

الفصل
الثامن

اضطرابات الوجدان

**Mood
Disorders**

الاضطرابات الوجدانية شمل مايلي :

☛ نوبة الاكتئاب الجسيم

☛ نوبة الهوس

☛ الدسيميا (الاكتئاب المزمن)

☛ الاضطراب الدوري.

مقدمة تاريخية

يرجع وصف الاكتئاب والأمراض العقلية إلى ما سجله الفراعنة ٢٦٠٠ سنة قبل الميلاد حين تحدثوا عن الرغبة في الموت والكسل والنوم الزائد، كما ذكرت أعراض الاكتئاب في إلياذة هوميروس في القرن الثامن قبل الميلاد، كما وصفها أبقرات بمصطلح الميلائنوخوليا عام ٤٥٠ قبل الميلاد، ويعتبر هو أول من درس هذه الأعراض ونظمها وحاول الربط بين المزاج المميز للشخص وبين نظرية الأخلاط الأربعة (الدم، التراب، البلغم، الصفراء)، وبين الشخصية حيث رأي أن كل شخص لديه الاستعداد لحدوث أحد الأمراض الأربعة (الهوس، الميلائنوخوليا، البارانويا، الجنون phrenitis) حسب المزاج المميز له حسب الأخلاط.

وقسم بن سينا الميلائنوخوليا إلى أربعة أقسام وذلك عام ٨٥٠ م، واستمر استخدام لفظ الميلائنوخوليا لوصف الاكتئاب حتي جاء كريبلين في نهاية القرن التاسع عشر (١٨٨٦) وأدخل مصطلح الهوس الاكتيبي حتي يفرق بينها وبين الخرف المبكر (dementia precox).

وصف الفرنسيون السيكلوثيميا عام ١٨٥٤.

المواصفات الديموغرافية

معدل إنتشار الاضطرابات الوجدانية

يعد الاكتئاب من أكثر الاضطرابات النفسية شيوعاً بين البالغين حيث تصل نسبة الإصابة بالاكتئاب في وقت ما من حياة البالغين (٢٠٪) لدى الإناث و (١٠٪) لدى الذكور.

(١) السن: تبدأ الاضطرابات الوجدانية عادة ما بين سن ٢٠ - ٤٠ سنة بنسبة قد تصل إلى ٥٠٪ وإن كان الاضطراب ثنائي القطبية يظهر مبكراً عن الاكتئاب.

يزداد الإستعداد البيولوجي للاكتئاب الجسيم مع السن، تجعل العوامل الاجتماعية والضغط الاضطرابات أعلى بين الشباب.

وتكون الاضطرابات الوجدانية أعلى في الرجال بين سن ١٤ - ٤٤، بينما أكثر في النساء بين ٢٤ - ٣٤ سنة.

(٢) الجنس: الإناث ضعف الرجال في الاكتئاب الجسيم (MDD) ولا فروق تظهر بين الجنسين في اضطراب ثنائي القطبية.

١٠-٢٥٪ من السيدات، ٥-١٢٪ من الرجال يواجهون الاكتئاب أثناء فترات مختلفة من حياتهم، ١٥٪ منهم معرضين للانتحار.

وظهرت العديد من التفسيرات لهذا أحدهما أنها زيادة زائفة وليست حقيقية (النساء أكثر تعبيراً عن إنفعالاتهن من الرجال، ولذا فإنهن يظهرن الحزن والتعاسة أكثر من الرجال) والثانية أنها أسباب مجتمعية (تركز على خلف المكانة الاجتماعية للمرأة وعلى الأدوار الاجتماعية والجنسية وما تركه من آثار في حياة كل من الجنسين

فالسبب هو ما تتعرض له المرأة من ضغوط خاصة بها والشعور بالعجز أو القهر في بعض المجتمعات). وأخري أنها أسباب بيولوجية (ما تتعرض له من تغيرات هرمونية مع الدورة الشهرية أو مثل الحمل والولادة). وأخيرا تفسيرات تقوم على معطيات التحليل النفسى فيما يتعلق بالنمو النفسى للمرأة، وكيف أن هذا النمو يؤهلها بدرجة أكبر للإصابة بهذا الاضطراب.

ففي دراسة مستفيضة للدكتور غريب عبد الفتاح لمناقشة هذا وخلص إلى تلخيص الشواهد التى تؤكد تفوق المرأة على الرجل فى الاكتئاب فى النقاط التالية:

١- أن النساء لا يتعرضن لمواقف حياتية ضاغطة أكثر من الرجال كما أنهن لا يقمن بتقييم المواقف الحياتية الضاغطة بطريقة أكثر مبالغة مما يفعل الرجال.

٢- بينما يعرف أن النساء لديهن أعراض وآلام ومشاكل إنفعالية بدرجة أكثر من الرجال، إلا أن هذا ليس سببا فى أنهن يشعرن بدرجة أقل من الوصمة بالاكئاب stigma لإفصاحهن عن هذه الأعراض، أو لأنهن يتمنين الحصول على إستحسان من القائم بالمقابلة التشخيصية.

٣- أن النساء والرجال يختلفون فى طرق طلب المساعدة، فالنساء يذهبن للأطباء والعيادات الطبية بدرجة أكثر من الرجال بسبب الأمراض سواء كانت بسيطة أو خطيرة، وليس فقط بسبب الاضطرابات النفسية.

٤- على وجه العموم، فإن النساء لا يتورطن فى صعوبات مع القانون سواء نتيجة لمشاكل نفسية أو غير ذلك.

٥- يؤدى ميل النساء للذهاب إلى مراكز العلاج الطبية إلى تضخيم نسبتهن فى حالات الاكتئاب التى يتم علاجها، فإن الزيادة فى إستفادة المرأة من الخدمات الطبية لا تؤدى إلى تفوقها فى الاكتئاب فى الدراسات التى تعتمد على المسوح

الاجتماعية لأن الحالات التى يتضمنها المسح الاجتماعى لا تكون تحت العلاج الإكلينيكى سواء وقت تطبيق البحث أو قبل تطبيقه.

