

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة وهران

قسم علم النفس و الارطفونيا
تخصص علم النفس العيادي

مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماستر

الاكتئاب عند المريض المصاب بمرض باركنسون

دراسة ميدانية لأربع حالات عيادية

بالمستشفى الجامعي بوهران مصلحة الطب الفيزيائي وإعادة التأهيل الوظيفي

المشرفة:

أ. طباس نسيم

إعداد:

قراوطي زهرة
بن زغيدة سميرة

لجنة المناقشة:

- | | | |
|----------------|-------|---------------|
| 1. قادري حليلة | رئيسة | جامعة وهران 2 |
| 1. طباس نسيم | مشرفة | جامعة وهران 2 |
| 1. موسي محمد | مناقش | جامعة وهران 2 |

السنة الجامعية
2025-2024

ملخص الدراسة :

تهدف هذه الدراسة إلى تسليط الضوء على مدى انتشار الاكتئاب لدى مرضى الباركنسون و تقييم مستويات لديهم من خلال منهج سريري يعتمد على الملاحظة المباشرة والفحص النفسي باستخدام مقياس هاملتون للاكتئاب ((Hamilton Depression Rating Scale) والذي يُعد من الأدوات المعتمدة لتقدير شدة الأعراض الاكتئابية في الممارسة الطبية.

ولجمع البيانات تم تطبيق المنهج العيادي على عينة مكونة من أربعة حالات مشخصة بمرض باركنسون، حيث خضع المرضى لتقييم نفسي سريري شامل تضمن مقابلات فردية منظمة، وفحص الأعراض النفسية والجسدية المرتبطة بالاكتئاب. كما تم التركيز على تحديد طبيعة الأعراض الاكتئابية الأكثر شيوعاً لدى هذه الفئة، مثل اضطرابات المزاج، فقدان الاهتمام، اضطرابات النوم، والتغيرات في الشهية ومستوى النشاط.

حيث أظهرت نتائج الدراسة حسب الفرضية الرئيسية أن غالبية مرضى باركنسون يعانون من درجات متفاوتة من الاكتئاب، و عليها قد تحققت الفرضية تراوحت بين الاكتئاب الخفيف والمتوسط، وفقاً لنتائج اختبار هاملتون. وتميزت الحالات المدروسة بظهور أعراض جسدية ونفسية متداخلة، مع ارتباط واضح بين شدة الاكتئاب وتفاقم الأعراض الحركية للباركنسون. كما لوحظ أن الاكتئاب من النوع التفاعلي هو الأكثر شيوعاً بين المرضى، ويؤثر بشكل مباشر على جودة حياتهم اليومية واستجابتهم للعلاج.

توصي الدراسة بأهمية إجراء تقييم دوري للاكتئاب لدى مرضى باركنسون باستخدام أدوات سريرية معتمدة مثل اختبار هاملتون، مع ضرورة التكفل النفسي المتكامل إلى جانب العلاج الدوائي لتحسين النتائج العلاجية والوظيفية لدى هذه الفئة من المرضى.

بناءً على هذه النتائج قمنا بوضع عدد من التوصيات والمقترحات.

شكر

.إن خير الكلام كلام الله، وخير الهدي هدي محمد رسول الله صلى الله عليه وسلم

نقدم شكرنا لو صعد إلى السماء لكان قصيرا منيرا، ولو نزل إلى الأرض لجعل مأواها
زمهريرا، فالشكر أولا وقبل كل شيء إلى الله عز وجل الذي سدد خطانا وهدانا، وأنار
لنا دربنا، نحمده كثيرا

كما نتقدم بأخلص العبارات التقدير والاحترام وخالص الشكر والعرفان إلى الأستاذة
الدكتورة المؤطرة "طباس نسيمه" التي ساعدتنا على إتمام هذا البحث، وجل
معلوماتها وطيبة معاملتها، أنار الله دربها وزادها علما على علم

كما نتقدم بجزيل الشكر إلى جميع الأساتذة خاصة أساتذة علم النفس العيادي،
والى جميع أعضاء الهيئة التدريسية، كما أتقدم بالشكر والتقدير للجنة المناقشة على
تفضلهم بمناقشة هذه الدراسة

ولا ننسى رئيس مصلحة الطب الفيزيائي وإعادة التأهيل الوظيفي بالمستشفى الجامعي
بوههران البروفيسور العيادي خالد وجميع الطاقم الطبي ثم نشكر أساتذتنا الكرام في
علم النفس العيادي

ثم كلمة شكر إلى كل زملائي وزميلاتي وإلى كل من شجعني وساعدني من قريب
أو بعيد ولو بكلمة صادقة

إهداء

مهما كتبت من عبارات لن أجد أصدق من قوله تعالى

-* يرفع الله الذين آمنوا منكم والذين أوتوا العلم درجات *-

إلى نفسي التي قالت أنا لها سأنا لها وأخيرا ها أنا اليوم أقف على عتبة تخرجني أقطف
ثمار تعبتي وأرفع قبعتي بكل فخر

إلى من علمتني الأخلاق قبل أن أتعلما إلى الجسر الصاعد بي إلى الجنة أُمي يا من
جعلك الله سببا في وجودي، وسندا في حياتي دعائك كان حصني ورضاك كان
طريقي، وحبك كان نوري، أُمي حبيبتي وملهمتي

إلى روح خالية فارقتني وأنا لازلت متعلقة بها، إلى روح انتزعت من روحي، إلى روح
فجعتني برحيلها، إلى بسمه وضحة لا تغيب عن البال بعد أن ضمك التراب دمت
بنعيم ربي، جدتي رحمة الله عليها

إلى العزيز الذي أحمل اسمه فخرا وإلى من كلله الله بالهيبة والوقار، إلى من صد
الأشواق عن دربي وزرع لي الراحة بدلا منها شكرا لكونك أبي

يا أبي ها أنا أكتب لك ودعواتك ترافقني، يا من أرشدتني ورافقتني في كل
مشاوير حياتي ولا تزال تفعل اليوم اللهم أحفظهما وارزقهما العفو والعافية وأسأل الله
أن يجازيكما عني خير جزاء وأن يجعل هذا العمل في ميزان حسناتكم

إلى من وهبني الله نعمة وجودهم، إلى مصدر قوتي وأرضي الصلابة وجدار قلبي
المتين أخواتي وإخوتي وكل عائلتي الكريمة، وإلى ما ضاقت بي الدنيا وسعت
بخطاهم وان سقطت كانوا أول من رفعوني بكلماتهم، إلى من رافقتني بالقلب قبل
الدرب أصدابي وأحبتي ها أنا اليوم طوبت صفحة من التعب وسجلت في تاريخي
فخرا لا ينسى، هاهي الخطى التي كانت تتعثر أحيانا قد وجدت مستقرها بقيمة الانجاز
وبين طيات الطريق تنفست سلاما وفرحا وامتنان وآخر دعواهم الحمد لله رب
* زهرة * العالمين

إهداء

مهما كتبت من عبارات لن أجد اصدق من قوله تعالى

-* يرفع الله الذين آمنوا منكم والذين أوتوا العلم درجات *-

إلى نفسي التي قالت أنا لها سأنا لها وأخيرا ها أنا اليوم أقف على عتبة تخرجني اقطف

ثمار تعبتي وارفع قبعتي بكل فخر

إلى من علمتني الأخلاق قبل أن أتعلما إلى الجسر الصاعد بي إلى الجنة أُمي يا من

جعلك الله سببا في وجودي، وسندا في حياتي دعائك كان حصني ورضاك كان

طريقي، وحبك كان نوري، أُمي محبوبتي ومعلمتي

إلى العزيز الذي حمل اسمه فخرا والى من كلله الله بالهيبة والوقار، إلى من صد

الأشواق عن دربي وزرع لي الراحة بدلا منها شكرا لكونك أبي

يا أبي ها أنا أكتب لك ودعواتك ترافقني، يا من أرشدتني ورافقتني في كل

مشاوير حياتي ولا تزال تفعل اليوم اللهم أحفظهما وارزقهما العفو والعافية وأسأل الله

أن يجازيكما عني خير جزاء وان يجعل هذا العمل في ميزان حسناتكم

إلى من وهبني الله نعمة وجودهم، إلى مصدر قوتي وارضى الصلوة وجدار قلبي

المتين أخواتي وإخوتي وكل عائلتي الكريمة، والى ما ضاقت بي الدنيا وسعت

بخطاهم وان سقطت كانوا أول من رفعوني بكلماتهم، إلى من رافقني بالقلب قبل

الدرب أصابي وأحبتني ها أنا اليوم طويته صفحة من التعب وسجلته في تاريخي

فخرا لا ينسى، هاهي الخطى التي كانت تتعثر أحيانا قد وجدت مستقرها بقمة الانجاز

وبين طيات الطريق تنفست سلاما وفرحا وامتنان وآخر دعواهم الحمد لله رب

* العالمين. * سمية

قائمة المحتويات

ملخص.....1

- شكر.....ب

- إهداء.....ج

- إهداء.....د

- قائمة المحتويات

- المقدمة.....1

الجانب النظري

الفصل الأول: مدخل إلى الدراسة

1- إشكالية البحث.....7

- فرضيات البحث.....11

- أهمية البحث.....12

- أهداف البحث.....12

- تحديد المصطلحات الإجرائية.....13

الفصل الثاني: مرض الاكتئاب

1- تمهيد.....14

2- نبذة تاريخية عن الاكتئاب.....14

3- تعريف الاكتئاب.....16

4- أعراض الاكتئاب.....18

5- التشخيص العيادي للاكتئاب.....22

- 6- تصنيف الاكتئاب 23
- 7- مقارنة التصنيف العيادي 24
- 8- أسباب الاكتئاب..... 27
- 9- النظريات المفسرة للاكتئاب..... 29
- 10- علاج الاكتئاب..... 33

الفصل الثالث: مرض باركنسون خصائصه ومراحل تشخيصه

- تمهيد..... 41
- 1- تعريف مرض الباركنسون..... 42
- 2- مراحل مرض باركنسون..... 43
- 3- أسباب مرض باركنسون 45
- 4- تشخيص مرض باركنسون..... 49
- 5- مراحل تشخيص مرض الباركنسون..... 50
- 6- خصائص الباركنسون..... 52
- 7- مظاهر الباركنسون..... 53
- 8- أسباب الاكتئاب في مرض الباركنسون..... 55
- 9- العلاج الدوائي لمرض الباركنسون..... 56
- 10- التكفل النفسي بمرض الباركنسون..... 57
- 11- علاج إعادة التأهيل الفيزيائي..... 59
- 12- علاقة مرض الباركنسون بالامراض الاخرى..... 60

الجانب التطبيقي

الفصل الرابع: الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية

- تمهيد.....64
- تعريف المنهج العيادي.....64
- دراسة الحالة.....64
- المقابلة العيادية.....65
- الملاحظة العيادية.....65
- الاختبارات النفسية.....66
- الحدود الزمانية والمكانية للدراسة.....67
- مواصفات الحالات العيادية.....67

الفصل الخامس: عرض الحالات العيادية

- 1- التقرير السيكولوجي للحالة الأولى.....69
- 2- اختبار فحص الهيئة العقلية.....70
- 3- اختبار سلم هاملتون للحالة الأولى.....71
- 4- ملخص الحالة الأولى.....74
- 5- التقرير السيكولوجي للحالة الثانية.....77
- 6- اختبار فحص الهيئة العقلية.....78
- 7- اختبار سلم هاملتون للحالة الثانية.....80
- 8- ملخص الحالة الثانية.....81
- 9- التقرير السيكولوجي للحالة الثالثة.....82

83.....	10- اختبار فحص الهيئة العقلية.....
84.....	11- اختبار سلم هاملتون للحالة الثالثة.....
85.....	12- ملخص الحالة الثالثة.....
87.....	13- التقرير السيكولوجي للحالة الرابعة.....
88.....	14- اختبار فحص الهيئة العقلية.....
89.....	15- اختبار سلم هاملتون للحالة الرابعة.....
91.....	16- ملخص الحالة الرابعة.....

الفصل السادس: مناقشة النتائج

93.....	- مناقشة النتائج على ضوء الفرضيات.....
99.....	- الاستنتاج العام.....
101.....	- الخاتمة.....
102.....	- توصيات واقتراحات.....
104.....	- المراجع.....
	- الملاحق

مقدمة

تشكل الأمراض الانتكاسية العصبية أحد أبرز التحديات الصحية التي تواجه المجتمعات الحديثة بشكل ملفت و خطير ، نظرا لتأثيرها العميق على حياة الأفراد و في هذا الإطار يبرز مرض الباركنسون كنموذج معقد لهذه للأمراض يتميز بمجموعة من الأعراض الحركية ترافقها مجموعة من التغيرات النفسية التي غالبا تهمل أو تشخص بشكل خاطئ .

ففي عام 1817 من قبل الدكتور جيمس باركنسون وهو طبيب عام في لندن ومن المحتمل ان يكون هذا المرض موجود منذ قرون لكن يبدو انه أكثر شيوعا الآن لأن مرض باركنسون يحدث غالبا عند الأشخاص الذين تزيد أعمارهم عن 60 أو 70 عاما، بالإضافة إلى ذلك أصبح الأطباء أكثر وعيا بهذا المرض وأصبحوا قادرين على تشخيصه.

tony schapira.2008.p 2

فهو يهدد الأمن الشخصي والتوافق النفسي للشخص، وهذا ما يجعله يعيش حالة من الاضطراب النفسي، ، الذي يبقى فيه المريض طوال حياته تابعا لمضاعفاته و أعراضه، و الأمل في الشفاء الكامل النادر، فنسبة قليلة من مرضى الباركنسون يحصلون على الشفاء الكامل أو حتى تحسن ملحوظ في جميع الأعراض، فالشخص المصاب بالباركنسون يحس أنه ناقص و مهدد، مما يؤدي إلى تغيير ردود أفعاله و استجابته النفسية، ويجعله أكثر عرضة للاكتئاب.

يعد الاكتئاب أقدم اضطراب نفسي فقد عرف منذ أقدم العصور ويصاب به حوالي 5% من السكان وله علاقة وثيقة بالانتحار، كما انه أكثر الاضطرابات النفسية انتشارا في عصرنا الحال، ولقد لوحظ في الآونة الأخيرة تزايد حالات الإصابات بالاكتئاب لدى جميع الأفراد داخل المجتمع، وذلك باختلاف مستوياتهم الثقافية والمادية والاجتماعية، وباختلاف الفئات العمرية ويرجع ذلك إلى ما يحيط بهؤلاء الأشخاص من ضغوط الحياة اليومية التي يتعرضون لها سواء كانت الضغوط داخلية أو خارجية فهي تؤدي فالنهاية إلى إصابة الفرد بالاكتئاب.

بسمة على حامد حمودة، 2020، ص 141

فالإكتئاب يعد احد هذه المظاهر غير الحركية الأكثر شيوعا و تأثيره في مرضى الباركنسون و التي قد يؤثر بدوره على جودة حياتهم و قد يكون أحيانا أولى العلامات التي تسبق ظهور الأعراض الحركية مما يجعله تحديات سريريا مهما.

تتجاوز تأثيرات الاكتئاب الجانب النفسي لتشمل تدهور الحالة الحركية، زيادة الإعاقة، تراجع القدرة على أداء الأنشطة اليومية، وتدهور العلاقات الاجتماعية والعائلية. كما يؤثر الاكتئاب سلباً على استجابة المرضى للعلاج الدوائي والوظيفي، ويزيد من خطر حدوث مضاعفات أخرى مثل القلق، الانعزال الاجتماعي، وحتى الأفكار الانتحارية.

لذلك، يُعد الاكتئاب في مرضى باركنسون مشكلة صحية عامة ذات أبعاد متعددة، تتطلب اهتماماً متكاملاً من الفرق الطبية، يشمل التقييم الدوري والشامل، التشخيص المبكر، واستخدام

استراتيجيات علاجية مناسبة تجمع بين العلاج الدوائي، الدعم النفسي، والتدخلات السلوكية. إن تحسين فهمنا للخصائص السريرية والبيولوجية للاكتئاب في هذا السياق يساهم بشكل كبير في تحسين جودة حياة المرضى وتقليل العبء النفسي والاجتماعي الناجم عن هذا الاضطراب.

من خلال دراستنا الحالية هدفنا يتمثل في التقييم والتشخيص العيادي للعرضية الاكتئابية في قياس مستوى الاكتئاب لدى مرضى الباركنسون ولهذا الغرض قمنا بتقسيم هذا الموضوع إلى جانبين جانب نظري و جانب تطبيقي .

الفصل الأول : خصص هذا الفصل لعرض الإطار العام للدراسة،بدأ من صياغة الإشكالية و تحديد الفرضيات التي تكون إجابة تساؤلات الدراسة وأهمية ته الأهداف و في الأخير قمنا بتحديد المفاهيم إجرائيا .

الفصل الثاني : يركز فيه على تعريف مرض الاكتئاب بشكل معمق و أعراضه و أسباب المؤدية إليه و طرق علاجه

الفصل الثالث : تطرقنا فيه إلى تعريف مرض الباركنسون و مراحله: أسبابه و أعراضه و طرق علاجه

الفصل الرابع: تطرقنا فيه إلى الإجراءات الميدانية للدراسة حيث عرض المنهج المتبع ، عينة الدراسة و خصائصه و الأدوات المستخدمة لجمع البيانات .

الفصل الخامس : تم فيه عرض شامل للحالات و مناقشة الفرضيات على ضوء النتائج كما يتضمن هذا الفصل استخلاصات الدراسة، و الخاتمة وتوصيات بعدها عرضت الملاحق والمراجع.

الجانِب النظري

الفصل الأول: مدخل إلى الدراسة

- إشكالية البحث
- فرضيات البحث
- أهمية البحث
- أهداف البحث
- تحديد المصطلحات الإجرائية

إشكالية البحث-1

تشهد الاضطرابات العصبية الإنتكاسية تصاعدا ملحوظا في العصر الحديث ،ويرجع ذلك بشكل كبير إلى ارتفاع متوسط العمر و زيادة العوامل البيئية والنفسية المؤثرة على صحة الإنسان، تتميز هذه الاضطرابات بطبيعتها المزمنة و تطورها التدريجي،مما يؤدي إلى تأثيرات عميقة على الأداء الحركي و المعرفي والنفسي للفرد.

كما تتداخل الأعراض الجسدية مع اضطرابات نفسية مصاحبة في كثير من الأحيان، و من بين هذه الحالات العصبية برز مرض الباركنسون الذي أثار اهتمام العلماء و جذب انتباههم، تم اكتشافه لأول مرة من قبل الطبيب جيمس باركنسون و صفه في كتابه "مقالة عن الرعشة"، و لا يزال هذا المرض من محل بحث مستمر نظرا لتعقيد أعراضه و تزايد انتشاره على الرغم من عدم توفر علاج شاف له حاليا، مما يجعله.

أحد أكثر الاضطرابات العصبية صعوبة و تعقيدا في التشخيص و العلاج،

فحسب توني شابيرا فإن مرض باركنسون من أكثر الاضطرابات العصبية شيوعاً، ويتميز بتأثيره المباشر على حركة العضلات نتيجة تلف في الخلايا العصبية بمنطقة المادة السوداء في الدماغ، مما يؤدي إلى نقص إنتاج الدوبامين و هو ناقل عصبي يلعب دروا هاما في تنظيم المزاج ، تظهر الأعراض الأساسية للمرض في صورة رعاش وتصلب العضلات وبطء الحركة، وتؤثر هذه الأعراض تدريجياً على المريض لتغير من طريقة مشيه وتوازنه، وتجعله معرضاً لصعوبات حركية

متزايدة مع الوقت، فلا تقتصر أعراض باركنسون على الجانب الحركي فقط، بل تمتد لتشمل أعراضاً غير حركية حيث يعاني المصابين من اضطرابات نفسية وتغيرات في المزاج وهذا التداخل بين الأعراض الحركية وغير الحركية يعكس تعقيد المرض وصعوبة تشخيصه المبكر. (

توني شابيرا ، 2014، 122)

قد يتسبب الروتين اليومي لمريض باركنسون في ظهور اضطرابات نفسية تختلف من حالة إلى أخرى، حيث يعاني الكثير منهم من مشاعر الحزن ، القلق و العزلة إلى جانب فقدان الاهتمام بمتعة الحياة

كما اعتدت سابقا ، و تعد هذه الأعراض في مجملها مؤشر على اضطراب نفسي شائع وهو الاكتئاب الذي يصنف ضمن أخطر الاضطرابات النفسية و أكثرها انتشارا لما له من تأثير بالغ على حياة الفرد، إذ يضعف قدرته على أداء مهامه اليومية و ممارسة نشاطات المعتادة بشكل طبيعي.

حيث وجدت دراسة صينية أجريت عام 2017 على 403 مريضاً أن 11.17% منهم يعانون من الاكتئاب، بينما أظهرت دراسة إيرانية عام 2015 على 350 مريضاً أن 44% يعانون من حالة اكتئابية.

