



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية  
République Algérienne Démocratique et Populaire

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique

كلية: العلوم الاجتماعية

Faculté des Sciences Sociales

قسم علم الاجتماع

مذكرة مقدمة لنيل شهادة ماستر

تخصص علم النفس العيادي

الاكتئاب لدى مريض الصرع الراشد

دراسة عيادية من خلال الرورشاخ

إشراف:

د.نجادي رقية

من إعداد الطالبة:

بودالية حفصة

السنة الجامعية: 2021-2022

# كلمة شكر

لا يسعني بعد الانتهاء من إعداد هذا البحث إلا أن أتقدم بجزيل الشكر إلى أستاذتي الفاضلة "نجادي رقية" التي تفضلت بالإشراف على هذا البحث, حيث قدمت النصح والإرشاد طيلة فترة الإعداد أشكر أيضاً الحالة المقدمة في بحثي لقبولها في المشاركة في هذا البحث وعلى تفهمها وتعاونها

# إهداء

أهدي هذا العمل المتواضع

إلى والدي بالخصوص أمي أطلال الله في عمرها

إلى زوجي الغالي "عبد القادر"

وإلى إخوتي "نجاهة ومحمد شوقي"

وإلى ابن أختي حفظة الله ورعا

## ملخص البحث :

**العنوان :** الاكتئاب لدى مريض الصرع الراشد, دراسة حالة عيادية من خلال اختبار الرورشاخ

بحثنا يقوم على دراسة عيادية سيكودينامية, يولي اهتماما بمرضى الصرع الراشدين, كما حاولنا ربط هذا المرض مع الاكتئاب, حيث ان مرض الصرع من الامراض الفيزيولوجية او العصبية والذي يخلف معاناة نفسية منها اضطرابات المزاج كالاكتئاب, فجاء تساؤلنا كالتالي : هل يعاني الراشد المصاب بالصرع من الاكتئاب ؟ وكيف يظهر ذلك من خلال المقابلة العيادية واختبار الرورشاخ.

**الفرضية الاساسية :** مريض الصرع الراشد يعاني من الاكتئاب والذي يظهر لنا من خلال المقابلة العيادية و اختبار الرورشاخ بتميزهما ب :

- اختلال صورة الذات .

- انسحاب اجتماعي و كف علائقي .

منهج بحثنا هو المنهج العيادي, كما اعتمدنا على المقابلة العيادية لاختبار الرورشاخ كادوات للبحث .

تكونت مجموعة بحثنا من حالة واحدة مصابة بمرض الصرع تبلغ من العمر 36 سنة .

دلت النتائج على ان حالة بحثنا تعاني من الاكتئاب الذي ظهر لنا في المقابلة العيادية و اختبار الرورشاخ باختلال صورة الذات و انسحاب الاجتماعي و الكف العلائقي.

الكلمات المفتاحية : مرض الصرع, الاكتئاب, الرشد .

## قائمة المحتويات:

إهداء

- أ..... ملخص البحث
- ب..... قائمة الجداول
- خ..... المقدمة

### الباب الاول : الجانب النظري

#### الفصل الأول : الإطار العام للبحث

- 01..... تمهيد
- 02..... الإشكالية
- 03..... الإشكالية العامة
- 04..... فرضية البحث
- 04..... دوافع اختيار الموضوع
- 04..... أهداف البحث
- 04..... أهمية البحث
- 05..... الدراسات السابقة

#### الفصل الثاني : الصرع

- 08..... تمهيد
- 09..... لمحة تاريخية عن مرض الصرع

|                                |   |
|--------------------------------|---|
| 09.....                        | تعريف مرض الصرع.....                            |
| 11.....                        | أنواع مرض الصرع.....                            |
| 12.....                        | تصنيف الصرع.....                                |
| 16.....                        | أعراض الصرع.....                                |
| 17.....                        | الفرق بين الهستيريا و الصرع.....                |
| 18.....                        | شخصية المصاب بالصرع.....                        |
| 18.....                        | فيزيولوجية الصرع.....                           |
| 22.....                        | الصعوبات المصاحبة للصرع.....                    |
| 27.....                        | التدابير اللازمة لاسعاف الشخص اثناء النوبة..... |
| 28.....                        | مضاعفات الصرع.....                              |
| 29.....                        | التشخيص.....                                    |
| 31.....                        | العلاج.....                                     |
| 37.....                        | الخلاصة.....                                    |
| <b>الفصل الثالث : الاكتئاب</b> |   |
| 38.....                        | تمهيد.....                                      |
| 39.....                        | تاريخ الاكتئاب.....                             |
| 40.....                        | مفهوم الاكتئاب.....                             |
| 42.....                        | أنواع الاكتئاب.....                             |
| 46.....                        | أسباب الاكتئاب.....                             |

|         |                         |
|---------|-------------------------|
| 47..... | تصنيف الاكتئاب حسب Dsm5 |
| 69..... | نظريات تفسير الاكتئاب   |
| 74..... | الاكتئاب عند الراشدين   |
| 75..... | المزاج الاكتئابي        |
| 75..... | العلاج                  |
| 78..... | الخلاصة                 |

## الباب الثاني : الجانب التطبيقي

### الفصل الرابع : منهجية البحث

|         |                     |
|---------|---------------------|
| 79..... | تمهيد               |
| 80..... | منهج البحث          |
| 80..... | مكان البحث          |
| 81..... | الدراسة الاستطلاعية |
| 81..... | مجموعة البحث        |
| 82..... | أدوات البحث         |
| 82..... | - المقابلة العيادية |
| 83..... | - إختبار الرورشاخ   |
| 86..... | إستمارة الموافقة    |
| 89..... | دليل المقابلة       |
| 92..... | تطبيق الاختبار      |

94..... تحليل المقابلة العيادية

96..... تحليل الورشاش

98..... الخلاصة

## الفصل الخامس : عرض وتحليل نتائج البحث

99..... تمهيد

100..... عرض وتقديم الحالة

100..... - تقديم الحالة

101..... - ملخص المقابلة

102..... - معطيات المقابلة

103..... بروتوكول الورشاش للحالة

106..... إختبار الاختيارات

107..... المخطط النفسي

108..... تحليل بروتوكول الورشاش للحالة

111..... معطيات إختبار الورشاش

112..... مناقشة نتائج البحث

117..... الخلاصة العامة

116..... المراجع

الملاحق



قائمة الجداول :

| الصفحة | عنوان الجدول            | الجدول   |
|--------|-------------------------|----------|
| 96     | شرح المخطط النفسي       | الجدول 1 |
| 103    | بروتوكول الورشاخ للحالة | الجدول 2 |
| 107    | المخطط النفسي للحالة    | الجدول 3 |

## مقدمة :

الأمراض السيكوسوماتية منتشرة بكثرة في عصرنا الحالي كمرض الصرع الذي أصبح من الأمراض الشائعة حديثا يصاب به الكبار و الصغار بأختلاف الاسباب منهم من يولدون به ومنهم من يصيبهم بسبب حادث ما كما انه يمكن ان يكن المصاب به يعاني من اضطرابات المزاج كلاكتئاب فاللاكتئاب من الأمراض النفسية الشائعة والذي من اعراضه انخفاض واضح في الاهتمام بالاشياء و المرح لكل النشاطات كل يوم, فقدان الوزن 5 بالمئة من الوزن في غياب اي حمية غذائية, ارق او افراط في النوم كل تقريبا, هيجان او بطئ حسي حركي كل يوم تقريبا, تعب و فقدان الجهد كل يوم تقريبا.

قسمنا البحث الى جانبين :

### 1-الجانب النظري : احتوى على ثلاث فصول :

الفصل الأول عن الإطار العام للدراسة تطرقنا فيه الى إشكالية الدراسة ثم فرضيات الدراسة ثم دوافع إختيار الموضوع ثم أهداف الدراسة و أهمية الدراسة و أخيرا التعاريف الإجرائية, ما في الفصل الثاني كان بعنوان مرض الصرع تطرقنا فيه الى لمحة تاريخية عن مرض الصرع وتعريف مرض الصرع ثم اسباب مرض الصرع و انواع مرض الصرع و أعراض مرض الصرع ثم الفرق بين الصرع و الهستيريا و شخصية المصاب بالصرع و فيزيولوجية الصرع, الصعوبات المصاحبة للصرع, التدابير اللازمة لإسعاف شخص اثناء نوبة الصرع, مضاعفات الصرع و أخيرا التشخيص و العلاج. ثم الفصل الثالث الذي كان مخصص باللاكتئاب احتوى على العناصر التالية, تاريخ اللاكتئاب, مفهوم اللاكتئاب, انواع اللاكتئاب, اسباب اللاكتئاب, تصنيف اللاكتئاب حسب dsm5 , نظريات تفسير اللاكتئاب, اللاكتئاب عند الراشدين, المزاج اللاكتابي ثم العلاج.

### 2-الجانب التطبيقي : انقسم الى فصلين :

في الجانب التطبيقي يوجد فصلين كالتالي : الفصل الرابع بعنوان منهجية البحث تطرقنا للحديث عن منهج البحث اي المنهج العيادي و مكان البحث و مجموعة البحث, معايير انتقاء مجموعة البحث ثم أدوات البحث اي المقابلة العيادية و الاختبار الاسقاطي الورشاح, ثم الفصل الخامس وهو اخر فصل

بعنوان عرض وتحليل نتائج البحث إحتوى هذا الفصل على العناصر التالية عرض و تقديم نتائج الحالة, ثم بروتوكول الرورشاخ للحالة و التحليل الكمي و الكيفي .

وفي الأخير قمنا بمناقشة نائج البحث على ضوء الفرضيات, ثم خرجنا بخلاصة عامة لموضوع بحثنا.

الجانب النظري

## الفصل الاول : الإطار العام للدراسة

تمهيد

- 1- إشكالية الدراسة
- 2- فرضيات الدراسة
- 3- دوافع اختيار الموضوع
- 4- أهداف الدراسة
- 5- أهمية الدراسة
- 6- التعاريف الاجرائية

خلاصة

سأحاول من خلال هذا الفصل تقديم عرض مفصل لاشكالية الدراسة, و التساؤلات التي ينطلق منها الموضوع, كما سأذكر اهداف و أهمية البحث, ثم عرض أهم المفاهيم الإجرائية لمتغيرات البحث, مع دعم الدراسة بدراسات سابقة لها علاقة مع الموضوع المدروس .

الصرع من الأمراض المنتشرة في عصرنا بكثرة فهو يعتبر من الأمراض المزمنة التي تلازم المصاب طيلة حياته كما يعرف على أنه مرض يصيب الجهاز العصبي و يظهر على شكل نوبات و تظهر أعراضه على فترات غير منتظمة و قد يقع المريض أرضا و يصاب بالتشنج العضلي و قد يفقد وعيه في بعض الحالات, كما ينقسم هذا المرض الى نوعين عام و جزئي, فالصرع يمكن ان يكون بعد الولادة لاسباب مختلفة و يمكن ان يكون قبل الولادة.

كما يعتبر خلل فيزيولوجي في وظائف المخ يترتب عنه اضطرابات عقلية و نفسية و بالتالي يجب مساعدة المصاب به لخلق مناخ مناسب من الهدوء و التوازن النفسي و الحد من أي ميل للعزلة و الإنطواء وتدعيم السلوك.(شرف. م, س, 1990, ص56)

فالعامل الوراثي يلعب دورا مهما في نشأة الاضطرابات الوجدانية كالإكتئاب كما اوضحت بعض الأبحاث انه إذ تم تزواج بين شخصين يعانون من اضطراب مزاجي ما قد ينجب أطفالا يعانون من نفس الاضطراب بنسبة 30 بالمئة .

كما يرى فرويد أن سبب اضطرابات المزاج او بالأخص الاكتئاب يعود إلى المرحلة الفمية السادية في التطور الجنسي للشخصية و أن المكتئب لديه احساس متناقض تجاه الموضوع الأول 'الأم' و نتيجة الإحباط و عدم الإشباع الغرائزي في مراحل النمو الأولي يؤدي الى الإحساس بالحب و الكراهية بأن واحد , و عند كبره و تعرضه لموقف صعب ما مثلا فقدان شخص عزيز...فالشخص يبدا بالانغلاق و العزلة و إتهام الأنا و احتقارها وبالتالي يمكن ان يدخل في إكتئاب .(بن معزير .ف,س, 2014, ص08)

فإذا تعرضت الصحة الجسمية او العقلية إلى اي اضطراب فإن ذلك يؤثر على صحته النفسية و التي تمس اضطرابات المزاج الذي يعد حالة من عدم التلاؤم العاطفي و الوجداني كما يصعب على الفرد تعديله, اضطرابات المزاج يطلق عليها ايضا الاضطرابات العاطفية و تعني الحالة الإنفعالية فهي تتكون من حزن مفرط لفترات طويلة او فرح و ابتهاج مفرط ايضا, حيث يشعر الانسان بعواطف غير ملائمة للظروف او حدث ما .

ويعد الإكتئاب من اهم اضطرابات المزاج واكثرها إنتشارا وهو مشكلة تتعلق بصحة الإنسان النفسية, كما يعاني منه الكثير من من الاشخاص في مختلف الاعمار, و دراسات عديدة تطرقت له لكن مفهومه عند الراشدين الذين يعانون من مرض سيكوسوماتي يعد حديث نوعا ما.

يقول ابوحامد الغزالي أن الإكتئاب هو حالة من الالم النفسي تؤدي إلى الإحساس بالذنب و إنخفاض ملحوظ في تقدير الذات و التحسر على الماضي و التفكير و البحث في العلل و الاسباب.

(ابو حامد .غ,ص25),

أما " ارون بيك" يرى ان الإكتئاب هو اضطراب في التفكير أكثر ماهو اضطراب في الوجدان حيث يرجع الاكتئاب الى التشويه المعرفي الذي يؤدي الى الإتجاه السالب نحو الذات و العالم و المستقبل .

و يرى العالم "سيجموند فرويد" ان الاكتئاب يتكون من تحول علاقة حب وثقة الى علاقة عدوانية, ويصبح المريض ضحيته بارتداء العدوان عليه و تفسير الإكتئاب في صراع حاد قائم بين الرغبات و الإحتياجات الغريزية وبين المحرمات و العادات الإجتماعية المتمثلة في القيم الدينية و المبادئ.

(بن محمد. م,س,2017,ص115)

يمكن ان يكن هناك ارتباط بين الإضطرابات المزاجية كالإكتئاب و الأمراض السيكوسوماتية و حتى المزمنة كالصرع.وهذا ما نسعى الى التعمق فيه في بحثنا ومنه هناك مجموعة من التساؤلات كالتالي :

هل هناك تغيرات في مزاج مرضى الصرع وهل يمكن ان نحول الى اضطراب, وهل يمكن التوصل الى ذلك من خلال إختبارات الاسقاطية كإختبار الرورشاخ ؟

ومن جملة هذه التساؤلات نخرج بتساؤل عام نطرحه في الإشكالية التالية :

### الإشكالية العامة :

هل يعاني الراشد المصاب بالصرع من الإكتئاب ؟ وكيف يظهر ذلك من خلال المقابلة العيادية وإختبار الرورشاخ ؟

### الفرضية الأساسية:



مريض الصرع الراشد يعاني من الإكتئاب والذي يظهر لنا من خلال المقابلة العيادية و إختبار الرورشاخ بتمييزهما ب :

- إختلال صورة الذات .
- إنسحاب إجتماعي او كف علائقي .

### دوافع اختيار الموضوع :

- الإنتشار المتزايد لمرض الصرع .
- تسليط الضوء على معاناة نفسية مرضى الصرع.
- تعرف على إضطراب مزاج الذي يمكن ان يصاحب مرض سيكوسوماتي .

### اهداف الدراسة :

- معرفة أنواع الإضطرابات المزاجية التي يمكن ان يعاني منها المصاب بالصرع .
- تسليط الضوء على الجانب النفسي .
- دراسة الإكتئاب دراسة اكلينيكية.

### اهمية الدراسة :

- إثراء الجانب العلمي.
- الكشق عن المعاناة النفسية لمرضى الصرع.
- إبراز مدى اهمية التكفل بمرضى الصرع.

### التعاريف الاجرائية :

1- الإكتئاب: هو حالة من الحزن الشديد تصيب شخص معين فيضطرب عنده مفهوم الذات, مصحوب باضطرابات السلوك.

2- مرض "الصرع": هو خلل في الجهاز العصبي يكون عبارة عن نوبات تلازم الانسان مدى حياته في فترات مختلفة .

**هناك دراسات سابقة عدة حول موضوع الصرع ذكرت منها :**

دراسة "برانهام" 1926 قد توصلت هذه الدراسة حول الصرعيين الى انعدام الثبات العاطفي و العناد والقوة هي مظاهر رد الفعل كما انهم سريعي البكاء و التهيج و الخجل و الشعور بعدم الثقة .

اما دراسة "هندريك " 1940 فسر خلل النوبة على انتهاء القلق الذاتي و تفرغ من خلال الجهاز العصبي المركزي يحل محله تفرغ الضغوطات الشديدة .

ودراسة "بلاك" 1998 تؤكد هذه الدراسة على افتراض وجود صلة اجابية بين التكامل العام للمخ مع وظيفة تحقيق الذات وقد سميت بالعلاقة الارتباطية الايجابية .

**ومن الدراسات الحديثة حول موضوع الصرع ذكرت مايلي :**

رزقي فاطمة و واضح احلام,(2011,2012), في دراسة لهما في اطار انجاز مذكرة لنيل شهادة ليسانس بعنوان المعاش النفسي, قامو بدراسة عيادية لتلات حالات, مع تطبيق اختبار تايلور للقلق و الذي بينت نتائجه ان الحالة الاولى تعاني من اضطراب نفسي من خلال شعورها بالغم و البكاء بسهولة و القلق لدرجة عدم القدرة على الجلوس و الحالة الثانية تبين انها تعاني من قلق و توتر ظهر على مستويين نفسي و جسدي, و الحالة الثالثة ظهر ان لديها قلق في النوم و اسهال و الام معدية .في الاستنتاج استنتجوا ان القلق ظهر على الحالات من خلال الملاحظة اثناء المقابلات و تم اثبات ذلك من خلال اختبار تايلور للقلق.

سعدي عبد السلام (2012-2013) من خلال انجازه لمذكرة لنيل شهادة الماستر تخصص علم نفس عيادي, بعنوان "القلق لدى الراشدين المصابين بالصرع", تضمنت الدراسة حالتين مع تطبيق عليهما مقياس "سبيلبرجر" للقلق و الذي من خلاله توصل الى ان مستوى القلق لدى الحالتين التي تعاني من الصرع "قلق شديد".

زيتوني محمد زهير ( 2016-2017) في انجازه لأطروحة لنيل شهادة الدكتوراه, تخصص علم نفس عيادي, بعنوان الاليات العقلية للمتمدرس و علاقتها بالفشل الدراسي, لتلاميذ مصابين بالصرع في

المؤسسات المدرسية بتلمسان, هدف الدراسة الكشف على الاليات العقلية للمتمدرس و علاقتها بالفشل المدرسي لدى المصابين بالصرع وذلك حسب متغيرات (الجنس, السن, نوع النوبة الصرعية و المدة), بالاعتماد على المنهج الوصفي ,كما تم اختيار العينات بطريقة قصدية تتراوح اعمارهم بين 07 الى 12 سنة...نتائج الدراسة كانت كالتالي: المصابين يتسمون بالقلق, النشاط الزائد,الاكتئاب, الاضطرابات السلوكية . يوجد فرق دال احصائيا بين ذكور واناث من حيث الاليات العقلية .توجد علاقة ارتباطية بين الاليات العقلية لدى الطفل المتمدرس و الفشل المدرسي .

خلاصة :

في هذا الفصل قمت بتلخيص عام حول متغيرات موضوع الدراسة الصرع و الإكتئاب ثم قمت بطرح الإشكالية المناسبة لموضوع الدراسة اضافة الى الفرضية المناسبة, ثم تطرقت الى بعض الدراسات السابقة من مختلف سنوات و التي لها علاقة قريبة من الموضوع, في الاخير ذكرت دوافع اختياري للموضوع ثم اهمية و اهداف الدراسة ثم التعاريف الإجرائية لمتغيرات البحث .

## الفصل الثاني : مرض الصرع

تمهيد

- 1- لمحة تاريخية عن مرض الصرع .
  - 2- تعريف مرض الصرع.
  - 3- أسباب مرض الصرع.
  - 4- أنواع مرض الصرع.
  - 5- أعراض مرض الصرع.
  - 6- الفرق بين الصرع و الهستيريا.
  - 7- شخصية المصاب بالصرع.
  - 8- فيزيولوجية الصرع.
  - 9- الصعوبات المصاحبة للصرع.
  - 10- التدابير اللازمة لإسعاف شخص اثناء نوبة الصرع.
  - 11- مضاعفات الصرع .
  - 12- التشخيص.
  - 13- العلاج.
- خلاصة.

يعد الصرع من أخطر الأمراض التي تعترض حياة الإنسان مهما كان سنه, لأنه المصاب بهذا المرض يواجه في بعض الأحيان عدة معيقات تواجهه في مسار حياته أي في تفاعله الاجتماعي الطبيعي وسط الأفراد .

كما أن هذا المرض يمس الجهاز العصبي عامة ومراكز الدماغ خاصة و هذا يتضح من خلال النوبات الفجائية التي تزعزع الاستقرار النفسي.

#### 1-لمحة تاريخية عن مرض الصرع :

يعتبر الصرع من اقدم الامراض التي تصيب الانسان ذو جذور تاريخية عميقة كما انه ظهر في العصر الاغريقي وقد اصيب به شخصيات بارزة مثل : "قسصر يولس" و "الكسندر الرابع " و "نابليون بونابارت " , وقد سمي بمرض العظماء وكان لاعتقاد في ذلك العصر بان مرض الصرع هو مرض مقدس اذ تزور الالهة جسم الانسان في حين كان هناك اعتقاد بان المرض هو عقاب لخطايا الوالدين واعتقد ان المصاب بالصرع تستحوذ عليه ارواح شريرة, وعلى هذا الاساس ظهرت علاجات ذات طابع الطقوس اشهرها عملية ثقب الجمجمة للتخلص من الارواح الشريرة . (خطيب . ج,س, 1998,ص77) .

ان اصل كلمة الصرع بالانجليزية مشتق من كلمة اغريقية تعني "حالة الشعور بالهزيمة او تعرض لهجوم" وقد كان اعتقاد السائد لدى الناس بان النوبة تنشأ عن الجن, وعرف الصرع على انه مرض مقدس, كما اشار "هيبوقراط" 400 ق م الى وجود نوع من الاعراض تصف بشكل دقيق حالة الصرع كالصراخ اثناء النوم او القفز من السرير ثم العودة الى الحالة الطبيعية دون تذكر ما حدث لهم .

وقد مر مصطلح الصرع بمراحل نظرية عديدة, فقد اطلق عليه "جاكسون" 1899 مصطلح النوبة المحقوفة اشارة الى مجموعة من الاعراض التي تتميز بالانية و النسيان وفي عام 1937 وضع "جيبس" وزملاءه مصطلح الصرع النفسي الحركي اشارة الى مجموعة من الاعراض التي تحدث في شكل نوبات متكررة من الاعراض النفسية و الحركية, وبعد ذلك ادخل "بنفيلد" و "جاسبرز" عام 1954 مصطلح صرع الفص الصدغي اشارة الى المعاملات المرضية, و اخيرا ادخل "جاستو" عام 1970 مصطلح الصرع الجزئي المعقد اشارة الى نفس الاعراض .

وفي العصور الوسطى تطور مفهوم الصرع على ماكان عليه اذ اعتبر انه علة ناجمة عن اضطراب عمل الدماغ و الاعصاب المحركة مما ينتج عنه شذوذ في السلوك .

اما في العصر الحديث فاعتبر الصرع مرض ناتج عن وجود خلل في الدماغ جراء حادث ما, و يمكن ان يكون وراثي . (سعدي . ع,س, 2012,ص 93,92)

2-تعريفات مرض الصرع :

حسب الموسوعة النفسية :

هو اضطراب يصيب صاحبه بالتشنج وفقدان القدرة على الاحساس او الشعور يؤدي الى حدوث نوبات يختل فيها نشاط المخ .(ابو قرحة. خ,س,200,ص92)

حسب معجم علم النفس و التحليل النفسي :

هو احد الامراض العضوية التي تصيب المخ تتميز بانه اضطراب في النشاط الكيميائي الكهربائي للمخ وقد ينتج من عوامل وراثية او سبب بعض الامراض المعدية التي ترتفع فيها درجة حرارة الفرد ارتفاعا كبيرا او سبب اصابات التي تصيب المخ او سبب بعض الامراض الجهاز العصبي و المخ فتكون احد العناصر المرضية التي تصاحبها و يعتبر من اقدم الامراض التي عرفها المصريون القدماء و العرب و اليهود . (عبدالقادر. ف,س,معجم علم نفس,ص250)

حسب قاموس علم النفس:

هو تقلص في احد اجزاء الجسم بدون فقدان الشعور و اصابة مناطق حركية في المخ.

(عبدالسلام زهران .ح,س,1987,ص167)

حسب معجم الطب النفسي و العقلي :

هو خلل في الجهاز العصبي يتجلى في نوبات وادوار او اعراض تصيب المرء على فترات غير منتظمة فيقع ارضا و يصاب بالتشنج العضلي كما يفقد وعيه و يخرج الزبد من فمه و

هناك درجات من الصرع كبير و صغير.(عواد .م,س,2006,ص333)

3-اسباب الصرع :



يمكن عزو انواع معينة من مرض الصرع الى خلل في الجينات المسؤولة عن الطريقة التي تتصل بها خلايا الدماغ ببعضها البعض, لكن المعروف هو ان انواع نادرة فقط من المرض هي التي تتجم عن جينات معينة معتلة .واكثر من هذا يبدو ان الخلل في أي مجموعة من مئاب الجينات يمكن ان يشكل عاملا مركزيا في نشوء وتطور مرض الصرع.

العوامل الجينية الوراثية لا تشكل سوى عامل واحد من بين العوامل التي يمكن ان تسبب ظهور الصرع, وربما يعود سبب ذلك ان كون بعض الاشخاص يميلون للتأثر اكثر من غيرهم بالعوامل البيئية التي يمكن ان تؤدي الى النوبات .

قد تحدث النوبة الصرعية, في حالات كثيرة نتيجة لحادث, مرض او صدمة طبية مثلا السكتة الدماغية التي تسبب ضرار للدماغ او تمنع وصول الاكسجين الى المرور للدماغ وفي حالات نادرة, قد يعود سبب ظهور مرض الصرع الى ورم في داخل الدماغ, وفي كل الاحوال فأن النوبات الصرع لا تحدث كلها بسبب عامل معين واحد يمكن تشخيصه وتحديده, وهذا ينطبق على نحو النصف من المصابين بالصرع .

كما يمكن استخراج جملة من الاسباب الاخرى و تنقسم الى النقاط التالية :

#### الاسباب النفسية :

- يرى الباحثين ان النوبة الصرعية هي نتيجة التراكم اللاشعوري للانفعالات الحادة و المتكررة و التي تصاحبها الم و هزات وجدانية و جسدية و التي تؤدي في اخر الامر الى انفجار و التعبير عن نفسها بصورة صرع.

- وفي دراسة التحليل النفسي القائلة بان نوبات الصرع تمثل فاعلية الرغبات الجنسية و تعريف الانفعالات المكبوتة بقوة في العدوانية و التحطيم فان العوامل الانفعالية دور فعال في حدوث النوبة الصرعية اذ نتيجة اذ نتيجة لتراكم اللاشعوري للانفعالات الحادة العنيفة كالغضب و الحقد و الكراهية و الرغبة في الانتقام تؤدي ال التفرغ المفاجئ المتفجر على شكل نوبة صرعية و هكذا نجد العوامل النفسية تمثل العوامل المعجلة للنوبات .

#### الاسباب العضوية :

- الصدمات الدماغية لاسيما تلك التي تحدث اثناء الولادة، الجروح الدماغية المثارة، تصيب الصرع العام وذلك بنسبة مرتين على ثلاث .
- الاورام الحديثة او الخبيثة للمخ والتي تثير الاستسقاء الموضعي للضغط على المخ بداخل القفص الدماغي .
- الالتهابات الخطيرة للمخ .
- النزيف المخي السحائي وخاصة اثناء الولادة او مباشرة بعد الولادة .
- بعض التشوهات المخية .
- أ- نظريات التهيج : تقول ان نوبات صرعية سببها تهيج القشرة المخية .
- ب-نظرية الدورة القصيرة :تعتبر القشرة المخية قادرة على قطع ما يكفي من الياف الترابط لوقف الانتشار السوي لاثارات العصبية و يجعلها تسلك طريقا غير سويا وهو الطريق القصير مما يؤدي الى تفريغ الانفجار .
- ت-نظرية الانفجار : تقول ان النوبة الصرعية تصدر عن تغيير شامل و منتشر للنسيج المخ و لا تعتمد على انتشار الاثارات العصبية على التغيرات المفاجئة .

