جامعة سيدي محمد بن عبد اللـــه
كلية الطب و الصيدلة بفاس

سنة 2014 أطروحة رقم 14/015

(تعريب الأساسي من وحدة الطب النفسي)

الأطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم الأربعاء 2014/03/12

من طرف

السيد مصطفى اكـــن

المزداد في 1987/12/22 ببولمان

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية :
الطب النفسي - التعريب - علم الأعراض - علم الأمراض

اللجنة

السيد مولاي حسن فارح — الرئيس
أستاذ في جراحة المسالك البولية.

السيد إسماعيل راموز — المشرف
أستاذ في الطب النفسي.

أعضاء

السيد محمد البياز
أستاذ في طب الجهاز التنفسي

السيد عبد اللطيف أوديدي
أستاذ في جراحة الأنف والأذن والحنجرة في.

السيد سعيد بوجراف
أستاذ في الفيزياء الإحيائية.

بسم الله الرحمان الرحيم

الحمد لله الذي بنعمته تتم الصالحات، والصلاة والسلام على خير من نطق الضاد، جعلنا الله ممن يغار على لسان كتابه، ويقتفي أثر رسوله في التمهر به.

إهداء

إلى روح **أبي** الطاهرة، التي ما تزال ترفرف في روعي، تمدني بالأمل وتعلمني الصبر. كنت، يا **أبتي**، أتمنى أن يسعفك الأجل إلى مثل هذا اليوم، لترى قطاف ما زرعت يداك، ولكن الله قدر وما شاء فعل. لقد كنت مثالا رائعا للرجل الصبور الذي يعمل في صمت، وكان صمتك ملهما لي ودعاؤك الخفي في كل ليل بهيم سندا لي. فهل تراني اليوم يا **أبي** أستطيع أن أفرحك قليلا وقد قطعت هذا الشوط الكبير في سباق الحياة؟ أرجو ذلك من كل قلبي. رحمك الله يا من لم أنسه مذ ذهب. فقد ظعنت ولكنك مقيم في قلبي أبدا.

اعذر دمعاتي يا **أبي** وأنا أكتب إليك الآن، فمثلك لا أملك أن أنكف عبرة تنسرب على خدي في حضرته..

إليك أهدي هذا العمل الذي لولا أن علمتني الاعتزاز بالأصل والدفاع عن الهوية، ولولا أني أخذت عنك الصبر والمكابدة، ما كان له أن يرى النور..

إلى **أمي** التي من دون سواعدها ودعائها ما كنت هنا اليوم. لعلك اليوم مغتبطة يا **أماه** وأنت ترين صغير ذكرانك يبلغ شيئا من أحلامه. لابد أن هذا حدث، فأنت صاحبة الأحلام التي لا تنقضي ولا ينفذ إليها يأس، وأنت صاحبة العزم الذي لا ينفذ إليه خوار، وهما خلقان لا تقوم المهمات العظيمة إلا بهما. فشكرا لك **أمي** على كل شيء، لأنك في الحقيقة كنت كل شيء. حفظك الله وأمتعك بالصحة والسلامة، وعافاك الله في دينك وبدنك. وجمعنا جميعا مع أبي في جنة الخلد إن شاء الله...

اقبلي مني أمي هذا الإهداء، واقبلي مني حبي...

إلى كل إخوتي الأعزاء الذي وقفوا إلى جانبي طيلة هذه السنين. وكانوا لي سندا متينا وركنا شديدا..

إلى أخواتي الغاليات اللواتي محضنني حبا وكن لي خير أخوات. وكن لي منبعا للدفء والحنان..

إلى زوجتي الحبيبة التي أنارت حياتي وأعطتها معنى جديدا. وقالت للحب مذ كان تعال إلي ألقنك ما لم يبلغه فيك الأوائل. وكانت مذ شاء الله أن نلتقي لا تريدني إلا حيث يمس منكبي الجوزاء...

إلى كل أصدقائي الأفاضل الذين دعموني خلال مسيرتي. وكانوا في الخلة أوفياء أمناء..

إلى هؤلاء جميعا أهدي هذا العمل...

شكر

في مستهل هذا العمل أتقدم بالشكر الجزيل إلى البروفيسور **مولاي حسن فارح،** الذي شرفني بترؤس لجنة مناقشة بحثي للدكتوراه. كل ما قيل في الطيبوبة والتواضع من كلام لا أراه أهلا أن يقال وصفا لما أنعم الله عليكم أستاذي من حسن طبع ودماثة خلق، فنعم الرجل أنتم..

وأشكر أيضا شكرا جزيلا الأستاذ المشرف، البروفيسور **إسماعيل راموز،** على سعة صدره وطيب خلقه، الذين تحلى بهما طيلة أشهر العمل. أشكركم أستاذي على تعاونكم اللامشروط، وعلى توجيهاتكم ونصائحكم، وعلى جهدكم ووقتكم، وعلى كل ما بذلتموه لإخراج هذا العمل إلى حيز الوجود...

كما أشكر البروفيسور "محمد البياز" على قبوله مناقشة بحثي هذا، أشكركم أستاذي على حسن توجيهكم لي حتى قبل أن يبدأ هذا العمل. أنتم مثال للتواضع والبسمة في وجوه الناس مهما كانت الظروف...

وشكري مجزول أيضا إلى البرفيسور الإنسان **عبد اللطيف أوديدي،** الذي قطع قسما من وقته ووقفه لمساعدة الناس، ما نودي عليه لعمل فيه خير إلا لبى دون قيد. أما التواضع وإلغاء الحدود بينه وبين الطلبة فالحديث عنه فيه مراغم كثير وسعة. شكرا لكم أستاذي لقبولك مناقشة بحثي هذا...

وشكري جزيل البروفيسور "سعيد بوجراف" على قبوله المشاركة في تقييم هذا العمل، أشكركم أستاذي لطيبتكم وتواضعكم، وأسأل الله أن يبارك في عمركم وينسئ في أثركم...

الفهرس

تمهيد 8

أهمية تعريب العلوم الصحية 10

مقدمة 11
قدرة اللغة العربية على مواكبة علوم العصر 12
أهمية تعريب العلوم 14
أهمية تعريب العلوم الصحية 17
سبب اختيار الطب النفسي كموضوع لهذا العمل.....18

منهجية العمل 20

تعريب الأساسي من علم الأعراض الخاصة بالطب النفسي.....23

مقدمة 24
الفحص النفسي 25
المتلازمة الهذيانية 49
المتلازمة الانفصامية 63
الهياج 76

تعريب الأساسي من علم الأمراض الخاصة بالطب النفسي 82

اضطرابات الشخصية 83
مقدمة 83
الشخصيات المرضية 85
الاضطرابات القلقية.....97
مقدمة 97
الاضطراب الهلعي 100
اضطراب الوسواس القهري 105
حالة الكرب ما بعد الصدمة 117
اضطراب القلق المعمم 123
الاضطرابات الانفصامية والتحولية.....128
عصاب الهستيريا 128
اضطرابات المزاج.....138
مقدمة 138
الاضطرابات الاكتئابية 138
اضطراب المزاج ثنائي القطب 155
الحالات الذهانية: الهذيانات الحادة والمزمنة 167
مقدمة 167

هجمة الهذيان الحادة 167
الهذاء 178
الفصام.... 189

خلاصة 203

ملخـــص 204

معجم المصطلحات العلمية 207

من العربية إلى الفرنسية 208
من الفرنسية إلى العربية 218
المصطلحات المقترحة على المعجم الطبي الموحد 228
إضافة البحث المعجمية 231

تمهيد

يأتي هذا العمل، في هذه الحلة غير المعهودة في أطروحات التخرج من كليات الطب في المغرب، من أجل كسر النمط ومحاولة الإسهام في رفع جودة تقديم العلوم الطبية في بلدنا العزيز. فإذا كانت الأطروحات الأخرى تحاول في المجمل تقديم دراسات إحصائية حول أمراض معينة أو ظواهر معينة متعلقة بالطب، وهي بذلك لاشك تخدم الطب في بلادنا، عن طريق تعميق فهم الأمراض وأسبابها أو عواملها الاختطارية وطرق العلاج منها، فإن هذا البحث يسعى إلى خدمة هذا الاتجاه لكن من زاوية أخرى، إنها زاوية التعليم وتلقين الطلبة الأسس النظرية وفهمها فهما جيدا.

من المعلوم أن الاستيعاب الكامل لا يحصل إلا بلغة يفهمها المتلقي فهما دقيقا، دون الاضطرار إلى الرجوع إلى المعاجم في كل مرة، أو الرجوع إلى الثقافات التي أنتجت فيها بعض المعارف الطبية لفك شفرة بعض التعابير والأمثلة التي تسهل على الطالب فهم المراد، إلا أنها للأسف تسهله على الطالب الفرنسي وتعقده على الطالب المغربي باستثناء بعض الطلبة الذي تمرسوا باللغة الفرنسية وتمهروا في ثقافتها. وقد تم رصد هذا الأمر انطلاقا من التجربة الشخصية[1] لصاحب البحث بالإضافة إلى كثير من الطلبة رغم مستواهم الطيب في اللغة الفرنسية. فإن كان هذا القول ينطبق على هذه الفئة، فإنه من باب أولى أن ينطبق على فئة من الطلاب تعثروا تعثرا فاحشا في اللغة الفرنسية، فهؤلاء لاشك أن الفهم يعنتهم إعناتا شديدا ويلاقون في ذلك السبيل معاناة كبيرة. أما الاستيعاب الجيد فنادرا ما يحصل، وإذا ما حصل فلوقت وجيز ثم تمحي المعارف التي تم تحصيلها نظرا لغياب تواصل روحي وذاكرة حية بين الطالب واللغة التي يدرس بها، وبين هذا وذاك يضيع التكوين وتضيع معه صحة المواطن المغربي.

إن فهم المادة المدرسة واستيعابها استيعابا جيدا، هو الخطوة الأولى التي من شأنها أن تحسن من المستوى الأكاديمي والعملي لطلبة كلية الطب وللأطباء بشكل عام، بعد أن يتحقق هذا الشرط اللازم وغير الكافي، يمكن أن نوسع القول بعد في كل الوسائل الأخرى التي تأتي إما متأخرة عنه في الترتيب أو خادمة لجودته كالتجهيزات والبنيات التحتية والظروف المادية والمعنوية.

في ضوء ما سبق ذكره يندرج هذا العمل الذي يتوخى تحقيق ثلاثة أهداف:

الهدف الأول: وضع وثيقة باللغة العربية رهن إشارة الطلاب تمكنهم من الفهم الجيد لمحتوى الدروس التي تقدم باللغة الفرنسية، وذلك عن طريق تحويل الخطاب الفرنسي إلى الخطاب العربي، وهو الأقرب

[1]- لاحظت من تجربتي كطالب في كلية الطيب، ورغم مستواي الطب في استيعاب اللغة الفرنسية، أن الفهم الجيد والاستيعاب العميق للمادة المدروسة لا يكون بنفس المستوى الذي ألاحظه عندما أتناول مادة علمية باللغة العربية...

إلى فهم الطالب عموما، وأيضا عن طريق إغناء الدرس بمعلومات مهمة وتطعيمه بأمثلة وشروحات من واقعنا المغربي...

الهدف الثاني: المساهمة في تسهيل التواصل بين طرفي العلاج أي الطبيب ومرضاه أو من يمثلهم. وذلك عن طريق تزويد الطبيب بمعجم مصطلحي ونسق مفاهيمي، يجعل التواصل مع المريض باللغة التي يفهم أو بلغة قريبة من تلك التي يفهم في مكنته ومتناول يده. وأيضا عن طريق إمداد الفئات الأخرى من غير الأطباء الراغبة في فهم الأمراض النفسية والإلمام بأبجدياتها بهذه الوثيقة، التي اخترنا أن ننحو منحى التبسيط والابتعاد عن التعقيد في المصطلحات والتراكيب اللغوية خدمة لهذا الهدف...

الهدف الثالث: الجعل من هذه الفرصة مناسبة لإبداء وجهة نظرنا في المصطلحات المعتمدة من لدن منظمة الصحة العالمية فيما يعرف بالمعجم الطبي الموحد، ونخص بالذكر المصلحات المتعلقة بالطب النفسي. سواء من ناحية اقتراح مصطلحات جديدة يفتقر إليها المعجم المذكور إن من خلال المعاجم الأخرى التي اعتمدها هذا العمل أو من خلال اقتراحنا لمصطلحات جديدة نرى أنها أكثر مناسبة وملائمة. أو عن طريق اقتراح بدائل لبعض المصطلحات التي ارتأينا أنها غير مناسبة أو لا تؤدي المعنى المنوط بها بدقة مع إعطاء التعليل والشرح ومعايير ترجيح مصطلح على مصطلح أو وضع مصطلح مكان مصطلح...

إن هذا العمل، رغم تواضعه، يصلح أن يكون نموذجا للانطلاق نحو آفاق واعدة فيما يتعلق بتعريب العلوم الصحية خصوصا، والعلوم الأخرى التي لم يطلها التعريب عموما. فهو، علاوة على تحقيق الأهداف سالفة الذكر، حقيق به أن يكون مثالا حيا وترجمة واقعية على قدرة اللغة العربية على استيعاب ما استجد في العلوم العصرية، وصهره في قالبها بل وإعطاءه نفسا جديدا من ناحية الدقة العلمية والجمال الأدبي. وإن كان هذا العمل قد حقق، في نظرنا، جزء من ذلك وقد سهر على إنجازه غير متخصص في اللغة ولا دارس لعلومها اللهم ما كان من حبها والوله بها، فإن بإمكاننا تحقيق أفضل من ذلك بمراحل لو شمر المجدون المتخصصون في مجال اللغة عن سواعدهم، ورهنوا أننفسهم في سبيل هذه الغاية النبيلة...

أهمية تعريب العلوم الصحية

مقدمة

تشكل اللغة أداة للتعبير والتواصل بين أفراد المجتمع، وترجمانا ينقل الأفكار إلى الغير ليتم التفاهم والإقناع، أو التأثير، فهي رمز التعايش المشترك، وبها يتم توثيق روابط الوحدة الجماعية، وتدوين سجل الأمة، وحماية تاريخها، وحفظ ذاكرتها مما يضمن التفاعل الحضاري بين السلف والخلف[1].

إن فهم اللغة على هذا الوجه، يحيلنا على ضياع كل المقاصد التي ترتبت عن هذا الفهم في حال ضياع اللغة القومية أو التقليل من شأنها لصالح لغات دخيلة، فرضها الاستعمار أو تقاعس أهلها عن النهوض بها، أو هما معاً. حيث تتزعزع الوحدة الجماعية، ويتسرب التشكيك إلى سجل الأمة الحضاري، ويعبث بذاكرتها الحضارية، ويفقد التواصل بين الأجيال. من هنا ينشأ الحديث حول ضرورة الحفاظ على اللغة القومية وحيوية ذلك بالنسبة لأي مجتمع يروم النهضة وحيازة قدم سبق في ميدان التنافس العالمي. ولاشك أن احتواء أي لغة للعلوم المستجدة يعطيها نفسا جديدا للانتشار والازدهار، كما يعطي هذه العلوم قدرة على النفاذ إلى الذهن الجمعي لأصحاب تلك اللغة، ومن ثم التأثير في وعيهم العام وسلوكهم الحضاري.

يقول مصطفى يقول صادق الرافعي "إنما اللغة مظهر من مظاهر التاريخ ، والتاريخ صفة الأمة ، والأمة تكاد تكون صفة لغتها ، لأنها حاجتها الطبيعية التي لا تنفك عنها، ولا قوام لها بغيرها ، فكيفما قلّبت أمر اللغة من حيث اتصالها بتاريخ الأمة واتصال الأمة بها ، وجدتها الصفة الثابتة التي لا تزول إلا بزوال الجنسية ، وانسلاخ الأمة من تاريخها ، واشتمالها جلدة أمة أخرى".

ويقول أيضا "وما ذلت لغة شعب إلا ذل، ولا انحطت إلا كان أمره في ذهاب وإدبار؛ ومن هذا يفرض الأجنبي المستعمر لغته فرضًا على الأمة المستعمرة، ويركبهم بها، ويشعرهم عظمته فيها، ويستلحقهم من ناحيتها؛ فيحكم عليهم أحكامًا ثلاثة في عمل واحد: أما الأول فحبس لغتهم في لغته سجنًا مؤبدًا؛ وأما الثاني فالحكم على ماضيهم بالقتل محوًا ونسيانًا؛ وأما الثالث فتقييد مستقبلهم في الأغلال التي يصنعها؛ فأمرهم من بعدها لأمره تبع".

فإذا كان هذا الدور كله للغة وكانت لها هذه الأمية، فإنه ليس أقل من أن نهتم بها ونجعل لغتنا الأم وسيلتنا إلى النهضة، ولا تكون الوسيلة فعالة حتى ينهض لها أهلها بما تستحق من العناية والرعاية والتعهد، وقبل ذلك كله من إكبار شأنها في قلوبهم...

---

[1]- مها خبر بك ناصر، اللغة العربية وعلوم العصر، مجلة العربي، العدد 554-1 /2005

قدرة اللغة العربية على مواكبة علوم العصر

ولعله من الضرورة المنهجية قبل أن نتحدث عن أهمية تعريب العلوم الصحية وتقديمها باللغة العربية، أن نبين أولا أن في مكنة هذه اللغة أن تكون وعاء للعلوم الحديثة، وأنها إن كان أصحابها اليوم في ذيل المؤثرين في حقول البحث العلمي المعاصر، فإنها هي على الأقل تستطيع مواكبة ما استجد على الساحة من معارف علمية جديدة وصهرها في قالبها، حتى تغدو كأنها منها أو كأنها وصفت لأول مرة بها.

تعتبر اللغة دالة على الفكر أو العقل فهو يتمظهر بها، كما تتلبسه وتعكس قيمته، فالعلاقة بينهما علاقة تأثير متبادل. وبناء على هذا الطرح فإن أي ركود يصيب أحد الطرفين لابد أن ينعكس على الآخر. ويؤكد علم اللغة الحديث على أنه لا يوجد فرق بين لغة ولغة في القدرة على استيعاب كل ما يجد في ساحتها من معارف، وإنما يحدث الفرقَ الناطقون بها. ولا أدل على ذلك من كون اللغة العربية مهيمنة على العالم وقت كان العرب في قمة الحضارة وقادة للعالم ماديا ومعنويا، وأيضا سيطرة اللغة الانجليزية على الساحة في وقتنا الراهن، وذلك ارتباطا بتقدم أصحابها وهيمنتهم في المجالات. ويسجل أحد احد مؤسسي علم اللغة الحديث وهو "إدوار سابير" شهادته قائلا " إن اللغات الخمس التي كان لها دور رئيس في حمل الحضارة الإنسانية هي الصينية القديمة والسنسكريتية والعربية واليونانية واللاتينية"، ونلاحظ أن اللغة الوحيدة التي استطاعت الصمود والاستمرار في تأدية هذا الدور من بين اللغات الخمس هي اللغة العربية، وهي لاشك قادرة على فعل ذلك في المستقبل. فهروبنا إلى اللغات الأجنبية اليوم، ليس نتيجة طبيعية لقصور اللغة العربية عن مسايرة الركب العلمي الذي تسير وفقه الإنسانية بقيادة الغرب، ولكنه نتيجة لقصور العقل العربي عن الإنتاج وتطوير لغته، لتشمل إنتاجاته الخاصة وتستوعب إنتاجات غيره إغناء لرصيده الثقافي والحضاري. ذلك أن اللغة التي شملت كثيرا من الألفاظ الأجنبية وبرعت في صهرها في قاموسها قديما، لا يمكن أن تصير اليوم عاجزة عن فعل ذلك، فاللغة هي اللغة لم تتغير ولم تتبدل، وما تزال تحتفظ بنفس الخصائص، وإنما الذي تغير هو الإنسان الذي يحملها ودرجة ارتباطه بها. فالفرق شاسع بين لغة يرتبط بها أصحابها مهما كانت لغة ضيقة ومتخلفة، ولغة يحتقرها أصحابها ويعتبرونها غير ذات جدوى مهما كانت غنية ومرنة. فالصنف الأول يسعى دائما إلى تطويرها وترقيتها لتكون في مصاف اللغات المتقدمة، أما الصنف الثاني فكل همه التخلص من لغته التي لا يعرفها، لأنها ترتبط في نظره المحدود بالتخلف، أما تطويرها وجعلها تتبوأ مكانتها التي تستحق، فذلك آخر ما يمكن أن يفكر فيه.

إن تأهيل اللغة يمر بالضرورة عبر تأهيل أصحابها، ليكونوا قادرين على الوفاء باستحقاقات هذا العمل الذي يعتبر مفتاحا مهما من مفاتيح النهضة والتحرر. وذلك عن طريق الرفع من منسوب الشعور

بالانتماء والدفاع عنه لديهم، بالإضافة إلى تحسيسهم بالدور المفتاح للغة في إنجاز الأهداف التي لا يختلف اثنان حول ضرورة تحقيقها، وهي استعادة الريادة للأمة العربية والإسلامية.

أهمية تعريب العلوم

لاشك أن تعريب العلوم خطوة في الصميم فيما يخص تأهيل الإنسان العربي، ذلك أنه يتم تسريب المنهج العلمي إلى اللغة الأم، عند جعلها حاملة للعلم، ومن ثم تتسرب البنى العلمية إلى ذهنية أصحاب اللغة، عوض أن تبقى اللغة الأجنبية محتكرة للضبط والدقة، وتبقى اللغة العربية وما يتفرع عنها من لهجات مجالا للانفلات المنهجي، ومعرضا للخطاب الشعبي البعيد عن أي ضوابط منطقية. فاللغة كما أسلفنا ذكره تعرف علاقة تفاعلية مع العقل، ولاشك أن العربية حين تصبح لغة الرياضيات والفيزياء والطبيعيات، باعتبارها علوما مضبوطة سواء بمقتضى مقدمات العقل أو مخرجات التجربة، ستساهم في الضبط العلمي للذهنية العربية والرقي بمستوى التفكير والخطاب لدى الإنسان العربي. وهو ما يؤكده الدكتور نزار المزين في بحثه[1] حول تعريب التعليم العالي في لبنان حيث يقول "فأسلوب الاستجابات والمواقف في مجتمع من المجتمعات يرتبط ارتباطا وثيقا باللغة والفكر". "وعلى هذا فإن الصيغ اللغوية تؤثر في الذهن وتنظم التفكير بشكل معين". "فالانبناء اللساني الذي يتلقاه الفرد من محيطه، مسؤول أساسا عن الطريقة التي يحدد بها نظرته إلى العالم". ويقول الدكتور مصطفى حجازي تأكيدا لنفس المعنى وتعليقا على المقولات السابقة[2] " فإذا كانت اللغة الأم متشبعة بالانفعالات والنظرة اللاعلمية للواقع، باعتبارها تعكس الوجود المتخلف، فإنها ستؤدي حتما إلى ترسيخ هذه الانفعالية اللاعلمية وتشجع بالتالي النظرة الخرافية إلى الوجود. ومن هنا ضرورة تعريب العلوم الإنسانية والمضبوطة. فهذا التعريب يدخل الصيغ العلمية على اللغة ويطورها، مما يؤدي بالتالي إلى إدخال الصيغ العلمية على الذهنية العربية، ويرتقي بها إلى مستوى المنهجية المضبوطة. وهكذا كلما استطعنا أن ندخل الصيغ العلمية في لغتنا وإلى مجتمعنا، استطعنا أن نؤثر على الذهن في مجتمعنا ونوجهه نحو إدراك علمي للواقع. وإذا كانت الصيغ العلمية في اللغة نتيجة تفاعل الذهن مع ظاهرات الواقع وأسلوب البحث المستخدم، وإذا كان إدخال الصيغ العلمية في لغة مجتمعنا يؤثر على نشاط ذهننا وإدراكنا، فإن سلوكنا يتأثر بفعل إدراكنا الجديد ويستجيب للوضعيات المختلفة متأثرا بأسلوب الصيغ العلمية التي تركزت في اللغة. ويتحول السلوك تدريجيا إلى استجابات أكثر واقعية وأكثر رصانة"...

وإذا كان قد ظهر أن تعريب العلوم الإنسانية والعلوم المضبوطة ضرورة ملحة من أجل تأهيل الإنسان العربي بالقيام بدوره في النهضة وترشيد سلوكه. فإن التعريب تظهر أهميته أيضا من جهات أخرى متعددة نذكر منها ما يلي:

---

[1]- د نزار المزين، تعريب التعليم العالي في لبنان، مجلة المقاصد، العدد 1 بيروت 1973.

[2]- د مصطفى حجازي، سيكولوجية الإنسان المقهور، الطبعة التاسعة، المركز الثقافي العربي، الدار البيضاء 2005.

أولا: التعريب تخلص من الهيمنة الأجنبية واستعادة لروح الانتماء للأمة والاعتزاز به. فاللغات الأجنبية في مختلف ربوع الوطن العربي، تم إقحامها في الحياة العامة والخاصة، ليس بفعل الاختيار الحر والاقتناع العلمي، ولكن بفعل الاستعمار والرغبة في الهيمنة العسكرية والثقافية. فالتعريب إذاً يساهم في استكمال أشواط الاستقلال الذي تم جزؤه الترابي وبقي جزؤه الثقافي...

ثانيا: التعريب تقليص من نفقات الدولة على التعليم، فالدول المتقدمة بدون استثناء تدرس العلوم كلها بلغتها القومية، ولا تجعل من تدريس اللغات الأجنبية أولوية في سياستها التعليمية، فالمعول عليه ضبط اللغة الأم وتيسير التعليم بها عن طريق الاجتهاد في الترجمة وتوفير العلوم باللغة المحلية، بينما تشجع تعلم اللغات الأجنبية بشكل موجه وفق الحاجة. فشعب مثل ألمانيا مثلا لا يحتاج أن يضبط كل أفراده اللغات الأخرى، من أجل إنجاح العمل الدبلوماسي الألماني، والنشاط الاستخباراتي، وترجمة المستجدات العلمية، وتنشيط التجارة الخارجية، وهي المناشط التي تحتاج فيها الدول اللغات الأجنبية عموما. ولكن يحتاج أن ينتدب في كل مجال من المجالات المذكورة مجموعة قادرة على إنجاز المهمة بنجاح، فيما يركز من تبقوا على لغتهم الأم والتعامل من خلالها مع مختلف المجالات سواء اليومية الحياتية والعلمية الأكاديمية، وهكذا تتم المحافظة على وحدة الشخصية الألمانية، فلغة المشاعر والتعامل اليومي هي نفسها لغة التفكير والتعاطي مع المعرفة. ويظهر هنا التقليص من النفقات إذا نظرنا مثلا إلى المغرب الذي يصرف ميزانية ضخمة من أجل تدريس اللغة الفرنسية، وهي ميزانية يستطيع جزء بسيط منها أن يتصدى لعملية الترجمة، ويعبد الطريق لتحقيق كل ما سبق ذكره من فوائد التعريب...

ثالثا: لا تقدم ولا نهضة بغير التدريس باللغة القومية، وهو ما يضمنه التعريب في سياقنا العربي. ويظهر هذا الأمر عن طريق القيام باستقراء لسياسات التعليم لدى الدول التي حققت النهضة سواء في الزمن الماضي أو الحالي. فالأمة الإسلامية حققت نهضتها الأولى عن طريق تعريب المنجزات اليونانية، بعد أن وفر الوحي وتفاعلُ العقل الإسلامي مع الخطاب الإلهي، بيئة مساعدة على الابتكار العلمي ونمى في الذات المسلمة روح الاكتشاف والبحث العلمي. وعندما بدأ الخمول يتسرب إلى الروح الإسلامية بعد خيانته لمبادئ الوحي الداعية إلى التأمل والبحث وإعمال العقل لصالح الاتجاه نحو الفكر الخرافي والقدري والاتكالية المقيتة، تسلم المشعل المجتمع الغربي، الذي بدوره لم يختر الخضوع للغالب وقتذاك والاعتماد على لغته، وإنما اختار الترجمة والتدريس بلغته الخاصة اللاتينية والتي أدى تطويرها إلى ظهور اللغات المسيطرة في سياقنا المعاصر. أما في الزمن الحديث، فالتجربة تؤكد على أن كل الأمم المتقدمة تدرس العلوم بلغاتها الوطنية. وليكن مثالنا الكيان الصهيوني الذي ابتعث لغته العبرية من قبرها بعد أن اندثرت ولم يعد يتحدث بها أحد. فقام بتطويرها وجعلها لغة الشارع والسياسة والثقافة والفلسفة والعلم، ولست أحتاج هنا أن أعطي أمثلة لنعرف ما وصل إليه هذا الكيان المغتصب من إبداع علمي وتفوق حضاري، في إطار لغته القومية التي لم تبدأ في الاشتغال إلا قبل بضع عقود. في حين يقبع على

حدوده طابور من الدول العربية التي اختارت التعليم باللغة الأجنبية وظلت على حالها تراوح مكانها دون أي تقدم...

أهمية تعريب العلوم الصحية

وإذا كان قد تبين أن التعريب ضرورة ملحة فيما يتعلق بمختلف العلوم، فإنها أكثر إلحاحا فيما يتعلق بالعلوم الصحية، وذلك نظرا لاعتبارات متعددة، فالعلوم الصحية ليست مدركات نظرية أو مجردة يتعاطى معها الذهن، بل هي علوم مهنية، أي أنها تدرس لأجل أن تمارس من خلالها مهنة الطب. كما أنها ليست علوما نخبوية، يمكن أن ينحصر مداها عند من يهمهم أمرها فقط من المثقفين والأكاديميين، بل هي علوم، وإن كانت نخبوية من حيث الشروط التي ينبغي أن تتوفر في الفئة التي تدرسها وتتعاطى معها بمنطق الممارسة، شعبية تهم كل الناس صغيرهم وكبيرهم نسائهم ورجالهم، وهو ما يحتم تقديمها وتدريسها باللغة العربية، أولا من أجل تسهيل استيعابها على الطلبة، ثانيا من أجل تمكينهم من قاموس تواصلي مع المرضى باللغة المشتركة بينهم، ثالثا من أجل تمكين عموم الناس من الاطلاع عليها. فكما سبق تأكيده بالنسبة للعلوم بصفة عامة، متى ما درست باللغة العربية وأصبحت مادتها في متناول الجميع، صار من الممكن أن يكتسب المواطن العربي ثقافة طبية مبنية على العلم، مما سيساعد حتما على توسيع الإقبال على الطب والابتعاد عن التفسير الخرافي للمرض، أو الاعتماد على طرق غير علمية في العلاج كثيرا ما تؤدي إلى نتائج وخيمة على صحة الناس.

سبب اختيار الطب النفسي كموضوع لهذا العمل

ويأتي اختيارنا للطب النفسي، كمادة لهذا العمل لعدة اعتبارات نجملها في النقاط التالية:

أولا: كون الطب النفسي أولوية من أولويات وزارة الصحة في هذا الوقت، نظرا لارتفاع انتشار الأمراض النفسية، خصوصا مع التمدن وتغير نمط عيش المغاربة والعرب بصفة عامة. فالدراسات الوطنية[1] أثبتت أن 34.3 في المائة من الرجال و48.5 في المائة من النساء يعانون من اضطرابات نفسية، بمتوسط يقدر ب 40.1 في المائة بالنسبة للساكنة العامة، وأثبتت نفس الدراسة أن الاكتئاب يهم 26.5 في المائة من مجموع الساكنة العامة، بينما يهم القلق 37 في المائة من القلق.

وذلك من أجل المساهمة في تجويد الاهتمام بالصحة النفسية اعتمادا على مدخل التكوين والتوعية، وهو ما يتيحه التعريب عن طريق تحسين مستوى استيعاب الطلبة لهذا التخصص، وأيضا عن طريق نشر الثقافة الصحية بلغة الناس...

ثانيا: خصوصية الطب النفسي فيما يتعلق باعتماده شبه الكامل في التشخيص على الأعراض، وليس على تحاليل مخبرية أو صور إشعاعية. والحال هذه، يظهر أن فهم الأعراض بشكل دقيق والتفريق بينها، خصوصا وأن الفرق بينها تكون في أحيان كثيرة دقيقة جدا وتحتاج إلى نباهة ذهنية كبيرة، يحتاج إلى فهم دقيق للغة التي تقدم بها. وهو ما ليس متاحا في سياقنا. وهو أمر يشهد عليه كثير من الطلبة ويؤكده الأساتذة. لذلك اخترنا تيسير هذه المادة عن طريق تعريبها وتبسيط مفاهيمها والاستعانة بأمثلة واضحة...

ثالثا: التأثر الكبير لأعراض الطب النفسي ببيئة المريض وثقافة مجتمعه، حيث إن الأعراض الموجودة في الكتب الغربية، تختلف أحيانا بشكل كبير عن الأعراض التي نجدها في الممارسة المغربية، وهو الأمر الذي حاولنا التصدي له ما أمكن عن طريق التكييف، كما سنبينه في الفصل الخاص بمنهجية العمل. وخير مثال على ذلك تأثر مواضيع الهذيان ومواضيع الوساوس بالثقافات والميولات الاجتماعية. فمواضيع الطهارة تكثر عند المسلمين باعتبار ضرورة التطهر من أجل الصلاة... ألخ. بينما تختلف دلالة الأعراض من مجتمع لآخر، فمسلمات مجتمع ما يمكن أن تكون هذيانا عند مجتمع آخر، كما سنبينه في درس المتلازمة الهذيانية...

رابعا: محاولة تغيير بعض القناعات الراسخة في الذهن العربي والمغربي، وذلك عن طريق تقديم مادة الطب النفسي باللغة العربية، للتعرف على حقيقتها بشكل علمي، والتأكد أن الأمر يتعلق باضطرابات تصيب الجهاز النفسي تحتاج إلى تشخيص وعلاج، تماما كما هو الشأن بالنسبة

[1]- **قادري ن، أكوب م، أصواب ف، تازي م، ديدوح أ،...** دراسة وطنية حول معدل انتشار الاضطرابات النفسية، منشورة في مجلة أكطا للطب النفسي 7–121:71 ,2010 ..

لاضطرابات الجهاز العضوي. وهو أمر كفيل بتجنب الوسم المجتمعي للمرضى النفسانيين والعقليين، ونعتهم بأنهم مجانين. وبالتالي تشجيع الناس على الإقبال على هذا التخصص دون أي خجل من المجتمع كسائر التخصصات الطبية الأخرى..

خامسا: حبي لهذا التخصص، فهو البوصلة الأولى التي قادتني لاختيار الاشتغال عليه دون سائر التخصصات الأخرى...

منهجية العمل

اعتمدنا في انتقاء مادة هذا العمل على البرنامج الأساسي لتدريس وحدة الطب النفسي في كلية الطب والصيدلة بفاس، حيث عمدنا إلى الانطلاق من أهم الدروس التي تعتبر أساسية بالنسبة للطالب، كأرضية خصوصا فيما يتعلق بالتصميم والهدف العام من الدرس، ثم إلى توسيعها وإغنائها بالشروح والأمثلة، والتركيز على الأعراض التي نصادفها أكثر في سياقنا المغربي. وانتهجنا في ذلك خطة جامعة نفصل قوامها كما يلي:

أولا: من ناحية الشكل، عمدنا إلى تقسيم العمل إلى جزئين كبيرين، علم الأعراض وعلم الأمراض، فكما هو معروف في الأدبيات الطبية بصفة عامة، يشكل علم الأعراض المقدمة المنهجية والضرورية لأي طبيب، من أجل فهم الأمراض والقدرة على تشخيصها وعلاجها في نهاية الأمر. لذلك حاولنا أن نقدم لهذا العمل بالدروس التي نراها شائعة ضرورية وأساسية لفهم الأمراض الواردة في الجزء الثاني، فبدأنا بالفحص النفسي الشامل لكيفية التعاطي مع المريض النفسي من اللقاء الأول إلى التشخيص والعلاج، وكذلك لأغلب الأعراض النفسية التي يبحث عنها عن طريق المقابلة مع المريض، ثم عرجنا على المتلازمة الهذيانية والانفصامية والهلوسية والهياج، فيما قدرنا أن الأعراض الأخرى إما تم التطرق إليها بشكل كاف في الفحص النفسي، و سيتم التطرق إليها بشكل مسهب عند الحديث عن الأمراض الموافقة لها، كما هو الشأن بالنسبة للمتلازمة الاكتئابية والمتلازمة الهوسية... أما فيما يتعلق بعلم الأمراض فقد قسمناه إلى خمسة أجزاء تتميز الواحدة عن الأخرى، وذلك من أجل تمكين الطالب من إطلالة فوقية على المقرر، فبدأنا باضطرابات الشخصية تقديرا منا أنه درس يحتاج إليه الطالب في أغلب الدروس اللاحقة، وكثيرا ما نحيل إليه عندما نتحدث عن الشخصيات قبل المرضية. مرورا بالاضطرابات القلقية فالاضطرابات الانفصامية والتحولية ثم عرجنا على اضطرابات المزاج ثم الاضطرابات الذهانية. وقد انتقينا الدروس المندرجة تحت كل صنف باعتبار خطورتها ودرجة انتشارها وهما معياران يجعلان الإلمام بها ضرورة أمام الطبيب... أما فيما يخص تصميم الدروس فقد احتفظنا تقريبا على نفس التصاميم المدرسة في المدرجات، التعديلات من أجل تبسيط تفرع العناوين الفرعية، وذلك لتجنيب غوص الطالب في تعقيدات شكلية على حساب المضمون...

ثانيا: من ناحية المضمون، اعتمدنا سياسة التبسيط ما أمكن، حيث اخترنا الاعتماد على المصطلحات شائعة الاستعمال من أجل تيسير الفهم دون السقوط في فخ الركاكة، سواء فيما يتعلق بمتن النص كله، أو فيما يتعلق بالمصطلحات الطبية، حيث عندما نجد عدة اقتراحات في المعاجم المعتمدة، نختار اللفظ الأيسر والأدق في نفس الوقت، وعلى هذا المنوال سرنا في جميع مراحل هذا العمل.

وقد اعتمدنا في عملية ترجمة المصطلحات الطبية على مرجعين أساسين، الأول هو المعجم الطبي الموحد وهو المعجم الذي تعتمده منظمة الصحة العالمية، وعند غياب الكلمة قيد البحث أو عند وجود كلمة نرى أنها غير مناسبة إما لغموضها أو لعدم توفر شرط الدقة العلمية فيها، فإننا نلجأ إلى قاموس الشبكة العربية لاتحاد الأطباء النفسانيين العرب، الموجود في موقعها الرسمي، وهو المعجم الذي استقينا منه أغلب المصطلحات المستعملة، كما اعتمدنا أيضا على بعض المصطلحات المذكورة في بعض سلالم القياس النفسي المصداق عليها من طرف بعض الجامعات. وعند غياب الكلمة المبحوث عنها أو عدم موافقتنا على التراجم المقترحة، فإننا نلجأ إلى الاجتهاد من أجل ابتكار مصطلحات أو اقتراح بدائل نراها أكثر دقة. كما اعتمدنا في مواضيع يسيرة إلى كتاب الدكتور أحمد عكاشة (الطب النفسي المعاصر) من أجل اقتباس بعض المقابلات العربية مثل كلمة (مجرى التفكير) أو توهم المريض الذي ترادفه كلمة أخرى هي المراق ارتأينا استخدامها أصلا لاعتبارين أولها أنها كلمة عربية استعملها الأطباء المسلمون قديما، ثانيهما أنها كلمة بسيطة غير مركبة يسيرة الاستعمال في صيغة النعت.

أما فيما يخص متن النص والتوسيع الذي طاله والإغناء الذي شمله، فقد اعتمد على مراجع باللغة الفرنسية، وفي أحيان قليلة جدا على مراجع باللغة العربية. إلا أن الصيغة النهائية اعتمدت على تصحيح الأستاذ المشرف على الدكتوراه مشكورا، فهو من قام بانتخاب الصالح من هذه الإضافات، مع جهد مشكور فيما يتعلق بتكييف المادة العلمية وفق بيئتنا المغربية انطلاقا من تجربته السريرية الطويلة، وفيما يتعلق أيضا بالأمثلة التي نعطيها بين الفينة والأخرى لتوضيح بعض الأعراض والتي جرى استخراجها من واقعنا كمغاربة. وهكذا سيلاحظ القارئ غياب لائحة المراجع، وذلك مرده إلى أمرين، الأول أن العمل ليس ترجمة لما ورد في كتب معينة، وإنما هو صياغة بالعربية لمعارف تم تجميعها من قراءات متعددة، والثاني، أن المرجع النهائي هو مصادقة الأستاذ المشرف على ما ورد في العمل أو تعديله له، خصوصا أن الأمر يتعلق، علاوة على توفير دروس باللغة العربية، بتكييف هذه الدروس وفق البيئة المغربية. ومع ذلك فإننا نذكر في الهوامش بعض المراجع التي جرى الاقتباس منها دون أي تغيير...

ونلفت انتباه القارئ، إلى أننا عمدنا إلى عدم وضع المقابلات الأجنبية أمام المصطلحات العلمية، رغم ما سيشكله ذلك من صعوبة أثناء القراءة على من درس أولا بالفرنسية، ثم أراد أن يقابل ما درسه مع اللغة العربية. وقد فعلنا هذا للحفاظ على سلامة النص الشكلية، وعدم تشويهه بالمصطلحات الفرنسية الكثيرة. وجعلنا لذلك حلا نراه مناسبا. هو وضع معجم للمصطلحات العلمية في نهاية المؤلف، في الاتجاهين معاً، أي من العربية إلى الفرنسية ومن الفرنسية إلى العربية، وعمدنا إلى تسهيل البحث عن طريق ترتيب الكلمات وفق الترتيب المعروف للحروف الهجائية في اللغتين. وجعلنا الكلمات العربية في النكرة، وذلك لتجنب الخلط الذي يمكن أن يطرحه التعريف.

كما نسترعي انتباه قارئنا الكريم، إلى أننا أضفنا كثيرا من الهوامش، هي في مجملها توضيحات نراها ضرورية ليفهم المقصود، دفعنا إلى جعلها في الهام خشيتنا من أن تؤدي إضافتها في متن النص إلى إرهاق القارئ بالاستطرادات، والتي حين يبالغ فيها يضيع المعنى الأساسي.

كما كتبنا الأرقام بصيغتها الرقمية، وابتعدنا ما أمكن عن كتابتها بالحروف لغرضين، الأول أنها بهذه الصيغة أكثر ظهورا ودلالة، والثاني التأكيد على أصلها العربي، وتنبيه من يظن أن أصلها فارسي أو هندي إلى خطأ هذا الظن...

تعريب الأساسي من علم الأعراض الخاصة بالطب النفسي

مقدمة

يعتبر علم الأعراض علما يهتم بدراسة العلامات، وهو مصطلح يستعمل في تخصصات متعددة، إلا أنه وضع بادئ الأمر من أجل دراسة أعراض الأمراض، من طرف الطبيب "أبوقراط"، ثم توسع استعماله بعد ذلك ليشمل أي علم يعنى بدراسة العلامات والأعراض.

ما يهمنا في سياقنا هذا، هو معناه الطبي، فعلم الأعراض هو العلم الذي يعنى بدراسة الأعراض الطبية وصفا ودلالة. وذلك بغية الوصول إلى تشخيص معين ومحدد، ينبني عليه اقتراح علاج ومباشرته.

ويعتبر هذا العلم مفتاح دراسة الطب، حيث يستحيل على من لا يضبطه بشكل كاف أن يشخص مرضا بشكل دقيق، فهو إذا المقدمة المنهجية التي يلزم على أي دارس للعلوم الطبية أن يمر عبرها. ويهمنا أكثر، وبشكل استثنائي، في التخصص الذي سخرنا هذا البحث لمعالجته، وذلك لأمرين أساسين:

أولا: يعتبر الطب النفسي تخصصا يعتمد فيه التشخيص على الأعراض بالدرجة الأولى، وهو ما يطرح مشكلا كبيرا في التشخيص. فمثلا في تخصص طب القلب والشرايين، يمكن لألم في الصدر أن يدل على وجود ذبحة صدرية أو انصمام رئوي، أو التهاب شغاف القلب أو تمزق الشريان الأبهر، ثم يأتي المخطط الكهربي للقلب، وقياس الأنزيمات والفحص بالصدى والأشعة، ليؤكد المرض ويحدد نوعه بدقة. أما في الطب النفسي، أمام الهذيان مثلا لا توجد فحوصات تكميلية من أجل تأكيد سببه، ولكن العمل كل العمل، يكون أساسا على تحليل دقيق للهذيان لتحديد دلالته ومؤداه، وهو ما يوجهنا نحو تحديد التشخيص، وعليه ينبغي ضبط الأعراض بدقة من أجل اكتساب القدرة على الممارسة السريرية في مجال الطب النفسي...

ثانيا: ذاتية الأعراض وتأثرها بالبيئة والثقافة، وهو ما يزيد من تعقيد الأمر، ويفرض على الطبيب أن يمتلك مفاتيح هذا العلم، من أجل القدرة في نهاية المطاف على فهم تغير الأعراض من شخص لآخر ومن بيئة لأخرى...

الفحص النفسي

I. الأهداف

- ❖ الوعي بكل ظروف الفحص النفسي وخصوصياته.
- ❖ الإلمام بأهم الطرق للقيام بفحص نفسي.
- ❖ المعرفة التامة بمحتوى ومضمون الفحص النفسي.
- ❖ امتلاك الجاهزية لتسطير الاستنتاجات المناسبة بعد تحليل المتلازمات المستخلصة من المقابلة النفسية.

II. مقدمة

يعتبر الفحص أهم مرحلة في الممارسة الطبية، إذ عليه ينبني تشخيص المرض أولا وعلاجه أخيرا، وهو في مجال الأمراض النفسية يعتبر علاجا قبل أن يكون فحصا وكفى، ذلك أنه لا يمكن أن يكون محايدا تماما نظرا للعلاقات التي تؤسس بين المريض وطبيبه أثناء الفحص. وينتج عنه الحصول على نوعين من الأعراض: أعراض موضوعية يتم رصدها بشكل موضوعي أثناء الفحص (شكل اللباس، طريقة وصبيب الكلام ومضمونه، تقاسيم الوجه وحركاته (الإيماء)...) وأخرى ذاتية يُتَحصَّلُ عليها انطلاقا مما يحكي المريض (أفكار وسواسية، أفكار هذيانية، مشاعر، سلوكيات...).

وتجدر الإشارة إلى أن هناك طرائق محددة تم إرساؤها للقيام بالفحص النفسي إلا أنها غالبا ما لا تراعى حفاظا على الطابع التلقائي للمقابلة. وتعتبر العلاقةُ مع المريض ودقةُ الملاحظةِ وتحليلُ المعطيات بشكل جيد بعد تجميعها من أهم العوامل المساعدة على إنجاح الفحص النفسي، والذي يروم في نهاية المطاف تشخيص المرض بدقة من أجل اقتراح علاج له ومباشرتِه.. كما أن هذه الأساليب تساعد على خلق جوٍّ الثقة وطمأنةِ المريض مما يؤدي إلى إرساء العلاقة أو الرابطة العلاجية بين المريض والطبيب...

III. ظروف الفحص

1) الإطار

يمكن أن يكون المكان الذي يختاره المريض أو محيطه من أجل العلاج غنيا من الناحية الأعراضية، فبالنسبة للمريض، كما هو سائد عند فئات عريضة، تعتبر زيارة المستشفى مرادفة لخطر المرض مع توجسه من أن يعتبر مجنونا أو حالة مستعصية يستحيل علاجها. كما أن بعض المواضيع الهذيانية أو

سمات الشخصية الهذائية تظهر في دوافع المريض كقوله مثلا "إن حالتي هذه ستنفع العلم لا محالة.." وأحيانا يأتي بعض مرضى الكآبة الشديدة إلى المستشفى بحثا عن الحقنة النهائية أو المخلصة التي ستضع حدا لحياتهم، وبالتالي لألمهم النفسي الذي يصعب احتماله، ويتوجه المرضى إلى مصالح المستعجلات في الأمراض النفسية التي تتمظهر بأعراض عضوية مصاحبة كهجمة الهلع ونوبة الهستيريا...

وعلى العكس من ذلك، فإن زيارة الطبيب في عيادته يعتبر مقبولا أكثر من طرف المريض وأقاربه مهما كانت خطورة المرض، كما أن المرضى العصابيين[1] يزورون الطبيب من تلقاء أنفسهم في العيادات الخاصة. وهكذا فالمرضى يَقرنون عادةً العلاجَ في المستشفيات النفسية وغيرها بإمكانية إصابتهم بمرض عضال ويعبرون عن ذلك بقولهم مثلا "... كجميع الحمقى والمجانين الذي تعالجونهم هنا"...

2) العلاقة بين الطبيب والمريض

تعتبر العلاقة بين الطبيب والمريض محور اهتمام الأطباء حاليا، خصوصا مع تزايد الوعي بحقوق المرضى، بالإضافة إلى كونها ذات تأثير على منحى العلاج، فهي تحسن من مداومة المريض على الدواء، كما تساعد على تشخيص الأمراض بشكل دقيق وذلك عن طريق تمكين المريض من التعبير عن أعراضه بشكل أفضل. ويعتبر التوازن في العلاقة بين الطبيب والمريض بديلا جيدا للعلاقة الأبوية التي تجعل الطبيب يفرض وصايته على المريض...

وتطرح العلاقة بين الطبيب والمريض مشاكل وصعوبات فيما يتعلق بالعلاج أيضا، حيث يصعب تحديد المسافة العلاجية الضرورية دون ابتعاد كبير أو اقتراب مبالغ فيه، بالإضافة إلى الصعوبات التي تطرح في تبني موقف الحياد أثناء مقاربة المريض، وكذا صعوبة التصرف بإزاء وضعيات صعبة كهياج المريض مثلا...

ونعرض فيما يلي لأهم مميزات وخصائص هذه العلاقة، وبعض الخطوات النافعة من أجل تحصيل المراد في هذا الباب.

أ- الانتظارات المتبادلة

تعتبر العلاقة بين الطبيب والمريض مشحونة بالانتظارات المتبادلة، فنجد أن كلا الطرفين يقارب اللقاء ويأمل منه ما يأمل وفق انتظاراته المسبقة، ويعد إشباع هذه الانتظارات وسيلة من أجل نجاح المقاربة العلاجية. فعند المريض يأخذ الطبيب عدة صور في ذهنه، فهو متخصص تقني في معالجة

[1]- **العصاب:** يُعتمد هذا اللفظ في التصنيف الفرنسي للأمراض النفسية في مقابل لفظ "ذهان"، ويتميز عنه بكون المريض واعيا بمرضه مما يساعده على طلب العلاج من لقاء نفسه، في حين لا يكون مرضى الذهان واعين أو متبصرين بمرضهم وذلك ما يجعلهم يرفضون زيارة الطبيب أو المستشفى ولا يفكرون في ذلك أصلا..

الاختلالات الوظيفية، كما أنه حافظ أسرار محايد، ويحدث أيضا أن تتم مثلنة (إضفاء طابع المثالية) الطبيب من لدن المريض. أما الطبيب فينتظر من مقابلته مع المريض ممارسة كفاية تقنية اكتسبها فيما قبل، بالإضافة إلى مساعدة المريض على الحصول على حقه في الصحة...

ب- أنواع ونماذج العلاقة بين الطبيب والمريض

تعتبر العلاقة بين الطبيب والمريض متعددة الأنواع والنماذج، فهي علاقة غير متجانسة تتأثر بوضع ودور كل منهما أثناء المقابلة. وهكذا تتعدد أنواع العلاقات التي تنشأ بينهما حيث يمكن أن تكون علاقة علمية يركز فيها الطبيب على الدراسة العلمية للاختلال الوظيفي، فالمريض عنده إذاً مختزل في عضو يدرسه، كما يمكن أن تكون علاقة إصلاح عطب عضوي كالجراحة، أو علاقة بيداغوجية يحاول من خلالها الطبيب تعليم المريض سلوكات يجابه من خلالها اضطرابه كالحمية مثلا في السكري أو كالترويض في الإصابات المفصلية، أو كالتعرض الوهمي أو الحقيقي للوضعيات المولدة للكربة أو الخوف للسيطرة عليهما...

وتتخذ العلاقة بين الطبيب والمريض عدة نماذج، تتأثر بحيثيات اللقاء وبنمط شخصية الطرفين وبدرجة نشاط أو خمول كل منهما. ويمكن أن تكون وفق نموذج تقابلي بين النشاط والخمول، حيث يظهر المريض خمولا تاما ويقوم الطبيب بكل شيء. كما أن تكون وفق نموذج أبوي يقوم فيها الطبيب بدور التوجيه والقيادة بينما يبدي المريض اعتمادا وخضوعا ودغمائية من جانب واحد. أما نموذج المشاركة الثنائية فهو يعتمد على التكافؤ بين الطرفين حيث يعتمد كل منهما على الآخر، وهو نموذج يجد فعاليته في الأمراض المزمنة. أما علاقة الصحبة أو الصداقة بين الطبيب والمريض فهي علاقة تجعل الوظيفة الطبية مختلة علاوة على أنها مناهضة للأخلاقيات الطبية...

ت- شخصية المريض وتأثيرها على العلاقة مع الطبيب

يؤدي التعرف على سمات شخصية المريض إلى مساعدة الطبيب على اختيار طريقة التصرف مع المريض أثناء المقابلة، ونضرب لذلك أمثلة انطلاقا من الشخصيات التي سنذكر:

- **المرضى الهذائيون ومفرطو اليقظة:** يتميزون بالحذر والتصلب والاتهام. ينبغي على الطبيب أن يحافظ على الطابع الرسمي للمقابلة...
- **المرضى الوسواسيون**: يتميزون بالضبط والدقة، أمام هؤلاء ينبغي على الطبيب أن يفسر لهم تفاصيل اضطرابهم بدقة...
- **المرضى النرجسيون:** يُظهر هؤلاء على أنهم فوق الجميع بما في ذلك الطبيب، كما يبدون احتقارا وتعاليا تجاه الآخرين. ينبغي على الطبيب عدم الرضوخ لابتزازهم والدخول معهم في مشادات...

- **المرضى المنعزلون والشبه الفصاميين:** يميل هؤلاء إلى العزلة واللامبالاة بما يحصل لهم، فهم يظهرون وكأنهم غير معنيين بمرضهم. ينبغي على الطبيب احترام حياتهم الخاصة....

- **المرضى كثيرو الشكوى:** يحاول هؤلاء إظهار أنفسهم على أنهم أصحاب إيثار وتضحيات وإظهار المحيط في وضعية المتهَم. ينبغي على الطبيب أن يبدي تسامحا تجاه هؤلاء...

- **المرضى التمثيليون:** يتميز هؤلاء بمحاولة إغراء الطبيب مع تقلب في المشاعر وإفراط في التعبير عنها، وينبغي على الطبيب أن يحافظ على حياديته في مثل هذه الحالات، من أجل تجنب ميول المريضة إلى الارتباط بالطبيب وتبني سلوك اعتمادي تجاهه..

- **المرضى المكتئبون:** يتميز هؤلاء بفقدان آليات الدفاع ضد المرض، وينبغي على الطبيب أن يتبنى معهم موقف المؤازرة والدعم والطمأنة...

ث- شخصية الطبيب وتأثيرها على العلاقة مع المريض

ليس الدواء هو السبيل الوحيد إلى العلاج، فموقف الطبيب يمتلك تأثيرا علاجيا أيضا. و يمكن للعلاقة التي تنشأ بين الطبيب ومريضه أن تساهم في علاج الاضطراب كما يمكن أن تفاقمه. لذلك على الطبيب أن يكون قادرا على تبني موقف الحياد متى ما كان ضروريا وأن يقوم بمقابلة شبه موجهة مع المريض، كما ينبغي عليه أن يكون متبصرا بإمكانية التحويل المضاد للأعراض...

- **المبادئ العلاجية الخمسة**

- استقبال المريض بشكل جيد.
- التركيز على ما يشعر به المريض ويعيشه بدل التركيز على الأعراض الموضوعية.
- التركيز على الشخص وليس على الاضطراب لوحده.
- احترام المريض.
- تسهيل التواصل مع المريض.

- **إشكاليات خاصة**

- **المستحقات المادية:** حيث يؤدي التركيز عليها واستحضارها إلى التأثير على المنحى العلاجي...
- **السر الطبي:** يؤطره قانون الأخلاقيات الطبية.
- **المداومة بشكل سيء على العلاج:** سواء فيما يتعلق بالدواء أو المواعيد أو القواعد الصحية الأخرى...

ج- خطوات عملية

يمكن للخطوات التي سنأتي على ذكرها أن تساهم بشكل إيجابي في إنجاح العلاقة مع المريض، ومن ثم إنجاح عملية إرساء الرابطة العلاجية:

- ينبغي عدم إدخال أي شيء خارجي على ما يورده المريض كإصدار الأحكام أو تأويل الكلام.
- يجب تبني موقف تعاطفي حيال المريض، وذلك في احترام تام لشخصيته وثقافته وقناعاته...
- ينبغي أن يشعر المريض أن الطبيب يتفهمه، وهكذا يجد نفسه مدفوعا للتعبير أكثر...
- ينبغي أن يظهر الطبيب على أنه ينصت بإمعان لكلام مريضه ويفهمه...
- يجب على الطبيب أن يتصرف بشكل مناسب أثناء إعلانه عن حدث خطير كوفاة أو عجز كبير أو مرض عضال...

3) طلب العلاج

يمكن أن يأتي طلب العلاج إما من المريض نفسه وإما من محيطه.

أ- المريض هو من يطلب المساعدة والعلاج من تلقاء نفسه

ويحدث هذا أساسا في الأمراض المسماة أمراضا عصابية، والتي يكون فيها المريض عادة واعيا بالاضطراب الذي أصيب به كالرهاب والوسواس والكرب.. إلخ. كما أن المريض يطلب العلاج من تلقاء نفسه في حالة الاكتئاب غير داخلي المنشأ. وتجدر الإشارة إلى أنه تحدث أحيانا مبالغة في طلب العلاج عند هذا الصنف من المرضى..

ب- المحيط هو من يطلب ذلك

يحدث أساسا عند المرضى الذهانيين[1] وهم لا يكونون واعين بالاضطراب الذي أصيبوا به كالفصام، والهذاء..إلخ. وفي هذه الحالة يكون التحقيق العائلي وجمع معلومات عن الأعراض من عند المحيط والأقارب ثمينا جدا، خصوصا عندما يكون المريض متكتما في كلامه وفي التعبير عما يعاني منه. كما أن دور المحيط مهم جدا في حالة الاختلاط مما يؤدي إلى تبني علاج سببي سريع.. وإذا كان مرضى الاكتئاب خارجيّ المنشأ يستطيعون أن يطلبوا العلاج من تلقاء أنفسهم فإن مرضى الاكتئاب الشديد أو ما يسمى بالكآبة أو المنخوليا يصطحبهم الأهل أو المحيط إلى المستشفى لطلب العلاج.

ينبغي، عندما يكون الطبيب أمام ضرورة استشفاء المريض في مكان مغلق، أن يوازن أولا بين إيجابيات وسلبيات هذا القرار (حالة الاستعجال، خطر الانتحار، العدوانية تجاه النفس أو الغير...) وأن

[1]- **الذهان:** لفظ يقابل العصاب في التقسيم الفرنسي للأمراض النفسية يكون فيه المريض غير متبصر بمرضه..

تُفسَّرَ أشكالُ الاستشفاء بشكل جيد للعائلة سواء منها الأبعاد الطبية أو الإدارية وحتى إمكانية تعليق هذا الاستشفاء ضدا على القرار الطبي..

4) وضعية الاستعجال

يمكن أن نصادف في الطب النفسي حالات مستعجلة، والاستعجال في هذا التخصص كما في باقي التخصصات يكتسي خصوصيته من كون التدخل ينبغي أن يكون هنا والآن، لأن أي تأخر في بدء العلاج قد يؤثر على مستقبل المرض، لذلك فالعلاج المبكر يمثل ضرورة قصوى، كما ينبغي على الطاقم المعالج أن يتخذ إجراءاتٍ حمائيةً، سواءً لحماية نفسه من أي خطر محتمل من المريض، خصوصا الهائج، أو لحماية المريض ذاته من نفسه، لأنه لا يوجه عدوانيته دائما تجاه الآخرين فقط وإنما تجاه نفسه أيضا.

IV. طرق الفحص

ينبغي تقسيم الفحص النفسي إلى مرحلتين:

1) المرحلة الأولى

ويتم تكريس هذه المرحلة للاستماع بإمعان إلى المريض وهو يتحدث بشكل تلقائي، وفي حالة ما إذا كان المريض لا يدري من أين يبدأ، يمكن أن يساعده الطبيب عن طريق طرح أسئلة مفتوحة كسؤاله مثلا " ما هي المشكلة؟؟" أو عن الأفكار الأولى التي تأتي إلى ذهنه أو عن سبب مجيئه...

بعد ذلك يمكن أن تتطرق المقابلة إلى سيرة المريض وإلى توضيح بعض الأعراض التي تحدث عنها المريض، وكذلك إلى تحديد الشكاوى الأولى التي ظهرت عنده..

2) المرحلة الثانية

في هذه المرحلة تصبح المقابلة أكثر توجيها حيث يطرح الطبيب على المريض أسئلة محددة حول الأعراض التي لم يتم التطرق إليها في المرحلة الأولى، وأسئلة من أجل تأكيد تشخيص محتمل جدا وأخرى من أجل استبعاد تشخيصات أخرى.

V. مكونات الفحص

يتشكل الفحص النفسي من عدة مكونات نجملها فيما يلي:

1) تاريخ تطور الاضطرابات

يتم إعادة تشكيل هذا التاريخ عن طريق المقابلة مع المريض أو مع محيطه الذي يكون مطلعا عليها نظرا لقربه من المريض، ومن بين أهم النقاط التي ينبغي التوقف عندها أثناء هذه العملية تحديد توقيت بداية الأعراض الأولى وكذا وقت ظهور النوبة الحالية، وكذلك تحديد شكل البداية والعوامل المؤدية إلى ذلك، كما ينبغي تحديد كيفية تطور الأعراض والتي يمكن أن تكون حادةً أو عابرةً أو دوريةً كما يمكن أن تكون مستمرةً أو عبارة عن أعراض ثُمالية[1]، ولا ينبغي إغفال العلاجات القبلية التي تلقاها المريض فيما مضى وذلك عن طريق تحديد أسمائها وجرعها التي تناولها المريض بالفعل وليس التي وصفها الطبيب، ومفعولها وكذا أعراضها الجانبية المحتملة، وتوقيفها المحتمل من قبل المريض ذاته أو بأمر من الطبيب..

2) الأعراض الحالية: الفحص النفسي

أ- العرض

ويقصد به الطريقة والهيأة التي يظهر عليها المريض.

- **الملبس:** حيث إن طريقة اللباس لها إيحاءات مهمة تساعدنا في التوجه نحو بعض التشخيصات، لذلك من المهم جدا تحديد وجود:

- **تصنع مبالغ فيه وتقصد الإثارة في الملبس:** الهستيريا.
- **عدم تناسق وتناسب اللباس:**

✓ **مع العمر:** الملبس الغريب للهستيريا.

✓ **مع الجنس**: لبسة الجنس الآخر أو التخنث ذو أصل عصابي أو شذوذي أو ذهاني.

✓ **مع السياق الاجتماعي، ونجد في هذه الفئة:**

- اللباس المهمل والمتسخ نجده في المتلازمة الاختلاطية والخرفية...
- الملبس البهلواني والصادم والعاري في النوبة الهوسية...

- **الإيماء:** ويترجم اللغة غير الكلامية والتي يعبر عنها الوجه ويتلخص اضطرابها في الحالات الثلاث الآتية:

[1]- **ثمالية:** يقصد بها الأعراض التي تبقى ولا تختفي بعد انقضاء نوبة مرض ما، حيث تختفي أغلب الأعراض وتستمر بعضها رغم انقضاء النوبة، وهذا يعني أن الشفاء لم يكن كاملا..

- **فرط الإيماء:** كانشراح المصاب بالهوس، والرعب في الهذيانات الحلمية، والتمثيل والإغراء في حالة عصاب الهستيريا..

- **نقص الإيماء، اللاإيمائية:** ويحدث ذلك بسبب الألم النفسي والبطء النفسي الحركي للمصاب بالكآبة الشديدة، أو بسبب الحيرة والتيه في المتلازمة الاختلاطية، أو السلبية عند مرضى الفصام، وكذا غياب التعبير عند مرضى الخرف وذوي التأخر العقلي العميق..

- **خلل الإيماء:** يتعلق الأمر بإحداث إيماءات لا علاقة لها لا بالكلام المتحدث به ولا بالعاطفة المعبر عنها، ويلاحظ هذا أساسا عند مرضى الفصام (إيماء يعبر عن الفرح في حين يتحدث المريض بكلام حزين..)...

- **السلوك الحركي:** ويمكن أن نلخص الاضطرابات التي يمكن أن يتعرض لها السلوك الحركي في الأعراض التالية:

- **الهياج أوالهيجان**: يتطور الهياج على شكل نوبات تتميز بحركية مفرطة مضطربة وغير منظمة وبتعبير عاطفي قوي مع صراخ (قد يكون مضمونه عبارة عن تهديدات) وعدوانية محتملة، كما تتسم بالاندفاع وقد تصير أحيانا مدمرة. ويجد محيط المريض (العائلة، الجوار، الشرطة، جهات طبية) نفسه معنيا بشكل فوري. ويمكن أن نلاحظ للهياج أشكالا وسياقات مختلفة قد تساعدنا في التوجه نحو السبب. (لمزيد منن التفصيل انظر درس الهياج)

- **الجامودية:** ويقصد بهذا اللفظ تعليق الحركات الإرادية أو بطؤها الشديد: الإيماءات والكلام والتصرفات بالإضافة إلى وضعيات الجسم وكذا النظرات التي تبدو تائهة... وهكذا نجد المريض جامدا ومتسمرا في مكانه لا يتحرك ، في حين يظهر وجهه كأنه من الرخام من فرط وجومه، وتؤدي هذه الحالة إلى الخرس ورفض التغذية.. وتستلزم علاجا مستعجلا نظرا للأسباب التي يمكن أن تكون وراءها كالجامودية الاختلاطية (الشكل الأخطر لتغيم الوعي، والكآبة الجامودية، وكذا الفصام الجامودي... كما يمكن أن نلاحظ هذا العرض في أمراض أخرى كهجمة الهذيان الحادة وفي نوبة الكُربة والصدمة العاطفية والمتلازمة الخرفية وكذا بعض الأمراض العضوية كنقص الدرقية..

- **التخشب:** هو اضطراب نفسي حركي حاد للتوتر العضلي والمبادرة الحركية..

- يتمظهر اضطراب التوتر العضلي بما يسمى بالانثنائية الشمعية، وهي مقاومة رخوة للتحريك مع الحفاظ على الوضعية الجديدة للعضو بعد تحريكه. أو بإفراط في التوتر العضلي حيث تحدث مقاومة متصلبة لأي محاولة لتحريك الأطراف..

- يعبر عن فقد المبادرة الحركية بتعليق الحركة التلقائية للمريض، ويطيع المريض، بالمقابل، بشكل خامل دعوة المحيط إياه إلى الحركة، فالمبادرة من تلقاء الذات هي المفقودة هنا وليس الحركة كليةً.

