

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
République Algérienne Démocratique et Populaire

Ministère de l'Enseignement Supérieur
et de la Recherche Scientifique

Université Akli Mohand Oulhadj - Bouira -

Tasdawit Akli Muhend Ulhag - Tibirett -

Faculté des Sciences Sociales et Humaines

شعبة علم النفس



جامعة البويرة

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة أكلي محمد أولحاج

- البويرة -

كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية

قسم علم النفس وعلوم التربية

تخصص: علم النفس العيادي

عنوان المذكرة:

الإكتئاب عند الراشد المصاب بالصرع

مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر في علم النفس العيادي

إشراف الأستاذة:

ولد محند لامية

من إعداد الطالبة:

دوايدي أمينة

السنة الجامعية 2021_2022

شكر وتقدير

الشكر والثناء لله عزوجل أولاً على نعمة الصبر والقدرة على إنجاز العمل، فالله الحمد على هذه النعم.

وأنتقدم بالشكر والتقدير إلى أستاذتي الفاضلة ولد محند لامية التي تفضلت بإشرافها على هذا البحث، ولكل ما قدمته لي من دعم وتوجيه وإرشاد لإتمام هذا العمل على ما هو عليه فلها أسمى عبارات الثناء والتقدير.

وأخص بالتقدير والشكر والداي اللذان علماني السلوك القويم، وأنارا حياتي وعلماني أيضا أن الصبر هو طريق النجاح حفظهم الله.

إهداء

الحمد لله وكفى والصلاة على الحبيب المصطفى وأهله
ومن وفى أما بعد:

الحمد لله الذي وفقني لتتمين هذه الخطوة في مسيرتي
الدراسية بمذكرتي هذه ثمرة الجهد والنجاح بفضلته تعالى
مهداة إلى الوالدين الكريمين حفظهما الله وأدامهما نوراً
لدربي ولكل العائلة الكريمة التي ساندتني ولا تزال من إخوة
وأخوات إلى عماتي وكل من أحبهم. إلى كل قسم علم
النفس وعلوم التربية وجميع دفعة 2018 جامعة أكلي
محنذ أولحاج، البويرة.

فهرس المحتويات	
الصفحة	الموضوع
I	الشكر والتقدير
II	الإهداء
III	فهرس المحتويات
VII	فهرس الملاحق
أ	المقدمة
الفصل التمهيدي	
الإطار العام لإشكالية البحث	
11	1- الإشكالية
16	2- الفرضية
16	3- أسباب إختيار موضوع الدراسة
16	4- أهمية الدراسة
17	5- أهداف الدراسة
17	6- المفاهيم الإجرائية
18	7- الدراسات السابقة
الإطار النظري	
الفصل الأول: الإكتتاب	
24	تمهيد
25	1- لمحة تاريخية
25	2- تعريف الإكتتاب
27	3- إنتشار الإكتتاب
27	4- العوامل المسببة للإكتتاب
30	5- تصنيف وأنواع الإكتتاب
33	6- أعراض الإكتتاب

35	7- النظريات المفسرة للإكتئاب
39	8- تشخيص الإكتئاب
40	9- علاج الإكتئاب
44	خلاصة
الفصل الثاني: مرحلة الرشد	
47	تمهيد
48	1- تعريف مرحلة الرشد
48	2- مراحل الرشد
49	3- خصائص الرشد
52	4- النظريات النفسية في الرشد
56	5- حاجات الراشد ومطالبه
59	6- متطلبات الإرتقاء في مرحلة الرشد
59	7- الأزمات والتغيرات
61	8- مشكلات الراشد
62	9- كيفية حل مشكلات الراشدين
62	10- العوامل المسببة للسلوك المشكل في مرحلة الرشد
66	11- مرحلة الرشد والصحة النفسية
68	الخلاصة
الفصل الثالث: الصرع	
71	تمهيد
72	1- نبذة تاريخية
72	2- تعريف الصرع
74	3- إنتشار الصرع
74	4- أسباب الصرع
76	5- أنواع الصرع

78	6- أعراض الصرع
79	7- فيزيولوجية الصرع
80	8- كيفية حدوث الصرع والتشنج
81	9- الفرق بين الصرع والتشنج
82	10- الفرق بين الصرع والهستيريا
83	11- المعاش النفسي لمرض الصرع
86	12- تشخيص مرض الصرع
87	13- علاج مرض الصرع
90	خلاصة
الجانب التطبيقي	
الفصل الرابع: منهجية البحث	
94	تمهيد
94	1- الدراسة الإستطلاعية
94	2- منهج البحث
95	3- مجموعة البحث
96	4- حدود الدراسة
96	5- أدوات البحث
103	6- طريقة إجراء البحث
103	7- طريقة التحليل
106	خلاصة
الفصل الخامس: عرض ومناقشة نتائج الدراسة	
108	1- مناقشة النتائج على ضوء الفرضيات
110	الخاتمة
112	التوصيات والإقتراحات
114	قائمة المراجع

فهرس الملاحق

العنوان	رقم الملحق
دليل المقابلة العيادية نصف الموجهة	1
مقياس بيك للاكتئاب	2

الله أكبر

المقدمة

مقدمة

إن مفهوم الصحة لا يقتصر فقط على سلامة البدن والكمال الجسدي، فالصحة ليست مجرد خلو الجسد من المرض أو العجز أو الضعف، ولا تعني الجسم المعافى فحسب، بل إن من علامات الشخص المعافى والصحي ضرورة أن يتمتع بالصحة النفسية والعقلية، ويكون قادر على التفكير بوضوح وحل المشاكل المختلفة التي يواجهها في حياته، ويتمتع كذلك بعلاقات جيدة مع أصدقائه وزملائه، ويشعر بالراحة والطمأنينة والإستقرار، ويملك القدرة على التعامل مع ضغوط الحياة اليومية، والعمل بإنتاجية تمكنه من إفادة المجتمع.

تلعب الصحة النفسية دورًا كبيرًا في الصحة العامة، ويمكن للصحة النفسية الجيدة أن تشكل عاملاً وقائيًا تجاه العديد من الأمراض الجسدية، أظهرت عدة دراسات أن الصحة النفسية الممتازة يمكن أن تقلل من مخاطر النوبات القلبية والسكتات الدماغية والعديد من الأمراض المزمنة أو تخفف المضاعفات الناتجة عنها، ومن ناحية أخرى يمكن أن تؤدي الصحة النفسية السيئة إلى تدهور الصحة الجسدية أو تفاقم العديد من الأمراض، للصحة الجسدية أيضًا تأثير هام على الصحة النفسية، وغالبًا ما تترك الأمراض الجسدية الخطيرة والأمراض المزمنة تغييرات كبيرة على نفسية المرضى، ومن أهم هذه الأمراض مرض الصرع.

يعتبر الصرع أكثر الأمراض العصبية إنتشارًا في العالم، ويوجد حوالي أكثر من خمسين مليون شخص حول العالم مصابين به، وهذا المرض من الأمراض المزمنة التي يصاب بها الأشخاص في الأعمار المختلفة، والصرع ما هو إلا نوبات من الحركة اللاإرادية التي تكون في جزء معين من الجسم، مثل الإغماء والتبول وخروج رغاوي لعابية.

بعد التقدم الهائل الذي حدث في الطب وفي القرون الأخيرة أصبح هناك الكثير من طرق العلاج الفعالة لهذا المرض، كما أن عدد كبير من الأشخاص المصابين بهذا المرض يستجيبون للعلاج، ومن هنا إنبتق هذا الموضوع وتم إختياره نتيجة جذبه للإهتمامنا كونه يعالج مشكلة مهمة ومرصًا مزمنًا وخطيرًا.

وقد حاولنا في هذه الدراسة ربط مرض الصرع العضوي بجانب نفسي للراشد وهو الإكتئاب بهدف معرفة ما إذا كان المرض عاملاً في ظهور الإكتئاب لدى الراشدين.

هذه الأفكار سوف يتم تناولها في هذه الدراسة التي قسمت إلى جانبين النظري والتطبيقي، فالأول يتكون من أربعة فصول والثاني من فصلين.

إنطلقنا في بحثنا هذا بمقدمة، ثم الفصل الأول وهو الفصل التمهيدي الذي نتطرق فيه إلى تحديد الإشكالية، وصياغة الفرضية، والتحديد الإجرائي للمفاهيم، وأسباب وأهداف وأهمية الدراسة، وبعض الدراسات السابقة.

وأتبع كل هذا بالإطار النظري الذي ضم ثلاثة فصول حيث تحدثنا في الفصل الأول عن الإكتئاب، نبذة تاريخية عنه تعريفه وأنواعه وإنتشاره، وأيضًا أعراضه والنظريات المفسرة له وأسبابه وفي الأخير التشخيص و العلاجات المناسبة له، ثم تحدثنا عن مرحلة الرشد في الفصل الثاني وذلك من خلال تعريفها ومراحلها وكذلك خصائص هذه المرحلة، ومظاهر النمو فيها، والنظريات المفسرة لها ومتطلبات الإرتقاء وأيضًا مطالب وحاجات الراشد والأزمات والمشكلات وكيفية حلها وعلاقة كل هذا بالصحة النفسية، أما الفصل الثالث فقد خصصناه لمرض الصرع وهو يتناول نبذة تاريخية حول المرض وإنتشاره بالإضافة إلى بعض التعريفات، والإشارة إلى كيفية حدوث النوبات وفيزيولوجية الصرع والطرق المستخدمة في التشخيص، كما تطرقنا إلى أنواع الصرع والفرق بينه وبين التشنج والهستيريا وأسباب حدوثه، مع إلقاء الضوء على المعاش النفسي لمرضى الصرع وفي الأخير العلاج.

ثم يأتي الجانب التطبيقي الذي يتكون من فصلين، الأول نتناول فيه منهجية الدراسة أين نتكلم عن المنهج المتبع، والدراسة الإستطلاعية وحدود الدراسة المكانية والزمانية مع عرض خصائص مجموعة البحث، إضافة إلى أدوات البحث المتمثلة في مقياس بيك للإكتئاب ومقابلة البحث العيادية نصف الموجهة، والفصل الثاني يشمل نتائج الدراسة وتحليلها ومناقشة النتائج المتوصل إليها، وفي الأخير الخاتمة.

الفصل التمهيدي

الإطار العام

لإشكالية البحث

الفصل التمهيدي

- الإشكالية
- الفرضية
- أسباب إختيار موضوع الدراسة
- أهداف الدراسة
- أهمية الدراسة
- المفاهيم الإجرائية
- الدراسات السابقة

1- الإشكالية:

قد يتبادر في ذهننا كثيرًا من الأمراض العصبية التي تواجه الكثير من الأشخاص بمختلف الأعمار و المستويات لا تبدو عليهم علامات المرض، حيث لا يختلفون في شيء عن الآخرين في لحظة واحدة و دون مقدمات تدهمهم نوبة عاقبة تخرجهم فورًا من الحالة الطبيعية المعتادة، فترى الواحد منهم وكأن صاعقة قد هوت عليه فأسقطته أرضًا فاقداً للوعي بلا حراك دون إدراك لما حوله وقد يتعرض في هذه الأثناء لمضاعفات قد تدهور حياته، ويعتبر الصرع نوبات تصيب بعض الناس نتيجة لخلل يصيب جهاز العصبي ويتمركز في المخ والأشخاص المصابين به يواجهون مشكلات عديدة تستمر معهم طوال حياتهم، والتي كانت ولا زالت إلى يومنا هذا لاصقة بهذا النوع من الإضطراب للجهاز العصبي.

يعرف "الصفدي" الصرع على أنه إضطراب في وظيفة الجهاز العصبي المركزي الناتج عن خلل مفاجئ لوظائف الجهاز العصبي نتيجة تفريغ سيالات كهربائية زائدة في الدماغ والذي يؤدي إلى سقوط المصاب به فجأة بنوبات تشنجية ويصاحبها تقلصات عضلية تصيب جميع أجزاء الجسم.

(عصام حمدي الصفدي، 2007، ص 96)

كما يعرف "عبد الفتاح عبد الكافي" بأنه عارضًا يعكس إضطرابات متكررة في النشاط الطبيعي للدماغ نتيجة وجود شحنات كهربائية مفاجئة في الدماغ تختلف من حيث الموقع والكمية والشكل والتكرار.

(إسماعيل عبد الفتاح عبد الكافي، 2006، ص 137)

هذا ولا يزال الصرع واحدًا من الأمراض التي إستحوذت على عقول البشر وتحير، الأطباء حتى هذه اللحظة، فحوالي 70% من حالات الإصابة، والتي تبلغ على مستوى العالم ما يقارب من 50 مليون مريض بالصرع، 90% منهم من الدول النامية لا يعرف الأطباء سببًا لهذه الزيادة في النشاط الكهربائي في المخ عن معدله الطبيعي.

يعتبر "محمد الصبي" الأشخاص الذين يصابون بنوبتين أو أكثر مرضى بالصرع، والصرع مرض يصيب حوالي 1% من سكان العالم أي ما يعادل 50 مليون شخص، ويصيب مرض الصرع النساء والرجال من كل الأعمار إلا أنه عادة ما يظهر في المراحل العمرية الصغيرة أو المتقدمة.

(عبد الله بن محمد الصبي، 2006، ص 07)

كما يقول "عبد القوي" أن نصف المصابين بالصرع أو أكثر يبدأ عندهم المرض في سن الطفولة أين يكون النضج في دماغ الطفل غير مكتمل عند الولادة ويتواصل النضج إلى غاية المراهقة، وهذا يفسر سهولة ظهور النوبات لهشاشة المخ، أما بين 20 إلى 60 سنة يقل تواتر الإصابة بالمرض، وبعد 60 سنة أين تبدأ الشيخوخة بالظهور وهو ما يعرض الفرد إلى عوامل خطر وراثية خاصة بالسن ومنه فتواتر الإصابة بالمرض يرتفع مجدداً.

ويقول «dodrill» قد أثبتت الدراسات أن الصرع يؤثر على تطور وإتزان العمليات المعرفية على الرغم من أن أثره على العمليات المعرفية يزيد أو يقل حسب المرض وسبب المرض.

(Dodrill CB,2002,P70)

يقول "Scoville and Milner" يتأثر المصابون بالصرع وجدانياً ومعرفياً، فقد تم التوصل إلى أن المرضى بالصرع يعانون من إختلال في الوظائف المعرفية ويتولد لديهم إحساس بالبطء المعرفي الشامل وإختلال في الذاكرة.

(Scoville and Milner,1957, p112)

فحسب "Aldenkamp" نسبة إضطراب الذاكرة بين المرضى بالصرع تقدر بـ 20-50%.

(Aldenkamp AP,1999, p89)

تقول "أمل حسونة" فعلى ضوء هذه الدراسات يمكن أن نستنتج أن الصرع عامل مهم في إضطرابات معرفية كثيرة، ومما لا شك فيه أن هذه الإضطرابات قد تترك المريض وتشعره بالتوتر خاصة وأن سبب المرض غير معروف في كثير من الأحيان، ونوباته مفاجئة ومحرجة لما تتميز به من تشنجات وصراخ وتبول لا إرادي خاصة بالنسبة للراشدين لما لهذه المرحلة من وزن إجتماعي وأهمية كبيرة، فالراشد هو الوكيل على الأبناء و المعيل للأباء في غالب الأحيان، كما أن تميز الراشد بالقوة العضلية و طاقة حيوية تجعله قادراً على تحمل المسؤولية والأعمال الشاقة.

(أمل حسونة،2004، ص205)

حسب "ملحم" إن وصول الراشد إلى هذه المرحلة يمكنه من بلوغ الحد الأقصى من النشاط البيولوجي ويعطيه ميزة فريدة عن توافقه الشخصي والمهني التي يتطلبها البحث من مهن تحتاج إلى مثل هذه القدرات.

(سامي ملحم،2004، ص20)

والرشد حسب "محمد قذافي" مرحلة حساسة جداً نتيجة لما على عاتق الراشد من مسؤوليات وواجبات تتطلب منه حزمًا في أداؤها ومجابهتها، كما أنها مرحلة جديدة في الحياة الإنسانية تتسم بالتغيير والتعقيد وتظهر على الفرد تغيرات جسمية ونفسية وإجتماعية.

وهذه التغييرات في حد ذاتها تجعل الراشد تحت ضغط إجتماعي كبير، وهذا ما أكدته دراسة الباحث "لورنس" (1981-1987)، حيث أكدت هذه الدراسة على أن التغييرات الجسمية المصاحبة لبلوغ الفرد مرحلة الرشد تؤدي إلى ضغط نفسي كبير على الفرد نتيجة لما يتطلبه دوره الإجتماعي من جهد ومسؤوليات. (رمضان محمد القذافي، 2000، ص372)

ومن العوامل التي تؤدي إلى الإضطرابات وتؤثر على شخصية الراشد وصحته النفسية، هي العوائق الجسمية مثل الإعاقات الحركية، ومختلف الأمراض المزمنة كالصرع التي تؤدي إلى إضطرابات نفسية. ومن خلال دراسات الباحث "كيبياك" (1992)، توصل إلى أن النسبة الأكثر عرضة للأخطار النفسية والإضطرابات إذ تبلغ النسبة 35% لدى أفراد ما بين 20 إلى 25 سنة، كما ترتفع النسبة من 25 إلى 35 سنة بنسبة مقدرة ب 28% مع الأخذ بعين الإعتبار الجنس، حيث نجد أن نسبة النساء مرتفعة خاصة لدى العائلات التي تعاني ضغوطات ومشاكل بنسبة تقدر ب 46%، وتظهر من خلال أعراض الإحباط والعنف والقلق والإكتئاب وإضطرابات أخرى. (Helen B,1997,p813)

كل فرد في هذه الحياة معرض لمرض عضوي مهما كان نوعه خطيراً أو بسيط، حاد أو مزمن، والذي ينتج عنه ظهور إنعكاسات سيكولوجية هامة ناتجة عن إعالة الجسمية للمريض، ويؤكد العديد من الباحثين على العلاقة الموجودة بين الجانب النفسي والعضوي فأصابة أحدهما يؤثر على الآخر، وحسب "Bacal" (1970): "فإصابة العضوية تفرض الرعاية النفسية لأن هذا الأخير يزيد من صعوبة الإضطرابات لأن المعاناة العضوية تؤثر حتمًا على التوازن النفسي وبالتالي ظهور مضاعفات، فبمجرد تأكد المريض من إصابته هذا يكفي لكي يخلق لديه إستجابات نفسية خاصة، تأخذ عدة مظاهر منها الخوف، الإكتئاب والقلق وذلك تبعًا لشخصية الفرد وإستعداده وظروفه".

كما عرفت المنظمة العالمية للصحة عام 1964 الصحة النفسية على أنها "حالة من الرفاهية والسعادة الجسمية والنفسية والإجتماعية التامة وليس مجرد غياب المرض أو العجز أو الضعف، كما يرى "محمد دويدار" أن الصحة النفسية أنها "حالة عقلية إنفعالية مركبة دائمة نسبيًا من الشعور بأن كل شيء على ما يرام والشعور بالسعادة مع الذات والآخرين والشعور بالرضا والطمأنينة والأمن وسلامة العقل والإقبال على الحياة مع الشعور بالنشاط والقوة والعافية مع علاقة إجتماعية راضية مرضية.

(عبد الفتاح دويدار، 1994، ص 512)

كما أوضح "Lachemia" أن الصدمات التي يتعرض لها الإنسان طوال حياته وخاصة في مرحلة الطفولة ممكن أن تكون هي السبب في إصابته بالإكتئاب فتكون إذن الأسباب الخارجية هي المسؤولة عن تسبب المرض عنده. إلا أن هناك أسباب أخرى تكون السبب في إصابته بهذا الداء ومن هذه الأسباب نجد الإصابات الجسدية كبعض أمراض الجهاز العصبي، كالاختلالات الدماغية أو العقلية، وتصلب الشرايين إصابات أخرى من بينها بعض أنواع الصرع. (Lachemia,1999,54p)

كما أوضح دومار «1990» أن الأمراض العصبية كمرض الصرع هي أمراض تتميز في غالب الأحيان بأفات دماغية، ومن الممكن أن تكون هذه الآفات هي السبب في الإضرابات النفسية وإضطرابات الشخصية عند الفرد. وهذه الإضطرابات ما هي إلا نتيجة الإصابات الدماغية والوظيفية المسببة في مرض الصرع. (Domar,1990,p387)

وهذا قد يؤثر على نفسية وشخصية المصاب من الناحية النفسية حيث تحدث له تغيرات كإنخفاض تقدير ذاته ولومها وفقدان الطموح والأمل والتوافق عن القيام بمختلف النشاطات المعتادة سابقاً، كاعمل وزيادة الأصدقاء، إضطرابات في النوم والشهية، إضافة إلى الحزن والضيق والألم والإنعزال والوحدة والكآبة وهذه في مجملها أعراض الإضطراب يعد من أوسع الإضطرابات النفسية وأكثرها إنتشاراً في الوقت الحالي والذي يعرف بالإكتئاب.

تعرف الجمعية الأمريكية للطب النفسي - الطبعة الخامسة (APA 2013, DSM-5):

الإكتئاب على أنه مرض شائع وخطير يؤثر سلباً على الجوانب العاطفية المعرفية للفرد ويسبب الشعور بالحزن، وفقدان الإهتمام بالأنشطة التي كان الفرد يتمتع بها سابقاً ويؤدي الإكتئاب إلى عدة مشاكل عاطفية وجسدية، وإنخفاض كفاءة الفرد في العمل وفي الجوانب الأكاديمية.

(APA, DSM-5, 2013, P.296)

وحسب "الجبالي" تؤكد الدراسات العلمية إرتفاع نسبة حدوثه في المستقبل، وهو المرض الذي يؤثر بطريقة سلبية على طريقة التفكير والتصرف، ويصاب بالإكتئاب الذكور والإناث على حد سواء، الصغار والكبار والمسنين لا يفرق بين مستوى التعليم والثقافة ولا المستوى المادي، الجميع عرضة للإصابة به.

(حمزة الجبالي، 2016، ص 41)

ولهذا يعتبر الإكتئاب حالة شائعة بين الراشدين، خصوصاً أن هذا العصر يسمى عصر الإكتئاب لأن الإكتئاب هو طابعه الخاص وكذلك لمدى إنتشاره بين الناس.

وأوضح "يخلف" أن الأمراض الجسمية مهما كانت مرتبطة بالعجز الجسمي فإنها تؤثر على الحالة النفسية والإنفعالية للإنسان، وهذا ما أكدته دراسة الباحث بندر (Pender) سنة 1982 حيث ربط بين الصحة وتقدير الذات فهو يرى إذا وصل الفرد إلى درجة قصوى من الطاقة سيحقق ذلك وذلك من خلال حالته الصحية. (عثمان يخلف، 2002، ص 07)

وكذلك فقد إهتم الباحثون بدراسة الجانب النفسي في الإضطرابات السكوسوماتية التي يؤثر فيها الإضطراب الجسمي على الناحية النفسية بصورة واضحة، وقد بينت الدراسات العلمية أهمية الجانب النفسي وتأثيره على تثبيت الإضطراب الجسمي وزيادة خطورته من جهة والتحليل بالشفاء والتحقيق من المرض البدني من جهة أخرى. (كيلهولن في بلعزوق جميلة، 1991)

يرى "برنار 1980": " أن كل مرض أو عدوى مهما كانت بسيطة فإنها تنتج حالة إكتئاب".

(عطوف محمود ياسين، 1986، ص98)

أما "بيك 1967": "يقول إن الإكتئاب يظهر بكل خصوصياته نتيجة مرض جسمي معين خاصة إذا كان الإضطراب مزمنًا أو خطير، فالإصابة المفاجأة بأي إضطراب جسمي تصاحبه إستجابة إكتئابية ذات علاقة مع ظواهر نفسية كتدهور الصحة، الخوف من عدم الشفاء وتطور المرض إلى الأخطر والخوف من تغير نمط الحياة السابقة كما أن طول مدة المرض تنعكس سلبًا على المريض".

(Stender, 1980, p96)

وغالبًا ما تصاحب الأمراض العضوية إضطرابات وحالات نفسية منها: الخوف الحزن الشديد، التشاؤم، القلق، الإكتئاب عند المصابين بأمراض عضوية، لكن عندما تتحسن الحالة الصحية للمصاب نسجل إختفاء مختلف هذه الأمراض لكن الأمر ليس كذلك بالنسبة لأشخاص المصابين بالصرع.

فالإكتئاب يمكن أن يكون حالة سيكولوجية ناتجة عن مرض جسمي خصوصًا إذا كان المرض مزمنًا ويحدث أمام الجميع في أي وقت كالصرع، ومن هنا جاء تصورنا بإمكانية وجود علاقة بين الصرع والإكتئاب ونتيجة لما تعانيه هذه الفئة من حالات نفسية متدهورة أدى بنا إلى الدراسة والبحث في هذه الفئة التي تغتفر إلى المساندة النفسية وبالإعتماد على الدراسات السابقة وما توصل إليه الباحثين والعلماء نطرح التساؤل التالي: هل يعاني الراشد المصاب بالصرع من الإكتئاب؟

2- الفرضية:

- يعاني الراشد المصاب بالصرع من الإكتئاب.

3- أسباب إختيار موضوع الدراسة:

- إنتشار مرض الصرع في غالبية المجتمعات.

- أهمية الصحة الجسدية بالنسبة للإنسان وكيف تؤثر على الصحة النفسية.

- محاولة التقرب من هذه الفئة ومعايشتها لمعاناتها وألامها.

- قلة البحوث على مستوى الجامعة حول مرض الصرع.

- الميل الشخصي للبحث في حالات الصرع.

4- أهمية الدراسة:

إن إختيارنا لهذا الموضوع من بين المواضيع العديدة ما هو إلا نتيجة لوجود حالات كثيرة لهذا المرض تعاني التهميش وتم التخلي عنها في مجتمعنا بسبب عدة عوامل، كالإهمال والفقر والمشاكل الإجتماعية، إضافة إلى نقص الوعي لدى الأفراد وكذلك للفت إنتباه المعنيين بهذه الفئة من أجل الإهتمام بها وتطبيق برامج التكفل الصحي والنفسي بالأخص، وإلقاء الضوء على الجوانب النفسية الخفية عن الناس والتي يعاني منها المرضى، وأخيراً فإن أهمية البحث تنبع من أهمية المرحلة ونقصد بها الرشد وما يحتاجه هؤلاء المرضى من تكفل ورعاية.

5- أهداف البحث :

الهدف الرئيسي لبحثنا هو معرفة ما إذا كان الأشخاص المصابون بالصرع وبالأخص مجموعة بحثنا يعانون من الإكتئاب من خلال تطبيق مقياس بيك للإكتئاب كما أنه توجد أهداف نظرية من بينها تسليط الضوء على مرض الصرع وتكثيف الدراسات الميدانية في التخصص قبل التوجه إلى الميدان بعد التخرج.

6- المفاهيم الإجرائية :

6-1- الإكتئاب :

6-1-1- التعريف الإصطلاحي للإكتئاب : أحد التقلبات المعتادة للمزاج إستجابة لموقف نصادفه في حياتنا يدعو إلى الشعور بالحزن والأسى، مثل فراق صديق أو خسارة مالية، وقد يكون الإكتئاب مصاحبًا للإصابة بمرض آخر (أحد الأمراض النفسية المعروفة) ، ويتميز بوجود مظاهر نفسية وأعراض حدية... (لطفي الشربيني، 2001، ص19)

6-1-2- التعريف الإجرائي للإكتئاب : يحدد الإكتئاب في هذه الدراسة على أنه "حالة من الحزن الشديد مع مشاعر اليأس والتفكير الغير عقلائي"، يشعر به الفرد المصاب بالصرع ويمكن الاستدلال عليه من خلال مجموعة الإستجابات التي يسجلها المفحوص على مقياس الإكتئاب المستخدم في هذه الدراسة إذا كانت الإستجابات تقل 10 درجات فإن الشخص غير مكتئب، أما إذا زاد المجموع عن 30 درجة فإن الحالة هي نوع شديد من الإكتئاب.

6-2- الصرع :

6-2-1- التعريف الإصطلاحي لصرع : هو خلل في الجهاز العصبي يتجلى في نوبات أو دوار أو أعراض تصيب المرء على فترات غير منتظمة، فيقع أرضًا ويصاب بالتشنج العضلي، كما قد يفقده وعيه وهناك درجات من الصرع الكبير والجزئي. (محمد عواد، 2006، ص333-334)

6-2-2- التعريف الإجرائي لصرع : الصرع هو عبارة عن نوبات تشنجية تصيب المريض وتكون مصحوبة بأعراض تصيب المرء على فترات غير منتظمة، فيقع أرضًا ويصاب بالتشنج العضلي، كما قد يفقده وعيه ويخرج الزبد من فمه وهناك درجات من الصرع الكبير والجزئي.

6-3- مرحلة الرشد :

6-3-1- التعريف الإصطلاحي للرشد : هو مرحلة أواسط العمر من 20 إلى 60 عامًا، في هذه المرحلة يكون الفرد قد إطمأن إلى النمو الذي إختاره لحياته وعرف وجهته في الحياة، وهكذا يعود إليه إتزانة الإنفعالي مرة أخرى ويحس في أعماق نفسه أنه أصبح وكأنه يواجه حياته كيفما يشاء.

(أمل حسونة، 2002، ص211)

6-3-2- التعريف الإجرائي للرشد : الرشد مرحلة من مراحل نمو الإنسان، وتعتبر أهم المراحل كونها تأتي مباشرة بعد مرحلة المراهقة، وهي تمتد من 20 إلى 60 سنة، أين يعود إلتزان الشخصية في هذه المرحلة العاقلة لدى الإنسان.

7- الدراسات السابقة :

7-1- دراسة قام بها Petit Sylvie (2009) بعنوان آثار مرض الصرع على الحياة اليومية للمسنين :

وهي عبارة عن أطروحة دكتوراه بجامعة بوردو 02 وقد إستعمل مقياس "منهج أخذ العينات من الخبرات ESM method sampling Experience، وهو عبارة عن أداة تجمع معلومات كبيرة حول حياة الفرد كمًا ونوعًا، وهدف الدراسة هو البحث في التجارب الذاتية للفرد في التفاعل مع المحيط، ويتكون المقياس من عدة محاور هي : النشاطات وتتكون من الوضعية الجغرافية والعلاقات الإجتماعية ونشاطات الشخص، الإحساسات العاطفية، السعادة، الحزن، التعب... ، العلاقة الزوجية : منها : هل يتم فهمك ودعمك من قبل زوجك ..، الأحداث الحياتية : الصحة، العمل، الأصدقاء، إستراتيجيات المقاومة مأخوذ من (Waysofcoping) ل Vilalino (1985) كيفية على البيئة الفرنسية عن طريق (1996).
Cousson-Gelie

شارك في هذه الدراسة 82 شخص، 8,95% بينهم يعيشون كزوج، و46,61% لديهم طفلين أو أكثر، وقد طرح عدة تساؤلات محاولاً تأكيد وإختبار فرضياتها فكانت النتائج كالتالي :

- تحقق الفرضية الأولى وهي هناك إرتياح بين إستراتيجيات المقاومة والأحاسيس العاطفية.

