية وانهيار اللغة وفقد الذاكرة على المدى الطويل، وقلة الإحساس بالألام نتيجة لقلة حواسهم تدريجيا، وفقد وظائف الجسم مما يؤدي في النهاية إلى الوفاة وتطور مرض الزهايمر لمدة غير محددة من الزمن قبل أن يصبح ظاهرا تماما ويمكن له أن ينمو بدون تشخيص لسنوات ويعتبر متوسط الحياة المتوقعة بعد التشخيص ما يقرب من سبع سنوات، ويعيش أقل من 3 % أكثر من 14 عاما بعد التشخيص (محمد علي، 2013، ص 68).

عملية تشخيص مرض الزهايمر:

التشخيص الدقيق للإصابة بمرض الزهايمر يتم فقط عن طريق فحص نسيج المخ عن طريق استئصال جزء من نسيج المخ لدراسته مجهريا biopsy أو عن طريق تشريح الجثة لمعرفة سبب الوفاة autopsy وينذر استعمال الـ biopsy تحاشيا لحدوث حالات نزيف أو إصابة المخ بالعدوى أو تشريح الجثة autopsy فإنه يحدث عندما يكون المريض قد توفي وبذلك لا يمكن مساعدة المريض.

الجوانب العصبية

الجوانب الانفعالية

الجوانب العقلية

الجوانب الجسمية

أهم الأعراض:

+ + +

يتطور مرض الزهايمر من خلال ثلاث مراحل خفيف ومعتدل وحاد.

وينتج تقدم المرض من شخص لآخر باختلاف المراحل الثلاث: من الممكن أن يكون هناك تداخل في تلك الأعراض من مرحلة إلى أخرى.

المرحلة الأولى: مرض الزهايمر الخفيف.

وتوصف تلك المرحلة بالخفيفة من مرض الزهايمر يمكنها أن تستمر من (2-4) أعوام أو أكثر، وأن المرضى في هذه المرحلة من المرض يعانون من التالي:

- يقولون الشيء نفسه مرارا وتكرارا.
- يفقدون الاهتمام في الأمور التي كانوا يستمتعون بها من قبل.
- الصعوبة في العثور على أسماء الأشياء المعروفة.
- تفقد الأشياء أكثر من المعتاد.
- يعانون من تغيرات في الشخصية.
- لديهم صعوبة في استيعاب الأفكار المعقدة.
- يكون الناس في هذه المرحلة منتبهين واجتماعيين ويتمتعون بالحياة ولكن من الممكن أن النسيان يتدخل في حياتهم اليومية وربما يحبطهم، لهذا السبب من الممكن أن يكونوا عاطفيين ومزاجيين أو يشعرون بعدم الاهتمام أو اللامبالاة.

المرحلة الثانية: مرض الزهايمر المعتدل.

وغالبا تلك المرحلة المعتدلة من مرض الزهايمر يستمر لأطول مدة والتي تتراوح من (2-10) أعوام، وفي هذه المرحلة من المحتمل أن الشيخ قد:

- يضع بسهولة حتى في الأماكن التي يعرفها جيدا.
- لا يتذكر الأحداث الأخيرة جيدا.
- يحتاج إلى مساعدة أو إشراف مع المهام مثل ارتداء الملابس أو الاستحمام.
- يتشاجر أكثر من المعتاد.
- يتخيل أن بعض الأحداث حدثت ولكن في الواقع لم تحدث.
- يعاني من الأرق والاضطراب.
- الصعوبة في النوم ومن الممكن أن يتجول.

المرحلة الثالثة: مرض الزهايمر الحاد.

من الممكن أن المرحلة الحادة تستمر من (1-3) أعوام أو أكثر، وفي هذه المرحلة من المرض من المحتمل أن الشخص ليس لديه القدرة على:

- استعمال أو فهم الكلمات.
- التعرف على أفراد الأسرة.

- مراعاة نفسه.
- التحرك بمفرده.

وفي هذه المرحلة، من الضروري على الإنسان أن يراعي بصفة مستمرة لمدة 24 ساعة في اليوم وسبعة أيام في الأسبوع (جمعية الزهايمر الايرلندية، 2008/2000، 4-5).

وعليه فإن الزهايمر مرض مدمر للأعصاب ويدل عليه بالتدهور المعرفي التدريجي نتيجة حدوث ضمور في المخ تدريجياً، ولذا يتسبب في وجود صعوبات أو فقد في التذكر أو الاتجاه نحو التفكير الخاطئ أو مظاهر الاجهاد أو التشوش والهياج والعدوانية والتقلبات المزاجية وانهايار اللغة وربما يؤدي إلى الوفاة إذا لم يعالج.

طرق تشخيص الزهايمر:

- الزنين المغناطيسي (Magnetic Resonance Imaging (MRI).
- التشخيص العيادي Clinical Diagnosis.
- من خلال تاريخ المريض، المحيط، الأقارب، الملاحظات العيادية

- تشخيص جمعية الزهايمر الايرلندية (200, Diagnosis of Alzheimer's society, the Irish (2008).

- الفحوص العصبية والمعايير التشخيصية بواسطة المعهد القومي للاضطرابات العصبية والتواصلية والسكتة الدماغية Newological inverstigations.

- تحليل الدم والجينات Blood and genetics Analysis.

- فحص الحالة العقلية المصغر (MMSE) mini-mental State Examination.

- معايير الدليل التشخيصي الاحصائي الخامس للاضطرابات النفسية الذي تصدره جمعية الطب النفسي الأمريكية (DSM5).

وقد أمكن تشخيص الزهايمر بناء على الأعراض التالية وفقاً لمعايير الدليل التشخيصي الاحصائي الرابع للاضطرابات النفسية الذي تصدره جمعية الطب النفسي الأمريكية DSM4 ونعرض فيما يلي:

أ- حدوث انحدار مستمر في القدرات الإدراكية يتمثل في كل مما يلي: خلل في الذاكرة، اضطراب القدرة على اكتساب معلومات جديدة، أو استرجاع معلومات سابق اكتسابها. واحدة أو أكثر من الاضطرابات الادراكية التالية:

اضطراب في اللغة (الصمت، أخطاء لفظية، قصر العبارات).

اضطراب القدرات الحركية في عدم وجود مشكلات صحية في الجهاز الحركي مثل تفريش الأسنان أو مضغ الطعام أو التلويح باليد للوداع ... الخ.

اضطراب القدرة على معرفة الأشياء بأسمائها في عدم وجود مشكلات حسية مثل الصمم أو العمى أو اضطراب الوظائف العقلية العليا كالتخطيط والتنظيم والترتيب والتفكير المجرد.

- ب- يؤدي اضطراب القدرات الإدراكية المذكورة من (أ1) و(أ2) إلى خلل واضح في الوظائف الاجتماعية أو المهنية ويمثل انحدار بينا مقارنة بالمستوى الذي كانت عليه هذه الوظائف قبل ذلك.
- ت- أعراض وعلامات عصبية محددة يعرفها الأطباء تدل على وجود تلف أو خلل في مناطق محددة من الدماغ، ويرى الطبيب أنها ذات علاقة بتدهور القدرات الإدراكية.
- ث- لا يحدث هذا التدهور في القدرات الإدراكية فقط أثناء حالات الهذيان (محمد علي، 2012، ص 149).

أسباب الزهايمر:

بعد القيام بالعديد من الأبحاث والتجارب، تمكن الأطباء إلى التوصل إلى أن أسباب ظهور مرض الزهايمر يرجع بالأساس إلى وجود بروتينات تتراكم في الدماغ وتترافق مع المرض، واكتشفوا أيضا أنه يمكن لهذه التراكبات أن تبدأ من عشرة إلى عشرين سنة قبل ظهور الأعراض الأولى للمرض.

وقد تمكن باحثون أمريكيون من اكتشاف مادة انية ناتجة عن النيكوتين وتوصلوا إلى أنها ربما تمنع من تكوين بعض المواد المسببة لمرض الزهايمر، وحسب بعض المجالات العلمية صرح الباحثون بأن هذه المادة سامة ولا بد من تطويرها حتى تساعد المرضى دون أن تؤذيهم أو تضر بصحتهم، كما حذروا من أن ذلك لا يعني أبدا اللجوء إلى التدخين للوقاية من المرض.

وفي بعض الدراسات، تبين أن الأشخاص الذين يزاولون الأعمال اليدوية يكونون أقل عرضة للإصابة بهذا المرض من غيرهم، كأعمال الحقل والحديقة أو حتى عزف الكمان أو العود ... الحركة إذن هي أيضا من بين وسائل الوقاية.

لم يتمكن يقارب 15 عاما من التعرف على مجموعة من العوامل التي من الممكن أن تتضافر لتؤدي في النهاية العلماء من التعرف حتى الآن على السبب الواضح والمباشر لهذا المرض، ولكن نتيجة الأبحاث المستمرة لما إلى مرض الزهايمر. وأهم هذه العوامل:

- التقدم في العمر: أغلبية المرضى يصابون به بعد سن الخامسة والستين، وتزداد فرصة المرض بنسبة الضعف كل خمسة أعوام تالية لهذا السن حتى تصل النسبة 50 % عند سن 85 سنة.
- العوامل الوراثية: إن فرصة حدوث المرض تزيد عند الذين أصيب أحد والديهم أو أجدادهم بهذا المرض مقارنة بالأشخاص الطبيعيين.
- إصابات الرأس خطيرة تزيد من فرص الإصابة بالمرض.
- الأمراض التي تؤثر على الأوعية الدموية الموجودة في المخ.

- في مرض الزهايمر فإن مناطق من نسيج المخ يحدث بها تلف وبالتالي فإن بعض الاشارات لا تصل مما يسبب ظهور أعراض المرض.
- أمراض الأوعية الدموية: وهي الأمراض التي تؤثر على الأوعية الدموية الموجودة في المخ أو تغير هذا العضو الحساس.
- تشير الدلائل إلى تغيرات في بعض المواد الحيوية التي يتم افرازها في مراكز الجهاز العصبي، ويتطلب أداء الأنشطة والوظائف العقلية المضادة أن يظل إنتاج هذه المواد مستمرا لمنع الاختلال في الوظائف العقلية مثل الذاكرة والتفكير والسلوك ودورة النوم واليقظة ومن هذه المواد تم اكتشاف تأثير الأستيل كولين Acetyl choline وهو من الناقلات العصبية التي يرتبط نقص مستوياتها في مراكز المخ العليا بأعراض الخرف والعتة الذي يحدث في الشيخوخة وبمرض الزهايمر. ومن هنا فقد أمكن التوصل إلى بعض العقاقير التي تزيد فعالية هذه المادة وتسبب وقف تدهور الحالة إذا استخدمت مبكرا في حالات مرض الزهايمر.
- هناك علاقة بين مستوى تعليم وثقافة الشخص وحدوث مرض الزهايمر، حيث إن من كان تعلمه أقل ونشاطه الفكري أقل كان أكثر عرضة للمرض.