- **خطل الحركة:** نعني بذلك وجود حركات طفيلية تشوه الحركات العادية، فالقولبية أو النمطية الحركية نموذج واضح لخطل الحركة حيث يكرر المريض حركات معينة دون أن يكون لها هدف يناسب السياق (كرفع الكتفين، أو تدوير الرأس..)، ويمكن أن نجد هذه الأعراض في الفصام والخرف والتخلف العقلي.

- **العرر أو اللوازم:** وهي حركات مفاجئة لا إرادية تتكرر بدون هدف محدد تأتي لتنضاف إلى حركية عادية مسبقة. وتهم غالبا جهة الوجه وخصوصا الفم...

- **اللاستقرار الحركي:** هو دافع من أهم دوافع طلب الاستشارة في طب نفس الأطفال، ويجمع بالإضافة إلى تشت التركيز، حيث يعجز الطفل عن التركيز على مهمة معينة. فهو إذاً لااستقرار نفسي حركي...

- **المخالطة:** وتعني الشكل الذي يتم به الاحتكاك والتواصل بين المريض ومحيطه، ونصف لها الحالات التالية:

- **التناغم وفرط التناغم:** عندما يكون المريض متناغما فهذا يعني أن المخالطة تتم معه بشكل سهل وميسر وان مزاجه يتناسب مع الوضعية التي يوجد فيها، وهو الحالة العادية التي يكون تميز الأسوياء. أما فرط التناغم فيعني أن المريض في حالة انسجام تام ومبالغ فيه مع المحيط، ونجد مثل هذا في النوبات الهوسية. هذا الانسجام يتم عن طريق اندماج المريض في محيطه بشكل مبالغ به، فتجده مثلا يسارع إلى السلام على كل من يلتقيهم، ويتكلم معهم كأنهم أصدقاء له.

- **اللامبالاة الانطوائية:** في هذه الحالة تتم المخالطة بشكل صعب ومتعسر، وأحيانا يكون مستحيلا أن تحدث أصلا، حيث أن المريض لا يجيب عن الأسئلة الشفوية فهو شبه أخرس، وحتى حين يجيب فتفاعله ينم عن برود كبير ولا مبالاة كبيرة، هذا النوع من المخالطة يميز الفصامَ أساسا.

- **التكتم:** وتعني رفض المريض بشكل إرادي الحديث عما يشغله بشكل رئيسي، ويترجم هذا التكتم عن طريق التحفظ والحذر والسلبية تجاه الأسئلة التي توجه إليه من طرف مخاطبه كقوله (لا.. لا.. كل شيء بخير..)، وأحيانا يجيب بشكل غير مباشر وتلميحي (أنت تعرف ما بي أكثر مني..) أو (لا أملك الحق في الحديث عن هذا..).. كما أن عقلنة الاضطراب والتقليل من شأن تصرفاته المرضية ورفض تناول الدواء يدل أيضا على التكتم. ويلاحظ هذا النوع من المخالطة أساسا في الاضطرابات الذهانية كالفصام وهجمة الهذيان الحادة، وفي الهذيانات غير الفصامية خصوص في الهذاء، كما يظهر أيضا في الكآبة الشديدة.. وعادة ما يخفي هذا التكتم أفكارا انتحارية يجب الحذر منها.

- **الغياب أو الغيبة:** هنا لا يبدي المريض أي انتباه للطبيب الذي يحاوره، ليس لأنه يبدي خرسا أو لا يرغب في الكلام، ولكن لأنه أصلا غير واع بالمقابلة. وعندما يدخل المريض في هذه الحالة بشكل

مفاجئ وحاد، ينبغي التفكير في الاختلاط العقلي، وإلا فينبغي استحضار أسباب المتلازمة الخرفية والحالات الذهانية الانفصامية..

ب- الوعي بالذات وبالمحيط

- **اضطرابات اليقظة:** تترجم اليقظة حالة التفاعل مع المحيط، يمكن أن تصبح مفرطة كما الشأن في حالة الهوس، كما يمكن أن يعتريها النقص كما هو الحال في الخرف وحالة الكآبة الشديدة..

- **الاضطرابات الكمية:** وهي مجموع الأحوال التي تنحصر بين اليقظة العادية والغيبوبة، وهي بالترتيب التصاعدي: التغيم فالبلادة فالاختلاط ثم الغيبوبة..

- **الاضطرابات الكيفية:**

✓ **الحالة الحلمية:** ونقصد بها تسلل البنى الحلمية إلى الفكر المتيقظ، فالمريض يرى واقعه مخترقا بواسطة خيال هذياني متعدد الشكل، يؤدي إلى اضطراب في وعيه ووجدانه وسلوكه، وهكذا يدرك المريض العالم مشوها بواسطة التوهم والهلوسة وانفتال الزمن. ومع ذلك فالمريض يحافظ على إدراك شبه عادي للواقع، مقطوع بلحظات من الرعب والنشوة والارتباك، ونلاحظ هذه الحالة في هجمة الهذيان الحادة...

✓ **الحالة الغلسية:** وهي حالة يَفْتُر فيها ويضعف الوعيُ حيث يجهل المريض الواقع، في جو من فقد الشخصية أو حتى فقد الواقعية، ويحدث خلالها إنتاج صور حلمية وهلاوس، وبالرغم من ذلك فالمريض يحافظ على نشاط متناسق نسبيا، ونفرق الحالة الغلسية عن الاختلاط العقلي بكون المريض ينتقد هلوساته وأحلامه، ويمكن أن يتبع هذه الحالة فقدان للذاكرة المتعلقة بالنوبة (نساوة) كلي أو جزئي.. نلاحظ هذه الظاهرة في الهستيريا والصرع وبعض الاضطرابات الاستقلابية وكذا في أعقاب صدمة عاطفية..

✓ **الحالة الثانية:** وهي حالة عابرة يقوم فيها المريض بتصرفات معينة دون أي اضطراب في اليقظة، ثم يقوم بعد ذلك بانتقادها والتبرؤ منها، فهي تظهر مخالفة لشخصيته وآرائه وتربيته.. ونلاحظ هذه الظاهرة في الهستيريا وفي الحالات التنويمية...

- **اضطرابات الانتباه:** من المعلوم التمييز بين نوعين من الانتباه، الانتباه التلقائي، وهو القدرة على تركيز التفكير على شيء خارجي ذي معنى دون التركيز على مهيجات أخرى مقترحة. والانتباه الإرادي أو المفكَّرُ فيه، وهو توجيه التفكير إلى مهمة معينة بواسطة مجهود إرادي (عمل عقلي، قراءة، استنتاج..)، ونميز بين نوعين من اضطرابات الانتباه وهما كالتالي:

- **فرط الاستغراق أو الانتباه:** وهو الزيادة في الانتباه، ولا يصبح مرضيا حتى يمنع التفكير من التركيز على قطاع آخر. ونلاحظه في الاضطرابات القلقية حيث يتمحور التفكير حول أفكار الخوف

والخشية وفي الاكتئاب حيث يركز التفكير على أفكار التشاؤم واليأس، وفي الأمراض العصابية كالوسواس حيث يتم التركيز على الأفكار الوسواسية، وفي المراق أو توهم المرض حيث يتركز التفكير حول المرض الموهوم، كما يمكن أن نلاحظه في بعض الحالات الهوسية...

- **عدم الانتباه أو نقص الانتباه:** نلاحظ غياب الانتباه في إطار المتلازمات الاختلاطية والخرفية (من أول الأعراض التي تظهر في الخرف عدم القدرة على التركيز على مهمة معينة)، وفي المتلازمة الهذيانية (من بين نتائج فرط الانتباه في الهذيان فقدان الانتباه أو التركيز على الأفكار الأخرى عدا فكرة الهذيان نفسه)، وفي النوبة الهوسية (الانتباه التلقائي موجود ولكنه متحرك إلى ما لانهاية، أما الانتباه الإرادي فهو شبه منعدم حيث لا يستطيع المريض الانتباه والتركيز على فكرة أو استدلال ما حتى النهاية..). ونلاحظ أيضا هذا الاضطراب في الاكتئاب كما نجده بشكل واضح عند مرضى الفصام..

- **اضطرابات الوعي بالذات:**

- **تبدد أو فقدان الشخصية**: وهي متلازمة سريرية معقدة وغير نوعية، يعبر عنها سريريا باختلال شعور المريض بالوجود وبامتلاك جسد، وبكونه شخصا له هوية ويدرك العالم. ويكون مصحوبا بخوف شديد (كربة)...

- **الغربة عن الواقع:** وهو الشعور بغرابة العالم دون وجود أي ظاهرة هلوسية أو توهمية، فالمريض يمتلك الإحساس بوجود العالم ويدركه، ولكنه يفقد إدراك شكله وماهيته، وهما شعوران لا ينفصلان في الحالة العادية...

ونجد هذين العرضين الذين يكونان غالبا متزامنين في الحالات العصابية كالوسواس والهستيريا وفي الشخصيات الحدية، وفي الحالات الهذائية (هجمة الهذيان الحادة والفصام)، وكذا في اضطرابات المزاج (الاكتئاب المنخولي ومتلازمة كوتار[1])، وكذا في بعض حالات الصرع والتعب (انخفاض مستوى اليقظة)، وأيضا في حال الانتقال إلى بيئة جديدة وغريبة..

ت- الحالة الوجدانية:

ينبغي التفريق أثناء دراسة الحالة الوجدانية بين الحالة المزاجية والحالة العاطفية، وفيما يلي تفصيلهما:

[1]- **متلازمة كوتار:** حالة هذيانية ذات موضوع مراقي (توهم المرض) تجمع أفكار الخلود واللعن وإنكار الأعضاء (يتصور المريض أن بعض أعضائه قد تعفن أو تحول إلى حجر، أو أنه لم يعد يمتلك فما أو معدة مثلا..)، وكذا إنكار الجسم (حيث يعتقد المريض أنه لا يمتلك جسما أو أنه ميت منذ مدة..).. بعد أن يطور المريض هذه الانشغالات المراقية والاضطرابات الحسية العضوية الخطيرة، يحس أن أعضائه تتحلل وتتخرب، وهكذا يشعر بقلق داخلي فظيع، وتظهر عنده هلاوس من الصنف البصري ووجوم كبير، فيبدأ في إذاية نفسه ثم ينتحر. ونجد هذه المتلازمة النادرة أساسا في الحالات الكآبية الشديدة..

- **المزاج:** يعرف المزاج على أنه حالة وجدانية مستمرة ودائمة، ويمكن أن تعتريه الحالات التالية والتي تتراوح بين الاعتدال والحزن والانشراح:

- **اعتدال المزاج:** وهو الحالة العادية..

- **الحزن أو الشعور الاكتئابي:** يترجم هذا المزاج بشعور المريض بالحزن والغم والملل والألم النفسي، وكذلك الشعور بهموم تظهر على محيى المريض. بالإضافة إلى اليأس في علاقته بنفسه عن طريق الإحساس بعدم الرضا وعدم تقدير الذات، وفي علاقته بالدنيا حيث يفقد المريض شهية الحياة ولا يعبر عن أي تطلع نحو المستقبل. وتميز هذه الحالة أساسا الاضطرابات الاكتئابية..

- **الانشراح أو الفرح المرضي:** المزاج المنشرح هو عكس المزاج الحزين أو المكتئب، يكون المريض سعيدا جدا لأنه يعيش فقط، ويرى السعادة في كل مكان، ويشعر بالأمل بدون حدود، كما يشعر أنه قادر على فعل كل شيء. ويعبر المريض عن فرحه بنشوة وابتهاج مبالغ فيه. وتميز هذه الحالة الوجدانية النوبة الهوسية والهوس المخفف، وحالات الاهتياج الناجمة عن تناول بعض المسممات أو الإقلاع عن تناولها (المخدرات، الكحول..)، وكذا النوبات شبه الهوسية للفصام، وكذلك في المتلازمة الجبهية[1]..

- **العاطفة:** هي شعور وجداني شأنها شأن المزاج، إلا أنها تتميز عنه بكونها استجابة وردة فعل عاطفية تجاه شخص أو شيء أو سياق ما وليست ثابتة ولا دائمة، كالفرح مثلا بعد الزواج والحزن بعد وفاة قريب، ويمكن أن تعتري العاطفة الاضطراباتُ التالية:

- **التبلد:** وهو نقص في التعبير العاطفي، بينما يعرف الكشط العاطفي بأنه غياب أي تعبير عاطفي، ويظهر ذلك من خلال قسمات الوجه والحركات المعبرة على الحالة الوجدانية. ونجد هذه الأعراض في الفصام، والمتلازمة الخرفية، وكذا عند الشخصيات الوسواسية (فقر عاطفي في التعاطي والحكم على الأشياء لصالح البعد العلمي والعملي)..

- **فرط التعبير العاطفي[2]:** ويعني ذلك ميول المريض إلى التعبير عن انفعالات عاطفية قوية ومبالغ فيها، وهكذا يمكن أن نلاحظ تقلبا عاطفيا وتحولا في المزاج... ونلاحظ ذلك أساسا في حالة الكرب ما بعد الصدمة، وفي اضطراب القلق المعمم وكذا في الهستيريا...

---

[1]- **المتلازمة الجبهية:** هي اجتماع العديد من الأعراض والعلامات السريرية التي تلاحظ خلال إصابة الجزء العلوي من الفص الجبهي للدماغ (الجلطة الدماغية، ورم، اصطدام..): اضطرابات سلوكية ومعرفية ومزاجية (الانشراح).. وأخرى..

[2]- وجدنا ترجمة "فرط التحفزية" أو "فرط الدافعية" في معاجمنا المعتمدة، إلا أننا ارتأينا أن نعوضها بمصطلح أوضح وأكثر تعبيرا وسهولة وهو فرط "التعبير العاطفي".

- **نقص الحس العاطفي أو التخدير العاطفي:** ويعني ذلك نقص أو فقد القدرة على الإحساس بالفرح مع الإحساس بألم نفسي عميق لأدنى مشكل أو طارئ مهما كان بسيطا. ونجد مثل هذا الخلل الوجداني خصوصا في الاضطرابات الاكتئابية..

- **فرط الحس العاطفي:** ويعني ذلك الشعور بفرحة عارمة عند أبسط سبب مفرح، مقابل نرفزة سريعة وكبيرة عند أبسط منغص. مثلا تجد المريض يفرح فرحا عارما بمجرد حلول عطلة نهاية الأسبوع، ويغضب غضبا شديدا فقط لأن صديقا له لم يأت في الموعد المحدد رغم أنه اعتذر له مسبقا نظرا لظرف طارئ... ونجد هذا خصوصا في النوبات الهوسية..

- **عدم تناسق التعبير العاطفي:** ونعني بذلك غياب التناسق بين العاطفة المعبر عنها وسياق الحديث، ويعتبر هذا ميزة للتفكك الملاحظ في مرض الفصام..

- **القلق:** يعني حالة مؤلمة من اليقظة والانتباه تتعلق بخشية أو رهبة خالصة شيئا ما، تتمظهر بالشعور بالتوجس من خطر ما غير واضح وكذا بانتظاره... **(**انظر درس الاضطرابات القلقية لمزيد من التفصيل).

ث- السلوكات الاجتماعية

- **أفعال طبية جنائية:** وهي مجموع الأفعال التي يمكن أن تحدث آفة أو تترك أثرا سواء على النفس أو الآخرين، كالعض والخدش والضرب، عندما يكون اقترافها مصاحبا لحالة من الهياج أو الهذيان.

- **الهروب المرضي:** ويقصد به ترك المريض لمسكنه أو مقر عمله أو محل دراسته بدون هدف محدد، ونميز بين الهروب المرضي غير الواعي النساوي، والذي يلاحظ في الصرع الجزئي مع تلقائية التجوال، وفي الحالات الثانية للعصابات الهستيرية، وبين الهروب المرضي الواعي المتذكر، والذي يحدث بفعل الهلاوس، أو بفعل لااستقرار الشخصية (الشخصية الصفاقية)، أو بفعل انفصام التفكير (مرض الفصام)، وكذا في حالة النوبات الهوسية، أو بفعل الهذيانات (السفر من أجل إتمام مهمة ما)، وكذا بسبب التخلف العقلي..

- **التسكع:** يعني ميولا نحو التجول لمدة قد تطول، دون أي هدف واضح إلا التسكع في حد ذاته...

- **جنوح:** كالسرقة المرضية، فبعد استبعاد السرقة بسبب الإدمان أو عند الشخصيات الصفاقية، يمكن القول أنها نادرة في مجال الأمراض النفسية، ويمكن أن نلاحظها عند مرضى الخرف والاختلاط بسبب اضطراب الحكم، وعند مرضى الفصام بسبب الهذيان أو انفصام التفكير، وكذلك في حالة العصاب الوسواسي والصرع الجزئي...

ج- التفكير

- **مجرى التفكير**

- **إيقاع التفكير:** يمكن أن يكون سريعا وهو ما يسمى بسرعة التفكير، كما يمكن أن يصبح بطيئا وهو ما يدعى بطء التفكير، ويشهد ذلك على لزوجة في الأفكار حيث يقوم المريض بمجهود كبير من أجل الإجابة على أسئلة بسيطة، أو على فقر في الأفكار حيث يتمحور تفكير المريض على فكرة وحيدة يكررها كاليأس أو الموت..

- **استمرارية التفكير:** هي إصابة تهم دينامية التفكير، نحدد لها خصوصا ثلاثة مستويات:

- **الحاجز:** وهو عرَضٌ ثمين لأنه مميز للانفصام العقلي وله حضور حصري فيه، وهو توقف مباغت لانسياب الأفكار مع العودة إلى الكلام في نفس الموضوع أو في موضوع آخر بعد فترة من الصمت، دون سبب واضح ودون أن يكون المريض واعيا بهذا الانقطاع.

- **التلاشي أو الذبول:** انخفاض تدريجي لإيقاع التفكير حتى التوقف عن الكلام لمدة معينة، تتبعه عودة إلى الإيقاع العادي سواء في نفس الموضوع أو في موضوع آخر..

- **الاستماتة العقلية[1]:** احتلال الذهن من طرف فكرة طفيلية تتردد باستمرار تمنع التسلسل العادي للأفكار، فيصير من الصعب الانتقال بسلاسة من فكرة إلى فكرة أخرى. كما أن المريض يصبح مصرا على نفس الجواب لأسئلة مختلفة...

- **محتوى التفكير**

- **أفكار ثابتة أو مسيطرة:** اتجاه التفكير نحو التركيز على أفكار سائدة كأفكار المطالبة أو الغيرة... دون إيلاء أي اعتبار للأدلة التي تبطل صحة هذه الأفكار...

- **أفكار هذيانية:** هي أفكار لا علاقة لها بالواقع الجمعي، يبدي تجاهها المريض إيمانا مطلقا وقناعة لا تتزعزع، وهي أفكار لا تقبل الاستدلال المنطقي والبرهان.. (لمزيد من التفاصيل انظر درس المتلازمة الهذيانية..)..

- **أفكار اكتئابية**: الشعور بالذنب واتهام الذات... (لمزيد من التفاصيل انظر درس الاضطراب الاكتئابي)..

[1]- تم اقتراح ترجمة الخمول العقلي كمقابل للكلمة الأجنبية، إلا أننا لا نوافق عليها نظرا لكون كلمة الخمول تحيل على الكسل وعدم الإنتاجية، في حين أن العقل في هذه الحالة ينتج إلا أنه يستميت في الثبات على فكرة واحدة يرددها، لذلك اخترنا كلمة اسماتة كترجمة، بدل كلمة "خمول"..

- **أفكار وسواسية:** يعني مجموعة من الأفكار تخترق ذهن المريض ولا يستطيع لها دفعا ولا التخلص منها، إلا أنه يعي طابعها المرضي والسخيف.. (لمزيد من التفصيل انظر درس اضطراب الوسواس القهري..)

- **الطبيعة العامة للتفكير**

- **التفكير الانطوائي:** الانغلاق داخل فكر منفصل عن الواقع على حساب الانفتاح على الفكر الواقعي. ويوجد هذا النوع من التفكير خاصة في الفصام...

- **التفكير السحري:** طريقة في التفكير تتحرر من أي مرجعية منطقية، ولا تأخذ بعين الاعتبار التجربة الجمعية والمسلمات المتعارف عليها. ويوجد هذا النوع من التفكير في الازورار والشخصية الهستيرية والشخصية الفصاموية (شبه فصامية) والشخصية فصامية النمط...

- **الهذري:** تفكير يحترم الإطار المنطقي وروابط الأفكار والتمثلات والحكم، وهكذا يظهر الاستدلال صحيحا ومنطقيا إلا أن المسلمات والأفكار البدئية التي تم الانطلاق منها هي الخاطئة. ويوجد هذا النوع من التفكير خصوصا في مرض الفصام...

- **الضبابي أو المجرد[1]:** وهو تفكير يحاول تجاوز الأشخاص والأشياء والغوص فقط في الأفكار المجردة مما يجعله ضبابيا وغير واضح. ويوجد هذا النوع من التفكير في الشخصية الفصاموية (شبه فصامية) والشخصية فصامية النمط...

- **التسويغ الاستدلالي المرضي**: هو عمليات عقلية تهمش الواقع الحي والعملي لصالح استدلالات تجريدية وعقيمة وغير فعالة وغير مناسبة، حيث يقوم المريض بربط أشياء صحيحة فيما بينها بواسطة روابط باطلة وغير مسوغة. نأخذ كمثال قول أحدهم (أبي اسمه حسن، فأنا إذاً أخو الملك لأن اسم أبيه حسن)...

- **الحكم على الأشياء:** هو القدرة على وزن أهمية الأفعال والأفكار المجردة وتقدير نتائجها، ويمكن أن نحدد له الاضطرابات التالية:

- **الاضطرابات الكمية:** عدم القدرة على الحكم أصلا، خصوصا في التخلفات العقلية وفي الخرف..

- **الاضطرابات الكيفية:** الخطأ في الحكم ونجد ذلك في الشخصيات الهذائية، والتسويغ المرضي لمرضى الفصام، ومسلمات الهذيانات المزمنة خصوصا الهذائية..

---

[1]- **التجريد:** هو عملية التفكير التي تبتعد من خلالها الأفكار عن الأشياء، وهكذا يكون الإغراق في التجريد ابتعادا عن الواقع مما يجعل الخطاب أكثر بعدا عن الفهم وأكثر غموضا وضبابية، والفن التجريدي فن يعتمد في الأداء على أشكال مجردة تنأى عن مشابهة المشخصات و المرئيات في صورتها الطبيعية والواقعية، وهو ما يدعم الفكرة العامة لاستعمالنا لهذا اللفظ، حيث إن المريض الانفصامي يسعى أحيانا إلى اتباع هذا الضرب في الخطاب مما يجعله ضبابيا..

- **الاضطرابات العابرة:** عن طريق إصابة اليقظة كالاختلاط مثلا..

ح- الأنشطة الإدراكية

وهي النشاط الذي يؤدي إلى تشكيل الوعي بالذات وبالمحيط بالاعتماد على معطيات حسية، وتتمثل اضطرابات الإدراك أساسا في الهلاوس° (hallucinations)، وتنقسم إلى قسمين هلاوس لا يقوم المريض بانتقادها وهي الهلاوس الذهانية وأخرى ينتقدها المريض تسمى الهلاوس غير الذهانية أو الهلاس..(لمزيد من التفصيل انظر الدرس الخاص بالمتلازمة الهلوسية)..

خ- الوظائف الرمزية

- **اللغة**

- **الإنتاج اللغوي العام**

✓ **إيقاع الكلام:** يمكن أن يصبح سريعا وهو ما يطلق عليه سرعة الحديث ونلاحظه في الاختلاط العقلي والنوبة الهوسية وفي الأمراض الذهانية وفي بعض الأمراض العضوية.. ويعرف اللسن أو الثرثرة على أنه تدفق سريع للكلمات غيرُ متحكَّم فيه، ويكون شائعا في حال النوبة الهوسية، وأقل حضورا في الفصام والمتلازمة الاختلاطية والخرفية. كما يمكن على العكس من ذلك أن يصبح بطيئا وهو ما يطلق عليه بطء الكلام، ويلاحظ أساسا وبشكل نموذجي في الاكتئاب، ويكون أقل حضورا في الاختلاط العقلي الذهولي وكذا في الفصام وبعض الأمراض العضوية.

✓ **التوقف المفاجئ** وهو ما يسمى الحاجز، **أو التدريجي** وهو ما يطلق عليه التلاشي أو الذبول عن الكلام وهما عرضان مميزان بشكل شبه حصري للفصام: (انظر التعاريف في الفقرة الخاصة بالتفكير).

✓ **الغياب الكلي والشامل للكلام:** وهو ما يطلق عليه لفظ الخرس،و يمكن أن يكون بسبب هستيري (مع التكلف من أجل إظهار عدم القدرة عن الكلام)، أو أثناء الكآبة الشديدة (نشك في هذا السبب حين نكون أمام سحنة متألمة..)، أو في حالة الفصام (الذهول الجامودي الذي يكون مصحوبا بالخرس وبرفض تناول الطعام)، أو في حالة الهذيان (أثناء وضعية الاستماع للهلاوس السمعية)، كما يمكن أن يكون سبب الخرس عضويا في الاختلاط العقلي أو في الاضطراب الخرفي...

✓ **القولبة أو النمطية اللفظية:** ترديد مجموعة من ألفاظ دون توقف، ونلاحظ ذلك في الفصام حيث يردد المريض كلمة بصيغة مكررة لفظا وجرسا وإيقاعا تقليدا لمحاوره...

✓ **ترديد الأصوات،** حيث إن المريض يردد بشكل فوري ولا إرادي آخر الألفاظ التي سمعها...

✓ **اللجلجة،** حيث يردد المريض بشكل لا إرادي كلمات أو مقاطعَ أو جملا قصيرة، مع سرعة إيقاع الكلام وميول إلى الهمس. وغالبا ما تكون مصحوبة بترديد الأصوات...

✓ **الاستماتة اللفظية:** وهو تكرار متجدد، في نفس المقابلة، لجواب كان مناسبا لسؤال سابق جوابا على أسئلة أخرى مختلفة، فهو جمود على قول واحد في سياقات مختلفة. فهي إذاً احتلال الذهن من طرف فكرة طفيلية تتردد باستمرار تمنع التسلسل العادي للأفكار، فيصير من الصعب الانتقال بسلاسة من فكرة إلى فكرة أخرى. كما أن المريض يصبح مصرا على نفس الجواب لأسئلة مختلفة. ونلاحظ ذلك بالإضافة إلى الفصام في بعض الإصابات العضوية كالاختلاط والخرف والصرع والحبسة...

✓ **التشويش:** يعني ذلك التشويش على الكلام بواسطة صوت أو كلمة أو جملة دون علاقة بسياق الحديث، وهذا يحيلنا بشكل قوي على الهذيان أو على انفصام مجرى التفكير المميز للفصام...

- **الدلالة**

✓ **الهذر:** ويعني إعطاء معاني جديدة لكلمات معروفة.

✓ **الاختلاق اللفظي أو الكلمات المستحدثة:** ويعني ذلك استحداث ألفاظ غير موجودة والتحدث بها وفق معاني يعطيها لها المريض.

✓ **هوس الكلام:** هو شكل من الخطاب تكون فيها الكلمات أو الظواهر الصوتية الموضوعة في مقام الكلمات مختارةً، ليس بنية التواصل، وإنما اعتمادا فقط على القافية أو المعنى المتشابه. ويمكن أن نجد هذا في الفصام أو الازورار أو النوبة الهوسية...

✓ **الثرثرة المبعثرة[1]:** كلام غير متناسق حيث يتكلم المريض بكلمات خالية من أي معنى، ويرددها بطريقة غامضة لمدة قد تصل إلى ساعات.. وتلاحظ عند مرضى الفصام في مراحل جد متقهقرة...

✓ **انفصام الحديث:** حيث يعمد المريض إلى خلق لغة جديدة غير مفهومة يتحدث بها. وتختلف عن هوس الكلام باعتبارها تتكون من كلمات معروفة إلا أن طريقة استعمالها يكسبها طابع الغموض...

- **النحو:**

✓ **اللانحوية:** تشبه هذه اللغة الأسلوب التيلاغرافي (أسلوب البرقيات المختزل في الأساسي والضروري فقط) مع محو النعوت والروابط من الكلام، بحيث لا يستعمل المتحدث إلا أفعالا في صيغتها الخام أي دون تصريفها في الزمن الذي يوافق معنى وسياق الحديث، وعندما يكون سلوك المريض مستقرا تعتبر اللانحوية علامة على إصابة دماغية (حُبْسة بروكا)...

✓ **خطل النحو:** تغيير البنية النحوية للجمل، نظرا لأن المريض يعجز عن إيجاد الكلمات المناسبة، وهكذا نجده يعتمد صيغا نحوية خاطئة وصيغا لغوية جديدة انطلاقا من جذور صحيحة ولكن بتركيب

[1]- **الثرثرة المبعثرة:** مقابل اخترناه للفظ الفرنسي (Verbigération)، ونشير إلى أننا وجدنا مقابلا آخر لم نوافق عليه هو "الثرثرة النمطية" ذلك أن هذا العرض لا يقتضي تكرار كلمات بشكل منمط وقولبي، ولكن بشكل لا يتبع أي منطق أو نظام، وهو مصدر غموض هذا النوع من الخطاب. لذلك ارتأينا أن تسم الثرثرة بالمبعثرة بدل النمطية..

خاطئ.. يمكن أن نلاحظه عند الشخص العادي، أو يكون عرضا عند أصحاب الحبسة (حبسة فيرنيك)، كما يمكن أن يكون عرضا من أعراض الفصام...

- **المعرفة أو الادراك الحسي والأداء أو تنسيق الحركات**

- **العمه:** اضطراب يتعلق بفقدان القدرة على التعرف على الأشياء، دون إصابة حسية أو حواسية أو عقلية...

- **الخرق أو اللاأدائية:** اضطراب في الحركات الإرادية دون إصابة في الإدراك الحسي أو إصابة عقلية أو إصابة الحركية الطرفية ...

بما أن أصل هذه الاضطرابات عضوي ويحيلنا مباشرة على الأمراض العصبية، فإنه يجدر بالدارس معرفتها، وذلك لتفريقها عن الإصابات النفسية المشابهة في المتلازمة الخرفية والهذيان والفصام..

د- وظائف الذاكرة

- **فقدان الذاكرة أو النساوة:** ونجد فيها عدة أنواع:

- **نساوة التثبيت[1]:** العجز عن إدماج المعلومات الجديدة مع الحفاظ على المعلومات القديمة التي جرى تخزينها سابقا. وهكذا فالمعلومات الجديدة تنسى دقائق أو ساعات بعد إدماجها. ونلاحظ هذا النوع من فقدان الذاكرة في عدة أمراض كإصابة قشرة الدماغ، وفي بعض الإصابات الحادة كالصدمة الجمجمية والصرع والنشبة النساوية[2] والاختلاط العقلي، وأيضا بعد العلاج الاختلاجي[3]...

- **نساوة الاستحضار أو الاستدعاء:** وهي العجز عن استحضار معلومات تم تخزينها مسبقا بشكل صحيح وسليم، وهو أمر يحدث عادة في الحياة اليومية، أما في الطب النفسي فيمكن أن نجدها في إصابة قشرة الدماغ، وفي النشبة النساوية والنوبات الاختلاطية، وكذا في الكآبية الشديدة وفي الهستيريا والفصام..

- **خطل الذاكرة:** هو انفتال الذاكرة وهو على نوعين:

- **نسيان الجديد أو فقدان الذاكرة الحديثة:** ظهور مفاجئ للذكريات القديمة التي تعاش وكأنها حالية وتحدث الآن، نقول **أن الماضي هو الحاضر**، ونلاحظ هذا الاضطراب في الاختلاط العقلي، والهستيريا، والصرع الجزئي، وفي حالة تناول المهلوسات...

---

[1]- وجدنا ترجمة "نساوة اللاحق" إلا أننا لم نعتمدها لأنها في نظرنا لا تسهل الفهم بيسر..

[2]- **النشبة النساوية:** هي نساوة أو فقدان ذاكرة مفاجئ وقصير وعابر، يعتبر النوع الأكثر شيوعا في اضطرابات الذاكرة في طب الأعصاب، كما أن أسبابه غير معروفة على وجه الدقة. وتلاحظ النشبة النساوية عند الأشخاص المسنين فوق الخمسين عاما..

[3]- **العلاج الاختلاجي:** علاج يقوم على خلق نوبة صرعية عند المريض عن طريق صعق جمجمته بالتيار الكهربائي بعد تخديره كليا..

- **الماسبق[1] رؤيته (déjà vu)، الماسبق عيشه (déjà vécu):** يحدث انطباع عند المريض أن المشاهد الحالية سبق وعاشها في الماضي، نقول **أن الحاضر هو الماضي،** بعيدا عن الظواهر العادية في الحياة اليومية يمكن أن نلاحظ هذا الأمر في نوبات الكربة وفي الحالات الحلمية وكذا في الفصام وبعض أنواع الصرع...

- **فرط التذكر**

- **فرط التذكر المؤقت:** هي حالات تتحرر وتنشرح فيها الذاكرة، يتذكر فيها المريض ذكريات بعيدة (كل الحياة في لحظة واحدة)، نلاحظ هذه الظاهرة في حالة النوبة الهوسية وعند الأشخاص ضحايا حادث ما...

- **فرط التذكر الدائم:** يلاحظ عند الأشخاص ذوي قدرات التذكر الاستثنائية والمتضخمة، وتكون أحيانا على حساب مجالات أخرى كالذكاء والعاطفة. ويلاحظ فرط التذكر الذي يخدم الذكاء عند لاعبي الشطرنج والشخصيات الوسواسية والهذائية...

ذ- السلوكات الغريزية

- **الأكل:**

- **فقدان الشهية:** حالة عزوف عن الأكل وفقد الإحساس بالرغبة فيه، قد يصل أحيانا إلى كراهية الأكل وعدم التلذذ به. وينبغي التمييز بين فقدان الشهية العضوي وفقدان الشهية النفسي[2] الذي يرفض فيه المريض الأكل بشكل نشط مع استمرار الإحساس بالجوع. ويظهر فقدان الشهية في معظم الأمراض النفسية خصوصا في حالة الاكتئاب. ويكشف وجوده عند الأشخاص المسنين وجود حالة اكتئابية أو وجود إصابة عضوية كالسرطان، كما يمكن أن تكون له أسباب عضوية أخرى كالتعفنات الحادة مثلا...

- **رفض تناول الطعام:** غالبا ما يكون تعبيرا على حالة نفسية حادة وخيمة، ويتميز بمقاومة شديدة لغريزة ألأكل مع استمرار الإحساس بالجوع. ويظهر في حالة الكآبة الشديدة، وفي الهذيانات الاضطهادية (سيقومون بتسميمي إن أكلت)، وفي بعض أنواع الفصام (الجامودي والهذائي)...

- **الإسراف في الأكل:** يمكن أن يظهر الإسراف في الأكل وفق إحدى الأشكال التالية:

---

[1]- تم نحت كلمة الماسبق لتصير اسما كما هو في اللغة الفرنسية، وذلك استهداء بالكلمة العربية "الماصدق" شائعة الاستعمال في علم المنطق..

[2]- **فقدان الشهية النفسي:** هو أحد اضطرابات السلوك الغذائي، ينبغي تمييزه عن فقدن الشهية الناتج عن مرض معين. يتميز بانشغال كبير بالمظهر يؤدي إلى الامتناع عن تناول الطعام، يظهر أساسا عند المراهقين. وتعتبر أساباه وآليات حدوثه غير معروفة. إلا أن اضطرابات صورة الجسم في ذهن المراهق، بالإضافة إلى ظاهرة التقليد المعروفة بين المراهقين، والمشاكل العائلية وبعض الأحداث المؤثرة لا يمكن استبعادها. وخلاصة القول أنه اضطراب معقد. ونشير إلى أن تسب الإصابة به تختلف من مجتمع لآخر..

✓ **التصرفات النهامية**: التهام كميات كبيرة من الغذاء بعد شعور حاد بالجوع، وقد يلي ذلك قيء مباشر ومتعمد. ويظهر هذا عند مرضى النهام، والنوبة الهوسية والفصام والخرف والتأخر العقلي...

✓ **فرط الأكل**: إفراط مزمن في تناول الطعام يؤدي إلى السمنة. يمكن أن نلاحظه بحكم عوامل استقلابية أو وراثية، كما يمكن أن نجده في بعض الاضطرابات النفسية كالاكتئاب حيث يحل محل فقدان الشهية، وأيضا في بعض حالات الكرب...

✓ **هوس الشراب**: شعور متقطع بالحاجة إلى احتساء كميات كبيرة من الكحول، ونجده عادة في حالة النوبة الهوسية وعند الشخصيات الصفاقية...

✓ **هوس الشرب**: حاجة دائمة إلى شرب الماء بكميات كبيرة، ويلاحظ هذا الاضطراب عند بعض مرضى الفصام وعند ذوي الشخصية الهستيرية أو الصفاقية، وقد يكون إحدى مضاعفات العلاج بمادة "الليتيوم". إلا أنه ينبغي أولا استبعاد سبب عضوي لهذا العرض...

- **التصرفات الغذائية الشاذة**

✓ **أكل البراز**: يقوم المريض بأكل برازه، ويكون ذلك عادة مصحوبا بالتلطخ به، ونلاحظ ذلك في بعض أنواع الفصام في درجات جد متقهقرة، وأيضا في أسباب المتلازمة الخرفية...

✓ **الغرابة الغذائية**: ويعني ذلك أن المريض ينتقي مأكولاته وفق اعتقاد هذياني أو رمزي خاص به، كأن يرفض مثلا تناول الأطعمة الحمراء، أو لحم أي حيوان من ذوات الزغب، أو يتناول موادَّ معدنية. ويلاحظ هذا أساسا خلال الأمراض الذهانية...

- **النوم**

- **الأرق:** وهو نقص كمي أو كيفي في النوم..

✓ **الأرق الكلي، الأرق الصبحي، أرق التماثل للنوم:**

▪ **الأرق الكلي:** وهو عدم القدرة على النوم طيلة الليل، كما أنه نوع نادر نلاحظه أثناء النوبات الهوسية والاختلاط العقلي والانفطام الكحولي أو الانفطام عن المنومات، وكذا في الاهتياجات الهذيانية..

▪ **الأرق الصبحي:** هو الاستيقاظ باكرا عند الساعة الثالثة أو الرابعة فجرا وعدم القدرة على الرجوع إلى النوم من جديد. ويميز الحالات الاكتئابية الشديدة أو ما يسمى بالمنخوليا، وهو بالمقابل ظاهرة عادية عند الأشخاص المسنين...

- **أرق التماثل للنوم[1]:** وهو صعوبات في الدخول في مرحلة النوم، يصاحبها استيقاظات متكررة خلال الليل ونجدها في الحالات القلقية التفاعلية (فرط الإجهاد، صعوبات نفسية خلال النهار..) أو في الحالات العصابية الأكثر انبنائيةً، فالأرق ذو السبب العصابي هو غالبا عبارة عن استحالة الارتخاء الذي لابد منه من أجل النوم، ويهم إما مرحلة التماثل للنوم أو الاستيقاظات المتكررة خلال النوم، هذه الاضطرابات تعكس أحيانا خوفا من النوم أو خوفا من الأحلام التي من المحتمل أن تأتي في النوم..

- **انقلاب الدورة اليوماوية:** الرغبة في النوم خلال النهار مع الأرق خلال الليل، وغالبا ما نجد هذه الحالة في الاختلاط العقلي والاضطراب الخرفي والاكتئابي...

- **الانجذاب للسرير:** وهو الحاجة المستمرة إلى البقاء ممددا فوق السرير في حالة من النيمومة أو بدونها دون الدخول في النوم الفعلي. ويترجم هذا الأمر حالة من الخمول الفكري والحركي في الاكتئاب بدافع الحزن والملل، وفي الفصام بفعل السلبية النفسية الحركية...

✓ **الأرق العابر:** وهو النوع الأكثر شيوعا في اضطرابات النوم عند الراشدين، يعتبر عاديا في وضعيات محددة، وهو اضطراب يزول بزوال الظرف المؤدي إليه (تغيير الغرفة أو السرير، السفر، ارتفاع درجة الحرارة، وجبات متخمة، تناول الكحول، غياب انتظام النوم،...)...

وينقسم الأرق من حيث سبب الحدوث إلى قسمين:

✓ **الأرق الأولي:** وهو صعوبات في التماثل للنوم أو في الحفاظ عليه تمتد لشهر على الأقل دون وجود أي نوم تعويضي مع حدوث تدهور في الوظيفة الاجتماعية والمهنية. وهو اضطراب يصيب عُشُرَ السكان مع سيطرة للجنس الأنثوي حيث يمس اثنتين من النساء مقابل رجل واحد، ولا يوجد، بالتعريف، مرض نفسي مصاحب له كما لا يستطيع المريض الاستفادة من أي قيلولة تعويضية خلال النهار. ويعالج هذا الاضطراب بواسطة تقنيات الاسترخاء، والتقنيات المعرفية السلوكية وبالضبط بواسطة الأدوية المنوِّمة أو مضادات الاكتئاب المهدئة...

✓ **الأرق الثانوي أو الناتج عن سبب:** وهو الأرق الذي يحدث بواسطة مسبب قد يكون علاجيَ المنشأ، أي بسبب تناول بعض الأدوية كمضادات الاكتئاب في المرحلة الأولى من العلاج، وقد يحدث بسبب أمراض عضوية نظرا لوجود الألم أو الحمى أو الحكة... كما قد يكون مصاحبا لمعظم الأمراض النفسية خصوصا الاكتئاب وأيضا الهوس والكربة والاضطراب الفصامي والهذيان الحاد... وجدير بالذكر أن الأرق شائع أيضا في متلازمة السيقان بدون راحة وفي متلازمة انقطاع النفس خلال النوم...

[1]- وجدنا في معاجمنا المعتمدة ترجمة أرق النعاس للكلمة الفرنسية (insomnie d'endormissement)، إلا أننا لم نوافق عليها لأنها لا تشير إلى مرحلة بداية النوم التي تشير إليها الكلمة الفرنسية، فاخترنا لها ترجمة "أرق التماثل للنوم"

- **فرط النوم:** ويعني الحالات التي يطول فيها النوم أكثر من اللازم، بالإضافة إلى نوبات النوم غير القابلة للمقاومة خلال النهار. ونجده في المتلازمة الاكتئابية خصوصا في الاكتئاب الموسمي...

- **الجنس:** يمكن تقسيم الاضطرابات الجنسية إلى قسمين:

✓ **الانحرافات الجنسية:** المثلية الجنسية، اشتهاء الأطفال، اشتهاء الشيوخ ، السادية[1]، المازوشية[2]، التلصصية أو التفرج الجنسي، الاستعراء، لبس لباس الجنس الآخر أو التخنث، كل هذه الظواهر يمكن أن تكون وحيدة منعزلة، أو عرضا لمرض نفسي (تصرفات مازوشية في إطار هذياني أو انفصامي، تصرفات سادية بالنسبة للشخصية الصفاقية أو الذهانية). كما يمكن أن تكون سببا في معاناة نفسية تدفع إلى طلب العلاج (تفاعل قلقي أو اكتئابي، الشعور بالذنب العصابي...)، أو تطرح مشكلا قانونيا كالاغتصاب أو الاعتداء الجنسي أو الاستعراء أو القتل. أما الاستمناء فلا يصير مرضيا إلا حين يصبح، مفضلا على سائر الطرق الجنسية الأخرى، أو عند وجود شريك جنسي، ونلاحظه في الشخصيات النفهية وفي العصاب الوسواسي والرهابي..

- **اضطرابات الوظيفة الجنسية**

✓ **تجنب الجماع، البرود الجنسي، تشنج المهبل:** تلاحظ هذه الاضطرابات في الشخصية والعصاب الهستيريين، وفي الاكتئاب وفي التفاعلات العصابية العابرة...

✓ **العجز الجنسي:** بعيدا عن العجز الناتج عن سبب عضوي نلاحظ هذا الاضطراب تقريبا في كل الأمراض العصابية، وفي حالات الإرهاق، وكذا في تناول الكحول، كما أن العجز شبه ثابت الحضور في مرض الاكتئاب.

✓ **سرعة القذف، تأخر القذف، اضطراب الانتصاب، فقدان النشوة الجنسية..**

ر- التبصر

في الأمراض العصابية حسب التقسيم الفرنسي للأمراض النفسية والأمراض العقلية، يكون المريض متبصرا وواعيا بمرضه مما يؤدي به إلى طلب العلاج من تلقاء نفسه، أما في الأمراض الذهانية فالمريض لا يعي حقيقة مرضه، لذلك لا يرى أي داع لزيارة الطبيب وهو ما يجعلنا نلاحظ أن المحيط هو من يطلب العلاج عادة، وأحيانا الشرطة هي من تقوم بذلك عندما يكون سلوك المريض مهدِّداً لسلامته وسلامة المحيط...

---

[1]- **السادية:** السادية هي تحقيق المتعة عن طريق تعذيب الآخر..

[2]- **المازوشية:** الاستمتاع بالتألم، لذلك تجد الشخص المازوشي يلحق الأذى بنفسه، فيجرح نفسه بواسطة أدوات حادة، أو يحرق بعضا من جسمه بأعقاب السجائر...

3) التاريخ العائلي والشخصي

يمكن أن يؤجل تشكيل هذا التاريخ، كما يمكن استخراجه انطلاقا من المقابلات المتعاقبة، وذلك عن طريق تشكيل فكرة حول طفولة المريض ومراهقته وتمدرسه، وكذلك عبر البحث في حياته المهنية والزوجية والجنسية دون نسيان طبيعة علاقاته الاجتماعية ومواهبه واهتماماته الثقافية والدينية وكذا عاداته الإدمانية. كما ينبغي البحث في سيرته عن وجود أمراض عضوية حادة أو مزمنة والعلاجات التي تناولها مع تحديد جرعتها ومدة تناولها وتاريخ توقيفها وسببه. هذا ويجدر بالطبيب الفاحص أن يبحث في علاقة المريض بـأفراد عائلته ومدى تفاعله معهم. كما يمكن البحث عن الأحداث المهمة والمؤثرة في حياة المريض من مثل وفاة قريب أو تغيير محل الإقامة أو الفشل الدراسي... علاوة على استشفاف أهم السمات الظاهرة لشخصية المريض مثل الاندفاعية والعناد والعزلة والمثالية...

إن تشكيل هذا التصور حول الأبعاد سالفة الذكر يمكن أن يوجه عملية التشخيص كثيرا، كما يمكن أن يساهم في تحديد الاختيارات العلاجية وترجيح إحداها على الأخرى..

VI. الخلاصة التركيبة للفحص والمناقشة التشخيصية وما ينبغي فعله

بعد الخطوات سالفة الذكر نخلص إلى تركيب لما تم التوصل إليه من أعراض أثناء الفحص النفسي، ونتبع الخطوات التالية من أجل وضع خلاصة تركيبة لنتائج الفحص وتحديد التشخيص المناسب لحالة المريض مع إرساء خطة العلاج وطرقه:

- ❖ دراسة وتحليل مؤدى الأعراض ودلالتها.
- ❖ وضع الأعراض في سياقها التطوري قبل وضعها في متلازمة.
- ❖ وجود علاقة توافق بين الأعراض وسيرة المريض.
- ❖ السياق العلائقي مع المحيط (ربح المريض أو محيطه مما يحدث).
- ❖ تفضيل الأعراض الموضوعية الملاحظة، لأنها أكثر ملائمة من الأعراض الذاتية المستخلصة من أقوال المريض.
- ❖ التجميع في متلازمات كالمتلازمة الهذيانية، والمتلازمة الانفصامية، والمتلازمة الاختلاطية، وكذا المتلازمة الهوسية، والمتلازمة الاكتئابية، والمتلازمة الخرفية....
- ❖ عرض الأعراض الغائبة في اللوحة السريرية، فمثلا غياب الأعراض الانفصامية مع حضور المتلازمة الهوسية تدعم بشكل كبير تشخيص النوبة الهوسية...

- ❖ القيام بفحوصات تكميلية من أجل تأكيد التشخيص أو استبعاد مرض عضوي أو تحديد موانع استعمال للدواء..
- ❖ اللجوء إلى اختبارات القياس النفسي إذا تطلب الأمر ذلك مثل قياس درجة خطورة الاكتئاب أو درجة خطورة الفصام...
- ❖ مناقشة التشخيص، وذلك عن طريق عرض الاحتمالات الممكنة، ثم الترجيح بينها اعتمادا على نتائج الفحص النفسي وأحيانا اختبارات القياس النفسي وبعض الفحوص التكميلية (خصوصا لاستبعاد الأسباب العضوية)، وفي حالة كانت النتائج غير كافية لإرساء التشخيص بدقة لا ينبغي التردد في إعادة الفحص، والتركيز على الأمور التي غيبت في المقابلة الأولى...
- ❖ تسطير أدلة على التشخيص المعتمد وأدلة على استبعاد التشخيصات الأخرى.
- ❖ اقتراح العلاج، وذلك وفقا للتشخيص الذي تم اعتماده.
- ❖ تحديد مكان العلاج وذلك وفقا لطبيعة المرض ودرجة تمكنه من المريض.

المتلازمة الهذيانية

I. مقدمة

يعرف الهذيان بكونه اضطرابا لمحتوى الفكر، ويتميز بأفكار ضالة وغير منسجمة مع الحقيقة، هذه الأفكار لها علاقة بواقع خاص بالمريض فقط، ولا تمت بصلة إلى الواقع الذي يعرفه ويقره الجميع، ويُظهر المريض ارتباطا وثيقا واقتناعا مطلقا بها، دون أن يكون ذلك ناتجا عن دليل أو برهان، وهي أفكار لا يمكن تصحيحها عن طريق الإقناع...

ونجد الأفكار الهذيانية أكثر حضورا في الأمراض الذهانية[1]، وقد تكون ذات موضوع واحد أو ذات مواضيع متعددة، كما تحدث إما بآلية واحدة أو بعدة آليات، وقد تنتظم هذه الأفكار الهذيانية وفق منطق ما أو تبقى بدون خيط ناظم، وتجدر الإشارة إلى أنها تختلف عن الخطأ، ذلك أن الخطأ قابل دائما للتصحيح، كما أن الاقتناع به يمكن أن يتزعزع بعد تصويبه...

يمكن أن تكون بعض البديهيات الثقافية والدينية عند بعض المجتمعات بمثابة هذيانات عند مجتمعات أخرى ونأخذ لذلك مثالا من واقعنا كمغاربة "الظهور الخارق للملك محمد الخامس في القمر سنة 1954"، وأيضا "ظهور المسيح عليه السلام أو المسيح الدجال في آخر الزمان"...

أهداف الدرس:

- ❖ تسهيل فهم المتلازمة الهذيانية، وذلك نظرا لشيوعها في الأمراض النفسية.
- ❖ التمكن من تحليل سريري جيد للهذيان وذلك من أجل التوجه بشكل صحيح نحو الأسباب المرضية.
- ❖ تمييز الهذيان في الأمراض النفسية عنه في الأمراض العضوية.

II. خصائص الهذيان

يتميز الهذيان بمجموعة من الخصائص ينبغي تحديدها بدقة، وذلك نظرا لأهميتها في النهج التشخيصي لسبب الهذيان. وفي الفقرات التالية نورد أهم هذه الخصائص.

[1] - الأمراض الذهانية: أهم سمة لها أن المريض يفقد معنى الواقع ولا يعني بأنه مريض، ويقابل ذلك الأمراض العصابية حيث يحافظ المريض على هذا المعنى، ويعرف بأنه مريض.

1) بداية الهذيان

أ- أشكال البداية

- **الشكل الحاد:** يظهر الهذيان بشكل مفاجئ منذ البداية، ويكون أحيانا مسبوقا ببعض البوادر من قبيل غرابة السلوك، القلق، اضطراب النوم، اضطرابات المزاج (حزن أو انتشاء).. نشير إلى أن هذه البوادر لا تدوم لمدة طويلة حيث تمتد من ساعات إلى ثلاثة أيام كأبعد تقدير..

- **الشكل التدريجي:** حيث يظهر الهذيان بشكل تدريجي على مدة أيام أو أسابيع، مع كلام وتصرفات غريبة، يصاحب ذلك تغيرٌ في العادات، قلق، حيرة، حذر، نرفزة أو هيوجية، انطواء حول الذات، اشتداد ظهور بعض سمات الشخصية المرضية[1]..

ب- تاريخ الظهور

ينبغي تحديد تاريخ ظهور الأعراض الهذيانية الأولى، وتحديد ما إذا كان يتعلق الأمر بالنوبة الأولى أم بانتكاسة أم بحالة عود، وهكذا نتحدث عن الهذيان المزمن عندما تتجاوز مدته 6 أشهر مع فترات تشتد فيها الأعراض تسمى فترات الاحتداد. بينما نتحدث عن الهذيان الحاد عندما لا تتجاوز مدته 6 أشهر.

ت- العوامل المحدثة[2]

يمكن لبعض العوامل سواء كانت ظروفا مر نها المريض أو سلوكات قام بها أو أمراض عضوية أصيب بها أن تحدث الهذيان، بمعنى أن تبرزه إلى الوجود دون أن تكون هي السبب وراءه، ونذكر من بين هذه العوامل ما يلي:

- أحداث مهمة في الحياة الشخصية أو الأسرية للمريض: فشل: نجاح، صدمة عاطفية، موت قريب، ضغط نفسي متراكم، صدمة نفسية..
- سياق الحمل أو الولادة الإجهاض أو ما شابه ذلك عند المرأة...
- تغيير نمط الحياة: تغيير السكن، عمل جديد، سفر...
- تناول بعض الأدوية: الهرمونات الدرقية، منشطات ذهنية...
- عوامل عضوية: بداية مرض عضوي، حمى مفرطة، فرط الدرقية...

[1]- كأن يشتد ظهور سمات الشخصية الهذائية إذا كان الهذيان عرضا له أو سمات الشخصية الفصامية إذا كان الهذيان مؤشرا على هذا المرض..

[2]- ينبغي تمييز العوامل المحدثة عن العوامل الاختطارية والعوامل السببية، فالعوامل السببية هي الأسباب المباشرة لحدوث المرض، والعوامل الاختطارية هي التي تساعد على تكون السبب بينما العوامل المحدثة لا تقوم سرى بإظهار المرض ولا علاقة لها بإحداثه أو المساعدة على ذلك.

❖ تسمم عن طريق تناول حديث ومفرط للمخدرات، أو في حالة الإقلاع عن تناول الدواء أو المخدرات وهو ما تنتج عنه متلازمة العوز[1] أو متلازمة الانفطام عن تناول دواء[2]...

ث- تغيرات الهذيان في الزمن

يمكن أن يتغير الهذيان في اليوم الواحد، وهو ما نلاحظه في مرض الهجمة الهذيانية الحادة (BDA)، حيث نلاحظ ما يسمى بالموجات الهذيانية، أي إن الأعراض الهذيانية تظهر لساعات ثم تنطفئ لثلاث ساعات أو أربع حتى تظن المريض أصبح سالما، لتظهر بعد ذلك موجة أخرى... وهكذا دواليك، ويمكن أن نلاحظ هذا التغير أيضا في الاختلاط العقلي، حيت نرصد هذيانا متغيرا خلال اليوم مع تفاقم ملحوظ خلال المساء...

2) مواضيع الهذيان

ج- الاضطهاد

في الهذيان الذي يأخذ موضوعه شكل الاضطهاد، يكشف المريضُ عن قناعة تامة أنه فريسة لعالم عدائي، ومعرض للاعتداء وضحية للأحكام المسبقة، كما يبدو وكأنه هدف للتلميحات الخبيثة، أو كأنه مراقب من طرف جهات ما وأن مؤامرة ما تحاك ضده..

- **المصدر:** يحدث الاضطهاد في هذا النوع من الهذيان انطلاقا من صنفين من المصادر: مصدر ضبابي غير واضح كالحديث عن عالم عدائي، أو عن قوى غيبية، أو أشخاص ما، أو سلطة سياسية، ونمثل لذلك بمرض الفصام الذي يكون هذيانه غير منظم. بينما يظهر المصدر الثاني محددا ودقيقا، حيث يشير المريض إلى من يظنه يمارس عليه الاضطهاد بشكل واضح، ونمثل لذلك بالمريض الهذائي الذي يسمي الشخص الذي يعتقد أنه مصدر ما لحق به، وهو ما يؤدي إلى تبني سلوك عدواني تجاه هذا المضطهد، لذلك يشكل هذا المصدر داعيا للاستشفاء (التنويم في المستشفى) أكثر منه في المصدر الأول...

- **النوع:** هناك ثلاثة أنواع رئيسية يتمثل من خلالها موضوع الاضطهاد:

---

[1]- **متلازمة العوز:** هي مجموع الأعراض التي تظهر على المدمن والتي تدل على غياب المادة المستعملة، هذه الأعراض هي العصبية والاهتياج والحموية (fébrilité)، والأرق، ويمكن أيضا ملاحظة آلام في البطن أو آلام العضلات وهو ما يدل على عوز العقاقير الأفيونية، هذا العوز قد يكون إما ناتجا عن الفطام الإرادي، أو عن الفطام القسري الناتج بدوره عن غياب المادة المدمن عليها أو غياب المال اللازم للحصول عليها.

[2]- **متلازمة الانفطام عن تناول الدواء:** هي الأعراض التي تظهر على المريض النفساني بعد الكف عن تناول دوائه، وتبقى الوسيلة الوحيدة لتفادي هذه الأعراض هي التدرج التنازلي في الجرعة قبل الكف بصفة تامة عن تناول الدواء، لأن ذلك يمكن النظام العصبي من استرجاع حالته البدئية، وهذا يتطلب تدرجا يمتد لفترات تختلف من مريض لآخر من بضعة أسابيع إلى بضع سنوات..

✓ **الاضطهاد الخامل أو السلبي:** يعيش المريض هذا الاضطهاد الهذياني دون أن يبدي ردة فعل قوية، فالمريض هنا إذاً هو المضطهد كما يحدث مثلا في هذاء الحساسين أو ما يسمى بهذاء كريشمر. ويمكن أن يكون إبراز هذا النوع صعبا حيث يكتفي المريض بإبداء حذر كبير أثناء الكلام الذي يقل على غير المعتاد، نقول أن المريض يزن كلامه. كما يمكن إبرازه عن طريق رصد صيغ غير مباشرة يستعملها المريض من قبيل "تعرفون كل شيء كما أعرفه... قد تحدثوا عن هذا في التلفاز... " أو عن طريق رصد صيغ مباشرة تفيد أن المريض يخضع لاضطهاد ما من مثل "هناك أشخاص يعملون على إيذائي..."

✓ **الاضطهاد النشط**: تتم فيه ترجمة نية توجيه الاضطهاد إلى الغير، فالمريض يلعب هنا دور المضطهد. ويعبر المريض عن ميوله بدوره إلى اضطهاد الآخرين= أفكار الاشتكاء والانتقام. وهو ما ينتج عنه غالبا أفعال عدوانية..

- **الاضطهاد المستحَق**: نجد هذا النوع خصوصا في المرضى المصابين بالاكتئاب الشديد. فالمريض يتحدث بصراحة على أنه يستحق ما يحدث له، ويعبر عن ذلك بواسطة أفكار اتهام الذات كقوله "أستحق العذاب في جهنم"، "أنا لا أستحق الحياة"...

ح- أفكار العظمة

يحدث عند المريض الهذياني، بموجب هذا الموضوع، ميول نحو الرفع من قيمة الذات، فنجده يتبنى أفكارا تدور حول الغنى والقوة والسمعة والشعبية، وأيضا حول امتلاك مشاريع متعددة، أو طاقات علمية هائلة... ونجد هذا الموضوع أساسا في الحالات الهوسية، وفي الإصابة العضوية مثل الزهري العصبي، ونلاحظ أنه غالبا ما يقترن موضوع العظمة هذا بموضوع الاضطهاد فتجد المصاب يعبر عن ذلك بقوله " يكيدون لي لأني عبقري"، كما يقترن أيضا بمواضيع أخرى من مثل ادعاء النسب والأسطورة والخرافة..

خ- التأثر والخضوع[1]

وهو شعور المريض بكونه مؤَثرا عليه، مُسَيرا من طرف قوة خارجية غير خاضعة لإرادته، وهكذا ليس المريض فقط غير مسؤول عن أفعاله ومشاعره، ولكنها مفروضة عليه ومجبر على إتيانها، هذا

[1]- اخترنا هذا اللفظ في مقابل الكلمة الفرنسية (Influence) بعد أن وجدنا في مراجعنا المعتمدة كمقابل لها كلمة "تأثير"، وتخلينا عنها لأنها قد توحي لأول وهلة إلى أن المريض هو من يقوم بفعل التأثير، والصحيح أن المريض هنا في وضع المفعول به، وهو ما تنقله كلمة التأثر أو الخضوع.

الموضوع الهذياني لا يتوفر على خصوصية أو نوعية ما، ولكنه يدخل عموما في متلازمة التلقائية العقلية[1]

د- الأسطورة أو الخرافة[2]

وهي مواضيع يعبر عنها بالكلام أو الكتابة، فتجد المريض يتحدث عن مهمة إلهية بعث لإتمامها، وكذا عن وجود قوى خارجية وخفية يتواصل معها...

ذ- اللعن (الخروج من رحمة الله)

ويعبر عنه بطرق شتى كالخوف من جهنم والخوف من العقاب الإلهي، وكذا عيش الحياة على أنها عقاب من الله على ما ارتكبه من أخطاء وعدم القيام بالواجب. ويلاحظ هذا الموضوع خصوصا في الاكتئاب الشديد أو ما يسمى بالمنخوليا...

ر- الاستحواذ الشيطاني

في هذا الموضوع يكون المريض مقتنعا بأن الشيطان قد تملكه، وأن جسده أصبح محتلا من طرف الشيطان أو الجن، فهو مضطهَد ومدفوع إلى فعل وقول أشياء مخالفة لتعاليم الدين..

ز- ادعاء النسب

هو اقتناع هذياني من المريض على أنه ينحدر من أصول لامعة، غالبا ما تكون ملكية أو أرستقراطية أو إلهية أو مشهورة أو دينية... ولا تتبع هذا الهذيان غالبا سلوكات مطالبة بإرجاع الحق كما هو الحال في هذيان المطالبة الذي يستميت صاحبه بشكل غريب في النضال من أجل إثباته، ونجد مثل هذا الهذيان غالبا في مرض الفصام...

س- المطالبة

هو اقتناع هذياني بوجود حق للمريض مهضومٍ فهو يطالب به إذاً، ويستميت بشكل غريب وبدون توقف كيفما كانت العقبات، مع احتمال وجود تهديد من قبله، ويعبر عنه من خلال الأشكال التالية:

- **هذيان مريض مطالب محب للدعاوى:** مقتنع بأنه تعرض لضرر ما، فهو كثير الشكوى، وله محاضر قضائية كثيرة. تجده منخرطا في كثير من القضايا في المحاكم. وغالبا ما يتردد من هيئة رسمية

---

[1]- **متلازمة التلقائية العقلية:** انظر درس المتلازمة الهوسية..

[2]- وجدنا ترجمة "صوفي" كمقابل للكلمة الفرنسية "Mystique " إلا أننا قررنا استبدالها لما يمكن أن ينشأ عنها من خلط، إذ السياق يخلق المعنى كما يقال، ففي سياقنا الديني يعتبر التصوف بمعناه الشرعي سلوك طريق التربية الروحية والزهد والالتزام بالشريعة من أجل الارتقاء في مقامات العرفان والقرب من الله ودخول الجنة، ويمكن أن ينتج عن ذلك كرامات وخوارق ينظر إليها بواقعية ويصدق أغلب الناس إمكان وقوعها وقد خبرها الكثير منهم في القديم والحديث، وعليه فلا يمكن أن تكون قريبة من الهذيان فضلا على أن تكون الهذيان نفسه.. لذلك اخترنا لفظ الأسطورة والخرافة للدلالة على المقصود في سياقنا العلمي كما أشرنا إليه في هذا الصنف الهذياني، حيث يعتبر المريض نفسه متصلا بالغيب والماورائيات والقوى الخفية، وأنه بعث من أجل إتمام مهمة إلهية دون أن يكون ذلك حقيقة واقعية يصدقها الناس..

إلى أخرى، مثلا محكمة ابتدائية، محكمة استئنافية، مجلس أعلى، وزارة العدل، رئاسة الحكومة. وقد يصل إلى القصر الملكي...

- **هذيان مريض مخترع مجهول:** فهو يطالب بشكل هذياني بملكية الاكتشاف أو ببراءة الاختراع...

- **هذيان مريض في وضعية كارثية هذيانية:** المطالبة بإصلاح أذى جسدي حصل للمريض بعد حادثة عمل، أو حادثة سير، أو عملية جراحية... فالمريض بمقتضى هذا الهذيان يرى نفسه في وضعية كارثية يطالب بإصلاحها واسترجاع حقوقه.

- **هذيان مريض مثالي شغوف:** المريض هنا يبلغ قناعاته الأسطورية الخرافية أو السياسية أو الاجتماعية، فهو يرى نفسه صاحب مهمة، يطالب من خلالها بتنزيل مضامين قناعاته. ويحشد الناس من أجل إقناعهم بأفكاره...

- **هذيان مريض مطالب بإثبات النسب:** يقتنع المريض بكونه منحدرا من أصول لامعة ومشهورة، فتراه يعبر عن ذلك ويطالب بتصديقه وإحقاقه ويحاول ذلك بشتى الوسائل.

- **هذيان المطالبة المراقية أو ما يسمى بتوهم المرض:** المريض يتهم طبيبه بضعف الكفاءة، أو بالإضرار به في أعقاب عملية جراحية (هذيان جراحي)، أو يتهمه أحيانا بسرقة أعضائه...

ش- الغيرة

يعبر المريض عن هذيانه انطلاقا من موضوع الغيرة، عن طريق الشعور بالإحباط والانخداع وبالهجران فيما يتعلق بقضية الحب والعلاقة الزوجية، كما يشعر بأن شريكه يخونه مع شخص آخر منافس له. ويقوم المريض بتصور منافسه وما يقوم به من خيانة في حقه ومس لعرضه، ثم يجعل ذلك حقيقة بديهية تنبني عليها ترسانة من سلوكات التفتيش والشك قد يؤدي ذلك في نهاية المطاف إلى نهج سلوك عدواني تجاه الشريك أو المنافس المفترض. ونلاحظ هذا الموضوع الهذياني في الهذيان الهذائي، وهذيان الغيرة الكحولي وكذا في حالة الخرف...

ص- شغف شبقي

ضلال هذياني يجعل المريض، خصوصا الإناث من 40 إلى 55 عاما، يعتقد على أنه شخص محبوب من طرف شخص ذي قيمة (شخص غني، طبيب، محامي...)، وقد يكون هذا المحِبُّ المُتوهَّم لا تربطه بالمريض سوى علاقة بعيدة أو لا تربطه به أية صلة أصلا. ويتخذ الهذيان مثل هذا المضمون في الهذيانات الهذائية، ويتطور هذا الهذيان وفق ثلاثة أطوار:

- ❖ الأمل، وتتميز هذه المرحلة بالانتظار، كما يمكن أن تستعمل فيها الرسائل والهدايا..

- ❖ الغيظ، حيث يشعر المريض بالحزن والغضب..
- ❖ الحقد والضغينة، حيث يعمد المريض إلى استعمال قاموس للسباب والقذف، وقد يصل الأمر إلى القيام بأفعال عدوانية سواء تجاه موضوع الهوس (الرجل) أو زوجه..

