

مركز تعريب العلوم الصحية

ACMLS – دولة الكويت



الاكتئاب



تأليف : د. محمد صبري

مراجعة : مركز تعريب العلوم الصحية

سلسلة الثقافة الصحية

المحتويات

| | | |
|----|---|-------|
| ج | تقديم الأمين العام | ..... |
| هـ | تقديم الأمين العام المساعد | ..... |
| ز | المؤلف في سطور | ..... |
| ط | مقدمة المؤلف | ..... |
| 1 | الفصل الأول : نبذة عن الاكتئاب | ..... |
| 15 | الفصل الثاني : أسباب الاكتئاب | ..... |
| 29 | الفصل الثالث : علاج الاكتئاب | ..... |
| 43 | الفصل الرابع : العلاج المعرفي السلوكي | ..... |
| 61 | الفصل الخامس : نموذج لعلاج حالة اكتئاب "علاجاً سلوكياً معرفياً" ..... | ..... |
| 69 | المراجع | ..... |

تقديم الأمين العام

يحتل الاكتئاب الآن المرتبة الرابعة في تصنيف الأمراض التي تصيب الناس حسب تقرير منظمة الصحة العالمية ويتوقع أن يصبح في المرتبة الثانية مع حلول عام 2020. إن الحياة المعاصرة بما فيها من ضغوط نفسية واجتماعية وبيئية وازدياد أعباء المعيشة على الناس وتسارع وتيرة الحياة جعلت أعداد المصابين بالاكتئاب في تزايد مستمر. ومن هنا تأتي أهمية هذا الكتاب.

ركز المؤلف على أهمية الاكتئاب فقام بشرح مفصل عن تعريفه وأنواعه وأعراضه حتى يأخذ المريض حذره ويبادر بعرض نفسه على الاختصاصي النفسي منعاً لتفاقم الحالة. وقد اهتم المؤلف بموضوع العلاج النفسي واستعراض أساليب العلاج المختلفة بما في ذلك الاسترخاء والعلاج النفسي السلوكي - المعرفي.

إن هذا الإصدار عزيزي القارئ هو إثراء لمعرفتك وثقافتك في كل ما يتعلق بالاكتئاب لتجنب مخاطره ومضاعفاته.

نتمنى لك ولأفراد أسرتك موفور الصحة والعافية وحياة تتسم بعلاقات أسرية واجتماعية متينة.

والله ولي التوفيق،،،

الدكتور عبد الرحمن عبد الله العوضي

الأمين العام

لمركز تعريب العلوم الصحية

تقديم الأمين العام المساعد

تشير الدراسات عن واقع التعليم الطبي العربي أن الكليات التي تُدرّس للطلاب العرب باللغة الإنجليزية تواجه الكثير من الصعوبات، خصوصاً في استيعاب المعلومات الطبية، والتمكن من اللغتين العربية والإنجليزية. ونلاحظ ذلك على وجه التحديد في أول سنتين يلتحق فيهما الطالب لدراسة الطب.

لاشك أن ممارسة الطب ليست مهنة عقلية مجردة كالرياضيات، والفلسفة، بل هي ممارسة لها علاقة مباشرة بالمريض، ولا بد من فهم مدى العلة التي يشكّي منها المريض من خلال لغة مشتركة يفهمها الطبيب، وكذلك المريض بهدف التوصل إلى العلاج الصحيح. كما أن إجادة الطبيب للغة العربية تعينه على كتابة التقرير الطبي والشرعي بشكل دقيق. فكيف يمكن للطبيب أن يعالج مريضه إذا لم يكن على دراية كاملة بلغة المريض؟ وكيف يتفاهم الأطباء مع بعضهم البعض إذا كانوا لا يجيدون العربية بعد أن تعلموا في كليات روسية وتركية وألمانية وفرنسية وإنجليزية؟ وهل نتوخى رعاية صحية عالية في أوضاع تعكس شدة الانقسام بين الطبيب والمريض الذي يشكّي من مرضه ويكون طبيبه المعالج عاجزاً عن فهم شكواه؟

والله ولي التوفيق،،،

الدكتور يعقوب أحمد الشراح

الأمين العام المساعد

لمركز تعريب العلوم الصحية

المؤلف في سطور

• الدكتور محمد صبري عبد الحميد سليط

- مصري الجنسية.

- مواليد القاهرة عام 1947.

- حاصل على دكتوراه في علم النفس الإكلينيكي - جامعة عين شمس.

مقدمة المؤلف

عندما يبدأ الكدر في التسرب إلى النفس، ويبدأ الإنسان في طرح أسئلة لا يجد لها إجابة، وتبدأ هذه التساؤلات في السيطرة على العقل، وهو يعلم جيداً أنها من صنعه، وأنه يريد بلا إرادة حقيقية منه أن يضع نفسه في مكان مغلق، وأن العالم أصبح على رحابته لا يسع حالة واحدة من السرور والبهجة التي كان يعتاد عليها عندما كان النجاح يلاحقه، ولا يعرف شيئاً عن الفشل والقنوط، وعندما تؤدي الصدمات العاطفية إلى نوع من الكآبة، أو عندما تزداد الأعباء بشكل يجعل المرأة تشعر بتغيرات جسدية وبيولوجية، وعندما يبدو على الصغير الحزن والقلق وهو لم يتجاوز بعد السنة الأولى من العمر، ويبدأ في فقدان الحيوية والانطلاق والتعبير عن القلق والانطواء، وقد يصاحب ذلك حدوث التبول اللاإرادي في سن من غير الطبيعي أن يحدث فيه (أكبر من 5 - 6 سنوات) أو لاحقاً في شكل تأخر في التحصيل الدراسي، فإن كل ذلك يشير إلى وجود ما يسمى بصفة عامة بحالات الاكتئاب.

مؤشرات الاكتئاب العام لا تشير بصفة خاصة إلى مرض صريح، حيث إن بعض الاضطرابات تحدث بشكل مؤقت كما في الحالات السابقة لدى كل من الرجل والمرأة والطفل، وأنها لو اقتصر على ذلك ولم تستمر لمدة زمنية سيتم الحديث عنها لاحقاً، لا يجب أن نسميها بمرض الاكتئاب، ولكنها حالات مؤقتة تأخذ شكل وجود بعض الأعراض الاكتئابية، وهي غير كافية في التشخيص أو التقييم لوجود هذا المرض الذي سنلقي عليه الضوء في مواقع أخرى.

هذه المقدمة ضرورية للتمييز بين حالات عابرة من التغيير في السلوك، وخاصة لدى هؤلاء الأشخاص الناجحين في حياتهم، والتي تصيبهم من فترة لآخرى، وهو ما يمكن أن يسمى بالاضطرابات الاكتئابية الحقيقية العارضة، ولو أنها تسبب الإزعاج والضيق والتوتر، إلا أنه يمكن علاجها بشكل يؤدي إلى نتائج أفضل. غير أن هناك ما يسمى بالاضطرابات الاكتئابية الرئيسية، ولها تفرعات

أخرى جانبية، لا يمكن الاستهانة بها، وهي تحمل أعراضاً وعلامات تؤكد على ضرورة التدخل بطريقة متخصصة يشترك فيها العلاج الدوائي مع العلاج النفسي، وأن خطورتها تكون بالغة في مراحل منها قد تصل إلى محاولة المريض التخلص من نفسه.

وعلى ذلك قد بدأنا بالتنويه إلى أهمية معرفة هذا الاضطراب، من حيث أسبابه، وطرق العلاج، والوقاية، والتي ستأتي تباعاً فيما بعد.

دكتور محمد صبري سليط

الفصل الأول

نبذة عن الاكتئاب

تشير إحصائيات منظمة الصحة العالمية (World Health Organisation; WHO) بأن حوالي (13 - 20٪) من سكان العالم يعانون من الاكتئاب كمرض وتتفاوت هذه النسبة من مكان لآخر في العالم، فالنسبة في اليابان مثلاً 3٪ في حين تصل النسبة في الولايات المتحدة الأمريكية إلى (17٪) (إحصائيات منظمة الصحة العالمية 2006 - 2007)، وقد نال المرض مزيداً من الاهتمام في الدول المتقدمة، حيث أثبتت الإحصائيات أنه السبب الرئيسي وراء نسبة كبيرة من معدلات الانتحار السنوية في هذه الدول، وأن ذلك لا يقتصر على فئة عمرية محدودة، وتشير الإحصائيات إلى ارتفاع نسبة الإصابة بالاكتئاب لدى الإناث مقارنة بالذكور، إلا أن الرجال أكثر إقداماً على الانتحار عندما يصل هذا المرض لديهم إلى مراحل متقدمة.

كلما كانت المجتمعات تتمتع ببساطة العيش وهدوء وتيرة الحياة كلما كانت معدلات الاكتئاب متدنية والعكس صحيح، ولكن بكل المقاييس تبقى هذه المعدلات مرتفعة عالمياً، وأن هذا الاضطراب أو المرض يصيب كل الأعمار لكنه أكثر ظهوراً في العقد الثالث والرابع من العمر، وهي قمة سنوات العطاء عند الفرد، ومن المعروف أيضاً حسب هذه التقديرات العالمية، أن الاكتئاب أكثر انتشاراً في صفوف النساء عنه من الرجال بثلاثة أضعاف تقريباً، كما أن هناك شخصيات أكثر استهدافاً للاكتئاب من غيرها مثل الشخصيات الانطوائية والمتطرفة، وكذلك الذين يعانون من أمراض مزمنة أو خطيرة، ومن يتعاطون الكحوليات والمخدرات وكذلك نزلاء السجون، والطبقات التي تقع على طرفي السلم الاجتماعي (العليا - الدنيا) بالمقارنة بأبناء الطبقة المتوسطة.

غالباً ما تأتي النوبة الأولى من الاكتئاب لهؤلاء الذين يعانون منها وهم في سن (30 - 40 سنة)، وقليلاً ما تحدث في الأعمار من (50 - 60 سنة)، وتزداد خطورة

نوبات الاكتئاب الأساسي مع وجود حالات عصبية مثلما يحدث في أمراض القلب، ومرض باركنسون (Parkinson's disease) وتصلب الأنسجة المتعدد (Multiple Sclerosis)، وخلال السنة الأولى من ولادة الأطفال. كذلك فهو شائع الحدوث بعد الإصابة بأمراض الأوعية الدموية والقلب، ويرتبط أكثر بالأشخاص من ذوي الدخل البسيطة بالمقارنة بمن هم أفضل منهم وتنخفض نسبة الإصابة بهذا المرض لدى الأشخاص الأكبر سناً.

الاكتئاب غالباً ما يرتبط وجوده بالبطالة والفقر، ويعتبر الاكتئاب هو السبب الأول في تصنيف الأمراض في أمريكا الشمالية والدول الأخرى ذات المستويات المرتفعة من الدخل، والسبب الرابع في الترتيب عالمياً، وهناك تنبؤ بأنه في عام (2020) سيكون ترتيبه الثاني بين الأسباب الرئيسية لأعباء الأمراض في العالم، وطبقاً لتقديرات منظمة الصحة العالمية فإن التأخير أو الفشل في علاج الاكتئاب سببان أو عائقان أساسيان أمام الحد من العجز لدى المريض.

وقد أصدرت منظمة الصحة العالمية (WHO) تقريرها تحت عنوان (الأعباء العالمية للمرض) في عام (2004)، وفيها ما يسمى (السنوات التي ضاعت بسبب العجز)، وهي عبارة عن مقياس للسنوات المكافئة للحياة الصحية التي ضاعت مقابل الوقت المفقود في الحالات التي لا تتمتع بالصحة الكاملة، وأشار هذا التقرير إلى أنه في جميع أنحاء العالم، فإن الحالات العصبية النفسية تعتبر أهم أسباب هذا العجز، والذي وصل إلى حوالي ثلث هذه المدة بين البالغين من سن 15 وما فوق.

تاريخ الاكتئاب:

وصف أبقراط الطبيب الإغريقي في اليونان القديمة مجموعة أو متلازمة الاكتئاب السوداوي (المالنجولي) (Melancholic Depression Syndrome) على أنها مرض مميز أو متجدد له أعراض نفسية وجسمانية خاصة، ووصف كل من حالات القنوط والكآبة والمخاوف بأنها إذا استمرت لوقت طويل تعتبر أعراض لهذا المرض أو اعتلال وهذا المفهوم يتسع لأكثر مما هو موجود في مصطلح الاكتئاب المستخدم الآن.

ومصطلح الاكتئاب (Depression) هو مصطلح مشتق من الفعل اللاتيني (Deprimere) ويعني (ضغط: Press) وهو معروف كذلك منذ القرن الرابع عشر بمعنى أن الضغوط تعني وجود خضوع أو هبوط الحالة النفسية، وتم استخدامه عام (1665) على يد المؤلف الإنجليزي ريتشارد باكر للإشارة إلى شخص مألديه ضغوط وبفلس المعنى أو قريب منه لدى كاتب إنجليزي آخر هو صامويل جونسون في عام (1753)، وتشير الاستعمالات الأولى لهذا المصطلح (الاكتئاب) إلى نوع من العرض الطبي النفسي استخدمه الطبيب النفسي الفرنسي لويس ديلاسيوف في عام (1856)، وبحلول (1860) بدأ يظهر في المعاجم الطبية للإشارة إلى انخفاض فيزيولوجي ومجازي في الوظائف الانفعالية، ومنذ عهد أرسطو ارتبط هذا المرض بالظهور لدى الرجال المتعلمين وأصحاب النبوغ الفكري، كخطر يهدد عملية التأمل الروحي والإبداع وجاء المفهوم الأحدث ليتخلى عن هذه الارتباطات، وخلال القرن التاسع عشر أصبح أكثر ارتباطاً أو صلة بالمرأة.

وبالرغم من أن المالنخوليا (السوداوية) هو المصطلح التشخيصي الغالب أو السائد إلا أن مصطلح الاكتئاب اكتسب بمرور الوقت صلاحية في الاستخدام في مجال التشخيص والعلاج وأصبح اسماً مرادفاً لهذا الاضطراب في نهاية القرن، وربما كان الطبيب النفسي الألماني إميل كرايبلين أول من استخدم هذا المصطلح بشكل منتشر ويشير إلى أنواع مختلفة من المالنخوليا كحالات اكتئابية.

وقد أشار الطبيب النفسي النمساوي سيجموند فرويد إلى حالة من السوداوية أو المالنخوليا في أحد البحوث التي قدمها عام (1917) عن الحداد والمالنخوليا، وكانت نظريته تقوم على أساس أن فقدان أشياء مثل العلاقات الحميمة التي نفقدها بموت الآخرين، أو فشل العلاقات العاطفية الرومانسية يتسبب في نوع من فقدان الذاتي أو الشخصي بالمثل، فالشخص المكتئب يتوحد مع الموضوع الوجداني من خلال اللاشعور والنرجسية وهي عمليات تتسم بتركيز الطاقة النفسية الخاصة بالأنا وينتج عن هذا فقدان أعراض المالنخولية أو اكتئابية حادة أكثر تأثيراً من فاجعة الحداد في حد ذاتها، فليس العالم الخارجي فقط هو الذي يبدو سلبياً ولكن الأنا أو الذات نفسها تتعرض لذلك. ويظهر هبوط الإدراك الذاتي أو إدراك الذات لدى المريض من خلال اعتقاده وعمله على لوم الذات، والإحباط والإحساس بعدم الجدوى أو قلة القيمة، وهو ما يؤكد أن خبرات حياته

السابقة هي العامل المهني لذلك، وتضمنت النسخة الأولى من كتيب التشخيص والإحصاء والتي نشرت (1952) اصطلاح ردود الأفعال الاكتئابية، وفي الكتيب الثاني عام (1968) استخدم اصطلاح عصاب الاكتئاب، والذي تم تعريفه على أنه ردود أفعال مبالغ فيها لحالات الصراع الداخلية أو أحداث خارجية مماثلة

صاغ الباحثون في منتصف القرن العشرين نظرية عن الاكتئاب تشير إلى وجود أسباب تعود إلى عدم التوازن الكيميائي فيما يسمى بالنواقل العصبية (Neurotransmitters) في المخ، وهي نظرية تعتمد على مجموعة من الملاحظات التي عرفت في الخمسينيات من القرن الماضي عن تأثير عملية انتقال الحمض الأميني الأحادي وتأثيره على الأعراض الاكتئابية.

غالباً ما كانت الشخصيات التاريخية لا ترغب في مناقشة أو البحث عن العلاج في موضوع الاكتئاب، وكان ذلك يرجع إلى اعتبارها وصمة اجتماعية أن يكون الفرد مصاباً بهذه الحالة أو نتيجة لعدم معرفة التشخيص أو العلاج لهذه الحالات، والوصمة الاجتماعية من الإصابة بالاكتئاب الرئيسي منتشرة بشكل واسع ومحاولة الاتصال بخدمات الصحة النفسية والعقلية لا يقلل من ذلك الإحساس إلا بقدر بسيط، ويختلف الرأي العام حول موضوع العلاج بشكل واضح لدى المختصين في المجال الصحي، والعلاجات التبادلية (العلاج الدوائي والعلاج النفسي) لها فائدة أكبر في علاج الاكتئاب بالمقارنة بالعلاج الدوائي فقط، وهذا تسانده الأدلة الإحصائية، وفي بريطانيا أقامت الكلية الملكية للطب النفسي والكلية الملكية للممارسة الطبية العامة برنامجاً مدته (5) سنوات للقضاء على الاكتئاب عن طريق التعليم وتقليص حجم الإحساس بالوحدة الاجتماعية وكان ذلك في الفترة من (1992) وحتى (1996) وقد أفادت النتائج التي تم الحصول عليها في نهاية هذا البرنامج، أو هذه الحملة إلى وجود تغيير إيجابي قليل في الاتجاهات العامة نحو الاكتئاب.

تعريف الاكتئاب النفسي:

حالة مزاجية تدوم فترة زمنية لا تقل عن ستة أشهر شأنها في ذلك شأن كثير من الاضطرابات النفسية والانفعالية والتي تفصح عن نفسها على شكل مجموعة من الأعراض المتزاملة، بعضها مادي (عضوي) وبعضها معنوي "ذهني ومزاجي"،

وبعضها الثالث "اجتماعي سلوكي". وهذه الأعراض هي التي نسميها المتلازمة الاكتئابية. وهي تشمل ببساطة على جوانب من السلوك والأفكار والمشاعر التي تحدث مترابطة- أغلبها أو بعضها - وتساعد في النهاية على وصف السلوك الاكتئابي وتشخيصه ويمكن تفصيلها على النحو التالي:

1- الهبوط والكدر المستمر:

وهنا تسيطر مشاعر الاستياء والكدر وعدم البهجة، ومن ثم يبدو المريض المكتئب حزينا ومغموماً وبائساً وبائساً من حياته التي تبدو له في الغالب خالية من المعنى والقيمة. ويصف نفسه بالفشل ويتهم شخصيته بالضعف والنقص سواء في محيط الأسرة أو في العمل ويجد صعوبة في تحقيق الأهداف مهما كانت بساطتها.

2- ضعف مستوى النشاط الحركي والخمول:

ينخفض مستوى النشاط العام لدى الشخص في حالة الاكتئاب بشكل واضح مما كان عليه في السابق في حالته الطبيعية، وقد يقضي المكتئب يومه جالساً في مكانه دون أي نشاط إيجابي، أو منهكاً - في أحسن الأحوال- في نشاطات سلبية منفردة لا تتعدى مشاهدة التلفاز، والرقود، دون الذهاب للعمل أو القيام بالواجبات المنزلية والاجتماعية الأخرى لأنها تبدو شيئاً عسيراً يصعب إنجازه، حتى الأشياء التي كان يستمتع بها من قبل بما فيها بعض الهوايات الرياضية أو الترفيهية الأخرى تبدو له الآن غير مرغوب فيها، وأنها مجرد واجب من الواجبات الثقيلة الأخرى.

3- الشعور بالذنب واللوم المرضي للنفس (الذات):

يظهر بعض مرضى الاكتئاب مشاعر حادة من الشعور بالذنب ولوم الذات وكراهيتها وربما احتقارها فتجدهم يصفون أنفسهم بأنها أسوأ مما هم عليه فعلاً أو أسوأ مما يراهم الناس عليه، علماً بأن كثيراً منهم قد يراهم الآخرون بأنهم جادون وناجحون ومجتهدون ومسالمون، كذلك فإن مرضى الاكتئاب يرون أنفسهم يستحقون ما يجرى لهم من أحداث ضربية ما قدمت أيديهم. ومن ثم يسيطر عليهم الشعور بأنهم عبء على الأهل والمقربين والمجتمع، ويلومون أنفسهم بسبب اكتئابهم وفشلهم في تحقيق وتلبية احتياجات المحيطين بهم.

