

علم النفس المرضي
والعلاج النفسي

علم النفس المرضي
والعلاج النفسي

رقم التصنيف: 615.852

للؤلف ومن هو في حكمه: د. حسين فالح حسين
عنوان الكتاب: علم النفس المرضي والعلاج النفسي

رقم الإيداع: (2012/2/597)

الترقيم الدولي: ISBN: 978-9957-90-011-3

للموضوع الرئيسي: العلاج النفسي / علم النفس / الأمراض

تم إعداد بيانات الفهرست والتصنيف الأوليت من قبل دائرة المكتبة الوطنية

حقوق الطبع محفوظة للناسر

الطبعة الأولى

2013 م

مركز دبيونو لتعليم التفكير

عضو اتحاد الناشرين الأردنيين

عضو اتحاد الناشرين العرب

حقوق الطبع والنشر محفوظة لمركز دبيونو لتعليم التفكير، ولا يجوز إنتاج أي جزء من هذه المادة أو تخزينه على أي جهاز أو وسيلة تخزين أو نقله بأي شكل أو وسيلة سواء كانت إلكترونية أو آلية أو بالنسخ والتصوير أو بالتسجيل وأي طريقة أخرى إلا بموافقة خطية مسبقة من مركز دبيونو لتعليم التفكير.

يطلب هذا الكتاب مباشرة من مركز دبيونو لتعليم التفكير

عمان- شارع الملكة رانيا- مجمع لعيد التجاري- مبنى 320- ط4

هاتف: 962-6-5337029 / 962-6-5337003

فاكس: 962-6-5337007

ص. ب: 831 الجبيهة 11941 للملكة الأردنية الهاشمية

E-mail: info@debono.edu.jo

www.debono.edu.jo



علم النفس المرضي والعلاج النفسي

تأليف

الدكتور / حسين فالح حسين

قسم الإرشاد النفسي والتوجيه التربوي

مراجعة

الأستاذ الدكتور / محمود كاظم محمود

الجامعة المستنصرية- كلية التربية

قسم الإرشاد النفسي والتوجيه التربوي

الناشر

مركز ديونو لتعليم التفكير

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

﴿ وَاللَّهُ أَخْرَجَكُمْ مِنْ بُطُونِ أُمَّهَاتِكُمْ لَا تَعْلَمُونَ شَيْئًا وَجَعَلَ
لَكُمْ السَّمْعَ وَالْأَبْصَرَ وَالْأَفْئِدَةَ لَعَلَّكُمْ تَشْكُرُونَ ﴾ (٧٨)

صدقة الله العظيم

(سورة النحل: 78)

إهداء

﴿ قَالُوا سُبْحَانَكَ لَا عِلْمَ لَنَا إِلَّا مَا عَلَّمْتَنَا إِنَّكَ أَنْتَ الْعَلِيمُ الْحَكِيمُ ﴾ (البقرة: 32)

صدق الله العظيم

إلى كل قارئ ومثقف يستغل كل كلمة من أي كتاب يخص العلم لتزويد عقله بموارد العلم لكي لا تجف

إلى خير عون تلقيته وإلى ارفع صبرا لقيته وإلى أكبر مضحي وجدته وإلى من تقاسم معي التعب والعناء..... زوجتي العزيزة دكتورة بان (أم أحمد) وإلى من انظر في وجهه ليزول التعب..... (ابني أحمد)

وأهدي عملي هذا إلى المدير التنفيذي لمركز دبيونو لتعليم التفكير الأستاذ (رياض الأزايد) والعاملين على جهودهم العلمية المتميزة الذي ينعكس على سمعة المركز ، وأسأل الله عز وجل أن يبارك شعار مركزهم (تعليم التفكير)

د . حسين فالح

المحتويات

11	..... المقدمة
13	..... 1- مدخل لدراسة علم النفس المرضي
14	..... السلوك غير السوي
14	..... ماذا نعني بالسلوك غير السوي؟
14	..... معايير السلوك الغير سوي
16	..... السواء
18	..... تصنيف السلوك الشاذ
24	..... منظور على الاضطرابات العقلية
25	..... اضطرابات القلق
25	..... القلق العام و اضطرابات الذعر (الهلع)
26	..... الرهاب
27	..... 1- الرهاب المحدد
27	..... 2- الرهاب الاجتماعي
27	..... 3- الخوف من الأماكن المفتوحة أو الأسواق
28	..... اضطرابات الوسواس القهرية
30	..... مفهوم اضطرابات القلق
30	..... نظرية التحليل النفسي
32	..... النظرية السلوكية

33	النظرية المعرفية
34	النظرية البايولوجية
37	اضطرابات المزاج
37	الكآبة
39	الاضطرابات ثنائية القطب
40	الكآبة والانتحار
42	مفهوم اضطرابات المزاج
43	نظرية التحليل النفسي
44	النظرية السلوكية
45	النظرية المعرفية
48	النظرية البيولوجية
51	الوهم والسعادة
54	سرعة التأثر والضعغوطات
55	الشيذوفرنيا
56	خصائص الشيذوفرنيا
61	العوامل البايولوجية
68	العوامل الاجتماعية والنفسية
71	الضغط وسرعة التأثر
74	اضطرابات الشخصية
75	اعتلال الشخصية السايكوباثية
76	عوامل اعتلال الشخصية السايكوباثية
81	اضطرابات الشخصية الحدية

84	العوامل الإحيائية النفسية
85	مفهوم الشخصية الحدية
85	1- المدرسة الإحيائية (العوامل الإحيائية)
85	2- التحليل النفسي
87	أحداث الحياة الضاغطة
89	2- العلاج النفسي
89	تمهيد
89	الخلفية التاريخية
91	الأشكال الأولية (البدائية) لمستشفى الأمراض العقلية
93	الأساليب العلاجية الحديثة
97	المتخصصون المشاركون في العلاج النفسي
99	تقنيات (أساليب) العلاج النفسي
100	التحليل النفسي
101	التداعي الحر وتحليل الأحلام
102	التحويل
104	التفسير
105	إثارة الذات
105	أساليب العلاج المعتمدة في التحليل النفسي
107	أولاً: العلاج السلوكي
115	ثانياً: العلاج السلوكي المعرفي
119	ثالثاً: العلاج الإنساني
122	رابعاً: العلاج الكهربائي

129	..... فاعلية أو تأثير العلاج النفسي
129	..... تقنية العلاج النفسي
132	..... الطرق المعتادة في العلاجات النفسية
136	..... العلاجات البايولوجية
136	..... 1- عقاقير العلاج النفسي
143	..... 2- العلاج بالصدمة الكهربائية
145	..... تأثيرات الثقافة والجنس على المعالجة
149	..... تحسين الصحة العقلية
149	..... المصادر المجتمعية
150	..... تدخل الأزمة
151	..... الاختصاصيون كمعالجين
152	..... تعزيز سعادتك العاطفية
152	..... تقبل مشاعرك
153	..... تعرف على ما يستثيرك
154	..... دعم قدراتك واهتماماتك
154	..... المشاركة مع الأشخاص الآخرين
154	..... العلم عند احتياج المساعدة
155	..... الجوانب البايولوجية - النفسية
161	..... قائمة المراجع
161	..... أولا المصادر العربية
163	..... المراجع الأجنبية

الحمد لله رب العالمين والصلاة والسلام على آله الطيبين الطاهرين ونحمده حمدا كثيرا على ما هدانا إليه وأنار عقولنا من اجل خدمة العلم والمعرفة....

جاءت فكرة تأليف هذا الكتاب من خلال تدريسنا لمادة علم النفس السريري وخبرتنا في ذلك وإحساسنا بالحاجة الماسة لمصادر حديثة باللغة العربية، ونظرا لندرة المصادر العربية والحديثة راودتنا فكرة تأليف كتاب يغطي مادة علم النفس السريري وحسب علمنا أن هذا الموضوع لم يكتب عنه الكثير في المكتبات العراقية، وان لهذه المادة فائدة للمجتمع العراقي عموما، وللأسرة العراقية خاصة وهذه المرحلة التي تتعرض لها إلى أشكال الضغط والأزمات والاضطرابات التي قد تتخلق حالات من المرض النفسي المادة البسيطة، ولقلة ثقافة مجتمعا في الموضوعات النفسية وأمراضها وشيوع الأفكار الخاطئة عنها.

إذ أصبحت ظاهرة الصحة النفسية من المظاهر الحضارية المتقدمة التي تميز المجتمعات المتحضرة المعاصرة وأن التركيز على الأمراض النفسية والعلاج النفسي يمثل إحدى نقاط الاهتمام لدى علماء النفس والتربية لذلك جاء اهتمام هذا الكتاب مواكبا للعصر والتقدم الذي لحق بالدراسات النفسية والتربوية ويسمى هذا العصر بعصر الأزمات والقلق والتوتر والضغوط المختلفة ولذلك اهتم الكتاب الحالي بدراسة الأمراض النفسية وعلاجها الذي يمثل احد المكونات الأساسية للصحة النفسية لذلك فإن النتيجة المقصود منها منفعة المجتمع وطلبة العلم وكل من يسعى لمعرفة الحقائق العلمية عن الأمراض النفسية وظاهرها وأسبابها وعلاجاتها كي يكون على معرفة ودراية بتلك الأمراض وهذه المعرفة لا تغني عن مراجعة الطبيب والمختص إذا أراد المزيد من معرفة أعراضها وسبل

وفيما يأتي مواقف توضح هذين الأسلوبين، فلنفترض أن مريضة تعاني من رهاب الأفاعي (Phobia of Snakes)، تعاني هذه المرأة من الرهاب لدرجة أنها تخاف المشي في الفناء الخلفي لمنزلها، أو المشي لوحدها في غابة لأغراض التنزه.

يمكن إجراء أسلوب التعرض لمواقف ذات التسلسل الهرمي والمثيرة للمخاوف، من خلال إبراز صورة أفعى في كتاب ما وجعل المريضة تراها، ثم البدء تدريجياً بتعريض المريض بصورة حقيقية لأفعى وذلك من خلال جعلها ترى أفعى محجوزة في قفص زجاجي في حديقة الحيوان. أما نهاية المواقف المثيرة للخوف والتي تقع في قمة التسلسل الهرمي، فهو تعريض المريضة فعلاً لأفعى كبيرة، عندها ستتعلم المريضة إمكانية الاسترخاء وبناء تدرج أو ترتيب هرمي لمخاوفها.

وفقاً لأسلوب إزالة الحساسية (Desensitization) فإن المريضة تجلس وعيناها مغلقتين على كرسي مريح، وفي لوقت ذاته يقوم المعالج بوصف الموقف الأقل إثارة للخوف أو الانفعال للمريضة، فإذا تمكنت المريضة من تخيل هذا الموقف دون حصول شد في عضلاتها عندها سيتابع المعالج وينتقل إلى المواقف التالية والتي تدرج في شدة إثارة الانفعالات فعندها تجرب المريضة المعالج أن المشهد الذي رآته أثار مخاوفها عندها يعمد المعالج إلى جعلها تركز في ذلك المشهد مراراً حتى يتم استنزاف كل الانفعال أو الخوف لتستمر هذه العملية طيلة سلسلة من الجلسات إلى أن يتم التوصل إلى استخلاص الاسترخاء فقط من المواقف التي كانت في الأصل تثير الانفعال أو الخوف. عندئذ يمكن القول أن المريضة تمكنت من تقبل خوفها تجاه المواقف التي كانت تعاني منها، من خلال تقوية استجابة أو سلوك الاسترخاء المتضارب مع شعور الخوف.

ووفقاً لأسلوب التعرض (Exposure) فإن المريضة تتعرض بالفعل إلى مواقف مثيرة للخوف، ففي البدء تتعرض المريضة للمواقف الأقل إثارة للخوف أو

تشخيصها ولكنها محاولة علمية لتقديم المعرف النفسية ولتوسع دائرة الثقافة النفسية.

وختاماً لا يسعنا إلا أن نسأل الله سبحانه وتعالى أن يوفق الخيرين في هذا البلد لخدمة وطننا العزيز مهد الحضارات الإنسانية ومنبع الرسائل السماوية.
والله الموفق.

مدخل لدراسة علم النفس المرضي

معظمنا يمر بأوقات يشعر بها بالقلق أو الاكتئاب أو الغضب غير المبرر، أو أنه ليس لديه القدرة على التعامل مع صعوبات الحياة بإيجابية أو بكفاءة محاولة منه للوصول إلى الحياة التي نطمح لها، فهي ليست مهمة سهلة في عصر التغيرات الاجتماعية والتقنية السريعة فمعظم فرضياتنا التقليدية في العمل والدين والجنس والزواج والعائلة أصبحت موضوع تساؤل، والقيم الاجتماعية التي أعطت آباءنا وأجدادنا حسا بالأمان أصبحت لا تمثل لنا خطوطا إرشادية واضحة لسلوكنا. فأى شخص يحاول أن يعيش في الحياة بدون أوقات من الوحدة والشك بالذات والقنوط فإنه سيكون شخصا غير اعتيادي.

ففي الحقيقة إن معظم الناس يمرون بأوقات من الاضطرابات العاطفية أو العقلية الشديدة وبما لا يقل عن تجربة واحدة خلال حياتهم والتي إن شخصت قد تصنف على أنها اضطرابات عقلية.

معظمنا في وقت ما كانت لديه بعض من الأعراض التي سنذكرها لكن ليس سببا لاضطراب (القلق) على أية حال، فإذا كنت تشكو من مشاعر مضطربة لبرهة فإنه لن يضرك التحدث إلى شخص ما حول ذلك ربما شخص في الخدمات الاستشارية في مدرستك أو الخدمة الصحية للطلبة.

السلوك غير السوي

في هذا الفصل سننظر إلى بعض الأفراد الذين يتصفون بأمراض عقلية خطيرة وبعض منهم يعيش أساليب حياتية مدمرة للذات وهذا السلوك يصنف بأنه غير سوي ولكن كما سنرى فإن الخط الذي يقسم السوي وغير السوي هو بعيد عن الوضوح.

ماذا نعني بالسلوك غير السوي؟

ما الذي يميز السلوك السوي عن السلوك غير السوي؟ ليس هنالك اتفاق عام لكن بضع محاولات لوصف الشذوذ قد بنيت على معيار أو أكثر من المعايير الآتية:

معايير السلوك الغير سوي:

المعيار الأول: الانحراف عن المعايير الطبيعية الإحصائية

كلمة غير سوي تعني بعيدا عن السلوك السوي، فكثير من الصفات مثل الطول، الوزن، الذكاء تشمل مدى من القيم عندما يقاس بها المجموع فإن معظم الناس يقعون ضمن القيم المتوسطة للطول بينما هنالك قليل من الأفراد يكونون طوال القامة أو قصار القامة بصورة غير طبيعية وبهذا فإن تعريف واحد للشذوذ مبني على التردد الإحصائي.

فالسلوك غير السوي يكون منحرفا عن المعيار الطبيعي. وطبقا لهذا التعريف فإن الشخص السعيد جدا والذكي جدا يكون غير سوي، وهكذا عند تعريفنا للسلوك غير السوي يجب الأخذ بنظر الاعتبار أكثر من تردد إحصائي.

المعيار الثاني: الانحراف عن القيم الاجتماعية الطبيعية

لكل مجتمع مقاييس معينة و أعراف للسلوك المقبول والسلوك غير المقبول وان السلوك المنحرف بشكل ملحوظ هو الذي يسير بعيدا عن هذه القيم و يعتبر غير سوي ولكن ليس دائما.

وعلى أية حال فقد تظهر عدة مشكلات عندما يكون الانحراف عن الأعراف الاجتماعية و يستخدم مقياسا لتعريف السلوك غير السوي أو الشاذ، فإن السلوك الذي يعتبر طبيعيا في مجتمع قد يعتبر غير طبيعي في مجتمع آخر فعلى سبيل المثال إن بعض الأفراد في الثقافات الأفريقية يعتبرون من الشائع سماع أصوات عندما لا يكون هناك أحد يتكلم أو رؤية خيالات عندما لا يكون هنالك شيء في الواقع، ولكن هذا النوع من السلوك يعتبر غير سوي في اغلب المجتمعات، وهنالك مشكلة أخرى فإن مفهوم الشذوذ قد يتغير بمرور الوقت في نفس المجتمع فمعظم الأمريكيين يعتبرون تدخين الماريجوانا والوقوف نصف عار على الشاطئ غير اعتيادي قبل أربعين عاما ولكن مثل هذه السلوكيات اليوم تعتبر تغيرا في أنماط الحياة بدلا من اعتبارها إشارات للسلوك الغير السوي.

المعيار الثالث: سوء تكيف السلوك

بدلا من تعريف السلوك غير السوي بمصطلحات الانحراف عن القيم الإحصائية أو الاجتماعية، فإن الكثير من علماء الاجتماع يعتقدون أن المعيار الأكثر أهمية هو كيفية تأثير السلوك في صحة الإنسان أو المجتمع، ووفقا لهذه الفكرة فإن السلوك يكون غير سوي إذا كان سيئ التكيف أو إذا كانت له تأثيرات عكسية في الفرد أو المجتمع.

بعض أنواع السلوك المنحرف يؤثر في تكيف الفرد مثلا شخص يخاف جدا

من الأماكن المزدهمة بحيث لا يستطيع ركوب الباص للذهاب إلى العمل أو شخص يدمن على تناول الكحول ولا يستطيع الاحتفاظ بعمل وهناك أشكال أخرى من السلوك غير المتكيف مثلا شخص بالغ لديه نوبات عنيفة عدوانية أو شخص مصاب بجنون الاضطهاد لذلك؛ إذا استخدمنا مصطلح سوء التكيف فإن كل هذه الأفعال تكون غير طبيعية طبقا لذلك.

المعيار الرابع: اضطراب الشخصية

المعيار الرابع يعرف الشذوذ استنادا إلى المشاعر الموضوعية للفرد في حالة التوتر بدلا من سلوك الفرد، معظم الأشخاص يشخصون بكونهم مرضى عقليا عندما يشعرون باليأس والقلق والكآبة أو التهيج، والكثير منهم يعانون من القلق وفقدان الشهية وكثير من الآلام والأوجاع وبعض الأحيان يكون التوتر الشخصي العلامة الوحيدة على الشذوذ.

إذ لا يوجد واحد من هذه التعريفات يصف بصورة كاملة أو يفسر تفسيراً مقنعا للسلوك الشاذ، وفي معظم الحالات يؤخذ بنظر الاعتبار في تشخيص الشذوذ جميع المعايير الأربعة وهي: التردد الإحصائي والانحراف الاجتماعي وسوء تكيف السلوك واضطراب الشخصية.

السواء

تحديد مفهوم السواء هو أكثر صعوبة من تعريف الشذوذ، ولكن معظم علماء النفس سيتفقون على إن معظم الصفات الآتية تشير إلى التكامل الطبيعي (الصحة الجيدة) وهذه الصفات لا تقدم فروقات واضحة بين الأصحاء والمرضى العقليين وبدلا من ذلك فإنها تمثل الصفات التي يمتلكها الشخص العادي بدرجة أكبر من الشخص الذي يعد، وفيما يلي معايير السواء:

1- الإدراك الحسي بالواقع

يكون الأشخاص الأسوياء واقعيين في الإدراك الحسي في ردود أفعالهم للواقع وقدراتهم في تفسير ما يجري في العالم من حولهم؛ فهم لا يخطئون في إدراك ما يفعله الآخرون وما يقولونه ولا يفرضون في تقييم قابليتهم كما أنهم لا يقللون من تقييمها ويتهربون من الواجبات الصعبة.

2- القابلية على ممارسة السيطرة أو الاختيارية على السلوك

إن الأشخاص الأسوياء يشعرون بثقة تامة بمقدرتهم على السيطرة على قابليتهم أحيانا يعملون أو يتصرفون بتهور ولكنهم قادرين على كبح جماح غرائزهم الجنسية والعدوانية عند الضرورة ولكن قرارهم بالتصرف هكذا يكون طوعيا بدلا من كونه نتيجة لدوافع غير مسيطر عليها.

3- تقدير الذات والقبول

الأشخاص المتزنون جيدا لديهم بعض التقدير لأهمية أنفسهم ويشعرون بأنهم مقبولون لدى من حولهم ويشعرون بالراحة مع الآخرين وأنهم قادرين على الاستجابة التلقائية في المواقف الطبيعية وبالوقت نفسه هم لا يشعرون بأنهم ملزمون بإخضاع أفكارهم للمجموعة، فإن مشاعر عدم التقدير والقبول والإهمال تنتشر بين الناس غير الأسوياء.

4- القدرة على تكوين علاقات عاطفية

الأشخاص الأسوياء قادرين على تكوين علاقة حميمة مقنعة مع أناس آخرين، إنهم حساسون تجاه مشاعر الآخرين ولا يفرضون مطالب مفرطة على الآخرين ويلبوا حاجياتهم الخاصة، إذ غالبا ما يكون الناس غير الأسوياء مهتمين بحماية

أمنهم ويصبحون مركزين على ذاتهم ومنشغلين بمشاعرهم، فإنهم يبحثون عن العاطفة ولكنهم غير قادرين على تبادل تلك العاطفة، بعض الأحيان يخافون من العاطفة الحميمة لأنها كانت لهم سبق مدمرة.

5- الإنتاجية

الأفراد المتزنون هم الذين يستطيعون توجيه قنوات قدراتهم نحو الفعاليات المنتجة فهم متحمسون للحياة ولا يحتاجون لتوجيه أنفسهم نحو تلبية متطلبات اليوم، وان قلة الطاقة المزمنة والتعرض المفرط للتعب هي غالبا علامات التوتر النفسي الناتج عن المشكلات غير المحلولة.

تصنيف السلوك الشاذ

لقد تم تصنيف مدى واسع من السلوكيات الشاذة، بعض السلوكيات تكون حادة وانتقالية وتظهر عموما عند حدوث ما يسبب التوتر، بينما السلوكيات الأخرى تكون مزمنة وان سلوك الفرد ومشكلاته العاطفية تكون خاصة به إذ لا يوجد شخصان يتصرفان بالطريقة نفسها أو يتشاركان بتجارب الحياة نفسها.

نظام التصنيف له محاسن ومساوئ، إذ أن للسلوك الشاذ أنواعا عديدة تنجم عن أسباب مختلفة وأنا نأمل معرفتها بتصنيف الأفراد إلى مجاميع وفقا لتشابه السلوك والبحث عن الطرائق المناسبة التي يمكن أن يكون بها الأفراد متشابهين.

فقائمة التشخيص تمكن هؤلاء الذين يعملون في تشخيص الأشخاص المضطربين من الحصول على معلومات أكثر دقة وسرعة.

وتفيد كذلك في تعزيز كيفية علاج هؤلاء المرضى. ولكن المشكلات تنشأ عندما تكون قائمة التشخيص مبالغ فيها.

والقائمة 1-1 توفر لنا تصنيفا للاعتلالات الذهنية وأنواعها وتشمل:

1- الفكرة التشخيصية الميينة في القائمة 1-1 مع تصنيف فرعي ملائم مثل انفصام الشخصية وجنون الاضطهاد.

2- اضطراب الشخصية.

3- قائمة بالأمراض الجسمية التي توضح فهم الشخص وعلاجه.

4- توثيق الأحداث المسببة للتوتر التي تزيد من الاضطرابات مثل الطلاق وموت شخص عزيز.

5- تقييم كيفية أداء الشخص مهنيا واجتماعيا.

كل هذه المتغيرات تساعدنا في تحديد العلاج واحتمالات الشفاء وربما تكون قد سمعت بمرض العصاب (Neurosis) أو الذهان (Psychosis) وربما تتساءل فيما إذا كانت تنطبق على القائمة 1-1.



1- الاضطرابات:

وتلاحظ عادة في مرحلة الرضاعة والطفولة والمراهقة وبضمنها التخلف العقلي، التوحد (الاسترسال في التخيل تهرباً من الواقع) الاضطراب من قلة الاهتمام والذي يصاحبه نشاط مفرط على نحو مرضي، وقلق الانفصال، واضطرابات النطق وانحرافات أخرى عن النمو الطبيعي.

2- الاهتياج، والعتاه المبكر، وفقدان الذاكرة واضطرابات الإدراك الأخرى.

إن الاضطرابات التي يكون سببها خلل في الدماغ، وخلل أو عوق مزمن أو عابر والذي يكون نتيجة اضطراب في الجهاز العصبي (مثلاً السفلس الزهري) أو مرض الزهايمر أو تناول مواد سمية مثل المخدرات أو الرصاص.

3- الاضطرابات:

التي تظهر عند استخدام مواد تسبب الانفعال (التهيج)، بضمنها الاستعمال المتزايد للكحول، والامفيتامين، والكوكايين والمخدرات الأخرى التي تؤثر في السلوك وكذلك الماريجوانا، والتبغ يمكن إدراجها أيضاً في هذه الخانة التي يدور فيها نقاش كبير.

4- الشيزوفرينيا

مجموعة من الاضطرابات التي تتصف بفقدان التواصل مع الواقع والتي تظهر عبر اضطرابات ملحوظة في التفكير والإدراك والذي يكون عبر سلوك شاذ وأوهام؛ وعادة ما تصاحبها الهلوسة.

5- اضطرابات المزاج

الاختلال في المزاج الطبيعي إذ إن الشخص قد يكون في غاية الكآبة أو الابتهاج غير الطبيعي أو قد يكون سلوكه ما بين أوقات من الابتهاج أو الكآبة.

6- اضطرابات القلق

وهي اضطرابات يكون فيها القلق هو العارض الوحيد أو الرئيس مثل (القلق العام، الهلع) أو القلق الذي يختبره الشخص ما لم يتجنب الأوضاع المخيفة (اضطرابات الفوبيا) أو محاولة عدم أداء طقوس معينة أو عدم التفكير (الوساوس القهرية) وتتضمن أيضا اضطرابات ما قبل الضغوط الصدمية.

7- اضطرابات جسدية الشكل

إن الأعراض تكون جسدية لكن ليس لها أساس عضوي ولكن تبدو هناك عوامل نفسية لها الدور الكبير وتتضمن اضطرابات التحول مثلا (امرأة امتعضت لأنه كان يتوجب عليها العناية بوالدها المريضة والتي حصل لديها فجأة شلل في الذراع) ووساوس المرض (الاهتمام الزائد بالصحة والخوف من الأمراض عندما لا يوجد مبرر للقلق) ولا تتضمن الاضطرابات السايكوسوماتية التي لها أساس عضوي.

8- اضطرابات الانفصال

هو تحول مؤقت في وظائف الإدراك والذاكرة والهوية وذلك يعزى إلى مشكلات عاطفية وبضمنها فقدان الذاكرة عندما لا يستطيع الشخص استحضار أي شيء عن تاريخه والذي عادة ما يتبع تجربة مؤلمة، ويمكن تعريف اضطراب انفصال الهوية بصورة أفضل بأنه اضطراب شخصي يتضمن أنظمة مستقلة شخصية، اثنين أو أكثر تظهر لدى الشخص ذاته.

9- الاضطرابات الجنسية

تتضمن مشكلات التهديد الجنسي مثلا (تغير الحالة الجنسية) أو الأداء الجنسي مثلا (العجز الجنسي والقذف المبكر والبرود الجنسي HB) والهدف الجنسي مثل (الاهتمام الجنسي لدى الأطفال)، والسادية والماسوشية (انحراف جنسي يتلذذ به المرء بالتعذيب بما ينزله برفيقه).

10- اضطرابات الطعام

استحثاث ذاتي للجوع (فقدان الشهية للطعام) أو الإفراط بالطعام الذي عادة ما يتبعه استحثاث ذاتي للقيء والإسهال (الشرة المرضي أو الشراهة المرضية).

11- اضطرابات النوم

تتضمن الأرق المزمن، والنعاس الشديد، وانقطاع النوم، والسير في أثناء النوم، والانحدار (حالة مرضية تتميز بنوبات نوم عميقة متقطعة).

12- اضطرابات الرحام

هي أعراض نفسية وجسدية والتي تكون مختلفة أو زائفة والتي تختلف عن التمارض إذ أنه لا يوجد هدف واضح، مثل عدم القدرة على دفع الفواتير أو تجنب الخدمة العسكرية والذي يتمثل في تكرار دخول المستشفى.

13- اضطرابات السيطرة على الحافز

تتضمن المصابين بهوس السرقة (الذي يتضمن سرقة أشياء لا يحتاج الشخص إلى استخدامها أو استخدام قيمها المادية) والمقامرة المرضية وهوس الحرائق (أحداث حرائق للمتعة أو لإحداث توتر).

14- اضطرابات الشخصية

نماذج طويلة الأمد للسلوك المرضي والذي يمثل طريقة غير ناجحة وغير صحيحة للتعامل مع الضغوطات أو حل المشكلات. واضطرابات اعتلال الشخصية السايكوباثية واضطرابات الشخصية النرجسية هما مثالان لهذا الاضطراب.

15- الظروف الأخرى التي تحتاج إلى مراقبة طبية

هذه الخبيصة تتضمن العديد من المشكلات التي يسعى فيها الشخص إلى طلب المساعدة مثل مشكلات الزواج والصعوبات التي تحدث بين الطفل ووالديه والمشكلات الجامعية والمهنية.

تقليديا هذه المصطلحات أشارت إلى أفكار تشخيصية رئيسة فالعصاب (Neuroses) يشمل مجموعة من الاضطرابات تتصف بالقلق وعدم السعادة الشخصية وسوء التكيف السلوكي التي كانت نادرا ما تتطلب الدخول إلى المستشفى وبوسع المريض العمل في المجتمع على الرغم من عدم استخدام طاقته الكاملة. أما الذهان (Psychosis) فيشمل اضطرابات أكثر جدية، فسلوك الشخص وعملياته الفكرية تكون مضطربة جدا وعدم التماس مع الواقع ولا يستطيع التوافق مع متطلبات الحياة اليومية وغالبا ما يحتاج إلى الدخول إلى المستشفى، ولا يظهر الذهان أو العصاب بوصفها أفكارا رئيسة في قائمة 1-15 والسبب يتعلق بدقة التشخيص فهذه الأفكار واسعة المدى وتشمل عددا من الاضطرابات الذهانية مع أعراض غير متشابهة ومحترفو الصحة العقلية لا يوافقون على التشخيص في تصنيف منظمة الصحة العالمية Dsm.IV الذي يحاول إيجاد تطابق حسي أكبر بتقسيم الاضطرابات إلى مجاميع طبقا لأعراض سلوكية مهنية جدا بدون شمول أي شيء في علاجها أو أصلها والغرض هو لوصف ما يلاحظه المشتغلون

السريرون من الأفراد أو الذين يعانون من مشكلات نفسية لضمان اتصال وتفاهم أكبر بين محترفي الصحة العقلية.

منظور على الاضطرابات العقلية

إن محاولة فهم الاضطرابات الذهانية واقتراحات علاجها تقع ضمن أحد التوجهات بصورة عامة في علم النفس، فهناك النموذج البيولوجي الذي يدعى بالنموذج الطبي، والذي يؤكد على أن الاضطرابات الجسمية تسبب اضطرابات سلوكية وان الباحثين المستخدمين لهذا التوجه يبحثون عن عدم الانتظام في الجينات التي تكون عاملا مسببا لان يتطور في الشخص الذي يعاني المرض الذهاني ويبحثون عن تلف في الدماغ أو أي جزء منه أو في النواقل العصبية أو مشكلات في وظائف الجهاز العصبي الذاتي.

أما منظور التحليل النفسي: فيؤكد على أهمية الصراعات في اللاوعي المتولدة منذ الطفولة واستخدام آليات الدفاع لمعالجة القلق المتولد عن الدوافع والعواطف المكبوتة.

المنظور السلوكي: وفي هذا المنظور ترى نظرية التعلم وتفترض أن السلوك سيئ التكيف يأتي عن طريق التعلم وهذا التوجه يبحث في كيف إن المخاوف تكيف بمواجهة مواقف خاصة وكيف يؤدي تعزيزها دورا في السلوكيات غير المناسبة.

المنظور المعرفي: وهو شبيه بالمنظور التحليلي يدرس ما يتعلق بالعمليات الداخلية بدلا من التركيز على العواطف والدوافع الخفية ويركز على العمليات المعرفية الواعية والطريقة التي نفكر فيها بأنفسنا وطريقة تعاملنا مع الأحداث المسببة للتوتر وكيفية التوافق معها. ويؤكد هذا المنظور على أن بعض الاضطرابات الذهانية تنشأ من العمليات المعرفية المختلفة ويمكن تعديلها بتغيير الأفكار الخاطئة

وبهذا ستكون أوضح عند مناقشتها وبيان علاقتها بالاضطرابات العقلية.

ولكن من هذه التوجهات يوجد شيء مهم حول الاضطرابات الذهانية إذ أن بعض الاضطرابات العقلية مثل انفصام الشخصية له مكونات بيولوجية أقوى من الأمراض الأخرى، لكن العوامل النفسية والبيئية تؤدي دورا في الإصابة أيضا، وتعتبر التعرضات المستمرة للتوتر من العوامل المسببة للمرض وهناك أيضا العوامل الوراثية لأن بعض الأمراض تقترن بوجود علاقة قرابة مع الشخص المصاب يعني أن الشخص المعرض سيصاب بها. وفضلا عن ذلك الاستعداد للإصابة وهو أن يكون الشخص لديه استعداد لتعرضه للإصابة بالمرض وهذا لا يعني أنه سيصاب حتما لأنه يعتمد على العوامل المسببة للتوتر مثل الإجهاد وسوء التغذية، والفقر، وأحداث الحياة الضاغطة.

اضطرابات القلق

معظمنا يشعر باضطرابات القلق في مواجهة الأحداث التي تهددنا أو تسبب لنا التوتر وهذه المشاعر هي رد فعل طبيعي للتوتر، إذ يعتبر القلق غير طبيعي عندما نصاب به في مواجهة أحداث يسهل على معظم الناس التعامل معها بصعوبة قليلة وتشمل مجموعة من الاضطرابات التي يكون فيها القلق من الأعراض الرئيسية وهي القلق العام أو الذعر أو نشعر بها عندما يحاول الفرد أن يسيطر على سلوك سيئ التكيف مثل الخوف المرضي (الفوبيا) أو الهوس.

القلق العام واضطرابات الذعر(الهلع)

الشخص الذي يعاني من القلق العام يعيش كل يوم حالة توتر كبيرة فهو يفكر بصورة مبهمة بعدم الارتياح ويفرط في الاستجابة ورد الفعل للأحداث التوتيرية وحتى المعتدلة منها، وانه غير قادر على الاسترخاء والنوم المضطرب والإجهاد

والصداع ودوار الرأس وتسارع دقات القلب ومشكلات جسدية أخرى، وفضلا عن ذلك فإن الشخص دائما يفكر بالمشكلات المحتملة ويجد صعوبة في التركيز ووضع القرارات، والأشخاص الذين يعانون من القلق يعانون أيضا من نوبات الذعر ويشعر الشخص بأن شيئا مخيفا على وشك أن يحدث ويتزامن هذا الشعور مع أعراض خفقان القلب وصعوبة التنفس والتعرق والتقلصات العضلية والإغماء والغثيان فهذه الأعراض تحدث نتيجة تحفز الجانب الودي من الجهاز العصبي الذاتي ويشعر بأنه سوف يموت.

أما سبب القلق العام واضطرابات الذعر فهو غير معروف وهذا النوع من القلق عادة ما يدعى بالطوفان الحر (Free-Flooding) لأنه لا يتحفز بحدث معين لكنه يحدث في مواقف مختلفة.

الرهاب (Phobia)

على النقيض من الفهم المبهم لاضطرابات القلق العام تكون المخاوف في اضطرابات الرهاب أكثر تحديدا، فشخص ما يستجيب بخوف شديد لموقف معين يعتبره أكثر الناس غير خطير ويكون لديه خوف مرضي وعلى الرغم من أن الفرد يعرف إن خوفه غير منطقي إلا أنه يشعر بالقلق (الذي يتراوح من عدم الراحة الشديد إلى الذعر) والذي يتم التخلص منه فقط في حالة زوال المسبب (شيء أو الموقف المخيف). معظمنا يخاف من الأفاعي والحشرات والأماكن المرتفعة وهذا شيء شائع ولا يشخص الخوف عند الأشخاص كخوف مرضي إلا إذا كان يتعارض مع الحياة اليومية، مثال على ذلك امرأة تخاف من الأماكن المغلقة لذلك هي تحشى الصعود في المصعد، وتصنيف الـ DSM-IV يصنفها إلى ثلاثة أقسام واسعة:

- 1- الرهاب المحدد.
- 2- الرهاب الاجتماعي.
- 3- الرهاب من الأماكن المرتفعة.

1. الرهاب المحدد:

هو الخوف من شيء معين أو موقف معين وخوف غير منطقي من الأفاعي والجراثيم أو الأماكن المغلقة أو من الظلام وبعضهم يكون مصابا بالرهاب المحدد ولكنه يكون طبيعيا في الجوانب الأخرى.

وفي الحالات الأكثر خطورة يكون لدى الفرد عدد من المخاوف المرضية تتعارض مع الكثير من جوانب الحياة وربما تتواءم مع اضطراب الهوس.

2- الرهاب الاجتماعي:

هم الأفراد الذين يشعرون بأنهم غير آمنين تماما في مواقف اجتماعية ولديهم خوف مبالغ فيه من إحراج أنفسهم وهم يخافون أن يفضحهم قلقهم عن طريق ارتجاف اليد أو احمرار الوجه (الخجل) أو الصوت المرتعش، فهذه المواقف في الحقيقة هي غير واقعية والأشخاص الذين يخافون من الارتجاف لا يفعلون ذلك فالمخاوف من الكلام أمام الناس أو الأكل أمام الناس هو المصدر الرئيس للشكوى من الرهاب الاجتماعي.

3- الخوف من الأماكن المفتوحة أو الأسواق:

هو نوع آخر يحتاج إلى مساعدة محترفة وهي (agoro phobia) وهذه الكلمة الإغريقية تعني الخوف من مكان التسوق، والأشخاص المصابون بهذا الخوف يخشون الدخول إلى محيط غير مألوف وبعضهم يخشى حتى من مغادرة المنزل ويتميز هذا الخوف أحيانا من نوبات ذعر ويصبحون خائفين من كونهم عاجزين

بواسطة نوبة تأتيم بعيدا عن آمان البيت ولا احد هناك يساعدهم، وفضلا عن ذلك فإن هؤلاء يخشون من المسطحات المائية والمناظر المكشوفة والباص والمسرح والشوارع الفارغة ويشعرون بأنهم مرتاحون حين يكون المكان محاطا بالأشجار أو مغلقا (يرمز إلى البيت) والكثير من هذه المخاوف يعتمد على قلق الانفصال (كون الشخص بعيدا عن الأم) في مرحلة الطفولة وهذا النوع من الخوف (agoro phobia) هو أكثر الأنواع صعوبة في المعالجة.

اضطرابات الوسوس القهرية

مثال على ذلك شخص ينهض كل ليلة ليتأكد من أن جميع الأبواب والنوافذ مقفولة وعند رجوعه إلى الفراش يظل يفكر بأنه قد نسي واحدا منها مفتوحا، مثال آخر: شخص يستحم أربع مرات في اليوم وهو يحك جسمه بقسوة بباداة طاردة للعدوى في كل مرة لثلاثا يتلوث بالجراثيم. وامرأة لديها أفكار تعود بين مدة وأخرى حول قتل ابنها لذا نجدها خائفة من حمل السكين أو أي أداة جارحة لثلاثا تقوم بقتل ابنها.