ض- المراق أو توهم المرض

اقتناع المريض بتحول يصيب جسده، أو بتواجد كائن أو جسم غريب داخل جسده، مثلا تجد المريض مقتنعا تماما أن في دماغه دوداً، مما يؤدي إلى ارتكاب الانتحار بغية إيقاف المعاناة، وأحيانا يتمثل المراق على أنه تدهور ضبابي لكل الوظائف العضوية، وباقتناع تام بإصابته بمرض عضال لا شفاء له، وكذا بتحول في أحد الأعضاء..إلخ.

ط- إنكار الأعضاء

اقتناع هذياني بموت أو فقدان واحد أو عدة أعضاء من جسده (المتلازمة الكآبية الشديدة، متلازمة كوتار Cotard[1])

ظ- اتهام الذات

يقوم المريض بإصدار أحكام سلبية حول ذاته فنجده يدندن حول أفكار العجز والمهانة والذنب والفساد والندم واليأس والانخداع. ويمكن أن نجد أفكارا أخرى بالإضافة إلى أفكار اتهام الذات، كالخوف من الخراب ومن الاتهام ومن العقاب والسجن واللعنة والإدانة، وقد يبدي توسلا من أجل تجنب ذلك. ويتمثل الهذيان وفق هذا الموضوع أساسا في المتلازمة الكآبية الشديدة...

ع- الخلود

يشعر المريض على أنه سيعيش أبد الدهر ولن يلحقه الفناء، وأن جسده يتعالى عن الأجساد الأخرى فهو غير معني لا بالحياة ولا بالموت. وهي أعراض شبيهة بأفكار هوس العظمة، إلا أنها مصحوبة بالأنين الدائم المعبر عن معاناة أزلية دون أي خيلاء أو تكبر...

---

[1]- **متلازمة كوتار:** حالة هذيانية ذات موضوع مراقي (توهم المرض) تجمع أفكار الخلود واللعن وإنكار الأعضاء (يتصور المريض أن بعض أعضائه قد تعفن أو تحول إلى حجر، أو أنه لم يعد يمتلك فما مثلا..)، وكذا إنكار الجسم (حيث يعتقد المريض أنه لا يمتلك جسما أو أنه ميت منذ مدة..).. بعد أن يطور المريض هذه الانشغالات المراقية والاضطرابات الحسية العضوية الخطيرة، يحس أن أعضاءه تتحلل وتتخرب، وهكذا يشعر بقلق داخلي فظيع، وتظهر عنده هلاوس من الصنف البصري ووجوم كبير، فيبدأ في إذاية نفسه ثم ينتحر. ونجد هذه المتلازمة النادرة أساسا في الحالات الكآبية..

غ- التضخيم

وهي تضيف إلى الخلود - وهو بعد زمني- بعداً مكانيا، كأن يتحدث عن قامته العملاقة الضخمة ورأسه الذي سيلمس النجوم... (متلازمة كوتار).

ف- الخيالية

يخلق المريض أنسابا خيالية وسيناريوهات تصورية مع استدعاء شخوص من رحم الخيال وحيوانات ومخلوقات غريبة، كل هذا في علاقة مع حياة غريبة لا تمت إلى الحياة الحقيقية بصلة، كأن يدعي المريض اتصاله بالكون والكواكب أو قدومه من كوكب آخر... ونجد هذا الموضوع عادة في الهذيان المزمن الازوراري وعند الأشخاص المسنين...

3) آليات الهذيان

وهي الأشكال التي تتم بها صياغة المواضيع الهذيانية وهي الآلية الهلوسية والتأويلية والحدسية والتخيلية. وتفصليها في ما يلي:

أ- الآلية الهلوسية

تعرف الهلوسة على أنها إدراك لشيء غير موجود، ويمكن أن تكون **إما نفسية حسية**، وهي إما سمعية أو بصرية أو شمية أو ذوقية أو لمسية أو حسية عضوية. **وإما نفسية داخلية** حيث لا يستقبل المريض مهيجات على مستوى الأعضاء الحسية ولكن على مستوى فكره: صوت داخلي، انتقال الأفكار، كلام داخلي...

وهكذا يتحقق الهذيان عبر الآلية الهلوسية بواسطة أفكار تنتج انطلاقا مما يدركه المريض عن طريق الهلاوس، فمثلا يدعي المريض أنه المهدي المنتظر، فيجيبك عندما تسأله: وكيف عرفت ذلك؟؟ "لقد عرفته لأني سمعتهم يقولون لي ذلك.."

ب- الآلية التأويلية

وتتميز هذه الآلية بما يلي:

- إلصاق تفسير خاطئ بإدراك مضبوط، ويترجم ذلك انحرافا في الحكم الذي يتميز بتصلبه وبعدم قدرته على التكيف مع السياق وبكونه غير قابل لأي نقد..
- الاتجاه نحو إعادة صياغة سيناريو، انطلاقا من أحداث حقيقية، متناسق مع الهذيان، ومع أن نقطة البداية حقيقية إلا أن الاستدلال فاسد مجانب للصواب.

وتوجد هذه الآلية في الهذاء بصفة شبه انفرادية، بينما قد نجدها في الفصام لكن مصحوبة بآليات أخرى..

ت- الآلية الحدسية

الحدس فكرة خاطئة يقبلها المريض دون أي تحقق أو استدلال منطقي، وبعيدا عن أي معطى موضوعي أو حسي. فمثلا تسأله كيف عرفت أنك نبي؟؟ يجيبك: "أعرف ذلك، هكذا..، أنا اشعر بذلك".

ث- الآلية التخيلية

يتعلق الأمر بتخريف أو اختراع يكون فيه التخيل المبالغ فيه في المقام الأول، ويلعب فيه المريض دورا مركزيا، ونجد هذه الآلية أساسا في الازورار أو الذهان التخيلي، وأحيانا في مرض الفصام..

ج- سيطرة آلية أو بعض الآليات في أنواع معينة من الهذيانات

- **الهذيان شبه الهذائي (هذيان الفصام):** تعدد الآليات والمواضيع.
- **الهذيان الهذائي:** أساسا الآلية التأويلية.
- **الهذيان الازورراري:** أساسا الآلية التخيلية.
- **الهذيان الهلوسي المزمن:** الآلية الهلوسية.

4) درجة اتساق أو تنظيم الهذيان

يقاس هذا بمدى تناسق وتسلسل الأفكار الهذيانية، ونميز بين نوعين:

أ- الهذيان المتسق: هذيان مرتب ومعقول ومفهوم، وهي أفكار مرتبة وفق تناسق معين، تستطيع استرعاء انتباه الآخر، يكون الموضوع عادة وحيدا بينما يكون التأويلُ آليتَه في غالب الأحيان. ويكون هذا الصنف حاضرا بقوة في الهذاء.

ب- الهذيان غير المتسق: غير منظم وغير منسجم وضبابي، مع تعدد المواضيع والآليات في غياب أي تسلسل منطقي بينها. ويكون هذا النوع حاضرا في الفصام.

5) درجة امتداد الهذيان

نميز بين:

- **هذيان قطاعي:** يعنى فقط بشكل من أشكال حياة المريض كالحياة المهنية مثلا.
- **هذيان شبكي:** يصيب بشكل تدريجي كل أشكال حياة المريض سواء الأسرية أو الاجتماعية أو المهنية.

6) درجة الاقتناع بالهذيان

- **غير قابل للزعزعة:** لا يمكن للاستدلال أو النقد أن ينفذا إلى الهذيان، ويكون التصاق المريض وتشبثه به تاما لا يتزحزح، مما يسبب أحيانا تشبث المحيط به أيضا. ونلاحظه أساسا في الهذاء وأيضا في الفصام قبل إخضاع المريض للعلاج

- **جزئي:** يستطيع المريض انتقاد هذيانه، ونلاحظه في المراحل العلاجية للفصام وأيضا في الهذيان الهستيري.

7) المشاركة الوجدانية

وهي التعبير العاطفي أثناء الحديث عن الأفكار الهذيانية، وتتعلق بدرجة الاقتناع وكذا بحدة الهذيان، وكلما كانت المشاركة الوجدانية أقوى كلما وجب الخشية من العبور إلى الفعل كالانتحار مثلا.

8) خصائص أخرى

- **التوافق مع المزاج:** نحدد حسب هذه الخاصية نمطين من الهذيان، هذيان متوافق مع مزاج المريض، حيث يكون موضوع الهذيان في نفس اتجاه المزاج، فنجد مثلا الأفكار السوداء ومتلازمة "كوتار" وهذيان الاضطهاد والإنكار في **الكآبة الشديدة،** كما نجد هذيان العظمة في **الهوس**. وهذيان في تنافر مع المزاج، حيث لا نجد رابطا بين الموضوع والحالة المزاجية حزنا أو انشراحاً، وهو ما يميز أساسا الحالات الانفصامية.

- **الأعراض أو المتلازمات المصاحبة:** يجب البحث عنها بشكل إجباري: اضطراب المزاج، متلازمة انفصامية، اختلاط...إلخ. وهي أدوات مساعدة في البحث عن السبب.

- **التطور:** يكون حادا عندما لا تتجاوز مدته ست شهور أو مزمنا حين يتجاوز هذه المدة. ويحدث أحيانا تكيس للهذيان، حيث يتراجع دون أن يختفي كلية..

III. <u>التشخيص التفريقي</u>

باستثناء الصعوبات المرتبطة بالسياق الثقافي والديني وبعناصر الواقع، يمكن تفريق تشخيص الهذيان أساسا عن العناصر الآتية:

1) **الخطأ:** قابل للتصحيح والتصويب..

2) **هوس الكذب:** تزوير الواقع بهدف الإغراء وإعطاء القيمة للذات..

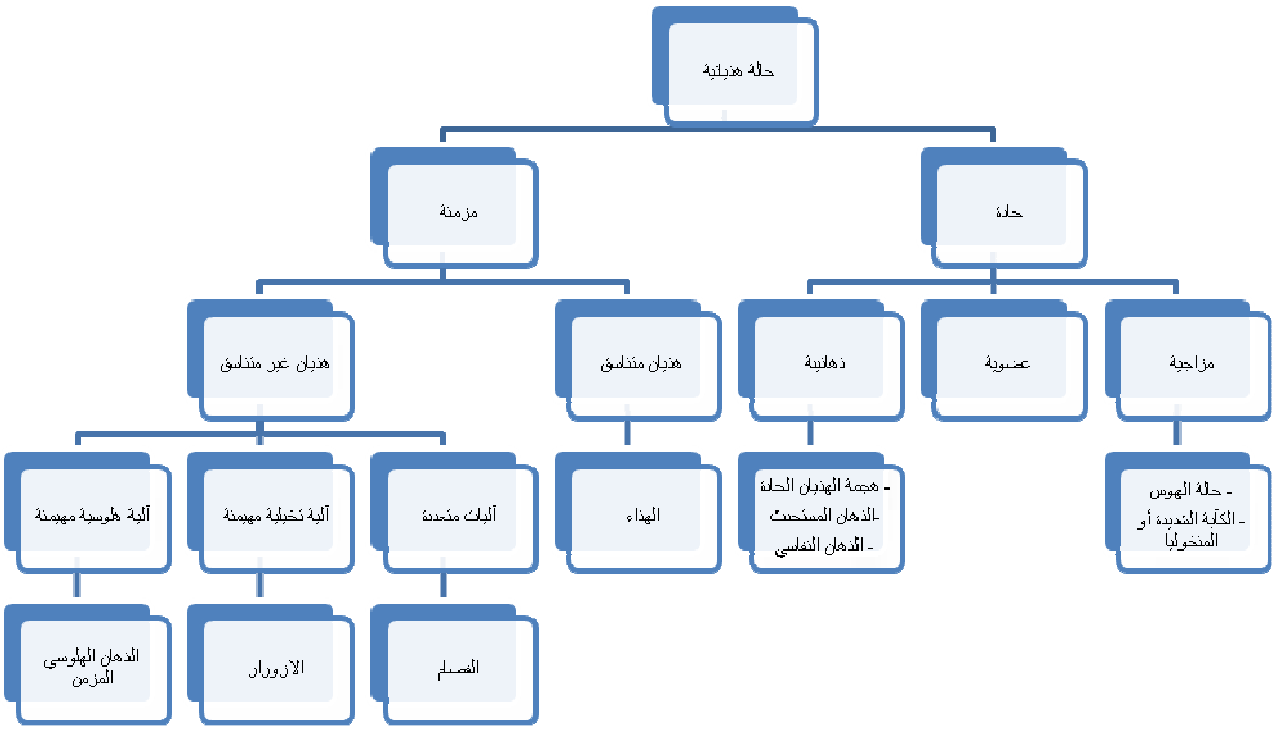
3) الأفكار الوسواسية: أفكار تفرض على المريض الذي يعرف أنه ليست أفكاره ويعترف بسخافتها. كما تعرف أيضا بكثرة ترددها وشدة إلحاحها، وبمقاومة المريض لها بغية إبعادها والتخلص منها.

IV. الأسباب

كل حالة هذيانية تستلزم:

- ❖ تحديد مدة التطور: حالة هذيانية حادة أو مزمنة.
- ❖ البحث عن بعض العناصر السريرية التي بمقدورها الإفادة في التحقيق السببي (البحث عن السبب): المتلازمة الاختلاطية، أعراض عصبية بؤرية (تشير إلى إصابة بؤرة معينة في الجهاز العصبي)، اضطراب المزاج، أو المتلازمة الانفصامية...

ويمكن أن نلخص أسباب الهذيان في الشجرة التالية:



1) الحالات الهذيانية الحادة

وتجمع:

أ- الأسباب الذهانية

- **هجمة الهذيان الحادة:** وهي ظهور مفاجئ عند راشد شاب لهذيان متعدد الشكل وغني وذي بنية غير واضحة، كما أن مواضيعه متعددة وآلياته متنوعة. تتراجع هذه النوبة في عدة أسابيع، ويستجيب بشكل جيد لمضادات الذهان، كما يمكن أن يمثل مدخلا لمرض الفصام.

- **الذهان المستحدث[1] أو المولد:** حالة من الهذيان ذي مواضيع متعددة (خاصة موضوع الاضطهاد) وهلوسات غنية جدا، مع اضطراب في السلوك فجائي وحاد. لا تتعدى مدة هذه الأعراض ثلاثين يوما وتختفي بالانقطاع عن تناول المادة المحدثة للذهان. ونشير إلى أنه في سياقنا المغربي يعتبر الحشيش المسؤول الأول عن هذا الاضطراب....

- **الذهان النفاسي**: هذيان متعدد الشكل مع أعراض مزاجية واختلاطية، يظهر أثناء الحمل أو بعد الولادة، ويشكل حالة استعجالية نفسية لأن حياة الأم والرضيع معرضة للخطر...

ب- الأسباب العضوية

- **الحالة الاختلاطية أو الاختلاطية الحلمية:** وتجمع انخفاضا في القدرات العقلية، وتيهانا زمانيا ومكانيا، بالإضافة إلى اضطراب في الذاكرة، مع خوف وحيرة شديدة. وأحيانا هذيانا حلميا تسيطر عليه الآلية الهلوسية البصرية، يتميز الهذيان في هذه الحالة بكونه متقلبا وذا تطور لا يمكن توقعه، ويعيشه المريض بطريقة حادة وشديدة، قد تؤدي به إلى ارتكاب أفعال عدوانية تجاه الغير أو تجاه الذات. وتأتي أهمية هذه اللوحة السريرية من كون سببها عضويا في غالبية الأحيان، مما يستدعي فحصا طبيا كاملا ودقيقا، وتعد الأسباب التالية الأكثر شيوعا:

- ❖ **أسباب عصبية** (صرع، تَدَمِّيَات، الجلطة الدماغية، ارتفاع الضغط داخل الجمجمة..)
- ❖ **التسممات الدوائية** (مضادات الاكتئاب، الأنسولين، إيزونيازيد، قشريات)..
- ❖ **الأمراض التعفنية** (التهاب السحايا، التهاب الدماغ، خُراج)
- ❖ **الأسباب السمية** (الكحول[2]، السموم المهنية، الحشيش..)

---

[1]- **الذهان المستحدث:** يستحدث بواسطة تناول بعض العقاقير أو المخدرات..

[2]- **الهذيان الحلمي الكحولي:** يبدأ هذا الهذيان على شكل رعاش وتعرق وفقدان للشهية وأرق لا يستجيب للعلاج، بالإضافة إلى نوبات اختلاجية في غالب الأحيان. أما الطور الفعلي للهذيان فيكون على شكل هياج مع رعاش وتعرق واجتفاف، مع حالة اختلاطية عند شخص ترهبه الحالة

❖ **الأسباب الاستقلابية** (نقص سكر الدم، ارتفاع كلسيوم الدم، نقص أو ارتفاع صوديوم الدم...)

ت- الأسباب المزاجية

- **الحالة الهوسية:** اهتياج نفسي حركي مع مزاج منشرح قد تصاحبه نرفزة، نلاحظ أساسا أفكارا شبه هذيانية تدور حول الاعتداد بالنفس وأحيانا حول هذيان العظمة. هذا دون أن يكون الهذيان متناسقا...

- **الحالة الكآبية الشديدة:** وتجمع ألما نفسيا شديدا وتثبيطا نفسيا حركيا، ويكون الهذيان الكآبي الشديد متمركزا حول أفكار إدانة الذات والشعور بالذنب والخراب التي تمس مختلف جوانب الحياة، ويبقى المريض في غالب الأحيان صامتا مما يخفي هذه الأفكار الهذيانية...

ث- أسباب أخرى: التخرب العصابي: يتعلق الأمر أساسا بالهستيريا التي تتميز بمواضيع شبقية وتملكية...

2) الحالات الهذيانية المزمنة

أ- الهذيان المتناسق

- **الهذاء:** يبدأ في وقت متأخر من العمر (من 40 إلى 50 سنة)، عند أشخاص يتمتعون بشخصية هذائية[1] (التصلب، الحذر، المبالغة في تقدير الذات، الخطأ في إصدار الأحكام). أما الهذيان فهو عموما من الصنف الوجداني، ومنظم وفق قطاع فهو هذيان قطاعي (هوس شبقي، الغيرة، المطالبة)، ومنسق بشكل جيد، كما أن المريض يعيشه مع اقتناع غير قابل للزعزعة. ويكون قليل الاستجابة للعلاج بواسطة مضادات الذهان...

ب- الهذيان غير المتناسق

- **هذيان ذو آليات متعددة: الهذيان المزمن الفصامي،** يصيب أساسا الفئة العمرية بين 18 و25 سنة ويتميز بانفصام على مستوى التفكير والحياة العاطفية، إنه ذهان مزمن يتميز بانفصام الحياة النفسية وتشتت تدريجي للشخصية، مع اضطراب في الأبعاد العاطفية والعقلية والاجتماعية للمريض في علاقته بالآخر وبالواقع. ويتميز الهذيان الفصامي بكونه هذيانا مزمنا ذا مواضيع متعددة وآليات متنوعة. كما يتميز أيضا باستجابته لمضادات الذهان...

- **هذيان تسيطر عليه الآلية الهلوسية: الذهان الهلوسي المزمن،** يبدأ بعد سن 35 سنة، ويصيب أساسا المرأة، ويتشكل الهذيان انطلاقا من هلوسات خصوصا من الصنف السمعي، وتأخذ المواضيع

الحلمية التي دخل فيها، والتي تتميز بالهلاوس البصرية ومشاهدة الحيوانات المفترسة، كما يأخذ الهذيان موضوعا مهنيا. ويشتد هذا الهذيان في لحظات الوحدة والظلمة...

[1]- لمزيد من التفصيل انظر الدرس الخاص بالشخصيات المرضية

الهذيانية أساسا شكل الاضطهاد، وتكون مرتبة بشكل منسق شيئا ما. وغالبا ما يكون مرضى هذا الاضطراب منسجمين إلى حد ما مع الواقع، حيث يحافظون على تكيف مهني واجتماعي جيد، كما أنهم يستجيبون بشكل ممتاز لمضادات الذهان أكثر من مرضى الفصام...

- **هذيان تسيطر عليه الآلية التخيلية: الازورار،** أو ما يسمى أيضا هذيان التخيل، وهو هذيان ذو آلية تخيلية بالأساس، كما أنه قليل التناسق. ومع ذلك فالمريض يحافظ على تكيف مهني واجتماعي جيد، ويعتبر الازورار مرضا نادرا، ولا يستجيب لمضادات الذهان إلا قليلا...

V. خلاصة

يعتبر الهذيان متلازمة شائعة في الأمراض النفسية والعقلية، ويمر التشخيص السببي عبر دراسة تحليلية جيدة للأعراض، حيث ينبغي القيام بفحص نفسي جيد من أجل التعرف على الهذيان وتحديد خصائصه، كما ينبغي التفكير دائما في الأسباب العضوية أمام تواجد عناصر اختلاطية، وذلك لاستشفاء المريض أمام وجود:

- **الاختلاط العقلي:** البحث عن سبب عضوي، مع إجبارية الاستشفاء في مصلحة طبية من أجل المراقبة والفحوصات التكميلية، كما أن توجيه المريض إلى مصلحة الطب النفسي ليست مستعجلة ويمكن القيام بذلك لاحقا..

- **الاهتياج:** نلاحظه في الحالة الهوسية والهجمة الهذيانية والهذاء والفصام، يستشفى المريض في مصلحة الطب النفسي بموافقة مسبقة منه، وإلا فإنه يستشفى قسرا بطلب من غيره (السلطة،...).

- **الالتصاق القوي بالهذيان:** عندما تكون المشاركة العاطفية قوية في الهذيان فإن خطر العبور إلى الفعل (الانتحار) يكون مهما، لذلك يعتبر الاستشفاء في هذه الحالة إجباريا مع إبقاء المريض تحت مراقبة لصيقة، بالإضافة إلى مباشرة الدواء بشكل مستعجل.

أما العلاج فهو يعتمد أساسا على مضادات الذهان بالإضافة إلى العلاج النفسي.

المتلازمة الانفصامية

I. مقدمة

يقصد بالانفصام تعطل الوحدة النفسية وغياب تجانس الشخصية، مما يؤدي إلى ارتخاء العمليات التنسيقية المسؤولة عن الاشتغال والأداء العقلي. وتؤدي عمليات الانحلال والانفصال هذه إلى التفكك والتنافر (فقدان الترابط والانسجام)، مع حصول انطباع بتفتت وتجزئة الحياة النفسية.

تصيب المتلازمة الانفصامية كل مناحي الحياة العلائقية والعقلية: الفكرية والعاطفية والنفسية الحركية، وتعتبر مميزة للّوحة السريرية للفصام وتكاد تكون حاضرة في هذا المرض بشكل حصري، وهو أحد أكبر الأمراض النفسية، آليته متعددة العوامل وتشخيصه ليس سهلا دائما، أما علاجه فهو في نفس الوقت بيولوجي نفسي اجتماعي...

ومن المهم الإشارة إلى أن تصنيفات الأمراض الجديدة الأمريكية والفرنسية (DSM III ثم IV وCIM 10) تستعمل لفظ "انفصامي" للدلالة على التمظهرات الهستيرية أو التحولات لنفسية...

II. خصائص المتلازمة الانفصامية

تتميز المتلازمة الانفصامية بوجود تفكك على مستويات عدة، فالانفصام يتمظهر على مستوى المخالطة والوظائف العليا كاللغة والفكر والذاكرة، وكذلك على مستوى الوجدان والسلوك، وتفصيل ذلك فيما يلي:

1) المخالطة المنفصمة

يتعلق الأمر بالخصائص العامة للمتلازمة الانفصامية، وهي سمات مظهرية خارجية وانطباعات سريرية، نجمعها عادة تحت التعبير العام: المخالطة الذهانية، ونلخصها فيما يلي:

- **الغرابة:** سواء على مستوى الحديث أو التصرفات أو الإيماءات، بحيث تعطي هذه الأبعاد انطباعا بالغرابة... (عندما تقابل شخصا انفصاميا تلاحظ عليه هذه الأبعاد).
- **الانغلاق التام:** على مستوى الأفكار والمواقف، ويصعب ربط نوايا المريض بأي معنى أو اتجاه، كما يصعب اكتشاف أفكار المريض ونواياه كيفما كانت درجة الإلحاح...
- **الانفصال عن الواقع:** ويحدث بانغلاق المريض داخل هذيانه، ويعطي انطباعا أنه منسحب من الواقع وفاقد لأي ارتباط به...

❖ **الازدواجية:** حضور حالات نفسية متناقضة في نفس الوقت، سواء فيما يتعلق بالجانب العقلي أو العاطفي أو السلوكي.. (السرور والحزن، الحب والبغض، الضحك والبكاء،..)

2) انفصام الوظائف العليا

أ- اضطراب الوظائف العليا الأساسية

ويتحدد هذا الاضطراب على مستوى الوظائف التالية:

- **اضطراب الانتباه والتركيز:** يمكن أن تتمظهر هذه الاضطرابات بالشرودية أو حالة الشرود المستمر، وبنقص انتقائي في الانتباه، وبصعوبة في التعلم، وكذا بعدم إبداء أي اهتمام بالزمان والفضاء، ولكن بدون اضطرابات واضحة في اليقظة أو فقط مع تيهان زماني ومكاني.

- **اضطراب الذاكرة:** يتعلق الأمر بتبدل وتغير في الذاكرة وليس بنقص فيها، فتجد المريض يقوم باستذكارات غريبة، أو بتجاهلات ممنهجة، ويتحدث عن ذكريات غير موجودة...

ب- اضطرابات التفكير: تعتبر أساسية ومميزة بشكل ظاهر للفصام إلى درجة القول أنه مرض التفكير.

- **اضطرابات محتوى التفكير:** يعتبر ترهل وارتخاء الروابط بين الأفكار سببا في تنافر وعدم تناسق الخطاب وغموض التفكير، ونجد من بين أهم الاضطرابات ما يلي:

- **المرور من الديك إلى الحمار**[1]، وهي عبارة مجازية تفيد أن المريض ينتقل من موضوع إلى موضوع دون أي رابط بينهما ودون تمهيد..

- **الأجوبة المجانبة،** تسأله عن شيء فيجيبك عن شيء آخر. كما أن تسلسل الأفكار غير متوافق وغير منسجم...

- يبدي المريض أحيانا أصالة وفرادة في الأجوبة، كما يسعى أحيانا إلى **قولبتها وتنميطها** بحيث يجيب بنفس الجواب عن أسئلة مختلفة، ويقوم بتكرار نفس الأفكار...

- أحيانا يكون الخطاب **ملغزا** ويقتصر على **التلميح**.

- **اضطرابات مجرى التفكير**

هي إصابة تهم إيقاع وحركية التفكير، نحدد بها ثلاثة مستويات:

[1]- هي ترجمة حرفية لمثل فرنسي اعتمدناها بعد أن لم يسعفنا بحدثنا عن مثل عربي يفيد نفس المعنى، أي المرور من موضوع إلى موضوع دون رابط واضح...

- **الحاجز:** وهو عرَضٌ ثمين لأنه مميز للانفصام العقلي، وهو توقف مباغت لانسياب الأفكار مع العودة إلى الكلام في نفس الموضوع أو في موضوع آخر بعد فترة من الصمت، دون سبب واضح ودون أن يكون المريض واعيا بهذا الانقطاع.

- **التلاشي أو الذبول:** انخفاض تدريجي لإيقاع التفكير تتبعه عودة إلى الإيقاع العادي سواء في نفس الموضوع أو في موضوع آخر...

- **الاستماتة العقلية:** احتلال الذهن من طرف فكرة طفيلية تتردد باستمرار تمنع التسلسل العادي للأفكار. مع إعطاء نفس الجواب لأسئلة مختلفة...

ت- اضطرابات اللغة

يمكن أن تصيب هذه الاضطرابات اللغة الشفوية أو المكتوبة، وتشهد على عجز الشخص الفصامي على استعمال القواعد اللغوية والكلمات بشكل منسجم، يمكن أن يتعلق الأمر بواحدة أو أكثر من الحالات التالية:

- **تغير صبيب الكلام:** يصبح إما سريعا أو على العكس من ذلك يصبح بطيئا.
- **اضطرابات رنة وجرس الأصوات**: حيت يصبح الصوت مهموسا أو به بحَّة (صوت مبحوح).
- **اضطرابات النطق**: تأتأة، إزاحة مختلف أجزاء الكلمات،اختفاء أواخر الكلمات...
- **قولبة كلامية**: ترديد الأصوات، حيث إن المريض يردد بشكل فوري ولا إرادي آخر الألفاظ التي سمعها. واللجلجة، حيث يردد المريض بشكل لا إرادي كلمات أومقاطعَ أو جملا قصيرة...
- **اضطرابات دلالة الألفاظ**: هذر، ويعني إعطاء معاني جديدة لكلمات معروفة. اختلاق لفظي، ويعني ذلك استحداث ألفاظ غير موجودة والتحدث بها وفق معاني يعطيها لها المريض...
- **اضطرابات النحو: لا نحوية[1]**، كأن يتحدث المريض بالأفعال مثلا دون تصريفها في الزمن المناسب، **خطل نحوي[2]** .
- **الاندفاع الكلامي**، حيث يتحدث المريض بألفاظ نابية غير مناسبة من وجهة نظر أخلاقية بصوت مرتفع.

[1]- **اللانحوية:** تشبه هذه اللغة الأسلوب التيلاغرافي (أسلوب البرقيات المختزل في الأساسي والضروري فقط) مع محو النعوت والروابط من الكلام، بحيث لا يستعمل المتحدث إلا أفعالا في صيغتها الخام أي دون تصريفها في الزمن الذي يوافق معنى وسياق الحديث، مع ذلك يبقى كلام المريض مخبرا ومفهوما، وعندما يكون سلوك المريض مستقرا تعتبر اللانحوية علامة على إصابة دماغية (حُبْسة بروكا aphasie de Broca).

[2]- **الخطل النحوي:** تغيير البنية النحوية للجمل نظرا لأن المريض يعجز عن إيجاد الكلمات المناسبة، وهكذا نجد المريض يعتمد صيغ نحوية خاطئة وصيغ لغوية جديدة انطلاقا من جذور صحيحة ولكن بتركيب خاطئ.. يمكن أن نلاحظه عند الشخص العادي، أو عرضا عند أصحاب الحبسة (حبسة فيرنيك (aphasie de Wernicke))، كما يمكن أن يكون عرضا من أعراض الحالات الهوسية أو الفصام.

- **الخرس أو شبه الخرس،** حيث يقطع المريض التواصل، ويلبي متطلبات الانطواء والتقوقع حول الذات.

- **الثرثرة المبعثرة،** كلام غير متناسق حيث يتكلم المريض بنفس الكلمات بطريقة غامضة.

- وكأقصى ما يمكن أن يصل إليه اضطراب اللغة أو اللسان نجد **فصام الحديث،** حيث يعمد المريض إلى خلق لغة جديدة غير مفهومة يتحدث بها..

ث- اضطرابات النظام المنطقي (اللامعقولية)

يكون منطق المريض الانفصامي مختلا، فاستدلاله إما غير منطقي بالمرة أو شبه منطقي فقط، وهكذا نجد عنده الاضطرابات التالية:

- **التفكير غير الواقعي،** إنتاج أفكار مناقضة للواقع الجمعي، إنه فكر مجرد محض دون أي دعامة موضوعية...

- **التفكير السحري:** شكل من أشكال التفكير محرر من أي مرجعية منطقية، مؤسس على قوة الرغبة ولا يأخذ بعين الاعتبار التجربة الجمعية...

- **الميول نحو التجريد[1] الممنهج:** وهو ما يؤدي إلى تبني خطاب ضبابي شبه فلسفي..

- **التسويغ الاستدلالي المرضي**: عمليات عقلية تهمش الواقع الحي والعملي بواسطة استدلالات تجريدية وعقيمة وغير فعالة وغير مناسبة.(أبي اسمه حسن، فأنا إذاً أخو الملك لأن اسم أبيه حسن..).

3) الانفصام الوجداني

يتعلق الأمر بتنافر (عدم الاتساق) وجداني وتفكك عاطفي، يمكن أن يظهر وفق طرق مختلفة:

أ- التبلد العاطفي: نقص في الشعور العاطفي، ويختلف عن الكشط العاطفي الذي يعني غياب تام لأي تفاعل عاطفي...

ب- الفتور العاطفي أو اللامبالاة العاطفية أو فقدان الحافز الحيوي، ويعني ذلك الانسحاب وفقد أي اهتمام تجاه المحيط أو أنشطته مع برود المخالطة، يمكن أن نجد أيضا سلبية ومقاومة خاملة أو نشطة لأي حث على القيام بشيء ما...

---

[1]- **التجريد:** هو عملية التفكير التي تبتعد من خلالها الأفكار عن الأشياء، وهكذا يكون الإغراق في التجريد ابتعادا عن الواقع مما يجعل الخطاب أكثر بعدا عن الفهم وأكثر غموضا وضبابية، والفن التجريدي فن يعتمد في الأداء على أشكال مجردة تنأى عن مشابهة المشخصات و المرئيات في صورتها الطبيعية و الواقعية، وهو ما يدعم الفكرة العامة لاستعمالنا لهذا اللفظ، حيث إن المريض الإنفصامي يسعى أحيانا إلى اتباع هذا الضرب في الخطاب مما يجعله ضبابيا..

ت- ردود الفعل العاطفية غير المتوقعة: تفاعلات مناقضة لما ينبغي أن تكون عليه، قهقهة دون سبب، تغيرات فجائية في المزاج، نوبات غضبية غير مبررة، مثلا تجد المريض يضحك وهو يتحدث بكلام حزين...

ث- الازدواجية العاطفية: تواجد شعورين متناقضين في نفس الوقت دون ارتباك المريض، كأن يقول لك: أحبك.. أكرهك دائما...

ج- التفكك الفكري الوجداني: وهو عدم تناسق الحالة الوجدانية للمريض مع خالته الفكرية...

ح- النكوص النرجسي، الشبقية الذاتية: (الاستمناء، التعري،..) **المثلية الجنسية، زنا المحارم...**

نتحدث عن عاطفة مشتتة عموما، ومسؤولة عن اختلال الحياة الاجتماعية والأسرية والمهنية للمريض، وعن عزله اجتماعيا، بل قد يصل به الأمر الخمول، حيث لا يقوم المريض حتى بالتصرفات المطلوبة في الحياة اليومية، فهو يبدأها ولا يستطيع إتمامها...

4) الانفصام السلوكي

نجد في هذا الصنف من الانفصام نفس التنافر وعدم الانسجام والاتساق الموجود في المجال المعرفي والعاطفي، إذ هناك غرابة في السلوك مع الأعراض النفسية الحركية للازدواج والجامودية والتي تجمع السلبية النفسية الحركية والتخشب وكذا فرط الحركة...

أ- الغرابة السلوكية

- **تصرفات متناقضة،** سلوك متناقض وأفعال مضحكة، مثلا يقوم المريض من مقعده في قاعة الانتظار، فينزع حذاء ويضعه على كرسي آخر...
- **اللامبالاة بالقيم الأخلاقية والاجتماعية،** كأن يسير المريض في الشارع عاريا تماما وكأن هذا أمر طبيعي..
- **التصنع الكاريكاتوري، التمثيل...**
- **القولبة،** سواء على مستوى التصرفات كتكرار نفس الحركات (الحك، تحريك الرأس..) أو على مستوى السلوك كأن يكتب المريض نفس الرسالة كل يوم، أو أن يتيه المريض بنفس الطريقة كل مرة... أو على مستوى الإيماء كأن يقلد المريض إيماءات مخاطبه...

ب- المتلازمة الجامودية

تضم هذه المتلازمة السلبية النفسحركية والتخشب وفرط الحركة (القولبات، الاندفاع في الحديث والتصرفات، أو التصريف التكسيري أو التخريبي[1])، ويمكن أن نجد في الأشكال الشديدة اضطرابات النظام التلقائي[2] والاضطرابات الاستقلابية (انتفاخات، اختلالات في حركة الأوعية الدموية، اضطرابات الإفراز...).

ت- التمظهرات النفسية الحركية للازدواجية

- **الخمول:** فقدان المبادرة وهو ما يؤدي إلى التردد والبطء وفقدان للقدرة على اتخاذ القرار..
- **خطل الإيماء:** تفكك على مستوى التعابير الإيمائية، مثلا ينظر المريض بشكل يوحي بالقلق وهو في نفس الوقت يضحك، تجمد الوجه، تقطيب الملامح...

ث- كتومية أو غموض الدوافع

- **الاندفاعات غير المتحكم فيها**: أفعال فجائية، نوبات تخريبية، الصراخ، إيذاء النفس، الانتحار الغريب، ارتكاب جرائم بدون سبب...
- **الأفعال النكوصية:** إشباع الرغبات الغريزية (الاستمناء العلني، السادية المازوشية[3])، تصرفات نكوصية من النوع الشرجي (أكل البراز)، التلطخ بالبراز...)...

ج- السلبية النفسية الحركية

- **التصرفات السلبية**

- **الانحجاز:** يحبس المريض نفسه بشكل إرادي، ينسحب من المشهد وينعزل لوحده...
- **الانجذاب للسرير:** يلتمس المريض السرير دائما، ويفضل أن يتمدد دائما...
- **السلبية:** يقاوم المريض بشكل نشط أي مخالطة، بدء من رفض اليد التي امتدت لتصافحه، وإغلاق عينيه، ورفض الجلوس والعطاس في وجه مخاطبه وتغطية الرأس، وصولا إلى النوبات التخريبية، ورفض الأكل وكذا نوبات الهلع...
- **الهروب المرضي، الخرس...**

---

[1]- يعمد المريض إلى تكسير وتخريب الأشياء المحيطة به.

[2]- بعد أن لم نجد مقابلا للكلمة الفرنسية (végétatifs) في المعاجم المتوفرة، وضعنا له ترجمة (النظام التلقائي) لأنه نظام يراقب مختلف وظائف الجسم دون أن يكون خاضعا لإرادة الإنسان، فهو إذاً نظام تلقائي..

[3]- السادية المازوشية: السادية هي تحقيق المتعة عن طريق تعذيب الآخر، أما المازوشية فهي الاستمتاع بالتألم لذلك تجد الشخص المازوشي يلحق الأذى بنفسه فيجرح نفسه بواسطة أدوات حادة أو يحرق بعضا من جسمه بأعقاب السجائر..

- **العطالة**

- **التخشب:** فقدان المبادرة الحركية، مع استمرار بعض الحركات المفروضة أو التلقائية، مثلا استمرار الضغط على يد المصافح، الرأس والظهر لا يلمسان مستوى السرير (الوسادة النفسية)...

- **الوضعية الجامودية:** المريض جامد لا يتحرك، نظره بعيد ومثبت، صامت، متيبس يظهر وكأنه في حالة تنويم أو سبات. ويبقى في نفس الوضعية جالسا أو نائما دون أن يبحث عن الأكل، مصاب بالسَّلَس أو بالانحباس البولي أو البرازي، ينبغي إذاً تغذيته وتنويمه وإلا فلن يبادر للقيام بذلك من تلقاء نفسه...

III. خلاصة

تعتبر المتلازمة الانفصامية شائعة في الأمراض النفسية والعقلية، ويمكن أن تهم مختلف مناحي حياة المريض كالمستوى العقلي والوجداني والنفسي الحركي. كما تعتبر الأعراض المكونة لها ثمينة من حيث مساهمتها في تشخيص مرض الفصام الذي تعتبر مميزة له، وتجدر الإشارة إلى أن الانفصام يؤدي في نهاية المطاف إلى تفكك الشخصية وتنافرها بعد فقد الأدوات التنسيقية التي تضمن تكاملا وانسجاما في أداء المريض العقلي والوجداني والسلوكي...

المتلازمة الهلوسية

I. مقدمة

يعرف الإدراك على أنه النشاط الذي يؤدي إلى تشكيل الوعي بالذات وبالمحيط بالاعتماد على معطيات ترصدها الحواس الخمس، فالشيء المدرك إذاً يوجد في الفضاء الحقيقي. كما يمكن أن يكون عبارة عن تمثلات ذهنية تقوم على تصور الشيء المدرَك، نقول إنه يتم إدراك الشيء في فضاء تخيلي. ويمكن أن يعتري النشاط الإدراكي الزيادة أو النقصان أو الخمول، كما يمكن أن يكون خاطئا أو أن يتعلق بحقيقة خاصة بالشخص. ونقسم اضطرابات الإدراك إلى:

- **التوهم:** وهو إدراك مشوه لشيء حقيقي.
- **الهلاس:** إدراك من غير وجود شيء قابل للإدراك، وتتميز بكون المريض يعي طابعها المرضي، ويقتنع بعدم وجود هذا الشيء.
- **الهلوسة:** هي إدراك دون وجود شيء قابل للإدراك، مع الاقتناع التام بأنه يوجد في الواقع. يتعلق الأمر إذاً بإدراك باطل في غياب مهيج خارجي.

وتظهر أهمية هذه الأعراض من كونها:

- أعراضا شائعة في الطب النفسي.
- يمكن أن تكون ذات سبب عضوي.
- تحمل خطر القيام بسلوكات عدوانية تجاه النفس والغير، مع خطر الانتحار...

II. دراسة سريرية

1) تشخيص الهلاوس

يعتمد تشخيص الهلوسات على عناصر مباشرة وأخري غير مباشرة..

أ- العناصر المباشرة: وهي ظواهر مرضية يتحدث عنها المريض بشكل تلقائي، فنجده مثلا يشتكي من سماع أصوات تزعجه، أو رؤية أشياء تهاجمه، أو من الإحساس بأشياء تلمس جسده أو تخترقه. وينبغي في هذه الحالة أن نحدد الطابع البسيط أو المعقد للهلاوس، وكذلك هل ينتقدها المريض أم يقتنع على أنها حقيقة، وأن نحدد كذلك مضمونها.

ب- العناصر غير المباشرة: وهي اضطرابات سلوكية نرصدها أثناء الفحص:

- وضعية الاستماع التي يبدو بمقتضاها المريض وكأنه ينصت لصوت ما موجها بصره إلى مصدره، و كذا الحوار الهلوسي حيث يجيب المريض على مخاطبين له غير مرئيين. ويمكن أحيانا أن يغلق المريض أذنيه أو أن يتبنى وضعية دفاع في مواجهة خصم غير مرئي...

- التكتم، ينبغي الحذر أمام أي مريض متكتم، فوراء أي تكتم يكون هناك هذيان ما يمكن أن تكون آليته هلوسية.

2) وصف الأعراض

تتميز الهلاوس عن التأويلات بكون هذه الأخيرة تنطلق من واقعة حقيقية بينما يكون الاستدلال هو الفاسد، أما الهلاوس فهي تنطلق من شيء غير موجود في الواقع أصلا، وتنقسم إلى قسمين : هلاوس لا يقوم المريض بانتقادها وهي الهلاوس الذهانية وأخرى ينتقدها المريض تسمى الهلاوس غير الذهانية أو الهلاس.

أ- هلاوس غير ذهانية:

- **الهلاس:** نوبات هلوسية تتكرر بنفس الشكل، تتميز ببداية ونهاية مفاجئتين، وتتميز بكون المريض ينتقدها، وتظهر أساسا في الأمراض العضوية كإصابة البصلة السيسائية، وكذا في الصرع..

- **الهلاوس الوظيفية الطبية:** يمكن أن تظهر أثناء التماثل للنوم أو عند اليقظة أو في تجربة الحرمان من النوم...

ب- هلاوس ذهانية

لا يعترف المريض على أن الهلاوس التي تأتيه في سياق الهذيان آتية من لدنه هو، بل يعتبرها ظاهرة غريبة عنه، إلا أنه وعلى العكس من الهلاس، لا يعترف بطابعها المرضي بل يبدي اقتناعا جازما ومطلقا بحقيقة هذه الهلاوس، فهو يعتبر الأمر حقيقيا إذاً ولا يبدي تجاهه أي انتقاد. وأحيانا لا يقبلها على أنها حقيقة بشكل فوري ولكن بعد فترة من الشك والريبة في موضوعية ما يراه. وتنقسم الهلاوس الذهانية إلى نوعين نفصلهما في الآتي:

- **الهلاوس النفسية الحواسية:** في هذا النوع يكون الشيء المدرَكُ خارج كيان المريض، فهو لا ينبع من داخله، ويتم رصده في إحدى الحواس دون أن يكون هناك أي مهيج من المهيجات العادية التي تحدث الإدراك على مستوى الحواس، فتجد المريض مثلا يرى أشياء لا توجد، ويسمع أصواتا لا يسمعها من معه، أو يشعر بأشياء تلمسه دون أن تكون في الحقيقة موجودة... إلخ.

- **الهلاوس السمعية:** يمكن أن تكون بسيطة (أصوات بسيطة أو صفير، خرير مياه..) أو معقدة (أصوات المحركات والآلات، موسيقى، حوارات أحيانا على شكل أوامر يتم إملاؤها). ويتم التقاطها بالأذن وليس بواسطة التفكير، ويكون موضوعها متناسقا مع الهذيان. ويمكن القول أن هذا النوع لا يمتلك قيمة سيميائية كبيرة في التوجيه نحو السبب، لأننا نلاحظه في كثير من الأمراض مثل الفصام والازورار والهذاء وهجمة الهذيان الحادة والكآبة الهذيانية...

- **الهلاوس البصرية:** يمكن أن تكون بسيطة (ضوء، هالات ملونة، خطوط، ومضات...) أو معقدة (حيوانات، أشخاص، مشاهد، رؤية المريض لذاته...). ويمكن أن تكون متحركة أو ساكنة، وتكثر هذه الهلاوس في الحالات الحلمية (الاختلاط العقلي).

- **الهلاوس الشمية والذوقية:** نوع نادر من الهلاوس النفسية الحواسية، وتتميز بسيطرة بعض الروائح الكريهة على الأنف (رائحة تحلل الجثث، رائحة الغاز...) أو الشعور بأذواق سيئة على مستوى اللسان. ويمكن أن تكون هذه الروائح وهذه الأذواق غير قابلة للوصف أحيانا. ويتم إدراكها على أنها آتية من الخارج أو من الشخص ذاته، ومثال الشعور بالتحلل في هذيان التحول الجسدي. هذا النوع من الهلاوس شائع في الأمراض العضوية، أما في الأمراض النفسية فنجده في الهذاء الهلوسي المزمن.

- **الهلاوس اللمسية: يمكن أن تكون سطحية** (الشعور باللسع أو البرد أو السخونة على مستوى الجلد...) **أو عميقة تحت جلدية** (يصف المريض شعوره بماء ينسكب أو بعنكبوت تتحرك على جسده)، هنا ينبغي التفكير في التصلب المنتثر.

- **الهلاوس الحسية العضوية:** تتعلق بالحس العميق والحس الداخلي، وعندما تتعمم هذه الهلاوس يمكن أن يشعر المريض بتحول جسدي (نجده أساسا في الفصام)، أو باحتلال الشيطان أو الحيوان لجسمه كأن يقتنع مثلا أن ثعبانا حل محل دماغه. كما يمكن أن تكون هذه الهلاوس موضعية (تتعلق بموضع معين في الجسم)، مثلا على مستوى الجهاز التناسلي حيث يشعر المريض بأن ثمة من يمارس الجنس عليه (الإيلاج)، أو غالبا يشعر بأن أحدا يداعبه في الأماكن الحساسة جنسيا. وهو عرض يكاد يكون دائم الحضور في مرض الذهان الهلوسي المزمن.

- **الهلاوس النفسية الداخلية:** يعني لفظ "النفسية" عدم تدخل أي جهاز من أجهزة الحواس في إدراك هذا النوع من الهلاوس، فهي بهذا المعنى تمثلات ذهنية وأفكار مفروضة على الفكر، ولا يمكن أن نجد لها مصداقا في الفضاء الخارجي لذهن المريض. ويمكن أن تكون صورا تغزو ذهن المريض أو أصواتا منبعثة من الداخل. ونميز في هذا الإطار متلازمة التلقائية العقلية والتي تعرف على أنها متلازمة تتميز باقتناع هذياني من قبل المريض على أنه لم يعد سيد فكره، وأن قوة خارجية تراقب وتؤثر على نشاطه النفسي وعلى إدراكه وعلى حرية الفعل لديه، وتنقسم إلى نوعين:

- **النوع الطفيف،** ويتميز بكون المريض يظن أن أفكاره تقرأ وأن تفكيره مخترق بصفة عامة، وأن لأفكاره صدى يتكرر، وأن الآخرين يسرقون أفكاره، كما أن أفكاره مفروضة عليه من الخارج، هذا بالإضافة إلى تلقائية في التفكير حيث تتسلسل الذكريات أو الأفكار على ذهنه دون أن يشعر أنه يمتلك أدنى سيطرة عليها، ويؤدي هذا إلى خلق قلق كبير عنده.

- **النوع الشديد،** يتميز عن النوع الطفيف بالهلاوس التي تكون من الصنف السمعي عادة، حيث يشعر المريض أن فكره يُرَدد أو يُعَلقُ عليه بصوت عال، أو أن أفكاره تملى عليه وهو ما يسبب هذيانا بمواضيع دينية، كأن يدعي المريض تلقي كلام الله عز وجل، وهو ما يؤدي بالمريض إلى فقد الواقعية، والتصرف وفق ما يملى عليه، الشيء الذي يعتبر خطرا جدا عندما يكون السلوك المفروض عليه عدوانيا سواء في حقه أو في حق غيره.

- **الهلاوس النفسية الحركية:** هو نوع نادر من الهلاوس حيث يتحدث المريض أو يتحرك دون إرادته، وتهم خصوصا الأطراف والجهاز الصوتي، وينكر بشكل فوري أن هذه الأصوات تنتمي له ويمكن أن ينسبها إما لدماغه أو معدته أو جهازه التناسلي، أما على مستوى الأطراف فهو يشعر أن ثمة من يحركها ويجبرها على الحركة والفعل. هذه الهلاوس ناتجة عن متلازمة التأثر والخضوع، والتي تعد نتاجا لظاهرة متعددة مشوشة ومفروضة ، يعيشها المريض على أنها قادمة من فعل خارجي...

III. التشخيص التفريقي

1) فقد الشخصية

ترتبط الهلاوس بموضوع الهذيان الذي تشكل آليته. وتكون مصحوبة باقتناع غير قابل للزعزعة عكس أعراض فقد الشخصية...

2) التمثيل

وهو ادعاء كاذب بحدوث الهلاوس...

3) الأفكار الوسواسية ذات الطابع القهري

ينبغي تفريقها عن الهلاوس النفسية الداخلية خصوصا في بداية متلازمة التلقائية العقلية، ذلك أنها أفكار سخيفة يعترف المريض بطابعها المريض.

IV. دراسة سببية

1) الأسباب العضوية

أ- **الاختلاط:** هذيان حلمي مع هلاوس بصرية معقدة، ومواضيع تتعلق خصوصا بمشاهدة الحيوانات، تأتي على وجه الخصوص في المساء. وتتميز بكونها مرعبة وباعثة على الكربة...

ب- **الاضطرابات الاستقلابية:** نقص السكر في الدم (الهلاس وليس الهلاوس)...

ت- **أمراض عصبية:** الجلطة الدماغية، تعفن الدماغ (فيروس فقد المناعة المكتسب)...

ث- **الخرف:** هلاوس من الصنف السمعي خصوصا، مع فقر في المواضيع الهذيانية...

ج- **الصرع:** النوبة الصرعية الجزئية، تتميز بهلاوس قصيرة من بعض الثواني إلى بعض الدقائق...

ح- **إصابة البصلة السيسائية**

2) الأسباب التسممية

أ- **الكحول:** خصوصا في حالة الانفطام أو التسمم الحاد...

ب- **المخدرات:** الحشيش الكوكايين، المنشطات الذهنية...

ت- **الأدوية المهلوسة:** منتوجات التخدير...

3) الأسباب النفسية

أ- **النوبة الذهانية الحادة:** هلاوس سمعية متعددة غير متناسقة...

ب- **المنخوليا الهذيانية:** هلاوس سمعية، أصوات متهمة وآمرة بالانتحار. هلاوس شمية مع روائح التعفن. كل هذا في سياق متناسق مع طبيعة المزاج...

ت- **الذهان الهلوسي المزمن:** هلاوس غنية ومتنوعة وثابتة بالإضافة إلى متلازمة التلقائية العقلية والهلاوس الحسية العضوية التناسلية..

ث- **الفصام:** في الفصام شبه الهذائي نجد متلازمة التلقائية العقلية مع هلوسات ضبابية وغريبة وغير متناسقة. أما في الفصام الجامودي فالهلاوس غنية بالإضافة إلى اختلال المزاج...

ج- **الذهان النفاسي،...**

V. ما ينبغي فعله

أمام أعراض هلوسية ينبغي القيام بالخطوات التالية:

- تشخيص الهلاوس وذلك عن طريق استبعاد الهلاوس الوظيفية والأعراض المشابهة لها أي التشخيصات التفريقية...
- القيام بدراسة سيميائية للهلاوس من أجل تحديد خصائصها...
- البحث عن سبب الهلاوس عن طريق تحديد العناصر المصاحبة لها (اضطرابات اليقظة، الحالة العصبية، حالة أعضاء الحواس، الحالة الوجدانية، اضطرابات التفكير...)، وأيضا عن طريق تحديد مضمون الهلاوس ومدى توافقها مع المزاج...
- تقييم مدى خطورة الهلاوس (الهلاوس التي تعطي أوامر بالاعتداء على النفس أو الغير)...
- استبعاد سبب عضوي أو تسممي قبل مباشرة الأسباب النفسية، وذلك عن طريق القيام بفحوصات تكميلية، كالمفراس والتحاليل التعفنية وقياس السمع....

أما العلاج فهو يتعلق بالسبب الكامن وراء الهلاوس ويعتمد العلاج الدوائي على مضادات الذهان والتي تخفف من حدة الهلاوس أو تزيلها في أغلب الحالات...

VI. خلاصة

تعتبر الهلاوس أهم اضطراب يعتري وظيفة الإدراك، ويمكن أن تسبب فيها إصابات نفسية أو إصابات عضوية. ويمر التشخيص الجيد عن طريق التحليل الجيد للأعراض...

الهياج

I. مقدمة

يعتبر الهياج أو الهيجان حالة استعجالية في الطب النفسي، ويعرف على أنه اضطراب نفسي حركي يتميز بفرط النشاط الحركي مصحوبا بفقد التحكم في الأفعال والأقوال والأفكار. كما يعد عرضا لمجموعة من الأمراض العضوية والنفسية. ويستلزم تدخلا فوريا وسريعا بهدف السيطرة على الوضعية الهياجية والبحث عن السبب الكامن وراءها في الوقت ذاته.

II. دراسة سريرية

يتمظهر الهياج بالأعراض التالية:

- **أعراض حركية:** كالتسكع والحركات القوية والمفاجئة، بالإضافة إلى العدوانية تجاه الغير أو الذات، مع نوبات تكسيرية. فالمريض يتميز بالعنف وتمظهرات حركية تميل نحو التدمير..
- **أعراض لفظية:** كرفع الصوت والصراخ والميول نحول الثرثرة والتحدث بكثرة...
- **أعراض غضبية:** شكل قصوي من الهياج غير متحكم فيه، يتميز بتفريغات وجدانية على شكل نوبات بكائية وحالة من الغضب..

III. أخطار الهياج

يشكل الهياج خطرا على حياة المريض، فكل هياج يمكن أن يخفي حالة استعجالية عضوية، يمكن أن تضع حياة المريض في خطر. فالاختلاط العقلي الذي يترجم حالة من المعاناة الدماغية غير النوعية، والذي يحدث في غالب الأحيان بسبب إصابة عضوية، يمكن أن يتمظهر بالهياج. نفس الشيء يقال عن النبوة الهلعية التي تتمظهر بهلع شديد والإحساس بقدوم وشيك للموت، مع خفقان في القلب وأعراض عضوية أخرى. لذلك ينبغي دائما القيام بفحص سريري دقيق من أجل طمأنة المريض، وأيضا بغية استبعاد أي سبب عضوي.

كما يمكن أن يحمل الهياج خطورة، ليس فقط في أسبابه العضوية المحتملة، ولكن أيضا في مآلاته ونتائجه. لذلك ينبغي دائما وبشكل منهجي مراقبة وترصد الخطر الانتحاري أمام كل اكتئاب من الصنف الهياجي. كما ينبغي دائما تقييم خطر الإصابات الذهانية، حيث يمكن للهياج في الحالات الهذيانية أن يؤدي إلى ارتكاب أفعال طبية جنائية كالاعتداء على الغير أو الاعتداء على الذات...

IV. أشكال الهياج

1) الهياج العصابي

يعتبر الهياج العصابي هياجا قصيرا ومفهوما، بسب السياق الخاص الذي يندرج فيه، ويظهر التعبير الجسدي في المقام الأول إذ يعوض التعبير اللفظي. يمكن أن يكون أحيانا شديدا ومفاجئا ومصحوبا بقلق نفسي كبير. ويتميز بكون المريض يستطيع التحكم فيه، وأيضا بكونه يتطور بشكل إيجابي حيث يستجيب بشكل جيد للمقاربة العلائقية، إذ يمكن أن يخف هذا القلق بعد تدخل صديق له قيمة عند المريض مثلا. ويرشدنا إلى تشخيص المنشأ العصابي لهذا الهياج السياقُ العاطفي الذي يرافقه...

2) الهياج الهوسي

يكون الانشراح المرضي للمزاج الذي يميز النوبة الهوسية مصحوبا باهتياج نفسي وحركي بشكل شائع. ويعتمد التشخيص على تحليل الأعراض المرافقة للهياج، وأيضا على البحث في سوابق المريض عن نوبة هوسية أو منخولية سابقة...

3) هياج المتلازمات الاكتئابية

لا يعتبر حضور البطء ثابتا، ذلك أنه يمكن أن يعوض بهياج تحدثه الكربة الشديدة. ويتميز الشكل السريري للاضطرابات الحركية بالتنوع، بدءً بالتثبيط ومرورا بفرط الحركة القلقي ووصولا إلى حالة من الهياج يمكن أن تغذي أو تسرع عملية الانتحار...

4) هياج الهجمة الهذيانية الحادة

يتميز الهياج في هجمة الهذيان الحادة بعدم الانتظام والتقلب وعدم القدرة على توقعه، ويحدث تحت وطأة الارتباط بالهذيان. ويعتبر البحث عن سبب عضوي واستبعاده أولوية قصوى. ويتميز الهياج في هذا الاضطراب عنه في الحالة الهوسية بهشاشة أكبر للمزاج وبشيوع الهلاوس وتعدد وتنوع الأعراض الهذيانية. ويفرض الموقف في أغلب الأحيان تهدئة الهياج باستعمال الدواء...

5) هياج الفصام

يمكن لحالات من الهياج أن تطبع تطور مرض الفصام، وتعيننا الأعراض والسوابق الفصامية على التشخيص. فالحالات الهياجية اللانموذجية، المصحوبة بتأويلات هذيانية ومتلازمة التأثر الوهمي والخضوع والمتلازمة الانفصامية، يمكن أن تشكل شكلا من أشكال بداية الفصام...

6) هياج الهذاء

يعد الهياج نادرا في اضطراب الهذاء، ويرجع عموما إلى الإشكالية الهذيانية على شكل ارتكاب أفعال عدوانية تجاه الغير غالبا ما تكون أفعالا طبية جنائية. ويبدو الخطر كبيرا حين يكون المضطهد معروفا ومحددا عند المريض الهذائي. ويهم الهياج هذيان الشغف كما يهم هذيان التأويل...

7) الهياج والاختلاط العقلي

من السهل التعرف على هذه اللوحة السريرية، فهي تجمع تغيم الوعي مع تيهان زماني ومكاني بالإضافة إلى اضطرابات الذاكرة مع هذيان حلمي...

8) الهياج والخرف

يمكن لحالات من الهياج أن تطبع تطور الخرف. تكون الأعراض متنوعة ومصحوبة بتغيرات في الطبع، مع نوبات من الاضطرابات الحركية الليلية واضطرابات في الوعي. ويمكن أن تشهد تصرفا عدوانيا بدوافع غامضة. ومن الضروري استبعاد سبب عضوي يمكن أن يكون سببا للهياج أو مصاحبا له.

9) الهياج المرتبط بالكحول

يعتبر الهياج المرتبط بتناول الكحول حالة مستعجلة شائعة، تتميز باهتياج نفسي حركي يمكن أن يؤدي إلى تسلسل مفاجئ لأفعال عدوانية...

10) الهياج والتسمم

يمكن لاستهلاك بعض المواد أو بعض الأدوية أن يكون سببا في حدوث حالات من الهياج، ناتجة عن انهيار نفسي حاد على شكل هذيان أو اختلاط أو كربة شديدة. ويمكن الاستجواب والفحص السريري من التوجه نحو تحديد السبب...

V. <u>الأسباب الطبية الجراحية</u>

1) **الأدوية:** "إيزونيازيد"، "أدوية نفسية التأثير"، "قشراويات"...

2) **التسممات الأخرى:** أحادي أوكسيد الكربون، مادة الرصاص، المنشطات الذهنية...

3) **الأسباب الاستقلابية والغددية:**

- ❖ نقص تركيز السكر في الدم
- ❖ حماض سيتوني سكري
- ❖ حالة اجتفاف كبيرة

- ❖ اضطراب تركيز الصوديم في الدم
- ❖ اضطراب تركيز الكلسيوم في الدم
- ❖ ارتفاع أو انخفاض تركيز ثنائي أوكسيد الكربوم في الدم
- ❖ فرط الدرقية
- ❖ متلازمة كوشينغ
- ❖ فرط الدريقات

4) الأسباب العصبية السحوية

- ❖ نزيف السحايا
- ❖ التهاب السحايا
- ❖ التهاب الدماغ
- ❖ أورام دماغية (الفص الجبهي)
- ❖ ارتفاع الضغط داخل الجمجمة
- ❖ الصرع
- ❖ تدميات تحت الجافية..

VI. ما ينبغي فعله

1) أوجه مقاربة المريض الهائج

تتم مقاربة المريض الهائج باتباع المراحل التالية:

أ- تهيئة المقابلة مع المريض

تتم المقابلة مع المريض الهائج بعد عزله عن محيطه المرافق له، وبعد طمأنته والتحدث إليه لوقف الحلقة المفرغة بين الخوف والعدوانية، حيث إن المريض كلما زاد خوفه زادت عدوانيته. مع ضرورة الحزم وعدم التردد في القرارات والمواقف حياله. كل هذا من أجل تهيئة الجو لاستجواب المريض ثم فحصه لمعرفة سبب الهياج ومن ثم علاجه...

ب- الاستجواب

يهدف استجواب المريض، أو من ينوب عنه من محيطه العارف بحالته في حالة التعذر، إلى تحديد الحيثيات التي ظهر خلالها الهياج بشكل مضبوط، بالإضافة إلى البحث عن العوامل المحدثة أي تلك العوامل التي أشعلت شرارة الهياج، كما يهدف إلى البحث في تاريخ المريض عن سوابق عضوية ونفسية يمكن أن يفسر عودها حالة الهيجان التي دخل فيها المريض.

ت- الفحوصات السريرية والتكميلية

يعتبر الفحص السريري العضوي مرحلة أساسية في مقاربة المريض الهائج، وذلك نظرا للإمكانيات التي يتيحها في البحث عن سبب عضوي للهياج. أما الفحص النفسي فيعتمد على الملاحظة والاستماع بإذعان إلى المريض، بغية تحديد أمثل لخصائص الهياج وحالة الوعي، والبحث عن تدهور المزاج أو حضور أعراض من الصنف الهلوسي أو الهذياني. كل هذا من أجل تحديد الاضطراب النفسي الذي يندرج فيه الهياج، لتكييف العلاج وفقه.

أما الفحوصات التكميلية فيلجأ إليها من أجل استبعاد أي سبب عضوي للهياج، ويتم انتقاؤها وفق السياق العام والنتائج الأولية للفحص السريري، ونعدد منها الفحوصات التالية:

- قياس نسبة السكر في الدم،
- قياس نسبة الأيونات في الدم، تعداد العناصر الدموية، قياس مؤشرات الالتهاب (VS)، والتعفن البكتيري (CRP)، الحصيلة الكبدية...
- الإشباع الشرياني بالأوكسجين،
- المخطط الكهربي للقلب،
- التصوير الدماغي، المخطط الكهربي للدماغ...

2) علاج الهياج

أ- الوسائل غير الدوائية

تهدف أساسا إلى استعادة هدوء المريض، وتعتمد في المجمل على كيفية مقاربة الطبيب المعالج للمريض الهائج، حيث ينبغي أن يكون هادئا معه ولكن حازما أيضا في نفس الوقت. ويعتمد اقتراب الطبيب من المريض أساسا على تقديم نفسه له، وطمأنته وفصله عن المحيط الذي يظهر على أن له دورا في حالة الهياج التي يقبع تحتها المريض، وهكذا يحاول المعالج إعادته شيئا فشيئا إلى الواقع.

ينبغي على الطبيب دائما أن يتخذ الحذر والحيطة، وأن يحافظ على مسافة أمان بينه وبيم المريض تفاديا لأي اعتداء محتمل، كما يجب دائما عليه أن يتبوأ مكانا تلقاء الباب الذي ينبغي أن يظل مفتوحا، ليسهل عليه التسلل خارج القاعة عند أي محاولة اعتداء. وعند فشل هذه الخطوات يلجأ إلى ربط المريض وتقييده...

وتستمر مراقبة المريض الهائج وتتبعه، ويتضمن ذلك مراقبة الضغط الدموي ودقات القلب والحالة العصبية (درجة الوعي)، بالإضافة إلى الحالة التنفسية والإشباع الشرياني بالأوكسجين وحرارة الجسم...

ب- الوسائل الدوائية

يمر علاج الهياج عبر علاج السبب الذي يكمن وراءه، ويعتمد على الأدوية التالية:

- **البينزوديازبين:**

وهي جزيئات متعددة الاختصاص مع قلة أعراضها الجانبية والتسممات الناتجة عن استعمالها. ويعتبر انخفاض الضغط الدموي وإبطال عمل المراكز التنفسية في الجهاز العصبي أهم أعراضها الجانبية، وتعتبر " ميدازولام"، و"لورازيبام"، وكذا " كلورازيبات ثنائي الصديوم" و" ديازيبام" أهم جزيئات هذا الصنف الدوائي...

- **المضادات الذهانية:** الجيل الأول:

- "هالوبيريدُول"، واسمه التجاري "هالدول": يحصل مفعوله بشكل سريع. مع خطر الإصابة بالمتلازمة خارج الهرمية...

- "ليفوبروبومازين" واسمه التجاري "نوزينان": مع خطر انخفاض الضغط الدموي..

VII. خلاصة

يعتبر الهياج اضطرابا سلوكيا شائعا، يستلزم حضوره تدخلا مستعجلا لمباشرة العلاج، ويعد الفحص السريري الدقيق ضرورة لازمة عند مريض هائج، يمكن تكميله بفحوصات تكميلية سواء البيولوجية منها أو الإشعاعية عند الحاجة. أما العلاج فهو يتعلق بالسبب الذي تم تحديده...

تعريب الأساسي من علم الأمراض الخاصة بالطب النفسي

اضطرابات الشخصية

مقدمة

I. تعاريف

تعرف الشخصية على أنها اندماج المركبات الغرائزية والوجدانية والمعرفية أثناء النمو. وتجدر الإشارة إلى أن أشكال هذا الاندماج تعتبر مميزة وخاصة بكل فرد على حدة، إلا أن هذا لا يمنع من أن نجد سمات مشتركة هي نتيجة تراص العوامل التي تلعب دورا في تكوين الشخصية. وهذا ما يدعى بدراسة الطباع..

