جامعة الدكتور يحي فارس– المدية–

كلية العلوم الإنسانية و الاجتماعية

قسم العلوم الاجتماعية

محاضرات في مقياس:

علم النفس المرضي للراشد و المسن

السنة الأولى ماستر ل. م. د. تخصص علم النفس العيادي

من إعداد الدكتورة:

سميرة مرداس

السنة الجامعية 2021–2022

الفهـــــرس

الرقم	العنوان	الصفحة
	مقدمة	01
I	**المحاضرة1: علم النفس المرضي**	02
1	تعريف علم النفس المرضي	02
2	تعريف الاضطراب النفسي	02
3	الفرق بين الاضطرابات النفسية و العقلية (الاضطرابات العصابية و الذهانية)	03
II	**المحاضرة2: العصاب و الذهان**	04
1	تعريف العصاب	04
1-1	النواة العصابية	04
2	تعريف الذهان	04
1-2	النواة الذهانية	05
III	**المحاضرة3: اضطرابات المزاج**	06
1	عوارض الاكتئاب	06
1-1	العارضة الاكتئابية	06
2-1	العارضة الهوسية	08
3-1	العارضة ما تحت الهوسية	09

4-1	العارضة المختلطة	10
IV	**المحاضرة4: الاضطرابات الاكتئابية**	10
1	تعريف الاضطراب الاكتئابي	10
2	أنواع الاضطرابات الاكتئابية	10
1-2	الاضطراب الاكتئابي الرئيسي ذو العارضة المفردة	10
2-2	الاضطراب الاكتئابي الرئيسي الناكس	11
3-2	الاضطراب الاكتئابي العصابي	11
4-2	اضطراب اكتئابي غير محدد	12
V	**المحاضرة5: الاضطرابات ثنائية القطب**	13
1	تعريف اضطراب ثنائي القطب (الهوس)	13
2	أنواع اضطراب ثنائي القطب	13
1-2	اضطراب ثنائي القطب نموذج واحد ذو العارضة الهوسية المفردة	14
2-2	اضطراب ثنائي القطب نموذج واحد ذو العارضة الحديثة تحت الهوسية	14
3-2	اضطراب ثنائي القطب نموذج واحد ذو العارضة الهوسية الحديثة	14
4-2	اضطراب ثنائي القطب نموذج واحد ذو العارضة الحديثة غير النوعية	15
5-2	اضطراب ثنائي القطب (عوارض اكتئابية رئيسية راجعة مع عوارض ما تحت الهوسية)	15
6-2	الاضطراب الدوري للمزاج	16
7-2	اضطراب ثنائي القطب غير نوعي	16
VI	**المحاضرة6: اضطرابات المزاج الأخرى**	17

1	اضطراب المزاج الناجم عن مرض عضوي	17
2	اضطراب المزاج المثار بفعل مادة دوائية أو مخدرة	18
3	اضطراب المزاج غير المحدد أو غير نوعي	19
VII	**المحاضرة7: اضطرابات القلق**	20
1	تعريف اضطرابات القلق	20
2	تصنيف اضطرابات القلق	20
1-2	اضطراب القلق	20
2-2	اضطراب رهاب الساح	21
3-2	اضطراب هلع بدون رهاب الساح	22
4-2	اضطراب هلع مصحوب برهاب الساح	23
5-2	اضطراب رهاب الساح من غير وجود قصة اضطراب جزع	23
6-2	اضطراب الرهاب النوعي	24
7-2	اضطراب الرهاب الاجتماعي	26
8-2	اضطراب الوسواس القهري	27
9-2	اضطراب الشدة الذي يعقب التعرض للصدمة	29
10-2	اضطراب الشدة الحاد	32
11-2	اضطراب القلق المعمم	33
12-2	اضطراب القلق بسبب مرض عضوي	35
13-2	اضطراب القلق الناجم عن تعاطي مادة مخدرة	36

14-2	اضطراب القلق غير النوعي	37
VIII	**المحاضرة8: اضطرابات الطعام**	38
1	تعريف اضطراب الطعام	38
2	أنواع اضطرابات الطعام	38
1-2	اضطراب البيكا	38
2-2	اضطراب اجترار الطعام	39
3-2	اضطراب فقدان الشهية (القمه العصبي)	39
4-2	اضطراب الشراهة في الأكل (قمه النهام)	40
5-2	اضطراب طعام غير نوعي	41
IX	**المحاضرة 9: اضطرابات الهذيان غيرها من الاضطرابات المعرفية**	42
1	الهذيان	42
2	الخبل(الخرف)	45
X	**المحاضرة 10: الفصام العقلي و الاضطرابات الذهانية الأخرى**	58
1	الفصام العقلي	58
2	اضطراب يماثل شكل الفصام	63
3	الاضطراب العاطفي	64
4	اضطراب توهمي	64
5	اضطراب ذهاني قصير المدة	66
6	اضطراب ذهاني مشترك (جنون الاثنين)	67

7	اضطراب ذهاني ناجم عن مرض الطبي	67
8	اضطراب ذهاني ناجم عن تعاطي مادة دوائية	68
9	الاضطراب الذهاني غير النوعي	69
XI	**المحاضرة 11: اضطرابات النوم**	71
1	اضطرابات نوم أولية	71
2	نظير النوم	75
3	اضطرابات النوم المرتبطة باضطراب نفسي أخر	77
4	اضطرابات نوم أخرى	78
XII	**المحاضرة 12: اضطرابات الشخصية**	81
1	المعايير التشخيصية العامة لاضطراب الشخصية	81
2	مجموعة أ لاضطرابات الشخصية	82
3	المجموعة ب لاضطرابات الشخصية	85
4	مجموعة اضطرابات الشخصية "ج"	88
XII	**المحاضرة 13: الاضطرابات العصابية و الذهانية لمسنين**	92
1	عوامل انتشار اضطرابات الشيخوخة	92
2	تصنيف اضطرابات الشيخوخة	93
1-2	العته(الخرف)	9
2-2	الخرف في مرض الزهايمر	95
3-2	الخرف الوعائي (خرف تصلب شرايين المخ)	101

4-2	الخرف في مرض كرتشفيلد	105
5-2	الخرف في مرض هنتجتون	106
6-2	الخرف في مرض باركينسون(الشلل الرعاش)	107
7-2	الخرف في خمج (عدوى) فيروس نقص المناعة البشرية (الإيدز)	108
8-2	الخرف في أمراض أخرى مصنفة في مكان أخر	109
9-2	الخرف غير المحدد	110
XIIII	**المحاضرة 14: الاضطرابات الجنسية**	114
1	اضطرابات الهوية الجنسية	114
2	اضطرابات الإيثار (التفضيل الجنسي)	116
	قائمة المراجع	119

مقدمـة:

مقياس علم النفس المرضي للراشد و المسن خاص بالسنة الأولى ماستر تخصص علم النفس العيادي، و هو مقياس سداسي و ليس سنوي، يدرس في السداسي الأول فقط؛ لذا ارتأينا في تدريسنا لهذا المقياس أن نقدم في البداية توضيح و تعريف لمصطلحات مهمة و المتمثلة في: علم النفس المرضي، المرض النفسي، الفرق بين الأمراض النفسية والعقلية (الأمراض العصابية والذهانية). أما عن تشخيص كل الاضطرابات النفسية المدرجة في هذا المقياس فقد اعتمدنا على دليل تشخيصي مهم و هو الدليل التشخيصي و الإحصائي الرابع للاضطرابات العقلية (D.S.M. IV، 1994) الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي. نهدف هنا إلى تمكين الطلبة من فهم المعايير التشخيصية لأهم الاضطرابات في هذا الدليل بكل بساطة و يسر، و بالتالي سيكون من السهل عليهم استخدام أي دليل آخر في التشخيص إن أرادوا ذلك، لان الأدلة التشخيصية العالمية للاضطرابات لا تختلف عن بعضها كثيرا، و اغلب الباحثين يرون أن الدليل التشخيصي الرابع هو دليل مهم لأنه قدم كل الاضطرابات النفسية بصفة مفصلة.

نقصد بالتشخيص هو تحديد و تجميع المعلومات عن الاضطراب، و للتشخيص أهمية كبيرة بالنسبة للمعالج و المريض، فهو يساعد على فهم المريض و ما يعانيه. كما يعني التشخيص الفهم العميق والشامل لسلوك المريض، فهو عملية علاجية أكثر من مجرد تصنيف المريض ضمن فئة مرضية.

تم الاعتماد على هذا الدليل التشخيصي و الإحصائي الرابع للاضطرابات العقلية (D.S.M. IV، 1994) باعتبار أن أغلب الدراسات الامبريقية و التطبيقية للاضطرابات النفسية و اضطرابات الشخصية قد تأسست على هذا الدليل، ما يجعل محتواه وتصنيفاته ومحكاته أقرب إلى المصداقية العلمية، إذ يرى **حدار ع. (2013)** أن معظم المعالجين يتبنون هذا الدليل باعتبار أن العديد من مقاييس تقدير و تشخيص اضطرابات الشخصية استندت عليه، إذ يمكننا هذا الدليل من الالتزام بمعايير الاضطرابات النفسية و التعرف على التشخيصات التفريقية؛ الأمر الذي يجنب الطلبة التشخيصات العشوائية في حالة الممارسة العيادية، و ما ينجم عنه من أخطاء في علاج الاضطرابات.

تم تقديم الاضطرابات و فق نسبة انتشارها و أهميتها إذ قدمنا في البداية اضطرابات المزاج و من ثم اضطرابات القلق، و أخيرا اضطرابات الطعام.

– المحاضرة1: علم النفس المرضي

1– تعريف علم النفس المرضي:

هو فرع من فروع علم النفس يهدف إلى وصف و تفسير الاضطرابات النفسية و العقلية وضعف العقل و الإجرام، في محاولة للكشف عن خصائص تلك الاضطرابات و أسبابها، و بذلك يمكن وضع الأسس المختلفة لعلاجها. و الهدف من كل هذا هو الوصول إلى أكبر قدر من التوافق النفسي و الاجتماعي للأفراد و الجماعات (**حمدي الحجار م.، 1998**).

2– تعريف الاضطراب النفسي:

هو اضطراب وظيفي في الشخصية يبدو في صورة أعراض جسمية و نفسية شتى منها: القلق، الوساوس، المخاوف، اضطرابات جسمية، حسية و حركية متعددة و هذا تعريف للمرض من حيث أعراضه، فإذا أردنا أن نعرفه من حيث أسبابه قلنا أنه اضطراب وظيفي ينشأ من تضافر عدة عوامل على رأسها صراعات لا شعورية في فترة الطفولة المبكرة حسب مدرسة التحليل النفسي، أو التعلم الخاطئ حسب المدرسة السلوكية، أو الأفكار و المعتقدات الخاطئة حسب المدرسة المعرفية. أما تعريفه من حيث هدفه فهو محاولة شاذة تستهدف حل أزمة نفسية كمحاولة لتجنب القلق أو التخفيف منه (**أحمد محمد عبد الله م.، 2000**).

تعريف آخر جاء في التقرير السنوي للطب النفسي أن الأمراض النفسية هي عبارة عن مجموعة من الانحرافات التي لا تنجم عن علة عضوية أو تلف في تركيب المخ ....الخ؛ و معنى ذلك أن المرض النفسي ليس جسمي أو عضوي المنشأ، بل هو اضطراب وظيفي في الشخصية يرجع أساسا إلى الخبرات المؤلمة أو الصدمات الانفعالية، أو اضطراب علاقات الفرد مع وسطه الاجتماعي الذي يعيش فيه ويتفاعل معه، إلى غير ذلك من الخبرات المؤلمة التي تعرض لها الفرد في حياته الماضية و خاصة في طفولته المبكرة (**Coslin P.–G.، 2002**).

3- الفرق بين الاضطرابات النفسية و العقلية (الاضطرابات العصابية و الذهانية):

نستطيع أن نحدد عدة فروق تميز شخصية المريض نفسيا (العصابي) عن المريض عقليا (الذهاني) على النحو التالي:

1- الذهان هو اضطراب يمس شخصية المريض بأسرها، في حين أن العصاب هو اضطراب يبدو واضحا في الجانب الانفعالي منها بوجه خاص، فلا تضطرب الوظائف العقلية إلا بدرجة خفيفة، في حين تكون أغلب حالات الذهان غير قادرة على التفكير المنطقي و المتماسك(.**J Bergeret** ، **1976**).

2- يتميز الذهاني بانحطاط واضح في قواه العقلية و عدم اهتمامه بالواقع و تحريفه و تشويهه إذ يتغير الواقع و العالم الموضوعي في نظر الذهاني تغيرا واضحا فيراه بصورة شاذة (**الذهاني**: قطع صلته بالواقع وكون لنفسه عالما من الخيالات و الأوهام. **العصابي**: لا يزال متصلا بالواقع مندمجا فيه، يعمل ما في وسعه لكي يعيش و يتكيف مع محيطه، و يعاني إذا شعر بعجزه على أن يحيا حياة سعيدة).

3- الذهاني لا يعي مشكلته و حالته و ما يقوم به من تصرفات شاذة، في حين أن العصابي يعي مشكلته و شذوذ سلوكه، إلا أنه يجهل الأسباب النفسية و العوامل الكامنة وراء هذا السلوك الشاذ.

4- الذهاني كثيرا ما يكون خطرا على نفسه و على الناس، كما أنه لا يستطيع العناية بنفسه أو بغيره من الناس، لذا يتعين عزله في مصحات لعلاجه و العناية به. أما العصابي فهو شخص يعيش حياته ويلعب دوره في المجتمع، إلا أنه يعاني من مشاعر القلق و الاضطراب أثناء ذلك (.**J Bergeret**، **1976**).

المحاضرة2: العصاب و الذهان

1- تعريف العصاب:

هو اضطراب وظيفي في الشخصية، و هو حالة مرضية تجعل حياة الشخص العادي أقل سعادة وأعراض العصاب (القلق، الاكتئاب...الخ) تمثل رد فعل الشخصية أمام وضع لم تجد له حلا بأسلوب سوي، أي أنه يمثل رد فعل الشخصية أمام وضع لم تجد له حلا بأسلوب سوي، أي أنه يمثل المظهر الخارجي للصراع و التوتر النفسي و الخلل الجزئي في الشخصية (**أحمد مُحَمَّد عبد الله م.، 2000**).

1-1- النواة العصابية: تتميز شخصية العصابي بملامح أساسية هي:

1- نمو الشخصية الخاطئ (عدم أو نقص النضج، التثبيت، النكوص).

2- المبالغة في تقويم بعض ضغوط الحياة (عدم التبصر).

3- انبعاث القلق الحاد.

4- ضعف القدرة على التكيف بالإضافة إلى عدد كبير من الأعراض الثانوية (العلاقات).

2- تعريف الذهان:

هو اضطراب عقلي خطير و خلل شامل في الشخصية يجعل السلوك العام للمريض مضطربا ويعوق نشاطه الاجتماعي و يشاهد غلى الشخص الذهاني أعراض الانفصال عن الواقع وتشويهه و اضطراب الانفعال الشديد و اضطراب القدرات العقلية و تفكك الشخصية و نقص البصيرة والاضطراب الواضح في السلوك (**أحمد مُحَمَّد عبد الله م.، 2000**).

2-1- النواة الذهانية: تعتبر الأوهام و الهلاوس الميزة الرئيسية عند الشخصية الذهانية، هذه الأوهام تأخذ عددا من الأشكال نذكر منها:

1- أوهام الخطيئة و الإثم: نعني بها إحساس المريض بارتكابه إثما أو خطيئة لا تغتفر لإنزاله المصائب بالغير.

2- الوساوس: تتمثل في اعتقاد المريض بأنه معرض للإصابة بأحد الأمراض الخطيرة.

3- العدمية: و تتجلى بإحساس المريض بعدميته و فناءه، فيعتقد المريض بأنه مات و أن ما بقي منه هو روحه أو شبحه.

4- الاضطهاد: و هو شعور الفرد بأن الناس يعرقلون مسعاه و يضطهدونه و يتآمرون عليه، ويهددون حياته.

5- الإسناد: و يعني أن يعتقد المريض أن الناس يتكلمون عنه بالسوء و يمثلون حياته في نكتهم ويسخرون منه.

6- التأثير: هنا يعتقد المريض أن أعداؤه يؤثرون فيه بطرق شتى خفية و غامضة فيفسدون عقله.

7- العظمة: تتمثل في إحساس المريض بأن شخصية عظيمة مطلوب منها إنقاذ البشرية وإصلاح الأرض.

ملاحظة: تختلف حدة الأوهام إذ تتراوح ما بين توهم جزئي المصاحبة للهذيان العارض المؤقت، أو توهم الارتيابي (الشك) الذي يصبح سلوكا ملازما للمريض في كل موقف و ظرف. و الأوهام في جوهرها ليست سوى تطور مضطرب لآليات الأنا الدفاعية التي تهدف إلى إبعاد اللوم عن الذات و إسقاطه على الآخرين (**Bergeret J., 1976**).

المحاضرة3: اضطرابات المزاج

يتناول هذا الفصل اضطرابات المزاج و هو مقسم إلى ثلاثة أقسام هي:

يضم **القسم الأول** العوارض المزاجية (العارضة الاكتئابية الرئيسية، العارضة الهوسية، العارضة المختلطة و العارضة ما تحت الهوسية). أما **الجزء الثاني** فيحوي مجموعات من المعايير الخاصة باضطرابات المزاج (أي الاضطرابات الاكتئابية، والاضطرابات ثنائية القطب، و اضطرابات المزاج الناجم عن مرض عضوي، واضطراب مزاج مثار بفعل تعاطي مادة مخدرة أو دوائية.أما **الجزء الثالث** فيتضمن المحددات التي تصف العارضة المزاجية الأكثر حداثة، أو سير العوارض الراجعة أو الناكسة.

1- عوارض الاكتئاب:

سميت بالعوارض الاكتئابية لأنها لم تصل بعد إلى مدة الاضطراب و التي تحدد عادة بأربعة أسابيع أي شهر على الأقل في اغلب الاضطرابات النفسية، و كل هذه العوارض سواء كانت الاكتئابية أو الهوسية أو المختلطة تسبب إعاقة في احد مجالات الحياة باستثناء العارضة ما تحت الهوسية التي لا تسبب إعاقة في مجال من مجالات الحياة، بالرغم من أنها تسبب تغير و تبدل في سلوك المفحوص و هذا التبدل شاذ أي غير عادي؛ تتمثل هذه العوارض فيما يلي:

1-1- العارضة الاكتئابية الرئيسية: تشخص في **الدليل التشخيصي الرابع (1994)** من خلال الأعراض التالية:

1- تكون خمسة أعراض أو أكثر موجودة و ظاهرة أثناء فترة أسبوعين، و تمثل تبدلا و تغيرا في السلوك السابق، كما يوجد عرض واحد على الأقل من الأعراض التالية: إما أن يكون في صورة مزاج مكتئب أو يكون بفقدان الاهتمامات الشخصية و الحياتية، أو المسرة. و تتمثل الأعراض فيما يلي:

- مزاج مكتئب هابط معظم النهار و كل يوم تقريبا، و يكون الدليل على ذلك إما بوصف المريض لحالته أو بملاحظة الآخرين له (الأسرة، الأقارب....الخ).

– اهتمام ضعيف بالأمور الحياتية و الشخصية مقارنة بما كان عليه المفحوص سابقا قبل الإصابة بالاكتئاب؛ في معظم الأيام أو كل يوم تقريبا إما بوصف المريض لحالته أو بملاحظة الآخرين له (الأسرة، الأقارب....الخ).

– نقص كبير في الوزن عندما يفقد شهيته نحو الطعام، أو بالعكس زيادة في الوزن، بمعنى إما نقص أو زيادة في الشهية كل يوم تقريبا. (ملاحظة: نجد عند الأطفال صعوبة في زيادة الوزن).

– أرق أو فرط نوم كل يوم تقريبا.

– هياج نفسي حركي أو بطأ نفسي حركي كل يوم تقريبا.

– الشعور بالتعب و فقدان الطاقة كل يوم تقريبا.

– الشعور بالتفاهة و بضعف قيمة الذات أو مشاعر الذنب المفرطة كل يوم تقريبا.

– نقص القدرة على التفكير أو تركيز الانتباه، و التردد و عدم القدرة على اتخاذ أي قرار كل يوم تقريبا.

– أفكار اجترارية راجعة تدور حول الموت (ليس فقط الخوف من الموت)، أفكار انتحارية راجعة بدون وجود خطة لطريقة الانتحار.

2- لا تتوافق هذه الأعراض مع معايير العارضة المختلطة.

3- تسبب الأعراض كربا عياديا (سريريا) شديدا و تأذي في الوظيفة الاجتماعية أو المهنية أو وظائف حياتية أخرى.

4- لا تكون الأعراض ناجمة عن تأثيرات مباشرة لمادة ما (دواء أو مخدر)، أو بسبب مرض عضوي.

5- لا تكون الأعراض ناتجة عن الإصابة بصدمة نفسية، كفقدان شخص محبوب أو عزيز (تدوم أعراض الصدمة النفسية مدة شهرين).

1-2- العارضة الهوسية: تشخص في **الدليل التشخيصي الرابع (1994)** من خلال الأعراض التالية:

1- فترة متميزة من مزاج متهيج، متعاظم يدوم مدة أسبوع على الأقل.

2- تستمر في مدة اضطراب المزاج ثلاثة أو أكثر من الأعراض التالية: (4 أعراض إذا كان المزاج متهيجا)

- تقدير ذات متعاظم.

- قلة مدة النوم و الحاجة إليه (لا ينام أكثر من 3 ساعات).

- هروب الأفكار و تلاحقها و تسابقها في ذهنه.

- قابلية تشتت الذهن (أي يمكن بسهولة تحويل انتباه المريض نحو منبهات خارجية غير ملائمة أو غير مهمة).

- كثرة الكلام و الثرثرة تفوق المألوف.

- تزايد النشاط الموجه نحو هدف، و لكن غالبا لا يستمر فيه (قد يكون الهدف اجتماعيا، أو مدرسيا أو جنسيا) أو هياج نفسي- حركي.

- الانخراط المفرط في نشاطات سارة قد يترتب عنها نتائج مؤلمة (أي الانخراط في أعمال سخيفة غير منتجة و تبديد المال فيها، الإفراط في الاهتمامات الجنسية، أو تبديد المال في شراء أشياء غير ضرورية).

3- يكون الاضطراب شديدا لدرجة يسبب فيها تأذي واضح في الوظيفة المهنية أو في النشاطات الاجتماعية العادية أو في العلاقات مع الآخرين، الأمر الذي يستدعي معالجة المريض في المستشفى لتجنب إيذاء ذاته أو الآخرين.

4- لا تكون الأعراض نتيجة تأثيرات مباشرة لمادة ما (دواء أو مخدر)، أو بسبب مرض عضوي.

1-3- العارضة ما تحت الهوسية: تشخص في **الدليل التشخيصي الرابع (1994)** من خلال الأعراض التالية:

1- فترة متميزة من مزاج متهيج، متعاظم يدوم مدة **4 أيام** على الأقل.

2- تستمر في مدة اضطراب المزاج ثلاثة أو أكثر من الأعراض التالية: (4 أعراض إذا كان المزاج متهيجا)

- تقدير ذات متعاظم لدرجة توهم العظمة.

- قلة مدة النوم و الحاجة إليه (لا ينام أكثر من 3 ساعات).

- هروب الأفكار و تلاحقها و تسابقها في ذهنه.

- قابلية تشتت الذهن (أي يمكن بسهولة تحويل انتباه المريض نحو منبهات خارجية غير ملائمة أو غير مهمة).

- كثرة الكلام و الثرثرة تفوق المألوف.

- تزايد النشاط الموجه نحو هدف، و لكن غالبا لا يستمر فيه (قد يكون الهدف اجتماعيا، أو مدرسيا أو جنسيا) أو هياج نفسي- حركي.

- الانخراط المفرط في نشاطات سارة قد يترتب عنها نتائج مؤلمة (أي الانخراط في أعمال سخيفة غير منتجة و تبديد المال فيها، الإفراط في الاهتمامات الجنسية، أو تبديد المال في شراء أشياء غير ضرورية).

3- العارضة تكون مصحوبة بتبدل لا نقاش فيه و لا جدل في الوظيفة الحياتية، و هذا التبدل غير عادي.

4- إن اضطراب المزاج و التبدل في الوظيفة يكونان ملاحظين و ظاهرين من قبل الآخرين.

5- لا تسبب الأعراض تأذ هام في الوظيفة الاجتماعية أو المهنية.

6- لا تكون الأعراض نتيجة تأثيرات فسيولوجية مباشرة لمادة ما (دواء أو مخدر)، أو بسبب مرض عضوي.

1-4- العارضة المختلطة: تشخص في **الدليل التشخيصي الرابع (1994)** من خلال الأعراض التالية:

1- نجد هنا كل من العارضة الهوسية و العارضة الاكتئابية المذكورة سابقا، في كل يوم تقريبا خلال مدة لا تقل عن أسبوع واحد.

2- يكون اضطراب المزاج شديدا لدرجة يسبب تأذي واضح في الوظيفة المهنية أو في النشاطات الاجتماعية العادية أو في العلاقات مع الآخرين، الأمر الذي يستدعي معالجة المريض في المستشفى لتجنب إيذاء ذاته أو الآخرين.

3- لا تكون الأعراض نتيجة تأثيرات فسيولوجية مباشرة لمادة ما (دواء أو مخدر)، أو بسبب مرض عضوي.

المحاضرة 4: الاضطرابات الاكتئابية

1- تعريف الاضطراب الاكتئابي:

هو اضطراب مزاجي يتضمن أعراضا مثل الحزن الشديد و الشعور بعدم الأهمية و انعدام القيمة و الانزواء عن الآخرين، و يتميز الاكتئاب ببعض التغيرات الفيزيقية (الجسمية) مثل: اضطرابات النوم و فقد الشهية للطعام كما يتميز بالتغيرات السلوكية و العاطفية. **(صمويل تامر بشرى، 2007، ص 14)**

2- أنواع الاضطرابات الاكتئابية: تتمثل حسب **الدليل التشخيصي الرابع (1994)** فيما يلي:

2-1- الاضطراب الاكتئابي الرئيسي ذو العارضة المفردة: يشخص في **الدليل التشخيصي الرابع (1994)** من خلال الأعراض التالية:

- وجود عارضة اكتئابية رئيسية مفردة (وفق المعايير التي سبق ذكرها في درس العارضة الاكتئابية الرئيسية).

- لا تكون هذه العارضة جزءا من الصورة السريرية للفصام العاطفي، و لا هي متوضعة فوق مرض الفصام العقلي، أو الاضطراب الذي يأخذ منحى الفصام، أو الاضطراب التوهمي، أو الاضطراب الذهاني غير المتميز.

- يجب نفي أي عارضة هوسية، عارضة مختلطة، أو عارضة ما تحت الهوس خلال سير الاضطراب.

2-2- الاضطراب الاكتئابي الرئيسي الناكس: يشخص في **الدليل التشخيصي الرابع (1994)** من خلال الأعراض التالية:

- وجود عارضتين أو أكثر من اضطراب اكتئابي رئيسي.

- من أجل أن نعدهما عارضتين منفصلتين يجب أن يكون الفاصل الزمني بين عارضة و أخرى شهرين متتابعين على الأقل، و أن تكون المعايير الخاصة بالعارضة الاكتئابية الرئيسية موجودة.

- يجب أن لا تكون عوارض الاكتئاب الرئيسي من منشأ اضطراب فصام عاطفي، و لا هي متوضعة فوق مرض الفصام العقلي، أو الاضطراب الذي يأخذ منحى الفصام، أو الاضطراب التوهمي، أو الاضطراب الذهاني غير المتميز.

- يجب نفي أي عارضة هوسية، عارضة مختلطة، أو عارضة ما تحت الهوس خلال سير الاضطراب.

2-3- الاضطراب الاكتئابي العصابي: يشخص في **الدليل التشخيصي الرابع (1994)** من خلال الأعراض التالية:

1- مزاج مكتئب معظم النهار في كل الأيام ملاحظ من قبل المفحوص أو من قبل الآخرين، ويستمر مدة سنتين على الأقل مع العلم أنه عند الأطفال و المراهقين يكون المزاج متهيجا لمدة لا تقل عن سنة.

2- وجود عرضين أو أكثر أثناء الاكتئاب من الأعراض التالية:

- ضعف الشهية أو الشراهة،- طاقة منخفضة أو تعب،- أرق أو فرط نوم، - ضعف تقدير الذات، - ضعف تركيز الانتباه، - صعوبة في اتخاذ القرار، - مشاعر اليأس.