٦- ليس هناك أى شك فى أن هناك نسبة أكبر من الرجال يدمنون الخمر مقارنة بالنساء، لذلك فإن نسبة غير معروفة من المكتئبين من الرجال يظهرون فى نسبة المدمنين، ولا يتم التعامل معهم كمكتئبين، ولكن لا يزال الخلاف قائماً حول ما إذا كان هؤلاء الرجال يمكن إعتبارهم أو لا يمكن إعتبارهم مكتئبين حقيقيين.

٧- ينطبق نفس الشئ على المكتئبين من الرجال الذين يتورطون مع القانون والنظام العقابى وعلى الرغم من أن الافتراض بأن بعضهم مكتئب إفتراض قائم، إلا أن هذا الافتراض لم يتم التحقق منه بعد.

وعندما توضع كل النتائج السابقة فى الاعتبار فإن الخلاصة تكون أن تفوق المرأة فى الاكتئاب عن الرجل ليس تفوقاً زائفاً، إنما

هو حقيقة مؤكدة (Weissman & Klerman, 1979, p. 398; Nolen)
 (Hoeksema, 1987, p. 267) وإذا كان الأمر كذلك فما تفسير هذه الفروق بين الجنسين فى الاكتئاب؟

بالنسبة للتفسير البيولوجى الأول والذى يرجع الفروق بين الجنسين فى الاكتئاب إلى التغيرات فى المستويات الهرمونية لدى المرأة، نجد أن هذا التفسير لم يتم دعمه، فالشواهد تدل على أن تأثير التغيرات أو التقلبات البيولوجية فى مستويات الهرمونات على الاكتئاب لدى النساء تأتى بطريقة غير مباشرة وبالتالى تكون عرضة لتفسيرات متعددة ومتغيرة، ويكون من الممكن معارضتها بعدد مساو من الشواهد والدعائم. إلا أن هذا لا يعنى أيضاً إنكار الدور الذى يمكن أن تلعبه التقلبات البيولوجية لدى النساء فى حالاتهن المزاجية، وذلك لأن نتائج الدراسات حول هذه

التفسيرات لا زالت غير متفقة.

وأحد التفسيرات المحتملة هي زيادة طبيعية في الحساسية (وراثية) للاكتئاب تختص بها النساء دون الرجال لهذه الظاهرة، تشير إلى وجود خلل في أحد جينات الكروموسوم X (Perris, 1966; Winokur, & Tanna, 1969, Cited In Nolen-Hoeksema, 1987, p. 270) ولأن الإناث يحملن زوجاً من هذا الكروموسوم بينما يحمل الرجال واحد فقط، فإن هذا يجعل الإناث أكثر عرضة للاكتئاب من الرجال.

ومن خلال الأبحاث نجد أنه لا توجد شواهد قوية متماسكة على أن هذه الفروق يمكن إرجاعها إلى استعداد وراثي لدى المرأة للإصابة بهذا الاضطراب، وهنا نجد أن التفسيرات البيولوجية وحدها غير كافية لتفسير الاختلاف.

تفسيرات التحليل النفسي للفرق بين الجنسين في الاكتئاب

يرى أن سبب هذه الفرق هو صراعات المرأة النفسية الداخلية. فرويد يرى أن شخصية المرأة البالغة سواء كانت سوية أو عصابية تتصف بالرجسية والمازوخية وإنخفاض تقدير الذات والاعتمادية وعدوانية مكبوتة، وذلك كنتيجة لحل الفتاة الصغيرة للصراع الأوديبي (Weissman & Klerman, 1979, p. 409) إن تثبيت الفتاة على أبيها والذي يمثل شكلاً لعلاقة الحب فيما بعد مع الرجال علاقة ضعيفة قائمة على حب نرجسى أكثر من قيامها على الارتباط أو التعلق بموضوع، هو الذي يجعل المرأة أكثر عرضة من الرجل للاكتئاب (لم يتمكن أحد من تدعيم الفروض التي ذهبت إليها، فليس هناك تدعيم للتغير الأوديبي لدى الفتيات من العلاقة بالأم إلى العلاقة بالأب كما أنه لا يوجد دليل على وجود ما يسمى بقلق الخصاء لدى الفتيان أو حسد القضيبي لدى الفتيات)

تفسيرات الأدوار الاجتماعية في الاكتئاب

الازدواجية في الأدوار والتوقعات كما هو أنه يسمح لها بمصدر واحد للإشباع (العائلة) بينما يمكن أن يفسر انخفاض نسبة المكتئبين من الرجال بوجود نوعين من المهام أو الأدوار (العائلة والعمل) وذلك إذا ما فقد الرجل مصدراً للإشباع فسوف يظل لديه مصدراً آخر يلوذ إليه وقت الضرورة.

وهناك تفسيرات تقوم على أنماط الإستجابة لحالات الاكتئاب

تري نولين هو كسيما ١٩٨٧ Nolen-Hoeksema أن الرجال عموماً يميلون إلى الاستجابة لما قد يجربونه من مشاعر اكتئابية بطريقة أكثر فاعلية يكون من شأنها القضاء على هذه المشاعر. بينما يميل النساء إلى الإستجابة للمشاعر الاكتئابية بطريقة فيها تضخيم، وتأمل ذاتي زائد في أسباب هذه المشاعر وأصولها وما يمكن أن تنتهي إليه.

فالرجال عندما يشعرون بالاكتئاب يميلون إلى الاندماج في أوجه نشاط يكون المقصود منها إلهاء أنفسهم عن حالاتهم الإيتابية، بينما تميل النساء عندما يكن مكتئبات إلى أن يكن أقل نشاطاً وحركة وأكثر ميلاً إلى التعمق الذاتي والتفكير في الأسباب المحتملة لما هن فيه.

وترجع الباحثة الأصل في اختلاف الاتجاهات الاستجابية بين الرجل والمرأة نحو الاكتئاب إلى أن معنى الذكورة بالنسبة للرجل هو أن يكون نشيطاً وفعالاً وأن يتجاهل مشاعره، بينما بالنسبة للمرأة فإن نمط الأنوثة يقتضى منها أن تكون عاطفية وأقل فاعلية (عودة إلى النمط المجتمعي).

(٣) الأجناس: أثبتت الأبحاث أنه لا دور للأجناس في إنتشار الاضطرابات

الوجدانية.