ويُعزى هذا الانتشار المرتفع للاكتئاب إلى عدة عوامل عيادية مرتبطة بالمرض، مثل التغيرات الحياتية الناجمة عن مرض باركنسون نفسه، والمصاعب المرتبطة بالأعراض (كالخلل الحركي،

الديسكنيزيا، وتدهور جودة النوم)، والقلق، والتغير في العلاقات الاجتماعية، والخوف من تطور المرض. كما أن عوامل أخرى مثل ، فقدان الشريك، وكون المريض أنثى، بالإضافة إلى الأعراض الفيزيائية للباركنسون (مثل الصلابة، التغير في وضعية الجسم، نقص التعابير الوجهية، ونقص الشم) تعد محددات رئيسية للاكتئاب. تُظهر هذه النتائج أن الاكتئاب يمثل تحديًا عيادياً معقداً

لدى مرضى الباركنسون. **(Dumont.2020 :p8))**

و في هذا السياق، تكشف العديد من الدراسات عن تباين كبير في معدلات انتشار الاكتئاب بين مرضى الباركنسون، وهو تباين يعزى إلى اختلاف المعايير التشخيصية المعتمدة ،وقد أكدت هذه الدراسة ارتفاع معدل انتشار الاكتئاب لديهم، لكنها أشارت إلى أن هذا الانتشار يتأثر بوجود أمراض مصاحبة، مما قد يدل على وجود محددات فيزيولوجية متباينة للاكتئاب نفسه، تختلف تقديرات إنتشاره بشكل كبير من 2,7% إلى 90% اعتمادا على معايير التقييم و التشخيص و يظهر لدى نحو 35% إلى 40,4% من المرضى الخارجيين و يرتفع إلى 54,3% من المرضى الداخليين (المقيمين في المستشفيات)، بينما يصنف الاكتئاب الشديد في حوالي 20% من الحالات .الأمر المهم هو أن الاكتئاب يمكن العثور عليه في أي مرحلة من مراحل مرض باركنسون و في الآونة الأخيرة أشارت البيانات إلى تم الحصول عليها من عدد كبير من السكان أن 38% من المرضى عولجوا أو تم تشخيص إصابتهم خلال العام التالي للتشخيص

(prange.schrag,2022 p. 418).

في معظم العينات الخاصة يؤثر على حوالي 40%_20% من مرضى الباركنسون يعانون من أعراض الاكتئاب بدرجات متفاوتة، تكون الشدة من خفيفة إلى متوسطة و لكن هناك عدد كبيراً من المرضى يعانون من أعراض اكتئابية متوسطة إلى شديدة، كما أن الأعراض الاكتئابية تكون غالباً مصاحبة لاضطرابات القلق و التأثيرات المعرفية (France parkinson s.d.)

ولكن يجب علينا التمييز بين الاكتئاب كاضطراب نفسي يعد عرضاً لمرض باركنسون، وبين الاكتئاب الناجم عن الإعلان عن التشخيص والخوف من تطوره. غالباً ما يكون الأول موجوداً قبل الأعراض الحركية لأن الدوبامين يلعب دوراً في تنظيم الحالة المزاجية. وبالتالي فإن الاكتئاب يعد أحد الأعراض التي يمكن أن تكشف عن مرض باركنسون. قد يكون من الصعب تشخيص الحالة الاكتئابية في مرض باركنسون مجهول السبب بسبب تداخل بعض الأعراض في هذين المرضين المختلفين، ولكن أيضاً بسبب سوء فهم المرض وأحياناً وصمة العار المرتبطة بالمرض العقلي. (Dumont.2020 :p 7)

_ فيمثل الاكتئاب أحد التحديات الرئيسية في إدارة مرض الباركنسون و يجب ألا ينظر إليه أثر ثانوي، بل كجزء من مسار المرض ؛ فرغم توفر خيارات علاجية متعددة بما في ذلك مضادات الاكتئاب و العلاج السلوكي المعرفي إلا أن فعالية هذه العلاجات قد تكون محدودة بسبب التداخل بين الأعراض الحركية والنفسية يستدعي تطوير استراتيجيات أكثر تكاملاً .

2-فرضيات البحث:

نظرا للآثار السلبية الناتجة عن مرض الباركنسون سواء على الناحية الجسدية أو النفسية فالعلاقة بين مرضى الباركنسون و الاكتئاب تعتبر معقدة نوعا ما ، إلا أن هناك العديد من العوامل التي تؤثر على ظهوره مثل الجنس و الحالة الإجتماعية و المعيشية إذ لا يصاب الجميع بالإكتئاب بنفس الدرجة أو نفس الأعراض كما أن العوامل الثقافية و الدينية دورا في كيفية إستجابة المريض و تعامله معه فارتأينا دراسة الإكتئاب عند مرضى الباركنسون و بهذا حاولنا طرح التساؤلات التالية :

_ هل يعاني المصابين بمرض الباركنسون من تناذر اكتئابي؟

و عليه نضع التساؤلات الفرعية :

_ ما هي السيمولوجية الاكتئابية لدى مرضى الباركنسون؟

_ ما هو مستوى الاكتئاب لدى المصابين بمرض الباركنسون من خلال سلم هاملتون للاكتئاب؟

الفرضية العامة :

يعاني مرضى الباركنسون من التناذر الاكتئابي.

الفرضيات الفرعية :

1_ تتمثل العرضية الاكتئابية لدى المصابين بمرض الباركنسون بشكل جسدي و نفسي .

2_ يعاني أغلب مرضى الباركنسون (4 حالات) من اكتئاب بدرجة متوسطة عبر سلم هاملتون للاكتئاب.

3_ أهداف الدراسة:

لكل دراسة هدف و يبقى الهدف الأساسي لكل دراسة هو محاولة الإجابة على التساؤل الذي طرحته الإشكالية و منه فإن الهدف الرئيسي هو:

الكشف عن مستوى الاكتئاب لدى مرضى الباركنسون و يمكن ذكر أهم الأهداف فيما يلي :

_ تقييم السيمولوجية النفسية و الجسدية للاكتئاب.

_ تقييم مستوى الاكتئاب لدى الحالات المصابين بمرض الباركنسون عبر سلم هاملتون.

4- أهمية الدراسة :

تتبع أهمية هذه الدراسة من تركيزها على الاكتئاب لدى مرضى الباركنسون، كونه من الأعراض النفسية الشائعة التي تؤثر سلبا على مسار المرض سعيها للكشف عن مستوى الاكتئاب لدى مرضى الباركنسون، وذلك بمقاربة تشخيصية وعيادية من أجل تقييم وتشخيص السيمولوجية للاكتئاب لدى الحالات وتحديد مستواه باستخدام مقياس هاملتون ، مما يساهم في تطوير تدخلات علاجية فعالة كما يمكن أن تشكل نتائجها مرجعا مهما للأطباء و المتخصصين في تحسين الرعاية النفسية لمرض الباركنسون و فتح باب لإجراء المزيد من الدراسات و البحوث العلمية حول الموضوع.

5- تحديد المصطلحات الخاصة بالدراسة :

5-1_مرض الباركنسون:

التعريف الإجرائي :

مرض الباركنسون يُعرّف إجرائيًا بأنه اضطراب عصبي يُشخص سريريًا بوجود بطء حركة و صعوبة في المشي مع إرتجاف أو تصلّب عضلي، ناتج عن نقص الدوبامين في الدماغ.

5-2- الاكتئاب:

التعريف الإجرائي: يقصد بالاكتئاب بأنه انخفاض ملحوظ و مستمر في المزاج العام لدى الفرد، يظهر في صورة حزن مستمر و فقدان اهتمام ، تعب نفسي و جسدي يتم قياسه باستخدام مقياس مثل هاميلتون لتحديد شدته.

5-3-الشخص المصاب :

هو شخص تم تشخيصه سريريا بمرض الباركنسون من قبل طبيب أعصاب بناءا على معايير سريرية واضحة (الرعدة ، بطء الحركة، تيبس العضلات)، و يعاني في الوقت نفسه من أعراض اكتئابية واضحة و مستمرة تؤثر على أدائه اليومي ، تم تحديدها بواسطة تقييم نفسي أو باستخدام أدوات تقييم متعددة مثل مقياس "هاميلتون للإكتئاب "

الفصل الثاني: التناذر الاكتئابي

- تمهيد
- نبذة تاريخية
- مفهوم الإكتئاب
- أعراض الاكتئاب
- تشخيص الاكتئاب
- التصنيف الاكتئاب
- الأسباب المؤدية للاكتئاب
- النظريات المفسرة للاكتئاب
- علاج الإكتئاب

تمهيد:

يعد الاكتئاب من الاضطرابات النفسية الأكثر شيوعا و انتشارا على مستوى العالم حيث يصيب مختلف الفئات العمرية و الاجتماعية دون استثناء، كما يعتبر من أهم العناصر المصاحبة للعديد من الأمراض ، و من هذا المنطلق تبرز أهمية دراسة الاكتئاب لفهم أبعاده و أسبابه و تأثيرات بهدف وضع استراتيجيات فعالة للوقاية و العلاج .

1-نبذة تاريخية عن الاكتئاب:

تم فهم الاكتئاب في سياق علمي خلال القرن العشرين، لكن جذوره تعود إلى العصور الكلاسيكية، حيث تم تفسيره من منظور فلسفي باعتباره مشكلة تتعلق بالفهم الفردي أو جسدية مثل اختلال في سائل الجسم خصوصا "الصفراء السوداء " مما كان يعتقد أنه بسبب الحزن و التشاؤم،كما تم ربطه بتفسيرات دينية وأخلاقية حسب السياق التاريخي والثقافي حيث اعتبر الاكتئاب نوعا من المعاناة الروحية أو نتيجة خطايا و أزمات أخلاقية.

في العصر الحديث، حيث حدث تحول مهم ،ارتبط البحث بالعمل السريري الذي ركز على الاكتئاب باعتباره مرضا نفسيا و مشكلة نفسية يمكن قياسها وتشخيصها من خلال أعراض محددة، مع التركيز على الفرد كموضع للمرض. وتباينت التفسيرات بين النموذج الطبي الذي يركز على العوامل الفردية والوراثية، ونموذج العلوم الاجتماعية الذي يركز على البيئة والعوامل الخارجية

كمسببات للاكتئاب. (Lewis, 1995, p. 2)

2-تعريف الاكتئاب :

بالرغم من أنه يبدو مألوف عند معظم الناس إلا أنه لا يوجد تعريف واحد وذلك لأعراضه المتنوعة وأسبابه ومنه سنذكر هذه التعريفات:

_ يعرفه (Campell) الاكتئاب بأنه عبارة عن زمالات عرضية إكلينيكية تتكون من انخفاض في طبيعة الحالة النفسية، و غالبا ما يصاحبها انخفاض في الحركة و النشاط، و صعوبة في التفكير و التركيز،مشاعر اللامبالاة و الإحساس بالذنب ،كما تتضمن هذه الحالة أعراض بيولوجية مثل اضطراب النوم و المزاج ،فقدان الشهية و الوزن ،فقدان الرغبة الجنسية أو انقطاع الطمث عند المرأة.(إسماعيل و إسماعيل، 2014، ص. 12)

و هذا ما دعمه روكلين (1998,Roeckelein: 137 حيث يرى أن الاكتئاب هو حالة مزاجية تتسم بإحساس بعدم القيمة، و الشعور بالكآبة و الحزن و التشاؤم و نقص النشاط.و تتضمن الاضطرابات الاكتئابية طيفا من الإختلالات النفسية ، التي تختلف في التكرار و المدة و الشدة (حسين فايد، 2008، 61)

يضيف عبد الستار إبراهيم تعريفا مفاده أن الاكتئاب يتضمن عددا من الأعراض تتمثل في الإنهباط والكدر ، وضعف مستوى النشاط والخمول والشعور بثقل الأعباء والشكاوي الجسدية والآلام العضوية، وتؤثر العلاقات الاجتماعية ومشاعر الذنب واللوم المرضي للنفس والإدراك السلبي والتفكير الانهزامي. (عبد الستار إبراهيم ، 2013، ص 23)

فالالاكتئاب يؤثر على أنماط تفكيرنا وحالاتنا المزاجية ومشاعرنا ومستويات طاقتنا وقدراتنا بوجه عام على العمل بشكل طبيعي وكذلك يؤثر على صحتنا البدنية، فهو لا يعد مجرد شعور بالحزن أو الضيق فهو أكثر شدة من ذلك (ديفيد هيندز ،، 2008، ص 116)

1-2 تعريف المعهد الأمريكي للصحة العقلية :

عبارة عن خلل في سائر الجسم والأفكار والمزاج، ويؤثر على نظرة الإنسان لنفسه ولما حوله من أشخاص وما يحدث من أحداث بحيث يفقد المريض توازنه الجسدي والنفسي والعاطفي.(د. ورده بلحسي ، أ. سعيدة الإمام ، ، 2019، ص 149)

2-2 تعريف منظمة الصحة العالمية في تصنيفها الدولي (10ICD) :

انخفاض مزاج المريض وفقر اهتماماته وعدم تمتعه بها يبهج الآخرين، وتتفاوت كل واحدة من تلك الأعراض في كل نوبة بين البسيط والمتوسط والشديد وتتفاوت درجة نوبة الاكتئاب والتي تتمثل في هبوط القدرة على التركيز وانحطاط تقدير المريض لذاته وثقته بنفسه، ومعاناته من الإحساس بالذنب والشعور بعدم أهميته والتشاؤم والتعب أو انعدام القوة والتفكير في إيذاء نفسه بما فيه إقدامه على الانتحار ، الأرق الشديد والنوم المتقطع ثم انعدام الشهيد .(د. ورده بلحسي، أ. سعيدة الإمام ،، 2019، ص 149).

3- أعراض الاكتئاب:

تتفاوت أعراض الاكتئاب من حيث شدته وبساطته، كما تختلف من حيث حدة الإصابة أو البطء في تطورها، ففي بعض الأحيان لا تزيد هذه الأعراض إلا قليلاً عن المزاج الاعتيادي، وقد تبلغ حداً من الشدة يصعب تفرقه عن الاكتئاب المرضي في أحيان أخرى.

(زيزي السيد ابراهيم، 2006) .

و قام بيك **Beck** بتقديم وصفا لأعراض و مظاهر الاكتئاب في أربع مجموعات مميزة:

1. المظاهر الانفعالية : المزاج المكتئب، الحزن، التعاسة، الشعور بالذنب، اليأس، الشعور بالذل

و الخزي، المشاعر السلبية نحو الذات، عدم الرضا، و فقد الروابط الانفعالية كفقد التأثير في الآخرين ة أنشطتهم و فقد الاهتمام.

2. المظاهر الإنفعالية : التقييم الذاتي المنخفض أو السلبي ، تشوش التفكير ، تدني القدرات المعرفية ، عدم القدرة على اتخاذ القرارات مع التردد وعدم الحسم.

3. المظاهر الدافعية : السلبية و الدافعية الحكومية، التجنب و الانسحاب، الاعتماد الزائد و محاولات الانتحار.

4. المظاهر الجسمية : فقدان الشهية ، اضطرابات النوم، سرعة التعب و الإجهاد، فقد الاهتمام بالجنس، الشعور بالملل و انخفاض مستوى النشاط و الحيوية .

(إسماعيل و إسماعيل، 2014، ص 67).

يشتمل الاكتئاب على جملة من الأعراض نصفها فيما يلي:

1-3 الأعراض النفسية و الانفعالية: مشاعر الحزن والقلق أو "الفراغ" المستمر ومشاعر اليأس و التشاؤم،الشعور بالذنب وانعدام القيمة،انحراف المزاج و تقلبه ، ضعف الثقة في النفس و الشعور بعدم الكفاية و فتور الانفعال ، الانطواء و الانسحاب، الوحدة و الانعزال ،العجز وفقدان الاهتمام بالأنشطة أو الهوايات التي كانت ممتعة في السابق.

National Institute of Mental Health 2007. p4

3-2 الأعراض الفسيولوجية: **Psychological and emotional symptoms**

تتواجد الأعراض التالية بصورة متكررة في الأفراد المكتئبين كالانقباض في الصدر والشعور بالضيق، وفقدان الشهية، ورفض الطعام لشعور المريض بعدم استحقاقه له لرغبته في الموت، نقصان الوزن والإمساك، الصداع والتعب لأقل مجهود، آلام في الجسم خاصة في الظهر، ضعف النشاط العام، التأخر النفسي الحركي، والبطء والرتابة الحركية، وتأخر زمن الرجوع، توهم المرض والانشغال على الصحة، واضطراب النوم، واضطراب الدورة الشهرية، والكآبة .

3-3 الأعراض المعرفية **Symptômes Cognitive :**

ونشير إلى مدى قدرة الأفراد على التركيز واتخاذ القرار وكيفية تقويمهم لأنفسهم، إذ نلاحظ أن باقي الأعراض أغلقت جانب العلاقات الاجتماعية في حياة الفرد المكتئب وهذا ما تم معالجته بواسطة "ستروغمان STROGMAN" الذي نظر للاكتئاب على أنه متضمنا خمس مجموعات

من السمات هي مزاج حزين وفتور الشعور، مفهوم سلبي عن الذات يتضمن تأنيب الذات ولومها
رغبة في تجنب الأشخاص الآخرين، فقدان الشهية العصبي والرغبة الجنسية، تغير على مستوى
النشاط عادة ما يتجه للكسل وأحيانا يأخذ شكل الاستشارة. (قدروي مبروكة ، 2018, 56)

و تتمثل البعض منها من : DSM-5

- ضعف الذاكرة
- صعوبات في التركيز والانتباه
- بطء في معالجة المعلومات
- صعوبة في اتخاذ القرار
- ضعف في حل المشكلات
- اضطرابات في اللغة
- اضطرابات في الإدراك البصري أو المكاني
- أفكار سوداوية تتكرر باستمرار (APA, DSM-5, 2013)

4-3 الأعراض السلوكية: أهمها: (Behavioral Symptoms):

- تجنب الناس وعدم الاكتراث ،عدم الخروج من المنزل.
- إهمال الأعمال المنزلية وعدم القيام بالأنشطة اليومية المعتادة.
- الصراخ لأتفه الأسباب، الخلافات الكثيرة.

- فقدان القدرة على التحكم في النفس.

5DSM ثمانية أعراض أساسية مميزة للاكتئاب هي :

- ضعف الشهية وتناقص الوزن أو فتح الشهية وزيادة الوزن.
- الأرق أو النوم المفرط .
- التأخر النفسي حركي (الضجر، التبلد).
- فقدان الاهتمام أو السرور عند ممارسة الأنشطة.
- تناقص الطاقة مع الشعور بالإجهاد .
- الإحساس بانعدام القيمة ولوم الذات والإحساس بالذنب.
- الشكوى أو التظاهر بتناقص القدرة على التفكير أو التركيز .
- تكرار التفكير في الموت بصفة دورية، الأفكار الانتحارية أو التركيز.
- تكرار التفكير في الموت بصفة دورية، الأفكار الانتحارية والتمني لو كان ميتا .

(قدوري،مبروكة 2018 ص 58)

4-التشخيص العيادي الاكتئاب :

الاكتئاب مرض نفسي قائم بذاته، ولا توجد له أي علامة بيولوجية في الممارسة السريرية، يعتمد تشخيص الاكتئاب على مقابلة بين المريض وطبيب نفسي أو أخصائي نفسي سريري، و يستند إلى تأمل نفسي يهدف إلى تحديد طبيعة الاكتئاب في السن البنيوية ، و تحديث سياق الأداء النفسي الديناميكي الشامل و مسار حياة المريض. في عام 1980 قدمت الجمعية الأمريكية للطب النفسي في الطبعة الثالثة من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية ((DSM)) والتي أعطتها طبعة رابعة ((DSM-IV)) عام 1994 و طبعة خامسة DSM-V عام 2013 تصنيفا للأمراض العقلية.

و في عام 1993، اقترحت منظمة الصحة العالمية في طبعتها العاشرة من التصنيف الدولي للأمراض (ICD-10) نموذجا تشخيصيا غير نظري و متلازميا حصرا للاضطرابات النفسية و هذا يعني أم يتم التعرف على الأمراض النفسية و تعريفها من خلال مظاهرها (أعراضها). فيعد تصنيف الأمراض النفسية، DSM و ICD، و خاصة DSM-V الأكثر استخداما. (

Benmoussa, 2019.p 24_25)

المعيار المعتاد لتصنيف الاكتئاب هو الاكتئاب الشديد، ويُعد هذا الفئة الأهم في أنظمة التشخيص الكبرى مثل ICD-10 (منظمة الصحة العالمية، 1992) و DSM-III-R (الجمعية الأمريكية للطب النفسي، 1987). (Lewis, 2007, p.3,4)

في الوقت الحالي يتم استخدام تصنيفين دوليين بشكل رئيسي للتشخيصات النفسية: الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية، الإصدار الخامس ((DSM-5 وتصنيف الدولي للأمراض؛ الإصدار العاشر (CIM-10)

يستوفي تشخيص الاكتئاب معايير دقيقة للغاية. وقد وضعت هذه المعايير التشخيصية منظمة الصحة العالمية (التصنيف الدولي للأمراض - الإصدار العاشر) والجمعية الأمريكية للطب النفسي (DSM-V). ومن بين المعايير الرئيسية للاكتئاب، من المهم أخذ مدة الأعراض (أكثر من خمسة عشر يومًا) وشدتها (المعاناة الملحوظة و/أو ضعف الأداء الاجتماعي أو المهني أو غيره من المجالات المهمة في الأداء) في الاعتبار.

5-التصنيف السريري للاكتئاب حسب الدلائل التشخيصية (DSM-V و CIM-10):

يعتمد التصنيف السريري للاكتئاب في الممارسة الطبية على الدلائل التشخيصية الدولية، خصوصًا الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية (DSM-V) والتصنيف الدولي العاشر للأمراض (CIM-10). ينص التصنيف في كلا المرجعين على أن مدة الأعراض يجب ألا تقل عن أسبوعين لتأكيد تشخيص نوبة اكتئاب كبرى. وفقًا لـ DSM-V، يجب توفر عرض واحد على الأقل من الأعراض الأساسية (مزاج مكتئب أو فقدان الاهتمام أو المتعة)، بالإضافة إلى أربعة أعراض أخرى على الأقل من بين تسعة أعراض محددة، تشمل اضطرابات النوم، فقدان أو زيادة الوزن، التعب، اضطرابات التركيز، والشعور بالذنب أو أفكار انتحارية. أما

حسب CIM-10، فيُشترط وجود عرضين أساسيين من أصل ثلاثة (المزاج المكتئب، فقدان المتعة، الإرهاق)، مع عرضين إضافيين على الأقل من بين سبعة أعراض أخرى.

ويُصنّف الاكتئاب سريريًا من حيث الدرجة إلى:

- اكتئاب خفيف: يتميز بوجود الحد الأدنى من الأعراض، مع تأثير محدود على الأداء الوظيفي والاجتماعي.

