

الفصل الرابع : الاضطرابات المزاجية

Mood Disorders **الاضطرابات المزاجية**

تعريف الاضطرابات المزاجية

يقصد بها عدم مناسبة الانفعال سواء من حيث شدته أو من حيث نوعه للموقف الذي يعايشه الفرد ، وعلي هذا فسوف نجد العديد من الاضطرابات الانفعالية منها الاضطراب الهوسي وفيه يبدو الشخص مرحا ، ومتفائلا ، وسعيدا ومرتفع الروح المعنوية ، وهناك الاضطراب المناقض والذي يعرف بحالة الاكتئاب وفيه يبدو الشخص حزينا ، ومهموما ، ومتشائما من الحياة ، وقد تتناوب الحالتان السابقتان علي نفس الشخص فبدأ بنوبة من الهوس تعقبها نوبة أخرى من الاكتئاب مباشرة ، أو قد تفصل بين النوبتين فترة من الشفاء ، أو قد يبدأ بنوبة من الاكتئاب تليها نوبة من الهوس وهكذا (فرج عبد القادر، ١٩٧٩).

وتعتبر الاضطرابات المزاجية من أكثر الاضطرابات شيوعا ومسؤولة عن كثير من المعاناة والآلام النفسية بين آلاف من أفراد المجتمع ، وأن من ٥٠-٧٥٪ من محاولات الانتحار الناجحة بين الجمهور العام سببها الاكتئاب ، ومن العسير تحديد نسبة انتشار هذا المرض نظرا لأن الحالات البسيطة تشفى تلقائيا ولا تتردد علي الأطباء . ويزيد عن ذلك أن كثير من هؤلاء المرضى يبدأون مرضهم بأعراض جسمية وفسولوجية . وعموما فإن نسبة انتشار الاضطرابات الوجدانية تتراوح ما بين ١-٥% من مجموع أفراد الشعب (جمعة سيد ، ١٩٩٠ ، ١٨٧).

والاضطرابات المزاجية أثناء المراهقة تعلن عن نفسها من خلال السلوك المضاد للمجتمع وسلوك التمرد ، كما يمكن أن يتضح بصورة جلية في قيادة السيارات ، وفي تعاطي الكحوليات والعقاقير (Rees , 1993 , 154) .

وتؤثر الاضطرابات المزاجية سلبا علي علاقات الفرد بأسرته وأقرانه Shashi et al (73 , 2007) ، وعلي قدرته علي الإنتاج . كما يؤدي الاكتئاب إلي زيادة معدلات الانتحار (Doris et al ., 1999) فقد وجد أن نسبة الانتحار تبلغ ١٥٪ بين المرضى شديدي الاكتئاب ، وشخص واحد لكل سبعة من المرضى بالاكتئاب المتكرر: (Stahl , 2000 , 139,141)

من وجهة نظر بيرنز وبيك أن الاكتئاب هو " اضطراب يصيب الجهاز النفسي البيولوجي كله ، والذي يشتمل علي الانفعالات والأفكار والسلوكيات والوظائف البدنية" (في : محمد محروس ، علي السيد ، ١٩٨٦ ، ١).

ويعرف (مصطفى زيور ، ١٩٨٦ ، ٢٥٧) الاكتئاب بأنه: " حالة من الألم النفسي الشديد يصل في الميلانخوليا إلي ضرب من جحيم العذاب مصحوبا بالإحساس بالذنب الشعوري ، وانخفاض ملحوظ في تقدير النفس لذاتها، ونقصان في النشاط العقلي الحركي . ويعرف (عبد المنعم الحفني ، ١٩٩٤ ، ٢٠٦) الاكتئاب بأنه : " اضطراب يتمثل في صعوبة التفكير ، وكساد في القوي الحيوية والحركية ، وهبوط في النشاط الوظيفي ، وقد يكون له أعراض أخرى كتوهم المرض ، وتوهم الاضطهاد وأوهام اتهام الذات والهلوسة والاستثارة " .

ويعرف (محمد محروس ، محمد السيد ، ١٩٩٨ ، ٣٠٧-٣٠٨) الاكتئاب بأنه: يشير إلى " زملة إكلينيكية تشتمل علي انخفاض الإيقاع المزاجي ، ووجود مشاعر الاستياء المؤلم ، وصعوبة التفكير مع معاناة للجهاز العصبي للفرد ، والشعور بالإثم مصحوبا بنقص ملحوظ في الإحساس بالقيمة الشخصية ، والنشاط النفسي الحركي بل والنشاط العضوي أيضا". ويعرفه كل من (عبد الستار إبراهيم ، عبد الله عسكر ، ١٩٩٩ ، ٧٨) بأنه: " يصف خيرة وجدانية ذاتية قد يطلق عليها إما حالة مزاجية أو انفعالية قد تكون عرضا لاضطراب بدني أو عقلي أو اجتماعي ، كما يشير أيضا إلى مجموعة أعراض فسيولوجية وسلوكية ومعرفية إلى جانب الخيرة الوجدانية".

معدلات انتشار الاكتئاب الأساسي

يعتبر الاكتئاب من أكثر الاضطرابات النفسية انتشارا في الدول الصناعية الكبرى وتشير منظمة الصحة العالمية إلي أن حوالي ١٠٠ مليون شخص يعانون من الاكتئاب (سامر جميل ، ٢٠٠٧ ، ٤١٨) كما يعد الاكتئاب ثاني أخطر الاضطرابات النفسية التي تؤثر سلبا في اقتصاد الأقطار النامية (Patten , 2003) .

وحوالي ٥٪ من السكان إكلينيكيًا مكتئبون (33 , Gillam , 2004) كما أنه يحدث مخاطر مدي الحياة في نسبة ١٠٪. ويعاني من الاكتئاب ١٥٪ من الأطفال والمراهقين (Fadem & Simring, 1998, 68) ومعدل حدوث الاضطرابات الاكتئابية

يزداد بعد مرحلة البلوغ (Shashi et al ., 2007, 73) فتبلغ ذروة حدوثها في الأعمار ما بين ٢٠-٤٠ سنة (Stahl , 2000 ,140).

وتراوحت معدلات انتشاره بين الراشدين ما بين ١٢٪-١٧٪ (Weissman & Myers , 1978 ; Wacker et al ., 1992 ; Kessler et al ., 1994) العمر حيث تبدأ القدرات البدنية والعقلية في الانحدار وتكون مركز للشكوى (Rees, 1993) (154) ، ولا توجد فروق سلالية في حدوث الاكتئاب ، وهو أكثر شيوعا في الأفراد الذين يعيشون بمعزلهم ، والمطلقين أو المطلقات (Fadem , 1991, 85).

وتبلغ معدلات انتشار الاكتئاب الأساسي ما بين ٣ إلى ٥٪ ، وينتشر في ٥٪ إلى ١٢٪ في الذكور، ومن ١٠٪ إلى ٢٠٪ في الإناث (Fadem & Simring, 1998, 68) وينتشر الاكتئاب الأساسي في الأطفال قبل مرحلة المراهقة بنسبة ٢٪ مع توزيع متساو تقريبا بين الإناث والذكور، وفي المراهقة يصل إلى ٦٪ وتزداد نسبه حدوثه بين الإناث أكثر من الذكور وتصل هذه النسبة إلى ٢ : ١ (Cheng & Myers , 2005 , 172) ومعدلات انتشاره في النساء تبلغ ضعف نسبة حدوثه في الرجال بعد سن (١٤) سنة (Angold et al ., 1999).

وفي دراسة حديثة واسعة المجال لما يزيد علي ثمانية آلاف راشد كان معدل انتشار نوبات الاكتئاب الأساسي حوالي ٨٪ للرجال ، و١٣٪ للنساء ، ومعدل انتشار الاكتئاب الأساسي علي مدار الحياة كانت ١٢.٧٪ للرجال ، و٢١.٣٪ للنساء (محمد السيد ، ٢٠٠٠-٣٣٦) .

ويعزي ارتفاع معدلات انتشار الاكتئاب الأساسي لدي الإناث عنه لدي الذكور إلي الفروق بين الجنسين في الفروق الهرمونية ، وتأثيرات ميلاد الطفل والضغوط النفسية المختلفة لكل من الذكور والإناث (Sadock & Sadock , 2008 , 201) أو ترجع في جانب إلي الاستعداد في المرأة ، وتعرضها لأنواع متعددة من العوائق الاجتماعية فهي أكثر من الرجل تعرضا للانتهاكات الجنسية والعنف أو قد يرجع ذلك إلي أنساق المواجهة (Angold et al ., 1999) .

تشخيص نوبة الاكتئاب الأساسي

يشخص الاكتئاب الأساسي وفقا للطبعة الرابعة المعدلة من الدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض العقلية (DSM-IV-TR, 2000) علي النحو التالي:

(أ) وجود خمسة أو أكثر من الأعراض التالية خلال فترة الأسبوعين الذين حدثت فيهم النوبة ، وتمثل تغيرا عن الأداء السابق ، وعلي الأقل واحد من الأعراض يكون : مزاج اكتئابي أو فقد الاهتمام أو السرور. لاحظ أنها لا تتضمن الأعراض التي ترجع بوضوح إلي حالة طبية أو هلاوس أو هذيان غير مطابق مزاجيا.

(١) مزاج مكتئب معظم اليوم ، وتقريبا كل يوم ، وفي الأطفال والمراهقين يكون سريع التهيج أو سهل الاستثارة.

(٢) انخفاض ملحوظ في الاهتمام أو السرور في كل أو معظم الأنشطة معظم اليوم ، وتقريبا كل يوم .

(٣) نقص أو فقد جوهري في الوزن في حالة عدم وجود برنامج للرجيم أو زيادة في الوزن مرة ثانية (التغير يكون أكثر من ٥% من وزن الجسم في الشهر) أو انخفاض أو زيادة في الشهية كل يوم تقريبا .

(٤) الأرق وكثرة النوم كل يوم تقريبا .

(٥) التهيج أو التأخر النفس حركي تقريبا كل يوم .

(٦) التعب أو فقد الطاقة تقريبا كل يوم.

(٧) الإحساس بعدم القيمة أو مشاعر الذنب المبالغ فيها ، وغير المناسبة كل يوم تقريبا (ليس فقط تأنيب الذات ، أو الشعور بالذنب لكونه مريضا).

(٨) انخفاض القدرة علي التفكير ، أو التركيز أو عدم الحسم ، تقريبا كل يوم.

(٩) تواتر التفكير في الموت (وليس فقط الخوف من الموت) وتواتر التفكير في الانتحار دون خطة محددة ، أو محاولة الانتحار أو خطة محددة للانتحار .

(ب) الأعراض لا تناظر محكات النوبة المختلطة .

(ج) تسبب الأعراض معاناة وأسي نفسي واضح من الناحية الإكلينيكية أو عجز عن الأداء الاجتماعي والوظيفي ، أو أية مجالات أخرى ذات أهمية .

(د) الأعراض لا تعزي إلي التأثيرات الفسيولوجية المباشرة لعقار (سوء استخدام المواد أو العقاقير الطبية) أو حالة طبية عامة (فرط نشاط الغدة الدرقية علي سبيل المثال) .

(هـ) لا تحدث الأعراض لفقد عزيز ، وتدوم لأكثر من شهرين ، وتتصف بعجز وظيفي واضح ، وانشغال مرضي بعدم القيمة ، وأفكار انتحارية ، وأعراض ذهانية أو تأخر نفسي حركي .

التشخيص الفارقي للاكتئاب الأساسي

في تقويم الأعراض الاكتئابية ، فإنه من الأفضل ترك العميل يتحدث واصفا حالته وسؤاله عن توضيح بعض الأعراض المحددة ، ويكون من المهم أن نميز الأعراض الاكتئابية من التقلبات المزاجية المتضمنة في التصنيفات الإكلينيكية الفرعية ، والتميز بين الأعراض الخفيفة والشديدة ، وهذا التقويم من الممكن أيضا أن يكون صعب عندما يكون قصد المريض تضليل الإكلينيكي ، أو استعجال دخول المستشفى ، ومعظم الأعراض الاكتئابية يتم معرفتها من خلال أخذ تاريخ المريض. وكل مريض يخضع للفحص لمعرفة الأتي:

- ١- الأفكار الانتحارية.