3- خلال مدة سنتين بالنسبة للراشدين و سنة بالنسبة للأطفال و المراهقين من الاضطراب يجب أن لا تفارق المفحوص الأعراض المبينة في المعيارين 1 و 2 المذكورين سابقا، و لمدة أكثر من شهرين و بصورة مستمرة.

4- عدم وجود عارضة اكتئابية رئيسية في السنتين الأولى من الاضطراب (سنة واحدة بالنسبة للأطفال)، أي أن الاضطراب ليس فيه خصائص الاضطراب الاكتئابي الرئيسي.

5- يجب نفي أي عارضة هوسية، عارضة مختلطة، أو عارضة ما تحت الهوس خلال سير الاضطراب.

6- لا يحدث هذا الاضطراب أبدا خلال سير اضطراب ذهاني مزمن مثل: الفصام أو الاضطراب التوهمي.

7- يجب أن لا تكون الأعراض نتيجة تأثيرات فسيولوجية مباشرة لمادة ما (دواء أو مخدر)، أو بسبب مرض عضوي.

8- يجب أن تسبب الأعراض كربا سريريا هاما أو تأذي واضح في الوظيفة المهنية أو في النشاطات الاجتماعية العادية أو في العلاقات مع الآخرين.

أنواعه:

– **بداية مبكرة:**إذا ظهرت الأعراض قبل سن الحادية و العشرين.

– **بداية متأخرة:**إذا ظهرت الأعراض بعد سن الحادية و العشرين.

2-4- اضطراب اكتئابي غير محدد: يتضمن هذا الاضطراب سمات اكتئابية لا تتوافق مع معايير الاضطرابات الاكتئابية النوعية مثل: الاضطراب الاكتئابي الرئيسي، الاضطراب الاكتئابي العصابي؛ و هناك عدة أمثلة على الاضطراب الاكتئابي غير المتميز على سبيل المثال لا الحصر نذكر منها ما يلي:

- اضطراب اكتئابي قبل مجيء الطمث، إذ نجد في معظم الدورات الشهرية عند النساء أعراض مزاج مكتئب واضحة وقلقا بارزا، و تذبذب مزاج ملاحظ إضافة إلى تناقص الاهتمام بالأمور الحياتية.

- **اضطراب اكتئابي خفيف:** و يتسم بأعراض تدوم أسبوعين على الأقل، و تتوافر فيه أقل من 5 بنود من تلك التي نراها في الاكتئاب الرئيسي.

- **اضطراب اكتئابي قصير المدة و ناكس:** تدوم فيه عوارض اكتئابية من يومين إلى أسبوعين، تحدث مرة واحدة في الشهر على الأقل و لمدة 12 شهر.

- **اضطراب اكتئابي يتبع ذهان الفصام:** و هو عارضة اكتئابية رئيسية تأتي خلال الطور الفصامي الثمالي.

– **عارضة اكتئابية رئيسية:** تحدث مع سير اضطراب توهمي، أو اضطراب ذهاني غير محدد، أو خلال الطور النشط للفصام العقلي.

– المواقف التي يرى فيها المختص النفسي وجود اضطراب اكتئابي و لكنه غير قادر على تحديد فيما إذا كان أوليا، أو ناجما عن مرض عضوي، أو مثار بفعل تعاطي مادة دوائية أو مخدرة.

المحاضرة 5: الاضطرابات ثنائية القطب

تندرج الاضطرابا ت ثنائية القطب ضمن الاضطرابات الوجدانية، و كأنها الوجه الثاني من الاضطرابات الوجدانية، فبعدما تناولنا الوجه الأول للاضطرابات الوجدانية و هي: الاضطرابا ت الاكتئابية، نقدم الآن الاضطرابات ثنائية القطب و التي نقصد بها الاضطراب الهوسي الذي قد يكون موجودا بمفرده أي اضطراب وجداني هوسي، كما قد يتواجد مع الاكتئاب فيكون الوجدانين معا أي الهوس والاكتئاب.

1– تعريف اضطراب ثنائي القطب (الهوس):

الهوس اضطراب وجداني تغلب عليه المبالغة في التنبيه النفسي والحركي، يحدث منفردا، و يمكن أن يمثل في حالات الوجه الآخر للاكتئاب عندما يشكل الاثنان ما يعرف بالاضطراب الوجداني ثنائي القطب. يتميز الهوس بتهيج المزاج والحيوية الانفعالية و الهياج الحركي و هياج الحالة النفسية إلى الحد الأقصى. (**أحمد الرمادي ن.، 2015، ص 316–317**)

2– أنواع اضطراب ثنائي القطب: هناك 6 اضطرابات منفصلة للاضطراب ثنائي القطب نقدمها فيما يلي:

العارضة الهوسية المفردة، العارضة تحت الهوسية الحديثة جدا، العارضة الهوسية الحديثة جدا، العارضة المختلطة الحديثة جدا، العارضة المختلطة الحديثة جدا، اضطراب ثنائي القطب نموذج واحد غير محدد، العارضة الاكتئابية الأكثر حداثة.

2-1- اضطراب ثنائي القطب نموذج واحد- العارضة الهوسية المفردة: يشخص في **الدليل التشخيصي الرابع (1994)** من خلال الأعراض التالية:

- وجود عارضة هوسية واحدة فقط بدون وجود عوارض اكتئابية رئيسية.

- يجب أن لا تحدث هذه العارضة الهوسية خلال وجود اضطراب الفصام العاطفي، و لا هي متوضعة فوق مرض الفصام العقلي، و لا اضطراب شبيه بالفصام أو اضطراب توهمي، أو اضطراب ذهاني، أو اضطراب ذهاني غير محدد.

2-2- اضطراب ثنائي القطب نموذج واحد- ذو العارضة الحديثة تحت الهوسية: يشخص من خلال مايلي:

- وجود عارضة تحت الهوسية حديثة.

- تعرض المفحوص سابقا إلى عارضة هوسية واحدة على الأقل.

- تسبب أعراض المزاج كربا سريريا هاما أو تأذيا في الوظيفة الاجتماعية أو المهنية أو في مجالات حياتية أخرى.

- إن العوارض المزاجية كما هي موصوفة في البندين المذكورين 1 و 2 ليس سببها الاضطراب الفصامي العاطفي، وغير متوضعة فوق اضطراب شبيه بالفصام، أو اضطراب يأخذ شكل الفصام أو اضطراب ذهاني غير محدد(غير نوعي).

2-3- اضطراب ثنائي القطب نموذج واحد- ذو العارضة الهوسية الحديثة: يشخص في **الدليل التشخيصي الرابع (1994)** من خلال الأعراض التالية:

- وجود عارضة هوسية حديثة.

- تعرض المفحوص سابقا إلى عارضة اكتئاب رئيسي واحدة على الأقل أو عارضة هوسية أو عارضة مختلطة.

- تسبب أعراض المزاج كربا سريريا هاما أو تأذيا في الوظيفة الاجتماعية أو المهنية أو في مجالات حياتية أخرى.

– إن العوارض المزاجية كما هي موصوفة في البندين المذكورين 1 و 2 ليس سببها اضطراب فصامي عاطفي، و غير متوضعة فوق اضطراب شبيه بالفصام، أو اضطراب يأخذ شكل الفصام أو اضطراب ذهاني غير محدد(غير نوعي).

2–4– اضطراب ثنائي القطب نموذج واحد– ذو العارضة الحديثة غير النوعية: يشخص من خلال ما يلي:

– تتطابق كل المعايير ما عدا شرط المدة الزمنية مع العارضة الهوسية، ما تحت الهوس، أو المختلطة، أو عارضة اكتئاب رئيسي.

– سبق أن تعرض المفحوص إلى عارضة هوسية واحدة على اقل تقدير أو عارضة مختلطة.

– تسبب أعراض المزاج كربا سريريا هاما أو تأذيا في الوظيفة الاجتماعية أو المهنية أو في مجالات حياتية أخرى.

– إن أعراض المزاج في المعيارين 1 و 2 لا تندرج ضمن الاضطراب الفصامي العاطفي، وغير متوضعة فوق اضطراب شبيه بالفصام، أو اضطراب توهمي أو اضطراب ذهاني غير محدد(غير نوعي).

– إن أعراض المزاج في المعيارين 1 و 2 يجب أن لا تكون نتيجة تأثيرات فسيولوجية مباشرة لمادة ما (دواء أو مخدر)، أو بسبب مرض عضوي.

2–5– اضطراب ثنائي القطب (عوارض اكتئابية رئيسية راجعة مع عوارض ما تحت الهوسية):

يشخص في **الدليل التشخيصي الرابع (1994)** من خلال الأعراض التالية:

– وجود عارضة اكتئاب رئيسي أو أكثر.

– وجود عارضة واحدة على الأقل ما تحت الهوسية.

– لم يتعرض المفحوص سابقا لنوبة هوسية أو نوبة مختلطة.

– إن أعراض اضطراب المزاج في البندين 1 و 2 المذكورين سابقين لا تحدث بسبب اضطراب الفصام العاطفي، وغير متوضعة فوق اضطراب شبيه بالفصام، أو اضطراب توهمي أو اضطراب ذهاني غير محدد(غير نوعي).

– تسبب الأعراض كربا سريريا هاما أو تأذيا في الوظيفة الاجتماعية أو المهنية أو في مجالات حياتية أخرى.

2–6– الاضطراب الدوري للمزاج: يشخص في **الدليل التشخيصي الرابع (1994)** من خلال الأعراض التالية:

– وجود نوبات متعددة تدوم سنتين على الأقل بأعراض ما تحت الهوسية و نوبات متعددة من الأعراض الاكتئابية، لا تتطابق مع معايير العارضة الاكتئابية الرئيسية.(عند الأطفال والمراهقين تدوم الأعراض سنة على الأقل).

– خلال مدة سنتين بالنسبة للراشدين و سنة واحدة بالنسبة للأطفال و المراهقين يجب أن لا يحدث اختفاء للأعراض لمدة أكثر من شهرين متتابعين.

– لا نجد عارضة اكتئاب رئيسي و لا نوبة هوسية أو نوبة مختلطة خلال مدة السنتين الأولى من الاضطراب.

– إن أعراض اضطراب المزاج في البند 1 لا تحدث بسبب اضطراب الفصام العاطفي، وغير متوضعة فوق اضطراب الفصام أو اضطراب شبيه بالفصام، أو اضطراب توهمي أو اضطراب ذهاني غير محدد(غير نوعي).

– تسبب الأعراض كربا سريريا هاما أو تأذيا في الوظيفة الاجتماعية أو المهنية أو في مجالات حياتية أخرى.

2–7– اضطراب ثنائي القطب غير نوعي:

هذا النوع من الاضطراب لا تتوفر فيه كل شروط الاضطرابات ثنائية القطب النوعية التي ذكرناها، و قد نجد فيه خليط من تلك المعايير مثل:

– التبدل السريع جدا (خلال أيام) بين الأعراض الاكتئابية و الهوسية، بحيث أن هذه الأعراض لا تتطابق مع المدة اللازمة في نوبة الاكتئاب الرئيسي أو للنوبة الهوسية.

– وجود عارضة مختلطة أو هوسية خلال سير اضطراب توهمي أو فصام ثمالي أو اضطراب ذهاني غير نوعي.

– المواقف التي يستنتج فيها المختص النفسي أن اضطراب ثنائي القطب موجود، و لكنه غير قادر على تحديد فيما إذا كان أوليا أو ناجما عن مرض عضوي، أو مثار بفعل تعاطي مادة مخدرة أو دواء.

المحاضرة 6: اضطرابات المزاج الأخرى

اضطرابات المزاج الأخرى هي الاضطرابات التي يعاني فيها المريض من اضطراب في المزاج سواء كان اكتئابي أو هوسي، أو الاثنان معا (هوس و اكتئاب)؛ و يكون سبب هذا الاضطراب مرض عضوي أو تناول عقاقير أو تعاطي مخدرات.

1– اضطراب المزاج الناجم عن مرض عضوي: يشخص في **الدليل التشخيصي الرابع (1994)** من خلال الأعراض التالية:

1– اضطراب ظاهر و مستمر في المزاج يسيطر على الصورة العيادية و يتسم بواحد أو باثنين مما يلي:

– مزاج مكتئب، أو اهتمامات ضعيفة ضعفا ملحوظا في البحث عن المسرة، أو في كل النشاطات تقريبا.

– مزاج متهيج، متسع و مرتفع.

2– هناك دليل من القصة المرضية و من النتائج المخبرية على أن سبب الاضطراب فسيولوجي نتيجة لمرض عضوي.

3– لا يكون الاضطراب نتيجة اضطراب نفسي آخر مثل : اضطراب التكيف، اضطراب ما بعد الصدمة....الخ

4– يجب أن لا يحدث هذا الاضطراب خلال سير أعراض الذهان.

5– تسبب الأعراض على المستوى العيادي كربا شديدا أو تأذيا في الوظيفة الاجتماعية و المهنية أو في ميادين أخرى.

أنواعه:

1- مصحوب بسمات اكتئابية: إذا كان المزاج المهيمن اكتئابيا، و لكن المعايير الكاملة للعارضة الاكتئابية الرئيسية غير متوفرة.

2- مصحوب بسمات هوسية: إذا كان المزاج المهيمن متهيجا.

3- مصحوب بسمات مختلطة: في حالة وجود أعراض الهوس و الاكتئاب دون سيطرة أو هيمنة لأحدهما.

2- اضطراب المزاج المثار بفعل مادة دوائية أو مخدرة: يشخص في **الدليل التشخيصي الرابع (1994)** من خلال الأعراض التالية:

1- اضطراب ظاهر و مستمر في المزاج يسيطر على الصورة العيادية و يتسم بواحد أو باثنين مما يلي:

- مزاج مكتئب، أو اهتمامات ضعيفة ضعفا ملحوظا في البحث عن المسرة، أو في كل النشاطات تقريبا.

- مزاج متهيج، مرتفع يظهر فيه الانتشاء و الاتساع في البهجة.

2- هناك دليل من القصة المرضية و من النتائج المخبرية على واحدة أو اثنين مما يلي:

- الأعراض المبينة في البند (1) ظهرت خلال شهر، و ذلك أثناء التسمم بالمادة المخدرة أو عند سحب هذه المادة.

- استخدام الدواء أو المادة المخدرة يرتبط ارتباطا سببيا بالاضطراب.

3- يجب أن لا يحدث هذا الاضطراب خلال سير أعراض الذهان.

4- تسبب الأعراض على المستوى العيادي كربا شديدا أو تأذيا في الوظيفة الاجتماعية و المهنية أو في ميادين أخرى.

أنواعه:

1- مصحوب بسمات اكتئابية: إذا كان المزاج المهيمن اكتئابيا.

2- مصحوب بسمات هوسية: إذا كان المزاج المهيمن متهيجا.

3- مصحوب بسمات مختلطة: في حالة وجود أعراض الهوس و الاكتئاب دون سيطرة أو هيمنة لأحدهما.

كما يجب تحديد ما يلي:

1- اضطراب مزاج ظهر خلال التسمم.

2- اضطراب مزاج ظهر خلال السحب.

3- اضطراب المزاج غير نوعي أو غير محدد:

يتضمن هذا التصنيف اضطرابات بأعراض مزاج لا تتوافق مع معايير أي نوع من اضطرابات المزاج النوعي.

المحاضرة 7: اضطرابات القلق

1- تعريف اضطرابات القلق:

اضطراب القلق أو الحصر النفسي يشمل جميع الحالات التي يشكو المصاب فيها الخوف أو الفزع أو تظهر عليه علاماتهما مصحوبة بعدم الاستقرار دون وجود مبرر لذلك. أو هي تلك الاضطرابات التي تحتوي على الكرب و الضيق والإحساس بغرابة الأنا (**حمدي الحجار م.، 1998، ص 89**).

2- تصنيف اضطرابات القلق: صنف **الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (1994)**

اضطرابات القلق وفق ما يلي:

2-1- اضطراب القلق: يتصف بخوف شديد أو انزعاج، تتوافر فيه 4 أو أكثر من الأعراض التي تحدث فجأة وتصل خلال 10 دقائق إلى الذروة من حيث الشدة؛ و الأعراض هي:

1- تسارع في ضربات القلب. 2- التعرق. 3- الارتجاف و الاهتزاز.

4- إحساس بضيق في التنفس أو خمول. 5- إحساس بالاختناق.

6- ألم في الصدر أو انزعاج. 7- الغثيان أو انزعاج في البطن.

8- الإحساس بالدوار أو بعدم التوازن، فراغ الرأس أو إغماء.

9- فقدان الإحساس بالواقع (déréalisation) أو انسلاخ الذات عن المحيط (dépersonnalisation).

10- الخوف من فقدان السيطرة على الذات أو الإصابة بالجنون.

11- الخوف من الموت. 12- الخدر الحسي.

13- ومضات حارة في الوجه.

2-2- اضطراب رهاب الساح:

2-2-1- تعريف اضطراب رهاب الساح:

هو اشد اضطرابات الرهاب إعاقة، إذ يعتبر إحساس المريض بغياب منفذ للخروج هو أحد السمات الجوهرية في كثير من المواقف التي تثير رهاب الساح، حيث أن الأشخاص يظلون حبيسي المنزل تماما **(المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض، 1999)**.

2-2-2- المحكات التشخيصية لاضطراب رهاب الساح:

يشخص من خلال **الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (1994)** كما يلي:

1- قلق ينتاب المفحوص عندما يكون في أماكن أو مواقف يشعر بصعوبة الفرار منها (أو تبدو له مزعجة)، أو لا تتوافر فيها شروط المساعدة و العون في حالة تعرضه لنوبة هلع غير متوقعة.

2 الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (1994) كما يلي:- يتم إما تجنب المواقف أو أن المفحوص يتحملها و لكن بكرب ملاحظ .

3 – ألا يكون مصدر القلق أو التجنب الرهابي اضطرابا نفسيا آخر مثل: الرهاب الاجتماعي (تجنب المواقف الاجتماعية بسبب الانزعاج)، و المخاوف النوعية (التجنب محصور فر موقف منفرد مثل المصاعد)، و الاضطراب الوسواسي القهري (الوسواس من التلوث مثلا)، و اضطراب الشدة التي تعقب ال للصدمة (أي تجنب منبهات مقترنة بموتر شديد سبق أن تعرض له الفرد) أو اضطراب قلق الانفصال (أي تجنب ترك البيت أو الأقارب).

2-3- اضطراب هلع بدون رهاب الساح:

2-3-1- تعريف اضطراب هلع بدون رهاب الساح:

يتميز هذا الاضطرابات بإحساس المريض بغياب منفذ للخروج في كثير من المواقف دون تاريخ سابق أو حالي لاضطراب الهلع.

2-3-2- المحكات التشخيصية لاضطراب هلع بدون رهاب الساح:

يشخص من خلال **الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (1994)** كما يلي:

1- يجب توفر كلا من الشرطين (أ) و (ب):

أ- تعرض الفرد لنوبات هلع غير متوقعة و ناكسة (راجعة).

ب- نوبة واحدة على الأقل من النوبات تكون متبوعة لمدة شهر أو أكثر بواحد أو أكثر من المظاهر التالية:

- اهتمام مستمر بالإصابة بنوبات إضافية.

- القلق الذي فيه مضامين النوبة أو نتائجها (فقدان السيطرة على الذات، الخوف من النوبة القلبية، الخوف من الجنون)

- حدوت تبدل في السلوك له علاقة بالنوبات.

2- غياب رهاب الساح.

3- ألا تكون نوبات الهلع ناجمة عن اضطراب نفسي آخر مثل: الرهاب الاجتماعي، الرهاب النوعي، و اضطراب الوسواس القهري و اضطراب الشدة ما بعد الصدمة، أو اضطراب قلق الفراق أو الانفصال.

2-4- اضطراب هلع مصحوب برهاب الساح: يشخص من خلال **الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (1994)** كما يلي:

1- يجب توفر كلا من الشرطين (أ) و (ب):

أ- تعرض الفرد لنوبات هلع غير متوقعة و ناكسة (راجعة).

ب- نوبة واحدة على الأقل من النوبات تكون متبوعة لمدة شهر أو أكثر بواحد أو أكثر من المظاهر التالية:

- اهتمام مستمر بالإصابة بنوبات إضافية.

- القلق حول المضامين الخاصة بالنوبة و نتائجها (أي الخوف من فقدان السيطرة على الذات، والخوف من الإصابة بنوبة قلبية أو من الجنون)

- حدوث تبدل في السلوك له علاقة بالنوبات.

2- وجود رهاب الساح.

3- لا تكون نوبات الهلع ناجمة عن اضطراب نفسي آخر مثل: الرهاب الاجتماعي، الرهاب النوعي، واضطراب الوسواس القهري و اضطراب الشدة ما بعد الصدمة، أو اضطراب قلق الفراق أو الانفصال

4- لا تكون نوبات الهلع بسبب تأثيرات فزيولوجية ناجمة عن تعاطي الأدوية (أي سوء استخدام المخدرات و الدواء) أو مرض عضوي.

2-5- اضطراب رهاب الساح من غير وجود قصة اضطراب جزع: يشخص من خلال **الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (1994)** كما يلي:

1- وجود رهاب الساح يرتبط بالخوف من حدوث أعراض مماثلة للجزع (أي الدوار والإسهال).

2- لا نجد كل معايير اضطراب الجزع (الهلع).

3- لا يكون الاضطراب بسبب تأثيرات فيزيولوجية مباشرة (أي سوء استخدام المواد المخدرة والأدوية) أو نتيجة مرض عضوي.

4- إذا كان هذا الاضطراب مصحوب بمرض عضوي فإن الخوف الموصوف في المعيار (1) يكون مفرطا يتجاوز ذلك الخوف المصحوب عادة بالمرض.

2-6- اضطراب الرهاب النوعي (كان يسمى سابقا بالرهاب البسيط):

2-6-1- تعريف اضطراب الرهاب النوعي:

هو رهاب يقتصر على مواقف شديدة التحديد مثل الاقتراب من الحيوانات، أو سماع الرعد، أو رؤية الظلام، أو رؤية الدم....إلخ. و يتميز الخوف في الرهاب البسيط بأنه غير متذبذب عكس رهاب الخلاء أو الأماكن الواسعة؛ و يبدأ الرهاب النوعي عادة في الطفولة أو في حياة الكهولة (**المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض، 1999**).

2-6-2- المحكات التشخيصية لاضطراب الرهاب النوعي: يشخص من خلال **الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (1994)** كما يلي:

1- خوف ظاهر مستمر و مفرط أو غير عقلاني يظهر إثر وجود شيء نوعي أو موقف، أو التوقع بوجودهما (الطيران، الارتفاعات، الحيوانات، مشاهدة الدم....الخ)

2- التعرض إلى المنبه المثير لاستجابة الخوف فتثار استجابة القلق فورا- بصورة ثابتة- و قد تأخذ شكل الارتباط الموقفي أو نوبة جزع موقفية ذات استعداد مسبق. عند الأطفال يعبر عن القلق بالبكاء ونوبات الغضب و بالجمود، أو بإمساك الناس الآخرين.

3- يدرك الفرد أن الخوف مفرط أو لا عقلاني و لكن عند الأطفال لا نجد هذا الإدراك.

4- إن المواقف المخيفة يتم تجنبها أو تحملها بكرب أو قلق شديدين.

5- إن التجنب و توقع القلق، أو الكرب إزاء المواقف المثيرة للخوف تعيق سير حياة الفرد العادية سيرا سويا، و تعيق كذلك الوظيفة المهنية، أو النشاطات الاجتماعية أو العلاقات.

6- عند الأفراد الذين يكون سنهم دون 18 سنة، تكون مدة الخوف 6 أشهر على أقل تقدير.

7- إن القلق و نوبات الجزع، أو التجنب الرهابي المقترنة مع الشيء النوعي أو المواقف لا يكون سببها وجود اضطراب نفسي آخر مثل اضطراب الوسواس القهري، اضطراب الشدة ما بعد الصدمة، و لا قلق الفراق أو الرهاب الاجتماعي، و لا وجود اضطراب جزع مصحوب برهاب الساح او رهاب الساح بدون وجود قصة اضطراب جزع.

2-6-3- أنواع اضطراب الرهاب النوعي: تتمثل فيما يلي:

1- النموذج الحيواني: إذا كان الخوف مثار بمنبه حيوانات أو حشرات و هذا النموذج يظهر عموما في الطفولة.

2- نموذج بيئي طبيعي: إذا كان الخوف مثار بفعل أشياء موجودة في البيئة الطبيعية مثل العواصف، الارتفاعات أو المياه، و هذا النوع عموما يظهر في الطفولة.

3- نموذج دم، الإصابة: إذا كان الخوف مثار بفعل رؤية الدم أو تلقي إبرة أو التعرض لإجراء طبي، وهذا النموذج يكون مشبعا بالعامل الأسري.

4- النموذج الموقفي: إذا كان الخوف مثار بفعل موقف نوعي مثل: النقل العام، الأنفاق، الجسور، المصاعد الكهربائية، الطيران، قيادة السيارات أو الأماكن المغلقة. و هذا النموذج يتوزع ظهوره بعمر ثنائي الشكل، يصل ذروته في الطفولة و الذروة الأخرى في متوسط العشرينات.

5- النوع الآخر: إذا كان الخوف مثار بمنبهات أخرى، و هذه المنبهات قد تتضمن الخوف أو تجنب المواقف التي تؤدي إلى الإحساس بالاختناق و القيء أو نقل المرض أو رهاب الفراغ (أي الخوف من الوقوع إذا كان بعيدا عن الجدران أو الوسائط الأخرى من الدعم الفيزيائي، و مخاوف الأولاد من الأصوات العالية أو نماذج الألبسة.

2-7- اضطراب الرهاب الاجتماعي (كان يسمى سابقا باضطراب القلق الاجتماعي):

2-7-1- تعريف اضطراب الرهاب الاجتماعي:

يبدأ عادة في فترة المراهقة، و يتمركز حول الخوف من أن يكون الفرد محط أنظار الآخرين مما يؤدي إلى تجنب المواقف الاجتماعية. هذا الخوف من الخزي أو الارتباك في موقف اجتماعي عام، و سرعان ما ينسحب المريض إلى أماكن آمنة و يزيد من تجنب المناسبات الاجتماعية، وقد يفضل الوحدة بدلا من خروجه إلى الأماكن بصحبة الآخرين **(المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض، 1999)**.

2-7-2- المحكات التشخيصية لاضطراب الرهاب الاجتماعي: يشخص من خلال **الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (1994)** كما يلي:

1- خوف واضح و مستمر من موقف اجتماعي أو أكثر، أو خوف من مواقف أداء (حين يكون الفرد معرضا إلى أفراد غير متآلف معهم، أو تقييم محتمل من قبل الآخرين)، إذ يخاف الفرد من أنه قد يتصرف بطريقة أو يظهر أعراض القلق تكون مدعاة للازدراء أو مزعجة. عند الأطفال يجب أن يكون هناك دليل على قدرة الطفل على خلق علاقات اجتماعية مناسبة مع أفراد يتآلف معهم، و يجب أن يحدث القلق في أمكنة فيها أولاد من عمره لا مع أفراد من الكبار.

2- عند التعرض إلى موقف اجتماعي مثير للخوف، يثار دوما و يأخذ شكل القلق الموقفي (أي القلق الاشراطي). عند الأطفال قد يعبر عن القلق بالبكاء و نوبات الغضب و بالجمود، أو الانكماش من المواقف الاجتماعية مع الناس غير المتآلف معهم.

3- يدرك الفرد أن الخوف هو سلوك مبالغ فيه أو لا عقلاني، و عند الأطفال لا يوجد مثل هذا الإدراك.

4- يتم تجنب المواقف المثيرة للخوف من الأداء أو من الموقف الاجتماعي أو أن الفرد يتحملها ولكن بكرب شديد أو بقلق.

5- إن التجنب و توقع القلق، أو الكرب في المواقف المثيرة للخوف من الأداء أو الخوف الاجتماعي تعيق بدرجة كبيرة الحياة اليومية للفرد و لوظيفته الدراسية أو المهنية.

6- عند الأفراد الذين هم دون سن 18 سنة، تكون مدة هذا الاضطراب في حدودها الدنيا 6 أشهر.

