

الفصل الثاني

الإطار النظري والمفاهيم الأساسية

تمهيد:

أولاً: البرنامج الوقائي من الإضطراب الوجداني ثنائي القطب.

ثانياً: الإضطراب الوجداني ثنائي القطب.

ثالثاً: النظريات المفسرة للإضطراب الوجداني ثنائي القطب.

رابعاً: كيفية وقاية المراهقين من الإضطراب الوجداني ثنائي القطب (متعدد النوبات).

الفصل الثاني

الإطار النظري والمفاهيم الأساسية

تمهيد:

يتناول هذا الفصل المفاهيم الأساسية لمتغيرات الدراسة الحالية ، وعرض منطلقاتها النظرية ، والتي إنطلقت منها الباحثة ، على مستوى الجانب النظري ، والجانب التطبيقي ، كما تناولت الباحثة الإطار العام لهذه المفاهيم الخاصة بمتغيرات الدراسة ، والتي تهتم وبشكل رئيسي بوقاية المراهقين من التعرض للإصابة بالإضطراب الوجداني ثنائي القطب متعدد النوبات Bipolar II Affective Disorder ، علماً بأن مرحلة المراهقة تتسم بالعديد من التغيرات ، والإضطرابات (النفسية ، الفسيولوجية ، الإنفعالية ، الإجتماعية ، إلخ) ، ولكن قد يتعرض العديد من المراهقين للإصابة بالإضطرابات المزاجية ؛ مما يؤثر بدوره على وجدان Affect ، ومزاج Mood بعضاً من المراهقين المعرضين At-Risk للإصابة بهذا النوع من الإضطرابات دون غيرهم من قرنائهم ، في نفس المرحلة العمرية ؛ وبشكل ملحوظ ، ويرجع السبب في ذلك إلى أن هناك العديد من المراهقين الذين يبدون الإستعداد الكامل للتعرض للإصابة بذلك النوع من الإضطرابات المزاجية Mood Disorders ، نظراً لما يعانونه من عدم القدرة على التوفيق بين المتطلبات الطبيعية لمرحلة المراهقة ، مع إمكاناتهم النفسية ووسطهم المحيط ، مما يسهم بدوره في إحساسهم بالمزاج المكتئب Depressive Mood ، وشعورهم بالهبوط الذي يحول بينهم وبين قيامهم بأفعال نشطة أو تلقائية ، ومن المحتمل أن يحدث لهم النقيض ، ويعانون من إنشراح المزاج Elevated Mood (Euphoria) ، ويتولد لديهم الشعور بالنشوة الزائدة ، ودون سبب واضح ، مع عدم الإكترات بإيجاد حلول لمشكلاتهم ، مع عدم الإفصاح عنها مما يزيد الأمر سوءاً ، وقد لا ينتهي ذلك الصراع ما بين المراهق وذاته ، ومشكلاته إلا عن طريق الهروب من ذلك الصراع ، بأن ينزوي المراهق على ذاته ، وينتهي به الحال إلى التعرض للإصابة بأي من قطبي الإضطراب الوجداني ثنائي القطب متعدد النوبات أو كليهما معاً ، حيث لا ينتهي ذلك الإضطراب بإنتهاء مرحلة المراهقة ؛ ولكن يستمر مع المراهق إلى ما بعد مرحلة الرشد ، حيث تبدو أعراضه واضحة تماماً في مرحلة المراهقة المتأخرة ، تبعاً للمعايير التشخيصية للـ (DSM-IV-TR,2000) ؛ ومن ثم تتعرض الباحثة الحالية لذلك النوع من الإضطرابات الوجدانية ، بتناوله من خلال عدة محاور على النحو التالي:

أولاً: البرنامج الوقائي من الإضطراب الوجداني ثنائي القطب.

ثانياً: الإضطراب الوجداني ثنائي القطب.

ثالثاً: النظريات المفسرة للإضطراب الوجداني ثنائي القطب.

رابعاً: كيفية وقاية المراهقين من الإضطراب الوجداني ثنائي القطب (متعدد النوبات).

أولاً: البرنامج الوقائي: Preventive Program

البرنامج: Program هو "خطة عمل ، أو تنفيذ مهمة ، أو إستقصاء Task or Investigation".

(كمال دسوقي ، ١٩٩٠ : ١١٤٢)

البرنامج الوقائي : preventive program

هو جهود نشطة مباشرة يقوم بها طبيب نفسي أو نفساني إكلينيكي أو فرد مدرب مهنيًا لمعالجة الطوارئ كالتهديدات الانتحارية أو محاولات الانتحار ، والنوبات الذهانية ، وأزمات اضطراب المزاج الدوري ، وحوادث عدم التحكم.

(جابر عبد الحميد ، علاء الدين كفاي ، ١٩٩٣ : ٢٩٣٩)

وتتمثل البرامج عموماً في ثلاث نقاط رئيسية هي:

١- خطة ممتدة لبحث علمي ، ويستخدم اللفظ بهذا المعنى لبحث أي موضوع من دراسة فرد واحد إلى دراسة مؤسسة بأكملها ؛ بل وحتى الفكرة المجردة لبرنامج بحثي لمجال علمي برمته.

٢- مجموعة من التعليمات للحاسب الآلي بقصد جعله يؤدي عمليات معينة.

٣- في الوراثة هو مجموعة من التعليمات مشفرة في جزيئات DNA.

(جابر عبد الحميد ، علاء الدين كفاي ١٩٩٣ : ٢٩٩١)

المنهج الوقائي : Preventive Method

يحتل المنهج الوقائي مكاناً في التوجيه والإرشاد النفسي ، ويطلق عليه أحياناً منهج "التحصين النفسي" ، ضد المشكلات ، والإضطرابات ، والأمراض النفسية ، حيث أن الوقاية خير من العلاج ، كما أن الوقاية تغني عن العلاج ، إذ أن جرام وقاية خير من طن علاج ، كما أن المنهج الوقائي يهتم بالأصحاء والأسوياء قبل إهتمامه بالمرضى ليقبهم ضد حدوث المشكلات والإضطرابات والأمراض النفسية.

وللمنهج الوقائي ثلاثة مستويات هي:

١- الوقاية الأولية: وتتضمن محاولة منع حدوث المشكلة أو الإضطراب ، أو المرض بإزالة الأسباب حتى لا يقع المحذور .

٢- الوقاية الثانوية: وتتضمن محاولة الكشف المبكر ، وتشخيص الإضطراب في مرحلته الأولى بقدر الإمكان للسيطرة عليه ومنع تطوره وتفاقمه .

٣- الوقاية من الدرجة الثالثة: وتتضمن محاولة التقليل من أثر إعاقة الإضطراب أو منع إزمان المرض .

وتتركز الخطوط العريضة للوقاية من الإضطرابات النفسية فيما يلي:

أ- الإجراءات الوقائية الحيوية: وتتضمن الإهتمام بالصحة العامة ، والنواحي التناسلية .

ب- الإجراءات الوقائية النفسية: وتتضمن رعاية النمو النفسي السوي ، ونمو المهارات الأساسية ، والتوافق الزوجي ، والتوافق الأسري ، والتوافق المهني ، والمساندة أثناء الفترات الحرجة ، والتنشئة الإجتماعية السليمة .

ج- الإجراءات الوقائية الإجتماعية: وتتضمن إجراء الدراسات والبحوث العلمية ، وعمليات التقييم والمتابعة والتخطيط العلمي للإجراءات الوقائية .

(حامد عبد السلام زهران ، ٢٠٠٢: ٤٤-٤٥)

وتستهدف الوقاية من الإضطرابات النفسية "إنقاص أعراض الإضطراب النفسي ، بإستخدام إستراتيجيات تعزيز الصحة النفسية كواحدة من الوسائل لتحقيق هذه المرامي ، وعندما يهدف تعزيز الصحة النفسية للتحسين الإيجابي في الصحة النفسية في المجتمعات ؛ فربما يحوز نتائج ثانوية في إنقاص معدل وقوع الإضطرابات النفسية ، وتستخدم الصحة النفسية الإيجابية ، كعامل قوة واقية ضد الأمراض النفسية". (ديتيلز ، وزملاؤه :٢٠٠٢) ، وغالباً ماتتجلى عناصر الوقاية والتعزيز من خلال البرامج الوقائية والإستراتيجيات نفسها التي تكشف النشاطات المتشابهة ، والتي تنتج مخرجات مختلفة ، ولكنها مكملة لبعضها ، ولما كان تعزيز الصحة النفسية ، والتأثير على طلائعها فإنه ينبغي فهمهما كسياقين مميزين ، ولكن بمقارنات وأساليب مترابطة .

(منظمة الصحة العالمية ، ٢٠٠٥: ٢٠)

ويذكر مارجولين والنز ، وفيرهولست (٢٠٠٥) Wals Marjolein, & Verhulst ، أنه يمكن أن تكون للمعلومات النمائية ، مثل عوامل التعرض للخطر ، والأحداث السابقة التي حدثت في مرحلة الطفولة ، دلالات ضمنية للإضطرابات المزاجية لدى البالغين ، وتفيد هذه

الدلالات أثناء البحث في أسباب المرض ، وكيفية الممارسة الكليينكية والتدخل الوقائي حيث أنه من وجهة النظر التنموية ، تعد الإضطرابات المزاجية ذات أهمية خاصة ؛ بسبب التفاعل المركب للمكونات النفسية ، والإجتماعية ، والبيولوجية بمرور الوقت ، ويمكن أن يؤدي تحديد المسارات التنموية المختلفة للإضطرابات المزاجية إلى رؤية عميقة ، و مناسبة لبحث أسباب هذه الإضطرابات المزاجية ، وتستعرض النتائج الحديثة ارتباطاً واضحاً بين المشاكل المزاجية المبكرة ، وبداية الإضطرابات المزاجية في حياة البالغ ؛ حيث ترتبط المخاطر البيئية في الطفولة بخطورة متزايدة للتعرض للإصابة بالإضطراب الوجداني ثنائي القطب في البلوغ ؛ كما يلاحظ أن هناك نقص في الدراسات التي حددت دور العلاقات المتبادلة بين (الوراثة ، البيئة) ، ودور التفاعل بين كلاً من (الوراثة ، البيئة) في تطور الإكتئاب من الطفولة الى البلوغ.

(Wals Marjolein, & Verhulst., 2005:15-19)

كما أن الإهتمام بالوقاية ربما يحق له أن ينال الحظ الأكبر ، وبخاصة في الدول النامية فمهما كان الإهتمام بأمر القلة المريضة نبيلاً وإنسانياً ؛ فلا ينبغي له أن يشغلنا عن الإهتمام بالكثرة الغالبة التي يمكن أن تقع فريسة للمرض أو الإنحراف ، لذلك يجب أن تعني خطة الصحة النفسية للمجتمع بشتى الوسائل التي تستهدف تجنب المواطنين أسباب الإنحراف ، أو المرض النفسي والعقلي ، كما تستهدف أيضاً تعزيز وتدعيم الظروف ، والفرص المهيئة للنمو النفسي السوي.

(صلاح الدين العمري ، ٢٠٠٥ : ١٥)

ويتضح مما سبق أن أسلوب الوقاية من الإضطرابات النفسية يرتبط بمفهوم الصحة العامة ، ويعرف كعملية تحريك للموارد الدولية والوطنية والمحلية لحل المشاكل الصحية الكبرى التي تصيب المجتمعات (ديتيلز ، وزملاؤه ٢٠٠٢) ويفترض تقرير معهد الطب (مرزك ، وهاجيرتي ، ١٩٩٤) بأن خطة العمل في التدخلات الصحية النفسية من أجل الإضطرابات النفسية تركز إلى تصنيف الوقاية من الأمراض البدنية (جوردون ، ١٩٨٣-١٩٨٧) وإلى التصنيف المعهود للصحة العامة الذي يميز بين الوقاية الأولية ، والوقاية الثانوية، والوقاية من الدرجة الثالثة ، كما أن التدخلات الوقائية المستتربة والانتقائية والشاملة تدخل في نطاق الوقاية الأولية في تصنيف الصحة العمومية والتي تتمثل في:

- الوقاية الشاملة: وتعني "التدخلات الموجهة إلى الصحة العامة من أجل السكان بأكملهم والفئات المعرضة لزيادة الخطر بالإصابة".

- الوقاية الإنتقائية: تستهدف الأفراد أو المجموعات السكانية الصغيرة المعرضة للخطر من حيث الإضطرابات النفسية بدرجة هامة ، وأعلى من المتوسط ، والتي يبرهن بيولوجياً وسيكولوجياً وإجتماعياً عليها بتوفر عوامل الخطر لديهم.

- الوقاية المستتربة: تستهدف السكان المرتفعي الإختطار ، والذين يعرفون بأن لهم علامات أو أعراض ضئيلة ولكنها ملحوظة ، وبما يؤهبهم للإضطراب النفسي ، ولكن لا تنطبق عليهم المعايير التشخيصية لهذا الإضطراب في ذلك الوقت.(Mrazek & Haggerty,1994).

- الوقاية الثانوية: فتنشد تخفيض معدل الإضطرابات أو الأمراض بين السكان (الإنتشار) من خلال التقصي المبكر ، ومعالجة الأمراض القابلة للتشخيص.

- الوقاية الثالثة: فتنشئ التدخلات التي تنقص من العجز وتحسن التأهيل ، وتقي من نكسات المرض ورجعاته.

(منظمة الصحة العالمية ، ٢٠٠٥:١٩)

وترى جوديث ، وآخرون (٢٠٠١) Geddes, J., & et al أن إضطرابات المزاج تتصف بأنها إضطرابات شائعة و معقدة ، ومعاودة الحدوث غالباً ، عندما يصاب بها الفرد كما أنها تحمل في طياتها خطراً كبيراً للإنتحار، مما يعطي للمعالجة الوقائية الهادفة إلى منع التعرض للإصابة بهذه الإضطرابات أهمية كبرى على المستوى العالمي.

(Geddes, J., & et al., 2001))

وقد قام كلاً من كارلو كاراندانج ، وآخرون (٢٠٠٧) Carandang & et al بدراسة مفادها أن عدم إستجابة المراهقين لمعالجة الإضطرابات المزاجية ، تعد مشكلة صحية عامة ، إذ أن الإضطرابات المزاجية في الشباب ، ترتبط بمعدل وفيات كبير عن طريق الإنتحار ، ويعد هذا سياق ممتد للإضطراب الوجداني ثنائي القطب متعدد النوبات ، حيث أن أعراضه تظهر مع بداية البلوغ.

(Carandang & et al., 2007:1-8)

ولجأت الباحثة للإستعانة بالمنهج التكاملي Integrative Method ، في تصميم البرنامج الوقائي ؛ حيث ظهر عدد غير قليل من المقالات ، والكتب التي كانت تحمل في البداية عنوان "المنهج التكاملي في العلاج النفسي" ، على إعتبار أن المنهج التكاملي (شأنه شأن كل المناهج الأخرى) ينطوي بشكل ضمنى على المضامين الإرشادية ، والوقائية في نفس الوقت ، وقد غيرت "الأكاديمية الدولية للعلاج النفسي التوفيقي" عام (١٩٨٧) إسم المجلة

التي تصدرها إلى "مجلة العلاج النفسي التكامل والتوفيقي" ، وقد سبق ذلك تأسيس جمعية باسم "إستكشاف التكامل في العلاج النفسي" Society For Exploration of Psychotherapy Integration عام (١٩٨٣) ، وعقدت أول مؤتمراتها في أنا بوليس عام (١٩٨٥) ، ويبدو أنه ينظر إلى المنهج التوفيقي بوصفه مؤكداً على الأساليب في إطار برجماتي إمبريقي ، بينما ينظر إلى المنهج التكامل في إطار يغلب أن يكون نظرياً ، وكانت النظرة إلى المنهج التوفيقي على أنه مرناً ، وواقعياً كإينيكيياً ، وإلى المنهج التكامل بوصفه أقل مرونة وأكثر مثالية ، ولكن البعض الآخر نظر إلى المنهج التوفيقي بوصفه غير نظامي ، على العكس من المنهج التكامل.

(لويس كامل مليكة ، ١٩٩٧ : ١٢٥)

وينتضح مما سبق أن النظرة إلى كلاً من المنهج التوفيقي ، والتكامل تتباين تبايناً كبيراً بين من يتبنون إحدى هاتين النظرتين ؛ ولكن يبدو في نفس الوقت أن هناك إستخداماً متزايداً لمصطلح "التكامل" بوصفه أفضل من "التوفيقي".

ويتمثل هذا الإهتمام المتزايد في ظهور مجلة "تكامل العلاج النفسي" عام (١٩٩١) ولعل أبرز من أسهموا في دعم النظرة التكاملية (جولد فريد) ، والذي كان يعمل معالماً سلوكياً ، و(فاشنتيل) ، والذي كان يعمل محلاً نفسياً ، فقد كتب جولد فريد عام (١٩٨٠) مقالاً في مجلة American Psychologist تناول فيه بالمناقشة أسس التغيير التي تشترك فيها المناهج الكبرى في العلاج ، كما قدم في هذا المقال العوامل المشتركة التي يستند إليها التكامل في العلاج ، وقد سبق ذلك بقليل العمل الذي قدمه Wachtel عام (١٩٧٧) ، والذي بحث فيه إمكانية التكامل بين التحليل النفسي والعلاج السلوكي ، وهو العمل الذي يعتقد كثيرون أنه هو الذي بدأ بالعصر الحديث في التكامل العلاجي على الأقل في إطار التكامل النظري ، ويفصل ستريكر القول فيقرر أن مصطلح "التكامل في العلاج النفسي" المستخدم قد يعني:- (أ) منهج "العوامل المشتركة" لفهم العلاج النفسي ، أو (ب) تكاملاً تمثلياً Assimilative Integration (أي الجمع بين علاجات مستمدة من مناهج مختلفة ، ولكن بتوجيه من فهم نظري موحد) ، أو (ج) تكاملاً نظرياً (أي محاولة لفهم المريض من خلال إطار نظري فوقي Super Ordinate مستمد من أطر مختلفة ومتنوعة).

(لويس كامل مليكة ، ١٩٩٧ : ١٢٦-١٢٩)

وقد يوجد تقارباً بين العلاج متعدد المداخل MMT ، والعلاج التكامل Integrative Therapy ، كما يوجد تشابهاً إلى حد كبير في أن كلاهما:

- متعدد الرؤى Pluralistic ، في الإستعانة بعامة أساليب العلاج المختلفة Modalities.

- كلاهما يستعين بكافة الأساليب لمساعدة المسترشد.
 - كلاهما يدرس المسترشد ومشاكله من أبعاد سمات شخصية على تعددها دون أن يقتصر على جانب واحد.
 - كلاهما يوافق على الجمع بين العلاج الفردي ، والعلاج الجمعي وعلى الجمع بين العلاج النفسي والفيزيائي ، وعلى أن يستفيد منه الأسوياء ، وغير الأسوياء على السواء.
- كما أن أبرز الفروق بين العلاجين تتمثل في:-

- عدم الإقتصار في العلاج التكاملي على نموذج BASIC I.D ، بالنسبة لأبعاد شخصية المسترشد السبعة فحسب ، بل يتعداها إلى جانب أو آخر من مشكلته.
- أنه يرفض التركيز على "الوسطية" ، بإعتبارها النموذج الأمثل والذي يتبناه العلاج المتعدد المداخل ، حيث أن الوسطية "حالة" قد تكون مطلوبة ، ولكنها ليست الحل الأمثل للمشكلات.

(رشدي فام منصور ، ٢٠٠٠ : ٣٤٤-٣٤٥)

ومما سبق خلصت الباحثة الحالية للإستعانة ، بنموذج الإنتقائية التكاملية Integrative Eclecticism ، حيث تمثل الإنتقائية التكاملية مطلباً ضرورياً للوقاية والإرشاد والعلاج النفسي ، ويتم تعريفها بعدة تعريفات بدأها ثورن (١٩٦٨) Thorn C.F حيث حددها بأنها "إتجاه مترابط منفتح دائماً للإضافات في مجال فنيات الوقاية والإرشاد ، والعلاج النفسي ، وهو ليس مدعوماً بنماذج فكرية ونظرية ثابتة ، بالرغم من المنهجية العلمية التي تتوافر فيه ، ويرى ثورن أن إنتقائية الفنيات التي يتم إستخدامها مع العميل تتم بالرجوع إلى حالته ، ووجهة نظر الأخصائي حول طبيعة شخصيته.

(نقلاً عن: حسام الدين عزب ، ٢٠٠٢ : ٥ ، نادر فهمي الزبيد ، ١٩٩٨ : ٣١٢-٣١٣)

الإنتقائية التكاملية: Integrative Eclecticism

هي "منظومة ذات طابع متسق من الفنيات الإرشادية الوقائية ، والعلاجية ، تنتمي فيها كل فنية إلى نظرية علاجية خاصة بها ؛ إلا أن إنتهاء هذه الفنيات يتم بشكل تكاملي بحيث تسهم كل منها في علاج جانب من جوانب إضطراب شخصية العميل ، ويتم إنتقاء هذه الفنيات لتشكل منظومة تكاملية بالرجوع إلى تشخيص دقيق لحالة العميل لتحديد أفضل الفنيات ومدى ملائمتها للخطة العلاجية ، ولطبيعة الإضطراب أو المشكلة السلوكية".

(حسام الدين عزب ، ٢٠٠٢ : ٥-٦)

و عليه فإن الباحثة قد تخيرت الفنيات الوقائية التالية ، لتتصافر وتتحد معاً لإثراء البرنامج الوقائي الحالي ، حتى يتسم بالشمولية ويتصدي لمثل هذا النوع من الإضطرابات الوجدانية وذلك لمساعدة المراهقين ، ووقايتهم من التعرض لخطر الإصابة بالإضطراب الوجداني ثنائي القطب متعدد النوبات Bipolar II Affective Disorder ؛ وهذه الفنيات المنتقاة هي:

١- بعضاً من فنيات العلاج العقلاني- الإنفعالي- السلوكي (REBT) لألبرت إيس Albert Ellis.

٢- بعضاً من فنيات العلاج بالواقع Reality Therapy عند وليم جلاسر Glasser.

٣- بعضاً من فنيات العلاج السلوكي الحديث.

٤- بعضاً من فنيات العلاج الجشتالتي لبييرلز.

٥- بعضاً من فنيات العلاج المعرفي السلوكي لأرون بيك.

وذلك لتعديل إضطرابات التفكير السلبية ، والذي تتسبب فيه التشوهات المعرفية والتحيز السلبي لتفسير الخبرات الحالية ، وقد تم إستخدام هذه الفنيات وتوظيفها لتحقيق أهداف البرنامج الوقائي على نحو فعال ، وذلك على النحو التالي:

١) بعضاً من فنيات العلاج العقلاني الإنفعالي السلوكي (REBT) لألبرت إيس Albert Ellis، -:

في بداية عقد التسعينيات تحدث إيس (1994) Ellis عن أسس وقواعد العلاج العقلاني الإنفعالي السلوكي ، حيث أن هذه المبادئ و الأسس كانت تتفق مع ذلك العقد ، ورأى إيس Ellis أنها لا تختلف في جوهرها عن تلك التي وضعها منذ البداية لذلك الإتجاه العلاجي ، بالرغم من وجود بعض الإختلافات التي لا تمثل في مجملها قدراً كبيراً ، وقد تضمن ذلك ما قام به عام (١٩٩٣) بإضافة مصطلح "السلوكي" إلى الأسلوب العلاجي الذي يتبعه ، حتى يصبح "العلاج العقلاني الإنفعالي السلوكي" ، حيث يرى إيس (١٩٩١) Ellis أن المعارف والإنفعالات ، والسلوكيات لا توجد بشكل مستقل ، ولكنها تتداخل معاً ، وتتفاعل مع بعضها البعض ، ويتأثر كل منها بالآخر ويؤثر فيه.

(Ellis,Albert,1994: 101-119)

و تتلخص الفكرة الأساسية لنظرية العلاج العقلاني الإنفعالي السلوكي لإيس Ellis ، في أن الإنسان حيوان عقلائي بصورة فريدة ، كما أنه حيوان غير عقلائي بصورة فريدة ، وأن إضطراباته الإنفعالية ، والنفسية تعود بدرجة كبيرة إلى نتاج تفكيره بطريقة غير منطقية ، وغير عقلانية وأنه من الممكن أن يخلص نفسه من معظم تعاسته الإنفعالية ، أو العقلية ومن عدم

إنفعالاته وإضطراباته، ويتعلم أن ينمي تفكيره العقلاني إلى أقصى درجة، وأن يختص تفكيره غير العقلاني إلى أقل درجة.

(محمد عبد الظاهر الطيب ، ١٩٨١ : ١١٩)

وقد أسماه إليس Ellis ، في أول الأمر "العلاج النفسي العقلاني" Rational Psychotherapy ، وقد بدأ إليس يبلور طريقته معتقداً أن المعلومات والأفكار غير العقلانية أو الخرافية التي تتعلم في الطفولة تستمر، إذا عززت ولم تتطفيء ، وأخذ إليس يطور طريقته لمساعدة المريض وتعليمه كيف يتعرف على أفكاره غير العقلانية ، ثم توصل إلى أن المعتقدات غير العقلانية يصاحبها خلل إنفعالي وسلوكي.

(حامد زهران ، ١٩٩٧ : ٣٦٦)

والنظرية الأحدث لألبرت إليس Ellis تسمى العلاج العقلاني- الإنفعالي السلوكي ، وإختصارها بالإنجليزية (REBT) ، وكانت قبل ذلك تسمى العلاج العقلاني- الإنفعالي ، أي دون ذكر كلمة سلوكي ، فقد طور إليس من طريقته في العلاج ، وتحول من العلاج العقلاني إلى العلاج العقلاني الإنفعالي السلوكي .

(رشدي فام منصور ، ٢٠٠٠ : ١٤٧)

ويعد العلاج العقلاني الإنفعالي السلوكي (REBT) ، نسفاً للعلاج النفسي يعلم الأفراد كيف تحدد أنساق إعتقاداتهم بدرجة كبيرة ردود أفعالهم الإنفعالية والسلوكية لأحداث الحياة كما أن الإعتقادات المطلقة والصارمة ، وغير الواقعية والتي يتم تعلمها على هيئة (بجب ، لابد ، يتحتم) وهي التي تمثل لب الإضطراب الإنفعالي والسلوكي.

(عادل عبد الله محمد ، ٢٠٠٠ : ١١١)

وضع ألبرت إليس Ellis نظرية العلاج العقلاني الإنفعالي السلوكي ، ولقد إستند إليس Ellis في تطوره لهذا النموذج العلاجي إلى إفتراض رئيسي وهو أن الإضطرابات النفسية إنما هي نتاج للتفكير غير العقلاني الذي يتبناه الإنسان ، لذا فهو يعتقد أن السبيل إلى الحد من المعاناة الإنسانية هو التخلص من أنماط التفكير الخاطئة ، وغير العقلانية فهو يرى أن المشكلات النفسية لا تنجم عن الأحداث ، والظروف بحد ذاتها ؛ وإنما عن تفسير الإنسان وتقييمه لتلك الأحداث والظروف بحد ذاتها.

(جمال الخطيب ، ٢٠٠١ : ٢٥٤)

كما يذكر محمد محروس الشناوي (١٩٩٤) أن صاحب هذه النظرية هو ألبرت إليس Albert Ellis والذي بدأ نشاطه في العلاج النفسي كمحلل نفسي ؛ إلا أنه تخلى عن التحليل النفسي لإستغراقه وقتاً طويلاً ولا يؤدي إلى نتائج علاجية واضحة ، وفي عام (١٩٥٤) إهتدى إليس Ellis إلى طريقة تتلمس إدخال المنطق في العلاج النفسي ، وذلك تأسيساً على نموذجاً فلسفياً أكثر منه نموذجاً نفسياً ، ولذلك فإن العلاج العقلاني - الإنفعالي هو محاولة إدخال المنطق ، والعقل في الإرشاد والعلاج النفسي.

(محمد حسن غانم ، ٢٠٠٨ : ١٦٣)

والنموذج العام والأحدث لنظرية إليس Ellis ، يرمز له بالرمز (ABCDEF) ، ويفسر إليس هذا الرمز على النحو التالي:

- A = الأحداث المنشطة Activating Events.

- B = منظومة الإعتقاد Belief System.

- C = العواقب Consequences.

- D = التنفيد Dispute.

- E = الأثر (النتيجة) Effect.

- F = التغذية المرتدة وتصحيح المسار Feed-Back.

(رشدي فام منصور ، ٢٠٠٠ : ١٤٧)

■ خصائص النموذج العقلاني الإنفعالي السلوكي:

يتصف النموذج العقلاني - الإنفعالي - السلوكي ، لألبرت إليس بخصائص متميزة ومميزة تتضمن مفاهيم أساسية تتعلق بجانبين مرتبطين معاً هما:

أ- الطبيعة البشرية Human Nature.

يعتقد ألبرت إليس Ellis بأن الطبيعة البشرية للناس جميعاً تتضمن إتجاهين للتفكير ، أحدهما تفكير سليم عقلائي ، والآخر يتصف بأنه تفكير غير سليم وغير عقلائي ؛ وفي الإتجاه الأول السليم العقلائي يسير بعض الناس قدماً ، ويحاولون المحافظة على أنفسهم ووقايتها من أي أضرار ، أما البعض الآخر في الإتجاه الثاني غير العقلائي يسير الناس فيه بإتجاه تحطيم أنفسهم ، وتخريب عقولهم والإستهانة بشخصياتهم ، وتكرار أخطائهم والتمسك بلوم الذات وعقد الذنب ، وتتبنى الإستراتيجية الوقائية والإرشادية للعلاج العقلاني -

الإنفعالي- السلوكي ، مسئولية مساعدة الصنف الثاني من هؤلاء الناس ليتقبلوا أنفسهم كمخلوقات طبيعية عادية ، بما يمكنهم من الإستمرار في حياتهم.

ب- الإضطرابات الإنفعالية Emotional Disturbances.

كما يعتقد ألبرت إليس أن الإنسان هو الذي يخلق لنفسه مذاهب وخرافات ، ومعتقدات غير عقلانية ، نتيجة لأفكاره غير المنطقية حول المواقف والأحداث التي يمر بها ، وحول الأشخاص الذين يتعامل معهم ؛ وتؤكد خصائص النموذج العقلاني- الإنفعالي- السلوكي على أن لوم الذات ، والإحساس بالدونية من العوامل الأساسية المسببة للإضطرابات الإنفعالية عند الإنسان ، وخلافاً لذلك فإن الكف عن ممارسة لوم الذات ، وإيلاء الغير والعدوان عليه ، وإستبدال كل ذلك بتقبل الذات ، وتقبل الآخرين والمصالحة مع الذات ، ومع الغير يعتبر من السمات الصحية لشخصيته ، وبالتالي لن يعاني هذا الفرد من أي مظاهر مرضية أخرى مثل الإكتئاب والعدوانية ، والإحساس بالعجز والدونية.

(ماهر محمود عمر ، ٢٠٠٣ : ١٦-١٧)

■ فنيات النموذج العقلاني الإنفعالي السلوكي:

وقد إقتصرت الباحثة الحالية على إستخدام بعض فنيات النموذج العقلاني- الإنفعالي- السلوكي ، وذلك على النحو التالي:

١. فنية العلاج النشط الموجه.
٢. فنية الواجبات المنزلية.
٣. تبسيط الإهانة وحسن الظن بالآخرين.
٤. التنفيس عن الإنفعالات.
٥. التبصير بالطرق الفعالة للتغير السلوكي.
٦. القيام بالدور والتدريب السلوكي.

(Ellis, Albert,1982: 15-24)

يمكن تلخيص فنيات العلاج العقلاني- الإنفعالي- السلوكي في ثلاثة محاور:

الأول: فنيات خبرية إنفعالية Perennial-Emotive Techniques مثلاً: تتعرض للمشاعر وردود الأفعال تجاه المثيرات ، والمواقف والخبرات المنشطة.

الثاني: فنيات سلوكية Behavioral Techniques ، حيث تركز على تعديل السلوك غير المرغوب ، وتغييره إلى سلوك مرغوب ومدعم.

الثالث: فنيات معرفية Cognitive Techniques ، وترتكز على تغيير الأفكار غير العقلانية والفلسفة غير المنطقية إلى أفكار عقلانية.

(محمد حسن غانم ، ٢٠٠٨ : ١٧٦)

وتستخدم الباحثة لتحقيق هذه الفنيات أسلوب (المحاضرات ، الحوار والمناقشات ، التشجيع والحث ، التدريب التوكيدي ، وتعليم التفكير المنطقي) ، ويتم ذلك بتوظيف هذه الفنيات ، وتقديم أفكار عقلانية بديلة عن الأفكار غير العقلانية ، وذلك من أجل تحقيق الهدف الرئيسي المنشود من الدراسة الحالية ، والذي يتلخص في وقاية المراهقين من الإضطراب الوجداني ثنائي القطب متعدد النوبات.

٢) بعضاً من فنيات العلاج بالواقع Reality Therapy لوليم جلاسر Glasser.

يرى جلاسر (2000) Glasser ، أن الإنسان وحده هو الذي بإمكانه أن يسعد نفسه ، إذا كان يريد مواجهة الواقع الذي يعيش فيه ، كما أنه يتحمل مسؤولية سلوكياته التي يمارسها ، كما يرى شيلينج (1984) Shiling ، أن سلوك الإنسان غير السوي يمكن تعديله ، وتغييره إلى الأفضل عند إنتظامه في العمليات الإرشادية الواقعية ، والتي تضع المسؤولية على عاتقه في الإعتراف بما يعاني منه ، والإعتراف بما يرغب في تحقيقه من إيجابية في التفكير والحركة والمشاعر .

و يرى رشدي فام (٢٠٠٠) أن هذا التوجه من العلاج على مسؤولية الشخص الغير متكيف فيما يعانيه من سلوك لا تكفي ، وأن الطريقة الوحيدة للتغيير والتغلب على سوء التكيف ينصب على تعديل السلوك في الإتجاه الصحيح ، وهناك ثلاث مقولات على درجة كبيرة من الأهمية يرددها جليسر ، وزونين Glasser & Zunin وهما من أقطاب العلاج بالواقع ، وهذه المقولات الثلاثة هي:

أ- ما نفعله هو نحن We are What We do ، وإذا أردنا أن نعدل من هويتنا Identity فينبغي أن نعدل أفعالنا (سلوكنا) ، وهنا تأتي المقولة الثانية.

ب- تعديل السلوك ينبغي أن يسبق تعديل الهوية Behavioral Change Must Precede Identity Change .

ج- كل ذلك يتم هنا، والآن Here and Now.

(رشدي فام منصور ، ٢٠٠٠ : ١٥٩)

ويذكر ماهر محمود عمر (٢٠٠٤) أن الإستراتيجيات الإرشادية للعلاج الواقعي تتضمن خمس مراحل متداخلة مع بعضها ، بحيث ترتبط كل مرحلة منها بالمرحلة السابقة عنها ، والمرحلة التالية لها دون إنفصال بينهما ، وهذه المراحل هي كالتالي:

١- مرحلة الإفتتاح Opening Stage.

٢- مرحلة الإكتشاف Exploring Stage.

٣- مرحلة الإتجاه السلوكي Stage of Behavioral Direction.

٤- مرحلة الرؤية الحالية Stage of Present.

٥- مرحلة المقترحات المستقبلية Stage of Future Proposals.

(ماهر محمود عمر ، ٢٠٠٤ : ١٩٦)

و قد إقتصرت الباحثة الحالية على إنتقاء الإستراتيجيات التالية:

- مرحلة الإفتتاح: Opening Stage.

ويطلق عليها المرحلة الأولى (First Stage) ، أو مرحلة البدء ، حيث أنها تعتبر نقطة البداية التي يبدأ عندها متلقي الوقاية ، وفيها تقع المسؤولية الكاملة على الباحثة في البدء بإفتتاح المناقشة الجيدة التي تدعم العلاقة بين الباحثة والأعضاء المشاركين في البرنامج الوقائي الحالي ، حيث يدعم هذا المعنى زونين وزونين (1972) Zunin & Zunin ، بقولهما أن الوظيفة الأساسية لمرحلة الإفتتاح تكمن في تحريك الدوافع عند المسترشد للمشاركة الإيجابية وبحرية موجهة ، حيث تختص هذه المرحلة بالتوضيح والتفسير ، وأحياناً بالشرح والتحليل لكل ما يعرضه المشاركين أثناء جلسات البرنامج ، مما يساعد الباحثة الحالية على التواصل الوجداني مع الأعضاء المشاركين في البرنامج الوقائي الحالي.