ويعرف الطبع على أنه مجموع السمات المطبوعة الملاحظة عند شخص أو مجموعة من الأشخاص، التي تحدد الطريقة التي يتصرف بها في وضعيات معلومة أو بإزاء أشخاص معلومين.. وهكذا فالطبع يمثل الغطاء الخارجي للشخصية على المستوى العاطفي والمستوى السلوكي، أو هو الخلفية الدائمة التي يحل بها الشخص بشكل دائم التوترات الناجمة عن وضعية ما. وهكذا فالطبع يخضع لإشراط البيئة المجتمعية والعاطفية...

II. الشخصية الطبيعية

يعتمد تعريف الشخصية على أنها طبيعية على عدة معايير، هي المعيار الإحصائي والمعيار المثالي والمعيار الوظيفي..

1) **المعيار الإحصائي:** يعتمد هذا المعيار على فكرة أن الشائع إحصائيا في المجتمع هو العادي الطبيعي، أما غير الطبيعي أو المرضي فهو النادر الذي لا نجده في الغالبية العظمى من الناس. إلا أن هذا المعيار يمكن أن توجه إليه كثير من الانتقادات تجعل مصداقيته على المحك، من قبيل النسبة التي من شأنها أن تكون الفاصل بين العادي وغير العادي...

2) **المعيار المثالي:** يعتمد هذا المعيار على المثال الجمعي المأمول، وبهذا المقتضى فالشخصية العادية أو الطبيعية هي الشخصية التي تأمل الغالبية تحقيقها. إلا أن خضوعا صامتا للمعايير الاجتماعية يجعلنا نعتبر شخصية مختلة طبيعية، رغم أنه خضوع فقط وليس طبيعة...

3) **المعيار الوظيفي:** وهو معيار لا يحدد طبيعية الشخصية عن طريق مقارنتها بالآخرين، ولكن عن طريق مقارنة الشخص مع نفسه في حالته المثلى في حدود ما تتيحه وظائفه الذاتية. وكالمعايير السابقة يبقى هذا المعيار قاصرا نظرا لذاتية الحكم الذي يحتاج إلى طرف آخر كالطبيب أو المحيط...

لا يوجد في الحقيقة معيار موضوعي لتحديد الطابع العادي أو المرضي للشخصية، فالحكم على شخصية ما بأنها طبيعية هو حكم ذاتي قبل كل شيء. وهكذا فإن التعريفات السابقة لا يمكن لأي واحد منها أن يفي بالغرض إذا تم الاعتماد عليه بمفرده...

الشخصيات المرضية

I. تعريف الشخصيات المرضية

تعرف الشخصية المرضية، حسب "كورت شنيدير" (Kurt Schneider)، على أنها انحراف دائم وكمي للشخصية الطبيعية، يكون فيه الطابع المزاجي إحصائيا نادرا، بينما يكون السلوك المتصلب وغير المكيف مع مختلف الوضعيات مصدرا لمعاناة الشخص ومحيطه...

أما الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM IV)، فيعرف اضطراب الشخصية على أنه سلوكات أو سمات مسؤولة، منذ بداية سن الرشد، عن تدهور دال وواضح في الوظيفة الاجتماعية أو المهنية وفي التفكير، مما يؤدي إلى معاناة ذاتية. ويقسم هذا التصنيف الشخصيات المضطربة إلى ثلاث مجموعات:

- **المجموعة (أ):** الشخصية الهذائية، الشخصية شبه الفصامية، الشخصية فصامية النمط.
- **المجموعة (ب):** الشخصية اللاجتماعية، الشخصية الحدية، الشخصية التمثيلية، الشخصية النرجسية.
- **المجموعة (ت):** الشخصية الاجتنابية، الشخصية الاعتمادية، الشخصية الوسواسية القهرية.

II. تشخيص الشخصيات المرضية

لا يتم تشخيص اضطرابات الشخصية إلا في حالة غياب أي اضطراب نفسي، سواء أكان عصابيا أم ذهانيا أم اضطرابا في المزاج. وهكذا نبحث عن طريق التحقيق في حياة المريض وتاريخه عن سمات الشخصية قبل المرضية عندما نكون أمام اضطراب نفسي. وجدير بالذكر إلى أنه من الصعب أحيانا التفريق بين بعض الأعراض النفسية وسمات الشخصية القبل مرضية..

III. سمات الشخصيات المرضية

نشير إلى أننا لم لن ندخل في كثير من التفاصيل ونحن نتحدث عن الشخصيات المرضية في هذا المحور، ولكننا سنقتصر على ذكر أهم مميزات وسمات هذه الشخصيات بما يخدم الفهم الجيد للدروس الأخرى، التي أتينا فيها على ذكر واحد من هذه الشخصيات أو مجموعة منها، وأحلنا على هذا الدرس لمزيد من التفصيل.

1) الشخصية الهستيرية

تتميز الشخصية الهستيرية بشيوعها عند النساء، على عكس الشخصية الصفاقية (اللاجتماعية) التي نلحظها غالبا عند الرجال. وتميز بالسمات الأساسية التالية:

أ- التمثيل

ويقصد بذلك السلوك الذي يهدف إلى نيل إعجاب وإغراء وإثارة انتباه المحيط. فالشخص الهستيري يعرض نفسه بأسلوب مسرحي ودرامي، فنجد معجمه الكلامي مليئا بعبارات التعاطف فهو بعيد عن الطبيعة وعدم التكلف. ويغير الشخص الهستيري سلوكه حسب من يشاهده ومن يسمعه، وحسب الحيثيات ورغبات الآخر. كما أنه شخص شغوف بالقصص الخيالية لأنه يفضل أن يعيش قصصا أخرى متخيلة عدا قصته الواقعية، فحياته طافحة بالقصص الرومانسية والأحلام. وتطغى على فكره الخيالي البطولية وحب الذات...

ب- فرط التفاعل الوجداني

يجمع هذا العنوان مجموعة من السمات:

- **فرط التعبير العاطفي**

يرتبط الشخص الهستيري بالأشياء، وينفصل عنها، دون حسابات مسبقة مع غياب الاستمرارية. فالتعبير العاطفي عنده متقلب وهش إلا أنه ليس تمثيليا. فالمريض يشعر بأحاسيسه، حتى المبالغ فيها منها، بشكل قوي ويرتبط بها بشكل مبالغ فيه...

- **اضطرابات في الطباع**

يكون الشخص الهستيري قابلا للاهتياج، ومتقلبا لا يثبت على حال واحدة، كما يكون شخصا اندفاعيا إذ يمكن أن يهدد بالانتحار مثلا، أو يقدم عليه في سياق اندفاعي. كما يتميز بعدم القدرة على استبعاد الأشياء التي تعكر عليه حياته، بالإضافة إلى ضعفه وعدم تحمله للإحباط.."أريد كل شيء..كل شيء والآن"...

- **هشاشة وتغير المزاج**

يتميز الشخص الهستيري بالتفريغ الوجداني، حيث تظهر عليه نوبات من البكاء والغضب في مشاهد لافتة، وهكذا يلقي معاناته الشخصية على الآخر. كما يتميز أيضا بالتمركز حول الذات، حيث لا يفكر إلا في نفسه، أما الآخر فليس هنا إلا من أجل تلبية رغباته هو. ويعد التمركز حول الذات نتيجة لفرط التعبير العاطفي والتمثيل.

ت- الاعتماد والارتباط العاطفي

يعتبر الاعتماد أو الارتباط العاطفي ثابتا في الشخصية الهستيرية، ويأخذ التعبير عنه نمطا ثنائي القطب:

- **الشخص الهستيري نشط** ويبحث عن زيادة تقدير ذاته عندما يضحي من أجل الآخرين أو يؤثرهم عليه. كما أن تضحيته تكون بالقياس مع ارتباطه العاطفي، ويطغى التمثيل على هذا الشكل...

- **الشخص الهستيري سلبي وخامل،** فهو طفولي وغير ناضج، ويبحث بشكل دائم عن الطمأنة والحماية والرعاية من محيطه، فالطابع العام للشخصية يتسم بالخجل والتثبيط وإخفاء أي خلاف، أما النشاط الجنسي فهو شبه منعدم.. وهكذا فالشخصية الاعتمادية الخاملة يمكن أن تكون أخطر من الشخصية التي يطغى عليها التمثيل، لأنها يمكن أن تمر إلى الاندفاع والعدوانية بشكل مفاجئ...

ث- الاضطرابات الجنسية

تعتبر الاضطرابات الجنسية ثابتة في الشخصية الهستيرية، ويأخذ التعبير عنها نمطا ثنائي القطب:

- **سيطرة كره الممارسة الجنسية أو الخوف منها:** تفضل المرأة الحب عن بعد، وترفض أي ممارسة جنسية أو لا تجد أي متعة فيها، وهي شخصية تتجه كثيرا إلى خلق قصص رومانسية خيالية، وعندما يود شريكها في الحب مباشرة عملية جنسية، فإنها تنتفض في وجهه "من كنت تظنني؟؟ لست من ذلك الصنف من الفتيات..".

- **إفراط في الممارسة الجنسية:** تظهر الحياة العاطفية للشخصية الهستيرية على أنها سلسلة من الإغراءات، ويمكن أن يخفي فرط التعبير الشبقي الذي يظهر في الواجهة مع كثرة الشركاء الجنسيين، تثبيطا عميقا أو رفضا للعملية الجنسية، ويظهر هذا في البرود الجنسي الذي يظهر على المريضة. ويمكن لسلوك الإغراء الحاضر بشكل شبه دائم في العلاقات الاجتماعية أن يقوم بإضفاء الطابع الشبقي على مجمل العلاقات الاجتماعية...

2) الشخصية الوسواسية

يندرج تحت هذا المسمى ثلاثة أنواع من الشخصيات المرضية هي الشخصية النفهية والشخصية الوسواسية مفرطة الحساسية (Anankastique)، والطبع الشرجي. وتضيف الشخصية الوسواسية إلى هذه الأنواع مجموعة من سمات الطبع. ونشير إلى أن (DSM IV) لا تدرج حضور الأفكار الوسواسية في الشخصية الوسواسية القهرية، بل تجعلها في الاضطرابات القلقية القهرية مباشرة.

وفيما يلي معايير تشخيص الشخصية الوسواسية القهرية حسب (DSM IV) حيث نتحدث عن الشخصية الوسواسية عند حضور أربعة من المعايير التالية:

- **المثالية** التي تقف حاجزا أمام إتمام الأعمال والمهمات كألا يتمكن من إتمام مشروع ما لأن متطلباته الشخصية الدقيقة لم تتحقق جميعها..
- **التعصب والعناد،** بحيث يصعب إقناع صاحب هذه الشخصية برأي مخالف..
- **البخل،** بحيث يتم التعامل مع المال بحرص شديد تحسبا لكوارث المستقبل..
- **الاهتمام المفرط بالتفاصيل،** والقواعد والإحصائيات والتنظيم والمخططات إلى درجة أن يضيع وسط هذه التفاصيل الهدف الأصلي من العمل المراد القيام به..
- **الولاء المفرط للعمل والإنتاج** وإقصاء كل ما هو ترفيهي دون أي مبرر اقتصادي لهذا الموقف..
- **التردد** في ندب الآخرين للقيام بمهمة ما أو العمل معهم إلا إذا خضعوا لمنطق عمله..
- **عدم القدرة على التخلص من الأشياء المستعملة** وغير النافعة دون أن يربطها بها أي إحساس أو شعور..
- **الجدية المفرطة** والتعصب لكل ما يتعلق بسؤال الأخلاق والقيم دون أن يكون ذلك مبررا بانتماء ديني أو ثقافي معين..

وفيما يلي وصف كل نوع على حدة من الأنواع المندرجة تحت تسمية الشخصية الوسواسية:

أ- الشخصية النفهية

تتميز الشخصية النفهية بالخصائص التالية:

- ميول نحو التدقيق والشك، مما يؤدي إلى صعوبات في الإنجاز قد تصل إلى درجة الخمول التام. فصاحب هذه الشخصية يتميز بالتردد وباجترارات ذهنية دائمة بالإضافة إلى انكفاء على الذات ذي طبيعة قلقية، وهو ما يجعله تحت وطأة إحساس شاق بالذنب وعدم الكفاءة والكمال.
- تثبيط عاطفي يؤدي إلى انخفاض ونقص في وظيفته الجنسية.

يتميز صاحب الشخصية النفهية بإيلاء أهمية كبرى للعمليات العقلية وللتفكير في كل شيء على حساب الجانب العملي. ويسيطر عليه هذا الخمول خصوصا في الصباح مع بذله لمجهود كبير من أجل القيام بنشاط عملي.

ويلاحظ ارتباطه العاطفي في حاجته إلى الآخرين كالزوجة والأم من أجل تعاونهم معه فيما يخص تنفيذ طقوسه الناتجة عن وساوسه الخفيفة، وأيضا من أجل تخفيف وساوسه وشكوكه عن طريق الطمأنة المتواصلة التي تأتي من قبلهم.

ب- الشخصية الوسواسية مفرطة الحساسية

يعتبر الخضوع لمختلف إكراهات الاستجابة لوضعيات مقلقة أهم صفات هذا النوع من الشخصية. هذه الوضعيات المقلقة يمكن أن تكون ناتجة عن خشية الشخص أن يكون تصرف تصرفا سيئا أو أن يكون فاقدا للقدرة والكفاءة، أو أن يُتهم بكل شيء. ويميل أصحاب هذه الشخصية إلى التحقق والتأكد المفرطين، وإلى تحويل مجموعة من الأنشطة إلى طقوس، بالإضافة إلى اتخاذ الاحتياطات بشكل مفرط. ويكون ذهنهم مخترقا بالشكوك والاجترارات التي تأتي بشكل قهري دون أن تكون أعراضا وسواسية حقيقية (أفكار وسواسية دائمة مع محاربتها بشكل قلقي بالإضافة إلى طقوس من أجل تحييد القلق...)

ت- الطبع الشرجي

تعتبر ثلاثية "فرُويْد" الوصف الأكثر ملائمة للطبع الشرجي، وتتكون هذه الثلاثية من السمات التالية:

- حب النظام والشغف بالترتيب.
- العناد الذي يمكن أن يؤدي إلى ممارسة الاعتراض بواسطة العنف.
- التقتير في المصاريف إلى درجة قريبة من البخل الحقيقي.

ونقسم هذا الطبع إلى مستويين، المستوى الأول يتعلق بالطبع الشرجي الخالص والمستوى الثاني يتعلق بردة الفعل حيال الميولات الموصوفة سابقا. فأحيانا لا يمكن تشخيص هذا الطبع إلا من خلال ردة الفعل التي يبديها المريض حياله. حيث تبقى تلك السمات مكبوتة في اللاشعور، ويحاول الشخص أن يبدو عاديا في أنظار الناس. وفي غالب الأحيان نجد حضورا مزدوجا للسمات الخالصة للطبع الشرجي مع الخاصة بردة الفعل حيالها. ونجد سمات أخرى للطبع الشرجي نذكر منها:

- **الازدواجية:** حيث نشاهدها بشكل سريري في الشكوك المستمرة والدائمة...
- **انحباس أو انكتام الجانب الوجداني:** ونلاحظه في مواقف المريض الصحيحة دائما. وفي تصلبه الذهني...
- **الميول نحو العقلنة:** يفضل أصحاب هذه الطبع العمل والقيام بمجهود فكري على ممارسة هواياته أو إغناء علاقاته...

3) الشخصية الهذائية

قبل أن نباشر الحديث عن سمات الشخصية الهذائية، نشير إلى أن رسم حدود واضحة بين الشخصية الهذائية والذهان يبقى أمرا صعب المنال، وفيما يلي أهم تلك السمات:

- **تضخم الذات،** يعتبر بعض الكتاب على أنه السمة التي تنبثق المميزات الأخرى للشخصية الهذائية كالتصلب النفسي، وعدم التسامح واحتقار الآخر.. وهذا التقدير المبالغ فيه للذات هو الذي ينتج خيلاء المريض واستماتته في الدفاع عن أفكاره، وقد يكون أحيانا مغلفا بتواضع سطحي مصطنع..

- **الحذر،** وهو رد فعل للشعور بالاضطهاد من طرف الأخر، فالمريض يرى نفسه محاطا بعالم يترصد له كل مرصد، مليء بالأحقاد والنوايا السيئة، وفي غالب الأحيان يرتبط الحذر بالتكتم وبإفراط في اليقظة..

- **أخطاء في الحكم،** وهي راجعة إلى خطل التفكير، وتترجم بالتأويلات الخاطئة وبالذاتية المرضية، وتنبني على نسق فكري يسيطر عليه إما الشعور بالاضطهاد أو الشعور بالعظمة، وهكذا فالنقد الذاتي أو الشك مستحيلان تماما، كما أن السلطوية وعدم التسامح حيال الأفكار والآراء المخالفة أمر شائع..

- **عدم التكيف الاجتماعي،** وهي نتيجة مفهومة للسمات المذكورة آنفا، حيث يصبح من الصعب على صاحب هذه الشخصية أن يتبنى سلوكا جمعيا وأن ينضبط له، لذلك يميل إلى الانعزال والتمركز حول الذات، وهكذا فالسلوك العام لصاحب هذه الشخصية سلوك متصلب واحتجاجي ومحب للدعاوى والترافع كما أنه سلوك يتسم بالمقاومة والاستماتة في الدفاع عن الأفكار، أما المستوى العقلي للشخص الهذائي فيبقى جيدا، بل إن نجاحه الاجتماعي يكون أحيانا مبهرا..

4) الشخصية الحدية

منذ ظهور مصطلحي الذهان والعصاب، ظلت مجموعة من التشكيلات المرضية النفسية مستعصية على هذا التصنيف، فهي ليست عصابا تماما كما ليست ذهانا تماما. ومن هنا نشأت مجموعة من التسميات تحاول أن تشمل هذا الصنف، كان آخرها هو الحالات الحدية أو الشخصية الحدية، وهي التي تقف على حدود طرفي التصنيف السابق لا هي إلى العصاب ولا هي إلى الذهان. وتمثل الشخصية الحدية 20 في المائة من مجموع الاستقبالات في مصالح الطب النفسي. كما تمثل 2 في المائة من المجموع العام للسكان. وفيما يلي أهم خصائصها:

أ- الوصف السريري

- **الأرضية**

على عكس الشخصية الصفاقية أو اللاجتماعية فالشخصية الحدية تكثر عند النساء أكثر من الرجال...

- **الكربة واللاستقرار**

تتميز الشخصية الحدية بكربة دائمة تترجم بإحساس بالفراغ، مع فقد كامل للانخراط في الحياة مرتبط بفقدها لمعناها أو لفقدها للموضوع الذي يعطيها المعنى. فالأمر هنا لا يتعلق بأنواع الكربة المعروفة ككربة الخطأ أو كربة التفتت الذهاني أو كربة الانطواء. ولكنها كربة فقد موضوع الحياة الذي يظهر منذ أن يبدأ المريض يتخيل أنه يمكن أن يفقد موضوع حياته. مع حضور دائم لخشية أن يُتخلى عليه ويهجر (خشية التخلي). ويتمظهر الصراع مع هذه الكربة بما يلي:

- لحظات من الهوس المخفف أو الانشراح المرضي
- لاستقرار: حيث يبحث المريض بشكل متواصل عن الآخر أو عن الآخرين...

وبحثا عن الطمأنة والدعم العاطفي، فإن صاحب هذه الشخصية يمكن أن يقوم بعملية إغراء للطرف الآخر واستدراجه إلى علاقة، إلا أنه لا يستطيع أن يثبت ويستمر في نفس العلاقة. ويمكن لهذه الحاجة، التي تلح عليه لكي يكون محل تقدير من الآخرين، أن توهمنا أنه شخص متكيف جدا مع الواقع وأنه ناجح في عمله مندمج في واقعه، إلا أن دخوله في العلاقات الثنائية هو ما يفضح نرجسيته الهشة التي لم يتم إرساؤها بشكل كامل وحاجته إلى الدعم النفسي والعاطفي. وتكون علاقته بالأخر مزدوجة ومتقلبة بين الفينة والأخرى، إذ يمكن أن يكون له مضطهدا (سمات هذائية) أو مانعا من شيء ما، كما يمكن أن يوفر له الحماية....

- **الاكتئاب**

يعتبر الاكتئاب الموضوع الأول الذي يصارع أصحاب الشخصيات الحدية، على تنوعهم، من أجل عدم الوقوع فيه، فغياب موضوع معين يحدد لهم معنى الحياة، وهو ما يسمى بالموضوع الاتكالي، يجعلهم يغرقون في الاكتئاب الذي نحدد له الخصائص التالية:

- ❖ هشاشة المزاج، حيث يمر المريض بسرعة من المزاج المعتدل إلى المزاج المنشرح أو المكتئب أو القلقي.
- ❖ غياب الشعور بالندم أو اتهام الذات أو التنقيص من قيمتها.
- ❖ الشعور بالهجر والوحدة والعجز تقطعه أوقات من الأمل والغضب حيال الموضوع المفقود...
- ❖ تشتت ملكات التكيف مع الواقع الخارجي، حيث يميل المريض إلى الانعزال التام ورفض أي مخالطة أو احتكاك، وكذا مع الواقع الداخلي حيث تنتاب المريض نوبات من فقد الشخصية.
- ❖ عدم الرضا وإبعاد أي شيء يمكن أن يكون مصدرا للمتعة...

- **الأعراض العصابية**

يمكن أن نلاحظ مختلف التمظهرات العصابية، ويعتبر تقلب الأعراض وتعاقبها وتنوعها مميزا للحالات الحدية:

❖ **الأعراض الرهابية:** يمكن أن نلاحظ رهابا اجتماعيا (الخوف من الاحمرار ومن الظهور)، أو رهاب الميادين أو حتى رهابا متعددا يؤدي إلى تثبيط وكبح التواصل بشكل كبير. بالإضافة إلى رنة اضطهادية للمخاوف...

❖ **الأعراض الوسواسية:** يتميز المريض بميوله إلى التفسير العقلاني لأعراضه، مع غياب المقاومة القلقية، ووجود مرونة نفسية غير معهودة...

❖ **الأعراض الهستيرية:** شيوع الأعراض النفسية كالحالات الغلسية والهروب النساوي مع الهشاشة العاطفية والتمثيل...

- **اضطرابات السلوك**

يؤدي حدوث اضطرابات السلوك إلى لاستقرار مهني مع خطر حدوث فقد تام للاندماج الاجتماعي، وتأتي هذه الاضطرابات السلوكية في إطار الاندفاعية والعدوانية واللاستقرار، ويختلف هذا الاضطراب عن نظيره في الشخصية اللاجتماعية بكون المريض يبدي ندمه عليه فيما بعد، ويعترف أنه كان من غير المناسب القيام بذلك لأنه لا يعود ذلك عليه بالنفع إنما يدمره كما يدمر غيره. ونجد من بين اضطرابات السلوك عند أهل الشخصيات الحدية الإفراط في تناول الكحول والمخدرات والإفراط في الأكل، وكذا السرقة والهروب المرضي والموجات الغضبية ومحاولات الانتحار والعدوانية تجاه الذات، بالإضافة إلى الحياة الجنسية المتنوعة مع فوضوية في المشاعر وكثرة في الشركاء الجنسيين.

- **اضطرابات مجرى ومحتوى التفكير**

نلاحظ في هذه الفئة من الأعراض وجود أفكار تتعلق بالأحكام المسبقة والمرجعية (المريض مرجع مل ما يحدث وهو المقصود به)، بالإضافة إلى التفكير السحري وبعض الأعراض الطفيفة من الفئة الانفصامية...

ب- الشخصيات المشابهة

تعتبر من الشخصيات المرضية التي لا تخرج تماما عن الشخصيات الحدية إلا أنها لا تتطابق معها، إذ تشترك معها في بعض السمات. ونصف هنا الشخصية النرجسية والشخصية فصامية النمط...

- **الشخصية النرجسية**

ونذكر هنا أهم السمات التي وردت في DSM IV:

- **الإفراط في تقدير الذات:** حيث يرفع هذا الشخص من قيمته في حياته الخيالية (الرغبة في النجاح والقدرة والجمال والحب المثالي) أو في سلوكه (استعراض الذات، البحث عن الإطراء والمعاملة الخاصة). ويتعاقب هذا الشعور بشعور التقليل من قيمة الذات...

- **غياب التعاطف:** حيث يعجز الشخص النرجسي عن وضع نفسه مكان الآخرين وتقمص مشاعره، والميول نحو تسخير الآخر من أجل بلوغ أهدافه الخاصة. وتتأرجح العلاقة مع الآخر بين مثلنته (إضفاء صفة المثالية عليه) والتنقيص من قدره...

- **الحساسية المفرطة:** حيث يبدي هذا الصنف حساسية مفرطة تجاه أحكام وانتقادات الآخرين، ويشعر بالخجل والإهانة ونقص قيمة الذات. وأحيانا لا يبدي الشخص النرجسي أيا من هذه المشاعر.

- **الشخصية فصامية النمط**

تتقاسم الشخصية فصامية النمط، كما هو الشأن بالنسبة للشخصية النرجسية، بعض السمات مع الشخصية الحدية. ويمثل أصحاب هذه الشخصية 3 في المائة من المجموع العام للسكان، وتتميز بالغرابة على المستويات التالية:

- **غرابة على مستوى التفكير:** أفكار مرجعية، قناعات غريبة، تفكير سحري...

- **غرابة على مستوى الإدراك:** تجارب إدراكية غير معهودة، ضلالات، الشعور بقوة أو بشخص في جانبه، الحاسة السادسة...

- **غرابة على مستوى الخطاب:** خطاب فقير أو معقد كثيرا، خطاب مجازي وضبابي. لكنه يظل خطابا متناسقا ولا يفقد روابطه...

- **غرابة على مستوى العواطف:** عواطف فقيرة وغير مناسبة وبعيدة. إفراط في القلق الاجتماعي وحساسية مفرطة للنقد...

- **غرابة على مستوى السلوك:** غرابة الأطوار، لا مبالاة، تصنع، مناجاة النفس...

كل هذه الأعراض لا تصل حدتها إلى درجة الاستجابة لمعايير تشخيص الفصام، إلا أن كثيرا من الأطباء النفسانيين يعتبرون هذه الشخصية فصاما طفيفا...

ت- التشخيص التفريقي

تعتبر صعوبة الاندماج الاجتماعي السمة المشتركة بين الشخصيات المدروسة في هذه الفقرة، وإذا كان مرد ذلك إلى اللاستقرار في الشخصية الحدية وإلى ردة الفعل تجاه الفشل في الشخصيات النرجسية، وإلى اضطرابات التفكير في الشخصيات فصامية النمط، فإن الانعزال الاجتماعي هو السبب في ذلك فيما يتعلق بالشخصيتين الشبه الفصامية والاجتنابية.

- **الشخصية الشبه الفصامية (الفصاموية)**

تتميز الشخصية الشبه الفصامية حسب DSM IV، والتي تغطي 0.2 في المائة من الساكنة العامة، بالانعزال أثناء المخالطة الاجتماعية والعلاقات العاطفية بما فيها العائلية منها. ونجد تبلدا في التعبير عن العواطف والانفعالات الوجدانية، حيث لا يبدي الشخص صاحب هذه الشخصية لا فرحا ولا غضبا، بل يبدو غير مبال بأي انتقاد يوجه له. دون وجود غرابة في الفكر أو الخطاب أو السلوك. في تصور أكثر شمولية ل DSM IV يدخل في سمات هذه الشخصية بعض سمات الشخصية فصامية النمط مثل الانغلاق الفكري والميول إلى التفكير الميتافيزيقي وإلى المثالية المذهبية...

ونشير إلى أن الرابط الذي يربط هذا النمط من الشخصية مع الفصام أكثر ندرة من الرابط الذي يربط الشخصية الهذائية بالهذاء. فهذه الشخصية المرضية لا تتحول إلى فصام، ولكنه يبقى من الصعب التفريق بينها وبين الشكل التدريجي لبداية الفصام...

- **الشخصية الاجتنابية**

يهم هذا النمط من الشخصية 1 في المائة من الساكنة العامة. وعلى عكس الشخصية السابقة، يوجد فيه الانعزال الاجتماعي بتزامن مع رغبة الشخص في الاندماج وخلق علاقات، مع رغبته في أن يكون محبوبا ومحط تقدير. وينتج عن الفشل،عند هذا الصنف، انهيارات قلقية أو اكتئابية أو سلوكية. فالخجل والخوف من التعرض لانتقادات يحيط بالمريض ويدفعه دائما إلى تجنب الصفوف الأمامية، ويجعله يختار دائما الأدوار الثانوية...

5) الشخصية الصفاقية أو اللاجتماعية

يعتمد تشخيص الشخصية الصفاقية على عناصر السيرة الذاتية للمريض كما يعتمد على سمات الشخصية.

أ- عناصر السيرة الذاتية

يمكن أن تكون هذه العناصر هي الوحيدة التي تسعفنا لتشخيص هذا النمط من الشخصية، خصوصا عندما لا يقوم المريض بأفعال حالية تمكننا من الحديث عن الشخصية اللاجتماعية، ونقسم سيرة المريض إلى ثلاثة أطوار، يختص كل طور بمجموعة من السمات والأعراض ينبغي البحث عنها:

- **الطفولة**

تتميز هذه المرحلة بطباع تصبغ سلوك الطفل، كالهروب المرضي ومعارضة الأبوين ومعاكسة السلطة، وكذا العدوانية تجاه الأطفال الآخرين. بالإضافة إلى اللاستقرار الدراسي وبداية التصرفات اللاجتماعية...

- **المراهقة**

تتميز هذه المرحلة بتغييرات كثيرة للمؤسسات المدرسية، مما يمنع أي تكوين علمي للذات، كما تظهر الاحتكاكات الأولى بالسلطة والقانون عن طريق ارتكاب أفعال تؤدي إلى ذلك، سرعان ما تتكرر هذه الاحتكاكات وتتعدد، بالإضافة إلى مباشرة الحياة الجنسية بشكل مبكر وعنيف...

- **سن الرشد**

يتميز هذا الطور من حياة الأشخاص الصفاقيين بسلوك مسار فوضوي، يتميز بحالات عود كثيرة، حيث لا يستفيدون من التجارب السابقة، مع المرور إلى الأفعال المعادية للمجتمع، وهكذا يتأرجح مسار هؤلاء الأشخاص بين السجن والخارج والمستشفى...

ب- عناصر اللوحة السريرية الحالية

تعتبر مخالطة هؤلاء الأشخاص سطحية جدا، رغم شدة ما يبدو عليه من عمق، وقد يبدو اللطف والاهتمام الذي يمكن أن يظهر على المريض صادما، إذ سرعان ما يتخلى عن ذلك ويغير رأيه وموقفه ليعود إلى حالته الأولى...

- **الطبائع الصفاقية**

- **اللاستقرار العاطفي**

يسيطر على الحالة العاطفية شيء من فرط التعبير الذي يتميز بحالات صعود أفول:

- ✓ انفجارات متقطعة للكربة والانفعالات، حيث يفقد المريض تحكمه في حالته الوجدانية.
- ✓ غياب الشعور بالذنب أمام خرق وتجاوز القانون والقواعد المتعارف عليها...
- ✓ غياب عاطفي واضح فالشخص الصفاقي غير مهموم بمشاكل الآخرين، إذ هو شخص متمركز حول ذاته...

- **اللاستقرار المزاجي**

يتميز أصحاب هذا الاضطراب بتقلب في المزاج حيث يمكن أن تتعاقب عليه أو تتزامن عنده مشاعر الانشراح والأمل مع مشاعر الحزن والفراغ والتشاؤم. ويمكن لمشاعر عدم الرضا، الذي لا يعبر عنه على شكل اكتئابي خالص، أن تؤدي إلى:

- ✓ ارتكاب جنح، المقامرة، مراكمة الديون، التداوي الذاتي (تناول المنومات)...
- ✓ تغيير متكرر للوسط: سفر دون هدف ودون زاد...
- ✓ الانتحار دون حزن ظاهر، أو اكتئاب واضح، ودون رغبة حقيقية في الموت...

- **سهولة ارتكاب أفعال عدوانية**

يعتبر الفعل العدواني الوسيلة الوحيدة عند الأشخاص الصفاقيين أمام أي وضعية خلافية، إذ يغيب الحديث والحوار اللفظي عندهم في مثل هذه الوضعيات. ونجد في هذا الإطار ما يلي:

- ✓ أفعال عدوانية تجاه الغير وتجاه الذات عند أي إحباط أو حاجز يقف بينه وبين تحقيق رغباته...
- ✓ اندفاعية، وحالات عود كثيرة...
- ✓ استحالة تأجيل إشباع رغبة معينة...
- ✓ صعوبة بل استحالة عقلنة الأفعال...

- **سمات هستيرية**

حيث يمكن أن نجد المطالبة العاطفية والإغراء والتمركز حول الذات...

- **سمات هذائية**

يمكن أن نجد حب الترافع لدى المحاكم، والتكبر والحذر...

- **تصرفات شذوذية**

يمكن أن نجد شذوذا جنسيا من وقت لآخر...

- **المضاعفات النفسية**

- **نوبة الهياج:** يأتي الهياج الذي يكون عادة تمثيليا ومسرحيا ليغطي بصعوبة الشعورَ بالكربة، كما أن العنف واتهام الآخر تغطي بصعوبة الشعور الذنب...

- **نوبة الاكتئاب:** يسيطر الشعور بالضيم والخمول والمطالبة العاطفية والشكاوى المراقية على اللوحة السريرية، وبالفعل فالشعور بالذنب وتحقير الذات والمهانة غالبا ما تكون غائبة. وينبغي دائما الخشية من مرور المريض إلى فعل اندفاعي أو انتحاري...

- **هجمة الهذيان الحادة، التفاعل الهذائي الحاد، الادمان على الكحول وعلى المخدرات..**

الاضطرابات القلقية

مقدمة

I. تعاريف

1) القلق (anxiété): يعني حالة مؤلمة من اليقظة والانتباه تتعلق بخشية أو رهبة خالصة شيئا ما، تتمظهر بالشعور والتوجس من خطر ما غير واضح وكذا بانتظاره..

2) الكربة (angoisse): تعني جزعا من غير موضوع مسبب للجزع، وهو خوف شديد من شيء غير محدد تجعل المريض في حالة من اليقظة المفرطة والمؤلمة، وتكون مصحوبة بأعراض عضوية ناتجة عن تنبيه النظام العصبي التلقائي: التعرق، خفقان القلب، سرعة نبض القلب، عسر التنفس، دوخة، إلخ...

3) التفريق بين الخوف والقلق

"قد 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، مختلف تماما عن شعوره بالخوف والقلق عندما يقابل بعض الغرباء الذين لا يستريح لصحبتهم. كذلك من الناحية الفسيولوجية، فالخوف الشديد يصاحبه نقص في ضغط الدم، وضربات القلب وارتخاء في العضلات، ما يؤدي أحيانا إلى حالة إغماء، أما القلق الشديد فيصاحبه زيادة في ضغط الدم، وضربات في القلب، وتوتر في العضلات، مع تحفز وعدم استقرار وكثرة الحركة."[1]

ويمثل الجدول التالي ملخصا لأهم الفروق التي تفرق القلق عن الخوف العادي وهو كالآتي:

	القلق	الخوف
السبب أو الموضوع	مجهول	معروف
التهديد	لا توجد وضعية مخيفة	توجد وضعية مخيفة
التعريف	غامض	محدد
الصراع	موجود	غير موجود
المدة	مزمنة	حادة

[1]- الدكتور أحمد عكاشة في كتابه الطب النفسي المعاصر

II. ملاحظات حول التصنيف

في المدرسة التقليدية للتحليل النفسي توصف الاضطرابات القلقية بالكربة العصابية (angoisse névrotique)، وهذا المصطلح ناتج عن تفسير نظري تحليلي تزعمه "فرويد"، لتفسير كل هذه الأعراض وجمعها في وحدة مرضية عاملها المشترك هو العصاب. بينما تبنت المدرسة الأنجلوسكسونية نظرية مخالفة لهذا التفسير، واعتبرت أن كل نوع من هذه الاضطرابات العصابية له تفسيرات نفسية وسلوكية وبيولوجية وتشريحية مستقلة كل واحدة عن الأخرى. وبالتالي تستعمل هاته المدرسة مصطلح الاضطراب (trouble)، دلالة على الصبغة اللانظرية للمرض. نتيجة ذلك نجد هذه التحولات التالية:

التسمية القديمة	التسمية الجديدة
عصاب الكربة	اضطراب الهلع
	اضطراب القلق المعمم
عصاب الصدمة	اضطراب حالة الكرب ما بعد الصدمة
العصاب الوسواسي	اضطراب الوسواس القهري
العصاب الهستيري	الاضطراب الانفصامي والاضطراب جسدي الشكل والشخصية التمثيلية

نشير إلى أن كل هذه الوحدات المرضية ظلت منتمية إلى مجال الاضطرابات القلقية رغم تغيير التسمية، أما فيما يخص العصاب الهستيري، فقد تم تغيير تسميته وإخراجه من دائرة الاضطرابات القلية وتصنيفه في دائرة مستقلة تسمى الاضطرابات الانفصامية والاضطرابات جسدية الشكل مع الشخصية التمثلية.

III. تصنيف الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية الإصدار الرابع

- ❖ الاضطراب الهلعي مع رهاب الميادين.
- ❖ الاضطراب الهلعي بدون رهاب الميادين.
- ❖ الرهاب النوعي.
- ❖ الرهاب الاجتماعي.

- ❖ اضطراب الوسواس القهري.
- ❖ حالة الكرب ما بعد الصدمة.
- ❖ حالة الكرب الحاد.
- ❖ اضطراب القلق المعمم.
- ❖ الاضطرابات القلقية الناجمة عن إصابة طبية عامة.
- ❖ الاضطرابات القلقية الناتجة عن تناول مادة معينة.

الاضطراب الهلعي

I. تعريف

يعرف الاضطراب الهلعي بتكرار هجمات الهلع، أو ما يسمى بالنوبات الهلعية الحادة، أربع مرات على الأقل في الشهر، ويكون ذلك بشكل تلقائي لا يمكن توقعه (غياب عوامل مساعدة وغياب البوادر) مع استمرار الخشية من حدوث نوبة أخرى في الفترة التي تفصل النوبة السابقة عن لاحقتها.

II. دراسة إحصائية

يصل انتشار هذا الاضطراب إلى ما بين 1.5 و5 في المائة، بينما يعرف التوزيع حسب الجنس سيطرة أنثوية إذ يصيب ثلاث نساء مقابل رجل واحد، ويعتبر سن 25 سنة السن المتوسط لبداية الظهور، ويعرف المرض أوْجَهُ أساسا في مرحلتين عمريتين هما بين 25 و35 سنة والأخرى بين 45 و55 سنة.

وتجدر الإشارة إلى أن هذا الاضطراب يتأثر بوضعية الزواج حيث يكثر خصوصا عند المطلقين...

III. دراسة سريرية

1) أعراض هجمة الهلع (النوبة الهلعية الحادة)

تبدأ النوبة الهلعية بشكل مفاجئ، ونادرا ما نلاحظ وجود بوادر كالخوف الذي يتزايد بشكل تدريجي من قدوم أزمة ما، أو كتضاعف الأعراض البينية التي تميز الفترات التي تمتد بين نوبة وأخرى، ويبلغ الهلع أقصاه منذ البداية.

أ- التمظهرات النفسية والنفسية الحواسية

تعتبر هذه الأعراض غير موضوعية، وتتمثل في الخوف من شيء تخيلي وغير واقعي، وإطلاقنا لفظ الهلع على هذه الحالة مبرر جدا، لأن المريض يشعر بخوف كبير جدا يصعب تحمله، حيث يخشى المريض أن يصبح مجنونا أو يخاف من موت محقق، وكذا يخشى ألا يتم إنقاذه من الخطر الذي يحذق به.

يمكن أن تضاعف الأعراض العضوية المصاحبة هذا الشعورَ الذاتي بالخوف، فمثلا الخوف من الموت يضخم منه ارتفاع نبض القلب، والذي يضخم بدوره الخوف من الإصابة بمرض قلبي عضال، وهو ما يزيد من الكربة.

ونشير إلى أن التمظهرات النفسية الحواسية تزيد من الكربة، وقد تصبح شديدة إلى درجة حدوث أعراض فقد الشخصية والغربة عن الواقع، كما يتم أحيانا تغير الإدراك على مستوى الحواس، كتغير شدة الإضاءة والسمع وتقدير المسافات. وهي أعراض عندما تظهر في المقام الأول ينبغي أن نستبعد الصرع الجزئي الصدغي.

ب- التمظهرات السلوكية

تعتبر النتائج السلوكية لهجمة الهلع بسيطة خصوصا عندما يخفيها المريض، وهكذا يمكن أن تكون عبارة عن تثبيط وتعليق لكل الأنشطة، قد يصل إلى درجة الذهول، كما يمكن أن يفر المريض، وهو ما يسمى بالفرار الاستباقي. إلا أنه يمكن أحيانا أن ينهج المريض سلوكا معاكسا لما سبق وصفه حيث يطغى آنذاك الهياج والصراخ على المشهد ويعجز عن البقاء في مكان واحد ويخط الأرض جيئة وذهابا، كما يقوم بحركات غير متحكم فيها، ويمكن أن تتطور هذه السلوكات إلى اندفاعية أو هبة انتحارية في أوج النوبة.

ت- التمظهرات العضوية

وهي الأعراض التي تسيطر في غالب الأحيان على اللوحة السريرية، ويقتضي حضورها استبعاد سبب عضوي يلزمه علاج مستعجل، وتعتبر الأعراض التنفسية أكثرها شيوعا، كما أن تأثيرها يؤدي إلى صعوبات في النطق الذي يصبح متقطعا، كما يظهر المريض ملتويا ومرتجفا، وأيضا هائجا أو ذاهلا..

- **الأعراض القلبية الوعائية:** تسرع نبض القلب، خفقان، ضيق الصدر، ألم على مستوى الصدر، اضطراب حركة الأوعية (الانقباض والارتخاء) على مستوى الوجه والأطراف...
- **الأعراض التنفسية:** شعور بالاختناق وبغياب الهواء، تسرع التنفس...
- **الأعراض العصبية:** صداع، دوخة، انذهال، غشية، فرط الانعكاس العظمي الوتري...
- **الأعراض العضلية:** رعاش، رجات عضلية...
- **أعراض النظام العصبي التلقائي:** تعرق، قيء، شعور متقطع بالجوع أو العطش، تشنج البلعوم، اختفاء النوم..
- **الأعراض الهضمية والبولية:** آلام في البطن، غثيان، فواق، إسهال، كثرة التبول...

2) بين الهجمات الهلعية المتعاقبة

يخاف المريض في الفترة التي تفصل بين النوبات المتعاقبة من أن يصاب بنوبة ثانية، فهو إذاً مصاب بقلق مزمن من الوقوع في نفس الوضعية، فهو انتظار قلقي أو ما يمكن أن نسميه خوفا من الخوف، لذلك نجد المريض يطور استراتيجيات لمواجهة النوبة في حال ما ظهرت من جديد، فنجده يتجنب الأماكن المكتظة أو لا يخرج إلا ومعه رفقة، كما يمكن أن يحمل معه دائما مضادا للقلق.. ونلخص أعراض القلق البيني كما يلي:

- انتظار قلقي للنوبة القادمة (قلق استباقي)..
- اجترار الأفكار التشاؤمية، تضخيم الأمور وترقب كل مصائب الدنيا في النفس والأقارب..
- فرط الحس الحواسي (عدم تحمل الضجيج..)..
- توتر عضلي وفرط اليقظة..
- اضطرابات عصبية تلقائية (اجتفاف الفم، ارتفاع النبض، غثيان..)
- اضطرابات النوم، اضطرابات جنسية..

3) رهاب الميادين

يعتبر عرضا غير ثابت في الاضطراب الهلعي، ومعنى ذلك أنه يمكن أن يكون حاضرا كما يمكن أن يكون غائبا، وهو قلق من النوع الرهابي، ويرتبط بالخوف من التواجد في أماكن أو في وضعيات يصعب التسلل منها أو يصعب أن تمد له فيها يد المساعدة، كالمحلات الكبرى ووسط جماهير المقابلات الرياضية، وكذا أثناء صلاة الجمعة وقاعات السينما وأزقة المدينة القديمة حيث الزحام.. إلخ.

IV. <u>التشخيص التفريقي</u>

1) الاضطرابات القلقية الناجمة عن إصابة طبية عامة

يطرح هذا التشخيص خصوصا عندما تكون الأعراض العضوية في المقام الأول، لذلك ينبغي استبعاد الأسباب العضوية أولا لما يمكن أن تخفي وراءها من خطورة، يمكن أن تؤدي بصحة المريض في حال تم تجاهلها، وفيما يلي أهم الأمراض التي يمكن أن تختلط أعراضها بنوبة الهلع:

- ❖ الذبحة الصدرية
- ❖ اضطراب إيقاع النبض القلبي.
- ❖ انصمام رئوي.

- ❖ نقص السكر في الدم.
- ❖ فرط الدرقية، فرط الدُّرَيْقات.
- ❖ ورقم القواتم.
- ❖ فقر الدم
- ❖ حالة استعجال جراحية بطنية أو وعائية أو عصبية.

2) الاضطرابات القلقية الناتجة عن تناول مادة معينة

ويحدث ذلك إما عن طريق التسمم الناتج عن تناول مفرط للمهلوسات أو الحشيش أو الكافيين، وإما عن طريق الانفطام عن تناول بعض المواد كالكحول والأفيون وبعض الأدوية من فئة "بينزوديازيبين"...

3) الاضطرابات القلقية المندرجة ضمن إصابة نفسية

يمكن أن تختلط الأعراض النفسية والسلوكية لهجمة الهلع، خصوصا عندما تكون أعراض الكربة في المقام الأول، مع أعراض بعض الاضطرابات النفسية الأخرى مثل:

أ- اضطراب الوسواس القهري: حيث يحصل القلق بسبب الأفكار السخيفة التي لا يستطيع المريض التخلص منها، إلا أن المريض يدخل في طقوس، حيث يكرر نفس السلوك استجابة لوساوسه، من أجل تحييد القلق...

ب- الاضطرابات الرهابية: يختفي فيها الخوف بمجرد اختفاء الشيء أو الوضعية المولدة للخوف...

ت- اضطراب الكرب ما بعد الصدمة: تتميز بوجود صدمة أدت مباشرة أو بعد وقت معين إلى ظهور القلق، وتتميز بمتلازمة التكرار والتي يبعث المريض بموجبها الأحداث الصادمة التي عاشها، كما يتبنى سلوكا اجتنابيا لكل المهيجات التي تذكره بالحدث الصادم...

ث- الاكتئاب القلقي: يرجح تشخيص هذا الاضطراب على تشخيص الهجمة الهلعية حدوثه عند أشخاص أكبر سنا (أكبر من 35 سنة)، بالإضافة إلى وجود موضوعات اكتئابية مع تغير الأعراض خلال اليوم حيث تتفاقم في الصباح وتتحسن في المساء...

ج- هجمة الهذيان الحادة: من السهل نسبيا أن ينسب القلق إلى الهذيان أو الهلاوس التي تكون غائبة في اضطراب الهلع...

ح- الفصام في مرحلة الاحتداد: وترجحه شدة الكربة جراء فقد الشخصية وفقد الواقعية مع وجود متلازمة انفصامية، ووجود الهذيان والجامودية، بالإضافة إلى شكل تطور المرض...

V. التطور

في حالة غياب العلاج المناسب، يتطور الاضطراب الهلعي ليدخل في المرحلة المزمنة، فنجد المرض يتبنى موقفا اجتنابيا، ويصبح عاجزا عن العمل، كما ينعزل عن المجتمع ويتغير سلوكه الاجتماعي والعلائقي.. وهكذا يمكن أن تظهر المضاعفات التالية:

- الاكتئاب، وهو المضاعفة الأكثر شيوعا.
- خطر الانتحار، لذلك ينبغي أخذ الأمر بالجدية اللازمة وترصد هذا الخطر.
- الإفراط في تناول مضادات القلق والكحول والإدمان عليهما.
- الانتقال إلى أعراض عصابية واضحة كالوسواس والرهاب والمراق (توهم المرض)..
- ظهور أمراض نفسية عضوية كقرحة المعدة وارتفاع الضغط الدموي...
- فقدان الاندماج المهني...

أما في حالة الاستفادة من علاج مناسب فإن عدد وشدة الهجمات يقل، كما يدخل حوالي 40 في المائة في مرحلة الهدأة (التخلص من الأعراض).

VI. العلاج

1) استبعاد أي سبب عضوي

نقوم أولا باستبعاد أي سبب عضوي محتمل للأعراض العضوية، وذلك عن طريق القيام بفحص سريري دقيق، مع القيام بالحد الأدنى من التحاليل التي تمكننا من التأكد من غياب مرض عضوي: تعداد العناصر الدموية، قياس تركيز السكر والأيونات في الدم، مخطط كهربية القلب...

كما يمكن أحيانا أن نقوم بفحوصات تكميلية أخرى حسب ما توصلنا إليه في المرحلة الأولى، من قبيل صورة صدرية إشعاعية، قياس الأنزيمات القلبية، مفراس، البحث عن مواد سامة في الدم والبول وفي الثمالة المعدية، وكذلك قياس الهرمونات الدرقية والدريقية..

2) العلاج المستعجل

ينبغي دائما أمام النوبة الهلعية الحادة ، بعد استبعاد السبب العضوي، طمأنة المريض بخصوص خطر المرض أو الموت، وكذا وإبعاده عن محيطه أثناء فحصه، كما ينبغي الحفاظ على الهدوء والتفهم والتعاطف تجاه المصاب، مما يساعده على التعبير على معاناته.

وحديثا عن العلاج الدوائي، فيستحسن استعماله عن طريق الفم، لأنه أفضل من الحقن وأسرع، إلا أنه يمكن استعمال الحقن نظرا لأثره النفسي على المريض مثل "فاليوم" 10 ملغ: حقنة واحدة على الفور، ثم نكمل العلاج عن طريق الفم بواسطة أقراص "الفاليوم" لمدة 15 إلى 30 يوما (10 إلى 20 ملغ يوميا)..

3) علاج الاضطراب على المدى الطويل

أ- العلاج الدوائي

نستعمل مضادات الاكتئاب لعلاج هذا الاضطراب لمدة تتراوح بين ستة أشهر وسنة.

- مضادات الاكتئاب المولدة للسيروتونين (كابحات انتقائية لاسترداد السيروتونين) من قبيل "ديروكسات" قرص 20 ملغ قرص أو قرصان في اليوم..
- مضادات الاكتئاب الثلاثية الحلقات مثل "أنافرانيل" 75 إلى 150 ملغ في اليوم.

كما يمكن استعمال مضادات القلق في الأسابيع الأربعة الأولى مثل "كزاناكس" بمعدل 0.5 ملغ ثلاث مرات في اليوم مع توقيف تدريجي..

ب- العلاج النفسي

تعتبر تقنيات العلاج النفسي المعرفي والسلوكي الأكثر استعمالا:

- الارتخاء التنفسي وإدارة الضغط..
- التحليل الوظيفي للهجمة الهلعية..
- تدريب المريض على نهج المراقبة الذاتية..
- تزويد المريض بمعلومات حول مرضه..
- تقنيات التعريض الوهمي ثم الحقيقي، حيث يتم تعريض المريض لوضعيات مشابهة وهميا في مرحلة أولى ثم حقيقة في وقت لاحق، وذلك لتدريبه على مواجهة تلك الوضعيات..

اضطراب الوسواس القهري

I. تعريف وتقديم

نستطيع تعريف اضطراب الوسواس القهري بتزامن وسواس وأفعال قهرية (تسلطية) شاقين يترددان على المريض دائما أو بين الفينة والأخرى أو بوجود أحدهما.

ونعرف الوسواس على أنه أفكار أو أحاسيس تخترق ذهن المريض. كما نعرف الأفعال القهرية على أنها مجموعة من التصرفات التي تغدو بعد تكرارها بشكل نمطي طقوسا يلجأ إليها المريض بشكل قسري لا خيار له فيه، من أجل التخفيف من حدة القلق الذي يسببه الوسواس". فالأفعال القهرية في مجال التصرفات هي مقابل إذاً للوسواس في مجال الأفكار"...

وينتج عن هذا الاضطراب تأثير على حياة المعني سواء من الناحية الاجتماعية أو من الناحية العائلية والمهنية حيث يؤثر هذا سلبا على نظم العلاقة التي تربط المريض بالأبعاد الثلاثة سالفة الذكر، حيث إن المريض المصاب بالشكل الاندفاعي للوسواس يتبنى سلوكا اجتنابيا، يبعده عن المجتمع مخافة أن يستجيب لاندفاعه ويرتكب جريمة تمليها عليه وساوسه، كما أن المريض الذي اخترقته وساوس النظافة يصبح معطل الإنتاج بسبب الوقت الذي يضيعه أمام صنبور الماء، إذ يغسل في كل مرة أطرافه،... إلخ

أما التعريف التقليدي لهذا العصاب الوسواسي فهو " تنظيم عصابي للشخصية التي تكون عادة وسواسية أو نفهية" يكون المريض هنا واعيا تمام الوعي بمرضه وينتقده ويعتبره سخيفا ومخالفا للمنطق، ولكنه في ذات الوقت لا يستطيع تجاوزه لأنه فوق طاقته، فهو قهر تام يتجاوز عتبة مقاومة الإنسان المصاب. ونشير إلى أن اضطراب الوسواس القهري عادة ما يكون مصحوبا باضطرابات نفسية أخرى، سنتعرض لها أيضا في هذا الدرس.

وقد بينت العديد من الدراسات (و م أ، كندا، إنجلترا، فرنسا) أن أكثر من 80 في المائة من الناس العاديين لديهم أفكار متطفلة، محتواها لا يختلف عنه عند مرضى الوسواس القهري، ولكنهم لا يتحولون في الأغلب إلى مرضى بالوسواس القهري.

II. دراسة إحصائية

يصيب هذا الاضطراب بين 2 و4 في المائة من مجموع الساكنة، وهو عاشر سبب للإعاقة في العالم، كما يصيب الذكور والإناث بنفس النسبة إذ تساوي نسبة التوزيع الجنسي "1". أما بالنسبة للسن عند الظهور ففي 60 في المائة من الحالات يظهر المرض قبل 25 سنة، بينما يظهر في 30 في المائة من الحالات قبل سن 14 سنة. كما يظهر بعد حادث مُكْرب (يسبب كربا نفسيا) في 50 إلى 70 في المائة. وتمتد المهلة طويلا بين بداية ظهور الأعراض ومثول المريض لطلب العلاج، حيث يبلغ متوسط تأخر طلب العلاج 12 عاما. وتجدر الإشارة إلى أن اضطراب الوسواس القهري اضطراب مرتبط بعوامل اجتماعية وثقافية...

III. دراسة سريرية

1) الوساوس

أ- تعريف الوسواس

يعتبر الوسواس من أعقد العصابات من ناحية آلية التشكل وأشكال التمظهر، ومن ثم تتمظهر الوساوس وفق تشكيلات مختلفة، فأغلبنا سبق وأن تعرض لوساوس بسيطة من قبيل إلحاح موعد ما على ذهنه، أو تردد مقطع موسيقي على ذهنه طوال ساعات، إلا أن هذا الشكل لا يبلغ أن يكون مرضيا، ذلك أن الوساوس المرضية أشد إلحاحا وأكثر بعدا عن المنطق والعقل، وأشد اختلاطا بالحياة وإعاقة لها. وتتخذ شكل أفكار أو أحاسيس أو صور تتردد بشكل متكرر ولاإرادي على ذهن المصاب الذي يعتبرها سخيفة ومتطفلة ومجافية للصواب، لذلك يبذل مجهودات دائمة لأجل التخلص منها، مما يسبب له قلقا ومحنة نفسية حقيقية. وتجدر الإشارة إلى أن ما يميز هذه الأفكار الوسواسية كونها تأتي من النشاط العقلي للمريض وهو يقر ذلك ويعترف به، مما يجعلها تختلف عن الأفكار الأخرى التي نلحظها في أمراض نفسية أخرى كالفصام مثلا حيث ينفي المريض أي صلة له بهذه الأفكار ويعتبر مصدرها خارجيا...

ب- مواضيع الوسواس

تعكس المواضيع الوسواسية أشكال ردة الفعل التي يطورها المريض حيال عدوانيته اللاشعورية. ويمكن لنفس المريض أن يتخذ وسواسه عدة مواضيع في نفس الوقت. وتتعدد هذه المواضيع وتختلف من مريض لآخر ونذكر منها: المواضيع الأخلاقية وما يصاحبها من شك حول أخلاقية أي تصرف وهو ما يسمى بجنون الشك، والمواضيع الدينية وما يتعلق به من الأمور المقدسة والميتافيزيقية، ومواضيع الترتيب وما يصاحبها من توخي الدقة والنظام، وكذا مواضيع النظافة والخوف من العدوى والاتساخ (هذيان اللمس)، ومواضيع الجنس كالمثلية الجنسية وزنا المحارم، ومواضيع العدوانية حيث يخشى المريض أن تدفعه وساوسه إلى ارتكاب أفعال عدوانية تجاه نفسه أو تجاه الآخرين...

ت- تجميع الوساوس

- **الوساوس الفكرية:** يتعلق الأمر باختراق الفكر بإحساس أو فكرة أو ميول يظهر للمريض على أنه ظاهرة مرضية في مجافاة تامة مع منطقه الواعي، والتي تستمر رغم محاولات التخلص التي يبذلها المريض، وهكذا يظل المريض يجتر نفس الفكرة أو نفس الصورة دون القدرة على إبعادها، فمثلا يلمس المريض مرآة سيارة مركونة وهو يتجول في الشارع، فيقوم بإعادتها إلى مكانها، إلا أنه يظل دائما يجتر فكرة حادثة السير التي ستقع بسبب خطأه، فهو رغم أنه أعاد المرآة إلى وضعها يعتقد أنه لم يرجعها إلى مكانها بالضبط...

- **الوساوس الرهابية: أو** خشية وسواسية (من السرطان، من المكروبات..)، يشعر المريض إبان هذه الوساوس باختراق ذهنه بشكل مستمر بواسطة خشية من شيء أو وضعية ما، وتجدر الإشارة هنا إلى أن مصدر القلق ليس مواجهة سبب الخشية والخوف، وإنما والاجترارات الوسواسية ذاتها، والتي تؤدي في النهاية إلى ظهور تصرفات قهرية بغية التخفيف من حدة القلق، مما يساعدنا على التفريق بين الوسواس الرهابي والرهاب في حد ذاته الذي يكون فيه القلق ناتجا عن الخوف من مواجهة السبب...

- **الوساوس الاندفاعية:** يتلخص هذا النوع في خشية وسواسية من الوقوع في ارتكاب شيء مشين أو خطير خارج عن إرادة المريض، كالخوف مثلا من القيام بفعل مضحك أو مجاف للأخلاق أو حتى الاعتداء على أحد ما، يتعلق الأمر إذاً بوسواس وليس برهاب، وتفسير ذلك أن الوساوس تستمر في غياب الشيء أو الوضعية التي يخشاها المريض، بينما في الرهاب الاندفاعي يحصل الخوف قط أثناء مواجهة الشيء الباعث على الرهاب ويختفي باختفائه...

2) الأفعال القهرية والطقوس

تتوفر الأفعال القهرية والطقوس على نفس خصائص الوسواس، غير أنها تعنى بمجال التصرفات التي يجد المريض نفسه مجبرا على القيام بها، بينما يعني الوسواس بمجال الأفكار. وهكذا يمكن أن يكون طابع هذه السلوكيات مضحكا وسخيفا أو لا أخلاقيا، ومع ذلك يرتكبها المريض رغما عنه. إلا أن هذه التصرفات تختلف عن الوساوس الاندفاعية لأنها لا تحمل خطرا عدوانيا على الذات أو على الآخرين...

تأخذ الأفعال القهرية نفس مواضيع الوساوس الفكرية أو الرهابية، فالمريض مثلا لا يود لمس بعض الأشياء أو بعض الأشخاص، أو تجده يرى من الضروري ترتيب أشيائه وفق نسق معين...إلخ. فالقهر إذاً هو إتيان بعض السلوكيات بشكل متكرر استجابة للوساوس، ونشير إلى أن القلق الناجم عن هذه التصرفات ضئيل بالمقارنة مع القلق الناجم عن الأفكار الوسواسية في حد ذاتها، بل إن القيام بهذه السلوكيات القهرية يخفف من القلق الوسواسي، بينما يشتد هذا القلق حين يمنع المريض من القيام بها...

وتتحول هذه التصرفات الجزئية إلى طقوس عندما تتكرر بشكل يومي يعيق الحياة العادية، لأنها تأخذ وقتا مبالغا فيه (أكثر من ساعة في اليوم). ويمكن أن تكون عبارة عن طقوس داخلية، كالقيام ببعض الحسابات الذهنية أو استظهار سلسلة من الكلمات أو تخيل مجموعة من الصور... كما يمكن أن تكون خارجية، مثل اللباس والتنظيف والترتيب بشكل متكرر... وجدير بالذكر أن هذه الطقوس يمكن أن تأخذ شكل التحقق من القيام بشيء ما، كالتحقق المتكرر من إحكام إغلاق الباب أو قنينة الغاز أو التحقق من عدم الخطأ في عملية حسابية ما...

3) القلق

يعتبر القلق إحساسا شاقا ومضنيا يصاحب الوساوس والأفعال القهرية، يتميز يكونه قلقا مزمنا يرتبط بموضوع الوسواس، كما يخف لحظيا بالقيام بالطقس الذي تمليه الوساوس.. فالمريض مثلا يبقى تحت وطأة القلق من جراء فكرته الوسواسية التي تقول أنه لم يحكم إغلاق الباب أو أنه لم يرتب أشيائه بشكل جيد، وتأتي التصرفات القهرية لتخفف من هذا القلق، وذلك عن طريق التحقق مرارا من إغلاق الباب وإعادة ترتيب تلك الأشياء. ونشير إلى القلق يتفاقم عندما يعجز المريض عن القيام بطقوسه..

4) الشخصية الوسواسية

تعتبر الشخصية الوسواسية غير ثابتة في اضطراب الوسواس القهري، أي أننا لا نجدها دائما عند مرضى هذا الاضطراب، وهي نمط عام يتميز بالانشغال بالترتيب والمثالية والرقابة الأخلاقية، على حساب المرونة والانفتاح والفعالية، ونتحدث عن الشخصية الوسواسية عند حضور أربعة من المعايير التالية:

- **المثالية** التي تقف حاجزا أمام إتمام الأعمال والمهمات كألا يتمكن من إتمام مشروع ما لأن متطلباته الشخصية الدقيقة لم تتحقق جميعها..
- **التعصب والعناد،** بحيث يصعب إقناع صاحب هذه الشخصية برأي مخالف..
- **البخل،** بحيث يتم التعامل مع المال بحرص شديد تحسبا لكوارث المستقبل..
- **الاهتمام المفرط بالتفاصيل،** والقواعد والإحصائيات والتنظيم والمخططات إلى درجة أن يضيع وسط هذه التفاصيل الهدف الأصلي من العمل المراد القيام به..
- **الولاء المفرط للعمل والإنتاج** وإقصاء كل ما هو ترفيهي دون أي مبرر اقتصادي لهذا الموقف..
- **التردد** في ندب الآخرين للقيام بمهمة ما أو العمل معهم إلا إذا خضعوا لمنطق عمله..
- **عدم القدرة على التخلص من الأشياء المستعملة** وغير النافعة دون أن يربطها بها أي إحساس أو شعور..
- **الجدية المفرطة** والتعصب لكل ما يتعلق بسؤال الأخلاق والقيم دون أن يكون ذلك مبررا بانتماء ديني أو ثقافي معين..

IV. الأشكال السريرية

1) حسب العمر

عند الطفل، يصعب معرفة الطابع المرضي للاضطراب حيث إن الطفل لا يستطيع التعبير عن أفكاره الوسواسية بشكل يسهل التعرف عليها. ويتمظهر القلق الناجم عن الوساوس على شكل غضب وعدوانية، كما أنه يصعب تفريقه عن مرض "جيل دو لا توريت"...

2) حسب الشدة

- **أشكال خفيفة،** تكون فيها الأعراض خفيفة ولا تعيق حياة المريض بشكل كبير...
- **أشكال خطيرة،** حيث تؤدي الأعراض إلى إعاقة كبيرة لحياة المريض...

3) حسب الأعراض

- **أشكال وسواسية خالصة،** حيث يكتفي المريض بأفكاره الوسواسية، دون وجود أفعال قهرية وطقوس، مثال ذلك الوساوس المتعلقة بوجود الله...
- **أشكال يطغى عليها القهر،** مثال ذلك وجود أفكار وسواسية جد محدودة حول النظافة، مع وجود أفعال قهرية وطقوس للغسل والاستحمام...

V. الأمراض النفسية المصاحبة

يمكن لاضطراب الوسواس القهري أن يكون مصحوبا بأمراض نفسية أخرى نذكر منها:

- **الاكتئاب،** ويمكن أن يظهر قبل الاضطراب كما يمكن أن يكون ظهوره معه أو بعده...
- **الاضطرابات القلقية الأخرى،** مثل الاضطراب الهلعي والاضطراب القلقي المعمم...
- **الفصام،** خوصا عند وجود الهلوسات الذوقية مع التركيز على طقوس العد...
- **مرض "جيل دو لا توريت"،** خصوصا عند الأطفال، ويصعب التفريق بينه وبين اضطراب الوسواس القهري...
- **اضطرابات الشخصية...**

VI. التشخيص التفريقي

1) **المتلازمة الهذيانية:** يعرف الهذيان بكونه اضطرابا لمحتوى الأفكار يتميز بأفكار هذيانية، والتي تعرف بدورها بكونها أفكارا مخالفة بشكل واضح لما هو متعارف عليه من قناعات ومسلمات في سياق ثقافي معين، كما أن المريض يظهر ارتباطا وثيقا بهذه الأفكار بشكل لا يقبل أي نقد...

2) **متلازمة التلقائية العقلية** (أو الطاعة الآلية): مجموعة من الأعراض تلاحظ في بداية الذهانات الهلوسية، والتي يشعر خلالها المريض بكون أفكاره تردد من قبل غيره (اكتشاف أفكاره أو سرقتها) وكون أفعاله تملى عليه من قبل غيره، فهو ليس حرا إذاً فيما يفعل وإنما يجبر عليه...(لمزيد من التفصيل انظر درس المتلازمة الهلوسية).

3) **اجترارات اكتئابية أو قلقية:** حالة نفسية تتميز باجترار أفكار سلبية، تقابل غياب الاطمئنان إلا أن الثانية ترتبط بالمستقبل، بينما الأولى لها علاقة مباشرة بالماضي خصوصا الماضي السلبي من الناحية العاطفية، وهي حالة تصاحب الاكتئاب كما تصاحب القلق وآفات نفسية أخرى...

4) **الاضطراب الهلعي**: نوع من الاضطرابات القلقية يتميز بتردد أزمة هلعية بشكل غير منتظر، مرتبط بخشية مستمرة من وقوعها مرة أخرى، وبالانشغال بنتائجها وبتغير سلوك دال في علاقته بها، وتجدر الإشارة إلى وجود نوعين من هذا الاضطراب القلقي: اضطراب هلعي مصحوب برهاب الميادين واضطراب هلعي بدون رهاب ميادين...