- اكتئاب متوسط: يتميز بوجود أعراض أكثر حدة وعدداً، تؤثر بوضوح على الحياة اليومية.

- اكتئاب شديد: يتميز بوجود أعراض متعددة، وقد يترافق مع ميول انتحارية أو أعراض

ذهانية. (DMCPRU – HUG))

• بعد استعراض معايير التشخيص والأعراض الأساسية للاكتئاب وفق التصنيفات الدولية، من المهم الانتقال إلى مقارنة منهجية بين تصنيفي DSM و ICD، حيث تبرز بعض الفروقات في الأهمية السريرية، مدة الأعراض، وعددها المطلوب لتشخيص نوبات الاكتئاب.

6- مقارنة منهجية عيادية بين التصنيفين ICD-10 و DSM-v في تقييم نوبات الاكتئاب:

- الأهمية السريرية:

في التصنيف الدولي للأمراض (ICD-10)) تسبب الأعراض ضغوطا ملحوظا سريريا في المجالات الاجتماعية أو المهنية أو غيرها من مجالات مهمة للأداء، أما وفق الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس (DSM-V)، فيتم التركيز على مدى صعوبة الشخص على مواصلة

العمل والأنشطة الاجتماعية الهامة، ومن المعتاد أن التوقف أو تقليل مثل هذه الأنشطة بشكل ملحوظ يعد من العلامات الهامة على وجود اضطراب اكتئابي.

- مدة الأعراض:

يشترط كل من التصنيفين استمرار الأعراض لفترة زمنية محددة لتأكيد التشخيص.

في ICD-10، يجب أن تظهر الأعراض معظم ساعات اليوم، وبشكل شبه يومي، لمدة تقل أسبوعين على الأقل .

أما DSM-V، فيتطلب وجود الأعراض لمدة أسبوعين على الأقل مطلوبة لتشخيص نوبة الاكتئاب من جميع درجات الشدة الثلاث.

كلا التصنيفين ICD-10 و DSM-V يشترطان مدة أسبوعين على الأقل لظهور أعراض الاكتئاب مع وجود أعراض أساسية مثل المزاج المكتئب أو فقدان الاهتمام، ويصنفان شدة النوبة حسب عدد الأعراض وتأثيرها على الأداء الاجتماعي والمهني. الاختلاف الرئيسي يكمن في تفصيل الأعراض، حيث يركز ICD-10 أكثر على الأعراض الجسمية، بينما يولي DSM-V اهتمامًا أكبر للأعراض النفسية والسلوكية وتأثيرها على الأنشطة اليومية. وهناك شرط بأن هذه الأعراض لا يمكن تفسيرها باضطراب عضوي أو كرد فعل طبيعي على وفاة شخص عزيز. (Gruenberg

et al, 2005 p 7)

و قد صنفت منظمة الصحة العالمية (world Health Organization) الاكتئاب في تصنيف عام (1987)

1-نوبة كآبة خفيفة إلى متوسطة و تصنف إلى:

1-نوبة كآبة خفيفة الشدة غير مصحوبة بأعراض جسمانية

2- نوبة كآبة خفيفة الشدة مصحوبة بأعراض جسمانية

2- نوبة كآبة متوسطة الشدة و تصنف إلى:

ا- نوبة كآبة متوسطة الشدة غير مصحوبة بأعراض جسمانية

ب- نوبة كآبة متوسطة الشدة مصحوبة بأعراض جسمانية

3- نوبة كآبة شديدة و تصنف إلى :

ا- نوبة كآبة شديدة غير مصحوبة بأعراض ذهانية

3-نوبة كآبة شديدة مصحوبة بأعراض ذهانية (منتهى مشطر . 2011.ص 102.101)

7-الأسباب المؤدية للاكتئاب:

لا شك أن لكل ظاهرة أسبابًا تقف وراءها، فهي لا تنشأ من فراغ، وإنما تتبع من عوامل متشابكة وظروف متعددة أسهمت في ظهورها وتفاقمها. ومن هذا المنطلق، كان لا بد من التطرق إلى

أبرز الأسباب التي أدت إلى هذه الظاهرة، لفهمها فهماً أعمق، ومحاولة الإسهام في معالجتها أو الحد من آثارها.

7-1 العوامل النفسية و الاجتماعية :وتتمثل في الخصائص الشخصية الأكثر استهدافا من طرف الاضطراب، ونجد منها سمات الشخصية المنطوية الخجولة و الإنسحابية التي لديها عدد محدود من الأصدقاء والاهتمامات والحساسية والسلبية والاعتمادية التي تتسم بالتردد والحذر والمحافظة والشعور بالنقص ونقص الكفاية، والأمراض الجسمية المزمنة والكرب النفسي المستمر سواء الاجتماعي أم العائلي أم النفس الجسدي أم المهني والشعور بالوحدة والفراغ، وبعدم الأهمية نتيجة التقاعد أو العنوسة أو الشيخوخة أو الفشل المتكرر، والتوتر الانفعالي المستمر و الاحباطات الشديدة والصدمات كفقد شخصاً عزيزاً أو فقد ثروة أو مكانة اجتماعية، أو الشرف أو الكرامة وغيرها مما يؤدي إلى الإحساس بالضيق واليأس.

ويمكن تلخيص هذه الأسباب في النقاط التالية:

- التوتر الانفعالي والظروف المحزنة والخبرات الأليمة، والكوارث القاسية، والانهازم أمام الشدائد.

- الحرمان وفقد الحب والمساندة العاطفية، وفقد حبيب أو فراقه، أو فقد وظيفة أو مكانة اجتماعية، كرامة، شرف، الصحة، أو الفقر الشديد.

- الإحباط والفشل والكبت والصراعات اللاشعورية.

- الوحدة والعنوسة وسن القعود و الشيخوخة والتقاعد.

- التربية الخاطئة التسلط الإهمال والتفرقة في المعاملة

- عدم التطابق بين مفهوم الذات الواقعي والمثالي.

- الخصائص المزاجية الاكتئابية للوالدين أو أحدهما.

- الخلافات الوالدية الشديدة أو اضطراب المناخ الأسري.

- التفكك الأسري والانفصال المبكر للوالدين. (بلخير، ر 2019 ص 73)

7-2 العامل الوراثي: يعتقد أن الكآبة لها مورث خاص ينتقل بواسطة مورثات جسمية مهيمنة، أو مورثات جنسية محمولة على الكروموزوم الأنثوي، كما ويعتبر الخلل فيتوازن الناقلات العصبية المسؤولة عن تنظيم الایعازات التي إن نقصت فستؤدي إلى ظهور أعراض و علامات الكآبة ،و يرى الأطباء أن معظم الأسباب المؤدية إلى الاكتئاب ترجع إلى تأثير العوامل الاجتماعية والنفسية أكثر من الوراثية (ياسين، 1988) حيث قررت منظمة الصحة العالمية أن نسبة انتشاره وصلت إلى 3% بين السكان، وفي الأقارب 11% وبين الأشقاء بنسبة 23% وغير الأشقاء بنسبة 17% أما الطريقة التي تنتقل بها عن طريق الوراثة فما زالت غير معروفة لحد الآن وتعد بعض مراحل العمر كعامل مسبب للمرض، ففي مرحلة الشيخوخة يحدث الاكتئاب بسبب الضعف والزلة وكثرة الأمراض والخوف من الموت، ويحدث في مرحلة منتصف العمر بسبب شعور الإنسان أن المتبقي من عمره أقل مما ذهب و أنه لم يحقق أماله فيعاني من الإحباط ويمر بأزمة المفاهيم الوجودية ويفتقد المعنى والهدف من الحياة لاسيما عندما يغادر الأولاد البيت بسبب الزواج والعمل، ويحدث في المراهقة بسبب الصراعات والتناقضات وتضاعف الضغوط المختلفة التي يتعرض لها المراهق

ويكون المرض في هذه الحالة أكثر شدة وتكرر المحاولات الانتحارية، وتعتبر النساء غالباً أكثر إصابة بالاكتئاب من الرجال بنسبة الضعف بسبب التغير الهرموني لديهن ويعد النوع المكتنز جسمياً أكثر الناس عرضة للمعاناة من الاكتئاب مقارنة مع غيرهم. (صويلح، 2018 ص 99_100)

7-3 العامل البيوكيميائي : (Biochemical Factor)

يركز هذا العامل على دور التغيرات الكيميائية في الدماغ (خصوصاً النواقل العصبية مثل السيروتونين، والنورأدرينالين، والدوبامين) في التسبب بأعراض الاكتئاب. كما يشير إلى العلاقة بين ارتفاع هرمون البرولاكتين واختلال توازن الأملاح (الصوديوم والبوتاسيوم) وبين ظهور الاضطرابات الاكتئابية. (مطر، 2011، ص 125).

8- النظريات المفسرة للاكتئاب:

8-1 تفسير تحليلي: يرجع منظور التحليل النفسي أكثر الاضطرابات النفسية ومنها الاكتئاب إلى أحداث أليمة وصدمات انفعالية يتعرض لها الفرد خلال مراحل حياته الأولى، إذ تتسم شخصيات الأفراد في المرحلة بالعدائية ، ويكون (الأنا الأعلى) عندهم قاسي وغير متسامح ويعتمد تقرير الذات لديهم على الاستحسان والدعم من المصادر الخارجية (الوالدان والآخرين)، إذ يشعر الطفل بالاكتئاب عند فشله في الحصول على هذا الدعم.

لقد فسر فرويد Freud 1955 أصل وطبيعة الاكتئاب في مقالته (الحزن والسوداء) التي أوضح فيها الفرق مابين الحزن والاكتئاب، فالحزن حالة طبيعية ، لكن يمكن أن يتحول إلى حالة غير طبيعية نتيجة آليات معقدة إذ يحدث فقدان للأنا (Ego) عند المستوى الشعوري في الحزن، أما في الاكتئاب فيكون فقدان الأنا على المستوى اللاشعوري والحالة هنا تكون غير سلمية.

ويرى ابراهام ماسلو أن الشخص مكتئبا حينما تكون لديه استعدادات طبيعية للإصابة بالاكتئاب، ويؤكد على المرحلة الفمية والتي يعاني فيها الطفل من خيبات الأمل في الحب قبل أن تحل عقده الأوديبية، فضلا عن تأثير العوامل المعززة التي يتكرر حدوثها في الحياة المبكرة واللاحقة. (منتهى مشطر عبد الصاحب ,2011,ص 108,110)

8-2 تفسير سلوكي :

يرى المنظرون السلوكيون أن الاكتئاب مكتسب شأنه شأن أي سلوك آخر . وهم يفسرونه بمصطلحات المثير والاستجابة، فالمكتئبون يتسمون بانخفاض لعدة أنواع من النشاطات وزيادة لأنواع أخرى والتي عادة ما تكون الهروب والتجنب. ويمكن علاج مرضى الاكتئاب بزيادة التعزيز الايجابي، وإزالة الخبرات غير السارة.

وهناك الكثير من الأحداث تؤدي إلى الاكتئاب كموت شخص عزيز أو فقدان العمل الخ) وذلك حينما يجري أضعاف التعزيز المتعود. فضلاً عن ذلك فإن الأشخاص الذين يحملون استعدادات للاكتئاب قد يفتقرون إلى القدرة على التعامل مع الأحداث المؤلمة، كما أن قلة التفاعل

الاجتماعي يؤدي بالفرد إلى فقدان مصدراً رئيسياً للتعزيز كان يحصل عليه من الأصدقاء والآخرين، إذ أن سلوك المكتتب عادة ما يميل إلى الانعزال حتى من اقرب الأفراد، وان هذا الانعزال قد يؤدي إلى حدوث سلوكيات غير توافقية مثل البكاء ونقد الذات والتكلم عن الانتحار. أما في الاشتراط الإجرائي، فأن نوع الأحداث البيئية ومعدلاتها هي العوامل الأساسية للاكتئاب، والذي يحدث نتيجة احد المواقف الثلاثة الآتية :

- انخفاض معدلات التعزيز
- ارتفاع معدلات العقاب
- استبعاد المثيرات المميزة لنتائج الاستجابة

3-6 النظرية المعرفية:

ترى المدرسة المعرفية أن السلوك الإنساني ليس مجرد استجابة مباشرة لمثير خارجي وإنما إطار عام تظهر من خلاله أفكار الإنسان ومعتقداته فتعرف الاكتئاب على انه اضطراب في السياقات المعرفية حيث تكون البنيات غير صحيحة فيما يخص الأنا العالم الخارجي والمستقبل. فنظرتنا للأشياء وتأويلاتنا للأحداث هي السبب في حدوث الاضطراب. إذ يرى أليس Ellis وهو أحد رواد هذه المدرسة أن سلوك الفرد يمر بثلاث مراحل على التوالي:

- وجود مثيرات أي أحداث خارجية تؤثر على حياة الفرد و تطبعها.
- الاستجابة الفكرية لتلك المثيرات، وتفسيرها بطريقة معرفية خاصة بالفرد .

من الأفكار المستخلصة بيدي الفرد سلوكا، وتصبح أفكار الفرد عبارة عن اعتقادات (رد الفعل الذي صدر عن تأويل الحدث الخارجي أو الموقف) . **منتهى مطشر، ص116، 115.**

أن مرضى الاكتئاب لديهم خلل في تنظيم الأفكار أو خطأ في التفكير يؤدي إلى الفهم الخاطئ للمواقف والأحداث، ومن ثم تتكون لديهم أفكار ومعتقدات خاطئة يصعب التوفيق.

وتتلخص الفكرة الأساسية لدى أصحاب النظرة المعرفية في أن نظرة الشخص المكتتب التشاؤمية فيها تشويه لواقعه وعليه يفترض أن لدى المكتتب تنظيم معرفي يعمل على تثبيت تفكيره التشاؤمي السلبي وتأكيد النظرية المعرفية أيضا تفترض أن ذلك التنظيم المعرفي يتكون ويتطور نتيجة لخبرات الشخص كما أن هناك أناسا مستهدفين ومعرضين للاكتئاب وإن ذلك التنظيم المعرفي السلبي المستهدف للاكتئاب يظل في حالة كمون حتى يتم استثارته بالضغوط المختلفة أو ما يسمى بالعوامل المعجلة والتي يكونا الشخص أكثر حساسية اتجاهها.

5- علاج الاكتئاب:

يوجد عدة علاجات فعالة للاكتئاب، منها العلاجات النفسية (مثل TCC و IPT) يعني العلاج السلوكي المعرفي و التفاعلي والعلاج الدوائي. الجمع بين العلاج النفسي والدوائي يُفضل في الحالات الشديدة.

فيُعتمد الطبيب المختص في معالجة الاكتئاب على أحد أو مجموعة من الأنماط العلاجية التالية، وفقاً لتقييم الحالة السريرية للمريض:

7-1 العلاج النفسي (**Psychotherapy**) مثل العلاج السلوكي المعرفي أو العلاج التحليلي، ويهدف إلى تعديل أنماط التفكير والسلوك السلبية.

7-2 العلاج الدوائي (**Pharmacotherapy**) باستخدام مضادات الاكتئاب المناسبة لحالة المريض، تحت إشراف طبي دقيق.

7-3 العلاج الجسدي (**Somatic Therapies**) مثل العلاج بالصدمات الكهربائية أو التحفيز المغناطيسي، ويُستخدم في الحالات الشديدة أو المقاومة للعلاج.

7-4 العلاج المعرفي السلوكي (**CBT**) :

العلاجات السلوكية المعرفية هي علاجات للمعاناة النفسية باستخدام طريقة يتم تطبيقها على حالة محددة للشخص ، يتميزون باقتراح نموذج للأداء البشري قائم على نظريات التعلم فإن الفرضية الأساسية للعلاج السلوكي المعرفي تعتبر السلوكي غير التكيفي نتيجة تعلم مرتبط بتجارب سابقة حدوث في مواقف مماثلة تم استمرت بفعل الظروف البيئية .يهدف العلاج من خلال التعلم الجديد إلى استبدال السلوك غير المناسب بسلوك أكثر ملاءمة يتوافق مع ما يريده المريض ، تتراوح مدة العلاج السلوكي المعرفي الفردي مابين 16 إلى 20 جلسة موزعة على فترة تتراوح بين 3 أو 4 أشهر. و بالنسبة للمرضى الذي يعانون من اكتئاب متوسط إلى شديد، ينبغي النظر في جلستين في الأسبوع خلال أول أسبوعين إلى ثلاثة أسابيع من العلاج.

بالنسبة لجميع المرضى الذين يعانون من نوبة اكتئاب كبرى ، تتكون جلسات المتابعة للعلاج السلوكي المعرفي الفردية من ثلاث إلى أربعة جلسات موزعة على فترة تتراوح من 3 إلى 6

أشهر. (Vialle,2020 p 42)

هو أحد أكثر الأساليب العلاجية فعالية في التعامل مع الاضطرابات النفسية،خصوصًا الاكتئاب. يتميز هذا العلاج بتركيزه على العلاقة بين الأفكار،المشاعر، والسلوكيات. في حالات الاكتئاب، يعاني الفرد من أفكار تلقائية سلبية تؤثر في مشاعره وسلوكياته، مما يخلق حلقة مفرغة من الانسحاب واليأس.

في العلاج، يبدأ المعالج بتوعية المريض بهذه العلاقة، ويساعده على التعرف على الأفكار غير المنطقية وتحديدها. كما يستخدم أدوات مثل سجل الأفكار اليومية لمتابعة التغيرات الإدراكية. يتم تدريب المريض على إعادة صياغة التفكير السلبي بطريقة واقعية ومنطقية.

كما يشمل البرنامج العلاجي تدريب السلوكية تهدف لإعادة دمج المريض في الحياة الاجتماعية والأنشطة التي فقد اهتمامه بها. يعزز البرنامج من مهارات التكيف،الثقة بالنفس، وحل المشكلات. بالتالي، العلاج المعرفي السلوكي لا يكتفي بتخفيف الأعراض، بل يعمل على إحداث تغيير جذري في طريقة التفكير والتعامل مع الضغوط، ما يقلل من خطر الانتكاس ويعزز من الاستقرار النفسي طويل المدى.

بناء على ذلك يمر تطبيق البرنامج المعرفي السلوكي بعدة مراحل منهجية تشمل:

1- مرحلة التقييم والتحضير: تهدف إلى جمع معلومات شاملة حول تاريخ المريض النفسي، أنماط تفكيره، سلوكياته، ومشاعره.

2- مرحلة التنقيف النفسي: حيث يتم توعية المريض بطبيعة الاكتئاب والعلاقة بين التفكير والسلوك والمزاج.

3- مرحلة تعديل الأفكار المشوهة: عبر مساعدة المريض في التعرف على أنماط التفكير السلبي (مثل التعميم المفرط، التفكير الكارثي، التصفية الذهنية...) والعمل على تصحيحها.

4- مرحلة التدخل السلوكي: من خلال تعزيز أنشطة مجزية وتشجيع المريض على إعادة الاندماج في حياته الاجتماعية والمهنية.

6- مرحلة التقييم والمتابعة: وتُستخدم لتثبيت التحسن ومنع الانتكاسة. (قريب، 2018)

7-5 العلاجات النفسية الديناميكية:

يهدف التحليل النفسي إلى استعادة الصراعات والصدمات الكامنة في اللاوعي لدى المريض، من خلال الكلام، والتي تُشكّل أساس الاضطرابات النفسية الحالية، مما يُؤثر على التوازن النفسي ومتعة أو صعوبة الحياة. تعمل النفس البشرية على أساس الصراعات المرتبطة بنمو الشخص.

تترك هذه الأحداث آثارًا عميقة، وغير واعية جزئيًا. أثناء العلاج النفسي الديناميكي، يتدخل المحلل عمومًا من خلال مساعدة الشخص على التحدث وتحليل المواقف المؤلمة من الماضي أو صعوباته في العلاقات وتقليل التوترات النفسية والقلق. تبلغ مدة العلاج النفسي الديناميكي القصير المدى ما يقرب من 16 إلى 20 جلسة موزعة على 4 إلى 6 أشهر. (Vialle, 2020)

(p 43)

6-7 العلاج الدوائي: يستجيب 50-65% من المرضى لأول جرعة من دواء أميديريز. لا يوجد دواء أميديريز يتفوق على غيره من حيث الفعالية أو سرعة الاستجابة. يمكن تحديد ذلك من خلال مطابقة أعراض المرضى مع ملف الآثار الجانبية، ووجود أمراض نفسية وعصبية مصاحبة، والاستجابة السابقة. كما يمكن إدراج التكاليف النسبية (مثل الأدوية الجنيسة). الأدوية المفضلة لدى UMHS هي فلوسيتين (دواء جنيس) وسيتالوبرام (سيليكسا). يجب مراقبة المرضى الذين يعالجون بأدوية أميديريز عن كثب لاحتمال تفاقم الاكتئاب أو الرغبة في الانتحار، خاصة في بداية العلاج أو عند زيادة الجرعة أو نقصانها. (Iyer, 2012, p. 82)

أدوية أخرى مضادة للاكتئاب:

6-7-1 تريبتوفان: يعتقد أن هذا الدواء يأتي بنتائج فعالة إذ يزيد من كمية الناقلات العصبية التي تنتجها خلايا الدماغ، وتوجد هذه المواد الكيميائية في النظام الغذائي الذي يتحول إلى سيروتونين هو نسبيًا ضعيف ولكن يمكن استعماله بالتزامن مع أنواع أخرى من مضادات الاكتئاب.

7-6-2 فلوباتيكسول: يستعمل هذا الدواء لعلاج الأمراض النفسية، ولكن ثبت أنه دواء جيد مضاد للاكتئاب عندما يتناول المريض جرعات منخفضة منه.

7-6-3 فينلافاكسين: يعمل هذا الدواء المضاد للاكتئاب تماما كالمثبطات الانتقائية لإعادة امتصاص السيروتونين، ويسبب هذا الدواء طفحا جلديا، لذلك يتعين على المريض الذي يصاب بطفح بسبب هذا الدواء أن يعلم الطبيب مباشرة مخافة أن يكون هذا الطفح دليلا على حساسية خطيرة.