(خير الزراد .م ف،س، 1997، ص73-74)

#### 4-تصنيف الصرع (انواع) :

هناك جملة من التصنيفات كالتالي :

#### 4-1 التصنيف وفق الاسباب :

- أ- بدون سبب واضح : و يسمى احيانا بالصرع الذاتي او الاولي وعادة لا يكون هناك سبب واضح يمكن عزو الصرع اليه و تلعب الوراثة في هذا النوع دورا كبيرا لدى الفرد استعداد وراثي يتسبب في حدوث نوبات لديه، و يشمل هذا التقييم 75 بالمئة تقريبا من حالات الصرع على وجه العموم .(عكاشة. اس، 1980، ص200)

ب-الصرع العرضي : و تكون حالات الصرع في هذا النوع نتيجة وجود سبب واضح او تكون عرضا لهذا السبب (ورم في المخ مثلا ), و هنا نسمي الصرع صرعا ثانويا أي انه يحدث ثانوية لسبب اخر و يشمل هذا النوع 25 بالمئة تقريبا من الحالات (الخولي و, 1976, ص88) .

ت-التصنيف وفق رسام المخ: و في هذا التصنيف يتم تقسيم الصرع حسب التغيرات التي يظهرها رسم المخ الكهربائي, و التي عادة ما تظهر موضع الاضطراب في المخ و يشمل هذا التصنيف ما يلي :

- صرع موضعي بالقشرة المخية : و فيه يكون الاضطراب محددًا في مكان بعينه من قشرة المخ, تنتج عنه الاعراض المختلفة لنوبة التي تتوقف على طبيعة النشاط هذه المنطقة و الوظائف المسؤولة عنها .

- صرع ما تحت القشرة المخية : وفيه تكون البؤرة النشطة المتسببة في حدوث الصرع تحت قشرة المخ في مكان عميق وليس سطحيًا, وعادة تكون في النصف المخ و يسمى صرعا مركزيا .

- صرع منتشر في المخ : و فيه تنتشر البؤرة الصرعية في اكثر من مكان أي يكون الاضطراب خليطا من اضطراب القشرة المخية و ماتحتها .

- التصنيف الاكلينيكي : قامت المنظمة الدولية لمكافحة الصرع بتطوير نظام التصنيف و المعتمد حاليا في جميع الالوساط الطبية و هو المسمى CLASSIFICATION حيث قسم النوبات الصرعية الى نوعين رئيسين :

✚ النوبة التشنجية الكبرى : هذا النوع الرئيسي و المنتشر بكثرة حيث يكون الاضطراب في

نصف الدماغ, و هي تسبب بفقدان الوعي بصورة كاملة بعد السقوط على الارض و

التشنج الذي تهتز فيه كل اجزاء الجسم تقريبا حيث يسقط المريض ارضا اذ كان جالسا

او واقفا كما تحدث صرخة عالية نتيجة لمرور الهواء الى الحنجرة ثم تبدأ حركات

التشنج وهي اهتزازات عنيفة متتالية تكون واضحة في الاطراف او الذراعين او الساقين

كما قد يقوم المريض بعض لسانه نتيجة لضغط الفكين عليه, كما يلاحظ تغيير في وجه

المريض للانقباض العضلات و الزرقة يتلون بها مع خروج زبد في صورة رغوية من

الفم, و يمكن ايضا للمريض ان يتبول و بعد ذلك تهدا الحركة تماما و يضل فاقدًا للوعي

بلا حراك لمدة تتراوح من 02 الى 05 دقائق, بعدها يخلد الى النوم لساعات لانه مرهق

و يشكو من الصداع و عندما يستيقظ قد يسأل ماذا حدث فهو لا يدري عن الحالة أي

شيئا لا اذا وجد اصابة على جسده او تغير مكانه او البول او الدم, يوجد اثناء النوبة الكبرى 3 مراحل يمكن تمييزها : المرحلة التشنجية, مرحلة الارتخاء, مرحلة التغيب, مرحلة الافاقة, و تفسر كالتالي :

1-المرحلة التشنجية : هي احساس غير مؤلوف ينتاب المريض لينذره باقتراب حدوث النوبة الصرعية عنده مثل احساس غريبة في الصدر, الام هضمية, تغيير في طعم الفم و الحلق, او يحدث عنده ظاهرة عدم التحقق من اصل الاشياء اة حالة من الهياج و الضياع بدون ادراك ما يقوم به من افعال فقد يؤديه.

2-مرحلة الارتخاء : بعد وقوع المريض ارضا بسبب فقد الوعي يحدث له اهتزاز بالاطراف و اختلاج في العضلات بحيث تكون عضلات الرقبة هي المتأثرة اولا مكان الاهتزازات من الجسم يعتمد على مكان الاصابة في الدماغ.

3-مرحلة التغيب : يفقد المريض وعيه بشكل كامل حتى بعد انتهاء مرحلة الاختلاجات أي الارتخاء لمدة بسيطة و يتغير لونه فيميل الى الازرقاق لقلة الاكسجين الداخل لجسمه بسبب الارتخاء الحاد في العضلات, وقد تستمر مرحلة الغيبوبة طويلا, اذا تعرض المريض لنوبات صرعية متكررة و متقاربة وهي حالة تحدث غالبا بسبب انقطاع المريض عن استعمال ادويته المضادة للصرع.

4-مرحلة الافاقة :يستعيد المريض وعيه تدريجيا بعد ان يكون قد نام نوما عميقا لمدة ربع ساعة او تزيد ويلاحظ عليه في هذه المرحلة الارهاق و التعب و احمرار في العينين ويكون مشوش الفكر و كلامه غير مفهوم في البداية, ويشكو من الصداع ولا يدري ما الذي حصل له او يتذكر شيئا من تصرفاته التي سبقت النوبة الصرعية .

✚ النوبة التشنجية الجزئية : هذه الحالة اقل شدة من النوبة الكبرى فهي لا تصيب الا الاطفال في كثير من الاحيان, وهذه النوبة لا يتعدى زمنها ثمانية ثلاث ثواني. في هذه النوبة يحدث الاضطراب في جزء او قسم معين من الدماغ, قد تكون الاعراض مختلفة جدا و تعتمد على جزء الدماغ الذي فيه الاضطراب, في بعض النوبات يحافظ الشخص على وعيه و احيانا لا, و من انواعها : النوبات الجزئية البسيطة, النوبات الحركية الحسية, نوبات الفص الصدغي , النوبات الفص الامامي, وتفسر كالتالي:

1-الجزئية البسيطة : هذا النمط من النوبات الصرعية هو صرع وجهي ومي بهذا الاسم نظرا لان" جاكسون" (طبيب مشهور في المخ و الاعصاب) قد فسر هذه النوبة وقد ركز الاشعة على القشرة الحركية للمخ حيث, تبدأ النوبة ومن اعراضها انقباض عضلي معين من الجسم, لكن البعد ذلك تنتشر وتتابع وتشارك باقي العضلات وغالبا ما تحدث النوبة لدى الصغار السن .

2-الحسية الحركية : وتتمثل في ظهور اعراض حسية حركية الهلوس الحسية البسيطة طالدغدة و الطنين في الاذنين و حركية كتوقف النطق فيما يتعلق بالصوت.

3- الفص الصدغي : تنجم عن تلف في الفص الصدغي في الدماغ وتحدث لدى الاطفال دون السادسة من العمر وفي العاشر تستمر لبضع ثواني وتتصف النوبة النفسية الحركية بنشاطات حركية غير هادفة تحدث بشكل متكرر مثل المضغ او تلمط الشفاه او فرك اليدين او الرجلين ولان الفرد لا يفقد الوعي ولا يسقط على الارض فهذه النوبة غالبا مما يساء تفسيرها فتعامل بوصفها نوبات الغضب او اضطرابات نفسية ذهانية .

4- الفص الامامي : تتصف بان نوباتها صرعية ذات مدة قصيرة تتحول النوبة بعد بدءها لتصبح عامة مع وجود او عدم وجود خلط او تشوش محدود في الوعي بعد النوبة ولهذا النوع مظاهر حركية يمكن ملاحظتها فقد تكون توترية او تتعلق بهيئة الشخص او ايماءات الية معقدة كذلك قد يتكرر وقوع المريض على الارض, في هذا النوع من الصرع يبين تخطيط المخ الماخوذ من فروة الرأس اثناء ان هناك تفريغ كهربائي على جانبي المخ من عدد من الفصوص . ( بيتون. س,س, 2007, ص120-100)

## 5- اعراض الصرع :

### 5-1 اعراض النوبة الكبرى :

- صراخ المريض قبل فقدان الوعي .
- سقوط المريض على الارض اذ كان في حالة جلوس او وقوف .

- تشنجات اهتزازية عنيفة على مستوى حركة الاطفال .
- عض اللسان نتيجة لضغط الفكين و توقف التنفس لعض لحظات .
- انقباض العضلات و زرقة المريض .
- تبول المريض لا شعوريا (ليس الجميع) .

### 5-2 اعراض النوبة الصغرى :

- الغيبة حيث يبدأ الشعور معلقا خلايا بعض الثوان مع نظرة مبهمه ثابتة حتى يظن انه يحلم او شارد .
- صرع خفيف (مرض ماكس فريدمان ) و يظهر فيه فقدان مفاجئ و قصير المدة و توتر عضلي .
- رمع عضلي ويعني ذلك اهتزازات مفاجئة في مدة قصيرة جدا في العضويين العلويين من الجانبين عادة .

### 5-3 اعراض النوبات الاخرى :

- أ- اعراض النوبة البسيطة : محافظة المصاب على اتصاله بالواقع مع احساس المصاب بالغم و الخوف, تقلصات و ارتعاش بالاعضاء و مشاكل في المعدة .
- ب- اعراض نوبات المعقدة : فقدان الاتصال مع الواقع وعدم الاحتفاظ باي ذكرى من النوبة, قيام المصاب بحركات غير هادفة و يتمم و تظهر حركات المضغ .

على الرغم من وجود اختلاف بين النوبات الصرعية الا انها تتشابه في كونها تظهر و تختفي فجأة وتحدث بطريقة لا ارادية, تستمر لفترة زمنية قصيرة, كما تشمل على سلوك حركي نمطي غير عادي و غالبا ما تكون نتيجتها فقدان الوعي. (بيتون. س,س, 2007, ص100-201)

في الاخير استنتجت ان اعراض الصرع ترجع الى تباين خصائص النوبات و تعتمد على موضعها في الدماغ الذي فيه الاضطراب وعلى سرعة انتشاره .

### 6- الفرق بين الصرع الهستيريا :

هناك فرق كبير باعتبار ان الصرع مرض عضوي عصبي اما الهستيريا فهي مرض نفسي تحولي كما ان هناك فروقا نوجزها فيما يلي :

#### 1-نوبة الصرع :

- يحدث غالبا دون الارتباط بعوامل من اصل نفسي .
- سير النوبة فيما ينطوي على تشنجات متوترة خفيفة تتبعها تشنجات ارتعاشية و مجمع استمرار طوري النوبة التشنجية هذه من دقيقة و نصف الى دقيقتين .
- تقشل حدقتا العين في الاستجابة للضوء اثناء النوبة, يوجد تبرز و تبول و عض لسان لا اراديا.
- لا يمكن التدخل لاجهاض النوبة .
- فقدان ذاكرة كامل اثناء النوبة .
- بعد النوبة مباشرة نزيغ في بياض العين و السطح الداخلي للساعدين, و زيادة البروتين في البول .

#### 2-نوبة الهستيريا التحولية :

- تحدث كقاعدة مرتبطة لعوامل نفسية .
- لا توجد اعراض تحذيرية .
- التشنجات من نوع غريب غير منتظم و يتغير من طور لآخر,مدة النوبة تتفاوت من مجرد عشر دقائق الى بضع ساعات .
- كلها غير موجودة .
- يمكن اجهاض النوبة بالعلاج النفسي .
- فقدان ذاكرة جزئي فقط, ان وجد .
- لا واحد من هذه الاعراض يحدث بعد نوبة الهستيريا .

(سعدى .ع,س, 2012-2013, ص108)

#### 7-شخصية المصاب بالصرع :

في سنة 1926- ذكر "ابراهيم" ان انعدام التثابث العاطفي و العناد و القسوة و المبالغة هي مظاهر رد فعل المصابين بالصرع كما ان المصاب بالصرع مندفع ويمكن تحويله عن قراره بمنتهى السهولة ويعتمد لفت النظر اليه و يندفع للبكاء بسهولة و احيانا بعنزيه الخجل و الشعور بعدم الثقة .

لاحظ "لينوكس" ان حديث المصاب بالصرع وان قواه العقلية و الجسمانية غير متناسقة و انها عرضة للاثارة و التهيج لنوبات الغضب بسرعة وان عواطفه غير ثابتة و يعتمد احيانا على الغير بشكل مبالغ فيه.

وصف "نبريدج" شخصية المصاب بالصرع على انه منطوي على نفسه, يراوغ على الطلب تنفيذ الاشياء بطريقة خاصة, كما يعترض على أي تدخل فيها وهو دائم معرض للغضب وتنتابه موجات متباينة من العواطف و المشاعر .

لقد كتب العديد من الاخصائيين عن شخصية المصاب بالصرع ووصفوا هذه الشخصية بصفات كثيرة منها التمركز نحو الذات و الانانية وعدم الاستقرار و التشكك و العنف و تقلب المزاج و القسوة .

( شاكر مجيد. س,س, 2008, ص293-294)

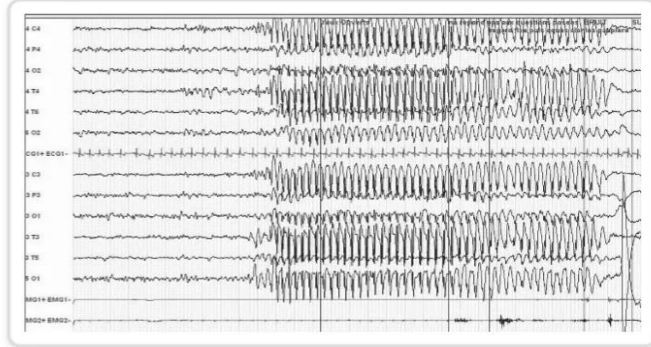
### 8-فيزيولوجية الصرع:

ان المخ يتكون من الخلايا العصبية و يبلغ عددها من 15 الى 20 مليار خلية عصبية وهذه هي الوحدات التركيبية والوظيفية التي يقوم كل منها بعمل محدد في تنسيق مع بعضها البعض وهذه جميعا تزدهم في حيز ضيق محدود, فكيف اذ تقوم كل منها بوظيفتها دون الفوضى او تداخل فذلك من اعجاز من صنع الخالق سبحانه و تعالى .

اما كيف يتم التفاهم و التناسق بين هذه المليارات من الخلايا حتى لا يحدث تضارب في ما يصدر عنها من اشارات فان ذلك يتم عن طريق انتقال المؤثرات فيما بين الخلايا العصبية في اتجاهات محدودة وفق نظام دقيق وذلك عن طريق مواد كيميائية طبيعية يفرزها المخ وتسمى الموصلات العصبية, و ينتج عن ذلك انتشار موجات كهروكيميائية هي في الواقع شحنات كهربائية دقيقة تعطي اشارة تنتقل في اتجاهات معينة لأداء وظيفة ما, ولي ما نراه من تشنجات حركية و عصبية في حالات الصرع سوى خلل يتعري طريقة انتشار هذه الشحنات الكهربائية و موضعها و شدتها و يؤدي في النهاية الى حدوث نوبة الصرع .

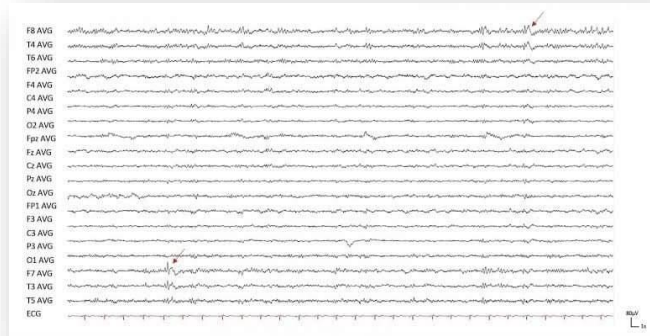


(الشربيني ل, 2007, ص 41)



صورة تبين تخطيط EEG لشخص مصاب بالصرع :

صورة تبين تخطيط EEG لشخص طبيعي :

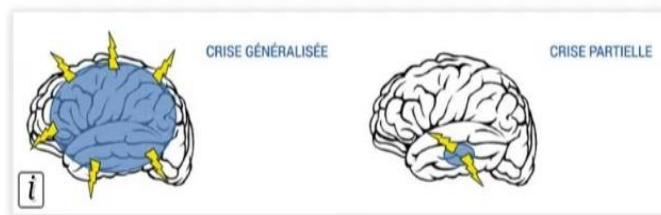


صورة تبين لنا النوبة عامة :



صورة تبين النوبة الجزئية :

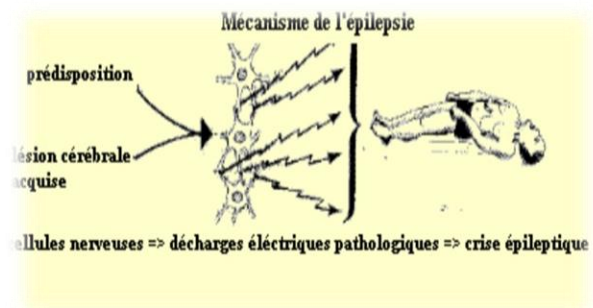
صورة توضيحية تبين لنا نوعي النوبة الصرعية على مستوى المخ :



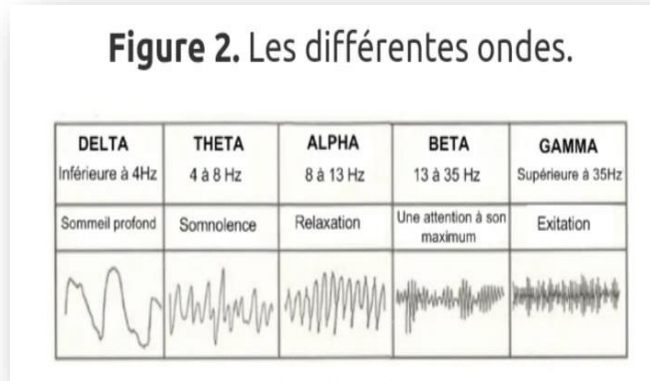
مريض في حالة نوبة صرع :



ميكانيزم النوبة الصرعية :



جدول يمثل مختلف موجات التخطيط الكهربائي للدماغ :



## 9- الصعوبات المصاحبة للصرع :

### 9-1 الصعوبات الاجتماعية :

يؤثر المرض عموماً على الاستقرار الاجتماعي و الأسري للأفراد حيث يسهم في اختلال الأدوار داخل الأسرة، ويصبح الاهتمام منصباً فقط على الفرد المريض، أما من الناحية الاجتماعية فمن الواضح أن نظرة الآخرين للشخص المصاب سوف تتغير بصفة شاملة، وقد تتنوع انطباعاتهم بين المشاعر الإيجابية كالإحساس بالشفقة و الرغبة في الدعم أو السلبية كالأيماء بالتبعية أو إيذاء مشاعر التذمر و النظر بالازدراء وفي كل الأحوال يفقد الشخص المريض جزءاً من نرجسيته وتقديره لذاته ويظهر أثر الوصمة على معاشه بصفة جلية .

تعد الصعوبات الاجتماعية أحد المؤشرات للجدول العيادي للمصاب بالصرع والتي تتفاعل وتنتج أثراً مزدوجاً خصوصاً إذا ارتبطت بصعوبات من نوع آخر كالاضطرابات النفسية على شاكلة القلق و الاكتئاب و الصعوبات المعرفية اللغوية، فالمشكلات الاجتماعية تتضاعف إذا ما ترافقت مع أحد هذه الصعوبات كما أنها تتسبب وبشكل واسع في ظهورها، يواجه المصابون بالصرع الحياة الاجتماعية بشكل مختلف عن الباقي فهم أكثر عرضة لسوء التوافق الاجتماعي و ضعف الكفاءة الاجتماعية و السلوكيات الاجتماعية المتوترة و العدوانية إضافة إلى صعوبات و الفشل الدراسي.

ابرز RANTANEN و NIEMINEN (2008) في دراسة لهما ان الاطفال المصابين بالصرع بين سن 3 و6 سنوات يبدون قصورا واضحا في الكفاءة الاجتماعية مقارنة بالاطفال العاديين .

في حالات الصرع البؤري خصوصا اذا ترافق مع حالات الغياب الجزئي للوعي هنا الشخص يعيش ف يوضعية يغيب فيها الامن و الاستقرار النفسي كما يمكن كذلك ملاحظة انخفاض الكفاءة الاجتماعية في حالات النوبات الكبرى وخصوصا عند فئة الإناث وهو ما اشار اليه JACOVLJEVIC (2006) حيث يرتبط ضعف التوافق عند المصابات بالنوبة الكبرى بالتصور الذي تقيمه الفتيات حول ذواتهن, ففي اغلب الاحوال تتلقى الفتيات تفاصيل معاناتها من الاشخاص الذين عايشوا الاحداث النوبة, ويصبح هذا الوصف مصدرا للخلل و يؤثر على المصابات مما يزيد من تقليل من تقدير ذاتهم.

على صعيد اخر يصعب على الاسرة تقبل مرض الصرع ومواجهته ويصبح مولدا للقلق والتوتر الاجتماعي و في هذا الصدد ان نسبة التوتر الاجتماعي ترتفع في العائلات التي سجل فيها الصرع بصفة حديثة يرجع ذلك الى التصور الخاطيء اتجاه المرض وخوف الوالدين الشديد من امكانية تعرض المصاب للموت, كما انه نسبة التوتر تنخفض عند العائلات التي تكسب وعيا وفهما كافيا بحقيقة المرض بحيث يسمح الفهم الكافي للمرض باحداث نوع من التوازن في دور كل فرد من افراد الاسرة بداية من الوالدين .

الرعاية الاسرية المعتدلة هي الحل لمعضلة التوافق و التكيف الاجتماعي بصفة عامة من ناحية تطرق الى نقطة مهمة تتعلق بدور الدعم النفسي و الانفعالي الوالدي في خفض السلوكات المنحرفة لدى مصابين الصرع حيث استنتج الباحثون ان التواجد المستمر للوالدين في الايام الاولى من المرض يعتبر كسلوك تكيفي لهما مع وضعية ابنهما وهذا منا يسمح للاسرة ككل من امتصاص الاثر السلبي للصدمة الناتجة عن حدوث المرض .

تبقى بيئة المصابين بالصرع مليئة بالمعوقات التي تزيد من عبء النوبات واعراض المرض وتفسر محدودية العلاقات ونسج الصداقة عند هذه الفئة فالمصاب بالصرع يتحوز من المحيط ويتجنب كل قنوات التواصل خوفا من النظرة السلبية التي كونها المجتمع عن الصرع و اعراضه تتفاقم اثار هذا العجز الاجتماعي بما تقدمه الاسرة من توجيهات اقل ما يقال عنها محاولة لسد كل قنوات الاندماج الاجتماعي وتشويه حقيقة صورة العالم الخارجي في الذهن, مما يجعله دائم التحرز وضحية التصور الخاطيء .

#### 9-2 المشكلات النفس مرضية :

تنتشر المشكلات النفس مرضية بشكل واسع لدى المصابين بالصرع سواء السلوكية او الانفعالية وذلك مقارنة بباقي افراد المجتمع او الافراد المصابين بامراض مزمنة اخرى,حتى ان بعض الباحثين من امثال PLIOPLYS (2007) اكدوا على ضرورة تصنيف مرض الصرع ضمن الاضطرابات العصبية العقلية, نظرا لنسب المشكلات النفسية المرتفعة لدى هذه الفئة حيث تتراوح نسبها بين 37 و 77 بالمئة في مقدمتها اضطراب فرط النشاط الحركي الاكتئاب و القلق و اضطرابات التفكير .

من الصعب تحديد العلاقة بين الصرع و شكل معين من اشكال الاضطرابات النفسية, ورغم ذلك يبقى الاكتئاب هو المهيمن من بين الاضطرابات من بين الاضطرابات بنسبة 26 بالمئة, اما القلق فترتفع نسبة انتشاره عند المصابين بالصرع الى 16 بالمئة من جهة اخرى يسلم بعض الباحثين ان تعقيد نمط الصرع وسوء التحكم في النوبات وارتفاع وتيرتها, اضافة الى الصرع الراجع الى اصابات دماغية و الحديث المنشأ تعتبر جلاها من العوامل المهمة في بروز الاكتئاب و القلق لدى هذه الفئة .

في دراسات اخرى نوهت ان الصرع حديث التشخيص يسهم في زيادة حدة التوتر العائلي وابرار خصوصيات النفس مرضية الاسرية والتي سوف تؤثر حتما على التوازن النفسي .

الصرع ليس كباقي الأمراض المزمنة لانه يعتبر عامل مفجر للأمراض النفسية كالاكتئاب عند أفراد العائلة, خصوصا لدى الأمهات كما يؤثر على جودة حياة المصاب .

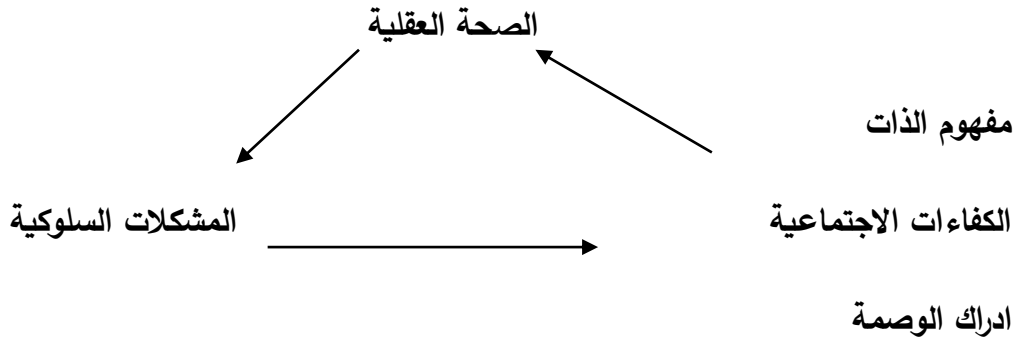
كما تعتبر العوامل العائلية كمحددات لنمط المشكلات النفس مرضية,فالتعامل مع المرض من حيث الرفض او التقبل يحدد التوجه النفسي للمصاب نحو المرض, وتقبل العائلة بدورها يساعده على تقبل ذاته وتقبل حالته الخاص و المتمثلة في التعايش مع المرض واعراضه , كما هناك بعض العوامل تؤرق قوانين التكيف داخل العائلة وتمس بدور الام خصوصا اتجاه ابنها من بينها مشكلات السلوكية التي ترافق بشدة بداية الصرع, شعور الام بالضعف وعدم الرضا ايزاء وضعيتها العائلية اضافة الى الحالات النوبة التي كلما زادت كلما اخدت بالتكيف داخل الاسرة,لا شك ان مرض الصرع يغير نظرة الوالدين الى الابن المصاب وهذا التغيير لا ينسج من خيالهما بل من ملاحظتهم للتغيرات العامة في الجوانب السلوكية و التكيفية للابن وهذه التغيرات تشكل المصدر الاساسي للتوتر و القلق عند الوالدين.

المصاب يكون تصويره لذاته من خلال الاعتماد على نماذج خارجية تقدم هذه النماذج مجموعة من المعطيات مثل الانطباعات و السلوكات و الايماءات وكذلك العبارات والتي تعتبر مدلولاً يمد المصاب

مجموعة من الصور التي بدورها تشكل مجموعة من الافكار تمثل هذه الافكار ما سمي بمفهوم الذات, فادراك المصاب للوصمة يرتبط ارتباطا وطيدا بتكوينه لمفهوم مشوه عن الذات ويعتبر واسطة مهمة لظهور الاضطرابات السلوكية و النفسية لدى المصابين بالصرع .

كما ان المصابين بالصرع يتصورون ذواتهم تبعا لما يكتسبونه من صور ذهنية ونفسية عن الابوين فصورة الام الجيدة, والتي تتكرس من خلال استجاباتها الايجابية تكسب الابن صور و تقديرا جيدا و للذات, اما الام السلبية فسوف ينشأ الطفل صورة سيئة عنها وبالتالي يطور تصورا هشيشا عن ذاته و جسده.

#### فرضية العلاقة الوسيطة بين ادراك الوصمة و الصحة النفسية



#### 3-9 المشكلات المعرفية واللغوية:

غالبا ما تقترن المشكلات اللغوية والمعرفية لدى المصابين بالصرع الى ان اللغة لا تستقيم الا اذا وجدت مخططات معرفية و كفاءات نفس عصبية تفعل هذه الوظيفة الرمزية وهذا ما يلزمنا الحديث بداية عن المشكلات المعرفية عن المصاب بالصرع, حيث يعاني هذا الخبير العديد من المشكلات في هذا الجانب فقد سجلت بعض الدراسات ما يقارب 35 بالمئة من 0.

حالات التخلف العقلي عند اطفال مصابين بالصرع .

كما يجب التركيز على الاهتمام على اختلال الكفاءات المعرفية الخاصة والتي يوظفها الشخص في جميع نشاطاته اليومية واختلالها يحدث اضطرابات على مستويات متعددة تشمل جودة حياة, في ابعادها السلوكية و الاجتماعية و النفسية ولعل من اهمها : اضطرابات الذاكرة و التباطؤ الذهني اضافة الى الاضطرابات الانتباه, فالذاكرة ترتبط ارتباطا مباشرا بالتعلم و المتعلم بحاجة دائمة الى الحفظ و تخزين المعلومات التي

اكتسبها ولهذا يجد المصاب بالصرع صعوبات حيث يربط الاخصائيون بين صرع الفص الجبهي و القفوي ومشكلات الذاكرة بشكل استثنائي خصوصا الذاكرة اللفظية و البصرية و الخلل يرتبط في هذا الجانب بخاصية تشفير المعلومة اثناء عملية التعلم الاولى فغياب او تشوه عملية التشفير فيؤدي الى الحيلولة دون استدعاء المعلومات و استحضارها اضافة الى استحالة التعرف السريع عليها .