7- لا يكون الخوف أو التجنب ناجما عن تأثيرات فيزيولوجية مباشرة لمادة ما (أي سوء استخدام مادة مخدرة أو دواء)، و لا عن مرض عضوي، و لا هو بسبب اضطراب نفسي آخر مثل اضطراب هلع مع رهاب الساح أو بدونه، أو اضطراب قلق الانفصال و الابتعاد أو اضطراب تشوه البدن، أو اضطراب تنموي معمم أو اضطراب شخصية شبيهة بالفصام.

2-8- اضطراب الوسواس القهري:

2-8-1- تعريف اضطراب الوسواس القهري:

هو ظاهرة مرضية لها بدية محددة بشكل واضح، لم يكن لدى الشخص قبلها معاناة وسواسية، وتحديد عمر الشخص عندما بدأ يعاني من هذا العرض يساعد في تفريق العرض الوسواسي عن الصفة الوسواسية. و للعرض الوسواسي أشكال رئيسية هي: أفكار تسيطر على الشخص، تصورات لمناظر مخجلة أو مؤلمة نفسيا، أفعال قهرية يكررها الشخص عدة مرات. يحاول المريض عادة أن يقاومها، ولكن دون نجاح. و رغم كونها لا إرادية و كريهة إلى أنه يدرك أنها صادرة منه (**المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض، 1999**).

2-8-2- المحكات التشخيصية لاضطراب الوسواس القهري: يشخص من خلال **الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (1994)** كما يلي:

أ- إما وساوس و إما قهر:

* تحدد الوساوس بالبنود الأربعة التالية:

1- أفكار راجعة و مستمرة، نزوعات أو صور يعيشها الفرد و يخبرها و خلال الاضطراب تكون متطفلة و غير ملائمة فتسبب قلقا واضحا أو كربا.

2- إن الأفكار و النزوعات و الصور لا تكون نتيجة قلق مفرط حيال مشكلات الحياة الواقعية.

3- يحاول الفرد تجاهل مثل هذه الأفكار و النزوعات أو الصور أو كبتها أو إبعادها بأفكار أخرى أو أفعال.

4- يدرك الفرد أن الأفكار الوسواسية و النزوعات أو الصور هي من نتاج ذهنه (ليست مفروضة عليه من خارج ذاته).

* و يحدد القهر (الجبر) بالبندين التاليين:

1- سلوكات مكررة مثل: غسل اليد، التنظيم، التدقيق أو أفعال ذهنية مثل: العد، تكرار الكلمات تكرارا صامتا، الصلاة، بحيث يشعر الفرد انه منقاد لأدائها استجابة للوساوس، أو طبقا لقواعد يتعين عليه تطبيقها و تنفيذها بطريقة جامدة.

2- إن السلوكات أو الأفعال الذهنية تهدف إلى إضعاف الكرب، أو تجنب موقف، هذه السلوكات غير مرتبطة بطريقة واقعية بالأمور المقرر استبعادها.

ب- يدرك الفرد خلال سير الاضطراب و في موقف ما أن الوساوس غير معقولة و مبالغ فيها. مع العلم أن هذا البند لا ينطبق على الأطفال.

ت- تسبب الوساوس و القهر للفرد كربا ملاحظا، و تستنفذ الوقت أو أنها تعيق سير حياته الروتينية اليومية، أو الوظيفة المهنية، الدراسية، أو النشاطات الاجتماعية أو العلاقات.

ث- إذا وجد على المحور (1) اضطراب آخر، فإن محتوى الوساوس أو القهر لا تكون محصورة فيه (أي الانشغال بالطعام إذا كان ثمة اضطراب طعام، نتف الشعر في وجود هوس النتف، الاهتمام بالمظهر إذا وجد اضطراب تشوه البدن، الانشغال بالحبوب بوجود اضطراب استخدام المادة الدوائية أو المخدر، الانشغال بوجود مرض وخيم في حال

وجود داء المراق، الانشغال بنزوعات جنسية أو قصور في حال الشذوذ الجنسي (لواط الأطفال) أو اجترار مشاعر الإثم بوجود اضطراب اكتئابي رئيسي.

ج- يجب أن لا يكون الاضطراب بسبب تأثيرات فيزيولوجية مباشرة لمادة ما (أي تعاطي مادة مخدرة أو دوائية) أو مرض عضوي.

* يكون الاضطراب مصحوب باستبصار سيء إذا كان الفرد في معظم الوقت و خلال النوبة الناكسة لا يدرك أن الوساوس و القهر هي لا عقلانية أو مبالغ فيها.

2-9- اضطراب الشدة الذي يعقب التعرض للصدمة:

2-9-1- تعريف اضطراب الشدة الذي يعقب التعرض للصدمة:

تختلف هذه الفئة عن غيرها في أنها تتمن اضطرابات لا تميز فقط على أساس من أعراضها و مسارها و لكن أيضا على أساس واحد أو أكثر من مسبباتها- حدث حياتي مثير للكرب بشكل استثنائي يؤدي إلى رد فعل حاد، أو تبدل كبير في نسق الحياة يؤدي إلى ظروف غير مواتية مستمرة، يترتب عليها اضطراب في التأقلم **(المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض، 1999، ص 155)**.

2-9-2- المحكات التشخيصية لاضطراب الشدة الذي يعقب التعرض للصدمة: يشخص من خلال **الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (1994)** كما يلي:

1- تعرض الفرد إلى حادثة مصدمة حيث نجد عنده العرضين التاليين:

أ- يختبر الفرد أو يواجه حادثة أو حوادث تضمنت موتا حقيقيا أو تهديدا بالموت، أو إصابة جسدية بليغة، أو تهديدا لسلامة التكامل البدني للذات أو الآخرين.

ب- تضمنت استجابة الفرد خوفا شديدا، أو العجز أو الرعب. عند الأطفال يتم التعبير عن ذلك بسلوك مشوش ومتهيج.

2- تتم استعادة خبرة الحادثة الصادمة استعادة مستمرة بطريقة أو بعدة طرق مما يلي:

أ- استعادات تذكرية مكربة و راجعة دخيلة متطفلة للحادثة الصادمة أو الحوادث و من ضمنها الصور و الأفكار أو الادراكات. عند الأطفال يكون اللعب المتكرر المتضمن للمواضيع أو الجوانب المتعلقة بالصدمة هو الوسيلة المعبر عنها.

ب- أحلام مثيرة للكرب راجعة للحادثة الصادمة. عند الأطفال تكون هناك أحلام مخيفة دون إدراك المحتوى.

ت- التصرف أو الإحساس و كأن الحادثة الصادمة بدت راجعة ناكسة بالخبرة (يتضمن ذلك الإحساس و العيش بالخبرة الصادمة مرة ثانية، و الهلاوس و الأوهام، و أعراض تفككية للذكريات الصادمة (ومضات). عند الأطفال نجد إعادة تمثيل دور الصدمة النوعي من قبل الطفل.

ث- كرب نفسي شديد عند التعرض لمنبهات اشراطية داخلية أو خارجية المنشأ ترمز أو تشبه لجانب من الحادثة الصادمة.

3- وجود تجنب مستمر إزاء المنبهات المقترنة مع الصدمة و ذلك كما هو مبين في 3 أو أكثر من البنود التالية:

أ- بذل جهود لتجنب الأفكار، و المشاعر، أو الأحاديث المتعلقة بالصدمة.

ب- بذل جهود لتجنب النشاطات، و الأمكنة أو الناس التي تثير استعادة ذكريات الصدمة.

ت- عدم القدرة على تذكر الجانب المهم من الصدمة.

ث- الإحساس بالانسلاخ أو الغرابة عن الآخرين.

ج- عاطفة ضحلة نسبيا و محدودة (أي عدم القدرة على الإحساس بمشاعر المحبة).

ح- إحساس بمستقبل غير واعد و ضيق (أي لا يتوقع الحصول على وظيفة أو مهنة، و لا على الزواج والأولاد أو متسع من حياة سوية).

4- أعراض مستمرة ذات طابع إثارة متزايدة (لم تكن موجودة قبل الصدمة)، و ذلك كما هو مبين بعرضين أو أكثر من الأعراض التالية:

ا- صعوبة الدخول في النوم.

ب- التهيج أو انفجارات غضب.

ت- صعوبة تركيز الانتباه.

ث- فرط تنبيه.

ج- استجابة تخوفية مفرطة.

5- مدة الاضطراب (أي الأعراض المبينة في المعايير: 2،3 و 4) تتجاوز الشهر.

6- يسبب هذا الاضطراب كربا سريريا واضحا أو تأذيا في الوظيفة الاجتماعية، المهنية أو غيرها من النشاطات الحياتية.

درجة الاضطراب:

1- حادا: إذا كانت مدته أقل من 3 أشهر.

2- مزمنا: إذا كانت مدته 3 أشهر فأكثر.

بداية الاضطراب:

بداية متأخرة: إذا كان ظهور الأعراض جاء بعد 6 أشهر على الأقل من التعرض للحادث الصادم.

2-10- اضطراب الشدة الحاد:

2-10-1- تعريف اضطراب الشدة الحاد:

هو اضطراب عابر، على درجة كبيرة من الشدة، يظهر كاستجابة لكرب استثنائي جسمي أو نفسي أو كليهما، ويتلاشى عادة خلال ساعات أو أيام. و قد يكون مسبب الكرب عبارة عن تجربة شديدة تحمل تهديدا خطيرا للأمان أو السلامة الجسمية للشخص أو واحد أو أكثر من أحبائه (**المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض، 1999**).

2-10-2- المحكات التشخيصية لاضطراب الشدة الحاد:

يشخص من خلال **الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (1994)** كما يلي:

1- يكون الفرد قد تعرض لحادثة صادمة حيث نجد الشرطين التاليين:

أ- شهد الفرد أو واجه حادثة أو حوادث تضمنت حدوث موت حقيقي أو التهديد بالموت، أو إصابة بالغة، أو تهديدا للسلامة البدنية أو للآخرين.

ب- تضمنت استجابة الفرد خوفا شديدا و رعبا.

2- الإحساس إما أثناء أو بعد الحادثة المثيرة للكرب بثلاثة أو أكثر من الأعراض التالية:

أ- إحساس ذاتي بالخدر الحسي أو غياب الاستجابة الانفعالية.

ب- تناقص الوعي نحو المحيط الذي يعيش فيه.

ت- الإحساس بالانسلاخ عن الواقع.

ث- الإحساس بانسلاخ كيانه عن المحيط.

ج- فقدان تذكر تفككي (عدم القدرة على تذكر جانب هام من الصدمة).

3- الحادثة الصادمة تكون راجعة و متكررة الحدوث، و ذلك بإحدى الطرق التالية على الأقل: بصورة ذهنية راجعة، بالأفكار، بالأحلام، بالخداعات البصرية، بعوارض مثولها في الذهن (flash back)، كذكرى مستمرة الحضور، أو بالإحساس ببعث الخبرة الصادمة و كأنها حدثت حاليا، أو بالشعور بالكرب عند التعرض لما يذكر الفرد بها من منبهات.

4- تجنب واضح للمنبهات التي تثير استعادة الذكريات الصادمة (أي الأفكار، و المشاعر، والمحادثات، و النشاطات والأمكنة و الناس).

5- أعراض قلق واضحة، أو إثارة متزايدة الشدة (صعوبة النوم، تهيج، ضعف تركيز و انتباه، فرط تنبيه ويقظة، استجابة تخوفية مفرطة، عدم استقرار حركي).

6- يسبب الاضطراب كربا مهما عياديا أو تأذي الوظيفة الاجتماعية و المهنية و غيرها من الميادين الحياتية، أو أنه يعيق قدرة الفرد على متابعة جانب من العمل مثل: إعلام أعضاء الأسرة عن الخبرة الصادمة.

7- يظهر الاضطراب ضمن 4 أسابيع من التعرض للحادثة الصادمة، و يدوم يومين على الأقل، و قد يمتد لمدة أقصاها 4 أسابيع.

8- لا يكون الاضطراب بسبب تأثيرات فيزيولوجية مباشرة لتعاطي مادة (أي سوء استخدام مادة مخدرة أو دواء)، أو مرض عضوي، و لا يرجع إلى اضطراب ذهاني قصير المدة، و ليس هو تأزما للاضطراب المحدد.

2-11- اضطراب القلق المعمم:

2-11-1- تعريف اضطراب القلق المعمم:

السمة الأساسية هي قلق عام مستديم و لكنه لا يقتصر، و لا حتى يسيطر بشدة في حالة بيئية خاصة (أي انه يطفو بحرية فوق كل المواقف)، يشيع في هذا النوع من القلق الإحساس بالعصبية طوال الوقت، و بالرعشة، و التوتر العضلي، العرق، و الدوار و الخفقان و الدوخة (**المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض، 1999**).

2-11-2- المحكات التشخيصية لاضطراب القلق المعمم: و يتضمن أيضا اضطراب القلق المفرط عند الأولاد، ويشخص من خلال **الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (1994)** كما يلي:

1- قلق مفرط (توقعات مفزعة) يحدث معظم الأيام و لمدة أقلها 6 أشهر، يدور حول عدد من الحوادث أو النشاطات (مثل العمل أو أداء مدرسي).

2- يشعر الفرد بصعوبة السيطرة على القلق.

3- يقترن القلق بـ 3 أعراض أو أكثر من الأعراض الستة التالية (بعض الأعراض يكون موجودا ويستمر لعدة أيام، ولمدة 6 أشهر أحيانا، مع العلم أنه يتوجب توفر عرض واحد عند الأولاد، والأعراض هي:

أ- عدم الاستقرار أو الإحساس بأنه على الحافة أو الهاوية.

ب- يداهمه التعب بسهولة.

ت- فرط تهيج. ث- توتر عضلي.

ج- صعوبة تركيز الانتباه أو الإحساس بتوقف قدرته العقلية.

ح- اضطراب نوم (صعوبة الدخول في النوم، أو البقاء مؤرقا، أو نوم مضطرب مزعج).

4- يجب أن لا يحدث القلق بسمات الاضطراب التالية: اضطراب الجزع، الرهاب الاجتماعي، الوسواس القهري، اضطراب قلق الانفصال، القمه العصبي (زيادة الوزن)، أو اضطراب سيكوسوماتي، كما أن القلق لا يحدث إطلاقا أثناء اضطراب الشدة الذي يعقب التعرض للصدمة.

5- إن القلق و الأعراض البدنية تسبب كربا مهما أو تأذي الوظيفة الاجتماعية أو المدرسية أو المجالات الأخرى المهمة في الحياة، كالعمل و النشاطات الحياتية.

6- يجب أن لا يحدث الاضطراب بسبب تأثيرات فيزيولوجية مباشر لمادة ما (إدمان على مادة مخدرة أو مادة دوائية)، أو بسبب مرض عضوي، كما لا يحدث خلال اضطراب المزاج، و لا مع اضطراب ذهاني، أو في اضطراب النمو المنشر (المعمم).

2-12- اضطراب القلق بسبب مرض عضوي: يشخص من خلال **الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (1994)** كما يلي:

1- نوبات جزع و قلق ظاهرة، أو وساوس، أو سلوكيات قهرية تسيطر على الصورة العيادية.

2- هناك دليل من القصة المرضية و الفحص البدني و النتائج المخبرية على أن الاضطراب ناتج مباشرة عن مرض عضوي.

3- يجب أن لا يحدث الاضطراب خلال سير الذهان.

4- لا يحدث الاضطراب بسبب اضطراب نفسي آخر.

5- يسبب الاضطراب كربا عياديا مهما، أو تأذي في الوظيفة الاجتماعية و المهنية، أو المجالات الحياتية الأخرى المهمة عند الفرد.

2-12-1- خصائص اضطراب القلق بسبب مرض عضوي: تتمثل فيما يلي:

1- مصحوب بقلق معمم: أي أن القلق المفرط يدور حول عدد من الحوادث أو النشاطات يهيمن على الصورة العيادية.

2- مصحوب بنوبات جزع: إذا كانت نوبات الجزع هي المسيطرة على الصورة العيادية.

3- مصحوب بأعراض وسواسية قهرية: إذا كانت الوساوس أو السلوكات القهرية هي المسيطرة على الصورة العيادية.

2-13- اضطراب القلق الناجم عن تعاطي مادة مخدرة: يشخص من خلال **الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (1994)** كما يلي:

1- قلق مسيطر، نوبات جزع، أو وساوس، أو سلوكيات قهرية تسيطر على الصورة العيادية.

2- هناك ما يبرهن من خلال القصة المرضية و الفحص البدني أو النتائج المخبرية على وجود واحد من المعيارين التاليين:

أ- إن أعراض المعيار(1) تظهر خلال شهر من بدء تعاطي المادة المسممة أو سحبها.

ب- إن استخدام الدواء يرتبط بالاضطراب على المستوى السببي.

3- لا يحدث هذا الاضطراب خلال سير الاضطراب الذهاني.

4- يسبب الاضطراب كربا عياديا مهما، أو تأذي في الوظيفة الاجتماعية و المهنية، أو للوظيفة في ميادين أخرى مهمة.

* هذا التشخيص يجب أن يكون بديلا عن تشخيص التسمم بالمادة المخدرة و سحب المادة فقط، عندما تكون أعراض القلق مفرطة بالنظر إلى الأعراض المقترنة بالتسمم أو بمتلازمة السحب، و عندما تكون أعراض القلق كافية في الشدة، فإنها تتطلب العلاج السريري المستقل.

2-13-1- خصائص اضطراب القلق الناجم عن تعاطي مادة مخدرة: تتمثل فيما يلي:

1- مصحوب بقلق معمم: إذا كان القلق المفرط يرتبط بعدد من الحوادث أو النشاطات تهيمن على الصورة العيادية.

2- مصحوب بنوبات جزع: إذا كانت نوبات الجزع هي المسيطرة على الصورة العيادية.

3- مصحوب بأعراض وسواسية قهرية: إذا كانت الوساوس أو السلوكات القهرية هي المسيطرة على الصورة العيادية.

13-2- تحديد وقت الظهور: تتمثل فيما يلي:

1- الظهور أثناء التسمم: إذا كانت معايير التسمم منطبقة بفعل مادة و الأعراض ظهرت خلال فترة التسمم.

1- الظهور أثناء الانسحاب: إذا كانت معايير أعراض السحب منطبقة و متوفرة بفعل التوقف عن تعاطي مادة، والأعراض ظهرت خلال فترة السحب، أو بعدها بقليل.

14-2- اضطراب القلق غير نوعي: يتضمن هذا التصنيف اضطرابات مترافقة مع قلق مسيطر، أو تجنب رهابي لا ينطبق مع أي اضطراب قلق نوعي، و اضطراب تكيف مع قلق، أو اضطراب تكيف مع قلق مختلط و مزاج مكتئب، و الأمثلة تتضمن ما يلي:

1- اضطراب اكتئابي يختلط مع قلق، بحيث توجد أعراض قلق و اكتئاب مهمة عياديا و لكن المعايير غير منطبقة في اضطراب المزاج النوعي و لا في اضطراب القلق النوعي.

2- أعراض رهاب اجتماعي مهم يرتبط بوجود مرض عضوي أو اضطراب نفسي.

3- حالات يستخلص منها المختص النفسي وجود اضطراب قلق و لكنه غير قادر على تحديد فيما إذا كان أوليا أو ناجما عن مرض عضوي، أو مثار بفعل تعاطي مادة مخدرة.

المحاضرة 8: اضطرابات الطعام:

1- تعريف اضطرابات الطعام:

اضطرابات الطعام هي حالة من عدم الانتظام في تناول الطعام لدرجة أن الشخص قد يتناول وجبة واحدة في اليوم أو اقل من ذلك و هذا ما يسمى بفقدان الشهية؛ و في حالات أخرى تسيطر على الشخص رغبة ملحة تدفع به إلى الأكل بكميات كبيرة و غير معقولة (**A. Haynal, W. Pasini**، **1978**).

2- أنواع اضطرابات الطعام:

2-1- اضطراب البيكا (pica): يشخص من خلال **الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (1994)** كما يلي:

2-1-1- تعريف اضطراب البيكا (pica):

هي تناول المريض لمواد ليست لها أي نتيجة غذائية، فالطفل دائما يضع لعبه و بعض الأشياء الأخرى التي قد تصل إليها يده في فمه، و قد يتناول بعض المواد السامة مثل الألوان التي تسبب له تسمم الرصاص (**J. Buckroy**، **2000**).

2-1-2- المحكات التشخيصية لاضطراب البيكا (pica): يشخص من خلال **الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (1994)** كما يلي:

1- الإلحاح على أكل مواد غير مغذية مدة أقلها شهر واحد.

2- تناول الأطعمة غير المغذية مما لا يتناسب مع مستوى النمو.

3- لا يكون سلوك الأكل جزءا من الممارسة المحضورة ثقافيا.

4- أن لا يكون سلوك الأكل هذا خلال سير اضطراب نفسي آخر كالتأخر العقلي، اضطراب نمو معمم، الفصام.

2-2- اضطراب اجترار الطعام: يشخص من خلال **الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (1994)** كما يلي:

1- تقيؤ متكرر و إعادة مضغ الطعام لمدة شهر واحد على أقل تقدير في أعقاب وظيفة طعام سوية.

2- سلوك غير ناجم عن مرض عضوي أو اضطراب هضمي.

3- لا يرجع هذا الاضطراب إلى اضطراب نفسي.

4- ظهور الاضطراب قبل سن السادسة.

2-3- فقدان الشهية (القمه العصبي):

2-3-1- تعريف فقدان الشهية (القمه العصبي):

هو تعبير عن فقدان الشهية و الابتعاد عن الطعام، و هذه الحالة تحدث أكثر في فترة المراهقة أكثر منها لدى الأطفال الأصغر سنا، و هذا التجويع الذي تقوده الرغبة الذاتية للمريض قد تهدد حياته. يعد من الاضطرابات التي تتسم باهتمام شديد بشكل الجسم و محاولات تجنب زيادة الوزن، إذ يرتبط فقد الشهية العصبي بالعزوف عن الطعام أو الامتناع عنه بغرض الرشاقة. (**مُحَمَّد خير الزاد ف.، 1997**).

2-3-2- المحكات فقدان الشهية (القمه العصبي): يشخص من خلال **الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (1994)** كما يلي:

1- رفض الإبقاء على وزن الجسم فوق الحد الأدنى السوي الملائم للسن و الطول (أي خسارة الوزن الذي يؤدي إلى الحفاظ على وزن الجسم بنسبة أقل من 85٪ مما هو متوقع، أو الفشل في الوصول إلى الوزن المتوقع المراد أثناء فترة النمو، مما يؤدي إلى خسارة في الوزن أقل بنسبة 85٪ مما هو متوقع).

2- خوف شديد من زيادة الوزن أو البدانة، حتى في حالة نقص الوزن.

3- اضطراب يتمحور حول وزن الجسم أو شكله، و تأثير غير مرغوب لوزن الجسم أو الشكل على التقييم الذاتي، أو إنكار لخطورة وزن الجسم المنخفض الحالي.

4- غياب الطمث مدة ثلاث دورات طمثية متتالية.

2-3-3- أنواع فقدان الشهية: تتمثل فيما يلي:

- النموذج المحدد: أثناء مدة عرض فقدان الشهية لا يكون هناك انخراط منتظم في سلوك الشراهة (أي تحريض الاقياء ذاتيا أو إساءة استعمال الملينات و المدرات أو تعاطي الحقن الشرجية).

- نموذج الاستمتاع بالطعام و الإفراط في تناوله: أثناء مدة عرض فقدان الشهية ينخرط الفرد انخراطا منتظما في الاستمتاع بالطعام أو بسلوك تناول المسهلات (إثارة القيء ذاتيا أو إساءة استعمال الملينات أو المسهلات الدوائية و المدرات أو تعاطي الحقن الشرجية).

2-4- الشراهة في الأكل (قمه النهام): يشخص من خلال **الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (1994)** كما يلي:

1- أعراض الشراهة نحو الطعام و الاستمتاع به تتصف بما يلي:

أ- الإقبال على الطعام في مدة منفردة متميزة من الوقت (مدة ساعتين) بكميات أكبر مما يتناوله معظم الناس في تلك المدة.

ب- الإحساس بفقدان السيطرة على تناول الطعام أثناء العرض (أي الإحساس بعدم إمكانية إيقاف تناول الطعام أو السيطرة عليه لا بالكم و لا بالكيف).

2- إتباع سلوك تعويضي غير ملائم، و ذلك من أجل منع زيادة الوزن مثل: تحريض القيء الذاتي، وسوء استخدام الملينات و المسهلات الدوائية و المدرات و الحقن الشرجية أو الأدوية الأخرى، و الصوم و الإفراط في التمارين الرياضية.

3- إن الشراهة و السلوك التعويضي اللا تكيفي يحدثان معا بمعدل مرتين أسبوعيا و لمدة لا تقل عن 3 أشهر.

4- يتأثر التقييم الذاتي تأثرا غير ملائم بصورة سلبية بشكل الجسم و الوزن.

5- لا يحدث هذا الاضطراب خلال سير اضطراب فقدان الشهية.

2-4-1- أنواع الشراهة في الأكل: تتمثل فيما يلي:

1- النموذج المفرغ للطعام: خلال نوبة الشراهة في الأكل ينخرط الفرد انخراطا منتظما بتحريض ذاته على القيء أو سوء استخدام الملينات أو الحقن الشرجية.

2- نموذج غير المفرغ للطعام: يستخدم خلال عرض الشراهة في الأكل سلوكات تعويضية أخرى مثل الصوم أو النشاط الرياضي المفرط و لكنه لا ينخرط انخراطا منتظما في تحريض القيء الذاتي و لا في إساءة استخدام الملينات والحقن الشرجية.

2-5- اضطراب طعام غير نوعي: إن تصنيف اضطراب الطعام غر النوعي هو لاضطراب الطعام الذي لا تتوفر فيه كل معايير اضطراب نوعي و الأمثلة تتضمن ما يلي:

1- نجد عند الإناث جميع معايير فقدان الشهية متوفرة ما عدا الدورة الشهرية تكون منتظمة.

2- توافر جميع معايير فقدان الشهية و على الرغم من فقدان الوزن المهم، إلا أن فرد الوزن الحالي يكون ضمن الحدود السوية.

3- توافر جميع معايير الشراهة في الأكل ما عدا كون نوبات الاستمتاع بالطعام و آليات التعويض غير لائمة تحدث بمعدل أقل من مرتين أسبوعيا أو في مدة أقل من 3 أشهر.

المحاضرة 9: اضطرابات الهذيان و الخبل، و النسيان و غيرها من الاضطرابات المعرفية

1 – الهذيان dementia: نذكر هنا نوعين من الهذيان:

1-1– الهذيان الناجم من (اذكر المرض الطبي العام) : يشخص حسب الدليل التشخيصي الخامس كما يلي:

أ- اضطراب وعي (أي وضوح متناقض للوعي نحو البيئة)إضافة إلى قدرة متناقضة في تركيز الانتباه ، أو في الإبقاء عليه أو في نقله من جهة إلى أخرى.

ب- تبديل معرفي (مثل قصور في الذاكرة، تيهان disorientation، اضطراب اللغة) أو ظهور اضطراب إدراك لا يعزى إلى وجود سابق أو متطور للخبل.

جـ- يظهر الاضطراب و يدوم لمدة قصيرة من الزمن (يدوم عادة لساعات أو أيام)و يميل إلى التذبذب خلال سير النهار.

د- يوجد دليل من القصة المرضية ،و الفحوص البدنية و المخبرية على أن الاضطراب سببه الفيزيولوجية المباشرة لمرض طبي عام.

ملاحظة هامة تتعلق بالرموز: إذا كان الهذيان مسبوقا بخبل من نوع الزهايمر، أو خبل وعائي المنشأ، يتعين حينئذ أن تذكر الهذيان بإعطائه الرقم الرمزي المناسب لنوع فرعي من الخبل،مثلا : خبل من نوع مرض الزهايمر ،بظهور متأخر مصحوب بهذيان.

كما يتعين ذكر المرض الطبي العام على المحور الأول I،مثلا : هذيان ناجم عن اعتلال دماغي كبدي ،كما أنه من المناسب أن تذكر رمز المرض الطبي العام على المحور الثالث III.

1– 2– هذيان بسبب تعاطي مادة مخدرة أو دوائية : يشخص حسب الدليل التشخيصي الخامس كما يلي:

1– مادة تسبب الهذيان التسممي:

(أ) اضطراب وعي (أي وضوح متناقص للوعي نحو البيئة) إضافة إلى قدرة متناقصة في تركيز الانتباه، أو في الإبقاء عليه، أو في نقله من جهة إلى أخرى.