٢- الأفكار العنيفة أو أفكار تتوارد لديه لقتل الآخرين ، ووجود أعراض ذهانية.

٣- وجود اضطرابات طبية (Hillard, 1990 , 136-137).

يؤدي تعاطي المخدرات إلي الإصابة بالاكتئاب . فيعاني ٥٠٪ أو أكثر من المرضى الكحوليين من فترات قصيرة من الاضطرابات المزاجية الشديدة (Hillard, 1990 , 139) . وتشخيص هذا الاضطراب لدي الأطفال يتم بسهولة عندما يكون حادا ووقائع الاكتئاب الأساسي لطفل ما قبل البلوغ من المحتمل أن تظهر في الشكوى الجسدية ، والتهيج النفسي الحركي ، والهلاوس المطابقة للحالة المزاجية . وقد يكون من الشائع الإحساس بالعجز والتأخر النفسي الحركي ، والأوهام لدي المراهقين والراشدين بخلاف الأطفال . فالراشدين قد تكون لديهم مشاكل أكبر خاصة بالنوم والشهية ، ولدي المراهقين فإن السلبية ، والسلوك المضاد للمجتمع ، واستخدام الكحوليات أو المخدرات قد يحدث ويبرر الأعراض الإضافية للسلوك المنحرف أو الاعتماد عليها (حسن مصطفي ، ٢٠٠٣ - أ ، ٥٢١-٥٢٢).

٢- اضطراب الهوس Manic Disorders

الهوس حالة تتميز بشعور مسيطر ومستمر من النشوة والاستثارة مصحوبة بعدد

آخر من العلامات والأعراض (جمعة سيد ، ١٩٩٠ ، ١٩١).

يقال للهوس المس أو الهوس الجنوني (مانيا) (المانيا) لفظ يوناني قديم استعمله أطباء العرب وفلاسفتهم الرازي وابن سينا . والهوس اصطلاحا يستخدم في صورته العامة والعامية بمعنى الجنون Madness أو السلوك العنيف أو السلوك الشارد أو السلوك الضال أو السلوك المجروف بفعل قوة أخرى (عبد الرحمن العيسوي ، ٢٠٠٤ ، ٢٥٣-٢٥٤).

ويظهر المريض شعورا بالزهو وروح المرح ، ومزاج متهيج ، وهذا العظمة وقلة الحاجة إلي النوم ، وضغط الكلام ، وطيران الأفكار ، والتشتت والسرعان والنشاط المتزايد (Hillard , 1990 , 143-144) .

معدلات انتشار الهوس

تبدأ نوبات الهوس عادة في بداية العشرينات من العمر ، وهناك حالات تظهر بعد سن الخمسين ، وتحدث النوبات بصورة مفاجئة ثم تشتد الأعراض خلال فترة قصيرة حتى تصبح خطيرة ، وتستمر لعدة أيام أو لشهور وتختفي فجأة ويحتاج المريض إلي إدخاله المستشفى عند اشتداد الأعراض من أجل حمايته من الإضرار بنفسه أو بالآخرين (عبد الكريم الحجاوي ، ٢٠٠٤ ، ٢٥١) ونسبة حدوث اضطراب الهوس في المجتمع من ٣ إلي ٤ في الألف (عبد الرؤوف ثابت ١٩٩٣ ، ١١٧) .

ونوبات الهوس تكون أكثر انتشارا في الذكور ، (Sadock & Sadock , 2008 , 201) ففي دراسة حديثة واسعة المجال لما يزيد علي ثمانية ألاف راشد كان معدل انتشار نوبات الهوس تتراوح ما بين ١.٤ ٪ ، و ١.٣ ٪ لكل من الرجال والنساء (محمد السيد ، ٢٠٠٠ - ١ ، ٣٣٦) .

المحكات التشخيصية لنوبات الهوس (DSM-IV-TR , 2000)

(أ) فترة مستمرة من الانسراح المزاجي أو سهولة التهيج والاستثارة الشاذة والمستمرة ، تدوم لمدة أسبوع واحد علي الأقل (أو لأي مدة وفي هذه الحالة يستدعي الأمر إيداع الشخص المستشفى .

(ب) خلال فترة الاضطراب المزاجي هناك ثلاث أو أكثر من الأعراض التالية تكون مثابة (وأربعة أعراض إذا كان المزاج سهل الاستثارة فقط) وتوجد بدرجة دالة :

- ١- تضخم غير سوي في تقدير الذات ، أو المبالغة في العظمة .
- ٢- قلة أو نقص الحاجة إلي النوم (مثل الشعور بالراحة بعد النوم لمدة ثلاث ساعات من النوم) .
- ٣- يكون أكثر تحدثا من المعتاد (ثرثرة بدون داعي) والإلحاح للاستمرار في التحدث .

- ٤- تطاير الأفكار أو وجود خبرات ذاتية بحيوية الأفكار (الأفكار في تسابق) .
- ٥- القابلية للتشتت (من اليسر لفت الانتباه إلي مشيرات خارجية عديمة الجدوى وغير هامة) .

- ٦- زيادة في النشاط الموجة لهدف (قد يكون اجتماعيا في العمل أو المدرسة أو جنسيا) أو الإثارة أو التهيج النفس حركي .
- ٧- الانهماك أو الإفراط في أنشطة سارة ، والتي يحتمل معها قدر مرتفع من العواقب المؤلمة أو الوخيمة (مثلا : انهماك الفرد في طرب أو مرح صاحب أو تصرفات جنسية طائشة أو الانخراط في استثمارات تجارية حمقاء أو سخيفة).
- ج- لا تناظر هذه الأعراض محكات النوبة المختلطة.
- د- الاضطراب المزاجي يكون من الشدة بما يكفي لإحداث خلل أو عجزا مميذا في أداء المهام الوظيفية أو في الأنشطة الاجتماعية الاعتيادية أو العلاقات مع الآخرين .
- أو يتطلب التنويم بالمستشفى لمنع إلحاق الأذى بالنفس والآخرين أو وجود علامات ذهانية.
- هـ- الأعراض لا تعزى لتأثيرات فسيولوجية مباشرة ناتجة عن تعاطي عقاقير أو مادة مخدرة أو علامات أو حالة طبية عامة (مثل فرط نشاط الغدة الدرقية).

٣- اضطراب الهوس الخفيف Hypomania

وهو يتصف بأدنى درجات الإصابة ولا يصاحبه هذات أو هلاوس وينتاب المريض أثناء النوبة ارتفاع بمزاجه ومعنوياته ويستمر لعدة أيام ، ينشط أثناءها بشكل واضح ، ويعتريه إحساس قوي بكمال قوته الجسمية والعقلية ويصبح اجتماعيا فائقا ، ثرثار ، رافع الكلفة عن الآخرين ، عازفا عن النوم (سمير بقيون ، ٢٠٠٧ ، ٨١).

المحكات التشخيصية لنوبة الهوس الخفيف (DSM-IV-TR, 2000)

تتطابق نوبات الهوس الخفيف إلي حد كبير مع نوبات الهوس وتوجد بعض الاختلافات الطفيفة هي علي النحو التالي :

- (أ) فترة مميزة من الانسراح المزاجي ، وسهولة الاستثارة بشكل مستمر وشاذ لمدة أربعة أيام علي الأقل تكون متباينة بوضوح عن المزاج العادي غير المكتئب.
- (ب) ترتبط النوبة بتغير جلي في الأداء الوظيفي لا يتميز بها الشخص في غياب الأعراض المرضية .
- (ج) الاضطراب المزاجي والتغيرات الوظيفية تكون ملاحظة من قبل الآخرين .

(هـ) لا تتصف النوبة بالشدة لدرجة كافية لتحديث خلل واضح في الأداء الوظيفي أو الاجتماعي أو تتطلب إيداع الشخص المستشفى ولا يوجد علامات أو دلائل ذهانية.

التشخيص الفارقي لنوبات الهوس

- ❖ يجب تمييز اضطرابات الهوس عن الفصام ، واضطرابات المخ العضوية في الفص الأمامي ، وحالات الإثارة الناتجة عن الأمفيتامينات والعقاقير.
- ❖ تشخيص حالات الفصام تكون أكثر صعوبة في اضطرابات الهوس. الهلوسات السمعية والضلالات تحدث ، وتشتمل بعض الضلالات التي تكون خاصة للفصام . في الهوس هذه الأعراض غالباً تتغير بسرعة في محتواها (Gelder et al ., 1999 , 137) ويشعر المريض شعوراً زائداً معتقداً بأن له مهمة كبرى هي حكم العالم ، وتكشف هذه المنظومة الضلالية بوضوح عن حالة فصام بارانويدي لأنها مفرطة في الشذوذ والغرابة ، كما أن بها مسديات ليست لها ما يقابلها في الواقع من مدلولات مثل : حاكم العالمين ، المراقبة العامة الإسلامية في أنحاء العالم ، هذا بالإضافة إلي أنها تتضمن تفكيراً غامضاً مفككاً ، وكل هذه الخصائص يمكن أن تميز بين الأوهام المرضية في الفصام البارانويدي عن تلك الأوهام الخاصة بالهوس أو البارانويدي ، والتي تبدو في هذين المرضين أقل شذوذاً وغرابة مما هي عليه في الفصام البارانويدي .

كما أن أوهام العظمة يمكن أن تظهر في عدد من الاضطرابات المرضية وبخاصة في الهوس ، إلا أن أوهام العظمة في حالة الهوس عادة ما تكون أكثر تماسكاً وفهماً عما هي عليه عادة في الفصام البارانويدي الذي تكون فيه هذه الأوهام غير مفهومة ولا مرتبة وأكثر شذوذاً. ويعتبر الشعور بالعظمة في حالة الهوس جزءاً من الحياة المزاجية للشخص والتي تتسم بالمرح الشديد الذي يصحبه الزهو والخيال والكبرياء ، كما يزداد نشاط المريض ولكن تقل قدرته علي الاستبصار وتعقل الأمور والسيطرة علي النفس (عز الدين جميل ، ٢٠٠٣ ، ٩٤).

٤- النوبة المختلطة Mixed Episode

في النوبة المختلطة توجد كل من نوبات الهوس ونوبات الاكتئاب لمدة أسبوع علي الأقل مع حركة سريعة للانتقال من النقيض إلي النقيض أو من الهوس إلي الاكتئاب ، مع اضطراب في النوم وفقد للشهية وصعوبة التركيز ، وشيوع الهياج أو سهولة الاستثارة النفس حركية ، والأفكار الانتحارية ، ويعد مرضي النوبة المختلطة أكثر مرضي الاضطرابات المزاجية صعوبة في التشخيص (محمد السيد ، ٣٠٠٠-أ ، ٣١٠).

المحكات التشخيصية للنوبة المختلطة (DSM-IV-TR, 2000)

- (أ) المحكات تناظر كل من نوبة الهوس ونوبة الاكتئاب الأساسية (ما عدا ما يتصل بالمدة) فتكون تقريبا كل يوم خلال أسبوع واحد علي الأقل .
- (ب) الاضطراب المزاجي يكون من الشدة بدرجة كافية ليحدث خلل في الأداء الوظيفي وفي الأنشطة الاجتماعية الاعتيادية أو العلاقات الاجتماعية مع الآخرين ، أو يكون من الضرورة إيداعه بالمستشفى لتجنب أذي الذات أو الآخرين أو وجود علامات ذهانية.
- (ج) الأعراض لا ترجع إلي تأثيرات فسيولوجية مباشرة للعقاقير أو المواد المخدرة أو علامات أخرى (أو حالة طبية عامة (مثلا: فرط نشاط الغدة الدرقية) .