- تأثير الزمن على الإرتباط بين الأساليب المختلفة للمواجهة.

- هناك إرتباط بين إستراتيجيات المقاومة والجنس.

وبذلك تحققت الفرضية العامة وهي: الإرتباط موجود بين العواطف، الجنس والزمن.

(Sylvie Petit,2009)

7-2- دراسة أخرى ل Lafaye Anais (2009) تحت عنوان أثر عوامل السند الاجتماعي وإستراتيجيات المواجهة على نوعية الحياة وإضطرابات القلق الإكتئابية عند المصابين بمرض الصرع الجزئي المركب :

أطروحة قدمت لنيل شهادة الدكتوراه بجامعة بوردو 02، هدف الدراسة هو تحديد تطور متغير نفس إجتماعي (السند الإجتماعي، نوعية العلاقة الزوجية وإستراتيجيات المقاومة) والسلامة العاطفية والجسدية، ومن جهة أخرى تحديد الآثار المرافقة أي آثار المتغيرات النفس إجتماعية على الفرد وسلامته العاطفية. وتم القيام بدراسة طولية على 132 مبحث مصاب بالصرع الجزئي المركب، تم من خلالها القيام بتقييم نفسي.

تم الكشف على عدة أشياء من بينها أن النتائج أظهرت حالات عاطفية ونوعية حياة سيئة بالنسبة للمرضى كما أن لديهم أعراض إكتئابية، بينما تم ملاحظة أن هناك عوامل مؤثرة بشكل إيجابي كالسند الإجتماعي والعلاقة الزوجية على إستراتيجيات المواجهة لدى المرضى. (lafaye Anais,2009)

7-3- دراسة للباحثة ربعة بشير باشا في رسالة ماجستير سنة (2009) حول موضوع "الإكتئاب ونوعية الحياة عند المرأة المصابة بالصرع":

وهي دراسة مقارنة وتنبؤية على عينة مكونة من (50) امرأة. كما أوضحت أن الصرع يؤدي إلى ظهور الإكتئاب وخاصة عند المرأة بحيث تصبح تعاني من عقدة نقص كونه مرض مزمن حيث يتعرض صاحبه لنوبات تهدد حياته بالخطر لأنه من الممكن أن تصيبه النوبة في أي مكان وفي أي وقت، وبالتالي يصبح عرضة للإكتئاب وعدم الإستقرار النفسي. (ربعة باشا، 2009)

7-4- دراسة: (Thapar et-al ,2009) : عنوان الدراسة الإجهاد، والقلق، والإكتئاب، والصرع التحقيق في العلاقة بين العوامل النفسية والنوبات :

أهداف الدراسة هدفت الدراسة إلى دراسة العلاقة بين العوامل النفسية (القلق، والإجهاد، والإكتئاب والنوبات، عينة الدراسة وأدواتها إشملت عينة الدراسة على 558 مريض صرع. تم جمع البيانات حول القلق والإكتئاب والإجهاد وتكرار حدوث النوبات من خلال إستبيانات تم التحقق من صحتها كما وتم إختبار تأثير العوامل النفسية على حدوث النوبات وتكرارها كما وتم إستخدام المعادلة الهيكلية للتغيير.

نتائج الدراسة الإكتئاب يتوسط العلاقة بين التوتر والقلق والتغيير في تكرار معدل النوبات كما وتسلط النتائج الضوء على أهمية إدارة الإكتئاب بالإضافة إلى إدارة النوبات في تقييم وعلاج الصرع في المرضى البالغين.

تفيدنا هذه الدراسات في أنها تعطينا نظرة عما يمكن أن يعاني منه مريض الصرع، وتتفق مع موضوع دراستنا في جانب الصرع بحيث أنها تفيدنا في الإطار النظري وصياغة الفرضيات والرجوع إلى المصادر والمراجع.

الجانب النظري

الفصل الأول

الإكتساب

الفصل الأول

الإكتئاب

- تمهيد
- نبذة تاريخية
- مفهوم الإكتئاب
- إنتشار الإكتئاب
- أسباب الإكتئاب
- أنواع الإكتئاب
- أعراض الإكتئاب
- النظريات المفسرة للإكتئاب
- تشخيص الإكتئاب
- علاج الإكتئاب
- خلاصة

تمهيد:

لقد أصبح عالمنا اليوم مهددًا بكثير من الإضطرابات النفسية التي قد يتعرض لها الفرد ومن بينها الإكتئاب الذي يعد أكثر الإضطرابات النفسية تفشيًا وانتشارًا من الإضطرابات الأخرى، لإرتباطه بالمواقف الحياتية اليومية التي يصادفها الإنسان، فالحياة عبارة عن مسار حياة ملئ بالإنفعالات والمشاكل التي في وجهه.

وفي هذا الفصل، سيتم التطرق إلى تقديم لمحة تاريخية عن الإكتئاب مدى إنتشاره، النظريات المفسرة له، أعراضه، العوامل المسببة له تصنيفه وكيفية تشخيصه وعلاجه.

1- لمحة تاريخية:

عرف مرض الإكتئاب منذ فجر التاريخ، ذكرت أعراضه في كتابات المصريين القدماء والإغريقين والبابليين وعند العرب .وفي العصر الإغريقي والروماني ميز أبوقراط «Hypocrat» ما لا يقل عن ستة أنواع من مرض الإكتئاب غير أن الصورة الإكلينيكية التي أعطاها لبعض هذه الأنواع يمكن أن تنطبق في ضوء الطب العقلي الحديث على ذهاب الإضطهاد وذهاب الفصام والعصاب.

(محمد جاسم محمد، 2004، ص 382)

وفي القرن الأول الميلادي وصف "أريثاينوس" هذا المرض غير أن بعض أوصافه إذا محصت لا تنطبق على مرض الإكتئاب المعروف حاليًا، و قد إستمر الخلط حول طبيعته وأسبابه وعلاجه على مر العصور، أما الآن فيستخدم هذا المصطلح لخبرة ذاتية وجدانية تسمى حالة مزاجية وإنفعالية والتي قد تكون عرض دالاً على إضطراب جسدي أو عقلي أو إجتماعي وجملة مركبة من أعراض معرفية وسلوكية بالإضافة إلى الخبرة الوجدانية وقد أصبحت وجهة النظر الأخيرة هذه أكثر شيوعاً وخاصة في الطب النفسي، من خلال ما سبق قوله إن مفهوم الإكتئاب فيما يبدو قد إنتشر في نطاق أبعد من إنتشاره كمفهوم مرض ليصبح بذلك إضطراباً في الشخصية.

(محمد جاسم محمد، 2004، ص 383)

2- تعريف الإكتئاب :

هو حالة من الحزن العميق يحس فيها المريض بعدم الرضا وعدم القدرة على الإتيان بنشاطه السابق ويأسه في مواجهة المستقبل، وفقدان القدرة على النشاط وصعوبة التركيز والشعور بالذهان التام مع إضطراب في النوم والشهية للطعام وأحلام مزعجة، لقد تعددت وتتنوع التعاريف المقدمة للإكتئاب وذلك لإتساع مجالات البحث فيه وإختلاف في الإتجاهات النظرية ومن بين هذه التعريفات نجد:

2-1- الإكتئاب لغة : يشتق الإكتئاب في اللغة العربية من الفعل الثلاثي كأب، ويشير إلى إسم

الكآبة، وهي سوء الحال والإنكسار والحزن. (مدحت عبد الحميد أبو زيد، 2001، ص22)

2-2- الإكتئاب إصطلاحاً :

تحدث إستجابة الإكتئاب في المواقف العصبية الشديدة في الشخصية المتكاملة السوية وفي المواقف البسيطة في الشخصية العصابية المهينة لذلك.

(مجدي أحمد عبد الله، 2000، ص185)

ويعرف بيك الإكتئاب بأنه اضطراب في التفكير أكثر من كونه إضطراباً في الوجدان، حيث يرجع إلى التشويه المعرفي الذي يؤدي إلى تكوين إتجاه سالب نحو الذات والعالم والمستقبل، وينتج من جراء ذلك ظهور مجموعة من الأعراض الإكتئابية . (رشاد عبد العزيز، 1993، ص 15)

إضطراب التوافق المصحوب بالمزاج المكتئب الذي يتميز بالبكاء واليأس والقنوط.

(جابر وكفافي، 1989، ص 66)

- **التعريف الطبي** : يعرف الإكتئاب على أنه حالة عقلية تتميز بالخمول، القلق، فقدان الأمل.

(Richard dabraush, 1975, p 27)

- **تعريف احمد عكاشة** : يعرف أحمد عكاشة الإكتئاب بأنه مرض يتضمن الأفكار السوداوية والتردد الشديد وفقدان الشهية للطعام والشعور بالإثم والتقليل من قيمة الذات وعدم القدرة على إتخاذ القرار والمبالغة في الأمور التافهة والأرق الشديد والشعور بأوهام مرضية والمعاناة من بعض الأفكار السوداوية الإنتحارية. (أديب محمد الخالدي، ص 79)

- **تعريف حامد عبد السلام زهران** : يعرف حامد عبد السلام زهران الإكتئاب على أنه " حالة من الحزن الشديد والمستمر تنتج من الظروف المحزنة الأليمة وتعبّر عن شيء مفقود وإن كان المريض يعي المصدر الحقيقي لحزنه. (حامد عبد السلام زهران، 1995 ص 449)

- **تعريف الإكتئاب حسب القاموس الكبير لعلم النفس** : يعرف هذا القاموس الإكتئاب على أنه إضطراب عقلي يتميز بوجود مشاعر أو عواطف فقدان الشجاعة، والحزن وفقدان الأمل بخلاف الحزن العادي، الذي يحدث بسبب فقدان شخص عزيز. (Larousse, 1999, p 256-259)

- **التعريف الفيزيولوجي** : في ميادين علم الفيزيولوجية الأعصاب، الإكتئاب هو إنخفاض النشاط الكهرو فيزيولوجي، فالإكتئاب هو المحطة الأخيرة لمرض القلق، ففي هذه المحطة يتبع الشعور بالذنب وضياح الرجاء كما يخيم الإتجاه السلبي إتجاه الأشياء التي كان ينظر إليها نظرة إيجابية، وهذه المشاعر ليست دائمة بل مؤقتة. (بوجه عمر، بن درف إسماعيل، 2008، ص 25)

3- إنتشار مرض الإكتئاب :

ينتشر الإكتئاب بمعدل يتراوح ما بين 20-13% من السكان.

(غسان بشير حمدي الأعظمي، 2013، ص 45)

فهو من أكثر الأمراض النفسية إنتشاراً حيث تقدر إحصائيات منظمة الصحة العالمية عدد مرضى الإكتئاب في العالم بما يزيد على 500 مليون إنسان، وتشير بعض هذه الإحصائيات إلى أن نسبة إنتشار الإكتئاب تصل إلى 7% من سكان العالم، ومن المتوقع أن تزيد هذه النسبة إلى 10% في خلال أعوام قليلة، وتشير إحصائيات لمنظمة الصحة العالمية أجريت في عام 1994 إلى أن نسبة حالات الإكتئاب تصل إلى 18% من العينة التي شملتها الدراسة، وهذا الرقم يعني أن هؤلاء الأشخاص قد أصيبوا بالإكتئاب في مرحلة ما من مراحل حياتهم، وتم تصنيف 6.4% منهم كحالات إكتئاب شديدة 7.7% كحالات إكتئاب متوسطة، 7.5% كحالات إكتئاب بسيطة.

وفي إحصائيات أخرى عن المرضى المترددين على عيادات الأطباء من التخصصات المختلفة تبين أن نسبة 10% منهم يعانون من حالات الإكتئاب النفسي، ومن هذه الأرقام فقط يتبين أن الإكتئاب يعتبر من أكثر الأمراض إنتشاراً بصفة عامة. (ثائر عاشور، 2017، ص 19)

كما تشير الأرقام إلى زيادة إنتشار الإكتئاب النفسي لدى المرأة بنسبة تفوق حدوث هذه الحالات بين الرجال في بعض الدراسات تقدر نسبة الإصابة بالإكتئاب بين المرأة والرجل بحوالي 2.1 وفي دراسات أخرى 3.2 ويدل ذلك على أن مقابل كل حالة إكتئاب في الرجال يوجد حالتين في النساء، وتشير إحصائيات أخرى إلى أن إحتمال الإصابة المرأة بالإكتئاب على مدى سنوات العمر يصل 28 في الألف بينما يبلغ عند الرجال حوالي 10 في الألف. (نفس المرجع، 2017، ص 20)

4- العوامل المسببة للإكتئاب:

4-1- العوامل الوراثية:

وجد أن نسبة حدوث مرض الإكتئاب تزداد عند التوائم المتطابقة (التوائم التي تنتج من تلقيح حيوان منوي واحد لبويضة واحدة). بحيث تصل هذه النسبة إلى حوالي 70% وكذلك تبلغ نسبة الإصابة بين الأقارب من الدرجة الأولى حوالي 20%.

(نفس المرجع، 2017، ص 25)

4-2- العوامل النفسية :

- التفكير الخاطئ غير الواقعي كالشعور بالفشل والخسارة والحرمان والتي تؤدي إلى تجميع الغضب، وكبح روح الإنتقام داخل النفس، وأيضاً تعرض الفرد إلى الخبرات الصادمة.
- الفشل في الحصول على الحب والتقدير والإحباط المتكرر، وخيبة الأمل والكبت.
- الصراعات اللاشعورية المكبوتة التي تؤدي إلى الإنتقام ويكون ذلك بمعاقبة الذات.
- عدم التطابق بين مفهوم الذات الواقعي المدرك وبين مفهوم الذات المثالي ووجود أنا أعلى صارم وإتهام الذات بالتقصير والشعور بالذنب والرغبة في معاقبة الذات.
- سوء التوافق ويكون الإكتئاب شكلاً من أشكال الإنسحاب ووجود الكره أو العدوان المكبوت.
- الخبرات الصادمة والتفسير الخاطئ غير الواقعي لهذه الخبرات.
- الشعور بالوحدة والعزلة وفقدان المساندة الإجتماعية.
- فقدان المعنى في الحياة والشعور بالفزع والشعور بالإغتراب مما يؤدي إلى الشعور بالضجر والملل.

(غسان بشير حمدي الأعظمي، 2013، ص 59)

4-3- العوامل الفيزيولوجيا :

- تتميز في إنخفاض مستوى معين من الأحماض الأمينية مثل الكانيكول أمين إنخفاض مستوى مادة الأدرينالين في مناطق الإستقبال بالمخ وهي تختص بالسلوك العاطفي الوجداني وكذلك نقص بعض معدلات المواد الكيميائية في المخ مثل السيروتونين مما يؤثر على المزاج والتحكم في التصرفات.

(خالفيه نريمان، 2014، ص32)

4-4- العوامل الإجتماعية :

- سوء التوافق الإجتماعي والعزلة والتفكك الأسري وإزدیاد المسؤولية الإجتماعية.
- الحرمان العاطفي والتفرقة في المعاملة بين الأبناء والتربية الخاطئة والإهمال والتسلط وإلتزام الوالدين وإضطراب العلاقة بينهما.
- التعرض للظروف المحزنة والخبرات المؤلمة والكوارث والنكبات، كموت عزيز، طلاق سجن فراق، فقدان عمل، فقدان مكانة إجتماعية، إهانة الكرامة، الإصابة بمرض جسدي حاد، الإعتداء على الشرف.

- الطلاق.
- إنفصال الوالدين.
- عمل الأم.
- الحالة الاجتماعية والإقتصادية للأسرة.

(غسان بشير حمدي الأعظمي، 2013، ص 61)

4-5- الأمراض العضوية :

- تتسبب بعض الأمراض العضوية في حدوث الإكتئاب، وذلك في حالات:
- عندما يؤثر المرض على مراكز المزاج في الدماغ بشكل مباشر مثل: في جلاطات وأورام المخ.
 - عندما تتغير نسب المواد الكيميائية في الجسم مثل: في أمراض الكبد.
 - إذا تسبب المرض في تغيير هرموني يغير في مزاج الشخص مثل خمول الغدة الدرقية.
 - عندما يعطل المرض حياة الإنسان لفترة طويلة فيجعله يرقد كثيراً في البيت والمستشفى مثل الكسور.
 - إذا تسبب المرض في إحداث تشوه شكلي للشخص مثل: الحروق والأمراض الجلدية كالبهاق والصدفية.
 - وإذا كانت هناك آلام مبرحة لا تستجيب للعلاج مثل في آلام المفاصل وال فقرات الشديدة.
 - عندما يضطر الأطباء إلى بتر جزء من الجسم لإنقاذ حياة المريض مثل القدم السكري أو سرطان الثدي.
 - بعض الأدوية مثل العلاج الكيماوي لأورام والكورتيزون وأدوية التخسيس ومنع الحمل تسبب الإكتئاب.
- (محمد الشامي، 2019، ص 65)

4-6- العوامل المعرفية :

- يقترح رواد نموذج التشويه المعرفي أن ما لدى مريض الإكتئاب من معارف عن الواقع وعن ذاته أصابها التشويه والتعريف، أي أن الخلل موجود على مستوى التفكير، بمعنى آخر في طريقة تفسيره للأحداث من حوله وتتميز هذه الأفكار المشوهة في:
- الإستدلال الخاطئ (بناء إستنتاجات عامة دون وجود أدلة مدعمة).
 - التجريد الإنتقائي (بناء إستنتاجات على العناصر السلبية، وتجاهل البراهين الإيجابية).

- المبالغة في التعميم (إطلاق أحكام سلبية وعامة على ذاته وقدراته بناءً على حدث واحد).

(محمد السيد عبد الرحمن، ص351)

5- تصنيف وأنواع الإكتئاب :

5-1- التصنيف حسب السبب :

5-1-1- الإكتئاب الداخلي والتفاعلي :وهو تصنيف قديم يعد أن الإكتئاب إما أن يكون ناتجًا عن ظروف وأحداث الحياة ويعد تفاعليًا ، وأنه لا يرتبط بأي مشاكل خارجية وبهذا يعتبر داخليًا ، إلا أن هذا التقسيم قد أصبح الآن غير دقيق، ولا يتفق مع نتائج البحث العلمي، فهناك إستعداد داخلي للإكتئاب يتفاوت من شخص لآخر، وتلعب العوامل الخارجية دورًا لكل حالة إكتئاب وبدرجات متفاوتة، بحيث أنه يمكن النظر للإكتئاب على أنه يقع على خط مستقيم أحد طرفيه داخلي والطرف الآخر خارجي أو تفاعلي، وغالبًا ما يكون المكتئب على نقطة تمتد على هذا الخط وليس على طرفيه.

5-1-2- الإكتئاب الأولي والثانوي : هذا التقسيم للتفريق بين الإكتئاب الذي يظهر إبتداءً في الحياة النفسية ويعد أوليًا، أما الذي يحدث على خلفية مرض نفسي- آخر، كالفصام العقلي أو الإدمان على الكحول والمخدرات، وكذلك الذي يحدث نتيجة لبعض الأمراض العضوية أو العقاقير فإنه يعد ثانوي.

5-1-3- الإكتئاب العضوي والغير عضوي : مع أن كافة أشكال الإكتئاب تظهر بالنهاية نتيجة لتغيرات الكيماوية في مراكز التحكم في المزاج، إلا أن الإكتئاب العضوي يقصد به الإكتئاب الناتج بشكل مباشر عن مرض عضوي، مثل إصابات وأورام الدماغ والجلطات الدماغية، نقص إفراز الغدة الدرقية، وسرطان البنكرياس والرئة وغيرها من الأمراض، كما يضاف إليها الإكتئاب الناتج عن عقاقير طبية مثل بعض أدوية الضغط، وأدوية الكورتيزون أو مواد الإدمان مثل الكوكايين والأمفيتامين والكحول.

(وليد سرحان، 2008، ص37-36)

5-2- التصنيف حسب الأعراض :

وفيه قسم الإكتئاب إلى إكتئاب عصابي (بسيط) وإكتئاب ذهاني (شديد). ويعد وجود مظاهر ذهانية تقص الإكتئاب إلى هذين النوعين. وفي هذا التقسيم إجحاف أشكال الإكتئاب العديدة غير الذهانية التي عدت عصابية، مع أنها متفاوتة في درجات قد تصل في الشدة إلى الإكتئاب الذهاني أو أكثر، وفي وقت

من الأوقات يعد الإكتئاب العصابي مساوي للإكتئاب التفاعلي، وعد الإكتئاب الذهاني مساويًا للإكتئاب الداخلي وهذه التقسيمات لا تتفق أيضا مع المشاهدات ونتائج البحوث العلمية.

ومع ذلك فإن الإكتئاب الذهاني لازال قائمًا، مع أنه قليل الحدوث نسبيًا، ويتميز بالهلاوس والأوهام المختلفة، أما الإكتئاب العصابي فقد عده البعض رديفًا لتكدر المزاج، مع أن هذا التشبيه تجانبه الدقة.

(وليد سرحان، 2008، ص38)

5-3- التصنيف حسب مسيرة المرض في عمر الإنسان :

5-3-1- الإكتئاب أحادي القطب وثنائي القطب : يشير الإكتئاب جزءًا من اضطرابات المزاج التي تشمل الزهو (الهوس) والحالات المزاجية المختلطة والإكتئاب، ولذلك عد الإكتئاب أحادي القطب إذا تكرر كحالات إكتئاب دون أن يتخللها حالات من الهوس، وثنائي القطب إذا كان الإكتئاب يتناوب حدوثه مع حالات من الزهو والحالات المزاجية المختلطة.

5-3-2- الإضطراب المزاجي الموسمي : هناك فئة من المرضى يتكرر عندهم إضطراب المزاج في نفس الوقت من السنة. وقد يكون هذا الوقت هو الخريف أو الشتاء ثم يتحسن المريض في الربيع والصيف وفي حالات أخرى فإن الإكتئاب أو الزهو يتكرر مع تغير الفصول، وخصوصًا بداية فصل الربيع وهذا الشكل من إضطراب المزاج تم ربطه بأشعة الشمس وتأثيرها على إفراز الميلاتونين في الدماغ.

5-3-3- الإكتئاب التراجعي : وهو نوع من الإكتئاب يصيب الكهول، ويتميز بالتهيج والأعراض المراقبة أي توهم المرض، وكان هناك إعتقاد بأن هذا النوع من الإكتئاب له أسبابه الخاصة، وتطوره المنفرد، إلا أن هذا لم يثبت، ويبدو أنه شكل للإكتئاب في هذا السن.

5-3-4- إكتئاب الشيخوخة : وقد كان هناك إعتقاد بأنه متميز عن باقي أشكال الإكتئاب بأسبابه وتطوره إلا أن هذا لم يثبت أيضًا، ولكن الثابت أنه أقل تجاوبًا مع العلاج، وقد يكون سريع الانتكاس، ويتطلب علاجًا أطول، وقد يكون مدى الحياة.

5-3-5- (Melancholia) : تمثل هذه التسمية القديمة الجديدة شكلًا من أشكال الإكتئاب الشديد، ويميزه فقدان المتعة في الحياة، وعدم تغير المزاج طيلة ساعات اليوم مع زيادة ملحوظة في سوء المزاج صباحًا وتحسن طفيف مساءً، إضافة إلى تواجد الأعراض البيولوجية مثل قلة الحركة، والصحو الباكر من النوم، وضعف الشهية وفقدان الوزن الملحوظ.

(وليد سرحان، 2008، ص40-38)

5-4- التصفيف الدولي العاشر (ICD10) :

صدر هذا التصفيف عن منظمة الصحة العالمية، وقد قسم الإكتئاب إلى عدة أنواع:

5-4-1- إنتكاسة إكتئاب (شديدة أو بسيطة) :

وهي حالات الإكتئاب الشائعة متفاوتة الحدة، وقد يكون هناك عوامل مهمة مرسبة للحالة، أو أحداث بسيطة وقد لا يكون هناك أي مبرر منطقي للإكتئاب، وقد قسمت إلى بسيطة وشديدة والبسيطة عادة ما لا تؤثر على أداء الإنسان لوظائفه اليومية بشكل واضح، ولكن الإنتكاسة الشديدة قد تؤدي إلى توقف الطالب عن دراسته، أو ربة البيت عن أداء واجباتها اليومية، وقد يستقيل الموظف وتراجع أعمال التاجر والنجار والحداد ورجل الأعمال بشكل ملحوظ، وتتأثر صحته وسلوكه بشكل كبير.

5-4-2- إضطراب مزاجي مزدوج القطب (مرحلة الإكتئاب) :

إن مرحلة الإكتئاب التي تحدث ضمن مرض الهوس الإكتئابي، لا تختلف في أعراضها عن الإكتئاب عموماً ولكنها قد تكون مسبقة أو متبوعة بالزهو، أو أنها تتبادل الدور مع الزهو كل سنة أو ستة أشهر.

5-4-3- إكتئاب متكرر (بسيط، متوسط الشدة، شديد) :

إن حدوث الإكتئاب في حياة الإنسان، قد لا يتكرر ولا تعود الأعراض ثانية، وفي أحوال أخرى فإن هناك تكراراً للإكتئاب، إما على فترات متباعدة قد تصل الخمس سنوات أو أكثر، وقد يكون شديداً في كل مرة أو بسيطاً في كل مرة، وقد تتفاوت الإنتكاسات من مرة أخرى، وقد يتكرر بلا سبب واضح، أو لأسباب بسيطة أو أحداث معينة مثل الفشل في الدراسة أو الزواج، والتغيير مثل بداية المرحلة الجامعية، وبداية العمل والإقبال على الزواج، ويمكن أن يكون التكرار بعد الولادة عند بعض النساء.

5-4-4- إضطرابات مزاجية طويلة الأمد (إضطراب مزاجي دوري، تكدر المزاج) :

وهذه من المشاكل التي قد يصعب تمييزها من قبل المريض نفسه، أو من حوله، وقد تعد جزءاً من شخصيته. ففي إضطراب المزاج الدوري يتأرجح المريض بين الإكتئاب البسيط أو تكدر المزاج ثم إرتفاع المزاج بما لا يصل للزهو، ولكن فيه إبتهاج ونشاط وحركة زائدة نوعاً ما، وكثيراً ما يصف الناس هذا الشخص بأنه مزاجي مع أن الإضطراب يتعد الشخصية المزاجية، أما تكدر أو عسر المزاج فهو درجة بسيطة من الإكتئاب ولكنه طويل الأمد.

5-4-5- تشمل الأشكال الأخرى للإكتئاب سواء الغير نموذجية أو المصاحبة لأمراض أخرى كالفصام والإكتئاب غير النموذجي : يختلف عن الإكتئاب بأنه يكون مصحوبًا بزيادة النوم، والأكل والوزن، ويطرفق مع الكسل والقلق أحيانًا، وغالبًا ما يلاحظ في النساء. أما الإكتئاب المصاحب للفصام العقلي فهو من أشكال الإكتئاب الهامة، والتي قد تتزامن مع أعراض الفصام، أو تسبقها أو تتبعها.

(وليد سرحان، 2008، ص 42-40)

5-5- التصنيف الأمريكي الرابع DSM4 :

صدر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي - وقسم الإكتئاب إلى عدة أنواع:

أ- إنتكاسة إكتئاب كبرى.

ب- إضطراب مزاجي مزدوج القطب (مرحلة الإكتئاب).

ج- إضطرابات إكتئاب أخرى: كالإكتئاب المتكرر وتكرر المزاج.

(وليد سرحان، 2008، ص 42)

6- أعراض الإكتئاب :

تعتبر الأعراض في الإكتئاب النفسي العصابي والذهاني واحدة وتتراوح بين الدرجة المعتدلة والدرجة الفاتلة.

(عفيفي عبد الحكيم، 1989، ص 20)

وهناك مجموعة من الأعراض تصنف على النحو التالي:

6-1- الأعراض الجسمية :

الإنقباض في الصدر والشعور بالضيق، وفقدان الشهية ورفض الطعام لشعور المريض بعدم إستحقاقه له أو الرغبة في الموت، نقصان الوزن والإمساك والصداع والتعب الأقل مجهود، آلام في الجسم خاصة في الظهر، ضعف النشاط العام، التأخر النفسي الحركي والبطء والرتابة الحركية وتأخر زمن الرجوع توهم المرض والإنشغال على الصحة وإضطراب النوم والدورة الشهرية والكآبة على المظهر الخارجي.

6-2- الأعراض النفسية :

كالبؤس واليأس والأسى وهبوط الروح المعنوية والحزن الذي لا يتناسب مع سببه عدم القدرة على ضبط النفس، وضعف الثقة والشعور بعدم الكفاية وعدم القيمة والتفاهة والقلق والتوتر والأرق فتور الإنفعال والإنطواء والإنسحاب والوحدة والإنعزال والسكون والصمت والشروود حتى الذهول والتشاؤم وخيبة

الأمل والنظرة السوداء للحياة والأفكار السوداء والإعتقاد بأنه لا أمل في الشفاء والإنخراط في البكاء أحياناً التبرم بأوضاع الحياة وعدم القدرة على الإستمتاع بالحضات المبهجة واللامبالاة والنقص في الميول والإهتمامات والدافعية، إهمال النظافة والمظهر الشخصي، النبط في التفكير والإستجابة وصعوبة التركيز والتردد وبطء وقلة الكلام وإنخفاض الصوت والشعور بالذنب وإتهام الذات، وتصييد أخطائها وتضخيمها الأفكار الإنتحارية أحياناً والهلاوس وضلالات العدمية.

(حقي ألفت، 1995، ص 82)

وهناك أعراض عامة كتنقص الإنتاج وعدم التمتع بالحياة وسوء التوافق الإجتماعي، وعلى الرغم من إختلاف المفاهيم والإتجاهات النظرية المتعددة التي قامت بفحص الإكتئاب، إلا أنها تتفق على أن هناك أعراض شائعة للإكتئاب ويتم تشخيصه وفقاً بفحص الإكتئاب، لوجود بعضها خاصة حالة الحزن العميق.

