

المركز العربي لتأليف وترجمة العلوم الصحية (أكملز) دولة الكويت

الفصام



تأليف: د. سامي عبد القوي علي أحمد

مراجعة: المركز العربي لتأليف وترجمة العلوم الصحية



المركز العربي لتأليف وترجمة العلوم الصحية (أكملز)

دولة الكويت

الفصام

تأليف

د. سامي عبدالقوي علي أحمد

مراجعة

المركز العربي لتأليف وترجمة العلوم الصحية

سلسلة الثقافة الصحية

الطبعة العربية الأولى 2018

ردمك: ISBN: 978-9921-700-15-2

حقوق النشر والتوزيع محفوظة

للمركز العربي لتأليف وترجمة العلوم الصحية

(هذا الكتاب يعبر عن وجهة نظر المؤلف ولا يتحمل المركز العربي لتأليف وترجمة العلوم الصحية أية مسؤولية أو تبعات عن مضمون الكتاب)

ص.ب 5225 الصفاة - رمز بريدي 13053 - دولة الكويت

هاتف: +965 25338610/1/2 فاكس: +965 25338618/9

البريد الإلكتروني: acmls@acmls.org





المركز العربي لتأليف وترجمة العلوم الصحية (أكملز)

منظمة عربية تتبع مجلس وزراء الصحة العرب، ومقرها الدائم دولة الكويت وتهدف إلى:

- توفير الوسائل العلمية والعملية لتعليم الطب في الوطن العربي.
- تبادل الثقافة والمعلومات في الحضارة العربية وغيرها من الحضارات في المجالات الصحية والطبية.
- دعم وتشجيع حركة التأليف والترجمة باللغة العربية في مجالات العلوم الصحية.
- إصدار الدوريات والمطبوعات والأدوات الأساسية لبنية المعلومات الطبية العربية في الوطن العربي.
- تجميع الإنتاج الفكري الطبي العربي وحصره وتنظيمه وإنشاء قاعدة معلومات متطورة لهذا الإنتاج.
- ترجمة البحوث الطبية إلى اللغة العربية.
- إعداد المناهج الطبية باللغة العربية للاستفادة منها في كليات ومعاهد العلوم الطبية والصحية.

ويتكون المركز من مجلس أمناء حيث تشرف عليه أمانة عامة، وقطاعات إدارية وفنية تقوم بشؤون الترجمة والتأليف والنشر والمعلومات، كما يقوم المركز بوضع الخطط المتكاملة والمرنة للتأليف والترجمة في المجالات الطبية شاملة المصطلحات والمطبوعات الأساسية والقواميس، والموسوعات والأدلة والمسوحات الضرورية لبنية المعلومات الطبية العربية، فضلاً عن إعداد المناهج الطبية وتقديم خدمات المعلومات الأساسية للإنتاج الفكري الطبي العربي.

المحتويات

المقدمة	: ج
التمهيد	: هـ
المؤلف في سطور	: ز
الفصل الأول	: التعريف بالمرض وخطورته وتاريخه وأعراضه ومعدل انتشاره..... 1
الفصل الثاني	: الفصام: مراحله وأسبابه وتشخيصه..... 17
الفصل الثالث	: معالجة الفصام ومآله ونظرة المجتمع إليه..... 37
المراجع	: 63

المقدمة

تعد الاضطرابات النفسية نمطاً سلوكياً أو سيكولوجياً ينتج عن الشعور بالضييق أو العجز الذي يصيب الفرد ، ولا تعد هذه الاضطرابات جزءاً من النمو الطبيعي للمهارات العقلية أو الثقافية . وتعرّف الاضطرابات النفسية بأنها الأمراض التي تؤدي إلى إحداث تغير غير طبيعي في سلوكيات الفرد وتصرفاته، إضافة إلى حدوث خلل في قدرة الفرد في السيطرة على مشاعره، مما يؤدي إلى ظهور أعراض نفسية وسلوكية غريبة تؤثر سلباً على حياة الفرد وعمله ودراسته وعلاقته بالمجتمع من حوله . ولكن يختلف تعريف المرض النفسي من مجتمع إلى آخر وذلك باختلاف ثقافة المجتمعات، فبعض السلوكيات تكون مقبولة في مجتمع ما ومرفوضة رفضاً كاملاً في مجتمع آخر.

هناك طيف واسع من الاضطرابات النفسية التي يمكن أن يعانيها الكبار والصغار على حد سواء ، وتختلف مسببات المرض النفسي من مريض إلى آخر ، ومن العوامل التي تزيد من احتمالية إصابة الفرد بالمرض النفسي وجود عامل وراثي ، فقد وجد أن للوراثة دوراً كبيراً في حدوث الاضطرابات النفسية، حيث تورث الجينات المسؤولة عن المرض من الآباء إلى الأبناء، وهناك أسباب أخرى منها التعرض للضغوطات النفسية والاجتماعية الشديدة . ويتم تشخيص المرض النفسي بواسطة الأطباء المختصين في علم النفس بناء على الأعراض التي تظهر على المريض، ويتم تقديم المعالجة الدوائية والدعم النفسي للمريض لتجاوز المحنة التي يمر بها . وسوف نتطرق في هذا الكتاب لأحد الاضطرابات النفسية وهو مرض (الفصام) الذي يؤثر على المريض وعلى علاقته بمن حوله.

نأمل أن يستفيد مما تضمنته فصول هذا الكتاب قراء سلسلة الثقافة الصحية والمهتمون والعاملون في مجال الطب النفسي وعلم النفس.

والله ولي التوفيق،،

الدكتور/ عبد الرحمن عبد الله العوضي

الأمين العام

المركز العربي لتأليف وترجمة العلوم الصحية

التمهيد

يُعد الفصام أحد الاضطرابات النفسية التي تصيب الأفراد على مستوى العالم، وهم في مقتبل العمر وفترة الشباب والنضج العقلي، وهو يؤثر بشكل ملحوظ في حياة المصاب فيعيق قدرته على أداء الكثير من الأمور والمهام، إذ تبدو مشاعره وأفكاره وتصرفاته بعيدة عن الواقع أو غريبة. ويعرّف الفصام وفقاً لمنظمة الصحة العالمية بأنه «اضطراب عقلي شديد، يتميز باضطرابات عميقة في التفكير، مما يؤثر على اللغة، الإدراك، والشعور بالنفس والواقع، وغالباً ما يتضمن أعراضاً ذهانية، مثل سماع الأصوات أو الضلالات، ويؤثر على وظيفة الفرد في مناحي الحياة المختلفة».

وتشير منظمة الصحة العالمية أن هناك ما يقارب 21 مليون فرد مصابون بالفصام على مستوى العالم، وعادة يتراوح عمر الفرد بين 20-28 عاماً بالنسبة للذكور وبين 26-32 عاماً بالنسبة للإناث. وتجدر الإشارة إلى أن الطريقة المناسبة لمعالجة المرض هي الجمع بين الخيارات العلاجية المتاحة بما في ذلك الأدوية واستشارة الطبيب وكذلك دعم الأسرة، والأصدقاء، بالإضافة إلى ضرورة مساعدة الشخص نفسه لتخفيف الأعراض قدر المستطاع والتعامل مع المرض بشكل جيد.

يقسم الكتاب الذي بين أيدينا إلى ثلاثة فصول، يتناول الفصل الأول منها التعريف بالمرض وخطورته وتاريخه وأعراضه ومعدل انتشاره، ويناقش الفصل الثاني مراحل المرض وأسبابه وتشخيصه، ويختتم الكتاب بالفصل الثالث وذلك بالحديث عن معالجة الفصام ومآله ونظرة المجتمع إليه.

نأمل أن يكون هذا الكتاب قد استوفى بالشرح كل ما تطرق إليه من معلومات، وأن يكون إضافة تظم إلى المكتبة الطبية العربية.

والله ولي التوفيق،،

الدكتور/ يعقوب أحمد الشراح

الأمين العام المساعد

المركز العربي لتأليف وترجمة العلوم الصحية

المؤلف في سطور

• د. سامي عبد القوي علي أحمد

- مصري الجنسية - مواليد عام 1955م.
- حاصل على بكالوريوس الطب والجراحة - كلية الطب - جامعة عين شمس - القاهرة - عام 1979م.
- حاصل على دكتوراه في علم النفس الإكلينيكي - كلية الآداب - جامعة عين شمس - القاهرة - عام 1989م.
- حاصل على درجة الماجستير في الأمراض العصبية والنفسية - كلية الطب - جامعة عين شمس - القاهرة - عام 1986م .
- يعمل حالياً استشاري علم النفس الإكلينيكي - المركز الوطني للتأهيل - أبو ظبي - الإمارات العربية المتحدة.

الفصل الأول

التعريف بالمرض وخطورته وتاريخه وأعراضه ومعدل انتشاره

ما أهمية أن نتناول في كتابنا هذا مرض الفصام، وهل هو من الأمراض الشائعة التي يجب أن نتعرف عليها، وما أهمية أن تكون لدينا معلومات كافية عنه؟ إن الإجابة على هذه التساؤلات تأتي من خلال ما يمكن أن تضيفه هذه المعرفة لنا من تصورات وحقائق علمية عن المرض، ومدى خطورته، وتأثيراته السلبية على الفرد والأسرة والمجتمع. كما تفيدنا في معرفة كيفية التعامل مع مرضاه إذا ما أصاب أحداً من أفراد الأسرة، أو زملاء العمل، أو الأصدقاء. يُعد الفصام أحد الأمراض العقلية المزمنة في كثير من الأحيان، كما أنه عادة يصيب الأفراد وهم في مقتبل العمر وفترة الشباب، وهي مرحلة النضج العقلي، والفترة التي تتطلب أن يكون الفرد فيها مستقلاً، وقادراً على صنع مستقبله من خلال قدرته على الدراسة وعلى العمل.

بالإضافة إلى ذلك فإن المرض يتسبب في تغيرات كبيرة وشديدة على شخصية الفرد، الأمر الذي تترتب عليه مجموعة كبيرة من المشكلات التي تلقي بظلالها على المريض نفسه، وكل من هم في محيطه. فعلى مستوى الفرد يصيب المرض معظم وظائف التفكير والإدراك والانفعال والسلوك، مما يؤثر على الشخصية بكاملها تقريباً، وينعكس ذلك في اضطراب وظائف الفرد التعليمية والمهنية والاجتماعية بشكل عام. كما أنه يبدأ في سن مبكرة وعادة ما يستمر المرض أو بعض أعراضه لفترات زمنية طويلة قد تمتد لسنوات، مما قد يتسبب في تدهور مستواه الدراسي، أو يهمل في عمله، وتقل قدرته الإنتاجية، ومقدرته على كسب رزقه. كما تضطرب علاقاته الاجتماعية والأسرية. يُضاف إلى ذلك كونه مرضاً مزمناً يتطلب رعاية صحية مكلفة اقتصادياً، مما يمثل عبئاً اقتصادياً على الفرد والأسرة والمجتمع. وقد ذكرت منظمة الصحة العالمية أن المصابين بالاضطرابات النفسية بشكل عام، والفصام بشكل خاص يفتقرون عادة إلى فرص التعليم، وإدارة الدخل، مما يحد من فرصهم في التنمية الاقتصادية، ويحرمهم من التواصل الاجتماعي، واحتلال مكانة داخل المجتمع.

الفصام من وجهة نظر اقتصادية

في عام 2013 كان الفصام واحداً من أهم 25 سبباً رئيسياً للإعاقة في جميع أنحاء العالم. وعلى الرغم من انخفاض معدل انتشاره، فإن أعباءه الصحية والاجتماعية والاقتصادية تكون هائلة، ليس فقط على المرضى ولكن أيضاً على الأسر ومقدمي الرعاية والمجتمع الأوسع. ويكفي القول بأن عدد المصابين بالفصام على مستوى العالم بلغ أكثر من 21 مليوناً. وقدرت منظمة الصحة العالمية أن التكاليف المباشرة للفصام في البلدان الغربية تتراوح بين 1.6-2.6% من إجمالي نفقات الرعاية الصحية التي بدورها تمثل ما بين 7-12% من الناتج القومي الإجمالي. ويُعد الفصام المرض النفسي الأكثر تكلفة في أمريكا، حيث يكلف حوالي 19 مليار دولار في السنة كتكلفة مباشرة (رعاية صحية وأدوية)، ويتضاعف المبلغ ثلاثة أضعاف إذا حسبت التكلفة غير المباشرة (مثل تغيب المريض أو من يرعاه عن العمل)، وقد تراوحت تكلفة علاج الفصام بين 134-174 مليار دولار بمتوسط قدره 155 مليار في عام 2013، مقارنة بتكلفة مقدارها 63 ملياراً في عام 2002. أما في بريطانيا فبلغت التكلفة المباشرة وغير المباشرة حوالي 4 مليار جنيه إسترليني في عام 2007، ويفترض أن ترتفع إلى 7.6 مليار جنيه في عام 2026.

ومن المؤسف أنه في مجتمعاتنا العربية لا توجد دراسات مسحية كافية نستطيع من خلالها التعرف على عدد الحالات المصابة بالفصام، ولا حتى التكلفة المباشرة وغير المباشرة التي يتكلفتها علاج هذه الحالات.

ونظراً لأن المرض في كثير من الأحيان يبدأ بداية غامضة، لا تظهر معها أعراض شديدة تسترعي اهتمام المحيطين بالمريض، كما أنه يتطور بشكل بطيء، فإن العلاج الحقيقي قد يبدأ متأخراً بعد أن يكون المرض قد أثر تأثيراً شديداً على المريض، وقلل من فرص العلاج الناجحة. ومن ثم يصبح من الضرورة بمكان أن نتعرف على هذا المرض وعلاماته المبكرة، وأعراضه وضرورة علاجه المبكر، حتى يمكن الحفاظ على الصحة النفسية للمريض التي تنعكس بالضرورة على صحة المجتمع واستقراره. وعلى الرغم من أنه مرض قابل للعلاج، فإن نسبة غير قليلة (25%) من المرضى لا يتحسنون على الإطلاق رغم العلاجات الطبية المختلفة التي قُدمت لهم، وهذه النسبة تمثل تحدياً للمجتمعات، ولقدمي الرعاية الصحية، حيث يظل معظم هؤلاء المرضى في المصحات، بكل ما يتطلبه ذلك من رعاية وتكلفة.

التعريف بالمرض

تُستخدم كلمة الفصام للإشارة لمعانٍ كثيرة تختلف باختلاف مستخدميها. فقد تُستخدم بمعنى «انفصام الشخصية» وهي كلمة غير صحيحة من الناحية العلمية، كما يستخدمها

العامة للإشارة «للجنون» تلك الكلمة التي لا يوجد لها أي وجود في قواميس الطب النفسي. وقد يستخدمها البعض للإشارة بديلاً عن معنى «ازدواج أو تعدد الشخصية» التي لا تشير بأي حال من الأحوال إلى المعنى الحقيقي للمرض، بل على العكس تماماً تشير إلى اضطراب نفسي مختلف. فما المقصود بكلمة الفصام وما المعنى الحقيقي لها، وما أصلها اللغوي؟

ودون الدخول في التعريفات المختلفة للفصام، سنكتفي بأكثرها قبولاً من الناحية الطبية وهو تعريف منظمة الصحة العالمية التي تعرف المرض بأنه: «اضطراب عقلي شديد، يتميز باضطرابات عميقة في التفكير، مما يؤثر على اللغة، الإدراك، والشعور بالنفس والواقع، وغالباً ما يتضمن أعراضاً ذهانية، مثل سماع الأصوات أو الضلالات (الأوهام)، ويؤثر على وظيفة الفرد في مناحي الحياة المختلفة، الدراسية، والمهنية والاجتماعية، ومن ثم يؤدي إلى تدهور الشخصية»، وهو تعريف قريب من تعريف الجمعية الأمريكية للطب النفسي، التي تعرفه على أنه: «مرض عقلي خطير يتميز باضطراب في التفكير، واللغة، والوجدان، والإدراك، مع غرابة السلوك، والهلاوس والأوهام (الضلالات). وسوف نتعرض بالتفصيل لخصائص المرض في الجزء المتعلق بمؤشرات تشخيص الفصام.

وكثيراً ما نجد تعريفاً للفصام باعتباره مرضاً ذهانياً أي أنه أحد الاضطرابات الذهانية، فماذا تعني كلمة زهان بشكل عام التي ربما تقابلنا كثيراً ونحن نتحدث عن أعراض هذا المرض وعلاجه. تعود جذور كلمة زهان (Psychosis) إلى اللغة اللاتينية، وتتكون من شقين: (Psyche) بمعنى نفس أو روح، و (Osis) بمعنى حالة غريبة. والكلمة في مجملها تعني حالة غريبة للعقل. أما في العربية فتعود كلمة زهان إلى كلمة ذهن التي تعني الفهم والعقل كما جاء في معجم لسان العرب.

وفي معجم اللغة العربية المعاصرة يعني الزهان: اختلالاً شديداً في القوى العقلية، يؤدي إلى اختلال جميع وسائل التكيف والتوافق العقلي والاجتماعي والمهني، مع فقد البصيرة (القدرة على الاستبصار)، أي إدراك المريض بأنه مريض. ويطلق على المصاب بهذا المرض ذهانياً. ويمكن القول بشكل عام أن الزهان اضطراب عقلي يتضمن فقد الاتصال بالواقع، مع اضطراب التفكير، والسلوكيات الشاذة والغريبة، مع وجود صعوبة في التفاعلات والتعاملات الاجتماعية. ويستخدم المصطلح لوصف الاضطرابات العقلية الشديدة التي تضطرب فيها علاقة المريض بالواقع مقارنة بحالات العصاب التي تكون أقل تأثيراً على حالة المريض. ومن الاضطرابات الذهانية الشائعة: اضطرابات الفصام، والاضطرابات الوهامية (الضلالات)، والاضطرابات الوجدانية.

وقديماً كان الزهان يُصنف إلى نوعين: زهان وظيفي وهو ما نعنيه بالأمراض العقلية، وناتج عن تغير في وظائف الدماغ، وخاصة في النواقل العصبية (مواد كيميائية تفرزها العصبونات لنقل الإشارات فيما بينها) المسؤولة عن تنظيم عمل مراكز الوظائف العقلية في الدماغ، وفي هذه الحالة نسميه زهاناً أولياً. أما النوع الثاني فهو الزهان العضوي ويعني ظهور أعراض ذهانية نتيجة لأسباب عضوية مختلفة تصيب أجهزة الجسم، أو الغدد أو نتيجة للتسمم بمواد عضوية. وهنا نسميه زهاناً ثانوياً بمعنى أنه ناتج من أسباب أخرى أولية.

والحقيقة أنه مع مزيد من اكتشافات العلم المتعلقة بوظائف الدماغ، واستخدام تقنيات متطورة لم تكن متوفرة من قبل، ومع وجود البراهين على أن مرضى الزهان يعانون اضطرابات في نسيج الدماغ ونواقله، أصبحت التفرقة بين الزهان الوظيفي والزهان العضوي غير ذات معنى من حيث وجود أو عدم وجود تغيرات تشريحية معينة في الدماغ، ولكنها تظل قائمة للتفرقة بين كونها اضطرابات أولية أم ثانوية. ويمكن أن نلخص مجموعة الأعراض التي تميز الاضطرابات الذهانية بشكل عام فيما يلي:

يتضمن الزهان مجموعة من الأعراض التي تؤثر على أفكار الفرد، والمشاعر، والسلوكيات. وتنقسم أعراض الزهان عادة إلى فئتين: أعراض «إيجابية» و«سلبية». الأعراض «الإيجابية» هي تغييرات في الأفكار والإدراك على هيئة أوهام وهلاوس. أما الأعراض السلبية فهي فقد القدرة على التعبير عن الانفعالات، وفقد الإرادة.

1. الأوهام (الضلالات) وتعني اضطراب في تفكير المريض، حيث يعتقد اعتقاداً راسخاً وثابتاً بفكرة ما على الرغم من خطئها، وغياب الدليل الواضح على صحتها في الواقع. كما أنها لا تتناسب مع ثقافة الفرد أو درجة تعليمه، بمعنى أننا قد نجد أفراداً يعتقدون في ثقافة ما بوجود قوى خارقة حولهم، ويشتركون جميعاً في هذا الاعتقاد، وفي هذه الحالة لا نعدّه اعتقاداً مرضياً، وعادة لا يمكن دحض هذه الاعتقادات الخاطئة بالأدلة أو البراهين. ومن أمثلتها اعتقاد الفرد أن هناك من يطاردّه، أو يتتبعه، أو يحاول إيذاءه، أو اعتقاده بأنه يملك قوى خارقة، أو هناك من يسيطر على سلوكياته وأفكاره.

2. الهلاوس وهي عبارة عن اضطراب في الإدراك، وهي مدركات حسية متخيلة، أي تحدث دون وجود منبهات في الواقع. وتكاد تصيب كافة الحواس، فنجد هلاوس سمعية (سماع أصوات لا يوجد لها مصدر واقعي)، أو بصرية (رؤية أشياء غير موجودة)، أو لمسية (شعور بحشرات على سطح الجلد)، أو شمعية (روائح غير موجودة). وقد يقول المريض إنه يرى شخصاً يقف أمامه، ويحاوّرّه على الرغم من أن هذا الشخص غير موجود أصلاً. والهلاوس السمعية هي النوع الأكثر شيوعاً في الفصام، حيث يسمع المصاب به أصواتاً متخيلة، وقد يتناقش معها. وفي أحيان أخرى تقوم الأصوات بإعطائه أوامر،

أو تعلق على صفاته وأفعاله. ومن الأنواع الأقل شيوعاً في الفصام الهلاوس البصرية والذوقية واللمسية أو الشمية.

3. اضطرابات في عمليات التفكير المنطقي، وصعوبة التعبير عن الأفكار.
 4. سلوكيات شاذة وغريبة، قد يصاحبها نوبات من الغضب أو العدوانية غير المبررة.
 5. فقد الإرادة وسلوك المبادرة، وصعوبة التواصل الانفعالي، وفقد القدرة على الاستمتاع.
- وسنتناول كل هذه الأعراض بالتفصيل عند حديثنا عن الأعراض المميزة لمرض الفصام وأنواعه المختلفة.

تاريخ مصطلح الفصام

إذا كنا نبحث عن تاريخ وصف الأعراض التي تشبه ما نسميه الآن بالفصام، فإن الأمر يعود إلى آلاف السنين، حيث أشارت إحدى البرديات المصرية القديمة إلى هذه الأعراض التي تضمنها كتاب «القلوب»، المكتوب في عام 2000 قبل الميلاد. كما أشار أفلاطون في القرن الخامس قبل الميلاد إلى طبيعة الأمراض النفسية من خلال علاقة الجسد بالعقل، وأوضح في محاوراته أن شفاء الرأس (العقل) وحدة دون شفاء بقية أجزاء الجسم محض هراء، وأن شفاء الجسد يبدأ من شفاء الروح.

أما في التاريخ الحديث فكلمة الفصام كلمة حديثة نسبياً في قاموس المصطلحات النفسية، وإن كانت الأعراض التي تشير إليها تم عرضها في الأدبيات الطبية بشكل مبكر جداً، ولكن تحت مسمى آخر هو «الخرف المبستر» الذي وضعه لأول مرة الطبيب النفسي الألماني إميل كريپيلن (Emil. Kraepelin) في نهايات القرن التاسع عشر، وبالتحديد في عام 1893م، واستخدمه للإشارة إلى مجموعة من الأعراض التي تشبه الخرف، وهو المرض الذي يصيب الدماغ في سن مبكر (بعد سن البلوغ)، وأسماه الخرف المبكر، تمييزاً له عن خرف الشيخوخة. وقد أعده مرضاً يؤدي إلى التدهور المستمر في الوظائف المعرفية والانفعالية، وأنه لا يمكن الشفاء منه. ويعد كريپيلن أول من قدم تصنيفاً للأمراض النفسية، واستطاع أن يفرق بين أعراض الخرف المبكر من ناحية، والاضطراب الهوسي الاكتئابي من ناحية أخرى. كما أوضح أن السبب العضوي الكامن وراء هذا المرض هو تدمير جزئي في خلايا أو نسيج الدماغ، وهو الأمر الذي أكدته العلوم الحديثة بما توفر لها من آليات تصوير الدماغ بعد أكثر من 100 عام من فرضية كريپيلن.

أما مصطلح الفصام المعروف الآن، فيرجع إلى التسمية التي أطلقها الطبيب النفسي السويسري يوجين بلويلر (Eugen Bleuler) الذي صك المصطلح لأول مرة عام 1911م،



(الشكل 1): العالم يوجين بلويلر
(واضع مصطلح الفصام).

وذلك في محاولة للتفرقة بين ما أشار إليه كريبيلن، وما لاحظته هو على مرضاه. فقد تبين له أن بعض المرضى الذي يعانون أعراض الخرف المبكر (وفقاً للتسمية السابقة) تتحسن أعراضهم، ولا تتدهور كما هو الحال في حالات الخرف. واعتبر بلويلر مصطلح «الخرف المبكر» مصطلحاً مضللاً، واستبدله بالمصطلح الجديد، وإن حافظ على تصور كريبيلن من أن المرض يحدث في سن مبكرة من ناحية، ويتميز بدرجة أو بأخرى من التدهور من ناحية أخرى.

وعرّف بلويلر الفصام على أنه مجموعة من الأعراض الذهانية (العقلية) التي تسلك أحياناً مصيراً مزمنياً، وأحياناً

نوبات متكررة، وأن هذه الأعراض قد تتوقف أو تتدهور في أية مرحلة، ولكن الفرد لا يعود إلى التكامل السابق الذي كان عليه. كما أنه مرض يتميز باضطراب في التفكير، والشعور، وعلاقة الفرد بالعالم الخارجي.