(ب)– تبديل معرفي (مثل قصور في الذاكرة ، تيهان، اضطراب اللغة)أو ظهور اضطراب إدراك لا يعزي إلى وجود سابق أو متطور للخبل.

(ج)– يظهر الإضطراب و يستمر زمنا قصيرا (يدوم عادة ساعات أو أياما) و يميل إلى التذبذب في أثناء النهار.

(د)– يوجد دليل من القصة المرضية ، و الفحوص البدنية والمخبرية على أن الاضطراب ظهر نتيجة (1) و (2) التاليين:

(1)– الأعراض في المعايير (أ) و (ب) ظهرت في أثناء التسمم بالمادة.

(2)– استخدام الدواء يرتبط المادة من الناحية السببية.

ملاحظة: يجب ذكر هذا التشخيص بدلا عن تشخيص التسمم بالمادة فقط وذلك عندما تكون الأعراض المعرفية أكثر سوءا من تلك الأعراض التي تكون مصاحبة لمتلازمة التسمم، و عندما تكون الأعراض شديدة إلى الحد الذي يسترعي الاهتمام السريري المستقل.

مادة تسبب الهذيان نتيجة إيقاف تعاطيها أو سحبها الفجائي : يشخص حسب الدليل التشخيصي الخامس كما يلي:

(أ)- اضطراب وعي (أي وضوح متناقض للوعي نحو البيئة) إضافة إلى قدرة متناقضة في تركيز الانتباه ، أو في الإبقاء عليه ، أو في نقله من جهة إلى أخرى.

(ب)- تبديل معرفي (مثل قصور في الذاكرة ،تيهان، اضطراب اللغة)أو ظهور اضطراب إدراك لا يعزي إلى وجود سابق أو متطور للخبل.

(ج)- يظهر الاضطراب إدراك و يستمر مدة قصيرة (يدور عادة ساعات أو أياما)، ويميل إلى التذبذب في النهار.

(د)- يوجد دليل من القصة المرضية،و الفحوص البدنية و المخبرية على أن الأعراض في المعيارين (أ) و (ب) ظهرت أثناء متلازمة سحب المادة ، أو بعده بقليل.

ملاحظة : يجب ذكر هذا التشخيص بدلا عن تشخيص سحب المادة،و ذلك عندما تكون الأعراض المعرفية أكثر سوءا من تلك الأعراض التي تصاحب عادة متلازمة سحب المادة، و عندما تكون الأعراض شديدة إلى الحد الذي يستوجب الاهتمام السريري المستقل.

جـ- الهذيان الناجم عن أسباب متعددة:

(أ)-اضطراب وعي(أي وضوح متناقض للوعي نحو البيئة)إضافة إلى قدرة متناقصة في تركيز الانتباه ،أو في الإبقاء عليه، و في نقله من جهة إلى جهة أخرى.

(ب)-تبديل معرفي (مثل قصور في الذاكرة ، تيهان ، اضطراب اللغة)أو ظهور اضطراب إدراك لا يعزي إلى وجود سابق ، أو متطور للخبل.

(ج)-يظهر الاضطراب و يستمر مدة قصيرة (يدوم عادة ساعات معدودة أو أياما)و يميل إلى التذبذب خلال النهار.

(د)-يوجد دليل من القصة المرضية أو الفحوص البدنية و المخبرية على أن الهذيان له أكثر من سبب (أي أكثر من مرض طبي عام إضافة إلى التسمم بمادة أو تأثير دواء جانبي).

ملاحظة: لايوجد رمز خاص لهذيان يعزي إلى أسباب متعددة ، كما يجب ألا يرصد كتشخيص ، فمثلا لإعطاء رمز لهذيان ناجم عن اعتلال دماغي كبدي أو الإقلاع عن الكحول ، فإن العيادي يعطي الرمز 293للهذيان الناجم عن

اعتلال دماغي كبدي ، و الرمز 291 للهذيان الناجم عن سحب الكحول و يذكرهما في المحور الأول ، و يذكر الاعتلال الدماغي الكبدي أيضا على المحور الثالث.

د- الهذيان غير النوعي أو غير المحدد:

هذا التصنيف يستخدم لتشخيص الهذيان الذي لا يتطابق مع معايير أي من النماذج النوعية للهذيان التي ذكرناها .والأمثلة تتضمن ما يلي:

(1)- العرض السريري للهذيان الذي يشك بأن سببه مرض طبي عام أو تعاطي مادة، و مع ذلك لا توجد دلالة كافية لتحديد السبب النوعي.

(2)- الهذيان الناجم عن أسباب غير مدرجة في هذا الفصل ،(أي الحرمان الحسي).

2: الخبل(الخرف) Dimentia:

2-1- الخبل من نوع الزهايمرalzheimer.

يظهر العجز المعرفي في هذا النوع من الخبل بالتالي:

(1)- التأذي في الذاكرة (القدرة المعاقة على تعلم معلومات جديدة أو تذكر معلومات متعلمة سابقة).

(2)- نجد واحدا أو أكثر من الاضطرابات المعرفية التالية:

أ-1- الحبسة الكلامية aphasia (اضطراب في اللغة).

أ-2- الخرق apraxis(القدرة المتأذية عند القيام بنشاطات حركية على الرغم من وجود وظيفة حركية سليمة).

أ-3- العمه agnosia (العجز عن إدراك الأشياء أو التعرف عليها على الرغم من سلامة الوظيفة الحسية).

يسبب العجز المعرفي المبين في المعيارين (أ- 1)و (أ-2) تأذيا هاما في الوظيفة المهنية أو الاجتماعية ،و يمثل انحطاطا هاما عن المستوى الوظيفي السابق للمريض.

جـ- يتميز سير المرض ببداية تدريجية و استمرار في الانحطاط المعرفي.

د- إن أنواع العجز المعرفي المبينة في المعايير (أ-1) و(أ-2) لا يكون منشؤها ناجما عن أي من الاضطرابات التالية:

أمراض أخرى للجملة العصبية المركزية التي تسبب عجزا مترقيا في الذاكرة و القدرة المعرفية (أي: الآفة الوعائية الدماغية، مرض باركنسون، مرض هانتينغتون –داء الرقص، ورم دموي تحت الجافية، ضغط طبيعي لموه الرأسhydrocephalus، ورم الدماغ).

الأمراض البدنية المعروفة بأنها تسبب الخبل (أي: نقص إفراز الدرق ، عوز الفيتامين ب 12 أو حمض الفوليك ، عوز مادة نياسين niacin،فرط كلس الدم،السفلس العصبي ، خماج نقص المناعة المكتسب الانساني HIV).

الأمراض الناجمة عن تعاطي المراد.

هـ- القصورات لا تحدث مطلقا خلال سير الهذيان.

و- لا يدرج الاضطراب على المحور رقم (1) على أساس اضطراب أخر (أي : اضطراب اكتئابي رئيسي، مرض الفصام)

رقم الرمز المستند على نموذج بدء ظهور الاضطراب و السمات البارزة فيه:

ببداية باكرة : إذا ظهرت الأعراض في الخامسة و الستين أو دون هذا السن

الاضطراب مصحوب بالهذيان : إذا جاء الهذيان متراكبا على الخبل.

إذا جاء الخبل مع الأوهام : إذا كانت هي السمة البارزة في الاضطراب.

إذا جاء الخبل مع مزاج مكتئب : إذا صدف و كان المزاج المكتئب (ومن ضمنه الظواهر التي تتطابق مع كامل معايير الغرض الخاص بعارضة episode اكتئابية رئيسية) هو السمة السريرية البارزة، فحينئذ يستعبد التشخيص المنفصل لاضطراب مزاج سببه مرض عضوي عام.

لا يوجد اختلاط :إذا لم يظهر أي اضطراب من الاضطرابات البارزة في الصورة السريرية الحالية.

ببداية متأخرة: إذا ظهرت الأعراض بعد سن 25:

مع الهذيان: إذا جاء الهذيان متراكبا مع الخبل.

مع الأوهام: إذا كانت الأوهام السمة البارزة السريرية.

مع المزاج المكتئب: إذا صادف أن كان المزاج المكتئب (و من ضمنه الظواهر التي تتطابق مع كامل معايير العرض الخاص بعارضة اكتئابية رئيسية) هو السمة السريرية البارزة، فحينئذ يستبعد التشخيص المنفصل لاضطراب مزاج سببه مرض عضوي عام.

لا يوجد اختلاط: إذا لم يظهر أي اضطراب من الاضطرابات البارزة في الصورة السريرية الحالية.

حدد إذا كان من المستطاع أن يتماشى أو يواكب أي النماذج الفرعية التي ذكرناها مع اضطراب السلوك إذا وجد اضطراب سريري سلوكي هام (كالتيهان أو الضلال مثلا).

ملاحظة متعلقة بالرموز: ضع الرقم الرمزي لمرض الزهايمر في المحور الثالث.

3- الخبل الوعائي (سابقا، سمي الخبل الناجم عن احتشاء دماغي متعدد):

ظهور قصور معرفي متعدد وتظهر بالأعراض التالية:

(1)- تأذي الذاكرة (قدرة متأذية في تعلم أو اكتساب معلومات جديدة أو تذكر معلومات سابقة مكتسبة متعلقة).

- حبسة كلامية (اضطراب لغة).

- الخرق (قدرة متأذية في أداء نشاطات حركية على الرغم من وجود وظيفة حركية سليمة).

- العمه (العجز عن إدراك الأشياء و التعرف عليها بالرغم من سلامة الوظيفة الحسية)

-اضطراب في الوظيفة التنفيذية (أي التخطيط ،التنظيم، الإجراء التتابعي، التجريد)

ب- إن القصور المعرفي في المعايير (أ- 1) و (أ-2) كل منها تسبب تأذيا هاما في الوظيفة الاجتماعية و المهنية وتمثل انحدارا هاما بالموازنة مع المستوى الوظيفي السابق.

جـ- وجود علامات عصبية و أعراض بؤرية focal (أي فرط منعكسات الوتر العميق ، وفي استجابة العضلة الباسطة الأخمصية، وفي شلل بصلي كاذب، و شذوذات المشية، وفي ضعف الأطراف)أو وجود بينة مخبرية تشير إلى وجود مرض وعائي دماغي(احتشاءات متعددة، ومن ضمنها القشر و المادة البيضاء) و التي تعد سببيا مرتبطة بالاضطراب.

د- القصور لا يحدث إطلاقا خلال سير الاضطراب الهذيائي .

الرقم الرمزي يستند على السمات المهيمنة:

مع الهذيان: إذا كان توصيف الهذيان فوق الخبل أو كان مصاحبا له.

مع الأوهام: إذا كانت الأوهام هي الصورة السريرية البارزة .

مع مزاج مكتئب: إذا كان المزاج المكتئب (ومن ضمنه الظواهر التي تتطابق مع كامل معايير عرض العارضة الاكتئابية الرئيسية هو الصورة السريرية البارزة ،و إن تشخيصا منفصلا لاضطراب مزاج يعزي إلى مرض طبي عام هو مستبعد.

بدون اختلاط: إذا كان لا يوجد أي من الاضطرابات المهيمنة التي ذكرناها في الصورة السريرية الحالية.

حدد: إذا كان يمكن أن يتواكب أي من النماذج الثانوية مع الاضطراب السلوكي: إذا كان يوجد اضطراب سلوكي هام (الضلال و الشرود).

ملاحظة تتعلق بالرموز : اذكر رمز المرض الوعائي الدمائي في المحور الثالث.

الخبل الناجم عن أمراض طبية أخرى عامة.

إن تطور القصورات المعرفية المتعددة يظهر بالتالي:

تأذي الذاكرة (قدرة متأذية في تعلم معلومات جديدة ،أو تذكر معلومات متعلمة سابقا).

وجود اضطراب معرفي واحد أو أكثر وفق التالي:

حبسة الكلام (اضطراب اللغة).

الخرق(قدرة متأذية في أداء نشاطات حركية على الرغم من وجود وظيفة حركية سليمة).

العمه(العجز عن إدراك الأشياء و التعرف عليها على الرغم من سلامة الوظيفة الحسية).

اضطراب في الوظيفة النفيذية (أي التخطيط ، التنظيم ، الإجراء التتابعي، التجريد).

ب- إن القصورات المعرفية المبينة في المعايير (أ- 1) و(أ-2) كل منها تسبب تأذيا هاما في الوظيفة الاجتماعية و المهنية، و تمثل انحداراهاما بالموازنة مع المستوى الوظيفي السابق.

ج-هناك بينة من القصة المرضية ، و الفحص البدني، و المعطيات المخبرية على أن الاضطراب هو نتيجة فيزيولوجية مباشرة لاحد الأمراض الطبية العامة المبية أدناه.

د-لا تحدث القصورات خلال سير الهذيان.

الرموز القائمة على المرض الطبي العام المسبب:

294.9 الخبل الناجم عن فيروس نقص المناعة المكتسبHIV

294.1 الخبل الناجم من رض الرأس

294.1 الخبل الناجم من مرض باركينسون

294.1الخبل من مرض هانتيبنغتون huntington

290.10 الخبل الناجم من مرض (بيك)pick

290.10الخبل الناجم من مرض كروتزفلد-جاكوب

294.1 الخبل الناجم من ...(يتعين ذكر المرض الطبي العام الذي لم يذكر أعلاه) مثل الضغط الطبيعي لموه الرأس ، نقص الدرق ، ورم دماغي ،عوز للفيتامين ب12، إشعاع داخل القحف.

4- الخبل المستمر الناجم عن تعاطي مادة كيميائية:

أ-تطور في القصورات المعرفية تظهر بالأعراض التالية:

(1)- تأذي الذاكرة (قدرة متأذية في تعلم معلومات جديدة أو تذكر معلومات سابقة).

(2)- وجود اضطرابات معرفي واحد أو أكثر في التالي:

- حبسة كلامية(اضطراب في اللغة)

- الخرق apraxia

-العمه agnosia

- اضطراب في الوظيفة التنفيذية

ب- إن القصورات المعرفية المبينة في المعايير (أ- 1) و (أ- 2) كل منها تسبب تأذيا هاما في الوظيفة الاجتماعية و المهنية ، و تمثل انحدارا هاما بالموازنة مع المستوى الوظيفي السابق.

جـ- هناك بينة في القصة المرضية ، و الفحص البدني ، و في المعطيات المخبرية على أن الاضطراب هو من حيث الأسباب يعزي إلى التأثيرات المستمرة لاستخدام المادة الكيميائية (أي سوء استخدام الدواء، الخ...)

إن الرمز للمادة النوعية المحرضة للخبل المستمر هو: الكحول-المستنشقات الطيارة - الملاكنات، المنومات، وحالات القلق، - للمادة غير المعروفة.

5- الخبل الناجم عن أسباب متعددة:

أ-تطور في القصورات المعرفية المتعددة تظهر بالأعراض التالية:

- تأذي الذاكرة

- وجود اضطراب معرفي واحد أو أكثر في: الحبسة الكلامية-الخرق- العمه- اضطراب في الوظيفة التنفيذية.

- إن القصورات المعرفية المبينة في المعايير(أ-1) و (أ-2) كل منها تسبب تأذيا هاما في الوظيفة الاجتماعية و المهنية، و تمثل انحدارا هاما بالموازنة مع المستوى الوظيفي السابق.

جـ- هناك بينة في القصة المرضية، و الفحص البدني، و في المعطيات المخبرية على أن الاضطراب يعود إلى أكثر من سبب(مثلا: رض الرأس إضافة إلى استخدام الكحول استخداما مزمنا ، خبل من نوع الزهايمر مع تطور لاحق لخبل وعائي).

د- لا تحدث القصورات خلال سير الاضطراب الهذياني delirium.

6- الخبل الذي لا ينضوي تحت أي تصنيف سابق (غير نوعي):

هذا التصنيف يستخدم عندما يشخص الخبل بهذه الصفة لأنه لا تتوافر فيه المعايير لأي نوع من الخبل سبق ووصفناه.

ثالثا: اضطرابات النسيان:

1- اضطراب النسيان ناجم عن.....(اذكر السبب الطبي العام)

أ- تأذي ذاكرة يظهر بتأذ في القدرة على تعلم معلومات جديدة، أو العجز عن تذكر معلومات متعلمة سابقا.

ب- يسبب اضطراب الذاكرة تأذيا هاما في الوظيفة الاجتماعية أو المهنية و يمثل انحدارا هاما بالموازنة مع المستوى الوظيفي السابق.

جـ- لا يحدث اضطراب الذاكرة خلال سير الهذيان أو الخبل.

د- هناك بينة من القصة المرضية، و الفحص البدني أو المعطيات المخبرية على أن الاضطراب هو نتيجة فيزيولجية مباشرة لمرض طبي عام(ومن ضمنه الرض البدني)

حدد فيما إذا كان:

عابرا مؤقتا:إذا كان تأذي الذاكرة قد استغرق شهرا واحدا أو أقل ، فإذا كان التشخيص وضع ضمن الشهر الأول من غير انتظار الشفاء فحينئذ تكتب عبارة"تشخيص مؤقت" .provisional

مزمنا: إذا كان تأذي الذاكرة دام أكثر من شهر واحد.

ملاحظة: تتعلق بالرموز ،ضمن اسم المرض الطبي العام في المحور الأول، أي بذكر الرمز رقم 294 اضطراب نسيان بسبب رض الرأس، و عليك أيضا أن تذكر المرض الطبي العام على المحور الثالث.

2- اضطراب نسيان مستمر بسبب تعاطي مادة كيميائية : يشخص حسب الدليل التشخيصي الخامس كما يلي:

أ- تأذي ذاكرة يظهر بضعف القدرة على تعلم معلومات جديدة، أو العجر عن تذكر معلومات متعلمة سابقا.

ب- إن اضطراب الذاكرة يسبب تأذيا هاما في الوظيفة الاجتماعية أو المهنية و يمثل انحدارا هاما عن المستوى الوظيفي السابق.

جـ- لا يحدث اضطراب الذاكرة خلال سير الهذيان أو الخبل، و يستمر أكثر من المدة العادية لتسمم ناجم عن مادة أو سحب المادة.

د- هناك بينة من القصة المرضية، والفحص البدني، أو النتائج المخبرية على أن اضطراب الذاكرة، على المستوى السببي، يرتبط بالتأثيرات المستمرة لاستخدام المادة الكيميائية (أي تعاطي مادة مخدرة، أو دواء).

إن الرمز للمادة المثيرة للنسيان المستمر هو:

الكحول-المركن، المنوم أو الحال للقل- للمادة المجهولة.

3- الاضطرابات المعرفية الأخرى:

3-1- الاضطراب المعرفي غير النوعي:

هذا التصنيف هو مخصص للاضطرابات التي تتسم بسوء الوظيفة المعرفية المفترض أن يكون سببها التأثير الفيزيولوجي المباشر لمرض طبي عام و الذي لا تنطبق عليه معايير أي من الهذيانات النوعية، و أنواع الخبل التي ذكرناها، أو اضطرابات النسيان المدرجة في هذا القسم والتي لا يحسن تصنيفها من صنف الهذيان غير النوعي، ولا من الخبل غير النوعي ، أو اضطراب النسيان غير النوعي.

أما سوء الوظيفة المعرفية الناجمة عن مادة نوعية أو غير معروفة فيستحسن استخدام التصنيف: اضطراب يرتبط بمادة نوعية غير نوعي.

الأمثلة: تتضمن ما يلي:

اضطراب عصبي معرفي خفيف الشدة: أي تأذ في الوظيفة المعرفية يظهر من خلال تطبيق اختبار عصبي-نفسي، أو نتيجة تقييم سريري مصحوب ببينة موضوعية بوجود مرض طبي عام بدني، أو سوء وظيفة في الجملة العصبية المركزية.

اضطراب يأتي بعد رض: أي في أعقاب رض رأس، يأتي تأذ في الذاكرة أو الانتباه مصحوب بأعراض.

3-2- الاضطرابات العقلية الناجمة عن مرض طبي عام:

يتصف الاضطراب العقلي الناجم عن مرض طبي عام بوجود أعراض عقلية (نفسية) مصدرها النتيجة الفيزيولوجية لمرض طبي عام.

إن تعبير **مرض طبي عام** يشير إلى الحالات التي تكتب رمزيا على المحور الثالث A III والتي تدرج في لائحة خارج "الاضطرابات العقلية" في تصنيف ICD الصادر عن منظمة الصحة العالمية.

إن الإبقاء على التمييز بين الاضطرابات العقلية و الأمراض الطبية العامة لا يتضمن وجود فروق جوهرية أساسية في مفاهيمها، ذلك أن الاضطرابات العقلية بمعناها الواسع (العقلية و النفسية) لا ترتبط بعمليات أو عوامل ذات منشأ فيزيولوجي أو بدني.

إن الغرض من تمييز الاضطرابات الطبية العامة عن الاضطرابات العقلية هو تشجيع الشمولية في التقييم وزيادة بين العاملين في ميدان الصحة النفسية أيضا.

و مهما يكن الحال، ففي الممارسة السريرية، يكون في المنظور عادة اللجوء إلى استخدام المصطلحات النوعية بغية التعرف على الاضطراب النوعي موضوع العلاج.

إن مجموعة المعايير التي تشمل ثلاثة اضطرابات أي:اضطراب خلاعي ناجم عن مرض طبي ع ام، و تبدل الشخصية الناجم من مرض طبي عام ، و الاضطراب العقلي غير النوعي الناجم عن مرض طبي عام ستكون موضوع كلامنا في هذا الفصل .

إن معايير الأمراض المذكورة لاحقا تم وضعها في أقسام أخرى من هذا الكتاب مع الاضطرابات التي تشترك معها في الأعراض و الظواهر، و إن هذا الكتاب نظم على هذه الشاكلة وذلك لتنبيه العياديين من أجل الأخذ بعين الاعتبار هذه الاضطرابات عند التشخيص التفريقي.

– هذيان ناجم عن مرض طبي عام:

–خبل ناجم عن مرض طبي عام .

اضطراب نسيان ناجم عن مرض طبي عام .

اضطراب ذهاني ناجم عن مرض طبي عام

اضطراب مزاج ناجم عن مرض طبي عام

اضطراب قلق ناجم عن مرض طبي عام

سوء وظيفة جنسية ناجم عن مرض طبي عام

اضطراب نوم ناجم عن مرض طبي عام

1–اضطراب خلاعي ناجم عن .....(اذكر المرض الطبي العام) : يشخص حسب الدليل التشخيصي الخامس كما يلي:

أ –وجود خلاع Catatonia يظهر بجمود حركي (تصلب) ، ونشاط حركي مفرط (يبدو ظاهرا لا غائبا، ولا يتأثر بالمؤثرات الخارجية)، و سلبية مفرطة، وخرس Mutism، و غرائب في الحركة العادية الإدارية.

ب– هناك برهان من القصة المرضية، و الفحص البدني، و النتائج المخبرية على أن الاضطراب هو نتيجة فيزيولوجية مباشرة لمرض طبي عام .

جـ – لا يعد الاضطراب صورة لاضطراب أخر .

ملاحظة : تتعلق بالرموز : عليك ذكر اسم المرض الطبي العام على المحور الأول ، أي 293.19 اضطراب خلاعي ناجم عن اعتلال دماغي كبدي . كما يجب ذكر المرض الطبي العام على المحور الثالث III .

2–تبدل شخصية ناجم عن .....(اذكر المرض الطبي العام) : يشخص حسب الدليل التشخيصي الخامس كما يلي:

أ –وجود اضطراب شخصية يمثل تبدلا لما كان عليه الفرد من سمات شخصية. (عند الأولاد يتضمن التبدل انحرافا واضحا عن النمو السوي، أو حدوث تبدل هام في السلوك العادي عندي الطفل دام سنة واحدة على أقل تقدير .

ب –توجد بينة من القصة المرضية، و الفحص الطبي أو النتائج المخبرية ، على أن الاضطراب هو نتيجة مباشرة فيزيولوجية لمرض طبي عام .

جـ – الاضطراب لا يعزي إلى اضطراب عقلي أخر (من ضمن ذلك اضطرابات عقلية أخرى ناجمة عن مرض طبي عام)

د– لا يحدث الاضطراب خلال سير اضطراب الهذيان، كما ولا يتطابق مع معايير الخبل.

هـ – يسبب الإضراب كربا هاما على المستوى السريري، أو يسبب تأذيا في الوظيفة الاجتماعية، و المهنية أو في الميادين الأخرى الهامة الحياتية .

حدد نوع الاضطراب:

–النموذج المتذبذب غير المستقر: إذا كانت السمة المهيمنة هي من النموذج العاطفي غير المستقر .

–النموذج المتهيج: إذا كانت السمة المهيمنة تتسم بضعف في السيطرة على الذات جنسيا .

–النموذج العدواني: إذا كانت السمة المهيمنة تتصف بسلوك عدواني .

– النموذج المثبط اللامبالي: إذا كانت السمة المهيمنة تتصف بالخمول و اللامبالاة.

–النموذج الزوري Paranoid: إذا كانت السمة المهيمنة تتصف بالشكوك المرضية و التفكير الزوري .

– نموذج من نوع آخر: إذا كانت السمة المهيمنة لا تتوافر فيها أية سمة من السمات المذكورة أعلاه، أي تبدل الشخصية المصحوب باضطراب اختلاطي.

–النموذج المختلط : إذا وجدت أكثر من سمة واحدة في الصورة السريرية .

–النموذج اللانوعي .

ملاحظة : تتعلق بالرموز : اذكر اسم المرض الطبي العام على المحور الأول ، أي تبدل شخصية ناجم عن صرع الفص الصدغي، واذكر أيضا المرض الطبي العام على المحور الثالث.

اضطراب عقلي غير نوعي ناجم عن مرض طبي عام .

إن هذا التصنيف الثمالي (Residual) يجب أن يستخدم في المواقف التي يتقرر فيها أن الاضطراب سببه تأثيرات فيزيولوجية مباشرة لمرض طبي عام ، إلا أنه في الوقت نفسه لا تتوافر فيه المعايير لاضطراب عقلي نوعي ناجم عن مرض طبي عام (كالأعراض التفككية الناجمة عن نوبات صرعية جزئية معقدة مثلا).

ملاحظة : تتعلق بالرموز : اذكر أسم المرض الطبي العام على المحور الأول، أي اضطراب عقلي غير نوعي سببه مرض نقص المناعة المكتسب و اذكر أيضاً رمز المرض الطبي العام على المحور الثالث .

المحاضرة 10: الفصام العقلي و الاضطرابات الذهانية الأخرى

1 : الفصام العقلي Schizophrenia: يشخص حسب الدليل التشخيصي الخامس كما يلي:

أ–الأعراض النوعية :

لتشخيص الفصام لا بد من توافر عرضين أو أكثر من الأعراض التالية، يستمر كل عرض مدة زمنية هامة، خلال مدة شهر أو أقل إذا ما تم علاجه بنجاح.

(1)–الأوهام delusions

(2)–الهلاوس hallicinations

(3)–كلام مشوش غير واضح

(4)–سلوك خلاعي catatonic أو على درجة كبيرة من الاضطراب

(5)–أعراض سلبية أي تبلد العاطفة و سطحيتها و فقدان الإرادة Avolition .

ملاحظة :

أحد الأعراض (معيار) من الأعراض المذكورة أعلاه هو مطلوب إذا كانت الأوهام غريبة شاذة ، أو كانت الهلا وس تحوي على صوت يستمر في التعليق على سلوك الفرد أو أفكاره، أو كان هناك صوتان أو أكثر يتحاوران مع بعضهما البعض .

ب–اضطراب الوظيفة المهنية والاجتماعية :

لمدة زمنية هامة، و منذ ظهور الاضطراب تدنت وظيفة أو أكثر من الوظائف الرئيسية التي كان المريض يتعامل معها بنجاح مثل : العمل و العلاقات البيشخصية أو العناية بالذات (أو عندما ظهرت الأعراض في الطفولة أو المراهقة كان هناك الإخفاق في إنجاز المستوى المأمول المتوقع من الإبداء المهني ، أو المدرسي أو العلاقة البيشخصية).

ج– المدة الزمنية :

استمرار علامات الاضطراب وبقاؤها مدة أقلها ستة أشهر، وتتضمن هذه المدة شهر واحد على الأقل من استمرار الأعراض (أو أقل من شهر إذا ما عولج المريض معالجة ناجحة) المبينة في الفقرة "أ" (أي أعراض الطور الحادة) وقد تتضمن هذه المادة أوقات الأعراض المنذرة أو اضطراب الثمالي Residual و في أوقات الأعراض المنذرة أو اضطراب الثمالي، فإن علامات الاضطراب تتبدى بأعراض سلبية فقط أو بعرض أو عرضين في البند "أ" (معتقدات غريبة خبرات إدراك غريبة غير عادية).