4- الإدراك السلبي للبيئة والتفكير الانهزامي:

من المتفق عليه علمياً أننا لا نستطيع عزل اكتئاب المريض عن الطريقة التي يفكر بها ويدرك من خلالها الأمور، وما يحمله من آراء ومعتقدات عن نفسه وعن الآخرين والأحداث والمواقف الخارجية التي تحيط به وعن مستقبله، فالمكتئب يعتقد دائماً بأنه لا قيمة له، ويشعر بعدم اللياقة والضعف والنقص، وينسب أسباب ما يمر به من أحداث غير سارة إلى عوامل شخصية كالقصور النفسي أو الفكري، ويميل لوصف ذاته بالتفاهة ويرى أنه لا مستقبل له وأن العالم لا معنى له وأن كل ما حوله محبط ومليء بالصعوبات التي لا حيلة له في التعامل معها، ويبالغ في تضخيم الأمور ويصبح تفكيره مأساوياً ويرى المستقبل قاتماً وملئاً بالصعوبات والكوارث، ويميل إلى عزل الأشياء عن سياقها والتفسير السلبي لما هو إيجابي والقفز إلى الاستنتاجات السلبية، والتأويل الذاتي (الشخصي) لكل الأمور.

وحسب الدليل الإحصائي والتشخيصي الرابع الصادر عن رابطة الأطباء النفسيين الأمريكية، وكذلك الدليل التشخيصي العاشر الدولي الصادر عن منظمة الصحة العالمية، فإن العلامات التشخيصية للاضطراب الاكتئابي الأساسي هي كما يلي:

- 1- الهبوط والكدر.
- 2- ضعف مستوى النشاط الحركي.
- 3- الشعور بتثاقل الأعباء.
- 4- الشكاوى الجسمية والآلام العضوية.
- 5- توتر العلاقات الاجتماعية.
- 6- مشاعر الذنب واللوم المرضي للذات.
- 7- الإدراك السلبي للبيئة، والتفكير الانهزامي.

الأعراض والعلامات:

الاكتئاب الرئيسي مرض أو اضطراب خطير يؤثر في أفراد عائلة المريض وفي العمل والدراسة والنوم، وعادات الطعام، والصحة العامة، وتأثيره على ممارسة الإنسان

للوظائف الحيوية في حياته، والحالة الانفعالية المستقرة والإحساس بالرفاهية يعادل في تأثيره ما تؤدي إليه الأمراض المزمنة مثل السكر وضغط الدم، فالشخص الذي يعاني من نوبة اكتئابية أحادية غالباً ما تظهر لديه علامات واضحة على اعتلال وتدني الحالة المزاجية، والتي تدخل أو تتسرب إلى كل جوانب حياته، وكذلك يعاني من عدم القدرة على الإحساس بالسرور والسعادة عند ممارسة النشاطات التي كانت فيما قبل مصدراً للاستمتاع.

تسيطر على الأشخاص المكتئبين أفكار وأحاسيس بانعدام قيمة الذات أو عدم جدوى حياتهم، والإحساس بالذنب واللوم والأسف بالنسبة لمواقف أو أحداث لا تثير هذه الأحاسيس في الأوضاع الطبيعية السوية، كذلك يشعرون بالعجز والضعف واليأس وعدم الرضا عن الذات، وهناك أعراض أخرى تتضمن ضعف التركيز واضطرابات الذاكرة والانسحاب من المواقف والأنشطة الاجتماعية وانحسار في الدافع الجنسي وأفكار قائمة عن الموت والانتحار، وينتشر لديهم الأرق المزمن بصفة عامة في نمطه الأصلي، حيث يستيقظ الفرد في الصباح الباكر ولا يستطيع العودة إلى النوم، أما بالنسبة لزيادة عدد ساعات النوم عن المعدلات الطبيعية (النوم المفرط) فهو أقل شيوعاً لدى هؤلاء، وغالباً ما يكون هناك ضعف في الشهية، مما يؤدي بالتالي إلى فقدان الوزن. كما لوحظ في بعض الحالات زيادة في الوزن نتيجة للشهية المفتوحة بشكل أكبر، وقد يشكو الفرد المصاب بالاكتئاب عن معاناته من أعراض جسدية متعددة مثل التعب، الصداع، أو مشكلات في الهضم والمعدة. تمثل الشكاوى الجسدية أكثر الأعراض شيوعاً لدى هؤلاء المرضى في الدول النامية وذلك طبقاً لإحصائيات منظمة الصحة العالمية (WHO) عن الحالات الخاصة بالاكتئاب.

قد يلاحظ أفراد الأسرة أو أصدقاء المريض أن سلوكه إما أن يكون سلوكاً قلقاً هائجاً، أو كسولاً يمتاز بالبلادة، والأشخاص المكتئبون الأكبر سناً قد تظهر لديهم أعراض معرفية حديثة لم تظهر من قبل، مثل النسيان وبطء أكثر في الحركات وفي الحالات الشديدة قد تظهر أعراض أخرى لدى الفرد المكتئب من الأعراض الذهانية أو الهلوس (ولكنها لا تكون موجودة بشكل شائع لديهم).

علامات وأعراض الاكتئاب لدى الأطفال:



(الشكل 1): صورة توضح طفلة مكتئبة

اكتئاب الطفل هو حالة من الاضطراب النفسي تصيب الأطفال كما تصيب الكبار لكن تختلف علامات المرض حسب عمر الطفل، حيث تظهر علامات الحزن والقلق عند الطفل الصغير كالبكاء لساعات طويلة ومص الأصابع بعد السنة الأولى من العمر، وعند الأطفال الأكبر سناً يظهر على شكل فقدان الحيوية والانطلاق ويكون الطفل حزينا وقلقا ومنطويا، وقد يحدث التبول اللاإرادي أو التأخر في التحصيل الدراسي لاحقا.

يصيب الاكتئاب الأطفال الذكور أكثر من الإناث في سن ما قبل المدرسة، ويصيب الأطفال الإناث أكثر من الذكور في المرحلة المتوسطة.

المصادر الطبية النفسية لتشخيص وتقييم الاكتئاب:

يعتبر كتيب التشخيص والإحصاء الرابع للأمراض النفسية الصادر عن جمعية الطب النفسي الأمريكية، وكذلك التصنيف العالمي للأمراض والمشكلات الصحية

المصاحبة، أو ما يسمى بالتصنيف العالمي العاشر للأمراض الصادر عن منظمة الصحة العالمية (WHO) هما الأوسع استخداماً في تشخيص الاكتئاب.

قبل التشخيص النهائي لحالات الاكتئاب الرئيسي، يلجأ الطبيب عادة إلى عمل فحص طبي عام، وبعض الفحوصات المخبرية المختارة لأجل الوقوف على أسباب أخرى لهذه الأعراض، وهذا يتضمن فحص الدم، وقياس نسبة هرمون الثيروكسين (Thyroxine) وتحليل الهرمون المنبه للغدة الدرقية (Thyroid Stimulating Hormone; TSH)، وذلك لاستبعاد احتمال الإصابة بقصور في الغدة الدرقية، وقياس نسبة الكهارل في الدم بما فيها الكالسيوم من أجل التأكد من عدم وجود اضطرابات في عمليات الهدم والبناء (الأيض: Metabolism)، واختبار تعداد الدم الكامل (صورة الدم) بما في ذلك معدل تثفل الدم للتأكد من خلو الجسم من أية عدوى أو مرض مزمن. كذلك تقاس نسبة هرمون التستوستيرون (Testosterone) في الدم لتشخيص وجود اضطرابات في الغدد التناسلية، كأحد أسباب الاكتئاب لدى الرجال.

قد تكون الأعراض واضحة عند الأشخاص المصابين بالاكتئاب من كبار السن، ولكنها قد تكون إشارة إلى بداية اضطرابات الذاكرة أو فقدان الجزئي لها (الخرف) (Dementia)، والذي قد يصل إلى حد الإصابة بمرض الألزهايمر (Alzheimer)، والاكتئاب أيضاً هو أحد الأعراض المبدئية العامة لمرض فقدان الذاكرة الجزئي، مما يستلزم استخدام علامات تشخيصية إضافية مع كبار السن المصابين بالاكتئاب مثل الاختبارات المعرفية، والتي سنتحدث عنها لاحقاً باختصار، وذلك سيساعد على التمييز بين الاكتئاب وفقدان الذاكرة الجزئي وهناك حالات فرعية أخرى من الاكتئاب وهي:

● **الاكتئاب السوداوي (المالنجولي) (Melancholic Depression):** ويتسم بفقدان البهجة أو السرور في معظم أو كل النشاطات التي يؤديها الشخص المصاب ويغلب عليه المزاج الكئيب أكثر مما يبدو في حالات الحزن أو فقدان عزيز، وتزداد الأعراض سوءاً في ساعات الصباح، ويميل إلى السهر حتى ساعات الفجر، ويصاحب ذلك فقدان كبير في الوزن ولكنه ليس بالقدر الذي يحدث في حالات القهم العصابي (Anorexia Nervosa)، أو الشعور المتزايد بالذنب.

● **الاكتئاب اللانمطي (Atypical Depression):** ويتسم بوجود التفاعل أو رد الفعل المزاجي والزيادة الواضحة في وزن الشخص أو الشهية المفتوحة للطعام، والنوم الكثير لساعات طويلة (فرط النوم: Hypersomnia) مع إحساس بثقل في الأطراف يسمى بالشلل البطيء أو الكئيب وفساد في العلاقات الاجتماعية كنتيجة للإحساس المرضي المتزايد برفض الآخرين له.

● **الاكتئاب الجامودي (Catatonic Depression):** شكل نادر وحاد من الاكتئاب الرئيسي يتميز بوجود اضطرابات في السلوك الحركي وأعراض أخرى، وهنا يكون الشخص صامتاً أو منخفض الصوت أو كأنه تحت تأثير مخدر، وإما يظل بلا حركة أو تكون حركاته بطيئة أو قليلة جداً، والأعراض الاكتئابية الجامودية تحدث أيضاً في بعض حالات الفصام أو في بعض نوبات الهوس أو تكون نتيجة لمتلازمة الهدوء العصبي المؤذية.

● **اكتئاب الاضطراب الوجداني الموسمي (Seasonal Affective Disorder; SAD):** وهو شكل من الاكتئاب تظهر فيه النوبات الاكتئابية في الخريف أو الشتاء، وتنتهي في الربيع، ويعتمد تشخيص هذه الاضطرابات على وجود نوبتين من الاكتئاب في الشهور الأكثر برودة، ولا يحدث ذلك في الأوقات الأخرى، ولمدة عامين أو أكثر.

● **اكتئاب ما بعد الولادة (Postpartum Depression):** وهو اضطراب عقلي وسلوكي من النوع البسيط ويحدث أثناء فترة النفاس بعد الولادة ولا يوجد هذا الاضطراب ضمن التصنيف العالمي العاشر للأمراض، ويشير إلى وجود نوع من الاكتئاب المكثف المستمر وأحياناً لا يمكن احتمال له لدى المرأة بعد الولادة، ويحدث بمعدل من (10 - 15%) بين الأمهات بعد الولادة، ويستمر لمدة قد تصل إلى ثلاثة أشهر.

الأمراض المصاحبة للاكتئاب:

إن الاضطرابات النفسية، عادة لا تظهر بصورة نقية بمعنى وجود الأعراض المنصوص عليها وحدها ولكنها تكون مصحوبة ببعض الاضطرابات الجانبية المصاحبة للمرض أو الاضطراب الأصلي، وتشير الدراسة المسحية القومية للأمراض المصاحبة

(1990-1992) في الولايات المتحدة، أن (51%) من هؤلاء الذي يعانون من اضطراب الاكتئاب الأساسي، يعانون أيضاً من القلق اليومي، والقلق له تأثير رئيسي على الاكتئاب، منها تأخر عملية الشفاء، الخطورة المتزايدة لحدوث النكس، والمزيد من العجز عن أداء الوظائف الحيوية، والأخطر من ذلك كله هو الزيادة في محاولات الانتحار.

وهناك علاقة بين الاكتئاب والألم، حيث تظهر واحدة أو أكثر من أعراض الألم عند (65%) من مرضى الاكتئاب، وحوالي (85%) من المرضى الذين يعانون من آلام جسدية كانوا سيعانون أيضاً بسبب ذلك من حالات اكتئابية، واعتماداً على مستوى المجتمع أو الوسط الاجتماعي، هناك انتشار لهذه الاضطرابات بشكل أقل في الممارسة العامة، وأعلى في العيادات الطبية النفسية المتخصصة. وغالباً ما يأتي تشخيص الاكتئاب متأخراً أو لا يتم تحديده وجوده، مما يؤدي إلى نتائج سيئة.

الجوانب الاجتماعية والثقافية في مرض الاكتئاب

يختلف مفهوم الاكتئاب باختلاف الناس والشعوب والحضارات المختلفة، وهذا الاختلاف يمكن أن نقول عنه إنه متسع ومتباين، سواء داخل المجتمع الواحد والثقافة الواحدة، أو بين المجتمعات والثقافات المختلفة ويرجع ذلك إلى عدم وجود تحديد علمي ثابت للاكتئاب أو اختلاف التعريف، وعلى سبيل المثال ما نلاحظه في التعبير اللغوي لهذه الحالة النفسية، حيث هناك من يطلق عليها بأنها مرض (Disease)، أو اضطراب (Disorder) أو حالة عقلية (State of mind) وكل ذلك يؤثر في وجهة النظر والتشخيص ومن ثم العلاج، وهناك فروق ثقافية فيما يتعلق إلى أي مدى يمكن اعتبار حالات الاكتئاب نوع من المرض الذي يستدعي تدخل المختصين بالعلاج، أو أن هذه الحالة تشير إلى أشياء أخرى، مثل الحاجة إلى تحديد المشكلات الاجتماعية والأخلاقية، أو نتيجة عدم التوازن البيولوجي الحيوي، أو انعكاس للفروق الفردية في فهم حالة الاضطراب والتوتر، كما يدعم وجود مشاعر النقص في القوة والصراعات الانفعالية.

ما زال مرض الاكتئاب لا يحظى بالاهتمام الذي يستحقه في الدول النامية، رغم خطورته في التأثير على الاقتصاد والحالة الصحية للفرد، حيث يتميز المصابون بهذا المرض بوجود هبوط في مستوى الإنتاج وعدم الرغبة في العمل، بالإضافة إلى التعرض للفشل والإخفاق في أداء الواجبات الموكلة للفرد سواء في المدرسة أو الجامعة أو العمل. وفي الدول العربية ينظر العامة أحياناً إلى الأعراض الاكتئابية إلى أنها نوع من الشخصية الكئيبة أحياناً، وأحياناً أخرى على أنها نوع من الزهد والتدين، وفي بعض الأحيان يظهر أنها نوع من أنواع المرض العقلي، غير أن انتشار الثقافة الصحية النفسية قد أدى إلى نوع من التحسن في هذه النظرة وإدراك المشكلة ووضعها في حجمها الطبيعي.

يؤدي نقص المعلومات الخاصة بهذا الاضطراب من حيث ظهوره وأعراضه وطلب العلاج إلى نتائج خطيرة قد تصل أحياناً إلى محاولة المريض التخلص من حياته، وحتى لو كان هذا المريض أو المريضة يتناول العلاج الدوائي إلا أنه ما يزال يحتاج للرعاية الطبية، علماً بأن العلاج الدوائي لا يمنع في بعض الحالات وعند درجة معينة من المرض أن يلجأ المريض للانتحار.

ما زال تشخيص الاكتئاب غير متوفر بشكل شائع في بعض البلاد، ففي الصين مثلاً يقال إن الصينيين ينكرون وجود هذا الاضطراب النفسي بشكل تقليدي، أو أنهم يضعون أسباباً جسيمة للاكتئاب الانفعالي. (بالرغم من إنه في أوائل الثمانينيات قد بدأ التعديل في هذا المفهوم بشكل فعال وصارم) وعلى الناحية المقابلة، نجد أن الثقافات الغربية قد أعادت تشكيل وتصعيد بعض التجهيزات الخاصة بالتوتر والمتاعب النفسية إلى درجة الاضطراب.

وجدت نصوص من العصور الوسطى تشير إلى الجانب الثقافي في وصف مرض الاكتئاب، فقد أصيب الملك شارل ملك فرنسا بأعراض الاكتئاب التقليدية التي كانت تعرف آنذاك بالروح الشريرة وقد أدى هذا المرض بالملك شارل إلى الانتحار، وأن المزاج السوداوي أو ما يطلق عليه بالسوداء هو المصطلح الذي يشير إلى اضطرابات

المزاج الأقرب في وصفها بالأعراض الاكتئابية والتي أشار إليها شكسبير في كتاباته بهذا الاسم مما يشير إلى أن تفسير الأرواح الشريرة هو الذي كان غالباً على الثقافة الأوروبية في ذلك الزمن، وقد أوصى أبقراط (أبو الطب) استخدام أسلوب إعادة التوازن للجسم عن طريق الاسترخاء (Relaxation) وهذا ما سنعود للحديث عنه في أجزاء تالية، باعتباره نوعاً من أنواع العلاج النفسي الذي يحقق نتائج لا بأس بها في علاج الاكتئاب مع تقديم نبذة بسيطة للتعريف بهذا الأسلوب وكيفية استخدامه والنتائج المتوقعة من استخدامه.



الفصل الثاني

أسباب الاكتئاب

● الوراثة: تشير إحدى النظريات الحديثة إلى أن الوراثة هي أحد أسباب الإصابة بهذا المرض ولكن لا يعرف حتى الآن على وجه التحديد الأسلوب الدقيق الذي تنتقل به المورثات المسؤولة عن الاكتئاب، ولكن هذه النظرية تشير إلى أنها موروثات سائدة أو مورثات محمولة على الكروموسومات أو الحاملات الوراثية.

● الخلل في توازن الناقلات العصبية: إن الناقلات العصبية (Neurotransmitters) هي المسؤولة عن تنظيم الدفعات العصبية في خلايا المخ من خلال إفراز مجموعة من المواد الكيميائية، أهمها مادة السيروتونين (Serotonin) التي أصبحت واسعة الانتشار من حيث الاستخدام في علاج حالات الكآبة.

● عوامل تأثير خارجية (غير فيزيولوجية): مثل فقدان شخص عزيز أو الفشل في العمل أو تغير حاد في الظروف الاقتصادية والشعور المتزايد بالذنب سواء من النواحي الاجتماعية أو الدينية وفشل العلاقات العاطفية والانفصال عن الزوج، وعدم الرضا عن العمل أو النفس أو الحياة المستمرة مع شخص مصاب أيضاً بالاكتئاب. ولكن ينبغي التنويه إلى أن كل هذه العوامل لا تؤدي بمفردها بالضرورة إلى الإصابة بنوبات الاكتئاب الكبرى أو الرئيسية، ولكنها تعجل بإصابة هؤلاء الذين لديهم الاستعداد الوراثي والخلل في توازن الناقلات العصبية، أما ظهور بعض الأعراض الاكتئابية في مثل هذه الظروف فإنه لا يشير بالضرورة إلى وجود المرض نظراً لضرورة اكتمال الحد الأدنى من الأعراض المنصوص عليها في كتيبات التشخيص مثل كتيب التشخيص الإحصائي، أو التصنيف العالمي العاشر للأمراض.

● تعاطي الكحوليات وإدمان بعض العقاقير: من المعروف أن تعاطي المشروبات الكحولية يؤدي عند التعاطي إلى حالة من البهجة والنشاط، ولكن هذه الحالة تنقلب فيما بعد انتهاء أثر الشراب إلى حالة من الكآبة تحمل الكثير من الأعراض الاكتئابية،

والتي قد تؤدي فيما بعد إلى الإصابة بنوبة اكتئاب أساسية أو أكثر، وهذا الإحساس بالكآبة يعود إلى تأثير الكحوليات على الكبد الذي يصل في بعض الأحيان إلى الإصابة بالتسمم الكحولي، وهناك مجموعة من الأدوية يؤدي تناولها إلى ظهور أعراض اكتئابية ولكن مع استخدامها في علاج بعض الأمراض مثل أدوية الضغط، ولكن هذا التأثير ينتهي بانتهاؤ تأثير الدواء أو الشفاء، ولكن في حالة استخدام الأدوية بشكل مستمر وخاصة في حالات الإدمان فإن الفرد يكون معرضاً للإصابة بنوبة الاكتئاب الكبرى أو الرئيسية.