(السيد فاتن، 1993، ص 13)

- ويصنف Beck 1998 أعراض الإكتئاب في المظاهر التالية:
- المظاهر الإنفعالية مثل: فقدان القدرة على الإستمتاع والإبتهاج.
- المظاهر المعرفية مثل: التقليل من قيمة الذات، والشعور باليأس وبالعجز، وتضخيم المشكلات.
- المظاهر الدافعية مثل: نقص الإرادة، والإتكالية، الرغبة في الهروب والموت وفقدان الدافعية.
- المظاهر الجسمية مثل: سرعة التعب والأرق وإرتخاء العضلات، فقدان الليبدو.

(رشاد عبد العزيز، 1993، ص 40-41)

6-3- الأعراض حسب الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع DSM4 :

تستعرض رابطة الأطباء النفسانيين بالولايات المتحدة الأمريكية في دليلها الشخصي الإحصائي الرابع ثمان أعراض أساسية مميزة للإكتئاب وهي:

- ضعف الشهية وتناقص الوزن أو فتح الشهية وزيادة الوزن.
- الأرق أو النوم المفرط.
- التأخر الحركي النفسي.
- فقدان الإهتمام أو السرور عند ممارسة الأنشطة المعتادة.

- الإحساس بإنعدام الثقة ولوم الذات، الإحساس بالذنب.

- الشكوى أو التظاهر بتناقص القدرة على التفكير أو التركيز.

- تكرار التفكير في الموت بصفة دورية وتجدر الإشارة في هذا الصدد إلى أن أعراض الإكتئاب قد تختلف من فرد إلى آخر، فالبعض قد يتخذ لديهم الإكتئاب شكل أحاسيس قاسية من اللوم وتأنيب الذات ويحس عند البعض الآخر مختلطاً مع شكوى جسمانية وأعراض بدنية بصورة قد لا تعرف الحدود بينها، ويعبر البعض في شكل مشتعر اليأس والتشاؤم والملل السريع من حياة الناس... وربما تجتمع هذه الأعراض وتختلط مع غيرها من أمراض نفسية وجسمانية أخرى. (تغزة توال، 2013، ص 41)

7- النظريات المفسرة للإكتئاب :

حظي الإكتئاب بتفسيرات مختلفة باختلاف طبيعة الناظر ووجهة المنظور وفيما يلي نعرض لأهم النظريات المفسرة له:

7-1- النظرية البيولوجية للإكتئاب :

7-1-1- التفسير الوراثي : يرى أنصار التفسير الوراثي أن أفراداً معينين يرثون استعداداً للعمليات البيولوجية مضطربة، فقد ركزت معظم التوجهات الخاصة بالمجالات البيولوجية للإضطرابات الوجدانية على الناقلات العصبية، وبالرغم من صعوبة تحديد العلاقة الدقيقة بين العامل الوراثي والإكتئاب إلا أن البحث في مجال الإضطراب الثنائي القطبية قد كان أكثر نجاحاً بسبب وضوح معايير الشخصية وأرادوا أن التركيب الوراثي يلعب دوراً هاماً في نمو الإضطراب الإكتئابي ثنائي القطبية.

(حسين فايد، 2001، ص 76)

ولقد كشفت البحوث عن وجود تماثل في شيوع هذا الإضطراب في أسر دون أخرى وشيوعه بين التوائم حتى ولو نشئوا في ظروف إجتماعية مختلفة وهذا لخصه لنا " إسفورد" في الإكتئاب (الطب النفسي 1984) في مجموعة من الدراسات التي تشير في مجملها على نسبة التشابه في الإصابة بهذيان الهوس والإكتئاب بين التوائم المتطابقتين الذين تربو منفصلين بالتبني، وصلت إلى (76%) وبلغت نسبة التشابه في الإصابة بالمرض لدى التوائم المتطابقتين الذين نشئوا معاً (68%) أما بين التوائم غير المتطابقتين وصلت إلى (23%). (إبراهيم عبد الستار، 1998، ص 102)

7-1-2- التفسير الفيزيولوجي: يشير أنصار الإتجاه الفيزيولوجي إلى أنه يوجد نمطين رئيسيين للنظرية الفيزيولوجية للإكتئاب "حيث يقوم النمط الأول على أساس الإضطراب في الأيض الخاص بالمرضى المكتئبين، حيث تعتبر كلوريد الصوديوم وكلوريد البوتاسيوم هامين بصفة خاصة في الإبقاء على القدرة الكامنة والتحكم في إستشارة الجهاز العصبي ومن الملاحظ أن الأشخاص العاديين يوجد لديهم الصوديوم أكثر خارج النيرون، أما النمط الثاني فيعتبر أن الإكتئاب عبارة عن قصور موروث في عنصرين رئيسيين في كيمياء الدماغ دوبامين فرين و سيروتونين. (حسين فايد، 2001، ص77)

فالتفسير الأميني الكيميائي للإكتئاب، على أنه "ينتج عن وجود نقص في العناصر الكيميائية في المخ، وخاصة توزيع العناصر أمينية والأمينات، حيث يتكاثف وجودها في الجهاز العصبي المسؤول عن تنظيم الإنفعالات، فوظيفة الأمينات عبارة عن موصلات عصبية وذلك بتوصيل رسائل القادمة والعائدة من الأعصاب المختلفة، ومنها نجد: الدوبامين، السيروتين، المحافظة على توازن المزاجي والإكتئاب يعتبر إحدى الإستجابات الممكنة إذ نقص وجود هذه العناصر أو أحدها".

(إبراهيم عبد الستار، 1998، ص 104 - 105)

7-2- النظرية المعرفية :

تعتبر النظرية المعرفية من النظريات الأكثر تنظيمًا وبناءً بالنسبة لدراسة الإكتئاب كما يعد "أرون بيك" "BECK" من الأوائل الذين نظموا مفهومًا للإكتئاب على شكل معرفي ويعتقد "بيك" أن الإكتئاب يحدث نتيجة الإعتقادات المعرفية السالبة فالشخص المكتئب لديه وجهة نظر مالية بالنسبة للذات وللعالَم الخارجي وللمستقبل وهذه المعارف السلبية ينتج عنها الإكتئاب. (مدحت عبد الحميد أبوزيد، 2001، ص81)

حيث نجد "بيك" يرى أن الأفراد المكتئبون يمتلكون صفة ذاتية معرفية سلبية تستبعد على نحو إنتقائي المعلومات الإيجابية عن الذات وتبقى على المعلومات السلبية يقترح "بيك" أن الصيغة السلبية لهؤلاء الأفراد المكتئبون تكون بسبب الفقد المتزايد من الوالدين في الطفولة أو ربما بسبب شدة أحداث الحياة السلبية وحينما تقع أنواع مماثلة من تلك الأحداث في الرشد فإن الصيغة السلبية تنشط ويبدأ المكتئبون في غرلة خبراتهم الشخصية السلبية. (حسني فايد، 2004، ص83)

كما يرى "بيك" أن الشخص المكتئب يميل إلى مقارنة نفسه بالآخرين وهذه المقارنة من شأنها أن تخفض مستوى تقديره لذاته، وهذا ما يجعل عملية التقويم الذاتي تنسم بالسلبية، ومن أشهر إسهامات هذا العالم الأمريكي إقتراحه فكرة العلاج المعرفي لإكتئاب وإعداده قائمة لقياس الإكتئاب سمي بإسمه وتعد من

المقاييس المعرفية في هذا المجال، كما أطلق إسم الثلاثية المعرفية على المخطط المعرفي الذي يميز الإكتئاب وهي كالتالي:

- النظرة السلبية للعالم الخارجي وهنا يرى المكتئب نفسه عاجزاً أمام تحقيق أبسط الأشياء.
- النظرة السلبية للعالم الخارجي وهنا يرى المكتئب أن كل ما يأتي من العالم الخارجي سلبي بالنسبة له أي يمنعه من تحقيق أي شيء.
- النظرة السلبية وهنا ينظر المكتئب للمستقبل نظرة تشاؤمية. (حسين فايد، 2001)

7-3- النظرية التحليلية :

تعد نظرية التحليل النفسي من أولى النظريات النفسية التي إنشغلت بتفسير الإكتئاب والبحث عن أسبابه حيث يرى فرويد أن الأحداث الصدمية التي يواجهها الفرد في السنوات المبكرة من عمره مثل الانفصال عن أحد والديه أو فقدانه قد يجعل الطفل بعد ذلك مستهدف بشكل أساسي للإصابة بالإكتئاب ومن ثمة فإذا واجه الفرد بعد ذلك ضغوطاً مشابهة لضغوط الطفولة فإنه ينهار وتظهر عليه أعراض الإكتئاب. (بشير معمرية، 2007، ص 16)

وقد إتفق علماء التحليل النفسي مع وجهة نظر فرويد في الإكتئاب بصفته غضباً موجهاً ضد الذات، ولكنهم يختلفون في تحديد الدوافع المحيطية والمثيرة للغضب حيث نجد "أبراهام" يراها مرتبطة بالحاجة لإرضاء أو بالأحرى الفشل في الإرضاء الجنسي والحصول على الحب، ويرى "أرادو" "Rado" أن الإكتئاب ما هو إلا صرخة بحث عن الحب ويصف "أنفينشل" "Fenichel" المكتئب بأنه إنسان مدمن على الحب.

أما العالم بيبيرينخ (1953) ينظر إلى موضوع الإكتئاب نظرة أشمل وأكثر عصرية فيرى أن الخاصية الرئيسية التي تميز الإكتئاب تتمثل في العجز عن تحقيق الحاجات أو الطموحات ويرى أن الحاجة إلى الحب والتقدير ما هي إلا واحدة من ثلاثة إحتياجات رئيسية أما الإحتياجات الأخرى فتشمل الحاجة للقوة والأمان والحاجة لمنح (فضلاً عن الحصول على الحب) ويحدث الإكتئاب نتيجة للفشل في إرضاء أي حاجة من الحاجات الثلاثة السابقة والصراع الذي يحدث في الذات والمرتبط بفشل إشباع أي منها.

(إبراهيم عبد الستار، 1998، ص 98)

كما يضيف "كارل أبراهام" "abraham" (1877-1925) أن حالة الإكتئاب التي يشعر بها الراشد هي عملية ترجيح (reactivation) حزن مشابهة، قد تلقاها الشخص وهو طفلاً وأن السبب الأساسي للإكتئاب هو كحرمان من الحب والاستجابة المؤلمة لهذا الحرمان.

(مدحت عبد الحميد ابوزيد، 2001، ص 63)

4-3- النظرية السلوكية:

يرى أصحاب هذه النظرية أن الإكتئاب يعود إلى إفتقار الشخص لعنصر التعزيز، مما يجعله معرضاً للإصابة، وهذا يعني أن الإكتئاب يتوقف على النشاطات ذات التعزيز الإيجابي فالمكتئب حسب "توماس" و "كراسمر" (Tulmnan.krasmer) (1969) تحدث من جراء خبرة فقدان التدعيم أو الإثبات الإيجابي مقابل حدوث خبرة التدعيم السلبي أي العقاب.

(مدحت عبد الحميد أبوزيد، 2001)

كما نجد عالم النفس السلوكي "لازروس" "lazarous" يفسر الإكتئاب وفقاً لنظريات التعلم والإشترط السلوكي والتي ترى أن الإكتئاب ناتج عن وظيفة لتعزيزات ناقصة، غير كافية وبهذا يمكن القول حسب هذه المدرسة أن الإكتئاب كخبرة نفسية سلبية مؤلمة ما هو إلا ترديد الخبرات أليمة تعلمها أو صادفها أو مر بها الإنسان من صغره وكم يستطيع أن يحلها أو يزيلها من عقله فالذي تألم من فقدان شخص عزيز عليه في الصغر قد يكون مهياً إذا لم يتغلب على ألمه الإبتدائي أن يواجه الإكتئاب في كبره.

وربما يحدث له تعميم لظاهرة الحزن من إختفاء أي شيء أو فقده له وخاصة إذا تعلق الفقدان ببعض من أعضائه.

وفق النظرية السلوكية فإن لم تلعب دوراً حاسماً في تعليم الطفل الخبرات السلبية أو الإيجابية، فإن أهملت حاجاته وطلباته وغرائزه بشكل متكرر فربما يتعلم وهو في سن صغير جداً أن كل قلوب البشر قاسية وبهذا يفقد الثقة بالناس، وبهذا الأسلوب فإن الطفل ينتهج منهجاً سلبياً في الحياة فتقل طموحاته وتطلعاته ويصبح خاملاً، ضعيف لا يثق بأحد وبهذا يزداد إحباطه، وتتألم عواطفه ويهتز وجدانه وتقل ثقته بنفسه وهذا ما يعرف بالإكتئاب.

(Berger et jeau, 1984, p120)

7-4- النظرية النفسية الإجتماعية :

ويرى بيكر (pecker) (1962) "أن إنخفاض مستوى تقدير الذات لدى شخص ما يصبح سلبياً، ويوجد صعوبة في كل ما يسلك، وعلى ذلك فإن الإحساس بالقيمة الذاتية يعد عنصراً مهماً وقوياً بل ودفاعاً ضد الإكتئاب".

والعنصر الثاني في تجنب الإكتئاب يتكون من المدى العريض من الأفعال الممكنة التي تتفاعل مع المواقف الصعبة مثل فقدان ما، أو فقدان نشاط معتاد". (مدحت عبد الحميد أبوزيد، 2001، ص 86) وبذلك تجمع نظرية "بيكر" بين المفاهيم على المستوى ذلك يركز "بيكر" الإكتئاب من خلال ثلاثة أنواع من فقدان.

- فقدان الذات.

- فقدان العادات والمعايير وقواعد السلوك.

- فقدان إدراك مناهج الحياة ومن ثم فإن الإكتئاب في نظر "بيكر" هو الفشل في تقدير الذات وإحترامها. (مدحت عبد الحميد أبوزيد، 2001)

7-5- الإتجاه الحديث في تفسير الإكتئاب :

يرى هذا الإتجاه بأن الناس يستخدمون أسلوب الوقوع في المرض لكي يقوم بحل صراعات أو مواقف صعبة لا يستطيعون الصمود أمامها.

وهذا ليس أمراً نادراً ولكن الواقع يؤكد أن هذه الإستخدامات تحدث لاشعورياً فعندما يقع صراع بين واجب ما وخوف من نتائج هذا الواجب في هذه الحالة يتدخل اللاشعور بغرض حل توفيق يريحه من الصراع.

إن هذا الإتجاه يفسر كيف بعض الناس يستعملون الإكتئاب كوسيلة لا شعورية لكسب المودة والعطف أو كوسيلة للقسوة والانتقام من الذين كانوا سبباً في الأهم في الماضي.

(العفيفي عبد الحكيم، 1990، ص 22)

8- تشخيص الإكتئاب :

يتم تشخيص الإكتئاب طبقاً لدليل التشخيصي الإحصائي الرابع إذا توفرت (05) أعراض أو أكثر من الأعراض التالية:

- مزاج إكتئابي كل يوم.
- إنخفاض كبير في إهتمامات أو عدم الإحساس بأمثلة في ممارسة الأنشطة المختلفة.
- إنخفاض واضح في الوزن، وفي بعض الحالات تكون هناك زيادة في الوزن.
- أرق في النوم أو زيادة في النوم.
- هيجان حركي مع الإحساس بعدم خمول حركي مع الإحساس ببطء الإيقاع.
- التعب وفقدان الطاقة.
- الإحساس بعدم القيمة، ولوم النفس والإحساس بالذنب.
- ضعف القدرة على التفكير وضعف التركيز والتردد وعدم القدرة على إتخاذ القرارات.
- التفكير في الموت إما يتمنى الموت أو التفكير في الإنتحار أو التخطيط له أو محاولة الإنتحار.

(مدحت عبد الحميد أبوزيد، 2001، ص147)

"إتباع قواعد التشخيص العلمي يعطي فرصة إلتقاط حالات الإكتئاب وعلاجها، ويعطي فرصة التفريق بين الإكتئاب كمرض والحزن كمرض، فنحن كثيراً ما يمكن أن نحرض ونتأثر وجدانياً ونفقد إهتماماتنا وحماسنا لبعض الوقت، وتتأثر الشهية للطعام لدينا ونعاني بعض الأرق ونشعر بتفاهة أنفسنا أو تفاهة الحياة ولكن هذا لا يصل إلى درجة المرض الذي يحتاج للتدخل العلاجي الطبي".

(محمد عبد الفتاح المهدي 2004، ص 168)

نستخلص من خلال ما سبق أن تشخيص الإكتئاب وفقاً للدليل الإحصائي الرابع يشترط توفر لدى الفرد (05) أو أكثر من بين الأعراض (09) نقول إن الحالة مصابة بالإكتئاب.

9- علاج الإكتئاب :

لقد تعددت الطرق العلاجية المستعملة في علاج الإكتئاب من طرف العلماء النفسانيين فمن بينها نجد:

9-1- العلاج النفسي التحليلي :

"هو أقدم الطرق العلاجية المستعملة يعتمد على نظريات التحليل النفسي وبالتالي التوصل إلى الخبرات السابقة المنسية والمكبوتة في الطفولة المبكرة حيث يعتبر تحليل هذه الخبرات الطفولية السبب الرئيسي

لأمراض العصابية وبتباع طرق علاجية تحليلية يستطيع الفرد تذكر الخبرات الماضية، وبالتالي يكشف عن نظرته للعام". (عطوف محمد ياسين، 1981 ص 120-121)

كما يتضمن العلاج النفسي التحليلي جلسات علاجية فردية أو جماعية ويظم عدة أساليب فنيات دقيقة يقوم بها المعالجون النفسيون. (لطفى الشربيني، ص 249)

وهي راجعة لمدرسة التحليل النفسي التي أنشأها فرويد، والتي يُستخدم فيها أثناء العلاج كرسي الشيزلونج الذي إشتهر لظهوره في الأفلام والدراما، وتسجيل كلام المريض إلكترونياً وهو النوع الوحيد الذي يتطلب ذلك وجلسات المعالج خلف المريض وليس أمامه. تعتمد هذه الطريقة على محاولة الوصول لمنطقة اللاوعي في التفكير (العقل الباطن) لإخراج ما يحتفظ به من مخزون من الذكريات المؤلمة والتي أثرت في التفكير والسلوك ومحاولة حلها من جذورها. وهي طريقة فعالة جداً لكن قل استخدامها كثيراً في العقود الأخيرة بسبب طول فترة التدريب للمعالج والتي تستمر لسنوات يتخللها علاج المعالج نفسه، بالإضافة إلى أن عدد الجلسات الكبير فالمريض يقابل المعالج من 3 - 5 مرات في الأسبوع لمدة أكثر من سنة، كما أن ظهور أنواع أخرى من العلاج النفسي الأقصر مدة قللت من استخدام هذا النوع طويل المدى.

(محمد الشامي، 2019، ص 69)

9-2- العلاج السلوكي :

" ظهرت في الو.م. أ دراسات كثيرة تؤكد نجاعة نظرية التعلم الإجتماعي في علاج الإكتئاب، حيث أخذ بها الكثيرون من العاملين في العلاج النفسي، أن التعزيز الإيجابي لسلوكات جديدة متعلمة تكيفية، هي جوهر هذا النوع من العلاج، كما أن التغيرات في نوعية وتكرار ونموذج نشاطات المريض خلال تفاعلاته الإجتماعية من خلال التوجيه، والتدريب الميداني في العوامل الهامة في تعليم مواجهة المؤثرات الخارجية المحدثة لإضطراب الإكتئاب والسيطرة عليه". (محمد حمدي الحجاز، 1989، ص 93)

9-3- العلاج البيئي :

ونعني به إيجاد بيئة ملائمة يتعامل معها المريض بعيداً عن الضغوط والمواقف التي تسبب في المرض ويتم بإنتقال المريض إلى وسط علاجي أو في مكان للإستشفاء وسائل هذا العلاج الترويج عن المريض وشغل فراغه في العمل وتأهيله حتى يندمج في بعض العلاقات التي تمهد على عودته للحياة الإجتماعية مدة أخرى. (لطفى الشربيني، ص 249)

كما يتكون العلاج البيئي من علاج جماعي، علاج بالعمل، والعلاج الترفيهي إشاعة جو التفاؤل وروح المريض والرقابة في حالات محاولة الانتحار. (محمد حمدي الحجاز 1989 ص 93)

9-4- العلاج الكهربائي :

بدأ استخدام العلاج الكهربائي في روما عام 1983 وتم تطويره فيما ليكون من وسائل العلاج الرئيسية للأمراض النفسية خصوصًا حالات الإكتئاب النفسي التي لا تستجيب لوسائل العلاج الأخرى، وتقوم نظرية العلاج الكهربائي على مرور تيار كهربائي محدود الشدة من خلال قضيبين يوضعان على جانبي الرأس فيحدث نتيجة لذلك نوبة تشبع يتبعها تحسن في الحالة النفسية للمريض ولا يستغرق مرور التيار سوى ثوان معدودة. (لطفى الشربيني، ص256)

وهذا العلاج يتكرر عدة مرات، هذا ما يؤدي إلى تحسين الحالة الإكتئابية ويكون هذا التحسن خلال أسبوع إلى ثلاثة أسابيع. (Hemi ey ibid, p274-276)

9-5- العلاج بالأدوية :

ويتضمن استخدام العقاقير المضادة للإكتئاب تحت إشراف الأطباء والنفسانيين يقوم الطبيب بإختيار الدواء المناسب ومتابعة المريض لفترة كافية حتى تتحسن حالته. (لطفى الشربيني، ص 249)

وهنا بعض الأدوية الرئيسية المستخدمة لعلاج الإكتئاب:

- الأدوية ثلاثية الحلقات tircyclic ومن أمثلتها: أمتريلين، نورتربتلين، أمبرامين.

- الأدوية رباعية الحلقات Tetreacyclic ومنها مابروتلين.

- مشبطات أحادي الأمين: Maoi من أمثلتها فنزولين، أيزوكربوكسزيد.

- مجموعة منشطات مادة السيروتونين ومن أمثلتها فلوكستين، سترترالين، فلو فاكس مين وستاليرام.

(نفس المرجع، ص257، 258)

كما قد يستطيع الطبيب أن يقدم للمريض مسكنات tranquillisant وهذا لكي يخفف من القلق وإضطرابات النوم. هذه الأدوية لا تقضي على الإكتئاب نهائيًا، وإنما تأثيرها يكون على مستوى الأعراض فقط. (Hemi ey, bid, p274 -276)

9-6- العلاج السلوكي المعرفي :

"يقوم على محاولة تغيير المعارف السلبية لدى المريض وجعله يفكر بشكل أكثر منطقية وعقلانية، هذا بدوره يؤدي إلى تغيير وجدان وسلوك المريض كما يجب تعلم المريض كيفية تؤكد ذاته في المواقف والأنشطة الإجتماعية المختلفة، وتدريبه على أسلوب المواجهة الفعالة في مواجهة ضغوط الحياة بدل من التعامل مع الضغوط بالتجنب أو الإنفعال كما يجب تدريبه على مهارات حل المشكلات".

(حسين فايد، 2001، ص128)

كما يفترض النموذج المعرفي أن "المعرفة والسلوك جميعها مكونات مهمة في السلوك الإكتئابي فالعلاج المعرفي يعلم المريض الإكتئابي كيف يظهر أفكاره الآلية ومخططات سوء توافقه وعندئذ توضح هذه المعارف موضع الاختيار من خلال فحص الدلائل، وتصميم مواقف تجريبية حية، وموازنة المزايا مقابل العيوب والقيام بمهام متدرجة، وإستخدام إستراتيجيات من خلال هذه الإجراءات يبدأ المريض في النظر إلى نفسه وإلى مشكلاته بواقعية أكثر. ويشعر بالتحسن، ويغير نمط سلوكه الغير توافقي، ويقوم بحل كل صعوبات الحياة الفعلية وتأتي هذه التغيرات بوصفها نتائج مباشرة بتكيفات بواجبات منزلية جيدة، التخطيط ومعاونة الذات، ويواصل المعالج على إمتداد العلاج بتحالفه المشتركة مع المريض.

(د. ديفيد بالو، 2002، ص653-645)

خلاصة الفصل:

من خلال ما إستعرضناه في هذا الفصل نلمس مدى خطورة الإكتئاب فقد يكون أخطر إذا تزامن مع أحد الأمراض الجسمية للإنسان، فمثلاً في حالة الإصابة بمرض الصرع وذلك في الزيادة من حدته وتزامنهما بشعور المريض بالعجز والنقص والتشاؤم الدائم وإنصباب تفكيره كله حول المرض وسيطرة فكرة الموت عليه.

الفصل الثاني

مرحلة الرشد

الفصل الثاني

مرحلة الرشد

- تمهيد
- ماهية مرحلة الرشد
- تعريف الرشد
- مراحل الرشد
- خصائص الرشد
- مظاهر النمو في مرحلة الرشد
- النظريات النفسية في الرشد
- حاجات الراشد ومطالبه
- متطلبات الإرتقاء في مرحلة الرشد
- الأزمات والتغيرات
- مشكلات الراشد
- كيفية حل مشكلة الراشدين
- العوامل المسببة للسلوك المشكل في مرحلة الرشد
- مرحلة الرشد والصحة النفسية
- الخلاصة

تمهيد:

يولد الإنسان طفلاً، لا يدري شيئاً مما يحيط به في هذا العالم الواسع، ويشرع أبواه في تعليمه الأمور الأساسية التي تساعد على مواجهة التحديات المختلفة لكن سيكولوجية الإنسان التي خلقه الله بها تمر بعدة مراحل، تنفرد كل منها بمتغيرات لها خصائصها ومميزاتها التي تؤهله للمرحلة التالية، حتى يصل في النهاية إلى مرحلة الرشد والإستقرار وإذا قلنا إن هناك مرحلة للبلوغ الجسدي تحدث في سن معينة، فيمكننا أن نسمي مرحلة الرشد "مرحلة البلوغ العقلي".

فمرحلة الرشد في علم النفس هي تلك المرحلة من عمر الإنسان التي يكتمل فيها النضج العقلي الفكري وكذلك النضج الجسدي والجنسي أي النضج على مستوى الأمور الحسية الجسدية وغير الحسية مما يظهر في التغيرات التي تطرأ على الشخصية وطرق التفكير والتعاملات الإجتماعية.

1- تعريف مرحلة الرشد :

اختلفت وجهات نظر الباحثين في تحديد مرحلة الرشد حيث يعرفها مريم سليم (2002) أنها: "الفترة التي تبدأ بالإنهاء من الدراسة والدخول إلى ميدان العمل، وقد يصل ذلك قبل سن 25 سنة، وأن المهمة الرئيسية للشخص في هذه الفترة هي توجيه نشاطه في إتجاه تحقيق أحلامه في أن يصبح طبيباً أو مهندساً أو فناناً، وهو ما يحدد إختياراته وقراراته الضرورية لنموه وتطوره".

كما يعرفها سامي ملحم (2004) أنها: مرحلة جديدة في الحياة الإنسانية تتسم بالتعقيد والتغيير، تظهر على الفرد الذي ينهي تعليمه الدراسي ويدخل سوق العمل، وتكون هذه المرحلة حوالي 20 سنة.

(سامي ملحم، 2004، ص 30)

ويعرف أمل حسونة مرحلة الرشد على أنها " المرحلة العمرية التي تلي فترة المراهقة، وهي الفترة التي تحدث فيها تغيرات جسمية، نفسية وإجتماعية".

(أمل حسونة، 2004، ص 205)

أما يحي مرسى فيرى أنها "مرحلة من مراحل العمر تقع بين الطفولة والشيخوخة، وهي تتميز من الناحية البيولوجية بالإكتمال العضوي ونضج القوة، كما تتميز من الناحية الإجتماعية بأنها المرحلة التي يتحدد فيها مستقبل الإنسان سواء مستقبه المهني أو مستقبه العائلي".

(يحي مرسى، 2007، ص 55)

إذا فالراشد هو الشخص الذي إكتمل نموه وتقع هذه المرحلة بالنسبة للرجل بين نهاية مرحلة المراهقة وحتى بداية مرحلة الشيخوخة، كما أن الراشد هو ذلك الشخص المسؤول عن ذاته وله المقدرة على الإختيار وهو الذي يتحمل مسؤوليات ما يختاره، وهو شخص له القدرة على تصور النتائج المترتبة على القرارات التي يتخذها.

2- مراحل الرشد :

2-1- المرحلة الأولى من الرشد تمتد من 25 إلى 40 سنة :

تبدأ فترة الراشد بالإنهاء من الدراسة والدخول إلى ميدان العمل، وقد يحصل ذلك قبل سن الخامسة والعشرين، ماعدا المهن التي تتطلب إعداداً طويلاً، وفي دراسات حديثة لعالم النفس الإجتماعي بيفنسون بين أن الفترة الممتدة من سن الخامسة والعشرين إلى سن الأربعين هي فترة تحقيق الحلم بالنسبة إلى الكثيرين.

(أمال صادق، 2004، ص 77)

إن المهمة الرئيسية للشخص في هذه المرحلة هي توجيه نشاطه في اتجاه تحقيق رؤيته لنفسه وأحلامه في أن يكون طبيباً أو مهندساً أو صاحب عمل، وكيفما كانت تلك الرؤيا فإنها تصبح أساساً يحدد له إختياراته وقراراته الضرورية لنموه وتطوره.

2-2- المرحلة الثانية من الرشد التي تمتد من 40 إلى 70 سنة:

يصور لنا الموروث الشعبي والسائد الكهول والمسنين على أنهم عين الحكمة الذي لا ينضب، إلا أن البحث يدل على أن الشباب في المرحلة المتوسطة من العمر 40 إلى 64 سنة هم في الحقيقة أكثر حكمة وأجدر بتقديم المشورة والنصح، بمن فيهم المسنين يلجؤون إلى هؤلاء الأشخاص في هذه المرحلة طلباً للرأي السديد وبحثاً عن البصيرة النافذة.

ويعتقد إريكسون أن أزمة النمو الرئيسية في هذه السن تتمثل في خاصيتين:

الإمتداد الإجتماعي والتموقع على النفس، فإن كان النضج سليماً في هذه المرحلة، فإن الشخص يجد نفسه يتجاوز الإمتداد البيولوجي الخاص كالتكاثر وحصانة الأطفال إلى الإمتداد بمعناه النفسي والإجتماعي والذي يتمثل في الإلتزام بقضية إنسانية عامة تتجاوز الإحتياجات المباشرة للحاضر، وقد يحدث أن يأخذ النمو طريقاً عكسياً فيتموقع الشخص على إحتياجاته الشخصية بالمعنى المادي المباشر. ويحدث نمو آخر في الحكم الأخلاقي كما يراه "كوهلبرج"، أن تتطور الأحكام الأخلاقية ذات المحتوى الشكلي إلى الأحكام القائمة على المبدأ الشخصي وصالح المجتمع ورفاهيته.