وقدم بلويلر وصفاً للأعراض الأساسية التي يتكون منها هذا المرض، تتضمن اضطراب الوجدان، والذاتوية أو التوحد، وترابط الأفكار، والتناقض الوجداني. كما أشار في محاضرة له ألقاها عام 1926م إلى أن الأعراض الأربعة التي ذكرها، يمكن ملاحظتها بشكل أو بآخر في معظم أنواع الفصام. واعتبر أن كل أشكال اضطراب التفكير اللاعقلاني التي نراها على المرضى إنما تأتي من عملية افتقاد الترابط في التفكير. كما أن الذاتوية (وتعني عدم الاستجابة المناسبة للواقع الخارجي، والانغماس في العالم الداخلي للمريض) هي علامة مميزة لاستجابات مرضى الفصام مع الواقع. وأشار بلويلر إلى أن هذه الأعراض الأساسية هي ما تميز الفصام، وأن كل ما عداها من أعراض كالضلالات والهلاوس والسلبية، إنما هي أعراض ثانوية تظهر نتيجة تفاعل الفرد مع دفعاته ورغباته.

وفي عام 1959م أعاد الطبيب النفسي الألماني كورت شنايدر (Kurt Schneider) صياغة أعراض بلويلر، ووضع قائمة من الأعراض الذهانية التي أعدها تميز بين مرض

الفصام، والاضطرابات الذهانية الأخرى، وسماها بأعراض المرتبة الأولى، وتشمل هذه الأعراض ما يلي:

1. إدراك وهمي أو ضلالي يعني أن المريض يبدأ في تكوين أوهام أو ضلالات (اعتقادات خاطئة) يفسر من خلالها ما يدور حوله من أحداث، كأن يقول: «إن السيارة الحمراء التي مرت بجواري بالأمس تقول لي إنني سوف أقتل».
2. هلاوس سمعية حيث يسمع المريض أصواتاً تتحدث عنه، وتعلق على تصرفاته، وكأن أفكاره يتم الحديث عنها بصوت عال.
3. الاعتقاد بأن هناك من يتحكم في أفكار المريض سواء عن طريق إقحام أو إدخال أو زرع أفكار في عقله، أو سحب أفكاره، أو إذاعتها ونشرها.
4. الاعتقاد بأن هناك قوة خارجية تتحكم في أفعاله ومشاعره ورغباته.

واعتبر شنايدر أن هذه الأعراض الأساسية في غياب أي أسباب عضوية كافية لتشخيص الفصام، وأن هناك أعراضاً ثانوية تتضمن التغيرات المزاجية الشديدة. وأنه حتى في غياب الأعراض الأساسية، مع توفر العديد من الأعراض الثانوية يظل تشخيص الفصام قائماً.

وجاء فرويد وقدم نظرية التحليل النفسي، وأعد المرض النفسي نتاجاً لمجموعة من الصراعات الداخلية غير المحلولة التي تؤدي بالفرد للنكوص أو التقهقر لإحدى مراحل النمو النفسي المبكرة بكل ما تتسم به من أنماط تفكير وسلوك بدائية، خاصة التفكير العياني. أما الطبيب السويسري أدولف ماير (Adolf Meyer) الذي ترأس الجمعية الأمريكية للطب النفسي، وأعد رائد الطب النفسي الأمريكي فقد استطاع أن يضع أول تصور متكامل للأمراض النفسية بما فيها الفصام، وأن يقدم المدرسة البيولوجية النفسية في تفسير الأمراض النفسية التي أعدها نتيجة مباشرة من تفاعلات حياة الفرد السابقة سواء أكانت نفسية أو اجتماعية أو بيولوجية. ومن ثم اعتبر أن كل فرد لديه أعراضه الفريدة التي تختلف عن الآخرين نتيجة اختلافهم في طبيعة هذه العوامل التي مرت في تاريخ كل فرد، ونتيجة لذلك فقد رفض تقسيمات كريبيلن وبلويلر، ونظرية فرويد التي تقول إن هذه الأمراض هي نتيجة صراعات داخلية.

معدل انتشار المرض

تشير معظم الإحصاءات والدراسات المسحية التي أُجريت بهدف التعرف على نسبة انتشار المرض أن الفصام ينتشر في كل أنحاء العالم، وفي كل الثقافات، وفي كل الطبقات.

وعلى الرغم من الافتقار للدراسات المسحية في كثير من دول العالم، وعدم الدقة في تسجيل عدد الحالات المصابة بدقة في كل دولة فقد أشارت معظم الدراسات إلى أن نسبة انتشاره في الغالب تدور حول 0.7-1.1%، وهي تقريباً نسبة 1% من مجموع السكان، وأنه يصيب كلا من الذكور والإناث بنفس النسبة تقريباً. وتشير منظمة الصحة العالمية إلى أن هناك ما يقارب 21 مليون فرد في العالم مصابون بالفصام، وأن نسبة الإصابة تصل إلى 3 لكل 10,000 شخص. وعادة يتراوح عمر الفرد في أول نوبة من المرض بين 20-28 عاماً في الذكور (بداية ومنتصف العشرينيات)، وبين 26-32 عاماً في الإناث (أواخر العشرينيات). ويكون متوسط عمر الإصابة بالمرض بشكل عام 20-35 عاماً.

أعراض الفصام

كثيراً ما نرى في الشارع بعض الأفراد الذين يتصرفون بطريقة غريبة، أو يرتدون مجموعة من الملابس غريبة المظهر، أو غير المتناسقة التي لا يمكن عزوها إلى ملابس أية مجموعة ثقافية في المجتمع. وقد نجدهم كذلك يتحدثون إلى أنفسهم، أو إلى شخص آخر لا نراه نحن، وإذا حاولت التحدث معهم فأنت عادة لا تستطيع أن تفهمهم، أو تتابع كلامهم الغريب وغير المترابط. ومع كل هذه المظاهر يمكنك أن تقول ببساطة رغم أنك شخص غير متخصص إن هؤلاء إنما هم مرضى عقليون، فهل هذا صحيح؟

الحقيقة أن هناك مجموعة من الأعراض التي يمكن ملاحظتها على المريض في وقت مبكر قبل ظهور التغيرات المرضية الواضحة عليه. وأثناء هذه المرحلة قد لا ينتبه أفراد الأسرة أو المحيطون بالفرد أن ثمة تغيرات تحدث مع المريض، وأنه على وشك الدخول في مرحلة المرض الظاهر، وقد تكون هذه المرحلة قصيرة، وقد تستمر لعدة سنوات، باعتبار أن المرض يسير ببطء وبشكل تدريجي، وهو الأمر الذي قد يؤخر العلاج في حينه.

الأعراض المبكرة للفصام

يمكن أن نلخص الأعراض المبكرة للفصام فيما يلي :

1. اضطراب النوم سواء بالنوم الزائد أو الأرق المستمر.
2. صعوبة التركيز، أو الانتباه لما يحدث حول المريض من أحداث، وصعوبة اتخاذ القرارات في المسائل البسيطة.
3. ظهور بعض المشكلات في الدراسة أو العمل، وعدم الاهتمام بها بنفس الدرجة التي كانت من قبل.

4. ينتاب المريض بعض الشك في تصرفات ونيات من حوله، وقد يحتد عليها أو على بعض الكلمات التي يسمعوها والتي لم تكن تسبب له التوتر من قبل.
5. قد يبدأ المريض في الانعزال عن حوله، ويفضل البقاء في حجرته معظم الوقت، ويبرر بذلك بأسباب واهية.
6. الاستجابة للأحداث بلامبالاة غير معهودة منه، مع بعض ضحكات السخرية التي لا يوجد ما يبررها، أو يستجيب بتعبيرات كلامية غير مفهومة.
7. تغير في العادات الشخصية والاهتمام بمظهره ونظافته العامة كما كان يفعل من قبل.

الأعراض الأساسية المميزة للفصام

أما عن الأعراض الأساسية المميزة للفصام، فإنها تكاد تصيب جوانب الشخصية بأكملها، إذ تحدث مجموعة من الأعراض الكثيرة نتيجة اضطراب الوظائف التالية:

1. التفكير واللغة.
 2. المزاج أو الوجدان والعاطفة.
 3. الإدراك.
 4. السلوك والانسحاب عن المجتمع.
- ونود أن نشير هنا إلى أن ما سنعرضه يمثل مجموع الأعراض المميزة للفصام، وإن كان من غير الضروري أن نجدها مجتمعة في المريض الواحد، وهناك عدة أنواع للفصام تختلف فيما بينها في طبيعة الأعراض المميزة لكل نوع، وهو ما سنتعرف عليه في مرحلة تشخيص المرض لنتعرف على العلامات المرضية المميزة لكل نوع.

أولاً: اضطراب التفكير واللغة

تظهر اضطرابات التفكير في العديد من الأمراض النفسية، ويُعد الفصام أكثر الأمراض العقلية التي تظهر فيها ملامح اضطراب التفكير بشكل عام في جميع خصائصه تقريباً. ويتسم تفكير مرضى الفصام بعدم التنظيم كما يفتقر إلى الأساليب المنطقية، وتظهر هذه المشكلة في شكل التفكير، وتنعكس على حديثهم ولغتهم، مما يخلق صعوبة في التواصل بينهم وبين الآخرين.

وتظهر اضطرابات التفكير في أربع نواح هي: شكل التفكير، مسار أو مجرى التفكير، محتوى التفكير، وأخيراً التحكم في التفكير. ويمكن أن نلخص هذه الاضطرابات على النحو التالي:

1 - اضطرابات شكل التفكير

يُقصد بشكل التفكير الطريقة التي تعكس ترابط الأفكار ودرجة وضوحها والتي تنعكس في لغة المريض، وتأخذ اضطرابات شكل التفكير الأنواع التالية:

أ - التفكير غير المترابط ، حيث يظهر افتقاد الترابط بين الأفكار بعضها البعض، والخروج عن المسار الطبيعي لقطار الأفكار، ويأخذ التفكير غير المترابط شكل السلطة الكلامية، أي التلفظ بمجموعة من الألفاظ التي لا تجد أي رابط بينها، وكأن لغة المريض تمثل وعاءً يضم تشكيلة من الألفاظ، لكنها لا تؤدي إلى أي معنى واضح، ولا توصل الرسالة المطلوبة منها، كما قد يتلفظ المريض بمجموعة نمطية من الألفاظ، ويكررها بغض النظر عن وظيفتها الكلامية، وهو ما نسميه بنمطية الكلمات. وقد يفتقد الكلام إلى أية قواعد نحوية معروفة في الحديث العادي، كأن يقول: «هو ذهب هنا» على سبيل المثال. ويؤدي عدم الالتزام بقواعد اللغة في الحديث إلى غرابة الألفاظ والجمل، ومن ثم يصعب فهمها على النحو المعتاد، وتسمى هذه الحالة غياب قواعد النحو. وفي كثير من الأحيان قد تظهر لدى المريض لغة جديدة يستخدم فيها كلمات غير معتادة ولا تحمل أي معنى إلا للمريض ذاته، ولا يفهمها حتى مرضى الفصام الباقون، وتسمى هذه الحالة بالتكلم المستحدث. كما قد تقل الطلاقة اللفظية (قدرة المريض على إنتاج الكلمات) ويقل كلامه تماماً، وهو ما نسميه بعدم الكلام.

ب - التفكير العياني ، حيث لا يستطيع المريض استخلاص المعاني المجردة من الكلام، ومن ثم لا يمكنه أن يصل إلى دلالة ما يسمع، ويمكن الكشف عن هذه الخاصية من خلال سؤال المريض عن معنى بعض الأمثال الشعبية، فإذا سألنا المريض عن معنى المثل القائل «عمر الدم ما يبقى مية» نجده لا يستطيع الوصول إلى علاقة صلة الرحم، ويفسر المثل بمعناه العياني، قائلاً: « كيف يمكن للدم أن يصبح ماءً». وبالتالي فهو يشرحه بنفس معناه العياني، لا بالمعنى المجرد الذي يرمي إليه المثل.

ج - التفكير الذاتوي ، وهو تفكير انسحابي متمركز حول الذات، وتوجهه الرغبات والتخيلات الداخلية للمريض، لا ما يتطلبه الواقع أو العالم الخارجي، كما يصاحبه انسحاب اجتماعي.

2 - اضطرابات مسار أو مجرى التفكير

يُعد الكلام الوعاء الذي يتم من خلاله التعبير عما يدور في ذهن الفرد من أفكار، ولذا تظهر اضطرابات مسار التفكير ومحتواه في كلام المريض. كما أن اضطراب مسار التفكير ليس قاصراً على مرضى الفصام وحدهم، بل يمكن ظهوره على مرضى الهوس أيضاً، وخاصة ما يُسمى منه بتطاير الأفكار. وقد تظهر اضطرابات مسار التفكير في وقت مبكر، وقبل وقت طويل من ظهور الأعراض الأخرى المميزة للفصام، أي يمكن اعتبارها علامة مبكرة على المرض. كما أن اضطرابات مسار التفكير تؤثر تأثيراً مباشراً وقوياً على الكلام والكتابة. وتأخذ اضطرابات المجرى عدة أشكال على النحو التالي:

أ - إطناب أو زجاجية الأفكار ، ويعني هذا الاضطراب لف المريض ودورانه حول الهدف الذي يفترض أن يصل إليه، فهو يضيف العديد من الأفكار الهامشية على الفكرة الأساسية، ولكنه يصل في النهاية إلى اكتمال فكرته الأساسية (يلف ويدور)، وتظهر هذه العلامة في كل من مرضى الهوس ومرضى الفصام.

ب - توقف الأفكار ، حيث يتوقف المريض فجأة عن الكلام، ولمدة ثوانٍ معدودة، ثم يعود مرة أخرى للحديث دون أن يكمل ما قد توقف عنده، ويبدأ بموضوع جديد لا يمت بصلة للموضوع السابق، ومن ثم يبدو الحديث متقطعاً لا يصل أبداً إلى نهايته المفروضة.

ج - ضغط الأفكار، وفي هذه الحالة يعاني المريض كثرة أفكاره، ورغبته في سردها كلها في آن واحد، نتيجة ما تمثله هذه الأفكار من ضغط فكري عليه، فيتحدث، وينتقل من فكرة إلى أخرى دون الوصول إلى المعنى المطلوب من استكمال الفكرة. ويعكس ضغط الأفكار التشويش الذهني الذي يميز فكر المريض. ويظهر هذا العرض في حالات الهوس بشكل أساسي.

3 - اضطرابات محتوى أو مضمون التفكير

يعني محتوى التفكير طبيعة ما يدور في رأس المريض من أفكار، ويعبر عنها في كلامه، ويأخذ اضطراب المحتوى شكل التوهيمات أو الأوهام أو الضلالات وهي علامة مميزة للاضطرابات الذهانية بشكل عام وأكثر أعراض الفصام شيوعاً بشكل خاص، وسبق وذكرنا أنها أفكار خاطئة، أو اعتقاد ثابت وراسخ لدى المريض يعتقد فيه اعتقاداً جازماً لا يمكن دحضه بأية وسيلة منطقية، ولا يوجد له أي أساس في الواقع، ويصعب تقويمها أو تغييرها،

كما أنها لا تتناسب مع ثقافة المريض أو مستواه التعليمي، وتتركز عادة حول ذات المريض. وتشمل أنواع الضلالات ما يلي:

أ - الأوهام الاضطهادية أو البارانودية ، مثل أفكار الاضطهاد، وفيها يشكو المريض من أن الناس تتعقبه، وأن أجهزة الأمن تتبع خطواته في كل مكان، وتضع أجهزة التنصت في بيته لمراقبته. أو أنه ضحية لمؤامرة كبيرة تسعى للزج به في السجن، أو أن زوجته تريد التخلص منه بوضع السم في الطعام. أو أنه مظلوم وكل الناس تسيء معاملته وتظلمه دون سبب واضح. وهي من أكثر الضلالات شيوعاً في الفصام خاصة فصام الشك أو البارانويدي.

ب - أوهام العظمة ، وهو من الضلالات الشائعة أيضاً، وفيها يعتقد المريض أن لديه قوة خارقة، أو خصائص فريدة (مخترع كبير، نجم سينمائي.... إلخ)، أو أنه أذكى البشر، أو يستطيع كشف الغيب، أو أنه نبي مرسل، أو المهدي المنتظر.

ج - ضلالات التأثير ، وهي نوع من الضلالات السلبية، يعتقد فيها المريض بأنه مسلوب الإرادة في أي عمل يقوم به، وأن هناك قوة خارجية تسيطر عليه، وتؤثر على أفكاره وسلوكياته وأفعاله، أو تتحكم في جسمه وعملياته الوظيفية.

د - ضلالات التلميح أو الإشارة ، وفيها يُعطى المريض معانٍ شخصية لأفعال وحركات الناس والأشياء من حوله، دون أن يكون هناك أي إثبات على ذلك. فهو يشعر أن حركات الناس وكلامهم وتصرفاتهم تُلمح عليه بأشياء عادة ما تكون سيئة. كما أن حديث المذيعات في التلفاز أو بعض الكلمات في نشرات الأخبار هو المقصود بها، كما تكون حركة السيارات وبوقها وأنوارها ذات إشارة معينة، وعادة ما تأخذ كل حركة أو كلمة معنى معيناً عند المريض.

هـ - ضلالات الغيرة والخيانة ، حيث يعتقد المريض أن هناك خيانة زوجية، فيبدأ في مراقبة الزوجة، والتنصت عليها. كما قد يعتقد أن هناك علاقات جنسية بين أخته مثلاً وأحد محارمها. وفي كثير من الحالات يبدأ المريض في الشك في نسب أولاده، مما يتسبب في العديد من المشكلات.

4 - اضطرابات التحكم في التفكير

وفيها يعتقد المريض أن هناك قوى خفية أو محددة تتحكم في أفكاره وتصرفاته، وترتبط بضلالات التأثير. وتتضمن اضطرابات التحكم في التفكير ما يلي:

أ - سحب الأفكار ، حيث يشكو المريض من أن أفكاره تسحب منه بواسطة أجهزة خاصة مسلطة عليه، ولذلك فهو لا يستطيع أن يفكر.

ب - إدخال أو زرع الأفكار ، حيث يشعر المريض أن أفكاره ليست أفكاره، وأنها دخيلة عليه وتحاول السيطرة عليه عن طريق الأجهزة الإلكترونية.

ج - إذاعة الأفكار ، حيث يشعر المريض أن هناك من يقرأ أفكاره ويسرقها ويذيعها في أجهزة الإعلام، وأنهم يعرفون كل ما يفكر فيه.

ثانياً: اضطرابات الوجدان

الوجدان هو التعبير عن الشعور، بمعنى آخر هو المظاهر الانفعالية التي تظهر على الشخص عند مروره بخبرة انفعالية معينة. وتبدو صعوبات التعبير الانفعالي في مظاهر عديدة منها عدم تغير نبرة الصوت، بطة الكلام، نقص تعبيرات الوجه الانفعالية، فقر الإيماءات التعبيرية، وافتقار الاتصال بين عيون المريض ومن يتحدث إليه. ويؤدي كل ذلك إلى اضطراب العلاقة مع العالم الخارجي، وينسحب المريض من الواقع، وينخرط في عالمه الذاتي والداخلي. وتأخذ الاضطرابات الانفعالية أشكالاً متنوعة نوجزها فيما يلي:

1 - تسطح الوجدان ونعني به الانخفاض الشديد لمشاعر المريض تجاه ما يمر به من أحداث، ومن ثم تتساوى الأمور لديه، كما تنخفض قدرته على التعبير عما بداخله لضعف هذه المشاعر، أي ضعف الاستجابة الانفعالية للمثيرات.

2 - اللامبالاة وتعني افتقار المشاعر والاهتمامات والرغبة في أي نشاط، وتختلف هذه الحالة عن التسطح الانفعالي في كون التسطح يوجد به قدر من المشاعر الانفعالية، ولكن لا يتم التعبير عنها، بينما في حالة اللامبالاة لا توجد مشاعر أصلاً، ومن ثم لا توجد استجابات انفعالية. كما يفقد المريض القدرة على الشعور بالسعادة في أي شيء، ويفقد اهتماماته، ولا يعرف له هدفاً أو معنى في الحياة، ويصف حياته بأنها حياة فارغة أو خاوية من أي معنى. وتُسمى هذه الحالة بغياب الشعور بالسعادة أو انعدام التلذذ.

3 - التبلد الانفعالي ونعني غياب الشعور الانفعالي، ومن ثم غياب الاستجابة الانفعالية. ويعني ذلك أن المريض لا يتجاوب بأي مشاعر تجاه ما يحدث حوله من أحداث، ومن ثم يحدث عنده نقص شديد في درجة الاستجابة الانفعالية، والتعبير عنها، أي ضعف الاستجابة المتوقعة من الفرد في موقف.

4 - تباين الانفعال ، وهي حالة لا تتطابق فيها التعبيرات الانفعالية مع الشعور الداخلي، فلا تظهر علامات الحزن عند الشعور بالأسى، أو علامات الفرح عند الشعور بالسرور. بل تأخذ الصفة النقيضة، كأن يضحك في مواقف الحزن، ويبكي في مواقف السرور.

ثالثاً: اضطرابات الإدراك

تأخذ اضطرابات الإدراك الأساسية في الفصام شكل الهلوس (وهي استجابات متخيلة أو إدراكات حسية دون وجود مصدر خارجي لها أو ما نسميه بالمشيريات) كما سبق وذكرنا. وأكثر أنواع الهلوس شيوعاً في الفصام هي الهلوس السمعية. وفيها يسمع المريض أصواتاً تأخذ أشكالاً عديدة. فقد تقوم بالتعليق على تصرفاته وعادة ما تكون بالذم، كأن تقول له: «أنك شخص فاشل أو غبي»، أو تأخذ شكل السب والتهديد، أو تتخذ طابعاً جنسياً وتتهمه بالشذوذ. وفي كثير من الأحيان يتبادل المريض الحوار مع هذه الأصوات، أو يناقشها، أو يحاول إسكاتها بوضع يده على أذنيه، في محاولة منه لإيقافها. وقد يكون مصدر هذه الأصوات خارجياً، أو داخلياً يأتي من داخل رأسه. أما الأنواع الأخرى من الهلوس فنادرًا ما تحدث في الفصام.

رابعاً: اضطراب السلوك

تبدأ تصرفات مريض الفصام في التغير، وتظهر عليه مجموعة من السلوكيات التي لم تكن موجودة لديه من قبل. فالمريض يهمل ملبسه ونظافته الشخصية، كما يبدأ في الانعزال عن الآخرين، سواء في محيط الأسرة أو في العمل أو في الدراسة. كما تقل قدرته على تكوين علاقات جديدة، أو الحفاظ على العلاقات القائمة. وتنخفض معدلات نشاطه في مناحي الحياة المختلفة، كما يتحدث إلى نفسه كثيراً، ويصعب عليه التعامل مع المواقف الضاغطة، أو التوافق مع المشكلات البسيطة، وقد تظهر لدى المريض استجابات وسلوكيات شاذة وغريبة، كالابتسامة الباردة أو البلهاء. كما قد تنتاب المريض نوبات غير مبررة من الغضب والعدوان. وقد نجد المريض وقد تغيرت طباعه، وانقلبت إلى النقيض عما كانت عليه من قبل، فقد يصبح جريئاً في تصرفاته بعد أن كان خجولاً ومحجماً عن التعامل مع الآخرين. وإذا كان من النوع المستكين ينقلب فجأة ليصبح أكثر تمرداً ومعارضة لكل من حوله. وفي بعض الأحيان تظهر على المريض تغيرات حركية خاصة في نوع الفصام المسمى بالفصام الجامودي، وهو ما سيرد تفصيله عند الحديث عن تشخيص الفصام.

خامساً: اضطرابات الإرادة والدافعية

يفقد المريض الدافع للقيام بأي أنشطة، أو مواصلة علاقاته الاجتماعية أو الأنشطة الترفيهية، أو حتى أنشطته اليومية المعتادة، فلا يرغب في الذهاب إلى العمل، أو المدرسة، ويفقد المبادرة على القيام بأي شيء فيما يمثل انعداماً للإرادة.

سادساً: فقد البصيرة

تتميز الاضطرابات الذهانية بشكل عام، والفصام بشكل خاص بعدم إدراك المريض بأنه مريض، وهو ما نسميه فقد البصيرة. فالمرضى الذهاني لا يشعر بالمرض، رغم شدة الاضطراب الذي يلاحظه الآخرون. وهو لا يشككي أو يبحث عن العلاج، بل على العكس يرفض الذهاب إلى الطبيب، ويقاوم هذه الفكرة بشدة، ويتهم من يحاولون ذلك بأنهم يريدون أن يوصموه «بالجنون». وقد يتهم المريض بعض أفراد أسرته الذين يحاولون علاجه بأنهم متواطئون مع آخرين، وأن العلاج سيقنتله. ومن هنا تأتي معاناة أسر هؤلاء المرضى الذين يعانون المرض أكثر مما يعاني المريض نفسه.