الخرف (خرف الشيخوخة / الديلنشيا) Dementia

1- تعريفه:

هو فقد القدرات الذهنية من ذاكرة ومن حكم على الأمور ومن التفكير المجرد، والإضافة إلى اضطراب الوظائف العليا لقشرة المخ، وهذا يؤدي إلى تغيير في الشخصية والسلوك، مما ينعكس بدوره على الأداء الوظيفي والأداء الاجتماعي لدى المسن ومعظم المرضى يعانون من سن الـ 85 فقد وجد أن 42% من الحالات تظهر بعد عمر الـ 85 سنة.

أنواع خرف الشيخوخة:

يوجد نوعان لمرض خرف الشيخوخة: أولهما نمط الزهايمر Alzheimer والذي يسمى أيضا الخلل الأولي للخلايا العصبية.

ثانيهما خرف الاحتشاء المتعدد والذي يسمى أيضا نمط الأوعية الدموية Cerebro vascular.

كما يشمل عدة أنواع أخرى ويعتبر مرض الزهايمر (AD) نوع الزهايمر الذي يسبب الخرف الشيخوخي (SDAT) أو Alzheimer's هو الشكل الأكثر شيوعا للشيخوخة ووصف هذا المرض المستعصي والانحلال في بادئ الأمر بواسطة الطبيب النفسي والعصبي الألماني ألويس الزهايمر عام 1906.

يلخص الدكتور أحمد البحيري استشاري الطب النفسي وعضو لجنة الأبحاث بالأمانة العلمية للصحة النفسية بجامعة عين شمس أن مرض الزهايمر هو مرض ضمور وتآكل بالمخ، والحقيقة أن

الزهايمر هو أحد أسباب ما يسمى الايمنشيا أو خرف الشيخوخة، وهناك أسباب أخرى لخرف الشيخوخة مثل تصلب الشرايين واضطرابات الغدة الدرقية والأنيميا الخبيثة والاصابات المتكررة للدماغ من حوادث أو جلطات أو استخدام المخدرات (محمد علي، 2012، 96).

2- أعراض خرف الشيخوخة:

أ- الأعراض العقلية والسلوكية:

- عجز الذاكرة والذي ينتج عنه فشل في تسجيل الأحداث أو الفشل في الاحتفاظ بما تم تسجيله أو العجز عن الاسترجاع الاختياري من الذاكرة.
- العجز العقلي المعرفي والذي يظهر في صورة فشل المسن في فهم الحقائق والأفكار بسبب اضطرابات الذاكرة، مع سيطرة النمطية والقصور الذاتي، ويظهر ذلك في صورة تكرار الاستجابة حتى وإن كانت لا تتناسب مع المثير أو الموقف كما يتسم النشاط العقلي بالتفكير الحسي الحركي والتفكير العبائي الشبيه بتفكير الأطفال.
- العجز الشخصي الاجتماعي والذي يتمثل في صعوبة فهم المواقف الشخصية ووضع الخطط واتخاذ القرارات والعجز عن معرفة هوية الأشخاص الآخرين، وتجنب المواقف الصعبة بالانشغال عنها بأعمال لا صلة لها بهذه المواقف ويزيد الموقف حدة الاضطرابات اللغوية والادراكية والحركية المصاحبة لذلك.
- العجز عن تحديد الاتجاهات ويتمثل في الخلط في تقدير الزمان والمكان مع ظهور الخلط الزمني أو لا.
- العجز الانفعالي ويتمثل في التحول من الانفعالية الشديدة إلى التبلد الانفعالي ويتم هذا التحول بسرعة وبدون سبب ظاهر.

ب- الأعراض الحسية: فهي كما يلي:

- التغيرات البصرية والتي قد تؤدي إلى تعثره في الأثاث وسقوطه.
- ضعف السمع وعدم التمييز بين الأصوات مما يسبب الازعاج لأفراد الأسرة حيث يتحدثون معه.
- تليف عضلات الجسم وضعف التوازن مما يجعل مريض الخرف غير متزن في وعرضة للتعثر والسقوط.

الصورة الاكلينيكية للشخصية الخرفة:

من صفات شخصية الفرد المصاب بمرض الخرف أو زهان الشيخوخة بدهور وظائف العقل المختلفة فتضعف تماما قدرته على التفكير ويعاني من النسيان حتى لأقرب موقف يتعرض له، سواء أكان حديثاً أو موضوعاً أو شخصاً... بل يصل إلى درجة نسيانه لاسمه وعنوان بيته وأفراد أسرته، فيؤثر ذلك على أدائه كما يؤثر في درجة توافقه مع الناس.

وبهذا التدهور فإنه يعجز عن الاستبصار لما يدور حوله أن الأفراد المحيطين به وغالبا يميل إلى الكذب والتزييف، وهذا لا يتم عن عمد وإنما هو نتيجة طبيعية لحالة الانهيار والاضطراب في قدراته العقلية فتصبح أحكامه غير صحيحة فضلا عن أنه يقاوم التغيير في سياق حياته اليومية. وأنه بسبب تعرضه للصدمات النفسية الحادة والمفاجئة، وكذلك الخبرات المؤلمة التي تكونت لديه والمهددة لكيانه الانفعالي وربما إصابته بمرض عصبي مزمن نراه يلجأ للانعزال والانطوائية التامة، فيشعر أنه قد أصبح عبئا ثقيلا على غيره وأن الآخرين لم يعد باستطاعتهم أن يتحملوه.

وزيادة عن تعثر قدرته على التذكر فإن ذاكرته مشوشة لاستدعاء الأفكار عن أقرب الأشخاص والأحداث والموضوعات، فإذا ما حاول القراءة فإنه لا يستطيع مزاولتها وأنه عندما يقرأ جملة معينة وقد وصل إلى آخرها ينسى أولها. كذلك نجده يندفع دائما إلى الاعتذار بأساليب غير منطقية بغية الانسحاب من تحمل أية مسؤولية مهما تكن سهلة وغير حساسة، فهو يتأرجح بين البطء في الأداء أو الاستجابة والعجز عن ذلك في قوله لا أعرف، في حين أن الأسوياء كبار السن تنشط لديهم الذاكرة، إذ يسهل عليهم تذكر الأحداث الماضية والأسماء والوقائع حتى التي مروا بها في حياتهم المبكرة.

إن الشخص المصاب بذهان الشيخوخة يتصف سلوكه بالأنانية وحب التملك ويركز اهتمامه حول نفسه وحين يتعرض إلى الاحباط في تحقيق غاية معينة يستجيب لهذه الحالة بالبكاء الصامت، حيث يقترب من حالة الاكتئاب العصابي، إنه عنيد ولا يتحصر على حال ولا يعطي قيمة لآراء الآخرين وملاحظاتهم وتنتابه نوبات من العدوانية يكون فيها سريع الغضب والاهتياج والتورة، مما قد يلحق الأذى والضرر لنفسه وللآخرين، وغالبا ما يفقد الشعور بالحماسية الاجتماعية فهو لا يشعر بالرحمة نحو من يعيش معهم. إنه يقاسي خبرات نفسية مؤلمة في الليل، فنجدته يتصرف بتصرفات شاذة خلاله حيث نسي عنوان سكنه عندما يكون خارج المنزل ويحل الظلام، فيحتاج إلى من يرشده إليه، وفي الليل أيضا قد يترك فراشه أثناء النوم ويتجول داخل الغرفة والمنزل دون هدف أو إدراك لفعله.

إن المريض هنا يفقد أسنانه وشعره بسبب تفاقم مرضه، ويكون ضعيف التميز الذوقي وأن هذا الشخص يعاني من أفكار اضطهادية مما يجعله ينتج اتهامات زائفة نحو الآخرين، بل يدخل بشجارات لفظية وقد تكون جسمانية تحت ضغوط هذه الأفكار، حيث أن الشخص الغيور من هؤلاء المرضى يصاب بضلالات الخيانة كالخيانة الزوجية وبسببها يعتدي فعلا على زوجته.

مراحل تطور المرض:

مرحلة ما قبل الخرف: تكون الأعراض الأولية هي الخطأ باعتبارها متعلقة بالعمر أو الاجتهاد ويمكن لاختبار النسبة العصبية المفصل أن يكشف الصعوبات العنيفة المقربة لأكثر من ثمان سنوات قيل أن يستوفي الشخص المعايير المرضية للتعرف على مرض الزهايمر ويمكن لهذه الأعراض المبكر أن تؤثر على نشاطات الحياة الأكثر تعقيدا وفقدان ذاكرة هو من أكثر مظاهر العجز التي يمكن ملاحظتها والتي تظهر في صعوبة تذكر الحقائق التي تعلمها المريض حديثا.

مرحلة الخرف المبكر: تسود الصعوبات مع اللغة والوظائف التنفيذية والإدراك (agnosio) أو التحكم في الحركات (opraxa)، في نسبة صغيرة من المرض وتكون هذه الصعوبات سائدة أكثر من مشاكل الذاكرة، لا يؤثر مرض الزهايمر على كفاءات الذاكرة بالتساوي، وتتأثر الذاكرات الأقدم لحياة الفرد (الذاكرة العرضية) والحقائق المتعلمة (الذاكرة الآلية) والذاكرة الضمنية (ذاكرة كيف يقوم المجتمع بالأشياء بدرجة أقل من الذكريات والحقائق الجديدة) مثل استخدام الشوكة للطعام.

مرحلة الخرف المتوسط: يعوق التدهور التدريجي الاستقلالية في النهاية وتصبح صعوبات اللغة واضحة نظرا لعدم القدرة على تذكر المفردات والتي تؤدي إلى كثرة تبديل الكلمات بكلمات غير صحيحة (paraphasios) وتفقد مهارات القراءة والكتابة تدريجيا، وتصبح متواليات الحركة المعقدة أقل تسيفا مع مرور الوقت، مع الحد من القدرة على أداء معظم أنشطة الحياة اليومية العادية وخلال هذه المرحلة تتفاقم مشاكل الذاكرة، فيمكن أن يفشل الفرد في التعرف على الأقارب المقربين وتصبح ذاكرة المدى الطويل، والتي كانت بدون تغيير في السابق، معطلة، وتصبح التغييرات في السلوك أكثر انتشارا. وتتخبط المظاهر العصبية العامة، والهيلاج والقابلية للتغير مما يؤدي إلى البكاء ونوبات العدوان غير المعتمدة أو مقاومة القائم بالرعاية، ويمكن أن تتطور أعراض خطأ التعرف الوهمية والأعراض الوهمية الأخرى عند حوالي 30% من المرضى.