الصعوبات تتحدد حسب نوع الاصابة الصعية كما يشار ان الصرع القفوي البؤري الحميد يؤدي الى اختلال على مستوى كفاءة الانتباه الداعم بينما تبقى وظيفة الانتباه الانتقائي و الانتباه المقسم سليمة, كما لوحظ ايضا ان المصابين بالنوبة الغيابية تتمحور مشكلات الانتباه لديهم على مستوى اليقظة و الانتباه المقسم, وكذلك الانتباه الانتقائي و الاندفاعية . كما تشير بعض الابحاث ان طبيعة الانتباه عند مصابين الصرع تتأثر بمدة الاصابة, فكلما كانت المدة اطول كلما زادت الصعوبات نظرا للاثر السلبي للنوبات على الجهاز العصبي اضافة الى العلاج الدوائي فقد اثبتت بعض الابحاث ان العلاج باسعمال الفينوباربيتال PHYNOBARBITAL له اثر بليغ على الجانب السلوكي المعرفي حيث له اثار على الجهاز العصبي ولكنه يعتبر ضروري خصوصا لبعض الاصناف من الصرع المقاومة للعلاج .

#### 9-4 المشكلات النفس حركية :

كثيرا ما يهمل الاخصائيون الاضطرابات النفس حركية عند المصاب بالصرع ولا يعطونها الاهتمام الكافي وذلك راجع للعديد من الاعتبارات منها الدور الثانوي للوظائف الحركية في نظر البعض اضافة الى التجليات العرضية الخفيفة التي تميز هذا النمط من الاضطرابات ولعل قلة الدراسات في هذا السياق تعد اكبر دليل على هذا التجاهل من طرف الباحثين لاشك في ان الوظائف الحركية تحتل مكانة مهمة في عملية التحصيل سواء المعرفي او الاجتماعي فالحركة هي اول مظهر للقدرات المعرفية كما اشار الى ذلك PLAGET في وصفه لمراحل الذكاء كما انها تؤسس لاكتساب السلوك الاجتماعي عند الطفل من خلال اللعب خصوصا .

تعتبر الاضطرابات النفس حركية من الاختلالات الخفية التي نعترض حياة الطفل المصاب باصرع خصوصا المدرسية فهي تشكل عبئا اضافيا لمشكلات التي يعاني منها خلال الصعوبات الوظيفية التي تحدثها كما انها لا تقل انتشارا عن باقي المشكلات حيث يجد اكثر من 35 بالمئة من المصابين بالصرع خاصة الاطفال صعوبات في الكفاءات الحركية .



تتجلى الصعوبات في شكل تراجع واضح في ردود الافعال الحركية ينجم عنه تباطؤ حركي يخل بالطابع العام للحركة, ان بطئ سرعة الاستجابة وزمن الرجوع يعد احد مميزات التوظيف المعرفي و الحركي على حد سواء هؤلاء المصابين فاضافة الى البطئ الحركي يؤدي هذا التوظيف الى اختلال التناسق الحركي و الحكية الدقيقة وذلك على مستوى الاطراف العليا بصفة خاصة يسهم هذا الاختلال من جهة اخرى في ظهور صعوبات خاصة على مستوى الكتابة اضافة الى صعوبات في التحكم في الاغراض الدقيقة و الحركات التي تتطلب نوعا من التركيز يلتبس الملاحظ هذه الفئة نشاطا عضليا استثنائيا لديهم فهم يبدون اثناء الانجازات الحركية كالكتلة الصلبة التي تحاول التحرر و بالالي تۆر هذه الحالة المميزة على تناسق الحركات, ويوصفون بالرعونة و الكسل,ومن جهة اخرى يعاني الاطفال من سوء التخطيط و التحكم الحركي,وفي الكثير من الاحيان يؤدي ضعف التركيز لديهم الى الاندفاعية و التهور دون احتساب نتائج الحركة . (ب.جويدة, 2021ص600-609)

#### 10- التدابير اللازمة لاسعاف شخص اثناء نوبة الصرع:

الاسراع في توفير مكان امن على الارض ووضع رأسه على سطح مستو وأماله رأسه ورقبته ليكون في وضع الافاقه وذلك لمنع وصول السوائل الى الرئتين كما يجب ابعاد الاثاث و الادوات الحادة من حوله واتخاذ كل الاحتياطات اللازمة كي لا يؤدي المصاب نفسه,قم بوضع بطانية او اسفنج تحت رأس المصاب وقم بفك الملابس الضاغطة على عنقه,لا تحاول ان تضع شيئ في فم المصاب لانها قد تجعل الشخص المصاب يتقيأ كن هادئا وحافظ على خصوصيته وابق معه الى ان يستعيد الوعي, كما يجب تدبير وعلاج بلع اللسان في حال حدوثها,في حين ان احتياطات العمود الفقري ليست ضرورية بشكل عام,اذا استمرت نوبة الصرع لفترة مدتها اكثر من خمس دقائق او في حالة حدوث نوبتين خلال ساعة واحدة دون ان يعود المصاب الى مستوى الوعي الطبيعي بينهما,فيعتبر هذه حالة طوارئ طبية تعرف بأسم الحالة الصرعية قد تحتاج في بعض الاحيان الى مساعدة طبية لادارة مجرى الهواء التنفسي واستخدام مجرى هوائي داخل البلعوم او ما يعرف بخرطوم الانف قد يكون مفيدا في مثل هذه الحالات اذا حدثت نوبة الصرع في المنزل,فالدواء الاولي موصى به للنوبة هو الميدازولام الذي يؤخذ عن طريق الفم كما يمكن استخدام الديازيبام عن طريق المستقيم في حالة حدوثها بالمستشفى, فمن الافضل ان يأخذ المصاب لورازيبام في الوريد اذا كانت جرعتان من البنيزوديازيبينات غير فعالة, فانه يوصي بأستخدام

ادوية اخرى مثل الفينيتوين,الحالة,الصرعية المتشنجة التي لا تستجيب للعلاج الاولي عادة ما تتطلب دخول المصاب وحدة العناية المركزة و استخدام علاج اقوى مثل الثيوبنتال و البروبوفول.

( ابو العزم. ج,س,2009,ص20)

### 11- مضاعفات الصرع:

اذا حصل وتعرثر شخص لحظة اصابته بنوبة صرعية فقد يتلقى ضربة في راسه,كما ان من المحتمل ان يتعرض للغرق اثناء السباحة .

نوبة الصرع التي تؤدي الى فقدان الوعي او فقدان السيطرة قد تكون خطيرة جدا اذا حدثت في اثناء القيادة او اثناء تشغيل الات, الادوية المعدة لكبح النوبات الصرعية قد تسبب النعاس ما قد يحد من القدرة على القيادة, في العديد من الولايات الامريكية هنالك قيود تفرض في رخصة القيادة, طبقا لمدى قدرة الشخص المريض بالصرع على كبح النوبات.

نوبات الصرع لدى المرأة الحامل تشكل خطرا على الجنين وعلى الام على حد سواء مع العلم ان عددا من العقاقير المعتمدة لمعالجة النوبات الصرعية تزيد من خطر اصابة الجنين بتشوهات خلقية وعليه اذا كانت المرأة المصابة بمرض الصرع وترغب في الحمل فعليها التشاور حول الامر مع الطبيب المعالج.

معظم النساء المصابات بالصرع يستطعن الحمل وولادة اطفال اصحاء ولكن ربما يطلب منهن تغيير الجرعة العلاجية من العقاقير و عليهن ان يخضعن لمتابعة و مراقبة وثيقتين ودائمتين طوال فترة الحمل .ومن المهم جدا التنسييق مع الطبيب المعالج و التشاور معه حول التخطيط للحمل .

ان ظهور مضاعفات تشكل خطرا على الحياة ليس امرا شائعا في هذا المرض,لكن المخاطر قائمة.الاشخاص الذين يصابون بنوبات صرعية حادة, متواصلة و طويلة المدى يواجهون خطرا دائما لحدوث اضرار دماغية مستديمة,بل حتى خطر الموت,الاشخاص الذين يعانون من نوبات صرعية وخاصة اولئك منهم غير الخاضعين لمراقبة دائمة,قد يموتون موتا فجائيا ومجهول الاسباب من جراء النوبة الصرعية .

خطر الموت الفجائي مجهول الاسباب نتيجة لنوبة صرعية يزداد اذا كان :

- النوبات الصرعية قد بدأت في سن مبكرة جدا.
  - النوبات الصرعية التي تتطوي على اكثر من جزء واحد في الدماغ.
  - استمرار النوبات الصرعية على الرغم من تناول العلاج الدوائي.
- (مرجع سابق, 2009, ص35)

## 10-التشخيص :

يحتاج الطبيب المعالج الى وصف مفصل عن النوبات. ونظرا لمعظم الذين يعانون من مرض الصرع لا يتذكرون ما حدث لهم وقت النوبة فقد يطلب الطبيب التحدث الى شخص اخر كان برفقة المريض وقت حدوث النوبة وكان شاهدا على الاعراض و العلامات .

عند زيارة العيادة قد يجري الطبيب المعالج بعض الفحوصات و التشخيصات العصبية التي ترمي الى اختبار المنعكسات الصادرة عن المريض, تؤثر العضلات, متانة العضلات. الاداء الوظيفي للحواس, شكل المشي, درجة التباث, التناسق الحركي و التوازن.

وقد يطرح الطبيب المعالج على المريض بعض الاسئلة بغية اختيار طريقة التفكير , القدرة على الحكم و الذاكرة وربما يوصي اجراء بعض الفحوصات الدم بغية تشخيص مشاكل مختلفة, مثل (تلوثات والتهابات, التسمم بالرصاص, فقر الدم او السكري,) وجميعها قد تكون عوامل مسببة للنوبات الصرعية.

كذلك قد يوصي الطبيب المعالج باجراء بعض الفحوصات التفرس بغية تشخيص اختلالات او شذوذات في عمل الدماغ.

**1- التاريخ المرضي :** ان اهم اداة في التشخيص هي التاريخ المرضي الدقيق للمريض, ويتم ذلك بمساعدة من الاسرة و الملاحظات التي تدونها عن حالة المريض و الوصف الدقيق للنوبة فعلى ضوء تاريخ المرض وصف النوبة يتم تشخيص الصرع. (مرجع سابق, 2009, ص50)

**2- التخطيط الكهربائي للمخ :** اكتشف العالم "هانز برجر " عام 1929 م امكانية تسجيل نبضات كهربائية للدماغ البشري, و الان تلك الشحنات الكهربائية و تسجيلها من خلال الرسم الكهربائي للدماغ Electrocephalogram او ما يعرف ب EEG فالدماغ يقوم باصدار شحنات كهربائية ضعيفة جدا الى جميع اجزاء الجسم و من خلال وضع اقطاب كهربائية في مناطق محددة من

الراس يم توصيلها مع الجهاز التخطيطي الذي يقوم برصد تلك الشحنات الكهربائية ومن ثم تكبير حجمها لكي يمكن رسم تلك الذبذبات على ورقة معينة او على جهاز الكمبيوتر, و يتم العمل به عن طريق وضع حوالي عشرين قطب كهربائي في اماكن محددة من الراس و تثبت هذه الاقطاب في مكانها عن طريق مادة لاصقة و متبثة و من خالا اسلاك كهربائية توصل الى جهاز التخطيط, الاشارات الصادرة من الدماغ تكون ضعيفة لكن الجهاز يقوم بتكبيرها لكي يمكن لنا رسمها على شكل ذبذبات على الورق او حفظها في جهاز الكمبيوتر و من ثم يقوم الاخصائي بتحليلها .عادة يستغرق التخطيط الكهربائي للدماغ حوالي ساعة حيث يستلقي المريض على سرير و يطلب منه الاسترخاء و الهدوء في حالة ا كان المريض راشد, لان الحركة تعطي تغيرات قد تؤثر على الذبذبات و مدى قراءتها كما يطلب من المريض غلق العينين و فتحها .

التشخيص يتم عن طريق معرفة قصة الحالة و كيف حدثت و التخطيط جزء يساعد على التشخيص و تحديد النوع في بعض الاحيان فالتخطيط الكهربائي للدماغ يكشف لنا النشاط الكهربائي للدماغ لمعرفة وجود بؤر كهربائية في الدماغ و مكانها و موعية تلك الاشارات فهناك 40 بالمئة من المصابين بالصرع لديهم تخطيط طبيعي في اول مرة يجري لهم التخطيط كما ان هناك نسبة بسيطة جدا من الاطفال الطبيعيين لديهم رسم كهربائي طبيعي خصوصا في وجود الصرع لدى احد افراد العائلة .

**3- التصوير الكمبيوترى بالاشعة المقطعية CT:** هذا الاسلوب وسيلة سهلة و سريعة و اقل تكلفة و تزداد هذه الوسيلة اذا ركزنا على تصوير محور الفص الصدغي وحده خصوصا اذا استخدمت على صبغات تساعد على ابراز تمايز اجزاء المخ و الشرايين على بعضها .

**4- IRM :** هذا أسلوب اخر يساعد على التشخيص و هو أفضل من Ct فيما يتعلق بالقدرة التمييزية و اكتشاف الإعطاب التي تتصل بالصرع مثل التشوهات و فساد الخلايا الدقيقة و الأورام.(بن محمد الصبي. ع,س,2006, ص17)

**11-العلاج :**

**العلاج الدوائي :**

في السنوات الاخيرة تم تصنيع الكثير من الادوية التي تساهم في العلاج وفي تخفيف النوبات بصورة كبيرة وصولا كبيرة وصولا الى الشفاء الكامل احيانا وقد تمتد فترة العلاج من سنتين الى خمس سنوات, ولا يتوقف العلاج الا اذا مضى سنتان على المريض دون حدوث اي نوبة صرعية و هذه القائمة بالادوية المستعملة:

1- في النوبات الكبرى grand mal يتم تحديد الادوية التالية :

- ديباكين depakine.
- تيغريتول tégrétol.
- ليمينال luminal.
- ايبانوتي Epanutin .

2- في النوبات الصغرى petit mal :

- زارونتين Zarontin .
- ديباكين Depaken.

3- النوبات الجزئية المركبة complex partiel :

- تيغريتول Tegrétol.

4- نوبات الاهتزاز و التوتر tonic, chonic :

- فاليوم valium.
- ريفوتريل Révotril.

5- انواع اخرى من مضادات الصرع في النوبات المختلفة :

- نورونتين Neurontin.
- لاميكثال Lamiktal.
- توباماسك Topamasc .

اما بعض الحالات الصرعية فان علاجها يتطلب عناية خاصة للمريض عندما يكون فاقد الوعي وتداومه النوبات واحدة بعد الاخرى يدخل في حالة غيبوبة هنا يجب العلاج داخل المستشفيات حيث ان الادوية هنا تعطي عن طريق الحقن بالوريد مع احتمال الحاجة الى الأكسجين لاستنشاق, و يجب ان تكون الملاحظة دقيقة للمريض لانه مهدد بان يفقد حياته من تأثير اجهاد النوبات المتواصلة .

فبالنسبة للآثار الجانبية للدواء, فجميعها لها اثار غير مرغوبة على المريض كطفح الجلد الذي ينتج عن زيادة الجرعة و اضطراب بالمعدة في بداية استخدام الدواء و بعض الاعراض في وظائف الجهاز العصبي و اضطراب التوازن و التركيز وكذلك قد تتاثر مكونات الدم فيصاب المريض بالانيميا و تشكوا بعض السيدات من ظهور شعر في الوجه وتورم اللثة .(الشربيني.ل.س,2007, ص92)

### العلاج بالجراحة :

- التقييم قبل الجراحة : يسمح هذا التقييم بتحديد المنطقة المسببة للنوبات الصرعية التي يجب استئصالها و ذلك لمنع حدوث النوبات ما يسمح بمعرفة الاثار الجسمية او العضوية, و هذا شرح لكيفية ذلك :

**1- المرحلة الاولى :** تشمل عدة مقاربات عيادية و نفسية عصبية, كهربائية فيزيولوجية جسمية و هضمية ووظيفية تسمح بفهم شامل للمرض وتحديد المنطقة المسببة للنوبات الصرعية.

- المقاربة العيادية : تسمح بمعرفة التاريخ المرضي للمريض خاصة ما يتعلق بمرض الصرع واعراضية نوباته .

- المقاربة النفسية العصبية :تبحث في القصور النوعي الذي يسمح او الذي يمكن ان يوجهنا الى تحديد مكان المنطقة المسببة للصرع .

- المقاربة الكهربائية الفيزيولوجية :عن طريق جهاز التخطيط الكهربائي للدماغ و التخطيط الكهربائي التصويري للدماغ, تسمح هذه المقاربة بتسجيل و ملاحظة النوبات الصرعية وهذا ما يسمح بوضع فرضية حول المصدر التشريحي للنوبات.

- المقاربة الهضمية :تسمح بقياس السرعة الدموية عن طريق حقن عنصر مشع وتتبع سرعته .

- المقاربة الوظيفية:يقام بها من اجل تقييم لغة المريض ولكنها ليست ضرورية .

2- المرحلة الثانية : يتم فيها وضع الكتروليسمحان بتسجيل مرحلة يكون فيها الحركة الكهربائية

للمخ غير عادية, وهذان الالكترولين هما اللذان يثيران كهرباء المخ لكي تختل وهذا بهدف تحديد موقع المنطقة المسببة للصرع.

- استئصال المنطقة المسببة للصرع: الاستئصال يعتمد على الازالة الجراحية لهذه المنطقة من اجل

ازالة النوبات وعدم حدوثها, وهذه الجراحةتعتبر العلاج الوحيد للانواع التي لديها مقاومة لادوية

كما ان القيام بالمراحل السابقة يضمن عدم الاصابة المريض بعد الجراحة باي قصور عصبي او

معرفي نتيجة الاستئصال كما ان التقارير اوضحت ام من 70 بالمئة الى 80بالمئة من المرضى

الذين عولجو بالجراحة ثم شفاءهم, و 20بالمئة الباقية هناك العيد منهم تم انخفاض تواتر

النوبات لديهم, كما ان المشكلات الجراحية نادرة .

كما يوجد بعض النقاط المهمة في العلاج الجراحي :

- يجب ان تكون النوبة الصرعية بؤرية او لحائية جزئية بكل البراهين اللازمة .

- يجب ان يكون مقر الصرع البؤري في منطقة سهلة البلوغ جراحيا وهذا حتى لا تسبب الجراحة في

اثار جسمية دائمة .

- يجب ان تكون النوبة خطيرة تتسبب في عدم تكييف السيكولوجي الاجتماعي العائلي وهذا رغم

العلاج بالدواء .(سعدي .ع,س,2012,ص116)

3- العلاج النفسي :

هو يعمل على مساعدة المريض على مواجهة المرض و تحمل النوبات و تحسين الحالة بالتوجيه و

الارشاد النفسي و مساعدته على استبصار بمشكلته وما يترتب عليها من مشاكل واضرار خاصة و

مساعدته على تحقيق التوافق الشخصي و الاجتماعيفض صراعاته النفسية الى جانب تغيير الاتجاهات

الوالدين و المجتمع الخاطيء نحو الصرع مرضاه حتى يمكن تخفيف حدة المشكلة لمرض الصرع .

كما انه لا يمكن للعلاج الكيميائي ان يعطي نتائج المطلقة لشفاء المريض بالصرع و الدليل هو انه

انقطع الصرع عن تناول الدواء تتكرر لديه النوبات الصرعية بصفة حادة ولقد لاحظنا ان بعض

المصابين يعانون من تكرار النوبات الصرعية رغم تناولهم الدواء وهذا ما يدل على اهمية الجانب النفسي. (عبد المعطي. م,س, 2001,ص629)

عدم التعامل مع المصاب بالصرع كأنه مرض خطير على محيطه و انما يجب لاهتمام به لابعاده الخطر عنه.

استخدام اساليب تعديل السلوك المعرفي .

الضبط الذاتي و اساليب تعديل السلوك المعرفي .

التعزيز الايجابي و السلبي .

تحفيز هذه الفئة على العمل طبعاً اعمال مناسبة لهم.

العمل على تقوية الثقة بالنفس و تقبل المرض .

كما تشمل اساليب تعديل السلوك على الملاحظة المتواصلة و الموضوعية لمظاهر النوبة الصرعية و معدل حدوثها المثيرات القلبية, وفي العادة يلجا الباحثون الى اساليب تعديل السلوك عندما لا تستجيب النوبة للعقاقير المضادة للصرع. (الخطيب .ج,س, 2006,ص82)

توعية المجتمع على الاهتمام بالمريض و حمايته من الاصابة بالاذى له و لغيره, مثلاً يمنع المريض من السياقة وهو تحت العلاج كما يمنع من العمل في المصانع التي بها عمل مرهق .توعية المريض بجميع المخاطر التي يمكن ان يواجهها في حياته مثلاً تجنب الاماكن العالية .

توعية ايضاً اهل المريض بما يجب فعله اثناء نوبة مريضهم كاخلاء المكان حول المريض, حماية الراس, فك الملابس و ازالة النظارات ان وجدت, ابعاد الادوات الحادة من حوله ان وجدت, وضع شئ صلب ملفوف بقطعة قماش بين الاسنان لكي لا يعض لسانه, انتظار عودة المريض الى الوعي وحساب زمن النوبة لانه مهم لتشخيص نوع الصرع, كذلك عدم تحريك او نقل المريض اثناء النوبة الى مكان اخر, و عدم التحكم في حركات المريض, عدم اعطائه اي مشروب .



ان الهدف من العلاج النفسي هو ايقاف النوبات دون ايداء المريض بالاحطار الناجمة سواء عن النوبة او الادوية المتخذة, كما ان هذا الجانب ياخذ بعين الاعتبار تغير الوزن الذي قد يؤدي الى ظهور النوبات نتيجة عدم التوازن الكيماوي في الدم . (سعدى .ع,س,2012,ص117-118)

#### 4- العلاج الغذائي :

ينصح بوصف الغذاء الذي يحتوي على زيوت و دهنيات بكثرة و الكربوهيدرات وبروتينات بقله وذلك لان تكون مادة الكيتون KETONE الناتجة عن احتراق غير كامل للدهون لها تاثير مهدئ على الخلايا العصبية لاسيما الاطفال.

بالإضافة لذلك فان التخفيض كمية السوائل المعطاة للمريض الصرع احد الوسائل الفعالة في العلاج.

#### 5-العلاج من المنظور الإسلامي :

من وسائل العلاج الابتعاد عن المحرمات و هي الاصل في كثير من المشكلات ذلك ان الشعور بالذنب و الاثم في ساعات المرض و الضعف قد يكون له اثر مدمر فالايمن القوي بالله تعالى يجعل المرء في كل الاحوال يسمو فوق الامة و معاناته و ينظر اليها على انها ابتلاء من الله يتعين عليه مواجهته بالصبر .

حيث يرى " عماد الدين ابن اثير " بان الصرع يستدعي الرقية بذكر الله و اسماءه الحسنی و التوسل اليه و

ان قوة الايمان بالله تخفف من حدة المرض. (عبد المعطي. م, س,2001,ص630)

خلاصة :

تعتبر فئة المرضى المصابين بالصرع من الفئات التي تحتاج الى تكفل علاجي من اجل متابعتها و توعيتها بمرضها, وتوجيه الجهود الى كيفية الارتقاء بما هو متاح لها من قدرات و امكانيات وذلك من اجل تقادي وقوع المصاب في اي من الاضطرابات المزاجية .

كما ان دور الاسرة من تحفيز و المؤسسات الاستشفائية و المراكز الطبية و ما تقدمه من ادوية و المتابعة المستمرة من طرف الاخصائيين النفسيين له دور كبير في تخفيف او التقليل من عدد النوبات .

## الفصل الثالث : الإكتئاب

تمهيد

- 1- تاريخ الإكتئاب .
- 2- مفهوم الإكتئاب .
- 3-انواع الإكتئاب.
- 4-اسباب الإكتئاب .
- 5-تصنيف الإكتئاب حسب dsm5
- 6-نظريات تفسير الإكتئاب.
- 7-الإكتئاب عند الراشدين.
- 8-المزاج الإكتئابي .
- 9-العلاج.

خلاصة



إضطرابات المزاج هي مجموعة من الإضطرابات الوجدانية التي يمكن ان يعاني منها أي شخص و التي بدورها تعيق حياته اليومية, كالاكتئاب الذي اصبح مرض العصر لدرجة انه نال العديد من الدراسات و التي بدورها حددت ان الإكتئاب يمكن ان يصيب الكبار و حتى الصغار لاسباب مختلفة بالإضافة الى انه ذكر في dsm ان الإنهيار الكلي يصيب النساء ما بين 10 بالمئة الى 25 و الرجال ما بين 5 الى 12 بالمئة .

1- تاريخ الإكتئاب :

الإكتئاب مستخلص من الميلانخوليا *Mélancolie* و يعتبر الإكتئاب من خلال التحديد الذي وضع له و استقر عليه سنة 1830م بانه الهذيان الجزئي او الألم النفسي .

كما يتضح الاهتمام بالإكتئاب منذ القدم 1500 سنة قبل الميلاد ثم العثور على كتابات ل "ادوين سميث *edwin smith*" في مصر تم فيها وصف العلاقات الترابطية بين الدماغ و الوظائف النفسية .

في اليونان القديمة هم اول من فصلوا الطب عن السحر من بينهم فيتاغورس 5800 الذي وجد نظرية العناصر الاربعة المكونة لجسم الانسان "الارض, النار, الماء, و الهواء " .

هيبوقراط 500 ق.م اعيد احياء مفهوم العناصر الاربعة و التي ترتبط بابع مميزات هي "الحرارة, البرودة, الجفاف, و الماء " و التي تقابلها اربعة امزجة وهي "الدموي و بلغمي و سوداوي و صفراوي " وقد وضع تصنيفا لمختلف الاضطرابات العقلية والتي تتكون من "الهوس السوداوي, البرانويا و الصرع " و ربطها مع مختلف الامزجة البلغمي و صفراوي و سوداوي, بالاضافة الى انه الاصابة العضوية تؤثر على الوظائف البيوكيميائية وبدورها تعكس على السلوكات العاطفية و من هاذو الانطلاق تم العمل على التعديل البيوكيميائي بشكل اصطناعي لتعديل المزاج, كما ان هيبوقراط وصف الاكتئاب بالميلانخوليا او النقطة السوداء .

في القرن التاسع عشر نجد "ايميل كرابلين *Emil kraplin*" طبيب عقلي الماني وضع اول تصنيف للامراض العقلية حول دراسة للاكتئاب و الجنون المبكر و عندها وصف الجمع بين الاكتئاب و الهوس, تحت اسم الهوس الاكتئابي, هذا العالم ينطلق من فكرة ان مدخل الهوس الاكتئابي تتكون من ثلاث انماط من الاضطرابات الاساسية, اضطراب المزاج, ركود الارادة, الافراط في تعظيم المزاج .

اما بالنسبة للطب العربي الاسلامي نجد كتابات و نظريات اعطت خصوصيات مميزة في وصف الاكتئاب, كما اشار الباحث حمودة بن مبروك شمس الدين حيث قام هذا الاخير بتحليل محتوى كتاب ميلانخوليا ل "ابن ابي صعيبه المكلف " حيث صنفها الى اشكال :

- الشكل الذي يصيب الدماغ بشكل مباشر .
- الشكل الذي يصيب كل الجسم و يصعد الى الدماغ .

- الشكل التوهمي المرضي .

هذه المعطيات تعكس ان الاكتئاب ظاهرة انسانية و تعكس الوحدة في التشخيص و التي كانت موجودة في كل الحضارات الانسانية, و تعكس ايضا رؤية كل ثقافة في التشخيص و العلاج تكون مقتصرة على منظومة ثقافية مختلفة عن الاخرى و لكن تقصد من كل ذلك معاناة الانسان و كيف يعبر عنها, وهذا يعكس التنوع و الثراء في فهم الظاهرة المرضية. ( Albert d,1964, p229 )

#### 2- مفهوم الإكتئاب :

##### أ- المفهوم اللغوي :

هو مصطلح مستمد من كلمة الكأبة,سوء الحال,و الانكسار و الحزن و تغير النفس من شدة الهم و الحزن و رماد مكتئب اللون اذا ضرب الى السواد كما يكون وجه المكتئب .

-اما في اللغة الفرنسية فالكلمة مستمدة من الفعل Déprimer الكلمة اللاتينية التي تعني السقوط من الأعلى الى الأسفل, لتطور الى كلمة enfacement و التي تعني الهدم و التحطيم .