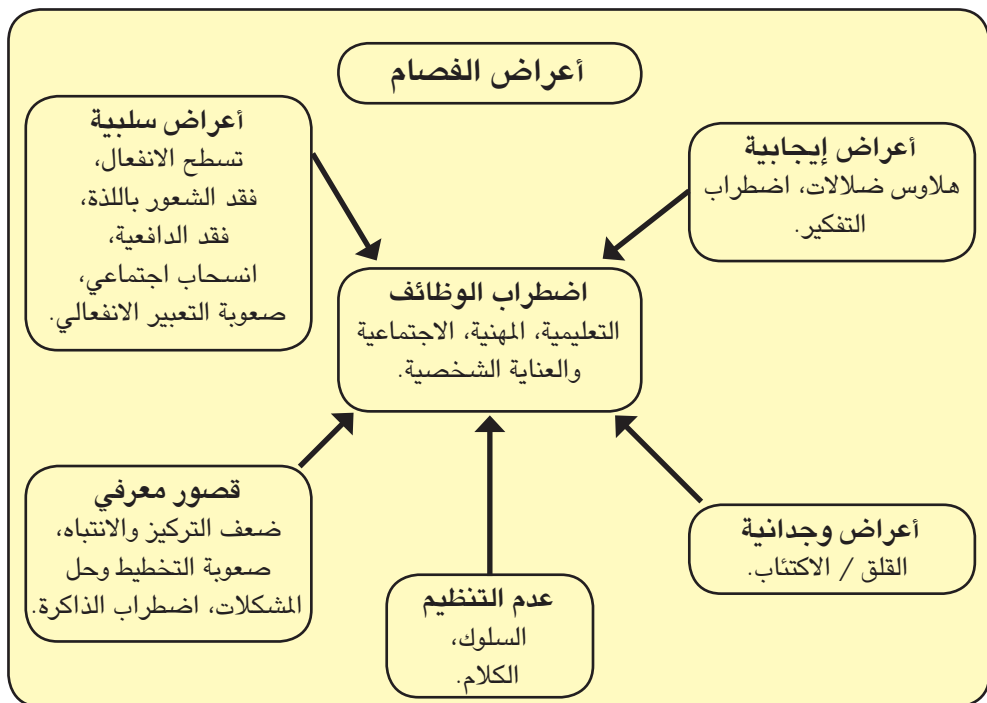
ويمكننا بعد هذا العرض أن نوجز ونصنف كل الأعراض السابقة وفقاً للتصنيف الحديث إلى المجموعات التالية:

1 - الأعراض الإيجابية ، ونعني بها مجموعة المشاعر والسلوكيات التي لم تكن موجودة أصلاً لدى المريض قبل المرض، وهي الأعراض الذهانية التي تشمل: الأوهام (الضلالات) والهلاوس. والتغيرات المعرفية كالتفكير المشوش، واضطراب الكلام، والسلوك الشاذ أو الغريب. وعادة ما تكون هذه هي الأعراض الواضحة التي تظهر في المرحلة الحادة من المرض، ومن خلالها يتم التشخيص.

2 - الأعراض السلبية ، ونعني بها الافتقار إلى المشاعر أو السلوكيات التي يُفترض وجودها في الوضع الطبيعي. وكما هو واضح من التسمية فتلك الأشياء قد انسحبت من المريض أو انسلبت منه، بعد أن كانت موجودة لديه، وتتمثل الأعراض السلبية في شكل الاضطراب الوجداني المتمثل في غياب التعبيرات الانفعالية، والإيماءات الجسمية، وعدم الاهتمام بمشاعر الآخرين، واللامبالاة، والتبدل مع قلة الكلام، وكذلك ضعف العمليات المعرفية من انتباه وتركيز، وقدرة على حل المشكلات البسيطة، وفقد الشعور بالسعادة، بالإضافة إلى فقد الدافعية أو المبادرة في القيام بأي أنشطة حتى تلك المتعلقة بنظافته الشخصية، والانسحاب الاجتماعي، وهو ما يمكن تسميته بمتلازمة الأعراض المزمنة للفصام.

وتظهر أهمية وخطورة الأعراض السلبية أكثر من الأعراض الإيجابية، في أنها عادة ما تكون غير مدمرة للآخرين، ولا تسبب لهم ضرراً مباشراً كما يحدث في حالة وجود الأوهام والهلاوس والعنف. ومن ثم لا يطلبون التدخل العلاجي المبكر كما يحدث مع الأعراض الإيجابية. كما أن هذه الأعراض تؤثر تأثيراً سلبياً بالغاً على الفرد والمجتمع. فتضطرب

نوعية حياة المريض، واستمتاعه بأنشطة الحياة المعتادة من ناحية، وتزيد من كلفة العلاج على المجتمع باعتبار المريض قد أصبح قوة عاطلة عن الإنتاج، ويحتاج لدعم مستمر. وللأسف هي أعراض يصعب التعامل معها، وإذا أصبحت هي الأعراض الغالبة على الصورة الإكلينيكية أصبحت مؤشراً لمآل سيء للمرض. وسوف يعرض (الشكل 2) ملخصاً لأعراض الفصام.



(الشكل 2): ملخص أعراض الفصام.



الفصل الثاني

الفصام

مراحله وأسبابه وتشخيصه

يمر مريض الفصام بأربع مراحل تبدأ من التغيرات الطفيفة غير الملحوظة عادة، وصولاً لمرحلة المرض الصريح. وربما تأخذ المراحل الأولى سنوات دون أن ينتبه المحيطون بالمريض من أن ثمة عملية مرضية تتم داخله، كما أنه في كثير من الأحيان ما تظهر الأعراض الذهانية الواضحة على المريض خلال 12-24 شهراً قبل وصوله للطبيب وطلب العلاج.

مراحل مرض الفصام

تشمل مراحل مرض الفصام ما يلي:

1. **المرحلة السابقة للمرض** ونعني بها مرحلة ما قبل الإصابة بأي أعراض، ولكنها تتميز بمجموعة من السمات قد تبدو في صورة اضطراب العلاقات الاجتماعية، والانعزال عن الناس، أو تغير طفيف في التفكير والإدراك، وعدم التركيز، وصعوبة التعامل مع المشكلات البسيطة مع عدم القدرة على الاستمتاع بأحداث الحياة المبهجة، وصعوبات في التفاعل مع الضغوط والتعامل معها بكفاءة. بالإضافة إلى كثرة الشكاوى البدنية.
2. **مرحلة بوادر المرض**، وتظهر فيها أعراض بسيطة مثل الانعزال الاجتماعي، العصبية وسرعة التوتر لأتفه الأسباب، التشكك في تصرفات وأفعال الآخرين وتفسيرها بشكل خاطئ، بعض الأفكار الغريبة التي تبدو في الحديث والذي يبدو عادة غير مفهوم، أو يصعب التواصل معه. وقد تظهر في هذه المرحلة بعض الأعراض الذهانية (ضلالات أو هلاوس) بشكل مفاجئ دون سبب واضح، أو تأخذ بعض الأيام، ولكنها تستمر على نحو بطيء، كاستجابة لموقف ما.
3. **المرحلة المتوسطة**، وهي مرحلة ظهور الأعراض التي تأخذ شكل نوبات مفاجئة، لا تستمر طويلاً.

4. **المرحلة المتأخرة**، وهي مرحلة المرض الواضح الذي تظهر فيه معظم الأعراض بوضوح شديد، وتتسبب في مشكلات للمريض اجتماعية أو مهنية أو معرفية. وتشمل أعراضاً إيجابية (ضلالات وهلاوس)، وأعراضاً سلبية (فقد التعبير الانفعالي، فقد المبادرة والإرادة)، مع السلوك غير المنظم والأفكار الغريبة، وأخيراً صعوبات في العمليات المعرفية مثل القدرة على التخطيط أو حل المشكلات، والتفكير المجرد.

أسباب الفصام

كما أشرنا من قبل في تعريف الفصام من كونه مرضاً يصيب الدماغ ويغير من وظائفه، يمكننا القول بأن معظم الدراسات الحديثة تشير إلى الأسباب البيولوجية كأساس للمرض على الرغم من توفر مجموعة كبيرة من العوامل النفسية والاجتماعية التي تقف وراء المرض. وعلى الرغم من ذلك فإن معظم الأسباب البيولوجية التي سنناقشها ليست أسباباً بالمعنى الحقيقي للكلمة على قدر ما هي مجموعة من النظريات التي أيدتها البحوث العلمية التي تتغير من يوم لآخر، وفقاً للجديد في عمليات البحث. وربما لكل هذه الأسباب وعدم فهم المرض بشكل واضح طوال عقود طويلة لم يصل بنا الأمر إلى فهم دقيق لأسباب المرض، وإن كنا نتفهم طبيعته، وكل ما يمكن رصدده في الأسباب مجموعة من الفروض أو النظريات التي ثبت صحة بعضها، وتغير البعض الآخر. ووفقاً لكل نظرية تم استحداث علاجات مختلفة لم يمكنها حتى الآن تحقيق الشفاء الكامل من المرض.

ويمكن أن نتناول عوامل الاختطار في الإصابة بالفصام تحت ثلاث مجموعات، وهي: العوامل الوراثية، العوامل البيولوجية العصبية، والعوامل البيئية (النفسية والاجتماعية). ويجب التأكيد على أن كلاً من هذه العوامل لا يمكن اعتبارها بمفردها سبباً للمرض، وإنما هي عوامل تزيد من اختطار الإصابة بالمرض، وأن جميعها في حالة تفاعل فيما بينها.

أولاً: العوامل الوراثية

تشير مسألة الإصابة بالمرض النفسي بشكل عام سؤالاً عما إذا كانت هذه الأمراض وراثية تنتقل بين أفراد الأسرة، أم لا، مثلها مثل العديد من الأمراض المعروفة بكونها أمراضاً وراثية تنتقل بالضرورة داخل الأسرة الواحدة. والحقيقة أن الإجابة على هذا التساؤل ربما تكون غير قاطعة، بمعنى أن هناك أفراداً يصابون بالفصام رغم عدم وجود تاريخ مرضي داخل الأسرة (غياب عامل الوراثة)، ولكن في أغلب الأحيان نجد مثل هذا التاريخ الإيجابي، إذن فالأمر لا يمكن حسمه بالقول بأن الفصام مرض وراثي كباقي الأمراض الوراثية المعروفة، أو أنه ينتقل بين أفراد الأسرة بنفس قوانين الوراثة الشائعة. ومع ذلك تشير كل الدراسات إلى أهمية هذا العامل في الإصابة بالمرض، على الرغم من عدم وضوح الآلية الوراثية التي تكمن وراء انتشار

المرض، أو طريقة انتقاله وراثياً، الأمر الذي دعا بعض الباحثين إلى القول بأن الأمر لا يعدو أن يكون انتقالاً للاستعداد للإصابة بالمرض، من خلال بعض المورثات أو الجينات.

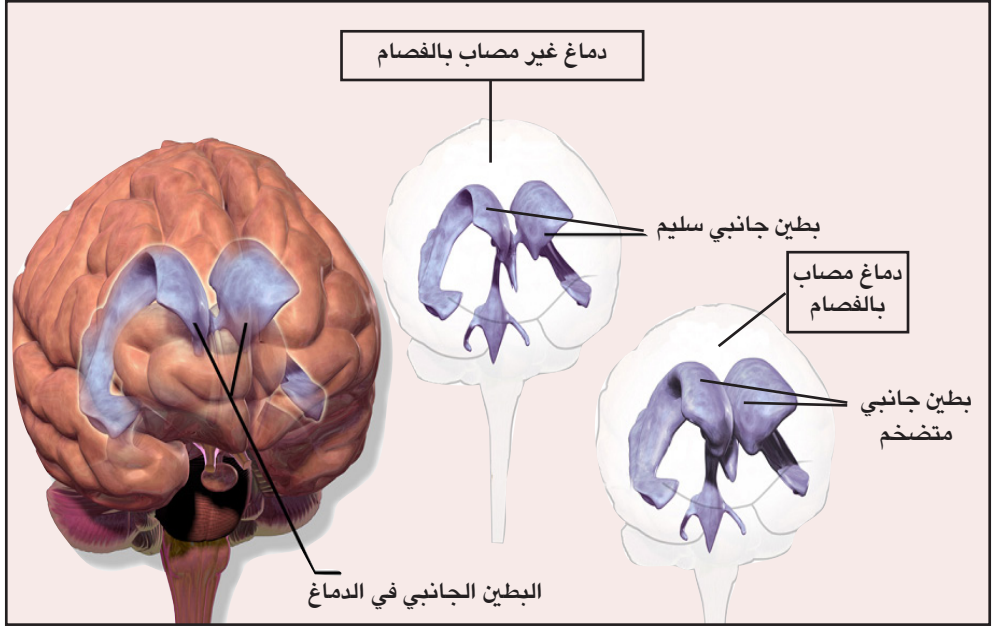
وتأتي البراهين على دور العوامل الوراثية في الإصابة بالفصام من خلال الملاحظات الإكلينيكية التي تراكت عبر سنوات طويلة من أن نسبة انتشار المرض تتزايد في حال وجود أقرباء مصابين بالمرض، أو وجود تاريخ مرضي داخل الأسرة. وكما هو معروف أن نسبة انتشار المرض تبلغ (1%) من مجموع السكان في أي مجتمع وفي أية ثقافة، ولكن تبين أن هذه النسبة ترتفع بشكل ملحوظ لتصل إلى 10% لدى الأسر التي يوجد بها أقرباء من الدرجة الأولى (الأب أو الأم أو الأخ أو الأخت) مصابون بالمرض. كما ترتفع النسبة إلى 40-50% لدى التوائم المتطابقة إذا كان أحدهما مصاباً بالمرض. كما يكون أقارب مرضى الفصام أكثر عرضة لحدوث المرض من الآخرين، ويتضاعف الاستعداد للإصابة بين الأقارب المتشابهين وراثياً مع المريض.

ويمكن القول بأن العوامل الوراثية تزيد من الاستعداد أو احتمالية الإصابة بالمرض، نظراً لوجود بعض الجينات التي تم اكتشاف ارتباطها بالمرض. ويرى البعض أن العوامل الوراثية إنما تسبب خللاً في نمو وتطور الجهاز العصبي، وفي تكوين ووظائف الموصلات أو النواقل العصبية التي يعمل من خلالها الدماغ. وقد أوضحت دراسات المجين (الجينوم) وجود أكثر من جين يمكن أن يكون سبباً في الإصابة، ومع ذلك لم تحدد الدراسات بعد الجين المسؤول مسؤولية مباشرة عن المرض، باعتبار أن وجوده لابد وأن يؤدي إلى ظهور المرض.

والحقيقة أنه على الرغم من وجود الاستعداد الوراثي للإصابة بالفصام، إلا أن هذا الاستعداد يتطلب تفاعلاً مع أسباب بيئية أو نفسية يعيشها الفرد، وكأن الأعراض تأتي كشكل من أشكال الاستجابة للضغوط. وعادة ما تظهر أعراض المرض في مرحلة البلوغ، وهي المرحلة التي تحدث فيها عمليات النضوج الفيزيولوجي بشكل عام، والدماغ بشكل خاص. ونتيجة بعض القصور في عملية نضج الدماغ يصبح الفرد غير قادر على التعامل بكفاءة مع الضغوط البيئية التي يعيشها في هذه المرحلة، فتظهر أعراض المرض، ومن ثم فإن العامل الوراثي ليس هو العامل الأوحده في حدوث المرض، مما يفترض وجود عوامل أخرى تساهم في حدوث المرض.

ثانياً: العوامل البيولوجية العصبية

تشير دراسات التصوير الدماغي (التشريحي والوظيفي) التي أجريت على مرضى الفصام إلى وجود تغيرات تشريحية ووظيفية في العديد من مناطق الدماغ كالقشرة الدماغية بشكل عام، والأمامية منها بشكل خاص، والحصين، والعقد القاعدية والمخيخ.



(الشكل 3): التغيرات التشريحية في دماغ مرضى الفصام.

- ويمكن تلخيص التغيرات التشريحية والوظيفية في العديد من مناطق المخ فيما يلي:
1. وجود اختلاف في تشريح المخ بين مرضى الفصام، والأسياء، حيث يقل حجم الدماغ بشكل عام، وكذلك الفصين الجبهي والصدغي بالجانب الأيسر من الدماغ.
 2. قلة كثافة أو سمك السطح الداخلي من القشرة الدماغية في كل من الفص الجبهي والفص الصدغي، وخاصة في النصف الأيسر من الدماغ.
 3. إصابة المنطقة الأمامية من الفص الجبهي، ونقص كمية الدم بها، وهي المنطقة المسؤولة عن التغيرات المعرفية في المرض.
 4. زيادة نشاط الفص الجداري الخاص بتشغيل الإحساسات.
 5. إصابة منطقة الحصين، وهي المنطقة المسؤولة عن تشغيل الانفعالات والذاكرة.
 6. تضخم وزيادة حجم بطينات الدماغ (البطين الوحشي والبطين الثالث).
- والحقيقة أن معظم مرضى الفصام يُظهرون أعراضاً خاصة باضطراب وظائف الجهاز العصبي المركزي، مثل أعراض التخشب أو الجامود، وغمغات العين (حركة الرموش)، وعدم القدرة على تحريك العين دون تحريك الرأس، وتوقف الكلام. أما الاضطرابات المعرفية التي

تظهر في الفصام فتم عزوها إلى اضطراب المنطقة الجبهية الأمامية المسؤولة عن الأعراض السلبية، وخاصة ما يسمى بالوظائف التنفيذية التي تتحكم في عمليات التخطيط وحل المشكلات، والتفكير المجرد وغير ذلك، ونتيجة لهذه الملاحظات وضع العلماء فرضية تشريحية أسموها بفرضية صِغَر حجم القشرة الجبهية تشير إلى أن هذا الصغر هو المسؤول عن كل من الأعراض السلبية والاضطرابات المعرفية لدى مرضى الفصام.

ثالثاً: العوامل البيئية

يُقصد بالعوامل البيئية كل ما يحدث في البيئة من تغيرات تؤدي إلى زيادة اختطار وفرصة الإصابة بالفصام، ومع ذلك فمثلها مثل الأسباب الوراثية لا يمكن أن نُعد أحدها سبباً مباشراً للمرض، وقد تكون العوامل البيئية بيولوجية، أو نفسية أو اجتماعية، وتتضمن هذه العوامل ما يلي:

1 - بيئة الرحم (أثناء الحمل): وتتضمن مرور الأم بخبرات سيئة أثناء الحمل، كالإصابة بالفيروسات، أو سوء التغذية، وبينت الدراسات أن إصابة الأم الحامل بداء المقوسات تزيد من احتمال انتقال المرض إلى الجنين، مما يؤدي إلى إصابة الطفل فيما بعد بالفصام، حيث تبين أن الطفيل يؤدي إلى تغيرات في الدماغ وفي الناقل العصبي المسمى «دوبامين» وزيادته ترتبط بأعراض الفصام.

2 - مضاعفات الولادة: قد تتعرض الأم لمضاعفات أثناء الولادة تؤدي إلى إصابة الجنين بالعديد من المشكلات كنقص الأكسجين بالدماغ، أو إصابات في نسيج الدماغ، مما يزيد من اختطار إصابة الطفل فيما بعد بالفصام.

3 - اضطرابات الغدد الصماء، واضطراب جهاز المناعة: لدى الفرد يزيد من اختطار الإصابة بالفصام، حيث تشير بعض الدراسات إلى أن المرض نتاج تغيرات في جهاز المناعة، وأنه عبارة عن إصابة فيروسية بطيئة تعمل على تغيرات في الجهاز العصبي.

4 - العيش في المدن والمناطق الحضرية: اعتبرت بعض الدراسات أحد عوامل الاختطار في الإصابة بمرض الفصام. وقد كان الرأي الشائع قبل ذلك أن الحياة في المناطق الريفية تعد أحد عوامل الاختطار، وكذلك المناطق الفقيرة والمزدحمة. وأصبحت الحياة في المدن بكل ما تحمله من ضغوط معيشية وثقافية واجتماعية سبباً غير مباشر في الإصابة بالفصام.

5 - تعاطي المخدرات: يُعد تعاطي المخدرات (وخاصة الحشيش، والمواد المهلوسة) أحد عوامل الاختطار في الإصابة بمرض الفصام.

6 - الأسباب النفسية والاجتماعية: وتشمل دور الأسرة والتنشئة الاجتماعية وكذلك طبيعة الشخصية قبل المرض.

أ - دور الأسرة والتنشئة الاجتماعية

تلعب عوامل التنشئة الاجتماعية دورها في حدوث الفصام، نتيجة ما يمكن أن يمثلته الجو العائلي من بيئة خصبة للتفاعلات بين أفراد الأسرة، سواءً كانت إيجابية أو سلبية. فالطفل الذي يتعرض للنبد، والرفض، والاستهجان، والنقد بشكل زائد، أكثر عرضة للوقوع في الفصام فيما بعد.

ومن العوامل التي تزيد من اختطار الإصابة ما يُعرف بفكرة الرابطة المزدوجة وقد تكون من الأم، أو من الوالدين معاً. فالأم يكون سلوكها مع طفلها سلوكاً متناقضاً، حيث تعطيه مشاعر الحب في لحظة، وإذا اقترب منها في لحظة أخرى بدت عليها مشاعر الغضب والكراهية، بلا سبب واضح. وفي هذه الحالة لا يستطيع الطفل التعرف على مشاعر أمه تجاهه، هل تحبه أم تكرهه. أو قد يعطي الوالدان رسالتين مزدوجتين في المعنى، أو بالأحرى متضادتين في نفس الوقت، في صورة («افعل» من أحد الوالدين، و«لا تفعل» من الوالد الآخر) أو (أنت طفل جيد، وفي نفس الوقت يتلقى رسالة من الطرف الآخر تقول إنك طفل سيء)، مثل هذه الرسائل المتناقضة تخلق في الطفل نوعاً من الحيرة، وتشوشاً وخطأ في التفكير، وعادة ما تكون مثل هذه الرسائل من والدين تتسم العلاقة بينهما بالفتور الوجداني والبرود، وعدم القدرة على تحمل الإحباط. كما يكون أحد الوالدين خاضعاً وخاصة الأب، والآخر مسيطرًا، مما يخلق نوعاً من الصراع داخل العلاقات الأسرية، يسبب خللاً في التواصل الاجتماعي، ويتسبب في خلق طفل لا يستطيع أن يثق في الآخرين، أو يقيم معهم علاقات قوية، كما لا يستطيع أن يتعرف على ما يتم في الواقع، وصحة ما يتعامل معه.

كما أن تعرض المريض بعد شفائه لمزيد من النقد والانفعالات السلبية ممن حوله يزيد من فرصة حدوث انتكاسة لهذا المريض وعودة ظهور الأعراض. وتلعب خبرات الطفولة الصادمة والمؤلمة التي يمر بها الطفل دوراً في استعداده للإصابة بالفصام.

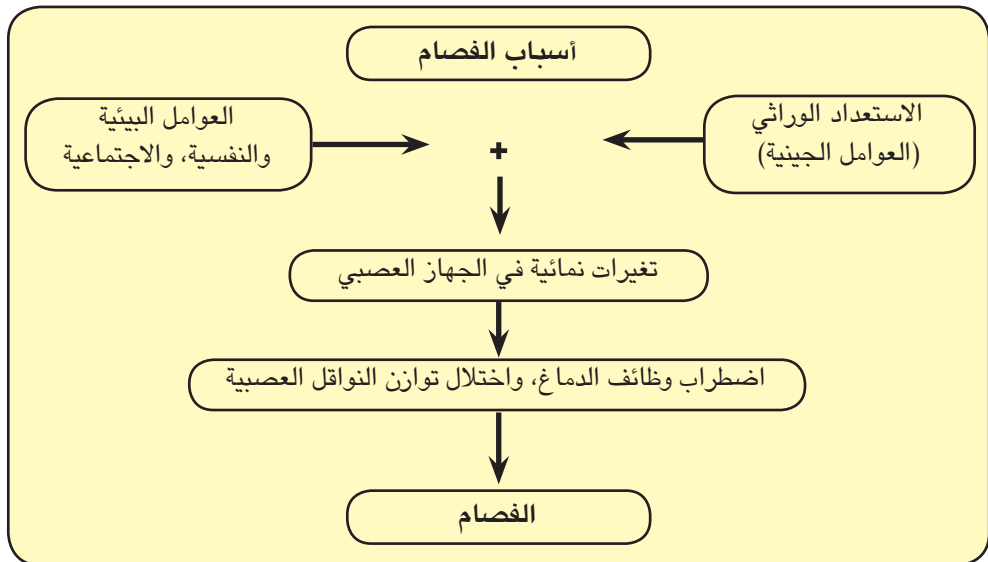
ب - الشخصية قبل الوقوع في المرض

تلعب طبيعة الشخصية قبل المرض دوراً في الإصابة بالفصام من حيث صحتها أو مرضها. فالشخصية المعروفة بالشخصية الانعزالية أو الشخصية الفصامية من أكثر الشخصيات استعداداً للوقوع في مرض الفصام، حيث إن هذه الشخصية تتسم بالهدوء والانطواء والخجل، والبرود العاطفي، وحساسية التفاعل مع الآخرين، وتفضيل الأنشطة

الفردية. وهي سمات تؤدي إلى عزلتها اجتماعياً، وصعوبة تكوين علاقات شخصية، والابتعاد عن أي مجال يتضمن نوعاً من أنواع التواصل مع الآخرين. كما يتميز أصحاب هذه الشخصية بصعوبة التعبير عن الانفعال، وعدم الإحساس بمشاعر الآخرين، وكذلك جنوحهم للخيال، وصعوبة التعامل مع الواقع. كما لا يهتم صاحبها بالثناء أو النقد من الآخرين، مع عدم الاهتمام بالمعايير الاجتماعية، وكل هذه الصفات كما نرى صفات قريبة الشبه من أعراض مرض الفصام، ولكنها تختلف عنه في أنها مازالت على علاقة جيدة بالواقع، ولا تظهر لديها الضلالات أو الهالوس كأعراض مرضية.

أما النوع الثاني من اضطرابات الشخصية الأكثر عرضة للإصابة بالفصام فهو اضطراب الشخصية فصامية النمط، فأصحابها يتميزون بغرابة السلوك والأفكار مع وجود اعتقادات غريبة، وشك في الآخرين، والشعور بالقلق الاجتماعي في وجودهم. كما يوجد لديهم أفكار الإشارة (وليست ضلالات)، والتفكير السحري، والاعتقاد في وجود حاسة سادسة لديهم، أو أنهم قادرون على التخاطر مع الآخرين. وتتشترك هذه الشخصية مع الاضطراب السابق (الشخصية الفصامية) في كونها محبة للانعزال الاجتماعي، واضطراب العلاقات الشخصية، وعدم القدرة على المحافظة على هذه العلاقات.

وبخلاصة الأمر هنا أن الفصام متعدد الأسباب، وتتلخص آلية حدوثه في وجود استعدادات وراثية تتفاعل مع العديد من العوامل البيئية لينتج عنها المرض. ولا يعني هذا أن العوامل الوراثية وحدها أو العوامل البيئية وحدها هي السبب في نشأة مرض الفصام.



(الشكل 4): ملخص أسباب الفصام.