(مريم سليم، 2000، ص 451-452)

3- خصائص مرحلة الرشد :

أثناء نمو الإنسان تطراً عليه مجموعة من التغيرات من حيث النضج والإنفعال وبناء الشخصية ومن أهم الخصائص التي تميز هذه المرحلة ما يلي:

3-1- الخصائص الجسمية:

يتميز الراشد بقوته العضلية، وطاقاته الحيوية التي تجعله قادراً على تحمل المسؤولية والأعمال الشاقة.

(أمل حسونة، 2004، ص 205)

ويلاحظ عند الراشد وصول وظائفه الحسية والعصبية إلى أعلى مستوى لها، يتم إكمال وزن المخ وتبلغ الحدة السمعية والبصرية حدما الأقصى.

إن وصول الراشد في هذه المرحلة إلى الحد الأقصى من النشاط البيولوجي يعطيه ميزة فريدة عن توافقه الشخصي والمهني التي يتطلبها البحث من مهن تحتاج إلى مثل هذه القدرات، أما بالنسبة للمرأة الراشدة فإن قدرتها على الإنجاب تكون في أفضل حال، حيث تكون أكثر قدرة على تحمل إنتاج البويضات المخصبة وانتظام دورتها الهرمونية. (سامي ملحم، 2004، ص 20)

3-2- الخصائص النفسية:

يتميز الراشد بخصائص نفسية معينة، فهو شديد الإهتمام بالمثل العليا، ومستعد دائماً للكفاح في سبيلها. (أمل حسونة، نفس المرجع، ص 210)

ووعي الراشد بنفسه يجعله يدرك حالته النفسية ويتمتع بالحنكة في إدارة حياته الإنفعالية وإدراكه لإنفعالاته أساس سمات شخصيته. (مريم سليم، 2002، ص 454)

كما يتميز الراشد بالإستقلالية، و يظهر ذلك من خلال إستقلاله عن الوالدين و في محاولته إعتماده على نفسه، ولكن هذا التحرر والإستقلالية وتأكيد الذات وتقديرها وتحمل المسؤولية يخضع في الواقع لضغوطات العمل وللكتير من المعايير الإجتماعية وللضغوطات النفسية المتمثلة في المواقف الإحباطية والقلق، ومنها المعايير التي تحكم الحياة الزوجية أو الإلتزام العقائدي أو السياسي، ومن الخصائص النفسية للراشد الغرق في الإنفعالات وهو العجز عن الخروج منها، إذ يتميز بإنقلاب المزاج، عدم القدرة على السيطرة على المشاعر، عدم إدراكه لمشاعره، ونادراً ما يحاول الهرب من الحالة النفسية السيئة، في حين نجد راشداً آخر يتميز بتقبله لمشاعره، إذ يميل لتقبل حالته النفسية دون محاولة تغييرها، فهو ذو مزاج جيد، وهناك نوع آخر نجد الراشد يتميز بتقبل الحالة النفسية السيئة كأمر واقع كما أنه لا يفعل شيئاً لتغييرها بالرغم من إحباطه النفسي وقلقه وإكتتابه. (مريم سليم، 2004، ص 215)

3-3- الخصائص العقلية المعرفية:

يعد ظهور القدرات المختلفة بين الراشدين كالقدرة اللغوية، الرياضية، العملية، الكتابية، الفنية الجمالية، القدرة على التذكر، القدرة التفكيرية هي مميزات إدراك الراشد، إذ يجعل لديه القدرة أو رغبة كبيرة للمعرفة

والبحث عن الحقيقة بمختلف الوسائل، وهو دائماً متفتح العقل لإستقبال الأفكار الجديدة والإيمان بها، خصوصاً إذا إقتنع بها. (أمل حسونة، 2004، ص220)

كما أن النضج العقلي يجعل الراشد يتخاطب بالعقل والمنطق ويتفاهم بالحجة مع الغير، وقد أكدت البحوث التي أجراها "بياجي" على النمو العقلي، على أنه ينتهي بالمرحلة التي تسمى مرحلة العمليات الشكلية أو الصورية والتي تتسم بإستخدام طرق الإستدلال الفرضي الإستنباطي والتفكير المجرد في مختلف المجالات الحياتية. (سامي ملحم، 2004، ص201)

حسب رأي "أمال صادق" و "فؤاد أبو حطب" أن هناك مجموعة من البدائل الهامة لوصف النشاط العقلي للراشدين أهمها: إيجاد المشكلات، الخاصية الجدلية في التفكير، التفكير النسبي العملي، في إطار سياقات معينة. (سامي ملحم، 2004، ص201)

3-4- الخصائص الإجتماعية:

يؤدي النضج الجسمي للراشد إلى بعض الميول والإتجاهات والأنماط السلوكية الخاصة ومن أهم الخصائص السلوكية فيها الإهتمام بالجنس الآخر، ومحاولة جذب إهتمامه والتودد إليه، وهو ما يؤدي إلى السلوك المقبول وهو الزواج. (أمل حسونة، 2004، ص221)

كما يظهر التحرر التدريجي من المحيط الأسري والتربوي أو الإستقلالية أو الميل إلى الإستقلالية وتأكيد الذات، بالإضافة إلى تحمل المسؤولية، ولكن التحرر والإستقلالية وتوكيد الذات وتحمل المسؤولية كلها تخضع في الواقع في سن الرشد لضغوط العمل والكثير من المعايير الإجتماعية.

(مريم سليم، 2002، ص225)

كما يصبح الراشد في هذه المرحلة أقل تأثراً برغباته ونزعاته وخيالاته الخاصة في علاقاته الشخصية إذا ما قورن بالمرحلة السابقة، لأنه يكتشف بأن أحلام المراهقة المتعلقة بالمهنة والزواج التي كانت خيالية، لم يتحقق سوى الجزء اليسير منها. كما تتسع دائرة إهتماماته، فيهتم برفاهية الزوجة والأبناء والأقارب والأصدقاء، وخصوصاً أولئك الذين ينتمون إلى فئة الفقراء أو المرضى أو المقهورين.

(سامي ملحم، نفس المرجع، ص211)

إن التفتيش عن النجاح في العلاقات الإجتماعية في شتى المجالات (العمل، النشاطات الترفيهية، السياسية والإجتماعية) هي دليل على علامات الرشد ووسائل هي في إطار التنوع الإجتماعي للراشد.

(مريم سليم، نفس المرجع، ص 221)

إن فلنمو أربعة مظاهر رئيسية ومتباينة ولكل مرحلة خصائص مميزة لها، ولها إحتياجاتها، ولمرحلة الرشد مميزات متنوعة، فيتميز الراشد في هذه المرحلة بالاعتماد على النفس، وقدرته على إكتساب الخبرات وإستخدامها كأساس لإكتساب المزيد من المعرفة، والإحساس الواقعي والقدرة على تكيف قدراته مع الواقع.

ويقابل هذا الجانب الإيجابي جانب آخر سلبي وهو أن الخبرات والتجارب السابقة ليست جميعها ذات ذكرى طيبة في نفسه ولا يريد لهذه الأحداث أن تتكرر.

كما تؤدي الإختلافات البدنية الصحية والفكرية والإجتماعية إلى إيجاد مناخ لا يشجع كثيرًا على تحقيق الذات مما يؤدي إلى عدم رغبة الفرد في أن يرى نفسه مختلفًا ومنعزلًا عن المجموعة أو في وضع غير متوقع يمنعه من إبداء وجهة نظره أو إتخاذ قراراته، وبالطبع لن يستجيب كل فرد بنفس الأسلوب في المناخ وحتى لو تمكن الشخص من التغلب على هذه الأحاسيس والإحباطات فإنه يترسب في نفسه بعض الشوائب التي تجعل البعض منهم يرفضون تقبل الواقع ويضعون حدودًا لإمكانياتهم.

عندما نتكلم عن مرحلة الرشد من الناحية الإجتماعية فهنا نقول إنه وصل الشخص إلى مرحلة الرشد عندما يلعب دورًا إيجابيًا في بيئته ومجتمعه، ويمارس مسؤولياته وتكون له شخصيته الواضحة، ولكن الجانب السلبي هو أن الضغوط الإجتماعية تتزايد بإستمرار حتى يصبح الراشد أسيرًا لبعض التقاليد والأفكار والعلاقات بين الناس وأية محاولة للتغيير عن طريق التدريب سوف يصاحبها مجموعة من التساؤلات في أسلوبه الفكري أو في معتقداته الراسخة وقد تتولد عنده مقاومة إتجاه التغيير.

4- النظريات النفسية في الرشد :

4-1- نظرية إريكسون:

يرى " إريكسون " أن مراحل نمو المراهقين تصف خطواتهم لتوسيع وتعميق قدراتهم على حب الآخرين ورعايتهم، ومن هنا فإنه يتكلم على الرشد المبكر.

4-1-1-1- الرشد المبكر : يتركز المراهقون حول أنفسهم في تهييب، وهم يهتمون بمن يكونون، وكيف يظهرون في عيون الآخرين وكيف ينجذبون إلى بعضهم البعض، بل ويقعون في الحب، ولكن هذه الإرتباطات غالبًا ما تكون جهودًا حقيقية للتعرف على الذات أو لتحديد الهوية، لأنه يكون قلقًا حول ذاته، قلقًا حول كيفية أدائه، حول كيف يمكن أن يتخلى عن ذاته أو أن يهب ذاته في حرية ورقة شريكه من الجنس الآخر.

وعندما يفشل المراهق في إكتساب التبادل الحقيقي الأصيل، عندئذ يخبر الجانب السلبي من هذه المرحلة وهي الإنعزالية.

ويرى "إريكسون" أن المراهق لو تحقق له ذلك ستمو لديه الأنا قوية المتمتعة بالحب الناضج وتبادل تكريس الحياة الى الأبد وقهر المتنافرات بين الشريكين.

4-1-2- مرحلة الرشد:

وما أن يحقق إثنان مستوى من الألفة يتوجه إهتمامهما للتوسع والإمتداد، ويصبحان مهتمين بوجود الجيل التالي، وبمصطلحات إريكسون أنهما يدخلان مرحلة العطاء والإنتاج بدال من الإستغراق أو الإنهماك في الذات والركود.

لكن إريكسون ركز بشكل أساسي على النتائج (إنجاب الأطفال) ولا تعني طبعًا مجرد الإنجاب لأن الأباء مطالبون بما هو أكثر من الإنجاب، فهم مطالبون بالحماية والتوجيه والتضحية.

(مريم سليم، 2002، ص 478، 480)

4-2- نظرية كارل يونغ :

يرى " يونغ " أن العمر الأوسط يتميز بتحول نفسي، إذ نكون مدفوعين لنبدأ توجيه طاقاتنا بعيدًا عن السيطرة على العالم الخارجي ونبدأ التركيز على نواتنا الداخلية، نشعر بالنداءات الداخلية، نستمتع للعقل للتعلم عن إمكاناتنا التي تركناها طويلاً دون إستثمار ونبدأ بطرح أسئلة حول معنى الحياة التي بصرف النظر عن أي شيء قد إنقضى نصفها وبالرغم أن التركيز من منتصف العمر فصاعدًا يصبح وبشكل متزايد داخليًا إلا أن الشخص في منتصف العمر لا تزال لديه طاقة والمصادر التي تمكنه من أن يحدث تغيرات في مواقفه الخارجية، وفي منتصف العمر غالبًا ما يتعهد الفرد مشروعات أهملها طويلاً بل وقد يقدم على تغييرات تبدو غير مفهومة.

وقد لاحظ "يونغ" أن الرجال والنساء يبديون في إعطاء إشارات للجنس المغاير لهم، إذ يصبح الرجال أقل عدوانية وطموحًا وأكثر إهتمامًا بالعلاقات الشخصية المتبادلة. وقد تخلق أزمة العمر الأوسط مشكلات زوجية، قد تتعب الزوجة من تكثف الجانب العقلي عند زوجها، أنها الآن تحاول أن تطور تفكيرها، والزوج من ناحية أخرى قد يشعر بالإضطهاد أو الظلم نتيجة ميل الزوجة كمعاملته كطفل، إنه لا يريد أن يعامل بالتهدة بل إنه يريد أن يكتشف عالم المشاعر والعلاقات بشكل أكثر نضجًا، مثل هذه التغيرات قد تزعزع التوازن الزوجي، وبالرغم أن النمو خلال النصف الثاني من الحياة يخلق توترات وصعوبات إلا أن الفشل الأعظم يحدث عندما يتعلق الكبار بأهداف وقيم النصف الأول من الحياة، مثل امرأة في منتصف تحاول أن تتسك بياس بجاذبيتها الجسمية التي كانت تتمتع بها في شبابها، أو أن يحاول الرجل في منتصف العمر أن يتحدث دون إنقطاع عن ماضيه الأخلاقي العظيم، في مثل هذه الحالات يفقد الكبار مكانة من الممكن أن يحققوه من المزيد من النمو والذي يظهر فقط عندما يخاطرون بمواجهة ما أهملوه في نواتهم.

وقدمت الدراسات التي أجرتها "نيجارتين" ورفاقها في جامعة شيكاغو تدعيًا لإستبصارات "يونغ"، لقد كتبت عن تحول طاقة الجنسين في عمر الأربعين والخمسين من العالم الخارجي إلى التوجه إلى العالم الداخلي، حيث يصبح الإستبطان والتأمل وتقييم الذات وبشكل متزايد صيغًا تصف العقلية، بالإضافة إلى ذلك يصبح الرجال أكثر تقييمًا للجوانب الشعورية والحسية وتلك المتعلقة برعاية الحياة الغير، في حين تصبح النساء أكثر إستجابة وأقل إحساسًا بالذنب إتجاه تواجههم العدوانية وتمركزهن حول الذات.

(مريم سليم، 2002، ص 483، 480)

3-4- نظرية النمو:

تطور الشخصية عبر خطوط مختلفة خلال النصف الأول والثاني من دورة الحياة، فمن النصف الأول حتى سن الأربعين سنة يكون الفرد في عمر التوسع والإمتداد الى الخارج، وقوى النضج توجه نمو الأنا وتنطلق قدراتها للتعامل مع العالم الخارجي، يتعلم الشباب التوجه نحو الآخرين ويحاولون كسب أكبر ما يمكنهم من تدعيم المجتمع، ويؤسسون أعمالاً وأسراً، ويفعلون ما في وسعهم ليتقدموا ويرتقوا إلى سلم النجاح، ولكي تفعل النساء ذلك فإنهن يختبرن الضغوط الإجتماعية لتنمية سماتهن الأنتوية والأمر نفسه بالنسبة للرجال وسماتهم الذكورية.

ومن سن الأربعين فصاعدًا تتعرض النفس للتحول حيث يشعر الفرد بأن الأهداف والطموحات التي بدت أبدية قد فقدت معناها، وكثيرًا ما يشعر الفرد أيضًا بأنه محبط كشيء راكد غير محتمل، أو كما لو كان هناك شيء ينقصه حتى الأشخاص الذين حققوا قدرًا كبيرًا من النجاح الإجتماعي.

والنفس هي التي تقدم طريق الخالص لهذه الكارثة إنها تدفع الفرد الى أن يرجع إلى الخلف ليختبر ويفحص معنى حياته، وهذا الرجوع الى الداخل يستعجله اللاوعي. (مريم سليم، 2002، ص 489، 484)

4-4- نظرية التحليل النفسي:

يتميز الرشد بإستقرار الطباع وبالقدرة على التكيف والمواقف الجديدة، وبالإمكان الكلام عن هذه الجوانب أكثر من الكلام عن النمو والتطور، ويهتم التحليل النفسي بأساليب النشاط النفسي الذي يعبر عنه من خلال الطباع وحل الصراعات وإمكانية التسامي.

وفي المجال العاطفي والحياة الإجتماعية يعرف الرجل تغييرات ليبيدية وأزمات عديدة (أزمة منتصف العمر، أزمة الوليدة) وخبرات أخرى مختلفة قد تقود الى النضج ولكن أيضا قد يكون لها آثار مدمرة يفسر التحليل النفسي سلوك الراشد إنطلاقًا من خبراته الطفولية، وهكذا يتم تحليل الرشد من خلال التغييرات الليبيدية وأيضًا من خلال الآليات الدفاعية التي يستخدمها الراشد ويبقى أن التنظيمات النفسية ما قبل أوديب والمعدلة في فترة المراهقة تتصف بالكبت، ولكنها تبقى حاضرة كإحدى مكونات الحياة الجنسية.

ومن خلال النمو النفسي بإمكان القول بأنه كلما إبتعدنا عن الطفولة فإن تأثير عناصر ما قبل المرحلة الأوديبيية يتناقص، ولكن بما أن جزء منها يبقى مكبوتًا، فإنه إذاً يكون حاضرًا وفعالاً خصوصًا أن لا تأثير عليه ويكون وجودها في مرحلة الرشد بشكل غير مرئي يستدعي إستخدام آليات دفاعية تمنعها من الضغوط.

إذا كانت حياة الراشد خاضعة لظهور الصراعات القديمة والتي لم يتواجد لها حل، فإنه يتم إختراقها بواسطة حالتين متناقضتين أساسيتين تحددان وجود الشخص الراشد وهما: التناقض بين التمرکز الموضوعي والتمرکز النرجسي، والتناقض بين تحقيق اللذة الجنسية والإسماء.

ومن هنا فإن حياة الراشد الجنسية ليست محددة بالممنوعات والتناقضات الداخلية كما في الطفولة والمراهقة تعصف بمرحلة الرشد عدة أزمات وتظهر خلالها الأحداث المهمة في الحياة (أمومة، الأبوة، فقد الوالدين...) والمواقف الصعبة كما في الطفولة والمراهقة، فيرى "مندل" في دراساته أن محور صورة الأب

هي الأساس في أزمة الرشد، إذ أن الدخول في مرحلة الرشد الحقيقي تعني في البداية التماهي بصورة الأم ثم التماهي بصورة الأب إذ لم تعد صورة الأب كافية، و مكانها صورة ذات منبع إجتماعي خصوصاً التي تتعلق بالتقنيات القوية الحديثة نتيجتها تصدع العلاقة بين الأجيال.

إن مرحلة الرشد ليست مرحلة دون تغييرات ولكن هذه التغييرات تتصف بالتطور الدائم الذي يحدث في الطفولة والمراهقة، فالراشد ليس فقط كائنًا ثابتًا قادرًا على التكيف مستخدمًا القوة التي إكتسبها خلال مراحل النمو السابقة، ولكن حياة الراشد تتصف أيضا بالنمو من حيث قدرته على التعلم من الخبرات العاطفية وإعادة التنظيم تحت تأثير الأحداث هذا من جهة، ومن جهة أخرى مواجهة الصعوبات في المستقبل وخصوصاً صعوبات سن الشيخوخة. (مريم سليم، 2002، ص 489، 495)

5- حاجات الراشد ومطالبه :

5-1- الحاجات الأولية : يقصد بها تلك الحاجات التي تدفع الإنسان إلى أنواع من السلوك تستهدف مباشرة الحفاظ على كيانه النوعي والحفاظ على نوعه.

5-2- الحاجات الثانوية : وهي ذلك النوع من الحاجات النفسية الإجتماعية التي تعتمد في تكوينها على خبرات الفرد وميوله وإتجاهاته وما يمر به من أحداث. (أمل حسونة، 1999، ص 212)

كما أن لهذه المرحلة متطلبات ويقصد بها تلك المجموعة من المهارات التي إذا حققها الفرد وأتقنها أدى ذلك إلى سعادته ونجاحه في أداء مهمات أخرى لاحقة، أما إذا فشل في إتقانها أدى ذلك إلى إحباطه وتعاسته وفشله في تقديره لذاته، وكذلك في فشله في مهمات أخرى لاحقة، إذن فالنجاح يعد دافعاً قوياً للتطور والتحسن، وقد قيل قديماً "النجاح يولد النجاح". (شفيق علاونة، 2004، ص 250)

ومن مطالب الرشد ما يلي:

5-3- البدء بمهنة معينة : في هذه المرحلة يختار الراشد عملاً مناسباً لقدراته البدنية والفكرية، فالعمل تعبير على حاجة داخلية لديه تدفعه نحو الإستقرار النفسي والإقتصادي، والتعامل الفعال مع البيئة، فهو عملية مستمرة على مدى إستمرارية حياة الإنسان. (سامي ملحم، 2004، ص 305)

كما أن الشروع في العمل يولد لدى الراشد محاولة الإعتماد على النفس وينمي في نفسه حسن تقديره لذاته وتجنبه من الوقوع في الأزمات النفسية كالمواقف الإحباطية .

5-4- الإستقلالية : يواجه الراشد العديد من المشاكل تختلف كمًا ونوعًا عن المشكلات التي يواجهها في المراحل السابقة، مما يستدعي إتخاذ القرارات بشكل مستقل وحاسم، فهو مطالب بمواجهة هذه المشكلات دون إشراف أو توجيه أو معاينة من الآباء أو المعلمين - إذا كان مازال يدرس - وقد تكون المشكلات التي يواجهها أقوى من أن يستطيع حلها لوحده، لكن من الملاحظ عليه عدم لجوئه إلى الآخرين طلبًا للمساعدة، فقد يمنعه كبريائه من ذلك. (سامي ملحم، نفس المرجع، ص308)

5-5- إتخاذ القرارات الهامة : في هذه المرحلة يسعى الراشد إلى تحسس معالم الحياة الجديدة على الأرض، بحيث يتطلب إتخاذ قرارات صعبة مسيرة حياته المستقبلية ويشاركه فيها من الجنس الآخر، إذ يجد نفسه في موقف اللاقرار، فيحاول إختيار حلول عديدة لمشكلة واحدة تظل تشغل فكره طويلاً، مما يخلق عنده جواً من التوتر والصراع يكون أكثر تعقيداً أو صعوبة مما كان يواجهه في المراحل السابقة.

(سامي ملحم، 2004، ص312)

5-6- الزواج والإنجاب : يعمل الراشد على إختيار شريك الحياة من الجنس الآخر الذي يرتبط به في المستقبل في عشرة زوجية، وكذلك تكوين الأسرة.

ويمثل تكوين الأسرة والزواج أحد المؤشرات البارزة في حياة الراشد. (سامي ملحم، نفس المرجع، ص320)

فمرحلة الرشد ترتبط بعملية الزواج والوالدية والإنجاب، فيظهر هنا الدور الذي يلعبه الزواج والأمومة والأبوة في بناء نفسية الراشد، خصوصاً أن الوالدية هي الشغل الشاغل لكلا الطرفين، كما أن العلاقة الجنسية تلعب دوراً مهماً في شعور الفرد بأنه أصبح راشداً، ومن هنا كان إهتمام الفتيات بالزواج والإنجاب، لذلك فإن العلاقات الزوجية الصحيحة والأطفال، من العوامل التي تترك إحساساً بالنجاح والرضا في هذه المرحلة، وبذلك يتم تعلم الحياة من الطرف الآخر. (مريم سليم، 2002، ص469)

5-7- الإستقرار : يتميز الراشد في هذه المرحلة من العمر بإستقرار طبعه وبالقدرة على التكيف مع المواقف الجديدة، ومن بين ما يهتم به التحليل النفسي أساليب النشاط النفسي، والذي يعبر عنه من خلال الطباع وحل الصراعات وإمكانية التسامي.

(مريم سليم، نفس المرجع، ص501)

كما أنه يتبع نمطاً ثابتاً نسبياً من السلوك في مجالات الحياة بتميزه عن باقي الأفراد في مراحل مختلفة، إذ يصعب عليه تغيير نمط حياته التي إعتاد عليها، وإذا ما حاول التغيير فإنه يواجه العديد من الإضطرابات الإنفعالية التي تؤثر على مسار حياته المستقرة وتزيد تعقيداً وصعوبة. ومن هنا نجد

الراشد في هذه المرحلة يتزوج وينجب وينخرط في عمل يظل يؤديه معظم حياته، ويستقر في مكان سكناه فترة طويلة من الزمن. (سامي ملحم، نفس المرجع، ص332)

ومن مطالب الحياة السوية في الإستقرار تقبل وجود الوالدين والشيوخ وكذا معاملتهم معاملة طيبة. (مريم سليم، 2002، ص470)

إن يشير مفهوم مطالب النمو في نظرية الشخصية إلى المتغيرات البنائية التي تطرأ على الشخصية منذ المهد إلى الرشد وبالطبع تؤثر عملية الإرتقاء بالعوامل الوراثية والإجتماعية والفيزيولوجية والبيئية التي تحدد مظاهر ومطالب النمو لكل مرحلة نمائية.

فالإنسان كوحدة بشرية ينتقل من مرحلة إلى أخرى ومن طور إلى طور خلال مراحل النمو المختلفة، ومما هو جدير بالذكر أن طول مدى الحياة المتوقع للفرد يتأثر بعوامل عديدة منها: الحالة الصحية العامة للفرد، المستوى الإقتصادي والإجتماعي له، الظروف الثقافية والحضارية المحيطة بالفرد، الرعاية الصحية والنفسية والإجتماعية للفرد، إلا أنه من المعروف فإن الشخصية الإنسانية تتطور إستجابة لأربعة مصادر رئيسية للتوتر:

1/ عمليات النمو الفيزيولوجية، 2 /الإحباطات، 3 /الصراعات، 4 /التهديدات.

وكننتيجة مباشرة لتزايد التوتر الناتج عن هذه المصادر يجد الشخص نفسه ملزمًا بتعلم أساليب جديدة لخفض التوتر وهذا ما يعد كمطلب مهم في مرحلة الرشد .

كما أنه في فترة الرشد يجب على الفرد الراشد دمج وتوحيد تجاربه وخبراته السابقة مع الضغوط والمتطلبات الجديدة التي يواجهها كي يقرر ويحدد ما يريده من حياته، ما يعتقد وما يؤمن به، كما أن الزواج والوالدية جميعها جزء من الخبرة السوية لمرحلة الرشد، فلو إكتسب الراشدون الإحساس بالهوية في المرحلة السابقة (المراهقة)، يكونوا قادرين على تكوين علاقات حميمة ومشاركة أنفسهم وأيضًا ممتلكاتهم مع الآخرين .

كما أن هذه المرحلة هي الفترة التي يجب على الناس أن يحلوا فيها صراعاتهم مع العالم ويعدون لأنفسهم وللمستقبل أسرهم، ويقصد بهذا الإستقلالية والإنتاجية، والقدرة على النظر خارج ذات الفرد، أما الأفراد العاجزين عن عمل هذا يميلون إلى أن يصبحوا متمركزين حول ذاتهم أكثر من كونهم منتجين في تلك المرحلة.

6- متطلبات الإرتقاء في مرحلة الرشد :

أجرى " توماي" دراسة على 150 من العاملين في الوظائف الفنية العالية وإستطاع أن يحدد أربع واجبات رئيسية في هذه السن كي يصبح بالإمكان تجاوز أزماته:

1- تحقيق نجاح مهني أو عمل ليس من أجل الثروة فقط، بل من أجل تحقيق الذات والإحترام الشخصي.
2- التوافق مع الواقع.

3- نجاح الحياة الزوجية.

4- التغلب على رتابة الحياة والخوف من التغيير .

ومن مطالب الحياة السوية في هذه المرحلة نذكر:

- تقبل التغيرات الجسمية التي تحدث في هذه المرحلة والتوافق معها.

- توسيع الخبرات العقلية المعرفية بأكبر قدر مستطاع.

- تربية الأطفال والمراهقين والقيام بعملية التنشئة والتطبيع الإجتماعي لهم.

- التطبيع والإندماج الإجتماعي.

- ممارسة المهنة وتحقيق التوافق المهني.

-تكوين مستوى إقتصادي مناسب ومستقر والمحافظة عليه.

- تحقيق الإلتزان الإنفعالي. (مريم سليم،2000، ص451-452)

7- الأزمات والتغيرات:

إن مرحلة الرشد كغيرها من المراحل تمر بعدة أزمات، بحيث تظهر هذه الأزمات خلال التغيرات المهمة في الحياة (الأمومة، الأبوة، والأزمة الوالدية).

7-1- الأمومة والأبوة : أن تصبح المرأة أمًا وأن يصبح الرجل أبًا، تتغير علاقات كل منهما مع نفسه و مع الآخرين، وهذا التغيير له طابع ذاتي أكثر منه إجتماعي.

لقد إستخدم "راكامبيه" مفهوم الأمومة ليدل على مجموعة من الظواهر العاطفية المتعلقة بالحمل والأمومة، وإهتم بالتغيير الذي يطرأ على صورة الجسد والتغيرات التي تعيشها المرأة بصورة متناقضة.

ودور الأب يعني أن يدخل الرجل في العلاقة القائمة بين الطفل وبين الأم كطرف ثالث، هذا الدخول لا يعني أن يعترف الطفل والأم بوجوده فقط، بل يعني أيضاً تمثيل الدور الإجتماعي المتعلق بال ممنوعات والقوانين الإجتماعية، أما في المستوى النفسي فوظيفته تتطلب تغييراً عميقاً أي "أزمة"، بمعنى إيجاد إمكانيات عميقة.

في مدرسة التحليل النفسي، من الذين درسوا سيرورة الرشد نذكر "مندل" و "ماركوز"، في دراسته تكلم "مندل" عن محور صورة الأب التي هي الأساس في أزمة الرشد، أما مرحلة الرشد الحقيقية تعني في البداية التماهي بصورة الأم ثم التماهي بصورة الأب، حيث أن التماهي بصورة الأم هو الشكل الطبيعي والتماهي بصورة الأب هو مظهر إجتماعي يكمل الصورة الأولى بحيث هذا التماهي بالأب يقدم للراشد المثل التي يريد الوصول إليها .