وفي بعض المجتمعات الأمريكية وجد أن إنتشار الأعراض الاكتئابية أعلى بين الأمريكيين الأفارقة وقد يرجع ذلك لأن العلاج بينهم أقل من البيض لأن أغلب الأبحاث تعتمد على العينات المعالجة.

(٤) المستوى الاجتماعي والاقتصادي: يوجد علاقة ضعيفة بين الاضطرابات الوجدانية والمستوى الاجتماعي والاقتصادي في بعض الدراسات، وعلاقة ثابتة في دراسات أخرى مع MDD 0 ففي دراسة مقننة (NCS) وجد أن المستوى التعليمي والاقتصادي المنخفض يصاحب MDD

(٥) الحالة الاجتماعية: الاضطرابات الوجدانية أعلى بين المطلقين والمنفصلين وأقل بين العزاب والمتزوجين.

وقد يختلف هذا حسب الجنس فالآنسات أقل تعرضاً للاكتئاب من المتزوجات بينما الرجل الأعزب أكثر تعرضاً من المتزوج، وغالبية الدراسات ترى أن الطلاق أو الانفصال يجعل الشخص أكثر عرضة للاكتئاب، كما وجد أن اضطراب ثنائي القطبية أعلى بين المطلقين. والاكتئاب الجسيم MDD في الأشخاص الذين يعيشون منفردين ضعف الذين يعيشون مع آخرين، وإن كان حجم العائلة ليس له علاقة بالاكتئاب. بينما حجم الدعم وإختفاء الصراعات داخل الدائرة الاجتماعية أهم العوامل التي تساعد على الحماية من الاضطرابات الوجدانية خاصة الاكتئاب.

(٦) التاريخ العائلي: وجود تاريخ عائلي من الدرجة الأولى للاضطرابات الوجدانية في العديد من الدراسات، كما وجد تاريخ عائلي للانتحار وإنتشار الكحوليات بين المكتئبين.

(٧) خبرات الطفولة: فقد الأبوين قبل المراهقة عامل مهم لحدوث الاكتئاب عند الرشد، وجود بيئة فقيرة مادياً ومضطربة اجتماعياً يظهر اضطراب ثنائي

القطبية بين الأشخاص الذين لا تحظى عائلتهم بمركز اجتماعي مرموق، بينما يظهر الاكتئاب بين الأشخاص الذين يموت آباؤهم أو يعيشون في بيئة مضطربة اجتماعياً.

(٨) مواصفات الشخصية: الأشخاص المعرضين للاكتئاب هم الأكثر ميلاً للوحدة (Introverted) والأكثر اعتمادية وحساسية والذين يفتقدون للحماس والطاقة، فالإكتئاب الجسيم M DD ينتشر أعلي مع وجود اضطرابات في الشخصية.

(٩) الضغوط الاجتماعية: تأخذ الضغوط الاجتماعية الدور الأعلى بين باقي العوامل في ظهور اضطراب الاكتئاب الجسيم ما عدا الجنس.

هناك ثلاثة أنواع من الضغوط:

(أ) أحداث الحياة: فالتغيرات التي تحدث في حياة الآباء وتؤدي إلى خلل في السلوك المعتاد للطفل وتهدد وجوده مثل الفقر، فقدان الأحباب.

(ب) الضغوط المزمنة: وهي الظروف طويلة المدى التي تتحدى الشخص مثل صراعات العمل، التهديد المستمر للأمن (الحياة في أماكن خطيرة).

(ج) المنغصات اليومية Daily hassles هي ضغوط تحدث عادة في الحياة العصرية مثل العلاقات السيئة مع الجيران، الخلافات الزوجية.

العديد من الدراسات أثبتت وجود علاقة قوية بين الأحداث السيئة وبداية ومآل اضطراب الاكتئاب الجسيم، ففي دراسة في هافان وجد أن مرضى الاكتئاب لديهم ارتفاع المعدل في ثمانية من الأحداث الحياتية خلال الشهور الستة السابقة لحدوث نوبة الاكتئاب وهي الخلافات الزوجية، الانفصال بداية عمل جديد، تغييرات في العمل، مرض عضوي خطير، وفاة عضو من الأسرة، مرض خطير

لأحد أفراد الأسرة، ترك أحد الأفراد المنزل. وهذه الضغوط عادة ما يصاحبها استمرار وثبات الاضطرابات الاكتئابية.

وفي دراسة إنجليزية وجدت أن الأحداث السلبية أثناء العام التالي لبداية ظهور نوبة الاكتئاب غالباً ما يصاحبها مآل سيء للنوبة، وتختفي تأثير هذه الأحداث عن طريق معادلة الحدث مثل إذا فقدت المرأة وظيفتها ثم وجدت أخرى معادلة لها تماماً في الوقت والأجر.

الأشخاص الذين خبروا نوبات اكتئابية متكررة أقل تسجيلاً لوجود أحداث حياتية مصاحبة لحدوث نوبة الاكتئاب في أول نوبتين، تأثير الضغوط المزمنة أعلى في حالة MDD، بينما وجد أن الأفعال الاندفاعية (Impulsive) مثل الإلتحار لها علاقة قوية جداً بالأحداث اليومية (Daily hassles) حيث يفشل في التأقلم معها وإن كانت الدراسات في هذا المجال قليلة جداً.

أولاً: نوبة الاكتئاب الجسيم:

Major Depressive Episode

يُعتبر الاكتئاب المرض الأول في الولايات المتحدة الأمريكية ففي عام ٢٠٠٦ صُرف ما يُقارب ٦٠ مليون و صفة من الأدوية المضادة للاكتئاب بينها ١١ مليون و صفة كانت للأطفال. وهذا يدل على مدى إنتشار هذا المرض، ويُقدّر منظمة الصحة العالمية بأنه يوجد ما يُقارب من نصف مليار شخص في العالم يُعانون من مرض الاكتئاب. ومرض الاكتئاب حسب تقارير الأمم المتحدة يُكلف سنوياً أكثر من ٩٢ مليون يوم غياب عن العمل ومليارات الدولارات تخسرها أماكن العمل بسبب تغيب مرضى الاكتئاب عن أعمالهم. الاكتئاب هو السبب الخامس للوفيات في الوقت الحاضر وتقول تقارير وتوقعات منظمة الصحة العالمية بأن الاكتئاب سوف يُصبح المرض الثاني للوفيات في عام ٢٠٢٠ بعد أمراض القلب.