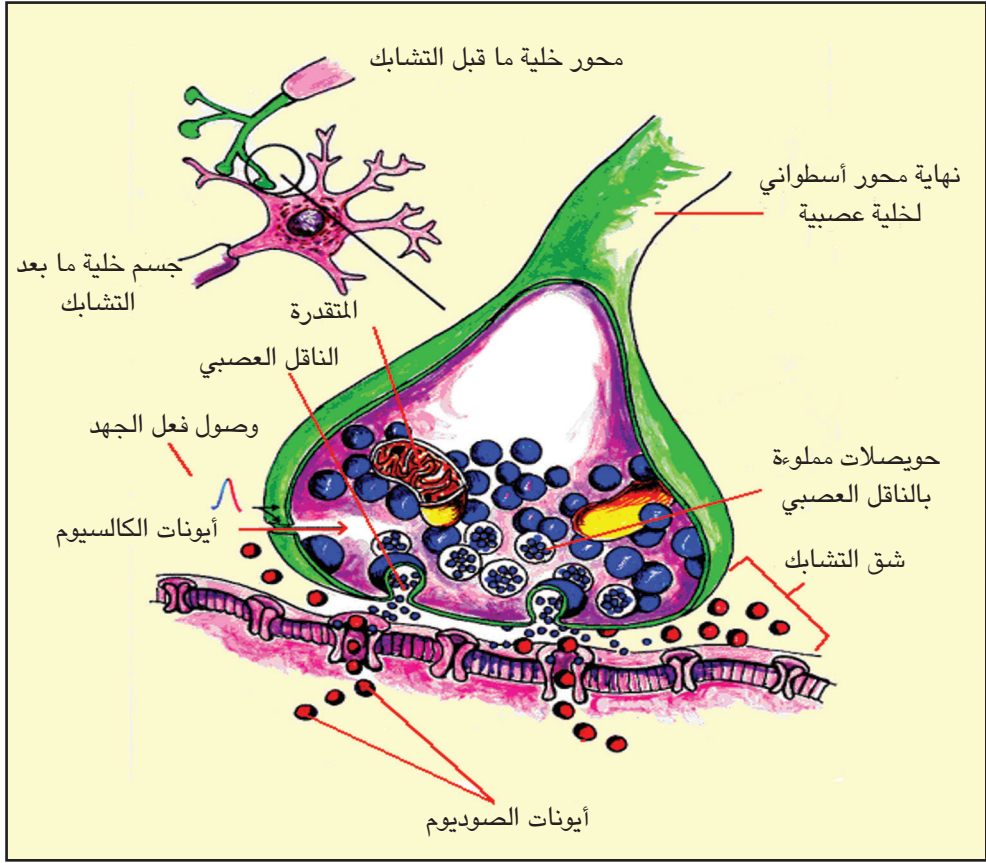
آلية حدوث المرض (التغيرات العصبية)

بعد أن تناولنا طبيعة العوامل التي يمكن أن تسهم في نشأة الفصام على تنوعها واختلافها نجد من الضرورة بمكان أن نتناول الآلية التي يحدث بها المرض، والتغيرات الكيميائية التي تحدث في الدماغ وتتسبب في ظهور الأعراض والتي يتم علاجها بالأدوية التي تبدل من هذه التغيرات، وتحاول إعادتها إلى وضعها الطبيعي. وربما يعود التفسير الكيميائي للفصام إلى الخبرات الإكلينيكية التي تراكمت عبر سنوات طويلة تم فيها استخدام العديد من الأدوية التي كانت تحسن من أعراض المرض.

وعلى الرغم من استخدام العديد من الأدوية في علاج الفصام منذ سنوات طويلة، إلا أن آلية عمل هذه الأدوية لم تكن معروفة في غياب فهم محدد للمرض، ولكن مع تطور الأبحاث الطبية في مجال الأدوية بدأت عمليات استكشاف التغيرات الكيميائية التي تحدثها هذه الأدوية في الدماغ، الأمر الذي حدا بالعلماء للقول بأن هناك تغيرات كيميائية تكمن وراء المرض. وتوصلوا من خلال هذه التغيرات إلى مجموعة من المواد الكيميائية التي يعمل من خلالها التوصيل العصبي في الدماغ، تُسمى بالناقلات أو الموصلات العصبية. ولم يتوقف الأمر عند هذا الحد، بل تم اكتشاف مجموعة المستقبلات التي تعمل عليها هذه الناقلات التي من خلالها تعمل الأدوية المضادة للفصام.

ولتوضيح أمر الناقل العصبية ومستقبلاتها نقول إن الجهاز العصبي يعمل من خلال شبكة من الأعصاب، تنتقل من خلالها التنبيهات العصبية لإحداث التنبيهات، وانتقالها بين المراكز العصبية ومناطق التأثير. ولا يتم التواصل بين الأعصاب على أساس تشريحي، أي توجد نقاط فاصلة بين كل عصب وآخر، وهي مناطق يمكن اعتبارها محطات التقاء إن صح التعبير، حيث تلتحم نهاية عصب ببداية عصب آخر. وتُسمى محطات الالتقاء هذه بالمشابكات العصبية، أي المناطق التي يحدث فيها اشتباك بين عصب وآخر. وقد قلنا إنه لا يوجد تواصل تشريحي بين الأعصاب، وأن استمرار توصيل التنبيهات يتطلب وجود حالة اتصال، فكيف يتم التواصل في مناطق الاشتباك ؟

في داخل مناطق الاشتباك (المشابكات العصبية) يتطلب الأمر وجود مادة موصلة تعمل على انتقال التنبيه من نهاية عصب إلى بداية العصب الذي يليه، وقلة كميات هذه المادة في منطقة المشبك تقلل من عملية استمرار وسرعة انتقال التنبيهات، كما أن زيادتها تتسبب في استمرار التنبيه، وزيادة النشاط. وفي الحالتين (نقص أو زيادة الناقل) تضطرب الوظائف المسؤولة عنها هذه المواد الكيميائية، وتخرج الناقل العصبية من نهاية العصبون لتصل إلى منطقة المشبك، ومنها إلى المستقبلات الموجودة في بداية العصبون التالي.



(الشكل 5): المشبك العصبي.

يوجد في الجهاز العصبي ما يقرب من خمسين موصلاً أو ناقلاً عصبياً أشهرها النورإبينفرين أو النورأدرينالين، والأسيتيل كولين والدوبامين والسيروتونين والهيستامين وحمض الجاما أمينوبوتيريك.

والحقيقة أن فهم التغيرات الكيميائية سواء في نوع الناقل العصبي أو مستقبلاته، مازالت حتى الآن في تطور مستمر، بمعنى أن الدراسات تشير كل يوم إلى مشاركة أكثر من نوع من هذه النواقل في العملية المرضية، الأمر الذي تتغير وفقاً له عمليات تصنيع الأدوية التي من شأنها أن تعمل على نواقل ومستقبلات بعينها، لضمان تأثيرات علاجية أفضل من ناحية، وتقليل الأعراض الجانبية للأدوية من ناحية أخرى.

تفسير الأساس الكيميائي للفصام

مرت محاولات تفسير الأساس الكيميائي للفصام بمراحل كثيرة، لكل مرحلة منها نظرية خاصة بطبيعة الناقل المتسبب في المرض، وأصبح لدينا العديد من الفرضيات أو النظريات التي اعتمد عليها الباحثون في تفسير المرض.

استناداً إلى المعلومات العديدة التي حصل عليها الباحثون في مجال الدراسات الفارماكولوجية العصبية التي أجريت على الأدوية المضادة للذهان والتي أدت إلى تحسن أعراض الفصام أصبح لدينا كم هائل من الأدلة التي تفسر الفصام من الناحية البيوكيميائية، أو طبيعة الاضطراب الذي يصيب أنظمة النواقل العصبية، وظهرت العديد من النظريات في هذا المجال بعضها اهتم بدور نواقل الدوبامين والسيروتونين، والنورإبينيفرين، الجلوتامات، وحمض الجاما أمينوبوتيريك في حدوث المرض، ولكن أكثر هذه النظريات قبولاً هي فرضية اضطراب ناقل الدوبامين.

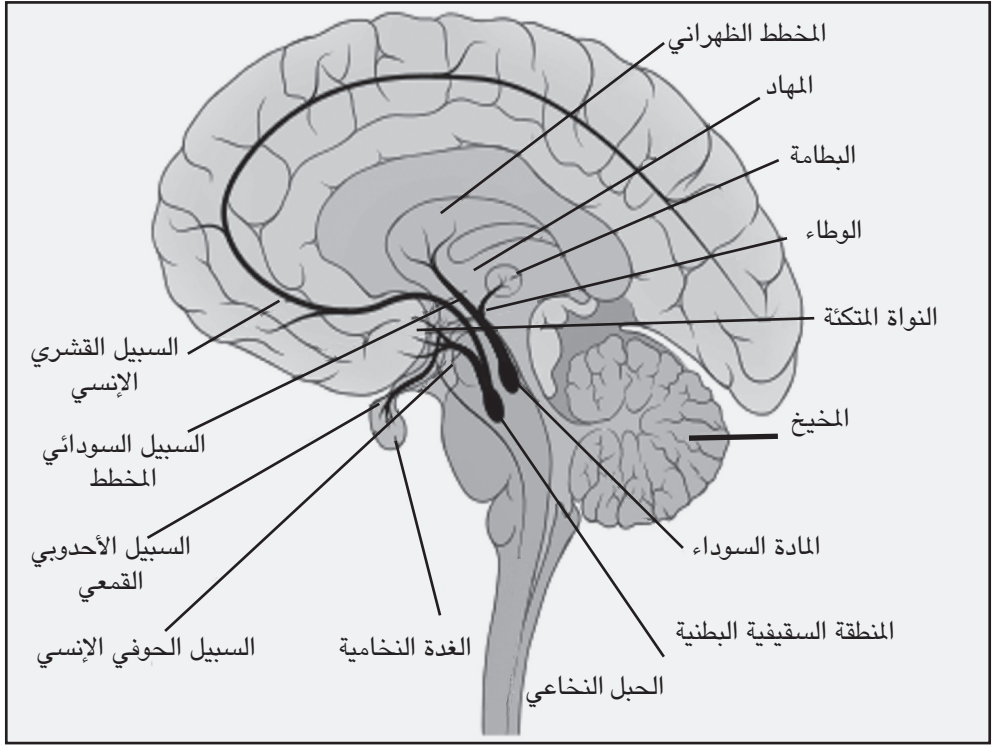
تؤكد هذه النظرية على زيادة النشاط في مسارات الدوبامين الأساسية الموجودة في مناطق الدماغ المختلفة، وتتأكد هذه النظرية من الملاحظات التي لاحظها الأطباء في علاجهم لحالات الفصام، حيث تبين أن الأدوية التي تعمل على زيادة الدوبامين في الدماغ (كالأمفيتامين) تؤدي إلى ظهور أعراض ذهانية شبيهة بفصام الشك أو البارانويدي، كما أنها تعمل على زيادة الأعراض لدى مرضى الفصام، وتبين أن الأدوية التي تعمل على نقص إفراز الدوبامين أو غلق مستقبلاته في الدماغ (كمضادات الذهان) تؤدي إلى تحسن أعراض المرض.

وترجع زيادة نشاط الدوبامين في الجهاز العصبي لسببين: الأول زيادة معدل تكوينه في مساراته المختلفة، أو زيادة حساسية مستقبلاته التي يعمل من خلالها، بمعنى أن تكون كمية الدوبامين عادية، لكن المستقبلات تستجيب بشكل مبالغ لهذه الكمية، وتؤكد هذه النظرية على زيادة النشاط في مسارات الدوبامين الأساسية الموجودة في مناطق الدماغ المختلفة التي تشمل:

1 - **السبيل الحوفي الإنسي** الذي يمتد من ساق الدماغ إلى الجهاز الطرفي، ويشمل الحصين واللوزة والتلفيف الحزامي الأمامي.

2 - **السبيل السودائي المخطط** الذي يمتد من المادة السوداء إلى العقد القاعدية.

3 - **السبيل القشري الإنسي** الذي يمتد من ساق الدماغ إلى القشرة الدماغية، وخاصة المنطقة الجبهية الأمامية التي تلعب دوراً أساسياً في تنظيم السلوك والدافعية والتخطيط والانتباه والسلوك الاجتماعي.



(الشكل 6): مسارات الدوبامين في الدماغ.

أما عن علاقة النواقل العصبية الأخرى المرتبطة بحدوث الفصام فبعضها يتعلق بناقل النورإبينيفرين، وبعضها يتعلق بدور ناقل حمض الجاما أمينوبوتيريك، وكذلك ناقل الأسيتيل كولين، ولكنها أقل تفسيراً لآلية حدوث الفصام. وتشير الدراسات الحديثة إلى أن نقص نشاط خلايا ناقل النورإبينيفرين هو السبب في المظاهر الوجدانية التي تصاحب الفصام مثل التسطح الانفعالي، وعدم الشعور بالانفعالات السارة أو التعبير عنها، وما يستتبعها من انسحاب اجتماعي وقلة العلاقات الاجتماعية.

أما بالنسبة لناقل حمض الجاما أمينوبوتيريك فقد أشارت بعض الدراسات إلى نقص عدد ونشاط العصبونات التي تعمل من خلاله، خاصة في منطقة الحصين. ومن وظائف نظام حمض الجاما أمينوبوتيريك تنظيم نشاط الدوبامين، ونقص نشاطه يؤدي إلى زيادة نشاط الدوبامين، ومن ثم تظهر أعراض الفصام.

وأخيراً تشير الدراسات التشريحية التي أجريت على أدمغة مرضى الفصام بعد وفاتهم إلى دور الأسيتيل كولين في إحداث هذا المرض، فقد تبين أن هناك نقصاً شديداً في مستقبلات النيكوتين والمسكارين الخاصة بالأسيتيل كولين في مناطق الحصين والمنطقة الجبهية الأمامية، وهي مستقبلات تلعب دوراً مهماً في الوظائف المعرفية التي تضطرب لدى مرضى الفصام.

والحقيقة أن تفسير الفصام على الرغم من إدراك الكثير من حقائقه فإنه مازال يمثل معضلة للأطباء النفسيين، ومازالت محاولات فهمه وتفسيره جارية على قدم وساق، وتُخرج لنا المعامل الدوائية والبحثة العديد من التفسيرات الجديدة المصحوبة بمحاولات العلاج، علها تمكننا من وضع حد لهذه المعضلة العقلية. وبعد ما عرضناه من نظريات يمكننا أن نلخص كافة الاحتمالات والتفسيرات على النحو التالي:

1. يصاحب الفصام وجود مادة كيميائية غير طبيعية أطلق عليها العلماء المادة المولدة للفصام.
2. وجود موصلات عصبية غير طبيعية، ناتجة عن أيض غير صحيح للكاتيكولامينات، وهذه الموصلات مسؤولة عما يصاحب الفصام من هلاوس.
3. زيادة الموصلات العصبية وخاصة الدوبامين والسيروتونين والنورأدرينالين.
4. زيادة تكوين الإندورفينات والإنكيفالينات.
5. نقص إفراز الميلاتونين (أحد نواتج أيض السيروتونين في الغدة الصنوبرية)، مما يؤدي إلى ظهور أعراض الفصام.
6. قد يصاحب الفصام انخفاض في حمض الفوليك.
7. تم اكتشاف خمسة أنواع من مستقبلات الدوبامين تم تقسيمها إلى عائلتين أساسيتين: عائلة D1 وتشمل مستقبلات D1، D5، D1، وعائلة D2، وتشمل مستقبلات D2، D3، D4، أما مستقبلات D1 فترتبط بوظائف الذاكرة الانتباهية والانفعال والتعرف، وكلها وظائف مضطربة لدى مرضى الفصام، وتبين انخفاض عدد هذه المستقبلات لدى هؤلاء المرضى مقارنة بالأسوياء، وتعمل بعض مضادات الذهان على تنشيط هذه المستقبلات وإعادة تنظيم مسارات الدوبامين، ومن ثم إعادة التوازن لنشاط كل من مستقبلات D1 و D2 الذي يحدث أيضاً نتيجة زيادة إفراز الدوبامين. أما مستقبلات الدوبامين من النوع الثاني فهي أكثر مستقبلات الدوبامين انتشاراً في الدماغ، وأكثرها كثافة لدى مرضى الفصام، وهدف معظم مضادات الذهان هو غلق هذه المستقبلات، أي إيقاف نشاطها.

تشخيص الفصام

يتميز الفصام بشكل عام كما سبق وذكرنا بمجموعة من الأعراض الأساسية التي تميزه كمرض ذهاني، ولكن في بعض الأحيان لا تظهر كل هذه الأعراض معاً، وقد يسود بعضها على الصورة الإكلينيكية ويصبح أكثر ظهوراً. ووفق طبيعة الأعراض الأكثر ظهوراً ينقسم الفصام إلى مجموعة من الأنواع لكل نوع أعراضه الخاصة المميزة التي ترجع تسمية النوع إليها.

تعد عملية تشخيص أي مرض بشكل عام مسألة مهمة تحتاج إلى وضع علامات واضحة تمكن كل العاملين في المجال الطبي بالتشخيص الدقيق والمتفق عليه. وإذا كان أطباء الأمراض على اختلاف أنواعها وجدوا دليلاً لهم يساعدهم على هذه العملية نظراً للتاريخ الطويل لهذه الأمراض، والتعرف على أسبابها وأعراضها بصورة واضحة، إلا أن الأمر يختلف فيما يتعلق بالأمراض النفسية بعامة، والفصام بخاصة، نتيجة التاريخ الحديث لمحاولات فهم هذه الأمراض ووضع معايير تشخيصية لها.

وقد مرت عملية تشخيص مرض الفصام بالعديد من المراحل، بعضها كان اعتماداً على مجموعة من الأعراض كما سبق وذكرنا في تاريخ المرض، ونتيجة الاختلاف في المعايير المستخدمة التي يتم على ضوءها تشخيص الفصام، كان تشخيص الحالات في كثير من الأحيان تشخيصاً غير موضوعي وغير دقيق. ولكن مع ازدياد الاهتمام بالمرض، وتوفير العديد من المراجعات العلمية له كانت هناك محاولة وضع معايير تشخيصية واضحة يمكن استخدامها من قبل الجميع في وضع تشخيص دقيق للمرض. وظهرت نتائج أول محاولة في قيام الجمعية الأمريكية للطب النفسي بوضع تصنيفات محددة وواضحة للأمراض النفسية المنتشرة في أمريكا بما في ذلك مرض الفصام، عام 1949م. وجمعت هذه التصنيفات ومعايير أو مؤشرات تشخيصها في كتيب أسمته: الكتيب التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية، الذي ظهر في طبعته الأولى عام 1952م. وضم هذا الدليل مجموعة من المصطلحات الوصفية للفئات المرضية المختلفة. كما ضم 106 من الاضطرابات النفسية ولكل منها أوصافها ومعايير تشخيصها المحددة. وكانت منظمة الصحة العالمية قد وضعت تصنيفاً عاماً للأمراض كافة في نفس الوقت عرف بالتصنيف الدولي للأمراض، وهو التصنيف الذي كانت تستخدمه أوروبا في عملية التشخيص.

وفي عام 1971م في النسخة الثانية من الدليل ضم حوالي 180 اضطراب نفسي. أما في التعديل الثالث أو النسخة الثالثة التي ظهرت عام 1980م، فقد ظهرت تصنيفات أكثر، مع تحديد معايير أكثر وضوحاً في عملية التشخيص. وضم الدليل حوالي 265 اضطراب

نفسى، تم طرح تشخيصها بشكل مفصل ودقيق يختلف عن الأدلة السابقة، وذلك بسبب الدراسات الميدانية والإكلينيكية المختلفة، وخلاصة آراء اللجان المتخصصة في كل نوع من أنواع الاضطرابات النفسية. كما تم وضع عدة محاور في عملية التشخيص تعتمد على الرؤية المتكاملة لحياة المريض النفسية والاجتماعية والمهنية باعتبار أن كل هذه العوامل تؤثر في حياة الفرد واستجاباته لضغوط الحياة المختلفة.

والحقيقة أن هذه التصنيفات تأثرت بكتابات العالم الأمريكي أدولف ماير التي أوضحت أن الأمراض النفسية ما هي إلا نتيجة لاستجابة شخصية الفرد لمجموعة العوامل النفسية والاجتماعية والبيولوجية التي تحيط به، وهو المفهوم الأكثر تكاملاً في نظريته لطبيعة هذه الأمراض، لأنه لا يغفل دور هذه العوامل باعتبار أن الفرد يتأثر بعوامل البيئة الاجتماعية والنفسية التي يعيش فيها، وكذلك التأثيرات البيولوجية التي تحكم وظائفه الجسمية بشكل عام، ووظائف الدماغ بشكل خاص.

وجاءت النسخة الرابعة في عام 1994م، وما طرأ عليها من تغييرات في عام 2000م، لتضع الأمراض النفسية في 17 تصنيفاً، مع تصنيف الفصام لأنواع أكثر تحديداً. وفي هذه النسخة تم تصنيف الفصام إلى خمسة أنواع فرعية، هي تقريباً نفس تصنيفات التصنيف الدولي للأمراض في نسخته العاشرة، وتضم ما يلي:

1. فصام زوري (بارانويدي) .

2. فصام غير منظم أو مشوش.

3. الفصام الجامودي .

4. فصام غير متميز .

5. فصام متبقٍ.

وفي عام 2013م ظهرت النسخة الخامسة من الدليل التشخيصي وفيه أكثر من 350 تشخيص، وهو الدليل المعمول به الآن في مجال الطب النفسي. وفيه تم إلغاء أنواع الفصام السابقة، ووضع فصل جديد استحدث تصنيفاً جديداً سُمي بطيف الفصام والاضطرابات الذهانية الأخرى. وقدم الدليل الخامس مفهوماً جديداً يعتمد على مستوى وعدد وشدة الأعراض الذهانية، وأدت هذه التغيرات إلى تحديد دقيق للفرقة بين اضطرابات الفصام الوجداني من ناحية، والفصام والاضطرابات المزاجية من ناحية أخرى. وضم طيف الفصام ستة أنواع من الاضطرابات هي:

1. الفصام.
2. اضطراب الشخصية ذات النمط الفصامي.
3. الاضطراب ذو الشكل الفصامي.
4. اضطراب الفصام الوجداني.
5. الاضطرابات الضالالية.
6. الاضطراب الذهاني القصير.

متطلبات تشخيص مجموعة اضطرابات طيف الفصام

ونظراً لأن تشخيص الأمراض العقلية الآن يتم باستخدام الكتيب التشخيصي للجمعية الأمريكية في معظم بلدان العالم، فسنتكفي بوصف ومتطلبات تشخيص مجموعة اضطرابات طيف الفصام، وهي أحدث التصنيفات المستخدمة في هذا المجال.

1 - الفصام

ضمت معايير تشخيصه وجود عرضين أو أكثر من الأعراض التالية: الضلالات، الهلاوس، التفكير الشاذ وغير المنظم وغير المترابط (كما يبدو في الكلام)، اضطراب واضح في السلوك أو النشاط الحركي (بما في ذلك الجامود)، وأخيراً الأعراض السلبية، يُضاف إلى ذلك أن تستمر هذه الأعراض لمدة لا تقل عن ستة أشهر، بالإضافة إلى تدهور عام في النواحي الوظيفية التعليمية والمهنية والاجتماعية من حيث علاقاته مع الآخرين.

2 - اضطراب الشخصية ذات النمط الفصامي

لقد عرضنا للسّمات الأساسية التي تميز أصحاب هذا النوع من الشخصية، ويتطلب تشخيص هذا الاضطراب خمس علامات على الأقل من العلامات التالية:

أ - ضلال الإشارة.

ب - اعتقادات شاذة أو تفكير سحري يؤثر على سلوكياتهم، ولا يتفق هذا الاعتقاد مع معتقدات المجتمع الذي يعيشون فيه. ومن أمثلة ذلك الإيمان بالتخاطر والقوى الخارقة والحاسة السادسة.

ج - خبرات إدراكية غير طبيعية تأخذ شكل أوهام جسدية.

د - تفكير شاذ وغريب.

هـ - التشكك في الآخرين.

و - انخفاض القدرة على التعبير الانفعالي، أو عدم تناسبها مع الحدث.

ز - الظهور بمظهر غريب الأطوار، وارتداء الملابس بطريقة غريبة.

ح - الافتقار لأصدقاء مقربين من خارج الأسرة.

ط - وجود قدر متزايد من القلق الاجتماعي عند التعرف على أشخاص جدد، ولا يقل مستوى هذا القلق بعد التعرف عليهم، كما لو كانت هناك مخاوف ضلالية من الآخرين.

3 - الاضطراب ذو الشكل الفصامي

ويتشابه هذا الاضطراب مع الفصام وإن كان أقل حدة منه وأخف وطأة. وتثلث هذه الحالات عادة ما تشفى خلال ستة أشهر من ظهورها، وباقي الحالات تتحول إلى الفصام الوجداني أو الفصام. وتكاد تقترب أعراضه الأساسية من أعراض الفصام، ويتطلب تشخيصه وجود علامتين أو أكثر من العلامات التالية (لمدة شهر وأقل من ستة أشهر):

أ - الضلالات.

ب - الهالوس.

ج - كلام غير منظم.

د - سلوك مضطرب جداً أو جمودي.

هـ - أعراض سلبية (افتقار التعبير الانفعالي).

4 - الفصام الوجداني

ونسبة انتشاره حوالي 300/1 من الأشخاص، وهو أكثر عند المرأة، ونسبة الانتحار فيه مشابهة لنسبة الانتحار في الفصام وهي حوالي 5%. وهو عبارة عن فصام بنفس أعراضه ولكنها تستمر طوال فترة أعراض الفصام. ويعني هذا أنه اضطراب مزدوج للفصام والاضطرابات الوجدانية التي تحدث في آن واحد. ويتطلب تشخيصه إذن نفس تشخيص الفصام من حيث وجود واحد أو أكثر من الضلالات، والهالوس، والكلام غير المترابط، والسلوك المضطرب، والأعراض السلبية، يُضاف إلى ذلك وجود نوبة من أعراض الاكتئاب

(متمثلة في الأرق، وفقد الشهية، وقلة النشاط، ونقص الاهتمامات، والانعزال، وشعور بالذنب، أو وجود ميول انتحارية)، أو أعراض الهوس (مثل شعور بالنشوة والابتهاج، وزيادة النشاط، وكثرة الكلام، وعدم التعب، والشعور بالعظمة...إلخ). وقد تظهر على المريض ضلالات أو هلاوس لمدة لا تقل عن أسبوعين في غياب أية نوبة اكتئاب أو هوس.