● الفروق الجنسية والنوعية: تشير الإحصائيات إلى أن انتشار الاكتئاب بين النساء أكثر منه بالمقارنة بالرجال، ولكن يعتقد أن هذه النتائج قد يشوبها بعض الخطأ لأن النساء أكثر ميلاً للتحدث عن مشاعرهن بطلاقة من الرجال حيث يميل معظم الرجال إلى التحفظ وعدم الشكوى. وتشير الإحصائيات أيضاً إلى إن نسبة الإقدام على الانتحار تزيد بين الرجال، وربما يعود ذلك أيضاً إلى فروق نوعية بين الطرفين حيث إن الرجال أكثر إقداماً على التنفيذ.

● فترة ما بعد الولادة لدى الأمهات: قد تتعرض المرأة لمشاعر الكآبة والحزن نتيجة لاضطراب مستوى الهرمونات في جسم المرأة الحامل، ومن حسن الحظ أن هذه الحالة لا تصيب سوى (10%) فقط من النساء في هذه الفترة.

● الإصابة بالأمراض الجسمية: هناك قائمة طويلة من الأمراض الجسمية التي تؤدي إلى الإحساس بالكآبة، وخاصة الأمراض المزمنة، مثل السكر وضغط الدم وأمراض القلب والأمراض الخطيرة مثل السرطان والإيدز وبعض الأمراض الجلدية صعبة الشفاء، ويكون ذلك إما للطبيعة المزمنة للمرض أو الحالة الحرجة التي يعيشها المريض أو نتيجة لاستعمال أدوية معينة في العلاج تؤدي بصورة عارضة إلى ظهور أعراض اكتئابية.

● التوقف المباشر أو الذي يدوم لفترات طويلة عن أنشطة اعتاد الفرد على ممارستها بشكل مستمر: مثل العمل، وبعض العلاقات الاجتماعية، قد يؤدي إلى اتساع دائرة العزلة والتي تعتبر مناخاً ملائماً للإصابة بالأعراض الاكتئابية، والتي قد تؤدي إلى نوبة أحادية اكتئابية قد تتكرر، إذا لم يتم قطع هذه الدائرة من أحد جوانبها والخروج من العزلة.

● التفكير المتكرر في أمور ومواقف سلبية، أو خبرات سابقة فاشلة، وعدم القدرة على مناقشتها حتى مع الذات أو الآخرين، كذلك يؤدي الانغلاق على الذات وتكرار الأحاديث الداخلية غير المسموعة مع النفس وتكرار تأنيب الذات أو الضمير إلى نفس النتيجة وهي ارتفاع نسبة الاحتمال بالإصابة بالاكتئاب.

● العمل المستمر دون توقف لالتقاط الأنفاس، حتى يشعر الإنسان أنه لا سبيل إلى الراحة، أو الاستمتاع بالحياة مثل الآخرين مع عدم الاستفادة من أوقات الراحة – إن وجدت - في ممارسة الأنشطة السارة، قد يعرض الفرد إلى الإحساس بالكآبة وعدم القدرة على إدارة حياته بشكل أفضل بالنسبة له خاصة عندما يتعرض إلى مشكلات عائلية أو اجتماعية نتيجة لهذه الأسباب ويؤدي به الحال إلى التعرض للإصابة بالاكتئاب.

● إن بعض العادات والتقاليد وخاصة الشرقية تمنع الفرد من البوح أو الخوض في أمور دقيقة، مما قد يرفع درجة الانطواء لدى الفرد لدرجة التزمت والتزام السكون والجدية الصارمة أحياناً، اعتقاداً بأن ذلك يحفظ الهيبة واحترام الناس، مما قد يؤدي للتعرض لحالات من الكآبة تصيب الفرد مع مرور الوقت ولا يستطيع الخروج منها سوى بقطع هذه الدائرة المغلقة من أحد جوانبها، أحياناً بالسفر، وأخرى بعلاقات الصداقة الحميمة.

النموذج البيولوجي النفسي - الاجتماعي (The Psychobiological Model) في الممارسات العلاجية الطبية النفسية:

يستخدم النموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي في علاج الاكتئاب، وهذا النموذج يقترح أن العوامل البيولوجية والنفسية والاجتماعية معاً تلعب دوراً في التمييز بين درجات مختلفة من الإصابة بالاكتئاب وينص **نموذج التهيو المرضي - الضغوط** على أن الاكتئاب يحدث عندما يحدث نشاط في القابلية الموجودة مسبقاً أو التهيو للإصابة بالمرض، ويكون ذلك عن طريق التعرض لأحداث الحياة الضاغطة، وهذه القابلية أو الحساسية الموجودة مسبقاً يمكن أن تكون وراثية أو بالتفاعل بين الطبيعة وأسلوب التربية أو تخطيط شكل معين ناتج عن نظرة الفرد لهذا العالم الذي كان يراه في طفولته، وهذه النماذج التفاعلية التبادلية يكون لها سند في العالم الواقعي الخارجي، فعلى سبيل

المثال أثبتت نتائج دراسة تأملية طويلة عن التأثير الوسيط أو العامل الوراثي الناقل للسيروتونين بالنسبة لأحداث ضاغطة في الحياة، أن ذلك التأثير يمكن أن يتنبأ بوجود حالات الاكتئاب، وعلى وجه الخصوص فإن أعراض الاكتئاب تتبع مثل هذه الأحداث ولكنها أقرب للظهور لدى الأشخاص من ذوي واحد أو اثنين من الأزواج القصيرة من هذا الجين (Gene) أو الحامل الوراثي.

● الفقر والعزلة الاجتماعية يرتبطان ارتباطاً وثيقاً بالإصابة بالأمراض النفسية بصفة عامة، فسوء معاملة الأطفال (جسماً - انفعالياً - جنسياً أو بالإهمال) يرتبط أيضاً بارتفاع درجة خطورة الإصابة بالاضطرابات الاكتئابية في سنوات العمر التالية، فاضطراب العلاقات والوظائف الأسرية مثل الاكتئاب لدى الوالدين (وخاصة الأم) والصراعات الزوجية الحادة أو الطلاق وحالات وفاة أحد الوالدين أو اضطرابات أخرى في العلاقة بالوالدين تعتبر عوامل خطورة إضافية؛ وفي سن الرشد فإن أحداث الحياة الضاغطة ترتبط بقوة بظهور نوبات الاكتئاب الرئيسية الكبرى، والنوبة الأولى غالباً ما تحدث عقب أحداث حياتية ضاغطة على غير ما يحدث في النوبات التالية. والعلاقة بين أحداث الحياة الضاغطة والمساندة أو الدعم الاجتماعي أصبحت أمراً مثيراً للجدل، فنقص الدعم، أو المساندة الاجتماعية قد يزيد من احتمال الإصابة بالاكتئاب أو أن عدم وجود الدعم أو المساندة الاجتماعية سيكون في حد ذاته شكلاً من أشكال المعاناة التي تؤدي إلى الاكتئاب مباشرة، وهناك دليل على أن الاضطرابات الاجتماعية في صلة الجوار والتي تعود على سبيل المثال إلى الجريمة أو تناول العقاقير المحظورة تعتبر عامل خطورة، وكذلك الظروف المعاكسة في العمل، وخاصة عدم إشراك العاملين في اتخاذ القرارات يرتبط أيضاً بحدوث الاكتئاب، بالرغم من أن التباعد وعوامل الخط والتفنيذ تجعل من الصعب تأكيد سببية العلاقات.

الشخصية والاكتئاب

يعتبر علم الشخصية من أقرب العلوم الإنسانية ارتباطاً بالطب النفسي وعلم النفس الإكلينيكي، حيث سار المنهج قديماً على الربط بين أنماط من الشخصية (السوداوية - الصفراء - البلغمية - الهوائية، إلخ) وبين اضطرابات معينة في السلوك، وارتفاع احتمال ظهورها في نوعيات معينة من هذه الشخصيات، وفي العصر الحديث عندما ظهرت نظريات الشخصية كعلم في بدايات القرن العشرين كانت هناك نظريات تقترح وجود

ارتباط بين أنماط معينة من الشخصية وبين الإصابة بأمراض نفسية وعقلية معينة، حيث تشير إحدى النظريات إلى وجود ارتباط بين الدرجات المرتفعة من الانطواء وبين الإصابة بالاكتئاب.

يبدو أن هناك ارتباطاً بين جوانب مختلفة من الشخصية في نموها وتطورها، وبين الإصابة والاستمرارية في اضطرابات أو مرض الاكتئاب، فبرغم أن النوبات الاكتئابية ترتبط ارتباطاً قوياً بالأحداث السلبية أو المعاكسة فإن أسلوب الشخص في المواجهة أو التصدي قد يرتبط بقدرته على التكيف والمقاومة، وبالإضافة لذلك فإن الدرجات المنخفضة من اعتبار الذات وانهزام الذات أو الذات اللانهزامية أو التفكير المشتمت كلها ترتبط بوجود الاكتئاب.

الإحسان المتدين قليلاً ما يصاب بالاكتئاب أو يعاني منه وإن أتى فإنه سرعان ما يتبدد بفعل الإيمان الذي يجعل الشخص لا يعول على شيء فاته، ولا يهن ولا يحزن، طالما أنه مع الله وبعقده بأن الله معه، وإن شيئاً أصابه بالخير فهو من عند الله وإن كان غير ذلك فهو من نفسه، ولا يكون من الواضح دائماً أي العوامل هي التي تسبب أو تؤثر في وجود الاكتئاب، ومع ذلك فإن الأشخاص المكتئبين القادرين على تصحيح أنماط تفكيرهم غالباً ما يحدث لديهم تحسن في الناحية المزاجية وكذلك في اعتبار الذات.

غالباً ما يلوم الأفراد المكتئبون أنفسهم بسبب أحداث أو وقائع سلبية كانوا فيها، وفي دراسة عن مجموعة من المراهقين المقيمين في مستشفيات للعلاج من حالات اكتئابية من هؤلاء الذين يشعرون بمسؤولية حسب التقارير الذاتية لهم عن أحداث معينة سلبية لم تؤد في اعتقادهم إلى نتائج إيجابية، وهذا الميل أو الاتجاه يتصف بنوع من أساليب التفسير للوقائع والتي تنتم بالصفات الاكتئابية أو التشاؤمية، وطبقاً لما جاء لدى (ألبرت باندورا) عالم النفس الاجتماعي كندي الجنسية ومن المرتبطين بالنظرية المعرفية الاجتماعية، فإن الأشخاص المكتئبين تكون لديهم أفكار أو معتقدات سلبية عن أنفسهم تعتمد على خبرات من الفشل، وبملاحظة الفشل في النماذج الاجتماعية، ونقص في الاقتناع الاجتماعي بأنهم يمكن أن يحققوا نجاحات وأنهم يعانون من التوتر والضغط في كل من الحالة الجسمية والانفعالية، وهذه المؤثرات يمكن أن ينتج عنها مفهوم سلبي عن الذات ونقص واضح يدركه الفرد بالنسبة للكفاءة الذاتية وذلك أنهم لا يعتقدون أن باستطاعتهم التأثير في الأحداث أو تحقيق وإنجاز أهدافهم الشخصية.

الاكتئاب لدى المرأة

تشير بعض الدراسات والبحوث الخاصة بالاكتئاب لدى المرأة إلى أن العوامل التي تجعلها عرضة للاكتئاب متنوعة، مثل فقدان الأم مبكراً ونقص الثقة في العلاقات ومسؤولية رعاية عدد من الأطفال صغار السن في المنزل .



(الشكل 2): المسنون من أكثر الفئات عرضة للاكتئاب

يزداد اختطار إصابة المرأة غير العاملة بالاكتئاب إذا ازدادت عليها ضغوط الحياة، وهذه الضغوط أو العوامل عند النساء الأكبر سناً هي في الغالب مشكلات صحية، أو تغير في العلاقة مع رفيق الحياة، أو الأبناء بسبب الانتقال إلى أماكن رعاية المسنين، أو الافتقار إلى الرعاية المطلوبة، أو موت أحد الأعمام أو التغيير الذي يحدث في

إمكانية الحصول على الرعاية أو نوعية العلاقات الاجتماعية مع أصدقاء قدامى بسبب التغيير الذي يحدث في الحالة الصحية.

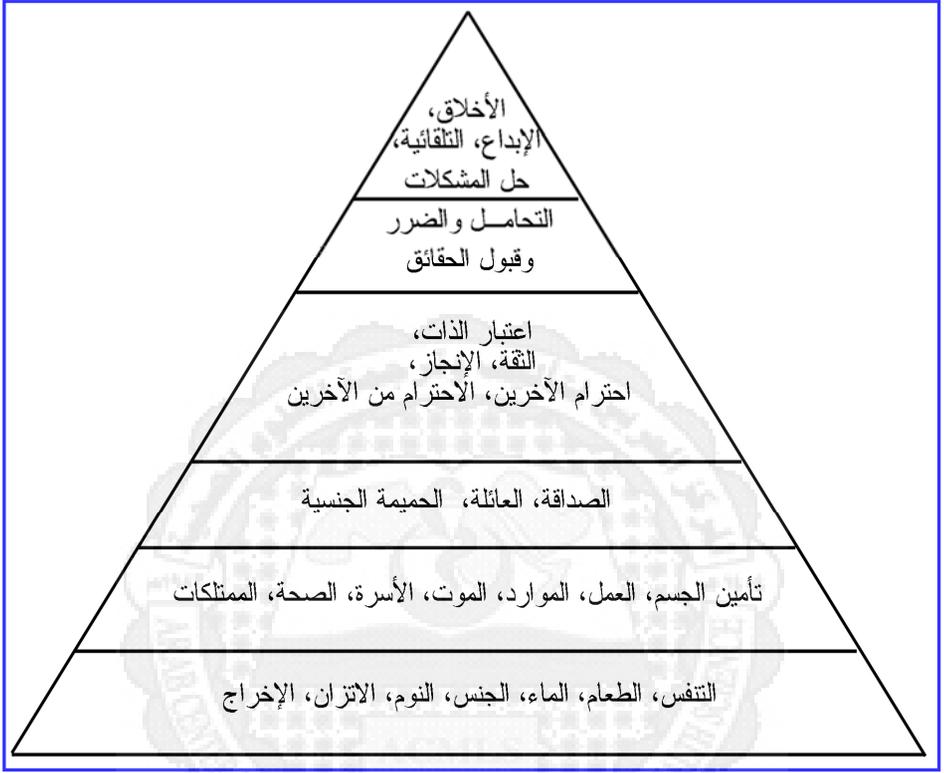
نظريات الاكتئاب

هناك نوعان من النظريات في تفسير الاكتئاب وهما **النظرية الطبية البيولوجية** و**النظرية النفسية**، وعملية فهم وتفسير هذا المرض قد لاقت أيضاً مساهمات من فروع علم النفس المختلفة مثل التحليل النفسي والوجودية، ومن وجهة نظر التحليل النفسي التقليدية لدى عالم النفس النمساوي (سيجموند فرويد) فإن الاكتئاب أو المالنخوليا تعود إلى افتقاد العلاقات الشخصية وخبرات الحياة الأولى. أما علماء النفس في مجال الوجودية فيربطون بين الاكتئاب والنقص في كل من معنى الحاضر، والنظرة إلى المستقبل ويقترح مؤسس علم النفس الإنساني (إبراهام ماسلو) أن الاكتئاب يمكن أن ينشأ عندما يصبح الإنسان غير قادر على الحصول على حاجاته أو تحقيق ذاته ومن أجل أن يحقق إمكاناته الكاملة.

من الأفكار المعروفة في التراث النظري لموضوع الحاجات الأساسية والثانوية لدى الإنسان ما يسمى "بهرم ماسلو"، وهو عبارة عن ترتيب هرمي من الحاجات ويأخذ الشكل الهرمي، يبدأ من القاعدة بالحاجات الأساسية إلى القمة حيث الحاجات النفسية المعنوية.

من وجهة النظر الأساسية في نظرية النشوء، يفترض أن الاكتئاب الرئيسي، بمعنى معين، هو نقص في قدرة الفرد على إعادة الإنتاج، والأساليب النشئية في مواجهة حالة الاكتئاب من خلال هذه النظرية، تضع آليات معينة قد تكون قد ساهمت بشكل وراثي في دخول بعض الموروثات الخاصة بالاكتئاب ضمن التركيبة الوراثية للفرد، بحيث نضع في الاعتبار العوامل الوراثية أو القابلية الخاصة لدى الفرد، حيث تلعب الصفة الاكتئابية دورها بافتراض ظهور بعض المكونات الخاصة بها خارج عملية التكيف، مثل العلاقات ذات الصلة بالتعلق أو الارتباط والطبقة أو الدرجة

الاجتماعية، ويمكن تفسير السلوكيات الموجودة كنوع من التكيف لتنظيم أو ضبط العلاقات أو الموارد بالرغم من أن النتيجة قد تكون سوء التكيف مع البيئة الجديدة.



(المخطط رقم 1): الترتيب الهرمي للحاجات الإنسانية لدى عالم النفس الإنساني "ماسلو"

• نظريات بيولوجية فرض الحمض الأميني الأحادي:

وطبقاً لهذه النظرية أو هذا الفرض فإن حالات الاكتئاب تنشأ أو تظهر عندما تؤدي المستويات المنخفضة من إفراز هرمون السيروتونين إلى هبوط مستوى إفراز الهرمونات وهي الناقل للحمض الأميني الأحادي، وهي نظرية تعتمد في العلاج على استخدام مضادات اكتئاب ترفع من مستوى إفراز هرمون النورإبينفرين (Norepinephrine) بشكل مباشر.

• نظريات أخرى:

أظهرت نتائج المسح الكهربائي للمخ في حالات الاكتئاب وجود عدد من الفوارق في أبنية خلايا المخ عن تلك الموجودة لدى الأفراد من غير المصابين بهذا المرض، وبرغم وجود بعض الاختلاف في النتائج، فإن التحليلات أوضحت وجود دليل قوي يتمثل في وجود حجم أصغر في منطقة قرين أمون (الحُصين: Hippocampus) في المخ وعدد أكبر من الندبات الكثيفة، ووجود هذه الكثافة يرتبط بالمرضى من المصابين بظهور هذا المرض في سن متأخر والذي يؤدي إلى تطوير ما يسمى بنظرية اكتئاب الأوعية الدموية.

وربما تكون هناك صلة بين الاكتئاب والناقلات العصبية الموجودة في منطقة قرين أمون في المخ، وهو مركز كل من المزاج والذاكرة، وفقدان أو نقص الخلايا العصبية في هذه المنطقة من أحد العلامات التي لوحظ وجودها لدى بعض الأفراد الاكتئابيين ويرتبط ذلك بوجود فساد في بعض وظائف الذاكرة واختلال المزاج، والأدوية يمكن أن ترفع من مستويات السيروتونين في المخ، مما يؤدي إلى تنبيه الجينات أو الناقلات العصبية، ومن ثمّ إلى زيادة حجم أو كتلة قرين أمون وهذه الزيادة يمكن أن تؤدي إلى تجديد أو تعويض كل من المزاج والذاكرة. وهناك علاقات متشابهة تمت ملاحظتها بين الاكتئاب ومنطقة معينة في قشرة المخ تتدخل في عملية تعديل وتشكيل السلوك الانفعالي، وأحد المغذيات العصبية المسؤولة عن تغذية الجينات أو الموروثات العصبية هو ما يسمى بعامل التغذية العصبية المشتق من المخ، ويلاحظ وجود انخفاض في مستوى هذا العامل في بلازما الدم لدى المرضى المصابين بالاكتئاب بشكل غير عادي بالمقارنة بالأشخاص الأسوياء أو غير المصابين بالاكتئاب. والأدوية المضادة للاكتئاب ترفع من مستوى هذا العامل في الدم، وبالرغم من ملاحظة وجود هذا النقص في اضطرابات أخرى، إلا أن هناك دليلاً على أن نقص هذا العامل مسؤول عن وجود حالات الاكتئاب والعامل الخاص بفعل الأدوية المضادة للاكتئاب.