5) **حالة الكرب ما بعد الصدمة:** اضطراب قلقي يتميز أساسا بأعراض نوعية (خوف شديد، فقدان الأمل...) بعد التعرض لحادث ضاغط أو لحادث صادم بشكل كبير، يتضمن الموت أو التهديد بالموت، أو جراحا خطيرة أو تهديد السلامة الجسدية للشخص المعني أو لآخر...

6) **المُراق (توهم المرض):** اضطراب يتميز باشتكاءات جسدية دون أي خلل عضوي أو وظيفي واضح، وترتبط الأعراض المراقية بمرض عضوي تم شفاؤه أو بخلل بسيط جدا لا يفسر قدر التركيز المولى له، يمكن اعتبار المراق إذاً تخصيصا للجسد بقدر بالغ من الاهتمام...

7) **مرض "جيل دو لا توريت":** يلاحظ هذا المرض عند الفئة العمرية (من 7 إلى 10 سنوات) وتتميز أشكاله الصعبة بسلوكات غريبة، غير مناسبة أو باعثة على القلق، أو حتى بوابل من الاعتداءات تستحيل السيطرة عليها، بيد أن أغلب الحالات تتميز بلوازم أقل إذهالا. كما يمكن للأشخاص المصابين بهذا الداء إظهار أعراض أو سلوكات مصحوبة بنقص في التركيز، مع إفراط في النشاط، واضطراب الوسواس القهري علما أنه لا يظهر هذا عند كل المصابين...

8) **الرهابات النوعية:** من الممكن القبول ألا فرقَ كبيرا بين الخوف العادي والرهاب إلا ما كان من شدته في حال الرهاب ومن كونه يحدث من شيء ليس باعثا على الخوف في الحالات العادية، وهكذا تتميز الرهابات النوعية بخوف شديد وممتد في الزمن عند مواجهة شيء أو وضعية ما محددة بدقة، تجدر الإشارة إلى أن الخوف في هذا النوع من الاضطراب قد يصل حد الأزمة الهلعية أحيانا، كما يمكن أن يترجم بخوف استباقي عندما يشك المعني أو يتصور بشكل مسبق حدوث وضعية باعثة على الخوف...

9) **شكل شبه عصابي للفصام:** يتميز هذا الشكل الفصامي بوجود أعراض من نوع الاضطراب القلقي كالاضطراب الهلعي أو الرهابي، أو من النوع الهستيري أو الوسواسي. وهذا يؤدي إلى خلط في التشخيص، وعدم وصف الدواء المناسب، هذه الأعراض "الشبه عصابية" للفصام لا يجب أن تؤدي بنا إلى المرور جانب الأعراض الفصامية المختبئة خلفها كضبابية التفكير والأقوال كدرجة أولى للتشتت ، والمعتقدات المخالفة للعقل والمنطق كمرحلة أولى في النسق الهذياني، واللامبالاة العاطفية والشعورية كمدخل أولي للانغلاق الانطوائي...

10) **اضطراب التحكم في الاندفاعات:** اضطراب يشوبه الكثير من التعقيد، وقد تكون كثير من الأحكام حول كون الشخص المصاب بالأفعال القهرية قادرا على تجاوزها متى ما توفرت له الإرادة واتخذ قرارا يقضي بإنهائها والخروج عن طوقها، ولعل أهم نوع من هذه الاضطرابات هو ما يعرف **بالمقامرة المرضية**، في الواقع ليس للمريض أي مراقبة على أفعاله القهرية، بل العكس هو الصحيح حيث يخضع لهذه القهور، وهكذا بعد أن يستجيب لها بواسطة اندفاع ما، يدخل في حالة من الإحباط واستشعار العجز والغضب وكذا الخجل واتهام للنفس، وكما يبدو من الخارج للناس أنها سلوكات يكفي قرار واحد لطردها نهائيا، فإنه يبدو ذلك أيضا لأغلب المصابين، فيشرع في محاولات للتخلص منها، إلا أن الشعور بالجبن والعجز يكون أفدح. وفيما يلي بعض الأمراض التي تندرج تحت مسمى اضطراب التحكم في الاندفاعات:

- **المقامرة المرضية أو اللعب المرضي**
- **الاضطراب الانفجاري المتقطع**
- **هوس السرقة**
- **هوس الإحراق**
- **هوس نتف الشعر**

VII. <u>الأسباب</u>

1) عوامل نفسية

أ- التحليل النفسي

- **التقهقر نحو المرحلة الشرجية**

يرى "فرويد" مؤسس مذهب التحليل النفسي أن التدريب على النظافة في المرحلة الشرجية يشكل الوضعية الأولى التي تجبر الطفل على التخلي على ما هو طبيعي لصالح ما هو مقبول اجتماعيا، ومن ثم عندما يقوم شخص راشد بحمل طفل على النظافة بشكل مبكر وبطرق قاسية، فإن حالة من الصراع تنشأ بين الطرفين يكون الطرف الخاسر فيها هو الطفل، فالتجربة التي يعيشها الطفل، إذ يستشعر المراقبة الدقيقة والتقييم المستمر وضرورة احترام أوقات معينة للتبرز، تؤدي به إلى استشعار مدى سوء هذه العملية، وان المواد التي يتم إخراجها سيئة وسادية وتبعث على الخجل، ومن ثم ينشأ عند الطفل الحاجة إلى النظام والمراقبة الدقيقة والنظافة والمعقولية، وهكذا تؤدي الخصائص المعاكسة إلى الإحساس بالخجل والقلق التي تصبح ضرورية للمحافظة على تقييم إيجابي للذات المتميزة بأنا أعلى متعصب وقاس وسادي...

- **أنا أعلى متصلب وسادي**

يتعلق الأمر بأنا أعلى قاس يؤمن بمبدأ "كل شيء أو لا شيء" يؤدي بالشخص إلى إظهار حساسية معينة، وهكذا يبحث عن التخفيف من حدته إما عن طريق الوفاء لإملاءاته، أو الانتفاضة ضده بطرائق سحرية، يتعلق الأمر بقدرة الفكر الخارقة.. وهكذا ينفق الأنا كثيرا من الطاقة من أجل الاحتماء من قسوة الأنا الأعلى خوفا من الوقوع في الإحساس بالخوف أو الإهانة أو الاكتئاب...

- **آليات الدفاع**

يستعمل الشخص المصاب بالوسواس القهري مجموعة من الآليات الدفاعية لتجاوز اندفاعاته الوسواسية:

- **العزل:** تقتضي هذه الآلية من آليات الدفاع الفصل بين التأثر المرتبط بالعاطفة والتمثل، أو الفعل المرتبط بالوسواس، عن طريق تفسير عقلي ومنطقي لكل ميولاته الوسواسية، هذه الصيرورة تجعل الشخص يراقب انفعالاته بشكل يجعل ذهنه لا يحتل من طرف أفكاره الوسواسية. وهي طريقة يعمد إليها الإنسان العادي أحيانا دون أن تكتسي طابعا مرضيا، فالجراح مثلا عليه أن يتخلص من عواطفه وإلا فلن يقدم على جراحته التي تشكل في حد ذاتها علاجا للمريض...

- **الإبطال أو الإلغاء:** تهدف هذه الآلية إلى جعل المريض يؤمن ألا شيء حدث، فأي فكرة أو تصرف يعتبر وكأنه لم يحدث عن طريق طقس يأتي ليمحوه أو ليوازنه، إنها صيرورة سحرية لا ترتبط

فقط بالحدث في حد نفسه، وإنما بنتائجه أيضا التي لا تحصل، فالكثير من القهور هي في الحقيقة إلغاءات، مرة يكون التصرف هو الملغى بواسطة طقس معاكس، ومرة نفس التصرف يحدث ولكن بإيحاءات معاكسة، يمكن اعتبار الإبطال الرجعي إذاً خلفا طبيعيا للمراقبة المشددة...

- **التشكيل التفاعلي:** يرى "فرويد" أن الوعي، والتطلب، والتوفير، والاجتهاد وما حاذاها من سلوكات مفرطة، تتشكل ضدا على الرغبة في إحراز اللامسؤولية والفوضى والتمرد والضلال...إلخ. ويتبين في الأسلوب المفرط للمسؤولية لدى الأشخاص الوسواسين القهريين ميولات نحو السلوكات التي يقاومها، ومن ثم نلاحظ اندثارا للأنا مقابل تقوية الانفعال المراد دحضه، وهكذا سنلحظ أن شخصا يحمل وساوس ذات موضوع جنسي يتحول إلى إنسان عفيف، وأن شخصا ذا وساوس يتمحور موضوعها حول العنف يتحول عبر آلية التشكيل التفاعلي إلى شخص وديع ومسالم..

ولا يصبح هذا التشكيل التفاعلي مرضيا فعلا إلا بطريقة من ثلاث:

✓ **أولا:** السلوك التفاعلي مبالغ فيه، وهكذا نجد الشخص نظيفا بشكل كبير ويتحارب بشراسة مع ميولاته نحو الاتساخ.

✓ **ثانيا:** قد يظهر الاندفاع الأول إلى الواجهة أحيانا وتظهر الشخصية الحقيقية.

✓ **ثالثا:** يصبح الشخص قلقا جدا، عندما تنحسر ردات فعله السلوكية تجاه وساوسه بسبب ظروف معينة، وهكذا يتفاعل بغضب وسلوكات غير منطقية تماما.

ب- المدرسة السلوكية

- **الوساوس= تكيفات بسب التنشئة،** حيث تلعب التربية وظهور أحداث مؤلمة في حياة المعني دورا في ظهور اضطراب كالوسواس القهري، يتعلق الأمر بأشخاص لا يؤمنون كفاية بأنفسهم، فهم في شك مستمر من قدرتهم على فرض أنفسهم، وعلى خشية من الرفض والنقد، ومن ثم من أجل تفادي أخطاء محتملة ومحاربتها، يتم اللجوء إلى تكرار سلوكات معينة، كغسل اليدين بشكل مبالغ فيه خشية الوقوع في الاتساخ الذي تعلم أنه مرفوض وأنه سينتقد من أجله...

- **الأفعال القهرية= سلوكات واستراتيجيات التجنب،** حيث يعتبر الاضطراب القهري سلوكا مكتسبا يتم تكريسه لمدافعة القلق الناجم عن الأفكار الوسواسية، فهو بهذا المعنى تصرف يقوم به المريض بغية السيطرة على القلق، هكذا يتعلم الشخص أنه بالقيام بمثل هذه التصرفات سيكـون في وضعية أفضل، فيدخل بذلك في دائرة مفرغة، يتكرس من خلالها السلوك القهري ليكتسي طابع الطقس عندما يتكرر بشكل ملفت...

2) عوامل تشريحية وعصبية بيولوجية

أ- الدائرة قشرة الفص الجبهي – المخطط: يمكن للإصابة ببعض الأمراض في أماكن بالذات كالدائرة قشرة الفص الجبهي– المخطط، مثل الصرع أو الصدمة الجمجمية الدماغية أو أورام الدماغ أن تؤدي إلى ظهور اضطراب الوسواس القهري...

ب- النشاط المتعلق بالسيروتونين: حيث إن مادة السيروتونين تلعب دورا دقيقا في نقل الانفعالات بين الأعصاب، عملية النقل هذه تتغير أثناء الإصابة بالمرض، يتعلق الأمر بإفراط في نشاط النظام المختص في التنفيذ الدقيق لأي تصرف، مما يؤدي إلى ظهور الاضطراب، ويعتبر هذا الاستنتاج قاعدة من قواعد مقاربة العلاج الدوائي...

ت- دور الوراثة: كلما كان عدد المصابين في أسرة ما بهذا المرض أكثر، كلما كانت قابلية الإصابة بهذا الداء أكبر، وقد بينت دراسات أن الأقارب من الدرجة الأولى للمريض يصابون بنسب أكثر، تتجاوز المتوسط المعروف عند الساكنة العامة، كما خلصت إلى نفس النتيجة دراسات أجريت على التوائم...

VIII. التطور والمآل

يتميز اضطراب الوسواس القهري بتطور مزمن وطويل، وبكون الأعراض متباينة الحدة، حيث يمكن أن تكون خفيفة أو شديدة. وتساهم بعض أحداث الحياة في تأزيم الاضطراب، حيث تؤدي إلى تفاقم الأعراض. وتوجد أشكال تخف مع تقدم السن حيث تقل حدة الأعراض مع مرور الزمن.

ويمكن أن يعرف اضطراب الوسواس القهري بعض المضاعفات نذكر منها:

- حالات اكتئابية
- محاولات انتحار
- استعمال المخدرات أو الكحول
- انعزال اجتماعي وأسري
- تطور محتمل نحو الفصام

IX. العلاج

1) العلاج الدوائي

أ- مضادات الاكتئاب السيروتونينية

ب- مضادات القلق: "بينزوديازبيين"

2) قواعد وصف الأدوية

تختلف الجرعات الفعالة من شخص إلى آخر، وتتمتع الأدوية بفعالية متشابهة، ولكنها مختلفة أيضا من شخص لآخر. ويعتبر أجل المفعول المضاد للوسواس طويلا شيئا ما، لذلك لا ينبغي تغيير الدواء إلا بعد ستة أسابيع. وفي حالة غياب الفعالية، يزاد في الجرع قبل تغيير الجزيئة التي تم اعتمادها أول الأمر. وعند الحصول على مفعول بجرعة معينة، فإن مفعول هذه الجرعة نفسها يزيد في حدود ثلاثة إلى ستة أشهر...

وفي حال دواء أحادي في البداية، وهو ما ينصح به، فإنه يمكن إضافة مضاد اكتئاب آخر. ونشير إلى أن حالات العود كثيرة بعد وقف الدواء. لذلك فإن مدة العلاج لا ينبغي أن تقل عن سنة كاملة...

3) العلاج النفسي

أ- العلاج المعرفي والسلوكي

ويعتمد هذا النوع من العلاج على:

- التعرض التدريجي للمهيج مصدر القلق، مع تجنب الاستجابات، كالخروج مثلا دون التحقق من إغلاق الباب، أو بعثرة الأشياء دون الإسراع إلى تصفيفها وفق نظام محدد من جديد...
- تحديد وحظر أي استجابة من شأنها أن تنتج عن التعرض للمهيج.

هذان العنصران سيمكنان من التقليص من القلق الناجم عن اضطراب الوسواس القهري، ويكون التقليص أكثر عندما يشرك العلاج الدوائي مع المقاربة سالفة الذكر.

ونشير إلى أنه أثبتت مجموعة من الدراسات دور العلاج النفسي في الحفاظ على التحسن السريري الذي يظهر تحت مضادات الاكتئاب...

ب- علاج الدعم النفسي

يهدف إلى إرساء الرابطة العلاجية عن طريق طمأنة المريض وإشاعة جو من الثقة بينه وبين الطبيب المعالج، اعتمادا على الإنصات والدعم، وكذلك على التوعية وتقديم معلومات حول المرض والأدوية وأهمية العلاج النفسي. كما يسعى علاج الدعم النفسي إلى تقديم نصائح لمحيط المريض حيث تلعب العائلة والمحيط بشكل عام دورا أساسيا في المقاربة العلاجية، لأنهم مدمجون كثيرا في التصرفات القهرية للمريض، ومن ثم يتعين عليهم مساعدة المريض، وطمأنته مثلا أن الباب محكم الإغلاق، والخضوع لطقوسه فيما يتعلق بالغسل أو التنظيف ومساعدته في العد مثلا...

حالة الكرب ما بعد الصدمة

I. مقدمة

تعرف حالة الكرب ما بعد الصدمة على أنها مجموعة من التمظهرات النوعية التي تظهر بعد التعرض لحادث صادم وشديد الوطأة، ويعرف هذا الاضطراب في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية في إصداره الرابع بما يلي:

- ❖ عاش المريض حادثا كانت خلاله سلامته البدنية أو سلامة شخص آخر مهددة، أو كان شاهدا على ذلك.
- ❖ ردة فعل حيال الصدمة على شكل خوف شديد أو جزع.

كما أن أعراض هذا الاضطراب تستمر لشهر على الأقل، و يكون الحادث مصدرا للصدمة إما لكونه مفاجئا وغير متوقع، وإما من جراء عنفه وخطورته، كالكوارث الطبيعية (الزلزال مثلا) والحروب والاعتداءات الإرهابية والاغتصاب والحوادث الخطيرة...

II. دراسة إحصائية

يتراوح معدل انتشار هذا الاضطراب بين 1 و3 في المائة من الساكنة العامة، ويعتبر العسكريون الأكثر تعرضا له، بينما يصل معدل الانتشار عند ضحايا الاعتداءات (محاولة الاغتيال) إلى نسبة تتراوح بين 30 و50 في المائة، أما بالنسبة لضحايا الاغتصاب فالنسبة تتراوح بين 50 و80 في المائة، ونشير إلى أن 38.8 في المائة من الناجين من زلزال مدينة أكادير مصابون بهذا الاضطراب، كما أن دراسة وطنية بينت أن نسبة انتشاره لدى المغاربة تتراوح بين 1.6 و2.5 في المائة.

III. دراسة سريرية

تتميز حالة الكرب ما بعد الصدمة بتعاقب مرحلتين سريريتين:

1) طور الكمون

يمتد هذا الطور لمدة متغيرة من عدة أيام إلى عدة شهور، ويكون غالبا صامتا من الناحية السريرية، بمعنى أنه لا يكون هناك أعراض ظاهرة، بينما يمكن أن يظهر على المريض أحيانا بعض الأعراض مثل الانطواء على الذات والحزن والحيرة..

2) الطور السريري

يتكون هذا الطور من ثلاث عناصر سريرية رئيسية وتفصيلها كما يلي:

أ- متلازمة التكرار

يعاني المريض من متلازمة البعث والإحياء للحادث مصدر الصدمة، وهي أعراض جد مميزة لحالة الكرب ما بعد الصدمة بحيث نكاد لا نجدها إلا فيها. وتعتبر نواة اللوحة السريرية لهذا الاضطراب، وهي شكل من أشكال العود إلى الحالة النفسية التي صاحبت الصدمة. وتتميز بكوابيس تتردد على المريض تقوم بإعادة تصوير الحادث، وبذكريات متعلقة بالحادث تتردد على الذهن وتخترقه، كما يقوم المريض باجترار أفكار لها علاقة بالصدمة التي تسببت له في الكرب بدون توقف. هذا ويحدث للمريض انطباع يجعله يشعر وكأنه يعيش الحادث مرة أخرى، حيث يتذكر المريض مشاهد خاطفة يتوهم أنها حقيقية، خصوصا عند التواجد في أوضاع مشابهة للحدث الأصلي، أو وجود مهيجات تستدعي ذلك كالضجيج أو الرائحة التي رافقت وقوع الصدمة، أو عند المرور قرب المكان الذي وقع فيه الحادث أو مثلا عند إعادة بثه في التلفزيون. ويؤدي هذا التكرار الذي ينبني على إحياء الحادث أو الصدمة إلى محنة نفسية وقلق كبيرين...

ب- التجنب الدائم

يقوم المريض بتبني سلوك اجتنابي لكل ما يذكره بالحادث أو الصدمة، فهو دائم التجنب للمهيجات التي صاحبت الصدمة كالأصوات أو الروائح. كما يسعى دائما إلى تجنب الوضعيات والأنشطة التي من شأنها أن تبعث الذكريات المتعلقة بالصدمة. نفس الشيء بالنسبة للأفكار والمشاعر التي كانت سائدة وقت الصدمة إذ يحاول المريض اجتنابها. كما يمكن أن يصير المريض عاجزا تماما عن تذكر جانب مهم من الحادث مصدر الصدمة.

ويلاحظ على المريض نقص وتثبيط في حياته العاطفية والعلائقية، حيث يشعر المريض أنه أصبح يعيش حياة مضببة، وأنه منفصل تماما عن الآخرين. هذا ويجد صعوبات في التعبير عن عواطفه ومشاعره، أما المشاريع التي كانت تملأ حياته وينبض بها قلبه فيصير متشائما ويائسا حيالها...

ت- فرط التيقظ والانتباه

يلاحظ على مرضى حالة الكرب ما بعد الصدمة أن ردود أفعالهم قوية جدا، ومبالغ فيها على شكل حركات مفاجئة لليدين أو الأطراف كأنه يستعد للاحتماء أو الهروب، وكذا ميلهم إلى النرفزة وإظهار نوبات من الغضب، فهم في حالة يقظة مفرطة وانتباه دائم. كما يعانون أيضا من اضطرابات في التركيز والنوم..

IV. الاضطرابات المصاحبة

تصاحب اضطرابات عديدة حالة الكرب ما بعد الصدمة في 80 في المائة من الحالات، ونذكر من بينها:

- ❖ الاضطرابات القلقية: القلق المعمم، الهجمة الهلعية، الاضطرابات الرهابية..
- ❖ الاضطرابات الاكتئابية: اتهام الذات، الخجل.
- ❖ الاضطرابات التحولية: التقوُّع (التشجنج)، الرعاش..
- ❖ الاضطرابات الجنسية: خصوصا بعد الاغتصاب.
- ❖ الادمان.
- ❖ الاضطرابات النفسعضوية، توهم المرض (المراق).

V. التشخيص التفريقي

يتطلب التفريق بين حالة الكرب ما بعد الصدمة وبعض الاضطرابات النفسية الأخرى مستوى عاليا من المعرفة والتجربة السريرية، ويمكن أن يختلط تشخيص هذا الاضطراب بالاضطرابات التالية:

1) اضطرابات التكيف

وهي استجابة غير مناسبة لوضعية ضاغطة مع تمظهرات سلوكية ووجدانية، وتظهر في أعقاب حادث ما في حدود ثلاثة أشهر لتختفي في أجل أقصاه ستة أشهر. فهي إذاً اضطرابات عابرة. وتتميز أيضا بكون العوامل الضاغطة أو استجابة المريض لهذه العوامل أقل حدة..

2) الاضطرابات القلقية

- **اضطراب القلق المعمم:** يعتبر اضطراب القلق المعمم اضطرابا نفسيا من الصنف العصابي، يتميز أساسا بوجود قلق وعدم اطمئنان مبالغ فيهما (انتظار مع خشية) في ليلة أو أكثر من كل ليلتين، ويمتد ذلك على مدة لا تقل عن ستة أشهر، يتعلق هذا اللااطمئنان بشكل عام بعدة أنشطة وأحداث في الحياة اليومية للمريض. ويمكن أن نلاحظ أن المريض يتحكم في قلقله بشكل صعب ومتعسر. وتختلف حالة الكرب ما بعد الصدمة عن هذا الاضطراب بكون القلق الناجم عنها يتعلق بالحادث مصدر الصدمة..

- **الاضطرابات الرهابية:** يتعلق الأمر بخوف غير معقول وغير مبرر من شيء أو وضعية لا تشكل أي خطر موضوعي. ويختلف القلق في هذا الاضطراب عنه في حالة الكرب ما بعد الصدمة بكونه ناتجا عن مواجهة وضعية محددة ونوعية، بحيث ينعدم الخوف وبالتالي القلق الناجم عنه باختفاء مصدر الخوف، وتبقى الحالة النفسية للمريض الرهابي جد مستقرة في غياب الوضعية المولدة للرهاب...

- **الاضطراب الهلعي:** يعرف الاضطراب الهلعي بتكرار هجمات الهلع، أو ما يسمى بالنوبات الهلعية الحادة، أربع مرات على الأقل في الشهر، ويكون ذلك بشكل تلقائي لا يمكن توقعه (غياب عوامل مساعدة وغياب البوادر) مع استمرار الخشية من حدوث نوبة أخرى في الفترة التي تفصل النوبة السابقة عن لاحقتها. ويختلف القلق في هذا الاضطراب عنه في حالة الكرب ما بعد الصدمة بكونه ناتجا عن الخوف من وقوع نوبة هلع جديدة (خوف استباقي) وليس لبعث ذكرى صدمة نفسية ماضية...

3) الاضطراب الاكتئابي الشديد: يعيش المريض على اجترارات تتكرر حول الماضي، إلا أن أفكار اتهام الذات والتقليل من شأنها والشعور بالذنب تجعلن نفريق بين الاضطرابين...

4) اضطرابات الشخصية،اضطراب التحول الهستيري، أمراض عضوية كالصدمة الجمجمية**...**

VI. التطور

يحدث التطور بشكل متغير لا يمكن رصده بدقة ونلاحظ التطورات التالية:

- ❖ يتراجع الاضطراب بشكل تام في 30 في المائة من الحالات
- ❖ تستمرر الأعراض في 60 في المائة من الحالات.
- ❖ نلاحظ تفاقم الاضطرابات في 10 في المائة من الحالات.

وتعتبر العوامل التالية دالة على مآل جيد:

- ❖ غياب اضطرابات سابقة
- ❖ دعم اجتماعي جيد
- ❖ غياب آثار عضوية مصاحبة، وذلك لأن وجود الآثار العضوية تصعب عملية النسيان، وتجعل المريض في حالة تذكر دائم للصدمة...

VII. المضاعفات

يمكن لاضطراب حالة الكرب ما بعد الصدمة أن يكون سببا في عدد من المضاعفات نذكر منها:

1) الانتحار

يعتبر الانتحار من المضاعفات المهمة التي يمكن أن تقترن بحالة الكرب ما بعد الصدمة، وتشير الدراسات إلى أن الانتحار في الاضطرابات القلقية، بما فيه الاضطراب الذي ندرسه الآن، يضاعف

خطره في مجموع السكان العام 5 إلى 7 مرات، ونلاحظ أن محاولات الانتحار مرتفعة عند الجنود الذين شاركوا في حروب وشهدوا أحداثا مأساوية، كما أنها مرتفعة أيضا عند النساء اللواتي كن ضحية اغتصاب...

2) الاكتئاب

يعاني 50 في المائة من مرضى حالة الكرب ما بعد الصدمة من اضطرابات اكتئابية شديدة ناتجة عن الصدمة...

3) الإدمان

يؤدي استعمال المسكنات لمحاربة القلق إلى الادمان عليها، بينما يفرط أكثر من نصف الرجال المصابين بحالة الكرب في تناول الكحول مما يؤدي إلى الادمان عليها...

ويؤدي اضطراب الكرب ما بعد الصدمة إلى تحول في نمط الشخصية، حيث يمكن أن تصبح اعتمادية أو مطالبة أو شخصية اندفاعية، وينتج عن هذا الاضطراب تأثير اجتماعي ومهني مهم، حيث يمكن أن يجد المريض، بعد تعرضه للصدمة، صعوبات في علاقاته مع الآخرين واضطرابا في وظيفته الجنسية وصعوبات في وسط عمله..

VIII. دراسة تصنيفية

تعتمد المدرسة الأمريكية المعايير التالية من أجل تشخيص حالة الكرب ما بعد الصدمة:

- حضور العنصرين التاليين في حالة الكرب ما بعد الصدمة:

- عاش المريض حادثا كانت خلاله سلامته البدنية أو سلامة شخص آخر مهددة، أو كان شاهدا على ذلك.

- ردة فعل حيال الصدمة على شكل خوف شديد أو جزع.

- الأعراض التالية لمدة لا تقل عن شهر:

- حادث صادم يعاد عيشه بشكل ثابت.

- تجنب مستمر للمهيجات المرافقة للصدمة.

- أعراض مستمرة بمثابة ترجمة للتنشيط العصبي النباتي.

- معاناة نفسية دالة مع تدهور الوظيفة الاجتماعية والمهنية.

كما تعتمد المعايير التالية من أجل توصيف الاضطراب:

- اضطراب حاد: مدته أقل من ثلاثة أشهر.
- اضطراب مزمن: مدته أكثر من ثلاثة أشهر.
- ظهور مؤجل: بداية الاضطراب بعد ستة أشهر من تاريخ الصدمة مصدر الكرب.

IX. العلاج

ينبغي للعلاج أن يكون مبكرا، ويتضمن بالإضافة إلى العلاج بالعقاقير العلاجَ النفسيَ، أما الاستشفاء فنضطر إليه في الحالات التالية:

- ❖ وخامة الأعراض (أعراض شديدة الخطورة).
- ❖ مضاعفات كبيرة وشديدة: كمحاولة انتحار أو وجود اضطراب اكتئابي شديد.
- ❖ فشل العلاج خارج المستشفى.

1) العلاج الدوائي

أ- مضادات الاكتئاب مثل "باروكستين" واسمه التجاري "ديروكسات" قرص 20 ملغ قرص أو قرصان في اليوم أو "فونلافاكسين" واسمه التجاري "إيفيكسور" 75 إلى 225 ملغ في اليوم

ب- مضادات القلق (مسكنات) في المرحلة الأولى للعلاج.

2) العلاج النفسي

يعتمد العلاج النفسي على التقيات والأساليب التالية:

أ- علاج الدعم النفسي، ذلك أن المساعدة النفسية ضرورية في إطار القلق المزمن، وذلك عن طريق الإنصات بإمعان لحدث المريض، وتوجيهه بشكل لطيف ثم طمأنته واقتراح حلول له..

ب- العلاج المعرفي والسلوكي، تم إثبات فعالية هذا النوع من العلاج. وهو علاج يعتمد على تقنيات إعادة البناء والتعريض المعرفي التخيلي أو الحقيقي، وتقنيات الاسترخاء وإدارة الضغط النفسي..

ت- التقنيات التنويمية، وهي تقنيات تعتمد على استدعاء الجانب الغير الواعي أو اللاشعوري في المريض، وتعتمد من أجل علاج القلق...

ث- العلاج العائلي، وهي تقنية تعالج الفرد نفسيا في إطار علاقته بأفراد أسرته. وتتم مقاربة المريض في إطار وحدة عائلية وعلائقية متكاملة، وليس بالنظر إليه هو فقط...

ج- العلاج في مجموعات، يقوم المعالج أو المعالجون النفسيون بموجب هذه الطريقة بعلاج مجموعة مرضى في نفس الوقت عوض العلاج الفردي...

3) الرعاية الاجتماعية، حيث ينبغي مصاحبة المريض من طرف الجمعيات التي تقدم له الدعم النفسي والمادي والقانوني..

X. الوقاية

تتم الوقاية من اضطراب حالة الكرب ما بعد الصدمة عن طريق اتباع الخطوات التالية:

- العلاج النوعي المبكر، حيث ينبغي تقديم العلاج المناسب في وقت مبكر لتجنب تطور الاضطراب وظهور المضاعفات.
- خلق خلايا للمستعجلات الطبية النفسية، حيث ينبغي توفير الرعاية النفسية للمرضى ضحايا الحوادث التي من شأنها أن تخلق حالة صدمة وكرب..
- التدخل الفوري، لأن الإبطاء وعدم التدخل بشكل سريع من شأنه أن يفاقم الحالة ويزيد من تعقيدها..
- الإنصات مع التعاطف أثناء تقديم الرعاية النفسية لضحايا الحوادث الصادمة..
- اقتراح متابعة طبية، لأن ذلك من شأنه أن يحسن من الوضع النفسي للمريض، وأن يمكن للطبيب الذي يتابع حالة الشخص الذي تعرض للصدمة أن يقوم بالإجراءات الآنفة لمنع ظهور هذا الاضطراب، وأن يترصد كذلك أعراضه الأولى للتدخل في وقت مبكر..

اضطراب القلق المعمم

I. مقدمة

يعتبر اضطراب القلق المعمم اضطرابا نفسيا من الصنف العصابي، يتميز أساسا بوجود قلق وعدم اطمئنان مبالغ فيهما (انتظار مع خشية) في ليلة أو أكثر من كل ليلتين، ويمتد ذلك على مدة لا تقل عن ستة أشهر، يتعلق هذا اللااطمئنان بشكل عام بعدة أنشطة وأحداث في الحياة اليومية للمريض. ويمكن أن نلاحظ أن المريض يتحكم في قلقه بشكل صعب ومتعسر.

II. دراسة إحصائية

ينتشر هذا المرض عند نسبة تتراوح بين 1 و10 في المائة من مجموع الساكنة العامة، ويكثر أساسا عند النساء، حيث يشير التوزيع حسب الجنس إلى أن هذا الاضطراب يصيب امرأتين في مقابل رجل واحد. كما يعرف كثرة الأمراض المصاحبة من قبيل الاضطراب الهلعي والاضطراب الرهابي،

بالإضافة إلى الاضطراب الاكتئابي. أما سن الظهور فغالبا ما يظهر قبل سن العشرين. ونشير إلى أن كثيرا من مرضى هذا الاضطراب النفسي يستشيرون أخصائي مرضى القلب أو الرئة، أو أخصائيي الجهاز الهضمي بحثا عن أصل عضوي لأعراضهم...

III. دراسة سريرية

يمكن أن تلحق أعراض اضطراب القلق المعمم بعصاب الكُرْبة (névrose d'angoisse)، ويميزه الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية في إصداره الرابع بمعيار المدة، إذ يتعلق الأمر بقلق مزمن يمتد لأكثر من 6 أشهر، في غياب أعراض نوعية للاضطرابات القلقية الأخرى...

ويعتبر الحوار التالي النمط الأولي لصاحب هذا الاضطراب.

- **الأم:** "هاي هاي هاي.. لقد أخبرتكم أن هذا لا محالة سيحدث".
- **الولد:** "ولكن أمي.. لم يحدث أي شيء".
- **الأم:** "بالضبط.. هذا أسوأ".

1) الأعراض الأكثر نوعية

يشعر المريض بقلق دائم، وخصوصا بترقب مستمر واستباق كل مصائب الدنيا التي يظن أنها ستصيبه أو تصيب أقاربه، كما يكون أيضا تحت توتر نفسي داخلي، ويعيش تحت وطأة انشغالات لا يتحكم فيها إلا بصعوبة بالغة، بالإضافة إلى هموم مفرطة مع غياب الاطمئنان بشكل غير مبرر...

ويجتر المريض نفس الأفكار بشكل مستمر، كما يعمد إلى تضخيم وتهويل الأشياء البسيطة في الاتجاه الذي يبرر قلقه وخوفه، ويمكن أن يكون هذا في جو من النرفزة والهيوجية قد تصل به إلى الهيجان الحركي. كما يكون مفرط الانتباه والتيقظ في وضعيات عادية لا تستدعي ذلك، كقيادة السيارة مثلا...

2) الأعراض العضوية

يمكن أن تشمل الأعراض القلبية الوعائية والتنفسية والعصبية والعضلية.. بالإضافة إلى اضطرابات النوم.

IV. التشخيص التفريقي

1) مع الاضطرابات القلقية الأخرى

أ- **الاضطراب الهلعي** (انظر الدرس الخاص به لمزيد من التفصيل).

ب- اضطراب الوسواس القهري، إذ يمكن أن يبعث القلق الناجم عن الأفكار الوسواسية على الخلط، إلا أن هذا النوع من القلق يتميز بكونه مرتبطا بموضوع الوساوس وبكونه يخف بعد القيام بالتصرفات القهرية أو الطقوس ويشتد عندما يمنع المريض من القيام بذلك (انظر الدرس الخاص به لمزيد من التفصيل)..

ت- حالة الكرب ما بعد الصدمة، قلق ناجم عن صدمة معروفة (انظر الدرس الخاص به لمزيد من التفصيل).

2) مع الاكتئاب القلقي

حيث أن القلق الذي يصاحب هذا الشكل من الاكتئاب يمكن أن يثير هذا الخلط، إلا أن الأعراض الاكتئابية يمكن أن تصحح التشخيص. (لمزيد من التفصيل انظر درس الاضطراب الاكتئابي).

3) مع اضطراب الشخصية التمثيلية

يمكن أن يتمظهر هذا النوع من اضطراب الشخصية بأعراض مشابهة، خصوصا إذا أخذنا بعين الاعتبار أن هدف مثل هذه الشخصيات هو إثارة التعاطف والانتباه.

V. التطور

يصعب التكهن بمآل هذا الاضطراب وشكل تطوره، و يمكن أن يظل مصاحبا للمريض طوال حياته، كما يمكن أن يتطور إلى اضطراب هلعي، أو أن تظهر مضاعفات اكتئابية من جراء القلق، أضف إلى ذلك خطر الإدمان عل مضادات القلق أو الكحول..

VI. العلاج

يتم العلاج خارج المستشفى باستثناء حالة المضاعفات التي تستدعي الاستشفاء، كما يستحسن التقليل من العلاج الدوائي لصالح المقاربة النفسية.

1) العلاج الدوائي

يعتمد العلاج الدوائي على الأدوية التالية:

أ- المسكنات، ويتم وصفها بحذر نظرا لخطر الإدمان وذلك بشكل تدريجي من أسبوع إلى أربعة أسابيع:

- مضادات القلق من فئة "البينزوديازيبين" مثل "ليكزوميل" ربع قرص في الصباح وعند الزوال ونصف قرص في الليل.

- مضادات القلق لا تنتمي إلى فئة "البينزوديازيبين" مثل "بيسبرون" وهو دواء فعال في 60 إلى 75 في المائة من الحالات كما أن أمد بدء فعاليته يقدر بثلاثة أسابيع.
- "أتراكس".

ب- حاصرات المستقبلات "بيتا"، ويتم وصفها خصوصا من أجل التخفيف من التعبير الطرفي للقلق، خصوصا عند الأشخاص الذين يقومون بردود فعل مفرطة تجاه الكرب، مما يؤدي إلى إعاقة مهنية. ونستعمل مثلا "أفلوكارديل" قرص 160 ملغ كل مساء.

ت- مضادات الاكتئاب، يتم وصفها أحيانا خصوصا عندما تكون الهجمات الهلعية كثيرة أو عند ظهور رهاب الميادين كنتيجة للقلق.. ونستعمل مضادات الاكتئاب المولدة للسيروتونين (كابحات انتقائية لاسترداد السيروتونين) من قبيل "ديروكسات" قرص 20 ملغ قرص أو قرصان في اليوم أو "إيفيكسور" 75 إلى 150 ملغ في اليوم

ث- المعقلات المسكنة أو المهدئة، باستعمال جرعات خفيفة وبعد فشل المسكنات.

2) العلاج النفسي

يعتمد العلاج النفسي الأساليب التالية:

أ- **علاج الدعم النفسي،** ذلك أن المساعدة النفسية ضرورية في إطار القلق المزمن، وذلك عن طريق الإنصات بإمعان لحديث المريض، وتوجيهه بشكل لطيف، ثم طمأنته واقتراح حلول له..

ب- **العلاج المعرفي والسلوكي،** وتهدف إلى توجيه المريض من طرف المعالج لمدة تتراوح بين 3 و6 أشهر وأحيانا لمدة أكثر. وتجمع تقنيات إعادة البناء والتعريض المعرفي وتقنيات الاسترخاء وإدارة الضغط.

3) القواعد الصحية

هي وصفات يتم تقديمها دائما وبشكل منهجي، حيث ينصح المريض باتباع بعض الخطوات الصحية الحمائية لتجنب القلق أو للتخفيف منه، ومن أهم ذلك:

- ❖ تجنب المنبهات كالشاي والقهوة والكحول.
- ❖ ممارسة الرياضة.
- ❖ تقنيات الارتخاء..

❖ العلاج بواسطة الماء، وهي تقنية علاج طبيعية تقوم على تعريض الجسم للمياه سواء في حالتها السائلة أو في حالتها البخارية، وهي طريقة لتهييج الدماغ من أجل إعادة ضبط حرارة الجسم، عن طريق حركات المسام والأوعية، وهو ما من شأنه أن يخفف القلق..

الاضطرابات الانفصامية والتحولية

عصاب الهستيريا

I. مقدمة

تعتبر الهستيريا عصابا يعبر فيه رمزيا عن الصراع النفسي الداخلي، بواسطة أعراض عضوية أو نفسية، حادة أو دائمة. وتجمع بدرجات متفاوتة:

- أعراض التحول الجسدي والتي تعبر عنها DSM IV بالأعراض جسدية الشكل،
- أعراض التحول النفسي والتي يعبر عنها في DSM IV بالأعراض الانفصامية،
- تمظهرات ذات شكل اكتئابي أو هذياني،
- سمات الشخصية التمثيلية أو الاعتمادية الخاملة،
- وجود استفادة من وراء الاضطراب،
- علاقة مع الطبيب المعالج تطبعها المطالبة أو الخضوع والإغراء...

وتظل الهستيريا الاضطراب الذي خلف أكبر نسبة من الجدل، سواء في المجال الطبي العضوي أو النفسي، نظرا لاستعصائها على التصنيفات.

ونشير إلى أن لفظ الانفصام الوارد في هذا الدرس لا علاقة له بالانفصام الذي نتحدث عنه في مرض الفصام...

II. دراسة تاريخية

يعني اشتقاق لفظ الهستيريا في اللغة الإغريقية الرحم، وقد كان المصريون القدامى (20 قرنا قبل الميلاد) يعتقدون أن الهستيريا هي صعود الرحم إلى الأعلى. أما "أبوقراط" فقد عزى حدوث هذا الاضطراب إلى الحرمان من العلاقات الجنسية. وقد بين "فرويد" لأول مرة في سنة 1900 الأصل اللاشعوري للأعراض الهستيرية. وتعتبر الهستيريا حاليا الأكثر إثارة للتساؤل والجدل في التصنيفات الحديثة. وتتوزع حسب DSM IV بين العناصر التالية:

- اضطرابات جسدية الشكل.
- اضطرابات انفصامية.
- اضطرابات الشخصية التمثيلية.

III. دراسة إحصائية

تصل نسبة انتشار هذا الاضطراب إلى ما بين 5 و10 من كل 100.000 نسمة من الساكنة العامة. وتمثل 4 في المائة من الاضطرابات التحولية في الطب النفسي. أما التوزيع حسب الجنس فيعرف سيطرة الإناث، حيث يصيب الاضطراب 3 نساء مقابل رجل واحد. ونشير إلى أن دور ثقافة المجتمع مهم في التأثير على هذا الاضطراب، حيث تختلف الأعراض باختلاف المجتمعات والأزمنة...

IV. دراسة سريرية

تنقسم أعراض الاضطراب الهستيري إلى نوعين: أعراض جسدية وأخرى نفسية.

1) التمظهرات الجسدية

تنقسم الأعراض الجسدية إلى قسمين: أعراض حادة وأخرى تمتد في الزمن.

أ- الأعراض الحادة

تصيب هذه الأعراض بشكل انتقائي الدائرة العصبية، وفيما يلي أهمها:

- النوبة الاختلاجية النفسية العصبية الكاذبة ل"شاركو"
- نوبة الهياج، أو ما يسمى بنوبة الأعصاب.
- نوبة كزازية الشكل، الانجذاب نحو التشنج..
- إغماء، غشية..
- نوبة تخشبية
- نوبة نوامية على شكل غيبوبة.
- أعراض خارج هرمية: نوبات من الضحك، فواق ، رعاش...

ب- الأعراض الدائمة

يمس هذا الصنف من الأعراض الوظائف المسؤولة عن الحياة وعن العلاقات والتواصل مع الآخر.

- **اضطرابات الحركة:** تهم الإصابة الحركية المستويات التالية:

- **شلل وظيفي:** إصابة مجموعة عضلية تهم نفس الوظيفة: عدم القدرة على الوقوف والمشي مثلا...

- **شلل معمم:** شلل نصفي أو شلل رباعي...

- **شلل موضعي:** شلل طرف من الأطراف أو جزء منه...
- **تقفع موضعي:** مغص الكاتب[1]، صعَر، انثناء الجذع...

- **اضطرابات نظام الحساسية:** يمكن أن تكون عبارة عن فقدان الحساسية (تخدير) على مستوى الجلد في اليد والقدم على شكل قفازات وجوارب، أو فيما يخص الأماكن العميقة مثل البلعوم والمهبل. كما يمكن أن تكون عبارة عن فرط الحساسية في أماكن "شاركو" المولدة للهستيرية، مثل المنطقة المتواجدة تحت الثديين. وبالإضافة إلى هذا يمكن أن تكون اضطرابات الحساسية عبارة على آلام متعددة كالصداع أو آلام العمود الفقري...

- **اضطرابات النطق:** يمكن أن تكون عبارة عن خرس كلي أو جزئي، أو فقداً للصوت أو خللا في إصدار الصوت أو إصدار أصوات مهموسة فقط...

- **اضطرابات الحواس:** يمكن أن تهم مختلف الحواس، كاضطرابات البصر (فقد البصر، الشفع أو ازدواجية الرؤية) والسمع (الصمم) والشم (فقدان الشم).

- **اضطرابات النظام العصبي التلقائي:** تشنجات العضلات الملساء من قبيل التشنجات في الجهاز الهضمي وما ينتج عنه من غثيان وقيء وإمساك... و التشنجات في الجهاز التنفسي وما ينتج عنه من عسر في التنفس، و التشنجات في الجهاز التناسلي والبولي وما ينتج عنه من انحباس البول وتشنج المهبل. بالإضافة إلى الحمل الهستيري الكاذب...

2) التمظهرات النفسية

تدعى الأعراض الانفصامية حسب DSM IV، ويستعمل لفظ الانفصام للدلالة على حالة الانفصام في الوعي، حيث نجد من جهة شخصية المريض ومن جهة أخرى حالة من الوعي المتدهور. ويتميز الانفصام في الهستيريا عنه في الفصام باحترام انسجام وتناسق الشخصية والملكات العاطفية والعقلية والسلوكية. حيث نجد مثلا في الشخصية المتعددة أو في الحالات الثانية شخصيتين، إلا أن كل واحدة منهما تحافظ على تناسقها ووحدتها الداخلية. ونجمع التمظهرات النفسية على الشكل التالي:

أ- الاضطرابات الانفصامية

- **فقدان الذاكرة الانفصامي:** يتعلق الأمر بنساوة ثغراتية، أو بنساوة انتقائية أو معممة. ويحدث فقدان الذاكرة هذا بشكل مفاجئ، ويتعلق الأمر عموما بنساوة الاستحضار، حيث يعمد المريض إلى نسيان لاشعوري لأحداث مؤلمة مر منها في الماضي، قد تصل في الحالات الوبيلة إلى نسيان الهوية.

[1]- يعني مغص الكاتب خللا في التوتر العضلي على مستوى الأصابع أو الساعد عندما يباشر المريض الكتابة أو نشاطا آخر يستدعي حركية دقيقة، وهو ما يؤدي إلى تشوه وضعية اليد أو الساعد تمنع المريض من إتمام الكتابة بشكل جيد، ويلاحظ استرخاء هذه العضلات بعد توقف النشاط...

وغالبا ما تكون مصحوبة بهروب مرضي وبعادات إدمانية. أما عن التطور فهي نساوة تتطور عبر دفعات يكون زوالها كاملا...

- **الهروب المرضي الانفصامي:** يتعلق الأمر بسفر مباغت وغير متوقع، نتحدث هنا عن سفر بدون متاع أو أغراض. ويحدث عادة في حيثيات خاصة كفترات الكوارث أو الحروب. ويكون هذا الهروب المرضي مصحوبا بفقدان ذاكرة، يعوضه المريض عن طريق تخريفات وتوهمات يشكل من خلالها ماضيا آخر يكون طابعه أحيانا رومانسيا. وإلى إعادة تشكيل الماضي هذه ترجع التناقضات التي تلاحظ في سيرة المريض الهستيري...

- **اضطراب الهوية الانفصامي (الشخصية المتعددة):** يتميز بتعاقب شخصيتين أو أكثر على المريض، يكون المرور من شخصية إلى أخرى مفاجئا، وتتميز كل واحدة منها بمواقف وذكريات خاصة بها، ويكون تطور هذا الاضطراب في غالب الأحيان مزمنا...

- **الذهول الانفصامي:** حالة من الجمود والتسمر وغياب الحركة الإرادية، مع الاحتفاظ بتفاعلية النظرات...

- **حالة الغفوة الانفصامية:** وهي تدهور كيفي ومؤقت للوعي، وتتمثل في الحالات الثانية والحالات الغلسية بالإضافة إلى فقد الشخصية أو الغربة عن الواقع...

ب- اضطرابات أخرى

بالإضافة إلى الاضطرابات الانفصامية نجد أعراضا نفسية أخرى:

- **الاكتئاب الهستيري الكاذب:** يقتصر هذا الاكتئاب على الأعراض النفسية فقط دون الأعراض العضوية. ونلاحظ الحزن والتشاؤم والإرهاق والأفكار الانتحارية، بينما لا نجد البطء النفسي الحركي واتهام الذات واضطرابات النوم...

- **الهذيان الهستيري الكاذب:** يشمل خصوصا أعراضا حلمية، وتكثر الهلاوس البصرية خصوصا في مرحلة التماثل للنوم، ويمكن للهستيري أن يبدي خوفا أو حبا أو نشوة حيال هذيانه. بعد الهذيان مباشرة يعي المريض واقعه بشكل صحيح. وتشكل مواضيع الهذيان الاستحواذ الشيطاني والمواضيع الأسطورية والشبقية، ويعيشه المريض بمشاركة عاطفية مفرطة..

3) خصائص سريرية

تتميز الأعراض السريرية للعصاب الهستيري بالخصائص الآلية:

- وجود استفادة أو ربح أولي (اللامبالاة)، وهو ما يساعدنا على استبعاد الكربة.

- وجود استفادة أو ربح ثانوي لدى المحيط عن طريق لفت الانتباه والتعاطف.
- تنوع الأعراض وأشكال التطور.
- إمكانية زوال الأعراض.
- غياب التمثيل أي أن الأعراض ليست إرادية ولكن لاشعورية.
- غياب دعامة عضوية تفسر الأعراض....

V. الأشكال السريرية

تتميز الأشكال السريرية للعصاب الهستيري حسب الجنس والعمر والثقافة:

1) حسب الجنس

أ- عند الإناث: تكثر الأشكال متعددة الأعراض وتحدث خصوصا بعد صراعات عاطفية.

ب- عند الذكور: تكثر الأشكال أحادية الأعراض: محاولة انتحار، إدمان.. وتحدث خصوصا بعد صراعات اجتماعية ومهنية، وأيضا بعد صدمات نفسية..

2) حسب العمر

أ- عند الراشدين الشباب: أعراض تظهر بشكل بارز وقوي..

ب- عند المسنين: ميول نحو الاكتئاب والمراق (توهم المرض) والآلام المختلفة...

3) حسب الثقافة

- تتنوع الأعراض حسب المجتمعات والأزمنة
- هذيان الاستحواذ الشيطاني، مواضيع جنسية، هوس الكذب...

VI. الشخصية الهستيرية

تتميز الشخصية الهستيرية بشيوعها عند النساء، على عكس الشخصية الصفاقية (اللاجتماعية) التي نلحظها غالبا عند الرجال. وتميز بالتمثيل وفرط التفاعل العاطفي وبالاعتماد والارتباط العاطفي بالإضافة إلى الاضطرابات الجنسية. (لمزيد من التفصيل انظر درس اضطرابات الشخصية)...

VII. التشخيص

1) تشخيص الهستيريا في حد ذاتها

يتم الوصول إلى تشخيص الهستيريا اعتمادا على حزمة من الأدلة، ومن المهم جدا تحديد طبيعة العلاقة التي تتبناها المريضة مع الطبيب أو طاقم العلاج. حيث يمكن أن يكون سلوكا إغرائيا أو بالعكس سلوكا عدوانيا، وذلك عن طريق النسيان والتمركز حول الذات والتركيز على أخطاء أو إهمال الطبيب أو الطاقم بصفة عامة. يؤدي هذا الموقف إلى صراعات مع الطاقم المعالج الذي يظهر موقفا شرسا تجاه المريضة من أجل التخلص من إزعاجها المتكرر، أو يقوم بتدخلات طبية أو جراحية غير نافعة فقط من أجل الحصول على راحة البال...

في التعاطي مع المريض الهستيري لابد من القيام بفحص سريري دقيق، مع فحوصات تكميلية أساسية دون مبالغة، فقط من أجل استبعاد التشخيصات التفريقية. هذا لوحده كفيل بتشخيص العصاب الهستيري، أما الإكثار من الفحوصات التكميلية فلا يؤدي إلا إلى تعقيد عملية العلاج...

وفيما يلي أهم الدلائل التي تساعدنا على التشخيص:

- وجود أعراض هستيرية نموذجية
- وجود شخصية هستيرية من النوع التمثيلي أو الاعتمادي الخامل.
- اضطرابات جنسية لها علاقة بالشخصية الهستيرية.
- علاقة توافق بين الاضطرابات الملاحظة والسياق النفسي للمريض.
- علاقة خاصة مع الطبيب ومع العلاجات بصفة عامة.
- تحاليل عضوية سليمة.

2) التشخيص التفريقي

يمكن الخلط بين العصاب الهستيري ومجموعة من الأمراض الأخرى فيما يلي أهمها:

أ- نوبة الصرع

نستحضر هذا التشخيص عندما تتمظهر الهستيريا بنوبة اختلاجية نفسية عصبية، والتي تتميز في حالة الاضطراب الهستيري بطابعها المسرحي وبغياب فقد الوعي، حيث يبقى التواصل ممكنا، كما أن إمكانية الإقناع تظل قائمة. بالإضافة إلى غياب الاختلاط الذي يكون عقب النوبة الصرعية، وغياب نساوة الاستحضار التي تميز الصرع أيضا... أما المخطط الكهربي للدماغ أثناء النوبة وفي المرحلة البينية فيكون طبيعيا...

ب- الأمراض العضوية

- أمراض نظامية (تمس مجموعة من الأجهزة) مثل مرض الذئبة الحمامية، التهاب النسيج الضام...
- تصلب منتثر، ورم دماغي..
- أمراض ناتجة عن خلل في الاستقلاب مثل نقص السكر أو الكلسيوم في الدم...
- أمراض نفسية عضوية...

ت- الأمراض النفسية

- نوبة ذهانية حادة مثل هجمة الهذيان الحادة.
- المراق أو توهم المرض: طابع المطالبة.
- بداية الفصام، التخشب.
- الاضطراب الاكتئابي
- اضطراب القلق المعمم، الاضطراب الهلعي
- تفاعل عصابي عابر
- اضطرابات الشخصية: الشخصية الحدية، النرجسية..

ث- التمثيل: كأن يُظهر شخص ما على انه مريض تمثيلا وليس حقيقة من أجل غرض ما...

VIII. دراسة سببية

عند دراسة أسباب حدوث الاضطراب الهستيري تبرز نظرية التحليل النفسي في المقام الأول، والتي تعتبر الهستيريا نتيجة لصراع نفسي داخلي، وأن الأعراض الهستيرية ليست سوى ترجمة رمزية للهوامات اللاشعورية. بالإضافة إلى عدم زوال عقدة "أوديب" في الطور التناسلي من النمو النفسي الجنسي. وكذا فشل الآليات الدفاعية خصوصا فيما يتعلق بكبت الرغبات اللاشعورية...

IX. التطور والمآل

1) التطور

يتطور العصاب الهستيري بشكل متقطع على شكل نبوات مقطوعة بمراحل هدأة جزئية أو كاملة. وتعتبر مدة الأعراض متغيرة جدا من شخص إلى آخر ومن نوبة إلى أخرى. وتمتد من عدة أيام إلى عدة

شهور. وتتأثر بالاستفادة والربح الذي يحصل عليه المريض من وراء اضطرابه، حيث أن تسامح وتفهم المحيط يؤدي إلى تطويل مدة الأعراض.

ويتعلق مآل هذا العصاب بعدة عوامل نذكر منها طبيعة المحيط وعوامل الضغط وكذا الاستفادة والربح المحتملين وظروف الإحباط....

2) المضاعفات

يمكن للهستيريا أن تعرف المضاعفات التالية:

- امتداد الأعراض التحولية ودخولها في المرحلة المزمنة...
- عجز وإعاقة مزمنة على المستوى الاجتماعي والمهني والأسري...
- سلوكات انتحارية..
- سلوكات إدمانية..
- نوبات اكتئابية مع انخفاض في تقدير الذات..
- ظهور أعراض وسواسية ورهابية ومراقية..
- مضاعفات علاجية المنشأ: دواء، جراحة..

X. العلاج

يعتمد العلاج على الخطوات التالية:

- استبعاد أي سبب عضوي عن طريق فحص سريري دقيق، وفحوصات تكميلية في حالة الضرورة..
- المقاربة العلائقية
- علاج المضاعفات
- علاج الأعراض الدائمة

1) المقاربة العلائقية

يمكن أن تباشر في المستعجلات أمام عرض من الأعراض التحولية سواء الحادة أو الدائمة، وتعتمد على:

- طمأنة المريض، ونزع الطابع المأساوي عن المرض.

- الإنصات بإمعان:

- تجنب إحداث أو تقوية وتدعيم الأعراض عن طريق ملاحظات أو مواقف معينة...

- التنقيص من أهمية المرض، وإعطاء قيمة كبيرة للشفاء...

- العزل بشكل مؤقت وذلك لتجنب الجو الذي أدى إلى الاضطراب، وأيضا للابتعاد عن العوامل التي تطيل من أمد الأعراض (الربح من وراء الأعراض بحضور المحيط)...

- استشفاء لمدة قصيرة في بعض الأحيان من أجل عزل المريض عم محيطه...

- في حالة الهياج : "فاليوم" في حقنة عضلية...

2) علاج المضاعفات

مثلا نصف مضادات الاكتئاب المهدئة في حالة النوبة الاكتئابية ومضادات القلق لمدة قصيرة في حالة وجود أعراض من الصنف القلقي...

3) علاج الأعراض الدائمة

لعلاج الأعراض الدائمة ينبغي محاولة فهم دلالة ووظيفة الأعراض وشدة وقدم الصراع النفسي وسمات الشخصية الهستيرية. كما ينبغي إرساء الرابطة العلاجية، وتجنب إعطاء الأدوية للمريضة أو إجراء عمليات غير مبررة فقط من أجل التخلص من إزعاجها.

أما العلاج النفسي فيعتمد على:

- **التحليل النفسي:** خصوصا عندما تكون أعراض التحول قليلة، ولا ينصح به عندما يكون الربح من وراء الاضطراب مهما أو أمام هوس الكذب أو العدوانية تجاه الغير...

- **العلاج النفسي عن طريق استيحاء مبادئ التحليل النفسي:** يعتبر أكثر مرونة واقل إحباطا من التحليل النفسي ذاته. ويعتمد بشكل واسع من أجل تقليل الاستفادة والربح والحد من السلوكات النكوصية...

- **علاج الدعم النفسي:** هو علاج ضروري ومنهجي بالنسبة لأي مريض هستيري، يعتمد على مبدأ التعاطف والحزم في نفس الوقت. ويهدف إلى دعم نرجسية المريضة ومساعدتها على فهم ردات فعلها المبالغ فيها وغير المتحكم فيها وكذلك غير الناضجة...

- **العلاج النفسي العائلي:** يمكن أن يكون ذا فعالية على الأعراض التحولية، وأن يحد من الربح الناتج عن الاضطراب...

ويمكن أيضا استعمال، علاوة على أساليب العلاج النفسي، تقنيات الوساطة الجسدية، إلا أنه لا ينبغي اعتمادها على حساب المقاربة الحوارية اللفظية، وينبغي الحذر من إضفاء الطابع الشبقي على علاقة المريض بمن يقوم بإرخاء المريض. وتستعمل عدة تقنيات كالتقنيات الجسدية وتقنيات الترويض...

أما العلاج الدوائي فلا أهمية له إلا في حالة تحول واضح إلى مرض نفسي آخر خصوصا الاكتئاب، حيث نعمد آنذاك إلى وضع المريضة تحت مضادات الاكتئاب. ونشير إلى أن خطر الادمان على الدواء غير مهمل..

اضطرابات المزاج

مقدمة

يعرف المزاج، كما أسلفنا ذكره في درس الفحص النفسي، على أنه حالة وجدانية مستمرة ودائمة، ويمكن أن تعتريه الحالات التالية والتي تتراوح بين الاعتدال والحزن والانشراح

- **اعتدال المزاج:** وهو الحالة العادية..

- **الحزن أو الشعور الاكتئابي:** يترجم هذا المزاج بشعور المريض بالحزن والغم والملل والألم النفسي، وكذلك الشعور بهموم تظهر على محيى المريض. بالإضافة إلى اليأس في علاقته بنفسه عن طريق الإحساس بعدم الرضا وعدم تقدير الذات، وفي علاقته بالدنيا حيث يفقد المريض شهية الحياة ولا يعبر عن أي تطلع نحو المستقبل. وتميز هذه الحالة أساسا الاضطرابات الاكتئابية..

- **الانشراح أو الفرح المرضي:** المزاج المنشرح هو عكس المزاج الحزين أو المكتئب، يكون المريض سعيدا جدا لأنه يعيش فقط، ويرى السعادة في كل مكان، ويشعر بالأمل بدون حدود، كما يشعر أنه قادر على فعل كل شيء. ويعبر المريض عن فرحه بنشوة وابتهاج مبالغ فيه. وتميز هذه الحالة الوجدانية النوبة الهوسية والهوس المخفف، وحالات الاهتياج الناجمة عن تناول بعض المسممات أو الإقلاع عن تناولها (المخدرات، الكحول..)، وكذا النوبات شبه الهوسية للفصام، وكذلك في المتلازمة الجبهية..

وسنتدارس في هذا الفصل درس الاكتئاب، والذي سنتعرض فيه للتوصيف السريري للمتلازمة الاكتئابية، بالإضافة إلى مختلف الأشكال السريرة للاكتئاب. ودرس الاضطراب ثنائي القطب، والذي سنتعرض فيه للنوبة الهوسية بوصفها السريري وأشكالها السريرية المختلفة، مع الأشكال التي من خلالها يتكون الاضطراب ثنائي القطب. كما سنتطرق إلى علاج الاضطرابين.

الاضطرابات الاكتئابية

I. مقدمة

يعرف الاكتئاب على أنه حزن مرضي مستمر وممتد زمنيا، يؤدي بالمريض إلى عيش مضن وشاق. وهو الاضطراب النفسي الأكثر شيوعا، بالإضافة إلى كونه دافعا شائعا إلى زيارة الطبيب في مجال الطب العام.

وتعتبر الأشكال المخفية أو المتسترة وافرة الحضور، مما يطرح صعوبات عدة في التشخيص، كما أن الاكتئاب من الاضطرابات النفسية التي تكون مصحوبة بشكل واضح بخطر الانتحار، مما يجعل التشخيص والعلاج ضروريين من أجل تلافي هذا الخطر الوبيل، وتلافي الانعكاسات الصحية والاجتماعية المحتملة..

II. دراسة إحصائية

يتراوح معدل انتشار داء اضطراب الاكتئاب بين 10 و20 في المائة من المجموع العام للسكان، بينما تشير التوقعات إلى أنه سيحتل المرتبة الثانية بين الأمراض الأكثر انتشارا في العالم بحلول عام 2020. أما فيما يتعلق بالتوزيع الجنسي للمرض فهو يصيب النساء أكثر، حيث يصيب اثنتين من النساء مقابل رجل واحد. ويمثل الاكتئاب 30 في المائة من الأسباب الإجمالية للانتحار...

III. دراسة سريرية

تجمع المتلازمة الاكتئابية أربع عناصر وهي: المزاج الاكتئابي (الوجدان)، والبطء النفسي الحركي (السلوك)، والرغبة في الموت والسلوكات الانتحارية، وأخيرا الأعراض العضوية...

1) المزاج الاكتئابي

أ- الحزن: هو خاصية وجدانية تتميز بألم نفسي، وبالعجز عن الشعور بالفرح أو إظهار الحبور والرضا. تظهر في سحنة صاحبها وفي نظراته التي تفقد بريقها...

ب- التشاؤم في العلاقة بالذات والعالم: يشعر المريض، في علاقته بنفسه، بالتشاؤم وبعدم الرضا عن ذاته، وهو ما يؤدي إلى تخفيض قيمة الذات والإحساس بالذنب والمهانة. بينما تتميز علاقته بالعالم بالتشاؤم وفقد شهية الحياة، كما يفقد المتعة والتلذذ بالأشياء التي من شأنها أن تمتع الإنسان العادي، بالإضافة إلى فقد الأمل وعدم التطلع لأي مستقبل. هذا ويشعر المريض بألم نفسي، ويجتر أحاديث تدور حول هذا الألم، مع أفكار تحوم حول استحالة الشفاء والخراب والخجل من أخطاء لم تحصل أصلا أو يبالغ المريض في تقدير حجمها...

ت- نقص الحس العاطفي: يصاحب المزاجَ الاكتئابي تبلدٌ في الشعور العاطفي[1]. وبموجب هذا لا يعبر المريض عن أي رغبة تجاه أقاربه أو أنشطة كانت إلى وقت قريب مثار اهتمامه، كما يفقد أي اهتمام بعمله وهواياته وأصدقائه، وقد يصل هذا النقص في درجاته القصوى إلى التخدير العاطفي، حيث يفقد المريض القدرة على الفرح تماما. نمثل لذلك بالأب الذي يتسابق الأبناء لعناقه عند عوده من سفر،

[1]- انظر درس الفحص النفسي لمزيد من التفصيل حول هذا العرض.

فلا يشعر بأدنى فرح. ويمكن لهذا الأمر أن يعمق من الشعور بالدونية واتهام الذات، حيث يعتبر المريض بروده العاطفي تجاه أفراد أسرته فشلا ذريعا يجعله دون الناس.

ث- لاستقرار العواطف: تكشف هذه الخاصية غالبا وجود متلازمة اكتئابية، وذلك لأنها تفاجئ محيط المريض، حيث يدخل بشكل فجائي في جو من النرفزة والاندفاعية، ويصبح غير متسامح مع من يحيط به بل حتى عدائيا تجاههم. ويعتبر اللاستقرار العاطفي غالبا غير متوافق مع بواعثه، حيث تظهر على المريض نوبات من البكاء إما بشكل تلقائي أو لأسباب عادية كالسفر أو الوحدة، أو بسبب مهمة ما طلب منه إتمامها. وتؤدي هذه الخاصية إلى تفاقم الشعور بالذنب الموجود أصلا بسبب الاكتئاب.

2) البطء النفسي الحركي

يترجم البطء الاكتئابي، وهو تعبير عن التثبيط أو فقد الحيوية، ببطء نفسي وبطء حركي، ونفصل ذلك فيما يلي:

أ- البطء النفسي

نجد البطء النفسي في 90 في المائة من حالات الاكتئاب، حيث يشتكي المريض من كونه لم يعد يملك أفكارا واضحة، ولكنه يتوفر على أفكار فقيرة، وبطء في إنتاجها قد يصل إلى الفراغ الفكري (عدم القدرة على إنتاج أي فكرة). وهكذا نجد محتوى الكلام فقيرا سواء من ناحية المواضيع أو الروابط التي تربطها، فنجد المريض يدور حول فكرة وحيدة يكررها، كما نلاحظ ارتفاع وقت الكمون (الصمت اللازم لتفكير في الجواب) بين السؤال والجواب. كما يفقد المريض القدرة على التركيز والانتباه، وتختل ذاكرته سواء فيما يتعلق بنشاطه المهني أو ممارسة هواياته الشخصية. ويمكن لهذه الاضطرابات العقلية أن تؤشر أيضا على بداية المتلازمة الخرفية عند الأشخاص المسنين، لذلك يجب الحذر للتفريق بينهما...

ب- البطء الحركي

يتمظهر البطء الحركي بفقد القدرة على التحرك، وبطء المشي وقلة حركات الأطراف والجذع ونقص الإيماء. مثلا يدخل المريض إلى المكتب وهو يجر رجليه، يجلس بصعوبة، يبدو جذعه متيبسا وأطرافه لا تتحرك إلا قليلا، وبعد أن يجلس نجد نظره لا يغادر نقطة ما غالبا ما لا تتجاوز رجليه. ونشير إلى أن المريض المكتئب يشعر بتعب دائم لا يتخلص منه ولو بعد راحة طويلة، ويؤثر هذا الإرهاق الحيوي على مختلف مناشط الحياة اليومية (الأكل، الذهاب إلى الحمام، الملبس...).