٥- الاضطراب الاغتمامي (اضطراب القنوط أو الجزع) Dysthymic Disorder

يستغرق حدوث الاضطراب الاغتمامي فترة زمنية لا تقل عن عامين والاضطراب من الممكن أن يبدأ في مرحلة الرشد المبكر ، غالبا بدون بداية واضحة وتبدوا الأعراض : المزاج المكتئب ، أو فقد الاهتمام أو السرور في كل أو معظم الأنشطة الاعتيادية للفرد ، والأعراض غالبا لا تكون بدرجة كافية تقابل محكات الاكتئاب الأساسي : (Kaplan & Sadock , 1985, 254)

معدلات انتشار الاضطراب الاغتمامي

يتراوح معدلات انتشار هذا الاضطراب ما بين ٥ إلي ٦٪ لكل الأشخاص وهو أكثر شيوعا بين غير المتزوجين ، وهؤلاء الذين ينتمون إلي مستويات دخل منخفضة ، ويتواجد بتكرار مع الاضطرابات النفسية لاسيما اضطراب الاكتئاب الأساسي (Sadock & Sadock , 2008 , 226) وهو أكثر شيوعا عن اضطراب الاكتئاب العام بين الأطفال في عمر المدرسة بمعدلات تصل إلي ٥ ، ٢٪ مقارنة ب٢٪ لاضطراب الاكتئاب الأساسي (حسن مصطفى ، ٢٠٠٣ -أ ، ٥٢٧-٥٢٨).

وفي دراسة حديثة واسعة المجال لما يزيد علي ثمانية آلاف راشد كان معدل انتشار نوبات معدل انتشار الاضطراب الاغتمامي ٢.١٪، و٣٪ لكل من الرجال والنساء علي الترتيب (محمد السيد ، ٢٠٠٠-أ ، ٣٣٦) .

المحكات التشخيصية لنوبات الاضطراب الاغتمامي (DSM-IV-TR , 2000)

أ- مزاج اكتئابي معظم اليوم ولأكثر الأيام ولمدة عاميين علي الأقل ، وفي الأطفال والمراهقين يتصف المزاج بعدم الاستقرار ، وسرعة الإثارة ، ويجب أن يمتد لمدة سنة علي الأقل.

ب- أثناء الاكتئاب وجود اثنين أو أكثر مما يأتي :

١- ضعف الشهية أو كثرة تناول الطعام.

٢- الأرق أو كثرة النوم.

٣- انخفاض في مستوى الطاقة أو الإحساس بالإعياء والتعب .

٤- انخفاض مستوي تقدير الذات.

٥- قصور التركيز أو صعوبة اتخاذ القرارات.

٦- مشاعر اليأس.

ج- خلال فترة العاميين (عام واحد للأطفال والمراهقين) من الاضطراب فإن الشخص .

لا يكون إطلاقا خاليا من الأعراض الموجودة في المحكين أ، ب لأكثر من شهرين في المرة الواحدة.

د- لا توجد نوبة اكتئابية رئيسة خلال فترة العاميين الأوليين من الاضطراب (سنة واحدة للأطفال والمراهقين) لا يحدث الاضطراب بسبب الاضطراب الاكتئابي الأساسي المزمّن أو الاضطراب الاكتئابي الأساسي أو في كمون جزئي.

لاحظ أنه : من الممكن وجود نوبة اكتئاب رئيسة سابقة بشرط أن يكون قد حدث كمون كامل (أي لا توجد علامات دالة أو أعراض لمدة شهرين) قبل تطور اضطراب الاحتلال الاغتمامي.

هـ- لم يحدث مطلقا نوبة هوس أو نوبة مختلطة ، أو نوبة هوس خفيفة كما أن المحكات لا تقابل أبدا محكات اضطراب المزاج الدوري.

و- الاضطراب لا يحدث علي وجه الخصوص أثناء اضطراب ذهاني مزمّن مثل الفصام أو الاضطراب الضلالي.

ز- الأعراض لا تعزي إلى التأثيرات الفسيولوجية المباشرة لتعاطي مادة مخدرة أو تعاطي عقاقير، أو ترجع إلي حالة طبية عامة (مثل: فرط نشاط الغدة الدرقية)
ح- الأعراض تسبب أسى وألم دال إكلينيكيًا أو خلل في المجالات الاجتماعية أو الوظيفية أو أية مجالات أخرى وظيفية هامة .

حدد البداية

🚩 بدء مبكر : قبل ٢١ سنة من العمر .

🚩 بدء متأخر : إذا كانت البداية عند الواحدة والعشرين أو بعدها.

التشخيص الفارقي

١- يصعب تمييز الاضطراب الاعتمامي عن نوبات الاكتئاب الأساسي بسبب تشابه أعراضهما إلي حد كبير ، والفرق بينهما أن نوبة الاكتئاب الأساسي يقل فيها أداء الشخص المعتاد بصورة ملحوظة ، بينما الاضطراب الاعتمامي خفيف الشدة ، قد لا يؤثر علي أداء الشخص ويبقي لسنوات عديدة .

٢- تغيرات الوجدان الطبيعية : لا تؤثر هذه التغيرات بأي درجة علي أداء الشخص وليست شديدة أو متكررة (عبد الكريم الحجاوي ، ٢٠٠٤ ، ٢٦١).

٦- اكتئاب أحادي القطب Unipolar Depression

عندما يحدث الاكتئاب بدون هوس هذا الاضطراب يطلق عليه الاكتئاب أحادي القطب . ويشخص عندما يمر المريض بنوبة اكتئاب رئيسة وحيدة لا تصاحبها أي من النوبات الثلاثة الأخرى : الهوس ، والهوس الخفيف ، والنوبة المختلطة ، وقد وجد أن ما بين ٥٠-٦٠٪ من الأفراد الذين شخصت حالتهم بهذا الاضطراب يتعرضون لنوبة ثانية فيما بعد ، ومن ثم تشخص حالتهم علي أنهم يعانون من اضطراب الاكتئاب الأساسي المتكرر(محمد السيد ، ٢٠٠٠-٢٠١٢) .

معدلات انتشار الاكتئاب أحادي القطب

تبلغ معدلات انتشار الاكتئاب أحادي القطب حوالي ٢٠٪ ، و١٠٪ لكل من الإناث والذكور علي التوالي (Fadem , 1991, 85) .

وتتراوح معدلات انتشار الاكتئاب أحادي القطب شديد الدرجة ما بين ٥ إلي ١٠٪ ، بينما تتراوح معدلات انتشار الاكتئاب أحادي القطب خفيف الدرجة ما بين ٣ إلي ٥٪ ، ووجدت فروق ضئيلة بين المجموعات العرقية فمعدلات انتشاره بين البيض الأمريكيان الذين تراوحت أعمارهم ما بين ٣٠-٦٤ سنة أعلى مما وجد لدي الأمريكيان الأفارقة في

نفس المدى العمري ، والاكتئاب أحادي القطب شديد الدرجة من الممكن أن يبدأ عند أي سن (Comer , 1998 , 236).

المحكات التشخيصية لاضطراب الاكتئاب أحادي القطب (DSM-IV-TR , 2000)
أ- وجود نوبة اكتئاب رئيسة وحيدة.

ب- لا تحدث نوبة الاكتئاب الأساسية بسبب اضطراب ذهاني وجداني وليست مصاحبة للفصام أو اضطراب الصورة الفصامية أو الاضطراب الهذائي أو لاضطرابات ذهانية غير محددة.

ج- لم تحدث إطلاقاً نوبة هوس أو نوبة مختلطة أو نوبة هوس خفيف.

لاحظ أنه : هذا الاستبعاد لا ينطبق إذا كانت هذه النوبات تعزي إلي تعاطي عقار أو علاجات أو لكونها ترجع إلي التأثيرات الفسيولوجية المباشرة لحالة طبية عامة.

٧- اكتئاب ثنائي القطب Bipolar Affective Disorder

هو اضطراب يتميز بنوبات متكررة (أي اثنتين علي الأقل) يضطرب فيها مزاج الشخص ومستوي نشاطه بشكل عميق. ويتكون هذا الاضطراب في بعض الأحيان من الارتفاع في المزاج وزيادة في الطاقة والنشاط (هوس أو هوس خفيف) وفي أحيان أخرى من هبوط في المزاج ، وانخفاض في الطاقة والنشاط (اكتئاب) ويتساوى الجنسان في معدل إصابتهما بالمرض أكثر من الاضطرابات المزاجية الأخرى ، وتبدأ نوبات الهوس في المعتاد فجأة ، وتستمر لفترة تتراوح بين أسبوعين وأربع أو خمس شهور (متوسط المدة حوالي ٤ شهور) أما الاكتئاب فيميل إلي الاستمرار لفترة أطول (متوسط المدة ٦ أشهر) (أحمد عكاشة ، ٢٠٠٣ ، ٤٠٢ ، ٤٠٤) وهو يتضمن كل من نوبات الهوس أو النوبات المختلطة ، وعادة ما تتناوب مع نوبات اكتئاب أساسية (Fadem & Simring ,1998, 72).

معدلات انتشار الاكتئاب ثنائي القطب

معدل انتشار هذا الاضطراب في الولايات المتحدة الأمريكية يبلغ ١٪ ، أما معدل انتشاره في ايطاليا فيبلغ ١.٣٪ (Weissman & Klerman , 1993 , 32) وحوالي ١٪ من الجنسين سوف يطورون الاكتئاب ثنائي القطب (Fadem , 1991 , 85) ويتوزع هذا الاضطراب بالتساوي بين الذكور والإناث (Sadock & Sadock , 2008 , 201).

التمييز بين الاكتئاب أحادي القطب وثنائي القطب

يبدي المرضي بالاكتئاب ثنائي القطب تكرر مرتفع من التاريخ الأسري الايجابي أكثر من المرضي بالاكتئاب فقط ، الدراسات في مجال علم الأدوية النفسية يشير أيضا إلي وجود فروق في الاستجابة للمرضي بالاكتئاب ثنائي القطب ، والمرضي بالاكتئاب للعقاقير النفسية لاسيما الليثيوم (Kaplan & Sadock , 1985, 245) .

٨- اضطراب دوري المزاج Cyclothymic disorder

ابتكر هذا المصطلح كالباوم Kahlbaum في منتصف القرن التاسع عشر وكان يطلق عليه مصطلح " الجنون الدوري " (Kaplan & Sadock , 1985, Circular Insanity) (259) وقد أصبح هذا الاضطراب في السنوات الحديثة أكثر وضوحا:

(Waldinger , 1990,139-140)

وهو يبدأ غالبا في فترة مبكرة من العمر ، وعادة في سن المراهقة . ويمكن تميزه علي أنه تبدل في الشخصية حيث تنتاب أعراض الهوس الخفيف مع أعراض الاكتئاب الأساسي بدرجة أقل حدة مما هي عليه في نوبة الاكتئاب الأساسية النقية ، كما تتباين فترات الهوس والاكتئاب وشدها من حين لآخر ومن مريض لآخر محمد السيد ، ٢٠٠٠-أ ، (٣٢٢).

ويشكل هذا الاضطراب نسبة تتراوح ما بين ٣ إلي ٥٪ من كل المرضي النفسيين بالعيادات الخارجية ، ومعدل انتشاره مدي الحياة يبلغ ٨٪ (Sadock & Sadock , 2008) (228) ، ويعتبر هذا الاضطراب أقل انتشارا من نوبة الاكتئاب الأساسي خلال الحياة وتتراوح معدلات انتشاره في الولايات المتحدة ما بين ٢.١٪ و ٤.٧٪ ويبلغ معدل انتشار الاضطراب بين النساء ضعف معدله بين الرجال (Weissman & Klerman , 1993 , 35).