7-6-4 ريبوكسيتين : يمنع هذا الدواء امتصاص نوع واحد من الناقلات العصبية ألا وهو النورادرينالين.

7-6-5 ليوثيرونين: يعتبر هذا الدواء هرمون يستعمل لعلاج الأشخاص الذي يعانون من هبوط درقي، ويستعمل الأخصائيون هذا الدواء في المراكز المتخصصة بالتزامن مع علاجات أخرى يتبعها أشخاص يعانون من اكتئاب حاد.

7-6-6 دولكستين: يعتبر هذا الدواء مضادا جديدا للاكتئاب يعمل كالمثبطات الانتقائية لإعادة امتصاص السيروتونين، ويشبه إلى حد ما الريبوكستين إذ يمنع امتصاص النورادرينالين ادريالين (نوريبينيفرين)

يتعين على المريض أن لا يتوقف عن تناول الأدوية المضادة للاكتئاب من دون طلب استشارة اختصاصي بسبب أعراض الامتناع التي قد تحصل.

7-6-7 المهدئات:

نادرا ما تستعمل هذه الأدوية لعلاج الاكتئاب، فهي ترمي عادة إلى منع ظهور الاكتئاب في حال كان المرء معرضا لذلك، وذلك بالمحافظة على استقرار مزاجه.

7-6-8 الليتيوم: يساعد الليتيوم على المحافظة على استقرار الخلايا والمزاج، ويبقى الأشخاص المصابون باضطراب ثنائي القطب أقل عرضة للانتكاس في حال تناولوا الليتيوم، ويساعد هذا الدواء أيضا على منع الإصابة بالاكتئاب لدى الأشخاص الذين سبق وعانوا من حالات اكتئاب شديدة متكررة، ويوقف هذا الدواء الانتكاس أو يجعل مدته أقصر و أقل حدة مع تباعد زمني بين الواحدة و الأخرى. (غربي باحث امال، 2018، ص 98-99)

7-7 العلاجات الجسدية :

7-7-1 العلاج بالجلسات الكهربائية:العلاج بهذا الأسلوب قديم نسبيا ، هو علاج فعال في حالات الاكتئاب الشديد، الاكتئاب ثنائي القطب و لكن تحوطه يعرض التساؤلات حول كيفية تأثيره والآثار الجانبية لاستخدامه.(زيزي السيد إبراهيم، 2006، ص. 63)

الفصل الثالث:مرض الباركنسون خصائصه ومراحل تشخيصه

تمهيد -

تعريف مرض الباركنسون -

مراحل مرض الباركنسون -

أسباب مرض الباركنسون -

تشخيص مرض الباركنسون -

مراحل تشخيص مرض الباركنسون -

خصائص مرض الباركنسون -

التكفل النفسي للمرض -

العلاج الدوائي لمرض الباركنسون -

علاج إعادة التأهيل الفيزيائي لمرض الباركنسون -

تمهيد:

يعد مرض الباركنسون أحد اضطرابات الجهاز العصبي شيوعا فهو يؤثر على حركات العضلات والعديد من أعراضه ناتجة عن فقدان الخلايا العصبية في منطقة محدودة للغاية.

وتتمثل مظاهره الرئيسية في الرعشة وتيبس العضلات وبطء الحركة التي تمنح المريض مع مرور الوقت صورة ظليلة مميزة.

لكي نحصل على رؤية واضحة للمرض، علينا أولا أن نفهم بنية الدماغ وعمله، وهو ما تم شرحه والعلامات السريرية التي تسمح بالتعرف عليه وما نعرفه عن أسبابه لقد تم وصفه للمرة الأولى كانت عام 1817 على الدكتور جيمس باركنسون، وهو طبيب عام في لندن، ربما كان هذا المرض موجودا منذ قرون ولكن يبدوا أنه أكثر شيوعا الآن.

وهذا ليس مفاجئا نظرا لان مرض باركنسون يحدث غالبا عند الأشخاص الذين تزيد أعمارهم عن 60 الى 70 عاما. واليوم يعيش عدد اكبر من الأشخاص بعد هذه الأعمار بالإضافة إلى ذلك، أصبح الأطباء أكثر وعيا بهذا المرض ويمكنهم تشخيصه بشكل متكرر، ويشير البعض إلى عوامل أخرى بما في ذلك التلوث البيئي قد تساهم في زيادة وتيرة المرض.

حددت الأبحاث الطبية بعض الأسباب البيوكيميائية للمرض وكيفية تأثيرها على وظائف المخ وتسببت الأعراض النموذجية والاهم من ذلك أن الأبحاث أدت إلى اكتشاف علاجات لعلاج هذا

الأعراض. **بروفيسور توني شابيرا ، 2014، ص 1.2.3.**

1-تعريف مرض الباركنسون:

- التعريف الاصطلاحي :

"مرض باركنسون هو اضطراب عصبي يؤثر بشكل رئيسي في حركة العضلات، نتيجة تلف في الخلايا العصبية في منطقة صغيرة جداً من الدماغ، مما يؤدي إلى أعراض حركية مثل: الارتعاش، وتصلب العضلات، وبطء الحركة .(توني شابيرا ، 2014 ، ص 1_2)

- وفقاً لدليل علم الأعصاب لسنة 2015، فإن مرض باركنسون هو مرض عصبي مزمن مرتبط بالتنكس الثنائي الجانبي، وأسبابه غير معروفة جيداً ، يبدأ المرض عادة بين سن 55 و 65 عاماً، وتبلغ نسبة انتشاره في الدول الغربية 0.3% من السكان . وهو يُعد السبب الثاني للإعاقة الكبرى بعد السكتات الدماغية لدى كبار السن.(Dumont.2020)
- هو اضطراب عصبي تقدمي يتميز بعد كبير من الأعراض الحركية و غير الحركية التي تؤثر بدرجات متفاوتة على الأداء الوظيفي .(Jankovic, J. (2008).

- تعريف آخر لباركنسون :

مرض باركنسون (MP) هو اضطراب عصبي يصيب الجهاز العصبي المركزي (يؤثر على المسار خارج الهرمي الذي ينقل التحكم في الحركة الإرادية "الحركة الآلية أو مسار الانعكاسات" والتحكم في الوضعية). هو مرض مزمن وتنكسي، وقد يكون مجهول السبب. يُعزى هذا المرض التنكسي إلى تلف الخلايا العصبية الدوبامينية في المادة السوداء (أو اللوكوس نيجر). وهي تنتمي إلى النوى الرمادية المركزية في الدماغ.(Godquin,2019 3)

- تعريف آخر:

يعد هذا المرض ثاني أكثر الأمراض العصبية شيوعاً في العالم بعد مرض الزهايمر ، وبحسب إحصائية أجريت في 2013 يقدر المكتب الوطني للصحة أن الأشخاص الذين تزيد أعمارهم عن 60 عاماً، يمثلون 8% من السكان بالجزائر، لكن هذا الرقم في تزايد مستمر ويتزامن مع زيادة

إنتشار مرض باركنسون في العالم. **خالدي كوش، ، 2025، ص2**

- تعريف 5 DSM:

أنه اضطراب عصبي انحلالي يتميز برعاش، تجمد وتصلب وفقدان التوازن، حيث أنه من 20 إلى 60% من الأشخاص المصابة به يفقدون الحركة مع تقدم المرض.

بوشيخي اسمهان، غانمي بن زينه عائشة 2019، ص 10.

2-مراحل مرض باركنسون:

التطور بطيء، ويمكن تمييز خمس مراحل وفقاً للتصنيف الأمريكي Yahr وHoehn :

- المرحلة 1: إصابة طفيفة أحادية الجانب تسمح بمواصلة الحياة اليومية والمهنية بشكل طبيعي؛

- المرحلة 2: إصابة ثنائية الجانب، خاصة في الجذع، مما يجعل الحياة المهنية أكثر صعوبة؛

- المرحلة 3: تظهر الأعراض الرئيسية للثلاثية (الرجفة، التصلب، بطء الحركة)، مما يصعب الحياة اليومية والتنقل؛

- المرحلة 4: لا يستطيع المريض المشي بمفرده وتصبح المساعدة الخارجية ضرورية للقيام بأعمال الحياة اليومية؛

المرحلة 5: مرحلة العجز التام (المريض طريح الفراش). (Godquin, 2019 ; p8)

يتوافق تصنيف Hoehn و Yahr لمراحل مرض باركنسون (من المرحلة 1 إلى 5) مع الجدول التطوري للمراحل السريرية الثلاث كما يلي:

- مرحلة البداية (Stade de début):

تشمل المرحلتين 1 و 2 من Hoehn و Yahr، حيث يكون التحسن مع العلاج واضحًا وفعاليًا، وتُعرف هذه الفترة باسم "شهر العسل". في هذه المرحلة، تكون الأعراض خفيفة، وقد تكون وحيدة الجانب (في المرحلة 1)، أو ثنائية دون تأثير كبير على الحياة اليومية (في المرحلة 2).

- مرحلة المرض المستقرة (Stade de maladie installée):

تتطابق مع المرحلتين 3 و 4 من Hoehn و Yahr، حيث تظهر مضاعفات حركية مثل الحركات اللاإرادية وتقلب فعالية العلاج. في هذه المرحلة، تصبح الأعراض أكثر وضوحًا، وتؤثر بشكل كبير على الأنشطة اليومية. في المرحلة 3، تصبح الأعراض الثلاثية للمرض (الرجاش، الصلابة،

بطء الحركة) أكثر حدة، بينما في المرحلة 4 يحتاج المريض إلى مساعدة خارجية في التنقل والقيام بالأنشطة اليومية.

- المرحلة المتقدمة (Stade évolué):

تتوافق مع المرحلة 5 من Yahr و Hoehn، وهي المرحلة التي يظهر فيها تراجع في فعالية العلاج و/أو ظهور اضطرابات معرفية. وتُعد هذه المرحلة الأكثر تقدمًا، حيث يصبح المريض غالبًا طريح الفراش (حالة "الاعتماد الكلي")، وتكون الإعاقات الذهنية والحركية شديدة.

(Maladie de Parkinson, 2019, p 8.)

- 3 أسباب مرض الباركنسون :

غالبًا لا يتم تشخيص الاضطرابات المعرفية كالأَسباب المتعددة وترتبط بالمريض ومن حوله ولكن أيضا بمقدمي الرعاية وكما سنرى فان عواقب عدم التشخيص كبيرة.

- 1-3: أسباب تتعلق بالمريض

- في اغلب الأحيان المريض لا يدرك صعوبات التي ستواجهه، وتتطور الاضطرابات المعرفية بشكل خبيث للغاية ويواجه صعوبة في فهمها ويمكن أيضا ذكر أسباب أخرى
مثل:

- انتشار الاضطرابات الحركية التي تستولي على الانتباه وتختفي الصعوبات الإدراكية.

وجود تباطؤ مرتبط بعدم القدرة على الحركة، مما يشير إلى أن التباطؤ الفكري وبطء - -

الحركة الذي يعاني منه بعض المرضى، يبدو أنه متأصل في المرض

الاكتئاب وهو شائع في أي مرحلة من مراحل المرض، بسبب التباطؤ واضطرابات الانتباه التي يسببها، يمكن أن يخفي اضطرابات معرفية كامنة.

- القلق الذي يتواجد بكثرة في مرض باركنسون والذي يؤدي إلى مخاوف وسلوكيات غير

صبورة وردود أفعال متفاقمة ، يمكن أن يخفي صعوبات فكرية حقيقية.

- عدم القدرة على معرفة الاضطرابات أو عدم الوعي بها، والتي تقتصر على حالات نادرة الصعوبات التي لا يتم التعرف عليها أو التي يتم الشعور بها بدرجة أقل مما هي عليه في الواقع.

تعتبر شخصية المريض أيضا عاملا يجب أخذه في الاعتبار لأن قدرة على التأمل ستكون في أصل الوعي الأكبر أو الأصغر.

2-3- الاضطرابات المعرفية:

آليات الدفاع مثل القمع وحتى الإنكار سوف تعمل لحد كبير على تعديل الميل إلى مواجهة الاضطرابات وعواقبها وبالتالي التحدث عنها مع المختصين في الرعاية الصحية ، ويحتاج المريض إلى حماية نفسه من الصعوبات الإدراكية التي يمكن الشعور بها كمرحلة من مراحل النمو، ومن الخوف من فقدان وظيفته أو فقدان شيء آخر، ويؤدي الخوف إلى الاضطرابات

الإدراكية أيضا إلى الخوف من الاعتماد على الآخرين، والخوف من أن تصبح عبئا على من حولك وأطفالك.

-3-3 أسباب تتعلق بالبيئة:

بعد سنوات من رعاية مريض باركنسون غالبا ما نلاحظ أعراضا نموذجية لدى الأشخاص المحيطين به مرتبطة بالضغط النفسي، مما يؤدي إلى متلازمة الإرهاق ، تؤدي هذه الحالة إلى تغيير دقه الحكم فيما يتعلق بالتغيرات التي تحدث للمريض، وعلى نفس المنوال يميل إلى تعديل القدرة على التمييز من خلال التعامل مع الأمور بطريقة سلبية في الأساس، فإن العزلة الاجتماعية التي يشجع عليها تقلل من فرض مواجهة الآخرين والوعي بالصعوبات التي نواجهها، كما أن تكوين الزوجين وشخصيه أفراد المجموعة يمكن أن يساهم أيضا في عدم ظهور الاضطرابات وقد يخاف المحيطون بالمريض من التعبير عن مشاعرهم اتجاهه وقد يكون متواضعا أو يخاف المحيطون بالمريض من التعبير عن مشاعرهم تجاهه، قد يكون أيضا متواضعا أو يريد حماية نفسه من خلال عدم مناقشة القضايا.

-4-3 أسباب تتعلق بالمهنيين الصحيين:

لقد تلقى العاملون في مجال الرعاية الصحية عموما تدريباً دون المستوى الأمثل فيما يتعلق بالاختلالات الإدراكية التي يمكن أن يواجهها المرضى المصابون بمرض الباركنسون، ويتم التركيز على إدارة الاضطرابات الحركية.

فإن مقدمي الرعاية يترددون في التعرف على الاضطرابات والإبلاغ عنها ، ففي طول فترة المتابعة والعلاقة التي تطورت سنة بعد سنة والحتمية والشعور بالعجز ، كل ذلك يساهم في التقليل من المشاكل ، وبما أن مرض باركنسون هو حالة تظهر في وقت متأخر فإن معظم الأحيان مثل مرض الزهايمر يعتبر مرضا يصيب كبار السن، ويرتبط حتما بالصعوبات الفكرية وبدأت المشاكل أقل أهمية لأنها كانت مرتبطة بالشيخوخة.

-5-3 أسباب تتعلق بطبيعة الاضطرابات نفسها:

يمكن تلخيص الجزء الرئيسي من الاضطرابات في متلازمة تحت القشرية الجبهية شديدة بدرجة أو بأخرى وهذا يؤدي إلى نوع من الانفصال، صعوبة تشبه فقدان الوعي الطفيف الذي يقلل من تأثير المرض على الحياة اليومية ، عند ظهور هذه الاضطرابات قد يكون هناك وعي بها لدى المحيطين بك والعاملين في مجال الرعاية الصحية ، تعتبر هذه التغيرات تغيرات في الشخصية يقال إن المريض يصبح أنانيا ولا يدرك العبء الذي يشكله وقلة مشاركته في المشاريع.

-6-3 المستوى الاجتماعي :

عندما يكون المستوى الاجتماعي مرتفعا فإن التردد في تسليط الضوء على الاضطرابات المعرفية يمكن أن يكون كبيرا جدا، وخاصة عندما يمارس مهنة فكرية أو إدارية أو تنظيمية أو دورا عاما، بالإضافة إلى العواقب على الحياة المهنية والاجتماعية ،قد تكون هناك في المقام الأول عواقب

نفسية على المرض كالشعور بالخجل والاحتفاظ بالمشكل سرا. **Anne Marie bonnet et**

Thierry hegueta, Masson , 2007,page 9,10,11

4- تشخيص مرض باركنسون:

إن تشخيص مرض باركنسون في مراحله الأولى يعتمد من طرف مجتمع المملكة المتحدة للدراسات العلمية حول الدماغ ويعتمد في الواقع على المقابلة بين الطبيب والمريض وعلى الفحص السريري للمريض للبحث عن الأعراض التي تتمثل في بطء الحركة ، تصلب العضلات ، الارتعاش ويمكن أن يتم التشخيص في ثلاث مراحل:

1-4- عند بداية المرحلة العرضية:

تتمثل في وجود الأعراض التالية بطء الحركة، تصلب الحركات والارتعاش في جهة واحدة من الجسم.

2-4- بعد 3-5 سنوات من المرض:

يستعمل المريض الأدوية ويصبح لها فعالية فيدل على وجود الباركنسون خصوصا إذا أخذت الأعراض بتلاشي بنسبة 50% باستعمال الليفودوبا والدوبامين.

3-4- بعد 10 سنوات من المرض:

يزيد تأكيد وجود باركنسون من خلال التجاوب الإيجابي مع العلاج الدوائي الدوبامين.

هناك معايير تطويرية ايجابية لتشخيص مرض الباركنسون منها :

- بداية أحادية الجانب.

- تطور تدريجي للأعراض.

- استجابة ممتازة لعلاج الدوبامين.

- رعاش الراحة.

- ظهور مستمر للأعراض بين نصفي الجسد.

- تطور الأعراض إكلينيكية خلال فترة عشر سنوات.

- ظهور اضطرابات نفسية كالقلق ،الاكتئاب...

وعادة ما يستعان باختبارات شبه إكلينيكية مكملة عند التشخيص هو إختبارات سكان Dat

scan واختبار ديكو على مستوى المادة السوداء. **بوشيخي اسمهان ، 2020 ، ص12**

-5مراحل فحص مرض باركنسون:

1-5- التصوير المقطعي المحوسب بإصدار فوتون منفرد:(SPECT)

يتم حقن مادة مشعة في الجسم، يتم إلتقاط العنصر بواسطة ناقلات الدوبامين داخل خلايا العصبية ، يكتشف التصوير المقطعي بالإصدار الفوتون كي المفرد الإنبعاثات المنتجة وينشئ صورة تشير إلى كمية الخلايا العصبية الدوبامينية التي لاتزال حية.

2-5- التصوير بالرنين المغناطيسي:(IRM)

يستخدم التصوير بالرنين المغناطيسي IRM مغناطيسات قوية لموائمه الذرات في الجسم الذي يتم مسحه ضوئيا، تؤدي إلى إشارات الموجات الراديوية أي كسر المحاذاة ، ثم تقوم الذرات بعد ذلك بإصدار إشارات ، تعتبر هذه الإشارات قابلة للقياس وتسمح بالحصول على صورة مفصلة للأنسجة والأعضاء.

يتم طلب إجراء اختبارات معينة مثل اختبار الدم أو البول للتحقق مما إذا كانت هذه الحالات يمكن أن تكون متلازمات باركنسون.

ويحتاج إلى إجراء فحص للعين لاستبعاد الحالات النادرة المشابهة لمرض باركنسون يقوم بعض الأطباء بإرسال مرضاهم بشكل روتيني لإجراء فحوصات التصوير المقطعي المحوسب CT أو التصوير بالرنين المغناطيسيIRM.

-3-5 الفحص المتخصص:

يكون طبيب متخصص كطبيب الأعصاب أو الطبيب المتخصص بأمراض المسنين ولديه اهتمام خاص بمرض باركنسون ، يتضمن الفحص الطبي التفصيلي للأعصاب تقييما لقدرك على النطق وحركة العين، وتقييم دقيق للأطراف ومدى حرية تحركها وقوتها، يراقب بدقة تامة وجود أي إرتعاشات، وطريقة المشي، وما إذا كانت اليدين تتأرجحان .

د. توني شابيرا، ترجمة هلا أمان الدين ، 2014، ص 42،43،44.

-3-5 فحوصات إضافية:

وصف أولا تعداد الدم كاملا والبحث عن أمراض الغدة الدرقية TSH-T4 أو الغدة جار درقية وجوعه حمض الفوليك وفيتامين 12B في البلازما.

Anne Marie bonnet et Thierry hegueta ,masson 2007 paris page 77

6- خصائص مرض باركنسون:

يعد مرض باركنسون اضطراباً عصبياً شائعاً لكن من الصعب معرفة مدى انتشاره بدقة، تشير بعض التقديرات إلى أن 1 من كل 300 شخص يصاب به خطر الإصابة من كل 50 شخصاً. على الرغم من أن المرض يمكن أن يبدأ في أي عمر بدءاً من مرحلة المراهقة ، إلا أنه أكثر شيوعاً من الخمسينات فصاعداً، في كبار السن غالباً ما يتم الخلط بين أعراض مرض الباركنسون والمشاكل المرتبطة بالشيخوخة ، مما يعني أن انتشار هذا المرض ربما يكون أعلى مما كان مقدراً في السابق.

لم يثبت بشكل واضح أن مرض باركنسون أكثر شيوعاً من ذي قبل، يتم حالياً تشخيص عدد أكبر من الأشخاص ، ولكن هذا يرجع جزئياً إلى زيادة الوعي بالمرض وتحسين التشخيص وهناك عامل واضح آخر وهو زيادة عدد أكثر تكراراً لدى كبار السن، فإن تقديرات انتشار مرض باركنسون في جميع أنحاء العالم متباينة وليس من الواضح ما إذا كانت في المرض.

تختلف الأعراض الأولية الخفيفة ولكن بشكل عام سيصاب الشخص تدريجياً بسلسلة من المظاهر المميزة لمرض باركنسون ، لا يصاب جميع المرضى بالضرورة بجميع العلامات السريرية أنها مجموعة الأعراض الموجودة التي تسمح بتشخيص المرض، حتى لو كان الأقارب أو الطبيب العام قد اشتبه في ذلك بالفعل، في معظم الحالات يقوم الطبيب العام بإحالة الشخص المصاب إلى أخصائي والذي سيقوم بإجراء تشخيص نهائي وتقديم المشورة حول كيفية إدارة المرض.