ومثال آخر مراهقة تصل دائما متأخرة إلى المدرسة، لأنها تنسى فرشاتها على مصفف الشعر أو تتخطى عتبة غرفة النوم أو ترتب حاجاتها المدرسية عدة مرات كل هؤلاء الأشخاص لديهم أعراض اضطرابات الوسوس القهرية الذين يعانون من أفكار تتغلب عليهم في تكرار الأفعال عدة مرات أو الأفكار عدة مرات فكلمة وسوس (obsession) تعني تطفل أفكار غير مرغوب بها أو خيالات أو دوافع مسببة للقلق، أما كلمة قهري (compulsion) فهي حاجة ملحة لتنفيذ بعض الأعمال وهذه الحاجة لا يمكن مقاومتها، وغالبا ما يرتبط القهري أو الإلزام بالوسوس مثل وسوس الخوف من الجراثيم الذي يرتبط مع غسل

أدوات الأكل عدة مرات قبل استعمالها خشية تلوثها بالجراثيم ويصبح هذا المرض جديا وخطيرا عندما يتعارض مع الحياة اليومية.

مثال على المرض

شاب عمره 32 سنة يدعى مايك مشغول بالفحص والتأكد حتى لا يؤدي الآخرين، فهو يوقف سيارته عدة مرات خشية أن يكون قد دهس طفلا ويتفحص سيارته خشية أن تكون هناك حشرة ميتة فيها، فهو لا يريد إيذاء أي كائن حي، ويقوم بالتأكد من أقفال الشبايك والأبواب حتى لا تتأذى عائلته بسلوك غير مسؤول، فهو يقوم بفحص البوابة ليتأكد من أن ابنته البالغة من العمر 15 شهرا بأمان وهو يتخيل دائما أن ابنته ستسقط منه عندما يمشي وتستغرق هذه الأعمال حوالي أربع ساعات في اليوم وبدأ هذا السلوك لديه بعد عدة أشهر من زواجه وازداد بعد سنتين واستمر بالتفاقم عندما كانت زوجته حاملا بطفلة الأولى. وقد تعرض هذا الشاب إلى العلاج وقد تضمن العلاج بان يجعله يتخيل مشاهد لجميع مخاوفه؛ منها أنه نسي الشباك مفتوحا ودخل لص وسرق مجوهرات زوجته وأنها لامته على ذلك أو أنه اسقط طفلة على ارض كونكريتية لأنه لم يكن يحملها بصورة صحيحة وأنها أصيبت بجروح خطيرة واستمر في تخيل جميع المواقف التي يخاف منها بان تحدث حتى خف هذا الوسواس وأصبح يفعل مرة واحدة في اليوم وسجل مايك 10 دقائق من الفحص في كل يوم مقابل 4 ساعات في السابق.

بعض الأشخاص الذين يعانون من الوسواس لديهم أفكار دخيلة ولكن بدون أفعال تكرارية معلنة، لكن معظم من لديهم وسواس لديهم سلوك قهري الذي يتخذ أشكالا متنوعة وأكثرها شيوعا الغسل، الفحص بالنسبة للأشخاص الذين يخافون من التلوث عندما يتعرضون لمس مواد معينة ويستمررون ساعات في

الاغتسال والتنظيف، أما الفاحصون فهم الأشخاص الذين يقومون بفحص الأبواب والشبابيك والأفران ليتأكدوا من أنها مغلقة حتى يتجنبوا حسب تصورهم الكوارث والعقاب فهم يقومون بهذه الأعمال من 10 إلى 100 مرة والفكرة الأساسية وراء هذه الأعمال لا تزال موضع شك، الوسواس لها علاقة بالرهاب وربما يظهران في المريض نفسه.

مفهوم اضطرابات القلق

نحن لا نعرف لماذا يصبح بعض الناس قلقين بصورة مزمنة، ولكن يبدو أن ردود أفعالهم تعكس مشاعر عدم الكفاءة في المواقف التي يستقبلونها على أنها مواقف تهديد، ولفهم القلق ركزت النظريات على التضاربات الداخلية والاستجابات المكتسبة تجاه الأحداث الخارجية والعوامل البيولوجية.

هنالك عدة نظريات حاولت تفسير اضطراب القلق:

نظرية التحليل النفسي

تؤكد نظرية التحليل النفسي على أن المحددات الرئيسة للقلق هي الصراعات الداخلية والدوافع اللاشعورية. ويميز فرويد بين نوعين من القلق هما القلق الذاتي الذي يكون بسبب منطقي للمواقف المؤذية وبين القلق العصابي وهو رد فعل غير منطقي للخطر الحقيقي. وقد بين فرويد أن القلق العصابي ينشأ من الصراعات اللاشعورية داخل الفرد بين الدوافع أو الغرائز غير المسيطر عليها (الجنسية، والعدوان) وبين الضوابط المفروضة عليه من قبل الأنا (ego) والانا العليا (supper ego) وعندما تصبح هذه الغرائز قريبة من الوعي أو الشعور ينشأ القلق الذي يكون إشارة إلى الخطر المحتمل.

لقد وسع المحللون النفسانيون أسباب القلق العصابي ليشمل إحساس الفرد

بأنه عاجز وغير قادر على التوافق وبكونه مهملا ومتروكا ويفترض بأن تكون هذه المشاعر لا شعورية.

ومن وجهة نظر التحليل النفسي فإن الرهاب هو طريقة للتوافق مع القلق وذلك بتحويله إلى شيء أو موقف يمكن تجنبه، المثال على ذلك هو قصة الصبي هانز الذي يبلغ عمره خمس سنوات إذ تطور لديه خوف شديد من الخيول وقد ترجم فرويد عقده هذه بمخاوف أوديب وذلك بالتحليل الآتي:

كان هانز يحب أمه وكان يكره والده ويغار منه ويريد أن يحل محله ويفكر بان والده سينتقم بإقصائه، القلق الذي نتج عن هذه الصراعات كان كبيرا لان هذه الأمنيات كانت غير مقبولة من والده لعقل الطفل الواعي، وقد تحول القلق إلى شيء يرى (حصان كبير شاهده هانز يسقط في الشارع ويتحطم) ووفقا لمدرسة التحليل النفسي فإن وضع الصراعات اللاشعورية في دائرة الضوء واكتساب بصيرة داخل المخاوف المتحولة إلى شيء مخيف يجب أن يشفي الرهاب أو الخوف المرضي. أن المحللين النفسانيين لم يثبتوا نجاحا واسعا في معالجة الرهاب (Phobia).

والوساوس القهرية أيضا فالشخص يميز سبب خوفه الحقيقي، فالأفكار الوسواسية هي دوافع أو غرائز غير مقبولة (العدوانية، والتدمير، والغرائز الجنسية المفرطة) التي غالبا ما كانت تكبح وتظهر بشكل متنكر أو بشكل مقبول فالأفراد يشعرون بأنهم ليسوا جزء من أنفسهم وقد يرتكبون أعمالا محظورة فالأم المهووسة بفكرة قتل ابنها تتفحص الطفل كل ليلة لتتأكد من أنه على ما يرام وتفعل ذلك عدة مرات، فالأفعال القهرية تساعد على إبعاد الأفكار المهددة خارج إدراك الشخص ووعيه فالشخص المشغول بصورة مستمرة لديه فرص قليلة ليرتكب أفعالا غير ملائمة أو يفكر بأفكار غير ملائمة.

النظرية السلوكية

علماء النفس الذين يعملون ضمن إطار نظريات التعلم ينظرون إلى القلق على أنه يبدأ بواسطة حدث خارجي وليس صراعات داخلية والقلق العام يحدث عندما يشعر بأنه غير قادر على التوافق مع أحداث الحياة اليومية وانه مدرك بالنتيجة، فالرهاب ينظر إليه على أنه استجابة تم تعلمها أما بطريقة مباشرة (كشخص يخاف الكلاب بعد أن تعرض إلى عضه من أحدها) أو بصورة غير مباشرة عند ملاحظة استجابة الآخرين.

هناك تجارب مختبرية تؤكد اقتران مادة محايدة مع موقف مهدد تسبب خوفا من الشيء المحايد كما في حالة الصبي هانز، وهناك عدة مشكلات مع هذا التفسير للرهاب، فالمخاوف البسيطة هي محددة لنوع معين من الأشياء بدلا من أية مادة موجودة وقت الحادث، مثلا الخوف من الظلام شيء شائع لكن الخوف من الملابس غير موجود على الرغم من أنها مرتبطان مع أحداث الليل، إذن لماذا نخاف مثلا من الحشرات والأفاعي ولا نخاف من القطط أو الحملان؟ ولماذا الخوف من البنادق والسكاكين شيء نادر على الرغم من أنها مرتبطان بالأذى؟

أقترح الاستعداد الفطري أن يكون تفسيرا، فالبشر مستعدون مسبقا ليكون لديهم رد فعل للخوف بالنسبة لأنواع معينة من الأشياء والمواقف وبخاصة عندما تقترن هذه المواقف مع الأذى. وفي الغالب واجه أسلافنا هذه المواقف المخيفة، فإن الاستعداد الفطري الذي أعده هؤلاء الأسلاف أو تعلموا بسرعة مع أقل تعرض للخطر، ولهذا فإن حالات الرهاب ليست حالات استعداد كلاسيكي اعتيادي بل حالات استعداد فطري، وقد أجريت سلسلة من التجارب المخبرية بان عرضت على المتطوعين من الطلاب مجموعة من المنبهات للاستعداد الفطري مثل صور العناكب والأفاعي مقترنة مع صفة كهربائية وصور غير ذي استعداد

فطري مثل الورود، والوجوه، والمنازل فقد استجاب الطلاب لاقتران واحد بين الكهرباء وصور الأفاعي، بينما احتاجوا إلى خمسة أو أربعة مرات من الاقتران بين التيار الكهربائي وصور الورود لتحدث الاستجابة وبعد إزالة أقطاب التيار الكهربائي زال الخوف تجاه المنازل والورود وبقي اقتران العناكب والأفاعي لأننا مستعدون بيولوجيا تجاه العناكب والعقارب. والآباء الخائفون قد ينجبون أولادا خائفين فقد لوحظ أن هناك ارتباطا قويا بين مخاوف الأم ومخاوف الولد.

النظرية المعرفية

التفسير المعرفي لاضطرابات القلق يركز على الطريقة التي يفكر بها الناس القلقون حول المشكلات والمواقف والأخطار المحتملة، فالأفراد الذين يعانون من القلق يميلون إلى وضع تقييم غير واقعي للمواقف المعينة وبخاصة التي تكون فيها إمكانية الخطر بعيدة فهم يبالغون في تقييم احتمالية الأذى ودرجته، فهذا النوع من التفكير يجعل الفرد مفرط الحذر ودائما يبحث عن إشارات الخطر، فالضجعة أو الضوضاء في المنزل تفسر على أنها حريق قد حدث وصوت توقف السيارة المفاجئ في الشارع يفسر على أن شخص ما في خطر وهذا يؤدي إلى تعبئة الجسم تجاه هذه المواقف مثل استجابة (القتال أو الهرب) (fight or flight) والاستجابة الفسلجية - مثل ارتعاش اليد وخفقان القلب والتوتر العضلي - موجودة في كثير من الأوقات، فالنظرية المعرفية عن الوسواس تفترض وجود أفكار غير مرغوبة فيها وتكرارية في مناسبة ما مثل أغنية أو موسيقى الإعلانات تدخل بصورة مسموح بها إلى الوعي ولكننا قادرون على طردها.

وكلما زاد احتواء الوسواس على القلق زادت صعوبة التخلص منه لأن وكلما توترنا أكثر زاد تكرار الأفكار، وزادت كثافتها.

فإذا حدث شيء لشخص غير موسوس وبدت له فكرة مزعجة فانه سوف يجد الفكرة غير مقبولة ولا يصبح قلقا تجاهها. ويستطيع التخلص منها بسهولة، وعلى التقيض من ذلك فالشخص الموسوس يكون قلقا من الفكرة والقلق سيجعله غير قادر على التخلص منها وتستمر الفكرة عنده. إن عدم قدرة الشخص الموسوس على تجاهلها سيجعله قلقا ويزيد من تعرضه إلى الأفكار الدخيلة.

ولقد كشفت الدراسات في الأشخاص الموسوسين على أن هؤلاء الأشخاص يحملون أفكارا وافتراضات غير منطقية وأنهم يجب أن يكونوا متنافسين بصورة كاملة ويحاولون تجنب النقد، فإنهم سيعاقبون بقسوة إذا اخطأوا وهم يعتقدون أنهم سيعاقبون إذا اخطأوا وأنهم عندما يارسون أعمالا وطقوسا معينة فإنها ستساعدهم على تجنب الكوارث القريبة، كما يعتقدون أن تكرارية الفحص تضمن لهم إنجاز العمل على الوجه الأكمل وان الأخطار بعيدة الوقوع.

النظرية البايولوجية

اضطرابات القلق لها تاريخ وراثي عائلي فحوالي 15% من المصابين بهذه الاضطرابات تكون ذريتهم متأثرة أيضا، إلا أن هذا الاكتشاف لا يوفر أساسا وراثيا لهذه الاضطرابات لان هؤلاء الأشخاص يعيشون في بيئات متشابهة ويعانون من التجارب نفسها. وعلى الرغم من ذلك، فإن الدراسات على التوائم توفر دليلا أكثر تأييدا للتعرض الوراثي لنوبات الذعر، فالتوائم المتماثلة كما نذكر تنشأ من البيضة نفسها ولها خصائص جينية متشابهة على عكس التوائم الأخوية التي لا تختلف عن المواليد الاعتيادية، لذا تكون التوائم المتماثلة معرضة إلى الاضطرابات بنسبة 3-4 مرات أكثر من التوائم الاعتيادية.

الدليل على وجود أساس كيميائي حيوي لنوبات الذعر يأتي من دراسات

تظهر لنا أن عددا من المواد التي تشمل الكافيين ولاكتات الصوديوم واستنشاق مزيج من ثاني أكسيد الكربون (CO_2) والأوكسجين (O_2) يمكن له أن يسبب نوبات دعر تلقائية وهذه المواد لا تؤثر في الأشخاص الطبيعيين ولا على المصابين بالرهاب الذين يعانون من المرض استجابة لمنبه خارجي، وفضلا عن ذلك استطاع العلماء التعرف على مادة كيميائية في الدماغ (كوليسيسوكينين) التي تسبب نوبة في الأشخاص الذين يعانون من ذلك المرض (نوبات الدعر).

الأدوية التي تمنع هذه النوبات يعتقد إنها تفعل ذلك عن طريق منع تأثيرها في الأعصاب هذه البيانات أقنعت العلماء وواضعي النظريات البيولوجية إن أمراض الدعر هي أمراض جسمية بدلا من كونها أمراضا عقلية، ولكن العلماء المعرفين غير متأكدين جدا، وأنهم يدعون أن نوبات الدعر تأتي من العوامل الوراثية للأحاسيس الجسمانية.

تنشأ نوبات الدعر عندما يسيء الفرد تفسير تسارع ضربات القلب وبطء التنفس على إنها نوبة قلبية أو جلطة وتنتج نوبات الدعر أيضا في المختبر نتيجة إعطاء الفرد مواد مثل لاكتات الصوديوم أو مزيج من الأوكسجين وثاني أكسيد الكربون ويكون الأشخاص المصابون بالدعر هم فقط المستجيبون لهذه المواد في المختبر.

وهنا تساؤل ما الذي يحدد فيما إذا كان الشخص يصاب بالدعر استجابة لإحساس جسمي غير اعتيادي؟ الجواب أنه هناك إمكانية واحدة هي المعتقدات الموجودة سابقا عن كون هذا الإحساس مؤذيا، وهذا يعرض الشخص إلى التفسير الخاطئ للإحساس، فإن تعليم المريض على التفسير الصحيح للمنبه سوف يشفي المريض.

مثال على معالجة الذعر داخل المختبرات هو جلب المريض ويعلم بالتنفس داخل حقيبة وسيسبب هذا نوبة ذعر لاعتقاد المريض إن انقطاع تنفسه نتيجة نوبة قلبية، لذلك نقوم بإخبار المريض بان هذا نتيجة التنفس الزائد وليس نتيجة نوبة قلبية، وقد أكدت تقارير الأطباء بهذه الطريقة على إن نسبة الذعر قلت بصورة ملحوظة ويبدو أن الأساس الكيميائي الحيوي يظل بحاجة إلى بحوث مستقبلية وان العوامل النفسية والبيولوجية تؤدي دورا أيضا.

وقد أظهرت البحوث الوراثية أن القلق الموروث يعبر عن نفسه بصورة مختلفة للقلق ومنها الذعر. فالنظام الكيميائي في الدماغ يشمل مجموعة معقدة من الناقلات العصبية التي تعمل في عدة مناطق من الدماغ وتسبب القلق.

في عام 1960 ابتكر العلماء أدوية تسمى البنزوديازيبنز وتم تسويقها وعرفت بأسماء تجارية مثل الفاليوم والليبريوم وهذه الأدوية أثبتت فاعليتها في معالجة القلق، واكتشف الباحثون إن هذه الأدوية فعالة لأنها ترتبط بجزيئات مستلمة موجودة في أعصاب معينة في الدماغ وقد علم العلماء بوجود مواد داخل الدماغ مثل البنزوديازيبين التي تعمل بنفس طريقة الفاليوم لتجعل القلق في حالة توازن، ودرسوا الجزيئات المستلمة وكيفية عمل مواد كيميائية معينة عليها، ويظهر أن هناك مناطق على الجزيئات المستلمة واحدة من اجل التأثيرات المضادة للقلق والأخرى للمواد المسببة لها والثالثة لمجموعة مواد تمنع عمل الاثنى وقد وجد إن نسبة هذه المواد (المسببة للقلق والممانعة له) واحدة إلى الأخرى هي التي تحدد وجود الأفراد القلقين أو المتزنين عاطفيا.

وان إصابات الرأس والأورام والتهاب الدماغ كلها مرتبطة مع أمراض الوسواس وتجعل الفرد عرضة لأفكار تكرارية، وان طريقة المسح بواسطة ال (PET) للأشخاص الموسوسين أنهم يمتلكون فعالية أيضا في مناطق معينة

لأدمغتهم (دائرة تجري بين الفص الجبهوي والعقدة القاعدية) تختلف عن الأشخاص الطبيعيين وهذه المنطقة هي التي تحدد إستراتيجية التوافق مع الأفعال التكرارية والسيطرة على المنبهات التكرارية، ويقوم هذا الجزء في الصلب بإخبار بقية الدماغ بأن يكف عن القلق، فإن شخصا ما عندما ينتهي من غسل يديه فهذا يعني أن التلوث قد انتهى، أو عندما يتم إطفاء الفرن ينتفي الحريق.

فالمستوى الاعتيادي لكيميائية الدماغ غير الاعتيادية غير معروفة وقد لا تكون موجودة لدى كل الأشخاص الموسوسين، مع ذلك فالأدوية التي تغلق المستقبلات في العقدة القاعدية بوجه الناقلات العصبية يشفي الوسواس بنسبة 60% من الحالات.

اضطرابات المزاج (Mood Disorders)

يكون الشخص مكتئبا أو مرحا (ضرب من الجنون يتميز بالانفعال الشديد) ويعاني من نوبات من الاكتئاب والجنون، وتقسم هذه الاضطرابات إلى اضطرابات اكتئابية ويكون لدى الفرد أوقات من الكآبة بدون وجود هوس.

وفي الاضطرابات ثنائية القطب (Bipolar Disorder) يتحول فيها الشخص بين الكآبة والغرور (Elation) وبين هاتين المرحلتين توجد مرحلة يعود فيها الفرد إلى حالته الاعتيادية أو الطبيعية.

الكآبة (Depression)

معظمنا يكتئب في مرات عديدة ويشعر فيها بالحزن والخمول وعدم الاهتمام بأي نشاط حتى السار منها، فالكآبة هي استجابة طبيعية لتوترات الحياة ومنها الفشل في المدرسة أو في العمل أو فقدان شخص عزيز وإدراك الشيخوخة، ويعتبر

الاكتئاب غير طبيعي إذا تجاوز النقطة التي بدأ فيها الشخص بالشفاء وعلى الرغم من إن الاكتئاب يميز بأنه اضطراب في المزاج فهناك في الحقيقة أربعة مجاميع من الأعراض فضلاً عن الأعراض العاطفية والجسدية ولا يحتاج الشخص إلى كل هذه الأعراض ليصاب بالكآبة فكلما كانت الأعراض أكثر شدة كان يقينا أن الشخص مصاب بالكآبة.

الحزن والرفض هما العرضان الأكثر بروزا في الكآبة فيشعر الشخص بأنه عاجز وغير سعيد ولديه كلمات باكية حزينة وربما يفكر بالانتحار والشعور بان الحياة لا معنى لها ولا توجد نشاطات تجلب السعادة ولا توجد أية متعة وفقدان الاهتمام والهوايات والنشاطات العائلية ويفقد الاهتمام بالآخرين وحبهم.

الأعراض المعرفية تشمل الأفكار السلبية، فالمثائمون في تقييمهم لأنفسهم يشعرون بأنهم غير كفؤين وأنهم عاجزون نحو المستقبل ومتائمون فيما إذا كانوا يستطيعون فعل أي شيء لتحسين حياتهم، وتكون الدوافع المحركة في حالة انحسار لدى المريض بالكآبة ويميل الفرد إلى السلبية ويجد صعوبة في المبادرة إلى أية فعالية.

والمحادثة الآتية بين المريض والمعالج تصور سلبية المريض بعد محاولة انتحار وهو يقضي أيامه بلا حركة في ردهة المستشفى، فالطبيب يحاول إشغاله ببعض النشاطات:

المعالج: أنا اعرف انك قضيت أيامك في الردهة فهل هذا صحيح؟

المريض: نعم فالجلوس بهدوء يعطيني صفاء الذهن الذي احتاجه.

المعالج: كيف يكون مزاجك عندما تجلس هنا؟

المريض: أنا اشعر بالإرهاك طوال الوقت أتمنى أن أقع في حفرة في مكان ما وأموت.

المعالج: هل تشعر بأنك افضل عندما تجلس لمدة ثلاث لو أربع ساعات.
 المريض: لا بل هو الشعور نفسه.

المعالج: لذا أنت تجلس هذه المدة بحثا عن صفاء الذهن ولكن لا يبدو أن كآبتك تتحسن.

المريض: أصبحت اشعر بالملل.

المعالج: هل أخذت بنظر الاعتبار أن تكون أكثر نشاطا، فهناك عدد من الأسباب تجعلني اعتقد أن زيادة مستوى نشاطاتك يمكن أن يساعدك.

المريض: لا يوجد شيء افعله.

المعالج: هل حاولت إنجاز بعض النشاطات وهل لي أن آتيك بقائمة منها؟

المريض: إذا كنت تعتقد أن هذا سيفيد فانك تضيع وقتك فليست لدي أية اهتمامات.

أعراض الكآبة تشمل تغيرات في الشهية، واضطرابات في النوم، والتعب وفقدان الطاقة، وتكون أفكار الشخص المكتئب موجهة إلى الداخل وليس إلى الأحداث الخارجية، فانه ربما يضحخ الآلام ويكون قلقا على صحته ولسوء الحظ فإن الاكتئاب قد يكون مرضا موهنا ومستمرًا لمدة طويلة وتظهر الدراسات أن 50% ممن يصابون بالاكتئاب يشفون بعد سنة ثم تعاودهم نوبات الكآبة.

الاضطرابات ثنائية القطب (Bipolar Disorders)

غالبية حالات الاكتئاب تحدث بدون هوس ولكن حوالي 5-10% تشمل قطبي المزاج وهو ما يعرف بالهوس الاكتئابي (Manic Dipression) فالشخص يتغير بين المرح والزهو (الغرور) Elation وبين الكآبة وأحيانا تكون هناك فترة طبيعية بين الفترتين.

الناس الذين يعانون فترات من الهوس ويظهر الهوس عكس الكآبة فالفرد يبدو متحمسا نشطا عالي الثقة بالنفس ويتكلم باستمرار ومندفع من نشاط إلى آخر، وقليل الحاجة إلى النوم ولديه خطط مليئة بجنون العظمة ولا تشبه التباهي الاعتيادي وهم متهيجون بصورة متطرفة وربما يصرخون ويغنون ويرقصون ويغضبون لأية محاولة تدخل في شؤونهم ولديهم تهور وفاقد الإحساس بالمكان والزمان ويشعرون بأوهام امتلاكهم لثروة أو قوة عظيمة.

الكآبة والانتحار

أكثر العواقب الخطيرة للكآبة هي الانتحار فمن مجموع 30000 ينهون حياتهم بالانتحار، تكون الأغلبية تعاني من الكآبة وبما أن بعض حوادث الانتحار لا تكتب في التقارير (لكون معظم الحوادث العرضية قد تعد انتحارا) فعدد حوادث الانتحار الحقيقي قد يبلغ الخمسين ألفا وعدد الناس الذين يحاولون الانتحار ويفشلون فيه قد يصل إلى ثماني مرات أي أكبر من عدد المنتحرين، وعدد النساء اللواتي يحاولن الانتحار أكبر بثلاث مرات من الرجال (ولكن الرجال ينجحون أكثر في الانتحار) وتعود هذه الزيادة إلى شيوع الكآبة بين النساء أكثر من الرجال، وسبب نجاح الرجال في الانتحار أكثر من النساء، هو أن النساء يستعملن طرائق أقل تسببا للموت مثل تناول مقدار كبير من الحبوب المنومة أو قطع الرسغ، بينما يستعمل الرجال الأسلحة النارية، ورغوة أول أو أكسيد الكربون، وأصبح استعمال الأسلحة النارية من قبل النساء في زيادة حديثا وأصبحت الطريقة الأكثر اختيارا في قتل النفس. وتتغير نسبة الوفيات بين النساء، فنسبة نجاح محاولات الانتحار بين النساء اللواتي يستعملن الأسلحة النارية بلغت 80% بينما لا تبلغ سوى 10% في النساء اللواتي يتناولن الأدوية أو السموم (وهناك مناقشة قوية حول عدم الاحتفاظ بالأسلحة النارية في البيوت وقد نوه الذين حاولوا الانتحار

بان الوحدة والمشكلات الزوجية والصعوبات المالية والمهنية هي من أسباب الانتحار، وأوضحت عمليات المسح أن عمليات الانتحار أصبحت منخفضة إلى حد ما، بين كبار السن بعد أن كانت مرتفعة، وازدادت نسبتها بين الشباب وتضاعفت إلى أربعة أضعاف بين الأعمار من 15-24 سنة في السنوات الأربعين الأخيرة وفكر حوالي 27٪ من طلبة الدراسات العليا جديا في قتل أنفسهم وان نسبة 1-12 حاولت فعلا الانتحار.

أما بالنسبة إلى طلاب الكليات فهم أكثر من غيرهم بضعفين حاولوا الانتحار مقارنة مع غيرهم من الطلاب في العمر نفسه.

وان نسبة الطلاب المنتحرين ليست كبيرة في الولايات المتحدة 25٪ فقط بل في البلدان الأوربية والهند واليابان فهناك الكثير من الأسباب التي تؤدي إلى مثل هذا العمل. منها البقاء بعيدا عن البيت لأول مرة ومواجهة مشكلات جديدة ومحاولة البقاء في المركز الأول من الناحية الأكاديمية، وغياب الأصدقاء الدائمين والقلق حول إيجاد الأصدقاء الجدد. وقد وضحت الدراسات أن الخوف على الصحة الجسدية والعمل الأكاديمي وصعوبة إيجاد الأصدقاء هي من بين أسباب الانتحار وتأتي الصعوبات الأكاديمية بالدرجة الثانية بعد مرض الكآبة وأضافت الدراسات أيضا أن الطلاب الذين لديهم أفكار انتحارية هم أصحاب المستويات المرتفعة في التحصيل الأكاديمي أكثر من زملائهم أصحاب المستويات المنخفضة وان نسبة المنتحرين بين المراهقين تكثر لدى من لديهم مشكلات سلوكية في المدارس أو الذين يضغطون على أنفسهم بالاجتهاد للبقاء على القمة في مقاعد الدراسة.

وهناك عامل إضافي زائد للكآبة هو سوء استعمال الأدوية فمن بين 283 حالة انتحار وجد تقريبا 60٪ هم من مسيء استعمال الأدوية و 84٪ يفرطون في شرب الكحول والعقاقير الأخرى. وانه لا يبدو من الواضح إن المصابين بالكآبة فنتيجة

سوء استعمال الأدوية قد يكون السبب إن هذه الأدوية أصبحت غير نافعة وهناك الكثير من الحالات تؤكد أن سوء استعمال الأدوية تسببه مشكلات نفسية، وان الذين يسيئون استعمال الأدوية من الشباب لهم صراعات بين النظم الشخصية أو يعانون من فقدان الأحبة أو شريك حياة رومانسي، فهم فاقدو الدعم الإسنادي ولذلك يبحثون عن هذا الدعم في تناول الأدوية أو يرون أن حياتهم العاطفية أصبحت لا تحتتمل. وبذلك يكون توجههم الوحيد هي إنهاء حياتهم. مثلا: امرأة تفرط في تناول جرعة من الحبوب المنومة عندما يهددها عشيقها بالرحيل أو طالب يفرط في تناول الأدوية عندما يتعرض لضغوط من والديه لإنجاز ما يفوق قدراته وقابلياته.

بعض العلماء يستخدمون كلمة ما بعد الانتحار (Para Suicide) للأفعال غير المميتة ويتسببون في جرح أنفسهم أو تناول بعض المواد بجرعة مفرطة ويفضل مصطلح (Para Suicide) على مصطلح محاولة الانتحار (Suicide attempt) لأنه لا يتضمن الرغبة بالقتل بعض الناس الذين يحاولون الانتحار لا يعرفون ماذا يريدون بالضبط الموت أو الحياة، ويريدون أن يفعلوا الشئين في الوقت ذاته، واكبر ما ينبئنا بانتحار مستقبلي هو المحاولة السابقة التي يجب أن تؤخذ بجديّة، فالشخص الذي يتكلم عن الانتحار قد يحاول فعلا، وكثيرا من المجتمعات أقامت مراكز لمنع الانتحار إذ يستطيع الأشخاص الذين يعانون من المشكلات إيجاد حل لأنفسهم عن طريق اتصال هاتفي أو مقابلة شخصية.

مفهوم اضطرابات المزاج (Understanding Mood Disorders)

الكتابة هي إحدى أكثر الاضطرابات شيوعا ولأنه مرض واسع ومؤلم جدا فقد بذلت جهود كثيرة لتحديد أسبابه وسنتكلم باختصار عن أهم المدارس الفكرية أو التوجهات التي درست هذا الاضطراب.

نظرية التحليل النفسي (Psychoanalytic):

تفسر هذه النظرية الكتابة على أنها رد فعل للفقدان مهما كانت صورته أو طبيعته (الرفض من قبل الحبيب، وفقدان المركز، وفقدان الدعم المعنوي من قبل مجموعة من الأصدقاء) ويستجيب الشخص بصورة مكثفة لأنه الموقف الحالي يسترجع كل مخاوف الفقدان القديم في الطفولة مثلاً فقدان حب الأم وحب الأب أي حاجات لم يتم إشباعها في أيام الطفولة (الحاجة إلى الحب والرعاية) ويسبب هذا الحرمان إلى ارتداد الشخص إلى حالته الطفولية العاجزة والمعتمدة على الآخرين، لذا فإن سلوك الأشخاص المكتئبين يمثل صرخة من أجل الحب وعرض مشاعر اليأس والرغبة في الحب والأمان، ورد فعل للخسارة الذي يظهر بمظاهر الغضب نحو الشخص الذي هجره.

إن فرضية التحليل النفسي تبين إن الأشخاص الذين لديهم ميل أو استعداد للكتابة هم الأشخاص الذين تعلموا أن يكتبوا مشاعرهم العدائية العنيفة لأنهم كانوا يخشون من ابتعاد الأشخاص الذين يساندونهم، وعندما تحدث مشكلة ما فإنهم يلقون اللوم على أنفسهم.

مثلاً: امرأة تشعر بعدائية مفرطة نحو رئيسها في العمل الذي فصلها، ولأن غضبها يضر بها ويثير قلقها، لذلك تخفي مشاعرها داخلها، فهي ليست غاضبة ولكن الآخرين هم الذين سيغضبون منها، فهي تعطي تبريراً أو سبباً للمدير في طردها لذا فهي غير كفوءة.

نظرية التحليل النفسي تؤكد بأن الشخص المكتئب يتميز بتقدير واطئ للذات وإحساس بعدم الاستحقاق الذي تظهر حاجة الفرد في طفولته لاحترام وتقدير واهتمام الوالدين، فإن تقدير الذات لدى الطفل الصغير يعتمد على اهتمام

ورعاية الوالدين وان تقدير الذات للشخص البالغ الميال للكآبة يعتمد أساسا على عوامل خارجية مثل اهتمام ومساندة الآخرين وعند عدم توافرها فإن الشخص يندفع نحو الشعور بالكآبة.

لذا فإن نظرية التحليل النفسي في تفسيرها للاكتئاب تركز أو تؤكد على الخسارة والإتكالية والاعتماد الزائد على الآخرين وعلى الأسباب الداخلية وشعور الغضب وقد أكد كثير من الباحثين في تقديم إيضاحات منطقية لبعض السلوكيات التي يظهرها الأشخاص الذين يشعرون بالكآبة، لكن هذه الإيضاحات من الصعب تأكيدها أو نفيها إذ تشير بعض الدراسات بأن الأشخاص الذين لديهم الاستعداد للإصابة بالاكتئاب هم الذين فقدوا الوالدين في المراحل المبكرة من حياتهم سواء كانت هذه الخسارة بسبب الموت أو الانفصال وليست هذه العوامل تعرضهم إلى الكآبة فقط بل أيضا إلى اضطرابات عقلية أخرى وان معظم الأشخاص الذين يعانون من الحرمان في مراحل الطفولة لا يجيدون أو يعالجون مشكلاتهم العاطفية عند البلوغ.

النظرية السلوكية (Behavioural Theory)

تؤكد نظريات التعلم إن قلة التشجيع يؤدي دورا أساسيا في ظهور أعراض الكآبة، إن خمول الشخص الذي لديه استعداد للإصابة بالاكتئاب وشعور الحزن يعزى إلى النسبة القليلة من التشجيع الإسنادي الإيجابي أو نسبة عالية من التجارب الفاشلة هنالك العديد من الأحداث التي تثير الكآبة مثل موت العزيز وفقدان الوظيفة أو تدهور الصحة وقلة الإسناد والتشجيع الذي كان معتادا عليه فهؤلاء يفتقدون إلى المهارات الاجتماعية ويحاولون الحصول على الإسناد الاجتماعي أو التشجيع بأية صورة للتغلب على الأحداث المؤلمة عبر التعاطف والاهتمام الذي يتلقوه من أقرانهم و أصدقائهم وهذا الاهتمام قد يعمل على التأثير في

السلوك الذي قد يكون مرضيا مثل (البكاء والتذمر وانتقاد النفس والحديث عن الانتحار) فمثل هذا الشخص يرفض الابتسام أو الانسراح، فإن سلوك الشخص المكتئب قد يجعل الأشخاص يتعدون عنه لذا سيؤدي إلى زيادة كبيرة في قلة الإسناد والدعم وتزيد عزلة الشخص المكتئب وحزنه.

النظرية المعرفية (Cognitive Theory)

النظرية المعرفية في الكآبة لا تركز فقط على ما يفعله الأشخاص ولكن أيضا على طريقة رؤيتهم لأنفسهم وللعالم، إحدى النظريات المعرفية المهمة التي طورها ايرون بيك (Aaron Beck) تركز على تجارب العلاج النفسي المركزة على مرضى الاكتئاب.

فقد تفاجأ بيك (Beck) بالكيفية المنسقة التي يقيم بها المرضى الأحداث والتي تظهر برؤيا سلبية ونظرة ناقدة للذات وهم يتوقعون الفشل بدل النجاح ويميلون إلى تضخيم الأمور ويقللون من أهمية نجاحهم عند تقويم أداءهم، فعندما تسوء الأمور فإنهم يميلون إلى لوم أنفسهم وليس الظروف.

فنحن جميعا نقدر بصورة منسقة ما حدث لنا وما علينا فعله، أحيانا نكون حذرين من تقديرنا لما حدث لنا و أحيانا لا نكون كذلك، وكان يبدو لبيك (Beck) أن الأفكار السلبية للشخص المكتئب تميل إلى أن تكون سريعة الظهور وتلقائية كما تظهر عند الفعل الانعكاسي، وأفكار كهذه تصطحب عواطف ومشاعر سلبية مثل الأسى والقنوط والتي يكون المرضى حذرين منها جدا أو حذرين قليلا من الأفكار التلقائية التي تسبقها. وعندما عمل بيك مع المرضى شديدي الكآبة لاحظ أن الأفكار السلبية لا تكون دائما سطحية بل يكون لها دور أساسي أي مسيطر أو مهيمن على الإدراك وتكون متكررة، فقد جمع بيك (Beck) الأفكار السلبية للأشخاص المصابين بالكآبة على أساس ثلاث خصائص دعاها

ثلاثية الإدراك. وهي الأفكار السلبية في الذات وفي التجارب الحاضرة وفي التجارب المستقبلية.

فالأفكار السلبية في الذات (مخطط سلبي للذات) والذي يتكون من قناعة الشخص المكتئب في أنه غير كفؤ ولا يستحق النجاح وان سوء الطالع أو المحنة التي يمر بها يلقي اللوم فيها على عدم كفاءته الشخصية، وحتى في المواقف الغامضة عندما يكون هناك العديد من التفسيرات المقبولة منطقياً التي تفسر سبب حدوث الخطأ، فإن الشخص المكتئب يلوم فيها نفسه، فإن النظرة السلبية للشخص المكتئب حول مستقبله هي إحدى المشكلات التي لا حل لها، فهو يعتقد إن عدم كفاءته أو قدرته وسلبياته ستمنعانه من تحسين واقعه.

ذكر بيك (Beck) إن المخطط السلبي للذات (أنا لا استحق) لا أستطيع فعل الأشياء بصورة صحيحة (أنا غير محبوب) تتشكل خلال الطفولة والبلوغ ففي هذه التجارب مثل فقدان الوالدين والرفض الاجتماعي من الأقران أو سلسلة من المآسي، كانتقاد الوالدين أو المدرسين فهذه القناعات السلبية تكون فعالة عند حدوث ظرف جديد يشبه الظرف السابق إلى حد ما، لذلك فإن الظروف التي تتكون خلالها هذه القناعات قد تظهر الكآبة وفضلاً عن ذلك فإن الأشخاص المصابين بالكآبة بحسب ما ذكر بيك (Beck) يقعون في الأخطاء المتكررة نفسها عند التفكير (اضطراب الإدراك) والتي تقودهم إلى سوء إدراك الواقع بطريقة تسهم في تكوين المخطط السلبي للذات، ولأن الاضطرابات ذاتها قد يستخدمها الشخص الذي لديه مخطط إيجابي للذات لتحسين نظرتهم عن أنفسهم، لكن بالنسبة إلى الأشخاص المصابين بالكآبة فإن هذه الأخطاء في التفكير تؤكد فكرته عن ذاته وهي أنه غير جدير بالثقة وانه مسؤول عن الكوارث التي تجري له، لذلك فإن العلاج المعرفي للكآبة هي محاولة تمييز وتصحيح التفكير المضطرب للأشخاص.