المحكات التشخيصية لاضطراب المزاج الدوري (DSM-IV-TR, 2000)

أ- خلال عامين علي الأقل توجد فترات عدة بها أعراض الهوس الخفيف وفترات عدة بها أعراض اكتئابية لا تقابل محكات نوبة الاكتئاب الأساسي .

لاحظ أنه : في الأطفال والمراهقين المدة يجب ألا تقل عن سنة علي الأقل .

ب- خلال هذين العامين (عام واحد للأطفال والمراهقين) فإن الشخص لا يكون خاليا من الأعراض الموجودة في المحك (أ) لأكثر من شهرين في المرة الواحدة.

ج- لا توجد نوبات اكتئاب رئيس ، نوبة هوس أو نوبة مختلطة خلال العامين الأوليين من الاضطراب .

لاحظ أنه : بعد مرور العامين الأولين (وعام واحد بالنسبة للأطفال والمراهقين) فإن اضطراب المزاج الدوري من الممكن أن تضاف عليها نوبات الهوس والنوبات المختلطة (في هذه الحالة فإن كل من اكتئاب ثنائي القطب الاضطراب الدوري يمكن تشخيصه ، أو نوبات الاكتئاب الأساسي) وفي هذه الحالة فإن كل من الاكتئاب الثنائي II والاضطراب الدوري يمكن تشخيصه.

د- الأعراض في محك (أ) علي وجه الخصوص لا تحدث أثناء اضطراب وجداني - فصامي ، فصام ، اضطراب ضلالي.

هـ- الأعراض لا تعزي إلي تأثيرات فسيولوجية مباشرة ناتجة عن تعاطي مادة مخدرة أو تناول العقاقير ، أو ترجع إلي حالة طبية عامة (مثل : فرط نشاط الغدة الدرقية).
و- الأعراض تسبب أسي وألم دال إكلينيكيًا وخلل في المجالات الاجتماعية أو الوظيفية أو أية مجالات أخرى هامة.

الاضطراب الوجداني الموسمي (Seasonal Affective Disorders (SAD)

لوحظ نوع من الاكتئاب الموسمي ، يظهر في فصل الشتاء عندما تختفي الشمس لمدة طويلة في البلاد الشمالية ، ويختلف عن نوبة الاكتئاب السابق شرحها في أن المرضى يعانون من إفراط في الشهية ، خاصة بالنسبة للنشويات ، وإفراط في النوم ، وظهور الأعراض في هيئة موسمية في فصل الشتاء ، ويستجيب هؤلاء المرضى للتعرض للضوء الصناعي مدة ساعتين إلي ثلاث ساعات يوميا أكثر من استجاباتهم المضادة للاكتئاب أو جلسات الكهرباء ، ويحتمل وجود علاقة بين هذا المرض ، وهرمون الميلاتونين والذي يتأثر بالضوء ، وبدأ الاهتمام حديثًا باضطراب مماثل في البلاد الحارة ، عندما يزيد ضوء الشمس ، ويتعرض المرضى لاضطراب اكتئابي موسمي في فصول الصيف (أحمد عكاشة ، ٢٠٠٣ ، ٤٤٢).

الانتحار Suicide

ميلندا ترقد في قسم الرعاية المركزة والتنبؤ ببقائها حية يكون غير واضح فقد تناولت جرعات كبيرة من العقاقير ، واستهلكت كميات كبيرة من الكحوليات في الليلة الفائتة ، وقد وجدها صديقها وهي في حالة إغماء عندما ذهبت إلي منزلها بعد أن فشلت في الحضور إلي العمل ، وكان السؤال هل هي حقا تريد أن تنهي حياته:

(Kendall & Hammen , 1995 , 266)

يقدر سنويا حوالي ١٦ ألف منتحر في الولايات المتحدة الأمريكية ، وينتحر واحد من كل سبعة يعانون من نوبات الاكتئاب المتكرر (Stahl , 2000 , 141) ومعدلات

انتشار الانتحار لدي المكتئبون بالاكتئاب الأساسي تختلف ففي دراسة (Barraclough et al., 1974) وفي دراساتي (Dorpat & Ripley, 1975 ; Barraclough & Pallin, 1975) تراوحت النسبة ما بين ٣٠٪ إلى ٤٥٪.

وتبلغ معدلات الانتحار في الرجال ثلاثة أضعاف نسبتها في الإناث ، بينما تزيد معدلات الانتحار التي لا تنتهي بالقتل الفعلي في المرأة مقارنة بالرجال ، وتزيد معدلات الانتحار مع التقدم في السن ، تزيد بعد سن ٤٥ سنة في السيدات وبعد سن ٥٥ سنة عند الرجال ، كما تزيد فرص نجاح إتمام الانتحار كلما تقدم السن ، وتصل معدلات الانتحار في كبار السن إلى ٢٥٪ من مجموع حالات الانتحار رغم أنهم يمثلون نسبة ١٠٪ فقط من مجموع السكان (لطفي الشريبي ، ٢٠٠١ ، ١٩١).

وانتهت نتائج دراسة بيرج وآخرون (Burge et al., 2002) إلى أن نصف حالات الراشدين المتخلفين عقليا الذين استقبلتهم مستشفيات الأمراض النفسية كانوا بسبب محاولات الانتحار ، وتشيع الأفكار الانتحارية ، ومحاولات الانتحار في الأفراد المعوقين بإعاقات خفيفة ، وفي الأفراد المتخلفين عقليا من متوسطي الدرجة إلى شديدي الدرجة (Menolascino et al., 1989; Walters, 1990).

وتزداد معدلات انتشار الانتحار لدي ذوي صعوبات التعلم فقد أسفرت نتائج دراسة سفتاز وآخرون (Svetaz et al., 2000) عن ارتفاع معدلات انتشار الانتحار في الطلاب ذوي صعوبات التعلم في المدارس فقد بلغت النسبة المقررة ٥.٧٪ خلال فترة ١٢ شهر. وانتهت نتائج دراسة شيسل وريف (Shesell & Reiff, 1999) إلى أن ٤ من كل ١٤ فرد ذوي صعوبات قد ارتكبوا الانتحار. وترتفع معدلات محاولات الانتحار في الإناث عن الذكور ذوي صعوبات التعلم (٩٪ في مقابل ٤٪).

وفيما يلي المظاهر المرضية المنذرة بإمكانية الانتحار :

- ١- توفر حادثة سابقة في عائلة المريض.
- ٢- تهديد المريض بالانتحار أو قيامه بمحاولة جزئية في الحاضر أو في السابق.
- ٣- تحدث المريض عن عدم جدوى الحياة ، ورغبته في الموت.
- ٤- وجود مخاوف متسلطة وملحة بأن المريض سيفقد السيطرة علي عقله وتصرفاته.
- ٥- وجود أعراض اندفاعية في تصرفاته.
- ٦- إدمان المريض علي المسكرات أو المنومات وتناولها بمقادير زائدة (علي كمال ، ١٩٨٨-أ، ٢٤٨).

حالات الانتحار

أوردت منظمة الصحة العالمية في تصنيفها التاسع للاضطرابات العقلية ١٩٨٢ حالات الانتحار علي النحو التالي :

- الانتحار وتسمم الذات بمواد صلبة أو سائلة وتشمل : المسكنات ومضادات الحمى الروماتيزمية ، والبربيتودات ، والمنومات ، والمهدئات والعقاقير المؤثرة علي العقل ، والمستحضرات الكيميائية أو الصيدلانية المستخدمة لأغراض الزراعة والبستنة .
- الانتحار وتسميم الذات بالغازات المستخدمة في المنازل ، أو بغازات وأبخرة أخرى .
- الانتحار وإصابة الذات بالشنق والخنق والاختناق ، أو بالغمر (الغرق) .
- الانتحار أو إصابة الذات بالأسلحة النارية والمتفجرات ، أو بآلات قاطعة أو ثاقبة .
- الانتحار وإصابة الذات بالقفز من أماكن مرتفعة .
- الانتحار بوسائل أخرى غير محددة (حسن مصطفي ، ٢٠٠٣ - ١ ، ٥٤٢) .

تفسير الانتحار

تعزي أسباب الانتحار إلي العوامل الجينية حيث أن مخاطر الانتحار تعتبر عالية جدا لدي أقارب المصابين بالاضطرابات المزاجية عنها بين أقارب المصابين بالفصام ، وقد وجدت مستويات منخفضة من السيروتونين في مخ أشخاص أكملوا الانتحار ، وتم تشريحهم حيث وجدت في السائل المخي لدي المكتئبين الذين حاولوا الانتحار بالطرق العنيفة ، والأطفال والمراهقين المعرضين لبيئة إدمان وعنف وإهمال ، أكثر عرضة لمخاطر محاولات الانتحار (حسن مصطفي ، ٢٠٠٣ - أ ، ٥٤٥) .

لخص منتز 1968 ، Mintz مختلف الدوافع الواردة في الأدبيات بخصوص الانتحار بالآتي: العدوان المتجه إلي الداخل ، والانتقام من الآخرين وجعلهم يشعرون بالذنب ، ومحاولة لفرض الحب علي الآخرين ، ومحاولة للتفكير عن أخطاء الماضي ، ومحاولة لتخليص النفس من مشاعر غير مقبولة ، والرغبة في التقمص أو التناسخ أو التجسد من جديد ، والرغبة أو الحاجة للهروب من الضغوط أو الألم أو الانفعال الذي لا يطاق (قاسم حسين ، ٢٠٠٨ ، ٣٢٤) .

وتلعب الأحداث الحياتية دورا بالغ الأهمية في حدوث الانتحار في السكان من قبيل موت الحبيب ، والصدمات التي يتعرض لها الفرد (Bongar , 2002). وشخصية المنتحر تغلب عليها سمات عدم النضج والنكوص الطفولي المتمركز حول الذات ، ويعاني المنتحر من الوحدة وتنطوي شخصيته علي عدوان شديد كما من والعجز عن تكوين علاقات اجتماعية مرضية ، ويشير عالم الاجتماع دوركهايم إلي أن الانتحار ظاهرة اجتماعية مرتبطة بالظواهر الأخرى ومتأثرة بها (سوسن شاكر ، ٢٠٠٨ ، ٢٦٩-٢٧١).

معدلات انتشار الاضطرابات المزاجية لدي ذوي الاحتياجات الخاصة

ترتفع معدلات انتشار الاكتئاب لدي ذوي الاحتياجات الخاصة فقد أسفرت نتائج دراسة كوبي (Kobe , 1991) عن أن تقديرات الوالدين لاكتئاب أبناءهم المعوقين علي قائمة CDI كانت دالة ومرتبطة بالمحكات المقررة في DSM-III R ، وأن الأطفال المعوقين كذلك يعانون من القلق ، ولديهم صورة سلبية عن الذات.

ترتفع معدلات انتشار الاضطرابات المزاجية في المتخلفين عقليا فالإكتئاب يكون من أكثر الاضطرابات النفسية شيوعا بين المتخلفين عقليا (Robertson , 2006 , 349; Reiss, 2000) وتتراوح معدلات انتشاره بين المتخلفين عقليا ما بين ٨.٢ (Menolascino et al ., 1986) إلي ٨.٩٪ (Reiss , 1990 ; Reiss & Rojahn , 1993) وقدرت نسبة انتشاره بين الراشدين المتخلفين عقليا بـ ٤.٨٪ (Meins , 1993).

وانتهت نتائج دراسة جيلبرج وآخرون (Gillberg et al ., 1986) والتي أجريت علي عينة بلغ عددها ١٤٦ متخلفا عقليا ، وتراوحت أعمارهم ما بين ١٣- ١٧ سنة ، إلي أن ٢.٤٪ من المتخلفين عقليا يعانون من الاكتئاب. وفي عينة مكونة من ٢٦٤ طفلا يعانون من إعاقات عقلية ، وتراوحت أعمارهم ما بين ٥-١٥ سنة ، خلصت نتائج دراسة أميرسون (Emerson , 2003) إلي أن معدلات انتشار الاكتئاب تبلغ ١.٥٪.

