

## شكر

لا يفوتني مع ظهور هذه الطبعة من هذا الكتاب أن أشيد بالعموم الصادق والجهد الأمين اللذين بذلتهما الدكتور طارق أحمد عكاشة أستاذ الطب النفسى بكلية طب عين شمس طواعية فى مراجعة متن الكتاب، وفيما طرحه من ملاحظات علمية قيمة وإضافات سديدة، أخذت بها عن اقتناع تام، فله منى ما هو جدير به من تقدير وما يستحق من شكر.

أحمد عكاشة

## موضوعات الكتاب

الصفحة	الموضوع
٥	• المحتويات
١٥	• مقدمة
<b>الفصل الأول</b>	
<b>تطور مفهوم المرض العقلي</b>	
<b>من العصر الفرعوني حتى الإسلام</b>	
٢٣	• خدمات الصحة النفسية في مصر . . . . .
٤٥	• تصنيف اضطرابات الطب النفسي والعقلي . . . . .
٦٧	- التصنيف العالمي العاشر للاضطرابات العقلية والسلوكية (الفصل الخامس) منظمة الصحة العالمية . . . . .
٦٧	• الفحص الإكلينيكي للحالة النفسية . . . . .
١٠٩	
<b>الفصل الثاني</b>	
<b>الاضطرابات العصبية</b>	
<b>والمرتبطة بالكرب وجسدية الشكل</b>	
١١٣	• اضطراب القلق العام . . . . .
١٣٤	• اضطراب القلق والاكتئاب المختلط . . . . .
١٥١	• اضطراب الهلع . . . . .
١٥٢	• اضطراب القلق الرهابي . . . . .
١٥٦	



- ١٥٧ ..... اضطراب الرهاب (الخوف) .
- ١٦٥ ..... اضطراب الوسواس القهري .
- ١٨٨ ..... استجابة الكرب الحادة .
- ١٩٠ ..... اضطراب الكرب عقب صدمة .
- ١٩٢ ..... اضطراب التوافق .
- ١٩٥ ..... الاضطرابات الانشقاقية والتحولية (الهستيريا) .
- ٢٠٤ ..... - الشلل الهستيرى .
- الثوبات الهستيرية : فقدان الصوت - ارتجاج الأطراف -  
الولائم .
- ٢١٠ ..... - الغيبوبة الهستيرية .
- ٢١٤ ..... - الجوال الهستيرى - اعوجاج الرقبة .
- ٢١٧ ..... - اضطرابات حسية .
- ٢١٩ ..... - اضطرابات حشوية .
- ٢٢٣ ..... - فقدان الشهية العصبى .
- ٢٢٨ ..... - الشراء العصابى .
- ٢٣٠ ..... - فقدان الذاكرة .
- ٢٣٢ ..... - الشرود الهستيرى .
- ٢٣٣ ..... - تشوش الوعى - الغشية - العس .
- ٢٣٤ ..... - تعدد الشخصيات - شبه العته الهستيرى .
- ٢٣٧ ..... - الهستيريا الجماعية .
- ٢٤٥ ..... • اضطرابات جسدية الشكل .
- ٢٤٦ ..... - اضطراب الجسنة .
- ٢٤٨ ..... - اضطراب جسدى الشكل غير مميز .

٢٤٨	- اضطراب توهم المرض .
٢٥٤	- الإعياء العصبي .
٢٥٥	• اضطرابات احتلال الألية والعالم الخارجي (تبدد الشخصية والواقعية) .
٢٥٧	• علاج العصاب .
٢٦١	- العلاج النفسي .
٢٦٦	- العلاج المعرفي وعبر الشخصية .
٢٧٥	- العلاج العضوي .
٢٨٢	- العلاج السلوكي .
٢٨٩	- العلاج البيئي والاجتماعي .

### الفصل الثالث

#### الاضطرابات الذهانية

٢٩١	• الفصام .
٢٩٥	- الأسباب .
٢٩٩	- التفسير النفسي المرضي .
٣١٥	- أعراض اضطراب الفصام .
٣١٧	- أنواع الفصام .
٣٤٠	- اضطراب فصامي الطابع .
٣٥٠	- اضطرابات ضلالية .
٣٥٤	- اضطرابات ذهانية حادة عابرة .
٣٥٩	- اضطراب الفصام الوجداني .

٣٦٤	- مآل الفصام . . . . .
٣٦٩	- التشخيص الفارق . . . . .
٣٧٢	- العلاج . . . . .

### الفصل الرابع

#### الاضطرابات المزاجية (الوجدانية)

٣٩٢	
٤٠٠	- نوبة هوس (ابتهاج) . . . . .
٤٠٣	- اضطراب وجداني ثنائي القطب . . . . .
٤٠٧	- نوبة اكتئاب . . . . .
٤١٦	- المزاج اللوابي . . . . .
٤١٧	- عصر المزاج . . . . .
٤١٩	- الأسباب . . . . .
٤٣٠	- أعراض الاكتئاب . . . . .
٤٤٢	- الاضطراب الوجداني الموسمي . . . . .
٤٤٢	- أعراض الابتهاج (الهوس) . . . . .
٤٤٨	- مآل اضطرابات المزاج . . . . .
٤٥٢	- العلاج . . . . .

### الفصل الخامس

#### الاضطرابات العقلية العضوية

٤٧٢	
٤٨٠	- الهذيان العاد . . . . .
٤٨٤	- اضطرابات التمثيل الغذائي . . . . .

- ٤٨٦ ..... اضطرابات القديمانيات .
- ٤٨٨ ..... أمراض الغدد الصماء .
- ٥٠١ ..... أمراض الجهاز العصبي .

### الفصل السادس

#### اضطرابات عقلية وسلوكية نتيجة

#### لاستخدام مواد نفسية الفاعلية (الإدمان)

- ٥٢٥ ..... الكحولية .
- ٥٤٠ ..... الحشيش .
- ٥٥٢ ..... المورفين (الأفيون) .
- ٥٥٣ ..... الهيروين .
- ٥٥٦ ..... الكوكايين .
- ٥٥٨ ..... عقاقير الهلوسة .
- ٥٦٠ ..... أسباب الإدمان .
- ٥٦١ ..... المحور الصحي لإستراتيجية مكافحة الإدمان .
- ٥٧٠ ..... أهداف العلاج .
- ٥٨٢ ..... علاج الإدمان .

### الفصل السابع

#### الزلمات السلوكية المصحوبة

#### باختلالات وظيفية وعوامل بدنية

- ٥٩٧ ..... فقدان الشهية العصبي .
- ٥٩٩ ..... الشره المرضي .

- ٦٠٣ ..... - فرط الأكل المصاحب باضطرابات نفسية أخرى .
- ٦٠٥ ..... \* اضطرابات النوم غير العضوية .
- ٦٠٥ ..... - عصر النوم .
- ٦٠٦ ..... - الأرق .
- ٦٠٩ ..... - فرط للنوم .
- ٦١١ ..... - اضطرابات موعد النوم واليقظة .
- ٦١٢ ..... - السهر أثناء النوم .
- ٦١٤ ..... - فرغ النوم .
- ٦١٥ ..... - الكوابيس الليلية .
- ٦١٦ ..... - علاج الأرق .
- ٦١٩ ..... \* الاضطرابات الجنسية .
- ٦١٩ ..... أ - اضطراب الهوية الجنسية:
- ٦١٩ ..... ١- التحول الجنسي .
- ٦١٩ ..... ٢- تحول الزبي الثنائي الدور (الارتداء المغاير) .
- ٦١٩ ..... ٣- اضطرابات الهوية الجنسية في الطفولة .
- ٦٢١ ..... ب- اضطرابات الإيثار الجنسي :
- ٦٢١ ..... ١- اضطرابات الإيثار الجنسي .
- ٦٢١ ..... ٢- الفيتيشية .
- ٦٢٢ ..... ٢- تحول الزبي الفيتيشي .
- ٦٢٢ ..... ٣- الاستعراء .
- ٦٢٤ ..... ٤- التنطع الجنسي .
- ٦٢٤ ..... ٥- حب الأطفال الجنسي .

- ٦٢٥ ..... ٦- السادية - المازوكية .
- ٦٢٦ ..... ٧- اضطرابات متعددة .
- ٦٢٦ ..... ٨- اضطرابات أخرى .
- ٦٢٧ ..... • اضطرابات التعبير عن الجنس :
- ٦٢٧ ..... - الفعية .
- ٦٢٨ ..... - الشرجية .
- ٦٢٨ ..... - طرق أخرى .
- ٦٢٨ ..... - نذة الرمامة .
- ٦٢٩ ..... - الاستمنا .
- ٦٣٠ ..... - الجنسية المثلية .
- ٦٣٢ ..... • عمر الوظيفة الجنسية :
- ٦٣٣ ..... - فقدان الرغبة الجنسية .
- ٦٣٣ ..... - بغض الجنس وعدم الاستمتاع بالجنس .
- ٦٣٤ ..... - عصر هزة الجماع .
- ٦٣٥ ..... - النقص المهبلي .
- ٦٣٥ ..... - آلام الجماع .
- ٦٣٦ ..... - زيادة النافع الجنسي .
- ٦٣٦ ..... - العلاج .

### الفصل الثامن

- ٦٤٩ ..... الأمراض النفسيةوسوماتية أو النفسجسدية
- ٦٤٥ ..... - فرحة المعدة والاثني عشر .

- ٦٤٦ ..... - الربو الشعبي .
- ٦٤٦ ..... - ارتفاع ضغط الدم .
- ٦٤٧ ..... - قصور الشرايين التاجية .
- ٦٤٨ ..... - الصداع النصفي .
- ٦٤٩ ..... - روماتيزم المفاصل .
- ٦٥٠ ..... - الأمراض الجلدية .

### الفصل التاسع

#### الاضطرابات العقلية والسلوكية المصاحبة للحمل والنفاس

٦٥٣

### الفصل العاشر

#### اضطراب الشخصية

- ٦٦١ ..... - اضطراب الشخصية البارانويدية .
- ٦٧٥ ..... - اضطراب الشخصية النيفسامية .
- ٦٧٦ ..... - اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع (السيكوباتية) .
- ٦٧٩ ..... - اضطراب الشخصية غير المتزنة انفعالياً .
- ٦٧٩ ..... • النوع النزقى .
- ٦٧٩ ..... • النوع الحدى .
- ٦٨٠ ..... - اضطراب الشخصية الهستيرى .
- ٦٨٢ ..... - اضطراب الشخصية القهرى .
- ٦٨٣ ..... - اضطراب الشخصية الأجتائبية .
- ٦٨٣ ..... - اضطراب الشخصية الاعتمادية .

- تغيرات دائمة في الشخصية . . . . . ٦٨٥
- اضطرابات العادة والانقطاع . . . . . ٦٩١
- المقامرة المرضية . . . . . ٦٩١
- هوس إشعال الحرائق . . . . . ٦٩٢
- هوس السرقة . . . . . ٦٩٣
- هوس نشف الشعر . . . . . ٦٩٤

### الفصل الحادي عشر

- ٦٩٧ التخلف العقلي (العجز التعليمي)

### الفصل الثاني عشر

- ٧٢٣ طب نفسي الأطفال
- اضطرابات النماء النفسي . . . . . ٧٢٦
- اضطرابات إيمانية منتشرة . . . . . ٧٥٠
- الذاتية الطفولية . . . . . ٧٥٢
- زملة رت . . . . . ٧٥٥
- زملة نسيرجر . . . . . ٧٥٨
- اضطرابات فرط الحركة . . . . . ٧٥٩
- اضطرابات المسلك . . . . . ٧٦٢
- اضطرابات الفوازم . . . . . ٧٧٨
- التبول اللاإرادي . . . . . ٧٨١
- التبرز اللاإرادي . . . . . ٧٨٤



الفصل الثالث عشر

٧٩١

طب نفسي المسنين

الفصل الرابع عشر

٨١٥

الصحة النفسية والوقاية في الطب النفسي

الفصل الخامس عشر

٨٤١

الطب النفسي الشرعي

الفصل السادس عشر

٨٩١

القوانين المتعلقة بالطب النفسي

٨٩٤

..... - قانون مكافحة المخدرات .

- القانون رقم ١٤١ لسنة ١٩٤٤ بشأن حجز المصابين بأمراض

٩١٣

عقلية ، ونس مشروع القانون الجديد المقترح .

٩٣٩

..... - قانون تنظيم مهنة العلاج النفسي .

٩٤٤

..... • قسم الطيب النفسى .

٩٤٥

..... • ميثاق شرف الأطباء النفسيين .

٩٤٩

..... • المراجع العربية .

٩٥٤

..... • المراجع الأجنبية .

## مقدمة

مر الطب النفسى خلال تطوره بعدة مراحل ، بعد أن كان مجالاً خاصياً للاجتهاد الذاتى للفلاسفة والحكماء ورجال الدين ، وكذلك عوامل مرضى النفس والعقول فى الفترات السابقة المختلفة بوصفهم شواناً ، ومحترقو إجرام ، وأتباعاً للشياطين أو أنهم من أهل الكفر .

وتنقسم مراحل تطور الطب النفسى إلى أربع مراحل : المرحلة الإنسانية ، والمرحلة التحليلية ، والمرحلة الطبية ، والمرحلة النفسيكيميائية ، ومع بداية القرن القادم تبدأ مرحلة الهندسة الوراثية الجزيئية .

بدأت المرحلة الإنسانية فى القرن الثامن عشر بظهور الطبيب الفرنسى فيليب بيثل ، الذى استطاع أن يغير من طبيعة مستشفى الأمراض العقلية ، وأن يفك الأشغال والسلاسل التى كانت تغد مرضى العقول ، ويقضى على المعاملة السيئة والمهينة ، وينشر الوعى الحضارى فى معاملة هؤلاء المرضى .

بنى تلك المرحلة ظهور فرويد فى القرن التاسع عشر ، ومحاولته الفريدة فى تشريح النفس البشرية وفهم العوامل اللاشعورية فى سلوك الإنسان ، وأفاض فرويد فى تفسير الأحلام ، وزلات الكلام والجنسية الطفلية ، وأثار الجدل بنظريته فى نشأة الأمراض النفسية والعقلية ، من خلال الصدمات الانفعالية والجنسية فى حياة الطفل أثناء السنوات الخمس الأولى ، وكتب كثيراً عن علاج هذه الأمراض بالتحليل النفسى وعمليات الألفة والمقاومة .

وعلى الرغم من نقد الكثيرين لتطرف نظريات فرويد - باعتباره وضع فروضه على أساس بعض الشخصيات المرضية ، ولم يأخذ فى حسبانته الشخصيات السوية ؛ مما أدى إلى اعوجاج فى تطبيقها على كافة المستويات ، ومما أدى بكثير من بعض تلامذته إلى الانفصال عنه بنظريات مختلفة ، مثل : أدلر ، ويونج وغيرهم - إلا أن أثره البالغ فى التعمق فى ألام النفس البشرية لم يسبقه إليه أحد ، وإن كان تأثيره الحالى أكثر جلاء فى مجال الفن والتصوير والسينما ، عنه فى الطب النفسى ؛ حيث ظهرت مدارس متطورة فى العلاج

النفسي ، أثبتت فاعليتها وتفوقها على مدرسة التحليل النفسي .

أما المرحلة الثالثة وهي المرحلة الطبية ، فهي محاولة العالم الألماني كريبلين وضع الطب للنفسي في إطار طبي ، بدلاً من الإطار الفلسفي الذي كان شائعاً في هذا الوقت ، فبدأت بشروعه في البحث والتنقيب والتفتية حتى وصل إلى تفسير الأمراض النفسية والعقلية المعروفة الآن على أساس طبي ، من حيث : فهم الأسباب والبياتولوجيا والأعراض والعلامات ، ومآل المرض ثم العلاج ، غير أنه قد أهمل الكثير من العوامل اللاشعورية والأسباب الانفعالية الخاصة بالمرضى لكي يشابه بين المرضى العضوي والنفسي ، ولكن جانبه الصواب في هذا الشأن ، ذلك أن المريض النفسي يختلف كثيراً عن المريض العضوي في رمزية أعراضه ، وفي الدور الذي تلعبه هذه الأعراض في حياته الخاصة والعامية .

وقد انتشرت الآن المدرسة المضادة للطب النفسي ، برفضها وضع الأمراض النفسية والعقلية في إطار طبي مثل بقية الأمراض العضوية ، واعتبارها أسلوباً في الحياة اختاره الفرد ، الذي يجب أن يمر بهذه التجربة حتى يخرج منها بخلق جديد أو إبداع ملهم ، وينصح خطأ الطبيب في علاجه لهذه الأمراض بالطريقة الطبية ؛ لأنه يتحول في هذه الحالة إلى أداة في خدمة الحاكم والمجتمع لترويض المريض واستئناس أنماطه ؛ حتى يتكيف مع هذا المجتمع الزائف ..

ولكن سرعان ما أصيبت هذه المدرسة بالعقم والشلل ، لأنهم وإن كانوا قد قدموا فلسفة ممتعة جميلة ، إلا أنهم لم يجدوا الحلول لإسعاد وعلاج مرضى النفس والعقل من معاناتهم المستمرة .

أما المدرسة الرابعة وهي الفسيوكيميائية ، فقد بدأت في القرن العشرين ؛ خاصة في الخمسينيات باكتشاف عقاقير مضادة للغصام ، ومعرفة أن عقاقير الهلوسة تسبب اضطرابات كيميائية داخلية في الدماغ ، شبيهة بما يحدث في الغصام ، وكذلك اكتشاف نقص في بعض الموصلات العصبية في المشتبكات العصبية داخل الدماغ في مرض الاكتئاب ، وأنه بإعادة هذه الموصلات لتسببها الطبيعية يشفي الاكتئاب .

وفي الوقت نفسه ، أوضحت الأبحاث التغيرات الفسيولوجية التي تحدث مع حالات الفلق والهلع والهمسديريا والوسواس القهري ، وكذلك اكتشاف إفراز المخ

للأفيون الداخلي ، والذي يسيطر على عتبة الألم واحتمال علاقته المباشرة بالإدمان بكافة أنواعه ، وأخيراً العلاقة المباشرة بين مزاج الفرد وجهاز المناعة ، وكيف أن التغيرات المزاجية قد نقلت المناعة وتسبب الأمراض النفسية ، وكذلك الجسدية من السرطان إلى السكر والروماتيزم وأمراض القلب ، والحديث لن يتوقف عن الثورة النفسيكيميائية التي غيرت مفهوم الطب النفسي في العالم ، والعقائير المختلفة التي تظهر في محاولة لإزالة معاناة الإنسان النفسية ، واكتشاف عقائير مضادة للقلق والاكتئاب والهديان والفصام والوسواس .. ومن يدري فقد يأتي اليوم الذي تكتشف فيه الحبوب لمنع الحقد والحسد والغيرة .. بل حبوب تجعل الأحلام سعيدة .. وملونة!

ولقد انتشرت كلمة المريض النفسي (العصابي) أو المريض العقلي (الذهاني) في كافة المجالات ، حتى شاعت في شتى وسائل الإعلام ، ولكننا إذا توقفنا برهة لتتأمل من هو المريض النفسي لوجدنا صعوبة في التعريف .. هل هو حقاً مريض ؟ أم أنها كلمة تطلق على كل من يعجز عن التكيف مع المجتمع أو يتألم مع من حوله ، وهو في خلال ذلك يتألم ويعاني ، وأثناء هذه المعاناة قد يخلق أو يبدع ، وينتج ، أو قد يجاهد ، أو يكافح للوصول إلى غايته ، وهذه هي الحضارة ، أو أحياناً ما يتوقف تماماً نتيجة لمعاناته بخضوع جهازه العصبي لاستجابات القلق والاكتئاب والهستيريا والوسواس ، إننا فالعصابي إنسان غير قادر على التكيف ، سواء للأفضل أو للأسوأ ، وفي كلتا الحالتين ينبغي الحذر من أن نوصمه بالمرض .

قررت الجمعية الأمريكية للطب النفسي عام ١٩٨٠ ، في التصنيف الأمريكي الثالث لأمراض الطب النفسي ، إلغاء كلمة العصاب ، نظراً لسوء استعمال الكلمة وكأنها وصفة أو سمة غير حميدة ، وكذلك لأنها تكفي مدرسة التحليل النفسي ، والتي تزول الأسباب إلى صدمات الطفولة المبكرة ، والذي ثبت عدم مصداقيتها في كثير من الحالات ، وقد سبق ذلك شيدر في عام ١٩٦٣ حيث لاحظ أن كلمة العصاب تعبير خاطئ لحالات تدل على تفاعل شاذ في الشخصية ، ولا تعمل في صفتها أكثر من ذلك ، والحق أن معظم الاضطرابات النفسية (العصابية) تتبادل الأعراض ، وتختلف صفاتها في المتابعة الطويلة ، ومن ثم يتغير التشخيص من وقت لآخر ، مما يسبب نوعاً من الخلط والارتباك . وإذا أخذنا

الأسباب والأعراض ، والمآل والعلاج في اضطرابات العصاب المختلفة من قلق إلى وسواس إلى اكتئاب إلى هلع ورهاب ، وكذلك الاضطرابات التحولية والانشاقية ، نجد أنه يمكن تلخيصها في نوعين :

(1) اضطرابات التأقلم أو التكيف وهي مجموعة من الأعراض ، تتميز بظهور أعراض حادة ، قصيرة المدى تحت تأثير مشقة أو كرب وتعمل مآلاً حسناً .

(2) زملة العصاب العام وتتميز بأعراض متباينة مختلفة ، تظهر أحياناً دون وجود مشقة وتأخذ شكلاً مزمناً ، وأكثر الأعراض انتشاراً هو القلق النفسى ، والذي كثيراً ما يتحول إلى اضطراب الهلع ، ثم يأخذ شكل الرهاب أو المخاوف ثم يصبح أحياناً رهاب الساحة (الخوف من الأماكن المتسعة ، وغالباً ما ينتهى بأعراض اكتئابية) .

وإذا قبلنا هذا الجدل من الناحية النظرية ، إلا أنه من الصعب من الناحية العملية إلغاء لفظ العصاب ؛ ولذا فقد أبقي التصنيف العالمى العاشر لسنة ١٩٩٢ للأمراض والناجم لمنظمة الصحة العالمية على فئة للعصاب تحت عنوان الاضطرابات العصابية المرتبطة بالكرب والجسدية الشكل ؛ حيث إنها تشترك في صعوبة الفرد في التكيف مع أحداث وكروب الحياة ؛ مما يؤثر على علاقاته الشخصية وإجازه في العمل ، ويشمل العلاج في حالات العصاب العلاج النفسى والسلوكى والمعرفى والدوائى .

ويبدو أن ما قبل عن لفظ الهستيريا وإلغائه ، يمكن قوله في العصاب ، أنه سيعيش ليسير في جنازة من ينعاه !! .

وينطبق الشيء نفسه بالنسبة للمريض العقلى ، أو ما يطلق عليه العامة ،المجنون ، ففي الواقع لا يوجد مثل هذا اللفظ في قاموس الطب النفسى ، ولكن تستعمل هذه الكلمة أحياناً في الإطار القانونى والجنائى ، لذا فمن هو المريض العقلى ؟

- هل هو من يقوم بسلوك يخالف تقاليد المجتمع ؟

- هل هو من يفكر بطريقة تتور على أسس المجتمع ؟

- هل هو من يخلل إدراكه ولا يستطيع التمييز بين الحقيقة والخيال ؟

- هل هو من يصبح أسيراً لأوهام وهلاوس وضلالات ؟  
 - هل هو ذلك الرجل الذي يتوقف عن التفكير والعاطفة ، ويسحب من هذا العالم ؟  
 - هل هو القاتل ، الشاذ جنسياً ، العدوانى المضرب ؟

هنا تكمن الصعوبة ، فتشخيص المريض العقلى له مكانه الخاصة ، ولكن أحياناً ما يعرف مجازياً حسب المجتمع والبيئة ، فإذا اختلف فرد فى عقائده السياسية مع بيئته وثار عليها ، واتهم زعماءها بأنهم عار على المجتمع، فقد يحتمل فى بعض الدول أن يودع فى إحدى مستشفيات الأمراض العقلية ، بوصفه مصاباً بجنون العظمة ، (وقد أدبت بعض الحكومات فى المؤتمر العالمى السادس للطب النفسى فى هونولولو ١٩٧٧ لممارستها الضغط السياسى من خلال الطب النفسى) ، وفى دول أخرى ، قد يوضع فى السجن باعتبار أن تصرفه مؤذ للمجتمع ، على حين يسمح له بالتعبير عن كل انفعالاته فى دولة أخرى ، فبينما هو مجنون فى مجتمع ، نراه مجرماً فى مجتمع آخر ، أو إنساناً مختلفاً متحرراً على تقاليد المجتمع فى مجتمع ثالث .

وقد يستنسخ مجتمع ما بعض الأفراد ذوى الشفافية ، الذين يزعمون أنهم يتلقون وحى الهداية لنشر الفضيلة والتمسك بأهداب الدين ، بل أحياناً تصل نسبة احترامهم إلى مرتبة القديس ، على حين قد يودعون فى مجتمع آخر مستشفيات الأمراض العقلية للعلاج ؛ حيث يشفون من هذا اللوث الدينى كما يزعمون .

وثمة مثل آخر هو السماح بإنشاء نواد خاصة وصحف ومجلات للشواذ جنسياً فى بعض البلاد ، بل التماذى إلى حد تزويجهم أو تزويجهم من بعضهم البعض مدنياً ، على حين يعتبرون مرضى فى بلاد أخرى ، وفى مجتمع ثالث يكفى بقبول هذا السلوك باعتباره حرية فى التعبير ، وقد أنفيت كلمة الشذوذ الجنسى (الجنسية المثلية) فى إطار الاضطرابات النفسية فى التصنيف الأمريكى ١٩٨٠ ، وكذلك فى التصنيف العالمى ١٩٩٢ .

على هذا النحو طال الجدل واختلفت الآراء ، غير أننا نرى أن المريض العقلى هو من أصيب باضطرابات فى التفكير والسلوك والوجدان والإدراك ؛ مما أدى إلى تدهور شخصيته وتغييرها ، حتى باتت تؤثر عليه وعلى أسرته وعلى

المجتمع ، وهنا يحتاج مثل هذا الشخص للعلاج ؛ حيث إن الاضطراب العقلي يحدث أن ينشأ من أسباب عضوية ، مثل : هبوط الكبد أو الكليتين أو الرئتين ، أو ورم في المخ ، أو أى أسباب وظيفية فيسيوكيميائية مثل نقصان الأكتئاب والتهديان ... إلخ .

وستطبع أن نشبه المريض النفسى بالفرد الذى يبنى قصوراً فى الهواء ، أما المريض العقلي فهو يعيش فى قصور من الهواء ؛ أى إن المريض النفسى يتميز بتغيير فى كمية الأعراض التى تجعله يختلف عن السوى فى الكم وليس فى الكيف ، أما المريض العقلي فيتميز بتغيير كيفى ونوعى ؛ مما يجعل اتصاله بالواقع يختل اختلالاً واضحاً من حيث التفكير والإدراك والشخصية .

تحدثنا فى هذه المقدمة عن المرض النفسى والعقلي ، ولكن ما هى الصحة النفسية . ومرة أخرى تختلف الآراء ، فيوجد من ينادى بأن الصحة النفسية هى التوافق والتآلف مع المجتمع فى القيام بالمسئولية والإنتاج ، غير أن هذا فى تصورى استناداً بشري لمصلحة الحاكم ، يمنع الإبداع والخلق ولو كانت الصحة النفسية كذلك ، لما ظهر الأنبياء والمخترعون والعلماء والفنانون الذين عادة ما يخالقون المجتمع والتقاليد .

ويذهب البعض إلى تعريف الصحة النفسية بأنها القدرة على العطاء والحب والتضحية ، دون انتظار المكافأة ، على حين يفسرها البعض الآخر على أنها التوازن بين الهو ( الغرائز ) والأنا ( الذات ) والأنا الأعلى ( الضمير ) .

وفى رأى أن الصحة النفسية هى القدرة على التآرجح بين الشك واليقين ؛ لأن هذا التآرجح يمنح الإنسان المرونة ، فلا يتطرف إلى حد الغفأ ، ولا يندبذب إلى حد الإحجام عن اتخاذ أى قرار ؛ إذ إن هذا التآرجح يوفر للفرد المعادلة والقوة اللازمة للانطلاق والخلق والتمتع والتكيف ، ويذهب بعض رواد المدارس الجديدة فى العلاج النفسى إلى أن الصحة النفسية هى التآزر والتوافق بين الطفل والمراهقة حتى تبلغ النضج ، ولكن يستمر فى كل واحد منا الطفل أحياناً والمراهق أحياناً والناضج أحياناً أخرى ، فإذا تغلب الطفل فى سلوكنا ، طغى الاندفاع وعدم التجانس والتلقائية والبعد عن التخطيط ، وإذا سيطر المراهق اندفعنا وراء نزواتنا وملذاتنا ، بعيداً عن منهدب الواقع ، وعدونا تحت سيطرة هيدونية مستمرة ، أما إذا

تغلب الناضج فينا وسيطر باتت الحياة جادة ، صارمة ، ونضافت شحنته كلها لكبت الطفل والمراهق داخله ، إذأ فمحاولة التوازن بين الثلاث : الطفل ، والمراهق والناضج في حياتنا ، هي الصحة النفسية للوصول إلى الغاية والسعادة المنشودة .

حاولت في هذا الكتاب أن أعطي صورة للمريض النفسي والعقلي بعد التطورات الأخيرة ، وتغير أسباب نشأته ، واتساع مجالات العلاج في الطب النفسي ، مع الاهتمام الخاص بالطب النفسي المصري والعربي ، وكافة الأبحاث التي بذلت في هذا الاتجاه ، حيث إن العوامل الحضارية والبيئية والاجتماعية لها أثرها البالغ في نوعية الأمراض وفي كيفية علاجها ، ولذا يجب علينا التنويه بذلك ؛ حتى لا يتأثر الكل باستيراد كل ما هو غريب عن بيئتنا وكأنه الأصلح .

وقد اتبعت في تصنيف الاضطرابات النفسية (بلا حظ عدم استعمال كلمة المرض) في هذا الكتاب المنطق عليه حديثاً في التصنيف العالمي العاشر للأمراض ١٩٩٢ ، الصادر من منظمة الصحة العالمية ، والذي كان لي شرف الاشتراك في إصداره .

لغة كلمة أخيرة ، فقد تقدم العلم وتطورت الحضارة ، واكتشف كثير من أسباب المرض النفسي والعقلي وأصبحت مباحث الحياة ومغرياتها بلانهاية ، واستغرق الإنسان بينهم في التمتع بكل ما تصل إليه يده ، غير أن هذا لم يحول دون وجود المرض النفسي والعقلي ، ولم يكف الإنسان عن المعاناة أو عن التفكير في مأساته الدنيوية .

تدل الدراسات الوبائية الحديثة أن نسبة المرض النفسي بين كل الشعوب تتشابه ، ولا يوجد اختلاف في انتشارها بين البلاد النامية أو الصناعية ، ولكن قد تختلف المظاهر المرضية .

فقد وجد أن ٣٠ ٪ من مجموع السكان يعاني من أزمات واضطرابات نفسية ، ويلجأ للعلاج الشعبي أو للممارس العام حوالي ٢٠ ٪ من هؤلاء المرضى ، ولا يستطيع الممارس العام المدرب تشخيص أكثر من ١٠ ٪ على أنها حالات نفسية ويلجأ للطبيب النفسي حوالي ٢,٢ ٪ ولا يدخل المستشفى النفسي أكثر من ٠,٥ ٪ وهذا يعنى أن غالبية المرضى النفسيين يعالجون عند الطبيب العام أو الباطني ؛ ولذا يجب الاهتمام بالتعليم الطبي لفرع الطب النفسي ، وتنوعية الممارس العام لعلاج



هذه القنات من المرض .

﴿ لَقَدْ خَلَقْنَا الْإِنْسَانَ فِي كَبَدٍ ﴾ (البلد : ٤)

لقد ثبت أن العم وحده عاجز عن إسعاد الإنسان ... ترى هل يسترد الإنسان سعادته وتغمره السكينة إذا عاد إلى الإيمان ؟

وتشير الأبحاث والتوقعات المستقبلية إلى احتمال زيادة الاضطرابات النفسية والعقلية في القرن الحادي والعشرين خاصة القلق ، والاكتئاب والاعتماد على المواد المهدئة ؛ نظراً لكروب الحضارة ، وسرعة الإيقاع ، وتغلب المادة على الفكر ، والذاتوية المفرطة ، ونقل روح الجماعة ، وعبثية الانتماء ، وأزمة الهوية الإنسانية ، وانحداز نزعة الإيمان ، ومحاولة الإنسان المستمرة للهروب من هذا الخضم من المشقات والكروب بطرق مختلفة ؛ حتى يتمنى له عبور المرحلة الحياتية لينعم بعدها بالطمأنينة والراحة الأبدية .

أحمد عكاشه



## تطور مفهوم المرض العقلي من العصر الفرعوني حتى الإسلام

عرف المرض العقلي بصور مختلفة من قديم الزمان ، غير أنه لم تجر أية محاولات جديدة لدراسته وفهمه إلا من وقت قريب نسبياً ، إذ كانت تكتنف هذه الدراسة صعوبة كبيرة ، نظراً لطبيعة المرض المعقدة ، ولعدم اهتمام مهنة الطب به ، بل ولتحيز الشعوب العام ضده ، ولذا كان التقدم في هذا الفرع من الطب بطيئاً ؛ وبالتالي غير لافت للنظر قبل بداية القرن الحالي .

عرف المرض العقلي بصور مختلفة من قديم الزمان، غير أنه لم يجر أية محاولات جديدة لدراسة ولهمه إلا من وقت قريب نسبياً ، إذ كانت تكتنف هذه الدراسة سموة كبيرة ، نظراً لطبيعة المرض المعقدة ، ولعدم اهتمام مهنة الطب به ، بل ولتحيز الشعوب العام ضده ، ولذا كان التقدم في هذا الفرع من الطب بطيئاً ، وبالتالي غير لافت للنظر قبل بداية القرن الحالي .

وقد درج المؤرخون عن المرض العقلي والطب النفسي على الإشارة بحكم العادة إلى ماورد في شعر وأساطير الإغريق عن نوبات هياج ، أو جنون نصيب من كان يطلق عليهم تعبير الأبطال ، ولكنه يبدو مستحيلاً في الوقت الحاضر تكوين أي رأي محدد عن ماهية تلك الحالات بالنسبة للمرض العقلي ، حسب مفاهيمه الحالية ، ومن ناحية أخرى .. فقد احتوت أوراق البردي المصرية القديمة على بعض إشارات عن الاضطرابات العقلية ؛ إذ في حوالي سنة ١٥٠٠ قبل الميلاد ذكرت في تلك الأوراق - على سبيل المثال - ملاحظات عن تغيرات مرحلة الشيخوخة ، تتضمن الاكتئاب وضعف الذاكرة .

وربما كانت هذه الملاحظات قد بنيت في ذلك الماضي البعيد على أساس من المشاهدات التشريحية وأيضاً النفسية ، خصوصاً وقد أثبت أحد علماء التشريح الحديثين وجود تصلب في شرايين المخ داخل جماجم بعض الموميات المصرية . على أن أولى الحالات الحقيقية للمرض العقلي قد وردت في كتب العهد القديم ، بما فيها التوراة حيث ذكر فيها مثالان شهيران على الأقل من تلك الحالات ، إذ

جاء اسم «شازول» الذي كان يظن أن المرض العقلي أصابه بواسطة روح شريرة أرسلها الله إليه ، والذي دفعه ما يعانيه من اكتئاب إلى أن يطلب إلى خادمه أن يقضى عليه . وعندما رفض الخادم إجابة هذا الطلب لجأ إلى الانتحار ، كما جاء أيضاً اسم نيوخذ نصر ، وهو الملك الذي أعاد بناء بابل ، والذي كان يعاني بعد ذلك من هذا معتقد وهمي ، مضمونه أنه انقلب إلى ذئب مفترس .

وقد كان الصرع هو المرض المعروف بصفة خاصة بين الأمراض العقلية لدى القدماء ، حيث كانوا يطلقون عليه اسم المرض المقدس أو الإلهي ، وكان قميبيز ملك إيران من الأمثلة البارزة للمصابين به ، غير أن أبقراط باستنصاره المعهود اعترض على نسبة هذه القدسية أو الألوهية إلى المرض ، وأبدى أنه ككل الأمراض الأخرى ينشأ عن سبب طبيعي ، وأن الناس إنما يظلمون عليه تلك الصفة لظلمة لجهلهم .



استئصال الروح الشريرة من المخ (بروخل)



مرضى الصرع (بروخل)

ثم أخذ الإغريق بعد قرون عديدة عن قدماء المصريين ، وطبقوا طرقهم في العناية بمرضى العقل وعلاجهم ، ثم أضافوا عليها بعد ذلك من جهودهم الخاص . وربما كانت أول إشارة إلى ذلك هي ما جاء في كتاب الجمهورية لأفلاطون ؛ إذ نصح بالأيضهر أي مصاب بالمرض العقلي في طرقات المدينة ،

بل يقوم أقرابه بملاحظته في المنزل بقدر إمكانهم ومعرفتهم ؛ بحيث يتعرضون لدفع غرامة إذا ما أعملوا في أثناء هذا الواجب .

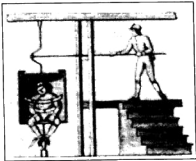
وفي عهد أبقراط جرت العادة على أن يتردد المصابون بالمرض العقلي على معبد معين ؛ حيث كانت تقدم القرابين وتقام الصلوات والابتهالات ، وجاء في إحدى رسائل ديمقريطوس إلى أبقراط أن إحدى النباتات المعروفة بمفعولها الإسهالي الشديد مفيد لهؤلاء المرضى . بينما كان يوصف لمرضى الصرع للتعاظم والطقوس التطهيرية ، وكان يظن أيضاً أن الإصابة باليوسير والدوالي تنفيذ في تخفيف الاضطراب العقلي .

وفي مستهل العصر المسيحي ، دعا أحد العلماء الإغريق إلى استخدام طريقتين متباينتين لعلاج مرضى العقل ، ففي حين أنه كان من ناحية يجد نفعاً في استعمال التجويع والتقييد بالأغلال والجلد بالسياط ، على زعم أن هذه الوسائل تجعل المريض الممتنع عن الطعام يعود إلى تناوله ، وتؤدي إلى إنعاش الذاكرة ، إلا أنه من ناحية أخرى كان يعترض على استخدام القصد ومكدمات الأفيون والبنج ، ويؤكد ضرورة عمل كل ما يمكن لتسوية المصاب بالاكنتاب وعلاجه بوسائل الرياضة البدنية والموسيقى والقراءة بصوت عال وسماع هدير المياه عند تساقطها ، وأوصى عالم آخر بالغذاء السخي والاستحمام والمكدمات للمرضى العقليين ، بينما كان ثالث يهين لمرضاء كل الظروف الملائمة من الضوء ، ودرجة الحرارة والهدوء وإبعادهم عن كل ما يهيج ، ويوفر لهم وسائل التسلية والترفية مع عدم استعمال وسيلة التقييد إلا بحذر وعند الضرورة .

وفي القرون الوسطى نرك علاج المرض العقلي في أوروبا في أيدي رجال الدين ، فشاعت المعتقدات الخرافية عن فاعلية السموم ، وغيره ، ثم أنشئت أماكن لحجز المصابين بالمرض ، لم تكن في غالبيتها تستوفي الشروط الصحية ، بل كان المصابون بالمرض يتعرضون للمعالجة السهلة ، وأخفها التقييد بالأغلال المثبته بالحوائط لفترات قد تصل إلى عشرات السنين ، وكانت هذه الأماكن أو الملاجئ بعيدة عن المستشفيات المعتادة ؛ مما أدى إلى حصول المرض العقلي عن الأمراض الأخرى ، مما ساعد على الركود في الأبحاث الخاصة به ، وعلى افتقار التقدم في هذا الفرع من الطب ، ويعتبر هذا العصر الفترة المطلقة في تاريخ الطب لنفسه .



التعذيب في غلايات في القرون الوسطى بأوروبا



العلاج بالدوران السريع في القرون الوسطى

لقد كان مفهوم المرض عند الأقدمين مختلفاً تماماً عن مفهومنا له ، ذلك أنهم لم يتعرفوا المرض العقلي كما نعرفه نحن اليوم ، كما لم يكن هناك فصل بين أمراض الجسم وتلك الخاصة بالعقل ؛ لقد كان للمرض بالنسبة لهم مفهوماً واحداً وكانت الأمراض على كافة أشكالها تفسر غالباً على أساس التملك ، من قبل أرواح شريرة ، خاصة الأمراض العقلية منها .

لقد ساهمت أبحاث علماء التطور وعلماء طب نفس الأجناس في فهمنا لطبيعة المرض العقلي ، فقد اعتبروا أن بعض الظواهر السلوكية التي نعتبرها بعض المجتمعات حالات مرضية لا تتعدى أن تكون خبرات طبيعية ، إننا ما وضعت في إطار مجتمعا ، على سبيل المثال : الإحساس بالاضطهاد لدى الدويان ، العظمة لدى كواكونيل ، الهلاوس لدى موهاقير وتاكالا ، وحالات الذنوة لدى السيبيريين والزولو ، وينطبق الشيء نفسه على الجنسية المثلية والاستبدال الجنسي للزى .

ويمكننا القول أن مفهوم المرض عامة والمرض العقلي خاصة قد مر بثلاث مراحل عبر العصور :

( ١ ) المرحلة السحيقة في التاريخ ، والتي اعتمدت بشكل مطلق على الخبرة الخاصة ويعكسها بالأساس أقدم تاريخ طبي متوافر ، وكان ذلك في مصر القديمة ودرجات أقل في الحضارات الآشورية والبابلية والصينية والهندية .

( ٢ ) الحقبة اليونانية العربية والتي اعتمدت على الخبرة الإكلينيكية والتجريبية وتبدأ بجالينوس وأبقراط ثم ترجمتها وتطويرها وتجديدها بواسطة العرب ، وخاصة الرازي وابن سينا ، لقد كان عصر النهضة عصراً مليئاً بالتناقضات للعميقة ؛ إذ نجد الاضطهاد الذي لا يعرف الرحمة لمن فقد عقله ، وكان العريض تعقله أرواح شريرة ، جنباً إلى جنب مع علامات التعاطف مع هؤلاء الذين يعانون من الاضطرابات العقلية .

ولم يعبر هذا التعاطف عن نفسه من خلال المواقف والكتابات فحسب ، وإنما كذلك من خلال بناء المؤسسات للمرضى العقلين خاصة في إسبانيا أثناء العصر الذهبي للطب والحضارة ، حيث كان للإسلام تأثيراً فعلاً - لقد أقيمت أولى المستشفيات العقلية في أنشيلية ( ١٤٠٩ ) ساراجوسا وإالنسيا ( ١٤١٠ ) برشلونة ( ١٤١٣ ) وتوليدو ( ١٤٨٣ ) ولكن قبل ذلك بغسرة طويلة كانت هناك مستشفيات عقلية في بغداد ( ٧٠٥ ) القاهرة ( ٨٠٠ ) دمشق وحلب ( ١٢٧٠ ) .

( ٣ ) العصر الحديث ويستند إلى المنهج العلمي والبيولوجي .



### المرض العقلي في العصر الفرعوني القديم :

لم تثر أفتاب الأطباء في العصر الفرعوني إلى مايفيد وجود تخصصات في الأمراض العقلية ، على الرغم من وجود ذكر للأعراض النفسية والعقلية في كثير من الملاحظات الإكلينيكية المدونة ، خاصة في «كتاب القلب» (أبل ، ١٩٣٧) ، وفي ترجمة أبل لبردية «ابرز» جاء ذكر كلمتي القلب والعقل في أربع عشرة وصفة طبية ، ولكن يجب أن ننوه هنا إلى أنه حين نترجم كلمة «اب» إلى عقل ، وكلمة «هي نج» إلى قلب ، يشير جرايو (الجزء الرابع) إلى الكلمتين «بالقلب» ، ومن هنا يبدو أن القلب والعقل كانا يعنيان الشيء نفسه في مصر القديمة .

كان معبد النوم أو معبد الكمون أحد الأساليب العلاجية النفسية المستخدمة في مصر القديمة ، وكان يرتبط باسم امحبت أول طبيب معروف في التاريخ ، وكان اي - ام - حو - نيب (ذلك الذي يأتي في سلام) الوزير طبيباً لزوسر الفرعون ، الذي بنى هرم سفارة في ٢٩٨٠ - ٢٩٠٠ قبل الميلاد ، وكانت تتم عبادته في ممفيس ، وقد شيد معبداً على شرفة في جزيرة فيلة ، وكان المعبد مركزاً نشيطاً للعلاج باللوم ، حيث اعتمدت دورة العلاج بقدر كبير على مظاهر ومضمون وتغير الأحلام ، التي كانت بالضرورة تتأثر تأثيراً بالغاً بالمحيط النفسي والديني للمعبد ، وباللغة المطلقة في القوى الخارقة للعادة للكهوت، وبالعلاقات الإيحائية التي كان يقوم بها المعالجون المقدسون (بعشر ، ١٩٧٥) ، كذلك تم العلاج بالأعشاب واحتمال استعمال نبات الأفيون .

لقد تم تعرف الممارسات الطبية في مصر القديمة من عدة برديات طبية ، المتوافر منها هو التالي :

#### (١) بردية كاهون (١٩٠٠) قبل الميلاد :

وهي غير مكتملة ومجزأة ، وتتناول الحالات المرضية المترتبة على استقرار للرحم .

#### (٢) بردية «ابرز» (١٦٠٠ قبل الميلاد) :

وهي أمضخم وثيقة طبية مصرية ، وقد تم ترجمتها بواسطة ب. أبل (كرونهاجن : ليكسيم ومنسك جارد ، ١٩٣٧) .

(٣) بردية أدوين سميث (١٦٠٠ قبل الميلاد) :

وتتناول أساساً المسائل الجراحية .

(٤) بردية هرست :

وتشبه بردية ابر .

(٥) بردية برلين الطبية (١٢٥٠ قبل الميلاد) :

وتتضمن وصفات طبية غير منظمة .

(٦) بردية لندن الطبية (١٣٥٠ قبل الميلاد) :

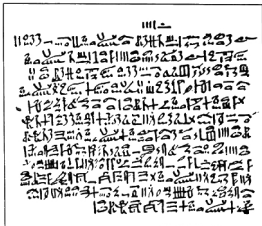
وتتضمن تعاليف ضد مختلف الأمراض ، وهدناً محدودة من الوصفات الطبية .

**الهستيريا (بردية كاهون عن الرحم) :**

تتناول أقدم هذه البرديات بالتحديد موضوع الهستيريا ، وتعرف هذه البردية باسم بردية كاهون ، تبعاً للمدينة المصرية القديمة التي وجدت بين أطلالها . ويعد تاريخها إلى عام ١٩٠٠ قبل الميلاد ، وهي ليست كاملة ؛ إذ لم يعمر منها سوى بعض الأجزاء ، وهي تتضمن وصفاً دقيقاً لعدد من الأمراض ، يمكن بسهولة معرفة أن كثيراً منها يندرج اليوم تحت بند الاضطرابات الهستيرية ، كما تتضمن سرداً لبعض الحالات النموذجية ، امرأة لانغندر السرير ، فلانتھض ولا تنهزه ، امرأة أخرى تعاني من علة الإبصار وآلام في العنق ، امرأة تالفة ، تعاني من آلام في أسنانها وفكيها ، ولانغندر على فتح قفصها ، وأخيراً امرأة تعاني من كل أطرافها ومن آلام في العينين .

وقد كان الاعتقاد عندئذ أن هذه الاضطرابات وأخرى مثلها تأتي نتيجة الجماع ، أو جفاف الرحم ، أو انفاله من مكانه بحثاً عن الرطوبة ؛ مما يترتب عليه تراكم الأعضاء الأخرى الواحد فوق الآخر ، ولجذب الرحم مرة أخرى إلى مكانه كانت الأعضاء التناسلية إما أن تدهن بمواد باهظة الثمن وحلوة الرائحة ، أو يشدق المريض مواد سهلة الطعم ، أو يشم مواد عفنة الرائحة ؛ لطرد الرحم ودفعه بعيداً عن الجزء الأعلى من الجسم ، حيث أعتقد الناس وجوده في حالات

المرض ، أو أن يتعرض الرحم لأنواع من الأبخرة، التي تبعده أو تجذبه إلى مكانه . ولاتبالغ إذا قلنا إن هذه الأساليب الإيحائية كانت وما زالت تدفع إلى وقت قريب في علاج الهستيريا .



بردية إبرز (١٦٠٠ ق.م) : محاولة علمية لعلاج المرضى .

الاكتئاب :

لقد وصف الاكتئاب في كثير من الروايات ، وسوف نعرض في التالي لوصفين منهما (غليونجي ١٩٦٣-١٩٨٣) : «لقد رفع ملبسه ورفع ، لايدري أين هو .. أما زوجته فقد منبت يدها تحت ثيابه وقالت ، يا أخي لا أشعر بالحمى في صدرك أو أطرافك ، ولكنه الحزن في قلبك ، أما اليأس في أعظم أشكاله فينعكس في المبتطف البائس التالي : «الآن .. الموت بالنسبة لي كالصحة للمريض ،

كرائحة زهرة اللوتس ، كزغبة الرجل في أن يرى داره بعد سنوات من الأسر .  
**الانتحار :**

إن تدمير الجسد بدلاً من تحنيطه طبقاً للتقاليد وتغذيته بالقرابين ، كان يترتب عليه أن تفقد الروح ذلك المكان الذي يجب - طبقاً للمعتقدات المصرية - أن تعود إليه في كل ليلة ليعاد تجديدها ، ثم لتولد من جديد مع شروق شمس اليوم التالي ... وهكذا حتى تنعم بالخلود ، إن هذه العملية تتضمن جوهر القيم المصرية القديمة ؛ فالمصريون كانوا يؤمنون أن ليست الروح (با) فحسب ، وإنما كذلك الجسم كله بكامل أعضائه (القلب ، الكبد ، الكليتين ... إلخ) يقع تحت مسئولية الآلهة ، وأنه المكان الذي يحتضن القوى المقدسة إلى درجة أن يصبح الطعام والشراب واجبين للإنسان من أجل هذه القوى المقدسة ، وبالتالي يصبح السؤال ما إذا كان الانتحار خطيئة أو جريمة خالدة العقاب ، لا يمكن التكفير عنها غير ذي معنى ، ذلك أن مجرد الحفاظ على الجسد من خلال تحنيطه وتغذيته بالقرابين يعد كافياً للحفاظ على حياة الروح .

#### الشخصية :

اعتقد الفراعنة في ترابط الشخصية بحجم ولون القلب ، وقد نبع ما نردده الآن باللغة العربية أو أي لغات أخرى من المعتقدات المصرية ، مثل «قلبه أسود» أو «أبيض» ، أو قلبه «كبير» ، فالقلب عند الفراعنة هو مركز ومربط الشخصية والأمراض النفسية ، وذلك يتضح في كتاب القلب ببردية «إيرز» .

#### أسباب الأعراض النفسية :

- (١) في سبع ملاحظات كان مسار الأعراض يشير إلى أسباب وعائية دموية .
- (٢) الثوث .
- (٣) مواد برازية .
- (٤) الأسباب غير معلومة .
- (٥) السبب غامضاً ، مشاراً إليه بـ «أ - أ - أ» .
- (٦) لم يذكر السبب .
- (٧) وفي حالتين فقط قيل إن السبب يعود إلى مسائل شيطانية أو روحانية .

وتعدت هذه الأسباب ، نجد اضطرابات في التفكير والانفعالات والسلوك ، واضطرابات ذهانية تشابه مع اضطرابات شكل التفكير وفقر التفكير ، والسكون والهياج والنسيان .. إلخ ، والتي يمكن أن نطلق عليها اليوم أسماء مثل الفصام أو الكاثونيا (الجامود) أو الخرف .

وللتلخيص ماسبق .. يمكن أن نقول إن مصر القديمة عرفت مفهوم الاضطرابات الهيستيرية ، وعزتها إلى حركة الرحم ، قبل أن يصفها أبقراط بزمن طويل تحت مصطلح هستيريا ، وقد كان التعامل العلاجي مع هذا الاضطراب ذا أساس جسدي أكثر منه غيبي ، كذلك تضمنت بردية إبرزه في كتاب القلب وصفات تفصيلية للاكتئاب والخرف والسبات الحركي والسلبية وحالات الهذيان تحت العادة واضطرابات التفكير مثل تلك الموجودة في الفصام ، وقد كان القلب والعقل مترادفين ، وقد أرجعت أسباب كل هذه الحالات إلى أسباب وعائية وتلوث ومواد برازية والمادة السامة المسماة أ - أ - أ ، وفي حاليين فقط ، أعزيت الأسباب إلى عوامل روحانية .

ومن هنا يمكننا استنتاج أن مفهوم المرض العقلي في مصر الفرعونية كان مفهوماً أحادياً ، وأنه رغم الحضارة الغيبية .. فإن المرض العقلي كان يزول إلى أسباب جسدية ، ويعالج علاجاً جسدياً ونفسياً (مستنداً إلى السحر والدين) .

### المرض العقلي في العصر الإسلامي :

إذا بحثنا في توجه الإسلام للتعامل مع المرض العقلي ، لوصلنا إلى مصدرين أساسيين يشكلان هذا التوجه ، هما :

- (١) لم تستخدم كلمة «مجنون» في القرآن للإشارة إلى الشخص الذي فقد عقله أو الشخص الذهاني ، بل جاء ذكرها خمس مرات في القرآن تفسيراً لكيفية إدراك الناس للرسل والأنبياء .
- (٢) وقد ذكرت كلمة الجنون في القرآن في وصف ما يلاحظه الناس على كل الأنبياء من شذوذ عن المعتاد وبعد عن المألوف ، حين يبدأون دعوتهم التنويرية ، وقد اقترنت الكلمة أحياناً بالسحرة أو الشعراء أو العظميين ، وبشكل ما نجد أن هناك مضموناً إيجابياً للجنون ، يزعم النظرية المضادة للطب النفسي في تفسيرها للجنون ، والتي ازدهرت في منتصف الستينيات .

ويرجع أصل كلمة «مجنون» إلى كلمة «جن» ، وكلمة «جن» في العربية لها مصدر واحد مع عدد من الكلمات الأخرى ذات المعاني المختلفة ، ويمكن استخدامها للإشارة إلى الشيء المستتر أو الخفي ، كالمنار ، والدرع ، فالجن أحد مخلوقات الله الخفية المستترة ، والجنين مستتر داخل الرحم ، والجنة خفية لا يمكن إدراكها ، والمجنون ستار على عقله .

ولا يجوز أن نخلط بين الاعتقاد الخاطيء الحالي بأن المجنون هو من مسه الجن ، ومفهوم العصور الوسطى عن الجنون ؛ فالجن في الإسلام ليس بالضرورة شيطاناً ؛ أي ليس بالضرورة مرادفاً للروح الشريرة ، دائماً بل هو روح خارج دائرة قوانين الطبيعة المحسوسة ، أقل منزلة من الملائكة ، فبعض الجن مؤمن ويسمع إلى القرآن ويساعد في انتحاء العدالة الإنسانية ، وحيث إن الإسلام ليس موجهاً للبشر فقط ولكن إلى العالم الروحاني بأكمله ؛ مما أثر على مفهوم المرضى العقليين والتعامل معهم ، فحتى إن نملكهم الجن مجازاً فإن هذا الامتلاك قد يكون من قبل الأرواح الخيرة أو الشريرة ، ومن ثم فلا مجال هنا لتعميم العقاب أو صب اللعنات أو تعذيب المرضى .

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

أما المفهوم الثالث للمرض العقلي ، فهو نتيجة لعدم الانسجام أو ضيق الوعي الذي يتعرض له المؤمنون ، ويرتبط بتزييف طبيعية تكويننا الأساسي (الطفرة) وكسر انسجام وجودنا بواسطة الأنانية أو الاغتراب ، المعامل جزئياً في فقدان الاستيعاب المتكامل ، ويمكننا أن نفهم هذا المستوى أكثر إذا كان على معرفة بروح الإسلام ، كأسلوب وجودي للحياة والتصرف والارتباط بالطبيعة والاعتقاد الدفين فيما وراء الحياة ، والذي لا يجب بالضرورة أن يكون ما فرق الطبيعة .

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

ولكن تفهم هذه الأبعاد الثلاث لمفهوم المرض العقلي في الإسلام ، وهي :

(أ) المس .

(ب) التجديد والتعدد في الذات .

(ج) اختلال الانسجام أو ضيق الوعي .

يجب أن نلم بالميزات التي نتمتع بها الفلسفة الإسلامية ، وهي :

(١) العلاقة المباشرة مع الإله دون الحاجة إلى وسيط ؛ مما يجعل علاقة المسلم بالله علاقة مباشرة ملهمة ، وثقة .

(٢) نظرة واقعية عقلية لاحتياجات الجسد والروح ، ذلك أن الانعزال والتكوير والزهد والنظير المثالي ليست من دعائم الإسلام .

(٣) هارمونية الفروض والطقوس مع الإيفاع البيولوجي الدوري ، مثل :

الصلاة ، الصيام ، الوضوء والهزلة بين الصفا والعروة .. إلخ .

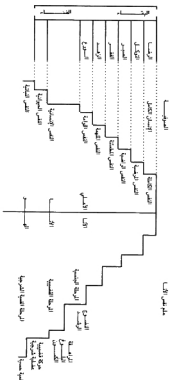
(٤) الاعتقاد في البعث والآخرة ، وهو ما يفتح الباب ليبحث لانتهائي في معرفة وخلق الزمن والذات .

(٥) حرية إبداعية غير محدودة ، تعيد تشكيل مستويات جديدة من الوعي .

لقد ذكرت النفس ١٨٥ مرة في القرآن كمصطلح عام للوجود الإنساني كجسد وسلوك ووجدان وتصرف ، أي كوحدة نفسية كاملة .

ولقد وجدنا توازناً مثيراً بين مراحل التطور البشري السبع كما ذكرت في الصوفية والتطور النفسي طبقاً لفرويد ، وكذلك النفس اجتماعي طبقاً لأريكسون ، كلاهما (الأخيران) ينتهيان دون ما وصلت إليه الصوفية (شريفي ١٩٨٥) .

سبع مراحل على طريقة الصوفية (مقامات)



أعمار الإنسان السبعية



لقد ارتبط ظهور الإسلام بتغييرات جذرية في سلوك العرب ، ولقد شاع أن تعرف مرحلة ما قبل الإسلام بعصر الجاهلية ؛ ذلك أن نلاشى الحضارة العربية القديمة والتي استمرت مايتجاوز ألفى عام ، وامتدت إلى عصور الآشوريين والبابليين ، جعل الناس ينظرون إلى المرض العقلي تحديداً باعتباره نتيجة للأرواح الشريرة والجن .

لقد دفع القرآن باعتباره قانوناً دينياً جديداً ، بالمسلمين إلى أسلوب جديد في الحياة استبدل بشكل جذري النمط الحضاري للفترة السابقة عليه ، ولنا هنا في حاجة للتأكيد أن القرآن ليس بمرجع طبي ، ولايجوز قياسه بالقياسات الأكاديمية الحديثة ، ولكن من وجهة نظر الطب النفسي نجد دلالة تاريخية مهمة في ذلك الجزء من القرآن ، الذي يتناول تفسير يوسف لحلم فرعون عن السبع بقرات الممثلةات والسبع بقرات النخيفات ، وكذلك نجد القرآن دقيقاً حازماً بشأن بعض المشكلات الطبفسية مثل الانتحار ؛ إذ يقرر بوضوح أن لا تقتلوا أنفسكم ، ذلك أن الله رحيم بكم . وقد وجدت لهذا النهي أهمية كبيرة في الوفاية من الانتحار ، كذلك نجد أن نسبة إدمان الخمر منخفضة في البلدان العربية ، ولايخلو ذلك من دلالة أن منع التبيذ جاء في القرآن على مراحل تدريجية ، إذ ينص بداية على أن لا تقربوا الصلاة وأنتم سكارى ، ثم يليه مايفيد أن الخمر هي رجس من عمل الشيطان ، ثم أخيراً النهي عن الخمر تماماً .

وتركزت فلسفة النهي في أن احتساء الخمر والمقامرة كليهما يزدبان إلى العداوة والكراهية بين الناس ، ويهنيهم عن الصلاة ، وقد امتد تحريم الخمر فيما بعد بالقياس لبقنارول المسعجات والمخدرات الأخرى .

كذلك نجد أن الحوار التفصيلي بين النبي لوط وشعبه مثال على الدعوة الواضحة لمحاربة الجنسية المثلية .

وسللتعرض باختصار إلى عدد من الموضوعات الأخرى المرتبطة بالصحة النفسية ، فهناك عديد من الآيات القرآنية التي تشير إلى الزواج والطلاق والرعاية الأسرية والنهي والأينام والنساء والزنا والدعارة والأبوة والمسئولية الشخصية ، وموضوعات أخرى متعددة ، تتضمن مبادئ محددة حول الواجبات الأخلاقية والمدنية التي تحكم العلاقات الإنسانية .

وقد كان للتركيز الرسول (ﷺ) على العلاقة بين العوامل النفسية والأمراض الجسمية أهمية خاصة ، وقد أوضح ذلك جلياً في قوله ما يفيد بأن الكروب المترابطة تؤثر على وظائف الجسد .

وقد كان لتعاليم المعالج الكبير ابن الرازي أعمق الأثر على الطب العربي وكذلك الطب الأوروبي ، ومن أهم كتاباته ، المنصوري ، وكتاب ، الحاروي ، ويتكون الكتاب الأول من عشرة فصول ، تتضمن وصفاً لأنواع الأمزجة المختلفة ، ويعتبر دليلاً متكاملأ في مجال الخلقة نذل على الخلق ، أما كتاب ، الحاروي ، فيعتبر أكبر موسوعة طبية أصدرها طبيب عربي ، وقد تم ترجمتها إلى اللاتينية عام ١٢٧٩ ، ونشرت في عام ١٤٨٦ ، وتعتبر أول كتاب إكلينيكي يعرض الشكاوى والعلامات والتشخيص المفارق والعلاج المؤثر للمريض .

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

يقدم د . محمد كامل حسين ود . عبدالمليم لعبي في كتابهما عن ، الحاروي ، للرازي كالآتي :

#### الماليخوليا والمراقية والشراسيفية :

هذا باب جيد وأسلوبه واضح وضوحاً يدل على ثقة المؤلف بما يعرف عن هذه الأمراض وفي وصفه لعلاماتها نفة وجلاء ، تتميز بها أعراض كل من هذه الأمراض ، رغم ما فيها من تقارب شديد ثم هو بعد ذلك حسن العلاج ، وقوله إنه أيراً قوماً بنصيحة واحدة ليس بعيداً عن الصواب .

ويعجبنا أنه يفرق بين فساد الحس مع صواب الحكم ، وصواب الحس مع فساد الحكم ، وكذلك يروفاً قوله إن المراقية تشبه الماليخوليا .. إلا أن اختلاط ذهن فيها أقل . وعلاجه لهذه الحالات أكثره بالإقناع والشراب الجيد والتناس أسباب الفرح والسرور ، والانشغال بأمر عملية . وهو يذكر أحياناً أنه يعالج المرضى بحل فكره .. وكل هذه علاجات لانزال صادقة إلى يومنا هذا ، ورأيه أن

أكثر أسباب المايخوليا هو الفراغ ، قول يجب أن يتدبره كل إنسان مريضاً كان أو معالماً .

والظاهر أن الأمراض النفسية ظلت على ما هي عليه من قديم الزمان ، وهو يذكر أنواعاً من الخوف الزائد عن الحاجة ومنها الخوف من الظلام وهذه ظاهرة أزلية أبدية .

ونرجو أن يروض القارئ الحديث نفسه على قبول الشروح القائمة على الأخطا ، وما زالت المايخوليا يعبر عنها في كثير من اللغات بنسبتها إلى العرة السوداء أو الطحال ، وكلمة المايخوليا نفسها معناها العرة السوداء .

تصور القدماء أن هذه العرة تنصب من الطحال إلى المعدة ، ومنها إلى الدماغ وقد تنشأ الأرياح في الدماغ نفسه ، وقد تكون العرة السوداء إذا احترق في كبد معلولة ، ومهما يكن رأينا في صواب هذا التحليل منطقياً .. فإن الرازي يقول :

المايخوليا وسواس بلاحمى وهي ثلاثة أصناف :

إما أن يكون في الدماغ نفسه غلط أسود .

وأما أن يكون الدم الذي في البدن كله أسود .

أوالذي يحدث عن غلط في جنات الكبد فيصير الدم هناك فيه بخار سوداوي إلى الرأس .

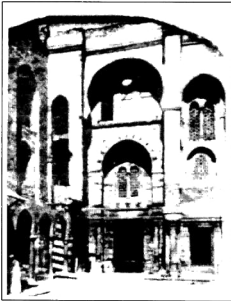
واللازم لهذه العلة الخوف والغم والولوع لشيء ما بالفراط ، ويسود شعورهم وإن كانوا قد شابهوا عاد أسود .

المستعدون للمايخوليا أصحاب اللثة والحدة وخفة اللسان وكثرة الطرب ، واللون المفرط الحمرة والأدمة وكثرة الشعر وخامسة في الصدر وسواده وغلظه ، وسعة العروق وغلظ الشفمين ، لأن بعض هذه الدلائل تدل على رطوبة الدماغ وبعضها على غلبة الخلط الأسود .

من العلامات الدالة على ابتداء المايخوليا حب الفرد ، والتخلي عن الناس على غير وجه حاجة معروفة أو علة ، كما يعرض للأصحاء خبهم البحث والستر للأمر الذي يجب ستره .

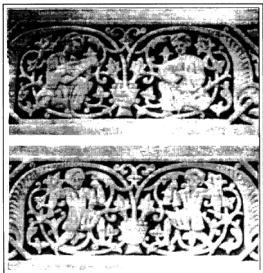
وأذا صعدت عليه أبخرة الصفراء أحدث الصداح والأكثال ويعرض لهم من النخيلات أشياء عجيبة مظنة .

وعلى الرغم من وجود إشارات إلى قدسية الأحلام ، إلا أن المفسرين العرب ركزوا تركيزاً شديداً على العوامل النفسية الاجتماعية ، وفضلوا إلى الأهمية النفسية للجزء المكون من الحلم .



مستشفى فلارون المنصوري بالقاهرة

القرن الرابع عشر - قسم للجراحة - باطنة - رمد - عقلية



### زخرفة الأبواب في مستشفى قلاوون بالقاهرة

لقد شيد أول مستشفى عقلي في العالم في بغداد في عام ٧٠٥ بعد الميلاد ، وكذلك شيدت مستشفى قلاوون في القرن الرابع عشر ، والتي تمثل نموذجاً مثيراً فيما يتعلق بالرعاية للنفسية ؛ إذ كانت تنقسم إلى أربعة أقسام للجراحة والأمراض الباطنية والعيون والأمراض العقلية .

وقد سمحت الهبات الكريمة من أغنياء القاهرة بمستوى عالٍ من الرعاية الطبية وإعالة المرضى أثناء فترة النقاهة ؛ حتى يحصلون على مهنة مريحة ، ونجد هنا سعتين جديرتين بالاهتمام، أولاهما : رعاية المرضى للعقليين في

مستشفى عام ، والذي سبق الاتجاه الحديث العالمي في علاج مرضى النفس بالمستشفيات العامة بحوالى سنة قرون ، وثأيتهما: اشترك المجتمع في توفير رعاية لائقة للمرضى .

وعلى الرغم من تباين أنواع العلاج الدينى ، إلا أن محور العلاج هو دائماً التوجه إلى الله من أجل الشفاء .

وعادة ما يتم العلاج بشكل فردى أو جماعى ، وتكون الوسائل المستخدمة إما وقائية أو علاجية ، وتتضمن الأدوات المستخدمة قراءة القرآن ، الحجاب والورقة والحوز والحافظ ... إلخ ، أو التعذبة والتعوذة أو البخور والتطهير .

يختلف الإسلام عن الصورة التى تبرزها وسائل الإعلام الغربية ، حيث إنه دين الإبداع والرحمة والسلام والمرونة من أجل السلام النفسى والاجتماعى ، كما أنه يتضمن تكريماً للعلم والطعام .. أما الإرهاب والتطرف والقسوة والتصلب فى الرأى والعذاب الجسدى ، فكلها مظاهر سياسية تعسفية ، سواء فى المفهوم أو كأسلوب حياة .

## خدمات الصحة النفسية في مصر

### مقدمة :

كانت مستشفيات الأمراض العقلية عبر القرنين الماضيين هي المستولة عن تقديم الرعاية والعلاج للمرضى العقليين . ومع تقدم الأساليب الجسمية في العلاج ، وفي ظل مناخ اجتماعي أكثر تفتحاً ، انتقل علاج المرضى العقليين إلى مجال الخدمات المجتمعية خارج مستشفيات الأمراض العقلية ، ومع اتساع المجتمع وتنشعبه ، برزت وحدات الطب النفسي في المستشفيات العامة كمكان بديل لعلاج المرضى ، الذين يعانون من اضطرابات عقلية حادة .

لقد نشأ البعض - بحساس مبالغ فيه إلى حد ما - باختفاء مستشفيات الأمراض العقلية واستبدالها بالخدمات النفسية المجتمعية ، مع وجود المستشفيات العامة كمراكز للعلاج قصير المدى ، وعلى الرغم من اتفاقنا مع أن عودة المريض السريعة إلى المجتمع لها عديد من المزايا لكثير من المرضى ، إلا أننا نرى أن التمسك العنيد بهذه السياسة يفتقد إلى الحكمة والفائدة الإكلينيكية كليهما .

### تاريخ خدمات الصحة النفسية في مصر :

منذ ثلاث آلاف سنة في مصر ، كان امحطب ، وزير الملك زوسر ، الذي بنى هرم سقارة ، طبيباً واسع الشهرة بعلاجه للمرضى العقليين في المستشفيات العامة ، وقد تم اكتشاف هذه المعطومة في معبد النوم بسقارة ، الواقع جنوب القاهرة (عكاشة ١٩٧٨ ، غالينوجي ١٩٦٣) .

أما أول مستشفى عقلي في العالم ، فقد شيد في بغداد ، العراق في عام ٧٠٥ ، ثم تلته مستشفيات أخرى شيدت في القاهرة (٨٠٠ بعد الميلاد) وفي دمشق (١٢٧٠ بعد الميلاد) وفي حلب بسوريا . وفي هذه الأثناء كان المرضى العقليون في أوروبا يعانون الحرق والإدانة والعقاب .

ومن المثير أن نعرض ثانياً باختصار إلى مستشفى فلارون ، الذي شيد في القرن الرابع عشر بالقاهرة ، فقد تكون المستشفى من أقسام أربعة منفصلة أحدها

عن الآخر ، تتعامل مع أمراض الجراحة والعيون والأمراض الباطنية والأمراض العقلية ، وقد سمحت تبرعات أغنياء القاهرة السخية في ذلك الوقت بتوفير مستوى عال من الرعاية الطبية ، كما سمحت بإعالة المرضى أثناء فترة النقاهة حتى تتوافر لهم مهنة مدرة للربح (بعشر ، ١٩٧٥) . وقد كانت هناك سمانان بارزتان لهذا النظام أولاهما رعاية المرضى العقليين في مستشفى عام ، وهو ماسبق الانجاء الأوروبي الحديث بحوالى ست قرون ، وثانيتهما إشراك المجتمع في توفير حياة كريمة للمرضى .

في بداية القرن التاسع عشر وأثناء الاحتلال الفرنسي لمصر ، تقدم مدير الخدمات الصحية في القوات المسلحة المصرية ، وقد كان عندئذ طبيباً فرنسياً يدعى كلود ، تقدم إلى الحاكم المصري بطلب مراجعة الحالة المتردية للمرضى العقليين في القاهرة ، وفي ذلك الوقت كانت المستشفيات كلها مستشفيات عسكرية ، ومن ثم كان المرضى العقليين في القاهرة يحولون إلى مستشفى عسكري في منتصف المدينة (الأزبكية) ، وبعد بضعة سنوات تم نقلهم إلى مبنى مستقل لايبعد كثيراً عن بولاق .

وفي عام ١٨٨٠ اندلع حريق كبير التهم أحد القصور المملوكة لواحد من الأمراء ، ولم ينج من الحريق سوى مبنى مكون من طابقين ، وقد تم طلاء هذا المبنى باللون الأصفر وتحول بعد ذلك إلى أول مستشفى في القاهرة ، وكان ذلك في عام ١٨٨٣ . وقد أطلق عليه بعد ذلك اسم السرايا الصفراء ، وكان هذا المكان يقع في العباسية التي كانت عندئذ منطقة صحراوية نائية على أطراف القاهرة ، أما اليوم فإن هذا المكان يقع في منتصف المدينة سريعة الاتساع وشديدة الازدحام ، وهناك حالياً خطط لإزالته ، ولكنها باءت بالفشل بعد معرفة ضرورة وجود مستشفيات للنزلاء الذين يحتاجون مدة طويلة للعلاج ، وقد اتسعت المنطقة عندئذ لتتضمن حوالي مائة فدان .

في عام ١٩١٣ شيد مستشفى حكومي آخر للأمراض العقلية ، وكان ذلك في الخانكة على مساحة حوالي ثلاثمائة فدان متضمنة مساحة واسعة من الأراضي الزراعية ، وكان موقعها يبعد بضعة كيلو مترات عن شمال القاهرة . وفي عام ١٩٦٧ أقيم مستشفى عقلي آخر في الإسكندرية (مستشفى المعمورة)



وأخيراً في عام ١٩٧٩ أقيم مستشفى عقلي رابع في حلوان ، جنوب القاهرة .  
وبداية من عام ١٩٤٩ ، اتسعت خدمات العيادات الخارجية التابعة للمستشفيات المركزية لتغطي كل محافظات مصر تقريباً ، فمصر تتضمن حالياً ثلاث عشرة كلية للطب ، بكل منها وحدة للطب النفسي ، تقدم الخدمات النفسية في كل من الأقسام الداخلية والعيادات الخارجية .

إن أكبر مستشفى عقلي لدينا هو العباسية ، يتجاوز عمره المائة عام في حين يبلغ عمر الخانكة ٨٠ عاماً ، وكلاهما يواجه مصاعب جمة خاصة بمستوى الخدمة والنمويل والعلاج والتأهيل ، في الوقت ذاته الذي يستوعبان فيه حوالي خمسة آلاف مريض ، وقد تساعد السياسة الجديدة الترامية إلى إخراج المرضى من المستشفيات وتوليف رعاية مجتمعية لهم ، على اختصار عدد المرضى النفسيين المحجوزين بالمستشفيات ، ولكنها لن تحل المشكلة (عكاشة ، ١٩٨٨) .

#### الصحة النفسية المجتمعية :

على الرغم من التغييرات الاجتماعية السريعة التي تحدث في مصر ، إلا أن أغلبية السكان ، خاصة في الريف ، لا زالوا يلتمسون إلى هيكل العائلة الممتدة ، ولازال من المشين والمثير للخيول أن تتم رعاية المسن المصاب بالخرف بعيداً عن محيط عائلته ، وكذلك فإن أهل الطفل المتخلف أو الطفل مفروط الحركة لا زالوا يشعرون بأنهم أصحاب المسئولية الأساسية نحو أبنائهم ، بدلاً من التفكير في إيداعهم مؤسسة ما .

ويتم تطبيق الرعاية المجتمعية بشكل طبيعي ، ودون الحاجة إلى قائلين على الرعاية الصحية في المناطق الريفية ، ذلك أن للمصريين طاقة خاصة لتحمل الاضطرابات العقلية وقدرة على استيعاب المرضى العقليين المزمنين وذوى التخلف العقلي الخفيف أو الذكاء الحدى ، وهؤلاء يذهلون يومياً من خلال نهابهم إلى الحقول مع ذريهم ، فيساعدون في استصلاح واستزراع الأراضي الزراعية .

أما الأشكال الأخرى من الرعاية المجتمعية كامتداد الخدمات الصحية إلى المراكز النهارية ومراكز التأهيل والزوار الصحيين ، فلا تتوفر سوى في المدينة الكبيرة ، إن أفضل مثال على تطبيق الرعاية المجتمعية هو في الوقاية من سوء

استخدام العقاقير ، فعند بداية الثمانينيات واستخدام الهيرويين والمخدرات في ازدياد في مصر ؛ مما كان من شأنه جذب الاهتمام نحو الطب النفسي والاضطرابات العقلية لما صاحب هذه الظاهرة من نشر الوعي ، من خلال وسائل الإعلام وإصدار إجراءات تشريعية خاصة ، وظهور فرق مكافحة المخدرات ، بالإضافة إلى البدء في إنشاء مراكز مختصة في كل أرجاء مصر وإرسال الأخصائيين الاجتماعيين ورجال الدين والسياسة لتوعية الجمهور ، بخصوص مخاطر سوء استعمال العقاقير (الاعتماد أو ما يطلق عليه الإدمان) .

لقد أدت أبحاث المسح الصحي المتعددة إلى إحداث تغيير جذري في سياسات وبرامج الصحة العقلية . وعلى الرغم من أن توجه الرعاية المجتمعية قد بدأ أول مابداً في الستينيات ، إلا أن المشاركة الفعالة للمجتمع في هذا المجال قد تعاضت مع تفاقم ظاهرة الإدمان بين الشباب .

إن الصحة العقلية ليست على قائمة أولويات الرعاية المجتمعية في مصر ، وإنما تحتل هذه الأولويات قضايا مثل البلهارسيا وتحديد النسل والأمراض المعدية عند الأطفال ، وانضم لها أخيراً التدخين وسوء استخدام العقاقير المملوغة . أما أشكال الرعاية المجتمعية المتوافرة في المدن الكبيرة ، فتتضمن عيادات المرضى الخارجين ، دور المسنين ، مؤسسات المتخلفين عقلياً ، ومراكز الإدمان ، ومراكز الصحة النفسية في المدارس والجامعات .

وسوف يركز البرنامج القومي الجديد للصحة النفسية على لامركزية الرعاية للصحة العقلية ، والرعاية المجتمعية في المحافظات المختلفة . ويتم التركيز في ذلك على تكوين فريق صحة نفسية يتضمن - على وجه الخصوص - ترميض طب نفسي وأخصائيين اجتماعيين نفسيين ومعالجين تأهليين وأخصائيين نفسيين أكاديميين .

#### خدمات الصحة العقلية الحالية :

يبلغ تعداد مصر الآن ٦٧ مليون نسمة ، في حين يبلغ عدد الأطباء مائة وعشرون ألف طبيب ، بموجب طبيب لكل حوالي ستمائة نسمة . أما الأطباء النفسيين فعددهم حوالي ١٠٠٠ شاملاً هؤلاء تحت التدريب مما يعنى طبيب لكل حوالي ١٠٠.٠٠٠ مواطن ، كذلك فإن عدد أسرة الطب النفسي يبلغ حوالي ٧١٠٠

سرير بموجب سرير لكل ٨٧٠٠ مواطن . وتجدر الإشارة إلى أن نسبة عدد أسرة الطب النفسي في مصر تبلغ أقل من ١٠٪ من إجمالي أسرة المستشفيات .

هناك أربع مستشفيات عقلية في القاهرة ، تتسع لحوالي ٥٦٠٠ مريض وواحدة في الإسكندرية ، وأخرى في الدقهلية ، وأخرى في أسبوط بالإضافة إلى عدد من أسرة الطب النفسي في المستشفيات العامة والخاصة .

جدول (١) : عدد الأسرة في مستشفيات الطب النفسي والمستشفيات العامة .

٢٠٠٠	العباسية	القاهرة
٢٠٠٠	الخانكة	
٦٠٠	حلوان	
١٠٠	المطار	
٦٥٠	المعمورة	الإسكندرية
٥٠		الدقهلية
١٠٠		المحافظات المختلفة
٤٠٠		مستشفيات جامعية عامة
١٢٠٠		مستشفيات جامعية عامة
٢١٠٠		مستشفيات خاصة الإجمالي

وتنقسم مصر إلى ٢٤ محافظة ، منها ١٩ محافظة تلصحن عيادات طب نفسي ووحدات مرضى خارجيين ، وضمن محافظات تون خدمات طبي نفسية ، وهي : مطروح ، البحر الأحمر ، الوادي الجديد ، شمال سيناء ، وجنوب سيناء .

كذلك يبلغ عدد الأخصائيين النفسيين الإكلينكيين في مصر حوالي ٢٥٠ ، ولكن هناك مئات من الأخصائيين النفسيين بشكل عام ، الذين يعملون في مجالات لاعلاقة لها بخدمات الصحة النفسية ، وكذلك لدينا عدد كبير من الأخصائيين الاجتماعيين الذين يعملون في كل مجالات الطب النفسي ، وكلهم للأسف في الغالب أخصائيون غير متخصصين ، يفتقدون التدريب في مجال العمل الاجتماعي النفسي .

ولقد كانت هناك محاولة لتخريج أخصائيين اجتماعيين طبيقيين من معهد الخدمة الاجتماعية في القاهرة في عام ١٩٦٠ ، ولكن هذه المحاولة أجهضت ولم تستمر سوى لمدة عامين ؛ نتيجة لعدم النجاح في جذب الطلاب إلى الفكرة .

كذلك عندنا أربعة معاهد عليا للتريض ، توازي كليات الطب ، ويتخرج منها ممرضات طبيقيات عاليات الكفاءة . وللأسف الشديد .. فإن الغالبية العظمى منهن تغادر البلاد للعمل في دول الخليج العربي ، حيث الأجور أعلى بما لا يقاس مما هي عليه في مصر . أما الممرضات اللاتي يعملن في مؤسسات الصحة النفسية ، فهن في الغالب من التريض العام ذوات تدريب ضئيل في مجال الطب النفسي ، وكذلك عندنا مدارس التريض التي تخرج ممرضات نفسيات ، ولكن لازل عددن غير كاف لتغطية الخدمات الطبيقية .

يلعب المعالومون الشعبيون والذبيون في مصر دوراً أساسياً في الرعاية الطبيقية الأولية ؛ إذ يتعاملون مع حالات العصاب الخفيفة والحالات النفسجدية والحالات الذهانية العابرة باستخدام علاجات نفسية دينية وجماعية ، تستند إلى الإيحاء وبعض الأدوات كالأحجية والتعاوية (عكاشة ، ١٩٦٦) . وقد قدرت واحدة من الدراسات (عكاشة ، ١٩٦٨) إن حوالي ٦٠% من المرضى الخارجيين المترددين على عيادات الجامعة في القاهرة ، والمتمسكين إلى الطبقات الاجتماعية الدنيا قد لجأوا أولاً إلى المعالجين الشعبيين ، قبل أن يستشيروا الطبيب النفسي . أما خدمات المتابعة فلا زالت محدودة في مصر ؛ نظراً لانخفاض الوعي بأهمية الحاجة إلى رعاية المتابعة بعد التحسن الأولى .

#### سياسة إلغاء المؤسسات :

يمكن الوصول إلى مرحلة إلغاء المستشفيات أو إلغاء المؤسسات عن طريق :

(١) تأجيل أو عدم إدخال المرضى إلى المستشفيات العقلية ، وتحويلهم إلى وحدات رعاية مركزة غير مقيمة أو مستشفيات تقدم خدمة خارجية .

(٢) إدخال المرضى في أقسام الطب النفسي في المستشفيات العامة .

(٣) تقصير مدة الإقامة بالمستشفى .

- (٤) إخراج المرضى ذوي الإقامة الممتدة إلى مراكز تقدم رعاية غير مقيمة .
- (٥) الفصل بين الأنواع المختلفة لوحداث الطب النفسي بمعنى وحدات للتخلف العقلي ووحدات للطرف ، ووحدات الإدمان ، .. إلخ .
- ولتقييم هذه السياسة تقييماً دقيقاً ، يصبح من المهم الإجابة عن الأسئلة التالية :

(١) هل صحيح أن درجة استيعاب المستشفيات العقلية قد نقصت ؟

إذا قبلنا اعتبار عدد المرضى الداخليين مؤشراً مناسباً لحجم المؤسسة ، عندئذ يمكننا القول أن هناك بالفعل انخفاضاً ضئيلاً في المعدل العام لاستيعاب المستشفيات العقلية الكبرى .

(٢) هل هناك انخفاض في عدد المرضى الداخليين ، وفي فترة البقاء في القسم الداخلي في المستشفيات العقلية ؟

مرة أخرى نقول إن هناك انخفاضاً تدريجياً في حجم جمهور القسم الداخلي في المستشفيات العقلية بصاحبه انخفاض في المعدل السنوي لعدد أيام الإقامة بالقسم الداخلي ، ونحن لانعرف ما أقل أقسام المستشفيات العقلية العامة استخداماً هل هي وحدات الإقامة المتوسطة أم طويلة المدى ؟ ، أم هل هي وحدات التخصصات الفرعية كأمراض الشيفوخة والمرضى المتخلفين عقلياً ؟ ويبدو أن التعبير في معدل دخول وخروج المرضى يخص في الأساس المرضى ، الذين يظلون بالقسم الداخلي لفترة أقل من سنة .

(٣) هل هناك انخفاض في معدل دخول المرضى النفسيين بالمستشفيات ؟

أحد التفسيرات المحتملة لانخفاض المعدل السنوي لعدد الأيام ، التي يمضيها المرضى بالقسم الداخلي تتمثل في انخفاض عدد مرات ومدة الإدخال في المستشفيات العقلية ، وإذا نظرنا إلى جدول (٢) لانهض لنا أن حوالي ٣٠٪ من المرضى ، الذين أدخلوا المستشفيات العقلية فيما بين عامي ١٩٨٠ ، ١٩٩٦ ، قد أخرجوا منها في خلال فترات تتراوح بين ٦ شهور والثني عشر شهراً .

جدول (٢) : النسبة المئوية لمتوسط الإقامة في مستشفى العجاسية .

أكثر من ٢٠ سنة	١٠-٢٠ سنة	٥-١٠ سنوات	١-٥ سنوات	٢-٦ شهراً	أقل من ٦ شهور	العام
١٣,٦	١٤,٣	١٢,٥	٣٠,٨	٥,٩	٢٣,٩	١٩٨٠
١٢	١٤,٤	٢,٣	٣١,٢	٥,٨	٢٤,٣	١٩٨١
١١,٥	١٤,٢	١٢,٤	٣٠,٩	٦,٩	٢٤,١	١٩٨٢
١٢,٦	١٠,٣	١٢,١	٣٥,٧	٦,٨	٢٢,٣	١٩٨٣
١٢,٤	١٤,١	١١,٦	٣٢	٧,١	٢٢,٨	١٩٨٤
١١,٥	١١,٣	١١,٨	٣٥,٤	٦,٩	٢٣,٣	١٩٨٥
١١,٤	١١,٦	١١,٧	٣٦,١	٦,٥	٢٢,٧	١٩٨٦
١١,٤	١١,٧	١١,٤	٣٥,٣	٧,١	٢٣,١	١٩٨٧
١١,٣	١١,٤	١١	٣٦	٦,٧	٢٣,٥	١٩٨٨
٩,٣	٩,٦	١٢	٣١,٣	١٠,١	٢٦,٦	١٩٨٩
٩,١	٩,٢	١٠,٤	٣٥,٤	١٩,٣	٢٨,٧	١٩٩٠
٥,١	٤,٩	٦	٢٥	٢٣,٣	٢٤,٧	١٩٩٦

(٤) هل لوجود أقسام الطب النفسي في المستشفيات العامة تأثير على انخفاض أو عدم إدخال المرضى في المستشفيات العقلية ؟

لا يوجد ما يشير إلى أن الأقسام النفسية في المستشفيات العامة قد ساهمت في وقف زيادة الإدخال في المستشفيات العقلية ، ومع ذلك .. فإن الأقسام النفسية في المستشفيات العامة قد لعبت دوراً مركزياً في علاج الإقامة المحدودة للمرضى النفسيين .

إن مهمة كل من الأقسام النفسية في المستشفيات العامة والمستشفيات العقلية هو خدمة المرضى شديدي الاضطراب ، ويمثل كثير من المرضى وعائلاتهم أن يتعاملوا مع الأقسام النفسية في المستشفيات العامة لعلاج النوبات الأولى من المرض ، لقصر المسافة التي يجب عليهم قطعاً للوصول إلى المستشفى ، ولأن هذه

الأقسام تحمل من الوصمة أقل مما تحمله المستشفيات العقلية . وهناك بعض الفروق بين نوعي الجمهور الذي يتردد على هذين النوعين من المؤسسات ، ويمكننا القول بشكل عام إن مرضى الأقسام النفسية أصغر سناً ، وغالباً ما يكونون من النساء وسنوات تعليمهم أكثر ، وكذلك نجد فروقاً ذات دلالة تتعلق بالتشخيص النفسي لكل من المجموعتين .

### (٥) هل يصح استخدام مصطلح «الطب النفسي ذو الباب الدوار» في إطار معدلات دخول وخروج المرضى ؟

لقد تغيرت أيضاً خصائص المرضى المحجوزين في مستشفيات الأمراض العقلية ، فهم أصغر سناً ، وعادة ما يكونوا متزوجين أو مطلقين ، وتتراوح تشخيصاتهم في الأساس بين اضطرابات وجدانية واضطرابات الفصام وسوء استخدام مواد واضطرابات في الشخصية ، كما حدث تغير في المعدلات العمرية ، فزادت الفئة التي يقع عمرها بين ١٥-٦٤ سنة .

أما نسبة المرضى كبار السن فقد ظلت ثابتة نسبياً ، وتعد هذه الأرقام سياسات الحجز في الإخراج في المستشفيات العقلية . أما الأرقام الدالة على إعادة مرات الحجز ، فتسجل نتائج حجز خروج المرضى أثناء فترات تبديل الأعراض المرضية ، فالمرضى يخرجون من المستشفى بضلالات منحوصة ونفائض معرفية وإعاقات اجتماعية .

وفي كثير من الدراسات المختلفة ، وجد أن مرضى الفصام يعانون عند خروجهم من المستشفى من أعراض مثبتية كالتالي : ١٥ ٪ ضلالات وهلاوس ، ٣٠ ٪ أعراض سلبية و ٦٠ ٪ أعراض عصابية خاصة الاكتئاب ، كما تدل الأبحاث أيضاً على أن ٦٠ ٪ من المرضى المزمنين بالأقسام الداخلية يعانون من اختلالات معرفية ، تتم قياسها بواسطة بطاريات نفسية لقياس الإصابات العنصرية (عكاشة ، ١٩٨٨) . واستكمالاً لهذا المنطق في الجدل ، وجد أن مرضى الفصام ذوي الإقامة الطويلة في المستشفيات ، والذين تم حجزهم في الخمسينيات هم أكثر المرضى وضوحاً في تمثيل سياسة البوابة الدوارة في الثمانينيات .

(٦) هل تنخفض أعداد المرضى ذوي الإقامة الطويلة - القديم منهم والجديد ؟

في السبعينيات كان كثير من المرضى يقفون داخل المستشفيات لفترات متواصلة ، تتجاوز العاملين و٤٠٪ تجاوزت إقامتهم العشر سنوات ، أما الآن فإن الصورة قد تبدلت ؛ إذ إن كثيراً من المرضى تركوا المستشفيات ، بعد أن ظلوا محجوزين بها لمدة عشر سنوات أو مايجاوزها ، وكذلك توفي البعض . أما الآخرون ممن كانوا يعانون من التخلف العقلي ، فقد تم نقلهم إلى مؤسسات أكثر ملاءمة .

إن عدد المرضى ذوي الإقامة الطويلة يقل باضطراد ، ولكن هذه الفئة من المرضى لازالت تسيطر على الصورة في المستشفيات العقلية ، لقد تم خروج الشباب من المرضى المزمئين ، كما شاخ كثير من المرضى مع مرور الوقت ، ففي نهاية الثمانينيات كان ثلث الرجال ذوي الإقامة الطويلة ونصف النساء ذوات الإقامة الطويلة يبلغون من العمر ٦٠ عاماً أو يزيد .

لقد كانت هذه النسب أقل بكثير فيما سبق ، ويوضح الجدولان (٣) و(٤) بعض البيانات النفس ديموغرافية عن الفروق بين الإقامة الطويلة ومرضى الإقامة القصيرة في واحدة من أكبر المستشفيات العقلية في القاهرة (عكاشة ، ١٩٨٨) .

جدول (٣) : بيانات نفس ديموغرافية .

حجز طويل المدى	حجز قصير المدى	
غالباً أعزب	غالباً متزوج	الحالة الاجتماعية
غالباً عاطل	غالباً يعمل	المهنة
غالباً أمي	غالباً متعلم	التعليم
منهار	متناسك	التفاهم العائلي
عادة موجب	نادر	التاريخ العائلي للمرض
أقل	أكثر	الحجز الطوعي
نادر	متكرر	الحجز السابق
أقل	كثيرة	عدد الزيارات في الشهر



وهناك بالإضافة إلى ذلك ، عدد من البيانات الديموغرافية والاجتماعية والاقتصادية تميز بين مرضى الإقامة القصيرة ومرضى الإقامة الطويلة ؛ فالمرضى المتزوجون ممثلون بمعدل أعلى بين المرضى ذوي الإقامة القصيرة بالمستشفيات (٥٣٪) عنهم بين المرضى ذوي الإقامة الطويلة (٢٦٪) ، كذلك فإن درجة تعليم المرضى ذوي الإقامة الطويلة أقل ، وعمرهم أصغر لحظة الحجز ، كما أنهم يعانون بمعدل أعلى من انعدام التفاهم في المحيط العائلي ، ومن وجود تاريخ مرضي في العائلة من الاضطرابات اللبنيومية ، كذلك كان موقعهم الاجتماعي أدنى ، وكانوا يعانون من البطالة بمعدل أعلى .

أما الحجز فكان في حالة المجموعتين غير طوعي في أغلب الحالات ، ولكن معدل الحجز الطوعي كان أعلى بدرجة دالة في حالة المرضى ذوي الإقامة قصيرة المدى ، وكذلك كان تاريخهم يتضمن عدداً أقل من مرات الحجز السابقة .

أما عن التشخيص .. فإن التشخيصات الشائعة بين المرضى ذوي الإقامة القصيرة في المستشفيات كانت فصاماً بارانويدي (٣٩٪) ، وفصاماً غير منظم (٣٥٪) ، وفصاماً جامودياً (١٢٪) .

أما بالنسبة للمرضى ذوي الإقامة الطويلة بالمستشفيات فكان التشخيص فصاماً متيقياً (٢٩٪) والأنواع غير المعيزة من الفصام (١٣٪) ، طبقاً لمعايير التليل التشخيصي والإحصائي الأمريكي الثالث للأمراض .

جدول (٤) : التشخيص .

حجز طويل المدى	حجز قصير المدى	التشخيص طبقاً للتليل التشخيصي والإحصائي الثالث
٢٤	٣٥	فصام غير منظم (هيفريلي)
٨	١٦	فصام جامودي (كتانولي)
٢٦	٣٩	فصام بارانويدي
١٣	٨	فصام غير مميز
٢٩	٦	فصام متيقى
١٠٠	١٠٠	الإجمالي

جدول (٥) : التشخيص (٪) .

مستشفى نفس خاص	مستشفى نفس عام	مستشفى نفس حكومي	
٪٤٣	٪٢٥	٪٧٩	الطيف الفصامي
			اضطرابات وجدانية عظمى
٪١٧	٪٢٨	٪٥	اكتئاب
٪١٣	٪١٣	٪٤	هوس
٪١٣	٪٣	٪١	فقدان شهية عصبى
—	٪١٣	—	اضطراب قلق
—	—	٪٢	اضطراب عقلى
٪٤	٪٦	٪١	اضطرابات عقلية عضوية
٪١٢	٪٣	٪٧	سوء استخدام مواد
٪٤	٪٦	٪١	اضطرابات تحويلية وانشاقية
٪٢	—	—	اضطرابات شخصية هدية
٪٢	٪٣	—	مضاعفات عقاقير طبية

تم مقارنة حجز الطوارئ في مستشفيات الحكومة والمستشفيات العامة والمستشفيات الخاصة في دراسة حديثة في مصر ، وقد وجدت فروق في توزيع الذكور والإناث ، وكذلك في النمط التشخيصي ؛ ففي كل أنواع المستشفيات ، كان أعلى معدل تشخيصي هو طيف الفصام ، أما الاضطرابات الوجدانية العظمى واضطرابات القلق ، فكانت معدلات الحجز بشأنها أعلى في المستشفيات العامة ، في حين ارتفع معدل الحجز بسبب سوء استخدام عقار في المستشفيات الخاصة .

ومن هذه الدراسات يتضح لنا ضرورة استمرار وجود مستشفيات عقلية فلامجال لشك أن عدداً من مرضائنا سوف يحتاج إلى الحجز لفترات طويلة بالمستشفى ، وجدير بالذكر أن هناك بعضاً من الصفات في البيئات

النفسية جغرافية ، وفي الفئات التشخيصية للاضطرابات النفسية ، ترتبط بالحجز طويل المدى في المستشفيات .

يبدو إننا سياسة الجوابه الدواره في الطب النفسى ليست ناجحة تماماً ، حيث إنه يتم إخراج المرضى من المستشفيات ، وهم لا يزالون حاملين أعراض ، وبالتالي فإنهم يسكنون في الشوارع إلى حين اقتراحهم إحدى الجرائم الصغيرة ؛ فيتم إعادة إيداعهم ليخرجوا مرة أخرى إلى الشوارع .. إننا نتحدث دائماً عن الخدمات خارج جدران للمستشفيات وعن الرعاية المجتمعية ، ولكننا انطلاقاً من خبرتى الخاصة .. أستطيع القول أن مجتمعات البلدان المتقدمة والبلدان النامية على حد سواء ، ليست مهيلة بعد لاستيعاب المرضى العقلين السابقين أو المرضى ذوي الأعراض المتبقية .

ومن المعروف جيداً أن 30-40 ٪ من المرضى يتكيفون بمستوى أدنى من مستواهم المعتاد ، بعد نوبة قصام (وأحياناً اضطراب وجداني أو اضطراب طيف فصامي) وكلما زاد عدد الانتكاسات التي تحدث لهم ، زاد احتمال الإعاقة واحتمال عدم القدرة على التكيف ، وبالتالي فإننا نلقى بالعيب على كاهل العائلات ، وعلى الخدمات المجتمعية لاستيعاب أشخاص معاقين ، بدلاً من تأهيلهم للعمل المفيد والاستيعاب المستمر .

إننا نطالب المرضى بأن يندمجوا اجتماعياً مرة أخرى، في الوقت ذاته الذي ندرك فيه أن كثيراً منهم يعانون من تغييرات فعلية هيكلية وتركيبية في المخ.

ومن الأرجح أن المستشفيات العقلية سوف تبقى وسوف تتجاوز من يحاولون رثاها ، وإن كانت درجات استيعابها سوف تقل ، وسوف ينتشر توزيعها في أنحاء البلاد المختلفة . ذلك أن المجتمع غير قادر على توفير الخدمات النفسية والاجتماعية والتأهيلية اللازم لهم ، وإن تقتصر الحاجة للمستشفيات العقلية على تقديم للعلاج الطبي ، ولكن ستضع لتقديم العلاج التأهيلي والعلاج بالعمل .

ويمكن توفير ذلك بواسطة الأخصائيين الاجتماعيين النفسيين ، والأخصائيين النفسيين الأكاديميين والهيئة النفسية المساعدة ، في حين سوف تحتاج الحالات الطارئة والقصيرة المدى إلى خبرة المهنة الطبية خاصة الأطباء النفسيين .

## الاتجاهات المستقبلية :

تضمن السياسة المستقبلية للخدمات النفسية في مصر بناء مستشفيات متوسطة الحجم ، تبلغ سعتها ٦٠٠ سرير ، تستطيع أن تخدم ثلاث محافظات متجاورة ، بالإضافة إلى مستشفيات للإقامة قصيرة المدى سعتها ١٠٠ سرير ، وفي الوقت نفسه ستكون هناك أقسام نفسية في كل المستشفيات العامة ، تستوعب فيما بين عشرة وعشرين مريضاً ، المطلوب هو أن نصل إلى معدل سرير واحد طبيقي ، مقابل كل عشرة أسرة طبية ، كذلك نفتح تشجيع العلاج النفسي المكثف في العيادات الخارجية في كل المستشفيات العامة ، ونرجو أن نضع حقبة إلغاء المستشفيات العقلية كمراب بعيد التحقيق ، وأن تكون واعين بالعبء الذي تطالب المجتمع بتحملة .

إن برنامج الصحة العقلية في العشر سنوات التالية سوف يوفر مستشفى للبقاء طويل المدى ، تستوعب ما بين ١٠٠-٢٠٠ سرير في كل محافظة ، بالإضافة إلى مركز نهاري خارجي وأسرة للبقاء قصيرة المدى للحالات العادة ، ومن المتوقع أن تتسع خدمات المرضى الخارجيين لدور أساسي ، يلعبه الأخصائي الاجتماعي النفسي ، والأخصائيون النفسيون الأكلينيكيون والزائرون الصحيون النفسيين مع المشاركة الإيجابية لهيئة التمريض الطبيفسية .

سوف يركز البرنامج المصري على استدعاء أطراف أخرى للمساهمة في الفريق الطبيقي ، مثل الأخصائي النفسي الإكلينيكي ، والأخصائي الاجتماعي النفسي ، والمعالجين المهنيين ، والزائرين الصحيين العقليين والتمريض النفسي من المستويين : مستوى معهد التمريض العالي ، ومستوى مدارس التمريض . إن التركيز على هذه النقطة يستدعي بذل المجهود ذاته ، الذي يستدعيه تخريج أطباء نفسيين ، ذلك إن لم يتجاوز .

وقد تم افتتاح مركز طبيقي نموذجي بجامعة عين شمس ، منذ ٧ سنوات ، بأمل تكرار تنفيذه في محافظات أخرى في مصر .

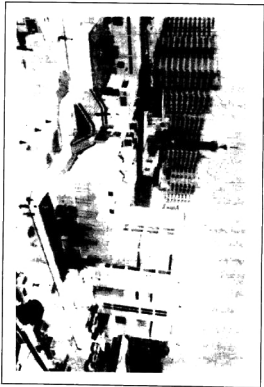
لقد بدأ تمويل المركز بالتبرعات ثم دعمته الحكومة فيما بعد ، وقد كنت شخصياً من البداية وراء دعوة الناس إلى تحمل مسئوليتهم في مساعدة الدولة لبناء مثل هذا المركز المتكامل ، ولي الشرف أن أكون أول رئيس ومؤسس لهذا المركز ،

ورثياً شرفياً مدى الحياة .

ويخدم المركز مائة مريض بالقسم الداخلي ، ويتضمن أقساماً لعلاج سوء استخدام العقاقير ، وطب نفسى الأطفال وطب نفس الشيخوخة . ويتم التركيز في المركز على خدمات المرضى الخارجيين ، حيث يمكننا متابعة حوالي مائة مريض يومياً ، طوال خمسة أيام في الأسبوع ؛ أى ألفى مريض في الشهر ، وسوف يكون اشتراك الأخصائي الاجتماعى النفسى والتمريض النفسى والأخصائيين مع الأطباء النفسيين في تقديم خدمات متكاملة للمرضى ، بمثابة نموذج للمراكز الأخرى .

ويعمل المركز بالتعاون مع المعهد العالى للتمريض ومدارس التمريض وكليات الخدمة الاجتماعية وأقسام علم النفس بالجامعات لتدريب الخريجين على التعامل متعدد المناهج مع الاضطرابات النفسانية . إن هذا المركز يبرز مبدأ أن الاضطراب النفسى ، يحتاج إلى مدخل متكامل نفسى - اجتماعى - بيولوجى ، وأن العلاج لمرضاتنا سيظل ناقصاً ، طالما أننا لا نتعامل مع المريض أثناء أخذ التاريخ المرضى والبحث فى الأسباب والعلاج كوحدة بيولوجية نفسية اجتماعية .

إن تغطية وسائل الإعلام لهذا المركز قد أعطت إشارة البدء لعدد من المبادرات الرائدة ؛ من أجل البدء فى مشاريع مراكز تستند - بالأساس - إلى للتبرعات ، حيث إن الدولة فى البلدان النامية ليست قادرة على أن تتكفل وحدها بتمويل برامج الصحة النفسية ، وأن توليها الأولوية ناتما التى توليها المشاكل الصحية الأخرى .



مركز الطب النفسي - جامعة عين شمس

## الخدمة العلاجية

### في دور الاستشفاء النفسي والعقلي في مصر

إن التخطيط لبرنامج قومي للصحة النفسية يجب أن يدرس ويتبع الخطوات التالية :

#### (١) حجم المشكلة :

حوالي ٣٠٪ من سكان أي شعب يعانون من مرض نفسي ، ويلجأ ٢٠٪ منهم للعلاج الشعبي أو الطبي ، ويكتشف الممارس العام أنها نفسية في حوالي ١٠٪ من حالات ، ويذهب ٢.٣٪ للطبيب النفسي ، وأخيراً ٠.٥٪ سيحتاج للدخول بالمستشفى .

إن المشاكل النفسية تمثل ٨.١٪ من العبء المترتب على المرض في العالم .

#### (٢) شدة المشكلة :

الوفاة :

يتنحدر حوالي ٢٠٪ من مرضى الاكتئاب والهلع ، وكذلك ١٠٪ من مرضى الفصام .

العجز :

الاكتئاب هو رابع الأمراض التي تسبب العجز ، وينتظر أن يكون ثاني الأمراض في عام ٢٠٢٠ ، ناهيك عن العجز الناتج من الفصام ، التخلف العقلي ، خرف الشيخوخة . ولايشابه الاكتئاب في عدد الأيام التي يقضيها المريض في السرير إلا حالات هبوط القلب ؛ إذ إن عجز الاكتئاب يفوق الروماتيزم ، وأمراض الكلية والرئة ... إلخ .

العبء على الأسرة :

التدهور الاقتصادي .

(٣) أهمية المشكلة :

يؤثر المرض النفسى على جودة الحياة ، ويؤدى إلى التدهور الاقتصادى .

(٤) القدرة على التحكم فى المرض :

تقدمت تقدماً منموماً فى الوقاية والعلاج والتأهيل .

(٥) الموارد المتاحة :

البشرية - الأماكن - الإدارة .

نسب انتشار الأمراض النفسية فى المجتمعات المختلفة

(تقدير هيئة الصحة العالمية)

العدد التقريبي للمرضى فى مصر

العدد (مصر ٦٠ مليون)	النسبة	المرض
٦٠٠,٠٠٠	٪١	الفصام
٣,٦٠٠,٠٠٠	٪٦	الاكتئاب
٦٠٠٠,٠٠٠-٥٠٠٠,٠٠٠	٪٨-١٠	أمراض القلق
٦٠٠,٠٠٠	٪١	التخلف العقلى
٦٠٠٠,٠٠٠	٪١٠	العجز التعلیمی
١٢٠,٠٠٠	٪٥ فوق ٦٥ سنة	خرف الشيخوخة
المواد المؤثرة على الحالة النفسية		
١,٢٠٠,٠٠٠	—	الحشيش
١,٠٠٠,٠٠٠	٪١.٨	استعمال المواد
١٤,٠٠٠	—	الهيروين



(٦) التكاليف :

مباشرة غير مباشرة

(٧) إبداع العرضي :

محكات البرنامج القومي للصحة النفسية :

( أ ) لماذا نقوم بعمل برنامج .

( ب ) الهدف العام .

( جـ ) الهدف الخاص .

( د ) الاستراتيجية وطرق التنفيذ .

( هـ ) التقييم والمتابعة .

( و ) الميزانية .

الخدمات النفسية المطلوبة حسب تقدير هيئة الصحة العالمية (1996)

الشروط	المحكات	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- ضروري</li> <li>- ممنوع</li> <li>- لا يزيد عن 10%</li> <li>- من المحجوزين</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- تطبيق توصيات الأمم المتحدة لحقوق المريض النفسي .</li> <li>- إيداع المريض (في غرفة منفردة مغلقة) .</li> <li>- العجز الإجباري .</li> </ul>	حقوق الإنسان
<ul style="list-style-type: none"> <li>- لا تقل عن 10%</li> <li>- من ميزانية الصحة</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- الأمراض العقلية .</li> </ul>	الميزانية
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- يجب أن تكون 75% من الخدمات موزعة على أنحاء البلاد .</li> <li>- تخصيص 25% من أسرة المستشفيات العامة للأمراض النفسية .</li> <li>- لا يصح أن تكون الخدمات النفسية بعيدة عن المريض أكثر من ساعة في ما لا يزيد عن 20% من الحالات .</li> </ul>	الخدمات
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 0.5-0.8 / 1000 مواطنة .</li> <li>- في مصر 0.1 / 1000 مواطن .</li> <li>- 0.25-1 / 10,000</li> <li>- في مصر 1 / 130,000</li> </ul>	عدد الأسرة  الأطباء النفسيين
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- لا يزيد عن شهر</li> <li>- لا يزيد مدة الإقامة عن شهر ، في أكثر من 1% .</li> </ul>	مدة الإقامة

عدد الحالات الحادة التي تحتاج للمستشفى

المرض	توصيات الصحة العالمية ٥٠٠,٠٠٠	القاهرة ١٢ (مليون)	مصر ٦٠ (مليون)
القصام	٥٠	١٢٠٠	٦٠٠٠
الذهان الحاد	٣٠	٧٢٠	٣٦٠٠
الاكتئاب	٥	١٢٠	٦٠٠

الأسرة المطلوبة للثلاثة أمراض نفسية

المرض	توصيات الصحة العالمية ٥٠٠,٠٠٠	القاهرة ١٢ (مليون)	مصر ٦٠ (مليون)
القصام	٥٦	١٣٤٤	٦٧٢٠
الذهان الحاد	٢٨	٦٧٢	٣٣٦٠
الاكتئاب	٦	١٤٤	٧٢٠
المجموع	٩٠	٢١٦٠	١٠٨٠٠

الحاجة إلى الموارد البشرية حسب توصيات هيئة الصحة العالمية

البيان	القاهرة	مصر	المتوفر حالياً
الأطباء النفسيون	٤٠٨	٢٠٤٠	٥٠٠
الأخصائيون النفسيون	١٦٨	٨٤٠	٢١١
الأخصائيون الاجتماعيون	٢٤٠	١٢٠٠	٣٠٠
التمريض	٢٢٨٠	١١٤٠٠	١٣٥٥
أخصائي مهني	١٩٢	٩٦٠	—

الحاجة للأسرة للمكوث لمدة أطول من ٦ شهور

العدد	عدد الأسرة	مدة المكوث	القاهرة ١٢ مليون
١٠٠,٠٠٠	٥,٣	٦ شهور	٦٣٦
١٠٠,٠٠٠	٣,٣	سنة	٣٩٦
١٠٠,٠٠٠	١,٦	سنتين	٦٩٢
١٠٠,٠٠٠	١,٣	٣ سنوات	١٥٦
			١٣٨٠

تحتاج القاهرة إلى ١٣٨٠ سريراً للمرضى النفسيين ، الذين يحتاجون  
 للمكوث بالمستشفى أكثر من ٦ شهور .

## تصنيف اضطرابات الطب النفسى والعقلى

### التصنيف العالمى العاشر للاضطرابات

### العقلية والسلوكية

منظمة الصحة العالمية ١٩٩٢ (الفصل الخامس)

قائمة بالغات ثلاثية الصفة ف. - . - : ف٩٩

• ف. الاضطرابات العقلية العضوية ، بما فيها الاضطرابات  
الإعراضية ( ذات العلاقة بأعراض ) .

FO ORGANIC INCLUDING SYMPTOMATIC MENTAL DISORDERS.

ف. الخرف فى مرض الزهايمر :

FOO DEMENTIA IN ALZHEIMER DISEASE.

ف٠٠ الخرف المبكر فى مرض الزهايمر (النوع ٢)

FOO O DEMENTIA IN ALZHEIMER DISEASE WITH EARLY ONSET.

ف٠٠.١ الخرف المتأخر فى مرض الزهايمر (النوع ١) .

FOO.1 DEMENTIA IN ALZHEIMER DISEASE WITH LATE ONSET.

ف٠٠.٢ الخرف فى مرض الزهايمر ، النوع اللانمطى أو المختلط .

FOO.2 DEMENTIA IN ALZHEIMER DISEASE ATYPICAL OF MIXED  
TYPE.

ف٠٠.٩ غير محدد .

FOO.9 UNSPECIFIED.

ف١٠ الخرف الوعائى .

F01 VASCULAR DEMENTIA.

ف١٠.٠ الخرف ذو البداية الحادة

F01. VASCULAR DEMENTIA OF ACUTE ONSET.

ف ١.١ ، الخرف الوعائي متعدد الاحتشابات (القشري غالباً) .

F01.1 MULTI-INFACIT (PREDOMINANTLY CORTICAL) DEMENTIA.

ف ١.٢ ، الخرف الوعائي تحت القشري .

F01.2 SUBCORTICAL VASCULAR DEMENTIA.

ف ١.٣ ، الخرف الوعائي القشري وتحت القشري المخلط .

F01.3 MIXED CORTICAL AND SUBCORTICAL VASCULAR DEMENTIA.

ف ١.٨ ، أخرى .

F01.8 OTHER.

ف ١.٩ ، غير محدد .

F01.9 UNSPECIFIDE.

ف ٢ ، الخرف في أمراض مصنفة في مكان آخر .

F02 DEMENTIA IN DISEASES CLASSIFIED ELSEWHERE F02.0 DEMEN

ف ، ٢ ، الخرف في مرض «بكه» .

TIA IN PICKS DISEASE.

ف ٢.١ ، الخرف في مرض «جاكوب - كروتشفيلده» .

F02.1 DEMENTIA IN CREUTIZFELDT DISEASE.

ف ٢.١ ، الخرف في مرض «هنتلجتون» .

F02.2 DEMENTIA IN HUNTINGTON DISEASE.

ف ٢.٣ ، الخرف في مرض «باركنسون (الشك الرعاش)» .

F02.3 DEMENTIA IN PARKINSON DISEASE.

ف ٢.٤ ، الخرف في مرض «خمج فيروس نقص المناعة» .

F02.4 DEMENTIA IN HIV DISEASE.

ف ٢.٨ ، الخرف في أمراض أخرى مصنفة في مكان آخر .

F02.8 DEMENTIA IN OTHER DISEASES CLASSIFIED ELSEWHERE.

ف٣ ، الخرف ، غير المحدد .

F03 UNSPECIFIED DEMENTIA.

• الصفة الخامسة التي تعدد الخرف ف٣-٣ ، المصاحب بأعراض إضافية .

5th CHARACTER SPECIFYING DEMENTIA IN F00-F-03 WITH ADDITIONAL SYMPTOMS.

\* ٠ ، دون أعراض إضافية .

\* 0 WITHOUT ADDITIONAL SYMPTOMS.

١ \* ٠ ، أعراض أخرى ضلالية أساساً .

\*1 OTHER SYMPTOMS, PREDOMINANTLY DELUSIONAL.

٢ \* ٠ ، أعراض أخرى هلوسية أساساً .

\*2 OTHER SYMPTOMS, PREDOMINANTLY HALLUCINATORY.

٣ \* ٠ ، أعراض أخرى اكتئابية أساساً .

\*3 OTHER SYMPTOMS, PREDOMINANTLY DEPRESSIVE.

٤ \* ٠ ، أعراض مختلفة أخرى .

\*4 OTHER MIXED SYMPTOMS.

ف٤ ، زملة النساء العسوية (الزملة العسوية لفقد الذاكرة) ، بخلاف المحدثة بالكحول والعقاقير .

F04 ORGANIC AMNESIC SYNDROME-OTHER THAN INDUCED BY ALCOHOL AND DRUGS.

ف٥ ، الهذيان (البطاح) ، بخلاف المحدث بالكحول أو العقاقير .

F05 DELIRIUM OTHER THAN INDUCED BY ALCOHOL AND DRUGS.

ف٥ ، هذيان غير مضاف إلى خرف .

F05.0 DELIRIUM NOT SUPERIMPOSED ON DEMENTIA.

ف٥.١ ، الهذيان مضافاً إلى خرف .

F05,1 DELIRIUM SUPERIMPOSED ON DEMENTIA.

ف٥.٨ ، أخرى .

F05,8 OTHER.

ف٥.٩ ، غير محددة .

F05,9 UNSPECIFIED.

ف٦ ، الاضطرابات الأخرى الناجمة عن أمراض ، أو اختلالات مخية أو أمراض بدنية .

F05 OTHER MENTAL DISORDER DUE TO BRAIN DISEASE DUE TO BRAIN AND DISFUNCTION AND TO PHYSICAL DISEASE.

ف٦ ، ر ، ٦ الخيلولة العضوية ، (الهلوسة العضوية) .

F06,0 ORGANIC HALLUCINOSIS.

ف٦ر١ ، اضطراب الجامود العضوي .

F06,1 ORGANIC CATATONIC DISORDER.

ف٦ر٢ ، اضطراب الضلالة العضوي ، أو الاضطرابات شبه الفصامية العضوية .

F06,2 ORGANIC DELUSIONAL (SCHIZOPHRENIA-LIKE) DISORDER.

ف٦ر٣ ، الاضطرابات الوجدانية (المزاجية) العضوية .

F06,3 ORGANIC MOOD (AFFECTIVE) DISORDERS.

ف٦,٣٠ ، اضطراب هوس عضوي .

F06,30 ORGANIC MANIC DISORDER.

ف٦,٣١ اضطراب ثنائي القطب عضوي .

F06,31 ORGANIC BIPOLAR DISORDER.

ف٦,٣٢ اضطراب اكتلابي عضوي .

F06,32 ORGANIC DEPRESSIVE DISORDER.

ف٦,٣٣ اضطراب وجداني مختلط عضوي .

F06,33 ORGANIC MIXED AFFECTIVE DIORDER.



ف٤ر٦ اضطراب القلق العضوي .

F06.4 ORGANIC ANXIETY DISORDER.

ف٥ر٦ ، اضطراب انشغالي عضوي .

F06.5 ORGANIC DISSOCIATIVE DISORDER.

ف٦ر٦ ، اضطراب الهشاشة الانفعالية (الانفعال المتغير) أو (اضطراب الوهن العضوي) .

F06.6 ORGANIC EMOTIONALLY LABILE (ASTHENIC) DISORDER.

ف٧ر٦ ، اضطراب معرفي خفيف الشدة .

F06.7 MILD COGNITIVE DISORDER.

ف٨ر٦ ، أخرى .

F06.8 OTHER.

ف٩ر٦ ، غير محددة .

F06.9 UNSPECIFIED.

ف٧ ، اضطرابات الشخصية والسلوك الناتجة عن مرض أو إصابة أو خلل وظيفي بالمخ .

F07 PERSONALITY AND BEHAVIOURAL DISORDERS DUE TO BRAIN DISEASE, DAMAGE AND DYSFUNCTION.

ف٧ ، اضطراب الشخصية العضوي .

F07.0 ORGANIC PERSONALITY DISORDER.

ف٧ر١ ، زملة ما بعد الالتهاب الدماغى .

F07.1 POSTENCEPHALITIC SYNDROME.

ف٧ر٢ ، زملة ما بعد ارتجاج المخ (زملة ما بعد الإصابة المخية العضوية) .

F7.2 POSTCONCUSSIONAL SYNDROME (POST TRAUMATIC ORGANIC BRAIN SYNDROME).

ف٧,٨ ، أخرى .

F07.8 OTHER

ف٧,٩ ، غير محددة .

F07.9 UNSPECIFIED.

ف٩ . اضطرابات عقلية عضوية أو إعراضية ، غير محددة .

F09 UNSPECIFIED ORGANIC OR SYMPTOMATIC MENTAL DISORDERS.

ف١ الاضطرابات العقلية والسلوكية الناجمة عن استخدام مواد نفسانية الذاغعية .

F1 MENTAL AND BEHAVIOURAL DISORDERS DUE TO PSYCHOACTIVE SUBSTANCE USE.

ف١٠ الاضطرابات الناجمة عن استخدام الكحول .

F10 DISORDER RESULTING FROM USE OF ALCOHOL.

ف١١ الاضطرابات الناجمة عن استخدام مشتقات الأفيون .

F11 DISORDERS RESULTING FROM USE POIIDS.

ف١٢ الاضطرابات الناجمة عن استخدام مشتقات الحشيش .

F12 DISORDERS RESULTING FROM USE OF CANNABINOIDS.

ف١٣ الاضطرابات الناجمة عن استخدام المهدئات أو الملوامات .

F13 DISORDERS RESULTING FROM USE OF SEDATTIVES OR HYPNOTICS.

ف١٤ الاضطرابات الناجمة عن استخدام الكوكايين

F14 DISORDERS RESULTING FROM USE OF COCAINE.

ف١٥ الاضطرابات الناجمة عن استخدام منبهات أخرى (بما فيها مادة الكافيين).

F15 DISORDERS RESULTING FROM USE OF OTHER STIMULANTS (INC. CAFFEINE).

ف١٦ الاضطرابات الناجمة عن استخدام عقاقير الهلوسة (المهلوسات) .

F16 DISORDERS RESULTING FROM USE OF HALLUCINOGENS.

ف١٧ الاضطرابات الناجمة عن استخدام التدخين .

F71 DISORDERS RESULTING FROM USE OF TOBACCO.

ف١٨ الاضطرابات الناجمة عن استخدام المذيبات المتبخرة .

F18 DISORDERS RESULTING FROM USE OF VOLATILE SOLVENTS.

ف١٩ الاضطرابات الناجمة عن استخدام عقاقير متعددة ، واستخدام مواد أخرى  
تسببية التفاعلية .

F19 DISORDERS RESULTING FROM MULTIPLE DRUG USE AND USE  
OF OTHER PSYCHOACTIVE SUBSTANCES.

لشفرة الخاصة بالمصنفين الرابعة والخامسة لتحديد الحالة الأكلينيكية

4TH AND 5TH CHARACTERS CODES FOR SPECIFYING THE CLINICAL  
CONDITIONS.

ر التسمم الحاد

F1\*0 ACUTE INTOXICATION.

ر دون مضاعفات

00 UNCOMPLICATED.

١ . ر المصحوب بإصابة أو أى جروح جسمية أخرى .

01 WITH TRAUMA OR OTHER BODILY INJURY.

٢ . ر المصحوب بمضاعفات طبية أخرى .

02 WITH OTHER MEDICAL COMPLICATIONS.

٣ .١ المصحوب بهذيان .

03. WITH DELIRIUM.

٤ . ر المصحوب بتشوهات إدراكية .

04 WITH PERCEPTUAL DISTORTIONS.

٥ . ر المصحوب بقبووية .

05 WITH COMA.

٦ . ر المصحوب بتشنجات .

06 WITH CONVULSIONS.

٧ . ر التسمم العرضى .

07 PATHOLOGICAL INTOXIATION.

١ . ر استخدام مؤذ (الغماطى) .

F1 \*.1 HARMFUL USE.

٢ . ر زملة الاعتماد .

F1 \*.2 DEPENDENCE SYNDROME.

٢٠ . ر حالياً معتنع .

CURRENTLY ABSTINENT,20.

٢١ . ر حالياً معتنع ، ولكن فى بيئة آمنة .

CURRENTLY ABSTINENT BUT IN A PROTECTED ENVIRONMENT,12.

٢٢ . ر حالياً على نظام ثابت مراقب إكلينيكياً .

CURRENTLY ON A CLINICALLY SUPERVISED REGIME,22.

٢٣ . ر حالياً معتنع ، ولكن يعالج بعقاقير منفردة أو (عائقة) .

CURRENTLY ABSTINENT BUT UNDER TREATMENT ON AVERSIVE OR BLOCKING DRUGS,23.

٢٤ . ر حالياً يستخدم العقار .

CURRENTLY USING THE SUBSTANCE,24.

٢٥ . ر استخدام مستمر .

CONTINUOUS USE,25.

٢٦ . ر استخدام نوابى .

EPISODIC USE,26.

٣ر حالة انسحاب .

F1 \*3 WITHDRAWAL STATE.

٣٠ر دون مضاعفات .

UNCOMPLICATED.30.

٣١ر مع تشنجات .

WITH CONVULSIONS,31.

٤ر حالة انسحاب مع هذيان .

F1 \*4 WITHDRAWAL STATE WITH DELIRIUM.

٤٠ر دون تشنجات .

WITHOUT CONVULSIONS,40.

٥ر اضطراب ذهاني .

F1 \*5 PSYCHOTIC DISORDER.

٥٠ر مثل الفصام .

SCHIZOPHRENIA LIKE.50.

٥١ر ضلالي أساساً .

PREDOMINANTLY DELUSIONAL.51.

٥٢ر هلوسى أساساً .

PREDOMINANTLY HALLUCINATORY.52.

٥٣ر متعدد الشكل أساساً .

PREDOMINANTLY POLYMORPHIC.53.

٥٤ر أعراض اكتئابية أساساً .

PREDOMINANTLY DEPRESSIVE SYMPTOMS.54.

٥٥ر أعراض هوس أساساً .

PREDOMINANTLY MANIC SYMPTOMS.55.

٥٦ مختلط .

MIXED,56.

٦ زلة انساوة (فقد الذاكرة) المترتبة على كحول أو عقار .

F1 \*6 ALCOHOL AND DRUG INDUCED AMNESIC SYNDROME.

٧ الاضطراب المتبقي والذهاني متأخر البداية المترتب على كحول أو عقار .

F1 \*7 ALCOHOL AND DRUG INDUCED RESIDUAL AND LATE ONSET PSYCHOTIC DISORDER.

٧٠ الارتجاجات الزمنية .

FLASHBACKS,70.

٧٠ اضطراب الشخصية أو الملوك .

PERSONALITY OR BEHAVIOUR DISORDER,71.

٧٢ اضطراب وجداني متبقي .

RESIDUAL AFFECTIVE DISORDERN,72.

٧٢ اضطراب مترتب على كحول أو عقار .

ALCOHOL AND DRUG INDUCES DEMENTIA,73.

٧٤ أنواع أخرى من الخلل المعرفى المستمر .

OTHER PERSISTING COGNITIVE IMPAIRMENT,74.

٧٥ اضطراب ذهاني متأخر البداية .

LATE ONSET PSYCHOTIC DISORDER,75.

٨ اضطرابات عقلية أو سلوكية أخرى مترتبة على كحول أو عقاقير .

F1 \*8 OTHER MENTAL AND BEHAVIOURAL DISORDERS INDUCED BY ALCOHOL AND DRUGS.

٩ اضطرابات عقلية أو سلوكية غير محددة مترتبة على كحول أو عقاقير .

F1 \*9 UNSPECIFIED MENTAL AND BEHAVIOURAL DISORDER INDUCED BY ALCOHOL AND DRUGS.

ف٢٠ الفصام ، والحالات فصامية الطابع واضطرابات الضلالة (الاستضلال) .

F20 SCHIZOPHRENA, SCHIZOTYPAL AND EDLUSIONAL DISORDERS.

ف٢٠- الفصام \*

F20 SCHIZOPHRENIA\*

ف٢٠٠ الفصام البارنوي (الزوراني) (الضلالي) .

PARANOID SCHIZOPHRENIA,0.2

ف٢٠١ فصام البلوغ (المراهقة) الفصام الهيبفروني .

HEBEPHRENIC SCHIZOPHRENIA, 2.1

ف٢٠٢ الفصام الكاتونني (التصلبي أو التخثبي أو الجامودي) .

CATATONIC SCHIZOPHRENIA, 2.2

ف٢٠٣ الفصام غير المعيز .

UNDIFFERENTIATED SCHIZOPHRENIA, 2.3

ف٢٠٤ اكتئاب ما بعد الفصام .

POST SCHIZOPHRENIC DEPRESSION, 2.4

ف٢٠٥ الفصام المتبقي .

RESIDUAL SCHIZOPHRENIA, 2.5

ف٢٠٦ الفصام المبسط .

SIMPLE SCHIZOPHIRENIA 2.6

ف٢٠٨ أخرى .

OTHER, 2.8

ف٢٠٩ الفصام غير المحدد .

UNSPECIFIED, 2.9

• نمط المسار .

PATTERN OF COURSE\*

ف٢٠ر٠ متصل .

F20.\*0 CONTINUOUS,

ف٢٠ر١ نوباتي مع تدهور متزايد

F20.\*1 EPISODIC WITH PROGRESSIVE DEFICIT,

ف٢٠ر٢ نوباتي مع تدهور ثابت .

F20.\*2 EPISODIC WITH STABLE DEFICIT,

ف٢٠ر٣ نوباتي منحصر .

F20.\*3 EPISODIC REMITTENT,

ف٢٠ر٤ تحسن غير كامل .

F20.\*4 INCOMPLETE REMISSION,

ف٢٠ر٥ تحسن كامل .

F20.\*5 COMPLETE REMISSION,

ف٢٠ر٦ أخرى .

F20.\*0 OTHER,

ف٢٠ر٩ فترة الملاحظة أقل من سنة واحدة .

F20.9 PERIOD OF OBSERVATION LESSTHAN ONE YEAR,

ف٢١ اضطراب فصامي الطابع .

F21 SCHIZOTYPAL DISORDER,

ف٢٢ اضطرابات الضلالة المستعرة .

F22.0 EDLUSIONAL DISORDER,

ف٢٢ر٨ اضطرابات ضلالة مستعرة أخرى .

F22.8 OTHER,



ف229 غير محددة .

F22.9 UNSPECIFIED.

ف23 اضطرابات ذهانية حادة وعابرة .

F23 ACUTE AND TRANSIENT PSYCHOTIC DISORDERS.

ف23.0 اضطراب ذهاني حاد (دون أعراض فصام) .

F23.0 ACUTE PSYCHOTIC DISORDER WITHOUT SYMPTOMS OF SCHIZOPHRENIA.

ف23.01 غير مصاحب بكارب حاد .

WITH ASSOCIATED ACUTE STRESS,01.

ف23.1 اضطراب ذهاني حاد متعدد الشكل (مع أعراض فصام) .

F23.1 ACUTE POLYMORPHIC PSYCHOTIC DISORDER WITH SYMPTOMS OF SCHIZOPHRENIA.

ف23.10 غير مصاحب بكارب حاد .

WITHOUT ASSOCIATED ACUTE STRESS,10.

ف23.11 مصاحب بكارب حاد .

WITH ASSOCIATED ACUTE STRESS,11.

ف23.2 اضطراب ذهاني حاد شبيه الفصام .

F23.2 ACUTE SCHIZOPHRENIA LIKE PSYCHOTIC DISORDER.

ف23.20 غير مصاحب بكارب حاد .

WITHOUT ASSOCIATED ACUTE STRESS,20.

ف23.21 مصاحب بكارب حاد .

WITH ASSOCIATED ACUTE STRESS,21.

ف23.3 اضطراب ذهاني حاد آخر ، غالباً ضلالي .

F23.3 OTHER ACUTE PREDOMINANTLY DELUSIONAL PSYCHOTIC DISORDER.

ف23ر٢ غير مصاحب ب كرب .

WITHOUT ASSOCIATED STRESS,30.

ف23ر٣١ مصاحب ب كرب .

WITH ASSOCIATED STRESS,31.

\* ف23ر٨ أخرى .

F23.8 OTHER.

\* ف23ر٩ غير محددة .

F23.9 UNSPECIFIED.

\* ف24 اضطراب جنائى محدث (الجنون المشاخر) .

F24 INDUCED DELUSIONAL DISORDER.

ف25 اضطرابات الفصام الوجدانى .

F25 SCHIZOAFFECTIVE DISORDERS.

ف25ر٠ اضطراب الفصام الوجدانى ، نوع الهوس .

F25.0 SCHIZOAFFECTIVE DISORDER, MANIC TYPE.

ف25ر١ اضطراب الفصام الوجدانى ، نوع الاكتئاب .

F25.1 SCHIZOAFFECTIVE DISORDER, DEPRESSIVE TYPE

ف25ر٢ اضطراب الفصام الوجدانى ، نوع مختلط .

F25.2 SCHIZOAFFECTIVE DISORDER, MIXED TYPE.

ف25ر٤ أخرى .

F25.8 OTHER.

ف25ر٩ غير محددة .

F25.9 UNSPECIFIED.

ف٢٨ اضطرابات ذهانية غير عضوية أخرى .

F28 OTHER NONORGANIC PSYCHOTIC DISORDERS.

ف٢٩ ذهان غير عضوى غير محدد .

F29 UNSPECIFIED NONORGANIC PSYCHOSIS.

ف٣ اضطرابات المزاج (الوجدان) .

F3 MOOD (AFFECTIVE) DISORDERS.

ف٣٠ نوبة هوس .

F30 MANIC EPISODE.

ف٣٠.٠ هوس خفيف الشدة .

HYPOMANIA, 30.0.

ف٣٠.١ هوس دون أعراض ذهانية .

MANIA WITHOUT PSYCHOTIC SYMPTOMS, 30.1.

ف٣٠.٢ هوس مع أعراض ذهانية .

MANIA WITH PSYCHOTIC SYMPTOMS, 30.2.

ف٣٠.٨ أخرى .

OTHER, 30.8.

ف٣٠.٩ غير محددة .

UNSPECIFIED, 30.9.

ف٣١ اضطراب وجدانى ثنائى القطب .

F31 BIPOLAR AFFECTIVE DISORDER.

ف٣١.٠ النوبة الحالية هوس خفيف الشدة .

CURRENT EPISODE HYPOMANIC, 31.0.

ف٣١.١ النوبة الحالية هوس دون أعراض ذهانية .

CURRENT EPISODE MANIC WITHOUT PSYCHOTIC SYMPTOMS, 31.1.

ف٣١٢ النوبة الحالية اكتئاب متوسط أو خفيف الشدة .

CURRENT EPISODE MILD OR MODERATE DEPRESSION, 31.2.

ف٣١٣٠ اكتئاب متوسط أو خفيف الشدة دون أعراض بدنية .

WITHOUT SOMATIC SYMPTOMS, 30.30.

ف٣١٣١ اكتئاب متوسط أو خفيف الشدة مع أعراض بدنية .

WITH SOMATIC SYMPTOMS,31.31.

ف٣١٣ النوبة الحالية اكتئاب شديد دون أعراض ذهانية .

CURRENT EPISODE SEVERE DEPRESSION WITHOUT PSYCHOTIC SYMPTOMS,4.

ف٣١٣٥ النوبة الحالية اكتئاب شديد مع أعراض ذهانية .

CURRENT EPISODE SEVERE DEPRESSION WITH PSYCHOTIC SYMPTOMS. 31.5.

ف٣١٦ النوبة الحالية مختلطة .

CURRENT EPISODE MIXED, 31.6.

ف٣١٧ حالياً في نكس .

CURRENTLY IN REMISSION, 31.7.

ف٣١٨ أخرى .

OTHER, 31.8.

ف٣١٩ غير محددة .

UNSPECIFIED, 31.9.

ف٣٢ نوبة اكتئابية .

F32 DEPRESSIVE EPISODE 32.0.

ف٣٢٠ خفيفة الشدة .

MILD SEVERTY, 32.00,

ف.٣٢ دون أعراض بدنية .

WITHOUT SOMATIC SYMPTOMS. 32.00.

ف.٣٢ مع أعراض بدنية .

WITH SOMATIC SYMPTOMS,32.01.

ف.٣٢ متوسطة الشدة .

MODERATE SEVERITY, 32.1.

ف.٣٢ بدون أعراض بدنية .

WITHOUT SOMATIC SYMPTOMS, 32.10.

ف.٣٢ مع أعراض بدنية .

WITH SOMATIC SYMPTOMS, 33.11.

ف.٣٢ نوبة اكتئابية شديدة دون أعراض ذهانية .

SEVERE DEPRESSIVE EPISODE WITHOUT PSYCHOTIC SYMPTOMS,32.20.

ف.٣٢ نوبة اكتئابية شديدة مع أعراض ذهانية .

SEVERE DEPRESSIVE EPISODE WITH PSYCHOTIC SYMPTOMS,32.3.

ف.٣٢ أخرى .

OTHER,32.8.

ف.٣٢ غير محددة .

UNSPECIFIED,32.9.

ف.٣٣ اضطراب اكتئابى متكرر .

F33 RECURRENT DEPRESSIVE DISORDER.

ف.٣٣ النوبة الحالية خفيفة الشدة .

CURRENT EPISODE MILD SEVERITY.

ف.٣٣ دون أعراض بدنية .

WITHOUT SOMATIC SYMPTOMS . 33.00.

ف٣٣.١ مع أعراض بدنية .

WITH SOMATIC SYMPTOMS, 33.01

ف٣٣.١٠ دون أعراض بدنية .

CURRENT EPISODE MODERATE SEVERITY, 33.10.

ف٣٣.١١ التوبة الحالية متوسطة الشدة .

WITHOUT SOMATIC SYMPTOMS,10.

ف٣٣.١٢ مع أعراض بدنية .

WITH SOMATIC SYMPTOMS, 33.11.

ف٣٣.٢ التوبة الحالية شديدة دون أعراض ذهانية .

CURRENT EPISODE SEVERE WITHOUT PSYCHOTIC SYMPTOMS,2.

ف٣٣.٢٢ التوبة الحالية شديدة مع أعراض ذهانية .

CURRENT EPISODE SEVERE WITH PSYCHOTIC SYMPTOMS, 33.2.

ف٣٣.٢٣ حالياً في نكس .

CURRENTLY IN REMISSION,33.3.

ف٣٣.٤ أخرى .

OTHER,33.8.

ف٣٣.٩ غير محددة .

UNSPECIFIED, 33.9.

ف٣٤ اضطرابات وجدانية مستمرة .

F34 PERSISTENT MOOD (AFFECTIVE) DISORDERS.

ف٣٤.٠ المزاج الثوابي .

CYCLOTHYMIA, 34.0.

ف٣٤.١ عصر المزاج .

DYSTHYMIA,34.1.

ف٣٤ر٩ أخرى .

OTHER, 34.8.

ف٣٤ر٩ غير محددة .

UNSPECIFIED, 34.9.

ف٣٨ اضطرابات مزاجية (وجدانية) أخرى .

F38 OTHER MOOD (AFFECTIVE) DISORDERS.

OTHER SINGLE MOOD DISORDERS.0.

ف٣٨.٠ رتوية وجدانية مختلطة .

MIXED AFFECTIVE EPISODE.00.

ف٣٨ر١ اضطرابات وجدانية متكررة أخرى .

OTHER RECURRENT MOOD DISORDERS.38.1.

ف٣٨ر١٠ اضطراب اكتئابى متكرر قصير الأمد .

RECURRENT BRIEF DEPRESSIVE DISORDER.38.10.

ف٣٨.٨٠ أخرى محددة .

OTHER SPECIFIED.38.80.

ف٣٩ اضطراب وجداني غير محدد .

F39 UNSPECIFIED MOOD (AFFECTIVE) DISORDER.

ف٤ الاضطرابات العصابية والمرتبطة بالكرب والجسدية الشكل .

F4 NEUTROTIC, STRESS RELATED AND SOMATOFORM DISORDERS.

ف٤٠ اضطرابات القلق للرهابى .

F40 PHOBIC ANXIETY DISORDER.

ف٤٠ر٠ رهاب الساحة (الخلاء) .

AGORAPHOBIA.40.0.

- ف٠٠ ر دون اضطراب الهلع .  
WITHOUT PANIC DISORDER,00.
- ف٠١ ر مع اضطراب الهلع .  
WITH PANIC DISORDER,01.
- ف٠١ر٤ الرهاب الاجتماعي .  
SOCIAL PHOBIAS, 1.
- ف٠٢ر٤ الرهاب المحدد (المفرد) .  
SPECIFIC (ISOLATED) PHOBLA, 40.2.
- ف٠٨ر٤ أخرى .  
OTHER,40.8.
- ف٠٩ر٤ غير محدد .  
UNSPECIFIED, 40.9.
- ف٠١ر٤ اضطراب الهلع (القلق النصبي الدوري) .  
PANIC DISORDER,41.0.
- ف٠١ر٤ اضطراب القلق العام .  
GENERALIZED ANXIETY DISORDER, 1.
- ف٠١ر٢ اضطراب القلق والاكتئاب المخلط .  
MIXED ANXIETY & DEPRESSIVE DISORDER.
- ف٠١ر٣ اضطراب قلق مختلط آخر .  
OTHER MIXED ANXIETY,3.
- ف٠٨ر٤ أخرى .  
OTHER,8.
- ف٠٩ر٤ غير محددة .  
UNSPECIFIED,9.



ف٤٢ اضطراب الوسواس القهري .

F42 OBSESSIVE COMPULSIVE DISORDER.

ف٤٢ر٠ أساساً أفكار أو اجترارات وسواسية .

PREDOMINANTLY OBSESSIONAL THOUGHTS OR RUMINATIONS,0.

ف٤٢ر١ أساساً أفعال قهرية (طقوس حركية) .

PREDOMINANTLY COMPULSIVE ACTS (OBSESSIONAL RITUALS),1.

ف٤٢ر٢ أفكار وأفعال وسواسية مختلطة .

MIXED OBSESSIONAL THOUGHTS AND ACTS,2.

ف٤٢ر٣ أخرى .

OTHER,3.

ف٤٢ر٤ غير محددة .

UNSPECIFIED,4.

ف٤٣ استجابة الكرب الشديد واضطرابات التوافق .

F43 REACTION TO SEVERE STRESS AND ADJUSTMENT DISORDERS.

ف٤٣ر٠ استجابة الكرب العادة .

ACUTE STRESS REACTION,0.

ف٤٣ر١ اضطراب كرب ما بعد حادث .

POST TRAUMATIC STRESS DISORDER,1.

ف٤٣ر٢ اضطراب التوافق .

ADJUSTMENT DISORDER,2.

٢ر استجابة اكتئابية قصيرة .

BRIEF DEPRESSIVE REACTION,3.

٢١ر استجابة اكتئابية طويلة .

PROLONGED DEPRESSIVE REACTION,21.

٢٢ ر استجابة قلق واكتئاب مختلط .

MIXED ANXIETY AND DEPRESSIVE REACTION,22.

٢٣ ر مع خلل أساسي في مشاعر أخرى .

WITH PREDOMINANT DISTURBANCE OF OTHER EMOTIONS,23.

٢٤ ر مع خلل أساسي في المسلك (الجناح) .

WITH PREDOMINANT DISTURBANCE OF CONDUCT,24.

٢٥ ر مع خلل مختلط في المشاعر والمسلك (الجناح) .

WITH MIXED DISTURBANCE OF EMOTIONS AND CONDUCT,25.

٢٨ ر أخرى محددة .

OTHER SPECIFIED,28.

٨ ر أخرى .

OTHER,8.

٩ ر غير محددة .

UNSPECIFIED,9.

٤٤ ف اضطرابات انشقاقية (تحويلية) .

F44 DISSOCIATIVE (CONVERSION) DISORDERS.

٤٤ ر ف فقدان الذاكرة الانشقاقي (أو السامرة الانشقاقية) .

DISSOCIATIVE AMNESIA,0.

٤٤ ر ف الشرود الانشقاقي .

DISSOCIATIVE FUGUE,1.

٤٤ ر ف الخدر (السهبات) الانشقاقي .

DISSOCIATIVE STUPOR,2.

٤٤ ر ف اضطرابات الغشبية والتلبس (الاستحواز - العس) .

TRANCE AND POSSESSION DISORDERS,3.

ف44ر4 اضطرابات الحركة الانشاقية .

DISSOCIATIVE MOTOR DISORDERS,4.

ف44ر5 للتشنجات الانشاقية .

DISSOCIATIVE CONVULSIONS,5.

ف44ر6 الخدار وفقدان الاحساس الانشاقى .

DISSOCIATIVE ANAESTHESIA AND SENSORY LOSS,6.

ف44ر7 اضطرابات انشاقية وتحويلية مختلطة .

MIXED DISSOCIATIVE (CONVERSION) DISORDERS,7.

ف44ر8 أخرى .

OTHER,8.

80 زملة جانسر .

GANSER SYNDROME,80.

81 تعدد الشخصية .

MULTIPLE PERSONALITY DISORDERS,81.

82 اضطرابات انشاقية عابرة في الطفولة والمراهقة .

TRANSIENT DISSOCIATIVE (CONVERSION) DISORDERS OCCURRING  
IN CHILDHOOD OR ADOLESCENCE,82.

88 أخرى محددة .

OTHER SPECIFIED,88.

ف44ر9 غير محددة .

UNSPECIFIED,9.

ف45 اضطرابات جسدية الشكل .

F45 SOMATOFORM DISORDERS.

ف45ر0 اضطراب الجسدية .

SOMATIZATION DISORDER,0.

ف٤٥١ اضطراب جسدى الشكل غير مميز .

UNDIFFERENTIA SOMATO-FORM DISORDER.1.

ف٤٥٢ اضطراب الكوهم المرضى .

HYPOCHONDRIACAL DISORDER.2.

ف٤٥٣ اضطراب وظيفى جسدى الشكل فى الجهاز العصبى اللاإرادى .

SOMATOFORM AUTONOMIC DYSFUNCTION.3.

٣٠ القلب والجهاز القلبي الوعائى .

THE HEART AND CARDIOVASCULAR SYSTEM.30.

٣٠ر الجهاز المعدى المعوى الأعلى .

THE UPPER GASTROINTESTINAL TRACT.31.

٣٢ر الجهاز المعدى المعوى الأسفل .

THE LOWER GASTROINTESTINAL TRACT.32.

٣٣ر الجهاز التنفسى .

THE RESPIRATORY SYSTEM.33.

٣٤ر الجهاز البولى والتناسلى .

THE UROGENITAL SYSTEM.34.

ف٤٥٤ اضطراب الألم الجسدى الشكل المستمر .

PERSISTENT SOMATOFORM PAIN DISORDER.4.

ف٤٥٥ أخرى .

OTHER.8.

ف٤٥٦ غير محددة .

UNSPECIFIED.9.

ف٤٨٥ اضطرابات عصابية أخرى.

F48 OTHER NEUROTIC DISORDERS.

ف٤٨ر٠ الوهن العصبى (زملة التعب) .

NEURASTHENIA (FATIGUE SYNDROME)٠٠

ف٤٨ر١ زملة اختلال الآتية والعالم الخارجى (تبدد الشخصية والواقعية) .

DEPERSONALIZATION DERIALIZATION SYNDROME (DISORDER)١.١

ف٤٨ر٨ أخرى محددة .

OTHER SPECIFIED٨.٨

ف٤٨ر٩ غير محددة .

UNSPECIFIED٩.٩

ف٥٠ الزملات السلوكية المصحوبة بخلل وظيفى (فسيولوجى) وعوامل بدنية .

F5 BEHAVIOURAL SYNDROMES ASSOCIATED WITH PHYSIOLOGICAL DISTURBANCE AND PHYSICAL FACTORS.

ف٥٠ اضطرابات الأكل .

F5٠ EATING DISORDERS.

ف٥٠ر٠ فقدان الشهية العصبى (القمة العصايبى) .

ANOREXIA NERVOSA٠.٠

ف٥٠ر١ فقدان الشهية العصبى غير النمطى .

ATYPICAL ANOREXIA NERVOSA١.١

ف٥٠ر٢ الضور (الشراه) العصبى .

BULIMA NERVOSA٢.٢

ف٥٠ر٣ الضور العصبى غير النمطى .

ATYPICAL BULIMIA NERVOSA٣.٣

ف٥٠ر٤ فرط الأكل المصحوب باضطرابات نفسية أخرى .

OVEREATING ASSOCIATED WITH OTHER PSYCHOLOGICAL DISTURBANCE٤.٤

ف٥٠٥٠ الفقي المصحوب باضطرابات نفسية أخرى .

VOMITING ASSOCIATED WITH OTHER PSYCHOLOGICAL DISTURBANCES,5.

ف٥٠٨٠ أخرى .

OTHER,8.

ف٥٠٩٠ غير محددة .

UNSPECIFIED,9.

ف٥١٠ اضطرابات النوم غير العضوية .

F51 NONORGANIC SLEEP DISORDERS.

ف٥١٠٠ الأرق غير العضوي .

NONORGANIC INSOMNIA,0.

ف٥١٠١ فرط النوم غير العضوي .

NONORGANIC HYPERSOMNIA,1.

ف٥١٠٢ اضطراب برنامج النوم واليقظة غير العضوي .

NONORGANIC DISORDER OF THE SLEEP WAKE SCHEDULE,2.

ف٥١٠٣ السير أثناء النوم (الجوال الليلي) .

SLEEPWALKING,3.

ف٥١٠٤ فزع النوم .

SLEEP TERRORS,4.

ف٥١٠٥ كوابيس (قلق الحلم) .

NIGHTMARES (DREAM ANXIETY),5.

ف٥١٠٨ أخرى .

OTHER,8.

ف٥١٠٩ غير محددة .

UNSPECIFIED,9.

ف٥٢ العسر الوظيفى الجنسى غير المسبب بمرض أو اضطراب عضوى .

SEXUAL DYSFUNCTION NOT CAUSED BY ORGANIC DISORDERS OR DISEASE.

ف٥٢ر٠ افتقار أو فقدان للرغبة الجنسية .

LACK OR LOSS OF SEXUAL DESIRE,0.

ف٥٢ر١ كراهية الجنس أو عدم الاستمتاع الجنسى .

SEXUAL AVERSION AND LACK OF SEXUAL ENJOYMENT,1.

١٠ و كراهية الجنس .

SEXUAL AVERSION,10.

١١ ار عدم الاستمتاع الجنسى .

LACK OF SEXUAL ENJOYMENT,11.

ف٥٢ر٢ فشل الاستجابة الجنسية .

FAILURE OF GENITAL RESPONSE,2.

ف٥٢ر٣ عسر الذروة الجنسية الوظيفى .

ORGASMIC DYSFUNCTION,3.

ف٥٢ر٤ القذف المبكر .

PREMATURE EJACULATION,4.

ف٥٢ر٥ التقلص المهبلى غير العضوى .

NONORGANIC VAGINISMUS,5.

ف٥٢ر٦ عسر الجماع غير العضوى .

NONORGANIC DYSPAREUNIA,6.

ف٥٢ر٧ زيادة شدة الدافع الجنسى .

EXCESSIVE SEXUAL DRIVE,7.

ف٥٢,٨ أخرى

OTHER,8.

ف٥٢,٩ غير محددة .

UNSPECIFIED,9.

ف٥٣ الاضطرابات العقلية أو السلوكية المصاحبة للنفاس ، غير مصنفة في مكان آخر .

F53 MENTAL AND BEHAVIOURAL DISORDERS ASSOCIATED WITH PUERPERIUM NOT CLASSIFIABLE ELSEWHERE.

ف٥٣,٠ اضطرابات عقلية خفيفة الشدة مصاحبة للنفاس ، غير مصنفة في مكان آخر .

MILD MENTAL DISORDERS ASSOCIATED WITH PUERPERIUM NOT CLASSIFIABLE ELSEWHERE,0.

ف٥٣,١ اضطرابات عقلية شديدة مصاحبة للنفاس ، غير مصنفة في مكان آخر .

SEVERE MENTAL DISORDERS ASSOCIATED WITH PUERPERIUM NOT CLASSIFIABLE ELSEWHERE,1.

ف٥٣,٨ أخرى .

OTHER,8.

ف٥٣,٩ غير محددة .

UNSPECIFIED,9.

ف٥٤ عوامل نفسية أو سلوكية مصاحبة لاضطرابات أو أمراض مصنفة في مكان آخر .

F54 PSYCHOLOGICAL OR BEHAVIOURAL FACTORS ASSOCIATED WITH DISORDERS OR DISEASES CLASSIFIED ELSEWHERE.

ف٥٥ سوء استعمال مواد غير مسببة للاعتماد .

F55 ABUSE OF NONDEPENDENCE PRODUCING SUBSTANCES.



٥٥٥ مضادات الاكتئاب .

ANTIDEPRESSANTS.0.

٥٥٥١ ملينات .

LAXATIVES.1.

٥٥٥٢ مسكنات .

ANALGESICS.2.

٥٥٥٣ مضادات الحموضة .

ANTACIDS.3.

٥٥٥٤ فيتامينات .

VITAMINS.4.

٥٥٥٥ الهرمونات والستيرويد .

STEROIDS OR HORMONES.5.

٥٥٥٦ أعشاب محددة أو علاجات شعبية .

SPECIFIC HEBRAL OR FOLK REMEDIES.6.

٥٥٥٧ أخرى .

OTHER.8.

٥٥٥٨ غير محددة .

UNSPECIFIED.9.

٥٥٩ زميلات سلوكية واضطرابات عقلية مصاحبة بخلل وظيفي فسيولوجي غير محددة .

F59 UNSPECIFIED BEHAVIOURAL SYNDROMES ASSOCIATED WITH PHYSIOLOGICAL DISTURBANCES AND PHYSICAL FACTOR.

ف٦٠ اضطرابات الشخصية والسلوك للراشدين .

F6 DISORDERS OF ADULT PERSONALITY AND BEHAVIOUR.

ف٦٠ اضطرابات الشخصية المحددة .

F60 SPECIFIC PERSONALITY DISORDERS.

ف٦٠ر٠ اضطراب الشخصية البارانويدية .

PARANOID PERSONALITY DISORDER,0.

ف٦٠,١ اضطراب الشخصية الشيفصامية .

SCHIZOID PERSONALITY DISORDER,1.

ف٦٠ر٢ اضطراب الشخصية ذات الخلل الاجتماعي .

DISSOCIAL PERSONALITY DISORDER,2.

ف٦٠ر٣ اضطراب الشخصية غير المستقرة انفعالياً .

EMOTIONALLY UNSTABLE PERSONALITY DISORDER,3.

٣٠ والنوع الاندفاعي .

IMPULSIVE TYPE,30.

٣١ والنوع العدي .

BORDERLINE TYPE,31.

ف٦٠ر٤ اضطراب الشخصية الشهيمستيرية .

HYSTERICNIC PERSONALITY DISORDER,4.

ف٦٠,٥ اضطراب الشخصية القهرية (الوسواسية القهرية) .

ANANKASTIC (OBSESSIVE COMPULSIVE) PERSONALITY DISOR-

DER,5.

ف٦٠ر٦ اضطراب الشخصية القلقة (الاجتنابية) .

ANXIOUS (A VOIDANT) PERSONALITY DISORDER,6.

ف٦٠ر٧ اضطراب الشخصية الاعتمادية .

DEPENDENT PERSONALITY DISORDER,7.

فئة ٦٠ أخرى .

OTHER,8.

فئة ٦٠ غير محددة .

UNSPECIFIED,9.

فئة ٦١ اضطرابات شخصية أخرى ومختلطة .

F61 MIXED AND OTHER PERSONALITY DISORDER.

فئة ٦١ اضطرابات شخصية أخرى ومختلطة .

F61 MIXED AND OTHER PERSONALITY DISORDER.

فئة ٦١ تغيرات مزعجة في الشخصية لا يمكن تصنيفها تحت ف٦٠ أو ٦٢ .

TROUBLESOME PERSONALITY CHANGES NOT CLASSIFIABLE IN F60

OR F62.1 .

فئة ٦٢ تغير دائم في الشخصية ليس مرجعه أذى جسيم أو مرض بالمخ .

F62 ENDURING PERSONALITY CHANGE NOT ATTRIBUTABLE TO GROSS BRAIN DAMAGE OR DISEASE.

ف. ٦٢ تغير دائم في الشخصية بعد تجربة فاجعة .

ENDURING PERSONALITY CHANGE AFTER CATASTROPHIC EXPERIENCE,0.

فئة ٦٢ تغير دائم في الشخصية بعد مرض طبى .

ENDURING PERSONALITY CHANGE AFTER PSYCHIATRIC ILLNESS,1.

فئة ٦٢ أخرى .

OTHER,8.

فئة ٦٢ غير محددة .

UNSPECIFIED,9.

ف٦٣ اضطرابات العادة والاندفاع .

F63 HABIT AND IMPULSIVE DISORDER.

ف٦٣٠ المقامرة المرضية .

PATHOLOGICAL GAMBLING,0.

ف٦٣١ إشعال الحرائق المرضي (هوس الحريق) .

PATHOLOGICAL FIRE SETTING (PYROMANIA),1.

ف٦٣٢ السرقة المرضية (هوس السرقة) .

PATHOLOGICAL STEALING (KLEPTOMANIA),2.

ف٦٣٣ هوس نتف الشعر .

TRICHOTILLOMANIA,3.

ف٦٣٨ أخرى .

OTHER,8.

ف٦٣٩ غير محددة .

UNSPECIFIED,9.

ف٦٤ اضطرابات الهوية الجنسية .

F64 GENDER IDENTITY DISORDERS.

ف٦٤٠ التحول الجنسي .

TRANSSEXUALISM,0.

ف٦٤١ تحول الزي ثنائي الدور .

DUAL ROLE TRANSVESTISM,1.

ف٦٤٢ اضطراب الهوية الجنسية في الطفولة .

GENDER IDENTITY DISORDER OF CHILDHOOD,2.

ف٦٤٨ أخرى .

OTHER,8.

ف٦٤٩ غير محددة .

UNSPECIFIED,9.

ف٦٥٠ اضطرابات التفضيل الجنسى .

F65 DISORDER OF SEXUAL PREFERENCE.

ف٦٥٠ الفتيشية (الذكورية أو التوثين) .

FETISHISM,0.

ف٦٥١ تحول الزي الفتيشى .

FETSHISTIC TRANSVESTISM,1.

ف٦٥٢ الاستعراض الجنسى (الاستعراض) .

EXHIBITIONISM,2

ف٦٥٣ التطلع الجنسى (لذة المشاهدة) .

VOYEURISM,3.

ف٦٥٤ حب الأطفال الجنسى .

PAEDOPHILIA,4.

ف٦٥٥ الماسوكية - السادية .

SADOMASOCHISM,5.

ف٦٥٦ اضطرابات متعددة فى التفضيل الجنسى .

MULTIPLE DISORDERS OF SEXUAL PREFERENCE,6.

ف٦٥٧ أخرى .

OTHER,8.

ف٦٥٩ غير محددة .

UNSPECIFIED,9.

ف٦٦ اضطرابات نفسية ، سلوكية مصاحبة للارتقاء والتوجه الجنسي .

F66 PSYCHOLOGICAL AND BEHAVIOURAL DISORDERS ASSOCIATED WITH SEXUAL DEVELOPMENT AND ORIENTATION.

ف٦٦ر٠ اضطراب النضج الجنسي .

SEXUAL MATURATION DISORDER,0.

ف٦٦ر١ توجه جنس مقلقل لأننا .

EGO DYSTONIC SEXUAL ORIENTATION,1.

ف٦٦ر٢ اضطراب العلاقة الجنسية .

SEXUAL RELATIONSHIP DISORDER,2.

ف٦٦ر٨ اضطرابات أخرى في الارتقاء النفسى .

OTHER,8.

ف٨٨ر٩ غير محددة .

UNSPECIFIED,9.

الرمز الخامس يشير إلى تصاحب الاضطراب مع .

FIFTH CHARACTER TO INDICATE ASSOCIATION WITH.

١ر جنسية غيرية .

\*1 HETEROSEXUALITY.

٢ر جنسية مثلية .

\*2 HOMOSEXUALITY.

٣ر جنسية ثنائية (مزوجة) .

\*3 BISEXUALITY.

ف٦٨ اضطرابات أخرى في شخصية وسلوك الراشدين .

F68 OTHER DISORDERS OF ADULT PERSONALITY AND BEHAVIOUR.

ف٦٨ر٠ المبالغة في أعراض جسمية لأسباب نفسية .

ELABORATION OF PHYSICAL SYMPTOMS PSYCHOLOGICAL REASONS,0.

ف٦٨ الاختلاق أو التظاهر القصدى بأعراض أو عجز ، إما جسمى أو نفسى (اضطراب التصنع) .

INTENTIONAL PRODUCTION OF SYMPTOMS OR DISABILITIES EITHER PHYSICAL OR PSYCHOLOGICAL,1.

ف٦٨ر٨ اضطرابات أخرى معينة فى شخصية وسلوك الراشدين .  
OTHER SPECIFIED,8.

ف٦٩ اضطراب فى شخصية وسلوك الراشدين غير محدد .  
F09 UNSPECIFIED DISORDER OF ADULT PERSONALITY AND BEHAVIOUR.

ف٧ تخلف العقلى (يجرى استبدالها بلفظ العجز الدراسى) .  
F7 MENTAL RETARDATION.

ف٧٠ تخلف عقلى (عجز دراسى) خفيف الشدة .  
F70 MILD MENTAL RETARDATION.

ف٧١ تخلف عقلى (عجز دراسى) متوسط الشدة .  
F71 MODERATE MENTAL RETARDATION.

ف٧٢ تخلف عقلى (عجز دراسى) شديد .  
F72 SEVERE MENTAL RETARDATION.

ف٧٣ تخلف عقلى (عجز دراسى) جسيم .  
F73 PROFOUND MENTAL RETARDATION.

ف٧٨ تخلف عقلى (عجز دراسى) آخر .  
F78 OTHER MENTAL RETARDATION.

ف٧٩ تخلف عقلى (عجز دراسى) غير محدد .  
F79 MENTAL RETARDATION UNSPECIFIED.

الرمز الرابع يحدد الخلل السلوكى المصاحب .  
FOURTH CHARACTER TO SPECIFY THE EXTENT OF ASSOCIATED BEHAVIOURAL IMPAIRMENT.

ف٠٧ \* لا يوجد أو خلل سلوكي ضئيل .

F7\*0 NO OR MINIMAL BEHAVIOUR IMPAIRMENT.

ف٠٧ \* ١ خلل سلوكي شديد يستدعي الانتباه أو العلاج .

F7\*1 SIGNIFICANT BEHAVIOUR IMPARMENT REQUIRING ATTENTION TREATMENT.

ف٠٧ \* ٨ أخرى .

F7\*8 OTHER.

ف٠٧ \* ٩ غير محددة .

F7\*1 UNSPECIFIED.

ف٨ اضطرابات التمام (الارتقاء النفسي) .

F8 DISORDERS OF PSYCHOLOGICAL DEVELOPMENT.

ف٨٠ اضطرابات إنمائية معينة في الكلام واللغة .

F80 SPECIFIC DEVELOPMENTAL DISORDERS OF SPEECH AND LANGUAGE.

ف٨٠٠ اضطراب نطق الكلام المحدد .

SPECIFIC SPEECH ARTICULATION DISORDER,0.

ف٨٠١ اضطراب التعبير اللفوي .

EXPRESSIVE LANGUAGE DISORDER,1.

ف٨٠٢ اضطراب الاستقبال اللفوي .

RECEPTIVE LANGUAGE DISORDER,2.

ف٨٠٣ الحبة المكتسبة مع الصرع .

ACQUIRED APHASIA WITH EPILEPS (LANDAU KLEFTNER SYNDROME),3.

ف٨٠٤ أخرى .

OTHER,8.



ف٨٠٩ غير محددة .

UNSPECIFIED,9.

ف٨١٤ اضطرابات إتعمانية محددة فى المهارات الدراسية .

F81 SPECIFIC DEVELOPMENTAL DISORDERS OF SCHOLASTIC SKILLS.

ف٨١٠ اضطراب قراءة محدد .

SPECIFIC READING DISORDER,0.

ف٨١٠١ اضطراب للهجاء المحدد .

SPECIFIC SPELLING DISORDER, 1.

ف٨١٠٢ اضطراب محدد فى المهارات الحسابية .

SPECIFIC DISORDER OF ARITHMATICAL SKILLS,2.

ف٨١٠٣ اضطراب مختلط فى المهارات الدراسية .

MIXED DISORDR OF SCHOLASTIC SKILLS,3.

ف٨١٠٨ أخرى .

OTHER,8.

ف٨١٠٩ غير محددة .

UNSPECIFIED,9.

ف٨٢٠ اضطراب إتعمانى محدد فى وظيفة الحركة .

F82 SPECIFIC DEVELOPMENTAL DISORDER OF MOTOR FUNCTION.

ف٨٢٠١ اضطراب إتعمانى محدد مختلط .

F83 MIXED DEVELOPMENTAL DISORDER.

ف٨٤٠ اضطرابات إتعمانية منتشرة (شاملة) .

F84 PERVASIVE DEVELOPMENTAL DISORDERS.

ف٨٤٠٠ ذاتوية الطفولة .

CHILDHOOD AUTISM,0.

ف٨٤١ اضطراب ذاتوية لا نمطية (غير نموذجية) .

ATYPICAL,1.

ف٨٤٢ زملة رت .

RETT SYNDROME,2.

ف٨٤٣ اضطراب تحللي آخر في الطفولة .

OTHER CHILDHOOD DISTINTEGRATIVE DISORDER,3.

ف٨٤٤ اضطراب النشاط المفرط المصحوب بتخلف عقلي وحركات نمطية .

OVERACTIVE DISORDER ASSOCIATED WITH MENTAL RETARDATION AND STEREOTYPAL MOVEMENTS,4.

ف٨٤٥ زملة أسبرجر .

ASPERGER SYNDROME,5.

ف٨٤٦ أخرى .

OTHER,6.

ف٩٠٨ غير محددة .

NSPECIFIED,9.

ف٨٨٥ اضطرابات أخرى في النماء النفسي .

F88 OTHER DISORDERS OF PSYCHOLOGICAL DEVELOPMENT.

ف٨٩٠ اضطراب النماء النفسي ، غير المحدد .

F89 UNSPECIFIED DISORDER OF PSYCHOLOGICAL DEVELOPMENT.

ف٩٠٠ اضطرابات سلوكية وعاطفية تبدأ عادة في مرحلة الطفولة أو المراهقة (واضطراب عقلي غير محدد) .

F9 BEHAVIOURAL AND EMOTIONAL DISORDERS WITH ONSET USUALLY OCCURRING IN CHILDHOOD AND ADOLESCENCE (AND MENTAL DISORDER UNSPECIFIED).

ف٩٠ اضطراب فرط الحركة .

F90 HYPERKINETIC DISORDERS.

ف٩٠ر٠ اضطراب النشاط والانتباه .

DISTURBANCE OF ACTIVITY AND ATTENTION,0.

ف٩٠ر١ اضطراب المسلك (الجناح) مفرط الحركة .

HYPERKINETIC CONDUCT DISORDER,1.

ف٩٠ر٨ أخرى .

OTHER,8.

ف٩٠ر٩ غير محددة .

UNSPECIFIED,9.

ف٩١ اضطرابات المسلك (الجناح) .

F91 CONDUCT DISORDERS.

ف٩١ر٠ اضطرابات المسلك (الجناح) المقنصر على إطار العائلة .

CONDUCT DISORDER CONFINED TO THE FAMILY CONTEXT,0.

ف٩١ر١ اضطراب المسلك (الجناح) غير المتوافق اجتماعياً .

UNSOCIALIZED CONDUCT DISORDER,1.

ف٩١ر٢ اضطراب المسلك (الجناح) المتوافق اجتماعياً .

SOCIALIZED CONDUCT DISORDER,2.

ف٩١ر٣ اضطراب المعارضة المتعدية .

OPPOSITIONAL, DEFLANT DISORDER,3.

ف٩١ر٨ أخرى .

OTHER,8.

ف٩١ر٩ غير محددة .

UNSPECIFIED.

ف٩٢ الاضطرابات المختلطة في المسلك (الجناح) والانفعالات .

F92 MIXED DISORDERS OF CONDUCT AND EMOTIONS.

ف٩٢ر٠ اضطراب المسلك (الجناح) الاكتئابى .

DEPRESSIVE CONDUCT DISORDER,0.

ف٩٢ر١ أخرى .

OTHER,1.

ف٩٢ر٩ غير محددة .

UNSPECIFIED,9.

ف٩٣ اضطرابات الانفعالات ذات البداية المحددة في الطفولة .

F93 EMOTIONAL DISORDERS WITH ONSET SPECIFIC TO CHILDHOOD.

ف٩٣ر٠ اضطراب قلق الافتراق في الطفولة .

SEPARATION ANXIETY DISORDER OF CHILDHOOD,0.

ف٩٣ر١ اضطراب القلق الرهابى في الطفولة .

PHOBIC ANXIETY DISORDER OF CHILDHOOD,1.

ف٩٣ر٢ اضطراب القلق الاجتماعى في الطفولة .

SOCIAL ANXIETY DISORDER OF CHILDHOOD,2.

ف٩٣ر٣ اضطراب التنافس مع الأخوة .

SIBLING RIVALRY DISORDER,3.

ف٩٣ر٤ أخرى .

OTHER,4.

ف٩٣ر٩ غير محددة .

UNSPECIFIED,9.

ف٩٤ اضطرابات الأداء الاجتماعى ذات البداية المحددة في الطفولة  
أو المراهقة .

F94 DISORDERS OF SOCIAL FUNCTIONING WITH ONSET SPECIFIC TO  
CHILDHOOD AND ADOLESCENCE.

ف٤ر٩٤ الخرس الانتقالي .

ELECTIVE MUTISM,0.

ف٤ر٩٤١ اضطراب التعلق التفاعلى فى الطفولة .

REACTIVE ATTACHMENT DISORDER OF CHILDHOOD,1.

ف٤ر٩٤٢ اضطراب التعلق غير المكبوت فى الطفولة .

DISINHIBITION ATTACHMENTS DISORDER OF CHILDHOOD,2.

ف٤ر٩٤٣ أخرى .

OTHER,3.

ف٤ر٩٤٩ غير محددة .

UNSPECIFIED,9.

ف٥٤ اضطراب اللوازم .

F95 TIC DISORDERS.

ف٥ر٩٥ اضطراب اللوازم العابرة .

TRANSIENT TIC DISORDER,0.

ف٥ر٩٥١ اضطراب اللوازم الحركية أو الصوتية العزمن .

CHRONIC MOTOR OR VOCAL TIC DISORDER,1.

ف٥ر٩٥٢ اللوازم الصوتية والحركية المتعددة المشتركة (زملة توريت) .

COMBINED VOCAL AND MULTIPLE MOTOR TIC DISORDER (DELA

TOURETTE SYNDROME),2.

ف٥ر٩٥٣ أخرى .

OTHER,3.

ف٥ر٩٥٩ غير محددة .

UNSPECIFIED,9.

ف٩٨٠ اضطراب سلوكية وعاطفية أخرى ، تبدأ عادة أثناء الطفولة أو المراهقة .

F98 OTHER BEHAVIOURAL AND EMOTIONAL DISORDERS WITH ONSET USUALLY OCCURRING IN CHILDHOOD AND ADOLESCENCE.

ف٩٨٠.٠ سلس البول اللاإرادي غير العضوي .

NONORGANIC ENURESIS,0.

ف٩٨٠.١ سلس البراز اللاإرادي غير العضوي .

NONORGANIC ENCOPRESIS,1.

ف٩٨٠.٢ اضطراب الأكل في الرضع أو الطفولة .

FEEDING DISORDER IN INFANCY AND CHILDHOOD,2.

ف٩٨٠.٣ البيكا (وحم الطعام غير الطبيعي) (الوحم) .

PICA OF INFANCY AND CHILDHOOD,3.

ف٩٨٠.٤ اضطراب الحركة النمطية .

STEREOTYPED MOVEMENT DISORDER,4.

ف٩٨٠.٥ التمتعة (التهتية) .

STUTTERING,5.

ف٩٨٠.٦ التقلبة في الكلام .

CLUTTERING,6.

ف٩٨٠.٧ أخرى .

OTHER,8.

ف٩٨٠.٩ غير محددة .

UNSPECIFIED,9.

ف٩٩٠ اضطراب عقلي ، غير محدد .

F99 UNSPECIFIED MENTAL DISORDER.

## الفحص الأكلينيكي للحالة النفسية

إن الغرض من الفحص النفسي هو اكتشاف أسباب معاناة الفرد وصعوبة توافقه الاجتماعي ، وكيفية نشأة اضطرابات الشخصية والنفس ، التي أدت إلى زيارته للطبيب ، سائلاً المساعدة والمعونة ، والمهارة في استقطاب التاريخ المرضي ومعرفة العلامات والأعراض النفسية ؛ للوصول إلى تشخيص سليم حتى يتسنى العلاج الأمثل .

ويجب أن يحذر الطبيب أثناء مناقشته مع المريض من أن يلعب دور الواعظ أو المرشد أو القاضي ، أو أن يعامل المريض كمنهم يعترف بخطاياهم ، أو أن يتفحص دور المعلم أمام تلميذه ، بل يجب الإحساس بمشاعر المريض ، واحترام كافة أنفعالاته مهما تكن غريبة أو شاذة ، ومحاولة دراستها موضوعياً ، دون التورط الانفعالي ، وعادة مايلجأ الطبيب في فحصه لمسح كامل للفرد منذ ولادته حتى وقت مجيئه للفحص ، وغالباً ماينتفع الخطوات الآتية :

الاسم : العمر - العنوان - الحالة الاجتماعية - العمل .

الشكوى : إما من المريض أو من أحد أقربائه ، إن كان قاصراً أو غير مستبصر بمرضه ، خاصة في حالات الذهان .

تاريخ المرض : ويؤخذ تطور الأعراض والعاملات منذ بدء المرض بالتفصيلات اللازمة بالتوقيت الزمني المرتب مع مراحل العلاج المختلفة .

التاريخ العائلي : الأب ، السن ، أو سبب الوفاة ، وشخصيته وعمله ، وعلاقته مع أطفاله .

الأم : دراسة تفصيلية لشخصيتها وعلاقتها .

الأخوة والأخوات : العدد ، وعلاقتهم الشخصية فيما بينهم ، وأعمالهم ، وأمراضهم ، وعامل المنافسة .

الحالة الاجتماعية للعائلة : مكان وإزدحام السكن ، القدرة العادية ، علاقة الأب والأم ، مناخ وتأثير الجو العائلي ، تعدد الزوجات والطلاق .

أمراض عائلية : يجب الاستفهام عن أى مرض عصابى ، أو ذهائى أو عصبى أو إيمان أو صرع أو اضطرابات فى الشخصية بين أفراد العائلة ، ويجب الحرص والمجاملة فى السؤال عن هذه الأمراض ، حتى لا يتعرض المريض لصدمة الشك فى قواه العقلية .

التاريخ الشخصى : مكان الولادة - حالة الأم أثناء الحمل - طبيعة ومضاعفات الولادة - أى عقاقير أثناء الحمل - الرضاعة طبيعية أو خارجية .

تطور الطفل ، ووقت ابتسامه ، وجلوسه ، وسيره ، والتسنين ، والبدء فى الكلام والتحكم فى التبول والتبرز ، واهتمامه بنظافته .

أعراض عصابية فى الطفولة : كالفرع الليلى ، الجوال الليلى ، شدة الانفعالية ، التبول الليلى ، مص الإبهام ، قضم الأظافر ، التلعثم ، طفوس حركية ، أو أن يكون الطفل وديعاً مثاليّاً سلبياً .

صحة الطفل الجسمية من : أمراض معدية ، الحميات ، اللويحات الصرعية ، رغبته فى اللعب مع أقرانه الأطفال .

المدرسة : درجة تحصيله الدراسى والعستوى الذى وصل إليه ، سبب تركه المدرسة ، مع الإتمام بهواباته وعلاقته مع زملائه فى المدرسة ، ثم بالطبع الأسئلة نفسها بالنسبة للجامعة .

العسل : السن التى بدأ أثناءها العمل ، ونوع الأعمال وسبب هجرته أو تغييره لها ومدى رضائه عن عمله ، وطموحه والتأحية للعادية فى العمل ، وعلاقته مع زملائه .

الجنس : سن البلوغ أو بدء الدورة الشهرية والألام المصاحبة لها - المعلومات والثقافة الجنسية - ممارسة العادة السرية ومايصاحبها من الشعور بالإثم - ممارسة أى نشاط جنسى آخر - العلاقة مع الجنس الآخر ومدى نجاحها وتأثير ذلك على الفرد ، الاستجناس ، أو التهيبة أو الاحتلام الليلى .. إلخ .

ويجب أخذ الظروف الاجتماعية والثقافية فى الاعتبار عند مناقشة المسائل الجنسية ، ولأمانع من تأجيلها للجلسة الثانية حتى لا يتعرض المريض لأى إحراج .



الزواج ، مدته - المعرفة قبل الزواج - مدة الخطوبة - عمر الزوج  
والزوجة - مدى توافقهما العاطفى والجنسى ، عدد مرات الجماع الجنسى ودرجة  
الإشباع - البرود الجنسى - استعمال أى وسائل لمنع الحمل .. إلخ .

العادات : الخمر - مخدرات - السجائر والكمية .

التاريخ المرضى السابق : أى أمراض جسدية أو نفسية أو عمليات جراحية  
سابقة وكيفية علاجها .

الشخصية قبل المرض : العلاقات الاجتماعية مع الأصدقاء وفى العمل ،  
النشاط الفكرى والهوايات ، ونوع الكتب أو الأفلام أو المسرحيات التى يشاهدها .

المزاج والتفاؤل والتشاؤم ، القلق والتذبذب الانفعالى مع معرفة سلوكه من  
الغيرة ، والشك والأناثية ، والعناد ، والصلابة ، والمرونة والخجل ، والتحفظ .. إلخ ،  
مع القيم الأخلاقية والمعايير الدينية وطموحه مع أحلام اليقظة ، وعاداته فى  
الأكل والنوم .. إلخ ؛ لأنه أحياناً ما تتغير الشخصية تماماً بعد المرض ، وإن لم  
تسأل عن طبيعتها قبل ذلك ، فيحتمل أن ينظر لها نظرة سوية ، ولكن اختلاف  
الشخصية المفاجئ يدل على اضطراب مرضى واضح .

الفحص الجسمى : أجهزة الجسم المختلفة ، الجهاز العصبى - البطنى -  
الصدر - القلب - ضغط الدم .

الفحص النفسى والعقلى :

( ١ ) السلوك : وصفه - إيماله لذاته - الخجل - القلق - الاستشارة - الهبوط -  
الحركات الإرادية - علاقته مع المرضى الآخرين والأطباء - العناد .. إلخ .

( ٢ ) الكلام : يتكلم كثيراً أو قليلاً - يجاوب بلا أو نعم أو ينطق فى الحديث دون  
توقف - تروابط الكلام أم تظاهره من موضوع لآخر - السرعة أو البطء فى  
الكلام ولامانع من كتابة عينة من كلامه .

( ٣ ) المزاج : قلق - مكتئب - منبسط - متبك - متجمد - أو غير متناسب .

( ٤ ) التفكير : المحتوى ، والتعبير ، ومجرى التفكير ، والتحكم فيه ، وفترته على  
وصف أعراضه ، وترتيب وتلسيق أفكاره ، وإمكانة التفكير التجريدى ، تفكك  
أو تروابط التفكير ، إزاحة أو نشر الأفكار ، سحب أو إدخال أو قراءة الأفكار .

- (٥) الضلالات : اعتقادات خاطئة اضطهادية ، أو عظيمة ، أو مخيرة أو تلميح أو تأثر أو توهم .. علل بدنية ، يجب للحرس فى هذه الأسئلة على محتوياتها وتعليقات المريض .
- (٦) الهلوس والخيال : إدراكات بصرية أو سمعية أو حسية دون وجود مؤثر .
- (٧) الظواهر القهريّة : من الأفكار والصور والاندفاعات ، والمخاوف والطقوس الحركية والتي يعرف المريض نفاستها ، ويحاول المقاومة دون جدوى حيث تتغلب عليه قهرياً .
- (٨) التعرف : للزمان والمكان .
- (٩) الذاكرة : بالنسبة للأحداث القريبة التي تشير إلى مرض عضوى فى المخ أو الأحداث البعيدة ، ويستحسن أن تقص على المريض قصة بسيطة ، ثم تطلب إعادتها أثناء أو بعد الفحص .
- (١٠) الانتباه والتركيز : خاصة فى نشوش الوعي ، ويمكن سؤاله أن يعد الأيام بعكس ترتيبها ، أو يطرح ٧ من ١٠٠ وهكذا بالعكس ، ومع سؤاله عن المعلومات العامة وما يحدث فى هذه الأيام .
- (١١) الذكاء : يمكن بدراسة الحالة إكلينيكيّاً ، والفحص النفسى والمعلومات العامة والمستوى الدراسى للوصول إلى معدل الذكاء التقريبي .
- (١٢) الاستيصار : وهو افتتاج المريض بمرضه ورغبته فى العلاج أو يقينه بأنه ليس مريضاً ؛ إذ إن بعض مرضى الذهان ، يظنون إصابتهم بأى مرض ، بل ويذهبون الآخريين بالإصابة العقلية ، ومن ثم يرفضون العلاج ، وهنا يكون المريض غير مستهضر بمرضه ، وقد يحتاج الحجز للعلاج .

## الاضطرابات العصبية والمرتبطة بالكرب (المشقة) وجسدية الشكل

عما لاشك فيه أن الاضطرابات العصبية أصبحت تواجهنا بمشكلة صحية عامة ، إذ إن مدى انتشارها يفوق ما نعرفه عن الأمراض العقلية والعضوية ، فهي في الحقيقة أكثر فروع الطب النفسي والعقلي شيوعاً .

تلاشت فيه أن الاضطرابات العصبية أصبحت تواجهنا بمشكلة صحية عامة، إذ إن مدى انتشارها يفوق ما نعرفه عن الأمراض العقلية والمعنوية . فهي في الحقيقة أكثر تفرع الطب النفسي والعقلي شوعاً.

وينسب العصاب بصفة عامة بوجود صراعات داخلية ، ويتصدع في العلاقات الشخصية ، وظهور أعراض مختلفة ، أهمها : الفلق والخوف ، والاكتئاب ، والتوسوس ، والأفعال القهريّة ، وسهولة الاستثارة ، والحساسية الزائدة ، واضطرابات النوم والطعام ، وكذلك الأعراض التحولية الانشغاقية (الهستيريا سابقاً) .

ويحدث ذلك دون المماس بترباط وتكامل الشخصية ، ويحمل المريض المسؤولية كاملة ، والقيام بالوجبات كمواطن صالح ، والحياة والتجاوب مع الآخرين دون احتكاك واضح ، مع سلامة الإدراك واستبصار المرضى بأهمهم والتحكم في الذات ، مما يميز هذه الاستجابات العصبية عن الذهان الذي تضطرب فيه هذه الصفات .

وقد اختلف كثير في تحديد معنى العصابي . Neurotic ، وكما ذكرنا في المقدمة .. ألغت الجمعية الأمريكية للطب النفسي هذا اللفظ ابتداء من عام ١٩٧٨ ؛ حيث إن هذا اللفظ يطلق على كل من لم يستطع التكيف مع المجتمع ، أو التأقلم مع العادات المألوفة ، وأصيب بإثارة عصبية لحد المبالغة ، ومن ثم كان المبدعون أو الخلاقون ، والفنانون وكل من تار على نظم أو أسس المجتمع أو الأسرة عصبياً.

وبالتبع ليس هذا هو المفهوم الذي نعيه ، فالعصابي هو الشخص الذي أصبح من خلال صراعاته الداخلية ، وصراعاته مع المجتمع يعاني من أعراض

نفسية متعددة ، تجعله غير قادر على الاستمرار أو الإنتاج كما ينبغي ، وهو من خلال هذه المعاناة يطلب هذه المساعدة للوصول إلى درجة من الرضى والعزونة والاستمرار .

وقد أصبح من المتفق عليه الآن أن الأمراض العصبية تحدث نتيجة لتربط عدة عوامل ، هي :

- (١) الاستعداد التكويني الوراثي .
- (٢) مراحل التعرف الطفولة .
- (٣) العوامل النفسية والاجتماعية الحالية ، والتي تساعد على ظهور المرض .
- (٤) العوامل الحضارية .
- (٥) الاستعداد الفسيولوجي للجهاز العصبي .

وسنحاول تصنيف الاضطرابات العصبية فيما يلي :

- ( أ ) اضطراب القلق العام .
- ( ب ) اضطراب القلق والاكتئاب المختلط .
- ( ج ) اضطراب الهلع .
- ( د ) اضطراب القلق الرهابي .
- ( هـ ) رهاب الساحة (الأماكن المتسعة) مع أو دون هلع .
- ( و ) الرهاب الاجتماعي .
- ( ز ) الرهاب المحدد .
- ( ح ) أخرى .
- ( ط ) اضطراب الوسواس القهري .
- (٦) استجابة الكرب الشديد واضطرابات التوافق .
- ( أ ) استجابة الكرب الحادة .
- ( ب ) استجابة كرب ما بعد حادث .

(ج) اضطراب التوافق .

(٧) اضطراب انشاقية وتحولية (هستيريا) :

النساء - الشرود - السبات والغشية - النيبس - الحركة - التشنجات -  
الخداز - فقدان الإحساس - زملة جانسر - تعدد الشخصية وأخرى .

(٨) اضطرابات جسدية الشكل :

(أ) اضطراب الجسدية .

(ب) اضطراب الجسدية غير المميز .

(ج) اضطراب جسدي الشكل في الجهاز العصبي اللاإرادي .

(د) اضطراب الألم الجسدي للشكل .

(٩) اضطرابات عصبية أخرى :

- زملة اختلال الآتية والواقع .

- تبيد الذات والواقع .

**مدى الانتشار :**

إن الحصول على أرقام دقيقة في هذا الشأن أمر عسير ، إن لم يكن مستحيلاً ؛ لأن معظم هؤلاء المرضى لا يدخلون المستشفيات النفسية والعقلية ، بل إن نسبتهم في هذه المستشفيات لا تتعدى من ٣-٥ ٪ من المقبولين لأول مرة . والحقيقة أن الجزء الأكبر من هؤلاء المرضى يترددون على كافة العيادات الطبية ، ويعانون من أعراض وآلام جسمية ، وينتقلون من طبيب لآخر ، دون معرفة التشخيص الحقيقي .

وتوضح لنا بعض التقارير أن حوالي ٤٠ ٪ من المرضى الذين يترددون على الأطباء يعانون من مرض العصاب ، والذي يتميز بأعراض وشكاوى عضوية . وقد قام أحد الممارسين العاميين في بريطانيا بدراسة شاملة ، ووجد أن ٢١ ٪ من مرضاه يعانون من العصاب ، وكذلك ١٠ ٪ يعانون من أمراض ميكوسوماتية ، وتعتبر هذه النسبة قليلة ؛ حيث إن الوعي الطبي هناك يتيح لهؤلاء المرضى أن يلجأوا للعلاج التخصصي .

ولكنى أعتقد أن هذه النسبة تزيد في مصر زيادة واضحة حيث إن مستوى التعليم ، ومدى انتشار الوعي الطبى ، وخاصة فى الناحية النفسية مختلف ، مما يؤدي إلى تدهور بالغ فى الصحة النفسية للفرد ، وفى إحدى الإحصائيات التى قمت بها بين زملائى أساتذة كلية الطب ، وجدت أن نسبة المرضى العصبيين الذين يترددون عليهم حسب تخصصاتهم كالتالى :

حوالى ٤٠-٦٠٪ بين أطباء القلب ، ٣٠-٤٠٪ بين أطباء الصدر ، ٥٠-٦٠٪ بين أطباء الجهاز الهضمى ، ٣٠-٤٠٪ بين المعارس العام ، ٦٠-٦٥٪ بين أطباء الجلد ، ٤٠-٦٠٪ بين أطباء الأمراض التناسلية ، ٢٠-٣٠٪ بين أطباء أمراض النساء ، ١٠-١٥٪ بين أطباء الجراحة ، ٧٠٪ بين أطباء الأعصاب (لعدم وعى الفرد فى مصر بالفرق بين طب الجهاز العصبى والنفسى والعقل) .

ويلجأ هؤلاء المرضى إلى كافة الأطباء ، بشكون من أعراض عامة ، مثل : الأرق ، التهاب المعدة ، سوء الهضم ، ضعف عام ، فقر دم ، روماتيزم ، الدوار ، سخونة فى الجسم ، تنميل فى الأطراف ، آلام منتقلة فى الجسم ، الخوف من أمراض مثل الدرن ، السرطان ، القلب ، انقباض الصدر صعوبة البلع ... إلخ ، وتدل الأبحاث أن حوالى ٨٠٪ من مرضى النفس والعقل يتجهون إلى المعارس العام أو العلاج الشعبى ، قبل معارذتهم للطبيب النفسى .

وتشكل الأمراض العصابية تهديداً لاقتصاد البلد ، حيث أشارت إحدى الدراسات أن حوالى ٤٠-٦٠٪ من عمال المصانع يتغيبون عن عملهم لأسباب نفسية وعقلية ، مما يزيد من الوقت الضائع فى ميدان الصناعة ، ويؤثر على اقتصاديات الإنتاج .

وننتشر الاضطرابات العصابية بين النساء أكثر من انتشارها بين الرجال ، وقد يكون ذلك راجعاً إلى أن الرجال لديهم فرصة أكبر فى مجتمعنا للتصرف فى مشكلاتهم والتعبير عن انفعالاتهم ، والتفليس عن رغباتهم مما يقلل من حدة الصراع النفسى ، كذلك يرجع ذلك إلى تقبل النساء للعلاج النفسى قبولاً سهلاً وواضحاً ورغبتهم السريعة والملمعة فى الشفاء .

وكثيراً ما يخشى مرضى العصاب ، أن يتحول مرضهم إلى الزهان . وعلى الرغم من أن هناك بعض الآراء تفترض أن العصاب ماهر إلا مرحلة مبكرة

للذهان ، إلا أن الرأي الحالي يتفق على أنهما فئتان منفصلتان ، وتكشف لنا دراسات المتابعة أن حوالي ٤-٧٪ من مرضى العصاب ينتهون بمرضى ذهاني ، وإذا أخذنا في الاعتبار أن نسبة الذهان بين المجموع العام حوالي ٥-١٠٪ لتبين لنا على الفور عدم ترابط العصاب والذهان .

ونستطيع أن نوجز بالقول أن كل فرد مهياً للأعراض النفسية ، حسب تعرضه للشدائد والإجهاد ، وأن نسبة العصاب بين مجموع أي شعب تتراوح بين ١٠-٢٥٪ .

#### الأسباب :

ما زالت الروية غير واضحة بالنسبة للأسباب الرئيسية للأمراض العصبية ، ومازلنا نفسر الأسباب بنظريات مختلفة ، ومدارس متنافرة ، ولكن البرهان العلمي لأي من هذه النظريات لم يثبت بعد ، وإن تعددت الأسباب ، ونستطيع أن نلخصها في نظريتين :

- (١) النظرية التكوينية التي تعتمد على العوامل البيولوجية الوراثية والفسولوجية .
- (٢) النظرية البيئية .

ولاداع للتمييز لإحدى هاتين النظريتين ، بل علينا الاستفادة منهما معاً ، فنكون أسباب أمراض العصاب هي تفاعل بين العوامل التكوينية والبيئية .

#### (١) النظرية التكوينية الوراثية

يختلف الأفراد في تفسيرهم لكلمة تكوين : فالبعض يعنى بها الأساس العقلى والجسمى للفرد ، متأثراً بتجارب الحياة ، والبعض الآخر يعنى مجموعة السميزات النفسية والفسولوجية والجسمية ، التي تقوم على أساس الاستعداد الوراثى ، وأن للبيئة دورها المتواضع .

ولاشك أن العامل الوراثى له أثره فى نشأة الأمراض النفسية ، وقد قامت عدة دراسات على التوائم المتشابهة ، ووجد أنه إذا أصيب أحد التوائم بالعصاب فعادة ما يصاب الآخر بالمرض نفسه . كذلك دلت دراسة العائلات على أن استجابات أفراد العائلة الواحدة تشابه فى نوعية العصاب ، فإذا أصاب أحدهم



استجابة القلق ، فعادة ما يستجيب أفراد العائلة تحت الإجهاد لاستجابة القلق أيضاً ، كذلك استجابة الوسواس القهري ، أو التحولية ... هكذا .

ولكن يمكن مناقشة ذلك بأن التوائم المتشابهة وأفراد العائلة الواحد ، عادة ما يتعرضون للعوامل البيئية النفسية ؛ مما يجعل استجاباتهم العصبية متشابهة ، ولذا فمن الصعب فصل عوامل البيئة عن الوراثة .

ويلاحظ الجدول المرافق الأبحاث المتوافقة بالنسبة للعوامل الوراثية للأمراض العصبية بين التوائم :

### نسبة الأمراض النفسية بين التوائم

توائم غير متشابهة	توائم متشابهة	توائم متشابهة
٪ ١٩	٪ ٢٥	سليتر SLATER ١٩٥٣
٪ ٤٠	٪ ٢٠	اهنا IHDA ١٩٦٠
٪ ٤٣	٪ ٩٠	براكوني BRACONI ١٩٦١
لم تدرس	٪ ٥٧	تياناري TIENARI ١٩٦٣
٪ ٣٦	٪ ٧٠	باركر PARKER ١٩٦٤
٪ ١٥	٪ ٤٠	شيلدز SHIELDS ١٩٦٦
٪ ٤	٪ ٦٥	سليتر SLATER ١٩٨٦

ومن ثم نرى اختلاف الباحثين في نتائجهم ، ولكن لا شك أن جميع الأبحاث تشير إلى أن النسبة تزيد بين التوائم المتشابهة ؛ مما يعزز دور العامل الوراثي في نشأة الأمراض العصبية .

### (٢) النظرية البيئية

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

وأهم النظريات البيئية ، هي :

- (١) نظرية التحليل النفسي ومشتقاتها .
- (٢) النظريات غير التحليلية وأهمها النظرية السيكيوبولوجية .
- (٣) النظرية الشرطية السلوكية (التعلم الاجتماعي) .
- (٤) نظرية النشأة التكوينية .
- (٥) العوامل الاجتماعية والجسمية المساعدة .

### (١) نظرية التحليل النفسي

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

وقد ميز فرويد بين العصاب الحقيقي True Neurosis والعصاب النفسي Psychoneurosis ؛ فالعصاب الحقيقي يظهر نتيجة حالات جسدية تنشأ من اضطراب الحياة الجنسية للفرد ، مثل الزهد أو الانغماس الزائد ، أما العصاب النفسي فهو سيكولوجي المنشأ ، وقد فسّر فرويد السلوك العصابي بنظريات مختلفة منها :

- (١) ذكر فرويد في أول الأمر أن العصاب النفسي ينشأ نتيجة صدمة نفسية جنسية ، خلال السنوات الأولى .
- (٢) ثم فسّر السلوك العصابي على أساس الصراع الأوديبي بين الطفل وأحد الوالدين من الجنس الآخر ، ثم أضاف في شرحه أن أصل العصاب النفسي هو الصراع الشديد بين مكونات الشخصية خاصة الهو والأنا الأعلى ، ثم فسّر الإهمال البيئي المبكر بأنه من العوامل المشجعة للعصاب .
- (٣) ثم وصل - على أساس بحوثه السابقة - إلى أن أسباب العصاب النفسي متعددة ، وأرجعه لعدة عوامل ثم أظهر تصنيفه للاستجابات العصابية

الأربعة ، وهي : عصاب الوسواس القهري ، وهستيريا القلق Anxiety hysteria ، والهستيريا التحولية ، والنيوراسثينيا .

وقد اختلف أدلر Adler أحد أتباع فرويد مع كثير من نظريات أستاذه ، فقد اعتبر القوة الدافعة في الإنسان هي الرغبة في القوة بدلاً من الليبيدو الغريزي ، كما وضع الرغبة في العدوان محل الرغبة في الجنس ، وكان أدلر رائد مدرسة علم النفس الفردي Individual Psychology ، التي تقوم على أساس أن السعي الشائع بين الجميع من أجل التفوق ، هو أساساً نوع من التعويض للشعور بالنقص ، والذي بدأ في الطفولة ، عندما يرى الطفل أنه أضعف من الكبار المحيطين به جسدياً وعقلياً ، ومن ثم يبدأ بالشعور بالنقص ، ويستجيب لذلك بالكفاح من أجل التفوق والسمو والعظمة كتعويض لشعوره بالعجز .

كذلك أشار أدلر إلى بعض المواقف الأسرية ، من ناحية تدليل أو إهمال الطفل ، وترتيب الطفل بين أخوته ، وأسلوب الحياة الذي يضعه كل فرد هدفاً مبكراً في حياته ، بحيث تصبح بقية جوانب الحياة الأخرى ثانوية بالنسبة له ، وتعتمد الوجهة التي سيتخذها أسلوباً للحياة على المؤثرات اللبديية المبكرة والنمط الأسري وطبيعة الشعور بالنقص ، ومن الممكن أن يؤدي أسلوب الحياة إلى ظهور المواهب ، السلوك الإيجابي المفيد اجتماعياً ، ولكنه من الممكن أيضاً أن يؤدي إلى تعويض مرضي زائد .

وقد طرح أدلر جانبياً النظرية الجنسية في العصاب ، واعتبر العصاب محاولة لكي يحرر الفرد نفسه من الشعور بالنقص ؛ لكي يحصل على الإحساس بالتفوق .

وقد وجد يونج Jung وهو أيضاً أحد أتباع فرويد ، أنه في خلاف مع نظرية التحليل النفسي ، ومن ثم انفصل عن فرويد ، وأسس مدرسة علم النفس التحليلي Analytical Psychology . وتتركز إضافاته في أنه لم يفتتح بأن مفهوم الليبيدو جنسي أساساً ، وافترض أن هناك مستودعاً كبيراً لطاقة عامة غير مميزة ، تنبثق منها القوى الدافعة للإنسان في حياته ، ثم أدخل يونج مفهوم الأنطواء - الانبساط ؛ فالليبيدو عند الانبساطيين يتجه إلى الخارج ، وهم يستجيبون موضوعياً للعالم الواقعي ، أما عالم الخيال ، وهذا الاتجاه نحو الواقع الخارجى أو الذات الداخلية جزء أساسي من التكوين الجسمي النفسي للفرد ، وهو يحدد نمطه إلى

درجة كبيرة ، فيصل به إلى منتهاه قاصداً كل الاتجاهات الأخرى ، وكذلك أنزل مفهوم اللاشعور الجماعى والشخصى .

أما أوتو رانك Otto Rank ، فقد عارض بعض الآراء الأساسية لفرويد ، واعتبر صدمة الميلاد (عملية الولادة في حد ذاتها) مصدراً للمعظم القلق الذى يشعر به الفرد فى مقتبل حياته ، على أساس التهديد بأنه انفصل عن مأوى الحب والأمن . ويرى رانك أن الإرادة هى أهم قوة حيوية فى تكامل أو تفكك الشخصية، وأن العصابى شخص معتمد وغير ناجح انفعالياً ، ولم تتطور إمكانياته التى تمكنه من الضبط ومن تأكيد ذاته .



مقدمة لأمية جن الغاب  
(بيكاسو) لاحظ الرموز الجنسية

وقد ظهرت وما زالت تظهر نظريات جديدة من أتباع فرويد ، مثل نظرية أريك فروم Eric Fromm ، والتي تعتمد أساساً على أن علم النفس لاعمى له ، إلا إذا وضع في إطار أنثروبولوجي وقسفى .

أما كارين هورنى Horney ، فقد ابتعدت عن وجهة النظر البيولوجية لفرويد ، ووضعت نظريتها فى الشخصية بتأكيد أهمية التضاريس الحضارية ، والخبرات الشخصية ، واعتبرت أن القلق الأساسى سبب العصاب ، وهو شعور باليأس وسط عالم معاد ، ويظهر ذلك من التفاعل بين مشاعر القلق والكراهية التى تنبعث من إهمال الوالدين للطفل ، وكذلك سوليفان Sullivan حيث نستطيع تلخيص النقطة الأساسية فى نظريته فى الشخصيات فى كلمة التشكل الحضارى acculturation ، وأن بناء الشخصية النهائى هو نتاج التفاعل مع الكائنات الإنسانية الأخرى ، ونظريات أخرى لإرنست جونز Ernst Jones وكلاين Klein وإبراهام Abraham وفيلدكل Fenickel وكاردينر Kardiner ... إلخ .

## (٢) النظريات غير التحليلية

ظهرت عدة نظريات مهمة لفهم الشخصية والسلوك العصابى مستقلة تماماً عن المدارس الفرويدية ، أولها المدرسة السيكوبولوجية ، التى أسسها أدولف ماير Adolf Meyer (١٨٦٦-١٩٥٠) .

رقد ألح ماير على ضرورة دراسة البناء والعيول الوراثية ، وخبرات الحياة وضغوط البيئة جميعها ، إذا أردنا أن نتكبع أصل اضطراب معين ونفهمه ، أى إننا نستطيع فهم السلوك فهماً حقيقياً ، إذا درسنا الشخصية للكلية والتاريخ الكلى لحياة الفرد . ولتلخيص نظريته فى العصاب ، نقول إن ماير يعتبر أن مستويات التطوح غير الواقعة ، وعدم تقبل الذات عاملان أساسيان فى الشخصية المرضية ، وهو يعتقد أن الناس بصابون بالاضطرابات ، لأنهم غير قادرين على تشكيل أمالهم وفقاً لحالاتهم ومن ثم فهم يشعرون بالنقص والضوف والانجاهات العصابية الأخرى .

ويميل الطب النفسى للولايات المتحدة إلى الاعتقاد بنظرية ماير ، وأن جميع الأمراض النفسية والعقلية ماضى الإستجابات توافقية أو تكيفية بيئية للفرد ، مستخدماً الإجراءات الدفاعية العصابية .

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

### (٣٦) النظرية الشرطية (التعلم الاجتماعي)

كان لابد ليأقوف أن يتعرض لاضطرابات الجهاز العصبي لدى الإنسان ؛ لأن هذه الاضطرابات لا تشكل كافة مستويات الجهاز العصبي لدى الحيوان ؛ ولذلك خاض بأقوف ميدان الأمراض النفسية والعقلية ، فسر الهستيريا ، والقسام ، وابتدع طرقاً للعلاج ، وكان يعتبر الطب العقلي والنفسي فرعاً من فروع فسيولوجية الجهاز العصبي .

وقد تأثر بأقوف بعالم روسي آخر ، من أبرز علماء النصف الثاني من القرن التاسع عشر هو سيشنوف ، وكان الأخير عالماً نفسياً وفسولوجياً ، وهو الذي وضع البذرة الأولى لنظريات الفعل المنعكس والكف الفسيولوجي ، وكان يرى أن الفسيولوجيا هي العلم الوحيد القادر على تحويل علم النفس إلى علم موضوعي ، لذا تحفظ واحد بالنسبة لنظريات بأقوف ، وهو أن نجاحه الكبير في كشف خبايا جهاز العصبي للحيوان دفعه إلى تعميم أحكامه على الإنسان أيضاً ، بحيث لم يبق في نظره فرق نوعي بين النشاط العصبي الحيواني والإنساني ؛ مما جعل أفكاره خاصة بسمات النشاط النفسي البشري ، ليست على مستوى الدقة والعمق نفسه الذي بلغه دراية بالحيوان .

ويسمى بأقوف المبدأ الموجه لنظرياته كلها ، الاتجاه العصبي ، أو نظرية نشاط العصبي الزاقي ، ويعني به محاولة توسيع ومد تأثير الجهاز العصبي إلى أكبر عدد ممكن من أوجه نشاط الكائن العضوي ، ويقوم هذا التأثير العصبي على أساس عملية الترابط أو الانعكاس الشرطي ، فأصغر الأحداث أو التغيرات في العالم الخارجي والعالم الداخلي العضوي للكائن ، يمكن أن ترتبط بحالات عصبية معينة كما يسمى بالفعل المنعكس الشرطي .

وهناك نوعان من الانفعالات المنعكسة ، الفعل المنعكس غير الشرطي (الفعل المنعكس القطري أو الوراثي) ، ويقابله الفعل المنعكس الشرطي (الفعل المنعكس المكتسب أو الإشاري) ، أما ما يعرف بالفرايز فهي أنواع معقدة جداً ، ومركبة من الانعكاسات غير الشرطية ترتبط كل منها بالأخرى ، بشكل مرتب ، أي إنها سلاسل مترابطة من الانعكاسات تتخذ شكلاً تعظيماً .

كيف يتكون الانعكاس الشرطي ؟

تتم عملية الترابط الشرطي في حالة الاتفاق في الوقت بين حدوث المنبه القديم والمنبه الجديد ، أو حدوث هذا قبل القديم بفترة قصيرة محدودة ، وقد أثبتت التجارب أنه إذا أثير الكلب إثارة شديدة أثناء حدوث الانعكاس غير الشرطي .. فإنه يصبح من المستحيل أن ينجح المنبه الجديد في الارتباط بالمنبه القديم ، ولكن إذا تبعه الكلب للمنبه الجديد .. فإنه تتكون في هذه الحالة بورتان للإثارة في الجهاز العصبي ، هما : بؤرة المنبه القديم - وهي بدهة الأقوى والأشد - وبؤرة المنبه الجديد .

ووفقاً لقوانين النشاط العصبي التي يقررها بافلوف ، تنتقل الإثارة من البؤرة الأقوى إلى البؤرة الأضعف . فيحدث مرور عصبي بينهما التي يقررها بافلوف ، وتنتقل الإثارة من البؤرة الأقوى إلى البؤرة الأضعف ، فيحدث مرور عصبي بينهما ، أي يحدث الارتباط المكتسب أو الفعل المنعكس الشرطي .

ومنذ اكتشاف بافلوف للفعل المنعكس اتجه علماء النفس للاستفادة منه ، ويمكن اعتباره أساساً لتفسير السلوك الإنساني على أساس التعليم الشرطي . وقد أثبتت التجارب أنه ما لم يتم تعزيز الانعكاس الشرطي من حين لآخر .. فإنه ينطفئ تدريجياً حتى يتوقف ، أثره تماماً ، وتنتج ظاهرة الانطفاء من عملية عقلية يسميها بافلوف «الكف» .

ويرى بافلوف أن السلوك يتم بالتوازن والتوافق بين النظم الثلاثة للجهاز

العصبي ، وهي :

(١) النظام الأول ، وهو نظام الأفعال المنعكسة غير الشرطية ، أي نظام الفرايز ، والدوافع ، والانفعالات المتمركزة في منطقة تحت اللحاء المتصلة بالنصفين الكرويين للمخ .

(٢) النظام الثاني ، ويسمى عند الإنسان النظام الإشاري الأول ؛ لأنه يشمل إشارات مباشرة لعنبيات الواقع ، مثل سماع صوت الجرس إشارة لتناول الطعام .

وهذا النظام الثاني هو النظام الإشاري الوحيد لدى الحيوان ، ويتمركز في النصفين الكرويين ، فيما عدا الفصوص الأمامية المتطورة عند الإنسان . وهذا النظام الإشاري الأول هو حامل الفكر التخيلي الذي ينتج عن التأثير المباشر لتعاليم الخارجي والوسط الداخلي للكائن العضوي .

(٣) النظام الثالث ، ويسمى النظام الإشاري الثاني ، ولا يوجد إلا عند الإنسان ويتمركز في الفصوص الأمامية من اللحاء ، ويتكون من إشارات لإرشادات النظم السابقة ، وهي من ثم إشارات مجردة لا تعتمد على الاستقبال المباشر لعنبيات الواقع ، ولكنها تعتمد على الرمز وعلى الكلمة . ولما كان للكلام عدة ركائز في اللحاء هي المنطقة السمعية في الفص الصدغي ، والبصرية في الفص المخزري ، والحركة في الفص الجداري ، أمكن أن يقال إن هذه المناطق تشكل الركائز الأساسية للنظام الإشاري الثاني في اللحاء .

وإذا كان التأزر بين نشاط هذه النظم الثلاثة هو أساس الصحة النفسية أو نشاط العصبى السوى ، فهذا التأزر هو نتيجة لتوازن بين عمليات النشاط العصبى ؛ أى التوازن أساساً بين عملية الإثارة والكف ، فإذا اختل هذا التوازن حل اضطراب والمرضى محل الصحة والسلوك السليم ، وموجز رأى بافلوف فى أمراض النفسية أنها تنتج من تفكك هذه النظم العصبية .

وهناك نوعان أساسيان من الأمراض فى رأيه ، هما : الهستيريا ، والأعياء النفسى (السيكستنيا) .

فالهستيريا تفكك يسيطر فيه النظام الإشاري الأول ، ولذلك تصيب الإنسان الحيوان ، أما الإعياء النفسى فلا يصيب إلا الإنسان ؛ إذ يسود فيه النظام الإشاري الثانى ، غير أن بافلوف عاد فيما بعد واعتبر الهستيريا مرضاً خاصاً بالإنسان فقط .

ويجب أن نذكر أن نظرية بافلوف فى سببية الأمراض وعلاجها لم تجد مؤيداً كما لم تجد مانقياً بعد ذلك ، كما أننا يجب أن نذكر أيضاً أنه يضع سلوك الحيوانى والسلوك الإنسانى الواعى على مستوى واحد .



وتطورت حديثاً نظريات بالفوف بواسطة كثير من العلماء مثل فولبي ، وأخيراً أيزنك الذي ابتدع نظريته في نشأة الأمراض النفسية والعقلية ، واتخذ أساسه فسيولوجياً الجهاز العصبي كما ذكرها بالفوف ، وأهم أساسيات نظريته فيما هو مبين بالرسم :

### الاستعداد الوراثي للعصاب (عدم الثبات الانفعالي)

فق	هستيريا
وساوس فهرية واكتئاب	سيكوباتية
انطوائية	انبساطية
(سهولة تكوين انعكاس شرطي وصعوبة إطفائه) .	(صعوبة تكوين انعكاس شرطي وسهولة انطفاء الانعكاس)

وفي رأي أيزنك أنه يوجد اختلاف واضح بين الأفراد في تكوين الارتباطات الشرطية ، وأن جوهر الاختلاف أساساً وراثياً . وحسب نظريته ، فإن الاضطرابات النفسية تنشأ من تكوين أفعال منعكسة خاطئة بتأثير تفاعل عاملي البيئة والوراثة . وأن هذه الأمراض ما هي إلا أنماط من السلوك تعلمناها ؛ لتخفف من آلام القلق في ظروف خاصة ، ويعزز دائماً هذا السلوك الخاطئ بإحجام المريض عن القيام بأي عمل يؤدي إلى مخاوفه ؛ مما يعزز المرض ، فالذي يخاف من الأماكن الضيقة يتبعد عن هذه الأماكن ، ولا يرتادها حتى لا يشعر بالقلق .

وهذه العملية في حد ذاتها تعزز خوفه من هذه الأماكن ، ومن ثم تنشأ دائرة مفرغة ، وتنشأ الأمراض النفسية بالتالي من تفاعل أبعاد الشخصية مابين انطوائي وانبساطي مع الاستعداد الوراثي للعصاب . وتؤكد الأبحاث الفسيولوجية الحديثة أن الاستعداد الوراثي للعصاب أو ما يسمى أحياناً بعدم الثبات الانفعالي يكمن في فسيولوجية وكيميائية الجهاز الطرفي أو السطح الأنسي من الفص الصدغي ، أما أبعاد الانطوائية والانبساطية فمركزها في التكوين الشبكي ، والذي له علاقة مباشرة مع درجة الانتباه والوعي واليقظة ، وتنقيه المداخل الحسية للمخ ، الذي يمتد من جذع المخ حتى المهاد (اللاموس) ، ومنه إلى قشرة المخ .

فإننا نتفاعلت الانطوائية مع الاستعداد الوراثي للعصاب نشأت بعض الأمراض مثل القلق والوساوس القهريّة ، والاكتئاب ، ويتميز هذا التفاعل بسهولة تكوين الأفعال المنعكسة الشرطية وصعوبة إطفائها ، مما يجعل علاجها يحتاج لوقت أكثر من الأمراض الأخرى . أما إذا نتفاعلت الانبساطية مع الاستعداد الوراثي فتتأثر الهستريا والشخصية السيكوباتية ، ويلاحظ هنا صعوبة تكوين هؤلاء الأفراد لارتباطات تساعد في التكيف والتأقلم مع المجتمع ؛ ولذا فهم دائماً في احتكاك وصراع مستمر مع المجتمع ؛ مما يؤدي إلى سلوك ضد اجتماعي ، وإذا تكونت لديهم أفعال منعكسة شرطية فهي ضعيفة ، ومن السهولة إطفائها ، ولذا فهم قابلون للإحياء وحتى الأعراض الهستيرية فهي قابلة للتغير حسب الإحياء .

ونستطيع تطبيق ذلك في تعلم الإنسان لكثير من العادات والتقاليد ، فإن معرفة الطفل أن تعلمه لسلوك خاص سيعود عليه بالخير والرضاء من والديه ، يجعله يبدأ في اكتساب عادات شرطية يعززها دائماً رضا الوالدين ، فإذا كذب فمصيروه جهنم والضرب ، وإذا صدق فله الجنة والحلوى ..

وهذا يعزز عنده الارتباط الشرطي .. الصدق - الخير والرضاء ، كذلك من الممكن أن يكتسب الفرد انعكاساً شرطياً خاطئاً ، يؤدي إلى مرض نفس كالخاوف ، فهذه السيدة التي تصاب بخوف دائم عند دخولها أي مكان مزدحم أو مغلق ، أو تشعر بالغبثان والقلق والإغماء ، سيكتشف أنها قد مرت بتجربة ما أثناء حياتها ، سببت لها هذا الخوف المرضي من الأماكن المغلقة ، فربما صادفها حادث معين وهي في أحد المصاعد الكهربائية كتوقف المصعد مثلاً ، ومن ثم بدأت تشعر بالخوف والقلق ، وسرعة ضربات القلب ، وتعمل الأطراف ثم أغمى عليها ، وتدرجياً بدأت في تكوين ارتباط شرطي ، يتضمن أن ركوب المصعد يصاحبه الأعراض السابقة ، ثم بدأت في تعميم الارتباط الشرطي ؛ مما أدى إلى شعورها بالخوف والقلق من جميع الأماكن المغلقة ، ويعزز هذا الارتباط ابتعادها دائماً عن هذه الأماكن .

وإننا وجدت على الرغم منها في أحد هذه الأماكن فيستولد عندها الخوف والأعراض السابقة بما يعزز هذا الانعكاس الشرطي ، وقد بدأت حديثاً موجة العلاج السلوكي الشرطي ، وهي محاولة علاج هؤلاء المرضى بإعادة تعليمهم الارتباط الشرطي الصحيح وإطفاء الارتباط الشرطي المرضي .

### (٤) نظرية النشأة التكوينية

يعلم الأطباء أهمية المنزل والنشأة الأسرية ، وعلاقة الطفل بوالديه في تكوين الكثير من الأمراض النفسية ، فعادة ما يحتاج الطفل إلى أرضية عاطفية ثابتة يشعر خلالها بالحب والحنان من أبوين صالحين ثابتين ، ونستطيع أن نقول إن الطفل يحتاج إلى ثلاثة أسس للصحة النفسية ، هي :

(١) الوجدان ونحى هنا الحب الثابت المستقر والمستمر .

(٢) الأمن والاستقرار بوجود الوالدين ، وإعطاؤه النصفه واللعب والطعام .

(٣) النظام ، ومدابحه لتقاليد ونظم خاصة مع انتمائه لعقيدة ، ولكن مع إعطائه الفرصة للتعبير عن انفعالاته بحرية .

وقد لوحظ أنه إذا ابتعدنا عن هذه المقاييس ، فسجد نشأة الطفل مصحوبة بسمات وأنماط خاصة في شخصيته ، مع استعداده لتكوين أعراض عصابية سواء في طفولته أو بعد نضوجه ، وعندنا كثير من الأمثلة التي تؤثر في تكوين شخصية الطفل ، من خلال تفاعل علاقته بالوالدين ، فلاحظ أن الأم التي تخلق طفلها بالحب ، وتربطه بها ارتباطاً شديداً مرضحياً ، تجعله ينشأ عاجزاً عن الاستقلال العاطفي .

والعكس بالنسبة للأم التي تهمل أطفالها ، ولا تشعرهم بالحنان الدائم الثابت ، أو الوالدين اللذين يفرقان في معاملتهما بالنسبة للأطفال ، ومحابة أحد الأخوة أو الأخوات عن الآخرين ، كذلك المناقصة والغيرة بين الأخوة ، ثم احترام أو سخوية الزملاء في المدرسة ، أو وجود الطفل بين شجار دائم في المنزل ، أو بين أبوين مريضين دائمى الشكوى والتفكير من الحياة ولحقتها ، كذلك ستختلف شخصية الطفل في علاقته مع الوالدين ، إذا كان هو الطفل الأوحده أو الأصغر ، وإن كان أحد سبعة أو تسعة أطفال .

لاشك إذاً أن النشأة التكوينية لها أثرها البالغ في نضوج وتكوين الشخصية مع ظهور الأمراض النفسية عند النضوج ، أو عند مواجهة أي شدة أو إجهاد .

## (٥) العوامل الاجتماعية والجسمية المساعدة

أثبت علماء الأجناس أن للحضارة والثقافة والحالة الاجتماعية أثرها البالغ في تكوين الشخصية ، وبالتالي اعتماد الفرد للأمراض النفسية ، ولانتمى في ذلك أبحاث عالمة الاجتماع مارجريت ميد ، كذلك أوضح علماء الاجتماع أثر عدم الاستقرار والحرمان العاطفي ، والبطالة ، والولادة غير الشرعية ، وفقدان أو الانفصال عن أحد الوالدين والطلاق ، والإدمان ، والتبني أو النشأة في ملجأ ، أو بيت للحضانة وعدم التوافق الأبوي ... أوضحوا أثر كل ذلك في ظهور الشخصية السيكوباتية ، أو الشخصية المتبدلة لفعالياً .

وقد أظهرت الدراسات الميدانية في الأمراض النفسية أن ماتعتبره بعض المجتمعات مرضاً يستحق العلاج ، ينظر إليه ، في مكان آخر على أنه نوع من الانحراف ، يجب استئصاله من المجتمع أو عزل صاحبه في أحد السجون ، وسجد في مجتمع ثالث أنهم يقبلون هذا النوع من السلوك كظاهرة عادية لا تحتاج للعلاج ، أو العقاب . إذ ، فالناحية الاجتماعية ، ومدى تفهم المجتمع لنوع من الأعراض والسلوك سيكون له أثره على نوع التفاعل الخاص والاستجابة بين المريض والمجتمع .

وقد كان الاعتقاد شائعاً بأن نسبة انتشار الأمراض النفسية في الأماكن المتحضرة تفوق نسبتها في المجتمعات النامية ، ولكن ثبت تشابه النسبة في كل المجتمعات ، ولكن مظاهر المرض تختلف أحياناً تبعاً للناحية الحضارية ومايعتبر هناك مرضاً ، يعتبر في مكان آخر سلوكاً منحرفاً ، وفي مجتمع ثالث يعتبر أسلوباً في الحياة .

وقد وجد المؤلف (١٩٩٠) في بحث ميداني وبائي أن الأعراض الاكتئابية تزيد في الريف عن الحضر في مصر ، مما يشير إلى زوال الفروق السابقة التي كانت تميز سكان الريف عن الحضر .

ولكن بعض الدراسات الميدانية الإحصائية أظهرت أن الأمراض النفسية تزيد نسبتها بين أفراد الطبقات العليا من المجتمع ، وأن الأمراض العقلية تكثر بين الطبقات السفلى ، كذلك لوحظ وجود علاقة واضحة بين نوع الاستجابة العصبية والطبقة الاجتماعية ، فبينما تكثر استجابة الخوف ، والقلق أو العصاب المزمن بين الطبقات الاجتماعية الأولى والثانية ، تزيد الاستجابة التحولية والانشاققية والهستيرية بين الطبقات الرابعة والخامسة .

### العوامل المساعدة :

إن تعريف المشقة ، أو الإجهاد ، أو الكروب Stress ضروري قبل معرفة تفاعل الكروب مع الفرد لظهور الأمراض النفسية ؛ فالكروب هو تحدى عوامل غير سارة لطاقة التأقلم والتكيف للفرد ، وتعتمد كمية الشدة أو الانحساب اللازمة لنشأة الأمراض النفسية على تكوين واستعداد الفرد الوراثي .

#### (١) حمادة :

مثل الصدمات الجنسية في الطفولة .. أو فقدان أحد الوالدين أو الأجزاء .. فقدان العمل أو المال المفاجئ .. اتهام بوليسى أو سياسى ... إلخ .

#### (٢) طويلة المدى :

عندما تتجمع الكروب وتتراكم على مدى الأيام ، مثل الشخصية الطموحة التي تنفصها القدرة على تحقيق رغباتها ، أو لم تعط الفرصة لإرضاء قدراتها ، أو عدم التوافق في الزواج سواء من الناحية العاطفية أو المزاجية أو الجنسية ... إلخ ، أو عدم التكيف في العمل .

#### (٣) ذاتية :

وهنا تكون الشدة مؤثرة على فرد معين نظراً لحاجاته الخاصة ، مثل : النزاع المستمر ، والصراع الدائم بين الفرد وروسله أو زملائه في العمل ، أو مايعتبره إهانة لذاته أو لكرامته .

#### (٤) جسمية :

مثال الأمراض الشديدة ، كالحميات ، والسعوم ، وارتجاج المخ فتلك العوامل الجسمية تنقص من قدرة الفرد على التأقلم والتكيف ؛ مما يجعله يدهار تحت وطأة شدة بسيطة ، يستطيع مقاومتها في حالائه العادية ، وكذلك بعد الولادة ، أو في نقاعة إنطونزا شديدة ... إلخ .

كما توجد بعض الحاجات الخاصة لكل فرد يجب إرضائها ، وإلا فيكون كبتها أو إخفاؤها عاملاً لإضعاف مقاومته ، وبالتالي لتعرضه للأمراض النفسية ، وهي حاجات جسمية ، وانفعالية ، وروحية أو فكرية ، مثل :

( أ ) الحاجة إلى الانتماء ، مع الشعور بأنك تحب وأنك محبوب ، وأن لك ذاتك وفرديتك وكيانك .

(ب) الفرصة للقيام بعمل مفيد ، تشعر أثناءه بدورك في المجتمع .

(ج) القدرة على التعبير أو الاشتراك في أعمال جماعية سياسية ، أو أيديولوجية أو دينية أو حتى هوايات خاصة .

وقد لخص ماسلو (١٩٦٧) الصفات المميزة لمن استطاعوا تحقيق ذاتهم في أن :

- (١) يدرك الحقيقة بكفاءة ، ويستطيع تحمل التآرجح بين الشك واليقين .
- (٢) يقبل ذاته والآخرين كما هم .
- (٣) يكون تلقائياً في تفكيره وسلكه .
- (٤) يركز اهتمامه على المشاكل أكثر من تركيزه على ذاته .
- (٥) يتحلى بملكة السخرية والفكاهة .
- (٦) يكون مبدعاً وخلاقاً .
- (٧) يقاوم الشكل الحضاري الدخيل ، ولكن لايعنى ذلك التحفظ المتزمت .
- (٨) يهتم بسعادة الإنسان والبشرية .
- (٩) يكون قادراً على التقدير العميق للتجارب الأساسية في الحياة .
- (١٠) يقيم علاقات مشبعة مع القلة ، وليس مع الكم من الناس .
- (١١) ينظر للحياة بنظرة موضوعية .

أما السلوك المؤدى إلى تحقيق الذات ، فيتميز بأن :

- (١) يمارس الحياة كالطفل ، باستغراق واهتمام كامل .
- (٢) تجرب الجديد ولاتلتصق بالقديم .
- (٣) تستمع إلى إحساسك الخاص في تقديرك للتجارب ، وليس لصوت التقاليد أو السلطة أو الغالبية .
- (٤) تكون مخلصاً وتتجنب للتظاهر .
- (٥) تكون مستعداً لأن تكون غير محبوب ، إذا كانت آراؤك تختلف مع الغالبية .
- (٦) تتحمل المسئولية .
- (٧) تعمل بجدية في ماقرره .
- (٨) تحاول استكشاف عيوبك ودفاعاتك اللاشعورية ، وتتحلى بالثجاعة في القضاء عليها .

## (1) اضطراب القلق العام

### (1) Generalized Anxiety Disorder

يقال إن هذا العصر هو عصر القلق ، ولاستطيع الجزم بصحة هذا القول ؛ لأنه مما لا شك فيه أنه في الأزمنة السابقة ، عانى الناس من الجوع ، والمرض ، والعبودية والحروب وكوارث عامة مختلفة ، جعلتهم معرضين للقلق مثلما نحن الآن ، ولكن تعقيد الحضارة ، وسرعة التغير الاجتماعي ، وصعوبة التكيف مع الشكل الحضاري السريع والتفكك العائلي ، وصعوبة تحقيق الرغبات الذاتية ، على الرغم من إغراءات الحياة ، وضعف القيم الدينية والخلقية مع التطورات الأيديولوجية المختلفة تخلق الصراع والقلق عند كثير من الأفراد ، مما يجعل القلق النفسي هو محور الحديث الطبّي في الأمراض النفسية والعقلية والميكوسوماتية .