النظرية المعرفية الأخرى في الكآبة والتي تركز على أنواع التفسيرات العادية التي يذكرها الأشخاص عند حدوث أشياء سيئة لهم فإنهم يعزون هذه الأخطاء السلبية إلى الداخل (أنه مخطئ) فهذه الخصيصة تكون مستمرة لديهم طيلة حياتهم (سوف تؤثر في كل ما أقوم به مستقبلا) وهذه تظهر لدى الأشخاص الأكثر استعدادا للكآبة من الأشخاص الأقل تشاؤما.

النظريات المعرفية في الإحباط أثارت مجموعة كبيرة من الأبحاث وقد تم إثبات بعض نتائج الدراسات بينما أثارت دراسات أخرى مجموعة من الأسئلة إذ يسجل الأشخاص المصابون بالكآبة أرقاما مرتفعة على مقاييس صممت لقياس التفكير السلبي أكثر من الأشخاص غير المصابين بالكآبة (جميعهم من الأشخاص العاديين وهم يعانون من اضطرابات عقلية أخرى غير الكآبة) فإن التفكير السلبي لا يشمل الجوانب الثلاثة لثلاثية الإدراك لبيك (Beck) الذات، والحاضر، والمستقبل. ومن الأدلة التي تذكر أن تفكير المصاب بالكآبة يكون غير دقيق أو غير منطقي وليس من الواضح على أن معلومات الأشخاص المصابين بالكآبة تكون مضطربة ويقومون أنفسهم بطريقة غير منطقية وعلى الرغم من أن الأشخاص المصابين بالكآبة يكونون دائما متشائمين ولكن في بعض الحالات يكون إدراكهم للواقع أفضل من الأشخاص السليمين، فضلا عن أنه في المدى الذي تكون فيه الحالات ناقدة للذات فإن حالة التشاؤم تكون مسبوقه وليست مصاحبة لحالة الكآبة التي تكون غير واضحة.

أجريت العديد من الدراسات التي درست على أشخاص معتدلي الكآبة كعينة (معظمهم من طلبة الجامعة) وقد وجد علاقة بين عينة تفسير التشاؤم ودرجة الكآبة التي تحدث عند حدوث أمر سلبي.

على أية حال فإن الدراسات حول الأشخاص الشديدي الاكتئاب والمرضى

المقيمين في المستشفيات قد وجدت أن الكآبة المعرفية تكون مصاحبة للكآبة ولكنها لا تكون جلية أو ظاهرة بعد فترة الكآبة، فإن الشخص الذي كان مصابا بالاكتئاب وشفى منه وزالت علامات الاكتئاب لا يكون مختلفا عن الأشخاص الذين يسيطرون على أنفسهم (الذين أصيبوا بالكآبة قبل مدة قصيرة) وهكذا فإن العينة التي تعزى إلى التشاؤم قد يكون التشاؤم عرضيا وليس بالضرورة سببا للكآبة على أنه عرض مهم (عوارض مرضية) وذلك لأن شدة القناعات السلبية للمريض قد تحدد سرعة الشفاء من حالة الكآبة.

إن الطريقة التي يفسر بها الشخص الأحداث السيئة قد تكون أقل من اعتقاد الشخص أن لديه سيطرة على حياته. وقد تأكد من إن الظروف الصعبة أقل تشويشا عندما يعتقد الشخص أن بإمكانه السيطرة عليها وفضلا عن ذلك فإن الثقة لدى الشخص على قدرته في مواجهة الأحداث السيئة قد تزيد من قدرته على مقاومة الكآبة.

النظرية البيولوجية (Biological Theory)

إن الميل نحو الاضطرابات المزاجية وبخاصة الاضطرابات المزاجية الثنائية القطب قد يبدو موروثا، إن من الأدلة التي أظهرتها الدراسات على التوائم أنه إذا كان أحد التوأمين المتماثلين قد شخص على أنه لديه اضطراب ثنائي فإن هناك احتمالا بنسبة 69٪ من أن التوأم الآخر سيعاني من الأعراض ذاتها.

أما بالنسبة للتوأمين الشقيقين فهي 19٪ فقط، هذه النسبة التي تدعى النسب المتوافقة والذي يمثل الاحتمالية بأن كلا التوأمين ستكون له خصائص محددة أي أن أحد التوأمين له الخصيصة وان نسبة التوافق للتوأمين المتماثلين الذين يعانون من الكآبة 53٪ يتجاوز أيضا النسبة لدى التوأمين الشقيقين 28٪ لكن الاختلاف بين هاتين النسبتين أقل من الاختلاف في النسب للتوائم الثنائية.

إذ تشير هذه المقارنة إلى أن الاضطرابات الثنائية (لدى التوائم) مرتبطة بالعوامل الوراثية أكثر من اضطرابات الكآبة، وأن الدور المحدد الذي تؤديه العوامل الوراثية في اضطرابات المزاج لا تزال معقدة، على أنه يبدو من المحتمل إن الاضطرابات الكيميائية البيولوجية لها دورها، إذ تشير الأدلة العديدة إلى أن أمزجتنا تتأثر بالانتقال العصبي والذي يمثل انتقال الحوافز العصبية من عصبية إلى أخرى.

إن عددا من الكيميائيات تمثل الانتقال العصبي في العديد من أجزاء الجهاز العصبي كما أن السلوك الطبيعي يتطلب موازنة دقيقة فيما بينها ويعتقد إن الناقلين العصبيين الاثنان يؤديان دورا مهما في اضطرابات المزاج هما نورأبنفرين والسيروتونين (Serotonin, Norepinephrine) هذان الناقلان العصبيان اللذان يعودان إلى صف من الحزم الذي يدعى بالأمينات الحيوية والذي يقع في مناطق من الدماغ لتنظيم السلوك العاطفي (الجهاز الحافي والهايبوثلامس) فإن النظرية الحيوية الإحيائية تفسر بأن الكآبة ترتبط بالعجز في إحدى أو كلا هذين الناقلين العصبيين، وأن الهوس يرتبط بإفراط أحدهما أو كليهما. إلا أن الدليل غير مباشر ويستند بصورة كبيرة إلى تأثيرات عقاقير محددة على السلوك وعلى فعالية الانتقال العصبي، مثلا: إن عقار (reserpine) الذي يستعمل لمعالجة ارتفاع ضغط الدم أحيانا بسبب كآبة عالية كتأثير جانبي، إذ أظهرت التجارب على الحيوانات أن العقار يسبب انخفاضا في مستويات السيروتونين ونورأبنفرين (Serotonin and Norepinephrine) في الدماغ.

إن العقاقير التي تكون فعالة في تقليل الكآبة تحاول أن تزيد من نسبة نوروبنفرين والسيروتونين في الجهاز العصبي، فهناك ثلاثة أصناف من العقاقير المضادة للكآبة تعمل على زيادة مستويات النواقل العصبية بطرائق مختلفة.

إن أو أكسيد الأمين الأحادي (خميرة من مجموعة خمائر مؤكسدة) (MAO) عامل مثبط أو يعترض النشاط الكيميائي إذ يعرقل فعالية الانزيم الذي يستطيع تدمير كل من نيروبنفرين والسيروتونين وهكذا يزيد من تركيز هاتين المادتين في الدماغ فإن مضادات الاكتئاب الثلاثية (Tricyclic Antidepressant) تمنع عملية إعادة اخذ الانتقال العصبي عبر النهايات العصبية التي خرج منها النيوبنفرين وبذلك سيطول مدى فعاليته وكذلك أن مثبطات عملية إعادة اخذ السيروتونين تعيق أيضا عملية إعادة اخذ السيروتونين.

استخدم الباحثون تقنيات جديدة في دراسة التأثيرات الطويلة الأمد لمضادات الكآبة على مستقبلات التشابك العصبي أو الفجوة العصبية للخلية، بذلك تحتاج العقاقير المضادة للكآبة لوقت كاف لكي تكون فعالة.

إن العامل (MAO) يثبط ويعيد اخذ السيروتونين وبذلك نحتاج من أسبوع إلى ثلاثة أسابيع قبل أن تبدأ إزالة الأعراض الاكتئابية. إلا أن هذه الملاحظات لا تتناسب مع الاكتشاف بان هذه العقاقير عندما تأخذ لأول مرة تزيد من مستويات النوبنفرين والسيروتونين بصورة مؤقتة فقط وبعد عدة أيام فإن هذين الناقلين العصبيين النوبنفرين والسيروتونين سيعودان إلى مستواهما السابق وهكذا فإن الزيادة في النوبنفرين والسيروتونين لا تعد بحد ذاتها التقنية التي تقلل أعراض الكآبة.

تشير الأدلة الأولية إلى أن هذه المضادات للكآبة تزيد من حساسية مستقبلات الفجوة العصبية للنورأبنفرين والسيروتونين وان الوقت اللازم لحدوث ذلك يرتبط مع الزمن اللازم لظهور الأعراض الجانبية لتأثير العقار، وهكذا فإنه بالرغم من أن مستويات النورأبنفرين والسيروتونين انخفضت ثانية لدى المرضى فإنهم باستطاعتهم استعمال الناقلات العصبية النورأبنفرين والسيروتونين بصورة أكثر

فعالية لان المستقبلات التي تستقبل هذه الناقلات العصبية قد أصبحت أكثر حساسية.

إن نظام الناقل العصبية التي تؤثر في المزاج والعاطفة معقد جدا ونحن قد بدأنا للتو في فهمها، فإن أنظمة الناقل العصبية المتعددة والتي تعمل بصورة منفردة أو مجتمعة قد تكون مسؤولة عن أعراض الكآبة، إن اضطرابات ثنائية القطب قد تدخل في قصور نظام ناقل عصبية متعددة.

وليس هناك شك من أن اضطرابات المزاج تتضمن تغيرات كيميائية بايولوجية (Biochemical) في الجهاز العصبي وان التساؤل المتبقي هو فيما إذا كانت التغيرات الفسيولوجية الوظيفية هي سبب أو نتيجة التغيرات النفسية، فمثلا أن الأشخاص الذين يعتمدون السلوك كما لو كانوا يعانون من نوبات هوس يظهرن تغيرات في مستويات الناقل العصبية مشابهة للمستويات لدى المرضى المصابين بمرض الهوس.

إن نضوب النورأينفرين قد يسبب أنواعا متعددة من الكآبة والتي قد تكون مشاعر بالعجز أو خسارة الإسناد العاطفي.

الوهر والسعادة

عند مناقشة النظريات المعرفية للكآبة نلاحظ أن الأشخاص المصابين بالكآبة يقيمون أنفسهم والعالم من وجهة نظر سلبية، فهم ينتقدون أنفسهم ويتوقعون الفشل بدل النجاح ويعظمون فشلهم ويقللون أهمية نجاحهم عند تقييمهم لأدائهم وهم متشائمون في نظرهم للمستقبل ومن ناحية أخرى فإن الأشخاص غير المصابين بالكآبة قد يعانون أيضا من الأوهام ولكنهم ينظرون إلى الواقع بنظرة متفائلة.

إذ تشير العديد من الدراسات إلى أن الكثير من الأشخاص لديهم نظرة إيجابية غير واقعية عن أنفسهم ويظهرون قدرتهم في السيطرة على الحوادث متفائلين بصورة واقعية عن المستقبل. فمثلاً: عندما نسأل عن التحديد بدقة للوصف الايجابي والسلبي عن وصف أنفسهم، فإن الأشخاص العاديين يذكرون الأوصاف الايجابية لتكون الأكثر هيمنة على الأوصاف السلبية، فضلاً عن أن معظم الأشخاص يتذكرون معلومات إيجابية عن أنفسهم بسهولة من المعلومات السلبية أي أن تذكر النجاح يكون عادة أكثر من تذكر الفشل.

الميل إلى استذكار الأداء عن مهمة معينة بأنه كان أفضل مما كان في الواقع وان نعزو النتائج الايجابية إلى قابليتنا وان النتائج السلبية إلى عوامل الصدفة فعندما يشارك مجموعة من طلبة الكلية مهمة لمجموعة يقدرون أنفسهم على مدى عدد من أبعاد الشخصية مثل (الود، والصدقة، والإصرار) تكون نسبهم أكثر ايجابية من النسبة التي يسجلها المراقبون الذين يراقبون أداء المجموعة، فضلاً عن ذلك يبدو الشخص شديد الميل لرؤية نفسه أفضل من الآخرين، ويكون تشخيص الأفراد للجوانب الايجابية أكثر لأنفسهم من جوانب الشخص الاعتيادي، ويكون حكمهم للجوانب السلبية لأنفسهم أقل من وصف الشخص العادي، إذ جرى تسجيل هذه الدلالات لمدى واسع من الجوانب، حتى أن الأشخاص يعتقدون أن قدرتهم على قيادة السيارات أفضل من الآخرين، لأنه منطقياً من المستحيل أن يكون معظم الأشخاص أفضل من الحد الطبيعي أو (المعدل) وهذه الآراء تعبر عن (النظرة إلى الذات أي عن النفس) حول النفس وهي وهمية وغير واقعية.

فقد أظهرت الدراسات أن معظم الأشخاص يعتقدون أن لديهم سيطرة كبيرة عند رمي شيء معين عندما يرمونه لأنفسهم مما لو رماه آخرون لهم.

يكون للأشخاص تقدير مبالغ فيه لدرجة السيطرة على الأحداث التي تحدث بالصدفة عند حدوث ما ليس بالحسبان، فإنهم عادة ما يبالغون في تقدير الدرجة التي تمكنوا بها من السيطرة على الأحداث.

إن معظم الأشخاص أكثر تفاؤلاً حول المستقبل من واقع الأحداث فعندما نسأل طالب كلية: ما هو المحتمل بالنسبة لهم حول المستقبل، فقد سجلوا الاحتمالات الايجابية أكثر من أربع مرات من الاحتمالات السلبية، إذ يقدر الأشخاص احتمالية أن يجابهوا عدداً من الأحداث الايجابية المتعددة (مثل الحصول على وظيفة براتب مرتفع أو الحصول على طفل) أكثر من أقرانهم، وعلى النقيض فعندما يسألون عن احتمالية مرورهم بأحداث سلبية (حادث سير، الإصابة بمرض) فإن معظم الأشخاص يعتقدون أن فرصهم أقل في حدوث هذه الأحداث السلبية لهم عن أقرانهم.

والخلاصة: أن معظمنا لديه نظرة ايجابية غير واقعية عن أنفسنا وإحساس مبالغ به بقدراتنا في السيطرة على الواقع، والاعتقاد أن مستقبلنا يكون أفضل من مستقبل الأشخاص العاديين، فهذه الأوهام الايجابية تجعلنا نستطيع العيش في عالم غير مستقر وأحياناً مخيف، وهي تعطينا الحافز للمقاومة في مواجهة العوائق والعراقيل وهي تساعدنا على تجنب الكآبة.

النظرة التقليدية للصحة العقلية تؤكد على أن الأشخاص الذين لديهم توافق جيد يمتلكون إدراكاً دقيقاً وصحيحاً عن أنفسهم وعن قدرتهم في التحكم بالأحداث في حياتهم، وبالفعل فإن وصف الشخص السوي الذي يكون كفوء في إدراك الواقع كأحد الخصائص التي تحدد الشخص السوي من الشخص غير السوي (الشاذ) إذ تشير الأدلة التي قدمت هنا إلى أن هذه الخصيصة يجب تعديلها.

ولمزيد من الإيضاح، فنحن نحتاج إلى إدراك ما يحدث في العالم وما يقوله الآخرون والعمل بنوع من الدقة، ومما لا شك فيه أن الوهم الايجابي عن مزاينا الشخصية وعن قدراتنا في السيطرة على الأحداث تجعلنا نشعر بسعادة اكبر وبتفاؤل أكثر وبرغبة كبيرة في خوض التحديات، وأن الأوهام كهذه قد تتكيف وبخاصة في الظروف التي قد تجعلنا نشعر بالكآبة، فإن اعتقادنا أننا أكثر قدرة وفعالية على مواجهة المستقبل الذي نشعر أنه ايجابي سيساعدنا اعتقادنا في التغلب على العقبات التي تمر بنا والتي قد تجعلنا نشعر بقلّة تقدير الذات.

سرعة التأثير والاضغوطات

كل النظريات التي سبق شرحها تعطي نقاطا مهمة عن طبيعة الاكتئاب، فإن الخصائص البدنية الموروثة قد تعرض الأشخاص إلى تغير مزاجي شديد.

التجارب المبكرة (خسارة تأثير الوالدين أو عدم القدرة في الحصول على التشجيع لجهوده) تجعل من الشخص سريع التأثر بالكآبة في حياته المستقبلية، فهذه الأحداث المجهدة تعجل من الاضطرابات التي تكون عادة من تجارب الحياة الطبيعية، فإن بعضهم يمرون بتجارب يستطيع معظم الأشخاص تجاوزها بدون أن يصبحوا أشخاصا مرضى بالكآبة، وهكذا فإن فكرة سرعة التأثر تساعدنا في فهم: لماذا يصاب بعض الأشخاص بالكآبة عند مواجهة تجربة مريرة (مجهدة) معينة بينما الآخرون لا يصابون بالكآبة عند المرور بالتجارب ذاتها؟.

وقد اكتشف أن بعض العوامل التقليدية تزيد من سرعة التأثر بالكآبة بضمونها الفقر في اكتساب المهارات الاجتماعية، والعوز المادي، والافتقار الكبير على الآخرين، وان يكون لديه أطفال أقل من 7 سنين ولا يمتلك صديقا أو شخصا يثق به ليكون قريبا منه، فهذه الثقة الأخيرة تعتبر الأكثر أهمية، أما بالنسبة إلى

النساء فإن وجود علاقة حميمة مع الزوج أو علاقة صداقة مع شخص نثق به يقلل من خطر إصابة النساء بالكآبة عند مواجهة مواقف الحياة الصعبة، وهذا الأمر يتواءم مع البحث الذي يشير إلى أن الإسناد الاجتماعي يساعد في التقليل من قساوة الأحداث الصعبة.

فهناك أسباب عديدة للكآبة والتي تشمل كون الكآبة تحدث بسبب قصور كيميائي بيولوجي موروث. أو قد تكون نتيجة لعوامل نفسية أو بيئية، لذلك فإن معظم الحالات تقع ما بين هذين الأمرين وتتضمن خليط من الوراثة والنمو المبكر إلى العوامل البيئية.

الشيزوفرينيا (Schizophrenia)

الشيزوفرينيا تنطبق على مجموعة من الاضطرابات التي تتميز بالاختلال الشخصي الشديد، وتشويه الواقع وعدم القدرة على الاندفاع في الحياة اليومية، كما أنها تنتشر في كل الثقافات حتى الذين يكونون بعيدين عن الضغوطات الحضارية والصناعية التي تبدو كواباء على البشرية في الأعوام الـ 200 المنصرمة أن نسبة الاضطراب تظهر بواقع 1٪ من السكان ويحدث بالتساوي بالنسبة للذكور والإناث وتظهر عادة في نهاية مرحلة المراهقة أو بداية البلوغ، فإن معظم الحالات تظهر بين الأعمار 15-35 وعلى الرغم من أنه لا تبدو هناك اختلافات في العرق أو الطائفية في الحالات الفعلية للشيزوفرينيا.

الأفارقة الأمريكية غالباً ما يخطأ في تشخيصهم على أنهم مصابون بالشيزوفرينيا بينما هم يعانون من الاضطراب ثنائي القطب (كاهوس الاكتئابي Manic Depression) وهذا عموماً محتمل عندما يكون الشخص الذي يقوم بالفحص هو شخص ابيض وليس من الواضح ما سبب هذا التشخيص الخاطئ للأفارقة الأمريكية،

لكن معظم المحققين يعتقدون أن هناك اختلافات ثقافية عند ذكر أعراض الشيزوفرينيا فمثلا الأفارقة الأمريكيان يظهران أعراضا أشد من البيض والذي يساء فهمه ويذكر على أنها أعراض شيزوفرينيا حادة عندما يكون المشخص من البيض.

تتطلب الشيزوفرينيا علاجا سريريا (إقامة في المستشفى) وقد تحتاج من أشهر إلى سنة، وان هذه المجموعة التي تم تشخيصها على إصابتها بشيزوفرينيا تحتل حوالي نصف عدد النزلاء في المستشفيات العقلية، والنسبة الأكبر التي تمثل المراجعين الخارجيين الذين يراجعون المستشفيات ولكنهم لا يقيمون فيها.

أحيانا تتطور الشيزوفرينيا ببطء بوصفها مرحلة تدريجية من زيادة العزلة أو السلوك غير السوي، وأحيانا يكون ظهور الشيزوفرينيا فجائيا ويلاحظ عبر الاضطراب (التشوش) الشديد والاضطراب العاطفي وهذه الحالات الحرجة الحادة تظهر لدى الأشخاص بعد مدة من الإجهاد أو التوتر والذين عادة ما يكونون مبالين للعيش بانعزال والانشغال بالذات وعدم الأمان.

خصائص الشيزوفرينيا

لو كانت الشيزوفرينيا تظهر فجأة أو تتطور ببطء فإن الأعراض تكون عديدة ومختلفة، ويمكن تلخيص الخصائص الأساسية للشيزوفرينيا تحت العناوين الآتية على الرغم من أنه ليس جميع الأشخاص الذين يعانون من هذه الاضطرابات يظهران كل هذه الأعراض:

1- تشوهات التفكير والانتباه

حينما تصنف الاضطرابات على أنها اضطرابات في المزاج، فإن الشيزوفرينيا اضطراب في التفكير، إذ يكون الاضطراب في كل من عملية التفكير ومحتوى

التفكير، وهنا بعض المقتطفات من كتابات مرضى الشيزوفرنيا التي تشرح مدى صعوبة فهم التفكير الشيزوفرنيني مثال (إذا الأشياء استدارت بواسطة توقيتات كل شيء) هذه العبارات تكون منفصلة وذات معنى، والكلمات لها معنى والجمل لها معنى لكن عند ربطها سوية تكون غير ذي معنى، فهذا الترتيب للعبارات والكلمات غير المترابطة هو احد خصائص الكتابة أو الحديث الشيزوفرنيني، فهي تعكس انعدام الترابط في الحديث وتحول الأفكار من موضوع إلى آخر بطرائق غير مترابطة.

فضلا عن التفكير لدى الشخص المصاب بالشيزوفرنيا يبدو دائما متأثرا بأصوات الكلمات وليس بمعانيها أي ربط الكلمات حسب القافية.

إن عملية التفكير المضطرب هي العلامة الأساسية للشيزوفرنيا، فمعظمنا قادر على جذب الانتباه الانتقائي فمثلا مجموعة من المعلومات نستطيع اختيار ما له صلة بالمهمة التي تحضنا أو نتطلع إليها وإهمال البقية، أما الشخص المصاب بالشيزوفرنيا فيكون لديه إدراك لعدة متلفيات في الوقت نفسه وتكون لديه مشكلة إدراك المعنى من كثرة المعلومات الداخلة. أي تبدو من الصعوبة جذب الانتباه وإظهار دافع ذي صلة.

إن عدم القدرة في السيطرة على الإدراك وتركيز الأفكار هي المحور الأساسي في أعراض مرض الشيزوفرنيا، فضلا عن أن عمليات التفكير غير المنتظم التي تجعل من الصعوبة فهم ما يحاول قوله المصاب بالشيزوفرنيا، فهذه أيضا اختلال في محتوى التفكير: فإن معظم الأشخاص المصابين بالشيزوفرنيا يظهرون عجزا في البصيرة (فقدان البصيرة) فعندما يسألون عن ما يحدث لهم أو عن سبب دخولهم المستشفى فعندها يبدو غير مدركين لظرفهم وحالتهم الصحية، ويكون لديهم إدراك قليل وان سلوكهم غير طبيعي وهم أيضا عرضة للتضليل والخداع

ويحملون معتقدات تدل على أن معظم الأشخاص لديهم سوء تفسير للواقع، وان التضليل الأكبر هو الاعتقاد أن قوى خارجية تحاول السيطرة على أفعال الآخرين وأفكارهم، وهذا التضليل يتضمن الاعتقاد بان أفكار الشخص تداع للعالم لذا يستطيع الآخرون سماعها، وان أفكار غريبة تدخل إلى عقل الشخص أو أن المشاعر والأفعال تفرض على الشخص من بعض القوى الخارجية، كذلك من الشائع الاعتقاد أن هناك مجاميع تشكل خطرا على الأفراد (أوهام الاضطهاد) وهناك أيضا مشاعر كأوهام العظمة بأنه شخص مهم وقوي، وان الشخص الذي لديه بارانويا الاضطهاد الذي يكون لديه شكوك بأصدقائه وأقاربه وقد يشعر بالخوف من محاولة لتسميمه أو قد يتدمر من كونه مراقبا وملاحقا أو ما يدعى بالجرائم بدون دافع. فعندما يقوم شخص بمهاجمة أو قتل احدهم بدون سبب واضح فإن جرائم كهذه ترتكب أحيانا من قبل أشخاص يتم تشخيصهم لاحقا بأنهم يعانون من بارانويا الاضطهاد الشيزوفريني، وهذه الحوادث عادة ما تكون قليلة أو نادرة، على ان معظم الأشخاص الذين يعانون من الشيزوفرينيا لا يمثلون خطرا على الآخرين على الرغم من أن اضطرابهم قد يؤدي إلى إيذاء أنفسهم.

2- تشوهات الإدراك

عند ظهور أعراض حادة للشيزوفرينيا فإن المصابين عادة ما يشعرون بان العالم يبدو مختلفا بالنسبة لهم إذ تبدو الضوضاء أكثر ضججة والألوان اشد تركيزا وأن أجسادهم قد لا تبدو كالسابق "أيديهم قد لا تبدو اكبر حجما بكثير أو اصغر بكثير وأن أقدامهم أصبحت أضخم بشكل ملحوظ وان أعينهم قد تغير مكانها في الوجه" وان بعض المرضى يفشلون في تمييز أنفسهم في المرآة أو أنهم يرون انعكاسا لصورهم في المرآة كأنها صورة ثلاثية الأبعاد وان تشوهات الإدراك الشديد يدعى بالهلوسة.

فهناك الهلوسة السمعية (Auditory Hallucination) والتي عادة ما تكون أصواتا تخبر الشخص ما عليه فعله أو تعليقها على تصرفاته وأفعاله وهي الأكثر شيوعا أما الهلوسة البصرية (Visual Hallucination) والتي عادة ما تكون رؤية مخلوقات غريبة أو أشخاص من السماء" وهي الأقل شيوعا. وهناك أنواع أخرى من الهلاوس خاصة الهلوسة البصرية (Hallucination) (Sensory كخروج رائحة نتنة من الجسم، أو وجود طعم للسم في الطعام فهذا النوع قد لا يحدث كثيرا.

قد تحدث هذه الهلوسة بصورة منفردة أو تحدث بوصفها جزء من الشعور المضطرب فمثلا: قد يكون المريض يسمع أصواتا تهدده بالقتل ويعتقد أن هذه الأصوات هي جزء من خطة لقتله أو لتحجيم دوره وذلك بسبب قوته الهائلة.

في حالة واحدة فإن الهلوسة قد لا تكون بعيدة عن التجارب العادية، فنحن جميعا نعلم كيف تكون الهلوسة البصرية لأننا جميعا نراها في الأحلام، لكن بالنسبة لمعظم الأشخاص تحدث فقط في أثناء النوم وليس في أثناء اليقظة، وان من المحتمل أن نوع عملية التوسط في الناقل العصبي تحدث أحلاما في حالات اليقظة وان هذه العملية فشلت في حالة الشيزوفرينيا التي تتسم بالهلوسة.

فالهلوسة السمعية قد يكون مصدرها التفكير العادي فنحن عادة ما نقوم بحوار داخلي مثلا التعليق على أعمالنا أو أن يكون لدينا حوار خيالي مع شخص آخر، حتى اننا احيانا نتحدث مع انفسنا بصوت عال، فإن هذه الأصوات التي يسمعها الشخص المصاب بالشيزوفرينيا والتي تطلق عليهم أسماء بذيئة أو تخبرهم ما عليهم فعله تشابه الحوار الداخلي، لكن المريض الذي يعاني من الهلوسة السمعية لا يعتقد أن الأصوات تصدر من داخله أو أنه يمكن السيطرة عليها. وان عدم القدرة على التمييز بين الخارجي والداخلي، الحقيقي والخيالي هي أساس حالة الشيزوفرينيا.

3- قصور التعبير الانفعالي

المرضى المصابون بالشيذوفرنيا يفشلون في إظهار استجابة عاطفية طبيعية، فهو عادة ما يكون سلوكهم غير متجاوب وانسحابي في المواقف التي يجب أن تجعلهم يشعرون بالسعادة أو بالحزن مثال على ذلك: قد لا يظهر الشخص استجابة عاطفية عندما يخبروه أن ابنته لديها السرطان، على أن بلادة التعبير العاطفي قد يخفي اضطراب هيجان داخلي. وأحيانا فإن الأشخاص المصابين بالشيذوفرنيا يظهرون عواطفهم أو يعبرون عنها والتي لا تكون ذات علاقة صحيحة بالحدث أو بالتفكير الذي يراد التعبير عنه وكمثال: فإن المريض قد يبتسم عندما يكون المحدث دراميا، ولأن عواطفنا تتأثر بعملية الإدراك فليس من الغرابة أن الأفكار غير المنظمة الإدراك ترتبط بالتغيرات في الاستجابات العاطفية.

4- أعراض الحركة والانسحاب عن الواقع

تظهر لدى المريض بالشيذوفرنيا عادات حركية شاذة، فإن المريض قد يظهر تعابير غريبة على وجهه ويقومون باستخدام حركات غريبة لأصابعه أو يديه وأذرعهم أو أنهم يتحركون بنشاط، وبعضهم الآخر لا يظهر أية استجابة أو حركة بتاتا متخذين وضعا غير طبيعي ويمارسون هذا السلوك لمدة طويلة الأمد مثلا: يقف المريض منتصبا كالتمثال على ساق واحدة وذراع مرتفعة نحو السقف ويمارس هذا السلوك (الإغماء التخشبي) غير الحركي لعدة ساعات.

فإن هؤلاء الأشخاص يبدوون منسحبين منعزلين تماما عن الواقع وتكون استجاباتهم للتفكير الداخلي، فإن هذه الأعراض التي وصفت تعطي إحساسا لنوع من الاضطراب (الهيجان) الداخلي والتوتر الذي قد يحدد لمرض الشيذوفرنيا سلوكا غير استجابي وشاذ.

5- انخفاض القدرة على الأداء

بجانب الأعراض التي ذكرت سابقا، فإن مرضى الشيزوفرينيا قد يكون لديهم خلل في قدرتهم على القيام بالأعمال الروتينية في الحياة اليومية.

فعند حدوث هذا الاضطراب في مرحلة المراهقة فإن الشخص يظهر نقصا في القدرة على الانسجام في المدرسة، وتكون لديه مهارات اجتماعية محددة وأصدقاء قليلون، أما المرضى بالشيزوفرينيا فهم عادة ما يفشلون في إيجاد الوظيفة والبقاء فيها ويكون زواجهم معرضا للفشل وتدهور الصحة الشخصية ويكون أكثر انعزالا ويتجنب مصاحبة الآخرين.

إن أعراض الشيزوفرينيا عديدة ومختلفة وأن محاولة إعطاء معنى لتحديد الأعراض هي عملية معقدة وذلك لان بعض الأعراض تكون نتيجة مباشرة للاضطراب بينما البقية قد تكون رد فعل على الحياة في المستشفى العقلي أو على تأثير الأدوية.

العوامل البيولوجية

أظهرت نتائج الدراسات التي أجريت على العوائل التي لها تاريخ عائلي بان هناك دور للوراثة في تطور الشيزوفرينيا، فإن الأشخاص الذين لديهم أقارب يعانون من الشيزوفرينيا يكون لديهم احتمال اكبر في ظهور وتطور الاضطراب لديهم من الأشخاص الذين تكون عوائلهم خالية من الشيزوفرينيا أي أن العوامل الوراثية لها دور في ظهور المرض في الشخص الآخر، إذ أن التوائم المتماثلة تظهر الشيزوفرينيا باحتمالية ثلاثة أضعاف عن التوأمين الشقيقين و 46 ضعفا من احتمالية تطور الشيزوفرينيا عن الأشخاص غير المترابطين.

لكن أقل من نصف التوائم المتماثلة التي تعاني من الشيزوفرينيا يورون هذا

الاضطراب بأنفسهم على الرغم أنهم يمتلكون الجينات ذاتها، إذ تشير هذه الحقيقة إلى أهمية المتغيرات غير الوراثة.

إن الدراسات التي أجريت على الأطفال في بيوت التبني كان أحد والديهم مصابا بالشيذوفرنيا ومنذ تبني الأطفال في مرحلة الطفولة ظهرت علامات أو أعراض مرض الشيذوفرنيا عليهم وهذا دليل على توارث الشيذوفرنيا مقارنة مع مجاميع الأطفال الذين تكون عوائلهم طبيعية. (Kender & Gruenberg, 1984, Ketyetal, 1988, 1978)

وعلى الرغم من توارث الشيذوفرنيا في العوائل ولأوقات طويلة الأمد، لكن البحث عن الجينات التي تنقل الشيذوفرنيا محدودة، إلا أنه أصبح ممكنا مع تطور التقنيات الإحيائية الجزيئية في تحديد المورثات وتحديد موقع الجين ذي الصلة بالشيذوفرنيا، إذ وجد الباحثون عائلة حدثت فيها العديد من حالات الشيذوفرنيا ولعدة أجيال، إذ قاموا بفحص DNA الحامض النووي للأفراد في العائلة والبحث عن سلسلة قصيرة للـ DNA والتي تكون لدى الأشخاص المصابين بالشيذوفرنيا تختلف عن الأشخاص الطبيعيين إذا كان أفراد العائلة لديهم سلسلة معينة للـ DNA في موقع محدد على الكروموسوم فهم عادة ما يكونون مصابين بالشيذوفرنيا، لكن الأفراد الآخرين في العائلة الذين لا تكون لديهم سلسلة مختلفة في موقع لا يمتلكون أبدا هذا المرض لذا فإن سلسلة الـ DNA أما أن تكون جزء من المورث المسبب للمرض أو قريبة منه جدا على الكروموسوم. (Byerly et al, 1989)

أظهرت العديد من الدراسات التي أجريت على نماذج DNA في عوائل تكون لديها حالات عديدة من الشيذوفرنيا ووجدت ادلة على وجود نقص في المورث أو وجود سلسلة عنقودية من المورثات الموجودة على الكروموسوم الخامس.

لكن باحثين آخرين درسوا مجموعة مختلفة من عوائل توجد لديها حالات متعددة للشيزوفرينيا ووجدت أنه لا دليل على علاقة الكروموسوم الخامس بالاضطراب إذ ربما تكون هناك مورثات مختلفة تسهم في تغيرات مختلفة في الاضطراب، وهذه الفكرة تتواءم مع الرأي بأن الشيزوفرينيا هي مجموعة من الاضطرابات التي تظهر أعراضا متشابهة ولكن لها أسباب إحيائية مختلفة، أو أن الشيزوفرينيا هو إضراب متعدد للمورثات يحدث عند وجود عدد من المورثات (الجينات) الناقصة، ومهما تكون وسيلة انتقال المورثات فإن معطيات العوامل التي تجعل من الواضح أننا لا نتعامل مع اضطراب وراثي يكون لديه نموذج وراثي واضح مثل مرض هنتنكتون أو فينائل كيتون يوريا. فإن مرض هنتنكون سببه مورث مفرد يعبر من الوالدين إلى الطفل وكمعدل فإن نصف الذرية أو النسل سيظهر لديهم المرض RKU الذي يتعلق بمورث جين منحسر وكمعدل فإن ربع الذرية ستكون مصابة بالمرض.

إن التكوين الجيني في انتقال الشيزوفرينيا مشابه جدا للتكوين المتعلق بمرض السكر أو مرض القلب التاجي، فإن عددا من الجينات تعمل معا وقد تجعل الشخص عرضة للاضطراب، كما أن العوامل البيئية ستحدد فيما إذا كان الاضطراب سيتطور وتحدد درجة شدته. ولكن هنالك سؤال هو: كيف يجعل الشذوذ الجيني الشخص عرضة للشيزوفرينيا ويؤثر في الدماغ؟

فقد ركزت الأبحاث الحديثة على مجالين أساسيين هما:

- 1- الشذوذ في الكيمياء العصبية.
- 2- الاختلافات في تركيب الدماغ بين الأشخاص المصابين بالشيزوفرينيا والأشخاص الطبيعيين.

فبالنسبة إلى نظرية الكيمياء العصبية لاضطرابات الدماغ تركز على السيروتونين ونيروأبنفرين.

أما بالنسبة إلى الأبحاث الحديثة فقد أكدت على أن الناقل العصبي الدوبامين (Dopamine) الذي يكون فعالا في منطقة من الدماغ هو المسؤول عن الإضراب العاطفي لذلك فإن نظرية الدوبامين تفترض أن الشيزوفرنيا تنتج عن وجود كميات كبيرة من الدوبامين في نقاط التشابك العصبي، وهذا قد يعزى إلى الإفراط في إنتاج الناقل العصبي أو إلى تنظيم خاطئ لميكانيكية إعادة الأخذ (Reup Take) التي تجعل الدوبامين يعود ويخزن بحويصلات في نهايات المشبك العصبي، وقد يعزى أيضا إلى شدة حساسية مستقبلات الدوبامين أو إلى وجود مستقبلات كثيرة جدا للدوبامين فهذه الأدلة تؤكد على أهمية الدوبامين التي تأتي من مصدرين.

الأول: الأدوية التي لها تأثير في أعراض الشيزوفرنيا والتي تدعى بعقاقير ضد الهوس (اضطراب عقلي أساسي موصول يتسم باختلال الصلة بالواقع) التي تقلل من كمية الدوبامين المستهلكة في الدماغ إذ يعتقد الباحثون أن ذلك يحدث بسبب غلق مستقبلات الدوبامين فهذه العقاقير لا تعالج الشيزوفرنيا بل تقلل من الأوهام والهلوسة وجعل أعراض الشيزوفرنيا أقل ضررا (Rease, Burt & Snyder, 1978).

وهناك أدلة أخرى على شذوذ في أيض الدوبامين:

الايض: هو مجموعة من العمليات المتصلة ببناء البروتوزومات وبخاصة التغيرات الكيميائية التي فيها تؤمن الطاقة الضرورية للعمليات والنشاطات الحيوية التي فيها تمثل المواد الجديدة للتعويض، وبذلك يكون السبب المحدد للشيزوفرنيا من ملاحظة تأثيرات الامفتامينات (Amphetamine) الذي يزيد من تحرر الدوبامين.

إن مستخدمي العقار الذين يتناولون جرعة مضافة من الامفيتامين يظهرون سلوك الهوس والذي يشبه كثيرا السلوك في الشيزوفرنيا وان أعراضها يمكن أن تظهر عبر العقاقير المضادة للهوس ذاتها التي تستخدم لمعالجة الشيزوفرنيا وعندما توصف جرعة مخففة من عقار الامفيتامين لمرضى الشيزوفرنيا فإن أعراض الهوس والشيزوفرنيا تكون أسوأ.