قد يحدث الاكتئاب الرئيسي أيضاً - كسبب جزئي - عن طريق زيادة في نشاط الغدة النخامية في إفراز هرمون الأدرينالين (Adrenaline)، والتي تشبه استجابة الغدد

الصماء للضغط الواقعة على الفرد، وتكشف الفحوصات عن وجود مستويات متزايدة من إفراز هرمون الكورتيزون، وتضخم في الغدة النخامية (Pituitary gland) والغدة الكظرية (Adrenal gland) مما يشير إلى وجود اضطرابات في نظام الغدد الصماء والذي قد يلعب دوراً في ظهور الاضطرابات النفسية بما في ذلك الاكتئاب الرئيسي، والإفراط في إفراز الهرمون المطلق لموجهة القشرة من الوطاء (Hypothalamus)، والتي يعتقد أنها تؤدي إلى ذلك وتكون موجودة في الأعراض الخاصة بالناحية المعرفية واليقظة. "فالإكتئاب يمكن أن يرتبط بنفس آليات المخ التي تتحكم في دوائر النوم والأرق" والإكتئاب قد يكون له علاقة بالاختلال أو الشذوذ الذي يحدث في الساعة البيولوجية للجسم، على سبيل المثال دورات الموجات العصبية بالدماغ بالمقارنة بتلك التي تحدث أثناء النوم، ربما تكون أسرع وأكثر من اللازم أو شديدة الكثافة لدى الفرد المكتئب، وهذه الدورات المتسارعة تعتمد على تناقض في مستويات إفراز السيروتونين (Serotonin) في جذع المخ ويحدث الخلل فيها بسبب دخول الجسم تركيبات دوائية معينة، مثل مضادات الاكتئاب التي تزيد أو ترفع من درجة الحساسية للسيروتونين فتقل فاعليته أو نشاطه أثناء النوم، وتزيد في حالات الأرق، والأرق المستمر نتيجة الحرمان من النوم، والذي ينشط بدوره الخلايا العصبية الخاصة بطاقة السيروتونين مما يؤدي إلى عمليات تشغيل مشابهة لتأثير العلاج بمضادات الاكتئاب مثل مثبطات السيروتونين الاختيارية. والأشخاص المكتئبون يمكن أن يحدث لهم تحول في المزاج بعد ليلة كاملة من الأرق وعدم النوم، وهذه المثبطات يمكن أن يعتمد وجودها على زيادة في الناقلات العصبية المركزية للسيروتونين بسبب التأثير العلاجي لها وهو نفس النظام الذي يؤثر على دوائر النوم والأرق واليقظة.

كما تشير نتائج البحوث التي تمت على تأثير العلاج الضوئي في علاج الاضطرابات الوجدانية الموسمية إلى أن الحرمان من الضوء يرتبط بوجود تناقص في نشاط نظام إفراز السيروتونين وإلى وجود شذوذ غير طبيعي في دائرة النوم، وخاصة في حالات مرض الأرق أو عدم النوم المزمن.

والتعرض للضوء أيضاً يستهدف نظام الحساسية للسيروتونين مما يقدم المزيد من الدعم لأهمية دور هذا النظام الذي قد يلعبه في علاج الاكتئاب ، فالحرمان من النوم والعلاج بالتعرض للضوء، كلاهما يستهدف نفس نظام الناقلات العصبية في المخ والمناطق المحيطة بهذه المنطقة، مثلما يحدث من العقاقير المضادة للاكتئاب والتي تستخدم الآن بشكل إكلينيكي في علاج الاكتئاب، والعلاج الضوئي والحرمان من النوم وتغيير أوقات النوم (أو ما يسمى بعلاج المراحل المتقدمة للنوم) تستخدم كلها معاً كتركيبة علاجية في مواجهة ومقاطعة نوبات الاكتئاب العميقة لدى مرضى الاكتئاب في المستشفيات.

كذلك قد تم ضم هرمون الإستروجين (Estrogen) أو هرمون الأنوثة في دائرة الاضطرابات الاكتئابية بسبب ارتفاع درجة الخطورة بالإصابة بنوبات اكتئابية بعد سن البلوغ وفترة ما قبل الولادة ونقص معدلات هذا الهرمون بعد انقطاع الطمث وما يسمى بسن الإياس (اليأس)، واستخدام هرمون الإستروجين لازال قيد البحث بالرغم من أن بعض المحاولات التجريبية الصغيرة أظهرت وجود نتائج واعدة لاستخدامه في منع أو علاج الاكتئاب، فإن الدليل على فاعلية هذه النتائج لازال غير قوي، والعلاج بتعويض هرمون الإستروجين أثبت فوائده في تحسين الحالة المزاجية لدى حالات سن اليأس ولكنه لازال من غير الواضح إذا كانت أعراض سن اليأس، أو انقطاع الطمث هي التي تغيرت تماماً أم لا.

ويعتبر اضطراب الاكتئاب الرئيسي مشابهاً أو مطابقاً تقريباً لاعتلال سلوك استجابة الجسم عندما يقوم الجهاز المناعي بمحاربة مرض معدٍ أو تلوث بالجراثيم، كذلك تحدث أعراض اكتئابية مماثلة لدى المدمنين أو الذين يداومون على استخدام عقاقير أو أدوية معينة لفترة زمنية طويلة أو أثناء الأعراض الانسحابية لمدمني المسكنات أو العقاقير المنومة.

الاكتئاب والانتحار

هناك بعض العلامات التي يستدل بها الأطباء النفسيون على أن بعض مرضى الاكتئاب لديهم دافع قوي على الإقدام على الانتحار، ومن هذه العلامات إحساس

المريض بالضيق الشديد، وبأن صبره قد نفذ ولم تعد لديه القدرة على الاحتمال، وهو في هذه الحالة يبدو مستسلماً ولا يرحب بمناقشة مشكلاته أو البحث عن حلول لها، لأن حل التخلص من الحياة يبدو أمامه وكأنه الخيار الوحيد الأمثل، حيث يشند المرض لديه، وما يسببه ذلك من اضطراب في التفكير السليم حيث لا توجد أي حلول أخرى متاحة، وقد يتساءل المريض عن أهمية الحياة وقيمتها ويذكر أنه لا سند له في هذه الدنيا وأن الحياة مظلمة ولا أمل في المستقبل.

ويفسر علماء النفس الانتحار على أنه نوع من العدوان الداخلي على الذات (نظرية التحليل النفسي) والذي يتردد إلى النفس بدلاً من الخروج إلى العالم الخارجي المحيط به من أشخاص وأشياء، ورغم أن بعض الأشخاص يقدمون على الانتحار دون أن تُعرف عنهم الإصابة السابقة بالاكتئاب، إلا أنه بالرجوع إلى تاريخ الحالة والفحص الدقيق في الظروف والملابسات التي تحيط بواقعة الانتحار، يؤكد أن نسبة كبيرة منهم كانت تعاني من حالات الاكتئاب النفسي الشديد في وقت الإقدام على مثل هذا الفعل وخاصة من الناجين منهم، وقد يكون هناك نقد لفكرة تنفيذ الانتحار لدى مرضى الاكتئاب المعروف عنهم بصفة عامة أنهم يعانون من قلة الإنتاج وبطء الحركة وخاصة في كبار السن، مع عدم وجود الإرادة الكافية للإقدام على هذا الفعل نظراً لما يرتبط بهؤلاء من ضعف الإرادة نسبياً وقت المرض أو النوبات المرضية الاكتئابية، ولكن الرد على ذلك لدى الأطباء النفسيين، هو أن مريض الاكتئاب قد يقدم على الانتحار ولكن بعد أن يتلقى العلاج، حيث يبدأ المريض في التحسن من ناحية الحركة وقبل أن تزول أعراض الاكتئاب - وهو ما يحدث في بداية عملية الشفاء- وعندئذ تكون لديه الاستطاعة على تنفيذ عملية التخلص من النفس نظراً لأن الناحية النفسية وما تحمله من دوائر اكتئابية لازالت تعمل بنشاط وتحتاج إلى رعاية من نوع آخر بجانب الدواء.

وفي الحالات المبكرة من الإصابة بالاكتئاب، قد يقوم المريض بمحاولة إيذاء نفسه حين يلاحظ التغيير الغريب الذي أصابه، وأنه لم يعد يستطيع التحكم أو التوازن النفسي وعادة ما يقوم مرضى الاكتئاب بتنفيذ محاولات الانتحار في الساعات الأولى من الصباح، وهو الوقت الذي تكون فيه مشاعر الاكتئاب في قمته وتزداد معدلات أو نسب

الانتحار في المدن عنها في المناطق الريفية، وربما يرجع ذلك إلى ضعف الروابط والعلاقات الاجتماعية في المدن، حيث يعيش الكثيرون في حالة من الوحدة والاعترا ب الاجتماعي بالإضافة إلى كثرة الصراعات اليومية في العمل والحياة والضيق الذي يسببه الزحام ومعدلات التلوث المرتفعة، في مقابل الحياة الريفية الأكثر هدوءاً واستقراراً وبساطة العيش والتي تمتاز فيها العلاقات الاجتماعية بالانتشار والقوة والترابط مع الإحساس العالي في التوازن بين النفس والجسم.



الفصل الثالث

علاج الاكتئاب

هناك ثلاث طرق علاجية هي الأكثر شيوعاً في الاستخدام لعلاج الاكتئاب:

- 1- العلاج النفسي.
- 2- العلاج الدوائي.
- 3- العلاج بالتخليج الكهربائي.

العلاج النفسي:

العلاج النفسي صالح لكل الأعمار والحالات، ويفضل أن يقترن بالعلاج الدوائي للحصول على أفضل النتائج، أما العلاج باستخدام أسلوب التخليج أو التشنجات الكهربائية فإنه يتم اللجوء إليه كملاذ أخير في علاج هذا المرض.



(الشكل 3): رجل مصاب بالاكتئاب

كما أن تطور خدمات الصحة النفسية تحتاج بشكل روتيني إلى تضافر وتعاون بين تخصصات مختلفة ولكنها أساسية في العلاج مثل الطبيب النفسي والإحصائي النفسي وجهاز التمريض المتخصص تعتبر غير كافية أو لا تعمل بالطريقة العلمية المنصوص عليها وذلك في كثير من الدول المتقدمة، وبالرغم من أن مرض الاكتئاب ينظر إليه على أنه ظاهرة مرتبطة بالدول المتطورة، غير أن ذلك يجافي الحقيقة إلى حد ما، ولا يعتبر من الظروف المهدة لحياة الأفراد هناك، نظراً للاهتمام باكتشافه مبكراً وتنظيم عملية التشخيص والعلاج والمتابعة.

وهناك مبدأ أساسي في علاج الاضطرابات والأمراض النفسية والعقلية بصفة عامة وما يندرج تحتها من أمراض أو حالات تتدخل فيها الناحية المعنوية - النفسية - الاجتماعية بشكل أساسي مثل الإدمان على سبيل المثال، وهو أن العلاج الدوائي في مثل هذه الأحوال يعتبر الشق الأول من العلاج وهو يعتمد على النظرية الطبية العلاجية التي تقوم على أساس أن الاضطرابات النفسية والعقلية عبارة عن خلل يحدث في التفاعلات والمعادلات الكهربائية الكيميائية في الجهاز العصبي المركزي وخاصة المخ، وعلى هذا الأساس يقوم العلاج في مدرسة الطب النفسي أساساً.

ولكن واقع الحال والإحصائيات تشير إلى أن استخدام أساليب العلاج النفسي التابعة لمدرسة علم النفس الإكلينيكي والنظريات النفسية في التقييم والعلاج و المتابعة، وأحدثها مدرسة العلاج السلوكي المعرفي يعطي نتائج جيدة تتفوق أحياناً على العلاج الدوائي وخاصة في الاضطرابات ذات المنشأ النفسي أساساً، والدليل على ذلك أن هناك بعض الحالات التي تبدو عضوية المنشأ مثل التبول اللاإرادي لدى الأطفال والكبار لا يصلح معها العلاج الدوائي في أحيان كثيرة، وخاصة إذا كان المنشأ أو الأسباب ترجع إلى ظروف نفسية. غير أن التعاون بين كل من الطب النفسي وعلم النفس الإكلينيكي من الطبيعي أن يؤدي إلى نتائج أفضل، وخاصة أنه من المعروف أن الإنسان عبارة عن تركيبة فريدة من النفس والجسد.

غير أنه من الإنصاف بأن نشير أن هناك حالات لا يصلح فيها العلاج النفسي بمفرده، وهي باختصار الحالات العقلية أو التي ترتبط مباشرة بوجود خلل وراثي أو وراثي أو نتيجة للتعرض للحوادث، حيث تصبح النظرية الطبية العلاجية الدوائية هي الأمثل في العلاج، ويظهر هذا بوضوح في حالات معينة من التخلف العقلي والفصام ولو أن النظريات النفسية الإكلينيكية ونظريات الشخصية، تفيد هنا أيضاً كعامل مساعد في إعادة التوافق النفسي - الاجتماعي، وتنمية المهارات والقدرات بأساليب وبرامج مدروسة.

خلاصة القول إن فريق العلاج النفسي (الطبيب النفسي - الإخصائي النفسي - الإخصائي الاجتماعي - التمريض) هو الحل التقليدي الأمثل للوصول لأفضل النتائج في مجال علاج الأمراض النفسية والعقلية.

العلاج الدوائي (مضادات الاكتئاب):

تذكر المراجع الطبية أن الأدوية المضادة للاكتئاب لا تقل فاعلية في علاج الاكتئاب عن العلاج النفسي، وبالرغم من ذلك فإن الكثير من مرضى الاكتئاب يتوقفون عن العلاج بالأدوية ولا يتوقفون عن العلاج النفسي، وربما يعود ذلك بشكل كبير إلى الأعراض الجانبية لهذه الأدوية، وللحصول على درجة أفضل من فاعلية الدواء ودرجة أقل من الأعراض الجانبية. ينبغي تعديل جرعات الدواء أو عند الضرورة الجمع بين أنواع مختلفة منها على سبيل التجربة للوصول لأفضل النتائج أو الدواء المناسب لفرد معين؛ ومعدلات الاستجابة لمفعول الدواء الأول المستخدم ضد الاكتئاب يصل مداها من (50 - 75٪) ويمكن أن تستمر على الأقل (6 - 8) أسابيع من بداية العلاج إلى أن تخف حدة المرض، أو يعود المرضى إلى الحالة النفسية الطبيعية التي كانوا عليها. والعلاج بمضادات الاكتئاب يستمر عادة من (16 - 20) أسبوعاً بعد ظهور استقرار الحالة، وذلك لتقليل فرصة عودة المرض (النكس) إلى الحد الأدنى لها، ومرضى الاكتئاب المزمن قد يحتاجون إلى تناول الدواء بشكل منتظم حتى يمكن تجنب حدوث النكس، ومصطلح الاكتئاب المقاوم للعلاج يستخدم في وصف الحالات التي لا تستجيب لدورات العلاج

المستخدم فيها نوعين من الأدوية المضادة للاكتئاب معاً، وأي دواء مضاد للاكتئاب يمكن أن يؤدي إلى انخفاض مستوى الصوديوم في الدم. وهذا يظهر كثيراً مع استخدام مثبطات استرجاع السيروتونين المختارة، وهي الأدوية الأساسية التي يتم وصفها للمريض نظراً لفاعليتها وأعراضها الجانبية البسيطة، وأنها أقل الأدوية تعريضاً للتسمم عند تناول المريض جرعات أكبر بالمقارنة بمضادات الاكتئاب الأخرى، وهذا الإجراء يؤدي إلى تحسن (50%) من الحالات، و عقار الفيلافاكسين هو أحد مضادات الاكتئاب التي لها طريقة عمل مختلفة، وقد يكون ذا فاعلية أكبر بدرجة طفيفة عن مجموعة مثبطات استرجاع السيروتونين المختارة، ومع ذلك فإن هذا الدواء لا يوصى باستخدامه في إنجلترا كخط علاجي أول للاكتئاب بسبب وجود دليل يشير إلى أن مخاطر استعماله تزيد عن حجم فوائده، ولا يشجع على استعماله مع الأطفال والمراهقين، ولا توجد أدلة علمية على أن مجموعة أدوية مثبطات استرجاع السيروتونين تسبب الأرق.

وبالنسبة للاكتئاب لدى المراهقين فإن دواء الفلوكستين والاسيكتالوبرام هما الأنسب في العلاج. وفي الحقيقة فإن الأدوية المضادة للاكتئاب وجد أنها غير مفيدة في حالات الاكتئاب لدى الأطفال.

وهناك إضافة ينبغي ذكرها بالنسبة لتقنيات العلاج الدوائي لمرضى الاكتئاب وهي أن الطبيب قد يضيف في العلاج أدوية لها طبيعة مختلفة في الآلية من أجل رفع درجة فاعلية الأدوية المضادة للاكتئاب، ويكون ذلك في الحالات التي تظهر فيها مقاومة للعلاج، وقد تم استخدام أملاح الليثيوم كإضافة في العلاج بالأدوية المضادة للاكتئاب لدى هؤلاء الذين فشلوا في الاستجابة للأدوية المضادة للاكتئاب فقط، وأكثر من ذلك فإن أملاح الليثيوم لها قدرة ملموسة في الحد من خطورة الإقدام على الانتحار في حالات الاكتئاب المتكررة، وقد يعمل إضافة هرمون الغدة الدرقية على تقديم نفس الإضافة التي تقدمها أملاح الليثيوم حتى مع المرضى من ذوي معدلات هرمون الغدة الدرقية ذات الوظيفة الطبيعية، كذلك فإن إضافة الأدوية المضادة للحالات الذهانية عندما لا يستجيب المريض للأدوية المضادة للاكتئاب، يرفع من فاعلية الأدوية المضادة للاكتئاب وإن كان هناك تغيير مفاجئ في الأعراض الجانبية.

وفيما يلي ملخص لقائمة الأدوية التي استعملت تاريخياً في علاج الاكتئاب بدءاً من أقدمها في الظهور علماً بأنه في الوقت الحالي نرى الاتجاه السائد في العلاج الدوائي يتجه إلى رفع مستوى السيروتونين في الدم كعلاج مبدئي.

1. مضادات الأكسدة الأمينية الأحادية:

التي قد تستخدم الآن فقط إذا كانت الأدوية الأخرى عديمة الجدوى لأن هناك احتمال وجود تفاعلات تؤدي إلى أنواع من التسمم نتيجة استعمال هذه الأدوية مع تناول أطعمة معينة مثل الجبن، وقائمة أخرى من المواد الغذائية، إلا أن هناك دواءً حديثاً يعطي نفس التأثير دون الحاجة إلى استخدام نظام غذائي محدد معه.

2. مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات:

وتتضمن هذه المجموعة العديد من الأدوية، ولكن لهذه الأدوية أعراض جانبية كثيرة مثل تسارع نبضات القلب، والدوخة أو الغثيان وجفاف الأغشية المخاطية، وإن كانت لا تزال واسعة الانتشار.

3. الأدوية التي ترفع نسبة مادة السيروتونين:

وهي من أكثر الأدوية المستعملة الآن في علاج الاكتئاب (سبق الحديث عنها ببعض التفاصيل).

4. الدهون غير المشبعة ومنخفضة الكوليستيرول و فيتامين B المركب:

تبين أن لها القدرة على تغيير الحالة المزاجية لما لها من تأثير على امتصاص وسائط نقل الإشارات العصبية الكيميائية في المخ، حيث أوضحت نتائج بعض الدراسات وجود علاقة بين تناول الأسماك والزيوت التي تحتويها وخصوصاً أوميغا 3 وبين انخفاض الأعراض الاكتئابية أو التخفيف منها.



(الشكل 4): بعض الأطعمة الغنية بأوميغا 3

تظل فاعلية وتأثير الأدوية المضادة للاكتئاب محلاً للجدل والمناقشة، فقد وجد أن هذه الفاعلية تزيد مع الحالات الحادة من المرض وأنها تصل إلى معدلات إكلينيكية قياسية جوهرية، فقط في الدراسات التي تكون عينة الدراسة فيها من المصابين بدرجات حادة وشديدة من الاكتئاب، وربما كان ذلك لأن هذه الحالات (الاكتئاب الحاد أو الشديد) تكون استجابتها ضعيفة بالنسبة لتأثير العلاج الوهمي (البلاسيبو) أو المهدئات بالمقارنة بالاستجابة المتزايدة للعلاج الدوائي، وحيث يوجد تحيز لافت للنظر في نشر الدراسات والأبحاث التي يتضح منها كفاءة أدوية مضادات الاكتئاب بالمقارنة بدراسات أخرى غير منشورة، حيث تفيد نتائجها بعدم وجود هذا القدر من الفاعلية، وعلى الرغم من أن هذه الدراسات غير المنشورة قد تفتقر إلى استخدام مناهج بحث مضبوطة أو لها مشكلات أخرى، إلا أن هناك احتمالاً لوجود نوع من التحيز في عدم نشر هذه الدراسات، وفي الولايات المتحدة تم نشر وإعلان قائمة التحذير أو القائمة السوداء في عام (2007) والتي تضمنت تحذيراً من استخدام الأدوية المضادة للاكتئاب من فئة مثبطات استرجاع السيروتونين المختارة وأدوية مضادات الاكتئاب الأخرى، وذلك بسبب وجود خطر متزايد في الإقدام على الانتحار لدى مرضى الاكتئاب الأقل عمراً من 24 سنة.