وعادة ما يبدأ هذا النوع في سن متأخرة (30-40 سنة)، وأكثر ما يميزه أنه يكون على شكل نوبات متكررة يشفى بعدها المريض تماماً دون أي تدهور في الشخصية، وهو أمر مختلف عن باقي أنواع الفصام التي يصاحبها تدهور في الشخصية. ومن ثم يمكن عده من أفضل أنواع الفصام من حيث مآل المرض، كما أنه يستجيب للعلاج بشكل أفضل.

5 - الاضطرابات الضاللية (الزورية - التوهمية)

ونسبة انتشارها حوالي 1/500 من الأشخاص، وهي تنتشر أكثر عند الرجل، وترتبط وراثياً بالفصام، وأيضاً بالشخصية ذات النمط الفصامي، ويتطلب تشخيصها وجود العلامات التالية:

أ - وجود واحدة من الضلالات على الأقل، لمدة شهر.

ب - لا تنطبق الأعراض على معايير الفصام.

ج - عادة لا تضطرب وظائف الفرد المهنية والتعليمية والاجتماعية.

6 - الاضطراب الذهاني قصير المدى

يتطلب تشخيص هذا الاضطراب وجود عرض واحد أو أكثر من الأعراض التالية التي تستمر على الأقل لمدة يوم واحد، وتستمر لمدة أقل من شهر، وتشمل هذه الأعراض أعراض الفصام العامة (ضلالات، هلاوس، كلام غير واضح، سلوك مضطرب وغريب).

تشخيص أنواع الفصام الأخرى

يبقى أن نتناول بعض الأنواع الأخرى للفصام من باب توضيحها، ودخول أعراضها في التصنيف الذي ذكرناه آنفاً، وما زالت تُستخدم في المجال الطبي باستخدام التصنيف الدولي العاشر للأمراض، وهي فصام الشك أو البارنويدي، والفصام غير المنظم (فصام المراهقة)، والفصام الجامودي، والفصام المتبقي.

1 - فصام الشك (البارانويدي)

وأهم ما يميزه من أعراض وجود اضطرابات في التفكير متمثلة في الضلالات التي عادة ما تكون مصحوبة بهلاوس سمعية، ولا يوجد أي من أعراض اضطراب الوجدان، وإذا وجدت لا تكون واضحة بشكل كاف. وعادة ما تكون الضلالات اضطهادية، وعادة ما يبدأ في سن متأخرة (في الثلاثينيات من العمر)، ومن ثم لا تكون هناك تأثيرات كبيرة على الشخصية. وعلى الرغم من هذه الأعراض الإيجابية الواضحة، إلا أن المريض قد يستطيع أن يحافظ على نشاطاته اليومية، وأن يستخدم ما قد يحميه من وجهة نظره من كل هذه التهديدات التي تجري من حوله، ومن ثم فهذا النوع أقل تدهوراً في تأثيراته على جوانب الشخصية المختلفة.

2 - الفصام الفَنَدي

ويطلق عليه فصام المراهقة، نظراً لأنه يبدأ في عمر مبكر، وأكثر الأعراض بروزاً فيه الأعراض الوجدانية واضطرابات التفكير، مع اضطرابات سلوكية غير متوقعة. ويطلق عليه الفصام غير المنظم. وعادة ما يكون تفكير المريض مشوشاً، وغير منطقي، وتأتي تصرفاته غير متناسبة مع المواقف، كما تتسم بالغرابة كأن يرتدي ملابس كثيرة في يوم حار مثلاً. وأكثر الأعراض ظهوراً في الصورة الإكلينيكية أعراض اضطراب التفكير، وخاصة تفكك الأفكار وعدم ترابطها، ولا توجد ضلالات أو هلاوس، وإذا وجدت فإنها تكون غير محددة وغير منتظمة، كأن يعتقد أن أفكاره تُذاع في الإذاعة والفضائيات. كما يظهر التسطح الانفعالي، ويفقد المريض القدرة على التعبير أو الاستجابات الانفعالية المناسبة، ويزداد الانسحاب الاجتماعي أو العزلة عن الناس. وهو من أسوأ أنواع الفصام نظراً لكونه يبدأ في سن مبكرة، ويأخذ صفة الاستمرار والإزمان لسنوات.

3 - الفصام الجامودي

وأكثر ما يميزه الأعراض الحركية التي تتمثل في الجمدة، بالإضافة إلى ما يسمى بالمرونة الشمعية حيث يضع المريض عضلاته أو أعضاء جسمه الخارجية في أوضاع غريبة، وكأنها مرنة مرونة الشمع الذي يمكن تشكيله في أي وضع. كما يمكن أن نجد توقف الكلام عند المريض (البكم)، ويتكلم بالإشارة، أو يكثر حديثه ولكن بصورة مختلطة. كما قد يستخدم المريض لغة جديدة لا يفهمها إلا هو، ولا يفهمها حتى المرضى الآخرون المصابون بنفس المريض، وكأنه يتحدث لغة سرية أو بالشفرة. بالإضافة إلى فقد الإرادة الذي يتخذ

سمة الطاعة العمياء وفيها يقوم المريض بتنفيذ كل ما هو مطلوب منه دون أي توقف. ويقلد فيها المريض حركات وأحاديث من حوله، وإذا تم سؤاله فإنه بدلاً من أن يجيب على السؤال يقوم بترديده.

وينقسم هذا النوع إلى نوعين فرعيين: نوع يتسم بالهياج وفيه نجد زيادة في نشاط المريض، مع نوبات من الهياج الشديد، يعتدي فيها على الآخرين، وقد تصل إلى حد العنف وتفسير الأشياء أو أثاث المنزل، وتأتي هذه السلوكيات بشكل مفاجئ يصعب التنبؤ بها، وتكون غير هادفة. أما النوع الثاني فهو حالة من الذهول أو الغيبوبة، يتوقف فيها المريض عن الكلام، فلا يرد على الأسئلة، ويتوقف عن الحركة تماماً. وهو نوع انسحابي تبدو فيه كل أعراض الجمدة والمرونة الشمعية، ونتيجة لهذه المرونة قد يتخذ جسم المريض أشكالاً غريبة، ولفترات طويلة، وتسمى هذه الحالة بالمدائمة على وضع معين. وأكثر هذه الأوضاع ما نسميه بوضع الجنين، حيث يتخذ وضع القرفصاء، وضم ساقيه إلى بطنه، ويظل هكذا لساعات. وإذا سأل الطبيب المريض أن يرفع يده مثلاً، ظل محتفظاً بهذا الوضع إلى أن يسأله الطبيب أن يخفضها. بالإضافة إلى الذهول، حيث يتوقف المريض عن الحركة والأكل والنشاط بشكل عام، وقد يصل الأمر إلى حدوث غيبوبة. ومن مظاهر هذا النوع ما يسمى بالسلبية المطلقة التي تعني رفض المريض للطعام والشراب، وعدم الإجابة على أي سؤال، بل إنه يستجيب عكس ما هو مطلوب منه، فإذا طلب الطبيب منه غلق عينيه يقوم بفتحهما. ويمكن أن تنتاب المريض نوبات من النوع الأول أو النوع الثاني بالتبادل.

4 - الفصام المتبقي

وهو كما يبدو من اسمه نوع مزمن، بقي بعد مرور المريض بالعديد من نوبات المرض السابقة، وتحسنت معظم أعراضه الإيجابية، وظلت الأعراض السلبية. ويعني هذا أننا لا نجد عادةً أعراضاً بارزة كالهلاوس أو الضلالات، ولكن ما تبقى هو الأعراض السلبية المتمثلة في تسطح الانفعال، وقلة النشاط، وضعف الإرادة، وعدم المبادرة، وضعف التواصل الاجتماعي، ونقص التعبيرات الانفعالية غير اللفظية كتعبيرات الوجه والاحتكاك البصري، مع عدم الاهتمام بالنظافة الشخصية.

الفصل الثالث

معالجة الفصام ومآله ونظرة المجتمع إليه

كما تبيننا في عرضنا لأسباب أو عوامل الإصابة بمرض الفصام من كونها وراثية وبيولوجية ونفسية واجتماعية، وأن المرض هو نتاج تفاعل كل هذه العوامل، يصبح إلزاماً علينا ونحن نتناول علاجه أن نتحدث عن الطرق الدوائية والطرق النفسية التي يمكن استخدامها لدى هؤلاء المرضى والتي تهدف جميعها إلى إزالة الأعراض من ناحية، وزيادة كفاءة المريض ومهاراته كي يعود للمجتمع فرداً فعالاً ومنتجاً من ناحية أخرى. ومع ذلك فأغلبية طرق العلاج تعتمد على الجانب الدوائي منذ عقود طويلة، وإن كان في السنوات الأخيرة بدأ الاهتمام بعملية التأهيل النفسي والاجتماعي لمرضى الذهان بعامة، والفصام بخاصة، وهو ما سنعرّج عليه في الجزء التالي من الكتاب. وقبل ذلك نرى من الضرورة بمكان أن نعرض لتاريخ محاولات علاج الفصام والذي بدأ منذ قرون طويلة، لتتعرف على التغير الذي طرأ على طرق العلاج ومدى فعاليتها.

لمحة تاريخية على معالجة الفصام

كما سبق وأشرنا عُرف المرض العقلي بصور مختلفة من قديم الزمان، غير أنه لم تجر أية محاولات لدراسته وفهمه إلا من وقت قريب. وارتبط المرض في تفسيراته بالسحر والخرافات والمس الشيطاني، مما أثر في طريقة علاج مرضاه. وفي القرون الوسطى ترك أمر علاج المرض العقلي في أوروبا في أيدي رجال الدين، ثم أنشئت أماكن لاحتجاز المرضى العقلين، لم تكن تستوفي أي شروط صحية، بل كان المرضى يتعرضون فيها لأسوأ أنواع المعاملة، مع تقييدهم بالسلاسل المثبتة على الحوائط، ويتركون هكذا لفترات طويلة.

واستطاع الطبيب الفرنسي فيليب بينيل (Philippe Pinel) أن يغير من طبيعة هذه المستشفيات، ويتبنى علاجاً ذا طبيعة إنسانية وأخلاقية في تعامله مع المرضى، فقام بفك أغلالهم، وقضى على المعاملة اللاإنسانية التي كانوا يتعرضون لها.

وبينما كان الحال كذلك في أوروبا، اختلف الأمر تماماً في العصور الإسلامية. فقد شُيّدت المستشفيات التي كانت تعرف باسم «البيمارستان» وتُعني دار المرضى، وكانت في بغداد ودمشق في عام 705 ميلادية تقريباً. أما في مصر فقد شُيّد المنصور قلاوون بيمارستاناً عام 1281م يضم أقساماً طبية مختلفة، ومن بينها قسم للأمراض النفسية، وكانت المرة الأولى التي يتم علاج المرضى النفسيين في مستشفى عام. والحقيقة أن مستشفى السلطان قلاوون كان عنواناً طبياً للبعد الاجتماعي والطبي للحضارة الإسلامية، إذ تميز برعايته الفائقة لمرضاه، وامتدت مظلة الرعاية الصحية التي يقدمها المستشفى إلى المرضى الفقراء في بيوتهم، مع صرف الأدوية والعقاقير والأغذية، ومتابعة حالتهم الصحية من دون أن يؤثر ذلك على الميزانية المخصصة للمرضى المقيمين بالمستشفى.

وفي العصور الحديثة بعد أن تم وضع مصطلح الفصام كانت هناك محاولات جادة لم تنته حتى الآن لعلاج المرضى العقليين بعامّة، والفصامين بخاصّة، ونظراً لأن الأساس الفيزيولوجي للفصام لم يكن واضحاً آنذاك فقد استخدمت كل الطرق المعروفة وقتها لمحاولة علاج هذا الاضطراب التي اعتمد معظمها على المحاولة والخطأ، وكان من بينها وصف الكوكايين واستخدام زيت الخروع، أو حقن المرضى بدم الحيوانات.

وفي أربعينيات القرن الماضي استخدم بعض المعالجين طريقة غريبة لعلاج إحدى مريضات الفصام، وذلك بحقن زيت التربنتين في جدار بطنها بهدف إحداث خُراج كبير يتولد عنه ارتفاع في درجة حرارة المريضة. وكان المنطق الذي اعتمد عليه هذا المعالج ما لاحظته إكلينيكيّاً، وهي ملاحظة ذكية من تحسن أو قلة أعراض مرضى الفصام عند ارتفاع درجة حرارتهم. وما توقعه الطبيب حدث بالفعل، إذ ظلت المريضة في حالة هدوء نسبي من أعراضها الفصامية لمدة ثلاثة أيام وهي الفترة التي استمرت فيها الحمى.

واعتماداً على فكرة تهدئة الجهاز العصبي عن طريق النوم، ومن ثم تقليل أعراض المرض، قام أحد الأطباء بمحاولة حقن مرضى الفصام بعقار الباربيتورات، بهدف دفعهم وحثهم على النوم لفترات طويلة، وحصل على نتيجة مُرضية آنذاك، إذ تحسن بعض المرضى من جرّاء علاجهم بهذه الطريقة.

أما أكثر الطرق التي أتت بنتائج باهرة في علاج الفصام فتمثلت في طريقتين: الأولى العلاج بحقن الأنسولين، بهدف تخفيض نسبة السكر في الدم بشكل كبير يؤدي إلى حدوث غيبوبة متكررة للمريض، وهي الطريقة التي عرفت في تراث الطب النفسي بالعلاج بغيبوبة الأنسولين، وقد نجحت هذه الطريقة لسنوات طويلة على الرغم من المخاطر التي كانت تنشأ من استخدامها. أما الطريقة الثانية فكانت العلاج عن طريق إحداث نوبات تشنج لدى المريض سواءً كان ذلك بحقنه بزيت الكافور في العضل، أو الحقن في الوريد بمادة ميترازول، وكانت

هذه الطريقة مقدمة لاستخدام العلاج بالصدمات الكهربائية فيما بعد كأحدى الطرق الفعالة في علاج الفصام التي جاءت نتيجة ملاحظة أن مرضى الصرع لا يصابون بالفصام، كما أن مرضى الفصام لا تحدث لديهم نوبات صرع. وبناءً على هذه الملاحظة تم تجريب إحداث نوبات صرع بطريقة اصطناعية لدى مرضى الفصام، ومعرفة أثر هذه النوبات على الأعراض، وأتت هذه المحاولة بنتائج باهرة وتحسن ملحوظ في أعراض الفصام.

وتوالى المحاولات بعد ذلك إلى أن ظهر عقار الكلوروبرومازين في ديسمبر من عام 1950م في فرنسا، وبدأت الدراسات التجريبية عليه في مايو من عام 1951م، وتم إعطاؤه لأول مريض نفسي في يناير من عام 1952م. وأظهر الدواء نتائج كبيرة في تحسن الأعراض وخاصة السلوكية منها كالهياج والعوان، ومازال هذا العقار يُستخدم حتى الآن مع بعض الحالات على الرغم من توفر العديد من الأدوية الحديثة.

المعالجة الدوائية للفصام

هناك مجموعتان أساسيتان في الأدوية المستخدمة في علاج الفصام، أو ما نطلق عليه الأدوية المضادة للذهان: الأولى ونطلق عليها مجموعة العقاقير التقليدية (أو عقاقير الجيل الأول)، والثانية هي المجموعة غير التقليدية (عقاقير الجيل الثاني) التي جاءت نتيجة للتراكم العلمي فيما يتعلق بكيميائية الفصام، ومحاولة التخلص من الأعراض الجانبية الشديدة التي كانت تحدثها عقاقير الجيل الأول، وأخيراً الرغبة في الوصول إلى عقاقير تساعد على تحسن الأعراض السلبية بشكل كبير. ولا يتسع المقام هنا لتناول عقاقير كل مجموعة، ولكننا سنشير إلى أسماء بعضها وتأثيراتها.

وربما يكون من الضرورة أن نشير إلى أن الاختلاف الجوهرى بين عقاقير المجموعتين ليس من حيث الكفاءة في علاج المرض، وإنما في قدرة عقاقير الجيل الثاني في علاج الأعراض السلبية بشكل أوضح، مع قلة أعراضها الجانبية مقارنة بأدوية الجيل الأول.

أولاً: عقاقير الجيل الأول

تسمى مضادات الذهان التقليدية بالجيل الأول من مضادات الذهان لكونها أول المضادات التي تم اكتشافها، والعمل بها في علاج الذهان. وتعمل مضادات الذهان بشكل عام على استعادة العمليات المعرفية التي اضطربت نتيجة المرض إلى مستواها الطبيعي، حيث تقلل من التفكير الذهاني بكل أشكاله، وخاصة محتوى ومجرى التفكير، مما يساعد المريض على ربط أفكاره بشكل جيد. كما تعمل على تحسين القدرات العقلية بشكل عام، وتزيل مشاعر الشك، وتقلل من الهلاوس والضلالات، وتحسن من السلوك النفسي والحركي للمريض بعامه، والميول العدوانية خاصة. كما تحسن من الوظائف الانفعالية، وتساعد على النوم.

وتتم كل هذه التأثيرات نتيجة ما تسببه هذه المضادات من خفض مستوى النواقل العصبية الخاصة بالجهاز العصبي المركزي التي تدخل في عمليات التفكير والإدراك والانفعال والسلوك، وغير ذلك من مظاهر الفصام. وكانت معظم أدوية هذا الجيل تُسمى من قبل بالمهدئات الكبرى، ومن أمثلتها الكلوروبرومازين، والفينوثيازين، والهالوبيريدول. وفيما يلي وصف لهذه الأدوية واستخداماتها.

1 - عقار كلوروبرومازين

يُعد هذا الدواء أول عقار أُستخدم في علاج الذهان بصفة عامة والفصام بصفة خاصة، حيث لوحظ تأثيره المهدئ على مرضى الهوس والفصام، وتقليله من سلوكياتهم العدوانية. وعلى الرغم من النجاح الذي حققه الدواء لسنوات طويلة في علاج الفصام، وحالات الهياج بشكل عام، إلا أنه من النادر استخدامه الآن كأحد الأدوية الأساسية المضادة للذهان، مع استمرار استخدامه كأحد الأدوية المهدئة في حالات الهياج.

ومن نواهي استخدامه حالات الاكتئاب، والتردي الحركي، وأمراض الكبد والكلية، وانخفاض ضغط الدم، ومرضى الصرع. كما يُستخدم بحذر شديد في حالات المرضى المصابين بالزرق، وضخامة البروستاتة.

2 - عقار فلوفينازين

يفيد هذا العقار في علاج الضلالات المصحوبة بالهلاوس، كما يفيد في التنبيه النفسي الحركي لدى المرضى الذين يعانون التبلد وقلة النشاط، ولذلك ينصح باستخدامه في حالات الفصام الجامودي من النوع اللامبالي، وأكثر أعراضه الجانبية تتمثل في الأعراض الحركية نتيجة تأثيره على المسارات خارج السبيل الهرمي.

3 - عقار الهالوبيريدول

يفيد هذا العقار في علاج الذهان بعامة، والحالات المصحوبة بالهياج الشديد كالهوس بخاصة، وله تأثيرات فعالة على السلوك العدواني والتوتر الشديد، واضطرابات التكيف الاجتماعي.

4 - مضادات الذهان التقليدية مديدة المفعول

وهي أدوية توجد على هيئة حقن مدخرة، يتم امتصاصها من الجسم بشكل تدريجي، وتُعطى مرة كل 1-4 أسابيع وفقاً لطبيعة حالة المريض، وتم تصنيعها بسبب انخفاض مطاوعة

المرضى لاستخدام مضادات الذهان التي يتم تناولها عن طريق الفم، الأمر الذي كان يؤدي إلى زيادة مرات الانتكاسة لديهم. ويوجد من هذه العقاقير ما يقرب من أحد عشر نوعاً منتشراً في أنحاء العالم، ومن أشهرها عقاقير: فلوبينتكسول، كلوبينتكسول، هالوبيريدول.

والعلاج بمضادات الذهان مديدة المفعول يتميز بقلّة مرات الانتكاسة مقارنةً بالعلاج قصير الأمد، إذ يتحسن على هذا النوع من العلاج ما يقرب من 80% من الحالات، وهو أمر في غاية الأهمية إذا وضعنا في الحسبان ما يسببه الذهان بشكل عام، والفصام بشكل خاص، من فقد المجتمع للقوة الإنتاجية لهؤلاء المرضى الذين يتحولون إلى طاقة عمل مهدرة، بل يصبحون في أحيان كثيرة عالة على المجتمع. أما المرضى الذين لا يستمرون في العلاج لسبب أو لآخر فتصل نسبة الانتكاسة بينهم إلى 50% خلال الأشهر الستة الأولى، وترتفع إلى 65-80% خلال السنة الأولى، بينما تصل النسبة عند من يستمرون في العلاج إلى 10-15% خلال الأشهر الستة الأولى، ولا تتعدى 25% خلال العام الأول. وقد ساعدت هذه الأدوية على ارتفاع معدلات التحسن بصورة كبيرة، بالإضافة إلى الانخفاض الكبير في نسب الانتكاسة خلال السنوات الثلاث الأولى من العلاج.

وتتميز أدوية هذه مجموعة بعدد من المميزات جعلتها الأكثر استخداماً لسنوات طويلة، وهذه المميزات هي:

1. ضمان استخدام المريض للعلاج، والتأكد من مطاويعته واستمرار تأثير الدواء، مع غياب فرصة نسيان تناول جرعة العقار.
2. تقبل المرضى هذا النوع من العلاج بصورة فضلى، نظراً لأنه لا يؤخذ بصفة يومية أو مع الوجبات، ويُعد تناول المريض للعلاج مرة كل أسبوعين أو أكثر علامة على تحسنه، ومن ثم المواظبة على العلاج والمطاوعة في تناوله.
3. تقلل من احتمالات تعرض المريض للانتكاسة، وبالتالي انخفاض معدل دخوله إلى المستشفى.
4. قلة الآثار الجانبية لهذه العقاقير مقارنةً بمثيلاتها التي يتم تناولها بصفة يومية.
5. يمكن التحكم بالجرعة، حيث يمكن خفضها (مرة كل شهر)، أو زيادتها (مرة كل أسبوع)، وفقاً للحالة المرضية ومدى تحسن المريض.

ثانياً: عقاقير الجيل الثاني الذهان

مع بداية التسعينيات من القرن الماضي، والتعرف على مزيد من آلية حدوث الفصام من الناحية الكيميائية ظهرت فئة جديدة من هذه الأدوية تعمل بطريقة مختلفة وتعطي نتائج

أكثر فعالية. وأُطلق عليها الجيل الثاني من مضادات الذهان أو الأدوية غير التقليدية. وهذه الأدوية تعمل بشكل نوعي أكبر على مستقبلات الدوبامين الموجودة في المنطقة الحوفية الإنسية، وليست منطقة المادة السوداء التي تعمل عليها مضادات الذهان التقليدية التي كانت تتسبب في العديد من الأعراض الجانبية الحركية. ومع اكتشاف مستقبلات الدوبامين من نوعي (D3،D4) في تسعينيات القرن الماضي دخلت مضادات الذهان غير التقليدية مرحلة هامة من التطور، خاصة مع اكتشاف أن كمية مستقبلات الدوبامين من نوع (D4) الموجودة في الدماغ هي أكثر بمقدار أربعة أضعاف عن مثيلاتها الموجودة خارجه، مما دعم فرضية أن الفصام له علاقة أساسية بهذه المستقبلات، ومن ثم طرحت فرضية جديدة سميت بفرضية دوبامين D4 بدلاً من الفرضية القديمة التي ربطت بين الفصام ومستقبلات الدوبامين من نوع (D2).

وفي ضوء هذه الفرضية الجديدة بدأ تصنيع العديد من الأدوية الأخرى التي تعمل على هذه المستقبلات، ومن أشهرها عقار ريسبيريدون، وعقار أولانزابين وعقار كويتيابين، وعقار أريبيرازول، وعقار زيبراسيدون، وأخيراً عقار باليبيريدون. وتعمل أدوية الجيل الثاني على تحسين أعراض الفصام بشكل عام، والأعراض السلبية بشكل خاص.

1 - عقار كلوزابين

يتميز هذا العقار بفعالية شديدة في علاج حالات الفصام المستعصية التي لم تتحسن أعراضها الإيجابية على المضادات التقليدية، بالإضافة إلى تأثيره الفعال على الأعراض السلبية التي لا تفيد معها أساساً مضادات الذهان التقليدية والتي تشمل العزلة الاجتماعية، فقد الطاقة والنشاط، التبدل الانفعالي، وصعوبة التعبير عن المشاعر، بالإضافة إلى أنه لا يتسبب في اضطراب المسارات خارج السبيل الهرمي، ومن ثم لا توجد له أعراض حركية، بل إنه يساعد في علاج هذه الاضطرابات.

2 - عقار ريسبيريدون

يُستخدم هذا العقار في علاج الاضطرابات الذهانية بعامة، ويتميز في الجرعات المنخفضة بندرة حدوث الأعراض الحركية التي تحدث عادة في الجرعات المرتفعة، نتيجة تأثيره على المسارات خارج السبيل الهرمي، ومن ثم يتسبب في تقلص عضلات الرقبة والرأس والعين، ورعشات الأطراف، نتيجة لانخفاض إفراز الدوبامين، بالإضافة إلى الدوخة والغثيان والشعور بالتعب، والنعاس، وزيادة الشهية، والتهاب الأنف، والقيء والسعال المفرط، كما يؤدي العقار إلى زيادة مستوى السكر بالدم.