في هذه الحالات فإن العقار لا يسبب مرض الهوس بذاته بل أنه يفاقم الأعراض التي يشعر بها المريض (Snyder,1980) فمثلا يدخل المريض إلى المستشفى وهو يدعي أن الأرواح تخرج من رؤوس الأشخاص وتتحدث إليه، وبعد المعالجة باستخدام العقاقير ضد الهوس فانه سيعترف بعدها أن حديثه عن الأرواح كان مجرد حديث جنوني، ولكن بعد دقيقة بعد حقنه بالامفيتامين (Amphetamine) فانه سيدعي بعدها أن الأرواح تخرج من رأس الشخص الذي يعالجه، وهكذا بتحسين فعالية الدوبامين تزداد خطورة أعراض الشيزوفرنيا وسد مستقبلات الدوبامين سيخفف من أعراض الشيزوفرنيا.

الدراسات التي استخدمت الرسم السطحي لانبعث البوزوترون (جسم موجب ذو كتلة تعادل كتلة الإلكترون) PET احد التقنيات للحصول على صورة مفصلة لخلايا دماغ حي والتي وجدت أن كثافة نوع معين من مستقبلات الدوبامين والتي تدعى بمستقبلات D_2 تكون اكبر وبشكل ملحوظ لدى المصابين بالشيزوفرنيا والذين لم يتناولوا أبدا العقاقير من الأشخاص الذين يتناولوا العقاقير التي تعالج الشيزوفرنيا أو الأشخاص الأسوياء (Wong et al, 1989) وهكذا ومع النتائج الأخرى فإن الإشارة إلى زيادة عدد الخلايا الحساسة للدوبامين تكون مهمة مثل العجز الكيميائي العصبي في حالة الشيزوفرنيا.

أما بالنسبة إلى الشذوذ التكويني في الدماغ فإن الدراسات التي استعملت

المسح السطحي المحوري باستخدام الكومبيوتر والصور الإشعاعية للرنين المغناطيسي MRI قد وجدت أن بعض المصابين بالشيذوفرنيا لديهم تجاويرف دماغية اكبر وبشكل ملحوظ (التجاويرف التي تحتوي على السائل الشوكي المخي) من الأشخاص الذين لا يعانون من الشيذوفرنيا.

في العديد من الدراسات كان الكثير من مرضى الشيذوفرنيا لديهم تجاويرف دماغية اكبر من أشقائهم وشقيقاتهم وكذلك اكبر من التجاويرف الدماغية التي لدى التوائم المتماثلة المصابين بالشيذوفرنيا.

ومن ذلك نستنتج بأنه إذا كانت التجاويرف الدماغية اكبر من الحد الطبيعي فإن أنسجة الدماغ تكون اصغر من الحد الطبيعي، لذلك فإن الزيادة أو الضمور في حجم التجاويرف الدماغية تين عملية التدهور في أنسجة الدماغ.

الفصوص الأمامية وفصوص الصدغ وقرن آمون هي مناطق الدماغ التي تمت دراستها قد أظهرت على أنها اصغر حجماً لدى الأشخاص المصابين بالشيذوفرنيا من الأشخاص العاديين وهذه المناطق من الدماغ هي المسؤولة عن التفكير والتركيز والذاكرة والإدراك.

وفضلاً عن ذلك فقد قادت الكثير من الدراسات التي أجريت على تركيب الدماغ والكيميائية الإحيائية للدماغ بعض الباحثين على افتراض أن هناك شكلين للشيذوفرنيا:

النوع الأول: الشيذوفرنيا التي تتصف بأعراض إيجابية أو زيادة سلوكية والتي تتضمن الهلاوس والأوهام والسلوك الخطر والتفكير المضطرب.

يكون أداء المرضى الذين لديهم أعراض إيجابية جيدة عادة قبل أن تظهر أعراض الشيذوفرنيا لأول مرة لديهم، فيكون سلوكهم المضطرب غير ثابت ويكون

دورهم الاجتماعي فعال، فهم عادة يتجاوبون بصورة جيدة مع العقاقير المضادة للهوس التي تسد مستقبلات النواقل العصبية للدوبامين، ويكون المسح الدماغى لهم لا يظهر عموما أي شذوذ هيكلى.

أما بالنسبة للنوع الثانى من الشيزوفرنيا: فيتصف بالأعراض السلبية أو العجز السلوكى مثل قلة الحديث، وعدم الاستجابة العاطفية، والانعزال، وقلة الاهتمام.

إن المرضى الذين لديهم أعراض سلبية عادة ما يكون لديهم تاريخ من ضعف الفعالية الاجتماعية والثقافية تسبق أعراض الهوس الأولية وتستمر لديهم هذه الفاعلية المتدنية. (Fenton & mcGlashan, 1992)

فهم يظهرون القليل أن وجد أي تحسن عند استخدام عقاقير مضادة للهوس وان المسح الدماغى يظهر شذوذا هيكليا فى الدماغ.

ولذلك؛ فإن من المفترض أن ينتج النوع الأول من الشيزوفرنيا من الصعوبات فى النواقل العصبية والنوع الثانى: من الشذوذ فى تركيب الدماغ بسبب إصابة فيروسية وقد أظهرت بعض المعطيات أن الإصابة تحدث خلال التطور الجنينى.

ففى عام 1957 حدثت إصابة بالأنفلونزا المعدية فى هيلسنكى وفنلندا فقد وجدوا أن نسبة الشيزوفرنيا التى وجدت لدى البالغين الذين تعرضت والدتهم للإصابة فى أثناء مدة الحمل وهذا التعرض خلال مدة الثلاث أشهر الثانية من الحمل (والتي هى مرحلة مهمة فى النمو للتطور فى قشرة الدماغ) كانت أعلى من نسبة الإصابة بالشيزوفرنيا لدى الأشخاص الذين تعرضت والدتهم للإصابة فى وقت آخر أو الذين لم تصب والدتهم بالعدوى (Meanick etal, 1988).

وعلى الرغم مما تقدم فانه ليست جميع المعطيات تؤيد الاختلافات بين النوع

الأول والنوع الثاني من الشيزوفرينيا، إذ أن بعض مرضى الشيزوفرينيا لديهم أعراض سلبية وإيجابية وإن الأعراض قد تتغير عبر مدة (مرحلة) المرض، ومع ذلك فإن الباحثين قد يعزلون مجموعة من مرضى الشيزوفرينيا الذين لديهم إشارات على مرض عقلي ويعانون من أعراض سلبية.

العوامل الاجتماعية والنفسية

كشفت دراسات عديدة أجريت في الولايات المتحدة ودول أخرى، إن حدوث الشيزوفرينيا أعلى بشكل ملحوظ بين الأشخاص الذين ينتمون إلى الطبقة الدنيا من الأشخاص الذين ينتمون إلى الطبقة الوسطى أو العليا. (Strass, 1982) أي تزداد نسبة الشيزوفرينيا كلما أصبحت الطبقة أدنى، وفضلاً عن ذلك أن هناك اختلافاً ملحوظاً بين عدد المصابين بالشيزوفرينيا في الطبقة الدنيا عن عددهم في طبقة أخرى.

لا يعلم أحد سبب ترابط المستوى الاجتماعي مع الشيزوفرينيا، إذ إن هناك نوعين من التفسيرات التي تم اقتراحهما وهما:

1- الاختيار الاجتماعي.

2- السبب الاجتماعي.

1- الاختيار الاجتماعي

والذي يرجع إلى قلة المهارات والأدوار الاجتماعية، فإن الأشخاص المصابين بالشيزوفرينيا يعانون من صعوبة إكمال تعليمهم والحصول على وظيفة الأمر الذي يجعلهم أقل مستوى في المجتمع إلى أن يصبحوا في الطبقة الدنيا.

2- السبب الاجتماعي

إن العيش في ظروف الفقر وفي مناطق تزداد فيها الجريمة والسكن المتردي والمدارس القليلة يحدث ضغوطات إضافية تنتج عنها اضطرابات الشيزوفرنيا وبخاصة لدى الأشخاص الذين لديهم ميل وراثي نحو الشيزوفرنيا إذ تظهر الأدلة أن كلا التفسيرين صحيحان، لكن الاختيار الاجتماعي من المحتمل أن يكون له الدور الأكبر.

أما بالنسبة للعوامل النفسية ودورها في تطور الشيزوفرنيا، فقد تركزت على العلاقة داخل الأسرة.

خلال الخمسينات والستينات سجل العديد من الباحثين ملاحظات مفصلة حول العوائل التي يكون احد أفرادها مصابا بالشيزوفرنيا محاولة لتحديد اتجاهات وسلوكيات الوالدين وأثرهما في الاضطراب، لكن المشكلة الأساسية تكمن في أن العوائل قد درست بعد أن اثر الاضطراب العقلي لدى احد أفراد العائلة وعلى العائلة بكاملها، في حين قد يسبق التفاعل لدى بعض العوائل الاضطراب لقد تم تحديد تبادل الرأي والحديث بين الأبناء والآباء كاملا للتمييز بين العوائل المصابة بالشيزوفرنيا والعوائل غير المصابة بالشيزوفرنيا، إذ لقد تم وصف طريقة الحديث لدى الآباء على أنها سبب من أسباب التعرض للاضطراب.

إذ أظهرت نتائج الدراسة أن مشكلات طريقة التحدث لدى الأبوين قد تكون نتيجة الحديث غير الواضح لأبنائهم الذين يعانون من الشيزوفرنيا.

ففي هذه الدراسة طلب الباحث من الوالدين والأبناء كلا على حدة وصف أشياء محددة بحيث أن المستمع يستطيع تمييز هذه الأشياء بدون أن يراها، وكانت الأوصاف تسجل على شريط وبعدها تشغل للمشاركين في التجربة ليستمعوا إليها وهم مجموعة من آباء وأبناء طبيعيين أو يعانون من الشيزوفرنيا.

وأظهرت نتائج الدراسة أن الآباء الذين يعاني أبنائهم من الشيزوفرينيا لا يختلفون عن الآباء الذين يكون أبنائهم طبيعيين في القدرة على نقل الأفكار. لكن المتحدث الأضعف هم الأبناء الذين لديهم شيزوفرينيا، كما ذكر الباحث أن الحديث المضطرب للأبناء الذين يعانون من الشيزوفرينيا لديه أثر سلبي مباشر ليس فقط في آباء الأبناء المصابين بالشيزوفرينيا، ولكن أيضا في الآباء الذين سمعوا التسجيل وحاولوا فهمه.

وهناك دراسة أخرى طويلة الأمد حاولت تحديد مشكلة الوراثة في الدراسات الأولية وذلك بدراسة العلاقات العائلية قبل أن يصاب احد أفراد العائلة بالشيزوفرينيا.

إذ تناولت الدراسة 64 عائلة تحتوي في الأقل مراهقا واحدا يعالج في مصحة نفسية لمساعدته على مشكلاته العاطفية المعقدة، وقد درس المراهقون وعوائلهم بدقة وتبعها تقويمات دورية لمدة 15 سنة، فكانت النسبة العالية لحدوث الشيزوفرينيا في العوائل التي يتصف فيها الأبوان بأنهم يعاملون المراهقين بأسلوب عنيف وناقد وكان حديثهم مضطربا وكان الدمج بين حالات الأبوين السلبية وطريقة الحديث المضطرب أكثر توقعا لحدوث الشيزوفرينيا في المستقبل من نسبة حدوثها عند وجود احد المتغيرين منفردا، إلا أن هذه العلاقة قد تكون غير واضحة وان مشكلات طرائق الحديث وحالات الوالدين الحاسمة كانت نتيجة لمحاولات الوالدين للتوائم مع الطفل الذي يكون سلوكه مضطربا أو غير عادي حتى قبل أن يشخص الطفل بأنه يعاني من الشيزوفرينيا.

أي أن الآباء يتأثرون بأطفالهم أو أن مواصفات الطفل تؤدي إلى سلوك الوالدين هذا.

ومهما يكون دور الاضطراب العائلي أو الرفض من الوالدين في أحداث السلوك الشيزوفريني مبكرا فإنها يعتبران مهمين في تحديد شدة المرض وكيفية العلاج. أما بالنسبة إلى الأحداث المأساوية الأخرى مثل الموت المبكر لأحد الوالدين أو كليهما تكون لها نسبة عالية أعلى من الحد الطبيعي لدى الأشخاص الذين تظهر لديهم الشيزوفرينيا، وفضلا عن ذلك الطفولة الصعبة بأشكالها كافة لها دور في هذا الاضطراب، فإن الطفولة الأشد ضغطا تحدث اضطرابات شيزوفرينية اشد تعقيدا.

الضغط وسرعة التأثر

معظم الأشخاص الذين يعانون من الفقر أو قد عانوا من طفولة مريرة أو مضطربة لا يظهرون سلوكا شيزوفرينيا، بينما النظريات الأولية للشيزوفرينيا تؤكد على العوامل البيئية. لكن التفسير الأخير المقبول هو أن الشيزوفرينيا: اضطراب عقلي موروث يجعل الأشخاص شديدي التأثر بضغوطات الحياة. ويشمل التعريف وجود خلل في الدماغ ذاته والذي يعتبر خصيصة لدى كل الأشخاص الذين جرى تشخيصهم بانهم مصابون بالشيزوفرينيا أو كان هناك تلف في الدماغ الذي يسبب انواعا مختلفة من الشيزوفرينيا أو ان هناك حالات للشيزوفرينيا تعزى إلى عوامل بيئية.

ومؤخرا فقد اجريت 50 دراسة طويلة الأمد على أطفال تم تشخيصهم بأنهم مصابون بالشيزوفرينيا، وقد تبعت هذه الدراسات الأطفال من بداية حياتهم إلى مرحلة البلوغ في محاولة لتسليط الضوء على العوامل التي تحدد فيما إذا كان الاضطراب سيتفاقم أو لا.

وفي هذه الدراسات تم تشخيص الأطفال بإصابتهم بدرجة عالية من الاضطراب بسبب وجود احد الوالدين أو كليهما يعاني من الشيزوفرينيا.

واختار باحثون آخرون مجموعتهم من الأطفال الذين لديهم احتمالية عالية في حدوث الاضطراب على أسس نفسية إحيائية أو سلوك يتميز بأنه يؤدي إلى الشيزوفرينيا. ومن ثم يدمج الأفراد الذين لديهم احتمالية عالية لحدوث الاضطراب مع مجموعة مختارة من الأطفال الذين لا توجد في عوائلهم أية إصابة لمرض عقلي، والذين لا يظهرون أية إشارات مبكرة على سلوك مرضي نفسي.

وبعد ذلك تتم مراقبة المجموعتين بصورة جيدة عبر أوقات مرحلية ولقاءات مع الوالدين والمعلمين وأقران الأطفال، وعند ظهور السلوك الشيزوفريني لدى الأشخاص الذين تكون لديهم احتمالية عالية في ظهور الاضطراب يجري دمجهم مع أشخاص من المجموعة التي لديهم احتمالية قليلة في حدوث السلوك الشيزوفريني ومع الأشخاص العاديين من المجموعة المختارة وهكذا يمكن مقارنة المعلومات التي تم الحصول عليها مع المجموعة التي أظهرت ان السلوك سواء كان محتمل الإصابة أو لا.

فهذه الدراسات بدأت في الستينات والسبعينات ولا تزال في التطور أما الأفراد الآن فهم في بداية مرحلة البلوغ، أصبح لدى بعضهم سلوك شيزوفريني والكثير منهم يتوقع إصابتهم في غضون العقد الثاني من العمر.

فعلى أية حال فإن المعطيات المتاحة حالياً تتألف أساساً من مقارنات بين مجاميع لديها احتمالية إصابة عالية ومجاميع لديها احتمالية قليلة للإصابة.

وتشير هذه المعطيات إلى أن الأطفال الذين لديهم احتمالية الإصابة عالية يظهرون السلوك ذاته الذي يظهره البالغون المصابون بالشيزوفرينيا وبأشكال

متعددة، مثلا: يكون الأطفال الذين لديهم احتمالية الإصابة عالية فقد اظهروا قدرة اجتماعية ضئيلة ويكون أداؤهم ضعيفا في المهام التي تتطلب تركيزا واهتماما أو في التفكير المجرد.

إذ أشارت بعض المعطيات الأولية عن الأشخاص الذين لديهم احتمالية عالية للإصابة بالشيزوفرينيا والذين أظهرت لديهم الشيزوفرينيا ولم يظهروا أي سلوك شيزوفريني على النحو الآتي: (الأشخاص الذين اظهروا الاضطراب):

1- نسبة احتمالية عالية بأنهم حدثت لهم تعقيدات عند الولادة والتي قد أثرت في أداء الجهاز العصبي لديهم.

2- نسبة احتمالية عالية بأنهم فصلوا عن أمهاتهم لمدة طويلة من الزمن.

3- كان معظم آبائهم قد ادخلوا المستشفى وكان التشخيص يتراوح ما بين إدمان الكحول والإصابة بالشيزوفرينيا.

4- كانوا يظهرون سلوكا غير مناسب في المدرسة وكان المعلمون يصفون الأولاد وصفهم للفتيات إذ يوصفون بان لديهم سلوكا انسحابيا وانعزاليا وغير قدرات على التحكم بأفعالهن.

وأخيرا عندما تكون المعطيات من الدراسات طويلة الأمد على الأشخاص الذين لديهم احتمالية عالية للإصابة بالشيزوفرينيا متاحة عندها سيكون لدينا فهم أفضل للكيفية التي تؤدي بالعوامل البيئية الفطرية للتفاعل ولإظهار الشيزوفرينيا وقد حدد الباحثون مؤخرا أساسا نموذجيا لتطور المرض في مرحلة الرضاعة والتي تتضمن ضعفا وتلكؤا معيننا عند الرضاعة من الأم وقدرات بصرية والتي اثبت أهميته عند إجراء اختبار تشخيصي لمعرفة الأطفال الذين لديهم احتمالية إصابة عالية بالشيزوفرينيا (Fish et al, 1992).

اضطرابات الشخصية (Personality Disorders)

إن اضطرابات الشخصية هي نماذج لسلوكيات مرضية تستمر لمدة طويلة من الزمن أو إنها أساليب ثابتة في إدراك البيئة والارتباط بها والتفكير بالذات، وعندما تصبح سمات الشخصية مرضية ولا يمكن تغييرها بصورة تؤثر في قدرة الشخص في الأداء عندها تدعى باضطرابات الشخصية.

تظهر الاضطرابات الشخصية عبر الطرق غير الصحيحة والمتسرعة عند التعامل مع الضغوط أو عند حل مشكلة ما، وهي عادة ما تظهر بصورة جلية لدى المراهقين والتي قد تستمر خلال مرحلة البلوغ.

وعلى العكس من الأشخاص الذين لديهم اضطرابات المزاج أو القلق والذين يكون سلوكهم سلوكا مرضيا أيضا، فإن الأشخاص الذين لديهم اضطرابات شخصية لا يشعرون بالحزن أو القلق وليس لديهم واقع لتغيير سلوكهم وهم لا يخسرون ارتباطهم بالواقع ولا يظهرون سلوكا غير منتظم وهم بهذا يختلفون عن الأشخاص الذين يعانون من الشيزوفرينيا.

إن تصنيف DSM-IV يظهر اضطرابا في الشخصية مثلا الشخصية النرجسية التي تتميز بإحساس مبالغ بأهمية ذاته وان ما يشغله هو قمة النجاح ويسعى دائما إلى جذب الانتباه والإعجاب، وليس لديه إحساس برغبات الآخرين وعادة ما يستغل الآخرين. أو اضطراب الشخصية الاتكالية، الذي يتميز بالاتكالية على الحياة وعدم القدرة على صنع القرارات أو قبول المسؤولية والميل إلى الاستخفاف بالذات والحاجة إلى الإسناد المستمر من الآخرين.

إن معظم اضطرابات الشخصية المدرجة في DSM-IV لم تكن موضوعا لأبحاث عديدة، لأن خصائص اضطرابات الشخصية مختلفة ومتداخلة لذا لا

يوجد اتفاق تام على تصنيف الأشخاص، فضلا عن أن الصعوبة الكبيرة في اضطرابات الشخصية تكمن في معرفة كيف يكون سلوك الشخص مختلفا عن سلوكيات الأشخاص الآخرين أو متى يكون السلوك معقدا ويحتاج إلى تشخيص، وكانت اضطرابات الشخصية التي أجريت عليها الكثير من الدراسات تجعل من الممكن تشخيصه على سبيل المثال الشخصية اللااجتماعية والتي تدعى علميا بالشخصية السايكوباتية (Psychopathic Personality).

اعتلال الشخصية السايكوباتية

إن الأشخاص الذين لديهم شخصيات معتلة يبدو أن لديها حسا قليلا من المسؤولية أو القلق على الآخرين وتحديد رغباتهم وسلوكياتهم.

إن الشخص العادي يدرك في بداية حياته أن هناك معوقات تحدد سلوكه وان سروره في بعض الأحيان يؤجل وذلك للأخذ بنظر الاعتبار حاجات الآخرين.

أما ذوو الشخصية المعتلة يكون اهتمامهم برغباتهم فقط ولا يراعون أبدا رغبات وحاجات الآخرين ويكون سلوكهم متهورا ومدفعا ويسعون دائما إلى إشباع رغباتهم ولا يهتمون بالإحباط.

لكن مصطلح "اعتلال الشخصية السايكوباتية" إلى حد ما غير دقيق، لأن هذه الخصائص لا تصف معظم الأشخاص الذين لديهم أفعال لا اجتماعية.

لأن السلوك اللااجتماعي ينتج من عدة أسباب بضمنها العضوية في الجنوح، والحاجة إلى الاهتمام، والابتعاد عن الواقع، وعدم القدرة في السيطرة على النزوات.

وإن معظم القاصرين والمجرمين البالغين لديهم بعض الاهتمامات بالآخرين بالعائلة أو أعضاء العصابة وبعض التصرفات الأخلاقية مقارنة مع الشخصيات

المعتلة أو اللااجتماعية الذين لديهم شعور قليل بأي شخص عدا أنفسهم ولا يبدون قلقاً أو ندماً ولا يأخذون بالحسبان ما يعانیه الآخرون من سلوكهم.

وهناك خصائص أخرى للشخصية اللااجتماعية أو المعتدلة للشخصية السايكوباتية وهي أنهم لديهم القدرة على الكذب والحاجة إلى الإثارة واهتمام قليل بأذية محتملة وعدم القدرة في تغيير السلوك كنتيجة للعقاب.

إن أشخاصاً كهؤلاء يكونون عادة مثيرين للاهتمام وأذكياء وجذابين وإن المظهر الكاذب لهؤلاء الأشخاص الذي يوحى بالقدرة والإخلاص يجعلهم يحصلون على وظائف جيدة ولكن يكون لديهم طاقة قليلة. لكن استيائهم وتهورهم سرعان ما يقودهم إلى الفرار أو ارتكاب عمل طائش الذي يظهر طبيعتهم.

وعادة ما تكون لديهم الكثير من الديون ويهجرون عوائلهم ويبدون أموال الشركة أو يرتكبون الجرائم وعندما يقبض عليهم سيكون اعترافهم بالندم مقنعاً وإن ما يقولونه لا علاقة له بما يفعلونه أو ما يشعرون به.

ومن بين العديد من السمات فإن الصفتين الأكثر ارتباطاً بالشخصية أو اعتلال الشخصية السايكوباتية هي قلة التعاطف مع الآخرين والاهتمام بهم وعدم الشعور بالندم وعدم القدرة على الشعور بالأسى على ما فعله على الرغم من تلقيه توبيخاً على فعلته (Hare,1980).

عوامل اعتلال الشخصية السايكوباتية

ما العوامل التي تسهم في تكوين هذه الشخصية، إذ ركزت الأبحاث الحالية حول العوامل الإحيائية وطبيعة علاقة الطفل بالديه وأنواع التفكير الذي يزيد من السلوكيات اللااجتماعية.

1- العوامل الإحيائية

هناك تأكيد دائم على التأثير الوراثي في السلوك اللااجتماعي وبخاصة السلوك الإجرامي إذ أظهرت الدراسات التي أجريت على التوائم أن نسبة ظهور السلوك الإجرامي هي الضعف لدى التوائم المتماثلة عن التوائم المتآخية والذي يؤكد أن بعض هذه السلوكيات وراثية.

أجريت بعض الدراسات على أبناء بالتبني فوجدوا أن سجلات أبناء المجرمين بالتبني تشابه كثيرا سجلات آبائهم البيولوجيين أكثر من آبائهم بالتبني.

وقد تقصت العديد من الدراسات الفرضية التي تذكر أن الأشخاص الذين لديهم اضطراب الشخصية يظهرون مستوى قليلا من الايثارية والتي قد تجعلهم يسعون إلى الإحساس بالإثارة والمغامرة عبر الأعمال المتهوررة والأفعال الخطرة.

ومثال آخر في إحدى الدراسات قارنت مجموعتين من المجرمين الذكور المراهقين والذين تم اختيارهم من وحدة الحجز في محكمة الأحداث:

إحدى المجموعتين تم تشخيص أفرادها على أن لديهم اضطراب الشخصية اللااجتماعية أو الشخصية المعتلة، والمجموعة الأخرى كانت أعمال أفرادها كرد فعل على أحداث الحياة السلبية. إذ قام الباحثون بقياس الاستجابة الكلفانية (الكهربائية) للجلد في ظروف الإجهاد أو الضغط وقد وصلت بساق كل شخص سلك كهربائي وهمي واخبرهم الباحثون أنه في غضون 10 دقائق سيتعرضون إلى صدمة شديدة جدا ولكنها ليست مؤذية وكان هناك ساعة موضوعة بشكل مرئي واضح بحيث أن الشخص يعلم وقت تعرضه للصدمة بدقة، إذ لم تكن هناك أية صدمة كهربائية.

ومن نتائج الدراسة أنه لم تظهر المجموعتين أية اختلافات في قياسات GSR خلال مدة الاستراحة أو خلال مدة التحضير المرئي أو السمعي.

إلا أنه خلال العشر دقائق من وقت توقع الصدمة أظهرت المجموعة التي كانت أعمالها رد فعل على أحداث الحياة السلبية توترا أكبر وبشكل ملحوظ من المجموعة ذات الشخصية اللااجتماعية. وفي اللحظة التي من المحتمل حصول الصدمة فيها كان معظم الأشخاص في المجموعة التي كانت أعمالها كرد فعل اظهروا استجابة أشارت إلى زيادة حادة في القلق، ولم يظهر أي شخص في المجموعة اللااجتماعية هذا الانفعال.

إن قلة التأثير بحافز إثارة القلق لدى الأشخاص اللااجتماعيين يؤكد أن العقاب ليس شيئا منفرا كما يراه الآخرون ولن يشعروا بالقلق من توقع العقاب ولم يتعلموا من العقاب الذي تلقوه.

إذ ركزت الأبحاث الحالية على المشكلات التي يعانيها الأشخاص الذين لديهم هذا الاضطراب هو كبت السلوك العدائي المتهور، وأشارت الدراسات التي أجريت على أطفال إلى أنهم اظهروا ميلا نحو السلوك اللااجتماعي أشارت إلى نسبة مئوية عالية وربما الأغلبية لديهم هذا الاضطراب من قلة الاهتمام والذي يتضمن مشكلات متعددة مثل جذب الانتباه وكبح السلوك العنيف المتهور. ويؤدي السلوك المضطرب هؤلاء الأطفال إلى عقاب مستمر والرفض من أقرانهم ومدرسيهم ومن البالغين الآخرين.

وفي المقابل فإن هؤلاء الأطفال يصبح سلوكهم أكثر اضطرابا وعدائية ويكون سلوكهم ووضعهم لا اجتماعي وأكثر عدائية.

وأخيرا فانه على الرغم من إن الأطفال الذين اظهروا شخصية لااجتماعية قد يكون لديهم استعداد بايولوجي مسبق لهذا الاضطراب.

فإن الدراسات أظهرت إن الأطفال لا يتطور لديهم هذا الاضطراب ما لم

يتعرضوا لعوامل بيئية تؤدي إلى تعزيز السلوك اللااجتماعي أو سلوك اعتلال الشخصية السايكوباثية.

2- المعاملة الوالدية

إن طبيعة المعاملة الوالدية التي يتلقاها الطفل وبخاصة الطفل الذي لديه نشاط زائد أو اضطراب مستمر يرتبط بشدة مع إمكانية حدوث أو عدم حدوث اضطراب هذه الشخصية.

فأحد أسباب سلوك الطفل المضطرب هو مراقبة الوالدين، فإن الطفل الذي يكون سلوكه غير مراقب من الوالدين أو تكون المراقبة بسيطة لسلوكه ولأوقات طويلة من الزمن يكون الطفل أكثر تعرضاً لظهور السلوك الإجرامي مقارنة مع الطفل الذي يكون سلوكه مراقباً دائماً أما السبب الآخر فهو مشاركة الوالدين، فإن الأطفال لا يهتم آبائهم من هم أصدقاء الطفل. أي الإهمال من جانب الأب نحو طفله الأمر الذي يؤدي إلى حدوث الاضطراب أكثر من الأطفال الآخرين.

وعندما يتفاعل الآباء مع أبنائهم الذين لديهم السلوك المضطرب فتفاعلهم يكون مميزاً بالعدائية والعنف الجسدي والسخرية.

وإن الصورة المأخوذة عن هذه العوائل هي التي يكون فيها الوالدان يهملون الطفل تماماً أو أنهم غائبون عن المنزل، وعندما يرتكب الطفل الخطأ أو يزعج الوالدين بطريقة معينة فإن الوالد عادة ما يندفع بعنف نحو الطفل أو يضربه بعنف والدليل على هذا الحرمان الأبوي هو سبب السلوك المضطرب لدى الأطفال الذي يأتي من حقيقة أن التفاعل بين الوالدين المنظم الذي يستخدم للتغلب على هذا الحرمان يكون فعالاً في تقليل السلوك المضطرب للأطفال.

إن العوامل البايولوجية أو العوامل الأسرية التي تؤدي إلى اضطراب السلوك

تكون أحيانا مترامنة، فإن الأطفال الذين يكون سلوكهم مضطربا عادة ما يعانون من مشكلات نفسية عصبية والتي قد تنتج من استخدام الأم لعقار ما أو نقص في تغذية الجنين أو تعرض الطفل قبل الولادة وبعدها لمواد سامة أو صعوبات عند الولادة أو إيذاء جسدي للطفل أو وزن الطفل يكون قليلا عند الولادة.

فغالبا ما يكون سلوك الأطفال الذين لديهم هذه المشكلات النفسية العصبية عدائي وخرق ومثيرا للمشكلات وإفراطا في النشاط والحركة غير المنتهية ويكون تعلمه بطيئا مقارنة بزملائه وهذا ما يجعل العناية بهم صعبة بالنسبة للوالدين ويزيد من خطر تعرضهم لسوء المعاملة والإهمال.

وفي المقابل فإن آباء هؤلاء الأطفال قد تكون لديهم مشكلات نفسية التي تجعل من علاقة الوالدين بالأبناء عنيفة أو غير مستمرة أو غير فعالة. وهكذا عندما يحمل الأطفال كلا العاملين يكون سلوكهم أو يميل نحو الاضطراب اللااجتماعي أي الدوافع تكون وراثية ومعاملة والديه تزيد من هذا السلوك. ومثال على ذلك

أجريت دراسة على 536 صبيا، إذ وجد أن الصبيان الذين لديهم كلا العاملين أو السبيين، الحرمان النفسي العصبي والبيئة العائلية السيئة، قد سجلت لديهم سلوكا عدائيا أربعة أضعاف السلوك الذي أظهره الأطفال الذين لا تتوافر فيهم هذه الأسباب.

3- العوامل الشخصية

يميل الأطفال الذين يكون سلوكهم مضطربا إلى تفسير المعلومات عن التفاعل الاجتماعي بطريقة تشجع على العدائية والعنف بوصفها رد فعل على هذه التفاعلات.

إذ يفترضون إن الأطفال الآخرين سيكون سلوكهم معهم عدائيا عنيفا ويفسرون أفعال أقرانهم بما يتواءم مع هذه الفرضيات بدلا من استخدام أدلة من المواقف التي يتعرضون إليها. فضلا عن إن الأطفال الذين يظهرون سلوكا مضطربا يميلون إلى إن أعمال أقرانهم السلبية تكون موجهة ضدهم. مثلا: اخذ القلم المفضل لديه يكون متعمدا وليس عرضيا من قبيل المصادفة وعندما يقررون ما الذي يفعلونه لمواجهة الاستفزاز المتعمد من الأقران فإن الأطفال من ذوي السلوك المضطرب يميلون إلى التفكير في مستوى ضيق من الإجابة والتي عادة ما تشمل العنف، وعندما يجربون على اتخاذ رد غير عنيف فإن الأطفال يقومون برد فظ أو غير فعال وعادة ما يعتبرون أن أي رد عدا العنف يكون غير مفيد أو مثيرا للانتباه.

الأطفال الذين يفكرون بالتفاعل مع المجتمع بهذه الطريقة يكونون أكثر احتمالية في استخدام السلوك العنيف مع الآخرين، وهم عندما سيقابلون بالأذى فالأطفال الذين يضرّبونهم والمعلمون والآباء الذين سيعاقبونهم وعندها ستزداد النظرة السلبية لهم من الآخرين.

وبالمقابل فإن هذه الأفعال ستعزز فرضيات الطفل أن العالم كله ضده وسيسيء فهم أفعال الآخرين مستقبلا، ويمكن وضع حلقة من التفاعلات التي تشجع وتزيد من السلوك العدائي والاجتماعي للطفل.

اضطرابات الشخصية الحدية (Borderline Personality Disorder)

أولت العديد من الأبحاث والتقارير العلاجية والصحافة الاهتمام الكبير لموضوع اضطرابات الشخصية الحدية في غضون العقدين الماضيين.

إن تشخيص اضطراب الشخصية الحدية أضيف إلى DSM في النسخة الثالثة

منه عام 1980 على أن الأطباء السريريين استخدموا (حدوداً) للإشارة إلى الأشخاص الذين يبدو أنهم يقعون ما بين مدى سلوك عصابي حاد "كاضطرابات العاطفة" ونوبات من الاضطراب العقلي "الهوس".

إن عدم الاستقرار أو الاضطراب هو أساس خصائص اضطراب الشخصية الحدية (متوسط الخط الفاصل بين السوي واللاسوي).

إن أمزجة الأشخاص الذين يعانون اضطراب الشخصية الحدية تكون غير مستقرة مع نوبات من الكآبة الشديدة والقلق والغضب الذي يحدث دائماً وعادة بدون سبب وجيه ويكون مفهوم الذات لديهم غير مستقر ويمرون بأوقات شك بالغ بالذات وأوقات من تحجيم أهمية الذات.

وتكون العلاقات الشخصية الداخلية لهؤلاء الأشخاص بالغة الاضطراب، وهم يستطيعون تغيير نظرتهم للأشخاص الآخرين من المثالية إلى الاستخفاف والازدراء بهم بدون سبب.

إن الأشخاص الذين لديهم اضطراب الشخصية الحدية عادة ما يشعرون بفراغ اليأس ويتمسك في بداية الأمر بالمعالج أملاً في أن هذا الشخص سيملاً الفراغ الهائل الذي يشعرون به داخلهم، إلا أنهم تقريباً يشعرون بجنون الاضطهاد (نزعة لدى الأشخاص تجعلهم يشعرون بالارتياح من الآخرين) ويسئون فهم أفعال الآخرين كالرفض أو التخلي والتي تكون خالية من سوء النية، مثال على ذلك إذا قام المعالج بإلغاء موعد العلاج بسبب المرض، فإن الشخص الذي لديه اضطراب الشخصية الحدية قد يفسر هذا الأمر على أنه رفض من المعالج والذي يجعله شديد الاكتئاب والغضب وبجانب هذه الأعراض: اضطراب المزاج والمفهوم نحو الذات والعلاقات الداخلية الشخصية ويأتي الميل نحو سلوكيات

إيذاء للذات عنيفة بضمنها سلوكيات تشويه للنفس تأخذ شكل حرف أو قطع أعضاء من الجسد.

وأخيرا فإن الأشخاص الذين لديهم اضطراب الشخصية الحدية ميالون إلى إزالة الأعراض التي يشعرون أنها غير صحيحة وأضاعت مدة من الزمن وحتى أنهم ينسون ما كانوا، ويميل الأشخاص الذين لديهم اضطراب الشخصية الحدية إلى ظهور تشخيص لأحد الاضطرابات الحادة بضمنها إساءة المعاملة والكتابة واضطرابات القلق العام وحالة الفوبيا البسيطة (الفوبيا هي خوف مرضي من شيء معين أو مجموعة من الأشياء) واضطرابات ما بعد الضغوط الصدمية، واضطرابات الهلع، والاضطراب الجسدي.

الدراسات الطويلة الأمد التي أجريت على أشخاص لديهم هذا الاضطراب تشير إلى إن حوالي 6٪ يموتون بسبب الانتحار.

ويظهر خطر محاولة الانتحار في السنة الأولى أو الثانية من تشخيص وجود اضطراب الشخصية الحدية لدى الشخص، وهذا قد يعزو إلى أن الشخص عادة لا يشخص لديه هذا الاضطراب إلا بعد حدوث كارثة له تجعله بعدها يخضع للعلاج.

فقد أظهرت الدراسات في علم الأوبئة إن نسبة انتشار اضطراب الشخصية الحدية يحدث عادة للنساء أكثر من الرجال، وإن الأشخاص الذين لديهم هذا الاضطراب هم من المراجعين الخارجيين للمصحات العقلية، إذ وجدت إحدى الدراسات إن نسبة 50٪ من المرضى قد استخدموا بعض أشكال الخدمات الصحية في غضون الستة أشهر الماضية، ويظهرون علاقات زوجية عاصفة وصعوبات وظيفية أكثر ونسبة عالية من العوق الجسدي عن المعدل المثالي.

العوامل الإحيائية النفسية.

على الرغم من إن العديد من الباحثين والأطباء السريريين المتخصصين بعلم نفس الشواذ يعدون العوامل الإحيائية والنفسية هي السبب الأول للاضطراب العقلي فإن البعض الآخر من الباحثين والأطباء السريريين يعتقدون أن معظم الأشخاص يظهر لديهم اضطراب عقلي شديد بسبب الاستعداد الإحيائي والنفسي لدى المريض لحدوث الاضطراب، وإن الحوادث المريرة والصعبة يمكن أن تثير أعراضا جديدة لهذا الاضطراب، وهذا صحيح لاضطراب القلق الحاد واضطراب المزاج وهناك أدلة متزايدة على إن الأشخاص الذين اظهروا قلقا شديدا أو اضطرابات شديدة في المزاج عند التعرض للضغط النفسي يختلفون عن الأشخاص الذين لم يظهروا هذا الاضطراب في كل من الكيمائية الإحيائية لهم طريقة تفكيرهم ونظرتهم عن أنفسهم وعن الآخرين وعن العالم، ومن الصعوبة القول فيما إذا كانت عمليات اضطراب التفكير أو الاضطرابات الكيمائية الإحيائية هي السبب في حدوث اضطراب القلق أو اضطراب المزاج، ولكن من الواضح إن الاضطراب يحدث للشخص ويؤثر في مستواه الاجتماعي والنفسي.