ويختلف الكثير في تعريف القلق النفسي كمرض مستقل ، ونستطيع تعريفه بأنه شعور عام غامض غير سار بالكوجس والخوف والتحفز والتوتر ، مصحوب عادة ببعض الإحساسات الجسمية خاصة زيادة نشاط الجهاز العصبي اللاإرادي ، ويأتي في نوبات متكررة ، مثل : الشعور بالفراغ في فم المعدة ، أو السحبة في الصدر ، أو ضيق في التنفس ، أو الشعور بتبعضات القلب ، أو الصداع ، أو كثرة الحركة ... إلخ .

وقد يحاول البعض التفرقة بين الخوف والقلق ، مع معرفتنا التامة بأنهما عادة ما يكونان وحدة ملتصقة ، ولكن شعور الفرد بالخوف عندما يجد سيارة مسرعة في اتجاهه في وسط الطريق يختلف تماماً عن شعوره بالخوف والقلق ، عندما يقابل بعض الغرباء الذين لا يستطيع لصحبهم ، كذلك من الناحية الفسيولوجية ، فالخوف الشديد يصاحبه نقص في ضغط الدم ، وضربات القلب وارتخاء في العضلات ؛ مما يؤدي أحياناً إلى حالة إغماء ، أما القلق الشديد فيصاحبه زيادة في ضغط الدم وضربات القلب ، وتوتر بالعضلات مع تحفز وعدم استقرار وكثرة الحركة .

ونستطيع تلخيص الاختلاف السيكولوجى بين القلق والخوف فى الجدول الآتى :

الخوف	القلق	
معروف	مجهول	السبب أو الموضوع
خارجى	داخلى	التهديد
محدد	غامض	التعريف
غير موجود	موجود	الصراع
حادة	مزمنة	المدّة

### الأساس النفسىولوجى للقلق :

تنشأ أعراض القلق النفسى من زيادة فى نشاط الجهاز العصبى اللاإرادى بلوغية السمبثاوى والباراسمبثاوى ، ومن ثم تزداد نسبة الأدرينالين والنورأدرينالين فى الدم . ومن علامات تنبيه الجهاز السمبثاوى أن يرتفع ضغط الدم ، وتزداد ضربات القلب ، ونحط العينان ، ويحرك السكر من الكبد ، وتزداد نسبته فى الدم ، مع شحوب فى الجلد ، وزيادة العرق ، وجفاف الحلق ، وأحياناً ترتجف الأطراف ، ويعيق التنفس .

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

ويتميز القلق فسيولوجياً بدرجة عالية من الانبعاث واليقظة العرصى فى وقت الراحة ، مع بطء التكيف للكرب ، أى إن الأعراض لاتقل مع استمرار التعرض للإجهاد ، نظراً لصعوبة التكيف فى مرضى القلق .

والمركز الأعلى لتنظيم الجهاز العصبى اللاإرادى هو الهيبوثلاموس (المهاد التحتانى) ، وهو مركز التعبير عن الانفعالات ، وعلى اتصال دائم بالمخ الحشوى ، والذي هو مركز الإحساس بالانفعال ، كذلك فالهيبوثلاموس على اتصال بقشرة المخ لتلقى التعليمات منها للتكيف بالنسبة للمنبهات الخارجية ، ومن ثم توجد دائرة عصبية مستمرة بين قشرة المخ ، والهيبوثلاموس ، والمخ الحشوى ومن خلال هذه الدائرة العصبية نغير ونحس بانفعالنا . وإذا أخذنا فى الاعتبار أن هذه



الدائرة العصبية تعمل من خلال سيالات وشحنات كهربائية وكيميائية وأن الموصلات العصبية لمسئولة عن ذلك هي السيروتونين ، والتور أدريمالين ، والشيامين ، والتي تزيد نسبتها في هذه المراكز عن أي جزء آخر في المخ ، مع وجود الاستيل كولين في قشرة المخ ، وأن النظريات الحديثة في أسباب معظم الأمراض النفسية والعقلية هي خلل في توازن هذه الموصلات العصبية .. كل ذلك يجعلنا نؤمن أنه من الممكن التأثير في الانفعالات المختلفة خصوصاً القلق والاكتئاب بإيجاد نوع من التوازن في هذه الموصلات ، وهو ما يحدث مع العقاقير المضادة للقلق والاكتئاب ، بل إن الجلسات الكهربائية تحدث تأثيرها بتغيير الشحنات الكهربائية وبالتالي الموصلات العصبية ، وأحياناً نلجأ لقطع الألياف العصبية الموصلة بين قشرة المخ ، والهيپوثلاموس والمخ المشوي لتقليل الانفعالات الشديدة ، عن طريق عملية جراحية .

ونركز كلامنا هنا على القلق النفسي كاضطراب أولي ، ولكن يظهر القلق كعرض ثانوي في معظم الأمراض النفسية والعقلية والجسمية ، ويكون علاجه أساساً علاج المرض المسبب له .

ومن أهم الأمراض التي يصاحبها أعراض القلق الآتى :

### (١) اضطرابات عصبية :

مثل الاضطرابات الهستيرية بنوعيتها التحولية والانشاقية وكذلك الاكتئابية، والإعياء النفسي المزمن (التيورسثينيا) ، وعصاب العواذ ، والنوم المرى بأنواعه المختلفة .

### (٢) اضطرابات ذهانية :

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

(ب) اضطراب وجداني ثنائي القطب (سابقاً ذهان الهوس الاكتئابي) سواء في نوبات الابتهاج أو الاكتئاب ، يكون مصحوباً بأعراض قلق واضحة

وأحياناً تطفئ على معظم الأعراض الأخرى .

(ج) الفصام : خصوصاً فصام المراهقة ، والفصام الشبيه بالعصاب ؛ فهذه الأنواع تبدأ بأعراض قلق وأعراض عصبية في هيئة غامضة ؛ مما يجعل التشخيص صعباً إلى حد ما ، وكثير من هؤلاء المرضى يعالجون لمدة طويلة على أنهم مصابون بقلق نفسي ، حتى تبدأ أعراض الفصام في الظهور ، وهنا نتبين أن أعراض القلق السابقة كانت لمرض الفصام .

### (٢) أمراض عضوية :

(أ) أورام الغدة فوق الكلوية (الفيوكروموسيتوما) ، ويكون المريض معرضاً لنوبات عارضة من قلق حاد شديد ، مع ارتفاع في ضغط الدم ، وشحوب في اللون ، وزيادة السكر في الدم ونسطيع التعرف بأبحاث خاصة .

(ب) زيادة إفراز الغدة الدرقية ، وهنا يظهر التوتر العصبي ، والقلق النفسي ، وسرعة التأثير ، والنهيج ، مع ارتفاع في الأطراف ، وارتفاع في ضغط الدم ، والعرق الساخن في الأطراف ، مع جحوظ في العينين ، وأحياناً ورم بالغدة الدرقية ، والأبحاث هنا لازمة للتعرف بين هذا المصنر والقلق النفسي .

(ج) تصلب شرايين المخ ، ويظهر ذلك في المسنين ، عندما يشعرون لأنفهم الأسباب ويخضعون من أقل المنبهات ، ويكونون عرضة للقلق وكثرة الحركة والتوتر ، وتضطرب الذاكرة خصوصاً للأحداث القريبة ، مما يجعل التشخيص واضحاً إلى حد ما .

(د) الشلل الاهتزازي ، ونقص السكر في الدم ، والكثير من الحميات .. إلخ ، وتكون مصحوبة بأعراض قلق ظاهر ، كذلك مع ارتفاع المخ ، ومن توقف الطمث وفترة ما قبل الطمث ، وكثيراً ما يصاحب اضطراب القلق والهلع في حوالي ١٥-٢٠ ٪ من الحالات ظاهرة تدلى الصمام الميتريالى بالقلب .

### الأسباب والعوامل المساعدة :

لقد سبق تفسير ذلك بالتفصيل تحت أسباب الأمراض النفسية ، ولكننا لا نريد أن نغفل الأبحاث الحديثة عن تأثير العامل الوراثي على ظهور أمراض القلق ، فقد أثبتت دراسات التوائم تشابه الجهاز العصبي اللاإرادي واستجابته للمنبهات الخارجية والداخلية ، كذلك أوضحت دراسة العائلات أن ١٥٪ من آباء وأخوة مرضى القلق ، يعانون من المرض نفسه ، وقد وجد ستيوار وشليدنز ١٩٦٢ ، ١٩٦٩ أن نسبة القلق في التوائم المتشابهة تصل إلى ٥٠٪ ، وأن حوالي ٦٥٪ يعانون من بعض سمات القلق ، وقد اختلفت النسبة في التوائم غير المتشابهة ، فوصلت إلى ٤٪ فقط ، أما سمات القلق فظهرت في ١٣٪ من الحالات ، ولذا فالوراثة تلعب دوراً مهماً في الاستعداد للمرض . وتزيد نسبة أعراض القلق في النساء عنها في الرجال .

والقلق من أكثر الأمراض شيوعاً في العالم بأجمعه ، وقد وجد المؤلف أن حوالي ٢٠٪ من جميع المرضى المتزوجين على عيادة الطب النفسي بمستشفى جامعة عين شمس يعانون من القلق النفسي ، وهي أعلى نسبة بالنسبة لجميع الأمراض المختلفة النفسية والعقلية ، وتبين في مسح وبائي حديث في الولايات المتحدة أن نسبة انتشار اضطرابات القلق كلها بين مجموع الشعب تصل إلى ٨-١٤٪ .

أما القلق النفسي العام فتصل نسبته بين مجموع الشعب إلى حوالي ١-٣٪ .  
ولعامل السن أثره في نشأة القلق ، فيزيد المرض مع عدم نضوج الجهاز العصبي في الطفولة ، والشيفوخة ، فيظهر القلق في الأطفال بأعراض تختلف عن الناضجين ، فيكون في هيئة خوف من الظلام ، والغرياء والحيوانات والأطفال الكبار ، أو الخوف من أن يكون الطفل وحيداً بالمنزل ، أو يظهر في هيئة أحلام مزعجة ، أو فزع ليلي ... إلخ .

أما في المراهقة .. فإن القلق يأخذ مظهراً آخر من الشعور بعدم الاستقرار ، والخرج الاجتماعي ، خصوصاً عند مقابلة الجنس الآخر ، والإحساس الذاتي بشكله ، وجسمه ، وحركاته ، وتصرفاته ومحاسبه نفسه والناس على كل شيء . مع الشكوى من علل بدنية مختلفة بالنسبة للعادة السرية والاستمعاء الليلي ، ثم يبدأ في

القلق على حجم العضو التناسلي ، مع الخجل والعياء الشديدين وأحياناً يظهر في المراهقة المتأخر في الكلام ، وتقل أعراض القلق في سن البلوغ لتظهر ثانياً في سن الشبوحة ، حيث يزيد استعداد الفرد لظهور هذا المرض .

ومن هنا يتضح لنا أن الفرد يولد بالاستعداد الوراثي في جهازه العصبي للقلق النفسي ، ويظهر المرض عند تعرضه لنوع من الإجهاد أو (المشفة) بكافة أنواعه التي سبق للكلام عنها .

### الأعراض الإكلينيكية للقلق النفسي :

#### (أ) القلق الحاد :

(أ) حالة الخوف أو الهلع Panic State :

وهذا يظهر التواتر الشديد ، والقلق الحاد المصحوب بكثرة الحركة ، وعدم القدرة على الاستقرار مع سرعة التنفس ، والكلام السريع غير المترابط ، مع نوبات من الصراخ والبكاء تكون مصحوبة بجفاف الحلق ، واتساع حدقة العين ، وشحوب الجلد ، والأرتجاف الشديد للأطراف سواء الذراعين أو الساقين ، وقد تؤدي سرعة التنفس أحياناً إلى تقلصات عضلية أو إغماء ، ويصاب الفرد بالإعياء الشديد بعد هذا الهلع ، وقد أصبح الآن اضطراباً منفصلاً عن القلق ، سيأتي شرحه فيما بعد .

#### (ب) حالة الرعب الحاد Terror State :

وأهم ما يميز هذه الحالة هو عدم الحركة والسكون المستمر مع تقلص العضلات والأرتجاف مع ظهور عرق بارد غزير ، وهذا لا يستطيع المريض إعطاء معلومات وافية عن حالته ، بل أحياناً لا يعرف المكان والزمان ، وكثيراً ما يعترض هذا السكون الحركي ، اندفاع مفاجئ ، يجرى أثناءه دون هدى ، وفي المواقف العسكرية ، أحياناً ما يجرى نحو العدو ، أما في المواقف الأخرى ، فكثيراً ما يهاجم بل أحياناً ما يقتل من يقابله ، وينتشر هذا القلق الخبيث في المجتمعات البدائية ، ويسمى في الشرق الأقصى بالأموك Amok .

#### (ج) إعياء القلق الحاد Anxiety Exhaustion Syndrome :

عندما يستمر القلق لمدة طويلة ، يصيب الفرد إجهاد جسمي ويصاب بأرق

شديد لعدة أيام ، ويظهر هذا الإعياء أثناء الانسحاب العسكري ، والبراكين والزلازل والحرائق ، والكوارث العامة ، ويبدو الوجه جامداً دون عاطفة ، شاحباً غير منفعل ، مع التبدل الذهلي ، والسير بطريقة أرتومانتيكية بطيئة دون معرفة اتجاهه ، أما إجابته عن الأسئلة فتأخذ نمطاً واحداً مختصراً . وأهم مميزات هذه الحالة هي الأرق الحاد ، الذي لا يستجيب أحياناً للعقاقير المهدومة ، ولذا تلجأ في هذه الحالة إلى حقن وريدية ، ويتعرض المريض أثناء شفائه لنوبات من الهياج ، والفرع والكوابيس .

وعندما يستمر القلق الحاد لمدة طويلة دون شفاء ، أو عندما يكون الإجهاد بطيئاً بحيث لا يسبب أي نوع من أنواع القلق الحادة ، فهذا يتعرض المريض لما يسمى بالقلق المزمن .

## ( ٢ ) القلق المزمن :

( أ ) أعراض جسمية .

( ب ) أعراض نفسية .

( ج ) أمراض سيكوسوماتية ( نفسجسمية ) .

### ( أ ) أعراض جسمية :

وهي أكثر أعراض القلق النفسي شيوعاً ، فنحن نعلم أن جميع الأجهزة الحشوية في الجسم متصلة ، وتتغذى بالجهاز العصبي اللاإرادي ، والذي ينظمه الهيبتونلاموس المتصل بمراكز الانفعال ، ولذا فقد يؤدي الانفعال إلى تنبيه هذا الجهاز ، وظهور أعراض عضوية في أعضاء الجسم المختلفة ، بل وأحياناً يكبت المريض الانفعال ولا يظهر إلا الأعراض العضوية ، وهذا يتجه المريض نحو أمثاء القلب ، والصدر ، والأمراض الباطنية حسب نوع الأعراض ، وأهم هذه الأعراض الآتي :

### ( ١ ) الجهاز القلبي الدوري :

هذا يشعر المريض بالألم عضلية فوق القلب والتاحية اليسرى من الصدر . مع سرعة دقات القلب ، بل والإحساس بالنبضات في كل مكان ، ويبدأ في عد سرعة النبض ، وإن حاول النوم يحس بالنبضات في رأسه ومخه ؛ مما يجعله في

حالة زعر من احتمال حدوث انفجار في المخ .. والذي بالطبع لن يحدث ، كذلك يشعر المريض ببعض ضربات القلب غير المنتظمة ، وتكون الطامة للكبرى عندما يقيس ضغط الدم ويجده مرتفعاً بعض الشيء من جراء الانفعال ، وإن أخطأ الطبيب وأخبره أنه يعاني من الضغط المرتفع ، يبدأ المريض المسكين في سلسلة من الأبحاث والأشعات ورسم القلب ، مما يزيد من قلقه وبالتالي من أعراض الآلام ، والتبضعات ، والضغط ، وهكذا يدخل في حلقة مفرغة تنتهي أخيراً بعلاجه النفسي .

والسبب في كل هذه الأعراض هو الانفعال الظاهر أو المكبوت ، والذي ينيه الأعصاب اللاإرادية للقلب ، وبالطبع يتردد هؤلاء المرضى على أطباء القلب يومياً ، ويحاول الطبيب تهدئتهم دون جدوى ، وأنذكر أحد مرضائى الذى جاء بعانى من هذه الأعراض ، ومعه مايقرب من مائتى رسم قلب فى خلال سنة ونصف !

### (٣) الجهاز الهضمى :

وهو من أهم الأجهزة المعبرة عن القلق النفسى ، ويكون فى هيئة صعوبة فى البلع ، أو الشعور بغصة فى الحلق ، أو سوء الهضم والانتفاخ وأحياناً الغثيان والقيء ، أو الإسهال أو الإمساك ، بل ويتعرض المريض أحياناً إلى آلام مخص شديد يحفز الأطباء فى تشخيصه ، وكذلك نوبات من النجش وتكرر كلما تعرض الفرد لانفعالات معينة .

وقد لاحظت هذه الظاهرة فى النساء فقط خصوصاً المتزوجات ، واللاتى يختلفن فى شخصياتهن عن الأزواج وعن طريقة التعبير عن الانفعال ، وكثيراً ما يكون القيء علامة رمزية للاحتجاج على موقف معين أو الشعور بالتفرد أو الاستعزاز من شخص ما .

### (٣) الجهاز التنفسى :

وهنا يشكو المريض من سرعة التنفس ، والتهجان والتهبذات المتكررة ، مع الشعور بضيق الصدر وعدم القدرة على استنشاق الهواء ، وأحياناً مايزدى فرط التنفس إلى طرد ثانى أكسيد الكربون ، وتغيير درجة حموضة الدم ، وقلة الكالسيوم النشط فى الجسم ، مما يجعل الفرد عرضة للشعور بالتعب فى الأطراف ، ونقص

العضلات ، ودوار وتشنجات عصبية ، وأحياناً الإغماء .

وتبدأ القصة بأن تنزع المريضة إلى مكان مزدهم أو مغلق ، أو تتعرض لانفعال شديد من فقدان عزيز ، أو وفاة ... إلخ ، فتبدأ في الشعور بالتنميل ثم الدوخة ، ثم تشنح ويغشى عليها ، وماحدث هو أن القلق أدى إلى فرط التنفس اللاشعوري ؛ لأننا عادة لانحس بإفجاع التنفس إلا إذا اشدد وغير طبيعته ، وأحياناً ماتتهم هذه المريضة بالدلع والحساسية .. إلخ .

#### ( ٤ ) الجهاز العصبي :

ويظهر القلق هنا في شدة الانعكاسات العميقة عند فحص الجهاز العصبي للمريض ، مع اتساع حدقة العين ، وارتجاف الأطراف ، خصوصاً الأيدي مع الشعور بالدوار والدوخة والصداع .

#### ( ٥ ) الجهاز اليولي والتناسلي :

يتعرض معظم الأفراد لكثرة التبول والإحساس الدائم بضرورة إفراغ المثانة ، عند الانفعال الشديد ، كما يحدث قبل الامتحانات ، وعند التعرض لمواقف حساسة .. إلخ .

وأحياناً ما يظهر عكس ذلك من احتباس للتبول ، ويلاحظ ذلك في بعض الأفراد في المراحض العمومية حيث يصابون بهذا الاحتباس ، رغم الرغبة الشديدة في التبول ، والسبب الرئيسي في ذلك هو تنبيه الجهاز السمبثاوي أو الباراسمبثاوي من جراء القلق .

ومن أهم أعراض القلق النفسي في الجهاز اليولي التناسلي هو فقدان القدرة الجنسية عند الرجل (العدة) ، أو ضعف الانتصاب ، أو سرعة القذف ، وهي من الأعراض التي تسبب أماً شديداً عند الرجل ، ولكي نفهم كيفية حدوث ذلك ، علينا أن نعرف بعض الشيء عن فسيولوجية الانتصاب ، فالانتصاب عملية نفسية عصبية ، فالإثارة الجنسية تسبب تنبهاً في الأعصاب الباراسمبثاوية ، وبالتالي انتفاخ الأوردة في القضيب مما يسبب انتصابه ، أما عملية القذف والارتخاء فمن اختصاص الأعصاب السمبثاوية ، التي تنقل من كمية الدم في القضيب .

وكما تبين لنا سابقاً ، فإن القلق يلزم الجهاز السمبثاوي ، ومن ثم يسبب

فقدان القدرة الجنسية ، بل وغالباً ما تبدأ الحالة بانتصاب عادي ثم عندما تبدأ المحاولة الجنسية يصاب الرجل بالضعف وأحياناً بالقذف المبكر ، فيبدأ في الخوف على رجولته ، ويحاول ثانياً وهو في حالة قلق ، بل وكأنه في امتحان عسير ، وبالطبع يصاب بالفضل مرة ثانية ، ويبدأ في سلسلة من الأبحاث ولا مانع من ذهابه إلى طبيب أمراض تناسلية ، وأحياناً يأخذ بعض هرمونات الذكورة وهي بالطبع تزيد من رغبته ، ولكنها لا تنقل القلق ، ومن ثم ، تزيد الرغبة ، والضعف ثابت ، ويمر في دائرة مفرغة تنتهي به عند الطبيب النفسي .

وكثيراً ما تحدث العنة في أوائل شهر العسل ، عندما يكون الرجل في حالة من التوتر أو القلق نظراً لقلة أو انعدام خبرته أو لعبه الشديد لزوجه ، أو لوجوده في مكان أهل بالأخوة والأخوات مع وجود الحمأة ويطلق عليه شعبياً «مربوط» ، والبعض قد يذهب للعلاج النفسي ، وكثيراً ما يصاب الرجل بالضعف الجنسي عند مواجهته لتأنيب الضمير ، أو الشعور بالذنب ، أو الخوف من الأمراض ... إلخ ، ولا شك أن السبب الرئيسي في كل هذه الأحوال هو القلق النفسي .

وأستطيع أن أجزم بأن معظم حالات الضعف الجنسي وسرعة القذف قبل سن الستين هي حالات من القلق النفسي والاكتئاب ، لأن الأسباب العضوية قليلة ، ومن السهولة تشخيصها بعمل الأبحاث اللازمة ، والكشف الدقيق على الجهاز العصبي .

أما في المرأة فالهرود الجنسي ، وعدم الاستجابة عادة ما يكون سببهما في معظم الأحوال القلق النفسي ، بل أحياناً ما يسبب اضطرابات في الطمث ، من انقطاع تام ، إلى كثرة تردده إلى آلام شديدة قبله ... إلخ ، وعادة لا يفيد علاج الهرمونات في مثل هذه الأحوال .

#### (٦) الجهاز العضلي :

يتردد معظم المرضى على الأطباء للكثير من آلام مختلفة في الجسم . ومن أكثر أنواع الألم شيوعاً : الآلام العضلية وهذا يعاني المريض من الآلام في الساقين أو الذراعين ، والظهر وفوق الصدر ، وكثيراً ما تشخص هذه الآلام بروماتيزم ، ويبدأ المريض في تناول عقاقير الروماتيزم دون فائدة واضحة ، والكثير من الآلام نفسية بحثة ، بسبب القلق النفسي ، حيث لا يستطيع الفرد أحياناً



التعبير عنه وعن الصراعات المختلفة إلا من خلال هذه الآلام ، بل قد لاحظت بعض المرضى وقد أجرى لهم عمليات جراحية لاستئصال الزائدة الدودية والمرارة ، واللوذين .. إلخ ؛ للتخلص من هذه الآلام التي لم تخف ، إلا بعد فهم الصراعات المختلفة في حياة الفرد وعلاجها نفسياً وطبياً .

(٧) الجسد :

يكون القلق النفسي عاملاً أساسياً في أسباب ونشأة كثير من الأمراض الجلدية ، ويقال إن الجلد يبكي مثل حب الشباب ، والأكزيما ، والارتكارية ، والصدفية ، والبهاق وسقوط الشعر .. وغيرها ؛ مما جعل أطباء الجلد يهتمون بعلاج اللاتحية النفسية لمرضاهم ، أو إحالتهم إلى الطبيب النفسي عند فشلهم في معرفة سبب الصراع .

(٨) جهاز الغدد الصماء :

بسبب القلق كثيراً من أمراض الغدد الصماء ، وسنذكر ذلك في الجزء الخاص بالأمراض السيكوسوماتية ، ومن أهمها : زيادة إفراز الغدة الدرقية ، والبول السكري ، مع زيادة هرمون الأدرينالية من الغدة فوق الكلوية ... إلخ .

(ب) أعراض نفسية :

(٩) الخوف :

يبدأ المريض بعد حياة سوية في الخوف من أشياء ، كانت فيما سبق لا تسبب له أي استجابة مرضية ، فأحياناً يخاف من الأماكن المغلقة Claustrophobia أو الأماكن المتسعة Agoraphobia أو الأمراض Nosophobia .

والخوف من الأمراض من أكثر المخاوف شيوعاً ، فهناك الخوف من أمراض القلب ، والدون ، والسرطان والزهري ، وأخيراً زاد الخوف من مرض الإيدز ، أو الخوف من الموت ، أو الجنون .

وأحياناً يأخذ الخوف مظاهر غريبة ، كخوف العره من ابتلاع لسانه ، أو توقف الطعام في حلقه ، أو انفجار شرايين مخه ، ويفرّد المريض على الأطباء ، ويحاولون تهدئته وطعامته من أنه لا يعاني من أي مرض عضوي ، ويستريح

بعض الشئ ، ولكنه سرعان ما تعود له المطاوف ، ويبدأ في زيارة أطباء آخرين ، ويزيد القلق .

ومن ثم تزيد الأعراض الجسمية السابق ذكرها في الأجهزة المختلفة ، مما يعزز خوف المريض من احتمال وجود مرض عضوي ، وعادة ما يتألم هؤلاء المرضى كثيراً ، نظراً لأن الأطباء والأقرباء يهزلون من أعراضهم ، خصوصاً أن الأطباء غالباً ما يقولون لهم إنهم لا يعانون من أي شيء ، وبالطبع ففي هذه الجملة خطأ جسيم لأنهم يعانون ، ولكن من مرض نفسي .

#### (٢) التوتر أو التهيج العصبي :

وهنا يصبح المريض حساساً لأي ضوضاء ، بل يقفز من مكانه عند سماعه لرنين التليفون أو الجرس ، ويفقد أعصابه بسهولة ولأنفه الأسباب ، وتبدأ الأم في ضرب وعقاب أولادها على أقل سبب ثم تتدم وتبكي بعدها ، ويشور الزوج على زوجته من إجابة عادية ، ويتهمها بأنها تتعدى على كرامته ، ونصبح هذه الإثارة العصبية مصدرًا للتزاعات العائلية بل وأحياناً مانحطم الحياة الزوجية .

ويلاحظ هذا التوتر بين الطلبة قبل الامتحانات ، فيبدأ الطالب في الشكوى من ضجيج المواصلات ، وصراخ أخوته ، وشجار والديه ، ويطلب الانفصال من المنزل ، ويشور لأنفه الأسباب ، ويعطيه الوالدان عذره بأن أعصابه «تعبانة» لقرب الامتحانات .

#### (٣) عدم القدرة على التركيز :

وسرعة التسيان ، والسرحان ، مع الشعور بالاختلاق ، والصداق والإحساس بطرق مضطرب على الرأس ، ويكون ذلك مصحوباً أحياناً باختلال الأنوية أي يشعر الفرد أنه قد تغير عن سابق عهده ، وأن العالم قد تغير من حوله ، ويبدأ في القلق على أنفه الأمور ويضخمها في رأسه .

#### (٤) فقدان الشهية للطعام :

مع فقدان الوزن ، والأرق الذي يتميز بالصعوبة في بداية النوم ، أي يرقد القرد على سريته ، ويتقلب الساعة بعد الأخرى دون أن تغفل عينيه ، وإن نام نصحب نومه أحلام وكوابيس مزعجة ، مما يجعل حياته سلسلة من العذاب .

(٥) شرب الخمر أو تناول العقاقير المنومة أو المهدئة :

كمحاولة من المريض للتخفيف من أعراض القلق النفسى ، مما يؤدي أحياناً إلى حالات إدمان ، ولذا يجب البحث عن القلق المخفى ، وراء الاعتماد على المواد فى حالة أى مريض ، يعانى من الإدمان على الخمر أو عقار خاص .  
(ج) الأمراض البكوسوماتية (التفجسية) :

نعنى بذلك الأمراض العضوية التى يسببها أو يلعب فى نشأتها القلق النفسى دوراً مهماً ، أو الأمراض العضوية التى تزيد أعراضها عند التعرض لانفعالات القلق النفسى ، وبالطبع سيكون علاج القلق النفسى هنا علاجاً أساسياً لصحة المريض العامة .

ومن أهم هذه الأمراض : ارتفاع ضغط الدم ، الذبحة الصدرية ، جلطة الشرايين التاجية بالقلب ، الربو الشعبى ، روماتيزم المفاصل ، البول السكرى ، زيادة إفراز الغدة الدرقية ، قرحة المعدة والاثنى عشر ، التهاب القولون القرحى ، القولون العصبى ، الصداع النصفى ، السمنة ، فقدان الشهية العصبى ، وكذلك الأمراض الجلدية السابق ذكرها .

أما إذا استمر الصراع النفسى لمدة طويلة ، وأصبح القلق غير محتمل .. فعادة ماتتحول أعراض القلق النفسى إلى إحدى ثلاث ظواهر :

(١) المخاوف :

وقد سبق الكلام عنها بالتفصيل .

(٢) عصاب الأعضاء Organ Neurosis :

وهنا تقتصر أعراض القلق على أعراض أحد الأعضاء الجسمية ، مثل : عصاب الجهاز الهضمى ، أو عصاب القلق ، أو عصاب الجهاز البولى التناسلى ، وهنا تكون أعراض القلق فى هذا الجهاز غير مصحوبة بالأعراض النفسية للقلق ، مما يجعل المريض لايفكر إطلاقاً فى ارتباط أعراضه الجسمية بحالة نفسية .

(٣) قلق انهمترها :

لايستطيع الكثير من المرضى تحمل الآلام النفسية للقلق ، ولذا فهم يحولون

هذا القلق إلى أعراض هستيرية ، مع فقدان وظيفة بعض الأعضاء ، ويكون هذا التحول عادة مصحوباً بنوع من اللامبالاة *La belle indifference* ؛ حيث يعدد المريض شكواه ، ويصف آلامه ، دون أن يبدو على تعبيرات وجهه آثار الآلام .

### مآل القلق النفسى

يختلف سير مرض القلق تبعاً للفرد ، فمن نوبة واحدة لمدة قصيرة تختفى دون عودة خاصة فى الشخصيات السوية ، إلى مرض مزمن لا يستجيب لكل أنواع العلاج فى الشخصيات العصابية ، وبين هذين النوعين يوجد كثير من المرضى الذين يتعرضون لنوبات من القلق النفسى بين أونة وأخرى تشغلها فترة من الصحة النفسية السليمة .

ونستطيع تلخيص مصير القلق النفسى كما جاء فى الأبحاث العالمية كالتالى :

### مآل القلق النفسى

الابحاث	العلاج	مدة المتابعة	عدد		المصير	
			للمرضى	شفاء	تحسن واضح	تحسن بسيط
ويلسون ١٩٤٠	التهدئة مع الإبراء	١٠ سنة	٦٠	٢١١	٢٤٠	٢٥٢
سابلز ١٩٥١	علاج نفسى	٢-١٢ سنة	٦٨	٢٨	٢٥٠	٢٢١
التجر ١٩٥٤	عقاقير - كهرباء	١٠ سنوات	٦٩	٢٥١	—	٢٢٥
لرمنت ١٩٥٦	تهدئة نفسى	١-٦ سنوات	٨١	٢٤٦	—	٢٢٢
بايسر ١٩٥٧	علاج نفسى	١٤ سنة	٢١	٢١٢	٢٢٢	٢٢٥
جسبر ١٩٦٦	علاج نفسى - عقاقير - إبراء	٥ سنوات	٢٤	٢٢٧	٢٢٠	٢١٩
مكاشة ١٩٦٠	عقاقير - علاج نفسى مساند - متابعة	١٠ سنوات	١٤	٢٢٨	٢٢٥	٢١٩

ومن هنا يتضح لنا اختلاف النتائج حسب الباحثين والمستوى العصارى للمكان الذى تم فيه الدراسة ، ومن خبرتى الأكاديمية ، ومن خلال المتابعة لمدة ١٠ سنوات لـ ٤٨ مريضاً بالقلق ، أستطيع أن أعطي هيكلاً عاماً لمصير القلق

النفسي في مصر ، يمثل في أن حوالي ثلثي الحالات يشفون أو يتحسنون تحسناً ملحوظاً ، مع التعرض أحياناً لذبذبات خفيفة من المرض خلال ثلاث سنوات ، ومن أكثر الحالات صعوبة في العلاج وأكثرها تعرضاً لأن تكون حالات الخوف من الأماكن المنسعة مزمنة ، ولذا يجب الاستمرار في العلاج لمدة طويلة .

هناك كثير من العوامل التي تؤثر في سير المرض ، وفيما يلي العوامل المهمة التي تؤدي إلى تحسن في مآل المرض :

- (١) تاريخ عائلي سوي ، مع خلو العائلة من الأعراض العصبية .
- (٢) شخصية متكاملة ثابتة سوية قبل المرض .
- (٣) عدم تعرض المريض لاضطرابات نفسية سابقة قبل مرضه الحالي .
- (٤) حدة بدء المرض ، أي إن الأعراض بدأت فجأة .
- (٥) نكاه فوق المتوسط .

أما العوامل التي تسبب لعالى المرض ، فهي :

- (١) تاريخ عائلي واضح للعصاب ، مع شخصية عصبية معرصة للتوترات متكررة من الاضطرابات النفسية .
- (٢) زحف المرض ببطء على المريض .
- (٣) طول مدة المرض ، فكلما طالمت مدة الأعراض ، قل الأمل في الشفاء .
- (٤) بعض الأعراض الإكلينيكية ، مثل : توهم العال البدنية ، اختلال الآتية ، النفع الذاتى ، الإدمان ، الأعراض القهريّة المتعددة ، أعراض الهستيريا الانشاقية ، وحالات المخاوف المرضية الشديدة .

### العلاج :

يختلف العلاج حسب الفرد ، وشدة القلق ، ووسائل العلاج المتاحة للفرد ، وسنذكر بالتفصيل عن العلاجات المختلفة للأمراض النفسية في فصل خاص بذلك ، ولكننا سنشير هنا للأسس المهمة لعلاج القلق النفسى .

النفسي في مصر ، يتمثل في أن حوالي ثلثي الحالات يشفون أو يتحسنون تحسناً ملحوظاً ، مع التعرض أحياناً لنهذبات خفيفة من المرض خلال ثلاث سنوات ، ومن أكثر الحالات صعوبة في العلاج وأكثرها تعرضاً لأن تكون حالات الخوف من الأماكن الممتعة مزمنة ، ولذا يجب الاستمرار في العلاج لمدة طويلة .

هناك كثير من العوامل التي تؤثر في سير المرض ، وفيما يلي العوامل المهمة التي تؤدي إلى تحسن في مآل المرض :

- (١) تاريخ عائلي سوي ، مع خلو العائلة من الأعراض العصبية .
- (٢) شخصية متكاملة ثابتة سوية قبل المرض .
- (٣) عدم تعرض المريض لاضطرابات نفسية سابقة قبل مرضه الحالي .
- (٤) حدة بدء المرض ؛ أي إن الأعراض بدأت فجأة .
- (٥) ذكاء فوق المتوسط .

أما العوامل التي تسبب لمآل المرض ، فهي :

- (١) تاريخ عائلي واضح للعصاب ، مع شخصية عصبانية معرضة للذبات متكررة من الاضطرابات النفسية .
- (٢) زحف المرض ببطء على المريض .
- (٣) طول مدة المرض ، فكلما طالت مدة الأعراض ، قل الأمل في الشفاء .

(٤) بعض الأعراض الإكلينيكية ، مثل : توهم العزل البدنية ، اختلال الآتية ، النفع الذاتي ، الإدمان ، الأعراض القهريّة المتعددة ، أعراض الهستيريا الانشاقية ، وحالات المخاوف المرعبة الشديدة .

### العلاج :

يختلف العلاج حسب الفرد ، وشدة القلق ، ووسائل العلاج المتاحة للفرد ، وسنذكر بالتفصيل عن العلاجات المختلفة للأمراض النفسية في فصل خاص بذلك ، ولكننا نشير هنا للأسس المهمة لعلاج القلق النفسي .

### (١) العلاج النفسي :

تتبع في معظم الحالات العلاج النفسي المباشر والمقصود به التفسير ، والتشجيع ، والإيحاء ، والتوجيه والاستماع إلى صراعات المريض ، أما التحليل النفسي فيحتاج لكثير من الوقت والجهد والعمل ، ولذا يستحسن عدم إتباعه إلا في الحالات الشديدة المزمنة ، التي يتطلب علاجها الوقت والعمل .

وأكثر أنواع العلاج النفسي شيوعاً في الوقت المعاصر في اضطراب القلق هو العلاج النفسي المعرفي ، وهو محاولة تغيير النظم المعرفية في التفكير ، من خلال هذا العلاج المتخصص .

### (٢) العلاج البيئي والاجتماعي :

كثيراً ما تلجأ إلى إبعاد المريض عن مكان الصراع النفسي أو للصدمة الانفعالية ، بل ننصح بتغيير الوضع الاجتماعي ، سواء العائلي أو في العمل ، عندما نحم الضرورة ذلك .

### (٣) العلاج الكيميائي :

لا يفيد العلاج النفسي منفرداً في الحالات الحادة السابق ذكرها مع الخوف والترعب والإعياء ، بل يجب إعطاء المريض كميات كبيرة من المنومات والمهدئات في بدء الأمر ، ثم بعد الراحة الجسمية نستطيع البدء في العلاج النفسي .

أما في حالات القلق الشديدة فلامانع من إعطاء بعض العقاقير ، التي تنقل من التوتر العصبي ، مثل : مجموعة البنزوديازيبين (الفاليوم - الليبريم - أنيفان - زاناكس - ترانكسين) ، والتي تعمل على مستقبلات الجابا ، مما يعطي إحساساً بالهدوء والاسترخاء والراحة .

ويفضل عدم الاستمرار على هذه العقاقير أكثر من ستة أسابيع وقاية ضد الاعتماد إلا في حالات خاصة ، وكذلك يعطى في حالات القلق مضادات الاكتئاب خاصة مثبطات أكسدة أحادي الأمينات (بارنيت - نارديل - دبرينيل - ماكلوباميد) أو مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات (توفرانيل - تريبتيزول - بروثيادن - أنفزانيل) ، والتي تعمل على زيادة نسبة الموصلات العصبية في

المشبكات العصبية ، وأخيراً مثبتات استرجاع السيروتونين (بروزاك - فلقارين - لسترال) ، والتي تزيد من أيض السيروتونين ، وتفصيل ذلك في الفصل الخاص بعلاج الاضطرابات العصابية .

وعند وجود أعراض زيادة نشاط في الجهاز العصبي اللاإرادي ، مثل : رجفة اليدين ، العرق ، زيادة ضربات القلب بتحسن المريض بتناول العقاقير المهيطة لنشاط مستقبلات التورادرينالين مثل الأندرال ، والذي ينظم ضربات القلب .

#### (٤) العلاج السلوكي :

خاصة في حالات الخوف المرضي ؛ حيث يدرّب المريض على الاسترخاء، أما بتمرينات الاسترخاء العضلية والتنفسية أو تحت تأثير عقاقير خاصة بالاسترخاء ، ثم يعطى منبهات أقل من أن تصدر قلقاً ، أو تسبب ألماً ونزويد العنبة تدريجياً حتى يستطيع المريض مواجهة موقف الخوف ، وهو في حالة استرخاء ، ودون ظهور علامات القلق ، وهنا ينطفي الترابط الشرطي المرضي ، ويتكون لديه ترابط شرطي سوي .

ونستطيع تطبيق هذا العلاج في حالات الخوف من الأماكن الممتعة أو الضيقة ، أو الحيوانات ... إلخ .

#### (٥) العلاج الكهربائي :

لاتفيد الصدمات الكهربائية في علاج القلق النفسي ، إلا إذا كانت تصاحبه أعراض اكتئابية شديدة ، وهنا سيخفي الاكتئاب . ولكن علاج القلق يحتاج لمعرفة الصراعات النفسية المختلفة مع العلاجات السابق ذكرها ، أما العنبة الكهربائي ، فأحياناً مايفيد في بعض حالات القلق النفسي ، المصحوبة بأعراض جسدية ، والتي تحتاج للعلاج الإيحائي .

#### (٦) العلاج الجراحي :

يوجد بعض الحالات النادرة من القلق النفسي المصحوبة بالتوتر الشديد والاكتئاب ، والتي لاتحسن بالعلاج النفسي ، الكيمعالي ، أو الكهربائي أو السلوكي ، والتي تثل حياة المريض اجتماعياً ؛ خاصة في الشخصيات السوية قبل



المرض وهنا تلجأ إلى العملية الجراحية في المخ لتقليل شدة القلق والتوتر ، وحتى يستطيع المريض العودة للحياة الاجتماعية العادية .

وفي هذه العملية تقطع الألياف العصبية الموصلة بين الفص الجبهي في المخ والتلاموس ، أو تقطع الألياف الخاصة بالانفعال الموجودة في المخ الحشوي ، ويقطع هذه الألياف ، توقف الدائرة الكهربائية الخاصة بالانفعال ، ويصبح الفرد غير قابل للانفعالات الشديدة المؤلمة ، وأحياناً ما تجرى هذه العملية بكى هذه المراكز كيميائياً أو كهربائياً .

وقد دلت الأبحاث على أن مرضى القلق ذوي الدم العادي في المساعد عند الراحة ، والعالى عند التعرض للشدة يتحسنون بالعلاج الكيميائي ، أما هؤلاء ذوي مجرى الدم العالى في المساعد عند الراحة ، فيستفيدون بالجراحة حيث إن نتائج العلاج الكيميائي معهم متواضعة .

#### (٧) الإعادة الحيوية Biofeedback Therapy :

وهي محاولة مراجعة المريض بالعمليات الفسيولوجية والحشوية عن طريق أجهزة إلكترونية خاصة ، تجعله يسمع تقلصات العضلات ، أو نبضات القلب ، أو مقياس ضغط الدم ، أو أي شذوذ كهربائي في رسم المخ ، بل ويرى المؤشر أمامه شيئاً بحالته المرضية ، ومن خلال الإبصار والسمع ، يستطيع شعورياً التحكم الذاتي للوصول لحالة الاسترخاء المطلوبة للشفاء .

### (٢) اضطراب القلق والاكتئاب المختلط

#### 2, Mixed Anxiety and Depressive Disorder

يستخدم هذا التشخيص عندما يتواجد كل من أعراض القلق والاكتئاب ، دون غلبة أحدهما على الآخر ، ودون أن يتواجد أي من نوعي الأعراض لدرجة تبرز استخدام تشخيص مستقل ، أما إذا تواجد كل من أعراض الاكتئاب والقلق، وكان كلاهما شديداً بدرجة كافية تبرز تشخيصاً مستقلاً ، عندئذ يسجل كل من الاضطرابين .

ولايجوز استخدام هذا التشخيص ، إذا كانت هناك أسباب عملية تمنعني تسجيل تشخيص واحد ، عندئذ تعطى الأولوية للاكتئاب .

ويجب أن توجد بعض أعراض زيادة نشاط الجهاز العصبي المستقل (كالرعشة ، أو الخفقان ، أو جفاف الفم أو اضطراب المعدة .. إلخ) حتى وإن كانت في شكل منقطع ، ولا تستخدم هذه الفئة إذا وجد القلق أو الإنزعاج فقط دون أعراض زيادة نشاط الجهاز العصبي المستقل ، ولو بشكل منقطع . وإذا ظهرت الأعراض المستوفية لمعايير هذا الاضطراب مرتبطة عن قرب بتغير حياتي ، ذي دلالة أو أحداث حياتية مجهدة ، فهذا يستعمل تشخيص اضطرابات التوافق .

وكثيراً ما يشاهد هؤلاء المرضى ، الذين يعانون من خليط من الأعراض الخفيفة نسبياً في مراكز الرعاية الطبية الأولية ، ولكن الغالبية يعيشون وسط السكان ، وقد لا يسترعون أي اهتمام طبي أو نفسي أبداً .

ويعالج المريض في هذه الحالة حسب الأعراض الشائعة ، فإن كان القلق غالباً فتتبع العلاج النفسي ومضادات القلق ، أما إذا كانت أعراض الاكتئاب هي الأكثر شيوعاً ، فالاتجاه يكون ناحية مضادات الاكتئاب ، أما إذا تسارى القلق والاكتئاب ، فيعالج الفرد وكأنه اكتئاب .

### (٣) اضطراب الهلع (الطلق النوبائي)

#### 3. Panic Disorder (Episodic Paroxysmal Anxiety)

ينتشر هذا الاضطراب بين مجموع الشعب بنسبة تتراوح من ٢-٥٪ ، والسمة الأساسية هي نوبات متكررة من القلق الشديدة (الهلع) ، لا تقتصر على موقف محدد أو مجموعة من المواقف ، وبالتالي لا يمكن التنبؤ بها . وتنبأين الأعراض البارزة من شخص إلى آخر ، كما هو الحال بالنسبة لاضطرابات القلق الأخرى . ولكن تشيع البداية المفاجئة للخفقان وألم الصدر وأحاسيس الاختناق والدوار وأحاسيس اللاواقعية (تهدد الشخصية والواقعية) .

وكما يترتب على ذلك دائماً وبشكل ثابت وجود خوف ثانوي من الموت أو فقدان التحكم في النفس أو الجنون ، وتستمر كل نوبة على حدة لمدة دقائق فقط ، وإن كانت تطول عن ذلك أحياناً ، وكذلك يتباين معدل ومسار هذه النوبات وهي أكثر شيوعاً بين النساء ، ويعيش المرضى أثناء نوبة الهلع حالة متصاعدة الشدة

من الخوف ، ومن أعراض نشاط زائد بالجهاز العصبى اللاإرادى تؤدى بهم إلى الخروج العام من المكان .

وإذا حدثت هذه النوبة فى موقف معين ، كأثوبيس أو وسط زحام ، فقد يسعى المريض إلى تجنب هذا الموقف فيما بعد . كذلك ، فإن نوبات الهلع المتكررة وغير القابلة للتنبؤ بها قد تتسبب فى خوف المريض من البقاء وحده أو الخروج إلى أماكن عامة ، وكثيراً ما يلى نوبة الهلع خوف مستمر من الإصابة بنوبة أخرى .

#### مؤشرات تشخيصية :

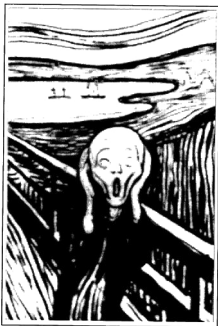
عندما تحدث نوبة هلع فى موقف رهابى .. فإن ذلك يعتبر تعبيراً عن شدة الرهاب ، والذي يعطى عندئذ الأولوية فى تشخيص اضطراب الرهاب ، أما تشخيص اضطراب الهلع أساساً ، فيتم فقط بعد استبعاد أى من أنواع الرهاب المذكورة .

ولكى يكون التشخيص أكيداً ، يجب أن تحدث عدة نوبات شديدة (3-4 نوبات) من قلق الجهاز العصبى المستقل فى خلال شهر :

- (1) فى ظروف تخلو من خطر موضوعى .
- (2) لا يجوز أن تقتصر النوبات على مواقف معروفة أو قابلة للتنبؤ بها .
- (3) يجب أن توجد فترات خالية نسبياً من القلق بين النوبات (وإن كان القلق التوقعى شائعاً) .

#### عند التشخيص الفارق :

يحتاج اضطراب الهلع إلى التمييز بينه وبين نوبات الخوف الحاد التى تحدث كجزء من اضطرابات الرهاب ، وقد تكون نوبات الهلع ثانوية لاضطرابات اكتئابية خاصة بين الرجال . وإذا استوفيت فى الوقت نفسه المعايير التشخيصية لاضطراب اكتئابى .. فإنه لا يصح أن يشخص اضطراب الهلع باعتباره التشخيص الرئيسى .



### صرخة الهلع والخوف

(رسم مونش)

ينتشر اضطراب الهلع بين مجموع الشعب بنسبة ٢-٥٪ ، مما يجعل انتشاره أكثر من التوقعات السابقة ، وتشير الإحصائيات إلى أن ٣٠-٥٠٪ من المرضى المتكررين على أطباء القلب ، والتذين لا يوجد بهم أدلة كافية على مرض

في الشرايين التاجية يعانون من اضطراب الهلع ، وعادة ما يبدأ الاضطراب في أوائل العشرينات من العمر .

وتوجد علاقة واضحة بين الهلع واضطرابات نفسية أخرى أهمها الاكتئاب ، وسوء استعمال المواد مثل الكحول والمهدئات ، ومحاولات الانتحار (حوالي ٢٠٪) ، وكذلك يصاحب اضطراب الهلع في حوالي ١٥ - ٢٠٪ حالات نطلي الصمام المترالي ، وهو اضطراب خلقي لا يسبب خطورة ، ولكن عادة ما يفقد مريض الهلع أن السبب هو القلب ، ويبدأ مريض الهلع بنوبة حادة من نشاط الجهاز العصبي المستقل (ضربات القلب - العرق - الدوخة) ، مع إحساس باختلال في الذات وخوف من الموت أو الجنون ، ومركز هذه النوبة جذع المخ .

ويعتبر المخزن الرئيسي للموصل العصبي السيروتونين ، ثم يبدأ المريض في القلق والخوف من احتمال حدوث النوبة ، ويزيد معدل القلق ، ومركز هذا القلق والخوف من احتمال حدوث النوبة - هو القصر الحدي (السطح الأنسي للفص الصدغي) ، وهذا القصر يحمل في خلاياه أكبر تركيز للموصلات العصبية السيروتونين والنورأدرينالين والتوبامين .

وأخيراً يصاب المريض بالخوف أو الرهاب ، ويتجنب الخروج بمفرده ويصاب برهاب الأماكن الممتعة ، والفص الجبهي هو المسئول عن ذلك ، ويتجه العلاج تبعاً للوصف السابق لإعطاء مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات مثل نتوفرانيل أو التريبتيزول أو الانفرانيل .

ويقال إن العقاقير المؤثرة على زيادة السيروتونين في المشبكات العصبية أكثر فاعلية في اضطرابات الهلع ، مثل : الانفرانيل وبعض العقاقير الجديدة مثل البروزاك (فلوكسيتين) أو فافارين (فلوفوكسامين) ، وكذلك مجموعة البنزوديازيبين (زاناكس - فالسيوم - أتيفان) .

أما بالنسبة للرهاب والخوف ، فالعلاج الأساسي يتجه للعلاج السلوكي في هيئة التعرض ثم الامتناع ، أو العلاج النفسي المعرفي في سبب الإصابة ، حيث إنها كثيراً ما تتبع حدث حياتي أو بيئي أو صدمة وفاة عزيز ... إلخ .

## (4) القلق الرهابي

### 4. Phobic Anxiety Disorders

هي مجموعة من الاضطرابات يستثار فيها القلق فقط ، أو أساساً ، بواسطة مواقف أو أشياء معينة ومحددة جيداً (خارجية عن نطاق الشخص) ، والتي لا تحمل خطراً في حد ذاتها ، ويترتب على ذلك تجنب هذه المواقف والأشياء أو اجتنابها بصعوبة ، ويمكن تمييز قلق الرهاب ذاتياً وفسيوولوجياً وسلوكياً عن أنواع القلق الأخرى ، وقد يتباين في شدته بين عدم راحة خفيف وهلع .

وقد يتركز انشغال الشخص على أعراض فردية مثل الخفقان أو الشعور بالإغماء ، وكثيراً ما تصاحبه مخاوف ثانوية من الموت أو فقدان التحكم أو الجنون ، ولا يخفف من القلق أن يعرف المريض أن البشر الآخرين لا يرون خطراً أو تهديداً في هذا الموقف، بل إن مجرد التدهاش بشأن الدخول في الموقف الرهابي (مصدر الرهاب) يولد في العادة قلقاً نوعياً .

وإذا اتفقنا على أن الشيء أو الموقف الرهابي (مصدر الرهاب) يجب أن يكون خارجاً عن نطاق المريض ، فإن هذا يعني أن تصنف المخاوف المرتبطة بوجود مرض (رهاب المرض) ، أو تشوه (رهاب تشوه الشكل) تحت (اضطراب توهم المرض) .

إذا كان الخوف من المرض ينشأ في الأغلب ، ويشكل متكرر من التعرض المحتمل للعدوى أو التلوث ، أو هو ببساطة خوف من الإجراءات الطبية (حقن ، عمليات ، إلخ) أو الأماكن الطبية (عيادات جراحات الأسنان ، المستشفيات ... إلخ) ؛ فالتشخيص يكون رهاباً محدداً .

وعادة ما يتوكل القلق الرهابي مع الاكتئاب ، فالقلق الرهابي الموجود قبلاً يزداد سوءاً دائماً أثناء نوبة اكتئابية عابرة ، كذلك .. فإن بعض النوبات الاكتئابية يصاحبها قلق رهابي مؤقت ، كما أن المزاج الاكتئابي كثيراً ما يصاحب بعض الرهاب ، خاصة رهاب الخلاء ، ويتحدد استخدامنا لتشخيص ، قلق رهابي ونوبة اكتئابية ، أو لتشخيص واحد طبقاً لمسار الحالتين وللاحتياجات العلاجية وقت الاستشارة الطبية .

وأغلب اضطرابات الرهاب ، باستثناء الرهاب الاجتماعي ، أكثر شيوعاً بين النساء . وفي هذا التقسيم إذا حدثت نوبة هلع أثناء موقف رهابي متوطد ، فذلك يكون - في هذه الحالة - تعبيراً عن شدة الرهاب ، ويفضل استخدام تشخيص الرهاب ، أما اضطراب الهلع في حد ذاته ، فلا يشخص إلا في غياب أي من أنواع الرهاب المذكورة .

### (5) اضطراب الرهاب (الخوف)

#### 5. Phobic Disorder

يعتبر اضطراب الخوف بأنواعه المختلفة من أكثر الأمراض النفسية انتشاراً، حيث يصيب حوالي 8٪ من مجموع الشعب .

إن استجابة الخوف هي حيلة دفاعية لاشعورية ، يحاول المريض أثناءها عزل القلق الناشئ من فكرة أو موضوع أو موقف معين في حياته اليومية ، وتحويله لفكرة أو موضوع أو موقف رمزي ، ليس له علاقة مباشرة بالسبب الأصلي ، ومن هنا ينشأ الخوف الذي يعلم المريض عدم جدواه ، وأنه لا يوجد أي خطر عليه من تعرضه لهذا المنبه .

وعلى الرغم من معرفته التامة لذلك .. إلا أنه لا يستطيع التحكم أو السيطرة على هذا الخوف ، والذي يمثل كما سبق أن ذكرنا الخوف من شيء آخر داخله يعبر عنه بهذا الخوف الخارجي ، ومن ثم لا يواجه الصراع الداخلي بنفسه ، ويحوّله إلى مواقف خارجية رمزية .

وقد سبق الحديث عن عدة أنواع من استجابات الخوف من القذارة ، من الميكروبات ، من بعض الحيوانات من السفر بالطائرة ، أو المركب أو القطار أو السيارة ، من الأمراض ، من المكوث داخل المنزل أو السفر لمسافات طويلة ، أو الأماكن المشبعة أو الضيقة أو المرتفعة ، أو الامتحانات . وعندما يتعرض المريض لهذه المنبهات ، فعادة ما يعاني من أعراض حادة مؤلمة ، مثل : الإجهاد ، الإغماء ، العرق الغزير ، الغثيان ، القيء ، سرعة ضربات القلب ، ارتجاف الأطراف ، الشعور بخصّة في الحلق ، وصعوبة في البلع ، وإحساس بفراغ وسحب في المعدة .



### (الخوف والوسواس من الغيبات)

(فون - سينفلوخين)

ويظهر الخوف مصاحباً لعدة أمراض مختلفة ، ولذا يجب عدم التسرع بتشخيص حالات الخوف ؛ لأنها أحياناً ما تخفي وراءها أمراضاً أخرى ، فكما سبق أتفاً نقول إن استجابة الخوف هي أحد الأعراض المهمة لمرضى القلق النفسى ، وعادة ما تسمى «القلق الرهابى» Phobic Anxiety ، وأحياناً ما تكون استجابة الخوف أحد أعراض الهستيريا الانتشاقية خصوصاً فى الشخصيات الهستيرية ، وهنا يخدم الخوف المريض فى الهروب من مواقف معينة ، أو مواجهة إحدى الشدائد أو جلب الاهتمام لذاته ، أما إذا بدأ الخوف فجأة بعد سن الأربعين فيجب الشك فى حالة اضطراب وجدائى ، مثل : ذهان المرح الاكتئابى أو اكتئاب سن توقف الطمث (السواد الارتدادى) . والذى كثيراً ما يظهر أولاً فى هيئة استجابة الخوف ، وكذلك لا نستطيع أن نغفل احتمال وجود مرض عضوى فى الجهاز العصبى ، مثل : نصلب شرايين المخ ، أو بعد حمى مخية ، أو بعد اضطرابات الفص الصدغى فى المخ ، والذى أحياناً ما يفجر الخوف فى هيئة نوبات متكررة شبيهة بالنوبات الصرعية .



كذلك يبدأ بعض مرضى الفصام ، خصوصاً النوع المعروف بفصام المرافقة باستجابات خوف غامضة وغريبة ، ومعها بعض الشك والأعراض الفيلاتية ، مما يحتم وضع ذلك في الاعتبار .  
وأخيراً يظهر الخوف كأحد الأعراض الفهرية في مرض الوسواس الفهري ، كما سيوضح في مناقشته .

يعتمد علاج استجابة الخوف على السبب الأولي للمرض الناشئ عنه الخوف ، سواء أكان مرضاً نفسياً م عقلياً أم عضوياً .  
ولذا نستطيع تعريف استجابة الخوف كالآتي :

- ( ١ ) أنها غير متناسبة مع الموقف .
- ( ٢ ) لا يمكن تفسيرها منطقياً .
- ( ٣ ) لا يستطيع الفرد التحكم فيها إرادياً .
- ( ٤ ) تؤدي إلى الهروب وتجذب الموقف المخيف .

وتقسم استجابة الخوف كالآتي :

( أ ) رهاب الخلاء (المساحة أو الأماكن المتسعة) : Agoraphobia

هو مجموعة محددة نسبياً من اضطراب الرهاب ، وتشمل :  
مخاوف من مغادرة المنزل أو الدخول إلى المحال أو الزحام أو الأماكن العامة ، أو السفر وحيداً في القطارات أو الأتوبيسات أو الطائرات ، ويكون اضطراب الهلع سمة متكررة الحدوث في الثوبات الحالية والماضية .  
كذلك فهو أشد اضطرابات الرهاب إعافة ، حيث إن بعض الأشخاص يظلون حبيسي المنزل تماماً ، وكثير من المرضى يرتعدون من فكرة الانهيار في مكان عام وتركهم دون مساعدة ، وغياب منفذ للخروج هو إحدى السمات الجوهرية في كثير من المواقف التي تثير رهاب الخلاء .

وأغلب مرضى رهاب الخلاء من النساء ، وهو يبدأ عادة في مقتبل العمر ، كما قد تكون هناك أيضاً أعراض اكتئابية ووسواسية وأعراض رهاب اجتماعي كسمات إضافية ، وغالباً ما يبرز تجذب الموقف الرهابي ، بل إن بعض المرضى

رهاب الخلاء وشعرون بالانعزال والوحدة + حيث إنهم يتجنبون المواقف التي تعد مصدر الرهاب .



الخوف من الأماكن المسحقة والضيقة

(رسم ديشينيكو)

### مؤشرات تشخيصية :

يجب توافر كل الشروط التالية للوصول إلى تشخيص أكيد :

(١) يجب أن تكون الأعراض ، سواء النفسية أو تلك الخاصة بالجهاز العصبي اللاإرادي أساساً أعراضاً للقلق ، وليست ثانوية لأية أعراض أخرى مثل ضلالات أو أفكار وسواسية .

(٢) يجب أن يقتصر القلق أو يهيمن في اثنين على الأقل من المواقف التالية : زحام أو أماكن عامة ، والسفر بعيداً عن المنزل أو السفر وحيداً ، ومساحات محوطة ، والبقاء وحيداً .

(٣) ويعتبر تجنب مواقف مصدر الرهاب سمة بارزة ، ويمكن تسجيل وجود أو غياب اضطراب الهلع في أغلب مواقف رهاب الخلاء .

### عند التشخيص الفارق :

يجب أن نتذكر أن بعضاً من مرضى الرهاب الخلاء يشعرون بقليل من القلق ؛ لأنهم قادرين على تجنب المواقف مصدر الرهاب . أما في حالة وجود أعراض أخرى كالإكتئاب ونوبات الهلع ، واختلال الأنبة ، والأعراض الوسواسية والرهاب الاجتماعي ، فذلك لايلقى للتشخيص ؛ شرط ألا يهيمن تلك الأعراض على الصورة السريرية ، ومع ذلك فإذا كان الشخص مكتئباً فعلاً بشكل ملحوظ حين بدأت أعراض الرهاب في الظهور ، عندئذ يصبح تشخيص نوبة اكتئابية هو التشخيص الأساسي الأكثر ملاءمة ، ويشيع ذلك في الحالات التي تبدأ متأخرة .

### (ب) رهاب اجتماعي : Social Phobia

هو الخوف من الوقوع محل ملاحظة من الآخرين ؛ مما يؤدي إلى تجنب المواقف الاجتماعية ، وعادة مايصاحب المخاوف الاجتماعية العامة تقييم ذاتي منخفض وخوف من النقد ، وقد يظهر على شكل شكوى من احمرار الوجه أو رعشة باليد ، أو عثيان أو رغبة شديدة في التبول ، ويكون المريض مقتنعاً أن واحدة من هذه المظاهر الثانوية هي مشكلته الأساسية . وقد تتطور الأعراض إلى نوبات هلع ، وهي أكثر أنواع الرهاب انتشاراً ، وتتراوح نسبة انتشارها بين ٨-١٠٪ من مجموع الشعب ، وثبتت زيادة النسبة بين الشباب العربى والمصرى .

### مؤشرات تشخيصية :

من أجل التأكد من التشخيص ، يجب أن تستوفي كل الشروط التالية :

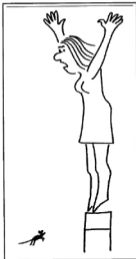
(١) يجب أن تكون الأعراض سواء النفسية أو تلك الخاصة بالجهاز العصبي اللاإرادي مظهراً أساسياً للقلق ، وليست ثانوية لأعراض أخرى مثل ضلالات أو أفكار وسواسية .

(٢) يجب أن يقتصر القلق ويطلب في مواقف اجتماعية معينة .

(٣) يتم تجنب المواقف الرهابية (مصدر الرهاب) كلما كان ذلك ممكناً .

### عند التشخيص الفارق :

كثيراً ما يبرز رهاب الخلاء والاضطرابات الاكتئابية مع الرهاب الاجتماعي، أما في الحالات الشديدة ، فقد تتشابه النتيجة النهائية من بقاء المريض بالمنزل مع مضاعفات رهاب الخلاء . وإذا كان التمييز بين العالين صعباً جداً ، يعطى التفضيل لتشخيص رهاب الخلاء . وعلى الرغم من شيوع الأعراض الاكتئابية .. إلا أنه لا يجب استخدام تشخيص الاكتئاب ، إلا إذا أمكن تعرّف وجود زملة اكتئابية خالصة بوضوح .



اخشوف من الحيوانات

(ج) رهاب محدد (منفرد) Specific (isolated) phobias :

هو رهاب يقتصر على مواقف شديدة التحديد ، مثل الاقتراب من حيوانات، الأماكن المرتفعة ، الرعد ، الظلام ، الطيران ، الأماكن المغلقة ، والتبول أو التبرز في مراحيض عامة ، تناول مأكولات بعينها ، طب الأسنان ، منظر الدم أو الجروح ، والخوف من التعرض لأمراض معينة .

وعلى الرغم من أن الموقف المثير محدود ، إلا أن التعرض له قد يثير رهباً كما في حالات رهاب الخلاء أو الرهاب الاجتماعي .

وتبدأ أنواع الرهاب المحدد عادة في الطفولة أو في مقتبل العمر ، وقد تستمر لعقد من الزمن إذا لم يتم علاجها .

وتتوقف شدة الإعاقة على السهولة التي يستطيع بها الشخص تجنب الموقف الرهابي . ويميز الخوف في الرهاب المحدد بأنه غير متذبذب بعكس رهاب الخلاء .

وأهم الموضوعات الشائعة في مرضى الرهاب المحدد ، هو الخوف من التلوث البيئي والإشعاعي والعدوى بالأمراض التناسلية وحديثاً زملة نقص المناعة المكتسبة (الإيدز) .

مؤشرات تشخيصية :

من أجل التشخيص المؤكد ، يجب أن تستوفي كل الشروط التالية :

(١) يجب أن تكون الأعراض سواء النفسية أو الخاصة بالجهاز اللاإرادي ، أساساً من مظاهر القلق ، وليست ثانوية لأعراض أخرى مثل ضلالات أو أفكار وسواسية .

(٢) يجب أن يقتصر القلق على وجود الفرد في الموقف الرهابي المحدد .

(٣) يتم تجنب الموقف الرهابي ، كلما كان ذلك ممكناً .

وتتضمن : رهاب المرتفعات ، ورهاب الحيوان ، والرهاب الصرعى ، ورهاب بسيط .

عند التشخيص الفارق :

عادة ما يلاحظ غياب أعراض نفسية أخرى ، على العكس من رهاب الخلاء والرهاب الاجتماعي . ويختلف رهاب الجروح الدموية عن أنواع الرهاب الأخرى في أنه يؤدي إلى ببطء خفقان القلب وأحياناً إغماء ، بدلاً من سرعة ضربات القلب ، أما الخوف من أمراض معينة ، مثل : السرطان أو مرض القلب أو العدوى بأمراض تناسلية فيجب تصنيفها تحت زملة توهم المرض ، إلا إذا ارتبط هذا الخوف بمواقف معينة يمكن أن يصاب فيها الشخص بالمرض .

إننا وصل الآن إلى موضوع الرهاب المحدد ، عندئذ يستخدم تشخيص اضطراب ضلالي ، وكذلك يجب تصنيف المرضى المقتنعين بوجود شذوذ أو تشوه في جزء معين من جسمهم (كثوراً ما يكون الوجه) أو أجزاء لا يلاحظها الآخرون (وهو ما يسمى أحياناً رهاب تشوه الشكل) يجب تصنيفهم تحت زملة توهم المرض ، أو اضطراب ضلالي تبعاً لقوة واستمرارية اقتناعهم .

## (٦) اضطراب الوسواس القهري

### 6. Obsessive Compulsive Disorder

إن هذا العصاب من أكثر الاضطرابات النفسية ألماً ومعاناةً ، فقد وجد المؤلف في أحد أبحاثه أن نسبته بين المتوردين على عيادة الطب النفسي بمستشفى جامعة عين شمس حوالي ٦.٦ ٪ ، وهو يمثل حوالي ٤ ٪ من مجموع الاضطرابات العصابية ، وتدل الأبحاث الحديثة على أن شوعه بين مجموع الشعب يتجاوز توقعاتنا السابقة حوالي ٦.٥ ٪ .

ويختلف كثير من الأطباء في طبيعة هذا المرض ، فالبعض يرى أن يدرجه مع الذهان ؛ نظراً لأن بعض حالات الوسواس القهري تتحول أحياناً إلى أمراض ذهانية ، بل يذهب البعض ليقول إنه عملية دفاعية ضد الذهان .

وقد لاحظت هذه الظاهرة في بعض مرضاي ، فإذا عولج الوسواس القهري وشفي تماماً ، يبدأ المريض في المعاناة من أعراض ذهانية شبه فصامية ، وإذا عالجناه من الذهان يعود ثانياً لشكواه من الوسواس القهري ، بل وأحياناً تتأرجح شكوى المريض بين الأعراض ، وينظر بعض الأطباء لهذا المرض باعتباره أحد معادلات اضطراب الابتهاج الاكتئابى ، خاصة النوع الدورى من الوسواس القهري ؛ حيث إن الأعراض القهرية كثيراً ما تنشأ كإحدى ظواهر مرض الاكتئاب .

ويجب أن نفرق بين مرض الوسواس القهري والأعراض القهرية ، التي تظهر مع عدد من الأمراض ، سيطول شرحها مع التشخيص الفارق .

التعريف : الوسواس القهري مرض عصابى يتميز بالآتى :

(١) وجود ( أ ) وسواس فى هيئة أفكار أو اندفاعات أو مخاوف ، أو (ب) أفعال قهرية فى هيئة طقوس حركية مستمرة أو دورية .

وعادة ما تنسب الأفكار القهرية قلقاً ومعاناة شديدة ، ويقوم المريض بالأفعال القهرية للتخفيف من آلام الأفكار .

(٢) يقين المريض بتفاهة هذه الوسواس ، ولامعقوليتها ، ومعرفة الأكيدة أنها لا تستحق منه هذا الاهتمام (وهنا أهمية تفرقتها من الهذاء أو الاعتقاد الخاطى

أو الضلال حيث يؤمن المريض بصحته) .

(٣) محاولة المريض المستمرة لمقاومة هذه الوسواس وعدم الاستسلام لها ، ولكن مع طول مدة المرض قد تضعف درجة المقاومة .

(٤) إحساس المريض بسيطرة هذه الوسواس ، وقونها القهرية عليه ، مما يترتب عليه شلله الاجتماعي وآلام نفسية وعقلية شديدة .

إن المريض بالوسواس القهري يعلم علم اليقين بعدم صحة أفكاره ، ولذا فهو يعاني من مرض عصائبي ، أما المريض بالاعتقاد الطائفي فهو مقتنع تمام الاقتناع بصدق اعتقاده ، ولذا نعتبر مرضه ذهانياً .

والحق أن كثيراً من ألعاب الأطفال لها طابع قهري ، ذلك للتميز الذي بعد السلام أثناء هبوطه أو تسلقه ، والذي يقذف الحجر بضمه من المدرسة إلى المنزل وكذلك عند العودة ، أو يسير خطوة على الرصيف وخطوة على الأرض ، وهو يعلم تافهة هذه الأعمال ، ولكنه لا يستطيع التوقف عنها ، وكذلك كثير من العادات والتقاليد يلعب فيها العامل القهري دوراً مهماً ، فحدوة الحصان على المنزل تمنع الحسد ، ويوم الجمعة ظهراً ساعة نحس ، وسكب الملح على المائدة يبحث على التذم .. وهكذا ، ثم نفع الزهر قبل لعب الطاولة ، ثم الطقوس التي يقوم بها الفرد قبل خروجه من المنزل من شرب الشاي ، وقراءة الجرائد ، وحلق الذقن والاستحمام والإفطار وبطريقة منتظمة إن اختلف عنها شعر بعدم الراحة والقلق ، رغم معرفته أن تغيير هذا الروتين لن يضر إطلاقاً ، والطالب الذي يستمر طوال الامتحان مرتدياً الزي نفسه الذي امتحن به اليوم الأول وأجاد أثناء الامتحان ، وأصبح يشاءم من تغيير رداءه .

أسباب الوسواس القهري :

يلعب العامل الوراثي دوراً مهماً في نشأة الوسواس القهري ؛ فقد وجد أن بعض أبناء المرضى بالوسواس يعانون من المرض نفسه ، كذلك الأخوة والأخوات، هنا غير ببقية أفراد العائلة الذين يعانون من الشخصية القهرية ، وقد وجدت في دراسة حديثة أن التاريخ العائلي لمرض الوسواس القهري في مصر يظهر في ١٦ مرضياً من ٨٤ حالة ، أي حوالي ٣٠٪ أي النسبة قريبة من النسب الأخرى في بلاد العالم .



ويتداخل العامل الوراثي مع البيئي ، لأن تأثير الوالد أو الوالدة غير المرنة ، ذات المثل العليا ، والضمير الحي ، اللوساسة في تصرفاتها بلاشك سيعكس على شخصية أطفالها سواء وراثياً أو بيئياً .

ويرجع رواد مدرسة التحليل النفسي هذا المرض إلى اضطراب في المرحلة الشرجية في تكوين شخصية الفرد ، وقسوة رقابة الأنا الأعلى للفرد على كل تصرفاته ، ولكن يوجد كثير من الشواهد أو الملاحظات التي تؤيد احتمال نشأة المرض من أسباب فسيولوجية ، أهمها : ظهوره في الأطفال بطريقة منتشرة حيث لم يكتمل نضج الجهاز العصبي ، مع وجود اضطرابات في رسم الفخ الكهربائي لهؤلاء المرضى ، وظهوره بطريقة دورية أو نوبات متكررة ، واحتمال نشأته بعد بعض أمراض الجهاز العصبي ، مثل الحمى المخية ، والصرع النفسي الحركي .. كل ذلك يؤيد الأساس الفسيولوجي .

وقد ذهب البعض في تفسير مرض الوسواس القهري إلى أن سببه هو وجود بؤرة كهربائية نشطة في لحاء المخ ، وتسبب هذه البؤرة - حسب مكانها في اللحاء - فكرة أو حركة أو اندفاعاً ، وتستمر هذه الدائرة الكهربائية في نشاطها رغم محاولة مقاومتها ، تماماً كما تنعطل الأسطوانة وتكرر النغمة نفسها ، وتستمر إن لم يحركها الفرد إلى نغمة أخرى .

وهذه البؤرة وإن كانت في حالة نشاط مستمر ، إلا أنها على اتصال دائم بكافة الدوائر الكهربائية في لحاء المخ ، ولذا يدين للمريض عدم صحة هذه الفكرة ؛ لأن بقية اللحاء أو مراكز الفكر تقاوم هذه البؤرة ، ويختلف ذلك عن هذات العظمة أو الاضطهاد ، والذي تسببه بؤرة كهربائية في اللحاء ، ولكنها عزلت نفسها عن بقية اللحاء بعملية انفصال عن بقية الدوائر الكهربائية ، ولذا فالمريض يؤمن بصحتها ؛ نظراً لعدم وجود نشاط لحائي على اتصال بهذه البؤرة لمقاومتها أو الكف عن نشاطها .

وقد زاد الاهتمام بالوسواس القهري ، بعد اكتشاف عدة صواحب فسيولوجية وتشريحية بأجهزة تصوير المخ الحديثة ، فقد وجدت بعض التغيرات في العقد القاعدية ؛ خاصة في النواة المعدنية (Caudate) وصغر حجمها ، كذلك المعدل

المرتفع في تعثيل الجلوكوز في الفص الجبهي في المخ والتلفيف الحزامي .

ونستطيع أساساً افتراض بيولوجيا للوسواس القهري في أن الفرد يرث ويكتسب أنماطاً سلوكية كافية ، تخزن في العقد القاعدية ، والتي تنفجر عند حدوث عطب في وظائف الجزء الأسفل من الفص الجبهي ، وإن المسارات الموصلة بين الفص الجبهي والعقد القاعدية تعمل من خلال الموصل العصبي السيروتونين ، ولذا أصبحت الملاحظة الإكلينيكية في تحسن وشفاء كثير من المرضى بالعقاقير الحافزة على زيادة السيروتونين ، في المشبكات العصبية ، ذات أهمية كبرى في الثورة الحديثة في علاج الوسواس القهري .

ومما يزيد العامل البيولوجي وجود أعراض الوسواس القهري في معظم اضطرابات العقد القاعدية ، مثل مرضى الشلل الاهتزازي والكوريا (رقص) ، ومرض لوزم ثوريت العصبية .

ويظهر اضطراب الوسواس القهري عادة في الشخصية الوسوسة ، والتي تتميز بالصلابة وعدم المرونة ، وصعوبة التكيف والتأقلم للتواهر المختلفة مع حب النظام والروتين وضبط المواعيد ، والدقة في كل الأعمال ، والاهتمام بالنفسيات والثبات في المواقف الشديدة ؛ أي إن هذه الشخصية عكس الشخصية الهستيرية بسرعة تقلباتها وذبذباتها الانفعالية ، وقابليتها للإحياء .

ولاشك أن الإنسان الناجح يحتاج لبعض سمات الشخصية الوسوسة ؛ حتى يستطيع تنظيم ذاته ، ولكن إذا زادت عن الحدود الطبيعية ، فدائماً ماتجمل هذه الشخصية عرضة للصدام مع الزملاء والرؤساء والمرؤسين ، نظراً لضميرهم الحى ، ورغبتهم في تطبيق مبادئهم على كل من حولهم ، ولكن هنا يتغلب العناد والصلابة والمضى في سبيل الحق حتى النهاية .

وتلائم الشخصية الوسوسة بعض الوظائف التي تلزمها هذه الصفات ، مثل مجال الأعمال والمديرين والإداريين والمعلمين ، وكبار ضباط الجيش والبوليس ، وموظفى الأرشيف والسكرتارية ، والذين يعملون في المكتبات .. الخ ، أما الزوجات فهن دائماً في احتكاك مع الشغالات والأطفال ؛ لأن النظافة والنظام لهما على مايتشددهن .

وقد تبين حديثاً أن الشخصية القهرية لا تظهر إلا في حوالى ٢٠-٢٥ ٪ من

حالات الوسواس القهري ، وأنه كثيراً ما يسبق الاضطرابات شخصيات أخرى ، مثل: الشخصية الاعتمادية والحدية أو شبه الفصامية وكذلك أنماط مختلفة .

وللأسف الشديد .. فإن هذه الشخصية المطالبة دائماً بالحق والنظام تتعرض لاضطرابات نفسية مختلفة نظراً لاحتكاكها الدائم بالمجتمع ، وعدم قدرتها على تحقيق مثلها العليا ، وأهم الاضطرابات الآتية :

( ١ ) القلق النفسي وخصوصاً الأعراض الجسمية للقلق في هيئة عصاب الأعضاء كعصاب الجهاز الهضمي أو القلبي التوربي ، أو التبولي التناسلي .

( ٢ ) توهم العزل البدنية ، وأتيم عرضة لأمراض خبيثة ، والتنقيب عن أي أعراض لكي يبدأوا في سلسلة من الأبحاث الطبية ، مع كثرة زيارتهم للأطعنان على الضغط ، والهضم وكافة الأجهزة .

( ٣ ) اضطراب الوسواس القهري .

( ٤ ) اكتئاب توقف الطمث .

( ٥ ) اختلال الآتية والشعور بالتغير في النفس ، وأحياناً يصحبه الإحساس بأن العالم أيضاً قد تغير .

( ٦ ) الأمراض السيكوسوماتية .

الأعراض الإكلينيكية :

لا يعرض المريض نفسه على الطبيب إلا بعد مدة من المقاومة ، واعتباره أن ذلك ضئيف لا يستحق العلاج ، حتى تنال منه الأعراض ، ويبدأ في المعاناة الشديدة وهنا يصبح في حيرة من أمره ويسأل المساعدة .

وقد وجدت في بحث عن الوسواس القهري في مصر أن معظم المرضى يأتون بين سن ٢٠-٣٠ بعد فترة من المرض تتراوح من شهر إلى ٥ سنوات ، وكان مستوى التعليم ٨٤ مريضاً ومريضة كالأتي :

تعليم ابتدائي ٢٢

تعليم ثانوي ٣٠

تعليم جامعي ٣٢

والمعتاد أن يكون ذكاء المرضى هنا فوق المتوسط ، وأن يكونوا ذوي مستوى اجتماعي واقتصادي ، يفوق مرضى الأمراض النفسية الأخرى .

ويأتي المريض ويشكو من القلق الشديد ، أو الاكتئاب الناتج عن الوسواس القهري ، ولكن أحياناً مايشكو مباشرة من الوسواس . وقد كانت نسبة المرضى حسب شكاوهم في مصر كالآتي ، مع العلم أن كثيراً يعانون من مزيج من القلق والاكتئاب والوسواس .

القلق ٧١

الاكتئاب ١٨

الوسواس ٢٥

ويعمل التكوين الجسمي لهؤلاء المرضى إلى مايسمى بالتكوين الواهن ، أي النحافة والملك للطول ، مع تضاريس حادة بالوجه وطول الرقبة والأطراف .

ونستطيع تقسيم الأعراض الأكلينيكية إلى الآتي :

( أ ) أفكار وسواسية :

(١) فكرة أو صورة Ideas and Images (1)

(٢) اندفاع Impulses (2)

(٣) اجترار أفكار Ruminations (3)

(٤) خوف Phobias (4)

(ب) أفعال قهرية :

- طقوس حركية Rituals

(ج) أفكار وأفعال قهرية مختلفة وهي الأكثر شيوعاً .

(١) الأفكار والصور Ideas and Images :

وهنا تسيطر على المريض فكرة خاصة ، أو صورة لمنظر ما حميد أو كره أو جعل معينة ، تتردد على مسخه أو نغمة موسيقية مستمرة في تفكيره ، وأنكر المريض الذي كلما خلا لنفسه ، رادته فكرة وصورة الجثة بعد تعفنها وحاول عبثاً

المقاومة والتخلص من هذه الفكرة والصورة بكل الطرق ، حتى أنه امتنع عن الجلوس بمفرده . ولكن أخذت هذه الفكرة تطارده ، حتى أصبحت تزاوده في كل الأوقات حتى أثناء مشاهدته السينما أو التلفزيون أو قراءته للجراند ، كذلك ذلك المريض الذي بدأت تسيطر عليه فكرة أن أحد الرجال سيقبضه أثناء سيره في الشارع ، وهو يعلم تماماً استحالة ذلك ، خصوصاً عندما يصف نفسه ، ويقول لي إنه عادة أفتح من في الشارع ...

ولن يجول بخاطر أحد من العارة هذا الخاطر ، ولكن الفكرة مسيطرة عليه حتى أنه بدأ ينحزل عن الناس ولا يذهب للعمل ، وتلك السيدة التي تشكو من تكرار وتردد هذه اللغمة الموسيقية لأحد أدوار السيدة منيرة المهدي ، رغم كرهها الشديد لهذا النوع من الموسيقى ، ولكن هذه اللغمة مستمرة حتى أنها تحلم بها ... وهكذا .

## ( ٢ ) الاندفاعات Impulses :

يشعر المريض هنا بحث مسيطر ، أو رغبة جامحة ، أو اندفاع لأن يقوم بأعمال لا يرضى عنها ، ويحاول مقاومتها .

ولكن تسيطر عليه هذه الرغبة بالحاح وبسوة وعادة ما تكون هذه الاندفاعات في هيئة عدوانية أو انتحار ؛ فيشعر المريض بالرغبة في رفض العارة بالشارع ، أو دفع إخوته من الشرفة ، أو إلقاء نفسه من الأدوار العليا أو القطار أو الأتوبيس ، وأحياناً اندفاعات مضحكة ، كالغناء في المسجد أو الكنيسة أو الضحك في الجنازة ، أو ضرب من أمامه على ففاه ، أو الرغبة الجامحة في عد وضرب الأعداء الأحادية أو الثنائية إلى ما لا نهاية .

وقد تعرض أحد مرضاي لسلسلة من العذاب والسخرية ، من جراء الحث المسيطر أن يعد شعر ذقنه بعد الحلاقة ، وهو يعرف تفاهة هذه الرغبة لدرجة أنه توقف عن الحلاقة ، ولكنه بدأ ينظر في المرآة ويعد شعر ذقنه الطويل ، وهو يبكي بكاءً مرأاً ساعات طويلة ، وكلما أخطأ بدأ العد من البداية ، وأصبح لا يستطيع الذهاب لكيته ، حبيس المنزل والمرآة وذقنه ، ولا يمكن إقناعه بحلقها ، حتى أنني استعنت بالتخدير حتى لا يشعر بهذه الرغبة الملحة عدم اللطق ببعض الحروف ، أو الامتناع عن كتابة بعض الكلمات المكونة من كذا حرف ، وقد رفض أحد المرضى العلاج عند أحد الأطباء ؛ لأن لقبه مكون من خمسة حروف .

وكذلك تلك السيدة التي كانت تلح عليها الرغبة في ذبح ابنتها الوحيدة ، وأصبحت تعاني من جراء هذا الاندفاع ؛ لأنها لاتصدق أنه ممكن التفكير بهذه الصورة ، وكانت تصرخ إنني مجنونة لذبحوني قبل أن أذبحها ، اسجنوني .. وأصبحت لاتدخل المطبخ وتخاف من رؤية السكين حتى تم علاجها ، ونلاحظ هنا أن الخوف دائماً ما يصاحب هذه الاندفاعات ؛ فالسيدة تخاف من المطبخ والسكين ، وكذلك هذا الشاب يخاف من الأذوار العليا لاندفاع إلقاء نفسه ، وذلك يخاف من الجامع حتى لا يظن أو يضحك .. وهكذا .

وأذكر ذلك الحاج الذي جاء باكياً في هدوء ، يرجونى تحويله لمستشفى الأمراض العقلية ، فرجوته أن يعطيني التفاصيل عن شكواه ، فرفض بشدة ، وأخبرنى أنه يستحق أن يدخل المستشفى أو السجن ، وأن ما بداخله لا يستطيع أن يبوح به لأي إنسان . واستمر في البكاء حتى اتهار تماماً ، وبدأ يعترف بأنه يعتربه اندفاع خبيث باغتصاب ابنته اليالفة من العمر خمس سنوات ، وكذلك صديقاتها اللاتي في السن نفسها ، وأصبح يبكي كلما رآها ولا يعلم ، وهو الرجل التقى الحاج الورع ، الذي لم يفعل سوماً في حياته ، كيف تنتابه هذه الرغبات ، والتي لا يمكن أن يقوم بها ، وبالطبع أفهمته أن ذلك على الرغم منه ، وأنها حالة اندفاعات الوسواس القهري .

وكذلك ينتاب المريض أحياناً اندفاعات السب والإهانة للقيم الدينية والأنبياء ؛ أي العيب في الذات الإلهية ، وصور مشينة ومحرجة وجسبة لله والأنبياء .

وهذا الشاب الذي يتقرب ويبحث في كل الأوراق الملقاة في الشارع أو سلة المهملات ، حتى لا يكون اسم الله في هذه الأوراق ، وبالتالي يندس اسم الله ، وعبثاً يحاول إقناع نفسه أنه لا يستطيع أن يبحث في كل أوراق العالم . ولكن الاندفاع ملح وشديد ، ولا يستطيع ردهه رغم المقاومة الشديدة ، تماماً مثل الشاب الذي كانت تلح عليه الرغبة في قضم أظافره ؛ لأنها مملوءة بالميكروبات ، ومن ثم أصبح يتزف من أصابعه دماً لأنه قضم الظفر بأكمله ، وأصبح معرضاً للآلام الشديدة من جراء تعرية أصابعه من الأظافر ، وذلك الذي يخضع بنظونه حتى يبحث عن أي رعاد للسجائر على الرغم من عدم تدخينه ، وقد سبب له ذلك

إجراً شديداً لأنه أحياناً لا يجد المكان المناسب لقطع ملبسه ، ومن ثم أصبح هيبس منزله ، والأمثلة كثيرة لانحصي ، وكل مريض يحتاج لكتاب خاص لوصف أعراضه وآلامه .

### (٣) اجترار الأفكار Ruminations :

وهنا تتشاب المريض أفكاراً وأسئلة وتكهدات ، لا يمكن الإجابة عنها ، ويحاول التخلص من هذه الأسئلة دون جدوى كالمسائل التقليدية ، خلقنا الله ، إذا من خلق الله ؟ وطالما سألتنا هذا السؤال ثم طردناه من ذهننا ، واستمر كما هو الإيمان أو الإحساس ، ولكن هذا المريض لا يستطيع ردع هذا السؤال أو يتساءل لماذا نعيش ، ولماذا نموت .. ؟ ولا يحفل تفكيره سوى هذا السؤال ، ويصبح فريسة الإجابة عنه ، ولا يستطيع القيام بأي نشاط ذهني آخر ، أو لماذا لا تحل مشكلة الفقر في العالم ؟ أو هل التاريخ صحيح أم كله أكاذيب وقصص تخلق على مدى العصور ؟ أو هل أنا أعيش أم أنا في حلم دائم ؟

وأحياناً ما تأخذ هذه الأفكار صورة أسئلة لانتهائية غير ممكن الإجابة عنها .

وأذكر تلك السيدة البالغة من العمر خمسين عاماً ، والتي بدأت تفكر في احتمال رضايتها وزوجها من مرضعة واحدة ، ومن ثم يكون الزواج باطلاً ، وعبثاً يحاول الزوج إقناعها أن تطرد هذه الفكرة التي هي مقتلعة بعدم صحتها ولكن دون جدوى .

### (٤) المخاوف القهريّة Phobias :

ترتبط المخاوف القهريّة دائماً بالأفكار أو الصور ، والاندفاعات والطفوس الحركية كما سبق أن شرحنا ، فتكون المخاوف وسيلة للهروب من الموقف القهري الذي تسببه الأعراض الأخرى ، فالخوف من الجوامع أو الكنائس أو الجنازات أو المطابخ هو ثانوي لاندفاعات خاصة بتلك الأماكن ، وكذلك الصورة القهريّة للجنة المتعفة جعلت الشخص يخاف من الجلوس بمفرده ... وهكذا .

ولكن بالطبع توجد المخاوف القهريّة الأولية ؛ وخصوصاً بعض مما ذكرناه مع القلق النفسي أو استجابة الخوف ، فالخوف من الأماكن المغلقة أو المنسعة

والمرتفعة والمظلمة ، والخوف من الدم ، والأمراض والميكروبات والتلوث .

وعادة ما نجد في حياة الفرد الخاصة علاقة رمزية بنوعية الخوف ، فهذه الفئاة التي صدمت في خطوبتها بدأت نخاف من الجلوس على مرحاض حتى لا نتعرض للتلوث بالماء ، والذي يحتمل أن يكون محملاً بالحيوانات المنوية من الجيران ، ومن ثم نصبح حاملاً .

وعلى الرغم من ثقافة هذه الفئاة ومعرفتها أن هذا الاحتمال لن يحدث إطلاقاً ، إلا أن هنا سيطر عليها حتى بدأت تستعمل مرحاضاً خاصاً بها ، ثم بدأ الخوف يتعمق بالآثار التي تسببها حتى لا تلوث بالحيوانات المنوية . وقد لمس شقيقها شعر رأسها ، فأصبحت لا تستطيع الاستحمام لاحتعال وجود الحيوانات المنوية في شعرها ، وبالتالي سقوطها على جسمها إن بكت شعرها ، وبدأت لاتصافح أحداً ولا تجلس مع رجل ، ولاتأكل لأن الخبز والطعام قد تسفل الرجال في إعدادهما ، حتى انزلت تماماً ، وأصبحت بهزلة شديد حتى تم نقلها للمستشفى للعلاج .

وهذه السيدة التي نخاف من الميكروبات ، ومن هنا بدأت في وضع أولادها طوال النهار في الحمام للاستحمام سواء صيفاً أو شتاءً ، معاً أثر على صحتهم ، ثم بدأت في غسل كل ما يقع يدها عليه من تليفون ، ورايبر وتلفزيون ، وكان زوجها يصرخ أمامي بأنها خربت بينه ولا يفهم معنى مرضها ؛ لأنها قد حطمت الأثاث من جراء غسله عدة مرات ، وعبثاً يحاول إقناعها فتخبره أنها مقتنعة تماماً ، ولكن الخوف المسيطر عليها من الميكروبات والتلوث حول حياتها جديماً .

### ( ٥ ) الطقوس الحركية Rituals :

وهي من أكثر الأعراض القهرية شيوعاً ، وتأخذ هيئة الرغبة الجامحة المسيطرة للقيام بحركات معينة للتخلص من إلحاح الفكرة الخاصة بذلك ، ومن أشهر الأمثلة غسل الأيدي مئات المرات أو غسل الجسم بعد عمليات التبول أو التبرز أو أثناء فترة الطمث .

ويوجد بعض مرضى ممن يمشون في الحمام ثلاث إلى خمس ساعات متواصلة لإنهاء عملية الاغتسال ، وبالطبع تنتهي هذه العملية بإنهاك شديد



وضياع وقت النهار ، والشكل الاجتماعي عن القيام بأي نشاط آخر ، فنبداً للمريضة في غسل يدها ثم غسل الحوض ، ثم نشك ثانياً في نظافة يدها فنبداً مرة ثانية ، وأحياناً تقوم بعد غسل يديها مئات المرات ، وإذا أخطأت تعاود الكرة ثانياً ، وإن جاءت نقطة ماء على ملابسها ، تخلع الملابس وتغسلها ، وتحتاج للاستحمام لغسل الحمام أو البانيو ، ثم تبدأ ثانية في غسل يديها وهكذا .

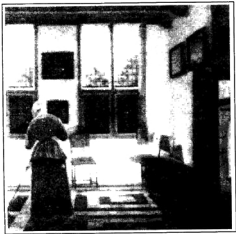
وتلك المريضة التي لا تستطيع أن تصافح أحداً وتمسك كل شيء بورقة حتى لا تلوث ، ولا تصيبها أية عدوى ، وذلك الذي لا يستطيع القيام من سريره حتى يجيء والداه ، والده من اليمين ووالدته من الشمال ، ويبدأ في قراءة بعض سور القرآن ، وإن أخطأ في القراءة فيجب عليهما أن يعيدا القراءة مرة أخرى ، ويبدأ يومه بسلسلة من الطقوس والحركات ، التي يجب أن تنفذ بحذائبرها وإلا فعليه أن يبدأ ثانياً ، وكان هذا الطالب غير قادر على الذهاب إلى كليته ؛ لأنه عندما يستعد للزول يكون موعد المحاضرات قد انتهى ، وتلك السيدة التي يجب أن تفتش جسمها صباحاً ومساءً عن ظهور أي أورام خبيثة ، وأصبحت هذه الحركات تسيطر عليها ، ولا يستطيع البدء في الخروج أو القيام بأي نشاط قبل البحث عن هذه الأورام .

بل إنني أذكر السيدة التي كانت تنام في البانيو لتنظيف نفسها أثناء الطمث وترفض الخروج من المياه حتى تنتهي فترة الطمث ؛ مما أدى إلى إصابتها بالالتهاب الرئوي عدة مرات ، وأصبحت هذه الطقوس الحركية القهرية تهدد حالتها الجسمية ؛ مما اضطرنا إلى أن نوقف الطمث صناعياً .

وكذلك المريض الذي لا يستطيع السير إلا باحداً عن الحشرات أو الحيوانات حتى لا يقتلها ، أو الذي يلمس أعمدة النور أو يتسلق السلالم بطريقة خاصة وهكذا .



ليدي ماريث (شكسبير)  
وخليل الأيدي



### وسواس النظافة

وينصح مما سبق أن الأعراض الأكثيبيكية للوسواس القهري مرتبطة مع بعضها ارتباطاً وثيقاً ، وأنه كثيراً مايعاني المرضى من أفكار مع صور وطقوس حركية ، أو مخاوف اندفاعات ... وهكذا ، وقد وجدت نسبة شكوى المرضى للأعراض القهرية في مصر كالآتي ، وذلك بين ٨٤ حالة :

أفكار وصور ٢٣

اجترار أفكار ٤٣

اندفاعات ٤٠

مخاوف ٤١

طقوس حركية ٣٧

ولكن الغالبية خليط من هذه الأعراض ، ويغلب على مرضانا في مصر طابع الطفوس الحركية ؛ خصوصاً المتعلقة بالنظافة والتلوث وما يندرجها من مخاوف ، وأعتقد أن لذلك صلة وثيقة بالناحية الدينية ، واهتمام الدين الإسلامي بالوضوء خمس مرات ، خصوصاً مع عمليات التبول والتبرز وأثناء الطمث أو بعد الجماع الجنسي ؛ مما يؤثر على الفرد أثناء مراحل نموه المختلفة ، ومن هنا ترتبط هذه العمليات في ذهنه بالحرام والطهارة وضرورة التخلص منها .



وسواس الغسيل



سيدة تفصيل أمام الحوض

رسم إينو مورلوتشي (١٩٤٥)

وقد قُعت بدراسات حضارية مقارنة في اضطراب الوسواس القهري من خلال متابعة عدة سنوات لمائة وأربعة من المرضى بهذا الاضطراب ، وبصفتي عضواً في اللجنة العالمية للوسواس القهري . . فقد استطعنا تحديد عامل الثقافة والحضارة في اضطراب الوسواس القهري ، فينتخب على المرضى المصريين والعرب الوسواس الدينية وهي العيب في الذات الإلهية ، والصور المشينة التي تنتاب المريض أو المريضة من أوضاع غريبة وجنسية عن الله والأنبياء .

وقد وجدت أن الوسواس الدينية تنتشر في حوالي ٥٧٪ بين المسلمين في مصر ، إذا قورنت بالنسبة ٥٢٪ بين اليهود ، و٢٣٪ بين الهنود ، وحوالي ١٨٪ في الولايات المتحدة ، واختلافها بين البريطانيين ، كذلك فطقوس النجاسة والطهارة والنظافة والطعمت الشهري حيث تنتشر بين المسلمين ، والجدير بالذكر أنه ينتاب الأقباط في مصر الوسواس الدينية نفسها ؛ ولكن لاتشغلهم الطقوس الخاصة بالطهارة والنجاسة حيث إنها لا تشكل جزءاً من الطقوس الدينية .

والجدير بالذكر أن كلمة الوسواس في اللغة العربية تشمل الوسواس الخناس ، ألا وهو الشيطان ، والوسواس القهري وهو مرض نفسي .

وفي كل اللغات الأخرى فالكلمتان مختلفتان ، ونستطيع إدراك لماذا يلجأ مرضى الوسواس القهري إلى رجال الدين ، الذين كثيراً ما يصفون المرضى على أنه من عمل الشيطان ، ويزيد ذلك الطين بلة ، حيث يعاني المريض المؤمن من الشعور بالذنب والاكنتاب ، ولذا يجب النوعية بهذه الفروق ؛ حيث إن كثيراً من المرضى لا يعلمون ، وليس عندهم الوعي الكافي والدراية اللازمة بأنه مرض ، وله علاج ناجح خاصة في السنوات الأخيرة .

وأحياناً يقسم الوسواس إلى الرغبين في التأكد Checkers ، والرغبين في الغسل Washers ؛ حيث إن هذين العرضين هما أكثر الأعراض شيوعاً .

وقد وصف روث مجموعة من الأعراض ، سماها مجموعة أعراض الفلق الخوفي واختلال الأنية Phobic-Anxiety-Depersonalization Syndrome ، وتظهر بعد أي صدمة انفعالية ؛ خصوصاً في النساء في منتصف العمر ، وتتميز بأعراض قلق ووسواس ومخاوف مرضية ، وتوهم حال بدنية ، وأعراض هستيرية واكتئابية ، مع الشعور بأن الأشياء تكبر أو تصغر عن حجمها العادي وأعراض

أخرى شبيهة باضطراب الفص الصدغى فى المخ ؛ مما جعله يعتقد أن العلاج الوحيد لمثل هذه الحالات ليس العلاج النفسى أو الكهربائى أو العقاقير ، بل تهيئة الفص الصدغى فى المخ بحقن بنتوال فى الوريد ٤ مرات أسبوعياً لمدة أسبوعين أو ثلاثة .

ونشاهد أحياناً حالات دورية من الوسواس القهرى ، نأتى فى نوبات ثم يتم شفاؤها تماماً ، ولا يوجد بين النوبات أى أعراض للوسواس القهرى ، بل إن شخصية المريض غير قهرية ، ويحاول البعض ربط هذا النوع من المرض بالذهان الدورى أو الاضطراب الوجدانى ثنائى القطب ، ويوجد بعض الاضطرابات عادة ما تفسر تحت الوسواس القهرى ، وذلك مثل جنون السرقة Kleptomania ، فهؤلاء المرضى تشدهم رغبة ملحة فى السرقة ، واندفاع قهرى نحو سرقة أشياء ليس لها قيمة .

وأذكر زوجة كانت تعترف لزوجها بأنها سرقت من هذا المحل ما يساوى خمسة قروش ، وتجدد زوجها على أن يذهب ليدفع المبلغ بعد السرقة ، وأعتقد أن جنون السرقة يختلف بعض الشيء عن مرض الوسواس القهرى ؛ لأنه على الرغم من معرفة المريض خطأه ، ومقاومته لقهرية الاندفاع إلا أنه يقوم به على العكس من معظم المرضى بالوسواس ، والذين لا يستسلمون لاندفاعاتهم العدوانية أو الانتحارية .

وكذلك جنون الحرائق Pyromania ، وهذا يندفع المريض بطريقة قهرية لإشعال الحرائق فى المنازل ثم يسلم نفسه للبوليس ، ويعترف بأن ذلك كان اندفاعاً قهرياً ضد رغبته وقد حاول مقاومته عبثاً .

ونسمع الكثير من جنون الشراب Dipsomania وهو الإغراق فى شرب الخمر بطريقة قهرية بعكس الإدمان ، إذ هنا يحاول المريض مقاومة هذا الاندفاع القهرى ، ولكن عندما يبدأ الشراب لا يستطيع التوقف ، ويأتى جنون الشراب فى نوبات يشفى المريض بعدها تماماً ، ويتجه العلاج هنا إلى الاندفاعات القهرية وليس للإدمان .

وأخيراً الجنون الجنسى Nymphomania فى المرأة ، أو Satyriasis عند الرجل ، وهى الرغبة الملحة أو الفكرة المسيطرة للمعلبة الجنسية ، والاندفاع نحو

إشباعها مع أي شخص وفي أي مكان ، ونصاب السيدة أو الرجل بعد ذلك باللذم والخزي ، ونحاول مقاومة هذا الاندفاع ولكن يكون بهيئة قهرية ندفعها لتكرارها المرة تلو الأخرى ، وستناقش تلك الأمراض تحت اضطرابات الشخصية ، حيث إن جنون السرقة والحرائق والجنس يتبع اضطرابات التحكم في الاندفاع .

### التشخيصي الفارق :

عندما نواجه أي أعراض قهرية ، يجب التساؤل أولاً هل هذه الأعراض ثانوية لأمراض أخرى ، أم أنها أعراض قهرية أولية من مرض الوسواس القهري؟ ولتعرف ذلك يجب الاستماع للمريض وفحصه جسدياً ونفسياً بدقة شديدة ، إذ تظهر الأعراض القهرية بكثرة مع الأمراض العضوية مثل الحمى المتخية ، وبعد إصابات الفص الصدغي في المخ .

أذكر أحد المرضى ، الذي كان يعاني من جنون الحرائق ، وكان يعالج على أساس وسواس قهري مسيطر ، ولكن ثبت بعد مدة أنه مصاب بورم في الفص الصدغي في المخ ، وكذلك اضطرابات العقد القاعدية ، مثل : الشلل الاهتزازي ، الرقص الرومانزي ، اللوازم العصبية .

وكثيراً ما يبدأ الاكتئاب بأعراض قهرية خاصة في متوسط العمر ، وتكون الثوبات متكررة ونصابها الأعراض الفسيولوجية والسيكولوجية لمرض الاكتئاب ، كذلك الشعور بالذنب وتأتبب الضمير .

ويصعب التشخيص أحياناً عندما تبدأ الأعراض القهرية ، في شخصية انطوائية ، مع اضطراب السلوك وغموض الأفكار القهرية ، خاصة إذا صاحبها بعض الأعراض الخيالية ، فهذا يتجه التشخيص نحو الفصام أو اضطراب طابع الفصام . ويجب تقرير ذلك في بدء الأمر ، حيث إن علاج هذا المرض يختلف تماماً عن الوسواس القهري ، وكذلك مع الاضطراب فصامي الطبع .

ويتضح لنا تفاعل الأعراض القهرية مع معظم الأمراض النفسية والعقلية ، فيصاب مريض الوسواس القهري بالاكتئاب ، وكذلك يفجر مريض الاكتئاب الذهاني أعراضاً قهرية ، ثم أن بعض مرضى الوسواس القهري يصابون باضطراب شبيه بالفصام وكذلك ، فالفصام يبدأ أحياناً بأعراض قهرية .. وهكذا .



مصنف المرض :

يأخذ من الجدول معظم الأبحاث بالنسبة لأمراض مرض الوسواس القهري :

المصنف	المسوح		نطاقه	مدة المتابعة	عدد المرضى	البلدان	الجامعة
	نوعه	نمونه					
Z33	١٠٨	١٠٨	Z1	١٤-١ سنة	١٧	إيطاليا	جوريطو ١٩٦٥
Z3١	٣٠	٣٠	Z١	١١-١ سنة	٤٦	إيطاليا	الانجرام ١٩٦٦
Z1٥	١٤	١٤	Z1	١٣-٢٠ سنة	٨٥	البرتغال	كروبان ١٩٦٥
Z1٤	٣٦	٣٦	Z٣٠	١٤-١ سنة	٨٧	هولندا	لو ١٩٦٦
Z3٣	٥٠	٥٠	Z3٨	١٥-٣٥ سنة	٥٧	سويسرا	مولر ١٩٥٣
Z3٨	١٨	١٨	Z3٤	١-١٥ سنة	٦٦	إيطاليا	بوليت ١٩٥٧
Z3٦	٣٨	٣٦	Z3٦	٢٠ سنة	٤٧	الولايات المتحدة	داني ١٩٥٣
Z3١	٣٦	٣٦	Z3٣	٢-١٩ سنة	٧٣	ألمانيا	بيلينج ١٩٥٣
Z3٥	٥٠	٥٠	Z3٥	١-٥٥ سنة	٨٤	مصر	مكاتب ١٩٦٩
Z٣٠	١١٥	١١٥	Z3٥	٥-١٠ سنة	٧٠٤	مصر	مكاتب ١٩٩٥

وتلاحظ هنا تأثير العلاج الحديث في تخفيف الألم .

### سأل المرض :

نستطيع أن نقول إجمالاً إنه قبل عشر سنوات ، كان حوالي نصف إلى ثلث الحالات تتحسن في غضون خمس سنوات ، على الرغم من كافة أنواع العلاج ، ويبدو أن هذا التحسن يحدث بغض النظر عن الطرق المتبعة في العلاج ، والتي أعتقد أن تأثيرها يرتكز على تقليل التوتر والقلق والاكتئاب المصاحب للوسواس ، تاركاً الوسواس ليشفى تلقائياً ، وقد ينظر سابقاً لمصير الوسواس القهري على أنه أسوأ من باقي الأمراض النفسية ، ولكن الأبحاث أثبتت أن سأل المرض يوازي بقية الأمراض العصبية .

والجدير بالذكر هنا هو تحول بعض حالات الوسواس القهري إلى مرض شبيه بالفصام ، ويختلف الطعام في تفسير مدى هذا التحول ، وتتراوح النسبة من ١-١٢٪ . أما في بحثنا في مصر .. فقد وجدت أن ٨٪ من الحالات قد تحولت في غضون خمس سنوات من الوسواس القهري إلى أعراض ذهانية شبيهة بالفصام .

وتفيد الأبحاث الحديثة وعلاج المتابعة أن حوالي ٧٠-٨٠٪ من مرضى الوسواس القهري يتماثلون للشفاء ، بعد استعمال العقاقير المألوفة لاسترجاع السيروتونين (SSRI) ، والتي تزيد من السيروتونين في المستقبلات العصبية مع العلاج السلوكي . ولكن للأسف تزيد نكسة المرض بعد التوقف عن العلاج الكيميائي والسلوكي ، ويجب أن يستمر العلاج لمدة لا تقل عن ٦ شهور ، وقد نستمر إلى عدة سنوات .

ويعتقد أنسل ١٩٩٠ أن الذهان الناتج عن الوسواس القهري يختلف أساساً عن الفصام ، ويحتمل أن يكون نوعاً مستقلاً من الذهان ، له مسبباته البيئية ومصير مختلف عن الفصام ، وقد لاحظت ذلك أيضاً في عدد كبير من الحالات ، حيث استمرت شخصية المريض متكاملة حتى في وجود الذهان ، ولم يحدث أي تدهور سلوكي أو في الشخصية ، وهذا يختلف عما يحدث في الفصام . ويبدو أن هذا الذهان له علاقة بدرجة البصيرة ، ويسمى أحياناً بالوسواس الضلالي ، حيث أحياناً ما يتحول الوسواس من طول العدة إلى اعتقاد خاطئ . وهذا نتج عن المقاومة والبصيرة .

## العلاج :

### (١) العلاج النفسي :

يحتاج مريض الوسواس القهري للعلاج النفسي ؛ لتفسير طبيعة الأعراض ، وتشجيعه وضمانته بأن حالته بعيدة عن الجنون ، والتقليل من خوفه على مكانته العقلية ، مع محاولة الكشف عن العوامل الدفينة التي أدت إلى هذه الأعراض ، والمعنى الرمزي لأعراضه .

والحق أن ادعاءات رواد التحليل النفسي متواضعة بالنسبة لعلاج هذا المرض عن طريق التحليل النفسي ؛ نظراً لما يواجهه المحلل من صعوبات مع هؤلاء المرضى .

وقد لخص فريديكل في عام ١٩٣١ هذه الصعوبات كالآتي :

( أ ) صعوبة عملية الطرح ، وبالتالي عدم وجود الألفة العاطفية بين المريض والمحلل .

(ب) التخدير المستمر في أعراض المريض ؛ مما يجعل الاستمرار في تحليل الأعراض صعباً إلى حد ما .

(ج) لا يستطيع المريض الاسترخاء التام لعملية للداعي الحر ؛ نظراً لملاحظته الدائمة لكلامه وسلوكه ، ونقده الذاتي لطبيعته شخصيته القهري .

( د ) يعتمد المحلل في علاجه على استعمال الجزء المتكامل في الشخصية للتقدم البطيء في التحليل ، وفي حالات الوسواس القهري العزم تكون الشخصية قد تداخلت مع المرض بطريقة ، يستحيل معها فصل أي جزء متكامل منها للنفاد إلى العلاج التحليلي .

(هـ) يستحيل على المريض أن يقتنع بالنزول من برج العاجي ، أو أن يترك سيطرة مثاليته ، وما يطالب به نفسه لتحقيق المطالب المثالية .

وعلى الرغم من التحدى لتظاهر لعلاج اضطراب الوسواس القهري بالتحليل النفسي ، إلا أنه مازال البعض يحاول العلاج بهذه الطريقة ، أملاً في تخفيف الأعراض والتقليل من آلام المريض ، ولو أني أعتقد أنه يمكن

الوصول إلى النتيجة نفسها بواسطة العلاج النفسي السلوكي المعرفي ، والذي لا يتطلب الوقت والمال والجهد مثل التحليل النفسي .

## ( ٢ ) العلاج البيئي والاجتماعي :

يحتاج المريض أحياناً إلى تغيير مكان العمل أو السكن ، حتى يتبعد عن مصدر الوسواس ؛ خاصة إذا كانت له علاقة بالخوف من الأمراض أو التلوث بميكروبات ، أو طقوس حركية خاصة . وبالطبع فهذا النوع من العلاج وقتي ولا يستأصل المرض جذرياً ؛ لأنه سرعان ما تعود الأعراض ثانية ، على الرغم من تغيير البيئة .

## ( ٣ ) العلاج الكيميائي :

تفيد العقاقير المضادة للقلق والاكتئاب والأدوية المطفئة الكبرى أحياناً في اخفاء التوتر ، والاكتئاب المصاحبين للوسواس ؛ مما يجعل المريض قادراً على مقاومته ، رغبياً في الاستمرار في نشاطه الاجتماعي . وقد استطاعت هذه العقاقير أن تخفف بعض آلام آلاف المرضى ، وجعلتهم يتكيفون اجتماعياً ، على الرغم من استمرار الوسواس .

وقد ظهرت حديثاً العقاقير المضادة للاكتئاب ، والتي لها خاصية زيادة الموصل العصبي السيروتونين (انافرانيل - بروزاك - فافارين - لسرال) ، وأثبتت فاعليتها في علاج الوسواس القهري ، مقارنة بالعقاقير الأخرى المضادة للاكتئاب ، والتي تلتخص فاعليتها في تخفيف القلق والاكتئاب ، دون التأثير على الوسواس .

إن الأنافرانيل وهو أرخص العلاجات ، له فاعلية مماثلة للعقاقير المثبطة لاسترجاع السيروتونين (SSRI) وهي باهظة الثمن ، ولكنه يتميز بظهور أعراض جانبية كثيرة ، مثل : جفاف الحلق ، الإمساك ، صعوبة التبول والقذف ، وبعض التغيرات في رسم القلب ، أما العقاقير الحديثة فقد ثبتت فاعليتها ، بل وشفاء المريض في حوالى ٧٠-٨٠٪ من الحالات ، ولكن يفضل تناولها مع العلاج السلوكي ، وتعطى هذه العقاقير في جرعة واحدة (البروزاك ٢٠-٦٠ مجم ، والسرال ٥٠-١٥٠ مجم) إلى سنوات ، وتتميز بقلّة الأعراض الجانبية .

وقد ثبت بتصوير المخ أن العلاج الدوائي أو العلاج السلوكي يعيد مجرى الدم الارتفاع في الفص الجبهي ، في المخ ، إلى طبيعته الأولى قبل المرض .

#### (٤) العلاج الكهربائي :

لانفيد الصدمات الكهربائية في علاج الوسواس القهري ولكنها تحسن الأعراض الاكتئابية والأفكار السوداوية ، التي تصاحب المرض ، ولانجا إلى الكهرباء إلا في الحالات ، التي يخشى منها على صحة المريض النفسية من الناحية الاكتئابية .

#### (٥) العلاج السلوكي :

وقد سبق الكلام عنه في القلق النفسي ، وسطره بالتفصيل مع علاج الأمراض العصبية ، ويصلح هذا العلاج خاصة في حالة المطاوع والطفوس القهري، إما بالتمسك البطئ أو التعرض المباشر ، ثم الامتناع Exposure-Prevention ، وهو المنفصل في حالة الوسواس القهري ، ويعطى ما بين ١٢-١٦ جلسة ، بواسطة أحد المتخصصين في العلاج السلوكي .

ويدعى بعض رواد المدرسة السلوكية تشابه نتائجه مع العلاج الدوائي ، ولكن الاتفاق العالمي هو تصاحب العلاجين ؛ خاصة لمنع النكسات عند توقف الدواء .

#### (٦) العلاج الجراحي :

إن العملية الجراحية التي سبق التحدث عنها مع القلق النفسي تأتي بأحسن نتائجها مع الحالات المنتفخة من الوسواس القهري ، والتي يجب أن تكون فيها الشخصية متكاملة ودرجة التوتر والقلق شديدة ، مع القدرة على التكيف مع المجتمع ، وفشل سبل العلاج السابقة ، فهذا يكون للتدخل الجراحي ذا أهمية فاصلة لأنه سيعيد للمريض قدراته على الاستمرار في نشاطه الاجتماعي ، وصحيح أن هذه العملية لا تشفى ، ولكنها تجعل المريض غير مكثرت بالأعراض ، ولا يصحبها حينئذ أي قلق أو نوتر ، ومن ثم تجعل منه ثانية عضواً نافعا في المجتمع ، ونأتي الجراحة بأحسن نتائجها في الوسواس إن هاجم الجراح اللثيف العزاسي أو السطح المجازي من الفص الجبهي .

## (٧) استجابة الكرب (المشقة) الشديد واضطرابات التوافق

## 7. Reaction to Severe Stress and Adjustment Disorders

يتضمن هذا الجزء اضطرابات لا تتميز فقط على أساس الأعراض والمصار، ولكن أيضاً على أساس الأسباب؛ فقد يؤدي حدث شديد الكرب بشكل استثنائي إلى استجابة كرب حادة، أو يؤدي تبدل في الحياة ذو دلالة إلى ظروف غير مواتية مستمرة، يترتب عليها اضطراب في التوافق.

وعلى الرغم من أن إجهاداً نفسياً اجتماعياً أقل شدة (أحداث حيائية) قد يربس البداية، أو يساهم في ظهور نطاق واسع جداً من الاضطرابات المصنفة مع العصاب .. إلا أن أهميتها كسبب ليست دائمة، وتعتمد في كل حالة على الاستعداد الفردي وفرط الحساسية؛ بمعنى أنها ليست بالضرورة كافية لتفسير حدوث الاضطراب وشكله.

وعلى العكس .. فإن الاضطرابات المذكورة معاً هنا يعتقد أنها دائماً تأتي كنتيجة مباشرة لكرب حاد شديد أو حادث مستمر، فالحدث شديد الإجهاد أو الظروف المستمرة غير المريحة هي العامل السببي الأول والأساسي، ولولا تأثيرها لما ظهر الاضطراب أصلاً.

ويتضمن هذا الجزء استجابات الكرب الشديد واضطراب التوافق في كل المجموعات العمرية بما فيها الأطفال والمراهقين.

وعلى الرغم من أن كل عرض منفرد يشكل جزءاً من استجابة الإجهاد الحاد، وإن استجابة التوافق قد تظهر أيضاً في اضطرابات أخرى، إلا أن هناك سمات معينة تميز ظهور الأعراض، وتبرز تضمنون هذه الحالات في وحدة سريرية واحدة.

أما الحالة الثالثة في هذا الجزء، وهي اضطراب إجهاد ما بعد الصدمة، فه سمات سريرية معينة ومميزة نسبياً، ولذا فإن الاضطرابات في هذا الجزء يمكن اعتبارها استجابات سوء توافق مع إجهاد شديد أو مستمر، من حيث: تداخلها أو اعاققتها لأليات التوافق الناجحة، وبالتالي فهي تؤدي إلى خلل في الأداء الاجتماعي.

## ( أ ) استجابة الكرب الحادة (الاستجابة الحادة لكرب حاد أو لمشفة)

### Acute Stress Reaction

هو اضطراب عابر ، على درجة دالة من الشدة ، ويتكون دون وجود أى اضطراب عقلى واضح آخر كاستجابة لكرب جسمى أو عقلى جسيم ، والذي يخدم عادة خلال ساعات أو أيام ، وقد يكون مسبب الكرب عبارة عن تجربة حاد شديدة ، يحمل تهديداً خطيراً لأمان أو سلامة الشخص أو أحد أحبائه ( على سبيل المثال كارثة طبيعية أو حادث أو اعتداء اجرامى أو اغتصاب ) ، أو تغيراً مفاجئاً فى الوضع الاجتماعى أو الهيكلى للشخص (على سبيل المثال موت عدد من الأفراد ، حريق بالمنزل ... إلخ) .

ويزداد احتمال الإصابة بهذا الاضطراب ، إذا تراكب مع إجهاد جسمى أو عوامل عضوية (على سبيل المثال فى كبار السن) .

يلعب الاستعداد الشخصى والقدرة الشخصية على التعامل مع الأشياء دوراً فى ظهور استجابات الكرب الحادة وشدها ، كما يدل على ذلك أنه ليس كل من يتعرض لكرب شديد يصاب بالاضطراب .

وتظهر الأعراض تايماً شديداً ، ولكن الأعراض النموجية تكتمن حالة ابتدائية من الذهول ، مع بعض الضيق فى مجال الوعى والانتباه وعدم القدرة على فهم المنبهات وتشوش الإدراك .

وقد يلى هذه الحالة إما انسحاب متزايد من الموقف (المحيط) (يصل إلى حد السبات الانشغاقى) ، أو نهيج وزيادة نشاط (استجابة هروب أو شرد) ، وتشيع أعراض زيادة نشاط الجهاز العصبى المستقل المعيز لقلق الهلع (سرعة ضربات القلب ، عرق ، التورد) ، وتظهر الأعراض عادة خلال دقائق من حدوث المنبه أو الحدث شديد الكرب ، وتختفى خلال يومين أو ثلاثة أيام (وكثيراً فى خلال ساعات) ، وقد يحدث فقدان ذاكرة جزئى أو كلى بالنسبة للثوبة .

مؤشرات تشخيصية :

يجب أن توجد فترة زمنية مباشرة وواضحة بين وقوع الحدث وبنابة الأعراض ، وهى عادة لا تتجاوز بضع دقائق ، (إن لم تكن فورية) - بالإضافة

إلى ذلك، فإن الأعراض :

(١) تمس نمطاً مختلطاً وغالباً متغيراً ، فبالإضافة إلى حالة شدة الذهول الابتدائية قد يشاهد اكتئاب وقلق وغضب وأسى وزيادة في النشاط أو انسحاب، ولكن لا تستمر هذه الأعراض بارزة لفترة طويلة .

(٢) تخفت سريعاً (في خلال بضع ساعات على الأكثر) في تلك الحالات ، التي يمكن إبعادها عن المحيط محل الوطأة، أما في الحالات التي تستمر فيها الوطأة وتكون بحكم طبيعتها غير قابلة للانعكاس ، فإن الأعراض عادة تبدأ في التفتت بعد ٢٤-٤٨ ساعة ، وتصبح متذبذبة جداً عادة بعد حوالي ٣ أيام .

ولا يستخدم هذا التشخيص لوصف التفاتت المفاجئة في الأفراد ، الذين يظهرون أعراضاً تستوفي شروط أي اضطراب نفسي آخر ، عنا الأعراض المذكورة تحت اضطراب الشخصية ، ومع ذلك فإن وجود تاريخ اضطراب نفسي سابق لا يحول دون استخدام هذا التشخيص .

بعض :

- استجابة أزمة حادة .
- استجابة حادة للكراب .
- هذيان الإجهاد .
- حالة أزمة .
- صدمة نفسية .

(ب) اضطراب الكراب بعد أو عقب صدمة

Post-Traumatic Stress Disorder

يظهر هذا الاضطراب كرد فعل متأخر أو ممتد زمنياً لحدث أو إجهاد ذي طابع ، يحمل صفة التهديد أو الكارثة الاستثنائية ، وينتظر منه أن يحدث ضعفاً عاماً لأي شخص (على سبيل المثال كارثة طبيعية أو اعتفقال أو تعذيب بفعل الإنسان ، حرب ، حادثة شديدة ، مشاهدة موت آخرين موتاً عنيفاً ، وإن وجدت عوامل مرسبة للزلمة مثل سمات الشخصية : القهرية والراهنة) ، أو تاريخ سابق للعصاب فقد يزيد ذلك من احتمال ظهور الأعراض أو تفاقم مسارها ، ولكن تلك العوامل غير ضرورية وغير كافية لتفسير ظهورها .



تتضمن الأعراض النمطية نوبات من اجترار الحادث ، من خلال ذكريات اقناعية (ارتجاعات زمنية) مع أحلام أو كوابيس ، والتي تحدث على خلفية مستمرة من الإحساس بالخدر والتكبد الانفعالي ، والانفصال عن الآخرين ، وعدم الاستجابة للعالم المحيط ، وعدم التمتع مع تجنب النشاطات والمواقف التي قد تذكر بالحادث . وعادة مايكون هناك خوف وتجنب لرموز تذكر المصاب بالحادث الأصلي ، ونادراً ماتكون هناك تفجرات عاطفية مفاجئة أو إعادة تمثيل مفاجئة للحادث أو الاستجابة الأصلية له ، كما يكون هناك عادة حالة من فرط يقظة ونشاط بالجهاز العصبي اللاإرادي وتعزيز لرد فعل إجهال .

ويشوع تزامن القلق والاكتئاب مع الأعراض والعلامات المذكورة أعلاه ، كما أن التفكير بالانتحار ليس نادراً ، وقد تزداد الحالة تعقيداً باللجوء إلى استخدام العقاقير أو الإفراط في تعاطي الكحول .

تبدأ الحالة بعد فترة كمون قد تتراوح بين بضعة أسابيع وشهور (لكنها نادراً ماتتجاوز سنة شهور) ، المسار يكون منذبذباً ، ولكن يمكن توقع الشفاء في أغلب الحالات ، وفي نسب صغيرة من الأشخاص ، قد تأخذ الحالة مساراً مزمنياً على مدى سنوات كثيرة ، وتتحول إلى تغير دائم بالشخصية .

#### مؤشرات تشخيصية :

لايجب تشخيص هذه الحالة إلا إذا توافر لدينا دليل على حدوثها في خلال سنة شهور من وقوع صدمة ذات وطأة استثنائية الشدة . وقد يبقى احتمال التشخيص وارداً إذا طالقت الفترة بين الحدث وبداية الحالة عن سنة شهور ، شرط أن تكون المظاهر السريرية نموذجية ، مع عدم احتمال تعرف تشخيص بديل للاضطرابات (على سبيل المثال حالة قلق أو وسواس فهري أو اكتئاب) .

وبالإضافة إلى وجود دليل على الحدث ، يجب أن تتوافر استعادة متكررة للحدث أو إعادة تمثيل له ، من خلال الذكريات أو أحلام اليقظة أو الأحلام . وبكثيراً مايوجد أيضاً انفصال انفعالي وخدر في الإحساس وتجنب للمنبهات ، التي قد تكرر استرجاع الحادث ، ولكنها ليست كلها ضرورية للتشخيص ، وكذلك .. فإن اضطرابات الجهاز العصبي المسنقل ، واضطراب المزاج وغرابت السلوك .. كلها عوامل مساهمة في التشخيص ، ولكنها ليست ذات أهمية رئيسية .

أما العواقب المزمنة المتأخرة للكرب الشديد ؛ أي تلك النوبات التي تستمر واضحة لعقود زمنية بعد الخبرة شديدة الإجهاد ، فيجب تصنيفها حسب نوعية الاضطراب .

### (ج) اضطرابات التوافق Adjustment Disorders :

هي حالات من الضيق الذاتي والاضطراب الانفعالي ، غالباً ما تتداخل مع الوظيفة والأداء الاجتماعيين ، وتظهر أثناء فترة التوافق مع تغير ذي دلالة في الحياة أو مع تبعات حادث حياتي شديد الإجهاد .

وقد يترك الحادث أثراً في تكامل النسيج الاجتماعي للشخص (موت عزيز، خيرات انفصال) ، أو في الشبكة الأوسع من الدعامات والقيم الاجتماعية (هجرة ، وضع اللاجئين) ، أو بعكس أزمة أو نقطة تحول عظيمة في مسار نماء الفرد (دخول المدرسة ، خبرة الأبوة أو الأمومة ، الإخفاق في الوصول إلى هدف شخصي ذي قيمة عالية ، الإحالة إلى المعاش) .

ويلعب الاستعداد الشخصي للفرد دوراً أساسياً في تحديد احتمال حدوث وتشكيل مظاهر اضطرابات التوافق ، ومع ذلك فالمفترض أن الحالة ماكانت لتحدث دون وقوع الحدث الشديد الكرب ، وتباين مظاهرها وتتضمن المزاج الاكتئابى والقلق والانزعاج (أو خليط منها) ، مع إحساس بعدم القدرة على التعامل مع الأشياء أو التخطيط للمستقبل أو الاستمرار في الوضع الحالى ، مع بعض الاختلال في الأداء اليومي ، وقد تصحبها اضطرابات في المسلك مثل السلوك العدواني أو غير الاجتماعي ، خاصة عند المراهقين .

وقد تأخذ السمة الأساسية شكل اختلال في أي من الانفعالات الأخرى أو السلوك ، ولايشكل وجود أي من تلك الأعراض سواء في شدتها أو مدى بروزها مبرراً لتشخيص آخر أكثر تحديداً ، وكثيراً ما تكون النزعة إلى النكوص إلى أنماط السلوك الطفلى مثل اللتيبول بالفرائض ومص الإبهام جزءاً من نمط الأعراض عند الأطفال .

ويبدأ الاضطراب غالباً خلال شهر من ظهور الحدث شديد الكرب أو التغير في الحياة ، ولا تتجاوز فترة الأعراض عادة ستة شهور إلا بالنسبة للاستجابة

\_\_\_\_\_ الاضطرابات العصابية والمرتبطة بالكرب (المشفقة) وجسدية الشكل \_\_\_\_\_

الاكتئابية المطولة ، وإذا استمرت مدة الأعراض ، ينبغي تغيير التشخيص تبعاً للصورة الإكلينيكية الموجودة .

مؤشرات تشخيصية :

يعتمد التشخيص على تقييم دقيق للعلاقة بين :

( ١ ) شكل ومضمون وشدة الأعراض .

( ٢ ) التاريخ السابق والشخصية .

( ٣ ) الحدث الشديد ، الإجهاد ، أو الموقف أو الأزمة الحياتية .

ويجب التأكد من وجود الأخيرة بوضوح ، ويجب أن يتوافر دليل قوي ، حتى وإن كان افتراضياً ، على أن اضطراباً ما كان ليحدث لولاها ، أما إذا كان الحدث بسيطاً نسبياً ، أو إذا لم يمكن توضيح الصلة الزمنية ( ليست أقل من ثلاثة شهور ) ، عندئذ تصنف الاضطرابات في مكان آخر ، تبعاً للسمات الواضحة فيها كالآتي :

( ١ ) استجابة اكتئابية قصيرة :

#### BRIEF DEPRESSIVE REACTION

وهي حالة اكتئابية خفيفة عابرة لا تتجاوز الشهر .

( ٢ ) استجابة اكتئابية ممتدة :

#### PROLONGED DEPRESSIVE REACTION

وهي حالة اكتئابية خفيفة تحدث للعرض الطويل لموقف شديد الكرب ، ولكن تستمر لفترة أطول من ستة شهور .

( ٣ ) استجابة قلق واكتئاب مختلطة :

#### MIXED ANXIETY AND DEPRESSIVE REACTION

وتبرز كلاً من أعراض القلق والاكتئاب ، ولكن بدرجات لا تتجاوز تلك الدرجات المعينة في اضطراب القلق المختلط .

(٤) مع اضطراب بارز في مشاعر أخرى :

WITH PREDOMINANT DISTURBANCE OF OTHER EMOTIONS

تتميز الأعراض بأنواع متعددة من المشاعر ، مثل : القلق والاكتئاب والانفعالات والتوتر والغضب . قد تستوفي أعراض القلق والاكتئاب معايير اضطراب القلق والاكتئاب المختلط أو اضطراب قلق مختلط آخر ، ولكنها ليست غالبية بالدرجة ، التي تسمح بتشخيص اضطرابات قلق أو اكتئاب أخرى ، والتي تتضمن سلوكاً تكوئياً مثل تلك السرير أو مص الإبهام .

(٥) مع اضطراب غالب في المسك

WITH PREDOMINANT DISTURBANCE OF CONDUCT

ويشمل الاضطراب الأساسي فيه اضطراب المسك مثل استجابة أسى في شخص مراقب ، تؤدي إلى سلوك عدواني أو غير اجتماعي .

(٦) مع اضطراب مختلط في المشاعر والسلوك :

WITH MIXED DISTURBANCE OF CONDUCT AND EMOTIONS

وتظهر فيه كلاً من أعراض المشاعر واضطراب المسك كمسات بارزة .

(٧) أعراض غالبية معينة أخرى :

OTHER SPECIFIED PREDOMINANT SYMPTOMS

يتضمن : صدمة حضارية .

استجابة أسى .

المستشفيات في الأطفال (دخول الأطفال المستشفيات) .

**العلاج :**

يشمل العلاج النفسي والدوائي والاجتماعي ، ولا يوجد علاج مميز لهذه الاضطرابات ، ولكن يعطى العلاج المناسب لأهم الأعراض من مضادات القلق أو الاكتئاب أو المهدئات ، وأحياناً عقار الليثيوم أو مضادات الصرع ، ولكن مصحوباً بالتفريغ النفسي أثناء العلاج النفسي .

## (A) الاضطرابات الانشقاقية والتحويلية

### 8. Dissociative and Conversion Disorders

#### (الهستيريا)

#### (Hysteria)

يثير لفظ هستيريا لدى القارئ العادى كثيراً من التساؤل والمطووف ، بل يعتبر البعض إهانة بالغة يقصد بها اتهام الإنسان بالجنون أو بالسلوك غير السوى ، وتستعمل كلمة هستيريا بواسطة غير المتخصصين لوصف كثير من التصرفات العشوائية ، والنهور ، والصراخ ...

ولكن إذا درسنا الهستيريا كمرض نفسى ، له أساسه الطبى والفسىولوجى والاجتماعى ، فسواجه عدة صعوبات فى تعريف المرض ، وكيفية نشأته ، ونصل إلى ذروة هذه الصعوبة فى تفسير المجالات المنتشرة هذه الأيام ، حول ما إذا كانت للهستيريا مرضاً مستقلاً بذاته ، أم أنها أعراض مختلفة تسببها أمراض نفسية وعقلية وعضوية مختلفة ، وسناقش ذلك بالتفصيل خلال هذا الفصل .

وتعرف الهستيريا على أنها مرض عصبى أولى ، يتميز بظهور علامات وأعراض مرضية بطريقة لاشعورية ، ويكون النافع فى هذه الحالة الحصول على منفعة خاصة أو جلب الاهتمام ، أو الهروب من موقف خطير ، أو تركيز الاهتمام على الفرد كحماية له من الألم النفسى الشديد ، وعادة ما يظهر هذا المرض فى الشخصية الهستيرية ، التى تتميز بعدم النضوج الانفعالى مع القابلية للإيحاء ، ولا يعنى ذلك أنها لا تظهر فى الشخصيات الأخرى ، بل وجد من خلال التجارب الإكلينيكية ، إن كل فرد مهياً للأعراض الهستيرية تحت الإجهاد والشدة ، ولكن تختلف عتبة الفرد حسب استعداده الخاص ، وشدة الموقف .

يعتقد البعض أن فهم مرض الهستيريا يتيح للدارس أن يهين نفسه مدخلاً سليماً ، وروية واضحة لكل أمراض الطب النفسى والعقلى ؛ نظراً لما تهيبه دراسة هذا المرض من التعمق فى مغاور النفس البشرية ، وكذلك علاقة هذا المرض بكافة الأمراض العقلية والعضوية والتغيرات الفسيولوجية فى الإنسان .

وقد وصف الأقدمون مرض الهستيريا بتفصيلات مذهلة ؛ مما يتيح لنا دراسة تاريخ ونشأة هذا المرض .

فقد اشتق لفظ (هستيريا) من الكلمة اليونانية «هسترون» ، وتعني الرحم لأن الفكرة الشائعة في ذلك الوقت كانت أن هذا المرض يصيب النساء فقط بسبب انقباضات وتحركات الرحم داخل جسم المرأة ، وبالطبع فقد ثبت خطأ هذه التسمية ، لأن مرض الهستيريا يظهر في الرجال ، ولو أنه أكثر شيوعاً في النساء ، وليس له علاقة بالرحم .

وتلعب وثائق قدماء المصريين الطبية دوراً كبيراً في إيضاح نشأة ومعنى هذا المرض ، ونستمد معلوماتنا عن الطب عند قدماء المصريين من مخطوطات أوراق البردي المتاحة لنا .

ومن أهم وأقدم هذه الأوراق والتي تناقل مرض الهستيريا بوجه خاص ، بردية كاهون Kahun ، نسبة إلى المدينة المصرية القديمة ، والتي اكتشف بها هذه البردية ، ويرجع تاريخها إلى عام ١٩٠٠ قبل الميلاد ، وقد وصف مرض الهستيريا تحت عنوان أمراض الرحم ، وكثير من الأعراض والأمراض التي تم وصفها بالتفصيل ، نستطيع أن نعرّفها الآن ، وكأنها أعراض هستيرية .

ولكن بالطبع لم توصف في هذا الوقت بهذه الكيفية ، وكان الاعتقاد الشائع في هذه الآونة ، أن كثيراً من الاضطرابات السلوكية تترابط مع الأعضاء التناسلية ، خاصة مع حركات الرحم ، وإليك بعض ما ذكر في هذه البردية :

«تلك المرأة التي تعشق الفراش ، وتنام دون حركة أو اهتزاز ولا تنهض منه أبداً ، وأخرى ، لا تستطيع الرؤية مع ألم في الرقبة ، وثالثة ، تشكو من آلام في الفك والأسنان ولا تستطيع فتح فمها ، وأخيراً ، المرأة التي تشكو من أوجاع في أطراف الجسم مع آلام في مقلة العين» .

وماد الاعتقاد حينئذ بأن سبب هذه الأعراض هو حالة الجوع ، التي يعاني منها الرحم بسبب انتقاله إلى مكان أعلى ؛ معاً أدى إلى الضغط وازدحام الأعضاء الحشوية ونتاجه العلاج بالطبع إلى إطعام هذا الرحم أو إرجاعه إلى مكانه الأصلي ، وذلك بوضع مواد وزيوت نفاذة في المهبل حتى تنقبض عضلات الرحم وتعود إلى مكانها الأصلي .

وقد ذكرت الأعراض الهستيرية في أكبر موسوعة طبية عند قدماء المصريين ، وتعني هنا بردية إيبس Ebers ، نسبة إلى العالم الألماني الذي

اكتشفها ، ويعود تاريخها إلى القرن السادس عشر قبل الميلاد ، ويتفق وصف وعلاج الأعراض الهستيرية (أمراض الرحم) مع بريدة كاهون السابق ذكرها ، وعلى الرغم من ذكر معظم الأمراض الهستيرية في كتابات قدماء المصريين .. إلا أنهم وضعوها تحت أمراض الرحم ، ولم يستعمل لفظ هستيريا إلا في كتابات أبقراط ، أبو الطب اليونانية ، الذي ولد في عام ٤٦٠ ق.م .

وقد أوضحت المخطوطات اليونانية علاقة الهستيريا بالحرمان الجنسي ، والتغيرات العضوية التي تحدث في الرحم ، ومن ثم جفاف الرحم ، وانكماشه ، ثم تحركانه للبحث عن الرطوبة في أعلى البطن ، مما يؤثر على النفس ، فإذا توقف الرحم في البطن ، فتصاب المرأة هنا بنوبات تشنجية صرعية ، أما إذا صعد إلى أعلى والتصق بالقلب ، فيشعر المريض بالتلق والاختناق والفرح ، أما إذا انعد مع الكبد فتلقد المريضة صوتها ، وتجز على أسنانها ، ويصبح لونها رمادياً شاحباً ، أما إذا وجد ملاذه في الجانب ، فتشعر المرأة بكثرة صلابة أو تورم بجانبها ، وإذا صعد إلى الدماغ فيسبب ذلك الآمأ في الرأس ، وحول العين ، والأنف ، مع الشعور بالدوار وثقل الرأس والكسل الشديد ، ويزيد على هذه الأعراض النوعية أن حركة الرحم في حد ذاتها تسبب زيادة في ضربات القلب ، وكثرة العرق مع تشنجات عضلية .

وكان العلاج عند قدماء اليونان يجرى على نظرية قدماء المصريين نفسها من إرجاع الرحم إلى مكانه الأصلي ، بواسطة الروائح أو المواد المعطرة والتفاداة بل وأحياناً خلال الكشف المهبلي .

أما في العصور الوسطى ، فقد استبعد الكهنة والفلاسفة في هذا الوقت التفسير شبه العلمي لقدماء المصريين واليونان ، وآمنوا بأن سبب هذا المرض هو احتواء الأرواح الشريرة لهؤلاء المرضى ، وأنهم فريسة لتفحص قوى خارجية سحرية ميناغيزيقية ، ولأن الشيطان قد تملكهم ، ومن هنا بدأ المرضى يعانون أشد أنواع العذاب والقسوة ، ومن ذلك خلق شعور النساء ، والالتفاف من حولهن في الشوارع ، والهجوم عليهن ، ورجمهن بالحجارة ، وأحياناً قتلهن وحرقهن أحياء ..

وكان ينظر إليهن نظرة دونية ، وكأنهن مخلوقات من كوكب آخر ، أو لابنمين لجنس البشرية بأي صلة ، وللأسف الشديد أنه حتى في القرن العشرين -

وفي زمننا الآن - ينظر الكثير من العامة لمرضى الأمراض النفسية والعقلية بعقلية القرون الوسطى المعتلّة نفسها .

وبدأت هذه الأفكار تنهار خلال القرن السابع عشر ، خاصة عندما أعلن شارل ليوا Charles Lepois طبيب الملك هنري الثاني ، أن مرض الهستيريا يصيب الجنسين خلال مراحل العمر المختلفة ، وأن مصدر المرض هو المخ وليس الرحم .

وبدأ التقدم الواضح في فهم الهستيريا خلال القرن التاسع عشر ، حيث أحرز التقدم العلمي في الفسيولوجيا والتشريح ومختلف العلوم الطبية طفرة واسعة للأمام، وفسر شاركو Charcot الفرنسي الظواهر الهستيرية كاستجابة لعوامل وأفكار نفسية في بعض الأفراد المهيأة وراثياً لذلك ، ويادر علاجها بالتنويم والإيحاء ، وأدان بالطبع استئصال الرحم أو المبيض كعلاج لهذا المرض .

وكان جانيت Janet تلميذ شاركو أول من أفاض في تفسير الظواهر النفسية المسببة لهذا المرض ، وأنها مرض في روابط الشخصية ، وأكد عوامل الانفصال بين الوعي والشعور في هذا المرضي ، ولكنه لم يتعمق في فهم معنى الأعراض .

ثم بدأ فرويد Freud بمعاونة بروير Breuer في نشر ملاحظتهما عن الهستيريا ، وأنها تبدأ إثر عوامل نفسية مؤلمة شديدة في ماضى المريض ، وعادة ما يصيب هذه الحوادث النساء ، وأن على العلاج أن يتجه إلى تذكر هذه الحوادث تحت تأثير التنويم ، ثم حاول فرويد العلاج بعد ذلك بعملية التناهي الحر، وكانت نظريات فرويد عن الهستيريا هي أساس نظرية التحليل النفسي ، وأن أسباب المرض تعود إلى صدمات جنسية في طفولة الفرد ، وقد هاجم كثير من العلماء نظرية فرويد في الأساس الجنسي لهذا المرض ، وطورها البعض الآخر .

والآن وبعد تطور الطب النفسي ، فما زال بعض العلماء ينسابلون عن الأساس العلمي ، الذي نستطيع أن نجزم به أن الهستيريا مرض نفسي مستقل عن بقية الأمراض ، وقد حلال ذلك العالم البريطاني سلاتر Slater عام ١٩٦١ ، عندما وجد أن الغالبية العظمى من مرضى الهستيريا بعد متابعتهم لمدة سنوات ، يعانون من أمراض عضوية في المخ من صرع ، قصاصم ، اضطرابات اكتئابية ، قلق عصبي ... إلخ .



كذلك فقد وجد أن العامل الوراثي وأسباب المرض متعددة ، وأن الأعراض الإكلينيكية متغيرة ، لا تنتمي إلى مجموعة واحدة ، وأن العلاج النفسى ، أو الكيمايى ، أو الكهربائى أو الجراحى لا يعطى شفاء تاماً ، وأن الشيء الوحيد الذى يتوحد تحته مرض الهستيريا هو أنه مشكلة كبرى ، وأنهى بحثه بقوله «إن لم نجد فى المريض ظواهر غير الأمراض الهستيرية ، فمعنى ذلك أننا لم نبحث بتعمق فى هذه الأعراض ، وبالطبع فقد اختلف معه الكثيرون فى هذا التطرف .

ولكن العبرة التى نأخذها من هذا البحث ، أنه يجب علينا التأنى والصبر ، قبل أن نشخص مرض الهستيريا ، وأنه إذا لم نجد علامات عضوية فى المريض نؤول بها أعراضه فلا يعنى ذلك أنه مصاب بالهستيريا ، لأن الهستيريا لها أعراضها الإيجابية وتفاعلاتها الخاص ، بمعنى أن تشخيصها ليس باستبعاد المرض العضوى ، بل بوجود علامات إيجابية فى هذا المرض .

ويجزم كل الأطباء خاصة هؤلاء الذين يعملون فى الأماكن المختلفة حضارياً ، والتي ينتشر بها الجهل أو التحميم البسيط ، يجزمون بوجود مرض الهستيريا كمرض منفصل مستقل ، وأنها تتغير تبعاً لثقافة الفرد والمجتمع ، الذى يعيش فيه ويستعرض الأعراض الهستيرية فى مصر بالتفصيل ، خلال هذا الفصل مع مقارنتها بالبلاد الأخرى ، وكيف أن التغيير الاجتماعى يؤثر ويطور هذا المرض .

### الشخصية الهستيرية :

نشأ الشخصية الهستيرية من تفاعل العوامل الوراثية والبيئية ؛ خاصة علاقة الفرد بالوالدين ، خاصة للجنس الآخر ، وهذه الشخصية هى حصيللة التخلف أو الفشل فى عملية التمزج الانفعالى ، ولانستطيع اعتبار هذه الشخصية مرضاً فى حد ذاتها ، ولكنها اضطراب فى الشخصية ، يجعل الفرد مهيباً أكثر من الشخصيات الأخرى لتكوين الأعراض الهستيرية .

ومن الصعوبة أن نحدد مدى انتشار هذه الشخصية بين أفراد الشعب ، إلا من خلال الخبرة الإكلينيكية ، والتي يحتمل أن تكون حوالى ١٠ ٪ ، ولو أنها بالطبع أكثر شيوعاً بين النساء ، ويحتمل وصول النسبة مع تباين الشدة إلى حوالى

٢٠-٢٥٪ خاصة بين النساء في مصر ، حيث تزداد هذه الشخصية نتيجة للعلاقة الخاصة في العائلة المصرية بين الوالدين والأطفال .

وتتميز الشخصية الهستيرية بالآتي :

### (١) عدم التضوُّج الانفعالي :

وعلى هنا عدم الثبات في العاطفة ، مع سطحية الانفعال ، والتغير السريع في الوجدان لأسفله الأسباب . وعلى الرغم من أن الشخصية الهستيرية تظهر وكأنها ذات عواطف صالحة فورية معبرة تضحى في سبيلها بكل الإمكانيات ، إلا أنها سرعان ما تضعد وتتبخر ، وتبحث عن عاطفة أخرى بديلة ، وكذلك تتميز علاقتها سواء في العاطفة أو للصدافة بالذبذبة السريعة ، وعدم القدرة على إقامة علاقة ثابتة لمدة طويلة ، نظراً لعدم قدرتها على المثابرة ، ونفاذ الصبر السريع .

### (٢) الانهباطية في المزاج :

وتعدد المعارف والصدافات ، وحب الاختلاط ، ولكن يتميز هذا التعدد كما سبق أن ذكرنا بالتغير ، وعدم الثبات ، فعلى الرغم من كثرة هذه العلاقات إلا أنها سطحية ، ولا تأخذ أبداً العمق الكافي للدراسة اللازمة .

### (٣) القابلية للإيحاء :

وهي سرعة تأثر هذه الشخصيات بالأحداث اليومية والأخبار العنيفة وفعالهم القوي مع هذه المؤثرات ، واهتمامهم بما قيل ويقال ، وأخذ ذلك في الاعتبار عند تقريرهم لعدة من المواقف ، مما يجعل قراراتهم تتأثر بالناحية المزاجية الانفعالية أكثر من الناحية الموضوعية ، فإذا استمعت سيدة لحديث من صديقة عن إحدى الصديقات الأخريات وسمعت ما لا ترضى ، فلانكردد في اتخاذ قرارات بقطع العلاقات معها ، مع إنشاء أسرارها واعتقائاتها ، وسبها علناً ، دون للتأكد من صحة هذه المعلومات أو حتى مناقشة الطرف الآخر في الموضوع .

### (٤) الأثباتية مع حب الظهور :

واستجلاب الاهتمام والمحاولات الدائمة لتكون محور الارتكاز ، والنظر للأمور عامة بطريقة ذاتية ، مع حب الاستعراض والعيالفة في طريقة التكلم ، والعيس ، والتبهرج ، والعمل على لفت الأنظار مع القيام بمواقف مسرحية ،

وسلوك مهالغ حتى إن لم يستدح الحال ذلك .

### (٥) عدم التحكم في الانفعال :

مما يجعلهم عرضة للذنبات الوجدانية ، والشحنات الانفعالية القوية من مزج وحماس ونشوة ، إلى اكتئاب وبكاء ورغبات ومحاولات انتحارية ، ولكن تتميز هذه الذنبات بتغيرها السريع والمفاجئ .

### (٦) الاستفزاز الجنسي :

وهي لمحاولة الدائمة لهذه الشخصية لاسترعاء الانتباه الجنسي ، للجنس الآخر ، مع تأويلها وتفسيرها لكثير من الظواهر العادية بطريقة جنسية ؛ فمثلاً أن امتدح شاب جمالها فذلك يعنى عندها أن يرغبها جنسياً ، وأنه يحاول إقامة علاقة عاطفية معها ، دون أن يكون ذلك مقصده إطلافاً ، أو أن يعتقد الشاب أن ابتسامه الفتاة له قبل المحاضرة معناها أنها تقدره ، وأنها في سبيل الوفرع في حباله ... وهكذا .

وعلى الرغم من أن معظم الرجال يتجذبون للشخصية الهستيرية نظراً لحبيبتها والفعالاتها القوية ، وجاذبيتها الجنسية وقدرتها على التعبير عن عواطفها، إلا أن جزءاً كبيراً من النساء اللاتي يتمتعن بهذه الجنسية الاستفزازية المفرطة يعانين من البرود الجنسي ، ودائماً ما يبحثن عن اللذة المفقودة ، ويصاب المرء بالدهشة عندما نعلم أن بعض ملكات الجنس في العالم ، واللاتي يثرن الشباب في جميع الأنحاء قد يعانين من هذا البرود الجنسي .

### (٧) القدرة على الانشقاق في الشخصية :

وذلك عند الحاجة ؛ إذ إنهم يمتلكون القدرة على الهروب من مواقف معينة ، بالتحلل من شخصيتهم الأصلية ، واكتساب شخصيات أخرى تتلاءم مع الظروف الجديدة ، كما يتطلب أحياناً من الممثل أو الممثلة أن تعيش في شخصية البطل أو البطلة يومياً لمدة ساعات بإعادة تأمة ، ولذا يرى البعض أن إحدى الصعانات الأساسية لنجاح الممثلة هو قدرتها على تقمص الشخصية التمثيلية ، واتماجها في هذه الشخصية ، ويتطلب ذلك انفصالها عن الشخصية الأصلية ، وهو ما تتميز به الشخصية الهستيرية .

ومما تقدم ، نستطيع أن نحدد أن الشخصية الهستيرية تصلح لتكثير من الوظائف ، التي تحتاج لعلاقة مباشرة مع الجماهير ، كالمخاطبة والعلاقات العامة والتمثيل .. الخ .

### (٨) التكوين الجسمي للشخصية الهستيرية :

ويعمل للتحافة وصغر الحجم وما يسمى بالتكوين الواهن ، ولكن ذلك لا يمنع ظهورها في التكوينات الجسمية الأخرى ، وتكثر نسبة هذه الشخصية في ذوى الذكاء المتوسط .

### العصا :

تزداد الأعراض الهستيرية في مراحل العمر المنطرفة ، فتكثر في الأطفال وفي سن البلوغ ؛ نظراً لعدم النضوج الكامل للجهاز العصبي ، وكذلك تزيد نسبتها في الشيخوخة عندما يبدأ الجهاز العصبي في الضمور ، أما في مراحل العمر المختلفة الأخرى ، فتعتدل نسبتها حسب الإجهاد والتشدة .

### فسيولوجية الهستيريا :

بنيت نظرية التحليل النفسية على أساس دراسة حالات الهستيريا ، وفهم الميكانيزمات اللاشعورية المؤدية لهذا المرض ، وتأثير الطفولة في تكوين الشخصية المصابة بهذا المرض ، والأثر القوي للمرحلة النعمية واضطراب الموقف الأوديبي ، وعدم القدرة على الانتقال للمراحل الجنسية الأخرى أثناء الطفولة ، ولكن توجد بعض النظريات الأخرى التي تفسر مرض الهستيريا على أساس فسيولوجي ؛ فقد أوضح العلماء السوفييت وخاصة بافلوف وسيشنوف ، أن هؤلاء المصابين بالهستيريا يتميزون عن غيرهم بوجود قشرة مخية ضعيفة ، والقشرة المخية تقوم بدور مهم في كنف وإحباط وتنظيم مراكز تحت القشرة في المخ .

ومن الطبيعي أن يؤدي هذا الضعف إلى إثارة هذه المراكز البدائية الموجودة فيما تحت القشرة المخية وتصبح هذه المركز دون سيطرة عليا ، وتصاب بعدم التوازن والانفجاع والتهور وتحوى مراكز الدماغ تحت اللسانية (مانحت القشرة) جميع المنعكسات غير المشروطة ، أي المنعكسات الموروثة والبدائية من أجيال بعيدة ، وفي الأفراد ذوى القشرة الضعيفة ، تأخذ هذه المنعكسات دوراً

نشاطاً خاصة تحت تأثير إحدى الشذائد .

وتظهر هذه الأعراض في هيئة بدائية ، مثل : التشنجات الهستيرية ، أو الغيبوبة الهستيرية من موقف معين ، وكذلك يمكننا تأويل الأعراض الجسمية للهستيرياً مثل العمى والشلل ، والصمم بضعف فيولوجي في خلايا اللحاء الخاصة برؤية الأعضاء العصبية .

ويلاحظ أن كثيراً من سمات الشخصية الهستيرية تتشابه مع الأطفال ، من حيث : سهولة التهيج العصبي وعدم النضج الانفعالي ، والقابلية للإيهام ونظب العوامل الانفعالية على الفكرية ، ويبدو التشابه واضحاً إذا نظرنا إليه من الناحية الفسيولوجية ، ففشرة مخ الطفل ضعيفة وواهنة نظراً لعدم نضجها وتطورها ، وكذلك تتميز الشخصية الهستيرية بضعف في قشرة المخ بسبب الاستعداد الوراثي .

**التصنيف الإكلينيكي للأعراض الهستيرية :**

تستجيب الشخصية الهستيرية أو أحياناً الفرد السوي للشذائد والإجهاد والقلق بالأعراض الهستيرية ، التي يمكننا تصنيفها إلى نوعين :

( ١ ) الاضطراب التحولي Conversion Disorders :

أي يتحول القلق والصراع النفسي بعد كبته إلى عرض عضوي أو جسمي ، يكون له معناه الرمزي ، ويكون ذلك بطريقة لا شعورية ؛ أي لا يفهم المريض المعنى الكامل لأعراضه العضوية وآلامه المختلفة ، وينفصل هذا السبب عن العرض ، ولا يستطيع المريض أن يربط بين أعراض وظروفه البيئية .

( ٢ ) الاضطراب الانشقاقي Dissociative Disorders :

وتنفصل أثناءها شخصية المريض إلى شخصيات أخرى ، يقوم أثناءها بتصرفات غريبة عنه ، أو يفقد أثناءها ذاكرته ، للهروب من مواقف مؤلمة نفسياً أو لاجتلاب اهتمام أو رعاية خاصة .

## الاضطرابات التحولية :

### ( أ ) اضطرابات حركية :

#### ( ١ ) الشلل Paralysis :

وهو من أكثر الأعراض الحركية الهستيرية شيوعاً خاصة في مصر ، ويأخذ عدة مظاهر ، فمن شلل في أحد الأطراف إلى شلل نصفي في الذراع والساقي ، إلى شلل بالساقين ، وأحياناً شلل بجميع الأطراف .

وتكون العضلات أحياناً في حالة تيبس كامل ، وأخرى في حالة رخاوة شديدة ، ويصبح المريض غير قادر على الحركة ، ويحتاج لكل العناية الطبية لمرضى الشلل العضوي ، وبالطبع يأتي المريض راجعاً في الشفاء ، جاهلاً بالأسباب الرئيسية التي أدت إلى هذا الشلل الهستيرى .

وعلينا هنا أن نميز بين هذا الشلل ، والشلل العضوي إذ إن الأخير يتميز بتغير في الانعكاسات العميقة ، مع ضعف في الأجزاء الطرفية ؛ أي يصعب على المريض تحريك أصابعه ، ولكنه يستطيع رفع الكتف . أما مريض الهستيريا ، فلا يستطيع تحريك الذراع بأكمله ، وكذلك يصاب المريض العضوي ببعض الضمور في العضلات ، ولكن يحتمل حدوث ذلك في الحالات الهستيرية المزمنة ، كذلك يكتف لنا رسام العضلات الكهربائي عن نوع الشلل ، وكذلك يصاب المريض بالشلل العضوي باضطرابات في التبول ، مع احتمال ظهور بعض القروح والتقيحات في الظهر نظراً لعدم الحركة .

ويحدث أحياناً هذا الشلل الهستيرى في حالات الحروب ؛ خاصة عندما لا يكون الجندى مقتنعاً بجدوى الحروب ، نظراً لأسباب أيديولوجية ، ويبدأ الصراع داخلياً ، هل نشترك في معركة يفتل أثناءها بعض الأبرياء لأن السياسيين أمروا بذلك ؟ أم بهرب ويعتذر ويعتبر خائناً ؟ تزداد شدة هذا الصراع وينتهي بالشلل الهستيرى ، الذى سيدخله المستشفى للعلاج ويجمعه ، ولو مؤقتاً من هذا الصراع ، ويرغب وهو في هذه الحالة في الشفاء لكي يعود للحرب ، جاهلاً بأسبابه الرئيسية . وبالطبع سينجح العلاج النفسى هنا إلى إزالة أسباب الصراع النفسى ، وكشف أعماق نفسه .

وأ تذكر حالة أتسة تبلغ من العمر سبعة عشر عاماً ، أخذت تشجع والدها على الزواج نظراً لوفاء والدتها في طفولتها ، وبقاء الوالد عزباً لتربية أطفاله ، وعلى الرغم أنه تم عقد قران هذه الفتاة ، وستترك المنزل خلال مدة بسيطة ، لكن من جراء حبها للوالد على الزواج فقد أقدم عليه ، وفي زفافه وبينما كانت تتزين ابنته جاء إليها وطلب منها المخرج لمصافحة زوجة أبيها فنهضت مع والدها ، وإذا بها تسقط على الأرض في حالة شلل بالساقين ، وتحول الزفاف إلى حزن شديد وبدأت الفتاة في البكاء بسبب هذا المرض اللعين ، وتفسير ذلك أنها لاشعورياً لا تريد بديلاً لأبها ، وهذا الشلل يمنعها من القيام لمصافحة زوجة أبيها ويعبر عن نفورها اللاشعوري من هذا الزواج .

وكذلك الشاب الذي نشأ في جو ديني شديد ، وكان والده يحذره وينهره عن الفحشاء وخاصة مزاوله العادة السرية ، ولكنه تحت ضغط كبتة الجنسي ، بدأ مزاوله هذه العادة بإفراط شديد . ولكن صراعه بين حاجاته البيولوجية ، وضعيره الديني جعله في حالة قلق واكتئاب نفسي شديد ، انتهت بإصابته بالشلل في الزواج الذي يمنعه من مزاوله هذه العادة ، وأذكر هنا تروده على الأطباء طالباً الشفاء ، جاهلاً بأسباب علته ؛ خاصة عندما ذكر الأطباء له أنها حالة نفسية حتى وضح له من خلال العلاج النفسي منشأ صراعه ، وأن هذا الشلل يحمله من الإقدام على ما لا يرضى ضميره .

وسنجد دائماً أن هذه الأعراض تخدم للفرد بطريقة لاشعورية ، ولها معناها الرمزي ، والذي يجب اكتشافه لنجاح العلاج .



المشي الهامري





تابع المشى الهستيرى



شلل نصفي هستيري



شلل هستيري في السابقين



شلل هستيري  
في الذراع الأيمن



لايستطيع الوقوف  
(شلل هستيري)



شلل نصفي هسيبي

(٢) فقدان الصوت Aphonia :

يأتي المريض هامساً لا يستطيع الكلام بل يفتح فمه ، دون أن تصدر منه أي ذبذبات صوتية ، ويعبر عن نفسه بالإشارة . وبالطبع يجب أن يميز هذا الشلل الصوتي من الحالات العضوية ، وذلك بأن نسأل المريض أن يسعل فإذا أصدر صوتاً، فإن ذلك يعني أن الأحيال الصوتية في حالة جيدة وأنها تتحرك ، وبالتالي نستنتج أن الحالة هستيرية ، ويحدث هذا العرض عندما يواجه الفرد موقفاً ، يتطلب منه الاعتراف بأخطاء أو ذلة يصعب معها مواجهة الحقيقة ، وهنا يفقد

القدرة على الكلام ويخفى ما يريد لا شعورياً ، ولكنه إذا عولج يبدأ فوراً في تدريج جميع صراعاته النفسية .

#### (٣) ارتجاف الأطراف Tremors :

وأحياناً يصحب ارتعاش الأيدي رجفة أو هزة في الرأس أو كل الجسم ، وتختلف الرعشة هنا عنها في القلق العصابي والاكنتاب وزيادة إفراز الغدة الدرقية والشلل الاهتزازي ، وغيرها من الأمراض العصبية ، بأنها تتميز في حالة الهستيريا بأنها غير منتظمة ، وتخفى عند تشتيت الانتباه ، ولها طريقة تعبيرية خاصة في أنها لا تشبه أي حالة من الحالات السابق ذكرها ، وتختلف من فرد لآخر ، وتباين شدتها حسب حالة المريض الانفعالي .

وأذكر هنا حالة المريض الذي كان يعمل في في حناعة ميكانيكة الطائرات، ويتطلب عمله مهارة يدوية دقيقة ، ويعد أن رقى أحد زملائه الأقل منه كفاءة بدلاً منه ، ونظراً لعدم قدرته على التعبير عن سخطه من هذا الظلم ، لأن عليه أن يعمل لمواجهة الحياة ، ومن جراء كونه لهذه الانفعالات ، بدأ يشكو من ارتجاف واضح في يديه ، جعله غير قادر على الاستمرار في هذا العمل ، الذي يحتاج للثبات في الأعمال اليدوية ، وكان يتردد للعلاج ، وهو على غير علم أن مرضه يعبر عن الصراعات السابق ذكرها ، وأنه أوضح احتجاجة على الموقف ورجبته في عدم العمل بعد هذه الإهانة بطريقة لا شعورية .

#### (٤) اللوازم Tics :

وتعنى هنا أي حركة عضلية فجائية تزيد في المواقف الحرجة ، وتأخذ اللازمة عدة مظاهر ، فمن رجفة في عضلات الوجه ، إلى ارتعاش في جفون العين ، إلى حركة الرقبة أو الرأس فجأة إلى الجانب ، كذلك المبالغة في حركة اليدين أو اللعب بالشارب ، أو في الشعور أو ضبط ربطة العنق ، أو تسليك الحلق...إلخ ، إلى محاولة تنظيم الملابس ، ويجب أن يميز بين اللوازم الهستيرية وما يحدث بعد الحمى المخية من لوازم لها طابعها الخاص .

#### (٥) النوبات الهستيرية Hysterical Fits :

وهي من أكثر الأعراض شيوعاً ، خاصة في الشخصيات الهستيرية ،

وتتراوح شدة هذه النوبات من إغماءة بسيطة إلى تهيج عصبى مع تحطيم كل ما أمامها ، وأحياناً تأخذ طابعاً معيماً ، ويصعب تفريقها من النوبات الصرعية ؛ خاصة إذا كان المريض قد مارس العمل فى وحدة طبية أو رأى من قبل نوبات صرعية ، فهنا تتشابه النوبات ، والتميز بين النوبات الهستيرية والصرعية له أهميته البالغة ؛ نظراً لاختلاف العلاج والوقاية وطبيعة العمل فى الحالتين ، وتميز النوبة الهستيرية بالآتى :

( أ ) تحدث عادة فى وجود كثير من الأقرباء ، وبعد أزمة انفعالية بعكس النوبة الصرعية ، التى تناب المريض فى أى وقت بغض النظر عن الراتين وأحياناً أثناء النوم .

(ب) لا يؤذى المريض نفسه أثناء النوبة الهستيرية ، كما يحدث الصرع من عض اللسان ، وقطع الشفة وكسر بعض الأسنان أو العظام أو الوقوع على آلة حادة وإصابة المريض .

(ج) نادراً ما يتبول المريض على نفسه أثناء النوبة الهستيرية ، ولكنها غالباً ما تحدث فى الصرع .

( د ) تأخذ النوبة الصرعية شكلاً معيماً ، فتبدأ بصرخة من المريض يعقبها وقوعه فجأة على الأرض ، مع تيبس وتخشب كامل فى كل جسمه ، ثم تبدأ عضلاته فى الاختلاج بشدة ، بعض أثنائها لسانه ، أو يتبول على نفسه ويرزق لونه ، ثم يبدأ بعد ذلك فى التنفس بشدة مع ظهور رغاوى أحياناً يصحبها بعض الدم ، ويستمر المريض فى غيبوبة بعد ذلك لمدة دقائق ، تمتد أحياناً إلى نصف ساعة بغير بعدها فى حالة صناع ونعاس وإرهاق جسمى تام .

ولاستطوع أن نوقف هذا التناوب من الظواهر الإكلينيكية بأى تدخل منا ، أما فى النوبة الهستيرية فيقع المريض على الأرض دون أى أذى وأحياناً تزيد سرعة تنفسه ، وتتشنج أطرافه ولكن لا يتغير لونه وإن لمسه أهد فإنه يثور ويهيج ويكسر ماحوله ويخبط برجليه فى الأرض ، ثم يفيق بعد ذلك فجأة فى حالة سليمة سوية بعكس الصرع ، وما نراه فى كثير من السيدات اللاتى يصيبن إغماءات بعد

انفعالات شديدة ، ثم يعذن لوعيهين بعد شم الروائح أو المنشادر ، ماهو إلا نوبات هستيرية أو أحياناً من فرط التنفس .



نوبة هستيرية

وأعتقد أن هذه النوبات منتشرة بين سيداتنا العسريات ؛ للتعبير عن صراعات داخلية في حياتهن الزوجية والعاطفية ، والهروب من مواقف حرجة ، أو للحصول على الاهتمام والحنان الكافي . وبدأت نسبة هذه النوبات في الزيادة

بين العمال في المصانع ، التي بها ماكينات ضخمة حيث يصاب العامل بالنوبة ، كلما بدأ في العمل على الماكينة ، وإذا ابتعد عن هذا العمل ، تختفي هذه النوبات ، على الرغم من رغبة المريض الشعورية في الاستمرار بالعمل على الماكينة ؛ حيث إنها تدر عليه رزقاً أكثر ، ولكنه الصراع بين حاجاته الدفينة والمطالب اليومية ، وكلنا قد شاهدنا أثر المنازعات الزوجية ، والتي تنتهي عادة بنوبة هستيرية من الزوج أو الزوجة حسب شخصيتهما .

#### (٦) الغيبوبة الهستيرية Hysterical Coma :

ويصاب المريض هنا بغيبوبة تشبه النوم الطبيعي ، ولا يستجيب لأي مله ولا يبرد على أي أسئلة ولا يأكل أو يشرب ، ويحتاج لرعاية خاصة لعمليات التبول والتبرز والتغذية ؛ خاصة إن طالّت مدة الغيبوبة ، وتعتبر هذه الحالة عن الهروب من الواقع .

وأحياناً ما تأخذ مظهراً أقل شدة وهي كثرة النوم ، ونرى ذلك كثيراً في الطلبة أثناء دراستهم آخر العام استعداداً للامتحان ، ومواجهتهم لصعوبة المواد وقصر الوقت وقلق الامتحان وضغط العائلة ، فينام ظهراً عدة ساعات حتى يصحو للاستذكار طوال الليل ، ثم يبدأ في الدراسة فينتاب ويغلبه النعاس وينام نوماً عميقاً ، ويشكر لأمله من هذه الأعراض وينردد على الأطباء للعلاج من هذه الظاهرة ، حتى لا تفوته السنة ويفقد أمله في النجاح ، وماتك إلا ظاهرة هستيرية ، معطاه عدم قدرته على مواجهة صراع الامتحان والاستذكار .

ويجب علينا أن نميز بين الغيبوبة الهستيرية وغبوبية الاكتئاب والهوس والنصام الكاتونى ، وغبوبية البولينا والسكر وغيرها من الأسباب العضوية .

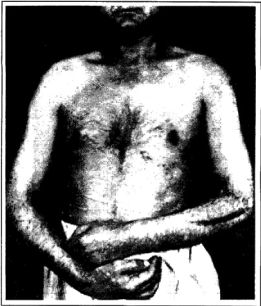
#### (٧) الاضطرابات الجلدية Dermatitls Artefacta :

هذه الحالات نادرة ، ومن مظاهرها أن تبدأ المريضة في الحفر في جلدتها بأظفارها ؛ حتى تصل إلى عمق يسبب ألماً ونزيفاً من الجلد ، أو تبدأ في استعمال آلات حادة في عمل شقوق في جلدتها . وإحدى المريضات كانت تبدأ في قطع جلدتها ، كلما أحببت والدتها أي رغبة لها أو حرمتها من الحنان ؛ مما سبب لها ندبات في ذراعيها ، وأخرى تفرز الإبر في ثديها لاشعورياً للتعبير عن كبتها الجنسي .





أذى ذاتي هستري



أدى ذاتي هسبري

(A) الجوال أو السير الهستيرى Hysterical Gait :

نلاحظ أن لكل مرض عضوى فى الجهاز العصبى من شلل نصفى إلى الشلل الاهتزازى ، وكذلك التصلب المتناثر ... لكل من هذه الأمراض طريقة سير مميزة . ويمكن للطبيب الأخصائى أن يشخص المرض فور رؤية المريض وهو يسير ، أما فى الجوال الهستيرى ، فيبدأ المريض فى السير باهتزازات شديدة ، وكأنه تحت تأثير أحد المخدرات أو الضعور ، ويترنح ويتعادل على الجانبين ، أو كما يؤمن بعض العامة أنه قد تقمصه بعض الجان أو العفاريت ، ومن السهولة تمييز الجوال الهستيرى عن بقية الأمراض العضوية .

(٩) اعوجاج الرقبة Torticollis :

كثيراً ما يصعب الفرد صباحاً ليجد ألماً شديداً فى الرقبة ، وبالتالي لا يستطيع تحريكها ، وتأخذ وضعاً على أحد الجانبين . وأسباب اعوجاج الرقبة متعددة ، فمن روماتيزم فى العضلات إلى انزلاق غضروفى فى الرقبة ، وكذلك تورم فى الغدد اللعابية .

ولكن علينا ألا ننسى أن من أسباب المرض الشائعة الهستيريا ، وهى فى هذه الحالة تصبح صعبة العلاج وتحتاج لعدة طويلة لمعرفة الأسباب الدقيقة والمعاني ، التى يرمز إليها العرض الهستيرى ، كالزوجة التى تصاب باعوجاج فى الرقبة ناحية اليسار ؛ لأن زوجها ينام على يمينها ، وهى بذلك تتجنبه لاشعورياً ، وإن سألتها عن حياتها الزوجية فتصف شعورياً رضامها وسعادتها .

تصلب هشيري  
في الساق الأيسر



تقلص هشيري  
في الأصابع



## (ب) اضطرابات حسية :

### (١) فقدان الإحساس Anaesthesia :

لا يشعر المريض هنا بأي ألم عند لمسها بألة حالة ، أو حتى عند حرقه ، وأحياناً يكون ذلك في كل الجسم ، وأحياناً في أماكن متفرقة ، وعادة ما يصحب فقد الإحساس في الجزء المصاب شك هستيري .

ويتعرض هؤلاء المرضى لكثير من الأذى ؛ حيث إن البعض خاصة بعض الأطباء يعتقدون أن هؤلاء المرضى يدعون المرض ، ولهذا يحاولون إضافة المريض بوضع الدبوس بكامله في الجلد أو يحرقه بالسيجارة ، وبالطبع لا يشعر بأي ألم ، وهذا يحاول الطبيب إيفاد المريض إلى أحد الأطباء النفسيين .

ويختلف فقدان الإحساس الهستيري عن العضوى بأن الأخير يشعر بالألم ، ولكن بطريقة خفيفة خاصة إذا قارنا الألم بجزء سليم في الجسم .

أما في الحالة الهستيرية ، فإن المريض يفقد جميع الإحساسات ، وينكر تماماً إذا أغمض عينيه أى شعور بالألم ، كذلك يأخذ المرض العضوى توزيعاً تشريحياً وفسولوجياً لا يتوافر في المرض الهستيري ، فيشكو مريض الهستيريا فقدان الإحساس في الجانب الأيسر من الجسم ، من أعلى الرأس إلى أخمص القدم ، وهذا ما لا يحدث أبداً في المرض العضوى .



عدم الإحساس الهستيري (إبر في الجلد)

### (٢) العمى الهستيرى Hysterical Blindness :

يبدأ ذلك فجأة بعد صدمة انفعالية شديدة ، يرغب الفرد لاشعورياً في عدم تذكرها أو رؤيتها ، فيفقد البصر ، وبالطبع لا توجد علامات عضوية عند الكشف الطبي على العين واستمر الحدة في الاستجابة للضوء ، وعادة ما يتجنب المريض في سيره الأشياء التي يحتمل أن تزدنيه ، ويعبر هذا المرض عن الرغبة اللاشعورية في زوال الرؤية البصرية لأحداث مؤلمة ، كهذه الفتاة التي فقدت أبصارها ، بعد رؤية زوجها في ليلة زفافها في وضع سخز مع شقيقتها ، فقدت الذاكرة لهذا الحادث وأصابها العمى ، واستمرت في حياتها الزوجية ، وعند علاجها ، وتذكرها للحادث ، ووضوح الرؤية أمامها ، واجهت الواقع وطالبت بالطلاق ، وذلك بعد أربعة عشر شهراً من الزواج .

وأذكر السيدة التي دأوم زوجها على إهانتها بمعاكسة الفتيات أمامها ، مما سبب لها إذلالاً شديداً ولم يكن وضعها الاجتماعي يسمح لها بالانفصال ، حتى قاآنه يوماً مع أحد الشغالات في المنزل فقدت الإبصار وكذلك الذاكرة .

### (٣) الصمم الهستيرى Hysterical Deafness :

هنا تفقد المريضة فجأة قدرتها على السمع ، ولكننا لانجد بالكشف العضوى النفيق على الأذن أى علامات عضوية . وكالعمى الهستيرى ، فالمريض يرغب لاشعورياً في عدم الاستماع لحوادث أو أخبار مؤذية أو مؤلمة ، وأذكر هنا المريضة التي كان زوجها يدأوم على المكالمات التليفونية مع السيدات ، ويغازلهن علناً أمامها وفجأة وجدت نفسها مصابة بالصمم ، وقد دأومت هذه المريضة على زيارة أطباء الأذن لمدة طويلة وسافرت للعلاج ، قبل اكتشاف السبب الرئيسي لمرضها ، ورغبتها اللاشعورية وصراعاتها النفسية .

### (٤) فقدان التذوق أو فقدان الشم الهستيرى :

يفقد المريض هنا قدرته على تذوق الطعوم المختلفة ، على الرغم من اختفاء أى سبب عضوى ، أو أحياناً يفقد قدرته على الشم ، لرغبة لاشعورية مصحوبة بشحنة وجدانية قوية لها علاقة بالتذوق أو الشم .

(٥) الآلام الهستيرية :

هي من أكثر الأعراض الهستيرية شيوعاً، وغالباً ما تعالج وتشخص هذه الآلام بطريقة خاطئة ، ويستمر المريض في التردد على الأطباء ويعالج من كسل في الكبد، «روماتيزم» «ضعف عام» «عصبى في المصراع» «صداغ نصفى» «التهاب في المعدة» «مرض في البروستاتا» «احتقان مزمن في اللوزتين» .. وهكذا.

والسبب الرئيسى في هذه الآلام هو مرض الهستيريا ، إذ إن هذه الآلام تجذب له الاهتمام ، وتعطيه الرعاية والحنان اللازم ، وتنتشر هذه الآلام بين الزوجات للتعميمات في حياتهن الزوجية ، أو في الرجال الذين يواجهون مشاكل دائمة في عملهم مع رؤسائهم أو زملائهم ، أو في هؤلاء الذين لم تتح لهم الحياة فرصة لتحقيق رغباتهم وطموحاتهم ، أو عندما تكون قدرات الشخص أقل من الأعمال المتروكة إليه ، أو لدى الطلبة الفاشلين في الدراسة ، حتى يكون لديهم العذر الكافى لمواجهة هجوم العائلة والأصدقاء عند الرسوب أو بعد صدقات انتعالية شديدة .

وفي أحد أبحاث المؤلف ، جمع عدداً كبيراً من هؤلاء المرضى ، والذين تعرضوا لعمليات جراحية مختلفة بسبب آلام هستيرية فكثير منهم قد ليس نظارات على عينيه وأزيلت أسنانه واستبدلت بطاقم صناعى ، وأجريت عمليات كي في الجيوب الأنفية ، وأزيلت اللوزتان ، وكذلك الزائدة الدودية ، وفي البعض الآخر استؤصلت المرارة ... وهكذا اعتقاداً بأن هذه الأعضاء هي السبب الأسمى للآلام، وبعد كل هذه الإجراءات ينصح له بالذهاب إلى الطبيب النفسى ، حيث إن الآلام نفسية ؟.. وبالطبع يكون المريض قد فقد الثقة في الشفاء وفي الأطباء ، وأصبح في حالة نفسية أليمة .

ولايعنى ذلك أن آلام المرض كلها هستيرية ، بل أحياناً ما تكون الآلام عضوية ولكنها مقلدة بالطابع الهستيرى ، ولكن يجب أخذ ذلك في الاعتبار عند الفحص الطبى ، خصوصاً إذا كان المريض أو المريضة تضر بأزمات وجدانية أو اجتماعية أو اقتصادية ... إلخ ، مع عدم وجود علامات عضوية عند الكشف الطبى .



### (ج) اضطرابات حشوية :

#### (١) الصداع :

لا يساءل الفرد عند إصابته بالصداع أو أي ألم في الرأس عن سببه ، خاصة إذا كان هذا الألم متكرراً ، بل يتناول بعض مهندات الألم كالأسبرين ، حتى يتحسن ويكرر الشئ نفسه بعده بأيام ، أو أحياناً بعدها بساعات .

ومن أسباب الصداع النفسية التلق والاكئاب ، ولكن الهستيريا تلعب دوراً مهماً في نشأة هذا المرض ، وكلنا نذكر الطلبة آخر العام الدراسي ومعاتاتهم من الصداع ، على الرغم من رغبتهم الشعرية في الاستذكار ، ولكن هذا الصداع القائل يمنعهم من مواصلة التحصيل الدراسي ، وهنا تظهر عمليات الدفاع اللاشعوري ، حتى لا يواجه الحقيقة في إهماله للدراسة طوال العام وعدم قدرته على الانتهاء من المقررات أو العكس ، فعلى الرغم من استذكاره طوال السنة الدراسية ، إلا أنه اكتشف أنه لن يحصل على تقدير الامتياز الذي يتعمه ، وأن هذا الصداع كفيل بإعطائه ذلك التقدير اعتباراً لكرامته وذكائه .

وكثير من السيدات يبدأن في المعاناة من الصداع في الأيام ، التي يحاول فيها أزواجهن عملية الاتصال الجنسي أو في الأيام التي تعقبها ، ويكون ذلك تعبيراً عن السخط وعدم الرضا ، ومحاولة للهروب من العملية .

#### (٢) الغثيان والقيء الهستيرى :

هو تعبير عن الأشمزاز أو عدم قبول موقف معين ، ويمر المرضى من هنا النوع بسلسلة من الأبحاث الطبية لاستبعاد القرحة والأورام ... إلخ ، وينتشر أثناء العملية الجنسية كرمز لاشمزازهن من الأزواج .. وأنكر الزوجة التي يصيبها القيء عند تناولها أي طعام بمنزلها ، واختفاء هذا العرض عند تناول الطعام في الخارج ، فذلك أن منزلها هنا يمثل لها شعوراً بالضغط والتقرز .

وأحياناً ما يعبر القيء الهستيرى عن الرغبة في الحمل لما يصاحبه في أول الأمر من بعض هذه الأعراض ، وقد اعترضت إحدى المريضات على هذا التفسير ، فقد كانت تعاني من انتفاخ في البطن ، وصدر أصوات غريبة من الداخل ، مع شعور بالغثيان والقيء ، وعند أخذ التاريخ المرضي ، وجد أن شقيقتها

الصغيرتين تعانيتان من القئ نظراً لحملهما ، وجميع من بالمنزل ينصحونها بالزواج وهي ترفض بشدة حتى تنتهي من دراستها ، وهنا يدور الصراع بين الرغبة في إنهاء الدراسة والرغبة في الزواج .

وقد عبر هذا العرض عن الرغبة اللاشعورية القوية في الزواج ، على الرغم من نفيها لذلك شعورياً ، وعلى الرغم من اعتراضها على هذا التفسير .. إلا أنها عادت بعد أسابيع تعدد الله أن هذه الأعراض قد اختفت ..

(٣) الحمل الكاذب :

وهو وجود أعراض الحمل كاملة مع انقطاع الطمث وانتفاخ البطن ، دون جود حمل حقيقي ، وتستمر المريضة هنا في الحمل أكثر من تسعة شهور فنبدا العائلة في الانزعاج والتساؤل ، ويتبين بعد ذلك أنه الحمل الكاذب . وينتشر هنا الاضطراب بين سيدات الزيف حيث تعطى عملية الإخصاب والحمل أهمية بالغة ، ويكون سبب انتفاخ البطن رخاوة في عضلات جدران البطن .

### فقدان الشهية العصبي أو رفض الطعام العصبي

#### Anorexia Nervosa

ويبدأ هذا المرض خاصة في الأنسات المراهقات ، ونادراً ما يصاب به الرجال ، وتدمج الآن تحت اضطرابات الأكل منفصلة عن الهستيريا ، ويظهر المرض بعد صراع نفسي بشأن الخطوبة أو الزوج أو خيبة أمل بالنسبة لعمل ما .

ومن الناحية التحليلية يبدو كثير من هؤلاء المريضات ، وكأنهن يربطن بين البهانة والحمل ، وبالتالي بالجنس الذي ينفرن منه ويحاولن كبته ، وعادة ماتعاني مريضات فقدان الشهية العصبي من البرود الجنسي .

ونسبة انتشار المرض بين النساء والرجال تصل إلى ١:٨ ، وتدل الأبحاث الحديثة عن وجود رهاب مرضى من الوزن ، وكذلك اضطراب في إدراك المريضة لحدود جسمها ، إذ إنها ترسم نفسها ، على الرغم من الهزال الشديد وكأنها طبيعية أو تميل إلى السمنة . وحتى الآن لا توجد علامات واضحة في اضطراب إفراز الغدد الصماء إلا بعض هرمونات الهيبوثلاموس ، وإن كان البعض يعتقد أنها ثانوية وليست الأساس .

ويتميز المرض بالآتي :

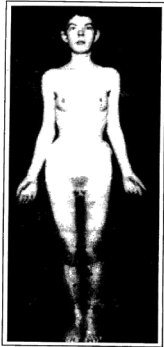
( أ ) رفض الطعام وليس فقد الشهية كتسمية المرض ومقاومته بكل الطرق ، على الرغم من جميع التسهيلات وأحياناً بأخذ مسهلات أو بوضع الأصبع في الفم لإرجاع الطعام ، أو بعمل مجهود جسمي ورياضي يفوق القدرة العادية ، أو باستعمال أقراص التخسيس المختلفة .

(ب) توقف الطمث .

(ج) فقدان الوزن الواضح لدرجة الهزال .

كذلك يبدو الجلد جافاً نقيماً ، وينخفض ضغط الدم ، ونصاب الأطراف بالبرودة وبعض الزرقة مع إمساك شديد . ويتشابه هذا المرض مع نقص إفراز الغدة النخامية ، ولكنه يتميز هنا بأنه على الرغم من المنصف الشديد والهزال الواضح على المريضة إلا أنها تتمتع بحيوية ونشاط عقلي وجسمي ، لا يتوافر في مريضة الغدة النخامية ، وغالباً ما تتميز الشخصية بعدم التصوج الانفعالي كالشخصية الهستيرية والحدية ، ولكن أحياناً ما تكون الشخصية فهريّة .

ويقابل الأطباء صعوبة شديدة في علاج هؤلاء المريضات ، بل وتصل نسبة الوفاة في مثل هذه الحالات إلى حوالي ١٥ ٪ ، ويتحول المرض إلى درجة مزمنة في ٥٠ ٪ من المريضات .



فقدان الشهية العصبي



صورة حرارية لتوزيع الدهن في السمعة

ويجب دخول المريضة المستشفى ومكوثها في السرير ، وإعطائها كميات كبيرة من المهدئات والمطعمات مع الأنسولين ، وطعاماً خفيفاً مغوياً بالمراد والفيتامينات اللازمة ، ثم نبدأ بعد ذلك في عملية التفريغ النفسى ، وكشف الدوافع النفسية لهذا الانتحار البطئ ، ويجب إخفاء حقيقة وزنها خاصة في بدء العلاج . وتحتاج المريضة إلى رعاية نفسية طويلة .

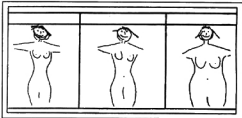
والعلاج الأساسى الحديث هو العلاج السلوكى المعرفى ؛ حيث إنه يوجد خلل في النظم المعرفية لدى هؤلاء المرضى من الضوف الشديد من السمعة والإدراك المرضى بصخامة حجمها على الرغم من هزالها ، وتعجيد وتعظيم دور الخدعة حيث يلتحقن بالهاليه أو سباق الماراثون ، أو العمل كموديل .

وينتشر المرض في المجتمعات التي تجعل مقياس الجمال مواكباً للتخافة ، ولذا نلاحظ انتشارها في مصر والبلاد العربية والأوروبية ، ونحتاج المريضة حسب أعراضها لمضادات القلق ، أو مضادات الاكتئاب ، وأحياناً مضادات الذهان، وقد نحتاج الحالات المصاحبة لاكتئاب شديد ومبول انتحارية لجلسات الكهرباء .

### النهم (الشراهة) العصبي Bulimia Nervosa

وتدرج أيضاً تحت اضطرابات الأكل ف. ٥ ، وهذا الاضطراب على صلة وطيدة بفقد الشهية العصبي ، وعادة ما يكون وزن المريضة معتدلاً أو تميل إلى السمنة ، ويتميز بنوبات من الشراهة في الطعام خاصة السكريات والنشويات ، وتناول كميات كبيرة وبعدها محاولة البده في القي بوضع الأصبع في الفم ، وقد دلت الأبحاث الحديثة على انتشار هذا المرض بين المراهقات وصغيرات السن .

ويفيد هذا العلاج السلوكي المعرفي وله أساليبه الخاصة ، ولكن يستجيب هذا المرض لمجموعة (SSRI) مثبطات استرجاع السيروتونين ، حيث إن الشهية تزيد مع انخفاض نسبة السيروتونين في المخ ونقل الشهية مع زيادة السيروتونين ، وأكثر مريضات هذا الاضطراب شهرة هي الأميرة ديانا مطلقاً الأمير شارلز ولي عهد بريطانيا .



فقد الشهية العصبي

« كما أرى نفسي إن أصبح »

« كما يراني الآخرون »

« كما أرى نفسي »



فقد الشهية العصبي

### السعال الهستيرى :

يبدأ بعد صدمة وجدانية شديدة ، ولاتفيد هنا العقاقير المضادة للسعال ، لأن السعال هنا يعبر عن رغبة لاشعورية في النفور من حدث ما ، أو الاحتجاج على مراقب لا يستطيع المريض أن يفصح عنه بصراحة .

### البرود الجنسي وآلام الجماع والتقلص المهبلى :

عادة ما يكون سبب هذه الأعراض هو الشخصية الهستيرية أو مرض الهستيريا ، ويتضح ذلك عند بدء الزواج وتقلص عضلات الفخذ في الزوجة عند البدء في الجماع الجنسي ، أو العواطف الطفولية ، مما يصعب على الزوج إزالة

غشاء البكارة ، وإن حدث وتم إزالته بواسطة أطباء النساء فستواجه الزوجة بعد ذلك الأم الجماع الجنسي والبرود ، وتشكل الحالة أزمة عائلية تهدد استمرار الزواج ، خصوصاً إذا لم تعالج الزوجة لمعرفة سبب نفورها من الجنس ، والمرض هنا ليس في المهبل ، ولكنه في التفكير والسلوك ، ولذا فيفيد هنا العلاج السلوكي المعرفي .

- التجشؤ ، الزغطة (الفواق) انتفاخ البطن ، الكثرة الهسيرية في العلوم ، الإمساك ، الإسهال ، كثرة التبول ... وغيرها من الأعراض التي يمكن تشابهاها بجميع الأعراض العضوية ، ولكل عرض معناه الرمزي فهذه السيدة التي بدأت تتجشأ بشدة طوال النهار ، بعد افتراق زوجها بزوجة أخرى ، فالتجشؤ هنا احتجاج وسخط ونفور من تصرفات زوجها ... وهكذا .

#### الاضطرابات الانشغالية :

عندما يزداد القلق ويصبح غير محتمل ومحطماً لكيان الفرد .. هنا تبدأ بعض وظائف الشخصية في الانفصال عن الأصل ؛ لحماية الإنسان ، بالأعراض الآتية :

#### ( ١ ) فقدان الذاكرة (التساوية) Amnesia :

وهي من أهم الحيل التي يلجأ إليها الإنسان عند مواجهة الشدائد ، وفقدان الذاكرة عملية نشيطة لايعنى بها مجرد النسيان ، وعبادة مايفقد المريض ذكرته فجأة وأحياناً يستمر ذلك لمدة ساعات أو أيام أو شهور ، ولامانع من أن يتصرف أثناء هذه الفترة كأى إنسان سوى .. إلا أنه فاقد الذاكرة بالنسبة لبعض الأحداث .

وأذكر المريض الذي كان يعمل بتهديب بعض البضائع من ليبيا إلى مصر ، وبعد تسليمه كل العواد التي وضع فيها كل ثروته إلى أحد زملائه في العمل .. اختفى هذا الزميل ، ولم يستطع المريض تحمل الصدمة ، ففقد الذاكرة لكل الأحداث السابقة وكذلك اسمه ، وكثيراً مايقبض رجال الشرطة على بعض الأفراد في الطريق للتشرد ، ويسألهم عن أحوالهم لايتذكرون أى شيء بل ويعطون أنهم لايتذكرون حتى أسمائهم .



وهنا يعتقد البعض أنهم يدعون المرض ، ولا يعقل أن ينسى فرد اسمه ، تبدأ معاملتهم بالقسوة والغلظة دون جدوى .

ويختلف فقدان الذاكرة الهستيرى عن الأمراض العضوية في أن المريض بالهستيريا يتذكر كل ما يحدث ، ماعدا فترة معينة في حياته . أما المريض مثلاً بخرف الشيخوخة ، فيتذكر الماضي ، ولكنه لا يستطيع أن يخزن المعلومات الحديثة وما فعله أمس أو ما تناوله في الإفطار ، ولهذا فهو يتكلم دائماً عن أيام الماضي ؛ لأنه لا يتذكر أيام الحاضر ، أما فقدان الذاكرة الذي يصاحب ارتجاج المخ أو النوبات الصرعية ، فعادة ما يكون للفترة السابقة على الحادث فقط

نلاحظ في الاضطرابات العضوية ، أن هناك عادة علامات أخرى لاضطراب الجهاز العصبى ، بالإضافة إلى علامات واضحة ومنسقة من نشوش الوعي وسوء الاهداء ، وإدراك مشذب ، ويشير فقدان الذاكرة القريبة جداً أكثر إلى حالات عضوية ، بغض النظر عن أى أحداث أو مشكلات محتملة .

أما فترات التعطيم المرفقة بسبب سوء استخدام الكحول أو العقاقير ، فترتبط ارتباطاً وثيقاً بفترة سوء الاستخدام ، ولا يمكن استرجاع الذاكرة المفقودة ، كما لا يتضمن فقدان الذاكرة نفسياً حالة فقدان الذاكرة قصيرة المدى ، التي نشاهدها في حالة النساوة (زملة كوساكوف) ، والتي يبقى فيها الاسترجاع الفوري سليماً ، ولكن نضوب القدرة على الاسترجاع بعد دقيقتين أو ثلاث دقائق .

وفقدان الذاكرة الذي يلي ارتجاج المخ أو إصابة الرأس الخطيرة عادة ما يكون أثره تراجمى الاتجاه ، وقد يكون أثره في الحالات الشديدة لأمسى الاتجاه أيضاً . أما فقدان الذاكرة الانشاقى ، فعادة ما يكون تراجمى الاتجاه بالأساس .

وفقدان الذاكرة الانشاقى هو الوحيد الذى يكون تعديله بواسطة الإيحاء التدرىمى أو بالتفريغ النفسى ، أما فقدان الذاكرة ، الذى يلي النوبة في مريض الصرع . وفي حالات الغيبوبة أو الخرس الأخرى ، التى نشاهدها أحياناً في الأمراض الفصامية أو الاكتئابية فيمكن تمييزها عادة بواسطة الخصائص الأخرى للمرض الأساسى .

أما التمييز الأصعب ، فيكون في حالات التقليد الواعى لفقدان الذاكرة (التمازج) . وقد نحتاج هنا إلى تقويم متكرر وتفصيلي للشخصية قبل المرض

ولدواعي المريض ، وعادة ما يصاحب التقليد الواهي لفقدان الذاكرة مشاكل واضحة خاصة بأموال ، أو خطر الموت في زمن الحرب أو أحكام محتملة بالإعدام أو السجن .

### ( ٢ ) الشرود الهستيرى Fugue :

يبدأ الشرود بتغيير واضح في الوعي ، ويبدو المريض ، وكأنه مدفوع بقوة داخلية للإتيان بأعمال وحركات بعيدة عن طبيعته ويتجول المريض في الأماكن المختلفة ، ويقوم بمختلف أنواع النشاط مع فقدان الذاكرة لما أتى به من أعمال فيبدأ صباحاً في الذهاب للمصنع ، ثم يفيق فجأة ليجد نفسه في قريته ، أو يستعد الطالب للذهاب للامتحان ، ثم يكتشف نفسه بعد بدء الامتحان بساعتين في مكان آخر ، ويهربول إلى الامتحان ولكن بعد فوات الوقت ... وأحياناً تستمر حالة الشرود لمدة أيام أو شهور .

وهي إحدى القضايا الحديثة تزوج المريض أثناء فترة الشرود ، ثم سلم نفسه للشرطة بعد شفائه التلقائي من المرض ، وأحياناً يقوم البعض بالاعتداء أو القتل أثناء الشرود ، وللقانون أحكامه الخاصة بالنسبة لهذه الحالات إننا أمكن إثباتها .

ويظهر الشرود في عدة أمراض نفسية وعقلية وعضوية ، ويجب التمييز بينها ، بالترويم أو تحت تأثير الجلسات النفسية التخديرية .

من أجل التشخيص المؤكد يجب أن يتوافر التالي :

( أ ) سعات فقدان الذاكرة الانشغافى المتشأ .

( ب ) ارتحال هائف يتجاوز النطاق اليومي ( يجب أن يتم التمييز بين الارتحال والتجول حسب الأعراف المحلية ) .

( ج ) المحافظة على رعاية أولية بالنفس (مثل الأكل والاعتسالم ... إلخ) ، والتعامل الاجتماعي البسيط مع الغرباء ( مثل : شراء التذاكر أو البنزين ، أو السؤال عن الاتجاهات ، أو طلب وجبات الطعام ... إلخ ) .

### ( ٣ ) تشوش الوعي والهذيان الهستيرى :

وهنا تتفاوت درجة اضطرابات الوعي ، فأحياناً يهذى المريض بكلمات غير مفهومة ، ثم يتكلم لغة خاصة به ، مما يجعل العامة يعتقدون بنقص أحد

الأرواح الشريرة له ، وإبعادها بالبخور والسحر والزار ... إلخ . ويصل أحياناً اضطراب الوعي إلى حالة السبات الهستيرى ، وفيها يتوقف الفرد عن أى حركة ، ويصبح فى حالة من التأمل والتعمق الذاتى والنشوة ، وكأنه متصل بعالم آخر ، ونجد ذلك فى محترفى اليوجا وفى بعض الفلاسفات التصوفية والمجذوبين دينياً .

#### (4) الغشبية (التجلى) والتلبس (المن)

##### Trance and Possession Disorder

تتميز بقندان عابر للإحساس بالهوية الشخصية والإدراك الكامل للعالم المحيط . وفى بعض الأحوال يتصرف الفرد ، وكأن قد تملكته شخصية أخرى أو روح أو إله أو قوة . وقد يقتصر الانتباه والإدراك ، أو يتركز على واحد أو اثنين من أوجه المحيط المباشر .

وكثيراً ما توجد مجموعة محدودة ، ولكن متكررة من الحركات والأوضاع والتعميمات . وتدرج هنا فقط حالات التجلى غير الإرادية وغير المرغوب فيها ، والتي تتداخل مع النشاطات العادية ذلك ؛ لأنها تتجاوز (أو تزيد عن) المواقف المقبولة دينياً أو حضارياً .

يسعد الحالات المصاحبة لاضطرابات ذهانية حادة وعابرة ، اضطراب شخصية عضوى ، زملة مابعد ارتجاج المخ ، أو تسمم بمادة نفسية فعالية ، فسام .

#### (5) الجوال الليلي أو السير أثناء النوم Somnambulism :

ينتشر هذا المرض بين الأطفال ، ولكنه إذا استمر بعد البلوغ ، فيدل على وجود صراع نفسى لا تظهر خصائصه إلا أثناء النوم ؛ نظراً للكبت الشديد لصراع معين يعانى منه الفرد .

ومع قوة الحيل الدفاعية اللاشعورية أثناء اليقظة ، يبدأ المريض فى التعبير عن انفعالاته أثناء النوم ، ويسهر الدائم أحياناً مغلق العينين ، وأحياناً أخرى مفتوحهما ، وأحياناً يرد على بعض الأسئلة . وقد لوحظ أن البعض يحاول الانتحار أو الاعتداء على الآخرين أثناء نومه ؛ نظراً لعدم قدرته على الإتيان بهذه الأعمال أثناء اليقظة . ولاصحة لما يشهده الناس من أن إيقاظ هؤلاء المرضى يكون خطراً

على حياتهم . وتسعفى الذاكرة هنا بحالة المريضة التي كانت تعندى على زوجة أبيها أثناء نومها ، ويصاحبها الترم والتعجب أثناء اليقظة ؛ نظراً لحبها الشديد والمطف الزائد التي توليها به زوجة أبيها .

### (٦) تعدد الشخصيات Multiple Personalities :

يظن البعض أن مرض الفصام هو ازدواج الشخصية ، وذلك خطأ فادح ؛ إذ إن المرض هستيرى ، ويختلف فى أسبابه ونشأته ، والأمثلة كثيرة فى الأفلام السينمائية مثل دكتور جيكل ومستر هايد ، وثلاثة وجوه لحواء ؛ فالمريضة هنا تتقمص شخصية أو شخصيتين تقوم أثناءهما بما لا تستطيع القيام به بشخصيتها الحقيقية ، ولا تتذكر أثناء الشخصية المرضية حقيقتها ، ولكن عندما تعود إلى طبيعتها فإنها تتعجب لما يحدث لها ، وتطلب العلاج النفسى .

ولإيضاح ذلك .. فقد رأيت سيدة تيسة فى زواجها تبلغ من العمر خمسة وثلاثين عاماً ، نشأت تحت ضغط عائلى شديد من الوالدين ، ثم انتقلت إلى زوج كان أكثر تحفظاً من والديها ، وبعد سنوات من الزواج ، بدأت تعاني من تعدد فى شخصيتها ، فكانت تتناوب شخصية فتاة عمرها ستة عشر عاماً ، نغلى وترقص وتتمتع بحيوية مندفة ، تناعب وتستفز كل من يراها ، وتظهر الشقاوة بمعانها الحقيقى ، وتضطرب بعض الفتيان فى هذه السن نفسها ، وأحياناً تتناوب شخصية أخرى تلبس السواد ، ونهكى وتعر بفترلة ككتابية ، وتروادها أفكار انتحارية ، وبالطبع فهذه الشخصيات تعبر عن رغبتها فى الإطلاق والحرية أو الخلاص من الحياة .

### (٧) شبه العته الهستيرى (زملة جانسر)

Hysterical Pseudodementia (Ganser Syndrome)

يظهر هذا المرض بين المسجونين ، والمعتقلين ، والمناظرين للمحاكمات أو تحت تأثير أى إجهاد بدنى ، ويعانى المريض من أعراض شبه عقلية وأمعها تصرفات صيبيانية ، واستجابات خاطئة لأسئلة بسيطة وواضحة . وتعمل الإجابة هنا مايدل على فهم المريض لمعنى السؤال ، ولكنها تكون ملتوية وبعيدة عن الصواب . فيسأله عن عدد أرجل القط .. فقد يجيب بأنهم اثنان أو خمسة ؛ كذلك يأخذ السلوك مظهراً غامضاً ، وتتناوب المريض فترات من الهياج والغيبوبة ، مع

التوم الكثير ، ولكن يجب تمييز هذه الحالات عن الصراع النفسى الحركى ، والقصام ، وأمراض الجهاز العصبى العضوية .

وقد كثر الجدل حديثاً حول عملية «غسيل المخ» ، التى تمارسها المعسكرات السياسية ، بتغيير العقائد الأبيولوجية للفرد من خلال عملية نفسية وفسولوجية ، وطرقها متنوعة ، وأهمها : وضع الفرد فى حالة حرمان حسمى تام من كافة الحواس من بصر أو سمع ، أو تذوق أو شم أو إحساس ، كوضعه مثلاً فى حجرة تحت الماء ، وتختلف عتبة الإنسان فى الانهيار تحت الحرمان الحسمى ، لأنه يبدأ بعد فترة من الزمن فى المعاناة من هلاوس وخداع بصرى ، ثم تشوش فى الوعي ، وعدم القدرة على التفكير السوى ، ثم ينهار تماماً ويصاب بشبه هيبوية أو نغول هستيرى ، أو ماشرحناه سابقاً من استجابة انشاققية فى الشخصية ، يصبح أثناءها قابلاً للإيحاء ، ومن السهولة حينئذ تقبله للعقائد السياسية المختلفة عن اعتقاده الأصلى ، وتتكون عنده ارتباطات شرطية جديدة فى قشرة المخ ، تعمل معها إيماناً راسخاً بالعقيدة الجديدة .

وقد بنيت هذه العملية ، على ما لاحظته بافلوف سنة ١٩٢٢ بعد فووضان لينجراد الشهير ، فقد وجد أن معظم الكلاب قد فقدت جميع الارتباطات الشرطية التى تعلمتها وهى تقاوم الغرق ، وفى حالة ذعر تام ، واستنتج من ذلك أنه تحت الإجهاد الشديد ، يفقد الحيوان كثيراً مما تعلمه ، ويصاب بشبه انهيار وانفصال عن حقيقته ؛ لحمايته النفسية ، وسمى ذلك «الكف الوقائى» فى الفترة المخية .

وتمارس عملية غسيل المخ فى حياتنا اليومية ، عندما يوضع الفرد فى موقف غموض مستمر ، مع إعطائه إشارات متناقضة ؛ مما يجعله فى حالة ضعيفة ويصبح قابلاً للإيحاء حتى لأفكار وآراء ضد معتقداته الأصلية ، وكذلك فى العلاجات التقليدية ، فقد وجد المؤلف فى أحد أبحاثه عن الزار فى مصر أن ٤٠ ٪ من المترددات عليه يعانون من الهستيريا ، و١٦ ٪ من أعراض عضوية حشوية شبه هستيرية ، وإن الزار يفيد فى بعض حالات الهستيريا ، من خلال عملية الانفصال التى تحدث تحت الإرهاق الجسدى والعقلى من جراء نفقات الطبول وهزات الجسم المستمرة ، حتى يصل الفرد إلى الغيبوبة الهستيرية ، الكف الوقائى ، ويصحو بعد ذلك فى حالة صحية سليمة ، ولكنه بالطبع معرض

للكسمة، حيث إن هذا العلاج لم يحاول معرفة معنى وصعق هذه الأعراض، ويصبح المريض تحت استغلال دائم من المشرفين على عملية الزار.

وكذلك كثير من ظواهر الخرافات، مثل: السحر، وقراءة الفنجان، والتنويم، التي تعتمد على استجابات انشاقية هستيرية.

أعراض هستيرية خاصة :

### (١) هستيريا الحوادث Traumatic Hysteria :

ويعنى بها ظهور أعراض هستيرية متباينة، مثل: الصداع، الدوار، اضطرابات الذاكرة، النسيان... إلخ، ولا تشفى إلا بعد التعريض المادى فى القضية المرفوعة على مسبب الحادث.

### (٢) القلق الهستيرى Anxiety Hysteria :

وهنا تظهر أعراض القلق النفسى، مع عدم وجود أى شحنة عاطفية مصاحبة لهذه المعاناة، ويطلق عليها، الجميلة غير المبالية، La Belle Indifference. ولقد أثبت لافر ١٩٦٨ أن ذلك غير صحيح، وأن هؤلاء المرضى يسجلون مقاييس عالية من حدة القلق، سواء فى الناحية النفسية أو الفسيولوجية.

### (٣) هستيريا سان لويس أو زملة بريكيه St. Louis Hysteria :

وتظهر فقط فى النساء، ومن الصعب شفاؤها، وعادة ما يوجد تاريخ عائلى، وتشكو المريضة من عديد من الأعراض الجسمية فى أجهزة الجسم المختلفة، ويبالغن المريضات فى هذه الأعراض، ويرفضن أى تفسيرات نفسية. ومن أهم الأعراض: اضطرابات الطمث المصحوبة بالبرود الجنسى، أو الآلام أثناء الجماع، وعادة ما نجد المريضات قد أخطن عديداً من المستشفيات، بل وأجريت عليهن بعض الجراحات.

### (٤) الهستيريا الثابتة Fixation Hysteria :

وتوجد هنا ثابت الأعراض الهستيرية بعد شفاء أو تحسن فى جزء مصاب يتلف أو شلل عضوى.

### (٥) الهستيريا الجماعية Mass Hysteria :

وتظهر بشكل وبائي خاصة في مدارس الفتيات ، ويلعب هنا عامل الإيحاء دوراً مهماً ، وتبدأ الطالبات في إتيان سلوك غريب مع أعراض حشوية مختلفة .

ولانفس ماحدث منذ سنوات في أحد المراكز في مدارس الفتيات الإعدادية من إغماءات ، امتدت إلى المدارس الأخرى ، ويلاحظ أنه بين الفتيات فقط في المدارس الإعدادية ، واستمرت الجرائد في التهليل بأنها مواد سامة في الهواء من جراء عمل إسرائيلي أو الجماعات المنطرفة (وكانما السعوم لانتصيب إلا الفتيات) وأرسلت القوات المسلحة أجهزة للكشف عن المواد السامة .. إلخ ، وكان على أن أذهب إلى مجلس الشعب لأشرح لهم أنها هستيريا جماعية ، وبالطبع كان يقول هنا الرأي بطيئاً ؛ لعدم وعي الناس بماهية كلمة هستيريا !!

### دراسة عن الهستيريا في مصر :

تختلف الهستيريا من حضارة إلى أخرى ، وتتغير أعراضها تبعاً للحالة الاجتماعية والثقافية للفرد . وقد قام المؤلف بدراسة مائة مريضة ، وخمسين مريضاً من مرضى الهستيريا في مصر ، ووجد أن معظم المرضى بين سن ٢٠-٤٠ ، وأن ٥٢٪ من المريضات زوجات ، وأن ١٨٪ من المرضى الرجال عزاب ، وكان منظر الأعراض ، كما هو مبين بالجدول الآتي :





الرجال	النساء	الأعراض
النسبة Z	النسبة Z	(١) حركية :
Z ١٨	Z ٨	شلل
Z ٤	Z ١٤	تقلصات
Z ٤	Z ١١	ارتجاف الأطراف
Z ١٢	Z ٢٨	نوبات هستيرية
Z ١٠	Z ٦	السير الهستيرى
Z ١٠	Z ٣	فقدان الصوت
—	Z ٨	(٢) حسية :
Z ٤	—	الكرة الهستيرية
Z ٢	—	العمى الهستيرى
Z ١٢	Z ١٧	الصمم الهستيرى
Z ٦	Z ٢١	فقدان الإحساس
Z ٣٢	Z ٣٨	آلام جسمية
Z ١٢	Z ٤	(٣) حسوية :
Z ٢	Z ٢٤	صناع
Z ٢	—	ألم بالطهر
Z ٤	Z ٤	قرى
Z ٤	Z ٤	السعال
Z ٤	Z ٣	صعوبة التنفس
Z ٦	—	(٤) انشغالية :
Z ٢	—	فقدان الذاكرة
Z ٢	—	شروء
Z ٢	—	شبه العته الهستيرى

ونجد هنا اختلافاً بين الأعراض في الرجال والنساء ؛ فالنوبات الهستيرية تزيد في النساء أما الشلل فيكثر في الرجال ، وكذلك الأعراض الانشقاقية ، أما الهستيريا الحسية فهي أكثر شيوعاً بين النساء . وقد وجد المؤلف أن حوالي ٦٠٪ من كل حالات الهستيريا قد تردت على العلاج التقليدي عند المشايخ ، مع عمل أحجية وغيرها قبل المعنى للعلاج الطبي .

كذلك وجد اختلاف الأعراض تبعاً للطبقة الاجتماعية ، فقد زادت الأعراض المشوية في الطبقات المشفة . أما الأعراض الحركية والحسية والانشقاقية . فقد وضحت بنسبة أكبر في الطبقات الوسطى والعمال والفلاحين .

وسرى تحولاً واضحاً في الأعراض الهستيرية كلما تقدمنا صناعياً ، ووضحت الرؤية أمام الجماهير وزاد مستوى التعليم ، فستزداد الأعراض الحشوية ، ونقل الظواهر الأخرى كما حدث في البلاد المتقدمة حضارياً .

### تشخيص الهستيريا :

تظهر الأعراض الهستيرية في صحة كثير من الأمراض النفسية والعقلية والعضوية ، وقد أوضحنا ذلك من قبل ، وعلمنا قبل أن نشخص مرض الهستيريا أن نستبعد مرض أولي يسبب هذه الأعراض الهستيرية .

ومن أهم الأمراض التي يجب أخذها في الاعتبار :

### ١- أمراض الجهاز العصبي :

كأورام الفص الجبهي في المخ ، والنصلب المتناثر في الجهاز العصبي ، ونصلب شرايين المخ ، والحمى المخية والنوبات الصرعية ، وارتجاج المخ وزهري الجهاز العصبي .

### ٢- أمراض ذهانية :

كالفصام ، واكتئاب توقف الطمث والذهان الدوري .

### ٣- أمراض عصبية :

خاصة القلق النفسي .

### ٤- أمراض عضوية :

كنقص السكر في الدم ، واضطرابات الغدد الصماء ، والأملاح المعدنية في

الجسم .

وقد حاول البعض عمل جداول خاصة لتشخيص الهستيريا ، ومنها بحث بيرلي وجوز Perley and Guze ، والتي تسمى الآن باضطراب الجسدية (So-matization Disorder) ، ومشرح ذلك فيما بعد .

ويعتبر الباحثان أنه يجب توافر ثلاث عوامل لتشخيص الهستيريا ، هي :

١- وجود تاريخ مرضي لمدة طويلة ، يبدأ قبل سن الخامسة والثلاثين .

٢ عدم وجود أمراض عضوية تسبب هذه الأعراض .

٣- وجود ٢٥ عرضاً في تسع من المجموعات العشر :

انتفاخ البطن	غصة في الحلق	المجموعة (١)
التفور من الطعام	إغماء	صداع
الإسهال	زغلة	أمراض مدى الحياة
الإمساك	ضعف عام	المجموعة (٢)
المجموعة (٦)	نهجان	العمى
آلام البطن	المجموعة (٤)	الشلل
القن	صعوبة التنفس	فقدان الإحساس
المجموعة (٧)	ضربات القلب	فقدان الصوت
آلام الطمث	قلق	نوبات هستيرية
اضطرابات الطمث	آلام بالصدر	فقدان الوعي
توقف الطمث	الدوار	فقدان الذاكرة
زيادة الطمث	المجموعة (٥)	السم
المجموعة (٨)	فقدان الشهية	احتباس البول
اللامبالاة الجنسية	فقدان الوزن	عدم التوازن
الهرود الجنسي	تغيرات في الوزن	المجموعة (٣)
آلام الجماع الجنسي	الغثيان	إعياء

اضطرابات جنسية	آلام بالرقم والمستقيم	العمل
قن طوال شهوور	والأعضاء التناسلية	سهولة البكاء
العمل	آلام جسمية	لاجدوى للحياة
المجموعة (٩)	المجموعة (١٠)	التفكير في الموت
آلام الظهر	المخاوف	الرغبة في الموت
آلام المفاصل	الانقباض	التفكير في الانتحار
آلام الأطراف	رغبة في هجرة	محاولات الانتحار

كذلك علينا أن نحذر دائماً من تشخيص الهستيريا لأول مرة في مريض أو مريضة بعد سن الأربعين ، بل علينا أن نشك دائماً في وجود مرض آخر سبب هذه الأعراض الهستيرية ، كالاكتئاب أو أمراض المخ العصبوية .

#### مآل الاضطراب :

تشفى معظم الأعراض الهستيرية ، خاصة إذا بدأت فجأة واستمرت لمدة قصيرة قبل العلاج ، ومن الأعراض السريعة الشفاء فقدان الذاكرة أو الشرود ، وأحياناً يصعب علاج بعض الأعراض الأخرى مثل الشلل والآلام الجسمية ، خاصة إذا كان التفع ناتياً ، والفائدة التي تعود على المريض لا شعوريا أقوى من النافع للشفاء .

وقد تابع لوندجرج السويدي ٣٨١ حالة هستيريا لمدة ١٥ عاماً ، ووجد أن حوالي ٣٨ ٪ من الحالات ما زالت تعاني من بعض الأعراض بعد تلك العدة ، وقد وجد المؤلف في بحثه عن مصير الهستيريا في مصر أن مآل المرض بعد كافة العلاجات النفسية والتحليلية ، والكيميائية وغيرها لمدة سنة كاملة كالآتي :

مصير المرض	النساء	الرجال
شفاء	٪ ٤٠	٪ ٥٢
تحسن	٪ ٢٨	٪ ٢٤
تحسن بسيط	٪ ١٦	٪ ١٦
استمرار المرض	٪ ١٦	٪ ٨

ويلاحظ أن نسبة الشفاء تزيد في الرجال عنها في النساء

### العلاج :

يتخلص العلاج في الآتي :

١- التكثف عن العوامل الذفيلة اللاشعورية المسببة للأعراض ، ومعنى هذه الأعراض بالنسبة للمريض . ويمكن ذلك بالعلاج النفسي ، أما إذا كان المرض يتميز بوجود فقدان في الصوت أو فقدان في الذاكرة أو شروء ، فهنا يكون التفريغ النفسي تحت تأثير التخدير من خلال حقنة في الوريد (اميدال الصوديوم) أو (ميثدين) ، أو من خلال استنشاق غاز ثاني أكسيد الكربون في الأكسجين ، أو النيتروجين ، لتسهيل عملية التفريغ العقلي .

٢- الإيحاء بالشفاء : والحل العملي للصراعات النفسية بطريقة غير مباشرة دون أن يأخذ المعالج نور الواعظ أو المرشد ، أو حتى طريقة إيجابية بحنة ، بل يجب اعطاء المريض الفرصة لتكوين آرائه وحطوله الخاصة .

٣- تلجأ أحيانا إلى الإيحاء بواسطة المنبهات الكهربائية على المخ ، أو على الطرف المشلول ؛ خاصة في حالات فقدان الصوت ، انعدام الإحساس ، الشلل ... إلخ .

٤- العلاج الكيمائي لتخفيف حالات القلق والاكتئاب المصاحبة للأعراض الهستيرية ، وعلينا أن نحذر من الأعراض الجانبية ، لأنه كما سبق أن ذكرنا أن مثل هؤلاء المرضى قابلون للإيحاء ، وأنه عادة ما يكتب داخل زجاجة الدواء الأعراض الجانبية ، والتي يبدأ مريض الهستيريا في الشكوى منها بعد مدة وجيزة ، وتصبح هذه العقاقير مصدراً لأعراض هستيرية ، ونسوء حالة المريض .

٥- لا تعطى الصدمات الكهربائية لعلاج مرض الهستيريا ، ولكن أحيانا خاصة في حالات الهذيان أو الغيبوبة الهستيرية ، تلجأ إلى صدمة واحدة لإنهاء العرض ، ثم يبدأ العلاج النفسي بعد ذلك ، كذلك فلا مكان لجراحة المخ في الأعراض الهستيرية .

وأخيراً .. أود أن أخص بعض النقاط المهمة الإكلينيكية والقواعد العامة في كيفية معاملة مريض الهستيريا :

1- إن الغرض الأصلي من العلاج هو تسهيل الأمر للمريض لحل مشاكله بنفسه ، وبمكته من التأقلم والتكيف مع البيئة المحيطة به . أما شفاء العرض فهو هدف ثانوي لتكملة العلاج ، ولايعنى ذلك أن نهمل العرض الأساسي في العرض للبحث عن العوامل الدفينة في اللاشعور .

2- إنه أحيانا ما يزداد المريض سوءاً عند اختفاء أعراضه المرضية ، أو يظهر كبديل لها أعراض أخرى ؛ نظراً لحاجاته الشخصية للمرض ، وعدم استطاعة الطبيب معرفة نفسية المريضة ، وكثيراً ما نلاحظ أثناء العلاج النفسي أعراضاً جديدة ، مثل : الأرق والتقلق وكثرة الأحلام ، وهي ظاهرة طبيعية تعبر عن حالة المقاومة ، التي يمر بها المريض قبل شفاؤه .

3- لايصح إطلاقاً إجراء أى عمليات جراحية لهؤلاء الذين يعانون من آلام هستيرية ؛ نظراً لأنهم يأخذون هذه العملية كذريعة لفشل الطب في علاج مرضهم المزمن ، وعادة ما تزداد الحال سوءاً بعد ذلك ؛ ولهذا يجب الاحتياط قبل التدخل الجراحي ، وألأ نعرض هؤلاء المرضى للاستكشاف الجراحي إلا عند الضرورة القصوى .

4- يجب أن نحاول دائماً ، مهما يكن المريض مهموماً ومكتئباً ، أن نستبعد عامل الإدعاء أو التعويض في المرض .

5- علينا أن نتذكر دائماً أن مرضى الهستيريا يترددون على كثيرين من الأطباء . وعادة ما يكذبون أو يبالغون في أقوالهم ، حتى في علاجاتهم السابقة ، ولهم القدرة على استفزاز الطبيب لمهاجمة زميل آخر أو مهاجمة المريض نفسه .

6- إذا تأكدنا أن المريض يعاني من مرض الهستيريا ، فلا يعنى ذلك أنه لا يوجد مرض عضوي مشترك فكثيراً ما يتوكلب المرضان .

7- العرض التام أثناء الفحص الطبي لمرضى الهستيريا ؛ حيث إنهم قابلون للإبحاء ، ويحصل بعد الكشف الطبي أن يبدأ المريض في الشكوى من أعراض جديدة من إجراءات الطبيب الكثيرة والتي يلتقطها وينقمصها مريض الهستيريا .

٨- لا يجب نصيحة المريض أو المريضة بالزواج أو الطلاق ، ولا صحة لفكرة الشائعة بين جماهيرنا أن علاج الأعراض الهستيرية في الشباب أو الشابات هو الإسراع بالزواج ، وبالطبع لايساعد ذلك على الشفاء ، بل العكس صحيح فعادة ما يفشل الزواج ، ولا يستطيع الآباء أو الأمهات الاعتناء بأطفالهم وتسمه الحالة عامة .

٩- لايصح إدخال مريضى الهستيريا المستشفى إلا في الحالات الشديدة مثل الانتحار ، الشلل التام ، شبه العته الهستيرى ، ويستحسن علاجهم بالعيادة الخارجية ، حيث إن تأثيرهم على المرضى الآخرين ومبالغتهم لها أثر سي على جو المستشفى ، يزيد على ذلك اختصاصهم لأعراض المرضى الآخرين .

١٠- علينا أن نحاول دائماً إبقاء المريض في مكان عمله ، مهما تكن الظروف وتخفيف آلامه وتحسين أعراضه ، ثم البحث عن العوامل اللاشعورية بعد ذلك حتى لا يكون العلاج ذريعة له ؛ للتوقف عن العمل والاعتماد التام على الأطباء .

١١- علينا أن نتذكر أن المريض قد تبنى «الدور المرضى Sickness Role» لمزاجيا القيام بهذا الدور ، وأنه قد وازن بين مضار ومزاجيا المرض ، واستنتج أن الانغماس في هذا الدور المرضى أفضل من التمتع بالصحة .

وتفسر الهستيريا علميا حسب المدرسة السلوكية ونظريات التعلم بتبنى سلوك الدور المرضى Sickness Role Behaviour ؛ ولذا يهتم المرضى بالقيام بهذه الوظيفة أكثر من اهتمامه بأعراضه ، ويجب أخذ ذلك في الاعتبار أثناء العلاج .

١٢- الحرص التام في التعرفه بين الاضطرابات التحولية والانشقاقية (الهستيريا) اللاشعورية ، والادعاء أو التصنع الشعوري المنشأ .

## ٩- اضطرابات جسدية الشكل

### Somatoform Disorder

السمة الرئيسية هي الشكوى المتكررة من أعراض جسدية ، مع طلبات مستمرة بإجراء الاستقصاءات الطبية ، على الرغم من النتائج السلبية المتكررة وطمأننة الأطباء بأن الأعراض ليس لها أساس بدني ، وإذا كانت هناك أية اضطرابات بدنية فهي لا تفسر طبيعة أو شدة الأعراض ولا انزعاج وانشغال المريض .

وحتى إذا كانت بداية واستمرار الأعراض ترتبط ارتباطاً وثيقاً بأحداث حياتية مزعجة أو بمصاعب أو صراعات .. إلا أن المريض عادة ما يقاوم محاولات مناقشة احتمال أن يكون سبب الحالة نفسياً ، وقد يكون الأمر كذلك في وجود أعراض اكتئاب وقلق واضحة ، ودرجة التفاهم التي بالطبيعة البدنية الأكيدة لمرضهم وبالحاجة إلى إجراء مزيد من الاستقصاءات ، تكون عادة مخيبة للأمل ومحبطة لكل من المريض والطبيب .

ويوجد في هذه الاضطرابات عادة درجة من السلوك الجاذب للانتباه (الهستيري) خاصة في المرضى ، الذين يضايقهم فشلهم في إقناع أطبائهم بالطبيعة البدنية الأكيدة لمرضهم ، وبالحاجة إلى إجراء مزيد من الاستقصاءات أو الفحوصات .

التشخيص الفارقى : من ضلالات توهم المرضى ، ويعتمد عادة على المعرفة الوثيقة ، فعلى الرغم من أن الاعتقادات تستمر لفترة طويلة ، ويبدو المريض متمسكاً بها ضد أى منطوق .. إلا أن درجة الافتناع ، في المدى القصير ، قابلة للتفاوض والطمأننة .

وبالإضافة إلى ذلك .. فإن وجود أحاسيس بدنية مزعجة ومخيفة يمكن اعتبارها تفسيراً مقبولاً حصارياً ، يفسر استمرار القناعة بالإصابة بمرض بدني .

يسبب : اضطرابات انشغالية ، افتداع الشعر ، الكلام كالأطفال ، التلعثم ، قضم الأظافر ، عوامل نفسية أو سلوكية مصاحبة للاضطرابات أو أمراض مصنفة في مكان آخر ، عصر الوظيفة الجنسية غير المحدث باضطراب أو مرض عضوى ،



مص الإبهام ، اضطراب الحركة التسمية (في الطفولة والمراهقة) ، زملة توريت ، هوس نشف الشعر .

#### أ- اضطرابات الجسدية Somatization Disorder :

السمات الرئيسية هي أعراض بدنية متعددة ومتكررة وغالبا متغيرة ، مستمرة لمدة عامين على الأقل ، ويكون لأغلب المرضى تاريخ طويل ومعقد من خلال الخدمات الصحية الأولية والمتخصصة ، يكون في أثنائه قد أجريت لهم استقصاءات سلبية أو عمليات جراحية كثيرة لا طائل من وراءها ، وقد تكون الأعراض خاصة بأى جزء أو جهاز من الجسم .

ومسار الاضطراب مزمن ومتذبذب ، وكثيرا ما يصاحبه اختلال طويل المدى في السلوك الاجتماعي والشخصي والعائلي . يجب أن تصنف الأعراض قصيرة المدى (أقل من عامين) والأقل شدة تحت اضطراب (الجسدية) غير المميز (ف. ١٥.١) .

#### مؤشرات تشخيصية :

بحاج التشخيص الأكيد إلى وجود كل من التالي :

١- عامين على الأقل من الأعراض البدنية المتعددة والمختلفة ، والتي لم يستدل على تفسير بدني لها .

٢- الرفض المستمر لقبول النصيح أو الطعانة من عدة أطباء مختلفين ، بأنه لا يوجد تفسير بدني للأمراض .