3) الرغبة في الموت والسلوكات الانتحارية

تظهر الأفكار الانتحارية كوسيلة يمكنها أن تضع حدا لمعاناة لم تعد متحملة من قبل المريض، فالشخص المكتئب لا يرى أي أمل في الحياة، وهكذا فالمستقبل الوحيد المقبول هو الموت. ويمكن أن

تظل الأفكار الانتحارية ضبابية وغير واضحة، كما يمكن أن تكون محددة ودقيقة وحاملة لمشروع يؤدي إلى ارتكاب عملية الانتحار، والتي تنجح في غالب الأحيان. ويمكن أن يتم الانتحار بأشكال مختلفة كأن يجمع المريض كميات من الأدوية تحسبا لاستعمالها يوم يقرر الانتحار فعلا، أو أن يكون أكثر عنفا ومأساوية مثلا عن طريق استعمال السلاح الناري أو الأبيض، أو عن طريق الشنق أو القفز من مكان شاهق، أو اعتراض طريق قطار أو شاحنة، و حتى عن طريق الغرق. وينبغي أن نخشى انتحار مرضى الاكتئاب في أي وقت من أوقات تطور الاضطراب، أثناء نقص انتباه المحيط للمريض ومراقبته له، مثلا أثناء بداية العلاج ونقص التثبيط الحركي، أو في نهاية العلاج أو في مرحلة النقاهة... ويمكن للمريض أن يخفي أفكاره الانتحارية خلف ابتسامة مطمئنة، لذلك ينبغي أثناء أي مقابلة مع مريض مكتئب البحث بعناية عن أي مواضيع لها علاقة بالانتحار، وأن يقاربها الطبيب بحذر عندما لا يعبر عنها المريض بشكل تلقائي، وذلك عن طريق البحث عن وجود مشاريع وانشغالات بفكرة الموت، وكذا البحث عن أفكار تدندن حول مواضيع الإحباط أو اليأس أو عدم القدرة على الاستمرار في الحياة... ونشير إلى أن أي تكتم من قبل المريض يمكن أن يخفي وراءه مشروعا للانتحار تم الإعداد له بشكل جيد. ويخشى انتحار المريض بشكل قوي وبتضاعف احتمال وقوع ذلك في الوضعيات التالية:

- ❖ تعبير محدد ودقيق عن الرغبة في الموت.
- ❖ حضور أفكار هذيانية منخولية.
- ❖ وقوع هياج قلقي قوي مباشرة بعد مرحة تثبيط حركي.
- ❖ وجود اندفاعية معروفة سابقا.
- ❖ وجود انعزال عاطفي واجتماعي.
- ❖ سن يفوق 40 سنة وانتماء إلى الجنس الذكري.
- ❖ وجود محاولات سابقة للانتحار.
- ❖ وجود سوابق انتحار عائلية.

4) الأعراض العضوية

أ- السلوكات الغريزية

❖ **النوم:** توجد اضطرابات النوم في أكثر من 70 في المائة من حالات الاكتئاب، ويسيطر الأرق بمختلف أشكاله عليها. ويمكن أن تتركز بشكل كبير أثناء التماثل للنوم، أو أن تكون عبارة عن استيقاظات متكررة خلال الليل. ونشير إلى أن الأرق عندما يكون صبحيا يكون ذا قيمة تشخيصية عالية

لاضطراب اكتئابي داخلي المنشأ أو مصحوب بأعراض منخولية، إلا أنه غالبا ما يجمع مختلف الأشكال السابقة ويكون مصحوبا بنيمومة نهارية...

❖ **الأكل:** نجد فقدان الشهية في 80 إلى 90 في المائة من حالات الاكتئاب، وتكون مصحوبة بالهزال في 60 في المائة من الحالات، وغالبا ما يكون أيضا مصحوبا بالإمساك. أما رفض تناول الطعام فنعتبره مرادفا للانتحار، فهو يأتي في إطار هذياني متعلق بموضوع إنكار الأعضاء (متلازمة كوتار)، كتنكر المريض لوجود أمعاء ومعدة لديه، وبالتالي يستحيل تناول الطعام. وتفرض هذه الحالة استشفاء المريض بشكل مستعجل...

❖ **الجنس:** يعتري هذه الوظيفة نقص في الرغبة في ممارستها، وهو ما يتمظهر باجتنابها أو فقدان التلذذ أثناء الاتصال الجنسي، وأيضا بالعجز الجنسي عند الذكور وتشنج المهبل عند الإناث...

ب- أعراض عضوية أخرى

يمكن للأعراض العضوية أن تكون مصاحبة للمتلازمة الاكتئابية، كما يمكن أن تلخص لوحدها اللوحة السريرية، وهو ما نجده في الاكتئابات المخفية. ويمكن أن نجد الصداع الرأسي والهزال الناتج عن فقدان الشهية والإمساك والخفقان في أكثر من 40 في المائة من الحالات، كما يمكن أن نجد أعراضا عضوية أخرى اقل شيوعا، كالتعرق وجفاف الفم، وموجات الحرارة، وكذا آلام الظهر والعضل والصدر والمعدة، بالإضافة إلى فقدان الطمث والغثيان والدوخة وعسر التنفس وانخفاض الضغط الدموي[1]...

IV. الأشكال السريرية

1) الأشكال حسب الأعراض

أ- الاكتئاب المخفي أو المتستر

يتعلق باكتئاب لا تظهر أعراضه بجلاء وتختفي خلف أعراض أو سلوكات أو اضطرابات أخرى تظهر في المقام الأول:

- **الاكتئاب المخفي بأعراض عضوية:** حيث تظهر الأعراض العضوية في المقام الأول، ويشتكي المريض من أعراض ضبابية وغير واضحة ولانموذجية، مثل آلام تهم عدة أطراف في الجسم دون وجود تناسق تشريحي، مع اضطرابات في النوم وإرهاق دائم...

[1]- الشخص المكتئب يكون عادة ذا ضغط دموي منخفض، كل ضغط دموي مرتفع عند هؤلاء المرضى يجعلنا نفكر في تناول كحول مصاحب للاكتئاب.

- **الاكتئاب المخفي بتصرفات مرضية**: كالسلوكات الغذائية المنحرفة، والسلوكات الإدمانية، وبعض السلوكات التي تحمل خطرا على سلامة وصحة المريض (التعاطي للمخدرات عن طريق حقن مستعملة، اتصالات جنسية غير محمية، السياقة بتهور مفرط...)...

- **الاكتئاب المخفي بمرض نفسي آخر**: كالاضطرابات الرهابية أو الاضطرابات التحولية (الهستيريا)...

ب- الاكتئاب الذهولي

يترجم الذهول شدة وقسوة الاكتئاب خاصة في شقه النفسي الحركي، ويكون عادة علامة إنذار للطاقم الطبي. ويؤدي هذا العرَض إلى تثبيط شامل للنشاط الحركي، ونجد المريض في حالة من الوجوم والخرس وعدم التفاعل مع مختلف المؤثرات الموجودة في محيطه. ويكون وجه المريض في هذه الحالة أشبه ما يكون بلوحة رخامية، كما يكون نظره ثابتا، أما الأكل فهو مستحيل. وأمام حالة الذهول هذه، من بين الأعراض المهمة التي توجهنا نحو السبب الاكتئابي وجود علامة Ω وهي ما يسمى بعلامة "أوميكا الكآبية الشديدة" حيث تتشكل الانثناءات الجلدية الموجودة بين الحاجبين على شكل هذا الرمز، نتيجة لطول المدة الزمنية التي استغرقتها فترة الوجوم وانقباض عضلات الوجه...

ت- الاكتئاب القلقي

يمثل الاكتئاب القلقي الشكل الوحيد من الأشكال السريرية للاكتئاب الذي يختفي فيه التثبيط الحركي لصالح حالة من الهياج الحركي القوي والعقيم. وتسيطر في هذا الشكل أعراض القلق والخوف والنرفزة ونوبات غير اعتيادية من الهياج على مجمل أعراض الاكتئاب. ويتزامن الألم النفسي مع اليقين في مجيء مصيبة قريبة يخشاها المريض أو يؤملها...

ث- الاكتئاب المنخولي

نتحدث عن المنخوليا أما العلامات التالية:

- شدة اكتئاب المزاج مع الشعور بالذنب والانتقاص من قيمة الذات مع اتهامها.

- فقد التلذذ والتخدير العاطفي الذي يمكن أن يتعاقب مع أوقات من اللاستقرار العاطفي أو من فرط الحس العاطفي المؤلم.

- شدة خطر الانتحار.

- شدة البطء النفسي الحركي أو الهياج القلقي.

- الاستيقاظ في الصباح الباكر حيث يبلغ الألم النفسي ذروته.

- شدة فقد الشهية والهزال والأعراض العضوية.

كما يمكن أن نجد أحيانا أعراض فقد الشخصية ذي الطابع الاكتئابي، ويمكن أن يعبر عنه المريض بقوله "العالم بعيد، لم أعد اشعر بجسدي، قد تغير وجهي، لم أعد أتحكم في شيء...".

ويتطور الاكتئاب المنخولي إلى الاكتئاب الهذياني في حوالي 40 في المائة من الحالات.

ج- الاكتئاب الهذياني

تكون نواة اللوحة السريرية في هذا الشكل من الاكتئاب أعراضا اكتئابية بامتياز، وتصاحبها أفكار هذيانية. ويأخذ الهذيان نفس مواضيع المنخوليا (الشعور بالذنب، اتهام الذات والانتقاص من شأنها)، إلا أنها تختلف عنها في كونها تأتي خارج أي مرجعية موضوعية، وبكون الاقتناع بها يكون كبيرا وغير قابل للزعزعة.

من المهم أن نحدد أن الهذيان هنا ناجم عن الاكتئاب، حيث يظهر بعد أن يظهر الاكتئاب أولا. ويعيش المريض هذيانه بشكل مضن وشاق، وذلك نظرا للألم النفسي الذي يرزح تحته بسبب شدة الاكتئاب...

ويتميز الهذيان الاكتئابي بالخصائص التالية:

- **موضوعه:** يعتبر محتوى الهذيان شاقا ومضنيا، ويمكن أن يكون منخوليا (الشعور بالذنب، اتهام الذات والانتقاص من شأنها) أو مراقيا (رهاب الأمراض، إنكار الأعضاء، متلازمة كوتار[1])، كما يمكن أن يتعلق بأفكار الخراب أو الكارثة (اليقين في موت قريب أو إصابته بمرض عضال) أو أفكار الإنكار والنفي (لم يعد لي والدان، ولا أصدقاء، ولا منزل، ولا ذكاءٌ.. لم أعد أمتلك شيئا..)... وعلى العكس من الهذيان الفصامي يعيش المريض مواضيع الاضطهاد على أنها مستحقة في نظره، فهو عقاب إلهي مستحق بسبب جرائمه المزعومة أو بسبب التهويل من تقصيره في واجب من الواجبات... كما أن مواضيع الهذيان متوافقة تماما مع مزاج المريض الاكتئابي، لأنها مرتبطة بشكل مباشر بنقص تقديره لذاته وبرؤيته المتشائمة لنفسه وللعالم من حوله...
- **آليته:** تكون عادة آلية حدسية أو تخيلية...

[1]- **متلازمة كوتار:** حالة هذيانية ذات موضوع مراقي (توهم المرض) تجمع أفكار الخلود واللعن وإنكار الأعضاء (يتصور المريض أن بعض أعضائه قد تعفن أو تحول إلى حجر، أو أنه لم يعد يمتلك فما مثلا..)، وكذا إنكار الجسم (حيث يعتقد المريض أنه لا يمتلك جسما أو أنه ميت منذ مدة..).. بعد أن يطور المريض هذه الانشغالات المراقية والاضطرابات الحسية العضوية الخطيرة، يحس أن أعضاءه تتحلل وتتخرب، وهكذا يشعر بقلق داخلي فظيع، وتظهر عنده هلاوس من الصنف البصري ووجوم كبير، فيبدأ في إذاية نفسه ثم ينتحر. ونجد هذه المتلازمة النادرة أساسا في الحالات الكآبية..

- **بنيته:** يعتبر الهذيان الاكتئابي هذيانا فقيرا ورتيبا وقليل الامتداد وثابتا، حيث يردد المريض نفس الموضوع الهذياني، نقول إنه هذيان ذو موضوع واحد. كما أنه يظهر كنتيجة للاكتئاب. وعلى العكس من الهذيان الفصامي، يعتبر الهذيان الاكتئابي هذيانا نابذا، حيث يكون المريض هو المركز بينما يمتد هذيانه إلى الآخرين، حيث إنهم من يخضع لجرائم المريض وليس العكس أي ليس الآخرون هم من يضطهدون المريض.

- **المشاركة العاطفية:** يعيش المريض هذيانه بشكل شاق ومضن، وفي جو من الألم النفسي مع التثبيط النفسي الحركي، وأحيانا يكون في جو من الهياج القلقي... ويبحث المريض في ماضيه عن الخطأ الذي يفسر حالته الحالية. ويؤدي الالتصاق بهذيان الإنكار والنفي إلى:

  - رفض تناول الطعام لأنه يعتقد أنه لا يمتلك مرئا ولا معدة...
  - رفض الكلام لأنه يرى أنه لم يعد يمتلك فما يتحدث به...
  - الانتحار من أجل مسح أخطائه ولتخليص العالم منها: قيمة التضحية...

وأخيرا يمكن القول أن هذا الشكل الاكتئابي يمثل حالة نفسية استعجالية قصوى، نظرا لخطورة نتائجها، والتي لا تخرج عن الانتحار بشكل شبه حتمي في غياب أي علاج، وتكون أحيانا على شكل انتحار عائلي جماعي، اعتقادا من المريض أنه يخلص زوجه وأبناءه من شقاوة توشك أن تحل بهم...

2) الأشكال حسب عمر المريض

أ- الاكتئاب عند الأشخاص المسنين: يكون اضطراب الوظائف العليا في المقام الأول: الاكتئاب الخرفي الكاذب...

ب- الاكتئاب عند المراهقين: سلوكات إدمانية وسلوكات تحمل خطرا على الصحة، بالإضافة إلى فرط النوم وفرط الأكل...

ت- الاكتئاب عند الأطفال: يعتبر الهذيان والهلوسات المتوافقة مع المزاج شائعة في اكتئاب الأطفال، بالإضافة إلى المشاكل الدراسية...

V. التشخيص التفريقي

1) فترات الحزن العادية

يحدث أن يحزن المرء لسبب أو لآخر كوفاة قريب أو فشل ما... إلا إن ذلك يكون في فترات معينة استجابة لسبب باعث على الحزن الذي سرعان ما يتلاشي مع مرور الوقت...

2) الاضطرابات القلقية

القلق هو الخوف من مصيبة يظن المريض أنها ستحدث له أو لأقاربه، بينما في الاكتئاب يشعر المريض بالحزن والكرب بسب شيء حدث واكتمل في حالة الاكتئاب التفاعلي أو يؤوله على أنه ناتج عن خطأ سابق في حالة الاكتئاب داخلي المنشأ. والمريض القلق يشعر بالقلق أكثر مما يشعر بالحزن، وإن كان مكتئبا فهو اكتئاب يختفي بمجرد اختفاء القلق. ولا نجد في الحالات القلقية فقدا للرغبة في الحياة ولا استهانة بالذات واتهاما لها. إلا أنه يمكن للاضطرابات القلقية، كما أشرنا إليه سابقا، أن تخفي خلفها اضطرابا اكتئابيا وتظهر هي في المقام الأول. لذلك يجب في مثل هذه الحالات البحث بعناية عن الأعراض الأخرى للاكتئاب بغية علاجه...

3) الخرف

يحدث أن يصعب تشخيصه أمام الاكتئاب عند الأشخاص المسنين، ونلاحظ أن اضطرابات الوظائف العليا تكون في المقام الأول، وهو ما يميزه عن الاكتئاب...

4) الهذاء الحساس

يطرح مشكل التشخيص التفريقي مع الاكتئاب الهذياني، إلا أن آلية التأويل وأفكار المرجعية المعرفة في الهذاء الحساس تفرقه عن الاكتئاب...

5) الفصام الجامودي

يطرح مشكل التشخيص التفريقي مع الاكتئاب الذهولي. ومن بين الأعراض المهمة التي توجهنا نحو السبب الاكتئابي وجود علامة Ω وهي ما يسمى بعلامة "أوميكا الكآبية الشديدة" حيث تتشكل الانثناءات الجلدية الموجودة بين الحاجبين على شكل هذا الرمز...

VI. دراسة تصنيفية

1) التفرع الثنائي الأساسي

يقسم الاكتئاب وفق هذا التصنيف التفرعي إلى نوعين:

أ- الاكتئاب داخلي المنشأ

يشير مصطلح "داخلي المنشأ" إلى الطابع التلقائي وغير المفسر، و كذلك إلى الطابع غير المبرر والذاتي للنوبة، ويعتبر وجود العوامل المحدثة نادرا إلا أنه يظل ممكنا، لذلك فإن حضورها لا تجعلنا أبدا نستبعد الاكتئاب داخلي المنشأ. ويمثل هذا النوع الشكل الأخطر للاكتئاب، نظرا لخطر الانتحار الكبير الذي يصاحبه. وتظهر نوبة الاكتئاب في هذا النوع بشكل سريع، وتمتد في غالب الأحيان لأيام أو بضعة

أسابيع، ويمكن أن تأتي بعد عامل محدث في 30 في المائة من الحالات، كالموت أو الفراق أو النجاح، أو في أعقاب مرض عضوي أو بعد تناول دواء مولد للاكتئاب[1]. وتبقى السمة الأبرز هي وجود أرضية وراثية، مع وجود حالات كثيرة لاضطراب المزاج ثنائي القطب، يشكل هذا النوع من الاكتئاب أحد قطبيها...

ب- الاكتئاب غير داخلي المنشأ أو خارجي المنشأ

ونعني بهذا النوع الاكتئاب الذي يفتقد إلى الخصائص التي عرفنا به الاكتئاب داخلي المنشأ (التلقائية، وغياب التفسير والتبرير...) وهو الناتج عن عامل محدث، ويضم صنفين كبيرين:

- **الاكتئاب نفسي المنشأ**

تشكل الاكتئابات نفسية المنشأ مجموعة غير متجانسة، نعرفها انطلاقا من تضادها مع الاكتئابات داخلية المنشأ، وكذلك بتدخل علاقات سببية في توليد الاضطراب. وتفرض هذه العلاقة السببية أن نجد علاقة توافق بين المواضيع الاكتئابية والحيثيات المحدثة لها والتحليل النفسي للمريض، وخير نموذج على ذلك الاكتئاب العصابي...

- **الاكتئاب العصابي**

يعتبر هذا النوع وليد المدرسة التحليلية، حيث يشكل العصاب محورا أساسيا في نمو الشخصية الإنسانية. وينتج الاكتئاب العصابي عن حدث يمنحه المريض قيمته الصادمة، وهو ما يوضح عدم التوافق بين الحدث المحدث الذي يتحدث عنه المريض (حدث بسيط وأحيانا يتعلق الأمر بحدث سعيد...)، والطريقة الذاتية التي يعيشه المريض بها (انهيار اكتئابي): يمكن أن يكون هذا الحدث مثلا نجاحاً أو حدوث شيء يرغب فيه المريض بقوة أو تغيير محل الإقامة أو زواج ولد...

ويتميز الطابع العصابي لهذا الاضطراب بتزامن الحدث البسيط واليومي الذي ولد الاكتئاب مع مشكل لاشعوري. هذا الصراع النفسي الداخلي والمكبوت (الهجر، الإحباط المبكر...) تتم إعادة تنشيطه في الوضعية الحالية، ويطفو إلى السطح ليتسبب في انهيار وفق نمط اكتئابي للشخص...

وهكذا وبشكل عملي، نستحضر الاكتئاب العصابي عند وجود عامل محدث لا يبعث في الواقع على أي صدمة. ويكون احتمال الانتحار اقل مقارنة مع الاكتئاب داخلي المنشأ، كما تكون استجابته للعلاج النفسي أفضل من استجابته للعلاج الدوائي. وتطغى عليه غالبا الشخصيات المرضية كالشخصية الهستيرية أو التجنبية أو الاعتمادية...

[1]- يتميز الاكتئاب الذي يظهر بعد تناول دواء بكونه يبقى لمدة متوسطها ستة أشهر في غياب علاج مناسب، وبكون زواله سريعا حيث يمكن أن يزول في بعض الأحيان في ساعات، كما يمكن أن يتبعه تحول هوسي..

- **الاكتئاب التفاعلي**

يعرف الاكتئاب التفاعلي بالتضاد والتقابل مع الاكتئاب العصابي، ذلك أن العامل المحدث هو فعلا صادم ومفهوم بشكل موضوعي وواقعي، على العكس من الاكتئاب العصابي الذي لا يفهم فيه العامل المحدث إلا بشكل ذاتي بعيدا عن أي موضوعية أو واقعية.

يحدث الاكتئاب التفاعلي في الأيام التي تلي حادثا صادما، يقر الجميع بأهميته وبطابعه الصادم، كوفاة قريب أو فشل أو خلاف زوجي أو انعزال... ونشير إلى أن مدة الاكتئاب التفاعلي اقل من مدة الاكتئاب داخلي المنشأ، كما أن العوامل المحدثة ليست وحدها كافية ولازمة لحدوث الاكتئاب، كما نشير إلى أنه لا توجد تراتبية محددة بين هذه العوامل...

- **اكتئاب الإنهاك**

ينتج اكتئاب الإنهاك كما هو الحال في الاكتئاب التفاعلي عن عامل يعيه المريض. ويتمثل الفرق في تسلسل وتكرار العوامل المحدثة في اكتئاب الإنهاك. ففي الاكتئاب التفاعلي نجد عاملا محدثا وحيدا (حدث صادم). بينما في اكتئاب الإنهاك يتعلق الأمر بتكرار أحداث أقل تأثيرا لكنها مستمرة طيلة أشهر أو سنوات مما يؤدي إلى ارتفاع الحمولة الوجدانية فوق اللازم، وهو ما ينتج عنه إنهاك وجداني على شكل اكتئاب الإنهاك.

ونجد هذا الاكتئاب خصوصا عند الأشخاص المهاجرين، والأشخاص المهمومين بمنافسة ما أو بمردود ما، وأيضا عند من يعاني من خلافات زوجية، كما نجده أيضا عند أصحاب الشخصيات النرجسية وغير الناضجة والحساسة...

- **الاكتئاب الثانوي (الناتج عن اضطراب آخر)**

يعرف الاكتئاب الثانوي على أنه اكتئاب يأتي في نفس الوقت أو في أعقاب مرض عضوي أو اضطراب نفسي:

- **الاضطرابات النفسية**

✓ **الاضطراب الوسواسي:** يعرف هذا الاضطراب بشيوع انهيارات اكتئابية من النوع المنخولي بشكل خاص. ويظهر خصوصا عند المرضى الذين تتركز أفكارهم الوسواسية حول الشك والطهارة والدقة والأخلاقيات..

✓ **الاضطراب الرهابي:** يخلق الرهاب كثيرا من الانعزال والإحساس بالدونية مما يعرض للاكتئاب...

✓ **العصاب الهستيري:** لا يعرف الاكتئاب عند هؤلاء المرضى بسبب اشتهارهم بالتمثيل، لذلك حتى عندما يعبر المريض الهستيري عن ألمه النفسي فإنه يفعله بشكل مسرحي، وهو ما يجعلنا يظن أنه داخل في إطار تمثيلياته المعروفة. ويؤدي هذا الإهمال إلى تأخر في التشخيص وبالتالي تأخر في إدراج العلاج، وهو ما يمكن أن تكون نتائجه كارثية. وهكذا فإن محاولة الانتحار عند هذا الصنف من المرضى لا ينبغي أن تحمل على محمل الاستخفاف، وأن تعتبر دائما محاولة لاستجلاب العطف وإثارة الانتباه. ذلك أن الانتحار هو غالبا الملاذ الأخير للتعبير عندما تعجز الكلمات عند ذلك. ونشير إلى أن الانتحار يشكل 4 في المائة من أسباب الوفاة عند مرضى الهستيريا، سواء أكان في إطار اكتئابي أم لا...

✓ **الشخصيات الحدية:** يعود سبب الاكتئاب في هذه الحالة غالبا إلى وضعيات الانفصال والمهانة (الجراح النرجسية). وتسيطر على اللوحة السريرية مشاعر الهجران والقلق التي تكون في المقام الأول...

✓ **الشخصيات الصفاقية:** تعتبر محاولات الانتحار واحدا من التعابير العادية في هذا النمط من الشخصية. وهكذا فالاكتئاب مخفي بتكرار هذه المحاولات. أما الأعراض المعروفة للاكتئاب كاتهام الذات فهي غائبة، بينما تشكل الأعراض العضوية ملاذا مهما للتشخيص: الإرهاق، فقدان الشهية، الأرق. وتبقى السمة الأبرز عند هؤلاء هي النرفزة الشديدة والمستمرة...

✓ **الفصام**: يمكن لظهور الاكتئاب أثناء مرض الفصام أن يمثل:

- نوبة اكتئابية لانموذجية في إطار الاضطراب الفصامي الوجداني.
- انهيارا خالصا أثناء بداية الفصام التي تكون بشكل لانموذجي.
- انهيارا ما بعد الذهان، حيث تظهر الأعراض الاكتئابية أسابيع أو شهورا بعد النوبة الهذيانية.

✓ **الهذيانات المزمنة الأخرى:** يمكن أن يقال عنها نفس ما قيل عن الفصام، وتمثل تشخيصا تفريقيا مع الاكتئاب الهذياني. إلا أن ترتيب الهذيان و الاكتئاب يسعفنا لنفرق بينهما. حيث يظهر الاكتئاب أولا والهذيان ثانيا في الاكتئاب الهذياني...

- **الاضطرابات العضوية**

يمكن أن يكون الاكتئاب عرضا من أعراض بعض الأمراض العضوية، لذلك ينبغي دائما استبعاد أي سبب عضوي أولا، خصوصا عندما نواجه أول نوبة اكتئابية في حياة المريض.. ومن بين أهم الأمراض العضوية التي يمكن أن تتمظهر بأعراض اكتئابية نجد الإصابات الدماغية، والأمراض الغددية، وكذا الإصابات العامة، بالإضافة إلى الأمراض القلبية الوعائية والانفطام...

ونتحدث عن الاكتئاب علاجي المنشأ عندما يظهر أثناء تناول دواء معين (مضادات السل، قشراويات...)، ويعيننا على التحقق من العلاقة السببية بين الدواء والاضطراب بعض المعايير:

- ✓ ظهور الاكتئاب بعد تنول الدواء.
- ✓ اختفاء الأعراض بعد الانقطاع عن تنال الدواء.
- ✓ غياب دواء آخر يتناوله المريض بشكل متزامن مع الدواء موضوع البحث.

VII. التطور والمآل

يدوم الاضطراب الاكتئابي مدة 6 أشهر بشكل تلقائي، بينما يتطور بشكل إيجابي تحت العلاج، مع احتمال وجود حالة عود، حيث يعود الاضطراب الاكتئابي إلى الظهور مرة أخرى.

يمكن أن تنشأ عن هذا الاضطراب النفسي مضاعفات عدة لعل أهمها:

- **الانتحار:** حيث نسجل أن خمسين في المائة من الانتحارات تسجل في إطار اكتئابي. ويمكن أن يكون انتحارا قام المريض بالتأمل والتفكير فيه بشكل مسبق وأعد له خطة مضبوطة، كما يمكن أن يكون انتحارا اندفاعيا. ونشير إلى أنه يمكن أن يكون في بعض الأحيان انتحارا في إطار التضحية (altruiste). ويكون خطر الانتحار مهما كلما كان للمريض سوابق في محاولة الانتحار، أو كان الاكتئاب من الشكل الهذياني أو القلقي، وأيضا في حالة الانعزال الاجتماعي...

- **التطور إلى اضطراب المزاج ثنائي القطب،** وهو تعاقب لنوبات الاكتئاب والنوبات الهوسية.. (لمزيد من التفصيل انظر الدرس اللاحق)...

- **الدخول في الاكتئاب المزمن**: يمر 15 إلى 20 في المائة من مرضى الاضطراب الاكتئابي إلى المرحلة المزمنة، والتي نتحدث عنها حين تتجاوز مدة الاضطراب سنتين. ويكون ذلك عبر استمرار أعراض اللوحة السريرية الاكتئابية، مما يؤدي إلى تدهور الوظيفة الاجتماعية والمهنية. ونظرا لغموض هذا التعريف وإمكانية اختلاطه مع حالات أخرى ليست بالضرورة اضطرابا اكتئابيا، كالشخصية ذات الميول الاكتئابي مثلا، حيث يصعب التفريق بين أعراض اكتئابية دالة على اضطراب اكتئابي، وبين سمات شخصية مميزة لحياة شخص ما. نظرا لذلك فإن التصنيف DSM IV يقترح مفهوما آخر لهذا الأمر، هو مفهوم اختلال المزاج والذي يجمع العناصر التالية:

- أعراض اكتئابية لمدة عامين على الأقل بشكل مستمر أو متقطع.
- شدة أعراض أقل من تلك الملاحظة في المتلازمة الاكتئابية الشديدة.
- غياب التحول نحو الهوس أو الهوس المخفف.

- **الدخول في الاكتئاب المتكرر** (اضطراب المزاج أحادي القطب).
- **ظهور سلوكات إدمانية**...

VIII. الدراسة السببية

يعتبر الاكتئاب اضطرابا نفسيا مجهول السبب لحد الآن، إلا أن أغلب الكتاب يتفقون على كونه متعدد العوامل السببية.

1) النظرية البيولوجية

أ- العوامل الوراثية

نعلم حاليا أن العوامل الجينية التي تهم اشتغال الدماغ يمكن أن تجعل بعض الأشخاص أكثر عرضة للاكتئاب. فمثلا الأشخاص الذين عانى آباؤهم الأقربون من الاكتئاب يصل خطر إصابتهم أيضا إلى 15 في المائة، بينما يصل فقط إلى 3 في المائة عند من لا يعاني آباؤهم من أي اضطراب اكتئابي. كما يصل احتمال الإصابة بهذا الاضطراب عند التوأم الحقيقي إلى 70 في المائة في حال كان التوأم الثاني مصابا به...

ب- العوامل العصبية البيولوجية والتشريحية

- خلل على مستوى الناقلات العصبية المتصلة بمادة "النورادرينالين" ومادة "السيروتنين" وكذا مادة "الدوبامين" في مسالك دماغية محددة، فينخفض مستوى العمليات الاستقلابية الدماغية في مرض الاكتئاب...
- خلل كرونوبيولوجي:

- خلل في الايقاعات البيولوجية...
- خلل في الايقاعات الحرارية وإفراز هرمون "الكورتِزول"، وفي إقاع النوم التناقضي...

2) العوامل النفسية

أ- نظرية التحليل النفسي

- فقد حقيقي أو تخيلي لموضوع الحب (فرويد)..
- فقد تقدير الذات...

ب- النظرية المعرفية

- الخريطة المعرفية المولدة للاكتئاب: الأحداث الصادمة المبكرة...

- الانفتال المعرفي...

ت- العوامل الاجتماعية والثقافية

- عوامل الهشاشة المبكرة: فقد الأبوين، أخطاء في الصغر..
- أحداث الحياة المؤلمة: وفاة، انفصال وفراق..

تحضر هذه العوامل بشكل مستقل أو مشترك في اضطراب الاكتئاب، لذلك نجد تارة اكتئابا بيولوجيا أكثر مما هو نفسي، ونجد تارة أخرى اكتئابا اجتماعيا أكثر مما هو نفسي.. وهكذا دواليك.. لذلك يمكن وصف الاكتئاب على أنه مرض بيولوجي نفسي اجتماعي...

IX. العلاج

ينبغي أن يكون العلاج مبكرا، كما ينبغي علاج أي اكتئاب تم تشخيصه، إذ لا يوجد هناك اكتئاب بسيط لا داعي لعلاجه. ويجب أيضا استبعاد أي سبب عضوي محتمل.

1) أهداف العلاج

- ❖ الوقاية من الانتحار.
- ❖ اختصار وتقصير مدة النوبة.
- ❖ الوقاية من حالات العود.

2) الاستشفاء

يصبح الاستعجال ضروريا ولازما في الحالات التالية:

- ❖ عندما يكون خطر الانتحار كبيرا.
- ❖ عندما يكون هناك خطر آخر يهدد حياة المريض كفقدان الشهية التام.
- ❖ عندما يكون الاكتئاب داخلي المنشأ (الاكتئاب المنخولي الهذياني و الاكتئاب الذهولي والاكتئاب القلقي والهياجي.).
- ❖ عندما يكون محيط المريض قاصرا وغير مؤهل (الانعزال العاطفي والانعزال الاجتماعي كالبطالة أو الادمان على الكحول).
- ❖ عندما يكون التأثر العضوي مهما، كفقد 5 كيلوغرامات من الوزن في شهر واحد، أو عندما يكون الأرق كليا..
- ❖ عندما يفشل العلاج خارج المستشفى رغم أن الجُرع والمدة كانت كافية..

أما في الحالات الأخرى، فإن العلاج يشرع فيه خارج المستشفى مع تتبع المريض ومراقبته مرة في الأسبوع في المراحل الأولى. ونشير إلى أنه في حالة الاكتئاب خارجي المنشأ و الاكتئاب البسيط يستحسن عدم استشفاء المريض لأن ذلك يشكل دافعا نحو الدخول في المرحلة المزمنة...

3) العلاج الدوائي

أ- اختيار مضادات الاكتئاب

- تعتمد مضادات الاكتئاب المهيجة عند وجود البطء النفسي الحركي.
- تعتمد مضادات الاكتئاب المهدئة عند وجود القلق.
- تعتمد الجزئية التي أثبتت فاعليتها في وقت سابق، وتلك التي أثبت المريض قدرته على تحملها بعد تتبع أعراضها الجانبية.
- يفضل العلاج أحادي الدواء، ونشير إلى أن الفاعلية لا تظهر إلا بعد ثلاثة أو أربعة أسابيع.

ب- الدواعي

- **بالنسبة للاكتئاب الخفيف والمتوسط:**

- في المقام الأول:

✓ مضادات الاكتئاب الكابحة الانتقائية لاسترداد السيروتونين: "فليوكستين" واسمه التجاري "بروزاك" 20 ملغ في اليوم.

✓ مضادات الاكتئاب الكابحة الانتقائية لاسترداد السيروتونين والنورادرينالين: "فونلافاكسين" واسمه التجاري "إيفيكسور" 75 إلى 150 ملغ في اليوم.

- في المقام الثاني: مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات مثل "كلوميبرامين" واسمه التجاري "أنافرانيل" 75 إلى 150 ملغ في اليوم.

- ويمتد العلاج بمضادات الاكتئاب ستة أشهر على الأقل...

- **بالنسبة للاكتئاب المنخولي:** في هذه الحالة العلاج المرجعي هو مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات مثل "كلوميبرامين" واسمه التجاري "أنافرانيل" وذلك عن طريق الحقن المتواصل في المرحلة الأولى للعلاج على الشكل التالي.

- **في اليوم الأول:** قارورة واحدة في 200 مليلتر من المصل المحلى من فئة 5% في الصباح.
- **في اليوم الثاني:** قارورتان في 250 مليلتر من المصل المحلى من فئة 5% في الصباح.

- **من اليوم الثالث إلى اليوم الخامس عشر:** 3 قارورات في 250 مليلتر من المصل المحلى من فئة 5% في الصباح. ليتم بعد ذلك تعويضه بالمسلك الفموي، ليستمر العلاج مدة إجمالية تتراوح بين عام وعامين...

- يمكن إضافة مضاد ذهاني مهدئ مثل : "ليفوبرومازين" واسمه التجاري "نوزينان" 50 إلى 100 ملغ في اليوم مساءً...

4) العلاج النفسي

يعتمد العلاج النفسي على الأساليب التالية:

❖ **علاج الدعم النفسي،** ويهدف أساسا إلى طمأنة المريض، وتقديم يد المساعدة له، وإشعاره بالتعاطف معه...

❖ **العلاج المعرفي السلوكي،** ويهدف أساسا إلى تخفيض احتقار الذات والنظرة السلبية للعالم، كما يمكن أن يؤثر أيضا على النوم وممارسة الأنشطة الممتعة. وقد تمت البرهنة على فعالية هذا الأسلوب، فهو يقلل من خطر الانتكاسات عندما يكون مصحوبا بمضادات الاكتئاب...

❖ **العلاج النفسي البين شخصي،** يعتمد هذا الأسلوب من العلاج النفسي على حل المشاكل والخلافات التي كانت مصدرا للاكتئاب. خصوصا فيما يتعلق بالشقاقات الزوجية والمشاكل المهنية، وذلك عن طريق لعب الأدوار وتقديم نصائح تهم طرائق التواصل وتفادي الخلافات...

5) العلاج الاختلاجي

يعتمد العلاج الاختلاجي على خلق نوبة صرعية عند المريض عن طريق صعق جمجمته بالتيار الكهربائي بعد تخديره كليا، ويستعمل لعلاج الاكتئاب في الحالات التالية:

أ- المنخوليا القلقية

ب- المنخوليا الهذيانية والمنخوليا الذهولية.

ت- الخرف الاكتئابي الكاذب

ث- مقاومة المريض للعلاج عن طريق مضادات الاكتئاب أو في حالة وجود موانع لاستعمالها.

اضطراب المزاج ثنائي القطب

I. مقدمة

سمي هذا النوع من اضطرابات المزاج سابقا بالذهان الهوسي الاكتئابي، ثم المرض الهوسي الاكتئابي، ثم سمي في التصنيفات الحالية الاضطرابات ثنائية القطب. ويعرف الاضطراب ثنائي القطب على أنه حدوث متكرر لنوبات اكتئابية وهوسية أو هوسية مخففة أو مختلطة، تفصلها فترات يكون فيها المريض معافىً من أي اضطراب نفسي واضح. وقد تم في الستينات فصل الاضطرابات أحادية القطب الذي يتميز بتكرر نوبات اكتئابية عن الاضطرابات ثنائية القطب، وتم تصنيف كل منهما على حدة...

II. دراسة إحصائية

يبلغ انتشار الاضطراب ثنائي القطب على مدى الحياة 1 إلى 2 في المائة. ويتراوح السن عند الظهور بين 20 و30 سنة. أما التوزيع حسب الجنس فهو متكافئ إلا في حالة الاضطراب أحادي القطب، فهو يظهر عند الرجال في ضعف حالات ظهوره عند النساء. وتتوزع نسب الانتشار حسب نوع الاضطراب ثنائي القطب حسب الشكل الآتي:

- حلقات سريعة في 5 إلى 15 في المائة.
- نوع I: 0,4 إلى 1,6 في المائة.
- نوع II: 0,5 في المائة.
- دوروية المزاج: 0,4 إلى 1 في المائة

ونشير إلى أن 7 من بين كل 10 مرضى لا يشخص مرضهم بشكل جيد في البداية، كما أن 30 في المائة من المرضى يمثلون للطبيب بسبب أعراض اكتئابية.

وفي المغرب أجريت دراسة على الساكنة العامة سنة 2003 خضع بموجبها 6000 نسمة للدراسة وأظهرت النتائج التالية:

- 2,6 رجال و4,3 في المائة نساء في الوسط الحضري.
- 2,8 رجال و3 في المائة نساء في الوسط القروي.

III. دراسة سببية

1- العوامل البيولوجية العصبية

تم استقاء احتمال مساهمة العوامل البيولوجية العصبية من الاضطرابات الوظيفية التي تحصل في الحالات الاكتئابية خصوصا فيما يتعلق بالسيروتونين : 5HT2 و 5HT1A ...

2- العوامل الجينية

أصبحت تستحضر وتظهر قيمتها شيئا فشيئا، وقد تم إثبات مساهمتها في اضطراب المزاج ثنائي القطب عن طريق دراسات متعددة نذكر منها الدراسات التالية:

أ- معطيات إحصائية

- آباء من الدرجة الأولى: 8 إلى 18 مرة أكثر من الساكنة العامة...
- 50 في المائة من مرضى الاضطراب ثنائي القطب لهم على الأقل أب من الدرجة الأولى أو الثنية مصاب باضطراب المزاج...

ب- دراسات التبني

- الأبناء البيولوجيون للآباء المصابين أكثر عرضة للإصابة بهذا الاضطراب النفسي.
- الآباء البيولوجيون للأبناء المصابين أكثر عرضة للإصابة بهذا الاضطراب النفسي.

ت- دراسة التوائم

تتراوح نسبة التوافق بين التوأمين الحقيقين بين 33 و90 في المائة، بينما تتروح عند غير الحقيقين بين 5 و25 في المائة...

ث- دراسات لانكاج

أثبتت هذه الدراسات تورط الصبغي 11 والصبغي الجنسي X في الإصابة بهذا الاضطراب النفسي...

3- العوامل الزمنية البيولوجية

أمكن لنا التحدث عن تدخل هذا النوع من العوامل بعد رصد الملاحظات التالية، والتي تصاحب اضطراب المزاج ثنائي القطب:

- تأثير عوامل موسمية في ظهور هذا الاضطراب..
- تأثير العلاج بالضوء..

- المفعول العلاجي للحرمان من النوم وتقدم الطور..
- اضطراب منحنى النوم..
- تغير الإفرازات العصبية الغددية..

IV. دراسة سريرية

1) الطور الاكتئابي

تتشكل المتلازمة الاكتئابية من أعراض وجدانية وأعراض عقلية وأيضا من أعراض سلوكية وأخرى عضوية. وهو اضطراب يصاحبه خطر انتحاري كبير. ويتخذ عدة أشكال سريرية، وهي الشكل الكآبي الشديد أو ما يسمى بالمنخوليا، والشكل الذهولي، والشكل القلقي الهياجي، والشكل الهذياني... (لمزيد من التفصيل انظر الدرس الخاص بالاضطراب الاكتئابي)...

2) الطور الهوسي

أ- طور البداية

تبدأ النوبة الهوسية بشكل مفاجئ بحضور أو بغياب البوادر، ويكون ظهورها في غالب الأحيان في بضع أيام، وتكون مسبوقة أحيانا بأعراض تجعلنا نستحضر تشخصيها، من قبيل **الأرق دون إرهاق،** وهو العرض الأول الذي يظهر، بالإضافة إلى شيء من تهيج الذهن، حيث تظهر عند المريض مشاريع متفائلة، ويصبح فضوليا يريد معرفة كل شيء، كما يمكن أن يشتري أشياء بشكل مفرط ودون منفعة واضحة وراء ذلك. ونجد المريض أيضا في حالة من فقد التثبيط (غياب أي كابح)، فنجده يشتط ويفرط في اللباس، كما يمكن أن يصرخ أو يغني بصوت مرتفع و أن يتفوه بكلمات نابية تنافي العفة. ويمكن أن يبدأ في هذه المرحلة في تعاطي الكحول، وأن يفقد تسامحه مع أي رأي مخالف، بالإضافة إلى إفراط في الحركية، حيث يقرر مثلا أن يرتب كل شيء، أو ينظف كل شيء، أو أن يعيد صباغة منزله، وأحيانا يمكن أن يظهر عليه هياج فوضوي دون أي هدف محدد...

ب- طور الاضطراب الفعلي

يعتبر تشخيص النوبة الهوسية في حالتها النموذجية سهلا، فالعرض والمخالطة والرباعية التشخيصية كفيلة بمعرفة الحالة الهوسية. إلا أن المرحلة الصعبة هي المرحلة العلاجية، إذ يصعب إقناع المريض بجدوى العلاج، فهو رغم تبصره الجزئي باضطرابه، إلا أنه لا يرى أي نفع للعلاج "لماذا العلاج.. أنا بخير.. ألا ترى؟.. أما أنت دكتور، فأراك متعبا قليلا أليس كذلك؟؟"، وفيما يلي الرباعية التشخيصية بالإضافة إلى العرض والمخالطة:

- **العرض**

يعتبر لباس مريض النوبة الهوسية صارخا وبعيدا عن التواضع، ويتميز إيمائه بفرط التعبير والتغير. ولا يستطيع المريض أن يجلس في مكان واحد فهو لا يتوقف عن الحركة والتسكع بدون هدف ولا موضوع. أما كلامه فهو يثرثر ويبدي سعادته من خلاله. إلا انه يمكن أن يكون أحيانا كلاما تهكميا أو عدوانيا. وتلاحظ الهشاشة العاطفية على هذا الصنف من المرضى انطلاقا من الغناء الذي يتبع الصراخ مباشرة، ومن الضحك الذي يتبع البكاء مباشرة...

ويمكن أن يعرض المريض نفسه في حالات نادرة على شكل شخص متعب ومرهق. حيث يلاحظ تقبض في وجه المريض ولا يفتح المريض فمه. ولا تشي به إلا نظراته التي تفضح دهائه ولعبه الذي يحب أن يرى تأثيره على المحيط...

- **المخالطة**

يعمد المريض إلى مخالطة مفرطة في التناغم، حيث يندمج المريض بشكل ميسر في محيطه، حيث يبادر إلى السلام بسرعة على الأشخاص (الطبيب والمرضى في قاعة الانتظار...) ويتحدث إليهم كأنه يعرفهم منذ مدة...

- **الأعراض المزاجية**

تتميز الحالة الوجدانية في حالة النوبة الهوسية بالخاصيتين التاليتين:

- **الانشراح الكبير أو الفرح المرضي:** المزاج المنشرح هو عكس المزاج الحزين أو المكتئب، يكون المريض سعيدا جدا لأنه يعيش في عالم جميل، ويرى السعادة في كل مكان، ويشعر بالأمل بدون حدود، كما يشعر أنه قادر على فعل كل شيء. ويعبر المريض عن فرحه بنشوة وابتهاج مبالغ فيه..

- **تنوع وتقلب المزاج:** نلاحظ على المريض حالة من الهشاشة المزاجية، تجعله ينتقل بسرعة بين حالات مزاجية متناقضة، حيث تعقب الدموع الضحك، وتعقب مراحل من الإحباط والتقهقر إحساسا بالقوة والشجاعة والكرم. كما يتميز هؤلاء المرضى بسرعة الغضب...

- **الأعراض العقلية أو الذهنية**

تسيطر السرعة والإفراط والتحرر من الحواجز على الإنتاجات العقلية على المريض الهوسي. ويعاني مرضى الهوس من تشتت الانتباه، حيث لا يتوفرون إلا على انتباه سطحي ومتحرك لا يستطيعون تثبيته بشكل إرادي على مسالة محددة. كما أن فرط الانتباه وفرط الحساسية للأصوات والضجيج والضوء يقف عائقا أمام التركيز على فكرة محددة... هذا بالإضافة إلى تسارع دينامية التفكير التي تهم مضمونه وشكله، فمن حيث الشكل فالأفكار تتابع بسرعة دون أن يكمل المريض أي فكرة حتى

نهايتها، ويبدو المريض ثرثارا كثير الكلام دون أن تربط أفكاره إلا روابط سطحية على حدود التناسق. ومع ذلك يبقى منطق الروابط مفهوما في غالب الأحيان. ويمكن للحديث أن تقطعه أوقات للغناء أو الصراخ أو التلفظ بعبارات غريبة. أما فيما يتعلق بالمضمون فالغنى الذي يوصف به فكر هذا الصنف من المرضى ليس إلا ظاهريا، ذلك أن الغنى هو بالأساس على مستوى الكلمات وليس على مستوى الأفكار. أما الأفكار فموضوعها لا يخرج غالبا عن الانشراح التخيلي المنفلت من أي قياس أو حساب.. فتفكير المريض يتميز بانشراح تخيلي كبير. فالخيال عند هؤلاء المرضى لا يعرف الحدود، وهو ما يجعل ذهنهم يتجه نحو إنتاج مشاريع تتصف بالضخامة وطابع الكرم والتضحية، كما أن مريض الهوس يمكن أن يوقع شيكات كثيرة دون أي اعتبار، وقد يبيع كل شيء من أجل خدمة فكرة الكرم والإيثار، وذلك من أجل تنفيذ محاربة الفقر مثلا، إذ لا يصح في منطقه أن يكون هناك فقير في الأرض...

كما هو الشأن في الاكتئاب المنخولي، تنتمي أفكار العظمة التي يتبناها المريض إلى الصنف الهذياني، ويعد الاقتناع بها جزئيا في الغالب، ويمكن لأفكار العظمة الهذيانية أن تهم مختلف المجالات العلمية والأسطورية، أو ما يخص ادعاء النسب أو مجيئه من أجل إتمام مهمة ما. أما آلية هذا الهذيان فهي غالبا تخيلية وحدسية...

- **الأعراض السلوكية**

يعتبر الهياج الحركي ترجمة للاهتياج النفسي، ويتميز الهياج عند هذا الصنف من المرضى بالعقم وعدم التناسق. يمكن أن يترك المريض مهمة بالكاد بدأها ليجري قفزا ليبدأ نشاطا آخر أو يرتب أشياء يراها مبعثرة. ونشير إلى أن المريض لا يشعر بأي تعب رغم مجهوده وأرقه، وهكذا يقوم بأغلب أنشطته في الليل...

- **الأعراض العضوية**

يظهر على المريض مجموعة من الأعراض العضوية نوضحها كما يلي:

- **إصابة الوظائف الغريزية:**

تهم الأكل النوم والوظيفة الجنسية، فعلى مستوى الأكل نلاحظ إفراطا في الأكل مع هوس الشرب (الماء) والشراب (الكحول). ويمكن أحيانا أن يعزف المريض عن الأكل معتذرا عن ذلك بعدم وجود وقت للأكل أمام كثرة مشاغله. أما الهزال فكثيرا ما نلاحظه على مرضى الهوس، حتى وإن تزامن مع فرط الأكل... أما على مستوى وظيفة النوم **فالأرق مع غياب الإرهاق** عرض ثمين يمكننا من تشخيص هذا الاضطراب... ويمثل السعار الجنسي القاعدة فيما يتعلق بالوظيفة الجنسية، حيث تضعف المراقبة الأخلاقية ويترهل وازع الضمير الأخلاقي، إلا أنهما لا يختفيان تماما. وهكذا ففرط الاهتياج الجنسي يسيطر على أقوال وتصرفات المريض، ونلاحظ أحيانا تصرفات جنسية منحرفة كالشذوذ الجنسي أو

الاستعراء. ويمكن أن تؤدي هذه الاضطرابات إلى أفعال طبية جنائية، كالقيام بتصرفات تمس الحياء العام...

- **اضطرابات عضوية أخرى**

يمكن أن يصاب المريض بالتعرق والاجتفاف وارتفاع نبض القلب وانخفاض الضغط الدموي، وفقد التأثر بالبرد بعد اضطراب وظيفة مراقبة وتعديل مستوى حرارة الجسم، ويمكن أن نلاحظ غياب الطمث عند النساء...

3) الطور الهوسي المخفف

يعتبر الهوس المخفف أكثر شيوعا من الهوس النموذجي، خصوصا بعد الشروع في استعمال الأدوية الوقائية المعدلة للمزاج، ونذكر على الخصوص مادة "الليتيوم". ويمكن أن يظهر بعد تبدل المزاج في أعقاب اكتئاب عولج بمضادات الاكتئاب. ويعتبر تشخصيه سهلا عند مريض معروف يتم علاجه، فظهرت عنده أعراض هوسية خفيفة. أما في الدفعة الأولى فالتشخيص صعب، ويمكن ألا يلاحظه المحيط أصلا، ويمر هكذا بدون علاج. وهو ما من شأنه أن يهدد الوضعية المالية والمهنية للمريض. ذلك أنه يمكن أن يتخذ قرارات متسرعة تحت تأثير الأعراض. لذلك ينبغي البحث عن أبسط علامة تقودنا إلى الهوس المخفف، وهي علامات تظهر لتقطع مع شخصية المريض القبلية ونذكر منها:

- **الاهتياج العقلي:** إبداع، مبادرات شجاعة لكنها غير بعيدة عن المنطق، ذاكرة حية...
- **فرط النشاط غير المتحكم فيه:** قرارات متسرعة ولا تأخذ بعين الاعتبار المعطيات الضرورية (سفر من اجل مغامرة، زواج، طلاق، ترك العمل...)...
- **اضطراب الطبع:** نفاذ الصبر، عدم التسامح، النرفزة، السلطوية، العدوانية...
- **الأرق:** عرض ثابت ينبهنا إلى هذا الشكل من الهوس حتى في غياب الأعراض الأخرى...

وبمجرد ما يتم تشخيص هذا الاضطراب فإن التحفظ القضائي على المريض يصبح ضرورة. أما العلاج فهو نفسه علاج النوبة الهوسية النموذجية...

4) الحالات المختلطة

يطلق على الحالات المختلطة أيضا لفظ هوس اختلال المزاج. ويتصف هذا الشكل السريري بتزامن الأعراض الاكتئابية والهوسية، مع ارتفاع ملحوظ في نسبة المزاج الاكتئابي، حيث نلاحظ مثلا قهقهات في أعقاب نوبة بكائية، ويعيش المريض الانشراح الفكري بشكل مؤلم ومضن. ونشير إلى أن هذا الشكل السريري يعرف صعوبة في التشخيص، خصوصا أمام الفصام عندما يتخذ شكل الاضطراب الفصامي الوجداني. كما أن هذا الشكل يصنف على أنه شكل مقاوم للعلاج...

V. الأشكال السريرية

1) الأشكال حسب التطور (حسب DSMIV المعدل)

أ- اضطراب ثنائي القطب نوع I: هو النوع الأكثر نموذجية، ويتميز بحضور عدة أطوار هوسية أو مختلطة مصحوبة غالبا بطور اكتئابي شديد، ويوصف بثنائي القطب حتى في غياب الطور الاكتئابي...

ب- اضطراب ثنائي القطب نوع II: يتم تشخيص هذا النوع أمام حضور طور اكتئابي شديد مع طور هوسي مخفف...

ت- اضطراب المزاج الدوراوي: يعرف هذا النوع بحضور تقلبات مزاجية، تتميز بحضور أعراض اكتئابية تتعاقب مع أعراض هوسية مخففة، دون أن تستجيب هذه الأعراض لمعايير تعريف الأنواع السابقة، ويكون هذا على مدة لا تقل عن عامين. ويمكن لهذا النوع أن يتطور إلى النوع **I أو II...**

ث- الحلقات السريعة: تعرف الحلقات أو الدورات السريعة بحدوث أربعة أطوار على الأقل خلال سنة واحدة، هذه الأطوار يمكن أن تكون اكتئابية أو هوسية أو هوسية مخففة أو مختلطة، مع كثرة الأطوار الهوسية المخففة. ويشترط أن يكون بين طور وطور مدة شهرين من الهدأة، أو أن تكون التقلبات المزاجية عبارة عن تبدل من قطب إلى قطب مقابل. ونشير إلى أن هذا النوع ضعيف الاستجابة لمعدلات المزاج، كما أنه يمكن أن يكون ناتجا عن استعمال مضادات الاكتئاب خصوصا ثلاثية الحلقات.

2) الأشكال حسب الأعراض

يعتمد تصنيف الأشكال السريرية للاضطراب ثنائي القطب خصوصا على الأشكال السريرية للأطوار الهوسية، ونحدد له الأشكال التالية:

أ- الحالات المختلطة: (انظر أعلاه)

ب- الهوس الهذياني: تتميز الأفكار الهذيانية في النوبة الهذيانية بالخصائص التالية:

- الظهور بعد ظهور اضطراب المزاج.
- الاقتناع الكامل بالهذيان عوض الاقتناع الجزئي الذي نلاحظه في الهوس البسيط.
- المواضيع متوافقة مع المزاج من قبيل أفكار العظمة والشبق والأفكار الأسطورية.
- الآليات تصورية وتأويلية ونادرا ما تكون هلوسية.
- غياب تناسق ووضوح بنية الهذيان.

VI. التشخيص التفريقي

1) نوبة ذهانية حادة

أ- هجمة الهذيان الحادة: وهي التشخيص التفريقي الأهم، وتتميز عن الاضطراب ثنائي القطب في طوره الهوسي بما يلي:

- غياب سوابق شخصية أو عائلية لاضطرابات المزاج.
- سيطرة الهذيان على اضطرابات المزاج.
- الأسبقية الزمنية للهذيان على اضطرابات المزاج.
- حضور الهلاوس في المقام الأول...

ب- الذهان المستحدث أو المولد: يعتبر التشخيص التفريقي أحيانا صعبا في هذه الحالة، وذاك راجع إلى الحالات الهوسية التي يسقيها ويغذيها تناول الكحول أو المسممات الأخرى خصوصا الحشيش في سياقنا المغربي. فالتسمم الذي يسبب في هياج حركي يشبه نظيره في النوبة الهوسية، ويمكن أن يكون أوليا، أو ثانويا بمعنى أنه أتى بعد حدوث النوبة الهوسية لينضاف إليها. وفي جميع الأحوال ينبغي مباشرة تحاليل البحث عن المسممات. كما ينبغي البحث في سوابق المريض عن اضطرابات مزاجية قد تساعدنا في التوجه نحن السبب...

2) الاضطراب الفصامي الوجداني أثناء الاحتداد

يتميز هذا الاضطراب بكونه يتطور بشكل متقطع أو دوري، مع وجود نوبات انفصامية حادة هذيانية أو جامودية، بالإضافة إلى اضطرابات مزاجية انشراحية أو اكتئابية، وهكذا فهو يتطور وفق دفعات تشبه نسبيا اضطراب المزاج ثنائي القطب. ونشير إلى أن أعراض الفصام تسبق الأعراض المزاجية بأسبوعين على الأقل أثناء الانتكاسة. ويطرح هذا الشكل الفصامي مشكلا خصوصا في تمييزه عن الحالات المختلطة. وهكذا يمكن التفريق بين الاضطرابين بكون الفصام تظهر فيه، بالإضافة إلى اضطرابات المزاج، أعراضٌ من الفئة الانفصامية، وكذلك بكون الأعراض الفصامية تسبق الأعراض المزاجية، عكس الاضطراب ثنائي القطب الذي تظهر فيه الأعراض المزاجية في المقام الأول...

3) العصاب الهستيري، الحالات الاكتئابية...

VII. التطور

يتطور اضطراب المزاج ثنائي القطب بشكل دوري، مع فترات هدأة كاملة، حيث تختفي الأعراض بشكل تام. ويبدو أن تكرر الدورات يميل إلى الارتفاع كلما تقدم المريض في السن. كما ينتج عن هذا

الاضطراب عجز اجتماعي ومهني وأسري مهم .وتصل نسبة الانتحار في أوساط هؤلاء المرضى إلى 20 في المائة. ومن الملاحظ أن مرضى الاضطراب ثنائي القطب يميلون إلى الإدمان حيث تصل نسبته بينهم إلى 41 في المائة.

ويشكل حضور بعض العوامل علامة على حسن المآل، وهي ما يسمى بعوامل المآل الجيد وهي:

- ❖ النوع (I) +++
- ❖ التبكير في التشخيص.
- ❖ الاستجابة للعلاج.
- ❖ التربية العلاجية الجيدة.

VIII. المآل

1) عوامل الوبال أو الخطورة المرتبطة بالمرض

- ❖ عمر مبكر عند الظهور.
- ❖ تنوع مهم لنوع الأطوار.
- ❖ وجود أعراض ذهانية.
- ❖ أعراض ذهانية غير متوافقة مع المزاج.
- ❖ أمراض مصاحبة مع تصرفات إدمانية.
- ❖ شخصية قبل مرضية سابقة.

2) عوامل مرتبطة بالعلاج

- ❖ عدم متابعة العلاج بشكل جيد.
- ❖ أخطاء تشخيصية.
- ❖ أخطاء في العلاج.
- ❖ عدم وصف مصححات أو معدلات المزاج.
- ❖ وصف مضادات اكتئاب لمدة طويلة.

3) عوامل مرتبطة بالبيئة

يمكن لبعض العوامل المتعلقة بالبيئة وأحداث الحياة أن تساهم في إحداث أو على الأقل في تسريع مجيء الاضطرابات المزاجية، كتأثير المواسم على الاضطرابات (الاكتئاب الموسمي) وكذلك بعض الأحداث التي تسبب كربا نفسيا للمريض...

IX. العلاج

1) العناصر المشتركة

أ- إرساء الرابطة العلاجية بين الطبيب والمريض.

ب- تقييم التشخيص والتطور.

ت- التربية العلاجية والتي تهدف إلى:

- متابعة العلاج بشكل جيد من طرف المريض.
- تربية المريض على القواعد الصحية في الحياة، كالاستفادة من فترات نوم كافية بالإضافة إلى تجنب وضعيات الإرهاق والكحول والمنبهات الذهنية...
- مساعدة المريض على التعايش مع الاضطراب وتأهيله لإدارة الضغط، خصوصا عندما ينتج الاضطراب عن أحداث حياتية ضاغطة أو باعثة على الكرب...
- تهيئة المحيط للمشاركة في علاج المريض، عن طريق التوعية والإشراك في المقاربة الشاملة للمرض...

2) علاج الطور الآني

أ- علاج الطور الاكتئابي (انظر فقرة العلاج في درس الاضطراب الاكتئابي)

ب- علاج الطور الهوسي

- **الاستشفاء**

ينبغي دائما استشفاء المريض لأن الاضطراب ثنائي القطب يستدعي مباشرة الدواء خصوصا في حالة هياج المريض بواسطة مضادات ذهانية مهدئة بشكل مستعجل للتحكم في الهياج)، ومن أجل مراقبة خطر الانتحار الذي يعتبر كبيرا سواء في الطور الهوسي أو في الطور الاكتئابي..

تتم المقابلة مع المريض الهائج بعد عزله عن محيطه المرافق له، وبعد طمأنته والتحدث إليه لوقف الحلقة المفرغة بين الخوف والعدوانية، حيث إن المريض كلما زاد خوفه زادت عدوانيته. مع ضرورة

الحزم وعدم التردد في القرارات والمواقف حياله. كل هذا من أجل تهيئة الجو لاستجواب المريض ثم فحصه لمعرفة سبب الهياج ومن ثم علاجه...

يهدف استجواب المريض، أو من ينوب عنه من محيطه العارف بحالته في حالة التعذر، إلى تحديد الحيثيات التي ظهر خلالها الهياج بشكل مضبوط، بالإضافة إلى البحث عن العوامل المحدثة أي تلك العوامل التي أشعلت شرارة الهياج، كما يهدف إلى البحث في تاريخ المريض عن سوابق عضوية ونفسية يمكن أن يفسر عودها حالة الهيجان التي دخل فيها المريض.

تهدف أساسا إلى استعادة هدوء المريض، وتعتمد في المجمل على كيفية مقاربة الطبيب المعالج للمريض الهائج، حيث ينبغي أن يكون هادئا معه ولكن حازما أيضا في نفس الوقت. ويعتمد اقتراب الطبيب من المريض أساسا على تقديم نفسه له، وطمأنته وفصله عن المحيط الذي يظهر على أن له دورا في حالة الهياج التي يقبع تحتها المريض، وهكذا يحاول المعالج إعادته شيئا فشيئا إلى الواقع.

ينبغي على الطبيب دائما أن يتخذ الحذر والحيطة، وأن يحافظ على مسافة أمان بينه وبيم المريض تفاديا لأي اعتداء محتمل، كما يجب دائما عليه أن يتبوأ مكانا تلقاء الباب الذي ينبغي أن يظل مفتوحا، ليسهل عليه التسلل خارج القاعة عند أي محاولة اعتداء. وعند فشل هذه الخطوات يلجأ إلى ربط المريض وتقييده...

- **العلاج الدوائي**

- **العلاج المستعجل**

يعطى الدواء عن طريق الحقن، مثلا نعطي "هالدول" قارورة 5 ملغ قارورة أو قارورتان في حقنة عضلية. "فاليوم" قارورة 10 ملغ. ويمكن، في حالة غياب استجابة جيدة، إضافة "لاركاكتيل" قارورة 25 ملغ في حقنة عضلية يتم تجديدها مرتين إلى أربع مرات حسب درجه الهياج. ويستمر هذا العلاج من خمسة أيام إلى أسبوع...

- **العلاج على المدى الطويل**

يعتمد هذا النوع من العلاج على نوعين من مضادات الذهان:

- ✓ **مضادات ذهان كلاسيكية:**

- مضادات ذهان مهدئة: "ليفوبروبومازين" واسمه التجاري "نوزينان" بمقدار 200 إلى 300 ملغ في اليوم...

- بالاضافة إلى مضادات ذهان قاطعة أو ما يسمى بمضادات الانتاج الهذياني: "هالوبيريدُول" واسمه التجاري "هالدول" 6 إلى 10 ملغ موزعة على ثلاث أوقات في اليوم..

✓ **مضادات ذهان لانموذجية:**

- "أولونزابين" واسمها التجاري "زيبريكسا" بمقدار 10 ملغ في اليوم..
- أميسولبريد" واسمه التجاري "سوليان" 400 إلى 1000ملغ في اليوم..

ت- العلاج الوقائي

يعتمد العلاج الوقائي على معدلات المزاج مثل:

- أملاح الليتيوم: "تيراليت" مع الحصيلة ما قبل العلاج.
- "ديباكين" 400 ملغ إلى 1 غ في اليوم.
- "تيكغيوتول" 400 ملغ إلى 1 غ في اليوم.

أحيانا يتم وصفها منذ النوبة الهوسية الأولى، أو منذ حالة العود الأولى للاكتئاب..

الحالات الذهانية: الهذيانات الحادة والمزمنة

مقدمة

يعرف الاضطراب الذهاني على أنه حضور أعراض ذهانية (أعراض هذيانية أو أعراض انفصامية أو هما معاً) في غياب أي سبب عضوي، ونميز بين الحالات الذهانية الحادة (هجمة الهذيان الحادة) والحالات الذهانية المزمنة الانفصامية وغير الانفصامية، ونشير إلى أن المدرسة الفرنسية، عكس المدرسة الأنجلوسكسونية، تقسم الحالات الذهانية المزمنة إلى مجموعتين:

- **مجموعة الهذيانات المزمنة أو الذهانات غير الانفصامية**: حيث يكون الهذيان منسقا، دون أن يؤول إلى قصور أو انفصام الشخصية، ونجد فيها الهذاء، والذهان الهلوسي، المزمن وكذا الازورار...
- **مجموعة الذهانات الانفصامية**: وتتميز بحضور المتلازمة الانفصامية والتي يكون فيها الهذيان، في حالة الفصام شبه الهذائي، غير منسق وغير منظم وذا بنية غير واضحة، ويصيب الانفصام مجموع الوحدة النفسية: العاطفة والتفكير والسلوك.

ونشير إلى أننا سنقتصر في هذا الفصل على ثلاثة دروس قدرنا أنها أنها الأهم والأكثر انتشارا وتأثيرا على المرضى، وهي هجمة الهذيان الحادة أو الهذيان الحاد، والهذاء أو الهذيان الهذائي، وأخيرا مرض الفصام.

كما نشير إلى أنه من الضروري أن يطلع القارئ أولا على القسم الخاص بعلم الأعراض، وذلك ليحصل الفهم الجيد لهذا الفصل، كما الشأن لباقي الفصول عموما، ذلك أن ذلك القسم هو المقدمة المنهجية التي لابد منها لتتضح الدروس اللاحقة...