العلاج بالتخليج الكهربائي:

العلاج الكهربائي لحالات الاكتئاب (Electro Convulsive Treatment; ECT) عبارة عن إجراء يتم فيه توجيه دفعات أو نبضات كهربائية، يتم إرسالها إلى المخ عن طريق قطبين كهربائيين يتم وضعهما عادة أعلى جانبي الصدغ لتدخل المخ بشكل متقاطع، بينما يكون المريض في حالة تخدير عام مؤقت أو قصير المدى، والأطباء النفسيون في المستشفيات قد يشيرون باستخدام هذه الطريقة (ECT) مع حالات الاكتئاب الرئيسي الحادة، والتي لا تستجيب للأدوية المضادة للاكتئاب، أو في حالات أخرى مع العلاج النفسي، أو التدخل للمساعدة أو المساندة العلاجية، وهذا النوع من العلاج يمكن أن يكون له تأثير أسرع من أدوية مضادات الاكتئاب، وربما يكون ذلك هو الاختيار الموجود في حالات الطوارئ مثل حالات الاكتئاب الجامودي، حيث يتوقف المريض عن تناول الطعام والشراب، أو في حالات الإقدام المستمر على الانتحار.

العلاج بالتخليج الكهربائي من المحتمل أن يكون أكثر فاعلية من العلاج الدوائي للاكتئاب، وذلك على المستوى المباشر قصير المدى، ولكن باستخدام هذا النوع من العلاج بمفرده، فإن معدل النكس في خلال الشهور السنة الأولى يكون مرتفعاً جداً وقد وصل هذا المعدل في الدراسات الأولية إلى ما يقرب من 50٪، بينما في محاولات تجريبية حديثة أكثر انضباطاً من الناحية المنهجية، وجد أن هذه المعدلات تصل إلى (84٪) حتى مع استعمال العلاج بطريقة الغفل أو (البلاسيبو)، ويمكن الحد من انتشار نوبات النكس المبكرة باستخدام الأدوية المضادة للاكتئاب أو المزيد من العلاج الكهربائي بالرغم من أن هذا العلاج الأخير لا تنصح بعض الجهات المسؤولة باستخدامه، ومن بين التأثيرات السلبية لاستخدام العلاج الكهربائي مع مرضى الاكتئاب حدوث اضطرابات في الذاكرة قصيرة وطويلة المدى، واختلال في التوجّه المكاني، والصداع. وبالرغم من أن الاختبارات أو المقاييس النفسية الموضوعية تشير نتائجها إلى أن الاضطرابات التي تحدث بعد استخدام طريقة التخليج الكهربائي في العلاج، والتي غالباً ما تنتهي أو تعود لحالتها الأولى بعد مرور شهر واحد من العلاج، إلا أن هذا النوع من العلاج يظل محل خلاف وجدل بالنسبة للمدى الذي تستمر فيه المؤثرات المعرفية والتعرض للخطورة.

العلاج بالتمرنات الرياضية:

هناك توصيات صادرة عن السلطات الصحية في بريطانيا باستخدام التمرينات الرياضية في علاج الاكتئاب وهناك بحث مرجعي على (23) دراسة بطريقة التحليل تشير نتائجه إلى وجود تأثير علاجي إكلينيكي كبير لهذا النوع من العلاج، ومن بين تلك الدراسات هناك (3) دراسات يظهر الانحياز فيها الناتج عن استخدام مقاييس غير شاملة لقياس مدى انخفاض الأعراض الاكتئابية مع استخدام هذه الطريقة (التمرينات الرياضية).

وفي إحدى هذه الدراسات، تشير البيانات إلى أن الأطباء يصفون ممارسة التمرينات الرياضية بشكل متزايد لأولئك الذين يعانون من الاكتئاب، وذكرت الدراسة التي أجرتها مؤسسة الصحة العقلية هناك، وشملت (200) طبيب من الذين يندرجون تحت فئة الممارس العام، أن (22%) من هؤلاء الأطباء يصفون استخدام التمارين الرياضية لهؤلاء الذين يعانون من مرض الاكتئاب، ولكن أغلبهم من الفئة المتوسطة من حيث شدة الأعراض، وهذه النسبة تعتبر مرتفعة، حيث كانت تصل إلى (5%) فقط قبل 3 أعوام من هذه الدراسة، وقالت الدراسة إنه ليس من المهم أن يركز الأطباء النفسيون على استخدام الأدوية المضادة للاكتئاب فقط في علاج مرضاهم، واعتبار أن هناك وسائل أخرى تساهم في العلاج، وأن التمارين الرياضية تساعد تلك الفئة من مرضى الاكتئاب (المستوى المتوسط) على افتراض أنها ترفع من مستوى تقديرهم لأنفسهم من خلال التحسن الذي يحدث في صورة الجسد (تحليل نفسي) أو تحقيق ذواتهم وأهدافهم. كما أن التمارين الرياضية تساعد المخ على إفراز مادة الإندورفين (Endorphin) التي تجعل الإنسان يشعر بأنه في حالة أفضل، وتقول "سيليا رينشاردسون" التي تعمل مديرة بهذه المؤسسة أن هذه التمارين يمكن أن تساعد الناس جسدياً واجتماعياً وبيولوجياً، وأوضحت نتائج هذه الدراسة أن عدد الأطباء الذين يعتقدون في فوائد العلاج بالتمارين الرياضية قد ارتفع بدرجة كبيرة، فقبل 3 سنوات كان (41%) من عينة الدراسة من الأطباء المختصين يرون أن التمارين تمثل علاجاً فعالاً بالمقارنة بنسبة (61%) يرون ذلك حالياً، ويقول "أندرو ماكجرو" المدير التنفيذي للمؤسسة أن الاكتئاب مرض معقد لذلك يجب أن يكون العلاج متنوعاً، وأن تتاح للمرضى فرصة الاختيار، ومن جانبه يقول البروفسيور "ستيف فيلد" من الكلية الملكية للطب العام إن هناك وعياً في الوقت

الحالي بين الأطباء عن فوائد التمارين الرياضية في العلاج، وهناك دليل متزايد على فاعليتها ورد الفعل من المريض يؤكد على فوائدها الكثيرة.

التداوي بالأعشاب

هناك استخدام لنوع من الأعشاب يسمى "عشبة سان جون" يستخدم كنوع من العلاج في بعض أنحاء العالم، ومع ذلك فإن الدليل على فاعلية هذا العلاج بالنسبة لاضطراب الاكتئاب الرئيسي يعتبر مختلفاً ومتوعاً ومثيراً للخلط والتداخل، ونسبة الأمان الخاصة به كعلاج يمكن أن توضع في مرتبة متوسطة من حيث النوعية والجودة الدوائية، وكمية المحتويات ذات الفاعلية من خلال طرق إعداد مختلفة، وغير ذلك، فهو يتفاعل مع عدد متنوع وكبير من الأدوية التي يصفها الأطباء بما فيها مضادات الاكتئاب ويمكن أن يحد أو يقلل من فاعلية بعض الأدوية مثل هرمونات منع الحمل.

كذلك فإن موضوع كفاءة الحمض الدهني (أوميغا 3 وغيره من الأحماض الدهنية) بالنسبة للاكتئاب الرئيسي لازالت محل جدل وخلاف، فلا يزال هناك تأييد لبعض النتائج الإيجابية وأخرى سلبية في دراسات وبحوث مضبوطة منهجياً، وكذلك من خلال نتائج ما يعرف بدراسات ما وراء التحليل (تحليل مجموعة من نتائج وبيانات البحوث في مجال معين)، والتي يشير بعضها فيما يختص بالمحاولات الإكلينيكية قصيرة المدى إلى أن استعمال هذه الأحماض الدهنية يمكن أن يفيد في علاج حالات الاكتئاب الرئيسي لدى البالغين.

بعض أنواع العلاج الأخرى:

التنبية المغناطيسي المتكرر:

يتم في هذا النوع من العلاج استخدام حقول مغناطيسية قوية في علاج الاكتئاب، وبالرغم أنه لا يعطي نتائج سريعة على المدى القصير، (وكان ذلك في تجربة طبية واحدة منضبطة، تم استخدامه فيها كنوع من التواصل مع مرضى الاكتئاب) إلا أن النتائج النهائية في دراسة مرجعية منظمة عام (2008) أشارت إلى أنه بالرغم من النتائج الواعدة الموجودة أساساً في الدراسات المفتوحة، فلازالت هناك حاجة إلى المزيد من المحاولات للتأكد من فاعلية هذه الطريقة في علاج الاكتئاب، ويؤدي النظام الغذائي

غير السليم، أو الاضطرابات الطبية إلى نقص في عناصر غذائية معينة وذلك له صلة أيضاً باضطراب الاكتئاب، ومن ثمّ فإنّ تحسين النظام الغذائي أو تصحيح وموازنة العناصر الغذائية الضرورية لسلامة الصحة الجسمية، قد تكون ذات فائدة في علاج بعض حالات الاكتئاب الرئيسية.



(الشكل 5): العلاج المغناطيسي للاكتئاب

العلاج السلوكي المعرفي:

مقدمة عامة:

إن نشاط المعالج السلوكي الحديث في ظل التطورات الحديثة للنظرية السلوكية المعرفية، يتوجه نحو التعامل مع السلوك بصفته ذا أبعاد متعددة، ومن ثمّ تجد أنّ المعالج السلوكي المعاصر ينظر إلى مرض الاكتئاب ومختلف المشكلات النفسية والاجتماعية بصفقتها تشتمل على أبعاد متعددة، وأنه توجد إمكانات ومداخل متعددة لتغيير السلوك وهذا ينطبق على الاضطراب النفسي المعروف باسم الاكتئاب الذي يحدث نتيجة تفاعل بين عناصر بعضها في البيئة الخارجية، وبعضها في عالم القيم والتفكير والوجدان أي

العوامل الذاتية، ومن ثم فإن علاج فرد يشكو من مشكلة معينة كالاكتئاب أو العجز عن ضبط النزعات العشوائية أو القلق، إلخ.. يمكن أن يتم بأن نعلمه أساليب جديدة من السلوك، كما يمكن أن نعلمه طرقاً جديدة من التفكير وحل المشكلات ويمكن أن نساعد على تغيير توقعاته القديمة أو القيم التي يتبناها نحو بعض الأهداف.

المحاور الأربعة للاضطراب الاكتابي والاضطراب النفسي عموماً:

- تتبنى السلوكية المعرفية المعاصرة نوعاً من التفكير يهتم اهتماماً خاصاً بالمشكلة النفسية، بحيث لا يجردها من طبيعتها المركبة، ومحور هذا التصور هو أن الاضطراب النفسي عندما يحدث لا يشمل جانباً واحداً من الشخصية وإنما يشمل أربعة مكونات هي:
- السلوك الظاهر (الأفعال الخارجية والتصرفات التي تبدو للعيان).
- الانفعال بكافة أنواعه (أي التغيرات الفيزيولوجية الجسمية الحادة).
- الإدراك والمعرفة والتفكير (طرق التفكير والقيم والاتجاهات وأساليب الشخص في حل المشكلات).
- دوائر التفاعل الاجتماعي (علاقاته بالآخرين وطرقه في معالجة الضغوط ومهاراته الاجتماعية وتوكيده لذاته).

ولقد تطور مفهوم طبيعة وأسباب الاكتئاب عبر القرون، وبالرغم من ذلك فقد ظلت هناك جوانب كثيرة من الاكتئاب غير مكتملة الفهم، ومحلاً للمناقشة والبحث، وكان من الأسباب الرئيسية المقترحة في هذا الموضوع هو العوامل أو الأسباب النفسية - الاجتماعية، والتنشئة والأسباب البيولوجية الحيوية.

في العلاج النفسي عموماً، تسمى عملية التشخيص بعملية التقييم حيث إنها تعتمد على جمع البيانات بصورة دقيقة عن الشكوى الخاصة التي يتقدم بها المريض، ويتم ذلك عن طريق إجراء ما يسمى بالمقابلات الشخصية المقننة (بمعنى أن كل شيء فيها تم تحديده مسبقاً) أو شبه المقننة، وعادة ما يبدأها المعالج مع المريض وأحياناً ما تحتاج وجود أشخاص آخرين من المقربين من الحالة (الأهل - الأصدقاء - المعارف) حسب اتجاه البحث.

تصنيف نوبات الاكتئاب:

تقع الاضطرابات الاكتئابية ضمن تصنيف اضطرابات المزاج (Mood Disorders)، ويعتبر الاضطراب الاكتئابي الرئيسي (Major Depressive Disorder)، من أهم نوبات الاضطرابات الاكتئابية من حيث الوضوح وتحديد الأعراض المرضية، وهي تختلف عن النوبات الاكتئابية العارضة، حيث تستمر لمدة أسبوعين على الأقل، يحدث خلالها إما نوع من المزاج الاكتئابي أو فقدان الاهتمام أو الاستمتاع بكل النشاطات التي كان يمارسها المريض من قبل، وبالنسبة للأطفال والمراهقين فإن المزاج يغلب عليه التقلب أكثر من الحزن.

ومن الناحية التشخيصية، فلا بد للمريض من شعوره بأربعة أعراض إضافية على الأقل من قائمة تحتوي على تغيرات تحدث في الشهية والوزن والنوم والنشاط النفسي الحركي، وفقدان الطاقة والإحساس بالذنب والنقص وعدم القيمة، وصعوبة التفكير واتخاذ القرار، أو الأفكار المتناوبة عن الموت والانتحار، سواء من حيث التخطيط أو الإقدام على المحاولة .

ومن حيث وضع نوبة الاكتئاب الرئيسي في الاعتبار من الناحية التشخيصية أو تقييم الحالة، فإن الأعراض يجب أن تكون حديثة الظهور، أو تكون بصورة أسوأ من النوبات السابقة، وأن تكون مستمرة معظم اليوم، وأن تحدث يوماً تقريباً لمدة أسبوعين متتاليين، كذلك فإن هذه النوبة أو الدورة يجب أن تصاحبها متاعب وخلل جوهري في الناحية الاجتماعية أو جوانب وظيفية أخرى مهمة.

محكات تشخيص الاكتئاب:

تعتبر محكات التشخيص البحثية من بين الأدوات القليلة التي صممت للكشف عن وجود الاكتئاب وفقاً لنموذج طبي. وقد استخدمت محكات التشخيص البحثية للاكتئاب على نطاق واسع في بحوث نتائج العلاج السلوكي المعرفي للاكتئاب وهي كالآتي:

- مزاج يتسم بالقلق.

- وجود خمسة أعراض على الأقل من الأعراض الآتية لتشخيص الاكتئاب المؤكد وأربعة لتشخيص الاكتئاب المحتمل وهي:
 - ❖ ضعف الشهية أو فقدان الوزن.
 - ❖ صعوبة في النوم.
 - ❖ فقدان الطاقة.
 - ❖ تهيج أو تبلد.
 - ❖ فقدان الاهتمام بالنشاطات المعتادة أو تضاول الدافع الجنسي.
 - ❖ الشعور بالذنب أو لوم الذات .
 - ❖ ضعف التركيز وأخطاء في التفكير.
 - ❖ أفكار متكررة حول الانتحار أو الموت.
- مرض نفسي مستمر لمدة شهر على الأقل دون وجود حالات طبية نفسية سابقة أو وجود مرض طبي خطير.

الصياغة السلوكية - المعرفية لحالات الاكتئاب

المقصود بصياغة الحالة صياغة سلوكية معرفية، هو اتخاذ مجموعة من الإجراءات التي من شأنها إعداد الحالة للعلاج بطريقة منهجية سليمة، وهي تعتمد على تسع خطوات هي:

- 1- جمع بيانات شخصية محددة عن الحالة.
- 2- تحديد قوائم المشكلات التي يواجهها المريض، وصياغتها صياغة دقيقة مختصرة جامعة.
- 3- تحديد الأفكار والمعتقدات الأساسية المرضية، وتلك التي ترتبط بمواقف معينة.
- 4- تحديد الجذور التاريخية للمرض، وأصول المشكلات، وجذورها القديمة.
- 5- تحديد المواقف التي تثير أو يتفجر من خلالها المرض لدى هذه الحالة.
- 6- صياغة الفروض العاملة، وهي عبارة عن تفسير مبدئي لأسباب المرض.

- 7- تحديد الأهداف العلاجية (التخلص من أشياء أو تعلم أشياء جديدة) ويكون ذلك مع المريض.
- 8- اختيار أسلوب العلاج متعدد المحاور بموافقة المريض.
- 9- الوقوف على العقبات التي يمكن التنبؤ بها في سير العلاج (غياب المريض - عدم التعاون ...إلخ).



الفصل الرابع

العلاج المعرفي السلوكي

أساليب التدخل والعلاج:

ينبغي في عجالة أن نقدم نبذة مختصرة عن ماهية العلاج السلوكي المعرفي، وماهية النظرية التي يقوم عليها هذا الأسلوب العلاجي، وتعتبر النظرية المعرفية في العلاج من أحدث النظريات التي تستخدم تطبيقاتها الآن بشكل واسع في مجال علاج الاضطرابات النفسية، وهذه النظرية تقوم على أساس أن شخصية الإنسان هي باختصار مجموعة من الأفكار والمعتقدات التي أصبحت بمرور الوقت عبارة عن قوالب أو أنماط شبه ثابتة، يرجع إليها الإنسان في فهمه للعالم المحيط به، وتفسير الأحداث والمواقف التي يمر بها من خلال هذه الأطر الفكرية، وبالتالي فإن السلوك الذي يصدر عنه يكون غالباً انعكاساً لها، وهذه الأفكار أو الأطر المعرفية هي التي تتحكم في اتجاهات الفرد، فإذا كانت هذه الأفكار قد تم بناؤها على أساس منطقي وصحي، وتستند إلى أسس واقعية فإنه من المتوقع أن يكون تعرض الفرد للاضطرابات النفسية بنسبة أقل، أما إذا كانت مبنية على أساس غير منطقي أو غير صحي بالمعنى العلاجي، فإن ذلك يشكل البذور الكامنة لظهور وتطور الاضطرابات والأمراض النفسية والعقلية.

وعلى أساس المخطط التالي فإن هناك ركائز ثلاث يقوم عليها تكوين الشخصية، وهي الأفكار أو المعتقدات، والانفعالات، والسلوك. أما الانفعالات فهي التعبير عن الحالة الوجدانية (غضب، قلق، سرور، اكتئاب... إلخ)، ومن ثم فإن السمة الوجدانية الغالبة لدى شخص معين لها تأثير لا يمكن إنكاره على رؤية هذا الشخص لما حوله، وما تضيفه على الواقع الخارجي من رؤية معينة تؤثر فيها هذه العلامات الوجدانية السائدة، وفي النهاية يخرج سلوك الفرد معبراً عن تلك الأفكار والانفعالات، وعن تلك الشخصية التي تتميز بالتفرد والاختلاف عن غيرها من الشخصيات بالرغم من أنها تتفق معها في عدد من السمات العامة، ويمكن بذلك التنبؤ بسلوكيات الفرد من خلال التعرف على ماذا يفكر به أو ماذا يعتقد وما الحالة الوجدانية الغالبة على هذه الشخصية.

ج - ألوان من السلوك السلبي:

- 1 - كراهية الآخرين.
- 2 - العزلة الاجتماعية.
- 3 - انخفاض الدافعية.
- 4 - ضعف التركيز.
- 5 - العجز وتعلم أنواع العجز.
- 6 - عدم الإقبال على الحياة.