- مرحلة الإكتشاف: Exploring Stage

وتعتبر مرحلة الإكتشاف المرحلة الثانية من مراحل ممارسة إستراتيجية إكتشاف الحاجات والأفعال التي تتضمنها إستراتيجيات العلاج الواقعي وهي مرحلة تختص بإكتشاف الرغبات التي تدل على الصور الذهنية المختزنة في العالم الداخلي النوعي المفضل لدى الفرد والتي تعبر عن رغبات الإنسان في إشباع حاجاته السيكلوجية

والفسيولوجية ، بما يحقق له الرضا عن الذات ، ويرى ووبلدينج (1988) Wubbolding أن هذه المرحلة تتضمن إكتشاف الرغبات ، والحاجات ، والإدراكات ، ويسهم ذلك بدوره في مساعدة الباحثة على سؤال كل عضو من الأعضاء المشاركين ماذا تريد What Do You Want ، وماذا تريد لأجل نفسك وللآخرين What Do You Want For ، ماذا يريد الآخريين منك What Do People Want From ، وتوضح الأهمية القصوى لمرحلة الإكتشاف في ، أن العديد من المراهقين في هذه المرحلة العمرية يبحثون عن أنفسهم بشكل خاطيء ؛ لأنهم لا يبحثون عن إجابة لتساؤلاتهم العديدة لدى الشخص المسئول غالباً ؛ بل يكتفون بالصمت أحياناً وأحياناً أخرى يلجأون إلى أقرانهم ، والذين يعانون من نفس المشكلة غالباً ، حيث أنه من خلال الحوار والمناقشة التي دارت ما بين الباحثة الحالية ، والأعضاء المشاركين في البرنامج الوقائي الحالي ، توصلت الباحثة إلى أن هناك العديد من المراهقين المعرضين At-risk للإصابة بالإضطراب الوجداني ثنائي القطب متعدد النوبات لديهم العديد من التساؤلات التي لا يستطيعون الإجابة عليها بأنفسهم ، ولا يربط بينهم وبين أسرهم ، والوسط المحيط رباط قوي مما يحول بدوره بينهم وبين الوصول إلى تحقيق أهدافهم وإيجاد الحلول المناسبة لمشكلاتهم.

- مرحلة المقترحات المستقبلية: Stage of Future Proposals.

ويطلق عليها مرحلة الخطة (المقترحات المستقبلية) ، حيث أن هذه المرحلة تتضمن إقتراحات المرشد والمسترشد معاً ، والتعاون بينهما في وضع خطة مستقبلية يتبعها المسترشد ، وهذا ما يحتاجه المراهقون في هذه المرحلة بالذات ، إذ أن مرحلة المراهقة المتأخرة تنتهي مع بداية الرشد ، وتبدأ الباحثة في نهاية تناول بعضاً من فنيات العلاج الواقعي في التحدث عن وضع خطة مستقبلية تتعاون فيها مع كل عضو من الأعضاء المشاركين في البرنامج ، وكان السؤال أثناء الجلسة الوقائية ما هي خطتك لتغير حياتك What Is Your Plan For Change Your Life.

وتتمثل أهمية المقترحات المستقبلية في كونها تتضمن خطوات ديناميكية يمكن تنفيذها ، في إطار خطة حية متحركة لا تتصف بالجمود ، وحتى تكون الخطة المستقبلية قابلة للتنفيذ لابد أن تتسم بالآتي:

- البساطة والسهولة Simplicity ، يجب أن تكون الخطة بسيطة وسهلة وغير معقدة في معناها ، ولابد أن تكون واضحة ومفهومة وقابلة للتنفيذ.

- **التحديد Specificity** ، يجب أن تكون الخطة محددة في مواعيد تطبيقها ، وتنفيذها ومتابعتها ، وذلك التحديد يضع العميل (المسترشد) في المسؤولية بتنفيذ الخطة.
- **إمكانية التحقيق Attainability** ، يجب أن تكون الخطة واقعية وممكنة التحقيق ، ولا تتصف بالخيالية وصعوبة الإنجاز .
- **إمكانية القياس Measurability** ، يجب أن تكون الخطة ممكنة القياس بحيث يمكن تحديد الفترة الزمنية التي يمكن تطبيقها ، وتنفيذها ، حتى لا يترك الزمن مفتوحاً أمام المسترشد.
- **الفورية Immediacy** ، يفضل في العلاج الواقعي عدم تأجيل تنفيذ الخطة ، بل لا بد من الإسراع في تنفيذها ومتابعتها ومن الأفضل أن تبدأ في نفس اليوم الذي تم اعتمادها وإقرارها فيه ، ولا يؤجل البدء في تنفيذها لليوم التالي.
- **المشاركة Involvement** ، والمشاركة هنا تعني أن تتميز بالمناقشة ومراجعة الخطة ، والإشراف على تطبيقها وتنفيذها ، لتكون في إطارها التنفيذي الصحيح بما يحقق الأهداف المرجوة منها.
- **التحكم Controlment** ، يجب أن تكون الخطة قابلة للتحكم فيها ، والسيطرة عليها وضبطها بمعرفة العميل أثناء تطبيقها وتنفيذها.
- **الثبات والإنسجام Consistency** ، يجب أن تتميز الخطة بالثبات عند تكرارها أكثر من مرة ، أو عند تجديد تطبيقها وتنفيذها على فترات زمنية مختلفة
- **الالتزام Commitment** يجب أن تتميز الخطة بإمكانية الالتزام بها وتطبيقها.

(ماهر محمود عمر، ٢٠٠٦: ٢٦٧-٢٧٢)

ويلخص كلاً من جليسر ، وزونين (١٩٧٩) Glasser & Zunin العلاج بالواقع Reality Therapy (١٩٧٩) نقلاً عن (Osipow 1984:49-50) ، الخطوات الثمانية التالية:

- ١- أن يعبر المعالج عن مشاعر الدفاء ، والفهم والإهتمام إزاء المسترشد.
- ٢- التركيز يكون على السلوك.
- ٣- بؤرة الأهتمام تتركز على الحاضر ذلك أن الماضي لا يمكن تعديله.

٤- لا بد للمسترشد أن يعترف بسلوكه الدفاعي المخادع لذاته Self Defeating وسلوكه غير المسئول أولاً قبل طلب المساعدة.

٥- يعاون المعالج المسترشد في وضع خطة لتعديل السلوك ، على أن تكون (الخطة مكتوبة) وليست شفاهية.

٦- أن يساعد المعالج المسترشد في الإلتزام بتنفيذ الخطة.

٧- أن يوضح المعالج للمسترشد أن أي أعذار عن تنفيذ الخطة غير مقبولة.

٨- أن يبتعد المعالج عن عقاب المسترشد إذا أخفق في تنفيذ هذه الخطة ، ما دام قد حاول تنفيذها فعلاً بصدق.

(رشدي فام منصور ، ٢٠٠٠ : ١٦٠)

٣) بعضاً من فنيات العلاج السلوكي الحديث:-

إن العلاج السلوكي Behavior Therapy ، أسلوب من الأساليب الحديثة ، يقوم على أساس إستخدام نظريات وقواعد التعلم ، ويشتمل على مجموعة كبيرة من الفنيات العلاجية التي تهدف إلى أحداث تغيير إيجابي بناء في سلوك الإنسان.

(محمد السيد عبد الرحمن ، محمد محروس الشناوي ، ٢٠١٠ : ١١)

وقد إقتصرت الباحثة الحالية على إستخدام بعض فنيات العلاج السلوكي الحديث ، وذلك على النحو التالي:

أ- حل المشكلات Problem Solving.

ب- الإسترخاء Relaxation.

ج- فنية تدريب الذات ، Assertive Training Techniques .

د- فنية لعب الأدوار والبروفات السلوكية Role Playing.

هـ- فنية التخيل Images.

وعليه تتناول الباحثة هذه الفنيات المشار إليها بشكل من التوضيح ، وذلك على

النحو التالي:

حل المشكلات Problem Solving.

لقد إستمد أسلوب حل المشكلات أساسه النظري من مجموعة من النظريات منها نظرية ثورندايك ، والذي يعتبر من أوائل الباحثين في مجال حل المشكلات ، حيث إنتهى من خلال تجاربه إلى تفسير عملية حل المشكلات ، على أنها عملية تعلم بالمحاولة والخطأ.

(محمد محروس الشناوي ، محمد عبد المحسن ، ١٩٩٦ : ٤٤٢)

كما تعد فنية حل المشكلات من الفنيات والمهارات الأساسية في التفكير العقلي المنظم وتشكل هذه المهارة المحور الأساسي في برامج الإرشاد المختلفة.

(Dixon, & Glover., 1984)

ويفرق وسكلجرين (١٩٧٦) Wiskelgren ، بين نوعين من المشكلات هما: المشكلات واضحة المعالم (جيدة التعريف Well-Defined) ، والمشكلات غير الواضحة المعالم (سيئة التعريف Ill-Defined) ، وتقع المشكلات التي يأتي بها الطلاب وحالات الإرشاد والمرضى في المجموعة الثانية.

(محمد السيد عبد الرحمن ، محمد محروس الشناوي ، ٢٠١٠ : ٢٠٢)

وتعقياً على ما جاء عن وسكلجرين (١٩٧٦) فإن الباحثة الحالية وجدت من خلال الواقع الميداني لمشكلات المراهقين ، ومن خلال عملها كمعالج نفسي ، وأثناء تناول شكاوى المراهقين بالبحث والتقيب عن السبب الأساسي في معاناة المراهقين ، أن أغلب المشكلات التي تحدث للعديد من طلاب الجامعة على سبيل المثال لا الحصر، تبدو غير واضحة المعالم (Ill-Defined) ، مما دعا الباحثة للإستعانة بمهارة حل المشكلات Problem Solving ، وذلك لمساعدتهم في حدود علم الباحثة ، على إيجاد السبيل القويم للتعامل مع الإضطرابات التي تواجههم كافة ، مواكبةً مع العديد من التغيرات المتعددة التي تتسم بها هذه المرحلة العمرية ، وبخاصة الإضطراب الوجداني ثنائي القطب متعدد النوبات.

كما يعتبر حل المشكلة مناسباً للعلاج السلوكي على أساس من إفتراضين:

١- أن عدم الفاعلية في التعامل Coping مع مواقف المشكلة بتبعاتها الشخصية ، والإجتماعية ينتج عنه إختلالات إنفعالية ، وسلوكية تتطلب العلاج النفسي.

٢- أن الفاعلية العامة للشخص قد تتحسن كثيراً عن طريق التدريب على المهارات العامة التي تسمح له بالتعامل باستقلالية مع تحديات الحياة اليومية.

ويمكن إعتبار التدريب على حل المشكلات معاونة للفرد ، على تطوير مجموعة من

التعلم Learning Set ، مع زيادة إحتمالية التعامل بفاعلية في مدى واسع من المواقف.

(محمد السيد عبد الرحمن ، محمد محروس الشناوي ، ٢٠١٠ : ٢٠١)

إن مهارة حل المشكلات هي المهارة الأكثر منطقية من بين المهارات الفكرية ، والأسهل إتقاناً بين السلوك الذي يؤديه الفرد ، لذا فإن مهارة حل المشكلات تعتبر أساساً لفاعلية المهارات الأخرى ويشمل هذا الأسلوب تنمية مهارات حل المشكلة من خلال تطوير إستراتيجيات عامة مناسبة للتعامل مع المشكلات ، وإيجاد الحلول لها في حالة مواجهتها.

(سامي ملحم ، ٢٠٠١ : ٩)

■ نماذج حل المشكلات:

لقد ظهر العديد من النماذج الخاصة بالتدريب على حل المشكلات ، وتلقت هذه النماذج في أنها تبحث عن السلوكيات المتاحة لكي تغير من موقف المشكلة ، واختيار سلوك منها يوصل إلى حل المشكلة ، والتحقق من هذا الحل ، وتستعين الباحثة في تصميم البرنامج الوقائي لعينة من المراهقين لوقايتهم من الإضطراب الوجداني ثنائي القطب متعدد النوبات بنموذج كانفر وبوزيمير (١٩٨٢) Kanfer & Bozemeyer ، وذلك لأن هذا النموذج أضاف خطوة سادسة هي "تنفيذ الحل" ، وكانت إضافة هذه الخطوة تزيد على النموذج الذي أعده دي زوربلا ، وجولدفريد ؛ كما يمكن استخدام هذا النموذج بنجاح في العلاج السلوكي وتمثل خطوات نموذج كانفر ، وبوزيمير الذي إستعانت به الباحثة الحالية في الخطوات التالية:

١- إكتشاف المشكلة.

٢- تحديد المشكلة.

٣- توليد البدائل.

٤- إتخاذ القرار .

٥- التنفيذ (تنفيذ الحل).

٦- التحقق من الحل.

وفي رأي كانفر ، وبوزيمير أن نموذجهما يشتمل على عمليات تنظيم ذاتي ، وأن الأهداف تكون دينامية ؛ بمعنى أنها لا تبقى ثابتة ، وأنه يمكن أن تتغير عبر الوقت وبالتالي فإن الفرد يستمر في البحث عن البدائل ، وفي نفس الوقت توقع النتائج المختلفة.

(محمد السيد عبد الرحمن ، محمد محروس الشناوي ، ٢٠١٠ : ٢٠٥)

الإسترخاء Relaxation.

يندرج الإسترخاء تحت أسلوب التشريط المضاد Counter Conditioning ، ويعتمد هذا الأسلوب على تخيل مواقف إيجابية يستعصى في حضورها الشعور بالقلق ذلك لأن هذا الأسلوب يستثير السكينة.

يعرف الإسترخاء علمياً بأنه "توقف كامل لكل الإنقباضات ، والتقلصات العضلية المصاحبة للتوتر" ، وقد ابتكر جاكبسون (١٩٣٨) Jacobson ، أسلوب الإسترخاء التصاعدي Progressive Relaxation موضحاً أنه يؤدي إلى فوائد علاجية ملموسة بين المرضى ، وتعتبر الأساليب الحديثة في الإسترخاء من أشهر أساليب العلاج السلوكي ، ويحتاج إجراؤه إلى تدريب منظم ؛ بالرغم من أنه لا يوجد ترتيب محدد للأعضاء التي يجب البداية بإسترخائها.

(عبد الستار إبراهيم ، عبد الله عسكر ، ٢٠٠٨ : ٢٨٦)

ومن أكثر طرق الإسترخاء شيوعاً في برامج العلاج تلك الطريقة التي طورها جاكوبسون (١٩٣٨) ، وهي تشتمل على تبادل الشد ، والإرخاء لعضلات الجسم في الوقت الذي يركز فيه الفرد إنتباهه على المشاعر المختلفة التي يحس بها (مشاعر الإسترخاء) ، ومع التدريب ، والتوجيه فإن العميل يتعلم كيف يسترخي بنفسه عندما يريد ذلك ، وبدون حاجة إلى إجراء عملية الشد العضلي في البداية ؛ وإنما يدخل إلى الإسترخاء عن طريق إرخاء العضلات مباشرة ومن ثم فإنه يتعلم كيف يتعرف على بداية الضغوط وكيفية ضبط النفس.

(محمد السيد عبد الرحمن ، محمد محروس الشناوي ، ٢٠١٠ : ٧٤)

وبالرغم من أن الإسترخاء يعتبر أسلوباً علاجياً ناجحاً للحالات المصحوبة بالتوتر العضلي والشد كما في العصاب فإن هناك ما يدل على أنه ينجح أيضاً في علاج كثير من حالات التوتر المصاحبة للأمراض الذهانية من فصام وإكتئاب.

(عبد الستار إبراهيم ، ١٩٨٠ : ٢٤٤)

وينهض أسلوب الإسترخاء على مقولة فسيولوجية مؤداها: أن الخوف ، والإنفعالات الشديدة عادة ما تكون تعبيراً عن وجود توترات عضوية ، وعضلية ولهذا فإن الشخص في حالات الخوف والإنفعال يستجيب بزيادة في الأنشطة العضلية فتتوتر العضلات الخارجية لتكون حركات لا إرادية مثل: اللوازم Tics القهريّة في الفم ، والعينين والإبتسامات غير الملائمة ، وتتوتر أيضاً أعضاؤه فتزداد دقات القلب ويتعطل نشاط بعض الغدد كالغدد اللعابية فيجف لعابه ، ويسوء الهضم بسبب التقلصات التي تحدثها هذه الإنفعالات في

المعدة ، ويرى فوليه أن جاكبسون (١٩٨٣) Jacobson ، كان له الفضل الأول في المساهمة في تطوير هذا الأسلوب ، وإدراك العلاقة بين تأثير الإسترخاء وشفاء الأعصاب.

(محمد حسن غانم ، ٢٠٠٨ : ١٩٢)

فنيات التدريب التوكيدي **Assertive Training Techniques**:

يعرف ولبي (١٩٥٩) walpe مفهوم توكيد الذات بأنه "القدرة على التعبير الملائم عن أي إنفعال فيما عدا التعبير عن إنفعال القلق ، إلا أن المعالجين السلوكيين يعالجون هذا المفهوم بصورة أكثر إتساعاً ؛ فالشخص التوكيدي ليس فقط من يدرّب نفسه على العدوان وإعطاء الأوامر والتحكم في الآخرين ، بل هو أيضاً يستطيع التعبير الإيجابي عن كثير من المشاعر الأخرى مثل (الصدّاقة ، الود ، الإعجاب والشكر) ، ولهذا فإنّ العلاج السلوكي القائم على تدريب التوكيدية في الشخصية لا يقتصر على تعلم التعبير عن الإحتياجات والحقوق ، والهجوم ؛ بل ويتضمن تدريب الأشخاص عن الإتجاهات الإيجابية الدالة على الإستحسان ، والتقبل ، وحب الإستطلاع وأداء الواجبات ، وإظهار الحب ، والتعبير عن المودة ، والمشاركة الإيجابية.

(عبد الله عسكر ، وعبد الستار إبراهيم ، ٢٠٠٨ : ٢٨٩)

ولتدريب القدرة على التوكيدية ، تستخدم فنيات علاجية أخرى منها التدريب على أداء الأدوار الإجتماعية ، والتدريب على تنطيق المشاعر Feeling Talk ، أي تحويل المشاعر الداخلية والإنفعالات إلى كلمات صريحة منطوقة بطريقة تلقائية ، وتشكيل السلوك بملاحظة النماذج (الإقتداء بالسلوك التوكيدي لدى الآخرين).

(عبد الستار إبراهيم ، ١٩٨٠ : ٢٤٧)

ومن الواضح أن التصور الحديث لتأكيد الذات قائم على نظرية مختلفة في العصاب مؤداها: أن القلق إستجابة متعلمة غير تكيفية لمواقف أو منبهات محايدة ، وأنه بهذا المعنى يشكل عنصراً أساسياً من عناصر السلوك العصابي ، حيث يبدأ تعديل السلوك بإستخدام هذه الفنية من خلال الأساليب الأتية:

١- أساليب لفظية: أي تعويد المريض وتشجيعه على التعبير المعتمد على إنفعالاته بطريقة تلقائية ، وتحويل الكلمات والمشاعر والإنفعالات الداخلية إلى كلمات صريحة منطوقة وبطريقة تلقائية.

٢- التعبير الحر عن الرأي وتأكيد الأنا: يحدث في كثير من الأحيان ألا يكون رأيك متوافقاً مع رأي شخص آخر ، وقد تلجأ إلى مداهنة هذا الشخص بموافقتك في حين أنك في الواقع والحقيقة لا توافق.

٣- التدريب على إستجابات بدنية مناسبة: حيث يوجه المعالجون النفسيون في البداية جزءاً من تدريباتهم على التعبيرات التي تظهر على الوجه ، وأساليب الحركة ، والكلام والمشي ، وكذلك التدريب على إستخدام حركات اليد والأذرع والوجه.

٤- التأكيد السلبي: ويستخدم هذا الأسلوب عندما ترى أنك قد ارتكبت خطأ في حق شخص ما ، ولا بأس أن تشعر بالندم ؛ ولكن هذا لا يجعلك تنظر لنفسك على أنك سيء.

٥- تجريد إنفعالات الآخرين الغاضبة من قوتها: ويعني ذلك أن تتجاهل الحديث أو (الرسالة) التي تأتيك من شخص آخر بشكل إنفعالي غاضب ، وأن يكون جل إهتمامك أن هذا الشخص غاضب وأنه لذلك غير مقبول أن تدخل معه الآن في مناقشة.

٦- التعمية والإرباك: ويستخدم هذا الأسلوب مع الأشخاص الذين يتطوعون للمعارضة والنقد لأشياء تخصك أنت ، ويكون الرد أن توضح له أنه على حق فيما يقول ولكن بطريقة توضح له أن موافقتك لا تعني موافقة حقيقية على محتوى ما يقول.

٧- أسلوب الأسطوانة المشروخة: حيث يتم تدريب الشخص كنوع من توكيد الذات على أن يتجاهل أي شخص يقاطعه أثناء الحديث ، صحيح أنه ينتظر حتى ينتهي الآخر من إعتراضاته ؛ ثم يواصل صاحبنا الحديث الذي كان يتناوله ، وكأن شيئاً لم يكن.

(محمد حسن غانم ، ٢٠٠٨ : ١٠٥-١٠٧)

فنية لعب الأدوار والبروفات السلوكية Role Playing.

يعود إدخال هذا الأسلوب في مجال العلاج النفسي إلى الطبيب النفسي مورينو Moreno الذي أدخل أسلوب السيودراما ، الذي يتبع في العلاج الجمعي إلى الولايات المتحدة الأمريكية عام (١٩٢٥) ؛ حيث يقوم المرضى بتمثيل أدوار من واقع خبراتهم ، وذلك تحت إشراف المعالج ويستخدم المعالج أسلوب تمثيل الأدوار ، في موقف العلاج الفردي كسلسلة من التجارب البسيطة يحاول فيها أن يعرض العميل لمواجهات ترتبط بمشكلته التي جاء بها ، وغالباً يستخدم هذا الأسلوب لتقدير المشكلات الخاصة بالعلاقات الإجتماعية ، كما أن لعب الدور يعد أسلوباً علاجياً وفي هذه الطريقة يقوم المعالج بدور الشخص الذي يعاني العميل من مشكلة في علاقته به مثلاً (الأب ، الأم ، الأخوة ، زميل ، زميلة ،.....إلخ).

(محمد السيد عبد الرحمن ، ٢٠١٠ : ٥٦)

ولزيادة القدرة على توكيد الذات تستخدم العديد من فنيات علاجية مثل: لعب الأدوار ، والتدريب على تطبيق المشاعر Feeling Talk ، أي القدرة على تحويل المشاعر الداخلية والإنفعالات إلى كلمات صريحة منطوقة بطريقة تلقائية ، وتشكيل السلوك بملاحظة النماذج (أي الاقتداء بالسلوك التوكيدي لدى الآخرين) ، حيث يستخدم لعب الأدوار مع الأشخاص الذين يفقدون إلى مناهج التعلم الاجتماعي ؛ حيث يتم تدريب الشخص على تمثيل جوانب من المهارات الاجتماعية حتى يتقنها ، حيث يدرب الشخص على السلوك المرغوب والمطلوب من الشخص تعلمه وإتقانه ، ويتم تعديل وتدعيم جوانب ذلك السلوك قبل أن يقوم به فعلاً في الواقع ، وهو أشبه بفنية إجراء البروفات من قبل المخرجين للممثلين قبل الوقوف- فعلاً- أما الكاميرات لتمثيل الدور المنوط للمثل القيام به.

(محمد حسن غانم ، ٢٠٠٨ : ١٩٦)

كما أن لعب الدور Role Playing ، يعد من الفنيات التي تشير إلى المهام التي يمكن أن يقوم بها المرشد والمسترشد معاً ، من أجل تبسيط و تنفيذ بعض المهام التي قد يصعب على المسترشد تنفيذها ، كما أن لعب الدور فنية يتم من خلالها تدريب المسترشد على أن يعبر عن أفكاره ، ومشاعره بتلقائية وحرية ، كما أنها تحقق أكبر قدر ممكن من الفاعلية والنجاح عند دخول المسترشد في تفاعل مع المرشد ، وذلك من خلال الأدوار التي يتقاسمها المرشد مع المسترشد ، وهو ما يعرف بالتدريب التوكيدي.

(عبد الستار إبراهيم ، ٢٠٠٨ : ١١)

ويتمثل لعب الدور على سبيل المثال لا الحصر في الآتي:

أ- السلوك اللفظي:

- أن تكون العبارة التي ينطق بها الشخص مباشرة وفي صلب الموضوع دون لف ودوران.
- أن تكون العبارة حازمة ، ولكن غير عدائية أو متغطسة.
- أن تكشف العبارات المستخدمة عن إحترام الشخص الآخر الداخل في عملية التفاعل.
- أن لا تترك العبارة مجالاً لتصعيد الخلاف.

ب- السلوك غير اللفظي:

يجب على المعالج التأكيد على إتقان الشخص للجوانب الأتية:

- الإحتكاك البصري الملائم (وهو يحدث الشخص الآخر).
- المحافظة على مستوى صوت معتدل لا خافت ولا صارخ (أثناء الحديث مع الآخرين).
- التدريب على نطق العبارات دون لجلجة ودون كثير من التوقفات (أو الهمهمات).
- المحافظة على وضع بدني يتسم بالثقة ، ويبتعد عن العصبية ، والحركات اللاإرادية أو الإبتسامات غير الملائمة.

(محمد محروس الشناوي ، ١٩٩٤)

فنية التخيل Images.

حرصت الباحثة الحالية في تصميم البرنامج الوقائي ، على إستخدام فنية التخيل Images لأن هذه الفنية تنهض على حقيقة بسيطة لا يختلف عليها إثنان وهي أن مشاعرنا، وإنفعالاتنا تتأثر متأثراً قوياً بما نرسمه من تصورات أو تخيلات بما فيها إستعادة أحداث سابقة ، فقد يشعر شخص بحزن عميق إذا ما إستعاد حادثاً غير سعيداً ؛ كما يشعر شخص بالفرح إذا ما إستعاد حادثاً سعيداً ، ويغضب شخص إذا إستعاد موقفاً تعرض فيه للإهانة والسب ، إذ أن هذه المشاهد والأحداث والذكريات التي نستعيدها ما هي إلا صور ذهنية غير حقيقية حدثت ، وإنتهت لكن الشيء الحقيقي هنا هو مشاعر الحزن ، أو السرور ، أو الغضب ، أي كل لإنفعالات التي ظلت متعلقة في الذاكرة بهذه الأحداث رغم إنتهاء هذه الأحداث.

وقد تنبه المعالجون منذ فترة مبكرة لحقيقة أننا نملك بقوة التخيل وتكوين الصور الذهنية التي تساعدنا على التحكم في تكوين مشاعرنا ، وإنفعالاتنا المرغوب فيها ، وأن نتوقف بنفس المنطق عن ممارسة الأفعال والمشاعر التي لا نرغب فيها ، ويتعدى تأثير التخيل الذاتي ، التأثير الإيجابي أو السلبي في المشاعر والأحاسيس ، ليصل إلى التأثير في الجوانب الجسمية ، والنفسية الأخرى بما في ذلك دوافعنا للعمل والنشاط ، والوظائف البدنية والأمراض الجسمية ، كما تخضع قدراتنا على النشاط والدافعية ، وتتأثر على نحو مباشر بقدرتنا على التخيل الذاتي.

(محمد حسن غانم ، ٢٠٠٨ : ٢٠٠٨)

ويمتليء التراث السيكلوجي ببحوث عدة تؤكد أن الإستثارة العضوية ، والعضلية العنيفة تشيع بشكل أكثر في حالات الأمراض النفسية ، والعقلية ؛ ففي حالات الإكتئاب تشير الدراسات إلى أنه بالرغم مما يتصف به هؤلاء المرضى من مظاهر التأخر في النشاط الحسي والحركي (البطء في الحركة ، والكلام ، والإستجابة) الذي قد يوحي بأنهم على درجة أقل من التوتر والإستثارة العضلية فإن مقارنتهم بمجموعة من الأفراد العاديين على مقاييس التوتر في

الجبهة ، والفكين ، والذراعين والقدمين بينت أنهم أكثر توتراً من الأسوياء ، حيث تبين أبحاث مشابهة ، أن هذا التوتر يختفي أو يتضاءل بعد العلاج النفسي ويثبت هذا أن الإسترخاء العضلي ، وإستخدام العقاقير المطمئنة والمضادة للإكتئاب تؤدي إلى إنخفاض ملموس في حالات الإكتئاب.

(عبد الستار إبراهيم ، ٢٠٠٨ : ١٨٩)

٤- بعضاً من فنيات العلاج الجشتالتي لبيرلز.

مؤسس هذا المنحى هو فريدريك بيرلز Perls ، وهو قريب من المنحى الإنساني؛ برغم أن بيرلز تدرب على التحليل النفسي ، وقد تطور المنحى الجشتالتي ليصبح أسلوباً في العلاج.

(محمد محروس الشناوي ، ١٩٩٤ : ٣٠٩)

والإفتراض الأساسي لدى منظري الجشتالت هو ، التنظيم الذاتي العضوي ، أي القدرة على إشباع حاجاتنا من خلال إختيار ما يفيدنا من البيئة ، ولا يعني ذلك بالطبع أننا دائماً نقوم بالإختيار الصحيح ، ولكنه يعني القدرة على تصويب أخطاء الإختيار ، حيث يؤكد منظرو الجشتالت على التفاعل الدينامي في نظام موحد ، والتوازن بين التوترات كما عند (كيرت ليفين) ، والتنظيم الداخلي وأهمية الإدراك وصلته بتنظيم الشخصية ، ووظائفها ونموها بما في ذلك التحريف في الإدراك والنظرة إلى أن الماضي له معنى فقط إذا كان حاضراً ، وما يترتب على هذه النظرة من ضرورة إعتبار الضغوط الحاضرة الموجهة للكائن.

(لويس كامل مليكة ، ١٩٨٥ : ٣٩)

وقد رفض بيرلز الإعتقاد بأن البشر يسلكون جبرياً ، وأنهم تحكمهم عوامل خارجية أو داخلية ، وهو يرى أن الإنسان كائن متحد يؤدي وظائفه ككل متسق ، وهو كائن كلي يشعر ويفكر ويتصرف ، وأنه يحيا بالمحافظة على نوع من التوازن بين رغبات الذات ، والأشياء الواجبة أو المفروضة الخاصة بصورة الذات ، ويرى كمبلر أن هناك خبرات تحدث فتقلب هذا الإتزان ، وفي مثل هذه الحالات فإن كلاً من الذات ، أو صورة الذات تتصرف لتتحدى الأخرى ، وفعلاً تشتعل حرب داخلية تؤدي بالفرد إلى أن يعايش القلق ، وتؤدي في الغالب إلى سلوك غير فعال ، حيث تتوقف طبيعة الصعوبة على الحالة العامة للصحة النفسية للفرد ، ونوع الخبرة التي أشعلت نار الحرب بين الذات ، وصورة الذات.

(جمعة سيد يوسف ، ٢٠٠١ : ١٣٢)

ومع ظهور علماء نفس الجشالت Gestalt Psychothrapy ، أمثال ماكس فرتهيمر Max Wertheimer ، وولفجانج كوهلر Wolfgang Kohler ، وكورت كوفكا Kurt Koffka بدأت تظهر عدة آراء وإتجاهات تختلف تماماً مع ماسبق من إتجاهات إهتمت بتفسير العمليات المعرفية ، وكان أول هذه الآراء هو الرفض المطلق لإتجاه البنوية Structuralism ، والآراء التي تمسك بها أنصار هذا الإتجاه ، ومنهم فندت Wundt الذي حاول أن يجزيء الشعور إلى مكوناته الأولية Elementry Componen ، كما إعرضت مدرسة الجشالت أيضاً على الإتجاه الإختزالي لدى الإرتباطيين ، ويعتقد الجشالتيون أن إدراكنا وأفكارنا التي نكونها في مواقف حياتنا المختلفة لها خواص كلية Holistic Properties ، وبالتالي يصعب إختزالها إلى مجموعة من العناصر المكونة Constituent Elements ، ويستندون في هذا التفسير إلى المبدأ المعروف لديهم وهو " أن الكل أكبر من مجموع أجزائه " The Whole is Greater then the Sum حيث يعتبر الجشالت أن الكليات لها خواص ناشئة غير متضمنة في الأجزاء ، أي أن هذه الخواص لم تكن موجودة إلا مع وجود الكل.

(أنور محمد الشرقاوي ، ٢٠٠٣ : ٣٨)

وترجع نشأة العلاج الجشالتى Gestalt Therapy إلى الطبيب والمحلل النفسي الألماني ف.س. بيرلز Perls (١٨٩٣-١٩٧٠) الذي أطلق هذا الإسم على فئة العلاج في كتاب أصدره مع زميله هيفر لاين ، وجود مان ، وكان إسمه من قبل العلاج بالتركيز Concentration Therapy ، لما يتطلبه من المريض من إنعطاف على الذات ، وتركيز عليها لإستكشاف كوامنها والوعي بها حتى يستطيع أن يعرف حاجاتها فيشبعها ويتوافق.

(نبيل حافظ ، ٢٠٠٨ : ١٠٢)

وقد إستخدم فرتهيمر الكلمة الألمانية "جشالت" Gestalt ، ومعناها في اللغة العربية "شكل أو صيغة Form ، أو نمط Pattern ، أو صورة Configuration" ، وقد تكون الجشالتات Gestalten وهي جمع كلمة جشالت ، من أنواع متعددة كما في علم النفس ، وتعتبر الحركة الظاهرة Nomenon أحد هذه الجشالت.

(أنور محمد الشرقاوي ، ٢٠٠٣ : ٣٩-٤٠)

وينظر بيرلز للإنسان وفقاً للتصورات الآتية:

١- أنه كل مركب يتكون من أجزاء ترتبط ببعضها البعض ولا يمكن فهم أي من تلك الأجزاء من (إنفعالات ، أفكار ، إحساس ، إدراك) خارج إطار الشخص.

- ٢- أنه هو أيضاً جزء من بيئته الخاصة ولا يمكن فهمه بمعزل عنها.
- ٣- أنه هو الذي يختار كيف يستجيب للمثيرات الخارجية والداخلية ، كما أنه فاعل وحيوي ، وليس مجرد مستجيب أو منلق.
- ٤- أن لديه الطاقة ليكون واعياً بدرجة كاملة.
- ٥- أنه قادراً على إجراء الإختيار الذي يتناسب معه لأنه واع.
- ٦- أن لديه الطاقة ليحكم حياته الخاصة بفاعلية.
- ٧- أنه لا يستطيع أن يعايش (يخبر) الماضي والمستقبل ؛ وإنما يستطيع فقط أن يخبر ذاته في الحاضر.
- ٨- أنه ليس أساساً خيراً ، وليس شريراً عكس وجهة نظر فرويد للإنسان.
- وقد أدى هذا التصور إلى بلورة فكرتين أساسيتين يدور حولهما العلاج الجشتالتي هما:-
- أ- أن البشر مسئولون عن أنفسهم وعن حياتهم ومعيشتهم.
- ب- أن السؤال الأساسي عن خبرة الإنسان وسلوكه ليس لماذا ؟ ولكن هو كيف؟
- (محمد حسن غانم ، ٢٠٠٨ : ٢١٨)

■ أركان العملية العلاجية في العلاج الجشتالتي:

- ١- الوعي: ويقصد به إمام الفرد بذات نفسه في علاقتها بالمجتمع.
- ٢- التعبير: ويقصد به أن يفصح الفرد عما يعنيه باللفظ والحركة ، والإنفعال مع معرفة دلالات المقاومة ، والطرح والأحلام.
- ٣- التجريب: هو القيام بتجارب لزيادة الوعي بالذات وتعديل مظاهر السلوك غير السوي.
- (نبيل حافظ ، ٢٠٠٨ : ١٠٦)

■ التكنيكات المستخدمة في العلاج الجشتالتي:

وقد إنتقلت الباحثة الحالية تكنيكات العلاج الجشتالتي كمارسات علمية ، وعملية تفيد في حل الصراعات الداخلية لدى عينة الدراسة الحالية ، وتجب على كثير من إستفساراتهم وذلك على النحو التالي:

١- الوعي بهنا والآن:

إن الشعار الأساسي في العلاج الجشتالتي هو "أنا وأنت ، هنا والآن: ويعتبر (الآن) هو نقطة الصفر بين الماضي والمستقبل ، حيث لا يوجد أي منهما ، دائماً الموجود فقط هو (الآن) ، والشخص العصابي ليس الذي يعاني من مشكلة في الماضي ، وإنما هو الذي لديه مشكلة الآن ، والتي قد تكون أيضاً مشكلة من الماضي ، والماضي يؤثر في السلوك فقط على النحو الذي نراه في الحاضر ، والحاضر في (هنا والآن) حيث يوظف في مسألة العلاج النفسي نفسه ، والذي يهتم هو طريقة التعبير (التنفس ، الإشارات ، نبذة الصوت ، الإنفعالات) ، وليس المحتوى أو الكلمات ، مع التأكيد على "الآن أنا واع".

٢- إستخدام الدراما والتخيل:

ويكون اللجوء إلى هذا التكنيك بهدف أن يزيد المعالج من سرعة عملية العلاج عن طريق الأساليب الآتية:

أ- أسلوب المكوك (ويعني ذلك توجيه إنتباه المسترشد إلى الوراء والأمام من نشاط أو خبرة إلى نشاط أو خبرة أخرى).