في حالة الشيزوفرينيا توجد أدلة من نظريات إحيائية كيميائية وراثية حول هذا الاضطراب ومن الواضح إن ضغط البيئة والإسناد العائلي يؤديان دورا مهما في إثارة أعراض جديدة أو تسهيل العلاج.

على الرغم من إننا نعلم القليل عن حالات الاضطراب الحدي، فإن الأدلة تبين إن العوامل النفسية والإحيائية لها دور أساسي في تطور واستمرار الاضطراب.

وهكذا يبدو أن التقدم في فهم الاضطراب العقلي يجب أن يكون عبر وضع نموذج يحفز المتغيرات النفسية والإحيائية، وهذا النموذج سيفسر سبب حدوث

الاضطراب العقلي وكيف يعمل كل من الجسد والعقل سوياً لدى الأشخاص الذين يعدون أصحاء.

مفهوم الشخصية الحدية :

النظريات التي فسرت مفهوم الشخصية الحدية:

1- المدرسة الإحيائية (العوامل الإحيائية)

أظهرت الدراسات التي أجريت على عدة عوائل يعاني أفرادها من اضطراب الشخصية الحدية ان الاضطراب الذي ينتقل بين أفرادها وراثياً هو دليل ضعيف. لكنها أكدت على أن هناك نسبة عالية من اضطرابات المزاج لدى العوائل التي شخص أفرادها بإصابتهم باضطراب الشخصية الحدية، إلا أن الباحثين لم يؤكدوا على أن اضطراب الشخصية الحدية هو اضطراب عاطفي، ولكن هناك علاقة بين هذين الاضطرابين.

إن المعالجة بالعقاقير للأشخاص الذين لديهم اضطراب الشخصية الحدية قد ركزت على تقليل أعراض القلق والكآبة باستعمال عقاقير مضادة للقلق والكآبة، والتحكم بسلوكهم العنيف العدائي.

إن فاعلية هذه العقاقير على الرغم من إنها لا تستمر طويلاً إلا إنها غير واضحة.

2- التحليل النفسي

تؤكد نظرية التحليل النفسي إن الأشخاص الذين لديهم هذا الاضطراب يمتلكون تجارب واقعية كافية يحتفظ بها في العالم الواقعي، لكنهم يعتمدون عليها في الدفاع الأولي مثل الإنكار بدلاً من الدفاع عن صراعاتهم.

وفضلا عن ذلك فإن الأشخاص الذين لديهم اضطراب الشخصية الحدية تكون لديهم نظرة ضيقة عن أنفسهم وعن الآخرين وهذه النظرة تنبع من العلاقة الضيقة المبكرة مع الشخص الذي يرباهم.

إن الأشخاص الذين يقومون برعاية الطفل ويكونون مصابين باضطراب الشخصية الحدية يتصفون بأنهم يعتمدون على الثناء على الطفل لاعتماده عليهم في بداية حياته، وهكذا فإنهم لا يشجعون الطفل على تكوين حس انفصالي للذات وهم قد يعاقبون الطفل عند محاولته الانفصال عنهم. ونتيجة لذلك فإن الطفل لا يتعلم أبدا تمييز الفرق بين رأيه ورأي الآخرين، وهذا ما يجعله شديد الاستجابة لآراء الآخرين واحتمالية ابتعاده عن الآخرين، وعندما يشعر برفض له فهو يرفض ذاته وربما يقوم بمعاقة نفسه أو إيذاء جسده، ولا يكون بوسعه إعطاء فكرة سلبية أو إيجابية عن نفسه أو عن الآخرين.

إن الذي يربى الطفل إذا كان مصابا بالاضطراب، يقوم بتقدير الطفل ومكافأته عند قيام الطفل بالاعتماد عليه ويعاقب الطفل عند محاولته الابتعاد عنه.

العلاج النفسي الحركي هو تحليل له علاقة بالقوة أو العمليات الفعلية والعاطفية الناشئة في الطفولة ومدى تأثيرها في السلوك والقوى العقلية للأشخاص الذين لديهم اضطراب الشخصية الحدية، ويتضمن التحليل مساعدة المريض في التعبير عن شعوره ومواجهته بآرائه للدفاع عن ذاته وعن الآخرين وتفسير سلوك المريض مع المعالج أي تعليم المريض كيفية الاعتماد على الذات في حل المشكلات اليومية ويقوم المعالج بمساعدة المريض في التغلب على الشعور بتدمير الذات وتحديد الشعور الذي يقوي هذا الميل وتطوير الأساليب الصحيحة.

3- المدرسة المعرفية

تفسر النظريات المعرفية اضطراب الشخصية الحدية بأنه مجموعة تفسيرات مرضية وأكثر تحديدا بأن العالم خطر ومليء بالعنف ويشعر المريض بأنه خامل وغير مقبول؛ فضلا عن ذلك إن الأشخاص الذين لديهم شكوك بالغة حول تشوهات معرفية والذي يعرف بالتفكير الثنائي ورؤية الأشياء بحسب الخصائص المشتركة مثلا: جيد وسيء أو نجاح و فشل وغيرها، وتكون نتيجة تحول بالغ في العواطف وتفسير الأحداث.

إن العلاج المعرفي يركز على مساعدة المريض للحصول على نظرة واقعية وأكثر إيجابية عن الذات وتعليمهم مهارات تعلم الاستقلالية عند حل المشكلات وتنظيم العواطف وتصحيح التفكير الثنائي.

ويقوم المعالج بتعليم المريض على مراقبة سلوكه وتقويمه للأشخاص والأحداث ومواجهة أفكاره الثنائية وسلوكه العدائي ويساعد المريض على تعلم الطريقة المثلى لتقويم مهاراته، والتعبير عن حاجاته، ومشاعره بطريقة طبيعية.

فقد قام لاينهاين 1911 بدراسة وجد فيها إن العلاج المعرفي يقلل السلوك الانتحاري وأدت الحاجة إلى دخول المستشفى لدى 44 امرأة لديهن اضطراب الشخصية الحدية.

أحداث الحياة الضاغطة

أظهرت الأبحاث الأخيرة إن العديد من الأشخاص الذين لديهم اضطرابات الشخصية الحدية، عانوا من إساءة جنسية جسدية خلال مرحلة الطفولة وهذه الإساءة تؤدي إلى مشكلات في النظرة إلى الذات، وهذا ما ذكر في معظم

النظريات التي تدور حول هذه الاضطرابات، فضلا عن ذلك أن الطفل الذي يتراوح سلوكه والديه ما بين الإساءة والمحبة يمكن أن يكون في الأساس ناتجا عن عدم الثقة بالآخرين والميل إلى رؤية الآخرين على أنهم جميعا جيدون أو شريرون.

2

العلاج النفسي

تمهيد:

في هذا الفصل سيتم عرض طرق معالجة السلوك الغير طبيعي وبعض من هذه الطرق تركز على مساعدة الأشخاص في فهم التجارب المعقدة التي قد يكون لها تأثير على مشاكلهم وان هذه الطرق تحاول تعريف الأفكار والسلوكيات الإضافية أو الجديدة وكذلك تحدد الأساليب التي تمكن المجتمع من مساعدة الأشخاص ذوي السلوك الشاذ.

إذ يرتبط علاج الاضطرابات العقلية مع النظريات حول حالات تشابه حالة الاضطراب وان التاريخ المختصر لطرق العلاج للأمراض العقلية سوف تفسر وتوضح كيف تغيرت طرق العلاج بالطريقة نفسها التي تغيرت بها النظريات المتعلقة بطبيعة الانسان وأسباب الاضطراب.

الخلفية التاريخية Historical Background :

استنادا إلى إحدى المعتقدات المبكرة (التي وضعها الصينيون القدماء والمصريون واليهود) أن الشخص ذو السلوك الشاذ فيه روح شريرة، لذا كان الأشخاص المتلبسين لهذه الأرواح تطرد منهم الروح الشريرة باستخدام تقنيات

مثل (الصلاة والتعاويذ والسحر والأشربة المسهلة من الأعشاب). وإذا كانت هذه الأساليب غير ناجحة فعندها ستتخذ أساليب مكثفة لضمان أن الجسد لن يكون مكان للروح الشريرة مثل الضرب بالسوط والحرمان من الطعام والحرق وجعل الشخص ينزف بغزارة وهي الأساليب الشائعة للتدخل العلاجي في العالم العربي.

كان التقدم الأول في فهم الاضطرابات العقلية كان على يد هيبوقراط الذي رفض الايمان بالشياطين والعفاريت وأكد على أن السلوك الشاذ هو نتيجة للاختلال في توازن السوائل في الجسم. والأطباء اليونانيون والرومان الذين اتبعوا هيبوقراط، حثوا على استخدام الأساليب الإنسانية لعلاج ذوي الأمراض العقلية، وأكدوا على أهمية البيئة (المحيط) الملائم والتمارين الرياضية والنظام الغذائي الصحيح والتدليك والاسترخاء عن طريق الاستحمام، أضيف إلى ذلك بعض أساليب العلاج غير الجيدة مثل التطهير أو (العزل) واستخدام القيود الميكانيكية.

وبالرغم من وجود مؤسسات مخصصة لإيواء المصابين بالأمراض العقلية خلال هذه الفترة إلا أن العديد من الأفراد كانوا يتلقون الرعاية والعطف الكبيرين من المعالجين المتواجدين في المعابد المخصصة لإلهة الروم والإغريق ولم تستمر هذه النظرة المتطورة للأمراض العقلية إذ تجدد الاعتقاد بالخرافات والأرواح الشريرة في العصور الوسطى، فساد الاعتقاد القائل بان هناك ارتباط وثيق بين المصابين بالأمراض العقلية والشیطان، ويمتلك هؤلاء المرضى قوى طبيعية خارقة والتي ينجم عنها الفيضانات والحوادث المؤسفة للآخرين.

لقد اتسم التعامل مع المصابين بالأمراض العقلية بالقسوة، إذ اعتقد الناس آنذاك أن اتباع أسلوب التجويع والتعذيب للمصابين بالأمراض العقلية فإنهم

بذلك يقومون بتعذيب الشيطان نفسه، وقد بلغ هذا النمط من التعامل بقسوة ذروته في الحكم على الكثير من الأشخاص (ومعظمهم من المصابين بالأمراض العقلية) بالموت خلال القرون الخامس عشر والسادس عشر والسابع عشر.

الأشكال الأولية (البدائية) لمستشفى الأمراض العقلية Early Asylums :

في السنوات الأخيرة من العصور الوسطى، انشأ في الكثير من المدن مستشفيات لتواكب متطلبات المصابين بالأمراض العقلية وكانت هذه المستشفيات عبارة عن سجون، إذ يوضع النزلاء في زنانات مظلمة ومتسخة ويعاملون معاملة غير الإنسانية.

واستمر هذا الوضع حتى تولى فيليب بيل مسؤولية إدارة مستشفى للأمراض العقلية سنة 1792 في باريس، إذ ادخل بعض التحسينات كتجربة، فأزال القيود التي وضعت في أيدي النزلاء، واعتبر الكثير من المشككين أن من الجنون أن يقوم فيليب بينل بفك قيود النزلاء، إلا أن محاولة فيليب هذه لاقت نجاحاً.

فإطلاق سراح النزلاء وفك القيود التي تقيدهم ووضعهم في أماكن نظيفة ومضاءة والتعامل معهم معاملة لطيفة، مما أدى إلى تحسن حالة الكثير من المرضى (الذين كانوا يعانون من حالات ميؤوس منها وقضوا في المشفى سنوات طويلة) وشفاءهم ومغادرتهم المستشفى.

في بدايات القرن العشرين، أحرز تقدم كبير في مجالي الطب وعلم النفس ففي سنة 1905 تبين أن الاضطراب العقلي والمعروف باسم (Genera Aores) ناجم عن عارض بدني إذ تحصل الإصابة بـ (السفلس) لمدة سنوات عديدة قبل ظهور أعراض الاضطراب.

إذ يتصف مرض الشلل العام بتدهور تدريجي في الوظائف العقلية والبدنية، وتغيرات كبيرة في شخصية المصاب والوهم والهلوسة وتعرض المصاب للموت في غضون سنوات قليلة إذا لم يتلق المصاب أية معالجة إذ يحطم هذا المرض الجهاز العصبي تدريجياً وبلغت حالات الإصابة بمرض (الشلل العام) في فترة زمنية محددة إلى أكثر من 10٪ من مجموع الإصابات المسجلة في المستشفيات العقلية، وبالمقارنة مع حالات الإصابة في الوقت الحالي، فإنها تعد قليلة نسبياً، ويعزى هذا إلى فاعلية علاج البنسلين لمرض الـ (السفلس).

إن اكتشاف الإصابة بمرض (الشلل العام) (general Paresis) ناجمة عن مرض ما، شجع الكثير ممن امنوا بان الأمراض العقلية ناجمة عن مرض بايولوجي (أو ذو أصول بايولوجية) وفي نفس تلك الحقبة مهد سيجموند فرويد وأتباعه السبيل للفهم والتعامل مع الأمراض العقلية وفي ضوء العوامل النفسية كما هو الحال في تجربة بافلوف المخبرية والتي أظهرت أنه بالإمكان إصابة الحيوانات الوجدانية إذا أجبرت على تصرف يفوق قدرتها.

وبالرغم من التقدم العلمي في هذا المضمار، إلا أنه في أوائل التسعينيات لم يزل فهم المجتمع للأمراض العقلية قاصراً والنظرة تجاه نزلاء المستشفيات باتت مصحوبة بالهلع والخوف.

لقد تبنى كلفوربيرز (Cliford Bears) مهمة تثقيف المجتمع في ميدان الصحة العقلية، ففي فترة شبابه أصيب كلفورد (Cliford) باضطراب ثنائي القطب (bipolar disorder) واحتجز في العديد من المستشفيات الخاصة لمدة (3) سنوات.

وبالرغم من التخلي عن أساليب التعذيب واستخدام القيود لفترة طويلة عن تلك التي أصيب بها كلفورد، إلا أن أساليب العلاج باستخدام السترة الضيقة

التي تعيق حرمة المرضى (Start Sacket) ظلت شائعة الاستعمال، وان النقص الحاصل في تمويل المستشفيات العقلية وازدحامها بالمرضى وقلة الطعام، كل هذه الأسباب جعلت من المستشفيات أماكن غير سارة وغير ملائمة للإقامة فيها. وبعد شفاء كلفورد من المرض قام بتأليف كتابه المشهور حالياً باسم (وجد العقل نفسه) (mind that found it self) والذي كتب فيه عن خبراته التي اكتسبها في المستشفيات، وقد أثار هذا الكتاب اهتماماً كبيراً على صعيد المجتمع.

لقد عمل كلفورد (Cliford Beares) دون توقف على تثقيف المجتمع فيما يتعلق بمجال الأمراض العقلية وساهم في تأسيس الجمعية الوطنية للصحة العقلية. وفي عام 1905 ارتبطت هذه الجمعية بأخرين لتشكيل المنظمة الوطنية للصحة العقلية، إذ لعبت هذه الحركة دوراً كبيراً في تشجيع منظمة عيادات التوجيه وإرشاد الأطفال ومراكز الصحة العقلية على المساعدة في الوقاية ومعالجة الاضطرابات العقلية.

الأساليب العلاجية الحديثة Modern Treatment Facilities :

لقد تطورت المستشفيات العقلية منذ الفترة التي برز فيها بير Bear فصعوداً ولكن مازال هناك الكثير من العمل لتحسين وضع هذه المستشفيات.

إن أفضل المستشفيات هي التي تتميز بتوفير الراحة وتزويد المصاب بعدد من النشاطات والفعاليات العلاجية المتمثلة بالعلاج النفسي الفردي والجماعي، العلاج المهني (المخصص لتدريس المهارات وتوفير الاسترخاء للمريض) والدروس التعليمية التي تعين المريض ليكون مستعداً للقيام بعمل ما بعد خروجه من المستشفى، وان أسوأ المستشفيات هي تلك التي تميزت بكونها مؤسسات رعاية أو وصاية والتي يقضي فيها المريض أوقاتاً مملّة، واتصفت أيضاً هذه المؤسسات

بالازدحام وقلّة العلاج المتوفر للمريض فيها عدا البعض منه إلا ان اغلب مستشفيات الأمراض العقلية تقع ما بين هذين النمطين أو الاتجاهين (الأفضل، والأسوأ).

في أوائل الستينيات انتقل التركيز من معالجة الأفراد المصابين بالأمراض العقلية داخل المستشفيات إلى تزويدهم بالعلاج خارجها أي تزويدهم بالعلاج وهم في مجتمعاتهم الأصلية، وان ما دعا للقيام بهذا التوجه هو إدراك وجود مساوئ تلقي العلاج داخل المستشفيات بغض النظر عن وجود التسهيلات المتوفرة داخل المستشفيات ويتضح ذلك بان دخول المرضى في المستشفى سيحرمهم من الدعم الاجتماعي من عوائلهم وأصدقائهم وحرمانهم أيضا من انماط الحياة اليومية التي يتبعونها، فنجد الإقامة بالمستشفيات سيحرم المريض بالعجز الشديد، وسيصبح اتكالي، إضافة إلى تكاليف المستشفى الباهظة.

لقد اكتشفت عقاقير خاصة بالعلاج النفسي في الخمسينيات تعمل على معالجة الاكتئاب والقلق ويقلل من السلوك المرضي - النفسي وعندما أصبحت هذه العقاقير متوفرة بكثرة في الستينيات أراد الكثير من المرضى المقيمين داخل المستشفيات العودة إلى منازلهم وتلقيهم العلاج على اعتبارهم مرضى خارجيين (Out Patient).

في سنة 1963 نص قانون مراكز الصحة العقلية على العمل بتخصيص الأموال لتأسيس مراكز محلية للعلاج، إذ صممت هذه المراكز لتجهيز المرضى الخارجيين بالعلاج والعديد من الخدمات الأخرى والتي تشمل الإقامة لفترة وجيزة، إذ تتصف الإقامة بالمستشفيات لفترة وجيزة بكونها أكثر فاعلية ومرونة من الإقامة بالمستشفيات لفترات طويلة، أي أنه من الممكن أن يتلقى المريض العلاج بالمركز العلاجي خلال النهار ويعود إلى منزلة في الليل أو العكس.

لقد نجح العمل بأسلوب العلاج خارج المستشفيات لبعض المرضى، فالرعاية التي يقدمها الأطباء في العيادات الخاصة ومراكز الصحة النفسية مجتمعة مع الدعم الذي تقدمه عوائل المرضى لمضاهم وباستخدام عقاير العلاج النفسي، وكل هذه الرعاية مكنت المرضى من استئناف حياتهم والعودة إليها، أما البعض الآخر من المرضى فقد واجه العلاج خارج المستشفيات عواقب مؤسفة وغير ناجحة ويعزى ذلك بدرجة كبيرة إلى سوء التسهيلات التي يقدمها المجتمع للأفراد المصابين، فقد عانى الكثير من الأفراد الذين تحسنت حالاتهم عند تلقيهم العلاج داخل المستشفيات ولذلك من المفترض أن يتبعوا ويعتمدوا على أنفسهم بعد انتهاء العلاج من قلة الرعاية المقدمة لهم بعد انتهاء العلاج داخل المستشفيات ونقص في العلاج لكونهم مرضى خارجيين وكذلك قلة الدعم المقدم من الأصدقاء وقلة فرص العمل ومشكلة السكن، كل هذه الأسباب جعلت المرضى يخفقون في مواصلة حياتهم خارج المستشفى مما جعل نصف أعداد المرضى يعودون إلى الدخول في المستشفى مرة أخرى، وفي غضون مدة زمنية قدرها سنة واحدة.

فقد اظهر بعض المرضى الخارجيين من المستشفى عجز كبير لدرجة أنهم لم يحاولوا قط تولي زمام أمورهم أو المضي في حياتهم دون رعاية أو وصاية، وقد يرضى هؤلاء بالعيش في مساكن مزدحمة وقذرة أو يفترشون الشوارع فتجد في طريقك رجلا واقفا في زاوية الشارع يتكلم مع نفسه في قارعة الطريق، وهم ضحايا تلقي العلاج بالإقامة داخل المستشفيات أو المؤسسات الصحية، وان ثلث عدد الأشخاص الذين يتخذون الشارع مأوى لهم يعانون من الإصابة بأحد أنواع الأمراض العقلية (Rossi, 1990).

إن ازدياد ظاهرة رؤية المصابين بالأمراض العقلية المتشردين (أي الذين لا

مأوى لهم) وخصوصا في المدن الكبرى آثار اهتمام المجتمع وادي إلى التحرك باتجاه إعادة إبقاء المرضى داخل المؤسسات العلاجية، وان اتخاذ هذا الاتجاه أو المنهج سيؤدي إلى إثارة قضية أخلاقية هامة، فإذا لم يتمكن هؤلاء المرضى من التكيف مجددا مع المجتمع، فهل هذا يعني إجبارهم بملازمة المستشفى الخاص بالأمراض العقلية؟

إن احد حقوق الأفراد المدنية في أي مجتمع ديمقراطي هو حق التحرر (الحرية) إذن من المهم جدا أن يضمن أي التزام من جانب المؤسسات الصحية للمريض حقه في التمتع بالحرية.

يؤمن بعض الخبراء بان الجانب الشرعي أو القانوني يتخذ فقط في حالة كون الفرد يشكل خطرا على حياة الآخرين، فإن تعرض الأشخاص لهجوم من قبل فرد مصاب بمرض نفسي في حالات أو مناسبات نادرة، على أن تتسم بالحضور الكبير للأشخاص فقد يعد خطر على سلامة المجتمع.

لقد بينت الدراسات قصور أخصائي الأمراض العقلية في التنبؤ باحتمال قيام مريض ما بعمل يشكل خطرا على سلامة المجتمع (Monahan, 1976). إضافة إلى ذلك فقد شكلت الأنظمة القانونية أو التشريعية لأجل حماية الأشخاص وذلك بالحجز الوقائي (أي احتجاز الفرد احترازيا) إذ يفترض أن يكون الفرد بريء حتى تثبت إدانته من قبل المحكمة ويطلق سراح السجناء حتى بعد أن دلت الإحصائيات على أن معظم السجناء سيقومون بجرائم أخرى.

هل هذا يعني أنه لا يتمتع الأفراد ذوي الأمراض العقلية بنفس الحق؟ وماذا بشأن الفرد الذي يشكل خطرا على ذاته أكثر من خطره على الآخرين، إذ تحتاج مثل هذه المؤسسات المعقدة إلى حلول.

وبعيدا عن الجانب القانوني تبقى مسألة توفير الرعاية لذوي الأمراض العقلية قائمة، فيتوجب على المجتمع السعي لتوفير الرعاية الملائمة للاضطرابات العقلية فقد نجد الكثير من ذوي الأمراض العقلية يسعون طوعيا لتلقي العلاج لكنهم يعجزون عن دفع نفقات أو تكاليف العلاج الجيد.

المتخصصون المشاركون في العلاج النفسي

Professions involved in Psychotherapy

سواء تلقى الفرد العلاج في مستشفى أو مركز محلي للعناية بالصحة العقلية أو مؤسسة خاصة، فإن العديد من الاختصاصات تشارك في تقديم العلاج.

فالطبيب النفسي A psychiatrist هو الحاصل على درجة شهادة ماجستير وأنهى مدة إقامة (3 سنوات) بعد التخرج من إحدى المراكز الصحة العقلية والتي من خلالها يأخذ الطبيب النفسي خبرة في تشخيص السلوك الغير سوي وتقديم العلاج باستخدام العقاقير والعلاج النفسي، وباعتباره طبيب متخصص بالأمراض النفسية يستطيع وصف عقار معين والسماح للمريض بالإقامة في المستشفى لتلقي العلاج.

مصطلح Psychoanalyst إن المحلل النفسي يطلق على الأفراد الذين تلقوا تدريباً متخصصاً في مؤسسة متخصصة بالتحليل النفسي (أو معهد خاص بالتحليل النفسي) فيتعلم أساليب ونظريات مستندة من فرويد. وعادة ما يستمر برنامج التعليم لبضع سنوات يمارس فيه المتدربين التحليل النفسي وتوفير العلاج لعدة مرضى تحت الإشراف، وتشترط الكثير من المعاهد المتخصصة بتدريس التحليل النفسي في السنوات الأخيرة على خريجها للحصول على شهادة الماجستير.

لذلك فإن أغلب المحللين النفسيين هم أطباء نفسانيون، إلا أن غالبية الأطباء النفسيين ليسوا محللون نفسيين.

إذ يحصل علماء النفس الذين يعملون كمعالجين على برنامج تدريبي في علم النفس العيادي أو الإرشادي أو التربوي، على درجة (الدكتوراه فلسفة PhD) أو درجة دكتوراه في علم النفس (Ph Psychology) ويتضمن برنامج درجة دكتوراه فلسفة PhD التدريب في مجال البحث والتشخيص والعلاج، أما برنامج درجة الدكتوراه في علم النفس Ph Psychology فيركز على التشخيص والعلاج وتستمر الدراسة في البرنامجين لمدة أربع أو خمس سنوات في الدراسات العليا إلى سنة واحدة أو أكثر إقامة، وفي بعض الدول يشترط أيضا اختبار خاص بالأهلية أو لممارسة المهنة.

أما علماء النفس العيادي فهم يتعاملون مع أشخاص يعانون من عدة اضطرابات عقلية، أما علماء النفس الإرشادي فيركزون على مشاكل التكيف ويتركز اهتمامهم على عوامل محددة جدا مثل إرشاد الطالب أو الإرشاد في مجال الزواج أو في الإرشاد العائلي، أما علماء النفس التربوي فهم الذين يتعاملون مع الشباب أو صغار السن والذين يعانون من صعوبات في التحصيل الدراسي (أي صعوبات من الناحية الأكاديمية) أما المتخصصون في العلاج الاجتماعي - النفسي فهم الذين اكملوا برنامج دراسي مدته سنتين للحصول على درجة ماجستير (M.S.W) ويتضمن هذا البرنامج، التدريب على إجراء ما بعد العلاج والتي تمتد إلى منزل المريض ومحيطه وغالبا ما يستدعى الاختصاصي الاجتماعي - النفسي لجمع المعلومات حول وضع المريض في المنزل وكذلك يستدعى لمساعدة المريض على تلقي الدعم من مؤسسات المجتمع (مثل المستشفيات والعيادات والمنظمات الاجتماعية).

أحيانا يعمل هؤلاء المختصون كفريق واحد، فيصف الطبيب النفسي علاج نفسي ما ويراقب مدى فاعليته، أما علم النفس فيلتيقي بالمريض بصورة فردية أو

ضمن برنامج علاجي جماعي، أما الأخصائي الاجتماعي فيراقب محيط المريض في المنزل ويتوفر في المستشفيات العقلية أخصائي من نوع آخر يضاف إلى ما سبق ذكره من أنواع الأخصائيين وهو المعالج النفسي.

إن المعالج النفسي يقع اختصاصه ضمن مجال التمريض العام، ويتطلب هذا النوع من التمريض تدريباً وتفهماً خاصاً ومعالجة خاصة للاضطرابات العقلية.

تقنيات (أساليب) العلاج النفسي Techniques of Psychotherapy:

يشير العلاج النفسي إلى معالجة الاضطرابات العقلية باستخدام وسائل نفسية (بدلاً من استخدام وسائل بدنية أو بايولوجية) ويشمل مصطلح العلاج النفسي على عدة أساليب جميعها تهدف إلى مساعدة الأفراد المضطربين نفسياً في تحسين سلوكهم أو تعديله (وليست عواطفهم أو أحاسيسهم)، وذلك ليتمكنوا من تطوير الوسائل النافعة التي تفيدهم في التعامل مع التوتر الحاصل أو التعامل مع الآخرين، ويعتقد بعض المعالجين النفسانيين أن تغير السلوك معتمد على تفهم الأفراد لدوافعهم الشعورية، والصراعات التي تجابههم.

أما البعض الآخر من المعالجين فيركز على تغيير أنماط التفكير التي اعتادها المريض ومن ثم تغيير السلوك بدلاً من التركيز على الصراعات اللاشعورية (على سبيل المثال يركز المعالجون السلوكيون والمعالجون المعرفيون على هذا النوع من التغيير).

وعلى الرغم من اختلاف التقنيات المستخدمة، إلا أن معظم وسائل العلاج النفسي تشترك في خواصها المعينة وتتضمن هذه الخواص العلاقة التعاونية بين شخصين هما المريض والمعالج، وتشجيع المريض على الحديث عن شخصيته وعواطفه وخبراته مع المعالج دون خوف من أن يلام أو تفضح أسراره من قبل

المعالج، وبالمقابل يقدم المعالج التعاطف والتفهم والثقة للمريض، مع محاولة المعالج مساعدة المريض على إنشاء وسائل أكثر فاعلية في التعامل مع مشاكله الخاصة.

التحليل النفسي Psycho Analysis :

تفترض نظريات التحليل النفسي للشخصية وجود قوى تعارضه داخل كل فرد وهذه القوى هي (الهو Id والأنا Ego و الأنا العليا Super ego) التي تتسبب في إنشاء صراعات داخلية حتمية، وتتصف هذه الصراعات (التي يعيها الفرد أو لا يعيها) بكونها ذات تأثير قوي في نمو الشخصية وقابليتها على التعامل مع الضغوط الحياتية.

اعتقد فرويد أن الاضطرابات النفسية ناجمة عن هذه الصراعات، وغالبا ما تنشأ هذه الصراعات منذ الطفولة، إلا أن الفرد لا يشعر بها أو يعيها، إذ يتم كبت الانفعال والأحاسيس المرافقة لهذه الصراعات في اللاشعور.

ويعتقد فرويد أن الصراعات اللاشعورية بين الانفعالات العدائية والجنسية (الهو Id) والقيود التي تفرضها الأنا، والأنا العليا هي الأكثر أهمية وخطورة والتي قد تسبب في فترات لاحقة من عمر الفرد سوء التكيف.

فعلى سبيل المثال قد يشعر صبي بعدائية تجاه أخيه الصغير المولود حديثا والذي استولى على قدر كبير من حب والديه والذي كان يستحوذ عليه قبل ميلاد الأخ الصغير، فإن حدث وان رفض الوالدان الاعتراف والاهتمام بمشاعر الابن الأكبر، ومعاقبة الابن الأكبر إن عبر عن شعوره بالغضب تجاه الأخ الأصغر عندها سيلجأ الابن الأكبر إلى إنكار أو إخفاء هذه العاطفة لكي يستبعد حب والديه وقد تطرد المشاعر أو الدوافع (الغير مرغوب فيها) نحو إيذاء الطفل الصغير (وأية مشاعر أو ذكريات أخرى مرتبطة مع هذا الدافع) وتتركز في اللاشعور.

وقد تؤثر مشاعر التنافس بالأخوة، على علاقاتهم مع الأفراد في حياتهم اللاحقة، وربما يسود هذه العلاقات التوتر والغيرة والتنافس مع الأصدقاء والزملاء في مجال العمل، ويسبب كبت الصراع الأصلي الذي يعاني منه الفرد، فانه سيبقى غير واعي مثل هذه المشاعر المذكورة آنفا في حياتهم المستقبلية.

إن الافتراض الرئيسي الذي يعتمد التحليل النفسي هو أنه لا يمكن حل المشاكل التي يعاني منها الفرد دون فهم كامل للأسباب اللاشعورية لعلاقاتهم السابقة والمبكرة مع والديهم وأشقائهم. ويتلخص هدف التحليل النفسي في جعل الصراعات (أي المشاعر والانفعالات والدوافع المكبوتة) في مستوى وعي الفرد إذ يصبح بالإمكان التعامل معها بعقلانية وبأسلوب واقعي.

التداعي الحر وتحليل الأحلام Free Association and Dream Analysis:

يعد التداعي الحر احد التقنيات الرئيسية التي يستخدمها المحللون النفسيون للتوصل إلى حل الصراعات اللاشعورية التي يعانيها الفرد.

طبقا لمضمون هذا الأسلوب من التحليل النفسي، يشجع العميل (أي شخص الذي يعاني من صراعات ما The client) على إطلاق العنان له ليعبر عن أفكاره ومشاعره وكل ما يخطر بباله دون تريب أو تنسيق، وليس هذا بالعمل السهل على أية حال، فعند إجراء محادثة مع العميل (الفرد)، فإننا عادة ما نحاول أن نجد ترابط بين الأفكار والأقوال الصادرة من العميل واستبعاد تلك التي لا علاقة لها أو الغير هامه، أضف إلى ذلك فلقد تعلم الكثير منا أو تعود على التفكير كثيرا وتوخي الحذر قبل إطلاق الكلمات، وهذا ما يجعل الكثير من الأفكار الجريئة والغير صحيحة غير مكتشفة لان الفرد لا يصرح بها، ومع ذلك، وعن طريق الممارسة وتلقي العميل التشجيع من المحلل النفسي، يصبح التداعي الحر

أمرًا أبسط من ذي قبل، لكن حتى وإن صدقوا الأفراد في محاولاتهم للتعبير عن أفكارهم دون تنسيق أو تكلف، إلا أنهم سيظلون غير قادرين على إطلاق البعض منها. فعندما يبقى المريض صامتًا أو يغير الموضوع المطروح في المحادثة التي يجربها مع المحلل النفسي، أو يعجز عن استدعاء (تذكر) تفاصيل حدث ما، عندها يفسر المحلل النفسي أن الشخص أو المريض يقاوم استدعاء (تذكر) الأفكار أو المشاعر المعينة. لقد اعتقد فرويد Freud إن انغلاق الفرد أو مقاومته لتذكر الأفكار أو المشاعر فهو ناجم عن تحكم أو سيطرة الشعور للفرد على مناطق أو مساحات حساسة والتي يفترض أن يتم اكتشافها وسير أغوارها.

أما التقنية الأخرى التي يعتمد عليها التحليل النفسي والمستخدمه معاً مع أسلوب التداعي الحر فهو تحليل الأحلام Dream Analysis. لقد اعتقد فرويد أن الأحلام هي الطريق الآخر للشعور، إذ تتمثل الأحلام برغبة أو خوف لا شعوري بطابع تنكري. لقد ميز فرويد بين الفحوى الظاهر أو الواضح أو الشعوري الظاهر للأحلام ومن ثم إجراء التداعي الحر، فبذلك يحاول المحلل النفسي التوصل إلى الفحوى الكامن من اللاشعور للحلم.

التحويل Transference :

طبقاً لأسلوب التحليل النفسي، تعد اتجاهات المريض نحو المحلل النفسي جزءاً من العلاج. ويكون للمريض استجابات قوية عاجلاً أم آجلاً تتجلى لمحلله النفسي، وأحياناً تكون هذه الاستجابات إيجابية وودية، وفي أحيان أخرى تكون عدائية وسلبية. وغالباً ما تكون ردود أفعال المريض العدائية أمراً غير نافعاً ومجدياً في جلسات العلاج التي يقيمها المحلل النفسي، وتعرف نزعة المريض لجعل معالجه النفسي محور استجاباته الانفعالية باسم التحويل Transference إذ أن المشاعر التي

يحسها المريض نحو معالجه النفسي في الأصل ما يشعر بها المريض نحو أناس آخرون مهمون في حياته.

يعتقد فرويد Freud أن التحول يمثل آثار لردود أفعال حدثت في فترة طفولة الفرد تجاه والديه، ويستعين فرويد بهذا التحول في الاتجاهات كوسيلة توضيح يقدمها للمريض ليفسر له أسباب العديد من اهتماماته ومخاوفه التي تعود إلى مرحلة الطفولة. ويتم ذلك من خلال الطريقة التي يستجيب بها المريض تجاه تلك المخاوف والاهتمامات، ويساعد المحلل النفسي مرضاه في التوصل إلى فهم لردود أفعالهم تجاه الآخرين وفيما يلي نطرح أنموذجا يبين استخدام المحلل النفسي لأسلوب التحويل والمتبوع باستخدام أسلوب التداعي الحر.

المريض Patients – أنا لا اعرف سبب إصرارك على معرفة إذا ما كانت هذه الخطوة هي الأفضل لي في هذه المرحلة بالذات من حياتي.

المحلل النفسي Analyst – لقد حدث هذا في مرة سابقة. أنت تريد موافقتي قبل قيامك بالعمل (تتصرف تصرف ما). على ما يبدو أن ما حدث هو أن احد الصراعات التي تعانيتها مع زوجتك يتضمن محاولتك جعلها توافق على ما قررت القيام به وان هذا الصراع يفصل بيننا الآن.

المريض Patient – افترض أنا ذلك أيضا، لكن يهمني أيضا موافقة واستحسان أشخاص آخرين.

المحلل النفسي Analyst – دعنا نركز على ما قلته الآن، هلا أجريت الآن تداعيا حرا لفكرة الحصول على موافقة أو استحسان الآخرين، دع الأفكار تأتي كما هي لا تجبر نفسك.

التفسير Interpretation :

عمل المحلل النفسي هو مساعدة المريض على رؤية أو إدراك طبيعة الصراعات الشعورية والتي تشكل مصدرا للصعوبات التي يجابهها المريض وذلك من خلال التفسير.

إن التفسير هو عبارة عن فرضية ما تلخص جزء من سلوك المريض وتقدم إيضاحا لدافعه لممارسة هذا السلوك - في النص المذكور سابقا - وهو يوضح ما جرى في الجلسة بين المريض والمحلل النفسي، فنجد أن المحلل النفسي يقدم تفسيراً عن طريق المقارنة بين سلوك المريض في جلسة العلاج (ويتضح هذا من خلال سعي المريض إلى استحصال موافقة المحلل لاتخاذ عمل ما) ونمط الموافقة التي تسببت في حدوث الصراع بين المريض والزوجة، ويبدو أن المريض تقبل هذا التفسير إلى حد كبير.

وقد يأخذ التفسير شكلا آخر وهو الانتباه أو التركيز على المقاومة أي التوقف المفاجئ عن إجراء التداعي الحر، وتغيير الحديث، ونسيان موعد ما، فقد تشير كل هذه السلوكيات إلى محاولة المريض تجنب الخوض في موضوعات غير مريحة له.

يجب إجراء تفسير في وقت مناسب جدا أي يجب أن يحصل التفسير عندما يكون الصراع اللاشعوري قريب من الوعي ويكون المريض مستعدا لتقبل رؤى مؤلمة فالتفسير المقدم سابقا لأوانه قد يسبب إثارة حالة من الانفعال أو القلق والدفاعية لدى المريض.

إشارة الذات Working Though :

في الوقت الذي يتقدم المحلل النفسي في انجاز عمله يمر المريض بعملية طويلة لإعادة تثقيفه وتسمى هذه العملية باسم (Working Through) ومن خلال فحص الصراعات ذاتها لمرات عدة وفي مواقف أو جلسات علاجية متعددة، عندها يكون المريض فاهما لهذه الصراعات ويرى مدى عمومية اتجاهاته وسلوكياته. ومن خلال هذا المفهوم والتطرق للمشاعر المؤلمة المتكونة منذ الطفولة خلال جلسة العلاج عندها يصبح المريض قويا بما يكفي مع هذه المشاعر بأقل حدة وبأسلوب أكثر واقعية.

تتصف عملية التحليل النفسي بكونها عملية طويلة ومكثفة ومكلفة، وعادة ما يقابل المحلل النفسي المريض في بضع جلسات في غضون أسبوع واحد، مدة الجلسة الواحدة (50) دقيقة، وتستمر الجلسات لمدة سنة واحدة أو بضع سنوات. وتنجح عملية التحليل النفسي مع الأفراد ذوي الدافعية العالية لحل مشاكلهم أو الصريحون في التعبير عن مشاعرهم بسهولة.