أ - مجموعة من الأفكار السلبية والاعتقادات الخاطئة تنشأ بمزيد من دعم الأفكار السلبية حول الذات والعالم والمستقبل (مزيد من المرض والاكتئاب)

ب - المزاج الكئيب

- 1 - توليد ألوان من المزاج والمشاعر السلبية الكئيبة الحزينة.
- 2 - الشعور بالإرهاك والكسل وفتور الهمة وضعف النشاط.

(المخطط رقم 2): نشأة الاكتئاب النفسي الأساسي

وبتطبيق هذه النظرية في مجال علاج الأمراض والاضطرابات النفسية عموماً ومنها الاضطرابات الاكتئابية نرى أن هناك خللاً يحدث في العلاقة بين هذه الأبعاد الثلاثة (التفكير - الوجدان - السلوك)، وحيثما تسيطر الأفكار السلبية أو الخاطئة على نفسية الإنسان كما يحدث في حالة الاكتئاب ينعكس ذلك على الوجدان (فكرة + انفعال مصاحب) فتسيطر بالتالي مشاعر الحزن والقنوط. ويظهر السلوك كما لو كان تعبيراً عما أصاب الفرد من هبوط في الطاقة، واختلال العلاقات الاجتماعية وال فشل في العمل أو في الدراسة.

ويعتمد العلاج السلوكي المعرفي في علاج الاكتئاب أساساً على الخروج من هذه الدائرة المغلقة المتكونة بين أفكار سلبية ومزاج كئيب وسلوك سلبي، والتي تتعرض لمزيد من الدعم حسب تعبير المدرسة السلوكية مع زيادة الأفكار السلبية حول الذات والعالم، ومن ثم يحدث انغلاق في الدائرة، ويتركز العلاج أساساً حول النفاذ أو كسر أحد جوانب هذه الدائرة أو العلاقة المرضية الثلاثية المدعمة وهذا يكون بتصويب الأفكار عن طريق

النقد والإيضاح وتعديل السلوك أو تغييره وتغيير الطبيعة الوجدانية ونقلها إلى أفق أرحب من الأنشطة التي تجلب السرور والبهجة، وهناك طرق نفسية خاصة في معالجة الاكتئاب تستخدم كوسط أو وسيط ملائم للتعامل مع الأفكار والانفعالات والسلوك السلبي، ومن أهم هذه الأساليب استخدام تقنية الاسترخاء والذي سيتم الحديث عنه باختصار في موقع لاحق.

الوقاية من الاكتئاب:

في دراسة مرجعية بطريقة ما وراء التحليل (Meta analysis) سنة 2008 أوضحت نتائج تحليل البيانات أن التدخل السلوكي (Behavioral intervention) له فاعلية كبيرة في الوقاية أو منع ظهور الاكتئاب مرة أخرى في صورة نوبات جديدة، لأن هذا النوع من التدخل يبدو أكثر فاعلية عندما يتم استخدامه مع الأفراد أو جماعات صغيرة، لذلك فقد كان هناك اتجاه لاستخدامه عن طريق الإنترنت (شبكة المعلومات) للوصول إلى أكبر عدد ممكن من الأفراد وتحقيق الهدف الأكبر للوقاية من خلال استخدام برامج تم إعدادها لذلك خصيصاً.

ومع ذلك فإن الدراسات التحليلية المبكرة التي تتم عن طريق جمع البيانات من عدد كبير من الدراسات الخاصة بنفس الموضوع، أوضحت نتائجها أن برامج الوقاية تقوم على أساس تكوين مجموعات صغيرة من المرضى أو المصابين بأعراض اكتئابية، ويتم فيها إدارة الجلسات العلاجية الإرشادية عن طريق إخصائي نفسي إكلينيكي، وتعتمد على تعزيز وتشجيع روح المناقشة في الإفصاح عن المعلومات أو الأعراض التي يواجهها أفراد المجموعة، مما يشجع الجميع على الإفصاح عن شكاوهم ولا يجدون في ذلك حرجاً، وخاصة عندما يرى الشخص بأن غيره في الجلسة من الأشخاص الآخرين وهم يشرحون الحالة التي انتابتهم مجدداً، فيبدأ هو الآخر في تقديم حالته، ومن ثم يبدأ نوع من انتقال الأفكار وتصحيحها واكتساب معلومات جديدة، وتخفيف حدة الإحساس بالمرض أو الاكتئاب، ويكون ذلك تحت إدارة الإخصائي النفسي الذي يبدأ هو الآخر في تقديم المعلومات الغائبة غالباً عن كثير منهم، وإرشادات الوقاية، وتنظيم عملية الحديث بين أفراد المجموعة، وتحريك الجلسة في حالة الركود عن طريق توجيه بعض الأسئلة القصيرة مفتوحة النهاية التي تستدعي استجابات من أفراد المجموعة، أو تصحيح

معلومة غير صحيحة، أو تعديل الأفكار والسلوك السلبي، أو طرح أفكار جديدة تتميز بالإيجابية، ومن الأفضل أن لا يزيد عدد أفراد الجلسة عن 10 أشخاص يجلسون في غرفة جيدة التهوية، ويجلس المعالج أو المرشد النفسي في مواجهة الجميع، وهذه الجلسات تتراوح عادة بين (8 - 10) جلسات حسب الحالات المتقدمة لهذا النوع من العلاج من أجل الوقاية، والذي يسمى بالعلاج الجماعي (Group psychotherapy).

وقد وجدت بعض الدراسات أن هذه البرامج السلوكية لا تساعد المرضى من كبار السن بالشكل الكافي، والتي قد تفيد معهم برامج الدعم والمساندة الاجتماعية بشكل أفضل؛ وبالإضافة لذلك فإن البرامج التي تعطي نتائج أفضل في الوقاية أو منع انتشار وتدهور حالات الاكتئاب، تتكون من أكثر من 8 جلسات، وتستمر الجلسة الواحدة من (60 - 90) دقيقة، ويجب أن تكون إدارتها بواسطة المختصين وقد يكون معهم جهاز آخر معاون يتكون أساساً من التمرريض والإخصائي الاجتماعي. ولا بد للإخصائي النفسي الذي يعمل في مثل هذه البرامج أن يكون من القادرين على تعميم برامج محلية من النوع مرتفع الجودة، ويكون من ذوي الخبرة في هذا المجال، وله قدرة على الإدارة الجيدة لمثل هذه الجلسات.

وفي الغالب فإن نوبات الاكتئاب الرئيسية أو الكبرى (Major depression) تنتهي أو تتوقف بمرور الوقت سواء بالعلاج أو بدونه، والمرضى على قائمة الانتظار يسجلون انخفاضاً أو انحساراً في الأعراض من (10- 15%) خلال عدة أشهر، مع وجود 20% تقريباً من المرضى أصبحت لا تتوفر لديهم المحكات الكاملة لتشخيص الاضطرابات الاكتئابية، وتستمر فترة الاكتئاب المرضي عادة 23 أسبوعاً مع وجود أعلى نسبة من الشفاء في الشهور الثلاثة الأولى.

وتشير الدراسات التي أجريت على مجتمعات البحث العامة، إلى أن حوالي نصف الذين يعانون من الاكتئاب الرئيسي (سواء من الذين عولجوا منها أم لا) يشفون منها وتظل حالاتهم جيدة. بينما 35% منهم يصابون بنوبة واحدة أخرى على الأقل، وحوالي 15% تعود إليهم الحالات وتكرر بشكل مزمن، وتشير نتائج الدراسات التي قامت على عينات مختارة من المرضى المقيمين في المستشفيات إلى انخفاض معدلات الشفاء، وارتفاع في درجة الاستمرار المزمن، بينما تشير نتائج الدراسات التي أجريت على

مرضى معظمهم من العيادات الخارجية، أن الشفاء قد حدث لجميع الحالات تقريباً، مع وجود دورة للنوبات المرضية الاكتئابية تستمر لمدة 11 شهراً، وأن حوالي 90% من هؤلاء مصابين باكتئاب حاد أو ذهاني، ومعظم الذين لديهم حالات أو محكات مع وجود اضطرابات عقلية أخرى، تعود إليهم هذه النوبات بصورة متكررة.

تزداد احتمالات عودة الأعراض الاكتئابية بشكل كبير، إذا لم يتم شفاء جميع الأعراض المرضية الأولى عن طريق العلاج، وتوصي الإرشادات الصحية الحالية بالاستمرار في تناول مضادات الاكتئاب لمدة تتراوح بين (4 - 6) أشهر بعد الشفاء، وذلك لمنع حدوث انتكاسة (النكس)، وتشير الدراسات إلى أن استمرار العلاج بالأدوية المضادة للاكتئاب بعد الشفاء، يمكن أن يقلل من فرصة الانتكاسة بنسبة (40 - 70%) من العلاج الوهمي في مقابل 18% من مضادات الاكتئاب. وربما يستمر التأثير الوقائي على الأقل مدة 36 شهراً من الاستمرار في تناول العلاج.

تكون لدى الأفراد المصابين بالاكتئاب توقعات بحياة أقصر بالمقارنة بهؤلاء من غير المصابين به، ويرجع ذلك جزئياً لأن هؤلاء المرضى يواجهون خطر الموت عن طريق الانتحار (فكرة سائدة لدى المريض في مرحلة معينة من الاكتئاب)، كذلك تكون لديهم معدلات مرتفعة من الوفيات التي تحدث نتيجة لأسباب أخرى، وكونهم معرضين بشكل أكبر للإصابة بحالات مرضية أخرى مثل أمراض القلب.

وحوالي 60% من الناس الذين يقدمون على الانتحار تكون لديهم اضطرابات مزاجية مثل الاكتئاب الرئيسي، ويكون مستوى الخطورة مرتفعاً بشكل أكبر، خاصة إذا كان لدى الشخص إحساس واضح ومتميز بالعجز، أو كان يجمع في المرض النفسي ما بين الاكتئاب واضطرابات الشخصية الهامشية (Borderline personality disorders)، ونجد أن المدة الزمنية التي ترتفع فيها خطورة الإقدام على الانتحار بالنسبة لمدة حياة الأفراد الذين يعانون من اكتئاب أساسي تبلغ 3.4% بمتوسط 7% للرجال، 1% للنساء (بالرغم من أن محاولات الانتحار أكثر تكرارية لدى النساء). وهذا التقدير ينخفض بشكل جوهري عن رقم سابق يصل إلى 15% والذي كان موجوداً في دراسات قديمة أجريت على عينات من مرضى الاكتئاب المقيمين داخل المستشفيات للعلاج.

دور الأسرة والمجتمع في الوقاية من الاكتئاب:

للأسرة والمجتمع دور هام في الوقاية من الاكتئاب وحماية الصحة النفسية لدى الفرد، ويحدث ذلك عادة من قبل المحيطين به، من أفراد وأقارب وأصدقاء، والمؤسسات الاجتماعية على اختلاف أنواعها، بحيث يتبادل الأفراد والجماعات العمل لتحسين البيئة والظروف الاجتماعية والنفسية التي يعيشها الفرد، والجماعة، بحيث يمكن تخفيف حدة عوامل الضغوط التي تساعد على الإصابة بالأمراض النفسية عموماً ومنها الاكتئاب؛ فالفرد رجلاً كان أو امرأة عليه أن يبدأ بنفسه أولاً في العمل، بحيث لا يستغرق فيه تماماً فيعرض نفسه لنوع من العزلة والفشل الاجتماعي والضغوط العائلية التي تؤدي أحياناً إلى الاكتئاب، والمرأة يجب أن تساعد زوجها على الخروج من دائرة الإحساس بالإهمال والعجز، عن طريق الدعم والمساندة والتفهم والترويح والتجديد، والأسرة الاجتماعية يجب أن تكف عن ممارسة الضغوط عن العاملين فيها، وأن تكافئهم من وقت لآخر، وبشكل أو بآخر، لتزويدهم بالإحساس بالأهمية (الإحساس بالعجز والإهمال في الاكتئاب)، وأن تنظم لهم أوقاتاً للترويح عن النفس، يمكن فيها للعاملين، وخاصة هؤلاء الذين يحتاجون في أعمالهم بذل المزيد من الجهد والفكر والتركيز أن يقوموا بعمليات تفريغ مستمرة للضغوط وهموم العمل والأسرة، مما يحقق لهم تجديداً في النشاط وحصر الإحساس بالضيق والكآبة، حيث إن إحساس الفرد بالأهمية يواجه ويتعدى الإحساس بالضيق والكآبة.

كما أن تجديد النشاط يقاوم هبوط الطاقة، بالإضافة إلى أن التغذية السليمة المتوازنة، والترويح عن النفس، واكتساب الثقافة الصحية بشكل مستمر (جسماً ونفسياً) يقضي على أكبر دوافع الإحساس بالاكتئاب وهو الأفكار السلبية.

الرقابة في حالات محاولة الانتحار:

إن الرقابة المستمرة لمرضى الاكتئاب الأساسي هي أحد جوانب الوقاية المهمة ولو أنها تبدأ بعد الإصابة بالمرض، وبذلك فهي تعمل على الوقاية من استفحال المرض

والوصول به إلى درجة النهاية. ومن الضروري أن تتم مراقبة سلوكيات المريض دون أن نصارحه بذلك وحتى لا نلفت نظره أو نقوم بدون قصد بتعزيز فكرة التخلص من النفس لديه، ويجب الأخذ بعين الاعتبار أن أفضل فترات الملاحظة هي أثناء العلاج بالأدوية وحتى في حالة التحسن الملموس في الحالة، لأنه من المعروف أن العلاج الدوائي يُحدث توازناً في الدوائر العصبية - الكيميائية والمثيرة لأعراض المرض، ولكنه لا يمنع بالضرورة فكرة التخلص من النفس، والتي ترجع إلى أسباب نفسية خالصة يتعين معها استخدام أنواع أخرى من العلاج النفسي.



(الشكل 6): الانتحار

تفاصيل العلاج السلوكي المعرفي:

إن العلاج السلوكي المعرفي متعدد المحاور هو أحد طرق العلاج النفسي التي تعتمد أساساً على نظريات علم النفس الإكلينيكي والمرضي، والتي تقوم على تنفيذ إجراءات ما يسمى بتقييم الحالة (Evaluation) وهو ما يعادل مصطلح التشخيص في

الطب النفسي (وقد سبق الحديث عنه)، كما أن هذا النوع يتضمن خطة علاجية تحتوي على الجوانب الرئيسية الثلاثة في عملية العلاج وهي التقييم والعلاج والمتابعة، غير أنه في هذا النوع من العلاج يتم مبدئياً تحديد الأهداف التي يتحدد من خلالها مدى نجاح العلاج، ومن أمثلة الأهداف العلاجية في حالة من الاكتئاب ما يلي:

- تحديد الأهداف العلاجية.
- تخفيض الأعراض الاكتئابية (مراقبة أسبوعية لدرجة وشدة الأعراض باستخدام مقاييس متخصصة مثل قائمة بيك (Beck) للاكتئاب).
- التدريب على أساليب توكيد الذات والثقة بالنفس.
- ممارسة النشاطات السارة بشكل يومي تقريباً لمقاومة حالة الكآبة.
- تخفيض درجة العزلة الاجتماعية (باستخدام أسلوب التعرض المباشر للمواقف الاجتماعية، منعاً للتجنب، والهروب).
- التقليل أو الحد من درجة الحساسية للنقد باستخدام أسلوب النقد المباشر لمواقف النقد المزعجة في الحياة الاجتماعية، وتعلم كيفية الرد عليها ومواجهتها بالمزيد من التعرض لها.

الصياغة المعرفية لحالات الاكتئاب:

من أهم ما يميز أسلوب العلاج المعرفي عن أنواع كثيرة من العلاجات، هو ما يسمى بالصياغة المعرفية للحالة، وهو نوع من أنواع التقييم الذي يعتمد على فكرة الفروض العلمية (Hypothesis) التي تعتبر حلولاً مؤقتة لما يواجهه المريض من أعراض أو مشاعر سلبية، وهذه الفروض يجب أن تتم صياغتها في عبارات محددة ذات أسلوب منهجي في صياغة الفروض، بحيث تعبر باختصار ودقة عن كل مشكلة من المشكلات التي يتحدث عنها المريض، وتكون مهمة الإحصائي النفسي المعالج هنا هي تسجيل هذه الشكاوى ثم صياغتها فيما بعد في شكل فروض علمية قابلة للتحقق، وهي بالتالي تحدد أهداف العلاج التي سبق التحدث عنها، وبترتيب هذه الفروض العاملة ترتيباً منطقياً من حيث النوعية والشدة، يبدأ المعالج في التعامل معها واحدة واحدة باستخدام

أساليب العلاج السلوكي المعرفي التي سنتحدث عنها فيما بعد، والصياغة السلوكية المعرفية في مجال العلاج تحتاج إلى إخصائي إكلينيكي مدرب للقيام بها. فمثلاً عندما يقول المريض: أشعر بأن كل الذي أقوم به لأرضي رؤسائي في العمل، وأنهم يهتمون بوجودي، كما أشعر بالضعف والضآلة عند مناقشتهم في أمور العمل. فتكون الصياغة المعرفية لتلك الحالة قبل الإخصائي "ضعف الثقة بالنفس وتوكيد الذات".

ونعود إلى الترتيب المنطقي لخطوات العلاج بالأسلوب السلوكي المعرفي، حيث بدأنا بجمع البيانات الشخصية عن طريق إجراء المقابلات الشخصية التمهيدية وكذلك عن طريق تطبيق الاختبارات والمقاييس النفسية اللازمة، وتشمل قوائم واستبيانات الاكتئاب النفسي وأشهرها قائمة بيك للاكتئاب (Beck depression list)، ودراسة تاريخ الحالة، واستخدام ما يسمى بقوائم السلوك الموضوعية التي يقوم المعالج بإعدادها، ويستخدمها المريض في تسجيل ما يقابله من حالات وأعراض في حياته اليومية، ثم يقوم المعالج بتحليلها واستخدام الطرق العلاجية المناسبة معها، وهي ما تسمى أحياناً بقوائم أو جداول المراقبة الذاتية مع استخدام المحكات التشخيصية البحثية.

أساليب العلاج السلوكي المعرفي:

يمكن تلخيص طرق أو أساليب العلاج السلوكي المعرفي للاكتئاب فيما يلي:

1- التدريب على ممارسة النشاطات السارة.

2- التدريب على تنمية مهارات توكيد الذات والثقة بالنفس.

3- التدريب على تنمية المهارات الاجتماعية.

4- التدريب على الاسترخاء.

وسوف نتحدث عن كل منها باختصار شديد، فقط لنذكر جوهر استخدامها، مع التركيز قليلاً على أسلوب الاسترخاء نظراً لارتباطه كوسيط أو وسط مناسب لإجراء عمليات العلاج السلوكي المعرفي الخاصة، وباعتباره نوع مناسب من العلاج النفسي بصفة عامة.

1. التدريب على ممارسة النشاطات السارة:

الأساس في هذا النوع من التدريب العلاجي هو اختيار المريض لأفضل الممارسات التي تضيف عليه نوعاً من البهجة والسرور، في مقابل الأفكار الاكتئابية التي تنتابه في حالة المرض، حيث يقوم المعالج بسؤاله عن أهم هذه الأنشطة ويساعده أو يعزز لديه الرغبة في معاودة ممارستها.

2. التدريب على تنمية مهارات توكيد الذات والثقة بالنفس:

من المعروف أن مريض الاكتئاب بصفة عامة يعاني من الإحساس بالتدني وعدم القيمة، وضعف الثقة بالنفس، والأسلوب الأكثر شهرة في معالجة هذه الحالات هو ما يسمى بأسلوب الدراما النفسية (Psychodrama)، وهو أسلوب يعتمد على استخدام الدراما أو التمثيل في اصطلاح موقف أو مواقف معينة تعبر عن المشكلة أو المشكلات التي يعاني منها المريض ويشترك فيها المعالج للقيام بدور معين، ويقوم بتدريب المريض على حوار معين يستطيع من خلاله مواجهة مواقف معينة تتضمن الشكوى التي أباها، وكيفية التخلص منها، مثل الإحساس بالخجل، أو النقص، وقد يقوم المريض بأداء هذا الدور بنفسه، أو يستشعره من خلال مراقبة عملية التمثيل الذي تتم أمامه، والفرص الذي يقوم عليه هذا الأسلوب هو أن يضع المريض نفسه موضعاً يمكن من خلاله مراقبة تصرفاته، ومناقشتها مع المعالج لمعرفة أوجه الضعف فيها، ومدى منطقية هذه المواقف، والسبل اللازمة للتعامل معها.