٣- درجة من اضطراب الوظيفة الاجتماعية والعائلية ، مرجعها إلى طبيعة الأعراض والسلوك المترتب عليها .

ويضمن : اضطراباً نفسجسدي متعدداً ، زملة تعدد الشكوى المرضية .

ويستبعد : التمارض .

#### التشخيص الفارق :

١- عن اضطرابات بدنية : حدوث إن «مرضى حالات اضطراب الجسدية طويلة المدى عرضة للإصابة باضطرابات بدنية ، مستقلة مثلهم مثل أى

شخص آخر في مثل منهم . ويجدر التفكير في إجراء استقصاءات أو استشارات أخرى، إذا حدث أي تغيير في التركيز على أو ثبات الشكاوى البدنية ؛ مما قد يدل على احتمال وجود مرض بدني .

٢- عن اضطرابات وجدانية (اكتئابية) واضطرابات قلق : حيث إنه كثيراً ما يصاحب اضطرابات الجسدية درجات متباينة من الاكتئاب والقلق ، ولكنها لا تحتاج إلى بند خاص إلا إذا كانت شديدة بدرجة كافية ومستمرة بشكل يسوغ لها تشخيصاً في حد ذاتها ، وإذا بدأت الأعراض البدنية المتعددة بعد سن الأربعين .. فإن ذلك قد يكون بداية ظواهر اضطراب اكتئابي أولى خاصة في الرجال .

٣- عن اضطراب توهم المرضى : حيث يكون التركيز في اضطرابات الجسدية على الأعراض نفسها وعلى تأثير كل منها منفرداً ، في حين أنه في توهم المرضى يوجه الانتباه أكثر إلى وجود مرض خطير وتفاقم نتائجه العضال .

وفي توهم المرضى يميل المريض إلى المطالبة باستقصاءات لتحديد أو تأكيد طبيعة المرض الموجود ، أما مريض اضطراب الجسدية فيطلب العلاج ليزيل الأعراض ، ولكنه يخشى العقاقير وأعراضها الجانبية ، ويسعى لإعادة الطمأنة من خلال تعدد زيارته لأطباء مختلفين ، بينما في مريض اضطرابات الجسدية عادة ما يكثر استخدام الأدوية ، مع عدم الإذعان لاستخدامها لفترات طويلة .

٤- وعن اضطرابات ضلالية : (مثل: الفصام مع ضلالات جسمية ، والاضطرابات الاكتئابية مع ضلالات توهم المرض) ، وتتميز الاضطرابات الضلالية بطبيعة شاذة للاعتقادات ، بالإضافة إلى عدد أقل وطبيعة أكثر ثباتاً للأعراض البدنية .

ويفضل تصنيف أنماط الأعراض قصيرة المدى (على سبيل المثال أقل من عامين) ، والأقل بروزاً تحت اضطراب جسدي للشكل غير المميز .

## ب- اضطراب جسدي الشكل ، غير معيّن :

### Undifferentiated Somatoform Disorder

تستخدم هذه الفئة في الحالات التي توجد فيها شكاوى جسدية متعددة ، متباينة ومستمرة ، ولكنها لا تستوفي معايير الصورة الكاملة والنموذجية لاضطراب الجسدية المتعددة .

على سبيل المثال ، قد يغيب الأسلوب القوي الدرامي في الشكوى ، أو قد تكون الأعراض قليلة العدد نسبياً ، أو قد تكون السمات المصاحبة الخاصة بالمرضى والعائلة غير موجودة تماماً . وقد تكون أو لا تكون هناك أرضية لافتراس سبب نفسي ، ولكن يجب ألا يتوافر أساس بدني للأعراض التي يستند إليها التشخيص الطبليسي . وإذا كان ثمة احتمال محدد لوجود اضطراب بدني ، أو إذا كان التقويم الطبليسي لم يستكمل بعد حتى وقت إدراج الرمز الشفري التشخيصي ، عندئذ يجب استخدام فئات أخرى من فصول ملائمة .

### ج- اضطراب توهم المرض (المراق) Hypochondriacal Disorder:

السمعة الأساسية هي انشغال دائم باحتمال الإصابة بواحد أو أكثر من الاضطرابات البدنية الخطرة والمتفامة ، يعبر عنه بشكاوى جسدية مستمرة .

وكثيراً ما يفسر الشخص الأحاسيس والظواهر الطبيعية والعادية باعتبارها غير طبيعية ومزعجة ، كما يركز الانتباه عادة على واحد أو اثنين من الأعضاء أو الأجهزة بالجسم . وقد يذكر المريض اسم الاضطراب الجسمي الذي يخشاه ، ومع ذلك .. فإن درجة اقتناعه بوجود المرض والتركيز على اضطراب بعينه دون اضطراب آخر ، تنصح عادة ما بين الاستشارات الطبية ، وعادة ما يبين المريض احتمال وجود اضطرابات بدنية أخرى ، بالإضافة إلى الاضطراب الأساسي .

وغالباً ما يكون الاكتئاب والقلق الشديتان موجودين ، وقد يستدعيان استعمال تشخيص إضافي ، ونادراً ما تظهر هذه الاضطرابات بعد سن الخمسين ، وعندئذ يكون مسار كل من الأعراض عادة مزمناً ومندبذباً . ويجب ألا تكون هناك ضلالات ثابتة خاصة بوظائف الجسم أو شكله ، وتختلف هنا المخاوف من وجود مرض أو أكثر (رهاب المرض) .

تظهر هذه الزملة في كل من الرجال والنساء ، ولا تستدعي وجود خصائص معينة مألوفة (على عكس اضطراب الجسدية) .

ويظل كثير من المرضى ، خاصة ذوى الأشكال الأخف شدة من الاضطراب في إطار الرعاية الطبية الأولية أو تخصصات طبية غير نفسية أخرى . وعادة ما يرفضون الإحالة إلى الطب النفسى ، إلا إذا تم ذلك في مرحلة مبكرة من تطور الاضطراب ، ومن خلال التعاون الوثيق بين الممارس العام والطبيب النفسى . أما درجة الإعاقة الفاجمة عن الاضطراب فمتباينة جدا ، فبعض المرضى يسيطرون على وينتازرون (يتلاعبون بـ) عائلاتهم وعلاقاتهم الاجتماعية بواسطة أعراضهم ، على العكس من الأقلية التى تستمر في أداء وظيفته بشكل طبيعى إلى حد كبير .

مؤشرات تشخيصية :

من أجل التشخيص الأكيد ، يجب أن يتوافر كل من النقطتين التاليتين :

١- اعتقاد مستمر بوجود مرض بدنى خطير أو أكثر ، يتسبب في العرض أو الأعراض الموجودة ، على الرغم من أن الاستقصاءات المتكررة لم تنجح في التعرف أى تفسير بدنى مقنع .

٢- ورفض مستمر بقبول النصح والطمأننة من عدة أطباء مختلفين ، بعد وجود مرض بدنى يفسر الأعراض .

ويتضمن : اضطراب التشوه الوهمى لشكل الجسد ، وعصاب توهم المرض ، وتوهم المرض (المراق) ، ورهاب المرض .

يستبعد : رهاباً متتالياً (متتال التشوه الوهمى لشكل الجسد) ، وضلالات ثابتة حول وظائف أو شكل الجسد .

التشخيص الفارق :

١- عن اضطراب الجسدية : وهذا يجب تأكيده وجود الاضطراب ذاته ونوابعه المستقبلية ، وليس الأعراض المنفردة . وفي اضطراب توهم المرض ينشغل المريض غالباً باضطراب أو لثنين بدنيين مختلفين ، ويذكرهما بشكل دائم وثابت ، بخلاف الاحتمالات الأكثر تمعداً وتغيراً

في اضطراب الجسدية . ولا يختلف معدل الإصابة بنوهم المرض كثيراً بين الجنسين ، ولا يقسم بدلالات عائلية خاصة .

٢- عن الاضطرابات الاكتئابية : فإذا كانت الأعراض الاكتئابية بارزة بشكل واضح ، وسبقت ظهور أفكار نوهم المرض ، فسقد يكون الاضطراب الاكتئابي أولياً ، ونوهم المرض ثانوياً .

٣- عن اضطرابات الضلالة : لا تتميز الاعتقادات في نوهم المرض بالثبات ذاته ، الذي تتميز به الضلالات الجسمية المصاحبة لاضطرابات الاكتئاب والقصام والاضطرابات ، التي يقلق فيها المرضى بأن مظهرهم مزعج أو جسمهم مشوه .

يصنف رهاب التشوه الوهمي لشكل الجسد في الجزء (اضطراب ضلالي) .

٤- وعن اضطراب القلق والهلع : فقد نضر الأعراض الجسمية للقلق أحياناً على أنها علامات مرض بدني خطير ، ولكن في هذه الاضطرابات يطمئن المرضى عادة بالتفسيرات الفسيولوجية ، وبالتالي لا تتكون لديهم قناعات بوجود مرض بدني .

### د- اختلال وظيفي جسدي الشكل في الجهاز العصبي المستقل :

Somatoform autonomic dysfunction

يعرض المريض أعراضه ، وكأنها نتيجة لاضطراب جسدي في جهاز أو عضو وبغذيه ، وينحكم فيه غالباً أو تماماً الجهاز العصبي اللاإرادي ؛ أي القلب ، والدورة الدموية ، الجهاز الهضمي ، والجهاز التنفسي (تدرج هنا أيضاً بعض وظائف الجهاز التناسلي والبولي) . والأمثلة الأكثر بروزاً وشيوعاً ، هي تلك المرتبطة بالقلب والجهاز الدوري (عصاب القلب) ، والجهاز الهضمي (عصاب المعدة والإسهال العصبي) .

والأعراض عادة نوعان ، لا يمكن أياً منهما اضطراباً بدنياً في العضو أو الجهاز المعنى : النوع الأول ، والذي يعتمد عليه هذا التشخيص إلى حد كبير ، هو ما يختص بالشكاوى ، التي تركز على علامات موضوعية ، دالة على تنبه

الجهاز العصبي المستقل ، مثل : الخفقان ، العرق والاحتقان والرجفة .. إلخ .  
أما النوع الثاني ، فهو ذاتي وتلقائي وأقل تحديداً مثل الأحاسيس بالآلام وأوجاع عابرة (حرقنة ، نقل ، قبضنة ، إحساس بالانتفاخ أو التمدد) . ويرجع المريض هذه الأعراض إلى عضو أو جهاز بعينه (مثلها مثل أعراض الجهاز العصبي المستقل) ، وتتكون الصورة السريرية المميزة لهذا الاضطراب من اختلاف من اشتمال واضح للجهاز العصبي اللاإرادي ، وشكاوى إضافية غير معينة وذاتية ، راجعة باستمرار إلى عضو أو جهاز بعينه باعتباره سبب الاضطراب .

وفي كثير من مرضى هذا الاضطراب ، يمكن أيضاً توفير دليل على وجود إجهاد نفسي أو صعوبات ومشكلات جارية ، تبدو مرتبطة بالاضطراب ، ولكن هذه ليست الحال في نسبة كبيرة من المرضى ، الذين يستوفون على الرغم من ذلك معايير تشخيص هذه الحالة .

وقد تتضمن هذه الاضطرابات أيضاً بعض الاضطرابات غير الخطيرة في الوظائف الفسيولوجية ، مثل : الغواق ، الانتفاخ ، وفرط التهوية الرئوية ، ولكن هذه لا تضيق في حد ذاتها بالوظيفة الفسيولوجية الأساسية للعضو أو الجهاز .

بعض : عصاب القلب ، زملة داكوستا ، عصاب المعدة ، الوهن الدوري العصبي ، أنماط نفسية المنشأ من : التهاب الهواء ، المعال ، الإسهال ، عسر الهضم ، عسر التبول ، الانتفاخ ، (نوبات فرط التهوية ، زيادة معدل التبول ، زملة الأمعاء الترقق ، تقلص المعدة .

مؤشرات تشخيصية :

التشخيص المؤكد يتطلب وجود كل من التالي :

١- أعراض زيادة نشاط الجهاز العصبي المستقل ، مثل : الخفقان والعرق ، والرعشة والتورود .. إلخ ، بشرط أن تكون مستمرة وتمثل مصدراً للإزعاج .

٢- أعراض ذاتية إضافية ترجع إلى عضو أو جهاز معين .

٣- انشغال وانزعاج بشأن احتمال وجود اضطراب خطير (ولكن غير محدد غالباً) بالعضو أو الجهاز المذكور ، لا يستجيب للشرح والطمأننة المستمرة

### بروسطة الأطباء .

٤- ولا يوجد دليل على وجود اضطراب ذي مغزى في تركيبه ، أو وظيفة الجهاز ، أو العضو المذكور .

### التشخيص الفارق :

يتميز عن اضطراب القلق العام بواسطة غلبة العناصر النفسية للآلام العصبية اللاإرادية ، مثل : الخوف وتوقع الشر في اضطراب القلق العام ، مع غياب بؤرة جسدية ثابتة للأعراض الأخرى ، أما في اضطرابات الجسدية ، وعلى الرغم من احتمال حدوث أعراض عصبية لا إرادية ، إلا أنها ليست بارزة أو مستمرة ، بالمقارنة بالأحاسيس والمشاعر الكثيرة الأخرى ، كما أن الأعراض لا تعزى بهذه الدرجة من الثبات إلى عضو أو جهاز واحد بالجسم .

### هـ- اضطراب الألم المستمر (جسدي الشكل) :

#### Persistent Somatoform Pain Disorder

الشكوى الأساسية هي ألم مستمر ومزعج ، لا يمكن تفسيره تماماً بواسطة عملية فيسيولوجية أو اضطراب بدني . ويحدث غالباً مرتبطاً بصراخ عاطفي أو مشكلات نفس اجتماعية ، تكفي لاستنتاج أنها المؤشرات العصبية الرئيسية . ويلاحظ عن ذلك زيادة شديدة في المساعدة والاهتمام الشخصي أو الطبي ، ولا يدرج هنا الألم المفترض أن مصدره نفس المنشأ ، والذي يحدث خلال مسار اضطراب الاكتئاب أو الفصام .

الألم الناتج عن آلام نفسفيولوجية معروفة أو مستنتجة مثل ألم توتر العضل أو الصداع النصفي (الشقيقة) ، والذي يعتقد أن له سبباً نفس المنشأ ، يجب أن يرمز له باستخدام تشخيص (خلل وظهلي فيسيولوجي آخر مصحوب بعوامل نفسية أو سلوكية) ، بالإضافة إلى رمز إضافي من مكان آخر من التصنيف الدولي للأمراض - ١٠ (مثال الصداع النصفي (الشقيقة) .

بعضهم : الألم النفسي ، وألم الظهر نفس المنشأ ، وألم الرأس نفس المنشأ ، واضطراب الألم جسدي الشكل .

المشخص الفارق :

المشكلة الأكثر شيوعاً هي التمييز بين هذا الاضطراب والمبالغة الهستيرية. في وصف ألم عضوى المصدر ؛ فالمرضى الذين يعانون من ألم عضوى لم يصل الأطباء بعد إلى تحديد تشخيص بدني له ، قد يصابون بغزغز أو امتعاض يترتب عليه سلوك جانبي للانتباه . كما أن أنواعاً مختلفة من الأوجاع والآلام قد تشيع في اضطرابات الجسمنة ، ولكن دون أن تكون مستمرة أو بارزة عن الشكاوى الأخرى ، مثلما هو الحال هنا .

و- اضطرابات أخرى جسدية الشكل Other Somatoform Disorders :

نضم هذه الفئة أية اضطرابات أخرى في الإحساس أو الوظيفة أو السلوك ، ليست مترتبة على اضطرابات بدنية ولا تنبع عن نفسها من خلال الجهاز العصبي المستقل ، وتقتصر على أجهزة أو أجزاء معينة من الجسم ، وترتبط ارتباطاً زمنياً وثيقاً بأحداث شديدة الكرب أو مشكلات .

وتصنف هنا أيضاً اضطرابات الإحساس الأخرى ، التي ليست نتيجة لاضطرابات بدنية، ولكنها مرتبطة ارتباطاً زمنياً وثيقاً بأحداث ذات وطأة أو مشكلات (نزدى إلى زيادة دالة في كم الانتباه ، الذي يحظى به المريض ، سواء كان اهتماماً ذاتياً أو طبياً) وأحاسيس التنويم ، والإحساس بحركة فوق الجلد والأحاسيس الغريبة (التتميل أو الخدر) ليست إلا أمثلة شائعة .

كذلك تدرج هنا الاضطرابات التالية مثل :

- (الصعر) الهستيرى واضطرابات أخرى مصحوبة بحركات تقلصية (لكن باستبعاد زملة توريت) .
- عسر (الأم) للحيض نفسى المنشأ .
- عسر البلع الهستيرى ، القئمة الهستيرية، (الكزبة) .
- تحك نفسى المنشأ (غير المصاحب لأمراض جلدية يدخل العامل النفسى فى منشأها) .
- الصوت بالأسنان .



١٠- النهك أو الإعياء العصب (زمنة التعب) Neurasthenia :

توجد تغيرات حصارية كبيرة في الشكل ، الذي يتخذ ظهور هذا الاضطراب، ويوجد منه نوعان يتطابقان بدرجة لا بأس بها، أحدهما : تتعلق سته الأساسية في الشكوى من زيادة التعب بعد أى جهد عقلي، وعادة ما يصاحبه انخفاض في الأداء الوظيفي أو الكفاءة في التعامل مع المهام اليومية . ويوصف التعب نمطياً بأنه تداخل مزعج من نزاعات أو استرجاعات ومشقة وصعوبة في التركيز وتفكير غير كفاء بشكل عام .

أما في النوع الثاني ، فإن التركيز يكون فيه على أحاسيس بالضعف الجسدى أو البدنى والإجهاد فقط بعد أقل مجهود ، وتصاحبه أحاسيس بالأوجاع والآلام العضلية وعدم القدرة على الاسترخاء . وفي كلتا الحالتين تشيع مشاعر بدنية أخرى مزعجة ومختلفة ، مثل : الدوخة وصداق التوتر ، وإحساس عام بعدم الثبات ، كذلك يكثر الانزعاج بشأن انخفاض الكفاءة العقلية والجسمية والتزق ، واتعدام اللذة ودرجات خفيفة الشدة ومتفاوتة من كل من الاكتئاب والقلق . وعادة يكون النوم مضطرباً في أطوار النهك العصبى الأولى والمتوسطة ، ولكن فرط النوم قد يكون بارزاً أيضاً .

مؤشرات تشخيصية :

للتشخيص المؤكد ، يلزم وجود الآتى :

١- إما ...

(أ) شكوى مستمرة ومزعجة بالتعب المتزايد بعد الجهد العقلى .

أو ...

(ب) شكوى مستمرة ومزعجة بالضعف والإجهاد الجسدى بعد أقل

مجهود، يصاحبهما أحاسيس جسدية مزعجة (على سبيل المثال

أوجاع أو آلام عضلية وعدم القدرة على الاسترخاء) .

٢- وعرضان على الأقل من الأعراض التالية :

(أ) إحساس بأوجاع أو تقلصات عضلية . . (ب) دوام .

- (ج) أنواع صداع التوتر .  
(د) اضطراب في النوم .  
(هـ) عدم القدرة على الاسترخاء .  
(و) ترقق .  
(ز) عمر هضم .

٣- وغياب أعراض القلق أو الاكتئاب بشكل مستمر وكاف ، لاستيفاء شروط أى من الاضطرابات الأكثر تحديداً .

التشخيص الفارق :

لم يعد النهك العصبى فى كثير من البلاد مقبولا كقلة تشخيصية من فئات اضطرابات العصاب ؛ إذ إن كثيراً من الحالات ، التى كان يتم تشخيصها كذلك فى الماضى ، تستوفى المعايير الحالية لاضطراب الاكتئاب أو اضطراب القلق أو القسام . ومع ذلك فقد تكون هناك بنية من الحالات ، ينطبق عليها سمات النهك العصبى أكثر من أية زملة عصبية أخرى . وتبدو هذه الحالات أكثر شيوعاً فى بعض الحضارات عنها فى حضارات أخرى . فإذا كان لفئة التشخيص المسماة بالنهك العصبى أن تعمل على الإطلاق ، فيجب أولاً أن تتم محاولة لاستبعاد مرض اكتئابى أو اضطراب قلق .

السمة المميزة للزملة هي تركيز المريض على التعب والضعف وانشغاله بشأن انخفاض كفاءته العقلية البدنية (بخلاف الاضطرابات جسدية الشكل ؛ حيث تهيمن الشكاوى الجسدية والانشغال بالمرض البدنى على الصورة السريرية) . وإذا تكررت زملة النهك العصبى عقب مرض بدنى (خاصة الإنفلونزا والالتهاب الكبدى الفيروسي أو اضطرابات الغدد الصماء ، فقر الدم أو نقص الفيتامينات) ، فإنه يجب تسجيل تشخيص الحالة الأخيرة أيضا .

١١- اضطرابات اختلال الأتية والعالم الخارجى (تبدد الشخصية والواقعية)

Depersonalization Derealization syndrome (disorder)

هو اضطراب يشكو فيه الشخص تلقائياً من تغير كىفى فى نشاطه العقلى والجسدى أو العالم المحيط به ، بحيث تبدو هذه الأشياء غير حقيقية ، بعيدة أو آتية . وقد يشير إلى أن حركاته وسلوكه لم تعد تلك الخاصة به ، وأن جسمه يبدو مفتقداً للحياة أو معزولاً أو غريباً بشكل أو بآخر ، وأن العالم من حوله يبدو مفتقد للون

والحياة ومفتعلاً ، وأن الحياة تبدو كمسرح ، يتبادل عليه الناس تمثيل الأدوار .

وفي بعض الحالات ، قد يشعر الشخص ، وكأنه يشاهد نفسه من على بعد أو كأنه ميت ، وقد يشكو المريض ، إننى أعرف ومؤكد بأننى حقيقى ، ولكن أحياناً أشعر أننى أنا (مش) أنا .

وتعتبر الشكوى من فقدان المشاعر هى أكثر الشكاوى معدلاً بين هذه الظواهر المتعددة ، وقليل من المرضى يعيشون هذا الاضطراب فى شكله المفرد ، أما الأكثر شيوعاً فهو أن تحدث ظاهرة اختلال الأتية والعالم الخارجى ، فى إطار أمراض اكتئابية واضطراب الرهاب واضطراب الوسواس القهرى . كذلك قد تحدث بعض عناصر الزملة فى أفراد أصحاء عقلياً ، أثناء حالات التعب أو الحرمان للحسى أو التسمم بعقاقير الهلوسة ، أو كظاهرة سابقة على النوم مباشرة أو تالية للاستيقاظ مباشرة . كذلك .. فإن مظاهر زملة تبدد الشخصية والواقعية تتشابه مع ما يعرف باسم «خبرات الاقتراب من الموت» ، المصاحبة للحظات الخطر الشديد على الحياة .

#### مؤشرات تشخيصية :

يستدعى التشخيص المؤكد وجود أى من أو كل من ٢،١ بالإضافة إلى

: ٤،٣

١- أعراض اختلال الأتية (أى إن الشخص يشعر بأن مشاعره الخاصة أو خبراته معزولة بعيدة ليست خاصة به ، مفقودة .. إلخ) .

٢- أعراض اختلال العالم الخارجى (أى إن الأشياء والناس والعالم المحيط تبدو غير حقيقية ، بعيدة مفتعلة ، فائدة اللون ، فائدة للحياة ... إلخ) .

٣- القبول بأن هذا التغيير هو تغيير ذاتى تلقائى ، وليس مفروضاً من الخارج أو من أشخاص آخرين (أى الاستبصار) .

٤- صفاء الوعى ، وعدم وجود حالة خلط تسمية أو صرع .

#### التشخيص الفارق :

يكون يتميزه عن الحالات الأخرى التى يخبر المريض بوجود إحساس بتغير فى الشخصية ، مثل : الفصام (ضلالات التحول أو المتبعية وخبرات التحكم)

والاضطرابات الانشقاقية (حيث يفقد الوعي بالتغيير) وبعض الحالات المبكرة من الخوف ، والنذر المباشرة لتوبة صرع الفص الصدغي وبعض حالات ما بعد التوبة الصرعية ، والتي قد تتضمن زملاات اختلال الأتية والعالم الخارجى كظواهر ثانوية .

وإذا حدثت زملة تهدد الشخصية والواقعية كجزء من اضطراب اكتئابي أو اضطراب رهاب أو اضطراب وسواس فهرى أو اضطراب فصامى ، فتعطى الأولوية للتشخيص الأساسى .

## ١٢- اضطرابات عصبية معينة أخرى

### Other Specified Neurotic Disorders

تدرج هنا الاضطرابات المخلطة فى السلوك والمعتقدات والمشاعر ، التى ليس لها سبب ووضع تصنيفى محدد ، والتى تحدث بمعدلات خاصة فى حضارات معينة مثل «زملة نات» (هم غير مبرر بالضعف المترتب على خروج السائل النوى) وكورو (اعتقاد بانكماش القضيبي) ولاطا (استجابة سلوك مقاد وآلى) وكذلك الزار ، واللمس ، والاندماج من تحت الأرض ، والحجاب والعمل .. إلخ ، فى مصر .

بعض من : اضطراب بريكيه ، زملة نات ، عصبياً مهتياً متضمناً عقلاً الكاتب Writer's cramp ، الدهك النفسى ، عصبياً الدهك النفسى ، الإغماء النفسى المنشأ ، عصاب لأجل التعويض .

ويشجع علاج كل الاضطرابات العصبية المصنفة فى هذا الفصل إلى العلاج النفسى باختلاف أنواعه مع التفريغ النفسى ، وغالباً ما يحتاج ويستفيد المريض إلى بعض العقاقير المضادة للمضادة للقلق والاكتئاب ؛ خاصة الحديثة منهم ، وسيأتى ذلك بالتفصيل فى الفصل الخاص بعلاج العصاب .

### علاج العصاب

لم تحظ الأمراض العصبية بدرجة التقدم نفسها ، التى وصفت إليها الأمراض الذهانية من ناحية العلاج الكيماوى والفيولوجى والكهربائى ، ومازالت هذه الأمراض حبيسة مجموعة من العلاجات، التى سيتم شرحها فى هذا الفصل .

ولكن لا شك أنه في السنوات الأخيرة ، وباكتشاف العقاقير الكيميائية الجديدة المضادة للترنر والقلق والاكتئاب ، قل الإحساس بهذه الانفعالات ، وتحرر كثير من هؤلاء المرضى من آلامهم النفسية ، ومعاناتهم الشديدة ، وأصبحوا قادرين على التأقلم والتكيف مع المجتمع ، حتى مع وجود بعض الأعراض العصبية .

وستقابل دائما مجموعة من العصبيين المزمنين ، يتحدون التقدم الحديث في الطب النفسي ، ويعانون بشدة من أعراضهم ، ونفشل معهم معظم طرق العلاج المهيأة في الوقت الحالي ، ويشردون على كافة الأطباء ، ويشكون ويحتجون على مرضهم المستمر ، ويجب أن نأخذ في الاعتبار أن هؤلاء مرضى يحتاجون للمساعدة والمعونة ، والتخفيف من آلامهم ، ولا يصح إطلاقاً اتهامهم بالتوهم أو اختلاق الأعراض .

ولكن في الوقت نفسه لا يصح أن نلوم أنفسنا على عدم شفائهم ، أو نعتبر أنفسنا مسئولين عن تقصير الطب الحالي في إزالة أعراضهم ، وإلا فإن ذلك سيكون له تأثيره النفسي على الطبيب المعالج ، وبنأ في التخصص أو التهرب من المريض نظراً لأن الطبيب يعتبر مرضه حينئذ تحدياً لقدراته ومرتأة لقلته ؛ فطينا نحمل أعراض هؤلاء المرضى ، وإبداء كل مساعدة ممكنة ، ولما منع من الاعتراف بعجز الطب الحالي عن استئصال المرض نهائياً ، ولكن يوجد الآن ما يخفف من آلام هؤلاء .

ويجب أن نحدد هدفنا قبل البدء في علاج أية حالة نفسية ، ونستطيع تلخيص أهدافنا في ثلاث نقاط ، على النحو التالي :

#### ١- الشفاء التام :

وبالطبع فهذا أمل كل طبيب ومريض ، ولكن يصعب تحقيقه في كثير من الحالات ؛ نظراً لغموض أسباب الأمراض العصبية ، واستحالة إيجاد السبب المباشر للمرض .

#### ٢- تخفيف أو شفاء الأعراض :

وهذا هو محور الطب بمجموعه ، فكل العقاقير المستعملة في الأمراض العضوية والنفسية والعقلية تهدف لشفاء الأعراض بغض النظر عن الأسباب

الأصلية؛ لأن واجب الطبيب الأول هو تخفيف آلام المريض، والتقليل من معاناته.

### 3- التوافق الاجتماعي :

عندما يزمع المرض ، ويصعب شفاؤه بكل الوسائل العلاجية الحديثة ، ويصبح المريض عرضة للشلل الاجتماعي ، ودائم الاستيغاب والتأمل الذاتي في أعراضه ، هنا يجب أن يكون اتجاه العلاج نحر تحمل هذه الأعراض ، والعمل على التعايش معها واختيار العمل المناسب لأعراضه ، حتى لا يتعرض المريض للانعزال والشلل الاجتماعي .

وستواجه مشكلة أخرى في علاج الأمراض العصابية ، وهي المكان المناسب لعلاج هؤلاء المرضى : هل هو في العيادات الخارجية ، أو المستشفيات النهارية أو المستشفيات العامة أو الخاصة بالعصاب ، أو في مستشفيات الأمراض العقلية ، ولاشك أن معظم هؤلاء المرضى يعالجون خارج المستشفيات بالعيادات الخارجية ، ولكن توجد فئة منتقاة تحتاج للعلاج داخل المستشفى ؛ خاصة :

1- الأعراض الشديدة التي تجعل حياة المريض وسط المجتمع سلسلة من العذاب كالخوف من الأماكن الممتعة ، والأعراض الفهرية الشديدة وحالات الشرود ، وفقدان الذاكرة والصوت ، أو الشلل الهستيرى ، أو فقدان الشهية العصبى أو المحاولات الانتحارية .

2- في حالة عدم التوافق الاجتماعي ، مثل : الاضطرابات العائلية ، أو الشجار الزوجي ، أو الاحتكاك المستمر في العمل ؛ مما يجعل ابتعاد المريض عن هذا المناخ ذا أهمية قصوى .

3- عند ضرورة إعطاء علاجات خاصة كعلاج سلوكى أو جراحى أو العلاج بالأسولين ... الخ .

ويشكل دخول مرضى العصاب مستشفيات الأمراض العقلية مشكلة خطيرة ، نظراً لتدهورهم المستمر واعتراضهم الدائم ، واحتجاجهم الشديد على الاختلاط بمرضى الذهان ، وأنهم في مستشفى للمجانين وبالطبع الخوف من الجنون ، وهو أحد الأعراض المهمة عند مرضى العصاب ، وكذلك فإنها مصدر الإرهاق والتعب وكثرة الطلبات للموظفين بعلاجهم .

ويزيد عن ذلك أن اختلاط مرضى العصاب المزمنين ، بالمرضى الجدد ، له تأثيره السيئ على الروح المعنوية ، ويخفض الأمل في الشفاء ؛ مما يجعل تقدم العلاج بطيئاً ، كذلك يجد بعض المرضى في المستشفى الملاذ للهروب من الواقع وعدم مواجهة الحياة ، وبالتالي يعتمدون على المستشفى ويرفضون الخروج ، أو كلما خرجوا من المستشفى أصيبوا بانتكاسات ؛ كي يعودوا ثانية تحت الحماية المعطاة لهم هناك .

وإني أنصح نظراً لكل هذه الأسباب بعدم دخول مرضى العصاب مستشفيات الأمراض العقلية ، وإن كان لابد من إدخالهم المستشفى ، فيكون ذلك في وحدات لعلاج العصاب ملحقه بالمستشفيات العامة أو المستشفيات الجامعية المكونة من حوالي ٣٠ - ٦٠ سريراً ، مع انتقاء المرضى ذوي الشخصية المتكاملة إلى حد ما وأبعاد مرضى العصاب المزمن ، والحرص التام على ألا تزيد مدة العلاج في هذه الوحدة عن شهرين أو ثلاثة ، ووضع نظام يجب اتباعه في هذه الوحدة دون استثناء ، مع المحاولات المستمرة لجعلهم على علاقة وثيقة بالمجتمع ؛ بالسماح لهم بقضاء عطلة نهاية الأسبوع مع عائلتهم ، والتأهيل المهني ، ومساعدة الأخصائيين الاجتماعيين على تحسين توافقتهم الاجتماعي .

طرق العلاج :

١ - العلاج العام :

يجب على الطبيب أن يفهم لعائلة المريض طبيعة المرض ، وأن المريض يحتاج لمعونة وتشجيع واهتمام من أسرته ، ولكن يجب الحرص على عدم المبالغة في إعطاء الحب والحنان الزائد للمريض أو المريضة ؛ حتى لا يكون ذلك عقبة في سبيل الشفاء ، كذلك يجب حث المريض على مواصلة العمل ، وعدم التوقف عن نشاطه الاجتماعي وخصوصاً مرضى الهستيريا ، إلا بالطبع إذا كان المريض يعاني من الشلل أو فقدان الذاكرة . . فهنا يجب شفاء الأعراض قبل حثه على الاستمرار في العمل ؛ لأن خطورة التوقف عن مزاولته نشاطه العادي لها عواقبها فيما بعد شفاؤه ؛ لأنه سيجد صعوبة بالغة في تأهيل ذاته ومواجهة المجتمع مرة ثانية .

## ٢- العلاج الخاص :

- أ- العلاج النفسى .
- ب- العلاج العضوى .
- (١) العقاقير .
- (٢) الأنسولين .
- (٣) جلسات الكهرباء .
- (٤) الجراحة .
- ج- العلاج السلوكى .
- د- العلاج الاجتماعى النبلى .

### العلاج النفسى

إن تفسير كلمة العلاج النفسى يختلف تبعاً للمدرسة التى يتبعها المعالج النفسى ، ولكن يتفق الجميع على معنى عام هو أن الغرض الأساسى هو مناقشة أفكار وانفعالات المريض واكتشاف مصادر الصراع والإجهاد ، ومحاولة تكيف المريض مع المجتمع فى حدود قدراته الشخصية ، وذلك مع إقامة تجارب انفعالى بين المعالج والمريض واستخدامه فى شفاؤه .

ويختلف الأطباء فى أساليبهم للرسول لهذا الغرض، فكل يتبع مدرسته الخاصة، ويؤمن بأنها الطريقة المثلى لاستئصال أسباب الصراع ، ولتغيير الشخصية، بل ويعطى الأدلة والبراهين على أن نظريته هى السائدة فى العلاج النفسى ، ويحتمل أن يكون كل معالج صادقاً فى كلامه عن نظريته؛ إذ إن اعتقاده بطريقته يحمل التأثير والإيحاء إلى المريض .

ولذا فأنى اعتقد أن نجاح العلاج النفسى يعتمد على شخصية المعالج ومدى إيمانه بطريقته فى العلاج ، أكثر من الاعتماد على محتوى للنظرية ذاتها ، واختلافها عن النظريات الأخرى، فادعاء رواد التحليل النفسى من اتباع فرويد فى شفاء مرضاهم ، يسارى نتائج علم النفس التحليلى من رواد يونج ، وذلك يوازى نسب الشفاء للذين يتبعون مذهب علم النفس الفردى من اتباع أدلر ، والكل يتساوى مع النظريات الحديثة فى العلاج النفسى من العلاج الوجودى ، إلى الهادف، إلى



العميق إلى الشامل... إلخ ، ونستطيع تلخيص أهم أنواع العلاج النفسي كالاتي :

- ١- العلاج النفسي العميق ، مثل: التحليل النفسي ، والعلاج النفسي السطحي أو الهانف .
- ٢- العلاج النفسي الجماعي .
- ٣- العلاج النفسي المعرفي وعبر الشخصية .

### العلاج النفسي العميق أو التحليلي

لا تستعمل هذه الطريقة في مصر إلا نادراً ؛ نظراً لأن معظم الدراسات التي بنيت عليها هذه النظريات أوروبية ، وعامل الثقافة والحضارة يلعب دوراً مهماً في تكوين الشخصية ودرجة تفاعلها مع المجتمع ، فإن كان فرويد قد بنى نظريته على أساس سيدات الطبقة العليا في فيينا ، فمن الصعب تطبيق ذلك على سيدات الريف المصري ، أو حتى سيدات الطبقة العليا في مصر إلا هؤلاء اللاتي اقتصرن الثقافة الغربية منذ طفولتهن .

يزيد عن ذلك أن عدد المرضى الممكن علاجهم بهذه الطريقة محدود جداً، إنا فورن بالعدد الهائل الذي يعاني من الأمراض النفسية ، والذي يحتاج لتدخل خاسم للتخفيف من آلامه ، فإننا نظرنا للعيادات الخارجية النفسية لمستشفيات الجامعة ، أو مستشفيات وزارة الصحة ، والصفوف الطويلة من المرضى الذين يطلبون العلاج ، لوضح لنا على الفور استحالة تطبيق هذا العلاج ، إلا لطبقة منتقاة من المجتمع ، أتاح لها الحظ أن تنعم بهذه الرفاهية ؛ إذ يجب على مريض التحليل النفسي أن يتحلى بعدة صفات لازمة ، أهمها إمكانياته المادية للعلاج خمس مرات أسبوعياً لمدة تصل أحياناً إلى خمس سنوات ، ثم قدرة ذكائية فوق المتوسط ؛ حتى يستطيع التعبير عن ذاته لفظياً، ولكي يتنوع تفسير العلاج ، ومن معبئة عانلة أقل من الأربعين ، ثم الإيمان الراسخ بالتحليل النفسي كوسيلة للعلاج ، أما من لا يتحلى بهذه الصفات فقد حرم عليه التحليل النفسي ، ويعتبر غير صالح لهذا النوع من العلاج .

لاشك أن العلاج النفسي العميق والبحث عن العوامل النفسية في طفولة الفرد له مميزاته ، ويوجد بعض الحالات الشديدة المزمنة ، التي تحتاج لهذا النوع من العلاج ، ولكن يجب ألا ينسبنا ذلك أن غالبية مرضى العصاب لا يحتاجون

لهذا العلاج المتخصص ، وتتوافر الآن سبل أخرى للعلاج ، تشفيهم من الآلامهم دون الحاجة إلى فترات العلاج الطويلة والتكاليف الباهظة ، خاصة أنه بدأ ينصح الآن الأسباب الفسيولوجية لهذه الأمراض .

ويوجد عدة مدارس للعلاج النفسي العميق أهمها التحليل النفسي ، والذي يعتمد أساساً على الجنسية الطفولية والصدمات ، التي تلقاها المريض في الخمس سنوات الأولى من حياته ، مع عمليات التناعى الحر ، وتفسير الأحلام والتحول والكشف عن العمليات الدفاعية اللاشعورية ، كذلك علم النفس التحليلي ليونج وعلم النفس الفردي لأدلر وعلاجات أخرى متعددة ، وقد سبق الإشارة إلى هذه المدارس بإيجاز في أسباب الأمراض النفسية .

### العلاج النفسي الهادف أو المصحح :

وهذا العلاج من أكثر الطرق انتشاراً في معظم البلاد ، نظراً لإمكانية تطبيقه عملياً ، وعامل الاقتصاد الزمني ، وأهم مقوماته :

- ١- الغرض من العلاج شفاء الأعراض ، وحل المشاكل العالية .
- ٢- عدم محاولة البحث بعمق عن الصدمات للطفولة إلا في حدود معقولة .
- ٣- تفسير الأعراض بطريقة واضحة ، دون الاستعانة باللفاظ ضخمة مثل عقدة أوديب ، الاحتجاج الذكري ، وعقدة الغيرة التنشيطية ، التثبيت الأيوي ، الجنسية المثلية الكاملة ... إلخ .
- ٤- تعتمد طريقة العلاج على سلسلة من الجلسات النفسية .
- ٥- لأمراض من استعمال طرق العلاج الأخرى من عقاقير ممتدة أو مهدنة ... إلخ ، أو أحيانا الجلسات الكهربائية .

وأساس العلاج النفسي الهادف هو :

### ١- الإيحاء :

وهنا يستطيع الطبيب تغيير كثير من لفعالات المريض من خلال التجاوب الانفعالي بينهما ، واستعمال السلطة التي يمتلكها الطبيب في وضع المرض في حالة إيحائية .

٢- التفسير والتشجيع :

يجب على المعالج أن يفسر للمريض طبيعة مرضه ، ويعلمته على أسباب المرض ويشرح له معنى أعراضه نفسياً ، مع تشجيعه على التكيف ومواجهة الواقع والصعود أمام الإجهاد .

٣- المعاودة والتدعيم :

بالاهتمام بأعراض المريض ومشاركته دون انفعال واضح ، وأنه يوجد من يستطيع فهم شكواه .

٤- النصيحة والإرشاد :

دون تحيز ودون أخذ دور الواعظ الديني أو الاجتماعي ، بشأن مشاكله الجنسية والعاطفية والزوجية والمهنية .

٥- التنفيس والتفريغ العقلي :

لكل مشاكل المريض ، وانفعالاته ومخاوفه وشعوره بالذنب أو تأنيب الضمير ؛ لأن التعبير عن هذه الإحساسات يجعله ينظر إليها بطريقة موضوعية أخرى .

٦- التجارب الانفعالي (التحالف العلاجي) :

واقامة علاقة تقدير بين المعالج والمريض ، المعالج الذي لا يصح أن يعلق على أو ينقد تصرفات المريض .

٧- يجب على المعالج :

أن يأخذ موقفاً سلبياً في بدء العلاج ، وألا يتسرع في إعطاء النصيحة أو إبداء الحكم على موقف ما ؛ لأنه مع مناقشته للمريض سيخذ الأخير الحل الأفضل ، وبالتالي قد بدأ الاعتماد على ذاته واتخاذ قرارات بنفسه دون تردد .

وأكثر أنواع العلاج الهدف شيوعاً هي العلاج النفسي المعرفي والعلاج النفسي عبر الشخصية ، وهذان النوعان من العلاج النفسي خضعا لتجارب لمعرفة مدى صلاحيتهما ، مع العلاج بالعقاقير ؛ خاصة في اضطرابات الاكتئاب والقلق والهلع واضطرابات الأكل .

## العلاج النفسي السلوكي المعرفي :

نشأ هذا العلاج منذ حوالي عشرين سنة بواسطة الأخصائي النفسي هارون بيهك وزملائه في الولايات المتحدة ، ويتميز العلاج السلوكي في إزالة الأعراض المرضية مباشرة ، دون البحث عن الصراعات النفسية والصدمات الطفلية كما هو متبع في التحليل النفسي ، ولكن هذا العلاج المعرفي يهتم اهتماماً واضحاً بالمشاعر والتجارب الذاتية للفرد ، وينظر العلاج المعرفي للأفكار الواعية على أنها الأساس والمركز الذي تدور حوله أعراض القلق والاكتئاب والجسدية ، ومن ثم فالاضطراب في هذه الأمراض يكمن في محتوى وأسلوب التفكير .

ويتجه العلاج إلى تعديل وتطوير وتغيير التشويه والنظم المعرفية ، فإذا أخذنا الاكتئاب كمثال ، نجد أن تفسير المكتئب للعالم والحياة يختلف عن الفرد العادي ، وهنا يسمى مفهوم التفكير «بثلاثية السلبية المعرفية»؛ أي إنه يفسر الحاضر والماضي والمستقبل بطريقة سلبية انهزامية ، ويدرك الأحداث كلها بالحرمان والمصاعب والفشل والدونية ، وأنه عديم القيمة والنفع وغير محبوب أو مرغوب .

وفي النظرية المعرفية يعتبر التفكير المرضي هو الأساس أما الجزء الوجداني والدوافع فهي ثانوية لتفسير السلبى للأحداث ، وبعض مكونات تفكير المكتئب تتلخص في الآتي :

١- الاستنتاج الخاطئ فإذا لم ينسم الرئيس في وجه مروضه المكتئب ، فهذا يعني أنه ينوي فصله .

٢- التجريد الانتقائي فمثلاً الزوج الذي يحتفل بعيد زواجه ويدعو زوجته للعشاء ويحضر لها هدية ، ولكنه لا يرسل كارنا بالتهلئة ، فهذا يفسر الزوجة المكتئبة هذا الحدث بأنه دليل على أنه لا يهتم بها .

٣- التعميم الزائد فمثلاً طالب الطب المجتهد الذي أثبت كفاءته ، ثم إذا فشل في أخذ عينة دم يفسر ذلك بأنه فاشل ، ويجب ابتعاده عن مهنة الطب .

٤- التضخيم والتقليل فالمكتئب يضخم سلبيات الموقف ، ويقلل من قيمة النواحي الإيجابية .

٥- التسمية الغامضة فإذا أصدر الأستاذ نصيحة إلى تلميذه بأنه تأخر في إنهاء البحث ، فهذا يعنى أنه سبه وأهان وصرخ في وجهه .

ورنجه العلاج المعرفى إلى تغيير نمط التفكير بتعزيز وتقوية النواحي الإيجابية وإطفاء التحوير السلبي في التفكير ، من خلال جلسات منظمة مغلقة معرفية تعتمد على المنطق والمناقشة ، وتتراوح عادة بين ١٢ - ١٦ جلسة .

وحيث إن النظم المعرفية تعتمد على الثقافة والمصانرة والتعلم البيئي ؛ لذا يجب عدم استيراد النظم المعرفية الغربية ، ولكن يجب تفتين العلاج المعرفى الخاص بالتقييم الأخلاقية والدينية في مصر والبلاد العربية ، والذي يلائم تفكيرنا ومعتقداتنا .

### العلاج النفسى عبر الشخصية :

ظهر هذا العلاج في الولايات المتحدة تحت تأثير كيرمان ، ويعتمد أساساً على العلاقات الشخصية في حياة الفرد من الأيوين والأخوة ، والمدرسين ، والأصدقاء وزملاء العمل ... إلخ ، والغرض هو تحسين المهارات الاجتماعية العالية بالتشجيع والإيضاح وتقوية المهارات الاجتماعية ودراسة العلاقات الشخصية ، ويستغرق العلاج من ١٢ - ١٦ أسبوعاً ، بواقع جلسة واحدة كل أسبوع .

وقد ثبت من التجارب المختلفة فائدة العلاج النفسى المعرفى وعبر الشخص في حالات الاكتئاب الخفيف والقلق والهلع وفقد الشهية العصبى والنهم العصبى ، واضطرابات الجسدية ، خاصة مع العقاقير الكيميائية ، أما في الاكتئاب الشديد فتتفوق العلاجات الكيميائية على العلاج النفسى ، إلا في حالات النكسات المتكررة أوعدم الاستجابة للدواء ؛ فيها يلعب العلاج النفسى دوراً مهماً .

وعادة ما يوزع العلاج النفسى كالأتى : ٧٠٪ للتفريغ النفسى ، ٢٠٪ للاستفسار و ١٠٪ للنصيحة والإرشاد .

ومن هنا نستطيع التعرف على العلاج النفسى العميق والهادف بالجدول

الآتى :

الهدف	العميق
<p>- شفاء الأعراض ، والتخفيف من الآلام ، والاحتكام بالآونة الصائفة دون التقييد العميق .</p> <p>- أكثر عملية وفعالية .</p> <p>- تستعمل على نطاق واسع .</p> <p>- تطبق مع العلاجات الأخرى .</p> <p>- سرعة شفاء الأمراض .</p> <p>- قلة الأعراض الجانبية .</p> <p>- لا تتدخل في حياة الفرد .</p> <p>- العلاج سطحي لا يبحث في الجذور العميقة .</p> <p>- درجة وعمل الشفاء أقل .</p> <p>- الميل لتكرار .</p> <p>- عدم فهم أو استيعاب المريض بأعراضه .</p>	<p><b>الهدف :</b></p> <p>- تغيير جذري في الشخصية مع القدرة على الاستيعاب والفهم . مع البحث من الصدمات الطفولية.</p> <p><b>الزما :</b></p> <p>- الإدماء بانها تقلل من التكرار ، وتقلل من استعداد المريض للتعرض للعصاب من أي إجهاد .</p> <p>- تساعد المريض على فهم نفسه وتصرفاته ، ونسج الشخصيه .</p> <p><b>المعايير :</b></p> <p>- طول المدة وكثرة التكاليف .</p> <p>- الاعتماد على الطبيب .</p> <p>- التأمل الذاتي .</p> <p>- تطبق على فئة منتقاة من المرضى .</p> <p>- الإدماء أنها تستلزم المرض لم يثبت طبياً .</p> <p>- تؤثر وتشفي الحالات التي يستطيع العلاج الهدف شفاها ، وعادة لا تؤثر على الحالات التي تشمل فيها أنواع العلاج الأخرى .</p>

### العلاج النفسي الجماعي :

وهنا يجمع عدد من المرضى يتراوح عددهم ما بين 5 - 15 مع الطبيب، ويكون العلاج على هيئة جماعية ومناقشة المشاكل والأمراض أثناء هذه الجلسات، ولها عدة أنواع :

## ١ - العلاج التعليمي :

ويعتمد على موضوعات ومواد تعليمية ، تعطى بواسطة الطبيب للمناقشة ، وإبداء الآراء تحت إرشاد المعالج ، وهي تعطى هنا بصورة واضحة عن سلوك الفرد في المجتمع ، وكيفية تعامله مع بقية الأعضاء ، وتعيد إليه الثقة في النفس ، وتفيد خصوصاً في مرضى الذهان داخل المستشفى وكذلك مرضى الإنعاش ، ولكنها بالطبع تتعامل مع مرضى العصاب ، بل ومع الأفراد الأسوياء .

## ٢ - النوادي الاجتماعية العلاجية :

تتار هذه النوادي بطريقة برلمانية ديموقراطية ، فينتخب المرضى أعضاء مجلس إدارة النادي ، والمسؤولين . والغرض من هذه النوادي أن تشجع المرضى على الاختلاط والمشاركة الاجتماعية ، وتحطم الدائرة المفرغة للانعزال ، وعدم الثقة في النفس ، وتحطيم احترام الذات ، وتصلح هذه الطريقة خاصة للمرضى بعد خروجهم من المستشفى .

## ٣ - الدراما النفسية (السيكودراما) :

يلعب المرضى الأدوار المسرحية . ويجب في هذه الحالة أن تكون التمثيلية تعبيراً صادقاً عن مشكلة خاصة أو مشكلة جماعية للمرضى . وأثناء تمثيل المرضى لهذه الأدوار ، يعيدون ذكريات تاريخ مرضهم ، وبالتالي تحدث عملية التنفيس العقلي ، ويستفيد المرضى هنا من التمثيل في معرفته لذاته ، والراحة في الكلام عن نفسه في شخصية الممثل ، والقدرة على التعبير أمام الناس .

## ٤ - الطريقة التحليلية :

هنا يجلس الطبيب وسط مرضاه ويدعهم يتكلمون بطريقة التداخي الحر ، دون أن يأخذ دوراً إيجابياً في الجلسات ، ومن ثم يلتقط الصراعات الخاصة بكل مريض في إطار الجو الجماعي ، الذي هو أقرب للطبيعة من الجلسات الفردية ، ولا مانع من استعمال تفسير الأحلام والعمليات الأخرى حسب المدرسة التي ينتمي إليها المعالج .

## أهداف العلاج النفسي الجماعي :

### ١- المعاضدة والتدعيم :

حتى يتغلب المريض على فقدان الثقة في الذات ؛ خاصة حالة هؤلاء الذين يخافون السلطة ، والطبيب يرمز إليها ، فالوضع الجماعي يزيل هذا الخوف ، ويجعله يعبر عن انفعالاته العدوانية نحو المجتمع ، أوفية المرضى أو حتى الطبيب ذاته .

### ٢- التثية :

يهدف العلاج النفسي الجماعي في تثبيه كثير من مكات المريض ، وأهمها مشاركته الآخرين في أعراضهم ، ومناقشته للحصول على اهتمام الطبيب في وسط المجموع ، ومكافئته لأخذ مركز قوى بين زملائه المرضى ولظهور أمامهم ، خاصة بين أفراد متعددي الثقافة ، مما يساعده على استعادة ثقته بنفسه .

### ٣- التعبير :

يساعد العلاج الجماعي على ممارسة المريض لعدة مواقف وسط مجموعة من الناس ، وفي هذا يختلف عن الموقف الصناعي في العلاج النفسي الفردي ، فلا يخشى النقد أو التعليق على كلامه ، ومن ثم يكتب أفعالاً انعكاسية شرطية جديدة ، مع اكتساب مهارات اجتماعية جديدة .

### ٤- التعبير :

عن انفعالاته بالكلام وقدرته على وصف إحساساته ومشاعره بطريقة لفظية ، مما يكتبه احتراماً لذاته .

ويختلف البعض في تكوين مجموعات العلاج النفسي الجماعي ، هل يخلط مرضى العصاب والذهان ؟ أو كل على حدة ؟ هل يخلط الجنسان ؟ وكل أخصائي في العلاج النفسي الجماعي يزيد طريقته ويثبت فاعليتها في العلاج ، ولكنني أعتقد أنه من الأفضل أن يفصل مرضى العصاب والذهان ، ولأمانع من اختلاط الجنسين ؛ خاصة في مرضى العصاب ، الذين يتسمون بالخلج والإحراج عند مواجهة الجنس الآخر .



### العلاج النفسي الأسري :

يوجه العلاج هنا لأفراد الأسرة جميعاً ؛ فالمريض هنا يتفاعل مع أسرته ؛ ذلك أنه دون تغيير في علاقته الشخصية ، يصبح التكيف والاستمرار صعباً . ولذا كان هذا العلاج حتمياً في الاضطرابات التي تتخللها مشاكل أسرية ، بل إن هذا العلاج قد أدى لحماية من تكسبت اضطراب الفصام والاكتئاب .

ونستطيع تقسيم كل منارس العلاج النفسى إلى ثلاث منارس ؛ هي :

١ - العلاج الدينامى .

٢ - العلاج الطوكى .

٣ - العلاج الخبراتى .

-وتختلف هذه المنارس الثلاث فى الأتى :

أنواع العلاج التي تستخدمها مدارس العلاج النفسي الثلاث المختلفة

التقني		السلوكي		البيساني	
صاحب التقنية	النوع	صاحب التقنية	النوع	صاحب التقنية	النوع
كلير وروسان	العلاج غير المتخصص	مستشارون	العلاج النفسي	فريدريك	التدخل النفسي
بالمطاحوم	التدخل الوجداني	سوزان	علاج التمكّن التقني	بيتر باغ	علم النفس التحليلي
فريدريك	علاج الفكر	بولارد	نظرية التعلم	رايكت	علاج الأزمات
ديفيد	العلاج المتمركز حول العميل	ديفيد	التعلم الاجتماعي	أندرسون	علم النفس الوجودي
جيمس رازر	علاج الجسديات	بيتر كوروا	العلاج المصنوعي	مستندك	العلاج التحليلي النشط
ديفيد	العلاج التجريبي	ديفيد	العلاج المباشر	موريزي	التحليل النفسي
جيمس	المرحلة الأولى	جيمس ريتشارد	علاج القرار المباشر	موريليان	علم النفس البيهيفيستي
ديفيد	تطبيق المبادئ الصوتية	جيمس رازر	حل المشكلة بالواجب	فريدوم	التربية الذاتية
ديفيد	التدخل التركيبي	البيبي	علاج النطق	كلايرين	تطبيق الـ CBT
ديفيد	التدخل النفسي	ديفيد	علاج التكامل	ديفيد	التدخل المباشر
ديفيد	علاج اليرقان	جيمس	علاج الواقع	مستندك	العلاج السيكودينامي
ديفيد	علاج اليرقان	مستندك	العلاج النفسي	موريليان	البيهايفيستي الصوتية
ديفيد	العلاج السيكودينامي	جيمس	إعادة الصوتية	رايس	البيهايفيستي الذاتية
ديفيد	التدخل التكاملي	ديفيد	العلاج النفسي	ديفيد	العلم الذاتي

تزيين خطوات العلاج النفسي لدى الاتجاهات / الماركسي / الفيراني

الفيراني	الماركسي	الفيشبي	
<p>الانحراف الرياضي اليهودي - الفسطاط الإنساني الاجتماعي - طبع الآلات - نفس القاصب مع تجارب الراهب . تطبيق الإنكسارية - نمو الآلات - الأصالة - اللغوية .</p> <p>العبارة الذاتية : أين نفس ويشعر تساليات الصافي ، أي التصغير الطبيعي من التجربة .</p> <p>تاريخي : اصالة تفسير الظاهرة (الاصالة الفيرانيه ١٩٨٧) .</p>	<p>القول المسلمات المتشعبة . السلوك الزائد أو القاصب والمزج بيننا .</p> <p>إزالة العرض ويقتض حدة القول .</p> <p>الاعلم المباشر في الوقت الصافي . ساء ، لمبدأ أو الدائيا .</p> <p>غير تاريخي : الصافي الواقعي</p>	<p>الكلية الفيشبي الصراعات الفرعية - الرغبات والواقع الحقيقية الأولى الجمعية من الوعي (الانحسار) .</p> <p>حل الصراعات الكونية - الانحسار الأول على الوجود أو قوة الوجود .</p> <p>الاستيعاب العميق الكلف - معرفة وتفهم التجارب الأولية أو المعرفة الفكرية والتفصيلية .</p> <p>الانحسار الثاني</p>	<p>الاعتماد الأول الوعي الاجتماعي الوعي العميق وسيلة التفسير الاتجاه والتركيز الزمني</p>

البياني	السلوكي	العصابي	
<p>فصم الذي - متكلف .</p> <p>أن يتفاعل المبالغ والمرض في سياق طويل بطريقة تبادلية أكثرية المتغير الذاتي جسيما أو روحيا .</p> <p>اللاشعارة : الموارز للمضطربك ، الاجتياز ، التمييز السريري ، استهلاك الاعمال .</p> <p>ويجوزي : الله - الله أو اللامع - اللامع (المستورا) أي الاتهام الإنساني</p>	<p>فصم الذي - غير متكلف .</p> <p>برسوخه ومكافأة وتكامل الاستجابات السلوكية المبرزة المؤثرات العنصرية للثقافة</p> <p>الفرطية : التمييز الظاهري - التميز الإنجابي - السطحي - التماثل</p> <p>تطبيقي : مدرسي - طبيبا أو الأب - الطفل (المطروح أي الاتهام الضمني) .</p>	<p>طويل الذي - متكلف .</p> <p>تقوم السمات العقلية الانعزومية ، ومعها الزمزم والارضي</p> <p>الانغمس : التماهي المر - تطبق مراهق الأة - الطفولة - زلات العنان - نفس الاعمال .</p> <p>طبي : طبيبي - سريري أو الأب - الانغمس (المطروح) أي الاتهام اللامعي</p>	<p>نوع العلاج</p> <p>ويطه العلاج</p> <p>وساق العلاج</p> <p>صيانة العلاج</p>



## ٢- العلاج العضوي

### العلاج بالعقاقير :

#### ١- المنومات :

خاصة في حالات القلق الحاد ، والأرق المستمر ، وتعطى لفترات قصيرة حتى يتم علاج السبب الأول للأرق ، حتى لا يتعود المريض هذا النوع من العقاقير ويدمنه ، وأحياناً ما تعطى كميات بسيطة من المنومات ، لتهدئة المريض وخفض درجة التوتر خاصة في حالات القلق النفسى والمخاوف المختلفة .

ومن أهم العقاقير مشتقات حامض الباريتيرك ، مثل : امينال الصوديوم سيكونال ، نورميل ، فيسبراكس ... إلخ ، وكذلك تشمل مجموعة البنزوديازيبين مثل الفوجادون والديمين والنورمبزون والأتيبان . وكما ذكرت سابقاً ، يجب على المريض عدم التسامح في أخذ هذه الأدوية ، دون إرشاد الطبيب خوفاً من المضاعفات والإدمان .

#### ٢- المظمنات البسيطة :

وهي أكثر الأدوية استعمالاً في علاج الأمراض النفسية خاصة القلق ، والتوتر والتهيج العصبى والمخاوف ، ومن أهمها مجموعة المبروباميت ، ويخشى منها من الإدمان (برترانكيل ، اكواتيل ، كويتان ، ترانكيلان ، بيوباميت... إلخ) والأتاراكس ، ثم المجموعة المهمة البنزوديازيبين والتي تحوى الليبريم ، والفاليوم ، واسيريلاكس والأتيبان والترانكسين والكسونانيل والزاناكس .

ومن مميزات هذه المظمنات أنها تعطى للفرد شعوراً بالاسترخاء الذهنى والعضلى مع اختفاء التوتر والقلق ، كذلك فهي راضية للعضلات ومنومة ومضادة للصرع . وتختلف كمية العقار حسب حساسية واستعداد الفرد ودرجة التوتر ، ومن أعراضها الجانبية فى بدء العلاج بعض الدوار والغثيل للوم ، وبعض الجفاف فى الحلق ، وتختلف بعد استعمال العلاج بفترة ، ويعتقد البعض أن سرعة الانبثاء تقل عند استعمال هذه العقاقير ، ولذا ينصح بعدم قيادة السيارات أثناء تناول كميات كبيرة من هذه الأدوية ، وفى حالات التوتر الشديدة تعطى أحياناً الليبريم والفاليوم والأتيبان فى العصل أو الوريد .

### ٣- المظمنات الكبرى :

ولو أن هذا النوع من العقاقير يستعمل عادة في علاج الأمراض الذهانية ، إلا أنه أحيانا ما تلجأ إلى كميات بسيطة منها لعلاج حالات القلق خاصة تلك المسحوبة بأعراض جسمية ؛ حيث إن هذه الأعراض تستجيب لمثل هذه المجموعة ، مثل : أعراض القى ، والغثيان ، والإسهال ، وسرعة ضربات القلب والآلام الجسمية... إلخ ، ومن أمثلة هذه العقاقير السنلازين ١ مجم ، ترايلافون ٤ مجم ، موديتين ١ مجم ، راندولاكتل ١ مجم .

ويجب الحرص في إعطاء هذه الأنوية نظرا لاحتمال حدوث بعض الأعراض الجانبية مثل الدوار وجفاف الحلق وصعوبة التبول وزغطة العين ، مع ارتجاف في الأطراف وعدم القدرة على السكون ، وبعض الأعراض الأخرى في الجهاز العصبي ، ولو أن ذلك نادرا ما يحدث من الكميات البسيطة ، وبالطبع يوجد العقار المضاد لمثل هذه الحالات .

### ٤- العقاقير الخفيفة المضادة للاكتئاب :

وهي من أهم العقاقير المستعملة في علاج حالات القلق النفسي والمخاوف المرضية والوسوس القهرية ، ويجب استعمالها على الأقل مدة تتراوح من شهر إلى شهرين ؛ حتى تصل إلى مفعولها الأقصى ، وأحيانا عدة سنوات .

وتعمل هذه العقاقير على تنظيم وزيادة المرصلات العصبية الخاصة بالانفعال ، والتي تقلل حالات الاكتئاب والقلق وأهمها النورأندريفالين والسيروتونين والندرامين ، مثل مثبطات أكسدة أمادي الأمين ، وسيطول شرحها في الفصل الخاص بالاكتئاب وعلاجه .

ولكن يجب على الطبيب قبل وصف هذه العقاقير ، الإلمام الشامل بأعراضها الجانبية ، ومضاعفاتها على الجهاز العصبي والهضمي والبولي والتناسلي والدوري القلبي والكبد... إلخ .

ومن أمثلة هذه العقاقير والتي كانت موجودة في مصر : النياميد ، الماريلان ، النارديل ، الباربيت الجارستيلين ، والجديد هو الفوكلوباميد ، ويتميز بعدم وجود الأعراض الجانبية .

#### ٥- العقاقير الكبرى المضادة للاكتئاب :

عادة لا نحتاجها في علاج العصاب إلا في الحالات الشديدة المصحوبة بأعراض قلق واكتئاب حاد ، وهي أيضا لاتعمل قبل مضي ٣ أسابيع من بدء العلاج ، ولذا لاينصح استعمالها لمدة أسبوع أو عشرة أيام فقط ، وكذلك يجب استعمالها بكميات محدودة ؛ لأنها تعمل من خلال التأثير على موصلات الجهاز العصبي الخاصة بالانفعال، ولكن بطريقة تختلف عن العقاقير الخفيفة وسناقشها بالتفصيل في الفصل الخاص بالاكتئاب ، ومن أمثلتها الموجودة في مصر : التوفرانيل والتريبتيزول والتوديوميل ، والانافرانيل والبروثيادين .

ويجب الحرص على ألا تخلط هذه العقاقير بعضها مع البعض الآخر إلا تحت إشراف طبي مباشر ؛ متعاً لحدوث مضاعفات ، كما أنه أحياناً يجب على المريض الامتناع عن تناول بعض الأطعمة كالملح ، التسيخ ، السردين ، التونة ، اللحوم المعفية والخمور خاصة البيرة والتبيذ ، خاصة مع العقاقير الخفيفة المضادة للاكتئاب مثل الباربيت .

#### ٦- مثبطات استرجاع السيروتونين :

مثل بروزاك ، لسترال ، فافارين ، وهي مجموعة جديدة فعالة تعمل على زيادة نسبة السيروتونين في مستقبلات ما بعد المشبك العصبي ، وتفيد في حالات العصاب ، مثل : القلق ، الهلع ، الرهاب ، الوسواس ، النهم العصبي، وكذلك الاكتئاب .

وتتميز بعدم وجود أعراض جانبية شديدة ، ولكنها نسبياً باهظة الثمن .

#### ٧- العقاقير المساعدة على عملية التفريغ العقلي :

إن العلاج النفسي كما سبق أن ذكرنا يكون مصحوباً بعمليات المقاومة والخلل والإحراج ، كما أنه يأخذ وقتاً طويلاً لإتمامه . ويوجد الآن من العقاقير ما يساعد على تفريغ العوامل اللاشعورية ، وتذكر الخبرات المؤلمة دون الشعور بالذنب أو الخجل .

ومن المميزات المهمة لهذه العقاقير : إضعاف المقاومة مما يساعد على تقليل مدة العلاج ، ومعرفة الحيل اللاشعورية المختلفة ، وقد أصبحت هذه العقاقير



يفضل التقدم الحديث في الطب النفسي، الذي يعد من أهم العوامل المساعدة على علاج الأمراض النفسية . وتعطى هذه العقاقير بعدة طرق ، هي :

أ- بالوريد :

(١) مهدئة :

مثل أميدال الصوديوم أو البنثونال ، أو نردونال أو بريثال الصوديوم ، حيث يخفف نصف جم في ١٠ سم محلول ماء أو ملح ، ويعطى حوالي ١ سم في الدقيقة، بحيث لا ينام المريض ، ولكنه يكون في حالة أشبه بالتداعي الحر والاسترخاء التام، وبعض التشوش في الوعي ، ونستدل على ذلك برأية العين ، ونلاحظ ذلك في تعبيرات وجه المريض وطريقة كلامه، وهنا نبدأ في توجيه الأسئلة والإيعاء له بذكر الخبرات المؤلمة التي أدت إلى المرض .

ويكثر استعمال هذه الطريقة في علاج الهستيريا التحويلية ، وخاصة الأعراض الحركية من شلل ، إلى فقدان الصوت، إلى الارتجاج وكذلك في الهستيريا الانشاقية من فقدان الذاكرة إلى حالات الشرود والجوال التلي وتعدد الشخصيات ، ويمكن شفاء المريض في جلسة نفسية تخريرية واحدة ، ولكن أحياناً ما تتعدد الجلسات حتى تتم عملية الشفاء ومعرفة العوامل الدفينة اللاشعورية ، وكذلك تساعد هذه الطريقة في علاج حالات القلق النفسي المزمن؛ لمعرفة الأسباب الرئيسية اللاشعورية لهذا المرض .

يحتاج العلاج بهذه الطريقة إلى خبرة إكلينيكية خاصة ؛ نظراً لاستعداد المريض الشديد ، وهو تحت تأثير هذا العقار للإيعاء . وبالطبع لا يستطيع تطبيق هذا العلاج إلا أطباء متخصصون . ومن خبرتي الخاصة ، استطع القول أن هذا العلاج قد خفف آلام كثير من المرضى ، وأنقذهم من علاج نفسي طويل ، ووفر لهم كثيراً من المعاناة والمال .

(٢) مبهية :

مثل المهدرين ، وهو عكس السابق يزيد من درجة القلق والتوتر والعصبية ، ومن ثم يبدأ المريض في الكلام السريع معبراً بشجاعة وإقدام عن انفعالاته دون إحباط أو نقد ذاتي ؛ خاصة في الشخصيات الوسواسية والأعراض القهرية ،

ويعطى حوالي ١٠ - ٤٠ سم في الوريد . وأحياناً عندما تزيد درجة التوتر يمكن خلط المتدربين بأحد المنبهات ، ويستمر تأثير هذا العقار لمدة ساعات ، ولذا يجب الاطمئنان على المريض وعودته لحالته الطبيعية ، قبل السماح له بالخروج ؛ حتى لا يتعرض للكلام الكثير أمام الناس ، ثم يصوبه الندم بعد ذلك .

ب- بالاستنشاق :

باستنشاق غازات مثل ثاني أكسيد الكربون ٣٠٪ مع أكسجين ٧٠٪ أو الأثير أو أكسيد النيتروجين ، وتفيد هذه الطريقة في علاج حالات الهستيريا الانشاقية ، ولتذكر الخبرات المزمنة السابقة القابلة للنسيان، ولكن عادة ما ترفضها الشخصية الوسوسة أو المريض بالوسواس القهري ؛ لخوفها الشديد من الشعور ببده غيبوية وتشوش في الوعي .

ج- بالقم أو العضل أو الوريد :

وتشمل هنا عقاقير الهلوسة مثل ل. س. د. أو السيرنيل . ومن سماتها أنها تسبب تشوشاً في الوعي واضطراباً في الإدراك مع بعض الهلاوس والاعتقادات الخاطئة ، وينحدر أثناءها المريض من كل أنواع القلق ، ويذكر أدق تفاصيل طفولته ، وتستعمل في حالات الوسواس القهري والإدمان والاعتراقات الجنسية واضطرابات الشخصية .

وقد زاد الحديث عن هذه العقاقير حديثاً ؛ لاكتشاف عدة حالات من الإدمان بين المثقفين في أوروبا والولايات المتحدة وإقامة حفلات المامض (Acid) لأخذ العقار . ولذا بادرت الشركة بإيقاف توزيع العقار إلا للمستشفيات وللأبحاث .

ولا يصح إطلاقاً إعطاء عقاقير الهلوسة لذوى الاستعداد للذهان ، أو حتى عند وجود تاريخ عائلي للذهان ، حتى لا يتعرضون للإصابة بهذا الاضطراب، ونظراً لمضاعفاتها المتعددة وإدمانها .. فقد توقفت استعمالها الطبي منذ فترة .

العلاج بالأنسولين :

يختلف علاج مرضى العصاب بالأنسولين عما نعرفه سابقاً لعلاج الفصام بغيره بالأنسولين ، فهذا يعطى الأنسولين نعت الجلد بكميات بسيطة تتراوح ما

بين ١٠ - ٢٠ وحدة قبل الأكل ، أو صباحا فقط بكمية تتراوح من ٥٠ - ١٠٠ وحدة ولكن لاتصل إلى حد الغيبوبة ، ويشعر المريض بعدها ببعض ضربات القلب والعرق والجوع ، ونستعمل هذا العلاج في حالات فقدان الشهية ولزيادة الوزن ، وأيضاً لحالات التوتر والقلق العصبي ، وأحياناً في حالات الإدمان عند توقف المريض عن أخذ العقار الذي يدمن عليه ، وكذلك في الأمراض السيكوسوماتية ، ولكنه لايفيد في العصاب المزمن أو الوسواس القهري أو الهستيريا الحادة .

### العلاج الكهربائي :

لانعطي عادة الصدمات الكهربائية (نسمى الآن جلسات تنظيم إيقاع المخ حيث اختلفت الصدمة بتأثير التخدير) في حالات العصاب ، ولكن أحيانا ما تلجأ إليها عندما تصاحب العصاب أعراض اكتئابية حادة ، وأفكار سوادوية أو انتحارية ، وهذا يكون للعلاج للعرض وليس للمرض .

ولكن كثيرا ما نعطي المنبهات الكهربائية على قشرة المخ كعلاج إيحائي ، في حالات الهستيريا التحولية كفقدان الصوت ، أو الغيبوبة ، أو شلل أو أحيانا عند صعوبة التركيز من القلق النفسي . ولايفقد المريض وعيه أثناء المنبهات ، بل هي منبهات كهربائية ، تعطى على جانبي الجبهة ، وأحيانا يعطى العلاج الكهربائي التنويمى للأمراض النفسية الجسمية ، والعلاج الكهربائي بالنفوس في العلاج السلوكي .

### العلاج الجراحي :

تلجأ لهذا العلاج في حالات القلق النفسي المزمن والوسواس القهري والاكتئاب الشديد ، المصحوب بتوتر وقلق مستمر ، مما يجعل المريض في حالة من الشلل الاجتماعي ، ويجب أن يكون المريض قد مارس كافة أنواع العلاج النفسي والكوياتي وكهربائي دون جدوى ، مع استمرار آلامه وعذابه النفسي .

ويعتمد نجاح العملية الجراحية على الاختيار الموفق للحالات وتكامل الشخصية قبل المرض ، ولانستطيع القول أن الجراحة تشفى هذه الأمراض ، ولكنها تنقل من درجة التوتر والقلق والاكتئاب ، بحيث يستطيع المريض الاستمرار في نشاطه العادي ، والتكيف مع أعراضه .

وتتم العملية بقطع الألياف العصبية الموصلة بين الفص الجبهي في المخ والتلاموس ، ومن ثم تتوقف الدائرة الكهربائية الخاصة بالانفعال .

ومن مضاعفاتها التبدل الانفعالي ، وبعض التغيير في الشخصية ، ولو أن العمليات الحديثة بطريقة الاتجاه الجسم تجري دون أي اضطراب في الشخصية ، ولاتزيد نسبة الوفاة في هذه العمليات عن نصف في المائة ، وتجرى العملية الآن بواسطة الكي الكهربائي أو الكيميائي دون الحاجة للجراحة .

وعادة ما يتحسن عليها مرضى القلق ، الذين يتميزون بارتفاع في مجرى الدم القاعدي بالساعد ، وانخفاض مستواه عند الإجهاد ، حيث نقل استجابتهم للعقاقير الكيميائية ، وقد أصبح من النادر استعمال العلاج الجراحي بعد تقدم العلاج الكيميائي .

### ٣- العلاج السلوكي

يعتمد هذا العلاج على النظرية الشرطية ، والتي سبق مناقشتها في أسباب الأمراض النفسية ، وذلك أن الأمراض النفسية ما هي إلا عادات خاطئة تعلمها المريض ؛ لكي يقلل من درجة القلق والتوتر ، وبالتالي كون ارتباطات شرطية مرضية . وينتج العلاج أولاً إلى إطفاء هذا الفعل المتعكس الشرطي المرضى ، وبناء فعل متعكس شرطي سوي جديد ليكون بديلاً عنه .

وقد أثبتت عدة دراسات حديثة فائدة هذا العلاج في شفاء بعض الأعراض العصبية ؛ خاصة أن التفسير الفسيولوجي لهذا العلاج يتجه اتجاهها علمياً غير نظري ، ومن هنا بدأ الصراع بين أنصار التحليل النفسي الذين تعتمد نظريتهم على الاستنباط والاستنتاج ، وأنصار العلاج السلوكي الذين تعتمد نظريتهم على شواهد فسيولوجية علمية .

وقد تمكن فولبي ، وايزنك ، ورخمان وماركس من تعديل وتنقيح كثير من نظريات بافلوف وتطبيقها في علاج الأمراض النفسية ، ولقد أصبح للعلاج السلوكي رواد كثيرون ومجالات خاصة به ، ولكن لا يصح أن يبلغ الحماس النظرية ما حد نسيان فوائد النظريات الأخرى ، ولكن دائماً ما يحدث ذلك عند ظهور نظرية جديدة . فممنذ فترة .. كان التحليل النفسي هو رائد العلاج في الطب النفسي ، والآن يعتبر العلاج السلوكي رائداً وثورة في أمراض العصاب ، ولكن التآني واختيار العلاج السليم لكل مريض حسب أعراضه وألامه وإمكانيته هو الحل الإنساني السليم ؛ إذ لا يصح إطلاقاً تطبيق نظرية يؤمن بها المعالج أو الطبيب على كل مرضاه ؛ لأن ذلك تعصبا أعمى لعقيدة نظرية . ولكن الأسلم أن يطبق كل معلوماته وكل نظريات الطب النفسي في خدمة المريض .

وتوجد عدة أنواع من العلاج السلوكي ، أهمها :

#### ١- الكف المتبادل : Reciprocal Inhibition

تقوم فكرة هذا العلاج على أنه لو استطعنا أن نعطي المنبه ، الذي يسبب القلق للمريض دون ظهور علامات وأعراض القلق ، فسيضعف ذلك الصلة بين المنبه واستجابة القلق ، وبالتالي ينطفئ الفعل المتعكس الشرطي المرضى . ولكن لا يستجيب المريض بالقلق عند إعطائه المنبه المرضى ، يجب أن يكون في حالة

من الاسترخاء التام ، وكذلك يجب الحرص على إعطائه المنبه بدرجات بسيطة تزيد تدريجياً في كميتها وكيفيةها ؛ حتى نصل للمنبه الأصلي ، وهو في حالة استرخاء حتى لا تتولد عنده أية أعراض للقلق ؛ لأنه إذا بدأ يعاني من أعراض القلق ، فسيطفي ذلك جميع التحسن الذي حدث من قبل .

وتسمى هذه الطريقة بالتحصين البطيء Gradual desensitization ؛ أي زيادة المنبه تدريجياً ، أما استرخاء المريض فيحتاج إلى تمرينات استرخاء خاصة بتعلمها أولاً ، وهو نائم ثم وهو جالس ، وأخيراً وهو واقف ، وبها يستطيع أن يضع نفسه في حالة استرخاء عضلي وذهني ببعض حركات التنفس والأوضاع العضلية .

وبالطبع لا يستطيع كل مريض التحكم في ذاته لإجادة تمرينات الاسترخاء ، ولذا فأحياناً ما نلجأ إلى العقاقير المهدئة بالنوم أو بالوريد لوضع المريض في هذه الحالة من الاسترخاء .

نستعمل هذه الطريقة خاصة في حالة المخاوف المرضية ، فإذا بدأنا مثلاً في علاج الخوف من الأماكن الممتعة ، حيث تستطيع الزوجة الانتقال من منزلها أو الخروج إلى الشارع ؛ لأنها كلما حاولت الخروج أصابها نوبات من الإغماء وضربات القلب والخوف الشديد والإحساس بالموت القريب .. هنا ، نبدأ في بناء هيكل عام للعلاج في تدريبها على عملية الاسترخاء ، ثم إعطائها منبهات بسيطة للخروج وهي في حالة الاسترخاء حتى لا تشعر بالقلق ، ثم زيادة المنبه تدريجياً حتى تستطيع الخروج ، فتوضع المنبهات في تدرج هيكل كالتالي :

- ١- الخروج من الشقة إلى بابها الخارجي مع وجود أحد الأشخاص ، ويتكرر ذلك مراراً تتمكن المريضة من الخروج دون وجود قلق ودون الاستعانة بالاسترخاء أو العقاقير .
- ٢- الخروج من الشقة إلى بابها الخارجي ، ومع عدم وجود أحد الأشخاص .
- ٣- الخروج من الشقة ونزول بضعة سلام ، مع وجود أحد الأشخاص ثم نزولها منفردة .

٤- الخروج من الشقة والسير في الشارع حوالي ٥٠ متراً، مع وجود أحد الأقرباء وفي حالة استرخاء ، وتكرر هذه العملية حتى تثق في نفسها، وتسير هذه المسافة منفردة .

٥- وهكذا نزيد العنبة تدريجياً حتى تستطيع الخروج والسير منفردة دون معونة أحد ، ودون ظهور القلق ، وهنا يكون قد انطلقاً الفعل المنعكس الشرطي المرضى ، ويتكون عندها فعل منعكس جديد بأن الخروج يبعث على الاسترخاء وليس على الخوف ، وأحياناً ما تستغرق عملية العلاج السلوكي بالتحصين البطئ مدة تتراوح بين ٣- ٦ شهور .

وتستطيع أن تأخذ مثال تلك السيدة التي تخاف النحل ، وبالتالي لا تستطيع الخروج لأنها تخاف لدغة النحل التي سبب وفاتها ، وعبثاً تحاول إقناعها بالخروج ، ومع يقينها التام أنها لن تموت من لدغة النحل .. إلا أن الخوف مسيطر عليها ، فهذا ينهي هيكل العلاج مثلاً كالآتي :

١- رؤية صورة قريبة لجناح نحلة والمریضة في حالة استرخاء .

٢- رؤية صورة قريبة لجناح نحلة ، والمریضة في حالة استرخاء ووجود أحد الأشخاص .

٣- زيادة العنبة تدريجياً حتى تتمكن من رؤية صورة نحلة قريبة وإمساکها بيدها ، دون وجود أحد ، وبالطبع سيتمغرق ذلك بعض الوقت .

٤- وجودها مع جناح نحلة ميتة في زجاجة مغلقة بعيدة عنها، وهي في حالة استرخاء .

٥- زيادة العنبة تدريجياً حتى تستطيع البقاء مع نحلة كاملة ميتة في زجاجة ، ثم خارج الزجاجة .

٦- وبالتحصين البطئ ، تستطيع أن ترمي نحلة حية داخل زجاجة بعيدة، ثم قريبة ثم منفردة ، وهكذا بعد مدة طويلة من زيادة العنبة تستطيع أن توجد مع النحلة دون الشعور بالخوف ، وهنا يكون قد انطلقاً الفعل المنعكس الشرطي المرضى وتكون الفعل الجديد ، وأكثر ثباتية أهمية عدم ظهور أعراض القلق خلال فترة العلاج ، وعدم التسرع في

الانتقال من مستوى متبه إلى آخر ، إلا بعد التأكد من استرخاء المريض وعدم خوفه .

## ٢- الكف الشرطي أو الممارسة السلبية Negative Practice :

تفيد النظرية هنا أن تكرار الاستجابة شعورياً وإرادياً دون وجود المنبه يضعف هذه الاستجابة عند التعرض للمنبه ، وبالطبع يجب أن يفهم المريض طبيعة العلاج ، وأن يتعاون مع المعالج معاونة صادقة أمينة حتى يستطيع التخلص من العادة العصابية .

وقد طبق هذا العلاج بنجاح في حالات مص الإبهام ، التعلم ، العادة السرية ، فضم الأطراف ، الخراجات العنقية اللاإرادية (اللزائم) .

وتعتمد فكرة العلاج على تحطيم العادة بوضعها تحت التصرف الشعوري ، وجعلها تحت الفحص الدقيق المستمر ؛ مما يضعف قوتها اللاشعورية .

## ٣- العلاج بالكراهية أو النفور Aversion Therapy :

ويستخدم هذا العلاج في إدمان الخمر ، والاستجناس ، والفبيدشية ، والانتقال الجنسي (الأرئاء المغاير) ، ويشرح ذلك بالتفصيل في الفصل الخاص بالاضطرابات الجنسية ، والغرض من هذه الطريقة هو تكوين فعل منعكس شرطي جديد بحيث يستجيب المريض للمنبه بإحساس مؤلم ، أو بشعور غير سار ؛ فمثلاً يشرب الفرد الخمر ، لأنها تجعله في حالة من السرور والنشوة ؛ فالمنبه وهو الخمر يستجيب له الفرد باللذة ، فيبدأ العلاج هنا بإعطاء المريض حقنة أو عقار خاص ، مثل: الأومورفين ، أو الاميتين .

ومن خواص هذا العقار أنه بعد نصف ساعة من تناوله يسبب الغثيان والقيء والغصص وضيق الصدر .. إلخ ، وبعد حوالي ٢٠ أو ٢٥ دقيقة من أخذ العقار تبدأ في إعطاء المريض الخمر ، وبعد تناوله أول أو ثاني كأس يبدأ في الشعور بالأعراض السابق ذكرها من ضربات القلب إلى ضيق في الصدر وفي .

وإذا كررتنا هذه العملية يوماً بعدة أسابيع ، يتكون فعل منعكس شرطي جديد بأن المنبه ، وهو الخمر ، يسبب هذه الأعراض غير السارة بدلاً من اللذة ، نون إعطاء العقار ، بل وأحياناً تؤدي رؤية الخمر في حد ذاتها إلى الشعور بالغثيان



والقئ وضيق الصدر ، ومن هنا تبدأ الكراهية أو النفور لشرب الخمر ، وأحياناً تعطى أقراص تتفاعل مع الخمر ، وتسبب أعراضاً جانبية شبيهة بالسابق ذكرها ، وكلما شرب الخمر حدثت له هذه الأعراض المؤلمة ومن هنا يحجم عن الشرب . ومن أمثلة هذه الأقراص الإنتايبوز والتعبوسيل ... إلخ .

وتستعمل هذه الطريقة أيضاً في الاستجناس ، فهؤلاء المرضى يشعرون باللذة من مخالطة نفس الجنس ، وهذا تجعله يتصور نفس الجنس ، أو تعطيه متبهاً في هيئة صور خاصة بنفس الجنس ، ثم أثناء نشوته تعطيه إحدى هذه العفن أو منبه كهربائى مؤلم على الرأس ، ويتكرر هذه العملية يصبح نفس الجنس مصدراً للألم بدلا من النشوة ، ويتكون عنده ارتباط شرطى جديد ، وبالطبع سيستغرق علاج هذه الحالة عدة أسابيع وأحياناً بضعة شهور .

وتطبق الطريقة نفسها في الفيتيشية والانقلاب الجنسى وآلام الكتابة .

#### ٤- الكف الإيجابى Positive Conditioning :

أهم تطبيق لهذا العلاج هو فى حالات التبول الليلى اللاإرادى ؛ فالنظرية النفسية الحديثة لهذا المرض هو أن هؤلاء الأطفال الذين يعانون هذا المرض لم يتكون عندهم بالفعل المنعكس الشرطى لأن امتلاء المثانة ينبه فشرة المع ، فيصحو المريض للتبول كما يحدث للجميع ، فهؤلاء عندما تملئ مثانتهم يبداون فى تفرغها دون اليقظة .

والغرض من العلاج تكوين فعل منعكس شرطى ، ويتم ذلك بواسطة جهاز خاص بحيث ينام الطفل على وسادة من قماش خاص ، أو يوضع هذا القماش على أعضائه التناسلية ويوصل بسلك إلى جرس رنان ببطارية . وعند التبول تسير دائرة كهربائية تسبب رنين الجرس ، وبالتالي يستيقظ الطفل ، وتدرجياً يتكون عند الطفل فعل منعكس شرطى بأن يصحو عند امتلاء المثانة دون رنين الجرس ، وقد طبق المؤلف هذا العلاج فى ٣٢ حالة تبول ليلى لا إرادى ، لم نشف بأية طرق أخرى ، وكانت النتيجة ٧٢٪ شفاء ، ١٦٪ تحسن ، ١٢٪ لا تغير ، وذلك فى البحث المنشور عام ١٩٦٦ بالمجلة الطبية المصرية .

#### ٥- التشكيل Shaping :

يعتمد هذا العلاج على إعطاء مكافآت رمزية لكل عمل بسيط مرغوب من التاحية السلوكية ، وتختلف هذه المكافأة من المديح والإطراء إلى السجائر ومشاهدة برامج خاصة في التلفزيون ، ونوعيات خاصة من الطعام .

وقد أعطى هذا العلاج نتائج مشجعة في حالات مرضى الفصام المزمنين والأطفال المتخلفين عقليا وفي تغيير بعض السلوك العصابي مثل فقدان الشهية العصبي ، الزهَاب ، والمشاكل الزوجية ، ويسمى هذا النوع من العلاج بالافتصادي الرمزي (Token Economy) .

#### ٦- العلاج الفيضى Flooding :

##### العرضى - المنع Exposure - Prevention

يستعمل في حالات الزهَاب (المخاوف) بأن يتعرض المريض تعرضاً مباشراً لفترات متكررة للمؤثر المخفض ، إما بطريقة التخييل أو في الحقيقة .

وتستمر مدة التعرض حوالي ٣٠ - ٦٠ دقيقة ، ويشابه هذا العلاج إطفاء استجابات الزهَاب المشروطة ، ويسمى أحياناً بعلاج التعرضى - المنع Exposure Prevention ، وهنا يتعرض المريض لمخاوفه ، أو يبدأ في طقوسه القهرية ، مثل: غسل اليدين أو النظافة المرضية ثم تمنعه بعدها من اتمام التكرار والطقوس ، وعلى الرغم من القلق الشديد ، والذي يمكن تخفيف حدته بواسطة بعض العقاقير ، وهو من أفضل العلاجات للأفعال والطقوس القهرية .

#### ٧- إعادة الحيوية Biofeedback :

يعتمد هذا العلاج على أجهزة إلكترونية حساسة ، سواء لموجات الدماغ أو العضلات الكهربائية أو درجة حرارة الجسم أو كمية العرق أو زيادة ضغط الدم والبيض .. إلخ .

والهدف هو إحصار وسمع المريض لحركاته الفسيولوجية ، والتي تجعله يعاني أعراضاً خاصة ، فمثلاً المريض الذي يعاني من صداع مزمن بسبب توتر نفسى ، أدى إلى تقلص فى عضلات فروة الرأس ، يستطيع رؤية التنبهات الكهربائية الناتجة عن تقلص العضلة على المؤشر ، وكذلك سماع هذه التنبهات

في هيئة ذبذبات صوتية .

وتدرجياً يستطيع المريض التحكم في عملية الاسترخاء ، والتي تؤدي إلى خفض هذه التنبضات، ويعزز ذلك إحساس المريض بزوال الصداغ، مع قدرته على الاسترخاء .

ويطبق هذا العلاج في نوعيات مرضية مختلفة ، مثل : التوتر العصبي ، ارتفاع ضغط الدم ، عدم النصح الانفعالي ، التوازم العضلية ، التقلصات العضلية المختلفة ، الآلام الروماتزمية ، الاسترخاء بعد جلطة الشريان التاجي ، التنفس المبهلي أثناء شهر العسل .

وقد استعمل المؤلف هذا العلاج في عديد من المرضى بنتائج مشجعة ، ومازالت الأبحاث جارية لتقنين الإعادة الحيوية كأحد فروع العلاج السلوكي في الطب النفسي .

وستطبع تلخيص الفروق الرئيسية بين العلاج النفسي والسلوكي في الجدول

الآتي :

### الفروق الرئيسية بين العلاج النفسي و العلاج السلوكي

العلاج السلوكي	العلاج النفسي
- يعتمد علي نظرية علمية قابلة للفحص التجريبي ، مع مقارنتها بدراسات محكمة.	- يعتمد علي نظرية لم تثبت علميا . ويطبق إكلينيكيًا دون وضعها محل الدراسات المحكمة.
- تعتبر الأمراض أفعالاً منعكسة شرطية مرضية.	- تعتبر الأمراض قواهر لصراعات لا شعورية .
- تعتبر الأمراض دليلاً علي التعلم الذاتي.	- تعتبر الأمراض دليلاً علي الكبت .
- تعتمد الأمراض علي درجة استعداد الفرد البيولوجية والفسايولوجية في جهازه العصبي اللاإرادي . وتكوينه للفعل المنعكس الشرطي .	- تعتمد الأمراض علي اختلاف الحيل الدفاعية اللاشعورية .
- الشفاء يعالج الأمراض . وإطفاء الأفعال المنعكسة الشرطية المرضية .	- الشفاء بمعرفة ديناميكية اللاشعور ، وليس بعلاج الأمراض .
- ليس له أهمية.	- تفسير الأمراض والأحلام من أهم سبل العلاج.
- علاج الأمراض يشفي المريض.	- علاج الأمراض يسبب أمراضاً أخرى .
- العلاقة الخاصة بين المريض والمعالج مفيدة، ولكنها غير أساسية في العلاج .	- عملية الطرح والتجاوب الانفعالي بين المعالج والمريض ضرورية للعلاج .

### 4- العلاج البيئي والاجتماعي

إن أثر البيئة والمجتمع في نشأة وعلاج العصاب قوى وبإلغ ، ومن ثم فأحياناً يتجه العلاج نحو تحسين هذه العوامل من ناحية العمل ، والمنزل والزواج مع أنواع العلاج الأخرى ، ولإمناع من تشجيع الهوايات الخاصة من ثقافة وفنون أو رياضة ، أو الإيمان الديني ؛ خاصة في هؤلاء الذين يمثلون بطبيعتهم إلى الناحية الدينية .

وقد ظهرت في السنوات الأخيرة عدة علاجات للأمراض العصبية مازالت مجالاً للتقنين العلمي ، مثل : علاج حالات القلق النفسي المصحوب بسرعة ضربات القلب ، والعرق الغزير ، واحمرار الوجه بالعقار إندزال المنظم لضربات القلب ، وكذلك علاج حالات لاقلق المزمن بالنوم لمدة عشرين ساعة يومياً ، باستخدام عديد من العقارات المطفئة والنومة والمضادة للاكتئاب مع الجلسات الكهربائية ... كذلك اختلفت نوعية العلاج النفسي في المدة - والكيفية . والهدف : مما يجعل الطبيب أمام كثير من أنواع العلاج ، والتي يختلف تطبيقها حسب نوع المرض أو شخصية المريض .

وعادة ما يتبع في علاج العصاب عدة مداخل ، وخليط من العلاج النفسي ، والدوائي ، والسلوكي المعرفي ، والبيئي ونادراً الجراحي ، وقد يفتب أحياناً العلاج الدوائي مع السلوكي ، مثل : التوسوس والهلع .

وقد يفضل العلاج النفسي مع الدوائي مثل القلق ، وأحياناً مضادات الاكتئاب مع العلاج المعرفي في الاضطرابات المزاجية ، ولذا يجب على المعالج بذل كل إمكاناته العلمية ، مستعملاً كل المدارس العلاجية لتخفيف معاناة المريض .

## الاضطرابات الذهانية (العقلية)

### PSYCHOSES

لا يوجد أي مرض في الطب النفسي والعقلي يسمى بالجنون ، والجنون كلمة عامة لاتعني سوى اضطراب في السلوك والتفكير ، بعيداً عن مالوف تقاليد المجتمع ؛ فيعتبر البعض الجنون قريباً من العبقرية ، وتطلقه بعض المجتمعات علي الشواذ منهم ، ويختلف كل مجتمع في نظره للجنون ؛ فبعض المجتمعات البدائية تحمي هؤلاء الأفراد، وتعتبرهم ذوي لمسة مقدسة تستحق الاحترام، والبعض الآخر يعذبهم لأنهم من اتباع الشيطان، وتحوم حولهم الأرواح الشريرة، وفي مجتمعات أخرى يوضع هؤلاء في السجون ، وفي البعض الآخر يعالجون في المستشفيات

لا يوجد أي مرض في الطب النفسي والعقلي يسمى بالجنون . والجنون كلمة عامة لاتعني سوى اضطراب في السلوك والتفكير، بعيداً عن مألوف تقاليد المجتمع ؛ فيعتبر البعض الجنون قريباً من العبقرية ، وتطلقه بعض المجتمعات على الشواذ منهم ، ويختلف كل مجتمع في نظره للجنون ؛ فبعض المجتمعات البدائية تحمي هؤلاء الأفراد، وتعتبرهم ذوي لمة مقدسة تستحق الاحترام، والبعض الآخر يهذبهم لأنهم من اتباع الشيطان، وتقوم حولهم الأرواح الشريرة، وفي مجتمعات أخرى يوضع هؤلاء في السجون ، وفي البعض الآخر يعالجون في المستشفيات

بمسارى عند كثير من العامة لفظ الجنون مع الأمراض العقلية ، وهذا خطأ واضح لأن كلمة الجنون ليس لها دلالة طبية واضحة ، ولا يوجد أي مرض في الطب النفسي والعقلي يسمى بالجنون ، والجنون كلمة عامة لاتعني سوى اضطراب في السلوك والتفكير، بعيداً عن مألوف تقاليد المجتمع ؛ فيعتبر البعض الجنون قريباً من العبقرية ، وتطلقه بعض المجتمعات على الشواذ منهم ، ويختلف كل مجتمع في نظره للجنون ؛ فبعض المجتمعات البدائية تحمي هؤلاء الأفراد، وتعتبرهم ذوي لمة مقدسة تستحق الاحترام، والبعض الآخر يهذبهم لأنهم من اتباع الشيطان، وتقوم حولهم الأرواح الشريرة، وفي مجتمعات أخرى يوضع هؤلاء في السجون ، وفي البعض الآخر يعالجون في المستشفيات ؛ ولذا يجب علينا التخلص من هذه الكلمة عند المناقشة العلمية للأمراض الذهانية .

وتتميز الاضطرابات الذهانية بعدة أعراض ، تفرقها عن الاضطرابات

العصابية وإن كان الطبيب أحياناً ما يواجه صعوبة جمة في التفرقة ؛ خاصة في الحالات التي تقع في الحد الفاصل بينهما ، وتنتشر هذه الأمراض بين المجموع العام في نسبة تتراوح بين ٥ - ١٠ ٪ . وأهم صفاتها :

١- اضطراب واضح في السلوك ، بعيداً عن طبيعة الفرد من انطواء ، وانعزال ، وإعمال في الذات والعمل ، والاهتمام بأشياء بعيدة عن طبيعته الأصلية .

٢- تغير في الشخصية الأصلية ، واكتساب عادات وتقاليد وسلوك تختلف عن الشخصية الأولى .

٣- تشوش في محتوى ومجرى التفكير وأسلوب التعبير عنه .

٤- تغير الوجدان عن سابق أمره .

٥- عدم استبصار المريض بعقله ، فلا يشعر بمرضه وأحياناً يرفض العلاج ؛ اعتقاداً منه أنه لا يعاني من أي مرض .

٦- اضطراب في الإدراك مع وجود الضلالات والهلاوس .

٧- البعد عن الواقع والتعلق بحياة منشوؤها اضطراب تفكيره .

ولا يلزم وجود كل هذه الأعراض معاً ، بل أحياناً ما يبدأ المرض بمجموعة واحدة من هذه الاضطرابات ، ويجب أن نفرق بين الذهان الوظيفي والذهان العضوي ؛ فالذهان الوظيفي هو الأمراض العقلية ، التي لا نستطيع حتى الآن إيجاد سبب تشريحي أو باثولوجي لها ، ولكن ذلك لا يمنع من وجود اضطراب كيميائي فيولوجي ، لا نستطيع العين المجردة رؤيته أو حتى تحت الميكروسكوب ، بل وأخيراً بواسطة الأجهزة الحديثة لتصوير المخ ، التي وجدت بعض التغيرات في نسيج المخ .

أما الذهان العضوي ، فيعنى الأمراض العقلية التي تنشأ من أسباب عضوية في أجهزة الجسم المختلفة من الجهاز العصبي ، التنفسي ، الهضمي ، القلبي ، هبوط الكبد أو الكلية ، ونظراً لاكتشاف كثير من التغيرات الفسيولوجية والكيميائية ، بل حتى في نسيج المخ في كثير من الأمراض النفسية الوظيفية ، فقد أصبح تقسيم هذه الأمراض إلى عضوية ووظيفية غير ذات معنى .



## الفصام . والاضطرابات فصامية الطبع

### واضطراب الضلالة

SCHIZOPHRENIA, SCHIZOTYPAL AND DELUSIONAL DISORDERS

الفصام هو أكثر أمراض هذه المجموعة شيوعاً وأهمية ، أما الحالات فصامية الطبع فتعمل كثيراً من السمات المميزة للاضطرابات الفصامية ، ويحتمل أن تكون مرتبطة بها وراثياً ، ولكن لا تتضمن الهلاوس والضلالات واضطرابات السلوك الشديدة الخاصة بالفصام نفسه ، وبالتالي فهي لا تستدعى انتباهاً طبياً .

أما الاضطرابات الضلالية فهي غير مرتبطة غالباً بالفصام ، وقد يصعب تمييزها إكلينيكيًا وخاصة في مراحليها الأولى ، فهي مجموعة متباينة وغير مفهومة تماماً من الاضطرابات الضلالية المستمرة ، ومجموعة أكبر من الاضطرابات الذهانية العادة والعبارة .

ويبدو أن المجموعة الأخيرة شائعة بشكل خاص في الدول النامية ، ويجب اعتبار التقسيم المذكور هنا مؤقتاً ، وقد تم الاحتفاظ باضطرابات الفصام الوجداني ضمن هذه المجموعة ، على الرغم من الاختلاف الناتج حول طبيعتها .

## الفصام (سكيزوفرينيا)

## SCHIZOPHRENIA

الفصام هو مرض ذهاني ، يتميز بمجموعة من الأعراض النفسية والعقلية ، التي تؤدي - إن لم تعالج في بدء الأمر - إلى اضطراب وتدهور في الشخصية والسلوك . وأهم هذه الأعراض: اضطرابات التفكير ، والوجدان والإدراك والإرادة والسلوك .

وقد عرف الأقدمون هذا المرض منذ تاريخ بعيد ، ووصفوه بعدة طرق ، حتى بدأ كريبلين Kraepelin ، في دراساته المستفيضة عن الطب النفسي والعقلي بتصنيف هذه الأمراض ، وسمى هذا المرض بالخرف المبكر Dementia praecox عام ١٨٩٩ ، اعتقاداً منه أنه مرض يتميز بالخرف ، ويبدأ في سن مبكرة أي بعكس خرف الشيخوخة .

وقد نجح كريبلين في إيجاد صفة مميزة لهذا المرض ، لأنه صنف المرض إلى عدة أنواع ، مما أسبغ عليه صيغة إكلينيكية مستقلة ، وأول من سمي المرض بالفصام أو السكيزوفرينيا هو بلويلر ، عام ١٩١١ ، أما معنى الكلمة الحرفي فمشتق من كلمتين ، سكيز (Schiz) ومعناها الانقسام أو الانفصام ، وفرنيا (Phrenia) ، ومعناها العقل أي انقسام أو انفصام العقل ، وليست الشخصية كما يعتقد الكثيرون .

وقد عرف بلويلر الفصام على أنه مجموعة من الأعراض الذهانية تسلك أحياناً مصيراً مزمناً وأحياناً أخرى نوبات متكررة ، ويحتمل أن تتوقف أو تتدهور هذه الأعراض في أي مرحلة ، ولكن لا يعود الفرد للتكامل السابق ، كما أن هذا المرض يتميز بأعراض خاصة في التفكير ، والشعور ، وعلاقة الفرد بالعالم الخارجي ، والتي لا تظهر بهذه الطريقة في أي مرض آخر .

ويختلف العلماء في تعريفهم لمرض الفصام ، فالبعض لا يعتقد في شفاؤه ، وأن الحالات التي تشفى ما هي إلا حالات أخرى من الذهان ، وأن الفصام يسير في طريق مزمن لا يرجى منه شفاء ، وهؤلاء المنشائمون يسمون نوبات الفصام التي تتميز فعلاً بالشفاء التام ، وهي لا تقل عن ٢٥ ٪ من الحالات ، وتأتي في نوبات دورية وتختلف تماماً عن ذهان الابتهاج الاكتئابي ، أو ما يسمى الآن بالاضطراب الوجداني ثنائي القطب .

ويعتقد بعض أطباء النفس أن الفصام عبارة عن مجموعة من الاضطرابات العقلية ، ليس لها سبب عضوي ظاهر في الجهاز العصبي ، ولو أنه أخيراً وجدت علامات عضوية واضحة في كيمياء ونسج المخ ، ويعتقد البعض أن الفصام عبارة عن عدة أمراض مختلفة تمام الاختلاف عن بعضها ، ولا يمكن توحيدها تحت اسم واحد .

### مدى الانتشار :

لقد تمت مجهودات ضخمة لحصر نسبة الإصابة بالفصام بين المجتمعات المختلفة ، ولم يكن هذا الأمر يسيراً مأموناً ، فنحن وإن كنا نستطيع حصر النسبة في مستشفيات الأمراض العقلية ، إلا أننا لا نستطيع حصر كل الفصامين في المجتمع ، إلا بعمل مسح شامل لقطاع معين وفحص جميع المواطنين ، وهذا أيضاً ليس بالفعل اليسير ، وحتى النسبة الموجودة بالمستشفيات لاتعطي نسبة مأمونة ؛ نظراً لأن الفصامين الذين يدخلون المستشفيات يعانون اضطراب السلوك ، وقد ضاعت عندهم قوى التوافق مع المجتمع ، ورفضوا العلاج والافتتاح بمرضهم ، ولكن ما أكثر من يعاني من هذا المرض ، ويعز على أهله أن يلحقوه بالمستشفى ، وما أكثر من يحميه المجتمع الخاص الذي يعيش به ولا يعترف بمرضه ، كما لا يندر أن يخفي المريض كثيراً من أعراضه .

ويصيب الفصام حوالي ٨٥ - ٣٪ من المجموع العام للشعب ، أي إنه إذا كان تعداد مصر واحد وستين مليوناً ، فإن عدد الفصامين يتراوح بين خمسمائة إلى ستمائة ألف نسمة ، وهي نسبة خطيرة خاصة ، إذا أخذنا في الاعتبار أن هذا المرض يصيب الفرد في سن الشباب والنضوج ؛ أي فترة العمل والدراسة والأزدهار الفكري ؛ مما يجعل الفصام ليس بظاهرة مرضية فقط ، بل ظاهرة تؤثر على الناحية الاقتصادية والاجتماعية ؛ حيث إنه يؤثر على ساعات العمل وارتباط العائلة ، فضلاً عن تفككا لأسرة ، ويؤدي إلى الانطواء وأحياناً إلى سلوك إجرامي مضاد للمجتمع ، ويمثل مرض الفصام حوالي ٦٠ - ٧٠٪ من المرضى نزلياً مستشفيات العقول .

وكان البعض يعتقد أن الفصام لا يظهر في المجتمعات النامية، وأنه يتراجع مع الحضارة ، ولكن ثبت خطأ هذا الظن ؛ لأن الدراسات أشارت إلى وجوده

بالنسبة الموجودة نفسها في الأماكن المتحضرة . ولكن يختلف مظاهر المرض حسب الحالة الثقافية والحضارية والاجتماعية ؛ فمثلاً تصل نسبته في السويد إلى حوالي ٢٪ من مجموع الشعب ، وهي من أعلى النسب العالمية ، ويحتمل ذلك لصديق وثبات الإحصاء وسهولة الحصول على البيانات اللازمة في البلاد المتقدمة .

وقد وجد المؤلف في أحد أبحاثه أن نسبة الفصام بين مرضى عيادة الطب النفسي بمستشفيات جامعة عين شمس حوالي ١٥,٣٪ من كل الحالات ، وبالطبع تختلف هذه النسبة عن إحصائيات المستشفيات العقلية ؛ نظراً لأن الأخيرة تستقبل حالاتٍ منتقاة من الأذهان ، أما العيادات الخارجية فتعمل تقريباً النسبة بين مرضى العصاب والذهلن ، وقد وجد دكتورون بعشر وزملاؤه في السودان أن النسبة لديهم حوالي ١٢,٢٪ من مجموع المقيّدين على العيادة الخارجية ، وهي نسبة قريبة من أرقامنا في مصر .

وتختلف نسبة إحصاء الفصام في المستشفيات العقلية عن النسبة المذكورة (٦٠ - ٧٠٪) ، والمبنية على الدراسات الحديثة في البلاد الغربية، وأهم الإحصائيات في البلاد الأخرى هي التي قام بها شيلي وواطسون ١٩٣٦ في روما، ووجدوا أن نسبة الفصام بين مرضى المستشفيات العقلية هي ٣٥,٧٪، أما كارونر ١٩٤٨ فوجد النسبة في كينيا ٣٠,٤٪ ، ووجد توث ١٩٥٠ في الساحل الذهبي أن النسبة لا تزيد عن ١٩,١٪ وارتفعت النسبة في أبحاث فومستر ١٩٥٨ في غانا إلى ٥٣,٦٪، وكذلك وجدها لامبر في نيجيريا حوالي ٦٠٪ .

### السن والجنس والمستوى الاجتماعي :

تبين من الإحصائيات المختلفة أن الفصام ينتشر بين الرجال والنساء بنسبة واحدة ؛ فقد توقع بعض الباحثين أن يكون أكثر انتشاراً بين الرجال ؛ نظراً لزيادة تعرضهم لمشاكل الحياة وأعباء العمل ، ولكن هذا لا يمنع أن يزيد نسبة الفصام بين الرجال قبل سن الثلاثين ، وبين النساء بعد هذه السن ، وقد تبين أن الإصابة بالفصام والتدهر في العلاج تبدأ مبكراً في الرجال عنها في النساء .

وتظهر معظم حالات الفصام أي حوالي ٧٠٪ بين سن ١٥ - ٤٠ سنة، وتصل إلى أقصاها في أواخر الحلقة الثالثة من العمر .

وقد تبين من الدراسات المعظفة أن مرض الفصام ينتشر في الأماكن المكتظة بالسكان؛ حيث الفقر والجريمة والتعطل والافتراقات الاجتماعية الأخرى، كما أن ٤٠٪ من الحالات تظهر في الطبقات الاجتماعية ذات المستوى الأدنى كالعمال غير المهرة أو غير القديين، كما أن هذا المرض أكثر انتشاراً في غير المتزوجين عنه في المتزوجين، والبعض يعزو ذلك إلى أن هؤلاء المهبلين وراثياً لهذا المرض كثيراً ما يميلون إلى الانسحاب من المجتمع والعزلة والانعطواء؛ مما يجعل النسبة تبدو أكثر ظهوراً بينهم.

ويزدهر في الربيع وأوائل الصيف، وذلك كمعظم الأمراض الذهانية العادية التي تنتشر في هذه الفصول. ومن الصعوبة تحديد الأسباب الرئيسية لذلك، يحتمل وجود تغيرات بيولوجية وفسبولوجية أثناء تغير الجو؛ مما يجعل الفرد المهياً للمرض عرضة للانكاسات، كذلك ينتشر بين مواليد فصل الشتاء، ويظهر في أسفر أبناء العائلات المتعددة الأفراد.

#### أسباب مرض الفصام :

لا تقل الأبحاث التي قام بها العلماء لمعرفة أسباب الفصام عن عدة آلاف، فضلاً عن مئات المراجع والكتب التي ألقت بهذا الصدد، وحتى الآن لا نستطيع الجزم بسبب واحد لهذا المرض، بل هو عدة تفاعلات بيئية ووراثية وفسبولوجية وكيميائية، وكل عالم يؤمن بسيادة أحد الأسباب على الآخر حسب مدرسة الطب النفسي، التي يؤمن بها، وسنحاول هنا أن نعرض كل النظريات بإيجاز :

#### ١- العوامل الوراثية :

لا يمكن إغفال أهمية العامل الوراثي في نشأة مرض الفصام، ولكنه لا يلعب الدور المهم الذي أثير في السنوات الماضية. ولمعرفة مدى أهمية هذا العامل، علينا بدراسة نسبة المرض بين التوائم المتشابهة أو المتطابقة؛ نظراً لأن هذه التوائم تتساوى في جميع صفاتها؛ لأنها أصلاً من بويضة واحدة ومن حيوان منوي واحد؛ لذلك تكون الصفات المشتركة بينهما نتيجة لعامل الوراثة.

وتختلف هذه التوائم غير المتشابهة أو المتأخية، والتي تنتج من تلقيح بويضتين بحيوانين منويين مختلفين وراثياً، وتكون نسبة المشاركة الوراثية بينهما مثلها مثل المشاركة الوراثية بين شقيقين يولدان على مدى عدة سنوات، وقد

اختلف الباحثون على المدى الطويل في نسبة الفصام بين هذه التوائم .

ويوضح لنا الجدول ( ٣ - ١ ) معظم هذه الأبحاث مع النسبة المئوية للإصابة بالمرض .

جدول (١-٣) : نسبة الفصام في التوائم المتشابهة.

الباحث	عدد التوائم	عدد المرضى	النسبة المئوية
أوكسنبرجر (١٩٢٤)	٢٧	٩	٪٣٣
بيزانتوف (١٩٢٤)	٤١	٢٥	٪٦١
ازنعولر (١٩٤١)	١١	٦	٪٥٥
كولمان (١٩٦١)	١٧٤	١٢٠	٪٨٥,٩
سليتر (١٩٥٣)	٣٧	٢٤	٪٦٦
أتوي (١٩٦١)	٥٥	٣٣	٪٦٩
تيلازي (١٩٦٣)	١٦	٣	٪١٩
كرنجلين (١٩٦٤)	٦	صفر	صفر
جوتسمان (١٩٦٦)	٢١	١٠	٪٤٧
كرنجلين (١٩٦٧)	٥٥	٢١	٪٣٨
فيشر (١٩٦٩)	٢١	١٠	٪٤٨
بولين (١٩٧٠)	٨٠	١١	٪١٣,٨

ومن هنا نستطيع قبول النسبة للتوائم المتشابهة من ٣٠ - ٤٦ ٪ وللتوائم المتأخية ١٤ ٪، أي إن نسبة الإصابة بين التوائم المتشابهة تزيد أربع مرات عنها في التوائم المتأخية ، ولاتزيد هذه النسبة عما لوحظ في العصاب (سليتر ١٩٦١ وتيلازي في ١٩٦٣) .

ونلاحظ اختلاف النسب في الدراسات المذكورة لعدم وجود محكات لتشخيص التدقيق المقلن ، إلا في أوائل الثمانينيات ، مع ظهور التقسيم الأمريكي الثالث .

ويجب أن يتضح في أذهاننا أن مرض الفصام وأعراضه لا يورث ، ولكن الذي يورث هو تهيدة المريض واستعداده للإصابة بهذا المرض ، إذا تجمعت عنده أسباب أخرى بيئية وبيولوجية ، ويدل على ذلك أبحاث هسطن ١٩٦٦ وكرونجلين ١٩٦٧ في أن الوراثة غير معيزة ، خاصة في المرض العقلي .. فقد وجد أنه إذا أصيب أحد التوائم المتشابهة بالفصام ، فنسبة إصابة التوأم الآخر بالفصام حوالي ٣٠٪ ، ونسبة الإصابة بالذهان شبيه الفصام ١٠٪ ، ونسبة الإصابة بالعصاب أو اضطراب الشخصية ٣٠٪ ونسبة التوأم الآخر في أن يكون سويًا ٣٠٪ ؛ إذا فالوراثة هنا غير محددة ، ولكن هناك استعداداً عاماً للمرض العقلي بكافة أنواعه ، حسب شدة البيئة .

كذلك اختلف العلماء في نمط الاستعداد الوراثي للمرض ؛ فالبعض يعتقد أن الاستعداد للفصام ينتقل من خلال مورثات سائدة أو مهيمنة Dominant ، ويعنى ذلك ضرورة إصابة أحد والذى المريض بالمرض نفسه ، وظهوره في أبناء المرضى بنسبة ٥٠٪ .

وقد أثبتت الإحصاءات الحديثة خطأ هذه النظرية ، ويميل البعض الآخر للاعتقاد بأن الاستعداد للمرض ينتقل من خلال مورثات استرجاعية Recessive ؛ أي إن غالباً ما يكون الوالدان والأقرباء في صحة عادية ، وأن يصاب أبنائهما بنسبة ٢٥٪ ، ولكن هذه النسبة لا تستطيع تفسير مدى انتشار مرض الفصام .

ويتفق الآن معظم أطباء النفس والعقل على أن الاستعداد الوراثي لمرض الفصام ينتقل من خلال مورثات متعددة العوامل والتأثير ، وليس من خلال مورثات سائدة أو استرجاعية ، ومن هنا نجد تفاعل عاملى البيئة مع الوراثة ، ولا يمكن فصلهما عن بعض ولازيد محاولات دراسة التوائم المتشابهة في العالم بعد فصلهما بيئياً عن بعض ، واختلاف العامل البيئى بينهما عن ٦ أو ٧ محاولات . وعلى الرغم من اختلاف البيئة ؛ إلا أن معظم التوائم أصيبوا بالمرض نفسه ، على الرغم من فصل أحدهما عن الآخر ، باستثناء دراسة تينارى ١٩٦٣ ،

والذى وجد أن التوأم المتشابه الذى فصل عن أخيه ببثيا لم يصب بالمرض نفسه .  
وقد أثبتت منذ سنوات علاقة الفصام بعلامة على الكروموزوم رقم ٥ ، مما  
جعل الاهتمام بالهندسة الوراثية فى مجال الاضطرابات العقلية يأخذ مجالا أكثر  
انتشاراً ، ولكن لم تثبت الأبحاث المنكورة صدق وجود هذه العلاقة على الصيغ  
رقم ٥ .

إنما فالعامل الوراثى له أهميته الواضحة فى نشأة مرض الفصام ، والمرض  
لا يورث ، ولكن الموروث هو الاستعداد للمرض ، عن طريق مورثات متعددة غير  
خاصة ، وإذا كانت نسبة إصابة التوائم المتشابهة تتراوح بين ٣٠ - ٤٦ ٪ ، فإن  
ذلك يعنى أن العوامل الاجتماعية والنفسية والبيئية تلعب دوراً لا يقل عن ٦٠ ٪ ، أما  
التوائم المتأخية حوالى ١٤ ٪ ، وإذا أصيب الوالدان بالفصام ، فالنسبة بين أبنائهما  
تصل إلى ٤١ ٪ ، أما إذا أصيب أحد الوالدين فتكون النسبة بين الأولاد حوالى  
١٦ ، ٤ ٪ أما إذا أصيب أحد الأخوة فتتساوى تقريباً نسبة إصابة إخوته بالتوائم  
المتأخية أى حوالى ١٠ ٪ ، ولكننا لانستطيع استبعاد عامل البيئة فى هذه النسب ؛  
نظراً لأن الجو البيئى الذى يكتنف الأسرة الواحدة يلعب دوراً مساوياً .

## ٢ - الشخصية :

تلعب الشخصية دوراً مهماً فى تهيئة الفرد للإصابة بمرض الفصام ،  
ولا يدع ذلك للدهشة ؛ خاصة إذا عرفنا أن تكوين الشخصية يتم من خلال تفاعل  
عوامل البيئة والوراثة ، وأن الشخصية للحافزة للفصام ما هى إلا مورثات ضعيفة  
لهذا المرض ، تحتاج لعوامل بيئية وفسولوجية مختلفة لظهور المرض نفسه .

وقد تعددت الآراء بالنسبة للشخصية المهيبة للفصام ، ومن أهم الأبحاث فى  
هذا الصدد ما قام به أرنولد ١٩٥٥ بدراسة خمسمائة فصامى ، ووجد شخصياتهم  
قبل المرض كالأتى : ٣٢ ، ٢ ٪ شخصيات سوية ، و ٢٦ ، ٢ ٪ شخصيات غير محددة ،  
و ٢٦ ، ٢ ٪ شخصيات شيفصامية Schizoid ، وفى ١٥ ، ٤ ٪ شخصيات مضطربة  
ولكن غير فصامية .

وتتميز الشخصية الشيفصامية (المكيزويد) ، والتي لا تزيد نسبتها فى  
المرضى قبل إصابتهم بالمرض عن الثلث ، بالانطواء والهدوء والخجل والحساسية  
المفرطة ، مع عزوفهم عن الاختلاط وصعوبة التعبير عن انفعاليتهم لفظياً مع



الجنوح الدائم للخيال والتفكير ، وتجنبهم مواجهة الواقع ؛ مما يجعلهم يميلون للأعمال التي تحتاج للعزلة والتفكير كالفلسفة ، والعملاء في معاملهم والمشرعين والمخططين ، وبعض الفنانين والكتاب .

وتزيد نسبة هذه الشخصية بين أقرباء مرضى الفصام ؛ مما يجعلنا نعتقد أنها صورة محيطية من المرض ، دون ظهور أي أعراض تعزيم الفرد من التوافق الاجتماعي، وأحب أن أضيف أن هذا النمط من الشخصية يستطيع النجاح في حياته العامة ، إذا اختار لنفسه الوظيفة المناسبة والشريك الملائم ، حيث إن بعض الوظائف المهمة السابق ذكرها لا يلائمها إلا هذه الشخصية .

وعادة ما تتميز هذه الشخصية الشيفصامية بتكوين جسمي واغنى ؛ أي الطول مع النحافة وضيق عرض الصدر والكتفين وطول الأنامل والرقبة ، وهذا أيضا ما نلاحظه على معظم مرضى الفصام من ناحية التكوين الجسمي ، وإن كنا أحيانا نلاحظ فصاميين ذوي أجسام مكتنزة تعيل للسمنة .

### ٣- العوامل الأسرية :

يرجع رواد مدرسة التحليل النفسي مرض الفصام لصدمات ونكوص للمراحل الجنسية الأولى في حياة الفرد، وصراع مستعمر بين الأنا والعالم الخارجي؛ مما يجعل المريض يمتص الطاقة الليبيدية للداخل ، بدلاً من توجيهها خارجياً ؛ فالأعراض الفصامية في التحليل النفسي تعنى نكوصاً لأنماط بدائية في التفكير والسلوك ، والتي تميز الطفولة المبكرة . وأما للرى من الصعوبة بل وأحيانا من الاستحالة أن نعالج مرضى الفصام بناءً على نظرية التحليل النفسي ؛ ولذا فقد نشأت في السنوات الأخيرة عدة نظريات، تربط بين مرض الفصام والجو العائلي، الذي ينشأ فيه الطفل .

ومن أهم هذه النظريات الآتى :

#### أ- نظرية باتسون Bateson :

وتعتمد هذه النظرية على الترابط المزدوج Double bind ، وتعبر أن الفصام ينشأ من تعرض الطفل أثناء نموه لمؤثرات شديدة من الوالدين تتميز بهذا الترابط المزدوج ، فحين نعلم أن التفكير والملوك المنطق يعتمد على اكتساب

القدرة للتفرقة بين المهم والثافه ونصفية الحقائق والعناصر المهمة ، مما يشوبها من اختلاط ونشويش ، وهذه القدرة تكتسب من سلوك الوالدين ولاثورث ، فإذا كان عالم الوالدين مشوشا معلوماً بالمعاني غير المفهومة والسلوك الغامض نشأ ما يسمى بالترابط المزوج ومن هنا لا يستطيع الطفل تنظيم عالمه ، ومن ثم ينشأ الفصام ، ونعني بالترابط المزوج أن نعطي تعليمات للطفل بأن يفعل ، أو ألا يفعل ، أو في الوقت نفسه .

ويتم إعطاء هذه التعليمات بواسطة الوالدين بطريقة غير لفظية ، تشير إلى اضطراب انفعالات الوالدين ، ومن هنا لا يعرف الطفل السلوك المسوى ، وقد يتعرض للعقاب مهما فعل ، وبالتالي يتعلم أن الطريقة السليمة هي ألا يفعل شيئاً وأن يسلك مسكاً سلبياً ومجهماً ، وعلى هذا تكون إجاباته خافية حتى لا يتحمل المسؤولية كاملة ، وحتى لا يكون عرضة للعقاب ، وتتدرج تفسيرات هذه النظرية لكي تزول اضطرابات التفكير والانفعال والسلوك في مرضى الفصام على أنها استمرار لاكتساب الطفل هذا النوع من التفكير المشوش والترابط المزوج من الوالدين ، وأن هذه الاضطرابات ما هي إلا عملية دفاعية ضد طلبات مستحيلة وللهرب من العقاب .

ب- ليدز Lidz ( ١٩٦٣ ) :

وقد اشتق ليدز نظريته من تطبيق التحليل النفسي على العائلة بأكملها ، ففي حين يركز بانسون على العلاقة بين الطفل والوالدين ، نجد أن ليدز يحاول تفسير العلاقة بين الوالدين أنفسهما ثم مع الطفل ، أي التفاعل الثلاثي بينهم ، فتعتقد النظرية أن العائلة كلها مرضية ، وأن الفصامي ما هو إلا أحد أفراد هذه العائلة .

ومن أهم ما نشير إليه هذه النظرية الانحراف أو الاعوجاج Skew والانقسام Schism ، فالجو العائلي يعتمد على تكامل صورة الوالدين ، فإذا تخطف أحدهما كأن يكون منطوياً ضعيفاً غير ناضج سلبياً ، والآخر سائداً قوياً بناءً الاعوجاج في المناخ العائلي ، وتنشأ اضطرابات في العلاقات الأسرية بين الوالدين والطفل ، مما يؤدي إلى تكوين خاطئي للشخصية في هؤلاء الأطفال المعرضين لصور مرضية من الآباء والأمهات .

أما الانقسام ، فهو العلاقة الباردة بين الأبوين ، والتي لا تعمل أي انفعالات

حارة مع الصراعات المختلفة التي تصحب مثل هذا الشعور، والتي تسمى بالطلاق العاطفي؛ مما يؤدي إلى مضاعفات خطيرة في أطفالهما، وقد وجد أن معظم القساميين يرون في أمهاتهم شخصيات قوية وسائدة، يعكس شخصية آبائهم المنحرفة.

وقد أجرى وارنج وريكس ١٩٦٥ عدة أبحاث بهذا الصدد، نستطيع تلخيصها كالآتي:

(١) تتميز عائلة مرضى القسام المزمنين بالآتي:

- (أ) يعاني الوالدان أو أحدهما من الذهان أو من الحد الفاصل للذهان.
- (ب) تتميز علاقة الأبوين بالطفل بالتكافل الطويل المدى.
- (ج) يعيش الأب والأم في حالة من الطلاق العاطفي، مع اعوجاج واضح في الحياة الزوجية.

ويبدو تتداخل هذه العوامل واضحاً، فإن كان أحد الوالدين ذهانياً، فسيؤدي ذلك إلى انحراف في الزواج، وبالتالي إلى طلاق عاطفي، ويبدو هذا التداخل المستمر بين عاملي الوراثة والبيئة وكيفية مساهمتهما في دائرة مفرغة.

(٢) يتميز مرضى القسام الذين يشفون من مرضهم بوجودهم في عائلات، يبدو فيها الاكتئاب واضحاً كاستجابة لفسارة أو فقدان عزيز أثناء طفولة المريض، ويصح تسمية هذه الحالات بالقسام الوجداني.

(٣) لا تنجب العائلات ذات الصحة الانفعالية السوية أطفالاً يصابون بالقسام عند نضوجهم.

ج- نظرية واين وسنجر ١٩٦٥ Wynne and Singer

تشير هذه النظرية إلى احتمال وجود أنماط للتفكير والاتصال بين عائلات القساميين، شبيهة لما يحدث في المرضى؛ لدرجة أنه يمكن التنبؤ بمرض المريض، إذا درست العائلة بأكملها. وتستمر النظرية في تفسير نشأة المرض على أنها امتداد لتفاعل الوراثة، مع اكتساب اضطرابات التفكير من العائلة؛ مما تفجر

بدورها الاستعداد الوراثي وهكذا .. فالطفل المهيباً للفصام سين الحظ لسببين : أولهما أنه ولد مهيباً بجهاز عصبي ، وموروثات لها الاستعداد للفصام ، وثانيهما أنه ينشأ في بيئة تساعد على اكتساب أعراض الفصام .

وقد أثبت ليدز وشركاه ١٩٦٣ وجود اضطراب في تفكير آباء وأمهات الفصاميين بدراسة محكمة ، وقد سبقه أيضا ماكونجي ١٩٥٩ ، ووجد نسبة تصل إلى ٦٠ ٪ ، ولكن لم يستطع بلويلز ١٩٧٢ إثبات ذلك بتطبيق اختبارات رورشاخ على أقارب المرضى .

وقد تتبع براون (١٩٦٢) ١٢٨ مريضاً بالفصام لمدة سنة كاملة بعد خروجهم من المستشفى ، ووجد أن نسبة الانتكاسات تزيد بين هؤلاء الذين يعودون لعلاجات ذوى شحنات انفعالية كبيرة أو متورطى الانفعالات ، سواء بالرعاية والحماية الشديدة أو العكس بالنقد اللاذع أو العدوان التدين ، عن هؤلاء الذين يعودون لعلاجات ذوى شحنات انفعالية سوية ، ويوضح ذلك مدى تأثير الانفعالات وشدها واستقلال المريض على مآل مرض الفصام .

ولم يشبعت للآن صدق أى من هذه النظريات ، ويذهب الطب النفسى الحديث إلى نفى أى علاقة بين الآبوة والأمومة واضطراب الفصام ، واعتقد البعض أنه من الظلم إدانة الأبوين لمرض ابنهما ، ويكفى معاناتهما في التعامل مع مرض الابن أو الابنة .

د- نظرية لانج وساز Laing and Szasz :

(النظرية المضادة للطب النفسى) (Antipsychiatry)

يرى لانج وساز (١٩٦٢ - ١٩٦٨ - ١٩٧٢) أنه لا يمكن تفسير الفصام في إطار طبي ، وأن الحل الأمثل شموله تحت الإطار الاجتماعى والإنسانى . وقد بنى نظريته على هذا الأساس ، والتي تتلخص فى الآتى :

التعريف :

الفصام نعت أو لقب يتداوله ويسقطه البعض على الآخر تحت ظروف اجتماعية معينة ، وهو ليس مرضاً فى الإطار الطبى المعروف مثل التهاب الرئوى ، ولكنه نوع من الاضطراب يختلف عن الشعور الاضطرابى المتداول :

فالفصام حقيقة اجتماعية وحدث سياسي .

السبب :

الفصام هو أحد أنواع الاضطراب ، والذي يرتكبه الإنسان في حق أخيه بطريقة وحشية عنيفة ، فنحن ندفع أولادنا نحو الجنون ولا نتحمل التزكيات الأساسية للخبرات الذاتية ، وعلينا دراسة النظام الاجتماعي وليس الأفراد ؛ للوصول إلى تفسير سببية الفصام .

السلوك :

إن السلوك المخالف والذي يلقبه البعض بالفصام ما هو إلا استراتيجية خاصة بلجأ إليها الفرد ، ليتعايش مع مواقف غير محتملة . وتفسير التحليل التفاعلي لا يكفي لشرح هذا السلوك ؛ حيث إن العلاقات الإنسانية عبر الخبراتية لا يمكن خضوعها للإحصاء العلمي مثل الأنظمة الإلكترونية . وللأسف بنجته اعتماد الطب النفسي نحو سلوك المريض ، وليس إلى خبراته الذاتية .

العلاج :

يتخلص العلاج الحالي في نبذ المريض لخبرات الذاتية ، والاتصاق بأهداف المعالج ، والذي يختلف تفسيره لهذه الخبرات الذاتية عما يقصده المريض .

المثال :

إذا لقبنا أحدا بأنه فصامي ، فبالتصق به هذا التعت ، وسيدج العلاج نحو تعزيز هذا السلوك، الذي سعى بالفصام في بدء الأمر ، وتدور اللعبة في حلقة مفرغة .

وظيفة المستشفى :

تتلخص في التقليل من قيمة الذات ، ودفع الإنسان نحو المرض والاعتماد والعجز .

حقوق وواجبات المرضى :

بحرم المريض من كل حقوقه الوجودية والقانونية ، ولا يعق له تعريف ذاته

أو الاحتفاظ بممتلكاته أو وقته أو مقابلة أصدقائه أو عمل ما يفيء ، وبعد تعرض المريض للاحتفال الابتدائي ، والذي يسمى بالفحص النفسي يحرم من حقوقه المدنية ، ويودع في أحد السجون المسماة بالمصححات العقلية ، ويستمر في هذا العذاب حتى يتقرب بأنه نعمن أو توافق مع المجتمع .

حقوق وواجبات المجتمع :

يعمل المجتمع دائماً على مواصلة وجود أفرادهِ في حالة استاتيكية غير متغيرة ، ومن هنا يحق للمجتمع أن يودع أحد أفرادهِ المصححات العقلية كوسيلة لإبقاء هذا الجمود واللاتغير الاجتماعي . ويتضح هنا حرمان المجتمع لأحد أفرادهِ من حقوقهِ وعلاجه في الإطار الطبي على أنه مريض ، مع أنه يمتلك قوة شفافة في إدراكهِ وخبراته الذاتية ، وأنه باستثناء بقية أفراد المجتمع نافذ فصيح بليغ للهيكل الاجتماعي .

وبالطبع .. فالاعتراضات واقية على ما يقوله لانج ، ولو أنها اجتهادات فلسفية رائعة ، إلا أنه فشل في إيجاد الأسباب والعلاجات الشافية ، وقد انتهت هذه المدرسة في الثمانينيات ، ولكن أحيانا ما يثير أحد روادها بعض الحلقات النقاشية .

٤ - الوحدة الاجتماعية :

ينتشر الفصام بين الأماكن المكتظة بالسكان ، والتي يشعر الفرد فيها بالوحدة الاجتماعية بعكس الضواحي ؛ حيث يوجد الشعور بالألفة والترابط الاجتماعي . وقد وجد روث أن ٤٥٪ من الفصاميين يأتون من الطبقة الاجتماعية السفلى ، والتي تمثل ١٨،٤٪ من مجموع الشعب ، كذلك لاحظ ارتباط العزلة الاجتماعية أو السجن لمدة طويلة بالبارافرنيا والباراتونيا ، وهي أنواع من الطيف الفصامي تتميز بالاعتقادات الخاطئة .

٥ - العوامل الغذائية والهرمونات :

تقدم كثير من العلماء بأبحاث متعددة ؛ للنظر في احتمال وجود ترابط بين الغدد الصماء أو الهرمونات ومريض الفصام ، فقد وجد الدكتور جمنج أن مرضى الفصام الكاتاتوني الدوري يحتفظون بكميات كبيرة من مادة النيتروجين في الجسم ، وأنهم يتحملون عند طردهم لهذه المادة ، وقد استخدم هرمون الغدة

الدرقية للتخلص من هذه المادة وشفاء المرضى .

كذلك لاحظ الدكتور رايز أن ٣٠٪ من مرضى الفصام يعانون من اضطراب نوعي في نشاط الغدة الكظرية ، ومن الأبحاث ما قام به المؤلف في قياس كميات الكورتيزون في مرضى الفصام ، وأثر ذلك على شفائهم ؛ فقد وجد أن هذا الهرمون يفرزه مرضى فصام البارانتويا أكثر من مرضى أنواع الفصام الأخرى ، وأن نكسات المرض تصاحبها زيادة في إفراز هرمون الكورتيزون ، وأن شفاء المرض يصاحبه نقصان في إفراز هذا الهرمون ، ويحتمل أن يكون ذلك بسبب المشقة التي يتعرض لها المريض .

وقد حاول البعض إثبات ضعف الإخصاب في الرجال الفصاميين بوجود بعض الضعور في الخصيتين ، ولكن أثبتت الأبحاث الحديثة خطأ هذا الظن ، وأنه إذا وجد ضعف فسيبه الإهمال أو قلة التغذية الصحية ، ولكن مازالت نسبة الإخصاب بين الفصاميين أقل من المجموع العام .

ويوجد كثير من الملاحظات الإكلينيكية ، التي تؤيد الترابط بين الفصام واضطراب الهرمونات ، فمن النادر حدوث الفصام في الأطفال ، كما أن نسبته تزيد عند البلوغ وفي سن توقف الطمث وكذلك بعد الولادة ، وهي فترات تتميز باضطراب واضح في إفراز الهرمونات ... كذلك فإن إعطاء بعض الهرمونات كالكورتيزون يسبب كذلك أحياناً أعراضاً ذهانية شبه فصامية من هلاوس وضلالات مع مرض المكسديما (نقص الغدة الدرقية) ، أو مرض كوشنج (زيادة إفراز الغدة الأدرينالية) .

#### ٦- اضطرابات الجهاز العصبي :

من الشواهد المهمة هو أن بعض الأمراض العضوية في الجهاز العصبي تؤدي إلى أعراض شبيهة بالفصام ، وإن لم يفحص المريض طبياً بعناية ودقة ، يحتمل تشخيص أعراضه بالفصام .

ومن أمثلة ذلك زهري للجهاز العصبي والحمى المخية وأورام النخاع الجبهي والصدغي في المخ ، وهبوط نسبة السكر في الدم ؛ مما يدل على أن الاضطراب العصبي يؤدي إلى أعراض فصامية ، وأن الفصام ذاته من المحتمل أن يكون سببه اضطراب فيولوجي في الجهاز العصبي ؛ خاصة بعد الأبحاث المهمة الحديثة عن

وجود علاقة وارتباط وثيق بين الفصام والصرع .. فقد لوحظ أن كثيراً من مرضى الصرع ؛ خاصة الصرع النفسى الحركى ، يعانون بعد فترة من المرض من أعراض شبيهة بالفصام ، وبالتالي اتجهت الآراء نحو احتمال تشابه أسباب مرضى الصرع والفصام ، ونحن نعلم أن السبب الرئيسى للصرع هو ظهور موجات كهربائية دورية شاذة فى المخ ، وأنه من الممكن أن يكون سبب الفصام مشابهاً لما يحدث فى الصرع من موجات كهربائية شاذة .

وقد وجد فعلاً أن مرضى الفصام يعانون من اضطراب واضح وموجات مرضية ، ولكنها غير نوعية أو مميزة فى رسم المخ للكهربائى ، وتختلف هذه الموجات المرضية .. فمن اختفاء للذبذبة ألقا إلى موجات بطيئة وسريعة متساوية على فصى المخ ، إلى بؤرات إبرية فى القصد الصدغى ... إلخ .

وقد وجد اضطراب رسم المخ فى ٧٣٪ من فصام المراهقة ، و٦٦٪ من الفصام الكاتونى و٥٧٪ من الفصام البسيط ، و٤٥٪ من فصام البارنويا ، بل إن الأبحاث الحديثة التى تعتمد على رسم المخ بالتواكب المتصفاة بالمخ أثناء الجراحة تدل على وجود موجات إبرية شاذة خاصة على القصد الصدغى فى حوالى ٩٠٪ من الحالات .

ولقد سبق أن ذكرنا فى كتابنا « علم النفس الفسيولوجى » أنه يوجد نوعان من النوم : النوع الأول غير مصحوب بحركات العين السريعة ، والنوع الآخر مصحوب بحركات العين السريعة وتحدث الأحلام خلال النوع الثانى . وإنا أخذنا فى الاعتبار أن الفرد يصبح فصامياً أثناء أحلامه .. فإننا نعلم أنه يكون فرسة للهلاوس والهذابات والتفكير المضطرب .. فقد نشأت النظرية ، التى تؤمن بأن الفصام هو حالة مرضية فسيولوجية سببها اندفاع وتخلل موجات كهربائية فى المخ من نوع النوم ، الذى تصاحبه حركات العين السريعة ، وأنها تزحف على الفرد أثناء اليقظة ، وتسبب له اضطرابات شبيهة بما يحدث فى الأحلام ، ومازالت هذه النظرية محللاً للبحث والتفقد .

وقد نشرت المجلة الإسكندنافية النفسية عام ١٩٨٣ بحثاً للمؤلف عن دراسة مخ مرضى الفصام ، بواسطة الأشعة المقطعية بالكمبيوتر ، وقد لوحظ أن عدداً كبيراً من مرضى الفصام يتميزون بزيادة حجم بطينات المخ ، وبعض الضمور فى



الخلايا العصبية ، وقد نأكد ذلك بعدد من الأبحاث من كل بلاد العالم ، وكذلك ثبت بواسطة أشعة الرنين النووي المغناطيسى وجود بعض التغيرات فى نسيج المخ فى بعض مرضى الفصام ، وقد لوحظ فى أشعات تصوير المخ المعروفة بالدورة الدماغية المخية وكمية استعمال الجلوكوز فى الفصوص المخية أن مرضى الفصام يعانون من اضطراب فى الفص الجبهى الأيسر ، وكذلك فى السطح الإنسى من الفص الصدغى . وتشير بعض الأبحاث عن خلل فى توصيلات المسارات العصبية فى بعض أجزاء المخ مما يسبب ترحأ فى الوظائف النفسية فى مرضى الفصام .

وقد قام المؤلف - مع الدكتورة منى رأفت - بدراسة مئات من مرضى الفصام بواسطة الفحص التوبوجرافى للمخ بالكمبيوتر (أجهزة حديثة تنقل رسم المخ بالكمبيوتر إلى خزائن ملونة توضح النشاط الكهربى للمخ) (١٩٨٨ ، ١٩٨٩ ، ١٩٩٠) ، ووجد بعض الخلل فى النصف الأيسر من المخ ؛ خاصة فى الفص الجبهى والصدغى . ولانستطيع الجزم بأن هذه التغيرات هى سبب الفصام أو إحدى العلامات المصاحبة ، والتي تميز هذا الاضطراب عن غيره .

ويؤمن علماء الاتحاد السوفيتى بأن السبب الفسيولوجى للفصام هو كلف رقتى عام فى المخ ، فالخلايا العصبية فى الفصامين فى حالة ضعف وإرهاق بحيث تزدى العتبهات العادية إلى استجابات قوية ، ولذا تستجيب قشرة المخ بحالة كلف عام ، ويمتد هذا الكلف الفسيولوجى أحياناً من قشرة المخ إلى جذر المخ . وتعتمد الصورة الإكلينيكية للمرض على امتداد وانتشار عملية الكلف اللحائى ، فالهياج الكتانوى ما هو إلا علامة من كلف لحاء المخ ، أو بالتالى تعذر المناطق تحت اللحائية البدائية من تحكم وتقدير اللحاء ، ونصبح فى حالة من الهياج الشديد .

ويعتقد العلماء السوفيت أن سبب الفصام هو هذا الضعف الوظيفى فى الخلايا العصبية ، وأن سبب ذلك نسمع عام فى الجسم بما فيه المخ من مواد سامة ، نشأت من اضطراب التمثيل الغذائى للبروتينات فى الجسم ، وأن أسباب هذا الاضطراب غير معروفة للآن ، ولكن يحتمل أن تلعب المناعة الذاتية دوراً مهماً فيها ، وأن هذا التسمم العام يسبب ضموراً واضطرابات فى الخلايا العصبية ،

نستطيع رؤيتها تحت الميكروسكوب . ولكن كما ذكرنا سابقاً ، يحتدل أن يكون ذلك نتيجة للمرض وليس سبباً له .

## ٧- العوامل الكيميائية :

لوحظ أن بعض عقاقير الهلوسة مثل ل.س.د. L. S. D. ، والمكاليين والحشيش والأمفيتامين تؤدي إلى اضطرابات في التفكير والانفعال وهلاوس وهذابات شبيهة بمرض الفصام ؛ مما جعل العلماء يفكرون في احتمال وجود تغيير كيميائي داخلي في جسم هؤلاء المرضى ، شبيه بما تحدثه هذه العقاقير .

وقد اتجهت الأبحاث نحو دراسة الاضطرابات الكيميائية في الهرمونات العصبية ، مثل : الأدرينالين ، والدوبامين ، والسيروتونين وغيرها ، وقد أبدت التجارب الحديثة أنه يوجد اضطراب في ميثيلية Methylation هرمون الأدرينالين (سمائشي ١٩٦٨) في مرضى الفصام ، لدرجة أنه إذا أطعمنا بعض الفصامين بمركبات كيميائية بها مستحضرات ميثيلية تزيد أعراضهم بشدة .

ولقد استطاع بعض العلماء استخلاص بروتين معين من دم مرضى الفصام يسمى تاراكسين Taraxein ، وإذا أعطينا هذا البروتين لمتطوعين أسوياء بصابون بأعراض فصامية وقتية ، كذلك أدى حقن التاراكسين في بعض الحيوانات إلى اضطراب واضح في سلوكهم ؛ مما يجعلنا نستدل على أن لهذا البروتين من الخواص ما يسبب هذه الاضطرابات الخطيرة ، وبالتالي فإنه توجد تغيرات فيولوجية وكيميائية في مرضى الفصام (سيجل ١٩٥٩) .

وحدثت كثرة المناقشة حول ظهور (النقطة القرمزية) في بول مرضى الفصام ؛ فقد لوحظ أنه إذا عرضنا بول هؤلاء المرضى على ورق حساس للضوء Paper - chromatography ، تظهر نقطة قرمزية في موضع معين من هذا الورق الحساس . وهذا لا يحدث مع البول الطبيعي ؛ أي إنه يوجد اضطراب كيميائي وتغييلي في جسم مرضى الفصام يؤدي إلى وجود مركبات كيميائية شاذة في البول .

وقد كثرت الجدل حول موضوع النقطة القرمزية ، فالبعض يقول إن سببها هو العقاقير الكيميائية التي تعطى لهؤلاء المرضى ، والبعض الآخر يؤكد أنها تفاعل من الطعام الذي يأكله هؤلاء المرضى ، وهذه الظاهرة تقل في مرضى فصام

البارانويا عنها في الأنواع الأخرى، حيث تصل نسبتها حوالي ١٠ ٪ ، أما في الفصام البسيط وفصام المراهقة فتظهر في حوالي ٨٠ ٪ من الحالات .

وإذا استطعنا تشخيص مرض الفصام بالكشف عن البول ، فيؤدي ذلك إلى تطور خطير في العلاج والوقاية من هذا الاضطراب العقلي الخطير ؛ إذ سيكون للتشخيص مماثلاً لأي مرض عضوي ، عندما نطلب من المريض عمل بعض الأبحاث في الدم والبول ، وبالتالي يكون في الاستطاعة الكشف عن المرض قبل ظهوره خاصة في أقرباء الفصامين ، ومزال للبحث جازياً بشأن هذه النقطة القرمزية ، ولكن لم يثبت لأن صدق وجودها ، وقد أشارت بعض الأبحاث الحديثة إلى اكتشاف مادة كيميائية في عرق مرضى الفصام تساعد في التشخيص .

كذلك نشأت نظرية تزيد أن سبب الفصام هو مناعة ذاتية داخل الجسم ، وأنه يجري في دم الفصامين أجسام مضادة Antibodies ، تتفاعل مع مولدات مضادة Antigens في المخ، تسبب اضطراباً في الجهاز العصبي ، يؤدي إلى أعراض هذا المرض ( هيث ١٩٦٧ - فارتيان ١٩٧٣ - شابلنكي ١٩٩٦ ) ، وأن من شأن العقاقير المضادة للذهان تخفيض المناعة الذاتية ؛ مما يخفف أعراض المريض .

وحاول البعض أخيراً إيجاد ترابط بين نوع الطعام والفصام ، فقط لاحظ دوهان ١٩٦٦ أن عدد مرضى الفصام في مستشفيات العقول في السويد والنرويج وفنلندا تنخفض أثناء الحرب العالمية الأخيرة ، بينما زاد بشكل واضح في كندا والولايات المتحدة ، وبعد الحرب زاد عدد المرضى زيادة حادة في الدول الإسكندنافية . وتحليل هذه النتائج ونقص بعض المواد الغذائية أثناء الحرب ، وجد الباحث أن نسبة الفصام تزيد ثلاث مرات في البلاد ، التي يستعمل فيها القمح كغذاء أساسي عنها في البلاد التي لا تستعمله .

كذلك وجدت مادة خاصة تفرز مع عرق مرضى الفصام (حامض الهكسونيك) كما سبق ذكرها وأن استجابة مرضى الفصام لعادة الهستامين تحت الجلد محدودة ، وتعود إلى طبيعتها بعد العلاج .

وقد ثبت وجود علاقة مضاعفات الولادة ، والإصابة الفيروسية في الطفولة ، مع خلل في نماء الجهاز العصبي وظهور مرض الفصام عند النضوج .

وقد استفر الرأي الآن على أن أعراض الفصام علاقة وثيقة بزيادة نسبة الموصل العصبي الدوباميني ، بل وزيادة عدد المستقبلات الدوبامينية فيما بعد المشتبكات العصبية ، وكل العقاقير المصنادة للفصام تثبط وتسد المستقبلات الدوبامينية في المخ . ويبدو أن ثمة موصلات أخرى تلعب دوراً في نشأة الفصام مثل السيروتونين والأسيتيل كولين والبيتاينس ، والجلوتاميت ، وأن عدم توازن هذه الموصلات هو الحافز لأعراض الفصام ، وكان ذلك بداية ظهور العقاقير الحديثة ، التي تعمل على عدة موصلات عصبية ، وليس فقط على الدوبامين .

## ٨- العوامل المساعدة :

### أ- عوامل جسمية :

دللت الشواهد الإكلينيكية على أن كثيراً من الأمراض الجسمية تكون أحياناً الزناد ، الذي يفجر مرض الفصام فنلاحظ الفصام بعد الحميات والولادة وبعض أمراض الجهاز العصبي والصرع وأورام المخ ؛ مما يجعل البعض يصنف الفصام إلى نوعين :

(١) الفصام الثلقائي ، ويلعب العامل الوراثي هنا دوراً مهماً .

(٢) الفصام العرضي ، ويكون أحد أعراض المرض العضوي .

### ب- عوامل نفسية :

لاستطيع أن نجزم بأن الإجهاد أو الشدة أو الإرهاق أو الصدمات النفسية والانفعالية أسباب مباشرة لمرض الفصام ، ولكن لا شك أن هذه العوامل تؤثر على الاستعداد الوراثي ، وتظهر المرض في كافة أعراضه عندما تفشل قوى التكيف الطبيعية في الفرد في مقاومة هذه الصدمات ؛ خاصة وأن الإجهاد يزيد من نسبة الأدرينالين في الجسم .

ونظراً لاضطراب تعيوله في مرضى الفصام ، فيحتفل ظهور المرض ، ولكن توجد علاقة وثيقة بين تكسات مرضى الفصام والتوريط الانفعالي في الأسرة من الحماية الزائدة إلى إحساس عدواني لاشعوري إلى التعليقات ، التي تجعل في طياتها نقداً لاذعاً ، ولكنها لا تلعب الدور القوي نفسه في البيئة المصرية مثل الغرب (عكاشة - ولسون ١٩٩٤) .

نستطيع إذاً أن نلخص أسباب الفصام في أن الفرد يولد وعنده الاستعداد الوراثي للمرض أو مضاعفات في الجهاز العصبي عقب الولادة ، وينشأ في بيئة عائلية يعزز فيها هذا الاستعداد ، ثم أنه إما تلقائياً أو من تأثير عوامل نفسية ، اجتماعية ، بيئية ، أو كروب ، تحدث الاضطرابات الكيميائية في مستقبلات موصلات الجهاز العصبي ، والتي تسبب أعراض المرض المعروفة وهذه الاضطرابات الكيميائية هي حالياً مجال البحث الجارى والمستمز لاكتشافها ، قبل أو أثناء المرض ، حتى يمكن الوقاية من المرض .

### التفسير النفسي المرضي للفصام

#### سيكوباتولوجية الفصام

لقد فسرنا سابقاً أسباب المرض ، والتي عادة ما تتساوى في معظم المرضى . ولكن دائماً ما تختلف الأعراض ، على الرغم من أن المرض واحد ، وهذا يعكس الأمراض الجسمية التي تتشابه فيها العلامات والأعراض . ويتضح لنا من ذلك أهمية العوامل الشخصية الذاتية والصراعات النفسية المختلفة ، التي يمر بها المريض قبل ظهور المرض ، ففرد شخصياً يعتقد أن المخابرات تدعّمه ، وآخر يؤمن بأنه الشهيد المنتظر ، وثالثاً يؤكد أن زوجته متأمرة عليه لقلته ، ورابعاً يدعى أن أشعة الليزر مسلطة على مخه لوقف تفكيره .. وهكذا إلخ لا بد أن يكون للعامل النفسي والذاتي أثر قوى في مظاهر المرض .

وقد اختلف الباحثون في تفسير مرض الفصام .

ومن أهم هذه التفسيرات الآتى :

- اعتقد كريستلين أن الفصام ما هو إلا عته وتدهور تام في الملكات الفكرية والاجتماعية ، ينتهى بتحطيم تام في الشخصية ، وأن هذا العته يبدأ مبكراً في سن المراهقة ، ويستمر على الرغم من محاولات العلاج .

- ويؤمن سترانسكى Stransky أن الفصام ما هو إلا عدم توازن أو ترنح واضح في النفسية الداخلية للفرد بين الانفعال والتفكير وأن كل الأعراض ناتجة عن هذا الخلل .

- أما بلويلر Bleuler فقد فسر الفصام بأنه اضطراب أولي وانقسام في التفكير . ومن هنا جاء الاسم «الفصام» ، وأن كل أعراض هذا المرض

ناشئة من عدم ترابط الأفكار .

وقد اتخذ يونج Jung موقفاً مختلفاً في سيكولوجية الفصام واعتبره مشابهاً للأحلام ، والهستيريا والحالات العصابية الأخرى ، وأمن بأنه مرض يتميز بانقسام في التفكير كما قال بلويلر ، ولكن اختلف معه في أن هذا الانقسام ناتوي للصراعات اللاشعورية .

وقد اختلف برز Berz مع سابقيه ، وشرح المرض على أنه نقص وعدم كفاية في النشاط النفسي للفرد ، وأن هذا النقص يعتمد على عطب عضوي غير معروف للآن .

وأما فرويد Freud فله آراؤه الخاصة ، والتي تعتمد على نظرية التحليل النفسي ؛ فالسبب الرئيسي للمرض في نظر فرويد هو إحباط الفرد في المرحلة الترجسية من تكوينه ، مما سبب له فشلاً في التكيف عند التنضوج ، ويبدأ الصراع بين الأنا والعالم يتضح بشكل واضح ، تحت أي إجهاد أو شدة تقابل الفرد ، ومن هنا ينشأ الذهان ويسحب المريض كل طاقاته الجنسية من العالم الخارجي إلى الباطن .

ويتمادى فرويد في تفسير أعراض الفصام على أنها تكوّن للأنماط البدائية في التفكير والسلوك ، والتي تميز الطفولة المبكرة . ويعتقد فرويد أن العامل الأساسي وراء البارانويا أو فصام البارانويا هو الاستجناس المكبوت ؛ فنظراً لأن المريض يحب الجنس نفسه ، وهو غير راض عن هذا الشعور فإنه ينكره تماماً في ذاته ثم يسقطه على الغير ، ومن ثم يبدأ في الإحساس بأن هذا الغير يكرهه ويضطهده ويحاول إيذاءه ، بل ويتبعه ثم تتكون الضلالات الاضطهادية ، التي هي أساس البارانويا سواء ضلالات الاضطهاد أو الغيرة أو العظمة .

ولايزمن ماير Meyer بأن الفصام مرض خاص ، بل إنه وسيلة الفرد للتكيف البيئي مع الظروف الاجتماعية والبيئية ، التي ميز بها خلال مراحل نموه المختلفة ، وأنه قد اختار لنفسه هذه الوسيلة في التفكير والسلوك للتأقلم البيئي ، ويعتبر كل الاضطرابات النفسية استجابات لعوامل بيئية .

وقد سبق تفسير المدرسة المعاصرة للطب النفسي في أن الفصام اختيار احتجاجي ، وأسلوب معيّن في الحياة (لاتج وسار 1972) .

### أعراض اضطراب الفصام

- ١- اضطراب التفكير .
- ٢- اضطراب الوجدان .
- ٣- اضطراب الإرادة .
- ٤- الأعراض الكتاتونية أو التصفية .
- ٥- الضلالات .
- ٦- الهلوس .
- ٧- اضطرابات السلوك .

تختلف أعراض الفصام من مريض لآخر حسب شدة ومدة المرض .. فأحياناً ما نجد كل هذه الاضطرابات في مريض واحد ، وأحياناً تقتصر أعراض المريض على اضطراب واحد ، ويعتقد كثير من الدراسين للطب النفسى أن الضلالات والهلوس أعراض مميزة لمرض الفصام ، وهذا غير صحيح ؛ نظراً لأن هذه الأعراض تظهر فى جميع أنواع الذهان الوظيفى والعسوى ، ومن ثم فإن الأعراض الأولية والمهمة لمرض الفصام هي اضطرابات التفكير والوجدان والإرادة ، وكل ما هو غير ذلك فهو ثانوى .

وقد صنف مرض الفصام إلى خمسة أنواع ، تبعاً لنوع الاضطراب الواضح ، كما سيتضح فيما بعد .

#### ١- اضطراب التفكير :

ونستطيع تقسيم هذا الاضطراب إلى :

- ١- اضطراب التعبير عن التفكير .
- ب- اضطراب مجرى التفكير .
- ج- اضطراب التحكم فى التفكير .
- د- اضطراب محتوى التفكير .

## أ- اضطراب التعبير عن التفكير :

هذا الاضطراب هو من الأعراض المميزة لهذا المرض ، حيث يشعر المريض بغموض وصعوبة في التعبير عن أفكاره ، ويظهر ذلك في هيئة :

(١) قلة وعدم الترابط بين الأفكار ؛ بحيث لا يستطيع المريض الاستمرار في موضوع واحد لمدة طويلة ، مع تطاير أفكاره وعدم قدرته على الانتهاء مما بدأه ، أو ربط الأفكار بعضها مع البعض .

(٢) صعوبة إيجاد المعنى بسهولة ، ولذا فهو يحوم حول المعنى ويزيد في الكلام ويستعمل الألفاظ المضخمة ، ويدخل في التفاصيل الناقصة ، ولكنه لا يستطيع التركيز على المعنى المطلوب وإظهاره بوضوح ، مع إجابات هامشية تدل على أنه يحوم حول الموضوع ، ولكنه لا يستطيع الدخول إلى اللب .

(٣) امتزاج الواقع مع الخيال واختلاط الأحداث اليومية الحقيقية باضطراب تفكيره ؛ مما يجعل شكل تفكيره شبيهاً بما يحدث في الأحلام ، وتصبح الحقيقة والخيال جزءاً واقعياً في حياته الفكرية .

(٤) عدم قدرة المريض على تحديد ماهية المشكلة، وبالتالي عدم استطاعته التفكير تجردياً، ويكون تفسيره عيانياً فعلاً إذا طلبت من المريض إيجاد معنى لمثل عام مثل «اللي بيته من زجاج ما يحدثش الناس بالطوب»، فيمثل بعض المرضى بالفصام في إيجاد المعنى التجريدي وراء المثل ، وأن يستطيع التعبير على أنه «من يعانى من عيب لا يصح له الغياب الآخرين، وسيفسر المثل بطريقة عيانية أي بالمعنى اللفظي ، ويقول إنه «إنا قذف الناس بالطوب فسيتكسر الزجاج»، وأمثلة أخرى « الدم سيبقاش فيه»، «العين ماتعلاش عن الحاجب»، «اللي بيحى في الريش يبقى بقشوش»، «القطة اللي بودنين بشيلها اثنين، ... إلخ .

وبالتبع يكون لذلك أثره الواضح على الاستذكار والفشل الدراسي ؛ نظراً لأن عملية التعلم تحتاج لفهم تجريدي لما يقرأه الطالب ، ولهذا نلاحظ رسوب هؤلاء الطلبة . وإذا كان الطالب متقدماً دراسياً ، يبدأ فجأة في الرسوب ، وعددته



يجب الشك في احتمال وجود اضطراب في التفكير .

ونظراً للغموض الواضح في التفكير، يبدأ المريض في الاتجاه نحو الدراسات الغيبية، مثل : الفلسفة والدين ، وعلم النفس ، وقد ينتمي للأحزاب السياسية النادرة المتعصبة ، والتي ترضى فيه عدم القدرة على الالتزام بمعنى محدد . وبالطبع لا يهي المريض كل الأعراض السابقة ، بل يشكو من صعوبة التركيز وعدم القدرة على فهم الموضوعات ، مع تعلقه بالتفاصيل التافهة ، وعدم القدرة على اتخاذ قرارات ... وهكذا .

ب- اضطراب مجرى التفكير :

(١) توقف التفكير :

وهو من الأعراض المميزة لمرض الفصام ، حيث يتوقف المريض عن التفكير أثناء حديثه ثم يبدأ الكلام ثانية في موضوع آخر ، وهذا يختلف عن كف وبطء التفكير الذي يحدث في مرض الاكتئاب ، والذي يصبح أثناء التفكير بطيئاً ولكن بطريقة مترابطة ومنظمة . وتشبه فترات التوقف عن التفكير نوبات الصرع الخفيفة ، عندما يغيب الفرد عن وعيه لمدة ثوان ، ثم يعاود نشاطه العادي دون الوقوع على الأرض أو حدوث أي تشنجات عضلية .

(٢) ضغط الأفكار :

هذا يشعر المريض بسباق دائم بين أفكاره ، ويشكو من ازدحام رأسه بأفكار متعددة ، ولكن عندما يسأل عن الإفصاح عنها يعجز عن ذلك ، نظراً لعدم قدرته على التعبير الواضح عن هذه الأفكار ، ويبدأ في إسقاط ذلك على الغير ، وأنهم لا يفهمونه ولا يقدرون آلامه وانفعالاته وأفكاره .

ويشكو من أن الطبيب لا يعطيه الوقت الكافي ، وقد يمضي للمعالج لساعات معه ، ولكنه غير قادر على تكثيف أفكاره .

وهذان العرضان ؛ أي : توقف وضغط الأفكار من الأعراض المميزة

لمرض الفصام .

### ج اضطراب التحكم في التفكير :

#### (١) سحب أو الحرمان من الأفكار :

يشكو المريض من أن محتويات أفكاره تسحب منه بواسطة أجهزة خاصة وذلك لحرمانه منها؛ نظراً لخطورتها ، وأن هؤلاء العملاء يريدون استعمال هذه الأفكار في إتخاذ أو تعظيم البشرية .. وهكذا ، ويشكو دائماً من الفراغ الفكري ، حيث إنهم قد سلّبوهم معظم أفكاره ، ومن ثم لا يستطيع التركيز في العمل أو الاستذكار .

#### (٢) إدخال الأفكار :

وهو عكس الاضطراب السابق ، حيث يعاني المريض من أفكار دخيلة عليه من قوى خارجية ، تريد تسخيرها للعمل معها ويشكو المريض من أنه لا حيلة له ، وعلى الرغم من مقاومته لهذه الأفكار .. إلا أنها قد شلت أفكاره السابقة ، وأصبحت هي المسئولة عن كل تصرفاته ، وبالطبع يوعز هذا التدخل للإشعاعات والحقول الإلكترونية ، وإن كان ذا ثقافة متواضعة فلا مانع من تأويلها إلى السحر والشعوذة ، العمل ... إلخ .

#### (٣) إذاعة وقراءة الأفكار :

ويرتبط هذا الاضطراب بما سبق شرحه ؛ حيث يشكو المريض من سرقه أفكاره وإذاعتها في الراديو ونقلها للتليفزيون ونشرها في الجرائد ، بل وأحياناً يعاني من أن الناس يستطيعون قراءة أفكاره ومايجول بخاطره ، ولاشك أن هذا الاعتقاد الخاطيء يجعله في حالة من الخوف والذعر الدائم ، نظراً لما تنطوي عليه أفكار أي فرد من خير وشر ووساوس شريفة وحميدة؛ مما يجعله يشعر بانكشاف أمره أمام الجميع ، بل أحياناً ما يسبب هذا العرض في حد ذاته محاولة الانتحار .

### د- اضطراب محتوى التفكير :

هنا يصبح المريض أسيراً لاعتقاداته الخاطئة ووساوسه وأفكاره المرضية وتوهمه على بدنية ، ويؤول جميع أنواع الملوك التي تحيط به ، تبعاً للحالات التي تحدث كل محتوى تفكيره ، والتي تختلف من فرد لآخر ، وسنشرح ذلك مع الهذات .

## ٢- اضطرابات الوجدان :

### أ- قوة الانفعال :

يمر مريض الفصام بعدة أنواع من الانفعالات المميزة ، فيظهر الاضطراب في بدء الأمر في هيئة تأخر الاستجابة الانفعالية ، ثم تليد في الانفعال -Flatten ing . وهنا تقل قدرة المريض على الاستجابات الانفعالية ، مع نقص شعوره بالألفة والعطف والحنان على أفراد عائلته وأصدقائه بعكس طبيعته الأصلية .

وعند تقدم المرض يزيد هنا التبلد ويصاب المريض بما يسمى التجمد الانفعالي Blunting ، وهنا يفقد القدرة على الاستجابات الانفعالية ، ويعدم تجاربه بالعطف والحنان مع اقربائه ، وآخر هذه المراحل هو اختفاء القدرة الانفعالية تماماً مع الجمود العاطفي ، ويظهر هنا عدم تناسب الانفعالي Incongruity حيث يستجيب الفصامي للأخبار السارة بالبكاء والصراخ ، وكذلك بالضحك للأخبار المكثرة ، ولامانع من الابتسام والضحك والبكاء دون وجود أي منه ، بل وأحياناً وهو جالس منفرد ، وذلك أكثر اضطرابات شدة الانفعال تقدماً ، وتدل على شدة وطول المرض .

### ب- شكل الانفعال :

يتمرض مريض الفصام لتذبذبات انفعالية مستمرة أو متكررة ، فهو عرضة لعالات وقتية من التنشوة والطرب والخوف والرعب والتقلق والاكتئاب والنوتر ، وتظهر هذه الانفعالات فجأة وتلقائية دون سبب أو تفسير ، على الرغم من وجود التجمد الانفعالي السابق ذكره . وتسبب هذه التذبذبات الانفعالية اندفاعات وسلوكاً غير اجتماعي ، وبعض الجرائم العنيفة وأحياناً ما تكون هذه الانفعالات الغريبة الفجائية التلقائية من بوادر بدء المرض ، قبل ظهور الأعراض والعلامات الأخرى .

### ج- عدم التجاوب الانفعالي :

لاشك أن التعبير عن الانفعالات أحد مظاهر التجاوب بين الأفراد ، وحيث إن الفصاميين يعانون من التبلد والتجمد الانفعالي ؛ لذا يصعب عليهم إيجاد نوع من الألفة مع الآخرين ؛ مما يؤدي إلى عزلتهم وعدم رغبة الآخرين في مخالطتهم ، وتحدث عدم الألفة أحياناً بين المريض والمعالج حيث يحس الطبيب

بابتعاد المريض عاطفياً عنه ، وعدم قدرته على الاتصال الاتفعالي ، والذي هو عماد العلاج النفسي ، مما يجعل العلاج النفسي صعباً جداً في مثل هذه الحالات .

٣- اضطراب الإرادة :

أهم ما يميز هذا الاضطراب هو فقدان قوة الإرادة ، وعدم مقدرة المريض على اتخاذ أى قرارات ، والسلبية المطلقة فى التصرفات ، ويعطى المريض حينئذ اعتذارات واهية غامضة ، مبرراً هذه السلبية ، فإذا مثل لماذا بنام طوال النهار فى السرير ، ولا يذهب لكيته أو مدرسته ؟ يفسر ذلك بأنه يعانى من الصناع ، أو أن الجو بارد أو نفسيته مضطربة .. وهكذا .

وأحياناً يبرر سلوكه وسلبته بأنها من تأثير قوى خارجية ، وأنه تحت التنويم المستمر أو من جراء الإشعاعات أو تخاطر الأفكار أو السحر ، أو أنه فريسة عملاء ومزامرات مختلفة ، وتتخلل هذه السلبية نوبات من العناد والصلابة والتحكم فى للرأى ، ولكنه سرعان ما يعود لتزدهد ، فلجند الطالب يلح على والده لتغيير المدرسة ، ثم عند بدئه فى المدرسة الجديدة يطالب بالعودة ثانية إلى المدرسة القديمة ، ثم سرعان ما يطالب والده بأن يبحث له عن عمل ، لأنه لا يدرى تكلمة الدراسة ثم يعود للدراسة ثانياً .. وهكذا ويتضح هنا أيضاً فى بعض الطلبة الذين يحاولون من كلية إلى أخرى ، دون الوصول إلى هدف ، ويؤول ذلك بالطبع إلى ضعف الإرادة وعدم القدرة على اتخاذ قرار والاستمرار والثبات عليه لمدة طويلة ، كذلك ترفض الأتسة الزواج ثم تقبله ثم تفسخ الخطوبة ثم توافق عليها ثانياً ... وهكذا .

وإذا أهمل المريض لمدة طويلة ، يفقد إرداته ، بل ويفقد الإحساس بذاته ، ويعتقد فى انتعائه إلى عالم للنبات أو الحيوان أو الجماد من سحب إلى قوة مغناطيسية ... إلخ ، وقد أشرفت على علاج أحد مرضى القسام المزمنين ، وكان يزمن بأنه ينتمى إلى عالم الأسماك ، وكان يمضى النهار سائراً كأنه يعوم فى الماء بعيداً عن شخصيته الحقيقية ، وقد فقد قدرته تماماً على معرفة ماهية ذاته ، وآخر ينتمى إلى النبات أو حتى إلى جزء من الأشعة الشمسية .

## ٤- الأعراض الكاتاتونية (التخشبية أو التصلبية أو الجامودية)

### Catatonic Symptoms

تعنى بذلك الأعراض النابعة من اضطراب فى القدرة الحركية للفرد ، وأحياناً ترمز هذه الأعراض لسرعات لاشعورية فى حياة المريض ، وعادة ما تعبر عن اضطراب شديد فى إرادة الفرد . وتختلف الأعراض الكاتاتونية من فرد لآخر ، ولكن يجب ألا يغيب عنا أن الأعراض الكاتاتونية تظهر فى عدة أمراض عضوية ، فأحياناً ما نواجه هذه الأعراض مع أورام النخاع العنقى فى المخ ، وبعد الحمى المخية ... إلخ ، كذلك فهى أكثر انتشاراً فى اضطراب الاكتئاب الشديد ، والاضطرابات الانشاقية ومن تأثير عقاقير مختلفة ، ولذا فالاضطراب الكاتاتونى ليس مرادفاً للنصام .

وأهم هذه الأعراض الآتى :

### أ- السبات والذهول والغيبوبة الكاتاتونية :

وتدلأوح من توقف بعض الحركات إلى غيبوبة تامة لا يتحرك أثناءها المريض ويستمر فى السبات ولا يرد على الأسئلة ويرفض الطعام والشراب . وبالطبع يجب أن تفرق بين هذه الغيبوبة والأسباب الأخرى العضوية ، مثل : غيبوبة السكر وهبوط الكبد أو الكلية أو للتسمم .. إلخ ، أو أمراض عضوية فى المخ ، بالفحص الدقيق وبعض الأبحاث اللازمة . وفى هذه الحالة يجب العلاج الفورى ويفضل أن يكون بالمستشفى ، وكذلك تظهر الأعراض الكاتاتونية فى أمراض المزاج والاضطرابات الانشاقية .

وعندما يشفى المريض يتذكر هذا الذهول ، بل ويصف كل ما كان يحدث أمامه ، ويقرر ذهوله بأنه كان تحت تأثير أصوات تلعنه ونسبه ، وأن تفكيره كان متوقفاً .. إلخ .

### ب- الهياج الكاتاتونى :

تنتاب المريض فترات من الهياج الشديد ، يحطم أثناءها الأثاث ، ويعتدى على الغير ، ويصرخ ويهاجم كل من يقاربه . وتعندى المريض فى هذه التوبات قوة خارقة ، غير مناسبة مع تكوينه الجسمانى وأحياناً ما يتخلل الذهول أو السبات الكاتاتونى هذه التوبات من الهياج ، ثم يعود لحالة الذهول الأولى .

ج- السلبية المطلقة أو النقيضية Negativism :

هذا يرفض المريض الطعام والشراب ، بل والإجابة عن أية أسئلة بل وأحياناً يقوم بعكس ما يؤمر به ، فإذا سأله الطبيب أن يفتح عينيه يادر بفتحها ، وإذا أمره بإخراج لسانه أغلق فمه بشدة ... وهكذا .

د- الوضعة أو المداومة على حركة أو وضع معين Posturing :

ينخذ المريض وضعاً خاصاً لا يغيره لمدة ساعات ، بل وأحياناً تمتد إلى أيام فيأخذ مثلاً وضع الجنين في بطن أمه ، أو وضع الصليب أو يرفع رجله اليمنى أو يضع يديه خلف ظهره أو يمد ذراعه للسلام ، أو يقف في حجرة لمدة ساعات دون ملام أو حركة .

وإذا رفع الطبيب ذراع المريض ، يستمر في هذا الوضع دون محاولة خفضها ، حتى وإن أصبح المريض في وضع غير مريح ليستمر على هذه الحالة ، وكأنه آلة تتحرك حسب الأوامر . وإذا حركنا الوسادة من تحت رأسه ، فلامانع من بقاءه مرفوع الرأس ، وكأن الوسادة مازالت تحت رأسه لمدة ساعات ، بل طول الليل ، وكأنه يفتقر وسادة نفسية .

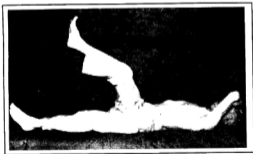
وقد تشكو الأم أنها تترك ابنتها واقفاً في المطبخ ، وتذهب إلى السوق ، وتعود بعد عدة ساعات ، وتجد في المكان نفسه وفي الوضع نفسه وبالطبع تزجره على تصرفاته دون علم لمرضه الكاتونى .



وضع كاتونى (الحجمة)



وضع كاتوني



وضع كاتوني



وضع كاثونى



الوسادة النفسية (وضع كاثونى)



وضع كاثونى جنينى



وضع كاثونى جنينى



### هـ- انطاعة العمياء أو الأوتوماتيكية Automatic Obedience :

يقوم المريض بتقليد كل كلمة أو حركة أو إشارة أمامه ، دون سؤاله ، فإذا تكلم الطبيب أعاد المريض الكلام نفسه ، وإذا سار نجد المريض يسير بجواره ، بل وأحياناً يستطيع الطبيب أن يحرك عضلات المريض في أوضاع غريبة ، وكأنها قطعة من الشمع الذائب ، وتسمى هذه الظاهرة بالمرونة أو الانثناء الشمعي Waxy Flexibility .

### و- المتداومة على الحركات المشابهة Stereotype :

يتقارب المريض حركات متكررة في الرأس أو العنق ، أو القدم ، أو الأيدي والرجلين والكتف أو الاهتزاز المستمر في أحد الأطراف ، ولا يتوقف المريض إطلاقاً عن هذه الحركات مما يزعج المقربين إليه .

وتشبه المتداومة الكتاتونية أحد الأعراض الجانبية للعقاقير مضادة للذهان ، وتسمى «عسر الحركة الآجل» وهي حركات لاإرادية في الفم، اللسان، البلعوم... الخ .

### ز- اضطراب الكلام :

يعانى المريض بالفصام الكتاتوني من عدة اضطرابات في كلامه :

(١) فقدان الكلام تماماً وكأنه قد أصيب بالكم ، وإن تكلم فبالإشارة أو الكتابة ، وهو عكس ما يحدث في الحالات العضوية حيث لا يستطيع المريض الكلام أو الكتابة .

(٢) اختلاط الكلام حيث يتكرر دون ارتباط، ويتعدد بطريقة غير مفهومة ، وهنا لا يكف المريض عن الكلام "Verbegeration" .

(٣) تكرار الكلام أو بعض الجمل بالمعنى واللهجة والنغمة نفسها .

(٤) نيولوجزم «الكلمات المستجدة Neologism» ، وهي اتخاذ لغة خاصة سرية يتكلم بها ولا يفهمها أحد ، وبالطبع لا يفهمها مرضى الفصام الآخرون .

### ح- اضطرابات جسدية :

حيث يلاحظ تغير جسمي واضح مع الأعراض الكتاتونية في هيئة اصفرار

الوجه ودهونة الجلد والوجه وزيادة اللعاب والعرق ، ويعتقد البعض أن للمريض رائحة مميزة في الكتاتونيا مع زرقة الأطراف وانخفاض ضغط الدم وقلة سرعة نبضات القلب ، وبطء التنفس ، بل وأحياناً نواجه بعض الارتفاع البسيط في درجة الحرارة ؛ مما يجعل الطبيب في حيرة من احتمال الذهان العضوي أو مرض جسمي .

#### 5- الضلالات Delusions :

الضلال هو اعتقاد خاطئ مرتب ومنسق ، يؤمن به المريض إيماناً راسخاً لا يهيد عنه ، مع استحالة إقناعه منطقياً بعدم صحته ، ويجب حينئذ أخذ ثقافة وتعليم المريض في الاعتبار عند تشخيص الضلال أو الهذاء ؛ لأنه كثيراً ما يخطئ الطبيب بتشخيص الهذاء ويكون ذلك جزءاً من التقاليد البيفية للمريض ، ومثال ذلك إذا جاءت سيدة من الريف تشكو من العقم ، وأن سببه عمل قامت به زوجة أخرى غير ، فإذا حاولنا إقناعها باستحالة ذلك علمياً .. أصرت على رأيها ، فهنا يحتمل اعتبار ذلك اعتقاداً خاطئاً ، ولكن إذا أخذنا نشأة هذه السيدة الريفية في الاعتبار ، لوضح لنا أن إيمانها بالعمل يرجع للطفولة ، وبالتالي لا نستطيع اعتبار ذلك هذاء ، ولكن إذا جاءت طبيبة تشكو من العقم من أثر عمل ، هنا يبدأ الشك حقا في احتمال وجود الهذاء .

يجب أن نفرق بين الضلالات الأولية والثانوية ؛ فالضلال الأولي ينشأ فجأة دون مسببات ، أما الضلال الثانوي فهو تفسير وتحليل لاضطرابات التفكير والوجدان والشعور بالسلبية ؛ مما يدل على استبصار المريض بعض الشيء بعرضه . والهذاء ليس اضطراباً في الإدراك الخارجي أو الباطني ، ولا يعني أي تنهؤ في الذكاء ، بل هو اضطراب في المعنى الرمزي للأشياء ، وتوجد عدة أنواع من الضلالات :

#### 1- ضلالات الاضطهاد Persecutory :

أحياناً ما تكون هذه الضلالات أولية أو ثانوية ، وعادة ما يبدأ المريض في الشكوى من أن الناس تنتقبه وتعامله معاملة سيئة ، وأن أجهزة الأمن تتبع كل خطواته ، وأنه فريسة لمؤامرة كبيرة لإدخاله السجن ، ويبدأ في إرسال الشكاوى لمكاتب المباحث والمخابرات لتهامته من العملاء الأجانب ، بل وكثيراً ما يتجه

التهاء نحو أجهزة الأمن الداخلية ، التي تزيد السيطرة عليه أو إرغامه على العمل معها ، وأن ذلك يتم عن طريق إشعاعات خاصة أو عقول إلكترونية ، وأحيانا ما يصبح المريض في رعب شديد من المؤامرة التي تدبرها له زوجته أو أقرباؤه ؛ للخلاص منه بوضع السم في الطعام ، ويصبح في شك في كل من حوله .

وهذا الاضطهاد من أكثر المتلازمات شيوعاً ، ويظهر في الأمراض الذهانية المزمنة بغض النظر عن نوعها ، وعادة ما يلعب الإسقاط دوراً قوياً في نشأة هذا الهذاء .

وتبدأ العملية بشخص طموح ، دون وجود قدرات مناسبة للوصول إلى تطلعاته وآماله ، وكذلك عدم قدرته على الاستسلام للأمر الواقع . ويؤدى هذا التناقض إلى الشك ، وعدم الثقة ، وسوء تأويل الظواهر التي أمامه ، والتفكير ، ثم الاعتقاد بأنه مضطهد ، ولم يعط الفرصة الكافية لإظهار مواهبه ، وأنهم يخشون تفوقه ؛ ولذا فهم يكتمون كل تطلعاته ، وهنا تبدأ هذات الاضطهاد في الظهور . وكخطوة أخرى لتقليل شعوره بفقدان الثقة وإهانة الذات ، يبدأ في عمليات لاشعورية تعويضية ، تظهر في هيئة مبالغة في الثقة بالنفس .

#### ب- ضلالات العظمة Grandiose :

وهنا يؤمن المريض إيماناً راسخاً بأنه أنكى أو أقوى البشر جميعاً ، أو أنه أولى قوة خارقة للشفاقية وللكشف عن الظواهر الغيبية ، وأنه مرسل بدين جديد لهذابة الناس ، أو أنه الرب ذاته ، أو أنه مخترع جبار ، والناس لا يستطيع اختراق ذكائه ، أو أنه يمتلك القدرة على قراء أفكار الناس وفهم ما يدور بخلدهم دون الحاجة إلى الكلام ، وهكذا .

وعادة ما تتبع هذات العظمة إحساساً بالنقص ، وعدم الاستقرار والأمن ، ومن ثم ترضى هذه الهذات هذا الشعور بالنقص ، وتجعل المريض يهرب من المشاكل اليومية ، وحقيقة أمره .

#### ج- ضلالات توهم العلل البدنية (التوهم المرضي) Hypochondriasis :

تختلف درجة التوهم المرضي من توهم بسيط ، حيث يئلبه المريض انتباهاً مركزاً على وظائف أعضاء جسمه ، ثم يتدرج هذا التوهم ليصبح محوراً لتفكير المريض ، واقتناعه بأنه يعاني من مرض خطيب ، لا يرجى منه شفاء ، على الرغم

من تأكيد الأطباء بسلامة أعضائه .

وعادة ما يصاحب هذا النوع من التوهم المرضي مزاج سوداوي ، وأخيراً يصبح هذا التوهم هذاه ، عندما يؤمن المريض إيماناً راسخاً بوجود مرض ، أو تورم ، أو آلام ولا يمكن إقناعه بعكسها .

وأذكر شابة بدأت تعاني من هذاه توهم العلل البدنية ، حيث اعتقدت أنها تعاني من سرطان ، وعبثاً يحاول أهلها والأطباء إقناعها بعكس ذلك ، دون جدوى ، فإذا أخبرها الطبيب أنها لا تعاني من أي مرض ، وإن يكتب أي علاج ، أمعت حينئذ أن مرضها غير قابل للشفاء ، وأنه لا أمل يرجى لها ، وأنه لهذا السبب رفض الطبيب وصف أي علاج ، أما إذا نصحتها بتناول بعض المغريات والمهدئات فتؤول ذلك إلى أنهم يحاولون تهديئة آلامها ، حتى تودع الحياة ، ولا يمكن إقناعها أن سرطان الدم له علامات خاصة ، وأنها لا تعاني من هذه الأعراض ، ولا توجد أية علامات لظهور هذا المرض .

وأذكر مريضاً شاباً اقتنع بعد عملية استئصال اللوزتين أن الجراح أزال الخصيتين لنقلهما إليه أثناء التخدير ، ووضع خصيتين ضامرتين ، بدلاً منهما ، وأنه لهذا السبب يعاني من ضعف عام وفتر شديداً وفقدان لقواء الجنسية ، وبالطبع حاول التهمج والاعتناء على الجراح ، وعبثاً نحاول إقناعه أنها عملية مستحيلة ، وأنه لا يوجد أي أثر لجراحة الخصيتين ، وهنا نجد الهذاه موجهاً لاخفاء أحد أعضاء الجسم ، على الرغم من وجودها ، وبالطبع اعتذر هذا المريض للجراح بعد شفائه وتعجب كيف صدر ذلك منه .

د- ضلالات التأويل أو التلميح أو الإشارة : Delusions of Reference

هنا يسمع المريض أن كل حركة تصدر ممن حوله وبعض الجمل المعينة ، أو حتى النشرات الاخبارية والإعلانات السينمائية والإنذارات الموجهة إنما تصدر للإشارة والتلميح إلى تصرفاته ، مما يجعله إما في حالة احتكاك مستمر مع المجتمع أو انطواء وانعزال عن الناس . ويصل هذا الهذاه أحياناً لدرجة بشعة من الشك .

وأذكر المريض الذي كان يعتقد أنه إذا دخن أحد سيجارة أمامه ، فذلك لإعطاء إشارة لفرق الأمن لبدء عملية الرقابة والمتابعة ، وإذا أخرج أحد مندبلاً

من جيبه ، فذلك يعنى محاولة البدء فى مؤامرة قتله ، وإذا صافح أحد فرداً آخر أمامه فهذه إهانة شديدة ، يقصد بها اتهامه بالجنسية المثلية ، وإذا قرأ خبراً عن إحدى المعتلات فيقصد بذلك دفعها لإغرائه ، وإيقاعه فى حبالها حتى يمكن التخلص منه .. وهكذا .

#### هـ- ضلالات الأهمية أو المعرفة Delusions of Significance :

وهى تشبه إلى حد ما هذات العظمة ؛ حيث يعترى المريض افتتاع كامل بأنه على معرفة واتصال بأهل المريخ أو القمر ، وذلك بالطبع قبل اكتشافه ، أو أنه على علم تام بكل ما يحدث فى أعماق النفس البشرية ، دون دراسة أو دراية بأى علوم ، أو أنه يمتلك شفاقة خاصة للكشف عن الغيب أو قدرته لنقل الأفكار وفهمها عن بعد وهكذا .

#### و- ضلالات التأثير Delusions of Influence :

هنا يشعر المريض أنه تحت تأثير قوى داخلية أو خارجية ، ويصبح أسير هذه الأفكار ، والتي تختلف تبعاً لثقافته من أشعة ليزر إلى ذبذبات صوتية إلى أعمال وسحر ... إلخ .

#### ز - ضلالات الغيرة والهيمنة الزوجية Delusions of jealousy and Infidelity :

وينتاب المريض أو المريضة اعتقاداً راسخاً بخيانة زوجته أو أحد قريبائه مع غياب أى منطوق فى تفسيره .

#### 1- الهلوسات Hallucinations :

تعنى بالهلوس استجابات حسية واضحة دون وجود ملته ، وتسمى الهلوس حسب نوع الاستجابة ، فإذا سمع المريض أصواتاً تناديه أو تلعه دون وجود أحد ، فهذه هلوس سمعية ، وإذا أبصر أشياء أمامه فى حالة غيابها تسمى بالهلوس البصرية ، وكذلك توجد الهلوس الشمية والحسية والتذوقية .

ويجب أن نفرق بين الهلوس والخداع أو التوهم Illusion ، فالخداع هو سوء تفسير المريض للمنبه ؛ أى إنه يوجد ملته ولكن المريض يستجيب له بطريقة مرضية ، فإذا رن جرس التليفون يسمعه كطرق الباب أو صوت إنسان ، أما فى الهلوس ، فهو يسمع هذه الأشياء دون وجود ملته .

وترمز الهلاوس عادة إلى إسقاط خارجي عما يعتري المريض من صراعات داخلية ، وإحباط في حياته الاجتماعية والشعور بالنقص ، والنقد الذاتي ، وأهم أنواع الهلاوس ما يلي :

#### أ- الهلاوس السمعية :

وهي أكثرها انتشاراً في مرضى الفصام ، وتأخذ طابعاً خاصاً بالتعلق على حركات المريض ، أو تكرار ما يقوله وأحياناً ما تكلمه أصواتنا في هيئة شخص ثالث أو مباشرة وتعطيه أوامر للتفويض ، وكثيراً ما تلغنه أو تسبه أو تهاجمه أو تنتهمه اتهامات شاذة ، ونادراً ما تعذبه وتشجعه .

وعادة ما يزول المريض هذه الأصوات على أنها صادرة من الناس في الشارع أو الجيران ، أو ممن حوله ، أو أنها من الراديو أو التلفزيون . وكثيراً ما يتشاجر المريض مع هذه الأصوات بصوت عالٍ ، فنجده فجأة يقول : «سكت بقي بلاش الكلام ده ، والله مانا عامل كده ، أو يصرخ «أبعد عني ، حرام عليكم أنا مش كده ، أهو أنت ، دون أن يكلمه أحد ، ولا يصح اعتبار المريض متوهماً في هذه الأصوات ، فهو حقاً يسمعها ولا يستطيع أحد غيره سماعها ، فيجب تصديقه عندما يشكو من هذه الأصوات ، ولكن بالطبع لا يجب تصديق تأويله أنها من الجيران أو الأصدقاء أو الراديو ، بل يجب محاولة إقناعه بأن ذلك عرضاً مرضياً يجب علاجه .

وعادة ما تأخذ هذه الأصوات طابعاً جنسياً فتارة تنتهمه بالفجور والشذوذ ، وتارة أخرى تنتهمه بالدعارة وأنها فقدت عذريتها ، أو في هيئة دينية وكأنه يسمع العلاتكة أو الجن ، وأنه مرسل لهداية الناس أو اعتقاده بالنبوة ، وأحياناً أوامر بالقتل أو الانتحار .

#### ب- الهلاوس البصرية :

وهي أكثر انتشاراً في حالات الذهان العضوي ، ونادراً ما تصادفها في مرضى الفصام إلا في الحالات العادية ، عندما يكون التفكير مشوشاً ، ودرجة الوعي مختلطة . وهنا يرى المريض أضواءً باهرة ووجوهاً مخيفة وحيوانات تزحف نحوه ، وتثير الهلاوس البصرية الذعر والخوف في المريض أكثر من السمعية .



هلاوس سمعية



هلاوس شمعية



هلاوس بصرية



هلاوس سمعية

ج- الهلاوس الشمية :

وهي غير نادرة مع مرض الفصام ، ولو أنها تظهر بكثرة في أمراض الفصل الصدغى في المخ ، وعادة مايشم المريض روائح كريهة تنبعث من حوله أو من نفسه ، وقد كان أحد مرضاى يعانى من هذه الهلاوس الشمية بأنه ينبعث منه رائحة كريهة ، تفزع الناس منه لدرجة أن الناس تخطر من رصيف إلى آخر عند مروره ، وبالطبع يصادف عبور العارة ويؤولها هو لهذا السبب ، وإن دخن أحد أمامه فذلك للتخلص من رائحته ، وإذا أخرج أحد المنديل لتنظيف أنفه ، فذلك لسد فتحات الأنف حتى لايشم رائحته ، وانعزل هذا المريض عن المجتمع ، وجلس في حجرته وحيداً حتى لايشمه أحد ضحية لهذه الهلاوس الشمية .

د- الهلاوس اللمسية Tactile :

عادة ما تظهر هذه الهلاوس مع الذهان العضوى وإدعان الكوكابين ، ولكن أحياناً ما تصادفها مع مرضى الفصام ، وتأخذ شكلاً جليسياً ، وأذكر المريضة التى كانت توظف زوجها وتؤنبه على سكونه عما يحدث لها أثناء الليل من الرجال ، وما تحسه من ملاطفاتهم ، والآخر يعتقد أن العارة يلمسونه في أعضاء حساسة ، والبعض يعتقد أن ضلالات العزل البدنية ما هي إلا هلاوس حسية في أعضاء معينة في الجسم تجعل المريض يشعر بوجود مرض معين في هذا العضو ، وستكون الطامة عندما تعاني سيدة من الهلاوس اللمسية وعادة في الأعضاء الجلدية ، وتصرخ في الشارع ، وهنا سينهال العارة ضحياً فيمن يكون بجانبها .

وتوجد كذلك هلاوس التذوق بالإحساس بطعموم مختلفة في الفم ، وعادة ما تصاحب الهلاوس الشمية ثم هناك الهلاوس الحركية ، ونعنى الإحساس بوجود عضو غير موجود في الجسم أو تغير في حجم وشكل بعض الأعضاء التناسلية ، وتنتشر هذه الهلاوس بعد بتر الساق أو الذراع ، ومداومة المريض للإحساس بوجود العضو المبتور ، بل ويشكر من آلام شديدة في هذا العضو المفقود .

٧- اضطرابات السلوك :

تتمكن الاضطرابات السابقة على سلوك الفرد ، وتجعله في حالة مميزة من الانعزال والانسحاب من المجتمع ، فالمرضى بهذات الاضطهاد أو الهلاوس أو اضطرابات الإرادة ينتهى به الأمر ، إن لم يعالج إلى عزلة تامة في حجرته



وانفصال تام عن العائلة ، والبعد عن الواقع والحياة في الخيال المسنمر ، وينضح اضطراب السلوك في للتواحي الاجتماعية المختلفة ، وقد يكون هذا الانعزال بداية للمرض قبل ظهور الهلوس والضلالات .

#### أ- الحياة العائلية :

يفقد المريض اهتمامه بذاته ويهمل في نظافته ، ويطلق لحبته ولايمشط شعره أو يحاول الاستحمام ، ولايهتم بالأحداث اليومية في عائلته من أمراض أو أحزان أو أفراح ، ويكون عرضة لسلوك غريب عن طبيعته ونوبات من الهياج والعدوان والنشوة دون أسباب واضحة .

وأحياناً ما يبدأ مرض الفصام باضطرابات في السلوك من هذا النوع ، واندفاعات لايمكن تفسيرها منطقياً كتلك الفتاة التي بدأت فجأة تعاكس الرجال ، وتندح أجسامهم أمام والدها المحافظ اجتماعياً ودينياً ، أو تلك المريضة التي تسرق الدجاج من التلاجة الكهربائية ليلاً ، على الرغم من عدم ممانعة العائلة لتأكل ما نشاء ، أو ذلك الشاب الذي أطلق لحبته وامتنع عن الدراسة ، وبدأ في التصوف وزيارة المساجد ليلاً ونهاراً ، أو تلك الفتاة التي حرقت ملابسها فجأة ، وبدأت تلبس الثياب السوداء من أعلى إلى أسفل تبعاً لتعاليم الدنيوية .

#### ب- الحياة الاجتماعية :

يبدأ المريض في الانعزال والتوقف عن الذهاب إلى النوادي والمعاهي ودور العرض والمسارح ، ثم يرفض الذهاب للمسجد أو الكنيسة ويفقد اهتمامه بأصدقائه ويحاول الابتعاد عنهم ، ويأتف من مشاركتهم كسابق عهده ، ثم يبدأ في اعتناق مذاهب فلسفية أو دينية أو سياسية غامضة شاذة .

#### ج- العمل :

ينضح إهماله في دراسته أو عمله وتقل قدراته ، ويعانى من صعوبة في التركيز وتدهور ملكاته السابقة .

#### د- الحياة الجنسية :

يظهر على المريض سلوك جنسى مخالف لطبيعته من إيمان للعادة السرية ، ولامانع من القيام بها أمام أفراد العائلة أو الكلام عنها بإفصاح ، أو

استعراض أعضائه التناسلية أو اغتصاب جنسى إلى تصرفات جنسية مخلة ، نصل أحيانا إلى حد الانحراف الجنسي أو العهر ، ثم محاولة الاعتداء على المحرمات ، مما يجعله عرضة للعقوبة والسجن أحيانا لعدم استبصار الناس بمرضه .

ويجب ألا ننسى أن مريض الفصام لا يعاني من اضطرابات الذاكرة أو التعرف ، وعادة ما تكون درجة الوعي سليمة وواضحة إلا في الحالات الحادة الكتانونية ، كما أن درجة ذكائه تبقى في حدودها دون تدهور ، وذلك له أهميته لتفرقة الفصام عن اللذان العضوي والأمراض الأخرى .

### خلاصة

تتميز الاضطرابات الفصامية بشكل عام باضطراب أساسي في الشخصية ونشوهات مميزة في التفكير والإدراك والوجدان ؛ حيث يكون الأخير غير مناسب أو متبلد ، وعادة ما يفتقر الوعي والقدرة العقلية في حالة سوية ، وقد تظهر بعض الاضطرابات المعرفية مع مرور الوقت .

وقد يصاب المريض باضطرابات في سمات الشخصية ؛ خاصة في تلك الوظائف الأساسية التي تعطى الشخص الطبيعي إحساساً بالقدرة والتميز والتحكم في الذات ؛ فيشعر المريض أن الآخرين يطمون أو يتفاسمون معه أكثر أفكاره خصوصية ومشاعره وأفعاله ، وقد تتكون ضلالات لتفسر هذه الظواهر ، نصل إلى حد الاعتقاد بوجود قوى طبيعية أو خارقة للطبيعة ، تعمل من أجل التحكم في أفكار وأفعال الشخص المصاب ، بأشكال شاذة وغريبة في أغلب الأحيان .

وقد يرى المرضى أنفسهم هدفاً لكل ما يحدث . وتشيع الهلاوس خاصة الهلاوس السمعية ، وقد تطلق على طوك وأفكار الشخص ، وكثيراً ما يضطرب الإدراك بأشكال أخرى ؛ فالألوان أو الأصوات قد تبدو حية (زاهية) أكثر من الطبيعي ، أو قد تبدو متغيرة نوعياً .

وتكتسب السمات الثانوية للأشياء العادية أهمية تتجاوز الشيء أو الموقف بأكمله ، كذلك فإن الارتباك يشيع عند بداية هذا الاضطراب ، وكثيراً ما يؤدي إلى الاعتقاد بأن المواقف اليومية تحمل معانٍ خاصة ، عادة سوداوية ، ويفسرها بأنه المقصود بكل الأحداث المحيطة به .

أما اضطراب التفكير الفصامي المميز ، فيبرز السمات الهامشية وغير المهمة في المعنى العام ، تلك التي يتم تجاهلها عادة في النشاط الذهني الطبيعي الموجه ، فيبرزها في المقدمة ويستخدمها بدلا من تلك السمات المهمة والمناسبة للموقف . وبذا يصبح التفكير مشوشاً وغير مركز وغير واضح ، ويصبح التعبير عنه من خلال الكلام أحياناً غير مترابط ، وكذلك تكثر الانقطاعات والاستقطاب في تسلسل الأفكار ، ويبدو وكأن هيئة خارجية تسحب الأفكار .

أما المزاج فيكون إما سطحيًا أو نزعيًا أو غير مناسب ، وقد يظهر تضاد المشاعر واضطراب الإرادة في شكل عطالة أو نقيضية أو ذهول ، كما قد يكون هناك تصلب أو تخشب في الحركة . وقد تكون بداية المرض حادة مع سلوك مضطرب اضطراباً شديداً أو تدريجياً ، تتكون فيه الأفكار والسلوك الشاذين بشكل بطئ .

مسار الاضطرابات الفصامية مستمر أو نوابس ، مع خال منطور أو ثابت ، أو قد تحدث نوبة أو أكثر مع شفاء كامل أو جزئي . ولايجوز استخدام تشخيص الفصام في وجود أعراض اكتئابية أو أعراض هوس ، إلا إذا كان ظهور أعراض الفصام سابقاً على الاضطراب الوجداني بشكل واضح ، كذلك لايجوز تشخيص الفصام في وجود مرض واضح بالمخ ، أو في أثناء حالات تسمم بعقار أو حالات السحاب من إدمان المواد .

وعلى الرغم من عدم وجود أعراض مميزة للفصام ، إلا أن هناك عدداً من الظواهر النفسية المرضية لها دلالة خاصة بالنسبة لتشخيص الفصام (ولكن من المهم للتأكد من وجود الظواهر المذكورة فعلاً ، ومن أن المريض لايتكلم مجازياً وحسب ، أو يعدل من كلامه تحت تأثير الإيحاء) .

وتتضمن هذه الظواهر :

١- قراءة الأفكار ، غرز الأفكار أو سحبيها ، إناعة الأفكار .

٢- ضلالات التحكم أو التأثير أو السلبية ، التي تشير بوضوح إلى حركات الجسم أو الأطراف أو أفكار أو أفعال أو أحاسيس معينة ، وإدراك ضلالي .

٣- أصوات هلوسية تعلق بشكل مستمر على سلوك المريض ، أو تناقل فيما بينها بشأنه أو أنواع أخرى من الأصوات الهلوسية ، التي تأتي من جزء ما من الجسم .

٤- ضلالات مستمرة من أنواع أخرى غير ملائمة أو مقبولة حضارياً ، مثل: ضلالات حول الهوية الدينية أو السياسية والقوى فوق البشرية والقدرات الخارقة... إلخ .

٥- الهلاوس المستمرة من أى شكل ، عندما تصاحبها ضلالات أما سريعة الزوال أو نصف مكتملة ، دون مضمون وجداني واضح ، أو أفكار مستمرة مبالغ في قيمتها ، أو عندما تحدث يوماً لعدة أسابيع أو شهور متصلة .

٦- انقطاعات أو افتتاحات في تسلسل الأفكار ، تؤدي إلى كلام غير مترابط ، أو لا معنى له أو لغة جديدة .

٧- سلوك جامودي ، مثل : الاحتياج ، الوضعة أو المزونة الشمعية ، التقيضية ، الخرس والسيات .

٨- أعراض «سالية» مثل اللامبالاة الشديدة ، وندرة الكلام والاستجابات الانفعالية المتباعدة أو غير الملائمة (تؤدي هذه عادة إلى انسحاب اجتماعي وانخفاض في الأداء الاجتماعي ، ويجب أن يكون واضحاً أنها ليست بسبب اكتئاب أو أدوية مضادة للذهان) .

مؤشرات تشخيصية حسب التصنيف العالمي العاشر للأمراض النفسية :

إن ما نحتاجه عادة لتشخيص الفصام ، هو وجود حد أدنى من عرض واحد شديد الوضوح (وعادة اثنين أو أكثر إذا كانا أقل تحديداً) في أي من المجموعات المذكورة أعلاه من (١) إلى (٤) ، أو وجود أعراض من مجموعتين على الأقل المشار إليهما من (٥) إلى (٧) ، وأن تكون هذه الأعراض موجودة بوضوح في أغلب الوقت خلال فترة شهر أو أكثر .

أما الحالات التي تستوفي هذه المعايير ، ولكن مدتها أقل من شهر (سواء تم علاجها أو لا) ، فيجب أن تشخص أولاً كاضطراب ذهاني حاد مثل القصام ، ثم يعاد تصنيفها كقصام ، إذا استمرت الأعراض لفترات أطول من شهر .

بالنظر إلى التاريخ المسبق ، قد يتضح وجود طور نذيري أولى من الأعراض والسفوك كفقدان الاهتمام بالعمل والنشاطات الاجتماعية والمظهر الشخصي والنظافة الشخصية ، بالإضافة إلى قلق عام ودرجات خفيفة من الاكتئاب والانشغال ، قد تسبق بداية الأعراض القصامية بأسابيع أو حتى شهور ، ولصعوبة تحديد وقت البداية ، اتفق على أن يطبق معيار فترة الشهر الواحد فقط على الأعراض المعينة المذكورة أعلاه ، وليس على أي طور نذيري أولى غير ذهاني .

## أنواع الفصام

يختلف العلماء في تصنيفهم لمرض الفصام ، بل وتختلف الدول في تقسيمها لهذا المرض . وقد حاول كريبلين ١٨٩٩ تقسيمه إلى الفصام الكاتونى ، والهيبيدفرينى والبارانوى ، ثم أضاف بلويلر ١٩١١ النوع الرابع وهو الفصام البسيط .

ومنذ ذلك الوقت اعتبر الفصام أربعة أنواع :

١ - الفصام البسيط Simple

٢ - الفصام الهيبيدفرينى Hebephrenic

٣ - الفصام الكاتونى Catatonic

٤ - الفصام البارانوى Paranoid

والحق أن هذا التصنيف أكاديمي ، لأنه نادراً ما نجد حالة نستطيع أن نفرصها فصلاً تاماً عن بقية الأنواع ؛ نظراً لتشابه الأعراض وظهورها في نويات مختلفة .

وتوجد عدة أنواع من التصنيف، فعلاً :

١ - الفصام النووي Nuclear :

ويطلق به البسيط والمراهقة، ويتميز بالآتى:

أ- الظهور المبكر .

ب- التدهور البطئ .

ج- قوة العامل الوراثى .

د- الاستجابة الضعيفة للعلاج .

٢ - الفصام الطرفى Peripheral :

ويضم الفصام الكاتونى البارانوى ، ويتميز بالآتى :

أ- الظهور المتأخر .

ب- أقل عرضة للتدهور .

ج- قوة العامل البيئي .

د- الاستجابة الحسنة للعلاج .

ويفضل العلماء الأوروبيون تقسيم الفصام إلى :

أ- الفصام الأصلي Process، وينتهي بالتدهور التام مع عدم الاستجابة للعلاج .

ب- الفصام التفاعلي Reactive، ويبدأ بعد إجهاد محين فجأة ويشفى بالعلاج .

وأخيراً التقسيم الجديد :

١- النوع الأول (الإيجابي) Positive :

ويتميز بأعراض إيجابية من هلاوس وضلالات ، وسببه التغيرات الكيميائية في الموصلات العصبية خاصة الدوبامين وحمض السيروتونين ، ويستجيب للعلاج بالعقاقير .

٢- النوع الثاني (السلبي) Negative :

ويتميز بأعراض سلبية من انطواء، وفقد الكلام والإرادة ، انعدام المباحج ، وسببه تغيرات في نسيج المخ ، وكان سابقاً لا يستجيب للعلاج بكافة أنواعه ، أما حالياً فتصل الاستجابة للعلاج الحديث ما بين ٦٠ - ٧٠ ٪ .

٣- النوع الثالث (الطسخي وغير المترابط) Disorganized :

ويتميز بخلل في التفكير والسلوك وعدم الترابط .

وقد أوضح تصوير المخ بالمواد المشعة اختلاف الأنواع الثلاثة (١٩٩٦) .

وأخيراً اتفقت هيئة الصحة العالمية على تقسيم الفصام على هذا النمط (١٩٩٢) :

١- الفصام البسيط Simple

٢- الفصام الهيبفريزي (البلوغ- المراهقة) Hebephrenic

٣- الفصام الكاتونوني (الجامودي - التخشبي) Catatonic

Paranoid	٤- الفصام البارانوي (الزوراني - الضلالي)
Acute Undifferentiated	٥- الفصام غير المميز
Post - schizophrenic Depression	٦- اكتئاب ما بعد الفصام
Residual	٧- الفصام المتبقي
Schizo- affective	٨- الفصام الوجداني
Unclassified	٩- أنواع أخرى غير محددة

### ١- الفصام البسيط :

وهو من أصعب الأنواع تشخيصاً نظراً لغياب الأعراض الشديدة ، وصعوبة تفرقه عن بعض الأمراض الأخرى أو اضطرابات الشخصية ويتميز بالآتي :

أ- يبدأ في سن مبكرة بين ١٥ - ٢٥ سنة ، ويزحف ببطء وتدرجياً ، حتى ينتهي بتدهور مستمر في الشخصية .

ب- يتميز هذا النوع من الفصام باضطرابات الوجدان والإرادة السابق شرحهما بالتفصيل ، ولا يظهر أي أعراض كتأتونية أو ضلالات أو هلاوس .

ويحتمل وجود بعض الاضطرابات البسيطة في التعبير عن التفكير كصعوبة التركيز وضعف التفكير التجريدي .

ج- ينتشر هذا النوع بين أقرباء مرضى الفصام وموظفي الدرجات السفلى ، وبين المدمنين ، والمجرمين والمنحرفين جنسياً ، كما أنه يكثر بين متروهي العقل البدنية ، ونستطيع فهم سبب انتشاره بين هذه الفئات إننا حللنا ما يحدث للفرد عند تعرضه للاضطرابات الوجدانية ؛ خاصة تلك وتجمد الانفعال ، فهؤلاء يفقدون طموحهم واهتمامهم ، ولا يستجيبون للانفعالات المختلفة فلا ينحس المريض للتقدم في عمله وتحسين حاله .

كذلك .. فالإقدام على الجريمة يحتاج لتبليد في الانفعال ، يتوافر في مرضى الفصام البسيط ، أما الماهرة التي تبوع جسدها عدة مرات يومياً فمشاكلتها



ليست اقتصادية أو اجتماعية فقط، بل يعتقد الكثيرون أنه يلزم وجود بعض التبدل الانفعالي عندها ، ولايعنى ذلك أنها وأمثالها لايبشعن أو يضحكن ، فهذه مظاهر خارجية ، ولكن الذى يهمنا هو الانفعال والشعور الداخلى .

وأذكر أحد مرضى الفصام البسيط، كان شاباً فى السابعة عشر من عمره ، مشغولاً خجولاً محتكفا بالمنزل يشكر دائماً من علة بدنية مختلطة ، ودائماً يحضر إلى العيادة مع والده ، وفى أحد الأيام جاءنى متفرداً يشكو من صداع وإمساك ، فسألته عن والده وزادت دهشتى ، عندما أجباني بأنه توفي صباح اليوم ، ولم يبد فى وجهه أية علامات للحزن والأسى ، ويوضح ذلك بالطبع مدى التجمد العاطفى لهذا المريض .

ويغوت على الكثير من الأطباء والأقرباء تشخيص الفصام البسيط ؛ لأنه عادة ما يوصف الشاب ، الذى يعانى من هذا المرض بالطيبة والخلق الحسن وكذلك الفتاة بالاستقامة وعدم الاختلاط والاعتكاف الدائم بالمنزل ؛ فجد هذا الشاب يتحقق بعمل بسيط ، يعود بعده للمنزل ليجلس فى حجرته منعزلاً ، ولايهتم بقراءة الجرائد أو سماع الراديو أو مشاهدة التلفزيون ولايفتسل أو يحلق ذقته أو يغير هندامه إلا إذا نصحته والدته بذلك ، ولايفعل للأحداث فهو سلبى ضعيف الإرادة تحركه والدته كما تشاء ، ولذا يكون قريباً جداً منها وتعزز هى بأدبه الجم وخجله العجيب ، وتدهور حالته تدريجياً ولا يأتى للطبيب إلا بعد سنوات من زحف المرض ، ولذا يجب أخذ الانطواء والانعزال وفقد الاهتمامات بحذر شديد ؛ حتى لا يكون بداية لمرض الفصام البسيط .

ونظراً لصعوبة التشخيص وندرة وجود هذا النوع فى البلاد الصناعية ، فقد أتى التصنيف الأمريكى هذا النوع ، واستبدله باضطراب الشخصية المسمى بالطابع الفصامى (Schizo typl) .

## ٢- الفصام الهيبرفرينى (البلوغ - المراهقة) :

تتجمع فى هذا النوع كل أعراض الفصام السابق ذكرها ، ويبدأ هذا النوع فى سن مبكرة ويزحف ببطء ، وإن لم يعالج ينتهى بتدهور تام فى الشخصية . وأهم ما يميز هذا النوع :

أ- اضطرابات التفكير بكل الأنواع السابق ذكرها ، خاصة صعوبة التركيز وعدم الترابط الأفكار ، وخلل في التفكير المجرد ، وهامشية الإجابة عن الأسئلة ، والالتفاف حول المعنى ... إلخ .

وإن أخذنا في الاعتبار أن المرض يهاجم السن المبكرة ؛ أي سنوات الدراسة المختلفة ، نستطيع أن نثبت كيف أن مرض الفصام يمثل مشكلة دراسية كبيرة ، فإذا كان الطالب على كفاءة عالية في الدراسة ، ثم يبدأ فجأة يرسب في الامتحانات ، على الرغم من إقباله على الاستذكار طوال العام ، عندئذ يجب أن نستبعد احتمال وجود اضطراب في التفكير .

ب- اضطرابات الإرادة والسلبية .

ج- اضطرابات الوجدان من التبذل ، والتجمد إلى عدم التناسب الانفعالي .

د- الضلالات المتغيرة وأحياناً الهلوس السمعية .

هـ- اضطرابات السلوك مع تصرفات اندفاعية تلقائية غريبة وغير مفهومة ، كما سبق شرحها .

و- تتأرجح بعض الأعراض القهرية الغامضة ، وتتحول أحياناً إلى ضلالات وهلوس ، وقد سبق الكلام عن ذلك مع عصاب الوسواس القهري .

ز- اختلال الأنية والعالم الخارجي حيث يبدأ المريض في الشعور بأنه قد تغير ، وأن منظره وسيوره وسلوكه ليس كما كان ، وأن العالم حوله قد تغير ويبدأ في الإحساس وكأنه في حلم دائم .

ح- يبدأ المرض أحياناً بطريقة غامضة قبل ظهور الاضطرابات السابق ذكرها ، مثل : توهم عقل بدنية وتركيز على العادة السرية أو الطمث أو الخوف من الأمراض خاصة الذرن والسرطان ، بل وأحياناً ما يبدأ المرض بأعراض عصبية أو زيادة وانحراف في الطاقة الجنسية .

### ٣- الفصام الكاتونوني (الجامودي - التخشبي) :

ويبدأ في سن متأخرة عن البسيط والمرافقة بين ٢٠ - ٤٠ سنة ، ويتميز باضطراب الحركة . وعادة ما يتحسن مع العلاج ، وأهم أعراضه الاضطرابات الكاتونونية ، التي سبق شرحها مع أعراض الفصام ، مع ملاحظة أن الأعراض الكاتونونية تظهر مع أمراض نفسية وعضوية أخرى .

### ٤- الفصام البارانوي (الزوراني - الضلالي) :

ويعتبره البعض نوعاً منفصلاً من الفصام ؛ نظراً لاختلافه عن بقية الأنواع في كثير من المظاهر ، فأثر العوامل البيولوجية والوراثية ضعيف ، وتلعب البيئة دوراً مهماً في نشأته ، ثم أنه يبدأ في سن متأخرة بعد سن الثلاثين ، كذلك تقل نسبة التدهور الاجتماعي في الشخصية عن بقية الأنواع ، ويتميز إكلينيكياً بالضلالات والهلاوس دون أثر للاضطرابات الأخرى للفصام ، بل أحياناً ما تكون الشخصية متكاملة مع بعض الاستبصار ، لدرجة أن المريض ينكر أعراضه ولا تظهر إلا إذا أثير إثارة شديدة .

وكما سبق أن قلنا .. فإن البعض يتجه إلى فصل هذا النوع من الفصام وإنماجه تحت الاضطراب الضلالي Paranoid Disorder ؛ مما يجعل الأمر متعاوناً في شدة المرض وارتباطها بالشخصية .

والصورة الإكلينيكية للفصام الزوراني (البارانويدي) تغلب عليها ضلالات ثابتة نسبياً ، وعادة ما تصحبها هلاوس ، خاصة من النوع السمعي واضطرابات إدراكية ، أما اضطرابات الوجدان والإرادة واللغة والأعراض التخشبية ، فتكون إما غائبة أو غير واضحة نسبياً .

### أمثلة لأكثر الأعراض الزورانية (البارانويدية) شيوعاً :

(١) ضلالات الاضطهاد والإشارة أو المولد الرفيع أو المهمة الخاصة أو التغيير في الجسد أو الغيرة .

(٢) هلاوس سمعية تهدد الفرد أو تعطيه أوامر ، أو هلاوس سمعية دون محتوى كلامي مثل الصفير أو الهمس أو الضحك .

(٣) هلاوس شمعية أو تنوقية أو إحساسات جنسية أو جسمية أخرى ، وقد تحدث هلاوس بصرية ، وإن كان نادراً ما تكون بارزة .

(٤) قد يكون اضطراب التفكير شديداً في الحالات الحادة ، ولكن ذلك لا يحول دون تعرف الضلالات والهلاوس بوضوح ، وعادة ما يكون الوجدان أقل تلبساً عنه في الأشكال الأخرى ، ولكن يشيع أحياناً الوجدان غير المناسب ، وكذلك اضطرابات المزاج ، مثل : الترقق والغضب المفاجئ والخوف والارتباب .

وكثيراً ما توجد أعراض «سلبية» مثل تبدل الوجدان واختلال الإرادة ، وإن كانت لاتهيمن على الصورة السريرية .

ويمكن أن يكون مسار الفصام الزوراني (البارانويدي) في نوبات ، مع نوبات شفاء جزئي أو كامل أو مزمن ، وفي النوع الأخير تستعد الأعراض المتفائلة لعدة سنوات ، ويكون من الصعب تمييز نوبات محددة . أما بداية المرض فتكون عادة متأخرة عن أشكال فصام المرافقة والفصام الجامودي (التخشي) .

### مؤشرات تشخيصية للفصام البارانوي (الزوراني)

لا تتفصل الأنواع المختلفة من الفصام بعضها عن البعض الآخر بشكل حاد ، ويمكن أن ينتقل المرض من أحد الأنواع إلى نوع آخر ، أثناء مسار مرضهم . ولذا يجب استيفاء الشروط العامة لتشخيص الفصام .

وبالإضافة إلى ذلك يجب أن تكون الهلاوس و/ أو الضلالات واضحة ، في حين تكون اضطرابات الوجدان والإرادة والكلام والأعراض التشخيصية غير واضحة نسبياً ، وعادة ما تكون الهلاوس من النوع الموصوف أعلاه .

ويمكن أن تكون الضلالات من أي نوع تقريبا ، وإن كانت ضلالات التحكم أو للتأثير أو الإشارة واعتقادات الاضطهاد ، بمختلف أشكالها ، هي الأكثر تمييزاً لهذا النوع من الفصام .

ويجب التمييز بين الفصام البارانويدي وبين المرادفات التالية ، والتي يندر

استعمالها :

## (١) البارانويا Paranoia :

وهي حالة نادرة إلى حد ما ، وتتميز بوجود ضلالات دون هلاوس أو تدهور في الشخصية . وتتميز هذه الهذات بقوتها وتزبيها وتنسيقها ، وكثيرا ما نجد أتباعاً لهؤلاء المرضى يؤمنون بالاعتقاد الخاطئ نفسه ، ويعيل بعض أطباء النفس إلى تشخيص هنتر تحت هذا الاسم ؛ نظراً لأنه آمن بالاعتقاد الخاطئ بسيادة الجنس الأرى على كل الأجناس التي يجب أن تخدم وتعيد هذا الجنس ، وبدأت أجهزة الدعاية والتعليم تبشر بهذا الاعتقاد ، دون وجود حقائق ، ونشأ الطفل الألماني من خلال هذا الجو ، مؤمناً بهذا الهذاء .

وعادة ما تكون شخصية مريض البارنويا قوية مسيطرة سائدة طاغية أنانية، لا تحترم في داخلها عواطف الأقران ، ولو أنه يحاول تعويضها ظاهريا ، ويمتلك مقدرة فائقة على الإقناع . وتدرجيا يستطيع أن يجمع حوله كثيراً من الأتباع ، ويلاحظ ذلك في بعض أصحاب المذاهب الدينية والفلسفية والسياسية المتطرفة ، ويتميز أيضاً مريض البارنويا بالشك فيمن حوله وعدم ثقته المطلقة في أحد من الأتباع ، ودائما ما يسخر من أي آراء يخالف آراءه ، ويعتم على الجميع الافتناع والافتداء برأيه الذي يؤمن بأنه الأسلم والأصح .

## (٢) البارافرنيا Paraphrenia (حالة البارانويا المتأخرة) :

وتبدأ في سن متأخرة عن البارانويا ، ويعتقد البعض أنها نوع من فصام الشبوخة ؛ إذ عادة ما تبدأ بعد سن الأربعين ، وهي أكثر انتشاراً بين النساء عنها بين الرجال ، وتتميز بالضلالات والهلاوس مع ترابط وعدم تدهور الشخصية ، فتجد السيدة العجوز تبدأ في الشكوى من الجيران الذين يحاولون الاعتداء عليها ، ويرسلون غازات سامة من تحت الباب لتخديرها واغتصابها ، وأنها تسمعهم يدهون لها المؤمرات ويلغونها وينعتونها بألفاظ نابية ، وعلى الرغم من هذه الهذات والهلاوس ، نجدها مازالت تهتم بملابسها وطعامها واختلاطها مع بقية الناس .

وكثيرا ما تصاحب البارافرنيا أعراض اكتئابية .

وكثير من المرضى يأتون وهم مقتنعون بأنهم أنبياء الله أو المهدي المنتظر ، وأنهم مرسلون لهداية الناس بدين جديد ، وأنكر طالبا جاءني لاتبع خطاه ؛ حيث

إنه سمع هائفاً يأمره بالهداية بدين جديد في كلنا ، وأن معجزته هي تحويل الورد الصناعي إلى زهور طبيعية ، وأنه سوف يترك الدراسة ليعمل ما أمر به ، وحاولت إقناعه بصعوبة هذا الأمر ، وإن كان لابد فلا مانع من البدء في قسم الأمراض النفسية حتى يتمرن على هذا الموضوع ، ولدهشتي قبل الدخول للمستشفى ، وعولج وتم شفاؤه ، وقد أنهى الآن دراسته الجامعية ويذكر فترة المرض ، وكأنها كابوس أو حلم ثقيل .

#### ٥- فصام غير مميز Undifferentiated Schizophrenia :

هي حالات ذهانية تستوفي الشروط العامة للفصام ، ولكنها لا تنطبق على أي نوع من الأنواع المذكورة أعلاه أي : البسيط ، الهيفريني ، الكاتوني ، أو البارنوي ، وتنعكس بعض السمات الخاصة لأكثر من نوع واحد منها ، دون بروز واضح لأي مجموعة من المميزات التشخيصية لواحد منها بالذات ، ويستخدم هذا الرمز للحالات الفصامية فقط (بمعنى أنه يستبعد الفصام المتبقي واكتئاب ما بعد الفصام) ، وبعد أن تكون قد تمت محاولة تصنيف الحالة في واحد من المجموعات الأربع السابقة .

#### مؤشرات تشخيصية :

يحفظ بهذا التشخيص للمرضى الذين :

أ- يستوفون الشروط التشخيصية للفصام .

ب- لا يستوفون شروط النوع الزوراني (البارانويدى) ، أو فصام المراهقة أو التخشبى .

ج- لا يستوفون شروط الفصام المتبقي أو اكتئاب ما بعد الفصام .

#### ٦- اكتئاب ما بعد الفصام Post - schizophrenic Depression :

نوبة اكتئابية قد تطول مدتها في مرحلة تعقب مرض فصامى ، ويجب أن تكون هناك بعض الأعراض الفصامية سواء الإيجابية أو السلبية ، ولكنها لا تهيمن على الصورة الإكلينيكية ، وفي حالة ما إذا كان المريض لا يحمل أعراضاً فصامية ، وعندئذ يجب استخدام تشخيص نوبة اكتئابية . أما إذا كانت الأعراض الفصامية واضحة وبارزة .. فإن التشخيص عندئذ يكون تبعاً لنوع الفصام الملانم .

ومن غير المؤكد وغير الأساسي بالنسبة للتشخيص ، ما إذا كان ظهور الأعراض الاكتئابية هو لانطفاء الأعراض الفصامية ، وليس نتيجة لظهور مرض جديد ، أو ما إذا كان الاكتئاب هو جزء ناخلى من الفصام أكثر منه رد فعل نفسى له .

ونادراً ما تكون الأعراض على درجة من الشدة أو الشمول بحيث تستوفى شروط تشخيص نوبة اكتئابية حادة ، وكثيراً ما يكون من الصعب أن نقرر أيًا من أعراض المريض نتيجة للاكتئاب ، وأيًا منها نتيجة للعلاج الدوائى المضاد للذهان ، أو نتيجة لاضطراب الإرادة والتسطح الوجدانى الخاص بالفصام نفسه ، وبصاحب الاضطراب الاكتئابى خطورة عالية فى الانتحار .

### مؤشرات تشخيصية :

\* يستخدم التشخيص فقط إذا :

أ- كان المريض قد أصيب بمرض فصامى ، يستوفى الشروط العامة للفصام ، خلال الاثنى عشر شهراً الأخيرة .

ب- كانت لا تزال هناك بعض الأعراض الفصامية .

ج- كانت الأعراض الاكتئابية بارزة ومرجعة ، وتستوفى على الأقل معايير نوبة اكتئابية ، ومر على وجودها أسبوعان على الأقل .

\* وإذا كان المريض لا يحمل أى أعراض فصامية تشخص الحالة كنوبة

اكتئاب . أما إذا كانت الأعراض الفصامية لا تزال متفاقمة وبارزة ..

فيجب أن يبقى التشخيص خاصاً بنوع الفصام المناسب .

### ٧- فصام متبقى (فضالى) Residual Schizophrenia:

مرحلة مزمنة فى مسار تطور المرض الفصامى ، تم فيها انتقال واضح من مرحلة أولية إلى مرحلة ثالثة ، وتتميز بأعراض واختلالات سلبية طويلة المدى ، وإن كانت ليست بالضرورة غير معكوسة الانتهاء .

على سبيل المثال : بطء نفسحركى ، قلة نشاط ، تبدل فى الوجدان ، سلبية وافنقار للمبادرة ، فقر فى كمية أو مضمون الكلام ، فقر فى التواصل اللفظى من

خلال تعبيرات الوجه ونظرة العين وترتيمة الصوت ووضع الجسم ، إعمال في الرعاية بالنفس ، وانخفاض في مستوى الأداء الاجتماعي .

### مؤشرات تشخيصية :

لكي يكون التشخيص محل ثقة ، يجب أن تحقق الشروط التالية:

أ- أعراض فصامية سلبية بارزة أي بطء نفسحركي ، قلة نشاط ، تبدد في الوجدان ، سلبية وانعدام المبادرة ، فقر في كمية ومضمون الكلام ، فقر في التواصل غير اللفظي ، مثل : تعبيرات الوجه والتلألي بالأعين ، وتغييرات نبرات الصوت وتغيير وضع الجسم ، فقر في العناية بالذات والأداء الاجتماعي .

ب- دليل في الماضي على وجود نوبة فصامية واحدة ، محددة على الأقل تستوفي شروط الفصام .

ج- وجود فترة سنة على الأقل ، انخفضت فيها كثافة ومعدل الأعراض المتفاعمة كالضلالات والهلاوس ، مع وجود زملة الفصام المبلى .

د- غياب الخرف أو أي سبب مرضي مخي عضوي آخر ، غياب الاكتئاب المزمن أو الموسمية (البقاء طويلا في المستشفى) كأسباب كافية لتأثير الاختلافات السلبية .