هجمة الهذيان الحادة

I. مقدمة

يعتبر الهذيان[1] الحاد أو ما يصطلح عليه بالهجمة الهذيانية الحادة (BDA) واحدا من الاضطرابات التي تظهر بشكل مفاجئ، وتتميز بما يلي:

[1]- **الهذيان:** هو اضطراب عام في تفكير المريض ويتسم باعتقاد ثابت خاطئ لا يتزعزع حتى لو اعتقد الآخرون من حوله خلاف ذلك أو برزت له أدلة دامغة تنفي ذلك، ولمزيد من التفصيل انظر درس المتلازمة الهذيانية..

❖ ظهور مفاجئ لهذيان غني وغير مفهوم، يقطع مع حياة المريض القبلية، وهكذا يتغير المريض دفعة واحدة، إلى درجة أن المحيطين به ينكرون حالته الجديدة.

❖ هياج شديد، وهو هياج من الصنف الذهاني الذي لا يتحكم فيه المريض.

❖ اضطرابات المزاج واضطرابات الوعي...

ويظهر هذا الاضطراب عند الشباب، كما يحمل معه خطرَ ارتكاب أفعال خطيرة، نظرا لهياج المريض واضطراباته السلوكية، يتعلق الأمر إذاً بحالة استعجالية نفسية سواء من ناحية التشخيص أو بدء العلاج..

II. دراسة سريرية

1) أرضية المرض[1]

يظهر هذا الاضطراب أساسا عند الفئة العمرية المتراوحة بين 18-25 سنة، و يفرضُ ظهورُه في سن متقدمةٍ البحثَ عن سبب عضوي كامن ورائه (الاختلاط العقلي+++)..

لا يعتبر حضور السوابق المرضية النفسية العائلية منها أو الشخصية ضروريا لظهور المرض، إلا أننا نجد في بعض الأحيان سمات الشخصية الصفاقية أو الهستيرية أو الشبه فصامية عند الأشخاص الذين يصابون به..

ويظهر الاكتئاب الحاد بكثرة في الوضعيات التالية:

- حالات الكرب كالوفاة أو حادثة سير أو صدمة عاطفية وكذا عقب فشل مهني..إلخ..
- ما بعد الولادة أو الإجهاض..
- حالات الهشاشة العضوية: بعد التخدير، أو الإصابة بتعفنات، أو تناول مسممات، وكذا في حال إصابة الجمجمة...

إلا أن وجود أي من العوامل المحدثة المذكورة آنفا لا يعتبر لازما لظهور المرض..

2) طور البداية

يظهر المرض بشكل مفاجئ (من بعض الساعات إلى بعض الأيام) وغير متوقع مثل ومضة برق في سماء صافية، على شكل هذيان حاد يجعل من المريض شخصا آخر ينكره المحيطون به، إذ لا علاقة له بشخصيته قبل الإصابة، فيقولون مثلا **"لم يسبق لنا أن شاهدناه على هذه الحال"**، ولا نجد تشكلا

[1]- **أرضية المرض:** يقصد بهذا اللفظ مميزات الأشخاص الذين يصابون بهذا المرض (سن، أمراض قبلية..)

تدريجيا عبر السنوات للهذيان، كما في حالات الهذيان المزمن. وتتميز مرحلة البداية بقصر مدتها وقلة البوادر[1] كالقلق واضطراب المزاج والأرق...

3) طور الاضطراب الفعلي[2]

ويجمع هذا الطور مجموعة من الأعراض والاضطرابات، هي المتلازمة الهذيانية والاختلاطية، وكذا اضطرابات الوجدان والسلوك، بالإضافة إلى بعض الأعراض العضوية...

أ- المتلازمة الهذيانية[3]

تتميز المتلازمة الهذيانية في حالة هجمة الهذيان الحادة بالخصائص التالية:

- **المواضيع :** تتميز مواضيع الهذيان في حالة الهجمة الهذيانية الحادة بالتعدد والغنى والتشابك، إذ يمكن أن تجمع أفكار الاضطهاد، وهي الأكثر شيوعا، مع الأفكار الأسطورية الخرافية، ومع أفكار العظمة والإحساس بالدونية والتملك والنسب... إلخ.

- **الآليات :** متعددة الشكل إذ يمكن ملاحظة كل آليات الهذيان خلال هذا الاضطراب إلا أننا نجد الآلية الهلوسية في المقام الأول، بالإضافة إلى آليات الحدس والتأويل والتصور والتوهم...

- **التناسق:** هذيان غير منسق يفتقد إلى بنية متناغمة...

- **التفاعل أو المشاركة العاطفية:** يؤدي الارتباط القوي بالهذيان إلى تعلق عاطفي يبديه المريض تجاه مضمون هذيانه، حيث تتم الاضطرابات السلوكية تحت وطأة هذا الارتباط العاطفي وما يصاحب ذلك من قلق نفسي..

وتجدر الإشارة إلى أن هذا النوع من الهذيان يتميز بالتغير الدائم ويفتقد إلى الاستقرار خلال اليوم نفسه، وتكثر الاضطرابات خلال فترة التماثل للنوم، كما أن حضور المتلازمة الهذيانية مع متلازمة التلقائية العقلية[4] يبقى دائما ممكن الحدوث خلال هذا الاضطراب..

ب- اضطرابات المزاج

---

[1]- **البوادر:** هي الأعراض التي تسبق الاضطراب أو المرض وتنبئ بقدومه بعد وقت معين..

[2]- بعد لم نجد مقابلا للعبارة الفرنسية وضعنا لها هذا المقابل التقريبي..

[3]- لمزيد من التفصيل حول المتلازمة الهذيانية وخصائص الهذيان انظر درس المتلازمة الهذيانية في الفصل الخاص بعلم الأعراض.

[4]- **متلازمة التلقائية العقلية:** انظر درس الفحص النفسي ..

يمثل اضطراب المزاج عرضا ثابتا[1] في هجمة الهذيان الحادة، إذ يصبح مزاج المريض متغيرا بين يوم وآخر، بل حتى بين ساعة وأخرى، فنجد تناوبا بين حالات المزاج المتناقضة أو تزامنا بينها في الآن ذاته، وفقا لهذا يمكن أن نجد انشراحا أو اكتئابا أو تقلب المزاج ..

ت- المتلازمة الاختلاطية

- في هجمة الهذيان الحادة لا تصل اضطرابات الوعي إلى درجة الاختلاط العقلي الفعلي (التيهان الزماني المكاني) وإنما يقتصر على تشتت الانتباه واضطراب التركيب الذهني كالتركيز والحُكم على الأشياء والذاكرة... وأحيانا متلازمة فقد الشخصية[2] مصحوبة أحيانا بأفكار الغربة عن الواقع[3] ، مع حالة حلمية...

ومما ينبغي التنبيه إليه أنه في حال فقدٍ واضحٍ للمعالم الزمانية والمكانية، ينبغي التفكير بجدية في أسباب عضوية +++

ث- اضطرابات السلوك:

ناتجة عن الهذيان والتغيرات المزاجية وأيضا عن الكربة[4]: هياج قلقي، هروب مرضي، محاولة انتحار، عنف عدواني على النفس وعلى الغير، أو على العكس من ذلك ذهول وإنهاك شديد... إلخ.

ج- الحالة العضوية:

باستثناء الأرق الذي نجده بشكل ثابت، لا نجد أعراضا عضوية في المقام الأول (كما الحال بالنسبة لحالة الاختلاط العقلي)، غير أننا يمكن أن نلاحظ بعض الأعراض التالية:

- انخفاض في الضغط الدموي القيامي،
- انقطاع الطمث،
- الاجتفاف خصوصا في حالة الهيجان،
- الإمساك، ارتفاع طفيف في درجة الحرارة...

---

[1]- **بمعنى** أننا نجده دائما في هذا المرض، وغيابه سيدفعنا إلى التفكير في استبعاد هذا التشخيص..

[2]- **فقد الشخصية:** وهي متلازمة سريرية معقدة غير نوعية يعبر عنها سريريا باختلال شعور المريض بالوجود وبامتلاك جسد، وبكونه شخصا له هوية ويدرك العالم..

[3]- **الغربة عن الواقع:** وهو الشعور بغرابة العالم دون وجود أي ظاهرة هلوسية أو توهمية، فالمريض يمتلك الإحساس بوجود العالم ويدركه، ولكنه يفقد إدراك واقعيته، وهما شعوران لا ينفصلان في الحالة العادية..

[4]- **الكربة:** تعني جزعا من غير موضوع وهو خوف شديد من شيء غير محدد تجعل المريض في حالة من اليقضة المفرطة المؤلمة وتكون مصحوبة بأعراض عضوية..

4) معايير تشخيص هجمة الهذيان الحادة[1]

أ- عمر شاب يتراوح بين 18 و25 سنة،

ب- هذيان حاد (أقل من 6 أشهر)، بداية مفاجئة،

ت- اجتماع أعراض ذات طابع هذياني منذ البداية: متعددة الشكل في انفصال تام عن حالة المريض السابقة، مع وجود اضطرابات المزاج والوعي،

ث- تطور محدود في الزمن (أقل من سنة)،

ج- غياب هوس هذياني، حيث يكون الهذيان منسجما مع انشراح المريض كهذيان العظمة...

ح- غياب كآبة هذيانية، حيث يكون الهذيان منسجما مع حزن المريض كهذيان الاضطهاد...

خ- احتداد ذهان مزمن كالفصام،

د- غياب أسباب أخرى للهذيان الحاد كالاختلاط العقلي أو إصابة عضوية ما وكذا تناول مسممات أو الإقلاع عنها..

III. العوامل السببية

1) هجمة الهذيان الحادة الأولية

من المعروف أن هذا النوع من الهذيان الحاد يأتي بشكل غير متوقع وبدون أي سبب واضح أو بديهي، إلا أن المريض يمكن أن يكون ذا إحدى الشخصيات قبل المرضية التالية:

- شخصية شبه فصامية ،
- شخصية صفاقية،
- شخصية عصابية (هستيرية، اعتمادية)،
- عصاب الطبع (Névrose de caractère) أو قصور عقلي...

2) هجمة الهذيان الحادة الناجمة عن عامل نفسي منشئ "تفاعلية"

يجمع هذا الشكل مصطلحي هجمة الهذيان الحادة التفاعلية أو الذهان التفاعلي القصير حسب DSMIV، ونجد فيه عددا من العوامل النفسية المنشئة المساعدة على ظهور النوبة:

[1]- العناصر المذكورة في هذه الفقرة تساعدنا على تشخيص هجمة الهذيان الحادة، سواء بوجود بعضها (العناصر الحاضرة أو الايجابية) أو غياب أخرى (العناصر الغائبة أو السلبية)..

- ❖ صدمة عاطفية، وجدانية..
- ❖ سفر، وفاة، زواج، ولادة..
- ❖ انعزال ثقافي أو اجتماعي..

وهنا أيضا قد نجد سمات شخصية قبل مرضية حاضرة، مثل الشخصية غير الناضـــجة أو الهستيرية أو الهذائية أو عصاب الطبع[1] ...

3) هجمة الهذيان الحادة الناجمة عن سبب عضوي

في هذا النوع تظهر أعراض اضطراب الوعي في المقام الأول، والأسباب الكامنة وراءه هي نفسها أسباب الاختلاط العقلي[2]، كما يتطلب نفس منهجية العلاج (تسممات، تعفنات، صدمات الجمجمة، نزيف في السحايا..)...

ونصنف في هذه الفئة أيضا النوبات التي تسجل في إطار الكرب العضوي:

- الذهان الهذياني لما بعد الولادة أو الإجهاض،
- هجمة الهذيان بعد التخدير أو الجراحة،
- الهجمة الهذيانية الناجمة عن استشفاء في وحدة العناية المركزة...

IV. <u>المآل والتطور</u>

1) التطور على المدى القصير

يعتبر مآل الهجمة الهذيانية الحادة إيجابيا مع استعمال الدواء حيث يتم الشفاء خلال عدة أيام إلى عدة أسابيع، ويعتبر ظهور اكتئاب إبان العلاج مؤشرا على المآل الجيد للمرض، كما يعد غياب التحسن بعد ثلاثة أو أربعة أسابيع داعيا للعلاج الاختلاجي[3]، خصوصا في الأشكال الحلمية وذهانات ما بعد الولادة، وفي حالة غياب أي شفاء على المدى القصير، يخشى أن يكون الاضطراب عبارة عن تمظهر أول حاد للفصام شبه الهذائي...

2) التطور على المدى البعيد

---

[1]- **عصاب الطبع:** هو إطار تتحول فيه الأعراض العصابية (الرهابية، الوسواسية...) إلى سمات طبعية متكررة أو ثابتة، ويترحم ذلك صراعا دفاعيا يتبناه الشخص، وهكذا فالطبع تفاعل دفاعي من أجل حماية الشخص من القلق والكربة الناتجة عن الأعراض، إلا أنه يصيب علاقته بالآخرين..

[2]- **الاختلاط العقلي:** حالة مرضية تشمل مجموعة من الاضطرابات في الوظائف العليا، يتعلق الأمر بإصابة حادة وشاملة للوظائف العقلية، وتتميز أساسا باضطراب في الوعي..

[3]- **العلاج الاختلاجي:** علاج يعتمد على خلق نوبة صرعية عند المريض عن طريق صعق جمجمته بالتيار الكهربائي بعد تخديره كليا

ينتظم التطور على المدى البعيد وفق الأشكال المبينة أسفله:

- ❖ حالة الشفاء بحيث يشكل الاضطراب الحالي النوبة الوحيدَة في العمر كله: 40 %
- ❖ تكرر حالة الهذيان الحاد مع وجود مجالات زمنية حرة بين النوبات المتلاحقة: 20 %
- ❖ نوبة افتتاحية لاضطراب المزاج ثنائي القطب: 20 %
- ❖ نوبة افتتاحية للفصام : 20 %

3) عوامل المآل الجيد

وهي كالتالي:

- عدم وجود شخصية فصامية،
- غياب وراثة فصامية،
- تعدد أشكال المواضيع وكثرة الآليات،
- وجود وراثة لاضطراب المزاج ثنائي القطب،
- حضور عامل محدث،
- فجائية البدء،
- وجود أعراض مزاجية و اختلاطية،
- غياب متلازمة التلقائية العقلية والهلوسات الشمية،
- قصر مدة النوبة، وانتقاد الهذيان بعد زواله..،
- استجابة جيدة لمضادات الذهان في بداية العلاج

V. <u>التشخيص التفريقي</u>

1) الهوس الهذياني

أمام الهوس الهذياني نرجح تشخيص الهجمة الهذيانية الحادة اعتمادا على العناصر التالية:

- ❖ غياب سوابق الاضطرابات المزاجية.
- ❖ سيطرة الهذيان على الاضطرابات المزاجية.
- ❖ ظهور الهذيان قبل الاضطرابات المزاجية.

- ❖ تنوع وغنى اللوحة السريرية.
- ❖ وجود الهلاوس (غائبة في الهوس).
- ❖ غياب فرط التناغم أثناء المخالطة (وهو ما يوجد في الهوس).

2) الكآبة الشديدة الهذيانية

الأدلة التي ترجح تشخيص الكآبة الهذيانية هي كالتالي:

- ❖ البداية التدريجية بواسطة الاكتئاب، ثم ظهور الهذيان في وقت لاحق.
- ❖ استقرار الحالة المزاجية الاكتئابية.
- ❖ البنية الفقيرة والثابتة والرتيبة للهذيان.
- ❖ مواضيع الهذيان وحيدة ومتوافقة مع الحالة المزاجية: الاضطهاد المبرر (أستحق ما يفعل بي)، توهم المرض أو ما يسمى بالمراق، وكذلك متلازمة كوتار[1].

وهكذا في الحالة المعاكسة للعناصر السالفة الذكر، يصبح تشخيص هجمة الهذيان الحادة أكثر احتمالا من الكآبة الهذيانة...

3) الحالة المختلطة أو المزدوجة

يوجد في هذا الشكل من الذهان الهوسي الاكتئابي، كما هو الشأن في هجمة الهذيان الحادة، تزامن أو تناوب بين حالات مزاجية متناقضة (الانشراح والاكتئاب)، إلا أن غياب الهلاوس يعتبر دليلا جيدا يرجح تشخيص الذهان الهوسي الاكتئابي على تشخيص هجمة الهذيان الحادة...

4) الاختلاط العقلي

يكون من الصعب، أحيانا، التفريق بين اللوحة السريرية لهجمة الهذيان الحاد واللوحة السريرية للاختلاط العقلي، في هذه الحالة ينبغي التصرف وكأننا أمام الاختلاط العقلي، بما يقتضيه ذلك من استعجال في مباشرة العلاج لكونه يهدد حياة المريض، ولأن جميع أسباب الاختلاط العقلي يمكن أيضا أن تكون مسؤولة عن هجمة الهذيان الحادة، ونقصد بالضبط الهجمة الهذيانية الحادة الناتجة عن سبب

[1]- **متلازمة كوتار:** حالة هذيانية ذات موضوع مراقي (توهم المرض) تجمع أفكار الخلود واللعن وإنكار الأعضاء (يتصور المريض أن بعض أعضائه قد تعفن أو تحول إلى حجر، أو أنه لم يعد يمتلك فما مثلا..)، وكذا إنكار الجسم (حيث يعتقد المريض أنه لا يمتلك جسما أو أنه ميت منذ مدة..).. بعد أن يطور المريض هذه الانشغالات المراقية والاضطرابات الحسية العضوية الخطيرة، يحس أن أعضاءه تتحلل وتتخرب، وهكذا يشعر بقلق داخلي فظيع، وتظهر عنده هلاوس من الصنف البصري ووجوم كبير، فيبدأ في إذاية نفسه ثم ينتحر. ونجد هذه المتلازمة النادرة أساسا في الحالات الكآبية...

عضوي. ونعرض هنا القرائن التي تدعم تشخيص هجمة الهذيان الحادة عندما نتواجد أمام حالة حلمية، وهي كالتالي:

- ❖ تعدد وتنوع آليات الهذيان مع سيطرة الهلاوس السمعية على الهلاوس البصرية.
- ❖ تعدد وتنوع مواضيع الهذيان.
- ❖ تيهان زماني مكاني ضعيف، عدم إيلاء الاهتمام للمعالم الزمانية المكانية.
- ❖ غياب تأرجح أو اختلال عميق لليقظة.
- ❖ غياب تغير الاضطراب خلال نفس اليوم.
- ❖ غياب سبب (باستثناء ما بعد الولادة والصدمة العاطفية وعقب عملية جراحية وكذا هجمة الهذيان الحادة الناتجة عن سبب عضوي.).
- ❖ غياب تدهور للحالة العامة للمريض.
- ❖ غياب نساوة النوبة، أي أن المريض يتذكر مرضه (تشخيص بعد زوال النوبة)...

5) احتداد أو تفاقم ذهان مزمن

يتعلق الأمر بلحظة خصبة لذهان مزمن، حيث تحتد الأعراض وتتفاقم، ويظهر على شكل هجمة هذيانية حادة، طبعا في غياب معلومات تؤكد أن المريض معروف بمرضه المزمن، وهكذا ينبغي، حسب سن المريض وتواجد الانفصام[1] من عدمه، استبعاد الأمراض التالية:

- ❖ هذيان شبه هذائي لمرض الفصام عند مريض شاب.
- ❖ ذهان غير انفصامي (هذيان هذائي، ذهان هلوسي مزمن، هذيان ازوراري..) عند مريض راشد أو أكبر من 35 سنة..

وتبقي المشكلة الأساسية في هجمة الهذيان الحادة هي كيفية تقصي مرض الفصام المبتدئ، فكما هو معروف يمكن أن تكون مدخلا له...

6) أسباب غير هذيانية

- ❖ الحالات الثانية، الحالات الغلسية الهستيرية...
- ❖ ثمالة مرضية أو تناول مسممات = ذهان مستحدَث.
- ❖ نوبة الصرع الجزئي.

[1]- انظر درس المتلازمة الانفصامية لمزيد من التفاصيل..

VI. العلاج

1) الاستشفاء

ينبغي دائما استشفاء المريض لأن هجمة الهذيان الحادة تعتبر حالة استعجالية في الأمراض النفسية والعقلية، وذلك من أجل مباشرة الدواء (مضادات ذهانية مهدئة بشكل مستعجل للتحكم في الهياج)، ومن أجل القيام بتحاليل تكميلية سواء بهدف تقصي التأثير العضوي أو بهدف البحث عن سبب عضوي (مفراس أمام النوبة الأولى خصوصا إذا كانت لانموذجية أو إذا كانت الشكوك تحوم حول إمكانية وجود الاختلاط العقلي)...

إضافة هامة: مقاربة المريض إذا كان هائجا

تتم المقابلة مع المريض الهائج بعد عزله عن محيطه المرافق له، وبعد طمأنته والتحدث إليه لوقف الحلقة المفرغة بين الخوف والعدوانية، حيث إن المريض كلما زاد خوفه زادت عدوانيته. مع ضرورة الحزم وعدم التردد في القرارات والمواقف حياله. كل هذا من أجل تهيئة الجو لاستجواب المريض ثم فحصه لمعرفة سبب الهياج ومن ثم علاجه...

يهدف استجواب المريض، أو من ينوب عنه من محيطه العارف بحالته في حالة التعذر، إلى تحديد الحيثيات التي ظهر خلالها الهياج بشكل مضبوط، بالإضافة إلى البحث عن العوامل المحدثة أي تلك العوامل التي أشعلت شرارة الهياج، كما يهدف إلى البحث في تاريخ المريض عن سوابق عضوية ونفسية يمكن أن يفسر عودها حالة الهيجان التي دخل فيها المريض.

تهدف أساسا إلى استعادة هدوء المريض، وتعتمد في المجمل على كيفية مقاربة الطبيب المعالج للمريض الهائج، حيث ينبغي أن يكون هادئا معه ولكن حازما أيضا في نفس الوقت. ويعتمد اقتراب الطبيب من المريض أساسا على تقديم نفسه له، وطمأنته وفصله عن المحيط الذي يظهر على أن له دورا في حالة الهياج التي يقبع تحتها المريض، وهكذا يحاول المعالج إعادته شيئا فشيئا إلى الواقع.

ينبغي على الطبيب دائما أن يتخذ الحذر والحيطة، وأن يحافظ على مسافة أمان بينه وبيم المريض تفاديا لأي اعتداء محتمل، كما يجب دائما عليه أن يتبوأ مكانا تلقاء الباب الذي ينبغي أن يظل مفتوحا، ليسهل عليه التسلل خارج القاعة عند أي محاولة اعتداء. وعند فشل هذه الخطوات يلجأ إلى ربط المريض وتقييده...

2) العلاج الدوائي

أ- العلاج الدوائي المستعجل

يعطى الدواء عن طريق الحقن، مثلا نعطي "هالُوبيريدُول" واسمه التجاري "هالدول" قارورة 5 ملغ قارورة أو قارورتان في حقنة عضلية. "فاليوم" قارورة 10 ملغ. ويمكن، في حالة غياب استجابة جيدة، إضافة "كلُوربرُومازين" واسمه التجاري "لاركاكتيل" قارورة 25 ملغ في حقنة عضلية يتم تجديدها مرتين إلى أربع مرات حسب درجه الهياج. ويستمر هذا العلاج من خمسة أيام إلى أسبوع...

ب- العلاج الدوائي على المدى الطويل

يستمر هذا النوع من العلاج، حسب الإجماع الطبي في هذا الباب ، لمدة سنة على الأقل، ويعتمد على نوعين من مضادات الذهان:

- مضادات ذهان الجيل الثاني:

✓ أولونزابين واسمها التجاري "زيبريكسا" في حقنة عضلية،

✓ ريسبيريدون واسمه التجاري "ريسبيردال"،

✓ أميسولبريد" واسمه التجاري "سوليان" 400 إلى 1000ملغ على شكل حقنة عضلية..

- مضادات ذهان مهدئة مثل "ليفوبروبومازين" واسمه التجاري "نوزينان"، أو "كلُوربرُومازين" واسمه التجاري "لاركاكتيل". بالاضافة إلى مضادات ذهان قاطعة أو ما يسمى بمضادات الانتاج الهذياني: "هالُوبيريدُول" واسمه التجاري "هالدول" على شكل حقن عضلية لمدة 5 إلى 7 أيام..

3) العلاج النفسي

يتعلق الأمر أساسا بعلاج الدعم النفسي، خاصة فيما يخص مرحلة التعافي من الأعراض عندما يشعر المريض بالندم على ما بدا منه من سلوكات أثناء الاضطراب. كما يهدف إلى شرح المرض بصورة واضحة للمريض، والتركيز على أنها مرحلة عابرة سرعان ما تمر وتنقضي. كما يتطرق العلاج النفسي إلى العوامل والأحداث المؤثرة في حياة المريض، كالكرب وفشل العلاقات العاطفية وفقدان العمل... ومحاولة مساعدته على إدارة مثل هذه الأزمات بنجاح. كما يتناول أيضا بعض سمات الشخصية كالعمل مثلا على إضفاء الروح الاجتماعية عند المرضى ذوي السمات الانعزالية. ويهدف العلاج النفسي أيضا إل مراعاة البعد العائلي في المقاربة العلاجية، ومقاربة المريض وعائلته في أطار نسق واحد، حيث يمكن أن يكون المشكل ناتجا عن اضطراب في نسق العلاقات الأسرية...

4) علاجات أخرى

ينبغي تصحيح اضطرابات الأيونات وكميات السوائل في الجسم، والاضطرابات الاستقلابية، وذلك بعد القيام بتحاليل لتحديد مكامن النقص والخلل...

5) التتبع والمراقبة

يكون التتبع أو المراقبة على مستويين، المستوى النفسي والمستوى الجسدي:

أ- المستوى النفسي، يتم ترصد تراجع الحالة الهذيانية والكربة والهلاوس والأعراض بصفة عامة، دون إغفال خطر الانتحار... كما أن ظهور اكتئاب بعد الشفاء يجعلنا نشك في الأمور التالية:

- تفاعل ناتج عن فقد الهذيان.
- حالة عود[1] لهجمة الهذيان الحادة مع أعراض مزاجية اكتئابية بارزة.
- المفعول المنشئ للاكتئاب لمضادات الذهان.
- خطأ في التشخيص: تطور إلى الذهان الهوسي الاكتئابي.

ب- المستوى الجسدي، يتم ترصد الثوابت الجسدية (الحرارة والضغط...) وحالة السوائل في الجسم وكذا ظهور الأعراض الجانبية للمضادات الذهانية.

6) على المدى الطويل: يمتد العلاج على الأقل ل 12 شهرا، ويتم تمديده حسب الحالة السريرية للمريض والعوامل المحددة للمآل، وعندما يتم توقيف الدواء لابد من ترصد منتظم لأي حالة عود. وينصح للمريض أن يتجنب الوضعيات العاطفية الصعبة، وتجدر الإشارة إلى أن العلاج النفسي يصبح مهما وذا فائدة عندما يحدث الاضطراب عقب عامل محدث كالصدمة العاطفية أو موت أحد الأقارب... إلخ.

الهذاء

I. مقدمة

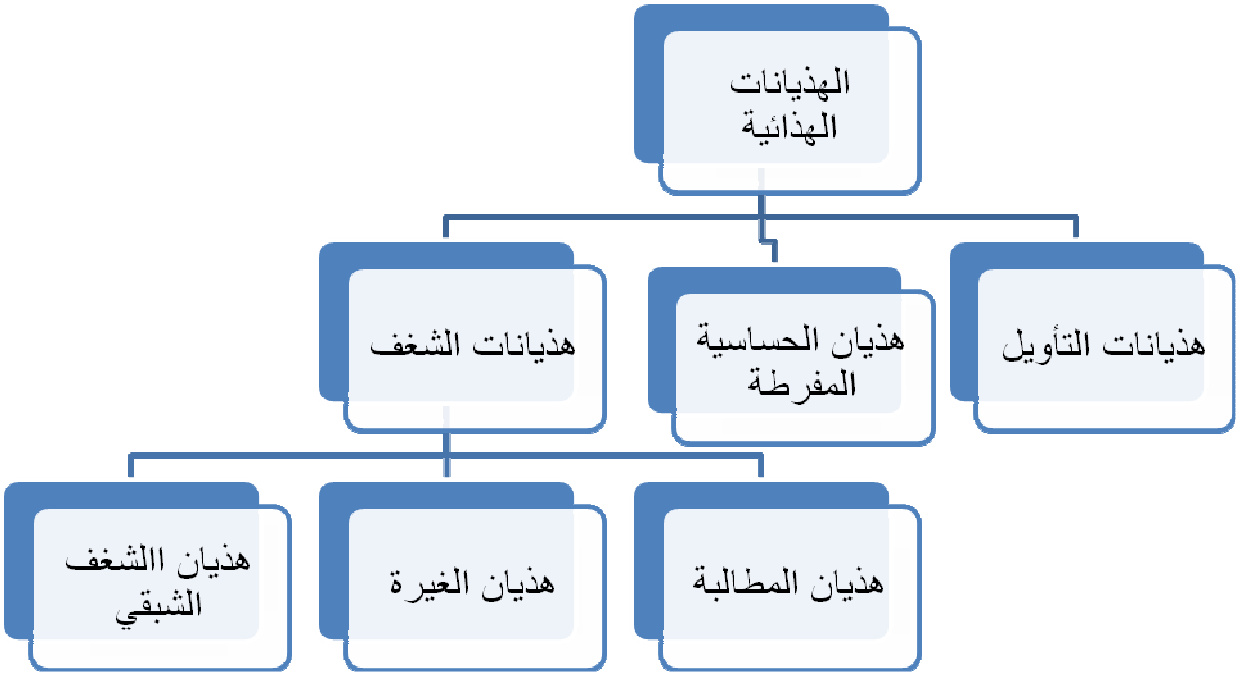
يعتبر الهذاء ذهانا مزمنا غير انفصامي أي، أنه لا يعرف حضور الأعراض الانفصامية، ويتميز بهذيان منسق يعتمد أساسا على آلية التأويل، ويظهر هذا الاضطراب في سن متأخرة شيئا ما، أي ما بعد 35 سنة، عند أشخاص يتمتعون بشخصية ذات سمات هذائية، كما يتميز أيضا بتعدد الأشكال السريرية، وبصعوبة العلاج مما يجعل تأثيره الاجتماعي كبيرا...

ملحوظة: حسب تصنيف الأمراض الأميركي (DSM IV) ، الهذاء يسمى الاضطراب الهذياني.

[1]- حالة عود: تعني ظهور المرض أو الاضطراب مرة أخرى بعدما تم الشفاء منه..

II. دراسة سريرية

يتكون الهذيان الهذائي من ثلاثة أنواع هذيانية: هذيانات الشغف وهذيان التأويل وهذيان الحساسية المفرطة...



1) هذيانات الشغف[1]

تتميز **هذيانات الشغف** بكونها هذيانات قطاعية (تهم منحىً واحدا من مناحي الحياة وليس كل مناحيها)، وتتمحور حول فكرة سائدة، وأيضا بمشاركة وجدانية عاطفية ومزاجية قوية تدور حول مسلمة أساسية، كما أن التأويل يكون فيها مقيدا وثانويا بالمقارنة مع فكرة الهذيان التي تظل هي السائدة على اللوحة السريرية.

هناك ثلاثة أنواع: هذيان المطالبة وهذيان الغيرة وهذيان الشغف الشبقي وتفصيلها كما يلي:

أ- هذيان المطالبة

هو اقتناع هذياني بوجود حق للمريض مهضومٍ فهو يطالب به إذاً، ويستميت بشكل غريب وبدون توقف كيفما كانت العقبات، مع احتمال وجود تهديد من قبله، ويعبر عنه من خلال الأشكال التالية:

[1]- وجدنا للفظ الفرنسي (délire passionnel) ترجمة في معاجمنا المعتمدة هي "هذيانات العشق" إلا أن خشينا من تحيل هذه الكلمة إلى معان جاهزة لها علاقة بدرجات متقدمة في الحب. فإننا اخترنا لها لفظ 'هذيانات الشغف"، لأننا ارتأينا أنها تؤدي المعنى بدقة أكثر، لأن الشغف بشيء ما يعني الانشغال به بشكل مفرط، وهو ما يتحقق في هذيانات الشغف..

- **هذيان مريض مطالب محب للدعاوى:** مقتنع بأنه تعرض لضرر ما، فهو كثير الشكوى، وله محاضر قضائية كثيرة. تجده منخرطا في كثير من القضايا في المحاكم. وغالبا ما يتردد من هيئة رسمية إلى أخرى، مثلا محكمة ابتدائية، محكمة استئنافية، مجلس أعلى، وزارة العدل، رئاسة الحكومة. وقد يصل إلى القصر الملكي...

- **هذيان مريض مخترع مجهول:** فهو يطالب بشكل هذياني بملكية الاكتشاف أو ببراءة الاختراع...

- **هذيان مريض في وضعية كارثية هذيانية:** المطالبة بإصلاح أذى جسدي حصل للمريض بعد حادثة عمل، أو حادثة سير، أو عملية جراحية... فالمريض بمقتضى هذا الهذيان يرى نفسه في وضعية كارثية يطالب بإصلاحها واسترجاع حقوقه.

- **هذيان مريض مثالي شغوف:** المريض هنا يبلغ قناعاته الأسطورية الخرافية أو السياسية أو الاجتماعية، فهو يرى نفسه صاحب مهمة، يطالب من خلالها بتنزيل مضامين قناعاته. ويحشد الناس من أجل إقناعهم بأفكاره...

- **هذيان مريض مطالب بإثبات النسب:** يقتنع المريض بكونه منحدرا من أصول لامعة ومشهورة، فتراه يعبر عن ذلك ويطالب بتصديقه وإحقاقه ويحاول ذلك بشتى الوسائل.

- **هذيان المطالبة المراقية أو ما يسمى بتوهم المرض:** المريض يتهم طبيبه بضعف الكفاءة، أو بالإضرار به في أعقاب عملية جراحية (هذيان جراحي)، أو يتهمه أحيانا بسرقة أعضائه..

ب- هذيان الغيرة

يبدأ الهذيان عادة بشكل صامت، مع ظهور فكرة وسواسية ثابتة تأتي التأويلات الهذيانة لتدعمها وتقويها.

يعبر المريض، الذكر خصوصا، عن هذيانه انطلاقا من موضوع الغيرة، عن طريق الشعور بالإحباط والانخداع وبالهجران فيما يتعلق بقضية الحب والعلاقة الزوجية، كما يشعر بأنه بأن شريكه يخونه مع شخص آخر منافس له. ويقوم المريض بتصور منافسه وما يقوم به من خيانة في حقه ومس لعرضه، ثم يجعل ذلك حقيقة بديهية تنبني عليها ترسانة من سلوكات التفتيش والشك (البحث في الملابس الداخلية للشريك عن بقع تدل على حدوث اتصال جنسي..) قد يؤدي ذلك في نهاية المطاف إلى نهج سلوك عدواني تجاه الشريك أو المنافس المفترض، وأحيانا أخرى إلى نوبات اكتئابية قد تؤدي إلى الانتحار... هذا الهذيان يجعل أقرب الأقربين إليه متهما بالخيانة (الأصدقاء والعائلة المقربة..).

يعتمد هذيان الغيرة على آلية التأويل حيث ينطلق من أحداث حقيقية، ويؤولها بشكل يجافي الحقيقة (تحدثت الزوجة في الهاتف وهي منعزلة في غرفتها، فهي لابد أنها كانت تحدث عشيقها. فالحدث الحقيقي هو أن الزوجة تحدثت في الهاتف وأنها انعزلت في غرفتها وهي تفعل ذلك، إلا أن التأويل الخاطئ هو أنها بالضرورة تحدث عشيقها. هناك تأويلات محتملة أخرى كأن تكون الزوجة انعزلت إلى الغرفة لأنها لا ترغب في إزعاج زوجها، أو لأنها تحدث صاحبتها في أمور نسائية خاصة، أو لأنها تحدث أخاها في أمور عائلية خاصة...)، كما يمكن أن يحدث عن طريق آليات ضلالية توهمية حيث يبني المريض نسقا من الذكريات غير الواقعية يدعم بها أطروحته حول الغيرة...

ت- هذيان الشغف الشبقي

ضلال هذياني يجعل المريض، خصوصا الإناث من 40 إلى 55 عاما، يعتقد على أنه شخص محبوب من طرف شخص ذي قيمة (شخص غني، طبيب، محامي...)، وقد يكون هذا المحِبُّ المزعوم لا تربطه بالمريض سوى علاقة بعيدة أو لا تربطه به أية صلة أصلا. ويتطور هذا الهذيان وفق ثلاثة أطوار:

- ❖ الأمل، وتتميز هذه المرحلة بالانتظار، كما يمكن أن تستعمل فيها الرسائل والهدايا.
- ❖ الغيظ، حيث يشعر المريض بالحزن والغضب.
- ❖ الحقد والضغينة، حيث يعمد المريض إلى استعمال قاموس للسباب والقذف، وقد يصل الأمر إلى القيام بأفعال عدوانية سواء تجاه موضوع الهوس (الرجل) أو زوجه..

ويعتمد هذا الهذيان خصوصا على آلية **التأويل** وأحيانا على آلية الحدس والهلاوس الحسية العضوية[1]، ونادرا ما نجد التلقائية العقلية...

2) هذيان التأويل

يتشكل هذا الهذيان، والذي يسمى أيضا هذيان "سيريوه وكابكرا" (délire de serieux et capgras)، ليس حول فكرة سائدة كما هو الحال في هذيانات الشغف، ولكن حول أفكار متعددة، هذه الأفكار هي التأويلات المتعددة التي يتبناها المريض، بحيث يصبح بمقتضاها لكل شيء معنى ودلالة يرتبط بذات المريض، فهو يقوم بعملية إسقاط على الذات...

[1]- **الهلاوس الحسية العضوية: (cénesthésique):** تتعلق بالحس العميق والحس الداخلي، وعندما تتعمم هذه الهلاوس يمكن أن يشعر المريض بتحول جسدي (نجده أساسا في الفصام)، أو باحتلال الشيطان أو الحيوان لجسمه.. كما يمكن أن تكون هذه الهلاوس موضعية (تتعلق بموضع معين في الجسم) مثلا على مستوى الجهاز التناسلي حيث يشعر المريض بأن ثمة من يمارس الجنس عليه (الإيلاج) وهو عرض يكاد يكون دائم الحضور في مرض الذهان الهلوسي المزمن (psychose hallucinatoire chronique).. لاشك إذاً ونحن نتحدث في إطار الهوس الشبقي أن الهذيان يحصل عن طريق هذه الآلية على مستوى الجهاز التناسلي..

في بداية تشكل الهذيان، لا يعرف المريض ما يراد له بالضبط، ولكنه متأكد من شيء واحد هو "أن ثمة شيئا ما، إنهم يهتمون بي، يحدقون بي، ويتهامسون فيما بينهم كل ما مررت بقربهم، أشيائي لم تعد في مكانها، لم أعد أستطيع العمل، أعمالي لم تعد على ما يرام ولا تسير بشكل جيد...".

مع مرور الوقت، يشكل المريض تأويلاته في نظام متناسق، وتظهر الفكرة التي توجهه، وهي ناتجة طبعا عن التأويلات، وهكذا يبحث في وجوده كله ويستخرج الإشارات الدالة، والتي تصبح بعد تجميعها قوام نظامه الهذياني وبرهانا على حقيقته..

ويمكن أن تنضاف إلى التأويل، في مراحل الهذيان الخصبة، آليات أخرى كالحدس والتوهمات الإدراكية الجسدية، أما الهلاوس فتظل نادرة...

وحديثا عن المواضيع الرئيسية لهذيان التأويل، فإننا نجد في رأسها موضوع **الاضطهاد**، حيث يريد من يضطهده سوءً به وبصحته وبماله وبحياته أيضا، وموضوع **هوس العظمة** الذي يكون غالبا ناتجا عن الاضطهاد (إنما يقومون باضطهادي لأني مهم ليس إلا..)، وهي أهمية يكتسيها المريض طبعا عن طريق هذياني، لأنه يظن نفسه من عائلة مرموقة (هذيان ادعاء النسب)، أو مرسلا لإتمام مهمة (هذيان الخرافة والأسطورة)، أو لأنه يعتقد أن له دورا سياسيا كبيرا... كما يمكن أن يتخذ الهذيان التأويلي موضوعا متمحورا حول **أفكار مرجعية** (المريض مرجع كل ما يحدث، وهو المقصود به على أي حال). ويمكن أن تكون المواضيع متناسقة ومتناغمة أحيانا إلى درجة أن تؤدي إلى اقتناع المحيط بها وتصرفه على أساسها، وهو ما يسمي بالهذيان المستحدث.

وتتطور بنية الهذيان على الشكل الشبكي، عكس هذيانات الشغف التي تتطور بشكل قطاعي، حيث لا يمكن أن ندعي أن منحى من مناحي الحياة يمكن أن يسلم منه، بل تمتد التأويلات بشكل متدرج إلى مختلف جوانب شخصية المريض (الأسرية والعاطفية والمهنية والاجتماعية...). كما يبدي المريض اقتناعا كاملا ومطلقا بهذيانه، فلا مجال للشك أو الصدفة، فكل الأحداث الجديدة يتم تأويلها بنفس الطريقة لتصبح خادمة للفكرة الموجهة وللنسق الهذياني العام...

وعلى عكس هذيانات الشغف، فإن المشاركة العاطفية وانشراح المزاج يكونان أقل ظهورا في هذيان التأويل، ومع ذلك فإن المريض يمكن أن يقدم على أفعال طبية جنائية، فنجده كثير الاشتكاء لمخافر الشرطة، ورافعا للدعاوى ضد من يضطهده، كما يمكن أن يقوم بأفعال عدوانية تجاهه...

أما فيما يخص تطور هذا الهذيان فهو، كباقي الهذيانات المزمنة، يعرف أوقاتا خصبة ينشط فيها، فنجد أوقاتا للاهتياج وأخرى للاكتئاب، وهي التي تدفع بالمريض أو بمحيطه إلى طلب العلاج وزيارة الطبيب، وهي الأوقات المناسبة لبداية العلاج...

وجدير بالذكر أن تداعيات هذا الهذيان على الحياة الاجتماعية يعتبر أقل بالمقارنة مع هذيانات الشغف، بحيث أن بعض مرضاه يمكن ألا يزوروا طبيبا نفسيا طوال حياتهم، ومع ذلك فالانعزال الاجتماعي والسلوك التجنبي، تبقى أهميتهما كبرى، ويمكن أن يشكلا دليلا قويا يرجح تشخيص هذيان التأويل، ومن ثم تشخيص مرض الهذاء...

3) هذيان الحساسية المفرطة

يظهر هذيان الحساسية المفرطة عند أشخاص يتمتعون بالضرورة بسمات الشخصية الحساسة، فهو إذاً نتيجة مفهومة لحادث صراع اجتماعي منشئ للهذيان:

- ❖ الفشل، الصراع، الاذلال..
- ❖ أحداث شاقة، إحباط..
- ❖ عزل أو رفض..

وصف هذا الهذيان من طرف "كريتشمر" سنة 1919، ويأخذ موضوعه شكل اشتداد وبروز سمات الشخصية الحساسة بالإضافة إلى أفكار الاضطهاد، يحدث عند المريض انطباع بكون الأقربين إليه (أفراد عائلته أو أصدقاء العمل) يكنون له العداء ويضطهدونه، كما يفسر تصرفاتهم العفوية على أنها تلميحات معادية له. ويسمى هذا بأفكار المرجعية: كقوله "إنهم يتحدثون عني"، "إنهم يهزؤون بي"، إنهم يضحكون على أخطائي"...

وتعتبر هذه الأفكار، التي يعتقد المريض أنها حقد مقصود في حقه، شرحا وتأويلا يتم بشكل سلبي لأحداث أو إشارات بسيطة أو لنظرات عادية وبريئة. ويغذي هذه الاستنتاجات تبريرات تأويلية خاصة بها، يحملها المريض دائما معاني سلبية أو عدوانية. كما أنه يتحملها بشكل خامل وسلبي ولا يبدي احتجاجا حيالها...

ويحدث هذا الهذيان عند أشخاص يتمتعون بشخصيات حساسة، لذلك نجد أن بداية الهذيان عادة ما تكون ردة فعل على حدث يجعل تلك الأعراض تطفو إلى السطح وتظهر على شكل هذيان الحساسية المفرطة. فمثلا يمكن أن تظهر بعد فشل دراسي أو مهني، أو نتيجة لخلاف أو شقاق زوجي، وأحيانا عندما يكون المريض عرضة للإذلال والإهانة من طرف شخص ما. بالإضافة إلى المرور من مراحل يجد فيها المريض نفسه منبوذا أو معزولا أو محبطا، أو عندما يعيش أحداثا مضنية وشاقة... كل هذه الأحداث غالبا ما تكون محدثة لهذيان الحساسية المفرطة أو سببا في تفاقمه...

ويعيش المريض هذيانه بمشاركة عاطفية ظاهرة، غالبا ما تكون مصحوبة بنغمة اكتئابية وإرهاق ظاهر، إذ يشعر بالفشل والخجل والدونية، كما يرى نفسه عاجزا أمام ما يحدث له. كما أن الهذيان يكون

مصحوبا، بشكل شائع، بقلق يتم تحييده عن طريق اللجوء إلى المشروبات الكحولية، وأيضا باهتمامات مراقية (توهم المرض)...

ويبقى انتشار الهذيان قطاعيا، بحيث لا يمس سوى الجانب العلائقي (ما يربط المريض بمحيطه العائلي أو المهني) دون المساس بجوانب الحياة الأخرى. أما عن تطوره، فيمكن أن يتراجع الهذيان أو يختفي، إلا أن التطور عن طريق نوبات هو النمط الشائع، حيث تتم إعادة تنشيطه كلما كان المريض في وضعية منشئة للمرض، ومع ذلك فإن تكيفا شبه كامل مع الواقع يظل ممكنا بسبب غياب أي تدهور يمس الذكاء والحياة العاطفية...

ويمر أغلب المرضى بمراحل اكتئابية شديدة نتيجة الإحباط والعزلة وعدم القدرة على الرد على الاضطهاد الذي يتعرضون له بزعمهم...

III. الشخصية القبل مرضية

إن حضور الشخصية القبل مرضية إن كان بديهيا بالنسبة لهذيان الحساسية المفرطة وبعض هذيانات الشغف، فإن الأمر ليس كذلك بالنسبة للهذيانات الهذائية الأخرى، التي تأتي خصوصا عند أشخاص ذوي شخصيات سليمة، كما أن رسم حدود واضحة بين الشخصية الهذائية والذهان يبقى أمرا صعب المنال، وفيما يلي أهم سمات **الشخصية الهذائية**:

- **تضخم الذات،** يعتبر بعض الكتاب على أنه السمة التي تنبثق المميزات الأخرى للشخصية الهذائية كالتصلب النفسي، وعدم التسامح واحتقار الآخر.. وهذا التقدير المبالغ فيه للذات هو الذي ينتج خيلاء المريض واستماتته في الدفاع عن أفكاره، وقد يكون أحيانا مغلفا بتواضع سطحي مصطنع..

- **الحذر،** وهو رد فعل للشعور بالاضطهاد من طرف الآخر، فالمريض يرى نفسه محاطا بعالم يترصد له كل مرصد، مليء بالأحقاد والنوايا السيئة، وفي غالب الأحيان يرتبط الحذر بالتكتم وبإفراط في اليقظة..

- **أخطاء في الحكم،** وهي راجعة إلى خطل التفكير، وتترجم بالتأويلات الخاطئة وبالذاتية المرضية، وتنبني على نسق فكري يسيطر عليه إما الشعور بالاضطهاد أو الشعور بالعظمة، وهكذا فالنقد الذاتي أو الشك مستحيلان تماما، كما أن السلطوية وعدم التسامح حيال الأفكار والآراء المخالفة أمر شائع..

- **عدم التكيف الاجتماعي،** وهي نتيجة مفهومة للسمات المذكورة آنفا، حيث يصبح من الصعب على صاحب هذه الشخصية أن يتبنى سلوكا جمعيا وأن ينضبط له، لذلك يميل إلى الانعزال والتمركز حول الذات، وهكذا فالسلوك العام لصاحب هذه الشخصية سلوك متصلب واحتجاجي ومحب للدعاوى

والترافع كما أنه سلوك يتسم بالمقاومة والاستماتة في الدفاع عن الأفكار، أما المستوى العقلي للشخص الهذائي فيبقى جيدا، بل إن نجاحه الاجتماعي يكون أحيانا مبهرا..

وتتميز **الشخصية مفرطة الحساسية** بميولها نحول المبالغة، بالإضافة إلى هشاشة صاحبها وسهولة جرحه. وبميوله نحو قراءة ما بين السطور، مع إغراقه في التفكير والاجترار. كما أنه شخص خجول يسيطر عليه القلق والخوف. بالإضافة إلى فقدانه للآليات الدفاعية، فهو شخص دون احتياطات دفاعية تمكنه من المراوغة، لذلك تجده يبلغ النهاية بسرعة، ويعجز عن الكلام وعن الرد. أو تجده يقوم بردات فعل غير مناسبة للفعل. هذا ويتميز هؤلاء باتهام الذات تبريرا لما يرونه تركيزا للآخرين عليهم...

IV. <u>التشخيص التفريقي</u>

1) التفاعل الهذائي الحاد

أ- هجمة الهذيان الحادة: تتميز بتعدد وتنوع وغنى الهذيانات من حيث المواضيع والآليات، مع حضور الهلاوس وإمكانية وجود متلازمة التلقائية العقلية...

ب- الهوس الهذياني: بالنسبة لهذيانات العشق والمطالبة خصوصا، ونلاحظ وجود سوابق تتعلق باضطراب المزاج، كما نلاحظ سيطرة المواضيع الهذيانية التي تتوافق مع الحالة المزاجية...

ت- الكآبة الهذيانية: بالنسبة لهذيان علاقة الحساسين. ونلاحظ وجود سوابق تتعلق باضطراب المزاج، كما نلاحظ سيطرة المواضيع الهذيانية التي تتوافق مع الحالة المزاجية، كما نسجل أيضا أن الهذيان الكآبي ليس هذيانا أوليا ينتج عنه الاكتئاب، كما هو الحال في الهذاء، إنما هو هذيان ينتج عن الاكتئاب الذي يظهر أولا، كما أنه ليس هذيانا ممتدا متوسعا، كما نجده في الهذاء، بل هو هذيان ثابت ورتيب، زد على ذلك أنه ليس هذيانا يعاش بشكل متمركز حول الذات وخيلائي، كما في الهذاء، بل هو يعاش بشكل شاق وخامل يجعل المريض يشعر بالذل مع ألم نفسي فظيع، كما أنه لا يعاش في الحاضر ولا يخشى المستقبل بينما يعاش في الحاضر في الهذاء ويجعل المريض يأمل في المستقبل...

ث- الإفراط في تناول بعض المواد: الكوكايين والكحول على سبيل المثال...

ج- أمراض عضوية: الزهري العصبي، الصدمة الجمجمية... وهي أمراض نادرا ما نجد في أعراضها التفاعل الهذائي...

2) الهذاء المزمن

أ- الذهان الهلوسي المزمن: حضور التلقائية العقلية مع سيطرة الهلاوس.

ب- الازورار: هذيان تصوري هوامي، مع غياب فقدان التكيف.

ت- الفصام شبه الهذائي: يتميز الهذيان شبه الهذائي بكونه ضبابيا وغير منسق وفقيرا وغير منطقي مع وجود بعض العناصر الانفصامية. هكذا يختلف الهذيان الغريب الشبه الهذائي عن الهذيان المتناسق الهذائي...

ث- الأمراض العضوية: الخرف...

V. التطور والمآل

يتسم تطور مرض الهذاء بما يلي:

- فترات خصبة حيث يحتد ويشتد الهذيان، ويتم ذلك أحيانا بواسطة آليات هلوسية..
- فترات الهدأة أو هدوء الاضطراب: أو ما يسمى بتكيس الهذيان، وهو ما يمكن أن يمتد من عدة أشهر إلى عدة سنوات..

أما عن المضاعفات التي يمكن أن تحصل من جراء هذا الهذيان المزمن فنجد ما يلي:

- الاكتئاب، محاولة الانتحار،
- أفعال عدوانية تجاه الغير، قد تصل إلى درجة القتل خصوصا إذا كان المُضطهد معلوما عند المريض،
- تصرفات مرضية: رفض الأكل، أسفار مرضية، رهاب الأماكن المغلقة، تحركات لدى الشرطة والسلطة القضائية،
- الإدمان: الكحول++++...

يمكن، تحت تأثير التقدم في السن، أن تتراجع ملكة الخلق والإبداع لدى مرضى الهذاء، وهكذا نلاحظ فقرا في المواضيع الهذيانية مع مرور الوقت، كما أن الارتباط العاطفي بها يخف، إلا أنه يصعب التفريق بين هدأة الهذيان والتكتم عنه...

تجدر الإشارة إلى أنه في الأمراض الذهانية عموما، وفي الهذاء على وجه الخصوص، لا ينبغي إلصاق افتقار الهذيان والتراجع العقلي بالتطور الخاص بالمرض فقط، ولكن بالمتلازمة الخرفية، فكون المريض ذهانيا لا يعفيه من الإصابة بالخرف...

وعلى سبيل التشخيص التفريقي بالنسبة للهذاء الانتكاسي، ينبغي التفكير في الإدمان على الكحول، حيث إن بعض الهذيانات الكحولية تشبه شيئا ما الهذيان الهذائي من حيث التأويلات ومواضيع الغيرة التي تسيطر عليها...

VI. العلاج

يعتبر علاج مرض الهذاء علاجا صعبا، وذلك نظرا لمشكل الرابطة العلاجية، التي ليس من السهل إرساؤها بين الطبيب ومريضه في هذه الحالة، لذلك ينبغي أن يكون الموقف البدئي محايدا بشكل كاف، مقتصرا على الإنصات بإمعان، دون تدخل مباشر أو أحكام مسبقة أو تعليق على الهذيان... ويستهدف العلاج أساسا:

- الوقاية من خطر المرضى.
- التقليل من التدهور والتقهقر الاجتماعي والمهني.

ويعتمد على الوسائل التالية:

1) الاستشفاء

يصبح الاستشفاء ضروريا في إحدى حالتين:

- انشراح مزاجي وفكري يحمل معه خطر القيام بأعمال عدوانية، وعادة ما يتم ذلك بتدخل خارجي من العائلة أو السلطة.
- في حالة حدوث اكتئاب ناجم عن الهذيان، عادة لا يتم في مصلحة مغلقة، لأن المريض هو من يطلب العلاج بنفسه.

يستهدف الاستشفاء محاصرة التدهور المهني وتراجع العلاقات العائلية والأسرية وأيضا التقليل من معاناة المحيط، ويجب على طاقم العلاج أن يحافظ على مستوى من العلاج النفسي للمريض، رغم ما يمكن أن يعارضه من تهجمات عدوانية يتبناها المريض تجاه من يعالجه، لذلك لا ينبغي الاقتراب كثيرا كما لا ينبغي الابتعاد كثيرا (لأن ذلك يفهم على أنه رفض وتهميش للمريض).

كما يحدث أحيانا الحجر على أموال المريض ومنعه من التصرف فيها بحرية، لأنه يمكن أن يبددها في مرافعات باهظة أو لتمويل أعمال خرافية...

2) العلاج الدوائي

أ- المضادات الذهانية:

يستهدف العلاج بمضادات الذهان تخفيض الاقتناع بالهذيان والتقليل من الكُربة ومن العدوانية، إلا أن المضادات الذهانية تفقد فاعليتها على آلية الهذيان التأويلية كلما كانت قديمة...

- مضادات ذهان مهدئة مثل "ليفوبروبومازين" واسمه التجاري "نوزينان" في حالة الهيجان والقلق خصوصا في الحالات العدوانية لهذيانات الشغف.

- مضادات ذهان قاطعة مثل"هالوبيريدُول" واسمه التجاري "هالدول" في حالة الهذيان التأويلي أو هذيان الشغف.

- مضادات الذهان غير النوعية مثل أولونزابين واسمها التجاري "زيبريكسا" في حقنة عضلية ، ريسبيريدون واسمه التجاري "ريسبيردال"...

وفيما يتعلق بعلاج الصيانة يستحسن استعمال معقلات ذات الأثر الممتد مثل "بيبورتيل" أو "موديكات"، وذلك من أجل تحسين مداومة المريض على تناول الدواء..

ب- مضادات الاكتئاب:

يستعمل هذا الصنف الدوائي في حالة:

- انهيار اكتئابي..
- هذيان علاقة الحساسين.

نستعمل مثلا الكابحات الانتقائية لاسترداد السيرتونين ISRS: "ديروكسات" 20 ملغ كل يوم..

3) العلاج النفسي

يعتبر العلاج النفسي صعب للغاية رغم تسهيله من طرف المعقلات، ويكون الولوج إلى العلاج النفسي أكثر سلاسة وخصوبة عند الشخصيات الحساسة

أ- علاج الدعم النفسي:

وهو علاج يقوم بإعادة تهيئة الجو العلائقي، ويحاول تجنيب الاستجابة الهذيانية للوضعيات الصراعية المنشئة للكربة، كما يساعد على التعبير الكلامي على الصراعات النفسية الداخلية...

ب- علاج التحليل النفسي المطبق على الدهانات

ليست لهذا الصنف من العلاج النفسي دواعي مقنعة في هذا الاضطراب، إلا في حالة وجود نواة اكتئابية مهمة...

ت- العلاج عن طريق إزالة التسمم الكحولي

أحيانا يتم اللجوء إليه لأن للكحول دورا في تسبيب الهذيان الهذائي، أو على الأقل في مفاقمته:

- للكحول دور مهم في تفجير هذيان الغيرة وفي نتائجه التي تبعث على الكربة

- ولها أيضا دور مضاد للقلق عند الشخصيات الحساسة ذلك أنه يستعمل للحد من الكربة والتوتر في علاقة المريض بالآخرين.

VII. خلاصة

يعتبر الهذاء مرضا ذهانيا من الصنف غير الانفصامي، يتميز بهذيان متسق، ويعتبر علاجه صعبا، ذلك أن استجابته لمضادات الذهان ضعيفة بالمقارنة مع الفصام مثلا. وينبغي الحذر أثناء مقاربة هذا الصنف من المرضى، وذلك عن طريق العمل على إيجاد المسافة المناسبة بين الطبيب والمريض، بالإضافة إلى تجنب الحكم على الهذيان بشكل مباشر، وإصدار مواقف شخصية تتعلق بالمريض أو هذيانه...

الفصام

I. تعريف

رغم غياب تعريف دقيق لهذا المرض، إلا أنه يمكن تعريف الفصام على أنه " مجموعة من الاضطرابات يسيطر عليها التفكك وعدم التناسق الكلامي والفكري والازدواجية والانطواء والأفكار الهذيانية والهلاوس، بالإضافة إلى اضطرابات وجدانية عميقة تؤول إلى انفصال المريض عن الواقع وغرابة أحاسيسه، والتي تتطور نحو قصور وانفصام الشخصية".

ونشير إلى أن الطابع المزمن للفصام يُعرفه بإمكانيته المفتوحة وميوله نحو التطور أكثر من كونه وحدة محددة.

II. تاريخ

عرف مفهوم الفصام تطورا عبر التاريخ يمكن تلخيصه في المحطات الرئيسية التالية:

- في سنة 1899 قام **"كريبلان"** بتجميع هذه الأعراض تحت مسمى الخرف المبكر...
- في سنة 1911 قام **"بلولير"** بوضع مصطلح الفصام "النفس المنشطرة"...
- في سنة 1912 قام **"كاسلان"** بإبراز مفهوم التفكك على المستوى السريري..

III. دراسة تصنيفية

1) المقاربة المعيارية

وهي المقاربة التي تعتمدها الجمعية الأمريكية للأمراض النفسية والعقلية والتي تصدرها في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM)، وتتمثل هذه المعايير، في ما يلي:

- **المعيار أ:** حضور اثنين أو أكثر من الأعراض التالية خلال مدة شهر على الأقل:
  - أفكار هذيانية،
  - هلاوس،
  - خطاب مشتت وغير منظم (مرور من الديك إلى الحمار، عدم تناسق..)،
  - سلوك غير منظم بصفة عامة أو ذو طبيعة جامودية،
  - أعراض سلبية من قبيل التبلد العاطفي أو الخمول التام ،
- **المعيار ب:** اختلال في الوظائف الاجتماعية.
- **المعيار ج:** مدة تتجاوز 6 أشهر مع أخذ المعيار "أ" بعين الاعتبار (مدة أكبر من شهر واحد).
- **المعيار ح:** غياب اضطراب مزاجي.
- **المعيار خ:** غياب إصابة مرضية عامة أو مفعول علاجي المنشأ.
- **المعيار د:** غياب اضطراب النمو كمرض التوحد مثلا.

2) المقاربة المتلازمية

وتعتبر مقاربة كلاسيكية في التقاليد السريرية، وتجمع الأعراض في أربع متلازمات رئيسية وهي **المتلازمة الهذيانية** و**المتلازمة الهلوسية** وكذا **المتلازمة الفصامية** بالإضافة إلى **المتلازمة الانطوائية**، وسنوضح فحوى هذه المتلازمات في الفقرة الخاصة بالدراسة السريرية.

IV. دراسة إحصائية

يعتبر الفصام مرضا كونيا يصيب سكان مختلف مناطق العالم، ويتراوح معدل انتشاره بين 0,5 % و 1%، بينما يتراوح معدل الظهور بين 2 و 4 لكل 10000 نسمة. أما معدل التوزيع الجنسي فهو قريب من 1، بمعنى أن الفصام يصيب بشكل متساو تقريبا الذكور والإناث. إلا أن الجنس يؤثر على تاريخ الظهور حيث يظهر أن الاستشفاءات الأولى تكون قبل 25 سنة عند الذكور، بينما تكون عند الإناث بعد هذا السن.

ويكون ظهور المرض في أواخر مرحلة المراهقة. كما يمكن أن يكون الظهور مبكرا أي حوالي 15 سنة، أو متأخرا أي بعد 25 سنة. أما الظهور خارج الفئة العمرية (15-35) فيبقى أمرا نادرا.

ويلاحظ أن مرضى الفصام يعرفون معدلا للوفاة أكثر من الساكنة العادية، حيث إن الوفاة بسبب الانتحار أكثر ب 20 إلى 40 % مقارنة بغير الفصاميين، إلا أن هذه النسبة تظل اقل من نظيرتها في الذهانات الهوسية الاكتئابية. كما يلاحظ اقتران المرض، بشكل وافر، بشخصيات قبل مرضية من قبيل:

- الشخصية شبه الفصامية أو الفصاموية والتي تتميز بطابع الحلم والانعزال والبرود..
- الشخصية فصامية النمط والتي تتميز بمعتقدات غريبة وغير منطقية وبفكر سحري...

V. دراسة سريرية

يبدأ هذا المرض ويتطور وفق عدة أشكال، كما يمكن أن يكون ظهوره مفاجئا أو بشكل تدريجي، أما الأعراض فيمكن أن تكون ذهانية خالصة أو أعراضا قلقية و/أو أعراضا مزاجية لانموذجية.

يحدث التشخيص عادة في وقت متأخر من تطور المرض، ويرجع ذلك إلى عدة عوامل منها ما هو ثقافي وما له علاقة بالوَسْم المجتمعي أو بالمستوى التعليمي. كما أن التشخيص يعرف عدة صعوبات في حد ذاته خصوصا في مرحلة المراهقة...

1) أشكال البداية

تعتبر القدرة على تشخيص الفصام، في مراحله المبكرة، في غاية الأهمية، وذلك نظرا لضرورة الشروع في العلاج مبكرا، وهذا صعب خصوصا في الأشكال الخادعة كالشكل شبه العصابي والأشكال اللانموذجية للاكتئاب وللهوس، وفي الأشكال قليلة الأعراض، لذلك ينبغي البحث بعناية عن الأعراض الانفصامية في أشكال البداية، والتي نميز فيها بين نوعين:

- **بداية حادة (مفاجئة)**

يرجع تاريخ البداية إلى أكثر من ستة أشهر، لذلك ينبغي انتظار هذه المدة دائما قبل أن نستنتج أن الأمر يتعلق بالفصام، ولا يوجد أي عنصر يجعلنا نجزم أن النوبة الحادة ستتحول إلى فصام، وجدير بالذكر أن الشكل الحاد لبداية الفصام يمثل بين 50 و65 في المائة من مجموع الحالات.. وفي ما يلي الأشكال الحادة للدخول في الفصام:

- **نوبة ذهانية حادة أو هجمة هذيانية حادة (BDA):**

يعتبر التنبؤ بتطور هجمة الهذيان الحادة إلى الفصام صعبا بشكل خاص، إلا أن حضور العديد من عوامل المآل السيئ للهجمة الهذيانية الحادة، والتي تؤشر على كونها مدخلا إلى الفصام يمكن أن يساعد في تقصي الفصام، ونستعرض منها العناصر التالية:

- غياب الكربة.

- بداية تدريجية وتراجع غير تام للنوبة (استمرار أعراض ثُمالية).
- ندرة الأعراض المزاجية.
- فقر في الهذيان، مع وجود الهلاوس خصوصا من الصنف الشمي.
- كثرة الأعراض من الفئة الفصامية (التسويغ المرضي).

إلا أن أيًّا من هذه العناصر لا يعتبر محددا لتطور هذا الهذيان الحاد نحو الفصام، فقط بقاء الأعراض الثمالية وتراجع غير تام للنوبة يشكلان دليلا تشخيصيا مهما يمكن الاعتماد عليه...

- **حالة مزاجية لا نموذجية**

تستحضر لانموذجية النوبة المزاجية (الاكتئابية، الهوسية، المختلطة)، أمام لوحة سريرية مزاجية غير كاملة وذات أعراض لانموذجية، كما أن تطورها تحت العلاج لا نموذجي أيضا، بالإضافة إلى حضور بعض الأعراض الانفصامية. كما أن حالة مزاجية نموذجية تماما يمكن أن تكون افتتاحا لمرض الفصام.

✓ **نوبة اكتئابية لانموذجية**

نستعرض فيما يلي الأعراض التي ترجح لا نموذجية هذه النوبة:

- تثبيط نفسي حركي كبير يمكن أن يصل إلى الجامودية مع غياب الألم النفسي.
- فقدان الاهتمام جزئي أكثر مما هو كلي.
- الأفكار الهذيانية غير متوافقة مع مزاج المريض.
- مواضيع هذيانية من صنف الاستحواذ الشيطاني والشعور بالذنب، ومواضيع لها علاقة بالجنس، والاضطهاد وكذا توهم المرض(المراق).
- حضور الآليات الهلوسية والتلقائية العقلية.
- حضور أعراض انفصامية من قبيل:

التفكك..

سيلولة الخطاب وعدم تناسقه..

برود العواطف.

لامعقولية الحديث أو التبريرات الكآبية.

عدم اتساق الهذيان.

- إذاية الذات والإقدام على الانتحار لدوافع غريبة.
- كربة عميقة ورتيبة.
- نوبات ذات شكل كآبي في عمر شاب.

✓ **نوبة هوسية لانموذجية**

نستعرض فيما يلي الأعراض التي ترجح لا نموذجية هذه النوبة:

- غياب السوابق الدورية (تعاقب الهوس والاكتئاب) والحالة الهوسية مع هروب الأفكار[1].
- تغير الأعراض مع تعاقب حالات مزاجية متقابلة.
- انفصام اللغة والتفكير من قبيل:
  - حواجز.
  - تطاير أفكار غير منطقية وغير متناسقة وغريبة كذلك.
  - قساوة وفظاظة الألفاظ، تجاوز الألفاظ العامية.
- انفصام السلوك مثل:
  - السلبية والوجوم.
  - هياج نفسي حركي دون وجود الانشراح.
  - اندفاعية، هياج جامودي وغضبي..
  - قولبية ونمطية.
- غياب فرط التناغم أثناء المخالطة.
- الانسحاب العاطفي والانعزال.
- ضحك دون دافع واضح.
- هذيان بآليات هلوسية وبمواضيع التأثير.
- سيطرة الأفكار الهذيانية على تطاير الأفكار.