مرحلة الخرف المتقدمة: في هذه المرحلة يعتمد المريض اعتمادا كليا على القائم بالرعاية في هذه المرحلة الأخيرة من مرض الزهايمر وتقتصر اللغة إلى عبارات بسيطة أرقى إلى كلمات مفردة والذي يؤدي في النهاية إلى الفقد الآلي للكلام، وعلى الرغم من فقدان القدران اللغوية واللفظية، فإن المريض يمكن عادة أن يفهم ويجرد الاشارات العاطفية، وعلى الرغم من إمكانية وجود العدوانية فيكون اللامبالاة البالغة والاجتهاد هما النتائج الأكثر شيوعا، ويكون المرضى في نهاية المطاف غير قادر على أداء حتى أبسط المهام بدون مساعدة (محمد علي، 2012، 97).

أسباب المرض:

يعرف مرض الخرف على أنه خطأ في تكوين طلبات البروتين (Proteopathy) والذي يتسبب عن طريق الطي غير الطبيعي لـ A.beta وبروتينات Tau في المخ، وتتكون اللويحات من سلسلة بيتييدية صغيرة، وتتسبب عملية غير معروفة في تقسيم APP إلى قطع أصغر بواسطة الأنزيمات خلال التحلل

البروتيني، وتثير واحدة من هذه القطع ألياف البيتا أميلويد، والتي تكون تجمعات بترسب خارج الخلايا العصبية بكثافة والتي تعرف باللويحات الهرمية أو لويحات الخرف.

الوراثة:

الغالبية العظمى من خلال حالات المرض غير موروثية، ويعتبر حوالي 7 % فقط من الحالات عائلية وبرغم أن معظم حالات الزهايمر لا ينشأ عنها دراسة سائدة في الخلايا الجسدية إلا أن الاختلافات الوراثية يمكن أن تكون بمثابة عوامل الخطر ويعتبر أكبر عامل وراثي خطر هو وراثة البديل E4 الخارجي بـ Apolipoprotein E/APOE وهذا الجين متورط في أكثر من 50 % من حالات مرض الزهايمر تحدث قبل بلوغ سن 60 سنة وهذا راجع إلى سيادة الطفرات الجسدية (العائلية) مما يشير إلى أن أقل من 0,01% من الحالات التي أخذوها من بداية الخرف المبكر انتجت 56% مع طفرة مسببة للمرض في واحدة من أربعة جينات، ويمكن أن تقلل عناصر النظام الغذائي المتوسط، والتي تتضمن الفاكهة والخضروات والقمح وغيرها من الحبوب وزيت الزيتون والسماك، أما الفردية أو المتجمعة على تقليل خطر ودور مرض الزهايمر.

واعتمد حالياً أربعة أدوية من قبل الهيئات التنظيمية مثل منظمة الولايات المتحدة للغذاء والأدوية (FDA) ووكالة الأدوية (EMA) لعلاج المظاهر العلاجية لمرض الزهايمر وثلاثة من هذه الأدوية هم مثبطات الـ Acetyl Choline Sterase والأخر هو Memantine ومضادات مستقبل NMDA ولا يوجد أي دواء مؤثر على تأخير أو وقف تقدم المرض.

تشخيص الخرف: Dementia Diagnosis:

طرق الخرف كالتالي:

1. معايير الدليل التشخيصي الاحصائي الرابع للاضطرابات النفسية الذي تصدره جمعية الطب النفسي الأمريكية (DSM4).
2. دور اضطرابات النوم.
3. التقييم النفسي والسلوكي للنسق الاكلينيكي للخرف Psychological Evaluation and Behavioral Pattern of Clinical Dementia.
4. رسم المخ الكهربائي والرنين المغناطيسي EEDS.
5. اختبار رسم الساعة (CDT) Clock Drawing Test.
6. التقييم العصبي Newropsychological Testing.
7. مقارنة الصور SPECT.
8. المقياس الوطني للأداء القرائي National Reading Test Performance.

تتحدد المعالم الرئيسية للخرف في نمو اختلالات معرفية متعددة تتضمن اختلال الذاكرة وعلى الأقل واحد من الاضطرابات المعرفية التالية: الحبسة (Aphasia) أو العمه الحركي (Apraxia) (فقدان القدرة على القيام بحركات مشتقة معقدة)، أو العمه الحسي (Agnosia)، أو الاضطراب في توكيل ما يوكل إليه من مهام ووظائف، ولا ينبغي أن يوضع تشخيص الخرف إذا كانت الاختلالات المعرفية تحدث على وجه التحديد أثناء فترة من الهذيان، ومع ذلك فإن الخرف والهذيان يمكن تشخيص كليهما إذا كان الخرف يحدث في أوقات لا يحدث فيها الهذيان، وقد يرتبط الخرف سببا (ايكولوجيا) بحالة طبية عامة أو بتأثيرات دائمة لتخطي العقاقير أو المخدرات أو بخليط من هذه العوامل بشير الرشيد، منصور طلعت، محمد النابلسي، إبراهيم الخليلي، فهد الناصر، حمود الثشعان وآخرون، 2000).

فيشخص الخرف الدماغي الناتج عن الاحتشاء الدماغي المتعدد (multi-infact Type) بناء على الأعراض التالية: تبعا لمعايير الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية الذي تصدره جمعية الطب النفسي الأمريكية (DSM4) والتي تتلخص فيما يلي:

- أ- حدوث انحدار مستمر في القدرات الإدراكية يتمثل في كل مما يلي:
 - خلل في الذاكرة (اضطراب القدرة على اكتساب معلومات جديدة أو استرجاع معلومات سابق اكتسابها).
 - واحدة أو أكثر من الاضطرابات الإدراكية التالية:
 - اضطراب في اللغة (الصمت، أخطاء لفظية، قصر العبارات).
 - اضطراب القدرات الحركية في عدم وجود مشكلات صحية في الجهاز الحركي مثل تفريش الأسنان أو مضغ الطعام أو التلويع باليد للوداع ... الخ.
 - اضطراب القدرة على معرفة الأشياء بأسمائها في عدم وجود مشكلات حسية مثل الصمم أو العمى.
 - اضطراب الوظائف العقلية العليا كالخطيط والتنظيم والترتيب والتفكير المجرد.
- ب- يؤدي اضطراب القدرات الإدراكية المذكور في كل من (أ-1) و(أ-2) إلى خلل واضح في الوظائف الاجتماعية أو المهنية ويمثل انحدارا بينا مقارنة بالمستوى الذي كانت عليه هذه الوظائف قبل ذلك.
- ت- أعراض وعلامات عصبية محددة يعرفها الأطباء تدل على وجود تلف أو خلل في مناطق محددة من الدماغ، ويرى الطبيب أنها ذات علاقة بتدهور القدرات الإدراكية.

ث- لا يحدث هذا التدهور في القدرات الإدراكية فقط أثناء حالات الهذيان (American Psychiatric Association, 2000)

محاضرة 13:

الاضطرابات الجنسية (1)

مقدمة:

إن اضطرابات الشخصية هي التي تثير الاضطرابات الجنسية دائما، فالعجز أو الانحراف الجنسيان هما دائما دلتان من دلالات انحراف داخلي عام، أن الشخص غير السوي عقليا سواء كان ذلك من الناحية الاجتماعية أو الأخلاقية، يكون دائما غير سوي في حياته الجنسية كذلك، بيد أن كثيرا من الناس يكونون

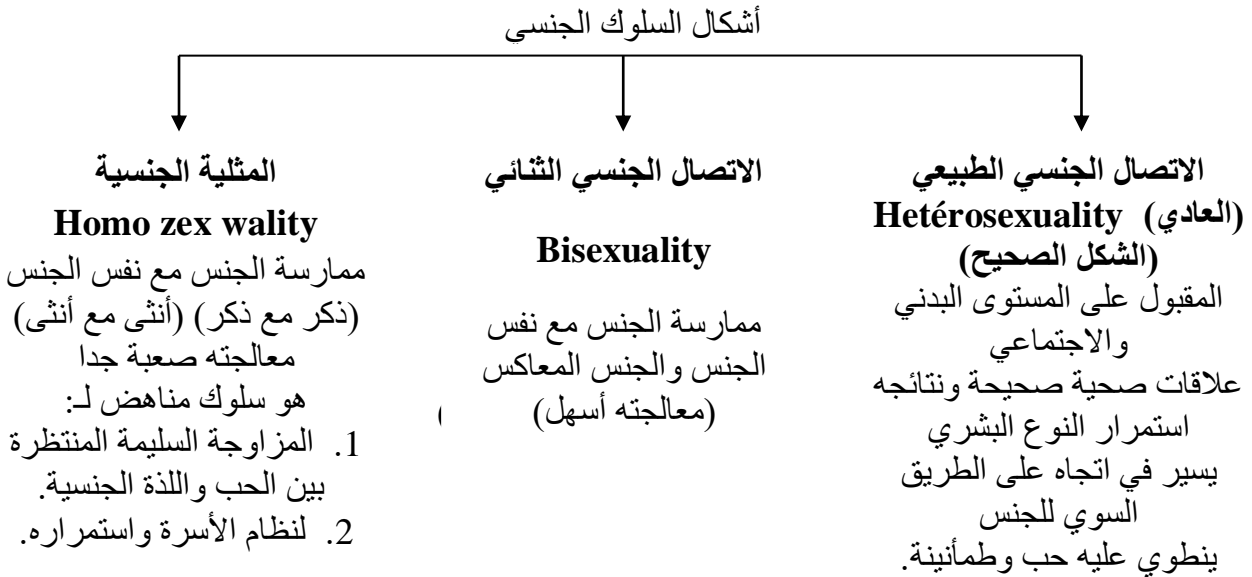
غير أسوياء في حياتهم الجنسية وإن اقتربوا من السوية في كافة الجوانب الأخرى، وذلك بعد أن مروا مثل غيرهم بعملية النمو الحضاري الإنساني حيث مازال الجنسية هي نقطة ضعف.

والانحرافات الجنسية هي نشاط جنسي لا يتجه للإنجاب والتكاثر أو إذا أخذ النشاط الجنسي واللذة الشبقين. مكان التناسل. والانحراف الجنسي قد يكون مرضا في حد ذاته، وقد يكون عرضا لمرض عصابي أو ذهاني، كما يجب أن نأخذ في الاعتبار العامل الحضاري والثقافي في نظرنا إلى هذه الانحرافات لأنه ما بعد شذوذ في مجتمع قد لا يكون كذلك في مجتمع آخر.