د–نفي اضطراب المزاج ، و الاضطراب العاطفي الفصامي schizoaffective :

يتعين نفي تشخيص اضطراب المزاج المصحوب بسمات ذهانية، والاضطراب العاطفي الفصامي ذلك لأننا لا نرى اكتئابا رئيسيا، اضطرابا هوسيا، أو عوارض مشتركة مختلطة mixed episodes تحدث مصاحبة لأعراض الفصام في طوره النشط و إذا حدث أن شاهدنا عوارض اضطراب مزاج خلال طور الأعراض النشطة، فإن مجمل مدتها تكون قصيرة بالموازنة مع مدة فترات الطور النشط والصمالي لمرض الفصام .

هـ – نفي المرض الطبي العام و الاضطراب الناجم عن تعاطي المخدرات:

لا يكون الاضطراب بسبب تأثيرات فيزيولوجية مباشرة لمادة (أي تعاطي مادة مخدرة أو دوائية) أو نتيجة مرض طبي عام.

و – نفي اضطراب تنموي معمم :

إذا كانت هناك قصة اضطراب التوحد أو أي اضطراب أخر تنموي معمم، لا بد من إجراء تشخيص إضافي للتأكد من الفصام إذا كانت هناك أوهام أو أهلاس موجودة لمدة لا تقل عن شهر واحد (أو أقل من شهر إذا ما تم علاج الاضطراب بنجاح).

النماذج الثانوية لمرض الفصام العقلي:

إن النماذج الثانوية لمرض الفصام العقلي تتحدد بالأعراض المهيمنة و ذلك في وقت تقييم الاضطراب .

1- النموذج الزوراني:

هو نموذج من الفصام العقلي نجد فيه المعايير التالية :

أ–الانشغال بواحد أو أكثر من التوهمات أو وجود هلاوس سمعية متكررة .

ب–لا توجد فيه الاضطرابات التالية : الكلام المشوش –السلوك المشوش أو الجمودي، أو العاطفة غير الملائمة أو الضحلة .

2–النموذج المضطرب disorganized:

و هو نموذج من الفصام نجد فيه المعايير التالية :

أ–الاضطرابات التالية تكون ظاهرة بارزة :

(1)–الكلام المضطرب المشوش.

(2)–السلوك المضطرب المشوش .

(3)–العاطفة الضحلة السطحية .

ب–لا تنطبق عليه معايير النموذج الجمودي catatonic.

3– النموذج الجمودي :

هو نموذج من الفصام يسيطر فيه على الصورة السريرية على الأقل عرضان من الأعراض التالية :

أ– جمود حركي صورة الجمدة Catalepsy أو الذهول .

ب–نشاط حركي مفرط (يبدو ظاهريا لا معنى له، كما لا يتأثر بمؤثرات خارجية).

جـ – سلبية مشككة كبيرة (مقاومة مفرغة من الحافز نحو جميع التعليمات، أو إن المريض يبقى على وضعية متصلبة متشخبة ضد جميع المحاولات للتخلي عنها)، أو الخرس التام.

د– شذوذ لحركة غير إدارية (و ذلك باتخاذ وضعيات غير ملائمة وغريبة) والقيام بحركات نمطية.

هـ – صداء لفظي Echolalia .

4– النموذج غير المتميز Undifferentiated :

هو نموذج فصام نجد فيه معيار الفصام البند "أ" الذي سبق و ذكرناه ، إلا أنه لا تتوافر فيه معايير النماذج الفرعية للفصام أي الزوراني ، و المضطرب ، و الخلاعي .

5– النموذج الثمالي Residual :

هو نموذج فصام نجد فيه المعايير التالية :

1–غياب الأوهام البارزة ، و الهلاوس ، و اضطراب الكلام ، و السلوك المضخم ، المشوش أو الخلاعي .

2– هناك دلالة مستمرة على وجود اضطراب يأخذ صورة توافر الأعراض السلبية ، أو وجود عرضين أو أكثر من الأعراض المبينة في البند "أ" من معايير الفصام (كالمعتقدات الغريبة، و الخبرات الإدراكية غير العادية مثلا) .

تصنيف المسيرة الطولانية للفصام :

إن ما نذكره من المحددات specifiers يمكن أن نأخذ بها بعد مضيً سنة على الأقل بدءا من ظهور طور الأعراض الحادة لمرض الفصام .

1– أعراض ثمالية عارضية episodic و بين العارضة Interepisode:

عندما يتسم السير بعوارض نجد فيها معيار "أ" للفصام ، و تكون الأعراض الثمالية هامة سريريا بين العوارض . وتضاف الأعراض السلبية البارزة إذا كانت هذه الأعراض موجودة خلال هذه الأوقات الثمالية .

2–أعراض عوارضية بدون أعراض ثمالية بين العارضة :

عندما يتسم السير الرضيً بعوارض نجد فيها معيار "أ" للفصام من دون أعراض ثمالية هامة سريريا بين العوارض .

3–أعراض مستمرة :

عندما تكون الأعراض النوعية لمعيار "أ" للفصام موجودة في جميع أو معظم سير المرض، و تضاف الأعراض السلبية البارزة إذا كانت هذه الأعراض موجودة.

4– عارضة واحدة في زوال جزئي للأعراض السريرية : هذا يكون عندما نجد عاضة واحدة تتوافر فيها أعراض المعيار "أ" للفصام و بقاء بعض الأعراض الثمالية الهامة ، و تضاف إلى ذلك الأعراض السلبية البارزة إذا كانت هذه الأعراض الثمالية تتضمن الأعراض السلبية البارزة .

5– عارضة واحدة في زوال كامل للأعراض السريرية:

عندما تكون هناك عارضة واحدة تتوافر فيها أعراض المعيار "أ" للفصام و لكن بدون وجود أعراض ثمالية هامة .

6– نموذج أخر أو غير نوعي:

إذا كان هناك نموذج سير مرضي أو آخر غير نوعي.

2– اضطراب يماثل شكل الفصام (Schizophreniform): يشخص حسب الدليل التشخيصي الخامس كما يلي:

أ– إذا كانت المعايير أ.د.هـ للفصام متوافرة .

ب– دامت عارضة الاضطراب (ومن ضمنها الأطوار المنذرة و الفعالة و الثمالة) لمدة شهر على الأقل و لأقل من ستة أشهر (عندما تم التشخيص بدون انتظار الشفاء حينئذ يجب أن يكون هذا التشخيص تحت اسم بدئيً (Provisional

حدد فيما إذا كان :

-بدون سمات تشخيصية جيدة.

-مع سمات تشخيصية جيدة.

توافر بندين أو أكثر من البنود التالية:

(1)– ظهور الأعراض الذهانية البارزة خلال أربعة أسابيع بدءا من أول تبدل ملاحظ في السلوك العادي أو الوظيفة

(2)– الاختلاط و التشوش في ذروة العارضة الذهانية.

(3)– وظيفة مهنية و اجتماعية جيدة قبل المرض.

(4)– غياب العاطفة الشخصية أو التبلد العاطفي.

3– الاضطراب العاطفيً Schizoaffective: يشخص حسب الدليل التشخيصي الخامس كما يلي:

1– مدة مستمرة غير متقطعة من المرض يتخللها إما عارضة اكتئابية رئيسية وعارضة هوسية أو عارضة مختلطة متلازمة مع أعراض ينطبق عليها المعيار "أ" من مرض الفصام العقلي .

ملاحظة : عارضة الاكتئاب الرئيسي يجب أن تتضمن المعيار "أ–1" الخاص بالمزاج المكتئب .

2– في الفترة ذاتها من المرض نجد الأوهام أو الهلاوس تدوم مدة أسبوعين على الأقل ولكن تكون أعراض اضطراب المزاج غائبة .

3– الأعراض التي تطابق معايير العارضة المزاجية تكون موجودة و ذلك في الجزء الأساسي من كامل مدة الفترات النشطة و الثمالية للمرض .

4– لا يكون الاضطراب ناجما من تأثيرات فيزيولوجية مباشرة لمادة (أي : سوء تعاطي عقار، حالة طبية) أو مرض طبي عام حدد النوع .

–نموذج ثنائي القطب ، إذا ما تضمن الاضطراب نوبة هوسية ، أو نوبة مختلطة (نوبة هوسية أو نوبة مختلطة و عوارض اكتئاب رئيسي).

–نموذج اكتئابي ، إذا تضمن الاضطراب عوارض اكتئاب رئيسية فقط.

4– اضطراب توهمي Delusional : يشخص حسب الدليل التشخيصي الخامس كما يلي:

1– أوهام ليست غريبة (أي الانخراط في مواقف تحدث في الحياة الواقعية، كأن يتوهم المريض أنه مراقب من قبل أناس معينين ، أو أن هناك من يحاول تسميمه ، أو يصيبه بعدوى مرضية ، أو هو محبوب من بعيد ، أو واقع في غش من قبل الزوج /الزوجة (مخدوع) ، أو محبوب ، أو أنه مصاب بمرض) هذه الأوهام دامت شهرا واحدا على الأقل .

2–لا نجد في هذا الاضطراب المعيار "أ" في مرض الفصام .

ملاحظة :الهلاوس الشمية و اللمسية الجلدية نجدها في الاضطراب التوهمي إذا كانت ترتبط بموضوع توهمي.

3– عدا تأثير الأوهام أو تفرعاته ، لاتتأثر الوظيفة الحياتية تأثرا كبيراً، ولا يبدو السلوك على جانب كبير من الغرابة أو الشذوذ.

4– إذا صادف و تزامن وجود عوارض مزاج (اضطراب مزاج) مع الأوهام فإن هذه العوارض تكون قصيرة نسبيا بالموازنة مع مدة الفترات التوهمية .

5–لا يكون الاضطراب متأتيا عن تأثيرات فيزيولوجية مباشرة لمادة دوائية (سوء استخدام العقاقير المخدرة، أو الدواء) أو بسبب مرض طبي عام .

تحديد نوع التوهم حسب سيطرة أعراضه:

أ– نموذج الهوس العشقي Erotomanic: توهمات تدور حول فرد ، غالبا ما يكون من مستوى رفيع اجتماعياً، واقع في غرام المريض / أو المريضة.

ب–نموذج العظمة: وهو توهمات تضخم الذات، و القوة و المعرفة و الكيان أو العلاقة الخاصة برجل أو شخصية هامة في المجتمع.

جـ– نموذج الغيرة: توهمات بكون الشريك الجنسي خائنا غير مخلص (الزوج أو الزوجة).

د– نموذج المضطهد (الاضطهاد): وفيه توهمات تدور حول الفرد الذي يلتصق به المريض ويتعامل معه ويتعمد إساءة معاملته و اضطهاد .

هـ–**النموذج البدني Somatic** : توهمات تسيطر على المريض فيتوهم بأن فيه مرضا عضويا طبيا عاما أو علة بدنية .

و- النموذج المختلط MIXED TYPE: تكون التوهمات خليطا من أكثر من عرض واحد من أعراض النماذج التي ذكرناها بدون أن يكون نموذجا واحدا هو المسيطر .

5- اضطراب ذهاني قصير المدة: يشخص حسب الدليل التشخيصي الخامس كما يلي:

1-**وجود عرض أو أكثر من الأعراض التالية:**

أ-التوهمات .

ب-الهلاوس .

جـ-اضطراب الكلام و تشوشه (كلام غير مفهوم).

د-سلوك جهودي ، أو مضطرب مفخم .

ملاحظة : لا يؤخذ بعين الاعتبار العرض إذا كان نموذج الاستجابة عرفيا و جزءا من العادات والأعراف الثقافية .

2-تكون مدة عارضة Episode الاضطراب قصيرة، يوما واحدا على الأقل، ولا تتجاوز الشهر الواحد، حيث يعود المريض إلى حالته الأولى السوية قبل ظهور الاضطراب.

3-لا يكون سبب الاضطراب حالة اكتئابية أو هوسية مصحوبة بسمات ذهانية، و لا هو فصام عاطفي، أو مرض الفصام، كما لا يكون نتيجة تأثيرات فيزيولوجية مباشرة لمادة دوائية أو مخدرة (سوء استعمال العقاقير أو الدواء) أو بسبب مرض طبي عام.

حدد فيما إذا كان الاضطراب :

أ- مصحوبا بمؤثرات بارزة (ذهان ارتكاسي قصير المدة): إذا ما ظهرت الأعراض في أعقاب حادثة أو حوادث (كانت بمفردها أو مجتمعة) باعثة على شدة قوية لدى أي شخص يكون في مثل هذه المواقف و هو من المجتمع نفسه.

ب– غير مصحوب بموترات: إذا لم تحدث الأعراض الذهانية بعد مدة قصيرة ردا على حادثة أو حوادث خارجية، بمفردها أو مجتمعة و تكون هذه الحوادث أو الحادثة باعثة على الشدة عند أي شخص أخر من المجتمع نفسه .

جـ– ظهر في أعقاب الولادة: أي خلال مدة أربعة أسابيع بعد الولادة أو ضمن هذه المدة.

6 : **اضطراب ذهاني مشترك (جنون الاثنين Folieadeax)**: يشخص حسب الدليل التشخيصي الخامس كما يلي:

1–وهو توهم يظهر عند فرد يكون على احتكاك مع شخص يلازمه و لدى هذا الأخير اضطراب توهم ثابت.

2–يكون التوهم مماثلا في المحتوى للشخص المصاب بالتوهم.

3–لا يكون سبب الاضطراب اضطرابا ذهانيا أخر (أي الفصام مثلا) أو اضطراب مزاج بسمات ذهانية، و لا هو نتيجة تأثيرات مباشرة فيزيولوجية لمادة دوائية (مخدرات ، دواء) أو مرض طبيً عام.

7– اضطراب ذهاني ناجم عن ....(اذكر المرض الطبي العام): يشخص حسب الدليل التشخيصي الخامس كما يلي:

1–هلاوس و توهمات واضحة بارزة.

2–هناك ما يثبت وجود مرض طبي عام، و ذلك من خلال القصة المرضية، و المعطيات المخبرية، و الفحص الجسمي.

3–لا يكون الاضطراب نتيجة اضطراب عقلي أخر.

4–لا يحدث الاضطراب في أثناء سير الهذيان الرمز يستند على العرض المهيمن.

أ–مصحوب بتوهمات: إذا كان التوهم هو العرض المهيمن .

ب–مصحوب بهلاوس: إذا كانت الهلاوس هي العرض المهيمن.

ملاحظة : **تتعلق بالرموز** : إذا كانت التوهمات جزءا من المرض الطبي العام اذكرها على المحور واحد (Axis 1) مثلا : اضطراب ذهاني ناجم من سرطان رئوي خبيث مصحوب بتوهمات. اذكر المرض الطبي العام على المحور 2 (Axis 2) .

إذا كانت التوهمات جزءا من العته Dementia السابق الوجود، فاذكر التوهمات بالرمز المناسب للنموذج الثانوي (الفرعي) للعته مثلا : عته مرض الزهايمر ، بظهور متأخر مصحوب بتوهمات.

8– اضطراب ذهاني ناجم عن تعاطي مادة دوائية: يشخص حسب الدليل التشخيصي الخامس كما يلي:

1–هلاوس أو توهمات بارزة مهيمنة.

ملاحظة : لا تذكر الهلاوس إذا كان الفرد لديه استبصار بأنها هلاوس مثارة بفعل تعاطي مادة دوائية.

2– هناك ما يبرهن، من القصة المرضية، والفحص البدني، أو النتائج المخبرية على أن الهلاوس ناجمة عن تعاطي مادة دوائية بدلالة البند واحد أو البند اثنين من التالي :

أ–إن الأعراض المذكورة في رقم "1" أعلاه ظهرت ضمن شهر واحد من التسمم الدوائي للمادة المخدرة أو سحبها .

ب–الدواء المستخدم هو المسئول على المستوى السريري عن الاضطراب .

3–ليس سبب الاضطراب مرضا ذهانيا نتيجة الإدمان على مادة مخدرة، الذي يتضمن عادة الأعراض التالية :

أ– الأعراض تسبق بدء تعاطي المادة المخدرة (أو الدوائية).

ب– تستمر الأعراض مدة مهمة من الوقت (حوالي شهر) بعد توقف أعراض الانسحاب الحاد، أو التسمم أو أنها تكون متجاوزة لما هو متوقع لمادة مخدرة مستخدمة، أو مدة استخدامها، أو هناك بينة تدل على وجود اضطراب ذهاني مرده إلى تعاطي مادة مخدرة، أي قصة عوارض ذهانية راجعة (ناكسة) ليست من تأثير مادة مخدرة .

4-لا يحدث الاضطراب في أثناء سير اضطراب هذياني Delirium .

ملاحظة : يوضع هذا التشخيص بدلا من تشخيص التسمم بمادة مخدرة، أو سحب مادة مخدرة، عندما تكون الأعراض مفرطة تتجوز ما يكون مشاهدا عادة في أعراض التسمم أو سحب مادة دوائية أو مخدرة، وعندما تكون الأعراض شديدة إلى الحد الذي تستحق معه اهتماما سريريا مستقلا .

ملاحظة تتعلق بالرموز : يتوقف رمز التشخيص على نوعية الأعراض المهيمنة أي التوهمات أو الهلاوس.

حدد فيما إذا كان الاضطراب :

– ظهر أثناء التسمم: إذا كانت المعايير الخاصة بالتسمم موجودة أي التسمم بمادة مخدرة أو دوائية، و الأعراض ظهرت خلال وجود المتلازمة التسممية.

–ظهر خلال الانسحاب: إذا كانت المعايير الخاصة بسحب المادة موجودة، و الأعراض ظهرت في أثناء متلازمة الانسحاب، أو بعدها بمدة قصيرة.

9– الاضطراب الذهاني غير النوعي :

يتضمن هذا التصنيف الأعراض الذهانية (التوهمات ، الهلا وس ، اضطراب الكلام ، السلوك الجمودي أو المضطرب اضطربا متضخما و لكن لا تتوافر معلومات كافية تكفي لتحديد نوع الذهان وفق النماذج والتصانيف الفرعية التي ذكرناها، أو عندما تتصف المعلومات فيها بطابع التناقض و التضارب، أو أن الاضطرابات بأعراض ذهانية لا تتوافر فيها معايير لأي اضطراب ذهاني نوعي.

1–ذهان ما بعد الولادة (أو النفاسي) الذي لا تتوافر فيه معايير اضطراب مزاج مع سمات ذهانية، و الاضطراب الذهاني القصير المدة ، و الاضطراب الذهاني الناجم عن سبب طبيً عام ، أو اضطراب ذهاني جاء بفعل تعاطي مادة مخدرة أو دواء.

2–أعراض ذهانية استمرت أقل من شهر واحد و لكن لم تزل بعد بحيث إن معايير الاضطراب الذهاني القصير المدة غير متوافرة في الاضطراب .

3–الهلاوس السمعية المستمرة في غياب أية أعراض أخرى .

4–التوهمات المستمرة غير الشاذة مع فترات من عوارض اضطراب مزاج متراكب معها، والموجودة مع جزء أساسي من الاضطراب التوهمي.

5– المواقف التي ينتهي فيها المعالج إلى قرار بكون الاضطراب الذهاني موجودا ولكن غير قادر على تحديد فيما إذا كان هذا الاضطراب أوليا أو ناجما عن مرض طبيعيًا، أو كان بعد مادة مخدرة أحدثته.

المحاضرة 11: اضطرابات النوم

1-اضطرابات نوم أولية:

1- 1-عسر النوم Dyssomnia:

- **أرق أوليّ Primary Insomnia**: يشخص في الدليل التشخيصي 5 حسب المعايير التالية:

أ – شكوى مهيمنة في صعوبة البدء بالنوم والاستمرار فيه، أو النوم غير المرمم في مدة تقل عن شهر .

ب – يسبب اضطراب النوم (أو المقترن بالتعب خلال النهار) كربا سريريا مهما أو إعاقة للوظيفة الاجتماعية والمهنية، وللميادين الأخرى الوظيفة المهمة.

ج – لا يحدث اضطراب النوم خلال سير اضطراب النوم الإنتيابي – السبخ Narcolepsy، أو اضطراب النوم الناجم عن التنفس ، أو اضطراب النوم المياومي الإيقاعي Circardian rythm sleepdisorder، أو نظير النوم Parasonmia.

د – لا يحدث الاضطراب خلال سير اضطراب نفسي أخر (أي اضطراب اكتئاب رئيسي، اضطراب قلق معمم، أو الهذيان).

هـ – لا يكون الاضطراب بسبب تأثيرات فيزيولوجية مباشرة لتعاطي مادة ما (أي تناول مخدر أو دواء) أو نتيجة مرض طبي عام.

- **فرط نوم أولي Primary Hypersonmia**:

أ – تكون الشكوى المسيطرة هي فرط نوم يدوم شهرا واحدا على الأقل(أو أقل إذا كان ناكسا) وذلك كما تبين إما بعوارض النوم المديدة ،وإما بعوارض النوم النهارية التي تحدث يوميا تقريبا.

ب – يسبب فرط النوم كربا سريريا مهما أو إعاقة اجتماعية ومهنية، أو في مجالات أخرى وظيفية مهمة.

ج – لا يكون فرط النوم بسبب الأرق ولا يحدث خلال سير اضطراب نوم آخر مثل السبخ ، واضطراب نوم تنفسي المنشأ، أو اضطراب نوم مياومي إيقاعي (أي في إيقاع النوم اليومي، أو نظير النوم)، كما لا يكون السبب بفعل مقدار نوم غير كاف.

د – لا يحدث الاضطراب خلال سير اضطراب نفسي أخر.

هـ – لا يكون الاضطراب نتيجة تأثيرات فيزيولوجية مباشرة لتعاطي مادة (مخدر أو دواء) أو بفعل مرض طبي عام.

حدد فيما إذا كان :

–ناكسا راجعا: إذا كانت هناك فترات زمنية من نوم مفرط تحدث لمدة أقلها ثلاثة أيام عدة مرات في السنة وخلال سنتين على الأقل .

- **النوم الانتيابي أو السبخ Narcolepsy :**

أ – نوبات لا تقاوم بنوم منعش تحدث يوميا في مدة أقلها ثلاثة أشهر .

ب – وجود واحد أو أكثر من التالي:

1– جمدة Cataplex (أي عوارض قصيرة بفقدان التقوي العضلي المفاجىء ثنائي الجانب، غالبا ما يقترن بانفعال شديد).

2– اقتحامات راجعة لعناصر حركة عين سريعة (REM) في النوم، وذلك خلال الانتقال بين النوم واليقظة تظهر بهلاوس هينباغوجية (بين النوم واليقظة) أو شلل نوم في بداية عوارض النوم، وفي انتهائها.

ج – لا يكون الاضطراب نتيجة تأثيرات فيزيولوجية مباشرة لمادة ما (مخدر أو دواء) ولا بسبب مرض طبي عام.

- **اضطراب نوم تنفسي المنشأ:**

يشخص من خلال ما يلي:

أ – تقطع النوم الذي يؤدي إلى نوم مفرط أو أرق يفسر السبب بوجود آفة تنفسية تخل بالنوم (أي متلازمة انقطاع التنفس بتأثيره على مركز النوم، أو الساد ،أو متلازمة نقص التهوية السنخي المركزي) .

ب – لا يكون سبب الاضطراب وجود اضطراب نفسي أخر، ولا هو نتيجة التأثيرات المباشرة الفيزيولوجية لتعاطي مادة ما (مخدرة أو دواء) أو وجود مرض طبي عام (غير الاضطراب المتعلق بالتنفس).

ملاحظة: يذكر الرمز لهذا الاضطراب أيضا على المحور الثالث Axis III.

- **اضطراب إيقاع النوم المياومي Circardian (كان يسمى سابقا اضطراب نظام النوم والاستيقاظ):**

أ – نموذج من تقطع النوم الناكس أو المستمر يؤدي إلى فرط نوم، أو إلى الأرق بسبب مزاوجة غير ملائمة بين أسلوب النوم والاستيقاظ.

ب – يسبب اضطراب النوم كربا سريريا مهما، أو إعاقة وظيفية مهنية واجتماعية، أو في المجالات الوظيفية المهمة الأخرى .

ج – لا يحدث الاضطراب قطعيا خلال سير اضطراب نوم أخر، أو وجود اضطراب نفسي آخر.

د – لا يكون الاضطراب نتيجة تأثيرات فيزيولوجية مباشرة لمادة ما (مخدر أو دواء) أو بفعل مرض طبي عام .

حدد فيما إذا كان الاضطراب:

– **من نوع طور النوم المتأخر:** وهو نموذج مستمر من بداية أوقات نوم متأخر واستيقاظات متأخرة مع العجز بالولوج في النوم والاستيقاظ في الوقت المبكر المرغوب فيه.

– **نموذج تبدل التوقيت:** النوم واليقظة اللذان يحدثان في وقت غير ملائم من اليوم، المرتبط بالتوقيت المحلي، يحدث بعد أن يعبر الفرد بسفره أكثر من منطقة توقيت.

– **نموذج تبديل العمل:** الأرق خلال فترة النوم الرئيسية، أو النوم المفرط خلال فترة الاستيقاظ الرئيسية المصحوبة بتبدل وقت العمل ليكون ليلا، أو التبديل المستمر أو المتكرر للعمل.

– **النموذج غير النوعي:** (طور النوم المتقدم ، نموذج الاستيقاظ – النوم غير المنتظم، أو النموذج الآخر غير النوعي).

عسر النوم غير نوعي:

إن هذا التصنيف يرتبط بالأرق، وفرط النوم، أو اضطرابات إيقاع النوم الميامومي التي لا تتوافر فيها معايير، أي عسر نوم نوعي. الأمثلة تتضمن التالي:

1 – شكاوى من أرق مهم سريريا، أو فرط نوم، تعزي إلى عوامل بيئية (أي الضوضاء، والنور، وانقطاعات متكررة في النوم).

2 – فرط النوم الذي يعزي إلى الحرمان المستمر من النوم.

3 – متلازمة "عدم استقرار الرجلين" –الطرفين السفليين– المجهول السبب أو الغامض، وهي إحساسات مزعجة (أي إحساسات مزعجة تماثل مشي الحشرات الزاحفة على الجلد، أو عدم الاستقرار) التي تؤدي إلى حفز شديد لتحرك الرجلين. نموذجيا تبدأ الإحساسات في المساء قبل بداية النوم وتزول مؤقتا بتحريك الرجلين أو بالمشي، وتعود هذه الإحساسات من جديد عندما تكون الرجلان ساكنتين ، وهذه الإحساسات تعيق النوم ، أو توقظ الفرد من نومه.

4 – حركات الطرف الدورية الغامضة الأسباب (رفع عضلي ليلي Myclonus): رعشات طرف قصيرة ذات سعة ضعيفة متكررة، وبخاصة في الطرفيين السفليين. وهذه الحركات تبدأ في بداية الدخول في النوم وتتناقص أثناء المرحلة الثالثة أو الرابعة من انعدام حركة العين السريعة في النوم. وهذه الحركات تحدث عادة بشكل إيقاعي بمعدل كل 20 – 60 ثانية، فتؤدي إلى استيقاظ متكرر قصير المدة. يكون الأفراد غير واعيين للحركات ، ولكن يشكون من الأرق، والاستيقاظات المتكررة، أو من النوم خلال النهار إذا كان عدد الحركات كثيرا جدا.

5 – إن المواقف التي يستنتج منها العيادي أن عسر النوم هو قائم، ولكنه غير قادر على تحديد ما إذا كان أوليا ناتجا عن مرض طبي عام أو عن تعاطي مادة مخدرة أو دوائية.

2– نظير النوم Parasonmias:

- **إضطراب الكابوس Nightmare Disorder (يسمى سابقا اضطراب قلق الحلم):**

أ – استيقاظ متكررة من فترة نوم رئيسي، أو قيلولات مع تذكر مفصل لأحلام مرعبة رعبا قويا وممتدا، وعادة تتضمن الأحلام التهديدات للبقاء، وللأمن، ولاعتبار الذات. يحدث الاستيقاظ عموما خلال النصف الثاني من فترة النوم.

ب – عند الاستيقاظ من الأحلام المرعبة، يصبح الفرد بسرعة موجها ويقظا متنبها (بعكس الاختلاط وحالة الضلال الملاحظين في اضطراب رعب النوم وبعض أشكال الصرع).