أساليب العلاج المعتمدة في التحليل النفسي Psychoanalytic Therapies :

أحرزت العديد من أنماط العلاج النفسي المعتمدة على مفاهيم فرويد تطورا، فمنذ عهد فرويد تشترك هذه الأنماط في المبدأ القائل بان الاضطرابات العقلية تنبع من مخاوف وصراعات لا شعورية، لكنها تختلف عن التحليل النفسي الكلاسيكي (التقليدي) في عدة أوجه وغالبا ما تسمى هذه الأساليب باسم علاجات التحليل النفسي.

يركز المحللون النفسانيون أمثال (Karen Honey، Heinz Hatman) على دور الأنا العقلانية والانا الساعية لحل المشاكل في توجيه السلوك، ويولي هؤلاء المحللون اهتماما أقل لدور الدوافع العدائية والجنسية اللاشعورية.

فيسعى هؤلاء المحللون إلى تقوية وظائف الأنا وبالأخص تقييم الذات ومشاعر المنافسة وذلك من أجل أن يتمكن الأفراد من التعامل مع انفعالاتهم وعلاقاتهم الشخصية بصورة بناءة. وان الإستراتيجية المتبعة من قبل هؤلاء المحللون عموما تلخص في تمكين المريض من التبصر وإدراك ماضيه المؤثر على حاضره، وكذلك جعل المريض واعيا لهذا وإمكانية تصحيح ماضيه وإثارة السلبية بأفعاله.

لقد تطورت أساليب التحليل النفسي كثيرا. فعادة ما يكون علاج المعاهد المعتمد على التحليل النفسي أكثر مرونة وإيجاز واقصر، ومرنا وغالبا ما تكون عدد الجلسات قليلة ففي غضون الأسبوع الواحد تقام جلسة واحدة فقط.

هناك تركيز أقل على إعادة التشكيل الكامل لخبرات الطفولة واهتمام أكبر بالمشاكل النابعة من أساليب تعامل الأفراد مع الآخرين في حياتهم الحالية وعادة ما يستبدل أسلوب التداعي الحر بأسلوب النقاش المباشر لقضايا هامة، وقد يكون المعالج أكثر توجها وإثارة لموضوعات هامة بدلا من الاعتماد على المريض في تذكرها أو الإشارة إليها. ويبقى أسلوب التحويل Transference مستخدما في العلاج المعاصر إذ يعد جزءا هاما في العملية العلاجية إلا أن المعالج يحدد بشدة أو كثافة المشاعر المحولة ومع ذلك، لا يزال اعتقاد المعالجين المعتمدين على التحليل النفسي، قائما، يتضمن هذا الاعتقاد أن المخاوف اللاشعورية هي محور وسبب المشاكل الوجدانية وان أساليب إدراكها والتعرض لها هي أساليب ناجحة وضرورية للشفاء منها.

أولاً: العلاج السلوكي Behavior Therapies:

يتضمن مصطلح العلاج السلوكي على عدد من الطرق العلاجية المختلفة المعتمدة على مبدأي التعلم والاشتراط. ويفترض المعالجون السلوكيون بان السلوكيات الناجمة عن سوء التكيف ما هي إلا عبارة عن أساليب يتعلمها الفرد للتكيف مع التوتر الذي يعانیه، فحسب افتراض المعالجين السلوكيين، يمكن استخدام الأساليب المطورة في العمل التجريبي والتي تركز على موضوع التعلم، ويمكن استخدامها لاستبدال سلوكيات سوء التكيف بسلوكيات صحيحة وأكثر ملائمة. في حين أن التحليل النفسي مهتم بفهم الصراعات التي يعاني منها الفرد في ماضيه ومدى تأثيرها على سلوكه، إلا أن العلاج السلوكي يركز على السلوك ذاته وبصورة مباشرة.

يشير المعالجون السلوكيون إلى أنه بالرغم من ادراك الفرد للصراعات التي يعانيتها وهذا هدف يستحق الانجاز لكنه لا يضمن انجاز تفسير في سلوك الفرد. فغالبا ما ندرك أسباب قيامنا بسلوك ما في بعض المواقف لكننا نعجز عن تغيير هذا السلوك. فعلى سبيل المثال لو كنت تتهيب أو تخجل من التكلم داخل الصف لدرجة غير اعتيادية، فقد تتبع اثر هذا الخوف وتنسبه إلى أحداث ماضية (فقد تكون إرادتك مصدرا لانتقادات أبيك، أو قد تقابل والدتك كلامك بنصح من الناحية القواعدية، أو قد تكون قليل الخبرة في التكلم مع زملائك في الثانوية، بسبب خوفك من التنافس مع أخيك الأكبر الذي يحتل مركز الكابتن في فريق النقاش (debate team) وقد لا يؤدي بالضرورة، فهم أسباب المخاوف إلى حل المشكلة ويجعلك قادرا على المشاركة في المناقشات الصفية.

يتناقض العلاج السلوكي مع العلاج المعتمد على التحليل النفسي، فيركز علاج التحليل النفسي على تغيير بعض الجوانب الشخصية، بينما يميل العلاج السلوكي

إلى التركيز على تحوير أو تعديل سلوكيات سوء التكيف في مواقف محددة ويهتم المعالجون السلوكيون أكثر بالحصول على تقييم تجريبي للأساليب التي يستخدمونها.

في الجلسة العلاجية الأولى يصغي المعالج بدقة لمشكلة المريض التي يرغب المعالج تغييره بالضبط؟ هل يريد تغيير الخوف من الطيران أم الخوف من التكلم في الأوساط العامة؟ هل المشكلة تتضمن عدم السيطرة على الأكل والشرب؟ هل المشكلة تلخص في الشعور بالنقص واليأس؟ أو تلخص في عدم التركيز في العمل؟

إن الخطوة الأولى في العلاج هي تحديد المشكلة وتجزئتها إلى عدة أهداف علاجية محددة فعلى سبيل المثال، إذا عانى الفرد من مشكلة شعوره بالنقص عندها سيحاول المعالج جعل المريض يصف ذلك الشعور بدقة أكبر، وذكر المواقف التي حدثت فيها سلوكيات مرتبطة بذلك الشعور، فيسأل المعالج المريض:

- تشعر بالنقص أو عدم الكفاءة في عمل ما؟
- هل أنت غير كفء في التكلم بالأوساط العامة؟
- هل تكمل واجباتك وأعمالك في حدود السقف الزمني المحدد لك؟
- هل تتحكم بما تأكله؟.... الخ، فعندها يتم تحديد السلوك الواجب تغييره سيتمكن المعالج من وضع برنامج لمعالجة مريضه باستخدام احد الاجراءات التي يضعها وسيختار المعالج طريقة العلاج الأكثر ملائمة مع مشكلة المريض.

ومن تقنيات العلاج السلوكي هي:

أ- إزالة الحساسية (Desensitization):

تعد هذه الإجراءات عالية الفعالية في منع أو إزالة المخاوف والرهاب، ان المبدأ العلاجي الذي يعتمد عليه هذين الإجرائين هو إبدال الاستجابة (رد الفعل) المتضاربة مع الانفعال (القلق) أي بمعنى استبدال الاستجابة المتضمنة للانفعال باستجابة أخرى وهي الاسترخاء.

إن من الصعب أن يكون الفرد مسترخياً ومنفعلاً في نفس الوقت، واحد الأساليب المستخدمة للاسترخاء هو القيام بالاسترخاء تدريجياً، ويتم تدريب المريض على الاسترخاء بعمق، فيبدأ المريض بإرخاء عضلاته بدءاً من قدميه وكاحليه ومن ثم يتابع عملية الاسترخاء ليشمل جميع أجزاء عضلات البدن وأخيراً عضلات الوجه، فالفرد يتعرف على الإحساس الذي تمر به العضلات عندما يسترخي فعلاً ويتمكن من كيفية التمييز بين الدرجات المتنوعة للشد أو التوتر وأحياناً يتم استخدام العقاقير لمساعدة الأشخاص الذين لا يتمكنون من القيام بالاسترخاء.

أما الخطوة الأخرى هي بناء مواقف ذات تسلسل هرمي لإثارة الانفعال، إذ تدرج المواقف بدءاً من الموقف الذي يثير كل انفعال وصولاً إلى الموقف الذي يثير مخاوف اشد. وطبقاً لأسلوب (Systematic Desensitization) يطلب من المريض الاسترخاء وتخيل كل موقف من المواقف ذات التسلسل الهرمي، فيبدأ من الموقف الأقل إثارة.

أما أسلوب التعرض (Exposure) فيتوجب أن يجرب المريض مواقف تثير الانفعال أو الخوف. إن هذا الأسلوب أكثر فاعلية من مجرد تخيل مواقف تثير المخاوف، ولكن يحتاج المرضى أن يتخيل المواقف التي تثير الخوف ثم المرور فعلاً أو تجريب مواقف مخيفة.

الانفعال تحت إشراف المعالج وقبل الوصول إلى الموقف الذي يفترض فيه ن تقوم المريضة بمسك الأفعى بيديها، يعتمد المعالج إلى مسك الأفعى بيديه وبحضور المريضة وعلى مرأى منها، دون أن تظهر أية مخاوف، بل العكس يتظاهر المعالج بالثقة وعدم الإثارة أو الانفعال.

بعد ذلك يطلب من المريضة مسك الأفعى التي تزحف باتجاهها، وفي نفس الوقت تقوم المريضة بممارسة الاسترخاء للسيطرة على خوفها وانفعالها فإذا أثبت هذا الأسلوب فاعلية كبيرة في علاج الرهاب (Phobia) (Bandurs, Blanchard & Riffer, 1969)

فيمكن القول أن عملية التعلم وأسلوب التعرض (Exposure) هما إطفاء أكثر من كونها عملية إشراف عكسي. إن تعرض الفرد إلى مثيرات الخوف واكتشافه أن نتيجة التعرض Exposure لهذه المثيرات لم ينتج عنه عواقب سلبية أو وخيمة، سيطفاً الاستجابة الشرطية أي شعور بالخوف عند التعرض للمثير، وقد يكون الاسترخاء مجرد طريقة نافعة لتشجيع الشخص على مواجهة مخاوفه. وبالفعل إن تمكن الأفراد من إجبار أنفسهم على البقاء في مواقف مثيرة للخوف لفترات طويلة، عندها سيزول الرهاب تدريجياً وان هذا الإجراء (التمثل بتعريض الفرد إلى المواقف الأكثر إثارة للخوف لفترة طويلة دون إعطاء الفرصة له بالهرب من المواجهة) يسمى الغمر (Flooding). لقد اثبت هذا الإجراء فاعليته في معالجة الرهاب من الأماكن الفسيحة (Agora Phobia) والذي يتضمن الخوف من الأماكن الفسيحة، وكذلك في معالجة اضطراب الوسواس القهري (Obsessive- Compulsive).

بد الدعم أو التعزيز الانتقائي Selective Reinforcement :

سواء كانت العملية التعليمية السابقة الذكر هي إشراف عكسي أو إطفاء، فإن أسلوب إزالة الحساسية Sensitization والتعرض Exposure للمواقف المثيرة تعتمد على مبادئ الأشراف التقليدية. أما أسلوب التعزيز المعتمد على مبدأ الأشراف الإجرائي، فقد أثبت فاعليته في تعديل السلوك Modifying Behavior وبالأخص سلوك الأطفال.

ويتضح هذا الأسلوب في حالة الطالب في الصف الثالث من الدراسة وهو يعاني من الشرود وعدم الانتباه في الصف ورفضه إتمام واجباته الدراسية أو المشاركة في الدرس وقضاء معظم أوقاته في أحلام اليقظة، أضف إلى ذلك المهارات الاجتماعية الضعيفة وضعف تكوين علاقات أو تكوين صداقة مع الآخرين. إن السلوك المفترض تعزيره يعرف باسم (سلوك قيد الانجاز) أو سلوك الانجاز (An task behavior) والمشمول على الاهتمام بالعمل الدراسي أو تعليمات صادرة من التعاون مع الآخرين في القسم... الخ.

لقد نال هذا البرنامج استحسانا ولاقى نجاحا في تعديل سلوك المريض وتحسين الأداء العام للصف. (paul and Lents, 1977)

ج- نموذج (الاقتداء بنموذج) Modeling :

يعد أسلوب التقليد أسلوبا فعالا آخرا في تغيير السلوك ويستفاد من هذا الأسلوب في التعلم بالملاحظة. ولا زال تقليد الأنموذج أو الأشخاص الآخرين هي طريقة رئيسية يتعلم منها الأفراد، فإن مشاهدة الأشخاص الذين يتصرفون تصرفات جيدة وتكيفية وسيتعلم الأشخاص الآخرين الذين يعانون من سوء التكيف، إستراتيجيات مواكبة أفضل.

إن مشاهدة سلوك مثالي لشخص ما (سواء تمت هذه المشاهدة مباشرة أو مصورة على شريط فيديو)، هي أسلوب فعال في خفض المخاوف وتعليمهم مهارات جديدة.

يعد أسلوب تقليد أنموذج (Modeling) فعالاً في التغلب على الرهاب والمخاوف كونه يعطي للفرد الفرصة في مشاهدة شخص آخر يخضع لمواقف يثير الانفعال أو الخوف دون التعرض لأي أذى.

لقد ثبت أن مشاهدة أشخاص كمنادج عبر أشرطة فيديو وهم يقومون بزيارة طبيب الأسنان أو عندما تجري لهم عمليات جراحية (أو أية إجراءات أخرى للفرد في المستشفى) وغيرها تساعد الأطفال والكبار في التغلب على مخاوفهم من المرور بتجارب مماثلة. (Melamed & Siegel, 1974; Shaw & Thoresen, 1975).

د- التدريب السلوكي Behavioral Rehearsal:

عادة ما يقترن أسلوب المعالجة المعتمدة على التعلم من مشاهدة أشخاص آخرين يقترن بأسلوب لعب الأدوار (Role-Playings) أو المشاركة أو ما يسمى بالتدريب السلوكي، ويساعد المعالج الفرد على التمرن في القيام بتصرفات أو سلوكيات أكثر تكيفاً وفيما يأتي نموذجاً لجلسة علاج يساعد فيها المعالج شاباً للتغلب على مخاوفه من إجراء لقاء أو مواعيد عاطفية مع النساء. ضمن هذا العلاج يقوم الشاب التظاهر بالتحدث مع امرأة عبر الهاتف وينتهي هذه المحادثة بطلب إجراء موعد عاطفي.

أما المواقف التي يمكن إجراؤها خلال جلسات العلاج فهي:

- 1- وقوف شخص ما أمامك في الطابور.
- 2- طلب صديق لك القيام بعمل ما لا ترغب فيه.

- 3- توجيه مديرك في العمل احتقارا لك من دون حق.
- 4- قيامك بإرجاع شيء ما فيه عيوب للمحل الذي اشتريته منه.
- 5- انزعاجك من تحدث الأشخاص الذين خلفك في السينما.
- 6- قيام الميكانيكي بتصليح سيارتك لكنك غير مقتنع أو راض على عمله.

لا يستمتع الكثير من الأشخاص بالتعامل مع مثل هذه المواقف لكن يخشى بعض الأفراد من توكيد الذات Assertiveness Training، يتدرب المريض بمساعدة المعالج على استجابات فعالة والتي يمكن أن تؤدي في مواقف مماثلة وبالتدرج يتمكن المريض من أداء هذه الاستجابات في حياته الحقيقية.

يحاول المعالج تعليم المريض التعبير عن حاجاته بطرق مباشرة وبارادة حرة، دون أن يعدها الأشخاص طريقة عدائية للتعبير.

هـ- ضبط النفس Self-Regulation:

نظرا لقلّة لقاء المعالج والمريض لأكثر من مرة واحدة في الأسبوع، أصبح واجب على المريض تعلم السيطرة أو ضبط سلوكه وبهذا يمكن إحراز تقدم في العلاج بعيدا عن سيطرة المعالج. أضف إلى ذلك، أن أحس الأشخاص بكونهم مسؤولون عن تحسينهم في العلاج، فإن ذلك سيقود إلى تحسين فعلي في وضعهم النفسي، ويشمل أسلوب ضبط النفس Self-Regulation ومراقبة الفرد لتصرفاته وملاحظاتها وإتباع عدة إجراءات مثل تعزيز الذات Self-Regulation ومعاقبة الذات Self-Punishment والسيطرة على استجابات مضادة لتغيير سلوكيات تنجم عن سوء التكيف بأخرى ذات مستوى عال من التكيف. يراقب الفرد سلوكه من خلال قيامه بتدوين أنواع المواقف التي تثير السلوكيات اللاتكيفية وأنواع الاستجابات المضادة لها. أما الشخص الذي يهتم بتعاطي الكحول، فإنه يدون

المواقف التي دفعته للشرب وقيامه بالسيطرة على مثل هذا المواقف وكذلك ابتكار استجابة مضادة لسلوك تعاطي الكحول.

فقد يجد شخص ما صعوبة في عدم الالتحاق بزملائه عندما يجتمعون في بعد العمل للذهاب إلى تناول الكحول، لذلك يلجأ هذا الشخص إلى تناول الأشرطة الغازية في تلك الإثناء، وبهذا يتمكن من ضبط سلوك التعاطي بواسطة السيطرة على محيطه، فإن جابه إغراءات تدعوه لتعاطي الشرب عند وصوله المنزل فقد يستبدل هذا السلوك بآخر مثلاً الانهك بلعبة التنس كوسيلة للترويح عن حالة التوتر التي يعانيتها، وان كلا من هاتين الفعاليتين تمثل سلوكيين مضادين لسلوك التعاطي.

إن أسلوب تعزيز الذات Self- Reinforcement يمثل مكافأة الذات انيا عند انجاز هدف محدد، ويمكن أن تكون المكافأة بهيئة مدح أو إطراء الذات، أو مشاهدة لبرنامج تلفزيوني مفضل أو الاتصال بصديق هاتفياً، أو تناول طبق الطعام المفضل.

أما معاقبة الذات فيتضمن القيام برد فعلي عكسي عند الفشل في تحقيق هدف ما مثل حرمان الفرد من عمل شيء ممتع (مثل حرمان الفرد نفسه من متابعة البرنامج التلفزيوني المفضل) أو إجبار الفرد نفسه على القيام بعمل غير سار (مثل تنظيف الغرفة). واعتماداً على نوع السلوك الذي يرغب الفرد تغييره، ويمكن استخدام عدة تشكيلات من سلوكيات تعزيزات الذات، أو معاقبة الذات أو ضبط المثيرات والاستجابات.

ثانياً العلاج السلوكي المعرفي Cognitive Behavior Therpies:

لقد ركزت أساليب العلاج السلوكي التي ذكرناها سابقاً، على تعديل السلوك Modifying Behavior مباشرة مع قلة الاهتمام بتفكير الفرد والعمليات العقلية.

لقد استبعد العلاج السلوكي أهمية الإدراك، مفصلاً المنهج المعتمد على مثير- استجابة Stimulus-response، لقد عد المعالجون السلوكيون أن الاهتمام بالمعتقدات والاتجاهات هي عودة المنهج اللاعلمي الذي عارضه واطسون في بداية هذا القرن. وبالرغم من ذلك وكرد فعل لإثبات أهمية العوامل العقلية أو الإدراكية (أي أفكار الفرد وتوقعاته وتفسير الأحداث) ولكونها عوامل تحدد سلوكيات الأشخاص، قام العديد من المعالجين السلوكيين بالتركيز على الإدراك عند إجراء العلاج. (Bondura, 1986)

إن مصطلح العلاج السلوكي - المعرفي عام يشمل أساليب العلاج التي تستخدم إجراءات تعديل السلوك وكذلك تستخدم إجراءات مصممة لتغيير الاعتقادات اللاكيفية.

يحاول المعالج مساعدة الأشخاص على التحكم باستجابات الاضطرابات الوجدانية مثل الانفعال (القلق) والاكئاب من خلال تعليم المرضى اتباع وسائل فعالة للتفسير والتفكير بخبراتهم. فعلى سبيل المثال، يميل الأفراد المكتئبين إلى تقييم الأحداث من منظور سلبي وناقد للذات. إذ يتوقع هؤلاء الفشل أكثر من النجاح، ويميلون إلى توقع كبير للفشل والتقليل من توقع فرص النجاح عندما يجبرون تقييم لأدائهم. وعند علاج الاكتئاب يحاول المعالجون السلوكيون- المعرفيون، مساعدة مرضاهم على إدراك عوامل التشتت في تفكيرهم وإجراء تغيرات تنسجم كثيراً مع الواقع.

يوضح الحوار الآتي الطريقة التي اتبعتها المعالج في جعل المريض واعي أو مدرك لمدى (واقعية، اعتقاداته) وذلك باتباع أسلوب طرح الأسئلة المباشرة:

المعالج Therapist - لماذا تريد وضع حد لحياتك؟

المريض Client – دون وجود لرايموند.. أنا لاشيء... لا يمكن أن أكون سعيدة دون رايموند.... لكن بمقدوري إنقاذ زواجنا.

المعالج Therapist – هل يمكنك وصف زواجك ؟

المريض Client – لقد كان زواجنا تعيسا منذ البدء، لقد كان رايموند غير مخلص على الدوام، لم أكلمه خلال السنوات الخمس الماضية الأخيرة.

المعالج Therapist – أنت تقولين انك لا تشعرين بالسعادة بدون رايموند، هل شعرت فعلا بالسعادة عندما كان رايموند يعيش معك ؟

المريض Client – كلا كنتا نتشاجر طوال الوقت وكنت اشعر بالتعاسة.

المعالج Therapist – إنك تقولين أن حياتك لاشيء بدون رايموند، هل كنت تشعرين بالتعاسة قبل ان تتعرفي على رايموند ؟

المريض Client – كلا، كنت اشعر بانى شخص آخر.

المعالج Therapist – إذا كنت شخص مختلف قبل أن تلتقي رايموند، لماذا أنت بحاجة إليه لكي تكوني شخص ذا هوية الآن ؟

المريض Client – متحيرة.

المعالج Therapist – إذا لم تعودى مرتبطة الآن، هل تعتقدين انك سوف تكونين محط اهتمام الرجال إذا علموا انك غير مرتبطة برجل ؟

المريض Client – أعتقد ذلك.

المعالج Therapist – هل تعتقدين انك ستقابلين رجلا أكثر استقرارا أو ثباتا من رايموند ؟

المريض Client – لا اعلم اعتقد ذلك.

المعالج Therapist – إذا ما الذي خسرت فعلا إذا تم الانفصال عن زوجك ؟

المريض Client - لا اعلم.

المعالج Therapist - هل تشعرين بتحسن إذا انفصلت عن زوجك ؟

المريض Client - لا استطيع ضمان ذلك.

المعالج Therapist - هل كان زواجك حقيقيا ؟

المريض Client - كلا حسب اعتقادي.

المعالج Therapist - إذا لم يكن زواجك حقيقيا، ما الذي ستخسرين إذا قررت

انهاء زواجك ؟

المريض Client - كلالن اخسر شيء . (beck, 1976, PP.280-291)

لقد برز العنصر السلوكي للعلاج عندما قام المعالج بتشجيع المريض لتكون وسائل بديلة لرؤية الموقف الذي يمر فيه ومن ثم قيام المعالج بدراسة مضامين العلاج.

على سبيل المثال قد يطلب من المريضة تدوين مشاعرها في أوقات منتظمة ومن ثم ملاحظة مشاعر الاكتئاب وتقييم الذات باعتبارها مؤشرا لما تفعله.

فإذا أدركت المرأة أنها تشعر بسوء عندما تبقى على اتصال مع زوجها، وأنها تشعر بتحسن عندما تنفصل عن زوجها أو عندما ترتبط بشخص آخر، هذه المعلومة ستفيدها في تغيير معتقدها الذي كان ضمن (لا يمكنها أن تكون سعيدة بدون وجود لرايموند في حياتها).

وقد يشمل البرنامج السلوكي المعرفي للعلاج مساعدة الشخص في التغلب على مشاعر الخوف، فيشمل تجريبه على التفكير الايجابي مع تعريضه لمواقف حقيقية تثير الخوف.

يعلم المعالج المريض استبدال الحوار الداخلي والمتسم بالدفاع عن النفس (مثلاً، لا تكن هادئاً، أنا لا أعيش وحيداً، وإن تعرضت لأي تهديد سأتمكن من التكيف والمواصلة)، إذ يتفق المعالجون السلوكيون المعرفيون، على أهمية تغيير معتقدات المريض للتوصل إلى تغيير في السلوك ويدرك غالبية المعالجون بان الوسائل السلوكية للعلاج هي أكثر تأثيراً من الوسائل اللفظية في أحداث تغيير في العمليات المعرفية - على سبيل المثال، التغلب على الخوف من إلقاء خطبة في الصف، من المفيد أن يفكر الفرد بإيجابية أي يقول (أنا اعلم مضمون المقال وأنا متأكد باني سوف اطرح أفكارى بطريقة مؤثرة) أو (أن موضوع مقالى مثير للاهتمام) وسيستمتع الطلبة بما سأقول، إن إلقاء الخطبة أمام زميل السكن أو أمام مجموعة من الأصدقاء قبل إلقاء الخطبة في المكان المخصص هل سيقبل من الشعور بالخوف.

إن الأداء الناجح يزيد من شعورنا بالسيطرة، لقد ثبت أن الوسائل العلاجية الفعالة كلها تولد شعوراً بالسيطرة بالكفاءة لدى الفرد.

إن ملاحظة كيف ونجاح الآخرين، والإقناع عن طريق الكلام بان الفرد سيتمكن من التعامل مع المواقف الصعبة، وتقييمها للوضع الانفعالي بإقناع الذات بان الفرد مسترخي وقادر على التحكم بانفعالاته، كل هذه الوسائل تسهم في تكوين شعور بالكفاءة لكن ينبع الشعور بالتكامل أو الكفاءة الكبيرة في الأداء الفعلي والخبرات الشخصية في السيطرة. (Bandura, 1996).

ثالثاً: العلاج الإنساني Humanistic Therapies:

تعتمد هذه الوسائل على النضج الظاهري للشخصية، في حين نجد أن هناك العديد من وسائل العلاج الإنسانية المختلفة، إلا أنها جميعاً تركز على النزعة الطبيعية للفرد نحو النمو وتحقيق الذات.

ويرى المعالجون الإنسانيون أن الاضطرابات النفسية تثار عندما تواجه عملية تقدم الفرد (أهدافه، إعاقة من قبل الظروف المحيطة به ومن قبل الأشخاص المحيطين به (مثلا الوالدين، المدرسين) وعندما يحدث مثل هذا الأم سيتجاهل الفرد رغباته الحقيقية، وينخفض وعي الفرد لقدراته.

يساعد العلاج باتباع الوسائل الإنسانية للأفراد للتوصل إلى رؤية حقيقة لذواتهم أو قدراتهم وجعلهم يتمكنون من وضع عدة اختبارات متدرجة تتناسب وأوضاعهم الحياتية وسلوكهم بدلا من الاعتماد على الظروف الخارجية أو الأحداث الخارجية لتحديد نوع السلوك.

إن هدف العلاج الإنساني مساعدة المريض ليكون ذاته فعلا، وإن المعالج النفسي مثل العالم النفسي، يحاول توسيع إدراك ووعي الفرد لعواطفه وانفعالاته ودوافعه وإن المعالج الإنساني يركز على ما يعانيه الفرد في المكان والوقت الحالي (الحاضر) بدلا من التركيز على خبراته الماضية.

إن المعالج الإنساني لا يقوم بتغيير سلوك الشخص (مثلا يقوم به العالم النفسي) أو يحاول تعديل السلوك وذلك لأن مثل هذه الأفعال ستجعل أفكار المعالج مفروضة على المريض.

إن هدف المعالج الإنساني هو تسهيل اكتشاف أفكار الفرد ومشاعره لمساعدته في التوصل إلى حلول لمشاكله. وهذه الفرضية ستكون أكثر وضوحا عندما ندرس العلاج المركز على المراجع (المريض) والذي يدعي أيضا العلاج الغير مباشر nondirective therapy والذي يعد احد العلاجات الإنسانية الأولى.

يستند العلاج المرتكز على العميل Client-centered therapy والذي طوره في عقد الأربعينيات 1940 كارل روجرز Carl Rogers على فرضية أن الشخص هو

أفضل طبيب عن حاله وعن ذاته وان باستطاعته إيجاد الحلول لمشاكلهم الشخصية، وان مهمة المعالج هي تسهيل هذا التقدم وليس لسؤال أسئلة تحقيقيه أو لوضع تفسيرات أو الاقتراح أساليب العمل.

في الحقيقة فإن روجرز Rogers فضل مصطلح مساعد facilitator أو المعالج وأطلق على الأشخاص الذين يعمل معهم العملاء Client وليس المرضى Patients لأنه لا يرى أن الصعوبات العاطفية تدل على وجود مرض يجب معالجته.

إن المعالج يسهل تقدم العميل نحو رؤية أفضل لذاته وذلك عندما يعيد المعالج ذكر ما قاله العميل عن حاجاته وعواطفه وذلك لمساعدة العميل على توضيح مشاعره.

يعتقد روجرز Rogers أن المواصفات الأكثر أهمية للمعالج هي أن يكون متعاطف وودود وصادق يشير إلى قدرة المعالج على فهم مشاعر العميل التي تحاول التعبير عنها وقدرته على توصيل فهمه لمشاعر العميل ويجب على المعالج محاولة تبني أو معايشة حالة العميل ويجب عليه أن يرى مشكلة العميل كما يراها العميل.

استطاع روجرز Rogers بواسطة العطف والعناية الوصول إلى قبول كامل من العملاء بضمنها القناعة، وان هذا الشخص لديه القدرة على التعامل بصورة بناءة مع مشكلة المراجع. إن المعالج الذي يكون ودودا يكون بالضرورة منفتح (راغب في الاستماع لكل ما يعرض عليه وفي تفهمه بروح سمحة) وصريح ونزيه ولا يكون عمله بشكل مخادع، إذ يظهر من الأشخاص الذين مظهرهم يدل على الخداع (الزيف).

يعتقد روجرز Rogers أن المعالج الذي يمتلك هذه المزايا سيساعد على سرعة شفاء العميل وكذلك اكتشافه المراجع. (Truax & Mitchell 1971, Rogers, 1970).

كان روجرز Rogers هو أول من قام بتسجيل فيديو لجلسات العلاج والسماح بدراستها وتحليلها، وكان لروجرز وزملائه مساهمة كبيرة في مجال أبحاث العلاج النفسي، إن العلاج المتركز على العميل له بعض المحددات كما هو حال التحليل النفسي. وإن العلاج المتركز على العميل ينجح فقط مع الأشخاص الذين يكون لديهم دافع (حافز) لنقاش مشاكلهم، أما الأشخاص الذين لا يطلبون المساعدة طوعاً، أو الذين لديهم اضطراب نفسي حاد وليست لديهم القدرة على مناقشة مشاعرهم، فإن الطرق التي تكون مباشرة أكثر توجهها فهي عادة الطرق الضرورية في هذه الحالات بالإضافة إلى أن استخدام التقارير التي يذكرها العميل عن ذاته والتي تكون القياس الوحيد لفاعلية العلاج النفسي، فإن المعالج الذي يستخدم العلاج المتركز على العميل يسهل السلوك الذي يظهره العميل خارج الجلسات العلاجية، إن الأشخاص الذين لديهم شعور بعدم الأمان وعدم الكفاءة في علاقاتهم الشخصية الخاصة فهم يحتاجون إلى مساعدة بناء أكثر لتحديد سلوكياتهم.

رابعاً: العلاج الكهربائي An Electric Approach:

هناك العديد من العلاجات النفسية بالإضافة إلى العلاج الذي شرحناه للتو، إن معظم المعالين النفسيين لا يلتزمون بطريقة معالجة منفردة. عوضاً عن هذا فهم يستخدمون العلاج الكهربائي وهم يختارون تقنية من بين مختلف التقنيات العلاجية والتي يشعرون أنها التقنية الأكثر ملائمة لشخصية المراجع وللأعراض المحددة. وبالرغم من أنه قد تكون وسائلهم النظرية نحو طريقة محددة أو مدرسية علاجية محددة (مثلاً المحلل النفسي عوضاً عن السلوكي). فإن المعالج النفسي الذي يستخدم الكهرباء يستطيع التخلي عن الأفكار التي يرى أنها غير مفيدة أساساً واختيار تقنيات من مدارس أخرى.

بالإضافة إلى أن العديد من المعالجين النفسانيين يستخدمون كلا من تقنيات العلاج النفسي والعلاج بالعقاقير في معالجة (المراجع) الذي تكون لديه مشاكل نفسية معقدة جدا (إن المعالج النفسي الذي لا يكون طبيبا سوف يعمل مع الطبيب النفسي الذي يصف العقاقير للمرضى وكمثال عند التعامل مع الأشخاص الشديدي القلق فإن العلاج بالكهرباء سوف يصف أولا المهدئات أو تدريبات الاسترخاء للمساعدة في تقليل مستوى القلق لدى الشخص. على أن العديد من المعالجين النفسانيين لا يستخدمون هذا العلاج لأنهم يعتقدون أن القلق ضروري لتحفيز المراجع على فهم ومعرفة مشاكله).

لمساعدة المراجع على فهم أساس مشكلته فإن العلاج الكهربائي يجب أن يناقش جوانب معينة من تاريخ المريض، لكن المعالج قد يشعر أنه من غير الضروري تفصي أو دراسة تجارب الطفولة إلى المدى الذي يرغب به المحلل النفسي، وإن المعالج النفسي قد يستخدم تقنيات تعليمية مثل إعطاء معلومات عن الجنس والتناسل لتساعده على معرفة مسببات الشعور بالقلق لدى طفل أو مراهق لديه شعور بالذنب من نزوات جنسية أو تفسير وظيفة الجهاز العصبي التلقائي لإعطاء شعور بالأمان لامرأة قلقة من أن تكون بعض الأعراض التي تعاني منها مثل خفقان القلب أو ارتجاف اليد، هي مؤشرات لمرض.

عادة لا توجد طريقة منفردة تتعامل بنجاح مع كافة جوانب المشكلة، ولذا ازداد عدد المعالجين المتخصصين في مشاكل محددة مثلا بعض المعالجين المتخصصين في مشاكل الاضطراب الجنسي وهؤلاء يتعلمون عن كل ما يستطيعون عن العمليات النفسية التي تؤدي إلى هزة الجماع بتأثير العقاقير (مثلا الكحول، المهدئات، وأدوية أخرى) على الأداء الجنسي والطريقة التي تكون فيها بعض العوامل مثل القلق أو أذى جنسي وقلة التواصل بين الشريكين في الاضطراب الجنسي.

عندما يعلم معالجي الاضطراب الجنسي، كل ما عليهم معرفته عن المتغيرات التي تدخل في الوظيفة الجنسية الطبيعية وغير الطبيعية، فهم يتفحصون مختلف الأنظمة العلاجية لمعرفة التقنيات التي يمكن تطبيقها لمعالجة المشاكل المحددة، وبالرغم من أن معالجي الاضطراب الجنسي قد يستخدمون جميع الطرق التي شرحناها. إلا أن الأساليب السلوكية المعرفية والسلوكية البايولوجية هي الطرق الأكثر استخداماً في معالجة الاضطرابات الجنسية.

هناك معالجين آخرين متخصصين في القلق والكآبة وإدمان الكحول والمشاكل الزوجية وبعضهم يركز على مجاميع عمرية ويسعون إلى معرفة كل ما يستطيعون عن مشاكل الطفولة والمراهقة، أو كبار السن وكل هذا في نطاق تخصصهم. إن المعالجين عادة ما يستخدمون الوسائل الكهربائية للعلاج الجماعي والأسري.

إن معظم المشاكل تتداخل فيها صعوبات يواجهها الشخص عند تعامله مع الآخرين بضمنها مشاعر العزلة والرفض الوحدة وعدم القدرة على تكوين علاقات متينة.

وبالرغم من أن المعالج يستطيع مساعدة الأشخاص على العمل لإيجاد حلول لبعض من هذه المشاكل. فإن الاختيار النهائي يكمن في الكيفية التي يستطيع فيها الشخص تطبيق الأوضاع والاستجابات التي تعلمها في العلاج عند تكوين العلاقات في الحياة اليومية. إن العلاج الجماعي يسمح للمراجعين بإظهار مشاكلهم بوجود الآخرين ومراقبة كيفية تصرف (رد فعل) الأشخاص الآخرين نحو سلوكهم وإيجاد وسائل جديدة للاستجابة عندما يظهر الشخص الأكبر سناً عدم القناعة بسلوكه (المراجع) وهذه الطريقة (العلاج الجماعي) تستخدم كتكملة للعلاج النفسي الفردي (للشخص).

إن المعالجين من مختلف التخصصات (التحليل النفسي والإنساني وعلماء السلوك المعرفي) قد حددوا تقنياتهم التي يمكن تطبيقها في العلاج الجماعي. إن العلاج الجماعي قد استخدم في العديد من المواقع في المستشفيات والعيادات الخارجية للطب النفسي والعقلي ومع أبناء الأطفال الذين لديهم اضطراب والمراهقين في المؤسسات الإصلاحية. ونموذجيا تتكون المجموعة من عدد قليل من الأشخاص (6-8) أشخاص في المجموعة يعد الأفضل، وهم من الذين تكون لديهم مشكلة. إن المعالج عادة ما يجلس في الخلف ويسمح لأعضاء المجموعة بتبادل التجارب والتعليق على سلوك الآخرين ومناقشة مشاكلهم الخاصة ومشاكل الأعضاء الآخرين في المجموعة. على أنه في بعض الجماعات يكون وجود المعالج فعال جدا كمثال في مجموعة جلسات أشخاص متحجري الفؤاد، الأشخاص الذين يكون لديهم ذات الشعور بالرهاب Phobias (مثل الخوف من الطيران أو القلق من الاختبارات) قد يضعوا سوية في مخطط ويكون وجود المعالج فعال جدا في جلسة للتدريب على المهارات الاجتماعية أو في مجموعة أشخاص خجولين أو الأشخاص الذين يفتقدون للثقة بذاتهم إذ ينم تدريبهم من قبل المعالج في سلسلة من أحداث أو مشاهد يؤدي فيها دورا. إن العلاج الجماعي له مزايا عديدة من العلاج الفردي، ففي العلاج الجماعي يستخدم المعالج طريقة كفاءة أكثر إذ أن معالج واحد يستطيع مساعدة أشخاص بنفس الوقت ويشعر الشخص بالراحة والإسناد عند معرفته أن أشخاص آخرين لديهم نفس المشاكل وربما أكثر تعقيدا منها. ويستطيع الشخص التعلم عبر ملاحظة سلوك الآخرين ويمكنه معرفة أوضاع واستجابات (ردود أفعال) عند تفاعله وتعامله مع مختلف الأشخاص وليس مع المعالج لوحده. وتكون المجموع عموما أكثر فعالية وتأثيرا عندما توفر للمشاركين فرص اكتساب قدرات اجتماعية جديدة عبر صياغة وممارسة هذه القابليات في مجموعة.