ويشير رولا (Rola, 1996) من خلال مراجعة متفحصه للتراث أن المتخلفين عقليا يظهرون أعراض الاكتئاب الأساسي . والذي لا يتباين في أعراضه عن ما وجد لدي أترابهم العاديين (Craft , 1979,151) .

وأجريت دراسة كوربت (Corbett , 1979-A) علي عينة بلغ قوامها ٤٠٢ متخلفا عقليا ، بمتوسط عمري ١٥ سنة ، وانتهت نتائجها إلي أن نسبة انتشار الاكتئاب بين العينة كانت ٤٦.٣٪ ، واكتئاب الهوس الاكتئابي كان ٢٥.٤٪ أما دراسة ديكر وكوت

(Dekker & Koot , 2003) فقد أجريت علي عينة بلغ قوامها ٤٧٤ طفلا متخلفين عقليا منتظمون في المدارس ، وأسفرت نتائجها عن أن ١٠.٧٪ يعانون من الاختلال الاعتمامي. ومعدلات انتشار الاختلال الاعتمامي تكون كبيرة في النساء والمطلقات.

وانتهت نتائج دراسة ماسي وآخرون (Masi et al ., 1998) إلي أن الصورة الإكلينيكية للاكتئاب في المتخلفين عقليا تشتمل علي الاكتئاب الأساسي والاضطراب الاعتمامي ، واضطراب الاكتئاب ثنائي القطب. وحدوث الهوس والهوس الخفيف يكون نادر في الأفراد المتخلفين عقليا ، ولكنه يكون تراجيدي أو مثيرا إذا حدث: (Craft , 1979, 153)

ومن خلال مراجعة الملفات لعينة بلغ قوامها ١٩ مريضا متخلفا عقليا وجد والترز وآخرون (Walters et al ., 1995) أن الشكوى كانت المعاناة من سلوك انتحاري أثناء دخولهم أو إقامتهم في المستشفى ، والانتحاري يكون موزع بين الجنسين. وانتهت نتائج دراسة والترز (Walters , 2000) إلي أن نسبة ٢١٪ من عينة الأطفال والمراهقين المتخلفين عقليا البالغ عددهم (٩٠) قد ارتكبوا سلوك انتحاري.

ويفسر ارتفاع معدلات انتشار الاضطرابات المزاجية لدي المتخلفين عقليا إلي ما يلي:
١- انتهت نتائج دراسة نيزو وآخرون (Nezu et al ., 1995) إلي أن الأفراد المتخلفين عقليا يبدون أفكار سلبية ، ومعدلات منخفضة من تعزيز الذات .

٢- أسفرت نتائج برامستون وآخرون (Bramston et al ., 1999) عن أن حجم الضغوط المقررة بين المتخلفين عقليا أعلى مما وجد في العاديين. وقامت دراسة ستاك وآخرون (Stack , et al ., 1987) للتحقق من أن المتخلفين عقليا يخبرون أحداث حياتية بصورة متزايدة قبل إدخالهم المستشفى مقارنة بالعاديين ، وانتهت نتائج هذه الدراسة إلي تقرير ما يلي : أن المتخلفين عقليا في المتوسط يخبرون أحداث حياتية بنسبة ٠.٨ مقارنة بـ ١.٥ للعاديين. يخبر المتخلفون عقليا نسبة ٥٠٪ من أحداث الحياة التي تتضمن الصراع بين الأفراد بعضهم البعض ، مقارنة بـ ٥٪ للعاديين. وأشارت نتائج دراسة هستينز وآخرون (Hastings et al ., 2004) إلي أن المتخلفين عقليا أظهروا واحدة أو أكثر من أحداث الحياة في العام الأخير تزيد من انتشار الاضطرابات الانفعالية لديهم .

٣- يبدى الأفراد المتخلفون عقليا في المؤسسات وغير المؤسسات سلوكيات أكثر اتساقا مع العجز المكتسب مقارنة بالعاديين (Floor & Rosen, 1975) .

٤- قد يكون الاكتئاب لدى المتخلفين عقليا مظهرا للضياع في مرحلة الطفولة وخبرات الإحباط ، وانخفاض المعززات الاجتماعية التي يتلقاها الفرد(عبد الرقيب البحيري ، ٢٠٠٤ ، ٩٠٥).

وبالرغم من صعوبة تشخيص الاضطرابات المزاجية لدى الأفراد التوحديين بسبب القصور في قدرتهم علي التواصل والتعبير عن مشاعرهم لفظيا أو من خلال التعبيرات الوجهية (Sovner ، 1986) كما أن شكوى الأفراد التوحديين من الألم تكون نادرة (Lainhart & Folstein , 1994 , 597) إلا أن نتائج دراسة جيزيادين (Ghaziuddin et al ., 2002) . أظهرت أن ارتفاع معدلات انتشار الاكتئاب بين الأطفال والمراهقين التوحديين. وقدرت نسبة انتشاره بينهم بـ٢٪ (Ghaziuddin et al ., 1992). كما انتهت نتائج دراسة وزنيك وبايدمان (Wozniak & Biederman , 1997) إلي إصابة الأفراد التوحديين بالهوس والهوس الخفيف .

ومن المراجعات الهامة التي فحصت الاضطرابات الاكتئابية لدى الأفراد التوحديين مراجعة لينهت وفولشتين (Lainhart & Folstein, 1994 , 597) حيث قاما بمراجعة ١٧ دراسة أجريت علي الأفراد التوحديين ، نصف المرضي في هذه الدراسات كان من الإناث ، و٣٥٪ من المرضي التوحديين كانت بداياتهم مع الاضطرابات المزاجية في مرحلة الطفولة ، و٥٠٪ لديهم تاريخ أسري من الاضطرابات المزاجية ومحاولات الانتحار. وكانت بداية اضطرابات المزاج واضحة لدي الحالات التالية (٤ ، ٦ ، ٧) في مرحلة الطفولة والمراهقة والرشد علي التوالي . والنوبات المنفردة كانت مقررة في ٦ حالات ، واضطرابات المزاج المتكررة والمزمنة كانت واردة في ١١ حالة ، و٨ حالات لديهم نوبات اكتئابية ، و٤ حالات يعانون من نوبات هوس ، و٤ حالات تعاني من نوبات اكتئاب وهوس ، وأحد الحالات تعاني من نوبات مزاجية مختلطة. ومن الدراسات الهامة دراسة كيريتا وناك (Kurita & Nakayasy, 1994) والتي تناولت فحص طفل توحدي من الذكور يعاني من اكتئاب موسمي .

يعاني المعوقين سمعيا من الاضطرابات المزاجية فقد أسفرت نتائج دراسة دينمارك والدريدج (Denmark & Eldridge , 1969) عن أن ١٦.١٪ من الصم البالغ عددهم ١٧٠ أصم يعانون من الاكتئاب. أما نتائج دراسة جرينكر وآخرون (Grinker et al , 1969) . فقد أشارت نتائجها إلي أن ٥.٧٪ من العينة البالغ عددها ١٥٩ يعانون من الاكتئاب الشديد .

وأسفرت نتائج دراسة دينمارك وورن (Denamark & Warren , 1972) إلى أن ٢٠.٨٪ من المعوقين سمعياً البالغ عددهم (١٠٩) يعانون من الاكتئاب. وانتهت نتائج دراسة ريمفينج (Remving , 1969) إلى أن تشخيص اضطراب الاكتئاب الشديد كان مقرر في (٣١) مريض أصم. وأسفرت نتائج دراسة مايكلوبست ، ديجل (Myklebust , 1994) ; Daigle , 1964 عن أن الذكور الصم أكثر اكتئاباً من الذكور العاديين ، ولا توجد فروق دالة بين الإناث الصم وأقرانهم من الأسوياء. ونشر ماركويتز ونيبنجر (Markowitz & Nininger , 1984) حالة عن أصم يعاني من حالة هوس .

وانتهت نتائج دراسة ديجل (Daigle , 1994) إلى أن اضطراب ثنائي القطب كان أقل انتشاراً في الغالب في المرضى الصم فكان (٣٪) في مقابل (١٥٪) لعادي السمع . وانتهت نتائج دراسة هسكن (Haskin, 1998) من خلال فحص ٥٤ مريض أصم مقيم ، أن (٥ حالات) فقط تعاني من اكتئاب ثنائي القطب . أما ألتشليير (Altshuler , 1971) فقد أشار إلى أنه من خلال خبرته التي تجاوزت (١٥ سنة) مع العمل مع المرضى الصم في مدينة نيويورك أنه وجد حالة واحدة من المرضى الصم يعاني من اكتئاب ثنائي القطب .

وانتهت نتائج دراسة جرينكر (Grinker , 1969) من خلال فحص عينة مكونة من ١٥٩ أصم ، أن شخص أصم فقط يعاني من اكتئاب ذهاني ، و٩ مرضي لديهم اكتئاب عصابي ، واحد وعشرون مريض يعانون من محاولات انتحارية.

وانتهت نتائج دراسة ديدزنسكي (Dudzinski , 1998) إلى وجود عدد جوهري من الراشدين الصم صغار السن لديهم أفكار انتحارية أثناء دراستهم الأكاديمية ، كذلك فإن الذكور والإناث الذين يهددون بالانتحار لديهم مشكلات أسرية ، ومشكلات تتعلق بالعلاقات البينشخصية. وبلغت معدلات انتشار نسبة الانتحار بين الطلاب الصم ٢٪ ، أما محاولات الانتحار فقد تراوحت نسبتها ما بين ١.٧٪ إلى ١٨٪ (Turner et al ., 2007).

أما عن معدلات انتشار الاضطرابات المزاجية في المعوقين بصريا فقد انتهت دراسة فيتزجيرالد وآخرون (Fitzgerald et al ., 1978) إلى أن المعوقين بصريا يعانون من مستويات مرتفعة من الاكتئاب بعد مضي أربع سنوات من إصابتهم بالإعاقة البصرية ، وأن نسبة مرتفعة من العينة لا تزال تعاني من الاكتئاب (٥٠٪) ، والصراخ ، والغضب ، وتغيرات في الوزن (أكثر من ٣٠٪) وتقدير الذات المنخفض (٢٠٪) .

والمعوقين بصريا يظهرون العديد من المشكلات الانفعالية مثل : الاكتئاب القلق ، التحولات المزاجية (176-175 , 1969 , Offer) . وانتهت نتائج دراسة ورن وآخرون (Waren et al ., 2002) إلى أن المعوقين بصريا كبار السن مرتبطين بمخاطر كبيرة للانتحار . وترتفع معدلات انتشار الاضطرابات المزاجية لدي ذوي صعوبات التعلم فقد أبانت نتائج الدراسات هيث ، ماج وبيرنز ، دالي وآخرون ؛ (Maag & Behrens , 1989 ; Dalley et al ., 1992; Heath, 1995) إلى ارتفاع معدلات انتشار الاكتئاب لدي ذوي صعوبات التعلم في عمر ٨ سنوات. وفي مرحلة المراهقة المبكرة . وفي مرحلة المدرسة العليا . أما نتائج دراسة فريستاد وآخرون (Fristad et al ., 1992) فقد أسفرت عن ارتفاع معدلات انتشار الاكتئاب الأساسي لدي ذوي صعوبات التعلم. وانتهت نتائج دراسة بلوم وآخرون (Blum et al ., 2001) إلى أن ارتفاع معدلات الانتحار لدي ذوي صعوبات التعلم ثلاث مرات مقارنة بالمعوقين بدنيا ، وذوي الاضطرابات الانفعالية. ويتوقع أن تزداد مخاطر الاكتئاب والانتحار لدي المراهقين الموهوبين (Santmire 191, 1990) ، فقد انتهت نتائج دراسة بيكر (Baker , 1995) إلى أن الموهوبين يخبرون الاكتئاب مثل الآخرين في المجتمع.