قد يكون من الضروري تشخيص فصام متبقي تشخيصا ميدنيا ، في حالة عدم إمكانية الحصول على معلومات كافية بشأن التاريخ السابق للمريض ، ومن ثم عدم إمكانية التأكد من أن المرض قد استوفى شروط الفصام في وقت ما في الماضي .

١- فصام غير محدد (Schizophrenia, Unspecified)

٢- اضطراب فصامي الطايح (Schizotypal Disorder)

هو حالة تتميز بسلوك شاذ وغرائب في التفكير والوجدان ، تتشابه مع تلك المشاهدة في الفصام ، على الرغم من غياب أعراض فصامية مميزة في أي مرحلة . ولا يوجد اضطراب مميز أو مهيم ، ولكن يشمل وجود أي من الظواهر التالية :



- ١- وجدان بارد ومتحفظ ، كثيراً ما يصاحبه انعدام لذّة .
- ٢- سلوك أو مظهر يبدو غريباً أو شاذاً أو خاصاً .
- ٣- ففر التعامل مع الآخرين ، وميل نحو الانطواء الاجتماعي .
- ٤- أفكار تلميح (إشارة) ، أو أفكار زورانية (بارانويدية) ، أو اعتقادات غريبة ضلالية والنشعالات ذاتوية ، لا ترتقى إلى ضلالات حقيقية .
- ٥- اجترارات وسواسية دون مقاومة داخلية ، وكثيراً ما تكون ذات مضمون خرافي من نشوء البنية ، أو مضمون جنسى أو عدواني .
- ٦- انخداعات حسية وجسدية وخبرات اختلال الأتنية والبيئة تظهر أحياناً .
- ٧- التفكير والكلام يتميزان بالغموض والتفصيلية والمعجازية والتعقيد الشديد والتكرارية ، دون تنافر أو عدم اتساق .
- ٨- نوبات عابرة تكاد تكون فصامية تحدث أحياناً يصاحبها انخداعات شديدة وهلاوس سمعية أو أبة هلاوس أخرى وأفكار مثل ضلالية ، تحدث عادة دون استئارة خارجية .

وتجرى الحالة في مسار مزمن مع تموجات (تذبذبات) في الشدة وأحياناً تتطور إلى فصام واضح ، ولا توجد بداية محددة ، وإنما تكون في بدايتها ومسارها مثلها مثل اضطراب الشخصية ، ويشيع هذا الاضطراب بين الأفراد المرتبطين وراثياً بمرضى مصابين ، كما يعتقد أنه جزء من العليف الوراثي للفصام .

#### مؤشرات تشخيصية :

لا ينصح باستخدام هذا العنوان للتشخيصي استخداماً عاماً؛ لأنه غير مميز تمييزاً واضحاً لا عن الفصام البسيط أو الزوراني ، ولا عن اضطراب الشخصية شبه الفصامي أو الزوراني. ولكي تستخدم هذا التشخيص ، يجب توافر ثلاث من الأربع سمات المميزة المذكورة أعلاه ، بشكل مستمر أو في نوبات لفترة عامين على الأقل.

ويجب ألا يكون الشخص قد استوفى شروط اضطراب الفصام أبداً.

أما وجود تاريخ إصابة بالفصام في أحد أقارب الدرجة الأولى للمريض فإنه يعطى وزناً إضافياً للتشخيص ، ولكنه ليس شرطاً لازماً .

ويضمن : استجابة فصامية كاملة ، فصاماً حدياً (فصام الحد الفاصل) فصاماً كاملاً ، فصاماً قيل ذهائى ، فصاماً باندرى (نذر فصام) ، فصاماً عصابياً كاذب، فصام الاعلال النفسى الكاذب ، اضطراب الشخصية فصامية الطابع .

### ٣- اضطرابات ضلالية مستمرة (بارانويدية)

#### Persistent Delusional Disorders- Paranoid

تتضمن هذه المجموعة حالات متنوعة ، تكون فيها الضلالات طويلة المدى هي السمة الإكلينيكية الوحيدة أو الأكثر وضوحاً ، ولا يمكن تصنيفها كضلالات عضوية أو فصامية أو وجدانية، وعادة ما تكون هذه الحالات غير متجانسة ولكنها تبدو غير مرتبطة بالفصام . كذلك .. فإن الأهمية النسبية التي تتخذها العوامل الوراثية ، وتلك الخاصة بالسمات الشخصية ، وظروف الحياة في نشأة هذه الحالات لازالت غير مؤكدة بل وغالباً متنوعة ، أما الاضطرابات الضلالية التي تستمر لفترة أقل من بضعة شهور ، فيجب تصنيفها - على الأقل مؤقتاً - تحت اضطرابات ذهانية حادة وعابرة .

#### أ- اضطراب ضلالي مستمر Persistent Delusional Disorder:

هو اضطراب غير محدد، يتميز إما بوجود واحدة أو مجموعة من الضلالات المترابطة ، والتي تكون عادة مستمرة ، بل وقد تستمر طوال العمر . ويختلف مضمون الضلالة أو الضلالات كثيراً .. فغالباً ما تكون ضلالات اضطهادية أو توهم مرضى أو عظمة ، ولكنها أيضاً قد تتعلق بالشرعية أو للخيرة ، أو تعمل اقتناعاً بنشوء جسد المريض ، أو أن الآخرين يعتقدون أنه يصدر رونج كريمة ، أو أنه شاذ جنسياً .

ويتميز الاضطراب بغياب أى مرضيات نفسية أخرى ، وقد تظهر أعراض اكتئابية بين حين وآخر ، كما قد تتكون هلاوس شمية ولمسية في بعض الحالات .

وفي حالة وجود هلاوس سمعية في شكل أصوات أو أعراض فصامية مثل ضلالات التحكم وتبكد ملحوظ بالوجدان دليل على مرض مذى .. فإن هذه كلها مظاهر تتناقض مع التشخيص .

وتكون بداية المرض عادة في متوسط العمر، ولكنها قد تبدأ في سن مبكرة، وبالذات في حالة الاعتقاد بوجود تشوه في الجسد. وكثيراً ما يمكن ربط مضمون الضلالة وتوقيت ظهورها بحادث في حياة الشخص، على سبيل المثال: ضلالات الاضطهاد في الأقليات. ويخالف الأفعال والمواقف المرتبطة مباشرة بالضلالة أو منظومة الضلالات، يكون الوجدان والكلام والسلوك طبيعيين.

مؤشرات تشخيصية :

تمثل الضلالات أبرز الخصائص السريرية، أو الخاصية السريرية الوحيدة، ويجب أن تستمر الضلالة أو الضلالات لفترة ثلاث شهور على الأقل، وأن تكون شخصية بشكل واضح أكثر منها نتيجة لاعتقاد حضارية.

كما يجب أن تكون غير قابلة للمناقشة المنطقية. وقد توجد أعراض اكتئابية أو حتى نوبة اكتئابية كاملة، بشكل منقطع، ولكن يشترط أن تستمر الضلالة في الأوقات التي لا يوجد فيها اضطراب في المزاج.

كما يشترط غياب أي دليل على وجود مرض بالمخ أو هلاوس سمعية أو تاريخ من الأعراض الفصامية (ضلالات التحكم، إذاعة الأفكار ... الخ).

ويضمن: بارنويا (زورانية)، ذهاناً بارانويدياً (زوراني)، حالة بارانويدية (زورانية)، فصام زورانياً متأخراً (فصام سن الكهولة الزوراني)

ب- اضطرابات ضلالية مستمرة أخرى

#### Other Persistent Delusional Disorders

تصنف هنا الاضطرابات التي تكون الضلالة أو الضلالات فيها مصاحبة بأصوات هلاوسية أو أعراض فصامية، لانكفي كشرط لتشخيص الفصام.

الاضطرابات الضلالية التي استمرت لفترة تزيد عن الثلاث شهور، ولكن نقل عن الست شهور يجب أن تصنف على الأقل مؤقتاً، تحت اضطراب ضلالي ذهاني حاد.

ويضمن: فرغ نشوء الشكل الضلالي، حالة بارانويدية زورانية ارتدادية، بارانويا زورانية الشجار والمقاضاة.

## ٤- اضطرابات ذهانية حادة وعابرة

## Acute and Transient Psychotic Disorders

هي مجموعة غير متجانسة من الاضطرابات ، تتميز بالبداية الحادة للأعراض الذهانية ، مثل : الضلالات والهلاوس والاضطرابات الإدراكية وخلل شديد في السلوك الطبيعي . وكلمة «حادة» تعرف بأنها تطور الصورة الإكلينيكية المرضية بشكل متصاعد في خلال أسبوعين أو أقل ، ولا يوجد دليل على وجود سبب عضوي مسبب لهذه الاضطرابات .

الخلط العقلي عرض كثير الحدوث في هذه الحالات ، يتميز بفقدان الاتجاه بالنسبة للزمن والمكان والأشخاص ، وإن وجد فإنه لا يكون مستمراً ولا يكون على درجة من الشدة تبرز استخدام تشخيص هذيان عضوي ، وعادة ما يحدث الشفاء في كثير من الأحيان في خلال بضعة أسابيع أو حتى أيام . وإذا استمر الاضطراب عندئذ يجب تغيير التصنيف . وقد يكون الاضطراب مصحوباً بكمب حاد ؛ أي أحداث مرضية تسبق بداية الاضطراب بأسبوع أو اثنين .

## مؤشرات تشخيصية :

لاستوفي أي من الاضطرابات في هذه المجموعة المعايير الخاصة بنوبات هوس أو نوبات اكتئابية ، على الرغم من أي تغيرات هذه الاضطرابات بغياب سبب عضوي ، مثل حالات الارتجاج أو الهذيان أو الخرف .

ويلاحظ أن العيرة والانفعال وعدم الانتباه للحوار المباشر أعراض موجودة ، ولكن إذا كانت من الشدة أو مستمرة بدرجة تشير إلى احتمال هذيان أو خرف عضوي ، عندئذ يجب تأجيل التشخيص إلى أن توضح الأبحاث أو الملاحظة هذه النقطة . كذلك لايجوز تشخيص هذا الاضطراب في وجود نسم واضح بفقار أو كحول .

ومع ذلك .. فإن الظهور الحديث لزيادة خفيفة في تعاطي الكحول أو الماريوانا (الغتب) على سبيل المثال ، دون دليل على نسم شديد أو عدم اهتمام (موه التعرف والادراك) ، لا ينبغي أن يستبعد تشخيص واحد من هذه الاضطرابات الذهانية الحادة .

والاستطيع تعديد النقطة المهمة الخاصة بمعايير الثماني والأربعين ساعة والأسبوعين ، باعتبارها أوقات أقصى الشدة والاضطراب ، ولكن باعتبارها الأوقات التي تتضح عندها الأعراض الذهانية ، وتتعارض مع بعض أرجه الحياة العامة والعمل على الأقل . أما أقصى درجة من الاضطراب فقد تحدث متأخرة في الحالتين ؛ لذا يجب أن يكون الاضطراب والأعراض واضحين في خلال الأوقات المذكورة ؛ مما يجعل الشخص يلجأ للمساعدة أو العلاج في إحدى المؤسسات .

أما فترات بواند المرض الأولى من قلق أو اكتئاب أو انسحاب اجتماعي أو سلوك اجتماعي أو سلوك غير طبيعي بدرجة خفيفة ، فهي لا توهل للإدراج في هذه المدد الزمنية .

ويجب الإشارة إلى ما إذا كان الاضطراب الذهاني الحاد مصحوباً ب كرب حاد أم لا .

ويضمن كلاً من : فصام حاد (غير مميز) ، هبة ذهانية ، ذهان دوري ، فصام حاله أو سيائي ، استجابة بارانويدية (زورانية) ، ذهان نفسي المنشأ (بارانويدى) زوراني ، ذهان تفاعلي ، استجابة فصامية ، نوبة فصامية الشكل أو ذهان فصامي الشكل .

أ- اضطراب ذهاني حاد متعدد الأشكال (دون أعراض فصام)

Acute Polymorphic Psychotic Disorder Without Symptoms of Schizophrenia

اضطراب ذهاني حاد ، تتضح فيه الهلاوس والحلالات والاختلالات الإدراكية ، وكلها شديدة التباين ، وتتغير من يوم إلى يوم أو حتى من ساعة إلى ساعة ، كذلك بكثير وجود احتياج في المشاعر مع أحاسيس شديدة عابرة بالعودة والنشوة أو القلق والتزق . هذه الصورة الإكلينيكية السريرية المتغيرة والمتعددة الأشكال وغير الثابتة سعة معيزة للاضطراب . والسمات الفصامية فيها ليست كافية لتشخيص فصام ، وغالباً ما تكون بداية هذه الاضطرابات مياغضة ؛ إذ إنها تكتمل غالباً بسرعة في خلال بضعة أيام ، وغالباً ما تختفي الأعراض بسرعة أيضاً دون عودة .

أما إذا استمرت الأعراض ، عندئذ يجب أن يغير التشخيص إلى اضطراب مستمر .

### مؤشرات تشخيصية :

يجب توافر الآتي لتأكيد التشخيص :

- ١- يجب أن تكون البداية حادة (من حالة غير ذهانية إلى حالة ذهانية بشكل واضح في خلال أسبوعين أو أقل) .
- ٢- يجب أن توجد عدة أنواع من الهلاوس أو الضلالات ، تتغير من حيث النوع والشدة من يوم إلى آخر أو خلال اليوم نفسه .
- ٣- يجب كذلك أن توجد حالة انفعالية متباينة .
- ٤- لايجود لأي من الأعراض ، على الرغم من تباينها ، أن يتواجد بتعاسك كافٍ بحيث يستوفى معايير الفصام أو نوبة هوس أو نوبة اكتئابية .

ب- اضطراب ذهاني حاد متعدد الأشكال مع أعراض فصام

Acute Polymorphic Psychotic Disorder with Symptoms of Schizophrenia

اضطراب ذهاني حاد ، يستوفى الصورة السريرية المتحددة الأشكال وغير الثابتة كما وصفت ، ولكنه على الرغم من عدم الثبات هذا قد يتضمن في أغلب الأوقات بعض الأعراض النموذجية للفصام . وإذا استمرت الأعراض الفصامية أكثر من شهر ، يجب تغيير التشخيص إلى فصام .

ج- اضطراب ذهاني مثل الفصام :

Acute Schizophrenia - like Psychotic Disorder

اضطراب ذهاني حاد به أعراض ذهانية ثابتة نسبياً ، ويستوفى معيار الفصام ، ولكنه استمر لفترة تقل عن شهر ، ويفتقد إلى السمات متعددة الشكل غير الثابتة ، وإذا استمرت الأعراض الفصامية أكثر من شهر ، يجب تبديل التشخيص إلى فصام .

ويضمن كلاً من : فصام حاد (غير مزمن) ، نوبة فصامية ، استجابة فصامية ، اضطراب فصامي الشكل ، ذهان فصامي الشكل .

ولتأكيد التشخيص :

١- يجب أن تكون بداية الأعراض الذهانية حادة (أسبوعين أو أقل) للانتقال من حالة غير ذهانية إلى حالة ذهانية واضحة) .

٢- يجب أن تتواجد الأعراض التي تستوفي معايير الفصام في أغلب الوقت، منذ أن تستقر صورة سريرية ذهانية واضحة .

٣- اضطراب ذهاني حاد ضلالي في الأغلب

#### Other Acute Predominantly Delusional Disorder

اضطراب ذهاني حاد ، سماته السريرية الأساسية هي ضلالات أو هلاوس ثابتة نسبياً ، ولكنها لا تستوفي معايير الفصام ، وعادة ما تكون الضلالات حول الاضطهاد أو الإشارة والهلاوس غالباً سمعية (أصوات تتحدث مباشرة مع المريض) .

تتخلص المؤشرات المؤكدة للتشخيص في الآتي :

١- يجب أن تكون بداية الأعراض الذهانية حادة (أسبوعين أو أقل) للانتقال من حالة غير ذهانية إلى حالة ذهانية واضحة) .

٢- يجب أن تتواجد الضلالات أو الهلاوس في أغلب الوقت ، منذ أن تستقر صورة ذهانية واضحة .

٣- معايير الفصام والاضطراب الذهاني الحاد المتعدد الأشكال غير مستوفاة . وإذا استمرت الضلالات أكثر من ثلاث شهور ، يجب أن يغير التشخيص إلى اضطراب ضلالي مستمر .

ويضمن كلاً من : استجابة بارانويدية (ذورانية) ، ذهان بارانويدي (ذوراني) نفس المنشأ .

## هـ- اضطرابات ذهانية حادة وعابرة أخرى

## Other Acute and Transient Psychotic Disorders

ندرج هنا الاضطرابات الذهانية الحادة الأخرى ، التي لانقيل التصنيف تحت أي من الاضطرابات الأخرى (مثل الحالات الذهانية الحادة التي تحدث فيها ضلالات وهلاوس أكيدة ، ولكنها تستمر لفترة قصيرة من الوقت) ، كذلك يرمز هنا لحالات الهياج غير المميز ؛ خاصة إذا لم تتوافر معلومات أكثر من تفاصيل حالة المريض العقلية ؛ طالما أن هناك دليلاً على عدم وجود سبب عضوي .

## هـ- اضطراب ضلالي مستحث (الذهان المشترك أو مشاطرة الذهان)

## Induced Delusional Disorder (Shared Paranoid Disorder)

هو اضطراب ضلالي نادر يتقاسمه شخصان ، تربطهما روابط عاطفية وثيقة ، ويعانى أحد الطرفين فقط من اضطراب ذهاني أصيل ، وتفرض الضلالات على الطرف الثانى (الأطراف الأخرى) ، وعادة ما يتم التنازل عنها في حالة الفصل بين الاثنتين ، وعادة ما يكون المرض الذهاني في الطرف المهيمن من النوع الفصامي ، ولكن ليس ذلك ضرورياً ، وعادة ما تكون الضلالات مزمنة من نوع الاضطهاد أو العظمة أحياناً .

وقد تصيب الحالة أكثر من شخصين في الأسرة ، وتنتقل الاعتقادات الضلالية بهذا الشكل في ظروف غير عادية ، وغالباً ما تكون العلاقة بين الشخصين وثيقة بشكل مبالغ فيه ، كما يكونان عادة في عزلة عن الآخرين ، إما نتيجة لغة أو للثقافة أو للجغرافيا ؛ ولذا فإن الشخص الذي ينتقل إليه الضلالات يكون عادة معتمداً على زميله ذي الذهان الأصلي أو تابعاً له .

ويجب أن يستخدم تشخيص اضطراب ضلالي مستحدث فقط في الحالات

التالية :

- ١- إذا تقاسم شخصان الضلالات أو منظومة الضلالات نفسها ، مؤيداً أحدهما الآخر في هذا الاعتقاد .
- ٢- إذا كانت بينهما علاقة وثيقة بدرجة غير عادية من النوع الموصوف أعلاه .



٣- إذا كان هناك دليل زمني أو أي دليل موضوعي آخر على أن الضلالة، قد انتقلت إلى الطرف الملقى بواسطة التعامل مع الطرف الفعال .

ومن غير المعتاد أن تنقل الهلاوس ، وإن كانت لا تكفي للتشخيص . ولكن إذا كان هناك من الأسباب ما يدعو إلى الاعتقاد بأن الشخصيين المقيمين معاً يعانين من اضطرابين ذهانيين مستقلين ، فلا يجب تصنيف أي منهما هنا ؛ حتى إذا اشتركا في بعض الضلالات .

ويتضمن كلاً من : **الذهان (الجنون) الثنائي** ، اضطراب بارانويدي (زوراني) مستحدث، اضطراب ذهاني مستحدث .

#### ٦- اضطراب الفصام الوجداني Schizoaffective Disorders :

اضطرابات نوبية تظهر فيها أعراض وجدانية وفصامية ، وتبرز في نوبة المرض نفسها (ويقتل في الوقت نفسه) ؛ بحيث لا تسمح نوبة المرض باستخدام تشخيص فصام أو نوبة اكتئابية أو نوبة هوس ، وقد صنفت في فئة مستقلة ؛ لأنها أكثر شوعاً من أن يتم تجاهلها، وقد كانت أصيبت سابقاً إلى اضطرابات المزاج ؛ لأن الدلائل السريرية والوراثية العالية تشير إلى أنها تتشابه في معظم الأوجه مع اضطرابات المزاج أكثر منها مع الفصام .

أما للحالات الأخرى التي تصنف فيها الأعراض الوجدانية **مع** مرض فصامي سابق ، أو الحالات التي يتزامن فيها وجود الأعراض الوجدانية ، أو يتناوب مع أنواع أخرى من الاضطرابات الضلالية المستمرة .. فتصنف تحت الفئة المناسبة، أما الضلالات أو الهلاوس غير المتناسبة مع المزاج في الاضطرابات الوجدانية .. فإنها لا تجيز في حد ذاتها تشخيص اضطراب فصام وجداني .

والمرضى الذين يعانون من نوبات فصام وجداني متكررة ، خاصة أولئك ذوي الأعراض الفصامية الهوسية أكثر من الفصام الاكتئابية ، عادة ما يشفون تماماً ، ونادراً ما يظهرون عيوباً متبقية .

ويجب استخدام تشخيص الفصام الوجداني فقط ، عندما تكون كل من الأعراض الفصامية والأعراض الوجدانية المؤكدة متساوية في الوضوح ، متزامنة

في التواجد ، وعندما يترتب على ذلك ألا تستدلى نوبة المرض شروط الفصام أو شروط نوبة الاكتئاب أو الهوس .

ولا يجب استخدام المصطلح بالنسبة للمرضى ، الذين يظهرن أعراضاً فصامية وأعراضاً وجدانية فقط في نوبات مختلفة من المرض ؛ فمن الشائع - على سبيل المثال - أن يظهر الفصاميون أعراضاً اكتئابية عقب نوبة ذهانية (انظر اكتئاب ما بعد الفصام) . وقد يصاب بعض المرضى بنوبات فصام وجداني متكررة تكون إما فصاماً هوسياً أو فصاماً اكتئابياً أو مزيجاً من الاثنين .

وقد يصاب البعض بنوبة أو اثنتين من الفصام الوجداني ، تتخلل نوبات نموذجية من الهوس أو الاكتئاب . وفي الحالة الأولى يكون التشخيص المناسب هو اضطراب فصام وجداني ، ولكن ذلك لا يمنع من حدوث نوبة فصام وجداني واحدة ثم تشخيص اضطراب وجداني ثنائي القطب أو اضطراب اكتئابى متكرر ، إذا كانت الصورة السريرية نموذجية في جوانب أخرى .

أ- اضطراب فصام وجداني ، (نوع الهوس)

#### Schizoaffective Disorder, Manic Type

وهو اضطراب يبرز فيه كل من الأعراض الفصامية وأعراض الهوس في النوبة نفسها، ويأخذ عادة اضطراب المزاج شكل ابتهاج ، يصاحبه ارتفاع في تقدير الذات وأفكار عظيمة . ولكن أحياناً يكون الاحتياج أو الذرق أكثر وضوحاً مسحباً بسلك عدواني وأفكار اضطهاد .

وتتميز الحالات بزيادة في الطاقة ، وفرط في النشاط واضطراب في التركيز وتجاوز للحدود الاجتماعية اللائقة . كما قد تكون هناك ضلالات إشارة أو عظيمة أو اضطهاد ، ولكن من الضروري وجود أعراض فصامية أكثر نموذجية ؛ للتأكد من التشخيص ، فقد يصر الشخص على سبيل المثال على أن هناك من يذبح أفكاره أو يتدخل فيها أو أن قوى غريبة تحاول أن تتحكم فيه ، أو قد يذكر أنه يسمع أصواتاً من مختلف الأنواع ، أو قد يعبر عن أفكار ضلالية غريبة ، وليست مجرد ضلالات عظيمة أو اضطهاد .

وكثيراً ما تحتاج إلى استجواب شديد العناية ؛ للتأكد من أن الشخص يعش هذه الطواهر المرضية فعلاً ، وأنه لا يعزح أو يتكلم مجازياً . وأمراض الفصام

هوسية النوع عادة ما تكون ذهانات متناقضة لها بداية حادة ، وعلى الرغم من الاضطرابات الشديدة في السلوك .. إلا أن القاعدة هي الشفاء الكامل خلال بضعة أسابيع .

ويجب أن يكون هناك ارتفاع مرضى واضح في المزاج ، أو مزيج من ارتفاع بسيط في المزاج مع نزع متزايد أو انهيار ، ويجب أن يتواجد أثناء النوبة نفسها ويوضح مرة واحدة على الأقل ، ويفضل اثنان من الأعراض الفصامية النموذجية .

ب- اضطراب فصام وجداني ، اكتسابي النوع

Schizoaffective Disorder, Depressive Type

هو اضطراب تبرز فيه كل من الأعراض الفصامية والاكتئابية في نوبة المرض نفسها ، ويصاحب لكثاب المزاج عادة عدة أعراض اكتئابية معيزة أو سلوكيات غير طبيعية ، مثل : البطء ، الأرق ، فقدان الطاقة ، فقدان الشهية أو الوزن ، انخفاض في الاهتمامات الطبيعية ، اضطراب في التركيز ، شعور بالذنب وأحاسيس بفقدان الأمل وأفكار انتحارية . وفي الوقت نفسه توجد أيضاً أعراض فصامية نموذجية أخرى ، فعلى سبيل المثال ، قد يصر الشخص أن جهة ما تدعي أنكاره أو تتدخل فيها ، وأن قوى غريبة أخرى تحاول التحكم فيه .

وقد يكون مقتنعاً بأنه يتم التجسس عليه ، أو الدامر ضده ، وأن سلوكه الخاص لا يبرر هذه الظواهر ، أو قد يسمع أصواتاً لا تقتصر على الاستخفاف أو الاتهام فقط ، ولكنها تتكلم عن قنله وتناقش سلوكه فيما بينها ، وتكون نوبات الفصام الاكتئابى عادة أقل نفاقاً وانتخراً من النوبات هوسية النوع ، ولكنها تعيل إلى الاستمرار لفترة أطول ، كما أن مآلها أقل جودة .

وعلى الرغم من أن الأغلبية يشفون تماماً ؛ إلا أن معظمهم يظهرون مع الوقت عيوباً فصامية متبقية .

وهنا يجب أن يكون الاكتئاب واضحاً ، ويصاحبه على الأقل عرضان من الأعراض الاكتئابية المعيزة أو سلوكيات غريبة كالمذكورة تحت نوبات اكتئابية ، ويشترط وجود واضح لواحدة على الأقل ، ويفضل اثنان من الأعراض الفصامية النموذجية .

ج- اضطراب فصام وجداني ، النوع المختلط

Schizoaffective Disorder, Mixed Type

يرمز هنا إلى الاضطرابات التي تتواجد فيها أعراض ذهانية في الوقت نفسه، مع اضطراب وجداني ثنائي القطب مختلط .

٧- اضطرابات فصامية غير عضوية أخرى وغير محددة

Other Nonorganic Psychotic Disorders

يصنف هنا :

اضطرابات ضلالية أو هلوسية ، لا تستوفي معايير تشخيص الفصام أو اضطراب ضلالي مستمر ، أو اضطرابات ذهانية حادة وهابرة أو الأنواع الذهانية من نوبات الهوس ، أو نوبة اكتئابية شديدة .

زملات إكلينيكية ذهانية أخرى

أ- الذهان النوبالي : Cycloid psychoses ، وقد فسح ليونارد ١٩٦١ إلى :

١- ذهان القلق والنشوة ،

وهو نوبات شديدة من القلق أو من المرح والطرب مصحوبة بضلالات الأهمية وبعض الهلوس ، ويتضح في هذا الذهان أن جميع الأعراض نابعة من اضطراب أولي في المزاج .

٢- ذهان الخلط العقلي :

ويعانى المريض هنا من نوبات متكررة من الاضطراب العقلي واضطرابات التفكير ، نون تأثير على الوجدان أو القدرة الحركية .

٣- الذهان الحركي :

وأهم ما يميزه الاضطراب الحركي ، الذي يتراوح بين كثرة الحركة إلى انعدامها .

ومن الصعوبة فصل الذهان النوبالي عن الفصام الوجداني أو الاضطراب الوجداني ثنائي القطب ، والذي يتميز أيضاً بنوبات متكررة من اضطرابات الوجدان والتفكير والقدرة الحركية . ولكن يعتقد ليونارد أنه نوع منفصل من الفصام غير المميز .

## ب- الذهان النفسي أو الذهان شبه الفصامي

### Psychogenic Psychoses - Schizophreniform Psychoses

يهتم الأطباء الاسكتلنديون بهذا التشخيص اعتقاداً منهم بأن كثيراً من حالات الذهان تبدأ بعد إجهاد نفس أو صدمة انفعالية ، ثم تشفى مع بعض العلاج البسيط وتغيير البيئة ، ولانسير إلى تدهور كما هو الحال في حالات الفصام العادية .

وقد أطلق اسم للذهان النفسي أو الذهان شبه الفصامي على مثل هذه الحالات ، التي تبدأ بأعراض ذهانية بعد أسباب نفسية قوية ، وقد لاحظت ذلك واضحاً في كثير من الطلبة ، الذين يدرسون في الخارج ويعانون من الحرمان العائلي ، وإرهاق الاستنكار والمناصفة الشديدة والغيبة عن الوطن .

وبعد فترة من هذا الإجهاد ، يبدأون في المعاناة من أعراض ذهانية وصلالات اضطهادية واضطرابات في التفكير ، وعند عودتهم للوطن مع العلاج البسيط يشفون تماماً ، ولا يتعرضون للكدمات أو مصير مرض الفصام ، ونستطيع تصنيف هذا الاضطراب حالياً تحت ذهان حاد عابر مع أعراض فصامية .

وقد قام المؤلف ببحث في لندن نشر في عام ١٩٦٤ عن المهاجرين الملونين إلى بريطانيا ، ووجد أن نسبة كبيرة منهم تعاني من هذا الذهان ، والذي يتميز خاصة مع أعراض الذهان العادية ببعض الارتباك والتشوش في الوعي والاختلاط العقلي .

## ج- الفصام شبه العصامي Pseudoneurotic Schizophrenia

وصف هوخ Hoch ١٩٤٩ نوعاً من الفصام ، يبدأ بأعراض عصائية ولكن الانسحاب من الواقع والبعد عن الحقيقة أكثر مما يحدث في العصاب ، وتكون هذه الأعراض في هيئة سلوك هستيري غامض أو أعراض قهرية شاذة ، أو أحياناً أعراض شديدة من القلق النفسي ، أو التوهم المرضي . وقد سبق ذكر ذلك مع الفصام للهيفريني . وبالمناصفة لمدة طويلة ، تتحول هذه الحالات شبه العصائية إلى فصام بأعراضه الكلاسيكية ، ويكون شمول هذا النوع مع الفصام التكاملي أو الاستهلاكي أو الاضطرابات فصامية للطبع .

### د- الفصام المطعم Grafted :

وهو مرض يجمع بين الفصام والقصور العقلي ، ويجب الحرص في تشخيص الفصام مع التخلف العقلي ؛ نظراً لأن المصابين بالتخلف العقلي يعانون من فقر شديد في محتوى التفكير ، مع استجابتهم لأي إجهاد بأعراض هستيرية تتخللها الهلاوس المخيفة والتوهم المرضي الشديد ؛ مما يجعل الفرد يميل إلى تشخيص الفصام بسهولة ؛ حيث إن الأعراض العصابية في القصور العقلي تتشابه مع الأعراض الذهانية .. يزيد على ذلك أنه يصعب تشخيص الفصام في حالات القصور العقلي ، على أساس الاعتماد على اضطرابات الوجدان والتفكير حيث إنهما يشابهان في المرضين ؛ ولذا يجب التأكد تماماً ووضع المريض تحت الملاحظة قبل تشخيص الفصام المطعم .

### هـ- فصام الطفولة :

وسوف نشرحه بالتفصيل مع أمراض الطفولة .

### مآل ومسار مرض الفصام :

إنه لمن العسير التنبؤ الصحيح بما سيحدث لمرضى الفصام إلا إذا أخذنا عدة عوامل في الاعتبار كالسن ، والبداية والعوامل المساعدة ، والوراثة ، والشخصية والأعراض ... إلخ ، كما ستشرح بالتفصيل ، ونواجه القصور نفسه في تقييم مسار المرض ، للأسباب الآتية :

- ١- اختلاف الباحثين في تقييم نتائجهم بالنسبة للشفاء أعنى هل هو شفاء من الأعراض الإكلينيكية أم هو شفاء اجتماعي وعودة للحياة الطبيعية؟ أم هو شفاء الأعراض وشفاء اجتماعي؟
- ٢- الفصام مرض يتميز بالنكسات ونوبات دورية وأحياناً يصبح مزمناً ، ولذا إذا ذكرنا شفاء بعد ٤ سنوات ، فقد يحتمل حدوث النكسة بعد ١٠ سنوات .
- ٣- يختلف المرض في استجابته للعلاج تبعاً لنوع الفصام ، وعدة عوامل أخرى مما يجعل تقييم المرض عسيراً ؛ حيث إن العوامل المتداخلة كثيرة جداً .

- 4- يستمر بعض المرضى على العقاقير لمدة سنوات ، وطوال تناولهم العقار يظلون في حالة توافق ونشاط اجتماعي ، ولكننا لانستطيع أن نقيمهم بأنه قد تم شفاؤهم ، نظراً لأن نسبة كبيرة تنتكس بعد توقف العلاج .
- 5- يختلف مريض الفصام ببعض آثار الأعراض بعد كل نوبة ، وبالتالي إذا نظرنا إلى مصير المرض بعد 5 أو 6 تكسات ، فهو يختلف تماماً عن الفصامي الذي عانى من نوبة واحدة .

وينجح مريض الفصام عادة إلى التدهور البطيء إذا لم يعالج في بدا الأمر ، وقد أثرت العلاجات الحديثة في مصير المرض ودرجة التوافق الاجتماعي للمريض بشكل ملحوظ ، مع خفض المدة التي يمكثها المريض في المستشفى ، وإذا نظرنا إلى مصير المرض قبل الثورة العلاجية في الطب النفسي .. نجد أن النسب تتراوح كالآتي :

ربع - المرضى يشفون تماماً .

ربع - المرضى يعانون من أعراض متبقية ، على الرغم من الشفاء الاجتماعي .

ربع - المرضى في حالة مستمرة من الأعراض الإكلينيكية وعدم التوافق الاجتماعي .

ربع - المرضى يتدهورون تدريجياً ، وينتهون في مستشفيات الأمراض العقلية .

نعكس هذه النسب نظراً تشاؤمية لمصير المرض، ولكن الأبحاث الحديثة مع تقدم العلاج تعطي نتائج مختلفة ، فقد وجد كيلي وسارجنت 1965 للنتائج التالية، بعد سنتين من المتابعة لبعض حالات الفصام ، التي عولجت بالعقاقير والكهرباء ؛ خاصة إذا قورنت بحالات الفصام التي عولجت من قبل بغيبوبة الأنسولين والكهرباء .

نسبة المرضى نزلي مستشفيات الأمراض العقلية	قبل العقاقير	بعد العقاقير
٦٠.٧	٦٠.٧	٢٧
مدة الإقامة بالمستشفى	٦.٧ أسابيع	٦.٧ أسابيع

٢٧	٢٤	التوافق الاجتماعي
٢٢,٦	٢٨	الاعتماد على الغير
٢٦	٥١	أعراض نغالية واضحة
٣٦	٢٣	شفاء

ويتضح هنا أن ثورة العقاقير الطبية في علاج الفصام ، قد أفادت خاصة في خفض نسبة المزمنين من المرضى ، وطول مدة البقاء في المستشفى ، وساعدت على التوافق الاجتماعي والاستقلال الذاتي والاعتماد على النفس . . . . .

وقد وجد بليوتر ١٩٧٢ في متابعة لمدة ٢٢ سنة أن التحسن يظهر في حوالي ٣/٢ أو ٤/٣ المرضى ، أما البقية فتندهور ويتر شفاؤها ، ونادراً ما يتحسن أو يتوافق أكثر من ١/٥ الفئة الأخيرة .

وإذا أخذنا متوسط عديد من الأبحاث والمتابعة لعدد تتراوح بين ٥ - ٢٠ سنة ، نجد أن مآل اضطراب الفصام تحسن وشفاء وجودة الحياة مع استيعاب المريض في المجتمع والأسرة والعمل ، في حوالي ٢٠٪ من الحالات، أما متوسط الشفاء والتحسن بعد النوبة الأولى فهو حوالي ٨٠٪، ويؤول ذلك إلى العلاج الكيميائي والأسري ، وتدريب المهارات الاجتماعية وانخفاض مدة المكوث بالمستشفى .

ونستطيع تلخيص مآل المرض ، ونحن على مشارف القرن الواحد والعشرين أن حوالي ٢٥٪ من مرضى الفصام يشفون بعد النوبة الأولى ، ولا يصابون بالمرض طوال حياتهم ، وأن ٥٠٪ معرضين لبعض النكسات ، وأن ٢٥٪ لا يستجيبون للعلاج ويعيشون بأعراض متبقية ، ولكن مع العلاج الحديث يمكن استيعابهم في المجتمع .

وأهم العوامل التي تلعب دوراً مهماً في مآل المرض ، هي :

١- العمر عند بدء المرض :

كلما ظهر المرض في سن مبكرة وفي سن المراهقة ، قلت نسبة الشفاء نظراً لعدم نضوج وتكامل الشخصية في هذا السن، بعكس هؤلاء المرضى ، الذين يظهر



المرض عليهم بعد سن الثلاثين ، وفرصتهم للشفاء تتزايد كلما تحسنت الشخصية .  
٢- الذكاء :

يساعد الذكاء على سرعة الشفاء فكلما زاد ذكاء المريض ، زادت فرصه في الشفاء ، أما المتخلفون عقليا الذين أصيبوا بالفصام (الفصام المطعم) ، فنقل نسبة شفائهم بشكل واضح .

٣- التكوين الجسمي :

تزيد فرصة التحسن والشفاء في هؤلاء المرضى الذين يمثلون للبدانة ، أو ما يسمى بالمكون الجسمي المكتنز ، وتقل النسبة في الجسم الواهن النحيف .

٤- الشخصية :

يتحسن المرضى ذوو الشخصية المتكاملة السوية قبل المرض ، أما هؤلاء ذوو الشخصية الشيفصامية أو الانطوائية أو العصابية أو غير الناضجة فنقل نسبة تحسنهم ، حيث إنهم يعودون بعد شفائهم للشخصية المرضية .

٥- بدء المرض :

إن نسبة الشفاء عندما يبدأ المرض فجأة تصل نسبة إلى ٥١ ٪ ، إذا قورنت بهؤلاء الذين يزحف عليهم المرض تدريجيا ، حيث تنخفض نسبة الشفاء إلى ٢١ ٪ .

٦- العوامل الحافزة أو المساعدة للمرض :

ذكرنا سابقاً أنه كثيراً ما يبدأ الفصام بعد عوامل حافزة جسمية أو نفسية ، وقد لوحظ من الخبرة الإكلينيكية أن نسبة الشفاء تزيد عندما يسبب المرض أحد هذه العوامل ، نظراً لأهمية العامل البيئي هنا في نشأة المرض ، أما في هؤلاء المرضى الذين يظهر عليهم المرض دون مسببات خارجية وداخلية ، فهنا نقل نسبة الشفاء حيث إن العامل البيولوجي والوراثي يلعب دوراً مهماً .

٧- التاريخ العائلي :

بحسب وجود تاريخ عائلي للذهان الوجداني (الاكتئاب) نسبة الشفاء ، أما إذا كانت العائلة مشحونة بتاريخ الفصام ، فهنا تنخفض فرصة المريض في التحسن .

## ٨- الأعراض الإكلينيكية :

يختلف مصير المرض تبعاً لنوع الفصام ، ويجمع البعض على أن مآل الفصام الكتانوني والباراتويدى أفضل من الفصام البسيط والفصام الهيبفرينى. ومن الأعراض المهمة التي تزيد من نسبة الشفاء، وتشير إلى التحسن وجود أعراض وجدانية قوية سواء اكتئاب أو ابتهاج ، كذلك بعض نشوش الوعي ، أما الأعراض التي تحمل مصيراً سيئاً ، فأهمها تبدل أو تجمع الانفعال ، واختلال الأتية والعالم الخارجى .

## ٩- الحالة الاجتماعية والأسرية :

نقل أبحاث براون ١٩٦٣ ولف ١٩٧٧ على أن خروج المرضى من المستشفى بعد تحسنهم إلى عائلات على درجة عالية من التوتر أو الاستفراق أو التعبير الانفعالى Emotional Expression سواء الزائد أو النقص ، يحمل فى حد ذاته أثراً سيئاً أو يزيد من نسبة التكرار ، أو عودة هؤلاء المرضى للمستشفى . ونعنى بالتوتر الانفعالى ، الشحنات الوجدانية القوية سواء بالحنان أو العدوان أو النقد أو الحماية الزائدة . . فقد وجد أن ٧٦٪ من هؤلاء الذين اختلطوا بعد خروجهم من المستشفى بعائلاتهم ذات التوتر الانفعالى العالى، قد تدهورت حالتهم، إذا قورنت بـ ٢٨٪ من المرضى ذوى العائلات السوية لفعالياً ، ولأن هذا العامل فى مصر ليست له الأهمية الواضحة ، كما هو فى الغرب (عكاشة - ولسون ١٩٩٦) .

ومرض الفصام لا يؤدي إلى الوفاة ، ولكن وجد أن فترة حياة الفصاميين تقل ٤/٣ عن مدى حياة المجموع العام ، ولاستطيع تحديد سبب ذلك تفصيلاً ، ولكن مثلاً كان مرضى الذرن الذى ينتشر بين مرضى الفصام بنسبة تزيد أربع أو خمس مرات عن مجموع الشعب أحد أسباب هذه الوفاة المبكرة ، وأحياناً ينتشر بين هؤلاء المرضى اضطرابات الجهاز الدورى ، وأمراض الكلى ، ثم الكتانونيا الحادة، التي إذا أهملت تؤدي فى حد ذاتها إلى الوفاة . ولكن مع تقدم الوعي الصحى ، فقد قلت هذه النسبة عما قبل ، أما محاولات الانتحار بين الفصاميين فتصل إلى ١٣-٢٢٪ من الحالات ، أما الانتحار الناجح فيتراوح بين ٥ - ١٠٪ خاصة فى بداية المرض ، والحالات الحادة .

### التشخيص الفارق

سبق أن ذكرنا في أسباب الفصام عدة عوامل جسدية وغدية وكيميائية وعضوية ، ولذا يجب قبل تشخيص الفصام التأكد تماما من سلامة جميع أجهزة الجسم ، حتى لا تكون هذه الأعراض الفصامية ثانوية لمرض عضوي أو عقلي آخر .

ومن أهم الأمراض التي يجب تفرقتها عن الفصام الآتي :

١- أمراض المخ العضوية :

أ- أورام الفص الجبهي والصدغي في المخ وتصلب شرايين المخ :

تؤدي هذه الأورام والأمراض إلى أعراض اضطرابات في التفكير والوجدان والسلوك ، شبيهة لما يحدث في مرض الفصام ، ولكن عادة ما تصاحبها علامات عضوية في الجهاز العصبي مع نشوش في الوعي ، وتدهور في الملكات العقلية خاصة الذاكرة والتعرف ، والتي عادة ما تكون سليمة في الفصام ، يزيد على ذلك التفرقة بواسطة أشعة الجمجمة والأشعة الملونة لشرايين المخ ، ورسم المخ والأشعة المقطعية والرنين المغناطيسي والتعرف ، والاستبصار ، وبعض التشوش في الوعي .

ب- زهري الجهاز العصبي :

ويبدأ بعد حوالي ١٠ - ١٥ سنة من الإصابة بمرض الزهري التناسلي ، وأحيانا ما تظهر أعراض فصامية لا يمكن تفرقتها عن مرض الفصام إلا بالفحص الإكلينيكي الدقيق على الجهاز العصبي خاصة المسارات الهرمية وحادقة العين والانعكاسات العميقة مع تحليلات للدم والسائل الشوكي ، كذلك يصاب مريض الزهري بتدهور في الذاكرة والتعرف والاستبصار وبعض التشوش في الوعي .

ج- الحمى المخية :

يتخلف الكثير من المرضى بعد أصابهم بالحمى المخية ببعض الأعراض العقلية والجسمية ، والتي أهمها بقاء العمليات العقلية وبعض التبدل الانفعالي ، وأحيانا بعض الأعراض الكاثوتونية ، والتي يحتمل اختلاطها وصعوبة تفرقتها عن مرض الفصام . ولكن تاريخ المرض وارتفاع درجة الحرارة مع غياب أعراض

اضطراب التفكير والهلاوس والهذات المنسقة توعلنا نتجه فى التشخيص نحو الاتجاه الصحيح ؛ خاصة مع ظهور العلامات العضوية الخاصة .

د- الصرع :

سبق أن ذكرنا أن أعراضاً شبيهة تماما بالفصام تحدث من الصرع ؛ خاصة النوع المسمى بالصرع النفسى الحركى ، ونصعب التفريقه حينئذ بين الفصام والصرع نظراً للتشابه القوى فى الأعراض ، إلا بوجود تاريخ الترتبات الصرعية ، ويعتقد البعض فى وجود بعض الفروق المهمة حيث إنه فى الصرع يكون الانفعال يافئاً ، غير متبلد . وعادة ما تصحب الأعراض نظرة دينية ولا يتدهور اجتماعياً ، كما هو الحال فى حالات الفصام .

ويفيد رسم المخ الكهربائى فى تحديد نوع الصرع ، وتفرقة عن الفصام .

هـ- مرض نقص المناعة (الإيدز) :

حيث يصاحب أعراض الفصام خلل فى الملكات العقلية والذاكرة مع علامات فى الجهاز العصبى .

٢- الذهان العضوى :

أ- تزدى بعض الحميات مثل الصفراء والتيفود ، والملاريا ، إلى هذيان حاد أو تحت الحاد ، وتتشابه أعراض هذا الهذيان مع الفصام ، ولكن بالطبع ارتفاع درجة الحرارة والحالة الجسمية وتشوش الوعى يشير إلى المرض الأولى .

ب- زهان الولادة ويأخذ عدة مظاهر من هذيان حاد إلى اضطراب وجدائى إلى أعراض فصامية ، وهنا يعطينا تاريخ الولادة العنوى الكافى للتشخيص .

ج- أمراض الغدد الصماء : تظهر أعراض فصامية مع كثير من اضطرابات الهرمونات كمرض كوشنج وأديسون ونقص الغدة الدرقية وعلاج الكورتيزون ؛ ولذا يجب فحص هذه الغدد قبل تشخيص الفصام .

### ٣- العقاقير الكيميائية :

سبق معرفة تأثير عقاقير الهلوسة مثل ل. س. د. د. والمسكولين والكحول والكوكابين والهبروين ، وأنه عادة ما يؤدي تعاطي هذه العقاقير إلى أعراض شبيهة بالفصام . ومن العقاقير المهمة التي تسبب أعراضاً فصامية عقار الأمفيتامين ، وهو موجود في العقاقير التي تستعملها السيدات في تخفيض الوزن ، وقلة الشهية ، مثل : الأمفيتيت والايوزان ، والبيلودين ، والتلويت . ومن خواص هذه العقاقير : زيادة درجة التنبه واليقظة المستمرة ، وسرعة البديهة ، والأرق . وإذا يستعمله كثير من الطلبة للاستذكار في آخر العام . ومن عيوبه الشديدة الإدمان إذ إنه يفقد مفعوله سريعاً ، ومن ثم يزيد المريض من الجرعة حتى يصل إلى التمية ، التي تسبب عنده أعراضاً عقلية . ولذا يجب سؤال المريض دائماً عن تناوله لعقاقير سابقة .

وأهم الأعراض التي تفرق ذهن العقاقير المنشطة عن الفصام :

- (أ) سرعة ظهور المرض .
  - (ب) بعض التشوش في درجة الوعي .
  - (ج) كثرة الهلاوس البصرية .
  - (د) الخوف والقلق الشديد .
  - (هـ) الشفاء عند سحب العقار ، وللأسف ينكر كثير من المرضى تناولهم لهذه العقاقير ، ولكن يمكن الكشف عن ذلك بواسطة تحليل البول .
- ومن العقاقير المشابهة الريتلين والمكساتون ... إلخ .

### ٤- الاضطراب الوجداني ثنائي القطب (ذهان الهوس والاكتئاب) :

أهم العوامل المفردة بينه وبين الفصام الآتى :

أ- النوبات الدورية المتكررة لهذا الذهان ، ونشأة كل الأعراض ثانوية ومتأخرة مع المزاج .

ب- وجود التجاوب الانفعالي بين المريض والمعالج .

ج- تناسب الانفعال ووجود شحنة وجدانية قوية إما اكتئابية أو انبساطية .

د- يبدأ في سن متأخرة إلى حد ما عن الفصام .

هـ- الشخصية السابقة للمرض تتميز بالتغيير المزاجي من المرح إلى الاكتئاب ، مع تكوين جسمي مكثز .

و- الشعور بالذنب ، وتأتبب الضمير ، والتقليل من قيمة الذات . أما في حالات الفصام الوجداني ، فنجتمع كما ذكرنا سابقاً أعراض الفصام مع الذهان الوجداني .

٥- اضطرابات الشخصية :

تشابه أعراض الشخصية أحياناً مع مرض الفصام خاصة في حالة الشخصية العاجزة Inadequate ، مع قلة طموحاتها وانطوائها وسلبيتها وضعف إرادتها ، مما يجعلها تشابه مع الفصام البسيط ، وكذلك الشخصية السيكوپاثية في اندفاعها ، وتجدد انفعالاتها ، وانحرافها .

والتفرقة هنا تستند إلى أن اضطراب الشخصية يبدأ منذ الطفولة ، أما الفصام فيعقب فترة من النضوج والسلوك السوي ، وكذلك الشخصية المنحرفة فصامية الطبع .

٦- الأمراض العصابية :

يصبح من العمير أحياناً التفرقة بين بعض الاضطرابات العصابية والفصام ، مثل : شبه العته الهستيرى ، والذهول الهستيرى ، والأعراض القهرية الشاذة ، ونوهم العزل البدنية الغريب والذي أبعد المريض عن التوافق الاجتماعي . ولكن بالمثابرة ومحاولة الكشف عن اضطرابات الوجدان والتفكير ، نستطيع الوصول إلى التشخيص السليم .

٧- ثوبات أو هوس المراهقة :

يمر معظم المراهقين بفترة من الاضطرابات ، يحاولون أنهاءها تغيير علاقاتهم بالمجتمع وخاصة بالأبوين ، فهم في صراع مستمر بين الاعتماد المادي والمعنوي على العائلة ورغبتهم الملحة في الاستقلال الذاتي ، ومن هنا يبدأ المراهق في الثورة على التقاليد ، ويتمرد على الأهل ويصبح عنيداً ، ولا يقبل المناقشة ،

منهما والذيه بأنهما من عصر مختلف ، وينضم إلى جماعات فلسفية أو سياسية شاذة متعصبة .

ولا تظهر أية علامات ذهانية أو أعراض فصامية على هذا المراهق أثناء محاولاته الاستقلالية ، ولكنه يكون غريب الأطوار شاذ التصرفات ، متذبذب الانفعالات ، متعدد الشخصية . ومن خلال تجارب وحصيلة هذه الاضطرابات والتوجيه السليم من الوالدين ، يبدأ المراهق في تكوين شخصيته والتضجج بها إلى المستوى السليم .

### علاج الفصام

بحسب علاج الفصام إلى خبرة وصبر من جانب الطبيب والمريض والعائلة ، نظرا لأنه يتطلب مدة طويلة ، ويشمل جميع أوجه الحياة من ناحية طبية وإنسانية واجتماعية واقتصادية .. إلخ .

وأهم ما يواجه الطبيب بعد تشخيصه لمرض الفصام ، هو هل سيقبل المريض العلاج ؟ وهل يجب إدخاله إحدى المستشفيات ؟ يتزعج الناس عند سماعهم أن فلانا قد دخل إحدى مستشفيات الأمراض النفسية ، وتتكسر كرامة العائلة عند دخول ابنهم المستشفى ، بل ويبدأون في النظر أنها لن تزوج مادام لها هذا التاريخ .

وإذا نظرنا للأمر بطريقة علمية ، لوجدنا على الفور أن الفصام مرض يورثي أي مرض جسمي وله أسبابه الوراثية ، والقسميولوجية ومؤثراته الاجتماعية وليس للمريض أو العائلة ذنب كبير ، ولذا يجب تغيير مفهومنا عن المرض وعن كل الأمراض الذهانية حتى لا يشعر المريض أنه عالة وعيب على المجتمع ، وأن عليه الانزواء من المجتمع حتى لا يهتم بأنه خريج مستشفيات الأمراض العقلية .

يتقبل معظم الفصاميون العلاج بصدر رحب ، بل ويطلب البعض مساعدته من اضطراب التفكير والسلوك والوجدان ، ويعتمد قبول المريض للعلاج على درجة استبصاره بمرضه . أما إذا فقد تبصره فسيرفض العلاج بشدة بل يهاجم من ينهجه بالمرض ، وهنا يجب إدخاله للمستشفى للعلاج قبل استفحال المرض ، ويعالج الغالبية في العيادات الخارجية وفي وسط عائلاتهم ، ولا يدخل المستشفيات إلا الفئة الثقيلة ذات الأعراض الحادة أو المزمنة .

وأهم الأسباب التي تجبر الطبيب على إدخال مريض الفصام المستشفى الآتي :

- 1- عدم استبصار المريض بأعراضه ، ورفضه العلاج بشدة .
- 2- الفصام الحاد الكتانولي .
- 3- محاولات الانتحار المتعددة .
- 4- العدوان المستمر على الغير وتعميم الأثاث ... إلخ .
- 5- القيام بسلوك فاضح يهدد استقرار المجتمع أو العائلة .
- 6- رفض الطعام والشراب والخطورة على حالته الجسمية .
- 7- الحالة الاجتماعية للمريض ، كأن يكون وحيداً ، لا يمكن التأكد من انتظامه في العلاج ، أو لا تستطيع العائلة تحمله في المنزل ... إلخ .
- 8- حالات الهياج الشديد أو الغيبوبة والانعزال المفرط .

ونستطيع أن نقسم علاج الفصام إلى التالي :

- 1- علاج وقائي .
- 2- علاج نفسي فردي وجمعي وأسرى .
- 3- علاج اجتماعي ومهني وتأهيلي وسلوكي .
- 4- علاج بالعقاقير .
- 5- تدريب المهارات الاجتماعية .
- 6- علاج بالكهرباء .
- 7- علاج بالجراحة .

وعادة ما نعتزج عدة طرق عند علاج مريض الفصام ؛ حيث إن العلاج يختلف تبعاً لنوع الفصام وشدة الأعراض ونوعيتها والحالة الاجتماعية والعائلية ونوع عمل المريض .

ويجب أن ندرك أننا نعالج مريضاً بالفصام ، وليس اضطراب الفصام ؛ أي



إن للعلاج بنظم ويفصل حسب كل حالة ، ولا يوجد علاج جاهز لكل الحالات .

### ١- علاج وقائي :

هل يمكن الوقاية من الفصام إذا عرفنا التاريخ العائلي؟ وإذا منعنا هؤلاء المهيئين وراثياً لهذا المرض من الزواج بعضهم من البعض الآخر ، هل تقل نسبة الفصام في المجتمع العام؟ نالت هذه الأسئلة مناقشات كثيرة ومجادلات علمية لدرجة أنه أثناء حكم النازي ، أصدر هتلر أوامراً بالعقم الصناعي لكل مرضى الفصام والذهان الوجداني والصرع ، ظناً منه أنه بذلك سيقضي على المرض وأسبابه الوراثية ، وينشئ شعباً يتمتع بصحة نفسية وعقلية سوية ، ولكنه بالطبع فشل في ذلك ؛ نظراً لأنه أحياناً ما يبدأ الفصام دون تاريخ عائلي من تزواج بعض المورثات .

وإذا أخذنا في الاعتبار ندرة زواج الفصاميين نظراً لشخصيتهم الانطوائية وعدم توافقهم الاجتماعي ، وانخفاض نسبة الإخصاب ، إذا قورنوا بالمجموع العام ، مع ملاحظة أن نسبة المرض بين أولاد الفصاميين تتراوح بين ١٠ - ١٥ ٪ ، نستنتج من كل ذلك ضرورة النصيحة بعدم زواج الأقارب في صحة جيدة ، إلا أن احتمال وجود مورثات استرجاعية يجعل زواجهما من بعض كفيف يظهر أطفالاً فصاميين ، وهذه أهم نصيحة تعطى لأقارب مرضى الفصام كوقاية لعدم زيادة نسبة المرض في العائلة .

ويواجه الطبيب حرجاً شديداً عند مواجهته بخطيب بنوى الزواج ، وقيل له إن خطيبته أصيبت من قبل بمرض عصبي .. ومن حقه أن يعرف مدى احتمال إصابة أطفاله إذا تزوج هذه الفتاة ، ولا يصح للطبيب إعطاء أية معلومات لأي فرد إلا بعد موافقة عاتلة المريض نفسه ، وبالطبع لا داعي للدخول في تفصيلات أسباب وأعراض المرض ، وتكفي هنا النصيحة بالألا يزيد عدد الأطفال عن اثنين حتى يقل تعرضهم لهذا المرض .

ويجب هنا أخذ نوع الفصام في الاعتبار ؛ لأن العوامل الوراثية تلعب دوراً أقل شدة في الفصام البارانوي عنه في الفصام البسيط والهيبتيريني .

أما الناحية الوقائية الأخرى فتتناول الشخصية الانطوائية الشديدة مع وجود تاريخ عائلي للفصام ، فلا يوجد اعتراض هنا على أن التأهيل الشخصي المهني

والعناية الاجتماعية قد تؤدي إلى تأجيل ظهور المرض على هذه الشخصية ، وهذا يجب أن يختار صاحب هذه الشخصية الوظيفية المناسبة لشخصيته ؛ حتى لا يتعرض لإجهادات شديدة في عمله ، مع محاولة التنفيس عن إحباطه وكيته بجميع الطرق ، وتشجيعه الدائم على الاختلاط وعدم الاستيطان الذاتي والتفكير المستمر في نفسه .

وباتباع هذه الوسائل ، يحتمل إعطاء هذا الشخص مناعة وقوة كافية للتكيف الاجتماعي ، ومنعه من الاتهاب والتعرض للمرض .

## ٢- علاج نفسي :

يتفق معظم الأطباء على أنه يستحيل علاج حالات الفصام الحادة والكتاتونية والبارانوية بالعلاج النفسي خاصة التحليلي ؛ نظراً لعدم استبصار المريض وضعف الأنا ؛ بحيث يصبح من العسير عمل أي تجاوب انفعالي ، والذي هو أساس العلاج النفسي ، بل ويذهب البعض إلى التطرف بالادعاء بأنه لا يصبح علاج مريض الفصام بالتحليل النفسي أو العلاج النفسي طويل المدى ؛ نظراً لضرره الشديد على المريض وجعله في حالة إعياء مستمر .

وعلى الرغم من ذلك يدعى البعض مثل روزن أنه توصل لنسبة شفاء ١٠٠ ٪ لمريض الفصام بالعلاج النفسي الطويل ، وإعطاء الحب والحنان الكافي ، ولاشك أن هذه النسبة مبالغ فيها، وبها كثير من المغالطة الطمعية والتعصب لنظرية واحدة؛ بل إن الشك يحوم حول صدق تشخيص الفصام في هذه الحالات .

ولا يمنع ذلك الأطباء وهيئة التمريض من محاولة إيجاد علاقة انفعالية إيجابية مع المريض مع احترامه وتشجيعه ، ومحاولة فهم مشاكله وصراعاته . كذلك فالعلاج النفسي الجماعي بكافة أنواعه في المستشفيات يفيد في مثل هذه الحالات لإبعاد الثقة في نفسه ، ويدين له أنه أصيب بمرض عقلي ، ويحضى نظرة المجتمع إليه . ويبدأ ثانياً في الانعزال ؛ مما يعرضه لنكسة أخرى والدخول في دائرة مفرغة لا تنتهي . وهنا يجب أن يتدخل الطبيب بعد اختفاء الأعراض واستبصار المريض ، ويحاول إعادة الثقة في ذات المريض ، وأنه يستطيع الحياة ثانياً كأى مواطن عادي ؛ فالعلاج النفسي ضروري في دور النقاهة ، والافتقار يستطيع المريض مواجهة الواقع ، ومجاهدة الحياة بأمل متفتح ، ويصبح لزاماً

عليه الأنزواء في أحد أركان المجتمع ، دون طغوح وعرضة للكسبات أخرى .  
وعندما أقول العلاج النفسي .. فإنني أبتعد عن ذكر التحليل النفسي ، لأنه  
في رأبي وفي خبرتي - في عديد من الحالات - يضرب المريض كثيراً ، ويزيد من  
استبطانه الذاتي ودرجة تأمله الفكرى ، مما يجعله دائم الشكوى بل وأحياناً ما  
يتوافق مع أعراضه ، على الرغم من شلله الاجتماعي التام .

### 3- العلاج الأسري والسلوكي والاجتماعي :

يجب أن نستوعب عائلة المريض طبيعة المرض ، وتحمل بعض تصرفات  
مريضهم ونشجعه على الاختلاط ثم عدم دفعه إلى أكثر من إمكانياته وقدراته ،  
فكثيراً ما نشاهد الوالد ، الذى يدفع ابنه الفصامى للاستذكار المتواصل وعقابه في  
فشله الدراسي ، على الرغم من وجود اضطراب في تفكير هذا الابن ؛ مما يجعل  
مواصلة الدراسة عموية مستحيلة ، بل إن كثيراً من العائلات تلفظ ابنها أو تطرده  
من المنزل لتصرفاته الغريبة ، دون استيعاب أن هذا السلوك جزء من مرضه .

ومن أهم طرق العلاج ، ما يسمى بالعلاج المهني ، وهو محاولة شغل  
المريض مهنياً أثناء وجوده بالمستشفى ؛ حسب طبيعة عمله السابق من تجارة إلى  
حدادة إلى أشغال يدوية إلى عرض أفلام وشرائح علمية وإعلامية ... إلخ ، وذلك  
حتى يهبأ للعمل يتناسب مع قدراته ومع أعراضه المتبقية من المرض ، فلا يصح  
أن نطالبه بأعمال تتناقض مع هذه الأعراض المختلفة ، كأن يكون متنبلاً تفاعلياً  
ثم نطالبه بالعمل في العلاقات العامة أو بالتمثيل ... إلخ .

ولامتنع من بدئه العمل أثناء وجوده بالمستشفى والعودة إليها بعد انتهاء  
العمل حتى يصل لدرجة الثقة الذاتية ، ومن ثم ينتهى من الاعتماد على الغير ،  
وكذلك العلاج التأهيلي للمريض بعد خروجه من المستشفى ومناعبته في أخذ  
العلاج حتى يقل تعرضه لعودة المرض .

وإنه لمن العسير أن نقتنع العائلة بتغيير مستقبل ابنهم أو ابنتهم ، بل  
ويتعادون في طموحهم ؛ نظراً لتكائه الخارق حتى يجعلونه عرضة للانهياب ثانية .

### أ- العلاج النفسى التعليمى لأسرة مريض الفصام Psychoeducational

إن التدخل الأسرى من أهم العوامل الحديثة في العلاج وخفض نسبة

التكسات، فمعرفة الأسرة بالمرض وأسبابه واحتمالات الشفاء، وعدم النقد المستمر، وإحساس المريض بذاته وهويته، وطريقة تشجيعه على العمل والاختلاط دون تحدي لقدراته، وأهمية الامتثال والانتظام في تناول العلاج الكيميائي .. كل ذلك له أثر كبير في جودة حياة المريض الفصامي، وقد دلت الأبحاث الحديثة أنه بتعليم وتدخّل الأسرة تنخفض التكسات بنسبة 40% .

#### ب- إدارة الحالة Case Management

أصبحت هذه الوسيلة في البلاد الغربية مع اكتشاف العقاقير الحديثة غير النموذجية مثالا لتقدم واستيعاب مريض الفصام في المجتمع؛ فقد أصبحت العناية المجتمعية بديلاً للعكوث بالمستشفى، ولكن يحتاج ذلك لرقابة مستمرة، فيخرج المريض من المستشفى إلى إحدى الدور السكنية، وللذهاب للعمل، ويكلف أحد متخصصي الرعاية النفسية أن يعطى ويدير حياة بعض المرضى، يتراوح عددهم من أربعة إلى عشرة، وهنا يراقب انتظامهم في العمل، يساعدهم في المواصلات، في شراء لوازمهم، في صرف مستحقاتهم من البنك، في تناول العلاج بانتظام، في ملاحظة ظهور أي أعراض من إهمال للذات أو العمل أو الانطواء وإبلاغه للطبيب المباشر.

وإنصح إن إدارة الحالة للمريض الفصامي تأتي بنتائج مشجعة في جودة حياتهم، واستيعاب الأسرة والمجتمع لهم.

#### ج- التدريب على المهارات السلوكية Social Skill Training

يحتاج مريض الفصام بعد شفائه إلى تدريبات على بعض المهارات الاجتماعية التي فقدتها أثناء المرض، مثل: مهارة المقابلة مع الأفراد، ومهارة المبادرة في طلب حقه، ومهارة قيادة السيارة، والتمتع بمباهج الحياة من الرياضة، إلى الترفيه في المسرح أو السينما أو التلفزيون، وتوجد برامج لهذا التدريب يقوم به الإخصائيون النفسيون أو الاجتماعيون.

#### د- العلاج السلوكي التشكيلي بواسطة طريقة الاقتصاد الرمزي

Token Economy

بإعطاء رموز مكافأة، مثل: الشاي، السجائر، عطلة نهاية الأسبوع مع

الأسرة ، مشاهدة السينما والطيّفيون مع كل عمل مفيد أو إنتاج أو نبذ أحد الطقوس المرضية .

وقد سبق شرح هذا النوع من العلاج مع العلاج السلوكي في فصل علاج العصاب .

يبقى مشكلة أخرى ذات أهمية ، وهي هل نجعل الفنان يتعاضد في أعماله الفنية المرضية سواء الرسم التشكيلي ، أو القصص التجريدية ؟ والتي تختلف عن طبيعة أعماله السابقة قبل المرض ، ولكن لها جمالها الخاص ، بل ويتذوقها كثير من الناس ، هل نحرم الناس من هذا الفن ؟ بل نحرم الفنان من هذا الإنتاج ونعالجه ويعود لسابق عهده ؟ إن الكثير من هؤلاء الفنانين يفوق إنتاجهم المرضى إنتاجهم العادي ، إن هذه المشكلة يجب أن يواجهها الطبيب بحزم .. فإن كان المريض يعاني من آلام نفسية شديدة أثناء مرضه ، ويخشى على حياته ، على الرغم من إنتاجه الفني الغزير ، عندئذ يجب التدخل وعلاجه فوراً ، بغض النظر عن أي شيء لأن واجب الطبيب هو تخفيف الآلام .

أما إذا كان المريض متوافقاً اجتماعياً مع أعراضه وإنتاجه الفني ، فلامانع من استمراره في العمل ، مع نصيحته المستمرة بعدم امتصاص العمل لكل شخصيته ، بل يجب أن يجد لنفسه مجالات أخرى ، مع المتابعة على الإشراف الطبي المستمر حتى لا يتعرض لنكسات شديدة .

#### 4- العلاج بالعقاقير :

بدأت ثورة الطب النفسي في سنة ١٩٥٢ ، عندما بدأ بعض الأطباء في علاج مرضى الفصام بالكلوربرومازين (لارجاكتيل - بروماسيد) ، مع ظهور نتائج تفوق العلاجات السابقة . وقد تطورت أنواع العلاج بالعقاقير ، ووصل عددها إلى العشرات حسب الأعراض ، وتستطيع أن نلم بتطور هذه العقاقير كالآتي :

أ- السير بازيل :

وهو من أول العقاقير المستعملة في مرض الفصام ، ومازال يستعمل هذا الدواء في علاج حالات ضغط الدم المرتفع ، ولكننا نستعمل كميات كبيرة منه في الفصام ، تصل إلى ما بين ٩ - ١٢ مجم يومياً ، مما يجعل المريض عرضة لأعراض جانبية ومضاعفات شديدة ، تفوق فائدته في علاج هذا المرض .

ومن أهم هذه المضاعفات الاكتئاب الشديد في حوالي ٢٠٪ من الحالات ، والذي يحتاج إلى صدمات كهربائية . ويؤدي أحياناً إلى الانتحار مع الأعراض الجانبية في الجهاز العصبي ، والدم والجلد ، والجهاز الهضمي .

وقد وجد المؤلف أن نسبة الاكتئاب بين ٣١٧ مريضاً بالفصام ، عولجوا بالسوريازيل ، تصل إلى حوالي ١١,٥٪ ، وأن الأعراض الجانبية في الجهاز العصبي تصل إلى حوالي ٥٠٪ . ولذا توقف الآن علاج الفصام بهذا العقار ، إلا إذا لم يستجب المريض للعقاقير الأخرى . وإن كان السوريازيل مازال مفيداً في حالات الذهان العضوي ، ويستعمل في تخفيف حدة الهياج والأعراض في هذا الذهان .

#### ب- الفينوثيازين Phenothiazines :

وتنقسم هذه المجموعة إلى عدة أنواع ، هي :

##### (١) ديمثيل أمين Dimethylamines

ويمثلها اللارجاكتيل (نيورازين - بروماسيد) والسبازين والسكويل والتوزيفان ، وتستعمل هذه المجموعة في حالات الفصام العادة المصحوبة بهياج ونوتر وفرط الحركة ، وعدم القدرة على الاستقرار ، وتستعمل بكميات تتراوح بين ١٠٠ - ٨٠٠ مجم في اليوم الواحد ، ويعطى بالعصنل في أول الأمر ثم بالفم ، وأحياناً يستمر المريض على هذا الدواء سنوات ، قبل أن يوقف استعماله .

##### (٢) بيرازين Piperazine

ومنها : الميثيلازين (١٥ - ٣٠ مجم يومياً) ، التريلافون ٢٤٠ - ٤٨٠ مجم يومياً) ، الراندولاكتيل (١٠ - ٢٠ مجم يومياً) الفوديتين (٥ - ١٥ مجم يومياً) ، وتقيد هذه المجموعة في الأعراض الباراقوية من ضلالات وهلاوس وكذلك تنبيه المرضى المنعزلين المتبدين ، وتحثهم بعض الشيء على الاندماج مع المجتمع .

##### (٣) بيرادين Piperidine

ومن أمثلته : الميليريل (١٠٠ - ٨٠٠ مجم يومياً) ، وهو من أكثر العقاقير سلامة في استعماله ؛ نظراً لقلّة أعراضه الجانبية في الجهاز العصبي ، ولو أنه أضعف تأثيراً في الحالات الشديدة والمصحوبة بضلالات وهلاوس ، ويؤدي استعماله إلى جفاف في الحلق وصعوبة في التبول وزغلة في العين .

ولمجموعة الفينوثيازين أعراض جانبية متعددة ، حسب مدة وكمية العلاج .

أهمها :

#### ١- أعراض الجهاز العصبي :

تبدد في الأنفعال ، بطء الحركة ، ارتخاف الأطراف في حوالي ١٥ ٪ من الحالات خاصة الإناث (الثقل الأهنزازي) ، ضعف الإرادة مع صعوبة في البلع وعدم القدرة على تحريك اللسان ، واهرجاج الرقبة، وتعليق البصر إلى أعلى في حوالي ٣ ٪ من الحالات ، كذلك عدم القدرة على الجلوس أو الاستقرار (التحمل المركزي) وتظهر في حوالي ٢١ ٪ فقط من المرضى . ولذا يستحسن إعطاء عقارات مضادة مع بدء العلاج ؛ حتى لا يتعرض المريض لهذه الأعراض، مثل: أرثين أو باركينول أو تريماريل أو كوجنتين ... إلخ .



ارتفاع المقلة من العقاقير النفسية  
(Oculogyric Crisis)



حركات لا إرادة في القدمين من العقاقير النفسية .



عسر حركة حاد مع تقلصات من العقاقير النفسية .





شلل اهتزازي من العقاقير

## ٢ - أعراض قليلة دورية :

شحوب الوجه ، نقص ضغط الدم وسرعة ضربات القلب ، وبعض التشوش في الوعي في مرضى تصلب الشرايين .

## ٣ - الكبد :

يظهر مرض الصفراء في حوالي ١٪ من الحالات ، ويشفى بتوقف الدواء ، وأعتقد أن هذه النسبة مبالغ فيها حسب خبرتنا الإكلينيكية طوال السنوات السابقة .

## ٤ - الجلد :

يتعرض هؤلاء المرضى لحروق ، واحمرار ، وبعض الحساسية في الجلد من ارتكيا وإكزيما ؛ خاصة إذا تعرضوا للشمس .

## ٥ - الدم :

تنقص بعض كرات الدم في بعض الحالات ، ويستحسن عمل تحليلات دورية للدم أثناء فترة العلاج .

## ٦ - الجهاز الهضمي :

جفاف الحلق ، والإمساك ، وأحياناً صعوبة الهضم .

## ٧ - أعراض نفسية وعقلية :

مثل زيادة القلق والتوتر وبعض التشوش في الوعي ، وأحياناً حالات اكتئابية وأعراض ذهانية عضوية .

ويظهر أحياناً عسر الحركة الأجل بعد الاستعمال الدوائي لمدة طويلة ، ويتميز بأعراض حركات لا إرادية في الفم ، اللسان ، البلعوم والحنجرة .

ولا تظهر هذه الأعراض عند أخذ الاحتياطات اللازمة وإعطاء المضادات لهذه المضاعفات ، مع زيادة الكمية تدريجياً ، وبالطبع تفوق فائدة العلاج كل هذه الأعراض الجانبية ، التي لا تشكل خطراً كبيراً . وكما ذكرنا سابقاً فكل عقار يناسب حالة خاصة ، وكذلك كل مريض يستجيب لعقار معين .

### ج- بيثروفينون Butyrophenones :

ومن أمثلتها : الهالوبريدول والترابريدول (سافيدينس) ، ويختلف كيميائياً عن السيريازيل والفينوثازين ، وهو من العقاقير المهيمة التي تفيد في حالات الهياج الشديد ، خاصة حالات العرج .

وفي أحد أبحاث المؤلف في لندن على ٨٠ حالة فصام مزمن ، لم تتحسن بالعلاجات الأخرى من عقاقير وكهرباء ، وباستعمال الهالوبريدول بكمية تتراوح من ٦ - ١٢ مجم يومياً ، تمكن كثير من هؤلاء المرضى - وأحدهم كان بالمستشفى منذ ثمانية عشر عاماً - من الخروج ، بل والعمل في المجتمع بعد هذه المدة الطويلة ؛ ولذا يجب الالتجاء لهذا العقار عند فشل الأدوية الأخرى ، خاصة أنه يفيد في حالات عصبية أخرى ، مثل : الحركات اللاإرادية والتلعثم والأطفال مفرطى الحركة ، ويظهر أخيراً أحد مشتقات هذه المجموعة باسم «أوراب» ، يعطى بالمجمعة واحدة يومياً ، من ٤ - ٨ مجم يومياً .

### د- ثيوكسانثين Thioxanthenes :

وهو من العقاقير الحديثة نسبياً في علاج مرض الفصام ، خاصة الحالات المزمنة ، التي تتميز بالانطواء والعزلة . وفي خبرتي الخاصة أنه يفيد في الحالات التي فشل فيها العلاج في توافق المريض اجتماعياً ، وقد لاحظت توافقاً اجتماعياً سريعاً بعد استعمال هذا العقار في بعض الفصامين المزمنين ، ويتوافر هذا العقار في مصر الآن ، ويوجد الآن عقاقير مختلفة من المجموعة نفسها ، مثل : الفلوناكسول Fluanaxol والنافين Navane والكلوپيكسول Clopixol .

أما الدوجماتيل (سليريد) ، والذي يحتمل نجاحه في كثير من حالات الفصام ، دون إحساس بالدوخة أو السبات .. فهو مجموعة جديدة ، لها خواص متعددة في حالات نفسية وعقلية مختلفة .

سبق أن ذكرنا أن أسباب الفصام هي تغيرات كيميائية في الموصلات العصبية بالمخ ، ويبدو أن هذه العقاقير تعمل على إعادة توازن هذه الموصلات العصبية في المخ ، وتبسيط تأثير الخلايا الدوبامينية ، وخفض تأثير المؤثرات الخارجية القادمة من سيالات الحساسية إلى التشبيك ، ومن ثم اختفاء الأعراض وتحسن حالة المريض ، ولكن يجب أن يستمر المريض مدة طويلة على

العلاج مع التخفيف التدريجي للكمية .

واعتقد أنه من الأساليب الرئيسية للكسرات هذا المرض ، هو توقف المريض عن أخذ العلاج بعد شعوره بالتحسن الواضح ، وعادة لا تبدأ الكسرة قبل ثلاثة أو ستة شهور من التوقف عن أخذ العقار ، يزيد على ذلك أن نسبة كبيرة جداً من المرضى لا تأخذ العلاج بالانتظام الكافي ، الذي يؤثر على الموصلات العصبية المرضية ، ويفرأوح عددهم من ٤٠ - ٦٠ ٪ من المرضى . ولهذا السبب فقد بدأ الأطباء في البحث عن عقار يعطى مرة كل أسبوعين إلى ٤ أسابيع ، ويمتص ببطء في الجسم ، حتى لا ينسى المريض أخذ الدواء .

ومن أمثلة ذلك عقار الموديثين إينانثيت Moditen Enanthate والثرابلاقون إينانثيت والكلونيكسول ، والرديبتين والفلونكسول والبيبورنيل والهلدول ، ويعطى بالعضل مرة كل أسبوعين إلى أربعة أسابيع ، ويستمر مفعوله طوال هذه الفترة .

ومن فوائد هذه العقاقير التأكد من أخذ العلاج ، وخفض عدد المبتولين عن التمرريض ونقص نسبة الكسرات .

وكثيراً ما تمزج بعض هذه العقاقير بعضها مع البعض ؛ لمهاجمة بعض الأعراض ، التي لا يفلح عقار واحد في استئصالها ، وهنا يجب الحرص من احتمال زيادة الأعراض الجانبية .

وتختلف مدة العلاج تبعاً لنوعية المرض والأعراض ، وأحياناً ما يحتاج المريض للعقار لمدة ٦ شهور ، وأحياناً طوال الحياة . ولكن تثبت الأبحاث الحديثة أن حوالي ٤٠ ٪ من المرضى لا يحتاجون للعقاقير بصفة مستمرة ، وأن ٦٠ ٪ تحدث لهم انتكاسة إن توقف العلاج .

**العقاقير الحديثة لعلاج الفصام ( غير النموذجية ) :**

استمر علاج الفصام منذ عام ١٩٥٤ بالعقاقير الكلاسيكية ، والتي تثبط مستقبلات الدوبامين في المخ والتي سبق ذكرها ، وكانت الأعراض الجانبية المختلفة - خاصة أعراض خلل مسارات الجهاز الخارجى الهرمى ، والحركات اللاإرادية الأجلة ، والتعملل الحركى - سبباً في عدم امتثال المرضى للدواء ، ومن

ثم النكسات العكسرة ، يزيد على ذلك أنه يوجد حوالي ٤٠٪ من مرضى الفصام لا يستجيبون للأدوية الكلاسيكية ، كذلك فالأعراض السلبية ، مثل : قلة وفقد الكلام والانعزال ، والتجمد العاطفي ، وفقد الطموح والإرادة ، وفقد الاهتمام بمباهج الحياة عادة لا تستجيب لهذه العقاقير .

ولم يكتشف أى علاجات جديدة لمرضى الفصام منذ عام ١٩٧٠ حتى ١٩٨٦ ، عندما اكتشفت عقاقير ليس لها الأعراض الجانبية السابقة ، وتعمل على مستقبلات السيروتونين ، بالإضافة لمستقبلات الدوبامين ، ولذا سميت بغير النموزجية ، وكان أولها عقار الكلوزابين (لييونكس) .

ونستطيع تلخيص العقاقير الحديثة كالآتي :

كلوزابين (لييونكس)	٣٠٠ - ٦٠٠ مجم يوميا
ريسبريدون (ريسبرنال)	٤ - ٨ مجم
أولاتزيبين (زيبركسا)	١٠ - ٢٠ مجم
سيرلندول	١٠ - ٢٠ مجم
كواتيابين	٣٠٠ - ٦٠٠ مجم .
زيراسيدون	٨٠ - ١٦٠ مجم .

وتتميز هذه العقاقير بقلّة الأعراض الجانبية ، وبأنها تعمل من خلال تثبيط مستقبلات الدوبامين والسيروتونين بأنواعه المختلفة ، وأنها تحسن الأعراض السلبية ، وتفيد في الخلل المعرفي والذاكرة والتركيز ، وأنها لا تؤثر على عضلة القلب ، وبالطبع يوجد بعض الأعراض الجانبية لكل منهم ، فمثلا اللييونكس يقلل من كرات الدم البيضاء الخاصة بالمناعة في حوالي ١٪ من الحالات ؛ ولذا يجب عمل تحليل للدم كل أسبوع في الأربع شهور الأولى ثم مرة كل شهر ، كذلك يزيد من الوزن ، ويسبب كثرة في اللعاب أثناء النوم ، مع التهذنة والتم الكثير في بدء الأمر ، ولكن ذلك يهون في سبيل استيعاب المريض تانياً في المجتمع وعودته لأسرته وعمله .

وندعي الأبحاث أن العقاقير الأخرى ليست لها مضاعفات اللييونكس نفسها ، ولكن بالطبع ، لها أعراضها الجانبية الخاصة بها .

وقد تم الاتفاق الآن أن مريض الفصام يعالج - في بدء الأمر - بالعقاقير الكلاسيكية ، مثل : الكلوربوتازين ، المستيلازين ، الهالوبريدول أو الحفن طويلة المفعول مثل الموديكيت ، الهلدول ، الكلونكسول ، الفنكسول ، أو إذا كان المريض لا يتحمل الأعراض الجانبية ، فله أن يستعمل أحد العقاقير الحديثة ، أو ما نسمى بغير النموذجية وهي بالهزة الثمن ، ويوجد حوالي ٤٠٪ من المرضى لا يستجيبون لهذه العقاقير بعد تجربة ثلاث عقاقير على الأقل ، ولعدة لا تقل عن ستة أسابيع . ويستعمل الجرعة القصوى ، هنا لا مانع من استعمال العقاقير غير النموذجية مثل الليبونتكي ، أو الرسبرنال ، أو الونزابين .

ويجب الاستمرار على العلاج الدوائي لمدة تتراوح بين ٦ - ١٢ شهراً ، إذا كانت التوبة الأولى ، أما إذا تكررت التوبات فيفضل الاستمرار لمدة عدة سنوات وأحياناً طوال الحياة .

ويجب تذكر إن احتمال النكسات ، على الرغم من استمرار العلاج حوالي ٢٠٪ ، وإذا قورنت بعدم إعطاء العلاج فنصل نسبة النكسات إلى ٨٠٪ . أما إذا كان المريض في حالة شفاء مع استمرار الدواء ثم توقف عن تناوله ، فمتصل نسبة النكسات في خلال سنتين حوالي ٦٠٪ بواقع ٣٠٪ في السنة الأولى ، وهذا يعني أن ٤٠٪ من مرضى الفصام يستطيعون التكيف مع المجتمع ، بعد شفائهم ، دون المداومة على العقاقير العلاجية .

#### علاج بغيوبية الإنسولين Insulin Coma :

كانت بغيوبية الإنسولين حتى عام ١٩٥٩ إحدى الطرق المفضلة في علاج مرضى الفصام بإعطاء المريض كميات كبيرة من الإنسولين تحت الإشراف الطبي ، حتى يدخل في بغيوبية ، ثم يعطى الجلوكوز لإعادته لوعيه ثانية .

وكانت هذه البغيوبية تتكرر من ٣٠ - ٥٠ مرة حوالي ٥ مرات كل أسبوع ، وكانت هذه الطريقة تنجح في مرضى الفصام الواهنين جسدياً ، والذين لم يعض على مرضهم أكثر من عامين . ولكن لخطورة هذا العلاج ومضاعفاته الكثيرة من عطب في خلايا المخ من نقص السكر والتشنجات العصبية ، بل وأحياناً بغيوبية شديدة ، وما يحدث نادراً من حالات وفاة ، ثم الحاجة إلى عديد من الأطباء والمرحضات للقيام به ، يزيد على ذلك نشأة كثير من العقاقير ، التي تؤثر في

مرض الفصام ، وتأتى بشبة نجاح أكثر من غيبوبة الإنسولين ... نظراً لكل ذلك فقد هجرت معظم مراكز العلاج النفسى علاج الفصام بالإنسولين ، إلا فى حالات نادرة لانتحس بالعلاجات الأخرى خاصة بعد التجارب عام ١٩٥٩ بأن نتائج غيبوبة العقومات تشابه نتائج غيبوبة الإنسولين .

ولكن أحياناً تلجأ إلى إعطاء كميات بسيطة من الإنسولين لفتح الشهية ، وزيادة الوزن ، وتقليل القلق فى كثير من الأمراض النفسية والعقلية فى حدود ٦٠-١٠٠ وحدة مائة يومية .

ويعمل البعض الأثر الناجح للعلاج بالإنسولين بأن المريض قبل أن يفقد شعوره يعاني من آلام الاحتضار ، مما يؤدى إلى تخفيض أثر عقدة الإذانة الثانية (الشعور بالذنب) التى يعانيها لاشعورياً ، وذلك هو التفسير التحليلى ، ولكن يختلف التفسير الفسيولوجى ، فأى سلوك أو تفكير مرضى سببه تغييرات بيولوجية وكيميائية وكهربائية فى خلايا المخ . فإذا استطعنا وقف عمل هذه الخلايا لفترة ما... فإنه يحتمل عندما تبدأ العمل ثانية أن تتوقف عن السلوك المرضى ، وتعود إلى سابق طبيعتها ، وهذا ما يحدث عندما ينقص السكر فى الدم ، ويصل الفرد لحالة الغيبوبة وبالتالي تتوقف خلايا القشرة المخية عن النشاط ، ثم تبدأ فى العمل ثانية عند حقن المريض بالجلوكوز .. وتكرر هذه العملية تبدأ الخلايا فى السلوك السوى .

#### ٥- علاج جلسات الكهرباء (جلسات تنظيم إيقاع المخ) :

سفسر العلاج الكهربائى بالتفصيل مع علاج الذهان الوجدانى (اضطرابات المزاج) وكذلك كيفية عمله . ويكفى الآن أن نقول إن الجلسات الكهربائية تغير من حركة الموصلات العصبية بين أغشية خلايا المخ ، مما يعيدها لحالة التوازن السابق ، وكذلك تلبه الهيبوثلاموس ، خاصة مراكز الجهازين السمبثاوى والباراسمبثاوى ، مما يؤثر على نمية هذه الموصلات . كما أنها تعطى راحة وقتية لنشاط المخ الكهربائى ، بحيث يبدأ ثانية بطريقة سوية ، ولا يشعر المريض إطلاقاً بهذه الجلسات بل هو خوف من الجو المحيط به ؛ ولذا تعطى جلسات الكهرباء الآن تحت تأثير المخدر وارتخاء العضلات ، ولا يحدث أكثر من بعض الارتجاف البسيط فى الجسم تعقبه بقطة المريض ، دون الإحساس بأى شيء خلافاً لما نراه

في الأفلام والمسلسلات العربية ، من تشنجات ، تقييد المريض ، القسوة وكانت انتقام من المريض ، وكانت تسمى سابقا بالصدمات ، تعطى جلسات الكهرباء لمريض الفصام في الحالات الآتية :

- ١- حالات الفصام الحادة ، وكذلك الحالات البائدة منذ فترة بسيطة .
  - ٢- حالات الفصام الكاتونى ، وتعتبر الكهرباء العلاج الأساسى فى مثل هذه الحالات .
  - ٣- حالات الهبوط والانزلال والقلق وفقدان الاهتمام والتمول المصاحبة لمريض الفصام .
  - ٤- إذا صاحب الفصام أعراض وجدانية إما اكتئابية أو أتبساطية .
  - ٥- تقلل أحيانا جلسات الكهرباء من شدة الضلالات والهلاوس ، وما يصاحبها من آلام نفسية شديدة .
  - ٦- فصام الشيخوخة حتى لا يتعرض المريض للأعراض الجانبية المصاحبة للعقاقير .
- ولاتفيد الكهرباء عادة فى الفصام البسيط أو المزمن ، ولاناعى لتعرض المريض لهذا العلاج ، إن لم تكن منه فائدة .
- وإذا أخذنا الاحتياطات اللازمة ، نقل نسبة المضاعفات والأعراض الجانبية لهذه الجلسات ، وسيطون شرح ذلك فى علاج الذهان الوجدانى .
- ويحتاج مريض الفصام إلى حوالى ٨ - ١٢ جلسة كهرباء ، بعدد الفنتين أو ثلاث جلسات فى الأسبوع ، ولكن يعتمد عدد هذه الجلسات على درجة التحسن واختفاء الأعراض ، ويترك لتقدير الطبيب .
- وفى رأى<sup>\*</sup> أنه لن يتحسن المريض إذا أعطى أكثر من ١٢ جلسة ؛ خاصة بعد اكتشاف العقاقير الحديثة وإعطائه أكثر من ذلك .. فإن ذلك سيؤدى إلى شدة النسيان وبعض الاختلاط العلى .

وتفيد الأبحاث الحديثة المقارنة أنه يتساوى تأثير الجلسات الكهربائية مع العقاقير بعد ستة شهور من بدء العلاج ، ولذا فالكهرباء لها فاعليتها على الأعراض



من الناحية الزمنية (أى زوال الأعراض سريعاً) ولكن ليس لها دور إيجابي فى مآل المرض .

وأفضل تسمية لعلاج جلسات الكهرباء هى جلسات تنظيم إيقاع المخ .

#### ٧- العلاج الجراحي :

لانجأ للعملية الجراحية فى المخ مريضى الفصام ، إلا فى حالات نادرة جداً ، وإن كانت هذه العملية قد انتشرت فى أواخر الأربعينيات بدرجة كبيرة ، ولكن ثبت بعد ذلك قلة فائدتها إلا فى حالات خاصة ، أهمها :

١- الفصام الكاتاتونى المزمّن الذى يصاحبه نوبات متكررة من الهياج الشديد والعذوان العاد ، والذى لا يستجيب لعلاجات أخرى .

٢- البارانويا ، والبارانفريا والفصام البارانويدى ، عندما تكون الشخصية متكاملة ، وأعراض المريض تسبب له آلاماً شديدة من قلق وتوتر نفسى غير محتمل ، وعدم استجابة المريض لكافة أنواع العلاج الأخرى .

٣- الفصام شبه العصابى عندما يعيش المريض فريسة لأوهامه ، مع قلق شديد ومخاوف ووساوس مختلفة ، ولا يتحسن بالعلاجات الأخرى .

وتقطع الألياف الموصلة بين النصف الجبهى فى المخ والتلاموس ، ومن هنا تقل حدة الانفعال أو تنخفض استجابة المريض للهلاوس والهذات ، مما يجعله فى حالة أفضل للتوافق الاجتماعى ، ومضاعفات هذه العملية سابقاً تتسارى مع فائدتها ، ولذا يجب أخذ كثير من العوامل فى الاعتبار ، قبل تعريض المريض للجراحة ، وأهمها : درجة آلامه وتكامل شخصيته ، ونوع ومكان الجراحة .

وأعتقد شخصياً أنه فى الوقت العالى بعد تقدم علاج الفصام بالعقاقير .. فإننا لا نحتاج لهذه العملية إلا نادراً جداً ، ولأن الجراحة الجديدة التى تعتمد على التوجيه الجسم والكى الكيمائى أو الكهربائى للتخفيف الحزاسى لها فوائدها الجمة وتأثيرها الفعال .

## الاضطرابات الوجدانية (المزاجية)

الحق أن تقسيم اضطرابات المزاج عمير إلى حد كبير ، بل وفي غاية التعقيد ؛ نظراً لتداخل عدة عوامل وراثية ، بيئية ، كيميائية ، جسدية ، وبيولوجية ، بل أيضاً نظراً لاختلاف الأعراض الإكلينيكية ومآل المرض .

الحق أن تقسيم اضطرابات المزاج عسير إلى حد كبير ، بل وفي غاية التعقيد ؛ نظراً لتداخل عدة عوامل وراثية ، بيئية ، كيميائية ، جسدية ، وبيولوجية، بل أيضاً نظراً لاختلاف الأعراض الإكلينيكية ومآل المرض.

## تصنيف اضطرابات المزاج

### والاضطرابات الوجدانية

- (تبعاً للتقسيم العالمي العاشر للأمراض - الفصل الخامس - ١٩٩٢ - منظمة الصحة العالمية)
- ١- نوبة هوس : (ابتهاج) :
- أ- هوس خفيف الشدة .
  - ب- هوس دون أعراض ذهانية .
  - ج- هوس مع أعراض ذهانية .
- ٢- اضطرابات وجداني ثنائي القطب :
- أ- النوبة الحالية هوس خفيف الشدة .
  - ب- النوبة الحالية هوس دون أعراض ذهانية .
  - ج- النوبة الحالية هوس مع أعراض ذهانية .
  - د- النوبة الحالية اكتئاب متوسط أو خفيف الشدة .
- (١) دون أعراض بدنية .
- (٢) مع أعراض بدنية .

هـ- النوبة الحالية اكتئاب شديد .

( ١ ) دون أعراض ذهانية .

( ٢ ) مع أعراض ذهانية .

٣- نوبة اكتئابية :

أ- خفيفة الشدة دون أعراض بدنية أو مع أعراض بدنية .

ب- متوسطة الشدة دون أعراض بدنية أو مع أعراض بدنية .

ج- شديدة دون أعراض ذهانية أو مع أعراض ذهانية .

٤- اضطراب اكتئابي متكرر :

٥- اضطرابات وجدانية مستمرة :

أ- المزاج النوابي .

ب- عمر المزاج .

٦- اضطرابات مزاجية أو وجدانية أخرى :

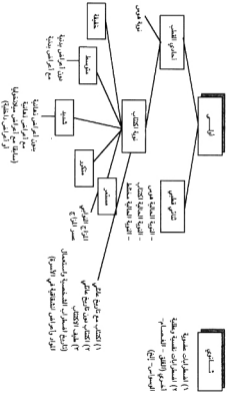
والحق أن تقسيم اضطرابات المزاج عسير إلى حد كبير ، بل وفي غاية التعقيد ، نظراً لتداخل عدة عوامل وراثية ، بيئية ، كيميائية ، جسدية ، وبيولوجية ، بل أيضاً نظراً لاختلاف الأعراض الإكلينيكية ومآل المرض . وكما نلاحظ .. فقد تم إلغاء الاكتئاب النفاغلي أو ما يسمى بالاكتئاب العصبي ، وأدرج مع اضطرابات المزاج تحت تشخيص «عمر المزاج» أو «نوبة اكتئابية شديدة مع أعراض ذهانية» .

وتتميز اضطرابات المزاج بلوعية خاصة في التفكير أو الإدراك أو السلوك ، وكما تتميز بالشفاء بعد كل نوبة إلا في حوالي ١٠ - ١٥ ٪ من الحالات ، التي يصاب فيها الفرد بعد أول نوبة بأعراض متبقية من اضطرابات المزاج المعين .

والخريطة التالية هي محاولة ذاتية لتسهيل عرض أنواع اضطرابات

المزاج:

خريطة مبسطة لاضطرابات المزاج (الوجدان)



تعدد التصنيفات الإكلينيكية :

١- أحادي وثنائي القطب .

٢- أولى وثانوى .

٣- نفاعلى وداخلى .

٤- اكتاب نقى ، الطيف الاكتئابى ، واكتاب دون تاريخ أسرى .

٥- التصنيف الرباعى بالحاسب الآلى (بايكل) :

أ- اكتاب ذهاتى . ب- اكتاب قلقى .

ج- اكتاب عدوان . د- اكتاب الشباب مع اضطراب الشخصية .

تصنيف رباعى آخر (راسكين)

أ- اكتاب توترى . ب- اكتاب عصابى .

ج- اكتاب داخلى . د- اكتاب الشباب مع اضطراب الشخصية .

٦- التصنيف البيولوجى:

أ- تبعا للمنخيرات الكيميائية فى الموصلات العصبية .

ب- تبعا لاستجابة العقاقير المضادة للاكتئاب .

## اضطرابات المزاج (الوجدان)

### Mood (Affective) Disorders

لازالت العلاقة بين الأساليب والأعراض والعمليات الكيميائية الحيوية الأساسية والاستجابة للعلاج والمأل في الاضطرابات الوجدانية غير مفهومة بدرجة ، تسمح بتصنيفها بشكل يقبل الموافقة العالمية ، ولكن ذلك لا يمنع محاولة التصنيف . والتصنيف المقدم هنا معروض بأمل أن يكون مقبولاً ، إذ إنه جاء نتيجة لاستشارات عالمية واسعة الانتشار .

الخلل الأساسي في هذه الاضطرابات هو تغير في المزاج أو الوجدان ، عادة في اتجاه الاكتئاب مع أو بدون قلق ، أو إلى اتجاه الانتهاج ، وعادة ما يصاحب هذا التغيير ، تغير في مستوى النشاط الكلي وأغلب الأعراض الأخرى هي أما ثانوية لهذه التغيرات في المزاج والنشاط أو يمكن فهمها بسهولة في هذا الإطار . وتميل أغلب الاضطرابات إلى أن تكون متكررة ، كما تكون بداية التوبة الواحدة مرتبطة في كثير من الأحيان بمواقف أو أحداث شديدة الكرب . وهذا الجزء يتناول كل اضطرابات المزاج في كل المجموعات العمرية ، ولذلك فالاضطرابات التي تبرز في الطفولة أو المراهقة ينبغي أن تدرج هنا .

وقد تم اختيار المعايير الرئيسية، التي قسمت الاضطرابات بناء عليها لأسباب عملية ، حيث إنها تسمح بسهولة تعرف اضطرابات سريرية ، كذلك تم تمييز التوبات المنفردة عن الاضطرابات ثنائية القطب والاضطرابات الأخرى متعددة التوبات ؛ ذلك أن نسبة كبيرة من المرضى تصاب بتوبة واحدة فقط من المرض ، وقد تم التركيز على شدة الاضطراب لها تعلقه من علامات ومستويات مختلفة في توفير الخدمة ، ومن المعروف أن الأعراض المشار إليها هنا ، ببداية، كان يمكن أيضاً أن يطلق عليها سوداوية أو حيوية أو بيولوجية أو داخلية المنشأ، وأن الوضع العلمي لهذه الزملة هو في أي حال موضع تساؤل كبير . ومع ذلك .. فقد أدرجت هذه الزملة بسبب الاهتمام السريري العالمي الواسع الانتشار ببقائها .

وتبقى مشكلة كيفية التمييز بين الدرجات المختلفة في الشدة ، وحددت هنا درجات ثلاث : خفيفة ومتوسطة وشديدة ؛ لأن كثيراً من الأطباء السريريين يرغبون في توافرها . أما المصطلحان هوس واكتئاب شديد ، فهما يشيران إلى

الذهابتين المتقابلتين اللطيف الوجداني ، ويستخدم تشخيص الهوس الخفيف في الحالات الوسط ، التي تتميز باختفاء الضلالات أو الهوس أو الانقطاع الكامل عن النشاطات الطبيعية ، وتناهد كثيرا - ولكن ليس فقط - في بدء أو عند نهاية نوبة الهوس .

#### ١- نوبة هوس أو ابتهاج Manic Episode

يجب أن تستخدم كل التقسيمات التي نرد في هذا القسم لوصف نوبة واحدة فحسب ، أما نوبات الهوس الخفيف أو الهوس في الأفراد، الذين سبق أن عانوا من نوبة وجدانية واحدة أو أكثر (سواء اكتئابية ، هوس خفيف ، هوس أو مختلطة) ، فيجب أن يرمز لها كاضطراب وجداني ثنائي القطب .

#### أ- هوس أو ابتهاج خفيف Hypomania

الهوس الخفيف هو درجة أقل من الهوس ، حيث يتميز المزاج والسلوك بشذوذ واستمرارية وشدة ، تتجاوز إمكانية إدراجها تحت المزاج العادي ، ولكنها غير مصاحبة بهلاوس أو ضلالات .

كذلك يوجد ارتفاع خفيف مستمر في المزاج (على الأقل فترة عدة أيام متواصلة) ، وزيادة في الطاقة والنشاط وأحاسيس شديدة بحسن الحال ، والكفاءة الجسيمة والعفوية والمشاركة الاجتماعية الزائدة ، وكثرة الكلام والألفة الزائدة عن الحد وزيادة الطاقة الجسمية وانخفاض شديد في العمل أو تودى إلى التبدد الاجتماعي ، وأحيانا قد يأخذ النزق والفرور والسلوك المتعجرف مكان الاجتماعية الانبساطية .

وقد يخل كل من التركيز والانتباه ، وبالتالي نقل القدرة على الاستقرار في العمل أو الاسترخاء أو الترفيه ، ولكن هذا لا يحول دون ظهور اهتمامات بالخوض في مغامرات ونشاطات جديدة أو درجات خفيفة من البذخ ، واضطرابات المزاج والسلوك قد تصاحبها الهلاوس أو الضلالات .

يغطي الهوس الخفيف نطاق اضطرابات المزاج ومستوى النشاطات الواقع بين المزاج النورى والهوس ، ويجب هنا التمييز بين النشاط الزائد والتعلم وفقدان الوزن في الهوس الخفيف ، وما يحدث في حالات فرط إفراز الغدة الدرقية وفقدان



الشهية العصبى ؛ خاصة فى منتصف العمر .

كذلك قد تتشابه الحالات المبكرة من الاكتئاب النوزر تشابهاً سطحياً مع الهوس الخفيف من النوع الترقى ، وأيضاً فإن مرضى الطقوس الوسواسية الشديدة قد ينشطون جزءاً من الليل ، يستكملون فيه طقوسهم فى النظافة المنزلية ، ولكن وجدانهم يكون غالباً عكس الموصوف هنا .

ب- هوس أو ابتهاج دون أعراض ذهانية

#### Maina without Psychotic Symptoms

المزاج مرتفع بدرجة غير متناسبة مع ظروف المريض ، ويتراوح بين التفاؤل المفرط إلى النشوة والتفخيم ، ويكاد يصل إلى احتياج غير قابل للسيطرة عليه ، ويكون هذا الاضطراب مصحوباً بزيادة فى الطاقة تؤدى إلى زيادة فى النشاط وانخفاض الحاجة إلى النوم ، كما يتم تجاوز الثقافة الاجتماعية الطبيعية ، ويصبح من الصعب تركيز الانتباه ، ويتضخم تقدير الذات ويعبر المريض بجديّة عن أفكاره وتفاؤل وعظمة .

وقد تظهر اضطرابات إدراكية مثل وضوح وزهو الألوان بطريقة جميلة ، والاهتمام بالتفاصيل الدقيقة للسطحيات مع حدة السمع الذاتى ، وقد يقدم المريض على مشروعات متهورة وغير عملية ويصرف المال دون حساب ، أو يصبح عدوانياً أو عاشقاً أو مازحاً فى ظروف غير مناسبة تماماً .

وفى بعض نوبات الهوس يكون المزاج نزعاً وشكاكاً أكثر من مبهجاً . وتحدث النوبة الأولى عادة ما بين سنى الخامسة عشر والثلاثين ، ولكنها قد تحدث فى أى سن بداية من الطفولة المتأخرة حتى العقد السابع أو الثامن من العمر .

ويجب أن تكون نوبة الهوس من الشدة بحيث تشكل عائقاً ، ويجب أن تستمر لمدة أسبوع على الأقل ، كما يجب أن يكون تغير المزاج مصحوباً بزيادة فى الطاقة ، وعدد من الأعراض المشار إليها أعلاه ( خاصة ضغط الكلام ، وقلة الحاجة إلى النوم ، وشعر بالعظمة وتفاؤل مفرط ) .

## ج- هوس أو ابتهاج مع أعراض ذهانية

## Mania with Psychotic Symptoms

الصورة السريرية هي صورة مبالغة من الموصوف عاليه ، وقد تتطور أفكار تفخيم الذات المتفاقم وأفكار العظمة إلى ضلالات ، كما أن النرق والشكبة قد تتطور ضلالات دينية بالذوبة ، أو هداية أو رسالة أو وحى ، وقد يؤدي تسابق الأفكار وضغط الكلام إلى أن يصبح كلام الشخص غير مفهوم .

وقد يؤدي النشاط البدني الشديد المستمر الاحتياج إلى عدوانية أو عنف ، كما قد يؤدي إهمال الأكل والشرب والنظافة الشخصية إلى حالات خطيرة من الجفاف وإهمال الذات .

وإذا استدعى الأمر ، يمكن تحديد الهلوس والضلالات بأنها ملائمة أو غير ملائمة للمزاج ، وغير الملائمة يقصد بها أيضا الضلالات والهلوس المحايدة مزاجياً ، مثل : ضلالات الإشارة ، دون أى محتوى للاتهام أو الإحساس بالذنب أو كأن تتحدث الأصوات للمريض بشأن أحداث ليس لها دلالة انفعالية خاصة .

والتميز عن الفصام هو أكثر المشكلات شيوعاً ، خاصة إذا تجاوز مراحل تطور الحالة خلال الهوس الخفيف ، ولم يشاهد الشخص سوى فى قمة حالته المرضية ، حيث تحول الضلالات واسعة الانتشار والكلام غير المفهوم والاحتياج العنيف دون تعرف الخلل الأساسى فى الوجدان .

كذلك قد تظهر المشكلة التشخيصية نفسها فى مرضى الهوس ، الذين يستجيبون إلى الأدوية المضادة للذهان فى المرحلة ، التى يعرود فيها النشاط البدني والعقلي للمرضى إلى حالته الطبيعية ، مع احتفاظهم بالضلالات أو الهلوس .

وإذا ظهرت أحياناً هلوس وضلالات كذلك المحددة بالنسبة للفصام ، عندئذ يمكن إدراجها تحت غير ملائمة للمزاج ، أما إذا كانت هذه الأعراض باوزة ومستمرة .. عندئذ يكون تشخيص الفصام الوجداني أكثر ملائمة .



مرضى الهوس (الابتهاج) زيادة النشاط وتطاير الأفكار وكثرة الأفعال دون إنجاز.

## ٢- اضطراب وجداني ثنائي القطب

### Bipolar Affective Disorder

هو اضطراب يتميز بنوبات متكررة (أى التئبين على الأقل) يضطرب فيها مزاج الشخص ومستوى نشاطه بشكل عميق . ويتكون هذا الاضطراب فى بعض الأحيان من ارتفاع فى المزاج وزيادة فى الطاقة والنشاط (هوس أو هوس خفيف) ، وفى أحيان أخرى من هبوط فى المزاج ، وانخفاض فى الطاقة والنشاط (اكتئاب) .

وتتميز الحالة بشفاء كامل ما بين النوبات ، ويتساوى الجنسان فى معدل إصابتهما بالمرض أكثر من الاضطرابات المزاجية الأخرى . ولأن المرضى الذين

يعانون فقط من نوبات هوس متكررة نادرين نسبياً ، ولأنهم يشابهون مع مرضى الهوس الذين يصابون بنوبات اكتئابية بين العيين والآخر من حيث التاريخ العائلي والشخصية ، قبل المرض والمآل طويل المدى ، فإن تشخيص هؤلاء المرضى يصنف كثالتي القطب .

وتبدأ نوبات الهوس في المعتاد فجأة ، وتستمر لفترة تتراوح بين أسبوعين وأربع أو خمس شهور (متوسط المدة حوالي ٤ شهور) . أما الاكتئاب فيميل إلى الاستمرار لفترة أطول (متوسط المدة ٦ أشهر) ، وإن كانت نادراً ما تتجاوز العام إلا في كبار السن .

وعادة ما تأتي النوبات بعد أحداث حياتية مجهدة ، أو بعد صدمة عقلية ، ولكن وجود أو غياب تلك الأحداث ليس ضرورياً للتشخيص ، ويتباين معدل حدوث النوبات ونمط التحسن والانتكاس كثيراً . وإن كانت فترات التحسن تقصر مع مرور الوقت ، كما تصبح الاكتئابات أكثر شيوهاً وأطول استمراراً بعد منتصف العمر .

وعلى الرغم من أن المفهوم الأصلي لذهان الهوس الاكتئابي كان ينصم أيضاً المرضى الذين يعانون من الاكتئاب فقط ، إلا أن مصطلح اضطراب الهوس الاكتئابي أو ذهان الهوس الاكتئابي يستخدم الآن في الأغلب كمرادف لثنائي القطب .

أ- اضطراب وجدائي ثنائي القطب ، النوبة الحالية هوس خفيف

Bipolar Affective Disorder, Current Episode Hypomanic

مؤشرات تشخيصية :

(١) تستوفي النوبة الحالية معايير الهوس الخفيف .

(٢) كانت هناك إصابة بنوبة وجدائية سابقة واحدة أخرى على الأقل جيدة

التوثيق (هوس خفيف أو هوس أو اكتئاب أو نوبة مختلطة) .

ب- اضطراب وجداني ثنائي القطب ، النوبة الحالية هوس دون أعراض ذهانية

Bipolar Affective Disorder, Current Episode Manic without Psychotic Symptoms :

مؤشرات تشخيصية :

- (١) تستوفي النوبة الحالية معايير الهوس دون أعراض ذهانية .
- (٢) كانت هناك نوبة وجدانية سابقة واحدة أخرى على الأقل جيدة التوثيق (هوس خفيف أو هوس أو اكتئاب أو نوبة مختلطة) .

ج- اضطراب وجداني ثنائي القطب، النوبة الحالية هوس مع أعراض ذهانية

Bipolar Affective Disorder, Current Episode Manic with Psychotic symptoms :

مؤشرات تشخيصية :

- (١) تستوفي النوبة الحالية معايير الهوس مع أعراض ذهانية .
  - (٢) كانت هناك في الماضي نوبة وجدانية واحدة أخرى على الأقل جيدة التوثيق (هوس خفيف أو هوس أو اكتئاب أو نوبة مختلطة) .
- إذا استدعى الأمر يمكن تعيين ما إذا كانت الضلالات أو الهالوس ملائمة أو غير ملائمة للمزاج .

د- اضطراب وجداني ثنائي القطب النوبة الحالية اكتئاب متوسط أو خفيف الشدة :

Bipolar Affective Disorder, Current Episode Intermediate or Severe Depression .

مؤشرات تشخيصية :

- (١) تستوفي النوبة الحالية معايير نوبة اكتئابية، إما خفيفة الشدة أو متوسطة الشدة .
- (٢) كانت هناك نوبة سابقة واحدة على الأقل جيدة التوثيق من هوس أو

هوس خفيف أو نوبة مختلطة ، ويمكن إضافة وجود أو غياب أعراض  
جسدية في النوبة الحالية من الاكتئاب .

هـ- اضطراب وجداني ثنائي القطب، النوبة الحالية اكتئاب شديد  
دون أعراض ذهانية :

Bipolar Affective Disorder, Current Episode Severe Depression  
without Psychotic Symptoms

مؤشرات تشخيصية :

(١) يعاني الشخص حالياً من اكتئاب ، مثل الموصوف تحت نوبة اكتئابية  
شديدة دون أعراض ذهانية .

(٢) كانت هناك نوبة سابقة واحدة على الأقل جيدة التوثيق من الهوس  
الخفيف أو الهوس .

و- اضطراب وجداني ثنائي القطب، النوبة الحالية اكتئاب شديد مع  
أعراض ذهانية

Bipolar Affective Disorder, Current Episode Severe Depression  
with Psychotic Symptoms:

مؤشرات تشخيصية :

(١) يعاني الشخص حالياً من اكتئاب مثل الموصوف تحت نوبة اكتئابية  
شديدة ، مع أعراض ذهانية .

(٢) كانت هناك في الماضي نوبة واحدة على الأقل، جيدة التوثيق من  
الهوس الخفيف أو الهوس ، أو نوبة مختلطة .

ز- اضطراب وجداني ثنائي القطب النوبة الحالية مختلطة

Bipolar Affective Disorder, Current Episode Mixed

مر الشخص في الماضي بنوبة واحدة على الأقل جيدة التوثيق من الهوس  
الخفيف أو الاكتئاب أو نوبة مختلطة ، ويبدى حالياً إما خليطاً أو تناوباً سريعاً من  
أعراض الهوس والاكتئاب .

### مؤشرات تشخيصية :

على الرغم من أن أكثر أشكال الاضطراب ثنائي القطب نموذجية تتكون من نوبات هوس واكتئاب متناوبة ، تفصل بينها فترات من المزاج الطبيعي ، إلا أنه ليس من غير الشائع أن يصاحب مزاج الهوس والاكتئاب بحالة من فرط النشاط وضغط الكلام تستمر لمدة أيام أو أسابيع متواصلة ، أو أن يصاحب مزاج الهوس والعظمة بحالات من التوتر وفقدان الطاقة والرغبة الجنسية .

كذلك فإن الأعراض الاكتئابية وأعراض الهوس الضعيف أو الهوس قد تتناوب بسرعة بين يوم وآخر أو حتى بين ساعة وأخرى . ويجب أن يستخدم تشخيص اضطراب وجداني مختلط فقط ، إذا برز كل من مجموعتي الأعراض طوال الفترة الأطول من نوبة العرض الحالية ، وإذا استمرت هذه النوبة لفترة أسبوعين على الأقل ، ويمثل هذا النوع المختلط حوالي ٣٠ - ٤٠ ٪ من حالات ثنائي القطب .

### ٣- نوبة اكتئابية Depressive Episode

يعانى الشخص في النوبات النموذجية ذات الأشكال الثلاث : خفيفة الشدة أو متوسطة الشدة أو الشديدة ، الموصوفة أثناء من انخفاض في المزاج وانخفاض في الطاقة ، وقلة في النشاط . وتضطرب القدرة على الاستمتاع والاهتمام بالأشياء والتركيز ، ويشيع الشعور بالتعب الشديد حتى بعد أقل مجهود .

وعادة ما يكون النوم مضطرباً والشهية للطعام قليلة ، وينخفض تقدير الذات والثقة بالنفس ، وكثيراً ما توجد بعض الأفكار حول الإحساس بالذنب أو فقدان القيمة حتى في الحالات خفيفة الشدة .

ويبدو المستقبل مظلماً وشيخ الأفكار والأفعال الانتحارية ، ويتبدل المزاج المنخفض قليلاً من يوم إلى آخر ، ولا يستجيب للظروف المحيطة . وقد يصاحبه ما يسمى بالأعراض الجسدية ، مثل : فقدان الاهتمام والأحاسيس المبهجة والاستيقاظ في الصباح عدة ساعات قبل الموعد المعتاد ، وسوء الاكتئاب في الصباح مع بطء نفسحركى شديد ونزق وفقدان الشهية وفقدان الوزن والرغبة الجنسية .

وقد يظهر تبدل مميز أثناء اليوم لشدة المرض صباحاً . وكما هو الحال في نوبات الهوس تعكس الصورة السريرية اختلافات فردية كثيرة ، وقد تأخذ أشكالاً غير نمطية خاصة في فترة المراهقة .

وقد يكون القلق والألم النفسي والتوتر الحركي أكثر وضوحاً في بعض الحالات من الاكتئاب ، كذلك قد يكون تغير المزاج مقنعاً بسمات إضافية ، مثل : النزق والتناول المفرط للكحول ، أو السلوك هستيري الشكل أو تفاقم أعراض رهاب سابقة أو وساوس أو انشغالات بتوهم المريض . يتم تحديد النوبة الاكتئابية خفيفة أو متوسطة الشدة أو شديدة تبعاً لعدد وشدة الأعراض .

يستدعى تشخيص النوبات الاكتئابية بدرجاتها الثلاث من الشدة عادة فترة أسبوعين على الأقل ، ولكن تكفي أحياناً فترات أقصر ، إذا كانت الأعراض شديدة بشكل غير عادي وسريعة البداية .

وقد تكون بعض الأعراض المذكورة شديدة ، وقد تكتسب سمات مميزة يعبئها الكثيرون ذات دلالة سريرية خاصة .

ومن أمثلة هذه الأعراض الجسدية :

- (١) فقدان الاهتمام أو فقدان الاستمتاع بالنشاطات في العادة .
  - (٢) انعدام الاستجابة للأحداث المحيطة باختلافها عن العادة .
  - (٣) الاستيقاظ في الصباح ساعتين أو أكثر قبل الوقت المعتاد .
  - (٤) الاكتئاب أسوأ في الصباح .
  - (٥) وجود دليل موضوعي على بطء أو توتر نفسحركي أكيد (كان يكون محل ملاحظة أو تعليق أشخاص آخرين) .
  - (٦) فقدان شهية بالغ .
  - (٧) فقدان وزن (يعرف غالباً بفقدان ٥ ٪ من وزن الجسم في الشهر السابق) .
  - (٨) فقدان بالغ في الرغبة الجنسية غالباً .
- ولا تعتبر هذه الزملة الجسدية في العادة موجودة ، إلا إذا توافرت أربع ظواهر من المذكورة أعلاه بشكل أكيد .





الشجن أو الحزن (ليرون)



الموسيقار تشايكوفسكى  
الاكتئاب والانتحار

الموسيقار موزورسكى  
الاكتئاب



الموسيقار شومان  
الهمس الاكتسابي (ثاني القطب).

وينبغي استخدام فئات النوبات الاكتسابية خفيفة الشدة والمتوسطة الشدة والشديدة والموصوفة بتفصيل أكثر أدناه، فقط بالنسبة للنوبة الاكتسابية الوحيدة الأولى، أما النوبات الاكتسابية التالية .. فيجب أن تصنف تحت واحدة من تقسيمات الاضطراب الاكتسابي المنكر.

ولقد حددت درجات الشدة هذه بحيث تغطي نطاقاً واسعاً من الحالات السريرية، التي تبرز في الأنواع المختلفة من الممارسة الطبفسية. ويشجع التعامل مع المرضى ذوي الاكتساب خفيف الشدة في مجالات الرعاية الصحية الأولية، والإطارات الطبية العامة، في حين سوف تتعامل الوحدات الداخلية للطب النفسي بدرجة أكبر مع المرضى، الذين يعانون من درجات أشد من الاكتساب.

ويجب تسجيل الإقدام على إيذاء النفس (غالباً من خلال تسميم الذات بواسطة الأدوية الموصوفة)، الذي يصاحب اضطرابات المزاج (الانحياز).

ويستند التمييز بين الدرجات الخفيفة والمتوسطة الشدة والشديدة الموصى بها هنا إلى حكم سريري معقد، يتضمن عدد ونوع وشدة الأعراض الموجودة. وعادة ما تكون درجة النشاط الاجتماعي والعملي قليلاً عاملاً مفيداً في

تحديد درجة الشدة المحتملة للنوبة . وحيث إن التأثيرات الفردية والاجتماعية والثقافية التي تعترض العلاقة السلسة بين شدة الأعراض والأداء الاجتماعي شائعة وقوية بالدرجة الكافية ، التي تجعل من غير الحكمة إدراج الأداء الاجتماعي ضمن المعايير الأساسية للشدة .

لايستبعد وجود الخرف أو التخلف العقلي نشخيص نوبة اكتئابية قابلة للعلاج ، ولكن صعوبات التواصل مع هذه الحالات قد تجعل من الضروري أن نعتمد أكثر من المعتاد في تشخيصها على وجود أعراض جسدية موضوعية قابلة للملاحظة ، مثل : البطء النفسحركي ، وفقدان الشهية ، والوزن ، واضطراب النوم .  
ويتضمن : نوبات وحيدة من : الاستجابة الاكتئابية ، اضطراب اكتئابي ، اكتئاب نفسى المنشأ ، اكتئاب تفاعلي .

أ- نوبة اكتئابية ، خفيفة الشدة مع أو دون أعراض جسدية

Depressive Episode, Mild Severity :

مؤشرات تشخيصية :

المزاج المكتئب وفقدان الاهتمام والاستمتاع وزيادة الإحساس بالتعب هي أعراض ، ينظر لها في العادة باعتبارها أكثر أعراض الاكتئاب نموذجية . ويستدعى التشخيص الأكيد وجود اثنين أو ثلاثة من الأعراض المذكورة أعلاه .

ب- نوبة اكتئابية متوسطة الشدة مع أو دون أعراض جسدية

Depressive, Episode, Moderate Severity :

مؤشرات تشخيصية :

يجب أن تتوافر أربعة أو أكثر من الأعراض المذكورة أعلاه ، في الغالب يتوافر عدد من الأعراض بدرجة بالغة ، ولكن لا يكون هنا ضروريا إذا توافرت كمية واسعة من الأعراض المتباينة بشكل عام . ويجب أن تستمر النوبة الاكتئابية لفترة أسبوعين على الأقل .

يجد للشخص الذي يعاني من نوبة اكتئابية متوسطة الشدة في العادة صعوبة بالغة في الاستمرار ، في القيام بنشاطه الاجتماعي أو المهني أو المنزلي المعتاد .

### ج- نوبة اكتئابية شديدة دون أعراض ذهانية

Severe Depressive Episode without Psychotic Symptoms :

يبدى الشخص عادة ضيقاً أو توتراً بالغاً في النوبة الاكتئابية الشديدة ، إلا إذا كان البطء سمة بارزة مع فقدان تقدير الذات ، وعادة ما تكون الأحاسيس بعدم الفائدة أو الذنب بارزة . ويمثل الانتحار خطراً محدداً في الحالات الشديدة بشكل خاص ، والمفترض هنا أن الزملة الجسدية سوف تصاحب واقعياً ودائماً نوبة الاكتئاب الشديدة .

ويجب أن يتوافر كل من الأعراض الثلاثة المطلوبة المذكورة في حالات الشدة والخفيفة والمتوسطة ، بالإضافة إلى ثلاثة أو أكثر من الأعراض الأخرى والتي يجب أن تكون شديدة .

ولكن إذا توافرت أعراض مهمة مثل التوتر أو البطء البالغين ، عندئذ قد لا يكون المريض قادراً على وصف أعراض كثيرة بالتفصيل .

وهذا قد يكون من الممكن تقييم النوبة بشكل عام كنوبة شديدة . ويلغى أن تستمر النوبة الاكتئابية في العادة لمدة أسبوعين على الأقل ، ولكن إذا كانت الأعراض شديدة بشكل خاص ، وذات بداية سريعة .. فقد يبرر ذلك استخدام التشخيص قبل مرور فترة الأسبوعين .

ومن غير المحتمل أن يستطيع الشخص أثناء نوبة اكتئابية أن يستمر في نشاطه الاجتماعي أو المهني أو المعزلى ، إلا بدرجة جزئية أو محددة جداً .

وتستخدم هذه القلعة للنوبات الفردية في الاكتئاب الشديد دون أعراض ذهانية ، أما في النوبات المتتالية فتستخدم واحدة من القلعات المذكورة تحت اضطراب متكرر .

ويضمن : الاكتئاب المصحوب بهيج (توتر) ، ونوبة اكتئاب جسمي ، واكتئاباً حيوياً .



النوم والكوابيس والوحوش  
(جويلا)



الكابوس (الموسلى)

### د- نوبة اكتئابية شديدة مع أعراض ذهانية

#### Severe Depressive Episode with Psychotic Symptoms

هي نوبة اكتئابية شديدة ، تستوفى المعايير المعطاة أعلاه ، وتتوافر فيها الضلالات أو الهلوس أو الهلوس أو الهلوس أو الهلوس ، وتتضمن الضلالات عادة أفكاراً عن الخطيئة أو الفقر ، أو كوارث متوقعة ، يحمل الشخص نفسه مسئوليتها . وتتعلل الهلوس السمعية أو الشمية غالباً في أصوات مشوهة للسمعة ، أو اتهامية ، أو في روائح فذرة منعطلة أو لحم عفن . وقد يتطور البطء النفسحركي الشديد إلى سبات . وإذا استدعى الأمر .. فإنه يمكن تعيين ما إذا كانت الضلالات أو الهلوس ملائمة أو غير ملائمة للمزاج .

ويحتاج السبات الاكتئابى إلى أن يميز عن الفصام الجامودى الكتانوى وعن السبات الأنشاقى وعن أشكال السبات العضوية ، وتستخدم هذه الفئة فقط للتويات الفردية من الاكتئاب الشديدة مع أعراض ذهانية . أما فى التويات التالية ، فتستخدم إحدى فئات اضطراب اكتئابى متكرر .

ويضمن : نوبات فردية من : نوبة اكتئاب جسميم مع أعراض ذهانية ، اكتئاب نفسى المنشأ ، الاكتئاب الذهانى ، ذهان اكتئابى تفعالى .

#### 1- اضطراب اكتئابى متكرر (خفيفة أو متوسطة أو شديدة)

##### Recurrent Depressive Disorder

هو اضطراب يتميز بنوبات متكررة من الاكتئاب ، كما هي موصوفة في نوبة اكتئابية دون أي تاريخ لنوبات مستظة من ارتفاع المزاج وفرط النشاط (هوس) . ومع ذلك فقد تكون هناك نوبات قصيرة من ارتفاع المزاج أو فرط النشاط الخفيف ، (هوس خفيف) تعقب النوبة الاكتئابية مباشرة ، والتي نشأ أحياناً بواسطة علاج الاكتئاب . وتشترك الأشكال الشديدة من اضطراب الاكتئاب المتكرر في سماتها مع المفاهيم المبكرة للاكتئاب مثل اكتئاب الهوس الداخلي ، وقد تعدت النوبة الأولى في أي عمر بداية من الطفولة حتى للشبوحفة ، وقد تكون البداية حادة أو تدريجية ، كما تتراوح المدة بين بضعة أسابيع وشهور كثيرة ، ولكنها تتكرر بمعدل أقل .

وعلى الرغم من أن الشفاء يكون كاملاً في المعتاد ، إلا أن نسبة قليلة من المرضى يظلون مكتئبين بشكل مستمر خاصة في العمر المتأخر ، وقد تأتي النوبات الفردية بغض النظر عن شدتها في كثير من الأحوال ، نتيجة لأحداث حياتية ملينة بالإجهاد ، ويحدث ذلك في كثير من الحضارات ، وبين النساء يضعف معدل النسبة بين الرجال .

احتمال إصابة مريض الاضطراب الاكتئابى المتكرر بنوبة هوس ، هو احتمال وارد دائماً ، بغض النظر عن عدد النوبات الاكتئابية التي مر بها المريض ، وإذا حدث ذلك يجب تغيير التشخيص إلى اضطراب وجداني ثنائي القطب .

#### 2- اضطرابات وجدانية مستمرة

##### Persistent Mood (Affective) Disorders

هي اضطرابات مزاجية مستمرة وعادة غير مستقرة ، يندر أن تكون نوباتها الفردية على درجة من الشدة ، تعددعى وصفها بنوبات هوس خفيف أو حتى نوبات اكتئابية خفيفة الشدة . ولأن هذه الحالات قد تستمر لسنوات متواصلة وأحياناً تشغل الجزء الأكبر من حياة الشخص البالغ .. فإنها تتضمن ضيقاً وعجزاً ذاتياً شديداً . ولكن في بعض الأحوال قد تحدث نوبات متكررة أو نوبة واحدة من الهوس أو الاكتئاب ، وهنا تصنف إلى اضطراب وجداني مستمر .

وقد روى تصنيف الحالات الوجدانية المستمرة هنا بدلاً من تصنيفها مع اضطرابات الشخصية لما دلت عليه دراسات العائلات من وجود ترابط وراثي بينها وبين اضطرابات المزاج ؛ ولأنها تستجيب أحياناً للعلاجات المستخدمة نفسها في اضطرابات المزاج . كذلك تم وصف نوعين من المزاج اللوابي وعسر المزاج ، أحدهما : ميكر البداية ، والثاني متأخر البداية ، ويجب تحديد ذلك إذا لزم الأمر .

#### أ- المزاج اللوابي Cyclothymia :

وهو حالة مستمرة من عدم الثبات المزاجي ، تتضمن فترات كثيرة من الاكتئاب والابتهاج الخفيف (الهوس الخفيف) ، كلاهما ليس بالشدة أو طول المدى، التي تميز تشخيص اضطراب وجداني ثنائي القطب أو اضطراب اكتئابي منكرر . وكثيراً ما نجد هنا للشخص بين أقارب مرضى اضطراب الوجداني ثنائي القطب ، وقد يصاب بعض أفراد المزاج الدوري باضطراب وجداني ثنائي القطب . ويتكون عدم الثبات هذا عادة في بداية الحياة ، ويتخذ مساراً مزمنياً ، وإن كان يحدث أحياناً أن يستمر المزاج طبيعياً وثابتاً لشهور .

وعادة ما لا يرى الشخص علاقة بين ذبذبات مزاجه وبين أي أحداث حياتية وهو تشخيص يصعب التأكد منه ، دون فترة طويلة من الملاحظة أو دون تقرير جيد فوق العادة عن سلوك الشخص في الماضي ؛ لأن ذبذبات المزاج عادة خفيفة نسبياً ؛ ولأن الشخص قد يستمتع بها ويصبح أكثر إنتاجاً في فترات ارتفاع المزاج . ولذا فإن المزاج اللوابي كثيراً ما لا يصل إلى الانتباه الطبي .

وفي بعض الحالات قد يرجع ذلك إلى أن تغير المزاج - على الرغم من وجوده - يكون أقل بروزاً من التغيرات الدورية في النشاط ، والشقة في النفس والسلوك الاجتماعي والشهية للطعام .

ويشيع هذا الاضطراب بين أقارب مرضى الاضطراب الوجداني ثنائي القطب، بل إن بعض الأفراد ذوي المزاج اللوابي قد يصابون أنفسهم باضطراب وجداني ثنائي القطب . وقد يستمر الاضطراب طوال فترة حياة البالغ أو يتوقف مؤقتاً أو بشكل دائم ، أو قد يتطور إلى تآرجحات مزاجية أكثر شدة ، تستوفي مواصفات ومؤشرات الاضطراب الوجداني ثنائي القطب أو الاضطراب الاكتئابي المنكرر .



## ب- عصر المزاج Dysthymia :

هو اكتئاب مزمن في المزاج ، يستمر لعدة سنوات على الأقل ، وليس شديداً أو ليست نوباته بالمطول الكافي لتشخيص أي من الأشكال الشديدة أو المتوسطة ، أو خفيفة الشدة من اضطراب اكتئابي متكرر (على الرغم من أن مواصفات وشروط النوبة الاكتئابية خفيفة الشدة ، يمكن أن تكون قد استوفيت في الماضي ، خاصة في بداية الاضطراب) .

ويتباين التوازن بين الأطوار المستقلة من الاكتئاب خفيف الشدة والفترات الطبيعية نسبياً للفاصلة بينها ، وعادة ما تمر على الأفراد فترات أيام وأسابيع متواصلة ، يصفون أنفسهم فيها بأنهم على ما يرام ، ولكنهم في أغلب الوقت (لشهور متواصلة في كثير من الأحيان) يشعرون بالتعب والاكتئاب ، ويبدو كل شيء مجهداً ، ولا يستمتعون بشيء إطلاقاً ، ويجلسون في سكونة ويكثر الشكوى ، وينامون قليلاً ويشعرون بأنهم ليسوا كما ينبغي ، ولكنهم عادة ما يكونون قادرين على التعامل مع الاحتياجات الأساسية للحياة اليومية ، ولذا فإن عصر المزاج يشترك في كثير مع مفاهيم العصاب الاكتئابي أو الاكتئاب العصابي .

مؤشرات تشخيصية :

السمة الأساسية هي اكتئاب في المزاج ، طويل المدى لم يكن أبداً ، أو كان في حالات نادرة جناً على درجة من الشدة كافية لتستوفي المواصفات والمؤشرات الضرورية لتشخيص اضطراب اكتئابي متكرر خفيف أو متوسط الشدة ، ويبدأ عصر المزاج في بداية الحياة البالغة ، ويستمر لعدة سنوات على الأقل وأحياناً إلى الأبد .

وعندما تظهر البداية في مراحل العمر المتأخرة ، يحدث عصر المزاج في كثير من الأحيان عقب نوبة اكتئابية متميزة متزاملة ، مع فقدان عزيز أو أي إجهاد آخر واضح .

## ٦- اضطراب مزاجي (وجداني) غير محدد

Unspecified Mood (Affective) Disorder

نستخدم هذه الفئة كملجأ أخير ، حين لا يمكن استخدام أي اصطلاح آخر .

ويتضمن : ذهائناً وجدانياً ، غير محدد في مكان آخر .

### انتشار الأمراض الوجدانية :

تعتبر اضطرابات المزاج من أكثر الأمراض شيوعاً ، وهي مسئولة عن كثير من المعاناة والألام النفسية بين آلاف من أفراد الشعب ، ويكفي القول أن ٥٠ - ٧٠ ٪ من محاولات الانتحار الناجحة بين المجموع العام سببها الاكتئاب .

ومن العسير تحديد نسبة انتشار هذا المرض ، نظراً لأن الحالات البسيطة تشفى تلقائياً ولا ترد على الأطباء ، يزيد على ذلك أن كثيراً من هؤلاء يبدأون مرضهم بأعراض جسمية وفسيولوجية ، كما سيوضح فيما بعد مما يجعل التشخيص صعباً ، ويؤدي إلى نسب مختلفة لمدى شوع هذا المرض .

ولكى يبدو أن الأمراض الوجدانية تنتشر بين أفراد الشعب في نسبة تتراوح بين ٥ - ٦ ٪ بغض النظر عن الحضارة والجهة الجغرافية ، وقد نلت إحصائيات هيئة الصحة العالمية ١٩٨٨ أن نسبة الاكتئاب في العالم حوالي ٥ ٪ ، وأنه يوجد حوالي ثلاثمائة مليون مريض في عالمنا المعاصر ، إذا كان تعداد العالم سنة آلاف مليون نسمة .

ويحتمل في عام ٢٠١٠ أن تصل النسبة إلى أربعمائة مليون ، ولذا يعاني أكثر من اثني عشر مليون فرد في عالمنا المعاصر من الاضطرابات المزاجية والاكتئابية . ويجب التفريق بين أعراض الاكتئاب ، وهي أكثر انتشاراً واضطراب الاكتئاب ، فالأعراض لا تشكل مرضاً ، ولكنها تفاعل الظروف الاجتماعية والسياسية والاقتصادية ، أما المرض فيحتاج للتدخل علاجي طبي .

وقد وجد المؤلف مع د. رجب عبيد الحكيم أن نسبة الأعراض والاضطرابات الاكتئابية آثرت كثيراً بين الريف والحضر ، ونلاشى الاختلاف مما يوضح الانحصار والتمازج في هيكل المجتمع المصري ، فقد وجدنا نسبة الأعراض الاكتئابية بين مجموع الشعب في مجموعة ريفية حوالي ٣٦ ٪ ، مقارنة مع مجموعة من الحضر حوالي ٣٢ ٪ ، أما الاضطرابات الوجدانية فتراوحت بين ٤ - ٧ ٪ من هذه العينة (١٩٨٩) .

ويتنبأ العلماء بزيادة الاكتئاب نظراً لزيادة متوسط عمر الإنسان ، ومن ثم

كثرة الأمراض الجسدية ، ونوبات التكافل الأخرى في هجرة الشباب ، وحركة الحياة السريعة ، والمغريات التي تتجاوز قدرات الفرد ، وقلة الوازع الديني وتسبب القيم ، وانخفاض روح الجماعة ، وتغلب الإيثار الذاتي ، والإحساس المتواضع بالقيم الجمالية .

وتشكل الأمراض الوجدانية نسبة كبيرة من المترددين على عيادات الطب النفسي ، ونعني بهذه الأمراض الاكتئاب الخفيف والمتوسط والجسيم وعسر المزاج والمزاج اللباني والاكتئاب المتكرر ، فقد وجد واطسون في زوميا أنها تكون ٢١.٤ ٪ من مجموع المرضى بالمستشفى ، أما كاروثر فقد أحصى نسبة لا تزيد عن ٥.١ ٪ في كينيا ، وأعطى ثوث نسبة ١٩.٤ ٪ في الساحل الذهبي ، وكانت نسبة الأمراض الوجدانية في السودان ٣٣ ٪ ، أما في مصر فقد وجد المؤلف مع دطارق عكاشة نسبة هذه الأمراض بين مرضى النفوس ، تصل إلى ٢٤.٥ ٪ موزعة كالآتي :

١٩.٧ ٪ اكتئاب نفاغلي (عسر المزاج) ، و ٨.٦ ٪ ذهان المرح الاكتسابي (اضطراب وجداني ثنائي القطب) و ٥.٦ ٪ اكتئاب توقف الطمث (نوبة اكتئابية متأخرة) .

وقد لوحظ أن هذه الأمراض يزيد انتشارها بين الطبقات المثقفة ، وكذلك بين الطبقات العليا في المجتمع ، وهذا عكس ما يحدث في الفصام .

الأسباب :

تعدد النظريات في تفسير الاضطرابات الوجدانية ، ونستطيع الإلمام بأهم هذه النظريات :

#### ١- العامل الوراثي :

يلعب العامل الوراثي دوراً مهماً في نشأة اضطرابات المزاج ، وقد تعددت الأبحاث بشأن هذا الموضوع ، وكما سبق أن ذكرنا مع مرض الفصام .. فإن دراسة التوائم المتشابهة تعطى الضوء الكافي لمعرفة مدى أهمية العامل الوراثي ، وقد أجريت لأن سبع دراسات منسقة في جميع أنحاء العالم بشأن ذلك ، ونستطيع تلخيصها كالآتي :

التوائم المتشابهة المصابين المجموع	التوائم المتشابهة المصابين المجموع	الباحث
٥ من -	٤ من ٣	لوكتسبرج ١٩٢٨
٢٥ من ٨	٢٢ من ١٦	روزانوف ١٩٢٥
_____	٨ من ٤	كولمان ١٩٥٠
١٥ من ٣	٨ من ٤	سليتر ١٩٥٢
٣٩ من ١٥	٢١ من ١٥	دانونسكا ١٩٥٩
٣ من -	٨ من ١	اسموال ١٩٦٣
٢٢ من ١	١٠ من ٥	هارفالد ١٩٦٥
٣٤ من ١	١٥ من ٥	أكن ١٩٦٤
٥٢ من ٩	٥٥ من ٣٢	برولسن ١٩٧٩
حوالي ١٤٪	حوالي ٦٥٪	متوسط نسبة الإصابة بالمرض

ويتضح من هذه الدراسات أن نسبة الإصابة بالاضطرابات الوجدانية بين التوائم المتشابهة تصل إلى ٦٥٪ والتوائم المتأخوة حوالي ١٤٪ وتقل نسبة الإصابة بين أفراد العائلة ، كلما تقدم سن المريض بين المصابين ، وكلما وجدت مسببات نفسية وجسمية .

أما نوع المورثات المسببة للمرض ، فيتفق معظم العلماء على أنها مورثات سائدة ذات تأثير غير كامل ، أي إن العامل الوراثي في هذه الأمراض يفوق ما وجدناه مع الفصام ، ولكن لا يمنع ذلك من تأثير العوامل البيئية في إظهار الاستعداد الوراثي .

وقد دلت عدة أبحاث على ارتباط الأمراض الوجدانية بعدد من الأمراض النفسية والعقلية والجسمية الأخرى ، منها :

أ- يعتقد البعض أنه توجد ثمة علاقة بين الفصام والاضطراب الوجداني ، فإذا تزوج مريضان أحدهما بالفصام والأخر بذهان وجداني ، فيسكون أطفالهما إما فصاميين أو وجدانيين أو مزيجاً بين الاثنين ، بل يؤمن

البعض أنه أحياناً ما ينجب الفصامي مصاباً بالذهان الوجداني ، وإن أشار ذلك لظاهرة ما فهو كما سبق الذكر مع الفصام ، أنه يبدو أن الفرد يولد وهو مهيباً بمورثات خاصة للاستعداد للذهان ، وأنه حسب المؤثرات البيئية والفسولوجية والتاريخ العائلي سينشأ هذا الفرد ؛ ليصاب إما بالفصام أو الذهان الوجداني ، تبعاً لتفاعل المورثات مع البيئة .

ب- يؤمن العلماء بارتباط الذهان الوجداني وراثياً بالشخصية النوابية ، وأن هذه الشخصية ما هي إلا استعداد وراثي ضعيف للذهان ثنائي القطب .

ج- يرى الأطباء أن ثمة علاقة بين الاضطرابات الوجدانية وأمراض الشرايين خاصة تصلب الشرايين ، وارتفاع ضغط الدم وأمراض القلب ، والروماتيزم ، والبول السكري ، حيث إنه لوحظ ترابط قوي بين هذه الأمراض ، ويؤول هذا الترابط بنشأه المورثات المسؤولة عن هذه الأمراض .

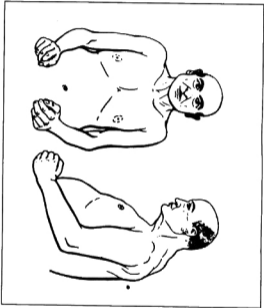
## ٢- الشخصية والتكوين الجسمي :

وجد لانج وكذلك كرتشمير (١٩٢٨ - ١٩٣٦) أن حوالي ٤/٣ مرضى الذهان الوجداني يتميزون بالشخصية النوابية قبل المرض ، وأهم صفاتها : تقلب المزاج من المرح والتفاؤل وحب الحياة والنشاط الزائد ، والطاقة المنطلقة والإقدام والشجاعة إلى المزاج العكسي من سودا وكتئاب وتشاؤم ، وزهد ، وكمل عام والتردد في اتخاذ القرارات .

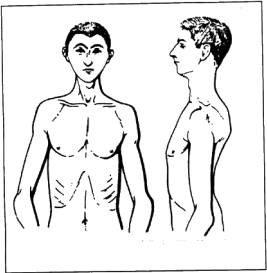
ولكن لا يصل تغير المزاج في هذه الشخصية إلى حد المرض أو عدم التوافق الاجتماعي ، كما تتميز هذه الشخصية بحب الاختلاط والانبساطية وسهولة التعامل مع الناس ، مع عدم الصلابة في الرأي وخفة الدم وسلطة اللسان . وطيبة القلب ، وسرعة الانفعال ، وحب الراحة وسهولة التعبير عن العواطف ، واتخاذ المواقف الإيجابية العملية .

وفد لوحظ كذلك ارتباط الذهان الوجداني والشخصية النوابية بالتكوين الجسمي المسمى «بالمكتنز» ، ويميل هذا الجسم للبدانة ، مع غلظ وقصر الرقبة ، ودوران الوجه ، وكبر البطن مع أطراف ضعيفة إلى حد ما .

ويرتبط هذا المرض والشخصية، والجسم مع الأمراض الروماتيزمية والسكر، وأمراض القلب والشرابين ، كما سبق أن ذكرنا .



المكون الكوتز



المكون الواعن



المكون العضلي



وتدل الدراسات الحديثة أن نسبة الشخصية النوابية قبل المرض أقل بكثير من التصورات السابقة ، بل إن التصنيفات الحديثة أخذت هذه الشخصية واعتبرتها اضطراب المزاج النوابي ؛ حيث إنها تستجيب للعلاج النفسي والكيميائي في كثير من الأحوال .

وتزيد نسبة الأمراض الوجدانية بين النساء أكثر من الرجال ، وتصل النسبة إلى ٣ : ٢ ، ويؤول ذلك بأن النساء يقبلن العلاج والتردد على العيادة النفسية أكثر من الرجال ، وأن تشخيص هذه الأمراض في الرجال عسير بعض الشيء ؛ حيث يأخذ عدة مظاهر خفية ، مثل : توهم اللعاب البدنية ، والإدمان ، والانتحار .. إلخ ، ولو أن هذه النسبة بدأت تقترب بين الجنسين في الوقت الحالي ، كذلك يؤول البعض هذه الاختلاف باحتمال وجود الصبغيات الوراثية الخاصة بالاضطرابات المزاجية على الصبغ ، وكذلك تعرض النساء للتغيرات الهرمونية .

### ٣- العوامل النفسية :

ينكر البعض دور العوامل النفسية في نشأة الاضطرابات الوجدانية ، ويدعى أن كل العوامل النفسية هي نتيجة للمرض وليست سبباً له ، بل هي نتاج عن المريض في تاريخه السابق لتأويل سبب مرضه اللعين ؛ حيث إنه لا يعلم ماهية نشأته ، وأنه من صفات المرض اجترار الخبرات السابقة ، أما رينيه (١٩٤٢) فقد اكتشف في بحثه أسباباً نفسية في ٨٠٪ من بين ٢٠٨ من مرضى ذهان الابتهاج الاكتئابي ، ولم يستطع إثبات هذه الأسباب في بقية الحالات .

وقد تعددت النظريات النفسية في نشأة هذا المرض ، من إحباط لدوافع لاشعورية ، إلى تحد لقدرات الفرد ، أو عدم التوافق بين قدراته وإنجازاته وما يتطلب منه ، ويرى فرويد أن السبب المباشر هو فقدان موضوع الحب ، مع النكوص للمرحلة القمية في تكوين شخصية الفرد .

ولم تستطع الأبحاث الحديثة إثبات علاقة مباشرة بين هذه الاضطرابات والحرمان الأبوي ، أو عمر الأبوين أو ترتيب ميلاد المريض بالنسبة لأخوته ، ولا يمنع ذلك من وجود بعض البراهين لارتباط النشأة الطفلية مع أمراض الوجدان عند النضوج ، فقد لاحظ هارلو (١٩٦٢) أنه إذا فصل فردة الرئيس ، عن بقية الفردة الصغار ، وعن الأبوين نشأت هذه الفردة في حالة انعزالية ، عازفة عن

الاختلاط مع الخجل الشديد وعدم الرغبة في الجنس .

وقد افترض جراي (١٩٥٨) وسكوت (١٩٦٣) أن الفترة الحرجة في تحديد العلاقة الاجتماعية للأطفال هي بين ٦ أسابيع و٦ شهور من العمر، وأنه إذا تعرض الطفل للحرمات الأسرى أثناء هذه المدة ينشأ عنده الاستعداد لنشأة الأمراض الوجدانية عند النضوج ، ولاشك أن التفاعل الأسرى بين الأم والأب والطفل له أثره الواضح في تكوين الشخصية، وبالتالي نهيلة الفرد لهذه الأمراض بعد نضجه .

وقد ثبت أن أحداث الحياة وصدمات الكرب تسبق اضطرابات المزاج؛ خاصة في الأسابيع الأربع السابقة لظهور الاضطراب ، أما في الفصام فأحداث الحياة تسبق المرض بحوالي ستة شهور، والجدير بالذكر أنه عادة ما يسبق النوبة الأولى عوامل نفسية واجتماعية ، أما النوبات التالية فيحتمل ظهورها دون سبب واضح ، وكأنا الفح أصبح قابلاً للإيقاد دون منبه (Kinding)، ويوجد كثير من مدارس التفسير النفسي لمرض الاكتئاب والابتهاج ، أهمها :

#### أ- النظرية التحليلية :

فسر فرويد وإبراهيم الاكتئاب على أنه تكوّن للمرحلة الغمية السادية في التطور الجنسي للشخصية ، وأن المكتئب يحل شعوراً متناقضاً ناحية موضوع الحب الأول (الأم) ، ونتيجة للإحباط وعدم الإشباع في مراحل نموه الأولى ، يتولد عنده الإحساس بالحب والكراهية ، والالتحام والتبذ .

وعندما يصاب بفقدان عزيز أو خيبة أمل عند نضوجه ، ينكسر حاجاته الأولية وبعمليات دفاعية لاشعورية من الإسقاط والإدماج والتكوس . ولتناقض عواطفه ناحية موضوع الحب المفقود ، يمتص طاقته ويندمجها نحو ذاته ، نحو الأنا ، ومن هنا يبدأ المكتئب في الانغلاق والعدوان الذاتي ، واتهام الأنا والإحساس بالدونية ، والتي تطلق العيول الانتحارية ، أما نوبات الابتهاج فهي تعبير عن الحرية الطفلية في إطلاق العنان لكل غرائزه .

#### ب- النظرية المعرفية :

وقد سبق شرحها في العلاج النفسي للاكتئاب مع علاج العصاب ، ويخصها رائدها الدكتور / بيك في أن الاكتئاب هو اضطراب في استراتيجية

التفكير ، وتكوين نظم فكرية سلبية ناحية الذات والعالم والمستقبل ، ومن ثم يتجه العلاج نحو تغيير هذه النظم الفكرية السلبية بأسلوب العلاج المعرفي ، بعد تقنيته للثقافة والمضارة العربية ، حيث إن النظم المعرفية والدينية تختلف في أوطاننا عنها في البلاد الغربية (أ. عكاشة - ط. عكاشة ١٩٩٦) .

ج- نظرية تعلم العجز (سليجمان ١٩٧٥) :

وتتلخص في أن مواجهة الفرد لأحداث كرب ومشقة مستمرة ، تؤدي إلى اللامبالاة ، والانسحاب وعدم الاستجابة ، ومن ثم الإحساس باليأس والعجز وعدم الحيلة ، ثم ينبع من ذلك أعراض الاكتئاب الأخرى .

وقد بنيت هذه النظرية على أساس نظرية التعلم في الحيوانات ، وما يحدث لها عند تعرضها لمبهات كرب وشدة ومشقة .

د- نظرية التهيب (براون وهاريس)

يعتمد الاكتئاب هنا على :

(١) التعرض لأحداث حياتية مؤلمة حديثة .

(٢) عوامل التهيب :

أ- فقدان الأم قبل سن العاشرة عشرة .

ب- وجود ثلاث أو أكثر من الأطفال عمرهم أقل من أربعة عشر عاماً .

ج- غياب الإحساس العاطفي الدافئ مع الزوج ، أو علاقة أخرى نافذة تساند الفرد اجتماعياً .

د- البطالة أو وظيفة مؤقتة .

وقد عززت الأبحاث العاملين الثالث والرابع ، خاصة المساعدة الاجتماعية عند التعرض لكرب ، ولكن لم يثبت صدق العاملين الأول والثاني .

٤- العوامل الجسمية : (التغذية ، والعصبية ، والكيميائية ، والفسيولوجية) :

كما ذكرنا في الفصل علاقتهم القوية باضطراب الغدد الصماء ، فسنجد

تطبيق الشيء نفسه على اضطرابات المزاج أو الأعراض الاكتئابية أو الانسحابية .  
وستطبع تلخيص هذه العلاقة في التالي :

(١) تزيد الأعراض الاكتئابية أثناء الطمث وفترة ما قبل الطمث ، وتشكو النساء من التوتر الداخلي والصداخ والانتفاخ ، وسهولة التهيج العصبي ، مع حساسية الانفعال وكثرة البكاء ، وهذه الفترة تصاحبها تغيرات واضحة في الهرمونات الجنسية السابق ذكرها .

(٢) تبدأ وتزيد وتشدد الأعراض الاكتئابية ، عندما يتوقف نشاط الهرمونات الجنسية في ما كان يسمى سابقا بسن اليأس .

(٤) تظهر أعراض ثنائي القطب بكثرة بعد الولادة ، وأثناء التغييرات الفسيولوجية والهرمونية ، التي تحدث أثناء هذه الفترة ، وكذلك مع تناول أقراص منع الحمل .

(٥) يصاب مرضى المكسديما (نقص إفراز الغدة الدرقية) بأعراض اكتئابية شديدة في حوالي ٤٠ ٪ من الحالات. بل وتبدأ الحالة أحيانا بهذه الأعراض النفسية والعقلية قبل ظهور العلامات العضوية الجسمة .

(٦) قد يصاب المريض بمرض جريف (زيادة إفراز الغدة الدرقية) بنوبات من الابتهاج الحاد، أثناء نشاط هذا المرض .

(٧) تصاحب نوبات الذهان الدوري من اكتئاب أو ابتهاج مرض كوشنج (زيادة إفراز الغدة الأدرينالية) ، أو أحيانا خلال علاج بعض المرضى بعقار الكورتيزون .

(٨) تقل نسبة الذهان الدوري قبل البلوغ ، وتزيد مع بدايته .

وإن كنا تحدثنا الآن عن العلاقة بين اضطرابات المزاج والغدد الصماء .. فإن هذه العلاقة نفسها توجد بين هذا المرض واضطرابات الجهاز العصبي ، فنجد لوحظ أن كثيراً من أمراض الجهاز العصبي تبدأ في هيئة اكتئابية أو ابتهاجية ، مثل: زهري الجهاز العصبي ، والشلل الاهتزازي ، وتصلب شرايين المخ ، والتصلب المتناثر ، وأورام الفص الجبهي في الدماغ ، وكذلك الفص الصدغي سواء أولية أو ثانوية ، والصرع النفسي الحركي .

ويشير شفاء مرضى الاكتئاب بالجلسات الكهربائية وأحياناً بالعمليات الجراحية في الدماغ إلى اضطراب أساسي في الجهاز العصبي ، وقد وجد أن كثيراً من الأمراض تقوم بدور العوامل الحافزة لنشأة هذا المرض ، ومن أمثلة ذلك الإنفلونزا والأدوية المستعملة لخفض الدم المرتفع .

وقد أجرى حديثاً كثير من الأبحاث عن علاقة مرضى الاكتئاب الانهاجي بنسبة المعادن في الجسم ، وعمليات التمثيل الغذائي المختلفة ؛ فقد وجد مثلاً أن جسم الفرد المكتئب يحتفظ بكمية صوديوم تزيد ٥٠٪ عن طبيعته . أما الشخص المصاب بنوبة الانهاج فتزيد هذه النسبة إلى ٢٠٠٪ ، وشفاء هؤلاء المرضى تعود هذه النسبة إلى طبيعتها . وإثبات هذه التجربة ، أعطى بعض مرضى الذهان الدوري كمية من هرمون النخامين ، وهو خلاصة هرمون الفص الخلفي من الغدة النخامية ، والذي من طبيعته الاحتفاظ بالماء والصوديوم في الجسم ؛ فلاحظ أنه سامت وتدهورت حالة هؤلاء المرضى ، سواء في نوبات الاكتئاب أو الانهاج .

وكذلك وجد اختلاف في ارتفاع وتأرجح لمعادن بين أغشية خلايا الدماغ ، وبالتالي اختلاف في الطاقة الكهربائية بين هذه الخلايا في حالات هذا المرض ؛ مما يؤيد النظرية الفسيوكيميائية .

وإن كنا قد ذكرنا عدة عوامل سابقة في نشأة هذا المرض .. فإن أهمها هو الأسباب الكيميائية ، والتي أدت إلى تطور بالغ في علاج هؤلاء المرضى ، والتي أحدثت ثورة في الطب النفسي والعقلي ؛ فقد لاحظ البعض منذ عدة سنوات أن كثيراً من مرضى الضغط المرتفع ، والذين يتناولون عقار السيريازيل بانتظام تتناوبهم نوبات من الاكتئاب الشديد . وفي الوقت نفسه لاحظ البعض الآخر أن مرضى الترن الذين يعالجون بعقار المارسيليد يصابون بنوبات من الانهاسط والشعور بحسن الحال .

وعلى الرغم من خطورة مرضهم ، وبالتفكير العلمي المنظم والأبحاث الطويلة المضنية ، التي وضعت هاتين الملاحظتين في الاعتبار ، وجد أن السيريازيل يقلل من نسبة بعض الموصلات العصبية في المخ خاصة السيروتونين والأدرينالين والدوبامين ، وبالتالي يسبب أعراضاً اكتئابية . وأن المارسيليد يزيد من نسبة هذه الموصلات ؛ ولذا يؤدي إلى أعراض انهاسطية ، ومن ثم وجد أن إعطاء المارسيليد لمرضى الاكتئاب يشفي كثيراً منهم ويخفف من آلامهم ، وكان

هذا العقار الأساس لنشأة جميع العقاقير المضادة للاكتئاب بدءاً من عام ١٩٥٦ ، كذلك أعطى السيريازيل لمرضى الهوس أو الابتهاج ، وهذا من حالهم ، مما أدى إلى نشأة سلسلة من العقاقير المشابهة في علاج هذا المرض .

ومما يزيد نظرية الموصلات العصبية في نشأة مرض الاكتئاب الابتهاجي ، وجود هذه المواد بنسبة أعلى من أي جزء آخر في المخ في المناطق الخاصة بالانفعال ، خاصة المهاد التحتاني (الهيبيوتلاموس) ، والمخ الحشوي في السطح الأنسي للمخ ، والغدة الصنوبرية .

كذلك وجد أن نسبة هذه الموصلات في المرضى المتحجرين من مرض الاكتئاب نقل في هذه المراكز الدماغية بشكل واضح ، بعد تحليلات دقيقة في المخ بعد وفاتهم وكذلك بالتشريح والدراسة الكيميائية لمخ بعض مرضى الاكتئاب ، الذين لاقرأ حثلهم لأسباب عديدة أثناء علاجهم بعقاقير مضادة للاكتئاب ، وجد أن نسبة هذه الموصلات العصبية تزيد تدريجياً خلال العلاج ، وتصل إلى أقصاها في خلال ثلاثة أو أربعة أسابيع ، مما يؤدي إلى العلاقة الوثيقة بين اضطراب الاكتئاب ونسبة هذه الموصلات العصبية في المخ .

### الاكتئاب الشديد مع أو دون أعراض ذهانية :

سبق شرح أعراض وتصنيف الاضطرابات الاكتئابية في بداية هذا الفصل ، للتشخيص المقتن الصحيح . وينصف هنا الأعراض الإكلينيكية بأنواعها المختلفة لكل من اضطراب الاكتئاب والابتهاج . ومرادفات الاكتئاب الشديد عديدة ، فعنها : «ذهان الهوس الاكتئابي» ، «الاضطراب الوجداني الجسمي» ، «الاكتئاب العقلي أو الذهاني» ، «الاكتئاب الداخلي» ، «الملائكوليا» ... إلخ .

### الأعراض الإكلينيكية :

تختلف الأعراض في هذا المرض بشكل واضح ، وعادة ما تزحف هذه الأعراض ببطء نحو المريض ، وأحياناً تظهر فجأة ؛ خاصة بعد عوامل مثيرة مثل الولادة أو عمليات جراحية ... إلخ ، ويلاحظ في عديد من الأحوال تغير في الشخصية والسلوك قبل ظهور الأعراض الإكلينيكية المميزة ، بل أحياناً يبدأ المرض بأعراض عامة ، مثل : صعوبة التركيز ، والتردد ، وعدم القدرة على اتخاذ قرارات إيجابية كسابق عهد المريض ، وشكاوى وآلام جسدية ، وإعياء وشعور بالتعب وتوهم عكس بدنية ، ومحاولات للانتحار ، والإدمان .. وهكذا .

ونستطيع مناقشة الأعراض الإكلينيكية للاكتئاب الشديد تحت الطواهر الآتية :

- ١- أعراض اكتئابية وجدانية .
- ٢- أعراض نفسية أو سيكولوجية .
- ٣- أعراض فيسيولوجية .
- ٤- أعراض سلوكية .

وأكثر أعراض بداية الاكتئاب شيوعاً ، هي : التعب والإعياء، وصعوبة التركيز، آلام جسدية ، الأرق واختلاف المزاج عما سبق قبل الشكوى من الحزن والاكتئاب .

#### ١- أعراض اكتئابية :

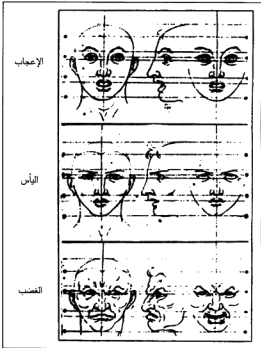
تتميز هذه الأعراض بظاهرة مهمة ، هي التغير النهاري ، وذلك أن شدة الأعراض تزيد في فترة الصباح ، وتحسن تدريجياً أثناء اليوم حتى نقل حدثها مساءً؛ فيصحو المريض ، وهو في حالة شديدة من الانقباض والضيق والاكتئاب والسواد ، ويبدأ في التحسن النوعي في وسط النهار ، ثم نقل بعد ذلك تدريجياً المعاناة النفسية .

ويبدأ الاكتئاب بأعراض بسيطة تتدرج في الشدة، إن لم نعالج في بدء الأمر؛ فيشكو المريض أولاً بفقدان القدرة على التمتع بالمباهج السابقة ، أو ما يصفه بنلميل في العواطف ، مع انكسار النفس وهبوط الروح المعنوية ، ثم يشعر بتغير لون الحياة وقبحها ، ويبدأ في التساؤل عن أهميتها ، ويعيش في سحاب من اليأس والجزع والانقباض .

وهنا تبدأ نوبات متكررة من البكاء الهادئ أو الصراع الحزين ، ثم تزيد وطأة الاكتئاب ، ويشعر بفقدان الأمل ويتخلل ماضيه وحاضره ومستقبله الرعب والخوف والاكتئاب ، ويصيه الأرتباك الشديد ، ويقامل .. لماذا لا أستطيع التمتع وقد وهبني الله كل المباهج؟ ماذا حدث لي؟ كل الألوان متألقة والحياة سوانه، لماذا لا يأتي الموت؟ هل كتب علي الانتظار؟، الحياة لا تستحق ، أسوار الحزن تحيطني من كل جانب، «إنني لا أستحق الحياة» ،نغمزني الذنوب والشعور بالإثم.. هكذا ، وكأنه ينظر للحياة من خلال أنبوبة بدايتها ونهايتها مظلمة .

ويشعر الطبيب عادة بإحساس المريض وحزنه، ويتجاوب معه وذلك عكس

ما يحدث بين الطبيب والفصامي، وعادة ما تصاحب الاكتئاب أعراض عضوية مختلفة خاصة أثناء الصباح، مثل: الصداع، والقيء، والدوخة، وآلام جسمية مختلفة.



رسم شارل لوبران



## ٢- أعراض سيكولوجية :

### أ- الوظائف العقلية :

تتأثر هذه الوظائف بالاكئاب ، ويبدو ذلك في هيئة مميزة من البطء وقلة الانتباه ، والسرعان وعدم القدرة على التركيز واختفاء سرعة البديهة والاستجابة الانفعالية ، بل وتتأثر أحياناً الذاكرة نظراً لصعوبة التركيز واستدعاء المواد العاصية ويتخلل هذا أعراض تردد واضح في اتخاذ القرارات وارتباك في السلوك ؛ مما يفقد المريض النفاذ والبهت في الأمور .

### ب- التفكير :

يتتاب التفكير عدة اضطرابات ، أهمها : الإجهاد الشديد عند التفكير في أبسط الأشياء ، وكأنه يقوم بعمل شاق بدني ، ثم تضخيم الأمور البسيطة واجترار مضاعفاتها بطريقة تختلف عن طبيعته ، فالذهاب للعمل يكتنفه المخاوف إذا وقع على وثيقة أو شيك أو على عقوبة ، وخروج أحد الأبناء تصاحبه أفكار بالمواد والموت والقتل ، ثم تضخيم أتفه الأشياء كدهان المنزل ، أو الخروج بالمواصلات ، أو تسديد الديون أو الشهادة في المحكمة أو الجلوس مع الأصدقاء .. وهكذا ، وكذلك يتميز التفكير بالاستبطان الذاتي ، والخيال المستمر مع الهموم اللانهائية .

ومن العلامات المميزة لهذا التفكير :

(١) الإحساس بذنوب الضمير ، والشعور بالذنب ، وانهمار نفسه بالخطيئة والثلوث الخلقى والدونية ، وتأخذ هذه الأعراض طابعاً غير واقعي فتجد السيدة البالغة من العمر خمسين عاماً يورق ضميرها ابتسامتها لابن الجيران ، عندما كانت في السادسة عشرة من عمرها ، كذلك يبدأ الرجل المسن في لوم نفسه على وعده الكاذب للزواج بفتاة منذ أربعين سنة .

ويبدأ المرضى في التثقيب والبحث في ماضيهم لإيجاد سبب لإرضاء هذه النزعة من الشعور بالخطيئة أو محاولة إيقاع النهم عليه ، أو إغراقه في قضايا اختلاس أو خلقية وكثيراً ما يزول المرض كله لهذا الذنب ، ويجب الحرص في تصديق هذه المسببات ، والتي هي نتيجة

المرض وأحد أعراضه وليست سببه ، ويدل على ذلك اختلافها تماماً بعد الشفاء وسفرة المريض من أقواله السابقة .

### (٢) توهم العلل البدنية :

وهي أكثر الأعراض شيوعاً ، بل وكثيراً ما يبدأ المرض بهذه الظاهرة ، مما يجعل المريض يتجه اتجاهها خاطئاً في العلاج ، ويتردد على الأطباء الباطنيين الذين يعارضون الكشف عليه مراراً ، دون اكتشاف سبب عضوي للألم ، مما يغيظ المريض أحياناً قول الطبيب ، إنك لاتعاني من شيء .. لآستطيع أن أجد سبباً لمرضك ، فهنا يشعر المريض بالطامة الكبرى ، وأن الأطباء لا يصدقونه ولا يستطيعون تشخيص مرضه .

وبالطبع يغيب على الطبيب الباطنى في ذلك الوقت مرض الاكتئاب ، بل وعادة ما ينكر المريض الاكتئاب ويسببه لعله البدنية ، وأنها إذا شفيت سينتهي اكتسابه ، وهو هناك لا يعلم أن هذه الآلام بسبب الاكتئاب وليست سببه ، وتأخذ هذه الأعراض طابعاً معيظاً مثل الصداع الدائم في أعلى الرأس ، والدوار ، والطنين في الأذن ، وضيق التنفس ، وصعوبة الهضم ، وانتفاخ البطن ، وآلام الساقين والذراعين والكف وحرقان في الجلد ، وآلام في الشعر .

وقد شاهدت بعض مرضاى يتعرضون لإجراء عمليات جراحية من استئصال اللوزتين ، والزائدة الدودية وتركيب طاقم أسنان ، وليس النظارة ، وكى الجيوب الأنفية ، وعمل مئات الأشعات والتحليلات دون جدوى ، حتى تمكن الطبيب من التشخيص السليم وإعطاء العلاج المناسب ، ويبدأ المريض في الإحساس بكل حركاته الفسيولوجية وملاحظة عمليات التنفس والهضم وضربات للقلب ، ويصف تفصيلات عديدة القيمة عن كمية التعرق واللعاب والبول والبراز .. إلخ ، ويصبح أسيراً للوظائف والآلام الجسدية ، وتزيد هذه الأعراض صباحاً عنها مساء ، بل ويشير ذلك إلى التغير النهارى المميز للاكتئاب ، والذي سبق الكلام عنه .

(٣) الشعور بعدم الأهمية والتقليل والحط من قيمة الذات أى الإحساس بالدونية وانحطار النفس . ومن هنا تبدأ الأفكار الانتحارية ، وتذكر رجلاً مسناً يكرر محاولات انتحاره يومياً ، لأنه لا يستحق أبناءه الضباط والأطباء ، وأنه عار عليهم وعبء ثقيل ، ومجال للسخرية على الرغم من احترام هؤلاء الأبناء لأبيهم ، الذى كافح لتربيتهم ، وإعطائه كافة الحقوق والاحترام الأبوى ، ولكنه مرض الاكتئاب الذى جعله يتجه إلى هذه الوسيلة السوداوية .

وفى زيارة لأحد مرضى الاكتئاب ، بكى المريض وتوسل إلى أن أعطيه حفلة لإنهاء حياته ، وأنه لا يستحق مصاريف العلاج وأنه عبء ثقيل على العائلة .. وكذلك مريض فى سعة من العيش ، يؤمن أنه فقير وفاشل ومحطم ويجب التخلص منه . وعندما تزيد وطأة هذا الإحساس ، تظهر الضلالات ويتميز الاكتئاب بضلالات مميزة .

#### (٤) الضلالات :

يطلب على مرضى الاكتئاب ضلالات العدمية وتعنى الإحساس بفقدان أو غياب أحد أعضاء الجسم أو توقفه عن العمل فيشكو المريض بأن رأسه فارغ ، وأن المخ اختفى ، أو أن الجهاز الهضمى توقف عن العمل ، ويدوام على المعاناة من فراغ صدره من الرئة والقلب وأنه أصبح فى عداد الأموات ، وبعضهم يتعمد ليقول إن الجهاز العصبى أصيب بشلل تام وعدم الحركة ، وذلك على الرغم من القيام بالعمليات الفسيولوجية .

كذلك تنتشر ضلالات الفقر والفشل والإفلاس دون أساس لهذه الاعتقادات الخاطئة . وأحياناً تبدأ هذه افاضهادية ، تتراكم مع مستوى التفكير بأنه تدبر له مؤامرة للخلاص منه ، وأنه تحت الرقابة المستمرة ، وأنهم يريدون إفلاسه وإعلان فقره ، وأنه يستحق ذلك ، وعيناً مناقشته بعدم صحة هذه الاعتقادات .

#### ج- اختلال الأنية والعالم الخارجى (تبدد الذات والواقع) :

يشعر المريض بأنه قد تغير وفقد شعوره بالمباهج السابقة ، وأنه لا يشعر

بالألم أو السعادة ، ويبدأ في النظر للمرأة مشدوهاً لما أصابه من تغيير ، ويتعجب لإحساسه بأنه على الرغم من يقينه أنه هو ذاته ، إلا أنه يحس أنه تغير في نظرنه وسلوكه وسيره ، بل إن العالم حوله قد تغير ، وأصبح لايعطيه الاستجابة نفسها وأنه غير حقيقي ، وينظر إلى الحياة من خلال سحابة كثيفة معتمة .

#### د- الهلاوس والخداعات :

وتظهر أحياناً مع مرضى الاكتئاب بعض الهلاوس السمعية والبصرية ، وعادة يتوافق محتواها مع بنية التفكير السوداوى ، فنجد الأصوات تتهم المريض بأنه لا يستحق الحياة ، وأن الموت ينتظره وأنه محتقر ، وفاشل وفقير ، وكذلك يرى هلاوس بصرية في هيئة أشباح مفزعة وجثث والتحارات .. إلخ ، وتظهر الخداعات في هيئة سوء تأويل للواقع ، يأخذ الطابع السوداوى .

هـ- كثيراً ما يطلق الاكتئاب أعراضاً عصابية هستيرية أو قهيرية ؛ مما يجعل الطبيب أحياناً يميل إلى تشخيص العصاب ، ولكن يجب أخذ كل الأعراض في الاعتبار ؛ حتى لا يغيب تشخيص الاكتئاب في مثل هذه الحالات .

#### ٣- أعراض فسيولوجية :

وهي من أهم الأعراض التي تميز الاكتئاب الذهاني ، ويعتقد البعض كما سبق الذكر أن هذا الاكتئاب اضطراب فسيولوجى أولى بسبب اضطراب العوصلات العصبية في مراكز الانفعال في الدماغ ؛ وخاصة الهيبتونلاموس والمخ الحشوى ، مما يسبب الأعراض الآتية :

##### أ- اضطراب النوم :

وهو أكثر الأعراض شيوعاً ، ويعانى المريض من الأرق الشديد الذى يجعل حياته سلسلة من المعاناة والألم ، ويختلف نوع الأرق تبعاً لشدة المرض ، فمن صعوبة في بدء النوم والتقلب في الفراش لساعات حتى الفجر لتقلق والأرق طوال الليل مع الأحلام المزعجة والكوابيس الثقيلة ، بل أحياناً ينام المريض ويصحو صباحاً ، وكأنه قد قطع رحلة معضنة شاقة مرهقا متعبا وكأنه لم يدم طول الليل .

أما الأرق المميز للاكتئاب الشديد ، فهو اليقظة في الفجر أو حوالي الثانية أو الثالثة صباحاً بعد النوم لمدة بسيطة ، وعدم قدرة المريض على الخلود للنوم ثانية ،

وهي من أتمس فترات مريض الاكتئاب ، حيث يتناوب الشعور بالحزن والسواد وكل الناس نيام .

وتتفرق هذه الیقظة المبكرة والأرق المميز بين الاكتئاب الشديد والمتوسط والخفيف وأنواع الاكتئاب الأخرى ، ولو أن بعض الأبحاث (هنتون ١٩٦٣) تشير إلى أن نوعية الأرق لا تميز بين نوعي الاكتئاب ، وأنه كلما اشتدت الأعراض وزاد الشعور باليأس والحزن والفضل والذنب قل النوم ، وازداد الأرق في النصف الثاني من الليل ، بغض النظر عن نوع الاكتئاب .

والأرق من الأعراض الخطيرة التي تسرع بالمريض للطبيب ويكفي ثلاثة أو أربعة أيام من الأرق المتواصل لكي يكون المريض أمام الطبيب سائلاً المعونة ، ونلاحظ ترابطاً إيجابياً بين الأرق والعيول الانتحارية ، وأحياناً ما يعاني مريض الاكتئاب من إفراط في النوم ، ويظهر ذلك في حوالي ١٠ - ١٥ ٪ من الحالات .

ب- فقدان الشهية :

وهي أيضاً من العلامات المميزة للاكتئاب ، وأحد أعراض الكسل العام الذي يعترض الجهاز العصبي والهضمي ، ويقية أجهزة الجسم . ويحتمل أيضاً رفض المريض للطعام كرهبة خفية في الانتحار أو لاعتقاد خاطئ إلى نفس واضح في الوزن إلى درجة الهزال ، ويعتبر بدء إضافة بعض من الوزن ، علامة على بدء التحسن والشفاء .

وعادة ما يتردد مريض الاكتئاب الذين يعانون من فقدان الشهية على الأطباء الباطنيين فلما منهم أن المرض في الجهاز الهضمي ، خاصة إذا كان العرض مصحوباً بتوهم بعض العلق البدنية في هذا الجهاز ، ويتناولون الهاضمات وفيتامينات وفاتحات الشهية والمقويات دون جدوى ، ويزيد الاكتئاب .

ويعد مدة من طول المعاناة ، يلجأون للطبيب النفسي بعد تقدم الحالة وزيادة احتمال الانتحار وسرعان ما يعود وزنهم إلى طبيعته بعد العلاج .

ج- الإمساك :

نسمع كثيراً عن المصمران العصبي ، بل ويستمر بعض المرضى شهوراً وسنوات على المسهلات للإمساك المزمن ، الذين يعانون منه مع أن الإمساك من

الأعراض الواضحة لمرض الاكتئاب ، والعلاج هنا للمرضى الأولى . ويجب تذكر هذا المرض عند مراجعة حالة إمساك مزمن ، مصحوب ببعض الأعراض السابق ذكرها .

#### د- الضعف الجنسي واضطرابات الطمث:

لاحظنا خاصة بين مرضى الأرياف أنهم لا يهتمون بجميع الأعراض السابقة ، ولكن عندما يبدأون في الإحساس بالضعف الجنسي ، وفقدان الرغبة وسرعة القذف وضعف الانتصاب ، بل وفقدان القدرة تماما .. عندئذ يهرعون للطبيب طالبين المعونة .

وفقدان القدرة الجنسية في الرجل من أهم الأعراض التي تميز مرض الاكتئاب ، وهذا يصاب المريض بالخداع الذاتي ، ويؤول اكتنابه للضعف الجنسي ، والعكس صحيح أنه فقد القدرة لأنه أصيب بمرض الاكتئاب .

ويتجه هؤلاء المرضى لأطباء الجهاز التناسلي ، ويبدأون في سلسلة من الهرمونات وتندليك البروستاتا ، مع إهمال الجانب الوجداني حتى تظهر بقية الأعراض وتتضح الحالة بأنها اكتئاب ذهاني .

وأذكر المريض الذي أخذ يناقشني طويلاً عن كيفية نصيحته بالعلاج الكهربائي على مخه ، وهو يعاني من ضعف جنسي ، وما العلاقة وعبثاً حاولت إقناعه بأنه يعاني من مرض الاكتئاب ، وهو الذي سبب له هذا المرض ، وأخيراً استسلم وهو غير مقتنع بالعلاج . وبعد الجلسة الرابعة كانت قوته الجنسية قد عادت إلى طبيعتها ، وبالطبع لأعنى هنا أن كل حالات الضعف الجنسي هي أمراض اكتئابية ، بل سبق أن ذكرنا أن الغالبية من هذه الحالات تمثل القلق النفسي ، ولكن علينا ألا ننس الاكتئاب ، وأنه أحياناً يبدأ بهذه الأعراض ، قبل ظهور بقية علامات المرض .

وتشعر المرأة بالنفور من الجنس ، والبرود الجنسي عند بدء مرض الاكتئاب وتتعب لهذا التغيير ، على الرغم من حبها الشديد لزوجها ، ويندهش الزوج لما طرأ على زوجته ، بل وينهمها أحياناً بأنها فقدت حبها له ويخلق ذلك متاعب وصراعات مختلفة ، وكثيراً ما تضطرب الدورة الشهرية .. فمن انقطاع الطمث إلى كثرة تردده إلى تزييف شديد ، أو مسجن الدورة ليوم واحد ، وعبثاً تكون

محاولات أطباء النساء في العلاج بالهرمونات لتنظيم هذه الاضطرابات ، وسببها اضطراب مراكز الهرمونات في المخ ، والتي تنظمها دائرة الانفعال التي تضطرب أثناء الاكتئاب .

إذا يجب التذكر ؛ بأن كثيراً من الاضطرابات الجنسية يكون سببها مرضاً اكتئابياً ، يخفى وراء هذه الأعراض ؛ مما يجعل التشخيص يتجه اتجاهها خاطئاً منذ البداية .

#### 4- أعراض سلوكية :

يؤثر الاكتئاب على النواحي المختلفة في حياة الفرد ، وينعكس ذلك في كل تصرفاته وسلوكه .

ونستطيع تلخيص هذه الأعراض كالآتي :

#### أ- المظهر الخارجي :

تبدو على وجه المريض سحنة الحزن والكآبة ، فتظهر عيناه متعبة مرهقة وجفونه العليا مسدلة ، والسفلى مجمدة مورمة ، وتتقوس حواجبه فوق العيون الحزينة ، وتندلى زوايا الفم ، وكأنه لا يستطيع رفع فكه وترسم على الشفاه علامات الامتعاض واليأس ، ويسير المريض مقوس الظهر ، لا يستطيع رفع عينيه ولا يحرك يديه أو يعبر عن ذاته ، وإذا تكلم فيصوت منخفض متهدج متقطع وكلمات بسيطة ، تخرج من فمه بصعوبة ، وكأنه يحرم نفسه من أحقيته في الشكوى .

لا يستطيع الناظر لهذا المظهر الخارجي أن يخطئ في تشخيص أن هذا الإنسان يعاني آلاماً نفسية شديدة ، وأنه فقد رغبته في الحياة ، وبالتالي يلزم علينا مساعدته .

#### ب- السلوك الخارجي :

نقل قدرة المريض على العمل ، بل ويرفض أحياناً الذهاب إليه ، ونصبح الزوجة غير قادرة على القيام بالأعباء المنزلية أو العناية بأولادها ثم يعزل المريض عن المجتمع ، ويرفض مقابلة أصدقائه ، ويعزف عن قراءة الجرائد أو سماع الراديو أو مشاهدة التلفزيون ، ويدوم على الشكوى بأن الحياة مملة ولا يوجد

ما يستحق المعاناة اليومية ، وانتظار الصوت ، ثم يبدأ في إعمال ذاته ونظافته .. فلا يهتم بملبسه أو حلاقة ذقنه ، أو قص أظفاره ولا يستحم لأيام أو أسابيع وتفقد المرأة اهتمامها بمظهرها الخارجى ، فلا تمشط شعرها ولا تعتنى بملبسها ولا تتنسل ، ويلاحظ تحسن المريض بالبده فى الاهتمام بمظهره والعناية بنفسه ، ويؤخذ ذلك فى الاعتبار عند تقييم درجة الشفاء .

### ج- النشاط الحركى ( السبات أو التهيج ) :

يتميز مرض الاكتئاب بالهبوط الحركى ، والكسل العام والخمول النهي والجسدى ، والذي يعمل أحياناً إلى حد عدم الحركة والشلل التام والغيبوبة الاكتئابية ، وهنا يتوقف المريض عن الحركة والكلام والطعام والشراب . ونحتاج مثل هذه الحالات إلى التدخل الفورى للمستشفى . وأحياناً ما يصاب مريض الاكتئاب بعكس هذا وتزيد حركته ، ولا يستطيع الجلوس ، ويبدأ فى السير ذهاباً وإياباً دون توقف ويفرك يديه ، ويهز رجله وترتجف أطرافه ويكثر كلامه ، ويعبر عن تيرمه وضيقه بالصراخ ، وتظهر هذه الإثارة والتهيج بوضوح فى حالات اكتئاب توقف الطمث .

### د- الانتحار :

يعتبر الانتحار فى الاكتئاب من أكثر الأعراض خطورة ، نظراً لما يحويه من إنهاء الفرد لذاته . وكما ذكرنا سابقاً فإن ٥٠ - ٧٠ ٪ من الانتحار الناجح يكون سببه الاكتئاب ، الذى لم يتم تشخيصه ، ويؤول ذلك أن هذا المرض أحياناً ما يزحف ببطء وبأعراض خفية كأعراض جسدية أو أرق أو اضطرابات جنسية أو عدم اهتمام المريض بما حوله ، بحيث لا يشكو مباشرة من الاكتئاب . ويغفل على الناس والأطباء التشخيص ، ونجد أنفسنا مرة واحدة فى مواجهة مشكلة الانتحار ، بل أحياناً ما يبدأ اكتشافنا للمرض بهذه المحاولة .

ويكثر الانتحار بين المسنين وبين هؤلاء ذوى الشخصية المتكاملة السوية ، وفى الحالات الحادة الشديدة ، خاصة عندما تزيد أعراض التهيج والإثارة واليأس وتأنيب الضمير والشعور بالذنب ، وتأخذ محاولات الانتحار فى الاكتئاب طابعاً جدياً وليس كما هى الحال فى الهستيريا ، فتجد المريض يحاول شق نفسه أو إطلاق الرصاص على رأسه أو إلقاء نفسه من أعلى أو فتح أنبوبة الغاز ... وهكذا .



وأحياناً ما يصاحب عملية الانتحار قتل بعض أو أحد الأعمام أو الأقرباء ، ولا يقتل المريض للرغبة في القتل ، بل اعتقاداً منه أنه ينفذ أحبائه من هذه الحياة المظلمة والتعاسة الأبدية ، وأنه لا يستطيع تركهم يعانون كما يعاني .. فتجد الزوج يقتل أولاده وزوجته ثم ينتحر ، أو تقتل الأم طفلها ثم تنتحر ، ولذا فهذه القصص التي نقرأها يومياً في الجرائد لا تعبر عن جنون ، بل عن أفراد يعانون من الاكتئاب ، ولم يستطع أحد الوصول إلى تشخيصهم ، وبالطبع يمكن إنقاذهم ، إذا بدأنا في علاجهم مبكراً ، وإنا تذكر الأطباء دائماً مرض الاكتئاب في هؤلاء الذين يعانون من أعراض جسدية مختلفة .

وفي أحد الأبحاث الحديثة ، وجد أن سبب الوفاة في ٣٨٪ من الأطباء الأمريكيين قبل سن الأربعين هو الانتحار ، وأن نسبة الانتحار بين مرض الاكتئاب تتراوح بين ١٥ - ٢٠٪ وتزيد المحاولات غير الناجحة عن هذه النسبة .

وقد قام المؤلف بالاشتراك مع د . لطيف في دراسة ظاهرة الانتحار في مصر (١٩٧٩) ، في المترددون على استقبال مستشفى عين شمس ، وقد وجدنا أن نسبة الانتحار في القاهرة حوالي ٣ - ٤ لكل ١٠٠,٠٠٠ نسمة ، وهي نسبة بسيطة إذا قورنت بالدول الأخرى حيث تصل نسبة الانتحار في المجر ، ألمانيا ، الدانمارك ، السويد ٣٠ - ٤٠٪ لكل ١٠٠,٠٠٠ ، وفرنسا وبريطانيا والولايات المتحدة ١٠ - ١٢ ، وتقل في البلاد الكاثوليكية مثل إسبانيا وإيطاليا إلى حوالي ٧ / ١٠٠,٠٠٠ .

بعد أن استطعنا تلخيص أعراض الاكتئاب تحت أربع مجموعات ، هي : السواد وأعراض نفسية وأعراض فسيولوجية وأعراض سلوكية .. إلا أنه أحياناً ما يظهر المرض بمجموعة واحدة من الأعراض ، بل بعرض واحد من أحد هذه المجموعات ، بل كثيراً ما ينكر المريض الاكتئاب عندما يحس بالأعراض الأخرى دون الإحساس بالاكتئاب المباشر .

وهنا يجب الحرص عند الفحص وتحليل كل عرض بدقة وأمانة . فإن كان المريض يعاني من الأم جسدية وصداق وفي خاصة في الصباح ، بل وهذه الأعراض توفظه الساعة الرابعة صباحاً ، وتجعل حياته لا تطاق ، مصحوبة بفقدان الطموح والاهتمام .. عندئذ يحتمل إصابته بالاكتئاب . وإن فقدت الزوجة رغبتها الجنسية نحو الزوج ، ورفضت الخروج من المنزل لزيارة الأصدقاء ، بل فضلت

الجلوس في حجرتها مع نوبات من البكاء دون سبب .. فهنا يجب أن تفكر في مرض الاكتئاب ، وإنا بدأ الموظف يشكو قلة كفاءته وصعوبة التركيز وتردده في اتخاذ القرارات ، مع فقدان الشهية .. لانس الاكتئاب ... وهكذا .

وقد قام د. عبد الجواد ود. عرفة بمقارنة ظواهر الاكتئاب في مصر مع بعض البلاد الأوربية والأسبوية ، ووجدوا اختلافاً في الشعور بالذنب والأرق ، والقلق، والعيول الانتحارية ، والثوم المرضى الجسمي (١٩٨٣) .

ومما يزيد التشخيص تعقيداً وجود زملة من الأعراض دون السحنة الاكتئابية ، ولذا فهي تسمى أحياناً بالاكتئاب الباسم ، أو الضاحك ، أو المقنع ، وتتميز بالأعراض والشكاوى الجسدية .

وتعرض فيما يلي لبعض أنواع الاكتئاب :

#### ١- الاضطراب الوجداني الموسمي :

##### Seasonal Affective Disorder (SAD)

لوحظ نوع من الاكتئاب الموسمي ، يظهر في فصل الشتاء عندما تختفي الشمس لمدة طويلة في البلاد الشمالية ، ويختلف عن نوبة الاكتئاب السابق شرحها في أن المرضى يعانون من إفراط في الشهية خاصة بالنسبة للشهوات ، وإفراط في النوم، وظهور الأعراض في هيئة موسمية في فصل الشتاء ، ويستجيب هؤلاء المرضى للعرض للضوء الصناعي مدة ساعتين إلى ثلاث ساعات يومياً أكثر من استجابتهم للعقاقير المضادة للاكتئاب أو جلسات الكهرباء . ويحتمل وجود علاقة بين هذا المرض ، وهرمون الميلاتونين والذي يتأثر بالضوء .

ويبدأ الاهتمام حديثاً باضطراب مماثل في البلاد الحارة ، عندما يزيد ضوء الشمس ، ويتعرض المرضى لاضطراب اكتئابي موسمي في فصول الصيف .

#### ٢- الهوس (الابتهاج) :

الهوس أكثر ندرة من الاكتئاب ، وأحياناً ما يتناوب مع نوبات الاكتئاب ، ففكرة اكتئاب وأخرى مرحة وأحياناً تتكرر نوبات المرح دون نوبات اكتئابية ، ولكن نعتبر اللويتين جزءاً من الاضطراب الوجداني ثنائي القطب . وتختلف أعراض هذان الابتهاج حسب شدة الحالة ، ونستطيع تصنيف هذان الابتهاج إلى :

أ- الابتهاج (الهوس) تحت الحاد (الخفيف) .

ب- الابتهاج (الهوس) الحاد .

ج- الابتهاج (الهوس) المزمن .

أ- الابتهاج تحت الحاد (الخفيف) :

هو أخف أنواع ذهان الابتهاج (الهوس) ، وله درجات . ففي أخف درجاته ، لا يلاحظ الناس على المريض شذوذاً في تصرفاته ، ولكن يعلق الأقارب والأسدقاء أن المريض أصبح أكثر سروراً وبهجة عن المعتاد .. أكثر نشاطاً وحركة عن المألوف .. وأسرع تفكيراً ويديه عن سابق عهده ، ولو أنه لا يأتي بأي أفعال مفضة بالأدب أو العرف .

وعندما تشد الحالة ، يتخلص المريض من آداب السلوك الاجتماعي والنقائيد المعروفة ، ويهمل عمله وعائلته ، مما يدل على تدهور إحساسه بمسئوليته الأخلاقية والاجتماعية ، كما يشعر بثقة فائقة بنفسه وغرور واضح في قوته وذكائه ، ويتباهى دون حرج بقدراته الفائقة ، ولا يمتنع عن ذكر الناحية الجنسية ، ويدلي برأيه في أي موضوع دون قيد ، ويلتفت بهذا الرأي ويهتم ويلعن من يعارضه ، ويتدخل في أعمال الآخرين ، وإذا قوبل بأي مقاومة .. فلامانع من أن يتدخل جسدياً ، وينهك على كل معارضيه ، ويبدأ في القيام بمشروعات كثيرة ليست في مقدراته .. فجنده يشترك في مشروعات تجارية وزراعية وصناعية ، دون علمه بأية تفصيلات عنه ، وتتحول سرعة التفكير إلى تطاير في الأفكار ؛ بحيث يلتقل بسرعة فائقة من موضوع إلى آخر ، دون إكماله مع إضافة تفصيلات نافهة ليس لها علاقة بالموضوع الرئيسي .

وتكثر الحركة ولا يكف المريض عن الكلام أو الغذاء أو المشي ، ولا يشعر بأي تعب أو إرهاق ويتعادي في الزهو بقوته وذكائه ، ويقبل النوم ويرفض المريض استشارة الطبيب نظراً لافتناعه التام بسلامة حالته ، بل وتفوقه على الطبيب الذي سيفحصه .

ب- الابتهاج (الهوس) :

ينشأ هذا النوع كتفاقم لعدم علاج الابتهاج تحت الحاد أو فجأة بأعراض

حادّة، وتتشابه أعراض الإبتهاج الحاد بما سبق ذكره في الإبتهاج تحت الحاد، ولكن بدرجة أشد وأهم ما يميزه :

(١) المرح والنشوة والبهجة المستمرة مع الإحساس بقوة جسدية خارقة ، مع اختلاف المظهر الخارجى بطريقة واضحة .. فجد سيدة الخمسين عاماً تتبهرج بمبالغة شديدة ، وتضع مساحيق التجميل المتعددة الألوان دون تناسق جمالى، وتلبس الألوان الزاهية ، وتبدأ فى سلوك جنسى استفزازى ، وتزور جميع الجيران والأصدقاء فى الساعات الأولى من النهار ، وتتفاخر بمغامراتها العاطفية وإغرائها الجنى ، وتفضى أسرار زواجها بل والعلاقات الزوجية الخاصة ، مما يسبب أزمات شديدة فى حياتها الحاضرة والمستقبلية ، ولذا يجب الإسراع بإدخالها إحدى المستشفيات لحمايتها من أخطائها العرضية .

كذلك نجد الرجل الوقور فجأة يلبس أربطة العنق الصفراء والحمراء ، مع وضع وردة فى الجاكينة وليس قمصان زاهية ولا مانع من الخروج بينظنون قصير ، ويبدأ فى معاكسة اللقيات الصغيرات ، بل ويتقدم للاقتران بإحداهن ويحاول معاكسة السيدات .

ويضفى المريض فى هذه الحالة جواً من السعادة والبهجة حوله على الرغم من بذاته وسلطة لسانه .. إلا أن النشوة التى يعيش فيها تصبح معدية ، ويصير كل من حوله يبتسم أو يضحك من تصرفاته ، ولا يتقيد بأى أخلاقيات ، ويصبح مشاعباً لدرجة النصب والعهر والإجرام .

(٢) كثرة الحركة والنهيج والإثارة دون هدف واضح ، ودون الشعور بالإرهاق والتعب، ويستمر المريض فى هذا النشاط الزائد لمدة أيام أو أسابيع دون الإحساس بأى خمول .

(٣) الرغبة الملحة فى السيطرة والسيادة وإعطاء الأوامر والعنف الشديد إذا قاومه أحد أو حاول اعتراض طريقه ، ويطلق على تصرفات الغير بكلمات بذيلة دون احترام لأى شخص ، والاعتداء على الآخرين بالنسب والضرب وتخريب ما حوله ، إذا واجه أى اعتراض .

(٤) نظائر الأفكار بشدة والبدء في حديث ، ثم الانتقال إلى موضوع آخر دون ترابط بين الموضوعين ؛ مما يجعل كلامه الكثير دون معنى أو هدف محدد ، ومما يشعر المستمعين بأن هذا الشخص مصاب باضطراب واضح في تفكيره وكلامه .

(٥) سرعة الانبعاث والبديهة ، والإحساس الشفاف بكل ما يحدث حوله مع الشك المستمر في نوايا الغير نحوه مع حدة الذاكرة ؛ مما يجعل مجاراته عسيرة ومما يرهق القريبين منه .

(٦) الغرور الشديد مع ضلالات العظمة والثبوت والذكاء والشفافية والقوة ، المصحوبة أحياناً بهذاتيات الاضطهاد ؛ تبرزياً لعظمته وأحياناً ما يصاحب هذه الضلالات هلاوس سمعية وبصرية .

(٧) أحياناً ما يعاني المريض من اختلاط عقلي وتشوش في الوعي ؛ خاصة في الحالات الحادة ، وهنا يفقد المريض قدرته على التعرف الزمان والمكان .

(٨) اضطرابات فيسيولوجية في هيئة أرق مستمر ورفض الطعام أو الأكل بشراهة مخزية ، وأذكر مريضاً كان يخلط البصل بحلاوة الطحينة مع الملوخية ويأكل من هذا المزيج كمية تكفي عائلته لثلاثة أيام .

ويصحب ذلك شهوة جنسية ملحة ؛ مما يؤدي أحياناً إلى الانحراف وسلوك غير سوى ويصاحب الحالات الشديدة اهتزازات الأطراف وسرعة النبض ، وانخفاض ضغط الدم وانقطاع الطمث أو عدم انتظامه والإسهال أو الإمساك .

وتزيد أعراض الابتهاج الحاد صباحاً ، إذا فورنت بال مساء تماماً ، كما يحدث في الاكتئاب الشديد وتستمر هذه التوبة الحادة أياماً وأسابيع ، يعقبها حالة من الإنهاك الشديد، يعود بعدها المريض ببطء إلى حالته الطبيعية ، ولكن تنتهي بعض الحالات المهملة بالوفاة من الإرهاق الشديد ، أو تحول إلى الابتهاج المزمن .

ج- الابتهاج المزمن :

تستمر الحالة المزمن سنوات طويلة دون تغيير ، وقد تتناوب مع نوبات

حادثة من الإبهاج أو الاكتئاب . ولا تختلف أعراض الإبهاج المزمن عن الأعراض السابقة .. إلا أنها أقل حدة وأطول بقاء ، ويكون المريض سعيداً راضى النفس ، متناخلاً في أمور الغير ، يدبر العقاب ، ويكثر من التهكم لدرجة الوقاحة ؛ مما يجعل مجلسه مملياً ، ويلتف حوله الأصدقاء لكن ينعثون بخفة دم وسلاطة لسانه حتى وإن كان على نفسه .

ولكن عادة ما يفقد منطقته ومعاييره الخلقية والاجتماعية ؛ بحيث لا يتحمل مسؤولياته ولا يمكن الاعتماد عليه بل وأحياناً ما يهزأ من عرضه أو شرف زوجته وبناته ، وقد تبالغ أو يبالغ في تزيين نفسه بالملابس الزاهية والحلج البراقة ، ويجمع الكثير من الأشياء التافهة عديمة القيمة .

### ٣- اكتئاب توقف الطمث أو السواد الارتدادي أو منتصف العمر :

لا يصح استعمال كلمة سن اليأس ؛ حيث لا يوجد علاقة بين سن توقف الطمث واليأس ، ولا يستعمل هذا التشخيص الآن ، ويعتبر اكتئاباً شديداً في عمر متأخر . ويؤمن الكثير أن هذا المرض شبيه بالاكتئاب الذهاني ، ولكنه يظهر في سن متأخرة ويكثر في السيدات عن الرجال ، وأنه لا داعي لتفرقته عن الاضطرابات الاكتئابية الأخرى .

ويظهر هذا المرض في النساء بين سن ٤٥ - ٥٥ ، وفي الرجال من سن ٥٥ - ٦٥ ، وهو العمر الذي تبدأ فيه التغيرات العقلية والجسمية المصاحبة لتغير الهرمونات وضهور الغدد التناسلية ، والذي يكون أكثر وضوحاً في النساء لانقطاع الطمث ، ولكن يجب تفرقته عن أعراض توقف الطمث الشهري من عرق غزير وسخونة في الوجه وسرعة التأثر وسهولة اليكاء والعصبية .

وأحياناً ما يظهر هذا الاكتئاب بعد ترقية الفرد لوظيفة أكبر أو الخسارة المادية ، الإحالة للمعاش ، خيبة أمل ، عدم تحقيق الآمال ، المسؤولية الكبيرة بعد الترقية ، أي يظهر الاكتئاب بعد ترقية الفرد لوظيفة أكبر أو مسؤولية أخطر .. إلخ .

وكثيراً ما يبدأ اكتئاب منتصف العمر بأعراض عصبية ، مثل : الخوف المرضي من الموت أو من الأمراض أو من الخروج من المنزل أو من الأماكن العالية ، أو بأعراض قهرية حركية أو فكرية أو طفوس خاصة أو سلوك هستيري ، ويكون ذلك فجأة دون أن تكون الشخصية السابقة للمرض هستيرية أو قهرية أو

عصابية .. فعندئذ يجب الشك في احتمال أن تكون هذه الأعراض العصابية بداية أو مظهراً لاكتئاب منتصف العمر .

ويحاول البعض التفرقة بين الاكتئاب الشديد والسواد الارتدادي ، والذي يصاحب أحياناً توقف الطمث بالظواهر الآتية :

مظاهر التفرقة بين الاكتئاب الشديد والسواد الارتدادي .

<p>الاكتئاب الشديد</p> <p>الاكتئاب توقف الطمث أو السواد الارتدادي أو</p> <p>الاكتئاب منتصف العمر</p> <p>Involuntal Melancholy</p>	<p>Severe Depression</p>
<p>- يكثر في منتصف العمر .</p> <p>- تزيد نسبيته في النساء وبشكل واضح.</p> <p>- العامل البيئي له اثره الواضح.</p> <p>- غالباً ببطء .</p> <p>- واعين بميل للنحافة .</p> <p>- عادة قهوية صلبة .</p> <p>١) شدة الاكتئاب والتوتر .</p> <p>٢) يزيد التهيج والإثارة عن الهبوط والضمور الحركي.</p> <p>٣) تكثر هذات العلال البدنية والنفس والفقر .</p> <p>٤) تصاحبه أعراض هستيرية وقهوية.</p> <p>- درجة الشفاء بالكهروإيحاء تصل إلى أقصى حد .</p>	<p>العمر : أي من</p> <p>الجنس : أكثر في النساء عن الرجال .</p> <p>الوراثة : يلعب العامل الوراثي دوراً مهماً .</p> <p>بدء المرض : عادة فجأة .</p> <p>المكون الجسمي : مكثرز يميل إلى البدانة .</p> <p>الشخصية : عادة نوابية متقلبة .</p> <p>الأعراض الإكلينيكية :</p> <p>- سبق شرحها .</p> <p>العلاج :</p> <p>يتحسن بالكهروإيحاء . تحسناً ملحوظاً</p>

## مآل ومصير اضطرابات المزاج

يختلف سير المرض تبعاً للفرد ونوع وشدة النوبة ، ولكن عادة ما ينتهي الاضطراب الوجداني من اكتئاب أو مرح شديد أو خفيف بالشفاء والتحسن الكامل ، وتختلف مدة المرض اختلافاً شديداً ، ولكن غالباً ما تتراوح بين ستة شهور إلى سنة كاملة ، وذلك إذا تركنا المرض دون علاج أو تدخل ، ولكن بالعلاجات الحديثة المتعددة .. نستطيع أن نقل فترة المرض إلى مدة تتراوح بين ٤ - ٨ ساعات .

وكما سبق أن ذكرنا ، يأخذ الاضطراب الوجداني طابعاً دورياً متكرراً ، فنذكر نوبات على المريض أحياناً مرة واحدة ، وأخرى مرتين ، وفي البعض الأخر عدة مرات ، بل وأحياناً سنويا ، وفي فصول خاصة من السنة .

ولانستطيع في الوقت الحالي التكهن باحتمال تكرار هذه النوبات ، ولكن يصاب بعض المرضى بنوبة أو نوبتين ، والبعض الأخر من ثلاث إلى أربع نوبات . أما الغالبية فيعرض لنكسات طوال حياته .

وللإيجاز .. فحوالي ١٠ - ١٥ ٪ يعانون من نوبة واحدة ولا يتكرر ، وحوالي ١٠ ٪ يصبح الاكتئاب مزمناً بعد النوبة الأولى ، وحوالي ٨٠ ٪ يتعرضون لنكسات طوال حياتهم ؛ ولذا فعلاج الوقاية أصبح ركناً أساسياً في العلاج .

وتوجد بعض العوامل التي تضي لنا الطريق في احتمال شفاء المريض بسرعة ، أهمها :

- ١- النوبة الأولى فإذا كان المريض قد عانى من عدة نوبات متكررة من قبل ، يقل احتمال شفائه عن المريض الذي يعانى من النوبة لأول مرة .
- ٢- يعطى ظهور المرض فجأة فرصة أحسن للتحسن عن زحف المرض ببطء نحو المريض .
- ٣- تحسن الاضطرابات التي تحدث تلقائياً دون مسببات ، حيث يلعب الاستعداد الوراثي هنا دوراً قوياً .
- ٤- كلما قل سن المريض ، تحسنت فرصته للشفاء .
- ٥- تزيد نسبة الشفاء كلما قل التاريخ العائلي للأمراض الوجدانية .



٦- تكامل شخصية المريض قبل المرض يشير إلى احتمالات كبيرة في الشفاء عن الشخصية العصابية أو العاجزة .

أما العوامل التي تسي إلى مصير المرض ، فأهمها :

١- النوبات المتكررة ؛ خاصة نوبات الاكتئاب المتناوبة مع نوبات المرح .

٢- إذا زادت من المريض عن ٥٠ سنة عند بدء المرض .

٣- ظهور أعراض إكلينيكية معينة ، مثل : توهم العلق البدنية ، اختلال الأنية ، أعراض فصامية شامخة .. إلخ .

ومن العسير الآن إعطاء إحصائية محددة للاضطرابات الوجدانية؛ نظراً لأن كثيراً من المرضى يتألمون على العلاج بالعقاقير المضادة بعد شفائهم وقاية من التكررات والنوبات المتكررة ؛ مما يجعل تقييم المصير والحكم على المرض صعباً بعض الشيء .

تشير الأبحاث الحديثة في مآل اضطرابات المزاج - كما سبق أن ذكر - إلى أنه توجد نسبة تتراوح بين ١٠ - ١٥ ٪ من مرضى الاكتئاب الشديد ، يتحولون بعد النوبة الأولى إلى اكتئاب مزمن ، بغض النظر عن العلاج .

وتستطيع تقسيم الاكتئاب المزمن إلى عدة أنواع :

١- اكتئاب مزمن عقب نوبة اكتئاب شديدة .

٢- اكتئاب مزمن خفيف مع ما يسمى باضطراب عصر المزاج (مايسمي سابقاً بالاكتئاب العصبي أو النفسى) .

٣- اكتئاب مزمن مع الاكتئاب غير النموذجي ، ويتميز بأعراض عصابية مختلفة متنوعة .

٤- اكتئاب مزمن مع طبع الشخصية الاكتئابية .

### التشخيص الفارق

يجب تفريق الاضطرابات المزاجية عن عدة أمراض ، أهمها :

#### ١- الذهان العضوى :

يبدأ أحياناً الذهان العضوى ، مثل : زهرى الجهاز العصبى ، وتصلب شرايين المخ وأورام المخ، والشلل الاهتزازى، والتصلب المتناثر ، بأعراض اكتئابية أو مزجية . ولذا يجب فحص المريض بدقة وعناية وخاصة الجهاز العصبى قبل تشخيص الذهان الوجدانى ؛ خاصة وأن الناكسة والاهتداء والذكاء والوعى والشخصية لا يصبىها تغير ملموس فى الذهان الوجدانى ، ولكنها تتأثر وتندهور فى الذهان العضوى .

وكثيراً ما تكون أعراض الاكتئاب ثانوية لسرطان القولون والبنكرياس وغيرهما، ونقص الأكسجين فى المخ من جراء هبوط فى القلب أو وظائف التنفس، كذلك مع هبوط الكبد أو الكلية ، وأحياناً ما يصاحب الغسيل الكلوى . ولذا.. يجب التأكد والمرص وعمل الأبحاث اللازمة والفحص الدقيق لاستبعاد الاكتئاب العضوى قبل الانجاء للعلاج .

#### ٢- الفصام :

سبق الحديث عن التفرقة بين الفصام والذهان الوجدانى فى التشخيص الفارق للفصام ، واعتقد أن الخطأ الأكثر شيوعاً هو تشخيص الاضطرابات الوجدانية بالفصام ، وليس العكس . وخطورة هذا الخطأ فى مصير المرضى والمرضى ؛ خاصة فى أذهان الناس ، واعتقادهم الخاطئ بأن الفصام لا يشفى .

وأحياناً يصبح من العسير تفرقة الفصام عن الذهان الوجدانى ، عند ظهور أعراض بارانوية وهذات وهلاوس ، وكذلك عندما تصاحب أعراض الفصام اضطرابات وجدانية؛ أى حالات الفصام الوجدانى . ولكن بمتابعة المرضى لمدة طويلة ، وتقييم الأعراض المختلفة ، نستطيع تحديد نوعية المرض .

#### ٣- العصاب :

يخطئ الكثير بتشخيص العصاب عند ظهور الأعراض العصابية؛ خاصة القلق والهستيريا والوسواس القهري فى بداية الاضطرابات الوجدانية . ولكن يجب أخذ الشخصية السابقة للمرض والتاريخ العائلى وبقية الأعراض الإكلينيكية فى الاعتبار ، قبل الانتهاء بتشخيص حالة العصاب ، والعكس صحيح فكثيراً ما يصرع الطبيب بتشخيص مرض الاكتئاب فى حالات القلق أو الهستيريا .

وأعتقد أنه عند ظهور أعراض عصبية للمرة الأولى بعد سن الأربعين ، يجب التأني في التشخيص والتفكير في مرض ذهاني أولي أو مرض عضوي ، أدى إلى هذه الأعراض العصبية .

#### 4- أمراض أخرى :

كإلتهام الخمر والحمى المخية ، ومرض الإيدز ، واضطرابات الغدد الصماء وخاصة الغدة الدرقية ، وفرق الكلية ، واستعمال عقاقير معينة ، مثل : المستعملة في خفض ضغط الدم ومنع الحمل والروماتيزم .. إلخ ، ولكن نظهر هنا بوضوح الأعراض الجسمية الأخرى وتشوش الوعي .

## علاج اضطرابات المزاج (الاكتئاب والابتهاج)

يبدأ علاج مثل هذه الحالات بانخاذ قرار مهم ، ألا وهو تحديد ما إذا كان العلاج سوف يتم خارج أو داخل المستشفى ، ويتطلب هذا القرار تفكيراً وحزمًا من الطبيب ؛ نظراً لمعارضة الأهل دخول قريبهم المستشفى ، بل ومعارضة المريض الذى يعاني مثلاً من الاكتئاب أو الهوس الدخول إلى إحدى مستشفيات الأمراض العقلية .

وأعتقد أن معظم حالات الذهان الوجداني يمكن علاجها خارج المستشفى ، إن توفرت للظروف الاجتماعية المناسبة والإشراف الطبى المستمر ، أما الأسباب التى تحتم إدخال مريض الاضطراب الوجداني المستشفى .. فهى كالتالى :

١- حالات الابتهاج (الهوس) الحاد وأحياناً تحت الحاد ، نظراً للسلوك الشاذ والاحتكاك بالمجتمع والإرهاق الشديد ، وعدم استبصار المريض بمرضه .

٢- فقدان الاستبصار بالمرض فى الاكتئاب والهوس ، وبالتالي رفض العلاج بأى صورة .

٣- حالات الذهول والسبات والغبوبية الاكتئابية .

٤- رفض الطعام والشراب مما يشكل خطورة على الحياة .

٥- محاولات الانتحار المتكررة أو تاريخ محاولة انتحار جديدة سابقة .

٦- كثرة الحركة أو هبوطها لدرجة أن أقرباء المريض لا يستطيعون العناية به .

٧- إذا كانت الحالة الصحية الجسمية لا تسمح بالعلاج فى المنزل .

٨- عدم انتظام المريض فى العلاج لرغبة خفية فى الموت أو المعيشة وحده ، وعدم وجود مسئول لرقابة العلاج .

ويعد اتخاذ القرار بالنسبة لمكان العلاج ، نبدأ العناية بالمريض بالطرق

الآتية :

- ١- العلاج النفسي والاجتماعي .
- ٢- العلاج بالعقاقير المضادة للاكتئاب أو الهوس وعقاقير الوفاية .
- ٣- العلاج بالجلسات الكهربائية .
- ٤- العلاج بالجراحة .

### ١- العلاج النفسي والاجتماعي

لقد ذكرنا في الفصام أن العلاج النفسي يمكن تطبيقه بعد اختفاء الأعراض، أو في مرحلة النقاهة . أما في الاضطرابات الوجدانية فهو أساس لإقامة علاقة وثيقة بين المريض والمعالج ، ما عدا بالطبع حالات الهوس الحادة ؛ حيث يكون المريض في حالة لا تسمح له بالمناقشة العادية .

وينجح العلاج النفسي إلى محاولة فهم مشاكل المريض، وصراعاته الداخلية، وإعطاء الأمل بالشفاء ثم تشجيعه على مقاومة هذه الأفكار السودانية ، ويجب حث المريض على الإقضاء بكل مناعبه للطبيب ، الذي يجب بدوره أن يفسر للمريض عدم صحة اعتقاده بالفقر والبؤس والذنب ، وأن كل ذلك من أعراض اضطرابه المرضي .

ولا يصح إطلاقاً نصيحة مريض الاكتئاب الشديد بالذهاب إلى الشاطئ أو تغيير البيئة، كما يحدث في الاكتئاب النفسي ؛ لأن هذنه هناك وعدم قدرته على المشاركة بالمباهج المختلفة ستعزز أفكاره السودانية والانتحارية .

ويستحسن أن يستريح من عمله الروتيني مع بدء العلاج ؛ حتى لا يتعرض لأخطاء من جراء مرضه ، ولكن يجب تشجيعه على محاولة القراءة والاختلاط ولكن دون ضغط كبير ، أي إنه إذا أصر المريض على عدم الاختلاط والانعزال .. فيجب تركه ما دام يأخذ العلاج ؛ حتى يتحسن ، وسيحاول هنا الاندماج تلقائياً ببطء .

ولاشك أن خطط العلاج النفسي والعلاج الكيميائي هو أحسن السبل لمواجهة اضطراب الاكتئاب ؛ خاصة للوقاية من النكسة .

وأكثر العلاجات النفسية المستعملة في الاكتئاب، هي: العلاج النفسي المعرفي، والعلاج النفسي عبر الشخصية، والذين سبق وصفهما مع علاج العصاب.

## ٢- العلاج بالعقاقير

يعطى مريض الاكتئاب أو الهوس أحياناً بعض المهدئات الكبرى أو الصغرى في بدء العلاج؛ حتى تبدأ العقاقير المضادة للمرض في العمل، ولأنصح بالاستمرار على المهدئات لمدة طويلة، حتى تتلافى الإدمان والتعود، وغالباً ما يتخلص المريض بعد تحسنه من المهدئات.

ومن أمثلة ذلك الكلورال، الموجدون، أتيفان والدامان، الفاليوم، الفريزيوم، لكسوناتيل، نورموزون، هالسيون... إلخ، ولكن الأبحاث الحديثة تدل على أن المهدئات، مثل: مشتقات الباربيتوزات والكحول تفقد فاعلية العقاقير المضادة للاكتئاب بنسبة 75%، ولذا يستحسن إعطاء مضادات الاكتئاب المهدئة لئلا بدلاً من المهدئات.

### أ- العقاقير المضادة للهوس (الابتهاج) :

تعطى هنا العقاقير المضادة للفصام خاصة الفينوثيازين، مثل: لارجاتيل، نيورازين - بروماسيد، حوالي 300 - 800 مجم يومياً، أو سيزارين 300 - 1000 مجم يومياً، أو ميلليريل 400 - 1000 مجم يومياً، ولا مانع من البدء بإعطائها بالمعضل حتى يقوى مفعولها ثم بالتفم بعد تحسن المريض، وكذلك تستعمل اليبيتروفينون خاصة الهلويريدول في هيئة نقط أو أقراص أو بالمعضل أو الورديد في كميات تتراوح من 15 - 30 مجم يومياً.

وقد سبق شرح تأثير ومضاعفات هذه العقاقير مع الفصام، ولزوم إعطاء أقراص مضادة للمضاعفات مثل ارتين، كوجنتين.. إلخ. ويفضل الآن استعمال البنزوديازيبين (أتيفان - ريفورتيل) حتى لا يتعرض المريض لمضاعفات عسر الحركة الآجل.

وقد بدأ استعمال مركبات الليثيم Lithium عام 1968، سواء كبرونات أو سترات الليثيم (برايدل) بكمية تتراوح بين 0.6 - 1.8 جم يومياً؛ خاصة في حالات الابتهاج الحاد وتحت الحاد.

ومن أعراضه الجانبية: الغثايل والإسهال، وارتجاف الأطراف، والإرهاق.. ولذا يجب تقييم نسبة الليثيم في الدم أثناء العلاج، حتى لا يزيد عن المعدل العلاجي، وتتراوح الفاعلية بين 0.6 - 1.5 مليانتر. وقد كثرت التقديرات سابقاً

بشأن هذا العقار ، فالبعض يعتقد في فائدته في علاج الهوس ، والبعض يؤمن بأنه يشكل خطورة بالنسبة لأعراضه الجانبية ومضاعفاته ، والبعض الآخر يجزم أنه ذو فائدة جبارة .

وحتى وقت قريب ، كان الليثيوم هو العقار الوحيد في الوقاية من نوبات ذهان الهوس الاكتئابي بنوعيه سواء نوبات المرح ، أو الاكتئاب ، وأنه عند إعطائه كثيراً من المرضى ، الذين يعانون من نوبة أو نوبتين كل عام ، استطاع هذا العقار وقايتهم من هذه النوبات لمدة سنوات ، وقد ثبت بالمتابعة لمدة سنوات دوره الوقائي الفعال في النوبات المتكررة من المرح أو الاكتئاب أو النوبات الذورية .

ولاشك أن الليثيوم قد غير مسار الاضطراب الوجداني ثنائي القطب وسواء نوبات الاكتئاب أو الهوس ، وهو عقار المتابعة المفضل لمنع النكسات ، إضافة إلى أنه العلاج الأساسي للهوس ، ويقال إن الليثيوم يطفى ماكينة الهوس ويبطل مفعولها . أما بقية العقاقير .. فنقوم بنور الغرامل ، فقط ، ويستجيب حوالي ٦٠ - ٧٠٪ من المرضى لعقار الليثيوم ، أما بتوقف النوبات ، أو أن تكون خفيفة بحيث لا تحتاج للمستشفى أو بطول الفترات السوية بين النكسات ، خاصة في الإبتهاج النوعي المرح .

وفي حالة عدم الاستجابة لعقار الليثيوم ، خاصة في الحالات المختلطة أو سريعة الانتكاس يمكن إضافة مضادات الصرع ، مثل : التجريتول ، والديباكين - ريفوتريل ، وقد استعمل المؤلف عقار الزانكس مع الليثيوم ، وكذلك التجريتول أو الديباكين مع الليثيوم بنتائج مشجعة ، ويستمر العلاج الوقائي بالليثيوم لمدة سنوات ، وأحياناً مدى الحياة ، إذ يرفض المريض تركه لخوفه من احتمال النكسة والمعاناة السابقة ، وقد اتضح حديثاً فائدة عقار الليبوتركس في حالات الهوس المستعصية ، ويكمنظم المزاج ، وفي النوبات السريعة المتتالية .

ولإيجاز .. يعطى مريض الإبتهاج الحاد عقار الليثيوم أو الديباكين أو التجريتول مع البنزوديازيبين (ريفوتريك أو أتيفان) أو الهلوريدول ، ويحتمل استعمال جلسات الكهرباء في بدء الأمر لحين امتثاله للعلاج .

ب- العقاقير المضادة للاكتئاب :

(١) منبهات الجهاز العصبي .

(٢) العقاقير المضادة للاكتئاب :

- (أ) العقاقير الخفيفة المضادة للاكتئاب .  
 (ب) المتوسطة .  
 (ج) الشديدة (الثلاثية والرباعية) .  
 (١) ميهات الجهاز العصبي :

ومن أمثلتها : الأمفيتامين ومثيلاتها (ديكسدرين ، بربلورين ، اليدبران ، رينالين ، مكساتون ... إلخ) ، وكانت منذ عشرات السنين العقاقير الوحيدة القادرة على رفع المزاج ، وزيادة النشاط وسرعة البديهة وتقوية الاندباء ، ولو لفترة قصيرة .

ولكن بعد اكتشاف العقاقير الجديدة المضادة للاكتئاب ، أصبح استعمالها في علاج الاكتئاب دون جدوى ؛ خاصة أن مضاعفات استعمال هذه العقاقير متعددة ، وأهمها الإدمان ؛ حيث يزيد المريض الجرعة تدريجياً ؛ حتى يصل إلى كمية سامة ، وحيث إن مفعول العقار يضعف بتكرار استعماله ، ثم أن تناول المريض هذه الأدوية لمدة طويلة وبكميات كبيرة ، قد تعرضه لحالات من الذهان البارانوي مع ظهور ضلالات وهلوس شبيهة لما يحدث في الفصام .

وقد سبق الكلام عنها مع التشخيص الفارق للفصام ، وأحياناً يظهر على مدمني هذا العقار اختلاطاً عقلياً ذهنياً واضطراباً في الذاكرة ؛ ولذا يجب الحد من استعمال هذه المجموعة إلا تحت إشراف طبي مباشر ؛ خاصة أن التنبيه الذي تحدثه وقتياً ، ولايزيد عن عدة ساعات ، ومن ثم يكون استعمالها في الاكتئاب غير ذي موضوع .

ولقد انتشر تناول هذه العقاقير لأغراض أخرى ، مثل : اليقظة المستمرة ، والسهر الليلي خاصة أثناء الاستنكار ، أو في العقاقير التي تسد الشهية مثل أوبوزان أو أمفيفيت ، وأبو لوب .. ولذا فقد زاد استعمالها بين الطلبة والسيدات البيديتات وبعض الفئات الأخرى ؛ مما دعا وزارة الصحة أخيراً إلى وضعها ضمن الممنوعات ، ولا تصرف إلا بتذكرة طبية ؛ مدعياً لإدمانها ووقاية من الأعراض العقلية ، التي تحدث نتيجة استعمالها . ولذا أنصح بعدم استعمال هذه المجموعة ،



- إلا تحت إشراف طبي مستمر فقط ، كعلاج مساعد في الاكتئاب المستعصي .  
(٢) العقاقير الخفيفة المضادة للاكتئاب :

#### Monoamine Oxidase Inhibitors (Irreversible)

• المانعة لأكسدة المركبات الأحادية الأمينية، (غير عكوس) .

وتشمل هذه المجموعة نوعين :

(أ) المجموعة الهيدرازينية ، ومن أمثلتها :

الماريلان Marplan ١٠ - ٣٠ مجم يومياً .

النارديل Nardil (غير متوافر في مصر) ٤٥ - ٩٠ مجم يومياً .

وتأخذ هذه المجموعة مدة لا تقل عن أسبوعين إلى ثلاثة أسابيع ؛ حتى تصل إلى مفعولها الأقصى ، وتغير في كمية الموصلات العصبية في مراكز الانفعال ، وتحمل خطورة احتمال إصابة الكبد ؛ خاصة في هؤلاء الذين سبق لهم الإصابة بعرض كبدي .

(ب) المجموعة غير الهيدرازينية :

وتشمل :

البارنيت Partrate ٢٠ - ٤٠ مجم يومياً .

البارستلين Parstelin هو عبارة عن البارنيت مع الستيلازين ٢٠ - ٤٠ مجم يومياً .

وتتميز هذه المجموعة أنها تصل لمفعولها الأقصى في غضون أربعة أو خمسة أيام ، وكذلك لا تؤثر على الكبد . ولكن يجب على المريض أن يمتنع عن كثير من أنواع الطعام والشراب ، سنذكرها فيما بعد .

وتعمل كل العقاقير المانعة لأكسدة المركبات الأحادية الأمينية على زيادة نسبة الموصلات العصبية في المخ ؛ خاصة النورأدرينالين والسيروتونين ، والدوبامين ، والتي تنخفض نسبتها أثناء الاكتئاب . وتسبب الأعراض السابقة ، وعن ثم تمنع هذه الأدوية أكسدة هذه الموصلات ، والنخلص منها . وبالتالي ترتفع نسبتها في المخ في المشتبكات العصبية ، ويبدأ المريض في التحسن بعد

مدة من وصول ارتفاع نسبة هذه الهرمونات إلى الدرجة الشافية . وقد يبدو الأمر سهلاً ما دام الاكتئاب يتميز بانخفاض كمية هذه الموصلات العصبية ، وعندنا العقاقير التي تعيد النسبة لطبيعتها ، ولذا فقد انتهت مشكلة الاكتئاب .

ولكن يوجد كثير من الأمراض الاكتئابية ، التي لا تستجيب لهذه العقاقير . ويجب موازنة الفائدة المرجوة مع الأعراض الجانبية والمضاعفات التي تحدثها هذه العقاقير ، بل يجب الإمام الشامل بالممنوعات .. فلا يصح مثلاً استعمال أي عقار من هذه المجموعة مع عقار آخر ، ينتمي للفصيلة نفسها، قبل مضي أسبوعين على انتهاء استعمال العقار الأول .. كذلك لايجوز إعطاؤه مع مركبات الأدرينالين ، الأندرين ، والأمفينامين ، والمورفين والبيثيديين ، ومع العقاقير الخافضة لضغط الدم ، مثل : الدوميت وسبريلزيل ، واسميلين والتمومات ... إلخ ؛ حتى لا يتعرض المريض لمضاعفات ، مثل : التشنجات، ارتفاع درجة الحرارة والعبوية، بل وأحياناً نزيف مخي .

وقد كثر الجدل حول استعمال هذه المجموعة مع العقاقير الشديدة المضادة للاكتئاب ، مثل : النوفرانيل ، والتريپتيزول ، وأن ذلك يشكل خطورة خاصة نظراً لارتفاع الموصلات العصبية ، إذا مزجنا المجموعتين .. ولكن تحت الإشراف الطبي المستمر والوثوق في التزام المريض بالتعليمات ، وشدة الاكتئاب وعدم استجابته لمجموعة واحدة .. يمكننا مزج المجموعة (المايلان - البارسلتين) بالتريپتيزول أو السيرمونفيل .

وقد لاحظت نمحناً ملحوظاً في كثير من المرضى ، عند خلط هاتين المجموعتين ، ولكني لا أنصح بذلك في كل الحالات .

وينصح معظم العلماء بالامتناع عن بعض المشروبات كالبيرة ، والنيبيذ ، والتفليل من الويسكي والجين ، وكذلك الامتناع عن الجين القديمة والمش ، والفسيح واللحوم المحفوظة ، مثل : السردين والتونة والبولوييف ، والتفليل من البقول ؛ خاصة مع المجموعة غير الهيدرازينية ؛ نظراً لوجود المركب الكيميائي ، تيرامين، في هذه المشروبات والأطعمة ، والمفروض أكسدته في الأمعاء . ولكن نظراً لإعطائنا مائعات الأكسدة .. فإن هذه المركبات تتجمع من التيرامين ، وتؤدي إلى زيادة النور أدرينالين في الشرايين الطرفية ؛ مما يسبب ارتفاعاً خطيراً في ضغط الدم في حوالي ٤ - ٦ ٪ من الحالات .

وأهم الأعراض الجانبية الممكن حدوثها مع العقاقير الخفيفة المضادة للاكتئاب ، هي : بعض الدوار ؛ خاصة عند بدء العلاج وانخفاض ضغط الدم ، عند القيام من على الكرسي أو السرير وجفاف الحلق والإمساك ، وبعض الصعوبة في التبول ، وأحياناً تورم عند مفصل الكعب وأسفل الرجل .