3 - عقار أولانزابين

يفيد هذا العقار بشكل أساسي في علاج اضطرابات الذهان بشكل عام، كالفصام، والهوس الحاد، كما يُحسن بشكل كبير الهالوس والضلالات والذهيان، والأعراض السلبية، وهناك مجموعة من الاحتياطات التي يجب توخيها عند استعمال العقار، خاصة مع المرضى الذين يعانون أمراض الكبد والكلى، واضطرابات القلب وارتفاع ضغط الدم، وارتفاع مستوى الكوليستيرول، والصرع، وتضخم البروستاتة، وكذلك المرضى ذوي التاريخ المرضي بالإصابة بسرطان الثدي أو النوبات القلبية. فقد يتسبب العقار في الوفاة بنوبات القلب، أو السكتة الدماغية في هؤلاء المرضى. كما لا يجب استخدام الكحوليات أثناء تناول العقار.

4 - عقار كويتيابين

يتميز هذا العقار أيضاً بسرعة ظهور تأثيره العلاجي (خلال أربعة أيام)، مقارنة بالأدوية الأخرى، ويحسن أعراض الفصام السلبية بشكل كبير، أما عن أعراضه الجانبية فيتميز العقار بقلّة هذه الأعراض التي تشمل في حال حدوثها اضطراب النوم، انخفاض ضغط الدم، الإمساك، جفاف الحلق، الدوخة، الصداع (آثار مضادة للفعل الكولينري)، وزيادة الوزن. ونادراً ما يؤدي إلى أعراض حركية، نظراً لتأثيره المنخفض على المسارات خارج السبيل الهرمي.

5 - عقار باليبيريديون

يُعرف تجارياً باسم إنقيجا، ويوجد على هيئة أقراص مديدة المفعول، ويوصف لعلاج حالات الفصام الحاد، وكذلك كعلاج مستمر لمنع الانتكاسات.

6 - عقار أريبيرازول

يُعرف تجارياً باسم أبيليفاي ويُستخدم بشكل أساسي في علاج الاضطرابات الذهانية، وكذلك علاج حالات اضطرابات الوجدان ثنائية القطبية والوقاية منها. أما عن الأعراض الجانبية فتشمل: إمساك، دوار، جفاف الفم، صداع، زيادة في الوزن، الشعور بعدم الراحة، عطش بسيط، خمول، رعشة بسيطة باليدين، غثيان بسيط، زيادة السكر في الدم، ولذلك يجب على مرضى داء السكري أن يستخدموا هذا الدواء بحذر وأن يتم اختبار نسبة السكر بانتظام.

7 - عقار سيرتيندول

يُعرف تجارياً باسم سيردولكت ويعمل على مستقبلات الدوبامين والسيروتونين وهو علاج فعال للفصام، وتشمل الأعراض الجانبية للدواء: الدوخة، الصداع، الأرق، صعوبة في الدفق، وزيادة في الوزن.

8 - أدوية الجيل الثاني مديدة المفعول

وتتضمن ريسبيريدون، أولانزابين، بالوبيريدون.

الأعراض الجانبية لمضادات الذهان

تعمل مضادات الذهان على إغلاق مستقبلات الدوبامين في العديد من أجزاء الجسم، مما يؤدي إلى ظهور العديد من الأعراض الجانبية التي تشمل معظم أجهزة الجسم التي تختلف شدتها على هذه الأجهزة باختلاف الأدوية، كما أن هذه المضادات تختلف فيما بينها في شدة ونوعية الأعراض الجانبية التي تتركز على التأثير المهدئ، والتأثير الخافض لضغط الدم، والتأثير المضاد للفعل الكولين، والتأثير على الحركة، والتأثير على عمليات الاستقلاب (زيادة الوزن، الإصابة بداء السكري، ارتفاع الكوليستيرول)، وخاصة في مضادات الجيل الثاني.

ويمكن تقسيم الأعراض الجانبية لمضادات الذهان إلى المجموعات التالية:

أولاً: أعراض الجهاز العصبي

أعراض المسارات خارج السبيل الهرمي، تُعد المسارات خارج السبيل الهرمي، هي المسارات المنظمة للحركات الإرادية في الجسم، وأي خلل في عمل هذه المسارات يؤدي إلى مجموعة من الأعراض التالية:

1 - أعراض الرعاش (داء باركنسون)، وتشمل رعشة خفيفة باليدين، مع (التيبس) الصَّمْل العضلي، حيث يجد المريض نفسه غير قادر على التحرك بنفس المرونة السابقة، ويسير ببطء شديد، ويتحرك كما لو كان إنساناً ألياً.

2 - خلل التوتر الحاد، وهو عبارة عن تقلص شديد يصيب عضلات الجسم كلها، وخاصة عضلات الرقبة والفكين والعينين، وقد يعاني المريض التواء رقبتة للأمام أو للخلف، مع عدم القدرة على تحريكها في أي اتجاه آخر. وتسبب هذه الحالة عند ظهورها خوفاً شديداً للمريض وللمحيطين به.

3 - تعذر الجلوس (التململ)، حيث يعاني المريض حالة من عدم الاستقرار أو عدم القدرة على البقاء في مكان واحد لفترة قصيرة، ويظل في حركة دائمة، يقطع الحجرة ذهاباً وإياباً.

4 - خلل الحركة المتأخر (خلل الحركة الشيكوخي)، وتظهر هذه الحالة عادة بعد سنوات من استخدام مضادات الذهان التقليدية، وخاصة النوع المختزن منها (مديد المفعول).

5 - اضطرابات النوم، تؤدي معظم مضادات الذهان إلى اضطراب وظيفة النوم في 85% من المرضى، وتأخذ هذه الاضطرابات شكل الأرق الزائد، وعدم القدرة على الاستغراق في النوم، أو ظهور الكوابيس. وعادة ما تختفي هذه الأعراض خلال الأيام الأولى مع استمرار المريض على تناول العلاج.

6 - التشنجات الصرعية، تخفف مضادات الذهان من عتبة النوبات الصرعية عند بعض المرضى الذين يعانون الصرع، ومن ثم تتكرر لديهم نوبات المرض.

ومعظم الأعراض الجانبية الحركية عادة ما تكون قابلة للعكس، تتوقف مع تقليل أو توقف العلاج باستثناء خلل الحركة المتأخر الذي قد يستمر حتى بعد إيقاف العلاج.



(الشكل 7): الأعراض الجانبية الحركية لمضادات الذهان.

ثانياً: أعراض الجهاز العصبي (الأوتونومي)

1. تجفاف الحلق، وهو من أكثر الأعراض التي يشكو منها المريض، وقد تكون السبب في توقفه عن تناول العلاج.
2. ازدواج الرؤية وضبابيتها.
3. الغثيان والإمساك.
4. عسر التبول ، أو احتباس البول.
5. اضطرابات جنسية، سواء في الرغبة أو القدرة أو الدفق.
6. انخفاض ضغط الدم، والدوخة، واضطراب دقات القلب، ونوبات إغماء.

ثالثاً: أعراض الجهاز الغدي

تتسبب مضادات الذهان في تغير وظائف بعض الغدد الصماء، مما يؤدي إلى انقطاع الحيض (الضهي)، أو اضطراب الدورة الشهرية، تورم الثديين، وإفراز اللبن منهنما نتيجة زيادة هرمون البرولاكتين (المدر للبن)، بالإضافة إلى زيادة الوزن، والبول السكري.

رابعاً: أعراض أرجية العقاقير

قد يعاني المريض أرجية من مركبات مضادات الذهان، وتظهر أعراض هذه الأرجية على النحو التالي:

1. الطفح الجلدي.
2. حمرة الجلد وحروق عند التعرض لأشعة الشمس.
3. الصفراء نتيجة التهابات الكبد، وخاصة مع عقار الكلوروبرومازين.
4. نقص كريات الدم البيضاء.

خامساً: أعراض نفسية

1. زيادة مستوى القلق في بعض الحالات.
2. تشوش شديد في الوعي، وخاصة لدى كبار السن.
3. زيادة الأعراض الذهانية.

4. السمية السلوكية، وهي تغيرات سلوكية تأخذ شكل الأرق والأحلام المزعجة، واضطراب النشاط النفسي الحركي بشكل عام، والتجوال الليلي، وزيادة أعراض الفصام.

سادساً: متلازمة مضادات الذهان

هناك مجموعة من الأعراض التي تظهر مع استخدام مضادات الذهان تسمى المتلازمة الخبيثة للدواء المضاد للذهان وهي حالة نادرة تصيب حوالي 0.5-1% من المرضى، ولكنها تمثل خطورة شديدة على حياة المريض، وقد تتسبب في وفاة 20% من الحالات المصابة بها، ولذلك تُعد من حالات الطوارئ في الطب النفسي، وعادة ما تظهر هذه الأعراض خلال 72 ساعة أو أكثر من بدء تناول مضادات الذهان، ولكنها قد تستمر لفترة طويلة قد تصل إلى 40 يوماً، خاصة مع تناول العقاقير طويلة المفعول.

وتتكون أعراض هذه المتلازمة من أعراض ثلاثة أساسية هي: ارتفاع شديد في درجة الحرارة، أعراض حركية من المسارات خارج السبيل الهرمي، وتغيرات معرفية، بالإضافة إلى عدم انتظام دقات القلب، وانخفاض ضغط الدم، ونوبات التشنج والغيوبة، ويجب عند ظهور هذه الأعراض إيقاف العلاج فوراً، والبدء في علاج هذه الأعراض.

المعالجة بالتخليج الكهربائي

تُعد جلسات المعالجة بالتخليج الكهربائي إحدى الطرق المستخدمة في علاج الفصام. وارتبط هذا النوع من العلاج بتصورات كثيرة خاطئة لدى العامة، أكثرها شهرة أنها نوع من عقاب المريض وليست علاجاً له. وبعيداً عن المصادر التي ساهمت في تكوين هذه الصورة عن المعالجة بالتخليج الكهربائي يجب أن نعترف بأنها قد تكون الأمثل والأكثر أماناً في علاج العديد من الحالات، كما أنها تحسن من نوعية الحياة التي يعيشها المريض، خاصة في الفصام الجامودي الذي تتميز أعراضه بكونها حركية في المقام الأول، وكذلك حالات الانعزال الشديدة. ولا تُستخدم الجلسات كخيار أول في علاج الفصام، وإنما في حالات زيادة الميول الانتحارية لدى المريض، وتكون منقذة لحياة المريض، إذ أن تأثيراتها وفعاليتها أسرع بكثير من الأدوية، كما يمكن استخدامها في الحالات التي لم يفد فيها العلاج الدوائي، ولكنها لا تفيد في الحالات المزمنة. وعادة ما يتراوح عدد الجلسات بين (8-12) جلسة.

ودون الدخول في الآلية التي يتم بها تحسين الأعراض عن طريق التخليج الكهربائي نود أن نشير إلى أن استخدام التخليج الكهربائي الآن يتم بطرق حديثة، حيث يتم تحت تأثير مخدر

عام، وأدوية باسطة للعضلات، ولا يعاني المريض على الإطلاق نوبات التشنج التي كانت تظهر على المرضى في حقبة سابقة من العلاج.

المعالجة النفسية والتأهيلية

1 - المعالجة النفسية

على الرغم من أن علاج الذهان بعامة، والفصام بخاصة ظل لسنوات طويلة معتمداً على طرق العلاج الدوائي، إلا أن الاهتمام زاد في العقود الأخيرة باستخدام طرق أخرى، خاصة التدخلات النفسية منها، لزيادة معدلات تحسن أعراض المرض، سواءً كانت هذه التدخلات تُستخدم بمفردها أو مصاحبة لطرق العلاج الدوائي.

ومن أكثر التدخلات النفسية التي استخدمت في هذا المجال العلاج المعرفي السلوكي. وهذه الطريقة ذاع انتشارها في علاج مرضي القلق والاكتئاب، وهي أعراض عادة ما تصاحب مرضى الفصام أيضاً. وقد استخدم هذا النوع من العلاج لأول مرة عام 1952م من قبل أرون بيك (Aaron Beck) لعلاج بعض الاعتقادات الخاطئة (الضلالات) لدى مرضى الفصام، باعتبارها إحدى علامات اضطراب الجانب المعرفي للفرد متمثلة في اضطرابات التفكير. فالضلالات يستخدمها المريض باعتبارها قادمة من الخارج، وليست أمراً داخلياً يعود لنسق تفكيره، ثم استخدم العلاج بعد ذلك لتحسين الأعراض السلبية لمرضى الفصام، وأي أعراض متبقية من المرض، وتحسين العلاقات الاجتماعية للمريض خاصة مع الأهل والأصدقاء، وربما لا ينجح العلاج المعرفي مع الهالوس بنفس القدر الذي ينجح فيه مع الضلالات والأوهام، نظراً لأن العلاج يعتمد على تغيير الجانب المعرفي (الأفكار الخاطئة) أكثر من الجانب الإدراكي (الهالوس).

يشير بعض المعالجين إلى أن المعالجة النفسية بعامة، والمعالجة المعرفية السلوكية بخاصة تساعد المرضى على تحسين آليات التعامل مع أعراضهم من ناحية، ومواجهة الضغوط التي يتعرضون لها من ناحية أخرى، وتحقيق المعالجة النفسية الأهداف التالية:

1. تحسين العلاقة بين المعالج والمريض، اعتماداً على وجهة نظر الأخير.
2. تشجيع المريض وتحسين التزامه بالاستمرار في تناول علاجه، مما يحسن من فرص التحسن بشكل عام، نظراً لأن كثيراً من المرضى لا يلتزمون بتناول أدويتهم، مما يقلل من فرص الاستفادة من العلاج، ومن ثم استمرار الأعراض لفترات طويلة، يسوء معها مآل المرض.

3. إيجاد طرق صحية للتعامل مع الأعراض وتفسيراتها، وزيادة قدرة المريض على الاستبصار بالمرض، بدلاً من إلقاء اللوم على الآخرين، واتخاذ موقف سلبي منهم، ومن ثم تتحسن العلاقة بالواقع.
4. محاولة تقليل تأثير الأعراض السلبية على حياة المريض، مما يساعده على الاندماج في حياته الاجتماعية والمهنية.
5. تحسين المهارات الاجتماعية للمريض، مما يساعده على الاندماج في محيطه الاجتماعي سواءً كانت الأسرة أو العمل.
6. تعلم طرق جديدة للتعامل مع الضغوط بكفاءة أكبر تقلل من فرص الانتكاسة.

2 - المعالجة التأهيلية

ظهر في العقود الأخيرة اتجاه جديد للتدخلات النفسية والاجتماعية في خطة العلاج، سُمي بالتأهيل النفسي الاجتماعي، وهذا التأهيل يتم جنباً إلى جنب مع العلاج الدوائي. وأوضحت العديد من الدراسات مدى أهميته وفعاليته في تحسين أعراض المريض، والتخلص من أعراضه السلبية، ومشاركته بشكل فعال في المجتمع الذي يعيش فيه.

والتأهيل النفسي الاجتماعي في معناه العام، يعني مجموعة واسعة من التدخلات غير الدوائية التي يتم تقديمها للمريض، لتساعده في التغلب على أعراضه، أو التغلب على الصعوبات التي تركها المرض عليه، ومن ثم فهو عملية تهدف إلى تسهيل عملية الشفاء، أو تحسين الأعراض القائمة بما يقلل من درجة إعاقة الفرد، ويتضمن التأهيل مجموعة من التدخلات النفسية والاجتماعية تشمل: التدخل الأسري، التنقيف النفسي، العلاج السلوكي، العلاج المعرفي، التأهيل المعرفي، المهارات الاجتماعية.

وحتى لا نغرق في التفاؤل بسرعة نتائج هذه التدخلات يجب أن نضع في حسابنا أن نتائجها عادة ما تكون بطيئة وتدرجية، ومن ثم يجب أن تمتد البرامج العلاجية إلى شهور وربما سنوات، وفق ما تتطلبه كل حالة. وهناك مجموعة من المعايير التي يجب الأخذ بها للحصول على نتائج محتملة وحقيقية، فالعلاج يجب أن يكون محدداً بمجموعة من الأهداف قصيرة المدى التي يمكن تحقيقها (مثل هدف المواظبة على الحضور إلى المستشفى مرتين أسبوعياً مثلاً لمدة شهر)، ونظراً لأن هناك فروقاً فردية بين المرضى، فلا يجب تعميم كل البرامج على كل المرضى، بل تفصيل البرنامج لكل مريض على حدة، اعتماداً على حاجاته ومتطلباته في محيطه المهني والاجتماعي.

وبغض النظر عن شدة المرض، فمن الضرورة بمكان أن يشترك المريض في وضع خطة العلاج وتحديد الأهداف، وبمعنى آخر يجب أن يكون المريض مشاركاً في العلاج، لا متقبلاً فقط لما يوضع له من برامج. والعلاج الفعال والناجح يتطلب أن يوافق المريض على المهام والمهارات النوعية التي سيتم تدريبه عليها، وموافقته على القيام بها. وتختلف هذه المهارات المطلوبة من مريض لآخر من حيث الأهمية، ومن حيث مدى الاحتياج إليها في عالمه المهني والاجتماعي. ومن أمثلة هذه المهارات، مهارات التواصل الاجتماعي، مهارات استخدام الدواء، مهارات مهنية...إلخ، ونظراً لأن الفصام كمرض، وكذلك الأدوية المستخدمة في علاجه، تؤثر على الوظائف المعرفية للمرضى مثل الانتباه والتركيز، والذاكرة، والقدرة على التخطيط وحل المشكلات، فيجب أن يتم تفصيل البرنامج التأهيلي، بما يتوافق مع أوجه القصور المعرفي لدى المريض، بحيث يستطيع تفهمها وتعلمها واختزانها، واستدعاءها في المواقف التي تتطلبها، بل وتعميمها واستخدامها في المواقف المشابهة.

تعتمد برامج التأهيل على ثلاثة عوامل وهي، خصائص المريض، ومتطلبات المجتمع الذي يعيش فيه، ومدى الدعم البيئي الذي يمكن تقديمه له، ومن ثم فإن نجاح برامج التأهيل يعتمد على مدى التقييم الشامل لهذه العوامل التي تختلف من مريض لآخر. ويتضمن التقييم أيضاً نقاط القوة في المريض بحيث يمكن استخدامها وتنميتها وتطويرها، وطبيعة اهتماماته التي تساعد على تقبله للمهارات التي سيتم التدريب عليها، باعتبارها مهارات تساعد في تحقيق هذه الاهتمامات. كذلك تقييم أهداف المريض التي يسعى لتحقيقها في الوقت الحالي، حتى يمكنه إنجازها، ومن ثم تحقيق حالة من الرضا النفسي.

إن التدريب على المهارات يعتمد على تضيق الفجوة بين مهارات المريض الحالية، وتلك المطلوبة لتحسين أدائه المهني والاجتماعي بشكل عام. فقد يكون مطلوباً تعلم مهارة إدارة الأموال مثلاً، أو الحفاظ على الوظيفة الحالية، أو تغيير الوظيفة بما يتناسب مع مهاراته الحالية، أو كيفية التعامل مع أعراضه الذهانية (الهلاوس والضلالات) لتقليل أثرها عليه، أو تعلم مهارات المشاركة في المحادثات البسيطة في محيطه المهني والاجتماعي. وبالتالي يتم تمكين المريض من استثمار كل ما لديه من قدرات نفسية وجسدية في التعافي والتخلص من الإعاقة التي سببها المرض، ومن ثم تزيد فاعليته ويكون أكثر استقلالاً، ويمكنه متابعة حياته بشكل أفضل.

وتتضمن برامج التأهيل النفسي والاجتماعي ما يلي:

1 - التدريب على المهارات الاجتماعية، وفيها يتم تدريب وتعليم المريض على مجموعة من المهارات السلوكية النوعية تساعد على النجاح في حياته وتفاعلاته الاجتماعية. وهذا

التدريب يمكن تقديمه بشكل فردي أو داخل مجموعات، وقد تُستخدم في التدريب أشرطة الفيديو لتحديد المهارات المطلوبة، ومناقشتها مع المريض. كما يمكن استخدام طريقة لعب الأدوار، حيث يقوم المريض بلعب المهارة التي تم تحديدها، والمطلوب التدريب عليها، ومناقشة أدائه، والتعرف على مدى نجاحه فيها. ويتم تدريبه على مهارات التواصل اللفظي وغير اللفظي مع الآخرين، وكيفية التعبير عن مشاعره بطريقة صحيحة، بالإضافة لذلك يتم إعطاء المريض مجموعة من الواجبات المنزلية التي يكون مطلوباً منه القيام بها، ومناقشتها ومدى نجاحه فيها في الزيارات التالية. والحقيقة أن اكتساب المهارات الاجتماعية يمكن النظر إليها باعتبارها عوامل تحمي المريض من التأثير السلبي للضغط التي يتعرض لها، كما أنها تقلل من تأثير القصور المعرفي الناتج عن المرض، وهي عوامل تقلل من فرص حدوث الانتكاسة، إذ يصبح بها المريض قادراً على التعامل مع مشكلاته اليومية بطريقة أكثر فاعلية.

2 - التثقيف النفسي للأسرة، فبعد أن تبين ما للأسرة من دور مهم في دمج مريضها مرة أخرى لمجتمعه الصغير والكبير، أصبح لازماً أن تكون الأسرة جزءاً من المنظومة العلاجية والتأهيلية، حيث يتم توعية أفرادها بطبيعة المريض وتطوره، وطرق علاجه، والآثار المترتبة عليه، والعلامات المبكرة لانتكاسة المريض، بالإضافة إلى تدريبهم على كيفية التعامل معه، بحيث يمكنه تطبيق ما يتعلمه من مهارات داخل الأسرة، وتسمح له بالمشاركة في قراراتها. كما أن معرفة الأسرة بطبيعة مرض الفصام يجعلها تتفهم مريضها، فلا تدخل معه في جدل عقيم، أو تحاول أن تقنعه بعدم منطقية ما يقول، أو أن ما يقوله ليس له أي جدوى. ويسهم تثقيف الأسرة في تقليل ما يُسمى بالتعبيرات الانفعالية السلبية الشديدة التي يتعرض لها المريض من قبل أفراد أسرته، خاصة بعد خروجه من المستشفى، ومثل هذه التعبيرات الناقدة تزيد من مرات انتكاسة المريض، ومن ثم عودته إلى المستشفى مرة أخرى، ونعني بهذه التعبيرات تلك الانتقادات المستمرة لسلوكيات المريض حتى لو كانت سلوكيات طبيعية، وكذلك التدخل العدائي في كل ما يخص المريض أو قراراته، وعدم ترك الفرصة له لاختبار قدرته على التعامل مع الواقع.

3 - المعالجة المعرفية، وتتضمن التدريب على مهارات تحسين الانتباه والتركيز، والذاكرة، والتخطيط والقدرة على حل المشكلات، وتتم هذه المعالجة باستخدام برامج كمبيوتر تتناول مشكلات بسيطة تساعد على التركيز في الحل، ومعرفة نتائج محاولاته لحل هذه المشكلات، ومن خلالها يمكن حساب مدى تحسن المريض في هذه المهارات.

4 - المعالجة السلوكية، حيث يتعلم المريض كيفية التحكم في سلوكه، وعدم الاندفاع، واستخدام مفاهيم الإثابة في تدعيم السلوك المطلوب التحكم فيه.

5 - التدريب والتأهيل المهني، وتأتي أهميته في كون العمل ليس وسيلة لجني الأموال فقط، بل إنه خبرة تسمح للأفراد بالمشاركة في المجتمع (وفقاً لقدراتهم)، مما يحسن من تقديرهم لذواتهم، ويحسن نوعية الحياة التي يعيشونها، فهم يتعلمون كيفية تنظيم الوقت، وساعات النوم، وزيادة الدافعية للعمل. والهدف الأساسي من هذا التأهيل مساعدة المرضى على التأقلم مع الإعاقات التي سببها المرض، بما يسمح لهم بالمشاركة في المجتمع، وكسب المال وزيادة استقلاليتهم، واستعادة شعورهم بالثقة في النفس، وزيادة الكفاءة الاجتماعية، وممارسة أنشطته اليومية المعتادة (الاهتمام بالعاية الشخصية، الذهاب للعمل، المدرسة، اللعب، مزاولة الأنشطة اليومية، المشاركة في الأنشطة الترفيهية والاجتماعية). وقد بينت نتائج الدراسات أن التدريب المهني يحسن من الوظائف المعرفية لدى مرضى الفصام، وكذلك الأعراض السلبية.

6 - الدعم البيئي أو الدعم المجتمعي، ومن خلاله تساعد البيئة المحيطة بالمرضى على تقبله من ناحية، وتسمح له بممارسة المهارات التي يتدرب على اكتسابها من ناحية أخرى، وتقديم الإثابة له عند القيام بها، وعند انتظامه في أدائها، ومن ثم تحسين نوعية حياة المرضى، وعودة اندماجه في المجتمع. ويعني هذا الدعم تفهم طبيعة المرض، وتفهم صعوبات المريض، وتشجعه على أن يكون عضواً فعالاً في المجتمع، لا نبذه وعدم الاهتمام به أو بآرائه.

ويرتبط هذا الدعم بمفهوم إدارة الحالة والاهتمام بالمرضى بعيداً عن المستشفيات، وإنما داخل المجتمع، مع المراقبة المستمرة لسلوكياته، خاصة مع المرضى الذين تم دخولهم المستشفى أكثر من مرة، وتهدف إدارة الحالة إلى الوصول للمريض أينما كان، ومتابعته في مكان إقامته، سواء بين أفراد أسرته، أو في مكان يعيش فيه بمفرده. كذلك تقديم الخدمة المتكاملة لهم، وتحديد دواعي العلاج، ويقوم مقدم هذا النوع من الرعاية (ممرض أو اختصاصي اجتماعي) بتحويل المرضى إذا لزم الأمر للخدمات المناسبة. كما يتابع سلوكياتهم وما يطرأ عليها من تغير (إهمال النظافة الشخصية، أو الانعزال... إلخ)، ويساعدهم في انتظامهم بالعمل أو الدراسة. ويتولى إدارة حالة عدد قليل من المرضى (10 حالات تقريباً) من أولئك الذين يتم علاجهم بالعيادات الخارجية. ويقوم بعمل تقييم لاحتياجات المريض، وإعداد خطة علاجية متتابعة، وترتيب أنواع الرعاية التي يحتاجها. وتعمل هذه الخدمة على تحسين المريض إكلينيكيًا واجتماعيًا، وتقليل عدد مرات دخول المستشفيات. والحقيقة أن هذا النوع من التدخل لا يتم على نحو كبير في معظم مجتمعاتنا العربية، نظراً لغياب المفهوم من ناحية، وارتفاع التكلفة العلاجية من ناحية أخرى.