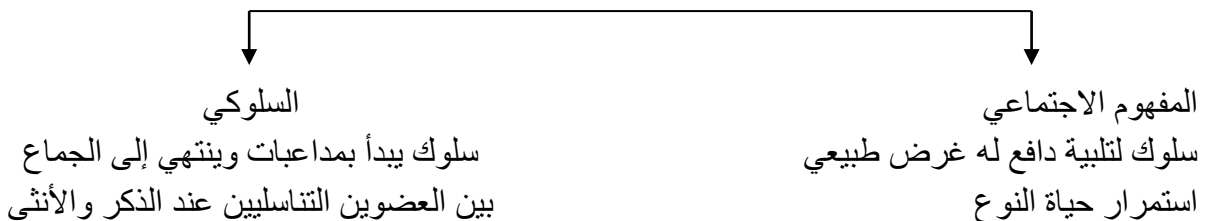
أسباب تكوين الانحرافات الجنسية:

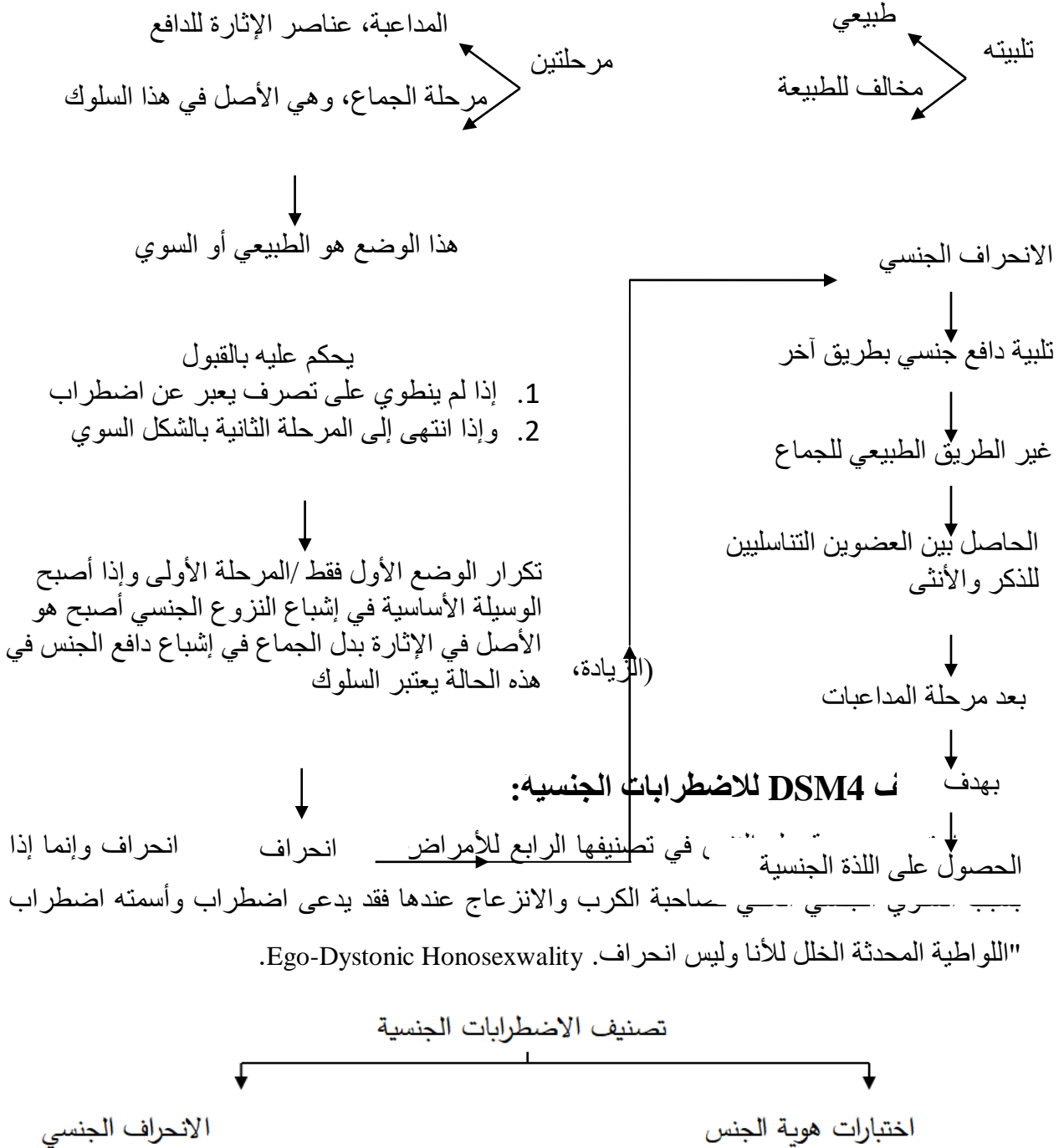
في مجتمعاتها العربية والإسلامية المحافظة تعود الأسباب المكونة لهذه الحالات التي تسمى بالانحرافات الجنسية، وتسمى بالدول الغربية اختبا الهوية الجنسية بالنظريات تفسر الجنسية المثلية إلى أسس نفسية وبعضها إلى عوامل اجتماعية أو فارقية وبعضها يعتمد على افتراضات بيولوجية وراثية (الأمارة، الحلو، 2022، 172).

أنواع الانحرافات الجنسية:

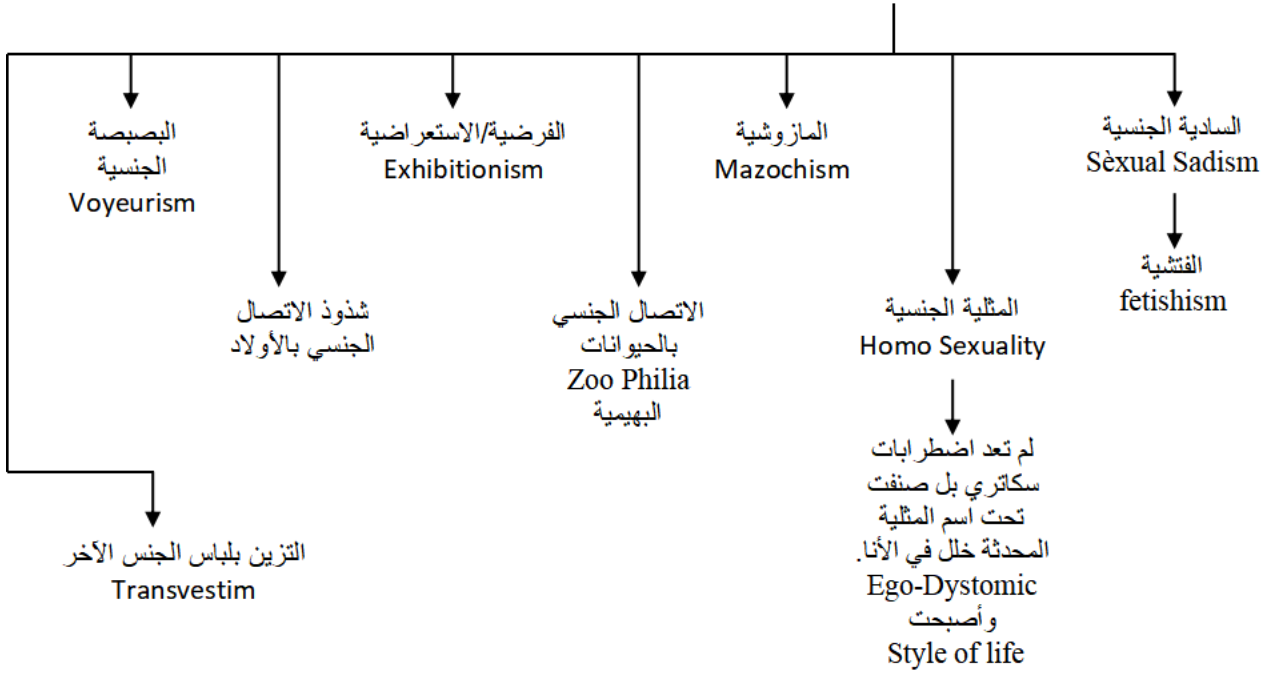


الدافع إلى الجنس من الدوافع الأولية (الحاجة إلى الجنس)





أشكال الانحراف الجنسي (Paraphilias)



جرائم الجنس:

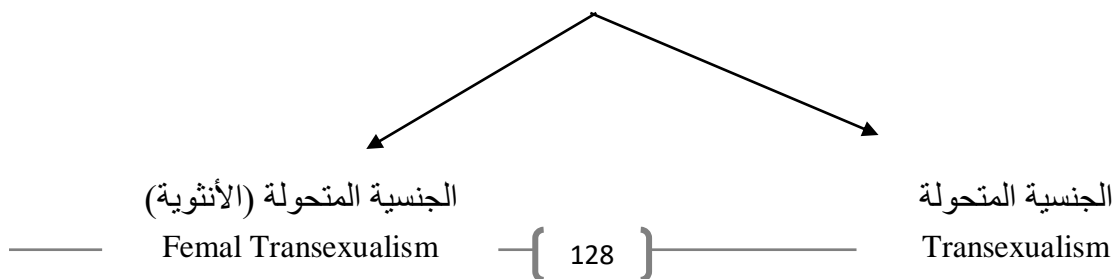
- اللذة بالسرقة، وهو ليس بحاجة للشيء، ويجد لذة جنسية في لك العمل.
- اللذة في رؤية الحرائق وبلوغ اللذة الجنسية في تلك المشاهدة.
- هذان الاضطرابان في بعض الحالات لا تعود أسبابها بسبب الانحراف الجنسي وإنما لأسباب آخر مثل الحرمان العاطفي والعطف.

مشكلة اضطراب الهوية الجنسية:

كرب شديد ينتاب الطفل حول جنس، واصراره على أنه من الجنس آخر أو رغبته الملحة في أن يصبح من جنس غير جنسه، مع الرفض الدائم للتركيب الشريحي والانشغال بأنشطة من هم من غير جنسه أو التعبير الصريح برغبة الطفل في أن يكون من جنس غير جنسه، فالإناث المصابات بهذا الاضطراب يمارسن الألعاب الخشنة ويلعب دور الذكور ويخترن ألعابهن وبيتعدن عن اللعب بالعرائس والذكور المصابون بهذا الاضطراب فتكون مظاهر تخنثه واضحة في حبه لبس الفساتين ولعبه بالعرائس ولا يحب اللعب مع الأولاد ويبدأ هذا الاضطراب قبيل الرابعة من العمر ويزداد في عمر المدرسة الابتدائية وخاصة في الفئة العمرية 7-8 سنوات.