وكما سبق أن ذكرنا .. فإن بعض اضطرابات الكبد تحدث مع المجموعة الهيدرازينية ، ونادراً اضطرابات في الجلد والدم ، مع زيادة أو نقصان القدرة الجنسية . وأحياناً ما نشاهد تحول الاكتئاب إلى ابتهاج تحت تأثير هذه العقاقير أو زيادة في أعراض النقصان ، إذا أعطى هذا العقار ظناً من الطبيب أنه أمام حالة اكتئاب .

ولاتحدث هذه الأعراض الجانبية إلا نادراً ، ويمكن التغلب على معظمها بتقليل كمية الجرعة ؛ وتفيد هذه المجموعة الخفيفة في : حالات الاكتئاب الخفيف ، وحالات القلق النفسي ، والمخاوف المرضية .

وقد ظهرت أخيراً مجموعات جديدة من العقاقير المانعة لأكسدة المركبات الأحادية الأمينية «أ. و.ب.» ، ولانسب المضاعفات السابقة مع نوعية الطعام . وقد بدأ الاهتمام بهذه العقاقير ؛ خاصة في علاج الاكتئاب المزمن وغير النمذجي والمصاحب لاضطرابات الشخصية ، ويتنبأ البعض أنها ستلعب دوراً مهماً في علاج الاكتئاب الشديد .

كذلك ظهر أخيراً مانعات أكسدة المركبات الأحادية الأمينية ، ذات الطابع العكوس مثل المركبيمايد (أوزوركس) ، وهي لا تتفاعل مع الأطعمة أو العقاقير كالمركبات غير العكوسة مع فاعلية شديدة ، وقلة الأعراض الجانبية خاصة المضاعفات الجنسية ، والتي تميز العقاقير الأخرى ، وستكون بديلة للأصناف السابقة .

#### (ج) العقاقير المتوسطة المضادة للاكتئاب :

ومن أمثلتها العقار نوفريل (Noveril) (ديبنزيبين) ، ويستعمل بكمية تتراوح بين ١٢٠ - ٣٦٠ مجم يومياً ، ويدعى البعض أنه ذو فائدة واضحة في معظم حالات الاكتئاب النفسي أو الذهني ، وأن أعراضه الجانبية أقل من العقاقير الخفيفة والشديدة ، وقد وجدته نافعاً في حالات الاكتئاب الخفيفة ؛ خاصة أن التحسن يبدأ

بعد فترة وجيزة (حوالي أسبوع) من بدء تناوله ، ولكن تأثيره ضعيف في الاكتئاب الحاد والشديد وأعراضه الجانبية شبيهة بالعقاقير الكبرى المضادة للاكتئاب ، ولكنه لايسبب درجة الدوار والنعاس نفسها .

كذلك العقار دوكسامين (سكوان) ، وله تأثير واضح على القلق والاكتئاب ١٠٠ - ١٥٠ مجم يوميا والعقار (ثوبين) بروثادون ، وله المفعول نفسه ويستعمل من ٧٥ - ١٥٠ مجم يوميا ، وكذلك أمينيتين (سرفكتور) من ١٠٠ - ٣٠٠ مجم يوميا .

(د) العقاقير الشديدة (الكبرى) المضادة للاكتئاب :

المركبات الحلقية الثلاثية ، الثنائية ، الأحادية

Tricyclic Compounds, Bicyclic, Monocyclic - Iminodibenzyl Derivatives

تعمل هذه العقاقير أيضاً على زيادة الموصلات العصبية ، وتعديل حساسية المشبكات العصبية ، وتجهدها إلى المستقبلات ما قبل المشبكات العصبية .

وأهم هذه العقاقير الآتى :

٢٠٠ - ٧٥ مجم يوميا	Tofranil	الثوفرانيل
٣٠٠ - ٧٥ مجم يوميا (غير متوافر في مصر)	Pertofran	بيرتوفران
٢٠٠ - ٧٥ مجم يوميا (غير متوافر في مصر)	Surmontil	سيرمونتيل
٢٠٠ - ٧٥ مجم يوميا	Anafranil	الأنافرانيل
٢٠٠ - ٧٥ مجم يوميا	Tryptizol	التريبتيترول
٢٠٠ - ٧٥ مجم يوميا (غير متوافر في مصر)	Aventyl	افنتيل
١٠ - ٣٠ مجم يوميا (غير متوافر في مصر)	Concordin	كونكوردين
٢٠٠ - ٧٥ مجم يوميا (غير متوافر في مصر)	Agedal	اجيدال

وتفيد هذه المجموعة في الاكتئاب الشديد ، ويستعمل التوفرانيل في الاكتئاب الذي يصاحبه خمول وهبوط حركي ، أما التريبتيزول .. فيفيد في حالات الاكتئاب المصحوب بالقلق والتوتر والتهدج ، حيث إن له خاصية التهدئة . ولذا يستحسن أخذ الجرعة الكبرى منه ليلاً ، حتى لا تسبب خمولاً أو نعاساً ، وتزيد الأبحاث المختلفة تأثير هذه المجموعة في الاكتئاب الذهاني ، وأن العقاقير الخفيفة تؤثر في الاكتئاب التفاعلي أو النفسي .

ومن العوامل التي تشير إلى حسن استجابة للعقاقير المضادة :

- ١) الاكتئاب البطئ .
  - ٢) عدم وجود عوامل مسببة .
  - ٣) السن فوق الأربعين .
  - ٤) اليقظة المبكرة .
  - ٥) مدة أقل من عام .
  - ٦) فقدان الوزن الشديد .
- أما العوامل التي تشير إلى عدم استجابة الاكتئاب لهذه العقاقير .. فأهمها :
- ١) البداية الحادة .
  - ٢) عوامل بيئية مسببة .
  - ٣) السن الصغير .
  - ٤) أرق عند بدء النوم .
  - ٥) أعراض هستيرية وتوهم مرضى واختلال الأنية .
  - ٦) وجود أعراض ذهانية .

ولا يبدأ مفعول هذه العقاقير قبل أسبوعين من بدء تناولهما ، ولذا يجب الاستمرار على الأقل لمدة شهر بكمية مناسبة من العقار ، قبل التأكد من أن الاكتئاب غير مستجيب لهذا الدواء ، ولأما في مثل هذه الحالات من خلط التوفرانيل صباحاً والتريبتيزول مساءً ، ولكن تحت الإشراف الطبي المنتظم .

ولقد كان لاستعمال هذه العقاقير تأثير في علاج الاكتئاب، حيث إن الحاجة لجلسات الكهرباء اقتصرت فقط على الحالات ، التي لا تستجيب للعقاقير ، والتي تصل إلى نسبة ٤٠ ٪ من الحالات الاكتئابية .. كذلك نقل مداومة المريض على استعمال هذه العقاقير من نسبة النكسات والنوبات الدورية ، يزيد عن ذلك إمكانية العلاج ، دون الحاجة للمستشفى ، أو التوقف عن العمل أو الإصابة بالنسيان المزقت ، الذي يحدث مع الجلسات الكهربائية .

وتفضل استعمال علاج الوقاية لمدة تتراوح من ٦ شهور إلى سنة ، وأحياناً ما تمتد إلى عدة سنوات في الحالات المتكررة .

ومن الأعراض الجانبية المهمة للعقاقير الشديدة المضادة للاكتئاب جفاف الحلق ، والإمساك وصعوبة التبول ، خاصة في حالة المصابين بتضخم في البروستاتا ، وانخفاض ضغط الدم خاصة مع مرضى تصلب الشرايين ، والدوار ، وارتجاف الأطراف ، وسرعة ضربات القلب وبعض الشغيرات في رسم القلب ، وزيادة في ضغط العين .. ولذا يجب الحرص في إعطاء مرضى المياه الزرقاء في العين هذه العقاقير ، وانظربات في الكبد والجلد والدم ، وأحياناً ما يتحول الاكتئاب إلى ابتهاج ، ونادراً ما يصاب المريض ؛ خاصة من المسنين ببعض الهلاوس وتشوش الوعي .

#### (هـ) المركبات الحلقية الرباعية :

ومن أمثلتها لوديوميل (مبروتيلين) ، ويعطى كجرعة واحدة ٥٠ - ١٥٠ مجم مساءً ، والميانسرين (تولفنون) من ٣٠ - ٩٠ مجم مساءً .

#### (و) المركبات الأخرى :

يزداد الاهتمام بالعقاقير الجديدة المضادة للاكتئاب في الوقت الحالي ، كمحاولة للتغلب على الآثار الجانبية للعقاقير المتوفرة حالياً ولسرعة الفاعلية ، ولتجنب التأثير على القلب .

وقد ظهر في السنوات الأخيرة عديد من العقاقير لها فاعلية خاصة نحو أحد المرسلات العصبية ، دون غيرها مما يزيد من تأثيرها على الاكتئاب .

## ١- المانع الانتقائية لإعادة امتصاص السيروتونين

### Selective Serotonin Reuptake Inhibitors

تتميز هذه المجموعة بالعمل على زيادة الموصل العصبي، السيروتونين، في المشبكات العصبية، وتعديل حساسية المستقبلات ما بعد المشبكات، من خلال الخاصية في التأثير على الموصل «سيروتونين»، وتتميز بقوة فاعليتها، وقلة الأعراض الجانبية، وعدم تفاعلها مع العقاقير الأخرى المستعملة في الأمراض الأخرى، ولا تحدث تأثيراً على ضربات أو رسم القلب، ولذا .. فهي العلاج الأمثل في المرضى بالقلب، الكبد، الكلية، الرئة .. إلخ، وكذلك في المسنين .

وقد يعاني المرضى من بعض الأعراض الجانبية في بدء العلاج، مثل: فقد الشهية، الغثيان، القئ، التوتر، وأحياناً بعض المضاعفات الجنسية والعقاقير المتوافرة حالياً من هذه المجموعة كالآتي:

- فلو فوكسامين (فاقارين) Faverin ٥٠ - ٢٠٠ مجم يومياً .
- فلو كسرتين (بروزاك) Prozac ٢٠ - ٦٠ مجم يومياً .
- سيرترالين (لسترال - زولوفت) Lustral ٥٠ - ٢٠٠ مجم يومياً .
- سيدالوبرام (سيبرلم) Cipram ٢٠ - ٦٠ مجم يومياً .
- باروكستين (باكسيل - سيروكزات) Seroxat ٢٠ - ٦٠ مجم يومياً .
- وتشابه هذه العقاقير في تأثيرها الإكلينيكي، وأصبح أن يتم المعالج بالخبرة في أحدهم إلا أننا وجد عدم استجابة لأحدهم .. فهنا يستطيع إعادة العلاج بمركب آخر .

## ٢- المانع لإعادة امتصاص النورأدرينالين والسيروتونين :

ومن أمثلتها :

فلأفلاكسين (إلكسور) Effexor

ومرتازيبين (ريميرون) Rimeron

ويدعى البعض زيادة فاعليتها مع قلة الآثار الجانبية عن المانع الانتقائية؛ لإعادة امتصاص السيروتونين . ولا يستجيب عادة الاكتئاب الشديد

المصحوب بأعراض ذهانية لمضادات الاكتئاب ؛ ولذا يجب العلاج بجلسات الكهرباء مع مضادات الذهان والاكتئاب .

### ٣- العلاج بالجلسات الكهربائية (تنظيم إيقاع المخ)

إن الجلسات الكهربائية هي أقوى علاج للآن ضد الاكتئاب ، على الرغم من اكتشاف العقاقير الحديثة السابقة الذكر .

والاكتئاب هو أكثر الأمراض استجابة لتطبيق العلاج الكهربائي ، ولاشك أن العقاقير قد أنقصت الحاجة لاستعمال الكهرباء ، وقلت من عدد الجلسات الكهربائية اللازمة للشفاء ، ويشفى مرض الاكتئاب الشديد مع الأعراض الذهانية ، بنسبة تتراوح من ٨٠ - ٩٠ ٪ مع العلاج الكهربائي .

يحتاج مريض الاكتئاب إلى حوالي ٦ - ٨ جلسات كهربائية ، موزعة على أساس جلستين أو ثلاث كل أسبوع ، أما حالات الهوس .. فيحتمل المريض عدداً من الجلسات ، التي يجب أن تكون متقاربة إلى حد ما ، فلامانع من بدنها يوماً ، ثم يوماً بعد يوم . وإن لم يتحسن مريض الاكتئاب بعد ثمان جلسات ، فلا داعي للاستمرار ، بل نحاول إعطائه العقاقير ثانياً مع تكرار الكهرباء بعد شهر ، أو إذا استمر المريض في أعراضه .

ويجب الحرص في إعطاء الكهرباء للمسنين والمصابين بتصلب شرايين المخ ، بإعطاء أكسجين قبل وأثناء وبعد الجلسة ؛ حتى لا يكون المريض عرضة لخطب وتلف بالمخ ، وكذلك في مرضى الاكتئاب المصحوب بالهبوط الحركي ، حيث إن هذا الضمور يتحسن بعد جلستين أو ثلاث ، ومازال المريض نزوده الأفكار السوداوية ، وقد زاد نشاطه ومن ثم قد يقدم على الانتحار ، وهذا ماحدث مع الكاتب القصصي أرنست هنجواي ، عندما أطلق الرصاص على نفسه ، وذلك بعد ثلاث جلسات كهربائية أثناء علاجه من الاكتئاب ؛ ولذا يجب وضع المريض تحت ملاحظة العائلة أو المستشفى أثناء العلاج .

وقد أدخل العالم ميدونا Meduna العلاج التشنجي في الطب النفسي عام ١٩٣٣ بإعطاء حقن كافور في العضل ؛ حتى يصاب المريض بصدمة تشنجية صرعية ، ثم تطور الأمر بإعطاء حقن كارديازول في الوريد حتى اكتشف شراييني وبيلي "Cherletti and Bini" الصدمات الكهربائية عام ١٩٣٨ ، كوسيلة لإصدار



هذه التشنجات الصرعية ، والتي كان يعتقد أنها الأساس لشفاء هؤلاء المرضى ، ولكن ثبت خطأ هذا الظن ، نظراً إلى أنه تحت تأثير التخدير وتراخي العضلات لا تحدث تشنجات صرعية ، ويستفيد المريض بالدرجة نفسها إنأ ، فإن فائدة الجلسات الكهربائية تقع فيما يحدث في المع من تطورات فسيولوجية وكيميائية وليس في التشنجات .

تم الجلسات الكهربائية بتمرير تيار كهربائي مثابوب ، قوته ٧٠ - ١٧٠ فولت لمدة ٠,٤ - ٠,٦ ، من الثانية على جانبي الجبهة بواسطة السماعة الخاصة بذلك .

وقد تطورت عملية إعطاء الجلسات الكهربائية من ناحية قوة الفولت ونوع التيار ، وإعطائها على ناحية واحدة على الفص المعنى غير السائدة ؛ لتفليل اضطراب الذاكرة والاختلاط العقلي الذي يعقب الجلسة ، خاصة في المرضى المسنين وحالات تصلب الشرايين والطلبة الذين يدرسون ، وكل من اضطرنه الظروف للاحتفاظ بالذاكرة للأحداث القريبة .

وأهم هذه التطورات إعطاء التخدير مع الأتروبين قبل الجلسة حتى ينام المريض ، ثم حققه لاسترخاء العضلات حتى لا تحدث التشنجات ، ثم توصيل التيار الكهربائي ، وهنا لا يحدث ما يتجاوز بعض الارتجاجات البسيطة في العيون والأطراف ، ويفيق المريض دون أي مضاعفات .

ويجب تحضير المريض الكهرباء بالخطوات الآتية :

- (١) فحص أجهزة الجسم المختلفة للتأكد من سلامة الجهاز العصبي والقلب وضغط الدم والصدر وخلو المريض من العلامات العضوية .
- (٢) صوم المريض عن الطعام والشراب ٦ ساعات قبل موعد الجلسة .
- (٣) إفراغ المثانة من البول قبل الجلسة مباشرة .
- (٤) تجنب الملابس الضيقة خاصة في السيدات .
- (٥) خلع الأسنان الصناعية وأي أدوات حادة في الشعر أو الجسم .
- (٦) وضع المريض في حجرة هادئة دون رؤية مرضى آخرين ، يأخذون العلاج نفسه .

(٧) يتم المريض على الفراش ، ويستحسن أن يكون صلباً ، وأن تكون المرتبة غير هشة مع وضع الرأس على وسادة .

(٨) يوضع خافض اللسان بين الفكين حتى لا يعرض المريض لساقته ، ويسند أحد الممرضين الفك حتى لا يتعرض للخلع .

(٩) يسند أحد الممرضين الكتفين برفق ويسند آخر عظام العنق .

(١٠) يوصل التيار الكهربائي فيحدث تصلب كامل في العضلات ، تليه التشنجات العضلية في كل جسم ويزرق المريض ، ثم يبدأ التنفس العميق مع خروج رغوى من الفم (لا يحدث ذلك مع التخدير وتراخي العضلات) ، ثم يستمر المريض في الغيبوبة لمدة تتراوح بين ١٠ - ٣٠ دقيقة ، يستيقظ بعدها غير متذكر لما حدث له . وتعود الذاكرة تدريجياً ، وأحياناً ما يشكو من الصداع والآم بالفك أو الظهر خاصة بعد الجلسة الأولى ، ولكن غالباً لا يحدث ذلك مع التخدير .

(١١) يجب أن نطمئن طوال الوقت على التنفس ، ولا مانع من وضع المريض على جانبه بعد الجلسة ، حتى لا يستنشق أي فضلات في المعدة أو من اللعاب، وحتى نتأكد من سلامة الجهاز العصبي .

واعتقد أنه بعد التطورات الأخيرة في الجلسات الكهربائية وفحص المريض بعناية واتخاذ الحرص اللازم ، لا توجد خطورة إطلاقاً من إعطاء الكهرباء ، بل إن مضاعفاتها أقل من العقاقير ، وبالتالي ما يطالب المريض الذي شفى بالجلسات الكهربائية بإعطائه الجلسات ، إذا تكررت عليه التوبة ، ويرفض الانتظار على العقاقير حتى تصل لمفعولها الأقصى .

وحيث إن العلاج لا يشعل الآن أي صدمات أو تشنجات ، وحيث إن كلمة العلاج الكهربائي في مفهوم العامة تترادف الجنون ، وهذا غير صحيح . أقترح تسميتها بعلاج تنظيم إيقاع المخ ، حتى نزيل الفكرة الخاطئة عن هذا العلاج المفيد .

## مضاعفات جلسات الكهرياء :

### ١ - اضطراب الذاكرة :

ويبدأ ذلك بعد الجلسة الثالثة أو الرابعة ، حيث يبدأ المريض في فقدان الذاكرة للحوادث القريبة ؛ فيسأل السؤال نفسه عدة مرات ، ولا يتذكر المواعيد وينسى من زاره أمس أو اليوم ، ولكنه يحتفظ بذاكرته للحوادث البعيدة . وعادة ما تعود الذاكرة لسابق عهدها بعد ٣ - ٤ أسابيع من انتهاء آخر جلسة . ولذا يجب التأني قبل تقرير العلاج بالكهرياء للطلبة في آخر العام ، وقبل الامتحانات وفي حالة هؤلاء ، الذين يتطلب عملهم الذاكرة العادة القوية ، ولو أن إعطاء الكهرياء على الفص غير السائد يقلل من هذه الاضطرابات .. كذلك لا يصح إعطاء أكثر من عدة جلسات قليلة للمسنين ومرضى تصلب شرايين المخ ؛ حتى لا يتعرضوا لاضطراب ذاكرة دائم أو يستمر النسيان لمدة طويلة جداً .

### ٢ - الكسور :

كانت الكسور من أكثر المضاعفات شيوعاً قبل إدخال راحي العضلات والتخدير ، وكان أهمها : خلع الفك ، ومفصل الكتف ، وكسر العظام في النزاع أو الساق ، وشرق بعض الألياف بين عظام الظهر ؛ أي العمود الفقري وخاصة في المسنين ، أو ذرى العضلات القوية ، أو المصابين ببلين أو مرض في العظام . ولكن بأخذ الاحتياطات السابق ذكرها ، يندر حدوث هذه الكسور .

٣- ينحول أحياناً الاكتئاب إلى إبتهاج تحت حاد مع جلسات الكهرياء ، أو إذا كان المريض عرضة لنوبات اكتئاب وهوس متكررة ، وهنا يجب الاحتياط في عدد الجلسات .

٤- نادراً ما تحدث الوفاة من جلسات الكهرياء (حالة وفاة واحدة في كل ٢٠,٠٠٠ جلسة كهريائية) ، ويكون سببها توقف مفاجئ في ضربات القلب ، ويزيد احتمال الوفاة في الجلسة الأولى ؛ خاصة في مرضى القلب .

ولم أر في الثلاثين سنة الماضية إلا حالة وفاة واحدة من الجلسات الكهريائية .

٥- كان انتشار مرض الدرن بين مرضى التصلب معروفاً في الزمن السابق ، وكان

أحياناً ما ينتشر مرض الدرن في الصدر ، عندما يكون في حالة نشاط مستمر مع جلسات الكهرباء ، ويستطيع تجنب ذلك بإعطاء التخدير . ونادراً ما نلاحظ نقصاً في بعض الفيدياميدات خاصة المجموعة «ب» مع استمرار الجلسات، وكذلك ظهور نوبات سرعية في هؤلاء المهبلين بطبيعتهم لهذا المرض .

6- كثر الجدل أخيراً حول خطورة إعطاء الكهرباء مع العقاقير المضادة للاكتئاب والمضادة للفصام في الولايات المتحدة ، لحساسية عضلة القلب لهذا الخليط، ولكني لم أرى مضاعفات في آلاف من المرضى، الذين عولجوا بالكهرباء والعقاقير ، ويتفق ذلك مع الأبحاث الجارية في أوروبا وبريطانيا .

### كيفية تأثير الجلسات الكهربائية

اختلف العلماء في تفسير كيفية عمل جلسات الكهرباء وكيفية شفاؤها لكثير من الاضطرابات النفسية والعقلية ، ولاستطيع أن نجزم بصدق نظرية عن أخرى، ولكن إذا استعرضنا التفسيرات المختلفة ، نجد أن التفسير الفسيولوجي هو أقربها للحقيقة .

1- تؤثر أو تعدل الجلسات الكهربائية من عمل الهيبتونلاموس ، وهو المركز الأعلى الذي يتحكم في الجهاز العصبي اللاإرادي بفرعيه السمبثاوي والباراسمبثاوي، وكذلك فهو أحد مراكز دائرة الانفعال في المخ، ويحتوي على أكبر نسبة من الموصلات العصبية الخاصة بالانفعال ، ويحتمل أن تعدل جلسة الكهرباء توازن تحكم هذا المركز في العمليات الانفعالية المختلفة من اكتئاب وهوس وفصام ... إلخ .

2- توازن جلسات الكهرباء من نخلل الموصلات العصبية بين خلايا المخ العصبية ، فتعد توازن نسبة هذه الموصلات في المخ .

3- يتكون أي سلوك مرضى من فعل منعكس كهربائي في قشرة المخ ، ويحتمل أن جلسات الكهرباء توقف هذا الفعل المنعكس الكهربائي بتدمير تيار كهربائي خارجي ، ومن ثم تبدأ قشرة المخ بعد توقف الفعل المنعكس المرضى في تكوين انعكاس جديد غير مرضى ، ومن ثم يخفى السلوك المضطرب أو التفكير والانفعال المرضى .

٤- يرى المحللون النفسيون أن جلسات الكهرباء نوع من العقاب يرضى في المريض عقدة الإذانة الذاتية والذنب الكبير ، كما أنها تهدد كيانه أكثر من المرض نفسه ، ومن ثم يبدأ التحسن بعد عدة جلسات .

٥- تسبب جلسات الكهرباء نوعاً من فقدان الذاكرة والاختلاط العقلي البسيط، تجعل المريض ينسى مرضه السابق .

٦- إعادة توازن الحساسية المنخفضة بالمستقبلات العصبية في الهوس والحساسية الزائدة في الاكتئاب، وتعيد توازن المستقبلات المضطربة في الفصام، مع زيادة عوامل نمو النسيج العصبي.

٧- احتمال تأثير جلسات الكهرباء من خلال جميع العوامل السابقة .

وقد كان من المحرمات إعطاء جلسات الكهرباء لمرضى القلب ، وضغط الدم وأمراض الكلية، والصدر، والكبد وأمراض العظام .. إلخ ، ولكن بعد التطورات الأخيرة في إعطاء هذه الجلسات ، وإدخال عامل التخدير ونراخي العضلات ... لاعتقد أنه يوجد أي مرض ، يحرم الطبيب من إعطاء جلسات الكهرباء إلا الذبحة أو جلطة في شرايين القلب ، خوفاً من توقف القلب ، وفيما عدا ذلك فالجلسات لا تشكل أي خطر ، ما دام الطبيب قد اتخذ الاحتياطات السابق ذكرها .

وتعطى الجلسات الكهربائية لمرضى الاكتئاب في الحالات الآتية :

١- عندما لا يستجيب الاكتئاب للعلاج بالعقاقير ، وتزداد شدته على الرغم من مضادات الاكتئاب المختلفة .

٢- الحالات الانتحارية الشديدة والأفكار السوداوية المتكررة كذلك مع شدة ضلالات الفكر والذنب والإثم والعدمية .

٤- ذهان الهوس تحت الحاد والهوس الحاد ؛ خاصة وأن استجاباتهم للعلاج بالعقاقير تستغرق مدة من الزمن .

٥- حالات الاكتئاب المسحورية بالهبوط الحركي أو الإثارة والتهييج الشديد .

٦- اكتئاب المسنين حيث ثبت أن مضاعفات العقاقير في هذا العمر تفوق جلسات الكهرباء ، والتي تعتبر الآن أحسن علاج للاكتئاب في هذا السن .

#### ٤- العلاج بالجراحة

انخفض معدل استعمال الجراحة بعد استعمال العقاقير مع الكهرباء ؛ لأنه نادراً ما يفشل مزج هذه العلاجين في شفاء معظم حالات الاكتئاب ، ولكن نادراً ما تلجأ للعملية الجراحية ، التي تقطع فيها الألياف الموصلة بين الفص الجبهي في المخ والتلاموس ، في أي منطقة خلال هذه الدائرة العصبية .

وكلما تمكن جراح في المخ من انتفاء منطقة صغيرة ، خاصة في السطح الأمامي والسفلي من السطح الحجابي للفصل الجبهي ، قلت مضاعفات العملية ، وتغير الشخصية .

وتجرى العملية الآن في حالات الاكتئاب الشديدة ، التي لا تستجيب لعدة محاولات من العقاقير والكهرباء المصحوبة بتوتر ونهيج مستمر وأفكار انتحارية دائمة ، وذلك في شخصية سوية قبل المرض ؛ حتى لا يتعرض المريض لخطورة إنهاء حياته إن ترك دون علاج فعال .

هنا فقط ، ونعت هذه الشروط وبعد تجرية العلاج التتويمي .. نستطيع أن ننصح بالجراحة ، ويجب ألا يكون المريض عرضة في الماضي لنوبات من الهوس ، حتى لا يتعرض الجراحة لانتقال الاكتئاب إلى انهياج ، وكذلك نهتم بتكامل الشخصية السابقة على المرض ؛ لأن أسوأ النتائج تحدث بسبب عدم الحرص على انتفاء المرضى ذوي الشخصية السوية المتكاملة ، وأهم مضاعفات العملية هو تغير الشخصية ، وتلك الانفعال بعض الشيء وعدم الاستجابة للمنبهات الوجدانية .

ولكن بعد التقدم الجراحي الحديث ، بطريقة الكي بالتوجيه الجسم ، وخبرة جراحي المخ بهذه العملية ، أصبح احتمال حدوث ذلك نادراً ، أما الوفاة فلا تزيد في أيدي الجراحين المهرة عن ١٪ ، ومن المضاعفات الوقيشية التي تخشى بعد مدة من إجراء العملية : التبول اللاإرادي ، النوم الكثير ، بعض الاختلاط العقلي ، ضعف في أحد جانبي الجسم .

ولكن كما سبق أن ذكرنا ، لا تحدث هذه الأعراض إذا كانت العملية أمامية في اتجاه السطح الحجابي للفصل الجبهي ، وأحياناً ما يبدأ المريض في المعاناة من

نوبات سرعية بعد شهر من إجراء العملية ، ونستطيع التحكم فيها بالعقاقير المضادة للصرع .

لاشك أن العملية لها خطورتها وأعراضها الجانبية ، ولهذا يجب الموازنة بين معاناة وآلام المريض وخطورة المرض على حياته والشروط اللازمة للعملية ، واحتمالات المضاعفات ، وهنا فقط نستطيع اتخاذ القرار اللازم .

أما في حالات الاكتئابية المستعصية للعلاجات السابقة .. فلا مانع من إعطاء مزيج من المركبات الأحادية الأمينية مع المركبات الحلقية الثلاثية ، وأحياناً بإعطاء خلاصة الغدة الدرقية (تراي أبودوثيرونين) ، ونستجيب بعض الحالات بإضافة التريبتوفان (أوبتيماكس) .

وأخيراً وجد أن حرمان مريض الاكتئاب من النوم التقيضي ، من خلال رسم المخ أثناء النوم يشفي كثيراً من الحالات ، خاصة وأن كل العقاقير المضادة للاكتئاب والجلسات الكهربائية تعرم المريض من هذا النوم ، وهنا يبدأ التحسن ، ولكنها لأن دراسة أكاديمية ، تحتاج لوقت وجهد واستعداد خاص .

ولكن يستعمل الآن الحرمان الكامل من النوم ، بغض النظر عن نوعه في بعض حالات الاكتئاب غير المستجيبة للعلاجات السابقة ، كذلك .. قد يستجيب بعض مرضى الاكتئاب لعقار الليثيوم أو مضادات الصرع ، مثل : التجريبول والديباكين والريفونريل ، الذي ثبت فاعليته في علاج الهوس ، والوقاية من النوبات المتكررة لأمراض الهوس والاكتئاب ، وأخيراً استعمال العقاقير الحديثة المضادة للاكتئاب ، مثل : المانعات الانتقائية لأمصاص السيروتونين ، ومانعات امتصاص النورأدرينالين والسيروتونين ، والتي سبق ذكرهما .

الاضطرابات العقلية العضوية ، بما فيها  
الاضطرابات الاعرضية

ORGANIC, INCLUDING  
SYMPTOMATIC MENTAL  
DISORDERS

.. فإن أغلب هذه الاضطرابات تظهر عند  
البدء في مرحلة البلوغ أو في مرحلة متأخرة من  
الحياة. كذلك فعلي حين أن بعضا منها غير عكوس  
ومستفحل ، علي الأقل في حدود معرفتنا الحالية ،  
نجد أن اضطرابات أخري في هذه المجموعة مؤقتة ،  
أو تستجيب لعلاجات متوفرة حاليا .



.. أساس أغلب هذه الاضطرابات يظهر عند البلوغ في مرحلة البلوغ أو في مرحلة متأخرة من الحياة . كذلك فعلي حين أن بعضاً منها غير مكتوس ومستفحل ، علي الأقل في حدود معرفتنا الحالية، نجد أن اضطرابات أخرى في هذه المجموعة مؤلمة ، أو تستجيب لعلاجات متوفرة حالياً .

يتضمن هذا القسم نطاقاً من الاضطرابات العقلية ، صنفت معاً علي أساس اشتراكها في أنها تأتي نتيجة لمرض دماغي أو إصابة مخية أو إصابة أخرى ، وتؤدي إلى خلل وظيفي مخي . وقد يكون الخلل أولياً كما في الأمراض والإصابات والصدمات التي تؤثر علي المخ إما مباشرة أو بشكل غير مباشر ، أو قد يكون ثانوياً كما في الأمراض والاضطرابات الجهازية ، والتي تصيب المخ باعتباره واحداً من الأعضاء أو الأجهزة العديدة التي يصيبها المرض في الجسم .

وعلى الرغم من أن المنطق يستدعي أن ندرج اضطرابات المخ الناجمة عن الكحول والعقاقير تحت هذه المجموعة .. إلا أنها قد صنفّت في فصل آخر ؛ بغرض تجميع كل اضطرابات استخدام العقاقير في جزء واحد خاص بها .

وعلى الرغم من اتساع طيف المظاهر النفسية المرضية في الحالات المتضمنة هنا ، إلا أن السعات الأساسية لهذه الاضطرابات تشكل مجموعتين أساسيتين ، فهناك من ناحية الزمّلات التي أكثر سماتها وضوحاً وثباتاً تلك الخاصة :

- ١- اضطرابات الوظائف المعرفية العليا مثل الذاكرة والذهن والتعلم ، واضطرابات أخرى مثل اضطرابات الوعي والانتباه .

٢- ومن ناحية أخرى هناك زميلات تكون أكثر مظاهرها وضوحاً في مناطق الإدراك (هلاوس) ، مضمعون للتفكير (ضلالات) ، المزاج والمشاعر (اكتئاب، ابتهاج، قلق) ، أو في النمط الكلي للشخصية والسلوك ، في حين يكون اعتلال الوظيفة المعرفية أو الحسية ضئيلاً جداً أو صعب التحديد .

أما المجموعة الأخيرة من الاضطرابات ، فتحل نصيباً أقل في هذا الجزء من المجموعة الأولى ؛ لأن ما تتضمنه من اضطرابات تتشابه في أعراضها مع حالات أخرى ، ويعرف عنها أنها تحدث دون مرض أو اختلال وظيفي دماغي ضخم . ومع ذلك فإن التباين المتنامي على وجود علاقة سببية بين عدد من الأمراض الدماغية والجهازية ، وبين ظهور مثل هذه الزميلات يقدم تبريراً كافياً لإدراجها هنا . ويمكن لأغلب الاضطرابات المذكورة في هذا الجزء على الأقل نظرياً ، أن تبدأ في أي سن ، باستثناء الطفولة المبكرة . أما عملياً .. فإن أغلب هذه الاضطرابات تظهر عند البدء في مرحلة البلوغ أو في مرحلة متأخرة من الحياة . كذلك فحلى حين أن بعضها منها غير عكوس ومستفعل ، على الأقل في حدود معرفتنا الحالية ، نجد أن اضطرابات أخرى في هذه المجموعة مزمنة ، أو تستجيب لعلاجات متوفرة حالياً .

إن مصطلح (عضوى) كما هو مستخدم في عنوان هذا الجزء ، لا يقتضى ضمناً أن الحالات المذكورة في أجزاء أخرى من هذا التصنيف هي (غير - عضوية) ؛ بمعنى افتقادها إلى أساس دماغي مثل الفصام واضطرابات المزاج ، والوسواس القهري ... إلخ . ففي الإطار الحالي لا يعنى اصطلاح (عضوى) أكثر أو أقل من التزملة المصنفة كعضوية ، والتي يمكن إرجاعها إلى مرض دماغي أو جسعي مستقل وقابل للتشخيص . أما اصطلاح (أعراضى) ، فيشير إلى تلك الاضطرابات العقلية ، التي يتأثر فيها الدماغ ثانوياً نتيجة مرض جهازى أو خارج دماغي .

ويترتب على ما سبق أن تسجيل التشخيص لأى من الاضطرابات المذكورة في هذا الجزء سوف يستدعى - في أغلب الحالات - استخدام رمزين أحدهما لزمنة المرض النفسى ، والآخر للمرض أو الأذى أو أى إصابة مخية أخرى كامنة وراءه .

### الذهان العضوي

وقد سبق تفسير الفروق الظاهرة بين الذهان الرطيفي والعضوي ، وأن الذهان العضوي سببه أي عطب أو تلف في الجسم ، يمكن اكتشافه بالفحص الإكلينيكي أو بالتحليلات اللازمة أو تحت المجهر ، وأن الأعراض العقلية صادرة من تغيرات فيزيوكيميائية وباثولوجية في الجسم .

ويمكن تلخيص أسباب الذهان العضوي تحت المجموعات الآتية :

#### ١- اضطرابات التمثيل الغذائي ( الأيض ) :

أ- أمراض الكبد .

ب- أمراض الكلية .

ج- السكر .

د- مرض الليورفريا .

#### ٢- نقص الفيتامينات :

أ- ب١ ( برى برى - مرض فرنيك ) .

ب- حامض النيكوتينك ( البلاجرا ) .

ج- ب١٢ وحامض الفوليك .

#### ٣- أمراض الغدد الصماء :

أ- الغدد الدرقية .

ب- الغدد جارات الدرقية .

ج- الغدد فوق الكلوية .

د- النخامية .

هـ- الجنسية .

#### ٤- نقص الأكسجين في الدم .

#### ٥- اضطرابات الأملاح والمعادن في الجسم :

أ- بوتاسيوم .

ب- صوديوم .

ج- ثاني أكسيد الكربون .

د- الماء .

- ٦- أمراض شرايين المخ :
- أ- تصلب الشرايين وتعدد الاحتشاءات .
  - ب- بطء مجرى الدم .
  - ج- ارتفاع ضغط المخ .
  - د- أمراض الشرايين الأخرى .
- ٧- الحميات .
- ٨- ذهان الحوامل والولادة .
- ٩- أمراض الجهاز العصبي :
- زهري الجهاز الهضمي .
  - الحمى الشوكية .
  - الحمى المخية .
  - التصلب المتناثر .
  - التصلب المتناثر .
  - ارتجاج وتهتك المخ .
  - التجمع النعوى تحت الأم الجافية .
  - أورام المخ .
  - الإيدز .
- ١٠- الصرع .
- ١١- ذهان السموم :
- أول أكسيد الكربون .
  - رصاص - زئبق - زرنيخ - منجليز - سنيور .
  - المهدئات والمخدرات (البروميدي - الباريتيرات) .
  - المنبهات .

- الكحول .
- الحشيش .
- الأفيون .
- الهيروين .
- الكوكايين .
- عقاقير الهلوسة .

### تفسير الذهان العضوي

لم تتمكن معظم الأبحاث من اكتشاف الأسباب الرئيسية لظهور الأعراض العقلية بسبب الأمراض الجسمية المختلفة السابق ذكرها ، وقد تعددت التفسيرات والنظريات .

ونستطيع أن نوجز الإلمام بها كالآتي :

#### ١- ارتفاع درجة الحرارة :

ويؤهل المؤمنون بهذه النظرية أن كل هذه الأعراض سببها الحمى ، التي تؤثر فسيولوجيا وكيميائيا على وظيفة المخ ، وعند هذا التفسير الملاحظة المتكررة ، أنه كثيرا ما تحدث الأعراض الذهانية بعد اختفاء الحمى أو قبل ظهورها ، يزيد على ذلك أن بعض هذه الأعراض لا يصاحبها أي ارتفاع في درجة الحرارة .

#### ٢- اضطرابات في الأوعية والشعيرات الدموية :

يظهر بعض الاضطرابات في حجم الأوعية الدموية خاصة المغذية للمخ أثناء هذه الأمراض ، مما يؤدي إلى نقص أو خلل في الدورة الدموية بالمخ أو تعدد الاحتشامات ، ويؤدي إلى أعراض الذهان .

#### ٣- مواد سامة :

وذلك نتاج لاضطرابات عمليات التمثيل الغذائي المختلفة ، مما يؤثر على وظائف المخ المختلفة كما يحدث في البولينا ، والسكر وهبوط وظائف الكلية .

#### 4- إرهاق الجهاز العصبي :

ترهق الأعراض الجسمية بكافة أنواعها الجهاز العصبي ، ومن ثم يحتاج هذا الجهاز لكميات مضاعفة من الغذاء ؛ خاصة مجموعة فيتامين (ب) المركب . ويؤدي نقص حاجات الجهاز العصبي إلى أعراض ذهانية حادة .

#### 5- السموم البكتيرية :

لاشك أن الأمراض الجسمية التي يسببها فيروسات أو بكتيريا ، تؤثر في الجهاز العصبي ، وتحدث خللاً في وظائفه .

#### 6- الاستعداد البيولوجي :

يلاحظ أن فئة معينة من المرضى يعانون من الذهان العضوي ، وفئة أخرى لاتعاني من أي ذهان ، على الرغم من إصابتهم بالمرض نفسه ، ومما يزيد هذه النظرية ، أن البعض يولد وهو مهياً وراثياً لظهور الذهان عن إصابته بأي إجهاد جسدي أو نفسي .

ومهما تعدد النظريات في تفسير الذهان العضوي ، فإن الجميع يتفق على أن اضطرابات الجهاز العصبي مهما يكن السبب ، هي العامل الرئيسي في ظهور هذه الأعراض ، ومما يثبت ذلك الموجات المرضية التي تظهر في رسم المخ ؛ خاصة في حالات الهذيان الحاد ، والتي ترتبط ارتباطاً وثيقاً بدرجة وعي المريض ، فكلما تشوش وعي المريض ، بطأت الموجات المخية وأصبحت عالية التردد .

#### الأعراض الإكلينيكية للذهان العضوي :

إن تشوش الوعي ، واختلاط درجة اليقظة هي أهم ما يميز الذهان العضوي بكافة أنواعه ، ويفرقه عن الذهان الوظيفي ، وأهم الأعراض الإكلينيكية المميزة للذهان العضوي هي الآتي :

#### ١- الهذيان الحاد "Acute Delirium" :

ويتميز بالآتي :

(١) عدم تعرف الزمان والمكان والأشخاص ، وبالتالي فقدان القدرة على معرفة مكان العمل والسكن وأحياناً الحجرات المختلفة بالمنزل ، ثم

اختلاط الزمن عليه ، بحيث لا يفرق بين الليل والنهار أو ساعات النوم ، فجدته يرتدى ملابسه في الساعة الثانية صباحاً للذهاب لمقر عمله ...

(٢) فشل المريض في تسجيل أو استدعاء المواد ؛ مما يجعل ذاكرته تخونه بشكل واضح خاصة للأحداث القريبة ، بل ويخلط الأحداث بعضها ببعض مما يجعل نقله للأحداث يشوبه الخطأ والخلط الشديد ، ويكرر الأسئلة نفسها نظراً لتسيانه السؤال والإجابة ، وينكر تماماً أنه استفهم عن هذا الموضوع من قبل .

(٣) التوتر الشديد ، والتهيج لأتفه الأسباب ، وعدم القدرة على الثبات في مكان واحد ، والسير ذهاباً وإياباً دون هدف معين .

(٤) اضطرابات التفكير واختلاطه مع تطاير الأفكار ، وعدم متابعته للموضوع الواحد ، بل تتداخل الموضوعات بعضها مع بعض .

(٥) اختلال الإدراك مما يؤدي إلى هلاوس سمعية أو بصرية ؛ خاصة الأخيرة في الذهان العنصري فيرى أشباحاً تهاجمه ، وحيوانات تفرسه وحشرات تلدغه ، بل وأفراد يدبرون قتله ، وأحياناً ما يصاحب ذلك سماع أصوات تسميه وتلعنه وتهدهد بالعقاب ، مما يجعل سلوكه مضطرباً ، ويصبح في حالة من الرعب والخوف المستمر ؛ مما يؤدي أحياناً إلى محاولات انتحار .

(٦) ضلالات الاضطهاد مع ضلالات الأهمية ، وأن كل التصرفات والحركات والقراءات التي تعبط به ما هي إلا لتنقيص حياته ، ومضايقته وكأنها العالم يدور حول ذاته ، ولكن عادة ما تكون هذه الهذات غير منسقة أو مرتبة ؛ أي عكس ما يحدث في الفصام .

(٧) الإحساس بالخوف وعدم الاستقرار والأمن .

(٨) القابلية للإبحاء مع تعوير وتزييف الذاكرة .

وغالباً ما يختلف الهذيان الحاد عند علاج السبب الأولي ولكن أحياناً ما تتخلف بعض الأعراض وتستمر مع المريض بعد شفاء الهذيان ، ومن أمثلة ذلك

بعض الضلالات الاضطهادية أو الاستعداد البارافرنوي ، وغادراً بعض الهلاوس البصرية ، وكثيراً ما يصاحب هذا الهذيان الحاد بعض نوبات صرعية تخفى بانتهاء النوبة الحادة .

## ٢- الهذيان تحت الحاد "Subacute Delirious State" :

(١) اضطراب التفكير المتكرر ، وعدم ترابطه هو أهم ما يميز هذا الذهان ، ويصح أحياناً من السير نفوقته عن القسام أو الابتهاج .

(٢) تلاوب تشوش الوعي ، فيصاب المريض بنوبة من الهذيان وعدم الأهداء ، واضطراب الإدراك والذاكرة خاصة في المساء ، ثم يصبح في حالة سوية ويبدأ في الشك في أمر العائلة . ولكنه إذا تذكر ما يحدث في الهذيان تحت الحاد ، من تلاوب في تشوش الوعي ، يستطيع أن يعالج السبب الرئيسي ويعود المريض لحالته السوية .

وتظهر حالات الهذيان تحت الماء ، بعد نوبة من الهذيان الحاد وأحياناً ما تبدأ فجأة بهذه الصورة الإكلينيكية ، وتتشابه الأعراض مع الهذيان الحاد إلا أنها أقل درجة في الشدة ، مع تناوبها ووجود فترات من الصحة العقلية السوية .

## ٣- مجموعة أعراض عصر الذاكرة (زملة النساوة)

"Dysmnestic Syndrome" :

وتشمل هذه المجموعة عدداً من أعراض اضطراب الذاكرة ، ومنها : عدم تسجيل وتدعيم واستدعاء العواد السابقة خاصة تذكر الأحداث القريبة . أما الحوادث البعيدة فيكون تذكرها حاداً لا غبار عليه ، مما يجعله يتصور أن ذاكرته قوية ، حيث إنه يتذكر ما حدث منذ ثلاثين عاماً ، ولكن لا يستطيع الإجابة إن سأله أحد عما فعله أو أكله أمس ، ويصاحب فقدان الذاكرة للأحداث القريبة بعض التزييف والتحوير في الذاكرة ؛ لملء الفراغ الذي يحسه من اضطراب الذاكرة فإذا سئل متى أو كيف دخل المستشفى . ولأنه لا يستطيع التذكر ، يبدأ في سرد قصة خيالية مزيفة عن ميغاد وكيفية دخوله للمستشفى ، وبالطبع يكون المريض مقتنعاً بهذه القصة اقتناعاً شديداً .



#### ٤- الخرف أو العته "Dementia" :

ويعرف الخرف بأنه اضمحلال وتدهور ثابت، لا رجعة فيه في وظائف المخ العقلية بسبب مرض عضوي في المخ ، ويصاحب العته تدهور في الشخصية والعادات والسلوك والتفكير ، وفقدان الذاكرة أولاً للأحداث القريبة ثم يمتد ليشمل الأحداث البعيدة ، مع عدم القدرة على التعرف والاستبصار والحكم والتقدير ، ويصاحب ذلك اضطرابات في الانفعال من سرعة التهيج والإثارة ، إلى الشعور بحسن الحال - والنشوة المرضية ، وإذا شخصنا مريضاً بأنه يعاني من الخرف ، فعنى ذلك أنه لن يشفى ، ويسمر التدهور والاضمحلال تدريجياً ، وسنشرحه بالتفصيل مع اضطرابات المسنين .

#### ٥- الاكتئاب العضوي :

وتتشابه أعراض الزهان العضوي أحياناً بالاكتئاب الذهاني ، خاصة بعد الحميات ، مثل : الإنفلونزا ، والصفراء ، والتيفود ، والدوسنتاريا ، وتبدأ الأعراض بالهذيان تحت الحاد ، وصداخ ، وإرهاق ، والبكاء من أتفه الأسباب ، والشعور باليأس والذنب ، مع هبوط حركي أو نوتر شديد ؛ وتزيد أعراض توهم العزل البدنية ، ويميز هذا الاكتئاب تشوش الوعي وتناوب الأعراض مما يفرقه عن الاكتئاب الذهاني الوظيفي .

#### ٦- الهوس العضوي :

الابتهاج أقل شيوعاً من الاكتئاب في حالات الزهان العضوي ؛ حيث يصبح المريض نشطاً ، كثير الكلام ، سريع التهيج ؛ مما يجعل الأقرباء يسألون مشورة الطبيب .

#### ٧- أعراض الفصام (الضلالات أو الهلوس العضوية) :

سبق أن شرحنا بالتفصيل في التشخيص الفارق للفصام ، الزهان العضوية وكيف أنه أحياناً تتشابه أعراضه مع الفصام ؛ خاصة مع أورام المخ ، والحمى المخية ، وزهري الجهاز العصبي ، والصرع عند أنه في هذه الحالات تضطرب الذاكرة والتعرف وينشوش الوعي .

وفي معظم حالات الزهان العضوي ، تمتزج هذه الأعراض فيصاب

المرضى بالهذيان الحاد ، مصحوباً باضطراب الذاكرة ، وبأعراض اكتئابية أو هوسية أو فصامية .

#### ٨- اضطرابات عصابية عضوية :

وهنا تتخلب أعراض التقلق والوساوس ، مع أعراض تحولية انشغافية على الحالة المرضية ، ومع وجود تشوش فى الوعي .

#### ٩- اضطرابات الشخصية العضوية :

تأخذ الشخصية طابعاً مميزاً ، وتختلف السمات عما سبقها ، وتميل لتسلوك الذئفى والذاتوية والبطء الحركى ، وتقلب المشاعر بعد الإصابة العضوية ، وتعتب هذه الشخصية إصابات أو عطب المخ خاصة الفص الجبهى والصدغى ، وعادة ما تبدأ بعد عدة شهور من الإصابة .

الأسباب :

#### ١- اضطرابات التمثيل الغذائى

##### أ- أمراض الكبد "Cholaemia"

يظهر الذهان العضوى مع هبوط وظائف الكبد ، كما يحدث أحياناً مع حمى الصفراء ، وتليف الكبد ، ونسج الحمل ... إلخ ؛ حيث يفشل الكبد فى تلقية الدم من مواد سامة كثيرة ومن ثم تنقل إلى المخ ، وتسبب عطباً فى وظائف الكبد ، وأحياناً ما تبدأ هذه الأعراض قبل العلامات الجسمية لهبوط الكبد؛ ولذا يجب على الطبيب البقطة التامة عند مجابهته لهذه الصورة الإكلينيكية ، والتي تتميز باضطراب الوعي ، وكثرة النوم ، ويطء الاستجابة للمبهات والدخول فى غيبوبة، ثم تغير واضح فى الشخصية حيث يصبح سلوك المريض طقياً ، سريع التهيج ثم تندهور الملكات العقلية مع صعوبة فى الكلام والكتابة ، مع ظهور ارتجاج مميز فى الأطراف كزفرة أجنحة الطيور .

ولخيراً يتضح علامات إصابة الجهاز العصبى بالفحص الإكلينكى وينجح علاج هذا الذهان إلى المرض الكبدى الأولى .

### ب- هبوط الكلىة "Uraemia" :

يلعب الذهان العضوى دوراً مهماً فى أمراض هبوط وظائف الكلىة من أمراض الكلىة أو خارجها . وتتميز الصورة الإكلينيكية بالإرهاق والصداع وسرعة التهيج مع الدوار والدوخة ، ويشبه ذلك أعراض التلق النفسى المزمن ، ولكن نلاحظ هنا ارتفاعات عضلية فى الجسم ، مع عسر هضم وقئ . وإن صاحب هبوط الكلىة ارتفاع فى ضغط الدم ، يبدأ المريض فى المعاناة من نوبات صرعية وهذيان حاد أو نعت حاد، مع علامات عضوية فى الجسم وعلامات وأعراض ارتفاع ضغط الدم .

### ج- مرض السكر أو هبوط نسبة السكر فى الدم

"Hyperglycaemia or Hypoglycaemia":

يلعرض مريض السكر لنوبات من زيادة الكسر أو نقصه فى الدم ، وفى كلتا الحالتين يعانى المريض من عدة أعراض عقلية ونفسية ، وتبدأ غيبوبة زيادة السكر فى الدم بتوتر حاد ، وتهيج عصبى ، وسلوك شاذ ، ثم دوار وهبوط حركى تعقبه الغيبوبة المعروفة ، والتي يمكن اكتشافها بعدة أعراض إكلينيكية وتحليل الدم والبول . أما نقص السكر فى الدم فينشأ من إعطاء مريض السكر كميات كبيرة من الأنسولين تفوق حاجاتهم ، أو من أورام البنكرياس أو أثناء علاج مريض الفصام بغيبوبة السكر .

وأول أعراض نقص السكر فى الدم هو العرق الشديد مع الإحساس بخفة الرأس ويعقب ذلك بعض الاخلطاط العقلى مصحوباً بسلوك هستيرى شاذ ، ويحدث ذلك فى نوبات خاصة مع أورام البنكرياس مع التهيج العصبى ، وأعراض عقلية ونفسية ؛ مما يجعل تشخيص الهستيريا محتملاً ، وهذا خطأ شائع مع أورام البنكرياس ؛ نظراً لأن أعراض المرض تتشابه تماماً مع النوبات الهستيرية خاصة فى غيبوبة نقص السكر فى الدم ، والتي تحدث أثنائها نوبات صرعية .

وإذا استمرت الغيبوبة زيادة عن بضعة ساعات ، يصاب المريض بتلف وعطب دائم فى المخ ؛ لأن الخلايا العصبية لا تتحمل نقص السكر أكثر من فترة وجيزة ، وعادة ما يصاب مريض أورام البنكرياس وزيادة إفراز الأنسولين بالمعنة المفترطة لتناولهم السكر ومشققانه بكثرة للمريض نقصه فى الجسم ، وكما سبق

الذكر فإنه يجب التفريق بين هذا والهستيريا والعصاب والصرع وأورام المخ... الخ.

#### د- مرض البورفيريا "Porphyria" :

ويتميز هذا المرض بوجود نوع شاذ من البورفيرين ، يظهر بوضوح في البول ، الذي يصبح لونه كالنبيذ الأحمر بعد إفراغة .

وأهم أعراض هذا المرض :

(١) أعراض باطنية كالمغص الشديد والإمساك المفرط ، وهذه النوبات من

المغص تعرض المريض لعمليات جراحية متكررة .

(٢) أعراض عصبية وأهمها نوبات الصرع ، والتهاب أطراف الأعصاب ؛

مما يؤدي إلى ضعف الأطراف ، وعدم القدرة على القيام بأى مجهود

عقلي .

(٣) أعراض نفسية وعقلية في هيئة عدم تناسب انفعالي ، مع الذووم

المرضى ، واختلاط عقلي ، وسلوك هستيري وأحيانا هلاوس وهذات.

ولذا يجب الحرص في التشخيص عند ملاحظة أعراض باطنية وعصبية

وعقلية مع اللون المميز للبول ، وعدم التسرع في تشخيص مثل هذه الحالات

بالعصاب أو الذهان .

#### ٢- نقص الفيتامينات :

#### أ- فيتامين ب١ (ثيامين) "Beri - Beri" :

##### (١) مرض البري البري

يشعر المريض بألام حارقة وتعميل في الأطراف ؛ مما يجعل السير عسيراً

ومولماً ؛ لالتهاب أطراف الأعصاب ، وأحياناً تتورم أطراف المريض مع ضيق

التنفس ، وسرعة النبض ، وتضخم القلب . وأهم الأعراض النفسية : الإرهاق

وفقدان الشهية والتهيج العصبي ، والإعياء النفسي ، ويظهر هذا المرض في هؤلاء

الذين يعتمدون في طعامهم أساساً على الأرز المصروب ؛ نظراً لأن قشرته تحوى

كميات كبيرة من فيتامين ب١ ، وكذلك يعاني منه مدمنو الخمر والمسنين ،

ومرضى\* العقول الذين يعملون غذائهم .

(٢) اعتلال فرنك الدماغى "Wernicke's Encephalopathy" ،

يعانى مدمنو الضر من هذه المجموعة من الأعراض ، وكذلك من بنقصهم فيتامين ب١ لأى سبب من الأسباب ، ويتميز بتآكل الخلايا العصبية ووجود بؤر نزيفية فى الأجسام الحمية بالهيبوثلاموس والمخ المتوسط .

وأهم أعراضه الإكلينيكية :

(أ) أعراض عقلية كتشوش الوعي ، وهذيان حاد وهلاوس واختلاط عقلى ثم فقدان الذاكرة للأحداث القريبة مع تحريرها ونزيفها (كما يحدث مع مرض كورساكوف) .

(ب) شلل خارجى وداخلى فى عضلات العين .

(ج) التهاب فى أطراف الأعصاب .

(د) عدم تأزر التوازن فى الجسم .

ب- حامض النيكوتينيك (البلاجرا) "Pellagra" :

ينتشر هذا المرض فى المجتمعات الفقيرة التى تعتمد فى طعامها على البقول ، خاصة الذرة ، الذى يحوى كمية بروتين بسيطة . وقد كانت البلاجرا مرضاً وبائياً فى مصر لسوء الحالة الغذائية ، ولكن نادراً ما نرى مثل هذه الحالات الآن .

وأهم أعراض البلاجرا :

(١) أعراض هضمية :

مثل الغثيان والقيء والإسهال .

(٢) أعراض جلدية :

كالتهاب الجلد ، والاحمرار وزوال قشرة الجلد ، خاصة فى الأماكن المعرضة للشمس .

(٣) أعراض عصبية :

تلف فى المسارات الهرمية فى الجهاز العصبى .

(٤) أعراض عقلية :

وتأخذ عدة صور من إعياء نفسى ، إلى اكتئاب شديد مع أفكار انتحارية

وأعراض قلق نفسي مع هستيريا ، وأحياناً ما يصاب المريض بهذيان حاد واضطراب الذاكرة مع هذهمات اضطهادية .

وقد وجد المؤلف في دراسة واسعة على ما يقرب من مئة حالة بلاجراًن طبيعة المصاب أو الذهان في هذا المريض يعتمد على الاستعداد الوراثي للفرد ، وأنه لا يوجد ذهان أو عصاب مميز لهذا المرض ، حيث إن جميع الصور الإكلينيكية تظهر حسب استعداد الفرد ، ويعالج هذا المرض بإعطاء كميات كبيرة من حامض الليكوتينيك مع مواد غذائية غنية بهذا الفيديامين وب المركب مثل الخميرة ، البيض ، الكبد ... إلخ .

### ج- فيتامين ب<sub>12</sub> وهامض الفوليك (الأنيميا الخبيثة) :

يسبب نقص هذا الفيديامين أعراضاً عصبية عديدة ، وأهمها المرض المعروف باسم التلكن الجمعي تحت الحاد للحبل الشوكي "Subacute Com-bined Degeneration of the Spinal Cord" ، الذي تظهر فيه أعراض عصبية وذهانية في حوالي ٤٠ - ٩٠ ٪ من الحالات ، بل وأحياناً ما يبدأ المرض في ٤ ٪ من الحالات بأعراض نفسية ، مثل : الاكتئاب ، والإعياء النفسي والهبوط الحركي وذهان بارانوي ، هذات ، وهلاوس حسية ، ونادراً نوبات هوس أو ابتهاج ، ويصعب أحياناً تفرقة هذه الاضطرابات عن الذهان الوجداني والقصام وأحياناً ما يصاب المريض باضطرابات في الذاكرة ، مع فقدان القدرة على التعرف ، ونوبات من الهذيان تعد العاد .

### ٣- أمراض الغدد الصماء :

سنقتصر هنا على وصف الأعراض العصبية والذهانية المصاحبة لهذه الأمراض ، ويستطيع القارئ الرجوع لكتاب علم النفس الفسيولوجي للمؤلف ؛ لفهم التفاصيل التشريحية والفسيولوجية لاضطرابات هذه الغدد .

#### أ- الغدة الدرقية :

بميز نقص إفراز الغدة الدرقية (المكسدوما- وذمة - Myxedema) بأعراض عقلية مميزة ، أهمها : بطء التفكير ، الهبوط الحركي ، وبقة الاستجابة للمبهات الخارجية ، وعدم القدرة على التركيز ، والإرهاق من أقل مجهود مع سرعة النسيان وصعوبة التذكر، وتظهر الأعراض الاكتئابية والهذات للخيلائية

في حوالي ١٥ - ٣٠٪ من الحالات، ويتشابه ذهان المكسديما أحياناً مع ذهان  
الرجداني والفصام ، وأحياناً أخرى مع العصاب أو بدء حالات الخرف  
والاضمحلال العقلي .

والمرض أكثر شيوعاً بين النساء عنه بين الرجال بنسبة ٨ : ١ . ويجب  
الحرص في تشخيص مثل هذه الحالات ؛ نظراً لاختلاف العلاج عن الأمراض  
العصابية والذهانية والوظيفية .

وأهم الأعراض الجسمية المميزة للمكسديما ، هي : جفاف الجلد وخشونة  
الصوت وتورم الجفون السفلى وسقوط الشعر ، والشعور بالبرد وضعف الانعكاسات  
العصبية العميقة ، مع عمل أبحاث كولسترول الدم واليود المشع ... إلخ ، ويكون  
العلاج بإعطاء خلاصة الغدة الدرقية بالكميات المناسبة Thyroxin .



المكسديما



المكسديما

أما نقصان Cretinism - ويحدث في الأطفال - فيسبب تخلفاً عقلياً شديداً مع عدم النمو ، وخشونة الصوت ، وغلظ اللسان وجفاف الجلد ، وإن لم يعالج في الشهور الأولى من المرض ، يصبح القصور العقلي دائماً ، ويشرح ذلك مع التخلف العقلي .

أما زيادة إفراز الغدة الدرقية (مرض جريف) Grave's disease ، فتتميز بسرعة التوتر والعصبية مع أعراض القلق النفسى من كثرة الحركة ، وصعوبة التركيز وبالتهيح من أى صوت والأرق ، والمصبية الزائدة وارتخاف الأطراف . وفي الحالات الشديدة يصاب المريض أحياناً بنوبات من الابتهاج نعت الحاد ، أو الاكتئاب الشديد أى نوبات وجدانية مصحوبة أحياناً بأعراض ذهانية ، ويصاحب



\_\_\_\_\_ الاضطرابات العقلية العصبية ، بما فيها الاضطرابات الأخرافية \_\_\_\_\_

هذه المجموعة من الأعراض العقلية والنفسية جحوظ العينين وتورم الغدة الدرقية ، وزيادة ضغط الدم ، وسرعة النبض وفقدان الوزن ، والعرق الشديد الدافئ ... إلخ ، ويكون العلاج بإعطاء مضادات لتقليل كمية الثيرونكسين ( خلاصة الغدة الدرقية ) في الدم .



مرض جريف  
(زيادة الغدة الدرقية)

### ب- الغدة الدرقية جارات الدرقية :

تتأصل أحيانا هذه الغدة أثناء استئصال الغدة الدرقية جراحيا .

ومن أهم وظائفها تنظيم نسبة الكالسيوم والفسفور في الجسم ، وقد أشارت الأبحاث الحديثة إلى أن انعدام أو نقص إفراز هذه الغدة يؤدي إلى أعراض عصبانية من القلق والتوتر والاكتئاب والإرهاق وأحيانا أعراض ذهانية حادة ، ويصعب تفرقتها عن النحان الرظوظى ؛ ولذا يجب التفكير فى هذا الاحتمال عند ظهور هذه الأعراض بعد استئصال الغدة الدرقية .

### ج- الغدة فوق الكظرية (الادرينالية) :

(١) مرضى ادسون ، Addison :

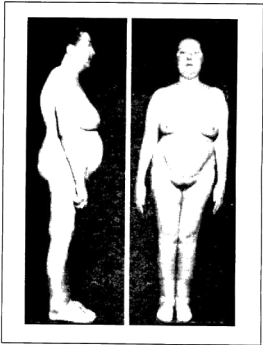
ويظهر من نقص إفراز قشرة الغدة بسبب أمراض متعددة ، أهمها : الندرن والشعور الدائم بالتعب والإعياء مع الضمول والاكتئاب ، مع السلبية وفقدان القدرة على تحمل المسئولية ، ويصحب ذلك فقدان الوزن وهبوط ضغط الدم ، وتلون اللسان داخل الفم باللون البنى ... إلخ .

(٢) مرضى كوشنج Cushing's :

وهو زيادة إفراز قشرة الغدة ، وتظهر هنا أعراض ذهانية وجدانية فى هيئة نوبات هوس حاد ، أو نوبات اكتئاب شديدة مع هذات اضطهادية بارانوية وأحيانا هلاوس سمعية ، أو بصرية مصحوبة بالأعراض المميزة الجسمية من سمنة فى الجسم ، وارتفاع ضغط الدم ، وظهور مرض السكر وخطوط قرمزىة على البطن ... إلخ .



مرض كوشنج



مرض كوشنج

(٣) الفيوكروموسيتوما Pheochromocytoma :

وهو ورم نخاع الغدة ، وهنا يفرز الورم كميات كبيرة من الأدرينالين والتورأدرينالين ، تسبب نوبات من القلق الشديد والتوتر العصبي ، وسرعة ضربات القلب ، وزيادة ضغط الدم وعرق غزير مع ارتجاف الأطراف ، وخوف بالغ وارتفاع نسبة السكر في الدم ،وتشابه هذه النوبات المتكررة حالات القلق النفسى الحاد (الهلع) ، ويجب أخذ ذلك فى الاعتبار فى التشخيص الفارق للقلق .

د- الغدة النخامية :

(١) مرضى سموند "Simmond's"

وهو نقص إفراز الغدة النخامية ويصاحبه الإحساس المستمر بالتعب والضعول مع بعض الاكتئاب ، وأحياناً تصاب المريضة بسلوك هستيرى ، مع فقدان الشهية والوزن ، مما يجعل المرض شبيهاً بحالات فقدان الشهية العصبي .

(٢) الأكروميغالى Acromegaly :

يسمى أيضاً تضخم الأطراف، حيث يعاني المريض بعد فترة من النشاط والقوة بالإحساس بالسلبية سطحية الأنفعال ، ويصبح بطيئاً ولا يهتم إلا بالطعام والشراب، ويتداب المرضى إحساس بالأسومة ويميلون للأطفال ، حتى ولو كانوا من الرجال ، وتختفى الرغبة الجنسية ، وينتهى المريض بمضاعفات جسمية شديدة .



تضخم الأطراف

(Acromegaly)

#### هـ- الغدد الجنسية :

تلعب الهرمونات دوراً كبيراً في حياة الفرد النفسية والعقلية ، فلنصاب نسبة كبيرة من النساء (حوالي ٤٠٪) قبل الطمث الشهري ، بنوبات من التوتر والحساسية وسرعة البكاء والاكتئاب ، والتهدج العصبي ، مصحوبة بزيادة في الوزن وتورم في الجسم وانتفاخ في الثدي ، وثقل في الجسم مع الصنادع والغليان .

وتبدأ تلك الأعراض عدة أيام قبل الطمث ، وتنتهي مع بداية الدورة الشهرية ، ويصاحب هذه الفترة رغبة في النوم مع زيادة الشهوة الجنسية ، والسبب الرئيسي في كل هذه الاضطرابات هو تغير نسبة الهرمونات الأنثوية الإستروجين والبروجسترون .

وكذلك الاضطرابات النفسية والعقلية التي تصاحب فلة من النساء أثناء انقطاع الطمث في العمر بين ٤٥ - ٥٠ سنة ، وتأخذ شكل الاكتئاب الشديد والشعور باليأس والفقر والذنب والإثم ، والأرق ، والسخونة في الجسم ، وتوهم العال البدنية ، والهذامات الأضطهادية والأفكار الهلوانوية ... إلخ . ونلاحظ أيضاً انقطاع الطمث في سن الخصوبة في حالات كثيرة من العصاب والذهان ، وعودته بعد شفاء المرض ، وإننا أزلنا المبيضين جراحياً أو أوقفنا عملهما بالكهرباء ، تبدأ السيدة في الشعور بجميع أعراض توقف الطمث للعصابية أو الذهانية ، ويلاحظ تأثير الهرمونات الجنسية في ظهور بعض الأعراض النفسية ، عند تناول أقراص منع الحمل .

أما هرمون الذكورة (التستستيرون) فهو بناء للبروتينات ، وعند إعطائه للمسنين يشعرون بحسن الحال ، وقوة البنية ، وكذلك فهو يزيد الرغبة الجنسية ويعطى الفرد نوعاً من الإيجابية والعنف والعدوان ، ويلاحظ في هؤلاء الذين أصيبوا بضمور أو مرض في الخصيتين ، سلبية أنثوية ، مع طاعة غريبة وحب الهدوء مع الابتعاد عن العنف والمجادلة .

أما الأعراض الذهانية التي تصاحب الحمل والولادة والرضاعة فنشرحها فيما بعد .

#### ٤- نقص الأكسجين في الدم :

إن مخ الإنسان لهو أكثر الأعضاء حساسية لكمية الأكسجين في الدم ، وتبدأ وظائفه في الاضطراب إذا نقصت نسبة الأكسجين إلى حد معين . وأهم أسباب هذا النقص : أمراض الرئة ، والمرتفعات العالية ، ونقص كمية الهيموجلوبين الناقلة للأكسجين ، كما هو الشأن في حالات الأنيميا ، وكذلك عند تسمم الدم بمواد خاصة مثل أول أكسيد الكربون ، وعند التخدير العام لمدة طويلة .

ويوجد الأكسجين في الجو بنسبة ٢١ ٪ ، ويمر نقص الأكسجين بأربع مراحل (كليبنيكية) :

أ- النسبة ٢٠ - ١٦ ٪ تقل القدرة على الانتباه والتفكير الواضح ، وينقص توازن الجسم .

ب- النسبة بين ١٤ - ١٩ ٪ يصبح الفرد مثل المخمور ويكثر من الكلام

ويجادل يعنف ويصاب بحساسية مفرطة ، ويشكو من الصناع وتتميل في الأطراف وعدم للتوازن ، مع الإحساس العام بالإرهاق .

ج- النسبة ٦٪ يبدأ الغثيان والقئ ، ثم يزحف الشلل على الجسم تدريجياً ، ويصبح المريض غير حساس للمنبهات العادة ، مع تشوش في الوعي وإذا أنقذ الفرد ، يصاب بفقدان الذاكرة لهذه الفترة .

د- النسبة أقل من ٦٪ : يخلج جسم الفرد ، ويصاحب ذلك نوبات صرعية ، ويتوقف التنفس والقلب بعد ٦ أو ٨ دقائق من وصول أكسجين الجو لأقل من ٦٪ .

٥- اضطراب المعادن في الجسم :

أ- البوتاسيوم :

ينقص نسبة البوتاسيوم في الدم من القئ أو الإسهال الشديد أو الاستعمال العاد للعقاقير المدرة للبول ، كذلك يظهر أثناء علاج غيبوبة السكر وإعطاء كميات كبيرة من الكورتيكويد .

ويلاحظ أثناء نقص البوتاسيوم خمول واضطراب في التفكير واختلاط عقلي ، واكتئاب مصحوباً بتوتر وخوف ونهيج عصبي ، مع هذيان نعت حاد ، ويصحب ذلك ضعف في العضلات واختفاء الانعكاسات العميقة ، مع تقلصات عضلية وانفخاخ البطن .

ب- الصوديوم :

نقل نسبة الصوديوم في الدم مع هبوط الكليتين ، ومرض أديسون ، والسكر والإسهال والقئ . وتعطى الحالات البسيطة شعوراً بالتعب والخمول ، وإن اشتدت الحالة يصاب المريض بصناع ، ودوار وإغماء ، وضعف بالعضلات . وفي الحالة الحادة يبدأ القئ وتشوش الوعي ، وفقدان القدرة على التعرف ، مع ظهور هذات وهلاوس ، ويصاب المريض بغيبوبة تنتهي بالوفاة إن لم يعالج بكميات مناسبة من كلوريد الصوديوم في الوريد .

ج- الماء :

إن حرمان الفرد من الماء كوسيلة للتعذيب أو في أمراض الشيخوخة



والذهان المزمن ، والسكر الكاذب وصعوبة البلع ، ويؤدي إلى هذيان حاد ينتهي بالموت وكذلك شرب الماء بكثرة ، كما يحدث في بعض مرضى الفصام المزمن ، أو عند إعطائه في الوريد بكمية أكثر مما يحتاجها الجسم ، تسبب تسعماً بالماء فيشعر المريض بفقدان الشهية والغثيان والقئ ثم ضعف عام ، وتغيرات انفعالية ، ثم يبدأ في نوبات صرعية وعلامات في الجهاز العصبي ، مثل : الشلل النصفي مع تشوش في الوعي ، وينتهي بهذيان حاد وغيبوبة .

#### د- ثاني أكسيد الكربون :

تزيد كمية ثاني أكسيد الكربون في أمراض الرئة المزمنة ، ويؤدي ذلك إلى تشوش في الوعي ، واختلاط عقلي وعدم القدرة على التعرف ، مع هلاوس سمعية وبصرية مع صداع شديد مصحوب برعشة وزرقة في الجسم ، فإذا أصيب أحد مرضى الصدر المزمنين بأعراض ذهانية لأول مرة .. يجب التأكد من عدم وجود زيادة في نسبة ثاني أكسيد الكربون في الدم .

#### هـ- بعض العقاقير الأخرى :

يوجد الآن في الطب الحديث الكثير من الأدوية التي تسبب أعراضاً عقلية ونفسية كعروض جانبى لها ، ومن أمثلة ذلك العقاقير المضادة للدرن ، مثل : النيكلوزيرين وإيسونيازيد الثان يسببان تغيراً واضحاً في الشخصية ، مع أعراض ذهانية ، وأيضاً العقاقير المضادة لارتفاع ضغط الدم مثل السيريازيل والذوميت واسميان ، والتي لوحظ أنها تؤدي إلى اكتئاب ذهاني ، وهذيان تحت حد بوزكرونا سابقاً تأثير هرمونات الكورتيزون وخلصه الغدة الدرقية .. وهكذا .

وكذلك أمراض منع الحمل التي تحدى على نسبة عالية من هرمون البروجسترون ، وتتراوح نسبة الفلق والاكتئاب بعد استعمال هذه الحبوب بين حوالي ١٥ - ٢٠ ٪ في النساء اللاتي يستعملنها بصفة منتظمة دون انقطاع .

#### ٦- أمراض شرايين المخ :

##### أ- تصلب الشرايين :

يؤدي تصلب شرايين المخ إلى ضيق في الأوعية الدموية ، وبالتالي نقص كمية الدم المغذية لهذه المنطقة ، ويعانى المريض عند بدء تصلب شرايين المخ

من ضعف فى الوظائف العقلية ، مع اضطراب الذاكرة ، خاصة بالنسبة للأحداث القريبة ، مع عدم توازن الانفعال ، والبكاء والضحك لأنه الأسباب ، وأحياناً دون سبب ، ويصبح أنانياً ، مفزوماً لأى تغيير فى البيئة مع العناد والصلابة فى الرأى ، ويتعرض لنوبات من الاكتئاب وضلالات اضطهادية ، ويصبح فريسة للهذيان العاد أو تحت الحاد بعد أى تغيير فى البيئة أو بعد عمليات جراحية ، ثم تظهر بعد ذلك علامات فى الجهاز العصبى ، مثل : الشلل النصفى ، الحبسة (فقنن القدرة على الكلام) ونوبات سرعية .. وسندأفل ذلك مع زهان المسنين .

ب- بطء مجرى الدم :

قد يحدث ذلك مع هبوط القلب ، مما يسبب صعوبة التركيز والأرق مع الكوابيس ، وعدم توازن فى الانفعال مع نوبات من الهذيان العاد ، وكثيراً ما يصاحب أمراض القلب خاصة الذبحة أو الجلطة أعراض عصبية كالقلق والاكتئاب .

ج- ارتفاع ضغط الدم فى المخ :

ويصاحب ذلك ارتفاع ضغط الدم الشديد ، وأهم الأعراض : نوبات الصرع ، مع الإصابة بفقدان القدرة على الكلام ، وأحياناً شلل نصفى مصحوب باختلاط عقلى ، وهذيان حاد أو تحت حاد ، مع نشوش فى الوعى ، وإن زاد الضغط يدخل المريض فى غيبوبة تنتهى بالوفاة ، إن لم يعالج بالمعاقير اللازمة لخفض ضغط دم المخ .

د- أمراض الشريان الأخرى :

يوجد كثير من الأمراض التى تؤثر على سلامة الغشاء الداخلى بشرايين الجسم وخاصة شرايين المخ ؛ مما يسبب عطباً أو تلفاً فى الجزء المغذى بهذا الشريان ، خاصة إذا أصيب هذا الشريان بجلطة أو انسداد .

وتختلف الأعراض حسب مكان شريان المخ والجزء الخاص ، ولكن دائماً ما يصاحب هذه الأمراض أعراض جسمية أخرى تفرقها عن الزهان الوظيفى ، والذى يتشابه أحياناً فى أعراضه مع الزهان العضوى المصاحب لأمراض شرايين المخ .

## ٧- الخصيات

تتميز بعض الحميات بظهور بعض الصور الإكلينيكية من الذهان العضوي أثناء الحمى أو قبلها وأحياناً بعدها ، فيبدأ التيفود أحياناً بهذيان تحت حاد مصحوب بأعراض استهلاجية ، أما في التقاهة فيغلب على المريض بعض الاكتئاب واضطراب الذاكرة .

ويعقب الإنفلونزا فترة قصيرة من الاكتئاب وكذلك مع حمى الصفراء ، أما في الألتهاب الرئوي ، والحصرة والنفثريا ، والذرن ، والملاريا ، والتيفوس والدوسنتاريا الحادة ، وغيرها من الحميات ، فيتعرض المريض أحياناً لأنواع عدة من الذهان العضوي ، سببها الرئيسي ارتفاع درجة الحرارة وتأثير ذلك على كمية الدم المغذية للمخ ، أو التأثير الميكروبي أو التسمي المباشر على المخ .

## ٨- أمراض الجهاز العصبي :

### أ- زهري الجهاز العصبي :

الزهري هو مرض تناسلي ، ينتقل عن طريق الجماع أو التلامسة مع المصاب ، ويمر بعدة مراحل تظهر في فترات متباعدة من حياة الإنسان .

وأهم الأعراض العقلية في المرحلة الأولى والثانية الصداغ ، صعوبة التركيز ، سهولة الإرهاق ، والتهيج العصبي مع أعراض التوهيم المرضى .

ويحدث زهري الجهاز العصبي في أشكال ثلاثة :

### (١) زهري السحايا والأوعية الدموية :

تبدأ الأعراض بعد عدة شهور إلى سنة من بدء العدوى ، وأحياناً ما تتأخر إلى خمس سنوات ، ويؤثر الزهري هنا في السحايا مباشرة ، أو داخل أو حول الأوعية الدموية ، ويبدأ المريض في الشكوى من صعوبة التركيز ، والنسيان ، والتعب ، والصداغ ، ويطء التفكير ، والإهمال الذاتي ، ويكون حينئذ مستبصراً بمرضه مما يسهل تشخيص القلق النفسي ، لما يصاحب هذه الأعراض من توتر وضيق واضحين ، وتدرجياً تبدأ نوبات من نشوش الوعى وهذيان مع تهيج هوسي .

وأحياناً ما تكون الحدقة ضيقة (أرجيل روبرتسون) مع شك في عضلات العين ، ونجد علامات عصبية أخرى ، مثل : الشلل النصفي ، فقدان القدرة على الكلام أو الحركة ، نوبات صرعية ... إلخ .

ومن العلامات المميزة سواء العقلية أو العصبية في بدء المرض تناوب وتغير هذه الأعراض في الشدة ، مما يشابهها بالتجمع العدوى تحت الأم الجافية .

وللتحقق من التشخيص ، يجب إجراء بعض الفحوص المعملية في الدم والسائل الشوكي ، لتفرقة عن العته الشللي العام ، حيث يحمل زهري السحايا مصيراً أحسن من ذلك المرض ، وذلك بالآتي :

١- مدة العدوى قصيرة .

٢- يبدأ بطريقة حادة .

٣- المريض أكثر استحصاراً .

٤- تكامل الشخصية .

٥- الارتجاف نادر .

٦- غالباً ما توجد علامات عصبية لعائية .

(٢) العته الشللي العام أو الخنثى العام "General Paralysis of the Insane" :

يصيب هذا المرض الرجال أكثر من النساء ، وتظهر للتغيرات والضمور في المخ خاصة في الأماكن الجبهية ، والجذارية والصدغية ، وتتراوح مرحلة الاختصار أي المدة ما بين العدوى وظهور المرض بين ٥ - ٢٥ سنة ، وهو أكثر شيوعاً بين ٣٠ - ٥٠ ، ويبدأ عادة بأعراض غير محددة من صداع ، دوام ، أرق ، وضعف الإرادة .

ولكن غالباً ما يتخلف المريض عن المعين للطبيب إلا بعد ظهور علامات الاضمحلال العقلي ، فتبدأ الذاكرة في التدهور خاصة القريبة ، مع سلوك شاذ غريب تلقائي وعدم القدرة على التكيف الاجتماعي ، وتبدأ نوبات نشوش في الوعي وشروء ، فأحياناً نجد المريض في مدينة أخرى ونارة في مراحلها للسيدات، وتتدهور القيم الخلقية لديه ، ولا يلزم بأحكام الآداب العامة ، حتى يصاب بالعته النام .

ويختلف ظهور المرض من الناحية العقلية بالنسب الآتية :

- ١- ٣٤٪ خرف بسيط .
- ٢- ٢٩٪ خرف مصحوب الشعور بحسن الحال والنشوة .
- ٣- ١٠,٥٪ صورة ابتهاجية .
- ٤- ٧٪ صورة اكتئابية مع أفكار عدمية وتوهم مرضى .
- ٥- ٦٪ اختلاط ذهني حاد .
- ٦- ٥,٥٪ إثارة حركية .
- ٧- ٣,٥٪ هذيان حاد أو تحت حاد .
- ٨- ٣٪ صورة فصامية مع ضلالات عظيمة ، واضطهاد وهلاوس .
- ٩- ١,٥٪ صورة هوس أو ابتهاج .

وتصاحب هذه الأعراض العقلية ، علامات جسمية واضحة ، وأهمها : ارتعاشات دقيقة في الشفتين واللسان وعضلات الوجه ، وقد تحدث نوبات سرعية ، وشلل يصيب الساقين ؛ حتى يصبح المشي صعباً لدرجة تلزم المريض الفراش ، ويفقد تحكمه في التبول والتبرز ، كذلك تظهر حدقة أرجيل روبرتسون في حوالي ٦٠٪ في الحالات ، مع صعوبة الكلام وعدم توازن الجسم .

ونستطيع الآن إيقاف المرض في ٩٠ - ٩٥٪ من الحالات ، مع شفاء ٣٠٪ من المرضى وعودتهم لحياتهم السابقة؛ خاصة إذا كان المرض في بدايته، بإعطاء الكميات المناسبة من البنسلين حوالي مليون وحدة يوماً لمدة أسبوعين ، وقد سبق قبل معرفة سبب المرض علاجه بحقن المريض بميكروب العاريا حتى يصاب بالحصى، التي تؤثر تأثيراً واضحاً في سير المرض، ولأمانع من إعطاء المعطونات، ومضادات الاكتئاب والمهدئات حسب الحالة العقلية .

(٣) الخراع (التحول أو الهزال الظهرى) "Tabes Dorsalis" :

يبدأ هذا المرض بعد حوالي ٥ - ١٥ سنة من بدء العدوى ، ويصيب أساساً الجذور الخلفية الشوكية وخاصة المجموعة السفلى ، وينتج عن ذلك ضمور في المنطقة الخلفية للعادة البيضاء في الحبل الشوكي ، وأول الأعراض آلام حسية بارقة أو صاعقة لمدة ثوان ، تنتشر على طول الساق ، وتستمر أحياناً لعدة ساعات

مع اضطراب النبض وفقدان الاتزان الحركى ، وتغير طريقة المشى ، وتأكل القدم من فقدان الإحساس بالألم ، وتختفى المنعكسات العميقة مع وجود حدقة العين المميزة (ارجيل روبرتسون) وتتميز بعدم تساوى الحدقتين، وضيقهما الشديد ، وعدم انتظام شكلهما ، ولا يتقيضان عند تعرضهما للضوء مثل الحدقة السليمة .

وقد أكد كرييلين وجود هلاوس بارانوية مع الهزال الظهري ، تتشابه مع إدمان الكحول المزمن، ويصاحب ذلك بعض أعراض نوره العقل البدنية .  
ويفيد فحص الدم والسائل الشوكي فى التشخيص ، أما العلاج فيتشابه مع العته الشلى العام .

### ب- الحمى الشوكية (الالتهاب السحائى) :

تتعدد أنواع الالتهاب السحائى وأكثرها شيوعاً ذلك المسمى بالالتهاب السحائى الصديدي ، ولكن هناك أنواعاً أخرى ، مثل : الدرني ، والفيروسي . ومعظم الأعراض والعلامات واحدة فى جميع الأنواع ، وتنتج عن التهاب الأغشية السحائية ، التى تسبب زيادة الضغط داخل المخ .  
وأهم هذه العلامات المشتركة هى :

- (1) يبدأ المرض بشكل حاد فى معظم الحالات ، فيما عدا الالتهاب السحائى الدرني ، وترتفع درجة الحرارة ويقل النبض نسبياً ، وليس كما نتوقع من ارتفاع درجة الحرارة .
  - (2) الصداع الشديد مصحوباً بالقي .
  - (3) النعاس وسرعة التهيج وأحياناً التهور والإثارة الشديدة .
  - (4) يستلقى المريض فى وضع منكور على نفسه ، مبتعداً عن الضوء ، ويقاوم أى ملامسة أو تدخل فى شئونه ، وإذا كان طقلاً فقد يصرخ بصوت حاد بين آن وآخر .
  - (5) النوبات الصرعية خاصة فى الأطفال .
  - (6) تصلب الرقبة الشديد مع مقاومة أية محاولة لتثيها .
- وإن لم يعالج المريض، يصل إلى حالة الغيبوبة وأحياناً الوفاة ، ولكن العلاج

بالمضادات الحيوية قد غير الصورة تماماً ، حسب نوع الالتهاب السحائي فالسلفا أُر البنسلين في الصديدي ، والسفريثوميسين ومركب الأيزونيازيد في الدرني ... وهكذا ولتأكيد التشخيص والفرقة الحاسمة بين الأنواع المختلفة ، يجب أن تجرى عملية بذل السائل الشوكي وفحصه تحت المجهر لمعرفة الميكروب المتسبب .

### ج- الحمى المخية (التهاب الدماغ) :

تحدد أنواع الحمى حسب نوع الميكروب المسبب ، وقد كان أكثرها شيوعاً النوع المسمى بالحمى المخية السباتية الوبائية . ويسببها أحد الفيروسات العصبية، ولكن أحياناً تتبع هذه الحمى بعض الحميات الأخرى ، مثل : الحصبة والجدري ، وحمى الغدة النكفية ... إلخ .

وأهم الأعراس الإنكليبيكية الآتى :

#### (١) المرحلة الحادة :

وقد كانت هذه المرحلة في الأوبئة السابقة تنتهي بالوفاة ، وتتميز بالصداع والنعوار، والتهديان والصداع وآلام شديدة في الجسم .

أما الأعراس الثلاثة الدائمة .. فهي :

١- الصداع ويكون مصحوباً بالقئ وآلام الجسم .

٢- اضطراب النوم ، والسبات أثناء النهار ، والأرق والإثارة أثناء الليل .

٣- اضطرابات البصر ، وعدم تساوي وانتظام الحدقة مع شك في عضلات العين الخارجية .

وللأعراس العقلية أهمية خاصة، حيث تأخذ عدة صور أهمها التهديان ، الذي يشذب في الشدة ، ويزيد مساءً ، وأحياناً ما يصاب المريض بأعراض كتاتونية مع السلبية المطلقة ، وتارة يكون المريض في حالة من الهياج والإثارة الحركية ، وغالباً ما يضطرب الوجدان ويتبدد الانفعال .

#### (٢) المرحلة المزمنة :

تشفى تماماً ربع حالات الحمى المخية ، أما بقية المرضى ، فيعانون من عدة أعراس وعلامات متبقية ، أهمها :

(أ) اضطراب الوعي :

يتراوح ذلك من الغيبوبة للغماس وأحياناً انقلاب دورات النوم ، وظهر صرع النوم .

(ب) اضطراب البصر :

مثل الحول ، والزرأة (تذبذب العقلة السريع) والرؤية المزدوجة ونوبات تصلب العين لأعلى وشال عضلات العين الخارجية والداخلية .

(ج) أعراض المسارات الهرمية الخارجية :

وأهمها مرض باركنسون، ويبدو المريض في هيئة جمود انفعالي ، ولا يعبر وجهه عن أي إحساس ، مع هبوط حركي ، وسقوط اللعاب من زاوية الفم وتصلب وجمود في كل عضلات الجسم ثم الارتجاف المميز في الأطراف ، مع ظهور لاإرادية أخرى من اللوازم ، والفواق (الزغطة) وتشنجات عضلية .. إلخ .

(د) اضطراب الهيوثلاموس :

السمنة المصحوبة بضمور الأعضاء التناسلية من أهم مضاعفات الحمى المخية ، مع زيادة كمية البول .

(هـ) اضطراب التنفس :

ويكون في هيئة قلة أو سرعة التنفس والتثاوب والاستنشاق والشخر (كصوت الخنازير) .

(و) أعراض عقلية :

تظهر أعراض عقلية شديدة في حوالي ٣٠٪ من الحالات . ولو أضفنا إلى ذلك الأعراض البسيطة والفصوم العقلي ، زادت النسبة بشكل واضح .

وفي الحالات الخفيفة يعاني المريض من العصبية الزائدة وسرعة التهيج وصعوبة التركيز والقلق والاكتئاب ، وفي الأطفال كثيراً ما يشذ السلوك ، ويتراوح من السرفة للقسوة والعنف والشذوذ الجنسي ، وتظهر أعراض قهيرية في هيئة أفكار أو اندفاعات أو اجترار لأراء خاصة ، وأحياناً تتأثر الشخصية ، ويصيبها نوع من



التدهور وتصبح حياة المريض سلسلة من الأثنية والتوهم المرضي وبالونيرة نفسها .

وتنتشر الأعراض الاكتئابية ، بل وتدفع بعض المرضى للانتحار فعلاً ، وأحياناً ما تغلب على المريض الأعراض الفصامية ، ولا يوجد علاج متخصص للمرحلة العادة ، أما في المرحلة المزمنة فيستفيد المريض من عقاقير ، مثل : لرفين ، كوجنتين ، تريماريل ، سولميت ، النوبا وكذلك الأنوية المضادة للاكتئاب والإثارة .. إلخ ، ونادراً ما تلجأ إلى الجلسات الكهربائية والعمليات الجراحية إلا في الحالات الشديدة .

#### د- الشلل الاهتزازي (مرض باركنسون) Parkinsonism

سبب هذا المرض غير معروف، وينتج عن تآكل بعض خلايا المخ ، ونقص في كمية الدوبامين خاصة في العقد القاعدية في سن متقدمة ، ويكثر بين الرجال عنه بين النساء ، ولكنه أحياناً ما يتبع الحمى المخية، وبعض العقاقير المستعملة في الفصام أو نصلب شرايين المخ . وأهم أعراض المخ التصلب المميز في جميع أنحاء الجسم حيث يثقل الظهر ، ويبقى الذراعان منتصبين عند الكرع ، وتختلف تعبيرات الوجه وتتجمد الانفعالات ، وتأخذ الرعشة في اليدين صورة من بعد الورق ، وأحياناً تمتد للساقين والذراعين والرأس والجفون ، مع بطء الحركة الشديد .

لما الأعراض النفسية والعقلية ، فتميز بالآتي :

(١) تغير ملموس في الشخصية، حيث يصبح المريض أثنياً ، فريسة للتوهم المرضي، دائم المطالبة بحقوقه ، محباً للسيطرة والسيادة ، كثير الطليات . وعادة ما يتعرض هؤلاء المرضى لاضطرابات وجدانية ، خاصة الاكتئاب ، والذي يكون خليطاً من تفاعل المريض مع مرضه ، مع بعض الأعراض الذهانية، ويظهر في حوالي ٦٠ - ٧٠ ٪ من الحالات .

(٢) يبدو في كثير من المرضى التغيرات العضوية العقلية ، في هيئة اضطراب في الذاكرة ، وسرعة الإرهاق ، وصعوبة التركيز مع بدء التفكير والكلام .

(٣) يتحول بعض مرضى الشلل الاهتزازي إلى خوف الشيوخوة ، بل يعتقد البعض أن الخرف أحد مضاعفات مرض باركنسون ، ولكن الأغلبية من المرضى لاتصل حالتهم إلى درجة الخرف ، ويتوقف اضطراب الذاكرة عند مستوى نسيان الحوادث القريبة .

#### هـ- التصلب المتناثر Dessiminated Sclerosis :

يتميز هذا المرض بتصلب في مسارات الجهاز العصبي ، في عدة أماكن متباينة ، حيث يصيب هذه الأماكن نأكل في الميدين ، وسببه غير معروف . وتعدد النظريات من التهاب فروسي ، إلى حساسية إلى مناعة مضادة ذاتية .. الخ .

وأهم الأعراض والعلامات العصبية هي اضطراب القدرة الحركية من شلل أو ضعف بالساقين أو إحدى الساقين أو في نصف الجسم ، ثم عدم التوازن وصعوبة الكلام ، وإحساسات غريبة بالجسم ، مع أعراض بصرية من رآة في حقل العين إلى الرؤية المزدوجة وشل عضلات العين .

وقد اختلف الباحثون في الأعراض العقلية والنفسية المصاحبة للتصلب المتناثر ، ويبدأ المرض بتغيير في السلوك حيث يصبح المريض متقلب المزاج ، يميل للتظاهر مع عدم تناسب الانفعال ؛ مما يجعل الطبيب يميل لتشخيص الهستيريا .

وفي أحد الأبحاث (سارديج ١٩٨٩) ، وجد أن ثلثي المرضى يعانون من بعض التدهور العقلي ، والذي يختلف في مناه من اضطراب ذاكرة بسيط إلى اضطلال عقلي .

وقد اكتشف سارديج أن ربع المرضى يصابون باكتئاب نفسي كتفاعل للأعراض العصبية الشديدة ، والنسبة نفسها يعانون من الشعور بحسن الحال والنشوة ، ويرتبط الشعور بحسن الحال ارتباطاً قوياً بدرجة التدهور العقلي .

وقد لاحظ الباحث اضطراباً واضحاً في الشخصية في ثلثي المرض ، مع مبالغة في التعبير الانفعالي في ١٠ ٪ من الحالات . ولقد كان الاعتقاد السائد من قبل أن الشعور بحسن الحال هو الانفعال الغالب في التصلب المتناثر .

ولكن البحث الأخير أثبت أن الاكتئاب ينتشر تقريباً بالنسبة نفسها ، ونستطيع اعتبار التدهور العقلي ، وتغير الشخصية ومبالغة الانفعال ، والشعور

الاضطرابات العقلية العضوية ، بما فيها الاضطرابات الأعراسية —

بحسن الحال مشابهها للعلامات للجسمية ، وأنها أحد أعراض المرض المهمة ، والتي سببها تلف وعطب الجهاز العصبي .

و- ارتجاج وتهتك المخ :

كثيرا ما تقع إصابات المخ نتيجة الحوادث ، وتنتفوت من الارتجاج إلى كسور الجمجمة مع نهتك أنسجة المخ .

ويمكن تقسيم أثر إصابات المخ إلى أعراض مباشرة أو أعراض متأخرة .

(١) الأعراض المباشرة :

تتوقف على شدة الإصابة :

(أ) في حالة ارتجاج المخ ، يفقد المريض وعيه لمدة ثوان أو دقائق يعود بعدها إلى وعيه الطبيعي ، أو يمر بفترة من الاختلاط العقلي يقوم بعدها ببعض التصرفات التلقائية .

ويفقد المريض الذاكرة فيما يخص بالحادثة نفسها ولفترة قصيرة سابقة لها، وكذلك ينسى التصرفات اللاحقة للحادثة ، مثل : سقوط الملاكم في الحلبة أثر ارتجاج المخ ونسيانه كل ما حدث قبل السقوط وبعده ، وكذلك ينسى المريض زيارة أقربائه بالمستشفى بل وتفصيل الحادث ؛ نظرا لفقدان الذاكرة للحادثة والفترة التي تسبقه وتليه .

(ب) في حالة الإصابة العضوية للمخ ، سواء أكانت مصحوبة أم غير مصحوبة بكسور الجمجمة .

ويعر المريض بالمراحل الآتية :

(١) فترة طويلة من الغيبوبة :

قد تكون فائلة ، ولكن إذا مضى على المريض أكثر من ٤٨ ساعة ؛ فالمنظر أن تتحسن حالته بالتدرج فتنتقل إلى المرحلة التالية .

(٢) في حالة الإصابة العضوية للمخ :

سواء كانت مصحوبة أو غير مصحوبة بكسور في الجمجمة ، يكون

المريض سريع التأثر ، ولا يقبل أى تدخل خارجى وقد يصبح منهجياً بشكل خطر على من حوله ، ويفقد التحكم فى النبول والتبرز ، ويعر بفثرة اختلاط عقلى واضطراب فى التفكير ، وبعد مدة ينتقل إلى المرحلة التالية .

(٣) فترة اختلاط عقلى :

يفقد فيها المريض تمييزه للزمان والمكان ، ويخلط منطقته ويفقد بصيرته بحالته وذاكرته ، ويحاول تغطية ضعف الذاكرة باختلاق الأحداث ، وقد تظهر بعض المعتقدات الوهمية مثل الاضطهادات .

العلاج :

يبنى المريض فى الفراش مع رأسه ، ويقلل من إعطائه السوائل ، ويهدئ السائل الشغاعى ، ويعطى المريض محلول سلفات الماغنيزيا بالشرح ، بالنقطة البطينية لتقليل السوائل الموجودة بجسمه ، ولا يعطى المريض المورفين .

وعند استرجاع المريض كامل وعيه نعيده تدريجياً إلى نشاطه العادى ، ويلاحظ أن المريض يكون سريع الإبهاء عند أول استرجاعه لوعيه ولذلك يجب أن يظهر المحيطون به من أطباء وهيئة مريض بشاشة وتفاؤلاً نتيجة للعلاج ، مع طمأننة المريض وإلا سيبوا له حالة قلق تصبح مزمنة .

(٤) الأعراض المتأخرة :

هى أعراض تبقى لمدة ٦ شهور أو أكثر ، بعد الإصابة ، وتنقسم إلى :

(أ) أعراض جسمية :

الصداع- الدوخة- عدم القدرة على التركيز الذهنى عند القراءة أو التفكير- ضعف الذاكرة بالنسبة للأحداث القريبة .

(ب) أعراض نفسية :

وتكون أكثر وضوحاً فى الإصابات البسيطة عنها فى الإصابات الشديدة ، خاصة فى المرضى ، الذين كانوا يعانون قبل الحادث من عدم الاتزان النفسى . وتشمل هذه الأعراض القلق النفسى والاكتئاب والهستيريا وسرعة التأثر وضعف العزيمة وعدم القدرة على البت فى الأمور .

(ج) أعراض عقلية :

كأعراض اضطراب الاكتئاب أو الابتهاج أو الفصام ، ولكنها نادرة ، ولا تحدث إلا في الأشخاص المهيئين بطبيعتهم لهذه الأمراض .

(٣) الآثار القائمة لإصابات المخ :

قد تظهر نوبات سريعة أو تغير دائم في الشخصية بعد إصابة المخ ، كما يحدث نادراً بعض التدهور العقلي إذا حدثت الإصابة قبل استكمال النمو العقلي، أو ظهور اضطرابات عقلية (خرف) إذا كانت الإصابة شديدة ، وأثرت على المراكز الرئيسية في المخ .

٧- التجمع الدموي تحت الام الجافية Subdural Haematoma :

وينتج هذا التجمع من إصابة في الجمجمة أو من بعض أمراض الدم ، أو انفجار تجمع دموي في المخ ، وتظهر الأعراض أحياناً بعد أسابيع أو شهور من الإصابة وهي أكثر شيوعاً في الأطفال والمسنين ، ويعانى المريض من الصداع والدوخة .

وأهم ما يميز هذا المرض :

(أ) الهبوط الحركي .

(ب) النوم الكثير .

(ج) اضطراب الذاكرة .

(د) نشوش الوعي .

وأهم مظاهر هذه الأعراض هي درجة التراوح في الشدة ، فتردد أحياناً ثم تختفي لمدة أيام أو ساعات ، وإذا أعمل المريض لمدة طويلة فإنه أحياناً ما يصاب باضطرابات عقلية كاملة في قواه العقلية ، وكثيراً ما تشخص هذه الحالات بالهستيريا خاصة قبل ظهور العلامات العضوية العصبية من شال نصفي إلى صعوبة الكلام واضطراب البصر ، والنوبات الصرعية خاصة في الأطفال .

ويجب الاستعانة برسام المخ، والأشعات الخاصة بتصوير المخ لتشخيص

مثل هذه الحالات .

## ٨- أورام المخ :

### أنواعها :

#### (أ) أورام أولية :

أى تنشأ من أنسجة المخ نفسها ، وغالباً ما تحدث هذه الأورام فى سن أصغر من السن ، التى تحدث فيه أورام فى أجزاء الجسم الأخرى ، وهناك عدة أنواع من الأورام الأولية ، بينها :

#### ١) أورام الأنسجة الضامة للمخ :

وغالباً ما تودى إلى الوفاة السريعة .

#### ٢) أورام الأنسجة السحائية :

وهى تنمو على سطح المخ ، كما أنها ليست خبيثة .

#### ٣) أورام الغدة النخامية :

وهى تسبب اضطرابات غدية مع بقية علامات أورام المخ .

#### ٤) أورام العصب السمعى :

وتشاهد فى سن متقدمة نوعاً ما ، وهى بطيئة النمو .

#### (ب) أورام ثانوية :

وتنشأ عن انتشار أجزاء من أورام ، تنشأ أساساً فى أعضاء الجسم الأخرى ، وغالباً ما يكون الورم الأولي خبيثاً ، خاصة فى الشعب الهوائية والرئة ، وهى أقل حدوثاً من الأورام الأولية .

### الأعراض والعلامات :

تسبب أورام المخ أعراضاً وعلامات عن طريقين :

١) أعراض وعلامات لزيادة الضغط داخل الجمجمة .

٢) أعراض وعلامات نتيجة تلف محلى بالمخ ، أى علامات تتوكلب مع

مكان الورم بالمخ .

## أعراض وعلامات وازدياد الضغط الداخلى الجمجمة :

هذه الأعراض تحدث مع كل أسباب ازدياد الضغط داخل الجمجمة ، سواء أكان السبب وربما أم خراجاً أم للتهاباً سحائياً ... وهى :

١) الصداع :

ويكون غالباً شديداً ومستمرًا ومصحوباً بالعلامات الأخرى الآتى بيانها :

٢) القيء :

يدعو تلازم القيء مع الصداع دائماً للشك فى وجود ورم بالمخ .

٣) أوزيما القرص البصرى :

يمكن الكشف على نهاية العصب البصرى فى قاع العين بواسطة منظار خاص ، ويكون فى الحالة العادية محدداً ولونه شاحباً عن بقية أجزاء قاع العين . أما فى حالة ازدياد الضغط داخل الجمجمة ، فيصبح غير واضح الحدود ، ويميل لونه إلى الاحمرار ؛ بحيث يتميز عن بقية أجزاء العين .

٤) النعاس :

ويتحول تدريجياً إلى غيبوبة ، ويدل على سوء الحال .

٥) التشنجات أو التوتبات الصرعية :

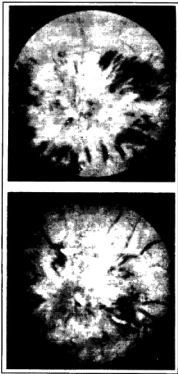
وهى كثيرة الحدوث خاصة إذا كان الورم ناشئاً عن اللحاء الحركى .

٦) بطئ النبض :

يبطئ النبض فى معظم الحالات ، ويكون ذلك هادياً فى التشخيص .

٧) تغيرات عقلية :

مثل بطء الحركة واضطراب الذاكرة ، وغرابة بعض التصرفات وعدم القدرة على التركيز واختلال المنطق .



فحص قاع العين  
أودوما بصرية من ارتفاع ضغط المخ



## العلامات المعينة للمكان :

وهذه تعتمد على منطقة المخ التي تأثرت بالورم ، ولما كانت هناك مناطق في المخ تتميز بأداء وظائف مختلفة .. فإن فقدان هذه الوظائف يدل على تأثر الأجزاء المختصة بها .

ومن أمثلة هذه العلامات المعينة للمكان ما يأتي :

### ١) أورام اللحاء الحركي ،

تحدث نوبات تشنجية في زاوية الفم أو الذراع أو الساق ، تبدأ في مكان محين وتنتشر في الجسم بنظام معين ، يبع طريقة تمثيل الجسم في أجزاء اللحاء الحركي ، وتسمى هذه بالنوبات الجاكسونية ، وكذلك يحدث ضعف أو شلل في الأجزاء المصابة ، ويكون غالباً في شكل شكل طرفي .

### ٢) أورام الفص المؤخري ،

يحدث فقدان للبصر لوجود مركز الإبصار في هذه المنطقة .

### ٣) أورام العصب السمعي :

يحدث الصمم والدوار والدوخة ، وقد يسبق ذلك طنيناً بالأذن .

### ٤) أورام الغدة النخامية :

تحدث اضطرابات مثل مرض سيموندس حيث يسقط الشعر ويلتطم الحويض وتصاب المريضة بهزال شديد ، أو قد يحدث مرض تضخم عظم الأطراف ، حيث تتضخم اليدين والقدمان والرأس والأنف على وجه الخصوص وأعلى الحاجبين والفك الأسفل واللسان .

### ٥) أورام الفص الجبهي :

وتتغير هنا شخصية المريض ، ويفقد التقاليد الاجتماعية ولا يعبأ بالمثل والعادات ، ويصبح في حالة من النشوة غير العادية مع أعراض هذه العنطة والغرور ، مع اضطراب في التفكير والوجدان ، وهبوط حركي ، وبطء في كل الأعمال .

ويصاحب هذه الأعراض العقلية بعض اضطرابات في الكلام ، ونوبات

صرعية في نصف الحالات مع عطب في العصابات الهرمية .

#### ٦) أورام الفص الصدغي :

تظهر هنا بعض الهلوس السمعية والتذوقية والشمية وشعور بالألفة مع إحساس المريض ، كأنه في حلم مستمر مع زيادة أو نقص في حجم الرؤية كأن يرى الأجسام التي أمامه متضخمة أو مصغرة . وقد يقوم المريض بحركات تلقائية وتصرفات غريبة أو سلوك شاذ مع نشوش الوعي ويفقد الذاكرة لكل ما حدث .

وتسمى هذه النوبات بالصرع النفسى الحركى وسنشرحه فيما بعد ، وأحياناً يصبح عدوانياً متوهجاً يلوح لأنفه الأسباب ، يزيد على ذلك العلامات العصبية في الإبصار والحركة والتشنجات .

#### ٧) أورام الفص الجدارى :

زيادة عن العلامات العضوية المميزة من شكل نصفى واضطراب فى الإحساس ، يفقد المريض القدرة على الإدراك ، بل وأحياناً يفقد الإحساس الذاتى بنصف جسمه ، فلا يشعر بالناحية اليسرى مثلاً فيسير دائماً نحو اليمين ، ويلبس الجاكيت أو البطولون فى الناحية اليمنى فقط ، وكأن جسمه مكون من النصف الأيمن فقط .

#### تشخيص أورام المخ :

نصل إلى التشخيص بمساعدة علامات وأعراض لزيادة الضغط داخل المخ مع مساعدة أية علامة معينة ، تشير لمكان الورم ، وكذلك حدوث نوبات صرعية لأول مرة فى شخص بالغ ؛ خاصة إذا كانت فى جانب واحد من الجسم (جاكسونى) ، ولكن فى أغلب الأحيان نلجأ إلى وسائل الفحوص الطبية المساعدة ، مثل :

#### (أ) صورة الأشعة للججمجمة :

وهي إما صور عادية أو بعد حقن الهواء فى تجاويف المخ ، والتي لا تستعمل الآن بعد اكتشاف الطرق الحديثة فى تصوير المخ .

وبهذا .. يمكننا شكل وحجم هذه التجاويف ، ويدلنا أى شذوذ فى شكلها أو حجمها على وجود الورم فى مكان معين .

ويمكن عمل أشعة للدماغ بعد حقن مشعة في الأوعية الدموية بالرقبة ،  
وبذلك يمكن رؤية هذه الأوعية ، ويمكن الاستدلال على مكان ونوع الورم  
بالتغيرات التي تلاحظ على الأوعية ، وكذلك توجد أنواع جديدة من الأبحاث ،  
تعتمد على حاسب إلكتروني لتحديد مكان ونوع الورم ، مثل :

(ب) الأشعة المقطعية للمخ بالكمبيوتر (CAT) :

وتعطي صورة واضحة للمخ والنطينات الداخلية ووجود أى عطب مثل  
الضمور والاحتشامات ... إلخ .

(جـ) الأشعة المقطعية لبث البوزيترون (PET) :

وتفيد في معرفة الدورة الدموية في المخ ، وكذلك امتصاص الجلوكوز  
والأكسجين .

(د) التصوير النووي المغناطيسي الرنان (NMI) :

وتظهر كل أنسجة المخ سواء المادة الرمادية أو البيضاء وأى ورم أو عطب  
بطريقة واضحة ، وكأنك ترى للمخ تحت المجهر .

(هـ) رسم المخ - المسح التوبوجرافي للمخ بالكمبيوتر :

وهذا تظهر موجات غيرعادية فوق موضع الورم أو خرائط ملونة بمكان  
العطب .

العلاج :

يتوقف العلاج على نوع الورم الموجود ، فالأورام الثانوية لايمكن علاجها  
بالوسائل المعروفة إلى الآن ، وكذلك الأورام الأولية الخبيثة ، ولو أننا يمكن أن  
نقوم بعملية جراحية لتخفيف الضغط ، ولأخذ عينة للتأكد من نوع الورم . أما  
الأورام الأقل خبثا فيمكن إزالتها بنجاح بالعمليات الجراحية مثل أورام السحايا  
وأورام العصب السمعي والغدة النخامية .

وفي كل الحالات .. يمكن تخفيف أعراض الضغط الزائد داخل الجمجمة  
بواسطة محلول الجلوكوز المركز بالوريد ، أو الحقن الشرجية باستعمال محلول  
مركز سلفات الماغنيزيا أو الجلسرين ، وهذه الوسائل تقلل من حجم الضغط داخل  
المخ .

## ٩- الصرع :

الصرع هو اضطراب دوري في الإيقاع الأساسي للمخ ، ونسبة انتشاره بين مجموع الشعب حوالي ٠.٥ - ١٪ ، ونشاهد للنوبات الصرعية بكثرة في مجموعة من الأمراض ، خاصة في الأطفال والرضع .

ويمكن تقسيم النوبات الصرعية إلى النوعين الآتيين من حيث أسبابها :

### ١) الصرع العرضي :

أى الذى يحدث كأحد أعراض مرض ما يمكن معرفته .

### ٢) الصرع الأولي أو الثانى :

وهو الذى يحدث وحده دون أى علامات لأى مرض آخر قد يسببه .

ويمكن تقسيم أسباب الصرع العرضي إلى ماأتى :

- (١) فى الأطفال ، يمكن حدوث نشجات مع أى مرض عام شديد أو مع أى ارتفاع فى درجة الحرارة ؛ ولذا قد نشاهدها مع السعال الديكى أو الحصبة أو التهابات الرئوية أو التهاب الأذن الوسطى ، وكلها أمراض تنتشر بين الأطفال ، وكذلك نراها مع النزلات المعوية أو الديدان المعوية واضطرابات الهضم البسيطة أثناء فترة التسنين .
- (٢) أمراض الجهاز العصبى المركزى ، مثل : التهاب السحايا وأورام المخ واستسقاء الدماغ ، وأنواع الشلل المختلفة المتسببة عن النشوهات الخلقية أو الإصابات التى يكثر حدوثها فى الرضع .
- (٣) إصابات الرأس الشديدة .
- (٤) التسمم بالبولينا .
- (٥) ارتفاع ضغط الدم الشديد .
- (٦) تسمم العوامل (الكلامبيا) .
- (٧) زهري الجهاز العصبى وخاصة مرض الخرف التلقائى .

### ٣) الصرع اللاتى :

تبدأ هذه النوبات فى الظهور عادة أثناء الطفولة ، أو فى سن مبكرة ، ويندرج أن يبدأ ظهورها فى الكبار .

ويمكن تقسيمها حسب التغيرات التى تشاهد أثناء النوبة إلى الأقسام الآتية :

#### (أ) النوبات الصرعية الكبيرة Grand Mal Fits .

وتتميز بحدوث صرخة من المريض ، ثم يقع فى حالة تشنج وانقباض عضلى وفقدان الوعي ، ويحتمل أثناء وقوعه أن يصاب بإصابة بالغة خاصة إذا وقع على آلة حادة أو أرضية صلبة ، ثم يلى هذا للتشنج العضلى والتصلب الكامل تشنجات واختلاجات عضلية ، يهتز أثناءها كل جسمه .

ويحتمل هنا أن يعرض لسانه أو يصاب بكسر فى العظام أو يتبول على نفسه ، ثم يصاب بزرقة شديدة ، ويتوقف التنفس ، ثم يبدأ بعد ذلك فى التنفس العميق مع خروج رغابوى من الفم ، ويستمر فى الغيبوبة لفترة يفوق بعدها فى حالة من الإنهاك الشديد والصداع وفقدان الذاكرة تماماً لما حدث .

ويختلف تردد هذه النوبات حسب الفرد ، فأحياناً تتكرر عدة مرات أثناء اليوم الواحد ، وأحياناً لايعانى منها إلا كل عدة شهور . وبالطبع ينصح المريض فى هذه الحالات بعدم قيادة السيارات وعدم السباحة بمفرده ، وألا يتسلق المرتفعات ، وألا يعمل على آلات حادة .. إلخ ؛ حتى لا يكون معرضاً لأى أخطار عند حدوث النوبة .

ويتميز رسم المخ الكهربائى فى هذه الحالة بوجود اضطرابات منتشرة فى حوالى ٩٠ ٪ من الحالات ، ونقل نبضية الموجة ألفا وتظهر الموجات ثيتا وثلثا خاصة فى الأقطاب الأمامية . ومع هذا الإيقاع الأساسى المرضى ، تظهر الموجات المميزة دون إثارة فى حوالى ٥٠ ٪ من الحالات .

وعادة ما تكون متناسقة من الناحيتين اليسرى واليمنى ، مع ظهورها خاصة فى الأقطاب الجبهية والصدغية ، وهذه الموجات المميزة هى موجات شوكية Spikes أو ماجات كالإبرة سريعة وعالية (حوالى ١٦ دورة فى الثانية) ، وتظهر أيضاً هذه الموجات أثناء النوبة . وبعد انتهاء النوبة الصرعية يكون الرسم

مميزاً بظهور موجات دلنا بطيئة جدا ذات سعة كبيرة .

#### (ب) النوبات الصرعية الخفيفة : Petit Mal Fits

وتتميز هذه النوبات بفقدان الوعي لمدة ثوان بسيطة ، وكل ما نلاحظه على المريض هو بعض الشحوب في اللون ، مع بعض الحركات في رموشه ، يعود بعدها لوعيه ثانياً ولنشاطه السابق ؛ أي إنه يتوقف عن الكلام لبرهة ثم يعاوده ثانية ، أو أن يسقط منه القلم أثناء الكتابة ثم يلتقطه ، وهذا لا يقع للمريض على الأرض ولا يصاب بأية انقباضات أو اختلاجات عقلية .

ويتميز رسم الدماغ الكهربائي في هذه الحالات بظهور ذبذبات في هيئة شوكة وموجة عالية القوت بتردد 3 دورات في الثانية ، تظهر ثم تختفي فجأة أثناء الرسم ، وتكون متناسقة في الناحيتين اليسرى واليمنى ، مع ظهورها خاصة في الأقطاب الجبهية والجناربية .

#### (ج) النوبات الصرعية النفسية الحركية : Psychomotor

وتتميز بأن يبدو المريض وكأنه في حلم مستمر ، مع عدم معرفته الزمان والمكان وفقدان للذاكرة ، مع هلاوس سمعية أو بصرية ، وأحياناً يصاب بحالة من الشرود ، يجول أثناءها في الشوارع ، ويقوم بعدة أنواع من النشاط والحركة والكلام ، ويفقد بعدها الذاكرة تماماً لما حدث ، وأحياناً تنتاب المريض بالصرع النفسي الحركي نوبات الصراخ أو الهياج أو البكاء أو الاكتئاب ، دون أي سبب ملير .

ويجب تفرقة وتمييز هذه الحالات عن الأمراض النفسية والعقلية ؛ نظراً لتشابههما مع اختلافهما في طريقة العلاج ، وأحياناً لا يستجيب المريض للعلاج بالعقاقير ، ويحتاج لعملية جراحية بالمخ لإزالة البؤرة المرضية المسببة لهذا الاضطراب .

ويتميز رسم الدماغ الكهربائي - في هذه الحالات - بوجود موجات بطيئة من النوع دلنا ذات حافة مسننة أو منشارية في الأقطاب الصدغية ، وأحياناً يكون رسم الدماغ هو الطريقة الوحيدة لتشخيص مثل هذه الحالات وتمييزها من الأمراض الهستيرية والعقلية .

وأحياناً ما يتألم مريض الصرع خاصة التنفس الحركي ذهان صرعى ، يشابه تماماً مع الفصام ، كما سبق الكلام عنه مع التشخيص المفارق للفصام ، وتظهر هنا الهذات والهلاوس والأعراض الكاتونية ، مع اضطراب التفكير والوجدان ، ويبدأ هذا الذهان بعد عدة سنوات من الإصابة بالصرع ، بغض النظر عن العلاج .

#### (د) الحالة الصرعية : Status Epilepticus

إذا تعاقبت نوبات الصرع ، دون أن يستعيد المريض وعيه بين كل نوبة ، والتي تليها .. عرفت حالة المريض بالحالة الصرعية ، وقد تؤدي إلى الوفاة بسبب هبوط القلب المفاجئ ، كما أنها إذا استمرت لمدة طويلة قد تصيب المريض بنقص عقلي يستمر بعد انتهائها .

ويعطى المريض في هذه الحالة فالتيوم ١٠ مجم في الوريد أو لومينال أو ايبانوتين في العضل ، حتى يحضر الطبيب لمباشرة العلاج ، مع ملاحظة التنفس ومنعه من إيذاء نفسه أو الاختناق .

#### علاج الصرع :

يشمل تنظيم حياة المريض ومنعه من الأعمال ، التي يتعرض فيها للخطر كالسباحة أو قيادة السيارات ، أو العمل في أماكن مرتفعة . وهناك عدة مركبات كاللومينال أو ايبانوتين وريفتوزيل تفيد في تقليل أو منع نوبات الصرع الكبيرة ، ويجب الاستمرار عليها لمدة سنوات ، حتى تهدأ التموجات الكهربائية المخية للمريض ، وكذلك أقراص ترايديون وزارنتين ، وسيلونتين والديباكين في نوبات الصرع الخفيفة وأسبوت و ميسولين ونجريتول والديباكين في النوبات النفسية الحركية .

وقد ظهرت أخيراً عقاقير جديدة خاصة لحالات الصرع المنعصى ، مثل لامتروجين وجابانتين ولكنها باهظة الثمن .

ويجب تذكر أنه عادة ما يصاحب الصرع عدة ظواهر عصابية ذهانية ، أهمها:

(١) استجابات هستيرية نشاقية وتحولية ، مما يؤدي إلى صعوبة في

- تمييز الذوات الهمسورية من الصرعية .
- (٢) الذهان العضوى خاصة الذهان شبه الفصامى .
- (٣) اضطرابات الكتابية أو لتهاجية .
- (٤) الفصام الخيالى بعد فترة سنوات من الصرع .
- (٥) القصور العقلى فى نسبة كبيرة من الحالات .
- (٦) الشخصية الصرعية وتتميز بالصلابة ، وكثرة الشكوى ، والأنانية ، والتدين .
- (٧) الصناعات للنصلى مع الموجات الكهربائية المرضية فى رسم المخ .

١٠- ذهان المسموم :

أول أكسيد الكربون :

زادت أخيراً نسبة التسمم بهذا الغاز إما صناعياً ، أو أنتحارياً ، أو أثناء حادث . ويتولد هذا الغاز من احتراق الكربون ، فتجده فى عادم السيارات ، وحرق الأخشاب ، ويتسرب من أنابيب البوتجاز .. إلخ .

ويتحد هذا الغاز مع الأكسجين ، وعادة لا ينتبه الناس لوجود الغاز ؛ نظراً لانعدام رائحته أو مذاقه ، ف يبدأ الفرد بالإحساس بالصناعات والنفثيان ، وتشابه الأعراض هنا بما سبق أن قيل فى نقص الأكسجين بالدم ، فتصعب الحركة ، ويفقد المريض قدرته الذهنية ويضطرب إدراكه .

ويواجه الطبيب النفسى التسمم بأول أكسيد الكربون فى حوادث الانتحار أو أثناء الصناعة ، وعادة ما يشفى نصف المرضى دون أى مضاعفات ، أما النصف الآخر فيعرض لعدد من الأعراض ، تظهر إما مباشرة بعد الحادث أو بعد عدة أسابيع ، وهنا يعانى المريض من الصناعات ، والدوار ، وآلام مبرحة فى الأطراف وأحياناً أعراض مرض الباركنسون (الشلل الاهتزازى) ، وكذلك نلناه فترات نشوش الوعى ، وعدم التعرف واضطراب الذاكرة ، والاختلاط العقلى .

وتستطيع تقسيم الصور الإكلينيكية المختلفة لذهان أول أكسيد الكربون

كالتالى :



(أ) هذيان تحت حاد ، وعادة ما يتحسن هؤلاء المرضى ، حتى وإن استمر الاضطراب لعدة شهور .

(ب) تدهور واضمحلال عقلي سواء في الذاكرة ، أو الإدراك أو التعرف وأحياناً ما يصل إلى درجة الخرف .

(ج) فقدان القدرة على الإدراك ، وأحياناً الكلام والحركة .

ويعالج هؤلاء المرضى بإعطائهم أكسجين مع ثاني أكسيد الكربون بنسبة ١٠ - ٥ ٪ مع التنفس الصناعي ، وأحياناً نقل الدم .

أما هؤلاء المعرضون بحكم عملهم للتعرض المستمر لغاز أول أكسيد الكربون ، فيشكون من أعراض ذاتية ، مثل : الإرهاق والأرق ، وتغير المزاج ، والصناع ... إلخ .

سيانور البوتاسيوم :

يستعمل السيانور في عدد من الصناعات ، مثل : التصوير الفوتوغرافي ، والأدوات الكهربائية ، ويلجأ إليه بعض المنتحرين نظراً لسرعته في إنهاء حياة الإنسان ، حيث يفقد المنتحر وعيه فوراً في خلال عشرة ثوان ، وينوفي في تشنجات في خمس دقائق ، ويكون سبب الوفاة شل مراكز التنفس في المخ .

وينسب السيانور إذا أخذ بكميات بسيطة في الصناع ، والدوار ، وزيادة ضربات القلب والتشنجات ثم الغيبوبة .

الرصاص :

يتجمع الرصاص في الجسم ببطء ، ويسبب أعراضه المميزة من الضعف العام والأيميا وارتجاف مع تنميل وأعراض حسية في الأطراف ، وشل في عضلات الرسخين .

أما الأعراض العقلية .. فتشعل الهذيان ، والتشنجات ، وتدهور القوى العقلية والملكات المعرفية خاصة في الأطفال ، ويلاحظ ذلك في الأماكن الصناعية .

وقد أثبتت الأبحاث وجود نسبة عالية من الرصاص في هواء القاهرة ، مما يؤثر على الملكات المعرفية ، أما الأعراض الأخرى فتتجاوز تخصص هذا الكتاب .

### الزئبق والمنجنيز والزرنيخ :

يتعرض عمال المصانع الذين يعملون في صناعات ، تدخل فيها هذه المواد لعديد من الأعراض والعلامات الجسدية ، أما من الناحية النفسية فيعاني هؤلاء المرضى من تقلب المزاج ، والانذفاعات العدوانية ، مع عدم التحكم في الضحك أو البكاء والإرهاق وكثرة النوم أو الأرق ، ونادراً ما يحدث الذهان العضوي ؛ خاصة الهذيان الحاد وتحت الحاد .

اضطرابات عقلية وسلوكية نتيجة لاستخدام  
مواد نفسية الفاعلية (الإدمان)

MENTAL AND BEHAVIOURAL  
DISORDERS DUE TO PSYCHOACTIVE  
SUBSTANCE USE

يجب أن يستند تعريف المادة نفسية الفاعلية إلى أكبر عدد ممكن من مصادر المعلومات ، ويمكن ذلك إما عن طريق المعلومات التي يدلي بها الشخص ذاته أو بواسطة التحليل الموضوعي لعينات من البول ، أو الدم .. إلخ ، أو بالاستناد إلى دلائل أخرى (وجود عينات من العقار في ممتلكات المريض ، علامات أو أعراض سريرية أو بناء على إدلاءات من طرف ثالث عليهم) .

يجب أن يستند تعريف المادة نفسية الفاعلية إلى أكبر عدد ممكن من مصادر المعلومات ، ويمكن ذلك إما عن طريق المعلومات التي يدلي بها الشخص ذاته أو بواسطة التحليل الموضوعي لعينات من البول ، أو الدم .. إلخ ، أو بالاستناد إلى دلائل أخرى (وجود عينات من العقار في محتويات المريض ، علامات أو أعراض سريرية أو بناء على إشارات من طرف ثالث عليم) .

يتضمن هذا القسم مجموعة واسعة متباينة من الاضطرابات ، التي تختلف في درجة شدتها وشكلها السريري ، ولكنها كلها تشترك في مرجعها المشترك إلى استخدام واحد أو أكثر من المواد نفسية الفاعلية (التي قد تكون أو لا تكون موصوفة طبياً) .

يجب أن يستند تعريف المادة نفسية الفاعلية إلى أكبر عدد ممكن من مصادر المعلومات ، ويمكن ذلك إما عن طريق المعلومات التي يدلي بها الشخص ذاته أو بواسطة التحليل الموضوعي لعينات من البول ، أو الدم .. إلخ ، أو بالاستناد إلى دلائل أخرى (وجود عينات من العقار في محتويات المريض ، علامات أو أعراض سريرية أو بناء على إشارات من طرف ثالث عليم) .

يتعاطى الكثيرون من مستخدمي العقار أكثر من نوع واحد من العقاقير ، وعلى الرغم من ذلك يجب أن يصنف تشخيص الاضطراب ، كلما أمكن ذلك ، تبعاً لأكثر المواد المستخدمة (أو فئة من المواد) أهمية . ويكون من المفيد تحديد العقار أو نوع العقار ، الذي يكثر سوء استخدامه عن غيره ، خاصة في تلك الحالات ، التي تتضمن استخداماً مستمراً أو يومياً .

- (١) الاضطرابات الناجمة عن استخدام الكحول .  
DISORDERS RESULTING FROM USE OF ALCOHOL.
- (٢) الاضطرابات الناجمة عن استخدام مشتقات الأفيون .  
DISORDERS RESULTING FROM USE OF OPIOIDS
- (٣) الاضطرابات الناجمة عن استخدام المهدئات والمنومات  
DISORDERS RESULTING FORM USE OF SEDATIVES OR HYPNOTICS.
- (٤) الاضطرابات الناجمة عن استخدام مشتقات الحشيش .  
DISORDERS RESULTING FROM USE OF CANNABINOIDS.
- (٥) الاضطرابات الناجمة عن استخدام الكوكايين .  
DESORDERS RESULTING FROM USE COCAINE.
- (٦) الاضطرابات الناجمة عن استخدام منبهات أخرى (بما فيها الكافيين).  
DISORDERS RESULTING FROM USE OF OTHER STIMULANTS IN-  
CLUDING CAFFEINE.
- (٧) الاضطرابات الناجمة عن استخدام عقاقير الهلوسة (المهلوسات).  
DISORDERS RESULTING FROM USE OF HALLUCINOGENS.
- (٨) الاضطرابات الناجمة عن استخدام التبغ .  
DISORDERS RESULTING FROM USE OF TOBACCO.
- (٩) الاضطرابات الناجمة عن استخدام المذيبات المتبخرة .  
DISORDERS RESULTING FROM USE OF VOLATILE SOLVENTS.
- (١٠) الاضطرابات الناجمة عن استخدام عقاقير متعددة واستخدام مواد أخرى  
نفسانية الفاعلية .  
DISORDERS RESULTING FROM MULTIPLE DRUG USE AND USE OF  
OTHER PSYCHOACTIVE SUBSTANCES.

#### ١- تسمم حاد نتيجة لاستخدام مادة نفسية الفاعلية :

##### ACUTE INTOXICATION

هي حالة عابرة تلي تناول العقاقير أو الكحول ، وتنتسب في اضطرابات في درجة الوعي أو الوظيفة المعرفية أو الإدراك أو الوجدان أو السلوك أو أى وظائف أو استجابات نفس فسيولوجية أخرى ، وتكون الاضطرابات مرتبطة ارتباطاً مباشراً بالتأثير الدوائى الحاد للمادة ، وتقل تدريجياً بمرور الوقت أبلة إلى شفاء تام إلا في

اضطرابات عقلية وسلوكية نتيجة لاستخدام مواد نفسية الفاعلية (الإدمان) —

الحالات التي تحدث فيها إصابة للأنسجة أو مضاعفات أخرى . وتتضمن مضاعفات الحالة : العوادم أو استنشاق القيح أو التهذبان أو الغيبوبة أو التشنجات أو أية مضاعفات طبية أخرى ، وتعتمد طبيعة هذه المضاعفات على الفئة الدوائية للمادة وطريقة تناولها .

ويرتبط التسمم الحاد عادة ارتباطاً وثيقاً بمستوى الجرعة ، وقد تحدث استثناءات في هؤلاء الأفراد ، الذين يعانون من حالات عضوية أساسية معينة (على سبيل المثال : قصور كلوي أو كبدي) . وعندئذ قد تؤدي جرعات صغيرة من المادة إلى إحداث أثر تسمى شديد غير متناسب مع الجرعة .

ولاتعكس أعراض التسمم بالضرورة دائماً الأثر الأساسي للمادة على سبيل المثال ، فقد تؤدي العقاقير المثبطة إلى أعراض هياج أو فرط نشاط ، كذلك قد تؤدي العقاقير المنبهة إلى انسحاب اجتماعي وسلوك منطو . وقد تكون آثار عقاقير مثل الحشيش والمهلوسات على درجات الخصوص غير متوقعة .

كذلك هناك كثير من العقاقير ، قادرة على إحداث أنواع مختلفة من الأثر عند مستويات مختلفة من الجرعة ، فعلى سبيل المثال هناك الكحول الذي قد يبدو وأن له أثراً منبهة على السلوك ، عند مستويات منخفضة من الجرعة ، إلا أنه يؤدي إلى التوتّر والعذوانية بارتفاع مستويات الجرعة ، ثم يؤدي إلى تهدئة كاملة عند المستويات المرتفعة جداً .

وعند التشخيص الفارق تراعى إصابة الرأس الحادة ، وانخفاض نسبة السكر في الدم .

والتسمم الحاد هو ظاهرة عابرة ، وتقل درجة التسمم مع مرور الوقت ، ثم تختفي الآثار مع مرور الوقت وهي غياب استخدام آخر للمادة ، ويجب كذلك مراعاة التسمم كنتيجة لاستخدام مزيج من المواد .

## ٢- استخدام ضار (التعاطي) ، HARMFUL USE

يؤدي استعمال هذه المواد إلى إحداث ضرر بالصحة . وقد يكون الضرر جسيمياً (كما في حالات الالتهاب الكبدي نتيجة الحقن الذاتي بالعقاقير نفسية الفاعلية) ، أو عقلياً (مثل نوبات من اضطراب الاكتئاب نتيجة للإفراط في الشراب) .

ويقتضى استعمال تشخيص الاستخدام الضار - والذي يتضمن خطراً مستقبلياً على الصحة - حدوث ضرر فعلي ، أصاب الصحة العقلية أو الجسمية للمستخدم ، وعادة ما يتعرض هذا الفرد لانقراض الآخرين .

ويكون الاستخدام الضار عادة مصحوباً بتبعات اجتماعية سلبية متنوعة ، ولايعتبر نمط ضرر الاستخدام أو العقار المستخدم من قبل شخص آخر ، أو من قبل بيئة الفرد في حد ذاته دليلاً على الاستخدام الضار ، كذلك لايعتبر دليلاً أن تقترب على الاستخدام عواقب اجتماعية ، مثل : الاحتفال أو قفان العمل أو انهيار الحياة الزوجية .

### ٣- زملة الاعتماد (الإيمان) : DEPENDENCE SYNDROME

هي عبارة عن مجموعة من الظواهر الفسيولوجية والسلوكية والمعرفية ، تأتي بعد استخدام متكرر لمادة ما ، وتتضمن بشكل محور الرغبة الشديدة في تناول العقار واختفاء السيطرة على استخدامه ، والاستمرار في ذلك على الرغم من التبعات الضارة ، ويكون تعاطيها ذا أولوية تفوق أي سلوكيات أو التزامات أخرى ، مع زيادة في احتفال المادة وأحياناً وجود حالات انسحاب .

وقد تكون زملة الاعتماد مرتبطة بمادة نفسية الفاعلية محددة مثل التبغ والكحول والديازيبام ، أو بفترة من المواد (الافيونيات) ، أو بنطاق أوسع من المواد الدوائية نفسية الفاعلية المختلفة .

#### مؤشرات تشخيصية :

يستخدم تشخيص الاعتماد فقط ، إذا أظهر الشخص أو خبر ثلاث أو أكثر من النقاط التالية أثناء العام السابق :

- (١) رغبة أو إحساس فهري بضرورة تعاطي العقاقير .
- (٢) وعى ذاتي باختلال القدرة على التحكم في سلوك تناول العقار ، فيما يتعلق ببدايته وإنهائه ومعدل استخدامه .
- (٣) يستخدم العقار بغرض التخفيف من أعراض الانسحاب ، ويعى أن هذه الخطوة مؤثرة .

(٤) وجود حالة انسحاب فيولوجية .

(٥) توافر دليل على حدوث التحمل ؛ بمعنى أن الشخص يحتاج دوماً إلى زيادة جرعات المادة ؛ ليحصل على الأثر نفسه ، الذي كانت تحصله من قبل جرعات أقل منها .

(ومن الأمثلة الواضحة على ذلك أن الأفراد ، الذين يعتمدون على الكحول والامفيتامينات قد يتعاطون يومياً من الكميات ما يكفي لتعجيز أو قتل أفراد غير معتمدين عليها) .

(٦) ضيق في المخزون الشخصي في أنماط استخدام العقار أو الكحول (على سبيل المثال الميل إلى تعاطي المشروبات الكحولية بالطريقة نفسها في أيام الأسبوع ونهايات الأسبوع ، وبغض النظر عن أي حدود اجتماعية خاصة بالسوك المناسب لتعاطي الكحول) .

(٧) الإهمال المزائد لأي متع أو اهتمامات بديلة لصالح استخدام العقار .

(٨) المشاهدة على استخدام العقار على الرغم من وجود دليل واضح على التبعات الضارة للبيئة (التبعات الضارة قد تكون طبية مثل إيذاء الكبد من خلال الإفراط في الشرب ، أو اجتماعية كما في حالة فقدان العمل نتيجة لاضطراب الأداء المرتبط بتعاطي العقار ، أو نفسية ، كما في حالات المزاج الاكتئابى المترتبة على فترات من الاستخدام المكثف للمادة) .

وينصح الوعي الذاتى بالطبيعة القهيرية لاستخدام العقار عادة ، أثناء محاولات التوقف أو التحكم في استخدامه ، وقد يستبعد هذا المؤشر التشخيصى ، على سبيل المثال في حالات مرضى الجراحة ، الذين يعطون العقاقير الأفيونية لتخفيف الألم ، والذين قد يبدون علامات حالة انسحاب الأفيونات ، عندما لا يتعاطون العقاقير ، ولكن ليست لديهم الرغبة في الاستمرار في تناول العقاقير .

وقد تكون زملة الاعتماد موجودة بالنسبة لسادة معينة على سبيل المثال التبغ أو ديازيبام) ، أو لمجموعة من المواد (على سبيل المثال الأفيونات والعقاقير شبه الأفيونية) ، أو لتطاق أوسع من المواد المختلفة (كما هو الحال بالنسبة لهؤلاء



الأفراد ، الذين يشعرون بإحساس قهري نحو الاستخدام المنتظم لأي عقاقير متوفرة ، والذين يهدون ضيقاً وتوتراً ، أو علامات بدنية لحالة انسحاب عند الامتناع عن التعاطي) .

#### 4- حالة الانسحاب : WITHDRAWAL STATE

مجموعة من الأعراض متنوعة في طبيعتها وفي درجة شدتها ، تحدث بعد انسحاب كامل أو نسبي لمادة ، بعد فترة استخدام مستمر لهذه المادة ، وعادة ما يكون بداية ومسار حالة الانسحاب محدودين زمنياً ، ويرتبطان بنوع المادة نفسية الفاعلية المستخدمة والجرعة المستخدمة في فترة ما قبل الامتناع أو تخفيض الجرعة مباشرة ، وربما تصحب حالة الانسحاب مضاعفات تحدث تشنجات .

وتختلف الأعراض البدنية تبعاً للمادة المستخدمة ، كذلك فإن الاضطرابات النفسية (على سبيل المثال : قلق ، اكتئاب واضطرابات النوم) هي أيضاً سمات شائعة للانسحاب .

#### 5- حالة انسحاب مع هذيان :

#### WITHDRAWAL STATE WITH DELIRIUM

هي حالة تنضاعف فيها حالة الانسحاب بوجود هذيان ، وكذلك يمكن حدوث تشنجات. وأكثرها شيوعاً الهذيان الرعاشي المسبب بالكحول ، وهو حالة سمعية اختلاطية قصيرة المدى ، وإن كانت أحياناً مهددة للحياة تصاحبها اضطرابات جسمية ، وهي عادة نتيجة لانسحاب كامل أو نسبي للكحول في حالة الأفراد ذوي التاريخ الطويل من الاعتماد الشديد . وتكون بدايته عادة بعد انسحاب الكحول ، كما يمكن أن ترسبه عوامل أخرى (إصابة أو خمج مثلاً) ، وفي بعض الحالات تظهر الحالة أثناء نوبة من الشرب المفرط .

وتتضمن نذر الأعراض على نحو نمطي الأرق والرجفة والخرف . وقد يسبق البداية نشجات انسحابية . ويتكون مثلث الأعراض التقليدي من تشوش في الوعي وخلط ، وهلاوس وخداعات زاهية تصحب أياً من الأشكال الحسية ، ورجفة شديدة ، وكذلك عادة ما توجد ضلالات وتوتر وأرق أو انقلاب في دورة النوم وقرط نشاط في الجهاز العصبي الذاتي (اللاإرادي) .

#### ٦- اضطراب ذهاني : PSYCHOTIC DISORDER

مجموعة من الظواهر الذهانية تحدث أثناء أو بعد تعاطي المادة ، ولا يمكن تفسيرها على أساس من التسعم العاد فحسب ، ولا تشكل جزءاً من حالة الانسحاب .

ويتميز الاضطراب بهلاوس (عادة سمعية ولكنها كثيراً ما نصيب أكثر من شكل حسي) وتشوهات إدراكية ، وضلالات وأفكار بالإشارة (غالباً ذات طبيعة بارنويدية (زورانية) أو طبيعة اضطهادية ، واضطرابات نفسحركية (اهتياج أو ذهول) ، واختلال في الوجدان يتراوح بين الضوف الشديد وبين النشوة . أما الوظائف الحسية ، فعادة ما تكون طبيعية ، ويجوز أن يكون هناك درجة من تعتم الوعي لا تؤدي إلى تشوش شديد .

#### ٧- زملة النساوة (فقدان الذاكرة) المحدثة بكحول أو عقار :

##### ALCOHOL AND DRUG INDUCED AMNESIC SYNDROME

هي زملة يصاحبها خلل يبرز مزمناً في الذاكرة الحديثة والبعيدة ، وتكون إصابة الذاكرة البعيدة عادة أقل شدة ، في حين يبقى الاسترجاع الفوري سليماً وعادة ما تكون هناك اضطرابات واضحة في الإحساس بالزمن والقدرة على ترتيب الأحداث ، كما تضطرب القدرة على تعلم الجديد من المواد . وقد يكون للتخريف شديداً ، وإن كان لا يشترط وجوده دائماً ، أما الوظائف المعرفية الأخرى فعادة ما تظل سليمة نسبياً بحيث تكون اضطرابات الذاكرة غير متناسبة مع بقية الاضطرابات .

#### ٨- اضطراب ذهاني متبقي ومتأخر البداية يحدث بكحول أو عقار :

##### ALCOHOL AND DRUG INDUCED RESIDUAL AND LATE ONSET PSYCHOTIC DISORDER

هو اضطراب يحدث فيه تغيرات في المعرفة أو الوجدان أو الشخصية أو السلوك محدثة بكحول أو عقار ، وتستمر لفترة تتجاوز الفترة ، التي يفترض فيها أن يظل للتأثير المباشر للعقار مفعول ساري .

ويجب أن تكون بداية الحالة مرتبطة ارتباطاً مباشراً باستخدام المادة ، أما

الحالات ، التي تبدأ فيها الحالة متأخرة عن نوبة أو نوبات تعاطى المادة فلا تصنف هنا ، إلا إذا توفر دليل واضح وقوي على تفسير الحالة للأثر المتبقى من المادة .

ويجب تمييز الانجاسات الزمنية عن الحالات الذهانية ، عن طريق طبيعتها التوابية ومدتها التي غالباً ما تكون قصيرة ، ويكونها تكررأ لخبرات سابقة مرتبطة بالعقار أو بالكحول، ويجب أن نعال الحالة تغييراً عن أو مبالغه شديده في حالة الأداء الطبيعي السابق .

كما يجب أن تتجاوز الحالة أية فترة زمنية ، يفترض أن يكون تأثير العقار سارياً فيها (انظر: نسم حاد) ، ولا يكون الخرف المحدث بمواد دالماً دون تحسن ، فقد تحسن الوظائف الذهنية والذاكرة ، بعد فترة طويلة من الامتناع الكامل .

9- اضطرابات عقلية أو سلوكية أخرى محدثة بعقاقير أو كحول.

#### OTHER MENTAL AND BEHAVIOURAL DISORDERS INDUCED BY DRUGS AND ALCOHOL

يرمز هنا إلى أي اضطراب آخر ، حيث يمكن تعريف استخدام مادة ما باعتبارها عاملاً مساهماً مباشراً في إحداث الحالة ، ولكنه لا يستوفى معايير الإدراج في أي من الحالات أعلاه .

10- اضطراب عقلي أو سلوكي غير محدث بكحول أو عقاقير :

#### UNSPECIFIED MENTAL AND BEHAVIOURAL DISORDERS INDUCED BY ALCOHOL AND DRUGS

(١) اضطرابات عقلية وسلوكية بسبب استخدام الكحول Alcohol

(٢) اضطرابات عقلية وسلوكية بسبب استخدام أشباه الأفيونات Opioids

(٣) اضطرابات عقلية وسلوكية بسبب استخدام مشتقات الحشيش

Cannabinoids

(٤) اضطرابات عقلية وسلوكية بسبب استخدام المهدئات والمنومات

Tranquilizer & Hypnotics

اضطرابات عقلية وسلوكية نتيجة لاستخدام مواد نفسية الفاعلية (الإدمان) —

(٥) اضطرابات عقلية وسلوكية بسبب استخدام الكوكايين Cocaine

(٦) اضطرابات عقلية وسلوكية بسبب استخدام منبهات أخرى، بما فيها

الكافيين Other Stimulants Inc. Caffeine

(٧) اضطرابات عقلية وسلوكية بسبب استخدام عقاقير الهلوسة

Hallucinogens

(٨) اضطرابات عقلية وسلوكية بسبب استخدام التبغ Tobacco

(٩) اضطرابات عقلية وسلوكية بسبب استخدام المذيبات الطيارة

Volatile Solvents

(١٠) اضطرابات عقلية وسلوكية بسبب استخدام عقاقير متعددة ، واستخدام مواد أخرى نفسية الفاعلية .

Multiple Drugs and Other Psychoactive Substances

انتشار الإدمان :

لقد زادت المواد المخدرة وتنوعت، فعنها الخام والمشتق والمخلوق ، وكثرت المواد ذات التأثير القوي السريع المفعول ، والتي نقل كمية جرعاتها ، فيسهل تهريبها لصغر حجمها ، فزاد تبعاً لذلك انتشار المخدرات ؛ خاصة بين صغر السن من المراهقين والشباب . وانتشار المخدرات يسدوى فيه جميع فئات الشعوب ، حيث ينتشر بين الأميين والمعتمدين وبين الفقراء والأغنياء ، ولكن لا توجد أرقام دقيقة تشير إلى معدلات انتشار الإدمان ؛ لموقف القاتون والمجتمع من المدمنين ؛ مما يجعلهم يمارسون إدمانهم في الخفاء .

ولكن هناك إحصائيات تستند إلى التقدير الجزافي لكميات المواد المخدرة المستهلكة في العالم ، فهناك مثلاً إحصائيات تشير إلى أن مدمنى الأفيون ومشتقاته يجاوزون الأربعمائة مليون في العالم ، ومدمنى الحشيش أكثر من ثلاثمائة مليون ، أما المواد الأخرى فلا يعرف حجم انتشار إدمانها .. ولاشك أن هناك أسباباً عديدة لانتشار الإدمان على هذا النحو الخطر سوف نناقشها فيما يلي :

## مدى انتشار المواد المخدرة المختلفة على مستوى مصر (د. سوفى - ١٩٩٥)

منومات	منشطات	مهدئات	أفيون	حشيش	
٪٢.٢٦	٪١.٧٩	٪٢.٧٢	٪.٠٨٤	٪٥.٠٥	المدراس الثانوية (١٤٦٥٦)
٪٤.٢٦	٪١٣.٩٨	٪٥.٧٩	٪.٠٧٠	٪١٥.٤٥	طلاب الجامعات الذكور (٢٧٩١١)
٪٤.٦٨	٪٤.٧٨	٪٥.٠٧	٪.٠٠٨	٪.٢٦	طالبات الجامعات (٢٣٦٦)
المواد الدوائية					
	٪١.٨٠		٪١.٣٦	٪١١.٤٤	عمال الصناعات (٥١٠٨)

## المهدئات والمنومات

يواجه الطبيب عند وصفه لأحد المهدئات مشكلتين : الإدمان والانتحار ، ولذا يجب الحرص فى إعطاء المهدئات ، وأن يكون المريض تحت الإشراف الطبي المباشر .

ويوجد كثير من أنواع المهدئات والمنومات مثل البرومور ، وكان يستعمل سابقاً فى التهدئة والتخويم البسيط وفى النوبات الصرعية ، ويدخل فى مركبات السعال ، ولكن له أخطاره التى أوقفت استعماله تقريباً .

ومن المهدئات المنتشرة التى تسبب الإدمان مجموعة العبروياميت ، مثل : الكوايتان ، والترانكلان ، وأحياناً مجموعة البنزوديازيبين مثل الليبريم ، المبرايكس ، والترانكسين ، الفاليوم ، والتوبريم والموجادون والزوهيبول (أبو صلبية) ذو الشهرة بين المدمنين .

ومن المنومات المهمة الكورال ، وبار الدهايد ، وأهم هذه المنومات هى حامض الباريتديريك ومشتقاته وتباع فى الأسواق بأسماء مختلفة ، أهمها :

فسبراكس ، باربي٢ ، نورميل ، بلكسونال ، فاناذورم ، سيكونال ... إلخ .

وتلثبط هذه العقاقير من عمل قشرة المخ ، وكذلك لها خاصية التثبيط بالنسبة لمراكز التنفس في المخ ، ودرجة حرارة الجسم ، وعمليات البناء والهدم من جراء هبوط وظائف المخ ، ويبدأ الفرد في الناس ثم النوم ، وإن زادت الجرعة كما في حالات الانتحار يتوفى المريض في غيبوبة من هبوط وشلل مراكز التنفس في المخ .

وأخطر مضاعفات هذه العقاقير هو الإدمان إذ نجد الفرد يزيد من عدد الأقرص تدريجياً ، ويبدأ تناولها أثناء النهار ويصاب بحالة شمع ويبدو كأنه مغمور ، غير متوازن ، مع ارتخاء في عضلات الجسم وأحياناً يصيبه نوعاً من الابتهاج ، يتناوب مع فترات من التوتر والإثارة الشديدة ، مما يجعل الطبيب إذا لم يأخذ من المريض تاريخ تناوله لهذه الأدوية ، يعيل لتشخيص الحالة وكأنها نصلب متناثر ، أو خرف شللي ، أو خرف قبل الشيخوخة ، أو إدمان حمر .

وعادة ما يتناول مدمن حامض الباريثريك أنواعاً من المنبهات والخمور ، ولاستطيع اعتياده مدمناً إلا بعد زيادة الجرعة إلى ٠.٨ جم يومياً ، والمشكلة المميزة هنا أن هذه الجرعة تسبب اختلاطاً عقلياً ، وفقدان ذاكرة للحوادث القريبة ، وبالتالي ينسى المريض أنه تناول العقار ، فيكرر العملية ، وتانياً يفقد ذاكرته ، ويتكرر هذه العملية ، يتناول المريض كمية تؤدي بحياته ، ويظن البعض أنه أقدم على الانتحار بهذه الأقرص ، والحقيقة أنه أصيب باختلاط عقلي ، ولم يستطع تحديد الكمية المطلوبة .

ويؤدي التوقف عن أخذ البريتريك أو كميات كبيرة من البنزوديازيبين إلى تحسن سريع في أعراض التسعم السابق ذكرها ، ولكن سرعان ما تبدأ أعراض توقف العقار أو حاجة الجسم إليه بعد حوالي ٨ ساعات من قلق ، وصداخ ، ورعشة ، وضعف عام وفتر وهبوط في الدورة الدموية .

وتصل هذه الأعراض إلى أقصاها بين ١٦ - ٢٤ ساعة من توقف أخذ العقار ، وتصحب ذلك تغيرات في رسم المخ ، وإن عجز المريض فجأة عن أخذ الدواء ، فعادة ما يصاب في ٧٥٪ من الحالات بنوبات صرعية كبيرة فيما بين ١٦ ساعة و٨ أيام من توقفه عن العقار ، وينبع الصرع بعض الاختلاط العقلي ،

يفيق بعده المريض في حالة سوية تامة .

ويصاحب أعراض توقف العقار في ٦٠٪ من الحالات هذيان في اليوم الأول ، مع عدم تعرف الزمان والمكان ، وهلاوس بصرية ورعشة تشابه الهذيان الارتعاشي في مضملي الضرع ، وتحدث تقريبا الأعراض نفسها مع مجموعة الميروياميت .

ومنشرح بالتفصيل إدمان هذه العقاقير في آخر هذا الفصل ، ولكن أود أن أوفي علاج الانحار بهذه الأدوية حقه في هذا المجال ، وأهم الخطوات المتبعة هي الآتي :

١- عندما يكون المريض في حالة التسمم البسيط ، أو المتوسط ، ولم يدخل في غيبوبة مع وجود المنعكسات العصبية العميقة لا يخشى عليه ، وسيشفى دون أي علاج مضاد .

٢- أما في حالات الغيبوبة أو لتناول جرعة كبيرة ، فيجب اتباع الآتي :

أ- غسيل معدة مع الحرص على عدم استنشاق محتويات المعدة .

ب- تنظيم مستوى المعادن والسوائل في الجسم بإعطاء اللازم منها بالنقطة بالوريد .

ج- استخدام مواد رافعة لضغط الدم ، ومساعدة لمراكز التنفس .

د- إفراغ المثانة بقسطرة طبية .

هـ- مليون وحدة بنسلين وقائية كل ٦ ساعات ضد أي التهاب رئوي .

وعادة ما تقل نسبة الوفاة إلى ٢,٥٪ بأخذ الاحتياطات السابقة ، ولكن

أحياناً ما يحتاج المريض في حالة التسمم بالباربيتورات إلى :

أ- بيمرجيد Bemergide مع أميناكسول Amphenacol ليقلل من عمق

الغيبوبة ، ويعطى ١٠ سم من الأول (٥٠ مجم) واسم (١٠ جم) من

الثاني في الوريد ، وتكرر الحقنة كل ثلاث دقائق ، حتى يعود المريض

لوعيه ، مع رجوع توتر العضلات والمنعكسات العصبية للعميقة

لطبيعتها ، وعادة ما يحتاج الشفاء إلى حوالي ٨ ساعات .

— اضطرابات عقلية وسلوكية نتيجة لاستخدام مواد نفسية قاتلة (الإيمان) —

أما في حالات التسمم بالبنزوديازيبين، فيعطى حقن الفلوميثازينيل (أنتكزيبت) والتي تعيد الوعي في دقائق ؛ حيث إن هذا العقار مضاد لهذه المطمئانات .

ب- عندما نفضل جميع الاحتياجات السابقة ، نلجأ أحيانا إذا وجدت الاستعدادات الكافية لعملية الغسيل الدموي (التحليل الغشائي الدموي) Haemodialysis ، وبها نطرد العقار من الدم ونسرع بشفاء المريض .

### المنبهات :

زاد في السنوات الأخيرة استعمال الناس لهذه العقاقير لعدة أسباب، منها : الرغبة في زيادة طاقة الاستذكار ، وضرورة اليقظة في بعض الأعمال الثلية ، وفقدان الشهية في السمعة، إعطاء قوة ونشاط ذهني .. إلخ ؛ مما جعل وزارة الصحة أخيراً تنبته لخطورة تناولها ، ونضعها مع المنوعات وتحظر صرفها إلا بتذكرة طبية .

وتستعمل هذه المنبهات في علاج صرع النوم وبعض حالات الشلل الاهزازي ونقص الوزن ، والنبول الليلى اللاإرادي ، والاضطرابات السلوكية في الأطفال ، وتنبه الحالة النفسية العامة واستخدامها كمضاد للاكتئاب الصباحي ، وأهم هذه العقاقير : الأمفيدامين ، ويوجد في المركبات الآتية : البريلودين ، أو بوزان ، امفيفيت .. وكذلك مجموعة الريتالين ، ابيزيت ، والتتويت .. إلخ .

ويصاحب استعمال هذه المنبهات حالات ذهانية تتميز بالآتي :

١- ذهان شبه فصامي مع هذابات وهلاوس سمعية وبصرية .

٢- اضطراب في الذاكرة .

٣- هذيان تحت حاد .

وعادة ما يشفى هذا الذهان بعد أسبوع من التوقف عن أخذ العقار . وتتراوح الجرعة المسببة لهذا الاضطراب العقلي من ٢٠ - ٦٠ مجم يوميا ، ولكن لوحظ وجود بعض الأفراد الذين يتناولون حوالي ١٠٠ مجم يوميا ، دون ظهور علامات ذهانية ، وكما ذكرنا في التشخيص المفارق للقصام يجب سؤال المرضى عن تناولهم لهذه العقاقير نظرا لتشابه الأعراض .



والخطر الثاني من استعمال العقاقير المنبهة بعد الزهان ، هو الإدمان ، وقد سبق الكلام عنه مع علاج الاكتئاب .

### الكحولية : Alcoholism

لايشكل إدمان الخمر في مصر معضلة كبرى مثل الدول الأوروبية ؛ للعوامل الدينية التي تحرم شرب الخمر على المسلمين ، ولكن بالطبع مازلنا نواجه مشكلة إدمان الخمر التي هي في زيادة مستطردة ، ويجب أن نفرق هنا بين تعود الخمر وهي شرب الكمية نفسها يوميا لعدة سنوات دون زيادة ظاهرة ، والإدمان وهو زيادة الجرعة دائما ، مع ظهور تدهور خلقى وأدبى واجتماعى فى سلوك المدمن .  
وأهم العوامل التي تؤدي إلى إدمان الخمر هي :

#### ١- العوامل الاجتماعية :

تتميز الثقافات الشرقية بانجاء خاص نحو الحياة ، وهي : التأمل الغيبي ، والشخصية غير العدوانية ، والتسامح المستمر ، ومن هنا نشأت إنانة الخمر والاتجاه نحو الأفيون والحشيش ، أما الثقافات الغربية فتعطي أهمية كبيرة للشخصية العدوانية والاتجاه الانبساطى الواقعي ناحية الحياة فيسمح بالخمر لإباحة هذه الصفات ، ويذان الأفيون والحشيش لتثبيطه لسمات الشخصية الغربية .

ومن هذه الفروق الاجتماعية والثقافية ، نلاحظ الاختلاف في نسبة إدمان الكحول بين الغرب والشرق .

#### ٢- العوامل النفسية :

يذمن الخمر بعض الشخصيات التي تحتاجه لخفض درجة التوتر وعدم التوافق الاجتماعى .

وأهم هذه الشخصيات الآتى :

(أ) شخصية سوية ناجحة ،

متواقفة ، متعلمة ، ولكن مرت بظروف بيئية شديدة، مثل: وفاة عزيز ، أو فقدان أموال ... إلخ ، مما جعلها تلجأ للخمر كوسيلة لتخفيف آلامها .

اضطرابات عقلية وسلوكية نتيجة لاستخدام مواد نفسية القاعية (الإدمان) —

(ب) شخصية عصابية :

مع خجل شديد ، ونقد ذاتي مستمر وقلق واضح ، وشعور بالنقص مع وجود بعض التوساوس القهريية . ويحاول الفرد هنا الهروب من هذه النقائص بالاتجاه إلى الخمر ؛ حتى يستطيع مواجهة العالم الخارجى .

(ج) شخصية ذهابية :

ويلجأ مريض الاكتئاب الذهائى للخمر لمقاومة الأرق ، والشعور بالإثم والبخس الذاتى ، والبعد عن الأفكار الانتحارية، والإحساس باليأس والضياع، وكذلك كثيراً ما يلغمس مريض الفصام فى الخمر للحد من الشعور بالصلالات الاضطهادية والهلاوس ، التى نالعه وعدم توافقه الاجتماعى ، وكذلك فى بعض حالات الذهان العضوى من خرف الشبيخوخة وما قبل الشبيخوخة ، والعهه الشلى فقد يلجأ بعض المريض للخمر للتقليل من استبصارهم بتغير الشخصية واضطراب الذاكرة .

(د) شخصية ضد اجتماعية أو عاجزة أو غير سوية أو حدية :

هى شخصية غير متزنة ، ذات عدوانية وسلوك ضد اجتماعى واضطراب فى العلات الاجتماعية والعاطفية والأسرية ، ويكون إدمان الخمر من سمات هذه الشخصية .

ولذا يجب أخذ العوامل النفسية وشخصية المريض فى الاعتبار عند تشخيص إدمان الخمر ؛ لأن ذلك سيجعل الكثير من الدلائل بالنسبة لدرجة الشفاء ومصير الإدمان .

٣- العوامل الوراثية :

يعتقد بعض الباحثين أن الاستعداد لإدمان الخمر يحتمل أن ينتقل وراثياً فى العائلة الواحدة ، ويوجد بعض الجينات المسؤولة عن ذلك ، ولم يثبت ذلك فى أنواع الإدمان الأخرى .

٤- العوامل البيولوجية :

يبدو أن مدمن الخمر يخزن الكحول فى جسمه بطريقة خاصة، بل يعتمد عليه للجهاز العصبى فى غذائه بحيث تصبح الخمر عاملاً أساسياً فى سلامة

الجهاز العصبي للمدمن ، ومن هنا نفهم الإلحاح الداخلى الدائم لشرب الخمر فى هؤلاء المرضى ، ويفسر ذلك قابلية البعض للإدمان والبعض الآخر للشرب المعتدل .

ويفسر البعض ظاهرة الإدمان بنقص فى كمية الأفيون الداخلى ، والمعسمى بالأندورفين والانتكفاليين والذي يفرزه المخ ، لتتحكم فى الآلام النفسية والجسمية ، ويؤدى نقص هذه المواد فى المخ بالفرد إلى النجوى إلى الكحول والمطعمدات والمخدرات لخفض عتبة الألم .

وتختلف نسبة الكحول فى أنواع الخمر المختلفة ، فنصل إلى ٣ - ٤,٥ ٪ فى البيرة ، ٧ - ٢٠ ٪ فى النبيذ ، أما الويسكى والجين فتتراوح من ٢٠ - ٦٥ ٪ ، ويمتص الكحول بسرعة من المعدة والأمعاء ، ويفرز سريعاً من الرئتين والكلىتين . ويعتبر الإكثار من الخمر سماً للكبد والقلب والكلى ، مع ظهور التهابات وقروح المعدة وتجنبط الخمر من عمل قشرة المخ . ومن هنا نلاحظ قلة الإحباط الاجتماعى ، حيث نخفض الخمر من التحكم والنقد الذاتى الصادر من قشرة المخ واتجاه السلوك للناحية البدائية الغريزية .

وتظهر على الفرد العادى أعراض التأثير بالخمر (المسكر) عند وصول نسبة الكحول فى الدم إلى ٠,٢ ٪ ، وإذا زادت النسبة عن ٠,٥ ٪ يخشى من الوفاة من غيبوبة الكحول .

تصنيف مراحل إدمان الخمر (جلينيك ١٩٥١) :

١ - مرحلة ما قبل الإدمان :

وتعنى الإغراق فى الخمر بما يتجاوز الاستعمال العادى .

٢ - مرحلة الإنذار بالإدمان :

وتتميز هذه المرحلة بظهور :

(أ) نوبات من النسيان التام لما حدث أثناء الإغراق فى شرب الخمر فى

صباح اليوم التالى .

(ب) شرب الخمر على انفراد ودون الصحبة العادية .

(ج) الشرب قبل الحوادث أو المواعيد المهمة .

(د) الشرب صباحاً لخفض درجة التوتر ولتقليل شدة اعتزاز الأطراف خاصة اليدين ، والتي تمنع الرجال أحياناً من التمكن من حلقة الذنن .

(هـ) نوبات من الإغراق في الشراب رغم المقاومة الشديدة .

٣- مرحلة إدمان الخمر :

وتتميز بالآتي :

(أ) عدم القدرة على التوقف عن الشراب لمدة أكثر من ٢٤ ساعة وبمجهود ومقاومة شديدة ، تتراوح بين أسبوع وثلاثة أسابيع .

(ب) عدم القدرة على التحكم في كمية الشراب ، فإن بدأ الفرد في احتساء الخمر ، فلن يتوقف إلا وهو مضطرب .

٤- مرحلة الإدمان المزمن :

وهنا يتعرض المريض لعدد من المضاعفات ، أهمها :

(أ) مضاعفات جسمية :

مثل التهاب المعدة المزمن ، قرح المعدة والاثني عشر ، التهاب أطراف الأعصاب ، مع التخميل والحرقان في الأيدي والرجلين وتليف الكبد وعدم تمكنه من وظائفه ، وكذلك بعض الضعف في عضلات القلب .

(ب) مضاعفات عقلية :

أهمها تنحور الشخصية والإتيان بسلوك شاذ ضد اجتماعي ، مع ظهور الذهان إما في هيئة حادة مثل الهذيان الارتعاشي ، أو مزمنة مثل حالة كورساكوف أو الهذامات البارانونيدية الاضطهادية والغيرية .

(ج) مضاعفات اجتماعية :

وتنعكس في جميع أوجه حياة المدمن فتسوء علاقته مع العائلة ، ويصبح عنيفاً في علاقته مع زوجته ؛ مما يشجع على الانفصال أو الطلاق ويهمل ذاته وعمله ويقبل إتناجه ، وتهبط الثقة بمقدرته ويبدأ في الانعزال ، ويفقد كثيراً من اهتماماته وطموحه .

الأعراض الإكلينيكية لإدمان الخمر :

(أ) التسمم الحاد الكحولي (الخمار) :

يبدأ المريض بالإحساس بالثورة وصعوبة التحدث في كلامه وسلوكه ونقص المهارة وتبدل الإدراك، ويلى ذلك اختفاء الموانع الاجتماعية والتقاليد ، ثم تظهر أعراض أخرى تميز الفرد المسموم ، مثل : ثقل في الكلمات ، ورعشة في اليدين وعدم الاتزان ثم الدوار والقيء ، وينتهي بغيوبة ويصبح عرضة لنوبات من الإثارة والغضب لأنفه الأسباب .

ونلاحظ في غيبوبة الكحول : نقص درجة حرارة الجسم والتنفس العميق والنبض الضعيف وانخفاض توتر المنعكسات العصبية العميقة وزرقة الجسم أحياناً واحتماس الهول مع رائحة نفوح من الفم والتنفس . ويجب تفرقة هذه الغيبوبة عن الصرع وارتجاج المخ ، وإن لم يلقح المريض فوراً بالعلاج اللازم ، تنتهي هذه الغيبوبة بالوفاة .

(ب) الإدمان المزمن :

وقد سبق الكلام عنه في تصنيف مراحل الإدمان ، ونعني بذلك الإغراق في الخمر حتى تؤدي إلى :

- 1- فقدان القدرة على المهارة في العمل .
- 2- اضطراب الحياة العائلية والاجتماعية .
- 3- تعطيم الصحة الجسمية والعقلية كما سبق وصفها .

ويكون المريض عادةً يديناً بعض الشيء ، ويميل لونه للحمرة خاصة الوجه والأنف مع أعراض تليف الكبد ، والتهاب أطراف الأعصاب ، والكحة المزمنة والتهاب القصبة الهوائية ، والتهاب مشيمة العين ، مع إهمال في ذاته وتدهور خلقى وعقلي .

وأهم المضاعفات العقلية الآتى :

1- الهلوسات الارتعاشية (الهز الرعاش) Delirium Tremens

وهو أكثر أنواع ذهان الكحول شيوعاً ، وسببه الرئيسي اضطراب تشويش الكربوهيدرات في المخ من نقص فيتامين ب المركب ، وتأثير ذلك على الخلايا

العصبية . ويحدث الهذيان الارتعاشي بعد التوقف المفاجئ عن شرب الخمر ، أو بعد إجهاد، أو شدة نفسية أو جسدية تحتاج لكمية كبيرة من فيتامين (ب) المركب .  
وأهم الأعراض : الإنذارية للهذيان الارتعاشي ، التقلق ، والكوابيس ، القزح ، العرق الغزير ، الشعور بالدوران ، الخداعات وأحياناً الهلاوس البصرية ، وغالباً ما يسبق الهذيان نوبة صرعية كبرى .

وأهم أعراض الهذيان الارتعاشي الآتي :

١- رعشة شديدة مستمرة في اليدين ، تمتد أحياناً إلى الرأس واللسان والجسم .

٢- نشوش في الوعي مع فقدان الاستبصار والتعرف واختلاط عقلي .

٣- التوتر وكثرة الحركة واحتمال الوقوع على الأرض والإصابة بالأذى أو الكسور والجروح .

٤- الهلاوس خاصة البصرية والعميقة برؤية حيوانات كالقطران ، والثعابين زاحفة نحو المريض ؛ مما يسبب له فرعاً ورعباً شديدين ، وكذلك يكون عرضة للخداعات ، فيتهبأ للمريض وقوع سقف الحجرة عليه ، أو أن الأرض تتحرك نحوه ... وهكذا .

٥- غالباً ما يفقد المريض الذاكرة لكل هذه الأحداث بعد شفائه ، ولكن بعض المرضى يتذكرون تفاصيل الهذيان .

٦- ترتفع درجة الحرارة ويفزر العرق ، وتنفخ الشفاه ، ويكتسى اللسان بطبقة بيضاء ويقط البول ... إلخ .

وإذا ترك المريض دون علاج ، تنتهي هذه النوبة بعد ٣ - ٧ أيام بالنوم العميق لمدة تصل إلى ٢٤ ساعة ، ولكن يخشى على المريض أثناء هذه الفترة من إيذاء نفسه ؛ ولذا يجب الإسراع بعلاجه .



هلاوس بصرية مع الهذيان  
الارتعاشي في الكحولية

## ٢- الهذلالات البارانويدية : Paranoid Delusions

وأهمها هذامات الغيرة والتي تصل إلى حد الشك في كل تصرفات الزوجة وتفثيش ملابسها الداخلية ومراقبة سلوكها داخل وخارج المنزل واتهامها بالخيانة مع أقرب الناس ؛ مما يحطم الحياة العائلية تماماً ، وتعتبر هذامات الغيرة تعويضاً وإسقاطاً عن الضعف الجنسي الذي يعاني منه مدمن الخمر .

## ٣- الهلاوس الكحولية : Alcoholic Hallucinosi s

وتحدث الهلاوس كجزء من الهذيان تحت الحاد ، وهي أكثر ندرة من الهذيان الارتعاشي وتشابهه إلى حد ما ، ولكن دون تشوش في الوعي . وتتميز بالهلاوس السمعية والخداع والأفكار الاضطهادية ، ويجب تفرقتها عن الفصام . ولكن لا يوجد هنا اضطراب في الوجدان أو التفكير ، وتختفي الأعراض بعد التوقف

اضطرابات عقلية وسلوكية نتيجة لاستخدام مواد نفسية الطاغية (الإدمان) —

عن شرب الخمر، وهؤلاء الذين يستمرون بهذاتهم وهلاوسهم .. بعد ذلك يكون الكحول هنا العامل الحافز لانفجار الاستعداد الوراثي للذهان .

#### 4 - العته الكحولى : Alcoholic Dementia

ويحدث حدوثه الآن بعد تقدم العلاج الطبى ، وينشأ من تكرار نوبات الهذيان الارتعاشى ؛ حتى يصاب المخ بضمور فى خلاياه العصبية ، وتظهر هنا كل أعراض الاضمحلال العقلى .

#### 5 - ذهان كورساكوف : Korsakoff's Psychosis

تصاب الأجسام الطمعية فى الهيبوثلاموس وبعض المناطق فى المخ المتوسط بتزيف وتليف فى الخلايا العصبية ، ويظهر هنا الذهان بعد الهذيان الارتعاشى أو الهلاوس الكحولية أو أثناء النوبات الحادة من الإدمان ، ويتميز بفقدان للأحداث القريبة ، مع تحوير وتزييف الوقائع لملء الفراغ الموجود فى ذاكرة المريض ، ويصاحب عادة هذه الأعراض العقلية التهاب بأطراف الأعصاب وتأثر القلب والكبد والمعدة ، ويتمسن المريض بالعلاج تمسداً بسيطاً ، ولكن عادة ما تتدهور حالة المريض .

#### 6 - ذهان فيرنك : Wernicke's Encephalopathy

وقد سبق الحديث عنه مع نقص فيتامين ب<sup>١</sup> ، ويؤدى إلى تشوش فى الوعى ، مع تغيرات عقلية وشلل فى عضلات العين ، وعدم التوازن والتهاب أطراف الأعصاب .

#### ٧ - مرض مارشيافافا : Marchiafava's Disease

لا يظهر إلا نادراً وفى الرجال الإيطاليين ، ويبدو أن سببه بعض المواد المتعقلة ببعض أنواع التبيذ الإيطالى ، ويتميز بتشوش الوعى وهذيان حاد مع نوبات من التهيج وتدهور خلقى وانحراف جنسى وينتهى بالخرف .

#### (ج) الشرب المرضى : Punch Drunkenness

يؤدى شرب كميات بسيطة من الكحول فى بعض الأفراد إلى أعراض عنيفة، على الرغم من قلة كمية الخمر مع اضطراب فى الوعى والعلف والتهيج .



ويظهر ذلك بوضوح في مرضى الصرع والشخصيات السيكوباتية ، وبعد ارتجاج المخ ، وفي المدمنين المزمنين .

#### (د) الانغماس الكحولى المتكرر : Dipsomania

تتناوب الحالة بين فترات شراب مرضية مع فترات طويلة من العودة للحالة العادية ، التى يشرب فيها الشخص ما تتطلبه المشاركة الاجتماعية ، أو يمتنع عن ذلك نهائيا . وعادة ما لا توجد منغوط نفسية خاصة تدفع الشخص إلى إطلاق فترات الانغماس ، والتى يمكن أن تبدأ بشكل انفجارى مفاجئ .

وتشابه هذه الحالة العصاب الفهري الوساسى فى اندفاع المريض للشراب ، رغم معرفته بالضرر والعواقب ، ويعتبر الآن اضطرابات التحكم فى الاندفاعات .

#### العلاج :

##### (أ) المرحلة الحادة :

يجب أن يستريح المريض بالفراش لمدة ٢٤ - ٤٨ ساعة ، مع إعطائه سبارين ١٠٠ جم بالعضل كل ٨ ساعات خاصة فى المتهيجين ، أو العقار هيمنفرين فى الوريد بالنقطة أو فليوم بالوريد مع فيتامينات مركبة فى الوريد ، وتنظيم المعادن والسوائل فى الجسم ، مع منع الطعام لتجنب الغثيان والقئ الشديد ، مع مضادات الصرع .

ويستطيع المريض بعد يومين تناول طعام خفيف ، وأخذ العقاقير بالفم والاشراك فى النشاط اليومي للمستشفى ، ولامانع من إعطائه كميات محدودة من الأنسولين لفتح الشهية وتحسين الحالة العامة .



الامتناع عن الخمر (ديجاسي)

(ب) المرحلة العزمية :

يجب على المريض الافتناع التام بالامتناع بشاناً عن الخمر ، وأنه لا يستطيع أن يشرب كميات بسيطة ، لعدم قدرة جهازه العصبي على الاكتفاء بقدر محدد ، ويلزم الإيمان بأن كأساً واحدة كقوله بعودته لإيمانه ثانية .

وتتلخص طرق العلاج في الآتي :

### ١- العلاج النفسي :

إن مدمنى الخمر مرضى ، ويحتاجون لرعاية طبية واجتماعية شاملة ولايصح معاملتهم كمدمنين أو مجرمين ، ويجب تطبيق العلاج النفسى الفردى أو الجماعى وخاصة العلاج الأخير ، والذي يقلل من إحساس المريض بالعزلة والوحدة ، ويكسبه استيعاراً بحالته عندما يفايرها بحالة زملائه فى العلاج .

### ٢- العلاج الاجتماعى :

يجب على الطبيب بمساعدة الأخصائى الاجتماعى محاولة توفير العمل والسكن المناسب للمريض ، وتفسير طبيعة مرضه لعائلته ، ويجب تشجيعه على الاهتمام بأنواع أخرى من الأصحاب ، وكذلك الشفافة سواء أكانت دينية أم رياضية ، والأشتراك فى نوادى . وتوجد فى الخارج نواد مخصصة لمدمنى الخمر تسمى (الكحولى المجهول) : Alcoholic Anonymous ؛ لمساعدة المدمن الذى توقف عن الشرب وراودته الرغبة للعودة ، فهذا يتصل بالنادى الذى يرسل له فوراً من يشاركه الصحبة ويشجعه على المقاومة ، بدلاً من الاستسلام ، دون أن يعرف أحد اسم الآخر حتى تصبح السرية مضمونة .

### ٣- العلاج الفسيولوجى :

(أ) يعطى المهدئات والمطبات ومضادات الاكتئاب لمقاومة التوتر والقلق المصاحب لتوقف الكحول .

(ب) العلاج السلوكى الكارء أو المنفر : Aversion Therapy

والفرض من هذا العلاج تكوين فعل منعكس شرطى جديد ، يربط الخمر بالإحساس بالألم والأشعثزاز والنفور ، بدلاً من اللذة المعروفة ، ويستعمل فى هذا العلاج عدد من العقاقير .

(١) أبومورفين أو أميتين : وتعطى حقنة عضلية من أحدهما صباحاً . ومن

خصائص هذه العقاقير ظهور أعراض، مثل: الغثيان والقيء والألم ومغص معوى بعد حوالى نصف ساعة، وهنا تسرع بإعطاء الخمر للمريض ، فيبدأ فى الشعور بالأعراض السابقة أثناء شربه الخمر ،

ويتكرر هذه العملية يتكون عنده الفعل المنعكس الشرطي ، الذي يربط رائحة الخمر أو شربها بالقن والألم فيمتنع وينتعد عن شربها .

(٢) انتابوز : يمتنع هذا العقار أكسدة الكحول ، ومن ثم يتجمع مركب كيميائي في الدم (اسينا الدهايد) مسبباً صداعاً شديداً ، وسرعة في التقيؤ والشعور بالاختناق والغثبان والقن ، وذلك كلما شرب المريض الخمر . ومن هنا يبدأ في الخوف من شربها نظراً لهذه الأعراض البغيضة ، ويعطى هذا العقار في هدية أقراص ٠,٥ - ١ جم يوميا ، ولا يصح إعطاؤها للمسنين أو مرضى الكبد أو القلب أو الشخصيات السيكوباتية الخطرة .

(٣) ثيموسيل : ويتشابه الانتابوز ولكن أعراضه الجانبية أقل ، ويعطى في أقراص من ٥٠ - ١٠٠ جم يوميا .  
مثل إدمان الخمر :

يعتمد مصير المريض على شخصية المريض قبل الإدمان ، فيتحسن المريض ذو الشخصية السوية أو المصاب بالاكنتاب أو الفصام ، أما هؤلاء ذوو الشخصيات السيكوباتية ، فهم دائم التردد للعلاج والشفاء والعودة للخمر .. وهكذا .

(٤) دلت الأبحاث الحديثة على فاعلية العقار نالتركسون والمضاد للمستقبلات الأفيونية في الابتعاد عن الكحول وتقليل التهفة .

(٥) لوحظ أن قوابة الموصل العصبي السيروتونين تقل في المدمنين على الكحول ، ولذا اتجه العلاج لإعطاء العقاقير التي تزيد من نسبة السيروتونين في المشبكات العصبية بالمخ ، سواء العقاقير المانعة لاسترجاع السيروتونين والمستعملة في الاكنتاب والوسواس مثل الفلوكسيتين ، الفلوفوكسامين ، والسبرترالين ، وكذلك العقاقير المشاركة للسيروتونين مثل البسيرون .

ونستطيع أن نعطي النسب الآتية لمآل مرضى الكحولية ؛ حسب الأبحاث العالمية حيث يشفي حوالي ٢٠ - ٣٥ ٪ ، ويتحسن حوالي الثلث مع نوبات انتكاسية من العودة للخمر ، وتفضل البقية في الشفاء .

### الحشيش :

الحشيش هو خلاصة قبة زهور نبات الكنابيس (القطب) ويمكن تدخينه أو شربه مع الشاي والقهوة ، أو مضغه مباشرة ، ويعتبر من المشكلات المهمة في الشرق الأوسط ، وقد عرف في هذه المنطقة منذ حوالي خمسمائة عام ، وانتشر استعماله تطبيقاً للنظرية الخاطئة بأنه منبه جنسى ، ويسبب إبطاء العملية الجنسية ، ولا يوجد ما يزيد ذلك عملياً ، ولكن يبدو أن تثبيط وخفض عمل القشرة المخية من تعاطى الحشيش يعطى انطلاقا وحرية للفراتز ، دون أى إحباط من التقاليد الاجتماعية .

والعادة المنشطة في نبات القطب هو التتراهيدروكنابينول ، وتكثر في الحشيش تلبها الماريجوانا وأقلها في البانجو ، وهو من أوراق شجرة القطب ، وقد زاد انتشاره في مصر نظراً لثمنه الرخيص .

ويختلف البعض في اعتبار تعاطى الحشيش إدماناً أو تعويماً ، فينق الباحثون على أن الفرد لايعانى من أعراض جانبية عند توقفه عن الحشيش ، مما يجعله عقاراً للتعود وليس للإدمان ، وأعتقد أن ذلك يختلف حسب الفرد ، فبعض مدمنى الحشيش لا يستطيعون التخلي عنه ، وإن توقفوا عن تعاطيه يصابون بأعراض جانبية ، وهنا نستطيع أن نقول إنهم مدمنو حشيش ، والبعض الآخر يتمكن من الامتناع عنه في أى وقت دون ظهور أية علامات أو مضاعفات ، وبالطبع فهؤلاء هم المعتدون .

ويسبب تعاطى الحشيش شعوراً بحسن الحال ، وخفة في الرأس ونشوة مع كثرة الكلام ، وزيادة القدرة الحركية مع اضطراب القدرة على تعرف الزمان والمكان ، وانعدام الإحساس بمرور الزمن ، وإن زادت الجرعة سبب إرهاقاً واختلاطاً عقلياً مع ظهور علامات ذهانية وهذيان تحت حاد ، وهلاوس بصرية وسمعية مع الإحساس بالرعب واختلال الأتية .

وعادة ما يشغف متعاطى الحشيش بالسكريات ، ويبدو أن للحشيش خاصية إنقاص السكر في الدم ، كما أنه مدر للبول ، ومخفض لضغط الدم .

وقد وجد سويف ١٩٦٧ في بحثه عن الحشيش في مصر أنه غالباً ما يبدأ العرضى في تعاطى الحشيش ، قبل سن العشرين ، وسبب ذلك الانضمام إلى

اضطرابات عقلية وسلوكية نتيجة لاستخدام مواد نفسية الفاعلية (الإدمان) —

مجموعة من الأصدقاء والبحث عن النشوة وحب الاستطلاع ، ومحاولة تقمص دور (الرجل) ، وأخيراً اللذة الجنسية .

وعادة ما تلاحظ تاريخاً عائلياً لدى هؤلاء المرضى لتعاطي الحشيش ، وقد وجد د. سويف ١٩٧٣ أن كثيراً من هؤلاء يعانون من بعض القلق ، وأن التأثير المباشر للحشيش يحدث اضطراباً في الإدراك بحيث تطول المسافات وتختلف الأحجام ، وتهتز حدود الأشياء ، وتبدو الألوان أكثر زهواً ، ويقل الإنتاج أثناء تعاطي الحشيش ، أو عند الرغبة في تناوله . ولكن هذه الانخفاضات وفتى مرتبط بمدة التعاطي ، وقد شكك البعض من اضطراب الذاكرة ، ولكن أصرت الغالبية على حدة الذاكرة وسهولة حل المشاكل مع تعاطي الحشيش .

وقد وجد ترابط إيجابي بين تعاطي الأفيون والسلوك الإجرامى ، ويصبح هذا الترابط سلبياً مع الحشيش ، ودلت الأبحاث المعملة أن تعاطي الحشيش لمدة طويلة يخفض من نسبة هرمون الذكورة في الدم، ويؤدى إلى تضخم في ثدى الرجل وتشوهات في الجنين إن حدث الحمل أثناء التعاطي .

واعتقد أن الذهان الذى سبق ارتباطه بالحشيش ، سببه الاستعداد الوراثى للذهان ، ويلعب الحشيش هنا دور العامل المفجر لهذا الذهان ، وقد سبق استعمال الحشيش فى عملية التفرغ العقلى فى العلاج النفسى بنتائج مشجعة ، ولكن كثيراً ما أصيب بعض المرضى بأعراض عصابية أو ذهانية ، بعد تناولهم الحشيش للمرة الأولى .

ولايسبب الحشيش عادة ندهورا فى العادات الاجتماعية والخلفية إلا من حيث ضرورة الاختلاط بمختلف الطبقات الاجتماعية ، وإن حدث ندهور فيكون سبب ذلك إدمان الحشيش مع الكحول أو الأفيون أو عقاقير أخرى .

**المورفين (الأفيون) :**

إن الأثر الأساسى للمورفين هو زيادة التأثير الكفى (المانع) لفشرة المخ على مراكز الإحساس بالتلاموس .. إلخ ، ومن ثم يقل الشعور بالألم ولايوجد فى الطب لأن عقار له قوة المورفين لتخفيف الآلام الجسمية .

والمورفين هو أحدث مشتقات الأفيون المعديدة ، مثل : كودين ، هيروين ،

ثيبين ، يونين ... إلخ ، والكل يؤدي إلى الإدمان ، وأخطرها هو الهيروين الذي يتم تعاطيه بالاستنشاق أو الاحتراق أو بالتوريد . وأحياناً يدخل الكودين في تركيبات السعال الديكي ومسكنات الآلام ، ويؤدي للإدمان في الأفراد المهيئين بطبيعتهم لذلك .

وعندما يؤخذ الأفيون بالقم ، يمتص سريعاً من الأمعاء ، ويتأكد في الكبد ويتنبه الجهاز الباراسميتاري بالمورفين ؛ مما يؤدي إلى ضيق حدقة العين وبطء النبض وزيادة اللعاب والعرق وإفرازات الشعب الهوائية مع التجشؤ والقي ، وأحياناً يؤثر على مراكز التنفس في المخ بدرجة تهدد حياة الفرد . ويميل لإدمان الأفيون بعض الشخصيات المميزة مثل الفصامين والعاجزين ومضطربي الشخصية ، والذين يعيلون للاتجاه السوناري ، ولا يتحملون الألم البدني . ويتعاطى المدمن الأفيون نظراً لأثره في تخفيف الآلام ، وكذلك للإحساس بالانتعاش والنشوة اللذيذة في بداية الأمر .

ويبدأ المدمن عادة في تعاطي الأفيون بين سن ٢٠ - ٢٩ ، ولا تحتاج الشخصية غير النوية أكثر من عشرة أيام من التعاطي المستمر ؛ لكي تصبح أسيرة العقار ومدمنة . أما الشخص السوي المتوافق اجتماعياً ، فيتحول إلى مدمن بعد ٢٠ - ٢٥ يوماً من تناول الدائم ، إذ لا يوجد الفرد ذو المناعة القوية ضد الأفيون ، ولذا لا يصح استعماله لمدة طويلة ، مهما تكن الآلام إلا في حالات السرطان النهائية .

وتظهر علامات الإدمان على المدمن سريعاً ، فتجده ضعيف البنية ، واهن الجسم ، فاقد الشهية للطعام ، مع ضيق حدقة العين ، ووجود آثار نوبات الحفن في ذراعه واضطرابات في الأطراف وضعف جنسي واضح ، ثم يبدأ في الأعراض العقلية في هيئة ندهور خلقي واضمحلال اجتماعي .. ويميل للفش والسرقة والكذب والسلوك الإجرامي عامة ، وينتهي إلى السجن أو النشرد في الطرقات حيث يلتقطه بعض المجرمين ، ويستعملونه في أعمالهم المضادة للمجتمع بإعطائه حقنة المورفين التي تصبح الهدف الوحيد لحياته ، والمحرك الأساسي لسلوكه .

وعادة ما يلجأ المدمن في محاولته اليائسة للابتعاد عن الأفيون إلى عقاقير أخرى مثل الخمر ، أو الأقراص المنومة .. إلخ ، ولا يوجد دليلاً عملياً يثبت

أن للأفيون مضاعفات ذهانية ، أو أنه يسبب اضطراباً عقلياً .

ويمر مدمن الأفيون بالآلام فاسية شديدة عند محاولته التوقف عن تعاطيه دون علاج ، وأهم هذه الأعراض : الاكتئاب والتوتر والقلق ، والتهيج العصبي ثم فقدان الشهية للأكل والتجشؤ والقئ والتأزب والعرق الغزير والارتعاش بكل الجسم ، مع إسهال قاس وآلام مبرحة في كل أجزاء الجسم ، مع الأرق الشديد ، مما يجعل المريض في حالة يرثى لها ، ويتطوع أقرب الناس إليه لإحضار الأفيون ؛ ولذا ننصح دائماً بعلاج الإدمان في المستشفيات الخاصة بذلك ؛ حتى لا يتعرض المريض لهذه الآلام والأقارب لرؤية مريضهم بهذه الحالة .

وقد اكتشف حديثاً العقار المضاد لكل مشتقات الأفيون ، وهو نالاكسون (ناركان) ، ويستعمل في الحالات التي ينكر فيها المريض تعاطيه للأفيون ، وهذا يعطى هذا العقار الذي يسبب فوراً أعراض توقف الأفيون السابق ذكرها إذا كان فعلاً يتعاطاه لأنه مضاد لعمل الأفيون .



إدمان المورفين



ويجب اتباع الوسائل الآتية في علاج إدمان الأفيون :

(١) إصرار الطبيب على دخول المريض إحدى مستشفيات الأمراض النفسية، ويوجد حالياً في مصر مراكز لعلاج الإدمان ، ولها عياداتها الخاصة .

(٢) سحب العقار من المريض تدريجياً إن كانت حالته البدنية مريضة ، أو فجأة إذا كانت صحته تساعد على ذلك ، علماً بأن حوالي ١٠ - ٢٠٪ لا يعانون من أعراض الانسحاب .

(٣) تنويم المريض بعقاقير مثل لارجاكتيل ، سبارين والمطمئنتات في الخمسة أو الستة أيام الأولى ، مع إعطاء عقاقير لتخفيض الأثم ، وضد الإسهال وضد الأرق .

(٤) السوائل ، والجلوكوز والمعادن والفيتامينات اللازمة ؛ خاصة في فترة فقدان الشهية والقي والإسهال مع مضادات القلق والاكتئاب .

(٥) إعطاء المريض بعض وحدات الأتورلين لتحسين الشهية ولتأثيره المهدئ على الفرد .

(٦) للحرص التام والإشراف الدقيق على الزوار والمرضى ؛ لأن المدمن له طرقه الجبارة ووسائله الذكية للحصول على الأفيون ، حتى وهو في المستشفى ، ويجب عدم الثقة به في بدء العلاج .

(٧) العلاج النفسي والاجتماعي والتأهيلي بعد المرحلة الحادة ، وللأسف لا توجد عقاقير للعلاج السلوكي الكاره مثل الخمر ، ولكن يوجد عقار التريسمان ، وهو مضاد للأفيونات ويفقد تأثيره على المخ .

وتقل درجة الشفاء في إدمان الأفيون عن أنواع الإدمان الأخرى ، وتتراوح نسبة الشفاء بين ١٠ - ٤٠٪ من كل الحالات ، ويعتمد التحسن على شخصية المريض واهتمام الأهل وطريقة العلاج وطول مدة الإقامة بالمستشفى .

**الهيروين :**

هو أحد مشتقات الأفيون ، ويتميز معاملة الهيروين باضطراب الشخصية مع سلوك ضد اجتماعي وتدهور اجتماعي وفشل مستمر في العمل ، وعادة ما

يتناول المريض عدة عقاقير أخرى في الوقت نفسه، مثل : الحشيش والكوكايين والأمفيتامين . وتعطى حقنة الهيروين تغيرات ، تستمر حوالي ٢ - ٣ ساعات كالشعور بالانفصال عن العالم الواقعي ، وقلة التركيز ، ورفض الطعام ، وحكة في العيون ، والأنف والذقن ورغبة في الهرش في الأيدي والرجلين ، ولا يجب الإزعاج بواسطة أي مؤثر خارجي .

وعندما يبدأ تأثير الحقنة في الزوال ، يبدأ المدمن في الإحساس بالتوتر والعصبية والعرق والتلذذ مع إفرازات من العين والأنف ، وعادة ما يعاني مدمن الهيروين من التهابات الكبد والتسمم والأمراض التناسلية ، وجلطات في الأوردة ... إلخ .



استنشاق الهيروين

وتستعمل أخيراً عقار النالتركسون (نركسان) في العلاج والوقاية ، وهو يلتصق بالمستقبلات الأفيونية في المخ ، ومن ثم مع تعاطي الهيروين تصبح

المستقبلات الأفيونية غير قابلة لتأثير الهيروين ، بل تحدث أعراض جانبية شديدة ، ويفقد الهيروين تأثيره ويصاب الفرد بأعراض الانسحاب ، ويعطى المريض قرصاً صباحاً يومياً لمدة عدة شهور ، ويحاول المريض أحياناً التلاعب فى بلع القرص ، ولذا يجب الحرس فى التأكد من ابتلاعه للعقار ، حتى تتطفى عادة الهيروين ، ويستحسن إعطاؤه فى التخصصات ، التى لا تكون فى تاريخها سمات ضد اجتماعية .

يعتبر علاج الميثادون الممدد المفعول أفضل العلاجات الكيميائية لإدمان الهيرويين ، ويعطى المريض ما بين ٦٠ - ١٢٠ مجم يومياً بواسطة برامج ، يشترك فيها الممارس العام ، والصيدلى ، والذي يعطى المدمن هذا العقار يومياً ويبلغ الطبيب المختص ، والميثادون هو عقار يشابه الهيرويين فى تأثيره على المستقبلات الأفيونية فى المخ ، ولكن ليس له قوة الإدمان والاهفة والتدهور الخلقى والاجتماعى مثل الهيرويين .

ونظراً لأنه يسبب نوعاً من الإدمان الخفيف ، ويحتاج لبرنامج وتوعية مجتمعية وهئية مدنية على هذا العلاج مع نظام صحى متقدم ، نصحت اللجنة العلمية للمجلس القومى لمكافحة المخدرات بعدم استعماله فى مصر .

ويستعمل الآن بنجاح ، ولكن أقل انتشاراً من الميثادون عقار ليفو ألفا أسبثيل ميثادول .

وأخيراً ظهر عقار «البيزورفين» وهو مشارك للمستقبلات «ميو» الأفيونية بالمخ ، ويعطى تحت اللسان ، ويستعمل فى بعض البلدان الأوربية ، ولكن لم يسمح به بعد فى الولايات المتحدة ؛ نظراً لاحتمالات سوء استعماله .

وأخيراً مضادات مستقبلات الأسيرثيت فى المخ مثل عقار «أكامبرونيت» ، وكان لها بعض التزثيرات على الالهفة فى الهيروين ، وكذلك فى الكحول .

**الكوكايين :**

يؤخذ الكوكايين بالمقن تحت الجلد أو الاستنشاق ، وله تأثيره التخديرى على الفرد ، مع التنبيه والشعور بحسن الحال والنشوة وينشط الجهاز العصبى السميناوى (عكس المورفين) ؛ فيسبب اتساع حدقة العين وشحوب اللون وسرعة

ضربات القلب وارتفاعاً بسيطاً في درجة الحرارة .

ويشعر مدمن الكوكايين عند تعاطيه للمادة مباشرة بشوة ، ومناعة ضد التعب والإرهاق ، مع قوة عضلية واضحة والدقة والبراعة في الأفكار واتخاذ القرارات .

والإدمان للأفيون والكوكايين معاً ، أكثر شيوعاً من إدمان الكوكايين فقط ، لأن الأخير يضاف بعض أعراض الأفيون الجانبية من سلبية ، وكسل وخمول ، ويعمل الكوكايين إلى إثارة الرغبة الجنسية في النساء ، ولكن لا يوجد ما يثبت الادعاء السابق بأنه يوجه الرجال للاستنجاس (الجنسية المثلية) ، وينتشر استعمال الكوكايين بين الشخصيات غير الاجتماعية والمعاهرات .

ويستمر ذهان الكوكايين لشهور إذا استمر المدمن في تعاطيه ، ويتميز هذا الذهان بالآتي :

(١) هذيان تحت الحاد ، مع تقلبات مزاجية ، أرق ، كثرة الحركة وهلاوس سمعية وخداعات أثناء الليل ، مع بعض الضلالات التفسيرية .

(٢) هلاوس حسية ، وهي مميزة لذهان الكوكايين ، حيث يشعر المريض وكأن ثمة حيوانات أو ديدناً أو نملاً أو بقاً يسير على يديه ، مع الإحساس بوجود أجسام غريبة تحت الجلد .

وأهم الأعراض الناتجة عن توقف تعاطي الكوكايين في المدمن ، هي : الأرق وزيادة ضربات القلب والانهاء العدواني ، ويتميز المدمن بوجود فرح على أغشية الأنف الداخلية لاستمرار استنشاق الكوكايين ، مع اختراق الحاجز الأنفي العظمي في بعض الأحيان . وعادة ما تكتشف بعض حبيبات الكوكايين في منديل المريض ، ويجب أن نفرق ذهان الكوكايين عن الهذيان الارنعاشي الكحولي ، وكذلك عن الفصام .

ويؤدي إدمان الكوكايين إلى انهيار الحالة الجسمية والعقلية ، ولكن يخفى الذهان ، إذا توقف المريض عن تعاطي المادة ، ويجب على المريض الراغب في العلاج الاعتماد عن الصحبة السابقة واختيار مكان آخر للسكن أو للعمل . ويلزم التوقف عن العقار مرة واحدة ، مع إعطائه بعض المهدئات والمدمومات في أول الأمر .

وحيث إن الكوكايين يعمل مثل كل المنبهات كالأمفيتامين من خلال الموصل العصبي الدوباميني ؛ لذا فإعطاء العقاقير التي ترفع نسبة الدوبامين قد تفيد في لهفة الكوكايين مثل الـديسبيرامين والـتوبروبيون .

### عقاقير الهلوسة :

#### (١) مسكاليين :

يستعمل هذا العقار بين الهنود الحمر في الاحتفالات الدينية ، ولكنه لايسبب إدماناً ، وتشابه أعراضه مع الحشيش ، ويختلف عنه في اخفاء الأعراض الأولية للحشيش مع الشعور بالبهجة ، وكثرة النشاط . وأهم مميزات المسكاليين الهلوس البصرية الملونة ، وكأن المريض يرى فيلماً سينمائياً ملوناً ، مع الشعور باختلال الأتية والعالم ، بل وحدود الفرد والأشياء التي أمامه ، مع اضطراب الإحساس بالزمن والفضاء ، في وجود تشوش في الوعي .

#### (٢) الحشيش :

وقد سبق الحديث عنه .

#### (٣) ل . س . د : هامض ليسرجيك ديثلاميد :

#### Lysergic Acid Dithylamide (LSD)

انتشر الحديث عن هذا العقار أخيراً ، نظراً لإدمانه بواسطة فئة من المتقنين في أوروبا والولايات المتحدة ، وتسمى حفلات تعاطيه بحفلات الهامض (Acid) ، ويحدث هذا العقار تأثيره بكميات بسيطة تتراوح بين ٠,٠٣ - ٠,٠٦ مجم ، ويختلف تأثير ل . س . د حسب الفرد ، فأحياناً يسبب أعراضاً مزجية أو اكتئابية أو فصامية أو مزيجاً من الثلاثة ، ولايصح إعطاؤه للذهانيين ؛ حيث يزيد من شدة مرضهم .

ويشعر الفرد بتأثير العقار بعد نصف ساعة ، ويصل لأقصاه بعد حوالي ٤ ساعات وأحياناً يستمر مفعوله من ٨ ساعات إلى عشرة أيام ، ويمكن تعاطيه بالفم أو العضل أو بالوريد ، ويبدو أنه من خلال تأثير العقار على الموصلات العصبية في المخ ، ينتج أعراضه المميزة ، والتي هي :

١- الدوار ، الغثبان ، الصداع ، وجفاف وتعميل الفم .

اضطرابات عقلية وسلوكية نتيجة لاستخدام مواد نفسية القاعية (الإيمان) —

٢- اضطرابات الإدراك ، وتغير الألوان ، وحدود الأجسام المرئية بحيث يصبح الكبير صغيراً أو العكس ، بل أحياناً تجريد الجسم عند رؤيته من بعض أعضائه ، مع اختلال معرفة الزمن والإحساس بتغيير العالم .

٣- يتراوح تغير المزاج من البهجة إلى الاكتئاب .

٤- تذكر الحوادث المؤلمة في حياة الفرد ، وإعطاء تفاصيل وافية عنها ؛ مما يستغل في عملية العلاج النفسى .

ونستطيع إيقاف هذه الأعراض بإعطاء ٥٠٠ - ١٠٠ مجم لاركانتيل في العنصل، ويستعمل ل. س. د من الناحية الطبية في عمليات التفريغ العقلى في الحالات الآتية :

١- مرضى القلق والهستيريا .

٢- مرضى الوسواس القهرى .

٣- اضطرابات الشخصية والانحرافات الجنسية .

٤- نداعى حراً حيث استعمل في علاج التلغم بواسطة المؤلف ١٩٦٦ ؛ لخلق مناخ حر من العلاج النفسى ، دون الإحساس بالقلق مع مساعدة عملية التفريغ العقلى وتذكر المواد المكيونة .

وقد امتنعت الشركة المنتجة له عن توزيعه بعد حوادث الإيمان والانتحار ، ولا يعطى حالياً إلا تحت إشراف طبي بالمستشفيات ، وكذلك نشرت أخيراً بعض التقارير عن تأثير العقار فى تشوه الجنين إذا أعطى للحوامل .

(٤) سرنيل :

وهو أحد العقاقير الحديثة للهوسة ، ويشابه فى تأثيره وأعراضه عقار ل. س. د ، ولكن لوحظ تأثيره الأقوى فى حالات الوسواس القهرى (ديليز - عكاشة ١٩٦١) .

### أسباب الإيمان

منذ بدء الخلق والإنسان يحاول تعظيم الوعى والهروب بطرق مختلفة . ويجب أن نتحلى بالقناعة فى استحالة المنع التام للسلوك الإنمائى فى أى مجتمع ،

ولكن محاولة تخفيض وطأته وتخفيض الطلب .

لا يوجد سبب مباشر للإيمان ، ولكنه تراكم عدة عوامل ، مع استعداد خاص بيولوجي في الفرد .

أولاً : العوامل البيولوجية :

(١) التوارث : لوحظ أن الإيمان يزيد في عائلات معينة ؛ حيث إن ممن الكحول (على سبيل المثال) يزيد الإيمان بين أطفاله إلى أربعة أمثاله لدى أطفال الآباء غير المدمنين .. كما لوحظ أن التوائم المتماثلة يزيد الإيمان لديها إلى الضعف عنه بين التوائم غير المتماثلة ، ويحتمل أن ينتقل إيمان الكحول إلى الطفل ، عن طريق مستقبلات مخية بتأثير صبغات وراثية .

(٢) وجود آلام جسمانية مزمنة ، مثل : آلام المفاصل والآلام السرطانية الناتجة عن ورم سرطاني .

(٣) إيمان الأم أثناء الحمل يجعل الطفل يولد ، ولديه اعتماد فيولوجي .

(٤) احتمال اضطراب غير مميز في المستقبلات الأفيونية أو مستقبلات الجابا .

ثانياً : العوامل النفسية :

(١) وجود مرض نفسي ، مثل : القلق والاكتئاب ومحاولة الشخص علاج نفسه ، بعيداً عن الذهاب لطبيب نفسي ، حتى لا يقال عنه إنه مجنون . وقد وجد المؤلف في أحد أبحاثه أن حوالي ٣٠ - ٤٠ ٪ من المدمنين يعانون من القلق والاكتئاب أو خليط منهما .

(٢) ضعف تكوين الشخصية وزيادة الاعتمادية التي ترضط بالمويل الفعية .

(٣) سلوك ممنع باحث عن اللذة والإشباع الفوري .

(٤) العناد والرغبة في المقامرة المنمرة لوجود عدوان موجه ضد الذات (تخطيم ذاتي غير مباشر) .

(٥) الإحباط وغياب الهدف واشتداد المعاناة في أزمة الهوية ، التي يبحث

فيها المراهق عن نفسه وهدفه .

(٦) القابلية للاستهواء بواسطة رفقاء السوء .

(٧) وجود أفكار خاطئة ، مثل : زيادة الطاقة الجنسية بواسطة المخدرات ، والعكس هو الصحيح .

### ثالثاً : العوامل الاجتماعية :

(١) اضطراب الأسرة وعدم استقرارها أو وجود غربة بين أفرادها أو سيطرة الأب الباعثة على التمرد ، أو إيمان أحد الوالدين ، بالإضافة إلى الطلاق أو الانفصال بين الوالدين أو غياب أحد الوالدين بالعمل المتواصل أو بالهجرة ، وتفكك الروابط الأسرية التي فرضتها قيم المدنية و خروج المرأة للعمل ، وتقلص دور الأم في حياتها ، واختلال أجهزة (مثل التلفاز) قللت من الحوار بين أفراد الأسرة الواحدة .

(٢) تخطيط المجتمع وعدم وضوح الرؤية وغياب هدف قومي عام وغياب القدوة .

(٣) نقص مشاركة الشباب ، وعدم وجود دور واضح لهم في المجتمع والمنظمات السياسية .

(٤) الإحباط الجماعي لقدرات الشباب بغياب التطلع لفرصة عمل حقيقية ، حيث البطالة متفجرة والغالبية تنتظر في طابور القوى العاملة ، وفروش قليلة لقاء ذلك حيث لا تسمن ولا تغنى من جوع .

(٥) سوء العملية التعليمية التي تركز على حشو الرأس وفهر الطفل وجعله في موقف المتلقى السلبي ، وهو الأمر الذي ينمى اعتماديته والقابلية للاستهواء ، وجعله يقبل ما يعرض عليه دون نقاش أو تفكير .

تشير الدلائل الحديثة إلى أن هناك تغيرات طرأت على موقف المخدرات في مصر منذ سنة ١٩٨٣ ، وأن مشكلة تعاطي المخدرات وسوء استعمال العقاقير والكحوليات ، خاصة بدخول السموم البيضاء ، تندرج بأفدح الخصائص المادية والنفسية والأسرية والاجتماعية ، وتبرز خطورة هذه الظاهرة من مظاهر انحراف سلوكية إجرامية ، لم يعرفها المجتمع المصري من قبل .



إن سوء استعمال الهيروين والمخدرات الأخرى يكلف مصر سنوياً حوالي مليار جنيه، والبعض يؤكد أنها عدة مليارات .

وعلى العكس من بعض المخدرات الأخرى الموجودة في مصر مثل الحشيش، والتي تستعملها أعداد مميزة من الناس ينتمون لطبقات اجتماعية محددة، نجد أن الهرويين ينتشر بين الشباب الذين ينتمون إلى طبقات اجتماعية مختلفة .

هذا التعبير الواضح في مجموعة المدمنين وجه نظرنا إلى الاهتمام بدراسة الجوانب الاجتماعية المختلفة لهذه المشكلة، ومحاولة استقصاء للعلاقة بين هذه التغيرات الاجتماعية والتغيرات السكوديمجرافية للمتعاطي .

وفي دراسة حديثة (عكاشة - فهمي ١٩٩٠) تناولت ٧٨ مصرياً متعاطياً للهرويين قيد العلاج من الاعتماد على الهيروين في مصححتين خاصتين لعلاج الأمراض النفسية بالقاهرة الكبرى . وكان تشخيص حالتهم جميعاً هو سوء استخدام الهيروين وتعوده طبقاً للتقسيم الأمريكي للأمراض النفسية . وقد طبق البحث على مجموعة ضابطة من المصريين عددهم أيضاً ٧٨ ، ولم يسبق لهم تعاطي الحشيش أو أي مواد مخدرة ؛ للمقارنة ولحسن استبيان النتائج . وقد تم اختيارهم على أساس التشابه، من حيث: العمر والسكن والظروف الاجتماعية والاقتصادية.

وبمراجعة نتائج هذا البحث، وجد أن معظم متعاطي الهيروين والعينة الضابطة من الحضر؛ خاصة من القاهرة الكبرى (٢، ٨٦٪)، وقد كانت أعمارهم تتراوح بين ٢٠ و ٥٠ سنة، كان متوسط أعمارهم على النتائج هو ٢٨،٦٥ (±٦،٩٥) و ٢٨،٥٩ (±٥،٤٥) أي إن أعمارهم كانت شبه متطابقة، استناداً إلى تقسيم دافيد (١٩٧٥٠) . وبالرجوع إلى وظيفة الأب، لم نجد أي فروق جوهرية دالة بين المستوى الاجتماعي والاقتصادي للمتعاطين والعينة الضابطة . وعلى الرغم من ذلك وجد أن المتوال الوظيفي لآباء المتعاطين هو (٢) وللعينة الضابطة هو (١) .

استناداً إلى التقسيم نفسه، وجدت فروق جوهرية دالة بين المستوى الاجتماعي والاقتصادي للمتعاطين والعينة الضابطة، وكان المتوال الوظيفي للمتعاطين هو (٢)، وللعينة الضابطة هو (١) .

لم توجد أي فروق جوهرية دالة بين المجموعتين ، من حيث : الحالة الاجتماعية ، وعلى الرغم من ذلك لم توجد حالات طلاق أو تعدد زوجات في العينة الضابطة .

أما بالنسبة للخلفية الأسرية وللجو الأسرى العام .. لم توجد بينهم أي فروق جوهرية دالة ، من حيث : عدد أفراد الأسرة أو الظروف السكنية ، ورغم ذلك وجدت بينهم فروق عالية الدلالة في الجو الأسرى العام ، وأنواع العلاقات التي تربط بين والديهم .

كذلك وجدت فروق جوهرية دالة بين نظرة المتعاطين وغير المتعاطين لوالديهم ، كانت صورة الأب سلبية بالنسبة لمعظم المتعاطين ، حيث كان الأب يتميز بأنه غائب معظم الوقت (١ ، ٣٦٪) ، وعصبي المزاج (٣ ، ٤٠٪) لا يحاول مطلقاً أن يظلم أو يحترم رغبات ومشاعر ابنه (٢ ، ٥٤٪) ، ويسئ استخدام المواد المخدرة (٥ ، ٣٥٪) وغير متدين (٨ ، ٥٤٪) .

كانت صورة الأم أفضل من صورة الأب بالنسبة للمجموعتين . ورغم ذلك ، كانت صورة الأم أفضل بفرق عالية الدلالة في المجموعة الضابطة عن مجموعة المتعاطين .

وجد أن عائلات المتعاطين والعينة الضابطة تمثل الأسرة المصرية التقليدية؛ حيث الأب هو دائما القائد ومركز السلطة ومصدر الدخل الرئيسي والأم فقط هي ربة البيت .

كان سوء استخدام المواد أكثر بدرجة دالة في أسر متعاطي الهيروين عنه في أسر العينة الضابطة .

أما بالنسبة لمستواهم التعليمي وتحصيلهم الأكاديمي .. فقد وجد أن المستوى التعليمي مرتفع بدرجة دالة في العينة الضابطة عنه في المتعاطين .

وجد أن أهم أسباب التعثر الدراسي في المتعاطين ما يلي :

١ - عدم الاهتمام وفقدان الدافع (٧ ، ٩٣٪) .

٢ - التأثير القوي للأصدقاء (٤ ، ٧٩٪) .

٣ - الإدمان (٥ ، ٦٣٪) .

٤- اضطراب الجو الأسرى العام (٢٧٪) .

كذلك في المدرسة كان سلوك المتعاطين بالمقارنة بغير المتعاطين غير مرضى ومسبب للمشكلات بدرجة دالة .

أما بالنسبة للسلوك والتكيف في العمل ، كانت العينة الضابطة أفضل في الرتجاز والتكيف بدرجة دالة بالمقارنة مع عينة المتعاطين .

بالنسبة للتدخين ، وجد أن المتعاطى يبدأ في التدخين في سن أصغر بدرجة دالة عن غير المتعاطى .

من أهم النتائج في هذا البحث هو أن معظم متعاطى الهيروين (٩٧.٤٪) كان لهم تاريخ طويل في إساءة استخدام المواد الأخرى ، قبل تعاطى الهيروين ، مثل الحشيش والخمر والتبويب وغيرها .

وبالنسبة للتطور الطبيعي لسوء استخدام المواد .. وجد بالنسبة للتدخين أن المرحلة الخطر تنتهى عند سن ١٩ سنة ، وبالنسبة للحشيش والخمر تبدأ بين سن ١٥ و١٩ سنة ، وتنتهى عن سن ٢٤ سنة .

أما الهيروين ، فهو بين سن ٢٠ و٢٤ سنة ، وينتهى بالنسبة لمعظم المدمنين عند سن ٢٩ سنة .

وجد في هذا البحث أن المثل السئ الذى يعكسه صديق السوء من أهم العوامل النفسية والاجتماعية المساهمة للتعاطى ، من حيث شدة الدلالة والخطورة .

بسؤال المتعاطين عن دوافع تعاطى الهيروين في المرة الأولى ، كانت إجاباتهم متدرجة طبقا لدوافعهم كما يلي : الفضول (٩٦.٢٪) ، الفراغ (٦٩.٢٪) ، القدرة المالية (٥١.٣٪) ، الرغبة في زيادة الإثارة الجنسية (٤٤.٩٪) ، تقليد الأصدقاء (٣٥.٩٪) ، الهروب من الواقع (٩٥.٦٪) .

أما عن خبراتهم النفسية والسيولوجية عند التعاطى لأول مرة ، فقد وجد أن معظمهم خبروا الإحساس «بارتفاع» ، وفى الوقت نفسه تمسحوا بالشعور بالهدوء والسلام (٧٨.٢٪) ، وما صاحبه من شعور بالقوة والثقة بالنفس (٧٨.٣٪) . ورغم ذلك .. فإن معظمهم (٧٨.٢٪) شعروا في البداية بغثيان وميل إلى القيئ .

اضطرابات عقلية وسلوكية نتيجة لاستخدام مواد نفسية للفاعلية (الإدمان) —

من أغرب ما وجدنا أن ٧٨ مدمناً للهيروين يتفقون على التعاطى شهرياً حوالي ١٥٧٧٠٠ جنيتها مصرياً، وإذا أخذنا في الاعتبار طوال المدة التي تعاطوا فيها الهيروين وهي عامين ، لوجدنا أنهم أنفقوا خلالها ٤ ملايين جنيه مصري .

أما عن خيراتهم الذاتية باختلال الأتية وقت تعاطى الهيروين ، فقد وجدنا أن معظمهم شعر بتغيرات في ذاته (Z٨٧, ٢) وتغيرات في إحساسه بالزمن ، وكان الزمن توقف (Z٨٤, ٦) وأيضاً بتغيرات في عقله كأنه أصبح خالياً من كل شيء (Z٥٧, ٧) .

ويبدو أن الهيروين مستحب بالنسبة للمتعاطين ؛ لقدرته على حجب الإحساس الحقيقي بالذات والمشاعر المألومة والظروف المحيطة غير المحتملة .

أما بالنسبة للاستبارات النفسية ، فقد طبق :

(١) استبار ايزنك (١٩٧٥) لسمات الشخصية ، ووجد أن متعاطى الهيروين حصلوا على متوسطات أعلى من العينة الضابطة وعامة الشعب في الميل إلى الذهانية والعصابية والانفعالية ، كما أن العينة الضابطة حصلت على متوسط أعلى من عامة الشعب في الميل إلى العصابية .

(٢) استبار بيك للاكتئاب (١٩٦١) ، وقد بين أن معظم متعاطى الهيروين يعانون من درجة متوسطة من الاكتئاب ، على عكس العينة الضابطة ؛ حيث لم يوجد اكتئاب في معظمها ، ولكن وجد عند بعضهم أعراض اكتئابية بسيطة .

(٣) مقياس هاملتون للقلق (١٩٥٩) ، وقد وضح أن معظم متعاطى الهيروين يعانون من درجة بسيطة من القلق المصاحب لانسحاب الهيروين .

كما وجدنا قصوراً في القدرات المعرفية للمتعاطين ؛ خاصة في بداية مرحلة الانسحاب .

وطبقاً للتصنيف الأمريكي للأمراض النفسية DSM III ، فإننا لم نجد شخصية واحدة تميز متعاطى الهيروين من حيث النوع أو الاضطراب ، وقد وجدنا ما يلي :

- (١) عدم وجود اضطراب فى الشخصية فى حوالى ٣٤,٦ ٪ .
- (٢) شخصية ضد اجتماعية فى ٢٨,٢ ٪ .
- (٣) شخصية حدية فى ١٩,٢٣ ٪ .
- (٤) أنواع أخرى .

وقد قرر معظم متعاطى الهيروين (٩٢,٣ ٪) أنهم لم يتعرضوا لضغوط نفسية أو اجتماعية دفعتهم لبدء التعاطى .

وفى دراسة ميدانية أخرى ، أجريت فى المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية، سوف (١٩٨٦) ، حول مدى انتشار المواد المؤثرة فى الحالة النفسية داخل قطاع الطلاب ، وتناولت الدراسة أعداداً كبيرة من الطلاب ، بلغت ٥٥٣٠ تلميذاً من المدارس الثانوية العامة ، و٣٦٨٦ تلميذاً فى المدارس الثانوية الفنية ، و٢٧١١ طالباً بالجامعات .. وهى عينة تمثل حوالى ٦,٤ ٪ ، ٣,٤ ٪ ، ٥,٢ ٪ على التوالى من جماهير الطلاب المعنية .

ومن أهم النتائج التى توصلت إليها هذه الدراسة :

- (١) تبين أن هناك ارتباطاً إيجابياً بين التعرض لما أسماه «ثقافة المخدرات» ، واحتمال الإقبال على التعاطى .
- (٢) تبين وجود جماعات - لا يستهان بحجمها - من الشباب لا يتعاطون المخدر ، ولكنهم على استعداد نفسى لأن يتعاطوه إذا أتاحت لهم الفرصة .
- (٣) تبين أن أعداداً كبيرة نسبياً تقبل على تجربة التعاطى بدافع حب الاستطلاع ، أو لىة دوافع أخرى ، ولكن ثلاثة أرباع هذه الأعداد تقريباً لا تثبت أن تتوقف ، ويبقى الربع فى عالم التعاطى أى إنه من كل مائة يجربون المخدر سيترقف ٧٥ ويستمروا ٢٥ ، ومن هؤلاء الربع سيتعاطى بالمناسبة ٧٥ ٪ ويصبح ٢٥ ٪ مدمنين ، أى إن النسبة ١٦ : ١ : ٤ .
- (٤) بينت الدراسة أن نسبة التلاميذ الذين تعاطوا المخدرات الطبيعية تفوق نسبة الذين تعاطوا أى واحد من الأدوية النفسية ، وقد يكون أحد

الأسباب أن الأدوية النفسية أغلى ثمناً ، عندما تباع بطريقة غير مشروعة من بعض المخدرات الطبيعية ، وربما كان الضغط الذي يمارسه ذوو الخبرة على المتعاطي «الحديث أو الساذج» يقصد إغرائه بأن يشاركهم معارفهم المتعاطي بالمخدرات الطبيعية أكبر وأشد وطأة من ضغوط الدعوة إلى المشاركة في تعاطي الأدوية .

(٥) تقوم أجهزة الإعلام أحياناً بدور خطير في تعويد الشباب هذا النحو ، وقد يفوق دورها دور الأصدقاء ، نتيجة عرض بعض الأفلام والبرامج التي تبرز تعاطفاً مع المدمن .

وقد سبق أن نشرت مقالاً بعنوان «قل لا ولو مرة واحدة» وأكدت فيه أنه تم تشكيل المجلس القومي لمكافحة المخدرات بقرار جمهوري لسنة ١٩٨٦ ، برئاسة رئيس الوزراء وعضوية وزراء الصحة والداخلية والإعلام والعدل والأوقاف والشئون الاجتماعية ، والمفروض أن يبنى خطة قومية شاملة ومتكاملة للوقاية من الإدمان .

وبدون ترشيد السياسة الوقائية ، ستكون الجهود المبذولة مجرد ردود فعل لعالة من الفلق ترتفع حيناً وتهبط حيناً آخر . ويبقى سؤال مهم : هل توجد لدينا معلومات ذات حجم معقول عن مدى انتشار التعاطي وأشكاله والمشكلات الصحية والاجتماعية المترتبة عليه في مجتمعنا المصري ؟

والإجابة الصادقة والمباشرة هي نعم ، والمعلومات متنوعة ومصادرهما متعددة ، وأهمها: التقارير المنشورة من الإدارة العامة لمكافحة المخدرات ، ومن المركز القومي للبحوث الجنائية والاجتماعية ، والأبحاث التي أجريت في الجامعات المختلفة .. لأنه لا يمكن أن نقوم بحملة ترشيد وقائية ، دون وجود هذه المعلومات .

في الوقت نفسه .. لا يمكن استيراد بعض الخطط الوقائية من بلاد أخرى للاختلافات البيئية والاقتصادية والثقافية والدينية ، ومشكلة إدمان الهيروين والحبوب موجودة في مصر منذ عام ١٩٨٣ .

وقبلها كان استعمال الحشيش والأفيون لايشكل أزمة وبائية وكمائة اقتصادية، وإننا أخذنا مضبوطات الهيروين عام ١٩٩٥ نجدها حوالي ٦٠ كيلو

جرام ؛ حيث إنه جرى العرف أن ما يقع في قبضة الشرطة هو ١٠٪ من حجم الكمية المتداولة ، والتي تصل إلى ٦٠٠ كيلو جرام .

وإذا حسبنا أن الفرد يتعاطى من ربع إلى نصف جم يوميا ، نجد أن عدد مدمنى الهيروين لا يزيد عن خمسة عشرة ألف مدمن على مستوى الجمهورية ، وهؤلاء يختلفون عن مدمنى الضمير أو الأفيون أو الحشيش ، أو الحبوب . وكل الأبحاث التي تعدد نسب الإدمان بين الطلبة في الثانوى والجامعة بنقصها المنهج العلمى السليم ، لأن كل الأبحاث تجرى عن طريق اختبارات بسأل الطلبة فيها : هل سبق أن جربتم أو مازلتم تستعملون إحدى هذه المواد ؟ وبالطبع هذا لا يعنى نسبة المدمنين بل نسبة المجربين .

### المحور الصحى لاستراتيجية مكافحة المخدرات

صدر عن لجنة المستشارين العلميين للمجلس القومى لمكافحة وعلاج الإدمان ، والتي أشرف بأن أكون عضوا بها تحت رئاسة أ. د مصطفى سويف ، التقرير النهائى «استراتيجية قومية متكاملة لمكافحة المخدرات ومعالجة مشكلات التعاطى والإدمان فى مصر» .

ونلخص هنا بعض ما جاء فى التقرير :

إن مواجهة مشكلة المخدرات تحتاج لمجابهة عدة أبعاد ، وقد كان الموقف حتى السنوات الأخيرة هو مواجهة العرض ، ولكن اتضح أنه مهما فعلنا فى هذا البعد ، فلن يكفى للحد من مشكلة المخدرات ؛ ولذا اتجهت كل الجهات إلى مراجعة الطلب .

وقبل أن نستعرض الاستراتيجية فى المواجهة الصحية ، سلّمنا بعض النقاط الخاصة بطرق المواجهة :

### مواجهة العرض :

(١) جهود المكافحة ، وتحل محل مصر مكانة عالية فى هذه الجهود خاصة وأن أول مكتب للمكافحة بدأ فى عام ١٩٢٨ . ومهما نشطت أجهزة المكافحة فى كل البلاد ، فلا يتسنى إلا القبض على واحد إلى عشرة من الكمية المهربة والمتصرية إلى البلاد .

(٢) صدر فى مصر قانون المخدرات عام ١٩٨٩ ، وبه شروط العقوبات والعلاج وأماكنه ، ويمكن الرجوع إلى تفاصيله .

اضطرابات عقلية وسلوكية نتيجة لاستخدام مواد نفسية الفاعلية (الإيمان) —

(٣) الاتفاقيات الدولية والإقليمية في كيفية المكافحة والوقاية والعلاج ،  
وتوجد هذه الاتفاقيات بين كثير من البلاد العربية ، وكذلك مع معظم  
دول العالم تحت إشراف هيئة الأمم المتحدة .

### مواجهة الطلب :

١- القانون وله دور كبير في إحجام الشباب عن طلب المخدرات .

٢- الخدمات العلاجية ، وهذا هو موضوعنا .

٣- التوعية ، وستشير إليها في آخر الورقة .

ومواجهة خلص الطلب ، يجب الإشارة إلى الآتي :

### (١) الوقاية من الدرجة الأولى :

ويقصد بها منع وقوع الإصابة أصلاً ، أي منع وقوع التعاطي والعودى إلى  
الإدمان أصلاً ، وهو أمر بالغ الصعوبة .

وتنحل هنا ثلاثة أنواع من الإجراءات :

أ- تحديد الجماعات المستهدفة أو الهشة ، ومن أهمها :

• وجود تاريخ للإدمان في الأسرة .

• الانهيار الأسري .

• التدخل المنطوق .

• ضعف الوازع الديني .

• انعدام الحافز والفشل الدراسي .

• البحث الدائم عن اللذة الحسية ، وارتفاع سعة المخاطرة والتعرض  
للمشاكل .

• الرغبة في الإشباع الفوري ، وعدم القدرة على تأجيل المتاع .

• انخفاض عتبة تحمل الإحباط .

• اختلال الانضباط في الأسرة ، وعدم احترام التقاليد والقوانين .



\* تدخين السجائر قبل بلوغ من ١٢ سنة .

\* مصاحبة أقران مدمنين .

\* الظروف السيئة في بيئة العمل .

ب- استخدام الأساليب التربوية غير المباشرة في المناهج المختلفة .

ج- العناية المبكرة بالحالات تحت الإكلينيكية في هؤلاء المهيبين ؛ لأخذ

المواد لتخفيف من الأمراض النفسية والعقلية .

## (٢) الوقاية من الدرجة الثانية :

ويقصد بها التدخل العلاجي المبكر بحيث يمكن الوقاية من التعاضد في

التعاضد ، والوصول به إلى مرحلة الإدمان .