7 - مستشفيات اليوم الواحد، ويُعد هذا اتجاهاً جديداً نسبياً جاء ليغيّر الفكرة القديمة في علاج المرضى العقليين بعامة التي كانت تعتمد على احتجاز المرضى داخل المصحات العقلية طوال فترة العلاج حتى يتم شفاؤهم، باعتبارهم يفتقدون إلى مهارات التواصل مع الآخرين، ومن ثم صعوبة توافق المرضى مع الأهل والمجتمع.

وقد ساعدت الأدوية الحديثة في تحسن المرضى بشكل أسرع نسبياً، وخاصة بالنسبة للأعراض السلبية التي تؤدي إلى انسحابهم وعزلتهم الاجتماعية. وفي ضوء ذلك بدأت فكرة الخروج المبكر للمرضى بعد انتهاء الأعراض الحادة للمرض، والإقامة مع أهلهم، على أن يواظبوا على زيارة العيادات الخارجية للمتابعة. وقد تم إنشاء مستشفيات اليوم الواحد سواءً كانت داخل المصحات العقلية بعيداً عن الأقسام الداخلية، أو مكان منفصل. وتتميز هذه المستشفيات بأن أبوابها مفتوحة دائماً، على عكس الأقسام الداخلية، وتسمح للمريض بمغادرتها وقتما يشاء، لكن لا يسمح له بعودة الانضمام بدون إذن (نوع من التعديل السلوكي يتعلم من خلاله المريض الالتزام بالقواعد السلوكية الاجتماعية).

تتضمن هذه المستشفيات عدداً قليلاً من المرضى، وعدداً أكبر من الفريق العلاجي (أطباء نفسيين، اختصاصيين نفسيين، اختصاصيين اجتماعيين، معالجين بالفن والموسيقى ومدرّبين مهنيين)، وكل هؤلاء يقومون بمتابعة المرضى ومراقبتهم أثناء تواجدهم بالمستشفى، لسرعة التدخل إذا ما ظهر من بعضهم أي سلوكيات مهددة أو عدوانية للتعامل معها بكفاءة. تتمثل الأهداف الأساسية لهذا النوع من المستشفيات أن يتفهم المريض أعراضه، والتعلم في التحكم فيها، وأن يتفهم أهمية العلاج وتناوله والمواظبة عليه. كما تعمل على تعليمه كيفية التعامل مع الضغوط التي يتعرض لها في حياته اليومية، بما يقلل من توتره. وتساعدهم على التخلص من أعراضهم السلبية كالانسحاب والعزلة وعدم المشاركة وعدم المبادرة، وصعوبات التعبير عن انفعالاتهم.

كما أن اليوم العلاجي بالمستشفى عادة يبدأ من الساعة والنصف صباحاً وينتهي في الثانية والنصف ظهراً، وخلال هذه الساعات يتم العديد من الفعاليات الترفيهية والعلاجية، حيث يبدأ اليوم بتجمع المرضى والفريق العلاجي في مكان تناول الطعام البسيط والقهوة والشاي مع قراءة الجرائد، ومن خلال ذلك يتعلم المريض كيف يمكنه الانضمام إلى مجموعة والاندماج والتفاعل معها، ولو بصورة تدريجية.

بعد الساعة الأولى من اليوم تبدأ أنشطة الجماعات العلاجية، وفيها يقدم قائد الجلسة أية معلومات أو تعليمات جديدة، ويقوم المرضى الجدد بتقديم أنفسهم ويتم الترحيب بهم، ويبدأ الجميع في مناقشة أية مشكلات خاصة تلك التي يشعر فيها المرضى بسوء المعاملة. بعد ذلك تبدأ المجموعات العلاجية النوعية حيث يذهب كل مريض إلى جلسته الخاصة التي

تتوافق مع ما يتطلبه من تدريب على مهارات بعينها، وفي منتصف اليوم يتم تناول الغداء (مرضى ومعالجون)، ثم علاج جمعي آخر، وينتهي اليوم في الساعة الثانية والنصف ويغادر المرضى متوجهين إلى عائلاتهم حيث يعيشون، وفي كل شهر يتم لقاء مسائي يضم أسر المرضى والمرضى أنفسهم إذا رغبوا في ذلك، ويتم فيها مناقشة الدعم الأسري، وكيفية التعامل مع المريض بأفضل الطرق في جو تسوده المحبة والدفء، مما يشعر المريض بأنه مازال فعالاً في أسرته التي تحبه وتهتم به.

وعادة ما يستمر هذا النوع من العلاج لمدة ستة أشهر على الأقل ولمدة سنتين، حسب طبيعة كل حالة وشدة أعراضها. وبعد ذلك يتحول المريض من مستشفى اليوم الواحد إلى المتابعة في إحدى العيادات الخارجية. ومن مزايا هذه الطريقة أنها تقلل من تواجد المرضى بالمستشفيات لمدة طويلة تؤدي إلى مزيد من انعزالهم الاجتماعي، وتقلل أثر الوصمة المرضية لهم، كما أنها أقل كلفة من الناحية الاقتصادية، وتقلل من فرصة إعادة المريض إلى المستشفى لاحقاً إذا ظهرت عليه بوادر بسيطة من انتكاسة الأعراض، ومن ثم يشعر المريض بالثقة في نفسه لكونهم أحراراً في الحضور باختيارهم، كما أنهم يعيشون وسط المجتمع بلا أزمات أو صعوبات تعوقهم في توافقهم الأسري والاجتماعي.

8 - المعالجة بالفن، تهدف المعالجة الفنية بالرسم إلى مساعدة المتلقي على اكتشاف وفهم عالمه الداخلي، وجوانب أخرى من شخصيته وبيئته الخارجية، بالإضافة إلى إيجاد حلقة وصل بين هذين العالمين «الداخلي والخارجي»، كما أنه يساعد في التعبير عن المشاعر والأحاسيس المكبوتة، وإطلاقها من اللاوعي إلى الوعي في مراحل مختلفة من المعالجة، والتعبير السلس والعفوي عن هذه المشاعر، مما يساعد المتلقي على اكتساب ثقة كبرى بنفسه، وتحقيق ذاته وتنمية شخصيته، وتطويرها وتطوير علاقاته ببيئته العائلية، الاجتماعية، المهنية، الدراسية. كما أنه يعد محاولة للسيطرة على ما تحمله موضوعات العالم الخارجي من تهديد لأمنه. ويمكن من خلال تحليل رسوم المرضى أن يتعرف المعالج على صراعات المريض الداخلية التي قد لا يبوح بها. ويؤدي هذا إلى مزيد من فهم المريض، وتقديم العلاج المناسب له.

9 - المعالجة المهنية تعني المعالجة بالعمل في أبسط معانيه تعليم المريض الذي يعاني أية إعاقة أو صعوبات بدنية أو معرفية، مجموعة من الأنشطة والمهارات التي تساعد على استعادة كفاءته الوظيفية فيما يقوم به من أعمال وأنشطة وواجبات يومية، بما يحقق له تطوير مهاراته وقدراته، والثقة بالنفس، والتغلب على أي عجز يعانيه، ومن ثم القدرة على الاعتماد على نفسه والاستقلالية عن الآخرين. وعادة ما يتم تحديد هذه الأنشطة والمهارات على أساس أولويات واحتياجات كل مريض سواء كانت بدنية أو نفسية أو اجتماعية.



(الشكل 8): رسم تعبيرى لمريض فصامي.

وتهتم المعالجة بالعمل بتحسين بيئة المريض التي يعيش ويعمل فيها سواءً كانت داخل المنزل أو في العمل. ومن أكثر المجالات التي يساعد فيها العلاج بالعمل: تحسين مهارات التواصل من خلال تعلم مهارات لغوية جديدة، وأنشطة الكتابة، والأكل وارتداء الملابس، والنظافة الشخصية. وكذلك اكتساب مهارات تساعد على تحمل الضغوط والتعامل معها بكفاءة.

كما تعمل المعالجة بالعمل أيضاً على تحسين قدرة الفرد على أداء الواجبات والأعمال باستقلالية، وتحد من اعتماده على الآخر، وهو توجيه لطاقة المريض إلى عمل حتى ينصرف عن الانشغال بمشكلاته الخاصة، وينتمي للواقع بصورة كبرى، بحيث يشعر أثناء قيامه بالعمل بأهميته، ويزداد شعوره بالطمأنينة، والثقة بالنفس، وتخف شحناته الانفعالية السلبية. كما يهدف إلى الحد من الميل الانعزالية للمريض.

هل المعالجة بالمنزل أم بالمستشفى؟!

هناك تساؤل دائم من أسرة المريض حول مدى ضرورة دخوله المستشفى لعلاج، أو التعامل معه من خلال العيادات الخارجية. والحقيقة أن العرف السائد لسنوات قريبة كان

ضرورة إدخال كل المرضى إلى المستشفيات نظراً لطبيعة الأعراض، ومخاوف الأهل من إيذاء المريض لنفسه أو لغيره. لكن مع تطور خطط العلاج ظهر مفهوم (الإخراج من البيمارستان) عدم الحجز بالمستشفيات قدر المستطاع، ويمكن أن نلخص الأسباب التي تدعو لدخول المستشفى في النقاط التالية:

1. وجود أعراض ذهانية واضحة كالهلاوس والضلالات تتطلب فصل المريض عن الظروف البيئية التي يعيشها التي قد تكون سبباً في استجاباته المرضية هذه.
2. إبعاد المريض عن بيئته الاجتماعية التي سببت له الصراعات التي تتسم بسوء الفهم، وتفكك العلاقات، ويغلب عليها المشاعر العدوانية والرفض.
3. وجود حالة من التشوش الذهني الشديدة التي يصعب معها تعامل المريض مع من حوله.
4. إمكانية ملاحظة المريض، والسيطرة على أي احتمال لإيذاء نفسه (الانتحار) أو الآخرين.
5. تخفيف العبء عن الأسرة التي لا تستطيع أو ليس لديها المقدرة المادية أو الاجتماعية في متابعة مريضها.
6. إذا كانت ضلالات المريض تتعلق بأفراد الأسرة، ومن ثم تؤدي إلى مزيد من المواجهات والصدامات بينه وبينهم.
7. إذا كانت هناك ضرورة لاستخدام جرعات عالية من الدواء تتطلب مراقبة المريض للوقوف على أي أعراض جانبية محتملة.
8. حينما يكون المريض قد اجتاز نوبة ذهانية سابقة، ثم ظهرت عليه دلالات عدم التكيف، وعدم القدرة على التحمل، مع ظهور أعراض تتطلب الرعاية الداخلية في المستشفى.

أما احتمالية عدم دخول المستشفى للمعالجة فتتضمن الأسباب التالية:

1. لا تكون أعراض المريض حادة وشديدة، أو لا يترتب عليها أية استجابات سلوكية خطيرة.
2. إذا كان ابتعاد المريض عن علاقاته الاجتماعية سيسبب له مزيداً من الأعراض، أو المعاناة.
3. إذا كان المريض قادراً على التوافق مع أعراضه بما يسمح له باستمرار دراسته أو عمله.
4. حينما تؤدي المعالجة إلى تخفيف الأعراض الحادة، وتوفر قدرة المريض وأفراد أسرته على التعامل معها.

مآل أو مسار مرض الفصام

ذكرنا من قبل أن الفصام واحد من الأمراض العقلية التي تتسم بالإزمان، فهو مرض مزمن يمكن القول إنه غير قابل للعلاج بشكل نهائي إلا في حالات قليلة. ويتسم المرض بحدوث نوبات متكررة، وإن كانت بعض الحالات قد تُصاب بنوبة واحدة وتنتهي وهو ما أسميناه بالذهان المؤقت عند وصفنا لمجموعة طيف الفصام، فما الذي يحدد مسار المرض سواء بالشفاء الكامل أو بتكرار النوبات واستمرار بعض الأعراض ؟

تلعب العديد من العوامل دوراً مهماً في تحديد مآل المرض، وتوقع مسيرته، سواء كان مآلاً جيداً أو مآلاً سيئاً. ويمكن تقسيم هذه العوامل إلى ما يلي:

1 - عوامل المآل الجيد، وتتضمن ما يلي:

- أ - سلامة الشخصية قبل المرض، وعدم وجود أي اضطرابات كبيرة، فهي أقل استهدافاً للإصابة بالمرض، ويمكنها تجاوزه بشكل جيد.
- ب - ظهور المرض في سن متأخرة، حيث تكون الشخصية قد اكتمل نموها وقدراتها، وأصبحت أكثر كفاءة في التعامل مع ضغوط الحياة.
- ج - عدم وجود تاريخ أسري للإصابة بالأمراض الذهانية، مما يعني انخفاض دور العوامل الوراثية.
- د - وجود عدد قليل من الأعراض السلبية.
- هـ - قصر مدة الأعراض الفصامية في نوبة حدوثها.
- و - الاكتشاف المبكر للمرض، مع التدخل العلاجي المناسب دور مهم في تحسين مآل المرض.

2 - عوامل المآل السيء، وتتضمن ما يلي:

- أ - اضطراب الشخصية قبل المرض، خاصة وجود الشخصية الفصامانية.
- ب - ظهور المرض في سن مبكرة، حيث تكون الشخصية مازالت في مراحل تكوينها، ولم يكتمل بناؤها على نحو طيب.
- ج - وجود تاريخ أسري للإصابة بأمراض ذهانية.
- د - وجود عدد كبير من الأعراض السلبية.

هـ - استمرار الأعراض لفترة زمنية طويلة دون تحسن.
و - عدم الاستمرار في تناول الأدوية للفترات المقررة، أو بالجرعات العلاجية الموصوفة.

وتشير تقارير منظمة الصحة العالمية إلى مآل مرض الفصام بشكل عام بعد عشر سنوات من الإصابة به إلى ما يلي:

1. تصل نسبة الشفاء بالكامل 25% من الحالات.
2. يتحسن 25% من المرضى تحسناً ملحوظاً، ويمكنهم الحياة بشكل مستقل نسبياً.
3. يتحسن 25% من المرضى، ولكنهم في حاجة إلى وجود شبكة من الدعم المستمر والقوي من المحيطين بهم، ومثل هذه الحالات تكون الأعراض السلبية هي أكثر الأعراض ظهوراً، وقد يكونون أكثر عرضة للانتكاسة (عودة ظهور الأعراض الإيجابية) بين الحين والآخر، الأمر الذي يتطلب العودة للتنويم داخل المستشفى. وترتفع نسب الانتكاسة مع ترك العلاج أو عدم الانتظام فيه، أو التعرض لضغوط.
4. تبلغ نسبة من لا يتحسنون من المرضى 15%، ويظلون في حالة علاج، وعادة ما يمكثون في المستشفيات العقلية، يتوفى 10% من المرضى وغالباً ما يكون سبب الوفاة في 20% من هذه النسبة هو الانتحار.

المضاعفات المترتبة على المرض

أما عن المضاعفات أو الآثار المترتبة على المرض فتشمل ما يلي:

1. الوفيات، على الرغم من أن الفصام ليس مرضاً مميتاً في حد ذاته، إلا أن معدل الوفيات في المرضى يكاد يكون أعلى مرتين من نسبة حدوثها في المجموع العام من السكان. وقد كان السبب فيما مضى يرجع إلى سوء الأماكن التي يعيش فيها المرضى، مما يعرضهم للإصابة بالعديد من الأمراض، ولكن الدراسات الحديثة ومع تغير الأوضاع في المستشفيات العقلية أصبح الانتحار أهم الأسباب في هذه الوفيات، وتبلغ نسبته 10% وهي نسبة ترتفع 12 مرة أكثر من نسبة الانتحار في المجموع العام من السكان. كما ترجع أسباب الوفيات إلى امتناع المريض عن مواصلة علاجه، أو تناول دوائه، أو نتيجة للأعراض الجانبية للأدوية.
2. الإعاقة الاجتماعية، وتأخذ العديد من المظاهر كالفشل في الدراسة، أو ترك العمل، أو عدم الاهتمام بعنانيته الشخصية، أو في سوء علاقاته بأفراد أسرته، أو على مستوى المجتمع الأوسع في عدم مشاركته أي نوع من الأنشطة الاجتماعية أو الترفيهية.
3. الوصمة، وهي الاتجاهات السلبية نحو المرض أو المريض، وسنتناولها بعد قليل.

تعامل المجتمع مع المرض والثقافة السائدة

قبل أن ننتهي من عرضنا لمرض الفصام، تبقى هناك نقطة مفصلية يجب التعرض لها لاستكمال الدور العلاجي على نحو سليم. ونعني بهذه النقطة اتجاهات المجتمع نحو المرضى العقلين بعامة، والفصامين منهم بخاصة، وما يمكن أن يسهم به هذا الدور في تقليل التأثيرات الاجتماعية السلبية لمرض الفصام، سواء على مستوى الفرد أو مستوى المجتمع ككل.

وصمة المرض النفسي

من خلال ما طرحناه في هذا الكتاب من معلومات حول الفصام، وتطور نظرة المجتمعات إليه وإلى مرضاه، والتقدم العلمي الذي طرأ على طرق العلاج، إلا أننا مازلنا نجد بعض المظاهر غير السوية في العديد من المجتمعات النامية خاصة في نظرتها للمرض والمرضى، وهو ما نسميه بالوصمة. وتعني الكلمة في سياق الطب النفسي وصمة العار التي ترتبط بالمرض النفسي، أو بالمرضى، أو مهنة الطب النفسي، وهي نظرة سلبية ينظر بها الناس إلى المرض وأسبابه ومآله، وإلى المريض باعتباره به مس شيطاني، أو مسحور. وتؤدي الوصمة في كثير من المجتمعات إلى التعامل مع المريض بطرق غير علمية، تكاد تعود بنا إلى ما كان يحدث في العصور الوسطى، وتأخذ هذه الوصمة بُعدين: الأول اجتماعي يتمثل في موقف المجتمع السلبي تجاه المريض، ونعته بصفات سلبية (مجنون، مختل... إلخ) بما يؤدي إلى رفضه، وعدم احترامه، وتجنبه، والخوف منه، وينشأ عنها نوع من التحيز في توظيفه أو زواجه. والثاني وصمة ذاتية تتمثل في شعور سلبى يلزم المريض، ويصيبه بالخجل وفقدان تقديره لذاته، ويدفعه إلى اعتزال الناس وتجنبهم.

وجدير بالذكر أن التحامل على المرض العقلي أخذ في التناقص، ولم يعد ملحوظاً بنفس القدر السابق، لكنه مازال قائماً في طبقات اجتماعية معينة، ومناطق جغرافية محددة. وهذه الوصمة ربما ارتبطت بالمرض نتيجة للاعتقاد بأن الفصامين يُعدون مصدراً للعنف والسلوك العدواني، وهو تصور ثبت خطأه.

إن وصمة المرض النفسي لا توجد في مجتمعاتنا العربية فقط، بل في العديد من دول العالم، وتكاد تمثل مشكلة في الكشف عن المرض، والتوجه للعلاج المناسب عند المتخصصين، وكذلك في تلك الدائرة المغلقة التي تعزل المريض وأسرته التي تؤدي إلى بقاء المرضى لفترات طويلة في المستشفيات. وما زالت صورة المريض العقلي في أذهان الكثيرين، صورة يشوبها الكثير من الخرافات ساعد على تكوينها العديد من العوامل سواء كانت الأعمال الفنية أو

الدرامية أو وسائل الإعلام. وكلها نتاج لثقافة مجتمعية ربما لم تسع إلى تغيير هذه الصورة، وكف النظر إلى المرضى بالتهكم والغربة.

وتُعد الوصمة أكبر عائق في تطور وارتقاء الخدمات النفسية، إذ يمتنع الكثير من الأسر عن الذهاب إلى جهات العلاج، أو الموافقة على دخول أحد أفرادها المرضى إلى المستشفى لتلقي الرعاية النفسية الملائمة، ومن ثم تظل حالات كثيرة بلا تشخيص أو علاج، وتتفاقم أعراضها والمشكلات الناجمة عن المرض.

ونظراً لوجود هذه المشكلة العالمية اهتمت الجمعية العالمية للطب النفسي ودعت في عام 1996م إلى حملة دولية، وتصميم برنامج عالمي للتوعية بالمرض النفسي عموماً، والعقلي على وجه الخصوص، هدفت إلى الأهداف التالية:

1. زيادة الوعي والمعرفة بطبيعة مرض الفصام، وكافة أنواعه، وأسبابه، وطرق علاجه.
 2. القضاء على الخرافات وسوء فهم المرض من أجل مكافحة هذه الوصمة، والحفاظ على حقوق المرضى واحترامهم.
 3. اتخاذ كافة الإجراءات لمنع التمييز والتحيز ضد هؤلاء المرضى فيما يتعلق بتوظيفهم، واندماجهم في المجتمع.
- كما وضعت الجمعية ضمن أهدافها في الفترة من 2008-2011م تحسين صورة الطب النفسي، والأطباء النفسيين، ومن خلال مجموع الدراسات التي رصدتها الجمعية في هذه الفترة تبين مجموعة من الملاحظات تُعد من مظاهر الوصمة وأسبابها، نلخصها فيما يلي:
1. أن الرأي العام كان دائماً سلبياً خلال عقود طويلة تجاه المصحات النفسية، والقائمين عليها، ومقدمي الرعاية فيها.
 2. الأدوية نفسانية المفعول مواد تتسبب في الإدمان، ولا تعالج المرض، وغير فعالة في منع الانتكاسة. كما أن هناك موقفاً سلبياً حول العلاج بالتخليج الكهربائي.
 3. تخصص الطب النفسي من التخصصات ذات المكانة المتدنية بين تخصصات الطب المختلفة، وأن الأطباء النفسيين يتسمون في الغالب بسمات غريبة.
 4. يتخذ أطباء الرعاية الأولية وأطباء الأسرة موقفاً سلبياً من الأطباء النفسيين، ولا يقومون بإحالة المرضى إليهم، خوفاً من الوصمة النفسية، والاعتقاد بأن معظم الأدوية المستخدمة تتسبب في الاعتماد عليها، وتزيد المشكلة ولا تحلها.
 5. يذكر المرضى وأسرهم أن سبب رفضهم للتحويل لطبيب نفسي، يتمثل في الخوف من الوصمة، والتوقعات السلبية تجاه العلاج، والدخول في دائرة مفرغة لا تنتهي بالشفاء.

6. تصور وسائل الإعلام الطب النفسي، ومن يمارسه وأماكن علاجه في صورة سلبية، مما أدى إلى وضع صورة ذهنية خاطئة عن المرض، وكذلك النظر إلى المعالج بالتخليج الكهربائي باعتبارها وسيلة عقابية وليست علاجية.

ونتيجة لكل هذه العوامل أصبح من الضرورة بمكان مكافحة وصمة المرض، لأنها أدت إلى حرمان الآلاف من المرضى من العلاج، وتخفيف معاناتهم ومعاناة أسرهم، وحرمانهم من استعادة دورهم في المجتمع، بالإضافة إلى زيادة العبء الاقتصادي الناتج من انخفاض القدرة الإنتاجية لهؤلاء المرضى، والأعباء المترتبة على أسرهم نتيجة تعطل العائل، وعدم قدرته على رعاية أسرته.

ولتحقيق أهداف حملة مكافحة الوصمة تمثلت الجهود المبذولة فيما يلي:

1. تغيير الأفكار والمعتقدات الخاطئة عن المرض من حيث أسبابه من كونه يعود إلى تغير في كيمياء الدماغ ونواقله العصبية، وليس مساً من الجن أو السحر. وهو مرض يمكن الشفاء منه، ويستطيع المرضى ممارسة حياتهم بطريقة مناسبة.
2. الدعوة إلى التعاطف مع المرضى واحترامهم، مثل أي مرضى آخرين. كما يجب تشجيعهم لطلب العلاج والتوجه لأصحاب التخصص، بهدف الحصول على علاج فعال وفي وقت مبكر، لضمان سرعة تحسن المرضى.
3. دعوة الأطباء النفسيين لبرامج التوعية من خلال وسائل الإعلام، وتوضيح طبيعة المرض، وكشف الحقائق حول الأدوية النفسية واستخداماتها وعدم سوء استخدامها، من أجل تحسين صورة الطبيب والمريض معاً.
4. توعية أطباء الرعاية الأولية حول الأمراض النفسية بالقدر الذي يسمح لهم بالتعامل مع مرضى الفصام، وتحويلهم إلى الأطباء النفسيين لتلقي العلاج المناسب.



المراجع

References

أولاً: المراجع العربية

- الجمعية الأمريكية للطب النفسي: الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية، ترجمة السماك، أمينة، مصطفى، عادل، الكويت، مكتبة المنار الإسلامية، عام 2001م.
- أريتي ، سيلفانو: الفصامي: كيف نفهمه ونساعده. ترجمة: د. أحمد ، عاطف. الكويت، سلسلة عالم المعرفة، العدد 156، عام (1991)م .
- سارثوريوس، نورمان، جابيل، ولفانج، روز، هيلين، هيزر، ستيوارت وآخرون عام (2010)م : دليل الجمعية العالمية للطب النفسي بشأن مكافحة وصمة الطب النفسي والأطباء النفسيين. ترجمة: د. فهمي، ماجدة مجلة، الجمعية العالمية للطب النفسي، سبتمبر عام 2010 م، 131:144.
- عبد القوي، سامي: علم الأدوية النفسية الإكلينيكي، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية، عام (2018) م .
- عبد القوي، سامي: علم النفس الفيزيولوجي. الطبعة الثالثة، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية، عام (2017) م .
- عبد القوي، سامي: علم النفس العصبي: الأسس وطرق التقييم. الطبعة الثالثة، القاهرة مكتبة الأنجلو المصرية، عام (2018) م
- عكاشة، أحمد ، عكاشة، طارق: الطب النفسي المعاصر. القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية، عام (2018) م.
- منظمة الصحة العالمية: المراجعة العاشرة للأمراض، تصنيف الاضطرابات النفسية والسلوكية: الأوصاف السريرية، الإكلينيكية، والدلائل الإرشادية التشخيصية، عام (1999) م .
- منظمة الصحة العالمية: العبء العالمي للاضطرابات النفسية، المجلس التنفيذي، الدورة 130، ديسمبر، عام (2011) م .