حسب تصنيف DSM4:

اضطرابات هوية الجنس: Gender Identity Disorder



أسباب هذه المشكلة:

- عدم اهتمام الوالدين لما يظهر على أطفالهم من سلوكيات مغايرة لجنسهم أو تشجيع الوالدين أو صمتهم.
- اختفاء الطفل للأب أو الأخ الذي يعلمه مظاهر الرجولة واختفاء الطفلة لوجود أم أو أخت تعلمها مظاهر الأنوثة.
- عدم انجاب الأم للذكور فتنادى الفتاة باسم ذكر لتحقيقي رغبتها بوجود ابن ذكر والعكس.
- وجود ملامح أنثوية لدى الأطفال الذكور من العوامل المهينة لحدوث الاضطراب للذكور وكذلك وجود ملامح ذكورية لدى الإناث (بطرس، 2010، 474).

عرض لبعض أنواع الاضطرابات الجنسية:

العادة السرية:

وتسمى أيضا الاستمناء وهي فعل يقوم به العديد من الشباب والشابات عند مرحلة البلوغ لا عاقبة له بصورة عامة ولا خطورة منه وتستعمل كبديل للجماع الجنسي ولأنها تصبح غير سوية إذا استمر الإنسان على ممارستها في سن الرشد أو في الحياة الزوجية لاحقا، وسميت "بالجنس المنفرد" تنعكس تأثيرات ممارسة العادة السرية على سلوك الممارسة الجنسية مع الشريك بعد الزواج رغم عدم تسرب أدنى شك إلى نفس الشريك أو الشريكة، وهذا يمكن تسميته "العادة السرية الذهنية" حيث يبدو على الزوجان أنهما متفقان جنسيا، فثمة علاقات سوية بين الشريكين واشباع متبادل، ومع ذلك يصل الإل علمنا أن أحد الشريكين أن يستعين بحاله حتى يحقق الفعل الجنسي، والعادة السرية تحددت في مراحل مختلفة من العمر: - مرحلة الطفولة - مرحلة المراهقة - مرحلة الأشخاص البالغين.

ويذكر من الحالات الشائعة على سبيل المثال:

- يفكر الرجل بامرأة أخرى.
- تفكر المرأة برجل آخر.
- يتخيل الرجل أنه يعامل زوجته معاملة شرسة، أنه يتخيل أنه يضربها دون أن يظهر في سلوكه الخارجي أي شيء.
- تتخيل المرأة أنها اغتصبت.

- بعض الأحيان يفكر الرجل تفكيراً عميقاً ملابسها أو أحذيتها وهو يمارس الاستمناء وهناك العديد من الحالات الخيالية الممكنة، وهي حالات غريبة، ولا ننسى أن وراء كل خيال من هذه الخيالات الجنسية توجد عقدة بالطبع والعقد النفسية عديدة منها: عقدة الخطاء وعقدة أوديب، عقدة البكترا وعقدة ديانا وعقدة قاتي.

السادية أو المازوشية: "التلذذ بالقسوة والإهانة":

- السادية Sadism هو ايقاع الألم بالشخص المقابل كشرط للإثارة الجنسية وإكمال العملية الجنسية.

- المازوشية Masochia: هي تقبل الألم من الشخص المقابل كشرط للإثارة الجنسية وإكمال العملية الجنسية.

من الصعب التمييز بين السادية الجنسية وبين القسوة في الموقف الجنسي أو الغضب غير المرتبط بالجنسية فبطلت على هذا السلوك عنيفا وقاسيا، يحب السادي أن يُعذَّب الآخرين على عكس المازوشي الذي يحب أن يتعذب، فالسادي بحاجة من الناحية الجنسية إلى أن يسبب الألم للغير حتى يحصل على الإشباع.

الفيثشة Fetishism:

وهو انحراف عند الذكور غالبا حيث يحصل الشخص في هذا الانحراف على اللذة من خلال الملابس الداخلية التي يحتفظ بها الشخص الفينيشي، وليس للفينيشي سوى انجذاب جنسي ضعيف جدا نحو الجنس الآخر، ينتشر هذا الانحراف عند الكبار والخجولين والقلقين والمكبوتين والمصابين وبالوهن النفسي.

البهيمية:

وهي أن يمارس الفرد الرجل-المرأة الفعل الجنسي مع بعض الحيوانات مثل البقر، أو الكلاب وينتشر هذا الانحراف بين الرجال والنساء، وتنتشر البهيمية بين سكان الأرياف والفلاحين وبعض سكان إفريقيا الأصليين.

الاستعراضية Exhibitionism

ويكثر هذا النوع من الانحراف بين الرجال في مجتمعاتنا العربية والاسلامية لكنه يزداد في الحضارات الأخرى بين النساء، فالميل إلى الاستعراض والتعري في أوروبا وأمريكا وكندا وأستراليا وبلدان أخرى من دول العالم، حيث تستعرض النساء بشكل شبه عاري لغرض الإثارة والإغراء لتأكيد أنوثتها، أما في بلداننا فإن الرجال يقومون بهذا النوع من الاستعراض لإظهار جزء من جسمه أو عضوه

الجنسي لشخص أو أشخاص من الجنس الآخر وهو لا يطلب شيئاً من الذين يتعري أمامهم، ولا يتكلم، ويقول علماء النفس أن الشواهد تفيد بتوفر توتر جنسي وبأن هذا التوتر ينتهي بالذروة أو تلقائياً.

التلصصية Voyeurism:

يمارسها الرجال حيث يستمتع المنحرف بمشاهدة من يمارسون الفعل الجنسي بدون علم الشخصين الذين يمارسان الفعل الجنسي، وهذا يعد أمر طبيعي أن تكون الأمور كلها مثيرة للغيرة والتوتر الجنسي، إلا أن استبدال الفعل الجنسي بالمشاهدة والتلذذ بها وتعد كافية بدون الممارسة الفعلية، وهذه الظاهرة تنتشر في الأماكن الشعبية والبيوت المتلاصقة والتي تكون شبابيكها مطلة على الشوارع فيسترق المنحرف النظر من خلال فتحة الشباك أو خلفها، وكذلك يستخدم البعض المناظر من فوق السطوح.

التحرشية Frotteurism:

وهذا النوع من الانحراف يمارسه الذكور على الإناث عن طريق الاحتكاك من الخلف في الأماكن المكتظة بالناس ومناطق الازدحام مثل وسائل النقل المختلفة وأماكن الانتظار، ويرى علماء النفس أن هذا الفعل لدى المنحرف يعد المخرج الوحيد للتفريغ عن الطاقة الجنسية.

الجنسانية: اختيار جثة الميت Necrophilia:

ويميل المنحرف إلى ممارسة الجنس مع جثة الميت ويكثر في ذلك في برادات المستشفيات أو قد يدفع البعض إلى نبش القبور لتحقيق هذا الشذوذ (الأسارة والخلو، 2022).

النشاط الجنسي مع الأطفال Pedophilia:

أو ما يسمى حب الأطفال الجنسي، وهو تفضيل جنسي للأطفال عادة في سن ما قبل البلوغ أو البلوغ المبكر بعض محبي الأطفال ينجذبون فقط للفتيات والبعض الآخر يقتصر على الأولاد والبعض الآخر يهتم بالجنس (عسكر، 2004، 226).

عسر الوظيفة الجنسية غير العضوي:

يتضمن عسر الوظيفة الجنسية كل الأشكال التي يكون فيها الفرد غير قادر على المشاركة في عمل علاقة جنسية يتمناها أو تتمناها فقد يكون هناك انعدام اهتمام أو انعدام متعة أو فشل في الاستجابات الفسيولوجية الضرورية للتفاعل الجنسي المؤثر (على سبيل المثال الانتصاب) أو عدم القدرة على التحكم في النشوة أو الوصول إليها.

وباعتبار الاستجابة النفسية هي عملية نفي جسمية وفي أغلب الأحيان تتداخل العمليات النفسية والجسمية في إحداث الاضطراب الوظيفي الجنسي، وقد يكون من الممكن التعرف على سبب نفسي أو عضوي بشكل مؤكد ولكن الأكثر شيوعاً خاصة المشكلات مثل الفشل في الانتصاب أو الإلمام الجماع أن يكون من الصعب التأكد من الأهمية النسبية لكل العوامل النفسية والعوامل العضوية وفي هذه الحالات يكون من الصعب تصنيف الحالة باعتبارها عسر انتصاب وظيفي بسبب مختلط أو غير محدود.

انعدام أو فقدان الرغبة الجنسية:

تغير فقدان الجنسية هو المشكلة الأساسية وليست ثانوية لصعوبات جنسية أخرى مثل الفشل في الانتصاب أو الألمام الجماع كذلك فإن انعدام الرغبة الجنسية لا يستبعد الاستمتاع أو الانصياع الجنسي ولكنه يعني انخفاض المبادرة في النشاط وهي حالة أكثر إشكالية في هؤلاء الرجال الذين تنتظر شريكاتهم أن بزمام المبادرة.

بغض الجنس، وعدم الاستمتاع الجنسي:

أ- بغض الجنس:

توقع المشاكل الجنسية مع الشريك تصاحبه مشاعر شديدة السلبية وتحدث خوفاً أو قلقاً كافياً لتجنب النشاط الجنسي.

ب- عدم الاستمتاع الجنسي:

تحدث الاستجابات الجنسية بشكل طبيعي وبحدث شعور بالنشوة ولكن هناك عدم استمتاع بالدرجة الملائمة، وهذا البرود شائع بين النساء عنه بين الرجال.

الفشل في استجابة أعضاء التناسل:

عند الرجال: عسر انتصاب وظيفي، المشكلة الأساسية في صعوبة الانتصاب أو الاحتفاظ به بشكل يناسب جماع مرضي.

عند النساء: الجفاف المهلي أو العجز في تخفيف الاحتكاك.

في هذه الحالة يمكن أن تكون نفسية المنشأ أو نتيجة لمرض موضعي على سبيل المثال التهاب أو نتيجة لنقص هرمون الأستروجين (على سبيل المثال انقطاع الدورة) ومن غير المضاد أن تشكو النساء من جفاف مهلي أولي كعرض لنقص الاستروجين بعد انقطاع الدورة.