7- مظاهر وأعراض مرض الباركنسون:

تتطور أعراض مرض باركنسون تدريجياً جداً على مدى سنوات وليس أشهر، قد لا يدرك الشخص المصاب أنه يظهر علامات مرض، يتم ملاحظة هذه الأعراض في كثير من الأحيان من قبل مقرب أن الشخص لديه حركات أبطأ أو ارتعاش وهو ما لم يلاحظه المريض نفسه، ولا يدرك المريض والمحيطون به إلا بعد تشخيص الحالة. يمكن أن تختلف هذه الأعراض الأولية الخفيفة ولكن بشكل عام، وتظهر مظاهر أكثر شيوعاً لهذا المرض وهي:

-1-7 البطء:

يلاحظ المريض أو من حوله أنه يتعب بسرعة وأن سرعته تتباطئ سواء في المشي أو الحركة ، وقد يشعر هو نفسه بالحرَج خاصة عندما يتعين عليه أداء مهام تفصيلية مثل ربط أو فك أزرار الملابس تصبح بعض الحركات التلقائية أبطأ على سبيل المثال قد يرمش المريض أو يبلع بشكل أقل تكراراً إذا أصبحت القدرة على البلع أقل بشكل ملحوظ أثناء مسار المرض فسوف يتراكم اللعاب في فم المريض ويسيل لعابه، قد يكون وجه المريض ليس هذا هو الحال دائماً بل يزداد الأمر سوءاً مع التوتر أو القلق أو الإثارة قصيرة ، لكن هذا التمرين يتطلب قدراً كبيراً من التركيز وستعود الرعشة للظهور بمجرد تحويل الانتباه إلى مكان آخر وعادة ما تختفي الرعشة أثناء النوم.

-2-7 الصلابة:

يلاحظ المريض زيادة في التصلب وخاصة في الذراعين والساقين يجعل صعوبة في ارتداء ملابسه بنفسه ، في بعض الأحيان يكون التصلب مصحوب بالألم ، ويلجأ العديد من مرضى باركنسون إلى طبيب عام للشكوى من تصلب الكتف.

تحدث هذه المشكلة بسبب تصلب العضلات في الكتف والأطراف العليا، ويتم تفسير الألم الذي يشعر به الشخص على أنه ألم في المفاصل، وبما أن التصلب والبطء يتفاقمان مع تقدم المرض فإنهما يؤثران في نهاية المطاف على المشي وأداء المهام الأخرى.

3-7- الهزة:

عاده تبدأ الرعشة في يد واحدة أو قدم واحدة، وهي عبارة عن رعشة ضعيفة ، تكرر حوالي 3مرات إلى 5 مرات في الثانية ، في حالة اليد فإن الإبهام والسبابة والأصبع الأوسط هي الأكثر تأثراً، يبدو كما لو أن الشخص يدحرج كرة بين إبهامه وإصبعيه.

الرعشة تكون موجودة بشكل رئيسي في حالة الراحة وتختفي عندما يحاول الشخص الإمساك بجسم ما، ويصبح الأمر سوءاً مع التوتر والقلق أو الإثارة.

يمكن المريض من قمع الرعشة طوعاً لفترة قصيرة ولكن هذا التمرين يتطلب قدراً كبيراً من التركيز، وتظهر مره أخرى بمجرد تحويل الانتباه إلى مكان آخر وتختفي أثناء النوم عادة.

4-7- عدم استقرار الوضعية:

مع تقدم المرض قد يعاني المريض من فقدان التوازن والسقوط تحدث هذه الحالة عندما يؤثر المرض على ردود الفعل التي تسمح للشخص السليم بالنهوض بسرعة بعد التعثر أو اتخاذ خطوة خاطئة ، إن التصلب والبطء يجعلان من الصعب على مريض باركنسون استعادة توازنه.

5-7- التشخيص والتقدم:

في البداية عادة ما تظهر هذه الأعراض الأولية لمرض باركنسون البطء والتصلب والرعشة ومشاكل التوازن على جانب واحد فقط من الجسم ومع تقدم المرض قد يتأثر الجانب الآخر أيضا أن ظهور الأعراض على جانب واحد من الجسم يعكس فقدان الخلايا العصبية في المادة السوداء

على الجانب الآخر من الدماغ. **professeur tonyschapira , 2008, p 14,15,16,17,18**

8- أسباب الاكتئاب في مرض الباركنسون:

قد يكون للاكتئاب لدى الأشخاص المصابين بمرض باركنسون أسباب متعددة:

قد يصاب الأشخاص بمرض باركنسون باختلال في توازن بعض الجزيئات، الدوبامين، السيروتونين، والنورادرينالين والتي تؤثر على تنظيم العواطف والحالة المزاجية.

إن الإعلان عن تشخيص مرض باركنسون هو حدث مرهق ومقلق قد يسبب الاكتئاب.

إن العيش مع مرض مزمن قد يثير مشاعر الحزن والعجز واليأس مما يسبب أفكار سلبية، إن التفكير في هذه المشاعر قد يجعل الشخص أكثر عرضة للاكتئاب.

العزلة الاجتماعية أو غياب شبكة دعم اجتماعي قد يؤدي إلى نمط حياة أكثر انضباطا، كما أن الانسحاب المتوقع أو فقدان الاستقلالية قد يزيد من خطر الإصابة بالاكتئاب.

France Parkinson, (N.D) la dépression dans la maladie de Parkinson, consulté sur : <https://www.Franceparkinson.fr>

9- الأدوية العلاجية:

ثمة العديد من الأدوية التي تساعد على التخفيف من أعراض مرض باركنسون ، وهي تعمل على التخفيف من أعراض باركنسون وبطرق مختلفة ، وتعوض أدوية الدوبامين عن نقص الدوبامين بزيادة مخزون هذه المادة في الدماغ، كما أن هناك أدوية أخرى تعمل كمحرك للدوبامين، وتقتل المستقبلات في الخلايا العصبية التي قد تتفاعل مع الدوبامين نفسه (مثبطات الدوبامين)، وتخفف بعض الأدوية الأخرى من الحساسية المفرطة لدماغ مرضى باركنسون من أستيل كولين (الأدوية المضادة للحساسية من الكولين) ويمكن استخدام العلاجات التي تهدف إلى إعاقة الإثارة السامة للأعصاب وقد يتم التطرق إلى كل واحد من هذه التقنيات التالية :

- بديل الدوبامين (ليفودوبا) ممزوج بمثبط أنزيمي substitut de la dopamine

(lévodopa combinée à un inhibiteur enzymatique)

- مثبطات أنزيم إضافيه Inhibiteur enzymatique ajouté.

- منبهات الدوبامين Agonistes dopaminergiques

- مثبطات الموامين المؤكسد Inhibiteurs de la monoamine oxydase

- مضادات الكولين Anticholinergiques

- مثبطات الإثارة السامة للأعصاب Agent anti-excitotoxicité

البروفيسور توني شابيرا ، ترجمة هلا أمان الدين، 2014، ص 51.

10- التكفل النفسي بمرضى باركنسون:

- تعزيز الصحة النفسية:

- العلاج النفسي:

يمكن أن يساعد العلاج النفسي كالعلاج المعرفي السلوكي أو العلاج بالقبول والالتزام ، التعامل مع الاكتئاب والقلق وتقلبات المزاج واضطرابات النوم .

- ممارسة تقنيات الاسترخاء:

يمكن أن تساعد تقنيات الاسترخاء مثل التأمل والتنفس العميق، والاسترخاء التدريجي للعضلات، في تقليل التوتر وتحسين المزاج والنوم.

- المشاركة في الأنشطة الممتعة:

تساعد الأنشطة التي يستمتع بها المريض مثل القراءة أو الاستماع إلى الموسيقى أو ممارسة الهوايات في تحسين المزاج وتقليل الشعور بالعزلة.

- الحفاظ على نمط حياة صحي:

يساعد إتباع نظام غذائي صحي وممارسة الرياضة بانتظام والحصول على قسط كاف من النوم في تحسين الصحة النفسية والبدنية بشكل عام.

- تطوير مهارات التأقلم عن طريق تحديد وتحدي الأفكار السلبية وغير الواقعية التي تساهم في الاكتئاب.

- تحديد وتجنب مسببات التوتر وتعلم كيفية تجنبها والتعامل معها بشكل فعال.

- تطوير إستراتيجيات حل المشكلات التي يواجهها في حياته اليومية.

- طلب المساعدة عند الحاجة سواء في أداء المهام اليومية أو الدعم العاطفي.

عدنان القاسم ، 2023، ص23.

- دور الممرض المختص لمرض الباركنسون:

يتواجد الممرضون المختصون لمرض الباركنسون في المجتمع أو في المستشفى، لهم خبرات واسعة في طب الأمراض العصبية أو العناية بالعجزة وذوات تدريب متخصص في طرق إدارة مرض باركنسون.

يتضمن عملهم تقييم الحاجة إلى عناية خاصة وتطوير نوعية حياة الفرد وتفاذي أحد من المضاعفات صعوبة في الحركة ومشاكل في التبول والإمساك والعجز الجنسي والأعراض الجانبية التي تنتج عن العلاج ، فيمكن مساعدتهم عبر تقديم نصائح مباشرة أو ربما باستشارة سواها من الأخصائيين من أجل الحصول على مساعدة محددة ووضع خطة مناسبة للعناية بالمريض والبقاء على تواصل دائم معه، فبمجرد معرفة أن ثمة شخصا مختصا يملك خبرة عميقة حول مرض الباركنسون يكون دائما جاهزا للرد على الاتصالات الهاتفية ومنح الطمأنينة والثقة للمريض وعائلته. البروفيسور توني شابيرا، 2014، ص92.

-11 علاج إعادة التأهيل الفيزيائي لمرضى باركنسون:

يؤثر مرض باركنسون في كثير من النشاطات اليومية وتهدف العلاجات إلى التخفيف من هذه المشاكل عبر مساعدتك على تلقي المعرفة والمهارات التي تحتاج إليها من أجل متابعة القيام بجميع نشاطاتك السابقة سواء في العمل أو في المنزل وفي أوقات فراغك، وفي حياتك العائلية والاجتماعية وهناك ثلاث علاجات متوفرة:

11-1- العلاج الفيزيائي:

المعالجون الفيزيائيون يحاولون مساعدة مريض باركنسون على التغلب على مشاكل الحركة العامة التي تواجهه.

التصلب ووضعية الجسد السيئة والتخفيف من هذا التصلب.

نصحه على ممارسة السباحة.

11-2- العلاج الوظيفي:

يساعد العلاج الوظيفي في تحديد وإيجاد الحلول للمشاكل التي تواجهه في حياته اليومية كارتداء ملابسه.

11-3- علاج النطق والضعف اللغوي:

معالجة الأشخاص الذين يواجهون صعوبات في التواصل أو البلع أو صعوبات أخرى كالكتابة وتعابير الوجه ولغة الجسد. البروفيسور توني شابيرا، 2014، ص 93.

12- علاقة مرض باركنسون بالأمراض الأخرى:

هناك علاقة بين مرض باركنسون وبعض الأمراض الأخرى إما من خلال عوامل خطر مشتركة أو من خلال تطور مشاكل صحية إضافية نتيجة لمرض باركنسون نفسه وهناك عدة أمراض وهي:

1-12- أمراض التكتسية العصبية الأخرى:

الخرف: يزيد خطر الإصابة بالخرف لدى مرضى باركنسون خاصة في المراحل المتقدمة من المرض، قد يكون هذا الخرف مرتبطاً بأجسام ليوي أو بتغيرات أخرى في الدماغ.

ضمور الجهاز المتعدد: قد تتشابه بعض أعراض ضمور الجهاز المتعدد مع أعراض باركنسون في البداية مما يجعل التشخيص صعباً في بعض الأحيان.

-2-12 الأمراض النفسية :

- الاكتئاب: يعد الاكتئاب أحد الأعراض غير الحركية الشائعة لمرض باركنسون وقد يظهر

قبل الأعراض الحركية أو يتطور مع تقدم المرض.

- القلق: قد يعاني مرضى باركنسون أيضاً من القلق والذي يمكن أن يتفاقم بسبب التغيرات

في الحياة اليومية والتحديات التي يفرضها المرض.

-3-12 أمراض القلب والأوعية الدموية:

- ارتفاع ضغط الدم.

- أمراض القلب: كقصور القلب وعدم انتظام ضربات القلب.

-4-12 أمراض الجهاز الهضمي:

- الإمساك: يتفاقم بسبب الأدوية أو قلة النشاط البدني.

- مشاكل في البلع.

-5-12 أعراض المفاصل والعظام:

- هشاشة العظام

- آلام المفاصل بسبب التيبس العضلي أو التغيرات في المشي.

-6-12 اضطرابات النوم:

- الأرق: صعوبة في النوم أو الاستمرار في النوم.

- اضطراب سلوك حركة العين السريعة أثناء النوم: يعاني المريض من أحلام حيه ونشاط

عضلي أثناء مرحلة حركة العين السريعة من النوم.

- متلازمة تلمل الساقين: إحساس غير مريح في الساقين يجعلهم يشعرون بالحاجة إلى

تحريكهم خاصة في المساء أو أثناء الراحة. **عدنان القاسم ، 2023، ص28.**

الجانِب التّطبيقي

الفصل الرابع: الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية

تمهيد -

تعريف المنهج العيادي -

دراسة الحالة -

المقابلة العيادية -

الملاحظة العيادية -

الاختبارات النفسية -

مكان إجراء الدراسة العيادية -

مواصفات الحالات العيادية -

تمهيد:

تطرقنا في الجانب التطبيقي على منهج البحث المعتمد الذي يعتمد عليه الباحث في دراسة ظاهرة ما وتفسيرها والتحكم فيها والتنبؤ بها، كما يستخدم أدوات مختلفة والمنهج المعتمد عليه في هذه الدراسة هو المنهج العيادي.

الذي يختص بالإسهام في تشخيص وعلاج الأمراض النفسية والعقلية ، لا يتم ذلك إلا بالمنهج الإكلينيكي ويسمى كذلك بمنهج دراسة الحالة ويهدف هذا المنهج إلى دراسة حالة المريض أو صاحب المشكلة لمعرفة أسبابها والعوامل التي أدت إليها ولوضع خطه علاجها.

(خالد إبراهيم الفخراي ، 2014 ، ص 141)

-دراسة الحالة:

هي نوع من البحوث النوعية التي من خلالها يكتشف الباحث الظاهرة المراد دراستها ويجمع المعلومات باستخدام وسائل عدة من خلال فترة زمنية معينة، ويرى جول Gull 1996 ، أن الباحث يقوم الباحث يقوم بدراسة الحالة للأسباب التالية:

لإعطاء وصف تفصيلي عن الظاهرة ، توضيحات معيله حولها، ولتقييم الظاهرة .

(منذر عبد الحميد الضامن ، 2007 ، ص 152).

هي عبارة عن تقرير شامل يعده الأخصائي ويحتوي على معلومات وحقائق تحليلية وتشخيصية عن حالة العميل الشخصية والأسرية والاجتماعية والمهنية والصحية وعلاقة كل الجوانب بظروف مشكلته وصعوبات وضعه الشخصي. **فكري لطيف متولي، 2016، ص 21.**

-المقابلة العيادية:

هي عملية تتم بين الباحث وشخص اخر أو مجموعة أشخاص، تطرح من خلالها أسئلة ، ويتم تسجيل إجاباتهم على تلك الأسئلة المطروحة. **منذر عبد الحميد الضامن، 2007، ص 96.**

محادثة أو حوار موجه بين الباحث من جهة وشخص أو أشخاص آخرين من جهة اخرى، بغرض الوصول إلى معلومات تعكس حقائق أو مواقف محددة ، يحتاج الباحث الوصول إليها بضوء أهداف بحثه.

وتعرف أيضا:

محادثة بين الباحث والأشخاص المستجيبين الذين يرغب في الحصول على معلومات منهم.

(سرحان علي المحمودي، 2019، ص141).

-الملاحظة العيادية:المشاهدة أو المراقبة الدقيقة لسلوك أو ظاهرة معينة وتسجيل الملاحظات أولا بأول، كذلك الإستعانة بأساليب الدراسة المناسبة لطبيعة ذلك السلوك أو تلك الظاهرة بغية تحقيق أفضل النتائج والحصول على أدق المعلومات.

وهي متابعة سلوك معين بهدف تسجيل البيانات بغرض إستخدامها في تفسير تحليل مسببات وأثار ذلك السلوك. **محمد سرحان علي المحمودي، ص، 149، 150.**

هي عملية جمع المعلومات عن طريق الناس أو الأماكن، وعلى عكس البحوث الكمية ، فالباحث يسجل المعلومات كما تحصل في الواقع. **منذر عبد الحميد الضامن، ، 2007 ، ص 94.**

-الاختبارات النفسية:

قد يُعرّف مُختصّ و الاختبارات النفسية الاختبارات النفسية بطرق مُختلفة، إلا أن تعريفها التاريخي والأمثل هو "عملية تطبيق الاختبارات النفسية وتسجيل نتائجها وتفسيرها"

يذكر كرونباك Cronback أنه لا يوجد تعريف مقنع وموحد للاختبار النفسي إلا أنا جمعنا مجموعة من التعريفات الباحثين سنحاول ان نورد البعض منها فيما يلي. **(مدوري يمينه، 2021ص**

3)

وعرف بين Bean 1953 الاختبار بأنه مجموعة من المثيرات أعدت لتقيس بطريقة كمية أو بطريقة كيفية العمليات العقلية والسمات أو الخصائص النفسية، وقد يكون المثير هنا أسئلة شفاهية أو أسئلة كتابية أو قد تكون سلسلة من الأعداد أو الأشكال الهندسية أو النعمات الموسيقية أو صوراً أو رسوماً، وهذه كلها مثيرات تأثر عن الفرد تتثير استجاباته.

أما جون أنيات 1974 Annette فيعرف الاختبار بأنه مهارة أو مجموعة من المهارات التي تقدم للفرد في شكل مقنن والتي تنتج درجة أو درجات وقيمة حول شيء تطلب من المفحوص لكي يحول أداءه.

ولحوصلة لما ورد يمكن اعتبار الاختبار النفسي كأداة قياس تستخدم أساسا من أجل تقدير بعض خصائص الأفراد، وهو عموما موقف مقنن ومنظم بطريقة معينة ليضمن استشارة الخاصية محل القياس، وقد يعتمد الاختبار على مثيرات مختلفة، قد تكون العطية أو كتابية أو حتى أدائية. (مدوري يمينه، 2021، ص4)

-مكان إجراء الدراسة العيادية:

أجريت دراسة بحثنا هذا بالمركز الاستشفائي الجامعي بوهران ، مصلحة إعادة التأهيل الفيزيائي.

-مواصفات الحالات العيادية:

أجريت الدراسة على عينة تتكون من 4 حالات (2ذكر، و 2 أنثى) والحالات الثلاثة لهم نفس السن ينحصر بين 63 و 77 سنة.

الفصل الخامس: عرض الحالات العيادية

عرض الحالات العيادية

- التقرير السيكلولوجي للحالة الأولى

- اختبار فحص الهيئة العقلية

- اختبار سلم هاملتون للاكتئاب

- ملخص الحالة

- التقرير السيكلولوجي للحالة الثانية

- اختبار فحص الهيئة العقلية

- اختبار سلم هاملتون للاكتئاب

- تحليل نتائج الاختبار

- ملخص الحالة

- التقرير السيكلولوجي للحالة الثالثة

- اختبار فحص الهيئة العقلية

- اختبار سلم هاملتون للاكتئاب

- تحليل نتائج الاختبار

- ملخص الحالة

- التقرير السيكلولوجي للحالة الرابعة

- اختبار فحص الهيئة العقلية

- اختبار سلم هاملتون للاكتئاب

- تحليل نتائج الاختبار

- ملخص الحالة

-التقرير السيكولوجي للحالة الأولى:

-المستوى التعليمي: ثانوي

- السن: 77 سنة

- الجنس:أنثى

- المهنة:متقاعدة ممرضة رعاية الأطفال

- الحالة المدنية: مطلقة

- عدد الأبناء: 3 بنات

- تاريخ بداية المرض:2020

- مكان المقابلات: المستشفى

- تاريخ المقابلات:

29/04/2025

08/05/2025

2025/05/18

2025/05/29

-الاختبارات النفسية المطبقة

- فحص الهيئة العقلية

-اختبار هاملتون للاكتئاب.

1-فحص الهيئة العقلية:

1-1- الهيئة والسلوك العام:

الحالة هدامها مرتب ومتناسق الألوان، تمتلك أعين بنية فاتحة ، تميل إلى الألوان الأنثوية الوردية ، كان الاتصال معها سهل منذ اللحظة الأولى، تمثلت الإشكالية في خوفها من الهلوس التي تعاني منها، وتأثيرها على حياتها الواقعية بعد إصابتها بمرض الباركينسون، مشكلات النوم والأرق، عدم تقبل الأعراض الجسدية لمرض الباركنسون ، الميل إلى العزلة أكثر بعد إصابتها بالمرض

خلال المقابلة لاحظنا علامات القلق والتوتر التي تمثلت في عدم قدرتها على الجلوس حتى آخر الحصة، لأنها كانت تقف وتقول أنها تشعر بقلق من الرجفة التي تعاني منها وتؤثر عليها سلبا. 1-2 النشاط العقلي:

النشاط العقلي للحالة كان في مستوى جيد، حيث كان تناسق وتسلسل في خطابها سواء باللغة الفرنسية أو العربية، كانت تعاني من صعوبة في التعبير عن المعاناة الشخصية المتعلقة بالذات إلا أنها وضحت مخاوفها المستقبلية المتعلقة بهذا المرض.

أما تأثير المرض عليها حسب خطابها لعب الجانب الديني دور كبير في تخفيض قلق الحالة نحو وضعيتها الراهنة.

1-3 المزاج والعاطفة:

الحالة المزاجية مستقرة خلال سير الحصة، إلا أنها وضحت خوفها من المستقبل الخاص بها وبابنتها التي تعتني بها لأنها تشعر بالذنب لأن ابنتها تتكفل بها وهي سبب في عدم زواجها كغيرها من أختيها.