ب- الصوت العالي ، والصوت المنخفض (يستخدم بيرلز في العلاج تعبير الصوت العالي والصوت المنخفض Top Dog and Underdog) ، حيث ينظر إلى الصراعات العصابية ، والتي تشتمل على جوانب متضادة من الشخصية ، وعندما يكون المعالج واعياً بهذا الإنشقاق فإنه يطلب من المريض أن يجرب أن يأخذ كل جزء من الصراع عن طريق محادثة ثنائية ، حيث أطلق عليها بيرلز "الصوت العلوي" ، والذي يمثل صوت المجتمع والضمير ، وهو مكافئ لنا الأعلى عند فرويد ، و"الصوت المنخفض" ، وهو يمثل الهو عند فرويد ، وهو بدائي ملتصق للأعداء .

(محمد حسن غانم ، ٢٠٠٨ : ٢٢٥-٢٢٧)

٥) بعضاً من فنيات العلاج المعرفي السلوكي لأرون بيك Beck.

يعد العلاج المعرفي السلوكي أسلوباً جديداً من أساليب العلاج النفسي ، وهو علاج مباشر وتوجيهي تستخدم فيه آليات ، وأدوات معينة وفنيات ، ومهارات معرفية سلوكية لمساعدة المريض على تحديد أفكاره السلبية ، ومعتقداته اللاعقلانية التي يصاحبها خلل إنفعالي وسلوكي ، وتحويلها إلى معتقدات يصحبها ضبط إنفعالي وسلوكي.

(Twaddle & scott, 1991:56)

ويشير العلاج المعرفي السلوكي إلى مجموعة من المبادئ والإجراءات التي تشترك في إفتراض أن العمليات المعرفية تؤثر في السلوك ، وأن هذه العمليات تتغير من خلال الفنيات المعرفية السلوكية ، ويختلف هذا الأسلوب العلاجي عن علاج الإستبصار التقليدي في أن معارف (الهنا والآن) النوعية تكون هي الهدف في التغيير من خلال إجراءات نوعية أكثر من التأكيد على الماضي كسبب للصعوبات الحالية ، وتشتمل المعارف على (الإعتقادات ، نظم الإعتقادات ، والتفكير والتخيلات) ، وتشتمل العمليات المعرفية على (طرق تقييم وتنظيم المعلومات عن البيئة والذات ، وطرق تعلم تلك المعلومات للتغلب على المشاكل أو حل المشكلات ، وطرق التنبؤ بالأحداث المستقبلية وتقييمها).

(عادل عبد الله محمد ، ٢٠٠٠ : ٢٣)

وقد نشأ تيار العلاج المعرفي في أحضان المدرسة السلوكية ، وركب الموجة الثانية منها وهو الآن يكاد يمثل تياراً منفصلاً تماماً ، عن المدرسة السلوكية ، ويضم فريقاً من المعالجين المعرفيين أمثال: آرون بيك Beck ، وماهوني Mahony ، ودونالد ميكنبوم Mechenbum وفكتور ريمي Raimy ، ويعتقد هؤلاء المعالجون أن الحوار الداخلي أو التحدث إلى الذات من جانب المسترشدين ، يلعب دوراً أساسياً في سلوكهم ، ويتم النظر إلى السلوك والإنفعالات كنتيجة للعمليات المعرفية ، ويتم تغيير السلوك والإنفعالات كنتيجة للعمليات المعرفية ، ويتم تغيير السلوك والإنفعالات اللاتوافقية من خلال تصحيح المعتقدات المضطربة.

(رشدي فام منصور ، ٢٠٠٠ : ١٦٢)

■ مبادئ العلاج المعرفي السلوكي:

إن المبادئ التي تمثل أساس الإتجاه المعرفي السلوكي في العلاج تتضمن (المعالج، العميل الخبرة العلاجية) وما يرتبط بكلٍ منهما من جوانب ، وتتمثل تلك المبادئ فيما يلي:

- ١- أن العميل والمعالج يعملان معاً في تقييم المشكلات ، والتوصل إلى الحلول.
- ٢- أن المعرفة لها دوراً أساسياً في معظم التعلم الإنساني.
- ٣- أن المعرفة والوجدان والسلوك ، تربطهم علاقة متبادلة على نحو سيء.
- ٤- أن الإتجاهات والتوقعات والعزو والأنشطة المعرفية الأخرى ، لها دوراً أساسياً في إنتاج وفهم كلاً من السلوك وتأثيرات العلاج والتنبؤ بهما.
- ٥- أن العمليات المعرفية تندمج معاً في نماذج سلوكية.

(عادل عبد الله محمد ، ٢٠٠٠ : ٢٣)

■ كيف يتكون التصور المعرفي؟

إن تكوين المفهوم أو التصور المعرفي Cognitive Conceptualization ، هو الإطار الأساسي لفهم المعالج لمريض ما ، حيث يتولد لدى المعالج العديد من التساؤلات لكي يبدأ عملية صياغة (وضع خطة) لحالة ما ، ومن هذه التساؤلات على سبيل المثال لا الحصر:

- ما هو تشخيص المريض؟
 - ما هي مشكلاته الحالية؟
 - كيف بدأت مشكلاته وما هي عوامل إستمرارها؟
 - ما هي الأفكار المعطلة والمعتقدات المتعلقة بهذه المشكلات؟
 - ما هي التفاعلات (العاطفية ، الفسيولوجية ، السلوكية) المرتبطة بأفكار المريض؟
 - ثم يضع المعالج فرضيته عن كيف أصيب المريض بهذا الإضطراب النفسي؟
 - ما هي التجارب والتعلم المبكر وربما (العوامل الوراثية) التي أثرت في مشاكله الحالية؟
 - ما هي معتقداته التحتية ، والتي تشتمل على (الإتجاهات ، المواقف ، التجارب ، القيم الأخلاقية)؟
 - كيف تغلب على معتقداته المعطلة ؟ وما الآليات (المعرفية ، العاطفية ، السلوكية الجسمانية) الإيجابية والسلبية ، التي تكونت لديه ليتغلب على هذه المعتقدات المعطلة؟
 - كيف كان يرى نفسه ، وكيف يراها الآن ؟ وكيف يرى الآخرين ؟ وعالمه الشخصي ومستقبله؟
 - ما الضغوط التي أسهمت في مشكلاته النفسية ، أو التي أثرت في قدرته على حل هذه المشكلات؟
- وهنا يبدأ المعالج في بناء المفهوم المعرفي خلال (اللقاء الأول) مع المريض ، ويستمر في تنقيح المفهوم على مدار الجلسات ، وحتى آخر جلسة.
- (جوديث بيك ، ٢٠٠٧ : ٣٥-٣٦)

إن هذا المفهوم السابق عن كيفية تكوين التصور المعرفي ، يساعد على وضع خطة علاجية فعالة ومؤثرة (Persons 1989) ، ويمثل النموذج المعرفي الأساس النظري للعلاج المعرفي ، حيث يفترض النموذج المعرفي أن "مشاعر الناس وسلوكياتهم تتأثر بإدراكهم للأحداث" ، إنه ليس موقفاً بذاته هو الذي يحدد كيف يشعر الناس ؛ ولكنها الطريقة التي يفسرون بها ذلك الموقف.

(Beck, 1964; & Ellis, 1962)

■ فنيات العلاج المعرفي السلوكي:

واقترحت الباحثة الحالية على إنتقاء الفنيات التالية:

الإستراتيجيات السلوكية للعلاج المعرفي السلوكي.

إن العلاج المعرفي السلوكي يستخدم إستراتيجيات سلوكية بهدف تناول المعارف المرتبطة بالإكتئاب وتتمثل بعضاً من هذه الإستراتيجيات في الآتي:

١- جدولة النشاط: Activity Scheduling

وتستخدم هذه الإستراتيجية في المراحل الأولى من العلاج وتتضمن أول خطوة فيها تحديد قاعدي Base Line لأنشطة المسترشد والوجدان المصاحب لها ثم يقوم المسترشد في الخطوة الثانية بسرد المهام والمسئوليات وخاصة تلك الأنشطة السارة التي يمكن أن تتضمنها الجداول ويتبع ذلك جدول يومي يعمل المسترشد وفقاً له كما يحدد الوقت الذي سيقوم من خلاله بأنشطة معينة ويجب أن تتضمن تلك الأنشطة أحداثاً تبعث على السرور وأخرى تبرز سيطرته على تلك الأحداث.

٢- المهام المتدرجة: Graded Tasks

وتتبع هذه المهام بطبيعة الحال من جداول النشاط التي يتم إعدادها ، حيث تعتمد بصفة أساسية على التدرج بحيث يبدأ المسترشد بتلك المهام التي تتسم بأنها الأسهل.

٣- التعزيز الذاتي: Self-Reinforcement

ويعني ذلك أن يقوم الفرد بمكافأة نفسه على نجاحه في إنجاز أهداف معينة ، وهو ما يجعل هذه الفنية وسيلة هامة ، وناجحة لزيادة مستويات النشاط السلوكي ولتحقيق الأهداف المرجوة ، كما يمكن لهذه الفنية أيضاً أن تعمل بالنسبة للأفراد المكتئبين الذين يرون أنفسهم

على أنه لا قيمة لهم كسلوك مضاد ، إلى جانب أنه يمكن من خلالها أيضاً القيام بتدعيم وتعزيز التغيير على المستوى المعرفي.

(عادل عبد الله محمد ، ٢٠٠٠ : ١٧٠-١٧٢)

ثانياً: الإضطراب الوجداني ثنائي القطب : Bipolar Affective Disorder

- تأصيل تاريخي:

لم تخل البشرية من الأمراض الجسمية منذ بدأت ، كما لم تخل أيضاً من الإضطرابات النفسية ؛ وكل ما في الأمر أن الأصحاء الذين عاشوا آلاف السنين قبلنا كانوا يدركون غرابة سلوك من نسميهم اليوم بالمضطربين نفسياً ؛ ففي كل العصور الفرعونية مثلاً ، وجدت إشارات في البرديات التي أمكن ترجمتها تفيد بأن الفراعنة توصلوا إلى التفريق بين الأصحاء ، ومرضى الجسم ، وفاقدى العقل (Ghali,1963) كما وجدت ثقوب جراحية بعدد من الجماجم الفرعونية ، أشارت إلى محاولات لطرد الأرواح الشريرة من أدمغة المصابين بالجنون أو لعلاج ما يعرف اليوم بالصرع ، ووصفت أعراض تشابه تماماً تلك التي تبوب تحت الهستيريا ، كما زاول (أمنحتب) كبير أطباء (زوسر) علاج فاقدى العقل في معبد النوم بسقارة (Ibid).

ولقد وصف الإغريق أنواعاً من المرض العقلي إضافة إلى تصنيفاتهم للأمراض الجسمية ؛ وبنزول الأديان السماوية واحداً تلو الآخر أضيف إلى أنواع العلاج الكلاسيكية لفاقدى العقل أو المكتئبين علاج روحي يقربهم من الله فيصلح من نفوسهم ؛ بل نجد بعض الثقافات إلى يومنا هذا تجرم المساس بالمجنون أو بالمتخلف ؛ ثم ظهر بعد ذلك في الشرق أطباء من بينهم "بن سينا الفارسي" (٩٨٠-١٠٣٧) ، والذي توفى في أصفهان ؛ بينما الغرب يترجم كتاباته التي جمعت بين الطب والتدين والفلسفة ، وأصبحت كتبه تدرس كأساسيات لدراسة الطب في أوروبا ؛ ومنها أجزاء تتصل بأمراض العقل.

ثم أظلمت المعاملات الإنسانية أثناء العصور الوسطى حتى نهاية (القرن الثالث عشر) بعد الميلاد ، وأصبح المريض العقلي موضع سخرية الآخرين ، وعذبوا المعزولون وقيدوا ، وعوملوا كالحوانات أو أسوأ ، وأصبح علاجهم ، يتسم بالقسوة والشراسة ، ويتسبب عاجلاً في موت معظمهم ؛ ثم تغيرت الأوضاع قليلاً بقدم عصر النهضة القرون (١٤ ، ١٧) ثم انبثقت بادرة أمل في تحقيق الإنسانية في معاملة المرضى العقليين على يد الطبيب الفرنسي فيليب بينيل (١٧٤٥-١٨٦٢) فكان أول داعية لتحسين معاملتهم ، وساعدته الثورة الفرنسية (آخر القرن الثامن عشر) على نشر آرائه وتطبيق أساليبه التقدمية في نظم الإدخال

بالمستشفى ، وتدوين المعلومات الخاصة بكل نزيل ، وما يصرف له من دواء ، واسم صاحبه
واسم من يعالجه ، ويعد "بينيل" أول من بدأ علم "تصنيف الأمراض العقلية".

(ألفت حقي ، ٢٠٠٠: ١٧-١٩)

وقبل القرن الأول الميلادي بقليل وفي أثنائه وصف "أريتوس" Aretaeus ، الهوس
Mania ، والميلانكوليا Melancholia بأنهما مظهران لمرض واحد بعينه ؛ وأنه كان قد سلم
بأن الحالة الباثولوجية التي تعرف بالإنشراح الزائد Euphoria ، يمكن أن تظهر مستقلة
ومنفصلة وهي حالة من النشوة والمرح الزائد ، وقد تكون مرتبطة بالهوس Mania .

وجاء في عصر النهضة جوهان واير (١٥١٥-١٥٨٨) Weyer, J. ، وقد كان أول
طبيب يتخصص في الطب العقلي ، ودعا المتخصصين إلى ضرورة التدقيق في فحص
أفكار المصابين بالميلانكوليا وعباراتهم ، وتصوراتهم ، وأفعالهم التي ترهق أذهانهم إلى حد
أن بعضاً منهم يتخيل نفسه حيواناً بل يظل يقلد (أصوات ، وحركات) الحيوانات ، ولم تؤثر
كتابات "واير" في العالم إلا بعد إنقضاء قرن كامل من الزمان .

وفي القرن الثامن عشر ميز لنا ستال (١٦٦٠-١٧٣٤) Stahl ، بين ثلاثة أنواع
من الميلانكوليا (الميلانكوليا المصحوبة بأعراض معدية ومعوية ، تتشابه مع ما نسميه اليوم
بالهيبوكوندريا ، الميلانكوليا المصحوبة بالخوف من الموت ، والميلانكوليا المصحوبة
بالخوف من الشيطان).

(ريتشارد سوين ، ١٩٧٩ : ٩-١٩)

كما تصف قصة الملك "سول" القديمة أعراض "الإكتئاب" Depression ، وأيضاً
قصة انتحار "أجاكس" في إلياذة "هوميروس" فمنذ عام (٤٠٠ ق.م) كان الأبقراطيين
يستخدمون مصطلحات "الهوس" Mania و "الميلانكوليا" Melancholia لوصف
الإضطرابات العقلية وفي عام (٣٠ ب.م) قام الدكتور الروماني "سيلساس" Celsus بوصف
"الميلانكوليا" Melancholia من الكلمة اليونانية (Melan) أسود ، و (Chole) الصفراء
ووصفها بأنها الإكتئاب الذي يحدث بسبب "الصفراء السوداء" ؛ وفي عام (١٨٥٤) وصف
"جوليس فالريت" Jules Faret الحالة التي تسمى Folie Circulaire والتي يكون فيها
المريض قد تناوب ما بين (الإكتئاب والهوس) سابقاً ، وفي عام (١٨٨٢) قام الطبيب "كارل
كالبوم" Karl Khlbaum بإستخدام المصطلح Cyclothymia بوصف الهوس والإكتئاب
على أنه مراحل نفس المرض ؛ كما قام "ايميل كريبلين" Emil Kraepelin (١٨٨٩) معتمداً
على المعرفة التي وصل إليها الأطباء الفرنسيين والألمانيين السابقين بوصف الإضطراب
العقلي "الهوس الاكتئابي" على أساس إستخدام العديد من المعايير التي يستخدمها الأطباء
الآن كأساس لتشخيص "الإضطراب ثنائي القطب" وطبقا لكريبلين فإن غياب الحالة المتردية

في إضطراب "الهوس الإكتئابي" تميزها عن "الخرف" Dementia Praecox مثل "الشيزوفرينيا" كما سميت فيما بعد ؛ كما وصف "كربيلين" أيضا الإكتئاب والذي عرفه بأنه "الميلانكوليا الملتفة" Involution Melancholia والتي اعتبرت فيما بعد على أنها شكلاً من أشكال الإضطراب العقلي الذي يبدأ في مرحلة متأخرة من البلوغ.

(Kaplan, & Sadock's, 2007: 527-578)

ومن الناحية التاريخية فإن الإضطرابات الوجدانية عرفت منذ فترات طويلة ، وهي تنتج من "السوداوية" التي تظلم الروح ؛ واعتقد "كربيلين" إنها باطنية قطبية ؛ بينما اعتبر فرويد (الحزن والسوداوية) تحدد نفسياً ؛ أما "سبيتر ، و بولي" Spits & Bowlby فيؤكدان على أهمية أن الحرمان من الأم في فترة الطفولة يعد سبباً مبكراً للإكتئاب.

(حسن مصطفى عبد المعطي ، ١٩٩٨: ٣٤٥)

• مفهوم الإضطراب الوجداني ثنائي القطب: Bipolar Affective Disorder

يعني الوجدان لغةً في المعاجم العربية "وجد ضالته وجداناً" وفي الحزن "وجداً" وفي الغضب موجدة "بكسر جيم الفعل" وفي الإستعمال الحديث : أي نوع من الحس أو الإنفعال يرتبط بأفكار أو مركبات أفكار وهو صنف واسع من العمليات العقلية يشمل الحس والإنفعال والمزاج الوقتي والطبيعي في تمايز تاريخي عن الإدراك المعرفي والإرادة النزوعية حيث Affect و Affection هما نفس الشيء.

ويعني الوجدان إصطلاحاً "إصطلاح واسع يشمل الإنفعال والحس Feeling والمزاج الوقتي Mood و(عادة أيضاً) الخصائص المزاجية الطبيعية Temperamental.

وفي قاموس "إنجلش وإنجلش" عرف الوجدان بسبعة تعريفات هي:

١- إسم نوع للحس و الإنفعال والمزاج الراهن "الحال الكيف" والمزاج الدموي "الخلق أو الطبع" حيث تتمايز تاريخياً ثلاثة ضروب من الوظائف العقلية: المعرفة والنزوع conation أو الإرادة والوجدان (وتسميته Affection أغلب).

٢- إسم صنف لنوع معين من الحس أو الإنفعال يكون له عادة إسم كالفرح أو الإثارة وعملياً = إنفعال.

٣- شاهد أو مثال معين للحس أو الإنفعال أي "إستجابة حس - حس مفردة لموضوع أو فكرة معينة".

٤- حال حس Feeling-State أو توتر نفسي يصحبهما نشاط جسمي ملحوظ : وقد يكون هذا ما تجده في رقمي (٢ ، ٣). Affect.

٥- تساوي Affection بالمعنى رقم (١).

٦- رد فعل عام نحو شيء على أنه محبوب أو مكروه وهنا يرادف Valence.

٧- الصفة الدينامية أو الجوهرية للإنفعال ولا يستبعد وجود عدد من هذه المعاني مجتمعاً.

ومن الملاحظ أن الفعل Affect يختلف عن الإسم نطقاً ومعنىً وكذلك الإسم والفعل . Affect

وتعد الوجدانات أكثر شمولاً وديمومة من الحالات الإنفعالية الوقتية كما أنها تتوحد بالبواعث والنزعات الفطرية ؛ محتوياتها التفكيرية مبهمة ومعقدة والوجدانات المتنقلة معرضة لتقلبات فحالة نقص الحساسية Hypothymia تشير لوجدانات ضحلة وإختلال المزاج أو إضطراب الإنفعالية Parathymia يظهران الوجدانات غير المتفقة لمريض الفصام الذي قد يهزل في مواقف الجد أو يبكي بينما الآخرون سعداء؛ فالشكاوى من إختلالات الوجدان فرط الحساسية Hyperthymia أو الضياع الوجداني شائعة في الفترة التي يبدأ فيها تطور أحد أمراض الذهان ؛ وهكذا فالوجدان نفسه يكون شعوريا ولو أنه نمطياً يتم إبداله إلى فكرة لم يكن يتبعها في البدء والفكرة الأصلية لا شعورية وإذا قمع الوجدان تماماً فقد يظهر لا كأنفعال بل كتغيرات جسمية من إثارات عصبية كالعرق وسرعة ضربات القلب وفساد الحس... إلخ وفي حالات أخرى خصوصاً التخشب Catatonia والهوس Mania قد تظهر الوجدانات من غير تمويه أو إخفاء.

ولفظ وجداني : Affective يتعلق بالوجدان وهو صفة كثيراً ما تستخدم للحس العاطفي في مثل قولنا حالة وجدانية قبضة وجدانية ونقص وجداني وارتباطات وجدانية حيث تتشابه الأفكار على أساس العاطفة عموماً وفي تمايز عن Affectionate بمعنى "محب".

كما تعني الوجدانية Affectivity "الميل إلى الإستجابة بعاطفة أو إنفعال كما أن لها معنيان في قاموس "تشابلن":

١- الإنفعالية أو الميل إلى الإستجابات الإنفعالية.

٢- الإستجابة الإنفعالية التعميمية التي لا يمكن توحيدها بموقف تنبيه معين.

وفي قاموس "إنجلش و إنجلش" للوجدانية أربعة معاني:

١- ميل للإستجابة بسهولة بالعاطفة و الإنفعال - حيث إسم المعنى العام هذا لا ينبغي في حالة عدم وجود معطيات أن يظن إشماله على سمة توحيدية معممة والمرادف حينئذ هو "إنفعالية" Emotionality .

٢- خبرة إنفعالية بالغة التعميم- أى الخبرة التي لا يمكن توحيدها بأي إنفعال معين.

٣- مقدار العاطفة الذي يظهر في أى وقت معين.

٤- خاصة موقف التنبيه الذي يبعث العاطفة.

ويوجد إمتداد غير موفق لهذا المعنى هو مرادف تقريباً: قوة الإنفعال Emotive Strength أو الإنفعالية الشديدة Emotivity.

وفي الطب العقلي: الوجدانية تعني "القابلية للإستجابات الوجدانية" ويذكر دكتور "بلولير" ان كل نفسية يمكن أن تنقسم إلى قسمين: عقلي و وجداني ؛ ثم يضيف وتحت كلمة وجداني تدخل الوجدانات والإنفعالات والعواطف الخاصة باللذة والألم.

ويرى تشابلن (١٩٦٨) Chaplin أن الذهان الوجداني Affective Psychosis يعني "إستجابة ذهانية تتميز خصوصاً باختلالات إنفعالية شديدة كالتى تظهر في إستجابة (الهوس الإكتئابي) " كما يرى هاريمان (١٩٦١) Harriman أن الذهان الوجداني هو "إضطرابات عقلية تتميز باختلالات إضطرابية ملحوظة في الأحاسيس والإنفعالات والأمزجة الراهنة والبواعث المنفعلة - ومن أمثلتها : الإثارة المرضية (الهوس) و (الإكتئاب) السوداء" وفي قاموس إنجلش و إنجلش (١٩٥٨) English & English يعني الذهان الوجداني "إضطراب معجز بخطورة للمزاج الوقتي أو الأحاسيس يتمخض عن إختلال التفكير والسلوك بما يتفق مع الوجدان فالوجدان غير متناسب مع الظروف الموضوعية ومن أهم صورته (ذهان الهوس الإكتئابي والإستجابة الإكتئابية الذهانية) ."

(كمال دسوقي ، ١٩٨٨ : ٦٣-٦٦)

ومصطلح (وجدان) Effect يعد تعبيراً شائعاً في علم النفس والطب النفسي على السواء ويقصد به "الخبرة بالمشاعر و العواطف التي تتفاوت من أشد درجات الألم إلى أشد درجات اللذة ومن أبسط الأحاسيس إلى أكثرها تعقيداً ومن أقصى درجات الإستجابة الإنفعالية إلى أكثرها إنحرافاً ولا سوية ؛ والوجدان أو درجة المشاعر هي التي تكون حياتنا النفسية الداخلية كلها وتخبرها سواء على المستوى الشعوري أو المستوى اللاشعوري والصفة منه "وجداني" Affective كما تتصف (الوجدانية) Affectivity بأنها "درجة الإستجابة للذة أو الألم للمثيرات الإنفعالية الأخرى" ويعد تقويم الوجدانية مكون هام في الفحص الطبي

النفسى فالقائم بالتشخيص ربما يبحث عن شاهد عن مثل هذه الاستجابات كالعاطفة غير المناسبة وفقدان العاطفة والتناقض الوجداني والإبتهاج الشديد والاكتئاب والقلق" حيث أن الإضطرابات الوجدانية Affective Disorders هي مجموعة من الاضطرابات التي تتضمن إختلالات طويلة الأمد وملحة في المزاج (إكتئاباً كانت أم ابتهاجاً) مصحوبةً بأعراض إكتئابية أو هوسية جزئية أو كلية لا تعود إلى أية أسباب جسمية أو عقلية" ؛ وفي التصنيف الأمريكي الثالث للإضطرابات العقلية تشتمل هذه الإضطرابات الوجدانية الكبرى على (الطور الهوسي والطور الاكتئابي والإضطراب الموسمي .الاكتئابي) وإضطرابات نوعية وجدانية أخرى (إضطراب الثيكلوثيميا) وإضطراب الوجدان الشاذ.

(جابر عبد الحميد ، علاء الدين كفاي ، ١٩٨٨ : ٨٨٨٥)

ويعبر المزاج Mood عن ظرف أو اتجاه وجداني دائم لبعض الوقت يتميز بانفعالات خاصة في ظرف إثارة دنيا بحيث أنه جاهز للإيقاظ أو الإنبعاث (كيف مستثار ، كيف مرح) إنفعالي خفيف إنتقالي في العادة أو حالة إنفعالية خفيفة نسبياً مستديمة أو متجددة حالة إستعداد داخلية لنوع بعينه من الإستجابة الإنفعالية : مستثارة مرحة مكتئبة... الخ.

(كمال دسوقي ، ١٩٩٠ : ٨٩٣)

وتطلق كلمة وجدان Affect ، على الجانب الشعوري الذاتي أو الإستبطاني لحياتنا الإنفعالية حتى لتستخدم الكلمتين "إنفعالي" ، و"وجداني" ، كثيراً كمترادفين ؛ فنصف الإنفعال بأنه "خبرة وجدانية" Affective ، ونصف الوجدان بأنه "خبرة إنفعالية" Emotional ، وهي صعوبة نصادفها كلما كنا بصدد تعريف أية خبرة إستبطانية ، ويطلق إسم "الوجدان" على أبسط أنواع الإنفعال وهو "الشعور" Feeling ، يكون ذاتياً ، أو هو الجانب الإنفعالي لكل إدراك حسي ، وهو أيضاً الإحساس بالرضا أو بالكدر.

(عبد المنعم الحفني ، ٢٠٠٣ : ٣٠٢)

وتصيب الإضطرابات الوجدانية الجانب الإنفعالي أو الوجداني عند الإنسان ، وأشهر صور هذه الإضطرابات هي مايعرف "بذهان الهوس - الإكتئابي" Manic-Depressive Psychosis ، و"الإكتئاب الذهاني" Psychotic Depression ؛ ويعد ذهان الهوس والإكتئاب ذهان دوري أو نوابي ؛ لأن المريض فيه يتراوح بين حالتي (الهوس، والإكتئاب) وحالة الهوس هي حالة من النشاط الزائد والحيوية الفائقة ، والمرح الشديد ، والإندفاع في السلوك بدون روية أو بتفكير سطحي مشوش ؛ ثم تعقب هذه الحالة حالة مناقضة لها تماماً وهي حالة الإكتئاب ، وفيها ينكمش الفرد ويشعر بالجزع الشديد بل وتعم حياته مسحه من البلادة والحزن ، ويتراوح المريض بين هاتين الحالتين المتقابلتين ، أما في الذهان الإكتئابي

فإن المريض يخبر الحالة الإكتئابية السابقة ، ولكن بدون حالة المرح أو الهوس ، فهو ذهان غير دوري يجعل صاحبه سجين الأسى والحزن والقنوط الشديد واليأس الكامل.

(علاء الدين كفاي ، ١٩٩٧ : ٤٥٥)

كما أن الإضطراب الوجداني ثنائي القطب يمثل "إضطراباً يتميز بنوبات متكررة يضطرب فيها مزاج الشخص ومستوى نشاطه بشكل عميق ، ويتكون هذا الاضطراب في بعض الأحيان من إرتفاع في المزاج وزيادة في الطاقة والنشاط (هوس) Mania ، أو (هوس خفيف) Hypomania ، وفي أحيان أخرى من هبوط في المزاج وإنخفاض في الطاقة والنشاط (اكتئاب) Depression ، كما تتميز الحالة بشفاء كامل بين النوبات ، ويتساوى الجنسان في معدل إصابتها بالمرض أكثر من الإضطرابات المزاجية الأخرى.

(أحمد عكاشة ، ١٩٩٨ : ٣٣٨)

كما أن الإضطرابات الوجدانية Affective Disorders تعد تغيراً في الحالة المزاجية بصورة مرضية ؛ ويتبع ذلك مظاهر عقلية وسلوكية ؛ ومنها حالات (الإكتئاب Depression والهوس Mania و الهوس الخفيف Hypomania) ، ويمكن أن تجتمع هذه الحالات في مريض واحد رغم التناقض الواضح في أعراضها ومظاهرها كالتالي :

- يبدو مريض "الإكتئاب" هادئاً في حالة بؤس وانكسار ؛ بينما تبدو مظاهر الإنطلاق والطاقة والنشاط ، والمرح ، والإقبال على الحياة واضحة في حالة "الهوس".

- يتحدث مريض "الإكتئاب" بصوت منخفض حزين ؛ بينما يميل مريض "الهوس" إلى التثرثرة وكثرة الكلام في موضوعات شتى.

- بطء التفكير والتبؤد والتردد من علامات "الإكتئاب" ؛ بينما تتزايد أفكار مريض "الهوس" وتتنوع في تدفق هائل دون التحكم مع الإقدام والجرأة الزائدة.

- يميل مريض "الإكتئاب" إلى التشاؤم والتفكير السلبي واتهام النفس ؛ بينما تزيد ثقة مريض "الهوس" في أنفسهم مع شعور زائف بالعظمة ، وخلال نوبة "الهوس" تزيد القابلية لإنفاق الأموال في شراء الأشياء التي لا لزوم لها ، ومشروعات وهمية تحت تأثير الحالة .

قد تتبادل نوبات الإكتئاب ، مع نوبات الهوس في نفس المريض ، وهو في كل حالة عكس وضعه في الحالة الأخرى.

(لطفى الشربيني ، ٢٠٠١ : ٢٦٩)

ويرى أن سكستون (2002) Anne Sexton أن الخلل الأساسي في الإضطرابات المزاجية هو التغيير في المزاج Mood ، أو الوجدان Affect ، وعادة ما يكون في إتجاه الإكتئاب أو في اتجاه الإبتهاج ، ويصاحب هذا التغيير المزاجي أو الوجداني تغييراً في مستوى النشاط الكلي ، هذا ويستخدم المصطلحان (هوس) و (اكتئاب شديد) ليشيرا إلى النهائيتين المتقابلتين للطيف الوجداني.

(أن سكستون ، ٢٠٠٢ : ٨٠)

كما يذكر بيير داکو (٢٠٠٢) أن مزاج الجنون الدوري يتمثل في:

أ- فترات من الهيجان الملحوظ والمرح والحماس والإثارة وسرعة الذهن.

ب- فترات من الكآبة والحزن وفقدان النشاط والشجاعة.

وإذا تضاعفت هذه التغيرات عشرات المرات بعد ظروف معينة ، قد يصاب المريض في الهوس الإكتنابي المعروف في الإضطرابات الذهانية بفترات من الهوس والكآبة ، وقبل كل شيء يتوجب الإشارة هنا إلى أن كلمة "هوس" في علم النفس لا تحمل المعنى نفسه كما يطلق عليها في الحياة اليومية ؛ إن "الهوس" هنا ليس عادة مستهجنة أو عادة طاغية ؛ لكنها حالة من الهيجان (نفسي ومسبب أولي).

(بيير داکو ، ٢٠٠٢ : ٦٤)

• أنواع الإضطرابات المزاجية:

يذكر مايو كلينك (٢٠٠٢) أن هناك ثلاثة أنواع مختلفة من الإضطراب الوجداني

الثنائي القطب وهي كالتالي:

١. الإضطراب الوجداني الثنائي القطب I: Bipolar I Affective Disorder

ويشتمل على مرحلة واحدة أو أكثر من الإكتئاب الكبير ، وعلى مرحلة واحدة على الأقل من نوبة هوس أو مشاعر ممزوجة أخرى ، وقد يبدأ الإضطراب I الثنائي القطب باكتئاب كبير أو هوس ؛ وإذا عانى الشخص من الاكتئاب أولاً ، تحدث نوبة الهوس مبدئياً بعد سنة أو سنتين.

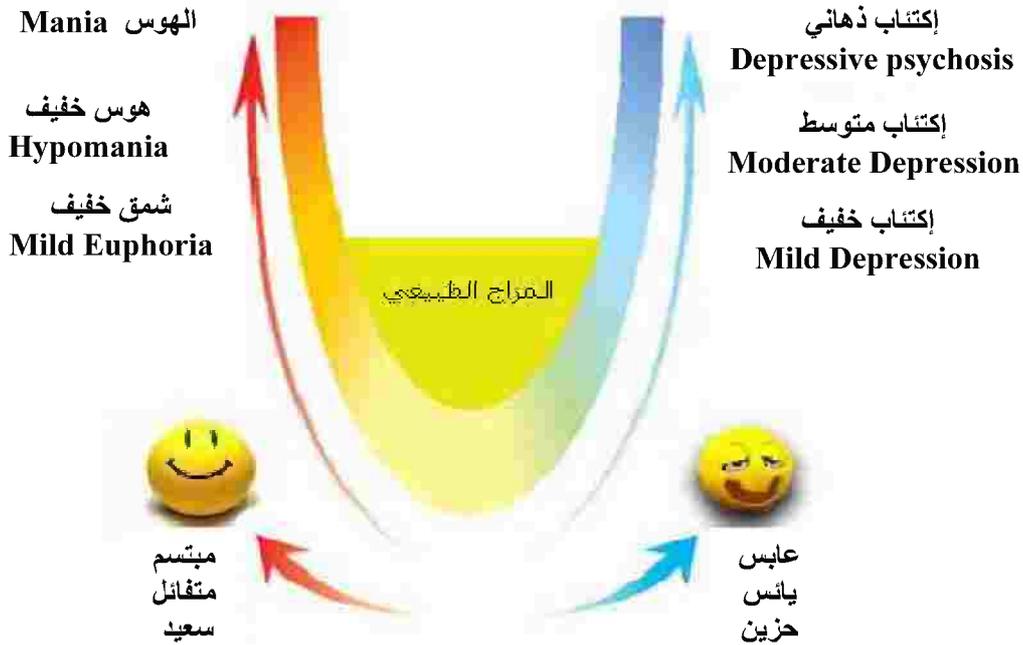
٢. الإضطراب الوجداني الثنائي القطب II: Bipolar II Affective Disorder

في هذا الشكل من المرض يعاني الشخص من نوبة واحدة أو أكثر من الإكتئاب الكبير ، ومن مرحلة واحدة على الأقل من الهوس الخفيف ، أي الهوس البسيط أو المكبوت ، ولا تكون مشاعر الشخص متطرفة بقدر ما هي عند المصاب بالإضطراب الثنائي القطب I ، وثمة فرق آخر يتجلى في طول الفترات الفاصلة بين النوبات ؛ فحين يعاني شخص من الإضطراب الثنائي القطب II ، يحدث الهوس الخفيف Hypomania ، عادة مباشرة قبل نوبة من الإكتئاب الأساسي Major Depression ، أو بعدها ولا توجد عادة فترة طبيعية بين النوبتين .

٣. الإضطراب الدوري المزاج: Cyclothymia

وهو شكل أخف من الإضطراب الثنائي القطب المزمن ، ويمتاز بالتقلبات بين فترات قصيرة من الإكتئاب الخفيف ، كل بضعة أيام ، وتستمر الدورات أحياناً سنتين على الأقل ، وفي الإضطراب الدوري المزاج لا يبقى الشخص المصاب خالياً من العوارض لأكثر من شهرين دفعة واحدة ، لكن ثمة احتمال أقل أن يعاني ذلك الشخص المصاب من الإكتئاب الكبير .

(مايو كلينك ، ٢٠٠٢ : ٦٨-٦٩)



الشكل رقم (١)

يوضح التآرجح المزاجي في الإضطراب الوجداني ثنائي القطب

يشير الشكل رقم (١) إلى التقلب المزاجي في الإضطراب الوجداني ثنائي القطب ، حيث أنه إما أن يكون في اتجاه الإكتئاب ، أو في اتجاه الهوس ، حيث يمثل التعاقب أو التآرجح

من حالات (كآبة) والبعض الآخر قد يعاني من حالات (الكآبة) أكثر من (الهوس) ؛ كما أن حالات (الهوس) إذا لم تعالج بصورة صحيحة فإنها بصورة عامة تدوم لمدة (٣-٦) أشهر بينما حالات (الاكتئاب) تحتاج فترة أطول قليلاً لتزول بدون علاج (٦-١٢ شهراً).