المواصفات الشخصية:

أ- اكتئاب الوجدان (سرعة الإستثارة في حالة الأطفال والمراهقين) أغلب فترات اليوم وكل يوم طوال الأسبوعين (شعور المريض بالحزن أو ملاحظة الآخرين ذلك) أو فقد الاستمتاع والاهتمامات لأغلب الأنشطة اليومية.

ب- وجود أربعة أعراض أخرى مصاحبة لمدة أسبوعين على الأقل:

١- فقد الشهية وفقد الوزن أكثر من ٥٪ خلال شهر.

٢- الأرق أو زيادة النوم (صعوبة الدخول في النوم أو أرق يتخلل النوم أو أرق في الصباح الباكر، النوم أكثر من المعتاد أو النوم المتقطع).

٣- الفوران النفسى الحركى (عدم القدرة على الإستقرار في مكان أو التجوال أو الطرق باليد أو شد الشعر أو حك الجلد) أو التبلد الحركى (بطء حركة الجسم وبطء الكلام مع فترات صمت قبل الإجابة على الأسئلة، الكلام بصوت خافت وعلى نغمة واحدة، نقص كمية الكلام أو البكم).

٤- الإجهاد أو فقدان الطاقة دون مجهود جسماني (تبدو أمامه المهام مستحيلة).

٥- الشعور بعدم القيمة أو الشعور بالذنب المفرط وغير المناسب (وتفاوت من مشاعر العجز إلى التقييم السالب للذات، إنتقاد النفس مع كل فشل بسيط وتضخيمه، شعور بالذنب قد يصل لدرجة الضلال).

٦- تكرار فكرة الموت أو المحاولات الإنتحارية (تفضيله الموت على الحياة، لديه أفكار إنتحارية أو خطة للإنتحار أو محاولة إنتحار).

٧- صعوبة التفكير أو صعوبة التركيز.

ج- وجود خلل وظيفى أو إجتماعى واضح.

د- أن تستمر هذه الاعراض لمدة اسبوعين على الأقل أو استدعت دخول المستشفى.

هـ- الاضطراب ليس تفاعلا طبيعيا لفقد شخص عزيز، كما أنه ليس طارئا على اضطراب ذهاني (الفصام والاضطراب فصامي الشكل والاضطراب الضلالي والاضطراب الذهاني غير المصنف في مكان آخر) ولا تطابق مواصفاته اضطراب الفصام الوجداني.

وذلك دون سبب عضوي، وليس طارئا على اضطراب ذهاني (الفصام، أو الاضطراب فصامي الشكل، أو الاضطراب الضلالي، أو الاضطراب الذهاني غير المصنف في مكان آخر أو الفصام الوجداني).

ملحوظة: من أشهر الشخصيات التي عانت من الاكتئاب المتكرر إبراهيم لنكولن الرئيس السادس عشر لأمريكا ومحرم العبيد.

ثانياً: نوبة الهوس

Manic Episode

المواصفات الإكلينيكية لنوبة الهوس

أ- فترة محددة من المرح أو إتساع المزاج (سرور وإنشراح زائد عن الطبيعي ومعدّي) أو استثاره الوجدان لأتفه الأسباب.

ب- وجود ثلاثة أعراض من الآتي أو أربعة في حالة إستثارة الوجدان.

١- تضخم الشعور بالذات أو الإحساس بالعظمة (تراوح من الثقة بالنفس التي لا تتحمل النقد إلى الشعور بالعظمة الذي قد يصل إلى درجة الضلال، لدرجة أن يعطي نصائح للآخرين في أشياء لا يعرف عنها شيئاً مثل (حل مشاكل مصر الإقتصادية)، أو يبدأ كتابة قصة أو تلحين موسيقى، وقد تشمل ضلالات العظمة

علاقة خاصة مع الله أو مع شخص معروف سياسيا أو دينيا).

٢- نقص الحاجة للنوم (يكتفى بثلاث ساعات فقط ويستيقظ مكتمل الطاقة وقد يظل بلا نوم عدة أيام دون أن يشعر بتعب).

٣- يتحدث أكثر من المعتاد (الصوت مرتفع وسريع ويصعب مقاطعته، والكلام مملوء بالنكات والقفشات، والإيحاءات الجنسية، أو يقوم بالغناء أو التمثيل، وقد يتميز بالشكوى والتعليقات العدائية والتهديدات الغاضبة).

٤- كثرة وتطاير الأفكار (حيث تكون الروابط بين الأفكار شكلية في إيقاع الألفاظ فقط، وتطاير الأفكار يجعل الكلام غير متسق).

٥- زيادة أو تشتت الانتباه (سرعة التحول في الكلام والنشاط كاستجابة للمثيرات الخارجية المختلفة غير المرتبطة معا، مثل الضوضاء المحيطة أو الصور على الحوائط).

٦- زيادة النشاط الحركي الهادف (الإغراق في الأنشطة الترفيهية المرحية والتي غالبا نتائجها مؤلمة، ولا يدرکها تماما، وتزداد اجتماعيته فينشئ علاقات جديدة).

٧- خلل الحكم على الأمور (الاتصال بأصدقائه في ساعات متأخرة من الليل، تصرفات حمقاء وسلوك جنسي غير معتاد، وإرتداء ملابس غير مألوفة ذات ألوان زاهية ووضع مساحيق التجميل بصورة مفرطة).

٨- السلوك الممتد (توزيع ما يملكه من طعام أو نقود على العابرين الغرباء).

٩- عدم الإستبصار بمرضه ورفض العلاج.

١٠- هلاوس (متوافقة مع الوجدان السائد عادة)، وضلالات (اضطهادية

بسبب وضعه المميز وعلاقاته الخاصة)

ج- تسبب الأعراض خلل اجتماعي أو وظيفي واضح.

د- تستمر هذه الأعراض لمدة أسبوع أو استدعت دخوله المستشفى.