[1]- **هروب الأفكار:** شغف أفكاري بدون منطق متبع مع تسارع وعدم انتظام لانسيابية التفكير لا يسيطر عليه المريض، والتي يتضارب تطايرها العقيم بدون كابح ولا اتجاه مع غناها الواضح. وحين يغادر المتحث موضوعا ما فإنه لا يعد إليه غالبا، وهم من أعراض الهوس..

- اضطراب الوعي:
  - حيرة.
  - توهان زماني مكاني.
  - حالة حلمية أو حالة غلسية.
- قلق كبير.

- **بداية تدريجية**

نقصد هنا انقطاع مميز للمريض عن شخصيته السابقة وأنشطته، ويحصل هذا التغير على مدة لا تقل عن ستة أشهر، نلاحظ هذا على المستويات التالية:

- **تراجع وتضعضع النشاط**

نلاحظ هذا التراجع على المستوى الجسدي، وأيضا على المستوى النفسي، ويؤدي هذا إلى تراجع دراسي أو جامعي بدون سبب ظاهر. كما أن فقدان النشاط هذا يؤثر على حياة المريض المهنية والاجتماعية، وهو ما يترجم بانعزال تدريجي وفشل متكرر وفقدان الشغل والعلاقات مع الأصدقاء. كما يبدو المريض في حالة من جمود الحس والإرهاق غير المبرر، كل هذا في جو من الحيرة أو اللامبالاة أو في معارضة تامة لأي تدخل من أجل المساعدة. ويمكن لهذه الحالة أن تتبلور بعيدا عن أي سياق يتسم بردة الفعل أو صراع مع العائلة، وتكون مميزة لبداية الفصام كلما كانت شخصية المريض لامعة ونشطة وبدون مشاكل فيما قبل. وتجدر الإشارة إلى أن هذه التراجعات تتم خارج أي سياق اكتئابي أو تسممي...

- **تغير الحالة العاطفية وسمات الشخصية**

وهنا أيضا يميز القطع مع الشخصية السابقة بداية ظهور مرض الفصام، ونلاحظ علامات التفكك الأولى كالازدواجية العاطفية والبرود العاطفي والانفصال عن الواقع. كما يظهر عند المريض سيطرة للفكر الخرافي وتعلق بالعلوم الفلسفية والوجودية، بالإضافة إلى سلوكات دينية متطرفة تظهر بشكل مفاجئ دون مقدمات، حيث يغير المريض بشكل مفاجئ هندامه ويطلق لحيته ويغير خطابه بشكل جذري، وهو سلوك لا يعبر عن التوبة الحقيقية التي تحدث بشكل متدرج ومفهوم. ونشير إلى أن المريض يمكن أن يشرع في طرح أسئلة فلسفية ووجودية (أصل الإنسان ومصيره) على غير المعتاد، وهو أمر يمكن أن نلاحظه عند كثير من المراهقين، إلا أنه يحدث في سياق محدود ودون نتائج، وأيضا بشكل منعزل حيث لا تصاحبه أعراض أخرى...

- **الأفكار الهذيانية**

نلاحظ بداية ظهور أفكار هذيانية بآليات هلوسية (سمعية وشمية، تلقائية عقلية..)، وبمواضيع مراقية (توهم المرض)، ومواضيع التأثير والاضطهاد واتهام الذات، وكذا التسمم. إلا أن المواضيع المسيطرة تتعلق بالأصول والتفسير العلمي أو الميتافيزيقي أو الفلسفي للعالم...

- **اضطرابات السلوك**

يتعلق الأمر بتصرفات إدمانية (تناول الدواء من تلقاء الذات بسبب الكربة الذهانية، أو بسبب الشعور بالفراغ...)، واضطرابات السلوك الجنسي (دعارة، وتصرفات جنسية منحرفة كالسادية المازوشية في سياق هذياني أو مع برود عاطفي...)، وأفعال عدوانية (شرود، محاولة انتحار، جرائم...)، بالإضافة إلى اضطرابات السلوك الغذائي (فقدان الشهية حيث إن 20 إلى 30 في المائة منها تخفي تحتها صيرورة انفصامية)...

- **أعراض شبه عصابية**

تعتبر الحالات العصابية لانموذجية، كالحالات المزاجية، عندما تكون اللوحة السريرية غير مكتملة، وأيضا أمام لانموذجية الأعراض والتطور تحت الدواء المعتاد:

✓ **أعراض شبه وسواسية:** وتتمثل في الفقد المبكر والشديد للفعالية، وغياب القلق كردة فعل للوساوس، والغياب الكلي أو الجزئي لنقد الأفكار الوسواسية، هذا بالإضافة إلى حضور طقوس ووساوس خصوصا من الصنف الجنسي، والمظهر التلقائي والمنمط والمقولب للسلوك، وكذلك نجد وساوس غريبة ذات طابع تطفلي وربما اضطهادي...

✓ **أعراض شبه هستيرية:** يعتبر تشخيص الأشكال شبه الهستيرية صعبا إذ نلاحظ متلازمة التحول من كل الأنواع، بالإضافة إلى نوبات جامودية ومبالغة في التمثيل والتصنع والقولبية دون ربح واضح ناتج عن ذلك ولا فائدة جلية ترجى من ورائه...

✓ **أعراض شبه رهابية:** أو ما يسمى بالرهاب اللانموذجي، ونجد فيه مثلا رهاب الاحمرار ورهاب الأمراض، وكذلك رهاب التشوه، كما أن ظهور هذه الأعراض مؤخرا وليس في عمر مبكر يعتبر دليلا جيدا على لانموذجية هذه الأعراض..

✓ **أعراض شبه مراقية[1]:** وتجمع أعراض فقد الشخصية وفقدان الشعور بسلامة الجسد وترابطه، كما يحصل لدى المريض انطباع مفاده أن ثمة تغيرات جسدية طرأت عليه خصوصا في الوجه (علامة المرآة)...

[1]- نذكر أم المراق يعني توهم المرض

2) طور الاضطراب الفعلي

تظهر في هذه المرحلة المتلازمات الرئيسية الأربع، والتي تتجمع فيها أعراض الفصام، وهي المتلازمة الهذيانية والهلوسية والانفصامية والانطوائية.

تجتمع هذه المتلازمات بدرجات مختلفة، كما أنها غير ثابتة بل تتأثر بتطور المرض وبالعلاجات التي يستفيد منها المريض.

- **المتلازمة الهذيانية**

يتعلق الأمر عموما بهذيان شبه هذائي يتميز بعدة خصائص على المستويات التالية:

- **القدم:** هو هذيان مزمن بالتعريف(أكثر من 6 أشهر) لأنه تعبير عن مرض ذهاني مزمن، إلا أنه يمكن أن يكون حادا في مناسبتين، الأولى في الشكل الحاد للدخول في الفصام حيث يمكننا من تشخيصه استمراره لأكثر من 6 أشهر مع وجود أعراض انفصامية، والثانية في حالة احتداد الفصام (نوبة حادة، أوقات خصبة..)

- **المواضيع**

تعتبر متعددة ومتداخلة بشكل غير مفهوم وغير منطقية ومغرقة في الإلغاز، إلا أن أياً منها لا يميز الفصام بشكل قاطع، ونجد مواضيع التأثير (أحاسيس مفروضة، أفكار مقترحة، تصرفات واندفاعات مفروضة)، وأفكار المرجعية والاضطهاد والمراق وشغف الشبق، وكذا الأفكار الخرافية الأسطورية وأخرى تتحدث عن الكوارث ونهاية العالم وهوس العظمة... إلخ. كما أن المواضيع التي تميز الفصام أكثر هي مواضيع التحول الجسدي (رهاب التشوه، الانشطار، فقدان الحياة، نكران الأعضاء...)، ومواضيع التفتت الجسدي حيث تكون الكربة شديدة الوطأة (كربة التفتت وكربة الانعدام...)...

- **الآليات**

تعد متعددة وغير نوعية ويمكن أن نجد كل هذه الآليات: الحدس والتأويل والهلاوس النفسية والنفسية الحواسية (أحاسيس جسدية مفروضة..)، ونسجل هنا شيوع الهلاوس الحسية العضوية والهلاوس السمعية بالمقارنة مع الهلاوس البصرية، كما أن التلقائية العقلية شبه ثابتة...

- **البنية**

يفتقر الهذيان شبه الهذائي إلى الاتساق، كما يفتقر إلى بنية واضحة، ومرد ذلك إلى تعدد وتنوع الآليات والمواضيع، وهكذا فالبنية موسومة بالانفصام، حيث يكون الحديث ضبابيا متصفا بالسيلولة والتناقض والتنافر.

- **المشاركة العاطفية**

تسيطر الكربة عادة على اللوحة السريرية، خصوصا أمام وجود متلازمة فقد الشخصية وفقد الواقعية، وهي كربة عميقة وشديدة يمكن أن تؤدي إلى أفعال عدوانية تجاه الذات أو تجاه الآخرين. أما المشاركة المزاجية فهي متغيرة حيث يمكن أن تتصف بالانشراح والقدرة الخارقة كما يمكن أن تكون، على العكس من ذلك، موسومة بالاكتئاب والحزن الشديد...

- **المتلازمة الهلوسية**

وهي ترجمة لاضطرابات الإدراك (النشاط الذي يؤدي إلى تشكيل الوعي بالذات وبالمحيط بالاعتماد على معطيات حسية)، وتنقسم إلى قسمين هلاوس لا يقوم المريض بانتقادها وهي الهلاوس الذهانية وأخرى ينتقدها المريض تسمى الهلاوس غير الذهانية أو الهلاس، وهي التي عند وجودها ينبغي أولا استبعاد الأسباب العضوية...

وحديثا عن الهلاوس الذهانية التي يمكن أن تكون حاضرة في الفصام، فإن الهلاوس السمعية هي الأكثر شيوعا بالمقارنة مع الأصناف الأخرى فيما يخص الهلاوس النفسية الحواسية، بينما نجد أيضا هلاوس نفسية داخلية مصدرها من داخل ذهن المريض، ولا نجد لها أي أثر في حواس المريض الخمس... (لمزيد من التفصيل، انظر درس المتلازمة الهلوسية في الجزء الخاص بعلم الأعراض).

- **المتلازمة الانفصامية**

يقصد بالانفصام تعطل الوحدة النفسية وغياب تجانس الشخصية، مما يؤدي إلى ارتخاء العمليات التنسيقية المسؤولة عن الاشتغال والأداء العقلي. وتؤدي عمليات الانحلال والانفصال هذه إلى التفكك والتنافر (فقدان الترابط والانسجام)، مع حصول انطباع بتفتت وتجزئة الحياة النفسية. وتصيب المتلازمة الانفصامية كل مناحي الحياة العلائقية والعقلية: الفكرية والعاطفية والنفسية الحركية، وتعتبر مميزة بشكل خاص للوحة السريرية للفصام... (لمزيد من التفصيل انظر درس المتلازمة الانفصامية في الجزء الخاص بعلم الأعراض...).

- **المتلازمة الانطوائية**

نذكر أنه لا ينبغي خلطها مع الاضطراب الانطوائي لدى الأطفال، وتتميز أساسا بالانغلاق والاستعصاء على النفاذ إلى المريض الذي ينطوي على ذاته، مما يؤدي إلى انعزاله اجتماعيا وأسريا، وهو ما يجعله يتوفر على حياة خيالية مهمة في جو من الانفصال عن العالم والواقع وانقطاع التواصل مع الأشخاص المحيطين...

3) تجميع آخر للأعراض

يعتبر الوصف السريري أعلاه وصفا كلاسيكيا، وهو الذي تعتمده المدرسة الفرنسية أما الكتاب الأنجلوساكسونيون فيعتمدون ترتيبا للأعراض وفق:

- **الأعراض الايجابية:** هذيان، هلوسة، اضطراب السلوك...
- **الأعراض السلبية:** فقد الفاعلية، انعزال، خمول، برود، فقر في العاطفة، فقر في الفكر، سلبية...
- **أعراض التبعثر والتشتت:** ازدواجية، تبسم لا يناسب المقام، أفعال مناقضة للمزاج...
- **الأعراض المعرفية:** اضطراب التركيز وإدراك المحيط، اضطراب في وظائف التنفيذ وفي ذاكرة العمل، اضطراب الحكم على الأشياء...

VI. أشكال سريرية

1) الفصام شبه الهذائي

يعتبر هذا النوع الأكثر شيوعا، وهو ذو مآل جيد، وتعد استجابته لمضادات الذهان جيدة.. كما أن الهذيان والهلوسات هي الأعراض الأكثر حضورا بينما تضل الأعراض من الفئة الانفصامية قليلة الأهمية. وفي حالة مقاومة العلاج الدوائي يصبح الهذيان متنافرا وغير منطقي، كما يؤدي إلى الانطواء وفقد الفاعلية بشكل تدريجي...

2) الفصام المبعثر أو المشتت

يظهر هذا الشكل من الفصام في سن مبكرة من 15 إلى 20 سنة، كما أنه يظهر بشكل صامت وتدريجي خصوصا عند المراهقين، حيث يبدأ بتراجع دراسي مع ظهور التسويغ المرضي وشكاوى مراقية (أمراض متوهمة) وشكاوى من الإرهاق.

كما يظهر الانفصام في المقام الأول، ويمس ثلاث مستويات وهي: الوظائف العليا والعاطفية والسلوكية. بينما يفتقر هذا النوع إلى الأعراض الهذيانية، وعندما توجد فإنها ذات بنية غير واضحة وبالكاد نستطيع تحديد مواضيعها...

ويعتبر مآل هذا النوع من الفصام سيئا، كما تعد استجابته للدواء ضعيفة أيضا، إلا أن التطور نحو القصور الكلي ليس ثابتا، بل يمكن أن نلاحظ هدأة جزئية أو كلية تحت الدواء...

3) الفصام الجامودي

يعد هذا النوع أقل شيوعا، ويأتي لينضاف إلى النوع المشوش، أو ما يسمى بالفصام الفندي أو اليفعي في التصنيف الفرنسي، في غالب الأحيان، وهو شكل تسيطر عليه الأعراض السلبية من قبيل الانطواء على الذات، القولبة والتصنع والسلبية، والمعارضة، وخصوصا التثبيط النفسي الحركي، **ويعتبر** التخشب الشكل الأكثر خطرا، وهو اضطراب نفسي حركي حاد للتوتر العضلي والمبادرة الحركية.. ويتمظهر اضطراب التوتر العضلي بما يسمى بالانثنائية الشمعية[1]، أو بإفراط في التوتر العضلي حيث تحدث مقاومة متصلبة لأي محاولة لتحريك الأطراف. كما يعبر عن فقد المبادرة الحركية بتعليق الحركة التلقائية للمريض ويطيع المريض، بالمقابل، بشكل خامل دعوة المحيط إياه إلى الحركة، فالمبادرة من تلقاء الذات هي المفقودة هنا وليس الحركة كليةً...

4) الفصام غير المكتمل

وهو شكل يعرف يكونه لا يستجيب للمعايير المشار إليها في الأنواع سالفة الذكر، **ويطابق** هذا النوع الفصام البسيط في التصنيف الفرنسي، ويتميز بأعراض بسيطة لا تظهر بشكل قوي.

يمكن أحيانا أن نواجه صعوبات أثناء تشخيص هذا النوع، وذلك فيما يخص في التفريق بينه وبين الشخصيات القبل مرضية من نوع الفصاموية وكذا من نوع الفصامية النمط...

5) الفصام الثمالي

يعتبر هذا النوع نوعا تطوريا، وهو قليل الأعراض بحيث يقتصر على الأعراض التي تظل حاضرة بعد زوال النوبة جزئيا، وتتكون أساسا من الأعراض السلبية...

6) الاضطراب الفصامي الوجداني

يتميز هذا الاضطراب بكونه يتطور بشكل متقطع أو دوري، مع وجود نوبات انفصامية حادة هذيانية أو جامودية، بالإضافة إلى اضطرابات مزاجية انشراحية أو اكتئابية، وهكذا فهو يتطور وفق دفعات تشبه نسبيا اضطراب المزاج ثنائي القطب. ونشير إلى أن أعراض الفصام تسبق الأعراض المزاجية بأسبوعين على الأقل أثناء الانتكاسة.

ويعتبر الدليل الإحصائي والتشخيصي للأمراض العقلي (DSM) هذا النوع تشخيصا مستقلا خارج أنواع الفصام.

[1]- **الانثنائية الشمعية:** مقاومة رخوة للتحريك مع الحفاظ على الوضعية الجديدة للعضو بعد تحريكه..

VII. التطور

يعتبر الفصام مرضا مزمنا يتطور عبر دفعات متتالية، تفصلها فترات بينية تتميز باستمرار أعراض ثمالية في نصف الحالات، تتشكل عموما من الأعراض السلبية. ويكون المآل في ربع الحالات جيدا، فالدفعات قليلة وأقل حدة، كما أن إعادة الإدماج الأسري والمهني مرضية إلى حد كبير. بينما يكون المآل سيئا جدا، في ربع الحالات المتبقي، حيث يقاوم المرض الأدوية بشكل كبير، كما أن الاستشفاءات أي تكون طويلة المدة، وفيما يتعلق بخطر الانتحار فإن عشر مرضى الفصام يقدمون عليه.

VIII. العلاج

1) الأهداف

- ❖ علاج النوبة الحالية والتخفيف من حدة الأعراض.
- ❖ الوقاية من الانتكاسة.
- ❖ تحسين الاندماج الاجتماعي والأداء العقلي.
- ❖ الوقاية من العنف والانتحار.
- ❖ تحسين المتابعة والتقيد بالدواء.
- ❖ الاعتناء بالجانب العضوي.

2) الوسائل والدواعي

هناك نوعان من مضادات الذهان(المعقلات): الكلاسيكية وغير النوعية

- **مضادات الذهان الكلاسيكية وهي نوعان:**

✓ **مضادات ذهان قاطعة أو مضادة الإنتاج الهذاني** مثل "هالُوبيريدُول" واسمه التجاري "هالدول"...

✓ **مضادات ذهان مهدئة** مثل "ليفوبروبومازين" واسمه التجاري "نوزينان"...

- **مضادات الذهان غير النوعية :**

✓ أولونزابين واسمه التجاري "زيبريكسا" .

✓ ريسبيريدون واسمه التجاري "ريسبيردال".

✓ أميسولبريد" واسمه التجاري "سوليان"...

أ- علاج الدفعة الحالية والتخفيف من حدة الأعراض:

- ينبغي تعريف وتحديد الأعراض والمتلازمات موضوع العلاج

- **في حال سيطرة الأعراض الايجابية والهلاوس:** "هالدول" بجرعات كبيرة 10 ملغ في اليوم وهو ما يعادل 100 قطرة في اليوم، أو "ريسبيردال" (risperdal) بجرعة 4 ملغ في اليوم.

- **في حال سيطرة الأعراض السلبية:** "هالدول" بجرعات كبيرة 20 قطرة في اليوم، أو بيبورتيل 10 قطرات في اليوم، أو من الأفضل استعمال مضادات الذهان اللانوذجية مثل "سوليان" بجرعة تتراوح بين 100 و200 ملغ في اليوم.

- ينبغي دائما انتظار 4 إلى 6 أسابيع قبل تغيير الجزيئة وذلك للتحقق من فاعليتها

- المعالجة أحادية الدواء هي الأصل، باستثناء الأشكال المصحوبة باضطراب في السلوك أو بكربة كبيرة، في هذه الحالة نضيف مضادات ذهان مهدئة من قبيل: "لاركاكتيل" أو "نوزينان" بجرعة 100 إلى 300 ملغ يوميا.

- **في الحالات المستعجلة:** هياج، اضطراب السلوك، خطر، عنف، أو في حال رفض تناول الدواء. يعطى الدواء عن طريق الحقن مثلا نعطي "هالدول" قارورة 5 ملغ قارورة أو قارورتان في حقنة عضلية. "فاليوم" قارورة 10 ملغ. ويمكن، في حالة غياب استجابة جيدة، إضافة "لاركاكتيل" قارورة 25 ملغ في حقنة عضلية يتم تجديدها مرتين إلى أربع مرات حسب درجه الهياج.

ب- الوقاية من حالات العود

ينبغي الحفاظ على الجرعة الدنيا الفعالة من أجل تلافي الانتكاسات وحالات العود، كما يمكن استعمال "الليتويم" أو "تيكريتول" في حالة الاضطراب الفصامي الوجداني أو في حالة الأشكال الانتكاسية للنوبات الذهانية الحادة.

ت- تحسين الاندماج الاجتماعي والأداء العقلي

- تقنيات معرفية سلوكية،
- علاج معرفي،
- ورشات عمل،
- علاج عن طريق مجموعات، إعادة التأهيل الاجتماعي...

ث- الوقاية من العنف والانتحار

- تقصي الأفكار الانتحارية أو أي متلازمة اكتئابية (نظرا لشيوع الاكتئابات ما بعد الذهانية).

- تقصي عوامل توقع العنف: أفكار الاضطهاد مع الكربة، متلازمة التلقائية العقلية مع الأوامر المفروضة (أوامر بالقتل)، اختلال ملكة الحكم...

ج- تحسين المتابعة والتقيد بالدواء

- التربية العلاجية: تقديم معلومات حول المرض وبدايته و أعراضه وتطوره وعلاجه ونوع الأدوية ومضاعفاتها المحتملة...

- مضادات ذهانية ذات تأثير ممتد مثل بيبورتيل أو موديكات، حقنة عضلية كل أربعة أسابيع.

ح- الاعتناء بالجانب العضوي

يجب استبعاد موانع استعمال المضادات الذهانية عن طريق الفحص السريري والفحوصات التكميلية، كما ينبغي مراقبة تحمل المريض لمضادات الذهان، وكذلك مراقبة الثوابت (الوزن، الضغط الدموي، دقات القلب، حالة التنفس، الحرارة..)، والقيام بتحاليل الدم من أجل تحديد الحصيلة الاستقلابية والحصيلة الكبدية وتعداد العناصر الدموية للبحث عن عدد الكريات البيضاء أو وجود فقر الدم.. دون نسيان تخطيط القلب لأجل مراقبة الإيقاع القلبي والمجال QT، وكذلك فحص الجهاز العصبي للبحث عن خلل حركي حاد أو متأخر، كما ينبغي تربية المريض وتحسيسه بأهمية اتباع القواعد الصحية والغذائية السليمة...

خلاصة

إن الميول إلى مثل هذه الأعمال في أطروحات الدكتوراه، لا يكسر الروتين والنمط فقط، وإنما هو محاولة لتأسيس وعي جديد بالذات وباستحقاقاتها، وبث نفس جديد في العمل على تحصين الهوية، وذلك عن طريق الإسناد العلمي لأطروحاتها، بعيدا عن الشعارات الجوفاء والخطب العصماء..

لقد بينا في الفصول الأولى أن التعريب لم يعد خيارا فحسب، ولكن ضرورة إن نحن أردنا النهضة التي طالما حلمنا بها. وبينا بين تضاعيف هذا العمل أنه مهمة ممكنة، ذلك أن منتوجنا العلمي هذا يشكل دليلا في حد ذاته على إمكانية التعريب. ولأن القرار السياسي الذي يقضي بالتعريب يقتضي كثيرا من الحسابات المعقدة، وتحررا كاملا من التبعية، ذلك أن كثيرا من المؤتمرات العربية التي عقدت على مستويات وزارية، تضمنت بياناتها الختامية دعوة إلى التعريب، ولكن لحد الآن لم تجرأ حكومة واحدة على تعريب تعليمها الجامعي، باستثناء سوريا التي حافظت على اللغة العربية كلغة للتعليم منذ أيام الاستعمار. لذلك والحال هذه، لا يسع المهتمين بالموضوع إلا أن يشمروا على سواعدهم ويشتغلوا على تعريب علوم تخصصاتهم، حتى تكون المادة موجودة عندما يأتي القرار السياسي. كما يجدر بالمجمعات الخاصة بالتعريب أن تكثف من نشاطها، وأن تروم تحقيق الدقة والإجماع فيما يخص المصطلحات العلمية باللغة العربية. فكثير مما نجده في القواميس الموجودة حاليا ليس مقابلات علمية، وإنما هي شروح عربية لكلمات علمية صيغت بالأجنبية. ولا يتحقق هذا طبعا إلا عن طريق تكثيف الجهود من أجل إيجاد نسق توليدي لإحداث مصطلحات علمية مناسبة، تأتي المرادفات التي نجدها حاليا في المعاجم لتشرحها، وليس لتكون معها في نفس القيمة.

لذلك، وفي هذا السياق، أنوي إن شاء الله تعالى، أن أتم تعريب ما تبقى من دروس الطب النفسي، بمزيد من التفصيل والعمق وضبط المصطلحات العلمية. والله ولي التوفيق.

ملخـــص

يعتبر تقديم العلوم باللغة القومية غاية في الأهمية، نظرا لما يتيحه للمتلقي من إمكانيات الفهم الجيد للمادة المقدمة بلغته التي يفهم. ولا يشذ الطب عن هذه القاعدة، حيث إن تقديمه باللغة العربية في سياقنا المغربي، يساهم من جهة في تعميم الثقافة الصحية لدى عموم المواطنين، ومن جهة ثانية يساعد الطلبة الأطباء على استيعاب دروسهم بشكل عميق، كما يساهم أيضا في تجويد التواصل بين الطرفين.

في هذا الإطار، يسعى هذا العمل إلى تقديم نموذج يخدم الأهداف سالفة الذكر، وذلك عن طريق إعداد وثيقة تقدم الأساسي من الطب النفسي، بشكل يجمع بين تحري الصرامة العلمية والأكاديمية في المضمون من جهة، والبساطة والوضوح في العرض من جهة أخرى. حتى يتمكن الطالب المغربي، خصوصا الذي يجد صعوبات في الفهم والاستيعاب باللغة الفرنسية، من ضبط هذه المادة التي أصبحت من أولويات السياسية الصحية في المغرب.

ويقدم هذا العمل معجما من الكلمات العربية يسهل على الطبيب تواصله مع مرضاه، نقدر أنه الأقرب إلى فهم المغاربة من معجم المصطلحات الأجنبية. كما يشكل مناسبة لطرح إضافتنا فيما يتعلق بالمقابلات العربية الغائبة في المعاجم المعروفة. وقد ركزنا على الدروس التي تشكل أساس الطب النفسي سواء من ناحية الخطورة أو من ناحية الانتشار، وهي دروس مستقاة من البرنامج الأساسي لتدريس وحدة الطب النفسي في كلية الطب والصيدلة بفاس.

Abstract

The presentation of sciences in mother language is so important; it allows a good understanding of the presented subject to the receiver as it is presented by his mother tongue. The medicine does not make the exception here, whereas presenting it, in our Moroccan context, in Arabic language, on the one hand contributes to generalize the healthful's culture for all the citizens, on the other hand, it helps medicine students to realize their lessons deeply, also contributes to improve the communication between the two members.

In this context, this work seeks to present a model to serve the aforementioned objectives, that through the preparation of a document that provides the basic of psychiatry, from combining investigate the scientific and academic rigor in the content on the one hand, and simplicity and clarity in the presentation on the other hand. So that a Moroccan student , especially who finds difficulty in understanding and comprehension in French, can adjust this specialty which has become one of the priorities of the political health in Morocco.

As well as this study presents a glossary of words in Arabic that will help the doctor to communicate with his patients, it will be- as we estimate- closer for the understanding of the Moroccan than foreign glossary. In addition, it offers an opportunity to give our suggestion regarding the absent's arabic equivalents in the known dictionaries. We have focused on the lessons that form the basis of psychiatry; both in terms of severity and of frequency, these lessons are taken from the curriculum of teaching the psychiatry unit in the Faculty of Medicine and Pharmacy of Fez.

Résumé

La présentation de la science en langue maternelle est un outil fondamental, qui permet à celui qui la reçoit une assimilation souple et facile de la matière en question. La médecine ne fait pas l'exception dans ce cadre. En effet la présentation de cette science, dans notre contexte marocain, en langue arabe permet d'une part la vulgarisation de l'information médicale pour la population générale, et d'autre part elle accorde aux étudiants en médecine la possibilité de bien cerner leurs cours d'une manière si profonde, comme il permet l'amélioration de la communication entre les deux protagonistes.

C'est dans ce cadre que vient ce travail qui vise tout d'abord la concrétisation des objectifs déjà cités. Et ce à travers la préparation d'un document en langue arabe qui présente l'essentiel de la psychiatrie, tout en respectant la rigueur scientifique et académique dans le contenu, et la simplicité et la clarté dans la présentation, ce qui va permettre à l'étudiant marocain, surtout celui qui éprouve des difficultés dans la langue française, de mieux apprendre cette spécialité qui est devenue parmi les priorités de la santé dans notre pays.

Ce document présente lexique facilitant la communication avec la population, car comme on l'estime le discours médical en arabe sera plus proche à la compréhension commune des marocains qu'en langue française. Comme il sera l'occasion pour proposer des équivalents arabes pour des termes psychiatriques dont la traduction ne figure pas dans les dictionnaires connus. Le travail s'est focalisé surtout sur les pathologies essentielles que ca soit de point de vue de leur gravité ou de leur fréquence, et qui figurent dans le programme essentiel de l'enseignement du module de psychiatrie à la faculté de médecine et de pharmacie de Fès.

معجم المصطلحات العلمية

من العربية إلى الفرنسية

أ

اتهام الذات	Auto-accusation
اختبار القياس النفسي	Test psychométrique
اختلاط	Confusion
اختلاط عقلي ذهولي	Confusion mentale stuporeuse
اختلاط	Confusion
اختلاق لفظي	Néologisme
اختلال في الوظيفة الاجتماعية	Dysfonctionnement social
أداء	Praxie
إدراك حسي	Gnosie
ادعاء النسب	Filiation
أدوية نفسية التأثير	Psychotropes
أرق التماثل للنوم	Endormissement
أرق	Insomnie
ازدواجية	Ambivalence
ازورار	Paraphrénie
استحواذ شيطاني	Possession diabolique
استعراء	Exhibitionnisme
استماتة عقلية	Persévération mentale
اشتهاء الأطفال	Pédophilie
اشتهاء الشيوخ	Gérontophile
اضطراب المزاج	Troubles thymiques
اضطراب انفجاري متقطع	Trouble explosif intermittent
اضطرابات اليقظة	Troubles de vigilance
اضطرابات قلقية	Les troubles anxieux
اضطهاد خامل	Persécution passive
اضطهاد مستحَق	Persécution méritée
اضطهاد نشط	Persécution active
اضطهاد	Persécution
أعراض عصبية بؤرية	Signes neurologiques en foyer
إغماء	Lipothymie
أفعال نكوصية	Acte régressifs
أفلوكارديل	Avlocardyl
أكل البراز	Coprophagie

أكل البراز	Coprophagie
استماتة العقلية	Persévération mentale
انجذاب نحو التشنج	Spasmophilie
التهاب النسيج الضام	Connectivit
آليات الهذيان	Mécanismes
أمراض ذهانية	Pathologie psychotique
أمراض نظامية (تمس مجموعة من الأجهزة)	Maladie de système
أميسولبريد	Amisulpride
أنافرانيل	Anafranil
انتشاء	Euphorie
انثنائية الشمعية	Flexibilité cireuse
انحجاز	Claustration
اندفاع الكلامي	Impulsion verbale
انصمام رئوي	Embolie pulmonaire
انغلاق تام	Hermétisme
انقلاب الدورة اليوماوية	Inversion du cycle circadien
إنكار الأعضاء	Négation d'organes
أولونزابين	Olanzapine
إيزونيازيد	Isoniazide
إيفيكسور	Effexor
ب	
باروكستين	Paroxétine
برود جنسي	Frigidité
بروزاك	Prozac
بشخصية نفهية	Personnalité psychasthénique
بطء التفكير	Bradypsychie
بطء الكلام	Bradyphémie
بلادة	Hébétude
بوادر	Prodromes
بيبورتيل	Piportil
بيسبرون	Buspirone
بينزوديازيبين	Benzodiazépines
بينزوديازيبين	Benzodiazépines
ت	
تأويل	Interprétation
تبدد الشخصية	Dépersonnalisation
تبصر	Insight

تبلد العاطفي	Emoussement affectif
تثبيط عقلي	Inhibition intellectuelle
تخرب عصابي	Destruction névrotique
تخشب	Catalepsie
تخيل	Imagination
تَدَمِّيَات	Hématomes
ترديد الأصوات	Echolalie
ترديد الأصوات	Echolalie
تسويغ استدلالي مرضي	Rationalisme morbide
تسويغ الاستدلال المرضي	Rationalisme morbide
تشخيص تفريقي	Diagnostic différentiel
تشنج المهبل	Vaginisme
تصرفات نهامية	Conduites boulimiques
تصلب منتثر	Sclérose en plaques
تصنيف الأمراض	Nosographi
تضخيم	Enormité
تطاير الأفكار	Fuite des idées
تعداد العناصر الدموية	Nfs
تغيم الوعي	Obnubilation
تفرج جنسي	Voyeurisme
تفكك الفكري الوجداني	Discordance idéo-affective
تفكير غير الواقعي	Pensée déréelle
تكتم	Réticence
تكيس الهذيان	Enkystement du délire
تلاشي	Fading
تلصصية	Voyeurisme
تلطخ بالبراز	Barbouillage fécal..
تلقائية عقلية	Automatisme mental
تناغم	Syntonie
تنسيق الحركات	Praxie
تيراليت	Teralithe
تيكغيوتول	Tegretol
تيهان زماني ومكاني	Désorientation temporo-spatiale

ث

ثرثرة مبعثرة	Verbigération

ج

جامودية	Catatonie

جنوح	Délinquance
ح	
حاجز	Barrage
حالات هوسية	Etats maniaques
حالة ثانية	Etat second
حالة غلسية	Etat crépusculaire
حبسة فيرنيك	Aphasie de wernicke
حدس	Intuition
حسية عضوية	Cénesthésique
حصين	Hippocampe
حيرة	Perplexité
حيوي نفسي اجتماعي	Biopsychosociale
خ	
خارج هرمية	Extrapyramidale
خارجيً المنشأ	Exogène
خُراج	Abcès
خرافية	Féerique
خرس	Mutisme
خرق	Apraxie
خطل الإيماء	Paramimie
خطل الحركة	Parakinésie
خطل الذاكرة	Paramnésie
خطل النحو	Paragrammatisme
خطل نحوي	Paragrammatisme
خلود	Eternité
خيالية	Fantastique
د	
ديازيبام	Diazépam
ديباكين	Depakine
ديروكسات	Deroxat
ذ	
ذبحة صدرية	Infarctus du myocarde
ذبول	Fading
ذهان تخيلي	Paraphrénie
ذهان مستحدث	Psychose induite
ذهان نفاسي	Psychose puerpérale
ذهان هلوسي مزمن	Psychose hallucinatoire chronique

	ر
Ereuthophobie	**رهاب الاحمرار**
Nosophobie	**رهاب الأمراض**
Dysmorphophobie	**رهاب التشوه**
Agoraphobie	**رهاب الميادين**
Phobie	**رهاب**
Risperdal	**ريسبيردال**
Risperidone	**ريسبيريدون**
	ز
Neurosyphilis	**زهري عصبي**
Désinhibition	**زوال التثبيط**
Zyprexa	**زيبريكسا**
	س
Sadisme	**سادية**
Tachypsychie	**سرعة التفكير**
Tachyphémie	**سرعة الحديث**
Négativisme psychomoteur	**سلبية نفسية حركية**
Négativisme	**سلبية**
Incontinent	**سَلَس**
Solian	**سوليان**
Diffluence	**سيلولة**
	ش
Semi-mutisme	**شبه الخرس**
Personnalité limite	**شخصية حدية**
Psychasthénique	**شخصية نفهية**
Personnalité prémorbide	**شخصية قبل مرضية**
Personnalité histrionique	**شخصية تمثيلية**
Personnalité paranoïaque	**شخصية هذائية**
Fugues	**شرود**
Diplopie	**شفع أو ازدواجية الرؤية**
Erotique	**شهوانية جنسية (الشبق)**
	ص
Torticolis	**صعَر**
Psychopathique	**صفاقي**
	ض
Stres	**ضغط نفسي**
	ع

عدم الانتباه	Aprosexie
عدم تناسق التعبير العاطفي	Inadéquation de l’émotivité
عرر أو اللوازم	Tics
عرض	Présentation
عصاب الكُرْبة	Névrose d’angoisse
عطالة	Inertie
علاج اختلاجي	Sismothérapie
علاج الصيانة	Traitement d'entretien
عمه	Agnosie
عوامل محدثة	Facteurs déclenchant

غ

غرابة	Bizarrerie
غربة عن الواقع	Derealisalisation
غشية	Syncope
غياب أو غيبة	Absence
غيبوبة	Coma
غير داخلي المنشأ	Non endogène
غيرة	Jalousie

ف

فاليوم	Valium
فترات الاحتداد	Phases d’exacerbation
فتور عاطفي	Athymhormie
فحص سريري	Examen psychiatrique
فرط الاستغراق أو الانتباه	Hyperprosexie
فرط الأكل	Hyperphagie
فرط الإيماء	Hypermimie
فرط التعبير العاطفي	Hyperémotivité
فرط التذكر	Hypermnésie
فرط التناغم	Hypersyntonie
فرط الدرقية	Hyperthyroïdie
فرط الدُّرَيْقات	Hyperparathyroidie
فرط النوم	Hypersomnie
فصام الحديث	Schizophasie
فصام ثمالي	Résiduelle
فصام جامودي هياجي	Schizophrénie catatonique agitée
فصام غير مميز(غير مكتمل)	Schizophrénie indifférenciée
فصام مشتت أو مبعثر)	Désorganisée

فصام	Schizophrénie
فقدان الذاكرة الحديثة	Ecmnésie
فقدان الذاكرة أو نساوة	Amnésie
فقدان الشخصية	Dépersonnalisation
فليوكستين	Fluoxetine
فواق	Hoquet
فوق طبيعية	Surnaturel
فونلافاكسين	Venlafaxine

ق

قاطعة	Incisifs
قشراويات	Corticoïdes

ك

كابحات انتقائية لاسترداد السيروتونين	Isrs
كتومية	Impénétrabilité
كربة	Angoisse
كربة عصابية	Angoisse névrotique
كُربَة فقد الشخصية	Angoisse de dépersonnalisation
كزازية الشكل	Tétaniforme
كزاناكس	Xanax
كشط العاطفي	Abrasion affective
كشط	Abrasion
كلورازيبات ثنائي الصديوم	Clorazépate dipotassique
كلُوربرُومازين	Chlorpromazine
كلوميبرامين	Clomipramine
كونية	Cosmique

ل

لا نحوية	Agrammatisme
لاأدائية	Apraxie
لاإيمائية	Amimie
لاركاكتيل	Largactil
لامبالاة انطوائية	Indifférence autistique
لامعقولية	Illogisme
لامعقولية	Illogisme
لانحوية	Agrammatisme
لبس لباس الجنس الآخر أو تخنث	Travestisme
لجلجة	Palilalie
لزوجة ذهنية	Viscosité mentale

Logorrhée	**لسن أو ثرثرة**
Lorazépam	**لورازيبام**
Lithium	**ليتيوم**
Levopromazine	**ليفوبروبومازين**
Lexomil	**ليكزوميل**
	م
Masochisme	**مازوشية**
Déjà vu déjà vécu	**ماسبق عيشه ماسبق رؤيته**
Syndrome confusionnel	**متلازمة اختلاطية**
Syndrome confusionnel	**متلازمة الاختلاطية**
Syndrome dissociatif	**متلازمة الانفصامية**
Syndrome de sevrage d’un médicament	**متلازمة الانفطام عن تناول دواء**
Syndrome catatonique	**متلازمة الجامودية**
Syndrome de jambe sans repos	**متلازمة السيقان بدون راحة**
Syndrome de manque	**متلازمة العوز**
Syndrome d’apnée de sommeil	**متلازمة انقطاع النفس خلال النوم**
Syndrome délirant	**متلازمة هذيانية**
Idéaliste passionné	**مثالي شغوف**
Homosexualité	**مثلية جنسية**
Cours de la pensée	**مجرى التفكير**
Axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien	**محور الوطاء-النخامية الأمامية-الغدة الكظرية**
Contact dissociatif	**مخالطة المنفصم**
Contact	**مخالطة**
Ecg	**مخطط كهربية القلب**
Hypochondrie	**مراق أو توهم المرض**
Antidépresseurs	**مضادات الاكتئاب**
Antidépresseurs trucycliques	**مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات**
Antiproductifs	**مضادات الإنتاج الهذياني**
Antipsychotiques de deuxième generation	**مضادات الذهان الجيل الثاني**
Antipsychotique	**مضادات الذهان**
Antipsychotiques incisifs	**مضادات ذهان قاطعة**
Antipsychotiques sédatifs	**مضادات ذهان مهدئة**
Quérulent processif	**مطالب محب للدعاوى**
Filiation revendiquée	**مطالبة بإثبات النسب**
Revendication	**مطالبة**
Physionomiques	**مظهرية**
Gnosie	**معرفة**
Crampe	**مغص**

Scanner	**مفراس**
Jeu pathologique	**مقامرة مرضية**
Jeu pathologique	**مقامرة مرضية**
Sédatif	**مهدئة**
Modecat	**موديكات**
Midazolam	**ميدازولام**
	ن
Amnésie d’évocation	**نساوة الاستحضار الاستدعاء**
Amnésie de fixation	**نساوة التثبيت**
Amnésique	**نساوي**
Ecmnésie	**نسيان الجديد**
Ictus amnésique	**نشبة نساوية**
Système noradrénergique	**نظام نورادرينرجي**
Psychomotrices	**نفسية حركية**
Psychosensorielles	**نفسية حواسية**
Hypoprosexie	**نقص الانتباه**
Hypomimie	**نقص الإيماء**
Hypoémotivité	**نقص التعبير العاطفي**
Boulimie	**نهام**
Léthargie	**نوام**
Accès dépressif atypique	**نوبة اكتئابية لانموذجية**
Accès maniaque	**نوبة هوسية**
Accès maniaque atypique	**نوبة هوسية لانموذجية**
Accès	**نوبة**
Nozinan	**نوزينان**
Somnolence	**نيمومة**
	ه
Haldol	**هالدول**
Halopéridol	**هالُوبيريدُول**
Raptus suicidaire	**هجمة انتحارية (هبة)**
Bda	**هجمة هذيانية حادة**
Paranoïa sensitive	**هذاء حساس**
Paranoïa	**هذاء**
Paralogisme	**هذر**
Délire onirique	**هذيان حلمي**
Délire de relation des sensitifs	**هذيان الحساسية المفرطة**
Délire passionnel	**هذيانات الشغف**

هذيانات هذائية	Délires paranoïaques
هلاس	Hallucinose
هلاوس حسية عضوية تناسلية	Hallucinations cénesthésiques génitales
هلاوس نفسية حواسية	Hallucinations psychosensorielles
هلاوس نفسية حركية	Hallucinations psychomotrices
هلاوس	Hallucinations
هوس اختلال المزاج	Manie dysphorique
هوس الإحراق	Pyromanie
هوس السرقة	Kleptomanie
هوس الشراب	Dipsomanie
هوس الشرب	Potomanie
هوس العظمة	Mégalomanie
هوس الكذب	Mythomanie
هوس الكلام	Glossomanie
هوس شبقي	Erotomanie
هوس نتف الشعر	Trichotillomanie

و

ورقم القواتم	Pheéochromocytome
وسواس	Obsession
وضعية كارثية هذيانية	Sinistrose délirante
ولع البقاء في السرير	Clinophilie

من الفرنسية إلى العربية

A

Abcès	خُراج
Abrasion	كشط
Abrasion affective	كشط العاطفي
Absence	غياب أو غيبة
Accès	نوبة
Accès dépressif atypique	نوبة اكتئابية لانموذجية
Accès maniaque	نوبة الهوسية
Accès maniaque atypique	نوبة هوسية لانموذجية
Actes régressifs	أفعال نكوصية
Agnosie	عمه
Agoraphobie	رهاب الميادين
Agoraphobie	رهاب الميادين
Agrammatisme	لا نحوية
Agrammatisme	لانحوية
Ambivalence	ازدواجية
Amimie	لاإيمائية
Amisulpride	أميسولبريد
Amnésie	فقدان الذاكرة أو نساوة
Amnésie d'évocation	نساوة الاستحضار الاستدعاء
Amnésie de fixation	نساوة التثبيت
Amnésie lacunaire	نساوة ثغراتية
Amnésique	نساوي
Anafranil	أنافرانيل
Angoisse	كربة
Angoisse de dépersonnalisation	كُربَة فقد الشخصية
Angoisse névrotique	كربة عصابية
Antidépresseurs	مضادات الاكتئاب
Antidépresseurs tricycliques	مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات
Antiproductifs	مضادات الإنتاج الهذياني
Antipsychotique	مضادات الذهان
Antipsychotiques de deuxième génération	مضادات الذهان الجيل الثاني
Antipsychotiques incisifs	مضادات ذهان قاطعة
Antipsychotiques sédatifs	مضادات ذهان مهدئة

Aphasie de wernicke	حبسة فيرنيك
Apragmatisme	خمول
Apraxie	خرق أو لاأدائية
Aprosexie	عدم الانتباه
Athymhormie	فتور عاطفي
Auto-accusation	اتهام الذات
Automatisme mental	تلقائية عقلية
Avlocardyl	أفلوكارديل
Axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien	محور الوطاء-النخامية الأمامية-الغدة الكظرية
B	
Barbouillage fécal..	تلطخ بالبراز
Barrage	حاجز
Bda	هجمة هذيانية حادة
Benzodiazépines	بينزوديازيبين
Benzodiazépines	بينزوديازيبين
Biopsychosociale	حيوي نفسي اجتماعي
Bizarrerie	غرابة
Boulimie	نهام
Bradyphémie	بطء الكلام
Bradypsychie	بطء التفكير
Buspirone	بيسبرون
C	
Catalepsie	تخشب
Catatonie	جامودية
Cénesthésique	حسية عضوية
Chlorpromazine	كلُوربرُومازين
Claustration	انحجاز
Clinophilie	ولع البقاء في السرير
Clomipramine	كلوميبرامين
Clorazépate dipotassique	كلورازيبات ثنائي الصديوم
Coma	غيبوبة
Conduites boulimiques	تصرفات نهامية
Confusion	اختلاط
Confusion mentale stuporeuse	اختلاط عقلي ذهولي
Connectivit	التهاب النسيج الضام
Contact	مخالطة
Contact dissociatif	مخالطة المنفصم

Coprophagie	أكل البراز
Corticoïdes	قشراويات
Cosmique	كونية
Cours de la pensée	مجرى التفكير
Crampe	مغص

D

Damnation	اللعن
Déjà vu déjà vécu	ماسبق عيشه ماسبق رؤيته
Délinquance	جنوح
Délire de relation des sensitifs	هذيان الحساسية المفرطة
Délire onirique	هذيان حلمي
Délire passionnel	هذيانات الشغف
Délires paranoïaques	هذيانات هذائية
Démence.	خرف
Depakine	ديباكين
Dépersonnalisation	تبدد أو فقدان الشخصية
Derealisalisation	غربة عن الواقع
Deroxat	ديروكسات
Désinhibition	زوال التثبيط
Désorganisée	فصام مشوش مشتت أو المبعثر
Désorientation temporo-spatiale	تيهان زماني ومكاني
Destruction névrotique	تخرب عصابي
Diagnostic différentiel	تشخيص تفريقي.
Diazépam	ديازيبام
Diffluence	سيلولة
Diplopie	شفع أو ازدواجية الرؤية
Dipsomanie	هوس الشراب
Discordance idéo-affective	تفكك الفكري الوجداني
Dysfonctionnement social	اختلال في الوظيفة الاجتماعية
Dysmorphophobie	رهاب التشوه

E

ECG	مخطط كهربية القلب
Echolalie	ترديد الأصوات
Echolalie	ترديد الأصوات
Ecmnésie	نسيان الجديد أو فقدان الذاكرة الحديثة
Effexor	إيفيكسور
Embolie pulmonaire	انصمام رئوي

Emoussement affectif	تبلد عاطفي
Endormissement	أرق التماثل للنوم
Enkystement du délire	تكيس للهذيان
Enormité	تضخيم
Ereuthophobie	رهاب الاحمرار
Erotique	شهوانية جنسية (الشبق)
Erotomanie	هوس شبقي
Etat crépusculaire	حالة غلسية
Etat second	حالة ثانية
Etats maniaques	حالات هوسية
Eternité	خلود
Euphorie	انتشاء
Exhibitionnisme	استعراء
Exogène	خارجيَّ المنشأ
Extrapyramidale	خارج هرمية

F

Facteurs déclenchant	عوامل محدثة
Fading	تلاشي أو الذبول
Fading	تلاشي أو الذبول
Fantastique	خيالية
Féerique	خرافية
Filiation	ادعاء النسب
Filiation revendiquée	مطالبة بإثبات النسب
Flexibilité cireuse	انثنائية الشمعية
Fluoxetine	فليوكستين
Frigidité	برود جنسي
Fugues	شرود
Fuite des idées	تطاير الأفكار

G

Gérontophile	اشتهاء الشيوخ
Gilles de la tourette	جيل دو لا توريت
Glossomanie	هوس الكلام
Gnosie	معرفة أو ادراك حسي

H

Haldol	هالدول
Hallucinations	هلاوس
Hallucinations cénesthésiques génitales	هلاوس حسية عضوية تناسلية

Hallucinations psychomotrices	هلاوس نفسية حركية
Hallucinations psychosensorielles	هلاوس نفسحسية
Hallucinose	هلاس
Halopéridol	هالُوبيريدُول
Hébétude	بلادة
Hématomes	تَدَمِّيَات
Hermétisme	انغلاق تام
Hippocampe	حصين
Homosexualité	مثلية جنسية
Hoquet	فواق
Hyperémotivité	فرط التحفز أو فرط الدافعية
Hypermimie	فرط الإيماء
Hypermnésie	فرط التذكر
Hyperparathyroidie	فرط الدُّرَيْقات
Hyperphagie	فرط الأكل
Hyperprosexie	فرط الاستغراق أو الانتباه
Hypersomnie	فرط النوم
Hypersyntonie	فرط التناغم
Hyperthyroïdie	فرط الدرقية
Hypochondrie	مراق أو توهم المرض
Hypoémotivité	نقص التحفز
Hypomimie	نقص الإيماء
Hypoprosexie	نقص الانتباه

I

Ictus amnésique	نشبة نساوية
Idéaliste passionné	مثالي شغوف
Illogisme	لامعقولية
Imagination	تخيل
Impénétrabilité	كتومية
Impulsion verbale	اندفاع الكلامي
Inadéquation de l'émotivité	عدم تناسق التحفز
Incisifs	قاطعة
Incontinent	سَلِس
Indifférence autistique	لامبالاة انطوائية
Inertie	عطالة
Infarctus du myocarde	ذبحة صدرية
Infarctus du myocarde.	احتشاء عضلة القلب

Inhibition intellectuelle	تثبيط عقلي
Insight	تبصر
Insomnie	أرق
Interprétation	تأويل
Intuition	حدس
Inversion du cycle circadien	انقلاب الدورة اليوماوية
Isoniazide	إيزونيازيد
Isrs	كابحات انتقائية لاسترداد السيروتونين
J	
Jalousie	غيرة
Jeu pathologique	مقامرة مرضية
Jeu pathologique	مقامرة مرضية أو اللعب المرضي
K	
Kleptomanie	هوس السرقة
Kleptomanie	هوس السرقة
L	
Examen psychiatrique	فحص السريري
Largactil	لاركاكتيل
Les troubles anxieux	اضطرابات قلقية
Léthargie	نوام
Levopromazine	ليفوبروبومازين
Lexomil	ليكزوميل
Lipothymie	إغماء
Lithium	ليتيوم
Logorrhée	لسن أو ثرثرة
Lorazépam	لورازيبام
Lupus érythémateux	الذئبة الحمامية
M	
Maladie de système	أمراض نظامية (تمس مجموعة من الأجهزة)
Manie dysphorique	هوس اختلال المزاج
Masochisme	مازوشية
Mécanismes	آليات الهذيان
Mégalomanie	هوس العظمة
Midazolam	ميدازولام
Modecat	موديكات
Mutisme	خرس
Mythomanie	هوس الكذب

N

Négation d'organes	إنكار الأعضاء
Négativisme	سلبية
Néologisme	اختلاق اللفظي أو كلمات مستحدثة
Neurosyphilis	زهري عصبي
Névrose d'angoisse	عصاب الكُرْبة
NFS	تعداد العناصر الدموية
Non endogène	غير داخلي المنشأ
Nosographi	تصنيف الأمراض
Nosophobie	رهاب الأمراض
Nozinan	نوزينان

O

Obnubilation	تغيم الوعي
Obnubilation	تغيم
Obsession	وسواس
Olanzapine	أولونزابين

P

Palilalie	لجلجة
Paragrammatisme	خطل نحوي
Parakinésie	خطل الحركة
Paralogisme	هذر
Paramimie	خطل الإيماء
Paramnésie	خطل الذاكرة
Paranoïa	هذاء
Paranoïa sensitive	هذاء حساس
Paraphrénie	ازورار أو ذهان تخيلي
Paroxétine	باروكستين
Pathologie psychotique	أمراض ذهانية
Pédophilie	شتهاء الأطفال
Pensée déréelle	تفكير غير الواقعي
Perplexité	حيرة
Persécution	اضطهاد
Persécution active	اضطهاد نشط
Persécution méritée	اضطهاد مستحَق
Persécution passive	اضطهاد الخامل
Persévération mentale	استماتة العقلية
Personnalité histrionique	شخصية تمثيلية

Personnalité limite	شخصية حدية
Personnalité paranoïaque	شخصية هذائية
Personnalité prémorbide	شخصية قبل مرضية
Phases d'exacerbation	فترات الاحتداد
Pheéochromocytome	ورقم القواتم
Phobie	رهاب
Physionomiques	مظهرية
Piportil	بيبورتيل
Possession diabolique	استحواذ شيطاني
Potomanie	هوس الشرب
Praxie	أداء أو تنسيق الحركات
Présentation	عرض
Prodromes	بوادر°
Prozac	بروزاك
Psychasthénique	نفهية
Psychomotrices	نفسية حركية
Psychopathique	صفاقي
Psychose hallucinatoire chronique	ذهان هلوسي مزمن
Psychose induite	ذهان مستحدث
Psychose puerpérale	ذهان نفاسي
Psychosensorielles	نفسية حسية
Psychotropes	أدوية نفسية التأثير
Pyromanie	هوس الإحراق
Q	
Quérulent processif	مطالب محب للدعاوى
R	
Raptus suicidaire	هجمة انتحارية (هبة)
Rationalisme morbide	تسويغ استدلالي مرضي
Récidive	حالة عود
Résiduelle	فصام ثمالي
Réticence	تكتم
Revendication	مطالبة
Risperdal	ريسبيردال
Risperidone	ريسبيريدون
S	
Sadisme	سادية
Scanner	مفراس
Scanner	مفراس

Schizophasie	فصام الحديث
Schizophrénie	فصام
Schizophrénie catatonique agitée	فصام جامودي هياجي
Schizophrénie indifférenciée	فصام غير مميز (غير المكتمل)
Sclérose en plaques	تصلب منتثر
Sédatif	مهدئ
Signes neurologiques en foyer	أعراض عصبية بؤرية
Sinistrose délirante	وضعية كارثية هذيانية
Sismothérapie	علاج اختلاجي
Solian	سوليان
Sommeil paradoxal	نوم التناقضي
Somnolence	نيمومة
Spasmophilie	انجذاب نحو التشنج
Stres	كرب
Surnaturel	فوق طبيعية
Syncope	غشية
Syndrome catatonique	متلازمة جامودية
Syndrome confusionnel	متلازمة اختلاطية
Syndrome d'apnée de sommeil	متلازمة انقطاع النفس خلال النوم
Syndrome de jambe sans repos	متلازمة السيقان بدون راحة
Syndrome de manque	متلازمة العوز
Syndrome de sevrage d'un médicament	متلازمة الانفطام عن تناول دواء
Syndrome délirant	متلازمة هذيانية
Syndrome dissociatif	متلازمة انفصامية
Syntonie	تناغم
Système noradrénergique	نظام نورادرينرجي

T

Tachyphémie	سرعة الحديث
Tachypsychie	سرعة التفكير
Tegretol	تيكغيوتول
Teralithe	تيراليت
Test psychométrique	اختبارات القياس النفسي
Tétaniforme	كزازية الشكل
Tics	عرر أو اللوازم
Torticolis	صعَر
Traitement d'entretien	علاج الصيانة
Travestisme	لبس لباس الجنس الآخر أو تخنث

Trichotillomanie	هوس نتف الشعر
Trouble explosif intermittent	اضطراب انفجاري متقطع
Troubles de vigilance	اضطرابات اليقظة
Troubles thymiques	اضطراب المزاج
V	
Vaginisme	تشنج المهبل
Valium	فاليوم
Venlafaxine	فونلافاكسين
Verbigération	ثرثرة نمطية
Viscosité mentale	لزوجة ذهنية
Voyeurisme	تلصصية أو تفرج جنسي
X	
Xanax	كزاناكس
Z	
Zyprexa	زيبريكسا

المصطلحات المقترحة على المعجم الطبي الموحد

	أ
اتهام الذات	Auto-accusation
احتشاء عضلة القلب	Infarctus du myocarde.
اختبارات القياس النفسي	Test psychométrique
اختبارات القياس النفسي	Test psychométrique
اختلاط عقلي ذهولي	Confusion mentale stuporeuse
ادعاء النسب	Filiation
أدوية نفسية التأثير	Psychotropes
أرق النعاس	Insomnie d’endormissement
استحواذ شيطاني	Possession diabolique
استماتة عقلية	Persévération mentale
أمراض نظامية (تمس مجموعة من الأجهزة)	Maladie de système
	ت
تبصر	Insight
تسويغ استدلالي مرضي	Rationalisme morbide
تطاير الأفكار	Fuite des idées
تعداد العناصر الدموية	Nfs
تفكك فكري وجداني	Discordance idéo-affective
تفكير غير الواقعي	Pensée déréelle
تكتم	Réticence
تلاشي	Fading
تلطخ بالبراز	Barbouillage fécal..
تلقائية عقلية	Automatisme mental
تناغم	Syntonie
	ث
ثرثرة مبعثرة	Verbigération
	ج
خمول	Apragmatisme
	ح
حالة ثانية	Etat second
	خ
خارج هرمية	Extrapyramidale
	ذ
ذبول	Fading
ذهان مستحدث	Psychose induite

ذهان نفاسي	Psychose puerpérale
ر	
رهاب الاحمرار	Ereuthophobie
رهاب التشوه	Dysmorphophobie
س	
سرعة التفكير	Tachypsychie
ش	
شخصيات نفهية	Psychasthénique
شخصية قبل مرضية	Personnalité prémorbide
ص	
صفاقي	Psychopathique
ض	
كرب	Stress
ع	
عدم الانتباه	Aprosexie
عرر (لوازم)	Tics
عرض	Présentation
علاج اختلاجي	Sismothérapie
علاج الصيانة	Traitement d'entretien
غ	
ف	
فتور العاطفي	Athymhormie
فرط التعبير العاطفي	Hyperémotivité
فرط التناغم	Hypersyntonie
فصام مشتت أو مبعثر	Schizophrénie désorganisée
ق	
قشراويات	Corticoïdes
ك	
كشط عاطفي	Abrasion affective
ل	
لا نحوية	Agrammatisme
لامعقولية	Illogisme
لزوجة ذهنية	Viscosité mentale
لسن أو ثرثرة	Logorrhée
م	
ماسبق عيشه، ماسبق رؤيته (بالتعريف)	Déjà vu déjà vécu
متلازمة الانفطام عن تناول دواء	Syndrome de sevrage d’un médicament

Syndrome de jambe sans repos	**متلازمة السيقان بدون راحة**
Syndrome de manque	**متلازمة العوز**
Syndrome d’apnée de sommeil	**متلازمة انقطاع النفس خلال النوم**
Idéaliste passionné	**مثالي شغوف**
Cours de la pensée	**مجرى التفكير**
Antiproductifs	**مضادات الانتاج الهذياني**
Quérulent processif	**مطالب محب للدعاوى**
Filiation revendiquée	**مطالبة بإثبات النسب**
Revendication	**مطالبة**
Physionomiques	**مظهرية**

ن

Amnésie d’évocation	**نساوة الاستحضار الاستدعاء**
Amnésie de fixation	**نساوة التثبيت**
Ictus amnésique	**نشبة نساوية**
Hypomimie	**نقص الإيماء**
Hypoémotivité	**نقص التعبير العاطفي**

ه

Raptus	**هبة**
Bouffé délirante aigue	**هجمة هذيانية حادة**
Délire de relation des sensitifs	**هذيان الحساسية المفرطة**
Délires passionnels	**هذيانات الشغف**
Hallucinations cénesthésiques génitales	**هلاوس حسية عضوية تناسلية**
Hallucinations psychosensorielles	**هلاوس نفسية حواسية**
Manie dysphorique	**هوس اختلال المزاج**
Glossomanie	**هوس الكلام**
Trichotillomanie	**هوس نتف الشعر**

و

Sinistrose délirante	**وضعية كارثية هذيانية**
Clinophilie	**ولع البقاء في السرير**

إضافة البحث المعجمية

المصطلح العربي المقترح	أصله الفرنسي	ملاحظات وتعليلات
الماسبق عيشه الماسبق رؤيته	Le déjà vécu Le déjà vu	تم نحت كلمة الماسبق لتصير اسما كما هو في اللغة الفرنسية، وذلك استهداء بالكلمة العربية "الماصدق" شائعة الاستعمال في علم المنطق..
نساوة التثبيت	Amnesie de fixation	وجدنا ترجمة "نساوة اللاحق" إلا أننا لم نعتمدها لأنها في نظرنا لا تسهل الفهم بيسر..
نساوة ثغراتية	Amnésie lacunaire	بعد أن لم نجد في معاجمنا المعتمدة مقابلا لها، اعتمدنا لفظ "نساوة ثغراتية"
قشراويات	Corticoïdes	بعد أن لم نجد في معاجمنا المعتمدة مقابلا لها، اعتمدنا لفظ "القشراويات"
أرق التماثل للنوم	Endormissement	وجدنا في معاجمنا المعتمدة ترجمة أرق النعاس للكلمة الفرنسية (insomnie d'endormissement)، إلا أننا لم نوافق عليها لأنها لا تشير إلى مرحلة بداية النوم التي تشير إليها الكلمة الفرنسية، فاخترنا لها ترجمة "أرق التماثل للنوم"
فرط التعبير العاطفي	Hyperémotivité	وجدنا ترجمة "فرط التحفزية" أو "فرط الدافعية" في معاجمنا المعتمدة، إلا أننا ارتأينا أن نعوضها بمصطلح أوضح وأكثر تعبيرا وسهولة وهو فرط "التعبير العاطفي".
فعل طبي جنائي	Acte médico-légal	بعد أو وجدنا لهذا المصطلح لفظ "فعل طبي شرعي" ارتأينا إبداله باللفظ المذكور جانبه، وذلك لأن كلمة شرعي في مجتمعنا، تحيل إلى تعاليم الشريعة الإسلامية، وقطعا ليس هذا هو المقصود..
الهروب المرضي	Fugue	بعد أن وجدنا لفظ" شرود "كترجمة للكلمة الفرنسية، ارتأينا إبداله بمصطلح" الهروب المرضي"، ذلك أن الأول يحيل على تشتت الذهن والاستغراق، ولا يفيد بالضرورة، ما نريد إثباته هنا من تسكع من غير هدف..
الاستماتة العقلية	Persévération mentale	تم اقتراح ترجمة الخمول العقلي كمقابل للكلمة الأجنبية، إلا أننا لا نوافق عليها نظرا لكون كلمة الخمول تحيل على الكسل وعدم الإنتاجية، في حين أن العقل في هذه الحالة ينتج إلا أنه يستميت في الثبات على فكرة واحدة يرددها، لذلك اخترنا كلمة استماتة كترجمة، بدل كلمة "خمول"..
الثرثرة المبعثرة	Verbigération	**الثرثرة المبعثرة:** مقابل اخترناه للفظ الفرنسي (Verbigération)، ونشير إلى أننا وجدنا مقابلا آخر لم نوافق عليه هو "الثرثرة النمطية" ذلك أن هذا العرض لا يقتضي تكرار كلمات بشكل منمط وقولبي، ولكن بشكل لا يتبع أي منطق أو نظام، وهو مصدر غموض هذا النوع من الخطاب. لذلك ارتأينا أن توصف الثرثرة بالمبعثرة بدل النمطية..

التأثر والخضوع		اخترنا هذا اللفظ في مقابل الكلمة الفرنسية (Influence) بعد أن وجدنا في مراجعنا المعتمدة كمقابل لها كلمة "تأثير"، وتخلينا عنها لأنها قد توحي لأول وهلة إلى أن المريض هو من يقوم بفعل التأثير، والصحيح أن المريض هنا في وضع المفعول به، وهو ما ينقله مطلح التأثر أو الخضوع.
الأسطورة أو الخرافة	**Mystique**	وجدنا ترجمة "صوفي" كمقابل للكلمة الفرنسية " Mystique" إلا أننا قررنا استبدالها لما يمكن أن ينشأ عنها من خلط، إذ السياق يخلق المعنى كما يقال، ففي سياقنا الديني يعتبر التصوف بمعناه الشرعي سلوك طريق التربية الروحية والزهد والالتزام بالشريعة من أجل الارتقاء في مقامات العرفان والقرب من الله ودخول الجنة، ويمكن أن ينتج عن ذلك كرامات وخوارق ينظر إليها بواقعية ويصدق أغلب الناس إمكان وقوعها وقد خبرها الكثير منهم في القديم والحديث، وعليه فلا يمكن أن تكون قريبة من الهذيان فضلا على أن تكون الهذيان نفسه.. لذلك اخترنا لفظ الأسطورة والخرافة للدلالة على المقصود في سياقنا العلمي كما أشرنا إليه في هذا الصنف الهذياني، حيث يعتبر المريض نفسه متصلا بالغيب والماورائيات والقوى الخفية، وأنه بعث من أجل إتمام مهمة إلهية دون أن يكون ذلك حقيقة واقعية يصدقها الناس..
هذيانات الشغف	délire passionnel	وجدنا للفظ الفرنسي (délire passionnel) ترجمة في معاجمنا المعتمدة هي "هذيانات العشق" إلا أن خشيتنا من أن تحيل هذه الكلمة إلى معان جاهزة لها علاقة بدرجات متقدمة في الحب، دفعتنا إلى اختيار مصطلح "هذيانات الشغف"، لأننا ارتأينا أنه يؤدي المعنى بدقة أكثر، لأن الشغف بشيء ما يعني الانشغال به بشكل مفرط، وهو ما يتحقق في هذيانات الشغف..
طور الاضطراب الفعلي	Phase d’état	بعد أن لم نجد مقابلا للعبارة الفرنسية وضعنا لها هذا المقابل التقريبي..