خلل النشوة (عسر هزة الجماع الوظيفي) هزة الجماع (أو القذف عند الرجال) أنها لا تحدث أو تحدث متأخرة كثيراً وقد تحدث الحالة في حالات معينة (بمعنى أنها تحدث فقط في بعض المواقف، وفي هذه الحالة يكون السبب غالباً نفس المنشأ أو غير متغيرة (ثابتة) حيث يصبح من الصعب استبعاد العوامل البدنية أو التكوينية إلا من خلال الاستجابة الإيجابية للعلاج النفسي وعسر وظيفة هزة الجماع أكثر شيوعاً بين النساء عنه الرجال.

القذف المبكر:

هو عدم القدرة على التحكم في القذف بدرجة كافية بحيث يستمتع الطرفان بالتفاعل الجنسي في الحالات الشديدة قد يحدث القذف قبل الدخول إلى المهبل أو جدوى الانتصاب، من غير المعتاد أن يكون

القذف المبكر عضويا ولأنه يمكن أن يكون كرد فعل نفسي لاضطراب عضوي على سبيل المثال عجز في الانتصاب أو ألم، كذلك وقد يبدو القذف مبكرا إذا كان الانتصاب يحتاج إلى إثارة طويلة مما يقصر من الفترة الزمنية بين الوصول إلى انتصاب كاف وبين القذف، والمشكلة الرئيسية في هذه الحالة هو تأخر الانتصاب (يمكن إضافة فئة إضافية من اللذة غير مصحوبة بقذف عند الرجال وإن كانت هذه المشكلة عادة ثانوية لمرض جسدي أو إثارة أدوية).

التقلص المهبلي غير العضوي:

تقلص في عضلات مدخل الحوض التي تحيط بالمهبل فيتسبب في إغلاق الفتحة المهبلية مما يجعل الدخول القضيبى إما محالاً أو مؤلماً وإن كان التقلص المهبلي رداً ثانوياً لسبب موضعي للألم فهناك يجوز استخدام هذا التشخيص.

ألم الجماع غير العضوي:

ألم الجماع (أو الألم أثناء الجماع الجنسي) يحدث في كل من النساء والرجال وفي كثير من الأحوال يمكن إرجاعه إلى مرضية موضعية وعندئذ يجب تصنيفه تبعاً للحالة المرضية أما في بعض الحالات التي لا يوجد فيها سبب واضح عندئذ يصبح من المهم البحث عن السبب النفسي ونستخدم هذه الفئة التشخيصية فقط في حالة عدم وجود اضطراب وظيفي جنسي آخر وعلى سبيل المثال تقلص مهبلي أو جفاف مهبلي.

زيادة الدافع الجنسي:

قد يشكو كل من الرجال والنساء أحياناً من زيادة في الدافع الجنسي باعتبارها مسألة في حد ذاتها تحدث غالباً أثناء سنوات المراهقة الأخيرة وبدايات الرشد، عندما يكون فرط الدافع الجنسي ثانوياً لاضطراب وجداني أو حيث يحدث المراحل المبكرة من الخرف عندئذ يجب أن يشار إلى الاضطراب الأساسي.

يتضمن: الغلظة (النسوية) – النهاظ (الشبق المفرط عند الرجال) (عسكر، 2004، 230).

مدى انتشار الانحرافات الجنسية:

ليس من السهل بإمكانية حصر هذه الانحرافات لعدة أسباب أهمها أن هذه العلاقات خاصة وتمتاز بالسرية، كما أنه ليس من السهولة بمكان فض مكنونها لدرجة أن الشخص حتى وإن كان يعاني من مشكلة ما، إلا أنه لا يحد سهولة في التعبير أو الإفضاء عنها حتى لو للطبيب المعالج في بعض الأحيان.

لكن لا يمنعها القول بأن هذه الاضطرابات بأنها قائمة، كما وجد أنها تؤثر بين الذكور عنها بين الإناث وقد تكثر بين الإناث عنها لدى الذكور وهذا يتوقف على طبيعة المجتمع ودرجة المرونة والسماح أو عدم السماح بالاختلاط بين الجنسين كما أنها قد تصل إل أقصاها بين الخامسة عشرة والخامسة والعشرين من العمر، كما قد تمتد لتشمل كافة المراحل العمرية مثلما نقرأ في الصحف عن بعض الجرائم المنظمة بهذه الانحرافات (غال، 2009، 476).

تصنيف الانحرافات الجنسية: تصنف إلى:

- انحرافات من حيث الموضوع الجنسي: مثل الجنسية المثلية أو اللواط....
- انحرافات من التعبير عن الجنس: مثل الجنسية الفموية – الجنسية الشرجية، الجنسية الطفلية، الجنسية الحيوانية.
- انحرافات من الاثنتين: مثل جنسية غير شرجية / فموية أو سادية / أو زوجية.

محاضرة رقم 14: الاضطرابات الجنسية (2)

الجنسية المثلية Homosexuality

مقدمة

وردت الجنسية المثلية Homosexuality ضمن الحلقتين الأولى والثانية من الدليل التشخيص والإحصائي للاضطرابات العقلية الذي تصدره الجمعية الأمريكية للطب النفسي DSM1 الصادر عام

1956 والـ DSM2 الصادر عام 1976 ولكن اختفى في الطبعة الثالثة DSM3 الصادر عام 1980 وهذا يعني تحول الاتجاه الأمريكي في صالح السلوك الجنسي المثلي وخروجه بالتالي عن إطار الانحراف والشذوذ إلى إطار الفعل الطبيعي المسموح به وعده نوعاً من الحرية الشخصية.

ويقصد به اتجاه الدافع الجنسي في الفرد إلى فرد نفس جنسية، فلا يميل الرجل جنسياً إلى رجل مثله، كذلك المرأة، مما يسمى في الموقف الأول، اللواط بين الذكور والموقف الثاني السحاق (بين الإناث) (غانم، 2011، 476).

الجنسية المثلية والسلوك الاجتماعي:

يعتبر "الرفاعي والحجاز" في كتابهما الصحة النفسية [المثلية الجنسية حالة من حالات السلوك الاجتماعي] كالإجرام والإدمان وغيرها... حيث أن القاسم المشترك بين هذه الحالات أنها تنطوي على:

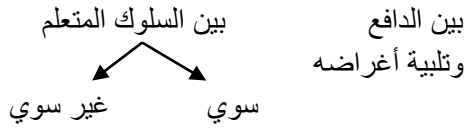
1. تصرف يخالف مخالفة شديدة ما قبلته الجماعة من قيم السلوك وقواعده.
 2. يعكس اضطراباً في الحياة النفسية داخل الفرد صاحب التصرف.
 3. له أثر خطير في حياة الفرد وحياة الجماعة على السواء حيث أنها تؤدي إلى مزيد من التطرف والانحراف، ومضرة بالجماعة في جوانب الأمن والاستقرار والنظام ومكلفة تحتاج لعلاج.
- فهو سلوك موجه ضد الفرد والجماعة وموجهة ضد ما قبله الجماعة في نظام وقيم وقواعد اجتماعية وأخلاقية وهو عدو للمجتمع والتنشئة لأنه يؤدي بنفسه والآخرين ويؤثر على الانتاجية للمجتمع.

- ملاحظات حول زيادة النسبية المثلية الجنسية وانخفاضها.
- ← الحضارة الحديثة.
- ← الحروب.
- ← نسبة أعلى بين غير المتزوجين من المتزوجين.
- ← نسبة من يستمر بالانحراف طول حياته نسبة قليلة الجنسية المطلقة.
- ← نسبة عالية جداً من يجمع في الواقع الممارسة المثلية الجنسية والسلوك الجنسي الطبيعي "الاتصال الجنسي الثنائي".
- ← انقطاع عن الممارسة المثلية عند توافر شروط السلوك الجنسي الطبيعي "الجنسية الموقفية".
- تغير المثلية الجنسية:

المثلية الجنسية

المدرسة السلوكية

- نتيجة حتمية لخلل في عملية التعليم
- الكبر مسؤولين عن خلق الاضطرابات النفسية عن الفرد.
- التعليم لأشكال تصرف يحمل على جعل الارتباط شديداً.



- الانحراف: نوع من السلوك غير السوي الذي تعلمه الفرد خلال حياته وتعزز لديه لعوامل كثيرة أهمها تلبية عرض الدافع المتتابعة.

المدرسة التحليلية

العقد

التثبيت

- نوع من التثبيت (التوقف أو الشكوك) عند مرحلة معينة.
- في المراحل الجنسية لا يمر بها الطفل قبل وصوله إلى النضج الجنسي.
- أو نتائج لعقد في أي مرحلة سابقة.
- عقدة أوديب (شعور الابن بانجذاب نحو أمه).
- عقدة ألكترا.
- هذا الشعور هو الأساس في تغير فرويد لمثلية الجنسية.

فرويد ← النمو السوي هو اجتياز لمراحل من النضوج الجنسي من غير تثبيت أو تكوص.

ان:

الخبرات السيئة

التعلم الخاطئ

العقد

الخبرات المؤلمة

تؤثر على الفرد ← بتغيير رغباتهم.

كيف مختلف ← تغيير الرغبات والميول ← السلوك غير السوي

الانحراف ←

النظريات البيولوجية:

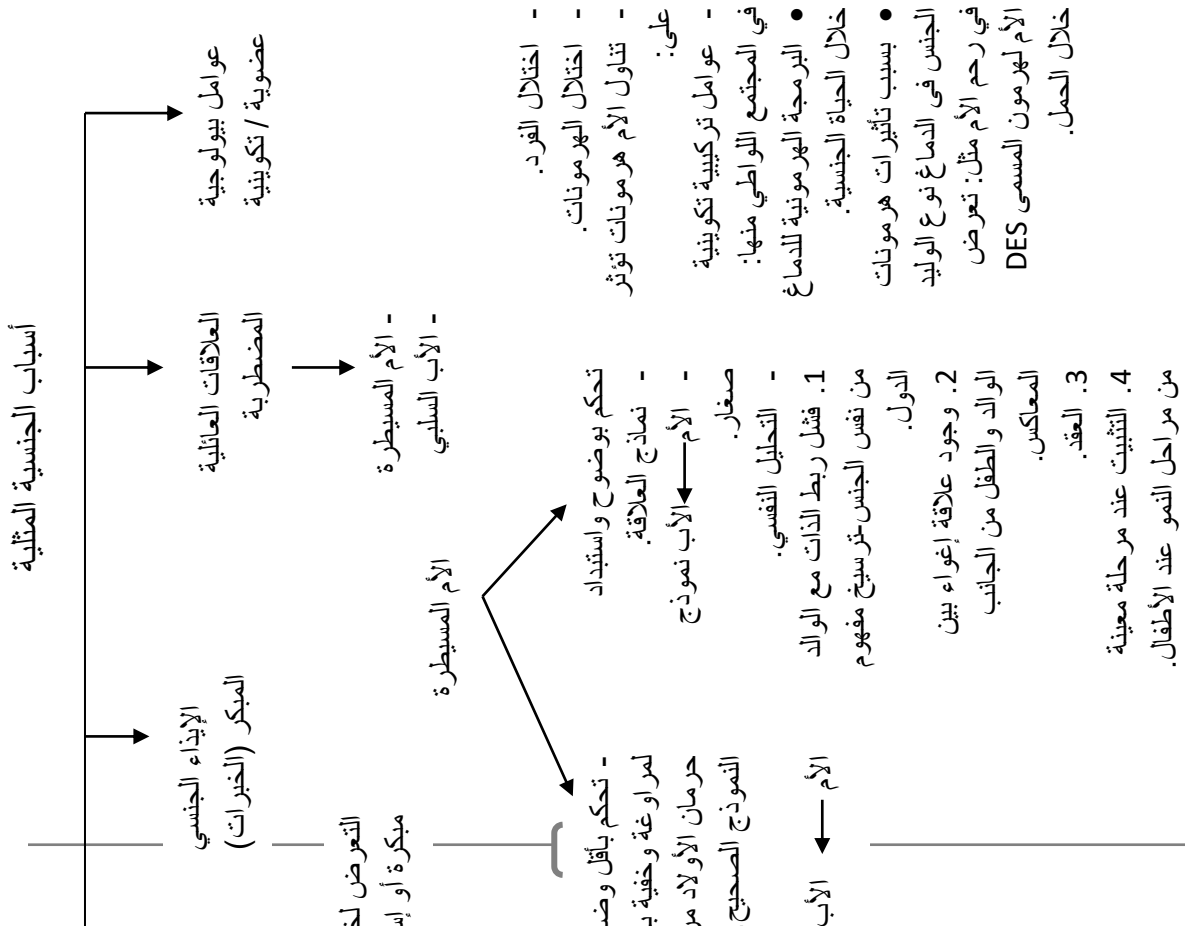
تذهب هذه الآراء إلى أن الجنسية المثلية ترجع إلى أسباب بيولوجية مثل اضطرابات الغدد الصماء أو إعطاء هرمونية غير ملائمة قبل الولادة أو عوامل خاصة بالجينات الوراثية، ومع ذلك لم تدعم الدراسات الحديثة تلك الآراء.

- **نظرية التفاعل:** يرى Stotns: أن النضج الجنسي المبكر لبعض الأفراد داخل مجموعات الأصدقاء المتجانسة هو العامل الرئيسي في تبني الجنسية المثلية ففي حوالي عمر 12 سنة ولا يزال الأولاد يتخالطون في مجموعات من نفس الجنس (ذكور مع ذكور، إناث مع إناث) تتاح مثيرات جنسية مثلية، في حين أن الجنسية الغيرية لم تتح بعد، ولذا فتحدث المثلية الجنسية كبديل ونتيجة للتفاعل البيولوجي مع الاجتماعي.

- **النظرية الاجتماعية:** يؤكد علماء الاجتماع أن إصاق صفة الجنسية المثلية لفرد ما يدفعه إلى الجنسية المثلية، بمعنى أننا نفترض أن هناك صبي وأصق المحيطين به صفات أنثوية مثل: التفوق/ الرقة/ الأنوثة، فإن القلق سوف يستبد به وينشغل بتلك الصفات التي أصقت به وتدرجيا سوف يقنع نفسه بأنه من ذوي الجنسية المثلية (محمد سير عبد الفتاح، 1990، 234-235).

وإن الاتجاه الحديث في التفسير يرجع إلى التعلم والثقافة وخبرات الفرد أو يتشككون في الرأي القائل بأن هناك أساسا وراثيا أو بيولوجيا، ولكن لم يثبت قطعا أن زيادة نسبة الهرمونات الذكرية في المرأة قد يؤدي إلى انحرافها، وكذلك الرجل، كما لم يثبت صورة قاطعة أن خنوثة الرجال وذكورية الميول في النساء يؤدي إلى الانحراف (غانم، 2009، 488).

ملخص لأسباب الجنسية المثلية:



من أسباب الجنسية المثلية كذلك: (اللواطية):

1- التمرد:

وجود قوانين دون وجود علاقات: يؤدي إلى التمرد.

الوالدين الصارمين / تربية متسلطة / متشددة.

أشكال التمرد الوالدين المتساهلين- الحرية بدون مسؤولية وحدود (عم وجود حدود

وتوقعات وقوانين تحكم السلوك وعدم وجود التوعية من الأصل).

هروب من ألم عاطفي (بيت محطم، فقدان عزيز، تنفيس عن مشاعر).

أسبابه العلاقات البيئية مع الوالدين، الشعور نقص تعبير عن تفكيره وما يشعر به وما

ينقصه بالإضافة إلى ضغط الأفراد وحب التجربة، فهو بتمرده يحاول أن يفهم الآخرين ما يريد. (I cry

.(for help

العلاج ← بناء العلاقات الصحيحة – الحب – التقبل – التفهم.

يجب أحد أن يسمعهم ويفهم مشاعرهم وحاجاتهم.

أسبابه ← المعاملة المتسلطة – المعاملة المتشددة – التسلطية وضعف الإقران ← التجريب (حب

التجربة).

- معاملة الطفل الذكر على أنه أنثى.

- لأسباب الدلال الزائد.

الحلول المقترحة لتفادي هذا الاضطراب:

- عملية تحديد الدور الجنسي مهمة جدا في الطفولة المبكرة في عملية التربية.

- تدريب الذكر داخل الأسرة على تحقيق الصفات التي يتصف بها الذكور.

- المسؤولية على الوالدين والاخوة الذين يكبرونه سنا.

- استعمال الصيغة المناسبة لجنس الطفل.

- تهيئة الطفل ليلعب الدور وتشجيعه عليه في لعبه وفي لباسه وحتى في طريقة تحدثه وسيره.
- أي ملاحظة على اختلال هذا الدور يتطلب عدم التساهل والاسراع إلى تقويمه وإذا صعب الأمر يجب الالتجاء إلى الأخصائي لمساعدتها.
- على الأب أن يشجع الدور الخاص بالذكر ويشدد على ضرورة التمسك بصفات الرجولة.
- يشجع الأب الطفل على المشاركة في الأعمال التي هي من صميم أعمال الرجال.
- الانتباه إلى نوعية الألعاب التي يمارسها وتركيزه الدور الذكري كأن يلعب الطفل دور الأب، أو دور الطفل الأكبر، وأن لا يسمح له بلعب دور الأنثى في مجال لعب الأطفال.
- المعاملة القاسية بما فيها الإهانة والسخرية لأي شخص تولد الكثير من الاحباط والكرهية والسخط والعدوان.
- وتخلق شخصية غير سوية تتصف بالتردد وعدم القدرة على التفاعل الاجتماعي مع الآخرين حيث يتسبب هذا الهروب والانطواء.
- هذه الأخطاء في التربية تمهد الطريق نحو الانحراف والعدوان تجاه الآخرين وتنمي الشعور بالنقمة والكرهية والانتقام على كل من يمثل السلطة أو تكون له سلطة عليه.

آثار الجنسية المثلية:

1. العزلة النفسية (فشل في خلق علاقة ثنائية).
- وهذا ما يولد الشعور بالوحدة والرفض (ليسوا سعداء، عدم قبول المجتمع، خيانا رفض من مجتمعهم اللواط).
2. التوجيه نحو الانحراف: لا يقبلوا زوجة واحدة.
- ممارسة الجنس الحماسي بكل أنواعه.
- ممارسة السادية والمازوشية.
3. الآثار الجسدية: الإيدز، الزهري، التهاب الكبد النوياتي، أمراض الأمعاء.
4. الآثار النفسية: الاضطراب الاكتئابي (صراعات، عدم الطمأنينة).
- الانتحار: النسبة أعلى لدى الشواذ من العاديين.
- الإباحية: ليسوا من أنصار الزوج الأحادي.
- تعدد الممارسات الجنسية المثلية.
- الاضطراب السيكوسوماتي: أمراض عضوية نفسية المنشأ.
- الشعور بالذنب وكرهية الذات (شعور دائم بالذنب).

- بسبب رفض المجتمع لهم وبسبب بقايا التربية الدينية والتقاليد الاجتماعية. (الزيادة، 2014، 315).

2- التحول الجنسي: Transsexuels

الرغبة في أن يعيش للشخص ويقبل كعضو من الجنس الآخر يصاحبها دوم احساس بعدم الراحة أو عم التلاؤم مع الجنس التشريحي للشخص، ورغبة في اجراء عملية أو تناول علاج هرموني لكي يتواءم الجسد بقدر الامكان مع الجنس المفضل لدى الشخص.

• مؤشرات تشخيصية:

لاستخدام هذا التشخيص يجب أن تستمر الهوية التحولية الجنسية لمدة عامين على الأقل ولا تكون عرضا لاضطراب عقلي آخر مثل الفصام أو مصاحبة لأي شذوذ جنسي أو وراثي أو في الصبغيات الجنسية.

3- تحول الزي الثنائي الدور (الارتداء المغاير) Tromsvestion

هو ارتداء ملابس الجنس الآخر لفترة من الوقت من أجل الاستمتاع بتجربة مؤقتة كأحد أفراد الجنس الآخر، ولكن دون أي رغبة في تبديل جنسي دائم أو أي إجراءات جراحية مصاحبة، ويجب تمييز هذه الحالة عن تحول الزي التوثيني (الفيتيشي) حيث لا يوجد إثارة جنسية مصاحبة لارتداء الملابس المخالفة (عسكر، 2004، 223).

4- الجنسية المثلية عند الإناث: السحاق Female Homosexuality

وهو السحاق عند النساء وتقوم على أساس أن تتخذ امرأة عشيقة لها وتمارس معها الجنس، وعادة ما تكون الأسباب الدافعة لممارسة هذا الانحراف وجود نمط من النساء قاسيات، دوات رجولة شديدة، يتصرفن كالرجال ويفكرن مثلهم ويرجع بعض علماء النفس ظاهرة السحاق اللبسية من جانبها النفسي وجود حالة خاصة لدى المرأة السحاقية النفسية كرها للرجال، أدت إليه أسباب عديدة ممكنة، أنها ترفض الخضوع إلى قانون الذكورة، فتبحث عن امرأة أخرى، وعادة تكون السحاقية التي تقوم بدور الرجل تصبح رجلا من الناحية الذهنية والسحاق من الناحية النفسية هو عرض من أعراض العصاب "الاضطراب النفسي" وتفسره مدرسة التحليل النفسي أن السحاق يعني وجود رغبة لا شعورية في السيطرة والسيادة وغير قضيبية من الرجال.