- متعدد النوبات : Bipolar II و في هذا النوع تحدث حالة "اكتئاب شديد مع حالة هوس خفيف" وتسمى Hypomania.

- تغير المزاج السريع : Rapid cycling و هنا تظهر أربع حالات خلال ١٢ شهر من إضطراب العاطفة الشديد و يصيب تقريباً شخص من كل عشرة أشخاص من المصابين بمرض الإضطراب الوجداني الثنائي القطب ويحصل في حالات النوع الأول والثاني.

اضطراب المزاج الدوري : Cyclothymia وفيه تكون تقلبات المزاج ليست شديدة كما هي في حالة الإضطراب الوجداني الثنائي القطب ولكنها تدوم لفترة أطول وفي بعض الأحيان قد تتطور هذه الحالة إلى مرض الإضطراب الوجداني الثنائي القطب.

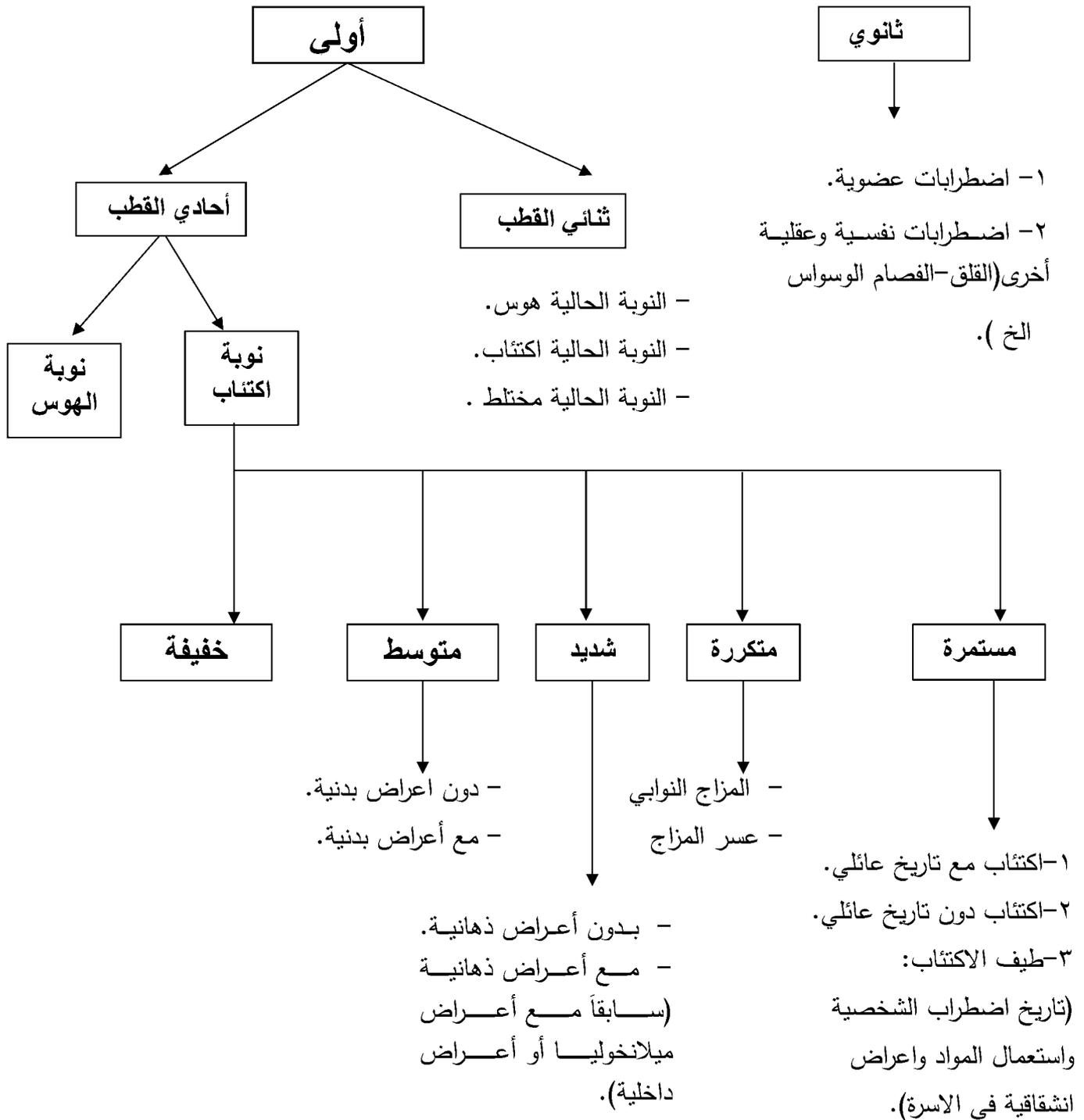
(Geddes, J. 2003:101)

كما ترى زينب شقير (٢٠٠٥) أن ذهان الهوس الإكتئابي Manic-Depressive Disorder أو مايسمى بالجنون الدوري ، يعد حالة من الذهان يتذبذب فيها الشخص من أعلى مستوى ، إلى أدنى مستوى من اليأس ، وفي حالة الإبتهاج (نوبة الهوس) قد يكون الفرد في قمة الحيوية ، كثير الكلام ، وغير قادر على أن يستقر في مكانه وعندما ينقلب الشخص إلى حالة الإكتئاب (نوبة إكتئاب) يصبح بطيئاً جداً في إستجاباته ، وقد يجلس ويبكي لفترات طويلة يتهم نفسه بكل انواع الفعل الخاطيء ، وهكذا تتصف ردود أفعال المريض بالتذبذب الإنفعالي والتقلب المزاجي ، وتشئت الإنتباه وإضطراب الذاكرة ، ومن خصائص هذا النوع من الإضطرابات أن المريض يكون طبيعياً تماماً في الفترة ما بين النوبتين وإذا ما دخل المصاب في نوبة هوس ، فإنه يظل بها لمدة تتراوح ما بين الأسبوعين و الأربعة أشهر تقريباً ؛ إلا أن نوبة الإكتئاب تستمر لمدة أطول لسته أشهر أو أكثر، وقد تظهر الأعراض الأولى في سن مبكرة جداً ، وبخاصة تلك التي تخص نوبة الهوس ؛ وعندما يتقدم المريض في العمر فإن نوبات الهوس تتضاءل ، وتستمر نوبات الإكتئاب في منتصف العمر. (زينب شقير ، ٢٠٠٥ : ٣٩٣)

كما يشير حامد زهران (٢٠٠١) إلى أن ذهان الهوس الإكتئابي Manic-Depressive Psychosis هو "مرض ذهاني يشاهد فيه الإضطراب الإنفعالي المتطرف وتتوالى فيه

دورات متكررة من الهوس والإكتئاب وقد يتخللها (فترات إنتقالية يكون فيها الفرد عادياً نسبياً) وهذا الإضطراب من أوائل الإضطرابات النفسية التي تعرف عليها القدماء المصريون والإغريق وعرف عبر العصور أحياناً باسم "جنون الهوس والكآبة" -Folie Manico و"الجنون الدوري" Folie Circulaire . Melancolique

(حامد زهران ، ٢٠٠١ : ٣٤٧)



الشكل (٢)

يوضح أنواع اضطرابات المزاج Mood disorders

(أحمد عكاشة ، ٢٠٠٧ : ٣٩٧)

يوضح الشكل رقم (٢) خريطة أنواع الاضطرابات المزاجية ، كما يطلق عليها أحمد عكاشة (٢٠٠٧) ، حيث يرى أحمد عكاشة (٢٠٠٧) أن تقسيم اضطرابات المزاج يعد أمراً عسيراً إلى حد كبير؛ بل وفي غاية التعقيد نظراً لتداخل عدة عوامل (وراثية ، بيئية ، كيميائية ، جسدية ، وبيولوجية) بل وأيضاً نظراً لإختلاف الأعراض الإكلينيكية ومآل المرض ، و(تبعاً للتقسيم العالمي العاشر للأمراض-الفصل الخامس-١٩٩٢- منظمة الصحة العالمية) ، يلاحظ أنه تم إلغاء "الإكتئاب النفاعلي" ، أو ما يسمى "بالإكتئاب العصابي" ، وأدرج مع اضطرابات المزاج تحت تشخيص "عسر المزاج" ، أو "نوبة إكتئابية شديدة مع أعراض ذهانية" ؛ وتتميز اضطرابات المزاج بنوبة خاصة في التفكير ، أو الإدراك أو السلوك ، وكما تتميز بالشفاء بعد كل نوبة إلا في حوالي ١٠-١٥% من الحالات ، التي يصاب فيها الفرد بعد أول نوبة بأعراض متبقية من اضطرابات المزاج المعين.

(أحمد عكاشة ، ٢٠٠٧ : ٣٩٣)

وقد قام كلاً من فولدز و بافورد Faulds & Bodford (1975) بتصنيف الاضطرابات

إلى أربع مجموعات على حسب حدتها هي:

١ . العصاب و اضطرابات الشخصية.

٢ . الهوس و الإكتئاب البارانويا.

٣ . الفصام.

٤ . المتلازمات العضوية الناتجة عن إصابة المخ.

ونظراً لسهولة استخدام هذا النوع من التصنيف ، فقد شاع استخدامه ، وعلى سبيل المثال : فإن الاضطرابات المزاجية تصنف إلى "أولية" مثل (الإكتئاب أو الهوس غير المسبوق باضطراب ذهاني) و"ثانوية" مثل (إكتئاب أو هوس مسبوق باضطراب ذهاني أو مرض عضوي) ثم تنقسم الاضطرابات المزاجية "الأولية" إلى أحادية القطب (الإكتئاب فقط أو الهوس فقط) و ثنائية القطب (الهوس و الإكتئاب معاً) وبناءً على التاريخ الأسري وعمر المريض عند بداية حدوث الاضطراب يمكن تقسيم الاضطرابات "أحادية القطب" إلى:

- نوبات (سلسلة) الإكتئاب Depression Spectrum أو الإكتئاب النقي Pure.

وفي تصنيف الإكتئاب بواسطة كل من كندل (Kendell,1968) ، وأيزنك (Eysenck,1970) ، فقد وصف كندل على سبيل المثال : الإكتئاب على بعد واحد متصل يقع فيه الإكتئاب الذهاني في طرف ، والإكتئاب العصابي في الطرف الآخر.

إكتئاب ذهاني — إكتئاب عصابي.

وقد يعزى ذلك إلى فشل كندل في إيجاد الحدود الفاصلة بين الإضطرابين ؛ كما يوافق أيزنك على وجود بعدين مستقلين للعصابية والذهانية ويعتبر ذلك ضرورة ملحة لشرح التباين بين أعراض كلا الإضطرابين.

(محمد السيد عبد الرحمن ، ٢٥:٢٠٠٩)

الفرق بين الإضطراب الوجداني ثنائي القطب I والإضطراب الوجداني ثنائي القطب II:-

يشير الإضطراب الوجداني ثنائي القطب الي إضطراب مزاجي عرضي والذي يتميز بأعراض الإكتئاب الشديد وإرتفاع المزاج (الهوس الخفيف أو الهوس) ويصف الإضطراب الوجداني ثنائي القطب I اضطراب مزاجي يتميز بوحدة أو أكثر من أعراض الهوس علي عكس الاضطراب ثنائي القطب II والذي تحدث فيه واحدة أو أكثر من أعراض الهوس الخفيف ولكن لم تحدث أي أعراض هوسية في حالة متقدمة.

(McGraw-Hill, 2006:83)

وقد خلصت الباحثة الحالية من العرض السابق إلى أن الإضطراب الوجداني ثنائي القطب متعدد النوبات يعد "إضطراب وتغير مفاجيء في الحالة المزاجية بشكل ملحوظ ، يؤدي بدوره إلى إضطراب في الحالة الوجدانية للمعرض للإصابة به ، ويعد الخلل الأساسي فيه ، الإحساس ما بين النقيضين (المرح و الحزن) ، وما بين جموح المزاج المتمرد العالي ، وقاع الإحباط اليائس المنخفض ، وبسبب داخلي المنشأ أو خارجي المنشأ يأتي ذلك الإضطراب في شكل دورات متعاقبة ما بين الهوس الخفيف Hypomania ، والإكتئاب الأساسي Major Depression ، مع المحددات الموجودة في الإضطراب الإكتئابي معاود الحدوث ، ويعاني المصاب فيه من نوبة واحدة ، أو أكثر من الإكتئاب الأساسي Major Depression ، يعقبها أو يسبقها نوبة واحدة على الأقل من الهوس الخفيف Hypomania ، مع عدم وجود فترة طبيعية محددة ما بين النوبتين".

تصنيف وتشخيص الإضطرابات الوجدانية:

أولاً: التصنيف الدولي للأمراض: International Classification of Diseases (ICD) ، الإضطرابات النفسية والسلوكي.

وهو يصدر عن منظمة الصحة العالمية (WHO) ، وكانت أول طبعة منه عام (١٩٥٢) ، وكانت هذه الطبعة تتضمن تصنيفاً للأمراض العقلية ، وتوالت الطبعات منذ بداية الطبعة السادسة (ICD-6,1952) ، حتى وصلت إلى الطبعة العاشرة الصادرة عام (١٩٩٣) ، حيث يعمل بها في تصنيف وتشخيص الأمراض النفسية في معظم دول العالم ، وسوف تعرض الباحثة الحالية التصنيفات التشخيصية للإضطرابات المزاجية الوجدانية كما وردت في التصنيف الدولي العاشر (ICD-10,1993) الصادر عن منظمة الصحة العالمية ، وتكتفي الباحثة بالإقتصار على إختيار الفئتين (ف:٣٠ ، ف:٣١) حيث أنهما ترتبطان إلى حد كبير بالإضطراب الوجداني ثنائي القطب متعدد النوبات ، موضوع الدراسة الحالية ، وذلك على النحو التالي:

التصنيف التشخيصي للإضطرابات المزاجية والوجدانية تبعاً للـ (ICD-10,1993)

الإضطرابات المزاجية والوجدانية: Mood Affective Disorder :

ف: ٣٠- نوبة هوسية: Manic Episode

- هوس خفيف: Hypomania.
- هوس بدون أعراض ذهانية: Mania Without Psychotic.
- هوس مع أعراض ذهانية: Mania With Psychotic Symptoms.
- . مع أعراض ذهانية مزاجية متطابقة: With Mood- Congruent Psychotic Symptoms.
- . مع أعراض ذهانية مزاجية غير متطابقة: With Mood-In Congruent Psychotic Symptoms.
- نوبات هوسية أخرى: Other Manic Episodes.
- نوبات هوسية غير محددة: Manic Episodes Unspecified.

ف: ٣١- إضطراب وجداني ثنائي القطب: Bipolar Affective Disorder

- إضطراب وجداني ثنائي القطب النوبة الحالية هوس خفيف: Bipolar Affective Disorder, Current Episode Hypomanic.
- إضطراب وجداني ثنائي القطب النوبة الحالية هوس بدون أعراض ذهانية:

Bipolar Affective Disorder, Current Episode Manic Without .Psychotic Symptoms	-
إضطراب وجداني ثنائي القطب النوبة الحالية هوس مع أعراض ذهانية:	
Bipolar Affective Disorder, Current Episode Manic With .Psychotic Symptoms	
. مع أعراض ذهانية متطابقة.	
. مع أعراض ذهانية غير متطابقة.	
إضطراب وجداني ثنائي القطب النوبة الحالية إكتئاب شديد بدون أعراض ذهانية: Bipolar Affective Disorder, Current Episode Mild	-
.Moderate Depression	
. مع أعراض بدنية: .With Somatic Symptoms	
. بدون أعراض بدنية: .Without Somatic Symptoms	
إضطراب وجداني ثنائي القطب النوبة الحالية إكتئاب شديد بدون أعراض ذهانية: Bipolar Affective Disorder, Current Episode Severe	-
.Depression Without Psychotic Symptoms	
إضطراب وجداني ثنائي القطب النوبة الحالية إكتئاب شديد مع أعراض ذهانية:	-
Bipolar Affective Disorder, Current Episode Severe	
.Depression With Psychotic Symptoms	
. مع أعراض ذهانية مزاجية متطابقة.	
. مع أعراض ذهانية مزاجية غير متطابقة.	
إضطراب وجداني ثنائي القطب النوبة الحالية مختلطة: Bipolar Affective Disorder, Current Episode Mixed	-
إضطراب وجداني ثنائي القطب حالياً في تحسن: Bipolar Affective Disorder Currently in Remission	-
إضطرابات وجدانية ثنائية القطب أخرى: Bipolar Affective Disorders	-
إضطرابات وجدانية ثنائية القطب غير محددة: Bipolar Affective Disorders Unspecified	-

جدول (١)

التصنيف التشخيصي للإضطرابات المزاجية والوجدانية تبعاً للـ (ICD-10,1993)

ثانياً: الدليل التشخيصي والإحصائي للإضطرابات النفسية: Diagnostic and Statistical
.Manual of Mental Disorders

وهو دليل يصدر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي ، ونشرت أول طبعة منه عام (١٩٥٢) وتوالت الطبقات حتى الطبعة الرابعة (DSM-IV,1994) ، ويضمن توضيحاً للمحكات التشخيصية للنظام متعدد المحاور، إضافة إلى أنه تبنى المنحى الوصفي مع محاولته لأن يكون حيادياً ، ويجري العمل به حالياً كنظام للتصنيف والتشخيص بشكل رسمي ، في الولايات المتحدة الأمريكية ، كما أن العديد من الباحثين في جميع أنحاء العالم يعتمدون على هذا الدليل ، كنظام تصنيفي للإضطرابات النفسية جنباً إلى جنب مع التصنيف الدولي العاشر للأمراض (ICD-10,1993) ، علماً بأن الباحثة الحالية تقتصر على الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل (DSM-IV-R,2000) ، في الدراسة الحالية نظراً لتوفر تقسيم قطاع الإضطرابات المزاجية به إلى ثلاثة أجزاء على النحو التالي:

١- وصف النوبات المزاجية: حيث تتضمن (نوبات الإكتئاب الأساسية ، نوبات الهوس ، والنوبات المختلطة ، ونوبات الهوس الخفيف).

٢- وضع محكات لتشخيص الإضطرابات المزاجية التي تتضمن (الإضطرابات الإكتئابية ، والإضطرابات ثنائية القطب ، والإضطرابات المزاجية التي ترجع إلى حالات طبية عامة ، والحالات الناتجة عن تعاطي المواد).

٣- يتضمن المحددات التي تصف إما النوبة المزاجية ، أو الطبيعة المرضية للنوبات المتكررة.(Nathan, & et al.,1995) ، وتقتصر الباحثة الحالية على عرض

محور الإضطراب الوجداني ثنائي القطب متعدد النوبات Bipolar II Affective Disorder ، حيث أنه موضوع الدراسة الحالية ، على النحو التالي:

المحكات التشخيصية للإضطرابات النفسية (DSM-IV-TR,2000) ، أن الإضطراب الوجداني

ثنائي القطب متعدد النوبات: Bipolar II Affective Disorder

• الإضطراب ثنائي القطب متعدد النوبات (نوبات إكتئابية أساسية متكررة ، مع نوبات هوس خفيف). Bipolar II Disorder (Recurrent Major Depressive Episodes With Hypomanic Episodes). 296.89

أ- وجود (أوتاريخ سابق لوجود) نوبة أو أكثر من النوبات الإكتئابية الأساسية Major

.Depressive Episode

ب- وجود (أو تاريخ سابق لوجود) على الأقل نوبة واحدة من الهوس الخفيف.

ج- لم توجد لدى الفرد قط نوبة هوس أو نوبة مختلطة.

د- إن نوبات المزاج في المحكين (أ ، ب) لا يكون من الأفضل إدراجها في تشخيص "الإضطراب الفصامي الوجداني" ولا تضاف إلى تشخيص "الفصام" أو "الإضطراب الفصامي الشكل" أو "الإضطراب الهذائي" أو "الإضطراب الذهاني غير محدد النوعية".

هـ- تتسبب الأعراض في إحداث حالة من الضيق أو الكدر أو التأزم ذات دلالة كLINIكية أو في إختلال أداء الفرد لوظائفه في المجالات الإجتماعية أو المهنية أو في غيرها من المجالات المهمة من توظيف إمكاناته. (طلعت منصور ، وآخرون ، ٢٠٠٨ : ٢٧٤)

الجدول (٢)

يوضح المحور الخاص بالإضطراب الوجداني ثنائي القطب متعدد النوبات: Bipolar II

Affective Disorder ، تبعاً للدليل التشخيصي والإحصائي المعدل (DSM-IV-R)

(R,2000).

وطبقاً (DSM-IV-R,2000) ، يكون مناسباً تشخيص إضطراب الإكتئاب الأساسي في

الشخص الذي مر بفاجعة حديثاً إذا حدث الأتي:

١- اذا تطورت الأعراض ، أو إستمرت لمدة شهرين بعد موت الشخص المحبوب إلي المريض ، فإن المريض بذلك يكون في طريقه للإصابة بالإضطراب الإكتئابي الأساسي ، ويجب أن يدرك جيداً أن هناك اختلاف كبير بين الأفراد والجماعات الثقافية في ما يعرف "بالفاجعة الطبيعية" ؛ ومع هذا حتي في الشهور القليلة الأولى من الفاجعة فان هناك صفات معينة يتم وصفها بشكل بعيد عن العالم الطبيعي للفاجعة ويتطلب ذلك الإنتباه العيادي.

وتشتمل بعض تلك الصفات علي الهلوس ، وسماع صوت المفقود ، أو رؤية صورة المفقود والإحساس بالذنب الزائد ، أو غير المناسب ، مع المحاولات الإنتحارية ، والشعور المستمر بعدم القيمة ، والضعف الوظيفي المستمر، كما أن نسبة الإناث إلي الذكور بين المشخصين بالإضطراب الوجداني ثنائي القطب المتعدد النوبات ؛ علي عكس الإكتئاب أحادي القطب Bipolar I Affective Disorder ، فإن إنتشار الإضطراب الوجداني ثنائي القطب متعدد

النوبات Bipolar II Affective Disorder يمثل نسبة ١:١ بين الجنسين.

(McGraw-Hill & et al 2006:79)

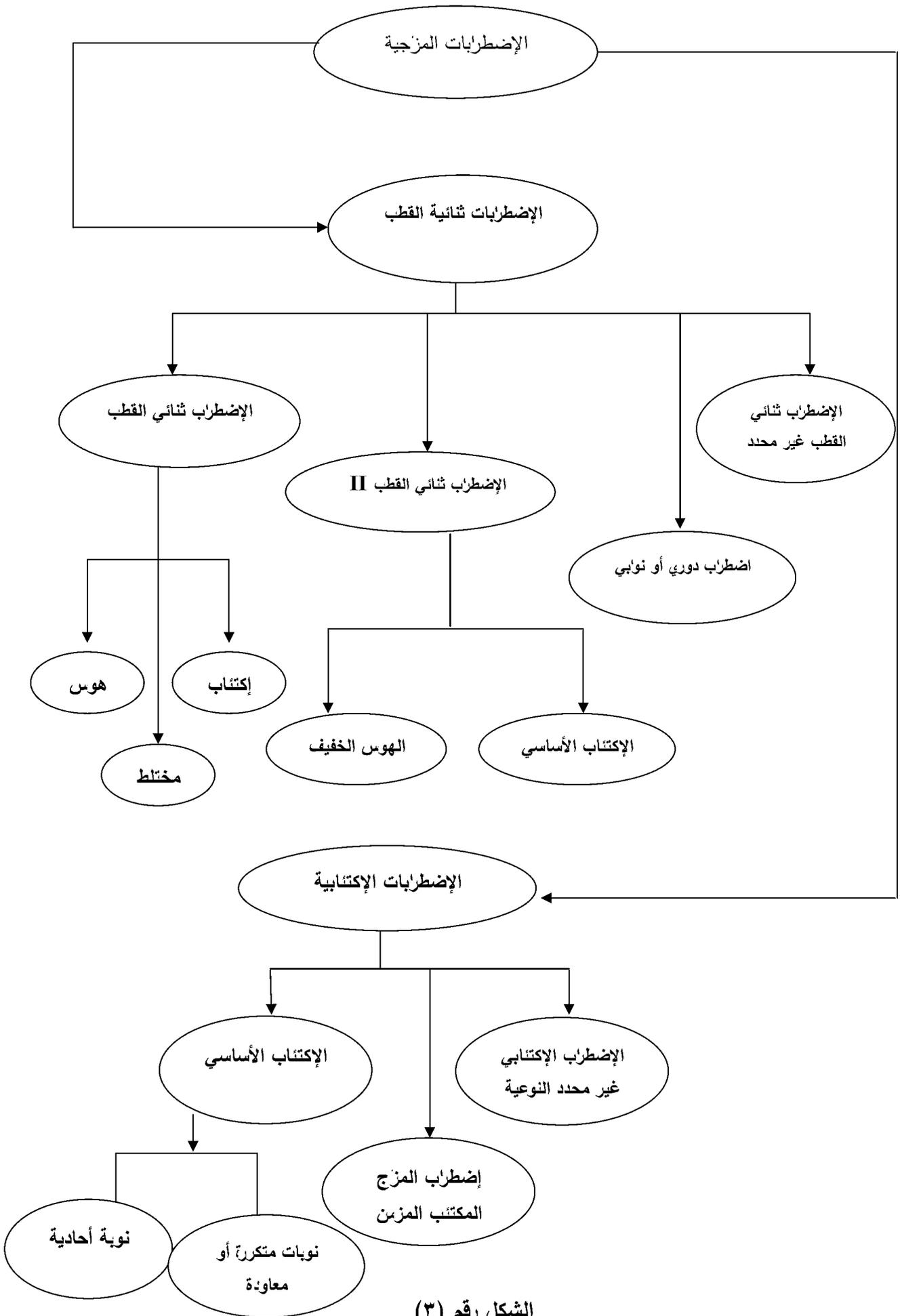
وسيظل الأطباء النفسيون على الأرجح مختلفين حول تصنيف اضطرابات المزاج Mood Disorders إلى أن يتم إكتشاف وسائل التقسيم المتلازمات السريرية (الإكلينيكية) التي تستند ، على الأقل جزئياً ، إلى قياسات فسيولوجية أو كيميائية أكثر من إقتصارها - كما هو الحال الآن ، على التوصيف السريري (الإكلينيكي) للإنفعالات والسلوك ؛ وطالما إستمر هنا القصور سيظل واحداً من أهم الإختيارات هو ذلك الذي يختار بين تصنيف بسيط نسبياً يتضمن درجات قليلة فقط من تدرج الشدة ، وبين تصنيف أكثر تفصيلاً وتقسيماً.

أما كيفية التمييز بين الدرجات المختلفة في الشدة ، فلا تزال مشكلة ، ولقد عنيت هنا الدرجات الثلاث: خفيفة ، ومتوسطة ، وشديدة ؛ لأن كثيراً من الأطباء السريريين (الإكلينيكين) يرغبون في وجودها ، والمصطلحان "هوس" و "إكتئاب شديد" ، مستخدمان في هذا التصنيف ليشيرا إلى (النهائيتين المتقابلتين للطيف الوجداني) ، وإصطلاح "الهوس الخفيف" مستخدم ليشير إلى حالة متوسطة بدون وهامات (ضلالات) ، أو هلاوس أو إنقطاع كامل في النشاطات الطبيعية ، وهي تشاهد كثيراً (وليس مقتصرة فقط) حين يصاب المرضى بالهوس أو يشفون منه.

(ICD-10, 1999: 123)

كما جاء أيضاً في المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض تصنيف الإضطرابات النفسية والسلوكية (ICD-10) ، أن الخلل الأساسي في الإضطرابات الوجدانية هو "التغير في المزاج Mood ، أو الوجدان Affect ، وعادة مايكون في إتجاه الإكتئاب (مع أو بدون قلق مصاحب) ، أو في إتجاه الإبتهاج (الشماق) Elation ، وعادة ما يصاحب هذا التغير ، تغيير في مستوى النشاط الكلي ، وأغلب الأعراض الأخرى هي إما ثانوية لهذه التغييرات في المزاج والنشاط ، أو يمكن فهمها بسهولة في هذا الإطار ، ولقد ميزت المعايير الرئيسية التي قسمت الإضطرابات الوجدانية على أساسها بين النوبات المنفردة Single Episodes ، وبين الإضطرابات ثنائية القطب Bipolar Disorders ، وكذلك الإضطرابات الأخرى متعددة النوبات ، ذلك لأن نسبة كثيرة من المرضى تصاب بنوبة واحدة فقط من المرض ، وقد تم التركيز ، على شدة الإضطراب لما تمليه من علاجات ومستويات مختلفة من الخدمات ، ومن المعروف أن الأعراض المشار إليها هنا بإعتبارها "جسدية" ، كان يمكن أيضاً أن يطلق عليها "سوداوية" Melancholic أو "حيوية" Vital ، أو "بيولوجية" ، أو "داخلية المنشأ" Endogenomorphic.

(ICD-10, 1999: 121)



الشكل رقم (٣)

يوضح الشكل (٣) التقسيم العالمي للإضطرابات المزاجية تبعاً للدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل للإضطرابات النفسية (DSM-IV-TR,2000).

إذ أن الباحثة الحالية تستعين بالدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل (DSM-IV-TR,2000) ، ويعد ذلك مطلباً هاماً لما يتسم به هذا الدليل المراجع من (توسع ، ودقة ، وتحديد ، وتنقيح) ، للإضطراب موضوع الدراسة الحالية ، على النحو التالي:

- إذا كانت المحكات الكلية لوصف النوبة الإكتئابية الأساسية مستوفاة في الوقت الحالي ، تستخدم المؤشرات التالية لوصف معالمها: (خفيفة ، متوسطة ، من دون معالم ذهانية ، أو شديدة مع معالم ذهانية) أو نوبة مزمنة ، مع معالم تخشبية ، مع معالم إنقباضية أو سوداوية ، مع معالم لا نمطية.
- في تحسن جزئي ، في تحسن كلي: (نوبة مزمنة ، مع معالم تخشبية ، مع معالم إنقباضية أو سوداوية).
- وتحدد مؤشرات التطور الطولي (مع تحسن بين النوبات ، ومن دون تحسن بين النوبات).
- مع نمط موسمي (حيث ينطبق فقط النمط الموسمي على نمط النوبات الإكتئابية الأساسية).
- مع التناوب الدوري السريع.

(طلعت منصور وآخرون . ٢٠٠٨ : ٢٧٤-٢٧٦)

وتتفق الباحثة الحالية مع العديد من الخبراء والمتخصصين فيما توصلوا إليه : من نتائج عديدة خلال السنوات القليلة الماضية ، والتي تفيد بأنه لوحظ أن "الإضطراب الوجداني ثنائي القطب" Bipolar Affective Disorder ، والذي يعد خطيراً يؤدي إلى إرتفاع معدلات الإصابة بالأمراض النفسية ويزيد من معدلات الوفاة ؛ لا يتم تشخيصه على الوجه السليم ، وبخاصة بين المرضى الذين يعانون من نوبة إكتئاب كبرى ؛ وحتى المرضى الذين يتم تشخيصهم بأنهم مصابون بالإضطراب الوجداني ثنائي القطب ، فإنهم ينتظرون غالباً أكثر من "عشرة أعوام" ، حتى يطلبوا العلاج للمرة الأولى وحتى يتم تشخيص حالتهم على الوجه الصحيح ، كما أن الآثار العلاجية الطبية المترتبة على الإخفاق في التعرف على الإضطراب الوجداني ثنائي القطب بين مرضى الإكتئاب تشتمل على (عدم وصف القدر الكافي من العلاجات المثبتة للحالة المزاجية ، وإرتفاع خطر "التقلب السريع" بين مراحل الهوس والإكتئاب) ؛ ولكن ربما كنتيجة للجهود المتضاربة من أجل تحسين القدرة على التعرف

على الإضطراب الوجداني ثنائي القطب ، لوحظ أنه على مدار الأعوام القليلة الماضية نشأت ظاهرة معاكسة ألا وهي "الإفراط في التشخيص" .

ويرى جودوين ، وآخرون (Goodwin, & et al (1990) أن تشخيص الاضطراب الوجداني ثنائي القطب ، يتم بمجرد أن يكون المريض قد مر بعارضة واحدة من (الهوس) حتى إذا لم يكن هذا الشخص قد مر بعارضة (اكتئابية) سابقة ، وتقريبا كل المرضى الذين أصبوا مصابون بالهوس Mania ، يصلون في النهاية إلي حالة الإكتئاب Depression ؛ ويبدو أن حوالي ١٠% ، من المرضى الذين لديهم إضطراب وجداني ثنائي القطب Bipolar Affective Disorder ، حدثت لهم عارضة (هوس- واحدة) من قبل ، والمعايير التشخيصية للحوادث "الإكتئابية الأساسية" ، هي نفس المعايير لحوادث "الإضطراب الإكتئابي الرئيسي" ، والذي يشار إليه أيضا بإسم "الإضطراب الأحادي" و"الإضطراب المزوج" ، والمصطلح التشخيصي الواقعي هو (الإضطراب المزوج ، العارضة الحالية للإكتئاب) ؛ ومن المثير أن نلاحظ أن "الإكتئاب الغير قياسي والإكتئاب الذهاني" ، يتم ملاحظته بشكل أكبر في المرضى الذين لديهم "إضطراب ثنائي القطب" أكثر من "الإضطرابات الرئيسية الإكتئابية" ، وهناك نموذجين فرعيين من الإضطراب الثنائي القطب وهما: "الإضطراب الثنائي القطب I ، والإضطراب الثنائي القطب II" و يشير "الإضطراب الوجداني ثنائي القطب I" ، إلي المرضى المصابين بالهوس والإضطرابات الإكتئابية ؛ بينما يشير "الإضطراب الثنائي القطب II" إلي الهوس الخفيف وخاصة الإكتئاب الرئيسي Cyclothymia ، وهو مرض معتدل والذي يكون فيه المرضى لديهم حالة من "الهوس الخفيف ، والأعراض الإكتئابية المعتدلة" ، والتي لا تكون حادة بشكل كاف لكي تتبأ بتشخيص المريض علي أن لديه "اكتئاب رئيسي" ؛ كما أن هناك نموذجين فرعيين أيضا من (DSM-IV) وهما: (الهوس مع خصائص الإكتئاب الذهاني) و(الإضطراب المزوج مع التدوير السريع) ، كما تشترط المعايير التشخيصية للميلانكوليا "الكآبة" ، أن المريض يجب أن تظهر لديه حالة حادة من فقدان الحقيقي للذة ، ونقص إعادة نشاط الحالة النفسية ، وثلاثة من الملامح التالية:(جودة مميزة للحالة النفسية المكتئبة التي يقول المريض عنها أنها مختلفة عن مشاعر الإحباط ، أو الخسارة في الأوقات الأخرى ، والتغير النهاري مع حالة أسوأ في الصباح ، والقلق في الصباح المبكر ، والتأخر النفسي الحركي ، أو الهياج النفسي الحركي ، والشهوة المنخفضة مع فقدان الوزن).

(Goodwin, F. K. & et al, 1990)

كما يرى محمد السيد عبد الرحمن (٢٠٠٩) أنه يتم تشخيص المريض بإضطراب ثنائي القطب II إذا ما مر بخبرة أو كان له تاريخ سابق من الإصابة بنوبة أو أكثر من

الإكتئاب الأساسي و نوبات من الهوس الخفيف ولكنه لم يخبر إطلاقاً نوبة هوس أو نوبة مختلطة ؛ أي أن الإضطراب ثنائي القطب II يندرج تحته نوعاً واحداً من الإضطرابات (هي نوبات إكتئاب أساسي مع نوبات هوس خفيف متكرر) Recurrent Major Depressive Episodes with Hypomanic Episodes وقد أضيف هذا الإضطراب الثنائي القطب بشكل رسمي إلى DSM-IV لأنه شائع بصورة واضحة ويمكن أن يشخص بثبات في حالات كثيرة وله إرتباط بالعديد من الإضطرابات المزاجية الأخرى كما يرتبط بدلالة إكلينيكية مع العديد من المشكلات.