وفسر الاكتئاب لدي الموهوبين في ضوء رغبة الموهوب إلى الوصول إلى مستويات مرتفعة من الأداء والمسئولية والانجاز ، ومشاعر الصراع بين هذه العوامل ، ومشاعر الوحدة من خلال تجاهل الآخرين (Weisse , 1990) .

كشفت نتائج الدراسات عن ارتفاع معدلات انتشار الإضرابات المزاجية لدي المعوقين بدنيا فقد انتهت نتائج دراسة جلاسر وآخرون (Glaser et al ., 1964) إلى أن المعوقين بدنيا يعانون من الاكتئاب بصورة متدنية عن الذات والانسحاب الاجتماعي . وأسفرت نتائج دراسة هيل ، تيرنر وبيزر ، روتر (Turner ; Hill , 1993 ; Rutter, 1977) ، إلى أن الراشدين المعوقين بدنيا يخبرون الاكتئاب أكثر من أقرانهم غير المعوقين. ويعاني مرضي التصلب الحديبي من الاكتئاب ، والانفعال السلبي (Maier et al ., 2003) .

ويعزي ارتفاع معدلات انتشار الاضطرابات المزاجية في المعوقين بدنيا إلى التفاعلات المتدنية مع الآخرين ، كما أنهم يفتقرون إلى الأصدقاء ، والأقران والتي صعوبات جمة في التنقل (Stevens et al ., 1996) .

التشخيص الفارقي للاضطرابات المزاجية

عند تشخيص الاكتئاب يراعي ما يلي :

- ١- أن هناك عدة من العقاقير التي تسبب الاكتئاب مثل ، Steroids ، Methyldopa ، Reserpine ، Propranold والمهلوسات Hallucinogens والماريجوانا Marijuana ، والأعراض الانسحابية الناتجة عن تعاطي الامفيتامينات Amphetamine ، والبنزوديازيبين Benzodiazpines والباريتيورات Babiturates.
- ٢- الأمراض الناتجة عن العدوى مثل التهاب الكبد الوبائي ، والالتهاب الرئوي.
- ٣- اضطرابات الغدد الصماء لاسيما الغدة النخامية والغدة الدرقية.
- ٣- اضطرابات الجهاز العصبي مثل إصابات وأورام المخ .
- ٤- اضطرابات أخرى مثل : الإصابة بالأنيميا ، سوء التغذية:

(Waldinger , 1990,139-140)

٥- الذهان العضوي : يبدأ أحيانا الذهان العضوي مثل زهري الجهاز العصبي وتصلب شرايين المخ وأورام المخ ، والشلل الاهتزازي ، والتصلب المتأثر بأعراض اكتئابية ولذا يجب فحص المريض بدقة .

٦- كثيرا ما تكون أعراض الاكتئاب ثانوية لسرطان القولون والبنكرياس ونقص الأكسجين في المخ من جراء هبوط في القلب أو وظائف التنفس ، كذلك مع هبوط الكبد أو الكلية ، مما يتطلب الفحص الدقيق (أحمد عكاشة ٢٠٠٣ ، ٤٥٠) .

٧- لأن الأفراد الذين يصابون بحالة الخرف Dementia يخبرون فقدان الذاكرة ، وصعوبة في عملية التركيز ، أنه يكون من الصعب التمييز بينهما لاسيما في الأعمار الكبيرة. كما يجب التمييز بين الذهان والاكتئاب الذهاني ، فالأعراض الاكتئابية غالبا تكون تابعة لبداية الذهان ، في الاكتئاب الذهاني اضطرابات المزاج تسبق أو تتحد مع بداية الذهان (Waldinger , 1990) .

النماذج المفسرة للاكتئاب والاضطرابات المزاجية

العوامل البيولوجية Biological Factors

١- الوراثة Genetics

تتعدد النماذج المفسرة للاكتئاب فيركز النموذج الوراثي في نشأة الاكتئاب علي

الاستعداد الوراثي لدي الفرد (Katona & Robertson , 2005) والذي بدوره يفسر نسبة ٣٠٪ من حدوث الاكتئاب الأساسي (Sullivan et al ., 2000) وتؤكد الدراسات

علي أن عدد الأفراد الذين يعانون من الاكتئاب في أسرة المريض يزيد بمقدار ٣ أضعاف عن الأسر العادية (لطفني الشربيني ، ٢٠٠١ ، ٥٧) .

وبعد عرضه لمجموعة من الدراسات التي تدلل علي أهمية العامل الوراثي يشير (أحمد عكاشة ، ٢٠٠٣ ، ٤٢٠) إلي أن نسبة الإصابة بالاضطرابات المزاجية بين التوائم المتشابهة تصل إلي ٦٥٪ والتوائم المتأخية إلي حوالي ١٤٪ ، وتقل نسبة الإصابة بين أفراد العائلة ، كلما تقدم سن المريض بين المصابين ، وكلما وجدت مسببات نفسية وجسمية.

ويشير كليمانتر Kleinmuntz, 1980 إلي القول بأن البيئات المتوافرة حالياً توهي بأن العامل أو المكون الوراثي له دور أكبر في اضطراب ذي القطبين (أي الاكتئاب مع الهوس) من اضطراب القطب الواحد (أي الاكتئاب من دون هوس) وهذا يعني أن المتغيرات أو العوامل الوراثية قد تكون ذات أهمية أكبر في اضطراب ذي القطبين منها في اضطراب القطب الواحد (قاسم حسين ، ٢٠٠٨ ، ٢١٢)

(Kendall & Hammen 1995 , 257; Kaplan & Sadock , 1985 , 241) فبينما نتوقع حدوث اضطراب الهوس والاكتئاب في المجموع العام للناس بنسبة ٣٪ ، نجده يرتفع عند أقرباء المرضى بذهان الهوس والاكتئاب ، ويصل بين التوائم المتطابقة بنسبة ٧٠٪ ، والتوائم غير المتطابقة ١٦٪ (كوفيل وآخرون ١٩٨٦ ، ٢٦٢).

٢- النموذج الكيميائي الحيوي

يرجع النموذج الكيميائي الحيوي نشأة بعض جوانب الاكتئاب إلي الاضطراب في توازن البوتاسيوم والصوديوم عند المكتئبين ، ووجود قصور في العناصر الكيميائية في المخ وبخاصة توزيع العناصر الأمينية ، وهي عبارة عن موصلات عصبية وتشمل أنواعا منها الدوبامين ، والسيروتينين والنوربيبينفرين (عبد الستار إبراهيم ، ١٩٩٨ ، ١٠٤-١٠٥) ونقص ناتج أيض النورأدرينالين في مرضي الاكتئاب بينما يكون مرتفعا في ٥٠٪ من مرضي الهوس (ثامر أحمد وآخرون ، ٢٠٠٨ ، ٣٥٩) .

تضمين الغدد الصماء في الاكتئاب ظل مجال للشك لعدة سنوات مضت. لاسيما الاضطرابات الهرمونية في الغدة النخامية ، وكذلك اضطرابات الغدة الدرقية (سمير بقيون ، ٢٠٠٧ ، ٩٠) والأعراض البدنية الملاحظة الواضحة للتغيرات في الغدد الصماء في اضطرابات المزاج تكون قلة الشبهة ، فقدان الوزن تقلص الدافع الجنسي:

(Kaplan & Sadock , 1985, 242)

وحدوث خلل في نشاط الغدد الصماء يقترح من خلال ارتباط اضطراب المزاج
بزملة أعراض كوتشنج Cushing's Syndrome والذي ينشأ من زيادة معدل هرمون
الكورتيزول في الدم ، كما أن اضطرابات الاكتئاب تحدث بعد الولادة وبعد انقطاع الطمث
ويكون ذلك مرتبط بتغيرات في الغدد الصماء رغم عدم وجود دليل قوي مساند:

(Gelder et al ., 1999, 141)

ويبدو أن عدم التوازن الهرموني يظهر أكثر في حالة الاكتئاب الذاتي (أي المتسببة
من داخل الفرد) وإنه بالتالي يمكن أن يفيد عدم التوازن الهرموني للتفريق بين حالات
الاكتئاب الداخلية وحالات الاكتئاب الخارجية (قاسم حسين ٢٠٠٨ ، ٢١٣) .

والإيقاعات اليومية (الساعة البيولوجية) وشذوذ نمط النوم في الاكتئاب مع
التحسن العابر في الاكتئاب الذي يحدث بتأثير حرمان النوم أدى إلي افتراض أن
الاكتئاب انعكاس لنظام شاذ في إيقاع الساعة البيولوجية ، واكتئاب الدورة الشهرية وما
قبلها وتوقفها في حالات اضطراب الاكتئاب الشديدة (شمر أحمد وآخرون ، ٢٠٠٨ ، ٣٦٠) .

وهناك فحص كيميائي يتم فيه تحليل عينة من الدم في تحديد مستوى مادة
الكورتيسول Cortisol وهي احدي المواد الطبيعية التي يتم إفرازها في الجسم ويزيد
مستواها في أوقات معينة من اليوم ، وينقص في أوقات أخرى تبعا للساعة البيولوجية وقد
لوحظ أن مستوى هذه المادة يزيد في حالات الاكتئاب (لطفي الشربيني ، ٢٠٠١ ، ٦٥) .

وفي دراسة حديثة لتقييم صور الرنين المغناطيسي لدي أكثر من ١٠٠ من المرضى
بالاكتئاب بالمستشفيات النفسية ، وجد انخفاضا في حجم الفص الأمامي Frontal Lobe
وزيادة حجم البطين Ventricular وهذه النتائج تتفق مع اكتشافات أخرى قدمتها
فحوص الرنين المغناطيسي لدي الراشدين المصابين بالاكتئاب الأساسي ، وأيضا دراسات
فحص جثث المكتئبين من الراشدين التي أظهرت فقدان اختياري لخلايا الفص الأمامي
والتلف في الفصوص الأمامية مرتبطا أيضا بأعراض الاكتئاب لدي المرضى ، وتبدو بأنها
ذات ارتباطات متعددة بالعقد القاعدية Basal Ganglia والجهاز الطرفي Limbic
System ويعتقد أن ذلك يشتمل علي عدم السواء في علم أمراض الاكتئاب (حسن مصطفى ،
٢٠٠٣ ، أ ، ٥٢٩-٥٣٠) .

وانتهت نتائج دراسة ميريم (Merriam et al ., 1999) إلي أن المرضى المصابين
بالاكتئاب الأساسي مصابون باضطراب في القشرة قبل الجبهية Prefrontal Cortex
حيث يلاحظ القصور في كمية انسياب الدم إلي هذه القشرة وهناك خفض في نشاط

عمليات البناء في هذه القشرة ، وضمور أو توقف عن النمو العصبي في القشرة قبل الجبهية Neural Atrophy (Drevets , 2000; Bremner et al ., 2000). كما انتهت نتائج دراسة بارش وآخرون (Barch et al ., 2003) إلى أن المرضى بالاكْتئاب الأساسي أظهروا نشاطا واضحا في القشرة قبل الجبهية الظهرية الجانبية اليميني واليسري Right and Left Dorsolateral Prefrontal Cortex ، كما أوضح التخطيط الكهربائي للدماغ أن الكثير من المرضى بالاكْتئاب يظهرون اضطرابات أثناء النوم (النوم أقل عمقا) ، وسرعة دخول المريض في نوم حركة العين السريعة: (Sadock & Sadock , 2003 , 539)

العوامل النفسية Psychological Factors

يشير النموذج التحليلي النفسي إلى أن الأعراض الاكتئابية ترتبط بتقدير للذات منخفض ، وبخبرات الفقد (Kaslow et al ., 2000) أثناء مرحلة الرشد (فقد الزوج أو الزوجة) (Fadem & Simring, 1998 , 67). وقد أولت النظرية النفسية الدينامية معظم انتباهها إلى الاكْتئاب وليس إلى الهوس لأنها نظرت إلى الاكْتئاب علي أنه اضطراب أساسي ، وأنه إذا ما صاحبها الهوس ، فلن يكون أكثر من مجرد عملية دفاعية في التكوين العكسي ضد القلق (قاسم حسين ، ٢٠٠٨ ، ٢٠١).