ثانياً: المراجع الأجنبية

- Aaron L. (2014): Schizophrenia Symptoms Reduced By Combination of ECT and Clozapine.
- Alan. S. : Psychosocial treatment in schizophrenia Dialogues Clin Neurosci. 2001 Jun; 3(2): 136–137.
- Allan S (2007): Day Hospital Treatment of Schizophrenia.
- American Psychiatric Association (2013). Schizophrenia spectrum and other psychotic disorders. In Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed., pp. 87-122.
- Angelo Barbato: Schizophrenia and Public Health. World Health Organization (WHO)
- Assen J, Diagnostic concepts of schizophrenia. its history, evolution, and future prospects. Dialogues Clin Neurosci. 2010; 12(3): 271–287
- Bland RC, Orn H. Schizophrenia. Schneider's first-rank symptoms and outcome. Br J Psychiatry. 1980 Jul;137:63-8.
- Cheryl L. Catatonic Schizophrenic.
- Danielle S, Wagner F: Vocational rehabilitation improves cognition and negative symptoms in schizophrenia. Schizophrenia Research. 2011, Vol. 126, Issues 1–3, March 2011, Pages 265-269.
- De Sousa A , Kurvey A , Sonavane S: Family Psychoeducation for Schizophrenia: A Clinical Review. Malaysian Psychiatry Journal. 2012.
- Dina C. Paranoid Schizophrenia. Available From: <https://www.psychom.net/paranoid-schizophrenia>.
- Gejman P, Sanders A, and Duan J: The Role of Genetics in the Etiology of Schizophrenia. Psychiatr Clin North Am. 2010 33(1): 35–66.
- Hamm, J. A., Hasson-Ohayon, I., Kukla, M., & Lysaker, P. H.: Individual psychotherapy for schizophrenia: trends and developments in the wake of the recovery movement. Psychology Research and Behavior Management, 2013, 6, 45–54.
- Ingrid S, Marjoline T, Jolanda G, Irma J, et al (2011): Guidelines for Occupational Therapy in Parkinson's Disease during Rehabilitation.
- Kapse PP & Nirmala BP. : Efficacy of Social Skills Training among Persons with Schizophrenia. International Journal of Psychosocial Rehabilitation. 2015, Vol. 20 (1) 45-50.

- Kirkbride J, Errazuriz A, Croudace T, Morgan C, Jackson D, et al: Systematic Review of the Incidence and Prevalence of Schizophrenia and Other Psychoses in England. PLOS One J, 2012;7(3).
- Kuhn R.: Eugen Bleuler's concepts of psychopathology. History of Psychiatry. 2004; 15 (3):361-6.
- Kuller, A., Ott, B., Goisman, R., Wainwright, L., & Rabin, R.: Cognitive behavioral therapy and schizophrenia: a survey of clinical practices and views on efficacy in the United States and United Kingdom. Community Mental Health, 2010, 46, 2–9.
- Lee,J: Achieving Best Practice: A Review of Evidence. Occupational Therapy in Health Care. 2010, 24(3):206–222
- M. MacPherson: Psychological causes of schizophrenia. Schizophr Bull. 2009, March; 35(2): 284–286.
- Marcia R, Rafael T, Leandro L, Wagner F, Orestes V. Formal Thought Disorder and language impairment in schizophrenia. Arq Neuropsiquiatr 2013; 71(1):55-60.
- Mike J, Helen K, Thomas R , Barbara B, Sarah B, et al: Group art therapy as an adjunctive treatment for people with schizophrenia: multicenter pragmatic randomized trial. BMJ 2012; 344:e846.
- Nick T, Stacey K, Kimberly D; Steve S; Mayada A; Carol A: Case Management: A New Approach. Psychiatric Annals. 2015; 45(3):134-138.
- Paweł W, Agnieszka,R Janusz R Stages of the clinical course of schizophrenia – staging concept. Psychiatr. Pol. 2016; 50(4): 717–730.
- Robert S. Kern M. Glynn P. Horan R. : Psychosocial Treatments to Promote Functional Recovery in Schizophrenia. Schizophrenia Bulletin, Vol.35, Issue 2, 1 March 2009, Pages 347–361
- S. Jauhar, P. J. McKenna, J. Radua, E. Fung, R. Salvador, K. R. Laws: Cognitive-behavioral therapy for the symptoms of schizophrenia: systematic review and meta-analysis with examination of potential bias. The British Journal of Psychiatry, Jan 2014, 204 (1) 20-29;
- Schizotypal Personality Disorder (pp. 655–659). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (2013).

- Tandon, Rajiv: Schizophrenia Spectrum and Other Psychotic Disorders: DSM-5 Revisions and Their Clinical Implications. Psychopharm Review: 2013, May, Vol. 48 – 5: 33–39.
- van Os , Kapur S. Schizophrenia. Lancet. 2009, Aug 22; 374 (9690):635-45.
- What is Schizophrenia? American Pschiatric Association.
- World Health Organization: Schizophrenia and Public Health.
- www.schizlife.com

إصدارات المركز العربي لتأليف وترجمة العلوم الصحية أولاً: سلسلة الثقافة الصحية والأعراض المعدية

- 1 - الأسنان وصحة الإنسان تأليف: د. صاحب القطن
- 2 - الدليل الموجز في الطب النفسي تأليف: د. لطفي الشربيني
- 3 - أمراض الجهاز الحركي تأليف: د. خالد محمد دياب
- 4 - الإمكانية الجنسية والعقم تأليف: د. محمود سعيد شلهوب
- 5 - الدليل الموجز عن أمراض الصدر تأليف: د. ضياء الدين الجماس
- 6 - الدواء والإدمان تأليف الصيدلي: محمود ياسين
- 7 - جهازك الهضمي تأليف: د. عبدالرزاق السباعي
- 8 - المعالجة بالوخز الإبري تأليف: د. لطيفة كمال علوان
- 9 - التمتع والأمراض المعدية تأليف: د. عادل ملا حسين التركيت
- 10 - النوم والصحة تأليف: د. لطفي الشربيني
- 11 - التدخين والصحة تأليف: د. ماهر مصطفى عطري
- 12 - الأمراض الجلدية في الأطفال تأليف: د. عبير فوزي محمد عبدالوهاب
- 13 - صحة البيئة تأليف: د. ناصر بوكلي حسن
- 14 - العقم: أسبابه وعلاجه تأليف: د. أحمد دهمان
- 15 - فرط ضغط الدم تأليف: د. حسان أحمد قمحية
- 16 - المخدرات والمسكرات والصحة العامة تأليف: د. سيد الحديدي
- 17 - أساليب التمريض المنزلي تأليف: د. ندى السباعي
- 18 - ماذا تفعل لو كنت مريضاً تأليف: د. چاكلين ولسن
- 19 - كل شيء عن الربو تأليف: د. محمد المنشاوي

- 20 - أورام الثدي تأليف: د. مصطفى أحمد القباني
- 21 - العلاج الطبيعي للأمراض الصدرية عند الأطفال تأليف: أ. سعاد الثامر
- 22 - تغذية الأطفال تأليف: د. أحمد شوقي
- 23 - صحتك في الحج تأليف: د. موسى حيدر قاسه
- 24 - الصرع، المرض.. والعلاج تأليف: د. لطفي الشرييني
- 25 - نمو الطفل تأليف: د. منال طييلة
- 26 - السمّنة تأليف: د. أحمد الخولي
- 27 - البُهاق تأليف: د. إبراهيم الصياد
- 28 - طب الطّوارئ تأليف: د. جمال جودة
- 29 - الحساسية (الأرجية) تأليف: د. أحمد فرج الحسانين
- 30 - سلامة المريض تأليف: د. عبدالرحمن لطفي عبد الرحمن
- 31 - طب السفر تأليف: د. سلام محمد أبو شعبان
- 32 - التغذية الصحية تأليف: د. خالد مدني
- 33 - صحة أسنان طفلك تأليف: د. حباة المزيدي
- 34 - الخلل الوظيفي للغدة الدرقية عند الأطفال تأليف: د. منال طييلة
- 35 - زرع الأسنان تأليف: د. سعيد نسيب أبو سعدة
- 36 - الأمراض المنقولة جنسياً تأليف: د. أحمد سيف النصر
- 37 - القشطرة القلبية تأليف: د. عهد عمر عرفة
- 38 - الفحص الطبي الدوري تأليف: د. ضياء الدين جماس
- 39 - الغبار والصحة تأليف: د. فاطمة محمد المأمون
- 40 - الكاتاراك (السادّ العيني) تأليف: د. سُرى سبع العيش
- 41 - السمّنة عند الأطفال تأليف: د. ياسر حسين الحصيني

- 42 - الشيخير تأليف: د. سعاد يحيى المستكاوي
- 43 - زرع الأعضاء تأليف: د. سيد الحديدي
- 44 - تساقط الشعر تأليف: د. محمد عبدالله إسماعيل
- 45 - سن الإياس تأليف: د. محمد عبيد الأحمد
- 46 - الاكتئاب تأليف: د. محمد صبري
- 47 - العجز السمعي تأليف: د. لطيفة كمال علوان
- 48 - الطب البديل (في علاج بعض الأمراض) تأليف: د. علاء الدين حسني
- 49 - استخدامات الليزر في الطب تأليف: د. أحمد علي يوسف
- 50 - متلازمة القولون العصبي تأليف: د. وفاء أحمد الحشاش
- 51 - سلس البول عند النساء (الأسباب - العلاج) تأليف: د. عبد الرزاق سري السباعي
- 52 - الشعرانية « المرأة المُشعرة » تأليف: د. هناء حامد المسوكر
- 53 - الإخصاب الاصطناعي تأليف: د. وائل محمد صبح
- 54 - أمراض الفم واللثة تأليف: د. محمد براء الجندي
- 55 - جراحة المنظار تأليف: د. رُلى سليم المختار
- 56 - الاستشارة قبل الزواج تأليف: د. ندى سعد الله السباعي
- 57 - التثقيف الصحي تأليف: د. ندى سعد الله السباعي
- 58 - الضعف الجنسي تأليف: د. حسان عدنان البار
- 59 - الشباب والثقافة الجنسية تأليف: د. لطفي عبد العزيز الشربيني
- 60 - الوجبات السريعة وصحة المجتمع تأليف: د. سلام أبو شعبان
- 61 - الخلايا الجذعية تأليف: د. موسى حيدر قاسه
- 62 - ألزهايمر (الخرف المبكر) تأليف: د. عبير محمد عدس
- 63 - الأمراض المعدية تأليف: د. أحمد خليل

- 64 - آداب زيارة المريض تأليف: د. ماهر الخانناتي
- 65 - الأدوية الأساسية تأليف: د. بشار الجمال
- 66 - السعال تأليف: د. جُلنار الحديدي
- 67 - تغذية الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة تأليف: د. خالد المدني
- 68 - الأمراض الشرجية تأليف: د. رُلى المختار
- 69 - النفايات الطبية تأليف: د. جمال جوده
- 70 - آلام الظهر تأليف: د. محمود الزغبى
- 71 - متلازمة العوز المناعي المكتسب (الإيدز) تأليف: د. أيمن محمود مرعي
- 72 - التهاب الكبد تأليف: د. محمد حسن بركات
- 73 - الأشعة التداخلية تأليف: د. بدر محمد المراد
- 74 - سلس البول تأليف: د. حسن عبد العظيم محمد
- 75 - المكملات الغذائية تأليف: د. أحمد محمد الخولي
- 76 - التسمم الغذائي تأليف: د. عبد المنعم محمود الباز
- 77 - أسرار النوم تأليف: د. منال محمد طنبيلة
- 78 - التطعيمات الأساسية لدى الأطفال تأليف: د. أشرف إبراهيم سليم
- 79 - التوحد تأليف: د. سميرة عبد اللطيف السعد
- 80 - التهاب الزائدة الدودية تأليف: د. كفاح محسن أبو راس
- 81 - الحمل عالي الخطورة تأليف: د. صلاح محمد ثابت
- 82 - جودة الخدمات الصحية تأليف: د. علي أحمد عرفه
- 83 - التغذية والسرطان وأسس الوقاية تأليف: د. عبد الرحمن عبيد مصيقر
- 84 - أنماط الحياة اليومية والصحة تأليف: د. عادل أحمد الزايد
- 85 - حرقة المعدة تأليف: د. وفاء أحمد الحشاش

- 86 - وحدة العناية المركزة تأليف: د. عادل محمد السيبي
- 87 - الأمراض الروماتزمية تأليف: د. طالب محمد الحلبي
- 88 - رعاية المراهقين تأليف: أ. ازدهار عبد الله العنجري
- 89 - الغنغرينة تأليف: د. نيرمين سمير شنودة
- 90 - الماء والصحة تأليف: د. لمياء زكريا أبو زيد
- 91 - الطب الصيني تأليف: د. إيهاب عبد الغني عبد الله
- 92 - وسائل منع الحمل تأليف: د. نورا أحمد الرفاعي
- 93 - الداء السكري تأليف: د. نسرين كمال عبد الله
- 94 - الرياضة والصحة تأليف: د. محمد حسن القباني
- 95 - سرطان الجلد تأليف: د. محمد عبد العاطي سلامة
- 96 - جلطات الجسم تأليف: د. نيرمين قطب إبراهيم
- 97 - مرض النوم (سلسلة الأمراض المعدية) تأليف: د. عزة السيد العراقي
- 98 - سرطان الدم (اللوكيميا) تأليف: د. مها جاسم بورسلي
- 99 - الكوليرا (سلسلة الأمراض المعدية) تأليف: د. أحمد حسن عامر
- 100 - فيروس الإيبولا (سلسلة الأمراض المعدية) تأليف: د. عبد الرحمن لطفي عبد الرحمن
- 101 - الجهاز الكهربائي للقلب تأليف: د. ناصر بوكلي حسن
- 102 - الملاريا (سلسلة الأمراض المعدية) تأليف: د. أحمد إبراهيم خليل
- 103 - الأنفلونزا (سلسلة الأمراض المعدية) تأليف: د. إيهاب عبد الغني عبد الله
- 104 - أمراض الدم الشائعة لدى الأطفال تأليف: د. سندس إبراهيم الشريدة
- 105 - الصداع النصفي تأليف: د. بشر عبد الرحمن الصمد
- 106 - شلل الأطفال (سلسلة الأمراض المعدية) تأليف: د. إيهاب عبد الغني عبد الله
- 107 - الشلل الرعاش (مرض باركنسون) تأليف: د. سامي عبد القوي علي أحمد

108 - ملوثات الغذاء	تأليف: د. زكريا عبد القادر خنجي
109 - أسس التغذية العلاجية	تأليف: د. خالد علي المدني
110 - سرطان القولون	تأليف: د. عبد السلام عبد الرزاق النجار
111 - قواعد الترجمة الطبية	تأليف: د. قاسم طه السارة
112 - مضادات الأكسدة	تأليف: د. خالد علي المدني
113 - أمراض صمامات القلب	تأليف: د. ناصر بوكلي حسن
114 - قواعد التأليف والتحرير الطبي	تأليف: د. قاسم طه السارة
115 - الفصام	تأليف: د. سامي عبد القوي علي أحمد

ثانياً: مجلة تعريب الطب

- | | |
|---------------------------------------|--|
| أمراض القلب والأوعية الدموية | 1 - العدد الأول « يناير 1997 » |
| مدخل إلى الطب النفسي | 2 - العدد الثاني « أبريل 1997 » |
| الخصوبة ووسائل منع الحمل | 3 - العدد الثالث « يوليو 1997 » |
| الداء السكري (الجزء الأول) | 4 - العدد الرابع « أكتوبر 1997 » |
| الداء السكري (الجزء الثاني) | 5 - العدد الخامس « فبراير 1998 » |
| مدخل إلى المعالجة الجينية | 6 - العدد السادس « يونيو 1998 » |
| الكبد والجهاز الصفراوي (الجزء الأول) | 7 - العدد السابع « نوفمبر 1998 » |
| الكبد والجهاز الصفراوي (الجزء الثاني) | 8 - العدد الثامن « فبراير 1999 » |
| الفشل الكلوي | 9 - العدد التاسع « سبتمبر 1999 » |
| المرأة بعد الأربعين | 10 - العدد العاشر « مارس 2000 » |
| السمنة المشككة والحل | 11 - العدد الحادي عشر « سبتمبر 2000 » |
| الجينيوم هذا المجهول | 12 - العدد الثاني عشر « يونيو 2001 » |
| الحرب البيولوجية | 13 - العدد الثالث عشر « مايو 2002 » |
| التطبيب عن بعد | 14 - العدد الرابع عشر « مارس 2003 » |
| اللغة والدماغ | 15 - العدد الخامس عشر « أبريل 2004 » |
| الملاريا | 16 - العدد السادس عشر « يناير 2005 » |
| مرض الزهايمر | 17 - العدد السابع عشر « نوفمبر 2005 » |
| أنفلونزا الطيور | 18 - العدد الثامن عشر « مايو 2006 » |
| التدخين: الداء والدواء (الجزء الأول) | 19 - العدد التاسع عشر « يناير 2007 » |
| التدخين: الداء والدواء (الجزء الثاني) | 20 - العدد العشرون « يونيو 2007 » |
| البيئة والصحة (الجزء الأول) | 21 - العدد الحادي والعشرون « فبراير 2008 » |
| البيئة والصحة (الجزء الثاني) | 22 - العدد الثاني والعشرون « يونيو 2008 » |

الألم... «الأنواع، الأسباب، العلاج»	23 - العدد الثالث والعشرون «نوفمبر 2008»
الأخطاء الطبية	24 - العدد الرابع والعشرون «فبراير 2009»
اللقاحات.. وصحة الإنسان	25 - العدد الخامس والعشرون «يونيو 2009»
الطبيب والمجتمع	26 - العدد السادس والعشرون «أكتوبر 2009»
الجلد...الكاشف..الساتر	27 - العدد السابع والعشرون «يناير 2010»
الجراحات التجميلية	28 - العدد الثامن والعشرون «أبريل 2010»
العظام والمفاصل...كيف نحافظ عليها؟	29 - العدد التاسع والعشرون «يوليو 2010»
الكلى ... كيف نرعاها ونداويها؟	30 - العدد الثلاثون «أكتوبر 2010»
آلام أسفل الظهر	31 - العدد الحادي والثلاثون «فبراير 2011»
هشاشة العظام	32 - العدد الثاني والثلاثون «يونيو 2011»
إصابة الملاعب «آلام الكتف.. الركبة.. الكاحل»	33 - العدد الثالث والثلاثون «نوفمبر 2011»
العلاج الطبيعي لذوي الاحتياجات الخاصة	34 - العدد الرابع والثلاثون «فبراير 2012»
العلاج الطبيعي التالي للعمليات الجراحية	35 - العدد الخامس والثلاثون «يونيو 2012»
العلاج الطبيعي المائي	36 - العدد السادس والثلاثون «أكتوبر 2012»
طب الأعماق.. العلاج بالأكسجين المضغوط	37 - العدد السابع والثلاثون «فبراير 2013»
الاستعداد لقضاء عطلة صيفية بدون أمراض	38 - العدد الثامن والثلاثون «يونيو 2013»
تغير الساعة البيولوجية في المسافات الطويلة	39 - العدد التاسع والثلاثون «أكتوبر 2013»
علاج بلا دواء ... عالج أمراضك بالغذاء	40 - العدد الأربعون «فبراير 2014»
علاج بلا دواء ... العلاج بالرياضة	41 - العدد الحادي والأربعون «يونيو 2014»
علاج بلا دواء ... المعالجة النفسية	42 - العدد الثاني والأربعون «أكتوبر 2014»
جراحات إنقاص الوزن: عملية تكميم المعدة ...	43 - العدد الثالث والأربعون «فبراير 2015»
ما لها وما عليها	
جراحات إنقاص الوزن: جراحة تطويق المعدة	44 - العدد الرابع والأربعون «يونيو 2015»
(ربط المعدة)	

جراحات إنقاص الوزن: عملية تحويل المسار
(المجازة المعدية)

أمراض الشيخوخة العصبية: التصلب المتعدد

أمراض الشيخوخة العصبية: مرض الخرف

أمراض الشيخوخة العصبية: الشلل الرعاش

حقن التجميل: الخطر في ثوب الحسن

السيجارة الإلكترونية

النحافة ... الأسباب والحلول

تغذية الرياضيين

البهاق

45 - العدد الخامس والأربعون «أكتوبر 2015»

46 - العدد السادس والأربعون «فبراير 2016»

47 - العدد السابع والأربعون «يونيو 2016»

48 - العدد الثامن والأربعون «أكتوبر 2016»

49 - العدد التاسع والأربعون «فبراير 2017»

50 - العدد الخمسون «يونيو 2017»

51 - العدد الحادي والخمسون «أكتوبر 2017»

52 - العدد الثاني والخمسون «فبراير 2018»

53 - العدد الثالث والخمسون «يونيو 2018»



ARAB CENTER FOR AUTHORSHIP AND TRANSLATION OF HEALTH SCIENCE (ACMLS)

The Arab Center for Authorship and Translation of Health Science (ACMLS) is an Arab regional organization established in 1980 and derived from the Council of Arab Ministers of Public Health, the Arab League and its permanent headquarters is in Kuwait.

ACMLS has the following objectives:

- Provision of scientific & practical methods for teaching the medical sciences in the Arab World.
- Exchange of knowledge, sciences, information and researches between Arab and other cultures in all medical health fields.
- Promotion & encouragement of authorship and translation in Arabic language in the fields of health sciences.
- The issuing of periodicals, medical literature and the main tools for building the Arabic medical information infrastructure.
- Surveying, collecting, organizing of Arabic medical literature to build a current bibliographic data base.
- Translation of medical researches into Arabic Language.
- Building of Arabic medical curricula to serve medical and science Institutions and Colleges.

ACMLS consists of a board of trustees supervising ACMLS general secretariate and its four main departments. ACMLS is concerned with preparing integrated plans for Arab authorship & translation in medical fields, such as directories, encyclopedias, dictionaries, essential surveys, aimed at building the Arab medical information infrastructure.

ACMLS is responsible for disseminating the main information services for the Arab medical literature.

© COPYRIGHT - 2018

**ARAB CENTER FOR AUTHORSHIP AND TRANSLATION OF
HEALTH SCIENCE**

ISBN: 978-9921-700-15-2

**All Rights Reserved, No Part of this Publication May be Reproduced,
Stored in a Retrieval System, or Transmitted in Any Form, or by
Any Means; Electronic, Mechanical, Photocopying, or Otherwise,
Without the Prior Written Permission of the Publisher.**

**ARAB CENTER FOR AUTHORSHIP AND TRANSLATION OF
HEALTH SCIENCE
(ACMLS - KUWAIT)**

P.O. Box 5225, Safat 13053, Kuwait

Tel. : + (965) 25338610/5338611

Fax. : + (965) 25338618/5338619

E-Mail: acmls@acmls.org

[http:// www.acmls.org](http://www.acmls.org)

Printed and Bound in the State of Kuwait.



**ARAB CENTER FOR AUTHORSHIP AND
TRANSLATION OF HEALTH SCIENCE (ACMLS)
KUWAIT**

Schizophrenia

By

Dr. Sami Abdulkawi Ali Ahmed

Revised by

Arab Center for Authorship and Translation of Health Science

Health Education Series



في هذا الكتاب

تعد الاضطرابات النفسية نمطاً سلوكياً أو سيكولوجياً ينتج عن الشعور بالضيق أو العجز الذي يصيب الفرد، ولا تعد هذه الاضطرابات جزءاً من النمو الطبيعي للمهارات العقلية أو الثقافية. وتعرّف الاضطرابات النفسية بأنها الأمراض التي تؤدي إلى إحداث تغير غير طبيعي في سلوكيات الفرد وتصرفاته، إضافة إلى حدوث خلل في قدرة الفرد في السيطرة على مشاعره، مما يؤدي إلى ظهور أعراض نفسية وسلوكية غريبة تؤثر سلباً على حياة الفرد وعمله ودراسته وعلاقته بالمجتمع من حوله . ولكن يختلف تعريف المرض النفسي من مجتمع إلى آخر وذلك باختلاف ثقافة المجتمعات، فبعض السلوكيات تكون مقبولة في مجتمع ما ومرفوضة رفضاً كاملاً في مجتمع آخر.

ويحدثنا هذا الكتاب عن الفصام وهو أحد الاضطرابات النفسية التي تصيب الأفراد على مستوى العالم، وهم في مقتبل العمر وفترة الشباب والنضج العقلي، وهو يؤثر بشكل ملحوظ في حياة المصاب فيعيق قدرته على أداء الكثير من الأمور والمهام، إذ تبدو مشاعره وأفكاره وتصرفاته بعيدة عن الواقع أو غريبة. ويعرف الفصام وفقاً لمنظمة الصحة العالمية بأنه «اضطراب عقلي شديد، يتميز باضطرابات عميقة في التفكير ، مما يؤثر على اللغة ، الإدراك ، والشعور بالذات والواقع ، وغالباً ما يتضمن أعراضاً ذهانية، مثل سماع الأصوات أو الضلالات ، ويؤثر على وظيفة الفرد في مناحي الحياة المختلفة» .

يقسم الكتاب الذي بين أيدينا إلى ثلاثة فصول، يتحدث من خلالها عن التعريف بالمرض وخطورته وتاريخه وأعراضه ومعدل انتشاره ، ثم يناقش مراحل المرض وأسبابه وتشخيصه ، ويختتم الكتاب بالحديث عن معالجة الفصام ومآله ونظرة المجتمع إليه .

نأمل أن يكون هذا الكتاب قد استوفى بالشرح كل ما تطرق إليه من معلومات وأن يكون إضافة تضم إلى المكتبة الطبية العربية.