1-4 محتوى التفكير:

الحالة لها وعي بحالتها النفسية وحاجتها النفسية إلى المتابعة النفسية، انحصرت بحثها عن طريقة لعدم إظهار معاناتها النفسية أمام ابنتها.

1-5 القدرة العقلية :

تمتلك الحالة توجه مكاني وزماني إلى جانب ذاكرة ممتازة للأحداث القديمة مع القدرة على ترتيب وتناسقها بدون الخلط بينها، الحالة لها فهم معتبر للقيم والمعايير وتظهر من خلال ردود أفعالها اتجاه مستقبل ابنتها لتأسيس عائلة.

1-6 الحكم و الإستبصار :

الحالة لها وعي بمشاكلها النفسية وهي تستطيع فهم سبب قلقها وخوفها المتمثل في مرضها وعدم قدرتها على مساعدة ابنتها و تأنيب ضميرها لها.

1-7 أهم ما جاء في التاريخ النفسي والاجتماعي للمفحوصة:

- تتكون أسرة الحالة من 3 بنات، 2 منهم متزوجتان والثالثة تقطن معها، الابنة الكبرى 45

سنة، والثانية 43 سنة والبنات الثالثة 39 سنة ، أرملة من 1980

- الحالة عاشت طفولة عادية مع والديها، درست تكوين ممرضة رعاية الأطفال في فرنسا، وبعدها توفي والدها ورجعت إلى أرض الوطن لتبقى مع والدتها لأنها وحيدتهم وكان لها أخ واحد وتوفي بعدما أصيب بحادث سير، فحسب خطابها أن علاقتها مع والدتها كانت جد رائعة وثقة متبادلة وحرية مادية، تمثلت معاناتها الأولى حيث تم إصابتها بالعمى في سن الأربعين أصيب بالتهاب في عينيها وتغاضى زوجها عن أخذها إلى الطبيب وبعدها زاد التهاب عيناها بعد عدة محاولات بالعلاج الطبي مما لم يجدي نفعا وكانت بداية معاناتها عند إصابتها بالعمى، مما أثر على حالتها النفسية وحياتها الزوجية مما أدى إلى طلاقها وتخلي الزوج عنها بدون معيل لها وانتقالها إلى العيش مع والدتها والاعتماد على نفسها وتقبل حالتها المرضية الجديدة حيث تم تغيير مقر عملها إلى مؤسسة عامة في مكتب إداري نظرا لحالتها المرضية وعجزها عن مداولة عملها كممرضة.
- قالت أنها واجهت مصاعب كثيرة لفقدانها لبصرها لكن بعد فترة من التقبل اهتمت ببناتها وحرصت على تعليمهم ونجاحهم الدراسي والعملية والحياتي، بعدها مرضت والدتها واهتمت بها رغم مرضها وبعدها تم إصابتها بمرض السكري في 2009 عن عمر 61 سنة.
- تقول أنها تقبلت كل شيء وكانت سعيدة بناتها إلى حين 2020 كانت مرحلة عصبية جدا لها نظرا لتقشي مرض الكورونا وكانت مهووسة بالنظافة خوفا من الإصابة به والموت .
- فيما بعد ظهرت أعراض غير عادية بالنسبة لها وأصابتها بقلق شديد حيث بدأت يدها ترتجف كبداية للأعراض ولكنها لم ترد أن تقلق نفسها عن عمر يناهز 72 سنة وقالت

أنه ربما من الضغط النفسي لتفشي مرض الكورونا لكن بعد فترة ليست بطويلة ازدادت الأعراض بصفة واضحة وعرفت أنها أعراض لمرض الباركنسون، تقول أنها أصيبت بهلع كبير وخوف كبير بداخلها من تشخيص المرض لها عند زيارة الطبيب، وقررت الطبيب إلى أخصائي neurologue لأخذ إستشارة طبية مما تم تأكيد بداية المرض وظهور أعراضه بشكل ملحوظ، تقول انه من حسن حظها أنها متقاعدة عند إصابتها بالمرض لأنه يؤثر على حركتها الجسدية.

- تشتكي الحالة من اضطرابات في النوم وثقل بجسمها وتعب مستمر وفترات متكررة في الأسبوع الواحد تتميز بالخمول ومشاعر الفراغ والحزن والبكاء، وظهور أعراض هلاوس سمعية وحسية خاصة عند ذهاب إبنتها للعمل وغلق باب المنزل عليها فتشعر بخوف كبير وتسمع أصوات تتحدث معها في الغرفة وتحس بحركتهم في البيت وتشم رائحة الطعام وهم يطبخون في مطبخها.

- تزول هذه الهلاوس عند رجوع بنتها وفتح باب المنزل تذهب أعراض الخوف لها والتي كانت تتمثل في الشعور بخوف شديد وضربات القلب متسارعة، وتشعر كأن جسدها يتصبب عرقا باردًا وتحس بأنها ستموت وتقول أنها تصيبها أعراض الهلاوس كل يوم في النهار وفي الليل لا تستطيع النوم لخوفها من نهار الغد الآتي خوفا من تكرار الهلاوس التي تحصل لها نهارا وفي حالة اليقظة، وحسب تصريح الأخصائي أن مفعول الدواء الذي تتناوله له تأثير جانبي على حالتها النفسية وغالبا تكون بصرية وتحدث عادة في المراحل

المتقدمة من العلاج أو بسبب الجرعات العالية لكنه له فعالية في التقليل من أعراض المرض وتطوره إلى مراحل متقدمة

- وبالنسبة لها ليس مفيد لأنه يزيد من تصلب أعضائها فهو ليس له مفعول كما هو متوقع من قبلها وهذا ما يجعلها في صراع داخلي وقلق دائم من الحالة الراهنة التي تعاني منها
- تقول أنها تعرف أنه أمر نفسي يؤثر عليها ولكنها لا تعرف تتعامل معه.
- ثم تحاول إقناع نفسها أنه لا يوجد شيء وتقبل أنها مجرد تخيلات تسيطر عليها وأنها تقبلت مرضها بصفة إيجابية لأنه أمر الله وهي مؤمنة بها على حسب خطابها.
- الحالة لديه إبنتها الغير متزوجة سندها الوحيد وحسب خطابها بنتيها المزوجتين يأتيان مرات قليلة للإطمئنان عليها فقط، واكتفت بهذا القدر، وأضافت أنه لا يوجد أهل لها غير إبنتها المعيلة لها.
- تضيف الحالة أنها تشعر بفقدان الرغبة وفقدان السيطرة على جسدها وبالنسبة لها كل الأيام مملة وترفض الذهاب إلى التجمعات العائلية حتى عند زيارتها للاطمئنان عليها
- تفضل البقاء لوحدها

2- عرض نتائج إختبار هاملتون للإكتئاب:

من خلال تطبيق اختبار هاملتون للاكتئاب على الحالة الأولى تظهر صعوبة في التجاوب ، حيث تحصلت الحالة على نتيجة 37 على سلم تصحيح الاختبار والتي تشير إلى مستوى متوسط من الاكتئاب.

تميزت الإجابات على مستوى السلم بمشاعر سلبية نحو الذات ومشاعر الانتقاد الذاتي. فالحالة لديها مزاج مكتئب وحزين ولديها ميول لجلد الذات وهذا ما يدل على تدني تقدير الذات، فعجزت الحالة عن أداء مهامها اليومية ومعاناتها من التعب المستمر والخمول مما ولد لها قلق جسدي وهو تعبير عن الألم النفسي من خلال الجسد.

3-ملخص عن الحالة الأولى:

بالاعتماد على نتائج المقابلة العيادية في سير الحصص، فإن الحالة الأولى لها إشكالية متعلقة بمشاعر الإنتقاد الذاتي لصعوبة في التعبير عن الذات، وتتمثل في عدم القدرة على الإجابة لسلم هاملتون للاكتئاب في المرة الأولى، كما استعملت أيضا آلية دفاعية حيث بررت سبب شعورها بالذنب في تحطيم مستقبل إبننتها التي لم تتزوج بسببها، كما تم تأثرها بالمرض النفسي واستعملت المقاومة في بداية الحصص وعدم الإعراف بمعاناتها لعدم تقبلها للمرض وخوفها الدائم من تطوره .

أظهرت مجموعة من الأعراض الاكتئابية التي تتوافق مع تصنيف الدليل الإحصائي والتشخيصي 4DSM-TR والتي تتمثل في اضطرابات النوم وفقدان الرغبة والانعزال والتعب المستمر والخمول ومشاعر الفراغ والحزن والبكاء، فالإكتئاب شائع بسبب المرض نفسه لكن بعض الأدوية تزيد من

هذه الأعراض بسبب ارتفاع الدوبامين في الدماغ، حيث أن الحالة كانت تعاني من هلاوس سمعية وحسية مما أثار خوفها وقلقها وهذا من تأثير الدواء المستعمل مما اظهر لها أعراض جانبية نفسية، مما جعلها تشعر باليأس والحزن واستبعاد فكرة الشفاء التام بسبب تأثير الأعراض الحركية على جسدها وعلى حالتها النفسية.

فالحالة بعد الانتهاء من التحدث في المقابلات ظهر التحويل الإيجابي بإظهار مشاعر السعادة والضحك والتعبير عن سرورها عند التكلم، مما يعني أن الحالة أبدت تجاوب في الحصص رغم مقاومتها في التعبير عن نفسها في البداية وشرح معاناتها النفسية.

التقرير السيكولوجي للحالة الثانية

المستوى التعليمي: غير متعلم -

السن: 71 سنة -

الجنس: ذكر -

المهنة: متقاعد سائق تاكسي -

الحالة المدنية: متزوج -

عدد الأبناء: 9 أبناء، 3 ذكور و 6 إناث -

2024: تاريخ بداية المرض -

مكان المقابلات: المستشفى -

- تاريخ المقابلات:

29/04/2025

08/05/2025

2025/05/18

2025/05/29

الاختبارات النفسية المطبقة -

فحص الهيئة العقلية -

اختبار هاملتون للاكتئاب -

1- فحص الهيئة العقلية:

1-1- الهيئة والسلوك:

ظهر المريض بلباس تقليدي يميل لارتداء ألوان فاتحة الأبيض والبيجع ملامح وجه خالية من التعبير و حركات جسدية بطيئة الاتصال كان سهل مع الحالة، ظهرت عليه علامات التعب الجسدي مع ميل للجلوس لفترات طويلة تمثلت إشكالية الحالة في عدم استطاعته التكيف مع أعراض المرض والتي أصبحت تؤثر على مزاجه

21- النشاط العقلي:

تميزت الحالة بالتكتم والصمت في أغلبية الحصص، مع غياب القدرة عن التعبير حيث أجاب عن الأسئلة بشكل مقتضب و بصوت منخفض مع بطء في الاستجابة الذهنية و معظم إجاباته منحصرة في نعم او لا مع غياب القدرة على التعبير ومعظم إجاباته منحصرة في نعم ولا مع شرح بسيط وسطحيم ظهور مظاهر الإرهاق الذهني المرتبط باضطراب النوم

3-1- المزاج والعاطفة:

المزاج العام هادئ و سطحي لوحظ وجود قلق واضح عند الحديث عن وضعيتها الحالية و صعوبة التعبير عن مشاعره يعاني المريض من فقدان الرغبة في ممارسة الأنشطة اليومية المعتادة إضافة إلى مشاعر الحزن و القلق المرتبطة بمستقبله الصحي و الاجتماعي

-4-1 القدرة العقلية:

يمتلك المريض ذاكرة جيدة لأحداث حياته إلا أنه يظهر عليه بعض التشتت الذهني نتيجة التعب و اضطراب النوم لكن لم تظهر علامات واضحة على فقدان البصيرة أو اضطراب عقلي

-5-1 الحكم والاستبصار:

الحالة ليس له وعي بتأثير واضح للمرض على حياته النفسية ، إنشغاله كان حول عجزه عن أداء مهام يومه العادية و فقدان استقلاليتة بسبب تأثير الأعراض الجسدية.

1-6- أهم ما جاء في التاريخ النفسي والاجتماعي للمفحوص:

الحالة متزوج ولديه 9 أبناء 3 بنات و 6 ذكور كلهم متزوجون ولهم أطفال. الحالة يحكي عن إصابته بمرض الباركنسون منذ سنة ، إلا أن المرض لم يتطور لدى الحالة مقارنة ببقية الحالات، هو في المرحلة الأولى من المرض فقط، لديه رجفة خفيفة على مستوى اليد اليسرى ، ولا تأثير على القدرات الحركية الأخرى

لقد تمثلت إشكالية الحالة في عدم تقبل المرض ككل وخوفهم من تطور الأعراض الجسدية لديه، وكذلك أثر على علاقاته الاجتماعية، ودفعه للعزلة لأنه كان نشط اجتماعيا قبل التقاعد على حسب قوله وأنه يحب العمل والاختلاط مع الناس والآن أنه عبء على أولاده.

ويهتم بالتطور الذي يمكن أن يحدث لجسده، الحالة أنكر اهتمامه بتأثير وضعه المرضي على الآخرين .

يعاني الحالة من صعوبات في النوم، فقدان الرغبة ، يحب العزلة وهو ما يؤثر على أداء مهامه اليومية في بعض المرات

2- عرض نتائج إختبار هاملتون للحالة الثانية:

من خلال اختبار سلم هاملتون للاكتئاب على الحالة الثانية استجابة غير دقيقة نتيجة الحالة النفسية و الذي نال تقييم اكتئاب خفيف إلى متوسط حيث وصلت إلى 15 على سلم تصحيح الإختبار وتميزت الإجابات التي تم إختيارها من طرف الحالة بقلق نفسي حول الحالة المرضية المستقبلية، والأعراض الجسدية والوهن الذي يفرضه المرض.

3- حوصلة الحالة الثانية:

الحالة لرجل يبلغ من العمر 71 سنة متقاعد متزوج و أب لأبناء و بنات تم تشخيصه بمرض باركنسون منذ سنة المريض في المرحلة الأولى من المرض و يعاني من رجفة خفيفة على مستوى اليد اليسرى دون وجود تأثير على باقي القدرات الحركية كما يتميز بقدرة جيدة على الكلام والتواصل اللفظي بطلاقة

خلال المقابلات العيادية أظهر اختبار الفحص الهيئة العقلية مشاعر القلق مرتبطة بالخوف من فقدان القدرة الجسدية في حالة تقدم المرض، ولم يظهر أي معاناة نفسية متوافقة مع التغيرات المرضية لباركنسون

يمكن تصنيفها كرد فعل انعكاسي نحو التغيرات الجسدية للمفحوص ويمكن تصنيفها كنوع من الاكتئاب، والتي تمثلت في العزلة والحزن فقدان الرغبة اضطراب النوم و التعب . الحالة يستعمل آليات دفاعية مثل الكف و الإنكار حيث لا يعبر بصراحة عن معاناته النفسية رغم وجود مؤشرات اكتئابية عرضية مثل الميل للعزلة صعوبات في النوم فقدان الرغبة في الأنشطة و تبدل المشاعر كما أبدى المريض انشغالا حول تطور المرض وتأثيره على علاقاته الاجتماعية و دوره الأسري مع وجود قلق مستمر من المستقبل.

يمكن تلخيص ذلك بان الأعراض النفسية لدى الحالة تعد ثانوية و مرتبطة برد فعل نفسي على التغيرات الجسدية الناتجة عن الباركنسون و لم تصل إلى مستوى اضطراب نفسي شديد أو مستمر بل تظهر بشكل عرضي و متقطع مع سيطرة الإنكار و الكف كآلية دفاعية

التقرير السيكولوجي للحالة الثالثة:

- المستوى التعليمي: متوسط

- السن: 67 سنة

- الجنس: ذكر

- المهنة: فلاح

- الحالة المدنية: متزوج

- عدد الأبناء: 2 ذكور و 2 إناث

- تاريخ بداية المرض: 2024

- مكان المقابلات: المستشفى

- تاريخ المقابلات:

29/04/2025

08/05/2025

2025/05/18

2025/05/29

- الاختبارات النفسية المطبقة

- فحص الهيئة العقلية

- اختبار هاملتون للاكتئاب

1- فحص الهيئة العقلية:

1-1 الهيئة والسلوك:

الحالة يرتدي ملابس كلاسيكية، قصير نوعا ما ، نحيف، البنية تميل إلى الألوان الرمادية والأسود، كان الاتصال سهل في الحصة الأولى

، أبدى انفتاحا في الحديث عن مشكلاته ومع تقدم الحصص الحالة كان له وعي بحالته للبحث عن التخفيف النفسي

1-2 النشاط العقلي:

يتمتع بنشاط عقلي جيد، حيث يظهر في خطابه تسلسل أفكاره ولغته، إلا أن واجه صعوبة في شرح معاناته النفسية لعدم إدراكه الكامل معناها وتأثيرها عليه.

1-3 المزاج والعاطفة:

كان مزاج الحالة مستقرا يتخلله الضحك أحيانا و الصمت أحيانا أخرى لديه طموحات رغم حالته المرضية لكنه يعاني من فترات حزن و قلق خاصة مع تزايد الأعراض الجسدية

1-4 القدرة العقلية:

يميز بسرعة البديهة من خلال استرجاعه أحداث وتفاصيل حياته دون تفكير و تردد مع أفكار متناقضة ومتربطة

5-1 الحكم والاستبصار:

يظهر لدي الحالة استبصار جيد نسبيا بمشكلاته الشخصية حيث يدرك تأثير المرض على حياته اليومية و على قدراته الجسدية و الاجتماعية كما يشعر بالحرج من نظرة الآخرين إليه لديه إدراك جيد لمشكلاته الشخصية و أبدى رغبة واضحة في متابعة الحصص النفسية و الدعم العلاجي بالإضافة إلى الجانب الديني الذي يجده مصدرا للتخفيف النفسي

6-1 أهم الجوانب الأساسية للتاريخ النفسي والاجتماعي للحالة:

تتكون أسرة الحالة من الزوجة وأربعة أبناء (بنتان متزوجتان وولدان بالغين الأكبر 40 سنة والثاني 38 سنة) شهدت حياته تغيرا ملحوظا منذ بداية المرض، حيث بدأت الأعراض رجفة في اليد اليمنى و تعب مستمر و تفاقت لتؤثر على قدرته في أداء الأعمال اليومية خاصة الأكل، هذا ما انعكس سلبا على مزاجه وأشار أيضا الى وجود تاريخ عائلي للمرض (والده جدته ابن عمه) لكنه يعتبر حالته أفضل منهم بكثير نظرا لحالتهم التي كانوا عليها.

- استمر هذا التأثير على حالته الحركية، حتى ذكر أنه أصبح له مشكلة في الجلوس مع العائلة والأصدقاء لأنها كانت تستمر بشكل متزايد وتؤثر عليه نفسيا ويشعر بالحزن والخل أمامهم لأنه في بعض المرات لا يستطيع الأكل أمامهم لأنه يسقط من يديه من كثرة الارتجاف ، وهذا ما دفعه إلى الانعزال والانسحاب من التجمعات العائلية وتفاعلاته الاجتماعية ماعدا المقربة من

أولاده وزوجته، كما أصبح يشكو من فقدان الوزن وفقدان الرغبة في الأكل لان حالته تتدهور عند الأكل خصوصا.

تمثلت إشكالية الحالة في عدم تقديم فحص مبكر للكشف عن حالته المرضية لان في اعتقاده انه مرض وراثي وليس له دواء بحكم أن جدته ووالده توفيا بسبب هذا المرض نظرا لحالتهم المتطورة في المرض، استمر على حالته الراهنة حتى تم تقدمه إلى استشارة طبيب عام وتم تحويلها الى طبيب أخصائي وتم تأكيد التشخيص بمرضه منذ شهر، ويشكي الحالة من تراجع الرغبة الجنسية منذ فترة مما اثر على نفسيته.

2- نتائج اختبار هاملتون للاكتئاب للحالة الثالثة:

من خلال تطبيق اختبار هاملتون للاكتئاب على الحالة الثالثة أظهر استجابة صغيرة ، فنتيجة الحالة وصلت 22 على سلم تصحيح الاختبار ما يصنف الحالة من اكتئاب خفيف إلى متوسط مع سيطرة قلقة من تأثيرات المرض المستقبلية على جسده وربطها بماضي والده وجدته و أعراض التعب الجسدي و النفسي إضافة إلى العزلة الاجتماعية.

3- حوصلة عن الحالة الثالثة:

من خلال اختبار فحص الهيئة العقلية والمقابلات العيادية الحالة تظهر الحالة أعراضا نفسية عرضية متوافقة مع التغيرات الجسدية الناتجة عن الباركنسون والتي تمثلت في اضطرابات

النوم، الحزن، العزلة ، فقدان الرغبة و اضطرابات المزاج والقلق وهذا ما يتوافق مع تصنيف الدليل الإحصائي التشخيصي DSM v كما لاحظنا استعمال الآليات الدفاعية مثل الكبت.

تصنف هذه الأعراض ضمن السيمولوجية العرضية للاكتئاب و تبرز إشكالية الحالة في التغيير الجسدي الذي طرأ عليه بسبب المرض وتطور أعراضه مما سبب له قلق نفسي وازدياد مستوى تأثير الأعراض على حياته اليومية وتطور نوبات القلق إلى فترات احتياج.

الجانب الديني والأسري لعب دورا في التخفيف من حدة القلق و الاكتئاب لديه مع وجود استبصار جزئي للدعم النفسي و الاجتماعي.

- التقرير السيكولوجي للحالة الرابعة -

المستوى التعليمي: ابتدائي -

السن: 63 سنة -

الجنس: أنثى -

المهنة: مأكثة في البيت -

الحالة المدنية: أرملة -

عدد الأبناء: ذكر و 2 بنات -

2024 :تاريخ بداية المرض -

مكان المقابلات: المستشفى -

- تاريخ المقابلات:

29/04/2025

08/05/2025

2025/05/18

2025/05/29

- الاختبارات النفسية المطبقة -

فحص الهيئة العقلية -

- اختبار هاملتون للاكتئاب -

1- فحص الهيئة العقلية:

1-1 الهيئة والسلوك:

الحالة متوسطة القامة، نحيفة نوعا ما، تهتم بمظهرها و ملابسها و تختار ألوان هادئة و ملابس واسعة متناسقة، أثناء المقابلة كان التواصل معها سهلا.