ويحدث الاكْتئاب عندما يفتقد المريض المحبوب فإنه يشعر باليأس ويصب غضبه علي الشخص المقتد ، ويمثل هذا الغضب إحساس غير مرضي لديه ولهذا يعاد توجيه نحو الذات (Gelder et al ., 2006 , 235).

كما يرجع إلى اضطراب العلاقة بين الأم وطفلها الرضيع أثناء المرحلة الفمية (الفترة من: ١٠ إلى ١٨ شهر) ويؤدي ذلك إلى تهيئته للتعرض للاكْتئاب فيما بعد (Sadock & Sadock , 2003 , 539).

ويري أدلر أن الاكْتئاب محاولة للسيطرة علي الآخرين من خلال النقص والشكوى (محمد السيد ، ١٩٩٨ ، ١٨٢) ويشير رادو Rado, 1928 إلى أن الاكْتئاب ما هو إلا "صرخة بحث عن الحب" متأثرا فيما هو واضح بنفس الاتجاه الفرويدي المبكر، ويصف فينيكيل Fenichel , 1945 المكتئب بأنه "إنسان مدمن للحب" ولكن بيبرينج Bibring, 1953 فيري أن الخاصية الرئيسية التي تميز الاكْتئاب تتمثل في العجز عن تحقيق الحاجات أو الطموحات (عبد الستار إبراهيم ، ١٩٩٨ ، ٩٨).

ويرى أصحاب المدرسة السلوكية أن الاكتئاب مكتسب ، ويمكن تفسيره في ضوء الإشراف الكلاسيكي فإنه لما كان من شأن مثيرات معينة (مشروطة) أن تولد استجابات انفعالية (مشروطة) فإن الأفراد يتجنبون مواجهة هذه المثيرات ، وفي ضوء الإشراف الايجابي فيشير فوستير، ١٩٧٣، ١٩٧٤ إلي أن الاكتئاب ينتج عن أحد المواقف التالية :

١- معدلات منخفضة من التعزيز أو التعزيز.

٢- معدلات عالية من العقاب.

٣- استبعاد المثيرات المميزة لنتائج الاستجابة (التدعيم) أي الإطفاء (محمد محروس ، محمد السيد ، ١٩٩٨ ، ٣١٥).

وتفسر المدرسة المعرفية الاكتئاب من خلال عدد من النماذج أهمها : نموذج التشويه المعرفي ، فيقترح بيك Beck أن مالدي مريض الاكتئاب من معارف عن الواقع وعن ذاته ، أصابها التشويه والتحريف ، ويرى أن الاكتئاب هو اضطراب في التفكير قبل أن يكون اضطرابا للوجدان ، ويحدث التشويه المعرفي نتيجة أفكار تلقائية تظهر في عقولنا أو تخلق في أذهاننا ويتقبلها مريض الاكتئاب دون تمحيص (محمد السيد ، ٢٠٠٠-٢٠٠١ ، ٣٥٧-٣٥٨).

ومن هذه الأفكار التي اقترحها بيك ويقع فيها المكتئبون هي:

١- الاستدلال الخاطئ أو التسفي Arbitrary Inference : بناء استنتاجات علي عناصر معينة في غياب الأدلة الكافية ، أو في حالة عدم وجود أدلة .

٢- التجريد الانتقائي Selective Abstraction حيث يبني الفرد استنتاجاته علي أساس العناصر السلبية في الموقف ، أو إدراك الخبرة العامة علي أساس جزئي ، وتجاهل للبراهين الايجابية للموقف .

٣- التعميم المسرف Overgeneralization حيث يطلق المرء أحكاما سلبية عامة عن ذاته علي أساس مقدمات بسيطة أو حدث واحد قد يكون عديم الفائدة ، أو يطبق المفهوم بطريقة غير مميزة أو عشوائية لكل من المواقف ذات الصلة وغير ذات الصلة.

٤- التضخيم والتقليل Magnification&Minimization أي المغالاة والمبالغة في أهمية الأحداث الهامة ، وتضخيم الأحداث غير الهامة أو غير المرغوبة أو يبخل ويقلل من الأحداث الهامة أو يضخم الأحداث الهامة والمرغوبة .

٥- إضفاء طابع الشخصية Personalization وهو الميل إلي إضفاء أو ربط الأحداث الخارجية بذاته بدون وجود دليل.

٦- الكل أو لا شيء All or Nothing وهو الميل إلى التفكير بصورة مطلقة (الأبيض المطلق ، الأسود المطلق ، الكل المطلق ، أو لا شيء مما سبق: (Sacco & Beck, 1985, 246)

ويتضح التشويه المعرفي في المثال التالي : امرأة اكتئابية عاد زوجها متأخرا إلى البيت في أحد الليالي ، قد تستنتج أن لديه علاقة بامرأة أخرى ، حتى ولو لم تكن هناك دلائل أخرى تدعم مثل هذا الاستنتاج (جيفري ي. يونج وآخرون ٢٠٠٢ ، ٥٨٢) كما أن التشويه المعرفي ، وأخطاء الاستدلال تظهر جلية في حالة الشعور بالآسي النفسي: (Engler, 2003)

كما يقترح بيك ١٩٦٧ أن الفقد المبكر يؤدي إلى تشكيل بناءات معرفية مستدامة تجعل الفرد معرض للاكتئاب (Fennell et al ., 2004, 205-206). ويعتقد بيك أن اتجاهات الأطفال نحو أنفسهم والعالم تستمد جذورها من خبرات الطفل الخاصة ، وعلاقاته بأسرته ، والحكم علي الأفراد المحيطين بهم ، ولسوء الحظ فإن بعض الأطفال يطورون اتجاهات سلبية (Comer , 1998 , 253).

ومن هنا فإن الاكتئاب ما هو إلا استجابة لا تكيفية مبالغ فيها ، وتتم كنتيجة منطقية لمجموع التصورات ، أو الإدراكات السلبية للذات ، أو للموقف الخارجي ، أو للمستقبل ، أو العناصر الثلاثة مجتمعة (عبد الستار إبراهيم ١٩٩٨ ، ١٧٩).

فالتفكير الشاذ لدي المكتئبين ينقسم إلي ثلاثة مكونات :

(١) تذكر الأحداث غير السارة أكثر وبسهولة من الأحداث السارة.

(٢) أفكار اقحامية غير سارة (أفكار سلبية).

(٣) الاعتقادات غير الواقعية أو الحقيقية (Gelder et al ., 1999, 140) .

وكذلك فإن المدرسة المعرفية تقر بالعوامل البيئشخصية وفي هذا يشير كوين (Coyne , 1976) في دراسته عن الاكتئاب إلي أن السلوك الاجتماعي في بعض المواقف للأفراد المكتئبين من الممكن أن ينتج عن رفض الآخرين ، وهذا يفاقم من حالة الاكتئاب.

وتشير نظرية ايليس ، وأشبروك (نظرية مصادر التجهيز) Ellis & Ashbrook 1988 Processing Resource Theory ، إلي أن الحالة الانفعالية للشخص تنظم أو تضبط توزيع مصادر التجهيز ، وأن الحالة الانفعالية السلبية تؤدي إلي زيادة الأفكار الاقحامية غير الملائمة والتي عندئذ تتسابق مع الأنشطة المعرفية المناسبة ، كما أن مصادر التجهيز لدي المكتئبين تكون قليلة مقارنة بالأسوياء وذلك راجع إلي انشغالهم بانفعالاتهم (Kliegel et al ., 2005 , 1200 ; Watts , 1995 , 311) .

وقصور الذاكرة وقصور الأداء علي المهام المعرفية يكون نسبيا شائع لدي المرضى باضطراب الاكتئاب الأساسي (Veiel, 1997) .

مشاعر العجز المتعلمة Learned Helplessness تتضح هذه المشاعر من خلال التجارب التي أجريت علي الحيوانات فإذا ما تعرضت أثناء تعلمها لأداء مهمة أو مطلب معين لخدمات كهربائية مؤلمة لا يمكن لها أن تتفادها فإنها تفشل فيما بعد في تعلم أداء واجب أو مهمة أخرى ، وعرفت هذه الظاهرة بأنها شعور متعلم بالعجز ، وبواسطتها يتعلم الحيوان أنه لا توجد علاقة بين محاولاته أو استجاباته مهما نوع منها للتخلص من المأزق وبين أي آثار سارة أو تجنب للعقاب المؤلم الذي يلقاه بصوره مستمرة وعشوائية(عز الدين جميل ، ٢٠٠٣ ، ١٣١) .

ويري سيلجمان Seligman أن أسباب العجز هي اعتقاد الفرد العاجز بلا جدوى الفعل ، أي أن الفرد العاجز هو ذلك الذي آمن ويؤمن ، أو تعلم أو يعتقد بعدم قدرته علي السيطرة علي المتغيرات المؤثرة في حياته ، أي تخفيف معاناته والحصول علي الرضا والسرور ، أي أن العجز يظهر فقط في الحالات التي يؤمن فيها الفرد بأنه لا حول ولا قوة له إزاء مواقف الحياة ولا أمل فيها(قاسم حسين ، ٢٠٠٨ ، ٢٠٧) .

ويفترض نموذج العجز المكتسب لسيلجمان أن الأفراد الذين يميلون إلي عزو الأحداث السالبة ، أو المواقف البغيضة غير المضبوطة إلي عدم كفايتهم وأنها ثابتة (ستبي مؤثرة عليهم عبر الزمن) ، وأن مسبباتها لها آثار عامة أو غير محدودة علي حياتهم ، يكونون معرضين للإصابة بالاكتئاب (McGinn, 2000, 258).

وطبقا لنظرية اليأس Hopelessness أبرامسن وآخرون Abramson, Metalsky & Alloy, 1989 فإن الاكتئاب لا يعتمد علي الاعتقاد بأن هناك نقصا في السيطرة علي الأحداث فحسب ، وإنما الاعتقاد بأن الأحداث السلبية سوف تعود مرة أخرى ، وعندما يتمسك الفرد بهذين النوعين من التوقعات يشعر باليأس ويصبح اليأس بالتالي هو السبب المباشر للاكتئاب (جمعة سيد ، ٢٠٠١ ، ١٠٧) .

النموذج النفسي - الاجتماعي

يفسر النموذج النفسي - الاجتماعي أسباب حدوث الاكتئاب بفقدان العلاقات الينشخصية. (Kessler, 1997) علي أنه يجب أن نضع في الحسبان بأن اضطراب العلاقات الينشخصية قد تكون سبب للاكتئاب أو قد تكون نتيجة له: (Barnett & Gotlib , 1988, 97)

وإلى تعرض الشخص للضغوط النفسية ، (Billings & Moos , 1999 ; Patten , 1982) والضغط حدده لازاروس (Lazarus, 1984) علي أنه "الأحداث التي تدرك علي أنها مصدر للتهديد ، والتحدي ، وإلحاق الأذى".

وقام كل من جودوين وجاميسون Goodwin & Jamuson, 1990 بأربعة عشرة دراسة واستنتجا أن الأحداث الضاغطة كانت مسئولة عن البداية الأولية لنوبة الهوس ، ولكنها غير مسئولة عن تكرارها (في : محمد السيد ، ٢٠٠٠-أ، ٣٦٥).