5- البغاء: Prortitution

البغاء يعني اتصال جنسي مقابل أجر أو هو استخدام الجسم لإطفاء شهوات الغير نظير أجر وبغير تمييز، أو هو حدوث عملية جنسية بين رجل وامرأة لتلبية حاجة الرجل الجنسية ولتلبية حاجة المرأة الاقتصادية، وهو موجود منذ القديم قدم الإنسانية.

مدى انتشار البغاء:

ليس بالسهولة بحصر مكان وتعداد البغاء فنحن نعلم أن البغاء حالياً قد تم تجريمه إلا أن ذلك لا يمنع من انتشارهن كما أن إحصاءات وزارة الداخلية في هذا الصدد ليستت دليلاً قاطعاً على أن المقبوض عليهن من اللاتي يمارسن البغاء.

وقد قام (حسن غانم، 1990) في أطروحة الماجستير (1990) بحصر أعداد البغاء من عام 1980-1987 فكان المجموع 12106 وقد وجد تناقصاً لهذه الأرقام ابان فترة الثمانينات، وقد فسر ذلك بأن البغاء بعد تجريمه فقد أخذ صوراً متعددة وأشكالاً متطورة مما يجعل عملية القبض عليهن ليست بالصورة اليسيرة.

التفسيرات المختلفة للبغاء.

1. التفسيرات الاقتصادية: يعتبر البغاء هو الوسيلة الوحيدة للحصول على المال اللازم للحياة وأن جل النساء اللواتي يتجهزن للبغاء ينحدرن من أسر فقيرة، إلا أن هذا لا يمكن اعتباره قاعدة للانحراف.
2. التفسيرات الاجتماعية: يقصد به أن التفكك والتصدع الأسري وضعف الرفاهة وسوء التنشئة الاجتماعية وانحطاط القيم والمعايير الأخلاقية، السائدة وفناءها خاصة في البيئة المحيطة كالحى والجيران يقود إلى الانحراف.
3. التفسيرات النفسية: تنص هذه الرؤية إلى أن نقص الأب لابنته يصيب الابنة بالتبلىد الانفعالي أو الذي يخفي حقد قديم وعدوانية مكبوتة ولكي تنتقم الابنة من أبيها فإنها تتجه إلى البغاء كنوع من الانتقام من الوالد في صورة كافة الرجال المترددين عليها، كما أن الاسراف في الحب يؤدي إلى نفس النتيجة.

مراجع محاضرات علم النفس المرضي للراشد والمسن

مراجع محاضرات علم النفس المرضي للراشد والمسن

- 1- محمد حسن غانم (2009) مقدمة في علم النفس الاكلينيكي، التقييم، التشخيص، العلاج، المكتبة المصرية للطباعة والنشر والتوزيع، ط1، 13073/2007، مصر، الاسكندرية.
- 2- عبد الرحمن العيسوي(2007) التيزر فرينيا، ذهان فصام الشخصية وعلاجهن دراسة في الصحة النفسية، الناشر، 2006، الاسكندرية، مصر.

- 3- عبد الرحمن العيسوي (2011)، البرانويا والصحة النفسية، منشورات الحلبي الحقوقية (2011)، بيروت، لبنان.
- 4- كمال الدسوقي (د س)، الطب العقلي والنفسي: علم الأمراض النفسية التصنيفات والأمراض، دار النهضة العربية للطباعة والنشر، بيروت، ط1.
- 5- أسعد شريف الأمانة وعلي حسين الحلو (2022)، مدخل الصحة النفسية، الدار المنهجية . للنشر والتوزيع، ط1، 2020-1443هـ، عمان، الأردن.
- 6- بيرتر شكوتكة، فرنس كاسبار، بيرنندروكر، ترجمة سامر جميل رضوان، التشخيص النفسي الاكلينيكي (1) (2016)، دار الكتاب الجامعي، دولة الامارات العربية المتحدة، لبنان.
- 7- بيرتر شكوتكة، فرنس كاسبار، بيرنندروكر، ترجمة سامر جميل رضوان، التشخيص النفسي الاكلينيكي (2)، ط1، (2016)، دار الكتاب الجامعي، دولة الامارات العربية المتحدة، لبنان..
- 8- أحمد رشيد زيادة (2014)، علم النفس العيادي، الوراق للنشر والتوزيع، ط1، 2013، عمان، الأردن.
- 9- معلوف لويس (1930). المنجد في اللغة. بيروت: المطبعة الكاثوليكية.
- 10- عمرو سامي أبو عقل (2016). المساندة الأسرية وعلاقتها بالاستشفاء لدى عينة من مرضى الفصام المترددين على عيادات الصحة النفسية في قطاع غزة. أطروحة دكتوراه، كلية التربية الجامعة الإسلامية.
- 11- الخازن منير وهيبية (د.س). معجم مصطلحات علم النفس الأول من نوعه في اللغة العربية.
- 12- غراب أسماء عبد القادر (2015). فاعلية العلاج المعرفي السلوكي بأسلوب حل المشكلات في التخفيف من الضغوط النفسية لدى زوجات مرضى الفصام. رسالة ماجستير، كلية التربية الجامعة الإسلامية.
- 13- قيروود الطاهر (2022). أثر سوء المعاملة الأبوية في المراهقة على الإصابة بالفصام. مجلة الروائز، 6(2)، 49-58.
- 14- كوروغي محمد لمين (2017). مقارنة وبائية للفصام. مجلة أبحاث نفسية وتربوية، ج(10)، 419-423.
- 15- بغالية هاجر (2019). تمثلات ومعاش مرض الصرع والفصام بمنطقتي "تيسمسيلت" و "مستغانم". أطروحة دكتوراه، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية جامعة أبي بكر بلقايد.
- 16- بغالية هاجر (2017). العلاج التقليدي لمرض الصرع والفصام انطلاقا من المخيال الشعبي: مقارنة بين منطقة تيسمسيلت ومنطقة مستغانم. مجلة انتربولوجيا، 3(6).

- 17- مليون خليدة (2014). مدى فعالية تقنيات الفحص العيادية الإسقاطية والموضوعية في تشخيص الفصام في المجتمع الجزائري. أطروحة دكتوراه، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية جامعة محمد خيضر بسكرة.
- 18- مليون خليدة (2014). مدى فعالية تقنيات الفحص العيادية الإسقاطية والموضوعية في تشخيص الفصام في المجتمع الجزائري. أطروحة دكتوراه، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية جامعة محمد خيضر بسكرة.
- 19- كيلاني علاء فوزي (2021). ممارسة النموذج العقلاني الانفعالي في خدمة الجماعة لتعديل الأفكار اللاعقلانية وخفض مخاطر احتمالات الانتكاسة لدى مرضى الفصام. مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية، 1(53).
- 20- دريس سهام، وتواتي نورة (2021). اضطراب الذاكرة العاملة لدى الفصاميين. مجلة الجامع في الدراسات النفسية والتربوية، 6(2)، 167-183.
- 21- جودة محمد محمد نبيل (2008). الاتجاهات الوالدية لدى مرضى الفصام العقلي في قطاع غزة في ضوء بعض المتغيرات. رسالة ماجستير، كلية التربية الجامعة الإسلامية.
- 22- محمد ولاء محمد أبو المجد (2022). التشوهات المعرفية وعلاقتها باضطراب الفصام لدى عينة من مرضى الفصام. مجلة كلية الآداب، 56(56)، 704-723.
- 23- الحمادي أنور (2022). معايير DSM-5-TR.
- 24- أبو فايد ريهام (2016). المناخ الأسري وعلاقته بتوكيد الذات لدى زوجات مرضى الفصام العقلي. رسالة ماجستير، كلية التربية الجامعة الإسلامية.
- 25- عكاشة احمد (2010). الطب النفسي المعاصر. القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.
- 26- اعتدال عبده فقير سيد احمد (2010). الصحة النفسية لدى مرافقي مرضى الفصام بمستشفيات الطب النفسي بولاية الخرطوم في ضوء بعض المتغيرات. رسالة ماجستير، كلية الآداب جامعة الخرطوم.
- 27- إبراهيم، عبد الستار (1998)، الاكتئاب اضطراب العصر الحديث، عالم المعرفة الكويتية، الكويت.
- 28- زيور مصطفى (1986)، في علم النفس، دار النهضة العربية، بيروت.
- 29- طه، فرح عبد القادر وكامل، مصطفى وآخرون (1993)، موسوعة علم النفس والتحليل النفسي، دار السعاد الصباح، الكويت.
- 30- عكاشة، أحمد (1998) الطب النفسي المعاصر، مكتبة الأنجلو المصرية، لقاهرة.
- 31- إبراهيم سالم الصيحان (2010) الاضطرابات النفسية والفعلية (الأسباب والعلاج)، دار الصفاء للنشر والتوزيع، عمان، ط1: 2009-1430.

- 32- أديب محمد الخالدي (2015)، علم النفس الاكلينيكي، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان، ط1.
- 33- محمد أحمد شلبي، محمد إبراهيم الدسوقي، زيزي السيد إبراهيم (2021)، تشخيص الأمراض النفسية للراشدين، مكتبة الأنجلو المصرية، مصر.
- 34- السيد، فهمي علي (2010)، علم النفس المرضي _ نماذج لحالات اضطرابات نفسية وعلاجها، دار الجامعة الجديدة، الاسكندرية، مصر.
- 35- محمد النوبي محمد علي (2012)، الخرف لدى المسنين، الاتجاهات الحديثة في التشخيص والعلاج وكيفية التعامل، دار صفاء للطباعة والنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
- 36- محمد النوبي محمد علي (2012)، الزهايمر لدى المسنين، الاتجاهات الحديثة في التشخيص والعلاج وكيفية التعامل، دار صفاء للطباعة والنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
- 37- سامي محسن الختاتنة (2012)، مقدمة في الصحة النفسية، دار الحامد للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
- 38- محمد جاسم العبيدي (2013) علم النفس الاكلينيكي، دار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
- 39- بشر صالح الرشيد، منصور طلعت، محمد أحمد النابلسي، إبراهيم الخلفي، فهد عبد الرحمن الناصر، مود القشعان، بدر بورسلي (2000)، سلسلة تشخيص الاضطرابات النفسية (تعريف الدليل التشخيصي للأمراض النفسية)، المجلد الثالث، الكويت، مكتب الإنماء الاجتماعي.