وتشير الأبحاث في العالم وفي مصر أن نسبة من يتوقفون ويتراجعون عن

التعاضد ، وهم لا يزالون في مرحلة الاستكشاف تقرب من ٧٥% وأن البقية ؛ أي

٢٥% يتعاضد بالمناسبة بنسبة ٧٥% ويدمن حوالي ٢٥% ؛ أي إن النسبة بين

الاستكشاف والتعاضد بالمناسبة والإدمان هي ١٦ : ٤ : ١ .

وتوجد بعض العلامات التي تبرز احتمال سوء استعمال المواد أو الإدمان :

١- الانطوائية والانعزال عن الآخرين بصورة غير عادية .

٢- الإهمال وعدم الاهتمام أو العناية بالمظهر .

٣- الكسل الدائم والتأخر المستمر .

٤- شحوب في الوجه وعرق ورعشة في الأطراف .

٥- فقدان الشهية والهزال والإمساك .

٦- الهياج لأقل سبب مما يخالف طبيعة الشاب المعتادة .

٧- الإهمال الواضح في الأمور الثانوية ، وعدم الانضمام في الدراسة أو

العمل .

٨- إهمال الهوايات الرياضية أو الثقافية ، والانصراف عن متابعة

التلفزيون .

- ٩- اللجوء إلى الكذب والحيل الخادعة للحصول على مزيد من المال .  
١٠- اختفاء أو سرقة بعض الأشياء الثمينة من المنزل ، دون اكتشاف السارق ؛ حيث يلجأ المدمن إلى السرقة من أجل الحصول على المال اللازم لشراء المادة التي يدمنها .

### (٣) الوقاية من الدرجة الثالثة :

ويشار بهذا المصطلح إلى التدخل العلاجي المتأخر نسبياً ؛ لوقف المزيد من التدهور المحتمل للمضاعفات العضوية والنفسية المترتبة على الإدمان ، وتشمل إعادة التأهيل الاجتماعي والمهني .

#### تحسين الخدمة العلاجية :

تتركز معظم الخدمة التي يتلقاها المدمن فيما يسمى «مصححات علاج الإدمان» ، في عملية تطهير الجسم من السموم ؛ ولذلك سيكون إجراء هذه العملية هو محور الارتكاز لدينا في هذه الفترة .

يستعمل مصطلح التطهير من السموم للإشارة إلى العملية ، التي يتم بواسطتها انتزاع المدمن من اعتماده العضوي على المخدر ، ويمكن أن يستخدم لهذا الغرض المخدر نفسه الذي كان المدمن يعتمد عليه ، كما يمكن أن نستخدم عقاقير بديلها لهذا الغرض ، وكذلك يمكن تخفيف أعراض الانسحاب بإعطاء بعض العقاقير الأخرى .

ولهذه العملية أهداف أربعة ، هي :

- أ- تخليص الجسم من الاعتماد الفيزيولوجي الحاد ، المقدرن بالتعاطي المكثف المنظم للمخدرات .  
ب- التخفيف من الآلام والمضاعب ، التي تصحب الانسحاب ؛ خاصة إذا كان مفاجئاً .  
ج- تزويد المدمن بعلاج آمن وإنساني ، يساعده على مواجهة المراحل المبكرة لعملية التوقف عن التعاطي .  
د- إحاطة المدمن ببيلة تشجعه على الالتزام بالدخول بعد ذلك في برنامج طويل للعلاج المتكامل .

ولما كان عدد المدمنين الذين يستطيعون التوقف فعلاً عن التعاطي - بعد اجتياز عملية التطهير من سموم المخدرات - أقلية ضئيلة ، فالاتفاق سائد بين أهل التخصص على أن هذه العملية لايجوز النظر إليها إلا باعتبارها الخطوة الأولى في برنامج العلاج ، ومن ثم يتلخص مقياس النجاح لهذه العملية في اعتبارين ، هما :

أولاً : إتمام العملية ، أي الوصول بها إلى النهاية المقررة لها علمياً .

ثانياً : البدء في الدخول في برنامج علاجي متكامل ، فور الانتهاء منها .

وتكفي نؤتي عملية تطهير للجسم من السموم ثمارها ، لايد من أن تتوافر لها عنصر مراعاة الدقة في عمليات الفحص والتقدير على إجراء التطهير نفسه .

وتتطورى هذه العمليات على عدد من العناصر الرئيسية ، نجعلها فيما يلي :

- ١- التاريخ الإدماني للحالة .
- ٢- التاريخ الطبي للحالة .
- ٣- الأحوال الاجتماعية للحالة .
- ٤- الحالة النفسية .
- ٥- الفحص البدني للحالة .
- ٦- المضاعفات الطبية المرتبطة بالإدمان .
- ٧- الاختبارات المعملية للحالة .

ومنها ما هو للكشف عن المواد النفسية في البول ، بما في ذلك بعض المخدرات والباربيتيورات ، والأمفيتامينات ، والكوكايين ، والبنزوديازيبينات ، وبعض مضادات الاكتئاب ، والفسسكوئيد ، ومنها كذلك عدد كرات الدم ، وتحليل البول ، واختبار وظائف الكبد ، وأشعة الصدر ، ورسم القلب لمن لم نتجاوز أعمارهم الأربعين ، واختبارات الأمراض التناسلية ، واختبارات الحمل للنساء .

وأخيراً .. وبعد أن تتم هذه الفحوص جميعها ، يكون على الطبيب المختص أن يتخذ قراره فيما يتعلق بتشخيص الحالة ، وذلك إجابة عن السؤال المحدد الآتي :

هل يوجد اعتماد عضوي أفيوني ، يستدعي تدخلاً طبياً لتطهير الجسم من سموم المخدر أو المخدرات؟ وقد تستدعي الإجابة عن هذا السؤال نفسه إجراء

اضطرابات عقلية وسلوكية نتيجة لاستخدام مواد نفسية الفاعلية (الإيمان) —

اختبار مثل «اختبار النالوكسون الإثاري» . وسيكون عليه بعد ذلك أن يتخذ قراراً آخر حول اختبار أسلوب التطهير الذي سيتبعه .

ويمكن أن تتم عملية التخليص من السموم ، من خلال نظام التردد على العيادة الخارجية ، أو من خلال نظام يقضي الدخول والحجز في المصحة المخصصة لذلك . كلا النظامين مقبول لدى السلطات الطبية ومعمول به بالنسبة لأعداد كبيرة من المدمنين في دول العالم المختلفة ، ولكل منهما مزاياه ومساوئه .

ومن أهم محاسن نظام التردد على العيادة الخارجية ما يأتي :

١- أنه منخفض التكلفة المالية .

٢- أنه قد يكون مغنياً لأعداد كبيرة نسبياً من المدمنين ، باللجوء إليه (دون الخشية من ضرورة الدخول والحجز ، وما يصحب ذلك من إجراءات) .

أما أهم المآخذ .. فهو أنه قد يكون أقل جدوى من نظام الدخول والحجز ، (فيما يتعلق بالمواظبة لإكمال عملية التطهير إلى نهايتها الطبية ، وما قد يصحب ذلك من الأعداد لمواصلة السير في طريق العلاج المتكامل) .

وعلى العكس من ذلك فيما يتعلق بنظام الدخول والحجز ، فإن أهم المآخذ عليه تنلخص في التكلفة المالية المرتفعة نسبياً ، وفي تعقد إجراءات الدخول .

ويجب أن تأخذ في الاعتبار حجم التكلفة المالية ، التي سوف يتكلفتها إنشاء شبكة من المصحات المتخصصة (على مستوى البلاد) ، ذات المواصفات السليمة ، من حيث : درجة العزل وكفاءة الحراسة ، وتوافر التجهيز الطبي المعلى ، وتوافر التخصصات العلمية المدرية ، أن تقارن بين هذه التكلفة وحجم الإنفاق المطلوب ؛ لإنشاء أو لدعم عيادات خارجية ، تقدم خدمة التخليص من السموم ، على أساس نظام التردد (مع مدة ممكنة للحجز في بعض الحالات) .

وفي مثل هذه المقارنة ، سيكون للفرق بين العائد من كل من النظامين مغزواً بحساب التكاليف ووزن كبير في الاستقرار على الأخذ بأي من هذين النظامين . ولكن ، لأنه لا توجد أمامنا الآن أية دراسات علمية تسمح بإيجاد أساس لتقدير العائد من هذا النظام أو ذلك لترجيح الأخذ بأيهما ، فسنظل مشكلة المفاضلة

قائمة ، تتنازعها انطباعات وتلميحات غير منضبطة .

وأمام هذا الموقف الذي لا تنوافر فيه عوامل حاسمة في الوقت الحاضر نوصي أن تعضى الدولة في نهى الأسلوبين معا ، فتدعم المصحات القائمة بالفعل ، وتزيد عددها ، هادفة إلى نظوية كافة محافظات الجمهورية ، في مدى زمني معقول (وليكن ذلك في إطار خطة خمسية) ، وفي الوقت نفسه تنشر وتدعم بأعداد متزايدة العيادات الخارجية ، التي يمكنها أن تنصدي للمشاركة في مهمة التطهير من السموم ، بالكفاءة المهنية الواجبة .

**شروط تراعى عند إنشاء المصحات ونشر العيادات الخارجية :**

يمكن النظر إلى فترة الستينيات والسبعينيات على أنها كانت فترة تجريب ، فيما يتعلق بإنشاء مصحات لعلاج الإدمان ، استجابة للنص الوارد في القانون ١٨٢ لسنة ١٩٦٠ ، وقد تبين فيما بعد أن أحد الدروس التي يجب استخلاصها من هذه التجربة ضرورة الابتعاد بهذه المصحات والعيادات عن مصحات الأمراض النفسية والعصبية ؛ لأسباب متعددة ، يأتي في مقدمتها سببان رئيسان ، هما :

أولاً : وجود قدر ملحوظ من المشاعر السلبية في نفوس كثيرين من المواطنين ضد الأمراض العقلية والعصبية ، وكل ما يرتبط بها . هذه حقيقة لا يمكن إنكارها ، ولا إغفالها سواء في مصر أو في الخارج ؛ لأنها تحمل الموقف كله (الأمراض العقلية وكل ما يرتبط بها أو يقترب منها) بشحنة انفعالية أقرب إلى التنفير منها إلى الجذب والترغيب ؛ مما يضع عوائق نفسية لها وزنها في الطريق إلى طلب الخدمة طوعاً من مصحات علاج الإدمان .

ثانياً : سهولة نقل الأدوية النفسية (وخاصة ما كان منها محدثاً للإدمان) من عتابر الأمراض العقلية إلى مصحة علاج الإدمان ، (لتقديمها إلى المدمنين المحجوزين تحت العلاج) عن طريق بعض الأفراد العاملين ، الذين يصعب ضبط تفلاتهم بين المرفقين ، وتعدد دوافعهم نحو القيام بعمليات النقل هذه .

وترى اللجنة أنه أياً كان الطريق ، الذي سنسير فيه الدولة بصدد إقامة ودعم مصحات وعيادات علاج الإدمان ، فلا بد من مراعاة الشروط الآتية :

## أولاً : فيما يتعلق بالمصحات :

ونعنى بها فى هذا الموضوع ، وحدات تظليص للجسم من سموم المخدرات ؛ حيث يتقرر حجز المدمن لفترة زمنية (تحددتها الاعتبارات القانونية ، إذا تم التحويل عن طريق القضاء ، أو طبييا إذا تم الدخول بالطريق التطوعى) .

(١) فى هذا النوع من المصحات يجب أن يراعى الاستقلال التام للمصحة من حيث الإدارة ، ومن حيث العبنى . وأى نهان فى توفير هذا الشرط من شأنه أن يخل إخلالاً شديداً بكفاءة تشغيل المصحة ، (إن لم يكن على المدى القريب ، فسيحدث على المدى البعيد) .

(٢) فى هذه المصحات ، يجب أن يكون هناك فصل تام بين أقسام لاستقبال الحالات المحولة من المحكمة ، وأخرى لاستقبال الحالات الواردة على أساس التطوع .

ومع التسليم بأن هذا الفصل قد تكون له آثار جانبية ، وخاصة فيما يتعلق باحتمالات الظهور التدريجى لعناصر عقابية فى جو التعامل مع نزلاء الأقسام المخصصة للتحويل من المحكمة ، بحيث تصبح هذه الأقسام شيئا فشيئا ، وكأنها امتداد للبيئة العقابية الخاصة بالسجون ، ومع ذلك فقد رأيت اللجنة من ناحية أخرى أن الآثار الجانبية التى قد تترتب على اندماج هذا الفصل فوق فى سماتها بكثير تلك المترتبة على الفصل ؛ لذلك استقرت اللجنة على التوصية بضرورة الفصل بين الفريقين من النزلاء .

(٣) يجب أن يخطط للعمل فى هذه المصحات ، على أساس أن تكون عملية تطهير الجسم من السموم جزءاً من برنامج شامل ؛ يتم فيه وضع تقدير للحالة كجزء لا يتجزأ من تشخيص شامل ، يضم بين أجزائه تقديراً لما يمكن تصوره على أنه درجة إيمان الشخص ، كما يضم تقديراً لما إذا كان هذا الإيمان أولياً أو ثانوياً ، (بمعنى أنه بدأ ونظور كاستمرار وتعم لعادات سلوكية سيئة تدعمها ظروف اجتماعية معاكسة ، أم أنه بدأ كإفصاح لعرض أو أعراض لمرض نفسى أو عصبى دفين) ، وتكون هذه العملية كلها ؛ أى التطهير والتقدير ،

بمعالجة الخطوة الأولى في برنامج علاجي وتأهيلي متكامل .

(٤) يجب إعطاء الأولوية في مخطط إنشاء المصحات للإنشاءات في المدن الكبيرة ، تأسيساً على ما كشفت عنه البحوث العلمية الميدانية من زيادة نسبية لمشكلات التعاطي والإدمان في المدن الكبيرة عنه في الريف .

ثانياً : فيما يتعلق بالعيادات :

ويقصد بها في هذا الوضع العيادات الخارجية ؛ حيث يعتمد نظام الرعاية أساساً على تردد المدمن على العيادة على فترات محددة :

(١) لا يشترط في هذا النوع من الخدمة الطبية أن يكون له استقلاله عن سائر العيادات الخارجية ، المختصة برعاية الأمراض الباطنية والنفسية .

(٢) تقترح اللجنة أن يبدأ فوراً بوضع خطة بتخصيص عيادة خارجية لعلاج الإدمان ، تلحق بكل من عيادات الصحة النفسية ، والعيادات القائمة في مستشفيات الطلاب الجامعيين ، كما يمكن اتباع القاعدة نفسها حيثما قامت عيادات خارجية في المصانع ، وفي الوحدات المجمعية في الريف .

(٣) كذلك توصي اللجنة بإعطاء الأولوية في مخطط إنشاء ودعم هذه العيادات لعيادات المدن الكبيرة للسبب نفسه ، الذي سبق الإشارة إليه .

هذا .. ويلاحظ في الحالتين - أي حالة المصحات والعيادات - أنه لا بد من توفير ما يأتي :

(١) قدر معقول من التدريب للعاملين ، الأطباء وأعضاء الفريق العلاجي جميعاً ، ونظي هذا التدريب النوعي اللازم لرعاية المدمنين . ويمكن أن توضع في هذا الصدد برامج تدريب محدودة ، تقتصر على العناصر الجوهرية في الرعاية ، على أن يتبع في هذا المجال نظام دورات التدريب المستمرة ؛ بحيث يتعرض كل عامل في الميدان لدورة ، تجدد له معلومات وتتحذ مهاراته مرة كل عام . وتكون

الدورة مكلفة بحيث لا تستغرق أكثر من بضعة أيام ، أو أسبوع على أقصى تقدير .

وفي الوقت نفسه توضع برامج تدريبية أخرى ، تكون أكثر شعولاً وعمقاً ، وتكون موجهة للعاملين في المصحات الرئيسية ، التي ربما تلحق بها مراكز بحثية ، ومعامل متقدمة للتجهيز .

(٢) غاية متميزة بجمع قدر معين من المعلومات المحددة عن كل حالة ترد إلى المصحة أو العيادة ؛ بهدف إدخال هذه المعلومات في نهاية الأمر في بنك للمعلومات عن الإيمان والمدمنين في مصر ، أو في بلاد عربية أخرى ، وهي معلومات لا يمكن الاستغناء عنها إذا أريد الارتقاء بإجراءات مواجهة مشكلة المخدرات في جميع جبهاتها .

ولضمان تقنين الكم والكيف للمعلومات المطلوبة ، يراعى إعداد صحيفة يطلب فيها ما يمكن اعتباره الحد الأدنى من المعلومات عن التاريخ الشخصي ، والمادة أو المواد المخدرة ونمط التعاطي .

ويعمم استعمال هذه الصحيفة في جميع المصحات والعيادات ، على أن ترسل صورة من هذه البيانات شهرياً من جميع الوحدات إلى ما يمكن اعتباره مصحة مركزية ، يكون إحدى مهامها الرئيسية تجميع هذه المعلومات وتصنيفها وعرضها في صورة تقرير سنوي أو نصف سنوي (دون إخلال بشرط السرية كما نص القانون ١٢٢ لسنة ١٩٨٩ في المادة ٣٧) .

### جهود التوعية :

(أ) المادة الإذاعية (خاصة عن طريقة الإذاعة المصورة) ، بفئاتها الأربع ، وهي : الأحاديث الوصفية مع النموذج السئ لتحقيق التحريم بالعبارة ، والأحاديث التعليمية (أو التلقينية) المباشرة ، دون استعانة بالنموذج ، والإعلانات المصورة والأفلام المتكاملة .

(ب) المقالات الصحفية :

(ج) الندوات التي تعقد وسط تجمعات شبابية .



## ١- استخدام الراديو والتلفزيون :

تشير هيئة الصحة العالمية في تقاريرها العلمية إلى ضرورة الامتناع عن استخدام أدوات الإعلام الجماهيرى فى هذا المجال .

وقد ورد فى هذا الصدد النص الصريح التالى : إن استخدام أدوات الإعلام الجماهيرى بقصد إعطاء المعلومات للجمهور ، وأثناء الأشخاص ( الذين يحتل أن يقدموا على التعاطى وعلى اختلاف نوعياتهم وأحجامهم) ، وإثرائهم عن أنواع بعينها من التعاطى أو عن التعاطى أياً كان ، هذا المجهود يعتبر مثالا للتبسيط المخل فى تناول مشكلات بطبيعتها معقدة ، ومما يؤسف له أن هذا التناول قد باتى بعكس المطلوب .

ويقول التقرير نفسه فى موضع آخر : إن إلقاء المعلومات (عن المخدرات) من خلال أدوات الإعلام الجماهيرية ، حتى ولو تم إعداده بعناية ، سوف يصل إلى مجموعات من المواطنين لم يكونوا مقصودين أصلاً بهذه الرسالة .

ويوضح التقرير بعد ذلك كيف أن هذا نفسه كقيل بنشر أضرار لم تكن فى الحسبان ، ويقول فى موضع ثالث : إن مجرد تكرار الحديث عن موقف غير مألوف (مثل تعاطى المخدرات) ، بغض النظر عن كون هذا الحديث ، يتم بنغمة إيجابية أو سلبية ، يمكن أن يكون فيه الكفاية لإضفاء صفة الجاذبية على هذا القول ، وبالتالي فربما أتى بما هو عكس المقصود تماماً .

هذه النصوص واضحة تماماً فيما تشير به ، وجدير بالذكر أن هيئة الصحة العالمية تخاطب بها المجتمعات جميعاً ، دون أن تخلص بالذكر فئة بعينها . وجدير بالذكر أيضاً أن هذه التوجيهات مبنية على ثراث الخبرة العلمية بجمع بين العمق والامتاع ، ولما كانت هذه التوجيهات تتفق مع المغزى ، الذى يمكن الخروج به من نتائج عدد من البحوث الميدانية ، التى أجراها البرنامج الدائم لبحوث تعاطى المخدرات على عينات متنوعة من الشباب المصريين .. فإن اللجنة توصى بإعادة النظر فى نشاط أجهزة الإعلام المسموع والمرئى ، فيما يتعلق بموضوع المخدرات ، والحد من هذا النشاط أو إيقافه تماماً .

وتشمل هذه التوصية القنات الأربع من المواد الإعلامية التى أشرنا إليها من قبل ، وهى : الأحاديث الوصفية مع النموذج السنى ، والأحاديث التعليمية

المباشرة دون النماذج ، والإعلانات المصورة ، والأفلام المتكاملة .

## ٢- الندوات في التجمعات الشبابية :

تعتبر هذه الندوات من أفضل الأساليب وأكثرها جدوى ، في تحقيق الهدف المطلوب وهو خفض الإقبال على تعاطي المخدرات ما أمكن . ولكن - دون الدخول في التعديلات الجذرية للكيفية - التي يجب أن توجه بها هذه الندوات - فإنها بصورتها الزاهنة يمكن أن تزداد فائدتها بصورة ملحوظة ، إذا أدخلت عليها بعض التصحيحات على النحو الآتي :

حجم المجموعة الشبابية :

تشير الخبرة والدراسات في هذا المجال إلى أن كبر المجموعة ، التي تجرى معها الندوة يقلل من احتمالات جدوى ترسيخ المعاني والتوجيهات المقصودة ؛ والسبب في ذلك أن كبر الحجم يحتم أن يكون الموقف أقرب إلى الإملاء والتلقين من جانب المتحدث أو المتحدثين .

ولاقيعة في مثل هذه الحال لإتاحة الفرصة لعشرة من الشباب أو أقل أو أكثر ، بأن يلقوا بأسئلتهم إلى المتحدثين فستظل الإجابة إملالية أو تلقينية . أما إذا كان الحجم صغيراً - بحيث يسمح بمناقشات حقيقية بين الشباب والمتحدث - فإن هذا أدعى لأن يندمجوا في مستوى من المشاركة يزيد من احتمالات تبنيهم إيجابياً لبعض الأفكار والقيم والتوجيهات ، التي تطرح بينهم ، مما يجعل الموقف يعتمد عن أن يكون مجرد موقف لإعطاء معلومات مشفوعة بتعليقات تشبه الأوامر (وهو موقف منظر لصغار الشباب) ، ويقدر من أن يصبح موقفاً تروياً ، تستخدم فيه كليات نفسية أكثر فاعلية في نفوسهم .

وفي ذلك يقول تقرير هيئة الصحة العالمية نفسه الذي سبق أن أشرنا إليه :  
إن إلقاء المعلومات وحدها ، مهما تكن دقيقة ومقنعة ... لن يؤثر بالضرورة في سلوك الشخص حتى يربط الشخص نفسه بينه أي بين إلقاء هذه المعلومات وخبراته ، ومدركاته ومشاعره ، وقيمه ، وأسلوبه في الحياة .. يجب ألا تقدم معلومات عن تعاطي المخدرات لمجموعات كبيرة ، بل ولا لمجموعات صغيرة ، ما لم يكن ذلك في موقف يسمح للأفراد المعنيين بالمناقشة مع منحدث لديه العلم الكافي ، وفي مجموعة محدودة الحجم ؛ بحيث تتيح تخاطباً بمعنى ذهاباً وإياباً

بين المتحدث والشباب ، وعندئذ يصبح الموقف تريبويًا .

إبعاد الحديث عن أسلوب التخويف :

يلاحظ أن معظم الأحاديث التي تلقى في الندوات ، وتلك التي تلقى أو تنشر بأي صورة من الصور ، وتستهدف الشباب المعرضين للإقدام على التعاطي ، وتكون مشبعة بعناصر التخويف الشديد . وكثيراً ما تكون مليئة بالمبالغات ، التي لا سند لها من العلم المحقق ، وكأن هدف التخويف يستحق أن يضمن المتحدث في سبيله بالصديق العلمي .

ويعتبر هذا التوجه خاطئاً تماماً من الناحية التربوية ، وأهمية الوقوف على كونه خطأً تتجلى في أنه يأتي بعكس المطلوب تماماً ؛ ذلك أن نسبة كبيرة من الشباب الذين تستهويهم خبرة تعاطي المخدرات يقدمون عليها بدافع الرغبة في المغامرة والإحساس بالخطر ، وبالتالي .. فإن أحاديث التخويف في توجيهها إلى هؤلاء الشباب تستثير فيهم مزيداً من الرغبة في الإقدام على خبرة التعاطي ؛ توقعاً لمتعة معايشة الأخطار في مستوياتها المثيرة لدرجات عالية من التوتر ، وهذا ما تشير إليه خبرة الخبراء في شتى أنحاء العالم .

فإننا ابتعدنا عن أسلوب التخويف ، فما البديل ؟ كيف يكون خطابنا إلى

الشباب ؟

تجيب «الورقة البيضاء» المشار إليها سابقاً بما يأتي : تقديم المعلومات الأساسية عن المخدرات وأثارها .. تقديماً موضوعياً متميزاً ، مشفوعاً بتقديم أساليب الحياة الناجحة والمنتجة ، التي تتم دون اعتماد على المخدرات ، فالبدل إناً عن أحاديث التخويف، هو أن تكون الأحاديث مؤسسة على علم حقيقي بخصوصائص المواد المخدرة التي يأتي ذكرها ، وأن تلتزم بما هو وارد في هذا العلم بصديق وأمانة ، مع الاكتفاء طبعاً بما يناسب مستوى ومتطلبات الأفراد الذين يوجه الحديث إليهم ، على أن يزولج (ما أمكن) بين هذا الخطاب والحديث عن أساليب الحياة دون اعتماد على المخدرات، مع تقديم نماذج تسمح بتصوير الكيفية، التي تضمن بها الحياة ناجحة ومنتجة ، دون أن يشوبها الاعتماد على المخدرات .

أهداف العلاج :

١- زيادة الحافز للامتناع .

اضطرابات عقلية وسلوكية نتيجة لاستخدام مواد نفسية الفاعلية (الإدمان) —

- ٢- بناء حياة بعيدة عن المواد المؤثرة نفسياً .
- ٣- المساعدة في تحسين نواحي الحياة المختلفة .
- ٤- المساعدة في الأمراض النفسية والجسمية .
- ٥- المساعدة في المشاكل العائلية والزوجية .
- ٦- المساهمة في التأهيل الاجتماعي والمهني والاقتصادي .
- ٧- مناقشة المسائل الدينية والروحية .
- ٨- إعادة العنمن للمجتمع بعد خلعهم .

#### العلاجات غير الفعالة :

- مضادات القلق .
- العلاج المعرفي .
- المحاضرات التعليمية .
- النصائح والمواعظ .
- العلاج الجمعي .
- العلاج بالنفور .

#### علاجات لم يثبت فاعليتها :

- العنمنون المجهولون .
- الإبر الصينية .
- بعض أنواع العلاج المجتمعي .

#### بعض الفاعلية :

- العلاج السلوكي الزوجي .
- التنويم المغناطيسي .
- أملاح الليثيوم .

### فاعلية متوسطة :

- مضادات الاكتئاب .
- العلاج السلوكي .
- زرع داپسلفيرام للكحولية .

### فاعلية مؤكدة :

- العلاج السلوكي الزواجي .
- التعزيز المجتمعي .
- التدريب على المهارات الاجتماعية .
- إدارة الكرب والمشقة .

### ما منع التكتسات ؟

هو علاج معرفي سلوكي ، ويشمل التدريب على مهارات سلوكية وأساليب التدخل المعرفي ؛ لتغيير ومساعدة المدمن على التكيف على المشاكل المختلفة .

التكيسة	المسقة	الامتناع
---------	--------	----------

### بعض أساليب العلاج النفسي المساند :

تستخدم في هذا المجال كثير من أساليب العلاج النفسي ، الفردي والجمعي . ونظراً للتنوع الشديد في الصورة الإكلينيكية لكل حالة ؛ ولذلك يحتاج الأمر إلى قدر كبير من المرونة من جانب المعالج ، بحيث يكون على استعداد دائماً لإعادة النظر في الوسائل ، التي يمارس العلاج على أساسها .

إن العلاج السلوكي للإدمان تطور هو نفسه (وهو أمر طبيعي بالنسبة لجميع أنواع العلاج ، أياً كان موضعها في عملية التطبيب) .

### المرحلة الأولى :

وقد تحرك فيها من مرحلة تطول الحالة الفردية (بالأسلوب الكيفي) ، منجهاً إلى العناية بالنصميم اللوجيستي المنضبط بالتحليل الإحصائي المناسب ،

مع العناية بالمقارنات الكمية الدقيقة بين نتائج الأساليب العلاجية المختلفة .

### المرحلة الثانية :

وقد تمركز فيها من التركيز على المدمنين المحجوزين (في المستشفيات على أساس تطوعي أو أساس أحكام قضائية) متجهاً إلى الخروج إلى المجتمع العريض، حيث يعالج المدمن في إطار قريب من إطار العيادة الخارجية .

### ثم المرحلة الثالثة :

وقد انتقل العلاج فيها من تصور نظري للإدمان شديد التبسيط ، متجهاً إلى الاهتمام بتقدير نقاط الضعف ونقاط القوة، في المدمن ، والتدبير للإفادة من نقاط القوة ، بالإضافة إلى معالجة نقاط الضعف .

ويقترون الأسلوب الأول باسم بودن H. M. Boudin (وهو علاج سلوكي خالص) ، وأهم عنصر في هذا الأسلوب هو اعتماد المعالجين المحترفين على «مطوعين» ليسوا معالجين بحكم المهنة ، ولكن يجري تدريبهم على عدد محدود من العمليات العلاجية اللازمة ، وتهدف هذه الخطوة تحقيق غرضين ، هما :

الأول : هو مواجهة مشكلة قلة عدد المعالجين المحترفين ، بالنسبة إلى أعداد المدمنين ، فلو أن الموقف العلاجي أدير بالطريقة التقليدية ، أي معالج واحد من المعالجين المحترفين، لكان أقل بكثير جداً من أعداد المدمنين المحتاجين للعلاج .

الثاني : هو إجراء العلاج في جو أقرب إلى جو مواقف الحياة العادية خارج المصحات، أي حيث توجد المغريات ومشورات الرغبة في هذا المخدر أو ذلك ؛ مما يعني أن العلاج يتصدى مقدماً لمشكلة احتمال الانتكاس التي يشكو منها الجميع ، وتتمثل في عودة أعداد كبيرة ممن يعالجون داخل المصحات إلى تعاطي مخدراتهم ، عقب الخروج من هذه المصحات مباشرة .

وفي هذا الإطار يعتمد أسلوب بودن على عدد من الإجراءات الفنية ، نعمل أساسياتها فيما يلي :

(أ) ملاحظة الذات .

(ب) تقويم الذات .

(ج) برمجة تعديل السلوك .

ويكون الهدف من تدريب المدمن على الملاحظة الدقيقة لنفسه ، هو الوصول به إلى الإدراك الواضح لما يسمى (بالأنماط الوظيفية) ، التي يفسح سلوكه الإدماني عنها .

والنمط الوظيفي في هذه الحالة هو التسلسل ، الذي يبدأ بوقوع حدث أو سلسلة من الأحداث، لانتبهت أن تشير الدافع إلى تعاطي المخدر ، ثم يقع فعل التعاطي نفسه ، ثم يأتي ما يعقبه مباشرة من مشاعر وأحداث سلوكية ، هي التي تدعم سلوك التعاطي وتربخه ؛ بعبارة أخرى إن النمط الوظيفي (كما يمثل في برنامج بوند) هو (مجموعة السوابق) على فعل التعاطي ، ثم فعل التعاطي نفسه ، ثم مجموعة اللواقح المباشرة .

وتعتبر ملاحظة أو رصد السوابق التي تشير الدافع إلى التعاطي ، ثم ملاحظة أو رصد اللواقح التي تدعم فعل التعاطي نقاط ارتكاز بالغة الأهمية في برنامج بوند ؛ لأنها تستخدم فيما بعد باعتبارها المعطيات السلوكية ، التي يتناولها المعالج في تقويم الذات .

ثم تأتي أخيراً مرحلة تقويم أثر العلاج ، وقد أشار بوند إلى أنه استخدم لهذا الغرض أربعة محكات محددة ، وهي :

- مستوى الأداء في العمل (أو المدرسة) .
- مستوى التعامل للشخصي والاجتماعي .
- وعدد مرات التعاطي التي قد يتورط المدمن فيها ، رغم مشاركته في البرنامج .
- وعدد مرات الاصطدام بالقانون أياً كانت نوعية الاصطدام .

**العلاج الكيميائي المقترن بالعلاج السلوكي :**

ويقوم التأثير المطلوب لهذه المضادات جميعاً (ويطلق عليها أحياناً اسم مضادات الأفيون ؛ لكونها تستهدف أساساً مقاومة إدمان الأفيون ومشتقاته) على مبدأ محدد ، هو سد الطريق العصبي الذي يسلكه الأفيون ومشتقاته داخل التسبج العصبي لإحداث الإدمان ؛ ذلك أن الأفيون ومشتقاته يتجه أساساً إلى ما يسمى

مستقبلات الأفيون في المخ ، ومنها تنفذ آثاره إلى المخ ؛ تتعكس بعد ذلك في خبرتنا وسلوكنا بالأشكال المعروفة (وفي مقدمتها خفض الألم) ، وعلى ذلك فالمضادات التي نحن بصددنا تشغل مستقبلات الأفيون في المخ (نون أن يكون لها تأثير الأفيون ومشتقاته) ، وبالتالي تصبح (أي المضادات) منافساً حقيقياً للأفيون ومشتقاته . فإذا تناول شخص كمية كافية من أحد هذه المضادات ، (وليكن النالتركسون) بحيث تشغل جميع المستقبلات المتوفرة لديه في المخ ، ثم تعاطى حقنة هيروين (أحد مشتقات الأفيون) ، فإن يكون لها تأثير على سلوكه ؛ لأن السبل أمامها للتأثير في السلوك أصبحت مسدودة .

هذا هو الأساس الذي نستند إليه فكرة المضادات الأفيونية ، وهو أساس يختلف تماماً عن الأساس الذي تقوم عليه علاجات كيميائية أخرى عرفت وناعت قبل النالتركسون ، من هنا اللقبيل بالميثادون methadone إذ إن الميثادون يحمد على فكرة تقديم بدائل للمدمن ، بدائل عن الهيروين ، هي نفسها أفيونية (تحدث قدراً من الاعتماد) ، ولكن لها خصائص فارماكولوجية ، تجعلها أقل قهراً لإرادة المدمن من الأفيون ، ومن المورفين ، ومن الهيروين .

وجدير بالذكر أن هذا هو الأساس ، الذي بنت عليه كثير من العلاجات الكيميائية السابقة ، بل إن الهيروين نفسه اكتشف كجزء من السير في العلاج الطبى على أساس مفهوم البدائل ؛ علاج مدمنى المورفين ، إلى أن تبين فيما بعد (نتيجة لتراكم التقارير الطبية) أنه هو نفسه يحدث قدراً من الإدمان أشد قهراً لإرادة المدمن من المورفين ، أما مع النالتركسون فنحن نتحرك طبياً على أساس علمي يختلف تماماً عن ذلك الأساس الجديد ، هو سد الطريق لا تقديم البديل .

### مناقشة النتائج :

- (١) تشير نتائج الدراسة إلى تفوق كل من المالتين ، اللتين كان الأفراد فيهما يتناولون النالتركسون ، فقد تفوق هؤلاء على الأفراد المشتركين في مجموعة العلاج السلوكي فقط .
- (٢) ولم يوجد فرق يستحق الذكر ، في النتائج النهائية (من حيث درجة الشفاء) وبين مجموعتي النالتركسون ، وهو ما يعنى أنه حيث يعطى النالتركسون ، وتكون توقعات التوقف عن تعاطى الهيروين مرتفعة .



(٣) ولكن ليس معنى ذلك أن العلاج السلوكي لم يكن له قيمة ، إذ يتضح من تفصيلات النتائج أن العلاج السلوكي كانت له فائدة محققة في المراحل المبكرة من العلاج ، بما يتيح للأفراد من درجة من الاسترخاء (المصحوب بالشعور بالطمأنينة) بالإضافة إلى دعم الشخصية (نتيجة لما تكتسبه من مهارات اجتماعية جديدة) في مواجهة دوافع اللهفة ، وفي مواجهة ضغوط البيئة الاجتماعية الفاسدة .

### إعادة التأهيل :

#### (١) التأهيل الاجتماعي :

تتكون في المجتمعات الغربية آليات اجتماعية متعددة ، من هذا القبيل ما يعرف بجماعات المساعدة الذاتية ، (كجماعات المدمنين المجهولين ، والمجتمعات العلاجية ومراكز الانتظام العابر بأشكالها المختلفة) ، وقد تكون بعض هذه الآليات غير ملائمة لظروف الحياة في مصر ، وقد يكون بعضها ملائماً ، ومع ذلك فالغالب أن الملائم منها لا يصلح للنقل المباشر ، ولكن يصلح لأن نبدأ منه ما نستوحيه لنصل إلى شكل جديد ، يكون أكثر قبولاً لدينا ، وأقرب إلى أشكال الحياة المستساغة في مجتمعنا .

#### (٢) المجتمعات العلاجية :

تقوم فكرة المجتمع العلاجي أساساً على الاهتمام بـ (الشخص المدمن) أو المسرف في تعاطي المواد المخدرة ، بدلاً من الاهتمام بالمادة المخدرة . بعبارة أخرى .. فإن التوجه الأساسي هنا هو النظر إلى الإدمان أو الإسراف في تعاطي المخدرات، على أنه عرض ضمن مجموعة من الأعراض ، التي تفصح عن أننا بصدد شخصية، تورطت في تلبية ودعم نطم معتقد التوافق ، محوره الاعتماد على مادة مخدرة .

#### (٣) التأهيل المهني :

أ- الإرشاد المهني .

ب- قياس الاستعدادات المهنية للمدمن الناقه .

ج- التوجيه المهني .

- د- التدريب على وظائف مختارة .
- هـ- المتابعة .

#### (٤) التدريب :

شروط عامة في برامج التدريب :

- ١- تحديد هدف البرنامج أو أهدافه .
- ٢- تحديد الموضوعات التي ستقدم في البرنامج .
- ٣- تحديد وتوصيف المهارات العملية ، المطلوب من المتدربين أن يتقنوها ، من خلال تلقيهم هذا البرنامج .
- ٤- تحديد نوع المتلقى الملائم لتلقى هذا البرنامج .
- ٥- تفصيل البرنامج في شكل بنود متوالية ، في إطار برنامج زمني محدد .
- ٦- إعداد وتوفير المواد اللازمة لتقديم هذا البرنامج التدريبي ، (مثل مصادر المعلومات يمكن الرجوع إليها ، وأدوات بيان المهارات المطلوب اكتسابها والأدوات المساعدة للشرح والتوضيح ... إلخ) .

التوصيات :

#### (١) العلاج :

##### ١- التوصية الأولى :

توصي اللجنة بأن تضمن الدولة في طريق إنشاء مزيد من مصحات علاج الإدمان ، حيث تستوجب الحالات الإبداع لأسباب قانونية، أو الحجز لأسباب طبية . وفي الوقت نفسه نحلي بدعم العيادات الخارجية القائمة، وإنشاء المزيد منها ؛ لتشجيع حالات التعاطي المبكر على التقدم طواعية لطلب العلاج .

وتوصي اللجنة تزويد محافظات الجمهورية بهذه المصحات والعيادات ، وأن تسترشد في تحديد أولوياتها بما تكشف عنه الدراسات العلمية ، المتوافرة عن توزيع كثافة العرض والطلب في مناطق البلاد المختلفة .

### ٢ - التوصية الثانية :

توصى اللجنة بأن تتبنى الدولة فوراً دعم العيادات الخارجية الملحقة بخدمة الصحة المدرسية ، وإنشاء المزيد منها ، بحيث تتمكن هذه العيادات من التدخل العلاجي في حالات التعاطي المبكر بين التلاميذ .

وترى اللجنة أن هذا الدعم والإنشاء يجب أن يسترشد في مساره بما تكشف عنه الدراسات الربائوية المصرية من توزيع لكثافة الطلب ، بين التلاميذ في مناطق القطر المختلفة .

وجدير بالذكر أن خدمة الصحة المدرسية تغطي الاحتياجات الطبية لقطاع من صغار الشباب لا يستهان بحجمه ، ولا بدلالته الاستراتيجية بالنسبة لمستقبل البلاد. وجدير بالذكر أيضاً أن أخطر الأعمار في هذا القطاع ، أي أكثرها استهدافاً لتعاطي المخدرات (بين الذكور) هو العمر من ١٦ - ١٧ سنة .

### ٣ - التوصية الثالثة :

توصى اللجنة بأن تتبنى سياسة معادلة بشأن دعم العيادات الخارجية ، الملحقة بمستشفيات الطلبة الجامعيين .

### ٤ - التوصية الرابعة :

كذلك توصى اللجنة بأن تتبنى الدولة سياسة معادلة فيما ينصل بالعيادات الخارجية القائمة على علاج عمال الصناعة التابعين للقطاع العام الصناعي . سواء أكانت ملحقة بالمصانع ، أم داخلية في نظام للتأمين الصحي .

### ٥ - التوصية الخامسة :

توصى اللجنة بأن يراعى في إنشاء وتشغيل مصحات علاج الإدمان شرط استقلال هذه المصحات ، استقلالاً تاماً ، من حيث المبنى والإدارة ، عن مصحات الأمراض العقلية .

### ٦ - التوصية السادسة :

توصى اللجنة بأن يراعى عند إنشاء وتشغيل مصحات علاج الإدمان الفصل التام بين أقسام معدة لإبداع حالات الإدمان المعولة بأحكام من المحاكم ،

استراتيجيات عقلية وسلوكية نتيجة لاستخدام مواد نفسية القاعلية (الإدمان) —

وأقسام أخرى تعد لاستقبال وحجز الحالات المتوقعة بطلب العلاج؛ درماً لأخطار كثيرة يرجح أن تترتب على الخلط بين نزلاء النوعين من الأقسام .

#### ٧- التوصية السابعة :

لما كان التدريب النوعي أمراً بالغ الأهمية بالنسبة لجميع أعضاء الفريق العلاجي ، الذي يشمل أساساً : الطبيب ، والممرض والأخصائي النفسي ، والأخصائي الاجتماعي ؛ لذلك توصي اللجنة بأن يسير العمل في إنشاء وتشغيل ودعم مصحات وعيادات علاج الإدمان- جنباً إلى جنب - مع تدريب المرشحين للعمل في هذه الخدمات . ويمكن الاعتماد في البداية على برامج تدريبية قصيرة ومكثفة ؛ خاصة بالنسبة للعاملين في العيادات الخارجية .

وفي هذه الحال يقتصر تقديم متقدم من البرامج التدريبية على المرشحين للعمل في مصحات الإدمان الرئيسية :

#### ٨- التوصية الثامنة :

نظراً لأن التدخل العلاجي المبكر يعطي عائداً أفضل وأقل تكلفة ؛ مما يترتب على التدخل العلاجي المتأخر ؛ لذلك توصي اللجنة أن تبنى الدولة سياسة للكشف عن حالات التعاطي المبكر على أوسع نطاق ممكن .

ولا يشترط أن يتم ذلك فوراً ، ولكن قد يرى المجلس أن يتم ذلك على مراحل .

ومن بين طرق الكشف عن حالات التعاطي المبكر ، نذكر ما يأتي :

(أ) حالات طلب الانضمام إلى النوادي والفرق الرياضية .

(ب) حالات طلب الالتحاق بالمعاهد العليا والجامعات .

(ج) حالات التقدم لبعض الوظائف الخطيرة ، مثل : قيادة الطائرات ، والعمل في أبراج مراقبة المطارات .

في هذه الحالات جميعاً ، يجب أن يصبح الكشف عن التعاطي المبكر للمخدرات جزءاً لا يتجزأ من الفحوص الروتينية التي تجرى على الأشخاص ، ولا يكون الهدف من هذا الكشف هو التجنيم ، ولكن التحويل إلى جهة الاختصاص لإجراء التدخل العلاجي المناسب .

٩- التوصية التاسعة :

نوصي اللجنة بأن تدبني الدولة نظاماً للكشف عن التعاطي في حالة حوادث الطرق ، ومخالفات المرور الخطيرة على الطرق السريعة بوجه خاص ، على أن تدخل نتيجة الكشف في تقدير العقوبة المترتبة على المخالفة .

١٠- التوصية العاشرة :

لما كان الإدمان زملة من الأعراض والاضطرابات العضوية والنفسية الاجتماعية ؛ لذلك نوصي اللجنة بأن يوضع نظام علاج المدمنين ، على أساس أنه يمتد في مراحل ، كل مرحلة تسلم إلى المرحلة التي تليها ، بدءاً من مرحلة التلهيب من سبب المخدرات ، ومروراً بالعلاج النفسي ، ووصولاً إلى مرحلة الرعاية اللاحقة .

ويستلزم هذا التصور إقامة نظام إداري معين لإدارة العمل في المصحات ، وقد يتطلب هذا النظام إنشاء أقسام بها لما يسمى «بالمجتمعات العلاجية» ، مع ابتكار الإدارة الملائمة لها . وقد يتطلب توثيق الصلة بمنشآت مستقلة لهذه المجتمعات العلاجية ، حيث تجري عمليات إعادة التأهيل للمدمنين .

علاج الإدمان (زملة الاعتماد) ،

١- يجب إدخال المريض لوحدة معيزة للإدمان في إحدى مستشفيات الطب النفسي، أو لمستشفى خاص بالإدمان على أن يكون لهيئة التمريض والعلاج خبرة خاصة بأساليب علاج الإدمان بكافة أنواعه ، وقد حاول البعض علاج المدمنين بالعيادة الخارجية أو بالمنزل بنتائج غير مشجعة ؛ نظراً لعدم الانتظام في العلاج، وعدم مطارعة النظم الخاصة بالعزل ، وعدم الاختلاط برفقاء الاعتماد ، ناهيك عن القدرة الفائقة للحصول على المواد المؤثرة نفسياً بطرق ملتوية خفية ، على الرغم من الرقابة المشددة للأسرة .

وتختلف المراكز العلاجية في مدة إقامة المدمن ، وتتراوح من شهر إلى ٦ شهور ، حسب نوع ومدى الإدمان وشخصية المدمن والمساعدة الأسرية .

٢- علاج أعراض انسحاب المادة المؤثرة نفسياً ، والتي تختلف أعراضها حسب المادة ، وقد سبق شرح ذلك مع ذهان السموم في الكحول والمورفين والهيدرويين والكوكايين ، والمطمئنان والمخدرات . ويستغرق ذلك فترة تتراوح من أسبوع إلى ثلاثة أسابيع ، ويحتشد البعض أنه من الأفضل أن يمر المريض بفترة من الألم ، من جراء توقف العقار ؛ حتى لا يعود إلى هذه التجربة ثانية .

وتوجد نسبة لا تقل عن ٦٠٪ لاتعاني من أعراض الانسحاب الأليمة ، ويعطى الآن العلاج المتخصص لخفض شدة أعراض الانسحاب .

(أ) التلويح والتخدير طويل المدى باستعمال الكلوربرومازين بالعصل كل ٨ أو ١٢ ساعة لعدة أيام ، ثم الانتقال إلى العلاج بالفم ، ويعطى أحياناً عقار الكلورميثيازول (الهمتفرين) بالوريد بالنقطة أو الفم ، خاصة في إدمان الكحوليات .

(ب) نستعمل أحياناً عقاقير البنزوديازيبين ، مثل : الليبريم ، الفاليوم ، الأتيبان ، السيرياكس في الشخصيات السوية .

(ج) نستعمل أحياناً العقاقير المضادة للصرع ، مثل : التجريتول ، الديباكين ، الريفتريل .

(د) مضادات القلق والاكئاب لها فوائد في تخفيف هذه الأعراض ، علاوة على المساعدة على النوم .

(هـ) العقاقير المؤثرة على المستقبلات الأدرينالية مثل الكلونودين ، والذي يستعمل في علاج ارتفاع ضغط الدم ، ويخفض كثيراً أعراض الانسحاب ، خاصة مع الهيدرويين .

(و) الأنسولين المعدل بإعطاء ٢٠ - ٦٠ وحدة صباحاً ، حتى يبدأ المريض في العرق وسرعة النبض ، ويعطى بعدها مواد سكرية غنية بالنشويات .

(ز) لامانع من استعمال الفيثامينات والمقويات والمشهيات والمواد البناءة للجسم .

وتأديراً ما نتجاً لجلسات تنظيم إيفاج المخ (الجلسات الكهربائية) ، ولايحتاج إيمان المنبهات والحشيش والكوكايين إلى أكثر من بعض المطمئنات ؛ حيث إن الأعراض الجانبية محدودة ومدتها قصيرة .

وفي حالات إيمان المطمئنات والمخدرات ، مع وجود حالة جسمانية ضعيفة .. يفضل التوقف تدريجياً خوفاً من الهذيان والذبات الصرعية .

٣- العلاج النفسى الفردى والجمعى ، وهو أحد الأسس المهمة فى العلاج بعد فترة الانسحاب ، ويشمل معرفة الدوافع اللاشعورية للاستمرار فى الاعتماد ، وفهم الميكانيزمات المكونة ، والرغبة الدفينة فى التخطيم الذاتى غير المباشر، وتقوية الذات وترويض الإرادة ، وتأهيل المريض لمواجهة المجتمع .

وفي البلاد الأجنبية، ينضمون لجماعات المدمنين المجهولين أو الكحوليين المجهولين ؛ لمساعدة الثائب فى عدم العودة للمواد .

وللأسف نذل أبحاثنا أنه بعد علاج مرحلة الانسحاب ، لا يستمر فى العلاج النفسي والتردد على العيادة أكثر من ٣٠ ٪ من الحالات .

٤- العلاج السلوكى المنفر ، سبق تفسير ذلك سابقاً ، مثل : استعمال الانتابوز مع الكحول والتركسان مع الأفيون والهيرويين . وللأسف، لا يوجد علاج مماثل فى المطمئنات والمخدرات، ولو أنه يقال إن المضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات دوراً فعالاً مع الكوكايين والأمفيتامين .

٥- منع اللكسات بواسطة برنامج سلوكى معرفى يشمل تدريب المهارات الاجتماعية ، مع التدخل المعرفى فى المواقف أو الأفكار أو الرموز ، التى قد تصيب المدمن باللهفة ، ونزول إلى سقطة (Lapse) وقد يؤدي تكرارها إلى نكسة (Relapse) .

مآل الاعتماد (الإيمان) :

توجد صعوبة بالغة فى إعطاء صورة واضحة لمصير علاج المدمنين ؛

حيث إنها تختلف بنوع الشخصية والمساندة الأسرية ، وطبيعة العمل ، وأماكن العلاج ومدّة العلاج والمتابعة ، وقد سبق الذكر أن حوالي ٧٠ - ٨٠ ٪ من المدمنين يتوقفون عن التردد لتكملة العلاج التأهيلي والنفسى ، بعد خروجهم من المستشفى أو اختفاء أعراض الانسحاب خاصة أنه لا توجد دراسات فى أى مكان فى العالم لمتابعة المدمن ؛ نظرا للتقلب من مكان لآخر، وعلى عدة أطباء ومراكز مختلفة .

وإن لم نستطع التعميم فى مآل الإدمان ، إلا أنه من المعروف أن الشخصية السوية التى ابتليت بالإدمان لأسباب نفسية أو آلام جسدية مآلها هو الشفاء ، وكذلك مرضى الاكتئاب والقسام حيث يعتبر الإدمان ناتويا للمرض الأصلي حيث كانت بدايته لتخفيف الآلام النفسية ... هؤلاء أيضا مآلهم الشفاء من خلال علاج المرض الأولى، أما المآل الذى فهو فى الشخصية ضد الاجتماعية والشخصيات الحديثة .

وتدل الأبحاث الحديثة والمتابعة لإدمان الهيروين أن نسبة الوفاة تتراوح بين ٣ - ٥ كل سنة ، أى إن ١٥ ٪ من المرضى يموتون خلال ثلاث سنوات من الإدمان، والبعض ينتهى بأعراض عقلية أو الإبداع فى السجن .

وقد وجد جونسون (١٩٨٧) أن ٤٧ ٪ من مدمنى الأفيون والهيروين توقفوا عن التعاطى بعد ٦ شهور ، ويحتمل أن يتعاطى الفرد مرة أو مرتين المواد أثناء المتابعة ، ولكنها لا تنتهى بنكسة .

وقد وجد المؤلف (١٩٨٩) فى متابعة مائة وثمانين مدمن هيروين أن نسبة التوقف عن التعاطى بعد ٦ شهور حوالي ٣٤ ٪ ، ويبدو أن النسبة العالمية لمآل إدمان الهيروين هى الانقطاع عن التعاطى فى الثلث ، وعدة نكسات واضطراب فى العمل والتوقف أحيانا ، ثم العودة ثانيا فى ثلث آخر، أما الثلث الباقى فينتهى فى السجن أو مستشفيات الأمراض العقلية أو الوفاة .





## الزملات السلوكية المصحوبة

### باختلالات وظائفية وعوامل بدنية

#### BEHAVIOURAL SYNDROMES ASSOCIATED WITH PHYSIOLOGICAL DISTURBANCES AND PHYSICAL FACTORS

نادراً ما يكون التشخيص الفارق لتحديد نوع الزملة السلوكية ، المصحوبة باختلالات وظيفية وعوامل بدنية مشكلة ؛ فقد نكون هناك أعراض اكتئابية أو وسواسية مصاحبة ، بالإضافة إلى سمات اضطراب بالشخصية ؛ مما يطرح مسألة التمييز و/ أو استخدام أكثر من رمز تشخيصي .

تأثيراً مما يكون التشخيص الفارق لتحديد نوع الزملة السلوكية ، المصحوبة باختلالات وظيفية وعوامل بنوية مشكلة ؛ فقد تكون هناك أعراض اكتئابية أو وسواسية مصاحبة ، بالإضافة إلى سمات اضطراب بالشخصية ؛ مما يطرح مسألة التميز و/ أو استخدام أكثر من رمز تشخيص .

## أولاً ، اضطرابات الأكل ، EATING DISORDERS

تحت عنوان اضطرابات الأكل ، توصف زمتان مهمتان ومحددتان بوضوح ، هما : فقدان الشهية العصبي والضمور العصبي . كذلك سوف يفرد مكان لاضطرابات الضمور الأقل تعميماً ، وكذلك فرط الأكل حين تصاحبه اضطرابات نفسية ، كما تقدم حاشية قصيرة عن الفن المصحوب باضطرابات نفسية .

وقد سبق شرح فقدان الشهية العصبي وعلاجها مع الاضطرابات التحويلية ، ولكن يبدو أن مكانها الصحيح في هذا الفصل .

### فقدان الشهية العصبي ( القمه العصابي ) :

#### ANOREXIA NERVOSA

فقدان الشهية العصبي مرض ، يتميز بفقدان وزن واضح تحدته و/ أو تصافى عليه المريضة نفسها ، ويحدث المرض غالباً في الفتيات المراهقات والشابات من النساء . ولكن قد يصاب به الفتيان المراهقون والشباب ، ولكن بدرجة أكثر ندرة ، كما قد يصيب الأطفال قرب البلوغ والنساء الأكبر سناً حتى سن انقطاع الدورة الشهرية ، ويكون فقدان الشهية العصبي زملة مستقلة بالمعنى التالي :

(١) يسهل تعرف السمات الإكلينيكية للزئمة ؛ بحيث يكون التشخيص معروفاً عليه ، ويحدث عليه إجماع عالٍ من الأطباء .

(٢) أظهرت دراسات المتابعة أن عدداً لا بأس به من المرضى ، الذين لا يشفون يستمرون في إظهار السمات الأساسية نفسها لفقدان الشهية العصبى في شكل مزمن .

وعلى الرغم أن الأسباب الأساسية لفقدان الشهية العصبى تظل محيرة ، إلا أن هناك دليلاً متعاضداً على أن العوامل الاجتماعية الحضارية والعوامل الإحيائية تتفاعل لتساهم في إحداثه ، كذلك بالإضافة إلى آليات نفسية معينة (تأثيرية) في الشخصية . المرضى تصحبه درجات متزاوجة من التغذية المنقوصة ، مع ما يترتب عليها من تغيرات ثانوية هرمونية وأيضية ، بالإضافة إلى اضطرابات في وظائف الجسم . ويبقى هناك بعض الشك في ما إذا كان اضطراب الغدد الصماء الموصوف المميز هو بشكل كامل ؛ نتيجة لنقص التغذية والتأثير المباشر للسلوكيات المختلفة ، التي جاءت به (على سبيل المثال ؛ ضيق مجال الاختيار في الطعام ، وتعايرين بدنية شديدة وتغيرات في مكونات الجسم ، والفن المنفعل والمسهلات ، واضطراب المعادن المترتب على ذلك) أو أن هناك عوامل أخرى غير مؤكدة تلعب دوراً ما . لقد وضعت معايير دقيقة للوصول إلى تشخيص لا لبس فيه ؛ ولذا يلزم نوافر الآتى :

١- هناك فقدان شديد في الوزن (معامل كتليبي لكتلة الجسم ، يساوى ١٦ أو أقل) ، وقد يظهر مرضى ما قبل البلوغ تخلفاً عن الوصول إلى معدل زيادة الوزن المنظر أثناء فترة النمو .

٢- ويستحث نقص الوزن ذاتياً بواسطة :

(أ) تجلب الأطعمة التي تؤدي إلى السمنة .

(ب) الحث الذاتي على القيء .

(ج) الإسهال المستحث ذاتياً .

(د) التمرينات الرياضية المرهقة .

(هـ) استخدام مقفدات الشهية و/ أو مدرات البول .

٣- خلل في إدراك صورة الجسم ؛ حيث يستمر فيه الخوف من البدانة ،

و/أو ترهل شكل الجسم كلفكرة مسيطرة ولها قيمة متجاوزة (مفرطة) ،  
فتفرض المريضة على نفسها حدا منخفضاً لوزنها .

٤- اضطراب بالغدد الصماء واسع الانتشار ، يتضمن المحور  
الهيبوثلاموسى- النخامى- (المنسلى) ، والذي يظهر فى الأنثى على  
شكل انحباس الطمث ، وفى الذكر على شكل فقدان للرغبة الجنسية  
والفحولة (الاستثناء الواضح هنا هو استمرار النزف المهبلى فى النساء ،  
فأفادت الشهية ، واللاتى يدلون على علاج هرمونى استبدالى ، عادة  
ما يكون فى شكل حبوب مانعة الحمل) .

وقد تكون هناك مستويات مرتفعة من هرمونات النمو ،  
ومستويات زائدة من الكروتيزول ، وتغيرات فى الأيض الطرفى  
لهرمون الغدة الدرقية واختلالات فى إفراز الأنولين .

٥- إذا كانت البداية قبل سن البلوغ ، فهذا متأخر أو حتى تتوقف كل مراحل  
البلوغ (يتوقف النمو أى فى الفتيات لا تتكون النهود ، ولا تبدأ الدورة  
الشهرية ، وفى الفتيان تبقى أعضاء التناسل على حجمها الطفولى) ومع  
الشفاء ، يستكمل البلوغ بشكل طبيعى ، ولكن تتأخر بداية الدورة  
الشهرية .

### التشخيص الفارق :

نادراً ما يكون التشخيص الفارق لتحديد نوع الزملة السلوكية ، المصحوبة  
باختلالات وظيفية وعوامل بدنية مشكلة ؛ فقد تكون هناك أعراض اكتئابية أو  
وسواسية مصاحبة ، بالإضافة إلى سمات اضطراب بالشخصية ؛ مما يطرح مسألة  
التمييز و/أول استخدام أكثر من رمز تشخيصى . تتضمن الأسباب الجسمية لفقدان  
الوزن العرضى بين الشباب ، والتي تحتاج إلى تمييز الأمراض المزمنة الموهنة  
وأورام المخ ، واضطرابات الأمعاء ، مثل : مرض كرون ، أو زملة الامتناسل غير  
السوى .

### فقدان الشهية العصبى غير النمطى :

#### ATYPICAL ANOREXIA NERVOSA

فى حالات نسوفاى بعض سمات فقدان الشهية العصبى ، ولكنها تلتفتد إلى  
الصورة الإكلينيكية الشاملة التى تسمح بهذا التشخيص ؛ فعلى سبيل المثال قد تلتفتد

إلى واحد من أهم الأعراض الجوهرية ، مثل : الفزع الشديد من البدانة أو انقطاع الطمث ، مع وجود فقدان شديد في الوزن ، أو سلوك يؤدي إلى إنقاص الوزن ، ولايجوز استخدام التشخيص في حالات اضطراب الأكل المترتبة على مرض جسدي معروف .

### النهام العصائبي ( الشره العرضي) : BULIMIA NERVOSA :

النهام العصائبي هو زملة ، تتميز بنوبات متكررة من الإفراط في الأكل وانشغال شديد بالتحكم في وزن الجسم ، يؤدي بالمرضى إلى نسط من الإفراط في الأكل ، يليه في أو استخدام المليينات . ويشترك هنا الاضطراب في كثير من السمات النفسية ، مع فقدان الشهية العصبي بما فيها الاهتمام الشديد بشكل ووزن الجسم .

وقد يؤدي القلق المتكرر غالباً إلى اضطرابات في معادن الجسم ومضاعفات جسدية وغالباً - وإن ليس دائماً - يكون هناك تاريخ من نوبة سابقة لفقدان الشهية العصبي، تفضلها عن النوبة العالية فترة ، تتراوح بين بضعة شهور أو عدة سنوات.

والاضطرابات الناتجة كلها ضرورية + من أجل تشخيص فرط الأكل العصبي ( الشره العرضي) ، وبذلك فهي تكون معايير تشخيصية حازمة ، وقد تكون هناك تباينات داخل كل معيار ، كما يشار إلى ذلك .

(١) هناك انشغال دائم بالأكل، ونهم لايقاوم ، ويقع المريض فريسة نوبات من الأكل يلتهم فيها كميات ضخمة من الطعام في فترات قصيرة من الوقت .

(٢) يحاول المريض مقاومة زيادة الوزن المترتبة على الطعام ، بواحد أو أكثر من الأساليب التالية :

افتعال القيء ، وسوء استخدام المليينات ، وفترات متراوحة من التجويع ، واستخدام العقاقير كمهبطات للشهية ، أو مستحضرات الغدة الدرقية أو مدرات البول ؛ حيث تحدث حالة فرط الطعام في مرضى السكر ، فقد يختارون أو يهملون علاجهم بالأنسولين .

(٣) يتكون الاعتلال النفسي من خوف مرضى في البداية، وتحدد المريضة لنفسها وزناً حديداً شديداً التحديد ، أقل من وزنها السابق على المرض

بكثير، والذي تعتبره بعد ذلك هو الوزن المناسب أو الصحي، وهناك عادة، وإن ليس دائماً، تاريخ لتوبة سابقة من فقدان الشهية، مرت عليها فترة تتراوح بين بضعة شهور وعدة سنوات.

وقد تكون هذه التوبة واضحة وكاملة، أو قد تأخذ شكلاً متموجاً خفيفاً، يصاحبه فقدان وزن متوسط و/ أو فترة عابرة من انقطاع الدورة الشهرية.

### التشخيص الفارق :

يتضمن :

(١) اضطرابات بالجهاز الهضمي الأعلى، تؤدي إلى قن متكرر (المرضية النفسية المميزة غالبية).

(٢) اضطراباً في الشخصية أكثر عمومية، إذ إن اضطراب الأكل قد يتواجد جنباً إلى جنب، مع الاعتماد على الكحول أو بعض الاضطرابات البسيطة للقانون (على سبيل المثال : سرقة أشياء صغيرة من المحال).

(٣) اضطراباً اكتئابياً (إذ إن مرضى الشره المرضى كثيراً ما يعانون من أعراض اكتئابية).

### النهام العصامي غير النمطي ATYPICAL BULIMIA NERVOSA

هي اضطرابات تستوفي بعض سمات الضمور العصبي، ولكنها تفتقد إلى الصورة السريرية الشاملة، التي تبرز استخدام هذا التشخيص، على سبيل المثال قد تكون هناك نوبات متكررة من فرط الأكل، وفرط استخدام الملينات دون تغير ذي دلالة في الوزن، أو قد تفتقد الصورة السريرية إلى الانشغال النمطي الشديد بشكل ووزن الجسم.

فرط الأكل المصاحب باضطرابات نفسية أخرى :

### OVEREATING ASSOCIATED WITH OTHER PSYCHOLOGICAL DISTURBANCES

يدرج هنا فرط الأكل الذي أدى إلى بداية كرد فعل لأحداث مثيرة للضيق، مثل : فقدان عزيز والمواد والعمليات الجراحية والولادة والأحداث العاطفية المثيرة للضيق، والتي قد تليها بداية تفاعلية، خاصة في المرضى ذوي الاحتداد

زيادة الوزن ، أما البدانة كسبب للاضطراب النفسى ، فلايجوز أن تدرج هنا .

قد تسبب البدانة فى أن يشعر المريض بحساسية بسبب مظهره ، وقد تؤدى إلى فقدان الثقة فى النفس ، من خلال العلاقات الشخصية ، كما أن التقدير الذاتى للحجم قد تكون فيه مبالغة .

أما البدانة كأحد الآثار الجانبية للعلاج طويل المدى بأدوية مؤثرة على الجهاز العصبى أو مضاده للاكتئاب ، وأى نوع آخر من الأدوية ، فلايجوز أن تدرج هنا .

قد تكون البدانة دافعاً لاتباع نظام غذائى ، والذي يؤدى بدوره إلى أعراض وجدانية (قلق ، ضجر ، ضعف ، نرق) ، أو فى حالات نادرة إلى أعراض اكتئابية شديدة (اكتئاب الرجيم) .

القنن المصاحب باضطرابات نفسية أخرى :

#### VOMITING ASSOCIATED WITH OTHER PSYCHOLOGICAL DISTURBANCE

هو القنن المتكرر الذى يحدث فى الاضطرابات الانشاقية ، واضطراب توهم وجود مرض جسمانى ، والذي لايقصر سببه على حالات مصلفة خارج إطار هذا الباب . ويمكن استخدام هذه القلة أيضاً ، بالإضافة إلى القنن المفرط فى فترة العمل ، حين تلعب العوامل الاتفعالية دوراً بارزاً فى إحداث الغشيان والقنن المتكررين فى أثناء فترة العمل .

#### اضطرابات أكل أخرى : OTHER EATING DISORDERS :

يتضمن : الوحم فى الراشدات .

فقدان الشهية نفسى المنشأ .

العلاج : سبق ذكره مع علاج فقدان الشهية للعصبى ، ويعتمد على :

١- العلاج النفسى .

٢- العلاج السلوكى المعرفى .

٣- العلاج الكيمىائى .

وأحياناً مايجتاج المريض الدخول إلى المستشفى .

## ثانياً : اضطرابات النوم غير العضوية

### (١) عصر النوم :

حالات نفسية المنشأ في الأساس ، يكون الاضطراب البارز فيها في :

١- كمية وكيفية أو توقيت النوم أى (لرق) .

٢- وفرط نوم نفسى المنشأ .

٣- اضطراب نفسى المنشأ في جدول النوم واليقظة .

٤- اضطرابات مترادفة للنوم .

٥- أحداث نوابية غير طبيعية تحدث أثناء النوم ، وترتبط في الطفولة بنماء الطفل ، ولكنها في الرشد تكون أساساً نفسية المنشأ ، على سبيل المثال السير أثناء النوم ، الفرع اللبلى والكوابيس .

يتضمن هذا الجزء فقط تلك الاضطرابات في النوم ، التى تمثل المرضية النفسية عاملاً أولياً فيها ، أما اضطرابات النوم ذات الطبيعة العضوية مثل زلة (كلاين ليفين) ، فهى مصنفة في مكان آخر ، وكذلك فإن اضطرابات النوم المفرط والتوقيت غير المناسب للنوم ، والتي ليس لها منشأ نفسى مصنفة أيضاً في مكان آخر .

كذلك يتضمن هذا الفصل قائمة بالاضطرابات النوابية في الحركة ، والتي تتضمن الرجفان العضلى اللبلى ، وكذلك فإن اضطرابات مشكلات الاختناق المرتبط بالنوم مصنفة في مكان آخر ، وتتضمن انقطاع التنفس أثناء النوم واضطرابات أخرى في التنفس مرتبطة بالنوم .

وأخيراً فإن سلس البول مصنف مع اضطرابات انفعالية وسلوكية أخرى تتميز بأنها تبدأ في فترات الطفولة والمراهقة ، في حين يصنف سلس البول اللبلى الأولى ، والذي يعتبر نتيجة لتأخر نضوجي للتحكم في المثانة أثناء النوم ، ويصنف في الفصل الذى يتضمن الأمراض التي تخص الجهاز البولى .

في كثير من الحالات ، يكون اضطراب النوم واحداً من أعراض اضطراب آخر ، إما عقلى أو بدنى . ولتحديد ما إذا كان اضطراب النوم في مريض بعينه هو



حالة مستقلة ، أو أنه ببساطة واحد من سمات اضطراب آخر (مقسم في مكان آخر في الفصل الخامس من التصنيف الدولي العاشر للأمراض ، أو في فصول أخرى) .

ويجب الاستناد إلى صورته الإكلينيكية ومساره ، بالإضافة إلى الاعتبارات والأولويات العلاجية وقت الاستشارة . على أية حال .. يجب استخدام تشخيص اضطراب النوم في أي حالة ، يكون اضطراب النوم واحداً من شكاوى المريض الأساسية ، جنبا إلى جنب مع كل التشخيصات الملزمة الكثيرة الأخرى ، متضمنة وصفاً دقيقاً للمرضية النفسية و/ أو المرضية الوظيفية المرتبطة في حالة بعينها .

ويتضمن هذا الجزء فقط تلك الاضطرابات في النوم ، التي تكون الأسباب الانفعالية هي العامل الأساسي في إحداثها ، والتي لا تكون نتيجة لأي اضطرابات جسدية بدنية أخرى معروفة في مكان آخر .



النوم (كوريه)

(١) الأرق غير العضوى NONORGANIC INSOMNIA :

الأرق هو حالة عدم لكتفاء كمي و/أو كيفي من النوم ، تستمر لفترة لا بأس

بها من الوقت ، ولا يجب أن يعطى معدل الاختلاف الفطري في النوم الاعتبار أول عما يعتبر بشكل عام الكمية الطبيعية من النوم عند تشخيص حالة الأرق ، ذلك أن بعض الأفراد (ممن يسمون بقلبي النوم) يحصلون على كمية قليلة من النوم، ولكنهم لا يعتبرون أنفسهم مصابين بالأرق . وعلى العكس .. هناك مرضى يعانون كثيراً من سوء كىطية نومهم ، فى حين أن كمية النوم تعتبر بمقياس ذاتى و/أو موضوعى فى إطار الحدود الطبيعية .

أكثر الشكاوى انتشاراً بين مصابى الأرق هى الشكوى من صعوبة السكون إلى النوم ، تليها صعوبة الاستمرار فى النوم، وبعدها الاستيقاظ المبكر، ومع ذلك .. فإنه عادة ما يشكو المرضى من أكثر من واحدة من هذ الشكاوى .

والى حد معروف يحدث الأرق فى وقت تزيد فيه وطأة الحياة ، ويعمل الأرق إلى أن يكون أكثر شيوعاً بين النساء والأفراد كجهاز السن والأشخاص المضطربين نفسياً ، أو فى أوضاع غير مواتية اجتماعياً واقتصادياً . وعندما تتكرر خبرة الأرق .. فإنها قد تودى إلى خوف من عدم النوم وانشغال بتبعاته ، مما يخلق دائرة خبيثة تقاوم من مشكلة المريض .

يصف مرضى الأرق أنفسهم ، عندما يحين وقت النوم بأنهم يشعرون بالتوتر والتلق والانفعال أو الاكتئاب ، وكأن أفكارهم تتسابق ، وكثيراً ما يجترون أفكارهم حول حصولهم على كمية كافية من النوم ، وحول مشاكل خاصة وروضعهم الصحى وحقى حول الموت ، وكثيراً ما يحاولون التعامل مع توترهم بواسطة تعاطى الأدوية أو الكحول . وفى الصباح كثيراً مايشكون من إحساس بالنعب الجسمى والعقلى ، أما فى أثناء النوم .. فهم يشعرون عادة بالاكتئاب والانزعاج والتوتر والنرق والانشغال بأنفسهم .

وكثيراً مايقال إن الأطفال يجدون صعوبة فى النوم ، فى حين أن المشكلة فى الواقع هى مشكلة صعوبات فى التعامل مع روتينات وقت النوم (أكثر منها النوم فى حد ذاته) .

والسمات السريرية الأساسية فى التشخيص المحدد هى كالتالى :

- (١) شكوى اضطراب النوم هى إما شكوى من صعوبة السكون إلى النوم ، أو الاستمرار فيه ، أو شكوى من نوم هزيل القبة .

(٢) تكرار شكوى اضطراب النوم على الأقل ثلاث مرات أسبوعياً ، لمدة شهر على الأقل .

(٣) هناك انشغال بعدم النوم واهتمام شديد بتبعاته في الليل وأثناء النهار .

(٤) الكمية و/أو الكيفية غير المرضية للنوم تؤدي إلى انزعاج شديد، أو تتعارض مع الأداء الاجتماعي والمهني .

يستخدم هذا التشخيص كلما كانت شكوى المريض الوحيدة هي أن كمية و/أو كيفية النوم غير مرضية ، ولا يتناقض مع تشخيص الأرق وجود أعراض نفسية أخرى ، مثل : الاكتئاب أو القلق أو الوسواس .. إلخ ، بشرط أن يكون الأرق هو الشكوى الأساسية ، أو أن يكون استمرار الأرق العزيم وشده قد أديا بالمريض لاعتباره الاضطراب الأساسي .

والاضطرابات المتزامنة الأخرى يجب أن تذكر أيضاً إذا كانت موجودة بدرجة كافية من الشدة والاستمرار ، تستدعي علاجاً في حد ذاتها . وجدير بالذكر أن مصابي الأرق المزمنين عادة ما يكونون منشغلين باضطراب النوم ، الذي يعانون منه ، في الوقت نفسه الذي ينكرون فيه وجود أية مشاكل وجدانية .

وبالداللي فإن التقييم الإكلينيكي الدقيق ضروري لاستبعاد وجود اعتلال نفسي ذي وزن -

الأرق عرض شائع في الاضطرابات العقلية الأخرى ، مثل : الاضطرابات الوجدانية والمصبية ، واضطرابات استخدام العقاقير والفضام ، واضطرابات الأكل أو في اضطراب نوم آخر مثل الكوابيس .

كذلك .. فإن الأرق قد يصاحب الأمراض الجسمية ، التي يصاحبها ألم أو قلة راحة ، كما قد يصاب استخدام بعض الأدوية المعيلة ، إذا كان الأرق مجرد واحد من أعراض متعددة لاضطراب عقلي أو حالة جسمية ، بمعنى أنه لا يهيمن على الصورة الإكلينيكية ، عندئذ .. يكون التشخيص هو ذلك الخاص بالاضطراب العقلي أو الجسمي الموجود أصلاً ، إذ إن تشخيص اضطراب نوم آخر كالكابوس واضطراب دورة النوم واليقظة ، والاختناق أثناء النوم ، والرجفان العضلي الليلي يستخدم فقط ، إذا كان يؤدي إلى انخفاض كمي أو كيفي في النوم .

وإذا اعتُبر حالة في حد ذاته .. يجب أن يضاف رمز الأرق بعد الرمز الخاص بالتشخيص الرئيسي .

## (٢) فرط النوم غير العضوي NONORGANIC HYPERSOMNIA

يعرف فرط النوم على أنه حالة من النعاس الشديد ، خلال النهار مع نوبات من النوم (لا يفسرها عدم كفاية كمية النوم) ، أو استغراق فترة طويلة للانتقال إلى حالة اليقظة الكاملة عند الاستيقاظ ، في غياب عامل عضوي يفسر حدوث فرط النوم . وغالباً ما تكون هذه الحالة مصحوبة باضطرابات عقلية ، وكثيراً ما تكون في الواقع عرضاً لاضطراب وجداني ثنائي القطب (أثناء نوبة اكتئاب) ، أو اضطراب اكتئابي متكرر أو نوبة اكتئابية . ولكن في بعض الأحوال لا تستوفي المعايير لتشخيص اضطراب عقلي آخر ، على الرغم من وضوح درجة ما عند الاعتلال النفسي .

ويحاول بعض المرضى إيجاد ترابط بين ميلهم إلى النوم في غير أوقات مناسبة وخبرات مزعجة معينة ، حدثت أثناء اليوم ، والبعض الآخر ينكر مثل هذا الارتباط حتى إذا تعرف طبيب ماهر وجود مثل هذه الخبرات . وفي بعض الحالات الأخرى ، لا يمكن التعرف بسهولة أي عوامل وجدانية أو نفسية أخرى ، ولكن غياب عوامل عضوية يشير إلى أن فرط النوم هو غالباً نفسى المنشأ .

والسمات السريرية الأساسية في التشخيص المحدد هي كالآتي :

(١) نعاس شديد لوليات أثناء النهار ، لا ترجع إلى عدم كفاية كمية النوم /أو استغراق فترة طويلة ؛ للانتقال إلى حالة اليقظة الكاملة عند الاستيقاظ (سكرة النوم) .

(٢) يحدث اضطراب النوم هذا يومياً لمدة تزيد عن الشهر ، أو لفترات متكررة أقصر طولاً ، وبسبب إما انزعاجاً شديداً أو تعارضاً مع الأبناء الاجتماعى أو المهني .

(٣) غياب الأعراض الإضافية للنوم الانتيابي (الخداع) الجمعد (فقدان القوى العضلية) ، وشال النوم ، وهلاوس النعاس ، أو دليل إكلينيكي على الاختراق أثناء النوم ، وتوقف التنفس الليلي ، أصوات شخير متقطعة نعلية ... إلخ .

(٤) غياب أى حالة عصبية يمثل النعاس أثناء النهار أحد أعراضها .

إذا حدث فرط النوم كواحد فقط من أعراض اضطراب عقلي، مثل اضطراب وجداني.. عندئذ يجب أن يكون التشخيص هو ذلك الخاص بالاضطراب الأساسي، ولكن يجب إضافة تشخيص فرط النوم نفسى المنشأ، إذا كان فرط النوم هو الشكوى البارزة فى مرضى اضطرابات عقلية أخرى .

التشخيص الفارق :

لتمييز بين فرط النوم والخدار، عادة ما يكون هناك عرض أو أكثر إضافي، مثل : فقدان القوى العضلية، وشلل النوم وهلاوس النعاس، ولا يمكن مقاومة نوبات النوم وتكون أكثر إمتاعاً، ويكون النوم الليلي منقطعاً ومضطرباً. وعلى العكس من ذلك، نجد أن عدد نوبات النوم النهاري في فرط النوم أقل حدوثاً في اليوم، وإن كان كل منها يستمر لفترة أطول، والمريض هنا قادر - في كثير من الأحوال - على أن يحول نوب حدوثها، وعادة ما يكون النوم الليلي معتاداً، مع صعوبة في تحقيق حالة من اليقظة الكاملة عند الاستيقاظ (سكرة النوم) .

ومن المهم التمييز بين فرط النوم نفسى المنشأ وفرط النوم المرتبط باختناق أثناء النوم، وأنواع أخرى عضوية المنشأ من فرط النوم، فبالإضافة إلى فرط النوم الكثير أثناء النهار، نجد أن أغلب المرضى الذين يعانون من اختناق النوم لديهم تاريخ من توقف التنفس ليلاً، وأصوات الشخير المميزة المنقطعة، والبهانة وارتفاع ضغط الدم وفقدان الانتصاب واضطراب معرفي وفرط حركة ليلي وعرق غزير، بالإضافة إلى الآم بالرأس مما قد يستدعي تأكيد التشخيص والقياس لكمي لنوبات الاختناق، من خلال تسجيلات معامل النوم عند الارتباب في وجود اختناق النوم .

أما فرط النوم نتيجة لسبب عضوي معروف (التهاب دماغي، التهاب سحائي ارتجاج بالمخ أو أى إصابة مخية أخرى، أورام المخ، آفات وهائية، أمراض تآكلية وأمراض عصبية أخرى، اضطرابات أيضية، حالات التسمم، اضطرابات فى الغدد، زملة آثار ما بعد الإشعاع)، فيمكن أن يميز عن فرط النوم النفسى المنشأ بالوجود المحض للعامل العضوي المؤذي، كما يدل عليه المظهر السريري للمريض، ونتائج الاختبارات المعملية المناسبة أو النتائج المخبرية المناسبة .

### (٣) اضطرابات موعد النوم واليقظة غير العضوية :

#### NONORGANIC DISORDER OF THE SLEEP WAKE SCHEDULE

يعرف اضطراب موعد النوم واليقظة بأنه فقدان للتران بين برنامج الفرد في النوم واليقظة وبرنامج النوم واليقظة المرغوب فيه من قبل ؛ مما يترتب عليه شكوى إما من الأرق أو من فرط النوم .

وقد يكون هذا الاضطراب نفسى المنشأ أو قد يكون له مصدر عضوى مفترض ، تبعاً للمساهمة النسبية للعوامل النفسية أو العضوية في إحداثه . كثيراً ما يعرض الأفراد ، الذين تتصف أوقات نومهم واستيقاظهم بعدم التنظيم والتباين أنفسهم لدرجات جدية بالاعتبار من المرضية النفسية، والتي تقتون عادة بحالات نفسية مختلفة، مثل: اضطرابات الشخصية ، واضطرابات وجدانية ، وكذلك الأفراد الذين يغيرون عملهم بمعدل كبير، وبشكل متكرر، أو الذين يسافرون عبر فروق توقيت كبيرة ؛ إذ يحدث لهم سوء تنظيم في دورتهم اليومية، وعادة ما يكون بيولوجيا في الأساس ، ولكن هناك مع ذلك عامل وجداني قوى في إحداث الحالة ؛ حيث إن هؤلاء الأفراد يعيشون ضغطاً شديداً في كثير من الحالات.

أخيراً .. هناك في بعض الأفراد تقدم زمني عن جدول النوم واليقظة المرغوب فيه ، والذي يكون إما نتيجة لاضطراب وظيفي كامن في المنظم الدورى للفرد ، أو تحليل غير طبيعى لمستشعرات الوقت، التي نمير الساعات البيولوجية (الحالة الأخيرة قد تكون فعلاً مرتبطة باضطراب وجداني و/أو) .

والساعات السريرية التالية ضرورية :

(١) نظام الفرد في النوم واليقظة غير متزامن مع جدول النوم واليقظة ،

المرغوب فيه؛ لئلا يتناسب مع المتطلبات الاجتماعية ، ولئلا يتناسب مع

أغلب الأشخاص في محيط الفرد .

(٢) يعاني الفرد نتيجة لهذا الاضطراب من الأرق أثناء الجزء الأعظم من

فترة النوم أو فرط النوم أثناء فترة الاستيقاظ ، كل يوم تقريباً لمدة شهر

على الأقل ، أو بشكل متكرر لفترات أقصر من الوقت .

(٣) الكمية والكيفية وأوقات النوم غير المرضية تتسبب إما في انزعاج شديد ، أو تتعارض مع الأداء الاجتماعي والمهني .

#### (٤) السير أثناء النوم (السرمنة) SOMNAMBULISM :

السير أو التجول أثناء النوم هو حالة من تبدل الوعي ، تجتمع فيها ظواهر النوم أو اليقظة أثناء نوبة التجول أثناء النوم ، حيث يقوم الفرد من السرير ، غالباً أثناء الثلث الأول من النوم الليلي ، ويسير متجولاً ميدياً مستوياً منخفضاً من الإدراك والتفاعل والمهارة الحركية .

وعادة ما يترك الجوالون حجرات نومهم أثناء النوم ، وأحياناً يتجولون فعلاً إلى خارج بيوتهم ، وبالتالي فهم معرضون إلى مخاطر ضخمة للإصابة أثناء نوباتهم ، ولكنهم في أحيان كثيرة يعودون سريعاً إلى أسرهم ، إما من تلقاء أنفسهم ، أو يقودهم إليها بهدوء شخص آخر . وحين يستيقظون إما من نوبة التجول أثناء النوم أو في الصباح التالي ، فإنهم عادة لا يتذكرون أي شيء عن الحدث .

التجول الليلي والغزغز الليلي شديدا الارتباط أحدهما بالآخر ، والاثنتان يعتبران اضطرابين يحدثان أثناء المراحل الأعمق للنوم (المرحلة الثالثة والرابعة) ، ويكون لدى كثير من المرضى تاريخ عائلي إيجابي ، بالنسبة لأى من الحالتين ، بالإضافة إلى تاريخ شخصي بالمرور بخبرة بكليهما .

كذلك فإن كلا من الحالتين أكثر شيوعاً في فترة الطفولة؛ مما يشير إلى الدور الذي تلعبه العوامل الإنمائية في كليهما . كذلك .. فإنه في بعض الحالات تتزامن بداية هذه الحالات مع حمى ، وأخيراً ، عندما تستمر الحالتان في الحدوث ، أو تلاحظان لأول مرة في الرشد .. فإن كليهما يعيل إلى أن يكون مصحوباً بدرجة عالية من المرضية النفسية ، ولذا اعتبرت الحالتان أخيراً جزءاً من متصل تشخيصي واحد؛ استناداً إلى التشابهات السريرية والمرضية بين التجول الليلي والذعر الليلي ، وإلى واقع أن التشخيص المفارق بين هذين الاضطرابين ، هو عادة عملية تحديد أى من الحالتين أكثر ظهوراً من الأخرى . ولكن للاتساق مع التفاليد وللتأكد من الفروق بين شدة مظاهرها السريرية ، أعطى لكل منهما رمز مستقل في هذا التصنيف .

### والسمات السريرية التالية ضرورية :

(١) العرض البارز هو نوبات متكررة من النهوض من السرير أثناء النوم، والتجوال لمدة عدة دقائق أو نصف ساعة ، تحدث عادة أثناء الثلث الأول من النوم الليلي .

(٢) أثناء النوبة يكون وجه المريض محدثاً وبن تعبير ، ويكون المريض سبياً غير مستجيب لمحاولات الآخرين في التأثير على العكث أو للتحدث معه /أو معها، ولا يمكن إيقافه إلا بصعوبة بالغة .

(٣) عند الاستيقاظ (سواء من النوبة أو في الصباح التالي، لا يندكر الفرد شيئاً عن النوبة) .

(٤) عند الاستيقاظ قد تكون هناك فترة قصيرة أولية من بعض الاختلاط ، وعدم الانتهاء ، ولكن في خلال دقائق من الاستيقاظ من النوبة.. لا يكون هناك أي اختلال في النشاط العقلي أو السلوك .

(٥) غياب أي دليل على وجود اضطراب عقلي عضوي ، مثل: الخرف، أو اضطراب بدني مثل الصرع .

### التشخيص الفارق :

يجب التمييز بين التجوال أثناء النوم ونوبات الصرع التفسرحركي ، فالصرع التفسرحركي نادراً ما يحدث في الليل فقط، وفيه يكون المريض غير مستجيب تماماً للمنبهات المحيطة به، وقد تشيع الحركات التكرارية ، مثل: التلع أو دك اليدين. ووجود تدفقات صرعية في تخطيط المخ الكهربائي يؤكد التشخيص ، وإن كان وجود اضطراب تشمي لا يستبعد الوجود المتزامن للتجوال أثناء النوم .

الاضطراب الانشفاقي هو حالة أخرى، يجب تمييزها عن التجوال أثناء النوم. ففي الاضطرابات الانشفاقية .. تكون النوبات أطول في مدتها بكثير، ويكون الأفراد أكثر نهبها وقدرة على إثبات سلوكيات معقدة ، وذات عرض . وعلاوة على ذلك.. فإن هذه الاضطرابات تكون نادرة في الأطفال ، وتبدأ على حد نموذجي أثناء ساعات اليقظة .



## (٥) الفزعَات الليلية (مروعَات النوم) (فزع النوم) :

### SLEEP TERRORS

فزعَات النوم أو الفزعَات الليلية هي التعبير الأكثر توصفاً في السلسلة التشخيصية المتصلة ، التي تتضمن التجوال أثناء النوم ، وهي نوبات ليلية من الفزع الشديد والهلع ، تصاحبها أصوات عالية وحركة زائدة ، ومسئويات عالية من النشاط العصبي اللاإرادي ، ويقوم الفرد من نومة جالساً أو واقفاً عادة أثناء الثلث الأول من النوم الليلي ، ويصرخ صرخة رعب . وفي أحيان كثيرة ، يسرع هي/ هو إلى الباب ، كما لو كانت هناك محاولة هروب ، وإن كان نادراً جداً ما يترك الفرد الغرفة .

وقد تؤدي محاولات الآخرين في التحكم في حدث الفزع الليلي - في الواقع - إلى مزيد من الخوف الشديد ، ذلك أن المريض لا يستجيب لهذه المحاولات وحسب ، ولكن يضطرب حسه لنبضع دقائق ، وبسبب هذه السمات السريرية .. فإن الأفراد يكونون معرضين لمخاطر كبيرة للإصابة أثناء نوبات الفزع الليلي .

وكما ذكر بالتفصيل في الجزء الخاص بالتجوال أثناء النوم .. فإن حالات الفزعَات الليلية وثيقة الارتباط بالتجوال أثناء النوم . وتلعب العوامل الوراثية والعنصرية والنفسية كلها دوراً في تطورها ، وكلاهما يشترك في ذات السمات السريرية والمرضية الفسيولوجية ذاتها . واستناداً إلى أوجه الشبه بينهما .. فقد اعتبرت هاتان الحالتان حديثاً جزءاً من المتصل للتصنيف ذاته .

والسمات الإكلينيكية التالية أساسية :

(١) العرض الأساسي هو نوبات متكررة من الاستيقاظ من النوم ، تبدأ بصرخة خوف حاد ، وتتميز بقلق شديد وحركة جسدية وفراط النشاط العصبي اللاإرادي ، مثل : الخفقان ، وضربات القلب ، وسرعة التنفس ، واتساع الحدفتين والعرق .

(٢) هذه النوبات المتكررة من الاستيقاظ المفاجئ من النوم دون اتصال كاف بالعالم المحيط ، تستمر في المعتاد لفترة تتراوح بين دقيقة وعشر دقائق وتحدث أثناء الثلث الأول من النوم الليلي .

(٣) هناك عدم استجابة نصبي لجهود الآخرين في محاولة السيطرة على الفزع الليلي ، وعلى هذه المجهودات دائماً تقريباً فكرة عدة دقائق من عدم الاهتمام والحركات التكرارية .

(٤) استرجاع الحدث ، إن وجد محدوداً جداً (عادة على شكل صورة عقلية متقطعة أو اثنتين) .

(٥) غياب أي دليل على وجود اضطراب بدني مثل ورم بالمخ أو صرع .

التشخيص الفارق :

يجب تمييز الفزعات الليلية عن الكوابيس الليلية ، فالأخيرة هي أحلام سيئة شائعة تصحبها ، إن وجدت أصوات وحركات جسدية محدودة . وعلى العكس من الفزعات الليلية ، تحدث الكوابيس في أي وقت من الليل، ويمكن إيقاف الفرد بسهولة ، ويمكنه استعادة الحدث بشكل تفصيلي وحيوي شديد .

وعند التمييز بين الفزعات الليلية والتشنجات الصرعية، يجب أن يتذكر الطبيب التشنجات، والتي نادراً جداً ما تحدث فقط أثناء الليل، كذلك... فإن تخطيط رسم المخ الكهربائي غير الطبيعي يرجح تشخيص الصرع .

الكوابيس الليلية (قلق الحلم) :

#### NIGHTMARES (DREAM ANXIETY)

الكوابيس هو خبرة حلم محمل بالقلق والخوف ، ويظهر استرجاع تفصيلي شديد لمحتوى الحلم. تعد تجربة الحلم هذه تجربة حية جداً ، وتضمن عادة موضوعات تخص تهديدات البقاء أو موضوعات مشابهة لها . وأثناء النوبة النموذجية، توجد درجة من النشاط العصبي اللاإرادي، ولكن لا توجد أصوات تذكر أو حركة جسدية . وعند الاستيقاظ يصبح الفرد منتبهاً ومهتدياً بسرعة ، ويستطيع التواصل مع الآخرين فيعطى عادة تقريراً تفصيلياً لخبرة الحلم ، إما في الفترة التالية على الاستيقاظ مباشرة أو في الصباح التالي .

لا يشترط بالضرورة وجود مرضية نفسية في الأطفال ؛ ذلك أن حدوث كوابيس في الطفولة يرتبط عادة بفترة معينة من الارتقاء العاطفي . وعلى العكس.. فإن البالغين الذين يعانون من كوابيس ليلية كثيراً ما يظهرون مستويات

- عالية من المرضية النفسية عادة ، في شكل اضطراب في الشخصية ، بالإضافة إلى المرضية النفسية كعامل مسبب . وقد يساهم استخدام عقاقير نفسية معينة ، مثل : مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات ، والتي تكبت النوم ذا حركة العين السريعة (مرحلة النوم المرتبطة بالأحلام) قد تؤدي إلى نقص الأحلام والكوابيس .



### كوابيس

والسمات الإكلينيكية التالية أساسية :

- (١) الاستيقاظ من النوم الليلي أو الغفلات النهارية باسترجاع تفصيلي وحيوي لأحلام مخيفة جداً ، تتضمن في العادة تهديداً للحياة أو الأمان أو احترام الذات، والاستيقاظ قد يحدث في أي وقت من فترة النوم وإن كان نموذجياً يحدث في النصف الثاني منه .
- (٢) ينتبه الفرد ويعود لطبيعته سريعاً، عند الاستيقاظ من الأحلام المخيفة .
- (٣) تنسب الأحلام واضطراب النوم المترتب على فترات الاستيقاظ في صيق شديد للفرد -

علاج الأرق :

تعتمد الخطوات الأولى في علاج الأرق في الفحص الطبي والنفسي على

استبعاد مرض عضوي ، أو نفسي ، حيث يتجه العلاج أثناءها لشفاء المرض الأصلي ، وإن واجهنا صعوبة في التشخيص .. فيفحص ويقم المريض في أحد معالم النوم؛ خاصة في حالات الاختناق الليلي ، أو الرجفان العضلي الليلي ، وكلاهما له العلاج الخاص به :

(١) العلاج النفسي مع بعض المعطونات من مجموعة البنزوديازيبين ، مثل: الفاليوم لكسوناتيل ، أتيفان ، موجادون ، نورميزون... إلخ؛ خاصة في حالات القلق . ويستحسن استعمال هذه العقاقير لمدة لا تزيد عن ستة أسابيع ، حتى لا يعود المريض العقار ، ولا مانع من إعطائها ثلاث مرات أسبوعياً بدلاً من التعاطي اليومي .

(٢) إذا كان الأرق ثانوياً لاضطراب اكتئابي ، فالعلاج الأمثل هو مضادات الاكتئاب ؛ خاصة النوع المهدئ ، مثل: النريبتيزول ، لوديوميل ، سلكران ، سيرمونيل أو التريبتوفان .

(٣) إذا كان الأرق ثانوياً لاضطراب ذهاني ، فهذا يتجه العلاج إلى مضادات الذهان ، مثل : اللارجاكتيل ، الميفبريل ، التيونكس .

(٤) إذا كان الأرق ثانوياً لاستعمال المواد ، مثل: المنبهات أو الهيروين ، فلا مانع من إعطاء خليط من مضادات القلق والاكتئاب والذهان .

وعندما لا نجد سبباً نفسياً أو اضطراباً عقلياً للأرق ، نحاول العلاج بطرق غير كيميائية بما يسمى (النوم الصحي) ، ونستطيع تلخيصه كالآتي :

(١) لا نحاول البقاء في السرير قبل ميعاد النوم ، أو بعد وقت اليقظة للقراءة أو مشاهدة التلفزيون (السرير للنوم فقط) .

(٢) حاول أن توحد وقت اليقظة بصفة منتظمة ، بغض النظر عن ميعاد النوم .

(٣) حاول ممارسة الألعاب الرياضية ، ولكن قبل الساعة السابعة مساءً .

(٤) الابتعاد عن الضوضاء .

(٥) درجة حرارة مريحة في الحجرة .

- (٦) أحيانا يحول الجوع دون انتظام النوم .
- (٧) ابتعد عن القهوة والشاي والكولا والتدخين بعد الساعة المساء .
- (٨) ابتعد عن الكحول .
- (٩) لاتحاول أن تعمل هموم الحياة معك إلى السرير .
- (١٠) حاول تكملة النشاط النهاري بطريقة عادية ، حتى إن كان النوم في الليلة السابقة غير كاف .
- (١١) لامنع من محاربة التدريب على الاسترخاء ، والتركيز على الموضوعات الترفيحية والنوم بواسطة أجهزة الكهرباء (سومك) ، وتستعمل أحيانا الإبر الصينية .

### ثالثاً : الاضطرابات الجنسية

#### أ- اضطرابات الهوية الجنسية

##### (١) التحول الجنسي : Transsexualism

الرغبة في أن يعيش الإنسان ويقبل كعضو من الجنس الآخر، تصاحبها عادة أحاسيس بعدم الراحة أو عدم التلازم مع الجنس التشريحي للشخص ، ورغبة في إجراء عملية أو تناول علاج هرموني ، لكن بنوام الجسد بقدر الإمكان مع الجنس المفضل لدى الشخص .  
مؤشرات تشخيصية :

لاستخدام هذا التشخيص ، يجب أن تستمر الهوية التحولية الجنسية لمدة عامين على الأقل، ولا تكون عرضاً لاضطراب عقلي آخر، مثل : الفصام، أو مصاحبة لأي شذوذ بنى جنسى أو وراثى أو فى الصبغات الجنسية .

##### (٢) تحول الزي الثنائي المور (الارتداء المغاير) Transvestism

هو ارتداء ملابس الجنس الآخر لفترة من الوقت ؛ من أجل الاستمتاع بتجربة مؤقتة كأحد أفراد الجنس الآخر ، ولكن دون رغبة فى تبدل جنسى دائم أو أى إجراءات جراحية مصاحبة .

ويجب تمييز هذه الحالة عن تحول الزي التوثيلى (الفنتيش) ؛ حيث لا توجد إثارة جنسية مصاحبة لارتداء الملابس المخالفة .

يستبعد : تحول الزي الفنتيشى

##### (٣) اضطرابات الهوية الجنسية فى الطفولة :

تبدأ هذه الاضطرابات فى الظهور عادة أثناء مرحلة الطفولة المبكرة (ودالما قبل البلوغ بفترة طويلة) ، وتتميز بانزعاج دائم وشديد بشأن الجنس الفعلى، مع رغبة (أو إصرار) على الانتماد إلى الجنس الآخر ، وهناك انشغال بملابس و/أو رفض للجلس الفعلى المعتقد .

وأن هذه الاضطرابات غير شائعة نسبياً ، ولا يجب أن يتم الخلط بينها وعدم

التكيف المتكرر مع الدور النمطي المستند إلى كل جنس .

ويستدعى تشخيص اضطراب الهوية الجنسية في الطفولة اضطراباً عميقاً في الإحساس الطبيعي بالذكورة أو الأنوثة وليس العصبانية في البنات أو تغلغل بين الأولاد ، ولا يمكن استخدام التشخيص إذا كان الفرد قد وصل إلى سن البلوغ .

مؤشرات تشخيصية :

السمة التشخيصية هي رغبة عامة دائمة للتحويل إلى الجنس المعاكس للجنس الفعلي (أو إصرار على الانتماء إلى الجنس المعاكس) ، بالإضافة إلى رفض شديد لسلوك و/أو ملابس الجنس الفعلي .

وتظهر هذه الحالة أول ما تظهر ، أثناء سنوات ما قبل المدرسة . ولاستخدام التشخيص ، يجب أن تكون البداية قبل الدخول في مرحلة البلوغ في الجنسين ، وقد يكون هناك رفض للأجزاء التشريحية الخاصة بالجنس الفعلي ، ولكن هذه الظاهرة غير شائعة ، ونادرة غالباً في الأطفال المصابين باضطرابات الهوية الجنسية ، وعادة ما يتكرون انزعاجهم من هذه الظاهرة ، على الرغم من احتمال انزعاجهم بالصراخ ، مع توقعات عائلاتهم أو أقرانهم ، ومن المضايقة والنبذ الذي قد يتعرضون له .

والمعروف عن هذه الحالات أكثر في الأولاد منه في البنات .

الشكل النموذجي هو أن يبدأ الأولاد منذ سنوات ما قبل المدرسة بالانشغال بأنواع من اللعب والنشاطات الأخرى المفترقة بشكل نمطي بالإناث ، وكثيراً ما يكون هناك تفحيز لارتداء ملابس البنات والنساء ، ولكن تبادل الملابس هذا لا ينسب في إثارة جنسية (بخلاف التحول الجنسي الفلنشي في الترانسدين) ، وقد تكون لديهم رغبة شديدة في المشاركة في ألعاب وهوايات البنات المعطلة ، التي هي غالباً العروسة ويبدأ الحرج الاجتماعي في بداية المدرسة ، ويصل إلى الذروة في الطفولة المتوسطة مع إهانات وتعليقات الأولاد الآخرين .

وقد يقل السلوك الأنثوي كثيراً أثناء بدايات المراهقة ، ولكن دراسات المتابعة تشير إلى أن نسبة تتراوح بين ثلث إلى ثلثي الأولاد المصابين باضطراب الهوية الجنسية في الطفولة يبدون اتجاهات لجنسية المثلية ، أثناء وبعد المراهقة ، ولكن قليلاً

جدا منهم يبدون تحولا جنسياً في الرشد (على الرغم من أن أغلب الراشدين المعصابين بالتحول الجنسي يتكبرون أنهم كانوا يعانون من مشكلة الهوية الجنسية ، أثناء الطفولة) .

نجد أن اضطرابات الهوية الجنسية في العيادات الخارجية أقل معدلاً بين البنات عنها بين الأولاد ، ولكن من غير المعروف ، ما إذا كانت هذه النسبة بين الجنسين تنطبق على السكان بشكل عام .

وكما هو الحال في الأولاد ، نجد مظاهر مبكرة للانفعال بسلوك يرتبط نمطياً بالجنس المعاكس ، وتتخذ الفتيات وفقاً من الذكور ، ويتأخذ الأولاد للأنثوية في ألعاب الخيال ، مثل: لعبة الأمهات والآباء أو لعبة البهت . ويلاحظ أن الإناث ذوات اضطراب الهوية الجنسية يتعرضن عادة للدرجة نفسها من التذبذب مثل الأولاد ، على الرغم من أنهن قد يعانين من القهقري في أواخر الطفولة أو المراهقة .

وتتنازل الغالبية عن إصرارهن البالغ فيه حول النشاطات والملابس الذكورية عندما يقدرين من المراهقة ، ولكن يستمر البعض في التوحد الذكوري ، وقد يستمرن في التوجه للجنسية المثلثة .

ونادراً ما يصاحب اضطراب الهوية الجنسية رفض مستمر متجبرئ من الأجزاء التشريحية الخاصة بالجنس الفعلي في البنات ، ويأخذ ذلك شكل تأكيدات متكررة على أن لديهن أو أنه سوف ينمو لهن قضيب ، وقد يرفضن التبول وهن جالسات ، أو قد يؤكدن الرغبة في ألا تنمو لهن نهود ، أو أن تكون لهن دورة شهرية . أما في الأولاد ، فتأخذ شكل تأكيدات متكررة على أنهم سوف ينمون جسمياً فيصبحون نساءً ، وأن منظر القضيب والخصيتين مثير للاشمئزاز ، أو أن كليهما سيختفي ، أو أنه من الأفضل ألا يكون لهم قضيب أو خصيتان ، ويغضون التبول كالإناث وهم جالسون .

ب- اضطرابات الإيثار (التفضيل الجنسي) :

(١) الفتيشية Fetishism :

هو الاعتماد على شيء غير حي ، واعتباره منبهاً للإثارة الجنسية والارتواء الجنسي ، وكثير من الأشياء الفتيشية هي امتداد للجسم الإنساني ، مثل : قطع ملابس أو أهدية . والأمثلة الأخرى تتميز بنسج خاص ، مثل : الكاوتشوك أو البلاستيك أو



الجد ، أو حتى العرق . وتنبأين الأشياء الفتيشية في أهميتها بالنسبة للفرد ، وفي بعض الحالات يكون دورها ببساطة هو تعزيز الإثارة الجنسية المكتسبة بالطرق الطبيعية (على سبيل المثال جعل الشريك يرتدى ثوباً معيناً) .

مؤشرات تشخيصية :

يستخدم تشخيص الفتيشية إذا كانت الأشياء الفتيشية هي العنصر الجنسي المهم واللازم للاستجابة الجنسية . أما الخيلات الفتيشية فهي شائعة ، ولكنها لا ترقى إلى مستوى الاضطراب ، إلا إذا أدت إلى طقوس كرهية وغير مقبولة بدرجة ، تتعارض مع الجماع الجنسي ، وتتسبب في انزعاج للفرد .

وتكاد الفتيشية أن تكون مفسورة على الرجال .

## (٢) تحول الزي الفتيشى :

هو ارتداء ملابس الجنس الآخر للحصول على الإثارة الجنسية .

مؤشرات تشخيصية :

يجب تمييز هذا الاضطراب عن الفتيشية البسيطة في أنه لا يهم ارتداء الأدوات أو الملابس الفتيشية فحسب ، ولكنها تستخدم بحيث تخلق مظهراً شخصياً من الجنس الآخر، ويحتل ارتداء أكثر من قطعة ، وكثيراً ما يكون قطعاً كاملاً بما فيه الشعر المستعار وأدوات الزينة .

ويتميز تحول الزي الفتيشى عن تحول الزي المصاحب للتحول الجنسي بارتباطه بالإثارة الجنسية ، والرغبة القوية في خلع الملابس بمجرد الوصول إلى قمة التذو وهبوط الإثارة الجنسية ، ويذكر كثير من المصابين بالتحول الجنسي تاريخاً من تحول الزي الفتيشى في مرحلة مبكرة ، وقد تكون بمثابة مرحلة في تبلور التحول الجنسي في هذه الحالات .

## (٣) الاستعراض الجنسي (الاستعراض) Exhibitionism :

ميل متكرر أو دائم نحو كشف الأعضاء الجنسية الذاتية للغيراء غالباً من الجنس الآخر) ، أو الناس في الأماكن العامة ، دون محاولة الاتصال الوثيق ولا تحدث دائماً حالة من الإثارة الجنسية وقت الاستعراض ، وغالباً ما يلي الفعل

ممارسة العادة السرية .

وقد يكشف هذا الميل عن نفسه بسلوك علني في أوقات الكرب العاطفي ، أو الأزمات فقط ، تفصل بينها أوقات طويلة تخلو من هذا السلوك .

مؤشرات تشخيصية :

يفتصر الاستعراء عملياً على الذكور ، الذين يكشفون عن أنفسهم لإناث راشدات أو مراهقات ، وعادة من على بعد آمن وفي مكان عام . وبالنسبة للبعض يمثل الاستعراء المخرج الجنسي الوحيد ، ولكن البعض الآخر يستمر في هذه العادة جنباً إلى جنب مع حياة جنسية زوجية نشطة ، وإن كانت رغباتهم في الاستعراء أكثر أثناء الأزمات الزوجية . ويعبر معظم مرضى الاستعراء عن صعوبة التحكم في دوافعهم ، وأنها غريزية عن ذاتهم ، وكلما أصيب الشاهد بالخرف والصدمة زادت إثارة المستعري .

تصدر اعتداءات الكشف غير اللائق من مرضى الاستعراء ، ولكن يمكن لسلوك مشابه أن يكون مقدمة لاعتداء جنسي ، أو دعوة فجأة لارتباط جنسي ، كما هو الحال كثيراً في التصرف الجنسي لشخص مختل العقل .

وتستطيع تصنيف مرضى الاستعراض كالأتي :

١ - الجنسية الزائدة :

يظهر المريض منذ سن مبكرة إسرافاً في العادة السرية ، وينجول في الطرقات حتى يجد الفرصة المناسبة لكشف عورته ، ويقال هذا الاستعراض من حدة التوتر الذاتي ، ويخفف من الرغبة الجنسية الملحة .

٢ - الجنسية الضعيفة :

أحياناً ما يكون حب الاستعراض مظهراً لتضعف الجنسي ، وعدم قدرة الفرد على الإتيان بعملية الجماع .

٣ - القصور العقلي :

يلجأ متخلف العقول لعرض عورتهم ، دون وعي أو فهم لهذا السلوك الشاذ .

#### ٤ - الذهان المزمن :

ويشمل ذلك الذهان الوظيفي أو العضوي كخرف الشيفوخة وزهري الجهاز العصبي ... إلخ ، وعادة ما يتفوه هؤلاء المرضى أثناء استعراضهم بألفاظ بذئية ، وهو ما لا يحدث في مرضى الاستعراض العائدين .

#### ٥ - الصرع :

يحدث أحياناً مع نوبات الصرع الخفيفة والكبيرة والتفسيه الحركية .

#### ٦ - العراة :

يعتقد بعض الأطباء أن رواد مستعمرات العراة ، وكذلك الموديلات وراقصات العري يعانون بعض الشيء من حب الاستعراض الجنسي .

#### (٤) التطلع الجنسي (لذة المشاهدة) Voyeurism :

ميل متكرر أو دائم إلى مشاهدة الناس ، وهم يمارسون سلوكاً جنسياً أو خاصاً مثل خلع ملابس ، ويؤدي هذا عادة إلى إثارة جنسية وممارسة العادة السرية ، ويتم دون معرفة أو وعى الشخص المراقب .

#### (٥) حب الأطفال الجنسي Paedophilia :

تفضيل جنسي للأطفال ، عادة في سن ما قبل البلوغ أو البلوغ المبكر ، بعض محبي الأطفال ينجذبون فقط للفتيات ، والبعض الآخر يقتصر على الأولاد ، والبعض يهتم بالجنسين .

نادراً ما يظهر الوله الجنسي بالأطفال بين النساء ، ويعتبر الاتصال بين راشدتين ومرافقتين ناضجين جنسياً شيئاً ملفوظاً اجتماعياً ، خاصة إذا كانت الأطراف من جنس واحد ، ولكنه ليس بالضرورة مصاحباً بالوله الجنسي بالأطفال .

كذلك .. فإن وقوع حدث واحد ، خاصة إذا كان المرتكب نفسه مرافقاً ، لا يؤكد وجود الميل الدائم أو البارز الضروري للتشخيص . وبعض المولعين بالأطفال جنسياً يتضمنون فيما بينهم رجالاً ، يحتفظون بعيلهم لشريك جنسي راشد ، ولكنهم يلجأون إلى الأطفال بشكل اعتيادي كبديل لذلك ، لأنهم يعانون إحباطاً مزمناً في الوصول إلى علاقات مناسبة . والرجال الذين يتحرشون جنسياً

بأبنائهم غير البالغين أنفسهم ، أحيانا ما يتحرشون بأطفال أخرى أيضاً ، ولكن سلوكهم في العاليتين يتجه إلى ولع جنسى بالأطفال .

## (٦) السادية - المازوكية (التلذذ بالقسوة والإهانة) :

### Sadism - Masochism

هو تفضيل لنشاط جنسى يتضمن إحداث الألم أو الإهانة أو الانتصاق . إذا كان الشخص يفضل أن يكون هو المستقبل لهذا النوع من الإثارة ، تسمى الحالة مازوكية، وإذا كان هو المصدر تسمى الحالة سادية، وأحياناً يحصل الفرد على الإثارة الجنسية من الممارسات السادية والمازوكية .

وكثيراً ما تستخدم درجات خفيفة من الإثارة السادية المازوكية لتعزيز ممارسة جنسية طبيعية ، وتستخدم هذه الفئة التشخيصية فقط إذا كانت الممارسة السادية المازوكية هي أهم مصدر للإثارة أو ضرورية للإشباع الجنسي .

أحياناً .. يكون من الصعب التمييز بين السادية الجنسية والقسوة في الموقف الجنسي أو الغضب غير المرتبط بالجنسية ، ويكون التشخيص أكيداً عندما يكون العنف ضرورياً للإثارة الجنسية .

جاءت كلمة السادية من دوناسيان الفونس فرانسوا ، المعروف بالماركيز دى ساد (١٧٤٠ - ١٨١٤) ، وقد اخترع هذه التسمية لوصف اتجاهاته وميله ، وتكراوح السادية من القسوة العادية إلى اللذة الجنسية ، ونستطيع تصنيفها كالاتى :

(أ) أعمال قسوة مصحوبة بالنشوة ، ولكن لا يلزمها أى إحساس جنسى ، سواء أثناء أو بعد القسوة .

(ب) أعمال قسوة غير مصحوبة بالعنف ، ولكن يلزمها إرضاء جنسى مع الانتصاب أحيانا .

(ج) أعمال قسوة مصحوبة بلذة جنسية مع الانتصاب والعنف .

وأحياناً ما تشمل السادية معنى شاملاً لأى لذة من الشعور بالعذوان ، ولاشك أن السادية تشجع على الاغتصاب والإفهام على الجريمة ؛ خاصة القتل ، وعادة ما يدخل تشخيص القطة تحت أربع حالات :

- ١- الميكروبياتية .
- ٢- المادية .
- ٣- الفصام .
- ٤- نوبات المراهقة .

وفي أحد الأبحاث التي قام بها المؤلف مع الدكتور صادق (١٩٧٥) ، تبين أن نسبة شذوذ المخ الكهربائي بين القنلة عالية ، سواء الموجودين في السجن أو مستشفى الأمراض العقلية ؛ خاصة في الجرائم غير الهادفة .

والماسوكية - وهي الحصول على اللذة الجنسية من الإحساس بالألم وإيقاع القسوة على الذات- متصلة بالرغبة في العبودية واللذة من الإهانة والاستهزاء وتجريح الكبرياء ، والشق الاسم من ليوبولد ساشر ماسوك (١٨٣٦ - ١٧٨٥) ، القصص النمساوي ، والذي أشارت قصصه لهذا الشذوذ . وليس للماسوكية المضار الاجتماعية مثل تلك المصاحبة للسادية ؛ نظراً لأن الإيذاء منتهج إلى الذات ولايتعدى الغير .

وإننا جردنا السادية والماسوكية من التعبير الجنسي ، نجد أن معظم الرجال يتصفون ببعض سمات السادية من سيادة السيطرة ، وإثبات رجولتهم لفتناً أو جسدياً ، وكذلك الماسوكية في النساء من حيث الرغبة في أن يسيطر عليهن الرجال، ويصبن في حمايته الممتعة، وإن زادت هذه الصفات .. فيحتمل أن تؤدي إلى انحراف السادية والماسوكية، ويعبر هذا الانحراف عن عدم ثقة في القوة الجنسية، مع اتجاه كامن للاستجاس .

#### (٧) اضطرابات متعددة في الإيثار الجنسي :

أحياناً يوجد أكثر من اضطراب تفضيل جنسي واحد في الشخص نفسه، دون أن يكون لأحدهما الأولوية على الآخر ، والمزيج الأكثر شيوعاً هو التفديشية مع تحول الزى والسادية المازوكية .

#### (٨) اضطرابات أخرى في الإيثار الجنسي :

فد توجد أشكال أخرى مختلفة في النشاط والتفضيل الجنسي، وتتضمن هذه على سبيل المثال عمل اتصالات تليفونية فاحشة (ناعرة) ، والاحتكاك بالآخرين

في الأماكن العامة المزدهمة من أجل الإثارة الجنسية (أى الحكاك) ، والممارسات الجنسية مع الحيوانات (البهيمية) (Beastiality) ، واستخدام الخلق أو منع الهواء لزيادة الإثارة الجنسية .

والممارسات الجنسية متباينة جداً ، وهي على درجة من الندرة بحيث لا تستحق تحديد اصطلاح خاص لكل منها ، فابتلاع البول أو التلويث بالبراز أو خرق حلمات الصدر ليس إلا جزءاً من الصخزون السلوكي للسادية المازوكية .

كذلك تكثر الطفوس المختلفة في ممارسة العادة السرية ، ولكن حيث تحدث ممارسات متطرفة كإدخال أجسام داخل المستقيم أو مجرى البول الفضيبي ، أو خلق النفس الجزئي ، وتأخذ مكان الاتصال الجنسي العادي ، فهي عندئذ تعتبر من أنواع الشذوذ وتصنف كذلك هنا حالات جماع الموتى (Necrophilia) .

ونستطيع تلخيص بعض اضطرابات التعبير عن الجنس في الآتي :

#### ( ١ ) الفعية :

وهو الحصول على اللذة الجنسية من ملامسة الفم للأعضاء التناسلية ، وهو انحراف منتشر سواء في الجنسية المختلفة أو المثلية .

وقد أظهر كنسي في أبحاثه الجنسية في الولايات المتحدة أن مدى شيوع الفعية يعتمد على درجة التعلم ، فينتشر بين الطبقات العليا أكثر من السفلى ، وقد وجد أن ملامسة فم الرجل لأعضاء المرأة التناسلية يصل إلى ٤٠ ٪ من المتعلمين ، بينما لا تزيد النسبة عن ٤ ٪ في الفئات الدنيا .

وتتراوح النسبة في ملامسة فم المرأة لأعضاء الرجل التناسلية من ٧ - ٤٢ ٪ ، ويبدو أن للفعية علاقة مباشرة بمرحلة الرضاعة ، أو كما أسماها فرويد المرحلة الفعية ، بحيث إذا أرضيت هذه المرحلة ، وأشبعت إشباعاً شديداً ثبت التصريح الجنسي للفرد عند هذه المرحلة ، ومن ثم يقاوم أي لذة لآتئى عن طريق الفم ويحتمل العكس ؛ أي إن هذه المرحلة أحيطت في طفولة الفرد ، الذي يحاول جاهداً تعويضها بالعلامسات الفعية ، أي إن الطفل إن لم يشبع غريزة الرضاعة والامتنصاص في طفولته ، أو أشبعها باستفراق .. فستنطلق هذه الطاقة في التصريح على هيئة نشاط جنسي فسي ، وتعتبر في بعض المجتمعات إحدى وسائل

المداعبات الشبقية ؛ للوصول إلى درجة أعلى من الارتواء الجنسي ، قبل أو أثناء الجماع ، أي إنها تعلم شرطى حسب البيئة ، وتوافق الطرفين .

### ( ٢ ) الشرجية :

وهي الحصول على اللذة الجنسية عن طريق الشرج ، ويتجاوب الطرفان وتحدث في الاستئناس ، أو حتى في علاقة الرجل بالمرأة ويجب ألا تناسي أنه من الناحية التشريحية ، تتغذى الأعضاء التناسلية ، والشرج من مجموعة عصبية واحدة ، وذلك يفسر إقدام منحرفى الشرجية على هذا الشذوذ .

ويؤول رواد مدرسة التحليل النفسى هذا الاضطراب ، إلى التنهيت في المرحلة الشرجية عندما وجد الطفل لذة خاصة في ملامسة الشرج ، واستمر لأشعورياً في الحصول على اللذة من هذه الجهة ، أما المدرسة السلوكية فتفسر الشرجية على أساس تكوين ارتباط شرطى بأن الشرج هو مصدر اللذة ، ويكون سبب ذلك تجربة جنسية طفلية مع أحد الكبار ، دون فهم من الطفل لطبيعة الشذوذ ، وتنفوق على اللذة من أى وسيلة أخرى .

ولم يحصل كئسى على أية احصائيات بالنسبة للشرجية ، ولكن من الخبرة الإكلينيكية ، نستطيع تحديد النسبة بحوالى ٢٠ ٪ في الاستئناس ، وأقل من ٠,٥ ٪ في العلاقة بين الرجل والمرأة .

### ( ٣ ) طرق أخرى :

وهي الحصول على اللذة مثلاً من استعمال مجرى البول بوضع بعض الأدوات الداخلية ، وأحياناً ما تنزلق وتدخل المثانة ، وتحتاج لتدخل جراحى وأيضاً بعض الأماكن الشاذة ، مثل : تحت الأبط أو تحت الثدي أو بين الفخذين وعادة ما يكون سبب هذه اللذة المنحرفة هو تكوين فعل منعكس شرطى مرضى .

### ( ٤ ) لذة الرمامة (الولع بالأوساخ) :

وهي الحصول على اللذة من ملامسة أو شم الإفرازات ، وأحياناً ما يأكل بعض مرضى الذهان المزمنين هذه الإفرازات ، وينتشر ذلك بين الحيوانات البدائية . ولكن اللذة هنا تصبح نذوقية شمية أكثر منها جنسية ، ويوجد لأن بعض الأجناس لتذوق بعض الإفرازات التي يشتمل منها أى فرد ، بل وتثير التنفوز من مجرد سماعها ، فيأكل مثلاً الإسكيمو إفرازات الأنف وما بين أصابع القدم ،

وكذلك بنتونق الأيورجين ، السكان الأصليين في أستراليا ، ما لانتستيفه الأجناس الأخرى ... وهكذا .

ويجد بعض منحرفي لذة الرمامة نشوة في مشاهدة عملية التبول ، عند الطرف الآخر أو شم رائحة الأعضاء التناسلية أو العرق ... إلخ ، ويؤول هذا الانحراف لخبرات انفعالية في المراحل القمية والشرجية الشبقية السابق ذكرها .

### (٥) العادة السرية أو الاستمنااء (جلك عميرة)

وهو الإتيان باللذة الجنسية ، من خلال مداعبة الأعضاء التناسلية الذاتية ، وتستعمل كبديل للجماع الجنسي ، ويعانى كثير من الشباب والشابات من آلام نفسية شديدة ، من جراء الصراع بين الرغبة في ممارسة الاستمنااء والإحساس بالإثم ووخز الضمير ، وعصيان الدين ، ونصيحة الآباء .

وتبدأ الغالبية في الشكوى من أعراض الإعياء النفسى والنوهم المرضى وصعوبة التركيز والصداع وآلام الظهر والسرطان نتيجة لهذا الصراع النفسى ، وليس كنتيجة لممارسة الاستمنااء كما فى ذهن كثير من العامة، بل إن بعض الآباء والأمهات يؤولون الذهان فى أبنائهم للاستغراق فى العادة السرية، وما ذلك إلا نتيجة للذهان وليس سبباً له .

وقد وجد كنىس أن ممارسة الاستمنااء بين طلبة الإعدادية حوالي ٢٩ ٪ ، وطلبة الثانوية ٣٧ ٪ ونصل بين طلبة الجامعة ٦٦ ٪ ، وكذلك تنتشر هذه العادة بين الفتيات ولكن بنسبة أقل من الرجال، وعادة ما يصاحب الاستمنااء بعض التخيلات الجنسية مع الجنس الآخر أو الجنس نفسه ، وأحياناً ما تكون ميكانيكية دون أى تصور مع الجنس الآخر أو الجنس نفسه .

ويتمجه العلاج نحو تفريغ الطاقات البيولوجية ، وعلاج القلق والإثم المصاحبين لممارسة هذه العادة ، مع نصيحة الفرد بتوزيع طاقاته بطرق متعددة، يقبلها المجتمع . ويمر معظم المراهقين بمرحلة ممارسة الاستمنااء ، ولكن إن استمرت بعد الزواج تغير ظاهرة مرضية .

وأعتقد أنه قد آن الأوان للبهذ كلمة (العادة السرية)؛ لأنها لم تصبح سرية، وأصبحت موضوعاً للمناقشة بين الآباء والأبناء ، وإحصائياً منتشرة بين جميع الطبقات وبيولوجياً ، معترف بها كمرحلة فى تطور الفرد .



## الاستجناس أو الجنسية المثلية أو اللواط :

### Homosexuality - Lesbianism

ينتشر هذا المرض بين الرجال أكثر من النساء ، وهو أكثر شيوعاً في بعض الدول عن الأخرى ، فنصل النسبة في بريطانيا والولايات المتحدة والدول الإسكندنافية إلى ١٨ - ٢٢٪ من كل الرجال ، وأحياناً تصل في بعض الواحات المصرية والبلاد العربية إلى النسبة نفسها . وعادة ما يقتصر الاستجناس في النساء على امرأة واحدة ، أي إنها لا تمارس الجنسية المثلية إلا مع طرف واحد . أما في الرجال فعادة ما يمارس الجنس مع عدة أشخاص ، ومازال هذا المرض جريمة في مصر ، ولكن اعتبرته بعض الدول مرضاً يستحق العلاج ، بدلاً من العقاب ، الذي لا يجدي في مثل هذه الحالات ، بل إن التصنيف العالمي (١٩٩١) والتصنيف الأمريكي (١٩٨٢) أصراً على استبعاده كمرض نفسي ، واعتبر أسلوباً للحياة ، وهو أكثر شيوعاً في الأماكن ، الأهله بالجنس نفسه ، كالمدارس الداخلية ، والمعسكرات ، والسجون ، والمعقلات وبين الحريم في بعض البلاد العربية ... إلخ .

وتتخصص أسباب الاستجناس في الآتي :

#### (١) العامل الوراثي :

وجد كولمان في دراسته على التوائم المتشابهة أن النسبة تصل إلى ١٠٠٪ في إصابتها بالاستجناس ، مما يؤكد الاستعداد الوراثي لهذا المرض ، ولكني أعتقد أن في هذه النسبة كثيراً ، من المبالغة ، وأن العامل الوراثي أو الاستعداد البيولوجي يلعب دوراً مهماً ولكن ليس بهذه الدرجة . وتحاول بعض الأبحاث الجديدة اكتشاف خلل في نسيج المخ ، خاصة في بعض أنواع المواد تحتاني .

#### (٢) العامل الغذائي :

اتجه العلماء في تفسير الاستجناس إلى احتمال وجود اضطرابات في الهرمونات الجنسية ، ولكن أكدت التقارير المتواصلة أن الغدد الجنسية لهؤلاء المرضى في حالة سوية ، وأن مرضى الغدد الصماء - حتى بعد استئصال الغدد الجنسية - لا يعانون من الجنسية المثلية ، ولكن أشارت بعض الأبحاث الجديدة إلى اضطراب في نسبة إفراز الهرمونات الجنسية من الغدة النخامية في هؤلاء المرضى -

### (3) العامل النفسي :

يفسر علماء التحليل النفسي ظاهرة الاستجناس في الرجال بأنها تنبئت من الفرد تجاه الأم ، ومباغرة في التجاوب الانفعالي معها ، بحيث لا يستطيع إقامة علاقة مع الجنس الآخر ، الذي يمثل أمه ؛ لأن ذلك يعتبر من المحرمات . ولذا يتجه لإشباع طاقته مع الجنس نفسه ، أما في النساء فيعبر الاستجناس عن رغبة لاشعرورية في السيطرة والسيادة وغيرها قضيبية من الرجال .

### (4) العامل الشرطي :

ويؤيد الأطباء السلوكيون تفسير هذا المرض على أساس تكوين فعل منعكس شرطي مرضي ، يؤدي إلى تلبية الجنس في هذا المرض بمثيرات من الجنس نفسه أي فتران موضوع الجنس في بدايته مع الجنس نفسه ، ويؤدي ذلك لفشله بعد ذلك مع الجنس الآخر؛ مما يعزز الارتباط المتجه إلى الجنسية المثلية ، ولذا يتجه علاجهم إلى إطفاء هذا الارتباط الشرطي ، وإقامة فعل منعكس جديد .

### (5) العامل البيولوجي :

لم يتمكن الباحثون من إقامة ترابط بين المكون الجسمي ، والمزاج ومقاييس خاصة في الجسم مع اتعرف الاستجناس .

وأخيراً .. هناك الاعتقاد بأن التكوين النفسي للاستجناس يحدث أثناء المرحلة الجنينية ، من خلال عبور بعض المواد من الأم إلى الجنين .

ويتجه البعض الآخر لأخذ كل العوامل السابق ذكرها في الاعتبار ، عند مناقشة أسباب الاستجناس ، ولكن وجد المؤلف في أحد أبحاثه الجديدة عن الضعف الجنسي ، بين جنسيات مختلفة من العرب ، ارتباطاً بين المكون الجسمي والاهن والعنة الجنسية .

وتحمل الجنسية المثلية عواقب اجتماعية أو خلقية خاصة ، إذا اعتدى فرد على قاصر ، وعادة ما يأتي المريض للعلاج خوفاً من الفضيحة أو تحت ضغط عائلي أو اجتماعي ، ونادراً ما يتطوع للعلاج للتخلص من هذا الشذوذ ، بل ويطلب كثير منهم العلاج من التلق ، والإثم والإحساس بالذنب ، المصاحب لاستجناسهم أكثر من طلبهم للشفاء من المرض ذاته .

وبالطبع يتجه العلاج هنا لخفض درجة التوتر النفسي ، أما العلاج النفسي ففائدته محدودة ، ولكن أعطى العلاج السلوكي الكاره أو المنفر نتائج مشجعة للاستمرار فيه ، بإعطاء مؤثر مؤلم كصدمة كهربائية بسيطة أثناء تخيل الفرد أو رؤيته للتعلم الممنوع مع الجنس نفسه ، أو إعطاء حقن خاصة تسبب أعراضاً جسدية مفززة ومؤلمة ، كما سبق الذكر في علاج إدمان الكحول ، فيكون تدريجياً فعل منعكس شرطى بالتفور والاشمزاز من الجنس نفسه ، ولكن لا نستطيع لأن نكون فعل منعكس نوجهه نحو الجنس الآخر .

وقد اعتبر التقسيم الأمريكي الجديد للأمراض النفسية ( ١٩٨٧ ) أن التواط أسلوب في الحياة لا يستحق العلاج في حد ذاته ، إلا إذا عانى الفرد نفسياً من هذا المرض ، ولجأ للمساعدة . وقد اتبع التقسيم العالمي للأمراض النفسية والعقلية الشيء نفسه ( ١٩٩٢ ) .

وأحياناً ما يكون الاستجناس في هيئة كاملة ، مثل : الاستعناء أثناء التفكير في الجنس نفسه أو الاحتلام ليلاً على الجنس المعاكس .. وبالطبع كلما كانت الرغبة كاملة ، كان من اليسير علاجها عن النشاط الإيجابي ، وكثير من الاضطرابات الجنسية السابق ذكرها كمظاهر للاستجناس الكامل . ويعتقد البعض أن مرضى الاستجناس يتميزون بتعومة خاصة ، وأتونة في تصرفاتهم ، ولكن الغالبية منهم لا يثيرون الشك ، لأنهم يمثلون الرجولة بكافة معانيها .

#### عسر الوظيفة الجنسية غير العضوي :

يتضمن عسر الوظيفة الجنسية كل الأشكال التي يكون فيها الفرد غير قادر على المشاركة في عمل علاقة جنسية ، كما يتمناها أو نتعناها ، 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 الشهوة أو الوصول إليها .

الاستجابة الجنسية هي عملية نفسجسمية ، وفي أغلب الأحيان تتداخل العمليات النفسية والجسمية في إحداث الاضطراب الوظيفي الجنسي ، وقد يكون من الممكن تعريف سبب نفسي أو عضوي بشكل مؤكد ، ولكن الأكثر شيوعاً ، خاصة في مشكلات ، مثل : الفشل في الانتصاب ، أو الأم الجماع ، أن يكون من الصعب التأكد من الأهمية النسبية لكل من العوامل النفسية و/ أو العضوية .

وفي هذه الحالات ، يكون من المناسب تصنيف الحالة باعتبارها عسر الانتصاب وظيفي بسبب مختلط أو غير محدد .

إن بعض أنواع الاختلال الوظيفي تحدث في كل من الرجال والنساء ( على سبيل المثال : انعدام الرغبة الجنسية ) ، ولكن للنساء يملن إلى التقدم أكثر بشكاوى حول الكيفية الذاتية للخبرة الجنسية ( على سبيل المثال غير ممتعة أو غير مثيرة ) أكثر من فشل استجابة معينة .

والشكوى من عسر وظيفي في اللذة ليس بغير شائع ، ولكن إذا تأثر جانب واحد من جوانب استجابة المرأة الجنسية .. فإن الأرجح أن الجوانب الأخرى سوف تتأثر أيضاً على سبيل المثال ، إذا عجزت امرأة عن الوصول إلى اللذة ، فسوف تجد نفسها غير مستمتعة بأبعاد أخرى في ممارسة الحب ، وسوف تفقد أيضاً كثيراً من شهيتها للجنس .

وعلى الجانب الآخر إذا اشكى الرجال من عجز في استجابة معينة على سبيل المثال كالانتصاب أو القذف ، فإنهم عادة ما يذكرون أن شهيتهم للجنس مستمرة ، على الرغم من هذا الفشل . وبالتالي .. فإنه من المهم البحث وراء الشكوى الحاضرة لتقرير القلة الشخصية الأكثر ملاءمة في كل حالة .

#### انعدام أو فقدان الرغبة الجنسية :

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

بغض الجنس . وعدم الاستمتاع الجنسي :

#### (أ) بغض الجنس :

يصاحب توقع التفاعل الجنسي مع الشريك مشاعر شديدة السلبية ، وتحدث خوفاً أو قلقاً كافياً لتجنب النشاط الجنسي .

## (ب) عدم الاستمتاع الجنسي :

تحدث الاستجابات الجنسية بشكل طبيعي ، ويحدث شعور بالنشوة ، ولكن هناك عدم استمتاع بالدرجة المطلوبة ، وهذه الشكوى شائعة بين النساء عنها بين الرجال .

### الفتش في استجابة أعضاء التناسل :

#### في الرجال ، عسر انصباب وظيفي :

المشكلة الأساسية هي صعوبة الانصباب أو الاحتفاظ به بشكل يناسب جماع مرضي . إذا كان الانصباب يحدث طبيعياً في مواقف معينة على سبيل المثال: أثناء العادة السرية أو النوم أو مع شريكة مختلفة .. فإن السبب أقرب عندئذ إلى أن يكون نفسى المنشأ . وإذا لم يكن الحال كذلك .. فإن التشخيص الصحيح لحالة فشل انصبابي غير عضوي المنشأ يجب أن يعتمد على فحوصات خاصة (على سبيل المثال القياسات التلية للانفاخات القضيبيية) ، أو على لعلاج النفسى .

#### في النساء ، الجفاف المهبلى أو العجز عن تخفيف الاحتكاك :

هذه الحالة يمكن أن تكون نفسية المنشأ ، أو نتيجة لمرض موضعي (على سبيل المثال : التهاب) أو نتيجة لنقص هرمون الأستروجين (على سبيل المثال بعد انقطاع الدورة) ، ومن غير المعتاد أن تشكو النساء من جفاف مهبلى أولى (لا كعرض لنقص الأستروجين بعد انقطاع الدورة .

يتضمن :

اضطرابات انصبابية في الذكور .

اضطرابات اليقظة الجنسية في الإناث .

الحة نفسية المنشأ .

#### خلل النشوة (عسر هزة الجماع الوظيفي) :

هزة الجماع (أو القذف عند الرجال) إما 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 نفسى المنشأ) أو غير متغيرة (ثابتة)

الزلمات الملوكية المصحوبة باختلالات وظائفية وعوامل بدنية —

حيث يصبح من الصعب استبعاد العوامل البدنية أو التكوينية ، إلا من خلال الاستجابة الإيجابية للعلاج النفسى .

وعسر وظيفة هزة الجماع أكثر شيوعاً بين النساء عنه بين الرجال .

**القذف المبكر :**

هو عدم القدرة على التحكم فى القذف بدرجة كافية ، بحيث يستمتع الطرفان بالتفاعل الجسمى ، وفى الحالات الشديدة قد يحدث القذف قبل الدخول إلى المهبل أو حتى فى غياب انتصاب . ومن غير المعتاد أن يكون القذف المبكر عضوياً ، ولكنه يمكن أن يكون كرد فعل نفسى لاضطراب عضوى على سبيل المثال عجز فى الانتصاب أو ألم . وكذلك قد يبدو القذف مبكراً إذا كان الانتصاب يحتاج إلى إثارة طويلة مما يقصر من الفترة الزمنية بين الوصول إلى الانتصاب كإف والقذف .

والمشكلة الرئيسية فى هذه الحالة هو تأخر الانتصاب (يمكن إضافة فئة إضافية من اللذة غير المصحوبة بقذف عند الرجال ، وإن كانت هذه المشكلة عادة ثانوية لمرض جسمى أو آثار أدوية) .

**التقلص المهبلى غير العضوى :**

تقلص فى عضلات مدخل الحوض التى تحيط بالمهبل ، فيتسبب فى إغلاق الفتحة المهبلية ، مما يجعل الدخول القضيبى إما محالاً أو مؤلماً ، وإن كان التقلص المهبلى رد فعل ثانوى لسبب موضوعى للألم ، فهنا لايجوز استخدام هذا التشخيص .

**ألم الجماع غير العضوى :**

ألم الجماع (أو الألم أثناء الجماع الجسمى) يحدث فى كل من النساء والرجال ، وفى كثير من الأحوال يمكن إرجاعه إلى مرضية موضعية ، وعندئذ يجب تصنيفه تبعاً للحالة المرضية . أما فى بعض الحالات التى لا يوجد فيها سبب واضح عندئذ يصبح من المهم البحث عن السبب النفسى ، وتستخدم هذه الفئة التشخيصية فقط فى حالة عدم وجود اضطراب وظيفى جنسى آخر ، وعلى سبيل المثال تقلص مهبلى أو جفاف مهبلى .

### زيادة الدافع الجنسي :

قد يشكو كل من الرجال والنساء أحياناً من زيادة في الدافع الجنسي ، باعتبارها مشكلة في حد ذاتها ، وتحدث غالباً أثناء سنوات المراهقة الأخيرة وبدايات الرشد ، عندما يكون قوط الدافع الجنسي ثانوياً لأضطراب وجداني ، أو حين يحدث أثناء المراحل المبكرة من الخوف ، وعندئذ يجب أن يشار إلى الاضطراب النفسي .

يتضمن : العلة (النسوية) - النعاط (الشيق المفرط عند الرجال) .

### علاج الاضطرابات الجنسية :

يتلخص العلاج في النقاط الآتية :

(١) العلاج النفسي ، مع تفسير وتعليم المريض ، وتوجيهه للطريقة الصحيحة .

(٢) الإيحاء بالتشجيع والعلاج النفسي التخديري .

(٣) التحليل النفسي .

(٤) العلاج الشرطي السلوكي . ويركز على العلاج بالتفوير بواسطة أجهزة خاصة ، بأن يسلط على الجسم أو الدماغ ذبذبات كهربائية مولمة أثناء التصور الفكري أو البصري للإثارة الجنسية ، سواء الفديشية ، أو الاستجناس . والهدف هو تكوين ارتباط شرطي جديد ، بأن المنبه الشاذ يرتبط بالألم بدلاً من اللذة . ومن ثم ينطفى الارتباط المرضي السابق .

وقد حقق هذا العلاج بعض النتائج المشجعة ، ولكنها لاتصل لدرجة أن يوصى بها في كل الحالات ، حيث تتراوح درجة التحسن من ٤٠ - ٦٠ ٪ .

(٥) العلاج الكيماوي بالعقاقير المضادة للتقلق والخوف والاكنتاب :

ويلجأ بعض الأطباء في علاج العنة ، التي لاتتحسن بالعلاج النفسي والكيماوي إلى حقن جذع القضيب بمواد تزيد من انبعاث مجرى الدم ، مما يؤدي

إلى الانتصاب وسهولة الإيلاج ، والحفاظير المستعملة حالياً هي الباهافرين والهروستاجلاندين ، وتستمر فاعلية هذا العلاج حوالي ساعة ، وينعلم المريض حفر ذاته .

### (٦) طريقة ماستروز جونسون لعلاج الاضطرابات الجنسية :

ويعتمد هذا للعلاج على إقامة الطرفين لمدة أسبوعين في أحد الفنادق أو بالمنزل والعلاج اليومي طوال المدة ، ونقتصر للثلاث أيام الأولى على معرفة الطرفين من الناحية الطبية ، والنفسية والجنسية ، في وجودهما معا ، وبعد هذه المائدة المستديرة نعطي التعليمات المهمة بشأن العلاج ، والتي يجب معارضتها بالفندق أو بالمنزل وتبدأ كالآتي :

#### ١- مرحلة اكتشاف مراكز الإحراك الحسى :

يمنع تماماً التجماع الجنسي في هذه الفترة ، ويتدرب الطرفان على التندليك المتبادل باستعمال زيوت الجلد المقوية ذات الرائحة العطرة ، ويشعل التندليك كل أعضاء الجسم ، ما عدا الثدي والأعضاء الجنسية . والغرض من هذه المرحلة هو إعادة اكتشاف هذه العواس ، سواء باللمس أو بالشم ، أو بالتلامس الجسدى ، ونعلم كيفية الحصول على اللذة بعبء اللذة .

#### ٢- مرحلة اكتشاف مراكز الإدراك الحسى :

ويسمح بالتلاقى بين الأعضاء الجنسية والتشويقية ، ولكن يمنع التجماع الجنسي كما في مرحلة الإدراك الحسى . ويكون التلامس والتلاقى على أساس (اعط لتأخذ) ، وتبدأ المداعبات واكتشاف الأماكن الحساسة الجنسية في كل من الطرفين ، والتي تختلف من فرد إلى فرد ، من القضيب إلى البظر .. إلى الثدي .. إلى ماوراء الأذن ، ونحت الإبط إلى المساقين أو البطن أو فوق العانة .. إلخ ، والغرض من هذه المرحلة هو إزالة القلق المصاحب لعملية التجماع الجنسي ، بإزالة كل العوائق والخراب الطرفين من بعضهما ، دون الأداء الجنسي .

#### ٣- مرحلة علاج الاضطراب الجنسي :

وتختلف حسب نوعية الاضطراب ، فهؤلاء الذين يعانون من القذف المبكر ، تشجع الزوجة على إثارة القضيب حتى انتصابه ، ثم الضغط على المنطقة ما بين



رأس القضيب وجذعه بين الأصابع والإبهام حتى تختفى الرغبة في القذف ،  
ويصبح القضيب شبه رخو، وتكرر عملية الإثارة والضغط عدة مرات ، ثم أخيراً  
يسمح بالإيلاج على أن تكون الزوجة في الوضع الأعلى .

أما هؤلاء الذين يعانون من فشل القذف ، فنشجع الزوجة على الإثارة  
القوية اليدوية للقضيب ، لحين الوصول للقذف خارج المهبل وتدرجياً يستطيع  
الإيلاج مع القذف ، على أساس أن تكون المرأة في الوضع الأعلى .

أما في حالة العنة الجنسية أو ضعف الانتصاب .. فنستعمل طريقة الإثارة  
والضغط ، حتى وإن فقد القضيب قوته ، فنكرر العملية حتى يمكن الإيلاج . ويجب  
أن تكون المرأة في الوضع الأعلى ، ويؤكد الباحثان أن مسولية انتصاب القضيب  
تقع كلية على عاتق الزوجة .

أما في حالات البرود الجنسي وعدم القدرة على الارتواء .. فيشجع الزوج  
على إثارة البيظر ، أما في التقلص المهبلي فمع إثارة البيظر ، يحاول الزوج إيلاج  
بعض الموسعات الصلبة المتدرجة في الحجم داخل المهبل ، ويجب البدء في  
الإيلاج والمرأة في الوضع الأعلى ، ثم الوضع الجانبي وأخيراً الوضع المألوف  
والرجل في الوضع الأعلى .

يعطى العلاج بهذه الطريقة نتائج مشجعة ، ويدعى الباحثان ١٠٠٪ شفاء  
في حالات التقلص المهبلي ، ٩٨٪ في حالات القذف المبكر ، ٨٣٪ في البرود  
الجنسي ، ٨٢٪ في فشل القذف ، ٧٢٪ في العنة الثانوية ، ٥٩٪ في العنة الأولية ،  
(أي لم ينتصب طوال حياته) . وأعلى نسبة نسبية كانت في العنة الثانوية إذ  
وصلت إلى حوالي ١١٪ ، أما في الحالات الأخرى فلم تزيد عن ٥٪ في خلال  
الخمس سنوات اللاحقة للعلاج ، وقد طبق هذا العلاج في مصر بعد تعديلات  
ثقافية بنتائج مشجعة (ط . عكاشة - س . الخولي ، ١٩٩٧) .

(٧) العلاج الجراحي :

لا يطبق هذا العلاج إلا في حالتين :

١ - العنة الجنسية الأولية غير العضوية ، وهنا يقوم الجراح بزرع قضيب أو  
عمود البلاستيك أو مادة صلبة قابلة للانثناء أو الانتصاب في جذع

القضيب، ومن ثم فإن صلاية القضيب بواسطة هذا العمود تسهل من عملية الإيلاج، ومن ثم يحدث الانتشاء وتكمل العملية الجنسية .

٢ - اضطراب الهوية الجنسية ومحاولة تحويل الجنس للجنس الآخر، وهو أحياناً الحل الأوحده لمثل هذا الاضطراب، ولكن يجب توافر عدة شروط قبل إجراء الجراحة، هي :

(أ) خلو المريض من أي اضطراب عقلي أو ضلالات أو سمات ضد اجتماعية في الشخصية .

(ب) تأقلم وتكيف المريض مع دور الجنس الآخر تحت تأثير الهرمونات (هرمونات الأنوثة في الذكر، وهرمونات الذكورة في الأنثى) لمدة لا تقل عن سنتين .

(ج) فشل العلاج النفسي والسلوكي في تقويم هذا الاضطراب .

(د) وجود مركز للطب النفسي وجراحة التجميل، ومتابعة هذه الحالات بعد الجراحة .

وعلى الرغم من نجاح جراحات تحويل الذكر إلى أنثى .. إلا أنه من الصعب تحويل الأنثى إلى ذكر لأسباب تشريعية وتعميلية، ولذا يجب التردد كثيراً قبل القيام بالجراحة في الحالات الأخيرة .



## الأمراض السيكوسوماتية (السيكوفسيولوجية) (أو النفسجسدية)

يعتبر المرض السيكوسوماتي مرادفًا للذهان من الناحية الخبرانية في المدارس النفسية الإنسانية ؛ إذ إن التعبير العادي بين الأفراد هو التعبير الخارجى الحركى والحسى؛ أى الأعراض العصائية التحولية الهستيرية.

أما أكثرها بدائية ونكوصًا من الناحية قبل اللفظية فى وسيلة التعبير، فهو ظهور الأمراض الجسدية كوسيلة لحل الصراع النفسى الدفين فى حياة المريض.

يعتبر المرض السيكوسوماتي مرادفاً للذهان من الناحية التحليلية في المدارس النفسية الإنسانية؛ إذ إن التعبير العادي بين الأفراد هو التعبير الخارجي الحركي والحسي، أي الأمراض العصبية التحويلية الهستيرية.

لما أكثرها بدائية وتكوّناً من الناحية قبل اللفظية في وسيلة التعبير، فهو ظهور الأمراض الجسدية كوسيلة لحل الصراع النفسي الدفين في حياة المريض.

تسمى الآن حسب التصنيف العالمي اضطرابات انفعالية وسلوكية، ثانوية ومصاحبة لاضطرابات فسيولوجية، حيث إن لفظ سيكوسوماتية يعنى ازدواجية الجسم عن النفس، وحيث إن النفس جزءه من الجسم والمخ؛ ولذا لا يصح انفصالهما.

الاضطرابات السيكوسوماتية هي اضطرابات عضوية، يلعب فيها العامل الانفعالي دوراً مهماً وقوياً وأساسياً، وعادة ما يكون ذلك من خلال الجهاز العصبي اللاإرادي.

وتختلف الأمراض السيكوسوماتية عن الأعراض التحويلية للهستيرية في أن الأخيرة عبارة عن تحول القلق إلى أعراض وعلامات، تشمل الجهاز الحركي والحسي الإرادي، ولها معناها الرمزي في الحياة اللاشعورية للفرد.

ونستطيع أن نفرق بين المرض السيكوسوماتي والمرض العصبي (الهستيرى) بالمثل الآتي :

المريضة (أ) لا تستطيع السير نظراً للروماتيزم المفصلي، الذي أصاب ركبتيها (مرض سيكوسوماتي)، أما المريضة (ب) فلا تستطيع السير نظراً لإصابتها بشلل في الساقين (مرض عصابي).

فالمريضة (أ) لا تستطيع التعبير عن احتجاجها ومبولها العدوانية نحو زوجها الطاغى أو الظالم، وتكبت التوتر والغضب، والذي يظهر لاشعورياً في هيئة تقلصات عضلية حول المفاصل؛ مما يؤدي إلى اضطرابات في الدورة الدموية، وتغيرات عضوية أخرى في هذه المنطقة، تؤدي إلى روماتزم المفاصل.. فالمريضة هنا تعاني من الآلام العضوية المصحوبة بالغضب، والاكتئاب واليأس.

أما المريضة (ب) فهي لا تريد الارتباط بالزوج في الوقت الحالي، وتريد الاستمرار في الدراسة، وتوافق شعورياً تحت ضغط الأسرة، ولكن الشحنة للاشعورية الراضة تصيبها بفقدان القدرة على حركة الساقين (شلل هسبيرى)، والذي يرمز هنا إلى عدم الرغبة للاشعورية في الإقدام على الزواج، وهنا لاتعاني المريضة من آلام عضوية أو نفسية؛ لأنها حولت كل القلق إلى هذا العرض العضوي، بل أحياناً ماتبتسم أثناء الشكوى (الجميلة غير المبالية).

وإذا فالأمراض السيكوسوماتية ليست إلا التورط الانفعالي في الأعضاء والأحشاء، والتي تغذى بالجهاز العصبي اللاإرادي مثل قرحة الاثنى عشر والزير الشعبي، ويعاني المريض عادة من القلق والاكتئاب، بل أحياناً ما يهدد القلق حياته.

أما الأمراض العصابية التحويلية.. فتشمل الأجهزة الحركية والحسية اللاإرادية، وتهدئ من القلق والاكتئاب بتحويله إلى حلول رمزية للصراع، وعادة لاتهدد هذه الأعراض حياة الفرد.

ويعتبر المرض السيكوسوماتي مرادفاً للذهان من الناحية الخبراتية في المدارس النفسية الإنسانية. إذ إن التعبير العادي بين الأفراد هو التعبير الخارجي الحركي والحسي؛ أي الأعراض العصابية التحويلية الهستيرية.

أما أكثرها بدائية وتكوصاً من الناحية قبل اللفظية في وسيلة التعبير، فهو ظهور الأمراض الجسدية كوسيلة لحل الصراع النفسي الدفين في حياة المريض.

والتفسير العلمي لكل هذه الأمراض السيكوسوماتية هو عدم القدرة على التعبير عن الانفعال بالكلمة، وتسمى للكسديمييا Alexithymia ، ومن ثم يظهر الانفعال في هيئة أمراض جسدية ، وكأنما الفرد بدلاً من البكاء بعينيه، فهو يبكي بأحد أعضاء جسمه، مثل : الجلد ، أو المعدة أو القولون أو القلب ... إلخ .

وستعرض في هذا الفصل بعض الأمراض السيكوسوماتية المهمة :

### قرحة المعدة والاثني عشر :

يصف البعض هذا المرض بأن المعدة تأكل ذاتها ، وأن الرغبة في الطعام مرادفة للرغبة في الحب ولين الأم .

ويتميز مريض القرحة بأنه جسر، ذؤوب ، يعمل بإنشقاق وإخلاص ، متابر، ولكنه يعترف بلهفته للسلبية الاعتمادية؛ مما يسبب له صراعاً يوقعه في هذا المرض، وتعرف الثقة من الناس بحاجتها إلى الاعتمادية ، على الرغم من يقيننا أن الحاجات الاعتمادية والاستقلالية تتساوى من الناحية النفسية ، فلجد أن الاعتمادية مرغوبة في المرض ، وفي الطلب .

والاعتمادية المتبادلة مطلوبة في الفرق الرياضية والموسيقية وفي السياسة ، والحرب، والحب والزواج ، وأفكار الاعتمادية في الرجال ، عادة مايصحبها الخوف اللاشعوري من الجنسية المثلية، والخضوع المتصل بها ، أما في النساء .. فيكون جزءاً من نبذ الدور الأنثوي ، ولذا نستطيع القول بأن الذكورة المرغوبة في النساء هي إحدى صور مرض القرحة .

كذلك يقال أن مريض القرحة يتميز بالشخصية القمية ، وأنه قد ثبت في نضوجه في المراحل المبكرة؛ مما جعله يعتمد على الغذاء السلبى، ليس فقط من ناحية الطعام ، بل الحب ، والمادة والرضا، والنجاح، ويلاحظ أن مريض القرحة يتحسن بالطعام وتسره حالته عند الجوع .

ولاننسى هنا أن نعدد الاسباب العضوية للقرحة من أمراض في الغدد الصماء، إلى عقاقير معينة إلى الخمر .. إلخ ، وأخيراً البكتريا الحلزونية؛ خاصة في قرحة المعدة، والتي تعالج بالمضادات الحيوية ومضادات الحموضة .

### قريحة القولون :

يعبر هذا المرض عن عدوان لا شعوري مكبوت، وعادة ما يصاحبه شعور بالذنب واعتمادية طفلى .

ونعتبر كثيراً من المرضى مثبطين فى المرحلة الشرجية فى نضوجهم الانفعالى، ويبدو ذلك فى أنماطهم الوسواسية من ناحية : النظافة ، النظام ، الالتزام ، الصدق ، الإخلاص وبعض البخل ، وعدم قدرتهم على التعبير عن شعورهم العذلى والعدوانى بطريقة مباشرة ؛ فهم لا يبخلون فى جعل أقاربهم يعانون من جراء مرضهم .

ويحتاج هؤلاء المرضى أثناء العلاج إلى المساندة الانفعالية القوية، ولاداعي للدخول فى تحليلات نفسية عميقة ؛ حتى لا تنهار الحيل الدفاعية اللاشعورية ، وتزداد الحالة سوءاً .

### الربو الشعبي :

يشبه صفيير أو ازيز مريض الربو أثناء التنفس صرخة الطفل، منادياً أمه .  
والحق أن كثيراً من مرضى الربو يعانون من علاقة سطحية فقيرة مع أمهاتهم ، وأن أحد مسببات نوبات الربو هو التهديد بفقدان أو الانفصال عن الأم، أو ما يقابلها من بديل كزوجة أو صديقة .. إلخ .

ويبدو التناقض الشديد فى علاقة المريض بأمه، أو من يقوم مقامها فى الخوف من الابتعاد أو الانفصال ، وفى الوقت نفسه الرغبة فى الاستقلال وعدم الاعتمادية ؛ مما يؤدى إلى صراع نفسى، يجعل الفرد عرضة لتقلصات الشعب الهوائية ونوبات ربوية .

### ارتفاع ضغط الدم :

إن التحكم الزائد فى الانفعالات وكبت الغضب والعدوان وعدم التعبير اللفظى والحركى عن الصراعات الداخلية يؤدى إلى جهد على الجهاز العصبى ؛ مما يؤثر على إفراز بعض الهرمونات ، مثل : الأدرينالين والريتين، والتي تؤدى بدورها إلى ازدياد ضغط الدم .

وعادة ما يكون مرضى الضغط المرتفع من ذوى الشخصيات الوسواسية ،  
الذين يعملون للإنتظام والنظام ، مما يجعل تكيفهم مع المجتمع صعباً ومجهداً .

### نقصور الشرايين التاجية بالقلب :

من العوامل المخزنة التي نعلب دوراً مهماً فى نشأة تصلب الشرايين مع  
نقصور الشرايين التاجية فى القلب : السمنة ، والسجائر ، وزيادة السكر وارتفاع  
الدهنيات فى الدم ، وعدم الحركة .. وكلها لها علاقة واضحة بالهيكل الاجتماعى ،  
وأسلوب الحياة الغربى ، وأنماط معيزة فى الشخصية ، والتعرض لمواقف خاصة .

وتلعب العوامل النفسية والاجتماعية دورها من خلال :

### ١ - تكوين الشخصية :

هؤلاء الذين يعملون بكث وجدية ساعات طويلة ، دون كلال أو تعب ،  
ويتقبلون التحديات المختلفة ، ويستطيع نعتهم بمدمنى العمل (Workholic) .  
ويتميز هؤلاء الأفراد بالرغبة فى السيطرة ؛ خاصة على الزوجة والأطفال والكفاح  
المستمر للعبود فى التدرج الاجتماعى ، مع عدم القدرة على الاسترخاء ، ومحاولة  
إثبات فعولتهم ونشاطهم الجنى .

والحق أن هؤلاء فى حاجة ملحة للحب والحنان ومن خلال فقدهم لذلك  
يعرضونه بالبحث عن القوة والنفوق .

### ٢ - الصراعات عبر الإنسانية :

وتكون الثواة هنا الإحباط فى الوصول إلى السيطرة فى العمل أو الأسرة ، أو  
الفشل فى الرقى والتفوق الاجتماعى ، أو تدهور فى الوظيفة ، أو عدم خضوع  
الزوجة والأطفال ، أو متاعب مادية مستمرة وظهور كل هذه الصراعات ، على  
الرغم من العمل لجاد المستمر المنهك ؛ مما يؤدى إلى القابلية للإصابة بقصور  
الشرايين التاجية .

### ٣ - السلوك التفاعلى للصراعات :

يميل هؤلاء الأفراد إلى قمع الشحنات الانفعالية ، بعكس طفولتهم التى كانت  
مملوءة بالاندفاع والحركة والغضب والتعبير التفظى والحركى عن الانفعالات



المختلفة ، وعندما تتجمع هذه العوامل الثلاث من تكوين الشخصية والصراعات الانسانية والسلوك المحيط ، يصبح الإنسان أكثر عرضة للإصابة بأمراض القلب ؛ لذا فالنصيحة التي تتبع من هذه المقدمة هي أن يغير الناس من أسلوبهم العارض الخطير في الإفراط في الطعام والتدخين وإعمال الحركة والرياضة ، وأن يحاول الإنسان أن يتعد عن الاغتراب العالى والصراعات التنافسية ، وأن يتحلى بالتعاون والتفهم والمساعدة لأخيه الإنسان .

### الصداع النصفي :

يتميز هؤلاء المرضى بالطموح الزائد ، وعادة مايشأرون في أسرة محافظة منزمنة ، تعتنى بكمال أطفالهم ويعددهم عن الأخطاء ؛ مما يؤدي إلى إحساس عدائى نحو الأبوين أو من يقوم مقامهما ، وكبت هذا الإحساس ، مع نبذ الدوافع الجنسية بواسطة الأنا الأعلى المهيمن المسيطر ، والذي يؤدي إلى مزيد من الإحباط ، والذي يسبب الصداع النصفي ، وعادة مايبكون هؤلاء المرضى من الشخصيات الوسواسية ، ذات الضمير الحى ، مع الطموح الزائد وذكاء فوق المتوسط .

### السمينة :

إذا استبعدنا العوامل الغذائية ، نجد أن معظم أسباب السمينة تنلخص في أسباب نفسية واجتماعية- ولتبدأ بتعويض الأبوين عن فشلها وخيبة أملها بالالتصاق والحماية الزائدة لأطفالهم ، وعادة ما تكون الأم هي الشخصية السائدة ، التي تسمى أولادها بطريقة فخرية قلقة ، مع تطلعات وآمال عريضة ؛ لكي يحقق طفلها ما فشل الأبوان في تحقيقه ؛ مما يعرقل النزعة الاستقلالية والنسج الذاتى فى الطفل .

وقد يبدو الفرد البدين للرائى ، وكأنه وديع خاضع سلبى ، ويختلف ذلك عن الحقيقة .. فعندما يتعرض لأى إحباط اجتماعى ، مع إثارة دوافعه العدائنية فسيجد إشباعه ورضاه فى الانغماس فى أكل المزيد من الطعام ، وهو بذلك يعبر عن عدوانه بطريقة رمزية ، كأنما يعبر له الأكل على أنه المحبوب الأوحده .

وتلعب صورة الجسم فى الشخص البدين دوراً قوياً فى معناها الانفعالى ورغبته فى القوة والسيطرة ، ويصبح فقدان الوزن لايضى فقط تحمل الجوع ، بل فقدان الرمزي للحب ، ومايشبعه الطعام من انتقام للعبول العدوانية ، وأخيراً

الخوف من فقدان القوة التي تعطيها له صورته الجسدية .

وتصبح السمعة تدريجياً هي التبرير والدفاع عن أي فشل يواجه الفرد البدني . وعلى الرغم من أن النضوج الجنسي يعرقله السمعة، وكذلك على الرغم من عدم الاهتمام سواء في الرجل أو المرأة بالجنس كهدف .. إلا أنه من النادر أن نلاحظ في البدن أو البدينة الجنسية المثلية ، ولكن عادة ماينجح السيدات البدينات مع الرجال ، ويحققن زواجا سعيداً في معظم الحالات .

وتلاحظ البدينة في المسجونين أو المعتقلين لمدة طويلة ، المحرومين من الحب والسعادة وإثبات الذات، وهنا يصبح الإفراط في الطعام إشباعاً وحماية ووقاية لاحتمال حدوث أو إثارة ذهان كامن ، وعندما يحاول الفرد تخفيض وزنه يحتمل إصابته بالذهان .

لذا يجب علينا قبل النصيحة بخفض الوزن ، أن ندرس العوامل النفسية والاجتماعية في الشخص البدني ، والتي تختلف من حالة إلى أخرى، والتعمق في معرفة المعنى الشخصي للسمعة ؛ حتى يتسنى أن نكتشف له عن الدوافع الحقيقية ، ومن ثم لايتعرض لأي نفضح في ذاته .

#### رومانزم المفاصل :

يبدأ هنا المرض وتزداد شدته مع الجهد الانفعالي، الذي يتعرض له الفرد ، ويحتمل أن يكون هذا الجهد : وفاة الزوج أو صديق، أو الطلاق ، أو النبذ ، أو الإجهاض أو خيبة الأمل ... إلخ .

ويوافق البعض على أن الصفة المشتركة في هؤلاء هي الإحساس بالهجر والنبذ والثورة مع ميول عدوانية مصحوبة بالشعور بالذنب نحو الأقارب والأحباب . وقد يرفض بعض المرضى المساعدة النفسية ، ولكن مع إقامة علاقة وطيدة ، والألفة مع المعالجة .. تتحسن حالة المريض تحسناً ملحوظاً .

وفي أحد الأبحاث، التي أشرف عليها المؤلف مع الدكتور فطيم (١٩٧٣) ، وجد أن الأمراض السيكوسوماتية الخارجية (مثل رومانزم المفاصل) تختلف تماماً عن الأمراض الداخلية (مثل قرحة المعدة) ؛ خاصة بعد تطبيق اختبارات روشاخ، وذلك في أن مرضى رومانزم المفاصل يملكون حاجزاً ضد اختراق العدوان داخلكم وعكسه دائماً للخارج ، بعكس مرضى القرحة الذين يسهل اختراق حاجزهم ،

وبالدالى امتصاص العدوان للناخل . وقد أدخل الدكتور فطيم فى هذا الشأن أبعاد الإقدام - الهوية فى قياس الصورة الجسدية ، ودرجة المناعة النفسية فى هؤلاء المرضى .

### الأمراض الجلدية :

يشأ الجلد والجهاز العصبى من الناحية التكوينية من المصدر نفسه ، ولذا نجد الترابط المستمر بين الأمراض الجلدية والنفسية ، بل إنه عادة ماتعتبر عن انفعالاتنا بطريقة جلدية ... إحصار الوجه بسبب الخجل أو الحرج ، الشحوب من الخوف ، العرق من الفزع ، وقوف الشعر فى حالات الرعب ، و الجلد الورد عند التعرض لمشاهد مميزة .

وتنقسم الحالات الجلدية السيكوسوماتية إلى :

- ١ - عصاب الجلد، وهذا يكون المريض هو المسبب فى المرض الجلدى، مثل طبع نطف أو نثش الشعر ونطف الأظافر ، والرهاب الجلدى مثل الخوف من ديدان فى الجلد ، الخوف من سرطان الجلد ، الخوف من الأمراض التناسلية والجلدية المعدية .
- وعادة ماتأخذ هذه الأمراض الطابع الوسواسى القهرى ، وتضم الآن إلى مجموعة اضطرابات التحكم فى الاندفاعات ، وكذلك التهاب الجلد الصمغى ، البثور التشوهية (حب الشباب) .
- ٢ - استجابات نفسية مع اضطرابات فسيولوجية ، مثل : إحصار الوجه والعرق الغزير فى اليدين والرجلين .
- ٣ - أمراض جلدية يلعب فيها العامل النفسى دوراً مهماً ، مثل : الحكمة ، والثعلبية البقعية ، والحزاز المبسط .
- ٤ - أمراض جلدية يلعب فيها العامل النفسى دوراً غير محدد ، مثل : الاكزيما ، العد الوحشى ، البهاق ، الصدفية وأمراض الحساسية المختلفة .
- ٥ - أمراض جلدية تصاحب بعض الأمراض الجسمية ، والتي لها علاقة

بالعوامل النفسية مثل الحكمة مع مرضى السكر.

ونلاحظ أن بعض الحالات الانفعالية تترايط مع بعض الأمراض الجلدية المميزة ؛ فالعدوان يترايط مع الحكمة ، والقلق مع العرق الغزير ، والخزي مع العد الوردي ، والغضب مع الارتيكريا ، والتهفة للحب مع التهاب الجلد ... إلخ .

وعادة مايعاني مريض الجلد النفسى من الحاجة الشديدة للحنان والحب والمساندة ، وعدم القدرة على إعطاء الحب للآخرين ، وكبت شديد لكل الانفعالات؛ خاصة الحزن والغضب مع فمع لعدة دوافع جنسية .

وقد يفيد هذا التفسير الدينامى فى العلاج النفسى ، وكشف العوامل الدفينة التى أدت للمرض الجلدى . ولكن يجب ألا نغفل احتمال وجود مرض عصابى أو ذهائى أولى ، أدى إلى هذا المرض الجلدى ؛ فكثيراً ما يكون الالتهاب الجلدى الصلعى ثانوياً للاكتئاب . وطبع نطف الشعر ثانوياً لثوسواس القهوى ، والتهبة البقعية ثانوية لاضطراب تحويلى هستيرى ، وحب الشباب التوهى وسيلة لإرضاء العازوكية وتأييب الذات .

ولانستطيع ذكر كل الأمراض السيكوسوماتية فى هذا الفصل ، ولكن يتجه الطب الحديث الآن نحو الاعتقاد فى أن معظم الأمراض الجسدية يلعب فيها العامل النفسى دوراً قوياً ، سواء فى نشأتها أو استمرارها أو إثارتها ، أو ضعف مقاومة الفرد لمهاجمة المرض؛ لدرجة أن بعض الأبحاث الحديثة تفيد بوجود ترايط بين السرطان والعوامل النفسية . وقد ثبت ترايط أجهزة المناعة بالحالة المزاجية للفرد .

ولذا فعلى الطبيب أن يحترم الأسباب الاجتماعية والنفسية فى كل مرضاه ، وألا يغفل الحقيقة فى أن هذه الأسباب تكون أحياناً مفتاح الشفاء .

ويشمل علاج هؤلاء المرضى للعلاج النفسى المعرفى والشخصى والمساندة الاجتماعية . وتفويد العقاقير المضادة للقلق والاكتئاب فى سرعة الشفاء . وتقليل المعاناة ، وزيادة المناعة ، حيث إن هذه الأمراض السيكوسوماتية لن يتم شفاؤها إلا إذا عولج العامل النفسى بكفاءة ؛ حيث إن الاستجابة للعلاج الطبى ، والالتزام ، وعدم النكسات يعتمد على جودة العلاج النفسى .

وبالتالى امتصاص العدوان للتدخل . وقد أدخل الدكتور فطيم فى هذا الشأن أبعاد الإقدام - الهوية فى قياس الصورة الجسدية ، ودرجة المعاداة النفسية فى هؤلاء المرضى .

### الأمراض الجلدية :

ينشأ الجلد والجهاز العصبى من الناحية التكوينية من المصدر نفسه ، ولذا نجد الترابط المستمر بين الأمراض الجلدية والنفسية ، بل إنه عادة مانعير عن انفعالنا بطريقة جلدية ... إحمرار الوجه بسبب الخجل أو الحرج ، الشحوب من الخوف ، العرق من الفزع ، وقوف الشعر فى حالات الرعب ، و الجلد الوز عند التعرض لمشاهد مميزة .

وتنقسم الحالات الجلدية السيكوسوماتية إلى :

١ - عصاب الجلد ، وهنا يكون المريض هو المسبب فى المرض الجلدى ، مثل طبع نتف أو نتش الشعر و نتف الأظافر ، والرهاب الجلدى مثل الخوف من ديدان فى الجلد ، الخوف من سرطان الجلد ، الخوف من الأمراض التناسلية والجلدية المعدية .

وعادة ماتأخذ هذه الأمراض الطابع الوسواسى القهرى ، وتضم الآن إلى مجموعة اضطرابات التحكم فى الاندفاعات ، وكذلك التهاب الجلد الصناعى ، البثور التشوهية (حب الشباب) .

٢ - استجابات نفسية مع اضطرابات فسيولوجية ، مثل : احمرار الوجه والعرق الغزير فى اليدين والرجلين .

٣ - أمراض جلدية يلعب فيها العامل النفسى دوراً مهماً ، مثل : الحكّة ، والثعلبة اليقعية ، والحزاز المبسط .

٤ - أمراض جلدية يلعب فيها العامل النفسى دوراً غير محدد ، مثل : الأكزيما ، العد الوحشى ، التهاب ، الصدفية وأمراض الحساسية المختلفة .

٥ - أمراض جلدية تصاحب بعض الأمراض الجسمية ، والتي لها علاقة

بالعوامل النفسية مثل الحكمة مع مرضى السكر.

ونلاحظ أن بعض الحالات الانفعالية تترابط مع بعض الأمراض الجلدية المميزة ؛ فالعدوان يترابط مع الحكمة ، والقلق مع العرق الغزير ، والخزي مع العد الوردي ، والغضب مع الأرتيكريا ، والتهفة للحب مع التهاب الجلد ... إلخ .

وعادة ما يعاني مريض الجلد النفسى من الحاجة الشديدة للحنان والحب والمساندة ، وعدم القدرة على إعطاء الحب للآخرين ، وكبت شديد لكل الانفعالات ؛ خاصة الحزن والغضب مع فمع لعدة دوافع جنسية .

وقد يفيد هذا التفسير الدينامى فى العلاج النفسى ، وكشف العوامل الدفينة التى أدت للمرض الجلدى . ولكن يجب ألا نغفل احتمال وجود مرض عصابى أو ذهائى أولى ، أدى إلى هذا المرض الجلدى ؛ فكلشراً ما يكون الالتهاب الجلدى الصمغى ثانوياً للاكتئاب . وطبع نتف الشعر ثانوياً للوسواس القهرى ، والتهبة البقعية ثانوية لاضطراب تحويلى هستيرى ، وحب الشباب التشوى وسيلة لإرضاء المازوكية وتأييب الذات .

ولانستطيع ذكر كل الأمراض السيكوسوماتية فى هذا الفصل ، ولكن يتجه الطب الحديث الآن نحو الاعتقاد فى أن معظم الأمراض الجسدية يلعب فيها العامل النفسى دوراً قوياً ، سواء فى نشأتها أو استمرارها أو إثارته ، أو ضعف مقاومة الفرد لمهاجمة المرض ؛ لدرجة أن بعض الأبحاث الحديثة تفيد بوجود ترابط بين السرطان والعوامل النفسية . وقد ثبت ترابط أجهزة المناعة بالحالة المزاجية للفرد .

ولذا فعلى الطبيب أن يحترم الأسباب الاجتماعية والنفسية فى كل مريض ، وألا يغل الحقيقة فى أن هذه الأسباب تكون أحياناً مفتاح الشفاء .

ويشمل علاج هؤلاء المرضى العلاج النفسى المعرفى والشخصى والمساندة الاجتماعية . وتفيد العقاقير المضادة للقلق والاكتئاب فى سرعة الشفاء ، وتقليل المعاناة ، وزيادة المناعة ، حيث إن هذه الأمراض السيكوسوماتية لن يتم شفاؤها إلا إذا عولج العامل النفسى بكفاءة ؛ حيث إن الاستجابة للعلاج الطبى ، والالتئام ، وعدم التكرات يعتمد على جودة العلاج النفسى .

## الاضطرابات العقلية والسلوكية المصاحبة للحمل والنفاس

غالباً ما يظهر علي المرأة في بدء الحمل بعض التغير الانفعالي السريع ، وأحياناً ماتصاب المرأة العصبية ببعض القلق والاكتئاب والمبالغة في الرحم . وفي بعض الحالات يظهر الإحساس بتحسن الحال في النصف الثاني من الحمل ، وإذا كان الحمل غير مرغوب فيه أو سفاحاً ، أو صاحب وفاة الزوج أو الطلاق أو كره الزوجة للزوج .

وغالباً ما يظهر على المرأة في بدء الحمل بعض التغيير  
الانعكاسي السريع ، وأحياناً ماتصاب المرأة العصبانية  
ببعض القلق والاكتئاب والمبالغة في الوجدان . وفي بعض  
الحالات يظهر الإحساس بتحسن الحال في النصف الثاني  
من الحمل ، وإذا كان الحمل غير مرغوب فيه أو سفاحاً ،  
أو صاحب وفاة الزوج أو الطلاق أو كره الزوجة للزوج .

لا يؤثر الحمل في حد ذاته على الصحة النفسية والعقلية للمرأة ، بل  
تكون الخطورة أثناء الولادة ، وبعدها في هؤلاء المهيئات طبيعتهن لذلك  
الأمراض .

ولاشك أن الولادة والرضاعة من الوظائف الطبيعية للمرأة ، ولكنها في  
الوقت نفسه تكون مصحوبة بأعباء فسيولوجية إضافية ، أو يتسم العوامل ؛ مما  
يساعد على ظهور علامات المرض العقلي في هؤلاء ، اللاتي يكن مهيئات وراثياً  
لذلك .

وغالباً ما يظهر على المرأة في بدء الحمل بعض التغيير الانعكاسي السريع ،  
وأحياناً ماتصاب المرأة العصبانية ببعض القلق والاكتئاب والمبالغة في الوجدان . وفي  
بعض الحالات يظهر الإحساس بتحسن الحال في النصف الثاني من الحمل ، وإذا  
كان الحمل غير مرغوب فيه أو سفاحاً ، أو صاحب وفاة الزوج أو الطلاق أو كره  
الزوجة للزوج .

تزيد الأعراض العصبانية بشدة ، وتصبح عقبة في استمرار الحمل خاصة  
الأعراض الهستيرية والقلق والآلام ... إلخ ، وليس لهذه الأعراض في حد ذاتها  
تأثير ضار على الجنين نفسه ، إلا إذا كان الجنين مصاباً بضعف خلقي وراثي ،



يؤثر على فرصته في البقاء ، ولايصح إجهاض المريضة قانوناً إلا بشروط خاصة ، حيث تكون الحالة من الشدة بحيث يخشى على حياة المريضة العقلية ، أو أن تترك أثراً دائماً دائمة في عقليتها .

وأحياناً مائتص المريضة العصابية فترة الحمل ، بأنها أحسن أو أسوأ فترات حياتها ، بالنسبة لاختفاء أو زيادة أعراضها العصابية أثناء الحمل .

ولأنؤثر جلسات الكهرياء خاصة بعد التخدير على العمل أو الجنين ، وقد صالجت كثيراً من السيدات في الشهر الثامن من الحمل بالكهرياء ، دون أى تأثير ضار على العمل أو المريضة أو الجنين ، أما تأثير الحمل على الذهان الوظيفي فقير مهم ، وتكمن الخطورة في الولادة أو بعدها .

### ذهان الولادة والرضاعة :

ويدرج عادة تحت تصنيف ذهان غير نموذجي ؛ لأنه يتميز بتجاوب الأعراض . واختلف الباحثون في نسبة انتشار ذهان الولادة ، ولكنه يتراوح بين ٠.١-٠.٢ ٪ من كل حالات الحمل ، أما نسبة العصاب فهي أكثر من ذلك ، ويظهر للذهان في حوالي ١٨ ٪ قبل الولادة ، وفي ٥٠ ٪ في أول أسبوعين بعد الولادة وفي ٣٢ ٪ بعد ذلك .

ويحل البعض هذا الذهان بالتالي :

( أ ) التفور والخوف من الولادة .

( ب ) اتجاه عصابي نحو الأمومة يعتمد على خبرات ، اكتسبتها المرأة من التربية الأسرية .

( جـ ) عدم للتوافق في الزواج .

( د ) الاستعداد الوراثي للذهان .

ويأخذ ذهان الولادة عدة صور إكلينيكية :

( ١ ) الذهان الوجداني ٤٠ ٪ من الحالات ، إما في هيئة اكتئاب أو هوس (إنتهاج) .

( ٢ ) الذهان الفصامي في ٢٠ ٪ من المرضى .

( ٣ ) الذهان العضوي في ٢٨ ٪ من الحالات ، ويأخذ صورة هذيان تحت حاد .

( ٤ ) أعراض عصابية وسلوكية متبقية في ١٢ ٪ من المرضى .

وغالباً ما يظهر الذهان في شكل فصام وجداني ؛ أي خليط من الأعراض الفصامية والوجدانية ، ومن الضلالات الاضطهادية إلى الشعور بالذنب والإثم ، واضطراب التفكير وأعراض كاتاتونية ، وأحياناً ما يصاحب هذه الأعراض بعض نشوش الوعي ، ويجب الاحتياط لمنع محاولات الانتحار أو قتل الطفل ، وذهان الولادة المصحوب بالاكتئاب الذهاني من الحالات النادرة ، التي تقتل الأم أثناءها رضيعها .

ويتميز هذا الذهان بالتعرض للانتكاسات ، إن لم يستمر العلاج لمدة طويلة . ولذا تنصح المريضة بمداومة العلاج أو البقاء بالمستشفى ؛ حتى تختفي الأعراض ، وحتى لا تصبح السيدة عرضة لأعراض عقلية مختلفة .

ويعالج هذا الذهان كما تعالج الأمراض الفصامية والاكتئابية مع إعطاء بعض المقويات والفيتامينات .

ويجب أن نفرق ذهان الولادة عن ذهان حمى النفاس ، وسببه وجود التهابات وتقيحات في الرحم والمهبل ، ويصعبه ارتفاع في درجة الحرارة ، وجفاف الحلق ، وسرعة النبض ، وأحياناً خراج الثدي مع هذيان حاد واختلاط عقلي ، ويعالج بالمضادات الحيوية مع المهدئات .

وتبلغ نسبة الاكتئاب بعد الولادة حوالي ١٠ ٪ ، وتزيد بعد الإجهاض إلى ٢٥ ٪ .

وقد يظهر ذهان الاكتئاب بعد عدة أسابيع من الولادة ، ويكون مصحوباً بعلامات الإرهاق نتيجة للرعاية والأرق ، ولذا يجب فطم الطفل ، والعناية الخاصة بغذاء الأم مع بقية العلاج اللازم للاكتئاب .

وتعتبر سهولة البكاء والإثارة في اليوم الأول والثاني من الولادة (Blues) عرضاً طبيعياً يحدث لدى معظم النساء .

وقد بالغ بعض العلماء في أهمية انتكاسات ذهان الولادة ، بعد كل حمل . ولذا ينصح البعض بالإجهاض لأسباب تتعلق بالصحة النفسية للأم ، ولكن احتمال ظهور هذا الذهان في الحمل الثاني لا يزيد عن ١ : ٧ ؛ ولذا إذا كانت الأم تحت إشراف طبي مستمر .. فلأمانع من التعرض للحمل ثانية ، إلا إذا وجدت ظروف خاصة تمنع ذلك سنشرحها فيما بعد .

### إجهاض الحوامل :

تثير مشكلة الإجهاض جدلاً طويلاً حول صلاحيتها ومدى فاعليتها ، ويتعلق الإجهاض بالنواحي القانونية ، والخلاقية والاجتماعية ، والدينية ، ومن حيث أن القانون غير محدد بالنسبة لهذا الموضوع ، وإباحته أو منعه ، وكذلك فعادة مايكره أطباء النساء والولادة هذه العملية دون أسباب طبية ، يخشى منها على حياة الجنين ، أو الأم ، وأخيراً .. فإن الدين لايسمح بذلك إلا لأسباب مرضية بحتة .

وقد أباحت أخيراً بعض الدول الإجهاض حتى لأسباب اجتماعية ، وعند رغبة أي امرأة في إنهاء الحمل - وخاصة البلاد الإسكندنافية (الدانمرك) ، وبريطانيا ، واليابان .. إلخ - لحل مشاكل تعدد النسل ، والأطفال غير الشرعيين ، وإطلاق الحريات الشخصية ، على الرغم من اعتراض الكنيسة ؛ لإنهاء حياة مخلوقات الله .

ويعانى الكثيرات من السيدات حوالي ٢٥ ٪ بعد الإجهاض من الشعور بالذنب وتأتبب الضمير وبعض أعراض الاكتئاب ، ويجب أخذ ذلك فى الاعتبار قبل الإقدام على التصريح بالإجهاض .

وفى اعتقائى الخاص أنه يجب تحديد عملية الإجهاض فى حالات الأمراض النفسية والعقلية للأسباب الآتية :

(١) حالات زهان الولادة التى شفيت بعد اللوية الأولى ، ولكن يخشى من احتمال وجود ندبة واضحة ، وتدهور فى شخصية المريضة إذا أصيبت بنوبة أخرى من هذا الزهان .

(٢) مريضات الفصام اللاتى اسلطن بعد فترة من العلاج للوصول إلى درجة من التوافق الاجتماعى ، والعمل المنتظم ، وإصابتهن ثانية بالذهان سنوذى إلى إنخائهن المستشفى وفقدن لهذا التوافق .

(٣) مريضات الاكتئاب اللاتى لم يتحسن على العلاج ، ومن الخطورة تعرضهن لآى إجهاد مثل زهان الولادة .

(٤) الاكتئاب التفاعلى فى شخصية غير سوية أو عاجزة ، مع وجود عوامل

اجتماعية وراثية تمتدعى الإجهاض ؛ فمثلاً إذا واجهتنا سيدة لها خمسة أو ستة أطفال ، نصفهم مرضى بأحد الأمراض الوراثية المستعمية ، وأصيبت من جراء ذلك بحالة اكتئاب نفاغلى بعد العمل ، والحالة الاجتماعية للأسرة لا تسمح بأعباء طفل آخر ، مع احتمال إصابة الجنين بالمرض الوراثى نفسه . هنا اعتقد أن الإجهاض واجب لصحة الأم والطفل والعائلة ... وهكذا .

ولكن أرى أنه إذا نصحنا سيدة بالإجهاض لأسباب نفسية أو عقلية .. فيجب النصيحة أيضاً بإجراء عملية لتعقيم هذه السيدة ، إذ يحتمل أن تأتى ثانية بعد عدة شهور مطالبة بالإجهاض ، وإذا كانت الأسباب النفسية التى دعوتنا لإجهاضها فى أول الأمر هى السابق ذكرها ، فهذا يكون عقمها مع الإجهاض هو الحل الوحيد .

والجدير بالذكر هنا السؤال التالى :

هل تستطيع الحامل الاستمرار فى تناول مضادات الفلق والاكتماب والذهان ؟

وما الموقف إذا حملت وهى تتعاطى هذه الأدوية ؟

وما التصرف إذا كانت تتناول علاج الوقاية مثل الليثيوم أو مضادات الصرع ؟

وعلى الرغم من كل التحذيرات بشأن هذه الأدوية أثناء العمل ، إلا أنه لم يثبت عموماً أى إبانة أو ترابط بين تناول هذه العقاقير ، واحتمال إصابة الجنين بأى تشوهات ، ولكن نظراً لأن احتمال التشوهات فى الولادة الطبيعية تصل إلى نسبة ١-٣% ، إننا إذا حدثت تشوهات .. فإنه لا يمكن للجزم بأنه من العقاقير أو حالة طبيعية . ولذا ينصح بعدم تناول هذه الأدوية فى الثلاث شهور الأولى من الحمل ، والعقاقير التى يحتمل تواجدها مع التشوهات هى مضادات الصرع وأحياناً الليثيوم .

وتختلف الأدوية فى إفرزها مع اللبن من ندى الأم أثناء الرضاعة ، والغالبية نسبتها ضعيفة ولا تؤثر فى الجنين ، وهنا يجب استشارة الطبيب النفسى فى حالة الاستمرار فى الرضاعة أو فطم الطفل .

## اضطراب الشخصية والسلوك في الراشدين



تتعرض شخصية الفرد علي معاملاته مع  
الناس ؛ فالشخصية هي الصورة المنظمة المتكاملة  
لسلوك الفرد ، التي تميزه عن غيره ؛ أي إنها عاداته  
وأفكاره وانتمياته واهتماماته وأسلوبه في الحياة .

تنعكس شخصية الفرد على معاملاته مع الناس ،  
فالشخصية هي الصورة المنظمة التامة لسلوك الفرد .  
التي تميزه عن غيره ، أي إنها عاداته وأفكاره واتجاهاته  
واهتماماته وأسلوبه في الحياة .

### أولاً : اضطرابات الشخصية

الشخصية كلمة نرددها كثيراً وببساطة ، دون أن نعرف - في غالب الأحيان - معناها المحدد .

وكلمة الشخصية كلمة كبيرة ... تحمل عدة معان ...

وتنعكس شخصية الفرد على معاملاته مع الناس ، فالشخصية هي الصورة المنظمة للتامة لسلوك الفرد ، التي تميزه عن غيره ، أي إنها عاداته وأفكاره واتجاهاته واهتماماته وأسلوبه في الحياة .

وعندما نحاول وصف أية شخصية .. فإننا نفسرها على أساس السمات ، التي تتجلى على صاحبها ، مثل : البشاشة ، والتجهم ، والتضام ، والصدق ، وحب السيطرة ، والزياء .

ولكننا لا نستطيع أن نلصق بشخص ما سمة من هذه السمات ، إلا إذا كانت هذه السمة تميز سلوكه معظم الوقت .

وليست الشخصية مجرد مجموعة من هذه السمات .. بل إنها في الحقيقة حصيلة تفاعل هذه السمات .. بعضها ببعض ، فهناك ، على سبيل المثال ، الشخص الذكي ، النشط ، الطيب القلب ، ولكنه مستسلم .. إن مثل هذا الشخص يصلح لأن يكون تابعاً مخلصاً .

وكذلك نجد أن اختلاف سمة واحدة من السمات ، التي تميز شخصية ما قد يؤدي إلى تغيير في الصورة النهائية للشخصية .

وتمر شخصية الإنسان في مراحل مختلفة من الطفولة حتى النضج . فالطفل مثلاً يظهر صفات متضاربة من السلوك .. فهو يحب أمه ، ثم يكرهها في لحظتين متتابعتين ، أو قد يكذب ثم يعبر بعد ذلك من سطحه على الكذب .. إن ذلك يعتبر من مظاهر عدم النضج في الشخصية ، ومع مرور الوقت .. وتقدم عمر الطفل .. تنضج شخصيته وتتكامل .

وعندما نقول إن الشخصية ناضجة .. فإننا نعني بذلك وجود تناسق في السمات ، التي تميزها بطبع علاقات الفرد بالناس بطابع السلوك الصحيح ، الذي يعينه على تحمل كافة المسئوليات .. وتقبل التضحيات المختلفة ، في سبيل بناء أسرته أو مجتمعه .

ولكن ... هناك ملاحظة ...

ليس من الضروري أن يصل الشخص البالغ إلى مستوى الشخصية المتكاملة لمجرد اكتمال نضجه الجسماني ، فقد نجد أحياناً فتاة عمرها ثمانية عشر عاماً ، وتتمتع بنضج في شخصيتها .. كما نلاحظ رجلاً في الخمسين يعاني من عدم النضج .

وهذا سؤال ..

هل للوراثة دخل في تحديد سمات الشخصية ؟

أو بعبارة أخرى .. هل يرث الأولاد عن آبائهم ملامح شخصياتهم ؟

إن عامل الوراثة ضعيف في تحديد سمات الشخصية المتصلة بمعاملات الأشخاص الاجتماعية ، كموافق الصداقة أو العداة بالنسبة للآخرين .. وكذلك في المستويات الأخلاقية .. والاتجاهات التقدمية أو الرجعية ، ولو أن البعض يجزم بدور الوراثة حتى في هذه الأبعاد . ولكن العامل الوراثي يلعب دوراً مهماً في أبعاد الانطوائية والانبساطية ، وكذلك بغذى الثبات الانفعالي وعدم النضج الانفعالي ، والعلاج النفسي ... إنا يمكن أن يكون ذا أثر فعال في تكوين الشخصية .

إن شخصية الفرد تبدو من خلال تصرفاته مع الناس ، وإن لم يحدث ذلك على الدوام ؛ فمن الممكن أن تقابل شخصية ذات قوة بالغة وبنفوذ واسع ، فنقول عن صاحبها إنه عظيم أو عبقري ، فإذا خلا صاحبها إلى نفسه تعجب من رأى الناس فيه ، لأنه يعلم أنه لا يتمتع فعلاً بالصفات التي يسبغها عليه الناس .

بعض سمات الشخصية والعيول السياسية



بعض سمات الشخصية والعيول الاجتماعية





فهناك إذا الشخصية الظاهرية الاجتماعية ، التي تعكس على الناس ما يريد صاحبها أن يعتقد الناس فيه .

والشخصية الباطنية الحقيقية التي يحتفظ بها الفرد داخله .. ويحاول إخفاءها ؛ حتى لا يتعرض لأنواع مختلفة من الصراع والنقد .

ثم إنه كثيراً ما يكون مرجع الفشل في الدراسة .. أو عدم التوفيق في الحياة الاجتماعية إلى أن العائلة تريد توجيه الابن أو البنت إلى دراسة معينة ؛ فتكثيف شخصية الابن أو البنت على هذا الأساس ، ويقتنع أي منهما بأن هذه الكلية أو هذا العمل هو ما يناسبه فعلاً . ولكن عندما يبدأ الابن أو البنت في مزاوله الدراسة على غير هواه .. يجد أن الفشل يلاحقه ، بل ويشعر بالملل ، وعدم الرغبة في الاستمرار .

والسر في ذلك هو أن شخصيته لا تتلاءم مع الطريق ، الذي أجبر على السير فيه ؛ فالموافقة الأولى على السير في الطريق المرسوم له ليست نابعة من رأس الفرد نفسه ، ولكنها في الحقيقة انعكاس لشخصية الآخرين ، آباء كانوا أو أمهاتاً ، وليس لشخصيته الأصلية أي دور في تحديد الطريق ، الذي أجبر على السير فيه .

وبعد ظهور نتائج الامتحانات ، يجد الشبان والشابات في بلدنا أن الأهل في كثير من الأحيان قد لعبوا الدور الخطير في رسم مستقبلهم ، دون الاهتمام بما يضطرب في نفوسهم من رغبات .

ومن هنا اقتنع الكثيرون بوجود ثلاثة أبعاد للشخصية ، هي:

( أ ) الصورة الذاتية :

وهي ما يعتقده الفرد عن نفسه ، خاصة عندما يخلو لذاته وينقب في دخائله .

( ب ) الصورة الاجتماعية :

وهي تحدد إدراك المجتمع والناس لهذه الشخصية ، وكيف ينظرون إليه ويقيمون صفاته ، ويحتمل أن تكون مختلفة تماماً عن الصورة الذاتية .

(ج) الصورة المثالية :

وهي ما يصبو إليه الفرد لتحقيقه ، من تطلعات وأمال ، وهي الصورة التي تكافح للوصول إليها .

والتوافق بين هذه الصور الثلاث هو أحد أبعاد الصحة النفسية .

ويعتمد نجاح الفرد في الحياة على تفاعل عاملَي الذكاء وسمات الشخصية ، ولكن أضيف أخيراً عامل مهم ، هو المعدل الانفعالي Emotional Quotient (E.Q.) ؛ بمعنى مدى التواصل والدفء في التعامل مع الآخرين ؛ فالذكاء وحده قد يرقى بالفرد لأخذ الشهادات والحصول على الدرجات ، ولكن النجاح في الحياة يعتمد على المعدل الانفعالي والتواصل الاجتماعي الدافئ ، بل إن جزءاً كبيراً من الجاذبية الجماهيرية تعتمد على هذا المعدل أكثر من الذكاء أو الشخصية .

ويقال أيضاً أن من أحد أسباب الطلاق هو انعدام المعدل الانفعالي في أحد الطرفين ، ويذكر مثلاً أن كينيدي وريجان - رئيسي أمريكا السابقين - على الرغم من متوسط ذكائهما، إلا أن قوة المعدل الانفعالي جعلتهما من ذوي الجاذبية والكاريزما القوية ، أما كارتر والذي يتميز بذكاء مفرط ومعدل انفعالي منخفض .. كان قليل الحظ في الجاذبية الجماهيرية ، وحتى في مصر يتضح ذلك في مقارنة رؤسائنا السابقين بعضهم ببعض ، سواء جمال عبدالناصر أو أنور السادات أو حسنى مبارك .

### بناء الشخصية

تمر الشخصية بعدة مراحل حتى نضوجها ، وتصنف هذه المراحل حسب المدرسة النفسية التي يتبعها المصنف ، ولاشك أن اهتمام فرويد بتشريح وتقسيم مراحل نضوج الشخصية ، أثر تأثيراً واضحاً في مفهوم الطب النفسي لمكونات شخصية الفرد .

وقد قسم فرويد الشخصية إلى :

#### (١) الهو :

وهو ذلك الجزء الذي يعنى بالاندفاعات البيولوجية البدائية أي الغرائز ، وهو الجزء المبروث من الشخصية ، وينبع الهو مذهب اللذة والإشباع العالي ،

فلا يستطيع إرجاء اللذة أو تحويرها ، بل يجب عليه إرضائها فوراً ، وأهم الدوافع الموجودة في اللهو ، هي : الهواء ، الطعام ، الشراب ، الجنس ... إلخ ، أي النفس الأمارة بالسوء .

### ( ٢ ) الأنا :

وهو ذلك الجزء الذي يتبع مذهب الواقع ، ويحاول تكيف الفرد والشخصية حسب الظروف الخارجية ، والبيئة العامة . ونحوى الأنا الجزء المهم من الشخصية ، الذي يفهم الحكم والتقدير ، والمعادلة ، وحل المشاكل ، والدفاع الذاتي .

ويعتبر الفرد ذو الأنا القوي ، قادراً على المرونة في معالجة المشاكل والتكيف والتوافق الاجتماعي ، مما يجعله أقل عرضة لأعراض العصاب والذهان . أما إذا كان الأنا في حالة ضعيفة ، وتحت سيادة اللهو .. فهذا يتدهور الفرد تحت أي شدة ، ولا يستطيع احتمال الكبت ، ويتعرض لأعراض عقلية واضطرابات في الشخصية ، وهو الجزء الساعي إلى النفس المعطلة .

### ( ٣ ) الأنا الأعلى :

وهو ذلك الجزء في الشخصية ، الذي يعبر عن الضمير ويؤيد القيم الأخلاقية والاجتماعية ، وتكتسب صفات الأنا الأعلى من نقص قيم الوالدين ، أو من يقوم محلها . وينفذ هذا الجزء من الشخصية الأنا ، ويسبب أملاً للفرد مع وخز الضمير ، والشعور بالذنب ، خاصة إذا أصبح الأنا قريصة وأسيراً للهو .

وإذا قوى الأنا الأعلى يصاب الفرد بالصلابة ، والعدا ، والقلق ، والإحباط مما يسبب له نعاسة كبيرة ، وهو الجزء المرادف للنفس التوامة .

ونستطيع أن نستنتج مما سبق ، أن حصيلة الشخصية المتوافقة هي التوازن والتأزر بين اللهو ، والأنا ، والأنا الأعلى وإرضاء طليباتهم دون تحيز ، أما الشخصية العصابية ؛ فهي نتيجة عدم التوازن واضطراب التأزر بين مكونات الشخصية .

وإذا أردنا تفسير هذا التقسيم التحليلي بطريقة فيسيولوجية ؛ فاله هو يعبر عن مراكز المخ الهدائية فيما تحت اللحاء مع الأفعال المنعكسة ، والأنا الأعلى هي الأفعال المنعكسة الشرطية المكتسبة من البيئة والتقاليد والدين في قشرة المخ ، والأنا هي حصيلة الأفعال المنعكسة الشرطية من توازن الأفعال المنعكسة ، السابق

ذكرها ، والتي كونها الفرد نتيجة تفاعل الوراثة والبيئة وأظهرت شخصيته .

وتنقسم مراحل نموج الشخصية إلى :

(١) مرحلة الرضاعة .

(٢) مرحلة الطفولة .

(٣) المرحلة الاجتماعية .

(٤) مرحلة المراهقة .

(٥) مرحلة النضوج .

(١) مرحلة الرضاعة :

وتشمل الفترة من الولادة حتى سن الثالثة ، وهي فترة اعتماد كلى على الأم والبيئة . وتتأثر الشخصية في هذه الفترة بالعلاقة النافذة المنتظمة بين الأم وطفلها ، والاستقرار والأمن الأسرى ، بل ويعتقد بعض العلماء أن الاضطراب الانفعالى في هذه الفترة من جراء غياب الأم ، أو عدم عطفها ، يؤدى إلى ندبة دائمة في شخصية الفرد .

ويتبع الطفل في هذه المرحلة مذهب الإرضاء والإشباع الذاتى ، ويعتمد أولاً على شدى أمه ، ومن هنا تصبح كل لذته تابعة من الفم ؛ مما دعا فرويد إلى أن يعبر عن المرحلة التي تبدأ من الولادة إلى سنة ونصف بالمرحلة الفمية ، وأن الشخص الذى يعتمد في لذاته العاطفية أو الجنسية والغذائية على الفم بعد هذا السن ، يصبح اعتمادياً لا يطيق الاستقلال الذاتى ، ويسمى بالشخصية الفموية ، وخاصة في هؤلاء الذين نطلقهم أمهاتهم في الرضاعة حتى سن متأخرة ، ويصبحون غير قادرين على العبور للمرحلة التي تليها .

وتلى المرحلة الفموية مايسمى بالمرحلة الشرجية وهي بين ١-٣ سنوات ، وهنا يعتمد الطفل في لذته على عدم التحكم في التبول والتبرز ، ويبدأ الصراع بين الوالدين والطفل لتنظيم هذه العمليات ، فإذا حاول الوالدان تنظيمها مبكراً قبل نموج الجهاز العصبى ، أصوب الفرد بما يسمى بالشخصية الشرجية أو الوسوسة أو القهرية ، وتتميز بالصلابة والعناد ، وحب النظام والنظافة بطريفة عصابية ،

مع عدم المرونة في التكيف مع ظروف البيئة ، وهو الصراع الأول بين الأنا والواقع والهو واللذة الفورية .

### ( ٢ ) مرحلة الطفولة

وتبدأ بالقدرة على الكلام ، واكتساب عادات من يحيطون به ، وتعتمد من سن الثالثة حتى السادسة ، فإذا كان الوالدان سويين ، اكتسب الطفل عادات وتقاليد ناضجة متزنة ، أما إذا كانا مضطربين .. فهذا سيقتصر الطفل هذا الاضطراب ، ويصبح واضحاً في شخصيته ، أو مع أعراض عصبية أو ذهانية .

وتتحول اللذة في هذه المرحلة في الفم ، والشرح إلى الأعضاء الجنسية . وقد سمي فرويد هذه المرحلة بالقصصية ، فيبدأ الطفل في حب الاستطلاع ، والأسئلة المستمرة عن الفرق بين الرجل والمرأة ، وحجم أعضاء التناسل ، بل اكتشافها فيمن حوله ، مع لمس هذه الأعضاء ، مما يثير الذعر بين الوالدين ، ويبدأ في عقاب الطفل وتهديده ببتن العضو إذا لمسه مرة ثانية ، ويخلق ذلك عقدة جنسية في الطفل ، تستمر حتى التضج في هيئة الخوف على قوته الجنسية ، وتبدأ الفناء بالإحساس بالنقص ، بأنها لا تملك جميع أعضاء التناسل الظاهرة في الرجل ، مما يسبب لهاغيرة واضحة من الجنس الآخر ، ونحاول أن نتغلب على ذلك بالكفاح في سبيل أخذ مكانها المرموق .

كذلك يبدأ في هذه الفترة ، ما يسمى بمرحلة أوديب ، وهي تحلق الصبي بوالدته وكرهه وغيرته من والده ، أما حب الفناء لأبيها وغيرتها من أمها فتسمى بعقدة إلكترا ، وهي مرحلة عادية في هذه الفترة ، ويجب على الوالدين ألا يظهر أحدهما بمبالغة تعلقه بالآخر أمام الأطفال ، فيجب أن يشارك الأطفال في هذا الرجحان .

### ( ٣ ) المرحلة الاجتماعية

وتتعد من سن السادسة حتى البلوغ أي حوالي الثانية عشرة ، وهنا يتضح تأثير المدرسة ، والزملاء والأقرباء والأصدقاء ، وأبطال التاريخ والتقليديين . ويكتسب الفرد في هذه المرحلة التقاليد الاجتماعية ، ويتقن أخلاق ذويه ، ويقلد مثلهم العليا ، ولذا يجب أن يرتبط الطفل في هذه الفترة بأحد أقربائه السويين من

نفس الجنس ، حتى يكتسب منه العادات الحميدة ، والأبترك لنشأة المربيوات والشغاليين بالمنزل .

ويسمى فرويد هذه المرحلة بفترة الكمون ، نظراً لأن النشاط الجنسي غير موجه لمنطقة معينة كما في المراحل السابقة .

#### (٤) مرحلة المراهقة

تبدأ بالبلوغ في الثانية عشرة وتمتد للسابعة عشر أو الثامنة عشر ، ويبدأ المراهق في الاهتمام بنفس الجنس ، ، ويختار ، كل أصدقائه من نفس جنسه ويحتقر الجنس الآخر ، فجد الصبية يكونون جماعات مع بعضهم ، ويتعلقون بشدة بعضهم بالبعض الآخر . وأحياناً ماتحدث بعض المحاولات الاستطلاعية الجنسية ، وتجد الفتاة تميل إلى صاحبها أو مدرستها وترسل لها الزهور والشعر ، وتكتب لها الخطابات وتغير عليها ، ولذا سمى فرويد هذه المرحلة بفترة الاستجاس أو الجنسية المثالية .

ويهتم المراهق هنا برأى الناس فيه ، ويحاول جاهداً الاستقلال والإحساس بذاته ، والبحث عن شخصية سائدة ، ويبدأ الصراع بين اعتماده وحاجاته للوالدين ورغبته في الاستقلال عنهما ، مما يجعله عنيداً صلباً وأحياناً عدوانياً ، مجادلاً لا يريد الافتتاح برأى الغير ، ويسفه آراء الكبار ، ويعتبرهم متخلفين اجتماعياً . ومن خلال هذه الصراعات وموقف الوالدين السوى ، تنضج شخصية المراهق ليتحمل المسؤولية كاملة بعد ذلك .

#### (٥) مرحلة النضوج

لا يعتمد نضوج الشخصية على من معينة ، بل يعتمد على توافر العوامل البيئية والوراثية لتعزيز عملية النضوج ، ويعتبر الشخص الناضج هو من يتحمل علاقة وثيقة مستمرة مع الجنس الآخر ، مع مسؤولية العائلة ، وكفالة الحياة السهلة لهم ، والذي يحاول التمتع في سبيل الآخرين ، وليس في سبيل إيذاء السيطرة والسيادة .

ويصر الشخص الناضج بالمراحل السابقة بطريقة سوية ، دون أن يكون قد ثبت في إحدى هذه المراحل نظراً لإشباعه وإرضائه السوى ، في خلال إحدى هذه الفترات ، أو كعبته وعدم إرضائه أثناءها . هنا .. فقط يستطيع الانطلاق

للحياة بشخصية منزنة متوافقة مع المجتمع ، ونتجه في العلاج النفسي إلى تحليل هذه المراحل ومعرفة السبب الرئيسي في اضطراب الشخصية الحالية ؛ حتى يستطيع المريض - بمساعدة المعالج - الوصول إلى درجة سوية من النوافق الاجتماعي .

ويختلف باحثو المدرسة التفاعلية في أن نمو الشخصية لا يأخذ اتجاهاً راسياً من الطفولة إلى المراهقة إلى النضوج ، بل إن الشخصية تنمو بطريقة أفقية بتفاعل أثنائها الطفل ، والمراهق والناضج ، وأن كل شخصية ما هي إلا مزيج من الثلاث . وإن تغلب أحد هذه المكونات .. يبدأ الفرد في صراع ذاتي ، واحتكاك مع المجتمع ، وأن الصحة النفسية هي التفاعل السليم والتأزر الخلاق ، والتوازن الموجه بين الطفل والمراهق والناضج .

### أولاً : اضطرابات الشخصية والسلوك في البالغين :

#### Disorders of Adult Personality and Behaviour

يتضمن هذا الجزء خليطاً من الحالات وأنماط السلوك ذات المغزى الإكليديكي ، التي تميل إلى الاستمرارية ، وتكون تعبيراً عن نمط الحياة المعبرة للفرد وأسلوب تعامله مع نفسه والآخرين .

تظهر بعض هذه الحالات وأنماط السلوك مبكراً في مسار الارتقاء الفردي ، كنتيجة لكل من العوامل التكوينية والخبرة الاجتماعية ، في حين أن البعض الآخر يكتبه في مرحلة متأخرة من العمر .

إن اضطرابات الشخصية الممددة واضطرابات الشخصية المختلطة والأخرى وتغيرات الشخصية طويلة المدى هي أنماط سلوكية عميقة الجذور ومستمرة ، تظهر في شكل استجابات غير مرنة ل نطاق عريض من المواقف الخاصة والاجتماعية ، وتعكس انحرافات شديدة أو ذات دلالة عن الأسلوب ، الذي يتلجه الشخص العادي في ثقافة بعينها عندما يفكر ويشعر ؛ خاصة حين يتعامل مع الآخرين ، وتميل هذه الأنماط من السلوك إلى أن تكون مستقرة ، وأن تتضمن أسوأاً مختلفة متعددة من السلوك والأداء الاجتماعي للفرد .. كذلك نجد في كثير من الأحوال ، وإن كان ليس في كلها مصحوباً بدرجات متفاوتة من الضيق الذاتي واختلال الأداء الاجتماعي .

تختلف اضطرابات الشخصية عن تغييرات الشخصية في نوقيت وطريقة ظهور كل منهما ، فأضطرابات الشخصية هي حالات ارتقالية ، تظهر في الطفولة أو المراهقة ، وتستمر في مرحلة الرشد ، وهي ليست ثانوية لاضطراب عقلي آخر أو مرض مخي ، وإن كان يمكنها أن تسبق أو تتزامن مع اضطرابات أخرى . وعلى العكس .. فإن تغير الشخصية يكتب عادة أثناء حياة البالغ ، وبعد كروب شديدة أو طويلة أو حالات حرمان بيئي شديد أو طويلة ، أو اضطرابات نفسية حادة الخطورة أو مرض أو إصابة بالمخ .

يمكن تصنيف كل من حالات هذه المجموعة ؛ تبعاً للشكل الغالب من مظاهرها السلوكية ، ومع ذلك .. فإن التصنيف في هذه المنطقة لا يستطيع في الوقت الحالي أن يتجاوز وصف سلسلة من الأنواع وتصنيفها ، ولا يستبعد أحدها الآخر ، بل وأحياناً ما يتطابق في بعض مميزاتة .

ولذلك .. فقد قُسمت اضطرابات الشخصية تبعاً لمجموعات من السمات ، ترازى أكثر المظاهر السلوكية لهذه الحالات شيوعاً وتوافقاً . وقد تم تحديد التقسيمات المذكورة تحت كل نوع عموماً كأشكال الانحرافات الشخصية .

وعند تشخيص اضطراب الشخصية ، يجب على الطبيب أن يراعي كل أوجه الأداء الوظيفي للشخص ، وذلك على الرغم من أن الصياغة التشخيصية لكي تكون بسيطة ومفيدة سوف تشير فقط إلى تلك الأبعاد أو السمات ، التي يرى أنها قد وصلت حداً من الشدة .

يجب أن يعتمد التقييم على أكبر عدد ممكن من مصادر المعلومات . وعلى الرغم من أنه يكون من الممكن أحياناً تقييم حالة الشخصية في مقابلة واحدة مع الشخص .. إلا أنه كثيراً ما يستدعي الأمر أكثر من مقابلة مع الشخص ، بالإضافة إلى جمع معلومات عن تاريخه من الزواة .

كان كل من المزاج الدوري والاضطراب الفصامي الطابع في السابق مصنفيين مع اضطرابات الشخصية ، وقد صنفا حاليها في مكان آخر ، فالمزاج الدوري مع اضطرابات المزاج ، والاضطراب الفصامي السابع مع الطيف الفصامي ، وذلك لما يشتركان فيه من أعراض وتاريخ عائلي وشكل المسار ، مع اضطرابات أخرى في هذين الجزئين .



أما تقسيم تغير الشخصية .. فيستند إلى السبب ، أو الأحداث السابقة المؤدية إلى هذا التغير مثل كارثة ، أو وطأة طويلة أو إجهاد طويل أو مرض نفسي .

من المهم التفريق بين حالات اضطراب الشخصية ، والاضطرابات المتضمنة في أجزاء أخرى من هذا الفصل .. فإذا جاءت إحدى تغير الشخصية قبل أو بعد اضطراب نفسي ذي زمن محدد أو مزمن ، وجب تشخيص الاثنين .

يصاحب التقسيم الجوهرى للاضطرابات العقلية تقدير العوامل النفساجتماعية . وعلى الرغم من أهمية التجانبات الثقافية أو المحلية بالنسبة لمظاهر حالات الشخصية .. إلا أن المعرفة محدودة في هذا النطاق .

أما حالات اضطرابات الشخصية التي تبدو شائعة في جزء ما في العالم ، ولكنها لا تنطبق مع أى من الأنواع المعينة أدناه .. فيمكن أن تصنف تحت حالات شخصية أخرى ، كذلك .. فإن التجانبات المحلية في مظاهر إحدى حالات الشخصية ، يمكن أن توضع ضمن المؤشرات التشخيصية المحددة لهذه الحالات .

### اضطرابات الشخصية محددة الوصف :

#### Specific Personality Disorders

هي اختلالات شديدة في التكوين الوصفي والميل السلوكية للفرد ، تشمل عادة عدة مناطق في الشخصية ، وتصاحبها دائماً إلى حد ما مشاكل شخصية واجتماعية جسمية .

ويميل اضطراب الشخصية إلى الظهور في فترة الطفولة المتأخرة أو المراهقة ، ويستمر واضحاً أثناء مرحلة الرشد ، ولذلك قليل وارتداً أن يكون تشخيص اضطراب الشخصية مناسباً قبل سن السادسة أو السابعة عشر ، والهاديات للشخصية العامة المنطقية على كل اضطرابات الشخصية سوف تذكر بعد ذلك ، مع توفير المواصفات الإضافية لكل واحد من أنواعها .

#### مؤشرات تشخيصية :

هي حالات لا يمكن إرجاعها مباشرة إلى ضرر جسمي أو مرض بالمخ ، أو إلى أى اضطراب طبي نفسي آخر ، وتستوفى المعايير التالية :

(١) سلوك واتجاهات غير متجانسة بشدة ، تشمل مناطق متعددة من الأداء ، على

سبيل المثال : الوجدان ، التنبه ، التحكم في النزوات ، طرق الإدراك والتفكير وأساليب الارتباط بالآخرين .

(٢) نمط السلوك الشاذ ثابت وطويل المدى ، وليس مقتصرأ على نوبات من المرض العقلي .

(٣) نمط السلوك الشاذ واسع الانتشار ، ويفتقد إلى التكيف بشكل واضح ، مع نطاق عريض من المواقف الشخصية والاجتماعية .

(٤) المظاهر المذكورة أعلاه تظهر دائماً أثناء الطفولة أو المراهقة ، وتستمر أثناء مرحلة الرشد .

(٥) الاضطراب يؤدي إلى نزاع شخصي جسيم ، ولكن قد يتضح ذلك فقط في مرحلة متأخرة من مساره .

(٦) الاضطراب يكون مصحوباً عادة ولكن ليس دائماً ، بخلاف واضح في الأداء المهني والاجتماعي .

يحتاج تشخيص أغلب الأنواع المذكورة أثناء في العادة إلى دليل واضح على وجود ثلاث - على الأقل - من السمات أو السلوكيات المذكورة في وصفه .

### (١) اضطراب الشخصية البارانويدية (الزورانية) :

#### Paranoid Personality Disorder

هو اضطراب شخصية ، يتميز بحساسية مفرطة نحو الهزائم والرفض وعدم مغفرة الإهانات والجروح ، وعيل نحو حمل الضغائن بشكل مستمر ، والشك وعيل لتضوية الخبرات ، من خلال سوء تفسير الأعمال المحايدة أو المحببة للآخرين على أنها عدوانية أو مليئة بالازدراء ، وإحساس قذالي ومنتشبت بالحقوق الشخصية غير متناسب مع المواقف الفعلية وقابلية للتغيرة العرضية ، وعيل إلى الإحساس بأهمية ذاتية مفرطة ، وفي كثير من الأحوال إحساس مبالغ فيه بالإشارة إلى الذات .

والطابع المميز للشخصية البارانويدية هو الشك في كل من حولها والشكوى الدائمة من أنها لم تأخذ حقوقها كاملة ، وأن الناس لايقدرونها حق قدرها ، وأن المجتمع لايعطيها المنصب اللائق بها ، وأن صاحبها لو كان قد سافر للخارج مثلاً ،

لا استطاع أن يصل للقيمة التي يستحقها .

ويعتقد صاحب هذه الشخصية على الدوام أن زملاءه وجيرانه يريدون إلحاق الأذى به ، ولا يمكن إقناعه بسوء ظنه ، وإذا تكلم أحد هامساً في الحجرة التي هو بها .. فإن هذا يعني أنه يتكلم عنه ، وإذا وجد زوجته تتحدث في الهاتف فإنه يخطفه منها ، ليرى إذا كان المتحدث معها رجلاً أو امرأة ، بل إنه يتدك عمله أحياناً ليفاجئ زوجته بالمنزل ، ويرى ماذا تفعل .

وهو دائم الشجار مع زوجته لأنها ابتمت لفلان ، أو أن فلاناً كان ينظر إليها بطريقة يفهم منها أنها على علاقة به .

وهذا النوع من الشخصيات يصبح غير مرغوب فيه في أي عمل ، ويحتاج إلى علاج خاص لتقويم هذه الشخصية المعوجة ، ويتعرض أحياناً للإصابة بالاضلالات الانطهادية أو القسام الخيلاني .

## (٢) اضطراب الشخصية الشيفصامية :

### Schizoid Personality Disorder

هو اضطراب شخصية يتميز : بالانعزال عن المجالات ، التي تتضمن تراسلاً عاطفياً أو اجتماعياً ، أو أي أشكال أخرى من التواصل ، مع تفضيل الخيال والأنشطة الفردية والتحفط الداخلي والانطواء على الذات . كذلك هناك انعدام للقدرة على التعبير عن المشاعر والشعور بالمتعة بحيث يظهر أمام الناس في صورة البارد ، الذي لا يبالي بشيء ، وهذه الشخصية لاتصلح لعمل يحثك فيه بالجماهير ، مثل : الخطابة ، التعليل ، أو العلاقة العامة حيث يعجز عن التعبير عن آرائه بالأسلوب الشائق ، ونجدهم ناجحين كباحثين أو فلاسفة أو مشرعين أو في مجال التخطيط .. إلخ .

## (٣) اضطراب الشخصية الاجتماعي - المعادية للمجتمع - (الاجتماعي أو الميكوباتية) :

### Dissocial Personality Disorder

اضطراب شخصية ، يتميز بعدم الاهتمام بالالتزامات الاجتماعية والافتقار للشعور مع الآخرين ، وعنف غير مبرر أو لامبالاة واستهتار .. كذلك هناك هوة جسيمة بين السلوك والقيم الاجتماعية المتعارف عليها ، ولا يمكن تغيير السلوك عن

طريق الخبرة أو العقاب ، وكذلك نجد أن هناك قدرة ضعيفة جداً على احتمال الإحباط ، وسهولة شديدة في تفريغ العدوان بما فيه العنف ، مع استعداد شديد للوم الآخرين أو لتقديم مبررات مقبولة ظاهرياً للسلوك ، مما يضع الشخص في صراع مع المجتمع .

وتنتشر هذه الشخصية بين نزلاء السجون والمعتقلين والمجرمين ؛ نظراً لأنها تتميز بالاندفاع إلى العدوان ، وعدم التعلم من التجربة ، وعدم استطاعة صاحبها مقاومة أي إغراء ، وثورته على تقاليد المجتمع .. بل وعلى كل شيء ، وقد نتجح هذه الشخصية أحياناً في أدوار قيادية ؛ نظراً لأنابندتها المفرطة وطموحها ، المحطم لكل القيم والعقائد والتقاليد والصداقات ، في سبيل الوصول إلى ما يريد .

وهو في سبيل ذلك لا يحترم أي عاطفة ، وقد يصبح متبدد الشعور لا يبالى بالأمم الآخرين ، وأحياناً ما تكون هذه الشخصية من الذكاء والقدرة والوسامة بحيث توقع الكثير من النساء في حباتها ، وبعد أن يتزوج السيكوباتي ويأخذ كل أموال زوجته يهجرها بأولادها ويتزوج بأخرى ... وهكذا ، ولا مانع بعد ذلك من العودة إلى الزوجة الأولى وتقبيل أقدامها وسؤالها المغفرة ، وأنه لن يعود ثانية إلى ما فعل ، ولكنه سرعان ما يعود لطبيعته دون نزاع .

نجد في تاريخ صاحب هذه الشخصية السيكوباتية دائماً منذ الطفولة بعض الأعراض ، التي تشير إلى هذه الشخصية ، مثل : الكذب والسرقة والاعتصاب والانحراف الجنسي والإدمان . وكما قلت سابقاً ، ينتهي معظمهم إلى السجون ، وخطورة صاحب هذه الشخصية أنه يبدو عليه الصدق والأمانة والحرارة والحماس حين يتكلم ، فيخدع أي فرد أمامه ، ويسهل عليه أن يتصيد فريسته على الدوام .

ولقد عرف الناس هذه الشخصية منذ زمن بعيد ... هذه الشخصية الشاذة التي لا تستطيع اعتبارها مريضاً ذهانياً ، أو قصوراً عقلياً ، والتي مازال تعريفها عسيراً إلى حد كبير ، ونسلفها دائماً بالأعراض السابق ذكرها ، والتي تتلخص في سلوك عدواني لندفاعي ضد اجتماعي ، دون تحمل مسئولية ، ويبدأ من الطفولة ويستمر أحياناً حتى بعد النضوج .

وقد اختلف الباحثون في أسباب نشأة هذه الشخصية من عوامل وراثية إلى أسباب فيسيولوجية في الجهاز العصبي ؛ خاصة أنها تلي بعض الأمراض كالحمى

المخفية والصرع ، إلى خليط بين الاثنين . وقد لوحظ أخيراً أن نسبة عالية من نزلاء السجون من السيكيوباتيين يتميزون بطول القامة ، والوهن ووجود بعض الصبغات الشاذة في هيئة  $xyy$  .

ويوجد نوعان من الشخصية السيكيوباتية :

#### ( أ ) السيكيوباتي المقلب العاجز :

وهو كثير الشبه بالشخصية العاجزة ، فنجده دائماً في عمل متغير ، لا يستطيع المشاركة على عمل واحد أكثر من شهر ، وينتقل ذلك مشاجرات ومشاحنات وثورة ضد نظام العمل ، وعدم الاهتمام بنتائج ذلك السلوك ، وينعكس ذلك أيضاً في ارتباطاته العائلية ، فتتعدد زيجانه وأطفاله من كل زوجة ، دون تحمل أي مسئولية لرعايتهم ، ولا يستطيع الإخلاس لأحد . وعلى الرغم من الحماس والعاطفة الظاهرة ، إلا أنهما سرعان ما تنفصدا وتتبخرا ، مع ، مغامرات جنسية مستمرة دون استحصار بالمضاعفات .

وينحرف أصحاب هذه الشخصية إلى الإدمان أو الشذوذ الجنسي ، أو الجرائم البسيطة ، أو يصبحون من متوهمي العقل البدنية والمتوردين على العيادات الطبية .

#### ( ب ) السيكيوباتي العدوانى المقلب الانفعال :

وهي أقل شيوعاً من النوع السابق ، ولكنه يضاد المجتمع بطريقة أكثر ضرراً ويندفع هؤلاء للجريمة والقتل والاعتداء على الغير لأتفه الأسباب ، أما المتبدد انفعالياً فيبتدئ ولاءه وصداقاته في سبيل مصلحته الشخصية ، ويهجر زملاءه لمنافعه الذاتية ، ولا يكثر لمصائب الناس مادام هو بعيداً عنها وينجح هؤلاء في الوصول إلى بعض المناصب الكبيرة ؛ نظراً لأنهازيتهم وعدم تمسكهم بأى مبادئ أخلاقية أو اجتماعية ، وأحياناً ما يسيطر على هؤلاء حب الملطمة مع بعض السادية ، كما حدث مع هتلر .

وعلاج الشخصية السيكيوباتية من أصعب مشكلات الطب النفسى ، وكما كان المريض صغير السن كان الأمل فى التحسن كبيراً يساعد على التحسن وجود انفعال قوى غير متبدد ، وأن تكون الثورات الاندفاعية متفاوتة ، وليست مستمرة ، وأن تتوافر الرغبة فى المساعدة والعلاج ، ويفشل العلاج فى المجرمين والفتلة وراغبى ، العدوان المستمر .

## (٤) اضطراب الشخصية غير المعتزلة انفعالياً :

## Emotionally Unstable Personality Disorder

هو اضطراب شخصية يتضمن ميلاً شديداً نحو التصرف ، تبعاً للدوافعات ، دون مراعاة التبعات ، بالإضافة إلى مزاج غير مستقر ونزوى ، وكذلك .. فإن القدرة على التخطيط للمستقبل متدنية ، كما أن انفجارات الغضب الشديد تؤدي كثيراً إلى العنف أو إلى انفجارات سلوكية . ويسهل ترسيب هذه الانفجارات إذا ما تعرضت أفعال المريض الاندفاعية إلى نقد أو اعتراض الآخرين ، وقد تم تعيين شكلين متباينين لهذا الاضطراب في الشخصية ، يشترك كلاهما في سمة عامة من الاندفاع وعدم التحكم في النفس .

( أ ) النوع التزقي : Impulsive Type

( ب ) النوع العدى (البين بينية) Borderline Type

يتضمن :

اضطراب شخصية ، عدوانية ، حدية ، انفجارية ، اضطراب شخصية اجتماعية .

وتتميز بالآتي :

(١) الاندفاع وعدم التنبؤ بسلوك الشخص ، خاصة في إمكانية تعظيم الذات غير المباشر ، مثل : التذبذب ، الجنس ، الميسر ، إيمان المواد ، السرقة ، الإيذاء الجسدي .

(٢) علاقات قوية عبر شخصية غير متوازنة ، مثل : التآرجح المستمر في الاتجاهات ، وتأليه أو تحقير النفس أو الآخرين ، والتلاعب في استعمال الآخرين للعأرب الخاصة .

(٣) الغضب غير المناسب أو عدم التحكم في الغضب .

(٤) اضطراب الهوية بعدم التأكد من عدة ظواهر في الذات ، مثل : الصورة الذاتية النوعية الجنسية ، الأهداف المستقبلية واختيار المستقبل ، أنماط الصداقة ، القيم ، الولاء .

(٥) عدم التوازن الوجداني وتذبذب العاطفة من الاكتئاب إلى القلق إلى الغضب إلى العصبيّة لزيادة لعدة ساعات ، يعود بعدها الشخص إلى وجدانه الطبيعي .

(٦) عدم تحمل الوحدة .

(٧) التحطيم الذاتي من محاولات الانتحار ، أو كثرة الحوادث أو تشويه الجسد ... إلخ .

(٥) اضطراب الشخصية الهستيرية (الهستيرى - الهرعانى) :

#### Hysterionic Personality Disorder

اضطراب شخصية يتميز بمبالغة في الذات وأداء مسرحي ، وتحويل مبالغ فيه عن المشاعر وقابلية للإيحاء ، والتأثر السهل بالآخرين ، ووجدانية مسطحة وهشة وذاتية ، وانغماس في الذات ، وعدم وضع اعتبار للآخرين ، واشتياق دائم للتقدير وأحاسيس بسهولة الإيلام والنهم للإثارة ، وللشائعات التي يكون هو أو هي فيها مركزاً للانتباه ، سلوك ابتزازي دائم للوصول إلى الأغراض الذاتية .