وإلى اضطراب العلاقات الزوجية ، والظروف الصحية للوالدين ، أو فقد الوالد قبل مرحلة البلوغ (87 ، 1991 ، Fadem) وظروف العمل المضطربة وانخفاض المستوي الاقتصادي- الاجتماعي للأسرة (Salokangas & Poutanen, 1998). وتدني التعليم الوالدي ، والبطالة في الأسرة ، والقصور المدرك للمساعدة الاجتماعية:

(Kaltiala – Heino et al., 2001)

وإلى وجود أعداد متفاوتة من الأطفال والمراهقين ينحدرون من أسر تزداد فيها حالات الطلاق (Shiner & Marmorstein, 1998) فالأشخاص المطلقون أو المنفصلون قرروا معدلات مرتفعة من الاكتئاب ، فالذكور المتزوجون أقل في معدلات الاكتئاب من الذكور غير المتزوجين ، والإناث المتزوجات تكون معدلات انتشار الاكتئاب لديهن أعلى من الإناث غير المتزوجات (139 ، 2000 ، Stahl).

وانتهت نتائج دراسة بوزنانسكي وآخرون (Poznanski et al ., 1976) إلي أن رفض الوالد للطفل وإهماله يبنى باستمرارية الاكتئاب في الأطفال. وأبانت نتائج دراسة برينانن وآخرون (Brennan et al ., 2002) عن وجود ارتباط بين الاكتئاب الأموي والاكتئاب لدي أبنائهم والقلق والاضطرابات الخارجية بينما الاكتئاب لدي الأب كان مرتبط بالاضطرابات الخارجية ولم يكن مرتبطا باضطرابات القلق والاكتئاب لدي الأبناء.

الوقاية

اليقظة لعلامات أو تحذيرات الاكتئاب : لا بديل عن أن تكون حساسا لمشاعر الأطفال وسلوكهم .

- كن واعيا لمشاعر العجز المستمرة عندهم .
- خذ شكوى الأطفال علي محمل الجد وتقبلها باحترام .

- انتبه لتعليقاتهم وسلوكهم ، ولا تقلل من أهمية شكاوي الأطفال لأن الإهمال يقود إلي الاكتئاب أو إلحاق الأذى بالنفس .
- إن أي تغيير مفاجئ في السلوك وأي تغيير في الشخصية والانتقال من السعادة إلي الجدية (من الاعتماد إلي الاستقلالية ، من المسؤولية إلي عدم المسؤولية) الانسحاب وعدم الكفاءة وعدم الانجاز المدرسي، وفقدان الاهتمام يجب أن تؤخذ بجديّة وبسرعة .
- يجب علي الآباء ملاحظة أي خلل في الروتين الاعتيادي أو في النوم أو في الدراسة كمؤشرات تدل علي الاكتئاب عند الأطفال (سعيد حسني ٢٠٠٢ - ب ، ١١١).

علاج الاضطرابات المزاجية

بعض الأفراد المكتئبون أحادي القطب يحصلون علي المساعدة المهنية لكن معظم الآخرين لا يحصلون عليها ، من المحتمل فقط ١٠٪ إلي ٢٥٪ من هؤلاء باضطرابات اكتئابية يبحثون عن العلاج (Waldinger, 1990 , 105).

ويمكن تناول علاج الاضطرابات المزاجية في الأتي :

١- الليثيوم : Lithium أظهرت نتائج العلاج بالليثيوم تأثيرات مبهرة في خفض حدة نوبة الهوس الحاد ونوبة الهوس الخفيف ، وفي الوقاية (علي الأقل نقصان التكرار أو الحدة) وأظهرت النتائج نجاعة في علاج اضطرابات ثنائية القطب I ، II وحققت لدي ٧٠٪ من المرضى فعالية في الوقاية من الانتكاسة (Kendall & Hammen , 261 , 1995 وهناك إجماع بين الأبحاث الصادرة من كل بلاد العالم يؤكد أن أملاح الليثيوم تستطيع أن تحقق الشفاء في حوالي ٨٠٪ إلي ٩٠٪ من الحالات (عادل صادق ٢٠٠٣ ، ٨٤).

ويعطي المريض جرعة من الدواء توصل تركيز الليثيوم في الدم إلي نسبة تتراوح ما بين ٠,٨-١,٢ ميلي مكافئ للعلاج أو ٠,٦-٠,٨ للوقاية من الانتكاس أو إعطاء الأدوية المضادة للذهان والتي تعرف بالأدوية غير التقليدية مثل الريسبيريدال والاولانزابين (زيبريك) وقد ثبت فعالية هذه الأدوية في علاج الهوس (سمير بقيون ، ٢٠٠٧ ، ٨٥ ، ٩٠) أو إعطاء المريض الأدوية المضادة للذهان من أجل تهدئته (مثل مجموعة الفينوثيازين أو البيتروفينون) أو العلاج بالصدمات الكهربائية (E.C.T) (عبد الكريم الحجاوي ، ٢٠٠٤ ٢٦٥) والأدوية ثلاثية الحلقات Tercyclic ومن أمثلتها أمتربتلين (تربتزول) نورتربتلين أميرامين (قرانيل) كلوميبرامين (أنا فرانيل) (لطفى الشربيني ، ٢٠٠١ ،

٢٥٧) وتفيد الملطفات العظيمة كالكلوربرومازين إلى ٣٠٠ مجم في اليوم ، أو الهالوبيريدول إلى ٣٠ مجم في اليوم مع حبوب الكوجنتين لتمنع التيبس العضلي كعرض جانبي للهالوبيريدول وهذه مؤلمة للمريض ، وتتم الوقاية من انتكاس المرض بنجاح كبير باستعمال أملاح الليثيم في جرعة واحدة (عبد الرؤف ثابت ، ١٩٩٣ ، ١٢٠) .

٢- العلاج بالصدمة الكهربائية : إن استعمال الصدمة الكهربائية ليس له ما يبرره في حالات الاكتئاب البسيط أو المتوسط الشدة ، فهو علاج له بعض أخطاره ، وقد يؤثر استعماله في الذاكرة وهو هام بالنسبة لمن يعتمدون علي هذه الخاصية العقلية في أعمالهم ووظائفهم ، علي أن بعض الحالات شديدة الاكتئاب وخاصة تلك الحالات التي قام المريض فيها بمحاولة انتحارية ، فإن استعمال الصدمة تحت رقابة خاصة وفي ظروف علاجية ملائمة قد يصبح أمرا ضروريا ، ثم إن بالإمكان المزاوجة بين العلاج الكهربائي والعلاج بالأدوية (علي كمال ، ١٩٨٨-أ ، ٢٦٧) وهذه الجلسات لا تعالج الهوس ، ولكنها تهدئ المريض وبذلك يمكن إعطاؤه العلاج ، ولذلك فإننا نعطي جلستين أو ثلاثا فقط ثم نستكمل العلاج بالعقاقير (عادل صادق ، ٢٠٠٣ ، ١١٢) .

٣- العلاج البيئي ونعني به إيجاد بيئة ملائمة يتعامل معها المريض بعيدا عن الضغوط والمواقف التي تسببت له في المرض ، ويتم ذلك بانتقال المريض إلي وسط علاجي أو في مكان للاستشفاء ، ومن وسائل هذا العلاج الترويح عن المريض ، وشغل فراغه في العمل وتأهيله حتى يندمج في بعض العلاقات التي تمهد إلي عودته للحياة الاجتماعية مرة أخرى (لطفني الشربيني ، ٢٠٠١ ، ٢٤٩) .

٣- انتهت نتائج دراسة بندولو (Pondillo , 1993) إلي فاعلية التدريب علي المهارات الاجتماعية في خفض الاكتئاب لدي الراشدين المتخلفين عقليا .

٤- برهن العلاج المعرفي علي تأثيره الفعال في علاج الاكتئاب ، وفي الوقاية من حدوث الانتكاسة . فالعلاج المعرفي ينصب علي تناول التفكير السلبي وإعادة تقييم الافتراضات والمعتقدات لخفض حدة الاكتئاب (Fennell et al ., 2004 , 206) ويركز علي خفض الأعراض الاكتئابية ويحل المشكلات الحياتية ، ويساعد المريض ليصبح أكثر حيوية ، وشعورا بالسرور ويكون أكثر أداءا في عمله كما أن المريض يلاحظ أن الأفكار اللاعقلانية غير الواقعية كيف تؤدي إلي حدوث الاكتئاب ، ويتعلم المريض كيف يتغلب علي هذه الأفكار (Kendall & Hammen , 1995, 249) .

٥- ومن خلال دمج العلاج النفسي مع استخدام عقار الكلوميبرامين lomipramime حدث تحسينات واضحة في علاج حالات الاكتئاب الأساسي ، حيث كانت معدلات الإقامة في المستشفى أقل ، كما أدى إلي حدوث تحسن في التوافق في العمل لمدة ١٠ أسابيع. (Burnard et al ., 2002) والمرضى بالاكتئاب الذين يصابون بالانتكاسة يكون السبب في ذلك عدم كفاية العلاج، أو عدم ملاءمته (Waldinger, 1990 , 18).

٧- يهدف العلاج النفسي المختصر Brief Therapy كما يري ايزنبرج , Eisebberg 1975 إلي إيجاد حلول سريعة لمشكلات حالية كما يهدف إلي إيجاد أهداف يمكن أن تكون قابلة للقياس ، والملاحظة بحيث يتم تحقيقها ضمن خطوات قصيرة المدى ، كما يهدف هذا الأسلوب العلاجي إلي تمكين المسترشد من معرفة نفسه وقبولها كما هو بالنسبة لقبول الآخرين وبناء علاقات اجتماعية بالآخرين ويكون دور المعالج الاندماج والتعاطف مع المسترشد (عطا الله فؤاد ، دلال سعد ، ٢٠٠٩ ، ٢١٧).

٨- العلاج بالضوء Light Therapy في الواقع يمثل الظلام مشكلة كبيرة للمرضى بالاضطراب الوجداني الموسمي ، ومن ثم يصبح تعرض هؤلاء المرضى للضوء ذا أهمية كبيرة ، والذي يتضمن تعريض المريض لكميات إضافية من الأضواء الاصطناعية أثناء فصل الشتاء لعدة ساعات يوميا لخفض حدة الاكتئاب ، ويوصي الإكلينيكيون بأهمية أن يأخذ المريض إجازة للذهاب إلي الأماكن المشمسة:

(Comer , 1998 , 245)

٩- العلاج الاجتماعي : مساعدة المريض اجتماعيا وحل مشاكله ، وإحداث التغييرات البيئية المناسبة لتقليل معاناته (ثامر أحمد وآخرون ، ٢٠٠٨ ، ٣٦٣).

١٠- العلاج الأسري يكون دائما جزءا من علاج اكتئاب الأطفال لتعليم الأسر بخصوص الاضطرابات المزاجية . وتشجيع حل الصراع الأسري المؤثر جدا كما أن التدخل الأسري هام بوجه خاص للتعامل مع الصراع ، لأن الصراع المستمر قد يسرع أو يزيد الانتكاسة للاكتئاب . وبالنسبة للأطفال المكتئبين تظل الوظائف السيكولوجية الاجتماعية معاقلة لفترات طويلة حتى بعد زوال وقائع الاكتئاب . وتصبح الحاجة للتدخل لتنمية المهارات الاجتماعية لدي طويل(حسن مصطفى ، ٢٠٠٣ - أ ، ٥٣٩).

وتعد العلاقة التعاونية بين المريض والمعالج من الأمور أساسية في العلاج المعرفي ، وعندما يعمل المريض والمعالج معا تتعزز الخبرة التعليمية لكل منهما وتنمو روح التعاون

بينهما ، والتي تسهم بقدر كبير في العمليات العلاجية ، ويتساوي مع هذا في الأهمية إسهام الأسلوب التعاوني في تأكيد الأهداف المتناغمة للعلاج . ويمنع سوء الفهم وسوء التفسير بين المريض والمعالج ، ونتيجة لهذه الأهمية للعلاقة التعاونية فإننا نعطي قدرا كبيرا من التأكيد لمهارات التفاعل لدي المعالج وعمليات انتخاب مشتركة للمشكلات التي يتعين العمل بها ، والعائد المنتظم وعمليات الفحص التي نطلق عليها اسم الواقعية التعاونية(جيفري ي. يونج وآخرون ، ٢٠٠٢ ، ٥٩٢).