أظهرت سلوكيات ، بكاء وتأثر عند الحديث عن مرضها الحالي، و التي تعتبر جديدة بالنسبة لها بغض النظر عن جميع الأمراض التي تعاني منها من قبل.

1-2 النشاط العقلي:

تتمتع الحالة لها بمستوى جيد من النشاط العقلي، كان خطابها منظما، وأظهرت قدرة واضحة على التفكير والتحليل الموضوعي للأحداث، إلا أنها لم تقدم أي مقاومة فيما يتعلق بالحديث عن الذات من خلال علامات اضطراب في التفكير.

1-3 المزاج والعاطفة:

ظهرت الحالة مزاج مستقر نوعا ما، وحزن طفيف مختلط بضحكات مبدية تقبلها لمرضها وحالتها الجسدية الراهنة لأنه نعمة من الله.

1-4 محتوى التفكير:

كان لها وعي شديد بحالتها المرضية الراهنة، لكن يسود عليها المزاج الحزين مع تقلبات عاطفية حيث ظهرت عليها مشاعر توتر خاصة عند الحديث عن المرض وتبعاتها ونشغالها كان حول كيفية علاج الرجفة التي تؤثر على حالتها الجسدية والنفسية وإن كان تطور لحالتها في المستقبل.

5-1 القدرة العقلية:

تمتلك الحالة توجه زمني ومكاني، ولها ذاكرة جيدة لجميع الأحداث من خلال استيعابها وفهمها وكانت الإجابات متماسكة ومنظمة دون وجود علامات على اضطراب معرفي أو تراجع في الأداء المعرفي، ولها فهم جيد للمعايير والقيم مع وجود روابط منطقية في أفكارها

6-1 الحكم والاستبصار:

الحالة لها وعي بمشاكلها والأعراض الجسدية التي تعاني منها ومدى اكتشاف أن حالتها النفسية كانت تحتاج إلى مختص نفسي وأهمية ذلك فيما يتعلق الإحراج من الأعراض الظاهرة عليه و قدرة تحليل وضعها بشكل منطقي يعني الاستبصار بحالتها واضح فهي تدرك تأثير المرض على حياتها و تعبر عن ذلك بوعي مع محاولة تقبل الواقع رغم بعض المقاومة و القلق.

1-7 أهم الجوانب الأساسية للتاريخ النفسي والاجتماعي للحالة:

تتكون أسرة الحالة من الأم والأخ وزوجته وأبناءه، بعد وفاة زوجها وتزوج بناتها وذهاب ابنها إلى الخارج انتقلت للعيش مع والدتها.

الحالة من النمط المختلط وشهدت حياتها كثير من التغيرات فقد أصيبت بمرض سرطان الرحم سنة 1993 وأجرت عملية وشفيت تماما، وبعدها توفي زوجها في 2006، وبعدها أصيبت بمرض السكري في 2010، ومرض ضغط الدم، ومرض الكولسترول، ومرض الغدة الدرقية، تقول أنها تشرب أدوية كثيرة لجميع الأمراض التي تعاني منها إلى حين ظهور أعراض غير اعتيادية على حالتها، حيث أصبحت تحس بفشل وثقل بالجسم وصعوبة في المشي ورجفة في يدها اليسرى، فالمهام اليومية أصبحت أكثر صعوبة مقارنة بما كانت عليه وهذا ما اثر على نفسياتها ومزاجها.

شهدت حياتها الاجتماعية بعض التغيرات بظهور نوبات غضب وحزن وبكاء في بعض المرات، وهذا ما دفعها إلى تفضيل العزلة خاصة عند التجمعات العائلية، وذكرت كيف اثر وضعها المرضي على علاقاتها الاجتماعية والتطور الذي حدث لجسمها.

تشكي الحالة من صعوبة أداء مهامها اليومية مقارنة بالماضي لأنها كانت كثيرة الحركة والعمل في المنزل بدون راحة.

2- عرض نتائج اختبار هاملتون للاكتئاب للحالة الرابعة:

من خلال تطبيق فحص الهيئة العقلية واختبار هاملتون للاكتئاب للحالة الرابعة ظهرت استجابة واضحة، فنتيجة الحالة وصلت 18 على سلم تصحيح الاختبار والتي تمثل اكتئاب خفيف (اكتئاب

مع قلق) مرتبط بتغيرات حياتية و صحية كبيرة مع احتفاظها بقدرات عقلية جيدة وفقدان الطاقة ومشاعر اليأس إذ تدل على تغيير الحالة الجسدية لنمط حياتها.

3- حوصلة عن الحالة الرابعة:

المریضة سيدة متوسطة العمر عانت من عدة أعراض مزمنة (سرطان الرحم السكري ارتفاع ضغط الدم الكوليسترول الغدة الدرقية) تعرضت لتغيرات حياتية كبيرة أمها فقدان الزوج و زواج الابنة و انتقالها ما أدى إلى تغيير في نمط حياتها الاجتماعي و العاطفي

بالاعتماد على نتائج المقابلة العيادية اختبار فحص الهيئة العقلية توضح أن مشاعر القلق وازدياد تأثير الأعراض ناحية القدرة الجسدية جعلت الحالة تحب العزلة والانسحاب الاجتماعي، وصعوبة في التكيف مع وضعها الصحي الجديد ما أثر على علاقاتها الاجتماعية و نظرتها لجسدها و علامات الحزن و القلق فقدان الطاقة و البكاء عند الحديث عن حالتها مع بقاء قدراتها العقلية (الانتباه التحليل التفكير).

واستعملت آلية دفاعية الكبت والإنكار أحيانا حيث أنكرت تأثير المرض عليها نفسيا و مشاعر اليأس والاستسلام لدى الحالة. عند قولها (والفت و ما غادي يتبدل والو) من خلال هذه العبارة تعكس حالة من اليأس المكتوم،

وهي مؤشر على وجود صراعات خفية بين رغبتها في التغيير والاعتراف بالمرض،

وبين دفاعاتها النفسية التي تحاول حمايتها من الألم.

الفصل السادس: عرض النتائج وتفسيرها

- مناقشة فرضية البحث على ضوء النتائج -

- الاستنتاج العام -

- الخاتمة -

- التوصيات واقتراحات -

- الملاحق -

مناقشة الفرضيات:

نص الفرضية العامة:

يعاني مرضى باركنسون من التناذر الاكتئابي.

بالنسبة للحالة العيادية الأولى في هذه الدراسة أظهرت وجود عرضية اكتئابية ارتبطت بمشاعر سلبية نحو الذات ووجود أعراض نفسية وجسدية تمثلت في الحزن والبكاء ، العزلة الاجتماعية، فقدان الرغبة، الخمول، اضطرابات النوم واضطرابات الشهية ومشاعر القلق والخوف، وهذا ما يتوافق مع التصنيف التشخيصي لـ 4DSM-TR فهذه الحالة تدعم الفرضية العامة حيث تعاني من تناذر اكتئابي وليس مجرد انعكاس لحالة مزاجية مؤقتة وتعكس انفعالية أعمق لتدهور الأداء الوظيفي والعزلة الاجتماعية وبالتالي تحقق الفرضية العامة لدراستنا.

بالنسبة للحالة العيادية الثانية أظهرت أعراض اكتئابية خفيفة والتي تمثلت في العزلة التعب القلق فقدان الرغبة واضطرابات النوم واضطرابات الشهية وقد يكون هذا مؤشر مبكر يحتاج إلى المتابعة النفسية والعلاج وبالتالي حققت فرضية البحث بوجود تناذر اكتئابي عند مريض الباركنسون.

بالنسبة للحالة العيادية الثالثة ظهرت لها أعراض سريرية اكتئابية مثل الحالة الثانية وقد تكون مرتبطة بمراحل مبكرة من المرض وصعوبة في التأقلم مع المرض حيث تعكس هذه الحالة استمرارية التأثير النفسي بالمرض خاصة مع الأعراض الاكتئابية العزلة وفقدان الرغبة واضطرابات النوم واضطرابات الشهية وفقدان الوزن والتعب المستمر، فرغم تشابه الشدة مع الحالة الثانية إلا

أن التفسير يختلف حسب سياق الحالة الشخصي والاجتماعي وبهذا فان الحالة الثالثة أيضا حققت الفرضية العامة للبحث بوجود تناذر اكتئابي عند مريض الباركنسون.

بالنسبة للحالة العيادية الرابعة تشابه هذه الحالة مع الحالتين السابقتين في الشدة وهذا ما يعزز الفرضية العامة نتيجة لظهور الأعراض الاكتئابية والتي قد تكون نتيجة تغيرات بيولوجية في الدماغ وفقدان التدريجي للقدرات الحركية والاستقلالية وهذا ما يظهر أهمية الكشف المبكر عن الأعراض النفسية لمريض الباركنسون لتجنب تطور أعراض المرض.

بعد عرض الحالات العيادية الأربعة في هذه الدراسة واعتماد اختبار هاملتون للاكتئاب أظهرت الحالات إجابات متفاوتة من التناذر الاكتئابي حيث أن سلم الاختبار اظهر وجود عرضية للاكتئاب متشابهة والتي تمثلت في أعراض جسدية نفسية، والاختلافات التي أظهرتها الحالات تتعلق باختلاف درجات سلم هاملتون للاكتئاب وطريقة التفاعل في التعامل مع مشاعر القلق والخوف والاستجابة تختلف من حالة لأخرى.

نص الفرضية الجزئية الأولى:

تتمثل العرضية الاكتئابية لدى مرضى الباركنسون بشكل نفسي وجسدي

بالنسبة للحالة العيادية الأولى ظهرت أعراض سيمولوجية اكتئابية تمثلت في العزلة والحزن، وفقدان الشغف، اضطرابات النوم والشهية، خمول وتعب مستمر وقلق دائم من المستقبل للوضع الجسدية، فالأعراض الاكتئابية وأعراض مرض باركنسون متداخلة فيما بينها ويصعب الفصل بين ما هو اكتابي وما هو باركنسوني ويحتاج إلى تشخيص دقيق، فهذه الحالة أظهرت صورة نمطية للسيمولوجية الاكتئابية بدرجة متوسطة لسلم الاختبار المطبق وتكامل الأعراض النفسية والجسدية والحركية في سياق المرض وهذا ما أكد الفرضية الجزئية الثانية لهذه الدراسة.

بالنسبة للحالة العيادية الثانية أظهرت السيمولوجية للاكتئاب لهذه الحالة وجود اكتئاب خفيف وتمثل في أعراض نفسية وجسدية وحركية وهذا يؤكد تداخل الأعراض فيما بينها ويحتاج إلى الاهتمام بهذه الأعراض والفصل فيها، لأن هذا النوع شائع في مرض باركنسون فالسيمولوجية الاكتئابية تمثلت في العزلة الاجتماعية وفقدان الشغف واضطرابات النوم والتغذية وعدم القدرة على التحكم في التغيرات الجسدية وهذا ما يعزز الفرضية الجزئية الثانية.

بالنسبة للحالة العيادية الثالثة أظهرت أعراض سيمولوجية للاكتئاب تمثلت في الحزن والخمول والتعب وفقدان الرغبة وتقلب المزاج ، وتداخل الأعراض الاكتئابية مع أعراض مرض باركنسون حيث تترجم صورة انطفاء داخلي دون التصريح بذلك من قبل المريض لشعوره باليأس في الشفاء التام من هذا الأعراض، لكن قد تحمل وزن سريري لتداخل الأعراض والخلط بين ما هو اكتابي

وما هو باركنسوني، وبهذا الحالة الثالثة أظهرت سيمولوجية للاكتئاب وبالتالي حققت الفرضية الجزئية الثانية.

بالنسبة للحالة العيادية الرابعة أظهرت هذه كغيرها من الحالات السابقة وجود عرضية اكتئابية تمثلت في الميل إلى العزلة وقلة التواصل مع الآخرين، فقدان الشغف وتعبيرات مثل صايي والفت مما يعبر عن شعور باليأس، واضطراب بسيط في الشهية والنوم، لكن وجود شعور دائم بالقلق بشأن المستقبل للوضعية الجسدية.

فهنا يصعب ملاحظة التغيرات السيمولوجية النفسية دون الاستماع الجيد للمريض ومتابعته نفسيا للكشف المبكر عن الأعراض المتداخلة بين الاكتئاب ومرض الباركنسون، فهذه الحالة بدورها عززت الفرضية الجزئية الأولى بوجود سيمولوجية اكتئابية لمرضى الباركنسون بشكل جسدي ونفسي .

فنتائج الفرضية الجزئية الأولى تم تعزيزها بعد دراسة الحالات العيادية الأربعة لاحظنا ظهور أعراض نفسية وجسدية لمريض الباركنسون المصاب رغم تفاوت شدتها في الاكتئاب المتوسط والخفيف ووجود تداخل واضح بين الأعراض السيمولوجية الاكتئابية ومرض الباركنسون، مما يؤكد على أهمية المتابعة النفسية للمصابين والتشخيص المبكر للسياق النفسي والعصبي لهم، فمرضى الباركنسون يعانون من صعوبة في تفسير الأعراض النفسية والأعراض الحركية.

نص الفرضية الجزئية الثانية:

يعاني اغلب مرضى الباركنسون (4حالات) من الاكتئاب بدرجة متوسطة عبر سلم هاملتون للاكتئاب .

بالنسبة للحالة العيادية الأولى من خلال تطبيق سلم هاملتون للاكتئاب وفق المعايير تم تصنيفه انه اكتئاب متوسط من 26 إلى 38 ، حيث تشير نتيجة اختبار الحالة إلى 37 من سلم الاختبار ما يدل على وجود سيمولوجية للاكتئاب واضحة تمثلت في أعراض جسدية ونفسية متداخلة مع أعراض مرض باركنسون وبهذا التحليل الذي تطرقنا إليه على ضوء الفرضية الجزئية الثانية تم تحقيق يعاني اغلب مرض الباركنسون (4حالات) من اكتئاب بدرجة متوسطة عبر سلم هاملتون للاكتئاب

بالنسبة للحالة العيادية الثانية بعد تطبيق اختبار سلم هاملتون للاكتئاب وفق المعايير تم تصنيفه انه اكتئاب خفيف من 18 إلى 25 حيث تشير نتيجة الحالة إلى 19 من سلم الاختبار المطبق، وهذا يدل على وجود سيمولوجية للاكتئاب كون الأعراض لا تعيق الحياة اليومية بشكل كامل لان ظهورها لا يؤثر بقوة على الشخص لكن ظهور أعراض الاكتئابية عند مريض الباركنسون من خلال سلم هاملتون للاكتئاب تسمح بكشفها قبل تطورها وتقدم المرض مما يؤكد تحقيق الفرضية الجزئية الثانية.

بالنسبة للحالة العيادية الثالثة بعد تطبيق اختبار سلم هاملتون للاكتئاب وفق المعايير تم تصنيفه انه اكتئاب خفيف من 18 إلى 25 حيث تشير نتيجة الحالة إلى 22 من سلم الاختبار لهاملتون

وهذا يدل على وجود أعراض اكتئابية لمريض الباركنسون المصاب رغم تشابه الدرجة مع الحالة الثانية فهي تختلف في الأعراض السيمولوجية النفسية.

حيث هنا تؤكد نتيجة الاختبار المطبق وجود اكتئاب خفيف حيث يستدعي المتابعة النفسية لتجنب تطور المرض.

بالنسبة للحالة العيادية الرابعة بعد تطبيق اختبار هاملتون للاكتئاب وفق المعايير تم تصنيفه انه اكتئاب خفيف من 18 إلى 25 حيث تشير نتيجة الحالة إلى 18 من درجة سلم الاختبار ما يدل على وجود أعراض اكتئابية عند المريض وما لاحظناه تشابه الحالات السابقة في درجة الاكتئاب حيث تؤكد هذه الحالة الفرضية الجزئية الثانية وتداخل أعراض الاكتئاب مع أعراض مرض باركنسون وتداخلها فيما بينها وتوجب التدخل النفسي للتشخيص المبكر للعلاج.

فنتائج تحليل سلم هاملتون للاكتئاب للحالات العيادية المدروسة لاحظنا وجود تفاوت في درجة سلم الاختبار المطبق بين الحالة الأولى والحالات الثلاثة المتبقية ومدى تأثير مرض باركنسون على الحالة النفسية للحالات فكل الحالات تعاني من الاكتئاب رغم اختلاف درجة الاكتئاب.

وهذا مؤشر على وجود ارتباط بين مستوى الاكتئاب لدى مرضى الباركنسون من خلال تطبيق سلم هاملتون لان الاكتئاب شائع جدا بين المرضى المصابين بسبب التغيرات الدماغية في الدوبامين والتغيرات الجسدية والنفسية والحركية وأهمية تشخيص شدة الاكتئاب في ظل التداخل

السريري بين الأعراض فهذه النتائج تدعم الفرضية الجزئية الثانية يعاني اغلب مرض الباركنسون (4حالات) من اكتئاب بدرجة متوسطة عبر سلم هاملتون للاكتئاب .

الاستنتاج العام:

لقد تم تسليط الضوء في هذه الدراسة على مرضى باركنسون المصابين بالاكتئاب، فبعد عرض الحالات العيادية المدروسة الأربعة في هذه الدراسة وبعد اعتماد اختبار فحص الهيئة العقلية والمقابلات العيادية واختبار هاملتون أظهرت الحالات إجابات متفاوتة فيما يتعلق بدرجة الاكتئاب، حيث أظهرت الحالات وجود سيمولوجية اكتئابية تمثلت في أعراض متشابهة بين الحالات:

أعراض اكتئابية جسدية: وتمثلت في اضطرابات النوم، واضطرابات الشهية، فقدان الطاقة الجسدية والتعب المستمر، الخمول.

وأعراض نفسية: تمثلت في العزلة الاجتماعية، عدم تقدير الذات، مشاعر القلق والخوف من المستقبل، فقدان الرغبة بالقيام بالنشاطات اليومية، الحزن.

وأظهرت نتائج الدراسة درجات متفاوتة من الاكتئاب على سلم التصحيح لاختبار هاملتون للاكتئاب تتراوح بين متوسط وخفيف، فتأثير المرض على الفرد ليس فقط جسدي وإنما له تداعيات تمس الجانب النفسي أيضا وتغير نظرتة لنفسه وتفقدته الرغبة في الاهتمام وأداء النشاطات المختلفة مما يخلق له اكتئاب يلزمه كرد فعل عن الأعراض الجسدية و العجز الحركي الذي يتبعه، وهذا ما يجعلنا نحرص على الكشف المبكر عن الأعراض النفسية المصاحبة لتقادي تطور المرض والاعتناء بهذه الفئة من الناحية النفسية والتكفل بهم وهذا يؤكد الفرضية العامة التي تبين أن الحالات العيادية المدروسة أن مرضى باركنسون يعانون من الاكتئاب.

فهذه الدراسة بينت مدى ظهور الأعراض الاكتئابية لدى المرضى المصابين بمرض باركنسون والأعراض المماثلة أعراض نفسية وأعراض جسدية ، وبهذا فإن هذه الدراسة أكدت الفرضية الأولى والفرضية الثانية بتعزيز النتائج المتحصل عليها من خلال هذه الدراسة.

خاتمة:

من خلال بحثنا هذا المتعلق بالاكئاب عند المريض المصاب بمرض الباركنسون تم التوصل إلى نتائج متمثلة في أن المريض المصاب تظهر عنده سمبولوجية عرضية للاكتئاب نظرا لتأثير المرض على التغيرات الجسدية والحركية للمريض والتي بدورها تؤثر على الجانب النفسي له وليس فقط انعكاس للحالة المزاجية وتدهور الأداء الوظيفي واليومي وفقدان السيطرة في التحكم في هذه الأعراض

ومن خلال ما قدمناه توصلنا إلى انه فعلا هناك تداخل بين الأعراض الاكتئابية وأعراض مرض الباركنسون وأهمية التشخيص السريري للمريض المصاب.

وفي الأخير نسأل الله عزوجل أن يكون قد وفقنا في عرض البحث وسعينا جاهدين لنوضح قيمته في المجتمع.

- اقتراحات وتوصيات:

في ضوء ما توصلت إليه الدراسة الحالية من نتائج و من خلال الإطار النظري والدراسات السابقة التي عرضت نقترح التوصيات الآتية :

- ضرورة العمل على الاكتشاف المبكر لأعراض الاضطرابات النفسية لدى مرضى الباركنسون.

- إجراء تقييم نفسي دوري لمرضى باركنسون للكشف المبكر عن أعراض الاكتئاب، مع استخدام أدوات تقييم متخصصة لتقادي الخط بين أعراض باركنسون والاكتئاب

- بناء برنامج مماثل لمرضى الباركنسون .

- إنشاء مجموعات دعم لتمرين المرضى من تبادل الخبرات و تقليل الشعور بالعزلة .

- تشجيع المرضى على المشاركة في جلسات العلاج النفسي، مثل العلاج السلوكي المعرفي، ودعمهم عبر مجموعات الدعم التي توفر معلومات عملية وتخفف من الشعور بالعزلة.

- الاهتمام بالدعم النفسي و الاجتماعي للمريض و ذلك من أجل مساعدته على تقبل ذاته و على التكيف مع الظروف المتغيرة .

- تكملة هذه الدراسة على مجموعة أكبر من المصابين قصد تكملة النتائج التي لم نتوصل إليها

- تعزيز قدرات الأطباء والمرضى على التعرف على علامات الاكتئاب في مرضى باركنسون وتقديم الدعم النفسي المناسب.