(محمد السيد عبد الرحمن، ٢٠٠٩ : ٣١٧)

وعادة ما يظهر الإضطراب الوجداني ثنائي القطب (متعدد النوبات) في شكل نوبات متعاقبة ما بين الطرفين (الإكتئاب الأساسي : Major Depression) و (الهوس الخفيف : Hypomania) حيث أنهما يشكلان طرفي الإضطراب الوجداني ثنائي القطب (متعدد النوبات) ، وعليه تتناول الباحثة كل طرف على حدة لتوضيح ماهية كل طرف من طرفي الإضطراب الوجداني ثنائي القطب متعدد النوبات ، وذلك على النحو التالي :

الإكتئاب: Depression

يشق إسم الإكتئاب في اللغة العربية من الفعل الثلاثي "كأب" ويشير هذا الفعل أيضاً إلى إسم الكآبة وهي تعني "سوء الحال والإنكسار من الحزن" و "كبيء" من باب سلم أما "كآبة" دون مد بوزن رهبه فهو كئيب ، و امرأة كئيبة ، وكأباء بالمد ، وإكتئاب مثله.(محمد الرازي ١٩٦٧ : ٥٦) وفي اللغة الإنجليزية يحمل الإكتئاب مصطلح Depression وهو يتكون من ثلاثة مقاطع (De-Presh-un) أما الفعل يكتتب (Depress) فقد أشق من (Depressus) ، الذي أشق من (Deprimere) ، ويستخدم لفظ الإكتئاب في عدة مجالات بعدة معان فمثلاً: يستخدم في علم النفس بمعنى الإنقباض ، وعلم الإقتصاد بمعنى الكساد ، وفي علم الجغرافيا بمعنى الإنخفاض في الضغط الجوي ، وفي دائرة المعارف البريطانية عرف الإكتئاب بأنه "ليس من الضروري أن يكون مرضاً ، فهو لا يتبع نظاماً معيناً أو نتائج خاصة فمن الممكن أن يزول سريعاً ، أو يبقى قليلاً ، أو أن يكون بدرجة متوسطة أو أن يكون واضحاً ، وسافراً أوحاداً ، أو مرضياً ، وليس هناك حد فاصل بين السواء والمرض في الإكتئاب إلا درجة الكثافة والشدة فهي تلك التي تحدد لنا

ما إذا كان الإكتئاب مرضاً أم لا" ، وعلى ذلك فالإكتئاب يعد طرازاً لرد فعل إنفعالي يتميز بسمات معينة تكون جزورها لدى كل شخص.

(مدحت عبد الحميد ، عباس محمود ، ٢٠٠٩ : ٢٢)

وتمت تشابه بين هذا التعريف وما أوردته دائرة المعارف الدولية للعلوم الإجتماعية من الإكتئاب يختلف تبعاً لما يشير إليه ، فأحياناً يشير إلى إنفعال شائع وطبيعي ، وأحياناً يشير إلى عرض ، وأحياناً أخرى يشير إلى كيان إكلينيكي.

(Sills,1972: 121)

ويعرف مصطفى زيور (١٩٧٥) الإكتئاب على أنه "حالة من الألم النفسي يصل في الميلانكوليا إلى ضرب من جحيم العذاب مصحوباً بالإحساس بالذنب الشعوري وانخفاض ملحوظ في تقدير النفس لذاتها ونقصان في النشاط العقلي والحركي والحشوي".

(مصطفى زيور ، ١٩٧٥ : ١٢-١٣)

كما يشير ريتشارد م.سوين (١٩٧٩) الى أن الإكتئاب الاستجابي Reactive Depression هو عبارة عن "حالة عصابية تتضمن القنوط الذي يدوم فترة تتجاوز الحد السوي المعقول".

(ريتشارد م.سوين ، ١٩٧٩ : ٤٠٢)

ويصف محمود الزياي (١٩٨٠) الإستجابة الإكتئابية Depressive Reaction بأنها تتسم بالشعور الشديد باليأس ويظهر هذا الشعور بشدة عند أي فقدان أو تهديد بالفقدان مثال على ذلك : إذا وجدت حالة وفاة في الأسرة أو مر شخص بضائقة مالية أو مر طالب بفشل بالدراسة ..الخ" والإستجابة بما فيها من (شعور باليأس ، والعجز عن التركيز، الأرق ، فقدان الثقة بالنفس ، ولوم الذات) يختلف عن "الإكتئاب العادي" ، الذي ينتاب الأسوياء في ظروف الضغط العادية في أنها تكون إستجابة حادة ومستمرة ؛ كذلك يختلف "الإكتئاب العصابي" عن "الإكتئاب الذهاني" ؛ في أن "العصابي المكتئب" ؛ لايزال على صلة بالواقع في حين ؛ أن "الذهاني المكتئب" فقد صلته بالواقع.

(محمود الزياي ، ١٩٨٠ : ٣١٢-٣١٣)

ويعرف بيك و آخرون (1980) Beck A. & et al ، الإكتئاب بأنه "أحد الإضطرابات الوجدانية التي تتسم بحالة من الحزن الشديد ، وفقدان الحب وكرهية الذات والشعور بالتعاسة ، وفقدان الأمل وعدم القيمة ، ونقص النشاط ، والإضطراب المعرفي

متمثلاً في النظرة السلبية للذات ، وإنخفاض تقديرها ، وتشويه المدركات وتحريف الذاكرة وتوقع الفشل في كل محاولة ، ونقص الفاعلية.

(Beck, A. & et al., 1980:120)

ويذكر كمال دسوقي (١٩٨٨) أن الإكتئاب هو "إضطراب وجداني أو إنفعالي ينطوي على شعور بعدم الكفاية ، وفقدان الأمل يكون شديداً ويصحبه إنخفاض في النشاط الجسمي والنفسي ، وتكرر وإغتمام وتشاؤم من المستقبل ، والحط من القدر النفسي ، وتوهمات ويشعر الفرد أيضاً بالتعب وبفقدان الطاقة وعدم الإستمتاع بالنشاطات ، وإحساس بانعدام القيمة وبنقصان القدرة على التفكير والتركيز".

(كمال دسوقي ، ١٩٨٨ : ١٠٨)

ويصنف الإكتئاب إلى نوعين: الإكتئاب أحادي القطب (الإكتئاب الرئيسي) والإكتئاب ثنائي القطب (هوس- إكتئاب) أي أن النوع الأول يتصف بوجود نوبات "الإكتئاب" فقط دون وجود "هوس" وبدرجات متفاوتة من الشدة ، بينما يتصف النوع الثاني بوجود نوبات متبادلة من (الهوس والإكتئاب).

(APA, 1994:333)

كما أن العلاج المعرفي منذ أكثر من عشرين عاماً مضت مقصوداً على علاج الإكتئاب Depression ، ويفترض أرون بيك (١٩٧٦) A.Beck ، في السبعينيات من القرن الماضي ، أن الإكتئاب هو النتيجة التي تترتب على الأفكار الشعورية السلبية لدى المكتئب الذي ينظر لذاته ، وللخبرة وللمستقبل على أنها جميعاً كئيبة ، وفارغة المضمون ، وقد إفترض بيك أن هناك محتوى معرفياً معيناً يميز كل إضطراب نفسي ، وأن هدف العلاج هو تحديد وتعديل تحريفات وتحيزات التفكير لدى المريض ، وكذلك تحديد وتعديل المخطط المعرفي الخاص بالمريض ، ويرى النموذج المعرفي أن الأداء العصابي يستمر ، ويتفاهم بواسطة معالجة المعلومات السلبية المتفقه مع حالة المريض ، ويؤكد نموذج العزو كما هو الحال في نموذج بيك المعرفي ، على عمليات التفكير الشعوري للأفراد المكتئبين ، غير أنه يركز على تعليقات المريض لأسباب الفشل والنجاح ، وإستعداد المريض لتعميم كل السلبيات على المواقف المختلفة مع مرور الوقت ، كما نشر بيك وزملاؤه (١٩٧٩) دليلاً تفصيلياً ، أو مرشداً Guide للعلاج أطلقوا عليه "العلاج المعرفي للإكتئاب" ، والذي لا يقدم للأخصائي الكلينيكي هاديات Guidelines مفصلة لعلاج المرضى فحسب ؛ وإنما يزود الباحثين بمشروع ، أو تصور علاجي مقنن يتعلق بدراسات تقويم Outcome Studies العلاج المعرفي للإكتئاب.

(روبرت ليهي ، ٢٠٠٦ : ٢٧-٢٨)

كما يذكر كلاً من يوجين وبرنارد (١٩٨٥) أن مفهوم الإكتئاب قديماً كان غير واضح ومتداخل مع مفاهيم أخرى فكان مفهوم الإكتئاب عند المسلمين الأوائل مثلاً "الهم والوجد" كما أطلق عليه بعضهم "الوسواس والميلانكوليا" ، ويرجع سبب الإكتئاب عندهم الى الإفراط في

العمليات العقلية "كالفكر ، التذكر ، الإدراك" مما يجلب الهم ؛ وتكمن أعراض الإكتئاب في سمات وخصائص "الوجد" ، ويبدو ذلك واضحاً في التحسر على ما فات ، والقلق الشديد على ما هو آت ، والندم والحسرات على الذنوب ، والآثام مما يجلب الهم والحزن ، ويجعل الإنسان الفرد نهياً للأفكار السوداء والوساوس المرضية.

(بوجين ليفيت ، برنارد لوبين ، ١٩٨٥ : ٢٠١-٢٠٣)

كما يرى إ. م. كولز (1982) E. M. Cols أن الإكتئاب خبرة ذاتية ووجدانية ، وتسمى حالة مزاجية أو إنفعالاً ، والتي تكون عرضاً دالاً على اضطراب جسمي أو عقلي بالإضافة إلى الخبرة الوجدانية ؛ وقد أصبحت وجهة النظر الأخيرة هي الأكثر شيوعاً وبخاصة في "الطب النفسي".

(إ. م . كولز ، ١٩٩٢ : ٢١٧)

كما يرى كورسيني (1994) Corsini أن مصطلح الإكتئاب يشير أحياناً إلى المزاج Mood وأحياناً أخرى إلى زملة الأعراض الوجدانية Affective Disorders Syndrome وعندما يشير مصطلح الإكتئاب إلى المزاج Mood فإنه يصف حالة إنتقالية من مشاعر الحزن واليأس وعدم الإحساس بالسعادة والإحساس بالهبوط النفسي وفي مثل هذه الحالة يكون إكتئاباً طبيعياً وذلك لأنه يمثل فترة إنتقالية قصيرة من الحزن والتعب كإستجابة لبعض الضغوط الحياتية والأحداث المؤلمة وقد يختلف المزاج المرتبط بحالة الإكتئاب الطبيعي في فترة إستمراره ما بين (٧:١٠) أيام أما في حالة المزاج الإكتئابي Depression Mood فقد يستمر لفترة أطول مع زيادة في الأعراض وفي شدتها وهنا يمكن القول بأن إكتئاباً مرضياً قد حدث ويفرق كورسيني Corsin بين ثلاثة حالات يستخدم فيها مصطلح الإكتئاب Depression فيذكر أن مصطلح الإكتئاب قد يستخدم ليصف "المزاج" Mood أو "الأعراض" Symptoms أو "زملات" Syndromes الإضطرابات الوجدانية ففي وصفه للحالات المزاجية يشير إلى "حالة إنتقالية من مشاعر الحزن واليأس وعدم الفرح والسعادة والهبوط النفسي" ومن ثم يعد الإكتئاب هنا إكتئاباً طبيعياً ؛ لأنه بمثابة فترة إنتقالية قصيرة من الحزن والتعب التي تحدث عموماً كإستجابة لبعض أحداث الحياة الضاغطة والمزاج المرتبط بالإكتئاب الطبيعي يختلف من فترة إستمراره ولكنه عموماً لايتجاوز من (٧-١٠) أيام أما إذا إستمر المزاج الإكتئابي لفترة أطول وزادت الأعراض في تعقدها وشدتها فإنه يمكن القول بأن إكتئاباً مرضياً قد حدث ويتضمن الإكتئاب المرضي عادة إضطرابات في النوم والأكل فقدان الطاقة فقدان الأمل واليأس وقد تتضمن بعض أعراض الذهان وقد يحتمل الشخص المكتئب الإنتحار ويخبر ضلالات وهلوس وتأخر نفسي حركي.

(Corsini, 1994: 399-340)

وتتمثل الأعراض النفسية الواضحة في الإكتئاب من خلال وجهة النظر المعرفية في:-

- إضطرابات التفكير Dysfunctional Thinking ، حيث يحدث في ثلاثة مستويات مختلفة هي الثالث المعرفي Cognitive Third ، وأخطاء التفكير المنظمة Systematic Thinking Errors ، والمخططات الإكتئابية Depressogenic Schemata .
(Twaddle & scott, 1991:57)

ويذكر كلاً من دوبسون (1989) Dobson ، وهولون ، وآخرون (1996) Hollon & et al ، أن بيك وزملاؤه إفترضوا منذ البداية أن نموذج بيك المعرفي للإضطرابات النفسية لم يكن قاصراً على فئة تشخيصية بعينها ، والأكثر من ذلك أن النموذج المعرفي يفترض أن الحالات المرضية النفسية المختلفة تتميز بمخططات معرفية محددة ، وبناءً على ذلك فإن الإكتئاب يرتبط بالمخطط السلبي للفشل ، والضياع ، والفراغ؛ وقد إمتد بيك ، وفريمان Freeman بالنموذج التخطيطي للإضطرابات المزاجية Mood Disorders ، وإضطرابات القلق لفحص إضطرابات الشخصية ، وذلك بإعتبار كل إضطراب في الشخصية يتميز بمحتوى تخطيطي محدد ، وأساليب معينة بالمواجهة Coping .

(Dobson, K. S., 1989; Hollon, S. D., & et al., 1996)

أما الدليل التشخيصي الإحصائي (DSM-IV) ، فقد حدد المفاهيم بشكل أكثر دقة حتى لا يحدث خلط بين المصطلحات ؛ وأطلق على مفهوم "الإكتئاب" الإضطرابات الوجدانية Disorders Mood ، أو الإضطرابات المزاجية ، ويشخص بأنه عسر المزاج Dysthymia ويحدد (DSM-IV) إضطرابات عسر المزاج Dysthymic Disorders ، بأنه "مزاج مكتئب مزمن معظم اليوم ، ويحدث معظم الأيام ويمتد على الأقل لمدة (عامين) مع ملاحظة أنه في حالة الأطفال والمراهقين قد يكون المزاج مكتئب لفترة زمنية (عام) واحد على الأقل" ؛ كما يحدد (DSM-IV) معايير محددة لإضطرابات عسر المزاج حيث يتطلب وجود إثنين أو أكثر من هذه المعايير لتشخيص هذه الإضطرابات وهذه المعايير هي:

- ضعف الشهية أو فقدان الشهية.
- أرق أو نوم زائد.
- ضعف الطاقة أو التعب.
- ضعف تقدير الذات.
- ضعف التركيز أو صعوبة إتخاذ القرار.

الشعور بفقدان الأمل أو اليأس.

(APA, (DSM-IV),1994:345)

كما يحدد معجم علم النفس مصطلح الإكتئاب الإستجابي بالتحديد Reactive Depression على أنه "إكتئاب عارض وغير متكرر بشكل دوري والعامل المرسب فيه هو تعرض المريض لحادث مكرر بشدة مثل : "فقدان شخص محبوب أو فقدان العمل أو نكسة سلبية" ويعالج الإكتئاب الإستجابي عادة بالعقاقير المضادة للإكتئاب وفي بعض الحالات بالصدمة الكهربائية كإجراء طوارئ ؛ ويسمى هذا الإكتئاب أيضاً بالإكتئاب "خارجي المنشأ" Exogenous Depression والإستجابة الإكتئابية العصابية Neurotic Depressive والإستجابة الإكتئابية Reaction Depressive".

(جابر عبد الحميد ، علاء الدين كفاي ، ١٩٩٥ : ٣١٧٨)

في الماضي قسم الأطباء النفسيون الإكتئاب Depression إلى نوعين هما "العصابي" و "الذهاني" وغالباً ما كان يطلق على النوع الأول "الإستجابي" ، وهو تعبير يشير إلى أن حالة المريض هي إستجابة واضحة ، ولو أنها مبالغ فيها إلى أحداث محددة مثل: فقدان عزيز ، أو فشل في الحب ، أو الرسوب في الإمتحان ، أو فصل من عمل ؛ وكانت مثل هذه الحالات "الإستجابية" ، تعالج أحياناً بالعقاقير أو بالصدمات الكهربائية ، وأحياناً تحال إلى المعاج النفسي خاصة إذا صاحب الإكتئاب أعراض عصابية أخرى ؛ أما الأنواع "الذهانية" من الإكتئاب ؛ فكان يشار إليها بأنها داخلية Endogenous ، أى يرجع منشؤها إلى شخصية المريض دون إرتباط بأى أحداث خارجية ، والإحتمال الأكبر هو أن يصاحب حالات الإكتئاب هذه أرق ، وفقدان للشهية ، وما يتبعه من نقص في الوزن ، وغير ذلك من مظاهر فسيولوجية تنم عن الإضطراب ؛ وقد بينت البحوث التي أجراها البروفسور "جورج براون" أن الإكتئاب نادراً ما يحدث بدون مقدمات ، أو عوامل مرسبة ، ويشيع الإكتئاب في الدول النامية نتيجة لسوء التغذية ، و إنتشار الأمراض ، وفي الثقافة الغربية تشتت بعض الأمراض بإحداثها للإكتئاب مثل: الإنفلونزا ، وحمى الغدد ؛ وهناك من الأسباب ما يجعلنا نعتقد أن من نطلق عليهم مرضى "الهوس الإكتئابي" أو "التنائي القطب" والذين يتأرجح مزاجهم من طرف الى طرف لديهم من السمات العصابية أقل مما لدى المصابين بالإكتئاب وحده ، وبعض هؤلاء الذين يميل مزاجهم إلى الإكتئاب فقط تكون شخصياتهم قوية عدوانية ، ويتعاملون معظم الوقت- فيما عدا الأوقات التي تسيطر فيها الحالة المزاجية عليهم بنجاح مع ميولهم الكامنة بأن يبالغوا في النشاط .

(لظفي فطيم ، ١٩٩١ : ١٣٥-١٣٧)

ويذكر بشير معمرية (٢٠٠٠) ان الإكتئاب ما هو إلا حالة إنفعالية من الهم والغم المداوم والتي تتراوح بين تثبيط الهمة البسيط نسبياً والكآبة وهي حالة يتعرض لها جميع الأفراد في مواجهة ما يصادفونه من عقبات و إحباطات وتمتد إلى مشاعر القنوط والجزع واليأس والتي قد تؤدي إلى الإنتحار ويصاحب هذه المشاعر عادةً الإفتقار إلى المبادأة و الكسل و فتور الهمة والأرق وفقدان الشهية وضعف التركيز وصعوبة إتخاذ القرار.

(بشير معمرية ، ٢٠٠٠ : ١٢٦)

ولقد ميز ديفيد أي (David, A. (1999) ، بين نوعين من الإكتئاب هما:

١- الإكتئاب البسيط أو الأساسي أو الداخلي الأصل أو غير الحاد ، والذي يتميز بإستجابة الحزن من جانب ، ومن جانب آخر يتسم بإرهاق خاص لطاقة الأنا.

٢- الإكتئاب الحاد أو الميلانكولي ، والذي يتميز بالجرح النرجسي ، وبميكانيزمات الإرتداد الخاصة بالمرحلة الفمية ؛ مثل التعيين الذاتي بواسطة الإستدخال وإرتداد العدوان من الموضوع تجاه الذات ؛ كما أنه يوجد ثلاثة نماذج فرعية للإكتئاب وهي كالتالي:

(الميلانكوليا والتي تعني الكآبة ، والإكتئاب غير القياسي أو الشاذ ، والإكتئاب الذهاني) ، ويتم تمييز تلك الاكتئابيات عن بعضها عن طريق الأعراض الإضافية لكلٍ منها، وهناك نموذجين فرعيين أيضاً من الإكتئاب وهما ، "الاضطراب الموسمي العاطفي ، والاكتئاب الخثاري النفاسي" ، واللذان يتم التعرف عليهما عن طريق بعض المرسبات التي أدت إليه خلال فترة المرض.

كما تتم رؤية إكتئاب الميلانكوليا "الكآبة" في المرضى المصابين بالإكتئاب الحاد ؛ والذي يعرف تاريخياً "بالشكل الكلاسيكي للمرض" ؛ وفي بعض الأحيان يسمي هذا النوع من الإكتئاب بأنه مرض " ذاتي النشوء" ، بشكل أكبر من الأشكال الأخرى من الإكتئاب حيث أن هذا النوع من الاكتئاب يظهر بشكل تلقائي بدون أي سوابق نفسية تؤدي إليه ، ويرتبط هذا النوع من الإكتئاب بحالات الشذوذ العصبية البيولوجية التي تعكس سبباً وراثياً أو بيولوجياً ، والأدوية التي تعالج الإكتئاب تكون مهمة ومفيدة بالنسبة للمرضي المصابين بهذا النوع من الإكتئاب.

(David, A. Kahn, 1999:34)

ويرى بيير داکو (٢٠٠٢) أن مرحلة الكآبة تظهر بعد فيض فرح من الهوس ويصاب المريض بالسوداوية ويحدث له هبوط كلي ، ويكون المريض مليء بالشعور بالذنب

والإهانة ، وينقوه المريض أيضاً بالشكوات والتأوهات ، ويتصور نفسه سارقاً مغتالاً ، ومتهماً في كل شيء ، ويعتقد أن أمعائه مسدودة ، ودمه متخثر ، وأنه لا يمتلك معدة ولا قلب ولا دماغ ؛ وتظهر لدى المريض أفكار للإنكار ، كما تظهر لديه أفكار الإضطهاد ، وهنا ينبغي مضاعفة مراقبته لمنعه من الإنتحار الإندفاعي ، إن هذا الهذيان السوداوي (الذي هو إذن مبالغة هائلة لنشأومية السوداوي العصابي) ، يكشف غالباً عن هلوسات يسمع المريض من يتحدث عنه كما يسمع أنه سوف يموت.

(بيير داکو ، ٢٠٠٢ : ٧٠)

كما تذكر زيزي السيد (٢٠٠٥) أنه من التعريفات القاموسية للإكتئاب التعريف الذي وضعه بتروفسكي وباروشفسكي (١٩٩٦) حيث أوردا ما نصه (أن الإكتئاب في علم النفس يعرف عامة بأنه حالة إنفعالية تتسم بالإعتمادية وتتميز بمواقف إنفعالية سلبية وتغير في مجال الدوافع والإنطباعات المعرفية وبالسلوك السلبي عموماً ويمر الشخص المصاب بالإكتئاب بإنفعالات مؤلمة وحزن عميق (السوداوية) وقلق ويأس وتقل الحوافز والدوافع والنشاط الإرادي إلى حد كبير وتتميز حالة الإكتئاب بلوم النفس على حدوث كوارث متعددة في حياة الشخص ذاته أو لأقربائه ويصاحب شعور المرء بالذنب بالنسبة للأحداث السابقة وإدراكه لعجزه عن التعامل مع الواقع وفقد الثقة في المستقبل).

(زيزي السيد ابراهيم ٢٠٠٥ : ٢٦)

لقد تعددت مفاهيم "الإكتئاب" ومعانيه وذلك أصبح من الصعب تحديد مفهوم محدد "للإكتئاب" دون أن يصاب المصطلح بالخلط فالإكتئاب (كمصطلح) إستخدمه العديد من الناس لوصف إنفعالاتهم عند الشعور بالحزن أو الضيق ؛ كما استخدمه البعض على أنه وصف للمزاج المتقلب وذلك على الرغم من أن "الإكتئاب" Depression هو إضطراب إنفعالي يتسم بإضطرابات وإنحرافات مزاجية تتجاوز مجرد التقلبات المزاجية العادية ولهذا تضع الباحثة الحالية في الإعتبار أن مصطلح (الإكتئاب) له العديد من الأبعاد والمستويات التي لا بد من مراعاتها عند توضيح ماهية المصطلح وعلى هذا الأساس تتناول الباحثة مصطلح الإكتئاب بشكل محدد ودقيق من خلال أهم التعريفات التي تناولت المصطلح على النحو التالي:

لقد قام سيجمند فرويد في مقالته القديمة (١٩١٧) والتي هي بعنوان "الحداد والميلانكوليا" بوصف "الإكتئاب" Depression وتمييزه عن "الحزن" وقد قام بوصف الإكتئاب على أنه "غضب داخلي بسبب فقد شيء" وقد قام بتمييز الإكتئاب عن الحزن عن طريق افتراض أن الإكتئاب (الميلانكوليا) يثير "التوبيخ النفسي والشعور بالذنب" بينما

"الحداد" لا يؤدي الى ذلك حيث تساهم الجينات بدور كبير في الأسباب المرضية للإكتئاب الأساسي إذ أن معدل توافق (التوأم الوحيد) الزيجوت Monozygotic Twins حيث يصل إلى مايقرب من ٥٠% مقارنةً بمعدل توافق ١٠-٢٥% في التوأم الثنائي الزيجوت Dizygotic Twins.

(McGraw-Hill, & et al., 2006:79)

إن التشخيص المناسب للمرضي المصابين بالإكتئاب الغير قياسي يكون هاماً بسبب استجابته التفضيلية لمانع إعادة تنفيذ "السيروتينين الانتقائي" (SSRI) و "مانع أكسدة الأمين الأحادي" (MAOI) في الأدوية المضادة للإكتئاب في (إعادة التدوير الثلاثي للأدوية المضادة للإكتئاب) ؛ ومن الممكن أن نعتبر أن الإكتئاب الغير قياسي يعتبر أقل حدة وحدثاً من الإكتئاب الميلانكولي او الإكتئاب القياسي ، وليس هناك سبب في التفكير أن هناك علاقة بين هذا النوع من الإكتئاب وبين الخلل الوظيفي العصبي البيولوجي من تلك الأشكال والعلامات النابتة العكسية تكون أيضا نسبية في الإكتئاب المزوج ، وعلي سبيل المثال: الإكتئاب الأساسي Major Depression ، الذي يحدث اثناء فترة الإضطراب الوجداني الثنائي القطب ؛ كما يوجد حوالي ٥٠% من المرضي المكتئبين بما فيهم نسبة ٢٥% من الذين يترددون علي المستشفيات لديهم " الإكتئاب الذهاني " والذي يمرور خلاله بأعراض ذهانية مثل (الأوهام والهلوسة ، بالإضافة إلي بعض الأعراض الأخرى الرئيسية للإكتئاب) ، وتحدث تلك الأعراض الذهانية فقط اثناء فترات الإكتئاب ولا تحدث في أوقات أخرى في الحياة ، ويحدث الإكتئاب الذهاني بشكل متكرر في بعض المرضي ويكون منتشرأ بشكل أكبر في الإضطراب الوجداني ثنائي القطب متعدد النوبات Bipolar II Affective Disorder ، أكثر من "الإكتئاب الأحادي" ، ويمتلك نسبة كبيرة من خطر تعرض المضطرب للإنتحار، ويكون متطلبا في هذا النوع من الإكتئاب وجود علاج خاص مع الأدوية المضادة للإكتئاب ، والأدوية المضادة للإكتئاب الذهاني ، أو الأدوية المضادة للتشنج العصبي (ECT) و يمر نسبة ما يقرب من "عشر" ١/١٠ إلى "ثلث" ١/٣ المرضي المصابين بالإكتئاب الرئيسي "باضطراب عاطفي موسمي" ، والذي يعد جزءاً من الأعراض والتي من المتوقع أن تظهر بحلول شهور الشتاء ، والأعراض المنتشرة لذلك تكون "الخمول والتعب" الذي يظهر علي المريض والملاحم الأخرى النموذجية للقلق الشديد ، والتخمة هي أعراض متكررة ولكنها ليست مستمرة و (الأنماط السنوية يمكن ملاحظتها في الإضطراب الثنائي القطب ، مع الهوس الشديد في الربيع أو الصيف والذي يتبع عارضة اكتئابية حدثت في الشتاء).

(Goodwin, F. K. & et al, 1990)

ويحدث الإكتئاب من فترة لأخرى في حياة الشخص دون وجود أسباب خارجية واضحة وهذا النوع من الإكتئاب يسمى "الإكتئاب الداخلي" Endogenous وعادة ما ينظر الأطباء إلى هذا النوع من الإكتئاب على أنه أشد خطراً من النوع الإستجابي وعادة ما تكون خطة علاجه مزيج من العلاجات النفسية والعضوية بما فيها العقاقير المضادة للإكتئاب ؛ وربما بعض الجلسات الكهربائية وفي أحيان أخرى يجيء الإكتئاب في شكل دورات تتلوها أو تسبقها دورات من الإهتياج والهوس والنشاط الزائد وهو ما يسمى "الإضطراب الدوري" أو "إضطراب الهوس والإكتئاب" Manic Depressive Psychosis وينظر لهذا النوع على أنه أشد خطراً لأنه لا يصيب مشاعر المريض وعواطفه فحسب ؛ بل يصيب كثيراً من قدراته الأخرى بما فيها قدرته على التفكير السليم وعلاقاته الإجتماعية وتشويه إدراكه لنفسه وللعالَم المحيط به ومن ثم قد يصبح المريض خطراً على نفسه بسبب إهماله الشديد لحاجاته الإنسانية والحيوية أو بسبب ما قد يرتكبه من أفعال حمقاء ضارة به "كالإنتحار" ذلك الفعل الذي يتوج قمة عجزه وإحساسه باليأس.

(عبد الستار إبراهيم ، ٢٠٠٨ : ١٤)

نسب الإنتشار والأعراض المميزة:

يعتبر الإكتئاب أكثر الأمراض إنتشاراً حيث تتراوح نسبة إنتشاره بين كل شعوب العالم بين ٥-٧% ، وفي أبحاثنا في مصر سواء في الريف أو الحضر وجدنا النسبة تتراوح بين ٥-٦% ويوجد في العالم الآن حسب إحصائية هيئة الصحة العالمية ٣٠٠ مليون مكتئب ، ويتراوح عدد المكتئبين في مصر بين ٣-٣٥ مليون ، ويعالج ٨٠% منهم عند الطبيب الباطني ؛ حيث إنه من ٧٠-٨٠% من شكاوهم تتركز على الأم عضوية ، كما أن الإكتئاب يحتل المركز الرابع بالنسبة لكل الأمراض في كمية العجز والإعاقة ويتوقع العلماء أن الإكتئاب سيكون السبب الأول في عام (٢٠٢٥) في العجز ، وبذلك يفوق أمراض القلب ، السرطان ، الروماتيزم... إلخ ، هذا عن نسب إنتشار المرض عالمياً ومحلياً ، أما عن الأعراض الخاصة به فإن نوبة الإكتئاب تتميز بالإعياء ، التعب ، الحزن الشديد ، النظرة السوداوية للحياة ، فقد الإهتمام بالملذات الخاصة مع الشعور بعدم جدوى من الحياة ، ظهور الأعراض الإنتحارية مع الإحساس بتأنيب الضمير ، الشعور بالإثم ، عدم الأحقية بالحياة ، وتزيد هذه الأعراض في الشدة خاصة في الصباح ، ويتحسن المريض نوعاً ما في المساء ؛ ويصاحب نوبة الإكتئاب أعراض جسمية مختلفة مثل : (الأرق الشديد ، الإستيقاظ المبكر قبل الفجر ، فقد الشهية للأكل مع فقد الكثير من الوزن ، الصداع والدوخة ، والإمساك ، آلام متفرقة في الجسم عادة ما تشخص بآلام روماتيزمية) أما نوبة الإنبساط فهي عكس نوبة

الإكتئاب حيث يبدو المريض في حالة: (مرح شديد مع الشعور بالتليه أو حتى بالعظمة ، مع كثرة النشاط والكلام ، تطاير الأفكار، البدء في عدة مشروعات دون إستعداد ، البزخ المسرف مع التبهرج البعيد عن اللياقة وعن طبيعة المريض) ، ومن جراء هذه الزيادة في النشاط فإن المريض يصاب بالأرق وفقد الشهية ، وينتهي بحالة من الإرهاق و الإعياء.

(أحمد عكاشة ، ٢٠٠٠ : ٣٣٣-٣٣٤)

ويرى جودوين وآخرون (Goodwin & et al, 1990) أن ثلث المرضى الذين يعانون من الإكتئاب يعانون من "الإكتئاب الغير قياسي" ، ويمتلكون الأعراض الغير قياسية من (الشهوة الزائدة ، والنوم الزائد ، والتعب الشديد ، وأحياناً إعادة نشاط الحالة النفسية) ، والمرضى المصابين بالإكتئاب المعتدل يمكن تقسيمهم إلي مجموعتين:

(١) هؤلاء الذين لديهم أعراض إكتئابية منذ الطفولة أو في مرحلة متأخرة من المراهقة ومن المحتمل أن يتطور هذا الإكتئاب لكي يصبح اكتئاب رئيسي ومن غير المتوقع شفاؤهم بشكل كامل مرة أخرى.

(٢) هؤلاء الذين يظهرون أصحاء عند صغرهم ولكنهم يمرون بفقدان رئيسي مثل : موت الزوجة أو الطفل أو الطلاق أو الخسارة المالية أو عدم القدرة الطبية في بعض النقاط في حياتهم ويقعون في حالة مزمنة من ضعف المعنويات والتي من الممكن أن تتطابق مع معايير الإضطرابات الإكتئابية ؛ كما أن المرضى المصابين بالاضطراب الوجداني الثنائي القطب تكون لديهم حوادث "الهوس أو الهوس الخفيف أو الحالات المختلطة أو حوادث الاكتئاب".

(Goodwin, F. K. & et al, 1990)

وفي المرضى المكتئبين عادة يكون النشاط النفسي الحركي قليل جداً حيث تكون أفكارهم وكلامهم وحركاتهم بطيئة أو متأخرة وأحياناً تصل إلي نقطة الصمت أو البكم وجمود الحركة والذي يعرف بإسم "التأخر النفسي الحركي" حيث يفقد المريض القدرة على التخلص من المكوث في السرير ولا يملك القدرة على إرتداء الملابس أو أخذ الدواء أو البحث عن الصحة العامة أو رؤية المعالج أو حتي القيام بمكالمة تليفونية لطلب المساعدة.

(Kessler, R. C. & et al., 1994:48)

وإذا كان التأخر النفسي الحركي مصحوباً بحالة من اللامبالاة الحادة أو الإهمال الكلي للنفس ؛ فإنه من الممكن أن يؤدي إلي طوارئ طبية مثل: سوء التغذية ، وفقد الماء وعدم التوازن ، وفرحة الإستلقاء ، وعدم النظافة الشخصية ، ويعرض بعض المرضى حالة

من الإهتياج النفسي الحركي ، والتي يمتلكون فيها أفكاراً وخطابات سريعة ، ومتكررة ، مثل الصراخ المتواصل ، وعصر اليد ؛ ويشعر هؤلاء المرضى غالباً بالقلق الشديد واليأس ، وتكون لديهم شكوي في بعض الأحيان ، وألم مستمر ، ومن المحتمل أن يقوم هؤلاء الأشخاص بالتشبث بالآخرين ، ويقومون بغير قصد بإستثارة إستجابات الغضب في الآخرين من الذين يقدمون لهم الرعاية بكل اشكالها ؛ وعندما تكون هناك حالة من الإهتياج الشديد فإنه من المهم أن نعتبر أن تكون هناك إحتمالية وجود حالة إضطراب وجداني ثنائي القطب مختلطة ، والتي يمتلك المريض فيها أعراضاً مترامنة من الهوس والإكتئاب معاً.

(Karasu, T. B., 1990: 57)

■ الإفتراضات الأساسية للنظرية المعرفية للإكتئاب:

- ٢- القدرة على معالجة المعلومات ، وتكوين تمثيلات معرفية للبيئة يعد مركزياً في تكيف الإنسان وبقائه.
- ٣- تحدث معالجة المعلومات في الإنسان في مستويات مختلفة من الوعي ، كوسائل لتنمية كفاءتها وقدرتها على التكيف.
- ٤- وظيفة أساسية في معالجة المعلومات في البناء الذاتي للواقع.
- ٥- تعمل معالجة المعلومات كمباديء موجهة للمكونات الإنفعالية والسلوكية والفسولوجية في خبرات الإنسان.
- ٦- يتكون التوظيف المعرفي من تفاعل مستمر بين عمليات منخفضة الرتبة ، كتلك المشتقة من المنبه وعمليات عالية الرتبة ، وهي العمليات المرتبطة بالمعنى.
- ٧- البناءات المعرفية على أفضل وجوها هي تمثيل تقريبي للخبرة.
- ٨- ترتقي بناءات إصاق المعنى (المخططات) ، من خلال التفاعل المتكرر بين البيئة والمخططات الفطرية البدائية.
- ٩- يتسم تنظيم تمثيل المعنى بمستويات مختلفة من الفهم فالمفاهيم الأكثر إتساعاً تشمل وحدات بنائية أكثر نوعية.
- ١٠- بناءات صنع المعنى في نظام معالجة المعلومات تتسم بإختلافات مستويات التنشيط.
- ١١- هناك توجهان يتمثلان في نظام معالجة المعلومات ، الأول: يهدف إلى التعامل مع الأهداف الأولية للكائن الحي ، والثاني: يختص بالأهداف البنائية الثانوية.

١٢- الإضطراب النفسي يتسم بزيادة وقصور في تنشيط البناءات النوعية في إصاق المعنى في نظام معالجة المعلومات.

١٣- تعديل بناءات إصاق المعنى يعد مركزياً في عملية التغيير في الإنسان.

(Clark, & Beck, & Alford, 1999:74)

وربما تتغير الأعراض السلوكية والإدراكية والمزاجية والحركية للمريض بشكل واضح خلال اليوم ؛ وهناك جانبين هامين من هذا التنوع وهما:

١. في أثناء النهار.

٢. إعادة نشاط الحالة المزاجية.