3. التدريب على تنمية المهارات الاجتماعية:

يعاني مريض الاكتئاب عادة من العزلة والإحساس برفض الآخرين له، وبدعم جدوى العلاقات الإنسانية مع الآخرين. ويقوم المعالج النفسي من خلال إدارة الحوار بتصحيح هذه المفاهيم عن طريق المناقشة والجدل ومساعدة المريض على الوصول إلى الأفكار الواقعية الصحيحة، ولذلك يمكن عقد لقاءات أو رحلات جماعية يشترك فيها المريض كنوع من التدريب على الاحتكاك الاجتماعي والتغلب على مشاعر العزلة والكآبة، ومن الأفضل أن يقترن ذلك بممارسة الأنشطة المحببة التي تجلب السرور.

4. التدريب على الاسترخاء:

ما المقصود بالاسترخاء؟

من الثابت علمياً أن الزيادة الشديدة في الشد العصبي والتوتر العضلي تتوقف أساساً على شدة الاضطرابات الانفعالية كالخوف والقلق والاكتئاب النفسي، خاصة عندما يواجه الفرد بمشكلات تتصل بتوافقاته النفسية في الحياة. ومن المؤسف أن التوتر والشد العصبي والعضلي والنفسي لا يساعد الإنسان على التوافق والعمل والإنتاج ولا يساعده على بذل الجهد الفعال والكفاءة العقلية، بل يصيبه بالإرهاك والتعب لأقل مجهود جسمي أو ذهني.

فالأشخاص في حالات الشد والتوتر والقلق تنهار مقاومتهم وقدرتهم على الاستمرار في النشاط العقلي والجسمي بسبب عجزهم عن توظيف العضلات النوعية المختلفة توظيفاً بناءً.

ومن ثم فإن الاستجابة والسلوك المضاد الذي يضعف ويكف الخوف والقلق والأفكار والصور الذهنية والمواقف المثيرة للشد العصبي والعضلي والتوتر هي أن نتعلم الاسترخاء بكل أنواعه. ويقصد به: (قدرة المريض على إيقاف كل الانقباضات والتقلصات العضلية المصاحبة للتوتر عن طريق التدريب لاكتساب هذه المهارة المهمة).

والاسترخاء بهذا المعنى يختلف عن الهدوء الظاهري أو حتى النوم، لأنه ليس من النادر أن نجد شخصاً ما يرقد على أريكته أو سريره لساعات معدودة، لكنه لا يكف عن إبداء كافة العلامات الدالة على الاضطراب العضوي والحركي، مثل عدم الاستقرار الحركي والتقلب المستمر والذهن المشحون بالصراعات والأفكار.

ومن أهم شروط نجاح عملية الاسترخاء وجود درجة متوسطة من الذكاء، وقدر من النضج، والقابلية لتنفيذ التعليمات، والاتجاه الإيجابي نحو هذا الأسلوب العلاجي، وبالنسبة لاستخدام هذا الأسلوب في حالات الاكتئاب، فإنه يعتمد على وضع المريض في حالة تجعله متصلاً لتناول أفكار معينة، ومناقشتها، ومقارنته أفكاره مع أفكار أخرى مقابلة لها بشكل واقعي ومنطقي، وأحياناً يطلب المعالج من المريض أن يتخيل مواقف أو أماكن أو أحداث سارة أثناء وجوده تحت تأثير الاسترخاء، مما يساعد على تحسين الحالة النفسية لمريض الاكتئاب.

تعليم الاسترخاء:

يتم تعلم الاسترخاء على يد معالج مدرب تدريباً جيداً، وليس الغرض من الاسترخاء هو الوصول إلى حالة النوم أو الوعي الخفيف، وإنما الغرض منها هو الحد من التوترات العضلية الشديدة التي تصاحب الدورات أو النوبات المرضية النفسية، والتي غالباً ما تصاحب الاضطرابات النفسية مثل الاكتئاب وغيرها، وأسلوب العلاج بالاسترخاء يستخدم في الدول المتطورة في علاج تسكين آلام بعض الحالات العضوية مثل تحمل الألم في حالات الربو، أو مشكلات علاج الأسنان وغيرها.

يتعلم الشخص في البداية على يد المعالج أسلوب الاسترخاء العضلي العميق، والذي يتضمن الخطوات الآتية:

- 1- الاستلقاء بطريقة مريحة للمريض، مثل الأريكة، أو الكرسي، أو السرير، ويكون ذلك بطريقة تسمح بالراحة لكل أجزاء الجسم بقدر المستطاع، ثم يغمض الفرد المتدرب عينيه، ويصغي إلى المدرب أو المعالج، الذي يبدأ معه بالقول: "سأنبهك الآن لبعض التوترات التي تحدث في جسمك، وسأبين لك بعدها كيف تقلل منها أو تتحكم فيها".
- 2- مدد ذراعك الأيمن إلى الأمام وأعلى، ليكون كل انتباهك منصب عليها الآن بشكل خاص. اغلق راحة يدك اليمنى بإحكام وبقوة (لحظة صمت 5 ثواني)، لاحظ أن عضلات يدك اليمنى وعضلات المقدمة تنقبض وتتوتر، انتبه لوجود هذا الشد والتوتر، حاول أن تركز وتستمر في ذلك، هل تشعر ببعض الألم.... دعك الآن من هذا الشد، افتح كف اليد واجعله يسترخي في أفضل وضع يريحك من الشد والتوتر الذي كان موجوداً من قبل والآن هل تلاحظ الفرق بين الحالة الأولى من الشد والتوتر وما هي عليه الآن من راحة واسترخاء (مدة الشد 5 ثواني، ومدة الاسترخاء 15 ثانية) ويطلب المعالج من المريض أن يكرر هذا التمرين بالطريقة نفسها من (3 – 5) مرات.

ثم يبدأ المعالج في تكرار التنبهات والتعليمات التي سبق وأن أرشد المريض إليها، وأن عملية الاسترخاء سوف تساعد في الحصول على حالة أفضل خالية من التوتر والقلق وأنه في جلسات علاج الاكتئاب تفيد هذه الحالة إلى الوصول بسرعة للأهداف التي سبق وأن حددها المعالج بموافقة المريض. وهناك نوعان من الاسترخاء، أحدهما وهو الاسترخاء العضلي العميق الذي بدأ في تعلمه الآن، والذي يعتبر التدريب عليه الآن

نوعاً من الواجبات المنزلية التي يقوم بها بنفسه، حتى يقرر له المعالج الانتقال إلى مرحلة أخرى من الاسترخاء وهي النوع الثاني من الاسترخاء ويدعى الاسترخاء بالاستدعاء من الذاكرة، حيث يستطيع الفرد، وبدون منبهات خارجية أو مواقف تدريب، أن يقوم باستدعاء حالة الاسترخاء في الجسم كله أو أجزاء معينة منه من الذاكرة، ويشمل ذلك استدعاء مواقف أو أحداث سارة أحياناً كجزء من العلاج، أو الدفع بالحجج الصائبة أثناء استرخاء المريض، وهي وسيلة أثبتت فاعليتها وذات نسبة جيدة في حالات الشفاء.

ويمكن تدريب عدد من أجزاء الجسم على طريقة الاسترخاء كما يلي:

أ- الذراعان الأيمن والأيسر: بنفس الطريقة التي ذكرت أعلاه.

ب- ثني راحتي اليد: إلى أن يحدث الإحساس بالشد والتوتر في المعصم وظهر اليد ويستمر هذا الإحساس لمدة 15 ثانية، مع تكرار التمرين من (3 - 5) مرات حتى يتم التمييز بدقة بين حالتي الألم والشد من ناحية، والراحة والاسترخاء من ناحية أخرى.

ج- تدريب الكتفين على الاسترخاء: رفع الكتفين كما لو كنت تريد لمس أذنيك بهما، وعليك أن ترصد بدقة طول مدة الثواني الخمس المعتادة كم يحدث من الشد والتوتر في عضلات الكتفين والرقبة، وبعد إدراك هذا الإحساس بوضوح، تسترخ بحيث تعود بها إلى وضعها الطبيعي المريح لهما، وتترك العضلات على الكتفين والرقبة على راحتها لمدة 15 ثانية، وكرر هذا التمرين من (3-5) مرات حتى تستطيع أن تميز بدقة مدى التعارض بين حالتي الشد والاسترخاء، وتؤكد أن التوتر والشد سيء وضار، وأن الاسترخاء في المقابل أمر مريح يثير المتعة الجسمية والنفسية، ويجب الحرص عليه مهما كانت الأحوال.

د- استرخاء عضلات الوجه: بنفس الطريقة يمكن أن نتعلم كيف تريح عضلات الوجه، حيث تقوم بتجعيد جبهتك وحاجبيك، كما يمكن أن تساعد نفسك في ذلك باستخدام إحدى يديك لتساعدك على تقطيب الجبين حتى تشعر بأن عضلات الجبهة قد اشتدت، وتؤكد من حدوث التوتر في هذه المنطقة لمدة 5 ثواني كالمعتاد. والآن جاء دور الاسترخاء كاستجابة مضادة للتوتر في هذا الجزء من الجسم، عليك الآن أن تعود بعضلات الجبهة إلى وضعها الطبيعي المريح، مع العمل على إرخائها بقدر الإمكان

لمدة 15 ثانية، حتى تشعر بالراحة الكاملة (الاسترخاء) في هذه المنطقة، كرر التمرين من (3-5) مرات حتى تدرك تماماً الفرق بين الحالتين.

هـ - استرخاء العينين: عليك أن تغلق عينيك بإحكام وقوة حتى تشعر أن التوتر قد شملها وكل المناطق المحيطة بها وكل العضلات التي تسيطر على حركة العينين لمدة خمس ثوان. والآن ارخ هذه العضلات ولاحظ الفرق - لأن هذا أمر في غاية الأهمية - لمدة خمس عشرة ثانية. وكرر هذا التمرين من (3 - 5) مرات بالطريقة نفسها.

و- الفك والأسنان: والآن اطبق فكك وأسنانك بإحكام كما لو كنت تعض على شيء، ثم لاحظ التوتر فيهما لمدة خمس ثوان. ثم دع فكك واسترخ بشدة ودع شفقتك منفرجتين قليلاً ولمدة خمس عشرة ثانية كالمعتاد. لاحظ التناقض بين التوتر والاسترخاء في منطقة الفكين. وتذوق الاسترخاء والراحة لأن هذه هي المهارة التي نريد منك أن تتعلمها لتكون تلقائياً وتدع نفسك في كل هذه المناطق على سجيبتها مسترخياً أكثر فأكثر.

ز- الشفتان والقم: وعليك الآن أن تركزَ على شفقتك، قم بضمها بشدة واضغط بإحداهما على الأخرى بشدة وإحكام، واضغط كل منهما على الأخرى بكل قوتك. وعليك أن تلاحظ التوتر الذي بدأ ينتشر حول الفم لمدة خمس ثوان فقط، لأننا لا نريد منك أن تتعلم مهارة التوتر والشد العصبي بل نريدك أن تتعلم المهارة المضادة لذلك. والآن استرخ وارخ عضلات شفقتك ودعهما في وضع مريح وتذوق هذه الراحة. كرر هذا التمرين من (3 - 5) مرات بالطريقة نفسها حتى تدرك الفرق بين التوتر الذي يصيبها والاسترخاء الذي ينبغي أن تعلمه لهما بأوامر من العقل.

عليك أن تلاحظ معي الآن "أن يديك وذراعيك ووجهك وكتفك ورقبتك ومختلف ما تحتويه من عضلات مسترخية بأوامرك وبتركيز منك وهي الآن في وضع هادئ نسبياً، لأن هذه هي أول مرة - غالباً - تمر فيها بهذه الخبرة وتتعلم الاسترخاء. حافظ على هذه الراحة والهدوء والاسترخاء فيها جميعاً.

د - منطقة الرقبة: والآن صوب تركيزك على منطقة الرقبة من الخلف. قم بضغط الرأس إلى الخلف حتى تشعر بتوتر في خلف الرقبة والجزء الأعلى من الظهر بالذات. وعليك أن تعيش هذا الوضع المليء بالتوتر فيها لمدة خمس ثوان. والآن عد برأسك إلى وضعها المريح مردداً بنوعاً من الحوار الذاتي، اهدأ، استرخ، راحة، هدوء - اطمئنان وتمتع بالراحة والاسترخاء الذي يحل فيها محل التوتر لمدة خمس عشرة ثانية. وتمتع بالفرق بين التوتر الذي أصابها والاسترخاء الذي تنعم به الآن. أكثر فأكثر. كرر هذا التمرين من (3 - 5) مرات لتتعلم الاسترخاء العضلي العميق.

ط - عضلات البطن والظهر: تفيد عملية الاسترخاء هذه بوجه عام في إزالة التوتر الذي قد يكون موجود في هذه المنطقة، وبالتالي تقليل أو تسكين الآلام الناتجة عنها، وهذه التمارين تفيد في حالات علاجية أخرى يكون الهدف منها التسكين وإزالة الألم؛ ويتم التدريب عليها بنفس الطريقة السابقة، وبالتدريب المستمر يستطيع الفرد السيطرة على التوتر والألم في هذه الأماكن، وفي مراحل متقدمة من التدريب، يستطيع الفرد استدعاء عملية الاسترخاء من الذاكرة وقت الضرورة، وفي أي مكان وتحت ظروف متعددة.

ي - الرجلان والحوض: يطلب المعالج من المتدرب أو المريض، أن يتمدد على أريكة في وضع مريح له، ثم يُطلب منه أن يرفع رجليه معاً وهو مستلق على ظهره، ويستمر في ذلك لمدة 5 ثواني أو حتى يقرر إحساسه بالتوتر والتعب في عضلات الرجلين والحوض، وبعد ذلك يطلب منه المعالج أن يعود إلى الوضع الأول من تمديد الجسم بالكامل، وأن يسترخي (التركيز على راحة الجسم وإيقاف التوتر) لمدة 15 ثانية حتى يشعر بالراحة، أو يقرر هو ذلك، وهكذا يتضح له الفرق بين حالتي التوتر والاسترخاء.

ينطبق هذا النوع من التدريب على جميع أجزاء الجسم الأخرى، وحيثما يريد المريض أو الحالة من السيطرة على التوتر المنتشر في أحد أعضاء الجسم، ومن ثمّ السيطرة عليها، والإحساس بالراحة، ومن الناحية النفسية فإن هذه التوترات ينشأ عنها حالة من الكدر نتيجة الشد العصبي الذي تستثيره حالة التوتر، ويستطيع الفرد مع المزيد

من التدريب استدعاء حالة الاسترخاء للمكان الذي يركز عليه في جسمه، وفي أي وقت، وأي مكان دون الحاجة إلى وجود أدوات معينة أو تجهيزات خاصة.

يكون العلاج بالاسترخاء أكثر فاعلية، ويعطي نتيجة أسرع مع الحالات المرضية النفسية التي تتميز بالمزيد من الاستشارة مثل القلق والمخاوف المرضية، أو عندما يكون الاضطراب العضوي والتوتر العضلي والنفسي والاستشارة البدنية، جزءاً من مشكلات المريض النفسية والجسمية.

أما بالنسبة لحالات الاكتئاب فإنه يفضل استخدام أسلوب الاسترخاء مع الحالات المتوسطة التي تكون لديها درجة معقولة من الوعي وقابلية الإيحاء، ودرجة لا تقل عن الذكاء المتوسط، وذلك حتى تعطي أعلى نسبة للاستجابة للعلاج، ولا يوصى باستخدام هذا الأسلوب العلاجي مع حالات الاكتئاب المرتبطة بوجود حالات ذهانية (Psychotics).

وفيما يلي بيان بأدوات واختبارات فحص الاكتئاب والتقييم النفسي:

أولاً: مقاييس الاكتئاب النفسي:

- 1- قائمة بيك (Beck) للاكتئاب كحالة – الصيغة الطويلة أو المختصرة.
 - 2- مقياس (الاكتئاب الفرعي: Subtest) من بطارية اختبارات مينيسوتا للشخصية متعددة الأطوار (MMPI).
 - 3- مقياس (زونج: Zung) للتقديرات الذاتية للاكتئاب.
 - 4- مقياس (ويشلر: Weckler) للاكتئاب.
 - 5- مقياس (هاملتن: Hamilton) لقياس شدة الأعراض الاكتئابية.
 - 6- بطارية (ميلن: Milen)، (ورش: Rush) للأعراض الاكتئابية.
- ثانياً: دراسة تاريخ الحالة الاكتئابية:**

ينظر إلى هذه الفئة من أساليب جمع البيانات على أنها نوع من المقابلة التشخيصية المقننة ومن أشهرها في هذا المجال: استبيان التحليل السلوكي لتاريخ الحالة.

وتتضمن هذه المقابلة التشخيصية المقننة فئات من المعلومات تشمل الآتي:

- 1- بيانات أولية وشخصية محددة.
- 2- الشكاوى التي دفعت المريض لطلب العلاج.
- 3- بيان تفاصيل حياة المريض النفسية الاجتماعية.
- 4- الحياة الأسرية، وطرق الثواب والعقاب، وأساليب التنشئة الاجتماعية.
- 5- ديناميكية التفاعل النفسي الاجتماعي بين الوالدين والأبناء، بينهم وبين بعضهم بعضاً.
- 6- المستوى التعليمي ومدى الإنجاز الأكاديمي، ومشكلات التركيز والتحصيل.
- 7- قضايا الجنس الحيوية، والممارسات الخاطئة، وأنواعها.
- 8- التاريخ الصحي للحالة منذ الطفولة وحتى دخولها العيادة النفسية.
- 9- التصرفات والأفعال، وخصال الشخصية السيئة المنحرفة.

ثالثاً: مقاييس شدة اختلال الاتجاهات:

- 1- مقياس اختلال الاتجاهات الأول، للكشف عن التضخم والمبالغة والتعميم وأنماط التشوهات المعرفية والانفعالية في الاتجاه الإيجابي نحو الذات والآخرين والمستقبل.
- 2- مقياس اختلال الاتجاهات الثاني، وهو عكس الأول. وكلاهما يكشف عن الإدراكات والمعتقدات والآراء المعرفية والأفكار الآلية المشوهة سواء أكان ذلك في اتجاه إيجابي أم في اتجاه سلبي.
- 3- اختبار مركز الضبط والسيطرة لجوليان روتر، للكشف عن أنواع التعليقات المسببة للاكتئاب.

رابعاً: قوائم السلوك الموضوعية:

- 1- قائمة الأفكار السلبية للكشف عن الأفكار الآلية السلبية التي تسبب الاكتئاب.
- 2- قائمة الأفكار الإيجابية لتحديد مدى خلو طرق التفكير وأساليبه بين الأفكار المشوهة نحو الذات والعالم المستقبل.
- 3- قوائم النشاطات السارة سواء أكانت اجتماعية أم شخصية للتعارض مع الاكتئاب.

خامساً: جداول المراقبة الذاتية:

- 1- جدول المراقبة الذاتية للأفكار الآلية السلبية.
- 2- جدول المراقبة الذاتية للقلق والانزعاج.
- 3- جدول المراقبة الذاتية للثقة بالنفس (توكيد الذات).
- 4- جدول المراقبة الذاتية للمواقف المثيرة للرهاب الاجتماعي.
- 5- استمارة خطوات زيادة فعالية النشاطات السارة في الحياة الاجتماعية.
- 6- استمارة تحليل عقلائي ومتابعة علاجية لتعديل طرق التفكير الخاطئة.
- 7- استمارة الكشف عن مواطن الضعف في توكيد الذات.
- 8- استمارة مراقبة ذاتية لمدى التقدم في الاسترخاء.



الفصل الخامس

نموذج لعلاج حالة اكتئاب

"علاجاً سلوكياً معرفياً"

سيدة عمرها 42 سنة، مطلقة وتعمل موظفة في إحدى الشركات، وتعيش مع ابنتها التي تبلغ من العمر أربعة عشر عاماً، تمثلت شكاواها الأساسية في معاناتها من الاكتئاب الشديد، وظهرت هذه النوبة الرئيسية من الاكتئاب عقب تعرضها لموقف معين مع رئيسها في العمل، ومن ثم بدأت في البحث عن إخصائي نفسي لتدريبها على بعض المهارات الاجتماعية حتى تتعلم كيفية التعامل الجيد مع الأشخاص ذوي المراس الشديد، على أن يكون برنامج التدريب سهلاً وغير معقد.