##### ب- المفهوم الطبي :

لابد من الاعتماد في هذا التعريف على مصدر رسمي ومخصص في الدراسة و المشرف بشكل رسمي على تتبع المرض من حيث التشخيص /العلاج و الانتشار و جملة الاعراض الغالبة في وصفه فقد اعتمدنا على المرجعين العالميين لوصف الاكتئاب وهما : الجمعية الامريكية للطب العقلي في المصنف الاحصائي وما يظهر عليها من اعراض تختلف في اشكالها و تكرارها و حدتها والذي يقترب بشكل كبير مع ما اعتمده المنظمة العالمية للصحة OMS في تصنيفها العالمي للامراض العقلية CIM 10 فان تعريف الاكتئاب يشمل مجموعة من الخصائص و التي تتشكل من الحدة و التكرارية في الاعراض, و تعرف لانواع الاكتئاب فيوجد "الاعراض التالية على الاقل, في فترة اسبوعين حيث تبدأ التغيرات بالنسبة للتوظيف الداخلي فوجود عرض واحد على الاقل من بين الاعراض المتمثلة في المزاج المكتئب, ثانيا فقدان الاهتمام و اللذة في الاشياء .

- المزاج الاكتئابي يكون تطبيقيا طول النهار و كل يوم .

- انخفاض واضح في الاهتمام بالاشياء و المرح لكل النشاطات كل يوم.

- فقدان الوزن مهم 5 بالمئة من الوزن في غياب اي حمية غذائية .
  - ارق او افراط في النوم كل تقريبا .
  - هيجا ناو بطئ حسي حركي كل يوم تقريبا .
  - تعب و فقدان الجهد كل يوم تقريبا .
  - عدم الشعور بقيمة الذات, و الشعور بالذنب في بعض الاحيان يكون هذياني تقريبا كل يوم .
  - انخفاض التفكير و التركيز وعدم القدرة على اتخاذ اقرار تقريبا كل يوم .
  - افكار الموت المتكررة, افكار انتحارية بدون محدد واضح, محاولات انتحار .
- وفق ما جاء في تصنيف DSM IV ان قسم الاضطرابات المزاج تضم مجموعة من الاعراض اين يكون الخاصة الاساسية هي الاضطرابات المزاج و قد تم تقسيم هذا القسم الى 4 اقسام :
- القسم الاول : يصف المراحل المزاجية تتكون من فترة الاكتئاب الكبرى و الفترة المختلطة و الفترة الهوسية و الفترة الهوسية الخفيفة .
- لان الاعراض تظهر واضحة و تيسر عملية التشخيص .
- القسم الثاني :اضطرابات المزاج وتضم عدة انواع كالتالي : "الاضطرابات المزاجية الكبرى,الفترة المزاجية, الاكتئاب الغير مميز .
- القسم الثالث:الاضطراب ثنائي القطبtrouble biopolaire,الاضطراب المزاج الدوري:اضطراب ثنائي القطب الغير مميز " .
- القسم الرابع : اضطرابات المزاج ذات صلة باصابات طبية عامة .
- اما بالنسبة الى المنظمة العالمية للصحة قد تتصف CIM
- وفق ما جاء من الفصل الخامس "الاضطرابات العقلية, اضطرابات السلوك, واضطرابات النمو " فقد جاءت مغايرة عن ما جاء في التصنيف 09CIM ففي هذا الاخير تم الاعتماد الاكتئاب كعامل مهيم, بينما في CIM 10 ففي هذا الاخير تم اعتماد الاكتئاب كعامل مهيم,بينما في CIM 10 فان الاضطرابات التي تميز اساسا باصابة المزاج او العاطفة فقد تم حصرها في مجموعة واحدة في فصل واحد يسمى " اضطرابات المزاج"وقد بينت المنظمة العالمية للصحة ان العلاقات بين الاسباب و



الاعراض، والسيرورات البيوكيميائية القاعدية، الاستجابة للعلاج و تطور اضطرابات المزاج ليست كافية ومعرفة الحل و التوصل الى تصنيف يصبح مقبولا عالميا دون ضيق . بينت المنظمة العالمية للصحة الاسباب و الاعراض و ركزت على الجانب العضوي مدى استجابة للعلاج من طرف المرضى و حرص المنظمة على البحث في تطور المرض و العمل على وضع تصنيف يكون مقبولا عالميا .

(Jean d, 1996,p126)

### 3-أنواع الإكتئاب :

يرى " اوبرليدر " ان انواع الاكتئاب كثيرة بحيث انها تماثل عدد البشر وتتشرك جميعها في انها تجعل الشخص بعيدا عن العالم.

ويعتقد "لويس levis" بان الاكتئاب مرض واحد, يزخر بأعراض مختلفة تتباين كما وليس كيف, ولا يوجد ما يسمى بالاكتئاب النفسي العصبي الخارجي مستقلا عن الاكتئاب العقلي الذهاني الداخلي, والفارق الوحيد بينهما هو تعقيد و شدة الاعراض الاكلينيكية

وهناك من يصنفه الى نوعين فقط هما :

- الاكتئاب الداخلي أو العقلي أو الذهاني Psychotic depression: وينتج عن سبب عقلي خالص وليس له سبب شعوري او غير شعوري, لكنه يرجع الى اضطراب في الجهاز العصبي المركزي .

- الاكتئاب الخارجي أو النفسي أو العصبي Neuvrotic depression: يرجع الى عوامل فردية لا شعورية يحس فيها المريض بالحزن والاسى دون ان يدري مصدر احساسه الحقيقي ويصيب المرء كرد فعل لظروف خارجية.

ويرى البعض ان الفرق بين النوع الاول والثاني هو فرق في الدرجة يصل في الاكتئاب الذهاني داخلي المنشأ الى حد اساءة المريض تفسير الواقع والتوهم والهذيان اما في الاكتئاب العصبي فيكون مصحوبا باعراض عصابية كالقلق, وتزداد حالات الانتحار في الاكتئاب الذهاني .

وهناك من يقسمه الى ثلاثة انواع مثل الخولي الذي يضيف الى التصنيف الثنائي نوعا ثالثا:

- الاكتئاب التفاعلي : ويعتبر رد فعل للظروف الخارجية مثل موت عزيز أو فقدان أو ثروة أو تهديد بفضيحة وهو نتيجة سيكولوجية طبيعية لمنطقية للظروف المسببة له وهو قصير المدى .

ويرى "برودي Brodie" بأنه إذا كان هناك مقياس للاكتئاب فإنه في بدايته يقع ما يعرف بالاتي :

- الاكتئاب الاساسي : ويقترن فيه المزاج بشذوذ كيميائي .
- الاكتئاب المضاعف : وهو مزمن يحدث فيه فترات من الاكتئاب الحاد.
- الاكتئاب المتخفي : و يصيب 40 بالمئة من مدمني الخمر في الولايات المتحدة

وهناك من يقسم السلوك الإكتئابي من حيث الشدة الى :

- الإكتئاب البسيط : يظهر المصاب فيه عزوفا عن الحياة ويبدو في شكل شعور الاجهاد وثبوت في الهزيمة, والشعور بعدم اللذة في الحياة, وقد ينجح اصدقاء المريض في انتشاله من كربه وقد لا ينجحون, ويعتبر البعض هذا النوع من الاكتئاب نوعا من الشعور بالاجهاد و الملل.
- الإكتئاب الحاد: يظهر المصاب ابدا ذهنيا وحركيا وواجاعه متوهمة يشعر بموجة من الحزن والانقباض و الرغبة في البكاء ويفقد السيطرة على نفسه ويصعب عليه كبح موجة الاكتئاب, وتعتبر فترات يفقد فيها ذاكرته ويصعب عليه ادراك ما حوله ويصبح متبلدا ذهنيا, ويبدو وكأنه يعاني كابوسا بغيظا, ويعبر المريض عن الشعور بالذنب ويصعب انتشاله من كربه .
- الاكتئاب الذهولي : لا يتجاوب المريض ولا يبدي حراكا وقد يهلوس وان لم يردعه احد مات جوعا وهو يمثل اقصى درجات الحدة .(الحفني.ع,س,1992,ص206)

ويتحدث علماء الطب العقلي عن انواع اخرى منها :

- الاكتئاب الراجع لعدة جسمانية : ويتحدث هذا النوع كما يرى wats نتيجة مرض او اصابة بالمخ وياتي مصاحبا لمرض عصبي معروف باسم باركينسون, ويعقب الاصابة بفيروس مثل الانفونزا او فيروس الكبد الوبائي ويحدث في التسمم من المعادن الثقيلة مثل الزئبق والرصاص وبسبب نقص عناصر الغذاء مثل مجموعة فيتامين b وقد تصاب به المرأة بعد الولادة و يحدث بسبب ادمان المخدرات و الخمر .
- الإكتئاب العنيد المقاوم للعلاج : ويسمى بالاكتئاب الاحادي القطب .

- الإكتئاب الهياجي : لا يستقر المريض في مكان واحد ويتحرك هنا و هناك متهما نفسه معبرا عن العجز و الضياع, يحتاج هؤلاء المرضى عناية .
- إكتئاب سن الياس :ويصيب الافراد غالبا في الاعمار المتوسطة و المتأخرة في الفترة ما بين 40 /55 سنة عند النساء و الرجال ما بين 50/65 سنة عند سن التقاعد.
- الإكتئاب الشرطي : ويرجع مصدره الاصلي الى خبرة جارحة ويعود الى الظهور بظهور وضع مشابه.
- الإكتئاب المزمن : وهو دائم وليس في مناسبة فقط.
- الاكتئاب القهري :يظهر على شخصية القهرية اذا حيل بينها و بين القيام بالاعمال الروتينية التي تقوم بها .
- الإكتئاب الخفي : ميل فطري للاكتئاب يتسم به الشخص, يتصف المصابون به ببلادة التفكير والحركة و التشاؤم ويشق عليهم اتخاذ قرار بسهولة و اذا بدؤوا شيئا لم يكملوه وتعوزوه الثقة بالنفس.
- الإكتئاب الدوري: ويتراوح مزاج المريض بين الاكتئاب و الانشراح, وقد تاتي نوبة الاكتاب مرة كل عدة اسابيع او شهور او سنوات يشعر خلالها انه متعب و بائس ويتجه باللوم على نفسه وينعزل, وتعتبر فترات الانشراح بمثابة دفاعات ضد الميل القوي و العميق للاكتئاب .
- الإكتئاب الفجائي : استجابات انفعالية وتخففي بسرعة, وترافق اصابات المخ التي في الفص الصدغي .
- الاكتئاب النفوري : المريض به يكره ان يذكر بمرضه ويغض بشدة كل عناية يلقاها بسببه .
- الإكتئاب بعد النوم : وهو حالة مؤقتة تعقب النوم .
- الإكتئاب الانفصالي : يعاني منه الاطفال الذي يفصلون عن امهاتهم مدة طويلة حيث تظهر عليهم الالم الفراق وبعد ثلاثة اشهر او نحو ذلك يكفون عن البكاء ولا يثيرهم الا مثير اقوى ويجلس هؤلاء الاطفال في شرود وقد اتسعت عيونهم وذهلوا عما حولهم, يشق على مخالطهم التخاطب و التبسط معهم, يصاب به الاطفال في الشن ما بين 6-8 اشهر ومن اعراضه فقدان الشهية للطعام و الاسهال وعدم النوم و يصاب به الاطفال الذين ينشؤون في ملاجئ و مؤسسات.

- **الدنف** : المرض الممثل وهو نمط الاكتئاب التفاعلي يلزم الطفل المحروم عاطفياً الى ان يؤدي به حيث يصاب بفقدان الشهية وينطفئ لونه ويظل كذلك حتى يموت .

(مرجع سابق, 1992, ص 207)

#### 4- أسباب الإكتئاب :

توجد عوامل كثيرة ترفع من احتمال وقوع في حالة اكتئاب كالدخول في سن الرشد بتحديات جديد والتعرض لمستوى عال من الاحداث الحياتية السلبية و الضغوط المالية و العائلية كذلك نماذج ال فكر السلبي التي تمثل اساس نظرية بيك حول الاكتئاب .

اثبتت الدراسات ام حدوث خلل في النواقل العصبية (المواد الكيميائية ) بالجهاز العصبي التي تقوم بنقل الاشارات العصبية من خلية الى اخرى مثل السيروتونين هذا الخلل هو المسؤول عن الاصابة بالاكتئاب النفسي كما اثبتت ان الدوية و العقاقير التي تعالج الاكتئاب تؤثر على الاستجابات العصبية لهذه المركبات وقد وجد ان هناك خلل في افراز بعض الهرمونات في مرض الاكتئاب وقد يؤدي الى اضطراب الخلايا العصبية التي تحتوي على مثيرات كيميائية .

#### 3-1 الأسباب الوراثية :

توضح الدراسات الحديثة ان العوامل الوراثية تلعب دوراً مؤثراً في الاصابة بالاضطرابات الوجدانية وتشير هذه الدراسات الى وجود جينات وراثية لها دور هام في الاصابة بالاكتئاب وقد وجد حوالي 50 بالمئة من حالات الاضطراب الوجداني ثنائي القطب, يكون فيها احد الوالدين مصاباً بالمرض نفسه, ويكون طفلها معرض للاصابة بنسبة 25 بالمئة الى 30 بالمئة اذا كان الوالدين مصابين بالمرض نفسه فنسبة اصابة طفلها ترتفع الى 60 بالمئة .

#### 3-2 الأسباب النفسية :

يركز زهران على الاسباب النفسية للاكتئاب و يعتبر ان العوامل الوراثية دورها ضئيل في حدوث الاكتئاب و من الاسباب النفسية نذكر:

- التوتر الانفعالي, الخبرات الاليمة .

- الحرمان النفسي و السائدة العاطفية .
- الصراعات اللاشعورية و التربية الخاطئة .
- الاحباط والفشل وخيبة الامل .
- الكبت والقلق .
- ضعف الانا الاعلى واتهام الذات .
- سوء التوافق ويكون شكل من اشكال الانسحاب .
- وجود الكره والعدوانية المتجهة نحو الذات .
- محاولات انتحارية .

يبدأ الاكتئاب بزيادة الحاجات النرجسية ولكن سرعان ما تنقلب هذه العدوانية ازاء الموضوعات المحيطة الى عدوانية ضد المريض و تظهر كراهية الذات في الصورة الشعور بالاثم اي يتقلب الانا الاعلى ضد الانا. (بن معزير ف, 2014, ص 17-18)

#### 5- تصنيف الإكتئاب حسب DSM 5:

- 1- اضطراب المزاج المتقلب المشوش :
  - A- انفجارات متكررة شديدة من الغضب تتجلى لفظيا ( مثل الاحتدام اللفظي) او سلوكيا ( مثل الاعتداء الجسدي على الاشخاص او الممتلكات ) و هي بشكل صارخ لا تقارن بالشدة او المدة للوضع او الاستفزاز .
  - B- نوبات الغضب لا تتفق مع المستوى التطوري .
  - C- تحدث نوبات الغضب في المتوسط ثلاث مرات او اكثر في الاسبوع .
  - D- يكون المزاج بين نوبات الغضب منفعلا غالبا باستمرار لمعظم اليوم, كل مرة تقريبا ويمكن ملاحظتها من قبل الاخرين ( مثلا الاباء , المعلمين , و الاقران ) .
  - E- تواجدت المعايير A-D لمدة 12 شهرا او اكثر طوال ذلك الوقت, لم يخل الفرد لتلاثة اشهر متتالية او اكثر من اعراض المعايير A-D.
  - F- معايير A-D موجودة في ما لا يقل عن اثنين من ثلاثة مواضع,(اي, في البيت, في المدرسة, مع الاقران ) و شديدة في واحدة منها على الاقل .
  - G- لا ينبغي ان يوضع التشخيص للمرة الاولى قبل سن 6 سنوات او بعد 18 عاما .

- H- بواطة التاريخ او المراقبة فالعمر عند بداية معايير E-A يكون قبل سن العشرة اعوام .
- I- لا تحصل فترة متميزة استمرت اكثر من يوم واحد و التي استوفيت خلالها معايير الاعراض, لنوبة هوس او تحت هوس باستثناء المدة .
- ملاحظة: ارتفاع المزاج الموافق للتطور , كما يحدث في سياق حدث ايجابي للغاية في سياق ترقبه, فينبغي الا يعتبر عرضا من اعراض الهوس او تحت الهوس.
- J- لا تحدث السلوكيات حصرا اثناء النوبة من اضطراب اكتئابي جسيم ولا تفسر بشكل افضل من خلال اضطراب عقلي اخر (مثل اضطراب طيف التوحد و اضطراب الكرب ما بعد الصدمة, و القلق الانفصالي, الاضطراب الاكتئابي المستمر , سوء المزاج).
- ملاحظة: هذا التشخيص ال يمكن أن يتواجد مع اضطراب التحدي المعارض، الاضطراب الانفجاري المتقطع، أو الاضطراب الثنائي القطب، على الرغم من أنه يمكن أن يتواجد مع اضطرابات أخرى، بما في ذلك الاضطراب الاكتئابي الجسيم، اضطراب نقص الانتباه/فرط الحركة، اضطراب المسلك، واضطرابات استعمال المواد.
- الافراد الذين يستوفون كلاً من معايير اضطراب المزاج المتقلب المشوش واضطراب التحدي المعارض فينبغي وضع تشخيص اضطراب المزاج المتقلب المشوش فقط .
- إذا كان الفرد قد اختبر في أي وقت مضى نوبة هوس أو تحت هوس، فتشخيص اضطراب المزاج المتقلب المشوش يجب ألا يوضع.
- K- لا تعزى الاعراض الى التأثيرات الفيزيولوجية لمادة او لحالة طبية او عصبية .

## 2- الاضطراب الاكتئابي الجسيم :

معايير التشخيص :

- A- تواجد خمسة او اكثر للاعراض التالية لنفس اسبوعين, والتي تمثل تغييرا عن الاداء الوظيفي السابق على الاقل احد الاعراض يجب ان يكون اما (1) مزاج منخفض او (2) فقد الاهتمام او المتعة .

ملاحظة : لاتضمن الاعراض التي تعزى بصورة جلية طبية لحالة اخرى .

- (1) مزاج منخفض معظم اليوم، كل يوم تقريبا، ويعبر عنه اما ذاتيا (مثل الشعور بالحزن او الفراغ او الياس، او يلاحظ من قبل الاخرين (مثل ان يبدو دامعا). يمكن ان يكون عند الاطفال او المواهقين مزاج مثار.
- (2) انخفاض واضح في الاهتمام و الاستمتاع في كل الانشطة او معظمها وذلك معظم اليوم في كل يوم تقريبا (ويستدل على ذلك بالتعبير الشخصي او ملاحظة الاخرين).
- (3) فقدان وزن بارز بغياب الحمية عن الطعام، او كسب الوزن (مثل تغير في الوزن ب 5 بالمئة في الشهر) او فقدان الشهية او زيادتها كل يوم تقريبا .

ملاحظة : ضع في الحسبان الاخفاق في كسب الوزن المتوقع عند الاطفال .

- (4) ارق او فرط نوم كل يوم تقريبا .
- (5) هياج نفسي حركي او خمول، كل يوم تقريبا (ملاحظة من قبل الاخرين، وليس مجرد احساس شخصية بالتملم او البطئ).
- (6) تعب او فقد الطاقة كل يوم تقريبا .
- (7) احساس بانعدام القيمة و الشعور مفرط او غير مناسب بالذنب (والذي قد يكون توهميا ) .
- (8) انخفاض القدرة على التفكير او التركيز، او عدم الحسم كل يوم تقريبا (اما بالتعبير الشخصي او ملاحظة الاخرين).
- (9) افكار متكررة عن الموت (وليس الخوف من الموت فقط) او تفكير انتحاري متكرر دون خطة محددة او محاولة انتحار او خطة محددة للانتحار .

B-تسبب الاعراض اخفاضا واضحا في الاداء الاجتماعي او المهني او مجالات الاداء الهامة الاخرى .

C-لا تعزى الاعراض لتاثيرات فيزيولوجية لمادة (مثل سوء استعمال عقار او دواء )، او عن حالة طبية اخرى، المعايير A-C تشكل نوبة اكتئابية جسيمة .

ملاحظة : لاستجابة لخسارة كبيرة فقد عزيز، الانهيار المالي، الخسائر الناجمة عن الكوارث الطبيعية، مرض طبي خطير أو إعاقة) قد تتضمن مشاعر الحزن الشديد، واجترار الخسارة، وأرق، وفقدان الشهية، وفقدان الوزن حيث تتواجد هذه الاعراض في المعيار A ، والتي قد تشبه

نوبة اكتئاب. على الرغم من أن مثل هذه الأعراض قد تكون مفهومة أو تعتبر مناسبة للخسارة، فإن وجود نوبة اكتئاب بالإضافة إلى الاستجابة الطبيعية للخسارة الكبيرة يجب ان يأخذ بعين الاعتبار هذا القرار يتطلب حتما الخبرة السريرية للمحاكمة المبنية على تاريخ الفرد و المعايير الثقافية للتعبير عن الكرب في سياق الخسارة .

#### اجراءات الترميز و التسجيل :

يستند الرمز التشخيصي للاضطراب الاكتئابي الجسيم على ما اذا كان نوبة مفردة، او متكررة والشدة الحالية وجود مظاهر ذهانية، ووضع الهداة. يشار الى الشدة الحالية و المظاهر الذهانية فقد اذا تم حاليا استثناء المعايير الكاملة لنوبة الاكتئاب الجسيم ولا يشار الى محددات الهداة الا اذا لم تستوفي المعايير الكاملة حاليا لنوبة الاكتئاب الجسيم .

#### الرموز كما يلي :

| محددات الشدة/السير | نوبة مفردة | نوبة متكررة |
|--------------------|------------|-------------|
| خفيف               | (f32.0)    | (f33.0)     |
| متوسط              | (f32.1)    | (f33.1)     |
| شديد               | (f32.2)    | (f33.2)     |
| مع مظاهر ذهانية    | (f32.3)    | (f33.3)     |
| في هداة جزئية      | (f32.4)    | (f33.4)     |
| في هداة كاملة      | (f32.5)    | (f33.5)     |
| غير محدد           | (f32.9)    | (f33.9)     |

\*لاعتبار النوب متكررة فيجب وجود شهرين متتاليين بين نوبتين على الاقل، حيث لم تستوفي المعايير لنوبة اكتئاب جسيمة، ان تعريفات المحددات يوجد على الصفحات المعينة.



\* \* إذا تواجدت المظاهر الذهانية "فالرمز مع مظاهر ذهانية" لا علاقة له بشدة النوبة .

في تسجيل اسم تشخيص يجب سرد المصطلحات بالترتيب التالي (اضطراب اكتئابي جسيم,نوبة مفردة او متكررة,محددات الشدة, الذهان,الهدأة,تليها العديد من المحددات التالية من دون رموز كما تنطبق على النوبة الحالية او الاقرب .

حدد:

مع انزعاج قلقي

مع مظاهر مختلطة

مع دوران سريع

مع مظاهر سوداوية

مع مظاهر اللانموذجية

مع مظاهر ذهانية منسجمة مع المزاج

مع مظاهر ذهانية غير منسجمة مع المزاج

مع كاتاتونيا, الترميز:استخدام رمزا اضافيا, f06.1

مع بدء حول الولادة

مع النمط الفصلي (للنوب المتكررة فقط)

(1) عند التمييز الحداد من نوبة اكتئاب جسيمة,فمن المفيد ان نعتبر انه في الحداد فالمشاعر المسيطرة هي الفراغ و الخسارة بينما في نوبة الاكتئاب الجسيم يهيمن المزاج المكتئب المستمر وعدم القدرة على تأمل السعادة و المتعة و الارجح ان الانزعاج في الحداد يميل لانخفاض في الشدة على مدى ايام الاسابيع ويحدث على شكل موجات,ما يسمى وخزات الحداد,ترتبط هذه الموجات عادة مع افكار او ما يذكر بالراحل .المزاج المكتئب في نوبة الاكتئاب الجسيم هو اكثر ثباتا وغير مرتبط بافكار او اهتمامات .

الم الحداد تصحبه المشاعر الايجابية وروح الداعية و التي لا تميز التعاسة و البؤس المتقشي والذي يميز نوبة الاكتئاب الجسيمة .محتويات التفكير المرتبطة بالحداد تميز عموما بالانشغال بالافكار و الذكريات عن الراحل بينما في نوبة الاكتئاب الجسيمة تجر الافكار المتشائمة و النافذة للذات, في الحداد يحافظ على تقييم الذات عادة بينما في نوبة الاكتئاب الجسيم فمشاعر التقاهة و النفور من النفس الشائعة اذا وجد التفكير الذي يحط من قيمة النفس في الحداد فانه عادة ينطوي على المشاعر مماثلة للمتوفي (على سبيل المثال عدم الزيارة المتكررة بما فيه الكفاية, لم يخبر الراحل كم كان محبوبا له او لها ) اذا كان الفرد المتجعج يفكر بالموت فتركز مثل هذه الافكار عموما على الراحل وربما عن الانضمام للراحل على حين انه في نوبة الاكتئاب الجسيمة تركز مثل هذه الافكار على انتهاء حياة المرء الخاصة بسبب الشعور بانعدام القيمة وعدم استحقاق او عدم القدرة على التعامل مع الم الاكتئاب .

### 3- اضطراب اكتئابي مستمر (سوء المزاج):

معايير التشخيص :

يعتبر الاضطراب دمجا للاضطرابا الاكتئابي الجسيم المزمن حسب الدليل الرابع للاضطراب سوء المزاج .

A مزاج منخفض معظم اليوم اكثر الايام,اكثر الايام لمدة سنتين على الاقل, كما يستدل اما بالوصف الذاتي او ملاحظة الاخرين .

B وجود اثنين او اكثر مما يلي اثناء انخفاض المزاج :

1- ضعف شهية او زيادة في الاكل .

2- ارق او فرط نوم.

3- انخفاض الشعور بقيمة الذات .

4- انخفاض الطاقة او التعب.

5- مشاعر انعدام الامل ( اللاجدوى ).

C لم يخل الشخص أثناء فترة سنتي الإضطراب (سنة واحدة بالنسبة للأطفال والمراهقين) أبدا من الأعراض المدرجة في المعيارين A - B لمدة تزيد عن شهرين متواصلين .

D معايير نوبة اكتئابية جسيمة قد تتواجد باستمرار خلال العامين .

E لم توجد أبدا نوبة هوسية، كما لم تتحقق أبدا معايير اضطراب المزاج الدوري .

F لا يفسر الاضطراب بشكل افضل بوجود مستمر للفصام الوجداني، الفصام او الاضطراب التوهمي، بغيرها من اضطرابات طيف الفصام محددة و غير محددة، و الاضطرابات الذهانية الاخرى .

G لا تتجم الاعراض عن تاثيرات فيزيولوجية مباشرة لمدة (مثل سوء استخدام عقار، او تناول دواء)، او طبية اخرى (مثل قصور الدرق) .

H تسبب الاعراض انخافاضا واضحا في الاداء الاجتماعي او المهني او مجالات الاداء الهامة الاخرى.

**ملاحظة:** لان معايير نوبة الاكتئاب الجسمية تضم 4 اعراض غائبة من قائمة الاعراض للاضطراب الاكتئابي المستمر، فعدد محدود جدا من الافراد سيكون لهم اعراض اكتئابية استمرت لفترة اكثر من سنتين لكنهم لم يستوفوا اعراض الاكتئاب المستمر. اذا اكتملت المعايير الاضطراب الاكتئاب الجسيم في نقطة معينة خلال النوبة الحالية، فيجب ان يوضع تشخيص الاضطراب الاكتئاب الجسيم و الا فتشخيص او الاضطرابات الاكتئابية الاخرى المحددة فيجب اخذها بالحسبان .

حدد اذا كان :

مع انزعاج قلقي .

مع مظاهر مختلطة .

مع مظاهر لانموذجية .

مع مظاهر سودوية .

مع مظاهر ذهانية منسجمة مع المزاج.

مع مظاهر ذهانية غير منسجمة مع المزاج .

## الفصل الثالث

### الاكتئاب

مع بدء حول الولادة.

حدد اذا كان

في هدأة جزئية.

في هدأ كاملة .

بدء مبكر : اذا كان البدء قبل عمر 21 سنة .

بدء متأخر : اذا بدء في عمر 21 سنة او اكثر .

حدد (لأجل اخر سنتين لاضطرابات سوء المزاج) :

مع متلازمة سوء المزاج الخالصة : معايير كاملة لنوبة الاكتئاب الجسيم لم تستوف خلال سنتين سابقتين على الاقل .

مع نوبة اكتئاب جسيم مستمرة : المعايير الكاملة لنوبة الاكتئاب الجسيم استوفيت خلال السنتين السابقتين على الاقل .

مع نوبة اكتئاب جسيمة متقطعة,مع نوبة حالية :استوفيت معايير كاملة نوبة حالية,ولكن وجدت فترات تستمر 8 اسابيع على الاقل, خلال السنتين الماضيتين حيث تواجدت اعراض دون عتبة المعايير الكاملة للنوبة الاكتئابية الجسيمة .

مع نوبة اكتئابية متقطعة,دون نوبة حالية : لا توجد المعايير الكاملة لنوبة حالية من نوب الاكتئاب الجسيم,و لكن وجدت نوبة او اكثر من الاكتئاب الجسيم خلال السنتين الماضيتين.

حدد الشدة الحالية :

خفيفة .

متوسطة .

شديدة .

4- اضطراب سوء المزاج ما قبل الطمث :

A في معظم دورات الطمث يجب ان تتواجد خمسة اعراض على الاقل في الاسبوع الاخير قبل بداية الطمث,وتبدأ بالتحسن خلال بضعة ايام بعد ظهور الطمث,وتصبح اقل ما يمكن او قد تغيب في الاسبوع التالي للطمث .