أما "ماركوز" فرأى أن أزمة الرشد تكمن في ظهور ميول مكبوتة من قبل الأنا الأعلى التي تكون في طريقها للإنتهاء، حيث يمكن أن يعود الفرد في مرحلة الرشد إلى مبدأ اللذة، الذي يعني تأثير التربية بإسم مبدأ الواقع والثورة التي يتكلم عنها التحليل النفسي هي تحرر الغرائز. (مريم سليم، 2002، ص 492- 493)

7-2-الأزمة الوالدية : مفهوم أزمة الوالدية أدخلها "مارشي" و "براكونيه"، وتعني الوضعية الداخلية الخاصة بالوالدين في مواجهة مراهمة أطفالهم، يصر التحليل النفسي على المظاهر التحليلية الناتجة عن العلاقة بالمراهقة وهذه العلاقة توقظ المثيرات الأوديبية والغيرة وترافقها تغيرات جنسية عند الوالدين. ذلك أن ظهور المراهقة عند الأبناء تتطلب تعديل العلاقة القائمة بينهم من علاقة والدين _ طفل، إلى علاقة بين راشدين وإحتفاظها ببعدها الأبوي، وهنا يجب أن يمتنع الوالدين عن إسقاط رغباتهما الطفولية على المراهق وهم يواجهون ظهور الخصائص الجنسية عنده، بحيث هذا الظهور يذكرهما بنموهما ويبرز المشكلات الأوديبية .

هذه الأزمة الوالدية لديها مظاهر متعددة مثل مشاعر العجز والشعور بعدم التفهم من قبل المراهق أو عدم القدرة على التواصل معه، وكذلك الشعور بأنه ضحية عدم الإمتنان والإعتراف بالجميل، وبأنه متروك من قبل الشريك في مواجهة المشكلات، فكل هذا يرافقه محتوى غني بالهواجس.

(مريم سليم، 2002، ص493)

إذن فالأزمة في مرحلة الرشد تمثل نمطاً معيناً من المشكلات أو المواقف التي يتعرض لها الراشد، كما أن أزمة مرحلة الرشد لها كل خصائص المشكلة، ولكن يجب أن نشير إلى أنه لا يصح أن نطلق تلك التسمية على كل مشكلة فكل أزمة تعد مشكلة، ولكن ليست كل مشكلة أزمة حيث يقتصر إطلاق تلك التسمية على تلك النوعية من المشكلات التي يشعر بها الشخص الراشد حيالها بالضغط والإنفعال الشديد ويشعر أنها تشكل نوعاً من التهديد لحياته.

فتعتبر أزمة الرشد كفترة إنتقالية أو نقطة تحولية في حياة الفرد، يحاول فيها سيد الموقف ومن خلالها يتحقق للفرد نمو الشخصية واكتساب خبرات عديدة يتم إكتسابها من خلال عملية المعاناة والمواجهة لمعوق غير مألوف في مسار الحياة .

ومما سبق تتسم الأزمة التي تحدث في مرحلة الرشد بمجموعة من الخصائص هي:

- الأزمة تمثل تحدي للعادات أو السلوكيات التي تعود عليها الشخص.
- يشعر الراشد المأزوم بنوع من اليأس والعجز، وعدم القدرة على التعامل معها.
- إذا نجح الراشد في مواجهة الأزمة فإن ذلك يساعد على زيادة الإبداع والنمو والنضج، أما إذا فشل فيظهر اليأس والقلق والتوتر.

8- مشكلات الراشد :

8-1- مشكلات إشباع الحاجات:

- معوقات إشباع الحاجات الفيزيولوجية.
- معوقات إشباع الحاجات الثانوية المرتبطة بالأمن.
- معوقات إشباع الحاجات الثانوية المرتبطة بالحب.
- معوقات إشباع الحاجات الثانوية المرتبطة بالتقدير والمكانة.
- معوقات إشباع الحاجات الثانوية المرتبطة بتحقيق الذات.
- معوقات إشباع الحاجات الثانوية المرتبطة بتلبية الحاجة للمعرفة.

8-2- مشكلات مجتمعية :

- قلة فرص العمل وزيادة معدلات البطالة.
 - ضغوط الفكر الديني المتعصب والمتطرف.
 - زيادة معدلات استخدام المواد المخدرة.
 - اللامعيارية القيمية وغياب القدوة.
- (أمل حسونة، 2000، ص200)

9- كيفية حل مشكلات الراشدين :

إن المشكلات الضاغطة على الراشدين يمكن التعامل معها بشكل غير مباشر قد تكون آثاره أكثر عمقاً وإستمراراً أو يتم ذلك من خلال البرامج والأنشطة (الرياضية، الثقافية، الدينية والإجتماعية) الموجهة.

(أمل حسونة، 1999، ص212)

10- العوامل المسببة للسلوك المشكل في مرحلة الرشد :

هناك أسباب عديدة لا حصر لها تسبب السلوك المشكل في المراحل العمرية المختلفة لحياة الفرد، و خاصة مرحلة الرشد، وقد يصعب علينا في كثير من الحالات تحديد مدى أثر كل من هذه الأسباب في إحداث الإضطراب النفسي نتيجة تداخل وتفاعل الأسباب فيما بينها، ولهذا قد نجد أسباباً لحدوث المشكلات التي قد يعاني منها الراشد، فتجعله عرضة لظهور عدد من مظاهر المرض النفسي إذا ما طرأ سبب مساعد لحدوثه، كالعيوب الوراثية، والإضطرابات الجسمية، والخبرات المؤلمة وإنهيار الوضع الإجتماعي، وهناك أسباب أخرى قد تكون سابقة للمرض النفسي مباشرة والتي تعجل بظهور أعراض المرض النفسي ويكون الفرد فيها مهياً لها، كالأزمات والصدمات المفاجئة، والمراحل الحرجة في حياة الفرد خاصة ما يرتبط بها بسن البلوغ أو القعود (الشيخوخة)، أو عند الزواج أو الإنجاب أو غير ذلك من تلك المواقف. وبناءً على ما سبق ذكره فإن العوامل المسببة للسلوك المشكل يمكن إجمالها في ثلاث عوامل رئيسية هي:

10-1-1- العوامل البيولوجية:

10-1-1-1- الوراثة : التي تمثل العملية التي يتم من خلالها نقل الخصائص أو السمات من السلف إلى الخلف عن طريق الجينات، بحيث يرث كل واحد منا العديد من الخصائص النوعية، حيث تقوم الوراثة بدور ظاهر كسبب مهياً للأمراض والإضطرابات النفسية، ولكنها لا تعمل وحدها بل تدعم البيئة أثر الوراثة في ظهور أعراض الإضطراب.

10-2-2- الإضطرابات الفيزيولوجية : التي تصيب الفرد وتسبب له عرضاً نفسياً كإضطراب في الميكانيزمات الفيزيولوجية المسؤولة عن تشكيل السلوك الإنساني.

10-3-2- العوامل العضوية : من أمراض وتسمم وإصابات وعاهات وعيوب وتشوهات .

10-4-2- العوامل النفسية : ومن أمثلتها ما يلي:

- سوء التكيف: الذي يمثل مجموعة ردود الأفعال التي يعدل بها الفرد بناءه النفسي أو سلوكه ليستجيب لشروط بيئية محدودة أو خبرة جديدة، ويتوقف تكيف الفرد على كل من مدى تقبله للحقائق المتعلقة بقدراته وإمكانياته للإستمتاع بعلاقاته الإجتماعية، نجاحه في عمله ورضاه، كفاءته في مواجهة مشكلات حياته اليومية، إشباعه لدوافعه وحاجاته، ثبات إتجاهاته، تصديه لمسؤولية أفعاله وقراراته .

- الإحباط: الذي يمثل العملية التي تتضمن إدراك الفرد لعائق يحول دون إشباع حاجاته أو تحقيق هدفه، أو توقع الفرد حدوث هذا العائق في المستقبل، ويحدث الإحباط حين يواجه الفرد عقبات تقف في وجه إشباع حاجاته، فتعطله أو تمنعه من إشباع تلك الحاجات وقد تنشأ هذه العقبات من عدة مصادر .

*إقتصادية : كفقدان الدخل أو عدم وجود دخل كاف يسمح بشراء ما هو مرغوب، وفي بعض الأحيان أو الحالات يكون الدخل نفسه هو الأمر المرغوب، لأنه يمثل بطريقة رمزية الأمن أو المركز أو القوة.

*مادية : مثل العاهة أو القصور الجسمي أو النقص العقلي أو البعد الجغرافي أو الحواجز المحسوسة كالسياج.

*خاصة بالمجتمع : القواعد أو القوانين والعادات ومعايير المؤسسات وإتجاهات التحيز أو التعصب عند الناس.

*مهنية : ظروف العمل ومتطلبات الترقية ولوازم الإنتاج والعلاقات بين العاملين .

*العلاقات بين الأشخاص : وفرط الإهتمام من قبل الوالدين لمجرد أن للآخرين حاجاتهم كذلك.

*الصراع : الذي يمثل حالة يمر بها الفرد لا يستطيع إرضاء دافعين معاً، ويكون كل دافع منهما قائماً لديه، صراع الإقدام : يتمثل في وجود موقفين متعادلين من حيث الصفات التي تجذب الفرد إلى شيء و رغبة في تجنب الآخر، يأتي لاحقاً بذلك الشيء، أو يكون الشيء نفسه منطوياً عليه كرغبة الفرد في الزواج من فتاة معينة ورغبته في نفس الوقت تجنب مشكلات الأسرة.

* القلق : الذي يمثل حالة نفسية تحدث حين يشعر الفرد بوجود خطر يهدده، وهو ينطوي على توتر إنفعالي تصحبه اضطرابات فيزيولوجية مختلفة، تظهر لدى الأفراد صغاراً أو كباراً.

*الكبت : الذي يعتبر نتيجة للقلق ومسؤولاً عن ذلك الغموض الذي يحيط بأسبابه ومصادره، ويمثل الكبت إستبعاد الدوافع المثيرة للقلق من الشعور، ولما كان المثير في حالة القلق هو مثير داخلي وليس خارجياً، فإن الإستجابات التي يمكن أن تحقق هذا الغرض، لا تخرج عن أحد الإختصاصات التالية:

- الهروب من المثيرات أو المواقف التي تثير هذه الدوافع: وهذا غير ممكن إذ يستحيل على الفرد أن يهرب من هذه المواقف، فالثقافة التي نعيش فيها مليئة بمواقف التنافس والإحباط والعدوان.

- قمع هذه الدوافع : هذا غير ممكن أيضاً لأن القمع عملية تتطلب توافر القدرة على الحكم والإستدلال والمقارنة، وغير ذلك من العمليات العقلية العليا.

- كبت هذه الدوافع : وهذا ممكن عن طريق إستبعاد هذه الدوافع من الشعور.

* المواقف الضاغطة : ومهما حاول الفرد إخفاء الجوانب السلوكية، أو المظاهر الخارجية لإنفعاله ليتصنع قدراً من الهدوء والثبات، أو تجنب المواجهة والإعتراف، فإن تعبيرات وجهه تنطق بما يعانیه الفرد من حالات إنفعالية.

10-2- الإضطرابات الذهانية :

وهي إضطرابات عقلية تتميز بعدم تكامل شخصية الفرد وبفقدان إختبار الواقع وإضطراب الإدراك ونكوص السلوك والمحتوى العقلي المرضي وتنقسم إلى:

أ - الإضطرابات الذهانية المرتبطة بإضطرابات عضوية واضحة.

ب- إضطرابات لا ترتبط بإضطرابات عضوية واضحة: وهي تتميز بكل من:

* اضطراب الوعي.

* اضطراب الذاكرة.

* اضطراب الوظائف العقلية.

* الحكم وسطحية الإنفعالات وعدم ثباتها.

10-3- الإضطرابات الذهانية الإنفعالية:

هي إضطرابات نفسية تتميز بإضطراب إنفعالي شديد، وتشمل في معظم الأحيان الإكتئاب والقلق، والمرح والهيلاج، يصاحبها إضطراب أو أكثر كالهذاء والحيرة وإضطراب الإتجاه نحو الذات وإضطراب الإدراك.

ويكون لدى المريض ميل شديد للإنتحار ومن الإضطرابات الذهانية الإنفعالية ما يلي:

10-3-1- الهوس الإكتئابي : يتميز هذا الإضطراب أساسًا بزيادة أو نقصان كل من نشاط المريض وتفكيره، كما تتناوب حالة من المرح أو الإكتئاب وقد أطلق "كرادين" على هذا النوع من الإضطراب بالهوس الإكتئابي.

10-3-2- الذهان الإنتكاسي : تميل الإضطرابات الإنتكاسية لأن تقع في نمطين رئيسين، يميل الأول إلى حد كبير من الإكتئاب بينما يتميز الآخر بالأفكار الإضطهادية وهناك عوامل فيزيولوجية ونفسية خاصة يتميز بها الإكتئاب الإنتكاسي كموت شخص محبوب أو الإنفصال عنه.

10-3-3- ذهان البارنويا : هي إستجابات ذهانية تتميز بالهذات التي غالبًا ما تكون هذات الإضطهاد أو العظمة، وقد توجد الهالوس أحيانًا مع إضطراب في القدرة على الحكم والإستبصار مما يساعد على نشوء الشك، وسوء تأويل الحوادث والأمر.

10-3-4- إضطرابات رد الفعل الذهانية : تعرف الإضطرابات التي تنشأ من الصدمات النفسية بإضطرابات رد الفعل الذهانية، وهي تتناوب أساسًا الأفراد ذوي النشاط العصبي الضعيف، كما يمكن أن تتناوب الإضطرابات أيضًا الأشخاص ذوي الجهاز العصبي المتزن إذا كانت الإصابة النفسية شديدة.

10-4- الإضطرابات العصابية:

هي مجموعة تنشأ من المحاولة التي يبذلها المريض لمواجهة المشاكل النفسية الداخلية والمواقف الخارجية الصعبة التي لا يستطيع المريض السيطرة عليها دون توتر أو دون الأساليب النفسية المضطربة التي يسببها الإكتئاب الناشئ عن الصراعات، ويرى كثير من الأطباء بأن الإكتئاب يعتبر مصدرًا ديناميكيًا للإضطرابات العصابية، وتشيع الإضطرابات العصابية بين الإناث بدرجة أكبر منها لدى الذكور نتيجة لما يطلب منهن من جمود في كبت الحاجات البيولوجية الأساسية، وما يتبع ذلك من قلق ودفاعات تشكل الأعراض العصابية، ومن هذه الإضطرابات العصابية ما يلي :

القلق، المخاوف، الوسواس القهري، الإكتئاب العصابي، النيروستينيا، توهم المرض، إنعدام الذاتية، إضطرابات الشخصية، الشخصية البارانونية، الإضطرابات الجنسية، الهستيريا، إضطرابات الإعتماد، الإضطرابات النفسجسمية (السيكوسوماتية). (سامي محمد، 2000، ص 427-433)

11- مرحلة الرشد والصحة النفسية:

تعتبر مرحلة الرشد مرحلة إستقرار الشخصية والنمو العقلي والسمو بالصحة النفسية للفرد، وحسب دراسات العالمان "كسلر" و"روجيه" (1992)، فقد توصلوا إلى أن الأفراد الذين يعيشون في المدن والمناطق المكتظة بالسكان هم الأكثر عرضة لمختلف الإضطرابات النفسية مقارنة بالذين يقطنون في البدو، خاصة لدى الأفراد الذين تتراوح أعمارهم من 20 إلى 35 سنة، أهم هذه الإضطرابات التي تظهر نجد الإحباط النفسي، القلق، الإكتئاب، وحالات الإدمان. (Helen B,1997, p318)

ومن العوامل التي تؤدي إلى هذه الإضطرابات وتؤثر على شخصية الراشد وصحته النفسية هي العوائق الجسمية مثل الإعاقات الحركية، ومختلف الأمراض المزمنة التي تؤدي إلى تشوهات جسدية والعاهات كقصر الطول أو القامة، كذلك عدم الإستقرار المادي والجنسي وعدم قدرته على التكيف العادي مع الأسرة والمجتمع .

من خلال دراسات الباحث "كيبياك" (1992)، توصل إلى أن النسبة الأكثر عرضة للأخطار النفسية والإضطرابات إذ تبلغ النسبة 35% لدى أفراد ما بين 20 إلى 25 سنة، كما ترتفع النسبة من 25 إلى 35 سنة بنسبة مقدرة ب 28% مع الأخذ بعين الإعتبار الجنس، حيث نجد أن نسبة النساء مرتفعة

خاصة لدى العائلات التي تعاني ضغوطات ومشاكل بنسبة تقدر ب 46%، وتظهر من خلال أعراض الإحباط والعنف والقلق والإكتئاب وإضطرابات أخرى. (Helen B, ibid, p318)

ولتحديد المعايير التي نحكم بها على شخص راشد أنه يتمتع بصحة نفسية جيدة لابد من وضع تعريف للصحة النفسية، والإلمام بالمعايير الخاصة بها، فهي المحافظة على الثبات في المواقف المتعددة والتكيف مع شروط الواقع المتغير والنمو مع مراحل العمر كافة، حيث لكل منها متطلبات، وحاجات، وخصائص والتوافق مع المتطلبات الإجتماعية، والتكيف مع العادات والقيم وأن يساهم في الحياة الإجتماعية وحتى تنطبق هذه المعايير لابد من إضافة معيارين آخرين هما الشدة والتكرار، فعندما يمر الفرد الراشد بظروف وضغوط فيخرج عن طوره ويتصرف كالأطفال فهنا الإضطراب الذي يمر به هو رهين هذا الموقف، والمعيار الآخر التكرار، فهل يتكرر هذا العرض أم أنه لمرة واحدة فقط.

وكأخصائين نفسانيين علينا الإشارة إلى الدور الذي يلعبه الأهل في فهم كل مرحلة نمائية يمر بها الفرد، حيث لكل مرحلة مشكلاتها وإحتواء الطفل حتى لا تتحول المشكلة النمائية إلى إضطراب سلوكي يحتاج إلى علاج.

يمكن أن نتوصل مما سبق أنه لتحقيق الصحة النفسية لدى الراشد، لابد من تنظيم إستعداداته العقلية وتطوير معارفه والحفاظ على قدراته البدنية وتحقيق الإستقرار المادي والإجتماعي ليواجه مختلف الضغوطات والتغيرات الداخلية والخارجية على جسمه، نفسه، وحياته الإجتماعية بصفة عامة.

الخلاصة:

يقول العلماء أن سن الرشد يبدأ في سن 20 أو 21 عام، وأنها تستمر حتى منتصف الثلاثينيات تقريباً، ويكون الشباب حينها في قمة صحتهم الجسدية، ويتسمون بقدرتهم الكبيرة على الإنجاب خلال هذه الفترة، وهذا هو الوقت الذي يتزوج خلاله معظم الشباب ويؤسسون أسرة ومنزل، ويبدأون في العمل بمهنة بدوام كامل، وربما يكمل البعض تعليمهم ما بعد الجامعي، ولعل هذه المرحلة هي أكثر المراحل العمرية تطلباً وتكلفاً سواء كانت الحاجيات مادية أو معنوية، لكن قد يجد الراشد صعوبة في تكيفه لمطالب بيئته إذا ما تخلف نضجه في إحدى نواحي النمو الجسمية أو النفسية أو الوجدانية... إلخ، وهذا ما يحدث العديد من الأزمات والمشاكل التي تعرقل السير السوي لحياته وتسبب له الإرتباك والتوتر المستمر، ولكن رغم هذا فهناك العديد من الحلول التي يلجأ إليها الراشد للتعامل مع مشكلاته والتكيف معها وإتباع الإستراتيجيات الملائمة للحلول دون الوقوع أسيراً للأمراض النفسية خاصة القلق والإحباط النفسي، وبدلاً من ذلك تحقيق الصحة النفسية وتحقيق الذات.

الفصل الثالث

الصرع

الفصل الثالث

الصرع

- تمهيد
- نبذة تاريخية
- تعريف الصرع
- إنتشار مرض الصرع
- أسباب الصرع
- أعراض الصرع
- أنواع الصرع
- فيزيولوجية الصرع
- كيفية حدوث الصرع والتشنج
- الفرق بين الصرع والتشنج
- الفرق بين الصرع والهستيريا
- المعاش النفسي لمرض الصرع
- تشخيص مرض الصرع
- علاج مرض الصرع
- خلاصة

تمهيد:

يعد مرض الصرع من أخطر الأزمات والمشكلات التي تعترض حياة الفرد مهما كان سنه ومهما كانت ظروف حياته وسط الأفراد من حيث المستوى الثقافي والإقتصادي ذلك أنه يعيق الفرد في تفاعله الإجتماعي الطبيعي وسط الأفراد وفي مختلف المواقف اليومية والجدير بالذكر بأن مرض الصرع مرض فيزيولوجي يمس الجهاز العصبي عامة ومراكز الدماغ خاصة، وهذا يتضح من خلال تكرار النوبات الفجائية التي تزعزع الإستقرار النفسي، فالصرع مرض ذو بعدين : بعد فيزيولوجي وبعد نفسي وآخر إجتماعي ولطالما كان موضوع إهتمام ودراسة وبدورنا تطرقنا إليه في هذا الفصل.

1- نبذة تاريخية عن مرض الصرع :

يعتبر الصرع من أقدم الأمراض التي تصيب الإنسان ذو جذور تاريخية عميقة إذا ما علمنا أنه قد ظهر في العصر الإغريقي وقد أصيب به شخصيات بارزة مثل: "قيصر پولس" و "الاسكندر الرابع" و "نابليون" وقد سمي بمرض العظماء وكان الإعتقاد في ذلك العصر بأن مرض الصرع هو مرض مقدس إذ تزور الآلهة جسم الإنسان في حين كان هناك إعتقاد بأن المرض هو عقاب لخطايا الوالدين وإعتقد أن المصاب بالصرع تستحوذ عليه أرواح شريرة، وعلى هذا الأساس ظهرت علاجات ذات طابع الطقوس أشهرها عملية ثقب الجمجمة لتخلص من الأرواح الشريرة. (جمال الخطيب، 1998، ص77)

وفي العصور الوسطى تطور مفهوم الصرع على ما كان عليه إذ إعتبر أنه علة ناجمة عن إضطراب عمل الدماغ والأعصاب المحركة مما ينتج عنه شذوذ في السلوك.

(بن خطاب جميلة، 2004، ص11)

ولابد أن نذكر أن عددًا من الأطباء القدماء بدءًا من أبو قراط ووصولاً لأعلام الطب الإسلامي كابن سينا والرازي قابلوا هذه التفسيرات غير الطبيعية للصرع بتفسيرات علمية من حيث المبدأ، أي على أنها حالات تتجم عن إضطراب دماغ الإنسان وعقله وبالتالي توجهوا في علاجهم نحو " تهدئة الدماغ وتطمين العقل " بل و " زرع الثقة في نفس المريض "!!!.... ولكن حتى هؤلاء بقوا يضعون الصرع في نفس مجموعة الأمراض العقلية المعروفة بالجنون، مثلهم في ذلك مثل بقية الأطباء في ذلك الوقت، لذلك بقي الجنون أحد المعاني المتداولة للصرع، ففي معجم من اللغة يعرف الصرع بأنه داء يشبه الجنون، ويقال: صرع بمعنى جن فهو صريع والصريع هو المصروع أو المجنون. (الطحان، 2001)

2-تعريف الصرع :

- حسب موسوعة علم النفس: هو مظاهر مرضية حادة وعابرة تحصل بشكل مفاجئ فتبرر كلمات اللازمة والنوبة.

تعبر هذه المظاهر عن تفريغ المفاجئ والمفرط لمجموعة من العصابات قد تقل أو تكثر، إن تنوع النوبات الصرعية كبير والنوبات المعقدة تتوافق مع تفريغ مجمل الجهاز العصبي المركزي فالنوبة الصرع الكبرى تتوافق مع الوصف التقليدي الذي يربط الإختلاجات والسبات الذي يلي قمة النوبة ونوبة الصرع

الصغرى الخاصة بالطفل تحدث غيابًا وتعليقًا للوعي دون فقدان اليقظة والنوبات الجزئية هي نتيجة التفرغات الموضوعية. (رولان دورون- فرانسوار بارو، 1997ص416)

- حسب موسوعة النفسية:

هو اضطراب يصيب صاحبه بالتشنج وفقدان القدرة على الإحساس أو الشعور يؤدي إلى حدوث نوبات يختل فيها نشاط المخ. (خليل أبو قرحة، 2000، ص92)

- حسب معجم علم النفس والتحليل النفسي: هو أحد الأمراض العضوية التي تصيب المخ تتميز بأنه اضطراب في النشاط الكيميائي الكهربائي للمخ وقد ينتج من عوامل وراثية أو سبب بعض الأمراض المعدية التي ترتفع فيها درجة حرارة الفرد إرتفاعًا كبيرًا أو سبب إصابات التي تصيب المخ أو سبب بعض أمراض الجهاز العصبي والمخ فتكون أحد العناصر المرضية التي تصاحبها ويعتبر من أقدم الأمراض التي عرفها المصريون القدماء والعرب واليهود. (فرج عبد القادر طه، ص250)

- حسب قاموس علم النفس: هو تقلص في أحد أجزاء الجسم بدون فقدان الشعور وإصابة مناطق حركية في المخ. (حامد عبد السلام زهران، 1987، ص167)

- معجم الطب النفسي والعقلي: هو خلل في الجهاز العصبي يتجلى في نوبات وأدوار أو أعراض تصيب المرء على فترات غير منتظمة فيقع أرضًا ويصاب بالتشنج العضلي كما يفقد وعيه ويخرج الزبد من فمه وهناك درجات من الصرع كبير وصغير. (محمود عواد، 2006، ص333)

- حسب ذخيرة علوم النفس: مرض نازل وواقع اضطراب في الجهاز العصبي يكشف عن نفسه في نوبات حادة وشديدة على فترات غير منظمة يندرج في الوقت الحالي ضمن لفظ المجموعات أعراض إرتجافات - فالداء الأكبر أو الصرع الغيبوبي يحد بنوبة أو صورة الصرع تبدأ النوبة عقب تحذيرًا أو نذير منقلب بصرخة مفاجئة خشنة يتبعها على الفور سقوط وفقدان الوعي بعد ذلك تظهر إنقباضات عضلية إهتزازية توترية تصلبية بصفة عامة وعض اللسان وإنعدام البول تنتهي النوبة بإغماء.

(كمال الدسوقي، ص487)

يعرف الصرع بأنه: اضطراب متكرر للوعي مصحوب بقلب وتهديم للجهاز العصبي الأتونومي المستقل وحركات تشنجية أو اضطرابات نفسية وقد تختلف نوبة الصرع من برهة قصيرة ومن اضطراب

الوعي إلى فترة طويلة قاسية وفي نصف عدد المرضى تقريباً فإن نوبات الصرع يسبقها تحذير من نوع ما يعرف بالعبير. (سوسن شاكر مجيد، 2008، ص 282)

كما يعرف على أنه تغير عادي ومفاجئ في وظائف الدماغ يحدث تغييراً في حالة الوعي لدى الإنسان، وهذا التغير ينجم عن نشاطات كهربائية غير منتظمة وعنيفة في الخلايا العصبية في الدماغ، ويبدأ وينتهي تلقائياً. (جمال الخطيب، 2006، ص 77 - 78)

3- نسبة إنتشار الصرع :

يعتبر الصرع من الإعاقات النمائية، ذلك أنه من الأمراض المزمنة الشائعة لدى الأطفال. فلقد أوضحت الدراسات التي أجريت بهدف التعرف على نسبة إنتشار الصرع، أن حوالي 70% من حالات الصرع تحدث قبل بلوغ الفرد الثامنة عشرة من العمر.

كذلك تشير الدراسات إلى أن الإحصائيات المتوافرة تؤكد على أن نسبة إنتشار الصرع في الدول النامية تفوق نسبة إنتشاره في الدول المتقدمة. فنسبة إنتشار الصرع في الدول المتقدمة لا تزيد على 1% بينما في الدول النامية قد تبلغ 2%. وإذا أخذنا بهذه التقديرات المعمول بها عالمياً فإن ما يزيد على مليون مواطن في العالم العربي يعانون من الصرع.

من ناحية أخرى، فالصرع قد يصاحب حالات إعاقة أخرى، فعلى سبيل المثال، إن نسبة كبيرة جداً (ما يزيد على 80%) من المشلولين دماغياً من النوع التشنجي يعانون من الصرع، وما يزيد على 18% من المتخلفين عقلياً لديهم نوبات صرع. (جمال خطيب، 1998، ص 81)

4- أسباب الصرع :

لا يتم تحديد سبب الإصابة بمرض الصرع عند حوالي نصف الأشخاص الذين يعانون من نوبات مرض الصرع، أما بالنسبة للنصف المتبقي، فإن مرض الصرع يمكن أن يكون نتيجة عوامل مختلفة. أسباب مرض الصرع فن تشمل أي حالة صحية يمكن أن تعطل عمل الدوائر الكهربائية الطبيعية في الدماغ تشمل أسباب الصرع ما يلي:

4-1- العوامل الوراثية : بعض أنواع الصرع، والتي يتم تصنيفها حسب نوع النوبات، تسري في عائلات معينة دون غيرها، الأمر الذي يزيد من احتمال أن يكون التأثير الوراثي من إحدى أسباب الصرع.

لقد قام بعض الباحثين بالربط بين بعض أنواع الصرع وجينات معينة، على الرغم من عدد الجينات التي يمكن ربطها بمرض الصرع يقدر بحوالي 500 جين بالنسبة لمعظم الناس، الجينات لا تشكل سوى جزء بسيط من أسباب الصرع، ربما لأنها فقط تجعل الشخص أكثر عرضة وحساسية للظروف البيئية التي تسبب نوبات الصرع.

4-2- إصابات وصددمات الرأس : إن إصابات الدماغ الناتجة عن الإصابات والصددمات التي تعرض لها الرأس خلال حادث سيارة أو أي إصابة مؤلمة أخرى قد تكون من أسباب الصرع.

4-3- الإضطرابات الصحية : الإضطرابات والمشاكل الصحية مثل السكتات الدماغية أو النوبات القلبية التي تؤدي إلى تلف في خلايا الدماغ يمكن أيضًا أن تكون من أسباب الصرع. السكتة الدماغية تعتبر الحالة الصحية المسؤولة عما يصل إلى نصف حالات مرض الصرع لدى الأشخاص بعمر 35 عامًا وأكثر.

4-4- الخرف : يعتبر السبب الرئيسي من أسباب الصرع لدى كبار السن.

4-5- الأمراض : مثل التهاب السحايا و التهاب الدماغ الفيروسي والإيدز يمكن أن تكون من أسباب الصرع.

4-6- الإصابات قبل الولادة : قبل الولادة، يكون الجنين عرضة للإصابة بتلف في الدماغ نتيجة وجود التهابات عند الأم أو سوء في التغذية أو نقص في الأكسجين، وهذا يمكن أن يؤدي إلى الشلل الدماغي في الأطفال، ترتبط حوالي 20% من نوبات الصرع عند الأطفال بالشلل الدماغي أو التشوهات العصبية الأخرى.