تجد تفسيراً مفصلاً مع الهستيريا (الاضطرابات التحويلية والانشاقية) ، وهي منتشرة بين الشعب . ومن الصعب تحديد شيوعها في مصر ، إلا من خلال المتابعة في العيادات ، ويقدر أن نسبة وجودها تصل إلى حوالي ١٠٪ من الأفراد ، وهذه الشخصية أكثر شيوعاً بين النساء عنها بين الرجال ، ويحتمل ارتفاع هذه النسبة ببلهن إلى حوالي ٣٠٪ في مصر والبلاد العربية .

ويشير لفظ هستيريا الخوف والفرح بين الناس ، والسر في ذلك اعتقاد البعض أنها نوع من الجنون ، وهذا خطأ فاحش .

فالشخصية الهستيرية ليست مرضاً ، ولكنها تقلب في العاطفة ، وتغير سريع في الوجدان لأنفه الأسباب ، مع سطحية الانفعال في كل الأحوال .

فهناك مثلاً الفتاة التي تتور من أجل حبها ، بل تهجر عائلتها وبيتها لتتزوج من حبيبها ، ولكن بعد فترة قصيرة تبدأ عاطفتها في التدهور ، وتبحث عن عاطفة أخرى بديلة .

وهكذا تتميز الشخصية الهستيرية بالتذبذب السريع ، والعجز عن إقامة علاقة ثابتة لمدة طويلة ، نظراً لعدم القدرة على المثابرة ونفاذ الصبر سريعاً .

كذلك نجد أن الشخصية الهستيرية سريعة التأثر بالأحداث اليومية ، والأخبار المثيرة وبما قيل وما يقال ، بل إن أصحاب هذه الشخصية يضعون في اعتبارهم كل هذه العوامل عند تقديرهم للمواقف ، وهكذا تتأثر قراراتهم بالناحية

المزاجية الانفعالية ، أكثر من تأثرها بالناحية الموضوعية .

فمثلاً .. إذا استمعت سيدة لحدث من صديقة لها عن إحدى الجارات ، وكان الكلام غير مرضي ، لا تتردد صاحبة الشخصية الهستيرية في اتخاذ القرار بقطع العلاقات بينها وبين هذه الجارة ، بل وإقضاء كل أسرارها ، وسبها ، دون التأكد من صحة ما قالت ، أو محاولة مناقشة الطرف الآخر في الموضوع .

ومن صفات الشخصية الهستيرية أنها محبة للأثنية ، مع رغبة في الظهور واستجلاب الاهتمام والمحاولة الدائمة لاسترعاء الانتباه ، وحب الاستعراض والمبالغة في الكلام والملبس والتبهرج ، مع العمل على لفت الأنظار ، عن طريق القيام بالمواقف المسرحية ، مع تأويل كثير من الظواهر العادية بطريقة جنسية ، فإذا امتدح شاب فتاة مثلاً ، فذلك يعنى عندها أنه يرغبها جنسياً ، والشاب صاحب الشخصية الهستيرية يفسر ابتسامه فتاة ما له على أنها تحاول إيقاعه في حباتها .

وعلى الرغم من أن معظم الرجال يجذبون للشخصية الهستيرية ؛ نظراً لحيويتها وانفعاليتها القوية ، وجاذبيتها الجنسية أحياناً ، إلا أن التكثرات من هذا النوع من النساء يعانين من البرود الجنسي .

وهكذا .. قد نصاب بالدهشة ، عندما نعلم أن ملكات الإغراء أو الجنس في العالم يعانين من هذا البرود .

ومن ملامح صاحب الشخصية الهستيرية قدرته على الهروب من مواقف معينة بالتحلل من شخصيته الأصلية ، وتقمص شخصيات أخرى تتلاءم مع الظروف الجديدة .. تماماً كما تعيش الممثلة في شخصية البطلة على المسرح لمدة ساعات يومياً ، وبإعادة تامة .

وهكذا يمكن أن نعدد ملامح الشخصية الهستيرية في تعدد علاقاتها العاطفية ، بل تعدد زيجاتها في بعض الأحيان ، وهكذا تصبح الدنيا بالنسبة للشخص الهستيري ، جنة تستحق الحياة ، أو ناراً لا خلاص منها إلا بالانتحار .

والمهن التي تتناسب مع الشخصية الهستيرية يجب أن تكون بعيدة عن التخطيط وعن الأعمال القيادية .

إن خبير مهنة لمثل هذه الشخصيات هي المهن التي لها علاقة مباشرة مع الجماهير ، مثل : مهن التمثيل ، والمسرح ، والصحافة ، والعلاقات العامة .



(٦) اضطراب الشخصية القهرية (الوسوسة - القهرية) :

Anonkastic (Obsessive Compulsive) Personality Disorder

اضطراب شخصية يتميز بعدم استقرار على رأى والشك والحذر الشديد ؛ مما يعكس عدم أمان شخصى عميق والكمالية ، والحاجة إلى التأكيد المتكرر من الأشياء ، وانشغالاً مفرطاً بالتفاصيل لا يتناسب وأهمية المهمة ولدرجة تفقد معها الرؤية للموقف الأوسع ، ودقة مفرطة ، وضميراً حياً ، وانشغالاً غير ضرورى بالإنتاجية الشخصية لدرجة استبعاد المتعة والعلاقات الشخصية ، وحذقة ، والتزاماً بالتقاليد مع قدرة محدودة على التعبير عن مشاعر دافقة ، وتصلباً وعتاداً مع الإصرار على أن يخضع الآخرون لنظامه أو نظامها ، وأفكاراً أو اندفاعات ملحة وغير مريحة تفرض نفسها ، ولكن دون أن تصل فى شدتها إلى درجة اضطراب الوسواس القهرى بالحاجة إلى التخطيط لكل النشاطات ، التى لازالت بعيدة بالتفاصيل الدقيقة .

وتتميز هذه الشخصية بالنظام الشديد ، والدقة المتناهية فى الأمور ، والمطالبة بالمثل العليا ، واحترام التقاليد .. وكذلك لا يستطيعون أصحاب هذه الشخصيات أن يغيروا آراءهم ، متى وصلوا إلى قرار ، أى إنهم يميلون للصلابة فى الرأى وعدم المرونة فى معاملة الناس ، ويميلون للروتين ، وإن اختلف أحد معهم فى شيء من ذلك لتهموه بالإهمال وانعدام الضمير ، وهم يحاسبون أنفسهم على أتفه الأشياء ، ولا يكادون يخلدون إلى الراحة حتى يبدأوا فى لوم أنفسهم ، ويستعرض الواحد منهم أعمال اليوم كشرط سينمائى ويستعيدھا مراراً ليرى إن كان قد أخطأ أو أساء لأحد .

ويميل هذه الشخصية للتكرار والتأكد من كل عمل ، فيقرأ صاحبها الخطاب عدة مرات قبل إرساله ، ويتأكد من الأنوار والأبواب قبل النوم مرتين أو ثلاث مرات ، ولا يشعر بالراحة إلا إذا قام بالروتين نفسه كل صباح ، أى شرب الشاي ثم قراءة الجرائد ثم الحمام ثم الإفطار ثم ارتداء الثياب ، وإن اختلف فى شيء ثار على زوجته وأولاده ؛ لأنهم لم يحترموا نظامه ، وهو فى عمله يسير على التوتيرة نفسها ، ولا يجيد إطلاقاً عن النظام الموضوع .

ويلاحظ أن صاحب الشخصية الوسوسة له اهتمامه بنظافة الملابس والمسكن ، ونجد أن ربطه عنقه مضبوطة على قميص نظيف ، متأنقاً على الدوام ،

وإن كانت صاحبة هذه الشخصية سيئة فأنت تراها في منزلها نائمة الشجار مع الشغالات حول النظافة ، وما أكثر ما يتركها الشغالات لأنهم لا يستطيعون تنفيذ طلباتهم الملحة الزائدة ، وتكون مثل هذه السيدة الوسوسة كثيرة الاحتكاك مع زوجها الذي لا يحترم النظافة ، ويلفئ رماد السجائر على الأرض ، أو يضع قميصه على السرير بدلاً من الشماعة .

ويميل أصحاب هذه الشخصية إلى الاهتمام بأجسادهم ، وإنا عانوا أي ألم داوموا التردد على الأطباء لكل صغيرة وكبيرة ، وهم يهتمون بشرب عصير الطماطم والبرتقال بكثرة ، ويحرصون على ابتلاع أكبر قدر من العقويات والفيتامينات ، دون أن يفكروا في سؤال الطبيب عن مدى الفائدة ، التي يمكن أن تعود عليهم من ذلك ، كما أنهم يميلون إلى القراءة في المسائل الطبية .

وينجح أصحاب هذه الشخصية في الأعمال التنفيذية والإدارية ، فهم مديرون أو إداريين ماليين ممتازون ، وينجحون في القيام بالمشروعات الكبيرة ، وفي أعمال المكاتب والأرشيف والسكرتارية ... ولكن إذا زادت سعة الوسوسة عن حد معين .. فإن الإنسان يصبح معرضاً للقلق الشديد .

(٧) اضطراب الشخصية الاجتنابية المتفادية للغير أو للآخرين (القلقة) :

Anxious (Avoidant) Personality Disorder

اضطراب شخصية يتميز بأحاسيس مستمرة وواسعة المدى بالتوتر والتوجس ، واعتياد الوعي الشديد بالذات ، وأحاسيس بعدم الأمان والدونية ، والسعي الدائم لحب وقبول الآخرين ، وحساسية مفرطة نحو الرفض والنقد ، ورفض الدخول في أي علاقات ، إلا بعد المصول على ضمانات شديدة بالقبول غير المشروط بنقد ، وارتباطات شخصية محدودة جداً ، واستعداد دائم للمبالغة في الأخطار أو المخاطر المحتملة في المواقف اليومية ، إلى حد تجنب بعض النشاطات المعنية ، ولكن ليس إلى حد التجنب الموجود في الرهاب ، وأسلوب حياة محدود بسبب الحاجة الدائمة إلى التأكد من الأشياء والشعور بالأمان .

(٨) اضطراب الشخصية الاعتمادية :

Dependent Personality Disorder

اضطراب شخصية ، يتميز باعتماد شامل على الآخرين أو السماح لهم

بتولى مسئولية جوانب مهمة في حياة الشخص ، وتصغير الاحتياجات الذاتية للآخرين الذين يعتمد عليهم الشخص ، ورضوخ غير مبرر لرغباتهم وعدم الاستعداد لمطالبة هؤلاء الآخرين (الذين يعتمد عليهم الشخص) بأى مطالب ، حتى ولو كانت منطقية ، ويستقبل الشخص نفسه على أنه لا حول له ولا قوة ، وغير كفء ومفتقد للقوة ، كما أن هناك انشغالاً بالخوف من هجر الناس له ، واحتياجاً دائماً ؛ للتأكد من أن ذلك لن يحدث ، والإحساس بعدم راحة شديدة ، عندما يكون وحيداً ، والإحساس بالكارثة والضياح عند انتهاء علاقة حميمة ، والميل إلى التعامل مع المحن بإلقاء المسئولية على الآخرين .

في هذا النوع نجد تعبيراً صارخاً عن الافتقار إلى الثقة بالنفس والاعتماد عليها ، وتطفي على الشخص مشاعر العجز الشامل وعدم القدرة على اتخاذ القرارات ، وهو عادة غير مسئول وطفلي التصرفات ، ويميل إلى التعلق بالآخرين كما يفعل الطفل المعتمد على والديه .

وهذا الشخص يحتاج دائماً إلى الموافقة على سلوكه ، وإلى الطمأنينة والتشجيع .

وقد تتضمن الصورة الإكلينيكية مظاهر القلق، وقد يبدأ الزوج السلبى مثلاً في الاعتماد والانتكال على زوجته في كل القرارات المهمة ، وقد يخفى مثل هؤلاء الأشخاص عدوانهم الصريح ، ويتسحبون من أى موقف يمكن أن يثير العداة ، وهم سلبيون هيابون خائفون في العادة ، على أن العداة المنطفى وراء قشرة صلبة من التهييب والسلبية هو بالضرورة لاشعورى تماماً ، ولو بدت العدوانية بشكل واضح .. فإن التسمية يمكن أن تصبح (الشخصية السلبية العدوانية) .

#### (٩) اضطرابات شخصية أخرى محددة

##### Other Specific Personality Disorder

يتضمن : اضطراب الشخصية الشاذة ، الجامحة ، غير الناضجة ، اللرجسية (المفتونة بذاتها) ، السلبية العدوانية ، النفس عصابية .

#### (١٠) اضطرابات شخصية غير محدد

##### Personality Disorder, Unspecified

## تغيرات دائمة في الشخصية لا ترجع إلى أذى جسيمي أو مرض بالمخ

Enduring Personality Changes  
not Attributable to Gross Brain Damage or Disease.

هي اضطرابات في الشخصية الراشدة والسلوك ، تتكون في أشخاص بلا اضطراب شخصية سابق ، تأتي بعد وطأة فاجعة طويلة زمناً ، أو بعد مرض طبي نفسي شديد ، ويجب استخدام هذه التشخيصات فقط ، إذا توافر دليل على وجود تغيير مؤكد ومستمر في أسلوب الشخص أو تعامله أو تفكيره بشأن البيئة المحيطة به أو بشأن نفسه .

يجب أن يكون تغير الشخصية دالاً ومصحوباً بسلوك ، يفتقد إلى العرونة والتكيف ، لم يكن موجوداً قبل الخبرة المرضية ، ولا يجب أن يكون التغيير أحد مظاهر اضطراب عقلي آخر ، ولا أن يكون عرضاً منهقياً من أي اضطراب عقلي سابق .

### (1) تغير دائم في الشخصية بعد تجربة مفاجئة :

تغير الشخصية الدائم قد يلي تجربة كرب مفاجع ، ويجب أن يكون الكرب شديداً ، بدرجة تجعل من غير الضروري مراعاة القابلية الشخصية للتأثر ؛ من أجل تفسير أثرها العميق على الشخصية ، وتتضمن الأمثلة :

خبرات محسرات الاعتقال ، التعذيب ، الكوارث ، التعرض طويل المدى لمواقف مهددة للحياة ، مثل : الوقوع ضحية للإرهاب (على سبيل المثال : مواقف الرهائن ، الأسر لمدة طويلة مع احتمال كبير بالقتل) قد يسبق اضطراب الكرب بعد صدمة هذا النوع من تغير الشخصية .

وفي هذه الحالات يمكن أن يعتبر الأخير نتيجة مزمنة لهذا الاضطراب .

ولكن في أحوال أخرى قد يتكون تغير الشخصية الدائم المستوفي للمواصفات المذكورة أدناه ، دون مرحلة فاصلة من اضطراب الكرب بعد صدمة ، أما تغير الشخصية طويل المدى ، الذي يلي تعرض قصير المدى لتجربة مهددة للحياة - مثل حادث سيارة - فلا يجب إدراجه في هذه الفئة ؛ ذلك أن الأبحاث الحديثة قد

أشارت إلى أن هذا التحول يعتمد على القابلية النفسية للتأثر الموجود سابقاً .

### مؤشرات تشخيصية :

يجد أن يكون تغير الشخصية مستمراً ويمبر عن نفسه ، من خلال سمات تفقد إلى العرونة والتكيف ، ونؤدى إلى خلل في الأداء الشخصى والاجتماعى والمهنى ، وعادة يجب التأكد من تغير الشخصية بواسطة أحد المقربين إلى الشخص .

للتوصل إلى التشخيص ، يجب التأكد من وجود سمات لم تكن موجودة من قبل ، مثل :

(١) موقف عدائى أو شكى نحو العالم .

(٢) انسحاب اجتماعى .

(٣) أحاسيس بالفناء أو اليأس .

(٤) إحساس مزمن بأنه على شفا شيء ما ، كما لو كان الشخص واقعاً تحت تهديد دائم .

(٥) اغتراب .

يجب أن يستمر هذا التغير فى الشخصية لمدة عامين على الأقل ، ولا يجب أن يكون مرجعه إلى اضطراب شخصية سابق ، أو إلى اضطراب عقلى بخلاف اضطراب الكروب بعد صدمة .. كذلك ، يجب استبعاد وجود أذى أو مرض جسيم بالمخ ، يمكن أن يؤدى إلى سمات سريرية مشابهة .

### (٢) تغير دائم فى الشخصية بعد مرض طبيئفسى :

هو تغير فى الشخصية مرجعه إلى الخبرة المؤلمة فى المعاناة من مرض طبيئفسى شديد ، ولا يمكن تفسير التغير بواسطة اضطراب شخصية سابق ، كذلك .. يجب تمييزه عن الفصام المتبقى والحالات الأخرى من الشفاء غير الكامل من اضطراب عقلى سابق .

### مؤشرات تشخيصية :

يجب أن يكون تغير الشخصية دائماً وواضحاً كنمط مفقود إلى العرونة

والتكيف والخبرة والأداء ، يؤدى إلى خلل طويل المدى (شخصى ، أو اجتماعى أو مهنى) وانزعاج ذاتى ، ويجب أن يكون هناك ما يثبت عدم وجود اضطراب شخصية سابق ، يفسر هذا التغير فى الشخصية ، وكذلك لا يجب أن يستند التشخيص إلى أية أعراض مثبتة من اضطراب عقلى سابق .

يتطور التغير فى الشخصية بعد الشفاء السريرى من اضطراب عقلى ، ويرجع أن المريض خبر تجربة شديدة الوطأة انفعالياً وأنها تجربة هزت كثيراً من صورة الفرد الذاتية عن نفسه .

كذلك .. فإن مواقف واستجابات الآخرين بعد مرضه تعد عوامل مهمة فى تحديد الصورة والمبالغة فى درجة الوطأة التى يستشعرها الشخص ، لا يمكن فهم هذا التغير فى الشخصية تماماً ، دون وضع التجربة الذاتية الانفعالية والشخصية السابقة وتكيفها ونقاط ضعفها المعينة فى الاعتبار .

لاستخدام هذا التشخيص .. يجب أن يتوافر دليل على وجود تغير فى الشخصية بواسطة سمات إكلينيكية ، مثل :

- (١) اعتمادية شديدة على الآخرين ووضعهم فى موقف المطالبة .
  - (٢) افتتاع بالتغير أو بالوصمة نتيجة المرض ؛ مما يؤدى إلى عدم القدرة على إقامة والحفاظ على علاقات شخصية وثيقة ، وبالتالي إلى عزلة اجتماعية .
  - (٣) سلبية ، وقلة الاهتمامات وقلة الانخراط فى نشاطات ترفيهية ، كان الشخص يستمتع بها فى السابق .
  - (٤) شكاوى دائمة من المرض قد تصاحبها دعاوى توهم المرض وسلوك مبنى على كون الشخص مريضاً .
  - (٥) مزاج اعتلالى أو هس ، لا يرجع إلى وجود مرضى عقلى حالى ، أو إلى أعراض وجدانية مثبتة من مرض عقلى سابق .
  - (٦) خلل واضح فى الأداء الاجتماعى والمهنى .
- يجب أن تستمر المظاهر المذكورة أعلاه لمدة عامين أو أكثر ، ولا يمكن إرجاع التغير إلى وجود أذى أو مرض جسمى بالمش ، ولا أعراض وجود تشخيص سابق بالفصام مع هذا التشخيص .

جدول (1-1) : علاج اضطرابات الشخصية.

اضطراب الشخصية	العلاج النفسي	العلاج الدوائي	العلاج الجراحي	العلاج النفسي
الشخصية الجارثوية	<ul style="list-style-type: none"> <li>- جلسات الأمان</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- بعض مضادات الأمان</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- إزالة عقلة رطوية</li> <li>- نفس التحسية القوية</li> <li>- الاضطراب بعض طيبة النظام الجارثوي</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- الشخصية الجارثوية</li> </ul>
السلبي القاسي	<ul style="list-style-type: none"> <li>- جلسات الأمان</li> <li>- جلسات الإحتياج</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- مضادات الأمان</li> <li>- مضادات الأمان خاصة في حالات القهية</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- التدريب على الإحساس بالذمى من خلال العلاقات الاجتماعية</li> <li>- فهم المشاعر الداخلية</li> <li>- ثبات ونقل العلاج الرئيسي</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- السلبي القاسي</li> </ul>
الانحسائي	<ul style="list-style-type: none"> <li>- جلسات الأمان</li> <li>- جلسات القهية</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- مضادات الأمان</li> <li>- مضادات الأمان خاصة في حالات القهية</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- العلاقة مع العلاج مهمة</li> <li>- التدريب في تقنيات محددة</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- الانحسائي</li> </ul>
الهستيرية	<ul style="list-style-type: none"> <li>- جلسات أكتيف الأيون خاصة في عصر العلاج</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- مضادات أكتيف الأيون خاصة في عصر العلاج</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- تنمية ألفة عدم القهية</li> <li>- نفس التحسب الثقافية اللاشعورية والآلى القياسي</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- الهستيرية</li> </ul>
الترجيحية	<ul style="list-style-type: none"> <li>- جلسات القهية والأحاسس والتخالف</li> <li>- مثل الهستيرية</li> <li>- التدريب على التحكم في الانفعالات</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- مضادات القهية والأحاسس والتخالف</li> <li>- مثل الهستيرية</li> <li>- التدريب على التحكم في الانفعالات</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- جلسات القهية</li> <li>- جلسات أكتيف الأيون</li> <li>- جلسات الأكتيف الأيون</li> <li>- جلسات أو جلسات ارتجاع القهية</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- الترجيحية</li> </ul>

اضطراب الشخصية	العلاج النفسي	العلاج الكهربي	العلاج الدوائي	اضطراب الشخصية
شخصية اجتماعية	<ul style="list-style-type: none"> <li>- علاج نفسي جماعي في أسرة الأسرة.</li> <li>- علاقه بتأليب والدهم .</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- علاج الصلوات الجماعية .</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- علاج نفسي جماعي في أسرة الأسرة.</li> <li>- علاقه بتأليب والدهم .</li> </ul>	شخصية اجتماعية
الشخصية القهريه	<ul style="list-style-type: none"> <li>- التركيز على أزمة الهوية وانطباقه من كنهه والأخوة .</li> <li>- الاهتمام بالأخوة في علاقه .</li> <li>- التدريب المهني .</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- جلسات الأهل .</li> <li>- جلسات الاعتناء .</li> <li>- توظيف .</li> <li>- جلسات الصرح .</li> <li>- التهيئات .</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- التركيز على أزمة الهوية وانطباقه من كنهه والأخوة .</li> <li>- الاهتمام بالأخوة في علاقه .</li> <li>- التدريب المهني .</li> </ul>	الشخصية القهريه
الاكتئابيه	<ul style="list-style-type: none"> <li>- بناء ثقة بالآلية علاقه علاجية .</li> <li>- إعادة الثقة بالنفس .</li> <li>- تحسين الإحساس بالثبات .</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- جلسات الكهنة الأمين .</li> <li>- جلسات الويلا .</li> <li>- جلسات ارتجاع السورواتين .</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- تحسين الشعور الانعاشية اللا شعورية والشعور بالثبات والدينامية الشخصية الذاتية .</li> <li>- تحسين قدرات الفرد الشخصية الاكاديمية .</li> </ul>	الاكتئابيه
القهرية	<ul style="list-style-type: none"> <li>- تحسين الأحلام واستعمال مواد الأناجور .</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- جلسات ارتجاع السورواتين .</li> <li>- الترويض .</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- تحسين الشعور الانعاشية اللا شعورية والشعور بالثبات والدينامية الشخصية الذاتية .</li> <li>- تحسين قدرات الفرد الشخصية الاكاديمية .</li> </ul>	القهرية
			<ul style="list-style-type: none"> <li>- علاج نفسي جماعي في أسرة الأسرة.</li> <li>- علاقه بتأليب والدهم .</li> </ul>	
			<ul style="list-style-type: none"> <li>- علاج نفسي جماعي في أسرة الأسرة.</li> <li>- علاقه بتأليب والدهم .</li> </ul>	
			<ul style="list-style-type: none"> <li>- علاج نفسي جماعي في أسرة الأسرة.</li> <li>- علاقه بتأليب والدهم .</li> </ul>	
			<ul style="list-style-type: none"> <li>- علاج نفسي جماعي في أسرة الأسرة.</li> <li>- علاقه بتأليب والدهم .</li> </ul>	



بفتح

استخراج الاسمية	اللاج النسي	اللاج الكيمائي	اللاج السركي
الطبي والصوتي	<ul style="list-style-type: none"> <li>- أساليب معالجة</li> <li>- تصنيع الأدوية والاصناعات بالحماء</li> <li>- تجنب المقتضى الزائد</li> <li>- تجنب السموم</li> <li>- تطوير الصيدلانية وعدم مطابقة الصل والأشياء واللاج</li> <li>- مواجهة التلاعبات الخفية وعدم التزييم</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- مستحبات ثقلي</li> <li>- مستحبات كمدة الأيون</li> <li>- اللهبات</li> <li>- ممانات ارجاع السوروثيون</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- مستحبة النحاس من المناطقية والمضالانية</li> <li>- المستحل البرد الحماء</li> <li>- غير سموم</li> </ul>
الزراعية	<ul style="list-style-type: none"> <li>- اللاج النسي المساعدة والصوتي</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- التزييم</li> <li>- مستحبات الصرع</li> <li>- ممانات ارجاع السوروثيون</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- تزييم الهبات الاجتماعية</li> <li>- اللاج السركي</li> </ul>

## ثانياً : اضطرابات العادة والاندفاع

## Impulse Control Disorder

هذه الفئة تتضمن اضطرابات سلوكية محددة ، لم يتم تصنيفها في فصول أخرى ، تتميز بأفعال متكررة ، ولا يوجد وراءها دافع منطقي واضح ، ولا يمكن التحكم فيها ، وبشكل عام .. تؤذى مصالح الشخص ذاته ومصالح الآخرين .

ويقول الشخص إن السلوك تصاحبه اندفاعات بالفعل لا يستطيع التحكم فيها، أما أسباب هذه الحالات فغير مفهومة ، وقد وضعت معاً بسبب تشابهها الوصفي العام ، وليس لأنها تشترك في أي سمات مهمة أخرى .

## (١) المقامرة المرضية : Pathological Gambling

يتكون الاضطراب من نويات عديدة ومتكررة من المقامرة ، تسيطر على حياة الشخص على حساب القيم والالتزامات الاجتماعية والمهنية والمادية والعائلية .

قد يخاطر مثل هؤلاء الأفراد بوظائفهم ويستدينون مبالغ كبيرة ويكذبون أو يخرقون القانون للحصول على المال ، أو لتفادي دفع الديون وتعصف بالشخص رغبة ملحة شديدة في المقامرة ، يصعب التحكم فيها ، بالإضافة إلى انشغال بأفكار وصور عن عملية المقامرة والظروف المحيطة بها .

وتزداد هذه الانشغالات والرغبات الملحة في الأوقات الصعبة من الحياة .

يطلق على هذا الاضطراب أيضاً اسم المقامرة القهرية ، ولكن هذا الاسم ليس ملائماً تماماً لذلك . إن الملوك ليس قهرياً بالمعنى التقني للكلمة ، كما أن الاضطراب لا يمت بصلة إلى عصاب الوسواس القهري .

## مؤشرات تشخيصية :

السمات الأساسية هي :

(١) مقامرة متكررة بشكل دائم .

(٢) تستمر بل وكثيراً ما تزداد ، على الرغم من التبعات الاجتماعية السلبية، مثل: الافتقار واضطراب العلاقات الأسرية واختلال الحياة الشخصية .

### عند التشخيص الفارق :

يجب تمييز المقامرة المرضية عن :

(أ) المقامرة (هؤلاء الأفراد يقامرون كثيراً من أجل الإثارة ، أو في محاولة لكسب المال ، وقد يكبحون جماح هذه العادة ؛ حين يواجهون بخسائر كبيرة أو أي سلبية أخرى) .

(ب) المقامرة المفرطة عند مرضى الهوس (الابتهاج) .

(ج) المقامرة عند الشخصيات المرضية اجتماعياً (هؤلاء الأفراد يعكسون اضطراباً دائماً وأكثر شمولاً في السلوك الاجتماعي ، يتضح في أفعال عدوانية أو أفعال ، تعكس بأشكال أخرى عدم الميلاة الشديدة براحة ومشاعر الآخرين) .

### (٢) إشعال الحرائق المرضي (هوس إشعال الحريق) Pyromania

هو سلوك يتميز بإقدام متكرر على ، أو محاولات لإشعال الحريق في الممتلكات أو أشياء أخرى ، دون دافع واضح ومع انشغال دائم بالأشخاص ذوي العلاقة بالحريق والحرق .

وقد يبدي هؤلاء الأفراد اهتماماً غير عادي بماكينات الحريق وأدوات مكافحة الحريق الأخرى ، وأشياء أخرى مرتبطة بالحريق وبالاتصال بقوات إطفاء الحريق .

مؤشرات تشخيصية :

السمات الضرورية :

(١) إشعال حرائق متكررة دون دافع واضح ، مثل : مكسب مالي ، أو انتقام أو تطرف سياسي .

(٢) اهتمام شديد بمشاهدة الحرائق وهي تشتعل .

(٣) المريض يصف مشاعر من التوتر المتزايد قبل الفعل ، وشعوراً عميقاً بالإثارة بعد تنفيذ مباشرة .

### عند التشخيص الفارق :

يجب تمييز إشعال الحرائق المرضي عن :

(١) إشعال الحرائق المتعمد دون وجود اضطراب طبي نفسي ظاهر (في هذه الحالات يوجد دافع واضح) .

(٢) إشعال الحريق بواسطة شخص صغير السن ، مصاب باضطراب في السلوك (هناك دلائل على وجود سلوكيات مضطربة أخرى مثل السرقة ، أو العدوان أو الهروب) .

(٣) إشعال الحريق بواسطة شخص راشد مصاب باضطرابات شخصية المرضية اجتماعياً (هناك دلائل على وجود خلل دائم في السلوك الاجتماعي ، مثل : العدوان أو مؤشرات أخرى إلى عدم مراعاة مصالح ومشاعر الآخرين) .

(د) إشعال الحريق في القمام (في هذه الحالات يبدأ إشعال الحريق كاستجابة لأفكار ضلالية أو أوامر وهلاوس صوتية) .

(هـ) إشعال الحريق في اضطرابات طبية نفسية عضوية (في هذه الحالات ، يشعل الحريق مصادفة نتيجة للاختلال الذهني ، أو ضعف الذاكرة أو عدم إدراك لتبعات الفعل ، أو مزيج من هذه العوامل) .

قد يؤدي الخرف أو الحالات العضوية الحادة إلى إشعال الحريق غير المتعمد .

الأسباب الأخرى تتضمن حالة سُكْر حادة ، والاعتماد المزمن على الكحول ، والتسمم بالعقاقير الأخرى .

(٣) السرقة المرضية (هوس السرقة) : Kleptomania

في هذه الحالة يعجز الشخص مراراً عن مقاومة الاندفاع لسرقة أشياء لا يحتاجها لاستخدامه الخاص أو لكسب مالى ؛ بل إن هذه الأشياء قد يتم التخلص منها أو توزيعها أو تخزينها .

مؤشرات تشخيصية :

يصف المريض عادة إحساساً متزايداً بالتوتر ، قبل أن يؤتى بالفعل ، وإحساساً بالرضا أثناءه وبعده مباشرة ، وعلى الرغم من اتخاذ بعض المحاولات لتكتم الأمر .. إلا أن الشخص لا يستغنى كل وسائل التكتم ، كذلك تتم السرقة بشكل منفرد ، دون وجود شريك ، وقد يعبر الشخص عن قلق وياس وشعور بالذنب بين نوبات سرقة المحال (أم ممتلكات أخرى) ولكن ذلك لا يحول دون تكرار السرقة ،

ومن غير الشائع أن نجد حالات تستوفي هذه المواصفات ، ولانكون ثانوية لواحد من الاضطرابات المذكورة أدناه .

#### عند التشخيص الفارق :

يجب تمييز السرقة المرضية عن :

(أ) سرقة المحال المتكررة دون اضطراب طبي نفسي واضح (في هذه الحالات يسبق الأفعال تخطيط دقيق ، كما أن هناك دافعاً واضحاً في المكسب الشخصي) .

(ب) اضطراب عقلي عضوي (عجز متكرر عن دفع ثمن سلع نتيجة لضعف الذاكرة ، وأشكال أخرى من التدهور الفكري) .

(ج) اضطراب اكتسابي مع سرقة (بعض مرضى الاكتساب يسرقون ، وقد يكررون فعل ذلك طالما استمر الاضطراب الاكتسابي) .

#### (4) هوس اقتلاع (تف أو نزع) الشعر : Trichotillomania

اضطراب يتميز بفقدان واضح في كمية الشعر نتيجة لفعل متكرر في مقاومة اندفاع باقتلاع (بنتف) الشعر ، اقتلاع الشعر يسبقه عادة نوتر متصاعد ، ويليه إحساس بالراحة والرضا ، ولا يجب استخدام هذا التشخيص إذا كان هناك التهاب سابق في الجلد ، أو إذا كان اقتلاع الشعر استجابة لضلالة أو لهلاوس .

#### (5) اضطرابات أخرى في العادة والاندفاع :

تستخدم هذه الفئة لأنواع الأخرى من السلوك غير المتكيف المتكرر باستمرار ، الذي لا يكون ثانوياً لزملة طبي نفسية واضحة ، والذي يبدو فيه وكأن الشخص يفشل باستمرار في مقاومة الاندفاعات بإتيان هذا السلوك ، الذي تسبقه فترة من النوتر ، ثم يصاحب الفعل إحساس بالتحزر ، ويتضمن الاضطراب الانفجاري المنقطع .

#### العلاج :

يعتمد علاج اضطرابات العادة والاندفاع على العلاج النفسي والسلوكي مع العلاج الكيمائي ، وقد سبق شرح العلاج النفسي والسلوكي مع علاج العصاب .

ويستفيد كثير من المرضى بالعقار هالوبريدول أو أورب في تخفيف حدة

العادة أو الاندفاع ، وينحسن البعض الآخر مع مضادات الصرع مثل التجريبتول حتى مع غياب أى شذوذ في رسم المخ الكهربائى ، وتوجد فئة أخرى تستجيب لمضادات الاكتئاب ، ذات التأثير القوي على الموصل العصبى (السيروتونين) ، مثل : انفرانيل أو بروزاك أو فاف رين أو لسرال .

ثالثاً : اضطرابات أخرى في شخصية وسلوك الراشدين :

( أ ) المبالغة في الأعراض الجسمية لأسباب نفسية :

تؤدى الحالة النفسية للمريض إلى المبالغة والتطويل في أعراض جسمية ، هي في الواقع نتيجة لاضطراب أو مرض أو عجز ثابت . ومن هنا تتبلور زملة سلوكية هدفها جذب الانتباه (شبهستيرية) ، قد تتضمن أعراضاً إضافية (وعادة غير معينة) ليس لها أصل جسمى ، وينزعج الشخص عادة بسبب عجزه أو ألمه الجسمى . وكثيراً مايشغل باحتمالات استمرار أو اشتداد العجز أو الألم ، الذى يكون له مبرراته ، وقد يكون هناك عامل آخر يدفع بالشخص إلى هذا السلوك ، ألا وهو عدم الرضا عن نتائج العلاج أو الأبحاث أو خيبة الأمل في كمية الاهتمام ، الذى يتمتعون به في عتابر المستشفيات ، أو في العيادات . أما في بعض الحالات .. فيجدون أن لهم نافعاً واضحاً ينبع من احتمال التعويض العالى بعد الحوادث أو الإصابة ، ولكن الزملة لا تنفى بالضرورة سريعاً ، حتى إذا تم التفاضى بنجاح ، ويتضمن ذلك عصاب التعويض .

(ب) الاحتلاق أو التظاهر المتعمد بأعراض أو عجز ما بدنى أو نفسى واضطراب

الاصطناع ، (الموه) ، Factitious

في غياب اضطراب أو مرض أو عجز بدنى أو عقلى ثابت .. يخلق الشخص أعراضاً بشكل متكرر ودون سبب واضح ، وقد يصل الأمر إلى إيذاء النفس ، من أجل إحداث أعراض أو علامات .

والنافع وراء هذا السلوك غامض في أغلب الأحيان ، والأرجح أنه نافع داخلى يهدف تقمص الدور المرضى ، ويتضمن زملة إيمان المستشفيات وزملة موش هاوزن والمرضى الجوال ، ويستبعد هنا الشخص المتعارض ، والذى يفعل المرض لهدف واضح .

التخلف العقلي (العجز التعليمي)  
MENTAL RETARDATION OR  
SUBNORMALITY LEARNING  
DISABILITY



يعرف التخلف العقلي ، بتوقف أو عدم  
تكاملي تطور ونضوج العقل ؛ مما يؤدي إلى نقص  
في الذكاء ، لايسمح للفرد بحياة مستقلة أو حماية  
نفسه ضد المخاطر أو الاستقلال . وعندما تتكلم  
عن العقل لانعني الذكاء فقط ، بل كل زوايا الفرد  
من الشخصية والمزاج والسلوك .

يعرف التخلف العقلي ، بتوقف أو عدم تكامل تطور ونضوج العقل ؛ مما يؤدي إلى نقص في الذكاء ، لا يسمح للفرد بحياة مستقلة أو حماية نفسه ضد المخاطر أو الاستقلال . وعندما نتكلم عن العقل لانحى الذكاء فقط ، بل كل زوايا الفرد من الشخصية والمزاج والسلوك .

يمثل التخلف العقلي مشكلة اجتماعية كبرى ؛ خاصة في المجتمعات المتحضرة ، التي تحتاج لذكاء مواطنيها ، وللتوافق الاجتماعي .

ويعرف التخلف العقلي ، بتوقف أو عدم تكامل تطور ونضوج العقل ؛ مما يؤدي إلى نقص في الذكاء ، لا يسمح للفرد بحياة مستقلة أو حماية نفسه ضد المخاطر أو الاستقلال . وعندما نتكلم عن العقل لانحى الذكاء فقط ، بل كل زوايا الفرد من الشخصية والمزاج والسلوك .

ويمر الطفل أثناء نضوجه بمراحل مختلفة ، فيستطيع رفع رأسه من الوضادة في سن 4 شهور ، ويجلس دون مساعدة عندما يبلغ 6 شهور ، ثم يزحف في 8-9 شهور ، ويقف وعمره عام ، ويسير بمفرده حتى 18 شهراً ، وهنا يتحكم في عملية التبرز ، ويبدأ في الكلام ، ويلبها التحكم في التبول عندما يصل لسنتين من العمر ، ويطعم نفسه في سنة ثالثة ، ثم يتمكن من لبس ملابسه في الخامسة من عمره .

أما في حالات القصور العقلي .. فتتأخر هذه المراحل ، بل وأحياناً لا يكتسبها الطفل إلا بعد فترة طويلة .

ولما كان الذكاء يدخل في تعريف القصور العقلي ، فعلى الإمام الموجز بماهية الذكاء ، ولم يجمع علماء النفس على تعريف معين للذكاء ولكن يمكننا



تلخيص المصطلحات المختلفة ، بأنه القدرة العقلية الفطرية العامة التي تساعد على التعلم بسرعة ، واكتساب الخبرة في الأعمال الجديدة ، وتطبيقها فيما يجد من أحداث ، وإدراك العلاقات المهمة بين عناصر المشاكل المسندة ؛ مما يمكن الشخص من مواجهة المواقف الجديدة باستجابات ملائمة .

وقد أثبتت دراسة التوائم المتشابهة أهمية العامل الوراثي في الذكاء ، فقد لوحظ تشابه ذكاء هذه التوائم ، وإن اختلف فيكون في مدى لا يزيد عن خمس نقاط ، وهي النسبة المألوفة لاختلاف ذكاء نفس الفرد عند قياس ذكائه مرتين ، أما إذا نشأت هذه التوائم في بيئتين مختلفتين .. فتتضح بعض الفروق في ذكائهم ، وتزيد نسبة ذكاء التوأم الذي نشأ في بيئة أفضل من ناحية التنبيهات المختلفة بحوالي ١٠-١٣ نقطة ، وبدل ذلك على أثر البيئة المحدود ، إذ إنه يستحيل تغيير الشخص الغبي إلى ذكي ، ولكن يمكن تحسينه بالبيئة والتعلم والتأهيل ، أي على الرغم من دور الوراثة السائد والمهم .. إلا أن البيئة الصحيحة لها دورها في تحسين الذكاء .

ونستطيع القول بأن لعامل الوراثة نورا حوالى ٧٠٪ والبيئة حوالى ٣٠٪ ، والوراثة هنا تعنى الاستعداد الوراثي الإلهي ، وليس من الوالدين .

ويقاس الذكاء بما يسمى معدل الذكاء الذي هو حصيله :

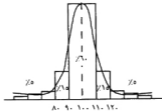
$$\frac{\text{العمر العقلي}}{\text{العمر الزمني}} \times 100$$

ونعنى بالعمر العقلي نتيجة الاختبارات النفسية ، التي يستطيع الطفل أن يؤديها حيث يوجد اختبارات عقلية متفاوتة حسب السن ، أما العمر الزمني فهو عمر الطفل الحقيقي .

فإذا فرضنا طفلاً عمره ١٠ سنوات ، واستطاع أن يؤدي الاختبارات إلى سن ١٢ ، فيكون معدل ذكائه  $12/10 \times 100 = 120$  أي فوق المتوسط ، بعكس ما إذا كان قد استطاع تأدية الاختبارات لسن ٨ ، فيكون هنا معدل الذكاء  $8/10 \times 100 = 80$  ، أي أقل من المتوسط أو غبي .

ويتمو الذكاء تدريجياً إلى سن ١٥ ، ثم يتوقف نموه في سن ١٧ ، ويكتسب الفرد بعد ذلك خبرة ومرونة ، أما ذكائه فثابت لا يتغير ، وإن لاحظنا تغييراً واضحاً في الذكاء زيادة عن المعدل المألوف أي حوالي خمس نقاط .. فإن ذلك قد يعنى :

- (١) اختلاف طريقة الاختبارات أو الخطأ في قياسها .
  - (٢) عدم معرفة وخبرة من يقىس هذه الاختبارات .
  - (٣) تغير الحالة النفسية والجسمية للفرد .
  - (٤) معرفة الفرد وإمامه بالاختبارات قبل القياس .
- والذكاء موزع بين أفراد الشعب كالآتي ، كما هو مبين بالمنحنى :



#### منحنى الذكاء بين مجموع الشعب

- معدل الذكاء = ٩٠-١١٠ في ٦٠ من الشعب - متوسط الذكاء .
- معدل الذكاء ١١٠-١٢٠ في ١٥٪ من الشعب - فوق المتوسط .
- معدل الذكاء ٨٠-٩٠ في ١٥٪ من الشعب - أقل من المتوسط (غيبى) .
- معدل الذكاء فوق ١٢٠ في ١٥٪ من الشعب - ذكى جداً .
- معدل الذكاء فوق ١٤٠ عبقري .

وتصل نسبة العباقرة أى فوق ١٤٠ إلى حوالى ١٪ أى إنها أكثر شيوعاً من اعتقاد العامة .

معدل الذكاء أقل من ٨٠٪ فى ٥٪ من الشعب - قصور عقلى .

وقد يعتقد البعض فى فروق خاصة فى الذكاء بين الرجل والمرأة ، ولكن الأبحاث الحديثة برهنت على تساوى الذكاء فى الجنسين ، ولكن أحياناً تختلف المهارات فتتفوق المرأة على الرجل فى اللغات ، وكذلك الرجل فى الأعمال الميكانيكية واليدوية ، وكذلك لا يوجد جنس أكثر ذكاء من جنس آخر ، فلانستطيع القول بأن الفرد الملون أقل ذكاء من الأبيض ، خاصة إذا أتاحت له الفرص الحضارية والتعليمية نفسها، التى يتمتع بها الرجل الأبيض ، وينطبق ذلك أيضاً بالنسبة للطفل القروى والذى يبدو ذكاؤه أقل من طفل المدينة .

ولكن إذا أخذنا فى الاعتبار أن الطفل القروى ينشأ فى بيئة هادئة وأقل تشبيهاً من المدينة وأن مستوى المدرسة والمدرسين فى القرية أقل من المدينة ، يزيد على ذلك أن المدينة تجذب الطموحين والأنكياء ، وتترك القرية فى مستوى ذكائى منخفض ، لوجدنا أن تغيير كل هذه الاعتبارات سوف يؤدى إلى تساوى ذكاء طفل القرية والمدينة .

الذكاء ليس خاصية أحادية ، وإنما يتم قياسه على أساس عدد كبير من المهارات المختلفة المعينة بدرجة أو بأخرى ، وعلى الرغم من أن الميل العام هو أن ترتقى هذه المهارات إلى مستويات متشابهة فى كل فرد .. إلا أنه قد توجد تباينات واسعة خاصة فى الأشخاص المتخلفين عقلياً ، فقد يظهرون اختلالات شديدة فى مجال واحد خاص (على سبيل المثال : اللغة) ، أو قد يمتلكون مهارة أعلى فى مجال خاص أيضاً (مثلاً فى مهام التعرف البصرى المكائى) ، على خلفية من التخلف العقلى الشديد .

ونمثل هذه النقطة مشكلات عند تحديد المجموعة ، التى يجب تصنيف للشخص المتخلف فيها ؛ ولذا يجب أن يستند تقييم المستوى الفكرى إلى معلومات يمكن توفيقها ، بما فى ذلك نتائج الفحص الإكلينيكى والسلوك النكيبى (قياساً إلى خلفية الفرد الثقافية) والأداء فى اختبارات القياس النفسى ، مع تقدير الاحتياجات العلمية للبيئة الاجتماعية الطبيعية ، إن وجود اضطرابات عقلية أو جسمية

مصاحبة يؤثر بدرجة كبيرة على الصورة الإكلينيكية وطريقة استخدام أي مهارات.

ويجب تحديد نسبة الذكاء بواسطة اختبارات ذكاء مقننة ، تطبق على كل فرد على حدة ، كما يجب اختيار الاختبار المناسب استناداً إلى مستوى الفرد في الأداء مع مراعاة أي حالات عجز معينة إضافية ، على سبيل المثال مشكلات لغوية تعبيرية ، اضطراب في السمع ، عجز بدني ، كذلك .. فإن مقاييس النضج الاجتماعي والتكيف توفر معلومات إضافية ، يمكن استكمالها عن طريق مقابلة الأهل ، أو أولى الأمر المطلعين على مهارات الفرد في الحياة اليومية .

ويجب أن تكون اختبارات قياس النضج الاجتماعي والتكيف هي الأخرى مقننة محلياً ، ويجب أن تستكمل عن طريق المقابلات مع الأهل أو ولي الأمر العلم بمهارات المريض في الحياة اليومية ، ودون استخدام أداة مقننة لقياس المستوى الذهني والتكيف الاجتماعي ينال التقييم ميدانياً فقط .

### ( ١ ) التخلف العقلي خفيف الدرجة (المأفون أو الأهوك) :

Mild Mental Retardation (Moron)

الأفراد ذوو التخلف البسيط يكتسبون اللغة متأخرين بعض الشيء ، ولكنهم يصبحون قادرين على استخدام الكلام لمتطلبات الحياة اليومية ، وعلى عقد حوار بسيط ، وعلى المشاركة في المقابلة السريرية .

ويكتسب أغلبهم كذلك استقلالاً كاملاً في رعاية النفس (تناول الطعام ، الغسيل ، ارتداء الملابس ، التحكم في التبرز والتبول) وفي المهارات العملية والمنزلية حتى إذا كان معدل الارتفاع أبطأ من الطبيعي بكثير .

وتظهر الصعوبات الرئيسية عادة في مهام الدراسة الأكاديمية حيث يعاني الكثيرون من مشاكل خاصة في القراءة والكتابة ، ولكن يمكن مساعدة الأفراد ذوي التخلف البسيط كثيراً ، بواسطة أساليب في التعليم ، صممت لتطوير مهاراتهم والتعويض عن عجزهم .

ويمتلك أغلب الأفراد في النطاقات العليا من التخلف العقلي البسيط قدرات على أداء الأعمال ، التي تستدعي قدرات عملية ، أكثر منها أكاديمية بما في ذلك

العمل اليدوي الماهر أو نصف الماهر .

وفي إطار اجتماعي وحضاري ، يتطلب إنجازاً أكاديمياً ضئيلاً قد لا تمثل درجة من التخلف البسيط أية مشكلة ، ولكن إذا كان هناك أيضاً عدم نصبح واضح ، سواء كان عاطفياً أو اجتماعياً فإن تبعات العجز (على سبيل المثال : عدم القدرة على التعامل مع متطلبات الزواج أو تربية الأطفال ، أو صعوبة التأقلم مع التغيرات والترفعات الحضارية) سوف تصبح واضحة .

ويشكل عام .. فإن الصعوبات السلوكية والعاطفية والاجتماعية التي تواجه ذوي التخلف العقلي البسيط ، واحتياجات العلاج والمساعدة التي تترتب عليها هي أقرب إلى تلك الموجودة بين الأفراد ذوي الذكاء الطبيعي ، منها إلى المشكلات المعينة التي تواجه ذوي التخلف العقلي المتوسط الشديد .

وإذا استخدمت اختبارات معدل الذكاء المعقنة والمناسبة .. فإن النتيجة التي تتراوح بين ٥٠-٦٩ تشير ، إلى وجود تخلف عقلي بسيط في الراشدين ، (بتراوح العمر العقلي بين ٩ وأقل من ١٢ سنة) .

يعيل فهم واستخدام اللغة إلى التأخر بدرجات مختلفة ، وقد نستمر مشكلات اللغة الإجرائية في إعاقه نمو الاستقلالية حتى مراحل الحياة الراشدة ، ويمكن في قلة فقط من الأفراد تعرف سبب عضوي ، كذلك قد توجد بعض حالات مصحوبة بنسب متباينة من الذاتية واضطرابات ارتقائية أخرى ، أو صرع ، واضطرابات الجناح أو إعاقه بدنية ، وإذا وجدت هذه الاضطرابات يجب الرمز لها بشكل مستقل .

## (٢) التخلف العقلي المتوسط الدرجة (البلاهة) :

Moderate Mental Retardation (Imbecile)

الأفراد في هذه الفئة يطيعون في نبلور فهم واستخدام اللغة ، وإنجازاتهم المستقبلية في هذا المجال محدودة ، كذلك .. قد يتأخر اكتسابهم لرعاية الذات والمهارات الحركية ، ويحتاج البعض إلى رعاية مدى الحياة .. أو التقدم في الأعمال المدرسية فهو محدود ، ولكن نسبة منهم تتعلم المهارات الأولية الضرورية للقراءة والكتابة .

وقد توفر البرامج التعليمية لهؤلاء الأفراد فرصاً لتطوير استعدادهم المحدود ولاكتساب بعض المهارات الأساسية .. إلا أنها لا تناسب بطيئى التعلم ذوى الحد الأقصى المنخفض من الإنجاز . ويستطيع ذوى التخلف المتوسط أن يؤدوا عملاً يدوياً بسيطاً كراشدين ، إذا كانت المهام محددة بعناية ، وإذا توفرت رقابة ماهرة ، ونادراً ما يحقق هؤلاء الأفراد استقلالاً كاملاً فى حياتهم الراشدة .

ولكنهم فى العادة قادرين على التحرك بشكل تام مهتمون بالنشاط البدنى ، والأغلبية منهم تبدى دلائل على الارتقاء الاجتماعى ، من خلال قدراتهم على للتواصل والتفاهم مع الآخرين ، والاشتراك فى أنشطة اجتماعية بسيطة .

وتتراوح نسبة الذكاء عادة بين ٣٥ و ٤٩ (فى الراشدين يتراوح العمر العقلى بين ٦ وأقل من ٩ سنوات) ، وتتباين الصور الوصفية لقدرات هذه المجموعة ؛ فبعض الأفراد يصلون إلى مستويات أعلى فى المهارات البصرية والمكانية ، عنها فى المهام المعتمدة على اللغة ، فى حين أن البعض الآخر أخرق بشدة ، ولكنه يتمتع بالتفاعل الاجتماعى والحوار البسيط .

ويختلف مستوى ارتقاء اللغة .. فبعض المصابين ، يستطيع الاشتراك فى حوارات بسيطة ، فى حين أن البعض الآخر يمتلك من اللغة فقط مايسمح له بتوصيل احتياجاته الأساسية ، والبعض الآخر قد لايتعلمون استخدام اللغة أبداً وإن كانوا قد يفهمون التعليمات البسيطة ، بل وقد يستخدمون الإشارات اليدوية لتعويض درجة من عجزهم اللغوى .

وفى أغلب حالات التخلف العقلى المتوسط الدرجة ، يمكن التعرف سبب عضوى ، وقد تعاني أقلية لا بأس بها من ذاتوية الطفولة أو اضطرابات ارتقائية أخرى واسعة الانتشار (شاملة) ؛ مما يؤثر تأثيراً عظيماً على الصورة السريرية ونوع العلاج اللازم ، كذلك يشيع الصرع والإعاقة العصبية والبدنية ، وإن كانت الأغلبية تستطيع السير دون مساعدة ، وأحياناً يكون من الممكن التعرف للحالات النفسية الأخرى .

ولكن مستوى ارتقاء اللغة المحدود قد يجعل التشخيص صعباً ومعتاداً في الأساس على معلومات من آخرين على درجة من الألفة مع الفرد .

### ( ٣ ) التخلف العقلي شديد الدرجة :

Severe Mental Retardation

تشابه هذه الفئة بشكل عام مع فئة التخلف العقلي المتوسط ، فيما يتعلق بالصورة المزجية ، ووجود سبب عضوي والحالات المصاحبة له ، وكذلك .. فإن مستويات الإنجاز المنخفضة المذكورة مع التخلف المتوسط هي الأكثر شيوعاً أيضاً في هذه المجموعة .

يعاني أغلب الأفراد في هذه الفئة من درجة بالغة من الخلل في الحركة أو أي أنواع نقص مصاحبة أخرى ؛ مما يشير إلى وجود أذى أو عيب تكويني في الجهاز العصبي المركزي ذي مغزى سريري (كلايديكي) .

وتتراوح نسبة الذكاء عادة بين ٣٠ و ٣٤ (في الراشدين بتراوح العمر العقلي بين ثلاث سنوات ، وأقل من ست سنوات) .

### ( ٤ ) التخلف العقلي الجسيم (العتة) :

Profound Mental Retardation (Idiot).

تقدر نسبة الذكاء بأقل من ٢٠ ، مما يعني صعباً أن الشخص المصاب غير قادر بالمرّة على فهم أو تنفيذ الطلبات أو التعليمات ، أغلب الأفراد في هذه الفئة غير قادرين على التحكم في التبرز والتبول ، وقادرون في أحسن الأحوال فقط على أشكال بدائية جداً من التفاهم غير اللفظي ، وقدراهم على العناية باحتياجاتهم الأساسية قليلة جداً أو منعدمة ، ويحتاجون إلى مساعدة ومتابعة دائمة .

نسبة الذكاء أقل من ٢٠ (في الراشدين ، العمر العقلي أقل من ثلاث سنوات) ، الفهم واستخدام اللغة محدود بفهم الأوامر الأساسية ويعبر عن الطلبات البسيطة ، قد يكتسب الفرد مهارات البصر - المكان الأساسية والبسيطة جداً مثل الفرز والمقارنة ، وقد يستطيع الشخص المصاب مع الرعاية والتوجيه المناسبين أن يقوم بدور صغير في المهام المنزلية .

وفي أغلب الحالات ، يمكن التعرف سبب عضوي وتشيع أشكال العجز الشديد ، العصبية أو البدنية الأخرى التي تؤثر على الحركة وكذلك الصرع واضطرابات الإبصار والسمع ، وتكثر بشكل خاص اضطرابات الارتقاء الشاملة في أكثر أشكالها شدة ، وبالذات الذاتية غير النموذجية ، خاصة بين الأفراد غير القادرين على الحركة .

### التصلب الحديسي

قصور عقلي مع حب الشباب وجمرات على الوجه على هيئة فراشة ، مع نوبات سرعية وقصور عقلي في هيئة بله أو عنقه .



التصلب الحديسي





التصلب الحديبي

الدماغ البقريّة أو الحادة أو تأنف الرأس Oxycephaly

تطول الجمجمة ، ونحيط العينان ، مع ارتفاع سقف الحلق ، ويكون المريض مأفوناً .



الدماغ البقريّة

## المنغولية أو زملة داون

### Mongolism Down's Syndrome

وهي من أكثر الأنماط الإكلينيكية شيوعاً ، وتنتشر المنغولية بنسبة ١ : ٧٠٠ ولادة ، وتكثر بين أطفال الأمهات فوق سن الأربعين ، وتتميز بوجود صبغات شاذة زائدة في رقم ٢١ في خلايا الجسم ، وبذلك تزيد عدد الصبغات إلى ٤٧ بدلاً من ٤٦ في الخلية الواحدة .



لسان المنغول



الحول في المنغولية



كف المنغول



قدم المنغول



المنقرلية



صخر الدماغ



صغر الدماغ

في المنغولية ؛ تكون الرأس صغيرة مع انزلاق العينين بزوايا ناحية جانبي الجبهة ، مع تغطية للجفن الأعلى للزاوية الأنفية للجفن الأسفل ؛ مما يشابه بين هؤلاء المرضى والجنس المنغولي ، ومن هنا اشتق الاسم ، ويكون اللسان منضجاً بعض الشيء مع تشققات عرضية ، واحتمال وجود رآة في العين .

أما الكف فهو مربع مع وجود خط عرضي واحد ، وقصر الأصابع ، وكذلك يوجد شق كبير في أسفل القدم بين الأصبع الكبرى وبقية الأصابع ، ويصاحب ذلك جحوظ البطن ، وتشوهات قلبية وراثية ، وهؤلاء عرضة للعدوى والأمراض المختلفة ، وعادة مايتراوح ذكائهم بين الأبله والمعتوه ، وغالباً مايميلون للمرح والموسيقى ، ويعاني معظم هؤلاء المرضى عند بلوغهم سن العشرين من تغيرات في نسيج المخ يشابه مرضى الزهايمر .

### صغر الدماغ Microcephaly

وهذا تكوّن الجمجمة صغيرة بشكل متفاوت مع بقية الجسم ، ويصاب هؤلاء المرضى بالنبله أو العته .



صغر الدماغ



صغر الدماغ

### استسقاء الدماغ Hydrocephalus

يولد الطفل بدماغ كبيرة مملوء بالسائل الشوكي ، مع ضمور في أنسجة المخ ، نظراً لضغط هذا السائل ، وأحياناً مانئجاً لعملية جراحية تخفض هذا الضغط ، ولكن غالباً ما يصاب الطفل بتخلف عقلي شديد .



استسقاء الدماغ

### العته العائلي المظلم Amaurotic family idiocy

ويتميز بالعمى التدريجي والاضمحلال العقلي وضمور العصب البصري ، مع شلل في كل الجسم ، ينتهي بالوفاة في سنوات بسيطة .  
إضطرابات الأيض ،

وهي اضطرابات التمثيل الغذائي في الجسم ، مما يؤدي إلى ظهور أحماض أمينية في البول توجهنا إلى طبيعة المرض . وأهمية هذه الأمراض أنه إذا اكتشفنا المرض في أول الأمر ، نستطيع وقاية الطفل من القصور العقلي ، وبالتالي يمكن أن ينشأ في حالة سوية ، أما إذا ترك دون علاج .. فإن قدراته العقلية تتدهور .

وأهم هذه الأمراض القصور العقلي الناتج من حامض الفينيل بيروفيك Phenylpyruvic Oligophrenia ، ويمكن اكتشاف هذا الحامض في الأسبوع الثالث بعد الولادة ، ويعتبر الكشف عن هذا الحامض في بعض الدول المتحضرة أمراً روتينياً لكل الأطفال ، وكذلك زيادة الجالاكتوز في الدم Galactosaemia ، ونقص السكر الوراثي في الدم ، وإذا أعطى الطفل طعاماً خالياً من هذه الأحماض في الشهور الأولى ، فقد ينمو نمواً عادياً ، ونستطيع تصور أهمية التشخيص المبكر .

أما مرض القصاع أو القمامة Cretinism وهو نقص إفراز الغدة الدرقية ، فتظهر أعراضه بعد الشهر السادس من الولادة بعد اختفاء الثيروكسين المكتنز من الأم ، ويصاب الطفل بالهبوط الحركي ، وغلظة جفاف الجلد ، وتضخم اللسان ، وتخشن الصوت وجحوظ البطن وسقوط الشعر ، مع تخلف عقلي شديد .

وإن عولج الطفل في السنة الأولى ، يشفى من كل هذه الأعراض ، وينمو نمواً سوياً ، أما إذا تخلف العلاج إلى ما بعد هذه الفترة .. فإن الأعراض الجسمية تكتمن ، ولكن يستمر القصور العقلي .



القصاع



التصاع (القمامة)



التصاع (القمامة)





التقاءة (لقصاع)

أما معظم حالات القصور العقلي الأولية ، فليس لها نمط إكلينيكي خاص ولا توجد علامات مميزة في الوجه والجسم ، تفرقها عن الشخص السوي ، وتسمى بالنقص العقلي غير المميز .

**التخلف العقلي غير المميز :**

هو أكثر أمراض القصور العقلي انتشاراً . وهذا لا تجد أي علامات جسدية مميزة في جسم الطفل ، ولكنه يعاني من التخلف ، الذي تتناوب شدته حسب الحالة .



غرقلية (Gargoylism)



قصور عقلي غير مميز



أصوّر عقلي غير معيّر



داء الأورام العصبية الليفيّة  
(Neurofibromatosis)



زملة سترج ويبر

(Sturge - Weber)

قصور عقلي مع وحة دموية على الوجه

التخلف العقلي الثانوي لأضرار أخرى :

( ١ ) الأمراض المعدية :

( أ ) الحصبة الألمانية :

إنما أصيبت الأم في الثلاث شهور الأولى من الحمل بهذا المرض ، يزيد  
تعرض الطفل للإصابة بالقصور العقلي ، والصمم والبكم وعلامات خلقية أخرى ،  
ولذا ينصح بالإجهاض في مثل هذه الحالات .

( ب ) الزهري :

يؤدى الزهري الورثي من الأب أو الأم إلى علامات مختلفة في الجهاز  
العصبي ، وظواهر مميزة في الوجه والأسنان والأنف مع القصور العقلي .

(ج) أمراض الأطفال المعدية :

مثل الحمى الشوكية والحمى المخية ، والالتهاب السحائي الدرني ، وقد سبق الكلام عن ذلك .

(٢) نقص الأكسجين في الدم :

كما يحدث في الأطفال الذين يولدون قبل التمتع الكامل ، وفي أمراض المشيمة وامتداد ساعات الولادة ، مما يعرض الطفل للاختناق والزرقة من نقص الأكسجين ، ويسبب عطفاً دائماً في المخ .

(٣) الأذى الجسمي :

كالتعرض لإشعاعات أثناء الحمل أو ضربات عنيفة على الجمجمة أو إصابة الطفل بالسعال الديكي والسعال المستمر أو اضطرابات بين دم الطفل والأم .

(٤) النقص الغذائي أو الفيتامينات :

وخاصة أمراض الغدد الصماء ، ونقص فيتامين ب المركب .

(٥) العزلة الاجتماعية :

تنتج هذه العزلة من تلف الحواس الخاصة كالعمى ، والصمم ، والبكم ، مما يؤدي إلى انعزال الطفل ، وعدم اكتسابه للمعرفة لعدم قدرته على التجاوب الحسي مع الناس ، ومن ثم يصاب بالقصور العقلي الناتج عن هذه العزلة الاجتماعية .

علاج التخلف العقلي :

إن علاج النقص العقلي في مصر متخلف إلى حد كبير ، فلا توجد المعاهد والمؤسسات الخاصة بمختلف معدلات الذكاء ، وإن وجد البعض ، وهي مدارس التربية الفكرية التابعة لوزارة التربية والتعليم ، ووزارة الشؤون الاجتماعية ، فإن هذه المدارس لا تفي بالأعداد الضخمة من حالات التخلف العقلي . فإذا كانت النسبة ٥ ٪ فهذا يعني حوالي ثلاثة ملايين متخلف بين الستين مليون ، وحقيقة أن العمل في الريف والحقل يحمي هؤلاء المتخلفين ، حيث لا يطلب منهم سوى الأعمال البسيطة ، ولكن يتضح نقصهم عندما يبدأون للتعليم ، ولا يستطيعون مواصلة الدراسة في المدارس العادية ، ومن ثم يواجه الآباء مشكلة تأهيل هؤلاء

الأطفال ، خاصة هؤلاء الذين يتراوح ذكائهم في الحد الفاصل بين الذكاء والغباء أي ٨٠-٩٠ .

ويجب قبل البدء في العلاج أن يتم الفحص الجسمي الإكلينيكي الدام ، مع الفحوص اللازمة في الدم والبول ، والسائل الشوكي ، والإشعاعات ورسم وتصوير المخ ، ثم اختبارات الذكاء المتخصصة لمعرفة المعدل ، ولو أن ذلك ينصح تقريباً من الفحص الإكلينيكي .

وكما ذكرنا سابقاً .. توجد بعض أمراض القصور العقلي القابلة للشفاء ؛ خاصة إذا تمكنا من التشخيص المبكر لهذه الحالات ، مثل : قصور حامض الفينيل بيروفليك ، وزيادة الجالاكتوز في الدم ، ونقص السكر في الدم والقصاع ، وذلك بالامتناع عن بعض الطعام ، الذي يزيد من نسبة الأحماض المرضية ، وفي القصاع بإعطاء خلاصة الغدة الدرقية .

وعادة لا تحتاج للجراحة إلا في حالات استسقاء الدماغ ، لتقليل الضغط داخل الجمجمة .

ولا توجد عقاقير خاصة ترفع من نسبة الذكاء ، فحامض الجلوتاميك ليس له تأثير مباشر على الخلايا العصبية ، أما العقار المتساوول فهو منبه للمعاملات الغذائية في الخلية العصبية ، وينبه الخلية لأقصى مداها وكذلك التورنوبيل ، والهيدروجين ، وكافنتون والتي تعمل من خلال زيادة الأكسجين والجلوكوز في الخلية العصبية .

ويتم علاج القصور العقلي بعد إقناع الوالدين بتخلف ابنهما ، وعادة لا يقبل الوالدان هذه النتيجة ، ويصران على ذكاء طفلهما رغم كل البراهين . وبعد الإقناع يجب تأهيل الطفل في المعاهد الخاصة بالمختلطين ؛ حتى يتمكن من استغلال كل قدراته الذكائية ، وهناك تتم المحاولات لتدريبه على العادات الاجتماعية اللائقة ، والسلوك السوي والأعمال الروتينية البسيطة والحرف اليدوية التي لا تحتاج لمهارة فائقة .

وإذا كان ذكائه قريباً من الحد الفاصل .. فلامانع من تمرينه على بعض القراءة والكتابة والحساب ، ولو أنه عادة ما يكون ذلك عسيراً بعض الشيء ويستحسن تعليمه التحلي بالنظم الدينية المتبعة ، ويجب أن يواصل أهله رويته

خاصة في نهاية الأسبوع ، وألا يفقدوا الأمل ، لأن الغرض من إنجاب الأطفال هو إسعادهم ، وليس إرضاء العائلة ، وعادة ما يكون هؤلاء الأطفال قانعين سعداء بأعمالهم البسيطة ، وإنجازاتهم الثقيلة ، خاصة إذا وجدوا التشجيع الكافي وعملوا حسب قدراتهم الذكائية وفي البيئة المناسبة .

وأحياناً ما تواجه قدرات استثنائية في ناقصى العقول ، فالعلماء المعطوون هم مختلفو العقول ، الذين يمتلكون قدرات شاذة في الموسيقى ، أو الرياضة أو المهارات الميكانيكية التي تفوق الأذكاء ، وكذلك الفئات الحسابية في هؤلاء الذين يجمعون أو يصرّون أو يقسمون أي عدد، دون إلمام بالقراءة والكتابة .

وعلى الرغم من قصورهم العقلي الشديد ، ويحدث عكس ذلك في بعض الأطفال الأسوياء ذوي الذكاء العادي ، ولكنهم لا يمتلكون القدرة على القراءة والكتابة ، على الرغم من ذكائهم في كل نواحي السلوك المختلفة .. فهذا يعيد البعض إلى تشخيصهم بالقصور العقلي ، ولكن بالتعليم المتخصص يمكن الوصول لدرجة عالية من التوافق الاجتماعي ، بل وتعلم القراءة والكتابة ، ويسمى بعسر القراءة الارتقائي Dyslexia .

ولهذه الأسباب ، يجب الحرص والعناية بالفحص الإكلينيكي الدقيق ، والأبحاث اللازمة قبل الجزم بتشخيص القصور العقلي .

## طب نفسي الاطفال امراض الطفل العصابية والذهانية

يختلف الطب النفسي في الطفل عنه في الكبار ؛ نظراً للصعوبة فحص الطفل إكلينيكيًا بالطرق المعروفة خاصة بالمحادثة ، فغالباً مايقاوم الطفل أي محاولة تعرفه ويعترض علي تدخل الناس في عالمه الخاص .



يختلف الطب النفسي في الطفل عنه في الكبار ؛ نظراً لصعوبة فحص الطفل إكلينيكيًا بالطرق المعروفة خاصة بالمحادثة ، فغالباً مايقاوم الطفل أي محاولة تعرفه ويعترض على تدخل الناس في عالمه الخاص .

أصبحت دراسة نفسية الطفل موضوعاً لأبحاث تخصصية ، بل وبدأ البعض يعتقد أنه أهم فروع الطب النفسي ؛ نظراً لأنهم يعتقد أن مصدر الأمراض النفسية والعقلية عند الكبار صدمات نفسية أثناء الطفولة ، وتفاعل بين الطفل وبيئته ، وأنه لو استطعنا تحسين علاقة الطفل بالمجتمع ، واعتدنا بالرعاية النفسية السوية أثناء الطفولة .. لنشأ عندنا جيل خال من العصاب والذهان واضطراب الشخصية ، ولو أن تحقيق هذا الهدف صعب المآل .

ويختلف الطب النفسي في الطفل عنه في الكبار ؛ نظراً لصعوبة فحص الطفل إكلينيكيًا بالطرق المعروفة خاصة بالمحادثة ، فغالباً مايقاوم الطفل أي محاولة تعرفه ويعترض على تدخل الناس في عالمه الخاص .

وعلى الطبيب استعمال طرق أخرى غير المحادثة ؛ للوصول إلى بعض المعرفة لصراعات الطفل ، ومنها مشاهدته وملاحظته أثناء تأمله واستغراقه في أنواع اللعب المختلفة . ويجب على الطبيب محاولة التكلم مع أي طفل يزيد عمره عن ست سنوات ، وهنا يعتمد في فحصه لعقل الطفل على عوامل غير مباشرة كالحديث عن أحلامه ومخاوفه ومحتوى تفكيره ، أما التاريخ الموضوعي للمرض أو للعائلة أو الصراعات الناشئة فيجب أخذها من الوالدين أو الأقرباء .

ولقد أثبت أطباء النفس أنه لكي ينشأ الطفل في صحة نفسية وعقلية سوية ، فيجب أن تظل حياته علاقة دائمة ، نافذة ، وطيدة ، مستمرة مع الأم ، يتمنع كلاهما أثناءها بالرضا والسعادة والبهجة .

ولقد رأينا من التجارب الإكلينيكية أن الجزء الغالب من مرضى النفوس والعقول قد فقدوا أمهاتهم قبل سن الخامسة ، إما بالوفاة أو الانفصال أو المرض .. إلخ ، كذلك تزيد نسبة غياب الأم الحقيقية ، وكثيراً ما تزداد مشاهدات الوالدين ونفوسهم المستمر وخلافاتهم الدائمة إلى عدم الاستقرار والأمن في الطفل .

وغالباً ما نشاهد الأم النعسة في زوجها تتقرب إلى طفلها بميلغة شديدة ، تعويضاً عن تعاسدها الزوجية ، وتبلى معه ارتباطاً وثيقاً يحمي كل انفعالاتها المكبوتة ، مما يجعل الطفل دائم الارتباط والانصاق بوالدته حتى بعد نضجه ، ومن ثم ينشأ ذا شخصية عاجزة اعتمادية ، قابلة للإيحاء ... إلخ .

وتؤمن نظرية التحليل النفسي بأن رضاعة الطفل من ثدي أمه تعطيه نوعاً من التفاؤل والأمل والتوقع السعيد في مستقبله ، أما الذين يعتمدون على اللبن الصناعي .. فيكونون عرضة للتشاؤم وعدم الاستقرار ، والشك الدائم .

ويعتقد كثير من العلماء في تأثير تنظيم عمليات التبول والتبرز في الطفل ، فإن قست واشدنت الأم على طفلها للتحكم في هذه العمليات مبكراً وحرمانه من هذه المرحلة واللذة المصاحبة لها ، نشأ الطفل بشخصية وسواس قهريه منشائمة على درجة كبيرة من النقد الذاتي ، بمقارنته بالذين يتركون أطفالهم في حرية تامة ، دون أي تحفظ أو تنظيم لعمليات التبول والتبرز حتى سن متأخرة ، فينشأ هؤلاء الأطفال مستهترين ، ولا يهتمون بالمواعيد والتفصيلات ، سطحيين في نظرتهم للأمور ، متراكلين في تصرفاتهم ، وتجد ذلك واضحاً في طبيعة المصريين ، خاصة في ريفنا وفي مداومتهم على بعض الكلمات (معلش) (على كيفك) (عشان خاطر) ... إلخ .

تصنيف الاضطرابات الانمائية والنفسية والسلوكية في الأطفال :

(I) اضطرابات النعماء النفسى :

(أ) اضطرابات إنمائية معينة في الكلام واللغة :

(١) اضطراب اللغة التعبيرية .

(٢) اضطراب اللغة الاستقبالية .

(٣) الحجة المكتسبة مع الصرع (زملة لاندو - كيلنجر) .

- (٤) اضطرابات إنمائية أخرى وغير محددة .
- (ب) اضطرابات إنمائية محددة فى المهارات التراسية :
- (١) اضطراب القراءة المحدد .
- (٢) اضطراب الهجاء المحدد .
- (٣) اضطراب محدد فى المهارات الحسابية .
- (٤) اضطراب مختلط فى المهارات الدراسية .
- (ج) الاضطراب الإنمائى المحدد بوظيفة الحركة .
- (د) اضطرابات إنمائية مختلطة محددة .
- (هـ) اضطرابات الإنمائية منتشرة :
- (١) الذاتوية الطفولية .
- (٢) الذاتوية اللاعنطية .
- (٣) زملة رت .
- (٤) اضطراب طفولة تعالى آخر .
- (٥) اضطراب فرط النشاط المصحوب بتخلف عقلى وحركات نمطية .
- (٦) زملة إسبرجر .
- (II) اضطرابات سلوكية وانفعالية ذات البداية المتعلقة بالطفولة أو المراهقة :
- (١) اضطراب فرط الحركة :
- (٢) اضطراب المسلك (الجناح) :
- (أ) اضطراب المسلك المحدد فى إطار العائلة .
- (ب) اضطراب المسلك غير المتوافق اجتماعياً .
- (ج) اضطراب المسلك المتوافق اجتماعياً .

- ( د ) اضطراب المعارضة والتحدى .
- ( هـ ) اضطرابات مسك أخرى وغير محددة .
- ( ٣ ) الاضطرابات المختلطة في المسك والانفعالات :
- ( أ ) اضطراب المسك الأكتسابي .
- ( ب ) اضطرابات مختلط آخر في المسك والانفعالات .
- ( جـ ) اضطراب مختلط غير محدد .
- ( ٤ ) اضطرابات انفعالية ذات البداية المحددة في الطفولة :
- ( أ ) اضطراب قلق الانفصال في الأطفال .
- ( ب ) اضطراب القلق الرهابي .
- ( جـ ) اضطراب القلق الاجتماعي .
- ( د ) اضطراب تنافس الأخوة .
- ( هـ ) اضطراب انفعالي آخر وغير محدد .
- ( ٥ ) اضطرابات الأداء الاجتماعي ذات البداية المحددة في الطفولة أو المراهقة :
- ( أ ) الخرس أو الصمت الاختياري .
- ( ب ) اضطراب القلق التفاعلي .
- ( جـ ) اضطراب القلق المنفلت (المنطلق) .
- ( د ) اضطراب الأداء الاجتماعي آخر وغير محدد .
- ( ٦ ) اضطراب اللوازم :
- ( أ ) اضطراب اللوازم العابر .
- ( ب ) اضطراب اللوازم الحركي أو الصوتي العزمي .
- ( جـ ) اللوازم الحركية والصوتية المتعددة المشتركة ( زملة توريت ) .
- ( د ) اضطراب لوازم أخرى وغير محددة .

(٧) اضطرابات أخرى في السلوك والمشاعر ، تبدأ عادة أثناء الطفولة والمراهقة :

- ( أ ) التبول اللاإرادى غير العضوى (سلس البول) .
- ( ب ) التبرز اللاإرادى غير العضوى (سلس البراز) .
- ( جـ ) اضطراب الأكل فى البداية والطفولة المبكرة .
- ( د ) الوجدان للطعام غير المغذى .
- ( هـ ) اضطراب الحركة النمطية .
- ( و ) التعممة .
- ( ز ) التقلية .

وينطبق على الأطفال كل تشخيصات الكبار ، إذا توافرت المعايير الخاصة بالاضطرابات فيحتمل إصابة الطفل بالقلق العام ، والهلع ، والوسواس القهرى ، والاكتئاب والهوس والفصام والاضطرابات الانشقاقية والتحولية ، وكذلك كل الأعراض السريرية فى الذهان العضوى السابق شرحه .

ولنا .. يقتصر هذا الفصل على الاضطرابات التى تحدث فقط فى الطفولة والمراهقة ، ولا تحدث فى الناضجين بعكس الفصول السابقة الخاصة بالكبار ، ولتى يحتمل أن تصيب الأطفال .

## اضطرابات النماء (الارتقاء) النفسي

### Disorders of Psychological Development

تشترك الاضطرابات المتضمنة في هذا الفصل في التالي :

(١) تبدأ دائماً في البداية أو الطفولة .

(٢) خلل أو تأخر في ارتقاء وظائف ، ترتبط بشدة بالنسج الحيوي البيولوجي) للجهاز العصبي المركزي .

(٣) مسار ثابت لا يتضمن قدرات تحسن ، ولتكتاسات تتضمن الوظائف المصابة ، مثل اللغة والمهارات والبصر مكانية (Visual - spatial) والتناسق الحركي . ويتضمن التاريخ تأخراً أو اضطراباً ، يرجع وجوده إلى وقت مبكر ، يمكن عنده اكتشاف الخلل بدرجة يعتمد عليها ويقل بشكل مضطرب ، كلما تقدم الأطفال في السن (وإن كان من الممكن أن تستمر بعض الاضطرابات الخفيفة في الحياة البالغة) .

وعلى الرغم من وجود اتفاق عام جيد بشأن المفهوم وراء الاضطرابات في هذا الجزء .. إلا أن السبب غير معروف في أغلب الحالات ، كما أن هناك زعزعة مستمرة حول الحدود والتقسيمات الدقيقة للاضطرابات الارتقائية .

كذلك .. هناك نوعان من الحالات ، قد أدرجا في هذا الجزء ، ولكنهما لا يستوفيان تماماً السمات النظرية المذكورة أعلاه ، وهناك أولاً ، الاضطرابات التي كان فيها مرحلة لاشك فيها من الارتقاء الطبيعي ، مثل الاضطراب النفسى في الطفولة ، وزملة لاندنر-كلينغر ، وبعض حالات الذاتية .

وقد أدرجت هذه الحالات لأنها على الرغم من بداياتها المختلفة .. إلا أن خصائصها ومسارها يتشابه في كثير مع مجموعة الاضطرابات الارتقائية . وفوق ذلك .. فإنه من غير المعروف ، ما إذا كانت أسبابها مختلفة أم لا ، وهناك .. ثانياً الاضطرابات المعرفية ، باعتبارها انحرفاً أكثر منها ، تأخراً في الوظائف الارتقائية ، وينطبق هنا خاصة على الذاتية .

لقد أدرجت الاضطرابات الذاتية في هذا الجزء لأنها - بالإضافة إلى

تعريفها باعتبارها - انحراف يحتوى دائماً على درجة ما من التأخر الارتقائى ، كذلك فإنها تتوازى مع الاضطرابات الارتقائية الأخرى ، سواء فيما يتعلق بسمات الحالات المنفردة ، أو بمجموعات الأعراض المألوفة فى كل منها .

### (١) اضطرابات ارتقائية (إنمائية) معينة فى الكلام واللغة

Specific Developmental Disorders of Speech and Language.

هى اضطرابات تحدث فيها الأنماط الطبيعية لاكتساب اللغة بداية من المراحل المبكرة فى الارتقاء ، ولا يمكن إرجاع الحالات فى اختلالات فى الآليات العصبية أو لآليات الكلام مباشرة ، أو إلى اختلالات حسية ، أو تخلف عقلى أو عوامل بيئية . وقد يكون الطفل أقدر على التفاهم أو الفهم فى بعض المواقف السمعية المألوفة جداً عن مواقف أخرى ، ولكن القدرة اللغوية تكون مضطربة فى كل الأحوال .

تكمن الصعوبة الأولى فى التشخيص - كما هو الحال فى الاضطرابات الارتقائية الأخرى - فى تمييز الحالة عن التباينات الطبيعية فى الارتقاء ، فالأطفال الطبيعيين يختلفون كثيراً عن العمر الذى يبدأون عنده فى اكتساب اللغة المنطوقة ، وفى السرعة التى تستقر فيها المهارات اللغوية جيداً .

هذه التباينات الطبيعية فى توقيت اكتساب اللغة ليس لها دلالة أو لها دلالة إكلينيكية ضئيلة ؛ حيث إن الأغلبية العظمى من المتباطين فى الكلام يستكملون ارتقاءهم بشكل طبيعى ، وكذلك يعاني الأطفال ذوو الاضطرابات الارتقائية المعينة فى الكلام واللغة من مشاكل مصاحبة متعددة ، على الرغم من أنهم يصلون فى النهاية إلى مستوى طبيعى فى المهارات اللغوية . إلا أن تأخر اللغة كثيراً ما تليه صعوبات فى القراءة والهجاء واضطرابات فى العلاقات الشخصية واضطرابات عاطفية وسلوكية ، وبالتالي .. فإن التشخيص المبكر والدقيق لاضطرابات ارتقائية معينة فى الكلام واللغة هو أمر مهم .

ولا يوجد حد فاصل واضح بين طرفى الاختلاف الطبيعى ، ولكن هناك أربعة مؤشرات رئيسية مفيدة فى الإشارة إلى احتمال وجود اضطراب ذو مغزى إكلينيكى :

(١) درجة الشدة .

(٢) المسار .

(٣) النمط .

(٤) المشكلات المصاحبة .

يعتبر كل تأخر في اللغة غير طبيعي إذا كان بالشدة بحيث يتجاوز حدود انحرافين معياريين، وأغلب الحالات التي تكون على هذه الدرجة من الشدة عادة ما تصاحبها مشاكل أخرى ، ومع ذلك فإن التعبير عن درجة من الشدة بالمصطلحات الإحصائية ليس ذا فائدة في التشخيص في حالة الأطفال الأكبر سناً ، لوجود ميل طبيعي نحو التحسن المزايدي .

وفي هذه الحالة يوفر مسار الحالة مؤشراً مفيداً ، فإذا كان المستوى الحالي للاضطرابات خفيف الشدة - ولكن هناك مع ذلك تاريخ سابق لمستوى شديد من الاضطرابات - فالأرجح هو أن الأداء الحالي هو نتيجة اضطراب شديد أكثر منه مجرد تباين طبيعي .

كذلك يجب أن يوجه الانتباه إلى نمط الأداء الكلامي واللغوي ، فإذا كان النمط غير طبيعي (بمعنى أنه منحرف عن الطبيعي ، وليس مجرد نوع مناسب لمرحلة أكثر تقدماً من الارتقاء) ، أو إذا كان كلام الطفل أو لغته تتضمن سمات غير طبيعية كلفياً .. فإن الأرجح هو وجود اضطراب سريري شديد ، كذلك إذا تصاحب التأخر في جانب معين من الكلام أو اللغة مع أوجه عجز دراسي (مثل تأخر معين في القراءة أو الهجاء) أو مع اضطرابات في العلاقات الشخصية ، و/أو اضطرابات عاطفية أو سلوكية .. فمن غير المرجح أن يشكل التأخر مجرد تباين طبيعي . .

الصعوبة الثانية في التشخيص تتعلق بالتمييز عن التخلف العقلي أو التأخر الارتقائي العام ، ولأن الذكاء يتضمن مهارات لفظية .. فمن الأرجح أن يكون ارتفاع اللغة عند الطفل أقل من المتوسط ، إذا كانت نسبة ذكائه أقل من المتوسط ، وبالتالي لايجوز استخدام اضطراب ارتقائي ، عندما يكون التأخر في اللغة مجرد جزء من تخلف عقلي شامل أو تأخر ارتقائي عام ، وإنما يستخدم عندئذ أحد رموز



التخلف العقلي .

ومع ذلك .. فمن الشائع أن يكون التخلف العقلي مصحوباً بنمط غير منظم من الأداء الفكري ؛ خاصة بدرجة من الاضطراب في اللغة ، تتجاوز في شدتها درجة التخلف في المهارات غير اللفظية .

حين يكون هذا الفرق شديداً بالدرجة التي تجعله واضحاً في الأداء اليومي ، فإنه يجب أن يرمز إلى وجود اضطراب ارتقائي معين في الكلام واللغة ، بالإضافة إلى أحد الرموز في الجزء الخاص بالتخلف العقلي .

الصعوبة الثالثة تتعلق بالتمييز عن اضطراب ثانوي لصمم شديد أو لعيب عصبي معين أو أي عيب خلقي آخر ، سوف يؤدي الصمم الشديد في الطفولة المبكرة في الواقع دائماً إلى تأخر وتشوّه شديدين في ارتقاء اللغة ، وهذه الحالات لايجوز إدراجها هنا ؛ لأنها نتيجة مباشرة لفقدان السمع ، ومع ذلك ، فليس من غير الشائع أن يصاحب الاضطرابات الارتقائية الشديدة في اللغة الاستقبالية خلل جزئي وانتقائي في السمع (خاصة بالنسبة للأسوات ذات التذبذبات العالية . والمتبع أن تستبعد هذه الاضطرابات من اضطرابات الارتقاء ، إذا كانت درجة فقدان السمع من الشدة بحيث تقدم تفسيراً كافياً لتأخر اللغة .

**اضطراب نطق الكلام المحدد**

#### Specific Speech Articulation Disorder

هو اضطراب ارتقائي محدد ، يقل فيه استخدام الطفل لأصوات الكلام أقل من المستوى المناسب لعمره العقلي ، ولكن مع وجود مستوى طبيعي من المهارات اللغوية .

والسن الذي تكتسب فيه أصوات الكلام ، والترتيب الذي ترتقي به هذه في إصدار أصوات الكلام ، ولكن يمكن فهم الطفل بسهولة من قبل الغرباء . ويحلول الست أو السبع سنوات ، تكتسب أغلب أصوات الكلام ، وعلى الرغم من أنه قد تستمر بعض الصعوبات الخاصة بتراكيبات صوتية معينة ، إلا أنه لاينبغي أن تشكل هذه أي مشاكل في التواصل .

ويحلول سن الحادية أو الثانية عشر ، ينبغي أن يكون الطفل متمكناً من

كافة ، الأصوات الكلامية تقريباً .

ويحدث الارتفاع غير الطبيعي عندما يتأخر أو يشذ اكتساب الطفل لأصوات الكلام ؛ مما يؤدي إلى سوء نطق في كلام الطفل ، يترتب عليه أن يجد الآخرون صعوبات في فهم كلامه ، كما يؤدي إلى إسقاطات أو تشوهات أو استبدالات في أصوات الكلام ، مع عدم انسجام في تزامن الأصوات (بمعنى أن الطفل قد ينطق مقاطع صحيحة في بعض كلمات ، وليس في كلمات أخرى) .

يستخدم هذا التشخيص فقط ، حين تتجاوز شدة اضطراب النطق حدود الاختلافات الطبيعية بالنسبة لعمر الطفل العقلي ، ويكون الذكاء غير اللفظي في النطاق الطبيعي ، وتكون مهارات اللغة التعبيرية والاستقبالية في النطاق الطبيعي ، واختلافات النطق ليس مرجعها مباشرة إلى خلل حسي أو خلقي أو عصبي ، كما يكون سوء النطق غير طبيعي بشكل واضح ، في إطار الاستخدام الدارج للغة في بيئة الطفل .

(١) اضطراب اللغة التعبيرية (والبث اللغوي) عسر كلام أو حصة ارتقائية :

Expressive Language Disorder

هو اضطراب ارتقائي محدد ، نقل فيه قدرة الطفل على استخدام اللغة المنطقية التعبيرية كثيراً عن المستوى المناسب بالنسبة لعمره العقلي ، ولكن مع بقاء فهم اللغة في إطار الحدود الطبيعية ، وقد نصاحبه أو لاتصاحبه عيوب في النطق .

وعلى الرغم من وجود اختلافات فردية كثيرة في ارتفاع اللغة الطبيعي ، إلا أن عدم القدرة على تكوين جمل بسيطة من كلمتين عند عمر الثلاث سنوات ، يجب أن يعتبر علامات دالة على التأخر .

تتضمن الصعوبات التالية على ذلك :

إرتقاءً محدوداً في حصيلة الكلمات ، والاستخدام المفرط لمجموعة صغيرة من الكلمات العمومية ، وصعوبات في اختيار كلمات مناسبة أو كلمات بديلة مناسبة . وقصر فترات الكلام . وتكوين الجملة غير الناضج ، وأخطاء تركيبية ، وخاصة إسقاط نهايات أو بدايات الكلمات ، وسوء استخدام أو العجز عن استخدام

الأشكال النحوية ، مثل: حروف الجر والضمائر وحروف التعريف وتبديلات الفعل والأسم .

كذلك قد يحدث تعميم خاطئ ومبالغ فيه في قواعد الكلام ، بالإضافة إلى فقدان السلاسة في الجمل ، وصعوبة في ترتيب الأشياء عند الحديث عن أحداث سابقة .

ومن الشائع أن نصاحب الاختلالات في اللغة المنطوقة بتأخر ، أو اختلالات في إصدار الصوت المعبر عن الكلمة .

يجب أن يقتصر استخدام التشخيص على الحالات ، التي تتجاوز فيها درجة التأخر في ارتفاع اللغة التعبيرية حدود التباينات الطبيعية بالنسبة لعمر الطفل العقلي، وتكون فيها مهارات اللغة الاستقبلية في الحدود الطبيعية لعمر الطفل العقلي (على الرغم من أن اللغة الاستقبلية كثيراً ما تكون أقل من المتوسط بدرجة ما) .

كذلك يجب استخدام الإشارات غير اللفظية (كالاتسمات وإشارة اليد) واللغة الداخلية المنعكسة في ألعاب الخيال أو تقليد الحقيقة ، استخداماً سليماً نسبياً .

كما يجب أن تكون القدرة على التواصل اجتماعياً دون كلمات نسبياً غير مختل ، فالطفل سوف يسعى إلى التواصل على الرغم من اختلال اللغة ، وسوف يميل إلى الاستعاضة عن فقدان الكلام ، باستخدام التعويل أو إشارات اليد أو التقليد الصامت أو الأصوات غير الكلامية . ومع ذلك .. فإن الصعوبات المصاحبة في العلاقات مع الأفراد والاضطراب العاطفي والسلوكي و/أو فرط النشاط وعدم الانتباه ليست ظواهر غير شائعة خاصة بين الأطفال في سن المدرسة ، وقد يكون هناك أيضاً - في قلة من الحالات - فقدان سمع جزئي (انتقائي في أحوال كثيرة) ، ولكنه لا يجوز أن يكون بالشدّة لتفسير تأخر اللغة .

كذلك .. فإن الاندماج غير الكافي في المحادثات المتبادلة ، أو التفرؤو الحرمان البيئي العام ، قد يلعبان دوراً كبيراً أو مساهماً في نشأة الارتفاع المختل في اللغة التعبيرية . وعندما تكون هذه هي الحال ، يجب الإشارة إلى العامل البيئي المسبب ، ويجب أن يكون الاختلال في اللغة الكلامية واضحاً منذ الطفولة المبكرة ، دون أن تكون هناك مرحلة طويلة واضحة من الاستخدام الطبيعي للغة (ومع ذلك

فليس من الشائع أن تبدأ القصة باستخدام ببدو طبيعياً ليضعة كلمات منفردة ، ثم يلي ذلك تدهور أو عجز عن التقدم .

## (٢) اضطراب اللغة الاستقبالية وحزمة ، فريك ، الاستقبالية

### Receptive Language Disorder

هو اضطراب ارتقائي محدد ، يقل فيه فهم الطفل للغة عن المستوى المناسب لعمره العقلي . وفي كل الحالات تقريباً تختل بشدة أيضاً اللغة التعبيرية ، وتشيع العيوب في إصدار الأصوات الكلامية .  
**مؤشرات تشخيصية :**

الفشل في الاستجابة للأسماء المألوفة في غياب تلميحات غير لفظية بحلول عيد الميلاد الأول ، أو عدم القدرة على التعرف بعض الأشياء المألوفة على الأقل عند عمر الثمانية عشر شهراً ، أو الفشل في متابعة تعليمات بسيطة روتينية عند سن السنتين يجب أن تعتبر علامات دالة على التأخر ، والصعوبات الناتجة عن ذلك تتضمن : عدم القدرة على فهم التركيبات النحوية (النفي ، الأسئلة ، الأوامر .. إلخ) ، وعدم فهم الجواب الأكثر دقة في اللغة (ثيرة الصوت ، الإشارة .. إلخ) ، ويتراوح انتشار هذا الاضطراب بين ٣-١٠٪ من أطفال المدارس .

يجب أن يقتصر التشخيص فقط على الحالات ، التي تتجاوز فيها درجة التأخر في اللغة الاستقبالية حدود الاختلاف الطبيعية بالنسبة لعمر الطفل العقلي ، والتي لا تستوفي المعايير التشخيصية لاضطراب ارتقائي عام . وفي كل الحالات تقريباً ، يوجد كذلك تأخر شديد في ارتقاء اللغة التعبيرية ، وتشيع العيوب في إصدار الأصوات الكلامية . إن هذا الاضطراب هو أكثر أشكال الاضطرابات الارتقائية المعيبة في الكلام واللغة معدداً في ارتباطه باضطرابات اجتماعية وعاطفية وسلوكية ، ولا تأخذ هذه الاضطرابات أي شكل معين .

ولكن فرط النشاط وعدم الانتباه والحماسة والعزلة عن الأفراد والقلق والحساسية أو الضجول غير المبرر ، هي كلها أشكال كثيرة الحدوث نسبياً . قد يتأخر الأطفال المصابون بأشد أشكال اضطراب اللغة الاستقبالية بدرجة ما في ارتقائهم الاجتماعي ، وقد يرددون لغة لا يفهمونها كما يظهرون أنماطاً محدودة بدرجة ما

من الاهتمامات ، ولكنهم يختلفون عن الأطفال الذاتويين في أنهم عادة ما يظهرون تعاملاً اجتماعياً طبيعياً ، ويمارسون ألعاب محاكاة الواقع ، ويلجأون إلى الأهل للراحة بشكل طبيعي ، ويستخدمون الإشارة بشكل قريب للطبيعي ، كما يظهرون اختلافات بسيطة فقط في التواصل غير اللفظي .

وليس من غير الشائع أن تكون هناك درجة ما من فقدان السمع للأصوات العالية ، ولكن درجة الصمم ليست كافية لتفسير اضطراب اللغة .

### ( ٣ ) الحزمة المكتسبة مع الصرع ( زملة لاندو كليفلتر ) :

Acquired Aphasia with Epliepsy (Landau-Kleiffner Syndrome)

هو اضطراب يفقد فيه الطفل كلاً من مهارات اللغة الاستقبالية والتعبيرية ، بعد أن يكون قد سبق له أن أنجز تقدماً طبيعياً في ارتقاء اللغة ، ولكن مع احتفاظه بالذكاء العام . وتصاحب بداية الاضطراب نوبات شاذة في رسم المخ الكهربائي ( مصدرها دائماً تقريباً القوس الصدغي ، عادة على الجانبين ، ولكن في كثير من الأحيان مع خلل أوسع انتشاراً ) . وفي أغلب الحالات أيضاً نوبات صرعية . للبداية النمطية تكون بين عمرى ثلاث وسبع سنوات ، ولكنها قد تبدأ قبل أو بعد ذلك في الطفولة ، ويحدث فقدان اللغة بشكل تدريجي ، عبر فترة بضع شهور في ربع الحالات . ولكن في أكثر الحالات تكون البداية مفاجئة ، وتفقد المهارات في أيام أو أسابيع .

تختلف العلاقة الزمنية بين بداية النوبات الصرعية وبداية فقدان اللغة كثيراً؛ إذ يسبق أي منهما الآخر بفترة تتراوح بين بضعة شهور وعامين ، ومن المميز جداً أن يكون التخلل في اللغة جسيماً ، وتكون بداية مظاهر الحالة عادة هي صعوبات في الفهم السمعي ، فيصاب بعض الأطفال بالخرس ، ويقتصر آخرون على إصدار أصوات لامعنى لها ، في حين أن البعض الآخر يظهر عيوباً أخف شدة في إخراج وسلاسة الكلمة ، ويصاحبها في كثير من الأحيان سوء في النطق .

وفي قلة من الحالات ، تتأثر نوعية الصوت فيفقد ترنيماته الطبيعية ، وفي بعض الأحيان تبدو وظائف اللغة مستهدفة في المراحل الأولى ، وتشيع الاضطرابات السلوكية والعاطفية في الشهور الأولى التالية لفقدان اللغة ، ولكنها تميل إلى التحسن عندما يكتمب الطفل بعض وسائل التواصل مع الآخرين ،

وسبب الحالة غير معروف ، وإن كانت الخصائص الإكلينيكية تشير إلى احتمال وجود التهاب دماغي ، ويختلف مسار الحالة كثيراً ، فحوالي خمسي الأطفال يظلون يعانون من عيب شديد في اللغة الاستقبالية ، في حين يشفى الثلث تماماً .

#### (٤) اضطرابات ارتقائية (إنمائية) أخرى في الكلام أو اللغة :

Other Developmental Disorders of Speech and Language

ويضمن : اللغة (التعلم) :

#### (٥) اضطرابات ارتقائية (إنمائية) محددة في المهارات الدراسية :

Specific Developmental Disorders of scholastic skills.

توازي الفكرة العامة وراء الاضطرابات الارتقائية المعينة في المهارات الدراسية مباشرة الفكرة العامة وراء الاضطرابات الارتقائية المعينة في الكلام واللغة ، كما تنطبق عليها نقاط التعريف نفسها والقياس الأساسية ، فهي اضطرابات تتميز باختلال ليس مجرد نتيجة لغياب فرصة التعلم ، كما أنه ليس نتيجة لأي شكل من أشكال الإصابات أو أمراض المخ المكتسبة ، ولكنه يرجح أن يكون أصله في اضطرابات العملية المعرفية ، والتي غالباً ما تكون نتيجة لشكل من أشكال الاضطراب الوظيفي البيولوجي ، وتشيع هذه الحالة أكثر بين الأولاد ، مثلها مثل أغلب الاضطرابات الارتقائية الأخرى .

هناك خمس صعوبات تبرز عند التشخيص ، نوردتها فيما يلي :

أولاً :

هناك الحاجة إلى تمييز هذه الاضطرابات عن الاختلافات الطبيعية في الإنجاز الدراسي ، والنقاط الواجب مراعاتها هنا هي النقاط المذكورة سابقاً نفسها مع اضطرابات اللغة ، كما تنطبق المعايير ذاتها ، لقياس الخلل (مع التعديلات الضرورية ، التي تبرز عند التحول من اللغة إلى المهارات الدراسية) .

ثانياً :

هناك الحاجة إلى أن يوضع مسار الارتقاء في الاعتبار ، وهي نقطة مهمة لمبنيين مختلفين :

(١) الشدة ، بمعنى أن تأخر سنة في القراءة عند سن ٧ سنوات ، يكتسب معنى

مختلفاً تماماً عنه ، حين يكون تأخر السنة عدد سن ١٤ سنة .

(٢) تغير النمو ، بمعنى أنه من الشائع أن يتحسن تأخر اللغة في السنوات السابقة على الدراسة ، فلا تصبح هناك مشكلات خاصة باللغة ، ولكن يليها تأخر معين في القراءة ، يتحسن مرة أخرى في فترة المراهقة .

وتبقى المشكلة الرئيسية المتبقية في الرشد المبكر هي اضطراب شديد في الهجاء ، وقد تستمر الحالة طوال هذه الفترة ، ولكن النمط يتبدل بزيادة العمر، إذ يجب أن يراعى هذا التغير الارتقائي عند وضع المعايير التشخيصية .

ثالثاً :

هناك الصعوبة الناجمة عن أن المهارات الدراسية يجب تعلمها وتعليمها .. فهي ليست مجرد تعبير عن نضج حيوي ، ولا مفر من أن مستوى مهارات الأطفال سوف يعتمد على ظروف العائلة والمدرسة ، كما أنه سيعتمد على الخصائص الفردية لكل طفل . ولسوء الحظ لا توجد طريقة مباشرة وواضحة للتمييز بين الصعوبات الدراسية ؛ نتيجة لاتعمام الخبرات الكافية عن تلك المترتبة على اضطراب ارتقائي .. فهناك أسباب كثيرة جيدة لافتراض أن هذا التمييز حقيقي وصادق سريرياً ، ومع ذلك فإن التشخيص صعب ، في كل حالة على حدة .

رابعاً :

على الرغم من أن نتائج الأبحاث تدعم الفرضية القائلة بوجود أساس مرضي في العملية المعرفية ، إلا أنه لا توجد طريقة سهلة لتمييز الاضطرابات ، التي تسبب صعوبات القراءة عن تلك التي تترتب على ، أو تصاحب المهارات الضعيفة في القراءة ، وتعمد الصعوبة حقاً حيث إن اضطرابات القراءة قد تنشأ عن أكثر من نوع من الخلل المعرفي .

خامساً :

هناك عدم التأكد الدائم من أفضل الطرق لتقسيم الاضطرابات الارتقائية في المهارات الدراسية .

يتعلم الأطفال القراءة والكتابة والهجاء وحل المسائل الحسابية ، عندما يتعرفون هذه العملية في البيت وفي المدرسة ، وتختلف البلاد كثيراً في السن الذي يبدأ عنده التعليم الإلزامي وفي المنهج المتبع داخل المدارس ، وبالتالي في نوع المهارات التي يتوقع من الطفل أن يكتسبها في سنوات عمره المختلفة ، ويتعاطم هذا الاختلاف في التوقعات أثناء سنوات الدراسة الأولية أو الابتدائية (أي حتى سن ١١ سنة) ، ويزيد من تعقيد عملية الوصول إلى تعريفات إجرائية لاضطرابات المهارات الدراسية عدم ثباتها عبر البلدان المختلفة .

ومع ذلك ففي كل الأنظمة التعليمية ، فإن كل مجموعة عمرية من أطفال المدارس لديها نطاق واسع من المنجزات المدرسية ، وأن بعض الأطفال ينجحون أقل في أوجه معينة من الإنجاز الدراسي ، بالقياس إلى مستوى أدائهم الفكري أو الذهني العام .

الاضطرابات الارتقائية المعينة في المهارات الدراسية (أ. م. د. م. د.)

#### Certain Developmental Disorders in Scholastic Skills

تتضمن مجموعات من الاضطرابات ، تتميز باختلالات معينة ودالة في تعلم المهارات الدراسية . وليست هذه الاختلالات في التعلم نتيجة مباشرة لاضطرابات أخرى (مثل : التخلف العقلي ، أو خلل عصبي جسمي ، أو مشاكل بصرية أو سمعية حادة غير قابلة للعلاج أو اضطرابات وراثية) ، وإن كان يمكن أن تحدث متزامنة مع هذه الحالات ، تحدث هذه النوعية من الاضطرابات كثيراً في ارتباط زميلات سريرية أخرى . (مثل : اضطراب عجز الانتباه ، أو اضطراب اللجناح) ، أو اضطرابات ارتقائية أخرى (مثل : الاضطراب المحدد في وظيفة الحركة ، أو الاضطرابات الارتقائية المحددة في الكلام واللغة) .

وسبب هذه النوعية من الاضطرابات غير معروف ، ولكن هناك افتراضاً بأولية العوامل الحيوية ، التي تتفاعل مع عوامل غير حيوية (مثل فرصة التعلم وكيفية التعلم) لإحداث مظاهر الاضطراب ، وعلى الرغم من ارتباط هذه الاضطرابات بالنضوج الحيوي .. إلا أن ذلك يوضح أن الأطفال المعاصرين بهذا الاضطراب يقعون ببساطة عن الطرف الأدنى من المتصل الطبيعي ، وبالتالي فسوف يلحقون بالآخرين من أقرانهم مع الوقت .



وفى أحوال كثيرة تستمر آثار هذا الاضطراب ، خلال فترة المراهقة حتى مرحلة الرشد ، ومع ذلك .. فإن ظهور الاضطراب بشكل ما أثناء سنوات الدراسة المبكرة ، يعتبر سمة تشخيصية ضرورية ، فقد يتدهور الأطفال فى أدائهم الدراسى فى مرحلة متأخرة من سيرتهم التعليمية (نتيجة لعدم الاهتمام ، أو التدريس غير الوائى ، أو اضطرابات عاطفية ، أو زيادة أو تغير فى نمط المهام المطلوبة) ، ولكن هذه المشاكل لا تمثل جزءاً من مفهوم هذه النوعية من الاضطرابات .

وهناك عدة متطلبات أساسية لتشخيص أى من الاضطرابات الارتقائية المحددة فى المهارات الدراسية :

أولاً :

يجب أن تكون هناك درجة من الخلل فى المهارة الدراسية المعينة (دالة سريريًا) ، ويمكن الحكم على هذا الخلل بالاستناد إلى درجة الشدة ، كما هى معروفة بالمصطلحات الدراسية (أى درجة يتلظر أن يحصل عليها أقل من 3% من عينة أطفال المدرسة) ، إلى سوابق ارتقائية (أى إن الصعوبات الدراسية قد سبقها تأخرات ارتقائية فى السنوات السابقة على المدرسة غالباً فى مجال الكلام أو اللغة) ، إلى مشكلات مصاحبة ، مثل : عدم الانتباه ، فرط النشاط ، اضطراب عاطفى صعوبات فى السير) ، وإلى نمط (أى وجود أنماط شذوذ كيفية ليست فى العادة جزءاً من الارتقاء الطبيعى) وإلى الاستجابة (أى إن الصعوبات الدراسية لا تنحسن بسرعة ويسر ، مع زيادة المساعدة للطفل فى المنزل و/أو المدرسة) .

ثانياً :

يجب أن يكون الخلل معيئاً ، بما يمكن من تفسيره فقط على أساس وجود تخلف عقلى أو اختلالات أقل شدة فى الذكاء العام ؛ ولأن نسبة الذكاء والإنجاز الدراسى لا يتوازيان تماماً ، فإن القرار بشأن هذه النقطة يجب أن يؤخذ فقط على أساس من اختبارات مقلنة وفردية التطبيق ، لكل من الإنجاز ونسبة الذكاء ، والتي تناسب مع الثقافة والنظام التعليمى .

ويجب استخدام هذه الاختبارات ، فى ارتباط مع جداول إحصائية توفر المعلومات الخاصة بمتوسط مستوى الإنجاز المنتظر لكل مستوى ذكاء معطى عند كل عمر معطى . وهذا الشرط الأخير ضرورى لأهمية آثار الارتجاع الإحصائى ؛

لأن التشخيصات التي تستند إلى طرح عمر الإنجاز بالعمر العقلي تكون بالضرورة خادعة بشدة ، ومع ذلك .. فالأرجح هو أن هذه المتطلبات لن تتوفى في أغلب الأحوال في الممارسة السريرية اليومية ، وبالتالي فإن الدليل السريري هو ببساطة أن يكون مستوى الطفل في التحصيل أقل بكثير من المستوى المنتظر من طفل في عمره العقلي .

ثالثاً :

يجب أن يكون القتل ارتقائياً ؛ بمعنى أن يكون موجوداً منذ البداية وليس مكتسباً في مرحلة متأخرة من العملية التعليمية ، ويمكن الاستدلال على هذه النقطة من خلال تاريخ التقدم الدراسية للطفل .

رابعاً :

يجب ألا تكون هناك عوامل خارجية ، يمكن أن تمثل سبباً كافياً للتصعوبات ، والتي وجود دليل إيجابي على وجود اضطراب سريري واضح في الإنجاز الدراسي ، تصاحبه عوامل داخلية خاصة بارتقاء الطفل ، مع ذلك .. ولكي يتعلم الأطفال بشكل فعال ، يجب أن تتوفر لهم فرص تعليم ملائمة ، وبالتالي لايجوز إدراج الاضطراب تحت هذه الفئة، إذا اتضح أن الإنجاز الدراسي الضعيف هو نتيجة مباشرة لغياب طويل عن المدرسة ، دون تدريس بالمنزل أو نتيجة لتعليم غير مناسب بالمرة .

إن التغيب المتكرر عن المدرسة والانقطاعات التعليمية المترتبة على تغيير المدرسة لا تكون في العادة كافية لإحداث تخلف دراسي بدرجة ، تكفي لتشخيص الاضطرابات الارتقائية المعينة في المهارات الدراسية .

ولكن التعليم الضعيف قد يضيف إلى أو يزيد من تعقيد المشكلة ، وفي هذه الحالة يجب أن تذكر العوامل المدرسية على نحو الأوضاع التفاساجتماعية غير الطبيعية .

وأخيراً ، لايجوز أن تكون هذه الاضطرابات نتيجة مباشرة لاختلالات بصرية أو سمعية غير خاضعة للتحسن .

## التشخيص الفارق :

هناك احتياج مهم للتمييز بين هذه الاضطرابات ، والتي تظهر في غياب أي اضطراب عصبي قابل للتشخيص والاضطرابات، التي تكون ثانوية لحالة عصبية ما كالتشل انماغى ، وكثيراً ما يكون هذا التمييز صعباً في الممارسة العلمية (نتيجة للدلالة غير المؤكدة للعلامات العصبية ضعيفة الثبات) ، كما أن نتائج الأبحاث لا توضح أي تمييز محدد ، لا في نمط ولا في مسار هذه الاضطرابات بشأن وجود أو غياب خلل وظيفى عصبي واضح ، وبالتالي .. فإن هذا لا يكون جزءاً من المعايير للتشخيصية ، ولكن من الضروري أن يسجل وجود أي اضطراب مصاحب بشكل منفرد في الجزء المناسب الخاص من هذا التقسيم .

ويضمن : اضطراب قراءة معين ، عمر القراءة ، اضطراباً هجائياً معيناً ، اضطراباً معيناً في المهارات الحسابية ، عمر الحساب ، اضطراب المهارات الدراسية المختلط ، عدم القدرة على التعلم .

## (١) اضطراب القراءة المحدد : Specific Reading Disorder

السمة الرئيسية في خلل معين في ارتقاء مهارات القراءة ، لا يمكن إرجاعها إلى العمر العقلى أو مشكلات حدة البصر أو التوطين غير الوافى ، فحسب وقد تتأثر كذلك مهارات فهم القراءة وتعريف الكلمة ، من خلال القراءة ومهارة القراءة الشفهية والأداء في المهام التي تتطلب القراءة ، وكثيراً ما يصاحب اضطراب القراءة المعين صعوبات في لهجاء قد تستمر في فترة المراهقة ، حتى بعد أن يكون التقدم قد تم إحرازه في القراءة .

والأطفال المصابون باضطراب محدد في القراءة كثيراً ما يكون لديهم تاريخ باضطرابات إنمائية معينة في الكلام واللغة ، كما أن التقييم المتكامل للأداء اللغوى الحالى كثيراً ما يعكس وجود صعوبات دقيقة معاصرة ، بالإضافة إلى الفشل الأكاديمى .

وقد نجد أن ضعف الانتظام الدراسى ومشكلات التكيف الاجتماعى هي مضاعفات كثيرة الحدوث ، خاصة في سنوات الدراسة الابتدائية والثانوية التالية ، وتوجد هذه الحالة في كل اللغات المعروفة ، وإن كان من غير المؤكد أن معدلها

يتأثر أو لا يتأثر بطبيعة اللغة والخط المكتوب ، ويتراوح انتشاره بين ٢-٨٪ من أطفال المدارس .

### مؤشرات تشخيصية :

يجب أن يكون أداء الطفل في القراءة أقل بكثير من المستوى المنتظر منه ، على أساس عمره وذكائه العام ومكانه في المدرسة . وأفضل طريقة لتقييم ذلك هي بواسطة اختبار مقلن ، يطبق بشكل فردي ، ويقاس القراءة والدقة والفهم . وتعتمد الطبيعة المحددة لمشكلة القراءة على مستوى القراءة المتوقع ، وعلى اللغة والخط المكتوب ، ولكن في المراحل الأولى من تعلم اللغة الأبجدية ، قد تكون هناك صعوبات في الحروف الأبجدية ، أو في تسمية الحروف بأسمائها الصحيحة ، أو في إعطاء النغم البسيط للكلمات ، وفي تحليل أو تقسيم الأصوات (على الرغم من قدرة سمعية طبيعية) . وقد توجد أخطاء في مهارات القراءة الشفهية .

ويظهر ذلك من خلال :

(١) إسقاطات ، استبدالات ، تشويهات أو إضافات في الكلمات ، أو أجزاء من الكلمات .

(٢) معدل قراءة بطئ .

(٣) بدايات خاطئة أو تأتأت طويلة أو فقدان القراءة في النص .

(٤) تقسيم غير دقيق للجمل .

(٥) استبدال الكلمات في الجمل أو الحروف داخل الكلمات ، وكذلك قد تكون هناك عيوب في الفهم عن طريق القراءة ، كما يتضح من خلال :

(أ) عدم القدرة على استعادة المعلومات المقروءة .

(ب) عدم القدرة على الوصول إلى استنتاجات أو استدلالات من العادة المقروءة .

(٦) استخدام المعرفة العامة كخلفية معرفية ، بدلاً من المعلومات المستفادة في قصة بعينها ؛ للإجابة عن أسئلة خاصة تعتبر من عيوب القراءة . ومن المميز أن تتضمن الصعوبات في الهجاء أخطاءً صوتية غير دقيقة .

ويبدو عندئذ أن كل مشكلات الهجاء والقراءة تدبج خطأ في التحليل الصوتي للكلمات ، والقليل هو المعروف عن طبيعة أو معدل أخطاء الهجاء في الأطفال المصنطرين إلى قراءة لغات غير مشكلة ، وقليل هو المعروف عن أنواع الأخطاء في النصوص غير الأبجدية .

عادة ماتسبق الاضطرابات الارتقائية المحددة في القراءة عادة بتاريخ من الاضطرابات في إلقاء الكلام أو اللغة ، وفي حالات أخرى قد يكون الطفل قد اجتاز مراحل اللغة في السن الطبيعي ، ولكنه مع ذلك يعاني من صعوبات في العمليات السمعية ، كما ينصح في مشكلات تصنيف الأصوات والتفخيم وأخطاء تمييز أصوات الكلام والذاكرة السمعية الثرائيبية والترابط السعمي ، أو في بعض الحالات أيضاً تكون هناك مشكلات في العملية الإبصارية (مثل : التمييز بين الحروف والذاكرة السمعية التقريبية ، والتمييز السعمي) ، ولكن هذه كلها شائعة بين الأطفال الذين يبدأون بالكاد تعلم القراءة ، وبالتالي .. فمن المحتمل الأتكون نتيجة مباشرة لضعف القراءة ، أو لصعوبة في الانتباه المصحوبة في أحيان كثيرة بفرط النشاط والانذفاعية .

إن النمط الدقيق للضعوبات الارتقائية في فترة ما قبل المدرسة يختلف كثيراً من طفل إلى طفل ، كما تختلف شدته ، ومع ذلك .. فإن هذه الضعوبات عادة (ولكن ليس دائماً) ما تكون موجودة .

كذلك .. كثيراً ما تكون هناك اضطرابات عاطفية و/أو سلوكية أثناء فترة المدرسة ، ويكون معدل المشكلات العاطفية أكثر في سنوات الدراسة الأولى ، في حين تشيع اضطرابات الجناح وزملات فرط النشاط أكثر في الطفولة المتأخرة والمراهقة . وينخفض عادة تقييم الطفل لنفسه ، وتكثر مشكلات التكيف مع المدرسة والعلاقات مع الأقران .

يتضمن : القراءة المتأخرة ، عسر القراءة الارتقائي ، تخلف القراءة المحدد .

## (٢) الاضطراب الهجائي المحدد : Specific Spelling Disorder

هو اضطراب تتميز السمة الرئيسية فيه بخلل معين واضح في ارتقاء مهارات الاستهجاه الشفهي ، وكداية الكلمات بشكل صحيح ، ولايجوز إدراج

الأطفال الذين تتماثل مشكلتهم الوحيدة في الكتابة . ولكن في بعض الحالات ، قد تصاحب مصاعب الاستهزاء مشكلات في الكتابة . وعلى العكس من النمط الموجود في اضطرابات القراءة المحددة ، نجد أن أخطاء الاستهزاء تميل إلى أن تكون دقيقة ، بشكل واضح من الناحية الصوتية .

ويجب أن يكون مستوى أداء الطفل في الاستهزاء أقل بكثير من المستوى المنتظر ، على أساس عمر الطفل والذكاء العام ومكانه في المدرسة وأفضل وسيلة لتقييم هذه النقطة ، هي بواسطة استخدام اختبار مقنن للاستهزاء ، ويطبق بشكل فردي على الطفل .

يجب أن تكون مهارات الطفل في القراءة (في ما يتعلق بالنقطة والفهم) في نطاق الطبيعي ، كما لايجوز أن يكون هناك تاريخ لصعوبات سابقة ذات دلالة في القراءة ، ولايجوز أن تكون صعوبات الاستهزاء أساساً نتيجة لعدم كفاية شديدة في التدريس ، أو نتيجة مباشرة لعيوب في الإبصار أو السمع أو الوظائف العصبية .. كذلك لايجوز أن تكون مكتسبة ؛ نتيجة أي اضطراب عصبي أو طبيئلسى أو أى اضطراب آخر .

وعلى الرغم مما هو معروف من أن اضطرابات الهجاء المحدد يختلف عن اضطرابات القراءة المصحوبة بصعوبات في الاستهزاء المعينة ، أو مسارها ، أو العوامل المصاحبة لها ، أو حصيلتها .

### ( ٣ ) اضطراب محدد في المهارات الحسابية :

#### Specific Disorder of Arithmetical Skills

يتضمن هذا الاضطراب خللاً محدداً في المهارات الحسابية ، لايمكن تفسيره على أنه تخلف عقلي ، أو بسبب ضعف التدريس ، ويشمل الخلل المهارات الحسابية الأولية كالجمع والطرح والضرب والقسمة (أكثر منها المهارات الحسابية الأكثر تجريدياً كالمتضمنة في الجبر ، أو حساب المتلات أو الهندسة أو التفاضل والتكامل) .

ويجب أن يكون مستوى أداء الطفل الحسابى أقل بكثير من المتوقع على أساس من عمر الطفل والذكاء العام ومكانه الدراسي ، وأفضل تقييم لهذا الأداء هو الاستناد إلى اختبار مقنن للحساب ، يطبق تطبيقاً فردياً على الطفل .

ويجب أن تكون مهارات الطفل في القراءة والاستهزاء في النطاق الطبيعي المنتظر بالنسبة للسن العقلي ، الذي يفضل قياسه بواسطة اختبارات مقننة ومناسبة ، تطبق بشكل فردي ، ولايجوز أن تكون صعوبات الحساب بسبب عدم كفاية شديدة في التدريس ، أو نتيجة مباشرة لعيوب في الإبصار أو السمع أو الوظائف العصبية .. كذلك لانحياز أن تكون مكتسبة نتيجة لأي اضطراب .

إن الدراسات في مجال الاضطرابات الحسابية أقل منها بالنسبة لاضطرابات القراءة ، كما أن المعرفة المتوافرة عن مقدماتها ومسارها ومصاحباتها وحصيلتها تعد محدودة جداً . ومع ذلك - وعلى عكس أطفال كثيرين ، يعانون من اضطرابات في القراءة - تعول مهارات الإدراك السمعي والمهارات اللفظية إلى أن تكون في النطاق الطبيعي ، في حين تعول مهارات الإبصار المكانية والإبصار الإدراكية إلى الخلل .

يعانى بعض الأطفال بالإضافة إلى ذلك من مشكلات اجتماعية وعاطفية وسلوكية ، ولكن المعروف عن خصائصها أو محلها قليل ، وكذلك هناك إشارة إلى احتمال شيوخ صعوبات في التفاعلات الاجتماعية .

وتتعدد الصعوبات الحسابية ، ولكنها قد تتضمن : الفشل في فهم الفكرة وراء بعض العمليات الحسابية الخاصة ، وعدم فهم المصطلحات أو العلامات الحسابية ، وعدم تعرف الرموز الرقمية ، وصعوبة في ممارسة عمليات حسابية ثابتة ، وصعوبة في فهم أي الأرقام مناسبة للمشكلة الحسابية الجارية تناولها ، وصعوبة في ترتيب الأرقام بشكل صحيح ، أو في استخدام العلامات العشرية أو الرموز أثناء الحساب ، وسوء الترتيب المكاني للعمليات الحسابية ، وعدم القدرة على نظم جداول الضرب بشكل مرض .

#### (٤) اضطراب مختلط في المهارات الدراسية :

##### Mixed Disorder of Scholastic Skills

هو فئة متبقية من الاضطرابات ، ضعيفة التحديد ، ولاستند إلى مفهوم واضح (ولكنها ضرورية) ، تتميز باختلال واضح في كل المهارات الحسابية ومهارات القراءة أو الاستهزاء ، ولكن الاختلال لا يمكن تفسيره فقط بتخلف عقلي عام أو تعليم غير واف .

## العلاج :

لا يوجد سبب محدد لاضطرابات النماء النفسى الخاصة بالكلام ، واللغة ، والمهارات الدراسية ؛ حيث يتفاعل كل من العوامل البيولوجية ، والنفسية والاجتماعية والتربوية والتعليمية ، ويعتمد العلاج على التدريب الخاص بواسطة مجموعة من أخصائى النخاطب ، والتعليم والتربية . ويوجد فى بعض البلاد المتقدمة مدارس خاصة لتوجيه وتدريب هؤلاء الأطفال .

وللأسف أن معظم هؤلاء الأطفال فى مصر والبلاد العربية ، يحتمنون فى تدريبهم وعلاجهم على الجهد الذاتى والعلاج الخاص .

### (٥) الاضطراب الارتقائى الخاص بوظيفة الحركة :

#### Specific Developmental Disorder of Motor Function

السمة الرئيسية هى اختلال شديد فى ارتقاء التناسق الحركى لا يفسر فقط بواسطة نخلف فكرى عام ، أو أى اضطراب عصبى معين خلقى أو مكتسب (باستثناء ذلك المتضمن فى اختلال التناسق) . ومن المعتاد أن يصاحب الحركة الخرقاء درجة ما من اختلال الأداء فى المهام المعرفية الخاصة بالتعرف البصرى على المكان ، وينتشر هذا الاضطراب بنسبة تبلغ ، حوالى ٦ ٪ من الأطفال بين العمر ٥-١١ سنة .

ويجب أن يكون مستوى التناسق الحركى للطفل ، فى المهام الحركية الدقيقة أو الضخمة ، أو أقل بكثير من مستوى الأداء المنتظر من الطفل على أساس من عمره ونكاته العام .

ويقاس هذا بأفضل شكل بواسطة اختبار مقنن ، يطبق بشكل فردى ويقاس للتناسق الحركى الدقيق والضعف ، ويجب أن تكون صعوبات التناسق موجودة فى المراحل المبكرة من الارتقاء (بمعنى أنه لايجوز أن يمثل نفساً مكتسباً) ، ولايجوز أن تكون نتيجة مباشرة لأى عيوب فى الإبصار أو السمع ، أو لأى اضطراب عصبى قابل للتشخيص .

ويختلف المقدار الذى يصيب به الاضطراب كلاً من التناسق الحركى الدقيق أو الضخم ، كما يختلف نمط العجز الحركى تبعاً للسن ، وقد تتأخر مراحل الارتقاء الحركى ، وقد يصاحب ذلك التأخر بعض الصعوبات فى الكلام ، (خاصة



تلك التي تتضمن النطق) .

قد يبدو الطفل غريباً في طريقة سيره عموماً ، وقد يكون بطيئاً في تعلم الجري والقفز وصعود وهبوط الدرج ، كما قد تكون هناك صعوبة في تعلم كيف يربط الحذاء ، وكيف يخلق ويفتح الأزرار ، وكيف يقذف ويلتقط الكرة ، وقد يكون الطفل بشكل عام أخرق في حركاته الدقيقة (أو الضخمة ، فيميل إلى إسقاط الأشياء من يده ، والتعثر ، والارتطام بأشياء في طريقه ، وأن يكون خط يده سيئاً .

كذلك .. فإن مهارات الرسم تكون عادة ضعيفة ، وكثيراً ما يكون الأطفال ذوو هذا الاضطراب ضعافاً في ممارسة الألعاب التركيبية ، واستخدام الألعاب التشكيلية وبناء النماذج ، وممارسة ألعاب الكرة ورسم أو فهم الخرائط .

يظهر الفحص الإكلينيكي الدقيق في أغلب الحالات علامات لعدم النضج الشديد لارتفاع العصبى ، مثل : حركات النمل الترافس ، والتي تصيب الأطراف أو حركات تلقائية وسعات حركية أخرى ، بالإضافة إلى علامات ضعف التنسيق الحركى الدقيق والضمخ (الموصوف عادة بالعلامات العصبية ضعيفة التباين ، لورودها الطبيعي في سننار الأطفال ، ولافتقارها أى قيمة تشديدية بشأن الآفة) ، أما الانعكاسات العميقة .. فقد تزيد أو تقل على الجانبين ، ولكنها لا تكون غير متماثلة .

بحكم التعريف .. لا يجوز أن يكون هناك مرض عصبى قابل للتشخيص (مثل النمل الدماغى أو الضمور العصبى) ومع ذلك ، ففي بعض الحالات يكون هناك تاريخ من المضاعفات ، التي أحاطت بالولادة أو يكون الطفل قليل الوزن جداً عند الولادة ، أو تكون الولادة مبكراً جداً .

(٦) اضطرابات ارتقائية (إنمائية) مفصلة محددة :

#### Mixed Specific Developmental Disorders

هذه فئة من الاضطرابات ، غير دقيقة التحديد ، ولا يوجد وراءها مفهوم ملائم أو واف (ولكنها ضرورية) ، تتميز بوجود خليط من اضطرابات ارتقائية معينة في الكلام واللغة وفي المهارات الدراسية ، و/أو الوظيفة الحركية ، دون أن يكون أى منها بارزاً بالدرجة ، التي تملأ تشخيصاً مبدئياً .

ومن الشائع لكل من هذه الاضطرابات الارتقائية المعينة أن يتضمن درجة ما من الخلل في تلك الوظائف .

## اضطرابات ارتقائية (إنمائية) منتشرة

### Pervasive Developmental Disorders

هي مجموعة من الاضطرابات ، تتميز باهتلالات كيفية في التفاعلات الاجتماعية المتبادلة، وفي أنماط التواصل ومخزون محدود ونمطي ومتكرر من الاهتمامات والنشاطات ، وتمثل هذه الغرائب الكيفية سمة شائعة في أداء الفرد في كل المواقف ، وتنتشر بنسبة ١٠-١٥ طفلاً في كل عشرة آلاف .

تصاحب هذه الاضطرابات في بعض الحالات ، أو تسبب فيها حالة طبية ما ومن أكثرها حدوثاً : التقلصات الطفولية ، والحصبة الألمانية الخلقية ، والتصلب الحدبي ، والشحام المعوي ، وهالة الصبغ إكس الهش ، ومع ذلك .. فإن تشخيص هذا الاضطراب يجب أن يستند إلى سمات سلوكية ؛ بغض النظر عن وجود أو غياب أي حالات طبية مصاحبة ، ولم تثبت الدراسات المضبوطة ما قبل سابقاً عن شخصية الوالدين وأسلوب التربية أو البعد العاطفي .

وقد اختلف الباحثون في تصنيف ذهان الطفولة ، أو مايسمى باضطرابات إنمائية منتشرة ، وقد تعددت الأعراض ، ووصفها كل عالم بطريقته الخاصة .

ومن حصيلة هذه المجالات، نستطيع تقسيم ذهان الطفولة إلى :

#### (١) ذهان الطفولة المتأخرة :

عادة ما يبدأ بعد سن الثامنة ، ويأخذ طابع فصام الكبار ، وتشابه أعراضه مع الصورة الإكلينيكية السابقة ذكرها مع الفصام .

#### (٢) ذهان الطفولة المتوسطة :

ويبدأ بين سن ٣-٥ ، وعادة ما ينمو الطفل سويًا ، ثم يبدأ في التدهور في هذا السن ، وعادة ما تكون أسباب ذلك أمراضاً عضوية في المخ والجهاز العصبي ، ويعتبر هذا الذهان ذهاناً عضوياً .

#### (٣) ذهان الطفولة المبكرة :

ويبدأ في السنوات الثلاث الأولى ، وهو الذي اختلف في وصفه العلماء ، واستقر الرأي على تسميته بزملة أعراض الفصام في الطفولة ، أو مايسمى حالياً

باضطرابات النماء المنتشرة .

وستدرج تصنيفها فيما بعد ويشمل تسع ظواهر إكلينيكية ، هي :

(١) اختفاء القدرة على التجاوب الانفعالى ، وإقامة أية علاقة عاطفية حتى مع الوالدين ؛ مما يؤدي إلى صعوبة الاختلاط والعزلة الاجتماعية التامة ، وعدم اللعب مع الأطفال الآخرين ، وعدم الاستجابة لحب أو تديؤل الوالدين والأقارب والانسحاب الكامل من العالم .

(٢) عدم الإحساس بالذات ، وعدم شعور الطفل بكيانه الخاص ؛ مما يجعل سلوكه شاذاً وغريباً ؛ حيث إنه لايميز نفسه من الجماد والحيوان والنبات .

(٣) الانغماس والإغراق العرصى فى التعلق بأشياء نافهة كاللعب بحذاء قديم ، أو أدوات منزلية رثة ، واستحالة إغرائه بكل أنواع اللعب المختلفة .

(٤) المقاومة الشديدة ، أو المعارضة الصلبة لأى تغيير فى بيئته ، من ناحية المكان أو العلبس ، أو النظافة أو الطعام .

(٥) اضطرابات فى الإدراك فى هيئة خداعات وهلاوس ، وأحياناً هذاتات متفاوتة وقلق وتوتر غير ممكن تفسيره .

(٦) الفشل فى اكتساب القدرة على الكلام ، أو اختفاء هذه القدرة تدريجياً بعد اكتسابها .

(٧) اضطرابات الحركة من سكون تام إلى إفراط حركى ، إلى حركات وطقوس متكررة ، تأخذ طابعاً شاذاً وأوضاعاً خاصة غامضة .

(٨) يتخلل هذا التدهور والهبوط الفكرى ، بعض القدرات الطبيعية وأحياناً قدرات استثنائية .

والعلاقة بين فصام الطفولة المبكرة ، وفصام الكبار غير واضحة ؛ فتختلف مظاهر المرض فى النوعين ، ونادراً مايتحول فصام الطفولة إلى الصورة الإكلينيكية المألوفة عن فصام الكبار من هلاوس وهذاتات وأعراض كاتاتونية ، ويلعب العامل الوراثى دوراً مهماً ، ويعززه الحرمان العاطفى فى المناخ الأسرى .

وعادة ما تؤثر الأعراض الإكلينيكية السابقة على نضوج الطفل العقلي والعاطفي ، ومن ثم تشخص معظم حالات فصام الطفولة بالقصور العقلي ، ولكن إذا سبق المرض فترة من التطور والنضوج الطبيعي ، ثم يبدأ بعد ذلك التدهور ، فإن ذلك يؤكد تشخيص الفصام ؛ حيث إن القصور العقلي يبدأ مع الولادة ، ويزيد على ذلك وجود بعض القدرات الطبيعية والاستثنائية في مرضى الفصام .

كذلك يجب تمييز هذا المرض عن الذهان العضوي الناتج عن عطب أو تلف بالمخ ، عن طريق إشعاعات المجموعة العادية والأشعاعات المقطعية والمغناطيسية النووية الرنانة ، ورسم المخ والاتجاه أحياناً إلى الاختبارات النفسية الدقيقة لمعرفة مدى تدهور الإمكانيات العقلية .

ولاتفيد عادة الجلسات الكهربائية ، وغيوية الأنسولين في فصام الطفولة، ولكن يحسن الكثير من الأعراض بالعقاقير المضادة للفصام ، ويدعى البعض تصنعاً ملحوظاً بالعلاج النفسي العميق والعقاقير المضادة للذهان غير النموجية ، واختراق الحاجز العاطفي ، الذي يفصل الطفل عن بقية العالم ، ولا يدعى أطباء النفس نسبة شفاء أكثر من ٢٠ ٪ في فصام الطفولة ، وتستمر البقية بأعراض مختلفة وقصور عقلي ثانوي ، يمنع توافقهم الاجتماعي .

وظهرت أخيراً نتائج مشجعة من الملامسة والشفاء العاطفي واحتضان الطفل لمدة طويلة ، على الرغم من رفضه وتعنيفه بواسطة الأم والأب تحت الإشراف النفسي والتربوي .

### (١) الذاتية الطفولية (التوحد) Childhood Autism

هي أنواع من الاضطراب الارتقائي المنتشر ، يعرف :

(١) بوجود ارتفاع غير طبيعي و/أو مختل ، يتضح وجوده قبل عمر الثلاث سنوات .

(٢) بلوغ مميز من الأداء غير الطبيعي في المجالات الثلاث النفسية :

( أ ) التفاعل الاجتماعي .

( ب ) التواصل .

## (ج) السلوك المحدود المتكرر .

وبالإضافة إلى هذه السمات التشخيصية المحددة .. يشيع وجود مشكلات أخرى متعددة وغير محددة ، مثل : الرهاب واضطرابات النوم والأكل ونوبات هياج والعذوان الموجه نحو الذات ، ونسبة انتشار هذا الاضطراب بين الأطفال تقراوح من أربع إلى خمس أطفال ، بين كل عشرة آلاف طفل .

**مؤشرات تشخيصية :**

عادة لا تكون هناك مرحلة سابقة أكيدة من الارتفاع الطبيعي ، ولكنها إن وجدت لا تتجاوز عمر الثلاث سنوات ، وهناك دائماً اختلالات كيفية في التفاعل الاجتماعي المتبادل ، وتأخذ هذه الاختلالات شكل التقدير غير المناسب للتلميحات الاجتماعية والعاطفية ، كما يتضح في فقدان الاستجابات لمشاعر الآخرين و/أو عدم تعديل السلوك طبعاً للإطار الاجتماعي ، مع استخدام ضعيف للرموز الاجتماعية ، وتكامل ضعيف بين السلوكيات الاجتماعية والعاطفية والتواصلية وخاصة فقدان التبادل الاجتماعي والعاطفي .

كذلك تنتشر الاختلالات الكيفية في التواصل ، وقد تأخذ هذه شكل عدم الاستخدام الاجتماعي ، لأي مهارات لغوية قد تكون موجودة ، وشكل خلل في ألعاب تصديق الخيال والتقليد الاجتماعي ، وضعف المرونة في التعبير اللغوي ، وفقدان نسبي للقدرة على الابتكار والخيال في عمليات التفكير ، وفقدان الاستجابة العاطفية لمبادرات الآخرين اللفظية وغير اللفظية ، واستخدام خاطئ للأشكال المختلفة من الإيقاع ، والتأكيد في إيقاع التواصل ، وكذلك عدم استخدام الإشارات المعاصبة التي تساعد في تأكيد أو توضيح التواصل الكلامي .

كذلك تتميز الحالة بأنماط محدودة ومنطوية ومتكررة في السلوك والاهتمامات والنشاطات ، وقد تأخذ شكل الميل نحو فرض قدر من التصب والروتين على نطاق واسع من أوجه الأداء اليومي ، وينطبق هذا عادة على النشاطات الجديدة ، كما ينطبق على العادات المألوفة وأنماط اللعب . وفي الطفولة المبكرة على وجه الخصوص ، فقد يكون هناك ارتباط معين بأشياء غير عادية ، وإن كانت تتميز بافتقارها للمرونة ، وقد يصر الأطفال على أداء بعض الأعمال الروتينية من خلال طقوس خاصة لا تؤدي وظيفة بعينها ، وقد تكون هذه

انشغالات نظمية ببعض الاهتمامات ، مثل : التواريخ أو الطرق أو الجداول الزمنية ، وكثيراً ما تكون هناك أنماط حركية ، واهتمام خاص بعناصر وظيفية في الأشياء (مثل رانحتها أو ملمسها) ، كما قد توجد مقاومة لأي تغييرات في روتين أو تفصيلات البيلة الشخصية (مثل تحريك التحف والأثاث من مكانها في بيت العائلة) .

وبالإضافة إلى ذلك .. فإن الأطفال الذاتيين كثيراً ما يظهرون نطاقاً من المشكلات الأخرى غير المعنية ، مثل : الفزع والخوف ، واضطرابات النوم والأكل ونوبات المزاج العصبي والعنوان وإيذاء النفس (مثل عض الرسغ) ؛ خاصة إذا كانت هناك حالة من التخلف العقلي الشديد .

أغلب المصابين بالذاتوية يفقدون إلى التلقائية والمبادرة والقدرة على الابتكار في شغل أوقات فراغهم ، ويجدون صعوبة في تطبيق المفاهيم النظرية ، وعلى اتخاذ القرار في العمل (حتى إذا كانت المهام تقع في إطار إمكانياتهم) .

إن المظاهر المحددة للعيوب التي تميز الذاتوية تتبدل عندما ينمو الأطفال ، ولكن العيوب نفسها تستمر حتى أثناء الحياة الراشدة على شكل نمط شبيه في المشكلات الخاصة بالتكيف الاجتماعي والتواصل وأنماط الاهتمامات ، ويجب أن تكون العيوب الارتقائية موجودة في الثلاث سنوات الأولى من الحياة ؛ لكن نستطيع أن نستخدم التشخيص ، ويمكن أن تحدث الزملة في كل المجموعات العمرية .

قد تصاحب الذاتوية كل مستويات نسبة الذكاء ، ولكن في ثلاثة أرباع الحالات توجد درجة دالة من التخلف العقلي .

وبعض :

الاضطراب الذاتوي ، ذاتوية الطفولة المبكرة ، ذهان الطفولة المبكرة ، زملة

كأثر .

عند التشخيص الفارق :

نضع في الاعتبار (إلى جانب الأشكال الأخرى من الاضطراب الارتقائي المنتشر) اضطراباً ارتقائياً معيماً في اللغة الاستقبالية مع مشكلات اجتماعية وعاطفية ثانوية ، اضطراب الالتصاق التفاعلي أو النوع المنطقت ، تخلفاً عقلياً مع

اضطراب عاطفي/سلوكي مصاحب ، فصاماً ذا بداية مبكرة غير عادية ، زملة ريت .

### (٢) الذاتية اللانمطية : Atypical Autism

هو نوع من الاضطراب الارتقائي المنتشر يتميز عن ذاتوية الطفولة ، إما في عمر الطفل عند بدايته أو في عجزه عن استيفاء مجموعات المعايير الثلاث . وتستخدم هذه الفئة حين يظهر الارتقاء غير الطبيعي و/أو المخلت لأول مرة ، بعد عمر الثلاث سنوات ، و/أو في غياب ما يكفي من العلامات غير الطبيعية في واحد أو اثنين من المناطق المرضية النفسية الثلاث الضرورية كلها لتشخيص الذاتية (الأوهي للتفاعلات الاجتماعية المتبادلة ، التواصل والسلوك المحدود النمطي والاعتكرك) ، وذلك على الرغم من وجود اختلالات مميزة أخرى في منطقة (مناطق) أخرى ، وتنشأ الذاتية اللانمطية غالباً في الأفراد ، ذوي التخلف العقلي جسيم الشدة .

ويتضمن :

ذهاناً طفولياً غير نموذجي ، وتخلفاً عقلياً مع سمات ذاتوية .

### (٣) زملة رت : Rett Syndrome

هي حالة لم يبلغ عن حدوثها حتى الآن سوى في الفتيات ، ولا يعرف لها سبب . ولكنها تتميز على أساس خاص من البداية والمسار ونمط الأعراض ، والصورة النموذجية هي وجود ارتقاء مبكر يبدو طبيعياً أو قريباً من الطبيعي ، تليه حالة من الفقدان الجزئي أو الكامل للمهارات اليدوية المكتسبية وللکلام ، مع انخفاض معدل النمو .

وتبدأ الحالة عادة بين سبع وأربع وعشرين شهراً من العمر ، وتتميز الحالة على وجه الخصوص بفقدان للحركات اليدوية للهادفة وحركات يدوية نمطية وفرط التنفس ، والارتقاء الاجتماعي ، وارتقاء اللعب يتوقف عند السنين أو الثلاث سنوات الأولى ، ولكن مع الحفاظ على الاهتمامات الاجتماعية . ويحدث في منتصف فترة الطفولة تخلج جذعي وعمى حركي يصاحبها أحياناً جنف حديبي ، وأحياناً حركات رقص كنعنية ، الحالة يترتب عليها دائماً إعاقة عقلية شديدة ، وكثيراً ما تظن أثناء الطفولة المبكرة أو المتوسطة .

وتبدأ أغلب الحالات بين سبعة شهور إلى أربع وعشرين شهراً من العمر .  
والسمة المميزة ، هي : فقدان حركات اليد الهادفة ، والمهارات اليدوية الحركية  
الدفيقة ، يصابها فقدان كامل أو جزئي أو انعدام في ارتقاء اللغة وحركات معينة  
ونمطية ، تلتف اليد فيها إحداها حول الأخرى ، أو تقوم بحركة غسيل مع وضع  
الذراعين في حالة انثناء أمام الصدر أو الذقن ، بل نمطى لليدين بواسطة اللعاب ،  
عدم المصنع الجيد للطعام ، نوبات كثيرة من فرط التنفس ، فشل دائم تقريباً في  
التحكم في التبول والتبرز ، سيولة زائدة في اللعاب وباراز مفرط في اللسان ، وعدم  
التفاعل اجتماعياً .

الشيء النموذجي هو أن يحتفظ الأطفال بتوسع من الانتماس الاجتماعي  
على وجوههم فينظرون إلى الآخرين أو خلالهم ، ولكنهم لا يتفاعلون اجتماعياً  
معهم في الطفولة المبكرة (وإن كان التفاعل الاجتماعي كثيراً ما يرتقى في مرحلة  
متأخرة) .

ويتركز الوقوف والمشي غالباً على قاعدة عريضة والععضلات ناقصة  
التوتر، وتصبح حركات الجذع غير متناسقة ، ويتكون عادة جف أو جف حديبي،  
في نصف الحالات يحدث ضمور في العضلات الفقرية مع عجز حركي شديد في  
فترة المراهقة ، أو الرشد ، بعدها يظهر تشنج شديد يصيب الأطراف السفلية أكثر  
من الأطراف العليا .

تحدث النوبات الصرعية في أغلب الحالات ، وتتضمن في العادة نوعاً ما  
من النوبة الصغرى ، تبدأ عموماً قبل عمر الثماني سنوات ، وعلى العكس من  
الذاتوية يعتبر كل من الأيذاء المتعمد للنفس والانفعالات النمطية المركبة أو  
الزوتين النمطى المركب ظواهر نادرة .

التشخيص التفريقي :

تشخص الزملة أولاً ومبدئياً استناداً إلى انعدام الحركات اليدوية الهادفة ،  
وانخفاض معدل نمو الرأس والتخلج ، وحركات غسيل يدين نمطية وعدم المصنع  
الجيد ، ويتأكد التشخيص بمسار الحالة ، والمتعل في تدهور حركي متزايد .



#### (٤) اضطراب طفولة تحللي (نفلكتي) آخر :

##### Other Childhood Disintegrative Disorder

نوع من الاضطراب الارتقائي الإنمائي المنتشر ، يعرف بوجود فترة من الارتقاء الطبيعي ، الأكيد ، سابقة على بداية الاضطراب ونايها فترة مؤكدة من فقدان المهارات المكتسبة سابقاً تمتد عبر عدة مناطق ارتقالية ، في خلال بضعة شهور . والنموذجي هنا أن يصاحب ذلك فقدان عام للاهتمام بالبيئة المحيطة ، وحركات نمطية متكررة واختلال شبه ذاتوي في التفاعل الاجتماعي والتواصل .

يمكن أن يكون الاضطراب في بعض الحالات نتيجة لنوع ما من التغيير المرضي الدماغى المصاحب ، ولكن للتشخيص يجب أن يكون على أساس السمات السلوكية .

ويستند التشخيص إلى وجود ارتقاء طبيعي ظاهري حتى عمر سنتين على الأقل ، يليه فقدان أكيد للمهارات المكتسبة سابقاً ، ويصاحب هذا أداء اجتماعي غير طبيعي كديفياً ، ومن المعتاد أن يكون هناك تكوص جسمي أو فقدان للغة ، وتكوص في مستوى اللعب والسلوك التكيفي ، وفي حالات كثيرة فقدان للتحكم في التبرز أو التبول مع تدفور في الأداء الحركي أحياناً . الشكل النموذجي هو أن يصاحب كل هذا فقدان عام للاهتمام بالبيئة المحيطة وعاتات حركية نمطية متكررة ، وخلل شبه ذاتوي في التفاعل الاجتماعي والتواصل . إن هذه الزلمة تتشابه في بعض الجوانب مع حالات الخرف في الحياة الراشدة ، ولكنها تختلف في ثلاث أوجه جوهرية :

(١) عادة لا يكون هناك دليل على وجود أي أذى أو مرض عضوي قابل للتشخيص (على الرغم من أنه يمكن دائماً استنتاج وجود خلل وظيفي تعقبه درجة من التحسن) .

(٢) اختلال التوافق الاجتماعي والتواصل له صفات مميزة للذاتوية عنها للتدهور الفكري .

(٣) فقدان المهارات قد تعقبه درجة من التحسن .

يتضمن :

الخرف الطفولي الذهاني التحللي ، زلمة هيلز ، الذهان التكافلي .

عند التشخيص الفارق :

يوضع في الاعتبار (بخلاف الأنواع الأخرى من الاضطراب الارتقائي المنتشر) الحبسة المكتسبة مع صرع ، خرس ارتقائي ، فصام وزملة رت .  
 (٥) اضطراب فرط النشاط المصحوب بتخلف عقلي وحركات نمطية :

Overactive Disorder Associated with Mental Retardation & Stereotyped Movements

هو اضطراب ضعيف التحديد ، في قيمته التصنيفية ، وقد وضع هنا لوجود دليل على أن :

(١) الأطفال ذوي التخلف العقلي الشديد (نسبة الذكاء أقل من ٥٠) ، والذين يعانون من مشاكل عظيمة في فرط النشاط والاندباء كثيراً ما يظهرون سلوكيات نمطية .

(٢) هؤلاء الأطفال لا يستفيدون من الأدوية المنشطة (بخلاف الأطفال ذوي نسبة الذكاء الطبيعية) ، وقد يظهرون استجابة سيئة عند إعطائهم المنشطات (أحياناً يصاحبها بطنه نفسحركي) .

(٣) في المرافقة يستبدل فرط النشاط بحالة من قلة النشاط (وهو نمط غير معتاد في الأطفال الطبيعي الذكاء الذين يعانون من فرط الحركة) ، وكذلك من الشائع أن تصاحب هذه الزملة أنواع مختلفة من التأخر الارتقائي ، إما محددة أو شاملة ، ومن غير المعروف ما إذا كان النمط السلوكي هو نتيجة لمعدل الذكاء المنخفض أو لأذى عضوي بالمخ .

(٦) زملة أسبرجر : Asperger Syndrome

هو اضطراب غير مؤكد في قيمته التصنيفية ، يتميز بالنوع نفسه من الخلل الكيفي في التفاعل الاجتماعي المتبادل ، الذي يميز الذاتية ، بالإضافة إلى مخزون محدود ونمطي ومتكرر من الاهتمامات والنشاطات ، وتختلف عن الذاتية أساساً في أنه لا يوجد تأخر أو تخلف عام في اللغة ، أو في الارتفاع المعرفي ، وعادة ما تظهر في الذكور .

## اضطرابات سلوكية وانفعالية ذات البداية المتعلقة بالطفولة أو المراهقة

Behavioural and Emotional Disorders  
with Onset Specific To Childhood and Adolescence

### (١) اضطرابات فرط الحركة : Hyperkinthetic Disorders

هى مجموعة من الاضطرابات تتميز بالتالى :

(١) بداية مبكرة .

(٢) تشابه بين سلوك مفرط النشاط ، قليل التهذيب ، مع عدم انتباه شديد وفقدان القدرة على الاندماج لفترة ما .

(٣) تنتشر هذه الخصائص السلوكية عبر مواقف عديدة ، كما تستمر ثابتة مع الوقت .

ومن التفكير الشائع أن خللاً تكوينياً ما يلعب دوراً جوهرياً فى نشأة هذه الاضطرابات ، ولكن فى الوقت الحالى تنقصنا المعرفة بشأن سببها المعين ، ولكن فى السنوات الأخيرة فضل استخدام المصطلح التشخيصى (اضطراب عجز الانتباه) (Attention Deficit Disorder) للإشارة لهذه الازمات ؛ خاصة فى التصنيف الأمريكى ، ولكننا لم نستخدمه هنا للأسباب التالية :

(١) أنه يحمل ادعاء بمعرفة العمليات النفسية غير المعروفة حتى الآن .

(٢) أنه يشير إلى إدراج الأطفال القلقين المنشغلين أو الأطفال المتبلدين الحالمين ، والتي غالباً ماختلف نوعية مشكلاتهم ، ومع ذلك فمن الواضح أنه من وجهة النظر السلوكية تمثل مشكلات عدم الانتباه سعة فى زميلات فرط الحركة .

تبدأ دائماً اضطرابات فرط الحركة فى مرحلة مبكرة من الارتفاع (عادة فى السنوات الخمس الأولى من العمر) ، وخصائصها الرئيسية : هى فقدان المتابعة فى النشاطات التى تستدعى اندماجاً معرفياً ، وميل إلى الانتقال من

نشاط إلى آخر دون الانتهاء من أى منها ، بالإضافة إلى نشاط مفروط ، غير منظم وغير مرتب ، وتستمر أشكال العجز هذه عادة أثناء سنوات المدرسة حتى أثناء الحياة الراشدة ، ولكن كثيراً من الأفراد يظهرون تحسناً تدريجياً فى النشاط والانتهاء .

تصاحب الاضطراب أشكال مختلفة من الاختلالات ؛ فالأطفال المفرطو الحركة كثيراً ما يكونون غير مهائين واندفاعيين ، وعرضة للحوادث ، ويجدون أنفسهم دائماً فى مشكلات مع أى نظام ما لتجاوزهم الدائم للقواعد ؛ نتيجة لعدم انتباههم أكثر منه لتعديدهم المقصود ، وعلاقتهم مع البالغين عادة ما تكون غير مكونة اجتماعياً ، وتفقد إلى الحذر والحفظ الطبيعيين ، ولكنهم غير محبوبين بين الأطفال الآخرين ، وقد يصبحون أسرى المنزل ، أما الخلل المعرفى فهو شائع ، كما يكثر التأخر المعين فى ارتقاء الحركة والكلام بشكل غير متناسب .

تتضمن المضاعفات الثانوية السلوك غير الاجتماعى ، وانخفاض تقدير الذات ، وبالتالي فهناك تطابق شديد بين فرط الحركة وأنماط السلوك الفوضوى ، مثل الاضطراب غير المنكيف اجتماعياً ، ومع ذلك .. فإن الدلائل المتوفرة حالياً تحبذ أن يتم فصل المجموعة التى يمثل فرط الحركة المشكلة الرئيسية فيها .

تحدث اضطرابات فرط الحركة بين الذكور أضعاف معدل حدوثها بين الإناث ، وتعتبر صعوبات القراءة المصاحبة (و/أو مشكلات مدرسية أخرى) شائعة .

وتتميز السمات الجوهرية باضطراب فى الانتباه وفرط النشاط ، وكليهما ضرورى للتشخيص ، ويظهر الانتباه فى شكل الانقطاع المبكر عن المهام ، وترك نشاطات دون استكمالها وينتقل الأطفال كثيراً من نشاط إلى آخر ، ويبدون وكأنهم فقدوا انتباههم بمهمة ما؛ لأن مهمة أخرى قد جذبتهم (على الرغم من أن الدراسات المعملية لا توضح فى العادة درجة غير عادية من التشتت الحسى أو الإدراكى) . ويجب تشخيص هذه الجوانب من عدم المثابرة وعدم الانتباه فقط ، إذا كانت تتجاوز المنظر من الطفل فى حدود عمره ومعدل ذكائه .

يتضمن النشاط المفرط شجراً مفرطاً ؛ خاصة في المواقف التي تستدعي هدوءاً نسبياً ، قد تصل ، تبعاً للموقف ، إلى حد الركض أو القفز حول المكان أو الوقوف ، عندما يستدعي الأمر أن يظل الطفل جالساً ، أو الكلام والصجيج المفرط ، أو التحمل والتطوى ، عندما يكون الطفل في مكانه . ومقياس الحكم هو أن يكون النشاط عالى الإفراط في إطار ما هو متناظر في ذلك الموقف ، بالقياس إلى آخرين في العمر نفسه ، وبمعدل الذكاء نفسه . وتتضح هذه السمة السلوكية بشكل خاص في المواقف المنظمة للشكلية ، التي تستدعي درجة عالية من التحكم الذاتي في السلوك .

ويجب أن يكون كل من الانتباه المضطرب وفرط النشاط واضحين في أكثر من موقف واحد (على سبيل المثال المنزل ، الفصل والعيادة) .

أما السمات المصاحبة فليست كافية أو ضرورية للتشخيص ، ولكنها تساعد في تأكيده : عدم الكبت في العلاقات الاجتماعية والاستهتار في بعض مواقف الخطر ، والاندفاع في الاستهزاء بالفواعد الاجتماعية (كما ينصح في التطفل على أو مقاطعة الآخرين في نشاطهم ، أو التلطف المبكر بإجابات لأسئلة لم تستكمل بعد ، أو صعوبة في احترام الأدوار وانتظارها ، في طابور مثلاً) ، وكلها مظاهر تميز الأطفال المصابين بهذا الاضطراب .

أما أعراض اضطراب العسلك .. فلا تمثل أي محركات تأكيدية ولا استبعادية للتشخيص الرئيسي ، حيث يجب أن تكون مشكلات السلوك المميزة ذات بداية مبكرة (قبل عمر 6 سنوات) وطويلة في مدتها . ولكن من الصعب نعرف فرط النشاط قبل سن دخول المدرسة ، وذلك لنطاق الاختلافات الواضح . ولذا فإن المستويات شديدة التطرف هي التي تؤدي إلى التشخيص في أطفال ما قبل سن المدرسة .

في الحياة للراشدة ، يظل من الممكن استخدام تشخيص اضطراب فرط الحركة ، وأسس التشخيص ذاتها ، ولكن يجب أن يتم تقييم الانتباه والنشاط بالإشارة إلى المقاييس الانتقائية الطبيعية ، ويترجح الآن اضطراب فرط الحركة وعجز الانتباه في الراشدين ضمن التصنيفات المختلفة .

أما إذا كان هناك فرط حركة في الطفولة ونمسن ، ثم تله حالة أخرى

مثل اضطراب الشخصية ضد الاجتماعية ، أو سوء استخدام عقار ، عندئذ يرمز إلى الحالة الحالية وليس الحالة السابقة في التاريخ .

### التشخيص الفارق :

الاضطرابات المختلطة شائعة ، وتكون الأولوية للاضطرابات الارتقائية المنتشرة إن وجدت ، والمشكلة العظمى في التشخيص الفارق هي التمييز بين اضطراب فرط الحركة حيث له الأولوية في التشخيص على اضطراب المسلك ، إذا استوفيت معاييرهما ، ولكن من الشائع أن يصاحب اضطراب التصرف درجات خفيفة من فرط النشاط وعدم الانتباه .

وقد يبرز فرط نشاط وعدم الانتباه من نوع مختلف تماماً ، بمائل أعراض حالات القلق أو الاضطرابات الاكتئابية ، وبالتالي لايجوز أن يؤدي التعلل الذي هو جزء نموذجي من الاضطراب الاكتئابي أو القلق إلى تشخيص فرط الحركة .

وقد وجد المؤلف مع زملائه الباحثين أنه يوجد شذوذ في رسم المخ في حوالي ٦٥ ٪ من الأطفال مفرطى الحركة ، خاصة المصحوبين بعلامات عضوية أي إن الاضطرابات يحتمل أن يكون من أسبابها تلف نسيج المخ ، حيث إن البعض يعاني من نوبات صرعية ، وقد يظهر الشذوذ في رسم المخ في حوالي ٢٥ ٪ من الحالات غير المصحوبة بعلامات عضوية .

ويتجه العلاج في هذه الحالات نحو إعطاء عقاقير منبهة ، مثل : الريفالين أو الأمفيتامين أو البيمولين على أساس أن القشرة المخية ، والتي تليط ما تحدث القشرة في حالة من الضعف ، وأن إثارتها ستجعلها قادرة على الكف العذرن لمراكز تحت القشرية ، مما يجعل السلوك متسماً بالهدوء . وبالطبع يجب العذر من الإدمان والأرق ، وفقدان الشهية ولذا يجب ضبط الجرعة في حالة كل طفل ، وأحياناً ما يستعمل في العلاج بالليثيوم أو مضادات الصرع مثل النجريتول أو المظمندات للكبرى مثل الهلوربيريدول ، وتصاحب العلاج الكيميائي أنواع مختلفة من العلاج الأسرى والنفسى ، مع وسائل تعليمية وتربوية خاصة .

### (٢) اضطرابات المسلك (الجناح) : Conduct Disorders

تتميز اضطرابات المسلك بنمط متكرر ومستمر من المسلك غير الاجتماعي أو العدوانى أو التحدى ، وقد يصل هذا السلوك إلى حد الاختراقات العظيمة لما هو

مناسِب بالنسبة لعمر الطفل والمتنظر منه اجتماعياً ، وبالتالي فهو أشد من العيب أو الإزعاج العادي أو نمرد المراقبة ، ويستدعى أن يكون نعتاً ثابتاً من السلوك (سنة شهر أو أكثر) .

وقد تكون سمات اضطراب المسلك أعراضاً لحالات طب نفسية أخرى ، وفي هذه الحالة يفضل استخدام التشخيص الأساسي .

وقد تتطور اضطرابات المسلك في بعض الحالات إلى اضطراب شخصية ضد اجتماعية سيئة ، تتضمن علاقات عائلية غير محببة وقتل في المدرسة ، وهو أكثر بين الذكور . والتمييز بينهما وبين الاضطراب الانفعالي مقنن وصحيح ، ولكن فصلها عن فرط النشاط أقل وضوحاً ، وكثيراً ما يكون هناك تشابه بينهما . ويجب أن نراعى الأحكام الخاصة بوجود اضطراب في مستوى المسلك الارتقائي للطفل ، فتوبات المزاج العصبي ، على سبيل المثال ، هي جزء طبيعي من ارتفاع طفل ، يبلغ من العمر ثلاث سنوات ، ولا يعلل وجودها مجرد أساساً للتشخيص ، كذلك .. فإن خرق الحقوق المدنية للآخرين (بالجريمة العنيفة على سبيل المثال) ليس في مقدرة أغلب البالغين من العمر سبع سنوات ، وبالتالي فهو ليس معياراً ضرورياً لهذه المجموعة العمرية .

والأمثلة على السلوكيات التي قد يستند إليها التشخيص تتضمن : معدلات مفرطة في الشجار أو المضايقة ، والقسوة على بشر آخرين أو حيوانات ، وتدميراً مفرطاً للملكية ، إشعال الحرائق ، السرقة ، الكذب المتكرر ، الهروب من المدرسة ومن المنزل ، نوبات مزاج عصبية شديدة وكثيرة فوق العادة ، وعدم طاعة شديد .

( أ ) اضطراب مسلك مقصور على إطار العائلة :

#### Conduct Disorder Confined to the Family Context

هو اضطراب المسلك الذي يتضمن سلوكاً ضد اجتماعي عدوانياً (وايس مجرد سلوك معارض أو متحدى أو مزعج) ، ويقتصر فيه السلوك غير الطبيعي على المنزل و/أو التفاعلات مع أعضاء العائلة المركزية أو المعاشرين للطفل . ويتطلب التشخيص ألا يكون هناك اضطراب في المسلك ، ذو دلالة خارج إطار العائلة ، وأن تكون علاقات الطفل الاجتماعية خارج إطار العائلة في النطاق

الطبيعي .

سوف نجد في أغلب الحالات أن اضطرابات المسلك (الجناح) مقتصره على العائلة قد برزت في سياق شكل ما من الاضطرابات الشديدة في علاقة الطفل بواحد ، أو أكثر من أعضاء عائلته المركزية في بعض الحالات وعلى سبيل المثال .. قد يبرز الاضطراب في ارتباط بصراع مع زوجة أب جديدة أو زوج أم جديد .

(ب) اضطراب المسلك غير الموافق اجتماعياً ،

Unsocialized Conduct Disorder

يشتميز هذا النوع من اضطراب المسلك في كونه يربط بين سلوك غير اجتماعي أو عدواني مستمر ، واضطراب نال ومنتشر في علاقات الطفل مع الأطفال الآخرين .

السمة الجوهرية المميزة لهذا الاضطراب ، هو عدم الانخراط المؤثر في مجموعة من الأقران . ويستدل على اضطراب العلاقات مع الأقران أساساً بالانعزال عن الأطفال الآخرين ، و/أو المواجهة بالرفض من قبلهم ، وعدم (الشعبية) بينهم ، وكذلك بالافتقار للأصدقاء المقربين والعلاقات المستمرة والمتعاطفة مع آخرين من المجموعة العمرية نفسها ، أما العلاقات مع الراشدين ، فتتميز بالخلاف والعدوانية والرفض .

ومع ذلك .. فقد توجد علاقات طيبة مع راشدين (ولكنها تفتقد إلى الدرجة الوثيقة من الحميمية) وأحياناً يكون هناك خلل عاطفي ، مصاحب بالسلوكيات اللمروحية ، وتنعصن : الإغاضة ، والشجار المفرط والابتزاز المالي والاعتداء العنيف (بين الأطفال الأكبر سناً) ، بالإضافة إلى درجات مفرطة من عدم الطاعة والوقاحة وعدم التعاون ومقاومة السلطة ، وكذلك نوبات المزاج العصبي الشديدة والغضب غير المحكوم ، وتدمير الملكية وأشغال الحرائق والقسوة نحو الأطفال الآخرين والمهورات . وقد يشوب بعض الأطفال المنعزلين في أثار جماعية ، عكس طبيعة هذا الاضطراب ، ألا وهي إتقان الإنتم منفرداً .

وعالياً ما ينتشر الاضطراب عبر عديد من المواقف ، ولكن قد يكون أكثر



وضوحاً فى المدرسة ، كذلك إذا اختلف الاضطراب بمواقف بخلاف المنزل ، فإن ذلك يتناسب مع التشخيص .

(ج) اضطراب مسلك (جناح) متوافق اجتماعياً :

### Socialized Conduct Disorder

هو اضطراب مسلك (جناح) ، يتضمن سلوكاً ضد اجتماعى وعدوانياً مستمراً ، وليس مجرد مجموعة من السلوكيات المعارضة والممتدبة والمزعجة ، ويحدث فى الأفراد جيدي التكيف مع مجموعة أقرانهم .  
مؤشرات تشخيصية :

والسمة الجوهرية المميزة هى وجود صداقات مرضية ومعمرة مع أقران من المجموعة العمرية نفسها تقريباً ، وتتكون مجموعة الأقران من الصغار الآخرين المتروطين فى نشاطات منحرفة و ضد اجتماعية (وفى هذه الحالة يكون تصرف الطفل المرفوض اجتماعياً مقبولاً من مجموعة أقرانه ، وتنظمه الثقافة للتحية التى ينتمى لها) ، ولكن هذه ليست حاجة ضرورية للتشخيص ؛ فالطفل قد يكون جزءاً من مجموعة أقراناً غير منحرفة ، ويمارس سلوكه ضد الاجتماعى خارج هذا الإطار ؛ خاصة إذا كان السلوك ضد الاجتماعى يتضمن اضطهاد الآخرين ، فقد توجد علاقات مضطربة مع الضحايا أو مع بعض الأطفال الآخرين . ومرة أخرى.. فإن هذا لايلغى التشخيص ، شرط أن تكون للطفل مجموعة أقران ما يكن لها الوفاء ، وتتضمن صداقات معمرة .

تميل العلاقات مع راشدين ذوى السلطة إلى أن تكون سيئة ، ولكن قد تكون هناك بعض علاقات طيبة ، أما الاضطرابات العاطفية فعادة متنبئة . وقد يتضمن اضطراب التصرف أو لايتضمن الإطار العائلى، ولكن اقتصراره على المنزل يستبعد التشخيص ؛ فغالباً ما يكون الاضطراب أكثر وضوحاً خارج إطار العائلة ، وإذا ما اختلف بالمدرسة (أو سياقات أخرى خارج سياق العائلة) .. فإن ذلك لايتناقض مع التشخيص .

لقد أدرجت هذه الفئة لأغراض التقسيم المتكامل ، ولايترتب على ذلك أى نتائج خاصة باعتبار الاضطراب ، أو عدم اعتباره دليلاً على عدم التكيف

التشخيصي ، ويتضمن : اضطراب الجناح - النوع الجماعي ، انحراف الجماعة ، ارتكاب الآثام في إطار عضوية عصابة ، السرقة بالاشتراك مع الآخرين ، الهروب من المدرسة .

(د) اضطراب المعارضة المتحدية (الجريرة) :

### Oppositional Defiant Disorder

يظهر عادة بين الأطفال الأصغر عمراً ، ويتميز أساساً بوجود سلوك متحد وعاصي واستفزازي شديد ، ولا يتضمن الأفعال ضد الاجتماعية أو العدوانية الأكثر شدة ؛ ذلك أنه حتى السلوك الفوضوي أو العابت لا يكفي في حد ذاته للتشخيص .

والسمة الأساسية في هذا الاضطراب هي نمط من السلوك الرفض ، العدواني المتحدى الاستفزازي الفوضوي المستمر ، الذي يتجاوز بوضوح الإطار الطبيعي لسلوك طفل في العمر نفسه ، ومن السياق الثقافي والحضاري نفسه ، والذي لا يتضمن اختراقات خطيرة لحقوق الآخرين ، كما هو مشار إليه في السلوك العدواني ، وعند الاجتماع المعين لتصنيف فئات اضطراب المسلك ..

يميل المصابون بهذا الاضطراب إلى تحدي طلبات أو قواعد الراشدين ، ويفضون البشر الآخرين عن عمد ، وعادة يميل هؤلاء الأطفال إلى الغضب والامتناع والاعتياض السهل بواسطة الآخرين ، الذين يصبحون بعد ذلك محل لوم لأخطاء أو صعوبات الطفل ذاته .

وهم بشكل عام لا يهتمون بالإحباط ، ويفقدون أعصابهم بسهولة ، ويتميز التحدي الذي يمارسونه بخاصية استفزازية ؛ بحيث إنهم يبدؤون المواجهات ، ويمارسون عموماً درجات مفرطة من الوقاحة وعدم التعاون ومقاومة السلطة ، وفي أحيان كثيرة يظهر هذا السلوك بوضوح أثناء التفاعل مع البالغين أو أقران بعرفهم الطفل جيداً ، وقد لا تنضج علامات الاضطراب أثناء المقابلة السريرية .

الميزة الجوهرية لهذا الاضطراب عن بقية أنواع اضطراب المسلك ، هي غياب السلوك الخارق للقوانين وللحقوق الأساسية للآخرين ، كما يحدث في حالات السرقة والقوة والاضطهاد والاعتداء والتدمير .

(هـ) اضطرابات مسلك أخرى وغير محددة :

### Other Conduct Disorders and Unspecified

### (٣) الاضطرابات المختلطة في المسلك والانفعالات

#### Mixed Disorders of Conduct and Emotions

تتميز هذه المجموعة من الاضطرابات بالجمع بين سلوك عدواني ، أو ضد اجتماعي ، أو تحدي مستمر ، وأعراض شديدة من الاكتئاب أو القلق أو مضايقات أخرى في المشاعر .

( أ ) اضطراب المسلك الاكتابي :

#### Depressive Conduct Disorder

تستدعي هذه الفئة الجمع ما بين اضطراب المسلك مع اكتئاب مستمر وشديد في المزاج ، ويستدل على ذلك بأعراض ، مثل : اليأس المفرط ، وفقدان الاهتمام ، والاستمتاع بالنشاطات المعتادة ، ولوم النفس وفقدان الأمل ، وقد تتواجد اضطرابات النوم أو الشهية .

( ب ) اضطراب مختلط آخر في المسلك والانفعالات :

#### Other Mixed Disorder of Conduct and Emotions

تستدعي هذه الفئة الجمع ما بين اضطراب المسلك ( الجناح ) وأعراض انفعالية مستمرة وشديدة ، مثل : القلق ، والوساوس أو الأعراض القهيرية أو نبتد الشخصية أو تبدد الواقعية ، والزهاب أو توهم المرض .

( ج ) اضطراب مختلط في المسلك والانفعالات ، غير محدد :

#### Mixed Disorder of Conduct and Emotions Unspecified

### (1) اضطرابات انفعالية ذات البداية المحددة في الطفولة

#### Emotional Disorders with Onset Specific to Childhood

كان التقليد في طب نفس الأطفال أن يجري التمييز بين الاضطرابات الانفعالية المحددة في الطفولة والمراهقة ، والاضطرابات العصابية في الراشدين وقد كان لهذا التمييز أربعة مبررات .

أولاً :

لقد اتفقت نتائج الأبحاث على أن أغلبية الأطفال ذوي الاضطرابات الانفعالية يصبحون راشدين طبيعيين (وأن قلة فقط هي التي تصاب باضطرابات عصابية في الحياة الراشدة) . وعلى العكس .. فإن اضطرابات عصابية راشدة كثيرة تظهر بدايتها في الحياة الراشدة ، دون أن تكون لها أي سوابق اعتلالات نفسية دالة في الطفولة ، وبالتالي فهناك انقطاع ما في الاستمرارية إلا نادراً بين الاضطرابات الانفعالية ، التي تحدث في هاتين المرحلتين من العمر .

ثانياً :

ثمة كثير من الاضطرابات في الطفولة تبدو أنها تمثل مجالعات في الاتجاهات الارتقائية الطبيعية ، أكثر منها ظواهر في حد ذاتها غير طبيعية كبنياً .

ثالثاً :

وهي ترتبط بالاعتبار الأخير ، حيث كان هناك في أحيان كثيرة افتراض نظري بأن العمليات العقلية المتضمنة هنا ، قد لا تكون هي ذاتها المتضمنة في العصاب الراشد .

رابعاً :

الاضطرابات الانفعالية في الطفولة أقل وضوحاً في انقسامها إلى مجموعات افتراضية معينة ، مثل : حالات الرهاب ، واضطرابات وسواسية .

تفتقد النقطة الثالثة إلى البرهان التجريبي ، والمعلومات البيئية تشير إلى أنه إن صححت النقطة الرابعة ، فيكون ذلك في حدود ضيقة (ذلك أن اضطرابات المشاعر غير واضحة التقسيم شائعة جداً في كل من الطفولة والحياة الراشدة) .

وبالتالى .. فإن السمة الثانية (أى الملاممة الارتقائية) تستخدم باعتبارها السمة التمييزية الجوهرية ، فى تعريف الفرق بين الاضطرابات الانفعالية ذات البداية المحددة فى الطفولة والاضطرابات المصاحبة ، ذلك أن صدق هذا التمييز غير المؤكد . ولكن هناك بعض الدلائل التجريبية التى تشير إلى أن سأل الاضطرابات الانفعالية فى الطفولة الملائمة ارتقائياً أفضل .

( أ ) اضطراب قلق الانفصال فى الأطفال :

### Separation Anxiety Disorder of Childhood

يجب تشخيص قلق الانفصال ، عندما يمثل الخوف من الانفصال بؤرة للقلق، وحين يظهر هنا القلق أول ما يظهر فى السنوات الأولى من الطفولة . ويتميز عن قلق الانفصال الطبيعي ، عندما يكون على درجة من الشدة غير معنادة إحصائياً (بما فى ذلك استمرار غير طبيعى يتجاوز الفترة العمرية العادية) ، وعندما يكون مصحوباً بخلل نال فى الأداء الاجتماعى .

والسمة التمييزية الجوهرية هى قلق مركزى مفروط ، يتعلق بالانفصال عن الأفراد الذين يلتصق بهم الطفل (عادة الأهل أو أفراد آخرين فى العائلة) ، ولا يمثل جزءاً من قلق عام بشأن مواقف متعددة ، ويتميز بالآتى :

( ١ ) انزعاج غير واقعى يشغل بال الطفل بشأن أذى محتمل ، يصيب الأشخاص شديدي الالتصاق به ، أو خوف من أن يتركوه ولا يعودون .

( ٢ ) انزعاج غير واقعى يشغل الطفل فى أن حدثاً مشوشاً سوف يفصل بين الطفل، وشخص شديد الالتصاق به ، كأن يفقد الطفل أو يخطف أو يدخل المستشفى أو يقتل .

( ٣ ) ممتنع أو رفض مستمر لأن يذهب الطفل إلى المدرسة ، خوفاً من الانفصال (أكثر منه لأسباب أخرى كالخوف مما قد يحدث فى المدرسة) .

( ٤ ) ممتنع أو رفض مستمر للذهاب إلى النوم ، دون أن يكون فى محيط أو بجانب الشخص ، الذى هو شديد الالتصاق به .

( ٥ ) خوف دائم وغير مناسب من البقاء وحيداً ، أو فى أى حال ، دون أن تكون هذه الشخصية لصيقة فى المنزل .

(٦) كوابيس متكررة حول الانفصال .

(٧) الظهور المتكرر لأعراض جسدية (مثل : الغثيان ، آلام المعدة ، الصداع أو القيء) في المناسبات التي تتضمن انفصلاً عن الشخصية اللصيقة ، مثل ترك المنزل للذهاب إلى المدرسة .

(٨) ضيق مفرط أو متكرر (يظهر على شكل قلق أو بكاء ، أو نوبات عصبية أو تبدل أو انسحاب اجتماعي) عند توقع أو أثناء أو بعد الانفصال مباشرة عن الشخصية الملتصق بها .

(ب) اضطراب القلق الرهائي في الطفولة :

#### Phobic Anxiety Disorder of Childhood

يشير هذا الاضطراب إلى تلك المخاوف في الطفولة ، التي تهيئ ارتباطاً شديداً بمرحلة ارتفاعية محددة ، وتظهر (بدرجة ما) في أغلبية الأطفال ، ولكنها تختلف في درجة شدتها . أما المخاوف التي تظهر في الطفولة ، ولكنها لا تشكل جزءاً طبيعياً من الارتفاع النفس الاجتماعي (مثل رهاب المساحة) ، فيجب إدراجها تحت الفئة الملائمة مع الراشدين .

ونستخدم هذه الفئة فقط لتشخيص المخاوف الخاصة بمرحلة ارتفاعية معينة ، عندما تستوفي المعايير الإضافية ، التي تنطبق على كل الاضطرابات في هذا الجزء ، وهي :

(١) البداية في فترة عمرية ملائمة ارتفاعياً .

(٢) درجة القلق غير طبيعية سرياً .

(٣) القلق لا يكون جزءاً من اضطراب أكثر عمومية .

(ج) اضطراب القلق الاجتماعي في الطفولة :

#### Social Anxiety Disorder of Childhood

نجد في هذا الاضطراب حذراً من الغريام ، وكذلك درجة من الخشية الاجتماعية أو القلق ، عند مواجهة مواقف جديدة أو غريبة أو مهددة اجتماعياً ؛ حيث تظهر هذه المخاوف أثناء السنوات الأولى المبكرة من العمر ، ولكنها تكون

على درجة عادية من الشدة ، ويصاحبها خلل اجتماعي .

ويظهر قبل عمر ست سنوات ، ويبدى الأطفال المصابون بهذا الاضطراب خوفاً مستمراً أو متكرراً من الغرباء و/أو تجنباً لهم ، وقد يحدث هذا الخوف أساساً مع الكبار أو الأقران ، أو قد يحدث مع كليهما . ويصاحب هذا الخوف درجة طبيعية من الانسحاق الاختياري للأهل أو لأشخاص مألوفين آخرين ، ويكون التجنب أو الخوف في المواجهات الاجتماعية على درجة ، تتجاوز الحدود الطبيعية بالنسبة لعمر الطفل .

(د) اضطرابات تنافس الأخوة : Sibling Rivalry Disorder

يظهر على أغلبية صفار الأطفال درجة ما من الاختلال الانفعالي ، عادة بعد ولادة أخ أو أخت أصغر منهم مباشرة وفي أغلب الحالات يكون الاختلال خفيفاً . ولكن التنافس أو الغيرة التي تتكون أثناء الفترة التالية لمولد الأخ الأصغر قد تستمر بشكل مرضي .

ويستخدم تشخيص اضطراب تنافس الأخوة ، فقط إذا كان :

- ( أ ) بدايته في الشهور التالية لمولد أخ أصغر مباشرة .
- (ب) ويتضمن الخلل الانفعالي عناصر ، تشير دون شك إلى وجود تنافس مع أو غيره من الأخ الأصغر .
- (ج) كانت شدة و / أو استمرارية الاضطراب غير طبيعية إحصائياً ، ومصاحبة بخلل اجتماعي .

ويتميز الاضطراب بالجمع بين :

- ( أ ) دليل على وجود تنافس و / أو غيرة أخوية .
- (ب) يبدأ أثناء الشهور التالية لمولد الأخ مباشرة .
- (ج) خلل في المشاعر غير طبيعي في درجته واستمراره ، ويصاحبه خلل نفسي اجتماعي ، وقد يظهر التنافس بين / والغيرة من الأخوة على شكل مباراة بين الأخوات على جذب اهتمام ومشاعر الأهل ، وقد يصاحب ذلك عدوانية واضحة في الحالات الشديدة وإصابة جسيمة للأخ ، أو حقد نحوه أو تقليل من

شأنه . وفي الحالات الخفيفة ، قد يظهر ذلك في شكل امتعاض شديد من مشاركة الأخ ، واقتدار الاعتبار الإيجابي له ، وفقر في التفاعلات النافذة (الودودة) معه .

أما الاضطراب الانفعالي فقد يتخذ واحداً من أشكال متعددة فهو كثيراً ما يتضمن بعض النكوص ، مع فقدان للمهارات السابق اكتسابها (مثل : التحكم في التبرز أو التبول وميل نحو السلوك الطفولي) . ويود الطفل في أحيان كثيرة أيضاً لو قد أخاه الرضيع في ممارسته ، مثل : تناول الطعام والذي يسترعى انتباه الأهل هو زيادة في المسك المواجه أو المعارض للأهل ، مع نوبات عصبية وعسر مزاج يتضح في شكل قلق أو بؤس أو انعزال اجتماعي ، وقد يضطرب النوم . وفي أحيان كثيرة يصبح هناك ضغط شديد في المطالبة بانتهاء الأهل ، كما يحدث وقت النوم .

(هـ) اضطراب الفعالي آخر وغير محدد في الطفولة

Other Emotional Disorder of Childhood and Unspecified

**العلاج :**

يعتمد العلاج في كل الحالات السابقة على العلاج النفسي الفردي والأسرى ووسائل تربية خاصة ، وأساليب خاصة في المعاملة ، وأحياناً نستعمل مضادات للقلق الاكتئاب والمصرع .



(٥) اضطرابات الأداء الاجتماعي ذات  
البداية المحددة في الطفولة أو المراهقة  
Disorders of Social Functioning  
with Onset Specific to Childhood and Adolescence

هي مجموعة من الاضطرابات المتجاوبة إلى حد ما ، والتي تشترك في وجود اختلالات في الأداء الاجتماعي ، ولكنها (بخلاف اضطرابات الارتقاء المنتشرة) لا تتميز أساساً بعجز أو نقص اجتماعي تكويني ، يتخلل كل مواقع الأداء. وتصاب هذه الاضطرابات في العادة تشوهات بديهية شديدة ، أو أشكال شديدة من الحرمان ، والتي يحتمل أن تلعب دوراً خطيراً في إحداث الحالة .

(١) الخرس أو الصمت الاختياري : Elective Mutism

هي حالة تتميز بانتقالية في الكلام ، تحكمها المشاعر ، بحيث إن الطفل يظهر جدارته اللغوية في بعض المواقف ، ولكن يعجز عن الكلام في مواقف أخرى (قابلة للتحديد) . وفي أغلب الأحيان يظهر الاضطراب لأول مرة في بداية الطفولة ، ويحدث بالمعدل نفسه تقريباً في الجنسين ، ومن المعتاد أن يصاحب الصمت سمات شخصية بارزة ، تتضمن : القلق الاجتماعي ، الانعزال ، الحساسية أو المقاومة ، وعادة ما يتكلم الطفل في المنزل أو مع أصدقاء مقربين ، ولكن يصمت في المدرسة أو مع الغرباء ، ومع ذلك فقد تحدث أنماط أخرى للاضطراب (بما فيها العكس) .

ويفترض التشخيص الآتي :

- (١) مستوى طبيعياً أو قريباً من الطبيعي في فهم اللغة .
- (٢) مستوى من الجدارة في التعبير اللغوي ، يكفي للتواصل الاجتماعي .
- (٣) دليلاً واضحاً على أن الطفل يستطيع أن يتحدث فعلاً بشكل طبيعي أو قريب من الطبيعي في بعض المواقف . ومع ذلك ، فإن أقلية لا بأس بها من الأطفال المصابين بالصمت الانتقالي لديهم تاريخ ، إما من التأخر في الكلام أو مشكلات في النطق .

ويمكن استخدام التشخيص في وجود مشكلات متزامنة في الكلام واللغة ، شرط أن يوجد من اللغة ما يكفي للتواصل المفيد ، ومع فارق كبير في استخدام اللغة تبعاً للسياق الاجتماعي ، بحيث إن الطفل يتكلم بطلاقة في بعض المواقف ، ولكنه يصمت أو يقرب من الصمت في مواقف أخرى .

كذلك يجب أن يكون هناك دليل واضح على العجز عن الكلام في بعض المواقف الاجتماعية ، على الرغم من الكلام في مواقف أخرى . ويستدعي التشخيص أن يستمر العجز عن الكلام لفترة من الوقت ، كما يجب أن يكون هناك ثبات في الفترة على التنبؤ بالمواقف ، التي سوف يحدث فيها أو لا يحدث فيها الكلام .

تعاني الغالبية العظمى من الحالات من اضطرابات اجتماعية و انفعالية أخرى ، ولكن هذه لا تكون جزءاً من السمات الضرورية للتشخيص ، ولا تتبع هذه الاضطرابات نمطاً ثابتاً ، ولكن تشيع السمات المزاجية غير المعتادة (خاصة الحساسية الاجتماعية والقلق الاجتماعي والانعزال الاجتماعي) ، ويشيع السلوك المعارض .

(ب) اضطراب العلق التفاعلي في الطفولة :

#### Reactive Attachment Disorder of Childhood

يبدأ هذا الاضطراب في السنوات الخمس الأولى من العمر باختلالات مستمرة في النمط ، الذي يقيم به الطفل علاقاته الاجتماعية ، التي تصاحبها اضطرابات في المشاعر ، والتي هي استجابة لتغيرات في الظروف البيئية المحيطة ، (مثل : فرط الترفق وفقر التفاعل الاجتماعي مع الأقران ، والعنوان نحو الذات والآخرين والبؤس والعجز عن النمو في بعض الحالات) ، وتحدث هذه الزملة غالباً كنتيجة مباشرة لإهمال أهل الشديدي أو سوء استخدامهم أو معاملتهم للطفل .

السمة الجوهرية هي نمط شاذ من العلاقات مع المعتنين بالطفل ، ويتكون قبل سن الخمس سنوات ، ويتضمن سمات سوء تأقلم ، لانتشاهد في العادة في الأطفال الطبيعيين ، إلا أنه قد يستجيب إلى تغيرات كافية الشدة في أنماط التربية .

ويبدى صغار الأطفال المصابون بهذه الزلزمة استجابات اجتماعية شديدة التناقض والت تردد ، وتكون أكثر وضوحاً في أوقات الفراق واللقاء ؛ فقد يستجيب الطفل لحظة بنظرة كارهة أو بالنظر بعيداً ، أو قد يستجيب للمعتنين به بخليط من الاقتراب والاجتناب ومقاومة الطمأنة ، وقد ينصح اضطراب المشاعر في اليأس الواضح ، وفقدان الاستجابة العاطفية ، واستجابات انزالية كأن يركض على الأرض ، و/أو استجابات عدوانية لضيقه أو ضيق الآخرين ، والخوف وفرط التنبه (مايوسف أحياناً بالترقب المجدد) ، اللذين لا يستجيبان للطمأنة .

وفي أغلب الحالات يبدى الأطفال اهتماماً بتفاعلات الأقران ، ولكن الاستجابات العاطفية السلبية تعوق اللعب الاجتماعي ، وفي بعض الحالات يصاحب اضطراب التعلق عجز جسم في الازدهار ، مع اختلال في النمو البدني .

يتميز هذا الاضطراب بلوع غير طبيعي من عدم الأمان ، الذي ينعكس في استجابات اجتماعية شديدة التناقض ، لانتشاه عادة في الأطفال الطبيعيين ، ويمتد هذه الاستجابات غير الطبيعية عبر مواقف اجتماعية مختلفة ، ولا تقتصر على علاقة ثنائية مع أحد المعتنين بالطفل بشكل خاص ، كما أن هناك انعدام استجابة للطمأنة ، بالإضافة إلى اضطراب مصاحب في المشاعر في شكل قلق أو يأس أو خوف .

هناك خمس سمات رئيسية تميز هذه الحالة عن اضطراب الارتقاء المنتشرة ، هي :

أولاً :

لدى الأطفال ذوي اضطراب التعلق التفاعلي قدرة طبيعية على التبادل والاستجابة الاجتماعية ، في حين أن الأطفال ذوي اضطراب الارتقاء المنتشر ليس لديهم ذلك .

ثانياً :

على الرغم من أنماط الاستجابات غير الطبيعية في اضطراب التعلق التفاعلي ، إلا أنه تتحسن بدرجة كبيرة إذا وضع الطفل في بيئة تربية طبيعية ، توفر الاستمرارية في العناية المتجاوبة ، وهذا لا يحدث في اضطرابات الارتقاء المنتشرة .

ثالثاً :

على الرغم من أن الأطفال ذوي اضطراب التعلق التفاعلي ، قد يظهرون خللاً في ارتقاء اللغة .. إلا أنهم يبذلون كeffort غير طبيعية في التواصل ، مما يميزها عن الذاتية .

رابعاً :

على العكس من الذاتية .. فإن اضطراب التعلق التفاعلي لا يصاحبه قصور معرفي مستمر وشديد ، ويستجيب بشكل إيجابي للتغير البيئي .

خامساً :

أنماط السلوك والاهتمامات والنشاطات دائمة المحدودية والتكرار والتنميطية ليست سمة في اضطرابات التعلق التفاعلي .

تبرز دائماً اضطرابات التعلق التفاعلي في ارتباط برعاية ناقصة ، وقد يأخذ شكل سوء معاملة أو إهمال نفسي (كما تدل عليه العفوية القاسية ، أو الفشل الدائم في التجاوب مع مبادرات الطفل أو عدم أهلية الأهل) ، أو إهمال جسدي (كما يدل عليه عدم المراعاة الدائمة لاحتياجات الطفل الأساسية ، أو الإصابات المتعمدة المتكررة ، أو عدم التوفير الملئم للغذاء) ، فيجب الحذر عند استخدام التشخيص في غياب دليل سوء معاملة أو إهمال ، كذلك لا يجوز استخدام التشخيص آلياً على أساس أن هناك سوء معاملة أو إهمالاً ؛ إذ ليس كل الأطفال المهمل أو التي تعامل معاملة سيئة يظهرون هذا الاضطراب .

(ج) اضطراب التعلق التفلت في الطفولة (المنطلق) :

#### Disinhibited Attachment Disorder of Childhood

هو نمط خاص من الأداء الاجتماعي غير الطبيعي ، الذي يبرز أثناء السنوات الخمس الأولى من العمر ، والذي إذا استقر ، يميل إلى الاستمرارية ، على الرغم من التغيير في الظروف البيئية ، يظهر عند عمر السنتين غالباً على شكل سلوك التصاق وتعلق عام وغير انتقائي . عندما يبلغ الطفل أربع سنوات تبقى التعلق العامة ، ولكن الالتصاق يتميز بسلوك باحث عن الانتباه والود ، ولكن السلوك الباحث عن الانتباه كثيراً ما يستمر ، ومن المعتاد أن تكون هناك تفاعلات

ضعيفة مع الأقران ، وقد تصاحبها اختلالات فى المشاعر ، أو السلوك طبقاً للظروف المحيطة ، ويظهر ذلك بوضوح فى الأطفال ، الذين تمت تربيتهم فى مؤسسات منذ الطفولة المبكرة ، ولكنها قد تحدث أيضاً فى مواقف أخرى ، والمحتقد أنها تنشأ جزئياً نتيجة عجز دائم عن فرصة خلق تعلقات انتقائية ؛ نتيجة للتغيير الدائم والكثير للقائمين على العناية بالطفل .

إن وحدة المفهوم التى تستند إليها الزملة ، تعتمد على البداية المبكرة لتعلقات عامة ، واستمرار فقر التفاعلات الاجتماعية ، واقتفاء خصوصية الموقف . ولذا .. يجب أن يستند التشخيص إلى دليل على أن الطفل قد أظهر درجة غير عادية من العمومية فى تعلقه الانتقائى ، أثناء السنوات الخمس الأولى ، وإن هذا قد صاحبه سلوك التصاقى عام فى الطفولة المبكرة و/أو سلوك توددى ، جانبى للانتباه دون تمييز فى الطفولة المبكرة والمتوسطة . وعادة تكون هناك صعوبة فى تشكيل علاقات وثيقة حميمة مع الأقران ، وقد تصاحب ذلك وقد لا تصاحبه اختلالات فى المشاعر أو السلوك ، وفى أغلب الحالات يكون هناك تاريخ واضح فى وسيلة التربية فى السنوات الأولى ، يتضمن انقطاعات شديدة فى القائمين على العناية بالطفل ، أو تغيرات متعددة فى وضعه وسط عائلة (كما هو الحال مع التغيير المتكرر لعائلات التبنى) .

(د) اضطرابات الأداء الاجتماعى وغير المحددة فى الطفولة

Other Childhood Disorders of Social Functioning

## اضطرابات اللوازم

## Tic Disorders

هي زميلات تتمثل مظاهرها الأساسية في شكل ما من اللوازم . وللأزمة هي حركة عضلية غير إرادية وسريعة ومتكررة وغير إيقاعية (تتضمن عادة مجموعات محددة من العضلات) ، وذات بداية مفاجئة ، ولا يخدم أي غرض واضح .

وتبدو اللوازم أنها خيرة لا تقاوم ، ومع ذلك فمن الممكن كبتها لفترات متزاوجة من الوقت ، ويمكن تصنيف كل من اللوازم الحركية والصوتية إما إلى بسيطة أو مركبة ، ومع ذلك فالحدود بينها ليست جيدة للتعريف .

وتتضمن اللوازم الحركية البسيطة الشائعة: طرفة العين ، رجة الرقبة ، هزة الكف ولوى فسمات الوجه - أما اللوازم الصوتية الشائعة، فتتضمن: نصفية الحلق، اللباح ، الفحيح .

وتتضمن اللوازم المركبة الشائعة: ضرب الذات ، القفز والوثب على قدم واحدة (الجلل) ، أما اللوازم الصوتية المركبة الشائعة ، فتتضمن: تكرار كلمات بعينها وأحياناً استخدام كلمات (خارجة في كثير من الأحيان) غير مقبولة اجتماعياً (بذاءة) ، وتكرار الأصوات أو الكلمات التي تصدر عن النفس (الجلجلة) .

وهناك تباين عظيم في شدة اللوازم ، ففي طرف تكون الظاهرة أقرب إلى الطبيعية حيث يبديها طفل من كل خمسة أو طفل من كل عشرة ، وفي الطرف الآخر يوجد زملة توريت ، وهي اضطراب غير شائع ومزمن يجعل المريض عاجزاً ، ومن غير المؤكد ما إذا كان الطرفان يمثلان حالات مختلفة ، أو ما إذا كانا نهايتين للمتصل نفسه .

وكثير من الباحثين يعتبرون الاحتمال الأخير أكثر وروداً ، وتظهر اضطرابات اللوازم في الأولاد أكثر بكثير منها في البنات ، وكذلك يشيع وجود تاريخ عائلي .

وينتشر مص الإبهام في حوالي ٨٣٪ من الأطفال ، ويصاحب الجوع في

أوائل شهور الحياة ، ثم تنخفض مع آلام التسنين بعد ذلك ، وإن استمرت بعد سن الثالثة .. فتدل على استمرار درجة التوتر الداخلى فى الفرد ، ويجب على الوالدين هنا محاولة شغل أيدى الطفل باللعب المختلفة .

ونجد أن ثلث مرضى قصم أو عض الأظافر وأكل الجلد المحاط بها يعانون من أعراض عصبية أخرى ، ويعبر هذا العرض كمنس الإبهام من توتر داخلى ، وقلق ذاتى وصراعات نفسية للفرد .

والمعات الرئيسية التى تميز اللوازم عن اضطرابات الحركة الأخرى ، هى :

الطبيعية المفاجئة والسريعة والمحدودة للحركات ، بالإضافة إلى غياب دليل على وجود مرض عصبى أساسى ، وتختفى التكرارية فى العادة أثناء النوم ، وكذلك السهولة التى يمكن بها تكرارها أو كبتها إرادياً . ويميز اللوازم انعدام الإيقاعية عن الحركة المتكررة النمطية ، التى تشاهد فى بعض حالات الذنوية أو التخلف العقلى ؛ ذلك أن النشاطات الحركية المتكررة المشاهدة فى هذه الاضطرابات ذاتها ، هى حركات أكثر تعقيداً وتبايناً من تلك المشاهدة عادة مع اللوازم .

وقد تتشابه الممارسات الوسواسية القهرية أحياناً مع اللوازم المركبة ، ولكنها تختلف فى أن شكلها يتحدد تبعاً للعرض منها (مثل لمس شيء ما أو الدوران عدد من المرات) أكثر من مجموعات العننلات المشتركة فى الحركة ، ومع ذلك ، فإن التمييز أحياناً يكون صعباً .

تحدث اللوازم غالباً كظواهر منفردة ، ولكن ليس من غير الشائع أن تكون مصاحبة بنطاق واسع من اضطرابات المشاعر ؛ خاصة الظواهر الوسواسية وظواهر التوهم المرضى ، وقد تصاحب التأخرات الارتقائية المحددة بعض اللوازم .

(أ) اضطراب اللوازم العابر : Transient Tic Disorder

يستوفى المعايير العامة لاضطراب اللوازم ، ولكن اللوازم لا تستمر لأطول من اثنى عشر شهراً ، وهذا هو أكثر أشكال اللوازم شيوعاً ، يزيد معدله فى سن أربع أو خمس سنوات .

وتأخذ اللوازم عادة شكل طرفة العين ، أو لوى فصمات الوجه وهزة الرأس ، وفي بعض الحالات تحدث اللوازم في نوبة واحدة ، ولكن في حالات أخرى قد تحدث تمضتات وانكاسات تستمر لفترة شهور .

(ب) اضطراب اللوازم الحركي أو الصوتي المزمن

Chronic Motor or Vocal Tic Disorder

يستوفي المعايير العامة لاضطراب اللوازم ، الذي يتكون من لوازم حركية أو صوتية ، والذي يكون إما منفرداً أو متعدداً (وإن كان في العادة متعدداً) ويستمر لفترة أطول من سنة .

(ج) اللوازم الصوتية والحركية المتعددة المشتركة (عملة توريت)

Combined Vocal and Motor Tic Disorder (De la Tourette Syndrome).

هو شكل من اضطراب اللوازم يتميز فيه بلوازم حركية متعددة وواحد أو أكثر من اللوازم الصوتية ، على الرغم من أنه لا يشترط تزامنها ، وكثيراً ما تزداد الأعراض سوماً أثناء المراهقة ، ومن الشائع أن يستمر الاضطراب في الحياة الراضة .

كثيراً ما تكون اللوازم الصوتية متعددة مع أصوات انفجارية متكررة وتصفية حلق ونخر ، وقد تستخدم كلمات أو جعل فاحشة ، أحياناً تصاحب الحالة إصدار حركة إشارية ، قد تكون لها أيضاً طبيعة فاحشة (بذاء الحركة) .

(د) اضطرابات لوازم أخرى وغير محددة

Other and Unspecified Tic Disorders

**العلاج :**

يعتمد علاج اللوازم على العلاج السلوكي في هيئة الممارسة السلبية بتكرار اللوازم أمام المرأة عدة مرات ، حتى تصبح إرادية أكثر منها لاشعورية . وثبت نجاح العلاج بالعقار بيموزيد (أوراب) خاصة في زملة نوريت . وحدثاً وجد المؤلف مع د/ طارق عكاشة (١٩٩٦) نتائج مشجعة من العقاقير المضادة للاكتئاب الخاصة بزيادة الموصل العصبي الميروتونين .



## اضطرابات أخرى في السلوك والمشاعر تبدأ عادة أثناء الطفولة أو المراهقة

Other Behavioural and Emotional Disorders  
with Onset Usually in Childhood and Adolescence

تتضمن هذه الفئة مجموعة غير متجانسة من الاضطرابات ، تشترك في خاصية أنها تبدأ في الطفولة .

### (١) التبول اللاإرادي (سلس البول) غير العضوي :

#### Nonorganic Enuresis

يتميز هذا الاضطراب بإفراغ لاإرادي للبول أثناء النهار والليل ، ويعتبر غير طبيعي بالقياس إلى عمر الفرد العقلي ، وليس نتيجة لعدم التحكم في المثانة بسبب أي اضطراب عصبي أو نوبات صرعية أو أي عيب في مجرى البول ، وقد يحدث التبول اللاإرادي منذ الولادة ، أو قد يظهر بعد فترة من التحكم المكتسب في المثانة .

ولا يوجد حد فاصل واضح بين الاختلافات الطبيعية في سن اكتساب التحكم في المثانة واضطراب التبول اللاإرادي . ومع ذلك .. فإنه في العادة لا يتم تشخيص سلس البول في طفل أقل من عمر خمس سنوات ، أو يقل عمره العقلي عن أربع سنوات ، أما إذا صاحب سلس التبول اضطراب مشاعر أو سلوك (آخر) ما ، فإن سلس البول يعتبر عادة التشخيص الأولي فقط ، إذا حدث الإفراغ اللاإرادي للبول عدة مرات على الأقل في الأسبوع .

يصاب الأطفال أحياناً بسلس بول عابر ، كنتيجة لالتهاب المثانة أو كثرة التبول (مثل حالات السكر) ، ولكن لايعال ذلك تفسيراً كافياً للتبول اللاإرادي ، الذي يستمر بعد أن يكون للضعف (الالتهاب) قد شفى ، ويحتمل أن يكون التهاب المثانة ثانوياً للتبول اللاإرادي ، وأن يحدث التهاب في مجرى البول (خاصة في الفتيات) كنتيجة للبلل المستمر .

ينتشر هذا المرض بين الأطفال خاصة الصبية ، حيث تتراوح النسبة من ٣ إلى ٨ ٪ من كل الأطفال . وفى أحد الأبحاث الميدانية التى قام بها المؤلف بين كل المدارس الابتدائية والإعدادية ، سواء الخاصة أو الحكومية فى مدينة طنطا ، وجد أن هذا المرض أكثر انتشاراً فى المدارس الحكومية ؛ بحيث تزداد نسبة المستوى الاجتماعى الفقير والطبقات ذات الدخل المحدود ، وانتشار المرض بين الأولاد يفوق بمراحل نسبته بين البنات ، وعادة ما يكون المرضى ذوى ذكاء متوسط أو أقل من المتوسط .

وغالباً ما يحجم الولدان عن عرض مقلهم على الطبيب ، إلا بعد فترة طويلة ؛ لخشيتهم من الإفصاح عن طبيعة المرض ، ويأتى معظم الأطفال للعلاج بين ٨-١١ عاماً ، ولهذا المرض أهمية كبيرة فى تكوين الشخصية ؛ إذ إن التحكم فى التبول والتبرز من أول الصراعات بين الفرائز البدائية ومناهب اللذة وحاجات وتقاليد المجتمع ومذهب الواقع ، فإذا فشل الفرد فى حل هذا الصراع نتج اضطراب واضح فى الشخصية ، يعرضه عند النضوج لعدة أعراض عصابية ، وعادة ما نجد أن أحد الوالدين وبعض الأخوة قد أصيبوا بالمرض نفسه فى طفولتهم ؛ مما يدل على أهمية العامل الوراثى .

ونستطيع تقسيم التبول الليلى اللاإرادى للآتى :

### (١) أسباب عضوية :

مثل : التهاب المثانة - صغر حجم المثانة ، ضيق فى عنق المثانة - نوبات صرعية كبيرة ليلية - النوم العميق الثقيل - اضطراب فى منطقة المثانة فى الحبل الشوكى - انقسام فى الفقرات القطنية بالعمود الفقرى - التهابات فى الحبل الشوكى ... إلخ .

### (٢) أسباب نفسية :

وأهمها القلق النفسى ، وعامل المنافسة ، والغيرة من ولادة طفل أصغر ، واهتمام الأسرة بالطفل الجديد ، فهنا ينكمس الطفل الأكبر ويبدأ فى التبول ثانية ؛ لإثارة العائلة لاشعورياً وجذب الاهتمام الكافى له ، وأحياناً ما يحدث التبول الليلى ، عند تعرض الطفل أثناء النهار لصراعات مختلفة ، مع إحباط وكبت لانفعالاته .

### (٣) أسباب فسيولوجية :

تميل النظريات الحديثة لاعتبار التبول اللاإرادي علامة على عدم نضج الجهاز العصبي ، وفشله في تكوين الفعل المنعكس الشرطي الناضج ، وهو اليقظة عند امتلاء المثانة . ونظراً لفشل تكوين هذا الفعل المنعكس ، تفرغ المثانة محتوياتها كلما امتلأت دون الحاجة لليقظة ، وينتج بالطبع العلاج لإقامة وبناء هذا الفعل المنعكس .

ويعتمد مصير المرض إن لم يعالج على عمر المريض ، فيشفى عادة ٦٠٪ من الأولاد و٧٤٪ من البنات تلقائياً فيتحسن النصف عند بلوغ سن ١٢ ، و٧٥٪ عند سن ١٤ ، ولكن لا يصبح ترك الطفل يعاني من هذه المرض طوال هذه المدة حتى يشفى تلقائياً ؛ نظراً لما يتبع ذلك من اضطرابات في الشخصية ، وفقدان الثقة في الذات والانزعاج ، وظهور علامات عصابية .

#### العلاج :

- (١) الامتناع عن الإيذاء والعقاب والتهديد ؛ لأن هذا الملوك غير مثمر .
- (٢) فهم صراعات الطفل ، ومساعدته على التعبير عن انفعالاته ومشاكله الخاصة ، وتفسير ذلك للعائلة وتوجيهها للمعاملة الصحيحة .
- (٣) لامناع من تقليل كمية السوائل مساءً ، وإيقاظ الطفل للتبول ، قبل خلود الوالدين للنوم .
- (٤) العقاقير المقوية للجهاز السمبتاوي والخافضة من عمق النوم ، مثل : البيلادونا والبريتالين ... إلخ ؛ لأن ذلك يساعد قدرة المثانة على الاحتفاظ بكميات أكبر من البول .
- (٥) العقاقير المضادة للاكتئاب خاصة التوفرانيل والتريدينول والانفراثيل بكميات تتراوح من ٢٥-٧٥ مجم يومياً ، ويمكن تناولها مرة واحدة مساءً أو على فترات أثناء الليل . وتعمل هذه العقاقير من خلال عدة تأثيرات فسيولوجية ، أهمها : أنها مضادة للأعصاب الباراسمبتاوية ، ومن ثم تقوى الأعصاب السمبتاوية ، وتحفظ المثانة بكميات أكبر من البول ، وكذلك تقلل هذه الأدوية من درجة القلق والاكتئاب ، التي يعاني منها الطفل ، وأخيراً تخفض من

عمق مستوى النوم .

وتلعب كل هذه العوامل دوراً في بناء الفعل المنعكس الشرطي الجديد باليقظة عند امتلاء المثانة ، ويجب الاستمرار على العلاج لمدة لا تقل عن ستة شهور ؛ حتى نتأكد من سلامة الفعل المنعكس الجديد .

(٦) العلاج السلوكي الشرطي : وقد سبق الحديث عنه مع العلاج السلوكي في الأمراض العصبية ، والفرض منه تكوين فعل منعكس شرطي بتوصيل جرس رنان بالأعضاء التناسلية ، فإن بدأ الطفل في التبول ، تم توصيلة كهربائية ومن ثم يرن الجرس ، ويستيقظ الطفل ، وتدرجياً يستيقظ وحده عند امتلاء المثانة دون الحاجة إلى الجرس الرنان .

وقد وجد المؤلف في أحد أبحاثه عن ٣٢ حالة مستعصية للعلاج بالعقاقير وتطبيق العلاج السلوكي عليهم نتائج مشجعة ، وكانت النسبة شفاء في ٧٢٪ ، تحسن في ١٦٪ ، لا تغير في ١٢٪ .

(٧) يميل البعض للاعتقاد بوجود حزمة ليفية ، تحيط بمراكز أعصاب المثانة في الحبل الشوكي ، وأنه يجب إزالة هذه الحزمة جراحياً ، ولم يثبت علمياً وعملياً نتيجة هذه الجراحة ، ويحتاج البرهان لمدة طويلة من المتابعة لاستبعاد العامل الإيحائي .

## (٢) التبرز اللاإرادي غير العضوي (سلس البراز غير العضوي)

### Nonorganic Encopresis

هو المرور المتكرر أو اللاإرادي لبراز طبيعي أو قريب من الطبيعي في تكوينه . وعادة في أماكن ليست ملائمة لهذا الغرض ، بالقياس إلى الوضع الاجتماعي أو الثقافي للفرد نفسه . قد تمثل الحالة استمراراً غير طبيعي للسلس الطفولي الطبيعي ، أو قد تتضمن فقداناً للحصر بعد فترة من اكتساب التحكم في البراز ، أو قد تتضمن إخراجاً فصدياً للبراز في أماكن غير مناسبة ، على الرغم من التحكم الوظيفي الطبيعي في التبرز ، وقد تحدث الحالة كاضطراب أحادي العرض ، أو قد تكون جزءاً من اضطراب أوسع ؛ خاصة اضطراب مشاعر أو اضطراب جناح .

والسمة التشخيصية الجوهرية هي إخراج البراز في أماكن غير مناسبة ، وقد تبرز الحالة بعدة طرق مختلفة :

- (١) قد تمثل افتقاراً للتدريب الكافي على قضاء الحاجة أو عدم الاستجابة المناسبة للتدريب ، مع تاريخ للفشل الناتج في اكتساب تحكم واثق في التبرز .
  - (٢) قد تعكس وجود اضطراب محدد نفسياً ، يوجد فيه تحكم وظيفي طبيعي في التبرز ، ولكن لسبب ما هناك معانعة أو مقاومة أو عجزاً عن العمل ؛ طبقاً للمعايير الاجتماعية بالتبرز في أماكن مقبولة .
  - (٣) قد تنشأ الحالة عن احتباس مع فيض وإخراج للبراز في أماكن غير مناسبة ، وهذا الاحتباس قد يبرز كنتيجة لشجارات بين الطفل وأهله حول التدريب ، أو حول الامتناع عن التبرز ، أو بسبب الأثم المصاحب له (على سبيل المثال كنتيجة لشق شرجي) ، أو لأسباب أخرى ، يصاحب التبرز اللاإرادي في بعض الأحوال تلطخ للجسد أو للبيئة الخارجية بالبراز ، وأحياناً قد يصاحبه ملامسة للشرج بالأصبع أو ممارسة العادة السرية .
- تتحصر الأسباب العضوية في إصابة المراكز الخاصة بالتحيل الشوكي أو المخ ، أما أسبابه النفسية فعادة ما تكون تعبيراً عدوانياً من الطفل نحو أمه ، وينسجه العلاج لفهم وتفسير هذا العدوان والتفكير للعائلة ، مع إعطاء بعض العقاقير المقوية للعضلات العاصرة في الشرج .
- (٣) اضطراب الأكل في الطفولة المبكرة :

#### Feeding Disorder of Infancy and Childhood

هو اضطراب في الأكل ، متعدد المظاهر ، ويقتصر عادة على مرحلة الطفولة المبكرة . يتضمن الاضطراب بشكل عام رفضاً للطعام وذبولاً (خاصية انتقالية) شديداً ، على الرغم من وجود كمية متوافرة من الطعام وكفاية معقولة في من يقومون برعاية الطفل . وفي غياب مرض عضوي ، قد تصاحب الحالة أو قد لاتصاحبها اجترارات (بمعنى قن متكرر دون غشيان ، أو مرض في المعدة والأمعاء) .

(٤) الوجد للطعام غير الطبيعي في اليقظة أو الطفولة :

Pica of Infancy and Childhood

هو الأكل المستمر لمواد غير مغذية (مثل الطين ، نشارة الخشب ، الدهان... إلخ) ، وقد يحدث كواحد من أعراض كثيرة ، تتكون جزءاً من اضطراب طيفي أوسع (مثل الذئبية) ، أو قد يحدث كسلوك اعتيادي نفسي منفرد نسبياً ، الحالة الأخيرة فقط هي التي يرمز لها هنا ، هي الأكثر شيوعاً بين الأطفال المتخلفين .

(٥) اضطرابات الحركة النمطية (المقولة) :

Stereotyped Movement Disorder

هي حركات إرادية ومتكررة ونمطية وغير وظيفية (وغالباً إيقاعية) ، لا تكون جزءاً من حالة طينسية أو عصبية معروفة ، وغير متسببة في أذى للذات ، وتتضمن : أرجحة الجسم ، هز الرأس ، جذب الشعر ، لوى الشعر ، نقر الأصابع المتكرر والتصفيق بالأيدي .

أما السلوك النمطي المتسبب في إيذاء النفس ، فيتضمن ارتطام الرأس المتكرر ، صفع الوجه ، الضغط على العين ، وعض الأيدي أو الشفاه ، أو أجزاء أخرى من الجسم .

(٦) اضطرابات الكلام :

تأخذ هذه الاضطرابات عدة صور إكلينيكية من تعلم ، إلى تأخر في الكلام أو اليقظة الموقتة أو الثأنة والغافاة ، أو صعوبة إخراج مقاطع الكلمات ، أو بعض الحروف . وأهم هذه الاضطرابات من الناحية المرضية هو التلعثم .

( أ ) التلعثم أو التلعثم : Stammering

هو كلام يتميز بتكرار عالٍ أو تطويع في الأصوات أو المقاطع اللفظية أو الكلمات ، أو بترددات وانقطاعات كثيرة ، تقطع الانسياب الإيقاعي للكلام ، وهو شائع جداً كمرحلة عابرة في الطفولة المبكرة .

ويجب أن تصنف الحالة كاضطراب فقط إذا كانت على درجة من الشدة ،

بحيث نخل بانسياب الكلام ، وقد تكون هناك حركات مصاحبة في الوجه و/أو جزء آخر من الجسم ، تتزامن مع التكرارات أو الإطارات أو الانقطاعات في انسياب الكلام . ويجب أن تميز التمتععة عن القلقلة (انظر أدناه) وعن اللوازم ، وفي بعض الحالات قد يصاحب للحالة اضطراب ارتقائي في الكلام أو اللغة .

يبدأ الاضطراب عادة في سن الثالثة أو الرابعة ، أثناء اكتساب الطفل الكلام، أو في الخامسة عند دخوله المدرسة وبداية المناقصة بينه وبين زملائه ، ونادراً ما يبدأ في سن البلوغ والمراهقة خاصة عند الحديث مع الجنس الآخر ، وما يصاحب فترة المراهقة من حرج لاجتماعي .

والتعلم أكثر انتشاراً في الصبية ، وكان يعتقد البعض أنه نادر الحدوث في المجتمعات البدائية ، ولكن ثبت خطأ هذا الظن ، وبرهنت الأبحاث الحديثة على وجوده بنسبة محترمة ، وقد وجدت نسبته بين مرضى النفوس والعقول المتذبذبين على عيادة الطب النفسي بالجامعة حوالي ٥.٠٪ ، وقد قامت نكتورة زينب بشرى ، تحت إشرافي ، بمسح منطقة شرق القاهرة ، ووجدت أن نسبة التعلم بين الطلبة من سن ٦-١٢ نصل إلى ٩٣.٠٠٪ أي حوالي ١٪ .

وعادة ما يوزن الوالدان أن طفالهم سيتعلم على تعلمه عند النضوج ، وهذا اعتقاد خاطئ ؛ لأن هذا العرض سيبسب كثيراً من الآلام النفسية وعدم الاستقرار والانعزال ، والتوتر .

وتعدد أسباب التعلم في الآتي :

- (١) تلف أو عطب وظيفي في مراكز الكلام في المخ .
- (٢) منافسة بين فصى المخ السائد وغير السائد ، ويفسر ذلك انتشار التعلم في الطفل الأعسر ، عندما تحاول عائلته الضغط عليه للكتابة باليد اليمنى فقد خلق هذا الأعسر بالفصى السائد فى الناحية اليمنى ، وتحاول العائلة إجبار الناحية اليسرى على السيطرة ، وهذا يتنافس الفصان فى السيادة وينتج التعلم نتيجة لهذا الصراع .
- (٣) التعلم أحد أعراض القلق النفسى ، ويبرهن على ذلك أنه يختفى ، عندما يقرأ المريض منفرداً ، أو يقرأ بعض الآيات المعروفة ، ويزيد عند سؤاله أمام

الناس ، وهي علامة فقدان الثقة بالذات ، واضطراب في التوافق الاجتماعي . وينتج العلاج النفسي والكلامي إلى فهم مشاكل المريض ، وتقليل درجة التوتر المصاحبة للتعليم ، مع مساعدته على نطق الحروف بطريقة سليمة . وكثير الجدل أخيراً بالنسبة للعلاج التسجيلي المرافق أو اللفظي . وأساس العلاج أن المتعلم يزداد ثورته عندما يستمع إلى ذاته ، وأنه إذا استطعنا تشخيص انتباهه بحيث لا يستمع لصوته ، فهنا يستطيع الكلام بطلاقة ، ويعزز ذلك ثقته بنفسه ، وهنا نسجل للمريض كلامه أثناء قراءته لأحد الموضوعات ، ثم يكرر مسجلة أثناء قراءته للموضوع نفسه ، فيقرأ أثناء استماعه لصوته في التسجيل ، فنلاحظ تحسناً واضحاً في القراءة الثانية من جراء توقف استماعه لكلامه الذاتي .. وتدرجياً يعزز التحسن ثقته ، وينخفض القلق ، وقد مارست هذا العلاج في عدة حالات ، وأستطيع أن أصيغ أنها من أنجح الوسائل لعلاج التلعثم .

كذلك قمت في أحد الأبحاث بعلاج هذه الحالات ، تحت تأثير عقار ل. س. د. مع نتائج مشجعة ، حيث إن المتعلم ينطلق من أسوار القلق ، ويتكلم بطلاقة تحت تأثير العقار مما يعزز ثقته بنفسه ، وفي أحد الأبحاث الحديثة التي قام بها المؤلف مع الدكتورة زينب ، تبين أن نسبة عالية من المتعلمين يعانون من شذوذ في رسم المخ الكهربائي في حوالي ٤٦ ٪ ، وأنه لا مانع في بعض الأحيان من استعمال العقاقير المضادة للتصرع ، وعادة مايقوم إخصائي العلاج التخاطبي بالعلاج مع نتائج مشجعة .

وعلاج التلعثم عامة من أصعب الأمور في اضطرابات الطفل النفسية .

#### (ب) القفلة : Cluttering

هو معدل سريع في الكلام مع انقطاع في انسياب الكلام ، ولكن دون تكرارات أو ترددات ، وعلى درجة من الشدة تؤدي إلى إخلال في وضوح الكلام ، مع ظهور كلام غريب وعميق الإيقاع (على سبيل المثال تتلارب انقطاعات وانفجاعات الكلام تؤدي إلى تكوين مجموعات من الكلام ، غير مرتبطة بالهيكل النحوي للجملة) .



## (٧) اضطراب الجنس :

يجب الحرص على ألا يكون الطفل عرضة للعلامسة الجسدية ، والقبليات والأحصان المستمرة بعد سن الثالثة أو الرابعة ، حتى لا يتكون عنده توابط شرطى باللذة المصاحبة للتلامس الجسدى الذاتى .

## (٨) اضطرابات سلوك أو مشاعر أخرى محددة ، تبدأ عادة فى الطفولة أو المراهقة

Other Specified Behavioural and Emotional Disorders with Onset Usually Occurring Childhood and Adolescence

يتضمن :

اضطراب نقص الانتباه دون فرط الحركة ، ممارسة العادة السرية ، قضم الأظافر ، نخر الأنف ، رضاعة الإبهام .

العلاج :

حدثت فى السنوات الأخيرة طفرة كبيرة فى علاج الاضطرابات النفسية فى الطفل ، ويشمل : العلاج الأسرى الفردى والعلاج الكيمىائى ، والعلاج السلوكى .

وإذا أخذنا فى الاعتبار أن حوالى نصف سكان مصر والبلاد العربية أقل من سن الخامسة عشر ، يتضح قصور الخدمات النفسية للطفل ، سواء فى عدد أطباء نفس الطفل ، أو هيئة التمريض أو الأخصائيين النفسيين والاجتماعيين . ويجب تدارك هذا القصور فى أى خطة قومية للصحة النفسية .

## طب نفسي المسنين الاضطرابات العصبية والذهانية في المسنين

أصبحت الأسرة متفككة بعد التقدم الصناعي والحضاري وسهولة المواصلات بين البلاد المختلفة ، فنجد أن الأجيال الجديدة تهاجر من بلد لآخر ، بل ولا مانع من الانفصال عن ذويهم في سن مبكرة ، وكذلك يتزوج الفتيات ويشركن الأسرة .. فيجد الآباء والأمهات أنفسهم في عزلة عن بقية العائلة ، ويصبحون في عزلة اجتماعية ، تعزز ظهور الأمراض النفسية والعقلية في هؤلاء المسنين ، ويختلف هذا المناخ الاجتماعي عما كان من قبل من تكامل وارتباط الأسرة ؛ حيث كان الأبناء والأطفال يعيشون في منزل واحد ، برأسه كبير العائلة ، ويعطي له الاحترام الكامل والسيادة المطلقة ، ومن ثم تحترم شيخوخته . وما زالت هذه العادات موجودة في القبائل البدائية ، والأرياف المتخلفة حضارياً .

أصبحت الأسرة متفككة بعد التقدم الصناعي والحضاري وسهولة المواصلات بين البلاد المختلفة ، فتجد أن الأجيال الجديدة تهاجر من بلد لآخر ، بل ولا تلتصق من الالتصاق من فؤوسهم في سن مبكرة ، وكذلك يتزوج الضحايا ويتركن الأسرة .. فيجد الآباء والأمهات أنفسهم في عزلة عن بقية العائلة ، ويصبحون في عزلة اجتماعية ، تعزز ظهور الأمراض النفسية والعقلية في هؤلاء المسنين ، ويختلف هذا المناخ الاجتماعي عما كان من قبل من تكامل وارتباط الأسرة ؛ حيث كان الأبناء والأطفال يعيشون في منزل واحد ، يرأسه كبير العائلة ، ويمطي له الاحترام الكامل والسيادة المطلقة ، ومن ثم تحترم شيخوخته . وما زالت هذه العادات موجودة في القبائل البدائية ، والأرياف المتخلفة حضارياً .

أدى تقدم الطب في السنوات الأخيرة إلى طول مدة حياة الفرد ، وزيادة واضحة في عدد المسنين في أي مجتمع ؛ خاصة في المجتمعات المتحضرة . ومن أهم أمراض الشيخوخة التي تواجه المجتمع المعاصر الأمراض المعاصرة الأمراض العصبية والذهاتية ؛ خاصة أنه قد أصبح ممكناً الآن علاج هذه الأمراض في مراحل العمر المختلفة ؛ مما أدى إلى تراكمها حتى سن الشيخوخة . وقد كان المرضى النفسيون والعقليون سابقاً يستلمون للمرض منذ بدايته وينتهون في المستشفيات الخاصة بذلك .

ولكن اختلف الوضع الآن وأصبحنا نواجه عدداً أكبر من المسنين ، لدرجة أنه بعد أن كانت الغالبية العظمى من المرضى في مستشفيات الأمراض العقلية يعانون من الفصام في أواخر العمر ، تشير النسب الحالية إلى تفوق عدد المسنين

والمصابين بذهان الشيخوخة عن كل أمراض الذهان الأخرى ؛ خاصة كما سبق أن ذكرنا في الأماكن المنحصرة ، حيث يعنى الطب بصحة أفراد الشعب ، وسنواجه في مصر هذه المشكلة بعد عدة سنوات حيث إن مستوى عمر الفرد في بلدنا ما زال متوسطاً نظراً لانتشار الأمراض الجسمية والوبائية والعميات؛ مما يؤثر في مدى حياة الإنسان ، ولكن مع ارتفاع مستوى العناية الصحية سوف يرتفع عدد المسنين وبالتالي ينتشر عصاب الذهان وذهان الشيخوخة .

ويبلغ الآن عدد المسنين فوق سن ٦٥ حوالي ٤.٥ ٪ من مجموعة الشعب ، مقارنة بنسبة تتراوح من ١٥ - ٢٢ ٪ في اليابان والولايات المتحدة وأوروبا ، ويتنظر أن تصل النسبة في مصر عام ٢٠١٠ إلى حوالي ٦ - ٨ ٪ من مجموع الشعب .

وتتراوح نسبة انتشار ذهان الشيخوخة من مكان لآخر ، ولكن ندل بعض الأبحاث الحديثة على أن حوالي ١ ٪ من المسنين يعانون من خرف الشيخوخة ، وهو أحد أمراض ذهان الشيخوخة .

وتلعب العوامل الاجتماعية دوراً مهماً في انتشار هذه الأمراض .

وأهم هذه العوامل الآتى :

#### ١- العزلة الاجتماعية :

أصبحت الأسرة متفككة بعد التقدم الصناعى والحضارى وسهولة المواصلات بين البلاد المختلفة ، فتجد أن الأجيال الجديدة تهاجر من بلد لآخر ، بل ولا مانع من الانفصال عن ذويهم في سن مبكرة ، وكذلك يتزوج الفتيات ويشركن الأسرة .. فيجد الآباء والأمهات أنفسهم في عزلة عن بقية العائلة ، ويصبحون في عزلة اجتماعية ، تعزز ظهور الأمراض النفسية والعقلية في هؤلاء المسنين ، ويختلف هذا المناخ الاجتماعى عما كان من قبل من تكامل وارتباط الأسرة ؛ حيث كان الأبناء والأطفال يعيشون في منزل واحد ، يرأسه كبير العائلة ، ويعطى له الاحترام الكامل والميادة المطلقة ، ومن ثم تحترم شيخوخته . وما زالت هذه العادات موجودة في القبائل البدائية ، والأرياف المنطقتة حضارياً .

#### ٢- العجز :

أحياناً ما يحدث العجز والعزلة الاجتماعية من جراء أمراض جسمية خاصة

تلك المتعلقة بالحواس الخاصة ، وأهمها فقدان الإبصار والتصمم مما يفصل بين المسن والمجتمع الذى يعيش فيه ، ومن ثم يبدأ الشك فيمن حوله ، وتتولد عنده بعض الضلالات الأضطهادية ، وغيرها من أعراض العصاب والذهان .