B واحد او اكثر من الاعراض التالية يجب ان يكون موجودا :

1- عدم استقرار انفعالي واضح (على سبيل المثال,تقلبات المزاج,الشعور المفاجئ بالحزن و البكاء اوزيادة الحساسية للرفض).

2- تملل او غضب ملحوظ او زيادة الخلافات الشخصية.

3- مزاج مكتئب ملحوظ, الشعور بالياء ساو الافكار عن الانتقاص من الذات . .

4- قلق و توتر ملحوظ او مشاعر بكونها مقيدة او على الحافة .

C واحد او اكثر من الاعراض التالية يجب ان تتواجد حاليا بالاضافة الى ما سبق لتصل الى ما مجموعة خمسة اعراض عندما تجمع الاعراض من المعيار B اعلاه .

1- تندي الاهتمام بالانشطة المعتادة (على سبيل المثال, العمل الدرسه,الاصدقاء, الهوايات ) .

2- صعوبة شخصية في التركيز .

3- الخمول,وسهولة التعب, او افتقاد ملحوظ للطاقة .

4- تغيير ملاحظ في الشهية, افراط او شهوة تناول نوع محدد من الطعام .

5- فرط النوم او الارق .

6- شعور بالارتباك او بالخروج عن نطاق السيطرة .

7- الاعراض الجسدية مثل الجسدية مثل توتر او تورم الثدي و الام المفاصل او العضلات, و الاحساس بالانتفاخ او زيادة الوزن .

ملاحظة : الاعراض في معايير A-C يجب ان تكون قد استوفيت لمعظم دورات الطمث التي حصلت في العام السابق .

D تترافق الاعراض مع انخفاض سريري واضح او تتداخل مع العمل او المدرسة و النشاطات الاجتماعية الاعتيادية, او العلاقات مع الاخرين ( مثلا تجنب النشاطات الاجتماعية, تدني الانتاجية و الفعالية في العمل المدرسة او في المنزل ).

E الاضطراب ليس مجرد تقاوم اعراض اضطراب اخر مثل الاضطراب الاكتئابي الجسيم, اضطراب الهلع, الاضطراب الاكتئابي المستمر, او اضطراب في الشخصية (على الرغم من انه قد يحدث بشكل مشترك معاي من هذه الاضطرابات )

F المعيار A يجب ان يتم تاييده بالتقييمات اليومية خلال اثنين على الاقل من الدورات الطمثية ذات الاعراض, (ملاحظة : يمكن وضع هذا التشخيص مؤقتا قبل هذا التاكيد)

G الاعراض لا يعزى الى التأثيرات الفيزيولوجية لمادة (اساءة استعمال مادة او الدواء او علاجات اخرى ) او حالة طبية اخرى ( مثلا فرط نشاط الدرق)

5- الاضطراب الاكتئابي المحدد بمادة دواء :

A اضطراب بارز و مستمر في المزاج والذي يهيمن على الصورة السريرية و يتميز بمزاج منخفض او انخفاض الاهتمام او المتعة في كل او تقريبا كل الانشطة

B هناك ادلة من التاريخ و الفحص الجسدي او النتائج المخبرية على وجود كلا من 1 او 2.

1- تطورت الاعراض في المعيار A خلال او حالا عقب الانسمام بمادة او دواء او بعد التعرض لعقار ما .

2- المادة, الدواء المتهمة قادرة على اعطاء الاعراض في المعيار A .

C لا يفسر الاضطراب بشكل افضل من خلال اضطراب اكتئابي غير ناتج عن مادة, دواء مثل هذه الادلة على وجود الاضطراب الاكتئابي المستقل يمكن ان تتضمن ما يلي:

الاعراض تسبق بدء استخدام المادة/الدواء تستمر الاعراض لفترة مهمة من الزمن (مثال حوالي شهر ) بعد انتهاء السحب الحاد او الانسحاب الشديد ا وان هناك دليلا اخر يقترح وجود اضطراب اكتئابي مستقل ليس محدثا بمادة /دواء (مثل قصة نوبات معاودة غير معاودة ذات صلة بالمواد).

D لا يحدث الاضطراب حصرا خلال مسار حالة الهذيان .

E يسبب الاضطراب تدنيا او احباطا ملحوظين في مجالات الاداء الاجتماعية و المهنية او مجالات الاداء المهمة الاخرى .

ملاحظة : يجب وضع هذا التشخيص عوضا عن تشخيص الانسحاب بمادة او السحب من مادة فقط عندما تهيمن الاعراض في المعيار A على الصورة السريرية, وعندما تكون من الشدة بمكان بحيث تستجاب الاهتمام السريري .

ملاحظة للترميز : ان رموز ICD-10-CM للاضطرابات الاكتئابية المحدثة ب"مادة محددة/دواء) موجودة في الجدول ادناه, لاحظ ان رمز CD -10-CM اعتمد على تواجد او غياب المراضنة المشتركة لاضطراب استعمال مادة ما لنفس الفئة من المواد, اذا وجد اطراب استعمال مادة خفيف مع اضطراب اكتئابي محدث بمادة فرقم المكان الرابع هو (1) ويجب على الطبيب تسجيل اضطراب استعمال مادة خفيف قبل الاضطراب الاكتئابي المحدث بمادة (على سبيل المثال اضطراب استعمال الكوكايين الخفيف مع اضطراب اكتئابي محدث بالكوكايين ), اذا وجد اضطراب استعمال مادة متوسط او شديد مع اضطراب اكتئابي محدث بمادة فرقم المكان الرابع هو 2 ويجب على الطبيب تسجيل اطراب استعمال مادة متوسط او اضطراب استعمال مادة شديد بالاعتماد على شدة اطراب استعمال المادة المرافق . اذا لم يوجد اضطراب استعمال المادة مرافق (مثلا بعد استعمال كثيف للمادة لمرّة واحدة ) فالرقم في المكان الرابع هو 9 ويجب على الطبيب تسجيل اضطراب اكتئابي محدث بمادة فقط.

| ICD -10-CM                   |                        |                                 |                    |
|------------------------------|------------------------|---------------------------------|--------------------|
|                              | مع اضطراب استعمال خفيف | مع اضطراب استعمال متوسط او شديد | دون اضطراب استعمال |
| الكحول                       | F10.14                 | F10.24                          | F10.94             |
| فينسيكليدين                  | F16.14                 | F16.24                          | F16.94             |
| المهلوسات الاخرى             | F16.14                 | F16.24                          | F16.94             |
| المستنشقات                   | F18.14                 | F18.24                          | F18.94             |
| الافيونات                    | F11.14                 | F11.24                          | F11.94             |
| المهدئات,منومات,مزيلات القلق | F13.14                 | F13.24                          | F13.94             |
| امفيتامين                    | F15.14                 | F15.24                          | F15.94             |
| كوكايين                      | f14.14                 | F14.24                          | F14.94             |
| مادة اخرى او غير معروفة      | F19.14                 | F19.24                          | 19.94              |

تحديد اذا كان (انظر الجدول 1 في فصل اضطرابات متعلقة لمادة و الادمانية للتشخيصات المرتبطة بصنف مادة ما)

مع بداية اثناء انسمام :اذا تم استيفاء معايير الانسمام بمادة ما و تطورت الاعراض خلال انسمام .

مع بداية اثناء السحب : اذا تم استيفاء معايير السحب من المادة و تطورت الاعراض خلال او بعد فترة وجيزة من السحب .

6- اضطراب اكتئابي بسبب حالة طبية اخرى :

معايير التشخيص:

A- اضطراب بارز ومستمر في المزاج والذي يهيمن على الصورة السريرية و يتميز بمزاج منخفض او

انخفاض الاهتمام او المتعة في كل وقت تقريبا كل الانشطة.



B- هناك ادلة من التاريخ، والفحص الجسدي، او من النتائج المخبرية ان الاضطراب هو نتيجة فيزيولوجية مرضية مباشرة لحالة طبية اخرى.

C- لا يفسر الاضطراب بشكل افضل من خلال اضطراب عقلي اخر (اضطرابا التاقلم مع اعراض اكتئابية حيث عامل الشدة هو حالة طبية اخيرة )

D- لا يحدث الاضطراب حصرا اثناء سير هذيان .

E- يسبب الاضطراب تنديا او احباطا ملحوظين في مجالات الاداء الاجتماعية و المهنية او مجالات الاداء المهمة الاخرى.

ملاحظة للترميز :ان رمز CD-10-CM يعتمد على محدد (انظر ادناه).

حدد ما اذا كان :

(F06-31) مع مظاهر اكتئاب :لم يتم الوفاء بالمعايير الكاملة لنوبة اكتئاب جسيمة .

(F06-36) مع نوبة شبيهة بنوبة اكتئاب جسيمة :يتم استيفاء كامل المعايير (باستثناء المعيار C) لنوبة اكتئاب جسيمة .

(F06.32) مع مظاهر مختلطة : اعراض الهوس او تحت الهوس موجودة ايضا ولكن لا تسود في الصورة السريرية .

ملاحظة الترميز : ضمن اسم الحالة الطبية الاخرى في اسم الاضطراب العقلي مثلا (F06-31) باضطراب اكتئابي بسبب نقص نشاط الدرق، مع اعراض اكتئابية، ينبغي ترميز الحالة الطبية الاخرى، ووضعها بشكل منفصل و مباشر قبل الاضطراب الاكتئابي بسبب جالة طبية مثلا (E03-9) نقص نشاط الدرق، (F06-31) اضطراب اكتئابي بسبب نقص النشاط الدرق مع اعراض اكتئابية .

7- اضطراب اكتئابي محدد اخر :

ينطبق هذا التصنيف على الحالات التي تسيطر فيها الاعراض المميزة للاضطراب الاكتئابي و التي تسبب احباطا سريريا هاما او ضعفا في الاداء في المجالات الاجتماعية و المهنية او غيرها ولكن لا تفي بالمعايير الكاملة للتشخيص اي من الاضطرابات من فئة الاضطرابات الاكتئابية .

يتم استخدام فئة اضطراب اكتئابي محدد اخر في الحالات التي يختار فيها الطبيب الى ايصال سبب محدد, ان التظاهرات الحالية لا تلبى المعايير المحددة لتشخيص اي من الاضطرابات من فئة الاضطرابات الاكتئابية .

يتم ذلك من خلال تسجيل اضطراب اكتئابي محدد اخر تليها الاسباب المحددة (مثلا نوبة اكتئابية قصيرة الاجل).

امثلة من الحالات التي يمكن تطبيق "الاخرى محددة لتعيينها وتشمل مايلي :

1-الاكتئاب الوجيز المتكرر : الوجود المتزامن لمزاج المكتئب و اربعة اعراض اخرى من الاكتئاب على الاقل,لمدة تتراوح بي 2-13 يوم لمرة واحدة على الاقل شهريا (ولا علاقة له مع الدورة الشهرية ) لمدة 12شهر متتالية على الاقل في الفرد الذي لم تستوف قد معايير الاضطراب الاكتئابي او ثنائي القطب وحاليا لا يستوف المعايير الفعالة او المتبقية لاي اضطراب ذهاني,ولا يلبي معايير الاكتئاب الوجيز المتكرر .

2- نوبة اكتئابية مع عدم كفاية الاعراض : وجدان اكتئابي مع عرض واحد على الاقل من الثمانية اعراض لنوبة الاكتئاب الجسيم المترافقة باحباط سريري هام و الذي يستمر لفترة اسبوعين على الاقل في الفرد الذي لم يستوف قظ معايير الاضطراب الاكتئابي او ثنائي القطب و حاليا لا يستوفي المعايير الفعالة او المتبقية لاي اضطراب ذهاني,لا يلبي معايير القلق و الاكتئاب المختلط.

8- اضطراب اكتئابي غير محدد :

ينطبق هذا التصنيف على الحالات التي تسيطر فيها الاعراض المميزة للاضطراب الاكتئابي,والتي نسبب احباطا سريريا هاما او ضعفا في الاداء في المجالات الاجتماعية و المهنية,او غيرها ولكن لا تقى بالمعايير الكاملة لتشخيص اي من الاضطرابات من فئة الاضطرابات الاكتئابية .

يتم استخدام فئة اضطراب اكتئابي غير محدد في الحالات التي يختار فيها الطبيب عدم الايصال سبب محدد ان التظاهرات الحالية لا تلبى المعايير المحددة لتشخيص اي من الاضطرابات من فئة

الاضطرابات الاكتئابية و تتضمن الحالات التي لا تتوفر على المعلومات الكافية لوضع تشخيص اكثر تحديدا (اقسام الطوارئ مثلا) .

9-محددات الاضطرابات الاكتئابية :

1- مع انزعاج قلبي : تواجد اثنين على الاقل من الاعراض التالية من خلال معظم الايام للنوبة

الحاية او الاقرب للهوس, تحت الهوس الاكتئاب:

- الشعور بالتقييد او بالتوتر .
- صعوبة التركيز بسبب القلق .
- الخوف من ان اشياء مروعة قد تحدث .
- الشعور بان الفرد قد يفقد السيطرة على نفسه اونفسها .

تحديد الشدة الحالية :

- خفيف : اثنان من الاعراض .
- متوسط:ثلاثة من الاعراض.
- متوسط شديد :اربعة او خمسة اعراض.
- شديد : اربعة او خمسة اعراض مع هياج حركي.

ملاحظة : لوحظ الانزعاج القلبي بارزة لاطراب ثنائي القطب و الاضطراب الاكتئابي في كل من الرعاية الصحية الاولية وعيادات الصحة النفسية التخصصية وقد ارتبطت مستويات القلق العالية مع زيادة خطر الانتحار ومدة اطول منالمرض وزيادة احتمال عدم الاستجابة للعلاج ونتيجة ذلك فانه من المفيد سريريا التحديد وبدقة لوجود وشدة مستويات الانزعاج القلبي وذلك للتخطيط للعلاج ورصد الاستجابة .

2- مع مظاهر مختلطة:

A تواجد 3 على الاقل من اعراض الهوس /تحت الهوس خلال معظم ايام نوبة الاكتئاب الجسيمة .

- مزاج مرتفع ممتدد .تضخم تقدير الذات او عظمه.
- ثرثرة اكثر من المعتاد او ضغط لاستمرار في الكلام .
- تطاير الافكار او خبرة شخصية بتسابق الافكار .

- ازدياد النشاط الهادف (اما اجتماعيا , في العمل او في المدرسة,او جنسيا)
- الانغماس المفرط في نشاطات تحمل امكانية كبيرة لعواقب مؤلمة (مثل اسراف في عمليات شراء للملذات,او طيش جنسي او استثمارات حمقاء في مجال الاعمال ) .
- انخفاض الحاجة للنوم ( الشعور بالارتياح رغم النوم لاقل من فترة المعتادة و المتناقض مع الارق) .

B الاعراض المختلطة ملاحظة من قبل الاخرين و تمثل تغييرا عن سلوك الشخص المعتاد.

D الاعراض المختلطة لا تعزي الى الاثار الفيزيولوجية لمادة (مثال اساءة استعمال لمادة و الدواء و العلاجات الاخرى).

ملاحظة : لقد وجد ان المظاهر المختلطة المرافقة لنوبة اكتئابية جسيمة هي عامل خطر كبير لتطور اضطراب ثنائي القطب 1 او اضطراب ثنائي القطب 2 و نتيجة ذلك فان من المفيد سريريا ملاحظة وجود هذا المحدد وذلك للتخطيط للعلاج وصد الاستجابة .

3- مع المظاهر السوداوية :

A واحد مما يلي : يحدث اثناء الفترة الاشد من النوبة الحالية :

- 1- فقد المتعة في جميع الانشطة اومعظمها .
- 2- انعدام التفاعل مع المنبهات الممتعة عادة (لا يشعر بتحسن,ولو وقتي,عندا يحصل امر جيد).

B وجود ثلاثة او اكثر من التظاهرات التالية :

- 1- سوية مميزة من المزاج المنخفض تتميز باليا ساو الكابة العميقة /او النكد الشديد او ما يدعى المزاج الفارغ .
- 2- يزداد الاكتئاب سوءا بانتظام في الصباح.
- 3- ايستيقاظ صباحي مبكر (قبل الموعد المعتاد للاستيقاظ بساعتين على الاقل )
- 4- بطاءة نفسية حركية صريحة او هياج.
- 5- فقد شهية عصبي او فقد وزن ذو شان .
- 6- شعور مفرط بالذنب او شعور غير مناسب بالذنب .

ملاحظة : محدد مع مظاهر سوداوية يطبق في المرحلة الاشد من النوبة اذا وجدت هذه المظاهر شبه كامل لقدرات التمتع، وليس فقط انخفاض هذه القدرات وللتوجه لتقييم فقد التفاعل للمزاج هو انه حتى الاحداث المرغوبة بشدة لا ترتبط مع اشراق ملحوظ في المزاج .او ان المزاج لا يتحسن اطلاقا وان التحسن يكون جزئيا،(على سبيل المثال تصل الى 20 بالمئة من الطبيعي لدقائق فقط في كل مرة .النوعية المميزة من المزاج الذي هو سمة من محدد مع مظاهر سوداوية فيختبر كمختلف نوعيا عن ذلك الموجود خلال الفترة التي توجد فيها مظاهر سوداوية.

المزاج المكتتب الذي يوصف بانه فقط اكثر شدة واطول امداء،او الحاضر دون سبب لا يعتبر مميذا نوعيا .

التغيرا الحركية تكاد تكون موجودة دوما ويمكن ملاحظتها من قبل الاخرين.

المظاهر السوداوية لا تحمل سوي ميلا متواضعا للتكرار عبر النوب عند نفس الفرد فهي اكثر شيوعا في المرضى المقبولين في المستشفيات على عكس مرضى العيادات الخارجية الذي تحدث لهم نوب اكتئابية اكثر اعتدالا و اكثر احتمالا ان تحدث في الحالات المترافقة باعراض مترافقة باعراض ذهانية .

4- مع مظاهر لا نموذجية :

ينطبق هذا المحدد عندما تسيطر هذه المظاهر خلال معظم الايام للنوبة الاكتئابية الجسيمة الحالية او الاقرب .

A تفاعلية المزاج (اي يبتهج المزاج ردا على الاحداث الايجابية الفعلية او المحتملة )

B اثنين او اكثر من المظاهر التالية :

- زيادة كبيرة في الوزن او زيادة الشهية .
- فرط النوم .
- الشلل الرصاصي ( اي مشاعر ثقيلة رصاصية في الذراعين او الساقين).
- نمط طويل الامد من حساسية الرفض من قبل الاخرين (لا تقتصر على نوب اضطراب المزاج) الذي يؤدي الى تدن مهم اجتماعيا او مهنيا .

C لم يتم استقاء معايير "مع مظاهر سوداوية" او مع كاتونيا " خلال نفس النوبة .

ملاحظة : الاكتئاب اللانموذجي له اهمية تاريخية (اي لا نموذجي في تعارضه مع التظاهرات الاكتئاب الهياجية الكلاسيكية والتي كانت قاعدة عندما كان نادرا ما يهتم تشخيص الاكتئاب في العيادات الخارجية, ويكاد ينعدم عند المراهقين او عند البالغين الاصغر سنا ) واليوم لا يفيد المصطلح بحصوله ضمنا كنادر او غير معتاد كما قد يشير الاسم .تفاعل المزاج هو القدرة على الابتهاج عند حصول الاحداث الايجابية (على سبيل المثال زيارة من الاطفال, اطراءات من الاخرين ).حتى ان المزاج قد يصبح معتدلا (ليس حزينا) لفترات طويلة من الزمن طالما الظروف الخارجية مواتية,قد تتجلى زيادة الشهية بزيادة واضحة في تناول الطعام او زيادة الوزن,وقد يشمل فرط النوم اما تطاول فترات النوم الليلية او غفوات نهائية بحيث تبلغ فترة النوم 10 ساعات على الاقل يوميا (او ساعتين من زيادة عنه عندما لا يكون مكتئبا ).يتم تعريف الشلل الرصاصي بانه شعور ثقيل رصاصي او متثاقل في الذراعين او الساقين عادة,هذا الاحساس يوجد عموما لساعة على الاقل يوميا ولكن يستمر لعدة ساعات في كثير من الاحيان,خلافًا لغيرها من المظاهر اللانموذجية فالحساسية المرضية للرفض المفترض من قبل الاخرين هو سمة ذات بداية مبكرة و استمرت طوال معظم الحياة البالغة .حساسية الرفض تحدث على حد سواء عندما يكون الشخص مكتئبا او غير مكتئب,على الرغم من انه يمكن ان تتفاقم خلال فترات الاكتئاب .

#### 5- مع مظاهر ذهانية : اوهام او هلاوس موجودة

مع مظاهر ذهانية منسجمة مع المزاج : محتوى كل من الاوهام و الهلاوس يتسق مع موضوعات الاكتئاب النموذجية من عدم الكفاءة الشخصية, المرض, الذنب, العديمة او العقاب المستحق .

مع مظاهر ذهانية غير منسجمة مع المزاج : محتوى كل من الاوهام و الهلاوس لا يتسق مع موضوعات الاكتئاب النموذجية من عدم الكفاءة الشخصية,المرض,الذنب,العديمة او العقاب المستحق اوان المحتوى عبارة عن حليط من المواضيع المنسجمة وغير منسجمة مع المزاج .

مع كاتونيا : يمكن تطبيق هذا المحدد لنوبة من الاكتئاب في حالة مجود مظاهر كاتونيا خلال معظم النوبة ,انظر معايير الكاتونيا المرتبطة مع اضطرابات عقلي فصل "اضطراب طيف الفصام والاضطرابات الذهانية الاخرى" .

#### 6- مع بدء حول الولادة :

يمكن تطبيق هذا المحدد للنوبة الحالية للنوبة الحالية وإذا لم يصل استيفاء المعايير الكاملة لنوبة الاكتئاب الجسيم الحالية او الاقرب, عندما تكون البداية قد حصلت خلال الحمل او في الاسبوع الاربعة التالية للولادة .

ملاحظة : يمكن ان تكون بداية نوبة المزاج اثناء الحمل او بعد الولادة على الرغم من ان التقديرات تختلف وفقا لفترة المتابعة بعد الولادة, ما بين 3 و 2 بالمئة من النساء سوف يشهدن بداية نوبة اكتئاب جسيمة اثناء الحمل او بعد اسابيع او اشهر من الولادة, خمسين بالمئة من نوبات الاكتئاب الجسيمة لما بعد الولادة تبدا فعلا قبل الوضع, و بالتالي يشار الى هذه النوب مجتمعة باسم نوب حول الولادة النساء المصابات بنوبات الاكتئاب الجسيمة حول الولادة غالبا ما يكون لديهم قلق شديد يصل حتى نوبات الهلع, وقد اثبتت الدراسات ان المزاج واعراض القلق اثناء الحمل, فضلا عن الكآبة عند الولادة تزيد من خطر النوبة الاكتئابية الجسيمة بعد الولادة .

يمكن لنوبات المزاج مع بدء حول الولادة ان تتظاهر اما مع او دون مظاهر ذهانية (قتل الرضيع ) غالبا ما يترافق مع نوبات ذهانية بعد الولادة التي تتميز بهلاوس تأمر لقتل الرضيع او اوهام بكون الرضيع مسموما ولكن يمكن ان تحدث ايضا اعراض ذهانية شديدة بعد الولادة دون مثل هذه الاوهام او الهلاوس المحددة .

يظهر ان نوب المزاج بعد الولادة (الاكتئاب الجسيم او الهوس) مع مظاهر ذهانية تحدث بمعدل من 1/100 ولادة الى 1/1000 وربما تكون اكثر شيوعا عند الخروس (الولادة الاولى ) يزداد بشكل خاص خطر نوبات ذهان بعد الولادة مع المرأة التي حصل لها سابقا نوب مزاج بعد الولادة والخطورة مرتفعة ايضا بنسبة لاولئك السيدات اللاتي لديهن تاريخ مسبق من الاضطراب الاكتئابى او ثنائى القطب (وخاصة اضطراب ثنائى القطب 1) و اللاتي لديهن تاريخ عائلي من اضطرابات ثنائى القطب.

عندما يحدث للمرأة نوبة بعد الولادة مع مظاهر ذهانية, فالخطر من تكرار النوبة عقب الولادة يبلغ ما بين 30بالمئة و 50بالمئة يجب ان تفرق النوب بعد الولادة من الهذيان الحادث في فترة ما بعد الولادة, والذي يتميز بتذبذب مستوى الوعي او الانتباه,تعتبر فترة ما بعد الولادة فريدة من نوعها فيما يتعلق بدرجة التغيرات لمستويات الهرمونات العصبية و التأقلم النفسى الاجتماعى, و الاثر المحتمل للرضاعة الطبيعية

على الخطط العلاجية والاثار المترتبة على المدى الطويل من تاريخ اضطراب المزاج بعد الولادة على تنظيم الاسر لاحقا.

7- مع النمط الفصلي :

يمكن تطبيق هطذا المحدد على الاضطراب الاكتئابي الجسيم المتكرر .

A وجود علاقة زمنية منتظمة بين بدء نوبات اكتئابية جسيمة وبين وقت محدد من السنة (مثل الخريف او الشتاء).

ملاحظة: لا تدرج الحالات التي يكون فيها تأثير جلي للشدات النفسية الاجتماعية المرتبطة بالفصل (مثل البطالة بشكل منتظم في كل شتاء).

B تحدث ايضا هذات تامة (او تبدل من الاكتئاب الى الهوس او تحت الهوس ) في وقت محدد من السنة (يختفي الاكتئاب في الربيع مثلا).

C في السنتين الاخيرتين,حدثت نوبتان من الاكتئاب الجسيم اظهرتا العلاقات الفصلية الزمنية المعرفة اعلاه ولم تحدث نوبات من الاكتئاب الجسيم ذات نمط فصلي خلال نفس السنتين .

D تفوق النوب الاكتئابية الجسيمة الفصلية (كما وصفت اعلاه ) في عددها بشكل كبير النوبات المزاجية غير الفصلية التي يمكن ان تكون خلال حياة الفرد.

ملاحظة : هذا المحدد يمكن تطبيقه على نمط نوبات الاكتئاب الجسيمة في الاضطراب الاكتئابي الجسيم المتكرر .

الميزة الاساسية هي بداية و هذاة نوبات الاكتئاب الجسيمة في اوقات مميزة من السنة في معظم الحالات تبدأ النوب في الخريف او الشتاء و تهدأ في فصل الربيع بشكل اقل شيوعا قد يكون هناك نوبات اكتئاب متكررة صيفية . هذا النمط من بداية وهذاة النوب يجب ان تكون قد حدث خلال فترة لا تقل عن سنتين ولم تحدث نوبات من نفس القطب ذات نمط لا فصلي خلال نفس السنتين بلاضافة الى ذلك يجب ان تمون نوبات الاكتئاب الموسمية تفوق عددا بشكل كبير اي نوبات الاكتئاب لا فصلية على مدى عمر الفرد .



لا ينطبق هذا المحدد على تلك الحالات التي تفسر بشكل افضل,من خلال الضغوطات النفسية و الاجتماعية المرتبطة بالموسم (على سبيل المثال البطالة الموسمية او الجدول المدرسي), وغالبا ما تتميز نوبات الاكتئاب في تناول الكربوهيدرات ومن غير الواضح ما اذا كان النمط الفصلي اكثر احتمالا للتكرار في الاضطراب الاكتئابي .

في بعض الافراد بداية نوب الهوس او النوب تحت الهوس يمكن ايضا ان تكون بفصل معين .

يبدو ان انتشار نمط الاشتهاء من النمط الفصلي قد يختلف مع خط العرض و العمر و الجنس الانتشار يزيد مع خطوط العرض العليا . العمر يعد ايضا مؤشرا قويا الفصلية مع الاشخاص الاصغر سنا اكثر عرضة لنوبات الاكتئاب الشتاء .

8- تحديد الهدأة ما اذا كان :

في هدأة جزئية : اعراض النوبة السابقة من الاكتئاب الجسيم موجودة ولكن لم يتم استيفاء المعايير الكاملة, او تتواجد فترة اقل من شهرين من دون اي اعراض هامة من نوبة اكتئاب جسيمة بعد نهاية مثل هذه النوبة .

في هدأة كاملة : خلال الشهرين السابقين لا توجد علامات او اعراض مهمة للاضطراب .

9- تحديد الهدأة الحالية :

تستند الشدة على عدد الاعراض المعيارية وشدة تلك الاعراض ودرجة الاعاقة الوظيفية.

خفيف : ان وجدت فقليل من تلك الاعراض التي تتجاوز المعايير المطلوبة لاستيفاء معايير التشخيص وشدة الاعراض محبطة ولكن يمكن التحكم فيها,تؤدي الى تدن بسيط في الاداء الاجتماعي او المهني.

المتوسط : عدد الاعراض,شدة الاعراض, و /او تدني الوظيفي ما بين تلك المحددة ل "خفيف" و "شديد" .

شديد: ان عدد الاعراض اكبر بكثير من تلك المطلوبة لوضع التشخيص وشدة الاعراض محبطة بشكل وغير قابلة للتحكم فيها, و تتداخل الاعراض بشكل ملحوظ مع الاداء الاجتماعي والمهني .

( DSM-5.P74-90 )

### 5- نظريات تفسير الاكتئاب :

نظرا لانتشار هذا المرض في كل فئات العمر وامتداده غير العصور فق نال حظه من التفسير بهدف الوقوف على اسباب حدوثه, اشكاله انتشاره تشخيصه وتطوره وعلاجه, ونجد مختلف النظريات التي فسرت المرض تركز على الجانب البيولوجي العضوي او النفسي البيئي.