ويعتبر كلاً من هذين الجانبين السابقين خاصية تشخيصية من خواص الإكتئاب ؛ فمع وجود التنوع خلال فترة النهار يشعر المريض بشكل مستمر بأسوأ حالاته في خلال فترات معينة من النهار وغالباً ما تكون في فترة الصباح فعلى سبيل المثال: يستيقظ المريض مبكراً ويشعر برعب قليل ويكون غير قادراً علي التركيز أو الأكل أو التحدث مع أي شخص ؛ وتدرجياً يبدأ (المريض/ المريضة) في الشعور بحالة أفضل ؛ وفي المساء ربما يشعر بأنه في حالته الطبيعية وفي اليوم التالي يكرر هذا المشهد نفسه مرة أخرى وبالنسبة لإعادة نشاط الحالة المزاجية ربما يشعر المريض بالإبتهاج أو الخروج من حالة الإكتئاب عن طريق حدوث حدث جيد مثل: أن يقوم أحد الأشخاص بمدحه أو أن يأكل وجبة مفضلة بالنسبة له أو أن يحصل علي إهتمام رومانسي والمرضي الذين تكون عندهم حالة فقدان حقيقية للذة لا يكونون قادرين علي إعادة نشاط حالتهم النفسية بالرغم من أن حالة فقدان الحقيقية النسبية يتم رؤيتها في المريض الذي تكون لديه وضوح في تغير الحالة المزاجية أثناء النهار ؛ وبالرغم من أنه ليس هناك شئ من الممكن أن يؤدي إلي إبتهاج الشخص في أثناء الجزء الأول من اليوم ؛ إلا أنه في المساء تظهر لديه بعض الإهتمامات القديمة والمتع السابقة.

(MacKinnon, R. A. & R. Michels, 1971: 63)

ومما سبق يتضح أن الإكتئاب الأساسي **Major Depression** بإعتباره أحد طرفي الإضطراب الوجداني ثنائي القطب متعدد النوبات **Bipolar II Affective Disorder** يعني "إضطراب في المزاج ، وهبوط إنفعالي ، وخلل في الخبرة الوجدانية الذاتية ، يعبر عنه الشخص المكتئب بالعديد من المظاهر السلوكية ومنها المزاج المكتئب ، وتناقص القدرة على التفكير ، ويشمل ذلك الخلل أجزاءً متعددةً من الجسم ، والأفكار ، والمزاج ، والطاقة النفسية

، مما يؤثر بدوره على الحالة الإنفعالية والتي تؤدي إلى الشعور بتحقير الذات، وفقدان الهمة ، وتوقع الفشل ، وفقدان الأمل والذي يبعث بالمرتاب إلى التعاسة النفسية".

ويندرج تحت التعريف السابق للإكتئاب الأساسي: **Major Depression** الأبعاد

التالية:

م	أبعاد الإكتئاب الأساسي:	تعريف أبعاد الإكتئاب الأساسي
١	المزاج المكتئب : Depressive Mood	إنخفاض في الإيقاع المزاجي ، والشعور بالكآبة والحزن وهبوط وتدني المعنويات ، كما يمثل حالة إنفعالية غير سارة ترتبط بالإحساس اليقيني بالعجز في القدرة الشخصية على تحقيق التوازن النفسي ، والوصول للهدف المنشود.
٢	التأخر النفسي - حركي	الشعور بالتعب والهبوط الذي يحول دون القيام بأفعال نشطة أو تلقائية ، وفيه يتوقف الشخص طويلاً قبل الإجابة عن سؤال أو إستفسار ، ويعاني من تدني في مستوى القدرة على العمل أو الأداء
٣	تحقير الذات والشعور بعدم القيمة الذاتية	الشعور بالنقص ، والتدني في إعتبار الذات وإحترامها ، والشعور بعدم الأهمية والقيمة في الحياة ، وعدم القدرة على إتخاذ قرارات لها قيمة إيجابية أو فعالة.
٤	نقص القدرة على التفكير	إنخفاض في العمليات العقلية من التفكير والتركيز والأداء إضافة إلى تشوش الأفكار و دورانها في حلقة مفرغة ؛ مع إنعدام القدرة على إتخاذ القرارات الصائبة ، مما يؤثر بدوره سلباً على سلوك الفرد في العديد من المواقف المختلفة.

الجدول (٣)

يوضح أبعاد الإكتئاب الأساسي

الهوس: Mania

يؤكد إبراهيم Abraham- أول محلل نفسي يقوم بدراسة الهوس- على الصفة الوراثية للقابلية للمرض ، حيث يرى أن العامل السببي الهام للحالة يرجع إلى إحباط مؤلم في مرحلة فمية متأخرة ؛ يؤدي إلى الإصابة بالنرجسية ، أو عشق الذات بشكل خطير، ويكسبه مزيداً من التلون في مراحل نفس جنسية متأخرة ؛ كما يرى أن الذنب الذي ينكره المصاب بالهوس لا ينبثق من صراعات أوديبية ، ولكن من العدوان قبل الأوديبية تجاه الأم.

(محمد السيد عبد الرحمن ، ١٩٩٨ : ٣٩٣)

يرى إشنايدر Sehnider من خلال وصفه للشخصية ذات الهوس الخفيف Hypomanic Personality أن صاحبها يتميز بضيق الأفق ، ولا يقبل النقد ، ومتسرع في إتخاذ القرار، ولا يمكن الإعتماد عليه ، كما يرى أن مثل هؤلاء الأفراد لديهم نزعة إلى الفساد الأخلاقي ، والكذب المرضي ، وأحياناً السلوك الإجرامي جنباً إلى جنب من فرط الإنفعالية ، ويرى وينكور، وآخرين Winokur & et al ، أن من يعانون من الهوس الخفيف Hypomania ، لديهم مستوى مرتفع من النشاط الزائد ، مع إهتمامات كثيرة ، كما يقومون بالمشاركة في المجالات والإهتمامات المختلفة.

(Winokur, & et al., 1969:107)

ويرى وينكوت Winnicot أن الدفاع الهوسي يتألف من ميكانيزمات أربعة هي:

١- إنكار الواقع الداخلي.

٢- التخليق إلى واقع خارجي.

٣- الإحتفاظ بصورة ذهنية مستدخلة ، تتميز بالتقديس والإيحائية ، وهذا يسبب للشخص الشعور بالإنفصال ، ومع ذلك لا يزال يأمل بطريقة غامضة في الإنتماء الحقيقي.

٤- إستخدام المتناقضات للتأكيد على أنها قد حلت محل المشاعر الإكتئابية. كما يرى أن هذه الأساليب تعتبر تمثيلات رمزية للصراعات النفس جنسية التالية أيضاً.

(Akhtar, 1988:41)

كما يرى أكسيكال (Akiskal, 1984:83-84) أن الشخصية ذات الهوس الخفيف في مظاهرها المتناقضة تتميز بالطاقة المرتفعة ، والإهتمام بالنواحي الإجتماعية ، والنجاح والبهجة من ناحية ، ومن ناحية أخرى تتميز بتجاهل حدودها والتغاضي عنها: وعدم الترابط مع شبه إنعدام للمشاركة الوجدانية ، إضافة إلى الإهمال الكامن ؛ وبذلك يتضح أن هناك شبه إتفاق على أن إضطراب الهوس الخفيف- وهو الإضطراب الذي تعاني منه الشخصية

ذات الهوس الخفيف- يمكن النظر إليه على أنه "مجموعة من السمات الثابتة نسبياً للشخصية ، والتي من أهمها الطاقة الزائدة ، والنجاح والتفاني في العمل ، والمزاج والحيوية والنشاط ؛ إضافة إلى الفضولية ، وعدم مراعاة الحدود ، وفساد الضمير ، وإنعدام المشاركة الوجدانية ؛ كما أن للوراثة دوراً في هذا الإضطراب".

(محمد السيد عبد الرحمن ، ١٩٩٨ : ٣٩٣)

ويضيف عبد المنعم الحفني (٢٠٠٣) إن الشخصية التي يشكو صاحبها من هوس خفيف Hypomanic P ، فيكون به إندفاع ، ويتصرف بحماس ليس له ما يبرره ؛ فهو

المهووس بهذا الشيء أو ذاك ، ويتكلف له ويسلك سلوكاً غريباً ، والشخصية الميلانخولية Melancholic P ، والميلانخوليا Melancholia ، هي السوداء أو الإكتئاب ، وصاحبها يميل إلى الإكتئاب لأنه يخشى النتائج ويخاف أن يؤدي غيره ، أو ينتج عن سلوكه ضرر أو أن يصادم مشاعر الغير .

(عبد المنعم الحفني ، ٢٠٠٣ : ٤٩٤)

ومن الأعراض التي تتوافر ليتم تشخيص الإصابة بالهوس ، أو الهوس الخفيف ، أن تكون هناك فترة مميزة من حالة المزاج العالي المتسع سريع الغضب ، وفي أعراض الهوس يجب أن تستمر فترة المزاج الغير مستقر فترة أسبوع واحد علي الأقل ، اذا لم يكن دخول المستشفى ضرورياً ويجب أن يكون حاداً بشكل كاف لكي يتدخل في الحالة الوظيفية للمصاب ، وفي أعراض الهوس الخفيف يجب أن يستمر هذا المزاج لفترة أربعة أيام ، ويكون أقل حدة وأقل اضطراباً ؛ كما توجد أعراض أخرى يتميز بها الهوس أو الهوس الخفيف ومنها اذا كانت الحالة المزاجية مرتفعة أو متسعة يجب أن تظهر ثلاثة أعراض أخرى اذا كانت الحالة المزاجية مثارة وسريعة الغضب يجب أن تظهر أربعة أعراض أخرى وتشتمل تلك الأعراض الأخرى علي حالة من (التقييم النفسي المبالغ فيه أو التكلف الحاجة المنخفضة للنوم الكلام المنضغط الأفكار العصبية أو صراع الأفكار التشوش الفكري وزيادة النشاط الموجه نحو هدف بعينه والبحث المستمر عن الانشطة التي تسبب البهجة والسرور مع احتمالية وجود عواقب سلبية) ، ويمكن تمييز أعراض الهوس Mania ، عن أعراض الهوس الخفيف Hypomania ، إضافة الي معايير الفترة الزمنية لكلٍ منهما حيث تختلف الأعراض في مدي حدتها وتشتمل أعراض الهوس الخفيف على تغيير في السلوك وفي التوظيف والذي يكون ملحوظاً للآخرين بالرغم من أنه إذا كانت الأعراض حادة بشكل كاف حتي تؤدي الي ضعف في التوظيف الإجتماعي أو المهني أو أن تحذر من دخول

المستشفى ففي ذلك التوقيت سوف يكون التشخيص بوجود هوس مناسباً إضافة الي ذلك فإن الحالة سوف تشخص علي أنها حالة هوس إذا ظهرت الأعراض الذهانية.

(McGraw–Hill, & et al., 2006: 82)

يرى بيير داکو (٢٠٠٢) أن فترات الهوس يبدو على المهوس فيها أنه يجسد الفرح المثير والغريزي والجنوني ، دون أي كايح أخلاقي ؛ ويكون في حالة متعذر تصورهما من الإثارة والفرح ، وتنعكس هذه الحالة في (الضحك ، الأغاني ، الرقصات) ؛ كما أن مريض الهوس يمرح ويتعب من "الفرح" ؛ كما أنه يتعب من "المرح" ؛ هذا ما

يقوله الشخص المصاب بالهوس ، ويخرج المزاح المبتذل بشكل متواصل مثل (الألعاب النارية ، وبسرعة جنونية) ويكون عند المريض غزارة في الأفكار، ويبدو أنه "محتد جداً" ويكون هندامه غالباً غريب الأطوار، ويرتديه ببهجة ويكون متعدد الألوان ؛ كما يكون وجه المهوس مرحاً جداً ، ولديه نظرة متفائلة ؛ كما يكون موقفه إعتيادي بشكل غير طبيعي ، وتتابع القهقهات ، والأغاني والصراخ ، والحركات ، ولا يبقى المريض في محله بل يدور في حلقة مفرغة ، إن كل السلوك الهوسي يبدو سلوكاً من الهيجان المطلق مطرودة منه تماماً كل الأعراف الخلقية والإجتماعية والعرقية ، إنه تحرير للغرائز، على شكل هيجان وحماس ، ويتمكن المهوس فوراً من التقاط عيوب من حوله ؛ كما يتلاعب بالألفاظ ، ويقوم بالتورية ويهزأ من كل شيء ، ويكذب عن يقين ، ويجزم ويتهم الآخرين ، ويروي بمرح كل الحكايات الهزلية المبتذلة جداً ، وأقل مقاومة لأهوائه يمكن أن تدفع بحساسيته أو بغضه وأحياناً باندفاعه بالظهور ، وتبدو حدة حواسه أكثر حيوية من الحالة الإعتيادية ، لكن إنتباهه لا يتركز على شيء ؛ إن نوبات الهوس يمكن أن تؤدي بالطبع إلى تباعد كبير في السلوك ، كما يتضائل الكايح الأخلاقي حتى إختفائه كلياً ، حينئذ تكون هناك محاولات تستهدف الحشمة والإفراط المتطرف بالثقة ، وردود الفعل العنيفة الغاضبة وهنا يؤدي الغضب إلى نتائج سلبية ، ولا يكون المريض فيها مسئولاً عن سلوكياته ، حينذاك تفرض على المريض الإقامة في المستشفى .

(بيير داکو، ٢٠٠٢: ٦٥)

كما تتميز الحالة النفسية في حالة الهوس بالإهتياج والنشاط الغير عادي ، وتتطلب معايير (DSM–IV) ، مدة أسبوع واحد من الهوس (إذا لم يكن المريض يحتاج إلي الذهاب إلي المستشفى) ، الحوادث المختصرة للهوس (علي سبيل المثال الإستمرار ليوم واحد والثورة بعد كل اكنئاب) ؛ ربما تكون علامات هامة في تشخيص الإضطراب الثنائي القطب وتحديد

علاج مناسب ، في حالات الهوس يزيد المرضي من تقديرهم لأنفسهم ويزيدوا من اهتمامهم وسعادتهم بالمحيطين بهم ، ويبدو العالم بأنه موجود من اجل إرضاءهم ويتكفون في اعتقادهم بأنه ليس هناك شيء يستطيع أن يوقفهم من الحصول علي ما يريدونه.

والهوس بالإعجاب بالنفس سرعان ما يختلط بحالة من الهيجان إذا تم إحباط رغباتهم ويكون الغضب غالبا هو الشعور المسيطر، وبالتماشي مع الفخامة والتكلف يكون لديهم إنكاراً لأي شيئاً خطأ ، والإنكار والذي يكون كلي الوجود في المرضي المصابين بالهوس من المحتمل أن يحدث بسبب المرض نفسه ، ويمثل تقريبا حالة وهمية ، مع بعض المرضي يبدو أيضا أن هناك شعور بالفراغ والذي يختفي وراء ستار الرؤى المتكلفة.

(David, A. Kahn, 1999: 45)

كما أن العلامات الفيزيائية ، أو النابتة في المرضي المصابين بالهوس تشتمل علي القلق ، ولكن علي عكس الإكتئاب تكون الحاجة فيه إلي النوم منخفضة ، حيث يشعر المرضي بالراحة بعد ساعات أقل من الساعات المعتادة المطلوبة ، وإذا لم يتأكد الطبيب النفسي المعالج من عدد الساعات التي يحتاجها المريض بشكل طبيعي فمن الممكن أن ينكر المرضي أن لديهم أي مشكلة في النوم ، حيث يصبح الإرهاق مشكلة عندما يكون القلق مستمر بشكل كلي ولذلك يكون سببا في الشكوى ويكون عند المرضي غالباً طاقة زائدة في القيام بكل أنواع الأنشطة مثل: التدريب ، والقيام بساعات عمل متأخرة والمعاشرة الإجتماعية والسير بسرعة نتيجة للإنشغال ربما تكون غير سارة حيث يقول المرضي عادة أن هذا الشعور يكون مشابها للموتور الذي يجري بسرعة كبيرة والدافع الجنسي المتزايد والقوة ربما تؤدي وبشكل إجمالي إلي القيام بتصرف أحمق والذي من الممكن أن يصبح مصدراً للإحراج الشديد فيما بعد.

(Jamison, K. R., 1995: 50)

والمرضي المصابين بالهوس علي عكس المرضي المكتئبين ليس لديهم أي اضطراب معين في الشهوة ، والبعض منهم يأكل بشراهة مما يزيد من وزنه ، بينما يقوم البعض الآخر بإهمال أنفسهم بشكل عام مما يؤدي إلي افتقاد وزنهم وفقد المياه.

(Rosenthal, N. E., 1993: 62)

كما أن المرضي المصابين بالهوس تكون لديهم تغيرات إدراكية ، حيث تكون لديهم أفكار عرقية والتي يتم التعبير، عنها بمجرد دخولها إلي عقولهم ، وتكون هناك سهولة في توجيه أفكارهم ، وتكون لديهم صعوبة في التركيز علي الأهداف التي تتطلب انتباهاً طويلاً ويعرضوا أيضا نمطاً حديثاً تحت الضغط ، وبسرعة والذي يربك الآخرين بشكل متكرر وتكون

لديهم صعوبة في الإستماع للآخرين ، وأحد أول المؤشرات التي تدل علي أن المريض أصبح لديه هوس Mania ؛ ملاحظة أفراد الأسرة له (علي سبيل المثال يذكر أحد أفراد أسرة المريض أن المريض "يسكت عن الكلام وعندما أخرج من الحجرة يبدأ في التثرثرة مع نفسه ولا يستطيع أحد أن يفهم كلمة مما يقوله).

ولكي يجعلوا الناس الآخرين يستمعوا إليهم يقوم هؤلاء المرضى باستخدام التليفون بشكل مفرط مما يؤدي إلي أن تصبح فاتورة التليفون الخاصة بهم الضعف أو الثلاثة أضعاف ، بالرغم من ان المرضى المصابين بالهوس تكون عندهم روح الدعابة ؛ إلا أنهم يضايقون المستمعين لهم بعد فترة من الزمن.

(Rush, A. J., 1993: 57)

وربما يغضب المصابين بالهوس اذا تجاهلهم الناس أو ناقشهم في النقاط التي يحاولون القيام بها ، وعندما يصبح المرض حاداً تصبح أفكار المريض بالهوس غير منظمة وتتقافز بسرعة حيث تكون بينها علاقة بسيطة جداً ، وهذا الربط المنطقي القليل بين الأفكار يطلق عليه: "تضارب الأفكار" ، وهناك نموذجين آخرين من الكلام وهما: الارتباط الرنان بين الكلمات ، وسلطة الكلمة ، وهما من خصائص المريض بالهوس ؛ ويكون ذلك على النحو التالي:-

١- الارتباط الرنان "Clang association" ، الذي أخذ اسمه من الكلمة الألمانية "صوت" ، ويحدث عندما تستخدم الكلمات فقط بسبب الصوت الناتج عنها وليس لمعناها.

٢- سلطة الكلمة "Word salad" ، وهي عبارة عن كلام شاذ وغير مترابط ، وغير متناسق ولا يتميز عن الكلام الذي ينتج عن طريق الاضطراب في الأفكار ، والذي يتم ملاحظته في الشيزوفرينيا الحادة.

(Weissman, M. M., 1990: 59-61)

كما يعد النشاط والهيجان المتزايد الذي يكون مرئياً للمراقبين ، خاصية من خصائص المرضى المصابين بالهوس ، وبالرغم من أن النشاط الحركي ربما يكون هادفاً في البداية (علي سبيل المثال: تنظيف المنزل ، أو الوصول إلي الأماكن بسرعة) ؛ إلا أنه يتدهور ليصل إلي تصرفات غير مناسبة ، أو غير منتظمة مثل (سرعة الشجار ، وبعض السلوكيات الأخرى المشابهة) ، ويحدث الهذيان الهوسي عندما يكون الهيجان الحركي النفسي والإدراكي الشديد مصحوباً بعدم التوجيه ، والتصرفات الفوضوية.

(Kendler, K. S., 1995: 38-41)

يتطلب الهوس الخفيف Hypomania معايير تشخيصية أقل من (DSM-IV) وذلك بنسبة أقل من الهوس ، والإختلاف هو مسألة درجة ؛ وبخاصة فيما يتعلق بمستوي التعطل الوظيفي ، والمرضى المصابين بالهوس الخفيف Hypomania يكونون عادة غير قادرين علي تنفيذ مهامهم اليومية في (العمل ، المنزل ، الدراسة) ، ولا يكونون مرضى بشكل يستدعي دخولهم إلي المستشفى ؛ وبالرغم من ذلك يلاحظ الناس من حولهم أنهم يتصرفون بشكل مختلف عن العادي ، والتصرف الغير عادي يكون في بعض الأحيان جدير بالحب وبخاصة إذا كانت الحالة المزاجية قابلة للشفاء ، والمرضى المصابين بالهوس الخفيف يكونون مليئين بالطاقة ، ومن الممكن توجيههم الي إنجاز أهداف معينة ، ومن المحتمل أيضاً تنظيم أداءهم في العمل ، وفي المنزل ، وتقوية الإبداع والقدرة القيادية لديهم.

(Post, R. M. & et al., 1984: 47)

إن العديد من المرضى المصابين بالاكتئاب المزدوج يرون الهوس الخفيف Hypomania ، علي أنه خط فضي Silver Line ، كما يملون من طريقة العلاج عن طريق الأدوية ، كما أن التعديل المعرفي والإحساسي لديهم مرتبط بالطاقة المتزايدة ، ويخلق شعور بأنه فوق طاقة البشر ، حيث تعد الجملة التي تشبه "إنني لم أشعر بأنني كنت في حالة جيدة من قبل" ، لدى المصابين بالهوس الخفيف Hypomania جملاً نموذجية ، ويجب أن تجذب انتباه الطبيب ، وذلك لأنه من الممكن حدوث كوارث إجتماعية ، ووظيفية والبطانة الفضية عادة ما تمهد الطريق للإكتئاب ، أو تصعد من الطبيعة التدميرية له ، وبالتشابه مع ذلك فإن تعبير المريض عن الفخامة ، وتزايد الأفكار غير الواقعية تجعل الآخرين يتساءلون عن الحكم علي الشخص المصاب بالهوس الخفيف ، والإبتهاج في هذا الوقت يتغير إلي جدال ، والفشل الإجتماعي ، والمادي يبدأ في الحدوث ، ويدخل المريض في حالة من اليأس والإكتئاب ، او يدفع مستوي الإنكار المتصاعد لكي يصل الي الهوس في مرحلة متقدمة.

(Post, R. M. & et al., 1984: 48-50)

ومما سبق يتضح أن "الهوس الخفيف" Hypomania هو "نوبة عارضة واضطراب مزاجي لا يتسم بالشدة ، ولا بالحدة في الأعراض الهوسية ، بل هو درجة أقل من الهوس (تحت الهوسية) ، مع زيادة ملحوظة في النشاط العام ، والإحساس بالنشوة ، وإنتسراح المزاج ، ويتأرجح المصاب بالنوبة الهوسية ؛ مابين المزاج العالي المتمرد ، الإستثارة الإنفعالية ، النشاط والحيوية والمرح ، وبين الإحساس بعدم الإكتراث ، والمبالغة في تقدير الذات ، تطاير الأفكار ، اللامبالاة ، وعدم الإتساق الوجداني ، وإنعدام المشاركة الفعلية.

ويندرج تحت التعريف السابق للهوس الخفيف Hypomania الأبعاد التالية:

م	أبعاد الهوس الخفيف	تعريف أبعاد الهوس الخفيف
١	إنشراح المزاج : (إرتفاع المزاج) (Euphoria): Evaluated Mood	الشعور بالنشوة الزائدة والسعادة القصوى دون سبب ملحوظ ، ويتسم الفرد فيه بالنشاط الزائد ، والخفه الملحوظة في الأداء على المستوى العام لكافة الأنشطة المرجوة لديه.
٢	الإستثارة الإنفعالية : Emotional Arousal	تلك المصاحبات الفسيولوجية ، والإنفعالية التي يواجهها الفرد ، وتؤثر على إنزانه الإنفعالي و النفسي ، حيث الزيادة في ردود الأفعال التي تفوق إحتمال الحدث سواء بالسلب أو الإيجاب لديه.
٣	المبالغة في تقدير الذات: Increased self-Esteem	التعاضم في إتجاه الفرد الشامل نحو ذاته مكوناً الإتجاهات و المعتقدات ، التي يستدعيها عند التعامل مع مفرداته الخاصة ، مما يجعله يصطدم بالآخرين من الوسط المحيط.
٤	تطاير الأفكار : Flight of Thoughts	التلاحق والتدفق في الأفكار والتسابق فيما بينها ، وفقدانها في آن واحد ، تلك الأفكار التي تقفز في تفكير المصاب ، وتذهب دون سابق إنذار وفي ذات الوقت ؛ مما يجعل المصاب يسرع في الكلام ، ويتواصل بغير إنقطاع ، وما يلي ذلك من تعثر في إيجاد الفكرة المناسبة للتعبير عن ذاته في المواقف المتعددة.

الجدول (٤)

يوضح أبعاد الهوس الخفيف Hypomania

النظريات المفسرة للإضطراب الوجداني ثنائي القطب:

هناك سلسلة طويلة من المحاولات بذلت لفهم إتجاه العلاقة بين الجسم والعقل ، بحيث يمكن فهم الحياة العقلية من معرفة حالة الحياة الجنسية ؛ فمنذ ألفي عام تقريبا قام حكيم من حكماء الإغريق وهو "جالينيوس" بوضع نظرية "الأمزجة" ، وكان قد سبقه "أبقراط" في ذكر أمزجة الجسم الأربعة (الدم ، البلغم ، الصفراء ، والسوداء) ؛ ولكن جالينيوس هو أول من ربط بين (الفروق في الشخصية ، والفروق في الأمزجة) ، وقد ظلت نظرية الأمزجة المعروفة حافظة لكيانها مع تغيرات بسيطة جداً إلى أن جاء العهد الحديث ؛ حيث ظهرت نظريات متعددة لأنواع الشخصية ، ويرى أصحاب هذه النظريات أن يقسم الشخصيات إلى أنواعها بحسب السلوك الظاهر ، وبعضهم يرى أن يربطها بسرعة بتأثر (المجموع العصبي) ، أو بطئه ، وبعضهم يرى أن يربطها إلى حد ما "بإفرازات الغدد" ، وممن غالوا في التحمس لهذا الرأي الأخير برمان Barman ، الذي قال "إن كيمياء الخلية هي بعينها كيمياء النفس" ، ويتلخص رأيه في أن "نواة الشخصية تكونها حالة المجموع العصبي ، وحالة الغدد الهرمونية ذات الإفراز الداخلي" ، ونحن نميل إلى إلى الأخذ بالرأي الذي يعتبر الحالة الجسمية كعامل من العوامل المتعددة التي تدخل في تلوين الشخصية باللون العام الذي يسمى عادةً مزاجاً Temperament ؛ ومن الآراء التي كان لها دوي كبير رأي كرتشمير Kretshmer الذي يربط بين "الصفات الشخصية ، و الصفات الجسمية الظاهرة" كأبعاد الجسم والنسب بينها ، وشكل العضلات ، والجلد ، والعظم ، والشعر وغيرذلك ، وقد قسم الناس إلى ثلاثة أنواع رئيسية وهي (الهزيل ، الرياضي ، والسمين) والنوع الأول- وهو يشبه الثاني بدرجة أقل- يميل إلى أن يكون هادئاً ، محافظاً ، جاداً قليل الإجتماع بغيره ، قليل التقلب بين حالة إنفعالية وأخرى ؛ وأما النوع الأخير فهو نوع صريح ، يميل إلى المصادقة ، مرح ، سريع التقلب بين حالة انفعالية وأخرى ، ونوع الشخصية الأولى يسميه كرتشمير بالمنطوي Schizoid أما النوع الثاني فيسميه بالمنبسط أو المتقلب Cycloid .

(عبد العزيز القوسي ، ١٩٦٩ : ٢٣-٢٤)

كما أن نظرية الأخلاط Humeral Theory من أقدم النظريات في أنماط الشخصية P. Typology ، وتنسب لأبقراط (٤٦٠ ق.م) ، ومن دعواها أن سوائل الجسم أو أخلاطه أربعة هي: الدم ، السوداء ، الصفراء ، والبلغم ، وقد تأتلف بنسب متساوية ، فيكون إعتدال

المزاج وإستواء صحة الجسم ، وقد تختلف فيزيد أحدها فيغلب على المزاج طبع هذا السائل أو الخلط الزائد ، والمزاج طبع هذا السائل أو الخلط الزائد ، والمزاج الدموي يناسب الخلط الدموي والصفراوي يناسب الصفراء ، والبغمي أو اللفراوي يناسب البلغم Phlegm ، وما يذكره أبوقراط يقول بمثله تقريباً أمبادوكليس - Empedocles (٤٥٠ ق.م) وعنده أن كل كائن في الطبيعة- ومن ذلك البدن الإنساني- قوامه عناصر أربعة هي: الهواء Air ، والتراب Earth ، والنار Fire ، والماء Water ، ويناسبها على الترتيب المزاج الهوائي Airy Temperament ، ويقابل المزاج الدموي عند أبو قراط وهو المزاج المتفائل الذي يظفر بالنشاط والحبور ، ويفعم بالسعادة والانبساط فيكون لذلك متناسق التكوين من حيث ملامح الوجه ، والعظام ، والعضلات ، ويغلب على إنفعالاته السرور وتسهل إستثارته في غير عمق وليس لها دوام ؛ والمزاج الترابي Earthy T ويقابل المزاج السوداوي عند أبوقراط ، ويتميز بالإنطواء على النفس ، وضعف الصحة ، ونحول الجسم ، وكبت الإنفعالات إلا أنها تكون قوية وعميقة إذا إستثيرت ؛ وقيض لنظرية الأخلاط أن تروج لقرون إلى أن إكتشف هارفي Harvey (١٥٧٨-١٦٥٧) الدورة الدموية ، وجاءت كشوف الكيمياء الحيوية لتحل الهرمونات Hormones ، محل الأخلاط أو أن يصبح إطلاق إسم الأخلاط مقصوراً على إفرازات الغدد الصماء التي تصبها في مجرى ، وتؤثر في المزاج العام ، وإنفعالية الأفراد ومن ثم توجه سلوكهم .

(عبد المنعم الحفني ، ٢٠٠٣ : ٤٩٥)

ويعتبر الإضطراب الوجداني ثنائي القطب Bipolar Affective Disorder ، مرضاً تقليدياً ، وغالباً ما يكون مرضاً وراثياً ، ويكون أساسه مزاج الهوس الإكتئابي الدوري في حالات عديدة ، وعلى كل حال فإن بعض المرضى يصابون بهذا الإضطراب من دون أن تظهر عليهم الأعراض مسبقاً ، أو تعاقبات ملحوظة في المزاج ، وبعض الأطباء النفسيين يدرجون هذا الإضطراب في إختلال عضوي (عضوي أو وظيفي) ، في قاعدة الدماغ (منطقة المراكز العصبية العليا) ، ومن جهة أخرى ظهرت نوبات جنونية أخرى خلال عمليات الدماغ في هذه المنطقة المهمة من الدماغ ؛ وفي الوقت الذي كان فيه الطبيب فرويستر ، يقوم بعملية جراحية لشخص في هذه المنطقة من الدماغ أظهر المريض نوبة من الجنون مع سيل من الكلام ، ومن الكلمات ، والتوريات ؛ فضلاً عن ذلك من الممكن أن يكون سبباً لبعض العوامل الطارئة ، ومنها على سبيل المثال : الغدد الدرقية ، الصدمات الإنفعالية ، والرضوض الجمجمية ، وبعض الأمراض المعدية.

(بيير داکو، ٢٠٠٢ : ٧٠)

كما أن التقلبات المزاجية تمثل حالات إنتقالية بين اضطراب الهوس الإكتئابي ، والسوية ووجود هذه الحالات الوسيطة ، يوضح أن الحالة الهوسية الإكتئابية ليست غير "مغلاة مرضية لشيء يوجد عند الجميع" ، ويعني الصراعات حول الإبقاء على قيمة الذات، والحالات الوجدانية ، والحالات المزاجية ، الأسي والفرح ، وطبيعة الحزن كلها لها ما يقابلها في المظاهر الخاصة بالحقل الهوسي الإكتئابي ، وفي الظروف الإجتماعية القاسية ، وفي فترات الإضطراب تزداد حالات الإكتئاب ، والإنتحارات الإكتئابية ، وهذه الحقيقة قد إتخذ منها البعض إعتراضاً على نظرية التحليل النفسي في الإكتئاب ، وذلك هو الطرف النقيض من الإعتراض الشائع المستند إلى الوراثة ، فلا يمكن أن يكون الإكتئاب مجرد سلوك بشري في الإستجابة للإحباطات والشقاء ؛ ولكن الأمر أكثر تعقيداً ، وقد يكفي القول بأن المجتمع الذي يعجز عن توفير الإشباعات الضرورية لأعضائه إنما يخلق بالضرورة عدداً هائلاً من الشخصيات ذات التبعية ، ومن ناحية أخرى فإن الأشخاص الذين تكونت لديهم- نتيجة لخبرات الطفولة- شخصيات ذات تبعية فمية ، يكونون أسوأ حالاً في مثل هذه الظروف الإجتماعية لعجزهم عن أن يعيشوا الإحباطات دون أن يستجيبوا لها بطريقة إكتئابية.

(أوتو فينخل ، ٢٠٠٦ : ٣٨٨)

النظريات العصبية البيولوجية: Neurobiological Theories

يمكن تفسير الحالات المزاجية ، والإضطرابات النفسية والعقلية على أساس عدة تفسيرات كيميائية حيوية وعصبية ومنها: الإختلات في النواقل العصبية ، وتعاطي الأدوية والعقاقير التي تحدث تأثيرات في كيمياء المخ ، والإختلالات الهرمونية ، والتمثيل الغذائي حيث يعتبر النورابينفرين Norepinpheriene والدوبامين Dopamine والسيروتونين Serotonin ثلاثة من النواقل العصبية الأولية التي يعتقد أنها تلعب دوراً مهماً في تحديد الحالات المزاجية.

(Thayer & et al 1989)

كما تتوفر معلومات كثيرة حول البدايات العصبية للهوس الإكتئابي (Oltmanns & Emery 1998: 229) وقد أشار أتكسون وزملاؤه إلى أن هناك دليلاً على أن الإكتئاب يرتبط بالمستويات المنخفضة من النواقل العصبية مثل النورادرينالين Noradrenalin أو الفاعلية المنخفضة التي يعمل بها هذا الناقل العصبي في المشتبكات العصبية في المخ (Atkinson & et al 1990:417) كما إتضح أن للسيروتونين فاعلية واضحة في علاج ذوي الإضطراب الوجداني الموسمي Seasonal Affective Disorder (ماك أندرو

١٩٩٨: ١١٢) كما يذكر جمعة سيد يوسف (٢٠٠١) أنه وجد أن اضطرابات وظائف الغدد الدرقية (نقص هرمون الثيروكسين) يزيد لدى مرضى الإضطراب الوجداني ثنائي القطب ومن الممكن أن يحدث الهوس لدى هؤلاء المرضى (Davison & Neale 1994: 243) كما تؤدي زيادة هرمون الثيروكسين إلى أعراض شبيهة بأعراض القلق.

(أ. م كولز ، ١٩٩٢: ٣١١)

ويوضح حسين فايد (٢٠٠١) أن الباحثين قد فسروا أسباب الإكتئاب على أنه يرجع إلى نقص مستوى الناقلات العصبية في المخ ، ومن هذه الناقلات : النورينفرين ، والسيروتونين ، والدوبامين ، والنورأدرينالين ، والذي يعتبر من أهم الناقلات العصبية تأثيراً على الإكتئاب ؛ فزيادة معدله تؤدي إلى الهوس Mania ، وإنخفاض معدله يؤدي إلى الإكتئاب Depression.

وقد أجرى جرابر ، وزملاؤه (١٩٩٧) Graber & et al دراسة هدفت إلى إختبار إرتباط وقت البلوغ بالخبرات السابقة ، والحالية بالإضطراب النفسي (الأعراض ، والأمراض) لدى الذكور والإناث ؛ حيث تبين أن البلوغ المبكر لدى الإناث ، والبلوغ المتأخر لدى الذكور أظهر دليلاً قوياً على الإضطراب النفسي عند المراهقين من نفس الجنس. (Graber & et al. 1997) ويرى منظرو المنحى البيولوجي ، أو الفسيولوجي أن السلوك المضطرب أو المرض النفسي ينتج من مشكلات ترتبط بالإنتقال السيناпти Synaptic Transmission وتركيب المخ ومستوى الهرمونات.