الهوس الخفيف

تكون الأعراض مشابهة لنوبة الهوس ولكن شدتها أقل كثيراً، تكون المدة أربعة أيام على الأقل، لا يكون اضطراب المزاج شديداً لدرجة ينتج عنه خلل كبير في الأداء المهني أو الوظائف الاجتماعية المعتادة أو العلاقة بالآخرين، ولا يستلزم دخول المستشفى، ولا يصاحبه أعراض ذهانية.

البداية والمسار والمآل:

عادة تبدأ نوبات الهوس في بداية العشرينات.

تكون البداية فجائية وتستمر من أيام إلى شهور وتنتهي فجأة.

النوبة المختلطة

Mixed Episode

توجد كل من نوبات الهوس والاكتئاب كل يوم تقريباً لمدة أسبوع على الأقل مع حركة سريعة في الانتقال بينهما، وتعتبر هي الأصعب في التشخيص.

المضاعفات

إدمان المواد المخدرة.

حوالي ١٠٪ إلى ٢٠٪ من المصابين بهذا المرض يدخلون في دورات سريعة، حيث تصيبهم أكثر من أربع نوبات من الهوس الاكتئابي في السنة الواحدة. وترتفع فرصة إصابتهم بنوبات مستقبلية مع كل نوبة جديدة.

ثالثاً: الدسثيميا (الاكتئاب العصابي المزمن)

Dysthymic Disorder

أ- اكتئاب اغلب فترات اليوم (كما في الاكتئاب الجسيم)

ب- وجود إثنان على الاقل من :

١- فقد الشهية أو زيادتها.

٢- الأرق أو زيادة النوم.

٣- نقص الطاقة أو الإجهاد.

٤- نقص التركيز.

٥- الشعور بالعجز.

ح - تستمر هذه الأعراض لمدة سنتين أو سنة في الأطفال والمراهقين لا تختفى فيها الأعراض لمدة أكثر من شهرين.

د- لا توجد خلال السنتين نوبات اكتئاب جسيم أو نوبات مختلطة.

هـ- أن لا يكون طارئاً على اضطراب ذهاني مزمن مثل الفصام، وأن لا يكون راجعاً إلى سبب جسماني أو مادة.

و- تسبب الأعراض خللاً اجتماعياً أو وظيفياً أو معاناه ذاتية.

إنواعه:

(١) ذاتي أو أولي: لا يكون بسبب اضطراب آخر.

(٢) ثانوي: وهو الغالب ويكون بسبب اضطراب نفسي غير وجداني (مثل

القهم العصابي أو القلق أو إدمان مادة) أو يكون اضطراب جسماني (مثل

التهاب المفاصل الروماتيزمي).

البداية والمسار والمآل:

يبدأ الاكتئاب العصبي بداية غير واضحة وقد تكون قبل سن الحادية والعشرين وتسمى البداية المبكرة، وقد تكون عند هذه السن أو بعدها وتسمى البداية المتأخرة.

والمسار مزمن، وغالبا ما يطرأ على المصابين بهذا الاضطراب نوبات الاكتئاب الجسيم ويطلق عليه الاكتئاب المتضاعف Double Depression. نادرا ما يحتاج المريض لدخول مستشفى.

مضاعفاته:

الإدمان كمحاولة من المريض لعلاج نفسه بتعاطي المنشطات.
نقص التفاعل الاجتماعي للأطفال والمراهقون ويصبحون أكثر خجلا وسلبية أو عنادا وغضبا وقد يتأثر إنجازهم الدراسي.
الميلا نحووليا: يوجد ثلاثة أو أكثر من:

١- يكون الاكتئاب وبشكل منتظم أسوأ ما يكون في الصباح.

٢- الإستيقاظ مبكرا (ساعتين على الأقل).

٣- تأخر نفسي حركي أو هياج.

٤- فقدان واضح للشهية والوزن.

٥- شعور مبالغ فيه بالذنب.

٦- مزاج مكتئب بشدة.

أنواع من الاكتئاب غير المصنف في موضع آخر

(١) اضطراب الاكتئاب البسيط: نوبات من الأعراض الاكتئابية أقل من خمسة

أعراض لمدة ١٥ يوم.

(٢) اضطراب الاكتئاب الخفيف المتكرر: نوبات من الأعراض الاكتئابية تتراوح بين ٢-١٥ يوم وتحدث مرة واحدة على الأقل شهريا لمدة ١٢ شهر ولا ترتبط بالدورة الشهرية.

(٣) الاكتئاب غير النمطي: يتميز بمزاج متفاعل (reactive) مع وجود إثنان أو أكثر من:

١- زيادة الشهية أو الوزن.

٢- كثرة النوم (١٠ ساعات فأكثر).

٣- إحساس بالثقل في الجسم خاصة الأرجل والذراع leaden parlaysis

٤- حساسية شديدة للرفض في العلاقات البينشخصية مما يسبب قصور جوهري.

٥- لا تتوافق مع سمات الميلانخوليا.

(٤) الاكتئاب الموسمي: يبدأ الاضطراب (الخريف والشتاء) ويتحسن (الربيع) في وقت محدد سنويا، ويتكرر هذا الموسمين متتاليين.

يشيع هذا النمط بين صغار السن خاصة في الدول التي تقع فوق مدار السرطان (تحتفي الشمس كثيرا) ويصاحبه زيادة الوزن والنوم ويعالج بالتعرض للشمس

الاضطراب ثنائي القطبية

الاضطراب ثنائي القطبية I: يشخص في حالة وجود نوبه هوس أو نوبه مختلطة.

الاضطراب ثنائي القطبية II: يشخص في حالة وجود نوبه هوس خفيف.

السيكلوثيميا (الاضطراب الدوري) Cyclothymic Disorder

المواصفات التشخيصية:

- ١- وجود فترات متعددة من الهوس الخفيف أو الأعراض الاكتئابية بدرجة شدة أو مدة لا تكفي لتشخيص نوبة الاكتئاب الجسيم أو نوبة الهوس.
- ٢- تستمر هذه الأعراض لمدة سنتين أو سنة في الأطفال والمراهقين لا تختفى فيهما الأعراض لمدة أكثر من شهرين.
- ٣- لا يوجد نوبات اكتئاب جسيم أو هوس أو نوبات مختلطة خلال السنتين الأولتين من الاضطراب (نوبة هوس سوف تشير إلى اضطراب ثنائي القطبية ونوبة الاكتئاب الجسيم دون نوبة هوس سوف تشير إلى اضطراب ثنائي القطبية غير المحدد في مكان آخر).
- ٤- أن لا تكون طارئة على اضطراب ذهاني مزمن (مثل الفصام) أو بسبب عضوى بدأ الاضطراب أو جعله يستمر.