#### 1-5 النظرية العضوية :

تعتقد هذه النظرية منذ القدم ان سبب المرض هو زيادة في الاخلط التي ذكرها "هيبوقراط" منذ القدم حيث كان يعتقد انها سبب الامراض كلها, وانها مرضي جسمي كباقي الامراض الجسمية الاخرى وبعده جريزنجر و كرابلن .

كما جاء في النظرية الخصائص البيوكيميائية للحالات الاكتئابية و مؤخرا تم التركيز على التنقية الالكترونية البيوكيميائية للكشف عن السبب العضوي في الاصابة بالمرض وقد تم التركيز على الاضطراب البيوكيميائي من خلال :

9- الهدم المتعلق بالاحادية الامينات: الانظمة المينية الاحادية الطاقوية الاكثر اكتشافا كانت السيروتونين, نورادين, دوبامين, والاكثر اهمية الكولينارجيك, واستكشاف مسار سيروتونين من سابقه تريتوفان و تفاعلاته الهدمية الحمض الهيدروكسي و بالتالي تظهرالحالات الاكتئابية المنشأ و التي تتميز بما يلي انخفاض العلاقة بين تريتوفان و الانزيمات الاخرى في الدم.

10- النشاطات الانزيمية :وهي مرتبطة بالنشاط الحركي اي الكف عن الحركة التي يميز المكتئب الناتج عن اختلال في نقص الانزيمات المسؤولة عن الحركة, من خلال الكف الحسركي.

11- خاصية الاغشية لبعض الخلايا المحيطة .

12- الشريحة الدموية عموما, هذه الخلايا يمكن لها ان تحقق نموذج تقريبي لبعض المجموعات من النورونات "العصبونات " المركزية .

#### 2-5 النظريات السيكلوجية في تفسير الاكتئاب :

يعتبر فروبيد سيغموند ان هناك ارتباطا بين الحداد و السوداوية و الهوس الى حد انها يمكن تسجيلها في نسق واحد يحدد فروبيد هذا المعنى في كتابه الذي الفه سنة 1917 "علم ما وراء النفس" والذي ضمنه تحليلا عميقا لتلك العلاقة التي تربط وتفرق بين مفهوم الحداد والسوداوية اين يعتقد ان هناك تقاربا بين الحالتين السوداوية و عمل الحداد لان كلاهما يخضع لشروط وعوامل تساعد في ظهوره "الحداد هو رد فعل نتيجة فقدان شخص عزيز او موضوع له علاقة به،السوداوية تتميز من وجهة نظر نفسية باكتئاب وبمعاناة عميقة،اقصاء الاهتمام بالعالم الخارجي،فقدان القدرة على الحب واحتقار الذات .

كما تحدث ايضا عن الهذيان النفسي البسيط والذي يذهب الى غاية اخفاق النزوة التي تعارض كل شئ للتمسك بالحياة .

اما كارل ابراهام منذ 1911 تحدث عن الاكتئاب على انه قطيعة من التوازن بين النشاطات الليبيدية و النشاطات العدوانية،القلق القديم يظهر كرد فعل اما الخطر النزوي ويكون بحث الانا عن حلول البقاء بينما في الاكتئاب يكون الانا مشلولا غير نزوي ويكون بحث الانا عن حلول البقاء بينما الاكتئاب يكون الانا مشلولا غير قادر على ايجاد حلول لوحده من اجل البقاء , ف ايريك جاك اوبسون مثل ابراهام ركز على خيبة الامل الاوديبيية كاملة تقوي وتدعم مضاعر الفشل التتاسلي،دائما تكون متطورة عند الفرد المكتئب لقد حدد كارل ابراهام سنة 1912 م وفق ما تضمنته اعمال سيجموند فروبيد فقد كان يعتقد ان البحث في الاكتئاب يتم عن طريق البحث في التوجيهات المكبوتة "الاستعداد للكراهية ينتج عدم القدرة على الحب " ويؤدي الى الاكتئاب .

فقد قسم ابراهام الاكتئاب الى "اكتئاب اولي" تكرر الفترة الاكتئابية عند نفس الشخص ترتبط بقهر تكراري والتي تؤدي الى جرح نرجسي خطير, كما انه اشار الى التوازن بين النشاطات الليبيدية و النشاطات العدائية فهو يقارن بين الاكتئاب الكلاسيكي لانه بالنسبة اليه يوجد اجابتين اساسيتين متعارضتين بشكل واضح و ميكانيزماتها للانا القلق الكلاسيكي يظهر كرد فعل اما الخطر النزوي ويشكل من خلاله دعوة الانا نحو حلول لوحده من اجل العيش .

اما ميلاني كلاين تركز كغيرها من المحللين ان الفترة الاولى "الجزء الثاني من السنة الاولى" من الطفولة ترتكز على العلاقة المتناقضة بين الحب و الكره للام التي في بعض الاحيان تدرك على

انها موضوع الحب و الحنان و احيانا عن موضوع كره ومن تم الطفل يستعمل الية الاجتياف لموضوع الام كموضوع كلي مثال على ذلك ثدي الام فهو يعتبره موضوع جيد عندما يتلقاه و موضوع سيئ عندما يحرم منه .

في الوضعية الاكتئابية اليات الاجتياف تتركز : الرضيع يرغب في ترميم الاشياء التي يحبها والتي يخشى تحطيمها ولكن في نفس الوقت يخاف من ان كراهيته الشديدة لا تشكل خطر الايذاء التي قد تم اجتيافها, من اجل الدفاع عن الخوف التحطيم يقوم الطفل بتكوين دفاعات هوسية مؤسسة على ان الانا قوي لمراقبة الشئ و ترميمه واعادة توليده من جديد. ما يمكن استنتاجه هو ان الموقف الذي يحدد تلك العلاقة مع موضوع الحب سيئ على جملة من التصورات الذي تحدد تحدد موضوع الحب و موضوع الكره وعليه يشكل ذلك تصورا متناقضا كليا عن موضوع وانشطاره بين موضوع حسن و موضوع سيئ.

ثم جون بارجوري فهو تحدث عن البنية الاكتئابية او التنظيم البييني, لا توجد في الذهان ولا العصاب, قبل كل شئ ومرض يصيب النرجسية قد اجتاز مرحلة الخطر ف يالاصابة النفسية ذات النوع الذهاني, الانا لا يستطيع مع ذلك بلوغ الاصابة النفسية من نوع عصابي, حيث تبقى العلاقة بالموضوع متمركزة في تبعية سندية بالنسبة للاخر, الخطر المحقق الذي تكافح ضده كل متغيرات الحالة البيينية قبل كل شئ هو الاكتئاب عدم القدرة على تكوين بنية محددة وفي نفس الوقت هي بنية الحالة البيينية والتي تعكس حيرة في العلاقة مع الموضوع و تبعية ذلك من حيث الاليات الدفاعية المتمثلة في رفض التصورات الجنسية المرتبطة بالموضوع و طبيعة القلق .

### 5-3 النظرية المعرفية:

تقوم النظرية المعرفية على العمليات المعرفية وتحليل المعلومات التي تصل الى الدماغ و من ثم فالسلوك هو نتاج هذه العمليات وقد ظهرت بعد النظرية السلوكية 1960م و اسس بذلك تخصصا يدعى علم النفس المعرفي و الذي يقوم على تيارين :

13- الاول :يهتم بمحتويات الافكار المرضية خاصة الاكتئاب وقد اعطى مكانه للعلاج

المعرفي, باعتباره يوظف الوظائف المعرفية في عمليات العلاج .

14- الثاني : له هدف التحليلي لسيرورات المعرفية و اختلالات وظائفها في علم النفس المرضي في الميادين الاساسية التالية "الادراك, الانتباه, الذاكرة, اللغة,الاتصال " خاصة في دراسة الفصام التي اخذن نصيبا كبيرا منها .

حسب "هاردي بيلي" 1994م هناك 3 اهداف اساسية تميز التيار الثاني .

15- معرفة الاختلال الوظيفي المعرفي الخاص بالاضطراب العقلي.

16- شرح الاسباب المعرفية للاضطرابات العقلية محل التساؤل او بعض المجموعات العرضية .

17- واخيرا ربط الاسباب المعرفية بالوظائف العصبية .

المقاربات المعرفية للاضطرابات المزاج لها دائما مرجعية نظرية للصلاحيات التي تم ايجادها في شكلها الكامل من طرف "سولغمان SEIGMAN" حيث تقوم هذه النظريات على شرح وظيفة معرفية للفرد على اساس وجود اسباب نوعية تمنحها الاحداث, مبدئيا هذه النظريات هي اصلا تهتم بالاتجاهات المنسوبة للفرد تجاه الفشل او النجاح .

ركز سولغمان SELIGMAN على 3 ابعاد في نظريته هي كالتالي :

18- مكان المراقبة : يمكن لفشل ما ان يكون منسوبا الى اسباب داخلية ( عدم القدرة ) او اسباب خارجية (عوامل اجتماعية مختصة).

19- الاستقرار او اللا استقرار: يمكن لاختفاق ان يكون نتيجة اسباب مستقرة وليست متغيرة (عجم القدرة الشخصية اصلا) او شروط غير مستقرة (جهد غير كافي في هذه الفرصة فقط).

20- القصدية او اللا قصدية : اما ان يكون نتيجة فشل بطريقة عفوية او ناتج عن سبب مقصود.

من خلال هذه الثلاثية الابعاد, عبر سولغمان عن النمط المعرفي للمكتئبين والذي يتميز بالهيمنة المسبقة :

1- من الداخل بصاب الفرد بالكتئاب لاسباب داخلية اي نتيجة افعاله هو الشعور بالذنب المحيط له مسؤولية بسيطة .

2- من الاستقرار الشروط التي حددت الاكتئاب لا تتغير .

3- من اللاقصديّة في الواقع خاصّة اللاقة مهمما يعمل المكتئب يعتقد ان لن ينجو من حالته .

نظرية BECK بيك وقد طور هو بدروه نظرية الاكتئاب حول نموذج الاستناد معرفية لسولغمان, بالنسبة اليه تثبيت الاكتئاب عند احد الافراد يرتبط ارتباطا وثيقا بوجود هذا الشخص فبالنسبة اليه تعتبر البنات المعرفية التابثة مسؤولة دائما على تاويل شلبي للاحداث وقد ركز في مخططه حول الاكتئابات الخارجية هذه الاكتئابات تثار نتيجة فقدان موضوع مهم (فقدان عزيز, قطيعة علاقة...) التاويل السليبي للاحداث يعطي الانطباع لهذه الذات بانها لا توجد الا في حركية فاشلة, "بحيث تتاسس لها بنات سلبيّة تابثة .

21- بعدها نجد بنات معرفية سالبة للمريض التوجه نحو عوز اخلي لسبب فقدان (شعور

بذنب) .

22- الميل الى الشمولية تاخذ المكتئب الى المبالغة في اهمية فقدان في حياته (التركيز) بعد

مدة معينة من التطور يدرك انه لا يجب فقل اي شئ من اجل ترميم حالته (استقرار) .

23- اذن نجد الابعاد الاستنادية الداخلية الشمولية و الاستقرار .

ويضيف ان الاضطرابات العمليات العقلية, الاصابة في الذكريات وخاصة الذاتية فالمكتئب يكون محرجا جراء احداث متكررة, انتباه, وجهود معرفية مركزة الشعور بالكراهة وعدم القدرة وهبوط في المعنويات والتي يمكن ان تزول الى الهذيان .

#### 4-5 نظرية بيئة الاجتماعية :

وهي ترتكز على البعد السيكولوجي يتمثل في رد الفعل اتجاه الموقف او ما حدث وكيف للمحيط ان يحدد له معنى ايجابي او سلبي وعليه تتم الاستجابة اما بالقبول او بالرفض او البقاء في موقف لو يحدد من خلاله الا في الطب العقلي الامريكي و المرضي الناتج عن نمط رد فعل ناتجة عن اسباب عديدة للمحيط في سنة 1909م استعمل مفهوم علم النفس البيولوجي خاصة عند الاعتماد على الادوية في عملية العلاج لانه سبب الاحباط او الاهتمام بحياة الشخص اين الاهمية في جمع المعطيات حول معاش الحالة وقد تم استحداث مفهوم حدث حياتي المترجمة من كلمة life events ويركز DENIEL WIDLOCHER على ان كل احداث الحياة مهمة مثل الحوادث الوجودية (سلبيّة - ايجابية) والسلوكات اليومية في الحياة والتي تتشكل هي بدورها خطرا للاصابة للعض الاكتئابات فهذه الحوادث عندما تكون

متكررة و مستديمة مما يحدث شعورا سلبيا في نفسية المريض ويعتقد انه مركز هذه الاحداث تتمثل في (فقدان شخص, فقدان حرية, حق معين, عمل, مشروع) ايجابية (زواج, ميلاد, مشروع مالي) .

(بن احمد. ق,س, 2010, ص60-70)

## 6- الإكتئاب عند الراشدين:

مرحلة الرشد هي تراكم لمراحل سابقة يتم من خلالها ترتيب مجموعة من المعطيات البيولوجية, النفسية, والاجتماعية نتيجة مجموعة من العلاقات مع المحيط سواء تكون قصدية او غير قصدية حيث يكتسب الفرد مجموعة من السلوكيات الفردية و الجماعية تمكنه من التكيف و ايجاد التوازن والاستقرار و النمو نحو النضج و في الاخير تتحدد الشخصية كنتيجة كاملة تحدد كمال الشخصية عندما نتمكن من التكيف و الفعالية و اثبات الذات او شخصية ناقصة عندما تعيش صعوبة في التكيف و الفعالية وعدم القدرة على تحقيق الذات ومن ثم فالرشد هو النضج هو الكمال الذي يبقى محدود التحقيق بالنظر الى الاضطرابات التي تعيق وجود وظيفة هذا النضج وتفيد الابحاث ان النساء اكثر عرضة للاصابة بالاكتئاب من الرجال ويمكن تفسير ذلك من خلال مكانة المرأة في المجتمع و الضغوطات داخل البيت و العمل التي تحرمها من الراحة و الامن خاصة في الدول الصناعية اين تتعقد الحياة اليومية.

(مرجع سابق, 2010, ص90)

## 7- المزاج الإكتئابي:

المزاج هو ذلك الاستعداد العاطفي يرى جون ديلي J.DELLY انه الخاصة الاساسية الغنية بكل المواد الانفعالية والمهذبة, والتي تعطي تناغما منعشا او غير منعش لحالة النفس لكل واحد منا, يكون متذبذبا بين قطبين متباعدين من اللذة و الالم, في ظل الاحداث و الانفعالات التي توجه اجابتنا والتي تمكننا من التكيف الى الاحسن في محيطنا الاجتماعي, العاطفي, الاسري و المهني, فالمزاج هو مستمد من المزج اي الخلط بين كل مجمعة من المواد لتعطي لنا في الاخير تركيبا له معنى او اثر فهو الانسجام الداخلي بين كل التراكيب الانفعالية والعاطفية و الداخلية وما تحققه في الواقع .

فالشخص المكتئب يعيش تجربة فقدان كلي للاشياء, فقدان الاهتمام, الذوق الاشياء التي لها لذة, معنى الحياة الامن, مع معاناة من هجمة القلق و معاناة القلق .

قلق المكتئب يصلب بالدوار اما المستقبل الذي لا يستطيع فهمه لانه يظهر بكل اخطاره و تهديداته وهذا يظهر على شكل حالة من توترات نفسية على الاقل مستديمة حيث يهيمن الشعور بالخطر الحصين عليها, فهي تظهر بعدم القدرة على الاسترخاء, الحاجة الى التسكع و عدم الاستقرار استحالة البقاء في مكان من الناحية الفيزيائية المكتئب يعاني من القل على اشكال متغيرة, ضغط حاد في المعدة, الشعور بالحنق, صعوبة في الانبتلاع, عضلات مشدودة خاصة على مستوى الفك, الشعور بالحرارة وبالبرودة, اختلال خفقان في قلب, تصبب العرق, ديشان في التنفس, اسهال, صعوبة في النوم بسبب وساوس او افكار قهرية و اضطرابات جسمية. (مرجع سابق,2010,ص118)

### 9- العلاج :

لقد تعددت طرق ووسائل العلاج علاج الاكتئاب بتعدد نظريات التي اهتمت به فنجد الاتجاه الطبي يركز على استخدام الادوية لعلاج الاكتئاب اما الاتجاه او التيار التحليلي فيسعى للبحث عن الاسباب المؤدية للاصابة بالاكتئاب وازالتها و التيار السلوكي يعمل على تدعيم السلوك الايجابي وتعديل السلوك السلبي المسبب للعجز, اما المعرفي فيركز على تعديل الافكار الخاطئة و تغيير التصورات السلبية وفيما يلي عرض اهم العلاجات المستخدمة في التخلص من الاكتئاب :

### 9-1 العلاج الدوائي :

عادة ما تستخدم لذلك مضادات الاكتئاب وهي تعد من الادوية الفعالة و الماجحة حيث تصل نسبة نجاحها في علاجه الى اكثر من 75 بالمئة و من العقاقير المستخدمة نجد :

24- مجموعات المركبات ثلاثية الحلقات والتي تشمل على عدد من الادوية منها

( tricyclic amitriptyline,clomipramine ), و التي تتميز بفاعليتها ضد اشكال الاكتئاب المختلفة و تتمثل وظيفتها الاساسية في تعزيز قوة موصلات المخ المزاجية في مواضع الاتصال بين الاعصاب, مثبطات استرجاع السيروتينين الانتقائية والتي تتضمن كل من (fluoxetine,paroxetine, fluvoxamine) و التي تعيد في علاج العديد من حالات الاكتئاب وبالذات التي تتميز بالخمول وبوجود الاعراض الوسواسيةما عن العلاجات النفسية المستخدمة في علاج الاكتئاب نجد :



9-2 العلاج النفسي التحليلي :

ويركز على الاسباب المؤدية للاكتئاب والتي غالبا يتم ارجاعها الى خبرات الطفولة و الصدمات المبكرة, حيث يهدف الى حل الصراعات و تقوية دفاعات الانا و اعادة التنظيم الانفعالي و توظيف الطاقة النفسية سعيا لعمل علاقات خارج نطاق نرجسية الذات وتعديل المسار الطاقة العدوانية الموجهة الى الداخل كي تعبر عن نفسها بطريقة سلوكية الى الخارج .

9-3 العلاج السلوكي:

عادة يكون من خلال تقديم مهمات تنشيطية, وتمارين الثقة بالنفس و التدريب على اكتساب المهارات الاجتماعية التي تساعدهم على التعامل مع الاكتئاب و التغلب عليه كما يمكن ان يتم تعليمه لاساليب جديدة كالاسترخاء الذي يمكنه من ضبط مشاعره و التحكم في انفعالاته السلبية التي تعيقه عم ممارسة نشاطاته المعتادة .

9-4 العلاج المعرفي :

وذلك يتم عن طريق مساعدته على اكتشاف الافكار العقلانية التي عززت لديه التفكير الاكتئابي وتنمية التفكير العقلاني الايجابي من خلال اعانته على تنمية طرق جديدة من التفكير في الذات و العالم وتدريبه على اسلوب المواجهة الفعالة للضغوط الحياة وحل المشكلات بدلا من التعامل معها بالتجنب او الانفعال.(براهمية .ج,س, 2017,ص52-53)

خلاصة :

الاكتئاب حالة من الاضطراب النفسي ويظهر بوضوح في الجانب الانفعالي لشخصية المريض, كما ان الاكتئاب لا يعني مجرد اضطراب مزاج و انما يؤدي الى العديد من المتاعب العضوية ذات المنشأ النفسي .



الجانب التطبيقي

## الفصل الرابع: منهجية البحث

تمهيد

- 1- منهج البحث .
- 2- مكان البحث.
- 3- مجموعة البحث.
- 1-3 معايير انتقاء مجموعة البحث .
- 4- أدوات البحث .
- 4-1 المقابلة العيادية .
- 4-2 إختبار الورشاخ.

خلاصة

في هذا الفصل الخاص بمنهجية البحث ذكرت العناصر التالية, المنهج المتبع وهو المنهج العيادي و الهدف من اختياره تعريفه من طرف دانيال لاغاش ثم تطرقت الى التحدث عن مكان البحث ثم مجموعة البحث و كيفية اختيارها وادوات البحث المتمثلة في المقابلة العيادية و الاختبار الاسقاطي الورشاح.

اخترنا في بحثنا هذا المنهج العيادي الذي يهدف الى معرفة خصوصيات الفرد وسيره في حياته.

يعرف "دانيل لاقاش" مؤسس علم النفس العيادي بفرنسا هذا المنهج على انه تلك الخطوة التي تتناول السيرة في اطارها الخاص، تسجل لكل الامانة الممكنة، طريقة الحضور و التحرك لكائن انساني حقيقي وكامل مأخوذ ضمن وضعية و تبحث عن اجلاء معناها، بنيتها، نشأتها واستخراج الصراعات التي تنشطها و الخطوات التي تزول لحل هذه الصراعات. (D.lagache.1949)

يعتبر هذا التعريف من اهم التعريفات لهذا المنهج ويركز على على ابراز التميز الشخصي للحالة استنادا على تصور دينامي .

اذن المنهج العيادي يهدف الى دراسة السلوكات و المواقف الفردية انطلاقا من الدراسة المعمقة للحالات الفردية بالارتكاز على الملاحظة متبوعة على مجموعة من وسائل التقصي و الدراسة المعمقة .

## 2-مكان البحث :

تم البحث في المستشفى الجهوي للأمن الوطني "وهران" تلقيت ببعض التسهيلات من قبل الاخصائية النفسانية في قسم الامراض العصبية والتي بدورها قامت بالتنسيق بيننا وبين الحالة المصابة بالصرع.

فترة انجاز البحث كانت ممتدة ما بين 10-05-2022 الى 24-05-2022 في حدود ما سمح به من طرف المؤسسة المستقبلة .

## الدراسة الاستطلاعية :

تعد الدراسة الاستطلاعية خطوة هامة في البحث العلمي حيث تتيح للباحث التعرف على ميدان البحث وتسمح باختبار ادواته و تكشف الظروف المحيطة به و الصعوبات التي يمكن مواجهتها اثناء الشروع في الدراسة الاساسية .

## الدراسة الاستطلاعية التي اجريناها تضمنت ما يلي :

- التعرف على مكان المؤسسة وضمان التسهيلات والتنسيق لاجراء التريص في ظروف ملائمة .
- التقرب من الحالات المصابة بمرض الصرع موضوع بحثنا.
- التمكن من صياغة اشكالية و فرضيات البحث.

- لقاءات مع الاخصائية النفسانية بغية التنسيق لانتقاء حالات البحث .
- تصميم دليل المقابلة وصياغته بشكل جيد.
- الإحاطة أكثر بموضوع الدراسة وضمان السير الحسن.

### 3-مجموعة البحث:

#### 3-1 معايير انتقاء مجموعة البحث :

تكونت مجموعة البحث من حالة واحدة فقط الوحيدة المصابة بمرض الصرع حيث تعذر علينا ايجاد حالات اخرى خاصة ان فترة التبرص المسموح بها محدودة جدا, اقترحها طبيب الاعصاب وجراحة المخ بعد توجهنا مع الاخصائية النفسانية لمصلحة طب الاعصاب, وبعد موافقتها على استمارة الموافقة, حرصنا على ان تتوفر فيها الشروط التالية :

- ان تكون الحالة راشدة السن ما بين 25 الى 50 سنة.
- ان تكون مصابة بالصرع.
- ان لا تكون مصابة بمرض اخر .

#### 3-2 وصف مجموعة البحث :

امراة تبلغ من العمر 36 سنة, عزباء مصابة بمرض الصرع الجزئي منذ 20 سنة.

#### 4-أدوات البحث :

4-1المقابلة العيادية :تعتبر التقنية العيادية المثلى,ويقصد بها التحدث وجها لوجه مع المفحوص بقصد لاستيفاء المعلومات منه او مساعدته على التخلص من مشاكله, وتمتاز بانها فرصة للأخصائي النفسي لملاحظة انفعالات المفحوص ومعرفة افكاره واتجاهه النفسية و خبراته الشخصية .

(زهرا ن حامد.ع,س,2001,ص35)

#### وتنقسم المقابلة العيادية الى 3 انواع :

- 1- المقابلة الموجهة : يستعمل فيها استبيان يحتوي على اسئلة مغلقة.
- 2- المقابلة النصف موجهة : هنا يتدخل الفاحص لكن تدخلاته قليلة ومحددة .
- 3- المقابلة الغير موجهة : يكون المفحوص فيها مدعو للكلام بصفة تلقائية دون تدخل الفاحص.

(نجاوي. ر.س, 2018, ص128)

اخترت المقابلة العيادية النصف موجهة للتمكن من الحصول على معلومات اكثر من المفحوص.

#### 4-2 اختبار الورشاش :

##### تعريفه:

بداية الورشاش كانت على يد الطبيب الالمانى هيرمان رورشاش حيث قدم في عام 1921 وبعد سنوات من البحث و التطوير اختبار بقع الحبر بشكل مكن المعالجين من الاستفاده منه بشكل جيد, وذلك في كتابه الوحيد 'التشخيص النفسى' ومع ان القدر لم يمهل ليرى نجاح المقياس حيث توفي عام 1922 عن عمر لم يتجاوز 38 سنه فقد استكمل اوبرهولنزر نشر نتائج ابحاث رورشاش والتي شارك فيها شخصيا كما ترجمت هذه النتائج الى الانجليزية عام 1924.

وفي الولايات المتحدة قدم ليفي و بيك اختبار الورشاش بعد ان تدربا على يد اوبرهولنزر, حيث قاما ومعاونيهما بجهود اثمرت عن مجموعة من الابحاث ودليل التطبيق الاختبار يتكون من ثلاثة مجلدات. كما تم تطوير الاختبار على يد كلوبفر حيث قام بالتعاون مع ديفيدسون باعداد مختصر لتطبيق الاختبار.

#### وصف تكنيك الورشاش :

تتكون الورشاش من عشر بطاقات تحتوي كل منها على بقعة مشابهة لبقعة الحبر المتناظرة الجانبين تقريبا, تتكون خمس منها من اللونين الاسود و الرمادي على درجات مختلفة من التظليل و التلازم وتعرف بالبطاقات اللالونية, في حين تتكون الخمس الاخرى من نفس اللونين اضافة الى الوان اخرى وذلك ايضا على درجات مختلفة من التظليل و التلازم وتعرف بالبطاقات اللونية وفيما يلي وصف العام للبطاقات .  
(عبد الفتاح.ح,س, 2003, ص-02)

تتمثل البطاقات السوداء كالتالي VII-VI-V-V-IV- I اما البطاقات السوداء و الحمراء هي III-II اما البطاقات الملونة هي VIII-IX-X تتميز البطاقات بوجود تناظر محوري في كل البطاقات .

#### تعليمة الورشاش :



C.CHABERT تعليمية الرورشاخ قصيرة تتمثل في "ماذا يمكن ان يكون هذا ؟ "ساريك عشر بطاقات عليك ان تقول لي في ما تجعلك تفكر وما الذي يمكن ان تتخيله انطلاقا من هذه البطاقات "

### مرحلة التمرير:

يعمل المفحوص على تسجيل دقيق لكل الاجابات اللفظية للمفحوص وكذا الغير لفظية مثل حركات الوجه، الابتسامة، التنهد، التعليقات ان وجدت، مثل نقد البطاقات او الوضعية كما لابد ان يسجل وضعية اللوحات ان تم قلبها او رؤيتها بالجانب ولهذا هناك رموز تسهل عملية التسجيل وهي :

. ان امسك البطاقة في وضعية عادية .

.ان امسك البطاقة مقلوبة

.ان امسك البطاقة بوضعية جانبية .

لابد على المختص ان يدقن كل هذه المعلومات ويجب ان يدون الزمن المستغرق يسن تقديم اللوحة و الاجابة في كل بطاقة مع الزمن الكلي لكل بطاقة وكذلك الزمن الكلي للبروتوكول الرورشاخ.

### مرحلة التحقيق :

تعد هذه ثاني مرحلة حيث يقوم المختص بعد الانتهاء من تمرير كل البطاقات بالقيام بالتحقيق،وهي مرحلة لفظية هنا يقدم المختص اللوحات مرة اخرى للشخص او المفحوص لوحة بلوحة وبنفس الترتيب ويطلب منه تحديد ما رآه في التمرير الفطري وما هو العنصر او المنبه الذي جعله يعطينا تلك الاجابة .؟

يتم هنا تناول كل الاجابات التي جاءت في التمرير بغرض تحديد موقعها وما يميزها كان المنبه هو الشكل او اللون او الظلال هل رأى الاجابة في الكل او في الجزء من البطاقة او الشكل،مثلا :رأيت هنا فراشة،اين ؟ لتحديد طريقة تناول هل رآها في الكل او الجزء وهل الشكل او اللون هو الذي حدد لنا هذه الاجابة فراشة .

في حال ظهور اجابات جديدة لم تهر في التمرير الاول تدون وتتقط لكنها لا تدخل في حساب البسيكوغرام لكن تعطينا فكرة في التحليل لاحقا عن ما تمت اثارته في الشخص .