### ٣- التقاعد :

تثير مشكلة التقاعد فى المسن عدة عوامل ، أهمها : نقص الدخل المادى وزيادة الفراغ ومضايح الأهداف ، وفقدان جزء من احترامه الأدى وتحدد أفق المستقبل ، ويبدو على المتقاعد وكأنه ينتظر الموت بفارغ الصبر ؛ خاصة أن الكثيرين يتقاعدون فى سن يكونون فيها فى قمة الكفاءة الفكرية والجسدية ، ولذا يجب الوقاية من التقاعد المفاجئ ، وجعلها عملية تدرجية حتى يستفاد من المتقاعد بطريقة استشارية نظراً للخبرة الطويلة ، التى مربها ، وألمع ظهور أعراض العصاب والذهان عليه .

ونستطيع تصنيف اضطرابات الشيخوخة العقلية كالآتى :

- ١- خرف ما قبل الشيخوخة (الخرف المبكر) .
- ٢- خرف الشيخوخة .
- ٣- خرف تصلب شرايين المخ (تعدد الاحتشابات) .
- ٤- ذهان الشيخوخة الوجدانى .
- ٥- فصام الشيخوخة (البارانزيا المتأخرة) .
- ٦- حالات الهذيان .
- ٧- أنواع أخرى، مثل: الصرع ، زهري الجهاز العصبى ، أورام المخ ، هبوط القلب ... إلخ .

### العتة (الخرف) :

العتة أو الخرف هو زملة سببها مرض فى المخ ، وعادة ما تكون ذات طبيعة مزمنة ، أو تتبع مساراً متزايداً ، وتتميز باختلال وظائف قشرية عالية متعددة ، تتضمن : الذاكرة والتفكير والاهتداء والفهم والقدرة الحسابية والقدرة على التعلم واللغة والحكم على الأمور ، ولايكون الوعى مشوشاً . وعادة ما تصاحبها اختلالات معرفية وأحياناً ما يسبقها تدهور فى التحكم فى المشاعر ، والسلوك

الاجتماعى أو الدوافع . وتوجد هذه الزملة فى مرض الزهيمر والأمراض العقلية الوعائية ، وفى حالات أخرى تؤثر على المخ بدرجة أولية أو ثانوية .

وتشخيص الخرف لا يستبعد وجود تشخيص إضافى لنوبة اكتئابية (قابلة للعلاج) ، كما يجب أن يسجل أى تشخيص إضافى آخر ، عند وجود أى أعراض ذات دلالة ، كالهلاوس أو الضلالات .

### مؤشرات تشخيصية :

الاحتياج الأول هو وجود دليل على تدهور كل من الذاكرة والتفكير بدرجة كافية لإحداث خلل فى الممارسة العملية فى الحياة اليومية ، ويصحب الخلل عملية تسجيل وتخزين واستعادة المعلومات الحديثة ، كما قد تفقد كذلك معلومات سبق تعلمها أو معلومات مألوفة ؛ خاصة فى المراحل المتأخرة من المرض .

والخرف يتجاوز النساء ، فهناك كذلك ضعف فى التفكير والاستنتاج واختزال وانسياب الأفكار ، كما تختل كذلك معالجة المعلومات الواردة ، ويجد الفرد صعوبة متزايدة فى الانتباه إلى أكثر من منبه فى وقت واحد ، مثل : أن يشارك فى محادثة مع عدد من الأشخاص ، كما تكون هناك صعوبة فى تحويل مركز الانتباه من موضوع إلى آخر .

ويجب أن يأتى الدليل على هذه الأعراض من فحص الحالة العقلية ، بالإضافة إلى تاريخ الحالة المأخوذة من الراوى أو المبلغ ، والشرط الأساسى هنا هو وجود دليل على وضوح الوعي وإلا فلا يمكن أن يكون الخرف هو التشخيص الوحيد . ويجب أن يكون هناك دليل على الأعراض والاختلالات المذكورة أعلاه لفترة ، لا تقل عن سنة شهور على الأقل ؛ كى يكون التشخيص الإكلينيكى للزملة تشخيصاً محل ثقة . ويراعى التالى فى التشخيص الفارق :

١- اضطراب اكتئابى ، الذى قد يتضمن كثيراً من ملامح الخرف الحديث؛ خاصة اضطراب الذاكرة ويطه التفكير وانقراض التلقائية .

٢- الهذيان .

٣- تخلف عقلى خفيف أو متوسط الشدة .

٤- حالات الوظائف العقلية الأقل من الطبيعى ، والتي يمكن إرجاعها إلى

بيئة شديدة الفقر اجتماعياً ، مع التعليم المحدود .

٥- الاضطرابات العقلية الناجمة عن العقاقير العلاجية فى الأمراض المختلفة .

### الخرف فى مرض الزهايمر : Dementia in Alzheimer

مرض الزهايمر مرض تنكس دماغى ، وغير معروف الأسباب ، ذو سمات مرضية عصبية وكيميائية ، وعادة ما يكون ذا بداية تدريجية ويتطور ببطء ولكن بثبات عبر فترة عدة سنوات. وقد تكون هذه الفترة قصيرة، سنتين أو ثلاثة، ولكن أحياناً ما تطول عن ذلك كثيراً ، وقد تكون البداية فى منتصف العمر ، أو حتى قبل ذلك (مرض الزهايمر ذو البداية قبل الشيخوخة) ، ولكن معدل حدوثه يزيد فى المراحل المتأخرة من العمر (مرض الزهايمر ذو البداية فى الشيخوخة) ، ويمثل الحالات التى تبدأ فى سن ٦٥ - ٧٥ عاماً إلا أن يكون لها تاريخ عائلى لخرف مشابه .

ويكون مسار المرض أكثر سرعة كما تبرز سمات إصابة القوسين الجدارى والصدغى، بما فى ذلك عسر الكلام أو عسر الأداء فى الخرف المبكر . أما فى الحالات التى تبدأ متأخرة .. فإن المسار يميل إلى أن يكون أكثر ببطئاً ، كما تتميز باختلال أكثر شمولاً فى الوظائف القشرية العليا .

وتكون هناك تغيرات مميزة فى المخ مثل :

انخفاض شديد فى عدد العصبونات ، خاصة فى تلافيف قوس البحر Hip- pocampus ، والموضع النحاسى Locus coeruleus ، والقشرة الصدغية الجدارية والقشرة الجبهية ، وكذلك ظهور كتل منشابكة الخيوط من اللييفات العصبية ، تتكون من ليفات حلزونية مزدوجة ، ولويحات شيخوخة تتكون أساساً من مادة شبيهة بالنشا وأجسام منحوصلة ذات حبيبات . وكذلك تحدث تغيرات كيميائية ، وتكثف انخفاض خميرة التحول الاستهلى للكولين ، والاستيل - كولين ذاته ، بالإضافة إلى موصلات ومعدلات عصبية أخرى .

وقد وجد أن الأطفال المصابين بالمنغولية يصابون بمرض الزهايمر فى سن العشرين ، مما جعل البعض يعتقد فى احتمال تأثير الصبغ الوراثى رقم ٢١ فى مرض الزهايمر مثل المنغولية .

وينتشر مرض الزهيمر في نسبة ٢ - ٤ ٪ من الذين يتجاوزون الخامسة والستين من العمر، وتزداد هذه النسبة مع تقدم العمر حتى تصل إلى ٤٠ ٪ لمن هم فوق التسعين ، وهو أكثر انتشاراً بين الإناث ، ويكثر بين أقارب المصاب عنه بين الناس بصفة عامة .

### السمات التالية لازمة للتشخيص :

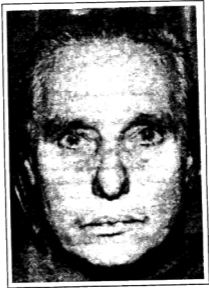
- ١- وجود الخرف كما هو موصوف أعلاه .
- ٢- بداية تدريجية مع تدهور بطيء ، وفي حين يصعب عادة تحديد البداية في نقطة زمنية ، إلا أن إدراك الآخرين لوجود الخلل قد يحدث فجأة . وقد يمر تطور المرض بمرحلة ثبات . وحتى الوقت الحالي .. فإن الخرف في مرض الزهيمر غير ارتجاعي ؛ أي غير قابل للشفاء .
- ٣- غياب دليل إكلينيكي أو نتائج فحوصات خاصة تشير إلى احتمال أن تكون الحالة العقلية ثانوية لمرض جهازى أو مسخى آخر ، يمكن أن يحدث خرفاً (على سبيل المثال القصور الدرقي ، فرط الكالسيوم في الدم ، نقص فيتامين ب١٢ ، نقص الثيامين ، زهري الجهاز العصبي ، استسقاء الرأس الطبيعي الضغط ، أو تجمع دموى تحت الجافية أو مرض الإيدز) .
- ٤- غياب بداية مفاجئة ، وغياب علامات عصبية لإصابة بؤرية ، مثل : الضعف النصفي (الشلل) ، فقدان الإحساس ، عيوب في المجال البصري والأختلاج في بداية المرض (ولكن هذه الظواهر قد تصانف في مرحلة متأخرة) .

وقد تجتمع في نسبة معينة من الحالات سمات كل من مرض الزهيمر والخرف الوعائى ، وفي هذه الحالات يجب تشخيص الحالة تشخيصاً مزدوجاً ، إذا كانت كل حالة من الحالتين موجودة بشكل واضح ، وإذا جاء الخرف الوعائى سابقاً على مرض الزهيمر .. فقد يصبح من غير الممكن الوصول إلى تشخيص الأخير على أساس إكلينيكي ، ويجب اعتبار التالي في التشخيص .<sup>١١٩</sup> في :

١- اضطراب اكتئابى .

٢- هذيان .





خرف الزهيمر

- ٣- زملة النساء العنوية .
- ٤- أنواع أخرى من الخرف الأولى ، مثل : مرض بك ، أو كرتشويلد -  
بغوب أو مرض هنتنجلون .
- ٥- الخرف اللاتوي المصاحب لعدد من الأمراض الجسمية وحالات  
التسمم .
- ٦- تخلف عقلي خفيف أو متوسط .

(أ) الخرف في مرض الزهيمر ، ذي البداية المبكرة :

Dementia in Alzheimer Disease, with Early Onset

يبدأ الخرف في مرض الزهيمر قبل سن الخامسة والستين ، ويبدأ مساراً أسرع نسبياً في تدهوره ، بالإضافة إلى اضطرابات شديدة متعددة في الوظائف القشرية الأعلى ، مثل : الحبسة ، وعدم القدرة على الكتابة أو القراءة .

(ب) (الخرف) في مرض الزهيمر ، ذي البداية المتأخرة (خرف أو عته الشيخوخة سابقاً)

Dementia in Alzheimer Disease, with Late Onset

تبدأ ملاحظة بداية الخرف مع مرض الزهيمر [كلينيكياً] بعد سن الـ ٦٥ ، وأحياناً كثيرة في نهاية السبعينيات أو ما بعدها . ويتميز بمسار ارتقائي بطيء ، وعادة ما يكون اختلال الذاكرة هو السمة الأساسية فيه .

ونستطيع تقسيم مراحل التطور في مرض الزهيمر كالآتي :

١ - المرحلة الأولى :

اضطراب الذاكرة للحوادث القريبة ، مع فشل القدرة على القيام بأوجه النشاط المختلفة في حياة المريض . ثم يبدأ المريض في فقدان الامتصاص وتعرف الزمان والمكان ، مع ظهور نشاط زائد غير هادف ، والمداومة على الحركة نفسها وتكرارها المستمر لمدة طويلة ، مثل : خلع ولبس الملابس ، وتحريك الأيدي على الأرجل ، فك الأزرار ، ثم إعادتها مرة ثانية .. وهكذا هي الصورة الإكلينيكية من الأعراض المميزة لهذا المرض ، ثم يبدأ المريض في الضلوع ، وفقدان التلقائية مع اضطراب الوجدان من اكتئاب متطابق إلى عدم تناسب انفعالي ، وأحياناً تظهر بعض الهلوس السمعية والبصرية وضلالات اضطهادية .

٢ - المرحلة الثانية :

تتضح بعض العلامات العصبية في الجهاز العصبي من صعوبة الكلام والكتابة والحركة ، مع اختلاف في طريقة المشي تماثل مرض الشلل الاهتزازي ، وتظهر نوبات سرعية في تلك الحالات ، مع فقدان القدرة على التحكم في التبول والتبرز .

### ٣- المرحلة الثالثة : النهائية :

ويصاب المريض بأضمحلال عقلى وجسمى ، ويصبح فى حالة حيوانية لا يعى معها شيئاً مما حوله ، وينكسر لمرحلة طفولية تنتهى بالوفاة .

#### أسباب مرض الزهيمر :

ما زال السبب فى مرض الزهيمر غير معروف ، ولكن هناك افتراضاً بوجود العامل الوراثى فى بعض الأنواع ؛ لزيادة انتشاره بين الأقارب ، ولوحظ حدوثه بين أغلب المرضى بزملة داون (Down's syndrome) ، الذين يظلون على قيد الحياة إلى العقد الثالث من العمر ، كما اكتشف حديثاً شذوذ فى الكروموزم (الصبغي) رقم (٢١) لدى مرضى الزهيمر ، وهو الكروموزوم الشاذ نفسه فى زملة داون .

وقد لوحظ وجود عنصر الألومونيوم بمعدلات مرتفعة فى أنسجة الدماغ للمرضى المتوفين بسبب مرض الزهيمر ، كما لوحظ نقص فى كمية الإنزيم لتخليق الأسثيل كولين Choline acetyl transferase ، كما أفترض أن السبب عدوى فيروسية ، لأنه مرض فى المناعة الذاتية (Autoimmune disease) ، ولكن الأساس هو نقص الأسثيل كولين .

#### علاج مرض الزهيمر :

لا يوجد علاج محدد لمرض الزهيمر ، ولكن هناك محاولات علاجية ، تستخدم عقاقير تزيد من الأسثيل كولين مثل تتراهيدرو أمينوكربدين (Tetrahy-droaminoacridine) ، وحديباً أريسيت (Donpezil) وإكستون (Rivastigmine) وأخيراً جالانتامين والكولين والسليثين (Choline, Lecithine) ، التى يتكون منها الأسثيل كولين ، ولوحظ أن خلطه مع العوامل التى تحفز النشاط قبل المشبكي للخلايا العصبية مثل (Piracetam) ، الذى يعرف تجارياً باسم نوتروبييل (Noo-tropil) أو أكسيجيرون أو كافينتون .

وكل هذه العقاقير تزيد من نسبة الجلوكوز والأكسجين والموصلات العصبية فى المخ ؛ بالإضافة إلى رعاية المرضى ، التى قد نصل إلى رعاية مستمرة فى الحالات شديدة التدهور ، وإعطاء عقاقير للأعراض النفسية إذا لزم الأمر ، كما يجب توجيه الاهتمام لأسرته التى تعنى به ، والتي قد يصيبها الملل من رعايته لفترة طويلة دون تحسن .

ويتميز الخرف بكافة أنواعه بالأعراض الإكلينيكية والسلوكية الآتية :

١- تغير عقلي :

يضطرب الفهم ، وينتشت الانتباه ، ويصعب التركيز وتضمحل الذاكرة أولاً للأحداث القريبة ، ثم تمتد لتشمل كل حياة الفرد ، مع اضطراب في تعرف الزمان والمكان ، وتدهور القدرة على الحكم والتقدير السليم ، مع التآرجح الواضح في درجة الانتباه .

٢- تغير وجداني :

يظهر الاضطراب الانفعالي بكافة أنواعه ، وخاصة عدم التناسب الوجداني والضحك والبكاء دون سبب وبطريقة اندفاعية فجائية ، ويتغير المزاج من الاكتئاب للمرح بصورة سريعة ، ويصاحب الاكتئاب بداية المرض في حوالي ٣٠٪ من الحالات .



عدم التناسب الانفعالي  
في خرف وعائي متعدد الاحتشاءات

٣- تغير سلوكي :

يمتلك المريض سلوكاً غريباً عن طبيعته ، مختلفاً عن سابق عهده ، كالاستغراق في الجنس ، أو الانحراف والاعتصاب ، والاستجناس ، واستعراض

أعضائه التناسلية أمام زوجته وأولاده وأحياناً أصدقائه ، مع التصرف الصيغاتي في كثير من نواحي نشاطه العام .

#### ٤ - تغير في الشخصية :

يأخذ ذلك طابع الأنانية والسطوية ، وكثرة الطلبات وضيق اهتماماته ، والبدء في العزلة عن الناس ، مع حب التملك والسيطرة ، وتوهم العال البدئية ، والشك فيمن حوله ، واتهامهم بالكلام عنه ورغبتهم في التخلص منه . ويساعد على ذلك اضطراب الذاكرة .

وتتدهور حالة مريض خرف الشيخوخة تدريجياً حتى يفقد المريض ذاكرته وشخصيته تماماً ، ويصاب بسلس البول والبراز ، ويحيا حياة حيوانية مع ضرورة إطعامه والاعتناء به ونومه .. إلخ ، حتى تنتهي الحالة بالوفاة من ضعف المقاومة لأي عدوى أو مرض جسمي .

#### (٢) الخرف الوعائي : (خرف تصلب شرايين المخ) :

##### Vascular Dementia

الخرف الوعائي هو نتيجة لاحتشاء (جلطة) في المخ بسبب مرض وعائي، متضمناً المرض المخي الوعائي نتيجة لارتفاع الضغط . والمعتمد أن يكون هناك تاريخ من اللوبات الإقفارية (الإسكيميا) أو نقص مجرى الدم العابر في المخ ، مع اضطراب في الوعي يستمر لفترة قصيرة ، أو خذل متقل أو فقدان الإبصار .

وقد يأتي الخرف أيضاً بعد سلسلة من الحوادث المخية الوعائية الحادة ، أو بدرجة أقل بعد احتشاء وحيد شديد .. حيث يظهر بعض الاضطراب في الذاكرة والتفكير ، وقد تكون بدايته مفاجئته تأتي بعد نوبة إقفارية ، أو قد يظهر الخرف بشكل آخر تدريجياً .

#### مؤشرات تشخيصية :

يفترض التشخيص وجود خرف ، كما هو موضح أعلاه ، وكثيراً ما يكون الاضطراب المعرفي غير متناسق ، بحيث يمكن أن يكون هناك فقدان ذاكرة واضطراب ذهني وعلامات عصبية ، وقد يظل الاستبصار والحكم على الأمور سليمين نسبياً .

ويزيد احتمال التشخيص مع وجود بداية مفاجئة أو تدهور متدرج ، بالإضافة إلى وجود علامات عصبية بؤرية ، ولا يمكن - في بعض الحالات - التأكد من التشخيص سوى بواسطة التصوير المقطعي المحوري المبرمج على الحاسوب ، أو في النهاية بواسطة فحص المرضية العصبية للصفة التشريحية .

السمات المصاحبة هي :

ارتفاع ضغط الدم ، لغط صوتي سباتي ، تغيرات عاطفية مع مزاج اكتئابى عابر ، بكاء أو ضحك انفجاري أو عدم التناسب الانفعالي ، نوبات عابرة من تشوش الوعي أو الهذيان كثيراً ما يثيرها احتشاء إضافي . ويعتقد أن الشخصية تظل متماسكة نسبياً ، وإن كان يمكن أن تظهر في نسبة من الحالات تغيرات واضحة في الشخصية مثل التمرکز حول الذات أو الاتجاهات البارانونيدية أو الترقق .

(أ) خرف وعائي ذو البداية الحادة :

Vascular Dementia of Acute Onset

يتكون عادة بعد تعاقب احتشاءات ، تصدر إما عن خثار أو انضمام أو نزيف دماغي وعائي . وفي حالات نادرة قد يكون السبب نزيفاً وحيداً غزيراً .

(ب) خرف وعائي متعدد الاحتشاءات : Multi - Infarct Dementia

البداية هنا أكثر تدريجية وتأتي بعد عدد من النوبات الإقفارية ، والتي تكون تراكمياً من الفورات (الثغرات) في اللاحمة (النسيج الحشوي الدماغي) الدماغية ، وهو أساساً خرف قشري .

(ج) خرف وعائي تحت قشري : Subcortical Vascula Dementia

يتضمن حالات ذات تاريخ من ارتفاع ضغط الدم ، بالإضافة إلى بؤر من التدمير الإقفاري في المادة البيضاء العميقة بنصفي الكرة الدماغيين ، وعادة ما تبقى القشرة الدماغية سليمة ؛ مما يتباين مع الصورة الإكلينيكية ، والتي قد تتشابه كثيراً مع صورة الخرف في مرض الزهايمر .

(حين يتضح وجود زوال لحاخي منتشر في المادة البيضاء ، يمكن استخدام اصطلاح اعتلال المخ من نوع البيز فاجنز) .

(د) خرف وعائلي قشري وتحت قشري مختلط :

Mixed Cortical and Subcortical Vascular Dementia

يستنتج احتمال وجود مكونات قشرية وتحت قشرية ، مختلطة في أنواع الخرف الوعائية من السمات الإكلينيكية ونتائج الفحوصات (بما فيها الصفة التشريحية) أو كليهما .

(٣) الخرف في مرض بيك : Dementia in Pick's Disease

هو خرف ارتقائي المسار، يبدأ في منتصف العمر ، ويتميز بتغيرات مبكرة بطيئة للتكوين في الذهن والذاكرة ووظائف اللغة مع تبدل ، أو ابتهاج وفي بعض الحالات علامات خارج هرمية . وتعكس صورة الاعتلال العصبي ضموراً انتقائياً للفصوص الجبهية والصدغية ، ولكن دون ظهور لويحات شيخوخة أو كتل متشابكة من اللييفات العصبية ، أكثر مما يشاهد في الشيخوخة الطبيعية .

ويكون مسار الحالة أكثر شدة في الحالات التي تبدأ مبكراً ، وفي أحيان كثيرة تكون المظاهر الاجتماعية والسلوكية للمرض سابقة على اضطراب الذاكرة ، أي إنه يختلف عن مرض الزهايمر في أن بداية الأعراض تكون في التدهور الخلفي والاجتماعي ، الذي يؤدي إلى سلوك ضد اجتماعي ، قبل علامات الخرف ، وتظهر التغيرات المزاجية التي تتناوب بين تبدل الشعور أو الإحساس بحسن الحال ، ويحفظ المريض بقدرته على الذاكرة والتعرف لمدة طويلة قبل الاضمحلال . مع ظهور علامات عصبية في الكلام والكتابة والحركة . ويندر حدوث الهلوس والضلالات بعكس مرض الزهايمر .

مؤشرات تشخيصية :

- ١- خرف متزايد .
- ٢- غلبة لسمات الفص الجبهي أو ابتهاج وتبدل عاطفي ، وجفاف في السلوك الاجتماعي وجموح وإما تبدل أو شغل .
- ٣- هذه الظواهر السلوكية عادة ما تسبق اضطراب الذاكرة الواضح ؛ أي إن القدرة على التعرف الزمني والمكاني تستمر سليمة قبل التدهور البطيء .

وتكون سمات الفص الجبهي أكثر بروزاً من سمات الفصين الصدغي والجداري بخلاف مرض الزهيمر . وعادة ما تكون البداية بين سن ٥٠ و ٦٠ سنة ، والحالات التي تبدأ مبكراً تعيل إلى أن تسلك مساراً خبيثاً .

عند التشخيص الفارق نراعى :

١- الخرف في مرض الزهيمر .

٢- الخرف الوعالي .

٣- خرف ثانوي لاضطرابات أخرى مثل زهري الجهاز العصبي .

٤- استسقاء الرأس طبيعي الضغط (يتميز ببطء نفسحركي بالغ ، واضطرابات السير واضطرابات العضلات العاصرة أي قباضات الإخراج) .

٥- اضطرابات أليفة أو اضطرابات عصبية أخرى لاستبعادها ، ولكن يمكن اتباع الوسائل نفسها المستعملة في مرض الزهيمر .

العلاج : لا يوجد علاج .

(٤) الخرف في مرض كروتشفيك - يعقوب :

Dementia in Creutzfeldt - Jakob Disease

هو خرف متزايد تصاحبه علامات عصبية فصولي ؛ نتيجة لتغيرات عصبية معينة (اعتلال الدماغ إسفنجي الشكل تحت الحاد) ، يفترض أن سببها بسيط وقابل للنقل ، أي لمعد أنواع الفيروسات ، وتكون البداية عادة في العقد الثالث والرابع ، تطور المرض سريع ، ويؤدي إلى الموت غالباً خلال سنة إلى خمس سنوات ، وهو ما أطلق عليه مؤخراً جنون البقر .

مؤشرات تشخيصية :

يجب أن يوضح احتمال مرض كروتشفيك - يعقوب في كل حالات الخرف ، التي تتقدم بمعدل سريع نوعاً ما على مدى فترة ، تتراوح بين شهر وسنة أو سنتين وتصاحبها أو تتلوها أعراض عصبية في بعض الحالات ، كذلك التي يطلق عليها اسم الضمور العنقلي ، وقد تسبق بداية الخرف العلامات العصبية .



هناك عادة شلل تشنجى ومتزايد فى الأطراف ، يصاحبه علامات خارج هرمية مع رعاش وصلابة وحركات رقص كئيمى ، وقد تتضمن الظواهر الأخرى: الاختلاج ، فشلاً بصرياً، أو رجفاناً عضلياً وضمروراً فى نوع العصبية الحركية الأعلى، ويعتقد أن هناك ثلاثية تشير بشدة إلى هذا العرض ، تتكون من :

١- خرف سريع الزايد .

٢- مرض هرمى وخارج هرمى مع رجفان عضلى .

٣- رسم دماغ كهريائى مميز (ثلاثى المراحل) ، مساره تحت حاد ، ويؤدى إلى الوفاة فى غضون عام أو عامين .

عند التشخيص الفارق تراعى :

١- مرض الزهيمر أو مرض بك .

٢- مرض باركنسون .

٣- الباركنسونية التالية لالتهاب الدماغ .

(٥) الخرف فى مرض هنتنجتون: Dementia in Huntington's Disease

هو خرف يحدث كجزء من انحلال واسع الانتشار بالمخ ، ويتم نقل الاضطرابات بواسطة جين صبغي رقم (٤) جسدى غالب منفرد .

وعادة ما تظهر الأعراض فى العقدى الثالث والرابع . تطور المرض بطئ ويؤدى إلى الموت غالباً فى خلال ١٠ - ١٥ سنة .

مؤشرات تشخيصية :

التصاحب ما بين اضطراب الحركة رقاصية الشكل وخرف تاريخى عائلى لمرض هنتنجتون ، يضع احتمالاً كبيراً للتشخيص ، وإن كانت توجد بلا شك حالات متفرقة .

المظاهر المبكرة والتي عادة ما تسبق الخرف هي حركات لا إرادية رقاصية الشكل ، تظهر بالذات فى الوجه واليدين والأكتاف ، أو فى طريقة السير وناдрأ فقط ما لا تظهر حتى يكون الخرف قد تقدم جداً . وقد تطفى ظواهر حركية أخرى، عندما تكون البداية فى سن صغير بشكل غير عادى (على سبيل المثال:

صلاية لمرض الجسم المخطط) أو في سن متأخرة (على سبيل المثال : رعاش الحركة) .

ويلاحظ في بعض المرضى سمات مميزة في الشخصية ، قبل ظهور الحركات اللاإرادية ، مثل : الاندفاع ، سلوك شاذ ، تعدد العلاقات العاطفية والجنسية ، مع عدم الاتزان الانفعالي ، والاتجاه إلى محاولات الانتحار .

ويتميز الخرف باضطراب بارز في وظائف الفص الجبهي في المرحلة الأولى ، مع احتفاظ نسبي بالذاكرة حتى مرحلة متأخرة ، وأحياناً ما تظهر التبول الصرعية خاصة في النساء .

في نسبة من الحالات ، يمكن أن تكون الأعراض الأولى أعراض اكتئاب أو قلق أو مرض بارانويدى صريح ، يصاحبه تغير في الشخصية . تقدم المرض بطن ، ويؤدي إلى الموت عادة خلال ١٠ - ١٥ سنة .

عند التشخيص الفارق تراعى :

- ١- حالات أخرى من الحركات الرقاصية .
- ٢- مرض الزهيمر أو بيبك أو كرتشفيلد - يعقوب .

العلاج :

لا يوجد علاج لهذا المرض ، ولكن تتحسن الحركات اللاإرادية بعقار الهلوريديول ، وكثيراً ما يحتاج المرضى إلى مضادات التلق أو الاكتئاب أو الذهان .

(١) الخرف في مرض باركينسون :

#### Dementia in Parkinson's Disease

هو خرف يتكون أثناء مسار باركينسون (خاصة في النوع الشديد) ، ولم يتم حتى الآن تحديد سمات إكلينيكية مميزة له . وقد يختلف الخرف المتكون في مسار مرض باركينسون عن مرض الزهيمر أو الخرف الوعائى . ولكن هناك أيضاً دلائل على أن يكون هو مظهر من مظاهر الوجود المتزامن لواحد من هذه الحالات مع مرض باركينسون ، وهذا يميز تعرف حالات مرض باركينسون مع خرف ، ووضعها محل بحث إلى أن يبت في هذه المسألة .

يضمن : الخرف فى الشلل الرعاش ، الخرف فى الباركنسونية .

عند التشخيص الفارقى ، تراعى :

١- أنواع ثانوية أخرى من الخرف .

٢- خرف وعائى متعدد الاحتمالات ، بصاحب مرض ارتفاع ضغط الدم أو مرض وعائى .

٣- وزم بالمخ .

٤- استسقاء الرأس طبيعى الضغط .

(٧) الخرف فى خمج (عمدوى) فيروس نقص المناعة البشرية (الايدز):

Dementia in Human Immunodeficiency (HIV) Disease (AIDS)

هو خرف يتكون أثناء مسار مرض نقص المناعة البشرية ، فى غياب مرض متزامن أو حالة متزامنة ، يمكن أن تفسر الحالة بخلاف خمج فيروس نقص المناعة البشرية ، وتبدأ فيه الشكوى على نحو نموذجى من كثرة النسيان وبطء وضعف فى التركيز وصعوبات فى حل المشكلات والقراءة ، كما يشيع التبدل وانخفاض الثقافية والانسحاب الاجتماعى .

وفى قلة دالة من الأفراد المصابين ، قد يظهر العرض بشكل لانمطى كاضطراب وجدائى أو ذهان أو نوبات صرعية .

وعادة ما يكتف الفحص الجسمى عن وجود رعاش وارنباك فى التحركات السريعة المتكررة ، وعدم توازن ورنح (تخلج) وفرط التوتر وفرط الانعكاسات العصبية وعلامات إيجابية للتسبب من التزام الفص الجبهى (انعلاق جبهى) ، واختلال فى حركات العين المتعاقبة .

وقد يصاب الأطفال باضطراب عصبى ارتقائى ، مصاحب لفيروس نقص المناعة البشرية ، ويتميز بتأخر ارتقائى وفرط التوتر وصغر حجم الرأس وتكلس فى العقد القاعدية . وعلى العكس من الراشدين ، يحدث التوتر العصبى فى أغلب الأحوال فى غياب خمجات وأورام متزامنة .

ويتطور خرف فيروس نقص المناعة البشرى فى أغلب الحالات - ليس فى

أغلب الأحوال - تطوراً سريعاً (فى خلال أسابيع أو شهور) إلى خرف شامل شديد، وبكم ، ووفاء .

يتضمن : مركب خرف الإيدز (مركب عنه زملة نقص المناعة المكتسب) اعتلال الدماغ بسبب فيروس نقص المناعة البشرية ، التهاب دماغى تحت حاد .

(A) الخرف فى أمراض أخرى مصنفة فى مكان آخر :

#### Dementia in Other Diseases Classified Elsewhere

يمكن أن يكون الخرف ظاهرة أو نتيجة لحالات مخية أو جسمية متابينة . ولتحيين السبب يجب إضافة الرقم الشفرى للذاء المسبب ، المبين فى التقسيم الدولى العاشر للأمراض .

ويجب أن يدرج هنا مركب الباركنسونية - خرف جوام - فهو عبارة عن خرف سريع التقدم ، يليه عسر وظيفة خارج هرمى ، وفى بعض الحالات ، تصلب جائبى ذو ضمور عصبى .

وقد وصف المرض فى البدء فى جزيرة جوام ؛ حيث يظهر بمعدل عال بين السكان المحليين ، فيصيب الذكور بضعف المعدل الذى يصيب به الإناث . وقد عرف حديثاً وجوده فى غينيا الجديدة واليابان .

يتضمن الخرف فى :

- التسمم بأحادي أكسيد الكربون .
- الشحام المعنى .
- الصرع .
- جنون الشلل العام .
- التلنكس الكبدى العنسى (مرض ولسون) .
- فرط الكالسيوم فى الدم .
- القصور الدرقي .
- حالات التسمم .

- التصلب المتعدد .
- الزهري العصبي .
- نقص النياسين .
- التهاب الشرايين العفدية .
- الذئبة الحمراء الجهازية .
- داء المثقبات (التريبانوسوما) الإفريقية أو الأمريكية .
- نقص فيتامين ب ١٢ .

#### (٩) الخرف غير المحدد : Unspecified Dementia

تستخدم هذه الفئة عندما تستوفى المعايير العامة للخرف ، ولكن دون إمكانية تعريف نوع معين منها .

#### ذهان الشيخوخة الوجداني : Senile Affective Psychosis

ينتشر الذهان الوجداني بين المسنين ، وتصل نسبة هذا المرض إلى ٣٠ - ٥٠٪ من كل مرضى مستشفيات الأمراض العقلية من المسنين ، وعادة ما يصاحب اكتئاب الشيخوخة بعض الأمراض الجسمية ؛ خاصة ، تصلب شرايين المخ . وتشابه أعراض الاكتئاب في الشيخوخة ، بما سبق وصفه مع الاضطرابات الوجدانية ، ما عدا أنه يزيد هنا أعراض التوتر وزيادة الحركات والشعور بالإثم والهذامات العدمية وتوهم العزل البدنية ، وهذامات الأهمية الخيالية ، وأحياناً ما يبدو وكأنه يوجد تدهور في الوظائف العقلية ؛ مما يجعل الطبيب يشك في احتمال بدء خرف تصلب الشرايين أو الشيخوخة ، ويسمى الاكتئاب شبه الخرفي (de-pressive Pseudo dementia) .

ويتحسن مرض اكتئاب الشيخوخة إذا توافرت العوامل الآتية :

- ١- العمر أقل من سبعين عاماً .
- ٢- وجود تاريخ عائلي لاضطرابات وجدانية .
- ٣- الشفاء من نوبات سابقة قبل سن الخمسين .

٤- شخصية انتساطية قبل المرض .

٥- اختفاء العلامات العضوية .

وتسوء الحالة إذا وجد عجز جسمي خاصة في النساء فوق سن السبعين ، مع وجود علامات عضوية في أعضاء الجسم المختلفة .

أما ذهان الابتهاج فهو أقل شيوعاً من الاكتئاب ، ويكون حوالي ٥ - ١٠ ٪ من الحالات الوجدانية في الشيخوخة ، ويحمل مصيراً أسوأ من الاكتئاب ، ويتميز بالأعراض السابق ذكرها مع ذهان الابتهاج .

ويتشابه العلاج في المسنين مع علاج الاضطرابات الوجدانية، مع التركيز على أن تكون جرعات العقاقير أقل نظراً لسرعة ظهور الأعراض الجانبية ، وخفض عدد الجلسات الكهربائية أو إعطائها على الناحية غير السائدة لاحتمال اضطراب ذاكرة مستمر ، مع إعطاء المقويات والفيتامينات والاهتمام بالعلامات العضوية الأخرى .

وتعتبر الجلسات الكهربائية هي أفضل علاج لاكتئاب المسنين الجسيم ؛ نظراً لقلّة الأعراض الجانبية مقارنة بالعقاقير .

ولقد أسهمت العقاقير الحديثة مضادة الاكتئاب من المجموعة المانعة لارتجاع السيروتونين في علاج اكتئاب المسنين ، نظراً لقلّة أعراضها الجانبية .

### فصام الشيخوخة (البارافرنيا المتأخرة) : Late Paraphrenia

سبق الإشارة إليها مع الفصام ، وهي أكثر انتشاراً بين النساء عن الرجال بنسبة ٢ : ١ ، وعادة ما تكون الشخصية انطوائية قبل المرض ، مع وجود عجز جسماني في معظم الحالات خاصة السقم ، وتبدأ المريضة بضلالات اضطهادية منسقة ضد الجيران والأقرباء .. فنعتقد أنهم يريدون التخلص منها واغتصابها وسرقتها ، وعادة ما يصاحب هذه الهذات بعض الاكتئاب أو الهلوس السمعية أو البصرية ، ولكن تحتفظ المريضة بقدراتها العقلية وذاكرتها مع تكامل شخصيتها .

وتلعب العوامل البيئية دوراً أهم من الوراثة في مثل هذه الحالات ، وعادة ما يزمّن هذا الاضطراب إلا إذا عولج في بده الأمر ؛ خاصة بالعقاقير المضادة للفصام ، حيث إننا نادراً ما نلجأ للكهرباء والجراحة إلا في الحالات المستعصية .

## حالات الهذيان : Delirium

### (أ) اضطرابات عضوية :

- تجد وصفاً مفصلاً للصورة الإكلينيكية لهذه الحالات مع الذهان العضوى ، وينتشر الهذيان مع الشيخوخة ، خاصة مع الأمراض الآتية :
- ١- هبوط القلب وجلطة الشرايين الناجبة بالقلب .
  - ٢- أمراض الجهاز التنفسى الحادة والمزمنة .
  - ٣- اضطرابات السوائل والمعادن والأملاح فى الجسم .
  - ٤- فقد الدم .
  - ٥- بعد العمليات الجراحية خاصة جراحة العيون والبروستاتا .
  - ٦- الأمراض الخبيثة .
  - ٧- إدمان الخمر .
  - ٨- تناول العقاقير المنومة والمطمئنة .
  - ٩- نقص الفيتامينات والمواد الغذائية .
- ### (ب) اضطرابات ذهانية :

وخاصة ذهان الشيخوخة الوجدانى أو البارافرنيا المتأخرة .  
وينسجه علاج هذيان الشيخوخة إلى علاج السبب المباشر ، وإعطاء الفيتامينات والمضادات الحيوية والأكسجين والمطمئنت حسب الحالة والتأثير على عمليات الأيض فى الخلية العصبية فى الدماغ ، باستخدام عقار الهيدرجين أو الثوروبيل .

### عصاب الشيخوخة

إن ظهور العصاب للمرة الأولى فى المسلمين عادة ما يكون إحدى ظواهر مرض آخر ؛ فالأعراض الهستيرية والقهرية وأعراض القلق فى هذه السن تكون إحدى الصور الإكلينيكية لذهان الشيخوخة ، أو اضطرابات وجدانى مزاجى أو إحدى علامات أمراض الجهاز العصبى ، مثل : التصلب المتناثر أو زهري الجهاز

العصبى أو أورام المخ ، وكذلك عادة ما يصاحب هذه الأمراض بعض التوهم  
المرضى والاضطرابات الجنسية والاستجابات الخيالية .  
لذا .. يجب الحرص عند تشخيص العصاب فى المسنين ، والبحث عن  
السبب الرئيسى ، الذى فجر الأعراض العصابية .



## الصحة العامة النفسية الوقاية في الطب النفسي

يمثل الاضطراب النفسي مشكلة صحية  
جسيمة (٣٠٪ من السكان يعانون من اضطراب  
نفسى قابل للتشخيص)، ومن ثم .. فإن الوقاية  
من هذه المشكلة أيسر من علاجها . وكما هو  
الحال بالنسبة للاضطرابات الجسمية .. فإن جهود  
الوقاية يجب أن تبدأ بدراسة الفئحة المعرضة  
للإصابة به ، وأساليب انتقال المرض والعوامل  
المحتملة لنشأته

يشمل الاضطراب النفسي مشكلة صحية جسدية (٢٠٠٣)  
من السكان يمثلون من اضطراب نفسي قسائل  
للشخص، ومن ثم .. فإن الوقاية من هذه المشكلة أيسر  
من علاجها . وكما هو الحال بالنسبة للاضطرابات  
الجسدية .. فإن جهود الوقاية يجب أن تبدأ بدراسة الفع  
المعرضة للإصابة به ، وأساليب انتقال المرض والعوامل  
الحملة لشبه

يستطيع الطبيب النفسي أن يعطي تقريراً مفصلاً واضحاً عن الحالة النفسية  
والعقلية المرضية ، ولكنه يعجز عن إعطاء تقرير ، يفيد بأن الحالة أو الصحة  
النفسية سوية ، حيث إن تعريف الصحة النفسية بشبه كثير من الغموض ، لأن  
الصحة النفسية تعتمد أساساً على ما يشعر به الفرد نحو نفسه والمحيطين به والعالم  
من حوله ؛ خاصة فيما يتعلق بمكانه هو وسط هذا العالم ، ونستطيع أن نعرف  
الصحة النفسية بأنها الانسجام بين الصورة الاجتماعية (ما يعتقد الناس والمجتمع  
عن الفرد) ، والصورة الذاتية (أي التقييم الذاتي الحقيقي للفرد) ، والصورة المثالية  
(ما يرغب الفرد في أن يكونه) .

كذلك يعتقد بعض الباحثين أن الصحة النفسية هي القدرة على العمل  
والحب بشكل ملائم .

إن التقدم العلمي الذي أحرزه الطب النفسي في العلاج يواجهنا بتحد خاص  
يتعلق بالوقاية من المرض النفسي ؛ بدلاً من مجرد علاج الأفراد . إن الوقاية  
حجر أساسي في بناء الصحة العامة ، وتتمثل في أبسط أشكالها في مجال  
الأمراض المعدية ؛ حيث يمكن تجنب المرض عن طريق التوعية والتعلم لأسباب  
حدوثه .

أما في مجال الطب النفسي .. فالوقاية أكثر تعقيداً حيث إن هناك عدداً من نماذج الوقاية تتجاوز البناء التقليدي لنموذج الصحة العامة .

إن الوقاية هي الهدف النهائي للطب النفسي المجتمعي ، وهي جزء أساسي من الثورة الثالثة في مجال الطب النفسي ، كذلك .. فإن تشريعات الصحة العقلية المجتمعية قد أدرجت الوقاية كمنظومة مهمة في البرامج المطروحة ؛ فالممارس الذي عرف قيمة الغذاء والرياضة وغياب الضغوط النفسية وأثرها الإيجابي على الصحة ، يتعامل مع الوقاية ، باعتبارها تجنب حدوث المرض .

أما بالنسبة للباحث الميداني ، فالوقاية هي استخدام معدلات حدوث وانتشار المرض في فئات سكانية مختلفة ؛ من أجل مزيد من الفهم لأسبابه وأساليب علاجه . وبالنسبة للمخطط الصحي .. فإن الوقاية تعني التركيز على فئة سكانية ؛ بدلاً من التركيز على الفرد الواحد ، سواء في عيادة الطبيب أو في القسم الداخلي بالمستشفى .

يعتل الاضطراب النفسي مشكلة صحية جسيمة ( ٣٠ ٪ من السكان يعانون من اضطراب نفسي قابل للتشخيص) ، ومن ثم .. فإن الوقاية من هذه المشكلة أسير من علاجها . وكما هو الحال بالنسبة للاضطرابات الجسمية .. فإن جهود الوقاية يجب أن تبدأ بدراسة الفئدة المعرضة للإصابة به ، وأساليب انتقال المرض والعوامل المحتملة لنشأته . وعلى الرغم من أن أساليب المسح الصحي القابلة للتطبيق على الاضطرابات العقلية هي أكثر تعقيداً من تلك ، التي أدت إلى اكتشاف مصنفات المياه العامة كمصدر لمرض الكوليرا على سبيل المثال ، إلا أن المبادئ العامة للوقاية في الاضطراب العقلي هي ذاتها الخاصة بالاضطراب الجسمى .

تقول التقديرات إن ثلاثين من كل مائة سوف يعانون من اضطراب نفسي في فترة ما من حياتهم .. كذلك فإن ٤٠ ٪ من المرضى المترددين على الأطباء - بغض النظر عن تخصصاتهم - يعانون من أعراض عضوية ، ناجمة عن مشاكل نفسية ، مثل : آلام الرأس ، آلام الظهر ، اضطرابات الجهاز العصبي ، أعراض الدورة الشهرية القلبية ... إلخ .

إن كافة أجهزة الجسم تعمل من أجل توفير غذاء صحي للمخ البشري ،

فالرئتان تغذيان الدم بالأكسجين ، والقلب يضخ محتوياته ، والكبد يحجز المواد السامة ، والأمعاء تمتص وتخرج ، والكليتان تطهران الدم عن البول ... إلخ ، والنفس هي أعلى وظائف المخ ، وتتكون من المشاعر والتفكير والسلوك والمعرفة والوجدان والنزوع .. وبالتالي ، فإن لب وجودنا يتمثل في أن نتوافق ، وأن نكون خلاقين ، وأن نقدم بكفاءة .

ونظراً لأن أي اضطراب في النفس سيؤدى إلى نعاسة الفرد ، فيؤثر على عمله وعلى حياته العائلية وتوافقته الشخصى وجودة الحياة .. فإن دورنا هو أن نحفظ بأنفسنا وبمرضانا في حالة من الصحة النفسية . إن الصحة العقلية هي ذلك المجال ، الذى يتناول العوامل التى تسبب المرض النفسى ، وأساليب مقاومة هذه العوامل .

وقبل أن نبادر بوضع أى برنامج للصحة النفسية ، يجب علينا أن نضع النقاط التالية فى الاعتبار :

- ١- عدد السكان .
  - ٢- احتياجات المجتمع .
  - ٣- الموارد الطبيعية .
  - ٤- تأثير العوامل الاجتماعية والثقافية .
  - ٥- موقع الخدمات .
- ولأن البلدان النامية تعاني من نقص فى عدد الأفراد القاطنين على الصحة النفسية سواء من الأطباء ، الأخصائيين النفسيين والاجتماعيين وهيئة التمريض ، وجب علينا فى المرحلة الانتقالية أن نعتمد على مساعدة بعض الفئات الشعبية ، مثل :

- ١- رجال الدين .
- ٢- المعالجين الشعبيين ذوى القيم الأخلاقية .
- ٣- أقطاب القرية ذوى الوعى المرتفع .

تبلغ نسبة الأطباء إلى السكان فى مصر عام ١٩٩٧ طبيب لكل ستمائة

مواطن وهي نسبة عالية ، بل هي أعلى من النسبة المطلوبة ؛ خاصة وأن توزيع هؤلاء الأطباء غير متجانس ، أما بالنسبة للأطباء النفسيين فإن لدينا طبيباً نفسياً واحداً لكل ١٥٠,٠٠٠ مواطن ، كما يبلغ عدد أسرة الطب النفسي (في المستشفيات العامة والخاصة) حوالي ٩٠٠٠ سرير وهو ما يقل عن ١/١٠ من إجمالي الأسرة في مصر ، في حين أن أسرة الطب النفسي في الدول المتقدمة تبلغ حوالي ٤٠ - ٥٠ ٪ من إجمالي الأسرة .

وقد دلت دراسة حديثة أجريت في الولايات المتحدة الأمريكية ، على أن الأفراد حين يضطربون نفسياً ، فإنهم يتوجهون إلى :

- (أ) رجال الدين (٤٠ ٪) .
- (ب) الممارس العام (٢٩ ٪) .
- (ج) الأطباء النفسيين (١٨ ٪) .
- (د) جهات اجتماعية (١٠ ٪) .
- (هـ) الأزواج أو الأصدقاء أو الصلاة أو لا يتوجهون إلى أحد (١ ٪) .

ونقول الدراسة إن ٥٨ ٪ قد تمت مساعدتهم تماماً ، وأن ١٤ ٪ قد تمت مساعدتهم بدرجة ما ، في حين أن ٢٠ ٪ لم يلاقوا تحسناً ، وتعكس لنا هذه الأرقام عدد الأفراد الذين يلعبون دوراً في مجال الصحة العقلية .

كذلك أشارت دراسة مماثلة قمت بها في العيادات الخارجية للطب النفسي بمستشفى جامعة عين شمس أن ما بين ٦٠ ٪ - ٧٠ ٪ من المترددين قد جربوا شكلاً ما من أشكال العلاج الشعبي ، قبل أن يطلبوا مساعدة الطبيب النفسي .  
ولتقليل مشكلات الصحة العقلية ، يجب أن يتوافر التالي :

- ١- وقاية أولية : تخفيض معدل حدوث الاضطرابات النفسية بالوقاية من العوامل المسببة في المجتمع .
- ٢- وقاية ثانوية : الاكتشاف المبكر للمرض .
- ٣- وقاية المستوى الثالث : التأهيل والاستيعاب للمرض بعد شفائهم أو تحملهم .

## (١) الوقاية الأولية :

تهدف الوقاية الأولية القضاء على حالة المرض ، أو تجنب الاضطراب قبل حدوثه . ولكن يصبح هذا ممكناً ، يجب أن نكون على علم بأسباب الاضطراب . وكما سبق وأن ذكرنا .. فإن أفضل الأمثلة على ذلك ، هو مثال الوقاية الأولية ، في مجال الأمراض المعدية ، حيث يمكننا تحديد أسباب المرض وطبيعة انتقاله والعوامل التي تعرض للإصابة به .

إن الشروط التي وصفها ، كوخ ، يمكن تطبيقها في كثير من هذه الحالات العضوية ؛ بمعنى تعرف الميكروب المسبب للمرض ، وملاحظته في الحالات التي تم تشخيصها ، ثم عزل هذا الميكروب وزرعه وإعادة خلق المرض في الحيوانات ، ثم استرجاع الميكروب من الحيوانات المصابة .

إن الوقاية الأولية قد تسعى إلى إضعاف أو قتل الميكروب المسبب عن المرض ، أو وقف عملية انتقاله أو الارتفاع بمستوى المقاومة الذاتية ، ونجد أفضل الأمثلة على الوقاية الأولية في الطب النفسي في حالات الشلل العام ، مثل : حالات الزهري - للمرحلة الثالثة - والحالات الذهانية المصاحبة للبلاجرا .. ففي الحالة الأولى أدى التعرف المبكر لحالات الزهري ، واكتشاف المضادات الحيوية القادرة على علاجه إلى تحويله من حالة شائعة إلى أخرى نادرة ، كذلك .. فإن معرفة أن البلاجرا تحدث نتيجة لنقص النياسين ، جعل من الممكن منع حدوثها بأسلوب بسيط وغير مكلف ، عن طريق إعطاء المريض الفيتامين الضروري .

أما بالنسبة للاضطرابات النفسية .. فنشأتها قد تحدث نتيجة لنقص أو خلل في مادة ما أو لميكروب بعينه ؛ إذ عجز الباحثون - في أغلب الأحوال - عن تحديد سبب وحيد لحدوثها ، وإن كانت النتائج تشير إلى وجود تفاعل معقد بين عوامل بيولوجية ونفسية ، تضمن الاستعداد الشخصي والصراعات المبكرة ، التي تبدأ في الطفولة ثم تستمر في الحياة الراشدة ، بالإضافة إلى مختلف الضغوط البيئية التي قد تفجر اضطراباً شديداً .

كذلك .. فإن الكثير من الاضطرابات النفسية هي حالات طويلة المدى ، تؤثر على أنماط سلوكية مركبة مثل العلاقات الشخصية ، وفي حالات أخرى قد يحدث الملوك المضطرب كنتيجة للعلاج الطويل بالمستشفى ، والذي قد يسبب

أعراضاً سلبية ، مع انعدام الحافظ والتبدل الانفعالي .

### دراسات المسح الصحي :

هناك أكثر من طريقة مقترحة للقيام بالوقاية الأولية في مجال الطب النفسي .. فمن الممكن أولاً تحديد سمات الفئة السكانية المعرضة لخطر المرض ، عن طريق دراسة معدل انتشار بعض الاضطرابات النفسية ، ومعرفية هذه الفئة السكانية يمكن تحديد المجموعات المحصلة ضد هذا الاضطراب .

على سبيل المثال .. هناك الدراسة ، التي تناولت المرضى الذين يدخلون مستشفى الأمراض العقلية لأول مرة ، ثم تابعت تاريخهم المرضي الطولي ، فوجدت أن هؤلاء المرضى أكثر تعرضاً من غيرهم لتكرار دخولهم المستشفى ، وأن هذا التكرار يرتبط غالباً بكونهم تلقوا علاجهم لأول مرة داخل المستشفى .

وقد انتهت مثل هذه الدراسات إلى عدة نتائج ، هي :

١- إن علاج الفصام عن طريق المستشفيات بدلاً من الأساليب المجتمعية يؤدي إلى تكرار دخول المستشفى ، وفي هذه الحالات يكون تركيز العمل الوقائي على أسلوب العلاج ، ومنع دخول المستشفيات أكثر منه منعاً للاضطراب نفسه .

٢- اتجاه آخر في دراسات المسح الصحي ، يركز على استعداد الفرد الوراثي ، والذي لا يمكن تحديده بدقة بواسطة قياسات الضغوط النفسية ؛ حيث إن هذه الأخيرة تقيس الاستعداد المحدد للفرد المعرض للضغوط ، أكثر من قياسها لأنواع الضغوط نفسها .

### الدراسات الارتقائية :

إن التوجه الارتقائي في عملية الوقاية يفترض أن هناك مراحل يعينها يكون فيها الفرد أكثر استعداداً للإصابة بالاضطراب ؛ حيث افترض أريكسون أن التحكم الناجح في مهمة ارتقائية محددة ضروري للانتقال إلى مرحلة ارتقائية تالية ، ويرتبط القيام بهذه المهمة بفترة من الضغط النفسي ، وزيادة احتمال التعرض للاضطراب .

تتمثل أولى المهام الوقائية في الفترة الترحيمية من الارتقاء الوراثي ، في

## الخطوات الثلاث الآتية :

١- الكشف عن المسائل الموجودة حول الجنين هي وسيلة للاكتشاف المبكر لتشوهات الكروموزومات ، والتي قد تتطور إلى مرض سريري خطير في المراحل المبكرة من الحياة خارج الرحم (مثل المنغولية) . وبالتالي .. فإن العملية التشخيصية التي تمكننا من إيقاف المرض ، هي نوع من الوقاية الأولية .

٢- هناك أيضاً الاستشارات الوراثية - والتي تعتبر أكثر فائدة من الوسيلة سابقة الذكر - والتي تمكننا من توقع عيب خلقى ما قبل أن يحدث ، ولهذه الاستشارات فائدتها العظيمة في الحالات التي يعمل فيها حدوث زملة داون أو كلاين فلتر ، بالإضافة إلى بعض حالات قصور التنطيل الغذائي ، مثل : مرض تاي - ساكنس ومرض تخزين الجليكوجين . وفي كل هذه الحالات تكون النصيحة بعد الإنجاب وسيلة من وسائل الوقاية الأولية . كذلك .. فإن التشخيص المبكر لبعض الحالات عقب الولادة مباشرة يسمح باتخاذ الخطوات اللازمة ، التي تحول دون ظهور الاضطراب ، كما هو الحال بالنسبة للفتيل كيتونوريا .

٣- يمكن محاولة الارتفاع بمقاومة الفرد بواسطة التحصين المبكر ، مثلما هو الحال بالنسبة للأمراض المعدية .

وأقرب الأمثلة للارتفاع بمقاومة الفرد في مجال الطب النفسي ، هو ما اقترحه كبلان من خلق أنظمة للدعم والمساعدة الاجتماعية ، تسمح بالتحكم في المهام التصيرية ، والتعامل مع فترات الضغوط غير الاعادية التي قد تؤدي إلى الأزمات والانهايار .

إن المشورة المبكرة قد تساعد الأفراد على تحضير أنفسهم للتعامل مع المهام الارتفاعية المتوقعة ، أو التغلب على ضغوط غير عادية ، مثلما هو الحال في حالة الكوارث . وعلى الرغم من الحماس الذي يلقاه هذا النوع من الوقاية الأولية في الطب النفسي .. إلا أن هناك قليلاً من الأدلة التي تثبت فائدته .

وقد رصد رايغيز (١٩٨٣) ستين دراسة ، تناولت جهود التوعية الصحية العقلية ، ولكنه لم يجد دليلاً يشير إلى ما هو مفيد أو ضار بالصحة العقلية للفرد .



وعلى الرغم من غياب هذه الأدلة على الكفاءة .. فإن حركة الصحة العقلية المجتمعية لا زالت تبذل كثيراً من الجهد والموارد على الوقاية ، أمة أن تؤدي الخدمات الاستشارية والتصيحة المبكرة إلى تجنب الاضطراب العقلي .

وبالإضافة إلى جهود الوقاية الأولية ، المتمثلة في مرحلة ما قبل الولادة .. نجد جهوداً تحاول تزويد الأم بما يلي :

(أ) غذاء غني بالبروتين ، بحول دون نقص خلايا المخ .

(ب) عدم التعرض للعقاقير والكحول أو التدخين ؛ لما يترتب عليهما من آثار جسيمة على الجنين والطفل فيما بعد .

تعتمد الوقاية الأولية على الوعي بالعمليات الارتقائية ، ومساعدة الآباء الذين يعانون من مشكلات في تربية أطفالهم على اكتساب المهارات التربوية ؛ فيزيد من وعيهم بالأزمات المتوقعة لأطفالهم في فترة المدرسة وما قبل المدرسة .. كذلك اتضح أن تدريب الأطفال في سن ما قبل المدرسة على اكتساب مهارات في حل مشكلات جوهرية في التعامل مع الآخرين ، قد يؤدي إلى تحسن في سلوك هؤلاء الأطفال ، وقد لازم هذا التحسن المكتسب الأطفال فيما بعد .

أما الدراسات التي تناولت أساليب انتقال المرض .. فإنها قد أشارت إلى الأسرة باعتبارها عاملاً مساهماً في الإصابة بمرض الفصام ، وقد دلت الدراسات التي تناولت أسر الفصاميين أن أساليب التواصل في هذه العمليات المعرفية غير متناسقة . وعلى الرغم من أن مرجع هذا قد يكون إلى عمليات بيولوجية وراثية ، أكثر منه إلى عمليات معرفية مكتسبة خاصة بالفصاميين .. إلا أن هذه المسألة لم يتم حلها بعد . والواقع أن التدخل العائلي لم يثبت فاعليته إلى يومنا هذا إلا في حدوث التكتات ؛ ولذا لا يوجد ما يزيد أن العلاقات الأسرية قد تسبب مرض الفصام .

كذلك .. قد يكون التغيير السلوكي أحد أشكال الوقاية الأولية ؛ فالتوقف عن التدخين وانخفاض الوزن والممارسة المنتظمة للرياضة - على سبيل المثال - قد يحول دون حدوث أمراض الذئبة المنوية القلبية والرنج . ولكن للأسف الشديد .. فإن هذا التغيير غالباً ما يقف مقاومة شديدة ، ذلك أنه من الأسهل على البشر أن يتعاملوا من خلال التدخل الفنى البيولوجي ، على أن يغيروا من عاداتهم .

كذلك .. فإن التحصين ومعالجة النفس الغدائي ، أو علاج الأمراض المعدية التي تسبب اضطرابات عقلية ، كلها أسهل من تغيير السلوك ، ذلك لأنها عمليات ، تحدث لفترات قصيرة بدلاً من أن تكون مستمرة .. فالألم المصاحب للتحصين مؤقت ، ولا يقارن بالحرمان ، الذي يشعر به الأفراد المطالبون بالتنازل عن الطعام أو التدخين أو الكحول .

وقد أشار راثر (١٨٩٨) إلى عدد من المعتقدات المصاحبة لفكرة الوقاية الأولية ، هي :

- ١- أن الوقاية الفعالة في الطفولة تؤدي إلى صحة أفضل في الحياة البالغة .
- ٢- أن الوقاية تخفض من الاعتمادات المالية المطلوبة للعلاج .
- ٣- أن الارتفاع بمستوى المعيشة يؤدي إلى انخفاض معدل حدوث المرض العقلي .
- ٤- أن التدخلات الإنسانية تأتي بنتائج إيجابية .
- ٥- أن توافر المعلومات عن المجموعات المعرضة ، أكثر من غيرها للمرض ، سوف يؤدي إلى اتخاذ خطوات وقائية .
- ٦- سهولة عملية الوقاية بتطبيق ما نعرفه عن أسباب المرض .

والواقع أن كثيراً من الوقت والموارد يمكن استغلالها في عمل أشياء حسنة النية ، دون أن يكون لها أثر يذكر ، ورغم أنه إذا كانت هناك طرق كثيرة تؤدي كلها إلى الوقاية الفعالة .. إلا أننا بحاجة إلى البحث المنظم والعلمي ؛ للوصول إلى ماهية الوقاية الفعالة حقيقة ، قبل أن نبدأ في اتخاذ الخطوات العملية .

إن الوقاية الأولية تعتمد في أساسها على مواجهة الظروف الضاغطة والضارة في المراحل المختلفة من ارتقاء الفرد ، وبالتالي .. فإن مجالات الوقاية الأولية ، هي :

- (أ) الأسرة .
- (ب) المدرسة .
- (ج) رجال الدين .

(د) الأطباء .

(هـ) الأخصائيين .

(و) المسئولون الحكوميون المحليون .

(أ) الأطفال والمراهقون :

١- برامج خاصة بالأمومة والأسرة :

(أ) الوقاية من الولادات المبكرة ؛ حيث إنها تؤثر على نمو الشخصية وقدرات الطفل الذهنية ، والعناية بعملية الولادة بواسطة الأطباء ، وليست من خلال المولدات ؛ حتى لا يتعرض الجنين لأي أذى .

(ب) للوقاية من الاضطرابات السابقة على الولادة ، والتي قد تؤدي إلى أذى في مخ الطفل .

(ج) مراقبة الاضطرابات الانفعالية ، وتعاطي العقاقير أثناء الحمل ، لما قد يكون لها من أثر على سلوك ونماء الطفل .  
والتحقيق هذه الأهداف .. فإننا نتوجه إلى :

(أ) الممارس العام وهو المسئول عن توعية وتحضير الوالدين ، وتشكيل تعاملاتهما مع المولود المنتظر .

(ب) للمدرسين ؛ حيث يجب حضورهم دورات عن علم النفس الارتقائي وآليات التفاعل العائلي ، وتربية وارتقاء الطفل والحياة الأسرية .

٢- برامج خاصة بالطفل :

وهذه البرامج يجب أن تتناول التالي :

(١) التقييم المنهجي للأطفال حديثي الولادة .

(٢) تسجيل كل أوجه النقص في الأطفال حديثي الولادة .

(٣) تأسيس مراكز علاجية للأطفال حديثي الولادة ذوي الإصابة بالمخ .

(٤) رعاية الأسر التي لها تاريخ من اضطراب السلوك ، مثل : تعذيب أو ضرب الأطفال إلى الدرجة ، التي تحدث بهم إصابات جسيمة بالغة ،

والإهمال العاطفي والبدني للطفل حديث الولادة .

٣- برامج ما قبل المدرسة وبرامج مدرسية :

يجب أن تكتشف مبكراً بل وأن نحول دون حدوث أي اضطراب في شخصية الطفل في هذه المرحلة العمرية ؛ خاصة إذا كان الطفل :

(أ) شديد العدوانية .

(ب) لديه مشاعر جنسية مرتبكة .

(ج) يعاني من اضطراب سلوكي ، على سبيل المثال : السرقة ، الكذب ، رهاب المدرسة ، الهروب من المنزل ... إلخ .

(ب) البالغون :

لتوقاية من الاضطرابات العقلية في البالغين ، يجب علينا :

(١) تعرف أنواع الصراعات الانفعالية .

(٢) معرفة التعامل مع الأساليب المرضية للتأقلم مع الضغوط ، مثل : للتكسب والتعلق والعدوان .

(٣) أن نكون ملمين بأساليب المشورة والأماكن ، التي يمكن تحويل البالغين إليها إذا بدّلوا يعانون من أعراض نفسية .

كذلك .. هناك عدة نقاط يجب البدء في حلها ؛ لتحقيق نوع من الانسجام في الحياة النفسية للبالغين :

(١) تعديل القوانين التي تحكم الأحوال الشخصية والبنوي والطلاق وحقوق الإنسان وحرية التعبير .

(٢) توفير المساعدة والدعاية لأمهات الأطفال المضطربين ، للقضاء على مشاعر الذنب والتعلق والعدوانية .

(٣) تدريب المشرفين والمديرين على تعرف الموظفين المضطربين عقلياً ؛ بالإضافة إلى الارتفاع بمستوى الصحة العقلية ، وبالتالي تحسين الإنتاج .

(ج) المسنونون :

يعانى المسنونون من مشاكل عدة مقارنة ببقية الأعمار ، مثل :

(١) الوحدة .

(٢) العجز الحسى ، على سبيل المثال : العمى ، الصمم ... إلخ .

(٣) عدم الترابط الأسرى .

(٤) الإحالة المبكرة إلى المعاش .

(٥) وفاة الأقارب وشريك الحياة والأصدقاء .

(٦) زواج الأبناء .

(٧) هجرة الأبناء خاصة فى البلدان النامية .

ولمواجهة هذه المشاكل .. يجب أن يوضع برنامج للمسنونين بهدف :

(١) الإحالة التدريجية إلى المعاش ، وتوظيف المسنين فى وظائف استشارية .

(٢) العلاج المبكر للأمراض المسنين الجسمية ، مثل : العمى ، والصمم ، والنشل ... إلخ .

(٣) تكوين نواد خاصة بالمسنين .

(٤) عمل مشروعات مشتركة للمسنين .

(٥) مجموعات علاج نفسى جمعى .

(٦) دور المسنين .

(٧) تشجيع الترابط العائلى وتأكيد مسئولية الأبناء ، نحو ذويبهم المسنين .

(٢) الوقاية الثانوية :

تهدف الوقاية الثانوية الحد من مسار المرض ، عن طريق :

١- التعرف والتشخيص المبكر على المرض .

٢- التدخل السريع لوقف المرض .

إن الوقاية الفعالة تنقل من محل المرض، ولكنها لا تؤثر على معدل حدوثه، ذلك أنها تختصر فترة استمرار الاضطراب العقلي .

ويتكون نظام الوقاية الثانوية في التقويم والتدخل السريع لعلاج الأزمة ، وينتضمن شبكة الموارد المجتمعة التي تساعد على تعريف المرض ، وتحويل المريض إلى حيث يتلقى العلاج اللازم .

وأهم محكات الوقاية الثانوية هو المعرفة الواسعة لما يتوافر من إمكانيات للتدخل السريع والمبكر . ولكي تكون الوقاية الثانوية ناجحة ، يجب أن يتم تدريب المستفيدين منها على كيفية البحث عنها ، كذلك من المهم أن تكون الوقاية الثانوية في متناول استخدام الناس جغرافيا ، كما يجب توافر المراكز المجهزة بالموارد البشرية حتى يتسنى التدخل في الوقت المناسب .

وقد كان للوقاية الثانوية فائدتها في المجال العسكري ؛ ففي أثناء الحرب العالمية الثانية كان يتم التعامل مع عصاب الإصابة (وهو ما يسمى أيضا بإجهاد المعركة) عن طريق التدخل المباشر بواسطة التفريغ النفسي ، تحت التأثير الكيميائي بما يسمى الترويم التحليلي .

وقد أثبتت خبرة حروب فيتنام وكوريا أنه يمكن تقديم علاج ناجح لحالات عصاب الإصابة عن طريق التدخل المباشر ، حتى في كتائب الجنود ذاتها ، في حين أن تأجيل العلاج لحين نقل الجنود من الخطوط الأمامية إلى الوحدات الطبية البعيدة ترتب عليه تأجيل الشفاء ، ومن ثم تأجيل العودة إلى تأدية الخدمة ، ذلك أن أغلبية الجنود الذين تم نقلهم إلى مستشفيات بعيدة ، لم يتمكنوا من تأدية الخدمة، وتحويلوا إلى مرضى لفترات طويلة ، والمفكرة ذاتها تنطبق على الطب النفسي المدني .. فقد بدأ البحث عن بدائل للعلاج في المستشفيات العقلية ، حين تبين أن الحجز طويل المدى في المستشفيات قد يؤدي إلى المرض المزمن ، وزملة الانهيار الاجتماعي المصاحبة للمستشفيات .

وقد وجد أن العلاج المنزلي والعيادات الخارجية (للتقييم الفوري ووصف العلاج) والبقاء الجزئي بالمستشفى وخطوط التليفون الساخنة وفرق الأزمات المتنقلة ، قد يقلل من الحاجة إلى دخول مستشفيات الأمراض النفسية لمدة طويلة ، كذلك .. فإنَّ التدخل المبكر لعلاج المرضى ، الذين تم إدخالهم إلى المستشفى

يؤدي إلى تقصير فترة بقائهم فيها . كذلك .. فإن تطور صناعة الأدوية النفسية ، وتوافر خدمات الطب النفسي في الأقسام الداخلية بالمستشفيات العامة الموجودة بالقرب من منازل المرضى ، ساعدت على اختصار فترة البقاء في المستشفى من شهور إلى أسابيع ، وكان أبرز هذه العوامل هو تجنب التأخير في بداية العلاج المصاحب ، لنقل المريض إلى المستشفيات العقلية الحكومية البعيدة .

مثل آخر على الرفاية اللاتورية ، نجده في استخدام التدخل السريع لتجنب الإدخال غير ضروري إلى المستشفى . وقد أثبتت أبحاث لانجاسلي وكامان في دنفر في الفترة ما بين ١٩٦٤ ، ١٩٦٩ أنه من الممكن تجنب المستشفيات لمجموعة تتكون من ١٥٠ مريض ، بدأ وكأنهم في حاجة إلى دخول عاجل إلى المستشفى ، وقد تم علاج هؤلاء المرضى باعتبارهم وحدة عائلية مشتركة ؛ حيث اعتبرت مشكلتهم مشكلة عائلية (وليس مشكلة مريض بعينه) ، باستخدام مختلف الأساليب النفسية والدوائية ؛ من أجل تخفيف التوتر والتركيز على الأزمة الراهنة واختصار وتكثيف العلاج .

وحين تمت مقارنة هؤلاء المرضى بمجموعة أخرى ، تم إدخالها إلى المستشفى ، وجد أن المجموعتين متساويتان على الأقل فيما يتعلق بالأداء واختفاء الأعراض ، ووجد أن احتمال دخول الـ ١٥٠ مريضاً إلى المستشفى مستقبلاً أقل ، كذلك .. فإن الحالات التي تم علاجها بواسطة العلاج العائلي ، كان معدل دخولها إلى المستشفى أقل وفترة بقائها عند الدخول .

وقد أدت دراسات أخرى مشابهة إلى النتائج ذاتها .

أما في حالات الاكتئاب .. فإن التدخل المبكر بواسطة مضادات الاكتئاب والعلاج النفسي يقلل من فترة البقاء في المستشفى بنسبة ٥٠% ، ويقال من معدلات الانتحار . فإذا أمكن الأطباء النفسيون أن يكتشفوا الاكتئاب مبكراً ، لانخفاض معدل حدوثه بنسبة ٢٠% . كذلك .. فإن التدخل المبكر يحول دون انهيار العائلة وفقدان الوظيفة ، كما أنه يحد من معاناة المريض .

ولا يقتصر الاكتئاب المفصود هنا على الحالات الذهانية ، فهذه المدرسة يستجيب للتدخل المبكر ، والعلاج السريع لنوبات الفصام الحادة يختصر التوبة العادة ، ويساعد على العودة السريعة للحياة الطبيعية ، كذلك يوضح العلاج السريع

إمكانية علاج كثير من مرضى الفصام في مجتمعاتهم وداخل بيوتهم ، على عكس ما كان سائداً فيما قبل ، حين كان ٨٠٪ من الفصاميين يودعون بالمستشفيات ، بعضهم لسنوات والبعض الآخر مدى الحياة .

إذا تم الاتفاق على أن الوقاية الثانوية هي تعرف الأمراض والاضطرابات العقلية والعلاج المبكر لها ، لزم علينا أن نعيّز المرض ، باعتباره حالة من اختلاف الأداء ، ناجمة عن صراعات داخلية وخارجية بين الفرد والآخرين .

ويمكن تقسيم الوقاية الثانوية إلى :

### (أ) الطفولة المبكرة والطفولة :

#### ١- اضطرابات نفسولوجية في الطفولة المبكرة :

اضطرابات النوم والأكل والطفح الجلدي والأزمة الربوية ومشاكل الجهاز الهضمي ، وتشير كل هذه الاضطرابات إلى وجود قلق وتوتر وعدم أمن ، وفي هذه الحالات يجب البحث في علاقة الأم بالطفل ، ومحاولة علاج ما قد يشوبها من خلل .

#### ٢- اضطرابات عناية في الطفولة :

قد يجد الطفل صعوبة في انمام مهامه الارتقائية واكتشاف البيئة من حوله ، أو تكوين علاقات أو التوافق مع العائلة والمجتمع ، وبالتالي يصاب باضطرابات النوم والأكل أو يبكي باستمرار ، أو يعاني من المخاوف أو الانسحاب ... إلخ ، ويكون علينا عندئذ أن نشبع احتياجاته في المجالات المذكورة آنفاً ، وأن نوليها الاهتمام الذي نستحقه .

#### ٣- ذهان الطفولة :

قد يصبح الطفل انعزالياً ذاتياً وغير عاطفي ، فلا يبادل أهله النفاء ، ويشغل انشغالا مرضيا بأشياء لا أهمية لها ، ويصاب بالترق أي سهولة الإثارة العصبية ... إلخ ، ويحتاج الأهل في هذه الحالات إلى مساعدة لمواجهة مشاعر العزوان والقلق والذنب .



#### ٤ - التخلف العقلي :

يحتاج أهل الأطفال المتخلفين عقلياً إلى المساندة والنصح والمساعدة ،  
لتوصول إلى أفضل الطرق للتعامل مع مشكلات هذا الطفل .

#### (ب) الطفل في مرحلة المدرسة :

عادة ما تكون الصعوبات الدراسية في الطفولة مصاحبة بالتالي :

(١) عدوان .

(٢) فرط الحركة .

(٣) انسحاب .

(٤) نبذ في المشاعر .

ويمكن التعامل مع كافة هذه الأعراض ، إذا وجد نظام تعليمي ملائم ،  
وتوافرت المساعدة في المدرسة والمنزل ، من خلال العلاج النفسي الدوائي .

#### (ج) المراهقة :

تتمثل المشاكل التي نواجهها في مرحلة المراهقة في الصعوبات الدراسية  
واضطرابات السلوك ، فالمراهق يجد نفسه في دوامة من الصراعات ، نرجع إلى :

(١) كثرة رغباته الجنسية وأسلوب التعبير عنها بما يقبله المجتمع ، كذلك  
وسائل تعويض هذه الرغبات وتفرغها في نشاطات أخرى .

(٢) البحث عن هوية والصعوبات المرتبطة بهوية باختلافه عن أقرابه  
والعقريين .

(٣) الرغبة المتناقضة في الاقتراب والاستقلال ، فهو يريد أن يكون قريباً  
من عائلته ملتصقاً بها وبأصدقائه ، في الوقت نفسه الذي يرغب فيه  
أن يكون مستقلاً ومختلفاً .

وقد تؤدي كل هذه العوامل إلى العنف ، إذا كان الإحباط أو الكبت هما  
البديلان ، وإذا دققنا الفحص .. لوجدنا :

(١) أن السلوك ضد الاجتماعي في المراهق ، مثل : العدوان والسرقه

ورفض المدرسة وتناول العقاقير ، قد تكون كلها دفاعاً لا شعورياً ضد الاكتئاب ، ومن تتأكد ضرورة العلاج .

(٢) أن التغيير المفاجئ في السلوك والانفعال الشديد بالدين أو المعتقدات الغربية ، التي لا تستند إلى أساس قد تشير إلى بدايات الفصام ، وأمراض ذهانية أخرى .

(٣) أن العدوان أو الغضب العنيف ، الذي لا يمكن التحكم فيه قد يعنى بوانس الذهان ، وينطبق الشيء نفسه على السلوك المنحرف .

وقد تحتاج كل هذه الظواهر إلى علاج فردي أو عائلي أو دولتي ، حيث إن الدراسات قد أشارت إلى أن الانتفاعية والعدوان والتأخر الدراسي أثناء السنوات الثلاث الأولى من المدرسة ، قد تكون هادئة ومؤشرة لسلوك ضد اجتماعي في المستقبل .

#### (د) البالغون :

يتعرض البالغون لعدد من الأزمات الحياتية ، مثل :

- (١) الأبوة أو الأمومة دون استعداد سابق لها ، في وقت غير ملائم .
- (٢) التغيير المتكرر في الوظيفة .
- (٣) فقدان الأهل .
- (٤) فقدان شريك الحياة .
- (٥) الانتقال من مجتمع إلى آخر .
- (٦) صعوبات مالية .

وحيث يواجه البالغ هذه المشكلات .. فقد يستجيب بإحدى الاستجابات

التالية :

(أ) اكتئاب .

(ب) انتحار .

(ج) ذهان .

(د) مرض نفسي ، مثل : الأزمة الربوية أو التهاب المفاصل أو التهاب القولون المشقوح ، أو ارتفاع ضغط الدم ، أو أمراض الدورة الدموية القلبية .

كذلك .. فإن عدم الراحة في العمل وفي نمط الحياة والعلاقات الشخصية قد تؤدي كلها إلى الاضطرابات المذكورة أعلاه .

#### (هـ) سن المعاش :

قد يشعر الفرد في سن المعاش ، أنه لم يعد مرغوباً فيه ، وأنه يمكن الاستغناء عنه ، وأنه قد فقد جاذبيته ، وأن صلاحيته قد انتهت ، وأن عمله يتميز بعدم الكفاءة .

وفي هذه الحالات .. قد تعزز النوعية والإرشاد الشعور بأهمية تجاربه ونضجه والمساندة الاجتماعية ، وإسناد أدوار إرشادية .. قد يعزز كل هذا ثقته بنفسه ، ويستطيع القيام بعمل خلاق مفيد .

#### (و) العسن :

يشعر الشخص العسن بالعزلة والاضطراب ، وأن دوره في الحياة إلى زوال ، وهو شعور مفهوم لنا ونحن في الاعتبار أن أكبر إنجازات ونجاحات الإنسان تتم قبل سن الأربعين ، ولا يجوز أن يقتصر العلاج هنا على الترفيه والتسلية ، وإنما يجب أيضاً إقناع العسن وإيجاد المعنى بأن لحياته غرضاً وقيمة .

### (٣) وقاية المستوى الثالث :

تهدف وقاية المستوى الثالث تجنب تحول المرض إلى الحالة المزمنة ، من خلال منع حدوث مضاعفات ، ومن خلال التأهيل الاجتماعي والنفسي النشط ؛ فالنواجد المزمن داخل المستشفيات يؤدي إلى فقدان المهارات الاجتماعية ، والنهذ من قبل أفراد الأسرة والأصدقاء ، انهيار شبكة العلاقات الاجتماعية للمريض ، ولذا فإن المريض بمرض عقلي مزمن ؛ خاصة ذلك الذي أودع المستشفى لفترة طويلة ليس معرضاً لمضاعفات العلاج فحسب ، ولكنه معرض أيضاً لمضاعفات الاضطراب ذاته .

ويهدف التأهيل تحقيق أعلى مستوى من الأداء بالنسبة لهؤلاء المرضى ،

ولذا يجب أن يبدأ للتأهيل مع بداية وضع خطة العلاج ، ويجب أن يكون القائمون على علاج المريض مقتنعين بجدوى التأهيل ، حيث إن التفاؤل في مآل المرض يعال جزءاً مهماً من العلاج .

ويعتبر الفصاميون أكثر المرضى العقليين عرضة للمرض المزمن ، وذلك لما يصاحب الاضطراب من خلل معرفي واضطراب في العلاقات الشخصية مع الآخرين . ولفاعلية العلاج .. يجب أن نضع في الاعتبار مستوى الأداء التوافقي الحالي والأعراض المتبقية ، والقدرات الموجودة ، والحاجة إلى الجمع ما بين وسائل التأهيل النفسي والعلاج الدوائي .

وقد جرى العرف على إطلاق مصطلح «المرضى العقلي المزمن» على كل من استفحلت لديه درجة شدة المرض ، ودرجة العجز ، وحسب تاريخ الدخول إلى المستشفى (وهو عادة متكررة وعادة ما يكون في مستشفى عقلي حكومي) . ولذا .. فإن فترة استمرار المرض ليست هي المعيار الوحيد ، كما أن «المزمن» لا يعرف فقط بعدة العلاج ، لأن كثيراً من الأمراض العقلية تتميز بتاريخ طويل ، ونحتاج إلى علاج ممتد .

وفي أغلب الأحيان ، يكون المريض العقلي المزمن فصامياً أو يعاني من البارانتويا الشديدة ، وإن كان الاكتئاب الذهاني وزملات المخ العضوية في بعض الأحيان تستوفي أيضاً معايير المرض المزمن . ولذا .. فإن المرضى المزمنين كثيراً ما يظهرون بشكل متكرر في أقسام الاستقبال ، ويشاركون في «زملة الباب الدوار» وقد اعتادت مراكز الصحة العقلية ، ذات البرامج المصممة خصيصاً لمواجهة احتياجات المرضى المزمنين على تعريف مجموعة مرضاهم ، بأنهم غالباً من الشباب الفصاميين ، أو الذين يعانون من اضطرابات شخصية ضد اجتماعية أو بارنويدية ، وهم عاجزون اجتماعياً ، مما يجعل مسئولياتهم تقع على عاتق القطاع العام الصحي ، حيث إن علاجهم ليس سهلاً ، وبالتالي فإنهم لايشجعون أطباء القطاع الخاص على علاجهم . وقد وجد أن معدل الانتحار والإيداع في السجون بين هؤلاء المرضى يساوي عشرة أضعافه بين عموم السكان .

إن تأهيل المريض العقلي المزمن يستدعي تطوير سلسلة من الخدمات ، نفى باحتياجات هذه الفئة من المواطنين .

ويجب أن تتضمن هذه الخدمات التالي :

- (١) خدمات طوارئ متكاملة بها فرق متنقلة ، مستعدة لتقديم الاستشارة الفورية في المنازل ، أو لنقل المرضى إلى مراكز علاج الطوارئ .
- (٢) وحدات داخلية للطوارئ لمعالجة الأفراد المعاقين بدرجة كبيرة .
- (٣) وحدات علاجية تحت حادة تعمل طوال الأربعة وعشرين ساعة ، خارج إطار المستشفيات .
- (٤) برامج للمستشفيات الجزئية مصممة خصيصاً للمرضى المزمنين .
- (٥) برامج للعلاج الخارجي ، تتضمن عيادات متابعة لتوفير العلاج النفسي والاجتماعي إلى جانب العلاج الدوائي .
- (٦) ترتيبات حياتية تحت إشراف طاقم الصحة العقلية ؛ بحيث يكونون على اتصال بالقائمين على رعاية المريض في منزله .
- (٧) برامج تدريب على الحياة المستقلة (تأهيل اجتماعي) ، يتضمن نوازل علاجية للمرضى ، وأنظمة دعم اجتماعي ، وعقد الصلات مع غير الاختصاصيين من المجتمع .

ويجب التركيز في البرامج المخصصة للمريض العقلي المزمن على المتابعة الدائمة للمريض ، تتبع من إحساس حقيقي بالمسئولية من جانب طاقم مركز الصحة العقلية ، كما يجب أن تتوفر برامج لتوفير المعلومات العامة ساعية إلى التقليل من وصمة المرض العقلي وإرشاد الجمهور إلى برامج التأهيل المتوافرة ، وضرورة أن يكون البرنامج قادراً على توفير العلاج العائلي والزوجي ، والعلاج النفسي الجمعي لمختلف المجموعات وعلاج الأزواج .

يجب أن يتضمن وصف الأدوية النفسية لهؤلاء المرضى متابعة دقيقة ؛ لمنع حدوث عسر في الحركة أو المزاج ، وقد تم إنجاز تطورات جديدة كثيرة في مجال أدوية الطب النفسي ، ويجب توافرها للممارس القائم على علاج المرضى المزمنين ..

إن تطور هذه الإنجازات يقفز بطفرات ممتدة ؛ بحيث صار لزاماً على الممارس أن يكون على علم بها أولاً بأول . أما المشاكل التي تحدث في حالة

وصف الأدوية .. فثحتاج تعاوناً من المريض في تناوله للدواء ، وهو ما يطلق عليه بعض الممارسين اسم «عدم الامثال» ، وهو ما يمكن تجاوزه بالتعاون مع أفراد العائلة وآخرين قائمين على رعاية المريض .

ولايجوز إهمال العلاج النفسى بالنسبة للمريض المزمن ؛ لأن معاناة هؤلاء المرضى تتضمن فى الأصل فقدان الاهتمام الإنسانى والشخصى بهم ، فعلى المعالج أن يتجنب الاستغراق ، سواء عن طريق العدوان أو الإغراء . وفى الوقت نفسه لايجوز له أن يكون سلبياً أو متسبباً ، بل أن تكون استجاباته تبعاً للاحتياجات النفسية والاجتماعية لهذا النوع من المرضى .

ولا نحن نهدف من العلاج النفسى فى حالة المريض المزمن أن نزيد من استبصاره بهدف زيادة الوعي المعرفى ، وإنما نهدف تنبيه المريض والأفراد الآخرين فى بيئته الاجتماعية إلى علامات الكرب والضيوط النفسية .

وهناك أيضاً التأهيل المهنى ، والذي يعتبر تحدياً للمريض المزمن ، فلايجوز أن نتجاهل ما للعمل من أهمية نفسية ومادية فى إحساس المريض بنفسه ؛ ذلك أن تقدير المريض لنفسه وتقدير علاقاته الاجتماعية له يرتفع بقدر كبير إذا ما نجحنا فى إيجاد عمل مناسب له .

هذا من ناحية .. ولكن من ناحية أخرى نجد أن المرضى المزمنين يمثلون مشكلة بالنسبة للتأهيل المهنى التقليدى ؛ حيث لايمكن تطبيق معايير النجاح العامة نفسها على المريض المزمن ؛ فمن غير الواقعى أن نفترض أن المريض المزمن سوف يستطيع فى وقت قصير أن يعتمد على نفسه ، وأن ينجز سجلاً عملياً ناجحاً ، فإتجاز أداء المريض الذهائى أقل من المستوى العادى ، ولايصح أن نضعه فى عمل يتحدى قدراته .

إذاً ، فوقاية المستوى الثالث تهدف التقليل من الأذى المضطرب وأوجهه لتصور المتبقية ، بعد الشفاء من المرض العقلى ، وأدواتها فى ذلك هى :

(١) التأهيل المناسب .

(٢) العمل على أن يستمر هؤلاء المرضى فى تحمل مسئولياتهم ، فى مجالات العمل والأسرة ، وكل الاهتمامات السابقة على المرض .

(٣) للعمل على عدم عزل هؤلاء المرضى اجتماعياً داخل المستشفيات ،  
ومحاولة أن يكون بقاؤهم فيها لأقصر فترة ممكنة .

#### الخلاصة :

نتلخص أولويات الارتقاء بالصحة العقلية فيما يلي :

(١) المحافظة على وتحسين مستوى الصحة النفسية للمجتمع ، عن طريق  
توعية الجمهور بالعوامل ، التي تساهم في حدوث الاضطرابات  
النفسية ، بالتوجه إلى الفئات التالية :

(أ) رجال الدين .

(ب) الممارسون العامون .

(ج) المدرسون .

(د) ممرضات الصحة العامة .

(هـ) أطباء النفس ، وهيئة تريض الطب النفسى ، والأخصائى  
النفسى الإكلينيكى ، والإخصائى الاجتماعى .

(و) أسر المرضى .

(٢) دراسة الاضطرابات العقلية فى جوانبها الاجتماعية ، وعدم الاكتفاء  
بالتركيز على النظريات الجسدية والوراثية لأسباب المرض ، وإنما  
كذلك بالجوانب الاجتماعية والثقافية والمضاربية .

(٣) توجيه اهتمام خاص نحو مشكلات الطفولة .

(٤) استخدام وسائل الإعلام من تليفزيون ورايو وصحافة فى التوعية  
بالصحة النفسية .

(٥) توجيه اهتمام خاص نحو مشكلات المسنين .

(٦) توثيق الصلات بين الطب النفسى وأقسام الطب الأخرى (الطب  
النفسى العضلى) ، كما يجب أن يطور منهج تعليم الطب للطلاب  
بحيث يتسع لمعرفة الطب النفسى .

(٧) التعاون مع خدمات الضمان الاجتماعي ؛ خاصة فيما يتعلق بالمسكن وتنظيم الأسرة والخدمات الاجتماعية الأخرى .

وفي النهاية .. نجدربنا الإشارة إلى أنه لم يتمكن أي نظام حضارى حتى الآن من أن يؤمن «الطبيعية» والصحة النفسية لكافة أفرادهِ ، ولم ينجح تطور العلم حتى الآن فى أن يجعل الإنسان أكثر سعادة ، بل على العكس .. فإن هناك ارتفاعاً فى معدلات الانتحار وجرائم القتل والاكتئاب واليأس ، والأمل الوحيد المتبقى هو إحساس الإنسان بالانتماء لعقيدة أو مجتمع ، وأن يتوحد مع ما يتلقى إليه ؛ بحيث يشغل عن مأساته الفردية ... على الإنسان أن يتجاوز تمحوره حول ذاته ؛ فيصبح تركزه على المشكلات من حوله كي ينجح تحقيقاً لذاته .



## الطلب النفسي الشرعي

من قديم الزمان في المجتمعات البدائية ، كان الاعتبار الوحيد عند تقرير الجزاء عن الجريمة هو مجرد نوع الفعل الإجرامي ، دون إدخال عنصر القصد في الحساب . ولذا كانت تلقي المسؤولية الكاملة علي فئات مختلفة من الكائنات ، حتي علي الجماد والحيوان الدنيا .

غير أنه مع تقدم الحضارة ، وجد النجاه جديد نحو تنظيم العقاب القانوني، بمراعاة أن المسؤولية الجنائية قد تتأثر بالحالة الذهنية للمرتكب ، وخصوصا من وجهة دخل إرادته في ارتكاب الفعل المحرم .

من تقديم الزمان في المجتمعات البدائية ، كان الاعتبار الوحيد عند تقرير الجزاء عن الجريمة هو مجرد نوع الفعل الإجرامي ، دون إدخال عنصر القصد في الحساب . ولما كانت تلقي المسؤولية الكاملة على اشخاص مختلفة من الكائنات ، حتى على الجماد والحيوان الدنيا .

غير أنه مع تقدم الحضارة ، وجد علماء جديد نحو تنظيم العقاب القانوني ، برهنة أن المسؤولية الجنائية قد تتأثر بالحالة الذهنية للمرتكب ، وخصوصاً من وجهة دخل إرادته في ارتكاب الفعل المحرم .

إن الطب النفسي الشرعي هو العلم الذي يتناول ، قبل كل شيء العلاقة بين الجريمة والقانون والمرض النفسي ، أي كل ما يتعلق بالنواحي القانونية المختلفة للأمراض العقلية .

ويجدر بنا مواجهة الحقيقة في أنه لا يوجد حد فاصل واضح ودقيق ، بين الجريمة الناشئة عن تغيرات نفسية مرضية في المرتكب ، والجريمة التي تعتبر بالمقارنة عادية ، وهذا يولّى تماماً الحقيقة المعروفة لدى أخصائي الطب النفسي ، من أنه لا يوجد مثل هذا لحد الفاصل الدقيق بين سلامة العقل واختلاله .

ونظراً لأن مدى وأهمية الجريمة المرضية - أي الجريمة المترتبة على المرض العقلي - لا يمكن استجلاؤها بالتناسب الكافي ، إلا يبحث علاقة هذا النوع من الإجراء بنواحي الإجراء كله كماً وكيفاً .. فإنه يتعين الاختيار بين طريقتين لإجراء البحث التفصيلي في الإجراء المرضي ، وذلك بتصنيف المعلومات الواقعية المستخلصة منه ، إما بالنظر إليها من زاوية الجريمة ، أو بالنظر إليها من زاوية الحالة العقلية المرضية .

وبتعبير آخر يجرى بحث مدى العلاقة بين الفئات الرئيسية للملوك

الإجرامى والحالات العقلية المرضية المختلفة ، كما يجرى بحث طبيعة وكيفية تأثير هذه الحالات في مختلف تلك الفئات ... أو أنه من الناحية الأخرى ، يبدأ بالنظر في الأنواع الإكلينيكية المختلفة للمرض العقلي ، ثم يجرى البحث بعد ذلك في فئات السلوك الإجرامى ، التى تكون أكثر شيوعاً فى كل من تلك الأنواع ، وإذا قورن بين هاتين الطريقتين .. فإن كفة الطريقة الثانية تبدو الراجحة ، وذلك لغائتها العملية .

هذا وفى خلال الأثنتى عشرة سنة ، التى مضت بين أول فبراير سنة ١٩٤١ ، وآخر يناير سنة ١٩٥٣ (د. الخولى ١٩٦٩) ، بلغ عدد المتهمين الذين أدخلوا مستشفى الأمراض العقلية الحكومى ، وتم فحصهم وتقديم التقارير عنهم ٢٠٧٦ منهم ١٢٣ من الإناث .. هذا بخلاف عشرات آخرين ، نسبت إليهم نهم صغيرة .. فحفظت النيابة قضاياهم ، بعد تقديم التقارير عنهم ، وأشارت باعتبارهم مرضى عاندين ، يعاملون طبقاً لأحكام القانون رقم ١٤١ لسنة ١٩٤٤ . ومن أولئك المتهمين تبين أن ٤٦٢ - بما فيهم ٧ من الإناث - كانوا غير مصابين بالمرض أو القصور العقلى .. فأعيدوا إلى النيابة العامة لاتخاذ اللازم بشأنهم .

وقد شخصت حالات بقيلتهم وهم ١٦٢٥ - بما فيهم ١١٦ من الإناث - على أن ٦١ منهم كانوا مصابين بالعمه الشلى ؛ أى نسبة ٩,٣٪ وأن ٨ منهم كانوا مصابين بالسبه أى الشيفوخة بنسبة ٠,٥٪ ، وأن ٢٦ منهم كانوا مصابين بالعمه المضاعف لتشلل الباركنسونى (الاهتزازى) الناشئ عن الالتهاب المعلى ؛ أى بنسبة ١,١٨٪ وأن ٢٩٣ - بما فيهم ٢٠ من الإناث - كانوا مصابين بالمرض العقلى المضاعف لمرض البلاجرا ؛ أى بنسبة ١٨,١٤٪ ، وأن ٦ - بما فيهم ٢ من الإناث - كانوا مصابين بمرض عقلى اختلاطى غير بلاجرى ؛ أى بنسبة ٠,٣٧٪ ، وأن ٤٣٢ - بما فيهم ٢٢ من الإناث - كانوا مصابين بالفصام الذهنى أى بنسبة ٢٦,٧٥٪ وأن ٢٤ منهم كانوا مصابين بمرض عقلى هذائى أورشيه هذائى ؛ أى بنسبة ١,٤٩٪ ، وأن ٥٩ منهم - بما فيهم ٧ من الإناث - مصابين بالمرض العقلى الصرعى ؛ أى بنسبة ٣,٦٥٪ ، وأن ٨ بما فيهم ٢ من الإناث - كانوا مصابين بمرض عقلى هستيرى ؛ أى بنسبة ٠,٠٥٪ ، وأن ١٥ - بما فيهم

أنثى واحدة - كانوا مصابين بالشخصية الفجة ؛ أي الحالة السيكوباتية أو القصور  
الطلي بنسبة ٠,٩٣ ٪ ، وأن ٢٩٧ - بما فيهم ١٧ من الإناث - كانوا مصابين  
بالتصور العقلي الإدراكي أي بنسبة ١٨,٣٩ ٪ .

وجدير بالذكر أنه أدخل المستشفى للفحص والتقرير ١٥ من المجنى عليهم -  
منهم ١٠ من الإناث - فقبين حسب المفصل فيما بعد أن ٣ - بما فيهم ٢ من  
الإناث - كانوا غير مصابين بالمرض العقلي .. كما أدخل من المساجين المحكوم  
عليهم ٥١ - بما فيهم ١١ من الإناث - فقبين حسب المبين بعد ، أن ٥ منهم كانوا  
مصابين بالمرض العقلي .

وللأسف .. لا تتوفر معلومات حديثة تفصيلية عن الموقف في الطب  
النفسي الشرعي ، بعد دراسة الدكتور الخولي ١٩٦٩ .

ومن قديم الزمان في المجتمعات البدائية ، كان الاعتبار الوحيد عند تقرير  
لجزاء عن الجريمة هو مجرد نوع الفعل الإجرامي ، دون إدخال عنصر القصد في  
الحساب . ولذا كانت تلقى المسؤولية الكاملة على فئات مختلفة من الكائنات ، حتى  
على الجماد والحيوان الدنيا .

غير أنه مع تقدم الحضارة ، وجد اتجاه جديد نحو تنظيم العقاب القانوني ،  
بمراعاة أن المسؤولية الجنائية قد تتأثر بالحالة الذهنية للمرتكب ، وخصوصاً من  
وجهة دخل إرادته في ارتكاب الفعل المحرم ، وهذا الإدراك للقصد كعنصر أساسي  
في السلوك الإجرامي ، قد أشير إليه - ولو بغير وضوح تام - في الشريعة الموسوية  
وفي القانون الروماني القديم .

وقد ذكر بوضوح أكثر في فقه جوسنتيان ، وطبق ما طبق على موضوع  
الجزايم ، التي يرتكبها مريض العقل ، فنص على أنه إذا كان المرتكب مصاباً  
بحالة هياج (وهذا تعبير يقصد به في الأصل هياج الهوس ، ولكن يمكن اعتباره  
منصباً على الذهان عامة) فإنه يعفى من العقاب ، وإذا كان من وجهة المسؤولية  
الجنائية معديراً في وضع الطفل نفسه ، وكان اللوم عما ارتكب يلقى على أهله  
المكلفين بالعناية به ، والذين قصروا في وضعه تحت الرقابة الكافية .

وبقيام الإسلام بعد ذلك ، تواتت صدور أحكام الشريعة الإسلامية ، بشأن  
المسؤولية الجنائية عن الأفعال الموجبة للعقاب . وقد وردت بعض هذه الأفعال

وتلك الأحكام فى الآيات القرآنية ، والبعض الآخر ورد فى الأحاديث النبوية ، وكلها خاصة بالجرائم المتساهلة للتفاصيل وإقامة الحد .

أما للجرائم الأخرى التى لم تعددها الشريعة ، وبالتالي لم تنص على عقاب خاص لها .. فتكون عقوبتها من باب ما يسمى التعزير ، الذى وكّل الشرع أمرها وتقديرها إلى رأى الحاكم .

ويشراوح التعزير - خفة وشدة - بين الهجر والنفى والمحبس إلى تحريق مسكن وممتلكات الجانى أو مصادرة أمواله أو إتلاف أدوات الفساد ، وقد يصل إلى الإعدام لمن تكرر منه الجريمة ، مما يتبين منه أن الشريعة الإسلامية لا تشترط فى المسؤولية الجنائية النص على الجريمة أو العقاب .

وهذا الوضع يخلق تمام الاتفاق لصلاحياتها للتطبيق فى كل العصور والأحوال ، إذا راعت الشريعة الإسلامية فى ذلك التحوير الذى يجرى فى الأفكار بالنسبة للأفعال الإجرامية تبعاً لتطور المجتمعات الإسلامية وتقدمها ، بحيث لا يكون من الحكمة مع هذا التشريع الذى جاء للظود ، أن يحدد بصفة نهائية أنواع الجرائم وعقوبتها ، ثم ينص بعد ذلك على أن لا جريمة ولا عقوبة إلا بنص .

هذا .. وقد اشترطت الشريعة الإسلامية فى تحقيق المسؤولية الجنائية على العسوم أن يكون الجانى عاقلاً بالغاً مختاراً ، ولذلك فلا جنابة على صبي ولا ذهاني ، بل ولا نائم ولا مغشى عليه ولا سكران .

وفى حين أن هذه الروح الإنسانية بالنسبة لمرضى العقل ، التى وجدت فى صدر الإسلام .. استمرت سائدة فى المجتمعات الإسلامية بعد ذلك ، فإن الروح التقدمية المعاصرة والمستخلصة من النظرة المنتورة ، التى وردت فى فقه جوستنيان لم يقدر لها فى أوروبا النماء ، حتى ولا الاستقرار فى النظم القانونية للدول ، التى قامت على أطلال الإمبراطورية الرومانية ، بحيث إنه خلال القرون الوسطى لم تلح الإصابات بالمرض العقلى من تطبيق القانون بكل صرامته على المرتكبين ، إلا إذا كانت الإصابات واضحة كل الوضوح ؛ فمثلاً فى خلال القرنين الحادى والثانى عشر ، كان الذهان مهما تعاطمت درجته لا يعتبر فى ألمانيا عاملاً مخففاً للعقاب فى جرائم القتل ، إلا إذا كان الجانى قد أثبت جلونه بإحداث إصابات جسدية بنفسه ؛ أى ببذنه وقت وقوع الجريمة .

وحتى فى عصر النهضة وما بعدها عندما ظهرت دلائل إحياء المبادئ الأكثر إنسانية ،وهى التى تضمنها فقه جوستليان - كما حدث فى إيطاليا فى القرن السادس عشر ، حيث تضمن الأطباء والمشرعون فى وضع الأسس السليمة لعلم الطب النفسى - استمر الاتجاه البدائى الصارم سائداً فى شمال أوروبا ؛ حيث كان المصابون بالقصور العقلى الواضح وبالمرض العقلى توفع عليهم فى ألمانيا ، خلال القرنين السابع عشر والثامن عشر ، عقوبات شديدة قد تصل إلى الإعدام .

هذا .. وبإمعان النظر فى النشاط العقلى يتبين أنه يتكون من ثلاثة جوانب، هى : الجانب الوجدانى والجانب السلوكى والجانب الإرادى .

وهذه الجوانب وثيقة الصلة - خصوصاً جانبى الوجدان والسلوك - بحيث لايسهل فصل أحدهما عن الآخر ، إلا عند المحاولة الدقيقة لفصلهما . والمرض العقلى يؤثر على الجوانب الثلاثة ، ولو بدرجات متفاوتة ، سواء فى أنواع المرض المختلفة ، أو فى مبلغ التطور . أو التقدم الذى وصل إليه كل نوع عند المريض . وفى حين أن القصور العقلى هو بالأكثر عبارة عن قصور فى إدراك ، أى ذكاء المصاب به .. فإنه بالتالى عبارة عن ضعف فى الناحية المعرفية ، إلا أن هذا الضعف أو ذلك القصور يؤثر أيضاً على ناحيتى الوجدان والسلوك ، فيجعل المريض سهل الانفعال والاستثارة وحاد الخلق ومضطرب السلوك ؛ لعدم إمكانية ضبط شهواته ، التى تبدو أقوى من حقيقتها ؛ نتيجة لضعف ملكة الضبط الكفى التى هى جزء من الجانب المعرفى .

ويتضح من هذا أن اضطراب كل من الجوانب الثلاثة للنشاط العقل يتفاوت لدى مريضى العقل بين حالة وأخرى ، ونوع وآخر من المرض العقلى . بل المشاهد والمعروف أنه فى الغالبية - إن لم يكن فى كل المرضى - يسبق اضطراب الوجدان والسلوك ، اضطراب التفكير والإدراك ، كما هو الواقع مثلاً ، وبالأخص فى الحالات المبكرة من نوع القصام ، وأيضاً فى نوع العته الشللى ، الذى ينشأ عن إصابة قديمة بالزهري ، ولذا ليس من الوضع السليم من الوجهة الطبية تقرير حالة المتهم العقلية ، وبالتالى تقدير درجة مسؤوليته الجنائية ، على أساس وجود أو عدم وجود اضطراب فى أحد جوانب النشاط العقلى ، دون غيره ؛ خصوصاً الجانب المعرفى المتضمن الإدراك والتفكير والتعقل والذاكرة والضببط الكفى .

ولكن مما يدعو للغرابة أن قصور الاهتمام على هذه الناحية المعرفية في المتهمين المشتبه في حالتهم العقلية ، هو الاتجاه الذي نشأ في بريطانيا ، وكان سائداً آخر القرن السابع عشر ؛ تماشياً مع الميول الهنائية الصارمة والسائدة في أوروبا حينذاك ، واستمر معمولاً به كما هو تقريباً حتى الوقت الحاضر .

وقد وضع أساس ذلك الاتجاه المشرع ماثيو هيل ، الذي بعد أن فرق القصور بين القصور العقلي والمرض العقلي .. قسم هذا القصور إلى جنون جزئي وجنون كلي ، ثم عرف الجنون الجزئي بأنه عبارة عن الكفاية في استخدام ملكة التعلقل ؛ بالنسبة لبعض الموضوعات أو الظروف أو المواقف ، دون البعض الآخر ، وأبدى الرأي بأن هذا الجنون الجزئي ، الذي لا يفقد الشخص بصفة كاملة القدرة على استخدام ملكة التعلقل ، لا يعفى من العقاب ، عما يرتكب من جرائم .

وهذه القاعدة التي اتخذها هذا المشرع كأساس لتعاليمه القانونية تعنى - فيما يختص بالمسئولية الجنائية - أن اضطراب الإدراك والتفكير أي اضطراب الجانب المعرفي للعقل - هو المعيار الوحيد للدلالة على إصابة المتهم بالمرض العقلي المعفى من تلك المسئولية .

وهذا المبدأ ما زال ساري المفعول ضمن نظريات القانون الإنجليزى . وكل ما حدث من تغييرات به منذ ذلك الماضى البعيد ؛ أي منذ ما يقرب من ثلاثة قرون ، كان مفسوراً على إيضاح تحديد نوع ومدى الاضطراب في الإدراك ، الذي يمكن أن يعفى المتهم من العقوبة المنصوص عليها في القانون ، وقد جرت نحو هذه الغاية محاولات متجاوزة الحد ؛ للتوصل إلى وضع اختبار قانوني الكفاية الإدراكية .

ومما يذكر أن هيل، نفسه رأى أن يجعل الجاني مسئولاً عن فعله الجنائي ، الذي على الرغم معاناته لاضطراب عقلي اكتسابي ، كان لا يزال لديه قدر من الفهم والإدراك مساوٍ لما عند صبي ، يبلغ من العمر أربع عشرة سنة . ونظراً لأنه في عصر هيل ، لم تكن هناك فكرة محددة وواضحة عن مقدار الفهم لدى ذلك الصبي أو معدل عقليته .. فإن هذا المشرع كان - على الأرجح - يكتفى بتقدير هذا الأمر على أساس الافتراضات النظرية القانونية ، لا على نتائج المشاهدة الفعلية ، ومع ذلك فمن بعده وحتى آخر القرن التاسع عشر ، كان تطبيق القاعدة

التي وضعها يجرى بدرجة أكثر دقة وأشد صرامة ، كما يدل عليه توجيه أحد مشاهير قضاء المحكمة العليا حينذاك لهيئة المحلفين ، حيث قال إن المجنون يعنى من العقاب فقط ، إذا كان قد فقد بحالة كاملة إدراكه وذاكرته ، بحيث لم تتجاوز درايته بما يفعل الطفل الصغير أو الحيوان الكاسر .

وفى خلال النصف الأول من القرن التاسع عشر ، كان هناك قليل من التساهل غير الواضح وغير المحدد فى تطبيق ذلك المبدأ ، فكان معيار المسؤولية الجنائية هو قدرة الجانى على التمييز بين الخطأ والصواب بصفة عامة ، أو بالنسبة للجرم الذى ارتكبه .

واستمر الحال على ذلك إلى أن وقعت فى سنة ١٩٤٣ حادثة جنائية ، أعطت الموضوع أهمية وشهرة غير عاديتين ، فعند انصراف سكرتير رئيس وزراء بريطانيا من منزل رئيس الوزراء ، أطلق عليه شخص يدعى مكثانن، أصيرة نارية ، وقتله على أساس اعتقاد لديه بأن المجنى عليه هو رئيس الوزراء ، وقد تبين عنده محاكمة الجانى أنه منذ وقت طويل كان يعانى هذات اضطهادية ، وأنه فى خلال السنتين السابقتين لوقت الحادثة ، أرسل جملة شكوى للسلطات المختصة طالباً حمايته من أعدائه المزعمين ، ولكن دون نتيجة مرضية فى نظره ، ولذا أقدم على فعله لفت للنظر إلى ظلامته .

وإزاء هذا لم يكن غريباً أن تقرر هيئة المحلفين عدم مسؤولية المتهم ، غير أن هذا القرار أحدث مع ذلك ضجة كبيرة ، جعلت مجلس الأعيان هناك يقدم للجنة القضائية عدة أسئلة عن الوضع القانونى ، حيال الجرائم التي يرتكبها أشخاص يعانون من معتقدات وهمية جنونية ، ضد واحد أو أكثر من الناس .

وقد أطلق على إجابات تلك الهيئة بصفة عرفية تعبير «قواعد مكثانن» ، واعتبرت منذ ذلك الحين من مبادئ القانون الإنجليزى ، التي تلتزم بها الهيئات القضائية عند الفصل فى المسؤولية الجنائية لمرضى العقل .

وأهم ما جاء فى تلك القواعد هو مانص على أنه لكي يكون الدفع بجنون المتهم وطيباً ومدينياً على أساس سليم وممكننا الأخذ به يجب أن يثبت بوضوح أن المتهم وقت ارتكاب الجريمة يعانى بسبب مرض فى العقل من نقص أو قصور فى الشعقل أو الرشد ، جعله لا يدرك طبيعته ونوع أى ماهية الفعل ، الذى كان



يرتكبه أو في حالة درايته لطبيعة وماهية الفعل .. فإنه لم يكن يدري أن ما يرتكبه فعلاً خاطئاً .

ومع أن أسئلة مجلس الأعيان وردود لجنته القضائية عليها تخلص صراحة بالأفعال الإجرامية ، التي يرتكبها أشخاص يعانون من هناءات مرضية ، إلا أن قواعد مكاتن، تعبير عادة ، وتفسر حسب العرف القانوني على أنها تنصب على المرض العقلي عامة ، وأياً كان نوعه ومهما تبلغ درجته .

ومن هنا يتبين أنه حسب تلك القواعد ، لا بد أن يكون المرض العقلي المانع للمسئولية الجنائية هو ذلك المتضمن نقصاً أو قصوراً في التعلقل والرشد ، يحول دون إمكان الجاني معرفة طبيعة وماهية فعله أو خطأ هذا الفعل .

ويعنى آخر .. يكون أعضاء اللجنة القضائية لمجلس الأعيان البريطاني بقواعد «مكاتن» التي وضعوها قد تمسكوا بكل دقة بالمبادئ التقليدية للقانون الإنجليزي ، التي تجعل من اضطراب الإدراك - وهو الجانب المعرفي للعقل - المعيار الوحيد للمسئولية الجنائية في حالات المرض العقلي، وكنتيجة تبعية لذلك لا تؤخذ الأفعال الإجرامية من مريض العقل على أنها وثيقة الارتباط بمرضه وناشئة عنه ، إلا إذا ثبت صلتها الفطرية باختلال إدراكه .

وعند مناقشة موضوع كفاية أو عدم كفاية قواعد مكاتن، كاختيار قانوني للمسئولية الجنائية في حالات المرض العقلي .. يبرز التساؤل عما يدعو المجتمعات المتحضرة للامتناع عن عقاب مرضى العقل ، جزاءً لما يرتكبه من جرائم ، وكأساس منطقي للتساهل أو اللين في معاملة هؤلاء المرضى .. توجد الحقيقة المعترف بها ، وهي أن المرض العقلي يمحو أو ينقص القدرة على ممارسة ضبط النفس المانع من انتهاج القانون ؛ مما يجعل توقيع العقاب على المصاب به كإجراء رديع عديم الفائدة ، وكذلك يرجع ذلك التساهل لبعض الشيء إلى حكمة قديمة ، تقول إن المجنون يعرجب مرضه معاقب بما فيه الكفاية .

فضلاً عن هذا .. فإن الهيئة الاجتماعية تعتبر مرضى العقل ذوى ميول إجرامية كامنة بحالة ، وإلى مدى لا يشاهد في الأشخاص السويين ، مما يجعلها تلجأ إلى حماية نفسها مبقاً بحرمان هؤلاء المرضى من حريتهم الشخصية ، بحجزهم في المستشفيات المختصة ، وكمقابل لهذا الحرمان من حقوق المواطن

العادي .. فإنها تعفيهم من الواجبات والمسئوليات الموازية لتلك الحقوق ، وبالتالي فإنها تعفيهم من العقاب ، عندما يدفعهم المرض العقلي لارتكاب الجرائم .

وفي بلادنا وفي تلك البلاد الأخرى .. تساوى الإصابة بالمرض العقلي عدم المسؤولية الجنائية ، وينص قانون العقوبات عندنا في المادة ٦٢ منه على أنه لا عقاب على من يكون فاقد الشعور أو الاختيار في عمله وقت ارتكاب الجريمة ، إما لجنون أو عاهة في العقل ، وإما لغيبوبة ناشئة عن عقاقير مخدرة أيا كان نوعها إذا أخذها قهراً عنه ، أو على غير علم منه بها .

وهذه الفقرة الأخيرة من المادة تعنى أن تعاطى الشخص العادي للمخدرات بما فيها الخمر والحشيش ، لا يعفيه من المسؤولية والعقاب عما يرتكبه وهو تحت تأثيرها ، ما دام أنه يأخذها بمحض إرادته وهو يعلم ماديتها .

أما للمصاب بالجنون أو العاهة في العقل ، حتى ولو جاءت مضاعفة لاعتیاد تعاطى الحشيش أو الخمر أو كليهما .. فلا عقاب عليه بصفة شاملة ، وهذا اتجاه يتفق مع الوضع الفنى السليم ، ويحل دون التعميد في موضوع كالمريض العقلي ، ليس من السهل توضيح حدوده بالدقة المرغوب فيها ، وما دام أنه بالإمكان إثبات أن المتهم كان وقت ارتكاب الجريمة مصاباً بأحد الأنواع المعروفة للمرض العقلي .. فإن الخبر يقرر أنه يعتبر حينذاك غير مسئول عن أعماله .

إن الغالبية العظمى من مرضى العقل ليس لديهم استبصار بحقيقة حالتهم ، فلا يشعرون ، ولا يعترفون بأنهم مرضى وفي حاجة للعلاج ، وبالتالي .. فإنهم لا يرون داعياً لإدخالهم مستشفى الأمراض العقلية ، بل يرفضون الذهاب إليها أو حتى إلى عيادة طبيب أخصائي في الطب النفسي .

هذا في حين أن مصلحة المرضى تقضى بأن يجرى علاجهم مبكراً بقدر الإمكان عقب اكتشاف المرض لديهم ، زيادة في أمل شفائهم ، وتتطلب أحيان كثيرة بأن يكون هذا العلاج داخل المستشفى ، وذلك لاعتبارات شتى ضمنها عدم قبولهم لأي علاج في وسطهم العائلي ، والحاجة إلى حمايتهم من احتمال أضرارهم بأنفسهم أو بغيرهم .. لذا كان من الضروري في مثل تلك الأحيان إدخال المرضى المستشفى قسراً عنهم وحجزهم فيه .

ولما كان في هذا الحجز تقييد للحرية الشخصية المكفولة لكل المواطنين

المتبعين لسنن المجتمع ونظمه .. فقد وضحت الحاجة هنا في كل دول العالم إلى سن التشريعات اللازمة ؛ لتنظيم ذلك القيد على الحرية الشخصية ، ولضمان عدم الخروج به عن هدفه الأصلي ، وهو صالح المرضى وأمن المجتمع .

وقد كان إرسال مريض العقل إلى مستشفيات الأمراض العقلية يجرى في الماضي بمقتضى نظام غير دقيق ووارد في لائحة الشرطة ، وموّداه أن يعرض المريض على طبيب الصحة ، الذى بعد القيام بالفحص ويعلّء استشارة خاصة بمشاهداته ، وبأية معطومات .. يكون قد حصل عليها من أقارب المريض أو الملاحظين له ، ثم يوقع مأمور قسم أو مركز الشرطة في نهاية الاستشارة على أمر بقبول المريض في المستشفى للحجز والعلاج ، وكان الإفراج عن نتحصن حالته أو يشفى من هزاله المرض يتم بمعرفة المستشفى ، بعد فحص المريض كذلك .

غير أنه للاختبارات سالفة الذكر ، وتماشيا مع اتجاهات التقدم ؛ خاصة بالنظر لما تعهدت به الحكومة في مؤتمر إلغاء الامتيازات الأجنبية ، الذى عقد في أوائل عام ١٩٧٣ بمدينة مونترية من سن قانون عسرى ، ينظم معاملة مريض العقل والعناية بهم ويشلونهم .. فقد صدر هذا القانون بالفعل ، ونشر بالجريدة الرسمية ، وأصبح نافذ المفعول ، ابتداء من ١١ أكتوبر سنة ١٩٤٤ ؛ وهو الذى أطلق عليه عنوان «القانون رقم ١٤٦ لسنة ١٩٤٤ ، الخاص بشأن حجز المصابين بأمراض عقلية» .

وهذا القانون يقع في ٣٩ مادة فقط ، مقسمة إلى سنة أبواب . وبهذا يبدو مبسطاً ومختصراً ، ولكنه مع ذلك فد وفى - لغاية الوقت الحاضر - بالغرض من إصداره ، وقد شكل في السنوات العشر الأخيرة أكثر من لجنة للنظر في تعديله ولكن لم تظهر لغاية الانتهاء من تأليف هذا الكتاب أية نتيجة لمجهودات تلك اللجان ، والتي أئمنى أن تظهر خلال الأعوام القادمة ، بعد المناقشات المتعددة ، التى تمت بين أعضاء الجمعية المصرية للطب النفسى خلال الأعوام السابقة ، وأعضاء مجلس الشعب .

ويتناول الباب الأول من القانون - في ثلاث مواد - الأداة التى تهيم على تنفيذها ، وهى مجلس المراقبة للأمراض العقلية ، واختصاصاته ، وطريقة تشكيله ومواعيد صحبة انعقاده .

ويتناول الباب الثانى من القانون - فى المواد من ٤ إلى ٢١ - موضوع حجز المصابين بأمراض عقلية والإقراج عنهم - فنصت المادة ٤ فى الفقرة الأولى منها - على أنه لا يجوز حجز المصاب بمرض فى قواه العقلية ، إلا إذا كان من شأن هذا المرض أن يخل بالأمن أو النظام العام ، أو يخشى منه على سلامة المريض أو سلامة الغير .

وهذه الفقرة مع أهميتها قد تبدو غير دقيقة تماما ، ولكن بالنظر لطبيعة الاضطراب العقلى وكونه غير محدد المعالم تمديداً كاملاً فإنه يصعب جداً صياغتها فى عبارات ، تكون أكثر دقة مما هي عليه ، ويلاحظ أنه ورد فى هذه الفقرة عبارة (إلا إذا كان من شأن هذا المريض) ، ولم يرد بديل عنها مثلاً عبارة (إلا إذا كان أدى هذا المرض بالفعل) ، ويستفاد من ذلك عدم التباطل فى اتخاذ إجراءات الحجز وعدم الانتظار إلى أن يحاول المريض - على سبيل المثال - الانتحار أو مهاجمة الغير أو غير ذلك .

وفيما يختص بإدخال المريض مستشفى الأمراض العقلية وحجزه فيه .. فإن هناك ثلاث طرق لذلك ، مبنية نفاصلها فى المواد ١٢،٧،٥ من القانون ، والمادتين ٧،٥ خاصتان بالمرضى ، الذين تنطبق عليهم الفقرة الأولى من المادة ٤ المشار إليها فيما تقدم .

وبالتالى يكون الذين يجب إدخالهم المستشفى بقصد حجزهم قسراً عنهم ، والمادة ٥ هي خاصة بالمرضى الذى يصادفه طبيب الصحة بنفسه ، أو الذى يصل إلى النيابة أو لمأمورى الضبطية للقضائية من رجال الشرطة علم بحالته ، إما مباشرة أو عن طريق أقاربه أو معارفه ، فيحال على ذلك الطبيب الذى يفحصه ، ثم بدلاً استشارة خاصة مكونة من أربع صفحات بمشاهداته ، وبما يحصل عليه من معلومات أخرى ، ويوقع مأمور قسم أو مركز الشرطة فى نهايتها على طلب إلى مدير المستشفى بقبول المريض ، وحجزه هناك ، ويحمل هذه الاستشارة أحد رجال الشرطة برفقة المريض إلى المستشفى .

بينما تختص المادة ٧ بالمرضى ، الذين يفضل أقاربهم إدخالهم المستشفى (الذى يكون عادة مستشفى خاصاً) عن غير طريق الشرطة ، بشهادتين طبيبتين ، كل منهما على استشارة خاصة وإحداهما على الأقل من طبيب حكومى ، ومع

الشهادتين استمارة يطلب حجز المريض معونة إلى مدير المستشفى .

أما المادة ٢١ .. فإن العرض منها التسهيل على المرضى ؛ لكي يتقدموا في ستر إلى المستشفى مباشرة ، ويمحض إرادتهم للعلاج داخله ، باعتبارهم من يطلق عليهم اسم المرضى الطوعيين ؛ حيث نصت المادة على أنه يجوز أن يقبل بمستشفيات الأمراض العقلية كل مصاب بمرض عقلي ، غير ما نص عليه في الفقرة الزولى من المادة ٤ ، بناءً على طلب كتابي منه ، أو من وليه ، أو ممن يقوم بشنونه على أن يقوم مدير المستشفى برفع تقرير عن حالته إلى مجلس المراقبة في خلال يومين من قبوله بالمستشفى ، وعلى أن يكون للمريض حق ترك المستشفى بناءً على طلب كتابي منه كذلك ، إلا إذا تفاقمت حالته العقلية .. فعد هذا ينحفظ عليه بالمستشفى ، ويخطر أقراره ولاشرطه باتخاذ إجراءات حجزه طبقاً لأحكام المادة ٥ أو ٧ .

وتلك المادة ٢١ من المواد الأساسية في القانون ؛ إذ هي إحدى وسائل التشجيع على علاج المرض العقلي مبكراً بقدر الإمكان ، عندما يكون المريض على شيء من الاستبصار بحالته غير السوية ، وحيث يكون الأمل كبيراً في التغلب على المرض والشفاء منه .

وفي وقت ما ، كان مصير هذه المادة معلقاً ؛ إذ كانت مهددة بالحذف من مشروع القانون ، عند عرضه على اللجنة التشريعية الاستشارية بوزارة العدل ، وقيل إحالته إلى البرلمان لولا التوضيح لرجال التشريع عن مبررات وضع هذه المادة ، وأهميتها البالغة ، واستنادها إلى أحدث الآراء في علاج المرض العقلي ، ومشابقتها لما ورد في تشريعات الدول الأخرى .

وقد نصت المادة ٩ على : أن على مدير المستشفى أن يخطر مجلس المراقبة كتابة عن حجز أى مريض به - وهو الذى يكون قد أدخل بمقتضى إحدى المادتين ٥ ، ٧ - في خلال ثلاثة أيام من دخوله ، وأن يقدم تقريراً إلى المجلس عن حالته في خلال الأربعة الأيام التالية ، وعلى أنه بعد بحث حالة المريض يقرر مجلس المراقبة في مدة ثلاثين يوماً على الأكثر من تاريخ الحجز ؛ أى دخول المستشفى إما بالموافقة على الحجز أو الإفراج عن الشخص المحجوز ، وإذا لم يصدر المجلس في هذا المرعد قراراً بالموافقة على الحجز .. فإن الحجز

الشهادتين استمارة بطلب حجز المريض معونة إلى مدير المستشفى .

أما المادة ٢٦ .. فإن الغرض منها التسهيل على المرضى ؛ لكي يتقدموا في ستر إلى المستشفى مباشرة ، وبمحض إرادتهم للعلاج داخله ، باعتبارهم من يطلق عليهم اسم المرضى الطوعيين ؛ حيث نصت المادة على أنه يجوز أن يقبل بمستشفيات الأمراض العقلية كل مصاب بمرض عقلي ، غير ما نص عليه في الفقرة الزولى من المادة ٤ ، بناءً على طلب كتابي منه ، أو من وليه ، أو ممن يقوم بشئونه على أن يقوم مدير المستشفى برفع تقرير عن حالته إلى مجلس المراقبة في خلال يومين من قبوله بالمستشفى ، وعلى أن يكون للمريض حق ترك المستشفى بناءً على طلب كتابي منه كذلك ، إلا إذا تفاقمت حالته العقلية .. فعند هذا يحتفظ عليه بالمستشفى ، ويخطر أقراره ولاشرطتبا اتخاذ إجراءات حجزه طبقاً لأحكام المادة ٥ أو ٧ .

وبتلك المادة ٢٦ من المواد الأساسية في القانون ؛ إذ هي إحدى وسائل التشجيع على علاج المرض العقلي مبكراً بقدر الإمكان ، عندما يكون المريض على شيء من الاستبصار بحالته غير السوية ، وحيث يكون الأمل كبيراً في التغلب على المرض والشفاء منه .

وفي وقت ما ، كان مصير هذه المادة معلقاً ؛ إذ كانت مهددة بالحذف من مشروع القانون ، عند عرضه على اللجنة التشريعية الاستشارية بوزارة العدل ، وقبل إحالته إلى البرلمان لولا التوضيح لرجال التشريع عن مبررات وضع هذه المادة ، وأهميتها البالغة ، واستنادها إلى أحدث الآراء في علاج المرض العقلي ، ومشابهتها لما ورد في تشريعات الدول الأخرى .

وقد نصت المادة ٩ على : أن على مدير المستشفى أن يخطر مجلس المراقبة كتابة عن حجز أي مريض به - وهو الذي يكون قد أدخل بمقتضى إحدى المادتين ٥ ، ٧ - في خلال ثلاثة أيام من دخوله ، وأن يقدم تقريراً إلى المجلس عن حالته في خلال الأربعة الأيام التالية ، وعلى أنه بعد بحث حالة المريض يقرر مجلس المراقبة في مدة ثلاثين يوماً على الأكثر من تاريخ الحجز ؛ أي دخول المستشفى إما بالموافقة على الحجز أو الإفراج عن الشخص المحجوز ، وإذا لم يصدر المجلس في هذا الموعود قراراً بالموافقة على الحجز .. فإن للحجز

يوقع تلقائياً على الشخص المحجوز (مادة ١١) .

ويكون قرار الموافقة على المحجز نافذ المفعول لمدة سنة من تاريخ صدوره ، ويجوز للمجلس قبل انقضاء هذه المدة - وبناءً على تقرير عن حالة المريض من مدير المستشفى - أن يأمر بامتداد المحجز لمدة سنة أخرى ، ثم لمدة سنتين ، ثم لمدة ثلاث سنوات ، ثم لمدة خمس سنوات فخمس أخرى .. وهكذا (مادة ١٠) .

وقد بذلت هذه الفروق في مدد امتداد المحجز على أساس أنه إذا كان مقدراً التحسن في حالة المرضى .. فإنه يحدث على الأغلب خلال السنة الأولى ، أو ربما أثناء السنة الثانية ، ثم يقل تدريجياً الأمل في الشفاء بعد ذلك ، وبالطبع يختلف الوضع الآن مع العلاج الدوائي الحديث ، ويمكث المريض بالمستشفى عدة أسابيع ، يعود بعدها للمجتمع .

هذا .. ويتناول الباب الثالث من القانون ، المستوى على المواد من ١٢ إلى ٢٩ ، المحال المعدة لعلاج وإيواء المصابين بأمراض عقلية ، فلا يجوز إنشاء وإدارة مستشفى خصوصي لإيواء أو معالجة المصابين بأمراض عقلية ، إلا بناءً على ترخيص من وزير الصحة العمومية ، بعد موافقة مجلس المراقبة ، ولا يمنح هذا الترخيص إلا لطبيب أو لجمعية خيرية أو مؤسسة اجتماعية معترف بها (مادة ٢٢) .

ويتناول الباب الرابع - ٣٠ - ٣٤ - العقوبات ، التي تفرض على الخارجين على أحكام القانون ، أو على من يسيئون معاملة المرضى ، وتندرج هذه العقوبات في الشدة تبعاً لمبلغ خطورة الفعل المنسوب إلى المرتكب .. فنص على أن يعاقب بالحبس لمدة لا تتجاوز سنتين ، وبغرامة لا تزيد عن مائة جنيه ، أو بأحدى هاتين العقوبتين لكل طبيب أثبت عمداً في شهادته ما يخالف الواقع في شأن الحالة العقلية لشخص ما بقصد حجزه أو الإفراج عنه . وأيضاً كل من قبض أو حجز أو تسبب عمداً في حجز أحد الأشخاص بصفته مصاباً بأحد الأمراض العقلية ، في غير الأمكنة والأحوال الواردة في القانون (مادة ٣٠) .

ويشمل الباب الخامس من القانون أحكاماً عامة ، فنص (مادة ٣٥) على أن يعتبر مفتشو إدارة الصحة العقلية والنفسية والموظفون ، الذين يندبون بقرار من وزير الصحة العمومية من مأموري الضبطية القضائية في إثبات الجرائم ، التي

تقع مخالفة لأحكام هذا القانون ، والقرارات التي تصدر تنفيذاً له ، ولهم بهذه الصفة الحق في تفتيش جميع المستشفيات ودخول المحال المخصصة للمصابين في المنازل المأثون بحجز المصابين بأمراض عقلية فيها ، ولهم كذلك الحق في فحص السجلات والأوراق المنصوص عليها في المادة ٢٦ .

ويتناول الباب السادس والأخير بعض الأحكام المؤقتة ، مثل : منح أصحاب المستشفيات الخصوصية للمصابين بأمراض عقلية والموجودين وقت العمل بالقانون مهلة ، مدتها ثلاثة أشهر لتقديم طلب الترخيص بها (مادة ٣٧) ، ومثل اعتبار المرضى الموجودين عند صدور القانون بمستشفيات الأمراض العقلية الحكومية أنهم كانوا محجوزين حجزاً صحيحاً من تاريخ إنخالهم بحيث كان تسرى بشأنهم سائر أحكام القانون ، في حين كان يتعين عرض أمر المرضى المحجوزين في مستشفيات خصوصية على مجلس المراقبة ، خلال خمسة عشر يوماً من تاريخ العمل بالقانون (مادة ٣٨) ، ومثل قيام وزراء الصحة العمومية والداخلية والحل والشئون الاجتماعية بتنفيذ القانون ، كل منهم فيما يخصه ، على أن يصدر أولهم ما قد يلزم من القرارات ، بما فيها الملغزة لل مواد ٨ ، ٢٢ ، ٢٦ وغيرها .



## أمثلة من الحالات التي تواجه الطب النفسي الشرعي الانحراف أو الجناح

العرف ، سلوك خارق للقانون .

معدل الانتشار : ٢٠ - ٢٥ ٪ من المراهقين الذين يتعمون بأعمال ما في وقت ما من حياتهم .

٥٠ ٪ من الجرائم يقوم بها أفراد أقل من ٢١ سنة .

٥٠ ٪ من المراهقين الخارقين للقانون يعاودون مرة ثانية .

١٠ ٪ فقط يخرقونه عدة مرات .

إن السلوك غير الشريف يرتبط بالفرص المتاحة لذلك ، أكثر من ارتباطه بسمات الشخصية .

### العوامل المعاصية :

(أ) عوامل عضوية :

الانحراف أكثر انتشاراً بين التوائم المتشابهة ، عنه بين التوائم غير المتشابهة . وقد أثبتت ذلك للدراسات الوراثية بواسطة دراسات التبنى . كما ثبت انخفاض محامل الذكاء في مكرري الانحراف ، وقد يصاحب أحياناً الإصابة العنيفة سلوك منحرف (وإن كانت ترتبط أيضاً بالجو العائلي المضطرب) .

(ب) عوامل أسرية واجتماعية :

حجم العائلة كبير ، الولدان كثيراً التدخل ، ويتميزان بالقسوة والعدوانية وافتقار الانساق في تصرفاتهما .

(ج) عوامل شخصية :

الميل نحو عدم الطاعة والعدوانية والهروب من الملز في الطفولة ، وكلها مظاهر لعدم التوافق الشخصي .

(د) الاضطراب العقلي :

٢٧ ٪ من فتیان الأحداث اعتبروا «شاذين عقلياً» ، و٦٠ ٪ من الأحداث في المدارس الخاصة يعانون من اضطراب في الشخصية ، و١٩ ٪ من حالات الانحراف المتكرر يعانون من الذهان ، و١٦ ٪ سبق لهم دخول المستشفيات العقلية ،

و٨٨٪ اعتبروا شخصيات منحرفة بدرجة شديدة .

### التصنيف :

سكوت (١٩٩٠) :

- ١- سلوك تحت حضارى .. اكتساب قيم ضد اجتماعية .
- ٢- أبوية أو أمومة غير مدنية وغير منسقة ، تؤدى إلى مختلف أنواع الانحراف المختلفة .
- ٣- سلوك إصلاحى - تعريض القصور الشخصى من إعاقه بيئية .
- ٤- سلوك متصلب ثابت - رد فعل إجرامى غير متوافق ومتكرر للكروب .

نيس (١٩٩٦) :

- ١- افتحام - سلوك جماعى غير مخطط .
- ٢- إثبات وإظهار للرجولة .
- ٣- سلوك يؤدى للإشباع - اندفاعى وفردى ، وعادة ما تكون السرقة من أفراد العائلة .
- ٤- ثانوى - مخطط ومقصود .

### العلاج :

- ١- الإرشاد الفردى للمنحرفين ، الذين يتمتعون بمعدل ذكاء عالٍ ، ولديهم الحافز للعلاج ، والقادرون على التعبير عن أنفسهم ، ويحاولون من أعراض القلق ، وينصح بأن تتم المقابلة مرة أو مرتين أسبوعياً لمدة ٩ شهور ، وأن تتم فى وحدة علاجية وألا يزيد العدد عن عشرة .
- ٢- أما بالنسبة للأفراد ذوى معدلات الذكاء المنخفضة .. فإن النظام الأبوى الصارم يكون أكثر فائدة من الإطار العلاجى الأقل حزماً .
- ٣- التخلص من نقاط احتقار الذات ، وإعادة بناء التقدير الذاتى والثقة بالنفس .

### العآل :

يعتبر معدل الانحراف فى العاضى مؤشراً لاحتمال حدوث الانحراف فى المستقبل .

### السيكوباتية (الشخصية العاليلة أو المستهينة بالمجتمع)

سبق شرحها في سياق اضطرابات الشخصية ، تحت اسم شخصية ضد اجتماعية ، وتركز هنا على المضمون في الطب الشرعي .  
التعريف :

لا يوجد تعريف دقيق ومقبول ، وعادة ما يحوم التعريف حول الموضوع ، حيث يفترض أن السلوك نابع من المرض ، وإن كان يفترض أيضاً أن المرض نابع من السلوك . إن المرضية الاجتماعية مصطلح غير واضح ومعوه في كثير من الأحيان .

التطور التاريخي :

بيل ١٨٠١ :

جنون دون ضلالات - التفكير سليم مع اضطرابات في الانفعال والإرادة .

راش ١٨١٢ :

انحلال أخلاقي - فقر أخلاقي داخلي قابل للعلاج الطبي .

برتشارد ١٨٣٥ :

جنون أخلاقي - القدرات العقلية سليمة ، مع اضطراب في الوظائف الوجدانية والأخلاقية .

كوخ ١٨٩١ :

شعور بالدونية نفسمرضى - استعداد تكويني للاضطراب العقلي بكافة

أنواعه .

كربلين ١٩٠٩ :

سمات نفسمرضية - اضطرابات عقلية في الشخصية ، منفصلة عن

العصاب والذهان ، وقد غير آراءه في السنوات التالية .

شايدر ١٩٢٧ :

الشخصيات النفسمرضية .. شخصيات شاذة ، يؤدي سلوكها إلى المعاناة

الشخصية ، أو إلى معاناة المجتمع ، ويتميزون بسمات عديدة منحرفة عما يعتبر

طبيعياً في مجتمع بذاته .

بارتريدج ١٩٣٠ :

تستخدم وجهة النظر الأمريكية مصطلح المرض الاجتماعي ، تأكيداً على أن التبعات تعود أولاً على المجتمع أكثر منها على الفرد .

هندرسن ١٩٣٩ :

السيكوباتية منفصلة عن العصاب ، فهي شخصية أُنانية ، تفتقد المشاعر الراقية ، مندفعة ، قليلة الاحتمال للكرب ولا تتعلم من أخطائها ، وقد وصف ثلاثة أنواع : الخلاق ، وغير السوي ، والعدواني ، ويعتبر هذا التعريف ذا تأثير في الطب النفسي البريطاني .

التعريف القانوني للشخصية السيكوباتية :

هو عجز أو اضطراب مستمر في العقل (سواء كان ذلك يتضمن التخلف العقلي أو لا يتضمنه) ، يؤدي إلى سلوك شاذ ، عدواني أو غير مسئول من جانب المريض ، ويحتاج أو يقبل العلاج الطبي ، وهو تعريف رسمي وإن كان يشير كثيراً من الجدل .

سكوت (١٩٦٠) :

هناك أربعة عوامل ، تشترك فيها كثير من التعريفات ، هي :

- ١- غياب أمراض أو عيوب نفسية أخرى .
- ٢- سلوك ضد اجتماعي - عدواني أو غير سوي .
- ٣- استمرار السلوك من سن مبكرة .
- ٤- يحتاج إلى نوع مميز في التعامل من جانب المجتمع .

لويس (١٩٧٤) :

«وهو فئة شديدة المراوغة، غير محددة المعالم ، تحتاج إلى المزيد من المعرفة بها .

الأسباب :

١- عضوية :

تشير دراسات التبلي إلى وجود دور للعوامل الوراثية .

- يشير رسم المخ إلى وجود موجات شاذة بطيئة غير نامضة ، على الجزء

التخلقى من الفص الصدغى .

- بعض التصاحب مع اضطراب الكروموزومات 47 XXY ، وتتميز هذه الحالة بالعدوانية .

٢- نفسحليلية :

قد يؤدى اختلال علاقات الارتباط المبكر إلى فشل فى عقد الصلات الاجتماعية ، وعدم نضوج فى الارتقاء العاطفى والأخلاقى ، وارتفاع الأنا الأعلى ، مما يجعل أن يؤدى إلى :

١- سلوك شاذ وضد اجتماعى متكرر .

٢- الفشل فى تعلم السلوك الاجتماعى فى فترات التعلم المرحلة .

٣- افتقاد القلق الضرورى لتكوين القيم والأخلاقيات .

٤- الشعور بالقلق المتزايد عند أى شعور بالتهديد وبالتالي تجاهل كافة مشاعر القلق .

العلاج :

١- فى العيادات الخارجية :

الإرشاد والمساعدة فى تجنب مواقف الكرب ، وتعلم طرق جديدة للتعامل مع الإحباط ، ويمكن أن يتم ذلك بواسطة الأساليب المعرفية والسلوكية .

٢- فى القسم الداخلى :

الوحدات الطب نفسية التقليدية غير ذات فائدة ، أما المجتمعات العلاجية .. فتساعد على تعلم المهارات الاجتماعية بنسبة نجاح ٤٠ ٪ ، خاصة إذا كان معدل الذكاء عالياً ، والنضج الاجتماعى متطوراً ويناسب المجال الأبوى ذوى معدلات الذكاء المنخفضة .

٣- السجنون :

وهى ضرورية للمريض العدوانى ، وقد تكون السجنون العلاجية ذات فائدة .

العائل :

ارتفاع معدلات إدمان الكحول والانتحار . وقد يقل السلوك العدوانى وضد الاجتماعى فى مراحل متأخرة من الحياة ، حيث يميل هؤلاء الأفراد إلى الاكتئاب ولوم الذات .

## العنف

يأتى السلوك العنيف كنتيجة لارتفاع الدافعية نحو العنف ، مع اعتقاد تحكم كافٍ في النفس . ونذا .. فإن العنف غالباً ما يحدث في قبلي التحكم في النفس ، عند تعرضهم لأي درجة من الكرب ، وفي مفرطى التحكم في النفس عند تعرضهم لدرجة جسيمة من الكرب (وهنا يكون العنف أيضاً شديداً) .

يحدث العنف غالباً في المرحلة العمرية ما بين ١٧ - ٢١ سنة ، وتحدث ٥٠٪ من جرائم العنف عادة في الأماكن العامة أو بعد مشاهدات عائلية ، وفي ٢٦٪ من الحالات يبدو الأمر ، وكأن الضحية هي التي استفزت موقف العنف .

### درجة الخطورة (سكوت)

«مفهوم خطير» ميل لايمكن التكهّن به ، ولايمكن علاجه ، ولايمكن التنبؤ بالمخاطرة بإحداث إصابة أو دمار شديد لا رجعة فيه .

### العلاقة مع الاضطراب العقلي (تنتت) :

١- يحدث نادراً نتيجة لاضطراب عقلي (خاصة الذهان البارانونيدي والغيرة المرضية) .

٢- قد يصاحب اضطراب عقلي ، ولكن شفاء الاضطراب العقلي لايترب عليه تقليل درجة الخطورة .

٣- قد يحدث دون أي دليل على وجود اضطراب عقلي .

قد يكون المرضى الذين خرجوا من المستشفيات العقلية ، أقل عرضة لجرائم العنف من المجموع العام ؛ بعكس اعتقاد العامة .

### التقييم :

صعب ولكنه حيوي ، ويتم بأفضل أشكاله على أساس طويل المدى ، ووجود تواصل جيد بين كافة المقيمين .

١- قد يعتمد على نوع وكيفية العنف ؛ فالمدون الجنسي والمصابون بالغيرة المرضية عرضة بشكل خاص لتكرار العنف .

٢- التهديد بالعنف وتكرار العنف في حالات السكر يشير إلى احتمال تكرار الخطر ؛ فالخطر المتكرر يشير إلى احتمال وقوعه في المستقبل .

٣- قد يعتمد على عوامل بيئية - إذا استمرت الكروب أو بقيت ضحايا العنف على حالها .

٤- يجب تقويم العوامل التى تؤدى إلى الانفلات ، مثل : الخمر والعقاقير والإجهاد .

٥- عدم الشعور بالندم يشير إلى ارتفاع درجة الخطورة .

٦- السلوك العدوانى المنتشر ، الذى يبدأ فى سن مبكرة ، ويستمر (خاصة إذا توافر السلوك العدوانى فى العائلة) يعزز تكرار العنف .

٧- إذا شعر القائم على التقييم بالخوف .. فإن ذلك قد يشير إلى الخطورة .

٨- السلوك اللكوى الطفولى أثناء وبعد العدوان يشير إلى الخطورة .

٩- الخيال السادى يشير إلى الخطورة .

#### جرائم العنف

#### الأنواع :

- القتل العمد مع سبق الإصرار والترصد .

- القتل غير العمد دون سبق إصرار وترصد (القتل الخطأ) .

- قتل الأطفال أو قتل طفل يقل عمره عن سنة واحدة بواسطة أمه .

- القتل ويتضمن الثلاثة أنواع الأولى .

#### الانتشار :

الجانى : نسبة الرجال إلى النساء ١١ : ١ .

المجنى عليهم : نسبة الرجال إلى النساء ١ : ٢ .

٧٥% من المجنى عليهم يكونون على علاقة سابقة بالجانى .

٥٠% من المجنى عليهم يكونون إما من الأقارب أو فى علاقة عاطفية مع الجانى .

٣٠% من المجنى عليهم يقتلون أنفسهم بعد اقتراف القتل (خاصة النساء) .

٥٠% من الجرائم تتضمن تناولاً للخمر .

٥٠٪ من جناة القتل يتميزون بعدم السواء العقلي - خاصة اضطرابات الشخصية الشديدة .

أقل من ١٪ يعادون القتل .

وبالتالى .. فإن الصورة الشائعة فى ارتكاب جرائم القتل تتكون من زوج

فرق وعدوانى بحسبى الخمر ، مع وجود جو عائلى متوتر .

أما جناة القتل الساديون فيصنفون كالتالى : غالبا ، عمره أقل من ٣٥ سنة ، متبدد المشاعر متحفظ ، ذو خيال غنى بصور الفاشية والسحر الأسود وصور الجنس السادية .

وقد قام الدكتور الخولى بمناقشة ودراسة ٢٩٧٦ مريضاً متبعهاً محولاً للمناظرة النفسية إلى مستشفى العباسية والغانكة للأمراض العقلية فى الفترة ما بين ١٩٤١ - ١٩٥٣ ، حيث وجد أن ٤٦٢ منهم فقط لم يكونوا مصابين بأى اضطراب عقلى . أما تشخيصات الـ ٢٥١٤ مريض الباقية (وملهم ١١٦ من النساء) فكانت كالتالى ، كما سبق شرحها :

٩,٣٪ شلل الجنون العام .

٥,٠٪ خرف شيخوخة .

١,٦١٪ خرف تصلب الشرايين .

١,١٨٪ شلل رعاش ما بعد التهاب الدماغ .

١٨,١٤٪ ذهان البلاجرا .

٠,٣٧٪ ذهان غير مميز .

٨,٧٩٪ ذهان الكحول والحشيش .

١٦,٤٪ ذهان المرح الاكتئابى .

٢٦,٧٥٪ فسام .

١,٤٩٪ اضطرابات بارنويدية .

٣,٦٥٪ ذهان سرعى .



١٠,٠٥ ٪ انشقاق هستيري .

١٠,٩٣ ٪ اضطرابات نفسمرضية .

١٨,٣٩ ٪ تخلف عقلي .

وفي عام ١٩٧٥ قام عكاشة وصانق بدراسة نفس - اجتماعية لمسجون من القنطرة المصرييين ٦٠ منهم في السجن و٣٠ في مستشفيات الأمراض العقلية الحكومية ، وقارنلهم بثلاثين شخص متناسبين من حيث السن والجنس ... إلخ ، وقد قامت الدراسة بتناول معدل الجريمة والجنس والعمل والحالة الاجتماعية والارتفاع المبكر والواقعية والاضطرابات الجنسية المصاحبة والإدمان ومعدل التوزيع بين الريف والحضر .

وقد قامت الدراسة بوصف تفصيلي للتقييم النفسي السريري والتشخيص الأساسي لكل حالة من حالات المسجون والمستشفيات العقلية ، كما تناولت الفروق الإحصائية بين مجموعتي القنطرة والمجموعة الضابطة ، من حيث : معدل الذكاء والأداء على اختبار العدوان البدوي والاختبارات الاسقاطية .

وقد تم عمل رسم مخ كهريائي لستة وسبعين من القنطرة ، محل الدراسة ، ٤٦ من المسجون و٣٠ من مستشفيات الأمراض العقلية ، و(٣٠ شخص من العينة الضابطة) ، ووجد أن اضطرابات رسم المخ الكهريائي كانت موجودة في ٤٤,٤٨ ٪ من مجموعة السجن ، و٥٧ ٪ من مجموعة المستشفيات العقلية .

وكان من أهم الملاحظات تلك الخاصة بارتفاع نسبة رسم المخ المضطرب مايتجاوز ٧٠ ٪ بين المساجين الذين قاموا بجرائم نفقتد إلى الواقعية أو ذات دوافع ضعيفة ، وقد عكس الذهانيتون في الدراسة أعلى نسبة لاضطرابات رسم المخ الكهريائي (٦٠ ٪) ، ثم النفسمرضيتون (٣٣ ٪) وهو ما يختلف بدرجة ما عن دراسات سابقة . وقامت الدراسة نفسها بتفسير وتقييم العلاقة بين حالات المرضى التشخيصية ، وشكل الاضطرابات في رسم المخ الكهريائي في كل من مجموعة السجن ومجموعة المستشفيات العقلية .

جدول (١٥ - ١) : الاضطرابات العقلية العضوية  
المصاحبة بسلوك عدواني .

العوامل المسببة	زملات الخ العضوية
١ - محملة بهوراد : الكحول باربيتوريت مخدرات مهدئات أفيونامين كوكايين فينسكلدين الهيدروكربونات (مثل الصمغ) مضادات الكولين مخالفين أخرى (مثل الستيريود)	تسمم، تسمم ذاتي، هذيان الانتحاب، فلوسية، خرف. تسمم، هذيان، انتحاب . تسمم ، هذيان، اضطراب ضلالي - تسمم ، هذيان، اضطراب ضلالي - تسمم ، هذيان، اضطراب عقلي مشتط . فلوسية ، اضطراب ضلالي ، تسمم ، هذيان . تسمم ، هذيان . تسمم ، هذيان ، اضطراب ضلالي ، اضطراب شخصية ، اضطراب وجداني - هذيان . خرف .
٢- اضطرابات الجهاز العصبي المركزي: - إصابات بالمخ - التهابات دماغية (مثال : التهاب دماغي) - أورام المخ - اضطرابات وراثية دماغية - اضطرابات تطورية (مرض الزهايمر) - مرض ولسن - التصلب المتأثر - استئصال الدماغ طبيعي الضغط	زملة الشخصية العضوية . زملة الشللة العضوية . زملة وجدانية عضوية . فلوسية . زملة عضوية مختلطة أو أخرى .

زملات المخ العضوية	العوامل المسبب
<p>- تشنجات معقدة جزئية .                      - مرضية بماقية بعد تشنج . هذيان . صرع                      الفص الصدغي . اضطراب الشخصية .                      - عسر التحكم التوابعي . اضطراب انفجاري                      متقطع .</p>	<p>٣- اضطرابات جهازية تصيب الجهاز                      العصبى المركزى :                      - اضطرابات أيبضية (مثل نقص السكر                      فى الدم)                      - أمراض الغدد الصماء (مثل كلتنج)                      - نقص الفيتامينات (مثل ب١٢)                      - ضمجات جهازية                      - الذئبة الحمراء                      - البورفيريا                      - السموم الصناعية (مثل الرصاص)                      ٤- اضطرابات صرعية :                      نوبات تحدث أثناء نوبة الصرع                      نوبات تحدث بعد نوبة الصرع                      زملة الفص الحدى</p>

الشخصيات المصاحبة بسلوك عنيف. تبعاً للدليل  
التشخيصي والإحصائي الرابع الأمريكي

←	- اضطراب انفجاري متقطع .	
←	- اضطراب انفجاري منفرد .	(أ)
←	- اضطراب مسلك غير متكيف اجتماعياً، عدواني.	الملوك
←	- اضطراب مسلك متكيف اجتماعياً، عدواني.	العتيف
←	- اضطراب شخصية ضد اجتماعية ، عدوانية.	سعة
←	- اضطراب شخصية حدية.	أسامية
←	- السادية الجنسية .	
←	- اضطرابات استخدام العقاقير .	
←	- اضطرابات عقلية عضوية .	
←	- التخلف العقلي .	(ب)
←	- اضطراب نقص الانتباه .	الملوك
←	- ذهان تفاعلي قصير المدى .	العتيف
←	- اضطراب فصامي .	سعة
←	- اضطراب فصام وجداني .	مصاحبة
←	- اضطراب بارنويدي .	
←	- اضطراب كرب ما بعد إصابة .	

- ذهان تعطل .	←	
- اكتئاب حميم .	←	
- اضطراب عصر المزاج .	←	
- اضطراب المزاج الدوري .	←	(ج)
- اكتئاب لانعطي .	←	الملوك
- اضطراب شخصية بارانويدية .	←	العتيف
- اضطراب شخصية هسكيرية .	←	سمة
- اضطراب شخصية شيفسامية .	←	غير
- اضطراب شخصية فصامية الطبع .	←	غالبية
- شرود نفسي المنشأ .	←	
- اضطراب توافق مع اختلال في المسلك .	←	

## التشخيص الفارق للسلوك العنيف

سلوك عنيف وعدواني كسمة

سريرية بارزة

أسباب عضوية معروفة أو ← نعم  
مرجحة من التاريخ أو الصورة السريرية  
اضطرابات عقلية عضوية : نسم  
بمواد، اضطراب شخصية عضوية ..  
إلخ .

لا↓

سعات ذهانية (هلاوس ، نغم ← نعم  
ضلالات). سلوك شاذ  
اضطرابات ذهانية: اضطراب  
فصامي، اضطراب فصام وجداني ..  
إلخ .

لا↓

مزاج مكتئب ، نزق أو ← نعم  
منهبط  
اضطرابات وجدانية: اضطراب  
ثنائي القطب، اضطراب المزاج  
الدوري... إلخ .

لا↓

سعات شخصية غير مرنة ← نعم  
وغير متوافقة  
اضطراب شخصية ضد اجتماعية،  
حدية، بارانويدية، فصامية الطابع .

لا↓

انحراف متكرر مع سعات ← نعم  
ضد اجتماعية  
اضطراب المنك: غير متكيف  
اجتماعيا متكيف اجتماعيا وعدواني ،  
عدواني .

لا↓

عدم انتباه وانفاجية غير ← نعم  
ملائمة ارتقائياً  
اضطراب نقص الانتباه : مع فرط  
الحركة دون فرط الحركة .

لا↓

نوبات، من الاعتداء أو ← نعم  
اضطرابات التحكم في الاندفاع :



جدول (١٥ - ٤) : المدخل التدريسي في العلاج الطارئ لمرض الملص .

أمراض جانبية ومضاعفات	مداد التبريد الوريدي	مداد الملص (جمعة التبريد) -	١- أدوية منشطة للجهاز المناعي (أ) مادة التبريد
أمراض الجهاز الهضمي حمية ، أمراض ضد كوليكية . التقلص شدة ألم الأم في موضع الحقن .	١٥ - ٦٠ مجم ١٩ - ٦٠ مجم ٢٠ - ٦٠ مجم	٢٠ - ٤٠ مجم ١٠٠ مجم ٥ مجم	مادة التبريد (مجم / مل) كلبيكسول الكبريتات (٢مجم/مل) هيدروكورتيزون (٥ /مجم/ مل) أدوية منشطة الجهاز المناعي
مضاعفات تامة : الزيادة الليفية مع استعمال الملقن . الحاصيه الممتد بطول جسم ملصكي	١٠٠ - ١٠٠٠ مجم ٢٥ - ٢٠٠ مجم	٢٥ - ١٠٠ مجم ٣٥ مجم	كلوبيكسول كبريتات (٥/مجم/ مل) هيدروكورتيزون (٥/مجم/ مل)
حمية ، حمز من تغير مضيقاته الجهاز المناعي المركزي .	٥ - ١٠٠ مجم	٥ - ١٠٠ مجم بالتدريج / بالوريد	٢- أدوية مضادة للتشنج :

- (٥) تبلي مادة كل ٣٠ - ٦٠ دقيقة  
(٥٥) قد يكون الانحماش عن طريق حقن الملص بدلاً من كامل  
(٥٥٥) استخدام حقن الوريدية في حالات الملص الوريدي .



<p>المرضى جاثية وبسطاطات شعبة النفس زيادة في المساكنة (التقني والتأهيلي)</p>	<p>نطاق الوحدة الوظيفية ٤٠٠ - ٥٠٠ مسم</p>	<p>مفت بالمصل • (وحدة الوحدة) • مسم بالم / بالمصل</p>	<p>كرونيوزينكسي (١٠٠مسم/ملا) ٣- الهيدرات والفيتات : أينال المسموم</p>
<p>يزيد من تأثير مخيمات الهيدرات المصري المركزي ، تشيطة النفس ، مناج ، الحاض في النفس والفسيه المرضى</p>	<p>١٥٠ - ٢٠٠ مسم</p>	<p>٢٠٥ لى ٢٠٥ / سم / كل الوحدة ٣٣٣ لسم / كل بطلية</p>	

## الاغتصاب : Rape

### التعريف :

هو الجماع الجنسي مع امرأة دون موافقتها ، مع معرفة الرجل بعدم موافقة المرأة ، أو عدم إكترائه بموافقتها .

### التقسيم :

- ١- غرض عدواني : العدوان الجنسي تدميري وسادي بالأساس .
- ٢- غرض جنسي : عدوان بهدف الوصول إلى الجماع الجنسي ، ويكون جزءاً من الانغماس المفرط في إمتاع الذات .
- ٣- غرض انفجاري : تعبير انفجاري عن الرغبة الجنسية في رجل مفرط التحكم في ذاته ، وقد يكون لهذا النوع من الاغتصاب صفة قهرية .
- ٤- غرض عدواني وجنسي : حيث تكون مقاومة وإهانة المرأة للمعتدي عليها لها أبعاد ضرورية للإشباع الجنسي للرجل .

### معدل الانتشار :

غالباً ما يكون عمر مرتكبي الاغتصاب أقل من ٣٥ سنة ، غير متزوجين ، ولهم تاريخ في ممارسة الجرائم غير الجنسية ، وعادة لا يكونون مضطربين عقلياً .  
ويزيد معدل الاغتصاب في شهور الصيف ، خاصة في النصف الأول من الليل وفي إجازات نهاية الأسبوع ، و٣٠٪ من الضحايا من الجيران أو المعارف ، و٢٠٪ من الضحايا لهم سجل إجرامي .

### العائل :

٨٠٪ من المعتصبين يحكم عليهم بالسجن ، و٨٥٪ من المعتصبين العدوانيين يقترفون جرائم غير جنسية فيما بعد ، و٢٪ يعاودون الاعتداء الجنسي ، و٢٨٪ من المعتصبين غير العدوانيين يقترفون جرائم غير جنسية فيما بعد ، و٣٪ يعاودون الاعتداء الجنسي .

## إشعال الحريق : Arson

التعريف :

هو إلحاق الضرر أو تدمير الآخرين بواسطة الحريق ، دون وجود عذر قانونى للقيام بذلك .

التقسيم :

١ - دافعية اجتماعية ، لا توجد اضطرابات ذهانية ، ويكون الدافع إما للحصول على تأمين أو للانتقام أو لأسباب سياسية ، أو للتغطية على جريمة أخرى أو للانتحار ، أو نتيجة للشعور بالملل أو للرغبة فى لفت الأنظار .

٢ - دافعية ذهانية : الفصام كاستجابة لهلاس سمعية .

الاكتئاب نتيجة لضلالة مرضية .

عقار أو كحول تؤدي إلى ذهان محدث .

٣ - دون دافع (هوس إشعال الحرائق) ، وهنا يكون الاهتمام الأساسى بالثيران ذاتها ، حيث ترتبط روية الثيران بالإثارة الجنسية والرغبة فى الظهور بمظهر الأبطال وتفريغ التوتر .

معدل الانتشار :

تمثل ٠.١ ٪ من الجرائم (٣/١ معدل جرائم القتل أو الاغتصاب) - أعلى نسبة عن سن ١٧ لدى الرجال و٤٥ لدى النساء ، ٨٥ ٪ من الجناة من الرجال . ارتفاع نسبة التخلف العقلى (حوالى ٥٠ ٪) وتعاطى الكحول بين الجناة .

العآل :

يتكرر هذا الاعتداء إذا :

١- كان هناك تاريخ سابق من إشعال الثيران .

٢- كان هناك ذهان ، أو تخلف عقلى ، أو خوف .

٣- كان بصاحب متعة أو إثارة جنسية .

٤- كان إشعال الحرائق مرتبطاً برغبة مسيطرة على الجانى لإشعال الحرائق ، من أجل تخفيف التوتر .

## الحقوق الأذى الجسدي بالأطفال : Child Battering

### التعريف :

زمنة الطفل المعرض للأذى هو اصطلاح أدخله كيمب في عام ١٩٦٢ ، والمقصود به هو قتل الطفل أو ممارسة العنف الجسدي نحوه ، أو سوء استخدامه المستمر ، أو إعماله الشديد من قبل القائمين على العناية به .

### التقسيم :

- ١- للتخلص من طفل غير مرغوب فيه .
- ٢- القتل شفقة بطفل عاجز .
- ٣- في حالات الذهان نتيجة للضلالات .
- ٤- تقريباً لغضب موجه لآخر غير الطفل ، وإسقاطه على الطفل .
- ٥- غضب ينبع من داخل علاقة الطفل بأهله .

### معدل الانتشار :

٥٪ من الأطفال تحت سن ثلاث سنوات/ سنويا وهي نسبة أقل من الواقع؛ نظراً لعدم تسجيل كل الحالات . واحد من كل ١٠٠٠ طفل تحت سن ٤ سنوات يصاب بإصابات بالغة سنوياً من كل من إنجلترا وويلز . معدل الوفاة ١٠٪ في عامين . كما يصاب ٢٥٪ من الأطفال المصابين بإصابات ذهانية دائمة ، ٢ - ٤٪ من الأطفال يقطنون مستشفيات للمتخلفين عقلياً . يتكرر الاعتداء في ٦٠٪ من الحالات ، ويصيب ١٩٪ من الأخوة . الأطفال المرضى ومنخفضو الوزن أكثر عرضة من غيرهم لهذا الاعتداء .

الحالات التي يرتاب فيها في حدوث اعتداء :

(أ) الطفل ،

وجود كدمات أو حروق أو نقيحات متجايزة العدة ، كسور متعددة أو كسر واحد في طفل أقل من سنتين ، تجمع دموي تحت الجافية ، إصابة في الشبكية ، انفجار في الأحشاء الباطنية أو أي إصابة غريبة ، عدم القدرة على النمو دون أسباب معروفة ، نظرة حذر تلجئة عند النظر للآباء - اهتمام معكوس (حيث يبدي

الطفل اهتماماً بالغا بذويه) .

(ب) الأهل :

عدم الإبلاغ عن الإصابات ؛ حيث لايقوم الآباء بذلك طواعية ، فقصص متناقضة عن حدوث الإصابة ، تعامل ألى مع الطفل ، غياب النداء والثقة .

سمات مصاحبة :

(أ) فى الطفل :

طفل غير شرعى ، انفصال مبكر عن الأهل .

(ب) فى الوالدين :

طبقة اجتماعية متدنية ، زواج مبكر أو الأم غير متزوجة أو الأب غائب ، الأم متخلفة عقلياً ، تكون الأم ذهانية فى أحيان نادرة جدا ٣% ، الأب له سجل إجرامى و/ أو يعانى من اضطراب فى الشخصية ، العائلة معزولة اجتماعيا ، كان للأهل خبرة مشابهة مع ذويهم من قبل .

الوقاية :

١- رفع مستوى الوعى بالمشكلة فى عيادات الأطفال والممارس العام ... إلخ .

٢- تحسين الاتصال بين جهات الخدمة المختلفة ، وتسهيل الوصول إليها طلباً للمساعدة .

٣- توفير إمكانية للتدخل الطارئ السريع ، على سبيل المثال : توفير مكان آمن للأطفال .

٤- وجود سجلات محلية للحالات المهددة للخطر .

٥- علاج عائلى مساند لتصحيح التوقعات غير الواقعية المنتظرة من الطفل وتحسين مستوى التفاهم بين الزوجين .

## جرائم مرتبطة بالعنف

### ١- سرقة المحال : Shoplifting

التقسيم (جيهننز ١٩٧١) :

- في من الشباب ، مغرب ، منزل اجتماعياً ، انتهازي ، لا يشعر بالذنب .
- في متوسط العمر ، اكتئاب وشكاوى جسدية صغيرة ، قد تعمل السرقة مرحلة بادرة من الاكتئاب .

معدل الانتشار :

- في عام ١٩٧١ : الأغلبية من النساء ، ٩٠٪ لا يعاودون السرقة ، ١٥٪ يعانون من اضطراب نفسي .

- حديثاً : زيادة بين الشباب (١٠ - ١٨ سنة) ، انخفاض معدل الاضطراب النفسي (٥٪) وقد يعتبره البعض إضافة مقبولة للتسوق .

### ٢- الاستعراض : Exhibitionism

التعريف :

- الإظهار المتعدد للأعضاء التناسلية ، ويقوم به ذكر راشد في وجود امرأة غير راضية في ذلك ، دون أن يكون مقدمة للجماع الجنسي ، وتكون التهمة الجنائية هي استعراض غير لائق ، أو فعل فاضح في الطريق العام .

التقسيم (رووث ١٩٧١) :

النوع الأول :

- يمثل ٨٠٪ من الحالات ، رجل شاب منفلت ، وغير ناضج عاطفياً ، بصارع الاندفاع ، وعادة ما تكون الأعضاء التناسلية في حالة ارتخاء . يشعر الشخص بالذنب بعد ذلك ومأل الحالة حسن .

النوع الثاني :

- يمثل ٢٠٪ من الحالات ، شخصية ضد اجتماعية ، الأعضاء التناسلية منضبة ، وعادة ما يصاحب الاستعراض ممارسة العادة السرية ويصاحبها إحساس

ساذى بالمنعة ، ولا يوجد شعور بالذنب المأل سبي .

معدل الانتشار :

هي أكثر الاعتداءات الجنسية شيوعاً ، السن الغالبة من ١٥ - ٢٥ سنة ، وقد تصاعف معدل حدوث الجريمة في الشباب أقل من ٢٥ سنة في السنوات الأخيرة ، ٧٥ ٪ أقل من ٤٠ سنة ، ٥ ٪ متخلفون عقلياً أو ذهانيون .

عوامل مسببة :

- ١- سمات في الشخصية : غير ناضجة ، سلبية وسواسية .
  - ٢- الاستمتاع بالمخاطرة .
  - ٣- سلوك انشغافي استجابة لكرب أو اكتئاب .
  - ٤- رد فعل الضحية (من خوف أو استعزاز) قد يزيد من السلوك .
  - ٥- الأداء الجنسي ضعيف في العادة (عنة أو قذف مبكر) ، وزيادة في ممارسة العادة السرية .
  - ٦- علاقة متأرجحة قوية مع الأم وعلاقة بعيدة وفقيرة مع الأب .
- الضحايا : مجهولون بالنسبة للفاعل ، فتيات قبل سن البلوغ ، يستقبلن الاستعراء باعتباره شيئاً مزعجاً أكثر منه خطيراً . وعادة ما يكون رد الفعل العائلي أسوأ من رد فعل الضحية ، مما يؤدي إلى زيادة اضطراب الضحية ، ولانتميز الضحية بنمط شخصية معين .

العلاج :

- ١- عادة ما يكون الظهور في المحكمة في حد ذاته كافياً للردع .
- ٢- ينصح بالعلاج النفسي إذا تكرر الاستعراء .
- ٣- علاج سلوكي منفرد .
- ٤- علاج جمعي مع استراتيجيين آخرين .
- ٥- استعمال الكيبوتريون (مضادات هرمون الذكورة) قد يساعد على التحكم في الاندفاع .

المثال : ٨٠٪ يمارسون الفعل مرة واحدة .

### مؤشرات المآل السيئ :

- ١- النوع الثاني .
- ٢- الاستمرار أمام الأطفال أقل من ١٠ سنوات .
- ٣- تاريخ من الاعتداءات الأخرى .
- ٤- محاولة التلامس الجسدى مع الضحية .
- ٥- بداية متأخرة مصاحبة بنهجان أو أذى بالسخ .

### مؤشرات المآل الحسن :

- ١- النوع الأول .
- ٢- سجل عمل منظم .
- ٣- جنسية غيرية .
- ٤- زوجة متفهمة ومتعاطفة .
- ٣- اضطراب الولوج بالأطفال : Paedophilia

### التعريف :

الانجذاب الجنسي نحو الأطفال .

### التقسيم :

- غيرى الجنسية : الفتيات من سن ٦ - ١٠ سنة .
- مثلى الجنسية : الفتيان من سن ١٢ - ١٥ سنة .
- غير مميز : الأطفال من سن ٦ - ١١ سنة .

### معدل الانتشار :

- ٥٠٪ يكونون من الأقارب أو الأصدقاء .
- ٧٠٪ من الأطفال يتجارون بفاعلية .



- الكحول عامل مساعد في كثير من الحالات .
  - في إنجلترا تحدث 4 جرائم قتل جنسية سنويا يكون ضحيتها الأطفال .
  - غير معروف إحصائيا في مصر .
- وينقسم الجناة إلى ثلاث مجموعات مميزة :

- ١- مراقبين غير ناضجين .
  - ٢- رجال في منتصف العمر يعانون من مشاكل زوجية .
  - ٣- رجال مسنين منعزلين اجتماعيا .
- ٤- جماع المحارم : Incest
- هناك ثلاث أنواع مميزة من الآباء الذين يجامعون المحارم :
- ١- الأب الذي يقتصر كافة نشاطاته الجنسية الاجتماعية على إطار العائلة، وتكون رغبته الجنسية موجهة نحو شخص لا يجوز له .
  - ٢- الأب المحب للأطفال جنسيا ، وبالتالي يجذب نحو بناته .
  - ٣- الأب المنحرف الذي يتجاهل المحرمات الجنسية كجزء من انغماسه العام في الملذات المحرمة .

#### ٥- تبديل الثياب الجنسي : Transvestism

التعريف :

هو اضطراب في السلوك الدال على الدور الجنسي ؛ بمعنى ارتداء ملابس الجنس الآخر ، وهو ليس اضطرابا في صميم الهوية الجنسية وهو ليس جريمة في حد ذاته ، وإن كان يمكن أن يشتم باعتباره سلوكاً يؤدي إلى الإخلال بالآداب العامة أو بسرقه الملابس الداخلية للنساء .

#### معدل الانتشار :

حوالي ٣٠.٠٠٠ حالة في إنجلترا ، ولا توجد إحصائية خاصة بمصر .

#### التقسيم :

\* ٥٠٪ متزوجون .

• ٣٥٪ من الرجال يعانون من الجنسية المثلية (أغلب النساء يعانين من الجنسية المثلية) .

• ١٥٪ يرتدون ملابس الجنس الآخر بصفة دائمة .

• أكثر انتشاراً في الطبقات الاجتماعية ٢ و ٣ .

### الصورة السريرية :

يظهر عادة قبل سن ١٠ سنوات ، وقد تصاحبه اهتمامات أخرى معانلة لاهتمامات الجنس الآخر ، وقد يستخدم الرجل الملابس النسائية كأداة فيتيشية لممارسة العادة السرية ..

الرجال المتفهمون في السن عادة ما ينتمون إلى نواد خاصة بهم ، ويتصرفون اجتماعياً وكأنهم نساء .

### ٦- التحول الجنسي :

#### التعريف :

اضطراب في صميم الهوية الجنسية ، وغالباً ما يكون الرجل كامل الرجولة من الناحية البيولوجية مقتنعاً اقتناعاً تاماً بأنه امرأة . ولا يعتبر ذلك جريمة في حد ذاته ، وإن كان يمكن أن يهتم بخرف الأداب العامة .

### الصورة السريرية :

قد سبق الحالة مرحلة من تبدل الثياب الفتيشي قبل تحول الأنحاء نحو التحول الجنسي والجنسية المثلية . ويبدأ الاقتناع بخطأ الجنس البيولوجي عادة قبل سن الثامنة . سجل العمل ضعيف في أغلب الحالات ، مع صعوبة في تكوين علاقات ، وانخفاض في الدافع الجنسي .

### العلاج :

العلاج في العادة صعب للغاية . وقد تفيد الجراحة والعلاج الهرموني بهرمونات الجنس الآخر في تحويل المظهر الجنسي الخارجى وتحسين التوافق الاجتماعى . ويجب أن يكون الشخص قادراً على ممارسة الحياة ، كفرد من الجنس الآخر ، لمدة عامين قبل إجراء الجراحة .

## الصرع والجريمة :

تزداد نسبة الصرع بين المسجونين (حوالي ٧ في كل ١٠٠٠) .

### أسباب محتملة :

- ١- اضطراب المخ العضوى يؤدى إلى كل من الصرع والسلوك الإجرامى .
  - ٢- يؤدى الصرع إلى النبذ الاجتماعى ، ومن ثم إلى السلوك الإجرامى .
  - ٣- العوامل الاجتماعية السببة تؤدى إلى كل من الصرع والسلوك الإجرامى .
  - ٤- الميل نحو السلوك ضد الاجتماعى يؤدى إلى جرائم وحوادث ، يترتب عليها صرع ما بعد الإصابة (تعاطى قد يرسب سلوكاً إجرامياً) .
  - ٦- نادراً ما تتم الجريمة أثناء نوبة الصرع .
- ولانتشير الأبحاث الدقيقة إلى وجود علامات شاذة فى رسم مخ جناة القتل، بنسبة تزيد عن المجموعات الضابطة .

### فقدان الذاكرة والجريمة :

قد يكون فقدان الذاكرة مصاحباً للجريمة نتيجة لأى من التالى :

- ١- كحول أو عقاقير .
- ٢- إصابة بالرأس .
- ٣- صرع (نادراً) .
- ٤- انشقاق هستيرى (شائع) .
- ٥- نمارض .

## كتابة تقارير المحكمة

### الهيكل العام للتقرير :

- اسم وعنوان ومن المتهم .
- التهمة .
- تاريخ ومكان المقابلة .
- المصادر الأخرى للمعلومات (مذكرات ، أطباء آخرون ، أقارب ... إلخ) .
- وصف مختصر للتاريخ الشخصي .
- التاريخ العائلي ذو الدلالة بالنسبة للحالة .
- تقرير مختصر عن ظروف الاعتداء ووجود أى اضطرابات نفسية ذات دلالة ، مصادر التوتر ... إلخ .
- علامات إيجابية عند المقابلة بما فيها تقييم لشخصية المتهم .
- أى علامات إيجابية أخرى ورسم مخ ، اختبارات نفسية ... إلخ .
- الرائى : تنفيذ كل المعلومات السابقة كأساس تفسيري للرأى النهائى . ويجب أن يتضمن الرأى لمحات حول أهلية المتهم للمحاكمة ومسئوليته عن الجريمة .
- والظروف المؤثرة على الجريمة ، ومآل الاضطراب النفسى إن وجد .
- التوصيات : بالعلاج واستمرار الملاحظة ، إذا كان ذلك ملائماً .
- اسم الطبيب النفسى ومؤهلاته وعنوانه المهنى .
- ويجب أن يكون التقرير دقيقاً ومحدداً بالحالة ، وغالباً من تفاصيل لا حاجة لها .

### الدفاع النفسى :

- \* غير أهل للمحاكمة ، أى يجب أن يكون المتهم :
- ١- غير قادر على فهم الاتهام أو دلالة الاتهام .
- أو ٢- غير قادر على مناقشة المحكمة .

- أو ٣- غير قادر على محاكمة الدفاع .
- أو ٤- غير قادر على استجواب الشهود .
- أو ٥- غير قادر على متابعة المحكمة .

ويكون الحكم «غير مذنب بسبب الجنون» أى إنه يعانى من اضطراب فى المنطق ، أو مرض فى العقل جعله غير قادر على تمييز الخطأ من الصواب .

#### تخفيف المسئولية :

تستخدم فقط إذا كانت التهمة هى القتل العمد مع سبق الإصرار والترصد . وإذا استخدمت هذه القاعدة ، تحول التهمة إلى قتل خطأ دون سبق إصرار وترصد ، ويكون الحكم تبعاً لاعتبارات القاضى ، ويكون الدفاع النفسى بأن الشخص يعانى من شذوذ فى العقل ، يخل بمسئوليته العقلية عن أفعاله .

«شذوذ أو عاهة العقل» هو حالة عقلية ، تختلف عن حالة الشخص العادى ، بحيث إن أى شخص منطوق يعتبرها حالة شاذة ، ويتضمن ذلك اضطراب الشخصية الشديد والتسمم الشديد ... إلخ .

#### الاحتمالات عند النطق بالحكم :

- ١- يتخذ القانون مجراه الطبيعى .. سجن ، اعتقال .. إلخ .
- ٢- إطلاق سراح المتهم بشروط أو دون شروط ، مع توصية بالعلاج النفسى .
- ٣- إطلاق سراح المتهم تحت الملاحظة ، على أن يتحمل طبيب نفسى متابعة حالة المريض ، سواء داخلياً أو خارجياً .
- ٤- الحجز بإحدى مستشفيات الأمراض العقلية .
- ٥- يودع للجناة أقل من ١٧ سنة فى رعاية السلطات المحلية .

#### المسئولية الجنائية :

السن :

- الأطفال أقل من ١٠ سنوات يعتبرون غير قادرين على سبق الإصرار والتعمد .

- الأطفال بين ١٠ - ١٣ سنة قادرين على سبق الإصرار والتعمد ، إذا كانوا قادرين على تمييز الخير من الشر .
- الأطفال في سن ١٤ سنة وما بعده يعتبرون كاملين الأهلية لتحمل المسؤولية .

التعمد :

نستدعي بعض الاعترافات توفر النية الجنائية ، بالإضافة إلى الفعل الجنائي ، مثل: القتل مع سبق الإصرار والترصد ، وإشعال الحريق والأغصاب ، والاعتداء غير اللائق ، والاعتداء الذي يترتب عليه أذى جسيم غير مقصود .

عوامل إشكالية :

- ١- تعدد النوايا .
- ٢- النوايا اللاشعورية .
- ٣- تبدل النوايا أثناء اقتراف الجريمة .
- ٤- توتر أو كرب أو انفعال شديد .
- ٥- فقدان ذاكرة بما فيها تلك المحدثة بحمول .
- ٦- نوايا غريبة عن النهم (كذلك التي تصادفها في حالات الطبقة الفصامية) .

التسعم الذاتي :

السكر المعتاد ليس دفاعاً ضد الجريمة ، ولكن لا يعتبر الشخص فد اقترف جريمة تستدعي التعمد السابق عليها ، إذا كان على درجة من السكر تحول دون تقرير هذا التعمر ، ومع ذلك يمكن اتهامه في جريمة لا تحتاج إلى دليل على وجود التعمد .

معالجة الشخص المقتل عقلياً حين يكون مصدراً للخطر ،

على المستوى السياسي النفسى :

لقد تفاقمت هذه المشكلة مع بدء سياسة الباب المفتوح في قانون الصحة

العقلية ، بمعنى أنه :

١- يجب أن توفر المستشفيات العقلية إمكانات آمنة على مستوى المنطقة أو القطاع .

٢- يجب تحسين الظروف المعيشية داخل السجون ، بالنسبة للمضطربين عقليا . ويسدعى ذلك تغيير السياسة القائلة بأن وظيفة السجون هي العقاب ، وأن وظيفة المستشفيات هي العلاج . وقد وجد أن من ٢٠ - ٤٠ ٪ من المسجونين مضطربون عقليا ( ٢ ٪ ذهان ، ١١ ٪ إدمان كحول وعقاقير ، ١٤ ٪ تخلف عقلي) ، كما أن معدل الانتحار بينهم يساوى ثلاثة أضعاف معدله بين المجموع العام .

وفي المجتمعات الغربية يتناسب عدد المسجونين تناسباً عكسياً مع عدد المرضى النزلاء بالمستشفيات العقلية .

٣- لابد من المناشدة بتوفير المستشفيات المتخصصة .

وللأسف .. فإن هذه المستشفيات باهظة التكاليف، ثم أنها تواجه صعوبة في إخراج المرضى منها؛ لأنهم يرفضون من قبل المستشفيات الأخرى ، التي تشكل جزءاً من الخدمات الصحية ، وتقع تحت السلطة المباشرة لوزارة الصحة .

**على مستوى المكان والتجهيزات والخبرة :**

(أ) شروط هندسية :

١- بناء محكم وآمن .

٢- سهولة في استخدام الإنذار .

٣- توافر أماكن لممارسة الرياضة ووسائل للتعبير عن الغضب ... إلخ .

(ب) سياسات للعاملين :

١- وضع سياسة واضحة لمقارمة العنف ، يكون كل العاملين على وعي بها .

٢- تدريب كاف للعاملين على التعامل مع السلوك العنيف .

٣- توفير عدد كاف من العاملين في وحدات المرضى مصدر الخطر ، بمعدل ١ : ١ .

- ٤- قبول العاملين لتحمل مسئولية التعامل مع العنف .
- ٥- وسائل اتصال جيدة بين العاملين .
- ٦- توفر إمكانية للاستدعاء السريع لمزيد من العاملين والأطباء .

### كيفية التعامل مع حالة الخطر :

- ١- إطلاق الإنذار .
- ٢- مساعدة أى ضحايا واستبعاد أى أسلحة ، قد تكون موجودة فى المكان .
- ٣- تحديد التشخيص (إدمان كحول ، ذهان) .
- ٤- الاحتفاظ بالهدوء واستبعاد العنف .
- ٥- تجنب القوة كلما كان ذلك ممكناً ، واستخدام أقل قدر ممكن منها عند الضرورة .
- ٦- محاولة تهدئة المريض بواسطة الكلام والاستماع إليه ، والمرافقة على شكواه ، وطمأننته ، ويقوم بذلك أكثر العاملين كفاءة أو أكثرهم احتراماً وحبازة لثقافة المريض .
- ٧- إذا لزم الأمر استخدام القوة .. فلا بد أن نتأكد من وجود عدد كاف من العاملين .
- ٨- إذا احتجنا لتهدئة المريض بواسطة الحقن فى العضل أو الوريد ، يجب أن يتم ذلك بحرص شديد .
- ٩- يجب كتابة تقرير واف عن الحالة ، ومناقشتها فى القسم فيما بعد .

### العلاج طويل المدى :

#### العلاج النفسى :

- (أ) توفير مكان يمكن للمريض الاتصال به فى أوقات الكروب .
- (ب) مراعاة كرامة المريض ، وتقديره لذاته وعدم إهانته .
- (ج) البحث فى خيالات العنف التى تترادد للمريض فى الظروف العادية .



- (د) توفير المعلومات للمريض بشأن المشاعر الكامنة وراء العنف .  
(هـ) اتباع أساليب سلوكية واستشارية ؛ لمساعدة المريض على تجنب المواقف ذات الكرب .

#### علاج بالعقاقير :

- ١- الليثيوم ، البيوتيروفينون ، مضادات الصرع ، مثل : النجريتول ،  
مثبطات الببنا الأدرينالية مثل الإندرال ، وكلها عقاقير يقال إن لها أثراً  
في علاج العنف .  
٢- تجنب البنزوديازيبينات ؛ حيث إنها قد تؤدي إلى الانفلات ، ومن ثم  
إلى العنف .

17

176 → 3

**ملحق (١) : القوانين المتعلقة بالطب النفسي**

- قانون رقم ١٢٢ لسنة ١٩٨٩ (مكافحة المخدرات) .
  - قرار وزير العدل رقم ٢٦٣٣ لسنة ١٩٩١ م بإنشاء وتنظيم مصحات علاج الإدمان والتعاطي .
  - القانون رقم ١٤١ لسنة ١٩٤٤ م بشأن حجز المصابين بأمراض عقلية ، ونص مشروع القانون الجديد ، المعروض على مجلس الشعب منذ عام ١٩٧٣ م .
  - قانون رقم ١٩٨ لسنة ١٩٥٦ م بتنظيم مهنة العلاج النفسي .
- ملحق (٢) : مذكرة إيضاحية لمشروع قانون علاج وحجز المصابين بأمراض عقلية .**
- ملحق (٣) : قانون تنظيم مهنة العلاج النفسي .**

## ملحق (1)

### مكافحة المخدرات

قانون رقم 122 لسنة 1989

بتعديل بعض أحكام القرار بقانون رقم 182 لسنة 1960 ، في شأن مكافحة المخدرات وتنظيم استعمالها والاتجار فيها .

باسم الشعب

رئيس الجمهورية

قر مجلس الشعب القانون الآتي نصه ، وقد أصدرناه :

### (المادة الأولى)

يستبدل بالنصوص المواد 33 و34 و35 و36 و37 و38 و39 و40 و41 و42 وفقرة أولى ، و43 و44 و45 و50 من القرار بقانون رقم 182 لسنة 1960 ، في شأن مكافحة المخدرات استعمالها والاتجار فيها .  
التنصوص الآتية :

مادة 33 - يعاقب بالإعدام وبغرامة لا تقل عن مائة ألف جنيه ولا تجاوز خمسمائة ألف جنيه :

( أ ) كل من صدر أو جلب جوهرًا مخدرًا ، قبل الحصول على الترخيص الممنوع عليه في المادة (3) .

(ب) كل من أنتج أو استخرج أو فصل أو صنع جوهرًا مخدرًا ، وكان ذلك بقصد الاتجار .

(ج) كل من زرع نباتًا من النباتات الواردة في الجدول رقم (5) ، أو صدره أو جلبه أو حازره وأحزره أو اشتراه أو باعه أو سلمه أو نقله .. أياً كان طور نموه ، وكذلك بذوره ، وكان ذلك بقصد الاتجار فيه بأية صورة ، وذلك في غير الأحوال المصرح بها قانوناً .

(د) كل من قام ولو في الخارج بتأليف عصابة ، أو إدارتها أو التداخل في إدارتها

أو في تنظيمها أو الانضمام إليها أو الاشتراك فيها ، وكان من أغراضها الاتجار في الجواهر المخدرة أو تقديمها للتعاطي ، أو ارتكاب أي من الجرائم المنصوص عليها في هذه المادة داخل البلاد .

وتقتضى المحكمة فضلاً عن العقوبتين المقررتين للجرائم ، العلوه عليها في هذه المادة ، بالتعويض الجمركي المقرر قانوناً .

مادة ٣٤ - يعاقب بالإعدام أو الأشغال الشاقة المؤبدة ، وبغرامة لا تقل عن مائة ألف جنيه ، ولا تتجاوز خمسمائة ألف جنيه ،

(أ) كل من حاز أو أحرز أو اشترى أو باع أو سلم أو نقل أو قدم للتعاطي جوهراً مخدراً ، وكان ذلك بقصد الاتجار أو لتجر فيه بأية صورة ، وذلك في غير الأحوال المصرح بها قانوناً .

(ب) كل من رخص له في حيازة جواهر مخدر لاستعماله في غرض معين ، وتصرف فيه بأية صورة في غير هذا الغرض .

(ج) كل من أدار وهياً مكاناً لتعاطي الجواهر المخدرة بمقابل .

تكون عقوبة الجرائم المنصوص عليها في هذه المادة الإعدام ، والغرامة التي لا تقل عن مائة ألف جنيه ، ولا تتجاوز خمسمائة ألف جنيه في الأحوال الآتية :

(١) إذا استخدم الجاني في ارتكاب إحدى هذه الجرائم من لم يبلغ من العمر إحدى وعشرين سنة ميلادية ، أو استخدم أحداً من أصوله أو من فروعها أو زوجة أو أحداً ممن يتولى تربيتهم أو ملاحظتهم ، أو ممن له سلطة فعلية عليهم في رقابتهم أو توجيههم .

(٢) إذا كان الجاني من الموظفين أو المستخدمين العموميين ، المكلفين بتنفيذ أحكام هذا القانون أو المنوط بهم مكافحة المخدرات ، أو الرقابة على تداولها أو حيازتها ، أو كان ممن لهم اتصال بها بأي وجه .

(٣) إذا استغل الجاني في ارتكابها أو تسهيل السلطة المخولة له بمقتضى وظيفته أو عمله أو الحصانة المقررة له ؛ طبقاً للدستور أو القانون .

(٤) إذا وقعت الجريمة في إحدى دور العبادة أو دور التنظيم ومرافقها الخدمية ، أو النوادي أو الحدائق العامة أو أماكن العلاج أو المؤسسات الاجتماعية أو العقابية أو المعتكفات أو السجون ، أو بالجوار المباشر لهذه الأماكن .

(٥) إذا قدم الجاني الجوهر المخدر أو سلمه أو باعه إلى من لم يبلغ من العمر إحدى وعشرين سنة ميلادية ، أو دفعه إلى تعاطيه بأية وسيلة من وسائل الإكراه أو الغش أو الترغيب أو الإغراء أو التسهيل .

(٦) إذا كان للجوهر المخدر محل الجريمة من الكوكايين أو الهيروين ، أو أي من المواد الواردة في القسم الأول من الجدول رقم (١) المرفق .

(٧) إذا كان الجاني قد سبق للحكم عليه في جناية من الجنایات ، المنصوص عليها في هذه المادة أو المادة السابقة .

مادة ٣٥ - يعاقب بالأشغال الشاقة المؤبدة وبغرامة لا تقل عن خمسين ألف جنيه ولا تتجاوز مائتي ألف جنيه .

( أ ) كل من أدار مكاناً أو هيأه لتغيير لتعاطى الجوهر المخدرة بغير مقابل .

(ب) كل من سهل أو قدم للتعاطى ، بغير مقابل ، جوهرًا مخدرًا في غير الأحوال المصرح بها قانوناً .

مادة ٣٦ - استثناء من أحكام المادة ١٧ من قانون العقوبات لاجتياز في تطبيق المواد السابقة والمادة ٣٨ النزول عن العقوبة التالية مباشرة للعقوبة المقررة للجريمة .

فإذا كانت العقوبة التالية هي الأشغال الشاقة المؤقتة أو السجن ، فلا يجوز أن تقل مدة المحكوم بها عن ست سنوات .

مادة ٣٧ - يعاقب بالأشغال الشاقة المؤقتة وبغرامة لا تقل عن عشرة آلاف جنيه ولا تتجاوز خمسين ألف جنيه كل من حاز أو أحرزه أو اشترى أو انتج أو استخرج أو فصل أو صنع جوهرًا مخدرًا أو زرع نباتًا من النباتات الواردة في الجدول رقم (٥) أو حازه أو اشتراه وكان ذلك بقصد التعاطى أو الاستعمال الشخصي في غير الأحوال المصرح بها قانوناً ، وللمحكمة أن تأمر في الحكم الصادر بالإدانة بتنفيذ العقوبات المقضى بها في السجن الخاصة ، التي تنشأ

للمحكوم عليه في جرائم هذا القانون ، أو في الأماكن التي تخصص لهم بالمؤسسات العقابية .

ويجوز للمحكمة عند لحكم بالعقوبة في الجرائم المنصوص عليها في الفقرة الأولى - بدلاً من تنفيذ هذه العقوبة أن تأمر بإيداع من يثبت إيمانه إحدى المصحات ، التي تنشأ لهذا الغرض بقرار من وزير العدل بالاتفاق مع وزراء الصحة والداخلية والشؤون الاجتماعية ، ليعالج فيها طبيبياً نفسياً واجتماعياً ، ولايجوز أن تقل مدة المحكوم عليه بالمصحة عن ستة أشهر ، ولا أن تزيد عن ثلاث سنوات أو مدة العقوبة المفضى بها أيهما أقل .

ويكون الإفراج عن المودع بعد شفائه بقرار من اللجنة المخصصة بالإشراف على المودعين بالمصحة ، فإذا تبين عدم جدوى الإيداع ، أو انتهت المدة القصوى المقررة له قبل شفاء المحكوم عليه ، أو خالف المودع الواجبات المفروضة عليه لمعالجه ، أو ارتكب أثناء إيداعه أيأ من الجرائم المنصوص عليها في هذا القانون ، رفعت اللجنة المشار إليها الأمر إلى المحكمة ، عن طريق النيابة العامة يطلب الحكم بإلغاء وقف التنفيذ . لاستيفاء الغرامة وبقية مدة العقوبة المفيدة لتحرية المفضى بها ، بعد استئزال المدة التي قضاهها المحكوم عليه بالمصحة .

ولايجوز الحكم بالإيداع إذا ارتكب الجاني جنابة من الجنابات المنصوص عليها في الفقرة الأولى من هذه المادة ، بعد سبق الحكم عليه بالعقوبة أو بتدبير الإيداع المشار إليه . وفي هذه الحالة تسرى الأحكام المقررة في المادة السابقة ، إذا رأت المحكمة وجهاً لتطبيق المادة ١٧ من قانون العقوبات .

مادة ٣٨ - مع عدم الإخلال بأية عقوبة أشد ينص عليها القانون بمقابل الأشغال الشاقة المؤقتة ، وبغرامة لا تقل عن خمسين ألف جنيه ، ولا تتجاوز مائتي ألف جنيه ككل من حاز أو أحرز أو اشترى أو سلم أو نقل أو زرع أو أنتج أو استخرج أو فصل أو صنع جوهرًا مخدرًا أو نباتًا من النباتات الواردة في الجدول رقم (٥) ، وكان ذلك بغير قصد الاتجار أو التعاطي أو الاستعمال الشخصي ، وفي غير الأحوال المصرح بها قانوناً .

وتكون العقوبة الأشغال الشاقة المؤبدة والغرامة التي لا تقل عن مائة ألف جنيه ولا تتجاوز خمسمائة ألف جنيه ، إذا كان الجوهر لمخدر محل الجريمة من

التوكبايين أو الهيريين ، أو أى من المواد الواردة فى القسم الأول من الجدول رقم (١) .

مادة ٣٩ - يعاقب بالحسب مدة لا تقل عن سنة وبغرامة لا تقل عن ألف جنيه ولا تتجاوز ثلاثة آلاف جنيه كل من ضبط فى مكان أعد أو هين لتعاطي الجواهر الخدرة أثناء تعاطيها مع علمه بذلك .

وتزاد العقوبة إلى مثلها إذا كان الجواهر المخدر الذى قدم هو التوكبايين أو الهيريين أو أى من المواد الواردة بالقسم الأول من الجدول رقم (١) .

ولا يسرى حكم هذه المادة على زوج أو أصول أو فرع أو أخوة من أعد أو هيا المكان المذكور أو على من يقيم فيه .

مادة ٤٠ - يعاقب بالأشغال الشاقة المؤقتة وبغرامة لا تقل عن عشرة آلاف جنيه ولا تتجاوز عشرين ألف جنيه كل من تعدى على أحد الموظفين أو المستخدمين العموميين القائمين على تنفيذ هذا القانون ، وكان ذلك بسبب هذا التنفيذ أو قاومه بالقوة أو العنف أثناء تأدية وظيفته أو بسببها .

وتكون العقوبة الأشغال الشاقة المؤبدة والغرامة التى لا تقل عن عشرين ألف جنيه ولا تتجاوز خمسين ألف جنيه ، إذا نشأت عن التعدى أو المقاومة عاهة مستديمة يستحيل برؤها . أو كان الجانى يحمل سلاحاً أو كان من رجال السلطة المنوط بهم المحافظة على الأمن ، أو إذا قام الجانى بخطف أو احتجاز أى من القائمين على تنفيذ هذا القانون هو أو زوجه أو أحد من أصوله أو فروعهم .

وتكون العقوبة بالإعدام والغرامة التى لا تقل عن خمسين ألف جنيه ، ولا تتجاوز مائة ألف جنيه ، إذا أفضت الأفعال السابقة إلى الموت .

مادة ٤١ - يعاقب بالإعدام وبغرامة لا تقل عن مائة ألف جنيه ولا تتجاوز مائى ألف جنيه كل من قتل عمداً أحد الموظفين أو المستخدمين العموميين القائمين على تنفيذ هذا القانون أثناء تأدية وظيفته أو بسببها .

مادة ٤٢ - فقرة أولى : مع عدم الإخلال بحقوق الغير الحسن النية يحكم فى جميع الأحوال بمصادرة الجواهر الخدرة والنباتات المضبوطة الواردة بالجدول رقم (٥) وبنورها ، وكذلك الأموال المتحصلة من الجريمة والأدوات ووسائل النقل



المضبوطة التي استخدمت في ارتكابها . كما يحكم بمصادرة الأرض التي زرعت بالنباتات المشار إليها ، إذا كانت هذه الأرض معلوكة للجاني ، أو كانت له بسند غير مسجل ، فإن كان مجرد حائز لها حكم بإنهاء سند حيازته .

مادة ٤٣- مع عدم الإخلال بأحكام المواد السابقة ، يعاقب بغرامة لا تقل عن ألف جنيه ولا تتجاوز ثلاثة آلاف جنيه كل من رخص له في الاتجار في الجواهر المخدرة أو حيازتها ، ولم يمسك الدفاتر المنصوص عليها في المواد ١٢ و ١٨ و ٢٤ و ٢٦ من هذا القانون ، أو لم يتم بالتقيد فيها .

ويعاقب بغرامة لا تقل عن خمسمائة جنيه ولا تتجاوز ألفي جنيه كل من يتولى إدارة صيدلية أو محل مرخص له في الاتجار في الجواهر المخدرة ، ولم يتم بإرسال الكشوف المنصوص عليها في المادتين ١٣ و ٢٣ إلى الجهة الإدارية المختصة في المواعيد المقررة .

ويعاقب بغرامة لا تقل عن ألفي جنيه ولا تتجاوز عشرة آلاف جنيه كل من حاز أو أحرز من الأشخاص ، المشار إليهم في الفقرتين السابقتين جواهر مخدرة بكميات تزيد أو تقل عن الكميات الناتجة من تعدد عمليات الوزن ، بشرط الأتزيد القويق عن ما يأتي :

- ( أ ) ١٠ ٪ في الكميات التي لا تزيد عن جرام واحد .
- (ب) ٥ ٪ في الكميات التي تزيد عن جرام حتى ٢٥ جراماً ، بشرط لا يزيد مقدار التسامح عن ٥٠ سنتي جرام .
- (جـ) ٢ ٪ في الكميات التي تزيد عن ٢٥ جراماً .
- ( د ) ٥ ٪ في الجواهر المخدرة السائلة أياً كان مقدارها .

وفي حالة العودة إلى ارتكاب إحدى الجرائم المبينة في هذه المادة ، تكون العقوبة الحبس ومثل الغرامة المقررة أو بإحدى هاتين العقوبتين .

مادة ٤٤- يعاقب بالحبس مدة لا تقل عن سنة ولا تتجاوز خمس سنوات بغرامة لا تقل عن ألفي جنيه ولا تتجاوز خمسة آلاف جنيه كل من أنتج أو استخرج أو فصل أو صنع أو جلب أو صدر أو حاز بقصد الاتجار أية مادة من المواد الواردة في الجدول رقم (٣) وذلك في غير الأحوال المصرح بها قانوناً . وفي جميع الأحوال

يحكم بمصادرة المواد المضبوطة .

مادة ٤٥ - يعاقب بالحبس مدة لا تقل عن ثلاثة أشهر ، وبغرامة لا تتجاوز ألفي جنيه أو بإحدى هاتين العقوبتين كل من ارتكب أية مخالفة أخرى لأحكام هذا القانون أو القرارات المنفذة له .

ويحكم بالإغلاق عند مخالفة حكم المادة (٨) .

مادة ٥٠ - لمفتشى الصيدلة دخول مخازن ومسودعات التجار في الجواهر الخدرة والصيدليات والمستشفيات والمصحات والمصرفيات والعيادات ومصانع المستحضرات الأقرابازينية ومعامل التحاليل الكيميائية والصناعية والمعاهد العلمية المعترف بها ، وللتحقق من تنفيذ أحكام هذا القانون ، ولهم الإطلاع على الدفاتر والأوراق المتعلقة بالجواهر الخدرة ، وتكون لهم صفة رجال الضبط القضائي فيما يتعلق بالجرائم التي تقع بهذه المخال .

ولهم أيضاً مراقبة تنفيذ أحكام هذا القانون في المصالح الحكومية والهيئات الإقليمية والمحلية .

ولا يجوز لغيرهم من مأموري الضبط القضائي تنفيذ المحال الواردة في الفقرة السابقة ، إلا بحضور أحد مفتشى الصيدلة .

#### (المادة الثانية)

يضاف إلى القرار بقانون رقم ١٨٢ لسنة ١٩٦٠ المشار إليه مواد جديدة بأرقام ٣٤ مكرر و٣٧ مكرر و٣٧ مكرر (أ) و٣٧ مكرر (ب) و٣٧ مكرر (ج) و٣٧ مكرر (د) و٤٦ مكرر و٤٦ مكرر (أ) و٤٨ مكرر (أ) و٥٢ مكرر نصوصها الآتية :

مادة ٣٤ - مكرر : يعاقب بالإعدام وبغرامة لا تقل عن مائة ألف جنيه ولا تتجاوز خمسمائة ألف جنيه كل من دفع غيره بأية وسيلة من وسائل الإكراه أو الغش إلى تعاطي جواهر مخدر من الكوكايين أو الهيروين أو أي من المواد الواردة في القسم الأول من الجدول رقم (١) .

مادة ٣٧ مكرر : تشكل اللجنة المنصوص عليها في المادة السابقة في كل محافظة برئاسة مستشار المحكمة الاستئناف على الأقل ويمثل للنياحة العامة بدرجة رئيس نيابة على الأقل وممثلين لوزارات الصحة والداخلية والدفاع والشؤون

## الاجتماعية .

ويصدر بتشكيل هذه اللجان وتحديد اختصاصاتها ونظام العمل بها قرار من وزير العدل ، وللجنة أن تستعين في أداء مهمتها بمن ترى الاستعانة به ، كما يجوز أن يضم إلى عضويتها آخرون ، وذلك من وزير العدل .

مادة ٣٧ مكرر (أ) : لا نظام الدعوى الجنائية على من يقدم للجنة المشار إليها في المادة السابقة من تلقاء نفسه من متعاطي المواد المخدرة للعلاج ، ويبقى في هذه الحالة تحت العلاج في المصحات المنصوص عليها في المادة ٣٧ من هذا القانون ، أو في دور العلاج التي تنشأ لهذا الغرض بقرار من وزير الشؤون الاجتماعية والاتفاق مع وزير الصحة ، لتلقى العلاج الطبي والنفسى والاجتماعى إلى أن تقرر هذه اللجنة غير ذلك .

فإذا غادر المريض المصححة أو توقف عن التردد على دور العلاج المشار إليها قبل صدور قرار اللجنة المذكورة .. يلزم بدفع نفقات العلاج ، ويجوز تحصيلها منه بطريق الحجز الإدارى ، ولا يطبق في شأنه حكم المادة ٤٥ من هذا القانون .

ولانسرى أحكام هذه المادة على من كان محرراً لمادة مخدرة ، ولم يقدمها إلى الجهة المختصة عند دخوله المصححة أو عند ترده على دور العلاج .

مادة ٣٧ مكرر (ب) : لا نظام الدعوى الجنائية على من ثبت إيمانه أو تعاطيه المواد المخدرة ، إذا طلب زوجه أو أحد أصوله أو أحد فروعه إلى اللجنة المنصوص عليها في المادة ٣٧ مكرر من هذا القانون ، علاجه في إحدى المصحات أو دور العلاج المنصوص عليها في المادة ٣٧ مكرر (أ) .

وتفصل اللجنة في الطلب بعد فحصه وسماع أقوال ذوى الشأن ، ولها أن تطلب إلى النيابة العامة تحقيق هذا الطلب وموافاتها بمذكرة برأيها .

ويكون إيداع المطلوب علاجه في حالة موافقته إحدى المصحات أو إلزامه بالتردد على دور العلاج بقرار من اللجنة ، فإذا رفض ذلك .. رفعت اللجنة الأمر عن طريق النيابة العامة إلى محكمة لجنايات ، التي يقع في نائزتها محل إقامته منعقدة في غرفة المشورة ؛ لتأمر بإيداعه أو بإلزامه بالتردد على العلاج

ويجوز للجنة في حالة الضرورة ، وقبل للفصل في الطلب ، أن تودع المطلوب علاجه تحت الملاحظة لمدة لا تزيد عن أسبوعين لمراقبته طبياً ، وله أن ينظم من يداعه بطلب يقدم إلى النيابة العامة أو مدير المكان المودع به .

وعلى النيابة العامة ، خلال ثلاثة أيام من وصول الطلب إليها ، أن ترفعه إلى المحكمة المشار إليها في هذه المدة لتأمر بما نراه .

وفي جميع الأحوال تطبق بشأن العلاج والانتطاع عنه الأحكام المنصوص عليها في المادة السابقة .

مادة ٣٧ مكرر (ج) : تعد جميع البيانات التي تصل إلى علم القائمين بالعمل في شؤون علاج المدمنين أو المعتابين من الأسرار ، التي يعاقب على إفشائها بالعقوبة المقررة في المادة ٣١٠ من قانون العقوبات .

مادة ٣٧ مكرر (د) : ينشأ صندوق خاص لمكافحة وعلاج الإدمان والتعاطي تكون له الشخصية الاعتبارية ، ويصدر بتنظيمه وتحديد تبعته ومموله وتحديد اختصاصاته قرار من رئيس الجمهورية ، بناء على اقتراح المجلس القومي لمكافحة وعلاج الإدمان ، ويكون من بين اختصاصاته إنشاء مصحات ودور علاج للمدمنين والمعتابين للعواد المخدرة وإقامة سجون للمحكوم عليهم في جرائم المخدرات ، كما تكون من بين موارده التفرعات المفضى بها في الجرائم المنصوص عليها في هذا القانون والأموال التي يحكم بمصادرتها .

مادة ٤٦ مكرر : كل من توسط في ارتكاب إحدى الجنايات المبينة في هذا القانون ، يعاقب بالعقوبة المقررة لها .

مادة ٤٦ مكرر (أ) : لا تقتضى بعضى المدة الدعوى الجنائية في الجنايات المنصوص عليها في هذا القانون ، والتي تقع بعد العمل به ، عدا الجنابة المنصوص عليها في المادة ٣٧ من هذا القانون .

كما لا تسرى على المحكوم عليه في أى من الجنايات المبينة في الفقرة السابقة أحكام الإفراج تحت شرط المبينة في القرار بقانون رقم ٣٩٦ لسنة ١٩٥٦ ، في شأن تنظيم السجون .

ولانسقط بعضى المدة ، العقوبة المحكوم بها ، بعد العمل بهذا القانون في

الجنايات المنصوص عليها في الفقرة الأولى من هذه المادة .

مادة ٤٨ مكرر (أ) : تسرى أحكام المواد ٢٠٨ مكرر (أ) ، (ب) ، (ج) من قانون الإجراءات الجنائية على الجرائم المنصوص عليها في المادتين ٣٣ ، ٣٤ من هذا القانون .

مادة ٥٢ مكرر : استثناء من حكم المادة السابقة ، يكون للمائب أو من يفوضه أن يطلب إلى المحكمة المختصة ، إذا مادعت الضرورة إلى ذلك إصدار الأمر باعدام الجواهر المهددة أو النباتات المنضبوتة في أية حالة ، كانت عليها الدعوى الجنائية أو بعد صدور الحكم فيها .

ويجب أن يشتمل الطلب على بيان دواعيه والإجراءات ، التي اتخذت لحفظ عينات مناسبة من المنضبوتات ، وأوصافها هي وأحرازها وكمياتها وأماكن حفظها ونتائج التحليل الخاصة بها ، وتفصل المحكمة في هذا الطلب منعقدة في غرفة المشورة ، بعد إعلان ذوى الشأن وسماع أقوالهم .

#### (المادة الثالثة)

يستبدل بالجدول رقم (١) ، المواد المعتبرة مخدرة، الملحق بالقرار قانون رقم ١٨٢ لسنة ١٩٦٠ ، المشار إليه في الجدول رقم (١) المرفق .

#### (المادة الرابعة)

ينشر هذا القانون في الجريدة الرسمية ، ويعمل به اعتباراً من اليوم التالي لتاريخ نشره .

يصم هذا القانون بخاتم الدولة ، وينفذ كقانون من قوانينها .

صدر برئاسة الجمهورية في ١٧ ذى القعدة سنة ١٤٠٩ (٢١ يونيو سنة ١٩٨٩)

حصلنى مبارك

## قرار وزير العدل

رقم ٢٦٣٣ لسنة ١٩٩١

### بإنشاء وتنظيم مصحات علاج الإدمان والتعاطي

وزير العدل ...

بعد الإطلاع على قانون تنظيم السجون رقم ٢٩٦ لسنة ١٩٥٦ .

وعلى قانون مكافحة المخدرات وتنظيم استعمالها والاتجار فيها رقم ١٨٢

لسنة ١٩٦٠ المعدل بالقانون رقم ١٢١ لسنة ١٩٨٦ .

وعلى قرار رئيس جمهورية مصر العربية رقم ٤٥٠ لسنة ١٩٨٦ بتشكيل

المجلس القومي لمكافحة وعلاج الإدمان .

وعلى قرار رئيس جمهورية مصر العربية رقم ٤٦ لسنة ١٩٩١ بتنظيم

صندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطي .

وعلى قرار وزير العدل رقم ١٧٧٤ لسنة ١٩٩١ بشأن لجان الإشراف على

مصحات ودور علاج الإدمان والتعاطي .

وعلى اللائحة الداخلية للسجون الصادرة بقرار وزير الداخلية رقم ٧٩

لسنة ١٩٦١ .

وبعد موافقة كل من وزراء الصحة والداخلية والشئون الاجتماعية .

## قرار

مادة ١- تنشأ مصحات علاج الإدمان والتعاطي الميئة بالجدول المرفق بهذا

القرار ، وتصح وزارة الصحة ، وتخصص للمدمنين والمتعاطين الذين يقرر إبداعهم للعلاج تطبيقاً لأحكام قانون مكافحة المخدرات المشار إليه والقرارات المطلة له .

ويجب أن يكون لكل مصحة مقر مستقل ، ويجوز عند الضرورة أن يكون

مقرها قسماً مستقلاً بذاته في منشأة علاجية تابعة لوزارة الصحة ، معزولاً عن أي نشاط آخر .

مادة ٢- من مراعاة السياسة العامة التي يقرها المجلس القومي لمكافحة

وعلاج الإدمان وما يصدر عنه من توجيهات ، توافر المصحات العلاج الطبي والنفسى والاجتماعى للمدمنين والمتعاطين ، الذين يودعون بها تنقيداً لحكم أو لأمر من المحكمة المختصة أو لقرار من لجنة الإشراف بالمحافظة .

يخصص مكان معزول فى الصحة للمدمنين المودعين ؛ تطبيقاً لحكم المادة ٣٧ ، من قانون مكافحة المخدرات المشار إليه .

مادة ٣- تخضع المصحة فى أدائها لمهمتها لإشراف وتوجيه :

( أ ) مديرية الشؤون الصحية فى المحافظة التى تقع فى دائرتها .

(ب) لجنة الإشراف المختصة بالمحافظة .

مادة ٤- تلحق وزارة الصحة بكل مصحة عدداً كافياً من العاملين الإداريين والفنيين وغيرهم ، كما تلحق بها عدداً كافياً من ذوى الخبرات والتخصصات فى المجالات الطبية والنفسية والاجتماعية اللازمين لأداء مهمتها .

وتزود الوزارة هذه المصحات بالمعامل الطبية والكيميائية الخاصة بتحليل إقرازات المدمنين والمتعاطين وجميع المعدات والأجهزة والآلات ، وغيرها من الوسائل اللازمة لتحقيق أغراضها .

وتسول النفقات اللازمة لذلك مع نفقات علاج المدمنين والمتعاطين من صندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطى ؛ طبقاً للأحكام المنصوص عليها فى قرار تنظيمه ، أو من الاعتمادات التى تخصصها الدولة لهذا الغرض .

مادة ٥- تتولى إدارة المصحة لجنة تشكل بقرار من مدير الشؤون الصحية بالمحافظة على النحو الآتى :

- مدير الصحة : رئيساً .

ويختار من الأطباء الأخصائيين ذوى الخبرة فى الأمراض النفسية والعصبية وعلاج الإدمان .

- وكيل النائب العام .

- طبيب أخصائى أمراض باطنية أو علاج السموم .

- أخصائى تحاليل طبية .

أعضاء

- أخصائى اجتماعى .

- ممثل إدارة الدفاع الاجتماعى .

- أحد الذماء من الطماء .

ويضم إلى عضوية اللجنة رئيس هيئة التمريض بالمصحة .

ويختار المحامى العام للنيابة الكلية ، التى تقع المصحة فى دائرتها وكيل النائب العام ، كما يختار مدير المديرية المختص بالمحافظة كلاً من الأعضاء الآخرين .

وللجنة أن تستعين فى أثناء مهمتها بمن ترى الاستعانة بهم من الخبراء والفقهاء ، ولها أن تدعو أياً منهم إلى اجتماعاتها للاشتراك فى المناقشة ، ولسماع ما تراه من إيضاحات دون أن يكون له صوت معدود .

مادة ٦- تجتمع لجنة إدارة المصحة بدعوى من رئيسها مرة على الأقل كل أسبوعين أو بدعوة من رئيس لجنة الإشراف المختصة ، وتكون اجتماعاتها صحيحة بحضور أغلبية الأعضاء ، وتصدر قراراتها بأغلبية آراء الحاضرين ، وعند التساوى يرجح الجانب الذى منه الرئيس .

وتدون محاضر اجتماعات اللجنة فى سجل خاص ، يعد لهذا الغرض ، وتعتمد هذه المحاضر من رئيس الجلسة .

مادة ٧- لجنة إدارة المصحة هى السلطة المهيمنة على شئونها ، ولها أن تتخذ من القرارات ما تراه لازماً لتحقيق أغراضها وعلى الأخص :

(١) متابعة حسن سير العمل بالمصحة وكفاءة الإمكانيات الطبية والفنية والإدارية ، وتنفيذ برنامج علاج المدمنين والمتعاطين .

(٢) إصدار اللوائح الداخلية والقرارات التنظيمية اللازمة لحسن سير العمل .

(٣) تقدير الاحتياجات المالية للمصحة ، واعتماد مصاريفها السنوية .

(٤) دراسة تقارير التفتيش الدورى والعفاجى من الجهات الإشرافية ، وغيرها واتخاذ القرارات اللازمة فى شأنها .

(٥) اعتماد التقارير الدورية التى ترفع إليها من مدير المصحة عن سير علاج



- المودعين ، والعقبات التي تعترض الشفاء والاقتراحات الكفيلة بإزالتها .
- (٦) اعتماد التقارير الخاصة بشفاء المودع أو عدم جدوى علاجه ، وكذلك التقارير التي يتعين عرضها على لجنة الإشراف على المصحات ودور المعالج .
- (٧) فحص الشكاوى والتظلمات التي تقدم من المودعين أو ذويهم أو غيرهم من ذوي الشأن ، واتخاذ مايلزم في شأنها .
- مادة ٨- مدير المصحة هو المنوط به - تحت إشراف لجنة الإدارة ، تصريف شئونها في إطار السياسة الموضوعة لها وتنفيذ القرارات الصادرة عن اللجنة ، وله الرئاسة المباشرة على العاملين بالمصحة والمتدربين إليها ، وله على الأخص مايلأتي :
- (١) الإشراف على إنشاء ملف مستقل لكل مودع ، تسجل فيه بياناته الشخصية وماضيه الجنائي والاجتماعي ، وتطورات علاجه ، وترفق بهذا الملف جميع الأوراق والتقارير الخاصة بالمودع .
- (٢) الإذن بزيارة المودعين من غير المحكوم عليهم ، مع الإشراف على إثبات زيارات جميع المودعين بالمصحة في سجل خاص ، بعد لذلك مطبوع بخاتم لجنة الإشراف بالمحافظة .
- (٣) تطبيق نظام المكافآت والحوافز الذي يقرره مجلس إدارة صندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطي على العاملين بالمصحة والمتدربين لها ، بما يكفل حسن سير العمل بالمصحة .
- (٤) تحديد احتياجات المصحة للتهوض بمهامها وأداء رسالتها ، وإعداد تقرير سنوي يتضمن بيان ما أنفقته المصحة من مصاريف ، وما أنجزته من أعمال وما واجهته من عقبات ، وما يقترحه بشأن حسن تحقيق أهدافها .
- (٥) تنفيذ مايصدر عن جهات الإشراف من قرارات وتوجيهات ، وماتكلفه به من مهام ، وماتطلبه من إيصاحات أو تقارير أو غير ذلك .
- (٦) طلب اجتماع لجنة الإشراف كلما اقتضى الأمر ذلك .
- مادة ٩- لا يجوز الإبداع بالمصحة إلا في الأحوال الآتية :

(أ) بأمر من المحكمة المختصة طبقاً للمادة ٣٧ من قانون مكافحة المخدرات المشار إليه .

(ب) بأمر من المحكمة المختصة وبقرار من لجنة الإشراف على المصححات ودور العلاج في المحافظة طبقاً للمادتين ٢٧ مكرر (أ) و٣٧ مكرر (ب) من القانون المذكور .

بم الإيداع بالمصححة بمقتضى أوامر الإيداع ، التي تقررها اللجنة أو النيابة العامة على التماذج التي تعتمد عليها لجنة الإشراف بالمحافظة .

مادة ١٠- تفحص حالة المودع طبيًا ونفسيًا واجتماعيًا ، كما يتعين أخذ العينات اللازمة منه للفحص المعملى فور إيداعه المصححة ، مع تحديد لفئة اللازمة لعزله عزلاً كاملاً أثناء فترة السحاب المخدر من الجسم ، طبقاً للقواعد التي تقررها اللجنة في شأنه .

مادة ١١- تفحص المصححة من تحمله إليها لجنة الإشراف قبل إصدار قرار اللجنة في شأنه .

ولا يجوز إيداعه بالمصححة خلال فترة الفحص ، إلا إذا تضمن القرار النص صراحة على ذلك .

وعلى مدير المصححة أن يرفع إلى لجنة الإشراف بالمحافظة خلال المدة التي تحددها تقريراً بنتيجة الفحص ، الذي يجريه ثلاثة من الأطباء الأخصائيين على الأقل ، ويرفق بالتقرير رأى وملاحظات مدير المصححة ، إذ لم يكن قد اشترك في الفحص .

مادة ١٢- تشكل لجنة ثلاثية من الأخصائيين على الأقل ، أحدهم في الأمراض النفسية والعصبية ، والثاني في الأمراض الباطنية أو علاج السموم ، والثالث أخصائي اجتماعي أو نفسي .

وتتولى هذه اللجنة فحص المودع وإعداد تقرير عن حالته ، من حيث : الشفاء أو عدم جدوى العلاج .

ويعرض مدير المصححة هذا التقرير خلال يومين من إعداده على لجنة الإدارة ، لاعتماده ورفعها إلى لجنة الإشراف بالمحافظة ، للتصرف فيه طبقاً

للقانون .

مادة ١٣- يخطر مدير المصلحة لجنة الإشراف بالمحافظة بمن يحتاج إلى الرعاية اللاحقة من بين من انتهى إيداعهم قانوناً بالمصلحة ، وذلك مع التقرير المعتمد من لجنة الإدارة بشأنه ، لتحديد لجنة الإشراف دار العلاج ، التي تتكفل بهذه الرعاية أو الإشراف عليها ، ويحول المدير المودع إلى هذه الدار ، مع ملف كامل بحالته .

مادة ١٤- تتولى لجنة الإدارة تحديد نفقات علاج المودع في الحالات التي يلزم بها قانوناً .

ويشمل تقرير هذه النفقات على الأخص مقابل الفحوص والإقامة والدواء ؛ وفقاً للقواعد التي يصدرها وزير الصحة .

وعلى لجنة الإدارة إخطار لجنة الإشراف المختصة بهذه النفقات ؛ للنظر في اعتمادها والأمر باتخاذ الإجراءات القانونية اللازمة لتحصيلها .

مادة ١٥- تجرى المصلحة التحاليل الطبية أو العملية أو غيرها في الحالات التي تطلب فيها دور العلاج ذلك .

مادة ١٦- تجرى جميع المراسلات المتعلقة بالمدمنين أو المتعاطين بمقتضى مكاتبات سرية مسجلة موصى عليها ومصحوبة بعلم الوصول ، وبصفة خاصة ما يوجه منها إلى أى متهم أو ذويه ، ويحظر بغير إذن من لجنة الإشراف المختصة ، أو بأمر من النيابة العامة أو المحكمة المختصة الاطلاع أو إفشاء أى من المعلومات، أو البيانات التي تتضمنها المكاتبات أو التقارير أو الملفات أو السجلات عن المودعين بالمصححات ، والتي تصل إلى علم القائمين بالعمل في المصححات بحكم وظائفهم .

ولا يجوز نقل سجلات المصلحة خارج مقرها إلا في حالة الضرورة ، وبإذن خاص من الجهات المشار إليها بحسب الأحوال .

ويجب أن تتخذ الإجراءات التأديبية فوراً قبل من يخالف الأحكام السابقة ، ومن يطلعون على هذه الأسرار بحكم وظائفهم ، مع عدم الإخلال بمسئوليتهم الجدلانية والمدنية .

مادة ١٧ - توفر وزارة الداخلية لكل مصلحة الحراسة الكافية لعزل نزلاتها عن المجتمع الخارجي ، في نطاق القواعد التي تقرها لجنة الإشراف بالمحافظة .  
وللنائب العام أو وكلائه دخول هذه المصحات والتفتيش عليها والإطلاع على سجلاتها ومستنداتها ، وغير ذلك مما يقتضيه تحقيق الشكاوى التي تقدم إليها .

وعلى جميع العاملين بالمصلحة تقديم كل مساعدة ممكنة للنيابة العامة والقائمين بالحراسة ، لتيسير أداء مهمتهم .

مادة ١٨ - يجب على مدير المصلحة وسائر القائمين بالعمل فيها تقديم كل مساعدة ممكنة لندوبي لجنة الإشراف على المصلحة ، والمفتشين المختصين التابعين لوزارات الصحة والعدل والشمون الاجتماعية ، وأن يمكنهم من إجراء التفتيش الدوري والمفاجئ والإطلاع على سائر الأوراق والدفاتر والسجلات ، والحصول على صور منها ، وأن ييسروا لهم الحصول فوراً على جميع المعلومات التي يطلبونها .

مادة ١٩ - ينشر هذا القرار في الوقائع المصرية ويعمل به من تاريخ نشره .

صدر في ١٦ / ٥ / ١٩٩١

وزير العدل

المستشار / فاروق سيف النصر

### جدول بيان

#### مصحات علاج الإدمان والتعاطي

المرفق بقرار وزير العدل رقم لسنة 1991

- (١) محافظة القاهرة :
  - (أ) مصحة علاج الإدمان والتعاطي بمستشفى حلوان للصحة النفسية .
  - (ب) مصحة علاج الإدمان والتعاطي بمستشفى العباسية للصحة النفسية .
- (٢) محافظة الإسكندرية :
  - مصحة علاج الإدمان والتعاطي بمستشفى المعمورة للصحة النفسية .
- (٣) محافظة القليوبية :
  - مصحة علاج الإدمان والتعاطي بمستشفى الخانكة للصحة النفسية .
- (٤) محافظة الغربية :
  - مصحة علاج الإدمان والتعاطي بمستشفى طنطا للصحة النفسية .
- (٥) محافظة الشرقية :
  - مصحة علاج الإدمان والتعاطي بمستشفى كفر العزازي للصحة النفسية .
- (٦) محافظة الدقهلية :
  - مصحة علاج الإدمان والتعاطي بمستشفى المنصورة .
- (٧) محافظة بنى سويف :
  - مصحة علاج الإدمان والتعاطي بمستشفى بنى سويف .
- (٨) محافظة أسيوط :
  - مصحة علاج الإدمان والتعاطي بمستشفى الصحة النفسية بأسيوط .

(٩) مخالفة سوهاج :

مصحة علاج الإنعاز والتعاطي بمستشفى الصحة النفسية بسوهاج .

(١٠) مخالفة أسوان :

مصحة علاج الإنعاز والتعاطي بمستشفى المد العالي للصحة النفسية .

وزير العدل

تصويراً في ١٦/٥/١٩٩٦ .      المستشار / هادي سيف التميمي



## أ.د. أحمد عكاشه

الإسهامات العلمية والثقافية في الداخل والخارج .

- رئيس الجمعية العالمية للطب النفسي (2002-2004) .
- استاذ طب النفسي كلية الطب جامعة عين شمس .
- مؤسس ورئيس شرف ومستشار مركز الطب النفسي طب عين شمس .
- رئيس مركز البحوث والتدريب لمنظمة الصحة العالمية في منطقة شرق البحر المتوسط في مجال الصحة النفسية .
- رئيس لجنة القيم والأخلاقيات بالجمعية العالمية لطب النفسي وأصدر ميثاق مدريد 1996 ميثاق الشرف للأطباء نفس العالم .

- رئيس الجمعية المصرية للطب النفسي .
- رئيس اتحاد الأطباء النفسيين العرب .
- رئيس الجمعية المصرية للطب النفسي البيولوجي .
- رئيس الجمعية الفرنسية المصرية للطب النفسي .
- نائب رئيس الأكاديمية العالمية للطب النفسي السلوكي والعلاج النفسي ( كورتاوت ) .
- عضو اللجنة الاستشارية العلمية للمجلس القومي لمكافحة المخدرات ، وعضو صندوق الإيمان .
- عضو هيئة تحرير ست عشرة مجلة علمية عالمية للطب النفسي .
- الحائز على جائزة الدولة في الإبداع العلمي ( 2000 ) .
- الحائز على جائزة الدولة التقديرية في العلوم ( 2008 ) .

### المؤلفات العلمية ،

- خمسون كتابا باللغة العربية والإنجليزية تم نشر واحد وثلاثون منها بالخارج .
- مائتان ثلاث وأربعين بحثا عالميا في مجالات الطب النفسي والعصبي والعلوم السلوكية نشرت في المجلات العلمية ، العالمية والمحلية .
- أشرف على ثمان وستون رسالة دكتوراه في الطب النفسي .
- أشرف على مائة وسبع وعشرون رسالة ماجستير في الطب النفسي .

ISBN 977-05-1973-1



مكتبة الأنجلو المصرية

THE ANGLO-EGYPTIAN BOOKSHOP

The World of Words & Thoughts

www.anglo-egyptian.com