معظم المجاميع يقودها معالج متدرب على أن عدد وأنواع من المجاميع هي مساعدة للذات (Self-help) وان المجموعات التي تتكون بدون معالج محترف في ازدياد، فإن مجاميع مساعدة الذات هي تنظيمات تطوعية من الأشخاص الذين يلتقون بشكل منتظم لتبادل المعلومات ولمساندة جهود الآخرين في التغلب على المشاكل العامة. إن مجموعة مدمني الكحول Alcoholics Anonymous هي أكثر مثال معروف من مجاميع مساعدة الذات. وهناك مجموعة أخرى هي الاستشفاء recovery منظمة مفتوحة لمرضى عقليين سابقين، وهناك مجاميع أخرى تساعد الأشخاص في التغلب على مواقف الإجهاد (التوتر) المحددة مثل فقدان شخص بموته (فقدان الأب والأم أو الولد) والطلاق وفقدان احد الوالدين ويدرج في مجاميع مساعدة الذات.

وفيما يلي نموذج لهذا العلاج:

علاج العائلة والزوجين Marital and Family Therapy:

إن المشاكل في إيصال المشاعر والإيفاء بمتطلبات الذات والاستجابة المطلوبة لحاجات ومتطلبات الآخرين تصبح مشاكل معقدة في النطاق الحميمي للحياة الزوجية وحياة العائلة ويمكن اعتبار العلاج الزوجي والعلاج العائلي هي أنواع متخصصة من العلاج الجماعي وذلك كونه يتضمن معالجة أكثر من مراجع واحد والتركيز على العلاقات الخاصة الشخصية وان ازدياد نسبة الطلاق وازدياد عدد الأزواج الذين يطلبون المساعدة لمواجهة الصعوبات التي تتمحور حول علاقتهم قد أدت إلى توسيع مجال العلاج الزوجي أو علاج الأزواج، وأظهرت الدراسات أن العلاج المشترك لكلا الشريكين يكون أكثر فعالية في حل المشاكل الزوجية من العلاج الفردي للزوج أو الزوجة فقط. (Gurman &Knskem,1981)

هناك العديد من أساليب العلاج الزوجي لكن معظمها يركز على مساعدة الشركاء في إيصال مشاعرهم وعلى زيادة التفاهم وان يكون أكثر حساسية لحاجات الآخرين والعمل لإيجاد طرق أكثر فعالية في حل مشاكلهم. بعض من الأزواج يدخل الحياة الزوجية بتوقعات مختلفة جدا أو حتى غير منطقية حول دور الزوج والزوجة والتي تحدث اضطرابات في علاقتهما. يستطيع المعالج مساعدتهما على توضيح توقعاتهما وإيجاد تفاهم مشترك يتفق عليه أحيانا يتوصل الزوجان إلى اتفاقات سلوكية، فيوافقان على تغييرات سلوكية يرغب كل شخص القيام بها لغرض إيجاد علاقة مقنعة أكثر وتحديد الثواب والعقاب (المكافئة والجزاء) التي يستطيع احدهما استخدامها مع الآخر لضمان حدوث تغييرات السلوكية.

إن العلاج العائلي يتداخل مع العلاج الزوجي لكنه غالبا ماله أصل مختلف. إذ أنه يتطور كاستجابة لمعرفة أن العديد من الأشخاص الذين تحسّنوا في العلاج الفردي عندما كانوا بعيدين عن عوائلهم.

غالبا في المعاهد (أناس ينتكسون وتدهور حالتهم) عندما يعودون إلى منازلهم. وأصبح من الواضح أن العديد من هؤلاء الأشخاص ينتمون لعوامل مضطربة والتي تحتاج إلى تعديل أنفسهم. إذا كان يريد الشخص الذي تحسنت حالته أن يحافظ على تحسّن حالته.

عندما يكون الشخص الذي لديه مشاكل نفسية وهو طفل، فمن المهم جدا أن يتم معالجة العائلة لأن الأطفال يعتمدون كليا على عوائلهم. وان الافتراض المنطقي الأساسي في علاج العائلة هو أن المشكلة التي يظهرها المريض هي محور أو علامة تدل على أن هناك اضطراب في العائلة بأكملها وان نظام العائلة لا يؤدي بصورة صحيحة. إن الصعوبة قد تكمن في قلة التواصل أو أحاديث بين أفراد العائلة أو أن هناك تألف بين أعضاء العائلة واستبعاد آخرين منها، وكمثال فإن

الأم التي تكون علاقتها مع زوجها غير مرضية وغير جيدة، قد تركز اهتمامها ورعايتها لأبنها وكنتيجة فإن الزوج والابنة يشعرون بالإهمال والابن يشعر بالانزعاج من سلوك والدته ويشعر بامتعاض من والده وشقيقته نحوه وهذا يؤدي إلى ازدياد مشاكله في المدرسة، بينما قد تكون صعوبات الابن في المدرسة سببا لجذب الاهتمام، فقد يكون هذا احد الأعراض لوجود مشكلة عائلية أساسية تحتاج إلى علاج العائلة. فإن العائلة تلتقي بشكل منظم مع معالج أو معالجين (2) (عادة ما يكون ذكر وأنثى) وان المعالج بينما يراقب التفاعلات بين أفراد العائلة يحاول مساعدة كل فرد على إدراك الطريقة التي يتعامل بها مع الأفراد الآخرين في العائلة وكيف يكون رد فعله أو رد فعلها سببا في مشاكل العائلة. أحيانا تستخدم تسجيلات فيديو تعرض على العائلة لجعل أفراد العائلة مدركين للطريقة التي يتعامل بها احدهم مع آخرين وأحيانا قد يزور المعالج العائلة في المنزل لمراقبة وملاحظة الصراعات والعبارات الشفهية المتداولة كما تحدث في مكانها الطبيعي، وعادة ما يصبح من الواضح أن السلوك الذي يسبب المشاكل عادة ما يعززه استجابات أعضاء العائلة. كمثال فإن المزاج المتعكر لطفل صغير أو مشكلة الطعام لدى المراهق قد يزيده الاهتمام الذي يثيره لدى الوالدين.

يستطيع المعالج تعليم الوالدين مراقبة سلوكها وسلوك الطفل لتحديد كيف تكون استجاباتها لتشجيع وتعزيز السلوك الذي يظهر المشكلة وعندما يستطيعون فعل سلوك مناقض له. يتضمن احد التطبيقات المهمة في العلاج العائلي تعليم الأشخاص المصابين بالشيذوفرنيا إلى التوصل بطريقة أكثر ايجابية وأكثر وضوحا مع احدهما الآخر. (Goldstein، 1987)

تظهر الشيذوفرنيا في العوائل التي يكون فيها العنف والصراعات بطريقة مؤذية. وفي العوائل التي يكون فيها تدخل الأفراد في حياة احدهما الاخر مبالغ

فيه عندما تتدهور حالة المصاب وتنتكس بالشيذوفرنيا بعد شفاءه أقل بكثير من حالات الشيذوفرنيا التي تعالج في العوائل التي تكون فيها الصراعات والعنف يظهر بطريقة أكثر هدوءاً وفي العوائل التي يحترم الأفراد فيها استقلالية الآخر إن برامج التدريب التي تعزز قدرة العوائل على التعبير عن عاطفة سلبية أو تفاعلات ايجابية يمكن ان تقلل نسبة الانتكاس أو التدهور بين الأشخاص المصابين بالشيذوفرنيا.

فاعلية أو تأثير العلاج النفسي Effectiveness of Psychotherapy :

هل أن العلاج النفسي له تأثير ؟ وما هي الطرق المفضل استخدامها ؟ هذه الأسئلة ليست سهلة الإجابة عنها. إن الأبحاث حول تأثير العلاج النفسي لوجود صعوبات أساسية. كيف يمكن أن نقرر إذا كان الشخص قد تحسن ؟ ما هي المقاييس التي تعتمد عليها لمعرفة هذا التحسن ؟ كيف نعلم ما الذي سبب هذا التغير ؟

تقنية العلاج النفسي Evaluating Psychotherapy :

إن تقييم العلاج النفسي مهمة صعبة لوجود العديد من العوامل التي يجب الأخذ بها، كمثال، بعض الأشخاص الذين لديهم مشاكل نفسية يتحسنون بدون أي معالجة متخصصة وهذه الظاهرة تدعى بالشفاء التلقائي. إن بعض الاضطرابات العقلية تشفى من تلقاء ذاتها ببساطة وبمرور الوقت، لكن عادة ما يكون التحسن الذي يحدث بغياب المعالجة لا يكون تلقائياً بل أنه نتيجة لأحداث خارجية عادة كمتغيرات في ظروف حياة الشخص أو بوجود مساعدة من شخص آخر.

إن معظم الأشخاص المصابين باضطراب عاطفي والذين لا يريدون مساعدة

متخصصة، لديهم القدرة على التحسن والشفاء بمساعدة أشخاص غير متخصصين مثل صديق أو معلم أو رجل دين. فعندها هذا الشفاء لا يعتبر الشفاء التلقائي، لكن نظرا لهذا التحسن لا يعزى لوجود معالج نفسي فهذا التحسن يدرج في نطاق الشفاء التلقائي والذي تراوح نسبته بين 30-60% استنادا إلى دراسة الاضطراب المحدد (Bergin Lambert, 1978) أو لإدخال هذه النسبة من الأشخاص الذين تحسنوا بالمعالجة فإن أي تقييم للعلاج النفسي يجب أن يقارن بين المجموعة التي تمت معالجتها من معالج متخصص مع مجموعة لم تعالج من معالج متخصص. ويمكن اعتبار العلاج النفسي فعال وذو تأثير إذا كان تحسن المراجع بعد العلاج أفضل من التحسن الذي يحدث بدون علاج في ذات المدة.

إن الأشخاص في المجموعة المحددة والتي على قائمة الانتظار يتم إجراء لقاء معهم في بداية الدراسة لجمع معلومات أساسية لكن لا يتلقون علاجا حتى انتهاء الدراسة، لكن لسوء الحظ أن طول مدة الدراسة (والوقت عامل مهم في قياس التحسن وخاصة في المعالجات المرئية) فإن من الصعوبة إبقاء الأشخاص على قائمة الانتظار.

والمشكلة الأساسية الأخرى في تقييم العلاج النفسي هي قياس النتائج. كيف يمكننا أن نقرر أن كل شخص قد ساعده العلاج؟ لا نستطيع دائما الاعتماد على تقييم الشخص لذاته. إذ أن بعض الأشخاص يذكرون أنهم يشعرون بالتحسن فقط لإرضاء المعالج أو لإقناع أنفسهم أن أموالهم لم تذهب سدى. وان تقييم المعالج للعلاج بأنه ناجح لا يمكن اعتباره موضوعيا دائما بل أن المعالج له فائدة في الافتراض بأن المراجع أصبح أفضل وأحيانا تكون التغيرات التي لاحظها المراجع خلال جلسة العلاج لا تحدث في ظروف الحياة الواقعية. لذا يجب أن يتضمن تقييم التحسين ما لا يقل عن ثلاث قياسات مستقلة: تقييم المراجع

للتحسن، وتقييم المعالج، وتقييم طرف ثالث مثل أفراد العائلة والأصدقاء أو الطبيب الذي لم يشارك في العلاج.

وبالرغم من هذه المشاكل فإن الباحثين استطاعوا إجراء العديد من الدراسات لتقييم العلاج النفسي. وبدلاً من مناقشة دراسة فردية سوف ندرس التقييم الأساسي الذي يحاول الإجابة على مسألة فاعلية العلاج النفسي.

حدد الباحثون 475 دراسة منشورة والتي قارنت ما لا يقل عن مجموعة علاجية واحدة مع مجموعة مختارة لم يتم علاجها من اختصاصهما. وباستخدام طريقة حسابية معقدة وتدعى (بالتحليل) (meta). فلقد حددوا أهمية التأثير بكل دراسة بمقارنة معدل التغير الذي يحدث أثناء المعالجة وباستخدام مقاييس (مثل تقدير الذات، والقلق وما حققه في العمل والدراسة) مع معدل التغير الذي يحدث للمجموعة المختارة وباستخدام ذات المقاييس. لقد استنتجوا أن الأشخاص الذين يتلقون معالجة أفضل من الأشخاص الذين شفوا بدون تلقي المعالجة. وإن معدل المرضى الذين يتلقون العلاج النفسي اظهروا تحسناً أفضل من 80٪ من مرضى المجموعة المختارة والتي لم يتم معالجتها. (Smith, Glass & Miller, 1980)

أظهر الاستعراض التالي والذي حلل نماذج دراسات نتائج مقارنة (Shapiro & Shapiro, 1982). عندما ندرس معادلات التحسن كوظيفة لعدد من جلسات العلاج ومن الواضح أن المجاميع التي تمت من قبل معالج أظهرت نسبة من التغير أعلى من تقديرات الشفاء التلقائي. وعبر ثماني جلسات علاج فإن ما يقارب 50٪ من المرضى اظهروا تحسناً مقاساً و 75٪ اظهروا تحسناً بعد مرور أشهر من جلسات علاج نفسي أسبوعية مقارنة العلاج النفسي أو العلاج النفسي المقارن.

إن العلاج النفسي ينتج عن تحسن اكبر من التحسن بدون معالجة، لكن هل طرق العلاج المختلفة لها ذات الفاعلية؟ إن العديد من استعراض الدراسات قد قلل الدراسات التي خللت فيها نتائج علاجات نفسية مختلفة.

إن نتيجة معظم استعراض الدراسات إن هناك قليل من الاختلاف في الفاعلية بين مختلف العلاجات. كيف يمكن أن تكون العلاجات التي تستخدم طرق مختلفة ينتج عنها نتائج متماثلة إذ اقترح العديد من التفسيرات وسوف نذكر تفسيرات فقط.

ربما تكون الطرق العلاجية محددة الفعالية لمشاكل واضطرابات معينة، لكن هذه الطرق العلاجية تكون غالبا غير فعالة لمشاكل واضطرابات أخرى. عندما تستخدم طرق علاجية محددة لمعالجة أنواع متعددة من الاضطرابات فهي قد تساعد بعض الحالات ولكن ليس كل الحالات وهكذا فإن توزيع النتائج على الحالات قد يخفي الأهمية الخاصة لعلاج معين. نحن نحتاج إلى معرفة علاج هو فعال للمشكلة المحددة.

السبب الآخر هو كون العلاجات النفسية المختلفة قد تكون ذات فاعلية في مساعدة المراجع، وهو أن طرق العلاج النفسي لها ذات الخصائص والتي قد تكون خصائص مشتركة عوضا عن تقنيات علاجية محددة يتم تطبيقها والتي تعزز النتائج الايجابية.

الطرق المعتادة في العلاجات النفسية

Common Factors in Psychotherapies

إحدى المدارس العلاجية تركز على العلاج المرئي ومدرسة أخرى على الإسناد ومدرسة أخرى على العمليات المعرفية. وربما قد تكون هذه المتغيرات غير

حاسمة فهناك خصائص أخرى قد تكون مشتركة في معظم العلاجات النفسية ولكي تنال اهتمام قليل عندما يكتب حولها المعالجين وعن عملهم رغم أن هذه الخصائص قد تكون أكثر أهمية، ومن هذه الطرق:

1- العلاقة الخاصة الشخصية من المودة والاحترام:

بغض النظر عن نوع العلاج المقدم، ففي العلاقة العلاجية الجيدة التي تكون بين المراجع والمعالج احترام متبادل ومودة بين احدهما الآخر. فإن المراجع يجب أن يعتقد أن المعالج يفهم ويقدر مشاكله، وبالرغم من أن العلاج السلوكي يشبه بالطريقة اللاشخصية عندما يوصف في كتاب وإشارات الدراسات إلى أن العلاج السلوكي التجريبي والذي يظهر تعاطف وعمق المشاركة الشخصية الداخلية، يشبه وسيلة تحليل نفسي التجريبي، فإن المعالج الذي يفهم مشاكلنا ويعتقد أننا نستطيع حلها يكسب ثقتنا والذي يزيد من إحساس الثقة لدينا وقدرتنا على النجاح.

2- إعادة الطمأنينة والإسناد Reassurance and Support:

إن مشاكلنا عادة ما تبدو لنا لا يمكن تذليلها وأنها استثنائية، وإن مناقشة مشاكلنا مع خبير والذي يتلقى صعوباتنا على أنها ليست استثنائية ونخبرنا بان هذه الصعوبات يمكن أن نحلها هذا بعد إعادة الطمأنينة. إن وجود شخص ما يساعدنا على حل مشاكلنا التي لا نستطيع حلها بمفردنا ويقدم لنا أيضا إحساس الإسناد والشعور بالأمل. وفي الحقيقة أن معظم المعالجين الناجحين بغض النظر عن طريقتهم في العلاج النفسي هم الذين يوفرون المساعدة وعلاقة مساندة مع مراجعيهم. (Luborsky extal,1985)

3- إزالة الحساسية Desensitization:

لقد تكلمنا سابقاً عن إزالة الحساسية، إن التقنيات المحددة من العلاج السلوكي تهدف إلى مساعدة الأشخاص على التغلب على خوفهم من أشياء أو مواقف معينة ولكن أنواع متعددة من العلاج النفسي يمكن أن تشجع على نطاق أوسع من إزالة الحساسية. فعندما نناقش أحداث أو عواطف تثير لدينا القلق في جلسة علاج، فعندها تفقد تدريجياً خاصية التهديد فيها.

إن المشاكل التي تجعلنا نشعر بالكآبة عندما نكون بمفردنا يمكن أن تصبح مبالغ بها. وإن تقاسم المشاكل مع شخص آخر عادة ما يجعل المشاكل تبدو أقل جيدة. وإن عدد الفرضيات يمكن أن تفسر كيفية حدوث إزالة الحساسية في العلاج النفسي. كمثل تقييم الموقف بطريقة أكثر واقعية. ومن وجهة نظر نظرية التعلم فإن تكرار مناقشة التجارب المؤلمة في أمان موقع العلاج (إذ لا يوجد عقاب) يمكن أن ينهي القلق المرتبط بهذه التجارب. ومهما تكن العملية فإن إزالة الحساسية يمكن أن تكون خاصية مشتركة لأنواع متعددة من العلاج النفسي.

4- تعزيز استجابات التكيف Reinforcement of Adaptive Responses:

يستخدم معالجي السلوك التعزيز كوسيلة لزيادة الحالات والأفعال الإيجابية. ولكن أي معالج يضع المراجع فيه يكون كعامل دعم (وتعزيز). أي أنه يميل إلى التعبير عن موافقته عن السلوكيات والأوضاع ويكون له رأي يفضي إلى توافق أفضل وإهمال أو إظهار عدم الموافقة عن الاستجابات والأوضاع المرضية (سوء التكيف) وإن استجابات الدعم تعتمد على وسائل المعالج وأهداف العلاج. إن استخدام الدعم قد يكون مقصود وقد يكون غير مقصود في بعض الحالات. وقد يكون المعالج لا يعلم إن كان يقدم الدعم للمراجع أو أنه فشل في تقديم الدعم

لسلوك معين للمراجع، كمثال فإن العلاج المرتكز على المراجع يعتقد في ترك المعالج ويقرر ما الذي يناقشه خلال جلسة العلاج ولا يؤثر على مجرى حديث المراجع. على أن الدعم قد يكون بأسلوب تعامل رقيق أو ابتساماً أو بإشارة من الرأس أو كلمة بسيطة والتي تأتي بعد عبارة معينة يذكرها المراجع تزيد من احتمالية شفاؤه، إذ أن هدف كل العلاجات النفسية هو أحداث تغير في سلوكيات المراجع وأوضاعه، لذا يجب إدخال بعض أنواع التعليم في العلاج وان المعالج يحتاج إلى إدراك دوره في التأثير على المراجع باستخدام وسائل الدعم ويجب ان يستخدم هذه المعرفة بوعي ليسهل أحداث التغيرات المطلوبة.

5- التفهم أو الرؤية Understanding or Insight:

إن جميع العلاجات النفسية التي شرحناها سابقاً توفر للمراجع تفسير للصعوبات التي يعانها. كيف بدأت؟ ولماذا استمرت؟ وكيف يمكن تغييرها؟ بالنسبة للأشخاص في علم النفس التحليلي، فإن هذا التفسير قد يأخذ شكل فهم تدريجي لمخاوف الطفولة المكبوتة والطريقة التي تساهم فيها مشاعر اللاوعي في المشاكل الحالية. إن المعالج السلوكي قد يخبر المراجع أن مخاوفه الحالية هي نتيجة لظروف سابقة ويمكن التغلب عليها عبر معرفة الاستجابات التي لا تتواءم مع الظروف الحالية. وان المراجع يرى أن معالج السلوك المعرفي قد يخبره أن صعوباته قد تنأت من معتقدات لا عقلية وهي ان الشخص يجب أن يكون متميزاً أو يجب أن يكون محبوباً من الجميع. كيف يمكن أن تكون فروقات كهذه ينتج عنها ذات النتائج الايجابية؟ ربما تكون الطبيعة الدقيقة الرؤيا Insight والفهم عن سلوكه ومشاعره والتي يجد أنها محيطة جداً، وإظهار مجموعة فعاليات (مثل إلغاء الارتباطات وتدريبات الاسترخاء) والتي يعتقد أن كل من المراجع والمعالج أنها تقضي على الإحباط (والكآبة).

عندما يختبر شخص أعراض الاضطراب ويكون غير متأكد من أسباب الاضطراب ومدى خطورته عندها سيشعر المراجع بالطمأنينة وعندما يستشير اختصاصي والذي يبدو (أنه يعلم ما هي المشكلة ويقدم الوسائل لمعالجتها. وان معرفة التغير المحتمل يعطي أمل للشخص والأمل عامل مهم في تسهيل التغير).

إن مناقشة العوامل الأساسية المشتركة في العلاجات النفسية لا يمكن إنكار أهميتها في بعض طرق العلاج المحددة. ربما أن المعالج الأكثر فعالية هو الشخص الذي يعلم أهمية العوامل الأساسية التي يستخدمها بأسلوب منظم لكل المرضى والذي أيضا يختار طرق خاصة (محددة) تلائم كل حالة منفردة.

العلاجات البيولوجية Biological Therapies:

تفترض الطريقة البيولوجية حول السلوك الشاذ abnormal behavior الاضطرابات العقلية تشبه الأمراض الجسدية في أنها تحدث بسبب خلل وظيفي كيميائي أحيائي أو وظيفي في الدماغ. العديد من النظريات البيولوجية تشير إليها في مناقشة أسباب مرض الشيزوفرينيا Schizophrenia واضطرابات المزاج وان العلاجات البيولوجية تتضمن استخدام العقاقير الكهربائية عند التشنج.

(1) عقاقير العلاج النفسي Psychotherapeutic Drugs:

إن من انجح العلاجات البيولوجية هو استخدام العقاقير لتحسين المزاج والسلوك. وان اكتشاف العقاقير في بداية الخمسينيات والذي عالج بعض أعراض الشيزوفرينيا مثل ثورة في معالجة الأشخاص الشديدي الاضطراب وان المرضى الشديدي التهيج لا يمكن السيطرة عليهم جسديا باستخدام سترة المجانين والمرضى الذين يقضون فترة طويلة من حياتهم وهم مصابين بالهلوسة ويظهرون سلوك شاذ، فيصبحون عن طريق استخدام العقاقير أكثر استجابة وفاعلية،

وكتيجة فإن الأشخاص المصابين بمرض نفسي عقلي والذين يرقدون في المصححات أصبحوا أكثر طاعة وسهلي الانقياد ويكون تهدئة المرضى أسرع. وبعد سنين قليلة تم اكتشاف العقاقير التي تخفف الكآبة الشديدة ولها تأثير مفيد على إدارة المشفى وعلى السكان، إذ لوحظ تناقص أعداد المرضى في المصححات العقلية بعد ادخال عقاقير لمعالجة الكآبة، وفي نفس الوقت تقريبا فقد كان يتم تطوير العقاقير التي تخفف الشعور بالقلق.

أولا: عقاقير معالجة القلق (مضاد الذهان) Ant anxiety Drugs:

إن معظم العقاقير تعود إلى سلسلة تدعى (Diazepam) والتي تعرف بالمهدئات وتسوق بأسماء تجارية مثل الفاليوم (Diazepam) Valium وليبريوم Librium (Cholr diazepoxide) واكنساكس (Alprazolam) xanax، ان عقاقير معالجة القلق تقلل التوتر وتسبب الخمول والنعاس، كما هو الحال في الكحول والبريبوريت (barbiturates) ويستخدم كمهدأ ومنوم يقلل من عمل الجهاز العصبي المركزي.

إن طبيب العائلة عادة ما يصف المهدئات لمساعدة الأشخاص في التغلب على مشاكلهم وصعوباتهم أثناء الفترات الصعبة في حياتهم. وهذه العقاقير تستخدم أيضا لمعالجة الاضطرابات وعند الانسحاب من تناول الكحول وكذلك تستخدم لمعالجة الاضطرابات التي ترتبط بالكآبة (الضغوطات) كمثال فإن العقاقير المضادة للقلق قد تدمج مع إزالة الحساسية desenzation عند معالجة الفوبيا phobia لمساعدة الأشخاص على الاسترخاء عند مواجهة موقف مثير للخوف، وبالرغم من أن المهدئات قد تكون مفيدة في وقت قصير فإن الفوائد لا تزال موضع نقاش وان الأدوية كهذه قد توصف بجراجات مكثفة ويساء استخدامها وإلى وقت بعيد (قبل أن تصبح بعض مخاطر هذه العقاقير معروفة) فإن الفاليوم والبيريوم كانا من

أكثر العقاقير التي يتم وصفها، وان مخاطر الاستخدام المفرط للمهدئات عديدة تعتمد على أن حبة الدواء التي تقلل القلق قد تحرم الشخص من اكتشاف سبب القلق وتحرمه من تعلم أساليب أكثر فعالية للتغلب على التوتر، والأكثر أهمية هو أن الاستخدام الطويل الأمد للمهدئات يمكن أن يؤدي إلى الإدمان الجسدي (على تناول المهدئات) وبالرغم من أن المهدئات هي ليست مسببة للإدمان مثل بارتويت، فإن القدرة على المقاومة يمكن أن تزداد مع الاستخدام المتكرر واختبار أعراض الانسحاب الشديد إذا لم يستمر تناول العقاقير، بالإضافة إلى أن المهدئات تضعف التركيز بضمنها قيادة المركبات ويمكن أن تسبب الوفاة عند تناول الكحول معها.

في السنين الأخيرة فقد اكتشف الباحثين أن هناك عقاقير معينة والتي كانت تعد أدوية لمعالجة الكآبة تقلل أيضا من أعراض القلق، وهذا صحيح لمناعات سريان السيروتونين المهبطة Serotonin reuptake Inhibitors. هذه العقاقير قد تخفف القلق والكآبة لأنها تؤثر على الاضطرابات الكيميائية البيولوجية والتي تكون مسؤولة عن القلق والكآبة.

ثانيا: العقاقير المضادة للذهان Ant psychotic Drugs:

إن معظم العقاقير المضادة للذهان والتي تقلل أعراض الشيزوفرنيا Schizophrenia تعود إلى سلسلة أو عائلة تدعى Phenothiazines مثل ثوارزين thorazine (كلوربرومايزين Chlorpromazine) وبرولكسلي Prolixin وهذه العقاقير كانت تدعى بالمهدئات الرئيسية major tranquilizers لكن هذا المصطلح غير صحيح لأنها تؤثر على الجهاز العصبي nervous system كما يؤثر عليه بارتيتوريت Barbiturates أو عقاقير معالجة القلق. وهي قد تسبب بعض الخمول والنعاس

لكن لا يكون نوما عميقا حتى في الجرعات المكثفة (إذ أن الشخص يمكن إيقافه بسهولة) وهي أيضا قلما تحدث شعورا بالسرور أو مشاعر المرح والتي تصاحب الجرعات القليلة من العقاقير المعالجة للقلق. وفي الحقيقة فإن التأثيرات النفسية للعقاقير المضادة للذهان عندما تعطى لأشخاص طبيعيين تكون عادة عدم الشعور بالسرور. لذا فإن العقاقير قد يساء استخدامها.

إن الشيزوفرينيا سببها إفراط فاعلية الناقل العصبي الدوبامين dopamine لذا فإن العقاقير المضادة للذهان تعرقل مستلمات الدوبامين dopamine لان جزيئات العقار تشبه في تركيبها جزيئات الدوبامين وهو يرتبط مع الفجوة العصبية postsynaptic لأعصاب الدوبامين وهكذا يعرقل مرور الدوبامين إلى مستقبلاته، والعقار بحد ذاته لا يحفز المستلمات وان نقطة التشابك العصبي المفردة لها عدة جزيئات مستقبلية تتم عرقلة كل هذه الجزيئات، عندها فإن الانتقال عبر نقطة التشابك العصبي سيفشل. إذا تم عرقلة بعض الجزيئات فقط فإن الانتقال سيضعف وان القدرة العلاجية لعقار معالجة الذهان ترتبط مباشرة بقدرتها في التغلب على مستقبلات الدوبامين.

إن الخلايا العصبية التي توجد فيها مستقبلات الدوبامين تتركز في النظام الشبكي reticular system والجهاز الحافي limbic system والهايبوثلاموس hypothalamus. إن النظام الشبكي reticular system يرشح أو ينتقي انسيابية الرسائل من الأعضاء الحسية إلى قشرة المخ cerebral cortex ويسيطر على حالة الاستثارة لدى الشخص وان الجهاز الحافي limbic system والهايبوثلاموس hypothalamus لها أهمية في تنظيم العاطفة وان تعديل الفاعلية العصبية في هذه المناطق قد يكون بسبب تأثيرات التنشيط لعقاقير مضادات الذهان. وبالرغم من أنه ليس لدينا أي فكرة عن العمليات التي تؤدي إلى هذا التنشيط.

إن عقاقير معالجة الذهان تكون فعالة في تخفيف الهلوسة hallucinations والاضطراب في نوبة شيزوفرينيا حادة، وكذلك تكون فعالة في تجديد العمليات المعرفية العقلية هذا العقار لا يشفي الشيزوفرينيا، ومعظم المرضى يجب أن يستمروا في تلقي جرعات متواصلة بعد الخروج من المصحة، وان معظم أعراض الشيزوفرينيا، كالتبدل العاطفي، الانعزالية، الصعوبة في التركيز ومع هذا فإن أدوية معالجة الذهان تقلل الوقت الذي يقضيه المريض في المصحة وتمنع انتكاسه، ان الدراسات التي أجريت على المصابين بالشيزوفرينيا الذين يعالجون بالفنوثارين هي نصف نسبة الانتكاس بين مرضى الشيزوفرينيا الذين يعالجون بالمهدئات.

لسوء الحظ لا تساعد أدوية معالجة الذهان جميع مرضى الشيزوفرينيا بالإضافة إلى أن العقار له تأثير جانبي سيء (جفاف الفم وتشوش الرؤية وصعوبة التركيز وأحيانا أعراض عصبية تجعل العديد من المرضى يتوقفون عن تناول العلاج) وعند تناول العلاج لفترة طويلة تظهر آثار جانبية أكثر خطورة (كانخفاض ضغط الدم واضطراب عقلي والتي تكون عبارة عن حركات لا إرادية للفم والذقن) ويستمر الباحثون في البحث عن عقاقير تقضي على أعراض الشيزوفرينيا وتكون آثارها جانبية أقل.

ثالثا: عقاقير معالجة الكآبة Antidepressant Drugs:

إن أدوية معالجة الكآبة تساعد على إنعاش وتنشيط مزاج الأشخاص المكتئبين وهذه الأدوية تنشط بدلا من ان تهدأ، وذلك بزيادة فاعلية الناقلين العصبيين (نورابنغرين والسيروتونين) (Serotonin and norepinephrine) والتي تكون خاملة في بعض حالات الكآبة، إذ تعمل عقاقير معالجة الكآبة بطرق مختلفة

لزيادة مستويات الناقلات العصبية، وان معرقلات ثاني أحادي أوكسيد الأمين (MAO) المثبطة مثل نارديل والبارانيت (Nardil and Pamate) تعرقل فعالية الانزيم الذي يستطيع تحطيم كل من النورابنغرين والسيروتونين (Serotonine and norepinephrine) وعندها تزيد من تركيز هذين الناقلين العصبيين في الدماغ. إن ثلاثية مضادات الكآبة مثلا توفرانيل والفرييل Torfranil and Elavil تمنع استرجاع السيروتونين والنورابنغرين وهنا تزيد من مدة عمل الناقلات العصبية (إعادة أخذ reuptake وهي عملية يكون فيها الناقل العصبي يجري إلى أطراف العصب لكي يطرحها)، كلا النوعين من العقار اثبتا فعاليتها في شفاء أنواع معينة من الكآبة والتي تحدث بسبب عوامل بايولوجية عوضا عن عوامل بيئية، على أنه كما هي العقاقير المضادة للذهان، فإن العقاقير المضادة للكآبة قد ينتج عنها مفعول جانبي غير مرغوب. وان أكثر هذه الآثار الجانبية شيوعا هي جفاف الفم وتشوش الرؤيا والإمساك والاحتباس البلولي وقد تسبب انخفاض شديد في ضغط الدم وتغير في دقات القلب والتوتر.

إن ثلاثية مضادات الكآبة يمكن أن تكون قاتلة إذا أخذت جرعات إضافية منها والتي تشكل مصدر قلق عندما يكون المريض المصاب بالكآبة انتحاري، إن معوقات MAO يمكن أن تتفاعل مع أطعمة معينة بضمنها الجبن والشيكولاتة والنبذ الأحمر والتي ينتج عنها مشاكل قلبية خطيرة.

إن العقاقير المضادة للاكتئاب لا تعتبر محفزة مثل الامفيتامين Amphetamines فهي لا تعطي شعورا بالنشوة وزيادة الطاقة وفي الحقيقة قد يخضع المريض للعلاج بالعقاقير عدة أسابيع قبل أن يلاحظ حدوث تغير في المزاج وهذا احد أسباب كون العلاج بالصدمة الكهربائية والذي يظهر تأثير أسرع أحيانا فهو العلاج الأفضل لمرضى شديدي الكآبة والأشخاص الذين لديهم ميل للانتحار، ويركز

البحث على الدواء الأكثر فعالية والذي له آثار جانبية أقل ويكون تأثيره أسرع من العقاقير الثلاثية لمعالجة الكآبة ومعرفات MAO في السنوات الاخيرة الماضية، وكتنتيجة عقاقير جديدة تظهر في الأسواق يوميا ومن بين العقاقير الجديدة (عقار يدعى معرفات السيروتونين) Serotomine Reuptake Inhabitors وهو احد العقاقير التي تزيد مستويات السيروتونين عبر اعادة اخذ reuptake بدون التأثير على النورابنغرين مثلا (Sproline (Zsoloff) (Anafranil) Clmipomine (Prozac) Fluoxetine وهذه العقاقير بالإضافة إلى أنها تشفي من الكآبة، فقد برهن أيضا على فاعليتها في معالجة اضطرابات الوسواس القهرية obsessive-compulsive (تسلط فكرة أو شعور ما على شخص تسلطا مقلقا غير سوي) واضطرابات الهلع Panic disorders وهي تحدث آثار جانبية أقل من أدوية أخرى لمعالجة الكآبة. وبالرغم من أنها تحدث بعض الآثار الجانبية مثل الغثيان مع رجفة الجماع والإسهال والصداع.

الليثيوم lithium هو عقار قد اثبت نجاحه في معالجة الاضطرابات الثنائية، فهو يقلل اضطرابات المزاج الشديدة ويعيد الشخص إلى الحالة الطبيعية من التوازن العاطفي. بالرغم من أن فاعلية هذا العقار قد عرفت لأكثر من 40 عاما فإن الباحثين قد اكتشفوا أخيرا فاعليته على ناقلات عصبية محددة neurotransmitters والتي تعطي هذا التأثير الطبيعي.

إن العلاج بالعقاقير يقلل شدة بعض انواع الاضطرابات العقلية mental disorders وان العديد من الأشخاص الذين يتطلب معالجتهم البقاء في المصحة ومن ناحية أخرى فإن هناك محددات لتطبيق العلاج بالعقاقير العلاجية ينتج عن استخدامها آثار جانبية غير مرغوبة، وان العديد من الأشخاص الذين لديهم مشاكل باستخدام الدواء والنساء الحوامل أو المرضعات عادة لا يمكن إعطائهم

عقاقير معالجة الذهان بالإضافة إلى ان العديد من علماء النفس يشعرون بان هذه العقاقير تقلل أعراض المرض بدون جعل المريض يواجه مشاكله الشخصية والتي قد تكون سببا للاضطرابات أو المشاكل التي يحدثها الاضطراب (مثل المشاكل الزوجية بسبب سلوكيات الشخص المهلوس). عندما توصف العقاقير العلاجية فإن عادة ما يتطلب مساعدة المعالجة النفسية.

(2) العلاج بالصدمة الكهربائية Electro convulsive Therapy:

إن العلاج بالصدمة الكهربائية (ECT) والذي يعرف بالصدمة الكهربائية فيتم عن طريق استخدام تيار كهربائي معتدل نحو الدماغ لإحداث نوبة مرضية تشبه صدمة الصرع وان العلاج بالصدمة الكهربائية هو علاج شائع بين 1940-1960 قبل أن تصبح عقاقير معالجة الكآبة والذهان في متناول اليد واليوم تستخدم الصدمة الكهربائية بشكل أساسي في حالات الكآبة الشديدة عندما يفشل المريض الاستجابة لعلاج العقاقير.

وإن العلاج بالصدمة الكهربائية كان يثير القلق بين العامة لعدة أسباب. فهو كان يستخدم بدون تمييز في المستشفيات العقلية لمعالجة الاضطرابات مثل تناول الكحول والشيذوفرنيا والتي لا ينتج عن استخدام العلاج بالصدمة الكهربائية أي نتائج فعالة قبل ظهور الطرق الأكثر دقة. فإن العلاج بالصدمة الكهربائية كانت تجربة مخيفة للمرضى الذين كانوا عادة مستيقظين إلا وقت الصدمة الكهربائية التي تثير النوبة المرضية وتسبب إدراك لحظي، فإن المرضى عادة ما يعانون من الاضطراب وفقدان الذاكرة، وأحيانا شدة التقلص العضلي الذي يصاحب الجلطة الدماغية ينتج عنه جروح جسدية.

واليوم فإن العلاج بالصدمة الكهربائية يكون أقل ضررا إذ أن المريض يعطى

له مخدرا (يعمل لفترة قليلة) ويحقن بعدها بمهدئ للعضلات. وباختصار فإن التيار الكهربائي ضعيف جدا يوجه نحو الدماغ نحو الصدغ في جانب نصف كرة الدماغ الغير مسيطر ويوجه أقل تيار كهربائي مطلوب لأحداث نوبة دماغية، إذ أن النوبة تكون علاجية. وليس التيار الكهربائي يمنع مهدئ العضلات من حدوث تشنج عضلي لعضلات الجسم وحدث أي جرح محتمل يستيقظ الشخص في غضون عدة دقائق ولا يتذكر شيئا عن العلاج وتستخدم هذه الطريقة في العلاج من 4-6 مرات لفترة عدة أسابيع.