تم اقتراح من قبل KLOPFER 1942 ليتم استشارة استجابات تجنبها المفحوص، يكون التحقيق هنا موجه في حال غياب الاجابات المبتذلة مثل اجابة خفاش في البطاقة 7 و الاشخاص في البطاقة 3 واذا غاب احد المحددات في كل البرتوكول مثل اللون او الحركة .

### مرحلة الاختيار المفضل :

يضع المختص كل البطاقات على المكتب على مرأى المبحوث، ويطاب منه اختيار بطاقتان اللتان اعجبته من بين كل البطاقات ونرمز لها ب + وبتاقتان اللتان لم تعجبه و نرمز لها ب - ويسأله لماذا ؟ ما السبب الذي جعله يعجب بالبطاقتين المختارتين ويستاء من البطاقتين الاخرتين .

**ملاحظة :** بعد اتمام مرحلة الاختيار ينتهي تمرير الاختبار، نشير هنا انه لابد ان يأخذ المختص بعين الاعتبار كون هذا الاختبار يؤدي الى نكوص المفحوص ويثير اشكالية بدائية، لهذا من المهم ان يقوم بمقابلة تيمية حيث يتناول معه بتجربة تمرير اختبار اسقاطي واختبار لرورشاخ خاصة، ليفسح له مجال التعبير سواء تعلق الامر بالاحساس بالضيق او الارتياح او ما غير ذلك وهذا لكي يتمكن من تجاوز تلك الوضعية النكوصية وكل ما اثارته في نفسه (D.anzieu,1987,p18).

### 5-ظروف إجراء البحث و تطبيقه :

#### 5-1 لقاء توزيع استمارة الموافقة:

بعد ان حضينا بالموافقة من طرف محافظ الشرطة و تسهيلات الموجهة من طرفه، وجهني الى الأخصائي النفسي المتواجد في قسم الأمراض العصبية، تحدث مع طبيب مختص في جراحة الأعصاب، فوجهنا الى حالة كانت متواجدة لإجراء المتابعة الطبية .

فقمنا بإعطاء استمارة الموافقة للحالة، تعتبر الاستمارة وثيقة كتابية عرفت في الخمسينات بالموافقة المبلغة تهدف الى إعلام و تثقيف الافراد الذين تطوعوا ليكونوا مواضيع الابحاث الطبية انذاك وتحتوي تفاصيل المشاركة ومعلومات حول البحث وموضوعه واهدافه وما يستعمل فيه من تقنيات وتحدد الاطار المكاني للبحث وكل ذلك وفق شروط يلتزم بها الطرفان 'الفاحص و المفحوص' .

اليوم هي نفسها استمارة الموافقة لكنها توسعت فهي تشمل مجالات متعددة من البحث العلمي وتعد مسؤولية قانونية .

تم اعطاء استمارة الموافقة باللغة العربية للحالتين المصابين بالصرع بصفة شخصية والتي كانت على النحو التالي :

### استمارة الموافقة

موضوع البحث : الاكتئاب لدى مريض الصرع الراشد (دراسة عيادية من خلال الروشاخ).

الاسم و اللقب: بودالية حفصة .

اطار البحث : هذا البحث يدخل في اطار تحضير شهادة الماستر في علم نفس عيادي .

كلية العلوم الاجتماعية -جامعة وهران 2- قسم علم النفس و الارطوفونيا .

الاستاذة المشرفة : نجادي رقية استاذة بجامعة وهران 2

مكان البحث : المستشفى الجهوي للامن الوطني, وهران.

- استمارة الموافقة التي منحت لكم هي بهدف اعطاءكم فكرة عامة حول طبيعة البحث وما تعنيه

مشاركتكم, لا تترددوا في طلب تفاصيل اكثر او معلومات, خذوا وقتكم لتقرؤوها بعناية .

**هدف البحث :** يهدف البحث للكشف ما ان كان الراشد المصاب بالصرع يعاني من الاكتئاب, وكيف

يظهر ذلك من خلال المقابلة العيادية و اختبار الرورشاخ .

هذا العمل يرتكز على :

- حصة مخصصة للمقابلة العيادية .

- حصة مخصصة لتطبيق اختبار الرورشاخ الاسقاطي .

**معلومات اضافية :**

- هذا البحث يعتني بخصوصيتكم و كل المعلومات ستحاط بالسرية .

- يمكن الامتناع عن المشاركة في اي وقت رغبتم فيه.

**المقابلة الاسترجاعية :**

اذا رغبتم في الاطلاع على كل ما يخصكم في البحث من معلومات او نتائج يمكننا ان ننظم لقاء من

اجل ذلك .

## Formulaire de consentement

Thème de la recherche :

Dépression chez les patients adultes épileptiques

Nom et prénom de chercheur : Boudalia Hafsa

Master en cours –université oran 02

Cadre de recherche :

Cette recherche se fait dans le cadre de la préparation d'un mémoire de master en psychologie clinique –faculté des science sociales–université oran 02.

Encadré par : nedjadi rekia .

Lieu de recherche : hopital régional de la police .

Ce formulaire de consentement qui vous a été remis a pour but de vous donner une idée générale de la nature de recherche et celle qu'entraîne votre participation.

N'hésitez pas a demander plus de détails ou de renseignements .

Veillez prendre le temps de lire soigneusement ce qui suit et de bien comprendre tous les informations .

Objectif de la recherche :

Détecter si les patients adultes épileptique souffre de dépression.

Cette recherche se scinde :

–scéance de d'entretien clinique .

–scéance pour teste (rorschach ) environ 45m,qui consiste a étalé des taches d'encre qui vont être interpretée par les patients.

D'autres informations :

-la confidentialité de l'information donnée sera assurée.

-vous avez le droit d'interrompre votre participation a n'importe quel moment .

Entretien de restitution :

Si vous souhaitez avoir des informations qui vous concernant on peut prévoir une rencontre .

Si vous lisez le message et acceptez de participer a cette recherche, veuillez signer ci-dessous le document.

2-5 مراحل التطبيق :

نظرا للظروف الخاصة لدى الحالات المراد تطبيق معهم الاختبار الاسقاطي الورشاش تعذر اجراء عدة مقابلات, فقمنا باجراء مقابلة واحدة مع تطبيق الاختبار و جمع المعلومات المطلوبة التي سيثريها دليل المقابلة الذي اعدناه محاولين الكشف عن معلومات مختلفة عن الحالات .

شرعنا في تطبيق الجانب الميداني من بحثنا ابتداءا من 10-05-2022 الى غاية

24-05-2022, في هذه الفترة قمنا بالدراسة الاستطلاعية ثم اختيار الحالة و تقديم استمارة الموافقة, مستغلين وجودها من اجل المراجعة الطبية,في في المقابلة الثانية تم طرح اسئلة التي كانت معدة من قبل ثم,تم تطبيق اختبار الورشاش.

#### 5-2-1 تطبيق المقابلة العيادية :

بما انه سبق وان وزعت استمارة الموافقة التي احتوت على كل تفاصيل المشاركة, في المقابلة الموالية اعتمدت اللغة العامية في طرح الاسئلة لانها اللغة الشائعة التي يفهمها الجميع, سألت الحالة ان كانت مستعدة للبدأ في طرح الاسئلة بناءا على دليل المقابلة التالي:

#### دليل المقابلة :

##### المحور الاول : البيانات العامة

الاسم:

السن:

الحالة العائلية :

المستوى التعليمي :

الرتبة في العائلة:

العمل (الوظيفة):

الحالة المدنية :

## الفصل الرابع

### منهج البحث

نوع المرض و مدته و سنة الاصابة :

#### المحور الثاني : الجانب الصحي

ما هو نوع الصرع ؟

هل لديك اشارات قبل النوبة ؟

كيف كانت اول نوبة ؟

كيف هو احساسك اثناء النوبة ؟

كم عدد تكرار النوبة في الاسبوع ؟ و كم مدتها ؟

هل لديك امراض مزمنة اخرى ؟

هل يوجد شخص اخر من عائلتك مصاب بنفس المرض ؟

#### المحور الثالث : الجانب الأسري العائلي

كيف هي علاقتك بعائلتك ؟

مع الاب :

مع الام :

مع الاخوة:

وما نوعية التواصل بينكم ؟

ما موقف عائلتك نحو مرضك ؟

هل تغيرت معاملتهم لك بعد الاصابة ؟

كيف هي حياتك خارج اسرتك ؟

مع الاصدقاء :



مع المحيط الخارجي :

هل وجدت مساندة من طرف عائلتك؟ وهل الى حد الان؟ ومن هو اكثر احد مساندا لك؟

هل انت محبوب من طرف عائلتك؟

هل تعرضت لخذلان منذ ان اصبت بمرضك؟ كيف؟

#### المحور الرابع : الاكتئاب

كيف تلقيت خبر مرضك؟ احكي قليلا عن تلك الفترة؟

كيف كان تعاملك مع المرض في بداياته؟ وهل واجهت صعوبات؟ ما هي؟

حاليا كيف تنتظر لمرضك وكيف تتعامل معه؟

كيف هي نظرتك لذاتك؟

هل انت راض عن نفسك؟

كيف يكون مزاجك طوال اليوم؟

هل تنتابك لحظات يأس و افكار انتحارية؟ متى؟

هل تنتابك مشاعر الحزن ورغبة في البكاء؟ متى؟

هل تعاني من الخمول؟

هل تشعر بأنك فاشل؟

هل تعاني من صعوبات في النوم؟

هل غذائك متوازن؟ حدثني عن شهيتك:

كيف تمارس حياتك اليومية؟

هل تمارس هوايات؟

هل تستمتع بمختلف جوانب الحياة؟

هل تحس بالغضب والانعزال على الناس و الانشطة الاجتماعية ؟

ما الذي تغير في حياتك منذ ان اصبت بمرضك ؟ وكيف؟

المحور الخامس : الحياة المستقبلية

كيف هي نظرتك للمستقبل؟متشاؤم ام متفائل ؟ ولماذا؟

ماهي تطلعاتك,احلامك؟

كيف ترى نفسك بعد سنوات من الان ؟

ملاحظة :

لقد اعتمدنا المقابلة العيادية النصف موجهة لانها الاكثر ملائمة في بحثنا والهدف منها جمع معلومات عن الحالة واتاحة الفرصة امامها للتعبير , كما حرصنا على ان يحتوي دليل المقابلة على محاور و اسئلة تخدم البحث وتبنى خصيصا لفحص جوانب اجرائية نظرية تقاديا الاسئلة المغلقة .

3-5 تطبيق اختبار الرورشاخ :

قمنا بتطبيق اختبار الرورشاخ من خلال المراحل الاربع استنادا الى مرجع كاترين شابير (1983) وتمثلت كالتالي:

#### التمرير التلقائي :

قمنا بتبني تعليمة "شابير" كالتالي "سأريك عشر لوحات, قولي لي كل ترينه و كل ما تتخيلينه؟". طرحت التعليمة باللغة العامية كالتالي " غادي نوريلك عشرة لوحات و نتي قوليلي قاع شا شفتي ولا تخيلتي ", وانا غادي نحسبك الوقت تع اجوبتك في كل لوحة, بلا منقلقك كوني الاز, مكانش اجابات صحيحة ولا غالطة في هذا الاختبار كل واحد فينا و كيفاش يشوفهم و يجاوب "

هذه التعليمة تشعر الحالة بارتياح و الرغبة في البدء , قمنا بتسجيل الازمنة المستغرقة ( زمن الرجوع, الزمن الكلي) لكل لوحة و الاختبار ككل وتسجيل اجابة الحالة بحذافيرها وكذا وضعية اللوحات اثناء الاجابة : عادية, او مقلوبة او جانبية.

بعد الانتهاء من مرحلة التمرير التلقائي مررنا الى :

#### مرحلة التحقيق :

تستهل هذه المرحلة بتعليمة جديدة تهدف للكشف عن عناصر التي تدخلت لتحديد الاجابة المعطاة في المرحلة الاولى سواء من حيث الموقع (البقعة ككل او جزء منها فقط ) او خصائص اخرى (الشكل, اللون, التظليل ) و تمتلت التعليمة حسب "شابير" كالتالي :

سأريك اللوحات للمرة الثانية اطلب منك ان تقول لي ما الذي حدد اجابتك :هل الشكل او اللون او شيئا خر و اين رأيت ذلك اخبرني "

طرحناها بالعامية كالتالي :

غادي نوريلك قاع اللوحات في عشرة و كل لوحة قوليلي شايبالا حاجة لي خلاتك تعطيني هذيك الاجابة, اسكو اللون ولا الشكل ولا حاجة وحدوخرا و قوليلي وين شفتي شقولتيلي؟

#### مرحلة اختبار الاختيارات :

حيث عرضت على الحالة مجموع اللوحات، وطلبت ان تدقق فيها و تختار اللوحة الاكثر تفضيلا من باقي اللوحات و العكس اللوحتين الاقل تفضيلا حسب تعليمة شابير :

التعليمة :

طرحت التعليمة بالعامية كالتالي: غادي نوريلك قاع اللوحات ونتي توريلي زوج لوحات لي عجبوك و فضلتيهم على لوخرين و تاني وريلي زوج لي معجبوكش ولا اقل من لوخرين و قوليلي علاش ختاريتيهم.

## 6- تحليل المقابلة العيادية :

تمت صياغة دليل المقابلة باللغة العربية الفصحى :

فيما يلي المحاور الاساسية للمقابلة العيادية و الهدف منها :

محور البيانات الخاصة : الهدف منه التعريف بالحالة.

المحور الصحي " المرضي" : الغرض منه التعرف على التاريخ المرضي للحالة بالاضافة إلى معلومات خاصة بالجانب الصحي لها .

المحور الأسري ألعائقي : من خلاله يتم التعرف عن علاقة المفحوص بجميع افراد عائلته و المحيطين به.

محور الاكتئاب : الهدف منه الكشف ما ان كان الحالة تعاني من اي مؤشر يدل على الاكتئاب .

محور الحياة المستقبلية : الهدف منه التعرف على التطلعات المستقبلية التي يفكر فيها المفحوص .

## 7- تحليل الرورشاخ :

1-7 المخطط النفسي : psychogramme

يشمل المخطط النفسي للورشاخ كل العوامل التي تتدخل في تنقيط الاجابات وعوامل اخرى خارج الاجابات تكون عادة على شكل تعليقات اضافية, وهي مستخلصة من بروتوكول الذي ينتجه المفحوص يعتبر المخطط النفسي نوعا من التعبير لاجابات الشخص الذي يعين على ضبط المؤشرات التي تدل على طريقة التوظيف النفسي للشخص من حيث اقترانها او بعدها عن المتوسط الذي يميز اغلبية الافراد.

فيما يلي جدول يمثل محتويات التخطيط النفسي:

| المحتويات          | المحددات           | انماط الادراك        | الخلاصة             |
|--------------------|--------------------|----------------------|---------------------|
| A=حيوانية          | شكلية جيدة F+      | شاملة G              | عدد الاجابات R      |
| AD=جزئية حيوانية   | شكلية رديئة F-     | شاملة تخريفية او D/G | الاجابات R.COMPL    |
| حيوانية خيالية=(A) | شكلية مبهمة F+-    | خيالية               | الاضافية            |
| H=انسانية          | العدد الكلي S.DE F | شاملة مختلطة G/D     | الرفض REFUS         |
| جزئية انسانية=HD   | اللاجابات الشكلية  | او تعسفية            | الوقت T.TOTAL       |
| انسانية خيالية=(H) | حركة انسانية K     | شاملة مكمل GBL       | الكلي               |
| مشهد=Scène         | حركة حيوانية KAN   | بالفراغ              | اجابة TP/R          |
| شرط=FRAG           | حركة اشياء KOB     | نسبة الاجابة G%      | نمط T.D'APPR        |
| عناصر الحياة=ELÉM  | حركة اجزاء من KP   | الشاملة              | الادراك             |
| نباتية=BOT         | انسان او حيوان     | جزئية كبيرة D        | نمط الرجوع TRI      |
| طبيعية=PAYS        | العدد الكلي S.DE K | جزئية تعسفية D/D     | الحميم العاطفي      |
| جغرافية=GéO        | للاجابات الحركية   | نسبة الاجابات D%     | الصيغة الاضافية F.C |
| تشريحية=ANAT       | الصغرى             | الجزئية              | نسبة الاجابات RC %  |
| دم=SG              | لون C              | جزئية صغيرة Dd       | اللونية             |
| جنس=SEX            | لونية بيضاء C'     | نسبة اجابات Dd%      | عدد الاجابات BAN    |
| شيء=OBJ            | وسوداء             | صغيرة                | المألوفة            |
| عمران=ARCH         | لونية مرتبطة CF    | جزئية بيضاء DBL      | نسبة الاجابات F%    |
| فن=ART             | بالشكل             | صغيرة                | الشكلية العامة      |
| رموز=SYMB/SIGN     | لونية مرتبطة FC    | الاجابات DBL%        | نسبة F%Elarg        |
| هندسة=GéOM         | بالابيض و الاسود   | الجزئية البيضاء      | الاجابات الشكلية    |

|  |                                 |  |                         |
|--|---------------------------------|--|-------------------------|
| الموسعة<br>نسبة اجابات الشك F+<br>الجيدة<br>نسبة F+%élargi<br>اجابات شكلية جيدة<br>موسعة<br>نسبة استجابات A%<br>الحيوانية<br>نسبة الاستجابات H%<br>الانسانية | جزئية بيضاء DdBL<br>صغيرة نسبية | مجموع S.DE C<br>الاجابات اللونية<br>تسمية الالوان NC<br>الاجابات التظليلية E<br>تظليلية مرتبطة EF<br>بالشكل<br>شكلية مرتبطة FE<br>بالتضليل<br>مجموع S.DE E<br>الاجابات التظليلية<br>انزعاج مرتبط CLOBF<br>بالشكل<br>شكلية FCLOB<br>مرتبطة بانزعاج امام<br>اللون الاسود او المبهم | فلك=ASTR<br>تجريد=ABSTR |
|--|---------------------------------|--|-------------------------|

## 7-2 التحليل الكمي :

يتضمن التحليل الكمي العوامل الأساسية الثلاث التي يقوم عليها تنقيط الاجابات وهي أنماط الادراك و المحددات والمحتويات، حيث ان أنماط الادراك تساعد على توزيع التكراري على معرفة طريقة التناول المفصلة للمفحوص من حيث غلبة احد الانماط او الاخر من الاجابات الشاملة G او الجزئية D من البقعة تمكن هذه الانماط من معرفة قدرة المفحوص الفكرية على تلاؤم و انسجام مع الواقع الخارجي و كفاءته في التنظيم الدفاعي . أما بالنسبة الى المحددات فهي تسمح بمعرفة التناوب بين الاعتراف بالواقع الادراكي الملموس من خلال الادماج في منبهاته المعروفة و المشتركة وبين التعبير عن الجانب النفسي الداخلي من خلال فتح المجال للاسقاطات الداخلية والانطباعات الحسية و العاطفية و الانفعالية .

المحتويات بالنسبة للانسانية و الحيوانية هما مهمين في ظهورهما في اي من بروتوكول الرورشاخ و بنسبة كافية للحكم أدنى تكيف للشخص ضمن ما سمي بالمحتويات الخصوصية ولعل هذا يفسر اقتصار

حساب النسب المؤوية عليهما في المخطط النفسي .كما تخبر الاصناف الاخرى من محتويات على مدى قدرة الفكر أو الخيال على احتواء اكبر قدر من المنبهات البئية الطبيعية التي يعيش فيها الشخص .

### 7-3 التحليل الكيفي :

يتضمن تحليل السياقات العقلية ويقوم على التفسير والتحليل الدقيق لمتلف العوامل المذكورة سابقا, و يشمل أيضا دراسة دينامية الصراعية التي تتجسد في مركبات نمط الصدى الحميم المتمثلة في الحركات الانسانية وتكافئها مع الاستجابات اللونية والاجابات التضليلية, كما يجب تحليل الحركات الانسانية و الحركات الصغرى و نوعية الاجابات اللونية وظهورها, و كذا المركبات الثانوية و المتمثلة في العلاقة بين الحركات الصغرى و الاجابات التضليلية .

### خلاصة :

تطرقت في فصل منهجية البحث الى كل الخطوات النظرية التي تساعدنا في اعداد الجانب التطبيقي, بداية بتعريف المنهج العيادي و الهدف من اختياره ثم المقابلة العيادية و انواعها ثم تطرقت الى التعريف بالاختبار الاسقاطي الورشاح و كيفية تطبيقه و في الاخير اضفت جدول المخطط النفسي ليساعدنا في تحليل النتائج ثم التحليل الكمي و الكيفي .





## الفصل الخامس : عرض وتحليل نتائج البحث

تمهيد

1- عرض وتحليل نتائج الحالة .

1-1 تقديم الحالة.

1-2 ملخص المقابلة العيادية

1-3 معطيات المقابلة العيادية

2- عرض بروتوكول الرورشاخ للحالة .

3- تحليل بروتوكول الرورشاخ للحالة .

1-3 معطيات اختبار الرورشاخ.

**تمهيد:**

يحتوي هذا الفصل على عرض وتحليل اختبار الرورشاخ للحالة المصابة بالصرع مع ملخص المقابلة العيادية و استخراج المعطيات الخاصة بكل من المقابلة العيادية و اختبار الرورشاخ ثم خلاصة خاصة بالرورشاخ.

## 1- عرض وتقديم نتائج الحالة 1 :

## 1-1 تقديم الحالة 1:

ب. نصيرة, تبلغ من العمر 36 سنة, عزباء, مأكثة بالبيت(بطالة),مستوى ليسانس, مظهرها عادي, متوسطة الجمال, ذات قوام مقبول, وجه بشوش, نبرة صوت مرتفعة و كثيرة الضحك, مصابة بمرض الصرع الجزئي منذ 20 سنة .

## 1-2 ملخص المقابلة العيادية :

عندي صرع جزئي من 20 عام , كاين اشارات نحس الكورو في يديا والحس فوذنين منبعد تتمال في جسمي قاع, اول نوبة قالولي كنتي راقدة وجاتك قعدتي تتخطي بلا وعي , نكون نسمع في لي حدايا من بعد الوعي يبدا يروح مبعد كي تفوت منعقلش شا صرالي ,تجني خطرا فل 15 يوم كي نعي بزاف تقعد 5 دقائق, معنديش امراض مزمنة وحدخرا و غي انا مكاش وحداخ مريض هذا المرض .

علاقتي مع الاب نورمال بصح خطرات ينارفيني ايا نعطيه الصرف وهو جاي منارفي تاني,وعلاقتي مع الام عادية كلي صديقة وقريبة نحكيها كلشي بصح تنقرش بزاف وانا نديفوندي على روعي, و مع خوتي مع ذكورا يحتارموني و علاقتنا مليحة بصح منيش عارفة لا يبعوني, مع البنات متساريين ومتفاهمين غاية محترمين بعضانا ونزعقو مع بعض , التواصل بيناتنا مليح شيالا انا نتتارفا بلخف على والو خاطش مرضي ميخلينيش نتحكم في اعصابي, من جيته مرضي يخافو عليا ويظلو يسقسو عليا و مدايبهم يرافقوني في كل بلاصة ويظلو يقولولي روعي ترقدي ريجي روحك, يقولولي متتعديش فالشمس, في معاملتهم مور المرض ولاو يخافو عليا بزاف و مولوش يزغفوني بصح انا منتكلش عليهم مالقري يبعو قاع البلايص يروحو معايا, نقولهم لا راني في يدين ربي و معنديش صحابات انتيم انا صوصيال مع قاع الناس, شوفي مع المحيط تاعي نحكيك حاجا كانت عندي جارة كانت ظلي تعيطلي وتحوس عليا ونقرو كيفكيف كي قرب الباك ولت تبعد عليا زعما انا نشدها على قرايتها المهم صحابات مشي ملاح .

نوبة فل اول غي عاودولي عليها انا كنت راقدة ف 2001 وقيلا نهار نتقبت طبقة الاوزون ايا خرجت مع ماما وكانت شمس تقبتي ايا طلعتلي الحمى غدونا منداك كنت راقدة جاتني فلول حسبوني غدي نموت, في ذيك الفترة نقصت بزاف وليت كحلة في وجهي سوفريت كي وليت نشرب الدوا وليت غاية, قبل الدوا

كانو يجوني les crises اخطار مشي من الول عطاوني الدوا قعدو يعطوني ندير راديويات وخلي وخلي ( تحسر ) المهم الله يدوم علينا نعمة الصحة وصاني الطبيب على روجي بديت نتحسن ودورك les crises تبدلو نقصو ولاو خفاف,وراني نحضر لعراس ونتحمل الحس تع اللوطا مكتش نتحملة,انا toujours دايرا رافاي باه مننشاش الدواء .

كنت محبسا القرايا مبعد الطبيب هوا كوراجاني باه نكمل حياتي نورمال ايا عاودت الباك وربحت ورجعت نقرا الحمد لله, كي سوتتيت دارولي حفلة وفرحو بيا فالدار الحظة لي تمنيتها طول حياتي الحمد لله .

في البداية متقبلتش مرضي كنت en bonne santé خاطيني قاع الطبيب حتى عرفته ضربة وحدا, حتى وليت نقول لماما علاه غي انا. قاتلي ماما لوخرين لي فيهم تاني يقولو علاه جا غي فيا, قاتلي ربي ختارك .

بصح انا مرضي بينلي الصبح مل غلط منه تحجبت خطر قبل كنت مرهقة بزاف لدرجة منجمش نصوم. الصعوبات واجهت بزاف موليتش نجم نخرج ولا نقضي فدار ونصوم بلخف نعيان ونمرض منقذ ندير والو منسهرش تاني,قراية تاني كما قتلك حبست (بداية المرض) غاضتني وليت دايمين ستريسي و بريسي نقارعها غي تجيني هيا كي تجي وتروح نطول باش نوعى قادر قاع نكون برا نروح نقطع طريق بلا منعرف شراني ندير .

من مور لي طبيب قنعني باه نكمل حياتي ونقرا نورمال طلعلني المورال بشوية خطر من بكري ونا مدمرة حتى هنا باش وليت صافا المهم صاي وليت نشوف المرض نورمال وصاي وكى دخلت الجامعة قلعت الخط لحرر لي كنت دايراته بلي مرضي عائق ليا.

انا راني راضية على روجي الحمد لله وملي دخلت ف دين غاية وليت شادة في صلاة وراني راضية حمد لله سيرتو قاع يهدرو فيا فلخير و يقولو (مكاش كيفها), وسيرتو كي كملت قرايتي راني راضية تع بصح (ضحكت).

مزاجي هوا على حساب الصوالح لي نديرهم ف نهار حاجا تتارفي نتتارفا ولا ضحك نضحك, الخمول واه كي منرقدش بزاف قليل ولا منقراش قرآن, من قبل كما فل باك لول كنت مريضة عن جديد حسيت روجي زيادة و فاشلة بصبح مبعد صاي بلعكس راني نحس روجي ناجحا, بالنسبة للنوم (ضحكت) لا انا نرقد غي نحط راسي على مخدة نرقد سيرتو كي نكون عيانة و تاعبة و نزيدك منقطنش حتى لصباح, ماكلتي

واه متوازنة و ناكل غاية فل وقت ب نظام مناكلش بلا وقت , شهية كما قتلك ناكل غاية معنديش مشكل وناكل كلش منعيف والو ابار البيض .

حياتي اليومية نورمال ندير ميناغ نقابل الدار ضياف نخرج تاني ندير لي فورماصيون كما كوافير عادي كي قاع الناس و نقرا قرآن و نصلي, الهوايات كي كنت صغيرة درت ناتاسيون و جيدو كنت نروح معا خويا ودروك معندي حتى هوايات (ضحكت) نطيب هذي هوايتي ندير مسمن و مبسس (ضحكت) خطر منصبرش فل حاجة بزاف نتتارفا.

مستمتعة ف حياتي خطر نحوسو بزاف وخويا المغترب كي يجي عدنا نروحو نكومبو فل بحر .مشي منعزلة عادي شيالا نحس الغضب و لينار كي واحد يخرب فيا بصح منعزلة لا جامي حمدلله . كي مرضت فل بداية واه بصح دروك لا.لي تبدل كما قتلك متوليش تقدي دير قاع الصوالح كيما السياقة تخافي تجيك النوبة على غفلة

راني متفائلة غاية والحمدلله ان شاء الله بنلقا خدمة ساهلة ماهلة ونولي ب شهريتي ولا ربي جابلي راجل منمدش يدي ليه و من احلامي ندير البارمي, بعد سنوات نشوف روعي غاية وخدامة و متروجة وعندي ذرية سالحة يارب.

### 1-3 معطيات المقابلة العيادية :

- معاش جسدي اليم منذ بدايات المرض (فترة المراهقة).
- عصبية مفرطة وردود افعال عدوانية وعدم توافق علائقي .
- صورة ذات مهددة ومواضيع داخلية هشة تتم على اشكالية فقدان و انفصال.