ج – إن خبرة النوم، واضطراب النوم اللذين ينجمان عن الاستيقاظ، يسببان كربا سريريا مهما، أو إعاقة في الوظيفة المهنية والاجتماعية، أو في الميادين الوظيفية المهمة الأخرى.

د – لا تحدث الكوابيس مطلقا في أثناء سير اضطراب نفسي أخر. (أي في حالة الهذيان واضطراب الشدة التي تعقب التعرض للرضى النفسي) وليست هي نتيجة تأثيرات فيزيولوجية مباشرة لتعاطي مادة (مخدرة أو دوائية) أو بسبب مرض طبي عام.

- **اضطراب الرعب خلال النوم Sleep Terror disorder.**

أ – عوارض ناكسة تتجلى باستيقاظ مفاجئ من النوم تحدث عادة في أثناء الطور الثالث من النوم الرئيسي وتبدأ بصراخ رعب.

ب – نجد الخوف الشديد وعلامات الإثارة للجملة العصبية الذاتية (الإعاشية) مثل تسرع القلب الاشتدادي، وتسرع التنفس، والتعرق خلال كل عارضة (نوبة).

ج – نجد عدم استجابة نسبية للجهود التي يبذلها الآخرون لتسكين وطمأنة الفرد خلال العارضة.

د – لا يتذكر الفرد الحلم مفصلا، كما أنه يفقد ذاكرته بالنسبة للعارضة.

هـ – يسبب الاضطراب كربا سريريا مهما، أو إعاقة في الوظيفة الاجتماعية والمهنية، أو في المجالات الوظيفية المهمة الأخرى.

و– لا يكون الاضطراب بسبب تأثيرات فيزيولوجية مباشرة لمادة ما (مخدرة أو دواء) ولا نتيجة مرض طبي عام.

- **اضطراب المشي أثناء النوم:**

أ – عوارض متكررة ينهض فيها الفرد من فراشه خلال نومه ويمشي متجولا وتحدث هذه العوارض عادة في أول الجزء الثالث من عارضة النوم الرئيسي.

ب – في حالة المشي أثناء النوم يكون الفرد أعشى، يحدق ولايرى، ولا يستجيب نسبيا إلى جهود الآخرين في الاتصال به، ولا يمكن إيقاظه إلا بصعوبة كبيرة.

ج – عند الإيقاظ من عارضة المشي في النوم، وفي الصباح التالي، يكون الفرد ناسيا، لا يتذكر شيئا مما حدث في عارضة المشي في النوم.

د – بعد عدة دقائق من الاستيقاظ من عارضة المشي أثناء النوم لا نجد إعاقة في النشاط العقلي أو السلوكي (على الرغم من وجود فترة قصيرة من التشوش أو التوهان ، بداية).

هـ– يسبب المشي في النوم كربا سريريا مهما، أو إعاقة في الوظيفة الاجتماعية والمهنية ، أو في المجالات الوظيفية المهمة الأخرى.

و– لا يكون الاضطراب بسبب تأثيرات فيزيولوجية مباشرة لمادة (مخدر أو دواء) أو بفعل مرض طبي عام.

- **نظير النوم غير النوعي Parasonmia unspecified:**

وهو تصنيف غير نوعي للاضطرابات التي تتصف بحوادث فيزيولوجية وسلوكية لا سوية شاذة خلال النوم، أو في الانتقالات من النوم إلى اليقظة، إلا أنها لا تتوافر فيها بالوقت نفسه المعايير لنظير النوم النوعي .الأمثلة تتضمن ما يلي:

1 – اضطراب سلوك سرعة حركة العين في النوم : نجد نشاطا حركيا، وغالبا ما يكون عنيف الطابع، يظهر خلال طور حركة العين السريعة في النوم. هذه العوارض تميل إلى الحدوث في أواخر الليل وتكون مصحوبة بحلم حيوي يتذكره الفرد.

2 – شلل النوم: العجز عن انجاز حركات إرادية خلال الانتقال بين اليقظة والنوم. تحدث هذه العوارض في بداية النوم (المرحلة الهينباغوجية) أو مع الاستيقاظ. تكون هذه العوارض مصحوبة بقلق شديد، وفي بعض الحالات يصاحبها

الخوف من حدوث الموت. يحدث شلل النوم عادة كعرض إضافي للنوم الانتيابي أو السبخ، وفي مثل هذه الحالات يعطى هذا الاضطراب رمزا منفصلا.

3 – المواقف التي يستخلص منها العيادي أن نظير النوم موجود، ولكنه غير قادر على تحديد ما إذا كان أوليا نتيجة مرض طبي عام ، أو تعاطي مادة مخدرة.

3– اضطرابات النوم المرتبطة باضطراب نفسي أخر:

شكوى مهيمنة من صعوبة البدء بالنوم أو المحافظة عليه (صعوبة الولوج في النوم) أو النوم غير المرمم، تدوم مدة أقلها شهر واحد، وتكون مصحوبة بتعب خلال النهار أو إعاقة للوظيفة اليومية.

يسبب اضطراب النوم (أو عقابيلة النهارية) كربا سريريا مهما أو إعاقة اجتماعية و مهنية، أو في الميادين الوظيفية المهمة الأخرى.

ج – يكون الأرق مرتبطا باضطراب نفسي أخر يذكر على المحور الأول أو المحور الثاني (أي اكتئاب رئيسي، أو اضطراب قلق معمم، أو اضطراب تكيف مع القلق) بحيث يكون شديدا لدرجة يستحق معها اهتماما سريريا مستقلا.

د – لا يكون الاضطراب ناجما عن اضطراب نوم أخر (أي السبخ ، اضطراب نوم تنفسي المنشأ، أو نظير النوم).

هـ – لا يكون الاضطراب بسبب تأثيرات فيزيولوجية مباشرة لمادة ما (مخدرة أو دواء) ولا نتيجة مرض طبي عام.

- **فرط النوم يرتبط ب....(اذكر الاضطراب على المحور الأول أو الثاني) :**

يشخص في الدليل التشخيصي الخامس وفق المعايير التالية:

أ – شكوى مهيمنة من نوم مفرط لمدة أقلها شهر ، كما تتوضح من عوارض نوم مديد أو عوارض نوم نهارية تحدث يوميا تقريبا.

ب – يسبب النوم المفرط كربا سريريا مهما أو إعاقة للوظيفة الاجتماعية والمهنية، أو في الميادين الوظيفية المهمة الأخرى.

ج – إن فرط النوم يرتبط باضطراب أخر مذكور على المحور الأول أو المحور الثاني(أي اضطراب اكتئابي رئيسي، أو اضطراب اكتئابي عصبي) ويكون شديدا إلى الحد الذي يستدعي اهتماما سريريا مستقلا.

د – لا يكون الاضطراب بسبب اضطراب نوم آخر(أي السبخ ، واضطراب نوم تنفسي المنشأ ، أو نظير النوم) أو بسبب نقص في النوم .

هـ – لا يكون الاضطراب نتيجة لتأثيرات فيزيولوجية مباشرة لمادة (مخدرة أو دواء) أو بفعل مرض طبي عام.

رابعا: اضطرابات نوم أخرى:

- **اضطراب نوم بسبب (اذكر المرض الطبي العام المسبب):**

يشخص في الدليل التشخيصي الخامس وفق المعايير التالية:

أ – اضطراب نوم مهيمن يكون شديدا إلى الحد الذي يستدعي اهتماما سريريا مستقلا .

ب – هناك دلالة من تاريخ القصة المرضية ، والفحص البدني ، والنتائج المخبرية على أن اضطراب النوم هو نتيجة فيزيولوجية لمرض طبي عام .

ج – لا يكون الاضطراب نتيجة اضطراب نفسي أخر (أي اضطراب تكيف مثلا).

د – لا يحدث الاضطراب في أثناء الهذيان .

هـ – الاضطراب لا تتوافر فيه معايير اضطراب النوم التنفسي المنشأ أو السبخ .

و – يسبب الاضطراب كربا سريريا شديدا، أو إعاقة في الوظيفة الاجتماعية والمهنية أو في الميادين الوظيفية المهمة الأخرى .

حدد فيما إذا كان :

– من نموذج الأرق: إذا اضطراب النوم تغلب عليه صورة الأرق.

– من نموذج فرط النوم: إذا كان اضطراب النوم المهيمن من نوع فرط النوم.

– من نموذج نظير النوم: إذ كان اضطراب النوم المهيمن من نوع نظير النوم.

– من نموذج مختلط: إذا وجد أكثر من اضطراب نوم واحد ولا يوجد أي واحد مهيمن على الصورة السريرية.

*** اضطراب النوم بسبب تعاطي مادة ما:**

يشخص في الدليل التشخيصي الخامس وفق المعايير التالية:

أ – اضطراب ظاهر في النوم يكون شديدا إلى الحد الذي يستوجب اهتماما سريريا مستقلا.

ب – هناك ما يبرهن من القصة المرضية، والفحص الطبي، أو النتائج المخبرية وجود البندين الأول أو الثاني التاليين :

1 – إن الأعراض في المعيار (أ) ظهرت خلال مدة شهر من التسمم بالمادة أو نتيجة سحبها.

2 – إن استخدام الدواء على المستوى السببي هو المسئول عن اضطراب النوم.

ج – إن الألم لا يكون بسبب اضطراب النوم غير ناجم من تعاطي مادة ، وهذا يتضمن التالي :

– تسبق الأعراض بداية استخدام المادة (أو تعاطي دواء).

– تستمر الأعراض لفترة أساسية من الزمن (أي حوالي شهر) بعد توقف أعراض الانسحاب الحادة أو التسمم الشديد، أو أنها تتجاوز في مدتها ما هو متوقع من نموذج المادة المستخدمة أو مقدارها أو مدة تعاطيها، أو هناك برهان يوحي بوجود اضطراب نوم مستقل لا علاقة له بالمادة المتعاطاة (أو وجود عوارض ناكسة لا ترتبط بتعاطي مادة).

د – لا يحدث الاضطراب مطلقا أثناء الهذيان .

هـ – إن اضطراب النوم يسبب كربا مهما على المستوى السريري أو إعاقة اجتماعية و مهنية وظيفية، أو في الميادين المهمة الوظيفية الأخرى .

ملاحظة: هذا التشخيص يعطى بدلا من تشخيص التسمم بسبب تعاطي مادة، أو سحب مادة فقط عندما تكون أعراض نوم متجاوزة لتلك المقترنة عادة في متلازمة التسمم أو السحب، وعندما تكون الأعراض شديدة إلى الحد الذي يستوجب اهتماما سريريا مستقلا .

حدد فيما إذا كان الاضطراب من :

– **نموذج الأرق:** إذا كان اضطراب النوم المهيمن هو الأرق.

– **نموذج فرط النوم:** إذا كان اضطراب النوم المهيمن هو فرط النوم.

– **نموذج نظير النوم:** إذا كان اضطراب النوم المهيمن هو نظير النوم.

– **النموذج المختلط:** إذا وجد أكثر من اضطراب نوم واحد ولا نجد الهيمنة في أي من هذه الاضطرابات.

حدد فيما إذا كان :

– **مع بداية اضطراب التسمم:** إذا كانت المعايير متوافرة في التسمم بالمادة وظهرت الأعراض خلال متلازمة التسمم .

– **مع بداية اضطراب السحب:** إذا كانت المعايير متوافرة في سحب المادة وظهرت الأعراض بعد متلازمة السحب بمدة قصيرة أو خلاله .

المحاضرة 12: اضطرابات الشخصية

يبدأ هذا القسم بالتعريف العام لاضطراب الشخصية الذي يطبق على عشرة أنواع من اضطرابات الشخصية. وعلينا أن نعلم أن جميع اضطرابات الشخصية تذكر على المحور الثاني.

1- المعايير التشخيصية العامة لاضطراب الشخصية:

أ- أنموذج دائم و مستمر لخبرة داخلية و لسلوك ينحرفان انحرافا واضحا من توقعات ثقافة و مجتمع الفرد. هذا النموذج يظهر بمجالين أو أكثر من المجالات التالية:

1 في المعرفة (أي بطرق إدراك و تفسير الذات و الآخرين و الحوادث الحياتية).

2- في العاطفة (أي بمدى ،وشدة ، وتغير ،وملائمة الاستجابة الانفعالية)

3- في الوظيفة البيشخصية.

4- في ضبط النزوع.

ب- النموذج الدائم هو غير مرن، و منتشر عبر طيف واسع من المواقف الشخصية و الاجتماعية.

ج- يقود النموذج الدائم إلى كرب مهم سريريا ،أو إعاقة في الوظيفة الاجتماعية و المهنية أو في المجالات الأخرى المهمة الوظيفية.

د- يكون هذا النموذج ثابتا و طويل المدة، و إن ظهوره يمكن تتبعه و ملاحظته في المراهقة أو في بداية البلوغ.

هـ- هذا النموذج الدائم لا يكون نتيجة تأثيرات فيزيولوجية مباشرة لمادة (مخدرة أو دواء) و لا بسبب مرض طبي عام(رض الرأس)

و- لا يكون هذا الأنموذج الثابت ناجما عن ظاهرة أو نتيجة لاضطراب نفسي أخر.

2- مجموعة أ لاضطرابات الشخصية:

1.2 اضطرابات الشخصية الزورية: يشخص من خلال الدليل التشخيصي 5 كما يلي:

أ- شك وعدم ثقة بالآخرين ينتشران حيث تكون دوافع الناس مفسرة و مؤولة تأويل الحقد و الضغينة و الكراهية. تظهر هذه الأعراض في بداية البلوغ ، ونجدها في مختلف السياقات و القرائن ، و ذلك كما تتبدى بأربعة بنود أو أكثر من البنود التالية :

1- شكوك تنتاب الفرد- بدون وجود أساس حقيقي كاف-بأن الناس يستغلونه و يلحقون الأذى به، أو يخدعونه / يخدعونها أي سوء النية.

2- يكون الفرد منشغلا بشكوك غير مبررة حيال إخلاص أو وثوقيه الأصدقاء و الأقرباء و يرفض الثقة بالآخرين بسبب الخوف اللاواقعي من أن المعلومات سيتم استخدامها استخداما خبيثا ضده.

3- يقرأ معاني الحط من قدره أو التهديد من خلال الملاحظات و الإشارات البريئة أو الحوادث.

4- يحمل بإصرار الإنكار، أي عدم الغفران للإهانة ، و الإصابات أو الاستخفاف به.

5- يدرك الهجمات على طبعه أو سمعته التي لا تكون ظاهرة و ثابتة و حقيقية في نظر الآخرين ، و يرد بسرعة غاضبا ، أو يهاجم هجوما معاكسا بعنف.

6- يحمل شكوكا ناكسة بدون إثبات على صحتها بخصوص إخلاص الزوج أو الشريك الجنسي.

ب – لا يحدث هذا الاضطراب خلال سير الفصام ، أو في اضطراب المزاج بسمات ذهانية ، أو في اضطراب ذهاني أخر ، و لا هو نتيجة تأثيرات فيزيولوجية لمادة ما (مخدرة ، أو دوائية) أو مرض طبي عام .

ملاحظة : إذا كانت المعايير متوافرة قبل ظهور الفصام ، أضف كلمة * ما قبل المرض* أي اضطراب شخصية زورية (ما قبل المرض)

2-3- اضطرابات شخصية شبيهة بالفصام (فصاماني):

أ- نموذج منتشر من الانسلاخ عن العلاقات الاجتماعية و مدى ضيق من التعبير عن الانفعالات في المجالات الشخصية، يظهر في البلوغ الباكر، ويتجلى بأنواع من الاقترانات، وذلك بأربع دلالات أو أكثر من الدلالات التالية :

1- لا يرغب الفرد في علاقات حميمية ، و لا يستمتع بها و من ضمن ذلك كونه جزءا من الأسرة.

2- يفضل غالبا النشاطات الفردية و يختارها.

3- اهتمامه ضعيف – إن وجد الاهتمام- بإيجاد علاقة جنسية مع شخص أخر.

4- يستمتع بالنشاطات استمتاعا قليلا ، إن وجد هذا الاستمتاع.

5- ليس لديه أصدقاء حميمون أو أوفياء يثق بهم عدا الأقرباء من الدرجة الأولى.

6- يبدو لا مباليا غير مكترث بالمدح أو النقد من جانب الآخرين .

7- يبدي تبلدا عاطفيا، أو انسلاخا، أو عاطفة ضحلة سطحية.

8- لا يحدث الاضطراب خلال سير الفصام ، و اضطراب المزاج بسمات ذهانية ، أو باضطراب ذهاني أخر أو في اضطراب النمو المنتشر، أو بسبب تأثيرات فيزيولوجية مباشرة لمرض طبي عام.

ملاحظة : اذا توفرت المعايير قبل ظهور الفصام أضف كلمة "ما قبل الرض"

2-4- اضطراب شخصية من نموذج الفصام:

نموذج منتشر من القصور البيشخصي والاجتماعي يتصف بكرب حاد و قدرة ضعيفة في إنشاء علاقات حميمية إضافة إلى وجود تشوهات إدراكية ومعرفية وسلوكيات غريبة الأطوار تظهر في مرحلة البلوغ الباكر وتتجلى في العديد من الاقترانات، و ذلك بأربع دلالات أو أكثر من الدلالات التالية :

1-وجود أفكار إحالة (باستثناء أوهام الإحالة).

2-معتقدات غريبة، أو تفكير سحري، يؤثر على السلوك ويبدو غير متوافق مع المعايير الثقافية القائمة الثانوية (الخرافة و الاعتقاد بكل ما يقع وراء البصر و الإدراك وقراءة الأفكار (أو الحاسة السادسة)، ونرى عند الأطفال والمراهقين التخيلات الغريبة أو الانشغالات).

3- الخبرات الإدراكية الغريبة ، ومن ضمنها الأوهام الجسدية.

4- التفكير و الكلام الشاذ الغريب (أي الأفكار الغامضة، والظرفية والمجازية أو النمطية).

5- الأفكار التشكيكية أو الزورية .

6- العاطفة المحدودة أو غير المناسبة و غير الملائمة.

7- السلوك أو المظهر الغريب الشاذ، أو النوعي المنحرف.

8- عدم وجود أصدقاء حميمين أو أوفياء عدا الأقارب من الدرجة الأولى .

9- القلق الاجتماعي المفرط الذي لا يتضاءل بفعل العشرة و الألفة، و يميل إلى الاقتران بمخاوف زورية .

ب-لا يحدث خلال سير الفصام أو اضطراب المزاج بسمات ذهانية أو اضطراب النمو المنتشر المعمم.

ملاحظة : اذا كانت المعايير موجودة قبل ظهور الفصام ،أضف كلمة " **ما قبل المرض**" أي اضطراب شخصية نموذج فصامي (**ما قبل المرض**)

3- المجموعة ب لاضطرابات الشخصية:

3-1- اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع:

يشخص في الدليل التشخيصي الخامس وفق المعايير التالية:

أ- نجد في هذا النموذج المنتشر الازدراء و عدم الاعتبار و الاستهتار بحقوق الآخرين وخرقها وذلك منذ عمر 15 سنة و ذلك في ثلاث بنود أو أكثر من البنود التالية:

1- الإخفاق في التناغم و التطابق مع المعايير الاجتماعية و ذلك من ناحية السلوكيات القانونية بدلالة الأعمال المتكررة ذات الأرضيات القائمة على الحجز و التوقيف و الاعتقال.

2- الخداع و التضليل بدلالة الكذب المتكرر واستخدام واستغلال الآخرين لمنفعة شخصية أو مسرة.

3- الاندفاعية و الطيش و العجز عن التخطيط للمستقبل.

4- قابلية التهيج و العدوان بدلالة المشاجرات البدنية المتكررة و الاعتداءات.

5- الاستهتار و التفريط بالسلامة الشخصية وبسلامة الآخرين.

6- عدم المسؤولية بدلالة الإخفاق المتكرر بالاحتفاظ بسلوك العمل الملائم أو الوفاء بالالتزامات المالية.

7- فقدان الضمير بدلالة اللامبالاة و تبرير الإيذاء وسوء المعاملة أو السرقة من الآخرين.

ب- يكون العمر على الأقل 18 سنة.

ج- هناك دلالة على ظهور اضطراب السلوك قبل 15 سنة.

د- لا يحدث السلوك المضاد للمجتمع خلال سير الفصام أو عارضة الهوس.

3-2- اضطراب الشخصية الحدودية أو الحدية:

يشخص في الدليل التشخيصي الخامس وفق المعايير التالية:

أ- نموذج منتشر من عدم الاستقرار للعلاقات البشخصية وصورة الذات و العواطف إلى جانب نزوعية لا تقاوم تبدأ في باكورة البلوغ و تتجلى في أنواع من الاقتران بخمس دلالات أو أكثر من الدلالات التالية :

1-جهود مسعورة لتجنب الهجر الحقيقي أو المتخيل.

ملاحظة: لا يتضمن ذلك السلوك الانتحاري أو تشويه الذات المبين في البند الخامس.

2- نموذج علاقات شخصية غير مستقرة وشديدة تتصف بالتذبذب بيت التطرفات المثالية والتخفيض من قيمتها.

3- **اضطراب الكيان** : صورة للذات مهتزة اهتزازا واضحا ومستمرة أو اضطراب في الإحساس بالذات.

4- النزوعية التي لا تقاوم في مجالين على الأقل التي تتسم بتخريب الذات (أي تبديد المال، التهالك على الجنس، و تعاطي المخدرات، و القيادة المتهورة للسيارة، ونوبات الاستمتاع بالطعام).

ملاحظة : لا يتضمن ذلك السلوك الانتحاري أو تشويه الذات المنوه عنهما في البند الخامس.

5- سلوك انتحاري راجع ناكس ، وسلوك تشويه الذات أو التهديدات أو أخذ الوضعيات لمثل هذه الأعمال.

6- عدم الاستقرار الانفعالي بسبب إعادة تنشيط واضح للمزاج (كرب عارضي شديد ، فرط تهيج ، أو قلق يدوم ساعات و نادرا ما يستمر أياما قليلة).

7- مشاعر مزمنة من الفراغ.

8- غضب حاد و غير متناسب مع الموقف، أو صعوبة ضبط الغضب (أي انفجارات عصبية متكررة ، غضب مستمر، عراكات بدنية ناكسة).

9- أفكار زورية مؤقتة مرتبطة بالشدة النفسية، وأعراض تفككية شديدة.

3-3- اضطراب الشخصية الستيرية:

يشخص في الدليل التشخيصي الخامس وفق المعايير التالية:

أ- نموذج منتشر من انفعالية مفرطة مغالية وشد الانتباه، يظهر في بداية البلوغ ويتجلى في أنواع مختلفة من الاقتران بخمس دلالات من الدلالات التالية :

1- يكون الفرد منزعجا في مواقف لا يكون فيها موضع مركز الانتباه و الاهتمام.

2- إن تفاعلات الفرد مع الآخرين تتسم غالبا بسلوك استثاري، أو إغوائي جنسي.

3- يظهر انتقالا سريعا في العواطف إضافة إلى تعبير عاطفي ضحل.

4- يلجأ إلى استخدام المظهر البدني لشد الانتباه نحو ذاته.

5- لديه أسلوب في الكلام يتميز بالانطباعية المفرطة وبفقر في التفصيل.

6- يظهر السلوك العاطفي الدرامي و المسرحي و المغالاة في التعبير العاطفي.

7-يتأثر الإيحاء، أي يتأثر بسهولة بالآخرين أو بالظروف.

8- يعتبر العلاقات مجرد ألفة أكثر مما هي في واقع الأمر.

3-3- اضطراب الشخصية النرجسية (عبادة الذات):

يشخص في الدليل التشخيصي الخامس وفق المعايير التالية:

أ-نموذج منتشر من العظمة (في التخيل أو في السلوك) يرنو إلى الإعجاب و يفتقر إلى المشاركة العاطفية، يظهر في باكورة البلوغ و يتجلى في أنواع مختلفة من الاقتران بخمس دلالات أو أكثر من الدلالات التالية:

1 – لديه إحساس بالعظمة والتعاظم بأهمية الذات (أي المبالغة في الانجازات و المواهب، ويتوقع أن ينظر إليه كمتفوق، وذلك بدون وجود تكافؤ بالإنجازات مع ادعاءاته و تخيلاته و ما ينسبه إلى نفسه).

2 – يكون منشغلا بالتخيلات المتعلقة بنجاح غير محدود، و بالقوة، و بالألمعية ،و بالجمال، أو بحب مثالي.

3- يؤمن بأنه فريد / بأنها فريدة ، وهو نوع خاص و لا يمكن أن يفهمه إلا أفراد من الناس من الذين هم من الطبقة الخاصة أو العالية.

4 – يحتاج إلى الإعجاب المفرط و يطلبه.

5- يتملكه حس التلقيب، أي التوقعات اللامعقولة بمعاملة مرضية خاصة أو امتثال ألي من قبل الناس لتوقعاته/ توقعاتها.

6- في علاقاته مع الناس يبدو استغلاليا انتهازيا ،أي يستغل الآخرين و يسخرهم لتلبية طلباته و رغباته.

7- يفتقر إلى المشاركة العاطفية ، فهو يتجاهل و يرفض التعرف على مشاعر و حاجات الآخرين و لا يعترف بها إذ يتركز اهتمامه عل حاجاته و منافعه فقط.

8- غالبا ما يكون حسودا للآخرين و يؤمن بأن الآخرين يحسدونه.

9- يظهر التكبر و التعجرف و الصلف، و السلوكيات المتعالية و المواقف المتأخرة.

4- مجموعة اضطرابات الشخصية "ج":

4-1- اضطراب الشخصية التجنبية:

نموذج منتشر من التثبيط الاجتماعي ، ومشاعر القصور و عدم الكفاية ، وفرط الحساسية نحو التقييم السلبي، يظهر في باكورة البلوغ و يتجلى بأنواع مختلفة من الاقتران بأربع دلالات (أو أكثر)م ن الدلالات التالية:

1 – يتجنب النشاطات المهنية التي تتضمن احتكاكات بيشخصية مهمة ، وذلك بسبب مخاوف الانتقاد ، والرفض أو عدم القبول.

2-لا يرغب في الانخراط مع الناس ما لم يكن واثقا من أنه مقبول و محبوب.

3- يبدي تحفظا ضمن العلاقات الودية بسبب الخوف من أن يكون موضع استهزاء وخجل.

4- يكون منشغلا بالنقد أو الرفض الموجهين إليه في المواقف الاجتماعية.

5- يكون مثبطا في المواقف البيشخصية الجديدة بسبب شعوره بالنقص.

6- ينظر إلى ذاته كشخص غير كفء، لا يستدعي الانتباه أو ناقص في أعين الآخرين .

7- ينفر نفورا غير عادي بركوب متن المجازفات الشخصية، أو الانخراط في نشاطات جديدة لأنه يراها مزعجة.

4-2- اضطراب الشخصية غير المستقلة:

حاجة منتشرة و مفرطة إلى العناية به تؤدي إلى سلوك خنوعي و ارتباطي بالغير، و مخاوف الانفصال ، يظهر في البلوغ الباكر و يتجلى بأنواع مختلفة من الاقتران بخمس دلالات التالية:

1 - يجد صعوبة في اتخاذ القرارات اليومية بدون مقدار كبير من النصح و التطمين من الآخرين .

2- يحتاج إلى الآخرين لتحمل المسؤولية في معظم ميادين حياته الرئيسية.

3- عنده صعوبة في التعبير عن عدم الرضا و مخالفته للآخرين بسبب الخوف من فقدان دعمهم له،أو قبوله.

ملاحظة :إن هذا لا يشمل المخاوف الواقعية من الجزاء.

4 – عند صعوبة في البدء بالمشاريع أو تنفي أشياء تخصه(بسبب ضعف ثقته بنفسه في الحكم ، وفي قابلياته و ليس بسبب فقدان الحافز أو الطاقة).

5- يذهب إلى مسافات مفرطة و طويلة للحصول على التعزيز و الدعم من الاخرين إلى حد التطوع بفعل أشياء قد لا تكون سارة.

6 – يشعر بالانزعاج أو بالعجز عندما يكون وحيدا ، بسبب المخاوف المغالية بكونه غير قادر على العناية بنفسه / بنفسها.

7 – يفتش بسرعة عن علاقة أخرى كمصدر للعناية و الدعم عندما تنتهي العلاقة القريبة الوطيدة مع شخص.

8- يكون منشغلا انشغالا وهميا غير واقعي بالمخاوف من أن يترك للعناية بنفسه/ أو نفسها.