البداية والمسار والمآل:

في المراهقة أو بداية الرشد وتكون البداية غير واضحة والمسار مزمن. وقد يتحول هذا الاضطراب إلى اضطراب ثنائي القطبية أو نوبات هوس أو اكتئاب.

محددات الشدة

توصف النوبة من حيث الشدة إلى:

خفيفة: أعراض قليلة تكفي فقط للتشخيص، وينتج عنها قصور بسيط وظيفيا أو اجتماعيا.

متوسطة: الأعراض والقصور يتراوح بين البسيطة والشديدة.

شديدة بدون علامات ذهانية: أعراض عديدة وقصور واضح.

شديدة مع علامات ذهانية: هذات أو هلاوس متسقة أو غير متسقة مع المزاج.

سكون (هدأة) جزئية: توجد أعراض لكن لا تكفي لتشخيص النوبة، أو غياب الأعراض الجوهرية لمدة أقل من شهرين.

سكون (هدأة) كلية: لا توجد أعراض أو علامات لمدة شهرين.

أسباب الاضطرابات الوجدانية

ما زالت الأسباب حتي الآن غير معروفة ولذا يطلق عليها عوامل ، ولاحظ العلماء وجود عوامل مختلفة سواء بيولوجية أو نفسية أو اجتماعية تشترك في ظهور الاضطرابات.

أولا: العوامل البيولوجية:

١ - الجينات الوراثية:

كشفت الدراسات الأسرية ودراسات التوائم عن أدلة تشير إلى وجود عامل جيني له دور هام في نقل الاضطرابات الوجدانية.

(أ) وجد أن ٩٠٪ من مرضى الوجدان لديهم قريب من الدرجة الأولى يعاني

من اضطرابات الوجدان.

(ب) ينتشر اضطراب ثنائي القطبية في أقارب الدرجة الأولى بنسبة ٨:٣٪ باختلاف بين الدراسات مقابل ١٪ بين العامة وينتشر الاكتئاب بنسبة ٢٣:٦٪

(ج) تنتشر الاضطرابات الوجدانية في التوائم المتماثلة تقريباً من ٢:٤ أضعاف التوائم غير المتماثلة.

(د) لوحظ ارتباط جيني بين ثنائي القطبية وكروموسومات ١١، ٥، إكس والخلاصة أن النتائج تدعم دور الجينات في اضطرابات الوجدان وإن كانت المشاكل التي تواجه هذه الدراسات هي صغر حجم العينات مع صعوبة الحصول عليها.

٢- الأُمينات الحيوية:

لوحظ وجود علاقة سببية بين الأُمينات الحيوية في الدماغ وبين الاضطرابات الوجدانية وذلك من خلال ما يلي:

- نقص الأُمينات الحيوية ينتج عنه مرض الاكتئاب كما في حالة تعاطي الرزربين.

- وجود اختلال في مخلفات أيض الأُمينات الحيوية في الدم والبول والسائل النخاعي الشوكي لمرضى اضطراب الوجدان.

- ملاحظة نقص ناتج أيض النورأدرينالين في مرضى الاكتئاب، بينما يكون مرتفعاً في (٥٠٪) من مرض الهوس..

- نقص السيروتونين يرسب الاكتئاب.

- بعض مرضى الاكتئاب الذين يعانون ميولا إنتحارية لديهم نقص في تركيز السيروتونين في السائل النخاعي الشوكي (مخلفات الأيض) ونقص تركيزه في الصفائح الدموية.. ومع أن مضادات الاكتئاب التي تنشط السيروتونين تعمل أساسا على قفل آلية إعادة أخذ السيروتونين، فإن أجيالا جديدة من مضادات الاكتئاب قد يكون لها تأثيرات أخرى على نظام السيروتونين شاملا مضاد لمستقبل السيروتونين (٥-HT-1A) مثل (Ipsapirone)

- كان معروفا نقص نشاط الدوبامين يرتبط بالاكتئاب وزيادته ترتبط بالهوس، ولكن إكتشاف أنواع فرعية من مستقبلات الدوبامين زاد من فهم وظيفة الدوبامين وتنظيمه قبل أو بعد المشبك وعلاقة ذلك باضطرابات الوجدان، حيث لوحظ أن العقاقير التي تقلل تركيز الدوبامين (مثل الرزربين) وكذلك الأمراض التي يقل فيها تركيز الدوبامين (مثل مرض باركنسون) ترتبط بأعراض اكتئابية، كما أن العقاقير التي تزيد تركيز الدوبامين مثل (التيروسين والأمفيتامين والبوبروبيون Bupropion) تقلل أعراض الاكتئاب، وهناك نظريات حديثة ترى أن المسار الميزولمبي (Mesolimbic) للدوبامين مختل الوظيفة في الاكتئاب وأن مستقبل الدوبامين ١ (D1) قد يقل نشاطه في الاكتئاب.

- وجود دور لبعض الناقلات العصبية من الأحماض الأمينية خاصة الجابا والبيبتيدات النشطة عصبيا خاصة المورفينات الداخلية في بعض الاضطرابات الوجدانية.

الخلاصة:

زيادة نشاط النوادينالين، الدوبامين يسبب (الهوس، الفصام)
قلة نشاط السيروتونين والنوادينالين، الدوبامين يؤدي إلى (الاكتئاب)

٣- اختلال النشاط الهرموني:

لوحظ وجود اختلالات هرمونية في مرضى اضطراب الوجدان من خلال الآتي:

١- زيادة أو نقص إفراز الكورتيزون وهو ما يشير إلى خلل في المحور الطرفي الهيبوثالامي النخاعي الكظري، ويلاحظ أن نوبات الهوس أو الاكتئاب قد تصاحب مرض كوشنج أو تعاطي الكورتيزون.