4-7- إضطرابات النمو : في بعض الأحيان، يمكن أن يترافق مرض الصرع مع إضطرابات النمو الأخرى، مثل التوحد ومتلازمة داون.

وتتحدد أسباب الصرع بالنقاط التالية:

1- عوامل وراثية.

2- التشوهات الخلقية.

3- نقص الأكسجين أثناء الولادة.

4- إصابات الرأس أورام المخ.

- 5- الأمراض الإلتهابية.
- 6- الخلل الكيميائي بالدم.
- 7- الإضطرابات الأيضية المكتسبة والتسمم الكحولي.
- 10- الإضطرابات التنكسية وأمراض نزع الميالين (النخاع).
- 11- نقص الفيتامينات.
- 12- الصرع الدوائي المنشأ.

(رياض وعبد الرحيم، 2001)

5- أنواع الصرع :

5-1- النوبة الكبرى (الصرع العام أو الكبير) :

وفيهما يحدث نشاط كهربائي شاذ في نصفي الدماغ ويكون متماثلاً في كلا الجانبين من الدماغ، وتشمل هذه النوبات النوبة المعروفة بإسم النوبة الصرعية الكبرى التي تعد من أكثر نوبات الصرع شيوعاً وخطورة وإخافة للناظرين.

(سامي محمد ملحم، 2007، ص 252)

تتقسم مراحل هذه الحالة إلى:

5-1-1- مرحلة النذير :

هي إحساس غير مألوف ينتاب المريض لينذره بإقتراب حدوث النوبة الصرعية عنده مثل: أحاسيس غريبة في الصدر، آلام هضمية، تغير في طعم الفم والحلق... أو يحدث، عنده ظاهرة عدم التحقق من أصل الأشياء أو حالة من الهياج والضياع بدون إدراك ما يقوم به من أفعال فقد يؤدي، يخرب....

5-1-2- مرحلة الإختلاجات :

بعد وقوع المريض أرضاً بسبب فقدة الوعي يحدث له إهتزاز بالأطراف وإختلاج في العضلات بحيث تكون عضلات الرقبة هي المتأثرة أولاً ومكان الإهتزازت من الجسم يعتمد على مكان الإصابة في الدماغ.

5-1-3- مرحلة الغيبوبة :

يفقد المريض وعيه بشكل كامل حتى بعد إنتهاء مرحلة الإختلاجات لمدة بسيطة ويتغير لونه فيميل إلى الأزرقاق لقلة الأوكسجين الداخل لجسمه بسبب الإختلاجات الحادة في العضلات.

وقد تستمر مرحلة الغيبوبة طويلاً، إذا تعرض المريض لنوبات صرعية متكررة ومتقاربة وهي حالة تحدث غالباً بسبب إنقطاع المريض عن استعمال أدويته المضادة للصرع.

5-1-4- مرحلة الإفاقة :

يستعيد المريض وعيه تدريجياً بعد أن يكون قد نام نوماً عميقاً لمدة ربع ساعة أو تزيد ويلاحظ عليه في هذه المرحلة الإرهاق والتعب وإحمرار في العينين، ويكون مشوش الفكر وكلامه غير مفهوم في البداية، ويشكو من الصداع ولا يدري ما الذي حصل له أو يتذكر شيئاً من تصرفاته التي سبقت النوبة الصرعية. (Subjectsbase. htmhttp://www.your.net/neurology)

5-2- النوبة الصغرى (الصرع الصغير) :

هي عبارة عن غيبوبة تحدث لمدة قصيرة، تستمر أقل من نصف دقيقة ولكنها تتكرر أكثر من نوبة الصرع الكبرى حيث يمكن أن تحدث 100 مرة في اليوم الواحد. (عصام حمدي الصدفى، 2007، ص 98)

5-2-1- نوبات بسيطة (صرع جاكسون) :

هذا النمط من النوبات الصرعية هو صرع وجهي وسمي بهذا الإسم نظراً لأن جاكسون (هو طبيب مشهور في المخ والأعصاب) قد فسّر هذه النوبة وقد ركز الأشعة على القشرة الحركية للمخ حيث، تبدأ النوبة ومن أعراضها إنقباض عضلي معين من الجسم، لكن بعد ذلك تنتشر وتتابع وتشارك باقي العضلات، وغالباً ما تحدث النوبة لدى صغار السن. (عبد الله، 2004، ص 278)

5-2-2- نوبات معقدة : هي التي يفقد الإنسان وعيه عند حدوثها وتشمل :

5-2-2-1- النوبة الصرعية الحسية الحركية :

وتتمثل في ظهور أعراض حسية حركية الهالوس الحسية البسيطة كالدغدغة والطنين في الأذنين، وحركية كتوقف النطق فيما يتعلق بالصوت.

5-2-2-2- نوبة صرع الفص الصدغي :

تنجم هذه النوبة عن تلف في الفص الصدغي في الدماغ، وتحدث لدى الأطفال دون السادسة من العمر وفي العادة تستمر لبضع ثوان، وتتصف النوبة النفسية الحركية، بنشاطات حركية غير هادفة تحدث بشكل متكرر مثل المضغ، أو تلمط الشفاه، أو فرك اليدين أو الرجلين ولأن الفرد لا يفقد الوعي ولا

يسقط على الأرض، فهذه النوبة غالبًا مما يساء تفسيرها فتعامل بوصفها نوبات غضب أو إضطرابات نفسية ذهانية. (جمال الخطيب، 2006، ص 78-80)

5-2-2-3- نوبة صرع الفص الأمامي:

تتصف بأن نوباتها سرعية ذات مدة قصيرة تتحول النوبة بعد بدئها لتصبح عامة مع وجود أو عدم وجود خلط أو تشوش محدود في الوعي بعد النوبة، ولهذا النوع مظاهر حركية يمكن ملاحظتها فقد تكون توتيرية أو تتعلق بهيئة الشخص أو إيماءات آلية معقدة كذلك قد يتكرر وقوع المريض على الأرض، في هذا النوع من الصرع يبين تخطيط المخ المأخوذ من فروة الرأس أثناء النوبة أن هناك تفريغ كهربائي على جانبي المخ من عدد من الفصوص.

5-3- النوبات الأخرى :

تشمل النوبات ذات العلاقة بالحمى وهذه النوبات غالبًا ما تختفي عند الطفل في سن السادسة وعندما تكون المعلومات حول نوبة الصرع غير متوفرة أو غير واضحة تسمى القوية بالنوبة غير المصنفة.

(جمال الخطيب، 2006، ص 79)

إن معرفة نوع الصرع قد يكون دليل على المسبب للحالة، وقد يعطينا إحتتمالات عن تغير الحالة، فهو يسمح بالتدخل العلاجي الأنسب ويسهل على الطبيب إختيار الدواء المناسب.

6- أعراض الصرع :

6-1- أعراض النوبة الكبرى :

- صراخ المريض قبل فقدان الوعي.
- سقوط المريض على الأرض إذا كان في حالة جلوس أو وقوف.
- تشنجات إهتزازية عنيفة على مستوى حركة الأطراف.
- عض اللسان نتيجة لضغط الفكين وتوقف التنفس لحظيًا.
- إنقباض العضلات وزرقة المريض.
- خروج رغاوي لعابية من الفم.
- تبول المريض لا شعوريًا.

(الشربيني، 2001، ص، 48)

6-2- أعراض النوبة الصغرى :

- الغيبة حيث يبدأ الشعور معلقًا خلال بعض ثواني وللطفل نظرة مبهمّة ثابتة حتى يظن أنه يحلم أو شارد.

- صرع خفيف (مرض ماكس فريدمان) ويظهر فيه فقدان مفاجئ وقصير المدة، توتر عضلي.

- رمع عضلي ويعني ذلك إهتزازات مفاجئة في مدة قصيرة جدًا في العضوين العلويين من الجانبين عادة. (توربير سيلامي، 2001، ص 1039-1041)

6-3- أعراض النوبات الأخرى :

6-3-1- أعراض النوبة البسيطة :

- محافظة المصاب على إتصاله بالواقع مع إحساس المصاب بالغم والخوف.

- تقلصات وإرتعاش بالأعضاء ومشاكل في المعدة.

6-3-2- أعراض النوبات المعقدة :

- فقدان الإتصال مع الواقع وعدم الإحتفاظ بأي ذكرى من النوبة.

- قيام المصاب بحركات غير هادفة ويتمم وتظهر حركات المضغ.

(سمير بقيون، 6000، ص 100-101)

على الرغم من وجود إختلاف بين هذه النوبات الصرعية إلى أنها تتشابه في كونها تظهر وتختفي فجأة وتحدث بطريقة لاإرادية، تستمر لفترة زمنية قصيرة، كما تشمل على سلوك حركي نمطي غير عادي وغالبًا ما تكون نتيجتها فقدان الوعي. (جمال الخطيب، 6002، ص 05)

نستنتج أن أعراض الصرع ترجع إلى تباين خصائص النوبات وتعتمد على موضع الدماغ الذي فيه الإضطراب وعلى سرعة إنتشاره.

7- فيزيولوجية الصرع :

إن المخ يتكون من الخلايا العصبية ويبلغ عددها من 15 إلى 20 مليار خلية عصبية وهذه هي الوحدات التركيبية والوظيفية التي يقوم كل منها بعمل محدد في تنسيق مع بعضها البعض وهذه جميعها

تردحم في حيز ضيق محدود. فكيف إذ تقوم كل منها بوظيفتها دون فوضى أو تداخل، ذلك إعجاز من صنع الخالق سبحانه وتعالى.

أما كيف يتم التفاهم والتناسق بين هذه المليارات من الخلايا حتى لا يحدث تضارب في ما يصدر عنها من إشارات فإن ذلك يتم عن طريق إنتقال المؤثرات فيما بين الخلايا العصبية في إتجاهات محدودة وفق نظام دقيق وذلك عن طريق مواد كيميائية طبيعية يفرزها المخ وتسمى الموصلات العصبية وينتج عن ذلك إنتشار موجات كهروكيميائية هي في الواقع شحنات كهربائية دقيقة تعطي إشارة تنتقل في إتجاهات معينة لأداء وظيفة ما، وليس ما نراه من تشنجات حركية وعصبية في حالات الصرع سوى خلل يعترى طريقة إنتشار هذه الشحنات الكهربائية وموضعها وشدها ويؤدي في النهاية إلى حدوث نوبة الصرع. (لطفى الشربيني، 2007، ص 41)

8- كيفية حدوث الصرع والتشنج:

يتكون المخ من ملايين الخلايا، كل منها لها وظيفتها الخاصة، وتتحكم في أجهزة الجسم وأعضائه من خلال الحزم العصبية التي تنقل إليها الأوامر والنواهي من خلال إشارات عصبية كهربائية، تلك الإشارات تصدر على مدار الساعة سواء كان الإنسان مستيقظاً أو نائماً، هذه الحزم الكهربائية تكون فيها الإشارات الصادرة والواردة متناغمة ومتسلسلة، لذلك تكون الحركة فيها سهلة وناعمة، فهناك إشارات تصدر من الدماغ لتحريك العضلات وأجهزة الجسم لتحكم فيها، كما أن هناك إشارات من العضلات والأجهزة متجهة للدماغ لتبليغه عن ما يجري بها لحظة بلحظة، كالرؤية والصوت واللمس والتذوق والحرارة، كما وضع كل جزء من أجزاء الجسم، والدماغ مركز التحكم الرئيسي والمعقد، فهناك أيضاً إشارات عصبية من منطقة لأخرى داخل الدماغ نفسه، تعطينا القدرة على التفكير، الفهم، الإدراك، كل تلك الإشارات العصبية لها قوانينها وتنظيماتها الخاصة. (عبد الله بن محمد الصبي، 2006 ص 10)

ولكن عندما تنشط مجموعة من الخلايا العصبية للدماغ بشكل غير طبيعي، في نفس الوقت وفي تزامن، وهو ما يؤدي إلى إنطلاق مجموعة من الإشارات العصبية، هذا النشاط الزائد يمكن أن يحدث لأي من خلايا الدماغ في أي موقع، وحيث أن لكل مجموعة من الخلايا وظائف محددة، لذلك تكون الأعراض معتمدة على وظيفة تلك الخلايا، وقد تكون على شكل تشنجات عضلية للأطراف، وقد تكون مصحوبة بفقدان الوعي.

هذه الإشارات تصدر لوجود نشاط غير طبيعي في تلك المنطقة أو المناطق، فقد تكون مجموعة من الخلايا معطوبة لسبب ما، وقد يكون هناك عيوب في التوصيل بين الخلايا والأطراف العصبية (عيوب في الكيماويات والتي تعمل كناقل للإشارات وموصل بين الخلايا العصبية).

وتعتبر القشرة الخارجية للدماغ هي المصدر الرئيسي للشحنات الكهربائية، ولقد قام العالم جون جاكسون عام 1870م بتحديد الطبقة الخارجية للدماغ، وأن أي عطب بها قد يؤدي إلى التشنج، وتتالت الاكتشافات حيث تم التعرف على مناطقها، وخاصة كل منطقة منها، والتأثيرات الناتجة عن عطب كل منطقة منها. (عبد الله بن محمد الصبي، 2006 ص 15)

يحدث التشنج نتيجة وجود شحنات كهربائية غير عادية مقدارها أكثر من الحد الطبيعي، وهو ما يسمى حد التشنج، هذه الشحنات الكهربائية غالباً ما تصدر عن مجموعة من الخلايا في قشرة الدماغ، و يتوقف نوع النوبة التشنجية على الجزء من الدماغ الذي صدرت منه تلك الشحنات الكهربائية، لذلك يختلف نوع التشنج من حالة لأخرى، فقد تكون في منطقة محددة بنوعية معينة، وقد تشمل الجسم كله، ويمكن رصد وتحديد مكان ونوعية تلك الشحنات الكهربائية من خلال التخطيط الكهربائي للدماغ E.E.G ومقدار الإصابة يعتمد على السبب كما على حجم الخلايا العصبية المتأثرة وموقعها.

(عبد الله بن محمد الصبي، نفس المرجع، ص 15)

وفي أغلب الحالات لا يوجد عيب ظاهر في الدماغ ولكن وجود عيوب خلقية في تركيبه الدماغ قد تؤدي إلى التشنج.

لذلك فإن أهمية النسمة أو الإستشعار بقرب حدوث النوبة، فقد يشعر بعض الأشخاص بإحساس تحذيري قبل حدوث النوبة، ويحدث ذلك لبعض أنواع التشنج وليس جميعها، وتختلف أعراض النسمة من شخص لآخر، فبعض الأشخاص يشعرون بالتوتر والقلق وآخرون يستشعرون صوت أو طعم غريب، تكمن أهميتها وإمكانية وصفها للطبيب لمساعدته في معرفة الجزء المعطوب من الدماغ والذي تبدأ منه الموجات الكهربائية الدماغية، وفي بعض الحالات تكون أعراض النسمة هي الأعراض الوحيدة للتشنج أو الصرع.

9- الفرق بين الصرع والتشنج :

التشنج عرض من أعراض الصرع، أما الصرع فهو إستعداد المخ لإنتاج شحنات مفاجئة من الطاقة الكهربائية التي تخل بعمل الوظائف الأخرى للمخ، إن حدوث نوبة تشنج واحدة في شخص ما لا تعني

بالضرورة أن هذا الشخص يعاني من الصرع، لأن إرتفاع درجة الحرارة أو حدوث إصابة شديدة للرأس أو نقص الأكسجين أو عوامل عديدة أخرى من الممكن أن تؤدي إلى حدوث نوبة تشنج واحدة.

أما الصرع فهو مرض أو إصابة دائمة وهو يؤثر على الأجهزة والأماكن الحساسة بالمخ التي تنظم عمل مرور الطاقة الكهربائية في مناطق المخ المختلفة وينتج عن ذلك إختلال في النشاط الكهربائي وحدث نوبات متكررة من التشنج. (سمير بيتون، 2007، ص 104)

10- الفرق بين نوبات الصرع والهستيريا :

ينبغي التأكيد هنا على ضرورة التفريق بين تشنجات النوبات الصرعية والنوبات الهستيرية فأعراض هذين المرضين تشترك بعلامات جد قليلة كما تؤكد ذلك أعراضها الرئيسية:

10-1- النوبة الصرعية:

- في الغالب تحصل بدون أسباب وعوامل نفسية.
- تكون مصحوبة بأعراض هاجسية تتخذ شكل إنذار صرعي.
- التشنجات الصرعية تستمر من 2 ثواني إلى دقيقتين.
- بؤبؤ العين لا يستجيب لضوء وترف العينان ويصاحب ذلك تبول لإرادي وتغوط قسري.
- الأزمة الصرعية لا يمكن وقفها أو إزالتها مهما تكررت المحاولات الخارجية.
- نسيان تام لفترة الأزمة الصرعية.
- بعد النوبة مباشرة يحصل نزيف معوي وإنبساط في الأذرع وتضيق حدقتا العينين.

10-2- النوبة الهستيرية :

- تحصل مقترنة بأسباب وعوامل نفسية وهذه قاعدة مطردة.
- إنعدام مثل هذه الأعراض.
- التشنجات الهستيرية تستمر من 10 دقائق إلى عدة ساعات.
- إنعدام جميع هذه الأعراض.

- يمكن وقفها أو التقليل منها بالعلاج النفسي.
- قد يحصل نسيان جزئي.
- لا شيء من هذه الأعراض يحصل بعد إنتهاء النوبة الهستيرية. (عبد العالي الجسماني، 1998، ص178)

11- المعاش النفسي لمرضى الصرع :

مرض الصرع لديه العديد من الآثار غير الطبية على الأشخاص المصابين به، عائلاتهم والمجتمع ككل، ولضمان السيطرة الكاملة على هذا المرض لابد من توفر أخصائيين في علم الأعصاب وطب الأطفال مع رصيد معرفي متجدد لتشخيص ووصف العلاج، وممارسين لمتابعة يومية للعلاج الدوائي وكذلك أخصائي في الصرع لتوفير الدعم النفسي، المعلومات والإرشادات لمساعدة المريض على تحسين نوعية الحياة لديه، عن طريق العمل الجماعي كفريق، فعلى الرغم من أن الصرع هو معاناة طبية إلا أن المريض لابد أن يواجه النتائج النفسية والاجتماعية وهذا ما سنتحدث عنه من خلال عدة نقاط :

جسم الإنسان هو جزء مكمل لهويته، فقد تم إيجاد أن الدماغ لا يقوم بوظيفته مثل الأدمغة الأخرى بسبب تغير في البدن أو في إدراك البدن ومنه إدراك الذات، فسؤال المراهق من "أنا" يعود، ويمكن أن يكون صادمًا للراشد، مع إنخفاض في تقدير الذات يسبب إعتبار الذات كذات غير كفؤ مقارنة بالآخرين، وتصنيف المريض في فئة الصرعيين والنتائج المترتبة عن ذلك بإعتبارها وصمة عار كما يظن.

(Wright BA,1983 ,p56)

حالات عاطفية أخرى يمكن أن تعود تتضمن إرتفاع الضغط بسبب تقلب النوبات الصرعية والشعور بفقدان أو قلة التحكم وكذلك العجز، الذنب قد ينتج إضطرابات وجدانية، كما أن الضغط والتوتر المرتبطان بالذنب يمكن أن يرتفعا ليصبجا إكتئابًا، إنخفاض في الطاقة واليقظة نتيجة أنماط النوم المتعرجة.

(Mendez M, 1996,p125)

الصرع هو إعاقة غير ظاهرة لأن الأعراض لا تظهر إلا خلال النوبة، فبالرغم من عدم وجود سبب واضح للمرض فهذا يؤدي إلى خوف من المجهول، ولذلك فالأسهل أن ينكر، يتسبب ذلك في إلتزام فقير للعلاج ورفض لتغيير نمط الحياة.

ولكون الصرع غير ظاهر يجعله أصعب للذين يريدون ويتمنون التفاعل مع الآخرين، وعدم ظهوره يجعل من الصعب العثور على أشخاص لديهم الصرع لدعمهم، كما أن عدم ظهوره يؤدي إلى إتهام المرضى به يتوهم المرض أو إدعائه أو إعتماده سلوكيات خاطئة وسيئة.

(Falvo D, 2005, p14)

كما أن نسبة كبيرة من مرضى الصرع لديهم صعوبات في التعلم ومشاكل في الذاكرة، غالبًا بسبب إصابات في الدماغ، وأيضًا قصور في الانتباه خلال النوبة خصوصًا خلال الغياب أو نوبة الغياب، وأيضًا الأدوية المضادة للصرع تؤدي إلى الخمول وإختلال القدرة على الانتباه يمكن أن يؤثر هذا على الإنجاز والتحصيل الأكاديمي.

(Devinsky,2001,95 p)

البطالة أيضًا مرتفعة بين المرضى بالصرع، بنسبة أكثر من 50% في الدول المتقدمة، وهذا نتيجة للأحكام المسبقة من وصمة المصابين بالصرع وقلة المعلومات عنهم، والإعتقاد بأن المصابين بالصرع لابد أن يتجنبوا الآلات وأنهم لا يستطيعون القيادة ولا يمكنهم القيام بإنجازات أكاديمية، هذا كله يؤدي إلى تقدير ذات منخفض لدى المصابين بالصرع والإحساس بالإستصغار وكذلك نوعية الحياة لديهم تتأثر وتتجه نحو السلب مما يجعلهم بمعزل عن العالم.

(Bishop M, 2000,p20)

للصرع أيضًا آثار على المرأة بصفة خاصة، ويسبب لها عدة مشاكل، فتواتر النوبات وحدتها يمكن أن تثير تغيرات هرمونية حيضية.

(Gummit R2 ,1997,81 p)

كما أن المرأة تشعر بالتوتر حيال أبنائها، وخوفها من أن النوبات ستستثار إذا قامت بأعمالها ومنه فإن قدرتها على الإهتمام بأبنائها تقل.

الخوف من إمكانية وراثته الصرع لأولادها، أو إمكانية حدوث عيوب أثناء الولادة نتيجة النوبات، كما أن الأدوية المضادة للصرع لها أثر أيضًا على الجنين وهو ما يجعل الأم تتردد في أخذه، وأخيرًا قدرة الأم على لعب دور جيد في تربية أبنائها ولعل هذا هو الهاجس الذي يورق المرأة بكثرة.

(Gumrit RJ, 1997.71 p)

في الجانب الإجتماعي يلاحظ أن هناك إنعزال إجتماعي وخوف إجتماعي من التكيف نتيجة الإحساس بوصمة العار أو بسبب التبعية المفرطة نتيجة الحماية الأبوية الزائدة، كما أن المصاب بالصرع غالبًا يشعر بالخوف بسبب الإحراج الذي تسببه النوبة، مسببًا ترددًا في الإقدام على التفاعل الإجتماعي،

مرفوقاً بتقدير ذات منخفض وتحصيل أكاديمي متدني، وهذا يقلص شبكة الدعم ويقلل من الأصدقاء، وإمكانية الزواج تنخفض مع إرتفاع إمكانية القيام بسلوكيات ضد إجتماعية. (Bouchaman, 2002,p19)

أما في جانب العلاقات الجنسية فهذا أمر يتطلب تقدير ذات مرتفع لأن فيه مواجهة مع الجنس الآخر، لكن تقدير الذات المنخفض لدى المصابين بالصرع قد يسبب فشلاً في إقامة أو إنشاء علاقات جيدة مع الزوجات. (Gummit RJ, ibid, p54)

كما أن تلف في الدماغ والأدوية المضادة للصرع تسبب فقدان اللذة الجنسية، فجروح الرأس وإصاباته تؤدي إلى انخفاض الليبيدو، وخلل في الإنتصاب، فهذه المشاكل الجنسية يمكن أن تؤدي إلى الإكتئاب أو الضيق القاتل أو كره الذات. (Cole SS, 1999.p241)

النتائج المترتبة عن الصرع في الأسرة المصاب فيها الأطفال بهذا المرض تظهر في شكل ضغوط عند الوالدين مما يؤدي إلى نسب مرتفعة من الطلاق، كما أن تركيز الأولياء على الطفل المصاب بالصرع يؤدي إلى قصور في العلاقات بين الأولاد ومشاكل نفسية لديهم، كما أن هذا التركيز يمكن أن يؤثر على التآزر العائلي والعلاقة بين العائلة والمجتمع، كما أن هؤلاء الأطفال المصابين بالصرع يمكن أن يكبروا ليصبحوا أباءً فقراء بأنفسهم. (Falvo, 2005.p201)

أخيراً نوعية الحياة ونقصها مدى إيجابية تجربة الحياة المعرفية والعاطفية والإجتماعية والروحية بالنسبة للشخص، فنوعية الحياة بالنسبة للمصابين بالصرع يمكن أن تنخفض عن طريق إرتفاع نسبة السقم أو المرض الجسمي، الإصابات أو الحوادث المرتبطة بالنوبات، التأثيرات الجانبية مضادات الصرع، الإنسحاب الإجتماعي يكون أكبر، إرتفاع الإنعزال الإجتماعي، علاقات جنسية منخفضة، ونسب زواج متدنية، كما أن نوعية الحياة تنخفض بسبب الإضطرابات النفسية المرتفعة كالقلق والإكتئاب، إنخفاض تقدير الذات، إرتفاع الشعور بالعجز، والعدوانية الدفاعية، وكذلك إنخفاض الإنجاز الأكاديمي وإرتفاع نسب البطالة. (JacobyA .2000,p10)

12- تشخيص مرض الصرع :**12-1- التاريخ المرضي :**

إن أهم أداة في التشخيص هي التاريخ المرضي الدقيق للمريض، ويتم ذلك بمساعدة من الأسرة والملاحظات التي تكونها عن حالة المريض والوصف الدقيق للنوبة، فعلى ضوء تاريخ المرض ووصف النوبة يتم تشخيص الصرع. (محمد جمال أبو العزائم جنون سنة، ص05)

12-2- التخطيط الكهربائي للمخ :

اكتف، العالم "هانز برجر" عام 1929م إمكانية تسجيل النبضات الكهربائية للدماغ البشري، والآن يمكننا معرفة تلك الشحنات الكهربائية وتسجيلها من خلال التخطيط الكهربائي للدماغ Electroencephalographie، والذي يعرف اختصاراً (E.E.G)، فالدماغ يقوم بإصدار شحنات كهربائية (إشارات) ضعيفة جداً (تقاس بجزء من الألف ألف من الفولت) إلى جميع أجزاء الجسم، ومن خلال وضع أقطاب كهربائية في مناطق محددة من الرأس يتم توصيلها مع جهاز التخطيط الذي يقوم برصد تلك الشحنات الكهربائية ومن ثم تكبير حجمها لكي يمكن رسم تلك الذبذبات على ورقة معينة أو على جهاز الكمبيوتر، ويتم العمل به عن طريق وضع حوالي عشرين قطب كهربائي (قطعة معدنية من الفضة أو ما شابهها) في أماكن محددة من الرأس (لا يحتاج المريض إلى حلاقة الرأس)، وتثبت هذه الأقطاب في مكانها عن طريق مادة لاصقة ومثبتة، ومن خلال أسلاك كهربائية توصل إلى جهاز التخطيط، الإشارات الصادرة من الدماغ ضعيفة جداً، لذلك فإن الجهاز يقوم بتكبيرها لكي يمكن لنا رسمها على شكل ذبذبات على الورق أو حفظها في جهاز الكمبيوتر، ومن ثم يقوم الأخصائي بقراءتها وتحليل تلك الإشارات.

(عبد الله بن محمد الصبي، 2006 ص 17)

عادة يستغرق التخطيط الكهربائي للدماغ حوالي ساعة، حيث يستلقي المريض على السرير ويطلب منه الإسترخاء والهدوء، (الأطفال صغار السن قد يحتاج الأمر إلى إعطائهم جرعة منومة من الدواء)، لأن الحركة تعطي تغيرات قد تؤثر على الذبذبات ومدى قراءتها، كما قد يطلب في التخطيط من المريض فتح العينين وإغلاقهما، كما زيادة سرعة التنفس لتسجيل التغيرات، وفي بعض الأحيان يقوم الفني بإصدار إضاءة قوية وإغلاقها، وتسجل التغيرات لأن تلك الأشياء قد تكون من العوامل المساعدة لبداية نوبة التشنج في بعض المصابين بالصرع تكون قراءة التخطيط طبيعية، فالبعض تحدث لهم النوبات التشنجية أثناء النوم أو في فترة قصيرة بعد النوم، وبالتالي فإن المريض يحتاج إلى عمل التخطيط لمدة أطول، قد

تصل إلى مدة يوم كامل أو أكثر حسب الحالة، والهدف هو تسجيل حدوث الحالة التشنجية وتسجيلها، وقراءة التخطيط ومعرفة وجود حالة صرعية من عدمها، وعليه فقد قام العلماء بإبتكار جهاز صغير يمكن حمله مع المريض على الحزام) ويقوم بتسجيل الشحنات الكهربائية للدماغ طوال اليوم، في اليقظة ومع كل ما يقوم به الشخص من نشاطات يومية كما في حالة النوم، ومن ثم يقوم جهاز الكمبيوتر بتحليل المعلومات الموجودة به ومعرفة وجود أي معلومات غير طبيعية (عبد الله بن محمد الصبي، 2006، ص18)

التشخيص يتم عن طريق معرفة قصة الحالة وكيف حدثت، والتخطيط جزء يساعد على التشخيص وتحديد النوع في بعض الأحيان، فالتخطيط الكهربائي للدماغ يكشف لنا النشاط الكهربائي للدماغ لمعرفة وجود بؤر كهربائية في الدماغ ومكانها وتوعية تلك الإشارات فهناك 40% من المصابين بالصرع لديهم تخطيط طبيعي في أول مرة يجري لهم التخطيط، كما أن هناك نسبة بسيطة جدًا من الأطفال الطبيعيين لديهم رسم كهربائي غير طبيعي خصوصًا في وجود صرع لدى أحد أفراد العائلة.

(محمود جمال أبو العزائم بدون سنة، ص05)

13- علاج الصرع :

13-1- العلاج الطبي :

يتضمن العلاج بالعقاقير والصحة العامة والوجبات الغذائية وجراحة الأعصاب وقد إستخدمت عقاقير عديدة مثل (الفينوباريتال) في علاج المصابين بالصرع، وقد صاحبه بعض النجاح ولم يظهر ما عليه في علاج الصرع الأصغر بينما أفاد دواء (الترديون) في علاجه لهذا النوع من الصرع.