4-3- اضطراب الشخصية الوسواسي- القهري (الجبري)

هو أنموذج منتشر من الانشغالات بالترتيب ، و إتمام العمل و الضبط النفسي و البيشخصي على حساب المرونة ، والانفتاح ، و الفعالية ، يظهر في بداية البلوغ و يتجلى بأنواع من السياقات و الاقترانات بأربع دلالات أو أكثر من الدلالات التالية :

1 – يكون منشغلا بالتفاصيل، و القواعد ، و باللوائح ، و بالنظام ، و التنظيم أو البرامج إلى الحد الذي تضيع معه النقطة الرئيسية في النشاط.

2 – يظهر نزوعا نحو إتقان العمل و كماله بحيث يعيق إنجازه (أي يكون عاجزا عن إنجاز المشروع بسبب ما يفرضه على ذاته من معايير صارمة يصعب الوصول إليها).

3- يكرس نفسه على نحو مفرط للعمل و للإنتاجية مهمشا نشاطات الراحة والصداقات(شريطة ألا يكون ذلك لأسباب اقتصادية).

4- مفرط في محاسبة الذات في عمله ،دقيق ، و غير مرن إزاء الأشياء التي تتعلق بالأخلاق و القيم(شريطة ألا يكون ذلك بوحي من التوجيه و المعتقدات الدينية).

5- غير قادر على إهمال الأهداف التافهة التي ليس لها قيمة أو المبددة للقوى حتى و لو كانت معدومة القيمة الحسية.

6- يكره تجيير المهام و الأعمال لغيرة ما لم يلتزم هؤلاء بطريقته في تنفيذ و إتقان هذه الأشياء.

7- يتبنى نموذج إنفاق يدعو للحسرة و الشقاء إزاء نفسه و الآخرين، ذلك لأنه ينظر إلى المال كشيء لا بد من ادخاره لمواجهة مصائب المستقبل.

8- يظهر عدم المرونة و التصلب و العناد في مواقفه.

4-4- اضطراب شخصية غير نوعي:

هذا التصنيف هو للاضطرابات الخاصة بوظيفة الشخصية التي لا تتوافر فيها أية معايير لأي اضطراب شخصية ، وإن المثال هو وجود سمات لأكثر من اضطراب واحد نوعي للشخصية بحيث لا تتوافر فيه المعايير الكاملة لأي اضطراب واحد للشخصية (الشخصية المختلطة)، و لكن هذا الأمر يسبب كربا سريريا مهما أو إعاقة في وظيفة أو أكثر من الوظائف الحياتية المهمة (أي وظيفة اجتماعية أو مهنية).

وهذا التصنيف يستخدم أيضا عندما يحكم العيادي بأنه اضطراب شخصية نوعي لا يتضمن في التصنيف ما هو ملائم ، و الامثلة تتضمن اضطراب شخصية اكتئابية و اضطراب شخصية عدوانية – سلبيا (راجع الملحق من كتاب الذي يذكر معايير الأبحاث المقترحة- الكتاب الأصلي الأساسي).

المحاضرة 13: الاضطرابات العصابية و الذهانية للمسنين

أصبحت الأسرة متفككة بعد التقدم الصناعي و الحضاري و سهولة المواصلات بين البلاد المختلفة فنجد أن الأجيال الجديدة تهاجر من بلد لآخر، بل و لا مانع من الانفصال عن ذويهم في سن مبكرة، وكذلك تتزوج الفتيات ويتركن الأسرة ..فيجد الآباء و الأمهات أنفسهم في عزلة عن بقية العائلة، ويصبحون في عزلة اجتماعية، تعزز ظهور الأمراض النفسية والعقلية عند هؤلاء المسنين، و يختلف الوضع الاجتماعي عما كان من قبل من تكامل و ارتباط الأسرة، حيث كان الأبناء والأطفال يعيشون في منزل واحد، يرأسه كبير العائلة، و يعطي له الاحترام الكامل و السيادة المطلقة، و من ثم تحترم شيخوخة، ومازالت هذه العادات موجودة في القبائل البدائية، و الأرياف المتخلفة حضاريا.

أدى تقدم الطب في السنوات الأخيرة إلى طول مدة حياة الفرد، و زيادة واضحة في عدد المسنين في أي مجتمع،خاصة في المجتمعات المتحضرة.

ومن أهم أمراض الشيخوخة التي تواجه المجتمع المعاصر الأمراض العصابية والذهانية، خاصة أنه قد أصبح ممكنا الآن علاج هذه الأمراض في مراحل العمر المختلفة.

تشير النسب الحالية إلى تفوق عدد المسنين و المصابين بذهان الشيخوخة عن كل أمراض الذهان الأخرى، خاصة كما سبق أن ذكرنا في الأماكن المتحضرة، ومع ارتفاع مستوى العناية الصحية ارتفع عدد المسنين و بالتالي زاد عصاب الذهان و ذهان الشيخوخة.

و تتراوح نسبة انتشار ذهان الشيخوخة من مكان لآخر، و لكن تدل بعض الأبحاث الحديثة على أن حوالي 1 % من المسنين يعانون خرف الشيخوخة، و هو أحد أمراض ذهان الشيخوخة.

1- عوامل انتشار اضطرابات الشيخوخة:

تلعب العوامل الاجتماعية دورا مهما في انتشار هذه الأمراض، و أهم هذه العوامل هي:

1- العزلة الاجتماعية : أصبحت الأسرة متفككة بعد التقدم الصناعي و الحضاري وسهولة المواصلات بين البلاد المختلفة، فنجد أن الأجيال الجديدة تهاجر من بلد لآخر، بل و لا مانع من الانفصال عن ذويهم في سن مبكرة ،و كذلك تتزوج الفتيات و يتركن الأسرة. فنجد الآباء و الأمهات أنفسهم في عزلة عن بقية العائلة، و يصبحون في عزلة اجتماعية ،تعزز ظهور الأمراض النفسية و العقلية عند هؤلاء المسنين، و يختلف هذا المناخ الاجتماعي عما كان من قبل من تكامل و ارتباط الأسرة، حيث كان الأبناء والأطفال يعيشون في منزل واحد ، يرأسه كبير العائلة، ويعطى له الاحترام الكامل والسيادة المطلقة، ومن ثم تحترم شيخوخته. و مازالت هذه العادات موجودة في القبائل البدائية، و الأرياف المتخلفة حضاريا.

2- العجز: أحيانا ما يحدث العجز والعزلة الاجتماعية من جراء أمراض جسمية خاصة تلك المتعلقة بالحواس الخاصة، وأهمها فقدان البصر و الصمم مما يفصل بين المسن والمجتمع الذي يعيش فيه، ومن ثم يبدأ الشك فيمن حوله، و تتولد عنده بعض الضلالات الاضطهادية ، وغيرها من أعراض العصاب و الذهان.

3- التقاعد: تثير مشكلة التقاعد في المسن عدة عوامل، أهمها: نقص الدخل المادي و زيادة الفراغ و ضياع الأهداف، و فقدان جزء من احترامه الأدبي و تحديد أفق المستقبل، و يبدو على المتقاعد و كأنه ينتظر الموت بفارغ الصبر، خاصة أن الكثيرين يتقاعدون في سن يكونون فيها في قمة الكفاءة الفكرية حتى يستفاد من المتقاعد بطريقة استشارية نظرا للخبرة الطويلة التي مر بها، و لمنع ظهور أعراض العصاب والذهان عليه.

2- تصنيف اضطرابات الشيخوخة:

نستطيع تصنيف اضطرابات الشيخوخة العقلية كالآتي:

1-خرف ما قبل الشيخوخة(الخرف المبكر).

2-خرف الشيخوخة.

3-خرف تصلب شرايين المخ(تعدد الاحتشاءات).

4-ذهان الشيخوخة الوجداني.

5-فصام الشيخوخة (البارافرانيا المتأخرة).

6-حالات الهذيان.

7-أنواع أخرى ، مثل : الصرع، زهري الجهاز العصبي، أورام المخ ، هبوط القلب...الخ

2-1- العته(الخرف):

العته أو الخرف هو زملة سببها مرض في المخ، و عادة ما تكون ذات طبيعة مزمنة، أو تتبع مسارا متزايدا، و تتميز باختلال وظائف قشرية عالية متعددة، تتضمن:الذاكرة والتفكير و الاهتداء و الفهم و القدرة الحسابية و القدرة على التعلم و اللغة و الحكم عل الأمور، ولا يكون الوعي مشوشا. و عادة ما تصاحبها اختلالات معرفية وأحيانا ما يسبقها تدهور في التحكم في المشاعر، و السلوك الاجتماعي أو الدوافع. و توجد هذه الزملة في مرض الزهايمر والأمراض المخية الوعائية، و في حالات أخرى تؤثر على المخ بدرجة أولية أو ثانوية.

وتشخيص الخرف لا يستبعد وجود تشخيص إضافي لنوبة اكتئابية (قابلة للعلاج)، كما يجب أن يسجل أي تشخيص إضافي آخر، عند وجود أي أعراض ذات دلالة، كالهلاوس أو الضلالات.

1- مؤشرات تشخيصية: الاحتياج الأول هو وجود دليل على تدهور كل من الذاكرة والتفكير بدرجة كافية لإحداث خلل في الممارسة العملية في الحياة اليومية، ويصيب الخلل عملية تسجيل وتخزين واستعادة المعلومات الحديثة، كما قد تفقد كذلك معلومات سبق تعلمها أو معلومات مألوفة، خاصة في المراحل المتأخرة من المرض.

و الخرف يتجاوز النساوة، فهناك كذلك ضعف في التفكير و الاستنتاج و اختزال و انسياب الأفكار، كما تختل كذلك معالجة المعلومات الواردة، و يجد الفرد صعوبة متزايدة في الانتباه إلى أكثر من منبه في وقت وا حد، مثل:أن يشارك في محادثة مع عدد من الأشخاص، كما تكون هناك صعوبة في تحويل مركز الانتباه من موضوع إلى آخر.

و يجب أن يأتي الدليل على هذه الأعراض من فحص الحالة العقلية، بالإضافة إلى تاريخ الحالة المأخوذة من الراوي أو المبلغ، و الشرط الأساسي هنا هو وجود دليل على وضوح الوعي وإلا فلا يمكن أن يكون الخرف هو التشخيص الوحيد. ويجب أن يكون هناك دليل على الأعراض والاختلالات المذكورة أعلاه لفترة، لا تقل عن ستة أشهر على الأقل، كي يكون التشخيص الإكلينيكي للزملة تشخيصا محل ثقة.

2- التشخيصات الفارقية: يجب مراعاة مايلي ي في التشخيص الفارق:

1 -اضطراب اكتئابي، و الذي قد يتضمن كثيرا من ملامح الخرف الحديث، خاصة اضطراب الذاكرة و بطء التفكير و افتقاد التلقائية.

2 -الهذيان.

3 -عجز ذهاني خفيف أو متوسط الشدة.

4 -حالات الوظائف العقلية الأقل من الطبيعي، و التي يمكن إرجاعها إلى بيئة شديدة الفقر اجتماعيا، مع التعليم المحدود.

5 -الاضطرابات العقلية الناجمة عن العقاقير العلاجية في الأمراض المختلفة.

2-2- الخرف في مرض الزهايمر:

مرض الزهايمر مرض تنكسي دماغي، و غير معروف الأسباب ذو سمات مرضية عصبية و كيمائية، وعادة ما يكون ذا بداية تدريجية ويتطور ببطء و لكن بثبات عبر عدة سنوات، و قد تكون هذه الفترة قصيرة، سنتين أو ثلاثا ، و لكن أحيانا ما تطول عن ذلك كثيرا، و قد تكون البداية في منتصف العمر، أو حتى قبل ذلك (مرض الزهايمر ذو البداية قبل الشيخوخة)، و لكن معدل حدوثة يزيد في المراحل المتأخرة من العمر (مرض الزهايمر ذو البداية في الشيخوخة) ، و يمثل الحالات التي تبدأ في سن 25-75 عاما إلا أن يكون لها تاريخ عائلي لخرف مشابه.

و يكون مسار المرض أكثر سرعة كما تبرز سمات إصابة الفصين الجداري والصدغي، بما في ذلك عسر الكلام أو عسر الأداء في الخرف المبكر. أما في الحالات التي تبدأ متأخرة. فإن المسار يميل إلى أن يكون بط يء كما تتميز باختلال أكثر شمولا في الوظائف القشرية العليا.

2-1- تغيرات المخ في مرض الزهايمر:

تكون هناك تغيرات مميزة في المخ مثل:

انخفاض شديد في عدد العيصوبات، خاصة في تلفيف فرس البحر (Hippocampus)، والموضع النحاسي (Locus coeruleus)، والقشرة الدماغية الجدارية والقشرة الجبهية، وكذلك ظهور كتل متشابكة الخيوط من البيفات العصبية، تتكون من لبيفات حلزونية مزدوجة، و لويحات شيخوخة تتكون أساسا من مادة شبيهة بالنشا وجسام متحوصلة ذات حبيبات. وكذلك تحدث تغيرات كيميائية، وتتضمن انخفاض خميرة التحول الاستيلي للكولين، و الاستيل-كولين ذاته، بالإضافة إلى موصلات ومعدلات عصبية أخرى.

و قد وجد أن الأطفال المصابين بمتلازمة داون (المغولية) يصابون بمرض الزهايمر في سن العشرين، مما جعل البعض يعتقد في احتمال تأثير الصبغ الوراثي رقم 21 في مرض الزهايمر مثل المنغولية.

و ينتشر مرض الزهايمر بنسبة 2-4 % من الذين يتجاوزون الخامسة و الستين من العمر، و تزداد هذه النسبة مع تقدم العمر حتى تصل إلى 40 % لمن هم فوق التسعين، و هو أكثر انتشارا بين الإناث، ويكثر بين أقارب المصاب عنه بين الناس بصفة عامة.

2- المعايير التشخيصية لمرض الزهايمر:

يشخص من خلال المعايير التالية:

1- وجود الخرف كما هو موصوف أعلاه.

2- بداية تدريجية مع تدهور بطيء و في حين يصعب عادة تحديد البداية في نقطة زمنية، إلا أن إدراك الآخرين لوجود الخلل قد يحدث فجأة. و قد يمر تطور المرض بمرحلة ثبات، و حتى الوقت الحالي. فإن الخرف في مرض الزهايمر غير ارتجاعي، أي غير قابل للشفاء.

3- غياب دليل إكلينيكي أو نتائج فحوصات خاصة تشير إلى احتمال أن تكون الحالة العقلية ثانوية لمرض جهازي أو مخي آخر، يمكن أن يحدث خرفا (على سبيل المثال: القصور الدرقي، فرط الكالسيوم في الدم، نقص فيتامين ب 12، زهري الجهاز العصبي، استسقاء الرأس، طبيعي الضغط الدماغي (Normal pressure hydrocephalus)، أو تجمع دموي تحت الجافية أو مرض الإيدز.

4- غياب بداية مفاجئة، و غياب علامات عصبية لإصابة بؤرية، مثل: الضغف النصفي (الخدل)، فقدان الإحساس، غيوب في المجال البصري والاختلاج في بداية المرض (ولكن هذه الظواهر قد تضاف في مرحلة متأخرة).

وقد تجتمع في نسبة معينة من الحالات سمات كل من مرض الزهايمر والخرف الوعائي، وفي هذه الحالات يجب تشخيص الحالة تشخيصا مزدوجا، إذا كانت كل حالة من الحالتين موجودة بشكل واضح، وإذا جاء الخرف الوعائي سابقا على مرض إكلينيكي، و يجب اعتبار التالي في التشخيص الفارق:

1 -اضطراب اكتئابي.

2 -هذيان.

3 -زملة النساوة العضوية.

4 -أنواع أخرى من الخرف الأولى ، مثل : مرض بك، أو كرتشفيلد-يعقوب أو مرض هنتنجتون .

5 -الخرف الثانوي المصاحب لعديد من الأمراض الجسمية و حالات التسمم.

6 -عجز ذهني خفيف أو متوسط.

(أ) **الخرف في مرض الزهايمر ، ذي البداية المبكرة (Dementia in Alzheimer Disease,with Early Onset)**: يبدأ الخرف في مرض الزهيمر قبل سن الخامسة و الستين، و يبدأ مسارا أسرع نسبيا في تدهوره، بالإضافة إلى اضطرابات شديدةمتعددة في الوظائف القشرية الأعلى مثل: الحبسة وعدم القدرة على الكتابة أو القرأة.

(ب) **الخرف في مرض الزهايمر ، ذي البداية المتأخرة (خرف أو عته الشيخوخة سابقا) Dementia in Alzheimer Disease,with Early Onset)**:تبدأ ملاحظة بداية الخرف مع مرض الزهايمر إكلينيكيا بعد سن ال 65، وأحيانا كثيرة في نهاية السبعينات أو ما بعدها، و يتميز بمسار ارتقائي بطيء، و عادة ما يكون اختلال الذاكرة هو السمة الأساسية فيه.

و نستطيع تقسيم مراحل التطور في مرض الزهايمر كالآتي:

1 -**المرحلة الأولى**: اضطراب الذاكرة للحوادث القريبة، مع فشل القدرة على القيام بأوجه النشاط المختلفة في حياة المريض، ثم يبدأ المريض في فقدان الاستبصار و تعرف الزمن و المكان، مع ظهور نشاط زائد غير هادف، و المداومة على الحركة نفسها وتكرارها المستمر لمدة طويلة مثل: خلع و لبس الملابس، وتحريك الأيدي على الأرجل ، فك الأزرار، ثم إعادتها مرة ثانية. وهكذا هي الصورة الإكلينيكية من الأعراض المميزة لهذا المرض، ثم يبدأ المريض في الخمول، و فقدان التلقائية مع اضطراب الوجدان من اكتئاب متطاير إلى عدم تناسب انفعالي، وأحيانا تظهر بعض الهلاوس السمعية و البصرية و ضلالات اضطهادية.

2 -**المرحلة الثانية**: تتضح بعض العلامات العصبية في الجهاز العصبي من صعوبة الكلام والكتابة والحركة، مع اختلاف في طريقة المشي تماثل مرض الشلل الاهتزازي، وتظهر نوبات صرعية في ثلث الحالات، مع فقدان القدرة على التحكم في التبول و التبرز.

3 -**المرحلة الثالثة (النهائية)**: ويصاب المريض باضمحلال عقلي وجسمي، ويصبح في حالة حيوانية لا يعي معها شيئا مما حوله، و ينكص لمرحلة طفلية تنتهي بالوفاة.

3- أسباب مرض الزهايمر:

مازال السبب في مرض الزهايمر غير معروف، و لكن هناك افتراضا بوجود العامل الوراثي في بعض الأنواع، لزيادة انتشاره بين الأقارب، ولوحظ حدوثه بين أغلب المرضى بزملة داون(Down'ssyndrome)، الذين يضلون على قيد الحياة إلى العقد الثالث من العمر، كما اكتشف حديثا شذوذ في الكروموزوم (الصريغ رقم 21) لدى مرضى الزهايمر، و هو الكروموزوم الشاذ نفسه في زملة داون.

و قد لوحظ وجود عنصر الألومونيوم بمعدلات مرتفعة في أنسجة الدماغ للمرضى المتوفين بسبب مرض الزهايمر، كما لوحظ نقص في كمية الإنزيم لتخليق الاستيل كولين Choline acetyl transferase، كما افترض أن السبب عدوى فيروسية، أو أنه مرض في المناعة الذاتية (Autoimmune diserse)، و لكن الأساس هو نقص الاستيل كولين.

4 -علاج مرض الزهايمر: لا يوجد علاج محدد لمرض الزهايمر، و لكن هناك محاولات علاجية، تستخدم عقاقير تزيد من الاستيل كولين مثل تتراهيدرو أمينوكريدين (noacridine-tetrahydroami) وحديثا أريسبت (donpezil) وإكسلون (Rivastigmine) والعقار الحديث إيبكسا (ميمانتيم) والذي يعمل من خلال الجلوتاميت وليس الكولين ويأتي بنتائج مشجعة و أخيرا جالانتامين والكولين واللسيثين (Choline , Lecithine)، التي يتكون منها الاستيل كولين، ولوحظ حدوث تحسن في خليط من المواد التي تحفز النشاط قبل المشتبكى للخلايا العصبية مثل(Piracetam)، الذي يعرف تجاريا باسم نوتروبيل (Nootropil) أو أكسيجيرون أو كافينتون.

وتتجه الأبحاث الحديثة إلى اكتشاف مواد تمنع ترسيب مادة الأميلويد ومادة التاو في الخلايا العصبية وفي هذه الحالة يحتمل التحسن في مآل مرضى الزهايمر واحتمال زوال السبب في موت الخلايا العصبية ، ومن ثم تكون قد اقتربنا من شفاء هذا المرض المأساوي.

وكل هذه العقاقير تزيد من نسبة الجلوكوز الأكسجين والموصلات العصبية في المخ، بالإضافة إلى رعاية المرضى، التي قد تصل إلى رعاية مستمرة في حالات شديدة التدهور، وإعطاء عقاقير للأعراض النفسية إذا لزم الأمر، كما يجب توجيه الاهتمام لأسرته التي تعنى به، والتي قد يصيبها الملل من رعايته لفترة طويلة دون تحسن .

ويتميز الخرف بكافة أنواعه بالأعراض الإكلينيكية والسلوكية الآتية:

تغير عقلي:

يضطرب الفهم ، ويتشتت الانتباه ، ويصعب التركيز وتضمحل الذاكرة أولا للأحداث القريبة ، ثم تمتد لتشمل كل حياة الفرد، مع اضطراب في تعرف الزمان والمكان ، وتدهور القدرة على الحكم والتقدير السليم، مع تأرجح الواضح في درجة الانتباه.

تغير وجداني:

يظهر الاضطراب الانفعالي بكافة أنواعه ، وخاصة عدم التناسب الوجداني والضحك والبكاء دون سبب وبطريقة اندفاعية فجائية ،ويتغير المزاج من الاكتئاب للمرح بصورة سريعة،ويصاحب الاكتئاب بداية المرض في حوالي 30/ من الحالات.

تغير سلوكي:

يسلك المريض سلوكا غريبا عن طبيعته، مختلفا عن سابق عهده ،كالاستغراق في الجنس، أو الانحراف والاغتصاب، والاستناس، واستعراض أعضائه التناسليه أمام زوجته وأولاده وأحيانا أصدقائه، مع التصرف الصبياني في كثير من نواحي نشاطه العام.

تغير ذهاني:

يبدأ بهلاوس بصرية كرؤية الحيوانات والحشرات وهلاوس سمعية،وضلالات اضطهادية مع شكوك.

تغير في الشخصية:

يأخذ ذلك طابع الأنانية والسلبية، وكثرة الطلبات وضيق اهتماماته، والبدء في العزلة عن الناس ، مع حب التملك والسيطرة،وتوهم العلل البدنية، والشك فيمن حوله، واتهامه بالكلام عنه ورغبتهم في التخلص منه. ويساعد علة ذلك اضطراب الذاكرة.

عدم التناسب الانفعالي في الخرف الوعائي المتعدد الاحتشاءات.

وتتدهور حالة مرضى الخزف الشيخوخة تدريجيا حتى يفقد المريض ذاكرته وشخصيته تماما، ويصاب بسلس البول والبراز، ويحيا حياة حيوانية مع ضرورة إطعامه والاعتناء به ونومه..الخ،حتى تنتهي الحالة بالوفاة من ضعف المقاومة لأي عدوى أو مرض جسمي.

2-3- الخرف الوعائي (خرف تصلب شرايين المخ):

الخزف الوعائي هو نتيجة لاحتشاء (جلطة) في المخ بسبب مرض وعائي، متضمنا المرض المخي الوعائي نتيجة لارتفاع الضغط.

والمعتاد أن يكون هنالك تاريخ من المناوبات الاقفارية (الاسكيميا) أو نقص مجرى الدم العابر في المخ، مع اضطراب في الوعي يستمر لفترة قصيرة، أو خدل متنقل أو فقدان الإبصار وقد يأتي الخرف أيضا بعد سلسلة من الحوادث المخية الوعائية الحادة، أو بدرجة أقل بعد احتساء وحيد شديد.. إذ يظهر بعد الاضطراب في الذاكرة والتفكير، وقد تكون بدايته مفاجئة تأتي بعد نوبة إقفارية، أو قد يظهر الخرف بشكل أخر تدريجيا.

1- مؤشرات تشخيصية:

يفترض التشخيص وجود خرف، كما هو موضح أعلاه، وكثيرا ما يكون الاضطراب المعرفي غير متناسق، بحيث يمكن أن يكون هناك فقدان ذاكرة واضطراب ذهني وعلامات عصبية، وقد يضل الاستبصار والحكم على الأمور سليمين نسبيا.

يزيد احتمال التشخيص مع وجود بداية مفاجئة أو تدهور متدرج، بالإضافة إلى وجود علامات عصبية بؤرية، ولا يمكن –في بعض الحالات– التأكد من التشخيص سوى بواسطة التصوير مقطعي المحوري المبرمج على الحاسوب، أو في النهاية بواسطة فحص المرضية العصبية بالصفة التشريحية.

2– السمات المصاحبة:

هي ارتفاع ضغط الدم، اللغط صوتي سباتي، تغيرات عاطفية مع مزاج اكتئاب عابر، بكاء أو ضحك انفجاري أو عدم التناسب الانفعالي، نوبات عابرة من تشوش الوعي أو الهذيان كثيرا ما يثيرها احتشاء إضافي.

ويعتقد أن الشخصية تضل متماسكة نسبيا وإن كان يمكن أن تظهر في نسبة من الحالات تغيرات واضحة في الشخصية مثل التمركز حول الذات أو الاتجاهات البارانويديا أو النزق.

3– خرف الوعائي ذو البداية الحادة:

يتكون عادة بعد تعاقب احتشاءات ، تصدر إما عن خثار أو انضمام أو نزيف دماغي وعائي. وفي حالات نادرة قد يكون السبب نزيفا وحيدا غزيرا .

4– خرف وعائي متعدد الاحتشاءات:

البدايتي هنا أكثر تدريجيا وتأتي بعد عدد من النوابات الاقفارية، والتي تكون تراكما من الغورات (الثغرات) في الاحمة (النسيج الحشوي الدماغي) الدماغية ، وهو أساسا خرف قشري.

5 -خرف وعائي تحت قشري:

يتضمن حالات ذات تاريخ من ارتفاع ضغط الدم بالإضافة إلى بؤر من التدمير الاقفاري في المادة البيضاء العميقة بنصفي الكرة الدماغيين، وعادة ما تبقى القشرة الدماغية سليمة، مما يتباين مع الصورة الإكلينيكية، والتي قد تتشابه كثيرا مع صورة الخرف .

(حين يتضح وجود زوال نخاعي منتشر في المادة البيضاء ، يمكن استخدام اصطلاح اعتلال المخ من نوع البيزفجنز)

6 -خرف وعائي قشري وتحت مختلط:

يستنتج احتمال وجود مكونات قشرية وتحت قشرية مختلطة في أنواع الخرف الوعائية من السمات الاك لينيكية ونتائج الفحوصات (بما فيها الصفة التشريحية)أو كليهما .

7 -الخرف في مرض بيك:

هو خرف ارتقائي المسار، يبدأ في منتصف العمر، ويتميز بتغيرات مبكرة بطيئة التكوين في الذهن والذاكرة ووظائف اللغة مع تبلد، أو ابتهاج، وفي بعض الحالات علامات خارج هرمية. وتعكس صورة الاعتلال العصبي ضمورا انتقائيا للفصوص الجبهية والصبغية، ولكن دون ظهور لويحات شيخوخة أو كتل متشابكة من الليفات العصبية، أكثر مما يشاهد في الشيخوخة الطبيعية.

ويكون مسار الحالة أكثر شدة في الحالات التي تبدأ مبكرا، وفي أحيان كثيرة تكون م ظاهر اجتماعية والسلوكية للمرض سابقة على اضطراب الذاكرة، أي انه يختلف عن مرض الزهايمر في أن بداية الأعراض تكون في التدهور الخلقي والاجتماعي، الذي يؤدي إلى سلوك ضد اجتماعي، قبل علامات الخرف، وتظهر تغيرات المزاجية التي تتناوب بين تبلد الشعور أو الإحساس بحسن الحال ويحتفظ المريض بقدرته على الذاكرة والتعرف لمدة طويلة قبل الاضمحلال .

مع ظهور علامات عصبية في الكلام والكتابة وفي الحركة. ويندر حدوث الهلاوس والضلالات بعكس مرض الزهايمر.