٢- نقص إفراز الميلاتونين ليلاً، نقص إفراز البرولاكتين، نقص الهرمونات الجنسية (F.S.H & L.H)، ونقص معدل التستوستيرون لدى الرجال، وأهم المحاور الهرمونية التي تتأثر في اضطرابات الوجدان هي (الكظرية الأدرينالية والدرقية وهرمون النمو).

٣- الاكتئاب إنعكاس لنظام شاذ في إيقاع الساعة البيولوجية الداخلية ويؤكد ذلك شذوذ نمط النوم في الاكتئاب مع التحسن العابر في الاكتئاب الذي يحدث بتأثير الحرمان من النوم، كما أن بعض التجارب على الحيوانات أشارت إلى أن مضادات الاكتئاب المعتادة فعالة في تغيير إيقاع الساعة البيولوجية.

٤- اكتئاب الدورة الشهرية وما قبلها وتوقف الدورة الشهرية في حالات اضطراب الوجدان الشديدة.

٤- اختلال الكهارل:

حيث لوحظ زيادة الصوديوم المتبقي في حالات الاكتئاب بنسبة (٥٠٪) وفي حالات الهوس بنسبة (٢٠٠٪)

وهناك أسباب طبية وعصبية للاكتئاب هي:

١- بعض العقاقير: ومنها حبوب منع الحمل، مقفلات البيت، الأفيونات،

البنزوديازين، الباربيتورات.

٢- أمراض عصبية مثل السكتة الدماغية، أورام الدماغ، إلتصلب المتناثر، الباركنسون.

٣- مرض الذئبة الحمراء الجهازى S.L.E.

٤- اضطرابات الأيض (الغدة الدرقية - الكظرية - مرض الكبد - نقص السكر بالدم - سرطان البنكرياس والقناة الهضمية)

٥- الخرف (الزهايمر ، مرض هنتنغتون)

وهناك أسباب قد تحدث الهوس:

١- بعض العقاقير: زيادة هرمون الثيروكسين، الأمفيتامين، الكوكايين، الإسترويد.

٢- زيادة إفرازات الغدة الدرقية.

٣- اضطرابات الصرع خاصة complex partial

٤- إصابات المخ، السكتة الدماغية، التصلب المتناثر، أورام المخ، زهري الجهاز العصبي.

٥- الخرف (مرض هنتنغتون's Huntington - مرض ولسون's Wilson - مرض بيك's Pick)

ثانياً: العوامل الاجتماعية والبيئية:

لوحظ أن الظروف الحياتية الضاغطة في الطفولة (مثل فقد أحد الوالدين وطريقة التربية وتشدد الأم في معاملة الطفل والتربية الاعتمادية) تمهئ لحدوث الاضطرابات الوجدانية.. كما أن فقد الزوج (أو الزوجة) والعزلة الأسرية والضغط الاقتصادي أو الديني قد يرسب الاضطرابات الوجدانية.

ثالثاً: العوامل النفسية:

عدم النضج الإنفعالي وثنائية المشاعر والشعور بالعجز المتعلم والفهم الخاطئ للخبرات الحياتية وتقويم النفس السالب والتشاؤم واليأس، كلها عوامل نفسية تهيئ لحدوث الاضطرابات الوجدانية. والنمذج التحليلي كالتالي:

- ❶ فقد الحب يؤدي إلى نكوص الأنا إلى المرحلة الفمية فبسبب الاكتئاب.
- ❷ ازدياد الحاجات النرجسية (الحب) يؤدي إلى الاكتئاب.
- ❸ دوره الشبع والجوع - دوره اللذة والألم بمعنى أن كل معاناته تحتوي الحق في بهجة تعويضية لاحقة فيؤدي إلى ثنائي القطبية.

الاكتئاب في أرقام:

- ❶ اضطراب يصيب ١٥-٢٥٪ من السيدات خلال فترة العمر.
- ❷ ٣٠٪ من النساء يصبن به قبل الدورة الشهرية، ١٠٪ من النساء أثناء الحمل، ١٠-٢٠٪ من النساء بعد الولادة، ١٠-١٥٪ منهن بعد إنقطاع الدورة الشهرية.
- ❸ الاكتئاب الجسيم في السيدات ضعف الرجال.
- ❹ يزيد الاكتئاب بين الأرامل والمطلقات ومن يعيش وحيداً.
- ❺ الرجل يصاب بالاكتئاب عند الطلاق أكثر من المرأة.
- ❻ المرأة تصاب بالاكتئاب عند الزواج أكثر من الرجل.
- ❼ ٣٠٪ من المكتئبين يفكرون في الانتحار، وقد يخططوا له.
- ❽ ١٠-١٧٪ من المكتئبين يقدمون فعلاً على الانتحار.
- ❾ ٩٧٪ من المكتئبين يشكون من نقص المجهود.

- Ⓒ ٨٠٪ من المكتئبين يشكون من اضطرابات النوم.
- Ⓒ ٩٠٪ من المكتئبين يصاحبهم قلق نفسي.
- Ⓒ الاكتئاب يزداد مع تقدم العمر.
- Ⓒ الاكتئاب في أطفال ما قبل المدرسة ٣, ٠٪.
- Ⓒ الاكتئاب في أطفال ما بعد الذهاب إلى المدرسة ١, ٠٪.
- Ⓒ الاكتئاب في مرحلة الشباب والمراهقة حوالي ٥, ٠٪.
- Ⓒ ١٢ ألف طفل يدخلون المستشفيات في أمريكا سنوياً بسبب محاولات إنتحارية بعد تعرضهم للاكتئاب.
- Ⓒ ١٣, ٦ من كل ١٠٠ ألف من الأولاد البالغين (١٥-١٩ سنة) ينتحرون سنوياً في أمريكا بسبب الاكتئاب.
- Ⓒ ٣, ٦ من كل ١٠٠ ألف من البنات البالغات (١٥-١٩ سنة) ينتحرون سنوياً في أمريكا بسبب الاكتئاب.
- Ⓒ ٤٠٠ من كل ١٠٠ ألف من الكبار ينتحرون سنوياً في أمريكا بسبب الاكتئاب. والاكتئاب يصيب المسنين بنسبة ١٥, ٠٪.