(جمعة سيد يوسف ، ٢٠٠١: ٥٠-٥٦)

وطبقاً للنظريات العصبية البيولوجية فإن اضطرابات المزاج Mood Disorders يمكن وصفها بأنها اضطرابات في الوظائف الكيميائية ، والفسيولوجية للمخ وحتى وقت قريب ، فإن أطباء البيولوجيا العصبية Neurobiologists ، إفترضوا أن العلاقة الظاهرة بين الضغط الفسيولوجي وإضطرابات المزاج يمكن تفسيرها على أنها عجز بيولوجي ، بالتأكيد إنه لمن المثير أن نتوقع أن الجينات التي في النواة يمكن لها أن تعرف بعض العيوب في الوظيفة الخلوية والتي تتسبب في اضطرابات مزاج تلقائية ، أو عجز في التصرف الطبيعي تحت الضغط وفي نفس الوقت فإنه الآن متعارف عليه أن علم البيولوجيا العصبية ، يمكن له أن يعرض رؤى مهمة في المجالات الميكانيكية ، والتي بواسطتها تغير التجارب النفسية المخ بخصوص مستوى الخلية في المواقف التي هي في بداية التطور ، وفي مرحلة النضوج حيث توجد المرونة العصبية إن هذا النموذج البيولوجي المتطور يعتقد أنه الإتحاد الأمثل

بين البيانات النفسية ، والإجتماعية والأسرية ، وبين النظريات الحديثة لوظائف المخ بدون تبسيط المعادلة لدرجه زائدة عن الحد.

(Kendler, K. S., & et al., 1995:60)

النظرية الحيوية:

إن الإضطرابات التي تحدث اثناء النوم تعتبر من المفاهيم المهمة التي ترتبط بالاكنتاب والهوس ، وتظهر أنماط النوم بشكل منظم عن طريق الساعة البيولوجية ، او في المركز الحيوى الزمنى فى ما يسمى بالسريير البصرى ، ومن ثم فان الدراسات التي قد تم إجرائها على ما يتعلق بالعلم ووظائف الأعضاء ، كان موضوع النوم فيها هو أهم موضوع أجريت الدراسات عليه ، ولقد أوضحت تلك الدراسات التي اهتمت بالنوم فى حالة الإكنتاب ، أن هناك تمزقاً واضحاً فى سرعة حركة العين اثناء النوم ، وما هو معروف بشكل إصطناعى من أجل منع النوم ، فإن ذلك يكون من أجل تقليل او تسكين الإكنتاب ، كما يقوم بإنهاء حالة الهوس التي يعانى منها المريض فى بعض حالات الإضطرابات المزاجية ، وذلك لأن هناك عدداً من مستويات الهرمونات تتعلق بأنماط النشاط ، ولقد تم إقتراح أن مركز التحكم الموجود فى المخ المتعلق بتلك المستويات ، من المحتمل أن يكون له علاقة وثيقة بأحداث المخ اثناء النوم ، وإذا حدث تعطل فإنه سوف يؤدي الى حدوث تفاعلات كيميائية غير طبيعية والتي بطبيعة الحال تؤثر على المزاج.

(David, A. Kahn, 1999:44)

ومثل هذه الإضطرابات التي تحدث اثناء النوم والتي لها علاقة وثيقة بالتاثيرت المتعلقة بالإضطرابات المزاجية ، والخلل الذي يحدث بشكل موسمي ، إن التغييرات التي تحدث بشكل موسمي بالنسبة للتعرض الخفيف للمرض من الممكن ان تسبب حالات مرضية ذات تاثير عالى فى المرضى النفسيين ، مثلما يكون التطابق بين الإكنتاب فى فصل الشتاء مع الهوس فى فصل الصيف فى نصف الكرة الشمالى ، كما أن التقنيات التي تستخدم لعلاج مثل تلك الحالات من المحتمل ان تتضمن اتصالات شبكية للهايبيوثلاموس ، وهو ما تحت السريير البصرى ، والتي تلعب دوراً هاماً فى إنتظام ضربات القلب ، وإنه من المفيد وبشكل عام للنوم المنتظم فى حالات المرضى الذين يعانون من الإضطراب الوجداني ثنائي القطب فإن المرضى يجب أن يتلقوا تأثيرات للعلاج الوقائى المباشر.

(Kessler, R. c., & et al., 1994:54)

فرضيات الناقلات العصبية: Neurotransmitter Hypotheses

إن النظريات البيوكيميائية الماضية الخاصة بفساد الانتظام تركز علي الناقلات العصبية من نوع "نوربينيفراين" Norepinephrine كما أن مضادات الإكتئاب الثلاثية الدائرة ظهرت في هذه الفترة بأنها تزيد من تركيز "النوربينيفراين" ، وناقلات عصبية أخرى مثل "السيروتونين" Serotonin إن الفرضية كانت تقول بأن المستويات المنخفضة من هذه الناقلات العصبية في المخ تتسبب في الإكتئاب Depression وزيادتها يتسبب في الهوس Mania .

(Weissman M. M., & et al, 1990:54-55)

وتتناول الباحثة الحالية النظريات المفسرة للإكتئاب بإعتباره أحد قطبي الإضطراب الوجداني ثنائي القطب عموماً ، والإضطراب ثنائي القطب متعدد النوبات بشكل خاص ، وبشيء من التفصيل في حدود علم الباحثة ، وذلك على النحو التالي:

■ النظريات المفسرة للإكتئاب:-

النظرية المعرفية.

إن منحنى أرون بيك (١٩٧٩) في التفسير والعلاج المعرفي للإكتئاب هو أبرز التفسيرات المعرفية ، وأكثرهم شيوعاً في مجال العلاج المعرفي ، ويفترض المنحنى المعرفي أن تغيراً خطيراً في الحالة الإنفعالية ينتج عن أحداث وقعت بالفعل للشخص ، فالمصابون بالإكتئاب تعلموا في الخبرات المبكرة من حياتهم ، كما تعلموا كيف يستجيبوا بطريقة معينة لبعض أشكال فقدان ، والأحداث الضاغطة عن طريق تنشيط مجموعة من الأفكار تدعى بالثاوث المعرفي Cognitive Traid ، ويعني النظرة السلبية حيال الذات ، والعالم ، والمستقبل ، حيث أن هذا الثاوث المعرفي هو ما يسمى بالمخطط الإكتئابي Depressive Schema ، كما أن هناك تأثيراً يأتي من التشويهات المعرفية ، وهي الأخطاء التي يرتكبها الأفراد المكتئبون في طريقهم في تفسير الأحداث ، ورسم نتائج لخبراتهم ، ويعمل على زيادة الشعور بالإكتئاب وعدم السعادة للأفراد المكتئبين ، أما عن محتوى أفكارهم فهم يشعرون بالحزن لأنهم يعتقدون أنهم حرموا من شيء هام جداً بالنسبة لهم ، ولتقديرهم لذواتهم.

(Halgin & Whitbourn, 1993, 266)

إن النظرية المعرفية والتي تعتمد في تطويرها وتنميتها على السلوك النفسي ، وتعتمد على الإقتراحات المتعلقة بان الخلل الأولى في مرض الإكتئاب ، لا يتعلق بالمزاج ولكنه يتعلق بالإدراك الغير صحيح ، كما أن الإكتئاب ينتج عن التفكير المشوه ، والذي يسبب رؤى سلبية ، وغير واقعية لطبيعة الشخص في العالم المحيط به ، حيث أن للتفكير المشوه ثلاثة عناصر من مستويات عدم التكيف هي: النظرة السلبية للطبيعة النفسية للشخص ، والعالم من

حواله وكذلك المستقبل: حيث أن الإدراك الحسى المشوه المتعلق بالمعلومات الجديدة والخبرات والأخطاء المنطقية ، والتي تنتشر فى عملية صناعة المعلومات الجديدة ، بينما النظريات المعرفية تعتقد أن كل هذه المفاهيم المشوهة ، لها دور كبير فى تعليم السلوك ، ويسمحو الآن لنموذج من نماذج علم أسباب المرض ، والذي يجمع داخله (التأثيرات الحيوية ، والإجتماعية ، والنفسية) ، حيث تحاول المدرسة السلوكية تفسير الإكتئاب أساساً فى ضوء التعميم المفرط للمنبه ، والإستجابة ، فالفرد المكتئب يببالغ فى الإستجابة ، كأن يفقد الإهتمام مدى واسعاً من الأنشطة ، كما يفقد شهيته ، وينخفض تقديره لذاته ، رداً على منبه معين ، كفقْدان شيء هام بالنسبة له.

(Jamison, K. R., 1995:58)

وقد قدم مارتن سيليجمان (1979) Seligman نموذجاً معرفياً آخر ، وهو ما يعرف بنموذج العجز المتعلم Learned Helplessness ، وهو يرى أن مواجهة الفرد لأحداث كرب ومشقة مستمرة ، يؤدي إلى اللامبالاة ، والإنسحاب ، وعدم الإستجابة ، ومن ثم الإحساس بالعجز ، وهو بذلك يفسر الإكتئاب على أنه نتيجة لمشاعر العجز عن التحكم فى النتائج السالبة للحياة ، وقد طور سيليجمان وزملاؤه نموذج العجز المتعلم ، ليخرج لنا بنموذج جديد ، وهو ما يعرف بنموذج اليأس Hopelessness .

(أحمد عكاشة ، 2008 : 427)

النظرية السلوكية:

يتصف العلاج السلوكي بمجموعة من الخصائص تميزه عن طرق العلاج الأخرى، ويحدد ريم وماسترز (1970) Rimm & Masters الخصائص الآتية التي إعتبرها إفتراضات يقوم عليها العلاج السلوكي:

1. يميل العلاج السلوكي إلى التركيز على الأعراض أكثر من التركيز على أسباب فرضية.
2. يفترض العلاج السلوكي أن السلوكيات المضطربة تكون مكتسبة إلى حد بعيد عن طريق التعلم بنفس الطريقة التي يتعلم بها الفرد أي سلوك آخر ، حيث تركز نظريات العلاج السلوكي على أن الإنسان هو نتاج البيئة التي يعيش فيها ، وبذلك فإن قوانين التعلم التي يستفيد منها العلاج السلوكي تفسر لنا أيضاً كيف تؤثر البيئة على الإنسان.
3. يفترض العلاج السلوكي أن الأسس النفسية ، وبصفة خاصة قواعد التعلم يمكن أن تفيد في كثيراً في تعديل السلوك غير المتوافق.
4. يتضمن العلاج السلوكي إعداد أهداف علاجية محددة ، وواضحة لكل فرد على حدة.

٥. يرفض العلاج السلوكي النظرية الكلاسيكية للسمات.

٦. يقوم المعالج السلوكي بإعداد طريقة العلاج بما يتناسب مع مشكلة العميل.

٧. يقوم العلاج السلوكي على مبدأ هنا والآن.

٨. يهتم العلاج السلوكي بالجانب التجريبي.

(محمد السيد عبد الرحمن ، محمد محروس الشناوي ، ٢٠١٠ : ٢٢-٢٤)

وتذكر زيزي إبراهيم (٢٠٠٦) أن المنظور السلوكي ينظر إلى الإضطرابات النفسية عموماً على أنها إستجابات وعادات شاذة تكتسب بفعل خبرات خاطئة ؛ ولي نتيجة لغرائز وصراعات داخلية ، كما ينظر إلى الإكتئاب في المدرسة السلوكية على أنه سلوك مكتسب من البيئة بفعل سلسلة من الإرتباطات بين المنبهات المختلفة ، والعلاج السلوكي لا ينظر إلى إلى أعماق الفرد بحثاً عن أسباب وجذور الإضطرابات بل إنه يفترض عدم وجود أمراض وراء الأعراض الظاهرة.

(زيزي إبراهيم ، ٢٠٠٦ : ٦٨)

النظرية السيكدينامية.

يذكر عبد الله عسكر (١٩٨٨) أن إسهامات فرويد في التوحد بالموضوع ، والموضوعات النرجسية في علاقتها بحالة السوداوية فتحت المجال إلى العديد من الإفتراضات ، حيث إفترض أن إختيار الموضوع في السوداوية- كان على أساس نرجسي ، وبهذا تنكص طاقة الموضوع إلى النرجسية ، وحيث أولها إهتماماً أكثر في محاضراته التمهيدية ، فإذا تم إنتظام الموضوع في الذات على أساس نرجسي ، وعندئذ يعامل الأنا كأنه الموضوع المهجور ، فيكابد كل ضروب الإنتقام والعدوان الموجه إلى الموضوع ، كذلك لا يشق علينا أن نفسر نزعة السوداويين إلى الإنتحار على ضوء هذا الفرض ، فالمريض ينزع في الآن ذاته إلى القضاء على نفسه ، وعلى الموضوع الذي يحبه ، ويكرهه في نفس الوقت ويسمى ذلك بالتناقض الوجداني ؛ ولم يغفل فرويد مناقشة موضوع الهوس Mania من خلال فكرة إنفصال أو تشتت الليبدو De Tachment of Libdo ، ويختلف الهوس عن الحداد المرضي حيث يصبح الليبدو المنقلب إلى الأنا متاحاً لأن ينتصر على الكفوف ، ومن هنا يمكنه أن يوظف لشحنات موضوع جديد ؛ وبالتالي يسعى الشخص إلى موضوعات حب جديدة لكون الإنقلاب في الهوس ، إنقلاباً نقيضياً للطاقة ؛ فعلى خلاف السوداوية تتجه طاقة الحب الهوسي إلى الذات مكونة طاقة جديدة لحب جديد وموضوع جديد.

(عبد الله عسكر ، ١٩٨٨ : ٦٤-٦٥)

ويعتبر فرويد ، وإبراهام المساهمان الأصليان في المدخل الدينامي النفسي للإكتئاب وقد توصل كل منهما إلى أن يميز الحزن العادي عن الإكتئاب ، الذي يتحول إلى غضب ضد الذات ، حيث يشير فرويد إلى أن هناك علاقة بين خبرات الطفولة المبكرة، والإكتئاب النفسي إذ أنه يرى أن الشخص المريض بالإكتئاب قد عانى في مراحل طفولته المبكرة من خبرة فقد حقيقي أو إدراكه لفقد من يحب ، وأن هذا الفقد صاحبه غضب شديد ورفض ولم يستطيع أن يستبدل هذا الشخص ما فقده فلجأ إلى الحيل الدفاعية حيث توجه إلى إنكار الفقد ، والتوحد مع شخصية المفقود ، وبذلك يصبح الطفل هو سبب غضب نفسه ، وهنا تكون النتيجة الطبيعية من هذا الغضب من الذات إلقاء اللوم عليها ، وبسبب معاناة الفرد لهذا التتابع منذ الطفولة ، فيصبح شخصاً بالغاً سريع التأثر بالإكتئاب بدلاً من مواجهة الضغوط.

(Ingram, Rick, E., 1994: 120)

تفترض النظرية التحليلية للجانب الإجتماعي ، على وجود صراعات عقلية غير مدركة ، ووجود نضج نفسى غير مكتمل ، وتعتبر كل ذلك أحد اسباب الإضطرابات النفسية ، ومنها الإكتئاب ، وطبقاً لتلك النظرية فإن الصراعات ، والصعوبات النفسية تنتج عن أشكال الحرمان الكثيرة التى كانت فى بدايات العمر، مثل فقدان أحد الأبوين والصدمات القاسية ، كما أن الصراعات الرئيسية ، والشعور المريح الذى يتعلق بإحتياجات الفرد الحازمة ، وتحقيق مشهداً آمناً من إحترام الذات ، تعتبر من المهام الرئيسية للنضوج، وبدون الإرضاء الكافى المتعلق بالإحتياجات الرئيسية فإن الشخص ينمو فارغاً ، حيث يعاني من الخلل ويحتاج الى الإرتباط أو التشبث بالآخرين من أجل إكتساب أو التشبع بالأمن ، ويتولد لديهم إحساس بالخوف من أن يتركهم الناس ، أو (يكرهونه/ يكرهونها).

(David, A. Kahn, 1999:53)

إن نظرية التحليل النفسى ، والإجتماعى أعادة تعريف هذا النموذج المعقد مسيطرة الضوء على كل الوسائل التى من خلالها يعكس الإكتئاب المشاعر الخاصة بالفقدان ، مختلطة مع الإحساس بالتبعية ، حيث تمدد مصطلح الفقدان ، وإتسع لكى يشتمل على (فقدان الأمل فى تحقيق الأهداف الشخصية ، والتي قد تخيلها الشخص عندما كان الشخص فى سنوات نموه الأولى ولم يستطيع تحقيقها عندما بلغ الشخص سن الرشد ؛ كما أن الأبحاث الحديثة تؤكد على الدور الذى تلعبه معاناة الحياة الأولية فى تكوين الإكتئاب وتكوين عنصر الحساسية المفرطة ، كما أن معدلات البحث الناتجة عن الدراسات التى تم إجرائها على

المراهقين كانت إيجابية ، حيث أوصت النظريات التي أجريت على الشق النفسى والإجتماعى على التركيز على العلاقات القديمة ، والجديدة والتي تشمل على علاقات المريض النفسى مع الأخصائى المعالج له كعارض لفهم الإكتئاب .

(Goodwin, F. K. & et al, 1990)

ومن الناحية الوصفية إن زيادة هائلة في تقدير الذات هي لب جميع الظواهر الهوسية ، والقول بأن الضمير يبدو إما مهجوراً أو محدوداً في فاعليته يعني الشيء نفسه ؛ لأن يقظة الضمير ، وتضاؤل تقدير الذات هما في الأساس يطابقان الواحد الآخر ، كما أن كل مشكلات الهوس يمكن دراستها من زاوية هذه الزيادة الهائلة في تقدير الذات أو هذا التضاؤل في الضمير ؛ فكل الأنشطة بعد التخلي عن الكفوف تتسم بالشدة ، فالمرضى جوعى للموضوعات ؛ وليس ذلك لحاجتهم إلى أن يتلقوا الدعم أو الرعاية بقدر ما هو لحاجتهم إلى التعبير عن إمكاناتهم الخاصة.

(أوتو فينخل ، ٢٠٠٦ : ٣٨٩)

• أسباب الإضطراب الوجداني ثنائي القطب:

تعددت المحاولات في تفسير أسباب الإصابة بالإضطراب الوجداني ثنائي القطب وذلك على النحو التالي:

أولاً: الأسباب البيولوجية ، والكيميائية:

الغدد الصماء: حيث يعكس وجود إختلالات في المنظومة العصبية الغددية إحتماوية الإصابة بالإضطرابات الوجدانية ، حيث تم رصد الآتي:

- إختلال مدخول الأمينات البيولوجية Biological ، والتي يتلقاها تحت المهاد Hypothalamus.

- يزداد نشاط محور المهاد Axis of the thalamus ، حيث وجدت الدراسات مثلاً : زيادة نشاط الغدد الخامية Pituitary gland ، والكظرية Adrenal ، في حالات الإكتئاب ، كما ينخفض في الإكتئاب أيضاً إطلاق الهرمون الحاد لإفراز الغدة الدرقية ، وينخفض هرمون الذكورة (التستستيرون) ، وتقل وتضعف الوظائف المناعية في الإكتئاب ، والهوس على حد سواء.

العوامل الوراثية

حيث وجدت الملاحظات الآتية:

- تشير الأدلة إلى إنتقال المرض عن طريق الوراثة ، وتبدو أكثر وضوحاً في الإضطراب الوجداني ثنائي القطب.
- يظهر هذا الإضطراب على حد سواء بين أفراد أسرة المريض.
- إحتمال ظهور إضطراب وجداني في طفل يصل إلى ٢٥% إذا كان أحد والديه مصاباً بإضطراب إزدواج القطبية من النوع الأول ، وتزداد التوقعات بإصابة الطفل إلى نسبة ٧٥% إذا كان الوالدين مصابين بالمرض.
- إذا كان أحد الوالدين مصاباً بالإكتئاب الجسيم فإن إحتتمالات إصابة الطفل بإضطراب الوجدان تتراوح بين ١٠ - ١٣% ، وهكذا.
- لم يتم التأكد حتى الآن من وجود عوامل وراثية محددة بيد أن الدراسات الحديثة قد وجدت علاقة ما بين الوراثة (الخاصة بالكروموزومات ١١,٥ والكروموزوم الخاص بالجنس X) ، وبين الإصابة بأي مرض من أمراض إضطرابات الوجدان.

كما أن الدراسات الحديثة التي تم إجرائها على الجينات الموجودة فى جسم الإنسان مع إستخدام عينات تتعلق بعلم الأوبئة ، أوضحت أن الإنطباع التحليلي الناتج عن الدراسات يوضح ان آثار الإضطرابات المتكررة سوف تتوطن فى العائلات ، كما أن المراهقين الذين لهم آباء مرضى عرضة بنسب كبيرة للإصابة بالمشكلات النفسية الكبيرة ، ولقد كانت النسبة تتجاوز الـ ٢٧% من المراهقين الذين لهم أحد الآباء مريض قد تم إصابتهم بالمرض ، وغيرها من المشاكل الصحية التى حدثت لهؤلاء المراهقين ، وفى حالة كون الأب ، والأم مرضى فان معدل التأثر بالمرض عند المراهقين يتراوح ما بين ٥٠ % الى ٧٥% .

(Rosenthal, N. E., 1993:270)

كما أن الأبحاث التى تم إجرائها على الأطفال التوائم ، والمتماثلين فى الخصائص قد أوضحت أيضاً أن هناك صلات وراثية قوية ، والتي أحيانا ما تكون أكثر فى حالات الإضطرابات الوجدانية ثنائية القطب ، أكثر منها فى حالات الإضطرابات الوجدانية أحادية القطب ، إن تلك الدراسات لا توضح الإنسجام التام ، والتوافق فى التوائم والتي تنتبأ ، بأن العوامل البيئية يتم إدراجها عند التحدث عن جوانب المرض كلها ، ويعتبر عامل الوراثة هنا لا علاقة له بقانون مندل ، كما تعتبر العوامل التى تصنع الجينات ، والكروموسومات لم يتم إكتشافها إلى الآن.

(David, A. Kahn, 1999:60)

كما أثبتت دراسة أندريه بي. انوخين ، وآخرون (٢٠٠٦) Anokhin, Andrey, P. & et al ، حجم التأثيرات الجينية (الوراثية) ، والبيئية على عدم التماثل لرسم المخ الجبهي للتوأم وقد هدفت هذه الدراسة إلى تقييم وراثية الـ FA ، وكذا قوة (EEG) لألفا " ، الذى يقاس عند أماكن تسجيل جبهية ، وقد تم تحليل بيانات (EEG) المستقرة من عينة تعتمد على السكان العاديين والمكونة من (٢٤٦) توأم من الإناث البالغات ، تتضمن (٧٣) بويضه واحدة متقسمة ، مونو زيجوت (MZ) و ٥٠ بويضة ثنائية التلقيح (DZ) ، باستخدام نموذج معادلة مهيكلة خطياً ، وقد أظهر رسم الـ FA الذى تم قياسه فى أماكن فى وسط الجبهة (F3 and F4) ، أى أنه يوجد نسبة وراثية قليلة تقديرياً ، ولكن جوهرية ، مما يقترح أن (٢٧%) من التباين الملاحظ يمكن أن يؤخذ فى الاعتبار بواسطة عوامل جينية ، حيث أنه لم يكن هناك دليلاً للتأثيرات الجينية على الـ FA الذى تم قياسه فى أماكن على جانب الجبهة (F7 and F8) ، وعلى العكس من ذلك ، فقد كانت قوة رباط ألفا أعلى من حيث الوراثة عند جميع أماكن الجبهة (٨٥-٨٧%) .

- حيث تقترح هذه النتائج أن :

- (١) التأثيرات الجينية على FA متواضعه جداً وبالتالي ، فإن FA له فائدة محدودة كنمط ظاهري نهائي للدراسات الجينية الخاصة بالإضطرابات المزاجية.
- (٢) تتميز مجموعة الدوائر العصبية أمام الجبهة التى تتضمن إختلافات فردية فى الأسلوب العاطفي بالمطاوعة التتموية العالية أى أنها قابلة للزيادة ونمو الإضطرابات المزاجية بشكل أكبر وهذا ما أثبتته دراسات أخرى عديدة.

عوامل عصبية كيميائية:

وتتلخص فى:

- إنخفاض تركيز الأمينات الحيوية فى المخ (مثل: السيروتونين ، ونورأدرينالين ، الدوبامين) ، وخاصة فى حالات الإكتئاب.
- زيادة تركيز الأمينات الحيوية فى المخ فى حالات الهوس.

- تغير نسب مشتقات تمثيل الأمينات الحيوية مثل حامض هيدروكس إندول أسيتيك Hydroxide indole acetic (وهو مشتق من السيروتونين) وحامض (هوموفانيسليك Homovannicelik - المشتق من الدوبامين).

- إختلال ضبط منظومة الأدرينالين ، والأستايل كولين مع سيطرة المسارات الكولينية . Cholinergic

(Kaplan, H. & Sadock's, B., 1996)

ثانياً: الأسباب النفسية- الإجتماعية:

حيث توجد العديد من النظريات التي تقدم تفسيرات نفسية ، إجتماعية لأسباب الإصابة بإضطرابات الوجدان.

نظرية التحليل النفسي:

يذكر إنجرام (١٩٩٤) Ingram أن التحليل النفسي يفسر الإكتئاب على سبيل المثال على أساس أنه عدوان موجه ضد الذات ، وأن الشخص قد يخبر فقداً حقيقياً لموضوع الحب ، أو فقداً متخيلاً ، هذا الغضب المستثار ضد (طرف) موجود في الخارج قد (يتحول) إلى الداخل نتيجة الشعور بالذنب لأنه يعتقد أنه السبب في حدوث هذا الفقد.. وبالتالي نجد لدى الشخص المكتئب إثارة لمشاعر الذنب ، والدونية ، وتحقير الشأن على تقديره لذاته ، ويعتمد على تقدير الآخرين له.

(Ingram, 1994:120)

ومن وجهة أخرى يعد الهوس والإنتعاش من الوسائل الدفاعية ضد الإكتئاب المزمن والكامن ، حيث نجد أن الأنا الأعلى يتميز بالقوة العدوانية ، والتصلب ، وعدم المرونة ، وقد وصف فرويد الإزدواج الوجداني تجاه المحبوب المستدخل ، والذي يؤدي إلى عدااء مرضي إذا ما كان المحبوب قد فقد بالفعل ، أو بصورة رمزية ، مع وجود أفكار إنتحارية.

(محمد حسن غانم ، ٢٠٠٦ : ١٢١-١٢٢)

نظريات التعلم: وسنقتصر على نظرية العجز المتعلم Learned Helplessness ، لسيلجمان ، والذي أكد على أن الإكتئاب- كمثال- إستجابة متعلمة ، نتعلمها عندما نجد أنفسنا نتعامل مع مواقف مهددة للطمأنينة ، والأمان ولا مهرب منها ، وقد توصل سيلجمان ومعاونوه إلى هذا القانون من خلال التجارب التي أجريت على الحيوانات ، وكانت نظريات التعلم متكناً لها ولم يكتف سيلجمان بالوقوف عند مستوى الظروف والأحداث التي تقود إلى

الإكتئاب بل وصف العوامل التي تقود إلى العلاج ، وبث الأمل وتقديم الدعم للمريض ، وهي المنطلقات الأساسية التي إنطلقت منها باقي نظريات التعليم.

(عبد الستار إبراهيم ، ١٩٩٨ : ١٣٧-١٤٤ ، Culbertson, 1997:25-31 ، محمد حسن غانم ، ٢٠٠٦ : ١٢٣)

النظرية المعرفية:

حيث وصف آرون بيك الثلاثية المعرفية المترابطة ، والتي تقود إلى الإكتئاب والتي تتكون من:

- ١) نظرة سلبية للذات (أنا سيء وشخص فاشل).
- ٢) التفسير السلبي للخبرات (كل شيء سيئاً على الدوام).
- ٣) التوقع المستمر للفشل.
- ٤) تبني الشخص المكتئب العديد من الأفكار اللاعقلانية والتي يرددها الفرد لنفسه (إضطراب في التفكير يقود إلى إضطراب في الوجدان ثم يقودان بدورهما إلى إضطراب في السلوك).

(محمد حسن غانم ، ٢٠٠٤ ، Ellis & Dryden, 1987)

• مآل الإضطراب الوجداني ثنائي القطب:

يختلف سير وإتجاه المرض تبعاً للعديد من العوامل ، إلا أن الملاحظات والخبرات، والدراسات قد أوقفت هذا السير على مجموعة من المعايير ، التي يمكن الإستناد إليها في تقدير مدى شفاء أو عدم شفاء المريض.

١- إذا كان المريض قد عانى من عدة نوبات متكررة من قبل فيقل احتمال شفاؤه عن المريض الذي يعاني من النوبة للمرة الأولى.

٢- إذا ظهر المرض فجأة وليس بطريقة متدرجة.

٣- حدوث تحسن في الإضطرابات التي تحدث تلقائياً دون مسببات ، حيث يلعب الإستعداد الوراثي دوراً قوياً.

٤- كلما كان المريض صغير السن تحسنت فرصته في الشفاء.

٥- كلما قل أو إنعدم في التاريخ العائلي للشخص وجود حالات إصابة سابقة بالإضطرابات الوجدانية.

٦- تكامل شخصية المريض قبل المرض يشير إلى إحتمال حدوث تحسن كبير ، وشفاء من المرض.

(محمد حسن غانم ، ٢٠٠٦: ١٢٧)

العوامل التي تسيء إلى مصير المرض (المآل السيء):

- ١- نوبات متكررة ، وبخاصة نوبات الإكتئاب المتناوبة مع نوبات المرح.
- ٢- إذا زادت سن المريض عن ٥٠ سنة عند بدء العلاج.
- ٣- ظهور العديد من الأعراض الكلينيكية المميزة مثل: توهم العلل البدنية ، إختلال الأنية ، وجود أعراض فصامية غامضة.....إلخ.

(أحمد عكاشة ، ١٩٩٨ : ٣٨٧-٣٨٨)

وقد أشارت العديد من الدراسات والملاحظات الكلينيكية إلى الآتي:

- ينتحر ١٥% من مرضى الإكتئاب في نهاية المطاف.
- تستمر نوبة الإكتئاب المتوسطة عشرة أشهر تقريباً إذا لم يعالج الشخص.
- تنتاب ٧٥% من المرضى على الأقل نوبة إكتئاب ثانية ، خلال الستة أشهر التالية لأول نوبة في معظم الأحوال.
- مآل مرض الإكتئاب مآل جيد إذ يتعافى ٥٠% من المرضى ، ويتعافى ٣٠% منهم بصورة جزئية ، ويعاني ٢٠% منهم من الإكتئاب المزمن.
- تصاب نسبة من مرضى عسر المزاج ، تتراوح بين ٢٠ ، ٣٠% بالأمراض التالية (مرتبة ترتيباً تنازلياً) وهي:
 - الإكتئاب الجسيم.
 - إزدواج القطبية من النوع الأول والثاني.
 - تعاود نوبات الهوس المرضي في ٤٥% من الحالات.
 - تستمر نوبة الهوس ما بين ثلاثة ، وستة أشهر إذا لم يعالج المريض.
 - نسبة الإنتكاس مرتفعة حيث يبلغ متوسط عدد الإنتكاسات عشر مرات ، حيث يصاب حوالي ٨٠ - ٩٠% ، من مرضى الهوس بنوبة كاملة.

- يعد مآل حالات الهوس مقبولاً ، إذ يتعافى ١٥% من المرضى ، ويتعافى ٥٠-٦٠% ، بصورة جزئية ، ويعاني ثلث المرضى من الهوس المزمن ، وبالتالي حدوث تدهور في الوظائف: المهنية ، الدراسية ، والإجتماعية للشخص.

(Kaplan, H. & Sadock's, B., 1996 ، محمد حسن غانم ، ٢٠٠٦: ١٢٧ ، ١٢٨)

ويتضح مما سبق أن الإضطراب الوجداني ثنائي القطب متعدد النوبات Bipolar II Disorder Mood Cyclical Affective Disorder ، يعد إضطراباً دورياً في المزاج الخفيف Hypomania ؛ حيث يُصيب ١% من الناس ؛ كما أن معظم الحالات تبدأ بحالة الهوس الخفيف Hypomania ، في سن المراهقة أو الشباب المبكر ؛ و لكن ٢٠% ، من الحالات تبدأ بإكتئاب أساسي Major Depression ؛ كما تتميز حالة الهوس الخفيف بالمزاج العالي الواسع Mood Expansive Elevated ، الإنفعاليه Irritability نوبات الغضب Outbursts Angry ، و الإندفاعية Impulsivity وأعراض مُحددة تشتمل على:-
(١) زيادة النشاط الحركي والتلمل Restlessness.

(٢) كثرة غير عادية في الكلام Talkativeness Unusual.

(٣) تسارع الأفكار حيث ينتقل المُصاب من فكرة إلى أخرى و بسرعة.

(٤) تضخم الذات Self-Esteem ، الذي يُمكن أن يُصبح ضلالات Delusions.

(٥) إنخفاض الحاجة إلى النوم (عادة ما تكون أول سمة (دلالة) لبداية نوبة الهوس الخفيف (Episode Hypomania).

(٦) انخفاض الشهية للأكل.

(٧) شُرودية الذهن Distract Ability.

(٨) التورط في العديد من الأنشطة المتسمة بالخطورة ، ومنها على سبيل المثال لا الحصر (نوبات تسوق غير طبيعية Sprees Shopping ، أو الأعمال الجنسية الطائشه).

كما أن المُصاب بحالة الهوس Mania الكامل ، يمكن أن يُصاب بالذهان Psychosis ؛ أما المصاب بالهوس الخفيف Hypomania ، فتكون الأعراض هوسية خفيفة ، و لا يُشخص كثيراً (أي لا يحتاج لأن يُشخصه الطبيب غالباً) ، وكذلك في النوبات المُختلطة Mixed Episodes ، تكون أعراض الإكتئاب الأساسي ، و أعراض الهوس ، أو الهوس الخفيف ظاهرة في نفس الوقت.

كما أن هناك عدة حقائق عن نوبات الإضطراب الوجداني ثنائي القطب متعدد النوبات Bipolar II Affective Disorder، يجب مراعاتها عند التعامل مع المصابين به من المراهقين من الجنسين ، وهذه الحقائق هي:

١. عادة تدوم نوبة الإكتئاب الأساسي أو الهوس الخفيف لمدة (١ - ٣) أشهر ، مع حدوث النوبات دورياً بواقع (١-٢) نوبة سنوياً.

٢. تزداد نوبات الهوس الخفيف في فصلي (الربيع ، والخريف).

٣. يمكن أن يحدث الإضطراب الوجداني ثنائي القطب متعدد النوبات على شكل دورات سريعة ، أو فائقة السرعة حيث أن نوبات الهوس الخفيف و الإكتئاب الأساسي ، تحدث في دورات ما بين (أسابيع ، أو أيام ، أو حتى ساعات).

٤. في الكثير من المصابين من المراهقين ، وبخاصة الفتيات تسبب مُضادات الإكتئاب لهن تسارعاً في الدورات ، كما تسبب تفاقماً في الإضطراب.

٥. إن الإضطراب الوجداني ثنائي القطب متعدد النوبات له عوامل وراثية قوية ، أي أنه إذا وجد تاريخ عائلي بالإصابة بهذا الإضطراب فإن احتمال إصابة الأبناء به يكون عالياً جداً.

٦. إن المصابين بالإضطراب الوجداني ثنائي القطب متعدد النوبات حساسون جداً للحرمان من النوم Sleep Deprivation ، والتغيرات في الفترات الضوئية (طول ، وقصر النهار) ، حيث أن هذه الأمور يُمكن أن تتسبب بنوبة أو تزيدها .

وقاية المراهقين من الإضطراب الوجداني ثنائي القطب متعدد النوبات.

يرى حامد زهران (٢٠٠١) ان مرحلة المراهقة المتأخرة هي التي تقع ما بين (١٨-١٩-٢٠-٢١) سنة كما أنها مرحلة التعليم العالي ، وهي المرحلة التي تسبق مباشرة تحمل مسؤولية حياة الرشد ، ويطلق البعض على هذه المرحلة بالذات إسم "مرحلة الشباب" Youth-Hood ، وهذه هي مرحلة إتخاذ القرارات حيث يتخذ فيها أهم قرارين في حياة الفرد ، وهما: إختيار المهنة ، وإختيار (الزوج/الزوجة).

(حامد زهران ، ٢٠٠١: ٤٠٠)

ويتسم المراهقون الذين يعانون من الإضطراب الوجداني ثنائي القطب متعدد النوبات ، بأنهم ذو حساسية عالية تجاه الإجهاد العاطفي ، أي (الأحداث الرئيسية الحياتية التي من خلالها يستطيع المراهقين التغلب على مشكلاتهم) ، والتي من المحتمل ان ترسب التعرض

المبكر للإصابة في المراهقين الضعفاء ، حيث يعتبر الإجهاد النفسي ، ضمن أحد المسببات التي ينتج عنها حدوث حالات مبكرة متعلقة بتقدم الإضطراب ، وغالباً ما تبدأ تلك الإضطرابات عندما يأخذ المراهقين المصابين على عاتقهم تحمل المسئوليات الشخصية ، وذلك في مرحلة البلوغ ، مثل: حالات (ترك المنزل ، والذهاب الى الجامعة ، أو البدء في الإلتحاق بوظيفة أو عمل ما) ، ومن المحتمل ان تكون تلك المرافقة والمصاحبة ، ما بين ان يتولى المراهق المصاب تحمل مسئولياته ، وتحمل أعراض الإضطراب الوجداني ثنائي القطب متعدد النوبات تبعاً للدليل التشخيصي والإحصائي الـ DSM-IV ؛ من الأسباب التي تعجل بالإصابة بذلك الإضطراب ، كما يسهم التعرض المستمر للإجهاد ، والضغط النفسية بسرعة الدخول في النوبات الأولى لذلك الإضطراب.