قد بذلت محاولات للتحكم في نوبات الصرع بإحداث شحنات عن طريق الصدمة الكهربائية في فترات مختلفة وصادفت هذه المحاولات بعض النجاح. (سوسن شاكر مجيد، 2008، ص 294-295)

إن الطريقة المثلى في العلاج الصرع هو أن يعالج المرض بدواء واحد فقط والواقع أن 75% من مرضى الصرع يمكن التحكم في مرضهم بإستخدام دواء واحد، ويختار الدواء بناءً على نوع النوبة الصرعية. (أبو شعيشع، 2005، ص 318-319)

13-2- العلاج الإجتماعي :

الذي يشمل التربية وعلاج الوالدين ومن يقوم بالإشراف على الطفل وتغيير إتجاهات المحيطين بالطفل الذين يتصل بهم.

فالشخص المصاب بالصرع عندما يصبح مرضه معروف لا يستطيع أن يلحق بالمدرسة أو بكثير من الأعمال، ويجب أن يتعرف المدربون الذين يقومون بالتدريس على بعض التلاميذ المصابين بالصرع وأن يدركوا حقيقة وجود فروق فردية كبيرة بينهم وينبغي أن توفر المدرسة فرصة تعليمية للطفل المصاب بالصرع سواء داخل الصفوف العادية أو الخاصة أو في المنزل.

(سوسن شاكر مجيد، 2008، ص 295-296)

13-3- التدخل الجراحي :

وذلك بإستئصال الجزء الأمامي الأوسط من الفص الصدغي وهو من أشهر أنواع الجراحات التي تجرى، يمكن إستخدام إحدى وسائل التصوير العصبي ذات القدرة التمييزية العالية للإستعانة بها في تحديد موضع النسيج العصبي التالف، وقد وجد كاتشينو وآخرون أن إستئصال العطب كان كافيًا لإيقاف النوبات الصرعية في 65% من الحالات التي تجرى متابعتها لمدة تتراوح بين 26 إلى 29 شهرًا بعد الجراحة وهناك وسيلة أخرى ربما كانت لها قيمتها في علاج مرض الصرع المستعصي على العلاج الطبي ولا تتاسبهم العمليات الجراحية ذلك هو إستزراع منشط هذا الجهاز ينشط وينظم العصب الحائر الأيسر ولأن هذه الطريقة ليست دواء لذلك لا توجد لها آثار جانبية على الجهاز العصبي المركزي.

(أبو شعيشع، 2005، ص 319)

13-4- التدخل العلاجي النفسي :

إن المعالجة الشاملة للصرع تأخذ بالحسبان الأبعاد النفسية والاجتماعية للصرع، فكما يتضح من البحوث العلمية ذات العلاقة فإن الصعوبات النفسية والاجتماعية التي يعاني منها الفرد المصاب بالصرع لا تقل خطورة عن المشكلة الطبية ذاتها، ولا ريب في أن أساليب التدخل العلاجي النفسي متنوعة ومتعددة، إذ أنها تعتمد على الإطار النظري الذي ينطلق المعالج منه في تحليل مشكلات الفرد المصاب وقد شهدت السنوات القليلة الماضية تزايد الإهتمام بإستخدام أساليب تعديل السلوك لمعالجة المشكلات الناجمة عن الصرع ومن هذه الأساليب:

- التعزيز (الإيجابي والسلبي).

- الضبط الذاتي وأساليب تعديل السلوك المعرفي.

- الوسائل الفيزيولوجية النفسية (التغذية الراجعة البيولوجية).

تشتمل أساليب تعديل السلوك على الملاحظة المتواصلة والموضوعية لمظاهر النوبة الصرعية، ومعدل حدوثها المثيرات القبلية، وفي العادة يلجأ الباحثون إلى أساليب تعديل السلوك عندما لا تستجيب النوبة للعقاقير المضادة للصرع. (جمال الخطيب، 2006، ص 83)

إن الهدف من العلاج هو إيقاف نوبات الصرع بدون إيذاء الطفل بالآثار والمشاكل الناجمة عن العلاج، كما يجب الأخذ بعين الإعتبار التغير في الوزن الذي قد يؤدي إلى ظهور هذه النوبات نتيجة عدم التوازن الكيماوي في الدم.

خلاصة الفصل:

تعتبر فئة المرضى المصابين بالصرع من الفئات التي تحتاج إلى تكفل علاجي متنوع، من أجل متابعتها وتوجيهها وتوعيتها بمرضها، وتوجيه الجهود إلى كيفية الإرتقاء بما هو متاح لها من فترات وإمكانيات.

كما أن دور الأسرة لا يقل أهمية عن دور المؤسسات الإستشفائية والمراكز الطبية من حيث عدم الإهمال، والمتابعة المستمرة للأخصائيين النفسانيين، وهذا ما يعتبر كفيلاً بأن يزيد من نجاح العملية الإستشفائية خصوصاً وأن فترة العلاج قد تكون طويلة نتيجة لعدم معرفة الأسباب الحقيقية للمرض، وقصور التشخيص المتوفر في تحديده، ولكن رغم هذا فهناك من يمكنه تقديم المساعدة النفسية والطبية فلا بد من توفيرها للمريض ومحاولة جعله يتكيف مع مرضه ومحيطه.

الجانب التطبيقي

الفصل الرابع

منهجية البحث

الفصل الرابع

منهجية البحث

- تمهيد
- الدراسة الإستطلاعية
- إعادة التذكير بالتساؤل
- إعادة التذكير بالفرضية
- منهج البحث
- مجموعة البحث
- حدود الدراسة
- أدوات البحث
- طريقة إجراء البحث
- طريقة التحليل
- الخلاصة

تمهيد:

إن الجانب النظري يعد مهم من أجل البحث، فلا يخلو أي بحث منه، حيث يعد أساس ثابت يقام عليه، ومن خلاله يمكن وضع فرضيات وتبني نظريات، ولكن لا يمكن أن يكون كاملاً إلا من خلال جانب تطبيقي، يؤكد على صحة هذه الفرضيات وصدقها، ومن ثمة وضع أطر نظرية، وهذا ما نهدف أن نبينه في هذا الفصل ألا وهو الفصل التطبيقي، الذي نبين فيه أولاً منهج البحث المتبع وأدواته، أما ثانياً نقوم بعرض الحالات والتي تعتبر عينة دراستنا وتحليلها، وأيضاً تحليل الإختبار وصولاً إلى عرض النتائج المتحصل إليها.

1- الدراسة الإستطلاعية:

تعتبر الدراسة الإستطلاعية من أهم خطوات البحث العلمي لذلك فإن أول ما قمنا به هو الإعتماد عليها، وذلك لما لها من أهمية في ضبط متغيرات البحث، وكذلك التمكن من صياغة الإشكالية ووضع الفرضيات ومن ثم التعرف على الوسائل المنهجية المناسبة للتطبيق. ولأن حالات البحث فئة المرضى الراشدين المصابين بالصرع، فقد تمكنا من إيجاد ثلاث أفراد، وقمنا بتحديد محاور المقابلة وأجرينا تعديل لبعض أسئلة دليل المقابلة، ثم قمنا بضبط كل معايير مجموعة البحث على أساس أنهم راشدين ويعانون من الصرع. فقد تمت الدراسة الإستطلاعية وبعد الحصول على الإذن من مدير المستشفى، قمنا بمحاورة الأخصائية النفسية المتواجدة بهدف الكشف عن مدى إستعدادها لمساعدتنا بتوجيهاتها ونصائحها في إنجاز هذا البحث، ثم توجهنا إلى غرف المرضى غرفة النساء والرجال بغرض جمع بعض المعلومات عن المرضى وإستطلاع مدى قبولهم مساعدتنا في هذا العمل وكذلك خلق جو من الثقة حتى نتمكن من الحصول على معلومات أكثر صدقاً.

وقد سمحت لنا الدراسة الإستطلاعية بالتوصل إلى تكوين صورة شاملة للحالات المختارة للدراسة وكذا تكوين فكرة حول تباين بين هذه الحالات في السن، ومدى تقبل كل حالة لوضعيتها، وكذلك أفادتنا في توظيف الجانب التطبيقي، وكيفية التعامل مع المرضى التي تفيدنا في حياتنا العملية مستقبلاً.

2- منهج البحث :

يجب على كل باحث أن يحدد نوع المنهج الذي يتبعه قبل بداية بحثه، حتى يصل الى نتائج موضوعية، لذا فطبيعة بحثنا تفرض علينا منهج خاص للوصول إلى إثبات أو نفي فرضياتنا إعتماًداً على " المنهج العيادي " و "منهج دراسة الحالة".

يعرف المنهج العيادي أنه الأنسب والمستعمل في الدراسات المعمقة والمركزة حول دراسة الشخصية ويهدف إلى علاج وتشخيص من يعانون من مشكلات سلوكية وإضطرابات نفسية، وقد عرفه "Perron" على أنه " منهج يهدف إلى معرفة التنظيم والنفي قصد بناء تركيب معقول للأحداث النفسية، حيث الفرد مصدرًا لها". (Perron R, 1979, p 31-44)

ويعرفه ويتمر (wettmer, 1896) " أنه منهج في البحث يقوم على إستعمال نتائج فحص عدة مرضى، ودراستهم الواحد تلو الآخر من أجل إستخلاص مبادئ عامة توحى بها ملاحظة كفاءاتهم وقصورهم".

وقد تم إختيارنا لهذا المنهج لأنه ذو التصميم المبني على دراسة معينة قد تستمر أحيانًا لسنوات، يتم فيها جمع كل المعطيات التي تخص نفس الشخص في كل جوانب حياته.

ويعرفها العالم "بوتانيي" "Bautanier" على أنها الفحص العميق وربطها بتاريخ المفحوص إن لم يسمح ذلك بفهم سلوكه في كل معاشه". (حسن عبد المعطي، 2003، ص 31)

أما منهج دراسة الحالة فيعرف بأنه طريقة علمية تتميز بالعمق والشمول والفحص التحليلي الدقيق لأي ظاهرة أو مشكلة أو نوع من السلوك المطلوب دراسته لدى الشخص أو أسرة أو جماعة أو مؤسسة أو مجتمع. بعد فهم الظاهرة فهما مستفيضةً بهدف الوصول إلى إستنتاجات ومبادئ عامة تصلح لوضع تعميمات تخدم عمليات التشخيص والعلاج والتوجيه والإرشاد.

3- مجموعة البحث :

يعرف كلود جافو (Cl. Javeau) مجموعة البحث بأنها " فئة من مجتمع محدد بحيث تحتوي على مميزات مختلفة تعلم تكرارها في المجتمع وتوجد فيها مجموعة البحث بنفس التكرار".

(Cl. Javeau, 1987, p43)

ويعرف الباحث أنجريس (M. Angers) مجموعة البحث على أنها مجموعة يتم إختيارها حسب طبيعة البحث العلمي في العلوم الإنسانية، حيث إذا لم نستطع دراسة المجتمع الكلي للأفراد، نقوم بإختبار جزء منه فقط مع التأكيد بأن الجزء المختار يمثل المجموعة وهذا الجزء من الأفراد هو مجموعة البحث.

(Angers M, 1998, p11)

وفي بحثنا تتكون مجموعة البحث من ثلاث حالات مصابة بالصرع، تم إختيارها حسب معايير خاصة تتناسب مع إشكالية وفرضية البحث.

3-1- معايير إنتقاء مجموعة البحث :

- أن يكون المبحوث مصاباً بمرض الصرع.

- أن يكون المبحوث راشداً.

4- حدود الدراسة :

تم إجراء البحث على مستوى مؤسسة الإستشفائية جلال محمد المتخصصة للأمراض العقلية لسور الغزلان.

5- أدوات البحث :

5-1- المقابلة العيادية :

المقابلة العيادية إحدى تقنيات المنهج العيادي الشائعة الإستعمال كقول فيصل عباس 1979 " تعتبر من التقنيات التي لا يمكن الإستغناء عنها عند القيام ببحث علمي في مجال العيادي لأنها تسمح بالتقرب أكثر من المريض وجمع المعلومات والبيانات وتهيئة الفرضية أمام الأخصائي العيادي للقيام بدراسة شاملة للحالات المطروحة وذلك عن طريق المحادثة الهادفة والفهم الشامل لما يعانیه المريض"

(فيصل عباس ، 1979 ، ص 102-103)

كما تعرفها "C. Chiland" على أنها علاقة ثنائية تستلزم حضور الفاحص والمفحوص ويمكن أن تدخل هذه التقنية في إطار علاقة مساعدة لما تتميز به من حيث تركيزها على الشخص في فردانيته ووحده". (Colette chiland ,1983,p136)

وقد إختارنا في بحثنا المقابلة النصف موجهة لأن موضوع بحثنا يتطلب منا إستخدام هذا النوع من المقابلة من جهة ومن جهة أخرى هي تعطي للمفحوص نوع من الحرية في التعبير إضافة إلى أننا نستطيع التحكم في سير المقابلة وتجنب الخروج عن الموضوع وتعرف "Colette chiland" المقابلة النصف موجهة على أنها مبنية بطريقة محكمة وأداة من أدوات البحث العلمي وتدعى أيضاً بالمقابلة ذات الإجابات المفتوحة وللباحث شبكة متكونة من أسئلة ينتظر الإجابة عنها. (Colette chiland ,1993,119)

وقد إتبعنا إستراتيجية في تقويم المقابلة في صور محاور أساسية تقدم للمفحوص على شكل أسئلة مفتوحة، وقد إحتوى دليل مقابلتنا على 05 محاور:

المحور الأول: محور البيانات الشخصية:

يشمل هذا المحور أسئلة حول الإسم، الحالة المدنية، المستوى التعليمي... ويعتبر هذا المحور بمثابة مدخل لتصميم الحوار مع المفحوص والدخول في المحاور الأخرى بعد كسب ثقة المفحوص.

المحور الثاني: تاريخ الحالة المرضية

يهدف هذا المحور إلى التعرف على حياة المفحوص وكيف كانت إستجابته للمرض ومعرفة تأثير المرض على معاشه النفسي.

المحور الثالث: المعاش النفسي الإجتماعي

يهدف هذا المحور إلى معرفة المعاش النفسي الإجتماعي للمفحوص وكذا محاولة التعرف على التغيرات التي دخلت في حياته النفسية بعد المرض وكذا علاقته مع أسرته والمجتمع الذي يعيش فيه.

المحور الرابع: الحالة الإستشفائية

الهدف من هذا المحور هو معرفة وضعية المفحوص في المستشفى وكذا ظروفه الإستشفائية.

المحور الخامس: النظرة المستقبلية

الهدف من هذا المحور هو معرفة إمكانية المفحوص على إستثماره للمستقبل.

5-2- الملاحظة :

وهي مشاهدة الوقائع على ما هي عليه في الواقع، بهدف إنشاء الواقعية العلمية.

(صلاح الدين شروخ: 2003، ص 28)

5-3- مقياس " بيك Beck " للإكتئاب :

5-3-1- وصف الإختبار :

من تأليف أرون بيك وآخرون (al et Beck،1961) يهدف هذا المقياس إلى تحديد شدة عدد من

الأعراض المميزة للإكتئاب. (مرؤى محمد شحته، 2008، ص66)

وهو من أكثر مقاييس الإكتئاب إنتشاراً ويحتوي هذا المقياس على نماذج من الأسئلة والذي يضم 21

مجموعة من العبارات التي تصف مشاعر مختلفة، وتتناول كل مجموعة عرض من أعراض الإكتئاب

وتتكون كل مجموعة من 4 عبارات. (لظفي الشربيني، 2001، ص197)

5-3-2- تعليمة الإختبار :

يقدم الإختبار للمفحوص ويطلب منه أن يقرأ كل مجموعة على حدة إختيار العبارة التي تناسب

مشاعرك الآن ثم ضع علامة (X) أمام العبارة المختارة والرجاء قراءة كل مجموعة بأكملها قبل إختيار

العبارة المناسبة.

5-3-3- طريقة تصحيح الإختبار :

يتم وضع درجات مقابل كل إجابة في كل مجموعة حيث تكون الدرجات على النحو التالي تبعاً

للإجابة:

الإجابة: أ: صفر

الإجابة: ب: 1

الإجابة: ج أو د: 2

الإجابة: هـ: 3

وتحسب الدرجات في النهاية بجمع هذه النقاط فإذا كان المجموع الكلي لإجابة الشخص على

مجموعات الإختبار وعددها 21 يقل 10 درجات فإن الشخص غير مكتئب، أما إذا زاد المجموع عن 30

درجة فإن الحالة هي نوع شديد من الإكتئاب، وإذا كانت المجموع بين 10، و30 درجة فإن الشخص

يعاني من حالة بسيطة ومنتوسطة من الإكتئاب. (لظفي الشربيني، 2001، ص 215)

5-3-4- الخصائص السيكومترية :

وهو يعد من أشهر إختبارات الإكتئاب على الإطلاق وهذا راجع لخصائصه السيكومترية (صدق

وثبات) وذلك في البيئة الأمريكية والعربية.

5-3-4-1- في البيئة الأمريكية :

أ- الثبات:

إستخدمت عدة طرق لقياس ثبات المقياس في المجتمع الأمريكي منها : ثبات تقديرات الأطباء

النفسيين حيث وصلت نسبة الإتفاق بين إثنين من الأطباء النفسيين عند تطبيق المقياس على عينة مكونة

من 150، مريضاً يعانون من اضطرابات العصاب النفسي وإضطرابات الشخصية إلى 70، كما استخدمت عدة طرق الإتساق الداخلي حيث طبق المقياس على 200 مفحوصاً، وتمت مقارنة درجة كل مفحوص على عرض درجته الكلية على المقياس ككل، وباستخدام تحليل التباين اللابارامتري بواسطة الرتب، تبين أن جميع الأعراض التي يقيسها المقياس ذات علاقة دالة إحصائياً عند مستوى دلالة 0,01، وإستخدمت كذلك طريقة التجزئة النصفية على عينة مكونة من 97 مفحوص فوصل معامل الارتباط إلى 0,86 وبعد تصحيحه بمعادلة "سبرمان براون" وصل معامل الارتباط إلى 0,93 كما استخدمت طريقة إعادة التطبيق على عينة مكونة من 38 مريض مرتين بفواصل زمني يتراوح من أسبوعين إلى ستة أسابيع، فوصل معامل الارتباط إلى 0,83. (رشاد عبد العزيز، دس، 39.42)

ب- الصدق:

ومن الطرق الصدق التلازمي حيث حسب العلاقة بين درجات المقياس بدرجات أخرى سيكومترية منها مقياس الإكتئاب MMPI ومقياس "هاملتون" للإكتئاب فوصلت معاملات الارتباط بين 0,72، 0,76. (غريب عبد الفتاح غريب، 1988، ص 42)

وحسب كذلك معاملات الارتباط بين مقياس "BECK" ونتائج التشخيص الإكلينيكي ل 226 مفحوصاً فكان معامل الارتباط 0,65، وهو دال عند مستوى الدلالة 0,01، وتم حساب صدق المضمون فوجد في 1961 علاقة دالة إحصائياً بين الإكتئاب والأحلام المازوشية.

وفي دراسة أخرى وجد "بيك" و "ستاين" 1960 أن الأفراد المكتئبين يحصلون على درجات منخفضة على مقياس تقدير الذات وبينت بعض الدراسات أن الفرد المكتئب يتوحد مع النموذج الخاسر أو ضحية الظلم والإضطهاد، ويميل إلى تكوين تنبؤات تشاؤومية في حالة إستجابة لسلسلة من المؤشرات والتقليل من شأن الأداء. (رشاد عبد العزيز، دس، ص 44)

5-3-4-2- في البيئة العربية :

أ- الثبات:

إستخدم "غريب عبد الفتاح غريب" 1985 طريقة التجزئة النصفية على 50 مفحوص في مصر من جامعة الأزهر، فوصل معامل الارتباط إلى 0,87، وإستخدمت كذلك طريقة إعادة التطبيق على 33 فرد راشد بفاصل زمني بين التطبيقين شهر ونصف.

إستخدمت طريقة ألفا كرنباخ على عينة من 75 طالب جامعي في مصر (جامعة عين الشمس) فكان معامل ألفا 0,75 وهو دال عند مستوى الدلالة 0,01.

(رشاد عبد العزيز، دس، ص 45)

وفي الإمارات العربية قام "غريب" (1992) بحساب الثبات بطريقة إعادة التطبيق في أربع دراسات على عينات من طلاب الجامعة عددهم في كل دراسة هو 37 طالبة و 29 طالبة و 42 طالب و 20 طالب، فكانت معاملات الثبات في الدراسات الأربعة على التوالي: 0,88، 0,90، 0,71، 0,68 عند مستوى 0.01.

ب- الصدق:

ولحساب الصدق إستخدمت عدة طرق منها طريقة الصدق التلازمي بين مقياس "بيك BECK" للإكتئاب ومقياس (د) من مقياس MMPI على 43 من الراشدين، فوصل معامل الصدق إلى 0,60 كما قام "محمد عبد الخالق" 1996 بحساب صدق مقياس بيك بطريقة صدق التكوين فحسب معامل الارتباط على 120 طالب من جامعة الإسكندرية بينه وبين ثلاثة مقاييس يفترض إرتباطها بالإكتئاب إيجابياً أو سلبياً وهي: التفاؤل والتشاؤم واليأس، فكانت معاملات الارتباط على التوالي: 0,65، 0,72، 0,37، كما قام بحساب الصدق التلازمي بين قائمة بيك وثلاثة مقاييس أخرى تقيس الإكتئاب وهي

مقياس "جيلفورد" للإكتئاب ومقياس زكرومان لوين للصفات الإنفعالية على عينة من 120 طالبًا جامعيًا، فوصلت معاملات الارتباط بين قائمة بيك والمقاييس الأخرى كالتالي على التوالي: 0,49، 0,46، 0,66، وكلها دالة عند مستوى دلالة 0,01، كما تميز أيضًا بين الصدق التمييزي أن مقياس "بيك" يميز بشكل واضح بين مرضى الإكتئاب والأسوياء. (بشير معمرية، 1998، 148، 149)

5-3-4-3- في البيئة الجزائرية :

أ- الثبات:

قام الباحث "بشير معمرية" 1998 بحساب ثبات على عينة مكونة من 63 طالب وطالبة 28 من الذكور و35 من الإناث من السنوات الأربعة لمعهد العلوم الإجتماعية والأداب واللغة العربية في جامعة باتنة بفواصل زمني بين التطبيقين يتراوح بين 18 يومًا و27 يومًا فوصل معامل الارتباط بين التطبيقين بطريقة بيرسون من الدرجات الخام إلى 0,832 عند مستوى الدلالة 0,01.

ب- الصدق:

قام الباحث بحساب معامل الصدق بطريقتين الأولى عن طريق صدق التلازمي، فحساب المعامل بطريقة "بيرسون" من الدرجات الخام بين مقياس "بيك" للإكتئاب ومقياس التقدير الذاتي للإكتئاب "لزونج" وهو من تعريب وإعداد "رشاد عبد العزيز موسى" 1988 على عينة مكونة من 43 طالب وطالبة من معهد العلوم الإجتماعية والإقتصادية في جامعة باتنة، فوصل معامل الارتباط بين المقاييس إلى 0,825، وهو دال عند مستوى الدلالة 0,01، والثانية عن طريق الإتساق الداخلي وهو إحدى طرق حساب صدق التكوين حيث تم حساب معامل الارتباط بطريقة "بيرسون" من الدرجات الخام بين درجة كل عبارة والدرجة الكلية للمقياس على عينة مكونة من 82 طالب وطالبة 34 ذكور و 48 أنثى من معاهد العلوم الإجتماعية والري والإقتصاد واللغات والعلوم الدقيقة، حيث كانت درجات تتراوح بين 0,60، 0,44

لدى الذكور حول الإجابات على عبارات المقياس (13 بند) عند مستوى الدلالة 0,01، أما نتائج إجابات الإناث على عبارات المقياس تراوحت بين (0,48 / 0,65).

من خلال معاملات الثبات والصدق التي تم إستخراجها لهذا المقياس كلها مرتفعة ودالة إحصائيًا هذا ما يجعل المقياس صالحًا لتطبيقه في دراسات على الإكتئاب. (بشير معمرية، 1998، ص149.153)

6- طريقة إجراء البحث:

إنطلق البحث من خلال الدراسة الإستطلاعية فخترنا مجموعة البحث، وقمنا بتصميم دليل مقابلة يتناول خمسة محاور أساسية كل محور تناول جانب من حياة الحالات يكشف على ظهور أعراض الإكتئاب، وبعد تعديله تم تطبيق المقابلة العيادية نصف الموجهة أولاً مع كل واحدة من أفراد مجموعة البحث إعتيادًا على دليل المقابلة ثم تحفيز الحالات إلى تطبيق مقياس حالة الإكتئاب، وبعد ذلك تحصلنا على المعطيات الكافية للانتقال إلى التحليل والتتقيط.

7- طريقة التحليل:

7-1- التحليل الكيفي :

من خلال الحصول على المعطيات من طرف مجموعة البحث في إطار المقابلة العيادية نصف الموجهة نعتمد على هذه المعطيات في بناء الترجمة العيادية والتحليل عن طريق إستخراج مؤشرات تشير إلى وجود أعراض الإكتئاب يأتي كإستجابة لمثير خارجي (مرض الصرع)، والتحليل الكيفي يكون قائم على الكشف على هذه المؤشرات والأدلة وترجمتها بالإعتماد على قواعد علم النفس المعرفي، وتم ذلك على أساس محاور كل محور فيه مجموعة من الأسئلة.

7-2- التحليل الكمي :

هنا إعتدنا على مقياس "بيك" لحالة الإكتئاب الذي يضم 21 عبارة، حيث يتم وضع درجات مقابل كل إجابة في كل مجموعة حيث تكون الدرجات على النحو التالي تبعًا للإجابة: الإجابة(أ): صفر، الإجابة (ب): 1، الإجابة (ج أو د): 2، الإجابة (هـ): 3، وفي النهاية يتم حساب الدرجات بجمع هذه النقاط فإذا كان المجموع الكلي لإجابة الشخص على مجموعات الإختبار وعددها 21 يقل 10 درجات لا يوجد إكتئاب، أما إذا زاد المجموع عن 30 درجة إكتئاب شديد، وإذا كانت المجموع بين 10، 30 درجة إكتئاب متوسط.

خلاصة الفصل:

إستهلينا هذا الفصل بمدخل تكلمنا فيه عن موضوع الدراسة الحالية والمنهج المتبع لتحقيق هدف الدراسة ثم إنتقلنا إلى توضيح مجريات البحث الحالي من خلال تقديم شرح للمراحل التي مرت بها الدراسة الميدانية، فمن أجل تحقيق دراستنا قمنا بإتباع المنهج العيادي من خلال دراسة حالة عيادية لإعتباره المنهج الأنسب للتحقق من فروض موضوع البحث، حيث تكونت عينة الدراسة من ثلاث حالات لمرضى الصرع مصابين بالإكتئاب وقد راعينا في إختيارنا لأفراد عينة البحث وجوب توفر مجموعة من الشروط والمعايير التي تخدم موضوع الدراسة.

لننتقل بعدها إلى عرض مجريات الدراسة أين عملنا على التعرف على ميدان البحث وتصميم دليل المقابلة، حيث شرحنا في الدراسة الأساسية مراحل العمل العيادي مع الحالات بتركيزنا على أهم الخطوات المنهجية ومحاولة شرحها بشكل مفصل لنقل صورة واضحة عن ميدان البحث ومجريات العمل الميداني.

الفصل الخامس

عرض ومناقشة

نتائج الدراسة

1- مناقشة النتائج على ضوء الفرضيات :

إنطلاقاً من فرضية الدراسة، ومن خلال إتباعنا للمنهج العيادي ومنهج دراسة الحالة وباستخدام المقابلة النصف موجهة وبعد تطبيقنا لمقياس "بيك" للإكتئاب بهدف الكشف عن إذا كان يعاني الراشد المصاب بالصرع من الإكتئاب.

وبسبب جائحة كورونا تعذر علينا القيام بهذا البحث ولكن سنقدم إحتمايين لفرضية بحثنا وهما كالآتي:

1-1- الإحتمال الأول :

الفرضية محققة، وذلك إذا توصلنا من خلال نتائج المقابلة مع الحالات ونتائج الإختبار، يتضح أن الحالات يشتركون في مجموعة من الأعراض تتمثل في الحزن والكآبة واليأس، وعدم تقدير الذات والشعور بالإثم، وبالإضافة للإنسحاب والإنطواء والعزلة، الحساسية الزائدة والتعب والإرهاق وعدم الإستمتاع بالحياة، ضعف العلاقات مع الآخرين، والأرق وإضطرابات النوم والشهية، فقدان الأمل من تحسن الوضع.

ويتضح أيضاً من خلال النتائج مجموعة الدراسة، إشتراك فيهم الحالات من مقياس "BECK" للإكتئاب وهذا في عبارات :

- أنا حزين ومكتئب طوال الوقت، ولا أستطيع أن أنزع نفسي من ذلك.
- أنا أكره نفسي، وأشعر أن هناك تغيرات ثابتة في مظهري تجعلني أبدو غير جذاب، أشعر بالملل طوال الوقت.
- شهيتي أسوء من المعتاد.

- أبذل جهداً لأقوم بأي شيء (أدفع نفسي للقيام بالعمل).

كما أن الدرجات التي تحصل عليها الحالات من مقياس الإكتئاب "بيك" (المجموع زاد فوق 30 درجة)، وهي درجة تدل على وجود إكتئاب شديد، منه يعاني الراشد المصاب بالصرع من إكتئاب شديد وبذلك فإن الفرضية محققة.

1-2- الإحتمال الثاني :

الفرضية غير محققة، وذلك إذا توصلنا من خلال نتائج المقابلة مع الحالات ونتائج الإختبار، يتضح أن الحالات يشتركون في مجموعة من الإجابات وتتمثل هذه الإجابات في عدم الشعور بالحزن والكآبة والإثم، تقدير ذات عالٍ، لا يحبون العزلة والإنطواء فهم إجتماعيين، يشعرون بنشاط وحيوية والإستمتاع بالحياة، علاقاتهم جيدة مع الآخرين، ليس لديهم إضطرابات في النوم أو الشهية، مع إمتلاكهم للأمل.

ويتضح أيضاً من خلال النتائج مجموعة الدراسة، إشتراك فيهم الحالات من مقياس "BECK"

للإكتئاب وهذا في عبارات:

- أنا لا أشعر بالحزن أو الإكتئاب.

- أنا أحب نفسي وراضي عنها، لا أشعر أن شكلي يبدو أسوء، لا أشعر بالملل.

- شهيتي للأكل جيدة.

- يمكنني العمل الآن بنفس المهمة التي كنت أعمل بها من قبل.