التقييم النفسي للاضطرابات الوجدانية باستخدام القياسات النفسية:

(١) الاكتئاب: يتم استخدام المقاييس لتأكيد التشخيص ومتابعة العلاج

أ- التقييم المقنن للاضطرابات الاكتئابية المراجعة الخامسة

Standerdised Assessment of Depressive Disorders -5th Rivision

صمم بواسطة منظمة الصحة العالمية، به ٥٧ بند تتناول مظاهر الاكتئاب،

يصلح لتقييم شدة الاكتئاب، لكنه لا يصلح للتشخيص.

ب- مقياس تقدير هاملتون للاكتئاب Hamilton Rating scale for Depression

يستخدم بواسطة الطبيب النفسي لقياس شدة أعراض الاكتئاب، ويتون من ١٧ بند، يفيد جدا في متابعه العلاج بشرط أن تتباعد الفترات (٢-٣ أسابيع).

ج- قائمة بيك للاكتئاب Beck Depression Inventory

يعتمد على التقدير الذاتي بواسطة المريض، يتكون من ٢١ بند وهناك نسخة مختصرة تحتوي على ١٣ بند، لا يفيد في الاكتئاب الشديد جدا، سهل الاستخدام.

(٢) الهوس

أ- مقياس تقدير الهوس Mania Rating Scale

يطبق بواسطة التمريض، يتكون من ٢٦ بند، يقيس كل بند التكرار والشدة، لا يشتمل على بعض مظاهر الهوس مثل اضطرابات النوم وتقلب المزاج.

ب- مقياس تقدير الهوس المعدل Modifid Mania Rating Scale

يستخدمه الطبيب النفسي، يتكون من ٢٨ بند، يقدر شدة الأعراض فقط، يفيد في المتابعة، يهتم فقط بهنا والآن.

ملحوظة: لمزيد من تفاصيل المقاييس الرجوع إلى كتاب الاختبارات النفسية في الممارسة الإكلينيكية وتطبيقاتها بالكمبيوتر للأستاذ الدكتور محمد أحمد عويضة.

علاج الاضطرابات الوجدانية إستراتيجية العلاج فى مريض الاكتئاب

(١) مكان العلاج: كما فى الإستراتيجية العامة

(٢) نوع الدواء والجرعة: يتم استخدام دواء من مضادات الاكتئاب ومن أشهرها

١- مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات وجرعتها المتوسطة من ٧٥ - ٢٢٥ مجم/ يوم وتعطى مرة واحدة أو مجزأة وتبدأ بجرعة صغيرة ٥٠ مجم وتزداد بمعدل ٢٥ مجم كل ٣ ايام حسب تحسن حال المريض ومن أشهرها التريبتول، أنا فرانيل

٢- مضادات إعادة اخذ السيروتونين SRI وجرعتها الدوائية من ٢٠ - ٤٠ مج وتتميز بسرعة حدوث التأثير وقلّة الأعراض الجانبية الحادّة مقارنة بالمضادات ثلاثية الحلقات ومن أشهر الأدوية فى هذه المجموعة فلو كساتين ، لوسترال.

٣- مثبطات إعادة التقاط السيروتونين والنورأدرينالين S.N.R.I. مثل فينلافاكسين Venlafaxine: إيفكسور: Effixor بجرعة نبدأ بـ ٣٧, ٥ ملجم والجرعة القصوى ٣٧٥ ملجم. والجرعة المتوسطة ٧٥-٢٢٥ ملجم.

٤- مثبطات الإنزيم المؤكسد للأحماض الأحادية M.A.O.I.: وتستخدم فى الاكتئاب غير النمطي مثل ١- فينلزين Phenelzine نارديل (Nardil) بجرعة ١٥-٤٥ ملجم/ يوم والجرعة القصوى ٧٥ ملجم/ يوم، إيزوكاربوكسازيد Isocarboxazide ماربلان (Marpan). بجرعة ١٠-٢٠ ملجم/ يوم مقسمة على عدة جرعات، والجرعة القصوى ٣٠ ملجم. يشترط فى حالة للتوقف عن هذه المركبات ألا يتم قطع العلاج فجأة ويكون الإنسحاب تدريجياً حيث تخفض الجرعة كل ٤-٥ أيام.

٥- مثبطات إعادة اخذ الدوبامين مثل بوبروبيون Bupropione: والبيتارين Welbutrin. بجرعة: ٢٠٠-٣٠٠ ملجم يومياً.

٦- جلسات العلاج بالكهرباء: خاصة الاكتئاب المصاحب بميول إنتحارية والشديد وتكون مصاحبة بالعقاقير.

(٣) العلاج النفسي (سبق الحديث عنه).

(٤) المتابعة باستخدام القياسات النفسية والملاحظات الطبية والتمريضية.

استراتيجية العلاج فى مريض الهوس

١- مكان العلاج: كالسابق

٢- نوع الدواء وجرعته:

يحتاج مريض الهوس إلى استخدام ما يسمى بمضادات الهوس وأشهرها الليثيوم والتجريتول والديباكين.

ولكن هذه الادوية تحتاج لكى تعطى نتيجة فتره تصل إلى عشرة أيام وعلى هذا يتم إضافة مضادات الذهان مثل سافينيز أو المطمئئات الصغرى مثل الفاليوم للتحكم فى الأعراض الشديدة حتى تبدأ مضادات الهوس فى العمل فيتم سحب مضادات الذهان أو المطمئئات الصغرى والإستمرار فقط على مضادات الهوس.

الجرعة العلاجية لليثيوم يكون فيها مستوى الدواء بالدم ٢, ١:٨, ٠ مل / لتر.

تجريتول من ٢٠٠ - ١٨٠٠ مجم / يوم.

ديباكين من ٢٠٠ - ٢٠٠٠ مجم / يوم.

٣- تقييم المريض ومتابعة التحسن: عن طريق استخدام المقاييس النفسية والملاحظة الطبية والتمريضية.

٤- العلاج النفسي: كالسابق.

مثال:

مريض هوس حاد يعطى التذكرة الدوائية التالية:

⦿ ديباكين ٥٠٠ مجم قرص ٣ مرات.

⦿ سافينيز ٥ مجم قرص ٣ مرات.

⦿ كوجنتين ٢ مجم قرص ٣ مرات .