8 -مؤشرات تشخيصية :

خرف متزايد، غلبة لسمات الفحص الجبهي أو ابتهاج وتبلد عاطفي، وجفاف في السلوك الاجتماعي وجموح وإما تبلد أو تململ.

هذه الظواهر السلوكية عادة ما تسبق اضطراب الذاكرة الواضح ، أي أن القدرة على التعرف الزمني والمكاني تستمر سليمة قبل التدهور والبطىء.

وتكون سمات الفص الجبهي أكثر بروزا من سمات الفصين الصدغي والجداري بخلاف مرض الزهايمر، وعادة ما تكون البداية بين سني 50و60سنة،والحالات التي تبدأ مبكرا تميل إلى أن تسلك مسارا خبيثا.

التشخيص الفارق: عند التشخيص الفارق نراعي ما يلي:

الخرف في مرض الزهايمر .

الخرف الوعائي .

الخرف ثانوي لاضطرابات أخرى مثل زهري الجهاز العصبي .

استقاء الرأس طبيعي الضغط الدماغي(يتميز ببطء نفس حركي بالغ،واضطرابات السير واضطرابات العضلات العاصرة أي قابضات الإخراج) .

اضطرابات أيضية أو اضطرابات عصبية أخرى لاستبعادها ، ولكن يمكن إتباع الوسائل نفسها المستعملة في مرض الزهايمر.

9 -العلاج: لا يوجد علاج.

2-4-الخرف في مرض كرتشفيلد:

هو خرف متزايد تصاحب علامات عصبية قصوى، نتيجة لتغيرات عصبية معينة (اعتلال الدماغ إسفنجي الشكل تحت الحاد)،يفترض أن سببها وسيط وقابل للنقل، أي أحد أنواع الفيروسات، وتكون البداية عادة في العقد الثالث والرابع،تطور المرض سريع، ويؤدي إلى الموت غالبا خلال سنة إلى خمس سنوات،وهو ما أطلق عليه مؤخرا جنون البقر.

1- مؤشرات تشخيصية:

يجب أ يوضح احتمال مرض كرتشفيلد – يعقوب في كل حالات الخرف، التي تتقدم بمعل سريع نوعا ما على مدى فترة ، تتراوح بين شهور وسنة أو سنتين وتصاحبها أو تتلوها أعراض عصبية في بعض الحالات كتلك التي يطلق عليها اسم الضمور العضلي ، وقد تسبق بداية الخرف العلامات العصبية .

هناك عادة شلل تشنجي ومتزايد في الأطراف، يصاحبه علامات خارج هرمية مع رعاش وصلابة وحركات رقص كنعي ، وقد تتضمن الظواهر الأخرى :

الاختلاج ، فشلا بصريا ، أو رجفانا عضليا وضمورا في العصبة الحركية العلوية ، ويعتقد أن هناك ثلاثية تشير بشدة إلى هذا العرض ، تتكون من:

خرف سريع التزايد.

مرض هرمي وخارج هرمي مع رجفان عضلي .

رسم دماغ كهربائي مميز (ثلاثي المراحل)، مساره تحت حاد يؤدي إلى الوفاة في غضون عام أو عامين .

عند التشخيص الفارق تراعى :

مرض الزهايمر أو مرض بك

مرض باركنسون .

الباركنسونية التالية للإلتهاب الدماغ .

2-5- الخرف في مرض هنتجتون :

هو خرف يحدث كجزء من انحلال واسع الانتشار بالمخ ، ويتم نقل الاضطرابات بواسطة جين سبغي رقم(4) جسدي غالب منفرد.

وعادة ما تظهر الأعراض في العقدين الثالث والرابع. تطور المرض البطيء ويؤدي إلى الموت غالبا في خلال 10-15 سنة.

1- مؤشرات تشخيصية:

التصاحب مابين اضطراب الحركة رقاصية الشكل وخرف تاريخي عائلي لمرض هنتجتون ، يضع احتمالا كبيرا للتشخيص ، وإن كانت توجد بلا شك حالات متفرقة.

المظاهر مبكرة والتي عادة ما تسبق الخرف هي حركات لا إرادية رقاصية الشكل ، تظهر بالذات في الوجه واليدين والأكتاف ، أو في طريقة السير ونادرا فقط ما لا تظهر حتى يكون الخرف قد تقدم جدا. وقد تطغى ظواهر حركية أخرى، عندما تكون البداية في سن صغير بشكل غير عادي(على سبيل المثال: صلابة لمرض الجسم المخطط) أو في سن متأخرة(على سبيل المثال :رعاش الحركة).

ويلاحظ في بعض المرضى سمات مميزة في الشخصية ، قبل ظهور الحركات اللاإرادية، مثل : الاندفاع، سلوك شاذ، تعدد العلاقات العاطفية والجنسية، مع عدم الاتزان الانفعالي ، والاتجاه إلى محاولات الانتحار .

ويتميز الخرف باضطراب بارز في وظائف الجبهي في المرحلة الأولى ،مع احتفاظ نسبي بالذاكرة حتى مرحلة متأخرة، وأحيانا ما تظهر النوبات الصرعية خاصة في النساء .

في نسبة من الحالات ،يمكن أن تكون الأعراض الأولى أعراض اكتئاب أو قلق أو مرض بارانويدي صريح، يصاحبه تغير في الشخصية.تقدم المرض ببطيء، ويؤدي إلى الموت عادة خلال10-15سنة.

2- التشخيص الفارقي: عند التشخيص الفارق تراعى:

حلات أخرى من الحركات الرقاصية.

مرض الزهايمر أو بيك أو كرتشفيلد-يعقوب.

3- العلاج:

لا يوجد علاج لهذا المرض، ولكن تتحسن الحركات اللاإراديتي بعقار الهلوبريدول،وكثيرا ما يحتاج المرضى إلى مضادات القلق أو الاكتئاب أو الذهان.

2-6- الخرف في مرض باركينسون(الشلل الرعاش):

هو خرف يتكون أثناء مسار باركينسون (خاصة في النوع الشديد)، ولميتم حتى الآن تحديد سمات إكلينيكية مميزة له.وقد يختلف الخرف المتكون في مسار مرض باركينسون عن مرض الزهايمر أ؟و الخرف الوعائي.ولكن هناك أيضا دلائل على أن يكون هو مظهر من مظاهر الوجود المتزامن لواحد من هذه الحالات مع مرض باركينسون ، وهذا يجيز تعرف حالات مرض باركينسون مع خرف، ووضعها محل بحث ؟إلى أن يبت في هذه المسألة.

يتضمن : الخرف في الشلل الرعاش، الخرف في الباركنسونية.

عند التشخيص الفارق تراعى:

أنواع ثانوية أخرى من الخرف .

خرف وعائي متعدد الاحتشاءات، يصاحب مرض ارتفاع ضغط الدم أو مرض وعائي. 3- ورم بالمخ.

ورم بالمخ.

استسقاء الرأس طبيعي الضغط الدماغي.

2-7- الخرف في خمج (عدوى) فيروس نقص المناعة البشرية (الإيدز):

هو خرف يتكون أثناء مسار مرض نقص المناعة البشرية، في غياب مرض متزامن أو حالة متزامنة، يمكن أن تفسر الحالة بخلاف خمج فيروس نقص المناعة البشرية، وتبدأ فيه الشكوى على نحو نموذجي من كثرة النسيان وبطىء وضعف في التركيز وصعوبات في حل المشكلات والقراءة ، كما يشيع التبلد وانخفاض التلقائية والانسحاب الاجتماعي.

وفي قلة دالة من الأفراد المصابين ، قد يظهر المرض بشكل لا نمطي كاضطراب وجداني أو ذهان أو نوبات صرعية.

وعادة ما يكشف الفحص الجسمي عن وجود رعاش وارتباك في الحركات السريعة المتكررة ، وعدم توازن ورنح (تخلج) وفرط التوتر وفرط الانعكاسات العصبية وعلامات إيجابية للتسيب من التزام الفص الجبهي (انعتاق جبهي) ، واختلال في حركات العين المتعاقبة.

وقد يصاب الأطفال باضطراب عصبي ارتقائي ، مصاحب لفيروس نقص المناعة البشرية،ويتميز بتأخر ارتقائي وفرط التوتر وصغر حجم الرأس وتكلس في العقد القاعدية. وعلى العكس من الراشدين ، ويحدث النورط العصبي في أغلب الأحوال في غياب خمجات وأورام متزامنة.

ويتطور خرف فيروس نقص المناعة البشري في بعض الحالات –ليس في أغلب الأحوال- تطورا سريعا (في خلال أسابيع أو شهور) إلى خرف شامل شديد، وبكم، وفاة.

يتضمن: مركب خرف الإيدز (مركب عته زملة نقص المناعة المكتسب) اعتلال الدماغ بسب فيروس نقص المناعة البشرية، التهاب دماغي تحت حاد.

2-8- الخرف في أمراض أخرى مصنفة في مكان أخر:

يمكن أن يكون الخرف ظاهرة أو نتيجة للحالات مخية أو جسمية متباينة .ولتعيين السبب يجب إضافة رقم الشفرة للداء المسبب، المبين في التقسيم الدولي العاشر للأمراض.

ويجب أن يدرج هنا مركب الباركنسونية – خرف جوام- هو عبارة عن خرف سريع التقدم يليه عسر وظيفة خارج هرمي،وفي بعض الحالات، تصلب جانبي ذو ضمور عضلي .

وقد وصف المرض في البدء في جزيرة جوام ،حيث يظهر بمعدل عال بين السكان المحليين ، ويصيب الذكور بضعف المعدل الذي يصيب به الإناث وقد عرف حديثا وجوده في غينيا الجديدة واليابان .

يتضمن الخرف في:

* التسمم بأحادي أكسيد الكربون.

* الشحام المخي .

* الصرع .

* جنون الشلل العام.

* التنكس الكبدي العدسي(مرض ولسون).

* فرط الكالسيوم في الدم .

* القصور الدرقي

*حالات التسمم.

* التصلب المتعدد.

*الزهري العصبي.

* نقص النياسين.

* التهاب الشرايين العقدية.

* الذئبة الحمراء الجهازية.

* داء المثقبات(التريبانوسوما)الإفريقية أو الأمريكية.

* نقص فيتامين ب12.

2-9- الخرف غير المحدد:

تستخدم هذه الفئة عندما تستوفى المعايير العامة للخرف، ولكن دون إمكانية تعرف نوع معين منها .

ذهان الشيخوخة الوجداني:

ينتشر الذهان الوجداني بين المسنين ، وتصل نسبة هذا المرض إلى 30-50 ٪ من كل مرضى مستشفيات الأمراض العقلية من المسنين، وعادة ما يصاحب اكتئاب الشيخوخة بعض الأمراض الجسمية ، خاصة تصلب شرايين المخ. وتشابه أعراض الاكتئاب في الشيخوخة، بما سبق وصفه مع الاضطرابات الوجدانية، ماعدا أنه تزيد هنا أعراض التوتر ، وزيادة الحركات ، والشعور بالإثم ، والهذاءات العدمية ، والتوهم العلل البدنية ، وهذاءات الأهمية الخلائية ، وأحيانا ما يبدو و كأنه يوجد تدهور في الوظائف العقلية ، مما يجعل الطبيب يشك في احتمال بدء خرف تصلب الشرايين أو الشيخوخة ويسمى الاكتئاب شبه الخرفي(.....).

ويتحسن مرض الاكتئاب الشيخوخة إذا توافرت العوامل الآتية :

العمر أقل من سبعين عاما.

وجود تاريخ عائلي لاضطرابات وجدانية .

الشفاء من نوبات سابقة قبل سن الخمسين.

شخصية انبساطية قبل المرض.

اختفاء العلامات العضوية.

وتسوء الحالة إذا وجد عجز جسمي خاصة في النساء فوق سن السبعين، مع وجود علامات عضوية في أعضاء الجسم المختلفة .

أما ذهان الابتهاج فهو أقل شيوعا من الاكتئاب، ويكون حوالي 5-10٪ مع الحالات الوجدانية في الشيخوخة،ويحمل مصيرا أسوأ من الاكتئاب، ويتميز بالأعراض السابق ذكرها مع ذهان الابتهاج.

ويتشابه العلاج في المسنين مع علاج الاضطرابات الوجدانية ، مع الحرص أن تكون جرعات العقاقير أقل نظرا لسرعة ظهور الأعراض الجانبية ، وخفض عدد جلسات تنظيم إيقاع المخ أو إعطائها على الناحية غير السائلة لاحتمال اضطراب ذاكرة مستمر ، مع إعطاء المقويات وفيتامينات و الاهتمام بالعلامات العضوية الأخرى وتعتبر جلسات تنظيم إيقاع المخ هي أفضل علاج لاكتئاب المسنين الجسيم ، نظرا لقلة الأعراض الجانبية مقارنة بالعقاقير.

ولقد أسهمت العقاقير الحديثة مضادة الاكتئاب من المجموعة المانعة لارتجاع السيروتونين في علاج اكتئاب المسنين ، نظرا لقلة أعراضها الجانيبة.

فصام الشيخوخة(البارافرنيا المتأخرة):

سبق الإشارة إليها مع الفصام، وهي أكثر انتشارا بين النساء عن الرجال بنسبة وعادة ما تكون شخصية انطوائية قبل المرض مع وجود عجز جسماني في معظم الحالات خاصة الصمم ،وتبدأ المريضة بضلالات اضطهادية منسقة ضد الجيران والأقرباء..فتعتقد أنهم يريدون التخلص منها واغتصابها وسرقتها،وعادة ما يصاحب هذه الهذاءات

بعض الاكتئاب أو الهلاوس السمعية أو البصرية ، ولكن تحتفظ المريضة بقدرتها العقلية وذاكرتها مع تكامل شخصيتها .

وتلعب العوامل البيئية دورا أهم من الوراثة في مثل هذه الحالات، وعادة ما يزمن هذا الاضطراب إلا إذا عولج في بدء الأمر ، خاصة بالعقاقير المضادة للفصام، حيث إننا نادرا ما نلجأ للكهرباء والجراحة إلا في الحالات المستعصية .

حالات الهذيان:

(أ) اضطرابات عضوية :

نجد وصفا مفصلا للصورة الإكلينيكية لهذه الحالات مع الذهان العضوي ، وينتشر الهذيان مع الشيخوخة ، خاصة مع الأمراض الآتية :

هبوط القلب وجلطة الشرايين التاجية بالقلب.

أمراض الجهاز التنفسي الحادة والمزمنة.

اضطرابات السوائل والمعادن والأملاح في الجسم.

فقد الدم.

بعد العمليات الجراحية خاصة جراحة العيون والبروستاتا .

الأمراض الخبيثة .

إمان الخمر .

تناول العقاقير المنومة والمطمئنة.

نقص الفيتامينات والمواد الغذائية.

(ب) اضطرابات ذهانية :

وخاصة دهان الشيخوخة الوجداني أو البارا فرينيا المتأخرة .

ويتجه علاج هذيان الشيخوخة إلى علاج السبب المباشر، إعطاء الفيتامينات والمضادات الحيوية والأكسجين والمطمئنات حسب الحالة والتأثير على العمليات الأيض في الخلية العصبية في الدماغ ، باستخدام عقار الهيدراجين أو النوتروبيل .

عصاب الشيخوخة

إن ظهور العصاب للمرة الأولى في المسنين عادة مايكون أحد ظواهر مرض آخر ، فالأعراض الهيستيرية والقهرية أعراض القلق في هذه السن تكون إحدى الصور الإكلينيكية لدهان الشيخوخة، أو اضطرابات وجداني مزاجي أو أحد علامات أمراض الجهاز العصبي أو الأورام المخ، وكذلك عادة ما يصاحب هذه الأمراض بعض التوهم المرضي والاضطرابات الجنسية والاستجابات الخلائية.

لذا .. يجب الحرص عند تشخيص العصاب في المسنين ، والبحث عن السبب الرئيسي، الذي فجر الأعراض العصبية.

المحاضرة 14: الاضطرابات الجنسية

1- اضطرابات الهوية الجنسية: نجد فيها مايلي:

1 1 -التحول الجنسي:

هو الرغبة في أن يعيش الإنسان ويقبل كعضو من الجنس الآخر، تصاحبها عادة أحاسيس بعدم الراحة أو عدم التلاؤم مع أفراد الجنس التشريحي للشخص، والرغبة في إجراء عملية أو تناول علاج هرموني؛ لكي يتواءم الجسد بقدر الإمكان مع الجنس المفضل لدى الشخص. **(أحمد عكاشة وطارق عكاشة، 2018، ص 620)**

مؤشرات تشخيصية:

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

1 2 -تحول الزي الثنائي الدور (الارتداء المغاير):

هو ارتدا ملابس الجنس الآخر لفترة من الوقت، من أجل الاستمتاع بتجربة مؤقتة كأحد أفراد الجنس الآخر، ولكن دون رغبة في تبدل جنسي دائم أو أي إجراءات جراحية مصاحبة. ويجب تمييز هذه الحالة عن تحول الزي التوثيني (الفتيش)؛ حيث لا توجد إثارة جنسية مصاحبة لارتداء الملابس المخالفة. **(أحمد عكاشة وطارق عكاشة، 2018، ص 620)**

1 3 -اضطرابات الهوية الجنسية في الطفولة:

تبدأ هذه الاضطرابات في الظهور عادة أثناء مرحلة الطفولة المبكرة (ودائما قبل البلوغ بفترة طويلة)، و تتميز بانزعاج دائم وشديد بشأن الجنس الفعلي، مع رغبة أو إصرار على الانتماء إلى الجنس الآخر، وهناك انشغال

بملابس أو نشاطات الجنس الآخر و/أو رفض الجنس الفعلي المعتقد. (**أحمد عكاشة وطارق عكاشة، 2018، ص 621**)

هذه الاضطرابات غير شائعة نسبيا، ولا يجب أن يتم الخلط بينها وبين عدم التكيف المتكرر مع الدور النمطي المسند إلى كل جنس.

يستدعي تشخيص اضطراب الهوية الجنسية في الطفولة وجود اضطراب عميق في الإحساس الطبيعي بالذكورة والأنوثة وليس الصبيانية في البنات أو التخنث في الأولاد، ولا يمكن استخدام هذا التشخيص إذا كان الفرد قد وصل إلى سن البلوغ.

مؤشرات تشخيصية:

السمة التشخيصية هي رغبة عامة دائما للتحول إلى الجنس المعاكس للجنس الفعلي (أو إصرار على الانتماء إلى الجنس المعاكس)، بالإضافة إلى رفض شديد لسلوك وصفات و/أو ملابس الجنس الفعلي.

تظهر هذه الحالة في السنوات الأولى من المدرسة. ولاستخدام هذا التشخيص، يجب أن تكون البداية قبل الدخول في مرحلة البلوغ في الجنسين، وقد يكون هناك رفض للأجزاء التشريحية الخاصة بالجنس الفعلي، ولكن هذه الظاهرة غير شائعة، وعادة ما ينكرون انزعاجهم من هذه الظاهرة، على الرغم من احتمال انزعاجهم بالصراخ، حين يصطدمون مع توقعات عائلتهم أو أقرباءهم منهم، ومن المضايقة والنبذ الذي قد يتعرضون له. والمعروف عن هذه الحالات أنها تكثر في الأولاد عنها في البنات.

الشكل النموذجي هو أن يبدأ الأولاد في سنوات ما قبل المدرسة بالانشغال بأنواع من اللعب والنشاطات الأخرى المقترنة بشكل نمطي بالإناث، وكثيرا ما يكون هناك تفضيل لارتداء ملابس البنات والنساء، ولكن تبادل الملابس هذا لا يتسبب في إثارة جنسية (بخلاف التحول الجنسي الفتيشي في الراشدين)، وقد تكون لديهم رغبة شديدة في المشاركة في العاب وهوايات البنات المفضلة، التي غالبا ما تكون هي العروسة ويبدأ الحرج الاجتماعي في بداية المدرسة، ويصل إلى الذروة في الطفولة المتوسطة مع اهانات وتعليقات الأولاد الآخرين.

وقد يقل السلوك الأنثوي كثيرا أثناء بدايات المراهقة، ولكن دراسات المتابعة تشير إلى ان نسبة تتراوح مابين ثلث إلى ثلثي الأولاد المصابين باضطراب الهوية الجنسية في الطفولة يبدون اتجاها للجنسية المثلية، أثناء وبعد المراهقة، ولكن قليلا جدا منهم يبدون تحولا جنسيا في الرشد (على الرغم من أن اغلب الراشدين المصابين بالتحول الجنسي يذكرون أنهم كانوا يعانون مشكلة الهوية الجنسية، أثناء الطفولة). **(أحمد عكاشة وطارق عكاشة، 2018، ص 622)**

ونادرا ما يصاحب اضطراب الهوية الجنسية رفض مستمر متبرئ من الأجزاء التشريحية الخاصة بالجنس الفعلي في البنات، ويأخذ ذلك شكل تأكيدات متكررة على أن لديهن أو أنه سوف ينمو لهن قضيب، وقد يرفضن التبول وهن جالسات أو قد يؤكدن الرغبة في ألا تنمو لهن نهود، أو أن تكون لهن دورة شهرية. أما في الأولاد، فتأخذ شكل تأكيدات متكررة على أنهم سوف ينمون جسميا فيصبحون نساء، وأن منظر القضيب والخصيتين مثير للاشمئزاز، أو أن كليهما سيختفي، أو أنه من الأفضل ألا يكون لهم قضيب أو خصيتان، ويفضلون التبول كالإناث وهم جالسون.

2- اضطرابات الإيثار (التفضيل الجنسي): نجد فيها مايلي:

2-1- الفتيشية:

هو الاعتماد على شيء غير حي، واعتباره منبها للإثارة الجنسية والإشباع الجنسي، وكثير من الأشياء الفتيشية هي ملحقات للجسم الإنساني، مثل: قطع ملابس أو أحذية. والأمثلة الأخرى تتميز بنسيج خاص مثل: البلاستيك أو الجلد، أو حتى العرق. وتتباين الأشياء الفتيشية في أهميتها بالنسبة للفرد، وفي بعض الحالات يكون دورها ببساطة هو تعزيز الإثارة الجنسية المكتسبة بالطرق الطبيعية (على سبيل المثال جعل الشريك يرتدي ثوبا معينا). **(أحمد عكاشة وطارق عكاشة، 2018، ص 623)**

مؤشرات تشخيصية:

يستخدم تشخيص الفتيشية إذا كانت الأشياء الفتيشية هي المصدر الجنسي المهم واللازم للاستجابة الجنسية، أما الخيالات الفتيشية فهي شائعة، ولكنها لا ترقى إلى مستوى الاضطراب، إلا إذا أدت إلى طقوس كريهة وغير مقبولة بدرجة تتعارض مع الجماع الجنسي، وتتسبب في انزعاج للفرد. وتكاد تكون الفتيشية أن تكون قاصرة على الرجال، وهي:

2-2- تحول الزي الفتيشي:

هو ارتداء ملابس الجنس الآخر للحصول على الإثارة الجنسية.

مؤشرات تشخيصية:

يجب تمييز هذا الاضطراب عن الفتيشية البسيطة في انه لا يهم ارتداء الأدوات أو الملابس الفتيشية فحسب، ولكنها تستخدم بحيث تخلق مظهرا شخصيا من الجنس الآخر، ويحتمل ارتداء أكثر من قطعة، وكثيرا ما يكون طقم كاملا بما فيه الشعر المستعار وأدوات الزينة.

ويتميز تحول الزي الفتيشي عن تحول الزي المصاحب للتحول الجنسي بارتباطه بالإثارة الجنسية، والرغبة القوية في خلع الملابس بمجرد الوصول إلى قمة اللذة وهبوط الإثارة الجنسية، ويذكر كثير من المصابين بالتحول الجنسي تاريخا من تحول الزي الفتيشي في مرحلة مبكرة، وقد يكون ذلك بمثابة مرحلة في التطور إلى التحول الجنسي في هذه الحالات.

2-3- الاستعراض الجنسي (الاستعراء):

ميل متكرر أو دائم نحو كشف الأعضاء الجنسية الذاتية للغرباء (غالبا من الجنس الآخر)، أو للناس في الأماكن العامة، دون محاولة الاتصال الوثيق ولا تحدث دائما حالة من الإثارة الجنسية وقت الاستعراء، وغالبا ما يلي الفعل ممارسة العادة السرية. (**أحمد عكاشة وطارق عكاشة، 2018، ص 624**)

وقد يكشف هذا الميل عن نفسه بسلوك علني في أوقات الكرب العاطفي، أو الأزمات فقط، تفصل بينها أوقات طويلة تخلو من هذا السلوك.

مؤشرات تشخيصية:

يقتصر الاستعراء عمليا على الذكور، الذين يكشفون عن أنفسهم لإناث راشدات أو مراهقات، وعادة من على بعد آمن وفي مكان عام. وبالنسبة للبعض يمثل الاستعراء المخرج الجنسي الوحيد، ولكن البعض الآخر يستمر قي هذه العادة جنبا إلى جنب مع حياة جنسية زوجية نشطة، وإن كانت رغبتهم في الاستعراء أكثر أثناء الأزمات الزوجية. ويعبر معظم مرضى الاستعراء عن صعوبة التحكم في رغباتهم، والتي يستشعرونها غريبة عن ذواتهم، وكلما أصيب المشاهد بالخوف والصدمة زادت إثارة المستعري.

تصدر اعتداءات الكشف غير اللائق من مرضى الاستعراء، ولكن يمكن لسلوك مشابه أن يكون مقدمة لاعتداء جنسي كما هو الحال كثيرا في التصرف الجنسي لشخص مختل العقل.

ونستطيع تصنيف مرضى الاستعراء كالآتي:

الجنسية الزائدة، الجنسية الضعيفة، العجز الذهني، الذهان المزمن، الصرع، العراة، التطلع الجنسي (لذة المشاهدة)، الولع الجنسي بالأطفال، السادية– المازوشية (التلذذ بالقسوة والاهانة)، اضطرابات متعددة في الإيثار الجنسي، اضطرابات أخرى في الإيثار الجنسي.

قائمة المراجع:

1- المراجع باللغة العربية:

1- أحمد مُحَمَّد عبد الله م. (2000)، **علم النفس المرضي- دراسة في الشخصية بين السواء**، دار المعرفة الجامعية، مصر.

2 - أحمد عكاشة، طارق عكاشة (2018)، **الطب النفسي المعاصر** ، مكتبة الأنجلو المصرية: ط 17، القاهرة- مصر.

2- أحمد الرمادي ن. (2015)، **الصحة النفسية**، مكتبة الانجلو المصرية، مصر.

3- أحمد يحي خ. (2000)، **الاضطرابات السلوكية و الانفعالية**، دار الفكر، ط1، عمان- الأردن.

4- حدار ع. (2013)، **تشخيص اضطرابات الشخصية- مرجع في علم النفس العيادي والإرشاد النفسي**، جسور للنشر و التوزيع، ط1، الجزائر.

5- حمدي الحجار م. (1998)، **المدخل إلى علم النفس المرضي**، دار النهضة العربية، ط1، بيروت.

6- حموده م. (1990)، **النفس أسرارها و أمراضها**، مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة.

7- الحجار م. (2004)، **تشخيص الأمراض النفسية – دليل التشخيص الأمريكي D.S.M.4**، دار النفائس الجامعية، ط1، سوريا.

8- علي غزال ع. (2012)، **سيكولوجية الإعاقات – النظريات و البرامج العلاجية** ، دار المعرفة الجامعية، مصر.

9- محمود خير الزراد ف. (1997)، **مشكلات المراهقة و الشباب**، دار النفاس، ط 1.

10- صمويل تامر ب. (2007)، **الاكتئاب و العلاج بالواقع**، مكتبة الانجلو المصرية، ط 1، القاهرة.

11- **المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض– تصنيف الاضطرابات النفسية والسلوكية–** (1999)، ترجمة: وحدة الطب النفسي بكلية الطب بجامعة عين شمس، منظمة الصحة العالمية،المكتب الإقليمي لشرق المتوسط، القاهرة.

2– المراجع باللغة الأجنبية:

12- Bergeret J. (1976), **la psychologie pathologique**, Masson, Paris.

13- Buckroy J. (2000), **Anorexie et Boulimie**, edition J'ai lu.

14- Coslin P-G. (2002), **Psychologie de l'adolescent**, Armand Colin, Paris.

15- Haynal A., Pasini W. (1978), **Abregé de medicine psychosomatique**, edition Masson, Paris.

16- Marcelli D., Barconnier A. (2000), **Adolescence et psychopathologie**, Masson, Paris.

17- D.S.M. VI- **Diagnostic et Statistique Manuel** (1994).