إن من أكثر الآثار الجانبية المقلقة لعلاج الصدمة الكهربائية هو فقدان الذاكرة إذ أن المرضى لا يستطيعون تذكر الأحداث التي حدثت قبل 6 أشهر قبل الصدمة الكهربائية. وكذلك فقدان القدرة على تذكر معلومات جديدة بعد شهر أو اثنين بعد المعالجة. على أنه عند استخدام صدمات منخفضة جدا من الكهربائية (كمية التيار الكهربائي المستخدم يقاس بدقة لكل مريض والمطلوبة لإحداث نوبة مرضية) وتوجيه التيار الكهربائي نحو الجزء الغير مسيطر من الدماغ فقط سيجعل من مشاكل الذاكرة أقل حدوثا. (Sackelm & Malitz, 1985)، لا احد يعلم كيف أن التيار الكهربائي يثير نوبات التي تشفى من الكآبة أن النوبات الدماغية تسبب تحرر عدد من الناقلات العصبية.

إن النقص في هذه الناقلات العصبية عامل مهم في بعض حالات الكآبة أن الباحثين حاليا يحاولون تحديد التشابه والاختلاف بين العلاج بالتيار الكهربائي والعلاج بالعقاقير المضادة للكآبة وذلك بمعرفة الطريقة التي تؤثر فيها كل حالة علاج بالناقلات العصبية. وكيف تعمل هذه الناقلات العصبية. إن العلاج بالتيار الكهربائي فعال في شفاء الأشخاص من الكآبة الشديدة والمستمرة ويعمل بطريقة أسرع من العلاج بالعقاقير. (Janicack et al, 1985)

The effect of culture and Gender on Therapy

في كل سنة يدخل 3 مليون شخص في الولايات المتحدة إلى المصحة للاضطرابات العقلية وأن الأمريكيان والأفارقة والأمريكان الأصليين هم الأكثر احتمالية من الأمريكيان البيض لدخول المشفى والبقاء فيه في مصحات العقلية. (1990، Cheung، Snoeden).

إن الأمريكيان الآسيويين هم الأقل احتمالية في دخول المشفى من البيض والمجموعات الأخرى هذه الاختلافات العرقية في نسبة دخول المصحات لا تظهر بسبب الفروقات في الأوضاع الاجتماعية والاقتصادية والتي يمكن أن تؤثر على إمكانية اختيار دخول المشفى مثل الرغبة في الرعاية الخاصة خارج المشفى.

فهل أن الأمريكيان الأفارقة يعانون من اضطرابات عقلية والتي تطلب منهم دخول المشفى أكثر من المجاميع الأخرى؟ إن الإجابة من دراسات علم الأوبئة الوطني تبدو كلا. إن نسب الأنواع الأساسية من العلاجات النفسية والتي تطلب دخول المشفى وهي اضطرابات المزاج والشيزوفرينيا تبدو نسب متساوية جدا بن الأمريكيان الأفارقة والبيض اللاتينيين (إن نسب هذه الاضطرابات من دراسات واسعة المجال حول الأمريكيان الأصليين والأمريكان الآسيويين غير متوفرة) على أنه عندما لاحظنا من الفصل السابق فإن الأمريكيان الأفارقة عادة ما يشخصون خطأ على إنهم يعانون من الشيزوفرينيا أكثر مما يشخص ذلك بين البيض. (Mukherje etal,1983) إذ أن هذا التشخيص يؤدي إلى دخول المصحة، فهذا قد يفسر العدد الكبير في المصحات العقلية من الأمريكيان الأفارقة.

إن في الولايات المتحدة نسبة الرجال والنساء المصابين باضطرابات عقلية تكون

متساوية تقريبا (المعهد الوطني للصحة العقلية، 1987)، لكن أنواع الاضطرابات التي يدخلوا فيها المصححة تختلف كثيرا، إذ أن الرجال عادة ما يدخلون المشفى بسبب اضطراب داخلي أكثر من النساء، لكن النساء تدخل المشفى لاضطرابات المزاج أكثر من الرجال، ولكن ليس هناك في الجنس في نسبة دخول المشفى للإصابة بالشيزوفرينيا (Nimhm, 1987).

إن معظم الأشخاص الذين يرغبون بالعلاج من اضطرابات نفسية لا يدخلون المشفى فهم عادة يفضلون تلقي العلاج من طبيب نفسي ممارس خاص أو طبيب تحليل نفسي أو طبيب ممارس عام. وفي الواقع فقد وجدت دراسة موسوعة أن نسبة الأشخاص في الولايات المتحدة والذين يرغبون بالمساعدة من مشاكلهم العاطفية والعقلية من طبيب ممارس عام هي النصف عن الأشخاص الذين يرغبون بمساعدة اختصاصي صحة عقلية (Leaf & Bruce, 1987) وقد استنتجت الدراسة أيضا أن النساء هن من الأكثر احتمالية من الرجال في التحدث إلى طبيب ممارس عام حول مشاكلهن العاطفية والعقلية، وإلى حد ما أكثر احتمالية في طلب مساعدة اختصاصي صحة عقلية لحل مشاكلهن (Kesler Brown & Broman 1981, Russo & Sabel).

ويبدو أن الأمريكيان اللاتينيين والأمريكان الآسيويين هما الأكثر احتمالية في طلب معالجة أفراد العائلة والذي يعاني من اضطراب عقلي في المنزل من الأمريكيان البيض الغير اللاتينيين في الولايات المتحدة (Gawm, 1993, Snowden, 1983).

هذه الاتجاهات قد تعزى إلى سببين وهما التركيز على العائلة باعتبارها أساسا لحل المشكلة وباعتبارها علامة معبرة للرعاية الصحية العقلية وبالمقارنة فإن الأمريكيان الأفارقة يسعون إلى معالجة صحية عقلية أسرع بعد ظهور الأعراض من باقي المجموع (Broman, 1987).

إن عدة نظريات قد أعطت توصيات حول نوع العلاج النفسي والذي اثبت أنه مناسب لمجاميع عرقية محددة (Sun & Zane, 1987) كمثال علاجات تستخدم أسلوب أكثر فاعلية مثل العلاجات السلوكية أو العلاج السلوكي المعرفي قد تم توصيتها لاستخدام الأمريكيين اللاتينيين والأمريكان الأفارقة والأمريكان الآسيويين وذلك على افتراض منطقي أن هذه المجاميع قد تكون أقل مسلا نحو معرفة الضمنية النفسية (داخل النفس) وللعلاجات الديناميكية النفسية (ذو علاقة بالقوى أو العمليات العقلية أو العاطفية الناشئة بخاصة في فترة الطفولة وأثرها في السلوك والأوضاع العقلية) وذكر أن الأمريكيين الآسيويين عادة ما يفضلون العلاجات التي توفر للتوجيه والإرشاد أكثر من العلاجات الغير مباشرة مثل التحليل النفسي أو العلاج الذي يعتمد المراجع المهمة في هذا المجال، على أن معظم هذه التأكيدات خضعتا لاختبارات تجريبية دقيقة جدا (Sun & Zane, 1987) وكذلك بالرغم من أن بعض الاختبارات السريرية قد أظهرت أن النساء تجد أن العلاجات التي تركز على لعلاقات الخاصة الشخصية والتعبير عن المشاعر هي الأكثر فائدة من أنواع العلاجات الأخرى، فإن هناك أدلة قليلة تؤيد هذا التأكيد أو تنقده (MG Groth et al, 1996) أن نوع محدد من العلاج قد لا يؤثر كما تؤثر حساسية الثقافة والجنس التي يظهرها المعالج نحو المريض مهما كانت نوعية العلاج المستخدم.

إن الأشخاص الذين من مجاميع الأقليات العرقية في الولايات المتحدة هم الأكثر احتمالية في التخلي عن العلاج النفسي والاجتماعي من البيض (Sun & Zane, 1987) وأظهرت دراسة أجريت على 13.450 مراجع للعلاج أن نسبة التخلي عن العلاج بالنسبة للأمريكان اللاتينيين كانت 42% والأمريكان الأصليين 55% والأمريكان الأفارقة 52% مقارنة بـ 30% من البيض (Allen, Sun Conoway,)

(1978). في معظم هذه الحالات كان المعالج من البيض. أن المراجعين من الأقليات العرقية عادة ما يجدون أن اقتراحات المعالجين غريبة وغير مفيدة، على أن حقيقة كون المعالج من ذات المجموعة العرقية أو الطائفية التي ينتمي إليها المراجع لا تضمن أن كليهما لديهم ذات القيم، كمثال، فإن أمريكي، ياباني من جيل الأربعينيات والذي تكيف تماما مع القيم الشخصية الأمريكية قد يصطدم بعنف مع مهاجر جديد من اليابان ما زال لديه قيم المجتمع الياباني والتضحية بالذات، وكذلك معالجة (امرأة) لها مفاهيم أنثوية قوية د تصطدم مع امرأة مراجعة تملك توقعات تقليدية حول دور الجنس. هذه الاختلافات في القيم والمفاهيم بين الأشخاص من ذات المجموعة العرقية - الطائفية أو من ذات الجنس قد تفسر سبب كون الدراسات تظهر أن التشابه بين المعالج والمراجع في الجنس والعرق والطائفة لا يؤدي بالضرورة إلى نتائج أفضل للمراجع. (Atkinson 1986,1983) (Jones 1972, Lerner1978).

بعض المراجعون يهتمون كثيرا بكون المعالج من نفس الجنس والعرق، لكن مراجعين آخرين قد يثقون فقط بالمعالج الذي يرتبط بالفكرة النمطية عن الطبيب وبين مراجعين آخرين ليس لديهم اهتمام في ما يتعلق بالجنس أو العرق بالنسبة لمعالجهم، بالنسبة للمراجعين الذين يرغبون ان يكون معالجهم من ذات المجموعة العرقية أو من ذات الجنس فإن هذا الارتباط قد يكون ضروري للمراجع ليثق بالمعالج ويكون لديه ثقة بالعلاج. وكما لاحظنا سابقا فإن العلاقة بين المراجع والمعالج وقناعة المراجع بفاعلية العلاج قد يكون لها دور قوي في تطبيق تام للعلاج من المراجع وفاعلية قوية للعلاج.

تحسين الصحة العقلية Enhancing Mental Health :

إن منع ومعالجة الاضطرابات العقلية هي مشكلة خطيرة لكل من المجتمع والدولة. وفي بداية هذا الفصل لاحظنا أن مراكز الصحة العقلية المجتمعة ACT والتي اقرها البرلمان في عام 1963 ووفر الدعم المادي لإنشاء مراكز الصحة العقلية المجتمعة عندها يستطيع الشخص البالغ أن يعالج قريبا من العائلة والأصدقاء بدلا من مستشفيات كبيرة لمعالجة الذهان. إن هذه المراكز المجتمعة توفر إقامة في المشفى لمدة قصيرة ومعالجة المرضى خارج المشفى وخدمات الطوارئ لـ 24 ساعة وهذه المراكز تهتم بمنع المشاكل العقلية وكذلك استشارة في المدارس ومحاكم الأحداث ووكالات المؤسسات الأخرى. إن الدعم المادي الفيدرالي (الاتحادي) لمراكز الصحة العقلية قد توقف في السنوات الأخيرة والذي قلل كثيرا لخدمات الفقراء ولذلك فإن زيادة جهود الدولة والمجتمعات والمنظمات الخيرية ضرورية لمدهذا النقص.

المصادر المجتمعية Community Resources

لقد ازدادت مختلف المصادر المجتمعية بسبب الحاجات النفسية المختلفة وان احد المصادر هو مركز إقامة إذ أن المرضى الذين كانوا في المشفى يمكن أن يعيشوا فيها إلى أن يستطيعوا الاندماج في المجتمع ويعيشوا حياة مستقلة وان مراكز الإقامة متاحة أيضا للأشخاص الذين يتم شفاءهم من مشاكل المخدرات والإدمان على الكحول وبالنسبة للشباب الانطوائية فهناك مراكز ROP فيها يناقش المراهقون مشاكلهم بعضهم مع البعض الآخر وكذلك استشاري وهذه المراكز تلعب دورا مهما في العديد من المجتمعات. وان مراكز الشباب توفر استشارة وظائف التعليم العلاجي والمساعدة في حل المشاكل الشخصية والعائلية.

تدخل الأزمة Crisis intervention:

إن تدخل الطوارئ تقدم مساعدة مباشرة للأشخاص والعوائل الذين يتعرضون لضغوطات شديدة خلال فترات الاضطراب العاطفي الشديد فإن الأشخاص عادة ما يشعرون بالارتباك وعدم القدرة على التعامل مع الوضع، وهم قد لا يستطيعون الانتظار إلى موعد العلاج أو قد لا يعلمون إلى من يتوجهون (طلباً للنصح). احد أشكال تدخل الأزمة تقدم 24 ساعة خدمة مباشرة متواصلة وعادة ما تكون في مراكز الصحة العقلية المجتمعية. إذ يتلقى الأشخاص اهتماماً مباشراً. ويساعد المراجع في توضيح مشكلة ويقدم له الدعم ويقترح له ما يفعله وينقل له دعم وكالات أخرى أو من أعضاء أسرته. إن هذا النوع من العلاج عادة يعرف بالقصير والذي يتراوح ما بين (5-6) جلسات ويقدم الدعم إلى الشخص الذي يحتاجه للتغلب على الأزمة التي يواجهها وان التدخل القصير الأمد عادة ما يمنع الحاجة إلى إحضار الشخص إلى المشفى.

شكل آخر من تدخل الكوارث هو Telephone hot line خط هاتف الساخن مراكز أزمات الهاتف عادة ما يكون طاقمها من المتطوعين والذين يوجههم اختصاصي الصحة العقلية. وهناك بعض المراكز تركز على منع الانتحار ومراكز أخرى تكون عامة أكثر وتساعد المتصلين المصابين بالقنوط على إيجاد نوع المساعدة التي يحتاجونها.

وعادة ما يتلقى المتطوعين تدريبات تركز على الإنصات باهتمام وتقييم قدرة المتصل على الانتحار وكيفية التعاطف والتفاهم وإعطاء المعلومات عن موارد المجتمع وتجديد الثقة لديهم وتسجيل أسماء ورقم المشترك قبل انتهاء الاتصال لكي يستطيع متابعة المشكلة ولقد طورت الولايات المتحدة الأمريكية أشكال جديدة من خطوط الهواتف الساخنة لمساعدة الأشخاص الذين يمرون بفترات

من التوتر الشديد، وكذلك خط ساخن متخصص للتعامل مع اضطراب الأطفال وضحايا الاغتصاب والزوجات اللواتي يتعرضن للضرب والهاربون من منازلهم ويكون رقم الخط هذا واسع الانتشار حتى يستطيع كل من يحتاج المساعدة الاتصال به.

الاختصاصيون كمعالجين Paraprofessionals as therapists:

إن معظم البرامج المجتمعية التي ناقشناها يمكن أن تعمل بدون مساعدة الاختصاصيون، إذ أن الحاجة لخدمات نفسية يبرز عنها توفير المعالجين الذين يمكن توفيرهم. كما أن المواطنين المهتمين يمكن أن يكون لهم دور بناء. وان الأشخاص من كافة الأعمار والثقافات قد تلقوا تدريبات للعمل في مجال الصحة العقلية والمجتمعية. وان طلبة الجامعات يكونون كمرافقين للمرضى في المصحات والأشخاص الأكبر سنا الذين لديهم عوائل بارزة وناجحة قد تم تدريبهم ليكونوا مستشارين للصحة العقلية مع المراهقين في المجتمع ولإبداء المشاورة ولمساعدة أولياء الشباب الذين لديهم مشاكل سلوكية وكذلك للعمل مع الأطفال المصابين بالشيذوفرنيا. وان معظم برامج الصحة العقلية تدار من أشخاص غير مختصين في الاستشارة مع المعالجين متدربين. وان المثال المعروف هو مكان الشفاء (الانجاز) Achievement place إذ يكون زوجين كوالدين بديلين للشباب الذين تحيلهم المحكمة بسبب سلوكهم الجانح. وتستعمل طرق معالجة السلوك للقاء على السلوك العدائي واكتساب القابلية الاجتماعية. إن المعطيات التالية تظهر أن الشباب تخرجوا من Achievement place مكان الشفاء كانوا أفضل من الأشخاص الذين علقت عقوبتهم وأطلق سراحهم مع الاستمرار في مراقبتهم أو من الذين كانوا في المؤسسات التقليدية للجنوح في أنهم Achievement place أقل تعرضا للذهاب إلى المحكمة أو الشرطة كما أنهم حصلوا على درجات أعلى

(Fixsen, Philips, Philips & Wolf, 1976) وحاليا يوجد 80 موقع في جميع الولايات المتحدة تحتذي بمؤسسة كنساس Kansas الرئيسية.

تعزيز سعادتك العاطفية:

بجانب رغبتك في مساعدة اختصاصي. فإن هناك العديد من الوسائل التي يستطيع كل منا التأثير بها ايجابيا على معادته النفسية ونستطيع مراقبة شعورنا وسلوكنا ونستطيع أن نحدد أنواع الأفعال والمواقف التي تسبب لنا الألم أو تدخلنا في صعوبات ومشاكل وكذلك الأفعال والمواقف التي تفيدنا كثيرا، بمحاولة تحليل دوافعنا وقدرتنا ونستطيع تحسين قدرتنا على اتخاذ الاختبارات الفعالة في حياتنا بدلا من قبول ما يتاح لنا.

إن المشاكل التي نواجهها كثيرة ولا يوجد دليل عالمي للحفاظ على الصحة النفسية، غير أن هناك بعض المقترحات العامة التي ظهرت من خبرات المعالجين.

تقبل مشاعرك **Accept your feelings**:

إن مشاعر الغضب والحزن والخوف وشعورك بان لا هدف لك ولا نموذج مثالي هي كلها عواطف سلبية ونحن قد نحاول الهروب من القلق بإنكار هذه المشاعر. وأحيانا نحاول تجنب الشعور بالقلق عند مواجهة المواقف بطريقة لا شعورية والذي يؤدي إلى نمط سلبي من التعلق أو البرودة والتي تكون مشاعر هدامة. نحن قد نحاول كبت مشاعرنا وهنا نفقد القدرة على تقبل المشاعر الطبيعية مثل السرور أو الحزن والتي هي جزء من مشاركتنا مع الأشخاص الآخرين.

إن المشاعر السلبية هي استجابة (رد فعل) طبيعية نحو العديد من المواقف

ولا يوجد هناك سبب ينجلك من شعورك بالحنين أو من شعورك بالخوف عند تعلم التزلج أو من شعورك بالغضب عندما يسيء شخص فهمك أو معاملتك وهذه العواطف طبيعية ومن الأفضل تفهمها بدلا من إنكارها، عندما لا نستطيع التعبير عن مشاعرنا بصورة مباشرة (مثلا ليس من الحكمة قول اسكت لرئيسنا في العمل) فإن هناك أساليب أخرى لتقليل التوتر مثلا السير لمسافة طويلة أو لعب كرة التنس أو مناقشة الأمر مع شخص يمكنه أن يمتص شعورك بالغضب. ولطالما كنت تتقبل حقلك في الشعور بالعواطف ونستطيع التعبير عنها بطريقة غير مباشرة أو بديلة عندما تغلق قنوات التعبير.

تعرف على ما يستثيرك: Know your Vulnerabilities

اكتشف أنواع المواقف التي تشعرك بالأسى أو تجعلك شديد التأثر وهذا قد يساعدك على حماية نفسك من التوتر. ربما يزعجك أشخاص معينين تستطيع تجنبهم أو انك تحاول أن تعرف ما الذي يضايقك في هؤلاء الأشخاص ربما بدون واثقين جدا ومتباهين بأنفسهم وهذا ما قد يجعلك تشعر بالاضطراب. إن محاولتك تحديد سبب عدم ارتياحك قد يساعدك على رؤية الموقف برؤية جديدة وربما قد تكون قلقا جدا عندما يكون عليك التحدث في الصف أو في مقال صحفي كذلك حاول تجنب هذه المواقف أو أن تستطيع الاشتراك في دورة لتعليم الخطاب العام وهذا سيمنحك الثقة (العديد من الجامعات تقدم دورات تهدف تحديدا إلى تعليم السيطرة على القلق من الخطاب). وكذلك نستطيع أيضا إعادة تفسير الموقف بدلا من التفكير. كل شخص ينتظر أن افتح فمي ليبدأ بانتقادي. تستطيع إخبار نفسك أن الصف سيمتدع بما سوف أقوله، ولن اقلق إذا ما أخطأت. سيشعر العديد من الأشخاص بالقلق خصوصا عندما يكون تحت ضغط أن

التخطيط الدقيق وزمن العمل يساعدك على تجنب الشعور بالارتباك في اللحظات الأخيرة. إن إستراتيجية التخطيط عن القصور وتصميم يسمح لك ببعض الوقت الذي يساعدك في الصف والمواعيد والذي يقلل احد مصادر الشعور بالقلق.

دعم قدراتك واهتماماتك **Develop your talents and interests**

إن الأشخاص الغير سعداء والذين يشعرون بالضجر هم عادة أشخاص لديهم القليل من الاهتمامات. وان البرامج المجتمعية الحديثة وكذلك برامج الجامعة تقدم فرص غير محددة للأشخاص من كافة الأعمار لمعرفة وتحسين قدراتهم في العديد من المجالات بضمنها الرياضة والاهتمامات الأكاديمية والموسيقى والفن والدراما والنحت وعادة عندما تزيد معرفتك عن موضوع ما يزيد اهتمامك به وبالحياة إضافة إلى الشعور بالثقة الذي تحصل عليه من تطوير قدراتك له دور كبير في زيادة تقييمك لذاتك.

المشاركة مع الأشخاص الآخرين **Become involved other people**

إن الشعور بالوحدة والعزلة هو أساس معظم الاضطرابات العاطفية وان الإنسان مخلوق اجتماعي، وان الأشخاص الآخرين سوف يقدمون لك الإسناد والراحة وإعادة الثقة وان تركيز كل اهتمامك على مشاكلك الشخصية سوف يؤدي إلى استحواذ غير صحي لمشاكلك على ذاتك. وان مشاركتك همومك ومشاكلك مع أشخاص آخرين عادة ما يساعدك على رؤية متاعبك برؤية أفضل وأدق كذلك أن اهتمامك بسعادة الآخرين سوف يعزز شعورك باستحقاق الذات.

العلم عند احتياج المساعدة **know when to seek help**

بالرغم من أن هناك مقترحات يمكن أن تزيد شعورك بالسعادة العاطفية،

فإن هناك محددات لمعرفة الذات والتعويل على الذات. بعض المشاكل معقدة ولا يمكنك حلها بمفردك، وإن ميلنا نحو خداع الذات يجعل من الصعب رؤية مشاكلنا بصورة موضوعية وربما قد لا نعلم كل الحلول المتاحة. عندما تشعر أنك لا تستطيع مواجهة مشكلة فهذا هو الوقت لطلب مساعدة اختصاصية من استشاري أو طبيب نفسي أو محلل نفسي أو عند معالجين متدرجين. إن الرغبة في طلب المساعدة هي إشارة إلى النضج العاطفي وليس إشارة إلى الضعف لا تنتظر أن تشعر بالتوتر. إن الحصول على المساعدة النفسية عند الحاجة يجب أن تكون كتدريب كما هو الذهاب إلى طبيب لمشاكل طبية.

الجوانب البيولوجية - النفسية Perspective psychological perspective :

بالرغم من أننا في هذا الفصل قد قسمنا العلاجات إلى علاجات نفسية وعلاجات بايولوجية. فإن الاتجاه في هذه الأيام عند علاج الأشخاص المصابين بالاضطرابات العقلية هو نحو العلاجات المشتركة البيولوجية النفسية. إن اضطرابات الكآبة والقلق عادة ما تؤثر على الكيمياء البيولوجية للشخص وكذلك دوره في المجتمع وعمله يتأثر بهذا الاضطراب ومن المفيد معالجة الأشخاص على المستوى البيولوجي والنفسى. حتى في الاضطرابات مثل الشيزوفرنيا والتي يكون فيها السبب الأساسي للاضطراب هو بايولوجي فإن الشخص عادة ما يتعرض إلى خسارة كبيرة في قابليته الاجتماعية وموقعه في المجتمع وكذلك على قابليته في أداء عمله. إن العقاقير التكميلية لمعالجة الذهان مع العلاج النفسى والتي تكون مخصصة لمساعدة الأشخاص لكي يتغلبوا على تبعات الشيزوفرنيا يمكن أن تكون مفيدة جدا وأن حقيقة أن مدى واسع من العقاقير والعلاجات النفسية تكون فعالة في معالجة بعض الاضطرابات (وخصوصا الكيوية) تظهر حقيقة أن التغير في مستوى واحد من النظام الاجتماعي - النفسى - البيولوجي

يمكن أن يؤثر على كل المستويات في النظام كمثال التغير في المستوى النفسي قد يؤدي إلى تغيرات على الكيمياء البيولوجية وعمليات التفكير لدينا وكذلك سلوكنا الاجتماعي يكونا متداخلين إذ ان كل منهما يؤثر على البقية بطريقة ايجابية وسلبية.

البلاسيبو Placebo دواء يعطى لمجرد تهدئة المريض وان البلاسيبو Placebo عادة ما يستخدم في الأبحاث حول فاعلية العقاقير وهي مادة فاعلة (فاقة للنشاط الكيميائي أو البيولوجي) وقد عرفت بأنها ليس لها تأثيرات علاجية والتي تصنع لتشبة علاج فعال وفي تركيبها وصفة سكرية تستخدم البلاسيبو Placebo في أبحاث الدواء كمتحكم بتوقعات المرضى في ان الدواء يجعلهم يشعرون بتحسن.

باعتماد الباحث أن الدواء فعال. بالتأثير المفيد لاهتمام الشديد من الممرضات والأشخاص الآخرين والذي ينبع من كونه خاضع لتجربة وتستخدم طريقة Dubel- blind عادة تعطى مجموعة واحدة من المرضى العقار وتعطى مجموعة مقارنة البلاسيبو Placebo لكن لا يعلم المرضى ولا الباحثين (أو من يحكم النتائج) ما هي الوصفة التي تتضمن العلاج الفعال والوصفة التي تتضمن Placebo أو ان المرضى أو الباحثين لا يعلمون طبيعة الوصفة لذا أطلق على هذه الوصفة Dubel- blind إذ كانت نسبة التحسن اكبر بالنسبة للمرضى الذين تناولوا الدواء علاجا فعال. إذ أظهرت كلا المجموعتين تحسن مائل عندها مهما كان التحسن الذي يطرأ باستخدام الدواء فسيعد بسبب تأثير al placebo وسيكون غير فعال.

كل الاستجابات التي لا يمكن تفسيرها على أساس تأثيرات الدواء الفعلي عندها تعد استجابة al placebo - أي أنها تعزى لأسباب لا علاجية وغير

معروفة. إن حالات غير معروفة كهذه تعزى لأسباب نفسية وان استجابات *alplacebos* البلاسيبو يمكن أن تكون قوية جدا كمثال، فإن 40٪ من المرضى الذين يعانون من مرض قلبي حاد (الذبحة الصدرية) أشاروا إلى تحسن ملحوظ في أعراض المرض بعد أن خضعوا لطريقة تشخيصية والذين يعتقدون أنها عملية لمعالجة المشكلة (Beecher, 1961).

عند معالجة الاضطرابات النفسية فإن *placebos* يكون فعال في العلاج. كمثال فقد وجدت دراسة موسعة حول العلاج بالعقاقير والعلاج النفسي لمرضى الكآبة. إن استجابات المرضى بالنسبة إلى البلاسيبو *al placebos* كانت تشبه استجابة المرضى بالنسبة للعلاج بالعقاقير المضادة للكآبة بالتحليل النفسي (Elkinet etat, 1984).

بداية العلاج العلمي الحديث، كانت كل العلاجات مثل عقار التماسيح أو مادة صغيرة تشمل على مادة طبية وهي أفعى سامة جافة أو السائل المنوي للضفادع أو الناكب أو الدود أو البراز البشري والتي تحضر بكل الطرق المتوفرة لمعالجة أعراض المرض. وخلال التاريخ الطبي فإن المرضى قد يصابون بالإسهال وتسمموا ويصيبوا بطفيليات ونزفوا وشعروا بالحرارة وتجمدوا عروقا وصدفوا (Shapiro & Morris, 1978) ومنذ بدأ الأطباء والمعالجين القسم بالشرف واحترام مهنتهم وان تكون معالجتهم تشفى على الأقل عدد من مرضاهم. فعندها افترضنا إن كفاءتهم تعزى لاستجابة *al placebo* وقد عزى العلماء حالات موثقة للشفاء وأشكال متعددة من العلاجات المعجزة إلى تأثيرات *al placebo*.

اقترح بعض المعالجين أن استجابة *Alplacebo* قد تكون احد أسباب عمل (فاعلية) العلاج النفسي (Lieberman & Dunlap, 1979) (Wilkins, 1984) واستنادا لهذا الرأي فإن غالبا ما تكون طريقة العلاج النفسي تظهر نتائج ايجابية إذ اعتقد

المريض بفاعليتها وإذا كان هذا صحيحا فانه من المهم للمعالج ان ينقل المريض قناعته وان هذه الطريقة في العلاج صحيحة.

إن فكرة استجابة Alplacebo تلعب دورا مركزيا في العلاج النفسي وتعتبر فكرة غير واضحة لبعض الاطباء. فاهم يشعرون أنها تربط العلاج النفسي مع الدجل والشعوذة وأنها تعد خداع لذات وهذه ليست هي القضية. إن الأطباء والمعالجين النفسيين كانوا يعملون لفترة طويلة وان حالة المريض ومعتقداته هما أمران مهمان في تحديد فاعلية العلاج. أي معالجته تكون أكثر فاعلية إذا اقتنع المريض بها ويكون لديه الدافع لاستخدامها بالطريقة الصحيحة عوضا عن إنكار أهمية Alplacebo بلسيبو من الأفضل استمرار التحقيق في المتغيرات التي تساهم في إنجاح العلاج، بالإضافة فإن الباحثين الذين يرغبون بالإشارة إلى فاعلية تقنية علاجية محددة يجب أن يتحكموا باستجابة Alplacebo وان دراسات معقدة جرت باستخدام مجموعة عولجت بـ Placebo وبمجموعة غير معالجة كمثال، فإن التجربة التي صممت لاختبار فاعلية إزالة الحساسية المنتظم في تقليل الشعور بالقلق عن الخطاب الشعبي والذي يتضمن المجاميع التالية: إزالة الحساسية المنظمة والعلاج المرئي والاهتمام بـ بلاسيبو Placebo ومجموعة غير فعالة. التقى الأشخاص في مجموعة الاهتمام Placebo مع مجموعة العلاج السمبثاوي والذي دعاهم لاعتقاد بان الوصفة تقلل الحساسية الكلية للتوتر ولإقناعهم، فإن المعالج ينصت إلى شريط التوتر (والذي يفترض أن يستخدم لتدريب ملاحى الفضاء للتقليل من التوتر) ولعدة جلسات بعد تناول المهدئات وفي الواقع فإن الوصفة هي الـ Placebo والشريط الذي يتضمن أصوات لا شفوية والذي وجد في أبحاث أخرى بأنها مملة ولا تثير التوتر. وبهذه الطريقة فإن الباحث يزيد من توقعات المشارك في المجموعة بان القلق من الخطاب سيقبل عند استخدام الوصفة.

وأظهرت نتائج الدراسة أن مجموعة إزالة الحساسية المنتظم (والتي تقلل قلق الحديث لديهم) تحسنت أكثر من المجموعة الغير معالجة وأكثر مجموعة الاهتمام Placebo ومجموعة العلاج الملائمي والذين تكون رد فعلهم متشابهة للعلاج الذي يلقوه، على أن كلا المجموعتين الأخيرتين أظهرت تحسن ملحوظ (Paul, 1967) وبإدخال مجموعة الاهتمام - Placebo فإن الباحث كان قادرا على الاستنتاج وان نجاح تقنية إزالة الحساسية المنتظم لا تعزى إلى تأثير ال-Placebo .

إن التقنية التي تسبب استجابات Placebo غير معروفة ولقد ذكرت العديد من الفرضيات حول ذلك لكن هناك تحقيق فقط لأي منها. تركز مجموعة التوقعات على التأثير الاجتماعي، لان المرضى لديهم اعتقاد بان الأطباء والمعالجين هم أشخاص أقوياء (ذوي نفوذ) في المجتمع وهذه القوى تحت على نتائج جيدة سوف تحدث. بالإضافة إلى أن دور المريض هو ذكره لسلوكياته وان المريض الجيد هو الذي يتحسن، وأن التحسن يبرر قلق المراجع الأولي واهتمامه اللاحق.

تركز التفسيرات الأخرى على توقعات الأشخاص بان الشخص الذي يقوم بالعلاج قد ينقل - بقصد أو بدون قصد- توقعاته عن تأثير العلاج وان المرضى يصلون ولديهم توقعات معينة والتي تستند على تجاربهم السابقة. إن التوقعات إن الشخص سيتحسن ورغبته القوية في التحسن والذي هو أساس أمله. والأمل له تأثير كبير على عواطفنا والعمليات الجسدية. افترض بعض الباحثين إن هذا التأثير يتوسط بمجموعة ال-endorphine للناقلات العصبية. وقد لاحظنا كيف أن المهدئات الطبيعية للدماغ تؤثر على المزاج والخبرات الشخصية عن الالم Endrophine وقد تلعب دورا مهما في استجابة ال-Placebo.

قائمة المراجع

أولاً "المراجع العربية:

القرآن الكريم.

أبو النجا، محمود (2002) الضغوط النفسية ودورها في الصحة النفسية، مجلة دراسات للعلوم التربوية، المجلد (28)، الأردن.

أبو حجلة، نظام 1998: الطب النفسي الحديث، الجامعة الأردنية، دار زمران للطباعة والنشر، الأردن.

أبو زينه، سامح (2002) موسوعة الأمراض الشائعة، دار أسامه للنشر والتوزيع، الأردن.

الخالدي، اديب (2001) الصحة النفسية، كراسة لأطباء الرعاية الصحية الأولية، وزارة الصحة، بغداد.

الزراد، فيصل (1984) الأمراض العصبية، النهائية والاضطرابات السلوكية، دار القلم، بيروت.

العوادي، قاسم هادي (1992) الأمراض النفسية والعقلية والسايكوسوماتية، دار المعارف الجامعة الإسكندرية.

العوادي، قاسم هادي (1992) العصاب، ط 1، دار الشؤون الثقافية، بغداد.

العوادي قاسم هادي (1992) العصابي، دار الشؤون الثقافية العامة، ط 1، بغداد العراق.

العيسوي، عبد الرحمن (1984) الأمراض النفسية والعقلية والسايكوسوماتية، دار المعارف الجامعية، الإسكندرية.

القاهرة، قحطان أحمد (2004) تعديل السلوك، ط 2 دار وائل للنشر، عمان. الأردن.

حسن، الحارث عبد الحميد (1997): مجلة العلوم، العدد (98) بغداد.

حسن، عزيز (2004) أمراض شعبية، مجلة الصحة و الطب، لبنان.

جبار، حسن (2000) أعراضه النفسية، بحوث نفسية، كراسة وزارة الصحة العراقية.

زيور، مصطفى (1972) محاضرة في الاكتئاب النفسي، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.

زهران، حامد عبد السلام (1978) الصحة النفسية والعلاج النفسي، ط 472 الكتب، القاهرة.

دافيدوف، لندال (2000) السلوك الشاذ وسبل علاجه، ترجمة سيد الطور، مراجعه فؤاد أبو الخطب، الدار الدولية للاستثمارات الثقافية.

سيدني، م جورارن (1995) الشخصية بين الصحة والمرض، ترجمة حسن الفقي وسيد خير الله، مكتبة الأنجلو المصرية القاهرة.

صالح قاسم حسين (2005) علم نفس الشواذ والاضطرابات العقلية والنفسية، مطبعة جامعة صلاح الدين، اربيل العراق.

عاقل، فاخر (2003) معجم العلوم النفسية، جامعة دمشق، سوريا.

عكاشه، احمد (2005) الطب النفسي المعاصر، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.

فتاح، حامد (2008) الصحة النفسية والعلاج النفسي عالم الكتب، القاهرة.

فتاح، زياد نوري (2000) الصحة النفسية، كراسه لأطباء الرعاية الصحية الأولية، وزارة الصحة، بغداد العراق.

فهيمي مصطفى، 1967 الصحة النفسية في الأسرة والمدرسة والمجتمع ط2، دار الثقافة، القاهرة.

فهيمي، مصطفى (2009) علم النفس الإكلينيكي، مكتبة مصر، القاهرة.

كفافي، علاء الدين (1990) الصحة النفسية ط3، هجر للطباعة والنشر، القاهرة.

ليفين، يوجين، لوين، برنارد (1985) سيكولوجية الاكتئاب، تعريب ونقد وتعليق، د. عزت عبد العظيم الطويل، دار المريخ للنشر، الرياض.

محمد، محمد جاسم (2004) علم النفس الإكلينيكي، ط1 مكتبة دار الثقافة والتوزيع، عمان.

مفاريوس، صموئيل (ب ت) مشكلات الصحة النفسية في الدول النامية، دار النهضة العربية، القاهرة.

مهج، ريتا، (2003) التطور العاطفي والاجتماعي عند الأطفال، من كتاب أولادنا، مجلة فلسطين.

ثانياً: المراجع الأجنبية:

Arnold, H. and Feldman, D.C. (1990) organizational Behaviour, New York, mc Graw. dill.

Besk, A (1990); coping with depression. Instiute For Rational living, New York.

Bhatia, m.s. (1991); social alienation and iheiv relations with neurotic disorder. British journal. vol.(11) (4)

Clark, A. (1991): Textbook of medicine, 13th New York, U.S.A .

- Coloeman, A (1995): Abnormal psychology and modern life foresman company, Illion, U.S.A .
- Davison, N.(1988): Abnormal psychology, fourth, U.S.A
- Fedichel, o (1998): the psycho Analytie theory of neurosis Norton & company.
- Gallagher D.E.(1999):Effects of bereavement on indicators of men ??? health in elde windows and windowers, jaurna, of Geronto (ogy. 83.
- Gray,peter (2002):psycho logy. 4th ed.u.s.a
- Hoffinan,l scott, P.Ha, E, (1988):development psychology today, 5 th, Random House. Inc, u.s.a.
- Kaplan & Dsqdock. (1994): synopsis of psychiatry by haviature sciences clinical psychiatry, theecl , New York, U.S.A .
- Kerlinger, J (1989): the Jomvnal of clinical medicine, vol, (a) no,(4)
- Micheal feuerstion E (1988): health psychology. psychobiological perspective, 3efd printing, New York U.S.A.
- Ross, K (1999): personality and problem Adjustment, London cited
- Sartorius,n,(1993):who,s work on the Epidemiology of mental disorder and psychiatric Epidemio bogy.
- Sowa & Lustman,(1984): Gender Differences in rating stressful event and depression cognition, Journal of clinical psychology.40
- Thompson, J (2002): social psychology, Mosby, New York
- White W (2000): abnormal psychology, John Wiley & sons, New York.
- Who (1992): thico - 10 classification of mental and behavior disorder clinical description and diagnostic cedi lines.
- World Health organization (wlio) (1992): International statistical classification of disease of Related Health problems.



ديبونو للنشر والتوزيع

هاتف : ٥٣٣٧٠٠٣ - ٦ - ٩٦٢

٥٣٣٧٠٢٩ - ٦ - ٩٦٢

فاكس : ٥٣٣٧٠٠٧ - ٦ - ٩٦٢

ص.ب: ٨٣١ الجبيلة ١١٩٤١

المملكة الأردنية الهاشمية