(David, A. Kahn, 1999:50)

ويذكر روبن في ، وآخرون (٢٠٠٦) Robin, V. & et al ، أن الإضطرابات المزاجية في الطفولة ، والمراهقة ، تنتشر بمعدل تقريبي (٥:١) ، واحداً في كل خمسة من الشباب ، حيث يعانون من سلسلة كبيرة من الأحداث الأكلينيكية قبل عمر (١٨) عام ، وينبئ الإضطراب الوجداني ثنائي القطب متعدد النوبات ، أو الإضطرابات الإكتئابية ، في الشباب بنتائج معاكسة ، ومختلفة في إدارة مرحلة البلوغ ، بما في ذلك التحصيل الأكاديمي ، يكاد يكون منخفض ، وكذلك التاريخ المهني يكون ضعيف ، ومن المحتمل أن يحدث تعاطي للمواد المخدرة أيضاً ، مع حدوث نوبات متكررة من الإضطراب الوجداني ثنائي القطب متعدد النوبات ، أو الإضطرابات الإكتئابية.

(Robin, V. & et al., 2006: 939)

كما يرى بيتر نوفاليس ، وآخرون (١٩٩٨) أن تقديم الدعم النفسي ، يسهم في تحسين المهارات المعرفية ، والإجتماعية للمراهقين المعرضين للإصابة بالإضطراب الوجداني ثنائي القطب متعدد النوبات ، كما يسهم الدعم النفسي في تحسين صورتهم المدركة عن أنفسهم ، ويصح تدني إعتبار الذات لديهم ، كما يحسن الدعم النفسي من كفاءة إنجازهم الأكاديمي.

(بيتر نوفاليس ، وآخرون ، ١٩٩٨ : ١٧ ، ١٧٧)

ومن خلال إطلاع الباحثة الحالية على ماهية الإضطراب الوجداني الثنائي القطب متعدد النوبات Bipolar II Affective Disorder ، والكشف عن ملامحه الأولى ، والتي تبدو واضحة لدى بعض المراهقين المعرضين At-risk للإصابة به ؛ ترى الباحثة الحالية

أنه " يمكن إدراك الحالة النفسية عند المراهق علي أنها : "خليط من المشاعر التي يشعر بها خلال فترة من الزمن تتوكلب والتغيرات النفسية ، والفسولوجية التي تحدث بطبيعة الحال لدى المراهقين في هذه المرحلة الطبيعية ؛ كما أن العاطفة هي الطريقة التي تظهر بها الحالة النفسية لدى أغلب المراهقين المعرضين At-risk للإصابة بالإضطراب الوجداني ثنائي القطب متعدد النوبات ، كما أن تأثير الحالة النفسية علي سلوك المراهقين تكون معقدة ، وكثيرة المخاطر ، ومن الممكن أن تؤدي به إلى الإنتحار دون معرفة المحيطين به بمعاناته إن لم يفصح عنها ، حيث تشكل الحالة النفسية للمراهق (وعيه ، وإهتماماته ، وبواعثه) وتشتمل علي وظائف اللاوعي الأوتوماتيكية ، مثل تلك المتعلقة (بالنبرة ، وفسولوجيا النوم) ، كما أن العديد من الإحساسات الفيزيائية مثل (الطاقة ، الألم، توتر العضلات ، الجوع ، الشبع ، والجنس) تكون لها مكونات عاطفية قوية أيضاً والتي تؤثر علي إنتاجه في كافة جوانب حياته ؛ كما تؤثر علي قوة مشاعره وأحاسيسه ، ولذلك فإن التغيرات التي تطرأ علي الحالة النفسية للمراهق ؛ من المحتمل أن تؤثر علي التغييرات في (طاقته/طاققتها) وكذلك السلوك ، وأيضاً من الطبيعي لتلك المشاعر التي تبدو متصارعة في أن تتعايش مع بعضها البعض ، علماً بأن تعرض المراهقين للإصابة بالإضطراب الوجداني ثنائي القطب متعدد النوبات لا يعد أمراً حتمياً ، لأن الإضطرابات المزاجية لم تصنف أو تشخص علي أنها ضمن إضطرابات المراهقة ؛ ولكن هناك العديد من الأبحاث علي المستوى العالمي ، وجدت أن هناك العديد من المراهقين لديهم الإستعداد النفسي ، والفسولوجي ، والجيني ، لظهور أي نوع من أنواع الإضطرابات النفسية والمزاجية ، نظراً لضعفهم النفسي ، وكذلك من المحتمل أن يكونوا معرضين نظراً لحملهم أي سبب من أسباب الإصابة بهذا الإضطراب والتي أقرتها منظمة الصحة العالمية (٢٠٠٥) في التقرير المختصر لها ، وكذلك أقرها الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل (DSM-IV-TR,2000) بأن هناك إحصائية حدوث إصابة المراهقين بالإضطراب الوجداني ثنائي القطب وبخاصة متعدد النوبات ، وبشأن المضطرب النفسي تذكر (ألفت حقي ، ٢٠٠٠: ٢١٣) أنه فرد تعرض لأزمة ما ، أو عدة أزمات ، تؤدي به إلى التوتر الطويل ، أو إلى إنهيار توازنه ، وإستقراره النفسي ، وإذا لم يكن المحرض لإضطرابه وراثي ، أو إذا كان نتيجة لحوادث طبيعية ، أو نتيجة أحداث فردية شديدة الأذى ، فإن المتوقع لهذا الفرد لم يكن بهذا السوء ، وعليه يحتاج كل إنسان إلى الوقاية النفسية ، فالوقاية النفسية في حالة الراشد ، هي في الواقع نوع من أنواع العلاج النفسي ، أي تغيير المعارف والإتجاهات والسلوك Behavior Modification ، حتى لا ينتهي الأمر بالمتجه إلى الإضطراب أن يستقر فيه.

وبناءً على ما سبق ، نتناول الباحثة الحالية من خلال التراث السيكلوجي ،
والسيكاتري المتاح في حدود علم الباحثة ، الإضطراب الوجداني ثنائي القطب متعدد النوبات
Bipolar II Affective Disorder ، من خلال تصميم برنامج وقائي لوقاية بعضاً من
المراهقين المعرضين At-risk للإصابة بذلك الإضطراب موضوع الدراسة الحالية.

ولقد قرر جينسن (١٩٧٥) Jensen أن البحوث التي سألت المراهقين عمثدا كانوا
يشعرون بحالات إكتئاب معتدلة ، فلقد أقر حوالي ٣٣% في كل ٨:٧ مراهقين ، ٢٢% من
١٠:٩ مراهقين يخبرون بالإكتئاب ، على الرغم من أن التشخيص الرسمي في العيادات
النفسية والمستشفيات يبين معدلاً أقل مما سبق بالنسبة للإكتئاب لدى المراهقين ، وتعتمد هذه
التقديرات على نظرة واسعة إلى كون الإضطراب الإكتئابي يعد مركباً سيكلوجياً ، ويكون
البالغون فقط هم القادرون على إبراز الأعراض الإكتئابية ، أما على مستوى كل الأعمار فإن
"الهوس الإكتئابي" أقل إنتشاراً من الإكتئاب ؛ حيث وجد أن ٢٥% من الأمريكيين لديهم
خبرات إكتئابية أحياناً خلال أوقات معينة من حياتهم ، بينما كان الهوس بنسبة ٢١% فقط
من إجمالي السكان ، ومع ذلك فإن هناك ١ في كل ١٠٠ فرد على الأقل بالولايات المتحدة
سوف يخبرون هوساً مرضياً تفاعلياً في بعض مواقف حياتهم ؛ ولقد بينت دراسة واحدة أن
أكثر من ١٠% من المراهقين الذين يعالجون بالمستشفيات النفسية قد تم تشخيصهم كهوسيين
إكتئابين.

(عبدالله عسكر ، ٢٠٠١ : ٢٠)

ويرى عبد المجيد منصور ، وآخرون (٢٠٠١) أن مرحلة المراهقة المتأخرة يحدث بها
العديد من التغيرات الإنفعالية والمزاجية ، ومن الملاحظ أن أهمية التغيرات التي تعترى
المراهق ، هي تلك التغيرات الإنفعالية والمزاجية ؛ حيث تتصف إنفعالاته بالتقلب السريع من
موقف لآخر ، حيث يبدأ الإستقرار أحياناً ، والهدوء أحياناً أخرى وبلا مقدمات ، ويعقب ذلك
عدم الإستقرار ، والثورة ، ثم الإرتياح والرضا والسرور ؛ ثم ينقلب على عقبيه إلى السخط
وعدم الرضا والإكتئاب.

(عبد المجيد منصور ، وآخرون ، ٢٠٠١ : ١٥٧)

كما يرى فايز دندش (٢٠٠٣) أنه حيث توجد التغيرات الجسمية ، يوجد الإضطراب
الوجداني المصاحب لها ؛ فنرى الحساسية المفرطة لدى المراهقين ، وعدم الثقة بالنفس
المتنامية بإزدياد الميل الجنسي ، وطالما أن المراهقين قد جنحوا إلى أحلام اليقظة فهم
يتخيلون أنهم أثرياء ، أو أقوياء أو جميلي الصورة ، أو يهيمنون في عالم الحب ، وتكون

القدرات التخيلية على أقواها فيعبرون عنها "بالتمثيل ، التعبير الفني ، التعبير الأدبي" مما يجب تشجيعهم عليه ، ويحس المراهق بأنه مختلف عن سائر الناس ، لشعوره بالقلق لما يعترضه من نمو سريع ، وقد يظن أنه الوحيد الذي يمر بهذه المرحلة ؛ لذلك يجب أن نمد له يد العون على الفهم بأن ما يعترضه لا يعدو أن يكون أمراً طبيعياً يحدث لكل من هم في مثل عمره.

(فايز مراد دندش ، ٢٠٠٣ : ١٨٨)

كما يذكر ميريل إيسافا (٢٠٠٥) Merrell K. w & Isava D. أن الإكتئاب يعد واحداً من أكثر الإضطرابات النفسية شيوعاً بين الراشدين ؛ ومع ذلك توجد شواهد كثيرة تفيد بأن نسبة كبيرة من الأطفال والمراهقين خاصة في ظروف الحياة المعاصرة يعانون من الإكتئاب ؛ ومع ذلك لم تحظى دراسة الإكتئاب لدى الأطفال والمراهقين بنفس القدر الذي حظيت وما زالت تحظى به دراسة الإكتئاب لدى الراشدين ، حيث لم يتم دراسة الإكتئاب لدى الأطفال والمراهقين بصورة كبيرة إلا مع بدايات العقد الثامن من القرن العشرين ، عندما ظهرت شواهد كثيرة تفيد بزيادة إنتشار الإكتئاب بين الأطفال والمراهقين ومن هنا أصبحت دراسة الإكتئاب لدى الأطفال والمراهقين محل إهتمام كبير بين خبراء الصحة النفسية ، والطب النفسي وعلم النفس الكلينيكي ، وغيره من التخصصات الأخرى .

(Merrell K. W. & Isava D. M., 2005)

وتوصل جارود . إم ، وآخرون (٢٠٠٦) Jarrod, M ، إلى أن الإضطرابات الوجدانية تصيب حوالي ٥% ، من الأطفال والمراهقين في أي وقت من الأوقات ، حيث يزداد الوعي بالإضطرابات المزاجية بين العامة ، كما شوهد من خلال الإنفجار الاعلامي الناتج عن القصص ، والمجلات والجرائد اليومية ، وكذلك البرامج التليفزيونية ، والكتب ، والصحافة الشعبية ، ومواقع الويب التي تغطي الموضوع كاملاً ، وكذا الإعلانات التليفزيونية ، والمطبوعات الخاصة بالتدخلات الدوائية ومع ذلك ؛ لا يزال هناك جدل ، وخلاف في المجال حول ، كيفية تشخيص الإضطراب الوجداني ثنائى القطب في المراهقين ، والشباب وكيفية علاج هذه الحالات عند الإصابة بهذا الإضطراب.

(Jarrod, M., & et al., 2006:117)

ويرى كارول فيتز باتريك ، وجون شاري (٢٠٠٧) أنه قد يكون من الصعب ملاحظة الإكتئاب عند المراهقين خصوصاً أن مزاجهم متقلب في أغلب الأحيان ، حيث يتأرجح المراهق في هذه المرحلة بين السعادة وحب الإختلاط مع الآخرين والثقة بالنفس من جهة ، والحزن والإنعزال من جهة أخرى ، وما من وسيلة تسهل عملية التمييز بين هذه التقلبات

المزاجية الطبيعية والإكتئاب المرضي ؛ إلا أن الأعراض المرتبطة بهذا الإضطراب النفسي تساعد الأهالي على التأكد من إكتئاب أبنائهم أو عدم إكتئابهم ؛ وقد يعاني أي شخص من الإكتئاب ؛ ولكن إحتمال إصابة المراهقين الذين سبق وعانوا من : المشكلات النفسية والسلوكية ، وكانوا يعانون من الصعوبة في التفاعل مع الآخرين إحتمال وارد الحدوث ، كما أن سنوات المراهقة مليئة بالصعوبات ؛ لأن هذه المرحلة تحمل في طياتها الكثير من الضغوط التي تتمحور حول التأقلم مع الزملاء ، وضرورة التمتع بالميزات والإهتمامات نفسها ، وإن كان أحد الأقرباء يعاني من الإكتئاب ، فإن ذلك يشير إلى إحتمال أكبر لإصابة المراهق بهذا الإضطراب ، كما أن إكتئاب أحد الوالدين في وقت من الأوقات أثناء مرحلة المراهقة ، قد يعني أن هناك إمكانية لإصابة المراهق به ، وقد يقلق الأهالي من الإضطراب الوجداني ثنائي القطب (الهوس الإكتئابي) وبخاصة إذا كان هناك أفراداً من العائلة قد أصيبوا به في السابق ، ومن أهم أعراض هذه التقلبات المزاجية أن يشعر المراهق (بالغبطة والنشاط في بعض الأحيان ، وبالحزن والشعور بالذنب والضعف والوهن) في أوقات أخرى ، وقد يفكر المراهق في هـذـه الحـالـة بالـإنتحـار بسبب

شدة إكتئابه ، وقد يستمر هذا الإكتئاب لأسابيع أو شهور ، أو حتى سنوات ، وقد يكون أثناء هذه الحالة فترات قصيرة يغلب عليها المزاج الهاديء ، ويتقلب مزاج المراهقين المصابين بالإكتئاب المرضي الهوسي ، بشكل سريع للغاية ، وفي غضون ساعات ، وفي بعض الحالات يظهر المراهق سعيداً وتعيساً في الوقت ذاته.

(كارول فيتز باتريك ، جون شاري ، ٢٠٠٧ : ٣٧-٧٦)

ويرى كين ميلور ، إليزابيث ميلور (٢٠٠٩) ، أن التردد الذي كان يميز المراهقون في المرحلة السابقة ، والذي تحول في مرحلة المراهقة المتأخرة ، إلى ثقة زائدة وإحساس حقيقي بالنفس ، كما أن نهاية هذه المرحلة بالنسبة للمراهقين عندما يستكملون المرحلة ، تمثل الإنتقال إلى عالم الكبار كأشخاص راشدين.

(كين ميلور ، إليزابيث ميلور ، ٢٠٠٩ : ٢٩٤)

كما يرى فريدريك فلاك (٢٠٠٩) Frederic Flach أنه من الأخطاء الشائعة أن ينظر إلى الإضطراب الوجداني ثنائي القطب (إضطراب الهوس الإكتئابي) ، عادة على أنه "حالة مقتصرة على البالغين ؛ ولكن الواقع أنه يمكن إرجاع بداية المرض إلى الطفولة في كثير من الحالات ، ونصف ١/٢ ، البالغين الذين يعانون من الإضطراب الوجداني ثنائي القطب ، أصيبوا بنوبتهم الأولى قبل (السابعة عشر) ، وحوالي ٢٠% ، منهم أصيبوا بنوبتهم الأولى بين (السابعة عشر ، والرابعة عشر) ، و ١٠% منهم أصيبوا بنوبتهم الأولى بين

(الخامسة ، والتاسعة) ، وتقدر مؤسسة الإضطراب ثنائي القطب لدى الأطفال والمراهقين الأمريكيين Child and Adolescent Bipolar Foundation ، بأن أكثر من مليون طفل يعانون من الإضطراب الوجداني ثنائي القطب في الولايات المتحدة الأمريكية ، حيث تلعب التأثيرات الوراثية دوراً كبيراً في ذلك ، فحوالي ٨٠% ، من الأطفال الذين يعانون من الإضطراب الوجداني ثنائي القطب لديهم تاريخ عائلي من الإضطراب ثنائي القطب ، أو كان أحد أبويهم ، أو كلاهما مصاباً بإكتئاب سريري خطير؛ ويظهر الأطفال المصابون بإضطراب ثنائي القطب مشكلات في السلوك تتجاوز الإكتئاب العادي ، وكثيراً من هذه المشكلات يمكن تفسيره بسهولة من النظرة الأولى ؛ حيث أنها مبالغت لأنماط سلوكية شائعة تماماً ، فضلاً عن ذلك فإنه يجب النظر إليها في مجملها لا كملاحظات منعزلة فعلى سبيل المثال : "سرعة الإنفعال ، نوبات الغضب والسخط ، والتي تدوم ساعات كلما قيل للمراهق "لا" ؛ التملل والنشاط المفرط اللذين يتناوبان مع فترات من الكسل ، سرعة تشتيت الإنتباه ، السلوكيات المتهورة ، المجازفة ، تدني تقدير الذات ، تجنب الرفاق بسبب الخوف من التفاعلات الإجتماعية ، السذاجة و الحماقة ، أفكار العظمة التي تتناوب مع فترات من الإكتئاب والعزلة" ؛ وحينئذ يجب أن نفكر بجدية في الإضطراب الوجداني ثنائي القطب متعدد النوبات.

(فريدريك فلاك ، ٢٠٠٩ : ٢٢٠-٢٢٣)

وتحدث تغيرات جسمية شديدة التسارع في مرحلة المراهقة ، حيث يبدو المراهقون وكأنهم يتغيرون بين عشية وضحاها ، أو بين يوم وليلة ، أما بالنسبة للمراحل العمرية الأخرى فإن العملية الخاصة بالتنوير والإرتقاء تسير سيراً تدريجياً ، كما أن البلوغ عبارة عن سلسلة من الأحداث الحيوية Biological ، والعضوية الفسيولوجية التي تحدث عبر السنوات ، وبصفة عامة تبدأ مرحلة البلوغ لدى الإناث ، وعملياته مبكراً مقارنة بالذكور ، ولذا فإنه من المحتمل أن تتأثر صورة الذات Self- Image ، والهوية الشخصية بالإرتقاء والتطور المبكر ، إذا ما قورنا بالإرتقاء والتطور المتأخر (Berger, 1995) ، ومن المنظور المعرفي Cognitively ، يكون لدى المراهقين طرقاً متعددة لفهم الآخرين ، والعالم من حولهم ، أهمها الطرق الحسية الحركية Sensorimotor ، وقبل العملياتية الإجرائية Proportional ، والعملياتية العيانية Concrete Operational ، والعملياتية التصورية Formal Operational ، ويعتمد ذلك النمط من التفكير الذي يميلون إليه على مستوى دافعتهم ، وقدراتهم ، وعلى العوامل الموقفية التي تحيط بهم ، حيث يميل المراهقون في الغالب ، والأعم لإستخدام ذلك النمط من التفكير التصوري الإجرائي أو العملياتي ، كما قد يصعب عليهم تقدير حجم المخاطر الحياتية التي

تواجههم (Berger, 1995) ، وربما تقودهم خبراتهم الإجتماعية المحددة إلى إدراك أنفسهم أو رؤية مشكلاتهم، وقوتها أو شدتها على أنها شيء مريع وفريد من نوعه ، ومن ثم فهم يرفضون الإستماع لخبرات الآخرين الأكبر سناً لإعتقادهم بأن هؤلاء الكبار ، لا علاقة لهم بمشكلاتهم ، ولا بما يواجهونه من صعوبات ، ويكمن نمط تفكيرهم المتمركز حول الأنا في إنهماكهم ، وإنشغالهم الشديد بسلوكهم الشخصي ، ونظرتهم للآخرين على أنهم يشاركونهم هذا الإنشغال (Berger, 1995) ، ويملك المراهقون من المنظور النفسي الإجتماعي ، القدرة على فهم التعقيد الشديد للأرجاع العاطفية والإنفعالية ، والقدرة على إدراك أن الموقف نفسه، ربما يستثير لديهم مشاعر متباينة تماماً إزاء مختلف الأشخاص ، وإعتماداً على خبراتهم السابقة في هذا المجال فهم يستطيعون الفهم والتعاطف والمشاركة الوجدانية ، وتفهم مشاعر الآخرين (Brems, 1993) ، وهناك أسئلة عديدة تمثل أهمية لا حدود لها بالنسبة للمراهقين ، من أهمها سؤالين على الإطلاق هما:

- من نحن ، وماذا نريد أن نكون؟

- وكيف يكون الذي نريده؟

وبالرغم من أنهم يميلون للكفاح من أجل تأكيد الذات ، وإثبات الشخصية ، ومن أجل الإستقلالية ؛ إلا أنهم لا يزالون يقلدون الكبار ك نماذج يحتذى بها (Berger, 1995) ، ومن المنظور الإجتماعي يتفوق قبول المراهق القرين ، على إستحسانه لأي شخص آخر .

(بيرل س ، بيرمان ، ٢٠٠٤ : ٨٩-٩١)

كما يذكر إياد أبو عوض (٢٠٠٧) أن العلم لم يتمكن بعد من تحديد العوامل التي تضبط الحالة المزاجية ، أو الحالة النفسية عند المراهقين ، وقد قامت جين رودز Jean Rhoades ، عالمة النفس بجامعة ماساتشوستس في بوسطن ، بمتابعة (٢٢٥٩) طالباً جامعياً بالينويز ، لمدة ثلاثة سنوات ، وإكتشفت أن المزاج يكون متقلباً بشكل كبير لدى المراهقين ، كما أثبتت هذه الدراسة أن المزاج السيء ، وتدني درجة الثقة بالنفس مرتبطان بعدد ساعات النوم ، وكلما كان عدد الساعات التي ينامها المراهقون أقل ، كلما كان مزاجهم ، وثقتهم بالنفس متدنيان .

كما أكد مختصون آخرون على أن للأحلام دوراً كبيراً في درجة ، ومستوى الحالة المزاجية للمراهق ، فالأحداث المشحونة خلال اليوم تبقى محفوظة ، وقد تتسبب في رؤية أحلام مزعجة في الليل ، مما يؤدي إلى الإستيقاظ بمزاج سيء ، وشعور غريب يحمل ملامح

الإكتئاب ، ومع تحول الأحداث إلى الماضي ، يقل عدد هذا النوع من الأحلام ، كما يقل ثقل المراهقين العاطفي .

ويرى آخرون أن الطقس من الأسباب الرئيسية التي تدفع إلى تقلب المزاج ، كما أن ظهور آثار المزاج السيء لدى بعض المراهقين مرتبط بشكل مباشر مع شهور فصل الشتاء ، ما بين شهري (ديسمبر - نوفمبر) ، ويصاحب هذه الآثار شعور بالنعاس ، وزيادة بالوزن ، وتسمى هذه الحالة "بالإضطرابات الوجدانية الموسمية" Seasonal Affective Disorder (S.A.D) ، ويمكن مشاهدة ذلك بشكل واضح ، عند ملاحظة بعضاً من المراهقين يكون لديهم مزاج أفضل في الفترات المشمسة ، مقارنة بالأيام الضبابية ، أو الغائمة حيث يعتمد كل ذلك على درجة تركيز الضوء ، ومدة التعرض لضوء الشمس ، عندما تكون درجة الإضاءة منخفضة ، فإنها لاتعمل على إيقاف إنتاج الجسم لهرمون النوم المسمى الميلاتونين Melatonin ، وهو الهرمون المسئول عن خفض مستوى نشاط الجسم مساءً ، ولكن إذا إستمر إنتاج هذا الهرمون خلال اليقظة ، فإنه يؤدي إلى الشعور بالنعاس ، والإكتئاب كذلك ، وإختلاف درجة الشهية للطعام ، كما يميل عندها المراهق إلى الرغبة في أن يكون وحيداً . (إياد أبو عوض ، ٢٠٠٧ : ٢٦-٢٨)

إن المراهقين المصابين بالإكتئاب نادراً ما يمكنهم الإستجابة للمواقف المختلفة ، إنهم يواجهون صعوبة بالغة في البوح بما تجيش به مشاعرهم للآخرين ، أو في البوح بما يريدونه ، ونادراً ما تكون لديهم القدرة على القيام بأي شيء مفيد .

(ديفيد هيندرز ، ٢٠٠٨ ، ٩٨)

وقد أثبتت الأعمار الماضية فاعلية أسلوب من أساليب العلاج النفسي ، يسمى بعلاج "التصرف ، والفكر" ، ويقوم هذا الأسلوب على إجتماعات كل أسبوع ، أو أسبوعين بين المراهقين ، ومعالجهم ، وتستمر هذه الجلسات لمدة تتراوح ما بين (١٢ - ٢٠) أسبوعاً ، وعند الإنتهاء من هذه الجلسات ، يلتقى المعالج ، والمراهق بين المرتين ، والأربع مرات ؛ وذلك في أثناء السنة التالية ، ويعتمد هذا الأسلوب على قيام المعالج بمساعدة المراهق على فهم تأثير الإكتئاب على تفكير الناس وتصرفهم ، إن هذا التأثير يزيد من الإكتئاب سوءاً ، مما يحتم على المراهق ، ومعالجيه محاولة إيجاد طرقاً جديدة لمواجهة الظروف الصعبة ، ويستمتع المراهقون بهذا النوع من العلاج ، وخصوصاً أنه عملي ، ويعني بالمشكلات المحددة التي يعاني منها المراهقين حتى مرحلة الرشد .

(كارول فيتز باتريك ، جون شاري ، ٢٠٠٧ : ٩٠)

ومما سبق يتضح أهمية الدور الحقيقي لعديد من المحاولات الفعلية ، في إيجاد وتوفير نوع من أنواع الحماية النفسية لشريحة هامة من شرائح المجتمع ، حيث تتمثل هذه الشريحة الهامة في المراهقين من الجنسين ، ويتم ذلك الإهتمام العالمي على كافة المستويات ، والمجالات المتعددة المرتبطة بكافة نواحي ، وأنشطة حياتهم سواء كان ذلك على المستوى الفردي أو الجماعي أو الأسري ، كما يتم ذلك عن طريق البرامج الوقائية ، بحسب التوجهات العالمية الحديثة ، كما سبق التنويه عنه في الفقرة السابقة لكارول فينتر باتريك ، وجون شاري (٢٠٠٧) من التعدد الملحوظ في الأساليب الحديثة لحماية المراهقين غير أن أحدث التوجهات العالمية التي تشمل وتحيط هذه الفئة (المراهقين) ، بالرعاية يوجهون الأنظار إلى مدى أهمية التحصين النفسي ، عن طريق البرامج الوقائية ، ونشر الوعي الصحي لما تنتم به هذه البرامج من القدرة على التبصر ببواطن الأمور ، ونشر الوعي الصحي عن طريق كافة وسائل الإعلام ، والجهات المعنية التي يوكل لها مثل هذه الأمور ، من وقاية ورعاية للمراهقين ، وذلك لمساعدتهم في التغلب على المشكلات والإضطرابات التي تواجههم.

طبيعة مراهقي الثامنة عشر ، وحتى الحادية والعشرين:

غالباً ما يشعر المراهقون في هذه المرحلة بالإثارة ، والخوف من العالم الذي ينتظرهم ، إنهم الآن يتمتعون بحرية شبه كاملة ، على الرغم من أن هناك الكثير من الخبرات التي ما زالوا يكتسبونها من إحتكاكهم بالمجتمع الخارجي ، وقد يشعرون بالخوف أو السعادة عند القيام بجميع الأشياء التي يقومون بها من قبل ، وعلى سبيل المثال لا الحصر ، يمكن لقيادتهم السيارة بمفردهم أو العمل لأول مرة بوظيفة ما ، أو الذهاب إلى الجامعة أن يرفع من روحهم المعنوية ، ويشعرهم بالسعادة.

(كين ميلور ، إليزابيث ميلور ، ٢٠٠٩: ٢٩٩)

من أهم الموضوعات التي تشغل المراهقين في هذه المرحلة العمرية ما بين (١٨-٢١) الآتي:
أ- التعامل مع العالم الخارجي الموسع.

١- الإهتمام بالشئون الآتية (الدراسة ، الإمتحانات ، إدارة ضغوط إنهاء الدراسة بالجامعة).

٢- إستكمال وإنهاء تطور شخصيات المراهقين.

٣- تعلم كيفية التعامل مع نطاق أكبر من البشر.

٤- تقبل الأطراف الأخرى على إختلاف ثقافتهم وجذورهم.

ب- التعامل مع الآباء:

٥- الأقرار بالفضل لآبائهم فيما وصلوا إليه.

٦- الإستعانة بالآباء وإستشارتهم عند الحاجة.

٧- محاولة الإستقلال مادياً عن الأسرة بالبحث عن عمل.

ج- تحمل المزيد من المسؤوليات:

٨- مساعدة الأسرة مادياً عند الحاجة إلى ذلك.

٩- القيام بالمهام الضرورية المطلوبة منهم في المنزل.

١٠- إعادة ترتيب أولويات الحياة.

د- إكتساب الخبرات اللازمة:

١١- إدارة شئون حياتهم بأنفسهم.

١٢- معرفة الأوقات اللازمة التي يحتاجون فيها إلى مساعدة ، وتحديد الشخص

المناسب لطلب هذه المساعدة منه.

١٣- التعرف على كيفية التعامل مع بعض المواقف العملية المهمة التي قد يتعرضون لها.

١٤- إدارة الحياة بمفردهم دون الإعتماد على الأباء أو الأسرة.

هـ- تحديد مكانتهم في المجتمع:

١٥- الإجابة عن الآتي (من أنا ، ما الأشياء المهمة في حياتي ، ما الذي يجب علي

القيام به لتحديد شخصيتي، كيف أتمكن من الشعور بالرضا عما أفعله في حياتي).

١٦- تقبل الحياة ، والتكيف معها كما ينبغي.

(كين ميلور ، إليزابيث ميلور، ٢٠٠٩: ٣١٧)

وتستقي الباحثة الحالية الفكرة الرئيسة للدراسة الحالية في إحتتمالية حدوث تعرض

At-risk بعضاً من المراهقين في مرحلة المراهقة المتأخرة للإصابة بالإضطراب الوجداني

ثنائي القطب متعدد النوبات ، من الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل (DSM-

IV-TR:2000) ؛ كما أن العديد من الباحثين إتفقوا على وجود عدة حقائق عن

الإضطرابات الوجدانية ، وهذه الحقائق تتفق مع رؤية الباحثة الحالية ، على النحو التالي:

١- أن هذه الاضطرابات الوجدانية يزيد انتشارها بين الطبقات المتقفة مقارنة بالطبقات التي

لا تسود فيها الثقافة.

٢- أن هذه الاضطرابات الوجدانية يزيد انتشارها بين الطبقات العليا وذات

المستوى(الإقتصادي - الإجتماعي) المرتفع ، عكس الحال في الطبقات الدنيا التي يسود

فيها(اضطراب الفصام).

٣- تتزايد نسبة الاضطرابات الوجدانية بين النساء أكثر من الرجال وتقل النسبة إلى (٢ : ٣)

ويؤول ذلك إلى أن النساء يقبلن العلاج النفسي أكثر من الرجال.

٤- وجدت العديد من الدراسات أن الغالبية العظمى من مرضى الذهان الوجداني يتميزون بالشخصية النوابية ، قبل الإضطراب والتي تتميز بسمات "نفسية وجدانية جسمية" ، حيث يميل الجسم إلى البدانة ، مع غلظ وقصر في الرقبة ، ودوران بالوجه ، وكبر بالبطن مع أطراف ضعيفة إلى حد ما.

٥- يرى البعض أن الشخصية النوابية ما هي إلا محك ، من خلاله يمكن الإرتكاز إلى حقيقة احتمال إصابة الفرد بالإضطراب الوجداني ثنائي القطب.

٦- يتنبأ الكثيرون من العلماء بزيادة هذه الإضطرابات مستقبلاً ، نظراً للعديد من العوامل الإجتماعية ، والإقتصادية والتي تقود بدورها إلى زيادة الضغوط وإضطراب القيم ، والتي تنعكس بلا شك على نفسية الفرد فتصيبه بهذا الإضطراب.

(محمد حسن غانم ، ٢٠٠٦ : ١٠٥)

كيفية وقاية مراهقي الثامنة عشر ، وحتى الحادية والعشرين:

- لقد أصبح المراهقون في هذه السن يتمتعون بقدر كبير من النضج ، لذلك يمكن لأسرة مشاركتهم أوقات البهجة ، والسرور كلما أمكن ذلك.

- متابعة النضج الإنفعالي للمراهقين في هذه المرحلة ، كما يمكن الإشادة بالدرجة التي وصلوا إليها من النضج بكافة الطرق الممكنة ، عن طريق تعلم كيفية توظيف الأوقات التي يقضونها مع أسرهم ، فالحفاظ على الرابط الأسري له دور كبير في وقايتهم من التعرض للإضطرابات المزاجية بشكل عام ، والإضطراب الوجداني ثنائي القطب متعدد النوبات بشكل خاص.

- إيجاد الوسائل التي تساعد على الإتصال الدائم بهم ، كما أن التعامل معهم عن طريق صداقتهم ، وإكتساب ثقتهم ، وتشجيعهم على أن ينتهجوا نفس الطريقة في التعامل مع أسرهم ، والمحيطين بهم ، يؤتي نتائج مثمرة.

- الفخر بإنجازاتهم عن طريق الآباء ، والمعلمين ، والأصدقاء وعن طريق مناقشة جميع أدوارهم التي قاموا بها تجاه هؤلاء المراهقين.

- مشاركتهم الحياة حيث أن المراهقين في هذه المرحلة ، يدخلون في علاقات جديدة ، فمن المفيد مشاركتهم في هذه العلاقات والتعرف على أصدقائهم الجدد.

- الإهتمام الفعال بعواطفهم فهم غالباً يرون كل شيء بوضوح ، كما أن الإتفاق الأسري معهم على الأشياء التي يفضلونها إن كانت صحيحة في هذه المرحلة أمراً مهماً ،

وفي الوقت نفسه يمكن للمحيطين بهم عرض وجهات نظرهم التي من الممكن أن تشكل محوراً هاماً لحوارٍ بناء.

وعليه ترى الباحثة أن هذه المرحلة بالنسبة للمراهقين من الجنسين ، تعد مرحلة إكتشافٍ حقيقي لأنفسهم ، وللعالم الخارجي من حولهم ، ولذلك تكون أغلب التحديات نتاجاً لحاجتهم الملحة في إنهاء هذه المرحلة الحرجة على أكمل وجه ، والحصول على مستقبل مشرق يتحمل كافة أعباء أحلامهم وطموحاتهم ، وعلى كافة أشكالها ومستوياتها يكون العناء ، وبعد المرور بهذه الصراعات الماضية التي عاشوها ما بين النفس ، والجسد ، والعالم الخارجي من حولهم ، حيث يحتاج المراهقين إلى وعي صحي ، ونفسي لوقايتهم وحمايتهم من التعرض لنوع من أنواع الإضطرابات المزاجية التي يكثر حدوثها في هذه المرحلة ، ليعبروا إلى الجانب الآخر المشرق دون أن يحملوا معهم إلى مرحلة الرشد هذا الإضطراب الوجداني ثنائي القطب متعدد النوبات كواحد من الإضطرابات المزاجية التي يمكن أن يتعرضوا لها.

ومما سبق يتضح أن مرحلة المراهقة المتأخرة **Late Adolescence** ، هي نهاية المراحل السابقة بدءاً بالطفولة ، وانتهاءً بمرحلة الرشد ، وتتسم بأنها فترة عصيبة حرجة ومنعطف خطير في حياة الإنسان ، حيث البحث عن الذات والهوية ، وتكوين الأهداف ، وإيجاد السبل المناسبة لتحقيقها ، وذلك لأنها مرحلة تتأثر بما قبلها ، وتؤثر فيما بعدها من فترات سابقة ، ولاحقة على السواء ، فهي مرحلة ذات طبيعة بيولوجية وإجتماعية خاصة ، إذ أنها تعد تجميعاً حقيقياً لكل ماسبقها من مراحل ، ويتمثل هذا التجميع في التكوين النفسي والإجتماعي للشخصية ، حيث يتعرف الكائن البشري على معظم قدراته ، وإمكاناته المتعددة ، وجوانب شخصيته الخفية ، إذ أنها تبدأ بالبلوغ الجنسي للذكر ، والأنثى على السواء ، ويتخللها التعرف على الآخر الذي يمثل المتبقي من تحقيق الإكتمال النفسي ، وتنتهي حيث يتم إكتمال النضج ، وبلوغ مرحلة الرشد".