كما أن الدرجات التي تحصل عليها الحالات من مقياس الإكتئاب "بيك" (المجموع يقل عن 10 درجات)

وهي درجة تدل على عدم وجود إكتئاب، منه لا يعاني الراشد المصاب بالصرع من الإكتئاب وبذلك فإن الفرضية غير محققة.

الخاتمة

الخاتمة

تناول بحثنا الحالي مرض الصرع إذ عرف هذا المرض منذ القدم، إذ يصيب الجهاز العصبي ويظهر على شكل نوبات وتظهر أعراضه على فترات غير منتظمة وقد يقع المريض أرضاً ويصاب بالتنشج العضلي وقد يفقد وعيه في بعض الحالات.

وإذا تساءلنا عن العوامل المؤدية إلى الإصابة بهذا المرض نجدها متعددة فمنها البيئية والكيميائية والعصبية حيث أن للصرع أسباباً غير محدودة وفي بعض الأحيان غير معروفة كلياً. وتختلف أعراض المرض حسب نوعه ودرجته فقد تكون شديدة أو تكون متوسطة أو تكون خفيفة ويعالج المريض بإعطائه الأدوية المهدئة لنوبات الصرع مثل دواء وكلما كان العلاج مبكراً كلما كانت النتائج أفضل.

وفي هذا البحث قمنا بدراسة ما إذا كان يعاني الراشد المصاب بالصرع من الإكتئاب بإعتبار هذا الأخير حالة ناتجة عن إستجابة وطريقة تفكير المريض فيما يخص مرضه، فكما هو معروف فإن أفكار الفرد هي سبب وجداناته أو هي المولدة لها فإيجابية المشاعر مرتبطة بإيجابية الأفكار، ومنه فإننا حاولنا معرفة التأثير الذي يحدثه مرض الصرع في سيكولوجية المصاب وبالتحديد عند فئة الراشدين والمتمثلين في مجموعة بحثنا.

تطرقنا أولاً إلى الجانب النظري الذي تم تقسيمه إلى ثلاثة فصول وهي الإكتئاب، والرشد، والصرع وبعد الإحاطة بالجانب النظري وما يحمله من دراسات حول هذا الموضوع تم صياغة إشكالية بحثنا على النحو التالي:

- هل يعاني الراشد المصاب بالصرع من الإكتئاب؟

وللإجابة على هذا التساؤل قمنا بصياغة الفرضية التالية:

- يعاني الراشد المصاب بالصرع من الإكتئاب.

إتبعنا المنهج العيادي ومنهج دراسة الحالة القائم على دراسة كل حالة للتعرف على أعراض الإكتئاب بالإضافة إلى تبيان درجة الإكتئاب، وفيما يتعلق بمجموعة بحثنا فقد حصلنا على أفراد مصابين بمرض الصرع، وقد تم تطبيق أدوات البحث المقابلة العيادية، ومقياس "بيك" على مجموعة البحث المتواجدين على مستوى مؤسسة الإستشفائية جلال محمد المتخصصة للأمراض العقلية لسور الغزلان، وكان عدد الأفراد هو 03 حالات مرضى بالصرع في سن الرشد.

أما فيما يخص أدوات البحث فقد تم تصميم دليل المقابلة بناءً على الهدف المرجو وهو معرفة درجة الإكتئاب لدى مجموعة البحث، وكذلك لإيجاد نقاط التقاطع مع مقياس "بيك" للإكتئاب، هذا الأخير الذي يعتبر مقياساً شائع الاستخدام وذلك لصدقه في قياس الإكتئاب ونتائجه الموثوقة، ولكن لحسن الحظ لم تكمل البحث ولم نتوصل إلى نتائج بسبب الظروف التي شهدتها العالم بصفة عامة والجزائر بصفة خاصة "حول فيروس كوفيد 19".

- التوصيات والإقتراحات:

- تم وضع بعض التوصيات والإقتراحات من أجل التوعية والتحسيس بهذه الفئة نوضحها كما يلي:
- إقامة جلسات خاصة لتوعية المصاب بالصرع حول حالته ومرضه.
- ضرورة إنشاء مراكز للتكفل بهؤلاء المرضى، ويظهر إهمال هذه الفئة من خلال عدم تكوين جمعيات خاصة بها.
- ضرورة توفر الكفالة النفسية للفرد المصاب بالصرع، حيث تتم تهيئتهم نفسيًا للتقليل من الصدمة.
- إدراج الأسرة في عملية الكفالة النفسية.
- ضرورة العمل المشترك بين الأخصائيين النفسيين والأطباء المعالجين.
- تنظيم أيام توعية خاصة بمرض الصرع لتصحيح الفكرة الخاطئة أنه مرض غير قابل للشفاء أو مرض قاتل أو من الخرافات حول أن المرض هو مس أو جنون لدى أفراد المجتمع، حتى يتمكن كل مصاب بهذا المرض من مواجهته.
- التكتيف من الجمعيات الخاصة بمساعدة مرضى الصرع، لأن لها دورًا مهمًا في التوعية والتوجيه.
- العمل على إعادة دمج هذه الفئة في المجتمع، حتى يستطيعوا مواصلة حياتهم وعدم تحسيسهم بأنهم عاجزين.
- بما أن بحثنا كان حول تأثير الصرع في ظهور الإكتئاب لدى الراشدين، فقد تم فتح آفاق للدراسة فيما يخص مرض الصرع وذلك مع متغيرات أخرى كالضغط النفسي، و الفوبيا وكذلك القلق وعدة متغيرات أخرى تمت ملاحظتها خلال هذا البحث.

المراجع

- قائمة المراجع :

- الكتب :

- 1- أبو شعيشع السيد (2005) ، الأسس البيوكيميائية للأمراض النفسية، مكتبة النهضة المصرية للنشر والتوزيع، القاهرة مصر.
- 2- أديب محمد الخالدي (2005) ، مرجع في علم النفس الإكلينيكي المرضي (الفحص والعلاج) ، دار وائل للنشر والتوزيع، مصر، ط 1.
- 3- السيد فاتن عبد الفتاح (1993) ، مظاهر الإكتئاب لدى الفتاة الجامعية دراسة العلاقة مظاهر الإكتئاب ببعض متغيرات التنشئة الأسرية.
- 4- أمال صادق (2004) ، نمو الإنسان من مرحلة الجنين الى مرحلة المسنين، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، ط 4.
- 5- أمل حسونة (1999) ، علم النفس النمو، الدار العالمية للنشر والتوزيع، ط1.
- 6- أمل حسونة (2002) ، علم النفس النمو، الدار العالمية للنشر والتوزيع، ط2.
- 7- أمل حسونة (2004) ، علم النفس النمو الطفولة والمراهقة، لدار العالمية للنشر والتوزيع، ط1.
- 8- أوديب محمد الخالدي (2009) ، في الصحة النفسية "نظرية جديدة"، دار وائل للنشر والتوزيع، الأردن، ط1.
- 9- بشير معمريه (2007) ، بحوث ودراسات متخصصة في علم النفس، منشورات الجزائر، الجزائر.
- 10- تائر عشور (2017) ، الإكتئاب (أسبابه، أعراضه، أنواعه، وطرق علاجه) ، بدار الخليج، عمان.

- 11- جمال الخطيب (2006) ، مقدمة في الإعاقات الجسمية والصحية، دار الشروق للنشر والتوزيع، عمان الأردن.
- 12- حامد عبد السلام زهران (1995) ، الصحة النفسية والعلاج النفسي، عالم الكتب، مصر، ط1.
- 13- حسين فايد (2001) ، الإضطرابات السلوكية (تشخيصها، أسبابها، علاجها) ، مؤسسة طيبة للنشر والتوزيع، القاهرة، ط 1.
- 14- حقي ألفت (1999) ، الإضطراب النفسي، مركز الإسكندرية للكتاب، مصر.
- 15- حمزة الجبالي (2016) ، مبادئ علم النفس، دار الأسرة.
- 16- خير الزراد محمد فيصل (1997) ، الأمراض العصبية والعلاج النفسي، عالم الكيت للنشر والتوزيع القاهرة، دار قباء للطباعة، ط 3.
- 17- رشاد عبد العزيز (بدون سنة) ، الإكتئاب النفسي سيكولوجية الفروق بين الجنسين، مؤسسة مختار، القاهرة.
- 18- رمضان محمد الفذافي (2000) ، علم النمو الطفولة والمراهقة، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية.
- 19- زيغور محمد (2006) ، حقول علم النفس الفيزيولوجي وأبحاثه، دار الحديث للنشر.
- 20- سامي عبد القوي (1994) ، مقياس الصرع النفسي الحركي، مكتبة النهضة المصرية، القاهرة.
- 21- سامي محمد (2000) ، حاجات الراشد، دار اليازوري للنشر والتوزيع، عمان.
- 22- سامي محمد ملحم (2007) ، المشكلات النفسية عند الأطفال، دار الفكر للنشر والتوزيع، عمان الأردن.

- 23- سوسن شاكر مجيد (2008) ، مشكلات الأطفال النفسية، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان.
- 24- سامي ملحم (2004) ، علم النفس النمو، دار الفكر، الأردن، ط1.
- 25- شفيق علاونة (2004) ، مراحل النمو، دار النهضة للنشر والتوزيع، القاهرة.
- 26- عبد الحميد محمد الشاذلي (2001) ، الصحة النفسية، المكتبة الجامعية لازراطية، الإسكندرية، ط2.
- 27- عبد العالي الجسماني، الأمراض النفسية وعلاجها، الدار العربية للعلوم الإسكندرية، مصر، ط 3.
- 28- عبد الفتاح محمد دويدار (1999) ، مناهج البحث في علم النفس، دار المعرفة الجامعية، ط2.
- 29- عبد الله بن محمد الصبي (2006) ، الصرع (التشنج)، مكتبة الملك فهد الوطنية، السعودية، ط 1.
- 30- عصام الصفدي (2007) ، مدخل إلى الصحة النفسية، دار المسيرة للنشر والتوزيع، بيروت.
- 31- عطوف محمد ياسين (1981) ، علم النفس الإكلينيكي، دار العلم للملايين، بيروت، ط 1.
- 32- عفيفي عبد الحكيم (1989) ، الإكتئاب والإنتحار، الدار المصرية، لبنان، ط1.
- 33- غسان بشير حمدي الأعظمي (2013) ، الكآبة بين كبار السن من العراقيين داخل الوطن والمهجر، دار دجلة، عمان، ط1.
- 34- فرج عبد القادر طه (2000) ، أصول علم النفس الحديث، دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة.
- 35- كمال دسوقي (1988) ، ذخيرة تعريفات المصطلحات، الدار أولية للنشر والتوزيع، المجلد، بدون طبعة.
- 36- لطفي الشربيني (2001) ، الإكتئاب المرض والعلاج، منشأ المعارف، الإسكندرية، ط 1.

- 37- لطفي الشربيني (2007) ، النوبات الكبرى مرض صرع وعلاجه، منشأة معارف، الإسكندرية.
- 38- محمد الحجار (1989) ،الطب السلوكي المعاصر، دار الملايين بيروت، ط 1.
- 39- محمد السيد عبد الرحمن، علم الأمراض التنفسية والعقلية، دار الطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة، مصر، ط 1.
- 40- محمد الشامي (2013) ، الكلب الأسود، دار توي للنشر والتوزيع، ط 6.
- 41- محمود جمال أبو العزائم (2009) ، الصرع، الأفاق للنشر والتوزيع، السعودية.
- 42- مدحت عبد الحميد أبوزيد (2001) ، الإكتئاب (دراسة سيكوباتولوجية) ، دار المعرفة الجامعية الإسكندرية، الإسكندرية، بدون طبعة.
- 43- مروى محمد شحته (2008) ، الإساءة للمسنين دراسة ميدانية في الثقافة المصرية، مكتبة أنجلو المصرية، القاهرة.
- 44- مريم سليم (2002) ، علم النفس النمو، دار النهضة العربية، مصر، ط2.
- 45- وليد سرحان، (2008) ، سلوكيات الإكتئاب، دار المنال، عمان، ط1.
- 46- إبراهيم عبد الستار (1998) ، الإكتئاب إضطراب العصر فهمه وأساليب علاجه، عالم المعرفة، الكويت.
- 47- حسن مصطفى عبد المعطي (2003) ، الإضطرابات النفسية في الطفولة والمراهقة "الأسباب_التشخيص_العلاج"، دار القاهرة للطباعة والنشر، القاهرة، ط1.
- 48- حسين فايد (2004) ، العدوان والإكتئاب في العصر "الحديث نظرة تكاملية"، مؤسسة حورس، الإسكندرية.

- 49- رشاد عبد العزيز موسى (1993) ، علم النفس المرضي، مؤسسة المختار، القاهرة.
- 50- عبد الفتاح دويدار (1994) ، في الطب النفسي وعلم النفس المرضي الإكلينيكي، دار النهضة، بيروت.
- 51- عثمان يخلف (2001) ، علم النفس الصحة الأسس النفسية والسلوكية للصحة، دار الثقافة.
- 52- عطوف محمود ياسين (1986) ، علم النفس العيادي الإكلينيكي، دار العلم للملايين، بيروت، ط2.
- 53- عفيفي عبد الحكيم (1989) ، الإكتئاب والإنتحار ، الدار المصرية، لبنان ط 1.
- 54- عفيفي عبد الحكيم (1990) ، الإكتئاب والإنتحار دراسة إجتماعية تحليلية، الدار المصرية، مصر، ط1.
- 55- فيصل عباس (1996) ، التحليل النفسي والإتجاهات الفرويدية، دار الفكر العربي للطباعة والنشر.
- 56- لطفي الشربيني، (2001) ، الإكتئاب المرض والعلاج، منشأ المعارف، الإسكندرية، ط 1.
- 57- مجدي أحمد محمد عبد الله (2000) ، علم النفس المرضي دراسة في الشخصية بين سواء و الإضطراب، دار المعرفة الجامعية، مصر.
- 58- محمد عبد الفتاح مهدي (2004) ، الصحة النفسية للمرأة، البيطاش سنتر، مصر، ط1.
- 59- صلاح الدين شروخ (2003) ، منهجية البحث العلمي للجامعيين، دار العلوم، الجزائر.
- 60- محمد الشامي (2019) ، الكلب الأسود، دار توي للنشر والتوزيع، القاهرة.
- 61- رياض أسامة و عبد الرحيم، ناهد، (2001) ، القياس والتأهيل الحركي، دار الفكر العربي، القاهرة.

- المذكرات :

- 62- بلعزوق جميلة (1991_1992) ، الكفالة النفسية لذوي العجز الكلوي المزمن بإستخدام تقنيات معرفية سلوكية، ماجستير غير منشورة، علم النفس العيادي، الجزائر.
- 63- بن خطاب جميلة وبن عابد ميمونة (2003 - 2004) ، المعاش النفسي للراشد المصاب بالصرع، مذكرة تخرج لنيل شهادة ليسانس في علم النفس العيادي، بوهران.
- 64- تغزة نوال، (2013) الإكتئاب عند المرأة المطلقة حديثاً وعلاجها ، مذكرة لنيل شهادة الماجستير، الجزائر.
- 65- عمر بوجة (2008_2007) ، بن شرف إسماعيل، المعاش النفسي لمرضى الصرع، مذكرة تخرج لنيل شهادة ليسانس في علم النفس العيادي، بمستغانم.
- 66- غريب غريب عبد الفتاح (1988) ، دراسة مستعرضة للفروق بين الجنسين في الإكتئاب لدى عينة مصرية، مجلة الصحة النفسية، المجلد 29، العدد السنوي لعام 1988، القاهرة.
- 67- مخالفة نريمان (2014) ، إكتئاب ما بعد الولادة دراسة حالة لعينة من النساء بولاية المسيلة، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الماستر، جامعة محمد بوضياف الجزائر.
- 68- ربيعة بشير باشا (2008_2009) ، الإكتئاب ونوعية الحياة عند المرأة المصابة بالصرع، أطروحة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس الإكلينيكي، جامعة الجزائر.
- 69- الطحان، عبد الرحمن، (2001) ، الصرع أم أن الألوان أن نغير هذا المصطلح، ورقة عمل تهدف لشرح الأسباب الداعية للتغيير، السعودية، جامعة الملك سعود.

قائمة المراجع

- المعاجم والقواميس :

70- إسماعيل عبد الفتاح عبد الكافي (2006) ، معجم مصطلحات حقوق الإنسان، مركز الإسكندرية للكتاب، الإسكندرية.

71- تويرير سيلامي (2001) ، ترجمة وجيه سعد، المعجم الموسوعة في علم النفس، منشورات وزارة الثقافة، دمشق سوريا، ط 4.

72- جابر عبد الحميد جابر و علاء الكفافي (1989) ، معجم علم النفس والطب النفسي، دار النهضة العربية للنشر والتوزيع، القاهرة، ط2.

73- حامد عبد السلام الزهران (1987) ، قاموس علم النفس، كلية التربية جامعة عين الشمس، ط02.

74- فرج عبد القادر له وآخرون (دس)، معجم علم النفس والتحليل النفسي، دار النهضة العربية للنشر والتوزيع، بيروت لبنان.

75- محمد عواد (2006) ، معجم الطب النفسي والعقلي، دار أسامة للنشر والتوزيع، ط 1.

- الموسوعات :

76- أبو قرحة (2002) ، الموسوعة النفسية، دار أسامة للنشر والتوزيع، عمان.

- المقالات:

77- بشير معمريه (1998) ،مدى إنتشار الإكتئاب النفسي بين طلاب الجامعة من الجنسين.

- المراجع بالفرنسية :

- الكتب :

78- Aldenkamp Ap Hm (1999), Cognitive de ficits in epilepsy :is there a treatment ? Martin, london.

-
- 79- Angers M (1998), Initiation pratique a la méthodologie des sciences humaines, édition de cive, Québec.
- 80- Bergert Jean K (1984), la dépression et les états Limites, paris.
- 81- Bishop M (2000), Impact of epilepsy on quality of life, amesterdam.
- 82- Buchanan N (2002), understanding epilepsy: what it is and how it can affect your life, sydney, new ed.
- 83- Chiland C (1983), L'entretien clinique, presse universitaire de paris, paris.
- 84- Cole Ss (1999), Sexuality, disability and reproductive issues through the lifespan, new york, 4ed.
- 85- Colette chiland (1993), L'enfant la famille, l'école, presses universitaires de France, France.
- 86- Devinsky O (2001), Epilepsy patient and family guide philadelphia.
- 87- Dodrill CB (2002) Progressive cognitive decline in adolescents and adults with epilepsy prog brain res.
- 88- Dsm5 (2013), Manuel of mental disorder, fifth edition, arlington, va, American, psychiatric association.
- 89- Falvo D (2005), Psychological and functional aspects of chronic illness and disability, sudbury, 34ed.
- 90- Gumint RJ (1997), living well with epilepsy, new york, 2ed.
- 91- Helen B (1997), adult and psychological illness, 1 ed canada.
- 92- Jacoby A (2000), The problem of epilepsy, amesterdam.
- 93- Javeau cl (1983), Enquête par question, édition PUF.
- 94- Mendez M (1996), Disorders of mood and affect in epilepsy, boston.
- 95- Milner, brenda, scoville, wiliam beecher (1957), loss recent memory after bilateral hippocampal lerions, « The journal of neurology neurosurgery and psychiatry.

96- Perron R (1979), « Les problèmes de la preuve dans la démarche de la psychologie dite clinique, plaidoyer pour l'unité de la psychologie » In psychologie français.

97- Wright BA (1983), physical disability a psychological approach, new york, 2 ed.

- المذكرات:

98- Anais L (2009), Effets acteurs-partenaire du soutien social et des stratégies de coping sur la qualité de vie et des trouble anxiodépressifs de patients atteints d'une épilepsie partial complexe université bordeau 2, école doctorale.

99- Sylvie P (2009), Impact d'épilepsie sur la vie quotidienne du couple agé, universitébordeau 2, école doctorale.

- القواميس :

100- Larousse (1999), le grand dictionnaire de psychologie, bardas.

- المواقع الإلكترونية:

101- Subjects bage. htmhttp://www.your.net/neurology.

102- أبودولة، أحمد، (2012م)، مرض الصرع: أعراض الصرع أسباب الصرع وطرق علاج الصرع، مجلة طبية إلكترونية، تاريخ الإطلاع: 5 جويلية 2022، الموقع <https://al-3laj.com>

الملاحق

- الملاحق:

ملحق رقم (1): دليل المقابلة العيادية نصف الموجهة

1- محور البيانات الشخصية:

الإسم :

السن:

الجنس:

المستوى الدراسي :

الحالة المدنية:

المهنة:

المستوى الاقتصادي :

2- الجانب الصحي:

هل تعرضت لحوادث في السابق؟

متى كان ذلك؟

هل لديك أمراض أخرى مصاحبة لهذا المرض؟

هل أفراد الأسرة مصابون بهذا المرض؟

هل هناك أمراض أخرى في الأسرة؟

3- الحياة الشخصية والعائلية:

كيف كانت حياتك قبل المرض؟

كيف تلقيت خبر المرض وما هي ردة فعلك؟

كيف تحس وأنت بين عائلتك؟

هل تغيرت معاملتهم معك بعد المرض؟

4- المعاش النفسي:

ما هو شعورك معظم الوقت؟

هل تحس بالهدوء والأمان؟

هل تعاني من العصبية والهياج؟

هل تشعر بالحيوية والإستثارة؟

ما هي التغيرات التي طرأت على الحياة النفسية بعد الإصابة بالمرض؟

5- النظرة إلى المستقبل:

كيف ترى المستقبل؟

هل عندك أهداف تريد تحقيقها؟

أترى أن مرضك سوف يؤثر على مستقبلك؟

هل يمكنك التخفيف من حالتك الإنفعالية مستقبلاً؟

الملحق رقم (2): مقياس "بيك beck" للإكتئاب

هذه المجموعة من العبارات تصف مشاعر مختلفة، كما ترى فإن هذه العبارة قد وضعت على شكل مجموعات، إقرأ كل مجموعة على حدا وأختار منها العبارة التي تناسب مشاعرك الآن ثم ضع علامة (X) أمام العبارة المختارة الرجاء قراءة كل مجموعة بأكملها قبل إختيار العبارة المناسبة.

1- الحزن:

- أ- لا أشعر بحزن.
ب- أشعر بحزن أو هم.
ج- أنا حزين ومهموم طوال الوقت ولا أستطيع التخلص من ذلك.
د- أنا حزين جدًا أو غير سعيد بدرجة مؤلمة.
هـ- أنا حزين جدًا أو غير سعيد بدرجة لا يمكنني تحملها.

2- التشاؤم:

- أ- لست متشائمًا أو شاعرًا بهبوط في همتي بالنسبة إلى المستقبل.
ب- أشعر بهبوط في همتي إلى المستقبل.
ج- أشعر أنه ليس لدي ما أتطلع إلى تحقيقه.
د- أشعر أنني لا أستطيع التغلب على متاعبي أبدًا.
هـ- أشعر أن مستقبلي يائس وأن الأمور لن تتحسن أبدًا .

3- الفشل:

- أ- لا أشعر أنني شخص فاشل.
ب- أشعر أنني فشلت أكثر من أي شخص آخر.
ج- أشعر أن ما حققته لا قيمة له، ومن الضالة بحيث لا يستحق الذكر.

- د- حين أفكر في حياتي الماضية لا أجد منها غير سلسلة متصلة من صور الإخفاق والفشل.
ه- أشعر أنني فاشل تمامًا حين أفكر في نفسي كشخص يقوم بدوره في الحياة وعليه واجب نحو بيته وأولاده وعمله.

4- عدم الرضا :

- أ- ليس هناك ما يجعلني غير راضي الآن.
ب- أشعر أنني زهقان وضجران في أغلب الأحيان.
ج- لم أعد أستمتع بالأشياء التي كانت مصدرًا لمتعتي من قبل.
د- لم أعد أجد في أي شيء ما يرضيني.
ه- أنا مستاء جدًا وساخط على كل شيء.

5- الذنب والندم:

- أ- ليس هناك ما يشعرني أنني مذنب.
ب- كثيرًا ما أشعر أنني سيء وتافه ولا قيمة لي.
ج- أشعر أنني مذنب تمامًا.
د- أشعر أنني دائمًا سيء أو حقير فعلاً.
ه- أشعر أنني شديد السوء أو حقير جدًا.

6- العقاب:

- أ- لا أشعر أنني أعاقب الآن بشكل ما.
ب- لدي شعور أنني سوف يحدث لي مكروه.
ج- أشعر أنني أعاقب الآن وسأعاقب حتمًا.
د- أشعر أنني أستحق أي عقاب ينزل بي.

هـ- أريد أن أعاقب على كل ما إرتكبت من ذنوب.

7- النفس:

أ- لا أشعر بأي نوع من خيبة الأمل في نفسي.

ب- أنا غير راضي عن نفسي.

ج- خاب أمني في نفسي.

د- أشعر بالقررف من نفسي.

هـ- أكره نفسي.

8- اللوم:

أ- أشعر بأنني أسوء من أي شخص آخر.

ب- أنا شديد الإنتقاد لنفسي على ما بها من ضعف أو ما تقع فيه من خطأ.

ج- ألوم نفسي على كل خطأ يحدث.

د- أشعر الآن أنني المسؤول عن كل ما يحدث حولي من سوء أو ما يقع من أخطاء.

9- أفكار الإنتحار:

أ- لا أفكر في إيذاء نفسي بأي شكل.

ب- تراودني فكرة الإيذاء بنفسي، لكنني لا أسعى لتحقيقها.

ج- أشعر أنه من الأفضل لي أن أكون ميتاً.

د- أشعر أنه من الأفضل لعائلتي أن أكون ميتاً.

هـ- لدي خططاً محددة للإنتحار.

و- سأقتل نفسي إذا إستطعت.

10- البكاء :

- أ- لا أبكي دون مبرر أو أكثر مما يقتضيه الموقف.
- ب- أبكي الآن أكثر مما إعتدت من قبل.
- ج- أبكي طول الوقت ولا أستطيع منع نفسي من البكاء.
- د- لا أستطيع الآن على الإطلاق منع رغبتي في البكاء بحرقة.

11- الضيق :

- أ- طبعي الآن ليس أكثر حدة مما كنت طول عمري.
- ب- أحتد وأنضايق الآن بسهولة أكثر مما كنت من قبل.
- ج- يحتد طبعي وتسهل إثارتي طول الوقت.
- د- لم أعد أغضب أو أحتد الآن على الإطلاق ولم تعد تستفزني كل الأشياء التي كانت تثيرني من قبل.

12- الإهتمام :

- أ- لم أفقد إهتمامي بمن حولي.
- ب- أصبحت الآن أقل إهتمامًا بالآخرين عما كنت من قبل.
- ج- فقدت معظم إهتمامي بالآخرين حولي وتضائل شعوري بهم.
- د- فقدت إهتمامي بالآخرين تمامًا ولم أعد أعبأ بهم على الإطلاق.

13- القرار والتردد :

- أ- أتخذ القرارات في مختلف الأمور بنفس الكفاءة التي إعتدت عليها طول عمري.
- ب- أنا الآن قليل الثقة في نفسي فيما يتصل بإتخاذ قرار ما.
- ج- عندي صعوبة كبيرة في إتخاذ القرارات.
- د- لا يمكنني إتخاذ أي قرار على الإطلاق .

14- الشكل و الصورة:

- أ- لا أشعر أن شكلي يبدو الآن أسوء حالاً مما كان من قبل.
- ب- يقلقني الآن أنني أبدو أكبر سنًا وشكلي غير مقبول.
- ج- أشعر أن هناك تغيرات دائمة تطرأ على شكلي وتجعله غير مقبول من الناس.
- د- أشعر الآن أن شكلي قبيح جدًا ومنفر.

15- العمل :

- أ- يمكنني العمل الآن بنفس المهمة التي كنت أعمل بها من قبل.
- ب- أحتاج إلى جهد زائد عند البدء في عمل شيء.
- ج- لا أعمل بنفس المهمة التي كنت أعمل بها من قبل.
- د- أجد أنه لا بد أن أضغط على نفسي بشدة لكي أعمل أي شيء.
- هـ- لا يمكنني الآن القيام بأي عمل على الإطلاق.

16- النوم:

- أ- يمكنني أن أنام كالمعتاد.
- ب- أستيقظ متعبًا في الصباح أكثر مما كنت من قبل.
- ج- أستيقظ مبكرًا عن المعتاد ساعة أو ساعتين وأجد مشقة كبيرة في أن أنام بعد ذلك.
- د- أستيقظ مبكرًا عن المعتاد كل يوم ولا أستطيع النوم أكثر من خمس ساعات.

17- الإجهاد:

- أ- لا أشعر بالتعب أكثر من المعتاد.
- ب- أتعب بسهولة أكثر مما كنت من قبل.
- ج- أتعب إذا قمت بعمل أي شيء.

د- أشعر بالإجهاد الزائد إذا قمت بعمل أي شيء.

18- شهية الطعام:

أ- شهيتي للأكل الآن ليست أسوء من ذي قبل.

ب- شهيتي للأكل ليست جيدة كما كانت من قبل.

ج- أصبحت شهيتي للأكل أسوء جدًا مما كانت عليه.

د- لم تعد لي شهية على الإطلاق.

19- الوزن:

أ- لم ينقص وزني في الفترة الأخيرة.

ب- نقص وزني في الفترة الأخيرة ما يزيد عن 2 كيلو جرام.

ج- نقص وزني في الفترة الأخيرة ما يزيد عن 5 كيلو جرام.

د - نقص وزني في الفترة الأخيرة ما يزيد عن 7 كيلو جرام.

20- الصحة:

أ- لست منشغلاً على صحتي الآن أكثر من المعتاد.

ب- تشغلني الآن أكثر من ذي قبل الأوجاع والآلام الخفيفة وإضطراب المعدة والإمساك وغيره.

ج- أنشغل جدًا بما يحدث لصحتي الآن والكيفية التي تحدث بها لدرجة يصعب علي معها التفكير في

أي شيء آخر.

د- يستغرقني تمامًا ما أشعر به أو أعانيه من متاعب صحية.

21- الجنس:

أ- لم ألاحظ أي تغير في إهتمامي بالجنس في الفترة الأخيرة.

ب- أصبحت أقل إهتمامًا بالجنس الآن عما كنت من قبل.

ج- إهتمامي بالجنس الآن أقل بكثير مما كنت من قبل.

د- فقدت إهتمامي بالجنس تماماً.

الإجابة أ: صفر

الإجابة ب: 1

الإجابة ج أو د: 2

الإجابة هـ: 3

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