### 2- بروتوكول الورشاخ للحالة:

| اللوحة | النص | التحقيق | التنقيط |
|--------|------|---------|---------|
|--------|------|---------|---------|

|  |   |  |            |
|--|---|--|------------|
| <p>G F+ A Ban<br/>D F K H/ obj</p>           | <p>(G)<br/>(D1)<br/>رافدة يديها في السماء</p> | <p>s02..... ^<br/>- هذا خفاش .<br/>- وفي الرسط هنا<br/>مرأة لابسة لباس.<br/>S43</p>  | <p>I</p>   |
| <p>G FC' Ad<br/>D c /sg</p>                  | <p>زوج كلاب متقابلين<br/>(G)<br/>(Dd8)</p>    | <p>s33 v..... ^<br/>- راني نشوف زوج<br/>ريسان تع كلاب كحلين<br/>لاسقين مع بعض<br/>- دم احمر .<br/>- مضروبين وهذاك<br/>دمهم.<br/>01m :25s</p> | <p>II</p>  |
| <p>G F K Hd<br/>D F- Anat<br/>D F+ A Ban</p> | <p>(G)<br/>(D4)قلل<br/>(D3)<br/>(D1)</p>      | <p>02s.....^<br/>- زوج corp تع بنيادم .<br/>تاع نساء رقاق رافدين<br/>قلل في يديهم .<br/>- كلاوي .<br/>- فراشة.<br/>50S</p>                   | <p>III</p> |

|                             |  |   |            |
|-----------------------------|--|---|------------|
| <p>D F- Hd sex<br/>Clob</p> | <p>(Dd8)</p>   | <p>02s.....<sup>^</sup><br/>-كرعين كبار تع وحش.<br/>40S</p>   | <p>IV</p>  |
| <p>G Fc' Kan A Ban</p>      | <p>(G)<br/>خفاش لونه اسود وحال<br/>جنحيه وطاير .</p> | <p>12S.....<sup>^</sup><br/>-هذا خفاش عنده جناح<br/>و كرعين .<br/>53S</p>                                   | <p>V</p>   |
| <p>D F- Hd</p>              | <p>بيان متلاسق<br/>(D1)</p>                          | <p>05s ..... v...<sup>^</sup><br/>-راه بيانلي جهاز تتاسلي<br/>الخلفي (ضحكت) تاع<br/>انسان .<br/>33S</p>     | <p>VI</p>  |
| <p>G F+ Hd</p>              | <p>(G)<br/>تتحرك(Dd12)</p>                           | <p>04s.....<sup>^</sup><br/>-زوج ريسان تع شيرات<br/>دايرين كوتشوفال شعرهم<br/>طالع و هذا جسمهم .<br/>1M</p> | <p>VII</p> |

|   |   |   |             |
|---|---|---|-------------|
| <p>D F Kan A<br/>D F+ A<br/>D F Kan A</p>   | <p>طالعين (D1)<br/>(D3)<br/>(D5)<br/>(D4)</p>                                     | <p>05s..... ^<br/>-زوج نمورا .<br/>- فراشة .<br/>- هذا خفاش مبلع يديه.<br/>-خفاش وحداخر حال<br/>يديه .<br/>01m</p>  | <p>VIII</p> |
| <p>D F Kan A<br/>D F Kan A</p>  | <p>(G)<br/>(D1)</p>   | <p>s02 .....^<br/>- زوج ديناصورات<br/>مدابزين.<br/>-وفراشة طير .<br/>53S</p>  | <p>IX</p>   |
| <p>D F+ A<br/>D F Kan A Obj<br/>D F- A<br/>Clob<br/>D F+ Alim<br/>Dd F Kan A<br/>D FC A</p> | <p>(D2))<br/>(D6)<br/>(D7)سم<br/>(D1)طالقين السم<br/>(D9)<br/>(Dd15)<br/>(D5)</p> | <p>04 s.....^<br/>-زوج نملات .<br/>- ديناصورات رافدين<br/>حاجة في يدهم.<br/>-زوج دودات طالقين<br/>حاجة من فمهم.<br/>-هذو عقارب يطلقو<br/>السم.<br/>- زوج حبات بيض<br/>مهرسين.<br/>-خفاش صغير مقلوب<br/>يتحرك.<br/>-جسم فكرون .<br/>01m45s</p> | <p>X</p>    |



1-2 اختبار الاختيارات:

الاختيار الموجب +:

اللوحة العاشرة : فيها الوان مبهجة متعكرش المورال والوان تشرح الصدر.

اللوحة الثالثة : حسيتهم زوج نساء و النساء يعبرو على الانوثة وراهم يرفدو قلل تسما يديرو في حاجة مليحة بالاك باش يسقو.

الاختيار السالب - :

اللوحة الثانية: معجلتنيش خطش تبان حزينة وفيها القتيلة.

اللوحة الخامسة : خطش الخفاش تاع التشاؤم سيرتو فل منام .

2-2 المخطط النفسي :

| المحتويات   | المحددات   | انماط الادراك  | الخلاصة  |
|---|--|--|--|
| A : 14<br>Ad : 1<br>H : 2<br>Hd : 4<br>Sg : 1<br>Anat : 1<br>Obj : 1<br>Sex : 1 | F+ : 07<br>F- : 3<br>F+- : 0<br>S DE F : 10<br>K : 02<br>Kan : 7<br>S DE K : 7<br>C : 1<br>FC' : 02<br>S DE C : 2.5<br>E : 0<br>Clob : 1 | G : 5<br>G% : 23%<br>D : 15%<br>D% : 68%<br>Dd : 01<br>Dd% : 05% | R : 22<br>R COMPLET : 0<br>REFUS : 0<br>T TOTAL : 35M<br>TPR :<br>T D'APPR :<br>G.D.Dd<br>TRI : 2K / 2.5c<br>F.C : 7K / 0 E<br>RC% : 50%<br>Ban : 3<br>F% : 45%<br>F+% : 32%<br>F élargie : 95%<br>A% : 68%<br>H% : 27%<br>IA% : 32% |

المواظبة : في بروتوكول المفحوصة يوجد المواظبة في اللوحات التالية ( I -V-VIII-X )

التعاليق : يوجد انزعاج في اللوحة II (هاذي صعيبه شوية ) و يوجد تحفظات كلامية في اللوحة VI (راه بيانلي جهاز تناسلي خلفي تع انسان ).

التناظر : في اللوحات I-III-VII-IX-X

## -تحليل بروتوكول الروشاش للحالة 1 :

التحليل الكيفي:

الانطباع العام:

قدمت المفحوصة انتاجية قدرها  $R=22$  تبدو مناسبة للمعيار لكن التأمل في نوعية الاجابات يكشف بساطتها وعدم ثراءها نظرا لميل المفحوصة من خلال الازمنة المضرة للتخلص من الاداة و الوضعيات الاسقاطية وكذلك من خلال مواظبة المفحوصة على نفس المحتويات في اكثر من لوحة :خفاش ( اللوحات I-V-VIII-X ) زوج ريسان (II-VII) . فراشة ( VIII-XI ) . زوج ديناصورات ( IX -X ) .

طغى التناول الجزئي  $D\%=68\%$  على حساب التناول الشامل  $G=24\%$  مع اهتمام محدود بالتفاصيل الصغيرة  $Dd\%=5\%$  مما يدل على تجنب المفحوصة لاي جهد عقلي مفصل قد يكشف الصراع و التجزئة هنا تهدف للتحكم في المواضيع الخارجية على حساب هشاشة المواضيع الداخلية .

المقاربة الشكلية جاءت منخفضة  $F\%=45\%$  مما يدل على هشاشة الحدود لكن بالنظر الموسعة  $F\ Elargie=95\%$  نجد ان هناك جهد دفاعي مكثف بذلالة المفحوصة لتقوية الحدود . و  $f+=32\%$  لا تعكس قدرة الانا على التكيف مع الواقع .

المحتويات الانسانية جاءت  $h\%=27$  غير انها جاءت منخفضة مقارنة بالمحتويات الحيوانية  $A\%=68\%$  .

اما باقي المحتويات لا تعكس ثراء هوميا .

التحليل الكيفي :

السياقات المعرفية:

قدمت المفحوصة في اللوحة الاولى I اجابة شاملة مبتذلة خفاش  $G F+ A BAN$  و اتبعتها باجابة جزئية (مرأة لابسة لباس ورافدة يديها للسا )  $D F K H/OBJ$  وهذا دليل عدم قدرتها على الصمود طويلا و الحفاظ على الذات الموحدة النرجسية ودعمتها باجابة من نوع جلد (لباس) لتدعيم الغلاف النفسي الهش وعبرة ( رافدة ييدها للسا ) دليل الذات مهددة وبجاجة للحماية و السند .

في اللوحة الثانية II و بعد زمن الكمون المرتفع اعطت اجابة شاملة انطباعية حسية G FC AD والتي تشير الى طابع اكتتابي اضطهادي (مضروبين) و اتبعتها باجابة لونية خالصة (دم) D C /SG تشير الى انفلات نزوي و الفشل, ضيقة للاحتواء امام الرقابة و الحركة .

في اللوحة الثالثة III اعطت المفحوصة تصور انساني لكن بنزعه غير تعريفه في اول وهلة (بنادم) يعكس صعوبة تقمصه لكنها نجحت بعد ذلك في تحديد الجنس ( بنات رقاق ) ورافدين قلل محاولة لتجميد الصراع و الاجابة التشريحية (كلاوي) D F- ANAT دليل الاشكالية تمس الجسد وحدوده المهددة وهشاشة العالم الداخلي .

في اللوحة الرابعة IV اعطت المفحوصة استجابة جزئية انطباعية خوافية (كرعين كبار نتاع وحش) تعبر عن ذات مهددة و (كرعين) محاولة لتصغير الخصائص القضيبيية للوحة و التحكم في الارتباك التي تحييه الصورة القضيبيية .

اللوحة الخامسة V اعطت استجابة شائعة دليل ذات موحدة لكن تعكس 'C طابع اكتتابي و هشاشة نرجسية.

اللوحة السادسة VI قدمت المفحوصة اجابة جزئية بمحتوى جنسي لكنه غير طاهر (جهاز تناسلي من الخلف) وهذا يعكس صعوبة تقمصية جنسية لديها وتجنب الصارخ لنزوة اللوحة ورفض تصوراتها الجنسية.

اللوحة السابعة VII نجحت المفحوصة في استحضار تصور انساني لكن بجزئية مرتبطة بتصورات نكوصية واستحضار الزوج النرجسي (زوج شيرات دايرين كوتشوفال) هو دفاع لاحتواء النقائص العاطفية

اللوحة الثامنة VIII قدمت اجابات جزئية بمحتوى حيواني محاولة تسيير النزوة العدوانية و نلاحظ بواحد صراع غير مبني .

اللوحة التاسعة IX في هذه اللوحة ذات الرمزية الامومية اعطت اجابتين جزئية بمحتوى حيواني (زوج ديناصورات مدايزين) لتعكس الطابع النزوي العدواني الاضطهادي ثم اللجوء لمحتويات هشة ذات رمزية بدائية (فراشة) لتخفيف الثقل الصراعى لكنه تماسك هش يعكس نقائص عاطفية في المواقع المبكرة .

اللوحة العاشرة X اعطت المفحوصة اجابات جزئية تعكس مواضيع متعددة و نزوات تدميرية ديناصورات عقارب يطلقو السم كما ظهر الطابع الاكتئابي في تعبير (زوج حبات بيض مهرسين) متعلق بالفقدان و الانفصال و (خفاش صغير مقلوب) اجابة تعزز الجانب النكوصي الانسحابي (طابع اكتئابي) امام خطر المواضيع.

ملاحظات اللوحات الثلاثة الاخيرة وظفت المفحوصة الالوان, و تجنب تسميتها وذكرها وهذا دليل عاطفة خافتة وتحكم معرفي محاولة قمع العواطف و النزوات .

اما فيما يتعلق بالمقاربة الشكلية فرغم انخفاضها  $f\%=45\%$  الا ان المفحوصة يبدا ومن خلالها الموسعة  $f\%=95\%$  انها تبذل جهودا مكثفا لتقوية حدودها الهشة لكنها جهود تبقى غير كافية للصد و تعكس عدم فعالية الانا في مسايرة الواقع .

#### الدينامية الصراعية :

يشير نمط الصدى الحميم TRI الى الانبساطية لكنها محدودة  $TRI=2K /2.5C$  لا تؤكد الصيغة الثانوية  $FC=7K/0^E$  التي ترجع كافة التصورات على كافة الانطباعات الحسية وهذا التناقض دليل وجود صراع لدى المفحوصة تحاول اخفاء و اسقاطه على العالم الخارجي اي انتهاء انبساطية ظاهرية و RC% المرتفعة 50% يتضح انها الوسيلة في ذلك و دفاع هوسي يخفي الحاجة للانتماء من الاخطار الخارجية .

اما فيما يتعلق بالحركات الانسانية و الحيوانية تشترك غالبا من اجل نفس الهدف ضد اخطار ومخاوف الاخفاء سجلت المفحوصة حركتين انسانييتين  $K=2$  في اللوحة 3 مبتذلة (زوج نساء رفاق رافدين قتل) اذا تعمقنا نجد ان هناك نقائص في استثمار صورة الذات ( رفاق) و قتل محاولة لتجميد الصراع اما الحركة الاخرى في اللوحة 1 رافدة يديها في السماء دليل حاجة للسند و الحماية و نلاحظ توظيف المفحوصة للحركات الحيوانية وبوفرة  $KAN =7$  مما يدعم الطابع النكوصي و يدل استثمار الصور الحيوانية بحركاتها  $A\%=68\%$  على ميزاج اكتئابي انهيارى و اتجاه دفاعي لتجنب الاتصالات و العلاقات الانسانية نلاحظ ايضا ارتفاع مؤشر القلق  $TRI=32$

### التظاهرات الحسية :

نسجل اجابة لونية خالصة في اللوحة C=2 كأنفعال نزوي وحيد وحضور الاجابات اللاونية 'C' التي تدعم الانطباعات الاكتئابية . انعدام البعد التضليلي E=0 دليل انسحاب ونقص في الدعامات العاطفية العميقة الممتدة من الموضوع الاولي .

### 3-1 معطيات بروتوكول الرورشاخ:

- صعوبة تقمصية جنسية ونقائص في استثمار صورة الذات و العلاقة بالآخر.
- نقائص عاطفية.
- استثمار مفرط للصور الحيوانية لا يدل فقط على طابع نكوصي وانما ايضا الى مزاج انهيارى اکتئابي.
- انبساطية محدودة جدا لا تؤكد الصيغة الثانوية FC وغياب الاستجابة الحسية .
- فقد هوامي و عجز عن ارضان الصراعات النفسية.
- ذات مهددة بفعل التصورات وقوة الهوامات النزوية و الهشاشة النرجسية.
- ارتفاع الاجوبة الشكلية F%=45% يوحي باستثمار منفض و هي دليل حدود هشة.
- تجنب التصورات الإنسانية و العلائقية .
- عاطفة مخنوقة.

## مناقشة نتائج البحث :

سنستعرض فيما يلي أهم النتائج المتحصل عليها و سنناقشها على ضوء الفرضية الأساسية لبحثنا و المتمثلة في : ان مريض الصرع الراشد يعاني من الاكتئاب والذي يظهر من خلال المقابلة العيادية و اختبار الرورشاخ بتميزهما ب:

- اختلال صورة الذات .
- انسحاب اجتماعي و كف علائقي .

## 1-1 على مستوى اختبار الرورشاخ :

نلمس مؤشرات عديدة استخلصناها من بروتوكول الحالة هي كالتالي :

-خطاب غير ثري وفقير هوميا رغم أن الإنتاجية تبدو مناسبة للمعيار  $R=22$  وذلك بالنظر للأزمة القصيرة المستغرقة و التي توحى برغبة المفحوصة بالتخلص من الوضعية الاسقاطية, وكذا مواظبتها على نفس المحتويات في لوحات عديدة .

- زوج ريسان (اللوحات VII. II)

- فراشة (اللوحات IX. VIII)

- زوج ديناصورات ( IX. X )

وهذا يعكس ميل نحو الكف وصعوبة في تسيير التصورات و النوات و يدعم البعد الكبتي .

-تعد الاجابات الكاملة و الموحدة دليل ادراك كلي و حدود جسدية معرفة, عكس ما شاهدناه في بروتوكول الحالة إذ غلب التناول الجزئي  $D\%=45\%$  و دليل حدود جسدية هشة و ذات غير متماسكة .

-إنخفاض المقاربة الشكلية  $F\%=45\%$  يدعم فرضيات هشاشة الجود لكن الظاهر ان المفحوصة تبذل جهود دفاعية مستميتة لتقويتها  $F\%élargi=95\%$  .

-نقائص في إستثمار صورة الذات و العلاقة بالأخر ظهرت في نوعية الإستجابات الإنسانية المتقدمة و التداعيات العلائقية .

(اللوحة I : مرأة لابسة لباس و رافدة يديها للسماء ) إجابة جزئية انسانية مدعمة بإجابة من نوع جلد (لباس) دعيما للغلاف النفسي الهش وعبارة (رافدة يديها للسماء)دليل على ذات مهددة و حاجة للحماية و السند .

(اللوحة V : بالرغ من الإجابة المبتذلة و المحاولة الناجحة لتوحيد الذات الا ان C' تعكس طابع إكتئابي و هشاشة نرجسية ).

(اللوحة III : نساء رفاق ) دليل إشكالية تمس الجسد و الذات .

-صعوبة تقمصية جنسية في اللوحتين ( V او VI ) و استجابة تعبر عن ذات مهددة معاش اضطهادي أما خطر المواضيع .

-الإسقاط على العالم الحيواني و ارتفاع  $A\%=68\%$  يدعم الطابع النكوصي لكنه يدل على ميزاج إكتئابي انهياي و تجنب التصورات الإنسانية و التداعيات العلائقية .

-نزوات عدوانية تدميرية و معاش اضطهادي (عقارب يطلقو السم في اللوحة X , زوج حبات بيض مهرسين اللوحة X ), (خفاش صغير و يتحرك ) نعكس مواضيع مهددة و اشكالية فقدان بالتالي طابع اكتئابي .

-إستحضار الإستجابات اللاونية C' (Achromatique) تدعم بقوة الإشكالية الاكتئابية لدى المفحوصة و الهشاشة النرجسية بالاضافة الى العاطفة الخاصة .

-قلة الاستجابات الشائعة  $Ban=3$  دليل قصورفي التكيف العلاجي .

-عاطفة خافتة و إنبساطية محدودة لا تؤكد الصغة الثانوية  $Tri = 2k / 2.5c$  و  $Fc = 7k / 0^E$  .

-وما ارتفاع  $RC\%=50\%$  يشير الى الدفاع الهوسي يخفي الحاجة لإحتماء من الأخطار الخارجية و يؤكد على انها إنبساطية ظاهرية وان الحياة العاطفية مخنوقة .

1-2 على مستوى المقابلة العيادية :



ظهر الإكتئاب لدى المفحوصة من خلال تعبيرها عن معاشها الجسدي الأليم ومنذ بداية المرض ( فترة المراهقة) هاته الفترة الحساسة التي يهتم بها المراهق بمظهره وجسده و كألوية و ينشأ الكمال النرجسي لبناء صورته الذاتية, لكن مع مرض مزمن كالصرع و خصوصيته صعب على المفحوصة تقبله حيث عبرت قائلة بنبرة حزينة " ما وليت نجم مخرج, لا نقضي, لا نصوم, نعي, ما نقدر ندير والو, حبست قرابتي في فترة معينة, ماتوليش تقدري ديري قاع الصوالح كيما السياقة, تخافي تجيك النوبة على غفلة".

بالنسبة للجانب العلائقي, صرحت الحالة انها إجتماعية لكن لمسنا بعض التناقض حيث أكدت عدم انشاءها لعلاقات صداقة حيث عبرت قائلة " الصحابات ماشي ملاح ... " هذا يؤكد نوع من الانسحاب الإجتماعي, كما أن الحالة صرحت لانها سريعة الغضب و لا تتحكم في نوباته و نسبة لذلك مرضها, فعلاقتها بمحيطها الاسري الذي قدم لها كل اشكال الدعم و السند و الحماية لا تخلو من عدم التوافق و السبب عصبيتها و عدوانيتها .

"علاقتي مع الابن ورمال بصح كي ينفيني نعطيه الصرف "

" انا نتتارفا بلخف على والو ...مرضي ما يخلينيش نتحكم في اعصابي "

و حسب نزرتنا لهذه الردود الإنفعالية الحادة و العدوانية نجدها دفاع ضد هشاشة الحدود و إختلال صورة الذات بل و ضد الاكتئاب و كانها تعمل على تطوير جلد ثاني Second peau على حد تعبير العالمة E.Beck . استر بيك (1967) لتعويض تقصير الجلد الأول و كحصاد لإشارات يمكنه ضد تصدعات الجلد الاول .

خلال كل هذه المؤشرات المستخلصة يمكن القول أن فرضية بحثنا الأساسية تحققت و أن مريض الصرع الراشد يعاني من الإكتئاب و الذي يظهر من خلال المقابلة العيادية و اختبار الرورشاخ بتمييزهما :

-إختلال صورة الذات .

-إنسحاب إجتماعي و كف علائقي.

خلاصة عامة:

إن مرض الصرع من الأمراض العصبية التي تصيب الإنسان من مختلف الأعمار خاصة في مرحلة الطفولة، فالراشد المصاب بالصرع نجده عموماً غير قادر القيام بعدة نشاطات منها القيادة أو الخروج بمفرده، تجده دائماً يخشى من حدوث النوبة خارج البيت، كما لا يستطيع تحمل ارتفاع درجة الحرارة أو الأصوات المرتفعة فالحرمان من هذه النشاطات قد يؤدي المصاب بالإحباط و إختلال في نفسيته وهشاشة في الغلاف النفسي وفي عالمه الداخلي، كما تبقى بيئة المصابين بالصرع مليئة بالمعوقات التي تزيد من عبء النوبات فالمصاب بالصرع نجده غالباً ينسحب من الوسط الاجتماعي ويتجنب كل قنوات التواصل خوفاً من النظرة السلبية التي كونها المجتمع عن الصرع كما يجد صعوبة في التكيف مع الواقع أي عدم مساندة الأنا للواقع و صعوبة في استثمار صورة الذات .

فالتعامل مع المرض من حيث الرفض أو التقبل يحدد التوجه النفسي للمصاب نحو المرض، وتقبل العائلة بدورها يساعده على تقبل ذاته وتقبل حالته و المتمثلة في التعايش مع المرض وأعراضه، كما أنه يجب دائماً تقديم الدعم النفسي للمريض لأنه يحتاج إلى الحماية و السند، و العمل على تقوية الثقة بالنفس و تقدير الذات فالمتابعة النفسية مهمة في تعايش الشخص المصاب مع المرض، والخفض من القلق و التغلب على الهشاشة النرجسية، و تقادي الإصابة بأي اضطراب مزاجي.

قائمة المراجع :

الكتب باللغة العربية :

- ابو السعد ا. :، "علم نفس الارشادي"، الاردن، دار المسيرة، 2001.
- ابو العزم. م.، "الصرع"، السعودية، دار الافاق للنشر و التوزيع، 2009.
- بن محمد الصبي .ع.، "الصرع و التشنج"، السعودية، مكتبة الملك الفهد الوطنية، 2006.
- بيتون. س.، "الامراض العصبية"، عمان، دار اليازوري للنشر و التوزيع، 2007.
- الحفني .ع. : " الطب النفسي"، القاهرة، مكتب المدبولي، 1992.
- خطيب .ج : "مقدمة في الاعاقة الجسمية و الصحية"، دار الشروق، 1998.
- خير الرزاد .م. : "الامراض العصابية و العلاج النفسي" القاهرة ، عالم الكتب للنشر و التوزيع 1997
- زهران. ح.، "الصحة النفسية والعلاج النفسي"، القاهرة مصر ، عالم الكتب، 2001.
- سعيد شرف. م. :، "دليل الامراض النفسية"، مصر ، مؤسسة عز الدين للطباعة و النشر، 1999.
- شاكر مجيد س، "مشكلات الاطفال النفسية"، عمان، دار صفاء للنشر و التوزيع، 2008.
- الشربيني. ل. :، "النوبات الكبرى للصرع وعلاجه"، اسكندرية، منشأ المعارف، 2007.
- عبد الفتاح .ح. :، "تكنيك الرورشاخ"، مكة، منشورات جامعة ام القرى بمكة المكرمة، 2003.
- عبد المعطي .م. :، "الاضطرابات النفسية في الطفولة و المراهقة الاسباب و الشخيص والعلاج"، 2001.
- عكاشة. ا.، " الطب النفسي المعاصر"، القاهرة، دار الفكر اللبناني، 1980.

الكتب باللغات الاجنبية :

- 1- Albert.d : « nouveau dictionnaire étnologique et historique »,edit larousse,paris,1964
- 2- D.anzieu,c . chabert :« les méthodes projectives »,édit,puf,paris,(1987)
- 3- D.lagache :« l'unité de la psychologie », paris,1949

4- Jean devereux .D : « les espace de la folie »,édit l'armattan, paris,1997.

**مذكرات و رسائل :**

- 1- بن معزیز. ف: ظهور الاكتئاب في مرحلة المراهقة,مذكرة تخرج لنيل شهادة الماستر تخصص علم نفس عيادي, جامعة مستغانم الجزائر 2014-2015.
- 2- سعدي .ع:,القلق لدى الراشدين المصابين بالصرع,مذكرة تخرج لنيل شهادة الماستر,تخصص علم نفس عيادي,جامعة البويرة الجزائر. 2012.
- 3- قويدر. أ : ,التمثلات الثقافية للعلاج ووظيفتها في المسار العلاجي للمكتئب الراشد,رسالة لنيل شهادة الدكتوراه,تخصص علم نفس عيادي,جامعة وهران-2- الجزائر 2010.
- 4- نجادي. ر : , الاغلفة النفسية لدى عاملات للجراحة التجميلية,رسالة لنيل شهادة الدكتوراه,تخصص علم نفس عيادي, وهران-2- الجزائر 2010-2018.

**معاجم و موسوعات و قواميس :**

- ابو قرحة .خ : , "موسوعة نفسية",الاردن, دار اسامة للنشر و التوزيع, 2000.
- خولي. و :,"الموسوعة المختصرة في علم النفس و الطب النفسي", القاهرة, دار المعارف,1976
- زهران حامد .ع :,"معجم الطب النفسي و العقلي",الاردن,دار اسامة للنشر و التوزيع, 2006.
- عبد القادر. ف: , "معجم علم النفس والتحليل النفسي" , دار النهضة العربية,(دب).
- عواد. م: , "معجم الطب النفسي والعقلي",الاردن, دار اسامة للنشر و التوزيع, 2006.

**مقالات:**

❖ براجيل .ج: (2021),مشكلات الطفل المتمدرس المصاب بالصرع:

الاجتماعية,المعرفية,اللغوية,والنفس حركية من منظور بعض الدراسات الاجنبية الحديثة, مخبر

الاضطرابات النمائية العصبية و التعلم, جامعة ابي بكر بلقايد تلمسان الجزائر . تاريخ النشر

2021-06-01:

# الملاحق

## الملاحق

---

دليل المقابلة :

المحور الاول : البيانات العامة

الاسم:

السن:

الحالة العائلية :

المستوى التعليمي :

الرتبة في العائلة:

العمل (الوظيفة):

الحالة المدنية :

نوع المرض و مدته و سنة الاصابة :

المحور الثاني : الجانب الصحي

ما هو نوع الصرع ؟

هل لديك اشارات قبل النوبة ؟

كيف كانت اول نوبة ؟

كيف هو احساسك اثناء النوبة ؟

كم عدد تكرار النوبة في الاسبوع ؟ و كم مدتها ؟

هل لديك امراض مزمنة اخرى ؟

هل يوجد شخص اخر من عائلتك مصاب بنفس المرض ؟

المحور الثالث : الجانب الاسري العلائقي

## الملاحق

---

كيف هي علاقتك بعائلتك ؟

مع الاب :

مع الام :

مع الاخوة:

وما نوعية التواصل بينكم ؟

ما موقف عائلتك نحو مرضك ؟

هل تغيرت معاملتهم لك بعد الاصابة ؟

كيف هي حياتك خارج اسرتك ؟

مع الاصدقاء :

مع المحيط الخارجي :

هل وجدت مساندة من طرف عائلتك؟ وهل الى حد الان؟ ومن هو اكثر احد مساندا لك؟

هل انت محبوب من طرف عائلتك ؟

هل تعرضت لخذلان منذ ان اصبت بمرضك؟ كيف ؟

### المحور الرابع : الاكتئاب

كيف تلقيت خبر مرضك ؟ احكي قليلا عن تلك الفترة ؟

كيف كان تعاملك مع المرض في بداياته؟ وهل واجهت صعوبات ؟ ما هي ؟

حاليا كيف تنتظر لمرضك وكيف تتعامل معه؟

كيف هي نظرتك لذاتك ؟

هل انت راض عن نفسك ؟



كيف يكون مزاجك طوال اليوم؟

هل تتتابك لحظات يأس و افكار انتحارية؟متى؟

هل تتتابك مشاعر الحزن ورغبة في البكاء ؟ متى ؟

هل تعاني من الخمول ؟

هل تشعر بأنك فاشل ؟

هل تعاني من صعوبات في النوم؟

هل غذائك متوازن؟حدثني عن شهيتك:

كيف تمارس حياتك اليومية ؟

هل تمارس هوايات ؟

هل تستمتع بمختلف جوانب الحياة؟

هل تحس بالغضب والانعزال على الناس و الانشطة الاجتماعية ؟

ما الذي تغير في حياتك منذ ان اصبت بمرضك ؟ وكيف؟

**المحور الخامس : الحياة المستقبلية**

كيف هي نظرتك للمستقبل؟متشاؤم ام متفائل ؟ ولماذا؟

ماهي تطلعاتك,احلامك؟

كيف ترى نفسك بعد سنوات من الان ؟