وقد كانت درجاتها على اختبار بيك (Beck) لقوائم الاكتئاب (32 درجة) مما يشير إلى أنها تعاني من حالة اكتئاب شديدة وكانت هذه الأعراض الحادة تتمثل في الحزن، والضيق وفقدان الإحساس بالرضا والمتعة، حتى في حالة ممارسة بعض النشاطات السارة، والتعب، وصعوبة في أداء الواجبات المنوطة بها في العمل أو المنزل، وفقدان الثقة بالنفس، والأرق، مع وجود نوبات من البكاء الطويل أحياناً، كذلك قررت أنها تقضي أوقاتاً طويلة بمفردها، وكانت كلما طلبها زملاؤها وأصدقائها في العمل وطلبوا استضافتها، تعتذر بأنها لا تستطيع لأنه ليس لديها ما تقدمه للآخرين وأنها يمكن أن تشكل عبئاً عليهم. مع العلم بأن والدتها واثنتين من أخواتها يسكنون قريباً منها في نفس الحي، ومع ذلك نادراً ما تراهم لأنها تعتقد أنهم دائمو الانتقاد لها ولا يقدمون لها أي مساعدة في مرضها، وعندما كانت تحتج على ذلك كانت الأم تتجاهلها، وقد كان لدى هذه الحالة إحساس بأنها تعاني من بعض المتاعب مع ابنتها المراهقة، خاصة عندما ترفض الاستجابة لبعض مطالبها غير المعقولة، ومع ذلك كان أفراد أسرتها يعترضون عليها، وذكرت في أحد المواقف التي صرخت فيه ابنتها قائلة لها "اتركيني في حالي، لأنني لم يعد لي طاقة للحياة معك"، مما جعل الأم تجري على حجرتها وتصرخ على مدى ساعة أو أكثر بسبب موقف ابنتها منها.

تاريخ الحالة:

تاريخ طويل من الاكتئاب بدأ في سن المراهقة (16 سنة) وكانت هي أكبر إخوانها التسعة، وكانت حياتها عبارة عن سلسلة من الذكريات التي تدور حول خدمة هؤلاء، وكانت الأم لا تعبرها اهتماماً، وتلقي دائماً بالأعباء عليها معللة ذلك بأنها الأكبر سناً وأنها المسؤول عن ذلك، ولم تكن تلاقى منها المعاملة الحسنة أو التدليل، وقد عانت كثيراً من ذلك الشعور بالجوهر حتى أنها فقدت الاهتمام بأشياء كثيرة، ولم تكن لها علاقات حميمة مع أحد، وحتى عندما تزوجت لم يدم زواجها سوى بضع سنوات بعد ولادتها لابنتها الوحيدة. وكان الإحساس بعدم الثقة بالنفس والإحساس بالاضطهاد يلاحقها دائماً وخاصة عندما تتذكر والدها القاسي الشديد، كثير الانتقاد لها، فداًماً ما كان يناديها يا سمينة ويا بدينة ويا كسولة، في الوقت الذي كان يداعب فيه إخوتها الآخرين؛ وكانت تعتقد أن والدتها تنظر إليها على أنها خادمة (أفكار واعتقادات خاطئة)، أو أنها تساعدنا نظير أجر يجب أن تتلقاه، لأن الأم غالباً ما كانت تسخط عليها إذا ما استأذنت منها لتحضر إحدى المناسبات الاجتماعية، أو قضاء بعض الوقت مع صديقاتها أو زملائها.

الصياغة المعرفية السلوكية للحالة:

1- المعلومات الشخصية (معلومات محددة خاصة بها دون غيرها):

ذات ذكاء مرتفع والمعوية (125 نقطة) وذات لفظ جلي وواضح، تبلغ من العمر 42 عاماً، ومطلقة وتعمل وتعيش مع ابنتها التي تبلغ من العمر أربعة عشر عاماً، وبحثت عن العلاج النفسي بعد أن ضلت الطريق، وتركت عملها بأكوية متأثرة إثر مناقشة حادة مع مديرها التي تعمل تحت إشرافه.

2- تحديد قائمة المشكلات:

• الاكتئاب الأساسي:

حصلت على 32 درجة على قائمة بيك (Beck) للاكتئاب، مما يشير إلى معاناتها من اكتئاب حاد. كانت متوجسة وبأكية وحزينة، ولديها بعض الأفكار الآلية السلبية من

قبل: " أنا إنسانة من الدرجة الثانية، أنا تافهة ولا قيمة لي " سريعة الانفعال والهيياج، تعاني متاعب في التركيز في عملها، ولم يعد يمتعها أي شيء ولم تعد تمارس أي نشاطات سارة، وتشكو باستمرار من التعب والشعور بالإرهاك والاستنزاف، وفتور في الهمة، وصعوبة في إنجاز أي شيء. كما أنها شديدة النقد واللوم لذاتها، وتشعر في أحيان كثيرة باليأس والعجز والقنوط إزاء إمكانية تحسن حياتها وحالتها.

• العزلة الاجتماعية:

حيث إن لها عدداً محدوداً من الأصدقاء الحميمين، وأصابها اليأس بمصير هذه العلاقات المحتوم بالفشل وخاصة في الزواج الذي انتهى بعد فترة قصيرة من ولادة الطفلة؛ وجعلها تعيش بمفردها، ولا يهتم بها أهلها (الأم والإخوة) برغم من وجودهم بجانبها في نفس الحي الذي تسكن فيه، وإحساسها القديم بالاضطهاد يجعلها تخاف من الإقدام على تبادل العلاقات مع الزملاء في العمل أو في أماكن أخرى.

• الإحساس بالقلق:

حالة الاكتئاب التي تعيش فيها السيدة تؤدي بها إلى القلق الدائم لخوفها على المصير الذي ينتظر ابنتها، ويدعم هذا القلق الدائم الأفكار السلبية المستمرة التي لا تفارقها عن عدم اهتمام أحد بها، وأنها وحيدة وقد تصاب بأي مكروه ثم لا يسأل أحد عنها وهي نفس الأفكار التي تكونت لديها عن حالتها الشخصية في علاقاتها مع الأم والأب والإخوة (ولو حتى من وجهة نظرها فقط).

• الرضا عن النفس:

يؤدي الإحباط المستمر الناتج عن أعراض ومظاهر الحالة الاكتئابية التي تعاني منها هذه السيدة إلى الشعور بالنقص والتقصير، وخاصة عندما وجه إليها رئيسها اللوم عن الإهمال ونقص الإنتاجية في العمل وعدم الكفاءة، وهي أعراض ناتجة عن الإصابة بالاكتئاب الأساسي مما يجعلها غالباً تشعر بعدم الرضا عن النفس كنتيجة لذلك.

• التوتر:

تؤدي المواقف الصادمة التي تتمثل في مواجهة الأعراض الاكتئابية مثل قلة الإنتاج، وعدم التركيز والانعزالية وعدم القدرة على التعامل مع الآخرين بشكل سليم، وخاصة في هذه الحالة، عندما صرخت الابنة المراهقة في وجه الأم وعاتبتها بشدة؛ مما أدى لارتفاع معدل التوتر لدى الأم والذي يؤدي بدوره إلى الشد العضلي وسوء الحالة النفسية الناتج عن استثارة الجهاز العصبي والذي اتضحت مظاهره في صراخ الأم وبكائها لمدة طويلة، وبذلك فإنه يمكن أن تكون هناك علاقة موجبة بين شدة أعراض الاكتئاب الرئيسي، واستثارة حالات التوتر العضلي - العصبي

• الميول العدوانية:

لا تظهر عند مريض الاكتئاب عادة أي ميول عدوانية خارجية نحو الآخرين فهو عادة يبدو ساكناً مستسلماً، بل أحياناً يصل إلى درجة الاكتئاب الجامودي (Catatonic depression)، ولكن هذا لا يعني أبداً عدم وجود علاقة بين الإصابة بالاكتئاب والعدوانية فهناك نوع أخطر من العدوان الخارجي على الآخرين، ألا وهو العدوان الداخلي على الذات، والذي يصل إلى أقصى مدى له مع بعض مرضى الاكتئاب، حين يحاولون التخلص من أنفسهم عن طريق الانتحار.

خطة العلاج السلوكي - المعرفي:

تحديد الأهداف:

- 1- تخفيض الأعراض الاكتئابية (بمراقبة درجة الاكتئاب أسبوعياً، بتطبيق قائمة بيك للاكتئاب) العلاج المعرفي للاكتئاب.
- 2- زيادة فعالية العلاج السلوكي التوكيدي (مع المحيطين بالمریضة مثل والدتها وأخواتها، أو حتى مع بعض زملائها في العمل، وكذلك مع المعالج نفسه).
- 3- زيادة النشاطات السارة وممارستها يومياً بشكل فعال.
- 4- تخفيض العزلة الاجتماعية (باتباع أسلوب التعرض المباشر للمواقف الاجتماعية، منعاً للتجنب والهروب).

5- تقليل الشعور بالحساسية للنقد، عن طريق أسلوب التعرض المباشر لبعض مواقف النقد المزعجة في الحياة الاجتماعية، وفي العمل (كما يحدث بالنسبة لشكوى المريضة وتعلم كيفية الرد عليها ومواجهتها بمزيد من التعرض لها).

الأساليب المستخدمة في علاج الحالة

1- إعادة البناء المعرفي للاعتقاد والأفكار السلبية:

ويتم ذلك عن طريق تكليف المريض بتسجيل يومي لهذه الأفكار، باستخدام استمارات خاصة يقوم المعالج بإعدادها وتسليمها للمريض، وأمام الفكرة الخاطئة السلبية يمكنها مناقشتها عن طريق وضعها أمام محطات واقعية حقيقية، يساعدها المعالج في الاستدلال عليها، ويكتب أمام كل فكرة من هذه الأفكار السلبية ما يقابلها من أفكار إيجابية صحيحة، وبمراجعة السجل يمكن التعرف على مدى التحسن في الحالة.

2- استخدام أسلوب الدافعية المستحثة:

حيث يقوم المعالج بتدريب المريضة على أداء بعض الأدوار التي من خلالها تتعلم الاستجابة الصحيحة والملائمة في المواقف والأحداث التي تشكو من الفشل في التعامل معها. وهذا الأسلوب يدعو إلى عدم تأجيل الأعمال التي من المفروض القيام بها أو التصدي لأفكار سلبية، مثلما يحدث في هذه الحالة (أنا لست مهمة أو أنا لا يهتم بي أحد)، ويعلم المريضة الطرق البديلة للتصدي (Coping) ومواجهة هذه الأفكار والمشاعر السلبية، باستخدام أسلوب تنفيذ الأفكار السلبية، مع تعلم مهارات إدارة الوقف، ما دامت بحاجة إلى ذلك.

3- اتباع أسلوب الدفاع بالحجج الصائبة:

لتعديل السلوك الوالدي الذي تواجهه هذه الحالة بحيث يصبح أكثر إيجابية، وأكثر ملائمة للمرحلة التي تمر بها الأم مع إبنتها، مع إدراك حقوقها، ووضعها في الاعتبار كأمر لها، وإدراك أنه من الطبيعي أن تقضي إبنتها بعض الأوقات بمفردها أحياناً، ومع أصدقائها أحياناً أخرى، ومع والدتها بالطبع - إذا تعدت الحالة على الاستمتاع بممارسة بعض الأنشطة السارة - أحياناً ثالثة وأخيرة.

4- اتباع أسلوب التعرض المباشر للمواقف الاجتماعية التي تسبب القلق أو الخوف:

لإزالة الحساسية النفسية منها، وتعلم المواجهة الاجتماعية بدلاً من الهروب منها، لاكتساب مزيد من الأصدقاء يمكن الاتصال بهم والاعتماد عليهم في بعض الأحيان.

5- تعلم كيفية الاسترخاء:

وهو اتباع أسلوب تعلم مهارة الاسترخاء العضلي التمييزي التدريجي، وأسلوب التنفس العميق وأسلوب التخيل الممتع للسيطرة على الشد العصبي، والتحكم في المجموعات العضلية المستنثارة بهدف القضاء على الأرق والشد العصبي والعضلي في كافة أنحاء الجسم بشكل متعمد ومقصود.

الخلاصة:

عرضنا فيما سبق من هذا الكتيب عن مرض الاكتئاب بداية من المفهوم الشائع عنه، إلى التعريف العلمي والإجرائي له، وقد تبين من خلال ذلك العرض أن هذه المظاهر النفسية التي يطلق عليها (الأعراض الاكتئابية) تبدو في البداية أمراً سهلاً التناول أو التعامل معه، ولكن اتضح فيما بعد أن الإهمال فيها قد يؤدي إلى فقدان الفرد لحياته نفسها، وأن هناك علاقة بين الاكتئاب وكثير من العوامل التي يجب الانتباه لها مثل العوامل الاجتماعية والبيئية والثقافية والاقتصادية، وأن لكل منها تأثير قد يكون منبهاً أو مثبطاً لهذا المرض، كما عرضنا طريقة التشخيص (التقييم) والمحكات الرئيسية لتحديد وجوده، وأهم أنواع النوبات الاكتئابية (الاكتئاب الرئيسي) التي تستدعي الاهتمام بالعلاج الفوري والرعاية المطلوبة.

ولعل أهم ما جاء في هذا الموضوع هو التنويه على أهمية العلاج النفسي بجانب العلاج الطبي، وخاصة في اضطرابات الاكتئاب التي قد يؤدي إهمال العلاج النفسي إلى إقدام المريض على التخلّص من حياته، وقد تم ذلك من خلال عرض أحدث أساليب العلاج النفسي (السلوكي - المعرفي)، وأسلوب الاسترخاء والذي يُستخدم كوسيط أو علاج في أمراض واضطرابات كثيرة، وبطريقة تجعل الفرد العادي قادراً على استخدامه عند اللزوم.

وأخيراً، أرجو أن يكون قد أصابني بعض التوفيق فيما قدّمت عن موضوع
الاكتئاب، وأن يكون ذلك دافعاً لتقديم المزيد من المعلومات والثقافة الصحية النفسية.



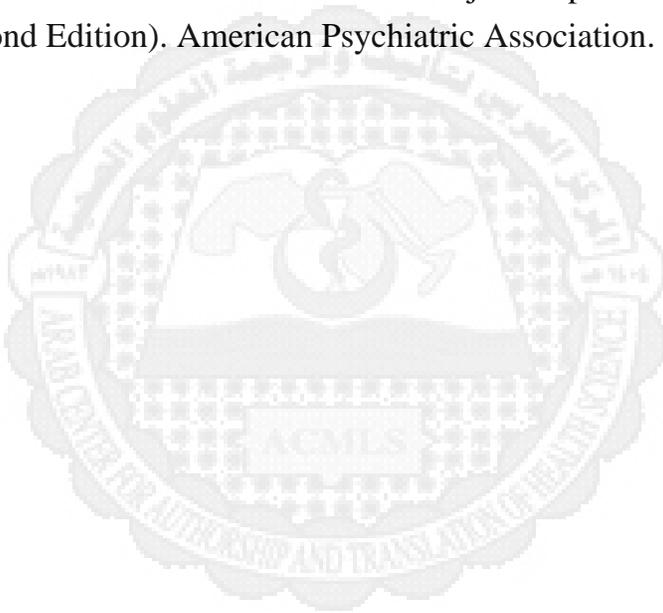
المراجع العربية

- حامد زهران (1978) الصحة النفسية والعلاج النفسي - القاهرة - عالم الكتب.
- لطفي الشربيني (1992) الاكتئاب النفسي مرض العصر - الإسكندرية - المركز العربي للنشر.
- ن. سارتوريس وآخرون (1986) الاضطرابات النفسية الاكتئابية في الثقافات المختلفة - جنيف - منظمة الصحة العالمية.
- براندن ب. برادلي (2000) علاج الاكتئاب، في: س ليندزي ر.ج. بول (محرران) مرجع في علم النفس الإكلينيكي للراشدين. ترجمة: صفوت فرج، القاهرة: الأنجلو المصرية، ص ص 126 - 163.
- جيفري يونج، آرون بيك آرثر واينبرجر (2002) الاكتئاب في: ديفيد بارلو (المحرر) مرجع إكلينيكي في الاضطرابات النفسية: دليل علاجي تفصيلي. ترجمة: صفوت فرج، القاهرة: الأنجلو المصرية، ص 579 - 657.
- عبد الستار إبراهيم (1994). العلاج النفسي السلوكي المعرفي الحديث: أساليبه وميادين تطبيقية. القاهرة: دار الفجر.
- عبد الستار إبراهيم (1998): الاكتئاب: اضطراب العصر الحديث، فهمه وأساليبه وميادين تطبيقية. القاهرة: دار الفجر.
- ف. ريبير (2000) فحص الاكتئاب في: س ليندزي / ج. بول (المحرران) مرجع في علم النفس الإكلينيكي للراشدين. ترجمة فرج أحمد. القاهرة: الأنجلو المصرية، ص ص: 104 - 123.
- مايكل أز تومكينز (2003). صياغة الحالة في العلاج المعرفي - السلوكي. في: روبرت ل. ليهي (المحرر) ممارسة العلاج المعرفي: مرشد للتدخل العلاجي. ترجمة: محمد نجيب الصبوة القاهرة: دار الفكر العربي، ص 168 - 214.

المراجع الأجنبية

- Hays RD, Wells KB, Sherbourne CD, et al. (1995). "Functioning and well-being outcomes of patients with depression compared with chronic general medical illnesses". Archives of General Psychiatry 52(9):11-19. [PMID 7811158](#).
- Patel V, Abas M, Broadhead J et al. (February 2001). "(fulltext) Depression in developing countries: Lessons from Zimbabwe". BMJ 322 (7284)
- Kendler KS, Gatz M, Gardner CO, Pedersen NL (January 2006). "A Swedish national twin study of lifetime major depression". American Journal of Psychiatry 163 (1): 109-14.
doi:10.11176/appi.ajp.163.1.109. PMID 16390897.
- Shah N, Eisner T, Farrell M, Raeder C (July/August 1999). "An overview of SSRIs for the treatment of depression" (PDF). Journal of the Pharmacy Society of Wisconsin.
- Prudic J, Olfson M, Marcus SC, Fuller RB, Sackeim HA (2004). "Effectiveness of electroconvulsive therapy in community settings". Biological Psychiatry 55 (3):301-12.
- National Institute for Clinical Excellence (2003) (PDF). Guidance on the use of electroconvulsive therapy. London: National Institute for Health and Clinical Excellence. ISBN 1-84257-282-2.

- Depression in children and young people: Identification and management in primary, community and secondary care. NHS National Institute for Health and Clinical Excellence. September 2005.
- Klein, Jesse (2008). "Review: Cognitive behavioural therapy for adolescents with depression". Evidence-Based Mental Health 11"76.
- The Treatment of Patients with Major Depressive Disorder (Second Edition). American Psychiatric Association. pp. 1-78



في هذا الكتاب



مما لا شك فيه أن الاكتئاب النفسي يشكل خطورة كبيرة ومتزايدة على الأفراد والمجتمعات، حيث ينتاب الفرد المصاب بالاكتئاب الخمول والانطواء وعدم الرغبة أو القدرة على العمل لفقدان والطاقة والحيوية.

من أجل ذلك كانت التوعية الصحية

بهذا المرض هي ضرورة ملحة ومن هنا

كان لهذا الإصدار أهمية خاصة. لقد قام المؤلف بإلقاء الضوء على الاكتئاب وتعريفه وعلى أنواعه المختلفة والأعراض الاكتئابية التي تظهر على المريض، وكيفية التعرف عليها لأخذ الحذر وسرعة عرض نفسه على الاختصاصي النفسي منعاً لتفاقم الحالة. ففي غياب الرعاية الطبية المناسبة قد يلجأ المريض إلى التخلص من نفسه.

ثم ركز المؤلف على أهمية العلاج النفسي جنباً إلى جنب مع العلاج الطبي، وخاصة تلك الحالات من اضطرابات الاكتئاب التي قد تؤدي إلى احتمال تخلص المريض من نفسه. واستعرض المؤلف أساليب العلاج المختلفة للاكتئاب بما فيها الاسترخاء وأحدث أساليب العلاج النفسي (السلوكي - المعرفي) وجاء المؤلف بمثال حي لمريضة عانت من الاكتئاب وشرح ما تم عمله لعلاجها منذ البداية بتحليل أسباب ودوافع إصابتها بالاكتئاب وتشخيص حالتها وأساليب العلاج التي استخدمت في علاجها.

نأمل أن ينال هذا الكتاب إعجاب القارئ ومحبي سلسلة الثقافة الصحية التي يصدرها المركز.