المراجع

قائمة المراجع:

- 1- توني شابيرا ،2014، كتاب مرض باركنسون، المجلة العربية الرياض طبعة 1،.
- 2- توني شابيرا، ترجمة هلا امان الدين،2014، مرض باركنسون ، ط1، مكتبة فهد الوطنية، السعودية.
- 3- حامد عبد السلام زهران،2005 الصحة النفسية والعلاج النفسي، القاهرة، الطبعة 4 .
- 4- خالد إبراهيم الفخراي، 2014، علم النفس العام، جامعة طنطة،.
- 5- زيزي السيد ابراهيم، 2006،العلاج المعرفي للاكتئاب: أسسه النظرية وتطبيقاته العملية وأساليب المساعدة الذاتية، القاهرة، دار غريب للطباعة والنشر،القاهرة،.
- 6- عبد الستار إبراهيم،1998 الاكتئاب اضطراب العصر الحديث، الكويت، عالم المعرفة رقم 23.
- 7-فكري لطيف متولي ،2016،دراسة حالة في علم النفس ، الطبعة 1 ، مكتبة الرشد
- 8-محمد سرحان علي المحمودي، 2019، مناهج البحث العلمي ، الطبعة الثالثة، صنعاء
- 9- محمود عبد مصطفى،2009 ،العلاج المعرفي السلوكي للاكتئاب، القاهرة، ، الطبعة 1
- 10- ديفيد هيندز ،2008،اقهر الاكتئاب، مكتبة جرير، الطبعة الثانية.
- 11- عدنان القاسم ،2023،مرض باركنسون، سلسلة التوعية العلمية 8، العدد 1.

12- فايد حسين، 2008، العدوان والاكتئاب، مؤسسة طيبة للنشر والتوزيع.

13- كوام مكنزي، 2013، الاكتئاب، الرياض، الطبعة 1.

14- منذر عبد الحميد الضامن، 2007، أساسيات البحث العلمي، دار المسير للنشر والتوزيع، عمان
الطبعة 1.

15- منتهى مطشر عبد الصاحب، 2011، الشعور بالذنب وعلاقته بالاكتئاب، دار صفا للنشر
والتوزيع، عمان، الطبعة 1.

الرسائل والمجلات:

1- إسماعيل، ي. ع. ا، و إسماعيل، ي. ي. ع. ر، 2014، دراسة في الاكتئاب والعدوان، دار
اليازوري العلمية للنشر والتوزيع.

2- بسملة على حامد حمودة، حسين محمد سعد الدين الحسيني، 2020، الاكتئاب لدى الأطفال،
المجلة العلمية لكلية التربية للطفولة المبكرة، جامعة المنصورة، المجلد السابع، العدد الثاني،
أكتوبر.

3- بلخير ر، 2019، المساندة الاجتماعية وعلاقتها بالتخفيف من درجة الاكتئاب لدى مرضى
السرطان: دراسة ميدانية بالمستشفى الجامعي لولاية تيزي وزو، أطروحة دكتوراه غير منشورة،
جامعة الجزائر 2، كلية العلوم الاجتماعية، قسم علم النفس.

4- بوشیخی اسمهان، غانمی بن زینة عائشة، 2019، الابراكسيا الفمية الوجهية عند المصابین بالأمراض الاضمحالية، مذكرة تخرج ماستر تخصص أمراض اللغة والتواصل .

الإسلامية ، المعيار ، جامعة الأمير عبد القادر للعلوم خالدي كوثر، 2025، مجلة -5
2. قسنطينة ، المجلد 29، العدد

6- صویلح فريدة، 2018الارجاعية وعلاقتها بأساليب المواجهة والاکتئاب لدى العسكريين، جامعة الجزائر 2 أبو القاسم سعد الله.

7- غربي باحث أمال، 2018، فعالية برنامج علاجي معرفي سلوكي في التخفيف من الضغط والاکتئاب لدى مرضى الربو رسالة دكتوراه، جامعة أبو القاسم سعد الله، كلية العلوم الاجتماعية، قسم علم النفس، الجزائر.

8- قدوري مبروكة، 2018 شكل الاکتئاب لدى المطلقات انطلاقا من سلم hard ، مذكرة ماستر أكاديمي جامعة قاصدي مرتاح ورقلة، جامعة ورقلة.

9- قريبي، ر. أ، 2018فعالية برنامج علاجي معرفي سلوكي في التخفيف من الضغط والاکتئاب لدى مرضى الربو، أطروحة دكتوراه غير منشورة، جامعة الجزائر 2، كلية العلوم الاجتماعية، قسم علم النفس.

10- مدوري يمينه، 2021،محاضرات في مقياس التدريب على تطبيق الاختبارات النفسية، جامعة 20 أوت 1955 سكيكدة،

- 11- معدي، س، 2021، بإشراف محمد العربي بديرية، دافع العبودية لله وعلاقته بكل من الاكتئاب والأفكار اللاعقلانية: دراسة ميدانية لدى طلبة العلوم الاجتماعية والإنسانية بجامعة البليلة 2 ،أطروحة دكتوراه غير منشورة، جامعة البليلة 2
- 12- وردة حسيني، ا. سعيدة الإمام، 2019تشخيص الاكتئاب، مجلة أفق البحوث والدراسات، المركز الجامعي إيزي، العدد 4.
- :الكتب والمجلات باللغة الأجنبية -

- LES LIVRES:

1 - Anne Marie bonnet et Thierry hergueta, 2007 Masson

,Maladie de Parkinson, paris

- 2- LUC DEFEBVRE ;MARC VERIN ; 2019 Maladie de Parkinson, prise en charge rééducative:

Outils, implication et intérêts à l’auto-rééducation à domicile, institut de formation en masse-kinésithérapie du CHU d’amines, Picardie,

- 3- tony schapira, 2008 Comprendre le Parkinson, Bibliothèque et archives nationales du Québec Canada ,

- LES ARTICLES:

- 1- Dorsey, E. R., & Torrey, E. F. (2020). The Emerging Evidence of Parkinson's Disease as a Clinical Syndrome. *Eurology*, 94(20), 902–910. <https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000009324>
- 2- Dumond, A. (2020). Prise en charge »de l'état dépressif dans la maladie de Parkinson : mise au point: revue de la littérature »atur' [Thèse de doctorat en médecine, Université de Caen Normandie]. HAL open science. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03270988v1>
- 3- Ehrt, U. (2009).depression in Parkinson's disease (Doctoral dissertation). University of Bergen. <https://bora.uib.no>
- 4- Prange&Schrag (2022). depression in Patients with Parkinson's disease. *Drugs&Aging*, 39(6), 401–417
- 5- prange, S., Klinger, H., Laurencin, C., Danaila, T., & Thobois, S. (2022). Depression in patients with Parkinson's disease: Current understanding of its neurobiology and implications for treatment. *Drugs & Aging*, 39(6), 417–439. <https://doi.org/10.1007/s40266-022-00942-1>

- 6-**Benmoussa, F.** (2019). Prévalence de la dépression et identification des facteurs de risque dans une population de coronaropathes au service de cardiologie du CHU Blida (Thèse de doctorat d'État en sciences médicales, Université Saad Dahlab de Blida 1, Faculté de Médecine)

- 7-Godquin, E. (2019). Maladie de Parkinson, prise en charge rééducative : outils, implications et intérêts à l'auto-rééducation à domicile [Mémoire de fin d'études, Universités de Picardie Jules Verne]. Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie du CHU d'Amiens – Picardie.

- 8-Gruenberg, A. M., Goldstein, R. D.” & Pincus, H. A. (2005). Classification of depression: Research and diagnostic criteria: DSM-IV and ICD-10. In J. L. Licinio & M.-L. Wong (Eds.), Biology of depression: From novel Insights to therapeutic strategies. Wiley-VCH Verlag GmbH & Co. KGaA.

- 9-**Iyer, Kshitija& Khan, Zawed.** (2 1 »). Depression – A Review. Research Journal of Recent Sciences, 1:’79–87.

- 10- Jankovic, J. (2008). Parkinson's disease: clinical features and diagnosis. Journal of Neurology, Neurosurgery&Psychiatry, 79(4), 368–376. <https://doi.org/10.1136/jnnp.2007.131045>
- 11- **Lewis, S. E.** (1995). The social construction of depression : Experience, discourse and subjectivity (Doctoral dissertation, University of Sheffield). »Departments of Psychology and Psychiatry.
- 12- Vialle, J. (2020). La dépression : la maladie, ses traitements et rôle du pharmacien d'officine (Thèse de doctorat, Faculté de Pharmacie, Université de Limoges). Dirigée par A.–C. Jambut
- 13- Service de médecine de premier recours – **DMCPRU** – Hôpitaux Universitaires de Genève. Stratégies : dépression. HUG. https://www.hug.ch/sites/interhug/files/structures/medecine_de_premier_recours/Strategies/strategie_depression.pdf;2017
- 14- **National Institute of Mental Health.** (2007). Depression (NIH Publication No. 07–3561). U.S. Department of Health & »Human

Services, National Institutes of Health. Retrieved from
<https://nj.gov/humanservice>

15–France Parkinson. (s.d.). Libérons le m u »emen’.

<https://www.franceparkinson.fr>

16–Service de médecine de premier recours – DMCPRU – Hôpitaux
Universitaires de Genève. (2017). Stratégies: dépression. HUG.

https://www.hug.ch/sites/interhug/files/structures/medecine_de_premier_recours/Strategies/strategie_depression.pdf

17– France Parkinson, (N.D) la dépression dans la maladie de
Parkinson, consulté sur :

<https://www.Franceparkinson.fr>

الملاحق

اختبار فحص الهيئة العقلية

يرتكز هذا البروتوكول على الملاحظة المباشرة لمختلف الاستجابات السلوكية والجسدية والصادرة بالطريقة التلقائية من ظرف المفحوص، كما يسمح لنا بجمع معلومات وافية حول الحالة المراد دراستها ويتحدد في النقاط التالية:

1- الاستعداد والسلوك العام

الفحص، السلوك العام أثناء الحديث، السلوك أثناء المظهر، اللباس، النظافة، تغيير انقطاعات في الكلام، تغيرات السلوك، مؤشرات القلق، الاضطرابات الحركية، التنفس السريع، الاستشارة، والاستجابة الحركية.

2- النشاط العقلي

الإنتاج التلقائي، التكرار الآلي، شرود الذهن

3- المزاج العاطفي

الاستجابة العاطفية للحالة أثناء المقابلات، الاكتئاب، القلق، البلادة، تضخم الأنا، الشعور بالذنب، نقص قيمة الذات، الأفكار الانتحارية

4- محتوى التفكير

مضمون التعبير، التلقائية في الإجابة، تدمير الذات، العدوانية الموجهة نحو الآخرين، شكاوى جسدية، الشعور بالعظمة، الشعور بالاضطهاد

5- القدرة العقلية :

التوجيه في الزمان والمكان، الانتباه، الذاكرة القصيرة أو البعيدة المدى، قدرة الفهم، المعارف العامة والذكاء.

6- الاستبصار والحكم :

القدرة على التكيف، استيعاب المشكلة والصراع، استيعاب الظروف والعوامل المؤذية لهذا الشكل، استيعاب السلوكيات المتكررة ومميزات الشخصية، أسلوب مقاومة المشكل المريض، مراقبة الاندفاعية.

7- التشخيص :

يكون اقتراح التشخيص متعلق بالحالة بعد الدراسة الدقيقة لمختلف جوانبها والأعراض المقدمة من طرفها، وتفسيرها في المحتوى نفسي اجتماعي وثقافي.

8- الملخص :

يتضمن العناصر المهمة في تاريخ الحالة، سلوكها، الآليات الدفاعية المستعملة ومعاشها النفسي والاجتماعي.

قائمة هاملتون لأعراض مرض الاكتئاب

إعداد الدكتور لطفي فطيم

اسم المريض:

رقم الملف :

التاريخ:

الدرجة	الأعراض	مدى الدرجات
	<p><u>المزاج الاكتئابي</u></p> <p>الابتئاس و الغم و التشاؤم بشأن المستقبل، مشاعر الحزن الرغبة في البكاء</p> <p>لا يوجد -0</p> <p>الحزن -1</p> <p>البكاء من حين لآخر -2</p> <p>البكاء بشكل مستمر -3</p> <p>أعراض حزن شديد -3</p>	4- صفر
	<p><u>تأنيب الضمير أو الشعور بالذنب</u></p> <p>لا يوجد -0</p> <p>لوم النفس والشعور بأنه خيب ظن الآخرين فيه -1</p> <p>أفكار بشأن انه مذنب و خاطئ -2</p> <p>مرضه الحالي عقاب نزل به ضلالات بشأن ارتكابه -3</p> <p>آثاما مع الإحساس بالذنب</p> <p>هلاوس بشأن الإحساس بالذنب -4</p>	4- صفر

	<p><u>الانتحار</u></p> <p>4- صفر</p> <p>لا يوجد -0</p> <p>يشعر أن الحياة لا تستحق العيش -1</p> <p>يتمنى الموت -2</p> <p>أفكار بشأن الموت -3</p> <p>محاولات انتحار -4</p>	
	<p><u>العمل و اهتمامات الحياة</u></p> <p>4- صفر</p> <p>لا يوجد صعوبات -0</p> <p>مشاعر بالعجز وعدم القدرة و فتور الهمة ,غير حاسم -1 و لا يستطيع اتخاذ قرار</p> <p>فقدان الاهتمام بأي هوايات,نقص الأنشطة الاجتماعية -2</p> <p>نقص الإنتاجية -3</p> <p>عدم القدرة على العمل -4</p>	

	<p><u>التكاسل و التثاقل</u></p> <p>بطئ التفكير و الكلام و النشاط اللامبالاة و الذهول</p> <p>لا يوجد-0</p> <p>بطء خفيف خلال المقابلة -1</p> <p>تثاقل و تكاسل واضح خلال المقابلة -2</p> <p>صعوبة إجراء المقابلة -3</p> <p>الذهول الكامل -4</p>	<p>4- صفر</p>
	<p><u>:القلق النفسي</u></p> <p>لا يوجد-0</p> <p>التوتر و سهولة الاستثارة -1</p> <p>الانشغال والقلق بالأمر التافهة -2</p> <p>التوجس و توقع الشر -3</p> <p>المخاوف -4</p>	<p>4- صفر</p>

	<p><u>القلق الجسدي</u></p> <p><u>أعراض معدية معوية : ارياح و عسر هضم , قلبية خفقان و</u></p> <p><u>صداع تنفسية</u></p> <p>لا يوجد-0</p> <p>بسيطة -1</p> <p>متوسطة -2</p> <p>شديدة-3</p> <p>معيقة -4</p>	<p>4- صفر</p>
	<p><u>توهم المرض</u></p> <p>لا يوجد-0</p> <p>الانشغال الزائد بالجسم -1</p> <p>الانشغال بالصحة -2</p> <p>سلوك متشكك -3</p> <p>ضلالات بشأن الإصابة بالأمراض 4</p>	<p>4- صفر</p>

	<p>2-صفر</p> <p>(الأرق في بداية الليل (صعوبة الدخول في النوم</p> <p>لا يوجد -0</p> <p>أحيانا -1</p> <p>بشكل متكرر 2</p>	
	<p>2-صفر</p> <p>(الأرق في منتصف الليل (نوم متقطع</p> <p>لا يوجد -0</p> <p>أحيانا -1</p> <p>بشكل متكرر -2</p>	
	<p>2-صفر</p> <p>آخر الليل (الاستيقاظ اكر من المعتاد, وعدم القدرة <u>الأرق</u></p> <p>(على النوم مجددا</p> <p>لا يوجد -0</p> <p>أحيانا -1</p> <p>بشكل متكرر -2</p>	

	<p><u>البلبلة والارتياح</u></p> <p>(عدم الاستقرار) فرك اليدين و التمشي جيئة وذهابا-0</p> <p>لا يوجد</p> <p>احيانا -1</p> <p>بشكل متكرر -2</p>	2-صفر
	<p><u>أعراض جسمية</u></p> <p>معدية معوية: فقدان الشهية , الاحساس بثقل في البطن</p> <p>الامساك</p> <p>لا يوجد-0</p> <p>احيانا -1</p> <p>بشكل متكرر -2</p>	2-صفر
	<p><u>اعراض جسمية عامة</u></p> <p>ثقل في الاطراف او الظهر أو الرأس آلام غير محددة في</p> <p>الظهر فقدان الحيوية و سهولة التعب</p> <p>لا يوجد-0</p> <p>احيانا -1</p> <p>بشكل متكرر -2</p>	2-صفر

2-صفر	<u>أعراض جنسية</u> فقدان الرغبة الجنسية ,اضطرابات الطمث-0 لا يوجد بسيطة -1 شديدة -2
2-صفر	<u>الاستبصار</u> لم يفقد استبصاره-0 فاقد للاستبصار جزئيا -1 فاقد للاستبصار -2
2-صفر	<u>نقص الوزن</u> لا يوجد-0 قليل -1 واضح او شديد -2

() = مجموع الدرجات

قائمة هاملتون لأعراض مرض الاكتئاب

Hamilton's checklist of symptoms of depressive illness (HAM-D)

إعداد الدكتور: لطفي فطيم

اعد ماكس هاملتون (صاحب مقياس القلق) قائمة لتشخيص مرض الاكتئاب. و تقدير شدته
فمن خلال المقابلة التي يجريها فاحص متمرّس تعطى درجة لمختلف الأعراض و عددها
17 عرضا.

وتتراوح الدرجة من صفر الى أربعة: فهناك أعراض تتراوح درجتها من صفر الى اثنين،

وأخرى تتراوح درجتها من صفر إلى أربعة وفق الجدول التالي:

الأعراض التي تتراوح درجتها من صفر الى اثنين	الأعراض التي تتراوح درجتها من صفر إلى أربعة
صفر = لا توجد أعراض 1 = أعراض طفيفة 2 = توجد أعراض واضحة	صفر = لا توجد أعراض 1 = أعراض طفيفة 2-3 = أعراض متوسطة 4 = أعراض حادة

و تستخرج درجة الاكتئاب وفقا للمعايير التالية:

(من صفر الى 7) لا يوجد اكتئاب

(من 8 إلى 13) اكتئاب بسيط

(من 14 إلى 18) اكتئاب متوسط

(من 19 إلى 22) اكتئاب شديد

(من 23 فما فوق) اكتئاب شديد جدا

قائمة هاملتون لأعراض مرض الاكتئاب إعداد الدكتور لطفي فطيم* طباعة الاختصاصية سماح

عبد المولى www.CBTarabia.com

Direction des Activités Médicales et Paramédicales
Sous Direction des Activités Paramédicales

مديرية النشاطات الطبية والنشبة الطبية
المديرية الفرعية للنشاطات النشبة الطبية

N° 26855

DECISION D'AFFECTATION DE STAGE

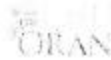
Nom	KRAOUTI	Prénom	ZOHRA
Ecole de formation			
Matière principale	PSYCHOLOGUE		
Date de début	08/05/2025	Date de fin	08/07/2025
Service	REEDUCATION		

Durant la période de stage, le stagiaire s'engage à respecter le règlement intérieur de l'établissement et se soumettre à l'autorité du médecin-chef du service,

وهران 08/05/2025

ع: مدير النشاطات الطبية والنشبة الطبية
مدير فرعي للنشاطات النشبة الطبية





Direction des Activités Médicales et Paramédicales
Sous Direction des Activités Paramédicales

مديرية النشاطات الطبية والصحية
المديرية الفرعية للنشاطات الصحية

N° 26856

DECISION D'AFFECTATION DE STAGE

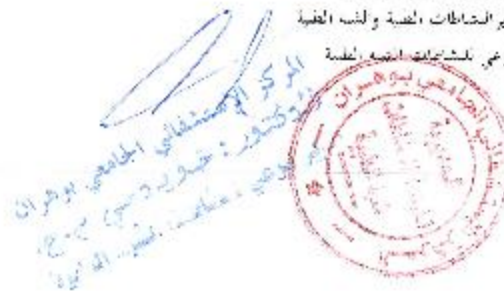
Nom	BENZGHIDA	Prénom	SOUMIA
Ecole de formation			
Matière principale	PSYCHOLOGUE		
Date de début	08/05/2025	Date de fin	08/07/2025
Service	REEDUCATION		

Durant la période de stage, le stagiaire s'engage à respecter le règlement intérieur de l'établissement et se soumettre à l'autorité du médecin chef du service.

08/05/2025 وهران

ع. مدير النشاطات الطبية والصحية

دكتور فرعي النشاطات الصحية



قسم علم النفس والأرطوفونيا

شعبة: علم النفس

وهران في: 24/06/2024

الرقم:/ق ع ن /ك ع /ج و 24/2

إلى السيد:
الطبيب النفسي المساعد وإعداد التأهيل الوظيفي
بالمستشفى الجامعي بوهران CHU
Dr. Ben Zergueb

الموضوع: طلب إجراء تربص تطبيقي لنهاية الدراسة لنيل "شهادة ماستر"

سيدي،

تحية طيبة وبعد، بهدف تحضير الطلبة الآتية أسماؤهم:

(1) الطالب (ة):
قرأ أو طمس / مرسومة

(2) الطالب (ة):
مسن / مرسومة / مرسومة

والمسجلين في السنة الثانية ماستر (ل م د) تخصص:
ما ماستر / مرسومة

يشرفنا أن نطلب خدمتكم بقبول إجراء التربص التطبيقي في هيئتك. استكمالاً للمسار البيداغوجي
للتكوين في طور ماستر ، والذي يمكن الطالب من التأقلم مع الجوانب العملية والميدانية وتطبيق معارفه
النظرية.

وفي الأخير فإننا نبقى مستعدين لتقديم كل معلومة إضافية ضرورية ونشكركم مسبقاً على تعاونكم.

مسؤول الشعبة علم النفس والأرطوفونيا

إمضاء الهيئة المستقبلة



د. محمد بن
نائب رئيس القسم للبيداغوجيا
قسم علم النفس والأرطوفونيا
كلية العلوم الاجتماعية



Dr. LAYADI Khaled
Chef de Service
Médecine Physique
et Réadaptation